



Proyecto MapEA



CANTABRIA

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



43% de los expertos encuestados conocen el departamento responsable.

Grado de actualización de las herramientas regionales

Más de mitad de las herramientas identificadas en Cantabria han sido **actualizadas** en los **últimos cuatro años**.

RECURSOS TECNOLÓGICOS

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

RM		TAC		LCR		PET AMILOIDE		TEST GENÉTICO APOE		NEURO-PSICOLOGÍA
ACCESO	TIEMPOS	ACCESO	TIEMPOS	ACCESO	TIEMPOS	ACCESO	TIEMPOS	ACCESO	TIEMPOS	ACCESO
80% de los profesionales. Se realiza al 35,5% de personas con sospecha.	> 3 mes (66,7%); inadecuado según el 75%	80% de los profesionales. Se realiza al 66,5% de personas con sospecha	2-3 meses (75%); inadecuado según el 50%	33,3% de los profesionales. Se realiza al 35% de personas con sospecha.	<1 mes (40%); adecuado por el 100%	100% de los profesionales. Se realiza al 22% de personas con sospecha	1-2 meses (33,3%); adecuado por el 66,7%	33,3% de los profesionales. Se realiza al 5% de personas con sospecha	1-2 meses (100%); adecuado por el 100%	83% de los encuestados afirman tener acceso a valoraciones neuropsicológicas.

PRINCIPALES LIMITACIONES EN LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS: *largos tiempos de espera* (TAC, RM, PET amiloide, ApoE).

En comparación con **2017**, Cantabria ha experimentado **un ligero incremento en los recursos tecnológicos** de salud: el número de TACs ha aumentado de **9 a 11**, los RMs de **5 a 9**, y los PET de **1 a 2**. No obstante, el número de SPECT ha disminuido de **3 a 1**. Los profesionales sanitarios consideran que es necesario maximizar el uso de las máquinas y los profesionales disponibles.

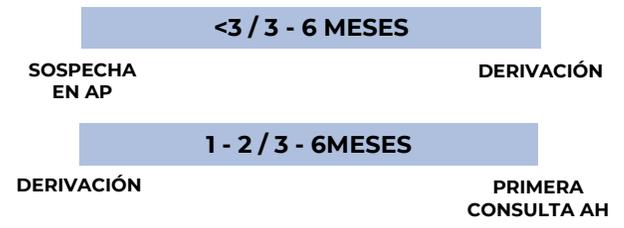


RESUMEN EJECUTIVO – PROCESO ASISTENCIAL



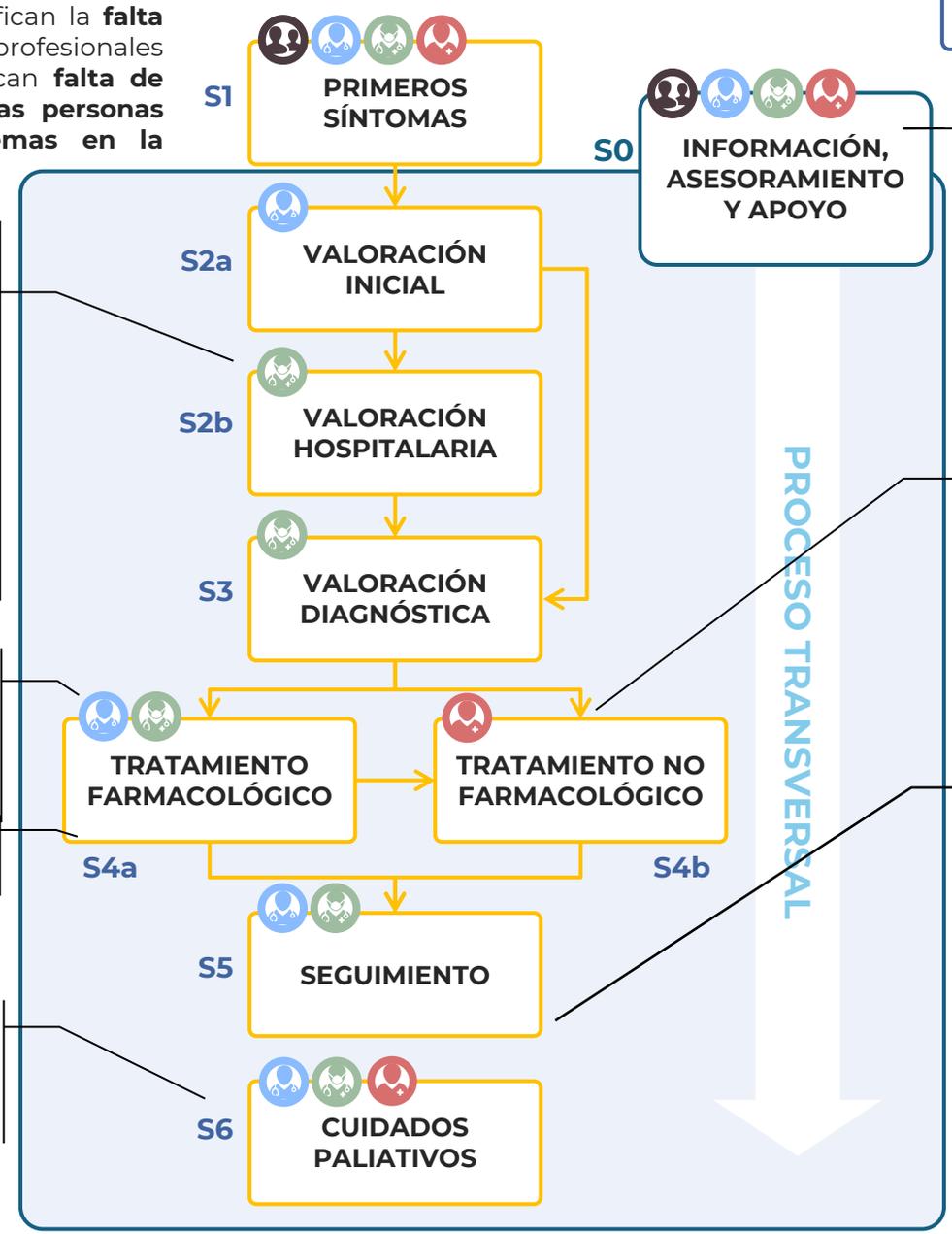
Cantabria **BARRERAS:** **86%** de los expertos identifican la **falta de tiempo y/o conocimiento** de los profesionales sanitarios; **71%** de los expertos identifican **falta de guías/protocolos**; **57%** reticencia de las personas con EA y sus familiares, y problemas en la capacidad.

60% de los profesionales indican que **no existe un protocolo de derivación** desde AP hacia neurología o geriatría. El grado de conocimiento es **ALTO**.



Inicio tratamiento farmacológico: neurología, principalmente.
Continuidad prescripción: todos los profesionales sanitarios, habitualmente **neurología y medicina familiar**.
Limitaciones: existencia de **barreras burocráticas** (p. ej. visados).

Grado de cobertura para las personas con EA:



86% de expertos consideran **INSUFICIENTE** la información dada en fases tempranas.
100% de los expertos consideran **INSUFICIENTE** el soporte en la **planificación anticipada** de decisiones.

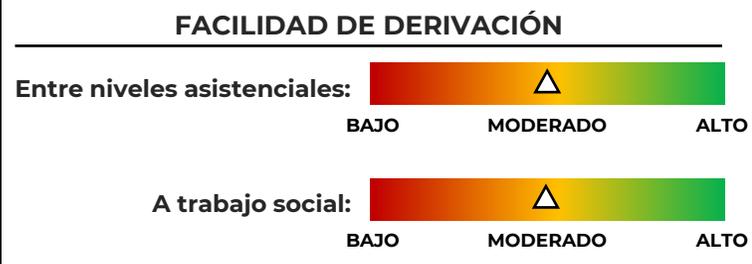
¿ No existe consenso sobre cuándo recomendar la planificación anticipada de decisiones ni el registro de últimas voluntades.

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

Un **71%** consideran que las personas con EA **pueden acceder** a estos tratamientos.

Seguimiento: habitualmente **profesionales de medicina familiar y comunitaria**, seguido de neurología.

Periodicidad: cada 6-12 meses en AP y AH.



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



Retos y áreas de mejora



Atención completa y especializada que considere tanto la salud física y mental, así como la dimensión social de las personas con EA.



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



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



Recursos materiales y profesionales especializados en demencia.



Limitaciones en el diagnóstico temprano y falta de implementación de los biomarcadores.



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



Recomendaciones



Favorecer la **creación de equipos multidisciplinares**, fomentando la atención sanitaria integral y una visión holística de la salud.



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



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



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



Aumentar el **número de centros de día y plazas disponibles** para mejorar la cobertura de servicios de atención diaria.



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

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

1. INTRODUCCIÓN

MAPEA
Mapa de recursos para enfermos
de Alzheimer



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



HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN

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



PROCESO ASISTENCIAL

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



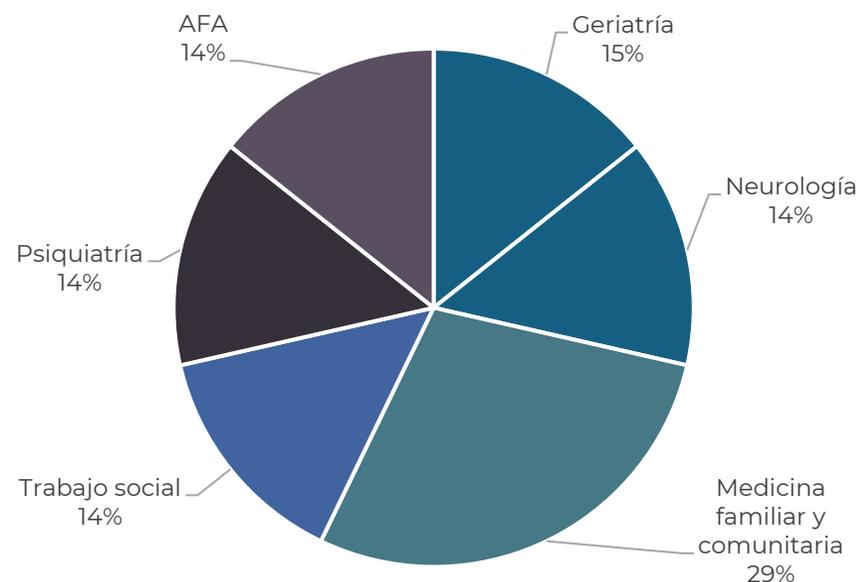
RECURSOS

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

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

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

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



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

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

PANEL DE EXPERTOS		
PROFESIONAL	PERFIL	CENTRO
Mónica Pérez Pardo	Asociación de pacientes	AFAC-Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Cantabria
Carlos Fernández-Viadero	Geriatria	Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
Lianna Tarquini Rodríguez	Medicina de familia y comunitaria	Centro de salud de Corrales y Hospital de Sierrallana
Eloy Manuel Rodríguez Rodríguez	Neurologia	Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
David Villahoz Burgos	Trabajo Social	Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
Miguel Ángel Martínez Antón	Psiquiatria	Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
Javier Bustamante Odriozola	Medicina de familia y comunitaria	ZBS Los Corrales de Buelna

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

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

57% de los expertos encuestados consideran como **MODERADO** el nivel de implementación del **Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias**. El **43%** restante consideran como **NULO - BAJO** el nivel de implementación.

57% de los expertos consideran como **MODERADO** el nivel de implementación de la **Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud**.

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

*No hay consenso, entre nulo, bajo y moderado.

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

- Los expertos encuestados indican un **conocimiento muy limitado** del ***Plan Integral de Alzheimer y Otras Demencias (2019-2023)*** y de la ***Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del SNS*** en Cantabria.
- En la mayoría de los casos, no se conocen documentos oficiales ni se han impulsado acciones específicas para implementar estos planes.
- Solo algunos de los expertos mencionan algunas acciones derivadas para el desarrollo de estos documentos, tales como:
 - Implementación de programas específicos como consultas de deterioro cognitivo y psicogeriatría dentro de los servicios de neurología especializados.
 - Presencia de una unidad específica para el manejo del deterioro cognitivo en el servicio de neurología.

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

CANTABRIA

HERRAMIENTA	AÑO	RESPONSABLE	GRADO DE IMPLEMENTACIÓN	GRADO DE CONOCIMIENTO
Plan de Salud de Cantabria 2014-2019*	2014	Servicio Cántabro de Salud	BAJO	NADA-BAJO-MODERADO
Plan de Salud Mental 2022-2026*	2022	Consejería de Sanidad y Servicios Sociales	MODERADO	BAJO-MODERADO-ALTO

ESTADO ACTUAL DE LAS HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN

En Cantabria, el **43% de los expertos encuestados afirman que conocen** quién es el departamento responsable de las herramientas de planificación disponibles para el tratamiento de EA en la Comunidad Autónoma.

A excepción del Plan de Salud de Cantabria, cuya vigencia terminó en 2019, el resto de las **herramientas** identificadas en Cantabria han sido **actualizadas** en los **últimos cuatro años**.

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

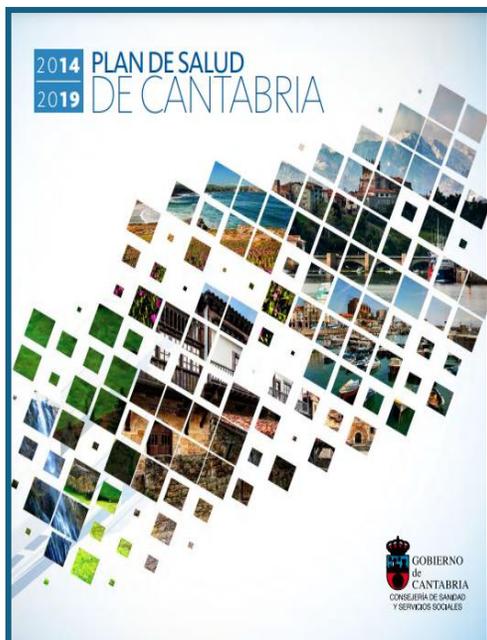
- *Plan de Atención a la Cronicidad 2015-2019. Servicio Cántabro de Salud.*
- *Ruta de Deterioro Cognitivo. Subdirección de Cuidados, Formación y Continuidad Asistencial del Servicio Cántabro de Salud (en desarrollo).*
- *Ruta de deterioro cognitivo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.*

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

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

*No hay consenso.

1. PLAN DE SALUD DE CANTABRIA 2014-2019



Servicio Cántabro de Salud 8 líneas estratégicas

Nivel de implementación:

BAJO

Nivel de conocimiento:

NADA-BAJO-MODERADO*

El **Plan de Salud de Cantabria 2014-2019** es un documento estratégico diseñado para **orientar y mejorar el sistema sanitario de Cantabria** durante dicho período. El plan se desarrolla en un contexto de desafíos globales en salud y en el marco de las políticas de salud pública, teniendo en cuenta las necesidades y características propias de la población.

Uno de los principales objetivos del plan es garantizar un **sistema de salud accesible, equitativo y de calidad**, con especial atención a la mejora de la atención primaria y hospitalaria. Para lograrlo, se busca la **integración de los servicios sanitarios**, promover la **eficiencia en el uso de los recursos** y **fomentar la participación de los ciudadanos** en la mejora de la salud pública. Además, el plan pone un énfasis notable en la **promoción de la salud y la prevención de enfermedades**, áreas que históricamente han sido menos priorizadas en el sistema sanitario.

En cuanto a los problemas de salud más prevalentes en la región, el plan hace especial referencia a las **enfermedades crónicas**, las **enfermedades mentales** y los **trastornos derivados del envejecimiento de la población**. Para afrontar estos problemas, se promueve la creación de programas específicos de atención a las personas mayores y a las personas con enfermedades crónicas, con el fin de mejorar su calidad de vida y evitar la hospitalización innecesaria. Para ello, se establecen **8 líneas estratégicas** clave que guían las acciones y medidas a seguir durante este período. Estas líneas estratégicas son fundamentales para lograr los objetivos del plan y mejorar la salud pública y el sistema sanitario de la región.

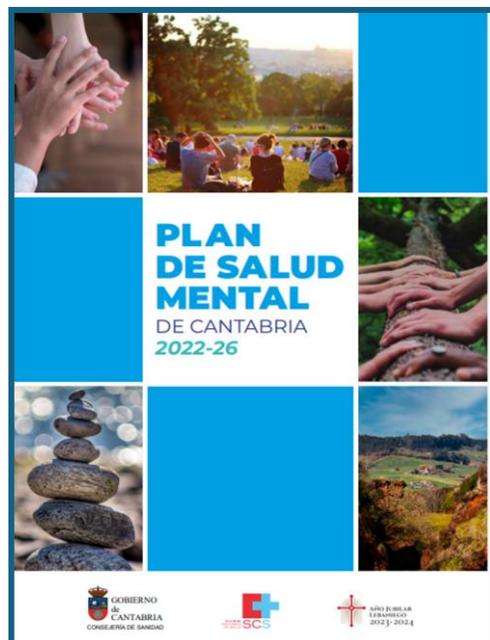
Por otro lado, se subraya la importancia de la **innovación tecnológica** y la **digitalización del sistema sanitario**, así como la mejora en la **formación del personal sanitario**. Se contempla también el impulso de la **investigación en salud**, con el fin de crear un entorno sanitario más dinámico y adaptado a las nuevas necesidades. Asimismo, el Plan establece medidas para mejorar la coordinación entre los diferentes niveles del sistema sanitario y con otros sectores, como el de la educación y el trabajo social. Además, se propone un modelo de gestión basado en la eficiencia, con un enfoque en la evaluación constante de los servicios para asegurar que se cumplan los objetivos establecidos.

+ Líneas estratégicas

- **LE1.** Enfermedades cardiocerebrovasculares
- **LE2.** Enfermedades Oncológicas
- **LE3.** Enfermedades Neurodegenerativas
- **LE4.** Enfermedades Crónicas y Atención Sociosanitaria
- **LE5.** Salud Mental
- **LE6.** Enfermedades Transmisibles
- **LE7.** Determinantes de Salud
- **LE8.** Organización y Funcionamiento Sanitario

*No se alcanza consenso.

2. PLAN DE SALUD MENTAL 2022-2026



Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

6 líneas de acción y 7 programas asistenciales

Nivel de implementación:
MODERADO

Nivel de conocimiento:
BAJO-MODERADO-ALTO*

El **Plan de Salud Mental de Cantabria 2022-2026** es una iniciativa estratégica destinada a mejorar la atención y el tratamiento de los trastornos mentales en la región. Este plan responde a la necesidad urgente de **abordar los problemas de salud mental**, tales como la ansiedad, la depresión y el estrés postraumático, entre otros. Su objetivo es ofrecer una **atención más accesible, integral y de calidad** a las personas afectadas por problemas de salud mental, así como **promover la prevención y la detección temprana de trastornos**.

Uno de los principales enfoques del Plan es la **prevención y promoción de la salud mental**. Se destacan estrategias para reducir el estigma social asociado a los trastornos mentales, fomentar la educación emocional y la sensibilización de la sociedad, ofreciendo programas de apoyo tanto a la población general como a colectivos específicos (como niños, adolescentes y personas mayores) y recursos el reconocimiento de los primeros síntomas de trastornos mentales.

Además, el Plan refuerza la **atención integral y coordinada** en salud mental. Esto implica mejorar la integración de servicios de salud mental con sectores como educación, trabajo social y atención primaria. Promueve la atención comunitaria y la desinstitucionalización, priorizando servicios cercanos a la vida cotidiana del paciente.

El Plan también pone un énfasis especial en los **trastornos mentales graves y las adicciones**. Se prioriza la rehabilitación y reinserción social de personas con enfermedades graves, como esquizofrenia, y aborda las adicciones mediante un enfoque multidisciplinario que incluye psicología, psiquiatría y trabajo social. Asimismo, el Plan aspira a mejorar la relación entre profesionales y pacientes, garantizando un trato digno y respetuoso, centrado en la **humanización de la atención sanitaria**.

Finalmente, el Plan subraya la **importancia de la investigación** y la **formación continua de los profesionales**. A través de la actualización constante en los avances científicos y la mejora de la formación, se pretende asegurar que el personal sanitario esté capacitado para ofrecer los mejores tratamientos posibles. La participación ciudadana y la implicación de las personas afectadas son igualmente esenciales, buscando su inclusión en la toma de decisiones sobre los recursos y servicios de salud mental.

+ Líneas de acción

- **Línea 1.** Salud Mental en Atención Primaria y Comunidad
- **Línea 2.** Persona con Trastorno Mental Grave
- **Línea 3.** Persona Mayor o frágil
- **Línea 4.** Infancia y Adolescencia
- **Línea 5.** Persona con Conductas Adictivas
- **Línea 6.** Persona con Necesidades de Atención Específicas (programas asistenciales)
 - Prevención y abordaje de la conducta suicida
 - Trastorno de la personalidad
 - Violencia de género
 - Trastornos de la conducta alimentaria
 - Depresión resistente
 - Intervención temprana en psicosis (ITPCAN)
 - Psicosexualidad

*No se alcanza consenso.

3. PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE

MAPEA
Mapa de recursos para enfermos
de Alzheimer



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

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

AGENTES



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria

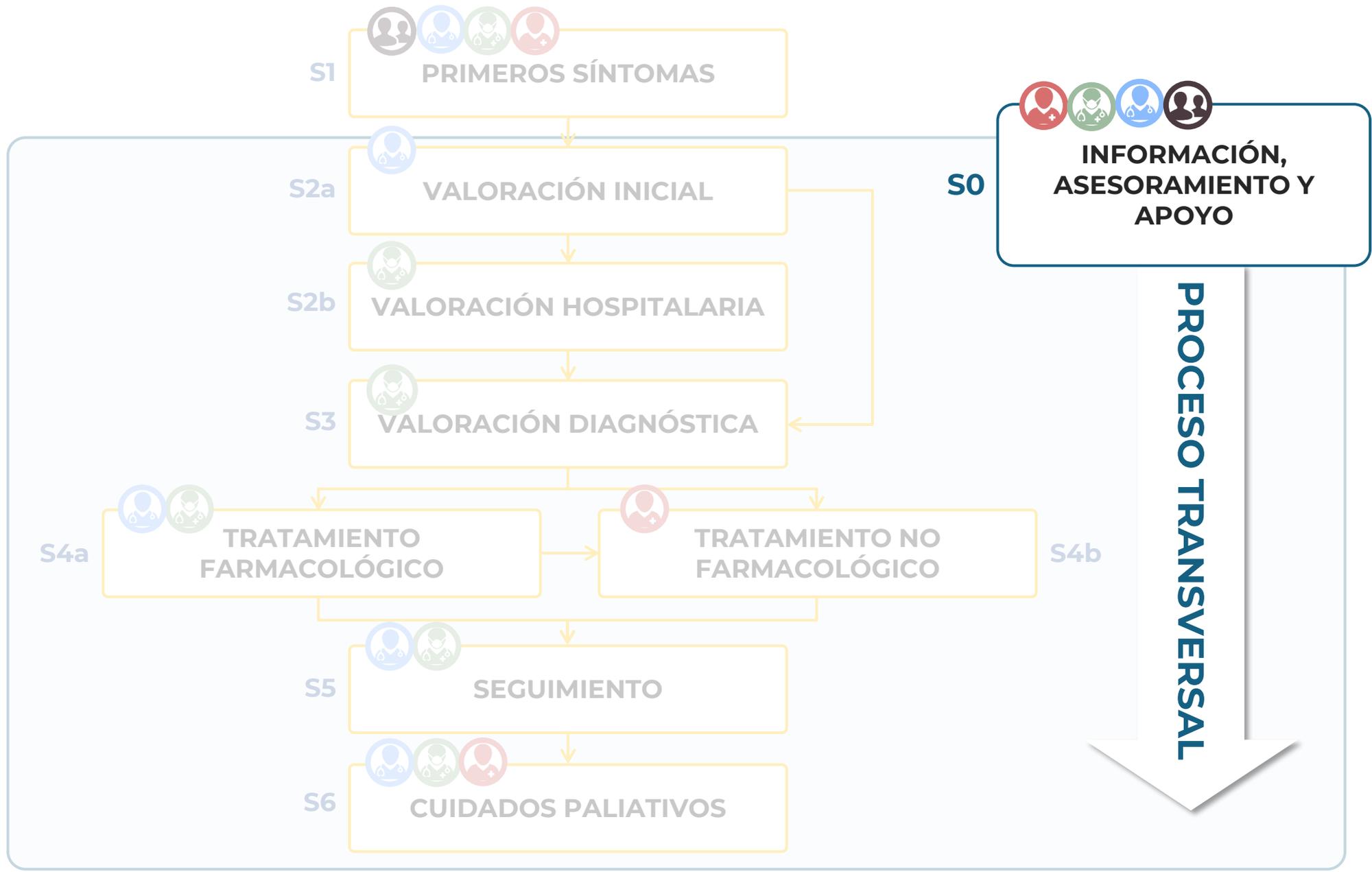


Ámbito sociosanitario



AGENTES

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



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

S0



INFORMACIÓN,
ASESORAMIENTO Y
APOYO

PROCESO TRANSVERSAL

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

- El **86%** de los expertos encuestados considera la información comunicada en este momento como **insuficiente**, el **14%** restante lo desconoce. En este sentido, los expertos consideran que la principal causa de esto la falta de tiempo en consulta.
- El **50%** indican que las comunicaciones del diagnóstico se realizan en una consulta específica, **otro 17%** indican que se realizan en una consulta rutinaria, y **el 33%** restante indican que se realizan tanto en consulta rutinaria como en consulta específica.
- Entre los temas tratados durante la comunicación del diagnóstico:
 - **Todos los expertos encuestados** afirman que uno de los temas que se tratan de forma más habitual durante la comunicación del diagnóstico es la información sobre la propia enfermedad.
 - El **67%** de los expertos encuestados (profesionales sanitarios y AFA) afirman que uno de los temas más tratados son las terapias no farmacológicas, junto con las expectativas clínicas y los recursos de apoyo (socio-sanitarios).
 - El **33%** de los expertos encuestados (profesionales sanitarios y AFA) afirman que uno de los temas más tratados es la prevención de riesgos.

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

S0



INFORMACIÓN,
ASESORAMIENTO Y
APOYO

PROCESO TRANSVERSAL

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

- El **43%** de los expertos encuestados afirman que no se realiza. Un **28,5%** de los expertos encuestados refieren que se realiza en o tras el diagnóstico; otro **29%** indican que se realiza durante el seguimiento.
- Los profesionales encargados de este procedimiento son neurología (**75%**) y trabajo social (**50%**) principalmente, aunque los expertos también indican otros profesionales, como psiquiatría, medicina familiar y comunitaria, geriatría, etc.
- **El 100%** los expertos encuestados consideran que el soporte a las personas con EA y familiares para la redacción de estos documentos es **insuficiente**.

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

- **El 86%** 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 **14%** restante lo desconoce.
- Existe un apartado en la historia clínica electrónica (HCE) para el registro de voluntades anticipadas.
- No existe consenso acerca de si registro de voluntades anticipadas se realiza siempre para la mayoría de las personas con EA. El **57%** de los expertos indican que sí se realiza, mientras que el otro **43%** señala que 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



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE PRIMEROS SÍNTOMAS EN CANTABRIA

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

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

PAPEL DE TRABAJO SOCIAL EN LA DETECCIÓN DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS: en Cantabria los servicios sociales participan en la detección de los primeros síntomas de la EA, principalmente, a través de la identificación en entornos cercanos como los Centros de Día, Atención Domiciliaria, y la Teleasistencia, así como a demanda de los familiares o profesionales de la salud que levantan una primera sospecha.

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

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

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

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: los expertos encuestados señalan que **el principal reto es conseguir un diagnóstico temprano de las personas con EA**. Asimismo, es importante **evitar que los profesionales de atención primaria normalicen los síntomas y no deriven a las personas con sospecha a tiempo**, cuando estos aún se encuentran en la fase de deterioro cognitivo leve.

Los expertos encuestados también ponen de manifiesto la **falta de educación de la población sobre los síntomas de alerta y los signos tempranos** de la EA, por lo que sería **necesaria una mayor sensibilización** frente a esta enfermedad. Por último, mencionan la falta de coordinación entre niveles asistenciales y la necesidad de una mayor implicación de atención primaria en el seguimiento longitudinal.

Por último, mencionan que es fundamental asegurar que los pacientes reciban tratamientos eficaces y no sean discriminados por su edad.

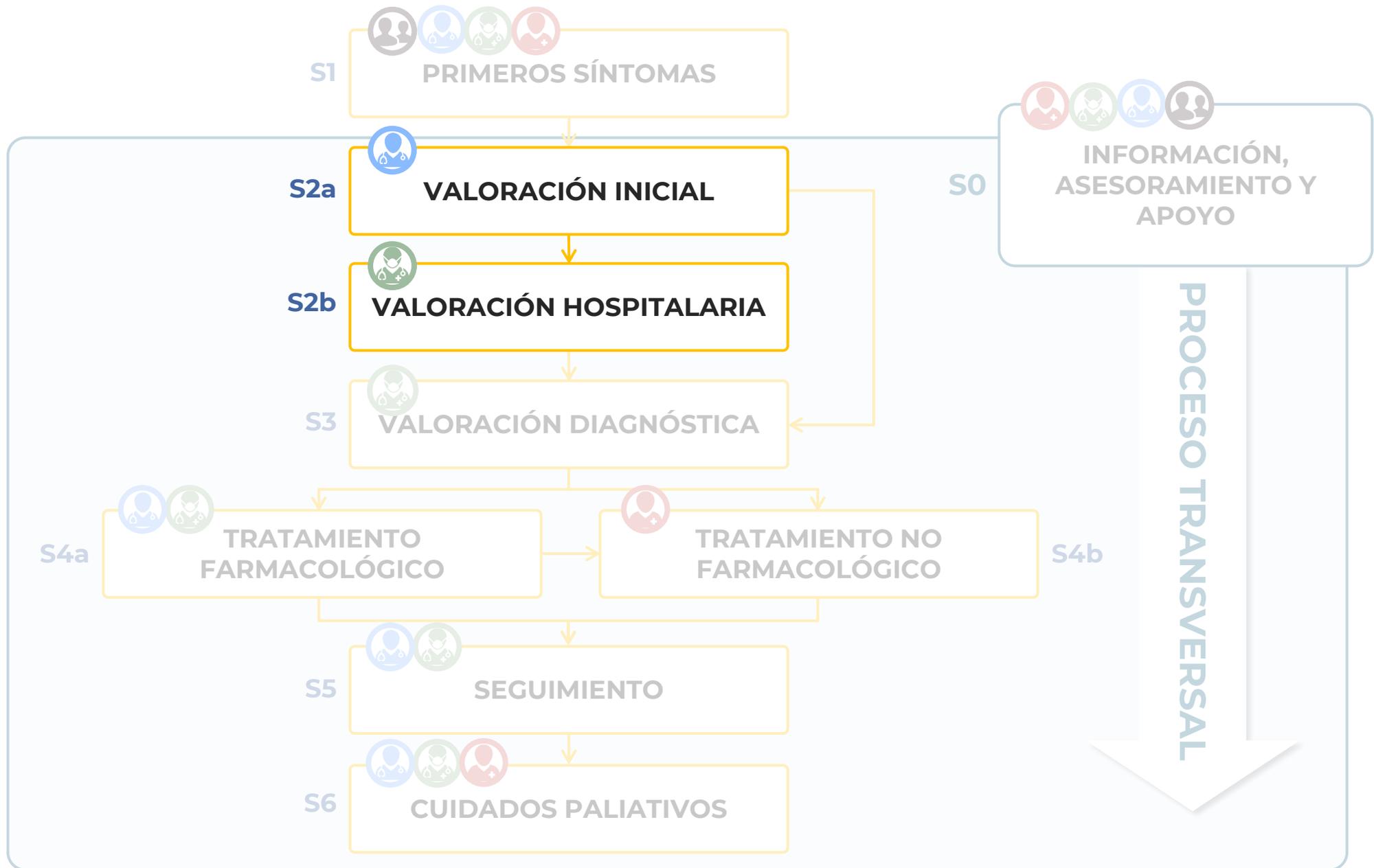
En concreto, entre las principales **BARRERAS** identificadas en la detección de los primeros síntomas:

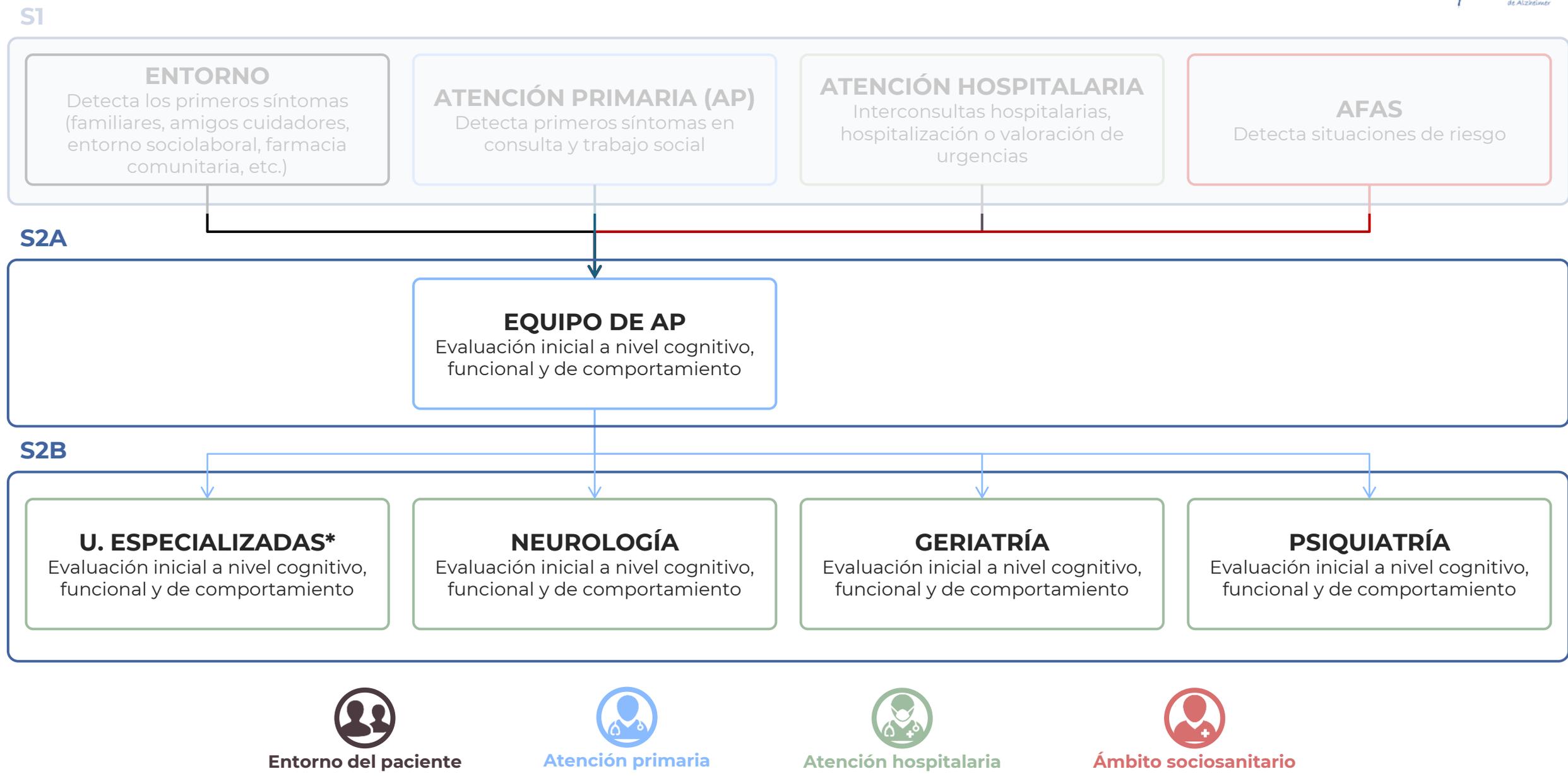
- El **86%** de los expertos encuestados identifican como barrera la **falta de tiempo/conocimiento** de los profesionales sanitarios.
- El **71%** de los expertos encuestados identifican como barrera la **falta de guías y/o protocolos de atención** a los pacientes.
- El **57%** de los expertos encuestados identifican como barrera los **problemas en la capacidad e infraestructura** del sistema y la **reticencia de las personas con EA y sus familiares**.
- **A nivel de atención primaria**, los profesionales de atención primaria encuestados consideran que la **actitud reticente por parte de las personas con EA/familiares** es la principal barrera para detectar a las personas con EA, así como la **falta de tiempo en consulta**.
- **A nivel de atención hospitalaria**, los profesionales de atención hospitalaria encuestados identifican como barrera principal, la **falta de tiempo en consulta**. Además, los expertos señalan también la **falta de herramientas y formación** de los profesionales sanitarios acerca del deterioro cognitivo.

Como áreas de mejora, recomiendan fomentar el uso de **nuevos marcadores de predicción de EA** en la población de riesgo o con carga familiar importante. Asimismo, destacan la necesidad de mejorar los recursos humanos, así como la **formación de los profesionales de atención primaria para potenciar la detección temprana y la derivación temprana**.

AGENTES

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





*Consulta con dedicación a la evaluación de personas con EA distinta de S. Neurología General, Geriatria o Psiquiatria.

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL PACIENTE EN CANTABRIA

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 2: el **71%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 2 sobre valoración del paciente se ajusta a la realidad en Cantabria.**

EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO DE DERIVACIÓN: el **60%** de los profesionales sanitarios encuestados (neurología y geriatría) afirman que **no existe** un protocolo de derivación desde atención primaria a neurología o geriatría para los casos de sospecha de EA; sin embargo, los profesionales de atención primaria indican que sí se dispone del mismo, siendo su grado de conocimiento **ALTO**.

DERIVACIONES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA: desde atención primaria refieren tener capacidad para realizar derivaciones a unidades especializadas, siendo lo más habitual las derivaciones a **neurología o una unidad especializada de EA.**

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

- **Pruebas solicitadas desde atención primaria:** habitualmente, las pruebas solicitadas son la analítica, la valoración neuropsicológica (valoración cognitiva básica) y, pruebas de imagen (TAC). En los protocolos o guías de área, también recomiendan la RM.
- **Pruebas solicitadas desde atención hospitalaria:** existe disponibilidad para realización de pruebas de neuroimagen (TAC, RM y PET) y pruebas en LCR, análisis genéticos y de valoración neuropsicológica.
- **El tiempo medio** desde la sospecha en atención primaria hasta la derivación a atención hospitalaria puede oscilar entre menos de 3 meses, hasta entre 3 y 6 meses.
- **El tiempo medio** desde la derivación desde atención primaria hasta la atención en la consulta de atención hospitalaria puede oscilar entre 1 y 2 meses, hasta entre 3 y 6 meses*.

*Estos tiempos se consideran superiores a otras patologías neurológicas.

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

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

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL PACIENTE EN CANTABRIA

PAPEL DE TRABAJO SOCIAL EN LA VALORACIÓN DE LAS PERSONAS CON SOSPECHA DE EA: la participación e involucración de trabajo social se realiza bajo demanda, respondiendo a interconsultas de unidades específicas como neurología, psiquiatría o geriatría, realizando estudios y diagnósticos sociales. Asimismo, ofrecen acompañamiento y orientación, y gestionan los recursos necesarios para cada persona, y se encargan de derivar a los recursos sociales aquellos casos más apropiados según la situación.

ACCESO A RECURSOS DE NEUROPSICOLOGÍA: el **83%** de los expertos encuestados (profesionales sanitarios + AFA) **afirman tener acceso a recursos de neuropsicología** en esta etapa del proceso, principalmente a través de fondos o líneas de investigación.

PAPEL ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN DEL PACIENTE:

- **Atención primaria:** los profesionales sanitarios de atención primaria encuestados consideran que el papel de enfermería de atención primaria ofrece soporte en la valoración inicial, estando encargadas de realizar algunos test, como el MMT y el T@M, aunque este papel podría ser mayor, con más proactividad. Los profesionales de enfermería no tienen dedicación especial a demencias o EA.
- **Atención hospitalaria:** los profesionales sanitarios de atención hospitalaria afirman que el papel de enfermería es limitado. En este sentido, destacan que actúan como gestores de casos, con alguna tarea específica en las unidades de deterioro cognitivo. Los profesionales de enfermería tienen dedicación especial a demencias o EA en el entorno de atención hospitalaria.
- **Enfermería gestora de casos/práctica avanzada:** el **60%** de los profesionales sanitarios refieren la existencia de estas figuras en su entorno sanitario. Estas figuras actúan como enlace entre distintos niveles asistenciales y especialidades, y de estos con la persona con EA y sus familiares, facilitando su interacción.

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

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: los expertos encuestados destacan algunos de los principales retos para la valoración inicial y hospitalaria de la persona con EA en Cantabria. En este sentido, destacan la escasez de personal especializado para atender esta etapa, así como la distribución y el acceso inequitativo de los recursos y servicios de valoración. Además, consideran que los tiempos de espera son muy prolongados, habiendo un tiempo limitado en las consultas hospitalarias, habiendo una coordinación ineficiente entre los servicios neurología y psiquiatría y trabajo social. Por último, destacan que existe una ausencia de un enfoque integral de la salud, considerando la realidad biopsicosocial de los pacientes, lo cual deriva a una valoración incompleta. Falta coordinación entre los especialistas para evitar duplicidades en el abordaje.

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

- **Incrementar los recursos humanos especializados.**
- **Garantizar equidad** entre áreas sanitarias mediante redistribución de recursos.
- **Establecer guías, protocolos y rutas asistenciales claras.**
- **Reducir tiempos de espera** mediante mejora en la gestión de citas.
- **Fortalecer la coordinación** con servicios sociales y ONGs.

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

	EXPLORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA ABREVIADA	VALORACIÓN DE LA REPERCUSIÓN FUNCIONAL						
ATENCIÓN PRIMARIA	<p>Mini Examen Cognitivo de Lobo</p> <p>Mini-Mental State Examination</p>	<p>Escala de Lawton y Brody (AIVD)</p> <p>Índice de Barthel (ABVD)</p>						
ATENCIÓN HOSPITALARIA	<table border="0"> <tr> <td>Mini-Mental State Examination</td> <td>Test de Pfeiffer</td> </tr> <tr> <td>Mini Examen Cognitivo de Lobo</td> <td>Fototest</td> </tr> <tr> <td>Test del Reloj</td> <td>Montreal Cognitive Assessment</td> </tr> </table>	Mini-Mental State Examination	Test de Pfeiffer	Mini Examen Cognitivo de Lobo	Fototest	Test del Reloj	Montreal Cognitive Assessment	<p>Escala de Lawton y Brody (AIVD)</p> <p>Índice de Barthel</p> <p>Functional Assessment Stages (FAST)</p>
Mini-Mental State Examination	Test de Pfeiffer							
Mini Examen Cognitivo de Lobo	Fototest							
Test del Reloj	Montreal Cognitive Assessment							

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, el Test Reloj y el Montreal Cognitive Assessment**, seguidos del el Test de Pfeiffer, el Functional Assessment Stages, el Minimal Examen Cognitivo de Lobo, y en menor medida el Fototest.

Valoración de la repercusión funcional: el test realizado de manera más habitual en atención hospitalaria son el **Índice de Barthel**, la **Escala de Lawton y Brody**, seguido del Functional Assessment Stages.

Otras herramientas identificadas son: el test de alteración de la memoria (T@M).

AGENTES



Entorno del paciente



Atención primaria



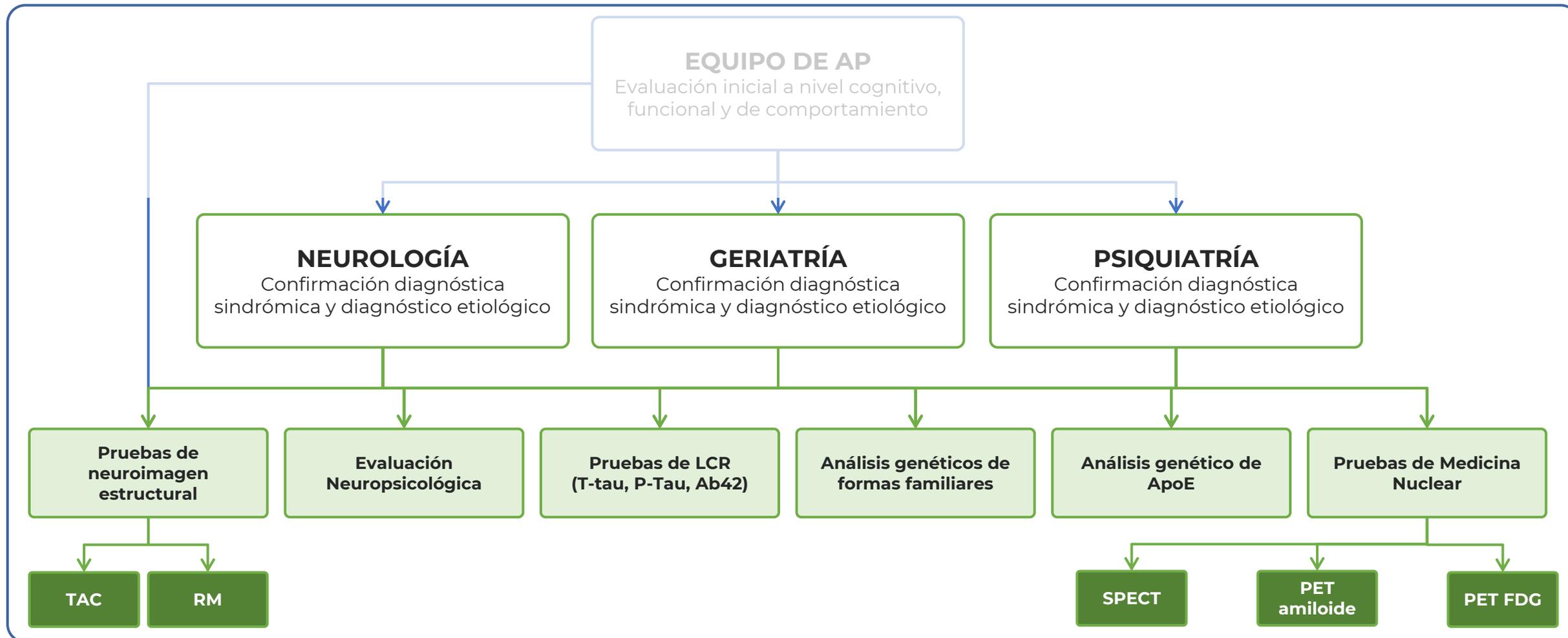
Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario



S3



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN CANTABRIA

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 3: el **57%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 3 sobre valoración diagnóstica se ajusta a la realidad en Cantabria.**

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

El **80%** de los profesionales sanitarios encuestados confirman tener acceso para solicitar una prueba TAC en el caso de sospecha de EA.

Según los profesionales sanitarios encuestados, al **66,5% (40%-86%)*** de las personas con sospecha de EA se les realiza una prueba TAC.

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

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

Un 50% de los profesionales sanitarios encuestados refieren que su centro **dispone** de un uso específico de esta tecnología para personas con sospecha de EA. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).* Mientras que un **25%** confirma que no los dispone y el **25%** 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 **75%** de los profesionales sanitarios encuestados**. El **25%** restante lo desconoce.
- El tiempo de espera es considerado como **INADECUADO** por el **50%** de los profesionales sanitarios encuestados (reportan tiempos de entre 2-3 o bien, lo desconocen), y **ADECUADO** por el **50%** restante (reportan entre 2-3 meses de tiempos de espera).
- El **75%** de los profesionales sanitarios encuestados conoce la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera. En este sentido, destacan la existencia de una Ley de garantía de tiempos máximos de espera, si bien resaltan que es poco conocida por las personas con EA y no siempre se cumple.
- El **75%** de los profesionales sanitarios encuestados consideran que la estrategia más efectiva **para reducir los tiempos de espera es maximizar el uso de máquinas y profesionales disponibles**. El 75% restante señala que la estrategia más efectiva sería aumentar el número de profesionales.

El **75%** de los profesionales sanitarios encuestados afirman que **se enfrentan a barreras a la hora de solicitar esta prueba**, siendo la principal barrera a la que se enfrentan los **tiempos de espera demasiado largos**. Uno de los profesionales sanitarios encuestados no ha indicado ninguna barrera.

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

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

Según los profesionales sanitarios encuestados, al **35,5% (16%-66%)*** 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**.

Solo el **100%** de los profesionales sanitarios encuestados afirman que las pruebas se realizan en el propio centro. .

Un 50% de los profesionales sanitarios encuestados refieren que su centro **dispone** de un uso específico de esta tecnología para personas con sospecha de EA. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).* Mientras que un **25%** confirma que no los dispone y el **25%** restante 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 **un 75%** de los profesionales sanitarios encuestados**. El **25%** restante lo desconoce.
- El tiempo de espera es considerado como **INADECUADO** por **el 75%** de los profesionales sanitarios encuestados (reportan tiempos >3 meses), y **ADECUADO** por el **25%** (reportan, asimismo, tiempos > meses).
- El **50%** de los profesionales sanitarios encuestados señala la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera, destacando la Ley de garantía de tiempos máximos de espera, si bien resalta que es poco conocida por los pacientes y no siempre se cumple.
- El **75%** de los profesionales sanitarios encuestados consideran que la estrategia más efectiva **para reducir los tiempos de espera es maximizar el uso de máquinas y profesionales disponibles**. El 25% restante señala que la estrategia más efectiva sería aumentar el número de profesionales.

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

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

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

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **19% (5%-42%)*** de las personas con sospecha de EA se les realiza una prueba SPECT.

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

El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados afirman que las pruebas se realizan en el propio centro.

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

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

- Entre 1 y 2 meses, según el **33,3%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados, y superior a 3 meses según otro **33,3%****. El **33,3%** restante lo desconoce.
- Este tiempo es considerado como **ADECUADO** por el **66,7%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados (reportan entre 1-2 meses, o bien, lo desconocen), e **INADECUADO** por el **33,3%** restante (reportando > 3 meses).
- El **33,3%** de los profesionales sanitarios encuestados desconoce la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera, destacando la Ley de garantía de tiempos máximos de espera, si bien resalta que es poco conocida por las personas con EA y no siempre se cumple.
- El **66,7%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados consideran que la estrategia más efectiva **para reducir los tiempos de espera es maximizar el uso de máquinas y profesionales disponibles**. El 33,3% restante, señala que no son necesarias ninguna medida.

Un **33,3%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refiere la existencia de **tiempos de espera demasiado largos**, y otro **33,%** afirma que existe una **limitación en base al perfil del paciente**, estando reservado para casos de demencia vascular como indicación principal. El **33,3%** restante no señala ninguna barrera.

Escala: NULO (1-1,5); **BAJO** (1,5-2,5); **MEDIO** (2,5-3,5); **ALTO** (3,5-4,5); **MUY ALTO** (4,5 - 5); *Este porcentaje se ha calculado como la media de los porcentajes que han respondido cada uno de los profesionales sanitarios encuestados (Valor mín-valor máx); **Las opciones para los tiempos de espera incluyen: < 1 mes, 1-2 meses, 2-3 meses, > 3 meses.;

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

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

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

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **22% (10%-46%)*** de las personas con sospecha de EA se les realiza un PET amiloide.

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

El **100%** de los profesionales sanitarios encuestados con acceso a esta prueba afirman que las pruebas se realizan el propio centro.

Un 33,3% de los profesionales sanitarios encuestados refieren que su centro **dispone** de un uso específico de esta tecnología para personas con sospecha de EA. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina)*. Mientras que un **33,3%** confirma que no los dispone y el **33,3%** restante lo desconoce.

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

- El **66,7%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados con acceso a esta prueba desconocen el tiempo medio de espera, mientras que el **33,3%** indica que es entre 1 y 2 meses**.
- El tiempo de espera es considerado como **ADECUADO** por el **66,7%** (reportan entre 1-2 meses) de los profesionales de atención hospitalaria con acceso a esta prueba. El **33,3%** restante lo desconoce.
- El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren que no existen políticas públicas para reducir los tiempos de espera o lo desconocen.
- El **100%** de los profesionales sanitarios encuestados consideran que la estrategia más efectiva **para reducir los tiempos de espera es maximizar el uso de máquinas y profesionales disponibles**.

El **66,7%** de los profesionales sanitarios encuestados no han indicado ninguna barrera a la hora de solicitar estas pruebas, mientras que un **33,3%** indica que son los tiempos de espera demasiado largos.

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

El **66,7%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refiere tener acceso para solicitar una prueba PET FDG en el caso de sospecha de EA, mientras que un **33,3%** señala que no dispone de acceso.

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados con acceso a esta prueba, al **34% (20%-48%)*** de las personas con sospecha de EA se les realiza un PET FDG.

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

El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria con acceso a esta prueba afirma que se realiza en el propio centro, y un **50%** dispone de un uso exclusivo de esta tecnología para personas con sospecha de EA. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).*

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

- Entre 1 y 2 meses, según el **50%** de los profesionales de atención hospitalaria con acceso a esta prueba; el **50%** restante lo desconoce**.
- El tiempo de espera es considerado como **ADECUADO** por el **50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestado con acceso a la prueba (que reportan entre 1-2 meses de espera); e **INADECUADO** por el **50%** restante.
- Se desconoce la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- El **50%** de los profesionales sanitarios encuestados consideran que la estrategia más efectiva **para reducir los tiempos de espera es maximizar el uso de máquinas y profesionales disponibles**; mientras que el otro **50%** indica que no es necesaria ninguna estrategia.

Uno de los profesionales sanitarios encuestados afirma que, si bien no existe un límite al número de pruebas, sí se entiende que es una prueba reservada para casos seleccionados.

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

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

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

El **33,3%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren tener acceso para solicitar una prueba de LCR en el caso de sospecha de EA. Un **33,3%** indica no tener acceso, mientras que el **33,3%** restante, señala que no las utiliza.

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **35%*** de las personas con sospecha de EA se les realiza un LCR.

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

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

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

- Menos de 1 mes, según el profesional de atención hospitalaria con acceso a esta prueba**, y considera que el tiempo es **ADECUADO**.
- Asimismo, el profesional sanitario con acceso a esta prueba refiere que no existen políticas públicas para reducir los tiempos de espera; además, indica que no son necesarias las estrategias para reducir los tiempos de espera y tampoco indica ninguna limitación para la realización de las mismas.

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

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

Según el profesional de atención hospitalaria con acceso a esta prueba, al **5%*** de las personas con sospecha de EA se les realiza un test genético (ApoE).

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

El profesional de atención hospitalaria encuestado con acceso a estas pruebas afirma que las puede realiza en centros de referencia del SNS, y que **no dispone** en su centro de un uso específico de esta tecnología para personas con sospecha de EA. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).*

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

- Entre 1 y 2 meses, según el profesional de atención hospitalaria con acceso a esta prueba**, y considera que el tiempo es **ADECUADO**.
- Asimismo, el profesional sanitario con acceso a esta prueba refiere que no existen políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- Considera como la estrategia más **efectiva para reducir los tiempos de espera es realizar la prueba en el propio centro**, si bien no indica ninguna limitación para la realización de la misma.

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

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

Según el profesional de atención hospitalaria con acceso a esta prueba, al **5%*** de las personas con sospecha de EA se les realiza un test genético (formas familiares).

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

El profesional de atención hospitalaria encuestado con acceso a estas pruebas afirma que las puede realiza en centros de referencia del SNS, y que **no dispone** en su centro de un uso específico de esta tecnología para personas con sospecha de EA. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).*

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

- Entre 1 y 2 meses, según el profesional de atención hospitalaria con acceso a esta prueba**, y considera que el tiempo es **ADECUADO**.
- Asimismo, el profesional sanitario con acceso a esta prueba refiere que no existen políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- Considera como la estrategia más **efectiva para reducir los tiempos de espera es realizar la prueba en el propio centro**, si bien no indica ninguna limitación para la realización de la misma.

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

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: los principales retos y áreas de mejora identificados por los expertos se centran en la **falta de equipos multidisciplinares y herramientas diagnósticas**, como los instrumentos prácticos y la integración de biomarcadores, así como los **largos tiempos de espera** para pruebas diagnósticas, que dificultan un diagnóstico temprano. Otro reto es abordar el diagnóstico desde un **enfoque integral** que combine aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

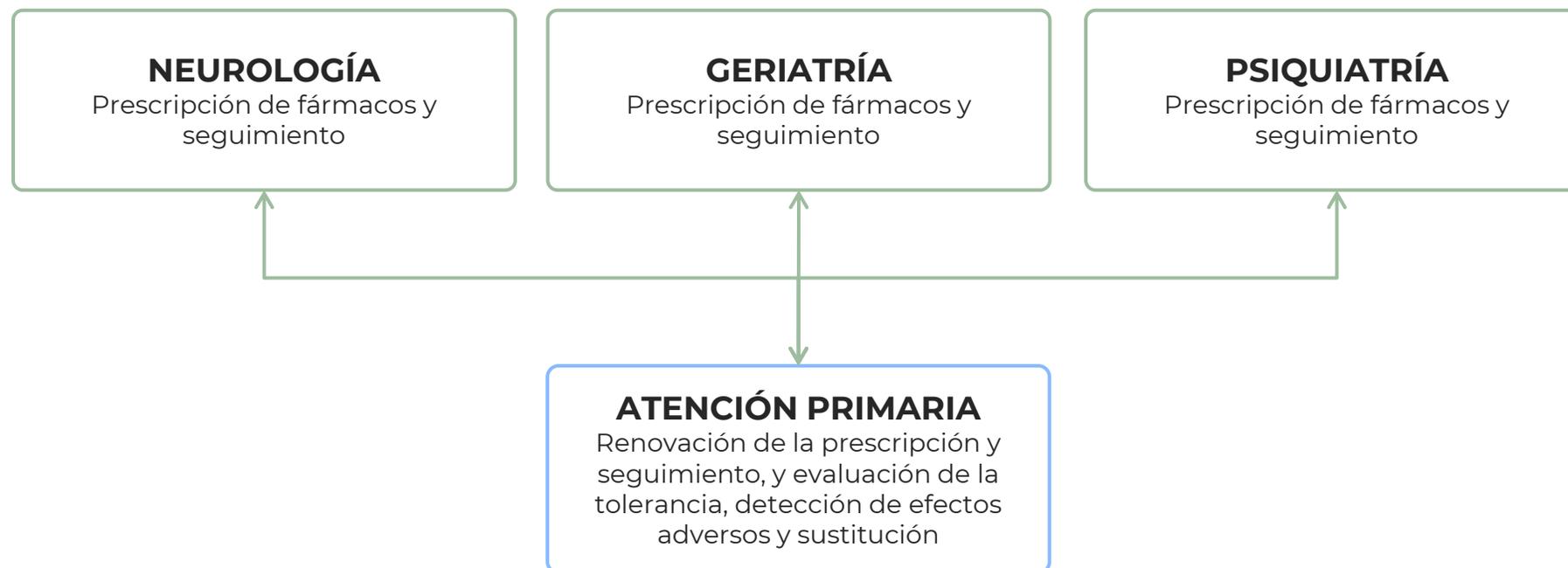
Como **áreas de mejora**, se plantean:

- **Reforzar** los servicios hospitalarios con más **infraestructura y recursos humanos**, fomentando la contratación de personal especializado.
- **Reducir tiempos de espera** mediante optimización de recursos y priorización de casos.
- **Incorporar biomarcadores y herramientas digitales** en programas informáticos.
- Crear **protocolos para detección temprana en atención primaria**, así como circuitos asistenciales entre los distintos niveles de atención y dentro del nivel hospitalario.
- Fomentar la **coordinación interdisciplinar** para un abordaje integral.
- **Test de biomarcadores en sangre para la EA:** aunque aún no están disponibles (no comercializados, pero sí disponibles para investigación), los expertos encuestados muestran interés en los biomarcadores en sangre como herramienta de cribado accesible, especialmente para las terapias antiamiloides. Su uso podría reducir tiempos y costes en el diagnóstico temprano de la EA, y su acceso debería ser garantizado una vez aprobados.

AGENTES



S4A



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE TRATAMIENTO

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 4A: el **57%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 4A sobre tratamiento farmacológico se ajusta a la realidad en Cantabria.**

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

Los profesionales sanitarios refieren que, además de neurología, también lo puede iniciar geriatría y psiquiatría y, en menor medida, medicina familiar y comunitaria.

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 junto con el profesional de medicina familiar y comunitaria, seguido de psiquiatría y geriatría.

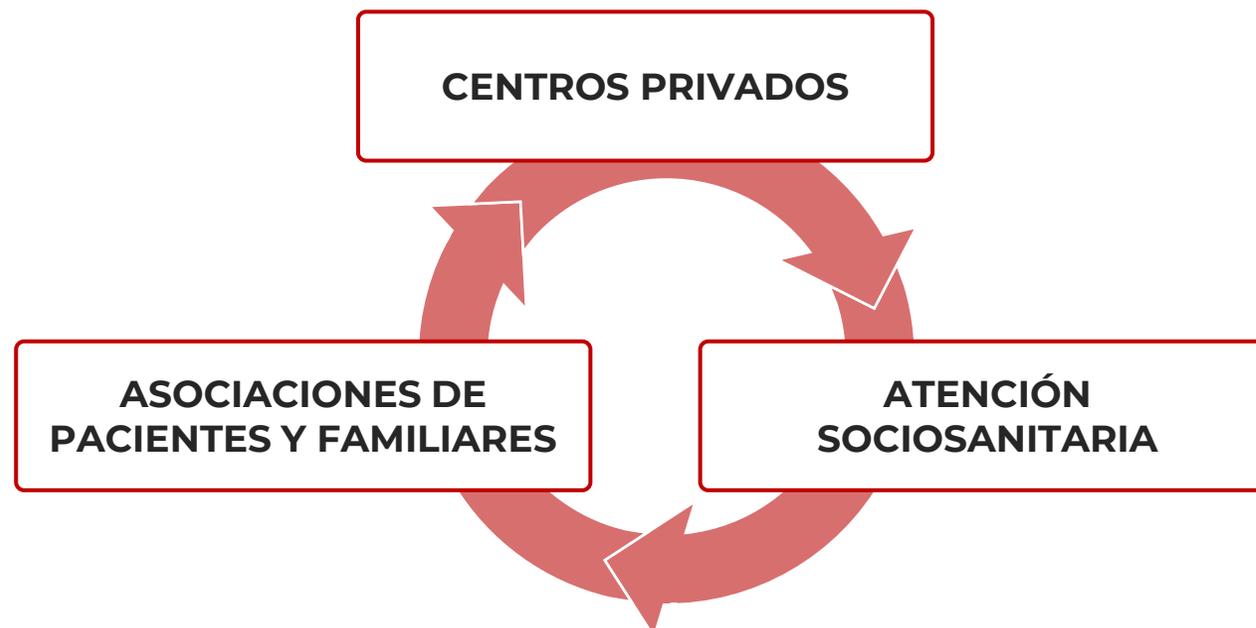
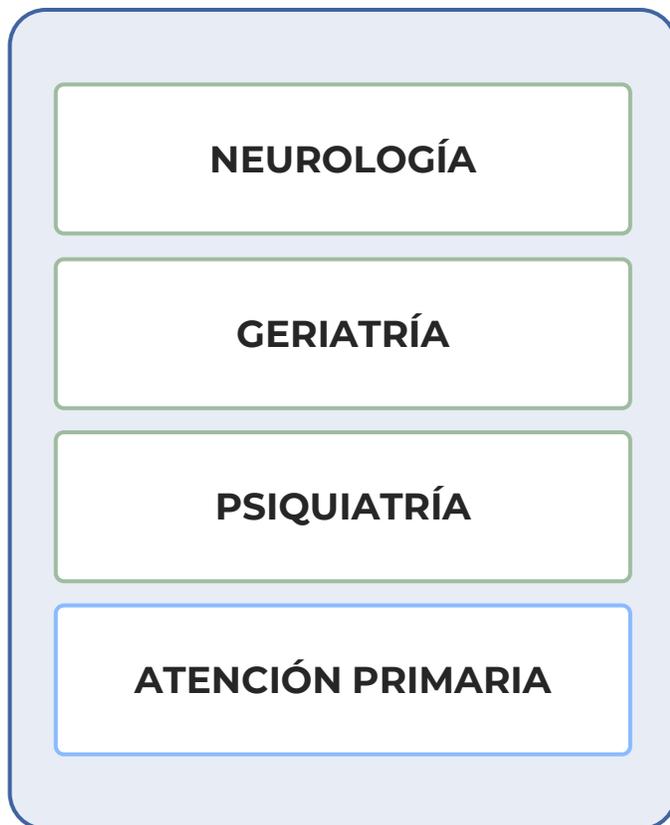
RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN CANTABRIA

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: los principales retos y áreas de mejora identificados por los expertos encuestados incluyen las **barreras en el acceso a fármacos fuera de la prescripción clínica**, así como los **obstáculos administrativos y la lentitud en la renovación de los visados farmacológicos**. Además, los expertos resaltan la **falta de formación de los profesionales sanitarios** en el uso de los fármacos específicos para la EA.

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

- **Agilizar los procesos administrativos y burocráticos** relacionados con los visados.
- **Establecer protocolos y guías clínicas claras sobre el uso de fármacos en EA.**
- Mejorar la **información a las familias y personas con EA** sobre los fármacos recetados y su importancia.
- **Incorporación**, cuando se aprueben, de los **fármacos que modifican la progresión de la enfermedad**.

S4B



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN CANTABRIA

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 4B: el **60%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 4b sobre tratamiento no farmacológico se ajusta a la realidad en Cantabria.**

Entre los tratamientos no farmacológicos disponibles para personas con EA, el **67%** de los expertos encuestados (excepto trabajo social) citan los **talleres de memoria** y el **33%** mencionan las **técnicas orientadas a controlar o disminuir la incidencia de problemas conductuales** y **técnicas de mantenimiento de la funcionalidad**; y **técnicas de estimulación cognitiva**.

Como otras terapias, los expertos indican: el ejercicio físico, las técnicas *Demencia Care Mapping* (DCM), las terapias de validación, y las terapias con muñecas, así como control de los riesgos cardiovasculares.

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

- Al **61,6%**, técnicas de mantenimiento de la funcionalidad;
- Al **49,4%** se les prescriben talleres de memoria;
- Al **47%**, estimulación cognitiva;
- Al **22%**, técnicas orientadas a controlar o disminuir la incidencia de problemas conductuales*.

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

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

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

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: los principales retos incluyen la falta de coordinación y plataformas interactivas entre los sistemas sanitarios y sociales, así como la escasez de centros de día especializados y estratificados según el perfil del paciente. Además, los expertos destacan la ausencia generalizada de los tratamientos no farmacológicos, especialmente aquellos relacionados con la estimulación cognitiva. Asimismo, señalan el desconocimiento y falta de formación en terapias no farmacológicas tanto en el sistema sanitario como en los servicios sociales.

Como **áreas de mejora**, se propone:

- Mejorar la coordinación sociosanitaria.
- Incrementar los recursos y accesibilidad a tratamientos no farmacológicos.
- Ampliar la oferta de centros especializados en terapias no farmacológicas, disponibles en toda la comunidad autónoma.
- Generalizar la implementación de estas terapias para todos los diagnosticados.

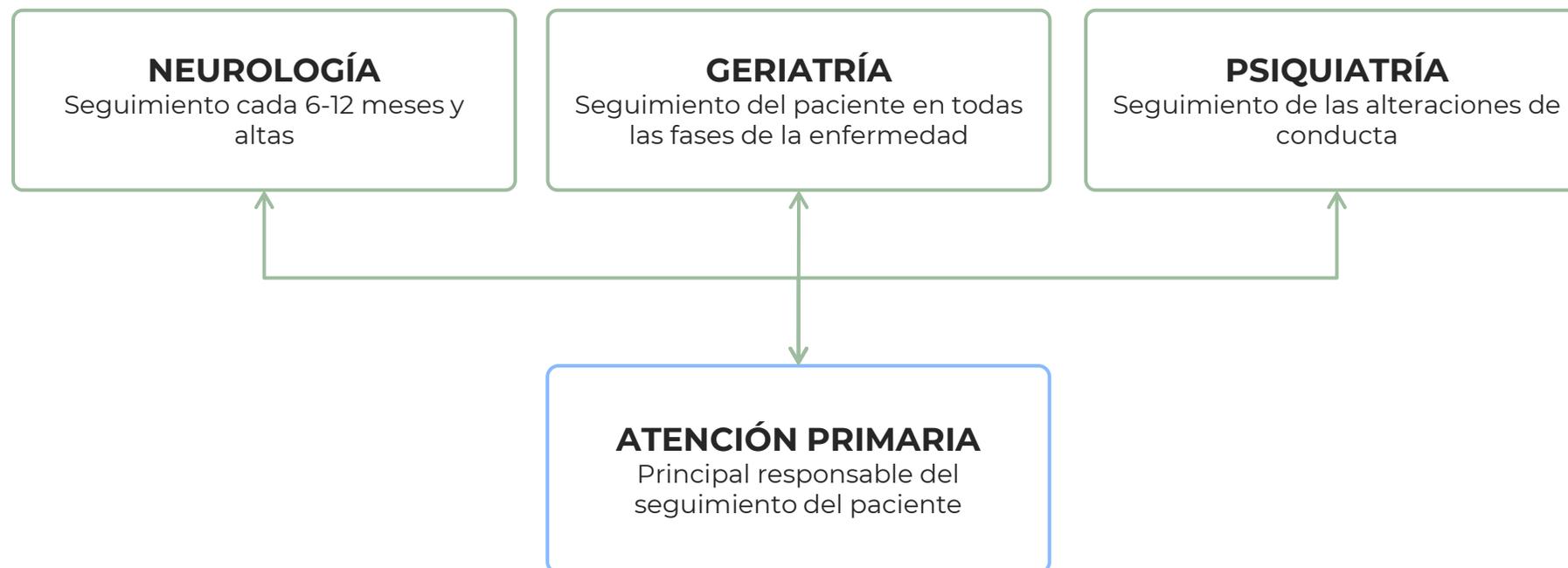
El **57%** de los expertos encuestados afirman que los tratamientos no farmacológicos realizados a las personas con EA están financiados por la consejería de **Bienestar Social**; mientras que el **43%** de los expertos restantes señalan que no están financiados, o lo desconocen.

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

AGENTES



S5



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE SEGUIMIENTO EN CANTABRIA

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 5: el **43%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 5 sobre seguimiento se ajusta a la realidad en Cantabria.**

Los profesionales sanitarios encuestados refieren que **el seguimiento se realiza principalmente por los profesionales de medicina familiar y comunitaria (80%),** seguidos de **neurología (60%).**

EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO ESPECÍFICO DE SEGUIMIENTO: todos de los expertos encuestados afirman que desconocen o no existe un protocolo específico para el seguimiento de las personas con EA.

FRECUENCIA DEL SEGUIMIENTO: el **67%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren que el seguimiento se realiza **cada 6-12 meses;** mientras que el **33%** restante indica que cada **menos de 6 meses.** Desde atención primaria, refieren que el seguimiento se realiza, asimismo, cada 6-12 meses. Los profesionales sanitarios ponen de manifiesto que sería deseable que este tiempo fuera menor del actual, con un seguimiento semestral, programado, y a demanda si hubiera cambios.

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

SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: la función principal de atención primaria en el seguimiento farmacológico identificada por **el 80%** de los profesionales sanitarios es la información y asesoramiento al paciente, junto con la evaluación de los efectos adversos y la renovación de la prescripción. El **60%** de los profesionales sanitarios identifican, además, la evaluación de la adherencia.

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE SEGUIMIENTO EN CANTABRIA

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

COORDINACIÓN SOCIAL Y SANITARIA: se destacan varias acciones para fomentar la coordinación social y sanitaria, como **reuniones de coordinación sociosanitarias**, la **creación de un protocolo en desarrollo** y la **intervención de trabajadores sociales tanto en centros de salud como en hospitales**. Además, existen **programas especializados** como el de Psicogeriatría en psiquiatría hospitalaria y la teleasistencia de la Unidad de Deterioro Cognitivo en neurología. También participan los servicios sociales de los ayuntamientos en algunos casos. Asimismo, se ha creado un comité entre la D.G. de la Consejería de Salud y la de Inclusión Social.

PAPEL DE TRABAJO SOCIAL DURANTE EL SEGUIMIENTO: los servicios sociales ofrecen orientación y apoyo psicosocial, visitas a domicilio, gestión de ayudas y derivación a recursos disponibles. Por lo general, actúan a demanda de especialistas o atención primaria, facilitando trámites administrativos relacionados con la Ley de Dependencia y acceso a centros residenciales. También brindan intervención en crisis, consejo y continuidad asistencial. Las acciones están enfocadas en la valoración del riesgo y la gestión de ayudas, y el acompañamiento a pacientes y familiares en su acceso a la red de apoyo. Los expertos encuestados refieren que la facilidad para derivar a la persona con EA a trabajo social es **MEDIO**.

IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN EL CUIDADOR: el **57%** 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 el área de mayor repercusión de la EA es la salud psíquica. Un **86%** menciona, además, la calidad de vida y vida laboral, las repercusiones en las relaciones familiares y sociales, y la salud física.
- Las acciones propuestas para mitigar este impacto son: optimizar los servicios y ayudas de los Servicios Sociales, y fomentar programas de apoyo que incluyan educación sanitaria, talleres de apoyo al cuidador de forma institucional, habilidades para el autocuidado y grupos de ayuda mutua. Además, se sugiere el desarrollo intensivo de recursos psicosociales y apoyo psicológico a lo largo del proceso de enfermedad.

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

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

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: los expertos encuestados destacan la escasez de recursos humanos, y la necesidad de mejorar la coordinación e interacción entre las especialidades implicadas, de acuerdo con las necesidades de la persona con EA. En este sentido, resaltan la necesidad de optimizar el flujo y garantizar la continuidad asistencial y la interdisciplinariedad.

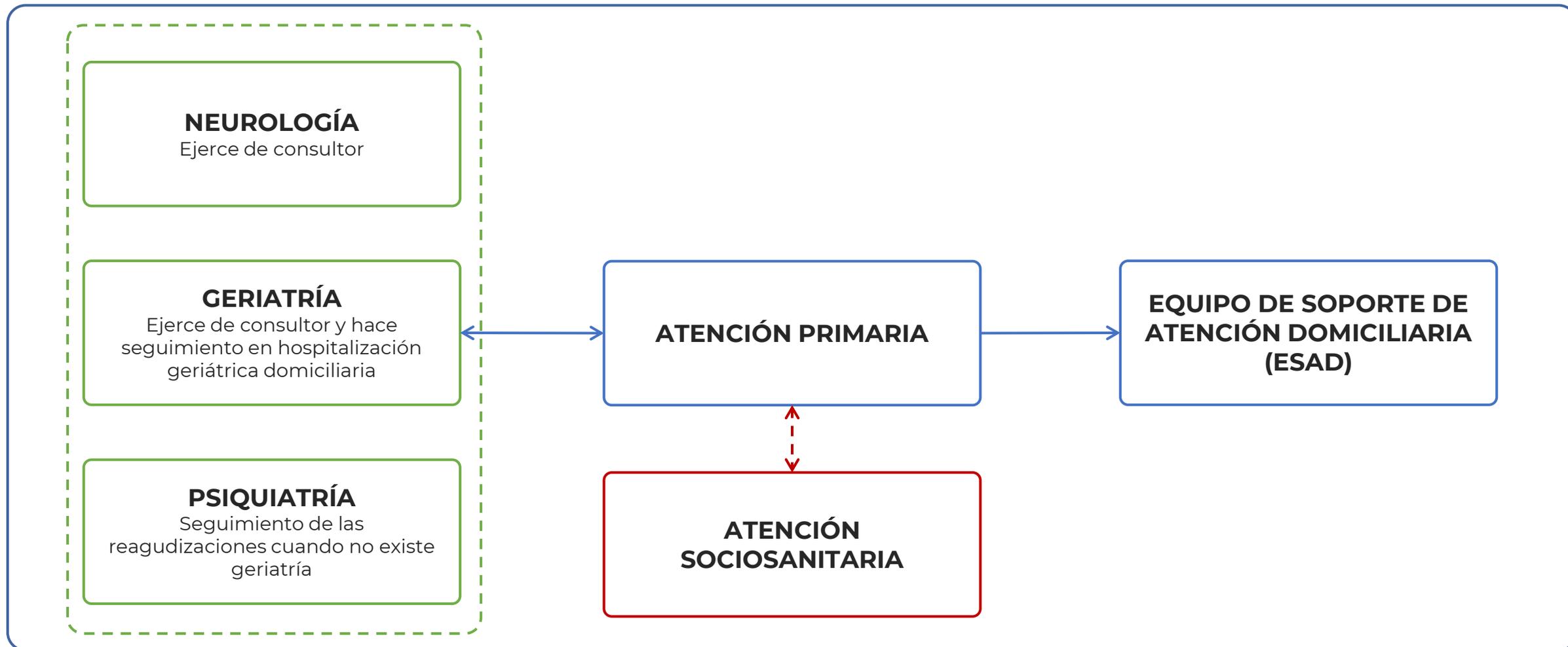
En este sentido, como **áreas de mejora**, proponen:

- Lograr que el seguimiento del paciente recaiga en atención primaria como garante de la longitudinalidad del cuidado.
- Rutas asistenciales ágiles y claras en atención primaria.
- Uso de nuevas tecnologías, como la telemedicina, para evitar desplazamientos y reducir costes.
- Aumento de citas de seguimiento y mayor accesibilidad a profesionales especializados ante cambios en la enfermedad.

AGENTES



S6



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN CANTABRIA

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 6: el **43%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 6 sobre cuidados paliativos se ajusta a la realidad en Cantabria.**

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

PAPEL DE TRABAJO SOCIAL: los expertos (salvo trabajo social) desconocen el papel de trabajo social durante el subproceso de cuidados paliativos. En este sentido, el profesional de trabajo social destaca que, entre sus funciones principales, se encuentran el apoyo psicosocial, el acompañamiento en la toma de decisiones y resolución de problemas, la intervención en crisis, el asesoramiento y acceso a recursos de apoyo formal, la coordinación y la continuidad asistencial, ya que cuentan con una mejor visión integral de la persona con EA.

PAPEL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA: según los expertos encuestados, los profesionales de medicina familiar y comunitaria participan en el subproceso de cuidados paliativos realizando el control y seguimiento del paciente, a menudo con limitaciones de tiempo y acceso. La intervención suele ser conjunta con el equipo de cuidados paliativos, con un enfoque activo por parte de atención primaria y más pasivo por parte de la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP).

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

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: los expertos encuestados señalan la **falta de personal y de tiempo** para organizar y coordinar adecuadamente los cuidados. También hay una **carencia de criterios diagnósticos claros para derivar** a las personas con EA a unidades de cuidados paliativos, lo que agrava el desconocimiento de los profesionales sobre cómo realizar estas derivaciones. Además, la **accesibilidad y cobertura de los cuidados paliativos sigue siendo limitada**, lo que complica la atención integral de los pacientes en esta etapa.

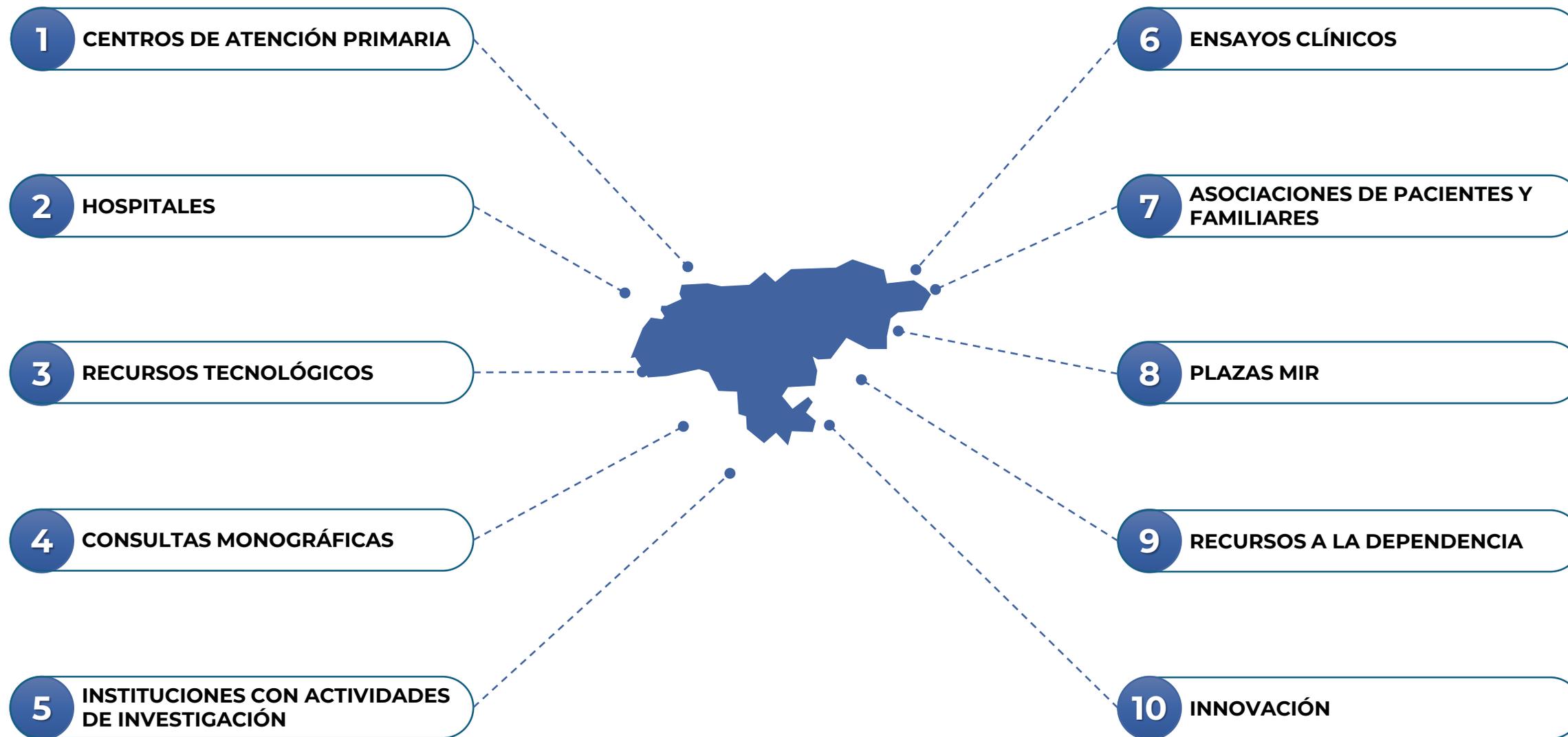
En cuanto a las **áreas de mejora**, se propone:

- Mejorar la formación de los profesionales asistenciales en cuidados paliativos.
- Potenciar el apoyo desde atención primaria como parte de la ruta de deterioro cognitivo.
- Aumentar la visibilidad de los servicios de cuidados paliativos y garantizar su acceso a todos los casos necesarios.
- **El 66,7%** de los expertos encuestados coinciden en que las barreras más habituales en este subproceso son el **desconocimiento de recursos por parte de familiares y/o cuidadores, y la falta de plazas en residencias de cuidados paliativos.**

4. RECURSOS DISPONIBLES

MAPEA
Mapa de recursos para enfermos
de Alzheimer





1 CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

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



165 CENTROS DE AP

- 42 Centros de salud
- 123 Consultorios locales

2 HOSPITALES

HOSPITALES PÚBLICOS

Hospital Comarcal de Laredo

Hospital Universitario Marques de Valdecilla

Hospital Sierrallana

HOSPITALES PRIVADOS

Hospital Mompia

Centro Hospitalario Padre Menni

Hospital Santa Clotilde

MUTUAS COLABORADORAS CON LA SEGURIDAD SOCIAL

Hospital Mutua Montañesa



7 HOSPITALES

- 3 Públicos
- 3 Privados
- 1 Mutuas colaboradoras con la SS

2 HOSPITALES

PUESTOS DE HOSPITAL DE DÍA PÚBLICOS

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



48,9

Puestos de hospital de día por cada 100.000 habitantes

3 RECURSOS TECNOLÓGICOS

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



- 11 TAC
- 9 RM
- 1 SPECT
- 2 PET

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

4 CONSULTAS MONOGRÁFICAS

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

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

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

CENTRO	UNIDAD
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla	Unidad de Deterioro Cognitivo

**Nota: también existen dos unidades monográficas de psicogeriatría.*



Se han identificado un total de **1** centro hospitalario con algún tipo de consulta monográfica de demencias

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

TIPO DE CENTRO: Público

CONSULTA MONOGRÁFICA: Unidad de Deterioro Cognitivo

SERVICIO: Neurología

LISTA DE ESPERA SERVICIO: -- pacientes

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



En Cantabria, existen **0,14** 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 Cantabria es de **0,17**

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 Cantabria.

INSTITUTOS DE INVESTIGACIÓN SANITARIA ACREDITADOS

Instituto de Investigación Valdecilla (IDIVAL)

+

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

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

CENTROS DE INVESTIGACIÓN	LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN
<p>Área de Neurociencias Enfermedades neurodegenerativas IDIVAL</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Investigación en neuropatías periféricas. Correlaciones clínico-moleculares en neuropatías hereditarias Fisiopatología del síndrome de Guilláin-Barré. 2. Investigación en demencias: la línea de demencia se centra en investigación clínica ligada a la actividad de la Unidad de Deterioro Cognitivo y al proyecto «Valdecilla Study for Memory and Brain Aging». Presenta tres áreas fundamentales: Neuropsicología: descripción de los perfiles de alteración cognitiva y conductual con utilidad clínica en las principales demencias. Genética: como grupo fundador del grupo DEGESCO somos coordinadores de proyectos nacionales de genética de demencias y colaboramos en los principales consorcios internacionales de genética de Alzheimer. Biomarcadores: en la línea dedicada a biomarcadores de la enfermedad de Alzheimer destacan nuestros estudios con marcadores de LCR y PET PIB en colaboración con el grupo de Medicina Nuclear del HUMV. 3. Investigación en enfermedad de Parkinson. 1. Biomarcadores clínico-moleculares en la enfermedad de Parkinson asociada a la mutación G2019S de LRRK2. 2. Epidemiología genética de la enfermedad de Parkinson. 4. Investigación en ataxias hereditarias. 1. Correlaciones clínico-moleculares de las ataxias hereditarias. 2. Biomarcadores multimodales en ataxias hereditarias. 5. Investigación en ELA. Epidemiología y nuevas terapias en la ELA.

6 ENSAYOS CLÍNICOS SOBRE ALZHEIMER

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

CÓDIGOS EEC

2021-001184-25	2017-001364-38
2017-002455-29	2017-002702-12
2024-510888-39-00	2015-003034-27
2023-506919-18-00	2017-001339-38
2022-501918-55-00	2023-506183-13-00
2023-506170-12-00	2015-005438-24
2016-004169-18	2022-500069-29-00
2016-003288-20	
2019-000370-27	
2020-000766-42	



17

Ensayos clínicos sobre Alzheimer en Cantabria

DATOS SOBRE EEC EN CANTABRIA

En Cantabria existen **2,4 ensayos clínicos por centro hospitalario** ya sean públicos o privados.

Se calcula que la ratio de **ensayos clínicos** por cada 100.000 habitantes en Cantabria es de **2,9**

LISTADO DETALLADO DE EECC DE ALZHEIMER EN CANTABRIA

IDENTIFICADOR	TÍTULO PÚBLICO
2021-001184-25	Un estudio para evaluar la eficacia y seguridad de gantenerumab en participantes en riesgo de padecer la enfermedad de Alzheimer o en las primeras etapas
2017-002455-29	Estudio de extensión de AVP-786 para el tratamiento de pacientes con agitación asociada a la demencia de tipo Alzheimer.
2024-510888-39-00	A phase 3 clinical study to investigate the effects of BAN2401 in subjects with preclinical Alzheimer's Disease.
2023-506919-18-00	A Research Study Investigating Semaglutide in People With Early Alzheimer's Disease (EVOKE)
2022-501918-55-00	Study to Assess Adverse Events, Change in Disease Activity and How Oral ABBV-552 Capsules Moves Through the Body of Participants Aged 50 to 90 Years With Mild Alzheimer's Disease
2023-506170-12-00	A study to learn if bepranemab is safe and works in people with early stages of Alzheimers Disease
2016-004169-18	Estudio para evaluar la seguridad, tolerabilidad y efecto antiinflamatorio de tres dosis bucales de Sativex® en pacientes con estadios iniciales de demencia tipo Alzheimer.
2016-003288-20	Estudio de Eficacia y Seguridad de Crenezumab en pacientes con Enfermedad de Alzheimer de Prodrómica a leve.
2019-000370-27	Estudio de COR388 en Sujetos con Enfermedad de Alzheimer
2020-000766-42	Estudio abierto para evaluar la seguridad, tolerabilidad y eficacia de la administración a largo plazo de gantenerumab en participantes con enfermedad de Alzheimer
2017-001364-38	Un estudio para evaluar eficacia y seguridad de Gantenerumab en pacientes con Enfermedad de Alzheimer temprada
2017-002702-12	Extensión de fase Abierta de CREAD: Estudio de Crenezumab para evaluar eficacia y seguridad en Pacientes con Enfermedad de Alzheimer (EA) de prodrómica a leve
2015-003034-27	ESTUDIO EN FASE III, MULTICÉNTRICO, ALEATORIZADO, DOBLE CIEGO, CONTROLADO CON PLACEBO Y DE GRUPOS PARALELOS PARA EVALUAR LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE CRENEZUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DE PRODRÓMICA A LEVE
2017-001339-38	AVP-786 para el tratamiento de sujetos con agitación asociada con demencia de tipo Alzheimer.
2023-506183-13-00	A study to evaluate the safety and long-term biomarker effects of RO7269162 in participants at risk for or at the prodromal stage of Alzheimers Disease (AD)
2015-005438-24	BI 425809 en pacientes con deterioro cognitivo debido a enfermedad de Alzheimer.
2022-500069-29-00	A phase 1b/2, multicenter, adaptive, double-blind, randomized, placebo-controlled study to assess the safety, tolerability, immunogenicity, and pharmacodynamic effects of ACI-24.060 in subjects with prodromal Alzheimers disease and in adults with Down syndrome (ABATE)

7

ASOCIACIONES DE PACIENTES Y FAMILIARES

AFAS

AFA Cantabria

sorayaafacantabria.com

942 367 575

+

1

Asociaciones de Familiares y Pacientes en Cantabria

DATOS SOBRE AFAS EN CANTABRIA

67%

de los expertos encuestados consideran como **BAJO** el nivel de participación de las AFAS en la toma de decisiones.

83%

de los profesionales sanitarios encuestados y AFAs, consideran que la inclusión de la opinión de las AFAS para implementar mejoras y modificar procesos en el manejo de personas con EA es **escasa**.

8 PLAZAS MIR

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

PLAZAS MIR 2024

- **3** Neurología
- **37** Medicina Familiar y Comunitaria
- **0** Geriatría
- **3** Psiquiatría



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

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

LAREDO	UDM GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA DEL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD. ZONA II LAREDO	7
SANTANDER	UDM GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA DEL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD. ZONA I SANTANDER	20
TORRELAVEGA	UDM GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA DEL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD. ZONA III TORRELAVEGA	10

NEUROLOGÍA

SANTANDER	H. UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA	3
-----------	--	---

PSIQUIATRÍA

SANTANDER	UDM SALUD MENTAL H. UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA	3
-----------	---	---

RESULTADOS SOBRE RECURSOS FORMATIVOS

60%

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

80%

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

9 DEPENDENCIA

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

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

GRADOS DE DEPENDENCIA

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



PRESTACIONES Y SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

- Ayuda a domicilio
- Teleasistencia
- Centros de día y de noche
- Atención residencial
- Prestaciones económicas

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

AYUDA A DOMICILIO

Es un servicio de atenciones de apoyo en su domicilio ofertado a las personas reconocidas en situación de dependencia, realizadas por personal cualificado. El objetivo es prestar el apoyo y atención en las necesidades de la vida diaria, permitiendo la permanencia de la persona dependiente en su entorno y el apoyo a los cuidadores familiares.

Población destinataria:

- Situación: Personas en situación de dependencia.
- Intensidad del servicio de ayuda a domicilio según grado de dependencia
 - Grado I: De 20 a 37 horas mensuales.
 - Grado II: De 38 a 64 horas mensuales.
 - Grado III: De 65 a 94 horas mensuales..

Requisitos de acceso:

- Tener reconocido un grado de dependencia que garantice el acceso a la prestación.
- Que el Programa Individual de Atención establezca la prestación de este servicio.

Coste del servicio:

- El servicio implica una participación económica de la persona usuaria en el coste total del servicio que se determinará en función de su renta y patrimonio.

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

TELEASISTENCIA DOMICILIARIA

Es un servicio de comunicación permanente que permite a la persona usuaria pedir ayuda en situaciones de emergencia desde el domicilio. Consiste en un dispositivo conectado a la línea telefónica, a través del cual el usuario, cuando lo necesite, sólo tiene que apretar un botón de un colgante que le pone en contacto con el centro de atención, desde donde le atienden y se movilizan los recursos necesarios. El objetivo es promover la permanencia en el entorno habitual de la persona en situación de dependencia que vive solo o pasa solo gran parte del día y de forma específica asegurar una atención ante situaciones de emergencia.

Población destinataria:

- Situación: Personas en situación de dependencia que vivan solos o lo estén gran parte del día o convivan con personas en situaciones similares. Las personas usuarias del servicio de teleasistencia deberán presentar una situación física, psíquica o sensorial compatible con la prestación del servicio.

Requisitos de acceso:

- Tener reconocido un grado de dependencia que garantice el acceso a la prestación.
- Que el Programa Individual de Atención establezca la prestación de este servicio.

Coste del servicio:

- Sin coste para la persona usuaria.

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

ATENCIÓN RESIDENCIAL TEMPORAL O PERMANENTE

Este servicio ofrece atención integral en todas las necesidades de la vida diaria. Tiene carácter temporal, atiende estancias de convalecencia de la persona en situación de dependencia o de enfermedad, descanso o formación de la persona cuidadora o del asistente persona. El objetivo es asegurar un espacio de atención a las personas en situación de dependencia cuando por una circunstancia temporal no pueden permanecer en su domicilio.

Población destinataria:

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

Requisitos de acceso:

- Tener reconocida la situación de dependencia en Grado II o III.
- Que el Programa Individual de Atención establezca la prestación de este servicio (permanente)

Coste del servicio:

- El servicio implica una participación económica de la persona usuaria en el coste total del servicio que se determinará en función de su renta y patrimonio.

69

RESIDENCIAS

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

ATENCIÓN EN CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Este servicio ofrece una atención integral especializada durante el día a las personas con enfermedad o trastorno mental. El objetivo es mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía persona y apoyar a las familias.

Población destinataria:

- Situación: Personas con enfermedad mental.

Requisitos de acceso:

- Tener reconocida la situación de dependencia.
- Tener entre 18 y 65 años.
- Personas con enfermedad o trastorno mental.
- Que el Programa Individual de Atención establezca la prestación de este servicio.

Coste del servicio:

- El servicio implica una participación económica de la persona usuaria en el coste total del servicio que se determinará en función de su renta y patrimonio.

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

ATENCIÓN EN CENTROS OCUPACIONALES

Este servicio ofrece una atención integral orientada, fundamentalmente, a la habilitación laboral de personas con discapacidad que no pueden acceder definitiva o temporalmente a un puesto de trabajo ordinario o protegido. El objetivo es lograr la inserción de las personas con discapacidad en el mercado laboral.

Población destinataria:

- Situación: Personas con discapacidad que han terminado el período de escolaridad y que se encuentran en edad laboral.

Requisitos de acceso:

- Tener más de 18 años y menos de 65.
- Tener reconocido un grado de dependencia que garantice el acceso a la prestación.
- Que el Programa Individual de Atención establezca la prestación de este servicio.

Coste del servicio:

- El servicio implica una participación económica de la persona usuaria en el coste total del servicio que se determinará en función de su renta y patrimonio.

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

ATENCIÓN EN CENTROS DE NOCHE

Este servicio ofrece una atención integral durante la noche a las personas en situación de dependencia. Desarrolla actividades para el mantenimiento de la autonomía personal y de apoyo a las familias y cuidadores. El objetivo es asegurar un espacio de atención durante la noche a las personas en situación de dependencia que además de dar respuesta a las necesidades de las personas (alteraciones de sueño) fundamentalmente brinde apoyo a las familias cuidadoras (turnos de trabajo, imposibilidad de descanso, etc.).

Población destinataria:

- Situación: Personas en situación de dependencia, que el resto del día tengan asegurados los apoyos o cuidados necesarios.

Requisitos de acceso:

- Tener reconocido un grado de dependencia que garantice el acceso a la prestación.
- Que el Programa Individual de Atención establezca la prestación de este servicio.

Coste del servicio:

- El servicio implica una participación económica de la persona usuaria en el coste total del servicio que se determinará en función de su renta y patrimonio.

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

ATENCIÓN EN CENTROS DE DÍA

Servicio ofrece una atención integral durante el día a las personas en situación de dependencia, desarrolla actividades para el mantenimiento de la autonomía personal y el apoyo a las familias y cuidadores.

Objetivos:

1. Promover la permanencia de las personas en su medio habitual de convivencia.
2. Mejorar o mantener las capacidades de las personas y sus niveles de autonomía personal.
3. Apoyar a las familias o cuidadores

Población destinataria:

- Situación: Personas en situación de dependencia.

Requisitos de acceso:

- Tener reconocido un grado de dependencia que garantice el acceso a la prestación.
- Que el Programa Individual de Atención establezca la prestación de este servicio.

Coste del servicio:

- El servicio implica una participación económica de la persona usuaria en el coste total del servicio que se determinará en función de su renta y patrimonio.

50

CENTROS DE DÍA

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

PRESTACIÓN ECONÓMICA DE ASISTENCIA PERSONAL

Prestación económica destinada a la contratación de una asistencia personalizada, durante un número de horas diarias, que facilite a la persona beneficiaria el acceso a la educación, al trabajo, a una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades de la vida diaria y a la participación en la comunidad. El objetivo es proporcionar el apoyo necesario para fomentar la vida independiente y la autonomía personal.

Características y condiciones en que se percibe:

La prestación económica periódica, dentro del SAAD (servicio de ayuda a domicilio), es incompatible con otras ayudas del mismo sistema, salvo con la Prestación Económica Vinculada al Servicio (si no se usa para alojamiento). Es compatible con servicios de dependencia, excepto en estancias permanentes en centros residenciales. Si se combina con una estancia residencial superior a dos meses, la prestación se suspende temporalmente. Su compatibilidad con el Servicio de Ayuda a Domicilio depende de las Diputaciones Forales.

Población destinataria:

- Situación: personas de tres o más años que estén participando en actividades educativas, laborales, de ocio y/o participación social de forma regular y precisen de este apoyo para la realización de las actividades mencionadas..

Requisitos de acceso:

- Tener reconocida la situación de dependencia.
- Tener capacidad para determinar los servicios que requiere, ejercer su control e impartir instrucciones al asistente personal de cómo llevarlos a cabo, directamente o través de la persona que le preste apoyos para el ejercicio de su capacidad jurídica.
- Estar participando en actividades educativas, laborales, de ocio y/o participación social de forma regular.

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

PRESTACIÓN ECONÓMICA VINCULADA A SERVICIOS

Prestación económica periódica destinada al pago de un servicio profesional cuando éste no puede ser prestado por el Sistema Público de Servicios Sociales. El objetivo es permitir a las personas que tengan garantizado el derecho a la prestación de un servicio profesional el disfrute del mismo, aún cuando éste no pueda ser prestado por el Sistema Público de Servicios Sociales.

Población destinataria:

- Situación: Personas valoradas en situación de dependencia.

Requisitos de acceso:

- Tener reconocida la situación de dependencia.
- Reunir los requisitos específicos previstos para el acceso al servicio o servicios de atención a los que se vincula la prestación.
- Tener plaza u obtener la prestación del servicio en centro o por entidad debidamente acreditados para la atención a la dependencia.
- Que el programa individual de atención determine la adecuación de la prestación.

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

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

Prestación económica destinada a que la persona en situación de dependencia pueda ser atendida por cuidadores no profesionales de su entorno. El objetivo es favorecer la permanencia de las personas en situación de dependencia en su entorno familiar habitual y reconocer el derecho a una prestación para cuidados familiares.

Población destinataria:

- Situación: Aquellas personas en situación de dependencia que están siendo atendidas en su domicilio por sus familiares en unas condiciones adecuado.

Requisitos de acceso:

- Que los cuidados que se deriven de su situación de dependencia se estén prestando de manera efectiva en el entorno familiar.
- Que la atención y los cuidados prestados por el cuidador no profesional se adecuen a las necesidades de la persona en situación de dependencia.
- Que la vivienda reúna condiciones adecuadas de habitabilidad para el desarrollo de los cuidados necesarios.

RESULTADOS SOBRE RECURSOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN CANTABRIA

El **43%** de los expertos encuestados refieren que en Cantabria existen recursos específicos para la EA leve ofertados principalmente por las AFAS: talleres de estimulación cognitiva para estadios iniciales de demencia, apoyo psicológico y orientación familiar y social, y otros recursos. En cuanto a los recursos específicos para la EA grave, el **29%** de los expertos encuestados refieren que se ofertan en distintos centros como: el Centro Hospitalario Padre Menni, Centro de Día Afac I y Afac II.

El **100%** de los expertos encuestados identifican el acceso a la **teleasistencia** como uno de los recursos para la dependencia más útiles para las personas con EA; **un 86%** de los expertos encuestados identifican la **atención domiciliaria**. En menor medida, los expertos encuestados identifican los pisos tutelados, las residencias y los centros de día, entre otros.

El 43% de los expertos indican que existen recursos específicos para la dependencia destinados a personas con EA jóvenes (menores de 65 años), tales como la Unidad de Memoria del H. U. Marqués de Valdecilla, las Unidades de respiro para familiares, y los centros de dependencia para cuidados de larga duración.

DERIVACIONES A RECURSOS PARA LA DEPENDENCIA: un **71%** de los expertos encuestados refieren que las derivaciones ocurren demasiado tarde y solo un **29%** opinan que las derivaciones ocurren de manera adecuada.

INFORMACIÓN DE RECURSOS A LA DEPENDENCIA: el **86%** de los expertos encuestados refieren que las personas con EA **son informadas de la existencia de recursos sociosanitarios disponibles**. De estos, por orden de frecuencia:

- Un **100%** de los expertos encuestados afirman que las personas con EA y sus familiares/cuidadores son informados de los recursos públicos disponibles.
- Un **83%** de los expertos encuestados afirman que las personas con EA y sus familiares/cuidadores son informados de los recursos concertados disponibles.
- Asimismo, un **67%** de los expertos encuestados señalan que las personas con EA y sus familiares/cuidadores son informados de los recursos privados.

OFERTA DE RECURSOS PARA LA DEPENDENCIA: el **100%** de los expertos encuestados destacan la **atención domiciliaria**, la **teleasistencia**, las **ayudas económicas**, los **centros de día** y las **residencias**, asimismo un **29%** identifican la disponibilidad de servicios de fisioterapia y psicología.

RESULTADOS SOBRE RECURSOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN CANTABRIA

OTROS RECURSOS DISPONIBLES: el **100%** de los expertos encuestados señalan los recursos de apoyo a la dependencia, y el **29%** refieren la información sobre la prevención de riesgos, y un **14%** a información sobre protección legal.

PAPEL DE TRABAJO SOCIAL: el **100%** de los expertos encuestados valoran como **BAJO** el papel de trabajo social en la EA.

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

10 INNOVACIÓN

RESPUESTAS SOBRE RECURSOS E INNOVACIÓN

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

- Programa de deterioro cognitivo del SCS.
- Implementación de marcadores en sangre.
- Actualización de guías de Deterioro Cognitivo.
- Programas de psicogeriatría del servicio de psiquiatría del H. U. Marqués de Valdecilla.
- Programa de Interconsulta con Residencias Mayores/Centros de Dependencia.
- Los estudios de investigación llevados a cabo por el IDIVAL.
- La Unidad de Deterioro Cognitivo del H. U. Marqués de Valdecilla.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En relación la atención temprana a la EA:

- Fomentar un diagnóstico temprano, mejorando la detección de primeros síntomas y concienciando tanto a profesionales como a la población para ello; y preciso, mejorando la accesibilidad a técnicas y recursos diagnósticos, así como, a equipos especializados de profesionales.
- Definir una ruta asistencial para mejorar los flujos desde la detección de primeros síntomas y diagnóstico de la EA, hasta el tratamiento y seguimiento, incluyendo el acceso a recursos sociosanitarios.

Sobre la disponibilidad de recursos específicos:

- Escasez de recursos y personal especializado para la atención sanitaria de las personas con EA, especialmente durante la valoración inicial y hospitalaria. En este sentido, se destaca la falta de herramientas diagnósticas prácticas, como biomarcadores, que permitan un diagnóstico rápido y efectivo.
- Ampliación de centros y plazas de día: Aumentar tanto el número de centros de día como de plazas disponibles para mejorar el acceso de la población a los servicios de atención diaria.
- Limitada accesibilidad y cobertura de los cuidados paliativos destinado a los pacientes con EA.

En cuanto a la capacitación y formación profesional:

- Aumento de profesionales especializados en diagnóstico temprano, especialmente en los de atención primaria, acerca de los síntomas de la EA, así como los criterios diagnósticos y procesos de derivación.
- Falta de formación de los profesionales sanitarios en el uso adecuado de los fármacos específicos para la EA.
- Desconocimiento y falta de formación sobre terapias no farmacológicas (estimulación cognitiva, entre otras) tanto en el sistema sanitario como en los servicios sociales.
- Necesidad de disponer de equipos multidisciplinares que faciliten el diagnóstico temprano y el abordaje integral de la EA.

Mejorar la coordinación y gestión de servicios:

- Falta de coordinación interdisciplinaria: ineficiencia en la integración de neurología, psiquiatría, trabajo social y sistemas sanitarios-sociales, afectando la valoración y tratamientos no farmacológicos.
- Gestión asistencial deficiente: necesidad de optimizar el flujo asistencial y garantizar la continuidad en la atención interdisciplinaria.
- Barreras administrativas: lentitud en la renovación de visados farmacológicos que dificulta el acceso a tratamientos.

Fomentar la atención integral y apoyo a personas con EA y cuidadores:

- Atención completa y especializada que considere tanto la salud física y mental, así como la dimensión social de las personas con EA.

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

HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN:

Desde el **estudio MapEA 2017**, se ha implementado **una nueva herramienta** en Cantabria, el **Plan de Salud Mental 2022-2026**, aunque no cuenta con un espacio dedicado específicamente a neurodegeneración o demencia. Su **implementación en Cantabria se considera limitada**.

PROCESO ASISTENCIAL:

- Persisten **retos importantes en el proceso asistencial**. Entre ellos:
 - **Diagnóstico tardío**: los profesionales de atención primaria no siempre derivan a las personas con síntomas iniciales a tiempo.
 - **Listas de espera y escasez de especialistas**: la falta de especialistas provoca demoras en el diagnóstico y tratamiento.
 - **Acceso limitado a recursos tecnológicos y genéticos**: maximizar el uso de máquinas y profesionales disponibles para agilizar el diagnóstico temprano.
 - **Seguimiento espaciado**: la periodicidad de las consultas de seguimiento es demasiado amplia, afectando la monitorización de la efectividad y tolerancia a los tratamientos.
 - **Incorporación en cuidados paliativos**: la EA y otras demencias requieren inclusión formal en los programas de cuidados paliativos, asegurando así un abordaje integral hasta el final de la vida.

RECURSOS:

- En comparación con **2017**, Cantabria ha experimentado **un ligero incremento en los recursos tecnológicos** de salud: el número de TACs ha aumentado de **9** a **11**, los RMs de **5** a **9**, y los PET de **1** a **2**. No obstante, el número de SPECT ha disminuido de **3** a **1**. Los profesionales sanitarios consideran que es necesario maximizar el uso de las máquinas y los profesionales disponibles.

GLOSARIO

MAPEA
Mapa de recursos para enfermos
de Alzheimer



TÉRMINO	DEFINICIÓN
ABVD	Actividades básicas de la vida diaria
AFA	Asociación de Familiares de Alzheimer
AIVD	Actividades instrumentales de la vida diaria
ApoE	Apolipoproteína E
DCM	Demencia Care Mapping
EA	Enfermedad de Alzheimer
FAST	Functional Assessment Stages
HCE	Historia clínica electrónica
LCR	Líquido cefalorraquídeo
MMSE	Mini-Mental State Examination
PET	Tomografía de emisión de positrones
PET FDG	Tomografía por Emisión de Positrones con Fluorodesoxiglucosa
REEC	Registro Español de Ensayos Clínicos
RM	Resonancia Magnética
SAAD	Servicio de ayuda a domicilio
SCS	Servicio Cántabro de Salud
SPECT	Tomografía computarizada por emisión de fotón único
TAC	Tomografía Axial Computarizada
UCP	Unidad de Cuidados Paliativos



Proyecto MapEA



ANEXOS

MAPEA
Mapa de recursos para enfermos
de Alzheimer



CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
La Casa de Tagle Bracho	Alfoz de Lloredo	942 72 60 91
Residencia de 3ª edad El Pilar	Ampuero	942 67 68 88
Residencia María da Luz	Argoños	942 13 25 43
Residencia de la Hoz	Arnuero	942 67 94 56 / 659 83 98 53
Fundación Residencia San Pedro	Astillero (El)	942 55 86 61
Vitalia Vitalitas San José	Astillero (El)	942 56 53 49
Residencia geriátrica Los Remedios	Astillero (El)	942 54 16 32
Residencia Las Magnolias	Bárcena de Cicero	942 64 29 11
Residencia Villa Cicero	Bárcena de Cicero	942 64 29 35
Residencia Sagrada Familia	Cabezón de la Sal	942 70 01 35 / 942 70 25 30
Residencia Santa Ana	Cabuérniga	942 70 60 04
Residencia Las Alondras	Camargo	942 26 99 55
Orpea Santander	Camargo	942 33 06 00
Apartamentos supervisados de Camargo	Camargo	942 25 10 67
Residencia de 3ª edad Hijos de Mar	Camargo	942 26 08 47
Residencia Geriátrica La Encina	Camargo	942 26 24 64
Residencia municipal de Castro-Urdiales	Castro-Urdiales	942 86 01 96
Centro Asistencial La Loma	Castro-Urdiales	942 87 05 77
Residencia Santa Gregoria	Cillorigo de Liébana	942 17 31 19
Residencia Nuestra Señora del Carmen	Comillas	942 72 01 34
Las Anjanas	Corrales de Buelna (Los)	942 84 20 38
Centro Residencial Valle de Toranzo	Corvera de Toranzo	942 59 41 23
CAD Laredo	Laredo	942 60 71 50
CAD San Juan	Caldas de Besaya	942 819 224
Residencia de mayores Liérganes	Liérganes	942 52 80 46

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia para personas mayores de Limpias	Limpias	942 62 23 12
Residencia Las Cumbres	Medio Cudeyo	942 54 43 37
Centro de Atención a la Dependencia San Miguel	Meruelo	942 17 21 58
Residencia para personas mayores Madernia	Molledo	942 82 89 17 / 638 66 37 48
Residencia geriátrica Los Robles	Piélagos	942 58 05 94
Residencia San Roque	Piélagos	942 58 17 20
DomusVi Liencres	Piélagos	942 58 81 14
Residencia Virgen de Valencia	Piélagos	942 58 92 41
Residencia La Arboleda	Polanco	942 82 45 05
Asilo Félix de las Cuevas	Potes	942 73 02 18
Colisée Puente Viesgo	Puente Viesgo	942 59 90 68
Residencia de ancianos San Francisco	Reinosa	942 75 04 00
Residencia de ancianos San Francisco II	Reinosa	942 77 40 71
Residencia El Estanque	Reocín	942 82 12 43
Residencial de 3ª edad Quijas	Reocín	942 83 83 43
Residencia Virgen de la Salud	Rionansa	942 72 81 01
Ballesol San Felices	San Felices de Buelna	942 81 52 90
Residencia geriátrica Virgen de la Barquera	San Vicente de la Barquera	942 71 50 13
Residencia Bimbiles	Santa Cruz de Bezana	942 57 81 87
Residencia San Cipriano	Santa Cruz de Bezana	942 57 91 03 / 942 57 82 32
Residencia Virgen del Pilar	Santa María de Cayón	942 14 18 30
Residencia Religiosas Angélicas	Santander	942 22 35 00
DomusVi Stella Maris	Santander	942 36 55 66
Residencia Puertochico	Santander	942 30 03 00

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Casa de Reposo Santa María Soledad	Santander	942 27 28 50 / 942 94 19 23
La Caridad de Santander	Santander	942 23 16 19
Fundación San Cándido	Santander	942 33 45 33
Residencia Santa Lucía	Santander	942 33 75 46 / 942 33 11 96
CAD Santander	Santander	942 29 00 50
Residencia Virgen del Faro	Santander	942 39 81 93
Centro Hospitalario Padre Menni	Santander	942 39 00 60
Centro Residencial La Pereda	Santander	942 94 94 99 / 609 53 22 65
Residencia Lusanz Cantabria	Santiurde de Reinosa	942 77 86 25
Residencia Santa Ana	Santoña	942 66 19 21
Residencia para personas mayores	Suances	942 94 10 56
Viviendas supervisadas	Suances	942 84 44 60
Residencia San José	Torrelavega	942 88 21 41
Residencia Alborada	Torrelavega	942 08 11 11
Residencia Fuente Ventura	Val de San Vicente	942 71 85 95
Residencia Valdáliga	Valdáliga	942 70 93 33
CAD Santa Eulalia	Valdeolea	942 57 48 05
Residencia Virgen de la Velilla	Valderredible	942 77 62 50
Residencia Vega de Pas	Vega de Pas	942 59 50 09
Residencia mixta San José	Villacarriedo	942 59 03 64

CENTROS DE DÍA

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro de día Fuente de Incueva	Arnuelo	942 62 87 16 / 942 88 21 41
Centro de día Abuelos	Astillero (El)	942 54 46 30
Centro de día Morero	Astillero (El)	942 09 29 37
Centro de día Astillero	Astillero (El)	942 54 11 11 / 625 06 92 65 / 942 10 20 28
Centro de día Psicogeriatrico Sagrada Familia	Cabezón de la Sal	942 70 01 35 / 942 70 25 30
Centro de día de Muriedas	Camargo	942 07 98 88 / 942 25 00 39
Centro de día Orpea Santander	Camargo	942 33 06 00
Centro de día de Colindres	Colindres	942 04 89 02
Centro de día Nazaret	Comillas	942 72 01 34
Centro de día Psicogeriatrico Padre Menni Los Corrales de Buelna	Corrales de Buelna (Los)	942 83 27 00
Servicio de estancia diurna del CAD Laredo	Laredo	942 60 71 50
Centro de Día San Julián	Liendo	942 64 31 46 / 636 60 98 80
Centro de día Pedreña	Marina de Cudeyo	942 50 62 50 / 942 62 87 16
Centro de día Solares	Medio Cudeyo	601 05 81 08 / 942 76 03 03
SED del Centro de Atención a la Dependencia San Miguel	Meruelo	942 17 21 58 / 942 57 48 05
Centro de día de Renedo de Piélagos	Piélagos	942 57 22 90
Servicio de estancia diurna de la Residencia Virgen de Valencia	Piélagos	942 58 92 41
Centro de día Félix de las Cuevas	Potes	942 73 02 18
Servicio de estancia diurna Colisée Puente Viesgo	Puente Viesgo	942 59 90 68
Centro de día Sanjurjo	Ramales de la Victoria	942 64 60 83 / 650 19 09 45
Centro de día Psicogeriatrico San Francisco II	Reinosa	942 77 40 71
Centro de día María Teresa Falla	Ribamontán al Monte	942 10 86 59 / 666 41 18 70
Centro de día Psicogeriatrico Virgen de la Barquera	San Vicente de la Barquera	942 71 50 13
Centro de día Psicogeriatrico San Cipriano	Santa Cruz de Bezana	942 57 82 32

CENTROS DE DÍA

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro de día de Sarón	Santa María de Cayón	942 10 92 32 / 600 97 87 02
Servicio de estancia diurna de la Residencia Virgen del Pilar	Santa María de Cayón	942 14 18 30
Centro de día Psicogeriátrico Padre Menni Santander	Santander	942 31 90 87
Centro de día Psicogeriátrico General Dávila	Santander	942 21 88 93
Centro de día Psicogeriátrico Los Pinares	Santander	942 27 29 65 / 601 11 00 44
Centro de día AFAC II	Santander	942 36 75 75
Centro de día Psicogeriátrico La Caridad	Santander	942 23 16 19
Centro de día Psicogeriátrico Asociación familiares enfermos Alzheimer Cantabria (AFAC)	Santander	942 37 08 08
Abarca Santander	Santander	942 76 42 52 / 689 69 87 26
Centro de día El Noray	Santander	942 07 83 68
Servicio de estancia diurna Fundación San Cándido	Santander	942 33 45 33
Centro de día Psicogeriátrico Cruz Roja Las Cagigas	Santander	942 36 08 36
Centro de día para personas mayores Cruz Roja El Alisal	Santander	942 32 44 68
Centro de día Luz de Luna	Santander	942 33 02 63 / 649 44 57 75
Servicio de estancia diurna La Pereda	Santander	942 94 94 99 / 609 53 22 65
Centro de día Alonso Muriedas	Santander	942 39 10 84
Centro de día de la Residencia Santa Ana	Santoña	942 66 19 21
Centro de día La Ontanía	Suances	942 81 15 84
Áncora Centro de día	Torrelavega	942 08 76 60
Centro de día Jardines de la Vega II	Torrelavega	626 83 62 48
Centro de día de la Residencia San José	Torrelavega	942 88 21 41
Centro de día Benesserí	Torrelavega	942 79 59 69 / 679 77 03 30 / 659 74 07 37
Centro de día Alborada	Torrelavega	942 08 11 11
Centro de día Sierrallana	Torrelavega	942 89 25 76
Centro de día Jardines de la Vega	Torrelavega	942 04 67 90
Centro de día CAD Santa Eulalia	Valdeolea	942 57 48 05 / 942 77 09 54