Proyecto **MapEA**

ISLAS BALEARES

MapEA
Mapa de recursos para enfermos de Alzheimer

PP-AD-ES-0181

RESUMEN EJECUTIVO – HERRAMIENTAS Y RECURSOS

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

70% de los expertos encuestados desconocen el departamento responsable.

Grado de actualización de las herramientas regionales

Las herramientas identificadas en Islas Baleares tienen **entre 2 y 4 años**, **sin que hayan sido actualizadas** hasta la fecha.

RECURSOS TECNOLÓGICOS

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

RM		TAC		LCR		PET AMILOIDE		TEST GENÉTICO APOE		NEURO-PSICOLOGÍA
ACCESO	**TIEMPOS**	**ACCESO**	**TIEMPOS**	**ACCESO**	**TIEMPOS**	**ACCESO**	**TIEMPOS**	**ACCESO**	**TIEMPOS**	**ACCESO**
87,5% de los profesionales. Se realiza al **51,9%** de personas con sospecha.	> 3 meses (**85,7%**) **inadecuado** según el **71,4%**	**100%** de los profesionales sanitarios. Se realiza al **87,1%** de personas con sospecha.	>3 meses (**50%**) **inadecuado** según el **62,5%**	**83%** de los profesionales hospitalarios; al **41%** de personas con sospecha.	<1 mes (**40%**); **adecuado** por el **60%**	**50%** de los profesionales hospitalarios. Se realiza al **26,7%** de personas con sospecha.	> 3 meses meses (**66,7%**); considerado **inadecuado** por el **66,7%**	**100%** de los profesionales hospitalarios. Se realiza al **27%** de personas con sospecha	<3 meses o 1-2 meses (**50%**), **adecuado** por el **50%**	**67%** de los encuestados afirman tener acceso a valoraciones neuropsicológicas.

PRINCIPALES LIMITACIONES EN LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS: ***largos tiempos de espera*** *(TAC, RM, PET amiloide, LCR, ApoE) y el* ***número limitado de pruebas*** *(TAC, RM, LCR, ApoE)*

En comparación con **2017**, las Islas Baleares ha experimentado **un notable incremento en los recursos tecnológicos** de salud: el número de TACs ha aumentado de **21** a **159**, los RMs de **21** a **110**, los SPECT de **3** a **31** y los PET de **2** a **18**. Los profesionales sanitarios consideran que es necesario maximizar el uso de las máquinas y los profesionales disponibles.

RESUMEN EJECUTIVO – PROCESO ASISTENCIAL

Entorno del paciente | Atención Primaria | Atención Hospitalaria | Ámbito Sociosanitario

Islas Baleares

BARRERAS: **80%** de los expertos identifican la capacidad/infraestructura insuficiente y **falta de tiempo y/o conocimiento** de los profesionales sanitarios.

87,5% de los profesionales indican que **existe un protocolo de derivación** desde AP hacia neurología o geriatría. El grado de conocimiento es **MEDIO**.

No consenso
(un profesional indica <3 meses y otro >12 meses)

SOSPECHA EN AP — DERIVACIÓN

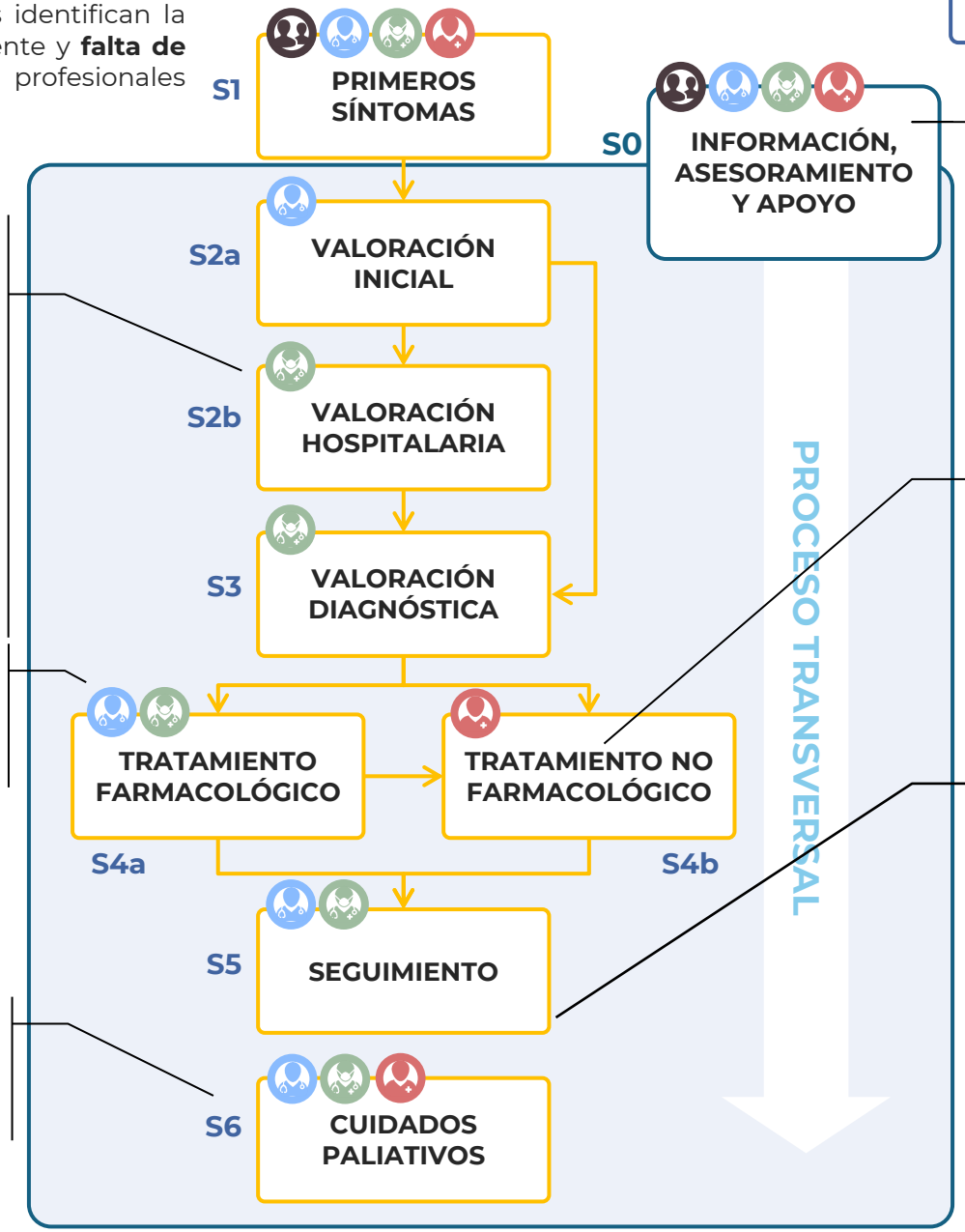
No consenso
(un profesional indica entre 3-6 meses y otro >6 meses)

DERIVACIÓN — PRIMERA CONSULTA AH

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

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

Grado de cobertura para las personas con EA:



70% de expertos consideran **INSUFICIENTE** la **información** dada al paciente en fases tempranas.

80% 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 y estimulación cognitiva, técnicas de disminución de problemas conductuales y mantenimiento de la funcionalidad.

Un **80%** consideran que las personas con EA **pueden acceder** a estos tratamientos, entre recursos públicos y privados.

Seguimiento: habitualmente **profesionales de neurología**.
Periodicidad: <6 meses en AP; cada 6-12 meses en AH. No hay consenso en los tiempos de derivación.

FACILIDAD DE DERIVACIÓN

Entre niveles asistenciales:

A trabajo social:

RESUMEN EJECUTIVO RETOS Y RECOMENDACIONES

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 las Islas Baleares.**

Retos y áreas de mejora

- **Formación específica** sobre la EA para los profesionales sanitarios.
- **Tiempos de espera** para el acceso al diagnóstico temprano.
- **Apoyo social y comunitario**, destacando la falta de plazas en residencias y centros de día terapéuticos específicos para EA.
- **Coordinación** entre niveles asistenciales, y con los servicios sociales, y **falta de infraestructura** del sistema sanitario.
- **Concienciación sobre las necesidades de cuidados paliativos en la persona con EA**, habitualmente enfocados en la atención a pacientes oncológicos.
- **Accesibilidad a tratamientos no farmacológicos** a través de **recursos o servicios públicos.**
- **Escasez de geriatras** y otros profesionales especializados en demencia.

Recomendaciones

- Reforzar la **colaboración entre profesionales** de distintos niveles asistenciales, y con los servicios sociales.
- **Establecer guías y protocolos** específicos y consensuados entre los distintos profesionales implicados en el abordaje de la EA para asegurar la continuidad a lo largo del proceso asistencial.
- **Optimizar el proceso diagnóstico** maximizando el uso de las herramientas y recursos disponibles.
- Mejorar la **coordinación entre especializades** para una **atención integral y multidisciplinar**, a través de la **estandarización de protocolos y procesos.**
- Capacitar y concienciar a los **profesionales de la salud** sobre el **impacto** de la enfermedad en los **cuidadores**.
- **Ampliar las plantillas** de los hospitales, a través de la **contratación** de profesionales sanitarios hospitalarios.

Índice

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

INTRODUCCIÓN

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 las Islas Baleares** 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.

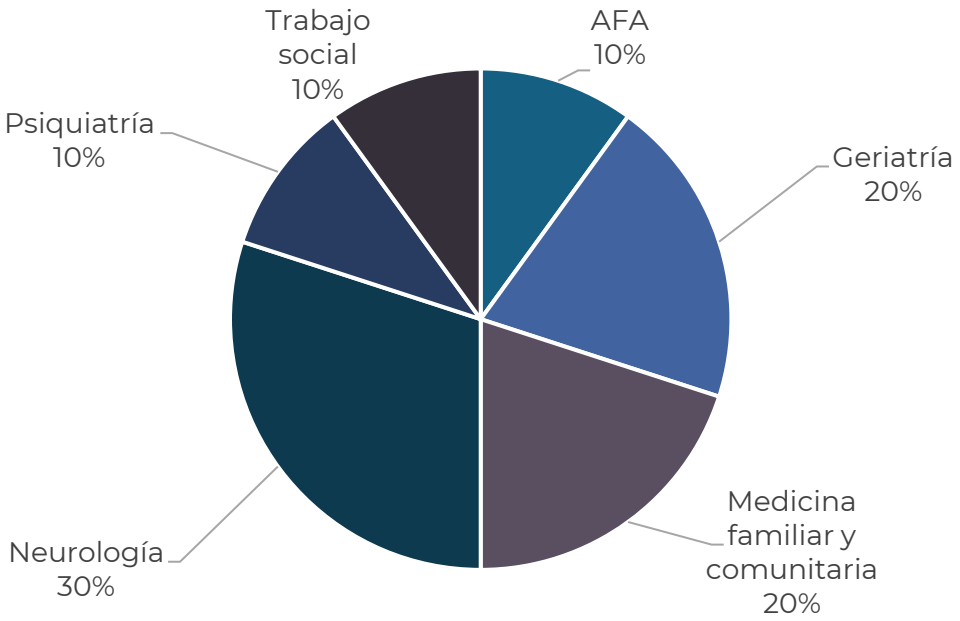
COMITÉ ASESOR

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

PROFESIONAL	PERFIL
BELÉN GONZÁLEZ	Especialista en Geriatría en el Servicio de Geriatría 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.

ENCUESTA ISLAS BALEARES - PERFILES

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



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

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

PANEL DE EXPERTOS		
PROFESIONAL	**PERFIL**	**CENTRO**
Ana María Espino Ibáñez	**Neurología**	Hospital Universitario Son Llàtzer
Apolonia Cifre Socias	**Medicina Familiar y Comunitaria**	Centro de Salud Platja de Palma
Beatriz Fuertes De Gilbert Rivera	**Geriatría**	Área Geriatría Hospital Joan March-Hospital Son Universitario Llàtzer
Guillermo Amer Ferrer	**Neurología**	Hospital Universitari Son Espases
María Antonia Ribot Miquel	**Psiquiatría**	Hospital Universitario Son Llàtzer
Maria Cristina Gadea Ruiz	**Medicina Familiar y Comunitaria**	Centro de Salud Platja de Palma
María Isabel Galvá Borrás	**Geriatría**	Hospital de Manacor
Oliva Sanz Delgado	**Trabajo social**	Hospital de Atención intermedia Mallorca
Sandra Monteagudo Sanz	**Neurología**	Hospital Comarcal de Inca
Zaida Zaldívar	**Asociación de Pacientes**	Federación Balear de Alzheimer

2. HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN

HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN - NACIONAL

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

GRADO DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS PRINCIPALES HERRAMIENTAS NACIONALES DE EA EN LAS ISLAS BALEARES

90% de los expertos encuestados consideran como **BAJO** el nivel de implementación del **Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias.**

80% de los expertos consideran como **BAJO** 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).

IMPLEMENTACIÓN Y CONOCIMIENTO DE LAS HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN NACIONALES EN LAS I. BALEARES

Aunque no existe un consenso sobre el grado de conocimiento del conjunto de las herramientas de planificación disponibles en Islas Baleares, el **80% y el 70%** de los expertos encuestados, respectivamente, reconocen que el **Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias y la Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud son documentos de planificación conocidos a nivel de la Comunidad Autónoma.**

En algunos casos, además, han destacado la **implementación de algunas medidas o iniciativas en el marco de estos planes:**

- Talleres para cuidadores y familiares de personas con demencias, organizados con geriatras y neurólogos.
- Coordinación sociosanitaria y desarrollo de respuestas adecuadas a necesidades complejas.
- Protocolo de derivación de personas con deterioro cognitivo-conductual de atención primaria a neurología.
- Implementación de biomarcadores para diagnóstico temprano (LCR, PET-FDG).
- Sistemas de comunicación médico-médico entre atención primaria y neurología para complicaciones de la demencia.
- Celebración de jornadas anuales de la Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas en la C.A.
- Elaboración de un mapa de recursos para enfermedades neurodegenerativas.
- Sesiones de formación e información en centros de salud y reuniones con personal de atención primaria.
- Creación de una Unidad de Trastornos de Conducta concertada en una residencia privada.

HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN – ISLAS BALEARES

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

ISLAS BALEARES

HERRAMIENTA	AÑO	RESPONSABLE	GRADO DE IMPLEMENTACIÓN	GRADO DE CONOCIMIENTO
Plan Estratégico de la Consejería de Salud de las Illes Balears (2016-2020)	2016	Consejería de Salud	BAJO	BAJO-MODERADO
Plan Estratégico de Salud Mental de las Islas Baleares (2016-2022)	2016	Servicio de Salud de las Islas Baleares	BAJO	BAJO
Protocolo de Demencia del Servicio de Salud de las Islas Baleares	2018	**Servicio de Salud de las Islas Baleares**	BAJO - MODERADO	BAJO

ESTADO ACTUAL DE LAS HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN EN LAS I. BALEARES

En Islas Baleares, el **70% de los expertos encuestados** desconoce quién es el departamento responsable de las herramientas de planificación disponibles para el tratamiento de EA en la Comunidad Autónoma.

El Plan Estratégico de la Consejería de Salud y el Plan Estratégico de Salud Mental, tienen entre **2 y 4 años sin que hayan sido actualizadas, desde su vigencia**. Mientras que el Protocolo de Demencia del Servicio de Salud tiene **más de 5 años** sin que haya sido actualizada.

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

- *La importancia de cuidar al que cuida. Guía de la Creu Roja.*
- *Plan de Atención a las personas con Enfermedades Crónicas 2016-2021. El reto del sistema sanitario.*
- *Acuerdo para el apoyo de Neurología en el seguimiento en Atención Primaria de los pacientes ya evaluados por Neurología (Programa de Atención a la Cronicidad, 2019).*
- ***La Estimulación Cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo leve y/o moderado en fases iniciales de la enfermedad de Alzheimer. Una revisión bibliográfica. 2020***
- *Programa de Atención Domiciliaria para los pacientes con Enfermedades Crónicas.*

NOTA:
Se resaltan aquellos planes específicos para EA/ demencia.
El grado de implementación y conocimiento se ha obtenido como la respuesta más frecuente dentro del conjunto de resultados (valor modal).

1. PLAN ESTRATÉGICO DE LA CONSEJERÍA DE SALUD DE LAS ILLES BALEARS (2016-2020)

Consejería de Salud
10 metas estratégicas

Nivel de implementación:
BAJO

Nivel de conocimiento:
BAJO - **MODERADO**

Marco estratégico de la Consejería de Salud de las Islas Baleares, para orientar las políticas de salud en la región, con el objetivo de **mejorar la calidad de la atención sanitaria, garantizar la sostenibilidad del sistema, y responder a las necesidades de la población balear.**

En el Plan se realiza un análisis de la **situación de salud y los retos a futuro** de las Islas Baleares y propone una serie de **metas estratégicas**, con sus respectivas líneas de actuación y objetivos específicos, que se propone la Consejería de Salud para el periodo 2016-2020, y con las que se consolidan los fundamentos de un modelo sanitario en el que prevalecen **la accesibilidad, la equidad, la gratuidad y la excelencia.**

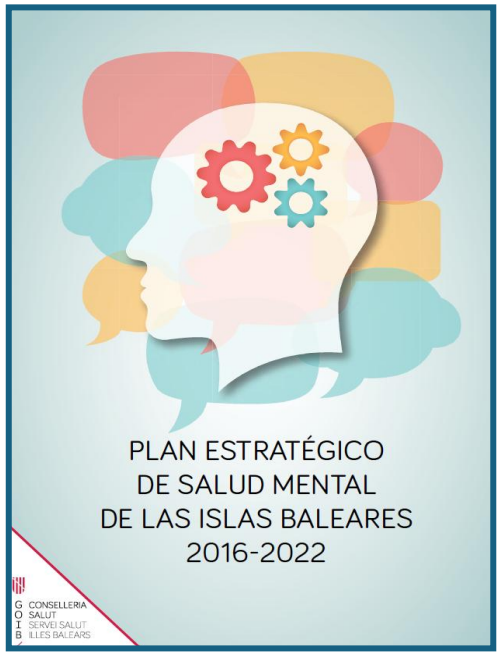
El documento aborda la atención a **enfermedades neurodegenerativas**, como el alzhéimer y otras demencias, dentro de su enfoque en enfermedades crónicas y salud mental, enmarcadas a través de planes y estrategias como el Plan de Atención a las Personas con Enfermedades Crónicos 2016-2021 y el Plan Estratégico de Salud Mental de las Illes Balears 2016-2020.

+ Metas estratégicas

- **M1.** La promoción de la salud como eje del sistema sanitario y de la vida de las personas.
- **M2.** La protección de la salud y de las personas consumidoras
- **M3.** La salud universal, equitativa, accesible y eficiente
- **M4.** La excelencia en la atención sanitaria. Las personas en el centro del sistema
- **M5.** La cronicidad, la salud mental y las enfermedades raras
- **M6.** El impulso a la atención primaria de salud
- **M7.** La investigación y la innovación
- **M8.** Los profesionales como activo principal
- **M9.** Las infraestructuras, las tecnologías y los sistemas de información
- **M10.** La comunicación, la participación y el diálogo con la ciudadanía y los profesionales

FUENTE: Consejería de Salud. Plan Estratégico de la Consejería de Salud de las Illes Balears (2016-2020). Acceso el 28/11/2024. https://docusalut.com/handle/20.500.13003/19055

2. PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL DE LAS ISLAS BALEARES (2016-2022)



Servicio de Salud de las Islas Baleares
6 metas estratégicas
18 líneas estratégicas

Nivel de implementación:
BAJO

Nivel de conocimiento:
BAJO

El **Plan Estratégico de Salud Mental de las Islas Baleares 2016-2022** constituye una herramienta clave para mejorar la atención en salud mental en la región, adaptándose a las necesidades específicas de la población y reforzando los servicios disponibles. Su objetivo principal es garantizar una atención integral, accesible, equitativa y basada en los principios de recuperación y respeto a los derechos de las personas con trastornos mentales. Para ello, establece una serie de metas y líneas estratégicas, con sus respectivas líneas de actuación y objetivos específicos, a desarrollar durante la vigencia del Plan.

Aunque el plan no aborda de manera específica el alzhéimer y otras demencias, sí incluye líneas de actuación que benefician a estas personas. El plan promueve la **expansión de servicios comunitarios**, como la atención domiciliaria, unidades de rehabilitación, centros de día y viviendas tuteladas, priorizando la proximidad. Además, asegura una cartera de servicios comunes sanitarios y sociales accesible para toda la población. También fomenta la **autonomía personal y la prevención de enfermedades mentales** a través de un Plan de Atención Comunitaria.

Asimismo, reconoce las **necesidades específicas de las personas mayores**, mejorando y adaptando los servicios para este grupo. El plan incentiva la prevención de trastornos mentales mediante **campañas de sensibilización** y prioriza la **formación continua de los profesionales** para garantizar prácticas actualizadas y basadas en evidencia..

+ Metas y Líneas Estratégicas

- **M1.** Promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales y lucha contra el estigma.
  - **L1.** Promover la salud mental en la población en general y en grupos específicos
  - **L2.** Prevención de los trastornos mentales
  - **L3.** Autonomía y humanización de la Salud Mental
- **M2.** Revisión del modelo organizativo y de la cartera de servicios
  - **L4.** Atención comunitaria
  - **L5.** Atención hospitalaria
  - **L6.** Atención específica a la población infanto-juvenil
  - **L7.** Las adicciones y la salud mental
  - **L8.** Hospital Psiquiátrico
- **M3.** Corresponsabilización institucional
  - **L10.** Coordinación con las entidades prestadoras de servicios directos de la Salud Mental
  - **L11.** Cooperación entre instituciones
  - **L12.** Participación de familiares y de asociaciones de usuarios de Salud Mental
- **M4.** Áreas de atención a la enfermedad mental y programas específicos
  - **L13.** Atención a la salud mental infanto-juvenil
  - **L14.** Atención en Salud Mental de adultos con programas específicos
- **M5.** Epidemiología y evaluación de las TIC actuales en Salud Mental
  - **L15.** Sistemas de información en Salud Mental
- **M6.** Formación y desarrollo profesional
  - **L16.** Formación continuada y desarrollo profesional
  - **L17.** Investigación en Salud Mental
  - **L18.** Gestión del conocimiento en Salud Mental

FUENTE: Servicio de Salud de las Islas Baleares. Plan Estratégico de Salud Mental de las Islas Baleares (2016-2020). Acceso 28/11/2024. https://www.ibsalut.es/es/servicio-de-salud/organizacion/coordinaciones-autonomicas-sanitarias/382-coordinacion-autonomica-de-salud-mental-de-les-islas-baleares/2273-plan-estrategico-de-salud-mental-de-las-islas-baleares-2016-2022

3. PROTOCOLO DE DEMENCIA DEL SERVICIO DE SALUD DE LAS ISLAS BALEARES

Servicio de Salud de las Islas Baleares

Nivel de implementación:
BAJO - **MODERADO**

Nivel de conocimiento:
BAJO – **MODERADO**/**ALTO**

En el año 2018, el Servicio de salud de las Islas Baleares publicó el **Protocolo de Demencia del Servicio de Salud de las Islas Baleares** como una guía diseñada para mejorar la detección, diagnóstico y derivación de pacientes con deterioro cognitivo-conductual. El documento ofrece **recomendaciones prácticas** para profesionales sanitarios en la atención de personas con demencia.

El documento aborda las actividades y las recomendaciones relacionadas con la detección temprana, la evaluación funcional, los criterios de derivación y la atención paliativa de las personas con deterioro cognitivo-conductual o demencias.

- **Detección temprana**: se enfatiza la importancia de identificar signos iniciales de deterioro cognitivo, utilizando herramientas como el *Mini-Mental State Examination* (MMSE) y el Cuestionario del Informador AD8.
- **Evaluación funcional**: se recomienda el uso de la Escala de Lawton y Brody para determinar la capacidad de la persona en actividades de la vida diaria, lo que ayuda a establecer el grado de dependencia.
- **Criterios de derivación**: se establecen pautas claras para referir a los pacientes a servicios especializados, basándose en la complejidad del caso y las necesidades específicas de cada individuo.
- **Atención paliativa**: se incluye el Instrumento NECPAL-CCOMS-ICO© VERSIÓN 3.1 2017 para identificar a las personas que podrían beneficiarse de cuidados paliativos, asegurando una atención adecuada en etapas avanzadas de la enfermedad.

Este protocolo busca estandarizar la práctica clínica en el manejo de la demencia, promoviendo una atención centrada en el paciente y su entorno familiar, y mejorando la calidad de vida de las personas afectadas por esas patologías.

FUENTE: Servicio de Salud de las Islas Baleares. Protocolo de Demencia del Servicio de Salud de las Islas Baleares. Acceso 28/11/2024. https://www.ibsalut.es/apmallorca/es/profesionales/publicaciones/adultos-y-ancianos/1780-protocolo-de-demencia-del-servicio-de-salud-de-las-illes-balears

3. PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE

PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE

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.

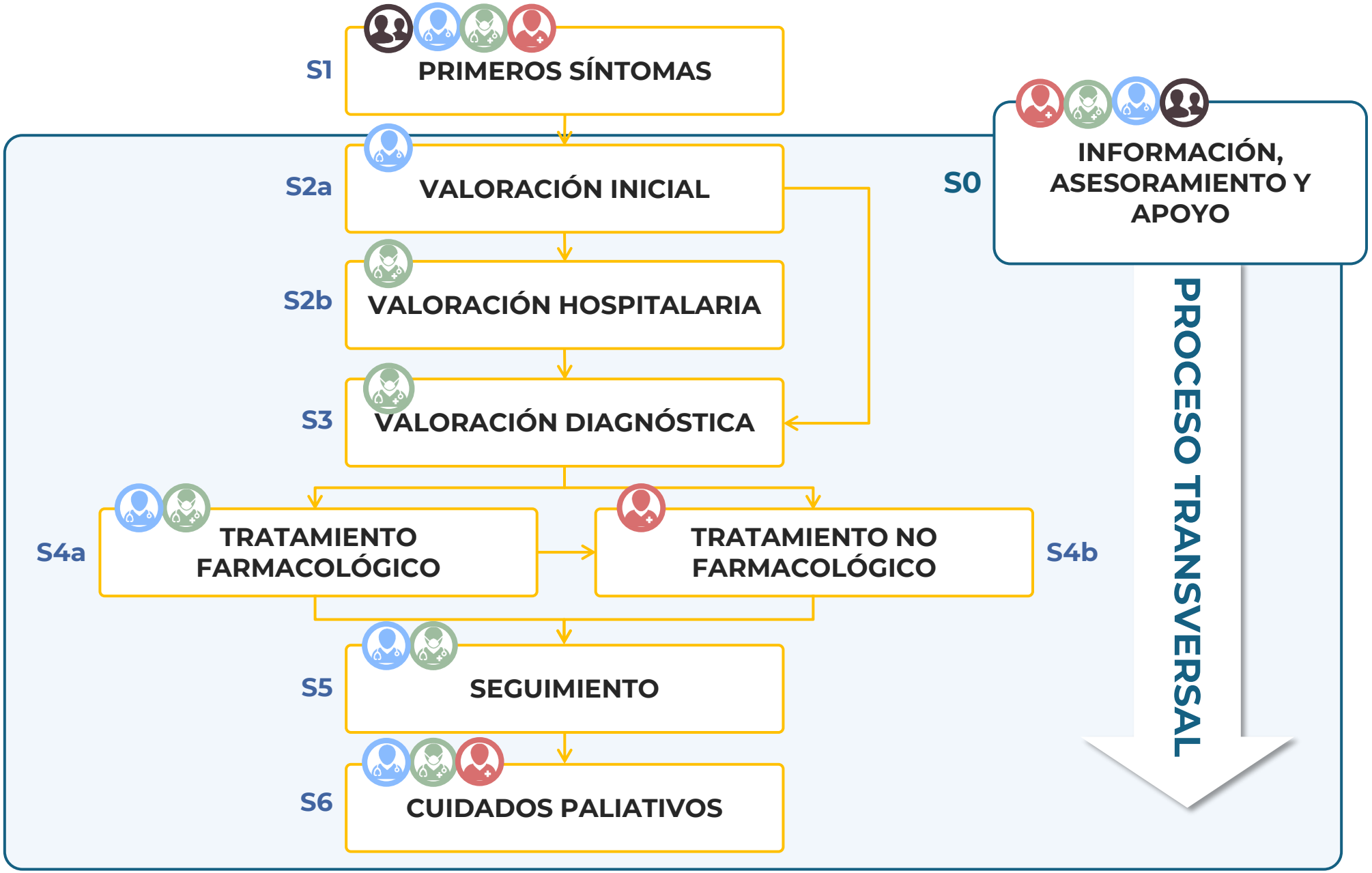
SUBPROCESO 0 **Información, asesoramiento y apoyo**	Subproceso **transversal** que se extiende a lo largo de toda la vida asistencial del paciente. Hace referencia al proceso de información, asesoramiento y apoyo del paciente y su entorno.
SUBPROCESO 1 **Primeros síntomas**	Subproceso inicial de **detección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

PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE

MapEA
Mapa de recursos para enfermos de Alzheimer

AGENTES

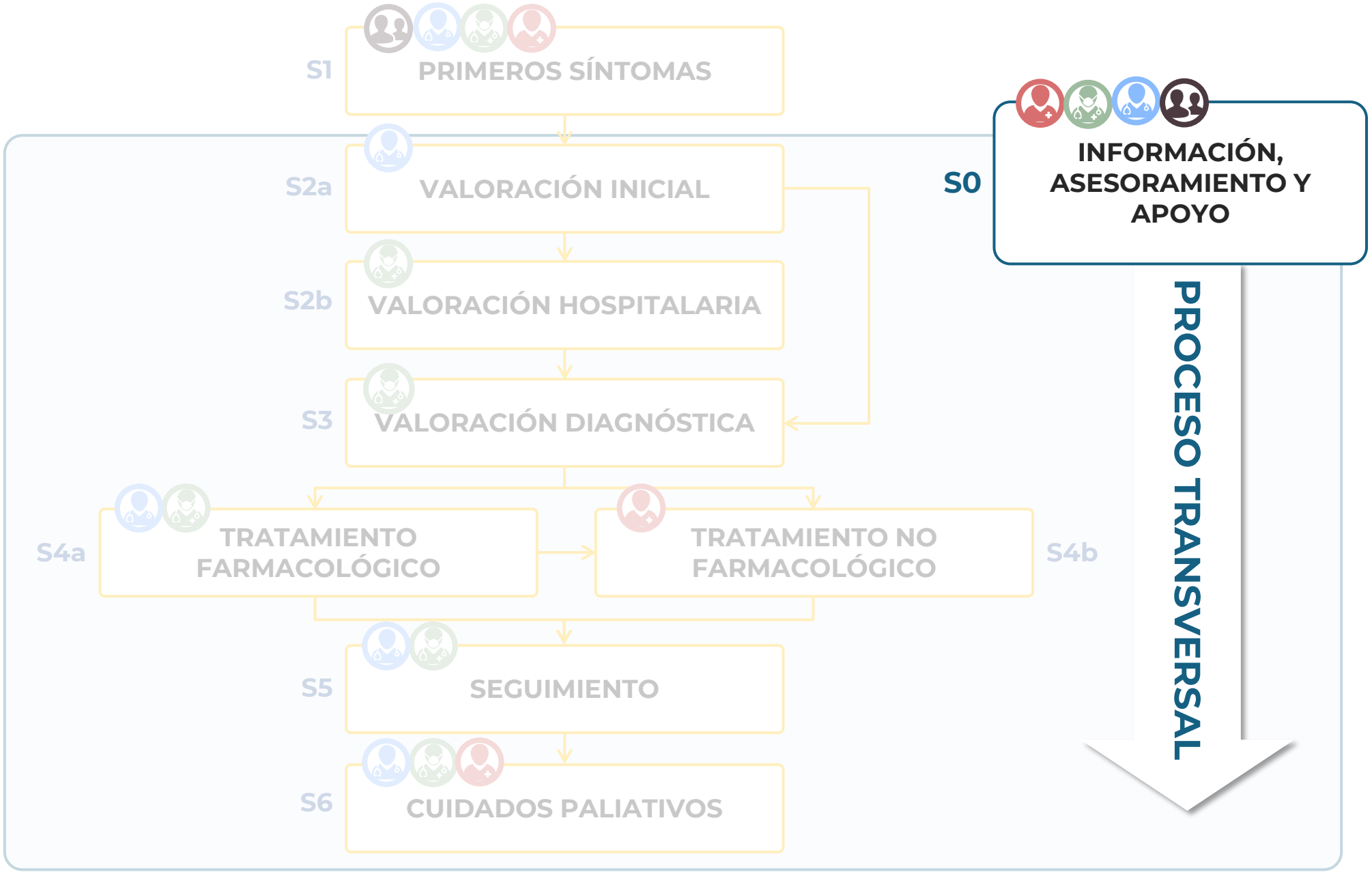
- Entorno del paciente
- Atención primaria
- Atención hospitalaria
- Ámbito sociosanitario



SUBPROCESO 0 – INFORMACIÓN, ASESORAMIENTO Y APOYO

AGENTES

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



SUBPROCESO 0 – INFORMACIÓN, ASESORAMIENTO Y APOYO

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE INFORMACIÓN, ASESORAMIENTO Y APOYO EN LAS ISLAS BALEARES

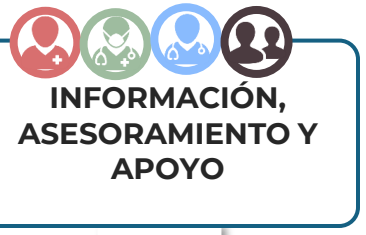
COMUNICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO: los expertos encuestados refieren que la comunicación del diagnóstico de EA se realiza, habitualmente, por parte de los profesionales de neurología seguido de los profesionales de geriatría y medicina familiar y comunitaria, y puntualmente los profesionales de psiquiatría.

- El **70%** de los expertos encuestados considera la información comunicada en el momento del diagnóstico es **insuficiente**. Entre las principales causas de esta información insuficiente, se mencionan: la **capacidad/infraestructura insuficiente** (**80%**), la **falta de tiempo/conocimiento** de los profesionales sanitarios (**80%**), o la **falta de interés o rechazo** por parte de la persona con EA y/o entorno (**40%**).
- El **77,8%** indican que las comunicaciones del diagnóstico se realizan en una consulta específica. En menor medida, el diagnóstico se produce a en consulta rutinaria.
- Entre los temas tratados durante la comunicación del diagnóstico:
  - El **100%** (profesionales sanitarios y AFA) afirman que uno de los temas que se tratan, de forma más habitual, durante la comunicación del diagnóstico es la información sobre la propia enfermedad.
  - El **88,9%** de los expertos encuestados (profesionales sanitarios y AFA) afirman que uno de los temas más tratados es la disponibilidad de recursos de apoyo (sociosanitarios).
  - El **77,8%** de los expertos encuestados (profesionales sanitarios y AFA) afirman que uno los temas que se tratan son las expectativas clínicas.
  - Por último, el **66,6%** de los expertos encuestados (profesionales sanitarios y AFA) afirman que uno de los temas que más se tratan son las terapias no farmacológicas.

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

SUBPROCESO 0 – INFORMACIÓN, ASESORAMIENTO Y APOYO

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE INFORMACIÓN, ASESORAMIENTO Y APOYO EN LAS ISLAS BALEARES



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 desde en la valoración inicial hasta en fases más avanzadas del proceso.

- Un **50%** de los expertos encuestados refieren que se realiza o debería realizarse durante el diagnóstico, aunque algunos expertos indican que no siempre es posible. Asimismo, un **10%** considera que deberían realizarse antes, mientras que un **10%** indica que se realiza durante la fase de seguimiento.
- Según los expertos encuestados, por lo general, los responsables de dar esta información son los profesionales de atención primaria, atención hospitalaria y las asociaciones de pacientes.

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

- Un **40%** de los expertos encuestados refieren que se realiza o debería realizarse durante el diagnóstico y un **20%** durante la fase de seguimiento.

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

SUBPROCESO 1 – PRIMEROS SÍNTOMAS

MaPEA
Mapa de recursos para enfermos de Alzheimer

AGENTES

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

SUBPROCESO 1 – PRIMEROS SÍNTOMAS

MapEA
Mapa de recursos para enfermos de Alzheimer

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 LAS ISLAS BALEAREAS

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 1: El **20% los expertos encuestados consideran que el planteamiento del subproceso de primeros síntomas no se ajusta a la realidad en las Islas Baleares**.

BÚSQUEDA ACTIVA DE LOS SÍNTOMAS DE DETERIORO COGNITIVO: tan solo el **20%** de los expertos encuestados afirman que **se realiza una búsqueda activa de los síntomas de deterioro cognitivo para detectar o identificar personas con EA en atención primaria**.

PAPEL DE TRABAJO SOCIAL EN LA DETECCIÓN DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS: no existe un consenso sobre el principal momento de actuación por parte de trabajo social. Los expertos consideran que la participación de los servicios sociales en la detección de los primeros síntomas de la enfermedad es limitada, y generalmente su implicación ocurre en fases más avanzadas. En algunos casos, los servicios sociales intervienen mediante derivaciones para estudios, tratamientos, y la evaluación de la necesidad de modificaciones en las capacidades de la persona y gestión de ayudas de dependencia. Además, informan a las familias sobre las solicitudes de dependencia y discapacidad, y valoran el entorno del paciente, desempeñando un papel clave en el apoyo al cuidador.

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 PRIMEROS SÍNTOMAS EN LAS ISLAS BALEARES

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: los expertos encuestados consideran que los principales retos en la detección temprana de la enfermedad de Alzheimer incluyen la necesidad de agilizar el acceso a consultas de neurología, mejorar la concienciación sobre la importancia del diagnóstico temprano, aumentar la formación en atención primaria, y mejorar la coordinación entre atención primaria y especializada. Además, consideran crucial apoyar a cuidadores y evitar la normalización del deterioro cognitivo.

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

- El **80%** de los expertos encuestados identifican como barrera la **falta de tiempo en consulta o conocimiento** por parte de los profesionales sanitarios.
- El **80%** de los expertos encuestados identifican como barrera los **problemas en la capacidad e infraestructura** del sistema.
- El **40%** de los expertos encuestados identifican como barrera el **rechazo y reticencia sobre la EA** por parte de pacientes y familiares tras el diagnóstico, cuyos síntomas se interpretan como parte natural del envejecimiento.

- **A nivel de atención primaria,** los profesionales de atención primaria encuestados consideran que la falta de tiempo en consultas, la falta de conocimiento de los pacientes y profesionales acerca de los síntomas, junto con la actitud reticente de las personas con sospecha al diagnóstico de la enfermedad, son las principales barreras para la detección temprana.
- **A nivel de atención hospitalaria,** los profesionales de atención hospitalaria encuestados identifican como principales barreras incluyen la reticencia de pacientes y familiares, la falta de tiempo en consulta, la insuficiente formación y sensibilización del personal médico, y la ausencia de herramientas adecuadas para el diagnóstico.

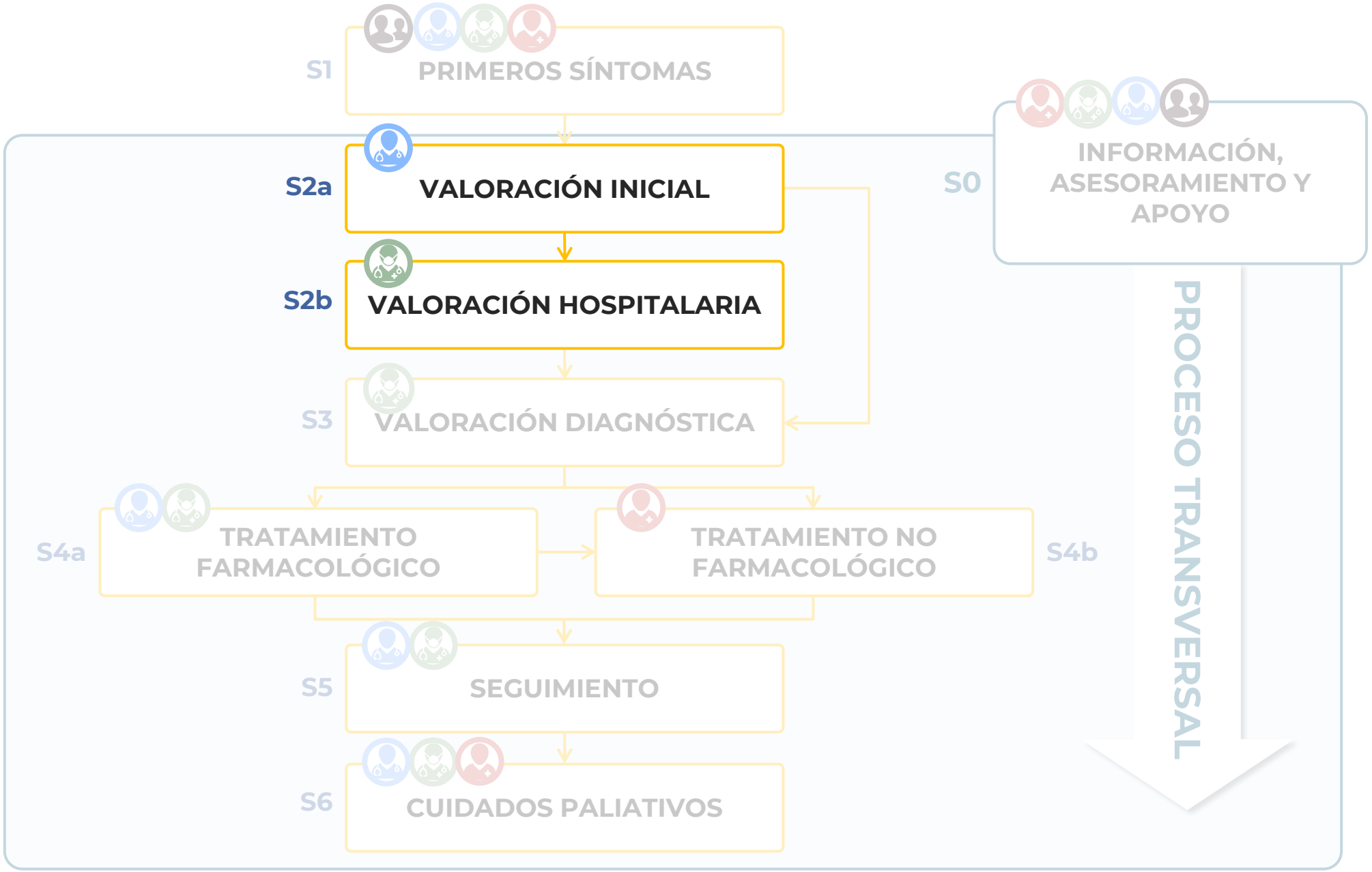
NOTA: *Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, por lo que han de tomarse como resultados orientativos*

SUBPROCESO 2 – VALORACIÓN DEL PACIENTE

MapEA
Mapa de recursos para enfermos de Alzheimer

AGENTES

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



SUBPROCESO 2 – VALORACIÓN DEL PACIENTE

MaPEA
Mapa de recursos para enfermos de Alzheimer

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

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

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL PACIENTE EN LAS ISLAS BALEARES

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 2: el **50%** los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 2 de valoración del paciente no se ajusta a la realidad en las Islas Baleares.**

EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO DE DERIVACIÓN: el **87,5%** de los profesionales sanitarios encuestados refieren que **existe un protocolo de derivación** desde atención primaria a neurología o geriatría para los casos de sospecha de EA. Sin embargo, el grado de conocimiento general de este protocolo entre los profesionales es **MODERADO**.

DERIVACIONES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA: el **100%** de los profesionales sanitarios refieren tener capacidad para realizar derivaciones a **unidades especializadas de neurología**; mientras que únicamente un **10%** tiene capacidad para realizar derivaciones a **unidades especializadas de geriatría**.

- Los profesionales de atención primaria coinciden en que el **número de consultas en atención primaria previas a la derivación a atención hospitalaria oscila en un rango de 2-5 visitas y >10 consultas.**
- **Pruebas solicitadas desde atención primaria**: de manera general, se solicita una analítica, pruebas de neuroimagen, incluyendo RM y TAC, y una valoración neuropsicológica (valoración cognitiva básica).
- **Pruebas solicitadas desde atención hospitalaria**: existe disponibilidad para realizar pruebas de neuroimagen y de líquido cefalorraquídeo, incluyendo RM, TAC y PET y, en algunos casos, aunque limitados, pruebas genéticas y valoración neuropsicológica
- El **tiempo medio desde la sospecha en atención primaria hasta la derivación a atención hospitalaria** es variable sin haber un consenso claro (un profesional indica el rango <3 meses y un profesional el rango >12meses).
- El **tiempo medio desde la derivación desde atención primaria hasta la atención en la consulta** de atención hospitalaria es variable desde los 3 meses en adelante. Estos tiempos se consideran similares a otras patologías neurológicas, no difiriendo en los casos de sospecha de EA.

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

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

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

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

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL PACIENTE EN LAS ISLAS BALEARES

PAPEL DE TRABAJO SOCIAL EN LA VALORACIÓN DE LAS PERSONAS CON SOSPECHA DE EA: no existe un consenso sobre el papel de trabajo social en esta etapa del proceso. Los trabajadores sociales tienen tareas de apoyo a personas y familias mediante la valoración de la situación familiar, la realización de AVDs (actividades de la vida diaria) y la derivación a grupos comunitarios y talleres. Ayudan a los cuidadores con formación y orientan en la toma de decisiones legales, como la modificación de capacidad y curatela. Además, gestionan ayudas sociales y trámites de dependencia, y activan recursos como neurorrehabilitación, centros de día y residencias.

ACCESO A RECURSO DE NEUROPSICOLOGÍA: el **33%** de los expertos encuestados (profesionales sanitarios + AFA) refiere que neuropsicología no suele participar de esta parte del proceso o participa de manera ocasional, mientras que el otro **67%** indica que **participa a través de otros medios,** por ejemplo, a través de convenios con otros centros, fondos y líneas de investigación. Además, desde atención hospitalaria, el **40% de los profesionales** refiere tener acceso a neuropsicología en su propio centro.

PAPEL ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN DEL PACIENTE:

- **Atención primaria:** los profesionales sanitarios de atención primaria encuestados consideran que el papel principal de enfermería de atención primaria es participar en la detección de síntomas, así como llevar a cabo la realización de pruebas de cribado (p. ej. MMSE). No existen profesionales de enfermería con dedicación especial a demencias o EA.
- **Atención hospitalaria:** los profesionales sanitarios de atención hospitalaria consideran que el papel principal de enfermería de atención hospitalaria varía según el centro y el servicio. Entre sus principales funciones se encuentran la administración de cuestionarios, detección de demencia en personas con delirium, recomendaciones a cuidadores, promoción de hábitos saludables y estimulación cognitiva. Se disponen de profesionales de enfermería con dedicación especial a demencias o EA.
- **Enfermería gestora de casos/práctica avanzada:** el **100%** de los profesionales sanitarios refieren que disponen de figuras de enfermería de gestor de casos. En los casos que disponen de enfermería de práctica avanzada para EA, sus funciones específicas son: gestión de citas y recursos, la coordinación sociosanitaria con equipos multidisciplinarios y la planificación anticipada de decisiones. Además, colaboran con trabajo social para activar recursos comunitarios y facilitan una atención ágil mediante la aceleración de circuitos. Supervisan la adecuación terapéutica, ajustando tratamientos a las necesidades del paciente, y actúan como enlace entre servicios, promoviendo una atención integral y personalizada para las personas con EA y sus familias.

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

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

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

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL PACIENTE EN LAS ISLAS BALEARES

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: algunos de los principales retos incluyen las **dificultades de acceso**, **falta de recursos especializados y deficiencias en la coordinación entre niveles asistenciales**. Las largas **listas de espera**, especialmente en neurología, retrasan el diagnóstico y tratamiento. Asimismo, se requiere de mayor formación en atención primaria y neurología, dotar de más tiempo en consultas, y **estandarizar protocolos diagnósticos**.

SUBPROCESO 2 – VALORACIÓN DEL PACIENTE

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

	EXPLORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA ABREVIADA	VALORACIÓN DE LA REPERCUSIÓN FUNCIONAL
ATENCIÓN PRIMARIA	**Mini-Mental State Examination** **Test de Pfeiffer** **Fototest** Test del Reloj	**Escala de Lawton y Brody (AIVD)** **Índice de Barthel (ABVD)**
ATENCIÓN HOSPITALARIA	**Mini-Mental State Examination** **Test de Pfeiffer** **Mini Examen Cognitivo de Lobo** Memory Impairement Screen Fototest **Test del Reloj** **Montreal Cognitive Assessment**	**Escala de Lawton y Brody (AIVD)** **Índice de Barthel** **Functional Activities Questionnaire (FAQ)** Functional Assessment Stages (FAST)

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

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

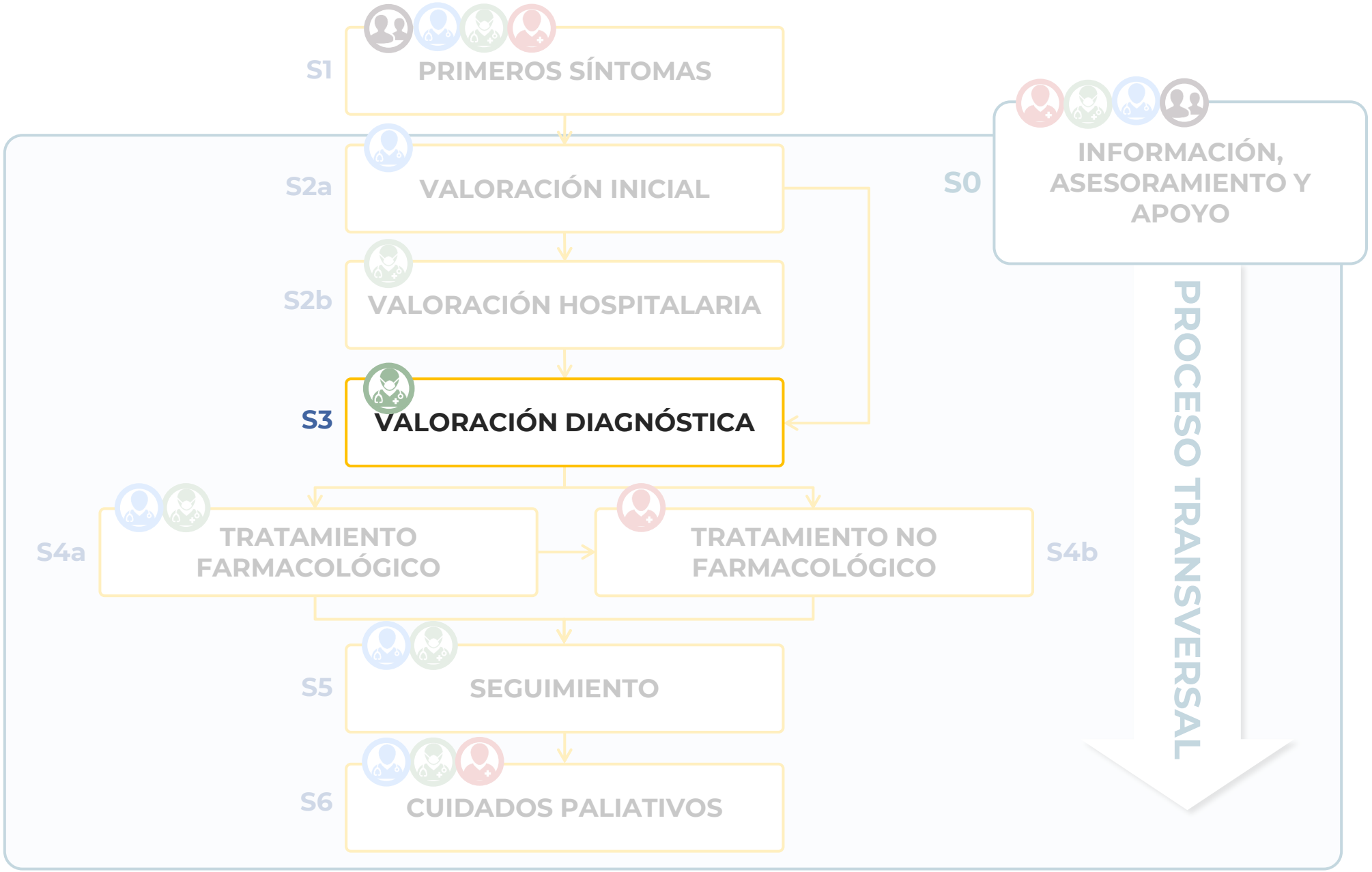
Valoración de la repercusión funcional: el test realizado de manera más habitual en atención hospitalaria es el **Functional Assessment Stages (FAST)** y el **índice de Barthel.**

Otras herramientas identificadas son: test GDS (Escala de Deterioro Global).

SUBPROCESO 3 – VALORACIÓN DIAGNÓSTICA

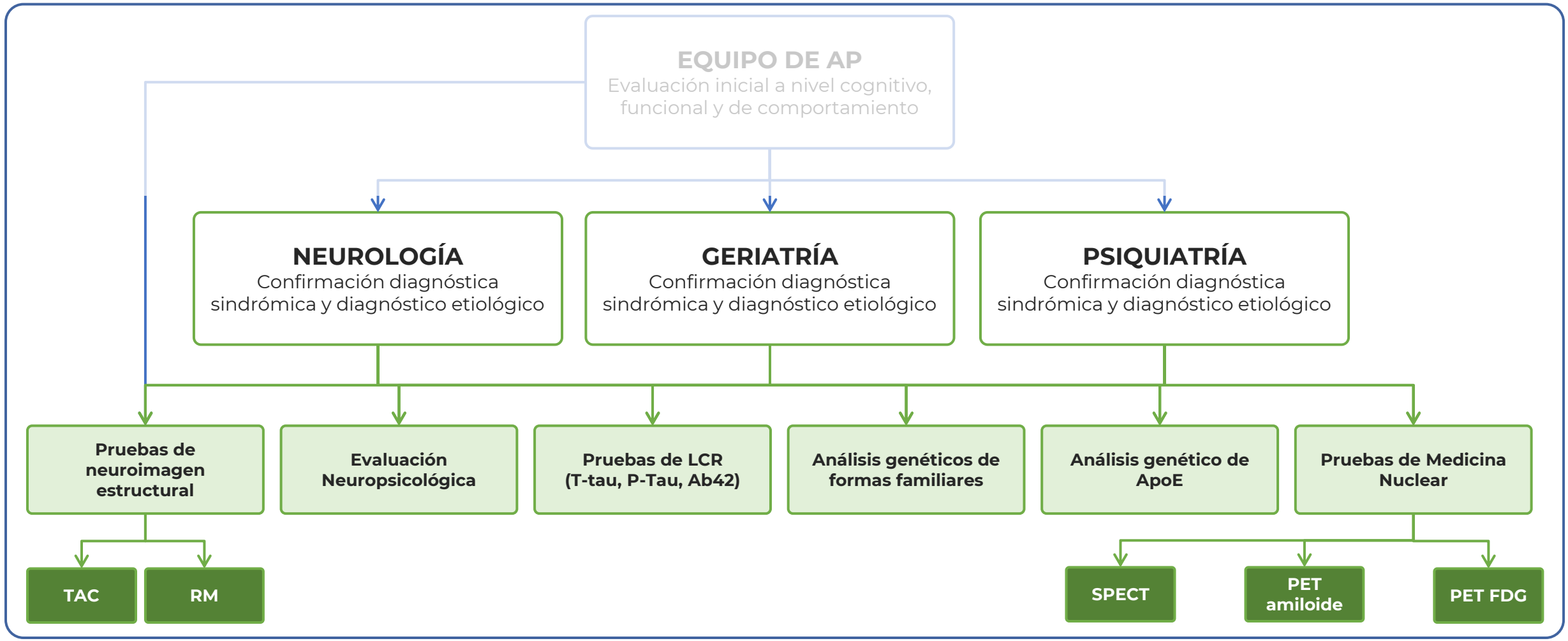
AGENTES

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



SUBPROCESO 3 – VALORACIÓN DIAGNÓSTICA

S3



Entorno del paciente

Atención primaria

Atención hospitalaria

Ámbito sociosanitario

SUBPROCESO 3 – VALORACIÓN DIAGNÓSTICA

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN LAS ISLAS BALEARES

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 3: el **70%** los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 3 de valoración diagnóstica no se ajusta a la realidad en las Islas Baleares o lo desconocen**.

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN LAS ISLAS BALEARES: TAC

El **100%** de los profesionales sanitarios encuestados afirma que hay disponibilidad para realizar TAC en el caso de sospecha de EA.

Según los profesionales sanitarios encuestados, al **87,1% (30%-100%)*** de las personas con sospecha de EA se les realiza una prueba TAC.

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

El **60%** de los profesionales sanitarios que tienen acceso al TAC afirman que las pruebas se realizan en sus propios centros.

No se dispone de un uso específico de esta tecnología para personas con sospecha de EA o lo desconoce. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).*

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

- **El 50%** de los profesionales sanitarios que tienen acceso a TAC considera que el **tiempo de espera es >3 meses**, un **37,5%** indica un tiempo de espera de **2 y 3 meses**, y el **12,5%** restante indica que entre **1 y 2 meses**.**
- El tiempo de espera es considerado como **inadecuado** por el **62,5%** de los profesionales sanitarios con acceso a TAC (reportando entre 2-3 meses y >3 meses de espera).
- El **62,5%** de los profesionales sanitarios con acceso a TAC **desconoce** la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- Las políticas identificadas existentes actualmente consisten en la apertura de agendas fuera del horario habitual como, a través del aumento de la jornada laboral y la derivación a centros concertados.
- El **50%** de los profesionales sanitarios consideran que la estrategia más efectiva para reducir los tiempos de espera es el maximizar el uso de máquinas junto con el aumento de los profesionales disponibles para la realización de la prueba, y un **50%** considera aumentar el número de máquinas o de profesionales.

El **71,4%** de los profesionales sanitarios refiere tener limitaciones en cuanto a los tiempos de espera para realizar las pruebas y el **28,5%** indica que existe un número limitado de pruebas.

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, > 3meses.; ***NOTA:*** *Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, por lo que han de tomarse como resultados orientativos*

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN LAS ISLAS BALEARES: RM

El **87,5%** de los profesionales sanitarios encuestados, afirman que existe disponibilidad para realizar una RM para las personas con sospecha de EA ya que está incluido en la cartera de servicios de la comunidad. Uno de los profesionales de atención primaria indica que el acceso desde atención primaria depende del hospital de referencia asignado al centro de salud.

Según los profesionales sanitarios encuestados, al **51,9% (22%-88%)*** 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 **MEDIO**.

El **57,1%** de los profesionales sanitarios encuestados afirman que las pruebas se realizan en las máquinas del propio centro, mientras que el **42,9%** restante, indica que se realiza en centros de referencia del SNS.

Un **71,4%** de los profesionales sanitarios encuestados, no dispone o desconoce si su centro dispone de un uso específico de esta tecnología para personas con sospecha de EA. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).*

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

- Superior a 3 meses, según **el 85,7%** de los profesionales sanitarios encuestados.**
- El tiempo de espera es considerado como **inadecuado** por **el 71,4%** de los profesionales sanitarios encuestados (reportando >3 meses), y el **28,6%** restante lo desconoce.
- El **57,1%** de los profesionales sanitarios encuestados desconoce la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera no dispone de ellas.
- Las políticas identificadas existentes actualmente consisten en la externalización a centros privados, y las peonadas.
- El **57,1%** consideran que la mejor estrategia sería aumentar el número de máquinas y/o profesionales, asimismo el **42,6%** considera que la mejor estrategia sería maximizar el uso de las máquinas y los profesionales ya disponibles.

El **100%** de los profesionales sanitarios encuestados refiere tener limitaciones en cuanto a los tiempos de espera para realizar las pruebas. Además, un **14,3%** también indica que el número de pruebas es limitado.

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, > 3meses.; ***NOTA:*** *Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, por lo que han de tomarse como resultados orientativos*

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN LAS ISLAS BALEARES: 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. Sin embargo, uno de los profesionales indica que al solicitar un SPECT, la prueba es cambiada automáticamente por un PET-FDG.

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **23,7% (1%-88%)*** 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 **83,3%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados afirman que las pruebas se realizan en las máquinas de centros de referencia del SNS, el **16,7%** restante lo realiza en su propio centro.

El **66,7%** de los profesionales de atención hospitalaria indican que no se dispone de uso específico para personas con sospecha de EA en su centro o lo desconoce. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).*

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

- Superior a 3 meses según **el 83,3%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados. El **16,7%** indica un tiempo entre 2 y 3 meses.**
- Este tiempo es considerado como **inadecuado** por el **83,3%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados (reportando, en su mayoría >3 meses de espera), y **adecuado** por el **16,7%** restante (que reporta, asimismo, >3 meses de espera).
- El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados desconoce o niega si existen políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- El **50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados consideran que la estrategia más efectiva para reducir los tiempos de espera sería aumentar el número de máquinas y profesionales disponibles. Un **16,7%** indica la necesidad de maximizar el uso de máquinas y profesionales disponibles. Mientras que el **33,3%** restante indican otras estrategias sin especificar cuáles, o consideran que no se precisa de ninguna.

El **50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados señala que enfrenta limitaciones en cuanto a los tiempos de espera para realizar las pruebas. El **50%** restante no han indicado sus limitaciones.

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, > 3meses.; ***NOTA:*** *Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, por lo que han de tomarse como resultados orientativos*

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN LAS ISLAS BALEARES: PET AMILOIDE

El **50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados, afirman tener acceso para solicitar una prueba PET amiloide en el caso de sospecha de EA.

Según los profesionales de atención hospitalaria con acceso a esta prueba, al **26,7% (2%-58%)*** 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 **66,7%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados con acceso a la prueba PET, afirman que las pruebas se realizan en las máquinas centros de referencias del SNS, el **33,33%** restante indica que se realizan en el propio centro.

El **66,7%** de los profesionales sanitarios encuestados, desconoce si dispone de un uso específico de esta tecnología para personas con sospecha de EA, mientras que el **33,3%** restante indica que si dispone de este uso. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).*

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

- Superior a 3 meses según el **66,7%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados.**
- Este tiempo es considerado como **inadecuado** por parte del **66,7%** los profesionales de atención hospitalaria encuestados (reportan > 3 meses de espera).
- El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados desconoce o niegan disponer de políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- El **66,7%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados consideran como estrategia efectiva para reducir los tiempos de espera aumentar el número de máquinas y profesionales disponibles. El **33,3%** restante, indica que no depende de la Comunidad Autónoma.

De los profesionales de atención hospitalaria con acceso a esa prueba, el **66,7%** señala que la principal barrera son los tiempos de espera para su realización, el **33,3%** restante, no especifica tener barreras.

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, > 3meses.; ***NOTA:*** *Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, por lo que han de tomarse como resultados orientativos*

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN LAS ISLAS BALEARES: PET FDG

El **50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados, refieren tener acceso para solicitar una prueba PET FDG en el caso de sospecha de EA ya sea por estar incluida en cartera o a través de fondos de investigación.

Según los profesionales de atención hospitalaria con acceso a la prueba, provenientes del servicio de neurología, al **43% (8%-70%)*** 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 **66,7%** de los de profesionales de atención hospitalaria encuestados con acceso a la prueba PET FDG, afirman que las pruebas se realizan en centros de referencia del SNS, mientras que el **33,3%** restante en sus propios centros.

El **66,7%** de los profesionales sanitarios encuestados, indica que se dispone de un uso específico de esta tecnología para personas con sospecha de EA. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).*

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

- Superior a 3 meses, según el **100%** de los profesionales de neurología.**
- El tiempo es considerado como **inadecuado** por el **100%** de los profesionales de neurología.
- El **66,7%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren que no existen o desconocen la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera. El **33,3%** restante indica que sí dispone de políticas para reducir los tiempos de espera, consistiéndose de la externalización a centros privados, lo cual disminuye la calidad de los informes del PET-FDG.
- El **33,3%** de los profesionales de neurología consideran como la estrategia más efectiva para reducir los tiempos de espera es maximizar el uso de las máquinas y de los profesionales ya disponibles; el otro **33,3%** indica que habría que aumentar el número de máquinas y de profesionales sanitarios; mientras que el **33,3%** restante, señala otras estrategias, como el pacto de los criterios para la realización de PET-FDG en EA, entre otros.

De los profesionales de neurología, **el 100%** señala que enfrenta limitaciones en cuanto a los tiempos de espera para realizar las pruebas.

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, > 3meses.; ***NOTA:*** *Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, por lo que han de tomarse como resultados orientativos*

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN LAS ISLAS BALEARES: 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 LAS ISLAS BALEARES: LCR (T-TAU, P-TAU Y AB-42)

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

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **41,5% (10%-80%)*** de las personas con sospecha de EA se les realiza una prueba LCR.

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

El **83,3%** de los casos profesionales de atención hospitalaria encuestados con acceso a la prueba afirman que se realizan en centros de referencia del SNS, y el **16,7%** restante en el propio centro.

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

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

- Entre 1 y 2 meses según el **50%** de los profesionales de atención hospitalaria con acceso a la prueba, entre 2 y 3 meses y superior a 3 meses según el **16,7%** respectivamente. El **16,7%** restante lo desconoce**.
- Este tiempo es considerado como **adecuado** por el **66,7%** de los profesionales de atención hospitalaria con acceso a la prueba (reportan, principalmente, entre 1-2 meses de espera), o desconocido por el **33,3%** restante.
- El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren que no existen o desconocen la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- El **33,3%** 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; un **16,7%** considera que habría que aumentar el número de profesionales disponible; otro **16,7%** considera que no es necesario desarrollar ninguna estrategia, otro **16,7%** los desconoce, y el **16,7%** restante indica que otras estrategias, si bien no ha especificado de cuáles se trata.

El **50%** de los profesionales sanitarios de geriatría con acceso a esta prueba, refiere tener limitaciones en cuanto a los tiempos de espera para realizarla, y el **50%** restante señala el número limitado de pruebas.

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, > 3meses.; ***NOTA:*** *Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, por lo que han de tomarse como resultados orientativos*

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN LAS ISLAS BALEARES: TEST GENÉTICO (ApoE)

El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren tener acceso para solicitar un test genético (ApoE) en el caso de sospecha de EA.

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **27% (1%-90%)*** de las personas con sospecha de EA se les realiza un test genético (ApoE).

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

El **83,3%** de los casos profesionales de atención hospitalaria encuestados con acceso a la prueba afirman que se realiza en centros de referencia del SNS, mientras que el **16,7%** restante las realiza en el propio centro.

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

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

- Entre superior a 3 meses o entre 1 y 2 meses, en según el **50%** de los profesionales de atención hospitalaria con acceso a la prueba respectivamente; e inferior a un mes, según el **16,7%** de los profesionales. El **16,7%** restante lo desconoce.**
- Este tiempo es considerado como **adecuado** por el **50%** de los profesionales de atención hospitalaria con acceso a la prueba (reportan, desde <1 mes hasta >3 meses de espera), o desconocido o **inadecuado** por el **50%** restante (entre 1-2 meses y >3 meses de espera).
- El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren que no existen o desconocen la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- El **33,3%** 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. Otro **33,3%** indica otras estrategias, destacando el aumento del número de centros que disponen de la técnica. El **33,3%** restante considera que no es necesaria ninguna estrategia o la desconoce.

El **50%** de los profesionales sanitarios de geriatría con acceso a esta prueba, refiere tener limitaciones en cuanto a los tiempos de espera para realizarla. El **50%** restante, indican tener barreras en cuanto al número limitado de pruebas a solicitar, debido al poco acceso y el número limitado de solicitudes posibles a realizar.

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, > 3meses.; ***NOTA:*** *Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, por lo que han de tomarse como resultados orientativos*

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN LAS ISLAS BALEARES: TEST GENÉTICO (FORMAS FAMILIARES)

El **66,7%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren tener acceso para solicitar el test genético (formas familiares).

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **35% (5%-60%)*** de las personas con sospecha de EA se les realiza un test genético (formas familiares).

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

El **75%** de los casos profesionales de atención hospitalaria encuestados afirman que las pruebas se realizan en un centro de referencia del SNS, y el **25%** restante lo realizan en el propio centro.

El **50%** de los profesionales sanitarios sostienen que dispone de un uso exclusivo de esta tecnología para personas con sospecha de EA; mientras que el **50%** restante desconoce o niega si dispone de un uso exclusivo de esta tecnología. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).*

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

- Superior a 3 meses, según el **75%** de los profesionales de atención hospitalaria con acceso a la prueba; el **25%** restante lo desconoce.**
- Este tiempo es considerado como **inadecuado** por el **75%** de los profesionales de atención hospitalaria con acceso a la prueba (reportan > 3 meses de espera). El **25%** restante indica que lo desconoce.
- El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren que no existen o desconocen la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- El **25%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados consideran como la estrategia más efectiva para reducir los tiempos de espera es el aumento del número de profesionales y un **25%** consideran que sería necesario aumentar el número de centros con disponibilidad para esta técnica. El **50%** restante (**25%** respectivamente), indican que sería necesarios otras estrategias, si bien no especifican de cuáles se tratan o las desconoce.

El **25%** de los profesionales de atención hospitalaria con acceso a esta prueba, refiere tener limitaciones en cuanto a los tiempos de espera para realizarla.

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, > 3meses.; ***NOTA:*** *Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, por lo que han de tomarse como resultados orientativos*

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN LAS ISLAS BALEARES

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: los principales retos y áreas de mejora identificados por los expertos durante el subproceso de valoración diagnóstica se encuentran relacionados con la limitación de los recursos y la organización sanitaria, así como la falta de formación profesional, los largos tiempos de espera, la inequidad en el acceso a pruebas especializadas, y la falta de coordinación entre especialidades.

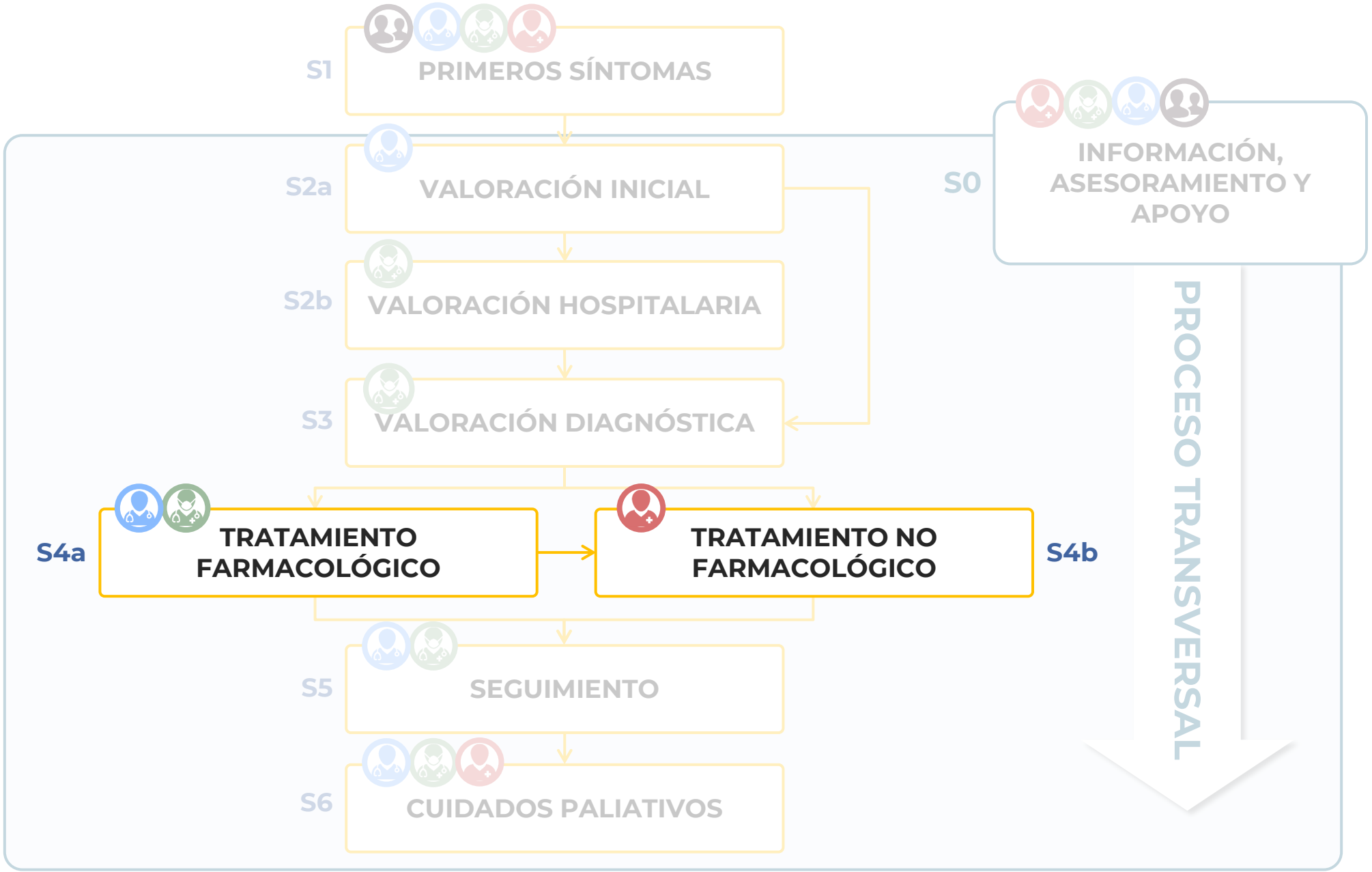
Como **áreas de mejora**, se plantean:

- **Mejorar la colaboración entre especialidades** (neurología, psiquiatría, neuropsicología, radiología) para una atención integral y multidisciplinar.
- **Reducir tiempos de espera** para pruebas esenciales como RM y medicina nuclear (PET-amiloide, PET-FDG).
- **Asegurar la disponibilidad de estudios neuropsicológicos** en todos los centros hospitalarios.
- **Capacitar mejor a los profesionales sanitarios**, para favorecer un diagnóstico preciso y temprano en demencia.
- **Facilitar la colaboración entre atención primaria y neurología** para un diagnóstico y manejo más eficiente.
- **Ampliar las plantillas de los hospitales**, a través de la contratación de profesionales sanitarios hospitalarios.
- **Test de biomarcadores en sangre para EA:** aunque aún no están disponibles, los expertos encuestados muestran interés en los biomarcadores en sangre como herramienta de cribado accesible, especialmente para las terapias antiamiloide. Su uso podría reducir tiempos y costes en el diagnóstico temprano de la EA, y su acceso debería ser garantizado una vez aprobados.

SUBPROCESO 4 – TRATAMIENTO

AGENTES

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



SUBPROCESO 4A – TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

MaPEA
Mapa de recursos para enfermos de Alzheimer

S4A

NEUROLOGÍA
Prescripción de fármacos y seguimiento

GERIATRÍA
Prescripción de fármacos y seguimiento

PSIQUIATRÍA
Prescripción de fármacos y seguimiento

ATENCIÓN PRIMARIA
Renovación de la prescripción y seguimiento, y evaluación de la tolerancia, detección de efectos adversos y sustitución

Entorno del paciente

Atención primaria

Atención hospitalaria

Ámbito sociosanitario

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE TRATAMIENTO

El **50% los expertos encuestados consideran que el planteamiento del subproceso 4A de tratamiento farmacológico no se ajusta a la realidad en las Islas Baleares.** En este sentido, destacan los siguientes comentarios: la participación de psiquiatría en el diagnóstico y tratamiento de la demencia es limitada, y la prescripción y renovación de medicación, como los anticolinesterásicos y neurolépticos, depende en su mayoría de neurología.

Según todos los profesionales sanitarios encuestados, el servicio encargado de **iniciar el tratamiento farmacológico suele ser neurología**. Un **62,5%** de los profesionales sanitarios refieren que, además de neurología, lo puede iniciar el especialista en geriatría, un **25%** indica que el tratamiento también lo puede iniciar psiquiatría, y un **12,5%** de los profesionales afirman que el tratamiento también puede ser iniciado por los profesionales de 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, seguido de geriatría, medicina familiar y comunitaria, y psiquiatría, en ese orden.

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 FARMACOLÓGICO EN LAS ISLAS BALEARES

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: La principal barrera detectada por los expertos encuestados durante el tratamiento farmacológico son las largas listas de espera, el desarrollo insuficiente de la geriatría, los desafíos con los tratamientos antiamiloide, los criterios inadecuados para la deprescripción de fármacos, la falta de recursos humanos, la complejidad burocrática en la prescripción y renovación de visados, y el acceso limitado a fármacos más efectivos.

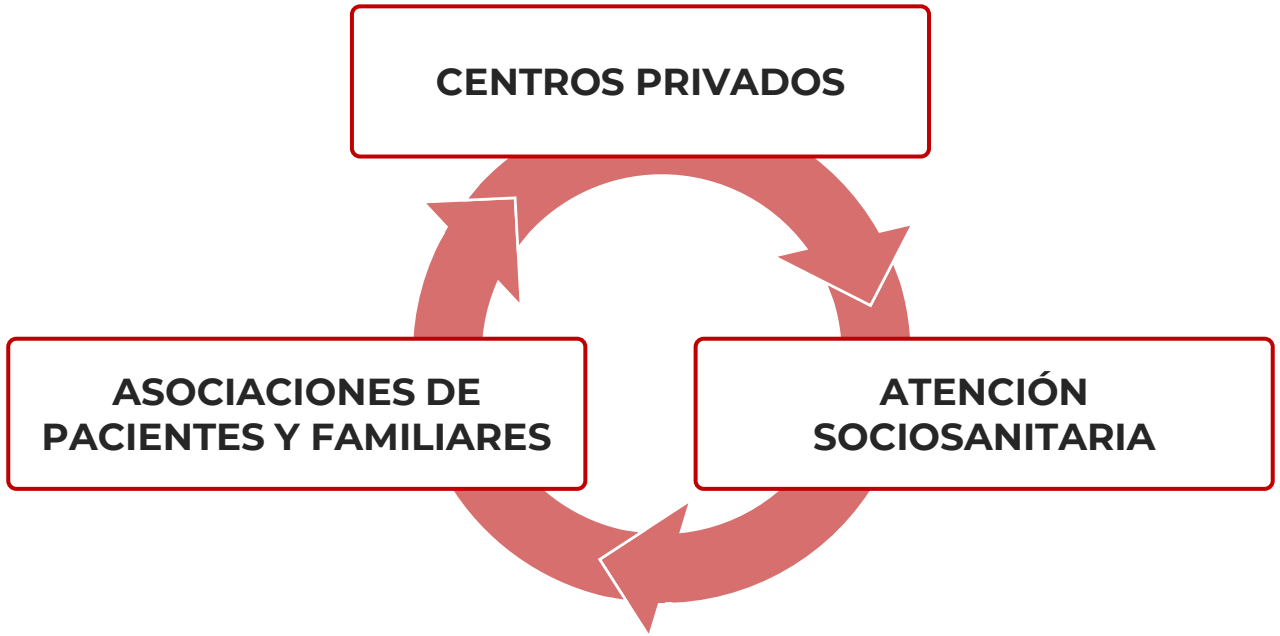
Asimismo, los encuestados indican la necesidad de optimizar el manejo farmacológico desde atención primaria, agilizar procesos burocráticos, mejorar la formación y contratación de personal, y garantizar el acceso a tratamientos más eficaces.

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

SUBPROCESO 4B – TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

S4B

- NEUROLOGÍA
- GERIATRÍA
- PSIQUIATRÍA
- ATENCIÓN PRIMARIA



Entorno del paciente | Atención primaria | Atención hospitalaria | Ámbito sociosanitario

SUBPROCESO 4B – TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN LAS ISLAS BALEARES

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 4B: el **55,6% de los profesionales sanitarios encuestados refiere que el subproceso de tratamiento no farmacológico está representado conforme a la realidad en las Islas Baleares**.

Entre los tratamientos no farmacológicos disponibles para pacientes con EA, el **100%** de los expertos encuestados indican la disponibilidad de **talleres de memoria y estimulación cognitiva**; un **77,8%** de los expertos encuestados las **técnicas orientadas a controlar o disminuir la incidencia de problemas conductuales y de mantenimiento de la funcionalidad** y, finalmente, un **22,2%** de los expertos encuestados refieren otros servicios como la participación en actividades destinadas a la población de la tercera edad.

Además, el **80%** de los expertos indican que las personas con EA **pueden acceder** a estos tratamientos.

El **100%** de los profesionales sanitarios y AFA encuestados indican que **se prescriben tratamientos no farmacológicos**, por ejemplo, talleres de memoria a un **66,2%** de las personas, técnicas para el mantenimiento de la funcionalidad al **62,6%** de los pacientes, estimulación cognitiva se prescribe a un **52,7%** de los pacientes, y terapias orientadas a reducir o controlar la incidencia de problemas de conducta a un **34%** de los pacientes.

Además de estos, se hace referencia a otro tipo de tratamientos no farmacológicos como, por ejemplo, talleres de habilidades sociales y actividades recreativas, sesiones de fisioterapia de la marcha y terapia ocupacional, y actividades desarrolladas en los centros de día, tales como la visita de estudiantes, voluntarios y jóvenes con discapacidad intelectual.

El **100%** de los encuestados afirma que estas actividades pueden estar financiadas por la Consejería de Bienestar Social, y la Consejería de Sanidad, así como Ayuntamientos o fondos privados.

El **100%** de los encuestados coinciden que **las terapias más adecuadas para personas con EA en fases tempranas es la estimulación cognitiva**, seguida de las técnicas de mantenimiento de la funcionalidad y los talleres de memoria, si bien, todas las herramientas antes mencionadas se consideran de utilidad.

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 LAS ISLAS BALEARES

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: Los principales retos detectados a este nivel, por los expertos encuestados, están relacionados con la falta de recursos y plazas suficientes en centros de día, talleres de estimulación cognitiva y otros servicios comunitarios. Además, hay una limitada disponibilidad de unidades especializadas y una baja concienciación tanto entre profesionales como en la población sobre la importancia de estos tratamientos. También existen dificultades para ajustar los recursos a las necesidades de los pacientes, como horarios inflexibles y grupos terapéuticos inadecuados.

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

- Aumentar el número de plazas y recursos en centros de día, talleres de estimulación cognitiva y otros servicios comunitarios.
- Mejorar la coordinación entre el sector público y privado para una atención más integral y accesible.
- Fomentar la concienciación de los profesionales y la población en general sobre los beneficios de los tratamientos no farmacológicos.
- Garantizar un ajuste adecuado de los recursos a las necesidades de la persona con EA, mejorando la flexibilidad en horarios y grupos terapéuticos.
- Más apoyo a las familias y cuidadores, incluyendo recursos adicionales como ayudas de transporte y servicios de apoyo.
- Aceleración de los procesos de ayuda (como la ley de dependencias) y mayor rapidez en la disponibilidad de centros especializados.
- Ampliación de la oferta de recursos públicos para asegurar que todas las personas diagnosticadas tengan acceso a tratamiento no farmacológico.

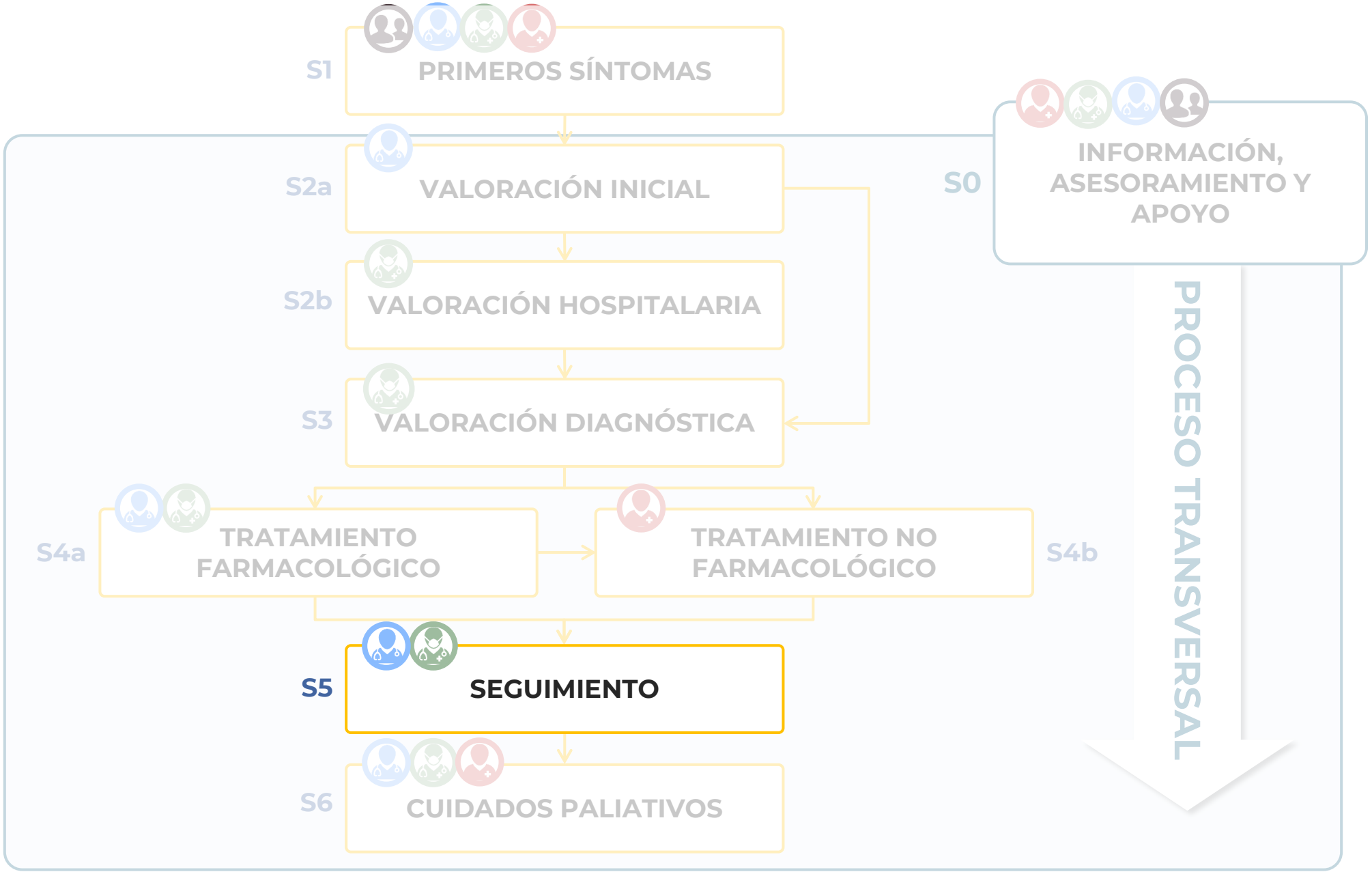
NOTA: *Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, por lo que han de tomarse como resultados orientativos*

SUBPROCESO 5 – SEGUIMIENTO

MapEA
Mapa de recursos para enfermos de Alzheimer

AGENTES

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



SUBPROCESO 5 – SEGUIMIENTO

MapEA
Mapa de recursos para enfermos de Alzheimer

S5

NEUROLOGÍA
Seguimiento cada 6-12 meses y altas

GERIATRÍA
Seguimiento del paciente en todas las fases de la enfermedad

PSIQUIATRÍA
Seguimiento de las alteraciones de conducta

ATENCIÓN PRIMARIA
Principal responsable del seguimiento del paciente

Entorno del paciente

Atención primaria

Atención hospitalaria

Ámbito sociosanitario

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE SEGUIMIENTO EN LAS ISLAS BALEARES

El **60% de los profesionales sanitarios encuestados refiere que el subproceso de seguimiento no está representado conforme a la realidad en las Islas Baleares**. El resto de encuestados resaltan la falta de servicios de geriatría, la participación ocasional y aislada de la psiquiatría.

Los profesionales sanitarios encuestados refieren que el **seguimiento** se realiza **principalmente por los profesionales de Neurología (100%),** seguido de medicina familiar y comunitaria (**50%**), geriatría (**37,5%**), y psiquiatría (**12,5%**).

EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO ESPECÍFICO DE SEGUIMIENTO: un **20%** de los expertos encuestados identifica la existencia de un protocolo específico para el seguimiento de las personas con EA, cuyo grado de conocimiento es **BAJO**. Sin embargo, refiere que su nivel de implementación es **MEDIO**.

FRECUENCIA DEL SEGUIMIENTO: un **37,5%** profesionales sanitarios encuestados refieren que el **seguimiento se realiza cada menos de 6 meses**, mientras que otro **37,5%** indica que se realiza en cada **6-12 meses**. En algunos casos puntuales, indican que se produce de manera más prolongada (>12 meses). **No existe un consenso generalizado de la periodicidad con que se debe hacer seguimiento, sino que debe ser adaptable a la situación de cada individuo**.

PRUEBAS DURANTE EL SEGUIMIENTO: durante el seguimiento, el **100%** los profesionales sanitarios encuestados afirman que realizan **pruebas evolución clínica y una valoración cognitiva y del entorno del cuidador**. El **87,5%** de los profesionales sanitarios encuestados, afirman que, además, se realiza una valoración cognitiva y funcional.

SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: **el seguimiento de los efectos adversos es la principal función de atención primaria** en el seguimiento del tratamiento farmacológico según el **100%** de los profesionales encuestados. Además, consideran relevante la labor de atención primaria en la renovación de la prescripción (62,5%), seguimiento de la adherencia (62,5%), información y asesoramiento al paciente (50%) y la valoración clínica (50%).

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 SEGUIMIENTO EN LAS ISLAS BALEARES

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

COORDINACIÓN SOCIAL Y SANITARIA: la coordinación social y sanitaria se fomenta mediante comisiones interinstitucionales, reuniones periódicas, planes estratégicos, protocolos de derivación y el trabajo de enfermeras gestoras de casos. En algún caso señalan el papel de las Asociaciones de Pacientes y Familiares, o la teleconsulta como una medida para favorecer la coordinación.

PAPEL DE TRABAJO SOCIAL DURANTE EL SEGUIMIENTO: durante el seguimiento de la enfermedad, trabajo social interviene la valoración de la situación de dependencia y apoyo en la solicitud de ayudas, la realización de visitas domiciliarias, apoyo a familiares, coordinación de recursos sociosanitarios y ayudas, y seguimiento de la situación familiar y necesidades del cuidador. De manera general, los expertos consultados refieren que la facilidad para derivar a las personas con EA a trabajo social es **MEDIA**.

IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN EL CUIDADOR: el **70%** de los expertos encuestados resaltan que **no existe un conocimiento del impacto de la enfermedad en el cuidador** por parte de los agentes implicados en el proceso asistencial:

- El **100%** de los expertos encuestados afirman que la calidad de vida, las repercusiones sobre las relaciones familiares y el impacto de la salud psíquica son las áreas de mayor impacto para el cuidador. Asimismo, señalan en menor medida el impacto a nivel laboral, la salud física, y las repercusiones sobre las relaciones laborales. Además, en algún caso se señalan aspectos como las repercusiones a terceras personas el impacto económico.
- Las acciones propuestas para mitigar este impacto para el cuidador son: programas de respiro, grupos de autoayuda, viajes para pacientes y familiares, y mejor información y planificación desde el diagnóstico. También se destaca la importancia de formación para cuidadores, soporte psicológico, redes de apoyo social, y el aumento de recursos como centros de día y ayuda domiciliaria. Se hace hincapié en adaptar los recursos a las necesidades de la persona con EA y del cuidador, y en ofrecer apoyo psicológico y laboral, así como en mejorar la concienciación sobre la enfermedad.

REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS: el documento de voluntades anticipadas y/o eutanasia se registra **siempre o casi siempre según el 50% de los encuestados**, el **50%** restante indica que casi nunca se realiza. Además, el **80%** de los encuestados consideran que el paciente y sus familiares reciben un apoyo insuficiente o inexistente en la redacción de las voluntades anticipadas.

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

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

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE SEGUIMIENTO EN LAS ISLAS BALEARES

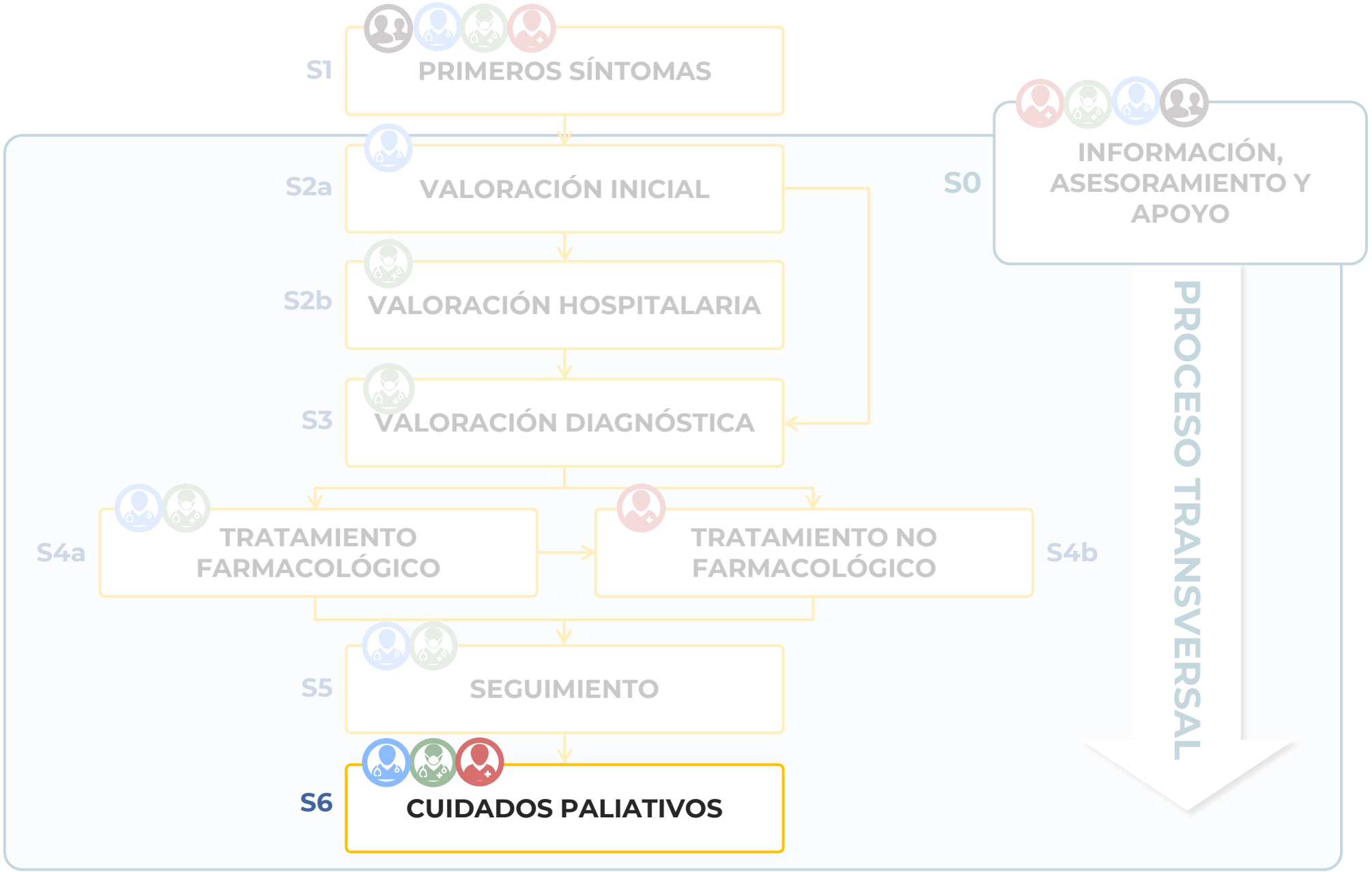
RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: Los principales retos y áreas de mejora en el seguimiento de la enfermedad incluyen mejorar la comunicación y coordinación entre atención primaria, geriatría y neurología, garantizar un seguimiento compartido entre estos niveles, reducir las listas de espera, implicar más a atención primaria con recursos adecuados, y asegurar la disponibilidad de más profesionales y recursos humanos para evitar la saturación de servicios y mejorar el manejo de las personas con EA, especialmente en fases avanzadas.

SUBPROCESO 6 – CUIDADOS PALIATIVOS

MapEA
Mapa de recursos para enfermos de Alzheimer

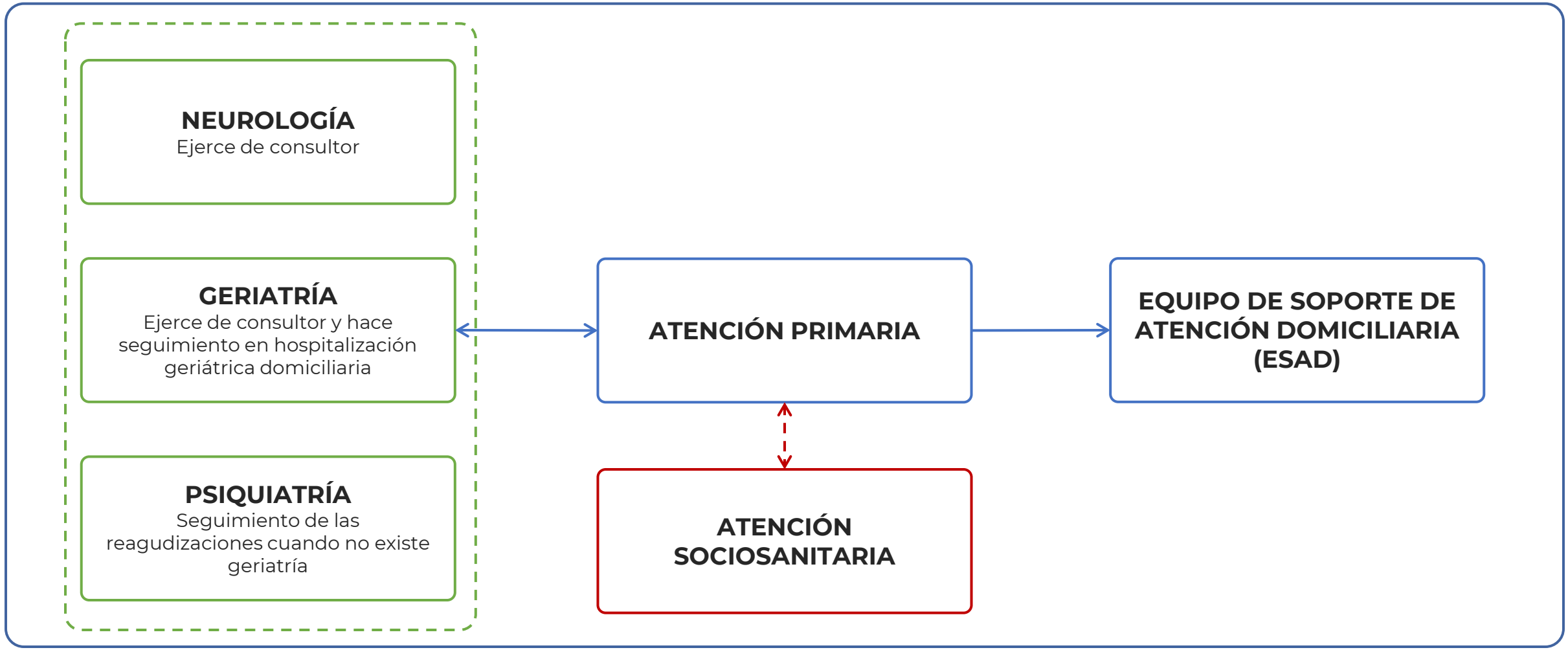
AGENTES

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



SUBPROCESO 6 – CUIDADOS PALIATIVOS

S6



Entorno del paciente

Atención primaria

Atención hospitalaria

Ámbito sociosanitario

SUBPROCESO 6 – CUIDADOS PALIATIVOS

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LAS ISLAS BALEARES

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 6: el **60%** de los profesionales sanitarios encuestados **refiere que el subproceso de cuidados paliativos no está representado conforme a la realidad en las Islas Baleares o lo desconoce**. El resto de encuestados resaltan la falta de servicios de geriatría, la participación ocasional y aislada de la psiquiatría. Además, indican que desde la atención hospitalaria se puede derivar a los ESAD (equipos de soporte de atención domiciliaria).

El **100%** de los profesionales sanitarios encuestados consideran que esta parte del proceso es importante, ya que las personas con EA son claramente subsidiarias de atención de cuidados paliativos. Sin embargo, valoran el grado de cobertura actual como **BAJO**.

PAPEL DE TRABAJO SOCIAL: según los expertos encuestados la función principal de trabajo social en este punto del proceso incluye acompañamiento emocional, continuidad asistencial, gestión de recursos finales como el ESAD y tramitación de ingresos en residencias. También valoran ayudas sociales y recursos específicos, aunque algunos desconocen estas acciones.

PAPEL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA: según los expertos encuestados, las acciones llevadas a cabo por los especialistas de medicina familiar y comunitaria son cruciales en esta etapa e incluyen visitas a domicilio, detección de necesidades, evaluación y seguimiento de la enfermedad, así como proveer de un cuidado integral y longitudinal de la persona con EA y sus familiares. Además, estos profesionales son los responsables de informar a la familia sobre cuidados paliativos, facilitar el acceso a recursos y gestionar las derivaciones.

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

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

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LAS ISLAS BALEARES

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: los expertos encuestados indican que la **atención a las necesidades paliativas** de estos pacientes, especialmente en fases avanzadas, **es mejorable**, **debido a que los recursos son insuficientes**. En este sentido, se identifica necesidad de extender los cuidados a todas las personas con EA en fase final de vida, una mayor formación de los profesionales en demencia avanzada, el incremento de recursos similares a los de oncología y anticipación en la planificación de cuidados. También se destacan la necesidad de más equipos de soporte domiciliario, la aplicación de protocolos establecidos, evitar hospitalizaciones innecesarias, y un aumento de personal para abarcar más pacientes.

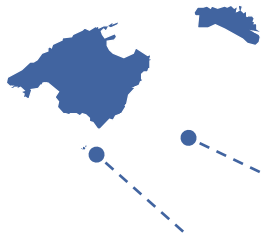
Los aspectos más destacados como barreras para el acceso a cuidados paliativos son la **falta de plazas en residencias de cuidados paliativos**, según el **80%** de los encuestados.

Además, los encuestados destacan la **falta de acceso a médicos con práctica en cuidados paliativos,** el **desconocimiento de los recursos por parte de familiares y cuidadores**, y la **dificultad para acceder a cuidados de ESAD** y, aunque en menor medida, la falta de centros concertados.

4. RECURSOS DISPONIBLES

RECURSOS DISPONIBLES

1. CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA
2. HOSPITALES
3. RECURSOS TECNOLÓGICOS
4. CONSULTAS MONOGRÁFICAS
5. INSTITUCIONES CON ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN



6. ENSAYOS CLÍNICOS
7. ASOCIACIONES DE PACIENTES Y FAMILIARES
8. PLAZAS MIR
9. RECURSOS A LA DEPENDENCIA
10. INNOVACIÓN

RECURSOS DISPONIBLES – CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

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
Comunidad 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

163 CENTROS DE AP
- 59 Centros de salud
- 104 Consultorios locales

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística (INE). Número de centros de salud y consultorios de atención primaria del Sistema Nacional de Salud (SNS) según comunidad autónoma

RECURSOS DISPONIBLES - HOSPITALES

2 HOSPITALES

HOSPITALES PÚBLICOS

Hospital Joan March	Hospital Mateu Orfila
Hospital Can Misses	Hospital General de Mallorca
Hospital de Formentera	Hospital Universitari Son Espases
Hospital Comarcal D´Inca	Hospital Psiquiatric
Hospital de Manacor	Hospital Son Llatzer

HOSPITALES PRIVADOS

Clinica Juaneda Menorca	Clinica Luz de Palma
Policlinica Nuestra Sra. del Rosario	Hospital Sant Joan de Deu
Hospital Sant Joan de Deu Inca	Hospital de La Creu Roja Espanyola
Hospital Quironsalud Son Veri	Clínica Rotger
Hospital de Llevant	Hospital Quironsalud Palmaplanas
Clínica Juaneda Mahon	Clinica Juaneda
Hospital Juaneda Muro	Juaneda Miramar

MUTUAS COLABORADORAS CON LA SEGURIDAD SOCIAL

Mutua Balear

25 HOSPITALES

- 10 Públicos
- 14 Privados
- 1 Mutuas colaboradoras con la SS

FUENTE: Ministerio de Sanidad. Catálogo Nacional de Hospitales. 2024

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

+ **32,8**
Puestos de hospital de día por cada 100.000 habitantes

FUENTE: Ministerio de Sanidad. Sanidad en un vistazo, camas en funcionamiento y puestos de hospital de día (PHD)

3 RECURSOS TECNOLÓGICOS

PUESTOS DE HOSPITAL DE DÍA PÚBLICOS

	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**

+

- **26 TAC**
- **28 RM**
- **5 SPECT**
- **2 PET**

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

FUENTE: Ministerio de Sanidad. Sanidad en un vistazo, camas en funcionamiento y puestos de hospital de día (PHD)

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 Universitari Son Espases	Unidad de Neurología
Hospital Joan March*	-
Hospital Universitario Son Llàtzer*	-

***NOTA:** estos hospitales son identificados por algunos de los expertos encuestados por su servicio de Neurología. No se identifica el nombre de la unidad.*

+ Se han identificado un total de **1** centros hospitalarios con algún tipo de consulta monográfica de demencias

NOTA: Se consideran tanto consultas monográficas públicas como privadas; sin embargo, algunas pueden no estar recogidas, lo que representa una limitación del estudio.
FUENTE: Webs institucionales de hospitales. Acceso: julio 2024

RECURSOS DISPONIBLES – CONSULTAS MONOGRÁFICAS

HOSPITAL UNIVERSITARI SON ESPASES

TIPO DE CENTRO: Público

CONSULTA MONOGRÁFICA: Servicio/Área/Unidad de Neurología

SERVICIO: Neurología

LISTA DE ESPERA SERVICIO: 1ª consulta 109 pacientes

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

+ En las Islas Baleares, existen **0,04** 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 las Islas Baleares es de **0,08**

FUENTE: Islas Baleares. Lista de espera. https://www.ibsalut.es/es/servicio-de-salud/transparencia/transparencia-en-datos-sanitarios/listas-de-espera/lista-de-espera-diaria-de-consultas-externas-y-quirúrgicas

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

5 INSTITUCIONES CON ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN

A continuación, se recogen las instituciones con actividades de investigación y las líneas de investigación relacionadas con la demencia y/o EA en las Islas Baleares.

INSTITUTOS DE INVESTIGACIÓN SANITARIA ACREDITADOS

Instituto de Investigación Sanitaria de las Islas Baleares (IdISBa)

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

FUENTE: Webs institucionales de Centros de Investigación, Acceso octubre 2024.; Ministerios de Sanidad – Institutos de Investigación Sanitaria Acreditados ubicados en entornos hospitalarios. Acceso octubre 2024.

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

CENTROS DE INVESTIGACIÓN	LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN
NEURILOBIOLOGÍA Área de Neurociencias **IdISBa**	• Mecanismos de patogenicidad de proteínas mitocondriales implicadas en neurodegeneración y enfermedades mentales. • Genética del ictus: Activación de los procesos de reparación. • Farmacogenómica en Parkinson y Esclerosis Múltiple. • Bases celulares y moleculares de la esclerosis lateral amiotrófica (ELA), la atrofia muscular espinal (SMA) y la esquizofrenia. • Papel de las citoquinas proinflamatorias y la excitotoxicidad por glutámico en la degeneración de motoneuronas en el ELA.
NEUROFISIOLOGíA, ESTUDIOS COMPORTAMENTALES Y BIOMARCADORES Área de Neurociencias **IdISBa**	• fisiología del envejecimiento cerebral. • Estrategias de prevención del envejecimiento cerebral. • Pruebas cognitivas y de coordinación motora. Pruebas comportamentales. • Inflamación y envejecimiento. Mecanismos y vías de señalización implicadas. • Estrés oxidativo y envejecimiento cerebral. • Biomarcadores fisiológicos y bioquímicos. • Fisiología clínica.
NEUROPSICOLOGÍA Y COGNICIÓN (NEUROCOG) Área de Neurociencias **IdISBa**	• Envejecimiento cognitivo normal y patológico (enfermedad Alzheimer, Parkinson) • Neuropsicología (adultos e infantil) • Estudio de la atención y la memoria • Factores protectores del funcionamiento cognitivo

FUENTE: Webs institucionales de Centros de Investigación, Acceso diciembre 2024.; Ministerios de Sanidad – Institutos de Investigación Sanitaria Acreditados ubicados en entornos hospitalarios. Acceso diciembre 2024.

6 ENSAYOS CLÍNICOS SOBRE ALZHEIMER

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

CÓDIGOS EECC

2016-003440-36
2016-003928-23
2016-001128-78
2014-002601-38
2016-002412-40
2016-001127-32
2013-001851-11
2015-005495-19

+ **8** Ensayos clínicos sobre Alzheimer en las Islas Baleares

DATOS SOBRE EECC EN ISLAS BALEARES

En las Islas Baleares existen **0,32** **ensayos clínicos por centro hospitalario** ya sean públicos o privados.

Se calcula que la ratio de **ensayos clínicos** por cada 100.000 habitantes en las Islas Baleares es de **0,65**

FUENTE: Registro Español de Ensayos Clínicos (REEC). Acceso en diciembre 2024

LISTADO DETALLADO DE EECC DE ALZHEIMER EN LAS ISLAS BALEARES

IDENTIFICADOR	TITULO PÚBLICO
2016-003440-36	Un estudio de LY3314814 (AZD3293) en la enfermedad de Alzheimer en fase temprana.
2016-003928-23	Estudio de 24 meses, de grupos paralelos, doble ciego y controlado con placebo para evaluar la eficacia y la seguridad de E2609 en pacientes con enfermedad de Alzheimer temprana.
2016-001128-78	Ensayo clínico para pacientes con enfermedad de Alzheimer para examinar la seguridad y eficacia del Pimavanserin en el tratamiento de los síntomas de agitación y agresión.
2014-002601-38	Estudio para valorar el efecto de AZD3293 en la enfermedad de Alzheimer en fase inicial.
2016-002412-40	Estudio de la seguridad y la tolerabilidad de RVT-101 en pacientes con demencia con cuerpos de Lewy (DCL).
2016-001127-32	Estudio doble ciego, controlado por placebo para analizar la seguridad y eficacia de Pimavanserin en el tratamiento de la agitación y agresión en la enfermedad de Alzheimer.
2013-001851-11	Un estudio para ver como de efectivo y seguro 2dosis de medicamento del estudio, LND1011001 son en comparación con un placebo cuando se da a pacientes con Enfermedad de Alzheimer de media a moderada. Un medicamento es una medicación que se parece a la medicación del estudio, pero no tiene ningún ingrediente activo.
2015-005495-19	Estudio de RVT-101 en sujetos con demencia con cuerpos de Lewy (DCL).

FUENTE: Registro Español de Ensayos Clínicos (REEC). Acceso en diciembre 2024

RECURSOS DISPONIBLES – ASOCIACIONES DE PACIENTES Y FAMILIARES

7 ASOCIACIONES DE PACIENTES Y FAMILIARES

AFAS

Confederación Española de Alzheimer	ceafa@ceafa.es	948 17 45 17
Federación Balear de Alzheimer	faibalzheimer@gmail.com	653940758
AFA Ibiza y Formentera	info@alzheimer-ibiza.org	653940758
AFA Menorca	afamenorca@gmail.com	971362396
AFAMA Pollença	equipdirectiu@afama-pollensa.org	629611173
AFA Llar de Memoria	info@llardememoria.com	645433320
Asociación de Familiares de Enfermos de Palma de Mallorca (AFAPAM)	info.afapam@gmail.com	630 473 365

+ **7** Asociaciones de Familiares y Pacientes en las Islas Baleares

DATOS SOBRE AFAS EN LAS ISLAS BALEARES

100% de los expertos encuestados consideran como **BAJO** el nivel de participación de las AFAS en la toma de decisiones.

66,7% 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** o **moderada**.

FUENTE: Confederación Española de Alzheimer CEAFA.
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)

8 PLAZAS MIR

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

PLAZAS MIR 2024

- **4** Neurología
- **68** Medicina Familiar y Comunitaria
- **1** Geriatría
- **7** Psiquiatría

FUENTE: Boletín Oficial del Estado. Orden SND/888/2024. BOE-A-2024-17246

RECURSOS DISPONIBLES – PLAZAS MIR

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

Eivissa	UDM AFYC de Eivissa y Formentera	10
Mahón	UDM AFYC de Menorca	8
Palma de Mallorca	UDM AFYC De Mallorca	50

NEUROLOGÍA

Palma de Mallorca	H. U. Son Espases	3
Palma de Mallorca	H. U. Son Llàzter	1

PSIQUIATRÍA

Eivissa	Hospital Can Misses	1
Inca	Hospital de Inca	1
Manacor	Hospital de Manacor	1
Palma de Mallorca	H. U. Son Espases	2
Palma de Mallorca	H. U. Son Llàzter	2

GERIATRÍA

Palma de Mallorca	H. San Joan de Déu de Palma de Mallorca	1

RESULTADOS SOBRE RECURSOS FORMATIVOS

87,5% de los profesionales sanitarios encuestados consideran que el grado de formación de los profesionales sanitarios que participan en el manejo de la EA en las Islas Baleares es **MODERADO**.

87,5% de los profesionales sanitarios afirman que se les han ofertado actividades formativas sobre deterioro cognitivo en los últimos dos años.

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

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

9 DEPENDENCIA

La dependencia se refiere al **estado de carácter permanente** en el que se encuentran las personas que, debido a factores como la edad, la enfermedad o la discapacidad, requieren la atención de otra persona o asistencia significativa para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria.
La **Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia** reconoce el derecho de los ciudadanos a la promoción de la autonomía personal y a la atención de aquellas personas que se encuentran en situación de dependencia.

GRADOS DE DEPENDENCIA

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

+

PRESTACIONES Y SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

- Servicios de apoyo a personas adultas
- Centros de día y de noche
- Atención residencial

FUENTE: Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE-A-2006-21990; Govern de les Illes Balears. https://www.caib.es/webgoib/es/serveis-socials-i-depend%C3%A8ncia Catálogo de prestaciones. Acceso el 03/12/2024. https://www.caib.es/webgoib/es/dependencia

RECURSOS DISPONIBLES – DEPENDENCIA

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

SERVICIO CONCERTADO DE CURATELA PARA PERSONAS ADULTAS

El Servicio de curatela para las personas adultas ofrece apoyo a personas adultas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, tal como establece el Decreto 32/2023. Este servicio asume las funciones designadas judicialmente cuando no hay familiares adecuados para ejercerlas. Se accede mediante resolución judicial u otras fórmulas legales, conforme a la Ley 8/2021, que reforma la legislación sobre apoyo a personas con discapacidad.

73 CENTROS DE DÍA

58 RESIDENCIAS

FUENTE: Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE-A-2006-21990; Govern de les Illes Balears. https://www.caib.es/webgoib/es/serveis-socials-i-depend%C3%A8ncia Catálogo de prestaciones. Acceso el 03/12/2024. https://www.caib.es/webgoib/es/dependencia

RESULTADOS SOBRE RECURSOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Los expertos encuestados refieren que en las Islas Baleares existen recursos específicos para la EA leve y EA avanzada. Para personas con EA leve, se ofrecen programas y actividades en distintos centros, tales como talleres de memoria, talleres específicos para personas con EA de inicio temprano. Algunos centros y residencias tratan a personas con EA grave, tales como la Residencia OMS, la Residencia de Sa Serra, el Centro de Día Mente, la Unidad de Psicogeriatría de Can Carbonell, entre otros.

Además, los expertos recomiendan fomentar varios recursos para mejorar la calidad de vida de las personas con EA y brindar apoyo a sus cuidadores. Estos recursos incluyen: centros de día asequibles, talleres de estimulación cognitiva, tratamiento no farmacológico, atención psicológica, promoción de la autonomía, viviendas supervisadas y acceso a neuropsicología.

Todos los expertos encuestados identifican la atención domiciliaria como uno de los recursos para la dependencia más útiles para las personas con EA. Además, un **80%** de los expertos encuestados identifican la teleasistencia y un **50%** los pisos tutelados.

Los expertos encuestados señalan que existe una ausencia de recursos específicos para destinados a personas con EA jóvenes (menores de 65 años). Entre algunos de los recursos mencionados, se destacan: como la residencia Sant Miguel, centros de día públicos y privados, y un taller en la Asociación de Familiares de EA de Ibiza y Formentera. En este sentido, los expertos destacan que en ocasiones se hace uso de servicios destinados a discapacidades físicas o enfermedades psiquiátricas para la atención a personas con EA.

DERIVACIONES A RECURSOS PARA LA DEPENDENCIA: un **90%** de los expertos encuestados refieren que las derivaciones ocurren **demasiado tarde** y un **10%** opinan que las derivaciones ocurren de manera **adecuada**.

INFORMACIÓN DE RECURSOS A LA DEPENDENCIA: el **90%** de los expertos encuestados refieren que las personas con EA **son siempre informadas de la existencia de recursos sociosanitarios disponibles**, ya sean públicos, privados o concertados.

RECURSOS PARA FAMILIARES: además de los mencionados a lo largo del documento existen varios recursos de apoyo para los familiares de personas con EA. Estos incluyen programas de cuidadores, residencias temporales para descanso del cuidador, centros de día, ayuda a domicilio, telealarma y talleres para familiares. También se realizan sesiones informativas y formativas multidisciplinares, especialmente tras el diagnóstico, y talleres para cuidadores. Además, se cuenta con un protocolo específico para cuidadores y sesiones clínicas multidisciplinares en centros de salud.

10 INNOVACIÓN

RESPUESTAS SOBRE RECURSOS E INNOVACIÓN

Algunas **iniciativas innovadoras** en el ámbito de la EA incluyen:

- Programas de formación como "Cuidar al que cuida" en el Hospital Son Llàtzer y el Hospital Joan March.
- Huertos terapéuticos y retos cognitivos.
- Se están implementando biomarcadores plasmáticos y talleres específicos para personas con EA de inicio temprano, junto con terapias sensoriales y ecoterapia, impulsados por AFAEF (Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Ibiza y Formentera).
- Talleres informativos para familiares y cuidadores, enfocándose en el impacto diagnóstico y los recursos disponibles.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES GENERALES

Con relación a la coordinación sociosanitaria, los expertos destacan:

- La disponibilidad de comisiones sociosanitarias interinstitucionales que cuentan con la representación de las Consejerías y los Departamentos de Salud para el abordaje de los casos complejos.
- Colaboración entre direcciones generales de dependencia y sanidad para identificar y abordar carencias en recursos.
- Fomentar la comunicación entre niveles asistenciales y especialidades, a través de reuniones periódicas, consultas conjuntas (hospital, atención primaria, centros de día y residencias), e interconsultas telefónicas.
- Implementar la figura de la enfermería gestora de casos para la coordinación entre hospitales y servicios comunitarios.

Con relación al diagnóstico temprano:

- Aumentar el tiempo en consultas, mejorar el conocimiento y la formación para el reconocimiento de síntomas por parte de pacientes y profesionales de atención primaria.
- Mejorar la formación y la sensibilización de los profesionales sanitarios, y aumentar el número de herramientas diagnósticas disponibles para el diagnóstico.

Con relación al acceso a recursos específicos para la EA y otras demencias:

- Fomentar los recursos específicos, tales como, los centros de día terapéuticos específicos para EA, la estimulación cognitiva, los tratamientos no farmacológicos, el apoyo psicológico, las viviendas supervisadas.
- Promover la autonomía y el acceso a la neuropsicología.

Incremento de la dotación de profesionales especializados:

- Integrar en la atención a la persona con EA otros perfiles necesarios como, por ejemplo, psiquiatría y geriatría y promover su especialización en el abordaje de la EA y otras demencias.
- Mejorar la dotación de neuropsicólogos en las consultas especializadas en memoria.

Otras recomendaciones propuestas son:

- Informar a pacientes y familiares de las implicaciones de la enfermedad desde el diagnóstico, así como, de los recursos disponibles para el apoyo.
- Mejorar los tiempos en consulta para favorecer una comunicación efectiva del diagnóstico y para apoyar en la planificación de decisiones y voluntades anticipadas.
- Maximizar el uso de máquinas y profesionales disponibles para reducir las listas de espera en el diagnóstico.

CONCLUSIONES GENERALES

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

HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN:

- Desde MapEA 2017, en las Islas Baleares **se han desarrollado seis nuevas herramientas** de planificación y gestión relacionadas con la EA: *Plan Estratégico de la Consejería de Salud de las Illes Balears* ***(2016-2020)****; Plan Estratégico de Salud Mental de las Islas Baleares 2016-2022* ***(2016-2022)*** *y Protocolo de Demencia del Servicio de Salud de las Islas Baleares* ***(2018).***
- Asimismo, a nivel nacional se elaboró el **Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023) cuyo nivel de implementación en las Islas Baleares se considera bajo** y la **Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud** cuyo **nivel de implementación en las Islas Baleares es bajo**.

PROCESO ASISTENCIAL:

- Según el presente análisis **no se observan grandes cambios a lo largo del proceso asistencial respecto a las áreas de mejora identificadas en MapEA (2017).** Entre otros, destacan los siguientes puntos:
  - Potenciar el apoyo social y comunitario: coordinación socio-sanitaria para facilitar el acceso a recursos.
  - Consolidar el papel de geriatría, psiquiatría y atención primaria en el proceso asistencial de las personas con EA y dotar de un mayor número de profesionales.
  - Disponer de equipos multidisciplinares que permitan una atención coordinada y especializada, facilitando la colaboración entre los distintos niveles asistenciales, así como, con los servicios sociosanitarios tanto públicos, como privados y concertados, y fomentando la colaboración con las AFAS.
  - Aumentar la dotación técnica específica para la detección temprana de las demencias, aumentando el número de máquinas y maximizando el uso de los recursos disponibles y garantizando la continuidad a lo largo de todo el proceso.
  - Capacitar a los profesionales de la salud sobre el impacto de la enfermedad en los cuidadores y potenciar la relación entre ambos, así como aumentar el número de plazas en centros de día.

RECURSOS

- En comparación con **2017**, las Islas Baleares ha experimentado **un notable incremento en los recursos tecnológicos** de salud: el número de TACs ha aumentado de **21** a **159**, los RMs de **21** a **110**, los SPECT de **3** a **31** y los PET de **2** a **18**. 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

GLOSARIO

TÉRMINO	DEFINICIÓN
ABVD	Actividades básicas de la vida diaria
AFAs	Asociación de Familiares de Alzheimer
AIVD	Actividades instrumentales de la vida diaria
AFAEF	Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Ibiza y Formentera
ApoE	Apolipoproteína E
AVDs	Actividades de la vida diaria
DCL	Demencia con cuerpos de Lewy
EA	Enfermedad de Alzheimer
ESAD	Equipo de soporte de atención domiciliaria
FAQ	Functional Activities Questionnaire
FAST	Functional Assessment Stages
GDS	Escala de Deterioro Global
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
SPECT	Tomografía computarizada por emisión de fotón único
TAC	Tomografía Axial Computarizada

Proyecto **MapEA**

MapEA
Mapa de recursos para enfermos de Alzheimer

ANEXOS

MaPEA
Mapa de recursos para enfermos de Alzheimer

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centre residencial Es Ramal	Alaior	971 37 10 38
Habitatge supervisat per a persones grans	Alaró	971 51 87 16
Habitatge supervisat per a persones grans	Alaró	971 15 06 16
DomusVi Alcúdia	Alcúdia	971 54 91 07
Residencia de personas mayores Posada dels Olors	Artà	971 83 65 61 / 971 82 91 24
Residencia Es Castellot	Calvià	971 69 14 09
DomusVi Costa d'en Blanes	Calvià	971 67 70 02
Llar de majors de Calvià	Calvià	971 67 03 03
Residència de 3ª edat Sor Maria Rafaela	Campos	971 65 24 71
DomusVi Capdepera	Capdepera	971 81 82 24
Centro Sociosanitario Santa Rita	Ciutadella de Menorca	971 38 32 47
Residència geriàtrica assistida de Ciutadella	Ciutadella de Menorca	971 48 01 00
Residencia Reina Sofía	Eivissa	971 30 14 12 / 971 30 07 96
Hospital Residencia Asistida Can Serres	Eivissa	971 19 56 50
Residència de persones majors Bartomeu Quetglas	Felanitx	971 58 41 87
Residència geriàtrica de Ferreries	Ferreries	971 15 51 58
Seniors Inca	Inca	971 88 33 60
Residència Miquel Mir	Inca	971 50 09 17
Residencia de Personas Mayores de Llucmajor	Llucmajor	971 66 24 24
Seniors Manacor	Manacor	971 83 46 66
Residencia de Llevant	Manacor	971 81 52 59
Residencia geriátrica asistida del Ayuntamiento de Maó	Maó-Mahón	971 36 12 21
Residència d'ancians del Consell Insular de Menorca	Maó-Mahón	971 36 38 62

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
DomusVi Can Carbonell	Marratxí	971 42 23 73
Residencia d'Es Mercadal	Mercadal (Es)	971 37 50 85
Habitatges tutelats de Migjorn Gran	Migjorn Gran (Es)	971 37 96 28
Seniors Montuïri	Montuïri	971 64 63 67
Residencia Reina Sofía	Muro	971 86 03 18
Residencia Sant Miquel	Palma de Mallorca	971 10 30 11
Casa de ancianos Hermanitas de los Pobres	Palma de Mallorca	971 75 06 84
Residencia Oms	Palma de Mallorca	971 17 71 40
Residencia Bocambilia	Palma de Mallorca	971 26 25 73
Residencia de 3ª edad Ciudad Jardín	Palma de Mallorca	971 26 29 17
DomusVi Palma	Palma de Mallorca	971 49 85 44
Habitatges tutelats C'an Granada	Palma de Mallorca	971 90 22 02
Llar d'ancians	Palma de Mallorca	971 76 03 01
Residencia Fontsana	Palma de Mallorca	971 91 22 22
Residencia mixta de pensionistas Bonanova	Palma de Mallorca	971 00 29 00
Residencia Borenco	Palma de Mallorca	971 73 23 47
Residencia Élite	Palma de Mallorca	971 74 64 01 / 647 70 77 97
Emera Mallorca	Palma de Mallorca	971 26 01 50
Residencia Cala Estancia	Palma de Mallorca	971 26 77 00
Residència d'ancians Huialfàs	Pobla (Sa)	971 54 09 32 / 971 86 23 92
Residencia Social Santo Domingo	Pollença	971 53 07 38
Seniors Pollença	Pollença	971 86 46 21
Residencia Ca's Notari	Porreres	971 16 66 76

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia Sa Serra	Sant Antoni de Portmany	971 17 77 03
Seniors Sant Joan	Sant Joan	971 52 70 31
Residencia geriátrica municipal de Sant Lluís	Sant Lluís	971 15 13 29 / 871 77 79 40
Residencia de Can Blai	Santa Eulària des Riu	971 17 60 80
Colisée Sa Residència	Santa Eulària des Riu	971 93 24 40
Seniors Can Picafort	Santa Margalida	971 85 28 39
Residencia Hogar del Sol	Santa María del Camí	971 62 03 32
Cas Metge Rei	Santa María del Camí	971 14 06 03
Residencia Santanyí	Santanyí	971 65 39 84
Residencia Sor Francinaina Cirer	Sencelles	971 87 26 36 / 680 23 58 30
Residencia Sineu	Sineu	971 52 09 51
Residencia Bell Entorn	Sóller	971 63 87 19
Residencia Sa Serra	Sant Antoni de Portmany	971 17 77 03

CENTROS DE DÍA

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Servicio de estancia diurna de la Residencia Es Ramal	Alaior	971 37 10 38
Servicio de estancia diurna de la Residencia municipal DomusVi Alcúdia	Alcúdia	971 54 91 07
Centro de día de Algaida	Algaida	971 12 56 56
Centre de día de Andratx	Andratx	971 62 80 00 / 971 13 71 75
Centro de día municipal de Artá	Artà	971 83 51 87
Centro de día de Binissalem	Binissalem	971 88 66 20
Centro de día de Bunyola	Bunyola	971 61 52 98
Servicio de estancia diurna DomusVi Costa d'en Blanes	Calvià	971 67 70 02
Servicio de estancia diurna de Llar de majors de Calvià	Calvià	971 67 03 03
Centro de día Campanet	Campanet	971 50 96 00
Centro de día municipal de Campos	Campos	971 65 24 71
Servicio de estancia diurna de la Residencia DomusVi Capdepera	Capdepera	971 81 82 24
Centro de día Capdepera	Capdepera	971 56 66 06 / 971 56 66 05
Centre de dia Es Castell	Castell (Es)	971 36 12 80
Centro de día municipal	Ciutadella de Menorca	971 38 07 70
Centro de día del Centro Sociosanitario Santa Rita	Ciutadella de Menorca	971 38 32 47
Centro de día municipal Francesca Homar Pascual	Consell	971 62 25 75
Servicio de estancia diurna de la Reina Sofía	Eivissa	971 30 14 12 / 971 30 07 96
Servei de Centre de Dia D'atenció Als Transtorns de la Memòria (CATM)	Eivissa	971 19 56 60
Centre de día Ca Ses Monges	Esporles	971 61 05 51
Servicio de estancia diurna Bartomeu Quetglas	Felanitx	971 58 41 87
Centro de día del Ayuntamiento de Ferreries	Ferreries	971 15 51 58
Centro de estancia diurna de Formentera	Formentera	971 32 16 17

CENTROS DE DÍA

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Servicio de estancia diurna de Seniors Inca	Inca	971 88 32 50 / 971 88 33 60
Centro de día Miquel Mir	Inca	971 50 09 17
Centro de día Lloseta	Lloseta	971 59 46 02
Centre de dia Can Clar	Llucmajor	971 66 14 89
Centro de día municipal Manacor	Manacor	971 55 42 25
Servicio de estancia diurna de la Residencia de Llevant	Manacor	971 81 52 59
Centro de día municipal de Porto Cristo	Manacor	971 81 51 90 / 662 35 25 65
Centro de día Mancor de la Vall	Mancor de la Vall	971 87 09 61
Centro de estancia diurna para enfermos de Alzheimer y otras demencias	Maó-Mahón	971 35 16 90 / 971 36 14 33
Centro de día de la Residència Geriàtrica Assistida de Maó	Maó-Mahón	971 35 65 10
Servicio de estancia diurna de la Residencia del Consejo Insular de Menorca	Maó-Mahón	971 36 38 62
Centro de día municipal Brot de Gínjol	Marratxí	971 60 82 38
Centro de día Ca Ses Monges	Marratxí	971 10 29 85
Centro de día Can Carbonell	Marratxí	900 456 585
Estancia diurna de la Residencia d'Es Mercadal	Mercadal (Es)	971 37 50 85 / 663 70 38 33
Servicio de centro de día municipal	Migjorn Gran (Es)	971 37 96 28
Servicio de estancia diurna de Seniors Montuïri	Montuïri	971 64 63 67
Centro de día S'Estel	Palma de Mallorca	971 21 48 40
Servicio de estancia diurna Oms	Palma de Mallorca	971 10 30 05 / 671 64 88 78
Centro de día Mente I	Palma de Mallorca	971 77 07 03
Centro de dia Coll d'en Rabassa	Palma de Mallorca	971 26 15 59
Centro de día Reina Sofía	Palma de Mallorca	971 44 43 19
Centro de día DomusVi Palma	Palma de Mallorca	971 49 85 44
Centro de día Llar de Ancians	Palma de Mallorca	971 76 03 01
Centro de día Mente	Palma de Mallorca	971 77 07 03

CENTROS DE DÍA

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro de estancia diurna Mente 2	Palma de Mallorca	971 73 12 46
Centre de día Més Vida	Palma de Mallorca	971 28 19 17
Centre de dia Son Dureta	Palma de Mallorca	971 73 65 43
Centre de dia Son Sardina	Palma de Mallorca	971 43 92 11
Centro de estancias diurnas Petra	Petra	971 83 01 76
Centro de día Huialfàs de Sa Pobla	Pobla (Sa)	971 54 44 74
Centro de día para personas mayores	Pollença	971 53 02 52 / 629 61 11 73
Servicio de estancia diurna de Seniors Pollença	Pollença	971 86 46 21 / 673 79 67 59
Centro de día de la Residencia Sa Serra	Sant Antoni de Portmany	971 17 77 03
Servicio de estancia diurna de Seniors Sant Joan	Sant Joan	971 52 70 31 / 871 00 02 23
Centre de día de Sant Joan de Labritja	Sant Joan de Labritja	971 33 33 43
Centro de día Sant Llorenç des Cardassar	Sant Llorenç des Cardassar	971 56 96 40
Centre de día de Son Carrió	Sant Llorenç des Cardassar	971 56 92 61
Servicio de estancia diurna de la Residencia geriátrica municipal de Sant Lluís	Sant Lluís	971 15 13 29 / 871 77 79 40
Centro de día Can Blai para personas con Alzheimer	Santa Eulària des Riu	971 17 60 80
Servicio de estancia diurna Colisée Sa Residencia	Santa Eulària des Riu	971 93 24 40
Centro de día de Santa Margalida	Santa Margalida	871 85 00 22
Servicio de estancia diurna de Seniors Can Picafort	Santa Margalida	971 85 28 39
Centro de día Cas Metge Rei	Santa María del Camí	971 14 06 03
Servicio de centro de día de la Residencia Santanyí	Santanyí	971 65 39 84
Centro de día de S'Alqueria Blanca	Santanyí	971 16 10 50
Servicio de centro de día de la Residencia Bell Entorn	Sóller	971 63 87 19
Centro de día Son Servera	Son Servera	971 56 70 02 / 971 81 71 17
Centro de día de Valldemossa	Valldemossa	971 61 28 81
Centro de día Sa Residencia	Vilafranca de Bonany	971 56 08 68