



Proyecto MapEA



Mapa de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en España

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

1. INTRODUCCIÓN

MaPEA
Mapa de recursos para enfermos
de Alzheimer



La **enfermedad de Alzheimer (EA)** es la causa de demencia más común, representando **entre el 60-70%** de los nuevos casos de demencia a nivel global. En España, según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN) y la Confederación Española de Alzheimer (CEAFA), se estima que entre **700.000** y **800.000 personas** padecen esta enfermedad.

- El impacto social y económico de la EA en la sociedad española ha generado la necesidad de implementar acciones concretas y efectivas que promuevan respuestas adecuadas:
 - En 2016, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) aprobó la primera **Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud**¹.
 - Por su parte, en 2019, desde el Ministerio de Sanidad se emitió el **Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023)**² para reducir el impacto de la EA a través de diversas estrategias que favorecieran la integración de la persona con EA en su entorno familiar y social.
- En este contexto, el proyecto **“Mapa de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en España” (MapEA)**³, desarrollado en 2017, buscaba analizar el estado actual de las herramientas de planificación y organización, actividades de prevención y detección temprana, proceso asistencial y recursos específicos disponibles en las Comunidades Autónomas (CC. AA.) para la atención y el cuidado de las personas con deterioro cognitivo y EA en España.
- En línea con la **nueva evidencia disponible**, y en el marco de los nuevos tratamientos antiamiloides, este informe se constituye como una actualización y ampliación de las investigaciones realizadas en el primer Proyecto MapEA.

FUENTE: [1] Ministerio de Sanidad. *Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del SNS*. 2022; [2] Ministerio de Sanidad. *Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023)*. 2019. [3] Martínez-Lage et al., *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 2018. Eli Lilly and Company. (2025). *Enfermedades neurodegenerativas*. Disponible en: <https://www.lilly.com/es/ciencia/areas-terapeuticas/enfermedades-neurodegenerativas>

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 autonómicos en EA** sobre diversos aspectos relacionados con la gestión de la EA en las distintas Comunidades Autónomas.



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

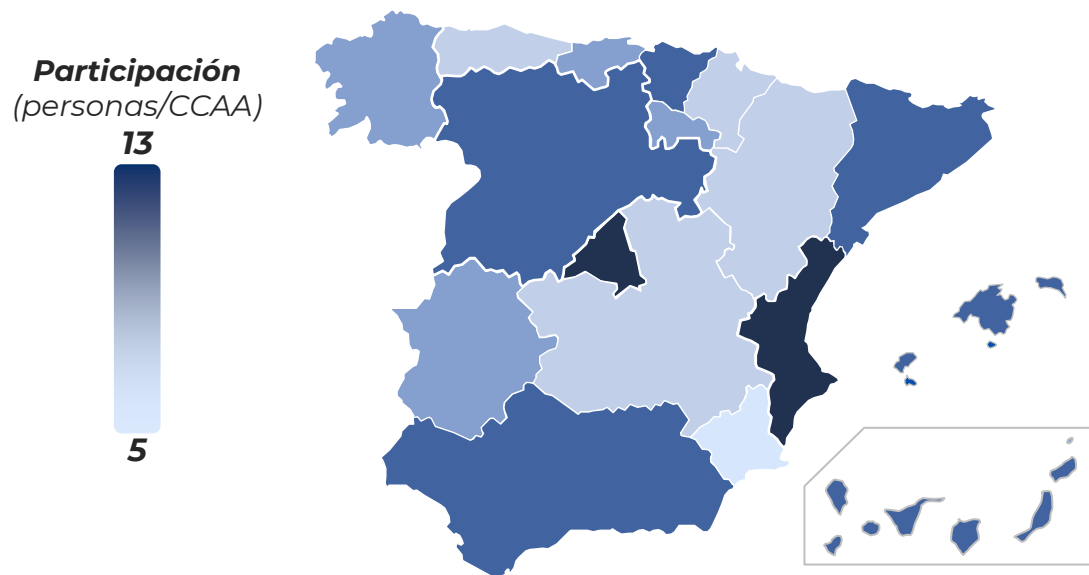
Se describen, revisan y analizan los recursos estructurales y tecnológicos disponibles en las Comunidades Autónomas para abordar la gestión de la patología.

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

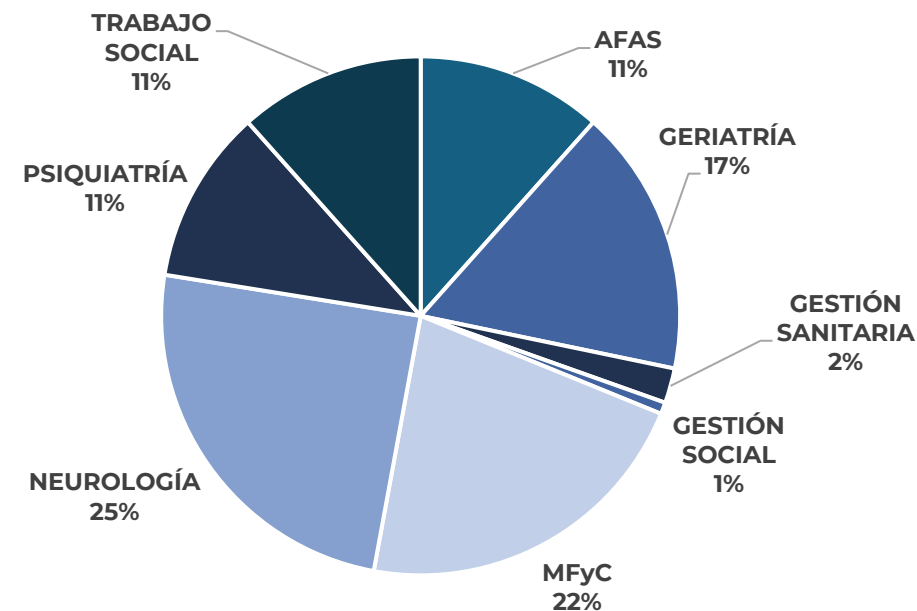
PROFESIONAL	PERFIL
BELÉN GONZÁLEZ	Especialista en Geriátría en el Servicio de Geriátría en el H.U. de Navarra. Coordinadora del grupo de demencias/Alzheimer de la SEGG.
ENRIQUE ARRIETA	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en el Centro de Salud de Segovia Rural (Segovia). Ex-Secretario del 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.

PANEL DE EXPERTOS REGIONALES EN EA

138 expertos de las distintas CC.AA.
han respondido el cuestionario



Perfiles participantes



ABREVIATURAS: AFAS, Asociación de Familiares de Alzheimer; MFyC, Medicina Familiar y Comunitaria

Fuente: Eli Lilly and Company. (2025). *Enfermedades neurodegenerativas*. Disponible en: <https://www.lilly.com/es/ciencia/areas-terapeuticas/enfermedades-neurodegenerativas>

2. HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN

MaPEA
Mapa de recursos para enfermos
de Alzheimer



El análisis a nivel nacional muestra un **bajo nivel de conocimiento e implementación** tanto de **Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud (2016)** como del **Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019 - 2023)**.

Desglose del grado de conocimiento e implementación por CC.AA.					
CCAA	Estrategia en Enfermedades de Neurodegenerativas del SNS (2016)		Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019 - 2023)		Actualización de herramientas autonómicas (Años transcurridos desde la última actualización)
	Conocimiento	Implementación	Conocimiento	Implementación	
Andalucía					8 – 22 años
Aragón	Sin consenso*				7 – 18 años
Canarias					< 5 años
Cantabria	Sin consenso*				< 5 años
Castilla-La Mancha					6 – 13 años
Castilla y León					< 4 años
Cataluña					7 – 18 años
Comunidad de Madrid					< 5 años
C. Foral de Navarra					< 5 años
Comunidad Valenciana					< 5 años
Extremadura	Sin consenso*				< 5 años
Galicia					8 – 22 años
Islas Baleares					6 – 13 años
La Rioja					8 – 15 años
País Vasco					6 – 17 años
Principado de Asturias					< 5 años
Región de Murcia		Sin consenso*			< 5 años

NULO

BAJO

BAJO-MODERADO

MODERADO

ALTO

NOTA: El grado de implementación y conocimiento se ha obtenido como la respuesta más frecuente dentro del conjunto de resultados (valor modal). *No existe un consenso, ya que el mismo número de expertos encuestados opina que el grado de implementación y/o conocimiento es bajo y alto.

Fuente: Eli Lilly and Company. (2025). *Enfermedades neurodegenerativas*. Disponible en: <https://www.lilly.com/es/ciencia/areas-terapeuticas/enfermedades-neurodegenerativas>

HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN PARA LA EA EN ESPAÑA

- Los resultados obtenidos para las distintas CC. AA. reflejan la **escasez de planes regionales específicos** enfocados en el deterioro cognitivo y la EA.
- En general, estas herramientas han sido **elaboradas hace más de cinco años**, y no han sido objeto de revisión o actualización, por lo que podrían estar obsoletas, especialmente teniendo en cuenta los **nuevos avances en el campo del diagnóstico temprano** y de los **nuevos tratamientos**.
- Algunas CC. AA. sí han desarrollado un plan específico de atención al deterioro cognitivo y la EA, aunque el nivel de implementación y conocimiento es, en términos generales, bastante **limitado**. Destacan las iniciativas llevadas a cabo por:
 - **Andalucía** (*Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias en Andalucía, 2023*).
 - **Comunidad Valenciana** (*Plan de asistencia integral a los pacientes con E. de Alzheimer y otras demencias – PAIDEM, 2006*).
 - **Cataluña** (*Pla d'atenció sanitària a les persones amb deteriorament cognitiu lleu i demència de Catalunya – PLADEMCAT, 2022*).
 - **Extremadura** (*Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo en Extremadura PIDEX – 2007*).
- El **nivel de implementación y conocimiento** de la **Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas** y el **Plan Integral de Alzheimer** es **variable a nivel autonómico**:
 - En general, los expertos encuestados consideran que el nivel de implementación de la **Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del SNS** es **BAJO**, salvo en Asturias, Castilla-La Mancha, Cataluña, País Vasco y La Rioja, donde es **MODERADO**. En el caso de Murcia, **no hay consenso** sobre el grado de implementación y, en Andalucía, se considera **BAJO - MODERADO**.
 - En general, los expertos encuestados consideran que el nivel de implementación del **Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023)** es **MODERADO**, salvo en Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias, C. Valenciana y Madrid, que es **BAJO**, y **NULO** en Galicia.
 - El conocimiento de estas herramientas es **BAJO** o **MODERADO** en todas las comunidades según los encuestados, salvo en Castilla-La Mancha y Extremadura, que es **ALTO**.

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

Fuente: Eli Lilly and Company. (2025). *Enfermedades neurodegenerativas*. Disponible en: <https://www.lilly.com/es/ciencia/areas-terapeuticas/enfermedades-neurodegenerativas>

CONCLUSIONES DEL COMITÉ ASESOR: HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN



No se han implementado medidas específicas para la EA directamente **vinculadas con el Plan Integral de Alzheimer ni con la Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas**. Las estrategias y acciones actualmente en marcha en algunas CC.AA. están orientadas, principalmente, a otras enfermedades neurodegenerativas y, aunque podrían beneficiar indirectamente a las personas con EA, **no están explícitamente alineadas con el desarrollo y objetivos del Plan Integral de Alzheimer**.



Por ello, se pone de manifiesto la **necesidad de desarrollar iniciativas específicas para la EA a nivel autonómico**, alineadas con las directrices de los planes y estrategias nacionales.



La **percepción sobre las acciones** implementadas en las distintas CC.AA. muestra una **variabilidad considerable, influida por el perfil profesional y el nivel administrativo** de los participantes en la encuesta.

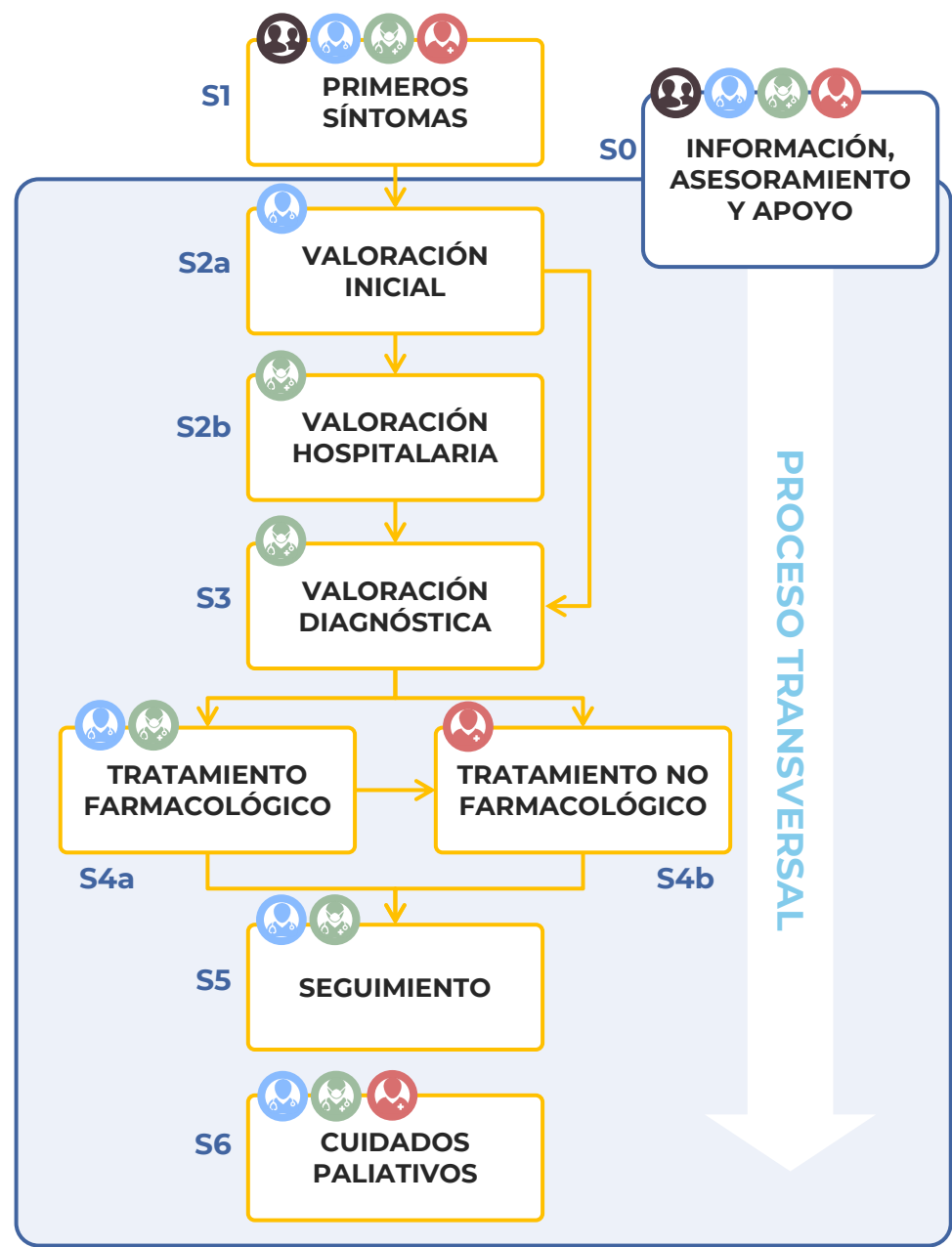
3. PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE

MaPEA
Mapa de recursos para enfermos
de Alzheimer



El proceso asistencial en EA se divide en subprocesos que abordan etapas y aspectos específicos del manejo, garantizando una atención integral y coordinada, un uso eficiente de recursos y la mejora en la calidad de vida de personas con EA y 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.



ANÁLISIS DEL PROCESO ASISTENCIAL

Un **72%** de los expertos encuestados afirman que el esquema de proceso asistencial planteado se ajusta con la realidad en su Comunidad Autónoma.

Sin embargo, el análisis de los diferentes subprocesos refleja gran **heterogeneidad a nivel autonómico**, así como entre áreas asistenciales, de manera que **pueden existir distintas rutas asistenciales** para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de esta patología entre las distintas CC.AA.

Frente al proceso asistencial planteado en el anterior MapEA (2017), **se ha añadido un proceso transversal de información**, asesoramiento y apoyo al paciente, que se mantiene a lo largo de todo el recorrido.

AGENTES



Entorno del paciente



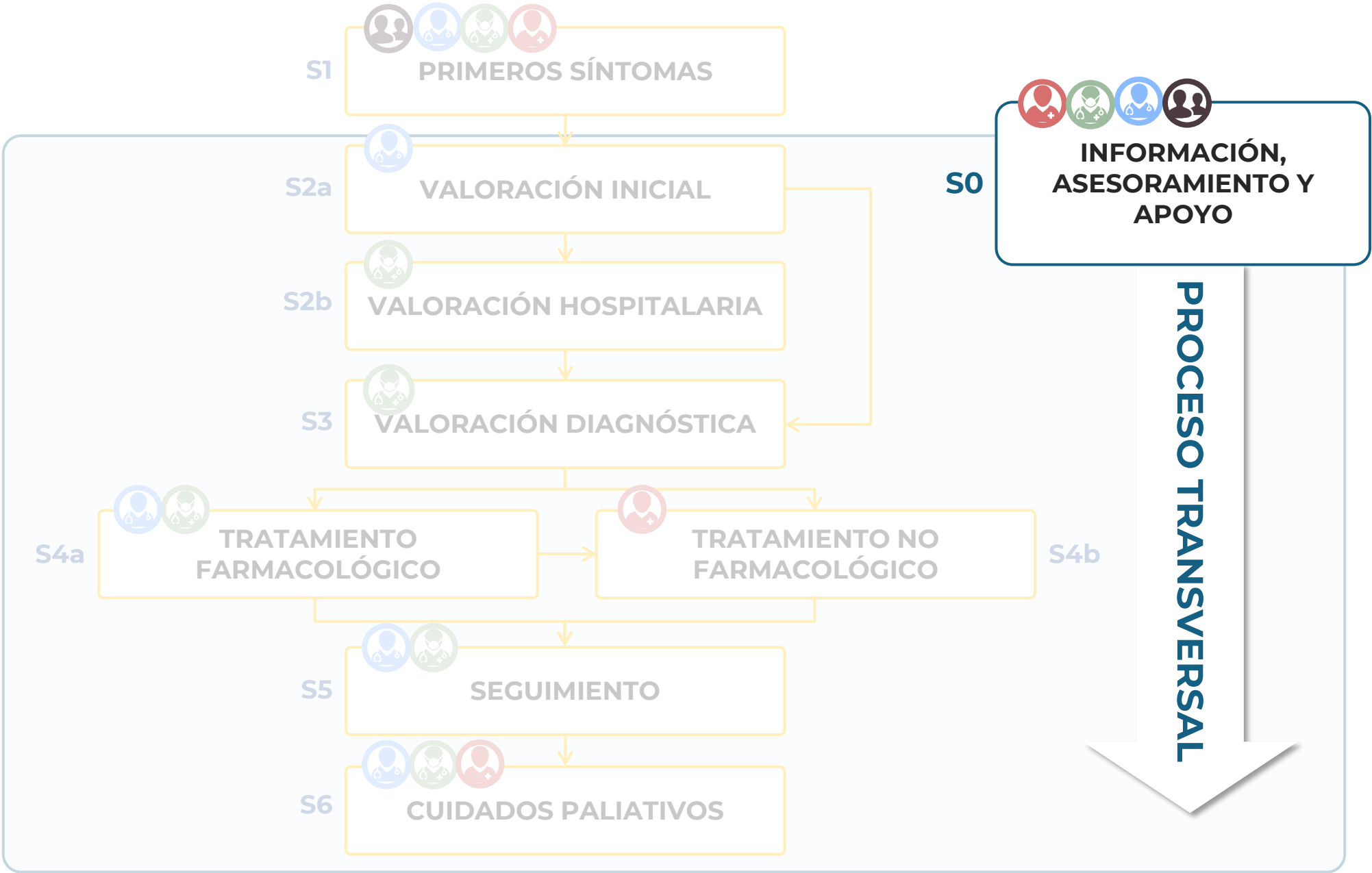
Atención primaria



Atención hospitalaria

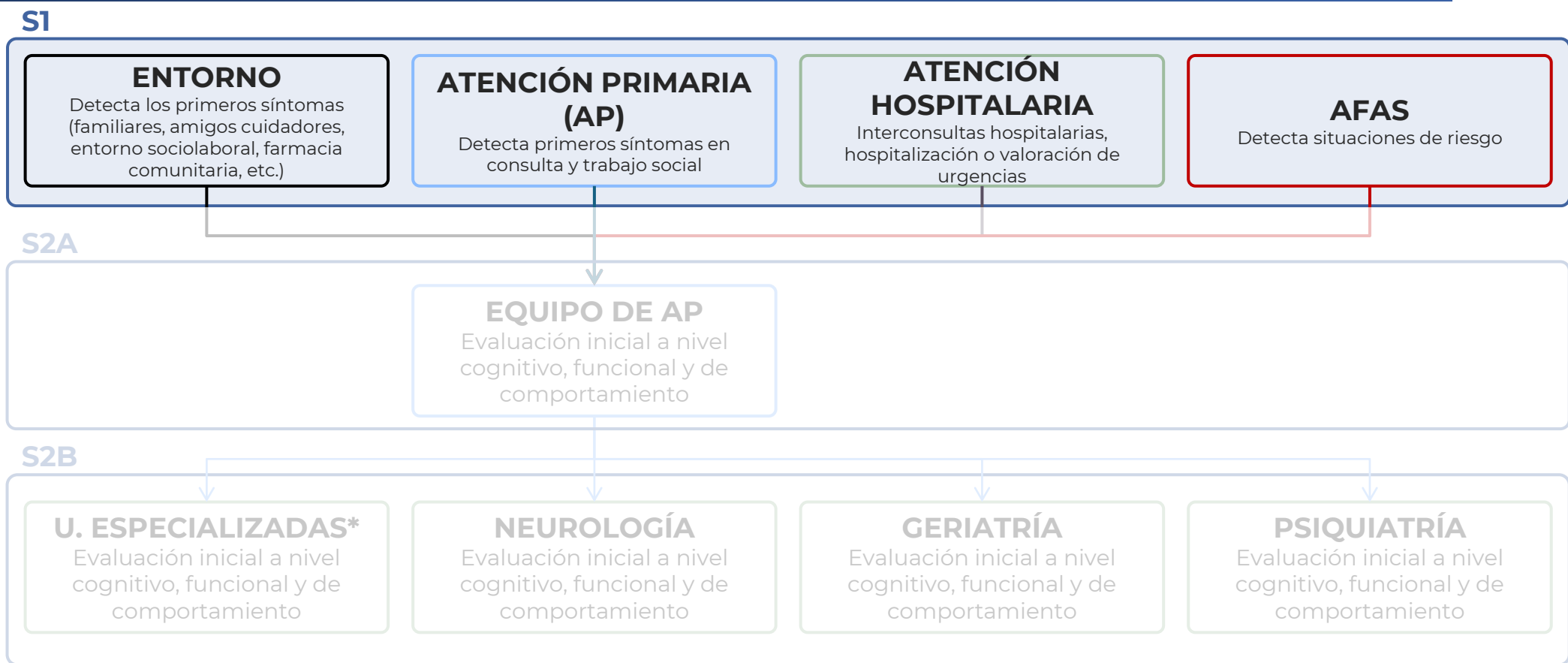


Ámbito sociosanitario



PRINCIPALES RESULTADOS SUBPROCESO 0: INFORMACIÓN, ASESORAMIENTO Y APOYO

- Un **92%** de los expertos afirman que la comunicación del diagnóstico de EA se realiza, habitualmente, por parte de los profesionales de **NEUROLOGÍA**.
- Asimismo, en **todas las CC.AA.** los expertos encuestados coinciden en que la información dada en fases tempranas del diagnóstico es **INSUFICIENTE**.
- Por otro lado, entre los temas que se tratan de manera más habitual en esta parte del proceso, se destaca:
 - La **información sobre la propia enfermedad**.
 - Las **expectativas clínicas e información sobre el pronóstico**.
 - La información sobre los **recursos de apoyo**.
 - Sin embargo, en la mayoría de las CC.AA. **NO se informa** a las personas con EA **sobre las alternativas farmacológicas**.
- Tampoco **existe un consenso** sobre cuándo se recomienda a la persona con EA que realice la **planificación anticipada de decisiones**.
 - Los profesionales encargados de este procedimiento suelen ser, principalmente, **neurología y medicina familiar y comunitaria**, aunque es habitual que **trabajo social también participe en esta etapa** del proceso.
 - Además, **a excepción de Navarra**, los expertos encuestados también reflejan que el **soporte a las personas con EA y familiares** durante el proceso de planificación anticipada de las decisiones es **INSUFICIENTE**.
- Por último, **más de un 80%** de los expertos encuestados afirman que existe un **protocolo específico de acceso y registro** para la elaboración de documentos de voluntades anticipadas y eutanasia.
- Adicionalmente, **un 66%** refieren que existe un apartado en la historia clínica electrónica (HCE) para este registro.



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



PLANTEAMIENTO GENERAL DE SUBPROCESO 1: un **76%** de los expertos considera que este subproceso refleja adecuadamente la realidad; **20%** discrepa y un **4%** lo desconoce. Las **discrepancias** se centran en la **limitada implicación** de algunos profesionales en **fases tempranas** del proceso, como trabajo social o atención hospitalaria.

PRINCIPALES RESULTADOS SUBPROCESO 1: PRIMEROS SÍNTOMAS

BÚSQUEDA DE LOS SÍNTOMAS DE DETERIORO COGNITIVO: un **73%** de los expertos encuestados afirman que **se pregunta ante la sospecha de deterioro cognitivo** y, en algunos casos, incluso se llegan a pasar *tests* periódicamente en esta etapa del proceso.

PAPEL DE TRABAJO SOCIAL EN LA DETECCIÓN DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS: la sobrecarga de los recursos disponibles retrasa la actuación del trabajo social en las fases iniciales. Aunque existen programas de prevención y apoyo, su cobertura sigue siendo limitada.

En cuanto a las principales **BARRERAS** identificadas en esta etapa del proceso, destacan:

- La **falta de tiempo y conocimiento** de los profesionales sanitarios: **89%**.
- Los **problemas en la capacidad e infraestructura** del sistema: **59%**.
- El **rechazo y reticencia sobre la EA** por parte de pacientes y familiares tras el diagnóstico: **53%**.
- La **ausencia de guías y protocolos**: **35%**.

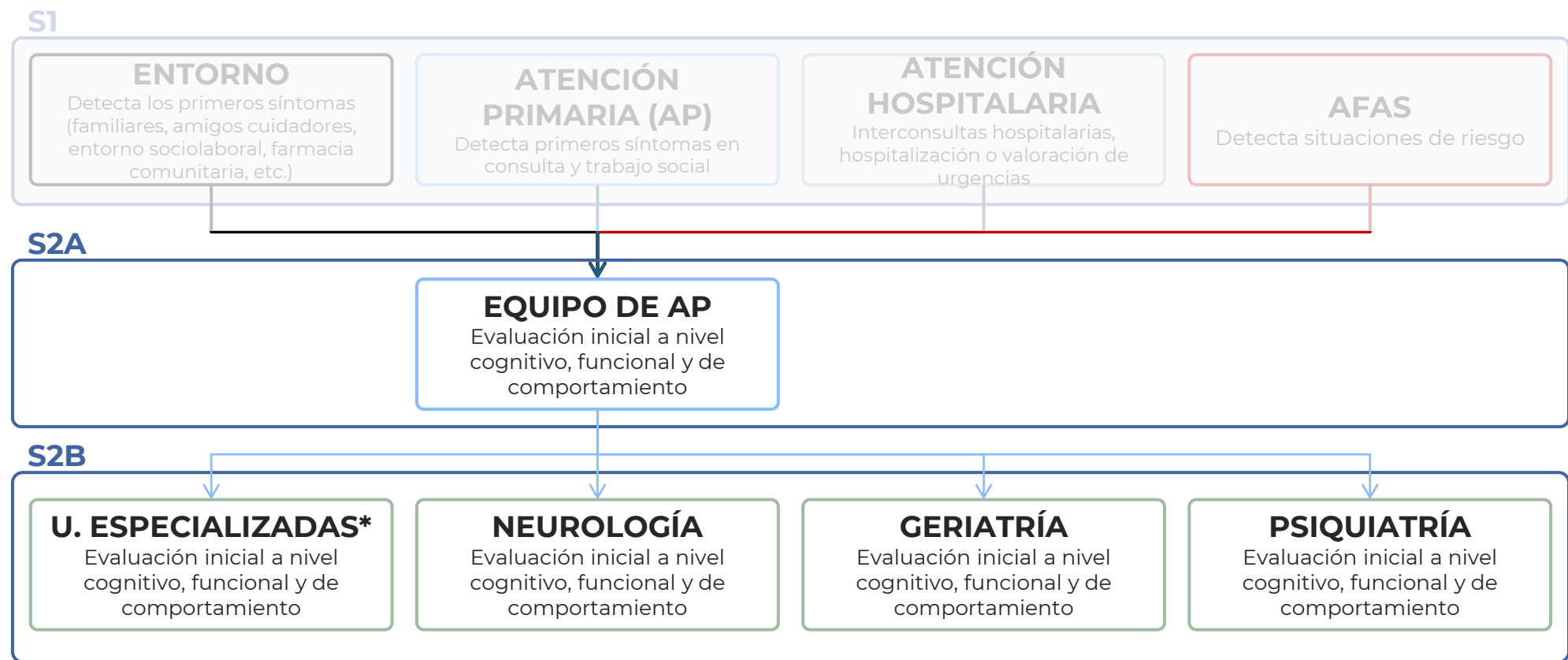
	Barrera identificada (según nivel asistencial)	%
Atención Primaria (AP)	Falta de tiempo en consulta	93%
	Falta de conocimiento de los pacientes (por telemedicina, rotación...)	37%
	Actitud reticente de pacientes y familiares	33%
	Falta de herramientas	27%
Atención Hospitalaria (AH)	Falta de tiempo en consulta	80%
	Falta de herramientas	32%
	Actitud reticente de pacientes y familiares	13%

Otras barreras identificadas con menor frecuencia:

- *Dificultad para identificar síntomas de deterioro cognitivo leve (AP).*
- *Escasa derivación a geriatría o neurología (AH).*
- *Necesidad de mejorar la formación en deterioro cognitivo (AH).*



RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: se propone mejorar la detección temprana del deterioro cognitivo mediante la **formación del personal de atención primaria** y las **pruebas de cribado** y **protocolos diagnósticos**. También se busca **fortalecer la coordinación entre niveles asistenciales, reducir tiempos de espera** para atención hospitalaria, aumentar la concienciación social, y ofrecer una atención integral que incluya apoyo emocional, **terapias no farmacológicas** y recursos comunitarios.



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



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 2: un **61%** de los expertos considera que este subproceso refleja adecuadamente la realidad; **36%** discrepa y un **3%** lo desconoce. Las **discrepancias** se centran en la **falta de geriatría**, **psiquiatría** y **unidades especializadas**, la **ausencia** de un **sistema de coordinación** entre los distintos agentes en atención hospitalaria y la **falta de cribado** desde atención primaria.

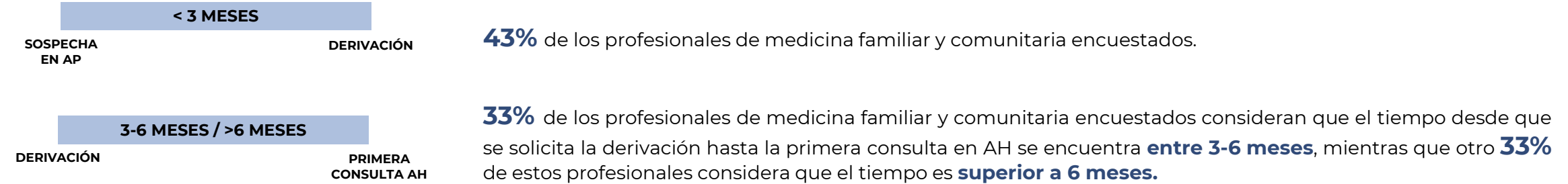
PRINCIPALES RESULTADOS SUBPROCESO 2: VALORACIÓN DEL PACIENTE

EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO DE DERIVACIÓN: el **65%** de los profesionales sanitarios encuestados indican 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 de este protocolo es, en la mayoría de los casos, es **MEDIO**.

DERIVACIONES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA: todos los profesionales de atención primaria refieren que el servicio al que derivan habitualmente es **NEUROLOGÍA**. De forma más residual, se reportan derivaciones a **unidades especializadas** o **consultas monográficas** (Cantabria, Comunidad Valenciana y Galicia).

- Sin embargo, cuando se pregunta a los profesionales sanitarios por la posibilidad, en su entorno, de derivar directamente a unidades especializadas, un **80% de los expertos** afirman que sí tienen disponibilidad para derivar a **unidades especializadas de neurología**, mientras que un **42%** afirma que pueden realizarse **derivaciones a unidades especializadas de geriatría**.
- El número de **consultas en atención primaria previas a la derivación a atención hospitalaria:** un **83% de los expertos** de medicina familiar y comunitaria encuestados afirman que el rango oscila **entre 2-5 consultas**.

TIEMPOS PARA LA DERIVACIÓN DE LA PERSONA CON SOSPECHA DE EA*:



 Las comunidades donde se han reportado **tiempos superiores** son **Andalucía, Canarias, Castilla y León, Comunidad de Madrid, Comunidad Foral de Navarra, Comunidad Valenciana, Galicia e Islas Baleares**.

***NOTA:** Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, por lo que han de tomarse como resultados orientativos y los tiempos de derivación reportados pueden ser más cortos que los reales. El tiempo máximo que se ofreció como opción para la espera hasta la primera consulta en atención hospitalaria fue de 6 meses; sin embargo, en la práctica este plazo podría ser incluso mayor (superior a 9-12 meses). **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)

PRINCIPALES RESULTADOS SUBPROCESO 2: VALORACIÓN DEL PACIENTE

EL PAPEL DE TRABAJO SOCIAL EN LA VALORACIÓN DE PERSONAS CON SOSPECHA EA: un **80%** de los expertos encuestados afirman que se deriva a las personas con sospecha de EA a trabajo social desde el entorno de atención primaria. Trabajo social interviene, principalmente, **bajo demanda**, dependiendo de la situación clínica y social de la persona. En general, los profesionales de trabajo social no están específicamente asignados a las unidades de neurología o de demencias, sino que son profesionales sanitarios generales que colaboran de manera multidisciplinar en función de las necesidades sociales que surjan.

ACCESO A RECURSOS DE NEUROPSICOLOGÍA: el **27% de los expertos encuestados** (profesionales sanitarios + AFA) afirman que neuropsicología **no suele participar** en esta parte del proceso:

- Los expertos señalan que, aunque algunos centros cuentan con recursos de neuropsicología, estos son **INSUFICIENTES**, especialmente en hospitales más pequeños.
- En la mayoría de los centros, el acceso a servicios de neuropsicología está **restringido a un número limitado de pacientes**, especialmente para casos de diagnóstico dudoso.

PAPEL ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN DEL PACIENTE: es muy **heterogéneo** y, en general, con escasa participación.

- En **atención primaria**, algunos profesionales de enfermería participan en el cribado inicial mediante test estandarizados (MMSE, Pfeiffer, T@M...), así como en el seguimiento domiciliario y el apoyo psicosocial a personas con EA y sus familias. También desarrollan actividades preventivas (control de dieta, valoración funcional, prevención de caídas) y, en ciertos contextos, coordinan con servicios sociales y sanitarios.
- En el **entorno hospitalario**, su implicación varía en función de la existencia de unidades especializadas y del perfil del centro. Aunque no suelen intervenir en el diagnóstico inicial, en unidades de demencia o geriatría colaboran en pruebas cognitivas, valoraciones funcionales, educación a cuidadores y manejo de síntomas.

Abreviaturas: MMSE, Mini-Mental State Examination; T@M, Test de Alteración de la Memoria



RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: mejorar la **coordinación entre niveles asistenciales** mediante **unidades multidisciplinarias** y **protocolos claros**, **reducir listas de espera** y garantizar **acceso equitativo a especialistas**, reforzar la **formación para la detección temprana**, actualizar **herramientas diagnósticas**, y promover un **abordaje integral** que incluya apoyo social y familiar.

PRUEBAS Y HERRAMIENTAS DISPONIBLES PARA LA EVALUACIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO EN EL SUBPROCESO 2:

PRUEBAS SOLICITADAS POR ATENCIÓN PRIMARIA

Pruebas	Se solicitan durante la valoración inicial de sospecha	Se suelen pedir en la valoración inicial	Recomiendan en protocolos o guías de área
Analítica	100%	100%	87%
RM*	27%	13%	13%
TAC	57%	23%	47%
Valoración neuropsicológica (valoración cognitiva básica)	53%	47%	63%
Otros	10%	13%	10%

Los recursos son **escasos** y las pruebas como TAC, ECG, y radiografías están **disponibles solo según los requisitos específicos de cada servicio**, con un acceso restringido en muchos casos. Además, el acceso a **pruebas de neuroimagen varía** entre CC.AA.; en algunas comunidades, como Castilla y León, Castilla-La Mancha, Extremadura, Aragón y la C. de Madrid, no se menciona el acceso a estas pruebas.

***NOTA:** El 27% de la RM proviene de respuestas de Andalucía, Cataluña, Comunidad Valenciana, Galicia, Islas Baleares y Región de Murcia.
Abreviaturas: RM, resonancia magnética; TAC, tomografía axial computarizada; ECG, electrocardiograma

PRUEBAS SOLICITADAS POR ATENCIÓN HOSPITALARIA

En algunos centros **no se cuenta con neuropsicólogos o neurólogos** para llevar a cabo una **valoración neuropsicológica** y, en su lugar, se recurre a los test de cribado que se pasan más frecuentemente desde la consulta de atención primaria. Estas pruebas, junto con la anamnesis y la exploración física y neurológica básica, constituyen las principales herramientas de evaluación en la fase inicial.

Pruebas que pueden solicitarse	% de expertos que afirman que pueden solicitarse*
Análisis genéticos	78%
LCR	89%
PET	75%
SPECT	3%
RM	98%
TAC	96%
Valoración neuropsicológica	69%

Abreviaturas: LCR, líquido cefalorraquídeo; PET, tomografía de emisión de positrones; SPECT, single photon emission computed tomography; RM, resonancia magnética; TAC, tomografía axial computarizada

NOTA: Los datos corresponden a la valoración de personas expertas en EA, por lo que deben interpretarse como estimaciones orientativas. Los porcentajes reflejan el número de especialistas que afirman que pueden solicitar estas pruebas en casos de sospecha diagnóstica. Esto no implica que la prueba se use efectivamente en todos los casos.

USO DE HERRAMIENTAS DE VALORACIÓN INICIAL:

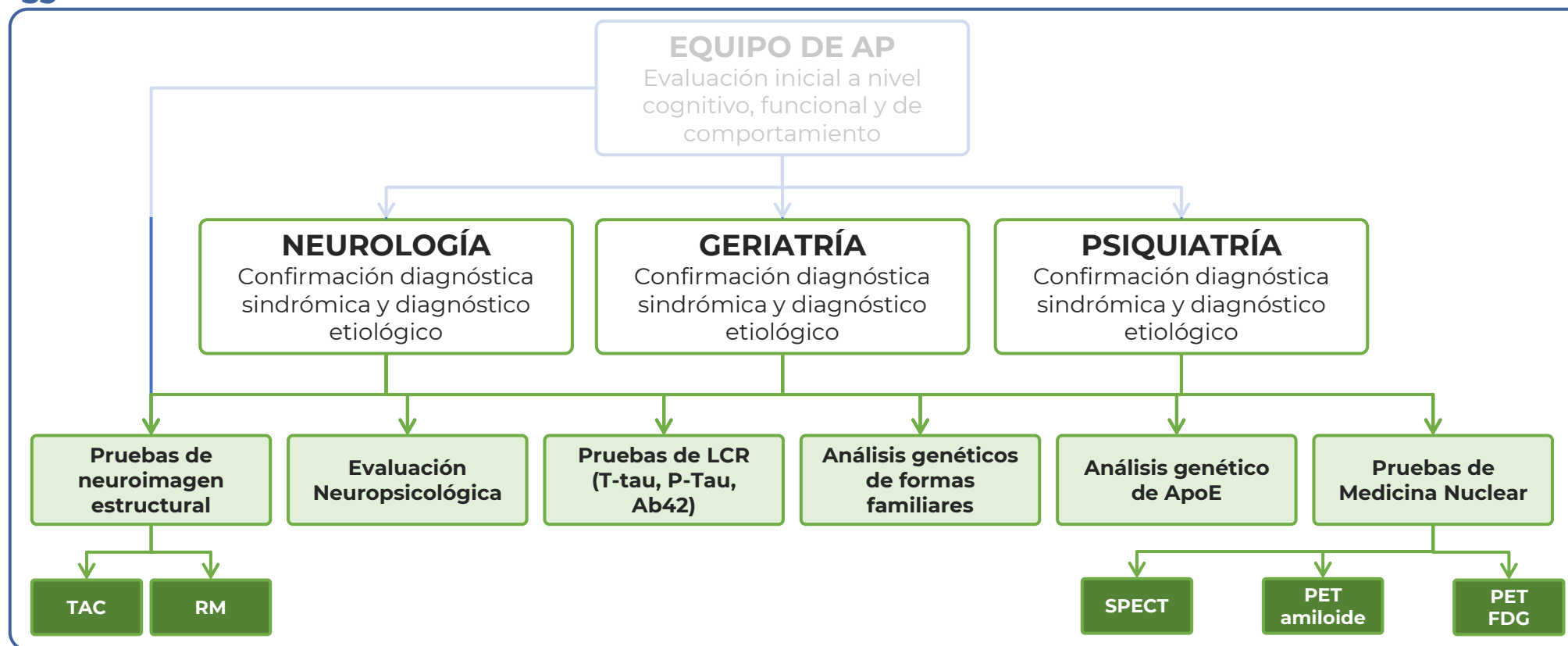
EXPLORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA ABREVIADA		
Pruebas	AP	AH
Mini-Mental State Examination	73%	96%
Mini Examen Cognitivo de Lobo	80%	60%
Test del Reloj	57%	94%
Fototest	27%	60%
Memory Impairment Screen	3%	24%
Test del informador	3%	1%
Montreal Cognitive Assessment	-	68%
Set test	-	10%
Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage	3%	-
Test de Pfeiffer	70%	53%
VALORACIÓN DE LA REPERCUSIÓN FUNCIONAL		
Pruebas	AP	AH
Índice de Barthel	90%	71%
Escala de Lawton y Brody	57%	47%
Índice de Katz	-	13%
Functional Activities Questionnaire (FAQ)	-	28%
Functional Assessment Stages (FAST)	-	42%

Abreviaturas: AP, atención primaria; AH, atención hospitalaria



Destaca que, en muchos casos, **en atención primaria se están utilizando las mismas pruebas y protocolos que en atención hospitalaria**, lo que no solo genera una **pérdida de tiempo en la detección y diagnóstico del deterioro cognitivo**, sino que también supone un problema porque muchos de estos métodos están desactualizados y no se ajustan a las necesidades específicas de los profesionales de atención primaria en la detección de casos tempranos de EA (e.g. DCL y demencia leve)“.

S3



Entorno del
paciente



Atención
primaria



Atención
hospitalaria



Ámbito
sociosanitario

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 3: un **50%** de los expertos considera que este subproceso refleja adecuadamente la realidad; **38%** discrepa y un **12%** lo desconoce. Las **discrepancias** se centran en la **limitada participación de geriatría y psiquiatría**, las **restricciones en el acceso a pruebas** como PET amiloide, la evaluación neuropsicológica, y las pruebas de medicina nuclear y la gran variabilidad en el proceso diagnóstico.

PRINCIPALES RESULTADOS SUBPROCESO 3: VALORACIÓN DIAGNÓSTICA

RM		TAC		LCR		PET AMILOIDE*		ApoE	
ACCESO	TIEMPOS	ACCESO	TIEMPOS	ACCESO	TIEMPOS	ACCESO	TIEMPOS	ACCESO	TIEMPOS
82% de los profesionales. Se realiza al 54% de personas con sospecha.	> 3 meses (56%) inadecuado según el 61%	90% de los profesionales sanitarios. Se realiza al 75% de personas con sospecha.	>3 meses (34%) inadecuado según el 52%	77% de los profesionales hospitalarios; al 35% de personas con sospecha.	<1 mes (37%); considerado adecuado por el 74%	57% de los profesionales hospitalarios; al 19% de personas con sospecha.	> 3 meses (29%) adecuado según el 44%	60% de los profesionales hospitalarios; al 17% de personas con sospecha.	>3 meses (28%) adecuado según el 44%

NOTA: 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. Las opciones para los tiempos de espera incluyen: < 1 mes, 1-2 meses, 2-3 meses, > 3 meses.

Abreviaturas: RM, resonancia magnética; TAC, tomografía axial computarizada; LCR, líquido cefalorraquídeo; PET, tomografía de emisión de positrones; ApoE, apolipoproteína E.



Según la última actualización para la regulación de los servicios incluidos en la cartera de servicios comunes del SNS, el **acceso a PET amiloide para aquellos radiofármacos que estén incluidos en la prestación farmacéutica debería estar garantizado en todas las CC.AA.** y en todos los hospitales en los próximos meses. Sin embargo, en el momento de realizar la encuesta, los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren **no tener acceso** para solicitar una prueba PET Amiloide en el caso de sospecha de EA en el **País Vasco, Galicia y Extremadura**, donde solo está disponible a través de fondos de proyectos de investigación.

CONCLUSIONES SOBRE EL ACCESO A PRUEBAS DIAGNÓSTICAS: mientras que el **TAC** presenta un **buen acceso** y **tiempos adecuados**, consolidándose como la prueba más común, la **RM** muestra un uso generalizado, pero con **tiempos de espera excesivos** en más de la mitad de los casos. El **PET amiloide** se utiliza de forma **muy limitada**, incluso entre expertos. La prueba en **LCR** es **más accesible** y con **buenos tiempos de espera**, aunque su uso aún **no está estandarizado**. En cuanto al **ApoE**, su aplicación es **escasa**.

PRINCIPALES LIMITACIONES EN LAS PRUEBAS: **largos tiempos de espera** (TAC, RM, PET amiloide, LCR, ApoE), **saturación de consultas y falta de tiempo** (TAC, RM), **número limitado de pruebas disponibles** (todas), **perfil específico de pacientes** (RM, PET amiloide, LCR, ApoE), **calidad de los informes** (TAC, RM), **imposibilidad de solicitud desde atención primaria** (TAC, RM), **escasa familiaridad con la prueba** (PET amiloide), **necesidad de aprobación** por gerencia (PET amiloide), **carácter invasivo** y **resistencia del paciente** (LCR), **falta de recursos humanos y centros de día** (LCR), **reticencia de pacientes** (ApoE).

PRINCIPALES RESULTADOS SUBPROCESO 3: VALORACIÓN DIAGNÓSTICA



Acceso



Tiempos

RM	TAC	LCR	PET AMILOIDE	APOE
ALTO en todas las CC.AA. a excepción de P. Asturias y Extremadura, donde es MEDIO .	ALTO en todas las CC.AA.	ALTO en todas las CC.AA. a excepción de Cataluña, Asturias, Cantabria, La Rioja, Murcia y Navarra (MEDIO).	ALTO : C. Valenciana, CAM, Aragón, CLM, Cantabria. MEDIO : CyL, Cataluña, Andalucía, Asturias, Baleares, Rioja, Murcia, Navarra. BAJO : Canarias. No Acceso : Galicia, PV, Extremadura*.	MEDIO en todas las CC.AA. a excepción de CyL, PV, Baleares, CLM y Canarias, donde es ALTO .
INADECUADO en todas las CC.AA. a excepción de CyL Aragón, CLM y Murcia. Asturias, Extremadura y Rioja sin consenso .	INADECUADO en todas las CC.AA. a excepción de Galicia, C. Val, CAM, País Vasco, Asturias y La Rioja. Cataluña, Aragón y Cantabria sin consenso .	ADECUADO en todas las CC.AA. a excepción de La Rioja. Aragón, CLM, Canarias y Navarra sin consenso .	INADECUADO en todas las CC.AA. a excepción de CAM, CLM. C. Val, y Cantabria. Asturias, Rioja y Navarra sin consenso .	INADECUADO en todas las CC.AA. a excepción de C. Val, Asturias, Cantabria y Murcia. Sin consenso o se desconoce en CAM, PV, Baleares, CLM, Extremadura, Rioja y Navarra.

ALTO: 70% -100%; **MEDIO**: 30% - 69%; **BAJO**: 0%-29%

NOTA: Para determinar si los tiempos son adecuados o inadecuados, se ha considerado que más del 50% de los expertos encuestados debe coincidir en una de estas dos opciones



RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: reducir los tiempos de espera para pruebas diagnósticas como RM, PET amiloide o biomarcadores en LCR, **promover un diagnóstico integral** mediante equipos multidisciplinares y valoraciones bio-psico-sociales, **reforzar la formación en atención primaria** y **establecer protocolos estandarizados**, aumentar los **recursos humanos especializados** y crear unidades específicas, y mejorar la **coordinación sociosanitaria** para garantizar un seguimiento eficiente y continuo.

S4A



PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 4A: un **59%** de los expertos considera que este subproceso refleja adecuadamente la realidad; **32%** discrepa y un **9%** lo desconoce. Las discrepancias se centran en la **limitada participación de geriatría y psiquiatria** en la prescripción, la **falta de coordinación** entre niveles asistenciales y la **derivación de atención primaria a neurología** para la prescripción, a pesar de que en algunos casos atención primaria puede iniciar el tratamiento.

PRINCIPALES RESULTADOS SUBPROCESO 4A: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

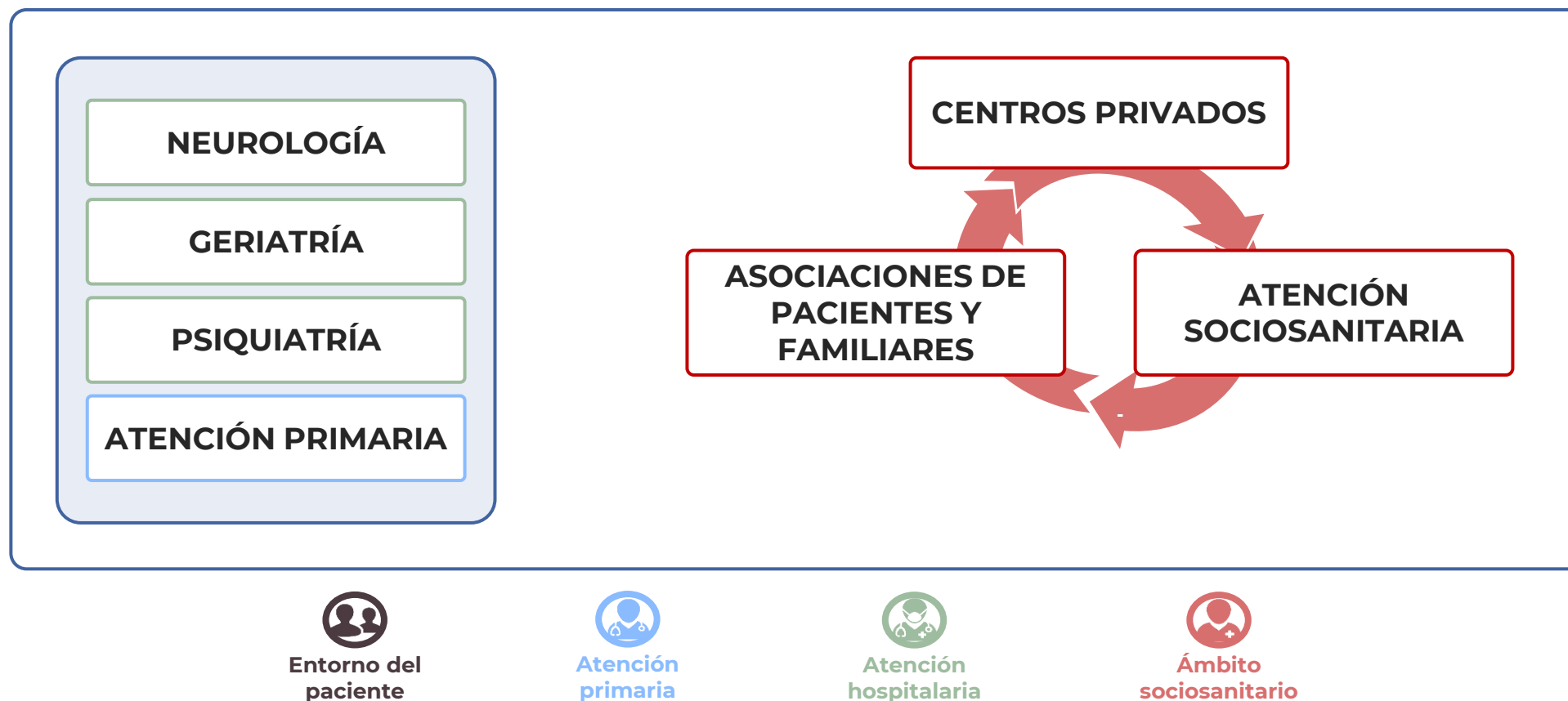
Casi el **100%** de los profesionales sanitarios encuestados afirman que el servicio encargado de **iniciar el tratamiento farmacológico suele ser NEUROLOGÍA**; el **59%** de los profesionales encuestados también menciona **GERIATRÍA**.

El **100% de los profesionales sanitarios pueden dar continuidad a la prescripción del tratamiento farmacológico**, siendo más habitual que la continuidad de este la realice **MFyC (67%)**, seguido de los profesionales de **NEUROLOGÍA (53%)**.



RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: eliminar barreras burocráticas para facilitar el acceso a tratamientos, mejorar la coordinación entre atención primaria y hospitalaria mediante protocolos de seguimiento conjunto, reducir las listas de espera, optimizar la prescripción y desprescripción de fármacos, y reforzar la formación y comunicación entre profesionales para un manejo más eficaz y seguro.

S4B



PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 4B: un **69%** de los expertos considera que este subproceso refleja adecuadamente la realidad; **24%** discrepa y un **7%** lo desconoce. Las **discrepancias** se centran en la **escasez de centros públicos** que ofrezcan tratamientos no farmacológicos específicos y en la **falta de coordinación** público-privada.

PRINCIPALES RESULTADOS SUBPROCESO 4B: TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Entre los **tratamientos no farmacológicos** disponibles para personas con EA, se han reportado los siguientes tratamientos, así como las siguientes frecuencias de prescripción:

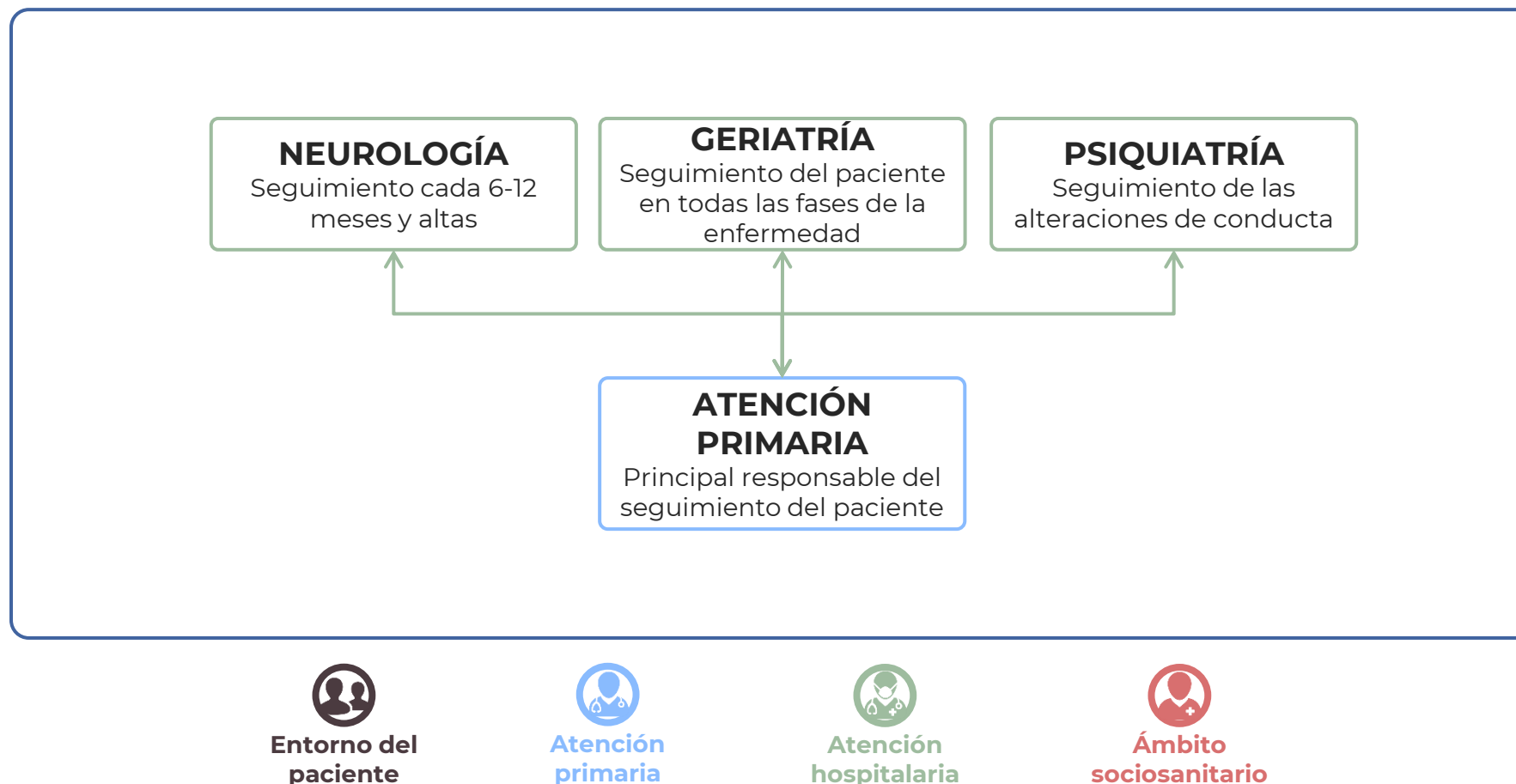
Tratamiento no farmacológico	Disponibilidad	Frecuencia de prescripción
Talleres de memoria	77,0%	59,8%
Estimulación cognitiva (rehabilitación cognitiva, terapia de reminiscencia, orientación a la realidad, etc.)	71,3%	55,2%
Técnicas de mantenimiento de la funcionalidad	67,2%	53,4%
Técnicas orientadas a controlar o disminuir la incidencia de problemas conductuales (musicoterapia, terapias de estimulación sensorial, terapias con animales, etc.)	41,0%	31,30%
Otros	13,9%	-

- Los expertos encuestados destacan la **falta de disponibilidad de tratamientos no farmacológicos en el sistema público**, señalando que estos tratamientos suelen estar en centros privados o asociaciones.
- En concreto, el **53%** de los expertos encuestados afirman que los tratamientos no farmacológicos realizados a las personas con EA están financiados por la **consejería de Bienestar Social**, mientras que el **43%** de los expertos señalan que **no están financiados**, o lo desconocen.
- Los expertos encuestados señalan que el acceso a estos tratamientos es posible, pero a través de ayuntamientos, asociaciones de familiares y enfermos (AFAs), ONGs, Cáritas, e incluso entidades religiosas, con recursos propios o mediante subvenciones. Por lo tanto, en la mayoría de los casos, estos recursos son **privados o dependen de cuotas de los propios usuarios**, evidenciando la falta de financiación en el acceso a estas terapias.
- Los encuestados señalan que las terapias más adecuadas para personas con **EA en fases tempranas son la estimulación cognitiva y los talleres de memoria**.



RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: los **principales retos** identificados por los expertos son la **falta de coordinación entre los servicios sanitarios y sociales**, la **escasez de recursos y centros especializados**, sobre todo públicos, el **desconocimiento y estigma** en torno a su eficacia, y el **acceso desigual** a estos tratamientos, especialmente en áreas rurales o con limitados recursos.

S5



PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 5: un **48%** de los expertos considera que este subproceso refleja adecuadamente la realidad; **43%** discrepa y un **9%** lo desconoce. Las **discrepancias** se centran en la **escasa participación de geriatría y psiquiatría**, con intervenciones puntuales o en fases avanzadas, el **seguimiento neurológico insuficiente** y con largos **retrasos por listas de espera**, la dependencia casi exclusiva de atención primaria y neurología, con escasa coordinación, el **acceso limitado a especialistas** y **falta de seguimiento sistemático**, así como la necesidad de **consultas neurológicas más frecuentes** y mejores derivaciones a recursos comunitarios.

PRINCIPALES RESULTADOS SUBPROCESO 5: SEGUIMIENTO

El seguimiento y reevaluación de las personas con EA se realiza, principalmente, por los profesionales de **MFyC (78,4%)** y de **NEUROLOGÍA (77,5%)**.

EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO ESPECÍFICO DE SEGUIMIENTO: un **17,6%** de los expertos encuestados identifica la **existencia de un protocolo específico** para el seguimiento de los pacientes. En general, los expertos encuestados afirman que el grado de conocimiento e implementación del protocolo es **BAJO**.

PRUEBAS DURANTE EL SEGUIMIENTO:

- Pruebas de evolución clínica **(97,1%)**.
- Valoración funcional **(95,1%)**.
- Valoración del entorno del cuidador **(89,2%)**.
- Valoración cognitiva **(88,2%)**.

PAPEL DE ATENCIÓN PRIMARIA: las funciones principales de atención primaria en el seguimiento farmacológico identificadas por el **84,3%** de los profesionales sanitarios encuestados son el **manejo de los efectos adversos**, seguido de la **evaluación de la adherencia, según el 75,5% de los expertos. La derivación entre niveles asistenciales en esta etapa del proceso es BAJA**.

FRECUENCIA DEL SEGUIMIENTO, SEGÚN PERFIL

Perfil	<6 meses	>12 meses	6 - 12 meses	Otro
Neurología	5,9%	11,8%	73,5%	8,8%
Geriatría	26,1%	0,0%	73,9%	0,0%
Psiquiatría	40,0%	0,0%	53,3%	6,7%
Medicina familiar y comunitaria	50,0%	0,0%	36,7%	10,0%

Pese a la importancia del seguimiento en EA, los intervalos entre consultas pueden superar los 12 meses, especialmente en neurología.

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)

PRINCIPALES CONCLUSIONES SUBPROCESO 5: SEGUIMIENTO

Los profesionales de **trabajo social** se encargan del acompañamiento continuo a pacientes y familias, la gestión de recursos (ayudas económicas y servicios domiciliarios), la valoración del entorno familiar ante situaciones de vulnerabilidad, la revaloración periódica del grado de dependencia, el apoyo emocional y social a cuidadores, la orientación en decisiones legales anticipadas, la coordinación con servicios sociosanitarios y la intervención urgente ante situaciones de crisis o desprotección.

FACILIDAD DE DERIVACIÓN



IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN EL CUIDADOR: Casi la mitad (44,9%) de los expertos encuestados resaltan que **no existe** un conocimiento del impacto de la enfermedad en las personas que cuidan por parte de los agentes implicados en el proceso asistencial.

- El **100%** de los expertos encuestados afirman que la **salud psíquica** de las personas que cuidan es una de las áreas con mayor repercusión de la EA. La **calidad de vida** también se ve gravemente afectada, según un **97,8%** de los expertos encuestados, seguida de la **salud física**, que se ve comprometida según el **87,7%**.
- Las acciones propuestas para mitigar el impacto de la enfermedad se centran en ofrecer apoyo psicológico, formación y asesoramiento, mejorar el acceso a servicios de respiro y asistencia domiciliaria, facilitar ayudas económicas y laborales, y garantizar información y acompañamiento desde el diagnóstico.

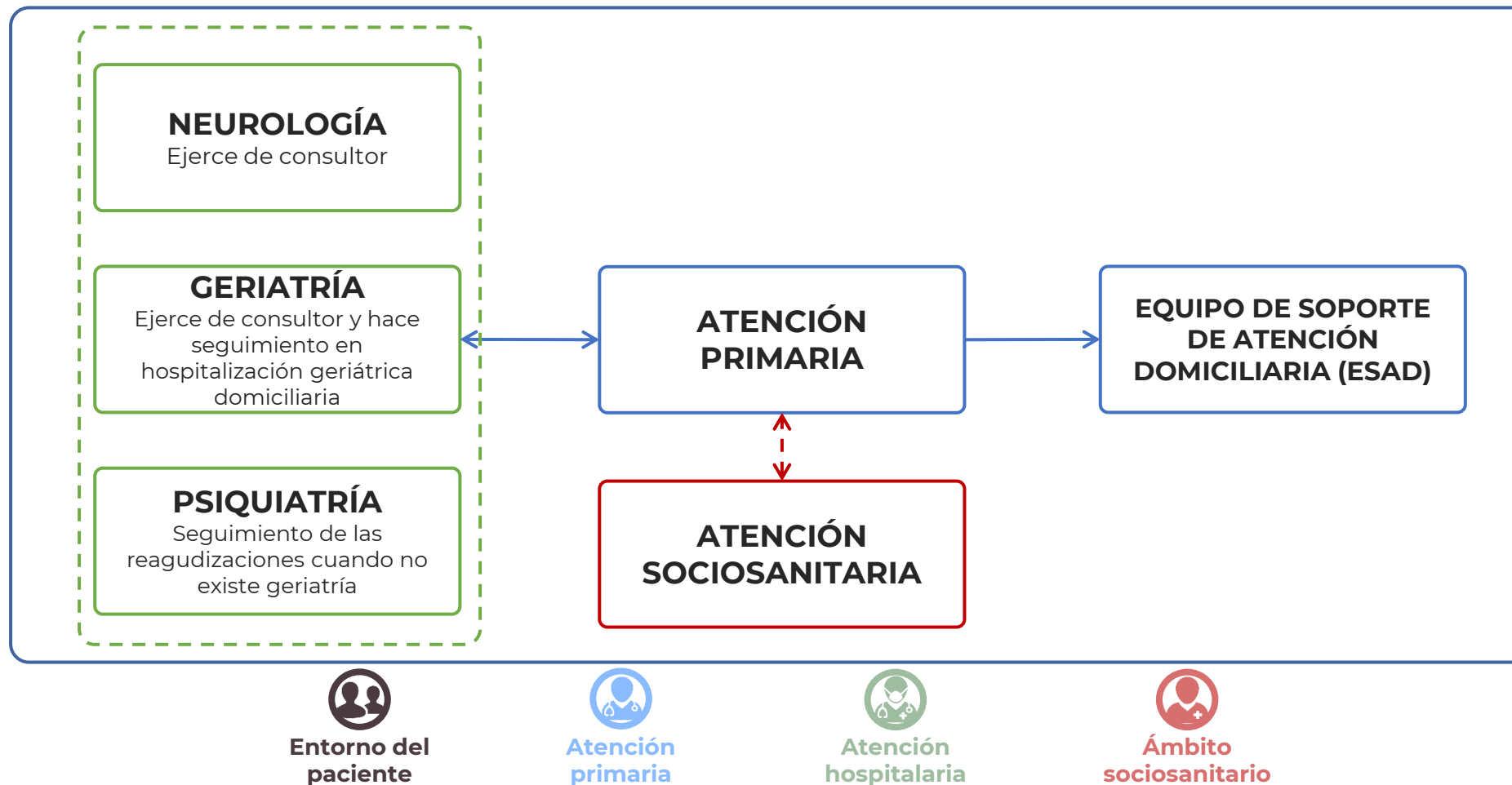
REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS: el documento de voluntades anticipadas y/o eutanasia se registra siempre o casi siempre según el **60,1%** de los expertos encuestados.



RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: los principales **retos y áreas** de mejora identificados por los expertos incluyen la **falta de coordinación entre niveles asistenciales**, la **escasez de recursos y la saturación de consultas**, lo que genera demoras y una atención fragmentada. Además, la **formación limitada** de los profesionales de atención primaria y la **falta de personal especializado en neurología, geriatría y psiquiatría** dificultan el manejo adecuado de la enfermedad, especialmente en fases avanzadas. La falta de apoyo a las personas que cuidan y la escasez de recursos domiciliarios también complican el seguimiento de las personas con 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)

S6



PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 6: un **52%** de los expertos considera que este subproceso refleja adecuadamente la realidad; **33%** discrepa y un **15%** lo desconoce. Las **discrepancias** se centran en la participación marginal de geriatría y psiquiatría, el acceso limitado a cuidados paliativos en enfermedades no oncológicas, con insuficientes recursos y profesionales en este ámbito, los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) están poco desarrollados y se activan tarde, la falta de coordinación entre niveles asistenciales y las derivaciones no estandarizadas y desiguales por CC.AA.

PRINCIPALES RESULTADOS SUBPROCESO 6: CUIDADOS PALIATIVOS

Los expertos encuestados consideran que las personas con EA son **claramente subsidiarias de atención de cuidados paliativos**.

Grado de cobertura para las personas con EA



PAPEL DE TRABAJO SOCIAL: en esta fase del subproceso, se observa un **alto grado de desconocimiento** sobre el papel de trabajo social, con múltiples respuestas que indican falta de información al respecto. Algunos expertos mencionan, sin embargo, que trabajo social coordina recursos sociosanitarios (residencias, unidades paliativas), asesora sobre ayudas económicas e institucionalización, acompaña emocionalmente y gestiona trámites familiares, asegura la continuidad asistencial junto a equipos clínicos y lucha por su plena integración donde su presencia es aún limitada.

PAPEL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA: ofrecen atención domiciliaria integral (ajustes farmacológicos y no farmacológicos, control de síntomas y coordinación asistencial), acompañan y forman a los cuidadores, orientan sobre recursos y derivan a equipos especializados (ESAD y cuidados paliativos) para asegurar una transición y seguimiento continuos, especialmente en zonas rurales.



RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: los expertos señalan como principales retos la **escasez de profesionales especializados** y la necesidad de reforzar la **formación en cuidados paliativos**. La falta de **coordinación entre niveles asistenciales**, unida a la **ausencia de protocolos** claros, dificulta una atención continuada. Además, el **acceso desigual a servicios paliativos**, especialmente en zonas rurales, limita la equidad en la atención. Se destaca la necesidad de **fortalecer el apoyo a cuidadores** mediante formación en planificación anticipada y duelo, así como mejorar la infraestructura disponible para responder al creciente envejecimiento de la población y sus necesidades específicas en el contexto de la EA.

CONCLUSIONES DEL COMITÉ ASESOR SOBRE EL PROCESO ASISTENCIAL (I)



A pesar de que la falta de consenso y planificación en torno a la toma anticipada de decisiones y el registro de últimas voluntades es común en todas las CC.AA., esta cuestión apenas se refleja en las respuestas de campo abierto de los expertos encuestados cuando se les pregunta sobre retos y recomendaciones. Esto sugiere una posible **normalización del problema o escasa conciencia sobre su relevancia**, lo que podría estar limitando su abordaje como prioridad en las políticas y prácticas asistenciales.



La **escasa integración de los protocolos en los sistemas de información**, especialmente en la HCE (historia clínica electrónica), **limita gravemente su implementación**. Aunque existan protocolos disponibles, su difusión y aplicación efectiva se ven obstaculizadas cuando no están automatizados ni accesibles desde las herramientas habituales del entorno asistencial.



Es fundamental distinguir entre la **falta de protocolos para el diagnóstico** y la **ausencia de protocolos para el seguimiento** dentro del proceso asistencial. Ambas representan necesidades diferenciadas que exigen enfoques específicos: mientras que el diagnóstico permite una identificación temprana y precisa de la enfermedad, el seguimiento asegura una atención continuada y adaptada a cada etapa de la evolución de la EA, garantizando así una intervención adecuada y de calidad.



Sería conveniente establecer mecanismos claros de derivación entre los distintos niveles asistenciales en cada etapa del proceso. Esto puede incluir estrategias como el fast-track o la derivación directa desde neurología general a consultas especializadas, para garantizar un acceso más rápido y equitativo a la atención especializada.

CONCLUSIONES DEL COMITÉ ASESOR SOBRE EL PROCESO ASISTENCIAL (II)



Es importante tener en cuenta que, al basarse en la opinión de expertos en EA, la información recogida sobre el uso de pruebas diagnósticas puede estar influenciada por un sesgo. Por ello, la **percepción de estos profesionales podría no reflejar completamente la realidad de la aplicación de dichas pruebas** en todos los niveles asistenciales.



La **deprescripción en edades avanzadas** es un tema que apenas se menciona en el informe y solo aparece de manera residual entre los retos y recomendaciones de los expertos. No obstante, desde el Comité Asesor se destaca su importancia como una barrera clave, estrechamente relacionada con el proceso de seguimiento.



Los expertos del Comité Asesor señalan que las **herramientas de valoración cognitiva** usadas tanto en **atención primaria como hospitalaria son idénticas** y están desactualizadas. Esto puede generar duplicidades que retrasan el diagnóstico.



A lo largo de todo el proceso asistencial se evidencia una **falta significativa de estrategias preventivas** en el abordaje de la enfermedad. Esta carencia no ha sido mencionada por los profesionales encuestados, lo que subraya la necesidad urgente de incorporar la prevención como un pilar fundamental en la atención a la EA.



Por último, se debe considerar el papel de las **expectativas del paciente en la atención y el seguimiento**. Estas expectativas pueden influir en la toma de decisiones y en la adherencia a los tratamientos y protocolos establecidos.

4. RECURSOS DISPONIBLES

MaPEA
Mapa de recursos para enfermos
de Alzheimer



Desde MapEA 2017, **todas las CC.AA.** han aumentado sus **recursos tecnológicos**: el número de **TACs** ha aumentado de **754** a **924**, la **RM**s de **559**, **66** a **803**, los **SPECT** de **91** a **185**, y los **PET** de **66** a **135**.

CC.AA.	TAC		RM		SPECT		PET	
	2017	2024	2017	2024	2017	2024	2017	2024
Andalucía	127	159	67	110	6	31	4	18
Aragón	22	28	12	20	4	7	1	4
P. de Asturias	17	22	13	19	0	4	3	4
Islas Baleares	21	26	21	28	3	5	2	2
Canarias	33	40	24	39	6	13	3	5
Cantabria	9	11	5	9	3	1	1	2
Castilla y León	43	53	33	36	7	11	1	6
CLM	36	42	21	30	4	8	1	3
Cataluña	98	156	81	156	0	28	7	27
C. Valenciana	87	93	60	85	9	14	12	16
Extremadura	24	29	14	13	4	4	1	1
Galicia	53	54	33	42	12	13	3	7
C. de Madrid	105	114	122	140	21	30	17	24
R. de Murcia	24	31	19	22	5	4	2	4
C. Foral de Navarra	13	14	8	12	2	4	2	3
País vasco	37	46	22	37	3	7	5	8
La Rioja	5	6	4	5	2	1	1	1
Total nacional	754	924	559	803	91	185	66	135

NOTA: los recursos recogidos no son de uso específico para la EA.



A pesar de estas mejoras, los profesionales sanitarios consideran que es necesario **maximizar el uso de las máquinas** y los **profesionales** disponibles.

P. ASTURIAS

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

GALICIA

Consulta Especializada de Deterioro Cognitivo y Demencia Complejo Hospitalario Universitario A Coruña
Monográfica de Demencias Complejo Hospitalario Universitario De Ourense
Monográfica de Demencias Complejo Hospitalario Universitario De Santiago
Unidad Multidisciplinar de Demencias Complejo Hospitalario Universitario De Vigo (H. Meixoeiro)

CASTILLA Y LEÓN

Unidad de memoria Hospital Clínico Universitario De Valladolid
Monográfica de demencias Hospital Los Montalvos (Complejo Asistencial Universitario De Salamanca)
Monográfica de Alzheimer Hospital Universitario de Burgos
Unidad Funcional de demencia y Trastornos de la conducta Complejo asistencial de Zamora

C. MADRID

Unidad de memoria (Clínica La Luz S. L.); Unidad de Cognición y Conducta (Clínica Universidad de Navarra); Consulta Monográfica de Memoria (H. U. Gregorio Marañón); Unidad de Memoria (H. Ruber Internacional); Unidad de Trastornos Cognitivos (H. U. 12 de Octubre); Consulta Monográfica de Memoria (H. U. Clínico San Carlos); Unidad de Memoria (H. U. de la Princesa); Unidad de Patología Cortical (H. U. Fundación Jiménez Díaz); Unidad de Investigación y Tratamiento de los Trastornos de la Memoria. Centro Integral de Neurociencias (H. U. HM Madrid); Consulta Monográfica de Deterioro Cognitivo (H. U. Infanta Sofía); Unidad de Trastornos Cognitivos y del Comportamiento (H. U. La Paz); Consulta Monográfica de Demencia y Consulta Monográfica de Deterioro Cognitivo y Trastornos de Conducta (H. U. Puerta de Hierro Majadahonda); Unidad de Deterioro Cognitivo y Demencias (H. U. Ramón y Cajal); Dependiente del Hospital Universitario de La Paz (H. Carlos III); Unidad de Neurogeriatría (H. Central de La Cruz Roja, San José y Santa Adela); Unidad Asistencial Telemática de Deterioro Cognitivo (H. Central de la Defensa Gómez Ulla); Consulta Monográfica de Deterioro Cognitivo (H. U. de Getafe); Consulta Monográfica de Demencias (H. U. del Sureste – Empresa Pública del Sureste); Unidad de Alteraciones de la Memoria (H. U. La Zarzuela); Dependiente del H. Gregorio Marañón (H. de Cantoblanco); Unidad de Deterioro Cognitivo y Demencia y Unidad de Neuropsicología (H. U. La Moraleja)

EXTREMADURA

Consulta Especializada en Deterioro Cognitivo (CEDEC) Hospital Don Benito - Villanueva de La Serena
Consulta Especializada en Deterioro Cognitivo (CEDEC) Hospital Universitario de Badajoz
Consulta Especializada en Deterioro Cognitivo (CEDEC) Hospital de Mérida
Consulta Especializada en Deterioro Cognitivo (CEDEC) Hospital General De Llerena
Consulta Especializada en Deterioro Cognitivo (CEDEC) Hospital Universitario de Cáceres
Consulta Especializada en Deterioro Cognitivo (CEDEC) Hospital Virgen del Puerto Plasencia

ANDALUCÍA

Consulta monográfica cognitivo-conductual HU Virgen de las Nieves
Consulta monográfica cognitivo-conductual HU Clínico San Cecilio
Unidad Funcional de Demencias HU Regional de Málaga
Unidad de Neurociencias H. Victoria Eugenia de la Cruz Roja Española
Unidad de Demencia HC Marbella International Hospital
Consulta de Alteraciones de Memoria y Demencia HU Puerta del Mar
Consulta monográfica de deterioro cognitivo HU Juan Ramón Jiménez
Consulta del HU de Jerez de la Frontera
Unidad de Deterioro Cognitivo | Unidad de Detección Precoz Avanzada de Alzheimer y otras demencias H. Quirón Salud Málaga
Unidad de Deterioro Cognitivo HU Virgen de la Victoria
Consulta Monográfica de Demencias HU Virgen de Valme
Unidad Asistencial de Demencias HU Virgen del Rocío
Consulta Monográfica de Deterioro Cognitivo HU Virgen Macarena
Unidad de Deterioro Cognitivo HU Reina Sofía
Consulta Monográfica de Demencias HU Torrecárdenas

CANTABRIA

Unidad de Deterioro Cognitivo
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

PAÍS VASCO

Unidad de Memoria Hospital Galdakao-Usansolo
Monográfica de Demencias Hospital Universitario Araba
Unidad de Demencias Hospital Universitario Cruces
Unidad de Deterioro Cognitivo Hospital Universitario de Donostia
S. Neurología Hospital de Urduliz
S. Neurología Hospital de Basurto
Monográfica de Demencias Fundación Cita Alzheimer – Clínica memoria

C.F. NAVARRA

Consulta de demencias H. U. de Navarra
Unidad de Cognición y Conducta Clínica Universidad de Navarra
Clínica Psicogeriatría Josefina Arregui
Consulta monográfica H. San Juan de Dios Pamplona-Iruña
Unidad de deterioro cognitivo H. Reina Sofía
Unidad de psicogeriatría Clínica Psiquiátrica Padre Menni

LA RIOJA

Unidad de Memoria Hospital de la Rioja
Fundación Hospital Calahorra
Consulta de Neuropsicología H. U. San Pedro

ARAGÓN

Unidad de Larga Estancia Psicogeriatría Nuestra Señora Del Carmen
Unidad de Deterioro Cognitivo y Demencias H.C.U. Lozano Blesa
Consulta monográfica de Geriatría Hospital Universitario Miguel Servet
Unidad de Psicogeriatría H. Provincial Sagrado Corazón de Jesús
Unidad de Psicogeriatría C. de Rehabilitación Psicosocial Santo Cristo de los Milagros

CATALUÑA*

Unidad de Alzheimer y otros trastornos cognitivos H. Clínic De Barcelona
Unidad de Trastornos Cognitivos H. Universitaria de Girona Doctor Josep Trueta
Unidad de Demencias H. De Tortosa Vergé De La Cinta
Unidad de Memoria H. de la Santa Creu i Sant Pau
Àrea de enfermedades neurodegenerativas H. De Sant Joan Despi Moisès Broggi
Monográfica de Demencias H. Bellvitge (L' Hospital de Llobregat)
Unidad de Trastornos de memoria Hospital Vall d' Hebron
Unidad de Patología Cognitiva Parc Taulí H.U.– Hospital de Sabadell
Consulta de Deterioro Cognitivo y Demencias H.U. Germans Trias i Pujol
Unidad de Demencias H.U. Santa Maria de Lleida
Monográfica de Demencias H. de Granollers
Consulta de Trastornos Cognitivos H.U. Sagrat Cor de Barcelona
Unidad de Deterioro Cognitivo Hospital Universitari Sant Joan de Reus

ISLAS BALEARES

Unidad de Neurología H.U. Son Espases
Hospital Joan March*
Hospital Universitario Son Llàtzer*

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

CLM

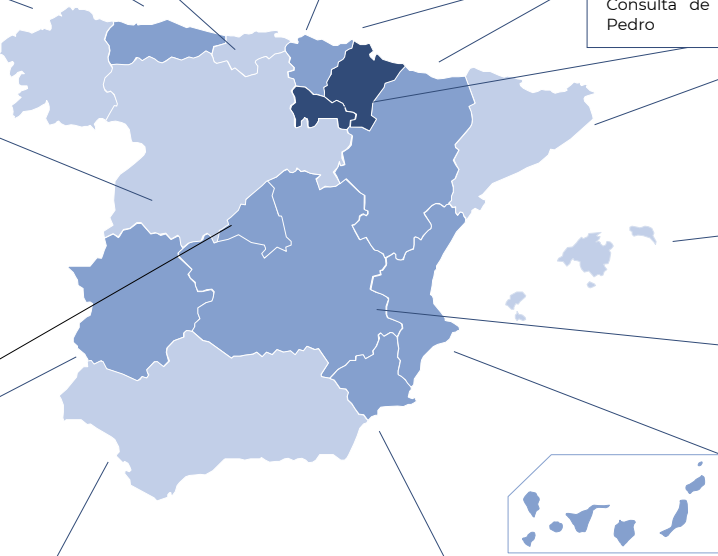
Unidad de Neurología de la Conducta y Demencias Hospital General La Mancha Centro
Unidad de Demencias Hospital Universitario de Albacete
Unidad de Trastornos del Movimiento Hospital Universitario de Toledo
S. Neurología Hospital General de Valdepeñas
S. Neurología Hospital Universitario de Guadalajara
Unidad de Neurología Hospital General de Ciudad Real

C. VALENCIANA

Unidad de Psicogeriatría y Trastorno Mental Orgánico
Unidad de Demencias del H.C.U. de Valencia
Unidad de Demencias del C.H.G.U de Valencia
Unidad de Demencia del H.G.U. de Elche
Unidad de Memoria y Demencias H.U. Dr. Peset
Unidad de Neurología de la Conducta y Demencias H. Sant Vicent del Raspeig
Unidad de Memoria y Demencia H. de la Magdalena
Monográfica de Demencias H.U. de la Ribera
S. Neurología H. de Manises
Unidad de Demencias H. de Llíria – Arnau
Monográfica de Demencias H.G.U Dr. Balmis
Monográfica de Demencias H. Vega Baja De Orihuela
Monográfica de Demencias H. Marina Baixa De La Vila Joiosa

ISLAS CANARIAS

Consulta Monográfica de Demencias Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín
Unidad de Memoria H. U. Nuestra Sra. De Candelaria
Unidad de Memoria Hospital Universitario San Roque Maspalomas
Unidad multidisciplinar con Psicogeriatría Hospital Universitario De Canarias



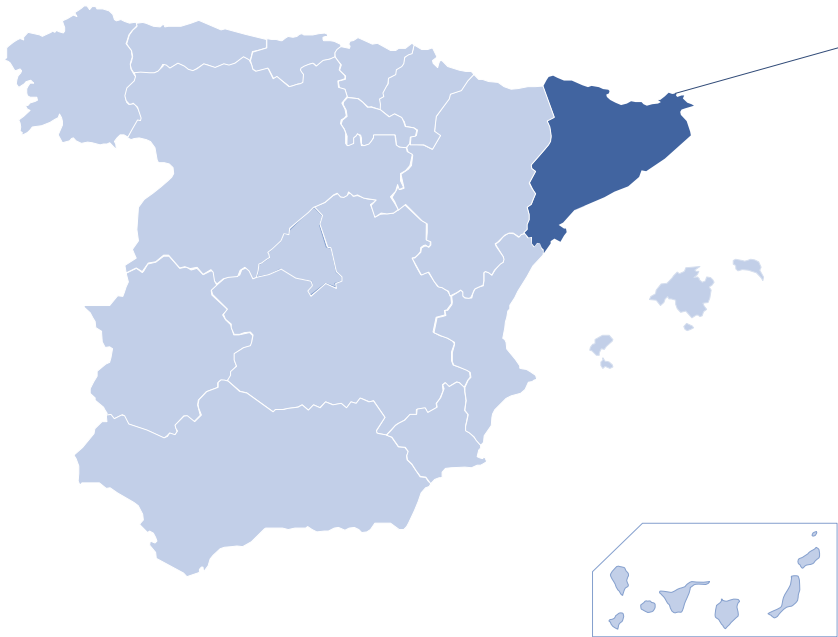
NOTA: En Cataluña se dispone de 30 Equipos de Atención Integral Ambulatoria de Trastornos Cognitivos (EAIA-TC). No se han incluido en el cálculo de la ratio.

Fuente: Eli Lilly and Company. (2025). *Enfermedades neurodegenerativas*. Disponible en: <https://www.lilly.com/es/ciencia/areas-terapeuticas/enfermedades-neurodegenerativas>

Consultas monográficas por
cada 100.000 habitantes

> 0,60
0,40 – 0,60
0,20 – 0,40
0 – 0,20

EQUIPOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AMBULATORIA DE TRASTORNOS COGNITIVOS (EAIA-TC) EN CATALUÑA



EAIA-TC

1. Hospital Sagrat Cor. Martorell
2. Hospital Benito Menni. Sant Boi de Llobregat
3. Fundació ACE. Barcelona
4. Hospital Mútua de Terrassa
5. Centre Sociosanitari El Carme. Badalona
6. Fundació Hospital Asil de Granollers
7. Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau. Barcelona
8. Institut de Geriatria Parc De La Salut Mar. Centre Fòrum. Barcelona
9. Hospital Clínic Barcelona
10. Hospital Universitari Vall D' hebron. Barcelona
11. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat
12. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell
13. Centres Assistencials Dr. Emili Miral López. Parc de La Salut. Santa Coloma de Gramenet
14. Centre Sociosanitari de Vilafranca "Ricard Fortuny". Vilafranca del Penedès
15. Hospital Mare de Déu de la Mercè. Barcelona
16. Hospital Santa Creu de Vic
17. Hospital St. Llatzer. Consorci Sanitari De Terrassa
18. Antic Hospital de St. Jaume i Sta. Magdalena. Mataró
19. Hospital Sant Andreu-Fundació Sociosanitaria de Manresa
20. Fundació Sanitària Sant Josep. Igualada
21. Consorci Sanitari Integral de Hospitalet De Llobregat
22. Fundació Hospital C. Sant Antoni Abad. Vilanova i la Geltrú
23. Hospital del Mar
24. C.S. Bernat Jaume (Fundació Salut Empordà). Figueres
25. C.S. LA REPUBLICA. Institut d' Assistència Sanitària (UVaMiD). Girona
26. Hospital de Palamós
27. Hospital de Santa Maria de Lleida
28. Hospital de la Santa Creude Jesús. Tortosa
29. Institut Pere Mata. Reus
30. Pius Hospital de Valls

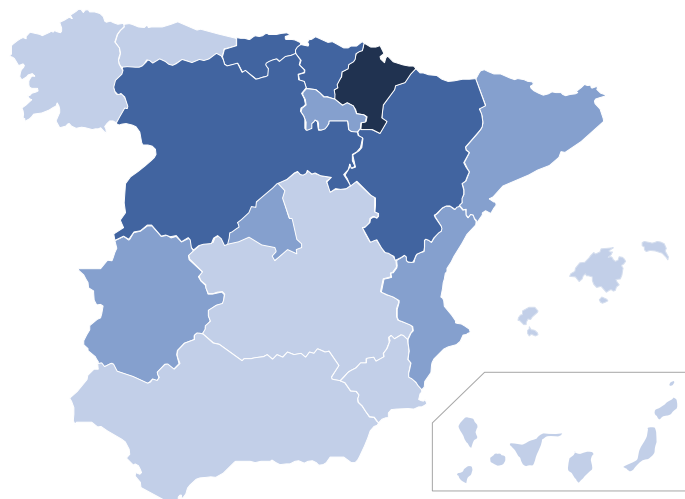
CONCLUSIONES DEL COMITÉ ASESOR: CONSULTAS MONOGRÁFICAS

- En la recopilación de información sobre las consultas monográficas, se han considerado tanto las de **ámbito público como privado**. Sin embargo, es importante señalar que algunas de estas consultas no están registradas. En total, se han **identificado 108 centros hospitalarios** con algún tipo de **consulta monográfica de demencias** para las 17 CC.AA, además de los **30 EAIA-TCs** en Cataluña.
- La **falta de un registro nacional** centralizado **sobre consultas monográficas** dificulta conocer con precisión su disponibilidad y funcionamiento en las distintas CC.AA.
- La **ausencia de una actitud común frente a la psicogeriatría** a nivel nacional genera disparidades territoriales, haciendo que su relevancia y recomendación dependan en gran medida de la presencia local de estos especialistas.

INVESTIGACIÓN EN EA



139 Ensayos clínicos en EA en España en el momento de realización del informe.



33 Institutos de investigación acreditados con actividad investigadora en el ámbito de la EA.



Además, existen **otras instituciones** a nivel nacional y autonómico con una amplia actividad en este ámbito como, por ejemplo, el **Instituto Cajal**, la **Fundación Cien**, la **Red Andaluza de Investigación Clínica y Traslacional en Neurología** o el **Instituto de Neurociencias** de la Universitat Autònoma de Barcelona.



En cuanto a los avances en innovación para la EA: **biomarcadores en sangre** y **LCR** (con experiencias destacadas en CC.AA. como Galicia, Cantabria y Cataluña), **inteligencia artificial** y **terapias no farmacológicas**.

PLAZAS MIR

Se han ofertado un total de **190** plazas para **NEUROLOGÍA**, **332** para **PSIQUIATRÍA**, **126** para **GERIATRÍA** y **2.526** para **MFyC** en el año **2024**.

En cuanto a la **oferta de recursos formativos**, los profesionales sanitarios encuestados consideran que el **grado de formación de los profesionales sanitarios** que participan en el manejo de la EA es **MEDIO**.

RECURSOS DE APOYO A PACIENTES Y FAMILIARES

Las AFAs ofrecen numerosos recursos y servicios profesionales de apoyo a pacientes y familiares.



CEAFA está compuesta por 19 entidades a nivel autonómico y

+300 AFAS a nivel local

Desde las AFAs, solo el **27%** de estas consideran que, habitualmente, se tienen en cuenta sus opiniones, mientras que el **67%** afirma que su opinión no se tiene en cuenta. El **7%** lo desconoce.



Los expertos encuestados reportan **retrasos en las derivaciones a recursos sociosanitarios**: el **81%** de los expertos señala que no se realizan o se hacen demasiado tarde.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

COORDINACIÓN, PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL



Insuficiente coordinación y colaboración entre niveles asistenciales y entre las distintas especialidades, así como con los servicios sociosanitarios.

DIAGNÓSTICO TEMPRANO



Sobrecarga asistencial y largos tiempos de espera para el acceso a consulta.

INFORMACIÓN Y CONCIENCIACIÓN SOCIAL



Reticencia de personas con EA y familias, que genera problemas para la detección de síntomas en fases tempranas.

FORMACIÓN ESPECÍFICA SOBRE EA A PROFESIONALES



Formación sobre la valoración de las quejas cognitivas, la utilización de pruebas, seguimiento y manejo de la comorbilidad, las complicaciones y los síntomas conductuales.

RECURSOS ESPECÍFICOS PARA LA ATENCIÓN A LA EA



Falta de personal especializado en el manejo de la EA (especialmente, geriatría).



Falta de recursos específicos (plazas en centros de día, residencias...).



Falta de sensibilización, formación y recursos para garantizar cuidados paliativos adecuados en etapas avanzadas.



Limitaciones en el acceso a consultas especializadas para atender la demanda de personas con EA.

TRATAMIENTO



Limitaciones en el acceso a tratamientos no farmacológicos.



Barreras burocráticas para los tratamientos farmacológicos.

COORDINACIÓN, PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL



Fortalecer la colaboración sociosanitaria.



Reforzar la colaboración entre atención primaria y hospitalaria, favoreciendo la creación de equipos multidisciplinares.



Establecer guías y protocolos específicos para derivación entre niveles asistenciales.



Establecer guías y protocolos específicos para derivación entre profesionales (diagnóstico, seguimiento, final de la vida).

DIAGNÓSTICO TEMPRANO



Optimizar el proceso diagnóstico mediante una mejor organización en la realización de pruebas especializadas, maximizando el uso de los recursos disponibles y aumentando el acceso a herramientas diagnósticas (p. ej. RM, valoraciones neuropsicológicas, biomarcadores).

INFORMACIÓN Y CONCIENCIACIÓN SOCIAL



Informar a las personas con EA y familiares sobre la disponibilidad de recursos de apoyo social y comunitario públicos, privados y concertados para lograr un mayor acceso a los mismos/acompañamiento a lo largo de la enfermedad.

Nota: Se han tenido en cuenta aquellos retos/áreas de mejora que, en las preguntas de campo abierto, se repiten en ≥ 4 CCAA.

FORMACIÓN ESPECÍFICA SOBRE EA A PROFESIONALES



Aumentar la formación sobre deprescripción, seguimiento y manejo de las complicaciones.



Capacitar y concienciar a los profesionales de la salud sobre el impacto de la enfermedad en los cuidadores.

RECURSOS ESPECÍFICOS PARA LA ATENCIÓN A LA EA



Ampliar la oferta recursos específicos dedicados al cuidado de las personas con EA (plazas en centros de día, residencias, atención domiciliaria etc.).



Ampliar las consultas monográficas y especializadas en EA.



Aumentar la dotación de profesionales sanitarios capacitados para la detección temprana de las demencias y reajustar la distribución de las agendas.

TRATAMIENTO



Ampliar el acceso a terapias no farmacológicas para garantizar que todos los pacientes puedan beneficiarse de estas intervenciones.

Nota: Se han tenido en cuenta aquellos retos/áreas de mejora que, en las preguntas de campo abierto, se repiten en ≥ 4 CCAA.

GLOSARIO

MaPEA
Mapa de recursos para enfermos
de Alzheimer



TÉRMINO	DEFINICIÓN
AFAs	Asociación de Familiares de Alzheimer
AH	Atención hospitalaria
AP	Atención primaria
ApoE	Apolipoproteína E
CC. AA.	Comunidades Autónomas
CEAFA	Confederación Española de Alzheimer
EA	Enfermedad de Alzheimer
EAIA-TC	Equipos de Atención Integral Ambulatoria de Trastornos Cognitivos
ECG	Electrocardiograma
ESAD	Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria
FAQ	Functional Activities Questionnaire
FAST	Functional Assessment Stages
HCE	Historia clínica electrónica
LCR	Líquido cefalorraquídeo
MapEA	Mapa de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en España
MMSE	Mini-Mental State Examination;
PET	Tomografía de emisión de positrones
RM	Resonancia magnética
SEN	Sociedad Española de Neurología
SNS	Sistema Nacional de Salud
SPECT	Single photon emission computed tomography
TAC	Tomografía axial computarizada
T@M	Test de Alteración de la Memoria



Proyecto MapEA

