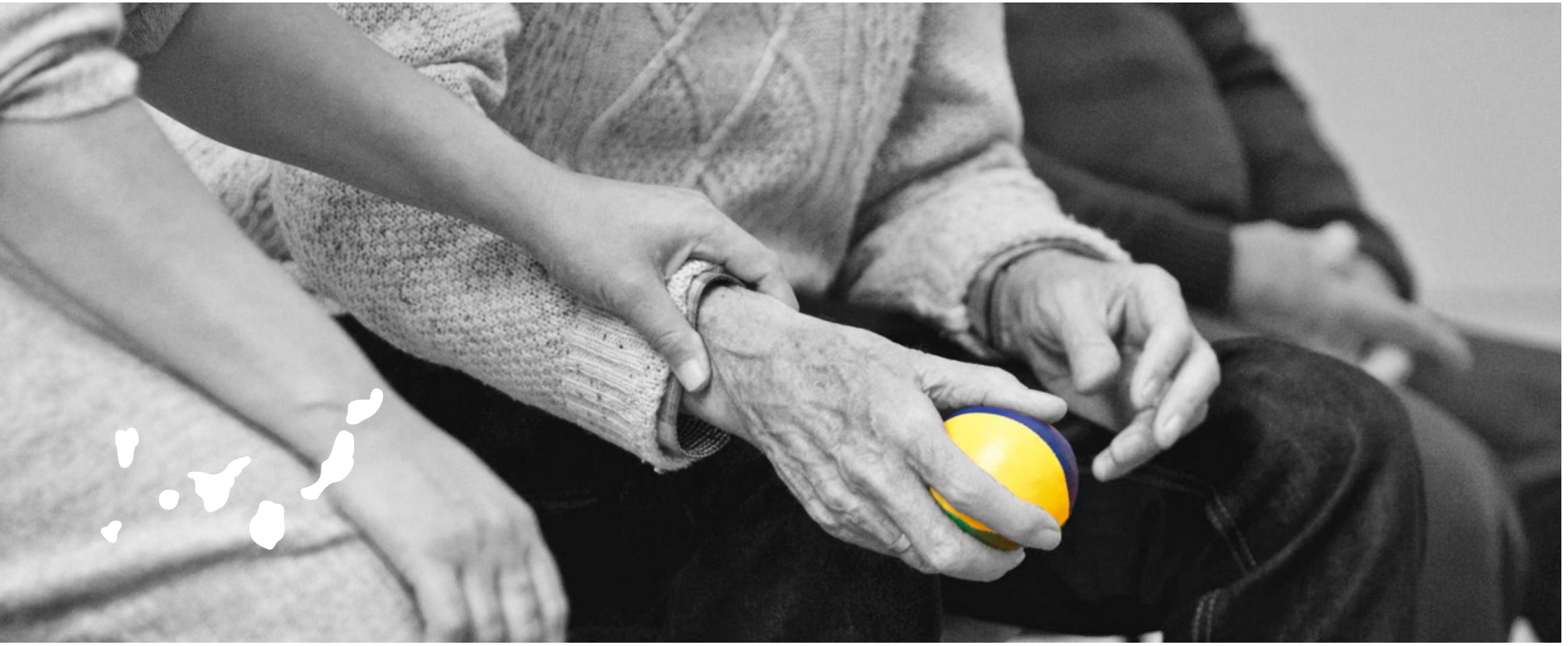
Proyecto **MapEA**



CANARIAS

MapEA
Mapa de recursos para enfermos de Alzheimer

PP-AD-ES-0206

RESUMEN EJECUTIVO – HERRAMIENTAS Y RECURSOS

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

100% de los expertos encuestados desconocen el departamento responsable.

Grado de actualización de las herramientas regionales

La **mayoría de las herramientas** identificadas en Canarias más de 5 años de antigüedad, **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.

TAC		RM		LCR		PET AMILOIDE		TEST GENÉTICO APOE		NEUROPSICOLOGÍA
ACCESO	**TIEMPOS**	**ACCESO**	**TIEMPOS**	**ACCESO**	**TIEMPOS**	**ACCESO**	**TIEMPOS**	**ACCESO**	**TIEMPOS**	**ACCESO**
86% de los profesionales. Se realiza al **83,3%** de personas con sospecha.	> 3 meses (**83,3%**); **inadecuado** según el **83,3%**	**100%** de los profesionales sanitarios. Se realiza al **51,3%** de personas con sospecha.	> 3 meses (**75%**); **inadecuado** según el **75%**	**100%** de los profesionales hospitalarios; al **22,5%** de personas con sospecha.	<1 mes (**25%**), 1-2 meses (25%), >3 meses (25%); **inadecuado** por el **50%**	**25%** de los profesionales hospitalarios. Se realiza al **15%** de personas con sospecha.	> 3 meses (**100%**); **inadecuado** por el **100%**	**75%** de los profesionales hospitalarios. Se realiza al **20%** de personas con sospecha.	2-3 meses o >3 mese (**66%**); **inadecuado** por el **66%**	**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),* ***perfil restringido de pacientes*** *(RM, personas jóvenes y cuadros atípicos);* ***nº limitado de pruebas*** *(LCR, diagnóstico complejo),* ***reticencia de las personas con sospecha de EA*** *(LCR, ApoE).*

En comparación con **2017**, Canarias ha experimentado **un notable incremento en los recursos tecnológicos** de salud: el número de TACs ha aumentado de **33** a **40**, los RMs de **24** a **39**, los SPECT de **6** a **13** y los PET de **3** a **5**. Los profesionales sanitarios consideran que es necesario maximizar el uso de las máquinas y los profesionales disponibles.

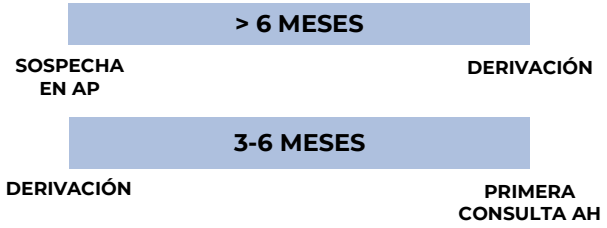
RESUMEN EJECUTIVO – PROCESO ASISTENCIAL

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

Canarias

BARRERAS: **100%** de los expertos identifican la **falta de tiempo y/o conocimiento** de los profesionales sanitarios y **62,5%** de los expertos identifican, la **capacidad e infraestructuras del sistema y la reticencia de pacientes y familias.**

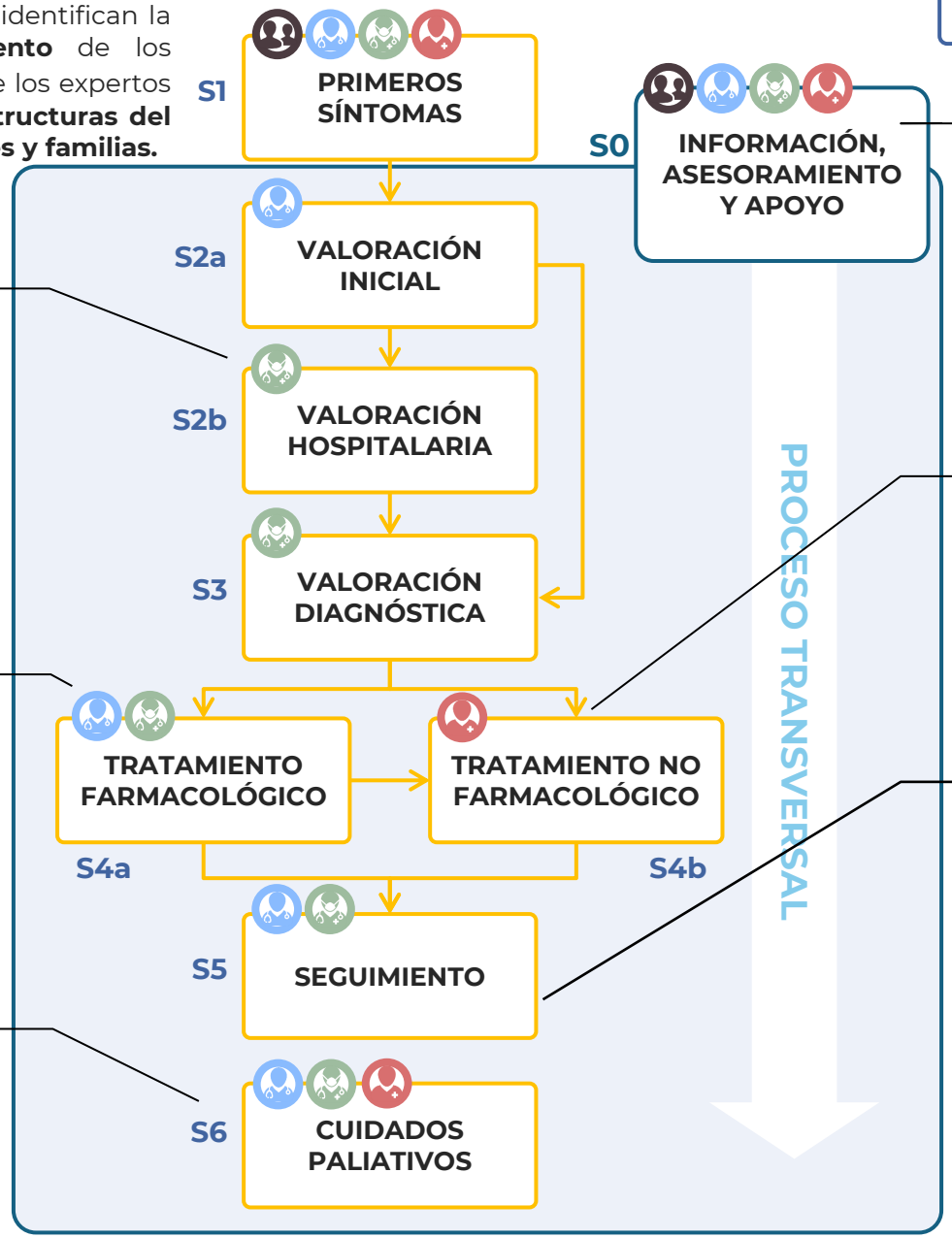
71% de los profesionales indican que **existe un protocolo de derivación** desde AP hacia neurología o geriatría. El grado de conocimiento es **MEDIO**.



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

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

Grado de cobertura para las personas con EA:



45% de expertos consideran **INSUFICIENTE** la **información** dada en fases tempranas.

56% 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, estimulación cognitiva, técnicas de mantenimiento de la funcionalidad, prevención y control de problemas de conducta.

Un **56%** consideran que las personas con EA **pueden acceder** a estos tratamientos.

Seguimiento: habitualmente **profesionales de AP.**
Periodicidad: cada 6-12 meses, mayoritariamente, en AP y AH.

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 Canarias.**

Retos y áreas de mejora

- **Sensibilización y conocimiento** sobre la EA en atención primaria.
- **Tiempos de espera** para el acceso al **diagnóstico temprano**.
- **Visados y trámites** que producen **demoras en el acceso al tratamiento farmacológico**.
- **Coordinación** entre niveles asistenciales, y con los servicios sociales para el abordaje de la EA desde todas sus esferas
- **Seguimiento en etapas avanzadas por la falta de acceso a equipos especializados en dar continuidad a la atención** de las personas con EA, por ejemplo, geriatría, o cuidados paliativos, etc.
- **Accesibilidad a tratamientos no farmacológicos** a través de recursos o servicios públicos.

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 de prescripción de fármacos** agilizando los trámites para la renovación, sobre todo, en etapas tempranas de la EA.
- **Aumentar la dotación técnica para la realización de pruebas diagnósticas y maximizar su uso** para garantizar el diagnóstico de calidad y reducir las listas de espera.
- **Capacitar y formar a los profesionales de atención primaria** para la detección temprana de síntomas. y derivación ágil a servicios especializados.
- **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.
- **Integrar los sistemas informáticos** de atención primaria y hospitalaria para facilitar la **coordinación y comunicación efectiva** entre niveles.

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 Canarias** 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.

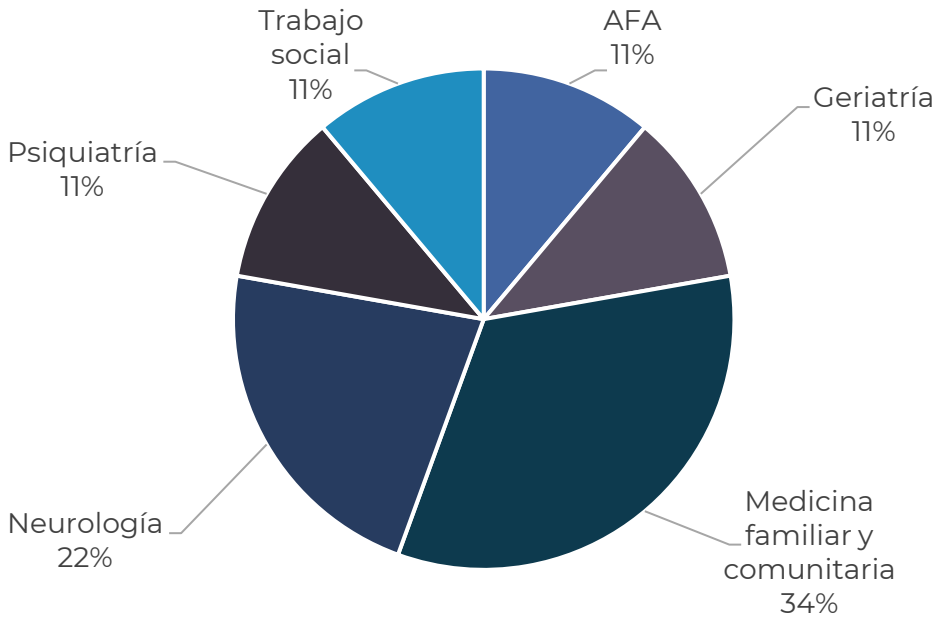
COMITÉ ASESOR

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 CANARIAS - 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**
África Tavío García	**Medicina de familia y comunitaria**	Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en
Inés Rivera Panizo	**Medicina de familia y comunitaria**	Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en Centro de Salud Los Gladiolos, Tenerife
Irene Almería Díez	**Medicina de familia y comunitaria**	Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en CP Breña Baja, La Palma
Fernando Haroldo Cabrera	**Neurología**	Médico Especialista en Neurología en Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín
José Antonio Rojo Aladro	**Neurología**	Médico Especialista en Neurología en Consulta Privada José A. Rojo
Javier Alonso Ramírez	**Geriatría**	Médico Especialista en Geriatría en el Centro Hebe. Presidente de la Sociedad Canaria de Geriatría y Gerontología
Eugenio Chinea Cabello	**Psiquiatría**	Médico Especialista en Psiquiatría en Centro de Terapias Integradas para la Salud de Tenerife
Lorena Álvarez Piñera	**Trabajo Social**	Trabajadora social de Alzheimer Canarias
José Regidor	**AFA**	Presidente de Alzheimer Canarias

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 **Canarias**, 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 CANARIAS	GRADO DE CONOCIMIENTO EN CANARIAS
Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023)	2019	Ministerios de Sanidad, Consumo y Bienestar Social	BAJO	BAJO
Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud	2016	Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad	BAJO	BAJO
Manual de Habilidades para Cuidadores Familiares de Personas Mayores y Dependientes	2013	Sociedad Española de Geriatría y Gerontología	MODERADO	BAJO
Guía oficial de práctica clínica en Demencia	2018	Sociedad Española de Neurología	BAJO	BAJO
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 LA CANARIAS

67% de los expertos encuestados consideran como **BAJO** el nivel de implementación del **Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias.**

55% de los expertos consideran como **BAJO** o **NULO** 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 LA CANARIAS

En general, los expertos encuestados consideran que el nivel de implementación tanto del **Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias,** como de la **Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud es BAJO.** Esto puede deberse entre otras cosas al **desconocimiento** por parte de los profesionales**,** alrededor del **78% indican que desconocen el nivel de conocimiento en torno a estos documentos o consideran que no son conocidos**, mientras que el **22%** indican que, al menos el **Plan integral de Alzheimer y otras Demencias sí es conocido.**

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

- Disponibilidad de Consultas Monográficas en hospitales públicos de referencia.
- Creación de un registro centralizado de personas con Alzheimer en Canarias.
- Desarrollo de iniciativas de envejecimiento saludable en la isla de La Palma, mediante el desarrollo de Aulas de Salud para personas con EA.
- Promoción del mantenimiento de la persona con EA en el entorno familiar.
- Elaboración de la Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas de Canarias (anunciada en septiembre de 2024).

Sin embargo, algunos expertos indican **la necesidad de implementar más iniciativas y promover la difusión de los documentos** para que sean conocidos y puedan implementarse a nivel de toda la comunidad.

HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN - CANARIAS

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

CANARIAS

HERRAMIENTA	AÑO	RESPONSABLE	GRADO DE IMPLEMENTACIÓN	GRADO DE CONOCIMIENTO
Manual de actuación en la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias	2011	**Consejería de Sanidad**	**BAJO**	**BAJO**
Protocolo de diagnóstico del deterioro cognitivo	2019	**Consejería de Sanidad**	**BAJO**	**BAJO**
Guía de Práctica Clínica de la Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias	1996	**Servicio Canario de Salud**	**BAJO**	**BAJO**
Nota Informativa Farmacoterapéutica sobre Tratamiento farmacológico específico de la Enfermedad de Alzheimer	2012	**Servicio Canario de Salud**	**ALTO**	**BAJO**

ESTADO ACTUAL DE LAS HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN

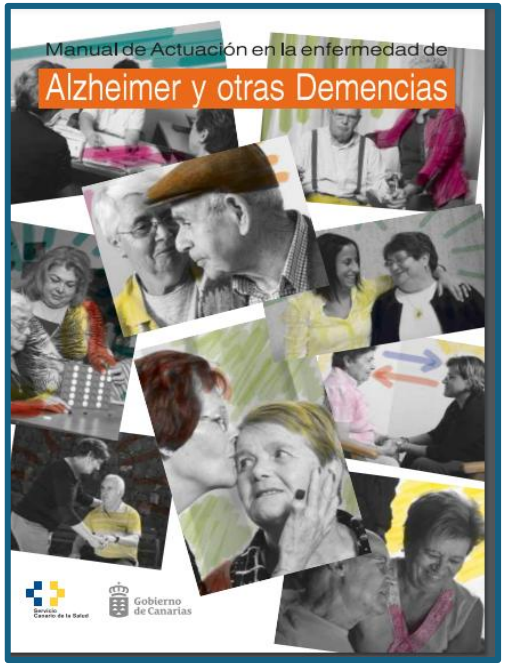
En Canarias, el **100% de los expertos encuestados** desconoce quién es el departamento responsable de las herramientas de planificación disponibles para el tratamiento de EA en la Comunidad Autónoma.

A excepción del Protocolo de Diagnóstico del Deterioro Cognitivo, la **mayoría de las herramientas** identificadas en Canarias tienen más de 5 años de antigüedad, **sin que hayan sido actualizadas** hasta la fecha.

Además de las herramientas incluidas en el listado, los expertos indican que en la línea estratégica 5 del Plan de Salud Mental de Canarias (2019-2023) se hace referencia a la Atención a la Salud Mental en Personas de Edad Avanzada. Además, el deterioro cognitivo/demencia, cuenta con un apartado concreto para su abordaje.

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. MANUAL DE ACTUACIÓN EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS



Consejería de Sanidad

Nivel de implementación:
MODERADO

Nivel de conocimiento:
BAJO

En el año 2011, la consejería de Sanidad de Canarias publicó el **"Manual en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias".** Este documento nace en un contexto de aumento de la esperanza de vida de la población canaria e incremento consecuente de la dependencia. La **longevidad y la dependencia** comportan problemas no sólo económicos, relativos a los costes que de ellas se desprenden, sino también de índole operativa, al tratar de buscar, distribuir y aplicar de manera eficiente los recursos necesarios para proteger socialmente a los colectivos involucrados. Esto hace necesario plantear una estrategia global que debería intentar hacer frente a los problemas asociados a la enfermedad. Hay que realizar un diagnóstico temprano para iniciar lo antes posibles las medidas terapéuticas oportunas, propiciando un tratamiento y unos cuidados óptimos. Nos encontramos antes un grupo de enfermedades convertidas en **foco de interés primordial tanto para las personas afectadas como para sus familias y personas cuidadoras.**

En este documento se expresan **reflexiones, recomendaciones, planteamientos generales y actitudes específicas, que orienten a las personas involucradas en el proceso asistencial** sobre la actitud que se ha de seguir en cada momento para conseguir una asistencia de calidad y salvaguardar la protección y los derechos de las personas con demencia y, también, de aquellas que ejercen la función de cuidadoras.

+ Puntos clave

Deterioro cognitivo:

En el capítulo del documento se abordan diversos temas relacionados con el **deterioro cognitivo**, comenzando con una explicación general sobre qué es el **deterioro cognitivo y sus formas más leves.** Se discuten las posibles causas que pueden llevar a este deterioro y los signos que permiten sospechar su presencia. Además, se analiza el diagnóstico diferencial entre distintos procesos y las acciones que deben tomarse cuando se sospecha un deterioro cognitivo, incluyendo anamnesis, valoración funcional y neuropsicológica, exploraciones físicas y pruebas complementarias. También se detalla el diagnóstico sindrómico de demencia, los criterios para derivar el caso y cómo organizarse en la consulta ante la sospecha. Finalmente, se abordan las pautas para el seguimiento de personas con deterioro cognitivo leve.

Uso de fármacos en personas con deterioro cognitivo y/o demencia. Prevención de reacciones adversas

En este capítulo se examina el **uso de fármacos en personas con deterioro cognitivo y/o demencia**, enfocándose en la prevención de reacciones adversas. Se comienza con una introducción que explica por qué estos pacientes **tienen mayor riesgo de sufrir efectos adversos**, destacando modificaciones farmacocinéticas y farmacodinámicas, el estado funcional y la polifarmacia. Se abordan las **claves para diagnosticar dichas reacciones adversas y se identifican los fármacos de uso inapropiado,** como anticolinérgicos, benzodiazepinas, antipsicóticos y AINEs. Además, se analiza la **comorbilidad** en individuos con demencia, incluyendo situaciones como el parkinsonismo, la insuficiencia cardíaca, el riesgo de caídas y el estreñimiento. Finalmente, se discuten **estrategias para minimizar los riesgos**, como la revisión periódica de la medicación, la reducción de dosis considerando la función renal, y la importancia de una adecuada historia clínica y farmacológica al momento de prescribir medicamentos.

1. MANUAL DE ACTUACIÓN EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

Consejería de Sanidad

Nivel de implementación:
MODERADO

Nivel de conocimiento:
BAJO

+ Puntos clave

Instrumentos de evaluación neuropsicológica y funcional para la detección del deterioro cognitivo y demencias

En este apartado se exploran los **instrumentos de evaluación neuropsicológica y funcional** utilizados para la detección del deterioro cognitivo y las demencias. Se define qué son estos instrumentos y se analiza su papel en el proceso diagnóstico, destacando su importancia para identificar y evaluar el deterioro cognitivo. También se describen las **características ideales que deben reunir estos instrumentos para ser aplicables en el contexto de la atención primaria**, así como sus limitaciones. Se revisan los instrumentos más adecuados para el uso en la consulta diaria, incluyendo cuestionarios y pruebas como el Test de las fotos, el Minimental State Examination (MMSE) y el Índice de Barthel, entre otros.

Demencias

En este capítulo se aborda la **epidemiología de las demencias**, analizando su prevalencia y distribución en la población. Se exploran los principales factores de riesgo asociados, como la edad, antecedentes familiares, factores genéticos, deterioro cognitivo leve, riesgos cardiovasculares, estilo de vida, nivel educativo, consumo de alcohol, entre otros. Se presenta una clasificación de las demencias según su etiología, destacando la EA, la demencia vascular, la demencia por cuerpos de Lewy y la demencia frontotemporal. Además, también se incluye una guía para la orientación diagnóstica, las pruebas complementarias necesarias y la estadificación de las demencias para evaluar su progresión.

Valoración geriátrica integral de la persona con deterioro cognitivo

En este punto del documento se aborda la **valoración geriátrica integral** de la persona con deterioro cognitivo, comenzando con una introducción sobre qué define a una persona mayor frágil. Se describe la valoración clínica y física, que incluye una evaluación general y otra específica realizada por enfermería. Se profundiza en la **valoración cognitiva y afectiva**, siguiendo el mismo enfoque de evaluación general y específica de enfermería. Finalmente, se trata la importancia de la **valoración funcional**, clave para comprender el nivel de independencia y necesidades de la persona en su vida diaria.

Plan de cuidados

En este apartado se aborda la importancia de los **cuidados básicos** en personas con deterioro cognitivo, detallándose las medidas fundamentales de cuidado, como la alimentación, higiene, vestimenta, continencia, movilidad, adecuación del hogar y la comunicación con la persona con EA. Se describe un **plan de cuidados de enfermería**, que incluye el manejo de la demencia, la terapia de orientación a la realidad, la estimulación cognitiva y el apoyo tanto a la familia como al cuidador principal. Finalmente, se presenta un **plan de actuación desde trabajo social**, enfocado en la intervención integral y el apoyo en la gestión de recursos.

1. MANUAL DE ACTUACIÓN EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

Consejería de Sanidad

Nivel de implementación:
MODERADO

Nivel de conocimiento:
BAJO

+ Puntos clave

Terapias no farmacológicas

En este capítulo se ofrece una definición y clasificación de las **terapias no farmacológicas** aplicadas a personas con deterioro cognitivo. Se describen diversas intervenciones diseñadas para mejorar la cognición, como la terapia de orientación a la realidad, la reminiscencia y la estimulación cognitiva. También se abordan terapias enfocadas en mejorar las actividades de la vida diaria, así como aquellas dirigidas a gestionar los síntomas conductuales, incluyendo programas de cuidados centrados en la persona, musicoterapia, estimulación multisensorial (Snoezelen) e intervenciones multicomponente. Otras terapias no farmacológicas incluyen el ejercicio físico y la modificación del entorno. Se ofrecen **recomendaciones para el acercamiento a la persona** con demencia y revisa las **terapias no farmacológicas orientadas a los cuidadores**, que incluyen apoyo, educación, entrenamiento, gestión de casos y cuidados de respiro

Tratamiento farmacológico específico de las demencias

En este capítulo se analizan los **fármacos anticolinesterásicos** utilizados en el tratamiento de las demencias, centrándose en tres principales: donepezilo, rivastigmina y galantamina. También se aborda el uso de **memantina**, otro fármaco común en el manejo de estos trastornos. Se examina la utilidad de los anticolinesterásicos y la memantina en diferentes tipos de demencia, incluyendo la EA, demencia en la enfermedad de Parkinson y con cuerpos de Lewy, demencia vascular, demencia mixta y demencia frontotemporal, así como otras formas de demencia. Se ofrecen **recomendaciones para la práctica clínica**, con pautas específicas sobre el uso adecuado de los anticolinesterásicos y la memantina.

Valoración y tratamiento de los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia

En este capítulo se aborda la valoración y tratamiento de los **síntomas conductuales y psicológicos de la demencia**. Se presenta una clasificación de los síntomas más comunes, como la depresión, ansiedad, apatía, trastornos del sueño, agresividad, hiperactividad motora (como acatisia y vagabundeo), conducta sexual inapropiada, ideación delirante, alucinaciones y alteraciones en la identificación. También se exploran los factores que desencadenan estos síntomas. El capítulo detalla tanto el **manejo general de estos síntomas como estrategias específicas para tratar cada uno**, desde la depresión y ansiedad hasta el manejo de los delirios, agitación, agresividad y conductas inapropiadas como el vagabundeo o la conducta sexual inadecuada.

1. MANUAL DE ACTUACIÓN EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

Consejería de Sanidad

Nivel de implementación:
MODERADO

Nivel de conocimiento:
BAJO

+ Puntos clave

Problemas éticos frecuentes en la demencia avanzada

En este apartado se abordan los **problemas éticos más frecuentes en el manejo de la demencia avanzada**. Se inicia con una introducción sobre los **dilemas éticos** que surgen en esta etapa de la enfermedad. A continuación, se abordan temas como las alteraciones de conducta, la administración de antibióticos, y las decisiones sobre nutrición e hidratación. También se discute el uso de **restricciones físicas en personas con demencia** y cómo **manejar la comorbilidad** en estos casos. El capítulo explora **la discriminación** que puede producirse por infratratamiento o por inercia y obstinación terapéutica. Finalmente, se analiza la atención de los pacientes con demencia avanzada desde una perspectiva de **cuidados paliativos, resaltando la importancia de priorizar el bienestar y la calidad de vida.**

Aspectos legales. Guía para profesionales

En este capítulo se recogen los **aspectos legales relacionados con el deterioro cognitivo progresivo**, proporcionando una guía para profesionales. Se describen las implicaciones legales que surgen a medida que avanza el deterioro cognitivo, y se analizan los **derechos de las personas con EA**, con especial énfasis en los derechos contemplados en la legislación sanitaria y el derecho a la información. Se abordan temas específicos como las prestaciones, estudios genéticos, voluntades anticipadas y las instrucciones previas en aspectos personales, patrimoniales y terapéuticos. Se aborda las **repercusiones legales de la enfermedad**, incluyendo la capacidad legal de la persona con EA, el proceso de incapacitación y los límites de esta. Se analiza el papel de los profesionales sanitarios y sociales en estos procesos y la preparación de informes médicos solicitados por familiares legitimados para instar la incapacitación. Además, se discuten los **diferentes regímenes de guarda** (guarda de hecho, tutela, autotutela y curatela), así como la capacidad legal de la persona con EA para otorgar testamento, consentir el ingreso en una residencia, conducir vehículos, utilizar armas y participar en investigaciones o ensayos clínicos. Finalmente, se incluye una **revisión de la legislación** aplicable a estos casos.

Aspectos sociales y sociosanitarios

Este capítulo aborda **los recursos sociales y sociosanitarios** disponibles para personas con EA y otras demencias. Se inicia con una introducción general sobre la importancia de estos recursos en el apoyo a pacientes y sus familias. Se describen los recursos ofrecidos por los sistemas públicos de protección social, incluyendo servicios de atención directa, prestaciones y ayudas económicas, prestaciones ortoprotésicas, y los servicios del **Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia** (SAAD). Se menciona también el Centro de Referencia Estatal de atención a personas con Alzheimer y otros recursos complementarios. El capítulo también destaca los recursos proporcionados por la red de apoyo informal, como iniciativas de divulgación, investigación y formación, además de los servicios ofrecidos por las Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer. Se discuten los recursos de la iniciativa privada que complementan los sistemas públicos. Asimismo, se revisa la regulación de los servicios y los recursos disponibles en internet para personas y cuidadores. Finalmente, se incluye una **referencia a la legislación** básica que regula el acceso a estos recursos.

1. MANUAL DE ACTUACIÓN EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

Consejería de Sanidad

Nivel de implementación:
MODERADO

Nivel de conocimiento:
BAJO

+ Puntos clave

Información para personas cuidadoras y familiares de personas con demencia

En este capítulo se ofrece información clave para las **personas cuidadoras y familiares de personas con demencia**. Se inicia con una introducción sobre la importancia de proporcionar a los cuidadores el conocimiento y las herramientas necesarias para enfrentar la enfermedad. Se presenta un texto informativo dirigido a los familiares, cubriendo temas como la formación de la persona cuidadora, el funcionamiento del cerebro y las enfermedades neurodegenerativas, con especial énfasis en la EA. Se explican **las causas, los primeros síntomas, y la evolución de la enfermedad**, así como la actitud que deben adoptar los cuidadores frente a las personas con EA. El capítulo también aborda la valoración y prevención de la sobrecarga del cuidador, incluyendo el síndrome del cuidador, estrategias para prevenir la sobrecarga, autocuidados y cómo afrontar la situación. Además, se discuten medidas para prevenir el duelo patológico y la importancia de las intervenciones grupales para cuidadores. Finalmente, se ofrecen **recomendaciones prácticas sobre el mantenimiento de las actividades básicas de la vida diaria**, el manejo de alteraciones del comportamiento y agresividad, y la estimulación cognitiva en las personas con demencia.

2. PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO DEL DETERIORO COGNITIVO

Consejería de Sanidad

9 Líneas estratégicas

Nivel de implementación:
MODERADO

Nivel de conocimiento:
BAJO

En el año 2011, la Consejería de Sanidad de Canarias publica el "**Protocolo de diagnóstico del deterioro cognitivo".** Documento que avalado por la Sociedad Canaria de Neurología y la Sociedad Canaria de Medicina de Familia y Comunitaria.

Las **consultas por olvidos u otras formas de deterioro cognitivo** o de conducta son frecuentes en la práctica clínica diaria, tanto en atención primaria como en el ámbito de la atención hospitalaria: neurología, psiquiatría, etc. Dada su relación con la edad y el evidente cambio en la pirámide poblacional existente, se hace de vital importancia para el mantenimiento del sistema sanitario un **manejo adecuado de estas patologías crónicas de alta incidencia y prevalencia**.

En este contexto se han desarrollado numerosos protocolos para orientar el diagnóstico del deterioro cognitivo en sus fases iniciales y fuera del ámbito del especialista en neurología. No obstante, se considera necesario concretar estos textos extensos en unas pocas páginas que constituyan una **guía de rápido acceso de los pasos a seguir para el manejo de estas patologías** aportando información concreta y que incluya árboles de decisión de fácil entendimiento y aplicabilidad, para un manejo eficaz y que disminuya la enorme variabilidad existente en todo nuestro territorio. De ahí surge este proyecto cuyo **objetivo** es el de elaborar un documento reducido y práctico, dirigido al colectivo de atención primaria y otras especialidades, sobre el diagnóstico de personas con deterioro cognitivo en Canarias teniendo como referencia los protocolos disponibles del Servicio Canario de la Salud.

+ Líneas Estratégicas

El texto está dividido en los siguientes apartados: definición de conceptos básicos, anamnesis cognitiva global, exploración física y neurológica básica, explotación cognitiva mínima, test de valoración, pruebas complementarias, diagnóstico diferencial del deterioro cognitivo y algoritmo de diagnóstico. En el apartado de ***diagnóstico diferencial, se incluye concretamente la enfermedad de Alzheimer, destacando los siguientes aspectos:***

Enfermedad de Alzheimer: la **EA** es la forma **más común de demencia**: se calcula que representa entre un 60% y un 70% de los casos. La Demencia Tipo Alzheimer (DTA) tiene rasgos epidemiológicos, conductuales, neuropsicológicos, neuroanatómicos y neuropatológicos característicos, que ayudan al diagnóstico diferencial entre ella y las otras demencias.

Características clínicas

- En la etapa temprana de la enfermedad, el déficit se observa, sobre todo, en la información reciente. Los pacientes muestran dificultades para recordar listas de palabras, cuentos y diseños.
- Pérdida de la noción del tiempo.
- Desubicación espacial, incluso en lugares conocidos.

2. PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO DEL DETERIORO COGNITIVO

Consejería de Sanidad

Nivel de implementación:
MODERADO

Nivel de conocimiento:
BAJO

+ Puntos clave

Síntomas cognitivos y funcionales

- A medida que la demencia evoluciona, los signos y síntomas se vuelven más evidentes y más limitadores. Se produce también un trastorno en la memoria remota, de acuerdo con un gradiente temporal característico: los recuerdos más antiguos tienden a ser los más estables.
- La capacidad para realizar varias tareas a la vez es particularmente vulnerable. Disminución en la concentración, dificultad con la aritmética mental o una tendencia a confundirse, dificultades para multiplicar y dividir.
- Los problemas con el funcionamiento ejecutivo se evidencian porque la persona pierde la capacidad de inhibición, y la capacidad para coordinar simultáneamente la información y procesarla. El razonamiento se vuelve más concreto, y hay deterioro en la resolución de problemas nuevos y en el pensamiento abstracto.
- Las capacidades visuoespaciales se deterioran. Las personas con EA pierden las aptitudes mecánicas, y en la evaluación pueden mostrar deterioro de la capacidad de copiar diseños.
- Las personas se vuelven cada vez menos aptas para las tareas más complejas o exigentes de la vida cotidiana, como por ejemplo manejar sus finanzas, o completar un formulario de declaración de impuestos.
- En las etapas más severas de la enfermedad, los pacientes desarrollan apraxia, agnosia y afasia.

Síntomas conductuales

- La depresión asociada con la presencia de DTA (en etapas tempranas).
- Cuando la demencia avanza, los delirios e ideación paranoica.
- Errores de identificación de personas y en la identificación de lugares.
- DTA severa: alucinaciones visuales y auditivas menos frecuente.
- Otros: ideas de persecución, irritabilidad y agitación, conductas repetitivas, alteración de los patrones de sueño, rebeldía y agresiones verbales

3. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

Servicio Canario de Salud

Nivel de implementación:
MODERADO

Nivel de conocimiento:
BAJO

En Canarias, existe un documento de recomendaciones para la atención en el paciente con Enfermedad de Alzheimer u otras demencias. Dicho documento se compone de 8 capítulos en los que se abordan desde el diagnóstico de estos trastornos y enfermedades hasta aspectos éticos y legales y recursos para la persona con EA y la familia.

+ Capítulos y puntos clave

1. Diagnóstico de las demencias

En este apartado se abordan aspectos relacionados con el diagnóstico temprano de las demencias, incluyendo el reconocimiento del deterioro cognitivo ligero resaltando la necesidad de fomentar su detección desde atención primaria. Para ello, se establece una estrategia diagnóstica en este nivel asistencial. Además, se incluyen los criterios de sospecha y las pruebas complementarias a realizar para finalmente alcanzar la confirmación diagnóstica que se lleva a cabo en atención hospitalaria (neurología, psiquiatría, geriatría o medicina interna).

2. Tratamiento farmacológico de los trastornos cognitivos

En este capítulo se indica que, si bien, en la actualidad no existe un tratamiento etiopatogénico dirigido específicamente a la EA, existen fármacos que actúan sobre distintos factores relacionados con el proceso patológico que pueden contribuir al retraso del deterioro cognitivo de la persona con EA. El documento recoge dichos tratamientos y hace una serie de consideraciones sobre su eficacia y seguridad en cada uno de ellos.

3. Trastornos conductuales: tratamiento farmacológico

Los problemas de conducta son frecuentes en la evolución clínica de las demencias y suponen un gran impacto tanto a la persona como a sus familiares. Por ello, el documento recoge los tratamientos disponibles para el abordaje de estos problemas con el objetivo de prevenirlos y/o tratarlos, así como, para evitar la sobrecarga familiar, haciendo referencia a la farmacología, la psicología y la información. En concreto, los tratamientos farmacológicos los divide según los síntomas.

4. Trastornos conductuales: tratamiento no farmacológico

Como ya introducía el capítulo 3, el abordaje de lo trastornos conductuales también requiere de un abordaje no farmacológico a través de actuaciones ambientales, relacionales y comportamentales. Para ello, se establecen una serie de actuaciones y recomendaciones que, además, pueden ser implementadas por los cuidadores y/o familiares de la persona con EA para mejorar la dinámica en casa.

3. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

Servicio Canario de Salud

Nivel de implementación:
MODERADO

Nivel de conocimiento:
BAJO

+ Capítulos y puntos clave

5. Cuidados al cuidador

El cuidador es el pilar principal para la provisión de cuidados de los enfermos con demencia y es un elemento imprescindible para que la persona con EA pueda seguir viviendo dentro de la comunidad. Por ello, es importante abordar de manera complementaria el impacto de la enfermedad y su evolución de la enfermedad. En este sentido, el capítulo recoge las secuelas e impactos que puede sufrir el cuidador, lo que se conoce como "síndrome del cuidador" y establece actuaciones para ayudarle en la gestión de dicho impacto. Asimismo, se exponen aspectos clave que se deben informar al cuidador sobre la enfermedad, su evolución y expectativas.

6. Cuidados paliativos en el tratamiento integrado de las demencias

En este capítulo se define la fase terminal en la EA y el objetivo de los cuidados paliativos en estas personas.

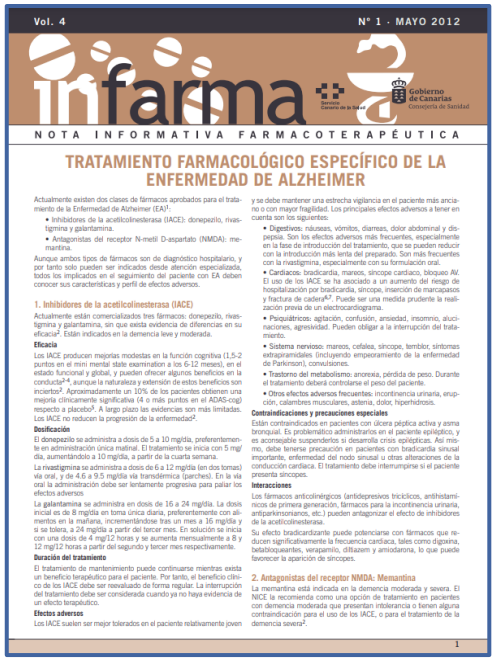
7. Aspectos éticos y legales

El capítulo 7 recoge las implicaciones del deterioro cognitivo progresivo, incluyendo las repercusiones legales de la enfermedad, incluyendo los aspectos relacionados con la dependencia y la incapacidad, la gestión de voluntades anticipadas, la realización y otorgamiento de testamentos, el derecho a la información, etc. Asimismo, se define el papel de los profesionales sanitarios y sociales en todo el proceso, y los posibles regímenes de guarda (guarda de hecho, tutela, curatela)

8. Recursos sociales para el enfermo de Alzheimer y su familia

En este capítulo se recogen las prestaciones y recursos que pueden responder a necesidades de los pacientes con demencia y sus familiares a nivel personal y social. Incluyendo aquellas prestaciones de carácter público, los servicios de Atención Social tanto públicos como privados, y posibles situaciones especiales como, por ejemplo, las personas que viven solos y no disponen de un familiar o cuidador que pueda hacerse cargo, o casos de negligencia familiar en los que se habrán de llevar medidas extraordinarias con intervención de la fiscalía.

4. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ESPECÍFICO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER



Vol. 4 — Nº 1 · MAYO 2012

infarma

Gobierno de Canarias — Consejería de Sanidad

NOTA INFORMATIVA FARMACOTERAPÉUTICA

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ESPECÍFICO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Actualmente existen dos clases de fármacos aprobados para el tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer (EA)[1]:

- Inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACE): donepezilo, rivastigmina y galantamina.
- Antagonistas del receptor N-metil D-aspartato (NMDA): memantina.

Aunque ambos tipos de fármacos son de diagnóstico hospitalario, y por tanto solo pueden ser indicados desde atención especializada, todos los implicados en el seguimiento del paciente con EA deben conocer sus características y perfil de efectos adversos.

1. Inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACE)

Actualmente están comercializados tres fármacos: donepezilo, rivastigmina y galantamina, sin que exista evidencia de diferencias en su eficacia[2]. Están indicados en la demencia leve y moderada.

Eficacia

Los IACE producen mejorías modestas en la función cognitiva (1,5-2 puntos en el mini mental state examination a los 6-12 meses), en el estado funcional y global, y pueden ofrecer algunos beneficios en la conducta[3,4], aunque la naturaleza y extensión de estos beneficios son inciertos[2]. Aproximadamente un 10% de los pacientes obtienen una mejoría clínicamente significativa (4 o más puntos en el ADAS-cog) respecto a placebo[3]. A largo plazo las evidencias son más limitadas. Los IACE no reducen la progresión de la enfermedad[2].

Dosificación

El **donepezilo** se administra a dosis de 5 a 10 mg/día, preferentemente en administración única matinal. El tratamiento se inicia con 5 mg/día, aumentándolo a 10 mg/día, a partir de la cuarta semana.

La **rivastigmina** se administra a dosis de 6 a 12 mg/día (en dos tomas) vía oral, y de 4,6 a 9,5 mg/día vía transdérmica (parches). En la vía oral la administración debe ser lentamente progresiva para paliar los efectos adversos.

La **galantamina** se administra en dosis de 16 a 24 mg/día. La dosis inicial es de 8 mg/día en toma única diaria, preferentemente con alimentos en la mañana, incrementándose tras un mes a 16 mg/día y si se tolera, a 24 mg/día a partir del tercer mes. En solución se inicia con una dosis de 4 mg/12 horas y se aumenta mensualmente a 8 y 12 mg/12 horas a partir del segundo y tercer mes respectivamente.

Duración del tratamiento

El tratamiento de mantenimiento puede continuarse mientras exista un beneficio terapéutico para el paciente. Por tanto, el beneficio clínico de los IACE debe ser reevaluado de forma regular. La interrupción del tratamiento debe ser considerada cuando ya no haya evidencia de un efecto terapéutico.

Efectos adversos

Los IACE suelen ser mejor tolerados en el paciente relativamente joven y se debe mantener una estrecha vigilancia en el paciente más anciano o con mayor fragilidad. Los principales efectos adversos a tener en cuenta son los siguientes:

- **Digestivos:** náuseas, vómitos, diarreas, dolor abdominal y dispepsia. Son los efectos adversos más frecuentes, especialmente en la fase de introducción del tratamiento, que se pueden reducir con la introducción más lenta del preparado. Son más frecuentes con la rivastigmina, especialmente con su formulación oral.
- **Cardiacos:** bradicardia, mareos, síncope cardiaco, bloqueo AV. El uso de los IACE se ha asociado a un aumento del riesgo de hospitalización por bradicardia, síncope, inserción de marcapasos y fractura de cadera[5,7]. Puede ser una medida prudente la realización previa de un electrocardiograma.
- **Psiquiátricos:** agitación, confusión, ansiedad, insomnio, alucinaciones, agresividad. Pueden obligar a la interrupción del tratamiento.
- **Sistema nervioso:** mareos, cefalea, síncope, temblor, síntomas extrapiramidales (incluyendo empeoramiento de la enfermedad de Parkinson), convulsiones.
- **Trastorno del metabolismo:** anorexia, pérdida de peso. Durante el tratamiento deberá controlarse el peso del paciente.
- **Otros efectos adversos frecuentes:** incontinencia urinaria, erupción, calambres musculares, astenia, dolor, hiperhidrosis.

Contraindicaciones y precauciones especiales

Están contraindicados en pacientes con úlcera péptica activa y asma bronquial. Es problemático administrarlos en el paciente epiléptico, y es aconsejable suspenderlos si desarrolla crisis epilépticas. Así mismo, debe tenerse precaución en pacientes con bradicardia sinusal importante, enfermedad del nodo sinusal u otras alteraciones de la conducción cardiaca. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente presenta síncopes.

Interacciones

Los fármacos anticolinérgicos (antidepresivos tricíclicos, antihistamínicos de primera generación, fármacos para la incontinencia urinaria, antiparkinsonianos, etc.) pueden antagonizar el efecto de inhibidores de la acetilcolinesterasa.

Su efecto bradicardizante puede potenciarse con fármacos que reducen significativamente la frecuencia cardiaca, tales como digoxina, betabloqueantes, verapamilo, diltiazem y amiodarona, lo que puede favorecer la aparición de síncopes.

2. Antagonistas del receptor NMDA: Memantina

La memantina está indicada en la demencia moderada y severa. El NICE la recomienda como una opción de tratamiento en pacientes con demencia moderada que presentan intolerancia o tienen alguna contraindicación para el uso de los IACE, o para el tratamiento de la demencia severa[2].

1

Servicio Canario de Salud

Nivel de implementación:
ALTO

Nivel de conocimiento:
BAJO

Desde el año 2008, el **Servicio Canario de Salud** se publica periódicamente la **nota informativa farmacoterapéutica Infarma**. En mayo del año 2012, se publicó una nota informativa específica sobre el **tratamiento farmacológico de la EA**.

En dicha nota se recogen las dos clases de fármacos principales que se utilizan para el tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer: **inhibidores de la acetilcolinesterasa** (donepezilo, rivastigmina, galantamina) y los **antagonistas del receptro N-meti-D-aspartato** (NDMA, memantina).

Este documento busca ser una fuente de información para todos aquellos **profesionales que estén involucrados en el seguimiento de la persona con EA**, aunque sean exclusivos de prescripción hospitalaria. Se recogen aspectos como:

- Perfil de eficacia
- Dosificación
- Duración del tratamiento
- Efectos adversos
- Contraindicaciones y precauciones especiales
- Interacciones con otros fármacos

Además, se hace referencia al **tratamiento combinado** y al tratamiento para el **deterioro cognitivo leve.**

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.

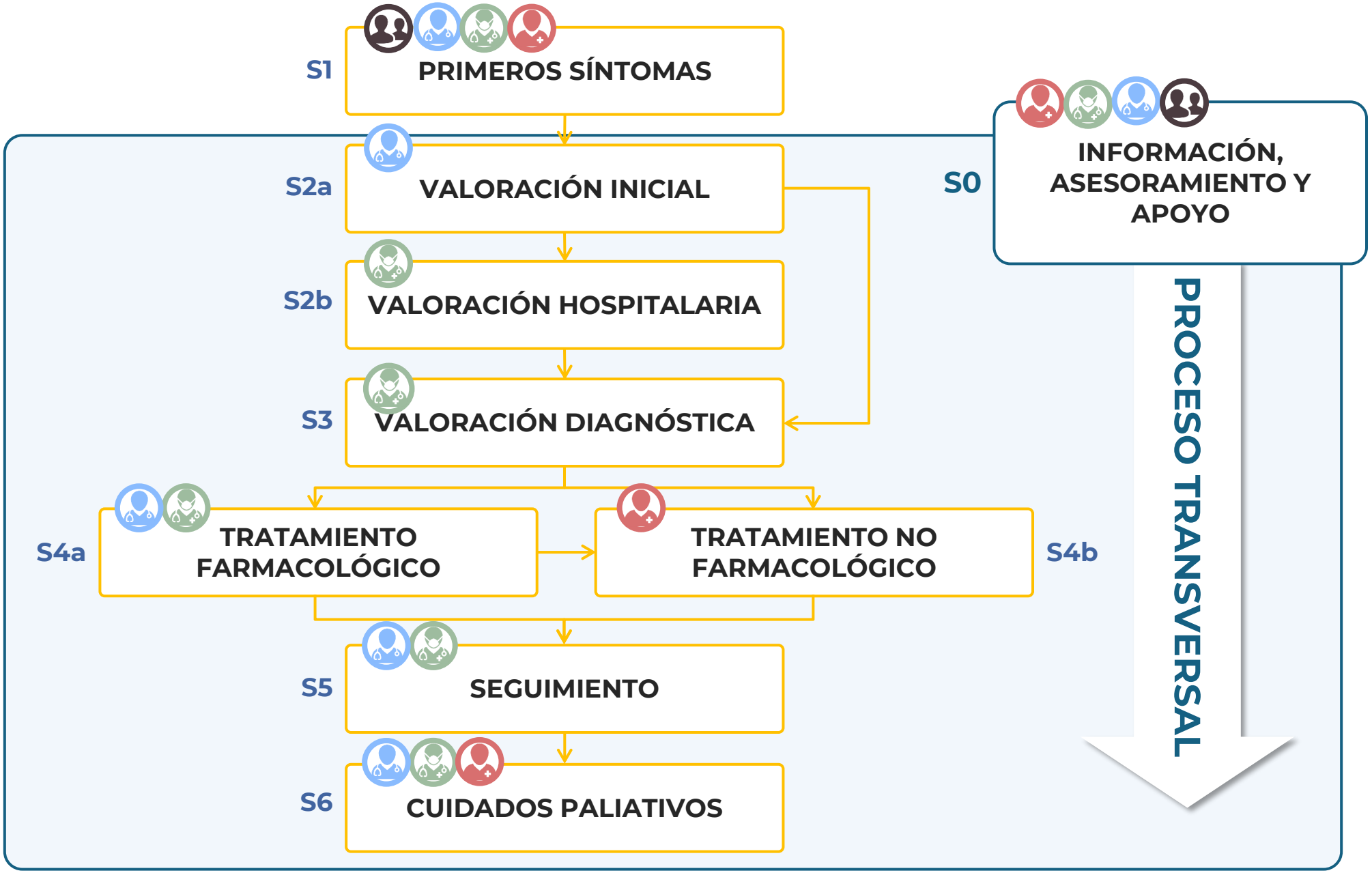
SUBPROCESO 0 **Información, asesoramiento y apoyo**	Subproceso **transversal** que se extiende a lo largo de toda la vida asistencial del paciente. Hace referencia al proceso de información, asesoramiento y apoyo del paciente y su entorno.
SUBPROCESO 1 **Primeros síntomas**	Subproceso inicial de **detección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

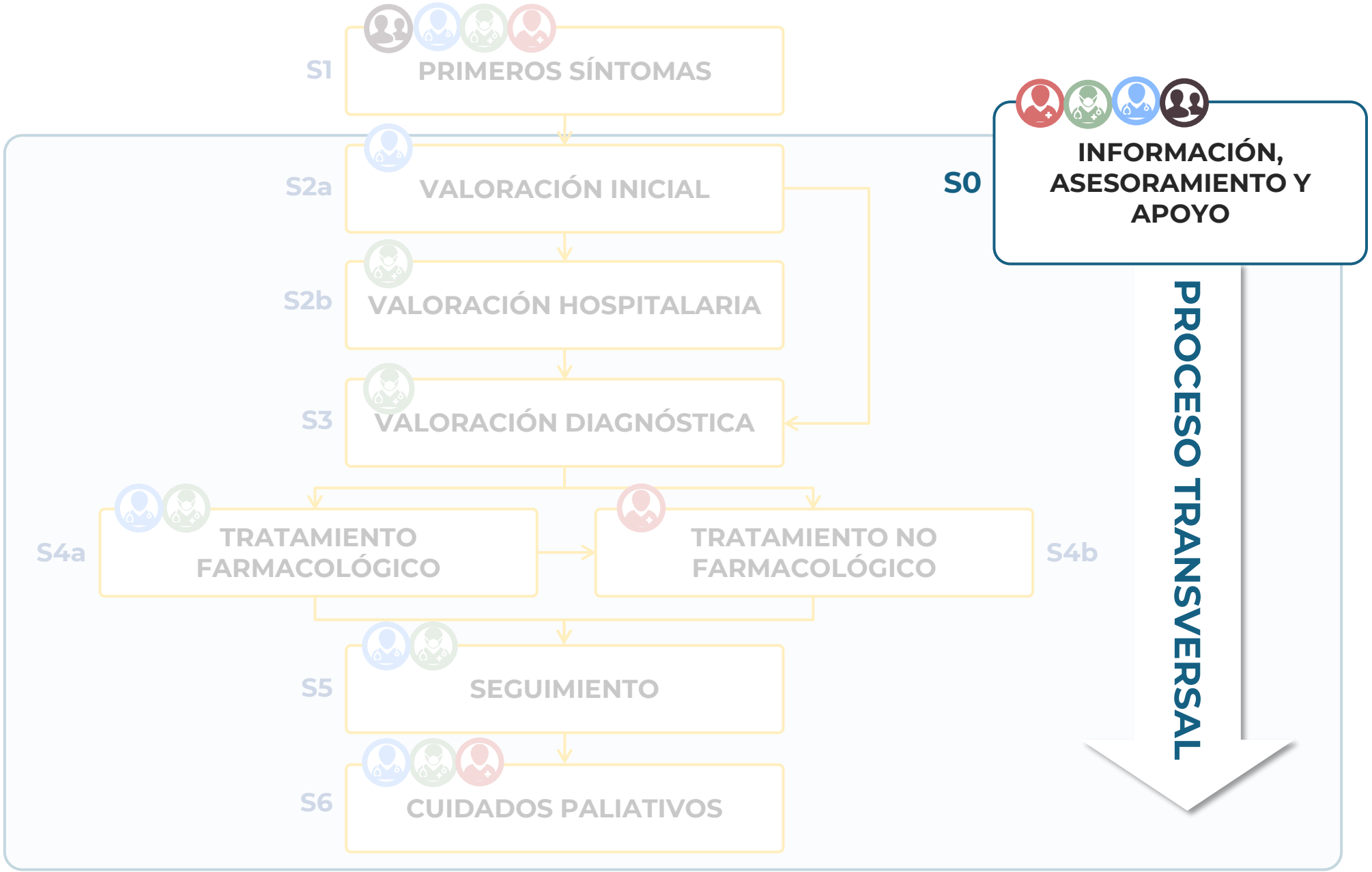


SUBPROCESO 0 – INFORMACIÓN, ASESORAMIENTO Y APOYO

MaPEA

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 CANARIAS

S0 **INFORMACIÓN, ASESORAMIENTO Y APOYO**

PROCESO TRANSVERSAL

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

- El **45%** de los expertos encuestados considera la información comunicada en el momento del diagnóstico es **insuficiente**, por su parte un **33%** consideran que es **adecuada** y el **22%** restante lo desconocen. Entre las principales causas de esta información insuficiente, se mencionan: **la falta de tiempo en consultas, y la falta de conocimiento**.
- El **100%** de los profesionales sanitarios encuestados indican que las comunicaciones del diagnóstico se realizan en una **consulta rutinaria,** aunque, en algunos casos, también indican que se realiza en una consulta específica (37,5%). Por su parte, el representante de la AFA indica que se realiza en una consulta específica.
- 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 **87,5%** (profesionales sanitarios y AFA) afirman que uno de los temas más tratados son las **expectativas clínicas**.
  - El **75%** (profesionales sanitarios y AFA) afirman que uno los temas que se tratan son las **terapias no farmacológicas y los recursos sociosanitarios de apoyo.**
  - Aunque en menor medida, algunos expertos también indican que la prevención de riesgos, la planificación anticipada de decisiones y documento de voluntades anticipadas también son algunos de los temas tratados.

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 CANARIAS

S0 **INFORMACIÓN, ASESORAMIENTO Y APOYO**

PROCESO TRANSVERSAL

PROCESO DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES: no existe un consenso sobre cuándo se recomienda a la persona con EA que realice la planificación anticipada de decisiones, pudiendo realizarse desde en la valoración inicial hasta en fases más avanzadas del proceso.

- Alrededor del **50%** de los profesionales sanitarios encuestados y trabajo social indican que se realiza **durante el seguimiento**, ya sea en consultas especializadas o en atención primaria.
- En algunos casos (**37,5%**) los profesionales y trabajo social indican que **puede realizarse desde el diagnóstico**, tratando siempre que sea la persona con EA la que toma las decisiones.
- El **12,5%** restante indica que **no siempre se realiza este proceso** y que, por lo general, suele realizarse en **etapas avanzadas** de la enfermedad.

REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS: no existe un consenso sobre cuándo se recomienda a la persona con EA que realice el registro de voluntades anticipadas.

- Un **37,5%** de los profesionales sanitarios y trabajo social indican que **suele realizarse en el seguimiento**, ya sea en consultas especializadas o en atención primaria. Por su parte, un **25%** indica que la **recomendación para realizar este registro se hace en cualquier punto** de proceso, siendo la persona con EA o la familia el que decide cuándo se realiza.
- El **25%** de los profesionales indican que, en general son pocos los casos en los que se realiza este procedimiento y que suele hacerse en etapas avanzadas. El **12,5% restante** indica que se realiza durante la **valoración hospitalaria**.
- El **56%** de los encuestados indican que el soporte a personas con EA y familiares en la redacción de estos documentos es **INSUFICIENTE**. Cabe destacar que, en el caso de **Lanzarote**, se indica que el apoyo es excelente gracias a que existe una figura de **enfermería específica para realizar dicha función**.

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 CANARIAS

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

BÚSQUEDA ACTIVA DE LOS SÍNTOMAS DE DETERIORO COGNITIVO: el **67% de los profesionales de atención primaria** encuestados indican que **se pregunta activamente** ante la sospecha de un deterioro cognitivo.

PAPEL DE TRABAJO SOCIAL EN LA DETECCIÓN DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS: no existe un consenso sobre el nivel de participación de trabajo social en la detección de primeros síntomas. Por lo general, **los tanto los profesionales sanitarios como trabajo social indican que la participación es escasa limitándose únicamente a casos o situaciones especiales**, resaltando que normalmente suelen participar en etapas más avanzadas para la gestión de ayudas a la dependencia, etc. En algún caso, se menciona el rol de trabajo social en cuanto a la orientación y apoyo psicosocial durante las etapas tempranas.

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 CANARIAS

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: los expertos encuestados han detectado limitaciones en el cribado realizado por parte de atención primaria. En concreto, entre las principales las **BARRERAS** identificadas en la detección de los primeros síntomas:

- El **100%** de los profesionales sanitarios encuestados y trabajo social señalan como una barrera los propios **profesionales sanitarios** por falta de tiempos y conocimientos, entre otros.
- El **62,5%** de los profesionales sanitarios y trabajo social indican la **reticencia de los pacientes y familiares** como una barrera relevante, así como, los **problemas en la capacidad e infraestructuras del sistema sanitario**.
- El **37,5%** de los profesionales sanitarios y trabajo social indican como barrera la **falta de guías y protocolos** o el desconocimiento de los mismos, así como, la **falta de sensibilización social sobre la EA**

- **A nivel de atención primaria**, los profesionales de atención primaria encuestados consideran que la falta de tiempo en consultas, la falta de conocimiento de los pacientes (debido a la telemedicina y a la elevada rotación de los profesionales sanitarios) y la falta de herramientas, junto con la actitud reticente de las personas con sospecha de EA 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 barreras la falta de tiempo en consultas y la falta de herramientas o de acceso a las mismas, así como, la actitud reticente por parte de personas con EA y familiares. Además, destacan la falta de derivación en personas de otras unidades que pueden sufrir episodios confusionales o a lo que se detecta un deterioro cognitivo durante una hospitalización.

En este sentido, los expertos encuestados proponen como mejoras: la **sensibilización a nivel de atención primaria**, la definición de **procesos de derivación rápidos** y la **disposición de herramientas de cribado en atención primaria**, así como, otras **herramientas que puedan facilitar la coordinación y comunicación** con atención hospitalaria y servicios sociales, el desarrollo de **programas formativos específicos para la EA**, el desarrollo de un **plan de atención compartido entre distintas especialidades**, o la **información y capacitación de la población general** para la detección de primeros síntomas en el entorno familiar.

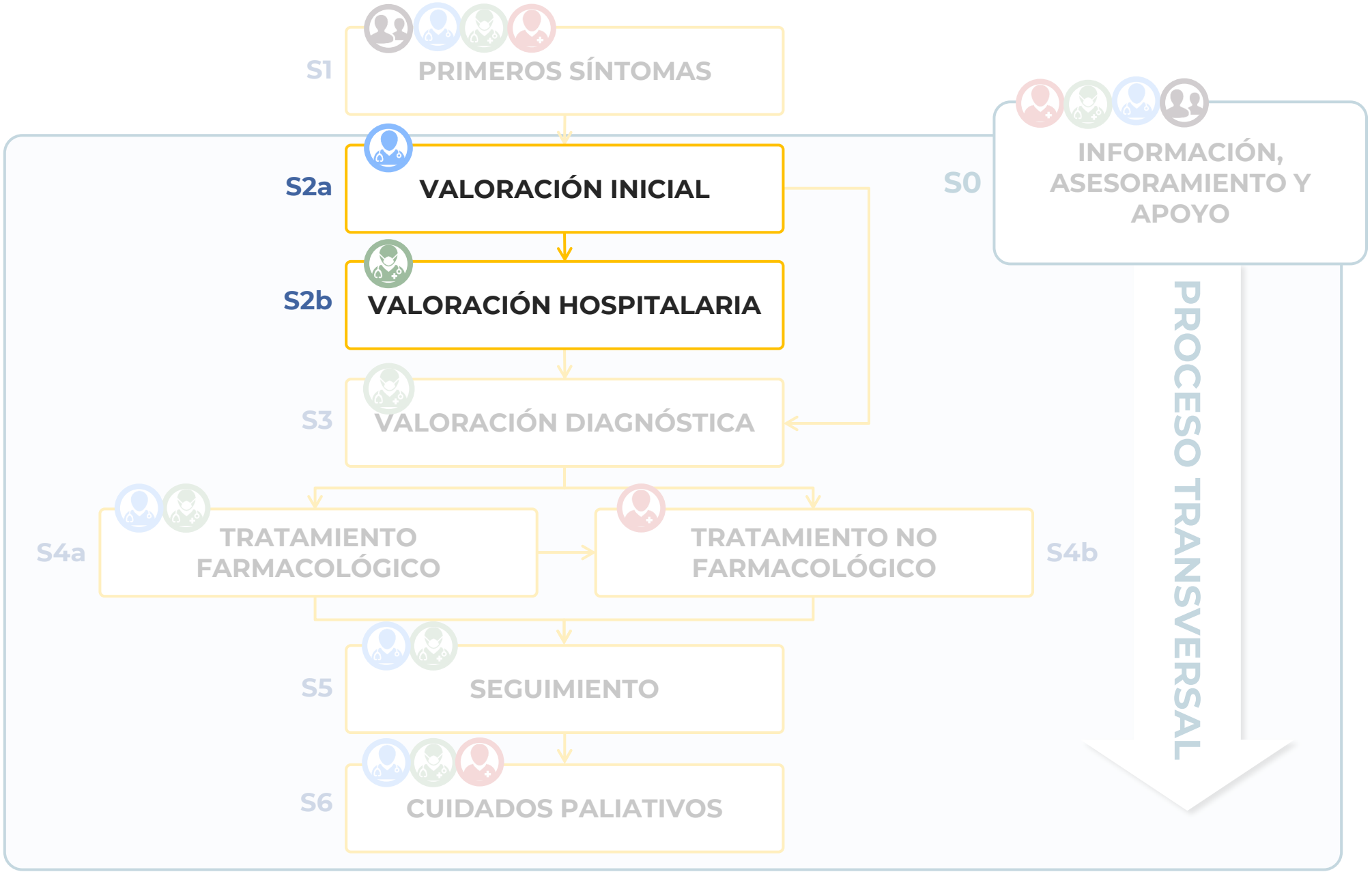
NOTA: *Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, por lo que han de tomarse como resultados orientativos*

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.*

SUBPROCESO 2 – VALORACIÓN DEL PACIENTE

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL PACIENTE EN CANARIAS

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 2: el **67%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 2 sobre valoración del paciente no se ajusta a la realidad en Canarias**.

EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO DE DERIVACIÓN: el **71%** 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. El grado de conocimiento de este protocolo es **MEDIO**.

DERIVACIONES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA: el **67%** de los profesionales de atención primaria indican que no tienen capacidad para realizar derivaciones a unidades especializadas*, si bien, el **100% de los profesionales de atención primaria derivan al servicio de neurología**.

- El **67%** de 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**. El **33%** restante **desconoce** este dato.
- **Pruebas solicitadas desde atención primaria**: de manera general, se solicita una analítica y una valoración neuropsicológica básica y, en algunos casos, se puede solicitar TAC.
- **Pruebas solicitadas desde atención hospitalaria**: existe disponibilidad para realizar pruebas de neuroimagen, valoraciones neuropsicológicas y pruebas de líquido cefalorraquídeo, incluyendo RM, TAC y PET y, en algunos casos, aunque limitados, pruebas genéticas.
- El **tiempo medio desde la sospecha en atención primaria hasta la derivación a atención hospitalaria** es variable. El **67%** indica un tiempo **superior a 6 meses**; y el **33%** indica un tiempo menor, **entre 3 y 6 meses**.
- El **tiempo medio desde la derivación desde atención primaria hasta la atención en la consulta** de atención hospitalaria es variable. El **67%** indica un tiempo de **entre 3 y 6 meses**; y el **33%** indica un tiempo **menor de 3 meses**.

*Estos tiempos se consideran, por lo general, similares a otras patologías neurológicas, si bien, un profesional indica que este tiempo es mayor frente a otras.

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

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

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL PACIENTE EN CANARIAS

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. En la mayoría de los casos participan en etapas más avanzadas para la gestión y tramitación de ayudas a la dependencia y para hacer seguimiento, si bien, en algunos casos llevan a cabo entrevistas y evaluaciones para entender el contexto social y familiar, ofrecen apoyo psicosocial y asesoramiento en la planificación anticipada y voluntades. Además, pueden ofrecer información sobre los recursos disponibles en base a las necesidades de cada persona. Sin embargo, únicamente los profesionales de atención primaria encuestados refieren realizar derivaciones a trabajo social.

ACCESO A RECURSOS DE NEUROPSICOLOGÍA: el **67%** de los expertos encuestados refiere que neuropsicología **interviene** en el proceso de valoración inicial. De ellos, el **50%** indican que **dicha valoración se realiza a través de fondos o líneas de investigación o a través de recursos del propio centro**. Además, en algunos casos puntuales indican que puede realizarse a través de convenios con centros privados o de Asociaciones de Pacientes y Familiares.

PAPEL ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN DEL PACIENTE:

- **Atención primaria:** los profesionales sanitarios de atención primaria encuestados consideran importante el papel de enfermería ya que disponen de un mayor tiempo en consultas para la realización de test cognitivos y otras herramientas estandarizadas de cribado (p. ej. MMSE). Además, ejercen un papel en el apoyo emocional y el asesoramiento a personas con EA y familiares, así como en la coordinación con los servicios sociosanitarios.
- **Atención hospitalaria:** los profesionales sanitarios de atención hospitalaria consideran que el papel enfermería es escaso, colaborando puntualmente en la gestión de casos o en la realización de tests cognitivos (p. ej. MMSE), además de para ofrecer información a los familiares.
- **Enfermería gestora de casos/práctica avanzada:** tan solo el **29%** de los profesionales sanitarios refieren que disponen de figuras de enfermería de gestor de casos. En estos casos, las funciones de esta figura son principalmente la detección de pacientes crónicos complejos y/o con descompensaciones funcionales y coordinar la asistencia entre atención primaria y hospitalaria. Por lo general, no se trata de una figura exclusiva para personas con EA y está únicamente disponible en algunos hospitales.

*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 CANARIAS

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: algunos de los principales retos incluyen las **prolongadas listas de espera para el acceso a atención hospitalaria**, la **escasa coordinación** entre niveles asistenciales y especialistas de atención hospitalaria, la **falta de herramientas diagnósticas**, la **falta de profesionales formados** y capacitados en EA y la **falta de tiempo en consulta**.

En esta línea, se destacan como **áreas de mejora**, las siguientes:

- La necesidad de **mejorar la coordinación entre las distintas unidades** que pueden estar en contacto con la persona con EA, especialmente entre psiquiatría y neurología.
- La necesidad de **integrar los sistemas informáticos de atención primaria y atención hospitalaria para facilitar la coordinación y comunicación efectiva** entre niveles asistenciales.
- La creación de más **unidades especializadas**.
- La necesidad de **fomentar el papel de enfermería en las valoraciones cognitivas iniciales** para liberar la presión asistencial de atención primaria.

SUBPROCESO 2 – VALORACIÓN DEL PACIENTE

En Canarias, 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**	**Escala de Lawton y Brody (AIVD)**
	Mini Examen Cognitivo de Lobo	Memory Impairement Screen	**Índice de Barthel (ABVD)**
	Fototest		
	Montreal Cognitive Assessment	Test del Reloj	
ATENCIÓN HOSPITALARIA	**Mini-Mental State Examination**	Test de Pfeiffer	Escala de Lawton y Brody (AIVD)
	Mini Examen Cognitivo de Lobo	Memory Impairement Screen	**Índice de Barthel**
	Fototest	Test del Reloj	Índice de Katz (ABVD)
	Fluidez categorial y semántica	Test del informador	Functional Activities Questionnaire (FAQ)
	Montreal Cognitive Assessment	Set Test	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).

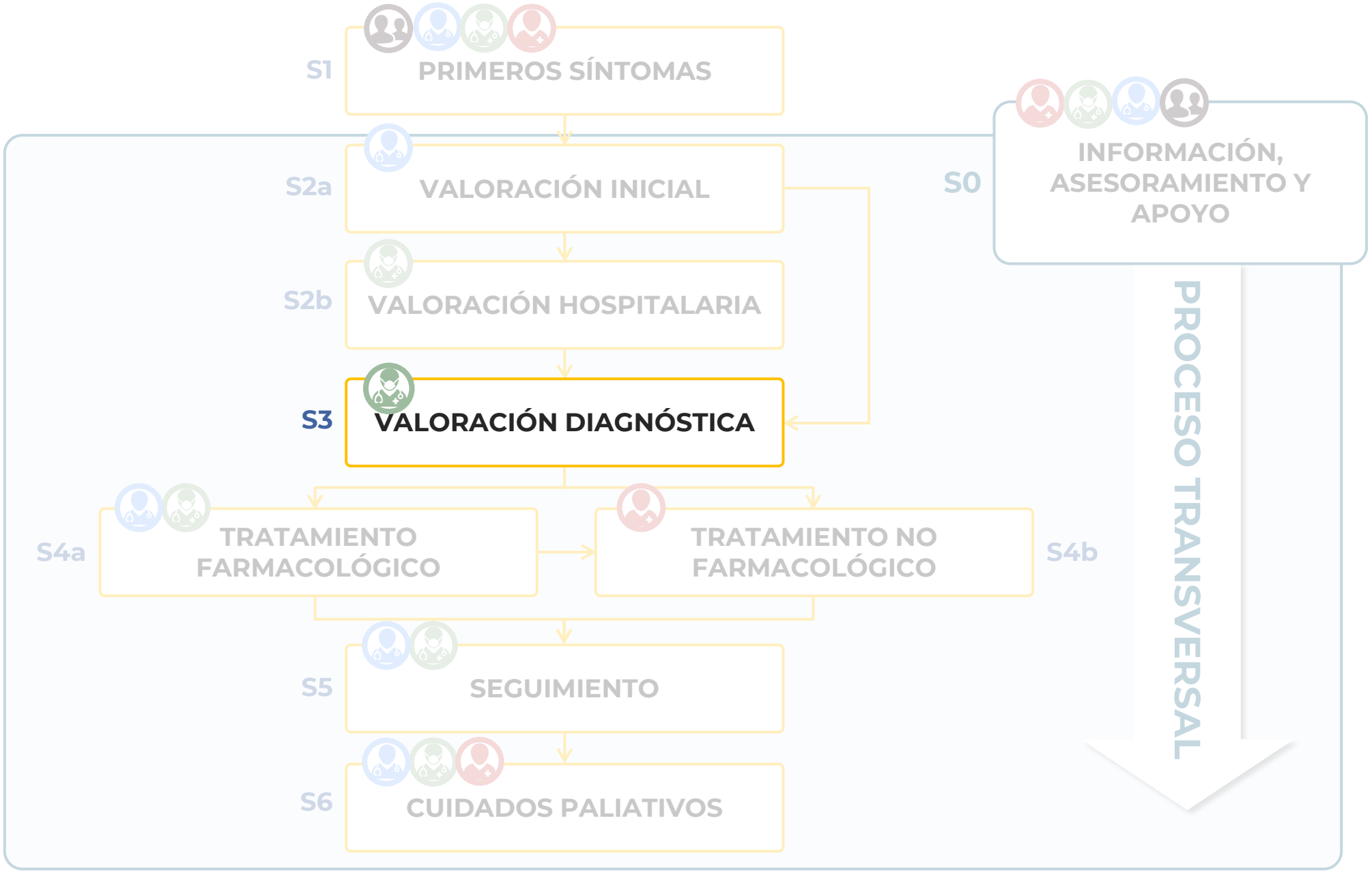
Exploración neuropsicológica abreviada: los test realizados de manera más habitual en atención hospitalaria son el **Minimental State Examination (MMSE)**, el **Mini Examen Cognitivo de Lobo,** y, en menor medida el **Montreal Cognitive Assessment**, el **Test de Pfeiffer,** y el **Test del Reloj.**

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

SUBPROCESO 3 – VALORACIÓN DIAGNÓSTICA

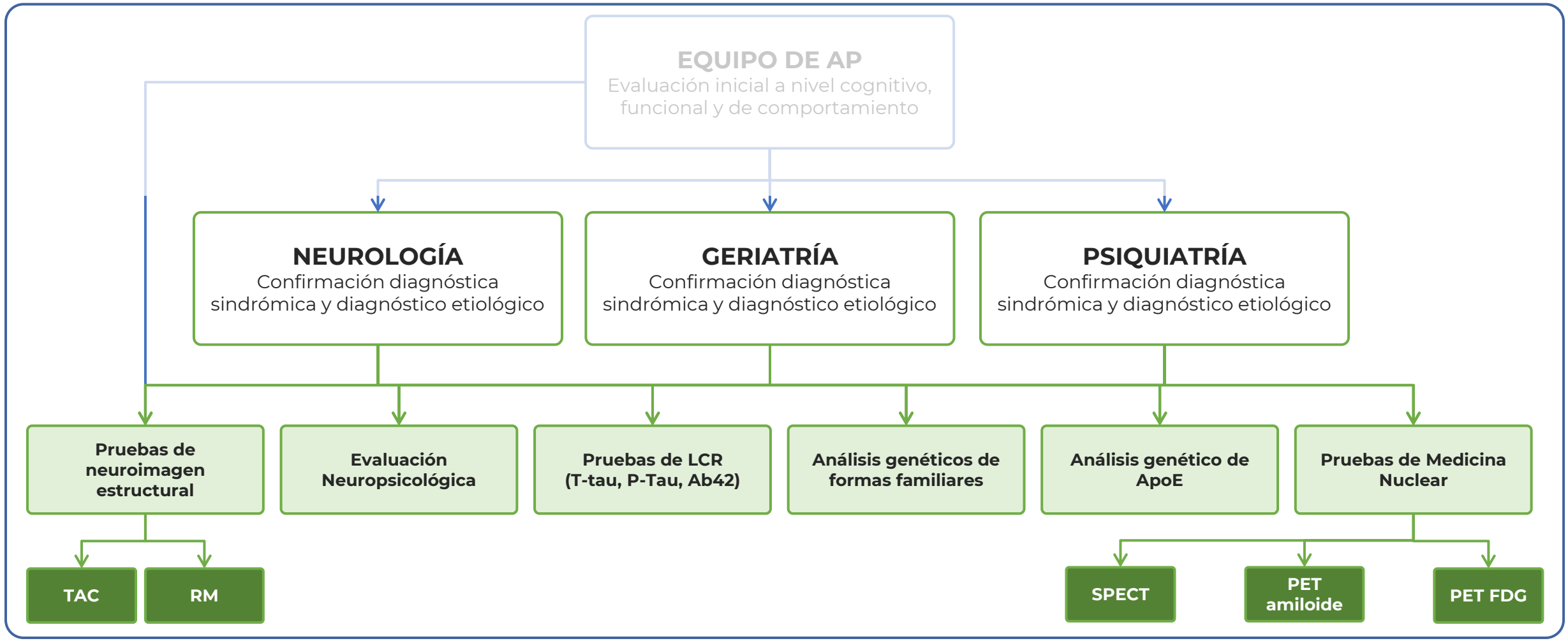
AGENTES

- 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 CANARIAS

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 3: el **45%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 3 sobre valoración diagnóstica no se ajusta a la realidad en Canarias**. El 33% considera que no se ajusta y el 22% lo desconoce.

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

El **86%** de los profesionales sanitarios encuestados afirma que hay disponibilidad para realizar TAC en el caso de sospecha de EA al estar incluido en la cartera de servicios de la comunidad autónoma.

Según los profesionales sanitarios encuestados, se realiza al **83,3% (40%-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 **ALTO.**

El **100%** de los profesionales sanitarios que tienen acceso al TAC afirman que las pruebas se realizan en sus propios centros, si bien, en algunos casos también indican la posibilidad de derivarlo a centros de referencia del SNS o centros privados.

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:

- **Superior a 3 meses** según el **83,3%** de los profesionales con acceso a la prueba, que lo consideran **INADECUADO**, mientras que el **16,7%** indica un tiempo de **entre 2 y 3 meses** y lo consideran **ADECUADO**.**
- El **50%** de los profesionales sanitarios con acceso a TAC conoce la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- Las políticas identificadas existentes actualmente consisten en la **ampliación de los programas de uso intensivo de aparatos TAC** aunque no específicamente para demencias, o la **coordinación con centros privados/concertados** para adelantar pruebas y reducir las listas de espera.
- El **100%** 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 aunque en menor medida, también hacen referencia al aumento en el número de máquinas y profesionales o el concierto con centros privados.

El **86%** de los profesionales sanitarios encuestados refiere tener 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 CANARIAS: RM

El **100%** de los profesionales sanitarios de atención hospitalaria 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, si bien, los profesionales de atención primaria niegan tener acceso a esta prueba.

Según los profesionales sanitarios encuestados, se realiza al **51,3% (15%-70%)*** de las personas con sospecha de EA se les realiza una prueba RM.

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

El **100%** de los profesionales sanitarios que tienen acceso a RM afirman que las pruebas se realizan en sus propios centros, si bien, el 75% indica que también se pueden derivar a centros privados.

Un **25%** de los profesionales sanitarios con acceso a RM, dispone de un uso específico de esta tecnología para personas con sospecha de EA, el resto lo desconoce o niega. *(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 con acceso a la prueba que lo consideran **INADECUADO**, el **25%** restante indica un tiempo menor de entre 2 y 3 meses, y lo considera **ADECUADO****.
- El **75%** de los profesionales sanitarios con acceso a RM reconoce la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- Las políticas identificadas consisten en la apertura de agendas fuera del horario habitual como, por ejemplo, de tarde, noche y fin de semana, la derivación a centros concertados, o los programas de optimización de aparatos de RM aunque no es específico para EA.
- El **100%** 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 aunque en menor medida, también hacen referencia al aumento en el número de máquinas y profesionales.

El **75%** de los profesionales sanitarios de atención hospitalaria refiere tener limitaciones en cuanto a los **tiempos de espera** para realizar las pruebas. Un **25%** indica, además, las limitaciones de acuerdo con **perfiles específicos de pacientes**, indicando que, normalmente se limitan a personas jóvenes o con un cuadro atípico.

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 CANARIAS: SPECT

El **75%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados, afirman tener acceso para solicitar una prueba SPECT en el caso de sospecha de EA.

Según los profesionales de atención hospitalaria con acceso a la prueba afirman que se realiza, al **30% (15%-50%)*** 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 **67%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados afirman que las pruebas se realizan en las máquinas del propio centro, un **33%** indica que se realiza en centros privados.

El **100%** 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 **67%** de los profesionales, que lo consideran **INADECUADO**, mientras que el **33%** indica un tiempo de **entre 2 y 3 meses** y lo consideran **ADECUADO**.**
- El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados desconoce o niega si existen políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- El **67%** 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 el 33% indican aumentar el número de profesionales y máquinas disponibles.

El **25%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados señala que enfrenta limitaciones en cuanto a los **tiempos de espera** para realizar las pruebas. **Otro 25%** indica limitaciones de acuerdo con **perfiles específicos de pacientes**, indicando que, normalmente se limitan a personas jóvenes o con un cuadro atípico. Por último, otro **25%** refiere que la principal limitación es la **poca información que aporta** esta prueba.

Escala: NULO (1-1,5); **BAJO (1,5-2,5);** MEDIO (2,5-3,5); **ALTO (3,5-4,5);** MUY ALTO (4,5 – 5); *Este porcentaje se ha calculado como la media de los porcentajes que han respondido cada uno de los profesionales sanitarios encuestados (Valor mín-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 CANARIAS: PET AMILOIDE

El **25%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados, afirman tener acceso para solicitar una prueba PET amiloide en el caso de sospecha de EA. El **75%** afirman **no tener acceso** a esta prueba*

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **10%**** 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 **MUY ALTO**.

El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados con acceso a la prueba PET amiloide, indican que se realiza en otro centro de la misma isla.

El **100%** de los profesionales sanitarios encuestados con acceso a la prueba indican que no 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 encuestados con acceso a la prueba y lo consideran **INADECUADO**.***
- El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados desconocen la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- **El 100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados consideran como estrategia efectiva para reducir los tiempos de espera maximizar el uso de máquinas y profesionales disponibles.

De los profesionales de atención hospitalaria con acceso a esa prueba, **el 100%** refiere tener una limitación en los tiempos de espera.

Escala: NULO (1-1,5); **BAJO (1,5-2,5);** MEDIO (2,5-3,5); **ALTO (3,5-4,5);** **MUY ALTO (4,5 – 5);** *Según la última actualización para la regulación de los servicios incluidos en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, el acceso a PET amiloide para aquellos radiofármacos que estén incluidos en la prestación farmacéutica debería estar garantizado en todas las comunidades autónomas y en todos los hospitales en los próximos meses. **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 CANARIAS: 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, al **5%*** de las personas con sospecha de EA se les realiza un PET FDG.

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

El **100%** de los de profesionales de atención hospitalaria encuestados con acceso a la prueba PET FDG, afirman que las pruebas se derivan a centros privados y el 50% refieren la posibilidad de poder realizarla en el propio centro. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).*

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

- Superior a 3 meses según el **50%**, que lo consideran **INADECUADO**, mientras que el **50%** restante indica un tiempo de entre 2 y 3 meses, y lo consideran **ADECUADO**.**
- 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 **100%** de los profesionales de atención hospitalaria 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 **50%** indica también el aumento en el número de máquinas.

De los profesionales de atención hospitalaria con acceso a estas pruebas, **el 50%** señala que enfrenta limitaciones en cuanto a los **tiempos de espera** para realizar las pruebas, así como, la **limitación por número debido a que se da prioridad a los pacientes oncológicos**, y **el 50% restante** refiere que las pruebas se encuentran **limitadas por perfil en casos de cuadros atípicos**.

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 CANARIAS: 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 CANARIAS: LCR (T-tau, P-tau y Ab-42)

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

Según los profesionales de atención hospitalaria con acceso a esta prueba, los biomarcadores en LCR se utilizan en el **22,5% (0%-40%)***de las personas con sospecha de EA.

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

El **75%** de los profesionales de atención hospitalaria con acceso a la prueba afirman que las pruebas se realizan en el propio centro. El **25%** restante afirma que se realiza en centros de referencia del SNS.

Un **50%** de los profesionales sanitarios encuestados indican 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:

- **Inferior a un mes**, según **el 25%** de los profesionales de atención hospitalaria con acceso a la prueba, otro **25%** indica que los tiempos son de **1 a 2 meses**, otro **25%** indica que **más de 3 meses** y el **25%** restante lo desconoce.**
- Este tiempo es considerado como **ADECUADO** por el **50%** de los profesionales de atención hospitalaria con acceso a la prueba (reportan entre 1-2 meses y <1 mes); el **25%** lo consideran **INADECUADO** (reportan >3 meses de espera) y el **25%** restante 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 **50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados consideran que la estrategia más efectiva para reducir los tiempos de espera es **aumentar el número de profesionales**, el **25%** indican maximizar el uso de las máquinas y profesionales disponibles y el **25%** restantes no identifican estrategias para mejorar los tiempos de espera.

De los profesionales de atención hospitalaria con acceso a estas pruebas, **el 25%** señala que enfrenta limitaciones en cuanto a los **tiempos de espera para realizar las pruebas**, otro **25%** refiere que las pruebas se encuentran limitadas a casos de diagnóstico complejo, otro **25%** indica tener otras la **reticencia de la persona con sospecha de EA a realizarse esta prueba**, y el **25%** restante no percibe limitaciones a la hora de solicitarlas.

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 CANARIAS: TEST GENÉTICO (ApoE)

El 75% de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren tener acceso para solicitar un test genético (ApoE) en el caso de sospecha de EA. El 25% restante indica que no la utiliza.

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **20% (15%-25%)*** 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 **MEDIO**.

El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados con acceso a la prueba afirman realizan en el propio centro.

El **33%** de los profesionales sanitarios encuestados con acceso a la prueba, indican 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 **33%**, quienes lo consideran **ADECUADO**; entre **2 y 3 meses** según el **33%** y **más de 3 meses** según el **33%** restante quienes lo consideran **INADECUADO**.**
- El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren que no existen políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- El **67%** 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, mientras que el **33%** restante indican **aumentar el número de máquinas y/o profesionales para mejorar los tiempos**.

El 33% de los profesionales sanitarios de atención hospitalaria con acceso a la prueba refiere tener limitaciones en cuanto a los tiempos de espera para realizarla, otro **33%** señala la **reticencia de las personas con EA a los resultados,** y el 33% restante refiere no tener 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 CANARIAS: TEST GENÉTICO (FORMAS FAMILIARES)

El 75% de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren tener acceso para solicitar un test genético (formas familiares) en el caso de sospecha de EA. El 25% restante indica que no la utiliza.

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **4% (2%-5%)*** 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 **67%** de los casos profesionales de atención hospitalaria encuestados afirman que las pruebas se realizan en un centro de referencia del SNS.

El **33%** de los profesionales sanitarios indican 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:

- **Superior a 3 meses**, según **el 100%** de los profesionales de atención hospitalaria con acceso a la prueba.
- El **67%** de los profesionales indican que es un tiempo **INADECUADO**, mientras que un **33%** consideran que es **ADECUADO**.
- 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 **67%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados consideran como la estrategia más efectiva para reducir los tiempos de espera el **aumento del número de profesionales y/o de máquinas**; mientras que un **33%** consideran que sería necesario maximizar el uso de máquinas y profesionales disponibles.

El 67% de los profesionales sanitarios de atención hospitalaria con acceso a la prueba refiere tener limitaciones por perfil de paciente, indicando que se limita a casos jóvenes o con asociación familiar. Por su parte, el **33%** indica limitaciones en cuanto a los tiempos de espera además de la posible **reticencia de las personas a los resultados**.

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 CANARIAS

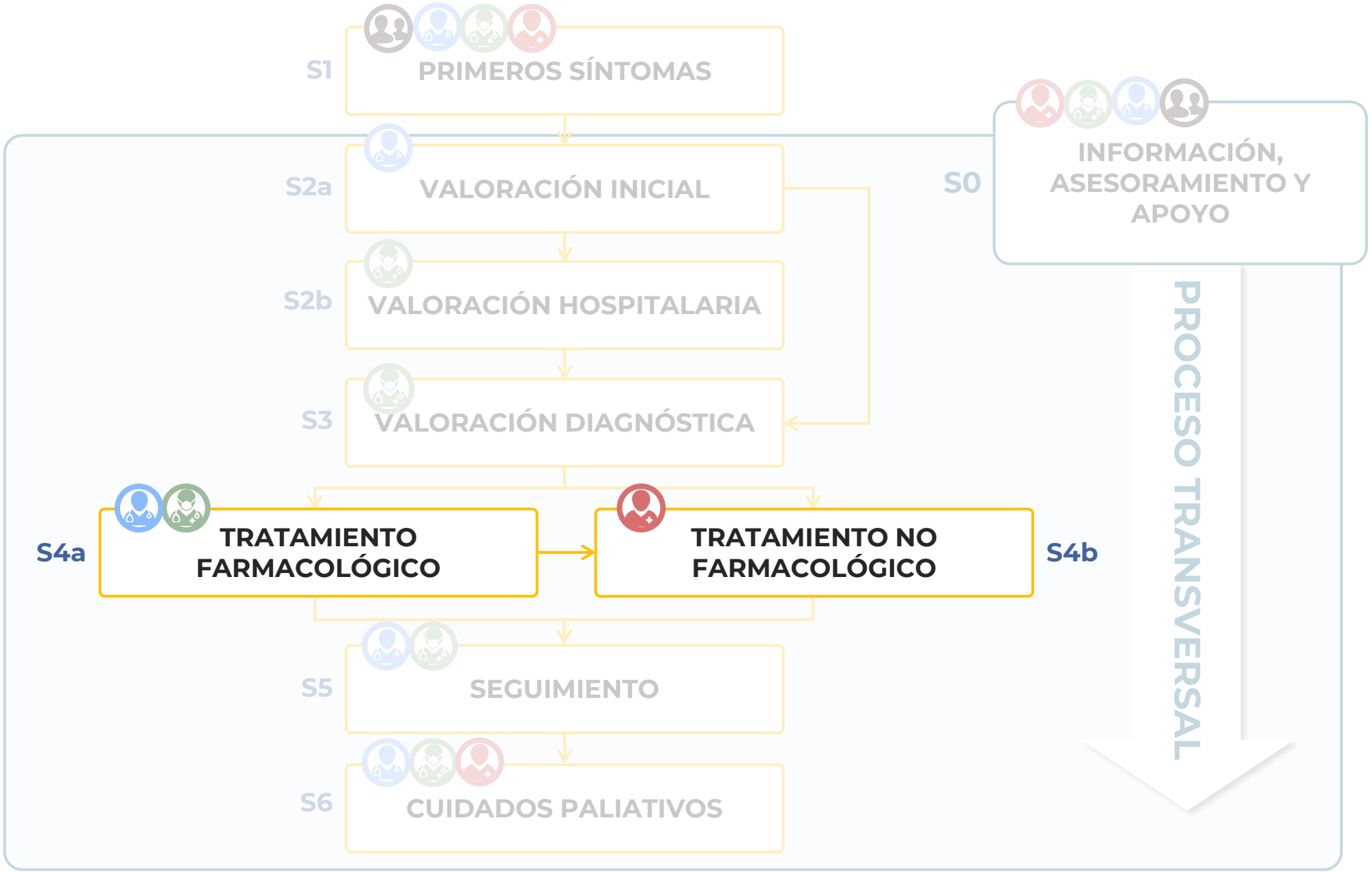
RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: los principales retos y áreas de mejora identificados por los expertos durante el subproceso de valoración diagnóstica son la falta de profesionales de enfermería entrenados para la realización del cribado, la falta de tiempos en consulta, la necesidad de formación a nivel de atención primaria, la falta de herramientas para el diagnóstico temprano, las diferencias de acceso a pruebas diagnósticas y, en concreto a pruebas de valoración neuropsicológica, imagen y biomarcadores.

- **SOLICITUD DE PRUEBAS:** la prueba que se solicita de forma más habitual desde atención primaria es la analítica, existiendo limitaciones para la solicitud de otro tipo de pruebas:
  - **Evaluación neuropsicológica:** las evaluaciones neuropsicológicas son escasas y, generalmente se realizan desde neurología, si bien, los expertos consideran que debería potenciarse y mejorar el acceso a las mismas, aumentando la disponibilidad de neuropsicólogos.
  - **PET:** no existe un consenso generalizado sobre el acceso a pruebas PET, siendo la más accesible la PET FDG. El caso de PET amiloide, tan solo psiquiatría indica tener acceso a la misma.
  - **Test de genético (formas familiares) para EA:** la mayoría de los profesionales de atención hospitalaria tienen acceso a esta prueba, sin embargo, se realiza en un porcentaje bajo de personas con sospecha de EA y existe una importante variabilidad en los tiempos de acceso.
  - **Test de diagnóstico en sangre**: actualmente, estos test solo están disponibles para su uso en investigación, si bien, hay un interés en incluirlos en caso de que se aprueben las terapias modificadoras de la enfermedad, ya que contribuirían a optimizar los recursos disponibles y a evitar otras técnicas más caras, invasivas o de difícil acceso.

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

SUBPROCESO 4A – TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE TRATAMIENTO

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 4A: el **56%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 4A sobre tratamiento farmacológico se ajusta a la realidad en Canarias.**

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

Un **43%** de los profesionales sanitarios refieren que, además de neurología, lo puede iniciar el especialista en medicina familiar y comunitaria, un **14%** indica que el tratamiento también lo puede iniciar psiquiatría o geriatría.

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 medicina familiar y comunitaria o el especialista en neurología y, en menor medida geriatría o psiquiatría.

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 CANARIAS

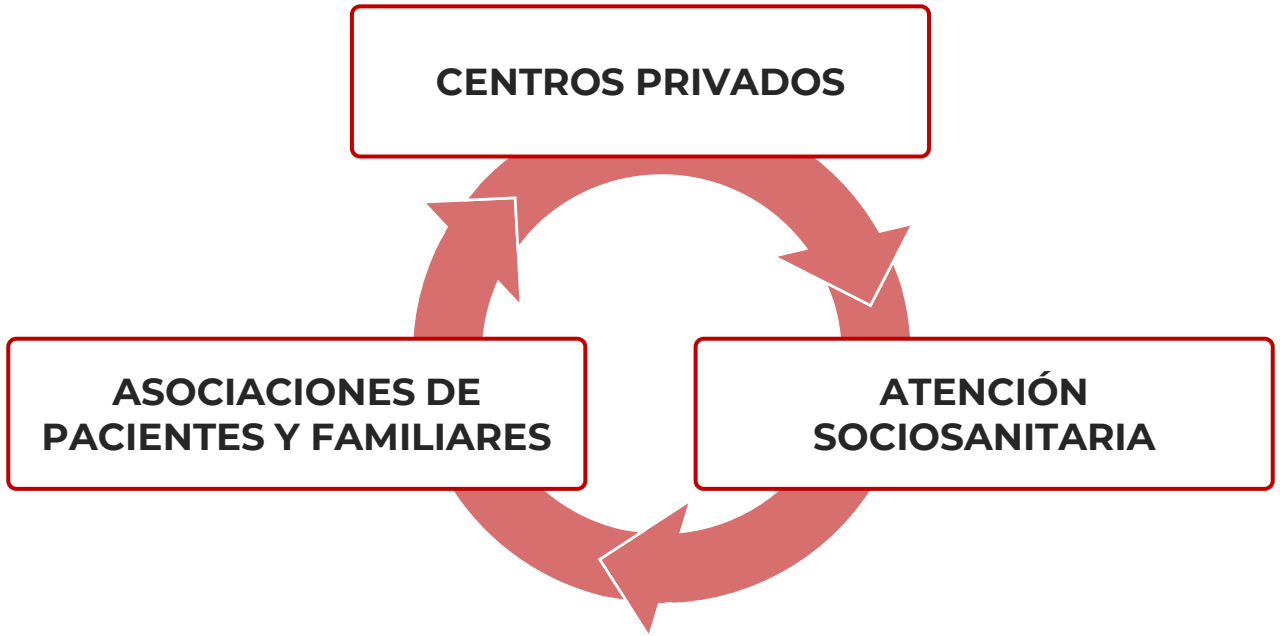
RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: la principal barrera detectada por los expertos encuestados durante el tratamiento farmacológico son los **visados** que requieren estos tratamientos, ligados a la **falta de comunicación y coordinación** entre atención primaria, neurología y otras especialidades **para agilizar los trámites y renovaciones**.

Asimismo, los expertos destacan como **áreas de mejora**: la necesidad de **optimizar el proceso de prescripción** y facilitar el acceso al mismo, resaltando la necesidad de **mejorar el tratamiento en etapas tempranas de la enfermedad**; la necesidad de **mejorar la coordinación para el seguimiento** de los tratamientos.

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 CANARIAS

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 4B: el **67%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 4B sobre tratamiento no farmacológico no se ajusta a la realidad en Canarias**.

Entre los tratamientos no farmacológicos disponibles para personas con EA, el **67%** de los expertos encuestados indican la disponibilidad de **estimulación cognitiva**; un **56%** de los expertos encuestados las **técnicas de mantenimiento de la funcionalidad** y **talleres de memoria;** un **33%** de los expertos encuestados refieren técnicas orientadas a controlar o disminuir la incidencia de problemas conductuales y, además se hace referencia a los centros de envejecimiento activo.

El **89%** de los encuestados indican que **se prescriben tratamientos no farmacológicos**, por ejemplo, **estimulación cognitiva se prescribe a un 64,6%** de las personas con EA, **técnicas de mantenimiento de la funcionalidad a un 59,4%**, **talleres de memoria a un 58,2%**, y **terapias orientadas a reducir o controlar la incidencia de problemas de conducta a un 20,6%** de estas personas.

Además de estos, se hace referencia a otro tipo de tratamientos no farmacológicos como, por ejemplo, atención centrada en la persona, terapia ocupacional, ejercicio físico y/o estimulación física; terapia de reminiscencia, terapia de arte o mindfulness. Destacando, **los talleres y programas de ejercicio físico, y la terapia ocupacional** en Canarias.

El **67%** niega o desconoce que estas actividades estén financiadas. Sin embargo, en algunos casos se hace referencia a una posible financiación por parte de las consejerías de Sanidad y/o de Bienestar Social. Además, los expertos indican que existe acceso a este tipo de tratamientos a través de la Ley de dependencia o a través de los recursos de las AFAs.

En concreto, un **56%** de los expertos encuestados consideran que las personas con EA **pueden acceder** a estos tratamientos.

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

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

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

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: La principal barrera detectada a este nivel, por los expertos encuestados, es la **falta de concienciación sobre los beneficios de estas terapias como tratamiento complementario y no únicamente como opcional; el desconocimiento de los tratamientos disponibles, la falta de coordinación con los recursos sociosanitarios y AFAs, entre otros**.

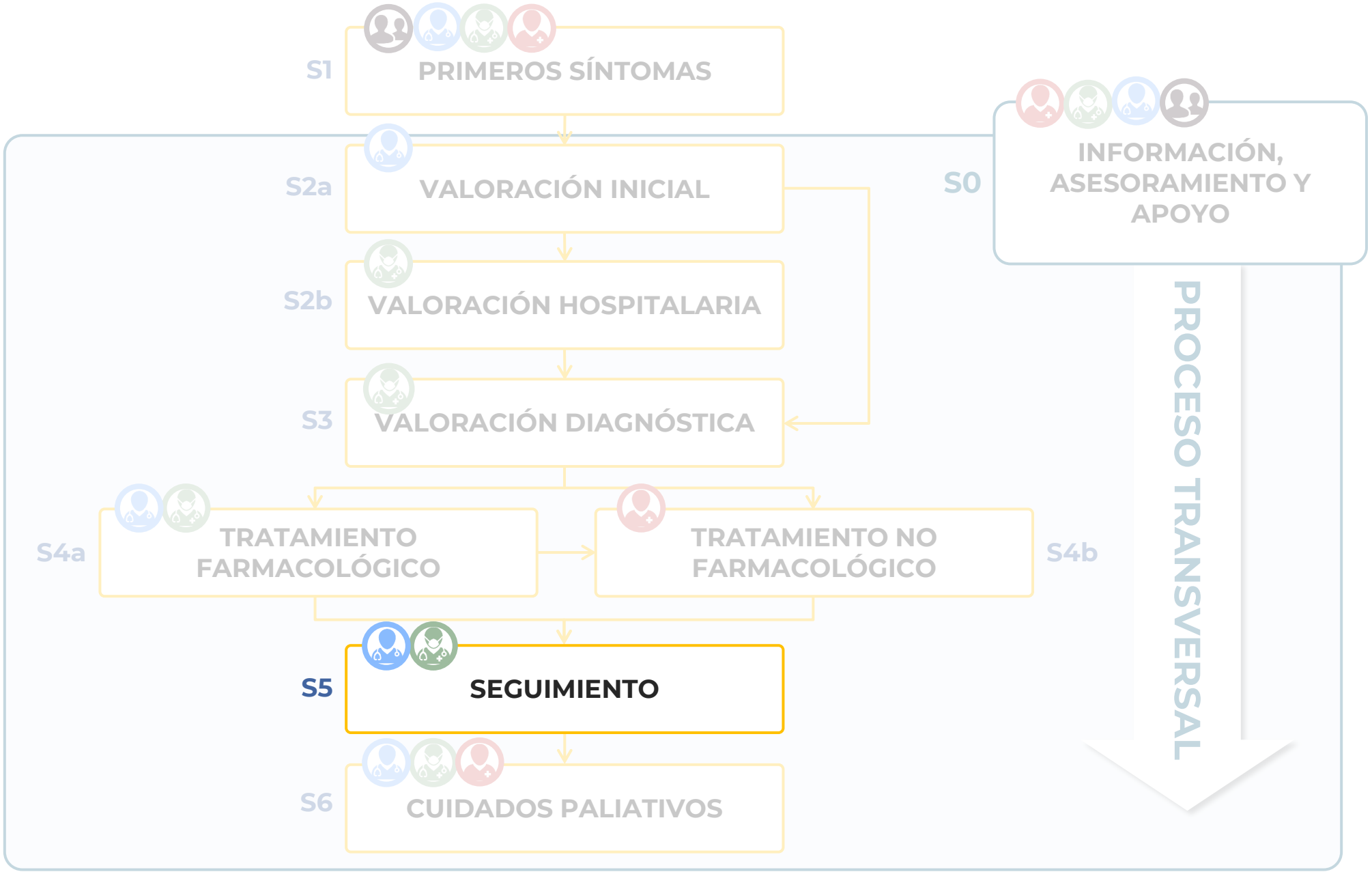
Como **áreas de mejora** se identifican: la necesidad de **mejorar el acceso a terapias no farmacológicas a través de recursos públicos**, la necesidad de establecer **canales de interacción eficientes entre la atención sanitaria y social, así como con las AFAs**; o la necesidad de **fomentar el conocimiento de los profesionales sobre los recursos disponibles tanto públicos como privados** para que sean capaces de derivar a los pacientes en caso necesario atendiendo a sus necesidades.

*Este porcentaje se ha calculado como la media de los porcentajes que han respondido cada uno de los profesionales sanitarios encuestados.

SUBPROCESO 5 – SEGUIMIENTO

AGENTES

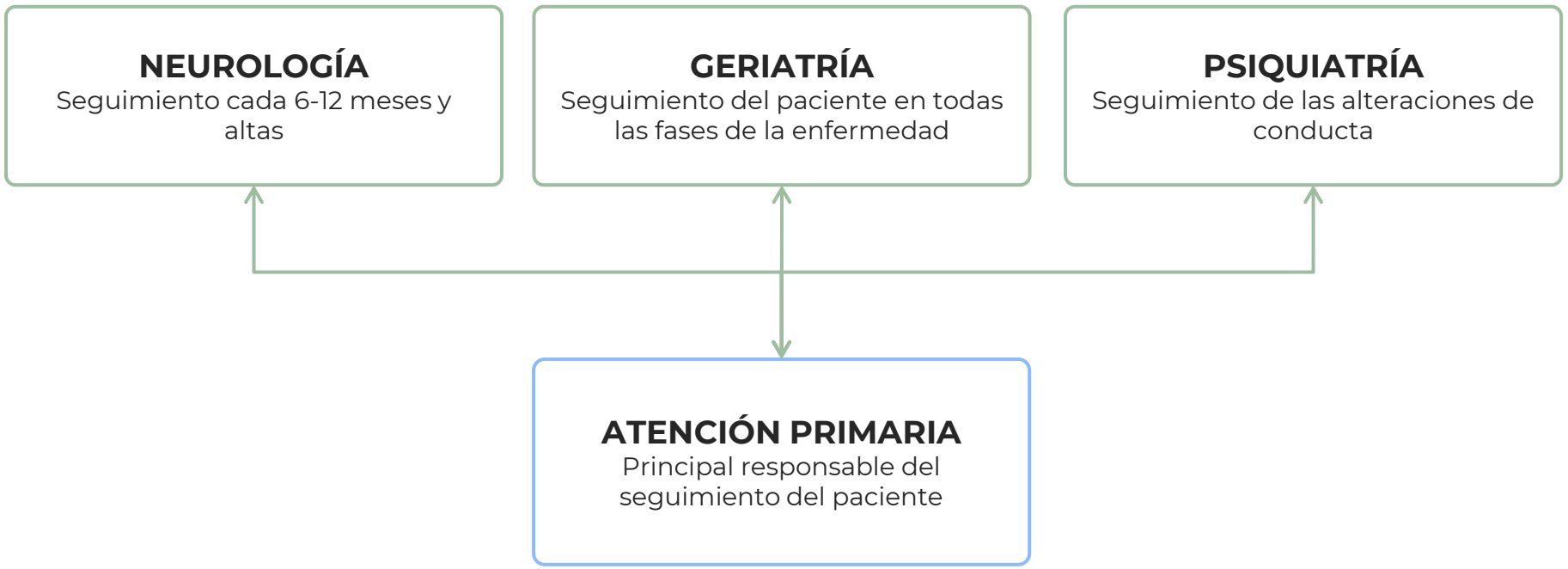
- Entorno del paciente
- Atención primaria
- Atención hospitalaria
- Ámbito sociosanitario



SUBPROCESO 5 – SEGUIMIENTO

MaPEA
Mapa de recursos para enfermos de Alzheimer

S5



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

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE SEGUIMIENTO EN CANARIAS

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 5: el **67%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 5 sobre seguimiento no se ajusta a la realidad en Canarias o lo desconoce**.

Los profesionales sanitarios encuestados refieren que el **seguimiento** se realiza **principalmente por los profesionales de medicina familiar (86%)** seguido por neurología (71%) geriatría y psiquiatría (14%).

EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO ESPECÍFICO DE SEGUIMIENTO: un **14%** de los expertos encuestados identifica la existencia de un protocolo específico para el seguimiento de las personas con EA. Sin embargo, refiere que su nivel de implementación es **NULO.**

FRECUENCIA DEL SEGUIMIENTO: el **71%** de los profesionales sanitarios encuestados indican, mayoritariamente, un tiempo de seguimiento de entre **6 y 12 meses**, mientras que el **29%** restante refieren un tiempo inferior a **6 meses.** Sin embargo, la mayoría de los profesionales **establecen el tiempo óptimo de seguimiento en torno a los 3 meses indicando**, en algunos casos que los tiempos óptimos **dependerán en cualquier caso del perfil de la persona con EA y la etapa enfermedad en la que se encuentre**. Por ejemplo, al inicio cada 3 meses, mientras que en etapas avanzadas podría ser hasta quincenal.

PRUEBAS DURANTE EL SEGUIMIENTO: durante el seguimiento, el **100%** los profesionales sanitarios encuestados afirman que realizan **pruebas evolución clínica y valoración del entorno cuidador**. El **86%** de los profesionales sanitarios encuestados, afirman que, además, se realiza una valoración cognitiva y una valoración funcional, y un **14%** afirman realizar también una valoración de aspectos conductuales, alteraciones del sueño, etc.

SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: el seguimiento de los efectos adversos del tratamiento es la principal función de AP en el seguimiento del tratamiento farmacológico según el **86%** de los profesionales encuestados. El **71%** indican también el seguimiento de **la adherencia, la renovación de la prescripción y la información y asesoramiento al paciente**. En menor medida, se hace referencia a la valoración clínica.

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 CANARIAS

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 mayoría de los expertos desconocen o niegan la existencia de acciones específicas para fomentar la coordinación social y sanitaria en Canarias. Sin embargo, en algunos casos, se hace referencia a la **creación de equipos multidisciplinares y unidades integrales de seguimiento**, así como, el **desarrollo de protocolos y guías de actuación para facilitar la comunicación y coordinación entre niveles asistenciales.**

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 y búsqueda de recursos y ayudas sociales y económicas, además de la labor de información y asesoramiento a la persona con EA y los familiares. 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 **56%** de los expertos encuestados resaltan que **existe un conocimiento del impacto de la enfermedad en el cuidador** por parte de los agentes implicados en el proceso asistencial:

- El **100%** de los expertos encuestados afirman que la calidad de vida, el impacto a nivel laboral, la salud física y psíquica, y las repercusiones sobre las relaciones laborales y familiares son las áreas de mayor impacto para el cuidador. Además, en algún caso se señalan aspectos como las repercusiones a terceras personas del entorno del cuidador y el impacto económico.
- Las acciones propuestas para mitigar este impacto son: mejorar el acceso a centros de día, de respiro u otros recursos de institucionalización, la realización de una planificación temprana de los cuidados, la realización de consultas específicas, grupos de trabajo o talleres para cuidadores, la formación e información al cuidador sobre la enfermedad y técnicas de cuidados, y ofrecer protección a nivel laboral y más ayudas económicas.

REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS: el documento de voluntades anticipadas y/o eutanasia se registra **siempre o casi siempre según el 89% de los encuestados** en los sistemas de información. Además, el **56%** de los encuestados indica que existe un **apartado específico dentro de la HCE** (historia clínica electrónica) para realizar dicho registro.

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)

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

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: los expertos encuestados identifican como principal limitación los **tiempos de espera demasiado largos** que dificultan un seguimiento continuado del paciente, así como, la **falta de coordinación entre los distintos servicios** que pueden realizar seguimiento para facilitar la resolución de problemas..

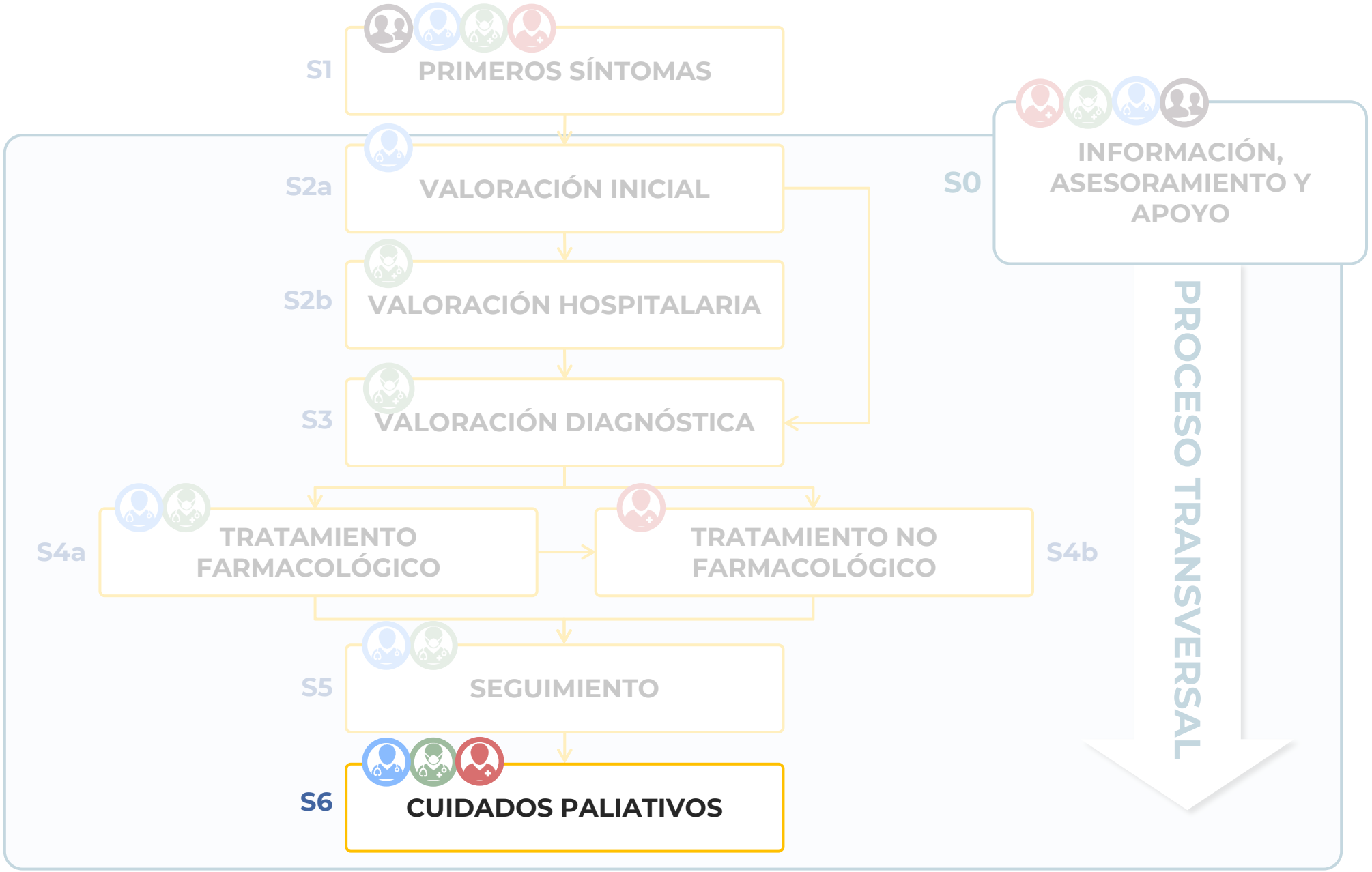
Además, se señala importancia de **crear servicios de geriatría a los que se pueda derivar a la persona con EA para el seguimiento**, **incorporar la figura de trabajo social en el seguimiento** para atender tanto a la persona con EA como a la familia y apoyar en la solicitud de ayudas, **formar a atención primaria para el manejo de síndromes geriátricos asociados a fases avanzadas de la enfermedad**; apoyar a las personas con EA y las familias para el **mantenimiento de la autonomía** y evitar la institucionalización.

Por último, los algunos profesionales señalan la necesidad de **establecer un enfoque multidisciplinar, integrando la demencia en circuitos cerrados** como, por ejemplo, unidades multidisciplinares de demencia que den una cobertura completa a estas personas.

SUBPROCESO 6 – CUIDADOS PALIATIVOS

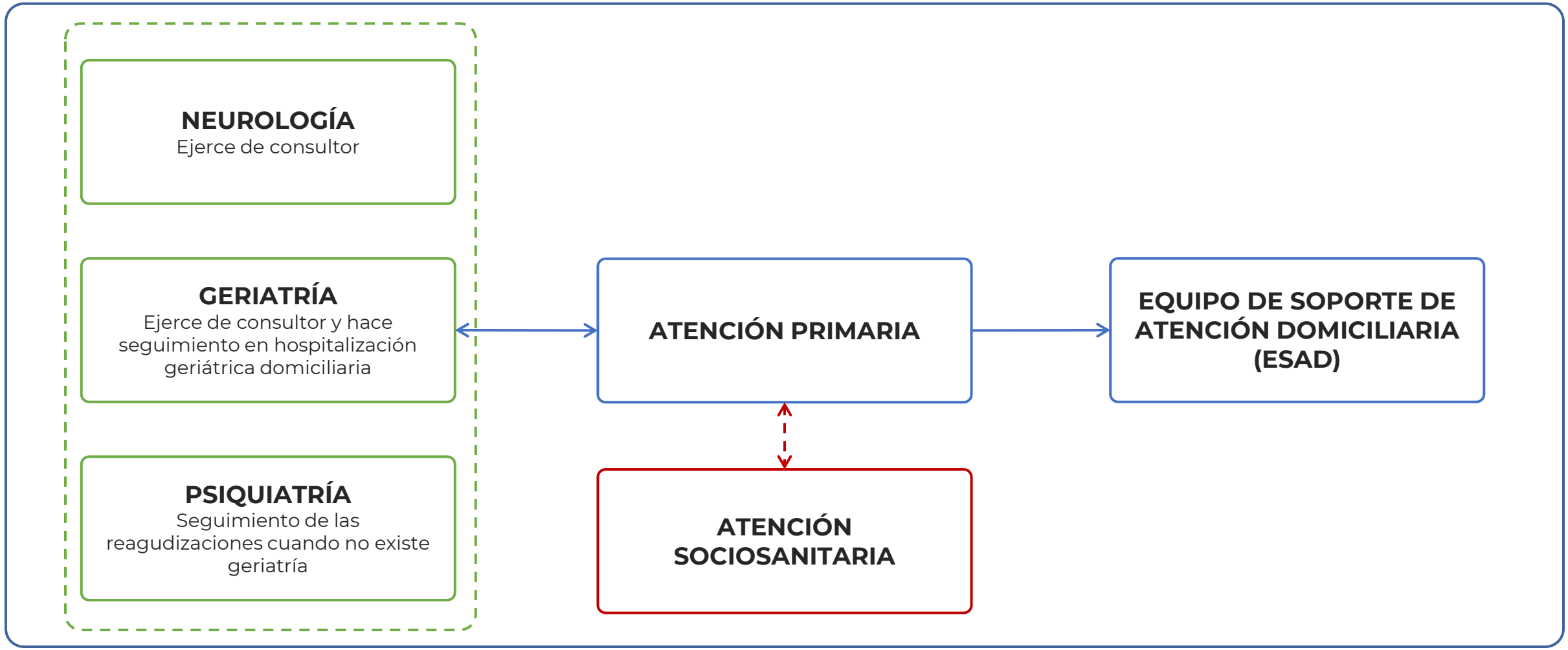
AGENTES

- 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 CANARIAS

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 6: el **79%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 6 sobre cuidados paliativos no se ajusta a la realidad en Canarias o lo desconoce.**

El **71%** 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 **NULO.**

PAPEL DE TRABAJO SOCIAL: según los expertos encuestados las funciones principales de trabajo social en este punto del proceso es el apoyo y asesoramiento en la búsqueda de recursos de institucionalización, el apoyo a la familia en la toma de decisiones, la asistencia al cuidador y la información a la persona con EA y familia.

PAPEL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA: según los expertos encuestados, las acciones llevadas a cabo por los especialistas de medicina familiar y comunitaria incluyen atención domiciliaria; derivación, seguimiento y ajuste de fármacos; evaluación y manejo de síntomas; apoyo en la elaboración de documentación y coordinación entre niveles asistenciales.

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 CANARIAS

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: los expertos encuestados indican **no existe una implementación adecuada de los cuidados paliativos** en este tipo de personas y una falta de especialización, debido, entre otras cosas a la falta de sensibilización sobre su existencia para personas con EA.

El **100%** de los expertos encuestados indican como principales barreras en el subproceso de cuidados paliativos la **dificultad de acceso a los equipos de soporte domiciliario (ESAD)** indicando, en algunos casos que dichos equipos no existen en su área sanitaria, y la **falta de plazas en residencias de paliativos.**

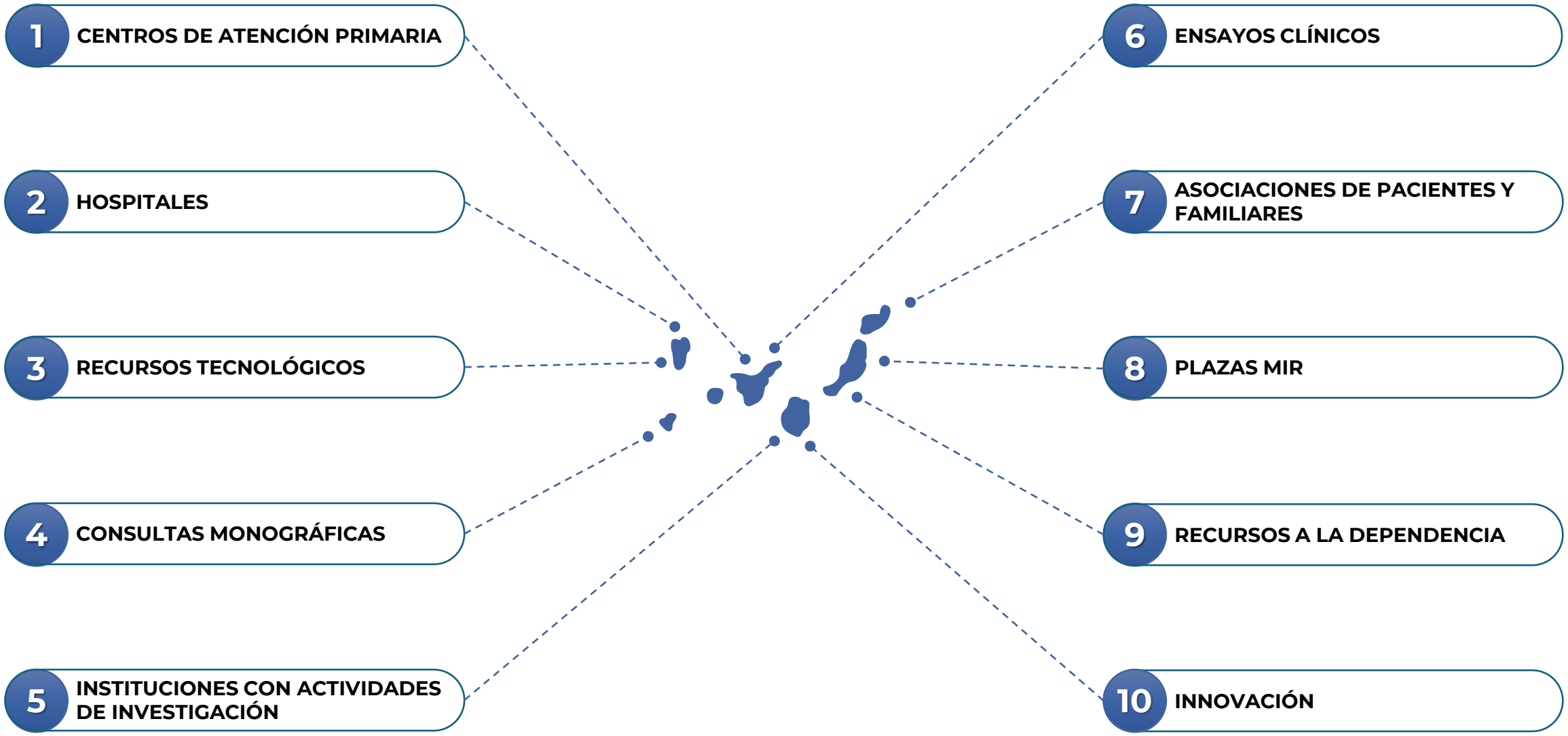
Aunque en menor medida, también se señalan como barreras importantes: la **falta de acceso a médicos con práctica en cuidados paliativos (78%),** el **desconocimiento de los recursos por parte de familiares y cuidadores (78%)**, y la **falta de centros concertados (56%).**

Además, los encuestados refieren que este tipo de cuidados está centrado en el paciente oncológico y, por tanto, en las personas con EA y, a veces, ni se plantea.

Por último, cabe mencionar que los expertos reconocen la necesidad de crear **más recursos especializados** para la atención paliativa teniendo en cuenta el **envejecimiento** cada vez mayor de la población.

4. RECURSOS DISPONIBLES

RECURSOS DISPONIBLES



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

263 CENTROS DE AP
- 107 Centros de salud
- 156 Consultorios locales

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística (INA). 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 Insular de Lanzarote	Hospital del Sur
Hospital Universitario Dr. José Molina Orosa	Hospital General de La Palma
Hospital Universitario de Salud Mental Juan Carlos I	Hospital del Norte
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín	Hospital Universitario de Canarias
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil	Hospital Nuestra Señora de Guadalupe
Hospital Polivalente Anexo Juan Carlos I	Unidades Clínicas y de Rehabilitación de Salud Mental
Hospital General de Fuerteventura	Hospital de Ofra
Hospital Universitario San Roque Maspalomas	Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria
Hospital San Roque de Guía	Hospital Insular Nuestra Señora de Los Reyes

HOSPITALES PRIVADOS

Clínica Bandama	Hospital Ciudad de Telde
Hospital San José	Hospiten Lanzarote
Hospital Perpetuo Socorro	Hospital Quirón Salud Costa Adeje
Clínica Cajal	Hospital Universitario Hospiten Sur
Hospital Universitario San Roque Las Palmas	Hospital Quironsalud Vida
Hospital La Paloma	Hospital Universitario Hospiten Bellevue
Centro Sanitario Residencial Las Palmas (Cesar Las Palmas)	Hospital Parque
Vithas Hospital Santa Catalina	Vithas Hospital Santa Cruz
Hospital Parque Fuerteventura	Hospital Universitario Hospiten Rambla
Hospiten Clínica Roca San Agustín	Hospital Quirón Salud Tenerife
Quinta Medica de Reposo	Clínica Tara
Clínica Jorgani	

ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

Hospital San Juan de Dios de Tenerife

+

42 HOSPITALES

- 18 Públicos
- 23 Privados
- 1 ONGs

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

+ 27,0

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

	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 País	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**

+

- **40 TAC**
- **39 RM**
- **13 SPECT**
- **5 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 Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín	Consulta Monográfica de Demencias
Hospital Universitario Nuestra Sra. De Candelaria	Unidad de Memoria
Hospital Universitario San Roque Maspalomas	Unidad de Memoria
Hospital Universitario De Canarias	Unidad multidisciplinar con Psicogeriatría

+ Se han identificado un total de **4** 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

H.U. GRAN CANARIA DR. NEGRÍN

TIPO DE CENTRO: Público

CONSULTA MONOGRÁFICA: Consulta Monográfica de Demencias

SERVICIO: Neurología

LISTA DE ESPERA SERVICIO: 96 pacientes

LISTA DE ESPERA PRUEBAS: TAC 708 pacientes | RM 485 pacientes

H.U. NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA

TIPO DE CENTRO: Público

CONSULTA MONOGRÁFICA: Unidad de Memoria

SERVICIO: Neurología

LISTA DE ESPERA SERVICIO: 424 pacientes

LISTA DE ESPERA PRUEBAS: TAC 186 pacientes | RM 400 pacientes

H.U. SAN ROQUE MASPALOMAS

TIPO DE CENTRO: Privado

CONSULTA MONOGRÁFICA: Unidad de Diagnóstico y Seguimiento de Tratamientos de las Demencias

SERVICIO: Neurología

LISTA DE ESPERA SERVICIO: -- pacientes

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

FUENTE: Webs institucionales de hospitales. Acceso: julio 2024

*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.

RECURSOS DISPONIBLES – CONSULTAS MONOGRÁFICAS

H.U. DE CANARIAS

TIPO DE CENTRO: Público

CONSULTA MONOGRÁFICA: Unidad multidisciplinar con Psicogeriatría

SERVICIO: Psiquiatría

LISTA DE ESPERA SERVICIO: 800 pacientes

LISTA DE ESPERA PRUEBAS: TAC 534 pacientes | RM 590 pacientes

+ En Canarias, existen **0,12** consultas monográficas y/o unidades especializadas por centro hospitalario ya sean públicos o privados

+ Se calcula que la ratio de consultas monográficas y/o unidades especializadas por cada 100.000 habitantes en Canarias es de **0,22**

FUENTE: Webs institucionales de hospitales. Acceso: julio 2024

*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.

RECURSOS DISPONIBLES – INSTITUCIONES DE INVESTIGACIÓN

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 Canarias.

CANARIAS NO CUENTA CON NINGÚN INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN ACREDITADO

+ Se han identificado **0** instituciones 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.

RECURSOS DISPONIBLES – ENSAYOS CLÍNICOS

6 ENSAYOS CLÍNICOS SOBRE ALZHEIMER

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

CANARIAS NO HAY ENSAYOS CLÍNICOS SOBRE ALZHEIMER

+ **0** Ensayos clínicos sobre Alzheimer en Canarias

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

7 ASOCIACIONES DE PACIENTES Y FAMILIARES

AFAS

FEDERACIÓN CANARIA DE ALZHEIMER	federacioncanarialzheimer@yahoo.es	928290051
ASOCIACIÓN DE FAMILIARES Y ENFERMOS DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS DE LANZAROTE Y FUERTEVENTURA	administracion@afalanzarote.com	928806529
ALZHEIMER CANARIAS	info@alzheimer-canarias.org	928290051
AFA LA PALMA	afalapalma@afalapalma.com	922402603
AFATE	administracion@afate.es	922660881

+ **5** Asociaciones de Familiares y Pacientes en Canarias

DATOS SOBRE AFAS EN CANARIAS

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

78% de los expertos encuestados, consideran que la inclusión de la opinión de las AFAS para implementar mejoras y modificar procesos en el manejo de personas con EA es **BAJA**.

Además de las AFAS mencionadas, se identifican **AFAS a nivel municipal** (p. ej. En Tabaiba Moya o San Bartolomé de Trajana) y se destaca **ACUFADE** (Asociación de Cuidadoras, Familiares y Amistades de Personas con Dependencia, Alzheimer y otras Demencias) que, si bien no es exclusiva de Alzheimer, es **relevante para las personas del entorno cuidador de este tipo de personas.**

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)
FUENTE: Confederación Española de Alzheimer CEAFA.

8 PLAZAS MIR

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

- **8** Neurología
- **90** Medicina Familiar y Comunitaria
- **2** Geriatría
- **12** 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:

NEUROLOGÍA

LAS PALMAS	C.H. DOCTOR NEGRÍN	2
LAS PALMAS	C.H.UNIVERSITARIO INSULAR MATERNO-INFANTIL DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA.	2
STA. CRUZ DE TENERIFE	H. UNIVERSITARIO DE CANARIAS	2
STA. CRUZ DE TENERIFE	H.UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA	2

PSIQUIATRÍA

LAS PALMAS	UDM DE SALUD MENTAL DE GRAN CANARIA. C.H. UNIVERSITARIO INSULAR MATERNO-INFANTIL	3
LAS PALMAS	UDM DE SALUD MENTAL DE GRAN CANARIA. C.H. DOCTOR NEGRÍN	3
STA. CRUZ DE TENERIFE	UDM SALUD MENTAL DE TENERIFE. H. UNIVERSITARIO DE CANARIAS	3
STA. CRUZ DE TENERIFE	UDM SALUD MENTAL TENERIFE. H. UNIVERSITARIO NTRA. SRA. DE LA CANDELARIA	3

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

LAS PALMAS	UDM AFYC DE LA G.S.S DEL ÁREA DE SALUD DE LANZAROTE	8
LAS PALMAS	UDM AFYC DE GRAN CANARIA	34
LAS PALMAS	UDM AFYC FUERTEVENTURA-LAS PALMAS ZONA IV	6
STA. CRUZ DE TENERIFE	UDM AFYC LA PALMA	5
STA. CRUZ DE TENERIFE	UDM AFYC TENERIFE ZONA II (LA LAGUNA)	15
STA CRUZ DE TENERIFE	UDM AFYC TENERIFE ZONA I	22

GERIATRÍA

LAS PALMAS	UDM GERIATRÍA H. INSULAR DE LANZAROTE	2

RESULTADOS SOBRE RECURSOS FORMATIVOS

86% de los profesionales sanitarios encuestados consideran que el grado de formación de los profesionales sanitarios que participan en el manejo de la EA en Canarias es **BAJO** o **MODERADO.**

43% de los profesionales sanitarios afirman que se les han ofertado actividades formativas sobre deterioro cognitivo en los últimos dos años.

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

- Promoción de la autonomía personal
- Ayuda a domicilio
- Teleasistencia
- 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; Canarias: https://www.gobiernodecanarias.org/derechossociales/dependencia/servicios/index.html

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL

El objetivo de estos servicios es de**sarrollar y mantener la capacidad personal de controlar, afrontar y tomar decisiones acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias y facilitar la ejecución de las actividades básicas** de la vida diaria.

Este servicio tiene como finalidad **prevenir la aparición o el agravamiento del grado de dependencia**, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas de atención biopsicosocial y servicios de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas en situación de dependencia.

TELEASISTENCIA

Consiste en la **atención directa y personalizada ante situaciones de emergencia, inseguridad, soledad o aislamiento**, **a través de profesionales especializados que proporcionan los apoyos necesarios** para poder resolver situaciones de diversa naturaleza, movilizando los recursos más adecuados para cada caso.

La teleasistencia se materializa a través de la dotación a la persona de un **dispositivo especial conectado a la línea telefónica**, que permite contactar de forma inmediata con el servicio a través de un pulsador (colgante o pulsera) desde cualquier lugar del domicilio. Puede dividirse en dos niveles:

- **Básica**. Incluye: atención profesionalizada y directa, conociendo en cada momento las circunstancias personales y familiares en las que se encuentra la persona; recursos para el aviso a los servicios sanitarios y de seguridad ciudadana (en el caso de extrema gravedad, se deriva a los servicios de emergencias del 061, así como a los familiares designados previamente por la persona interesada); contacto periódico con las personas beneficiarias del servicio, aportándoles confianza, seguridad y compañía; y seguimiento personal de cada persona beneficiaria, que garantiza una mejor prestación del Servicio.
- **Avanzada**. Incluye: realización de campañas, programas o actividades de prevención de la dependencia y de promoción de la autonomía personal, con el fin de lograr hábitos de vida saludable que promocionen el envejecimiento activo, la convivencia y el autocuidado; detección de situaciones de riesgo mediante el uso de dispositivos capaces de detectarlas o prevenirlas; atención fuera del domicilio con la utilización de dispositivos móviles y de localización; atención a las urgencias y emergencias sanitarias, las citas médicas y los consejos sanitarios a través de la integración entre la plataforma de teleasistencia con la del 061 y Salud Responde.

FUENTE: Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE-A-2006-21990; Canarias: https://www.gobiernodecanarias.org/derechossociales/dependencia/servicios/index.html

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

AYUDA A DOMICILIO

Conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender a sus necesidades de la vida diaria. Este servicio de ayuda a domicilio es prestado por **entidades o empresas acreditadas** para esta función.

Incluye:

- **Servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar** relacionadas con la alimentación, el vestido, el mantenimiento de la vivienda, etc.
- **Servicios relacionados con la atención de las necesidades personales en la realización de las actividades de la vida diaria**, relacionadas con la higiene personal, ingesta y hábitos alimentarios, movilidad, cuidados especiales y ayuda en la vida familiar y social.

CENTROS DE DÍA Y DE NOCHE

Este servicio ofrece una **respuesta integral de carácter sociosanitario e interdisciplinar a aquellas personas mayores que tienen alguna dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria**. Su objetivo es mejorar o mantener la autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores.

Se trata de un recurso que favorece la **continuidad de las personas con niveles moderados de dependencia en su domicilio, con la atención y los cuidados profesionales necesarios,** sobre todo si disponen de apoyo familiar complementario. Por tanto, los Centros de Día y de Noche podrían considerarse el **eslabón intermedio entre la total autonomía del mayor y la atención residencial**.

Las personas mayores pueden **mejorar su salud a través de las distintas actividades que se realizan en estos centros**, de acuerdo con sus necesidades: estimulación cognitiva, control precoz de los procesos que provocan el empeoramiento psicológico-conductual, fisioterapia, rehabilitación física y cognitiva, y apoyo social y emocional a los familiares.

85 **CENTROS DE DÍA**

FUENTE: Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE-A-2006-21990; Canarias: https://www.gobiernodecanarias.org/derechossociales/dependencia/servicios/index.html

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

ATENCIÓN RESIDENCIAL

Ofrece una **atención personalizada, integral y continuada, de carácter sociosanitario, que se presta en centros públicos o privados concertados acreditados.** Se prestan teniendo en cuenta la naturaleza de la dependencia, grado de la misma e intensidad de cuidados que precise la persona.

La atención residencial puede tener **carácter permanente o temporal**, a causa de convalecencias, vacaciones, fines de semana y enfermedades o períodos de descanso de los cuidadores no profesionales.

96 RESIDENCIAS

PRESTACIÓN ECONÓMICA DE ASISTENCIA PERSONAL

Esta prestación tiene por finalidad la promoción de la autonomía de las personas en situación de dependencia, en cualquiera de sus grados. Su objetivo es **contribuir a la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas, que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo**, así como una **vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria.**

PRESTACIÓN ECONÓMICA VINCULADA AL SERVICIO

La prestación económica vinculada al servicio se reconoce únicamente **cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado**. Esta prestación tiene carácter **periódico** y se implementa **en función del grado de dependencia y de la capacidad económica del beneficiario**, de acuerdo con lo previsto en el convenio establecido entre la Administración General del Estado y la correspondiente Comunidad Autónoma.

Esta prestación económica de carácter personal está siempre **vinculada a la adquisición de un servicio**. Las administraciones públicas competentes supervisarán, en todo caso, el destino y utilización de estas prestaciones al cumplimiento de la finalidad para la que fueron concedidas. El objetivo de esta prestación **es cubrir los gastos del servicio previsto en el Programa Individual de Atención (PIA) cuando no sea posible la atención por un servicio público o concertado** de atención y cuidado.

FUENTE: Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE-A-2006-21990; Canarias: https://www.gobiernodecanarias.org/derechossociales/dependencia/servicios/index.html

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR Y CUIDADOS NO PROFESIONALES

La prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a personas cuidadoras no profesionales se reconoce, con **carácter excepcional**, con el fin de **contribuir a la cobertura de los gastos derivados de la atención prestada**, cuando una persona en situación de dependencia está siendo atendida por alguna persona de su entorno familiar o afectivo y lleva haciéndolo de forma continuada en el tiempo. Además, han de reunirse determinados requisitos de acceso a la prestación, que afectan a la vivienda y a la persona cuidadora.

Existen una serie de **requisitos que han de cumplirse para para el reconocimiento de la condición de cuidador no profesional y, el consecuente acceso a la prestación económica** como, por ejemplo: ser mayor de 18 años y residente legal en España; ser cónyuge, pareja de hecho, o pariente por consanguinidad, afinidad o adopción hasta el tercer grado de parentesco; y haber atendido durante el período previo de un año a la fecha de presentación de la solicitud, siempre que se den condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda y así lo establezca el Programa Individual de Atención de su Comunidad Autónoma..

Este tipo de prestación sólo es compatible con el servicio de teleasistencia.

En relación con las cuantías, oscilan desde los 153€ hasta los 387,64€ en función del grado de dependencia, la capacidad económica de la persona en situación de dependencia y la dedicación horaria de los cuidados.

FUENTE: Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE-A-2006-21990; Canarias: https://www.gobiernodecanarias.org/derechossociales/dependencia/servicios/index.html

RECURSOS DISPONIBLES – DEPENDENCIA

RESULTADOS SOBRE RECURSOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

El **57%** de los expertos encuestados refieren que en Canarias **existen recursos específicos para la EA leve y EA avanzada.**

Para personas con EA avanzada se identifican **algunas residencias que disponen de atención especializada y enfocada a personas con demencia.** Entre ellas resaltan: el Centro Residencial Alzheimer Canarias, el Centro de Día Tita Gil, la Residencia Queen Victoria o las residencias Ballesol y Tierra de Oro de Tenerife.

Para personas con EA leve, se ofrecen **programas de estimulación cognitiva; actividades de ocio y tiempo libre organizadas por las AFAs, y el Centro Hebe de envejecimiento activo**.

Los expertos recomiendan fomentar varios **recursos para mejorar la calidad de vida de los pacientes y brindar apoyo a sus cuidadores**. Estos recursos incluyen: los Centros de día especializados en demencia; los servicios de promoción de la autonomía, los programas de estimulación cognitiva, ejercicio físico y programas de grupo. Además, resaltan la necesidad de implementar recursos en todas las islas para facilitar un acceso equitativo; o recursos online para personas jóvenes con EA.

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 **56%** de los expertos encuestados identifican la teleasistencia y, en menor medida, pisos tutelados o servicios de promoción de la autonomía personal.

DERIVACIONES A RECURSOS PARA LA DEPENDENCIA: el **100%** de los expertos encuestados considera que las **derivaciones a recursos sociosanitarios se realizan demasiado tarde**.

INFORMACIÓN DE RECURSOS A LA DEPENDENCIA: el **67%** de los expertos encuestados refiere que siempre se ofrece **información** a las personas y cuidadores **sobre los recursos públicos, privados y concertados**.

RECURSOS PARA FAMILIARES: además de los mencionados a lo largo del documento se destacan los grupos de apoyo por parte de las AFAS, los talleres de cuidadores en los centros de atención primaria, los recursos comunitarios de los ayuntamientos y centros municipales, y las unidades de apoyo al cuidador presentes en algunos centros de salud.

COORDINACIÓN ENTRE RECURSOS SOCIALES Y SANITARIOS: el **89%** de los expertos encuestados indican que la **coordinación entre recursos sociales y sanitarios no es buena.**

10 INNOVACIÓN

RESPUESTAS SOBRE RECURSOS E INNOVACIÓN

El **78%** de los expertos encuestados **desconocen o niegan la existencia de iniciativas innovadoras** en el ámbito de la EA, si bien, el 22% restante resalta las siguientes:

- **Programa de valoración geriátrica integral y plan individualizado de atención del Centro Hebe - Centro de Envejecimiento Activo, S.L.P**., que incluye un programa de ejercicio físico, estimulación cognitiva, seguimiento nutricional y medico especializado en geriatría.
- **Unidad de apoyo al cuidador del Centro Hebe.**
- **Sala Snoezelen en el Hospital Universitario Virgen de Candelaria de Tenerife**: sala con espacios interactivos diseñados para la estimulación de los sentidos.
- **Uso de gafas de realidad virtual y robótica** para la estimulación cognitiva.
- **Terapia con animales.**

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

Con relación a la disponibilidad de recursos, los expertos destacan:

- Aumentar la inversión en recursos para la atención y recursos humanos para afrontar el aumento de la incidencia de la EA y otras demencias.
- Incrementar el número de especialistas en neurología, psiquiatría y geriatría.
- Crear conciertos con centros privados desde el Servicio Canario de Salud para facilitar el acceso a recursos sociosanitarios y la prescripción de tratamientos no farmacológicos.

Con relación al diagnóstico temprano:

- Capacitar a atención primaria para el cribado de síntomas y diagnóstico temprano de atención primaria.
- Disminuir las listas de espera para pruebas diagnósticas específicas (pruebas de imagen, genéticas y biomarcadores).
- Facilitar la derivación entre niveles asistenciales para el diagnóstico específico a través de la elaboración e implementación de protocolos con unos criterios bien definidos para la derivación.

Con relación la coordinación entre profesionales:

- Crear equipos multidisciplinares especializados en la atención de la EA.
- Establecer flujos de coordinación entre el ámbito sanitario y sociosanitario, público y privado.
- Incorporar neuropsicólogos en los equipos de atención a la persona con EA.

Otras recomendaciones propuestas son:

- Fomentar la prescripción de terapias no farmacológicas desde atención primaria.
- Facilitar a los profesionales sanitarios que atienden a pacientes con EA un catálogo con prestaciones y recursos disponibles para que puedan ofrecer la información adecuada.
- Desarrollar campañas de formación y sensibilización sobre la EA.
- Incrementar el número de trabajadores sociales integrados dentro del sistema sanitario público.

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 Canarias **se han desarrollado dos nuevas herramientas** de planificación y gestión relacionadas con la EA: *Protocolo de diagnóstico de Deterioro Cognitivo* ***(2019),*** *y el Plan de Salud Mental de Canarias* ***(2019)****, donde se incluye una línea específica sobre la atención a la salud mental en personas mayores.*
- Asimismo, a nivel nacional se elaboró el **Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023)** y la **Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud, si bien**, en ambos casos el nivel de implementación a nivel de la comunidad se considera **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:
  - Aumentar el número de profesionales especializados en neurología, psiquiatría, y geriatría para la atención a la EA.
  - 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.
  - Mejorar la detección temprana de las demencias, maximizando el uso de los recursos disponibles y garantizando la continuidad a lo largo de todo el proceso.
  - Capacitar a los profesionales de atención primaria para mejorar los flujos de trabajo, realizar derivaciones más eficaces y favorecer el diagnóstico temprano de la EA.
  - Crear conciertos con centros privados para mejorar el acceso a recursos de atención sociosanitaria.

RECURSOS

- En comparación con **2017**, Canarias ha experimentado **un notable incremento en los recursos tecnológicos** de salud: el número de TACs ha aumentado de **33** a **40**, los RMs de **24** a **39**, los SPECT de **6** a **9** y los PET de **3** a **5**. Los profesionales sanitarios consideran que es necesario maximizar el uso de las máquinas y los profesionales disponibles.

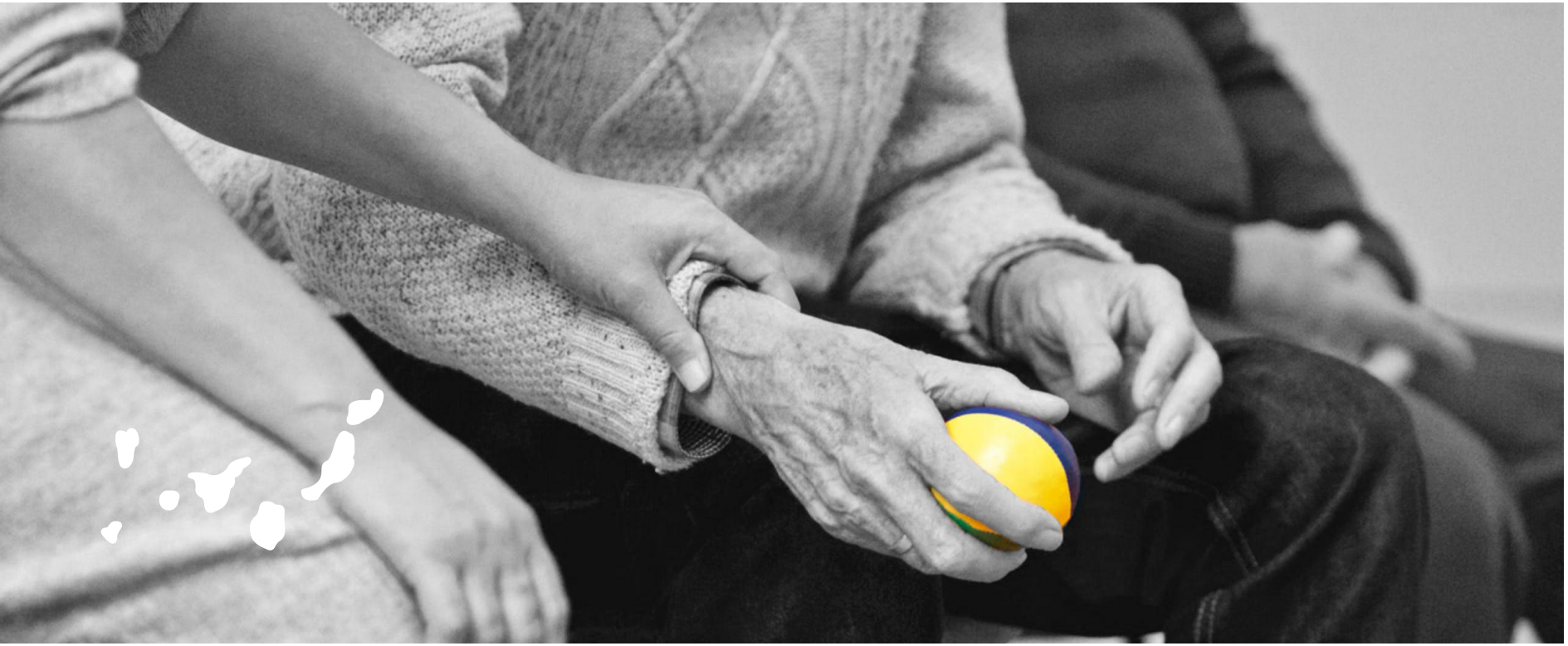
GLOSARIO

MapEA
Mapa de recursos para enfermos de Alzheimer

GLOSARIO

TÉRMINO	DEFINICIÓN
ABVD	Actividades básicas de la vida diaria
ACUFADE	Asociación de Cuidadoras, Familiares y Amistades de Personas con Dependencia, Alzheimer y otras Demencias
AFAs	Asociación de Familiares de Alzheimer
AIVD	Actividades instrumentales de la vida diaria
ApoE	Apolipoproteína E
DTA	Demencia Tipo Alzheimer
EA	Enfermedad de Alzheimer
ESAD	Equipos de soporte domiciliario
FAQ	Functional Activities Questionnaire
FAST	Functional Assessment Stages
HCE	Historia clínica electrónica
LCR	Líquido cefalorraquídeo
MMSE	Mini-Mental State Examination
PET	Tomografía de emisión de positrones
PET FDG	Tomografía por Emisión de Positrones con Fluorodesoxiglucosa
PIA	Programa Individual de Atención
REEC	Registro Español de Ensayos Clínicos
RM	Resonancia Magnética
SAAD	Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia
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 – STA. CRUZ DE TENERIFE (I)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia de personas mayores de Adeje	Adeje	922 77 57 83
Residencia sociosanitaria María Auxiliadora	Arafo	922 51 16 98
Residencia de mayores Los Cristianos	Arona	922 78 80 67
Residencia para personas mayores de Barlovento	Barlovento	671 05 56 38 / 617 53 14 22
Centro Residencial para personas mayores en situación de dependencia Nina Jaubert	Breña Alta	922 43 54 14 / 606 77 90 57
Casa de mayores de Buenavista del Norte	Buenavista del Norte	922 12 90 03 / 922 12 80 90
Centro de acogida Virgen de Candelaria	Candelaria	922 50 18 83
Centro sociosanitario Fasnia	Fasnia	922 53 03 54
Centro de acogida Las Indias	Fuencaliente de la Palma	663 89 80 12
Centro Geriátrico Nuestra Señora de la Concepción	Garachico	922 13 33 15
Asociación Centro Evangélico de Ancianos Cedar	Granadilla de Abona	922 39 15 94
Residencia geriátrica Santo Domingo	Guancha (La)	922 36 10 06
Centro Sociosanitario Gerovitae La Guancha	Guancha (La)	922 82 98 36
Piso tutelado de la 3ª edad	Guía de Isora	922 85 01 00
Centro sociosanitario Güímar	Güímar	922 52 82 32
Residencia de personas mayores de Hermigua	Hermigua	922 88 08 41
Casa de acogida Jesús de Nazaret	Icod de los Vinos	922 81 65 89
Centro Sociosaniario del Norte	Icod de los Vinos	922 81 48 38
Centro Sociosanitario Casa de los mayores	Matanza de Acentejo (La)	922 57 90 50
Residencia Geriátrica San Sebastián	Orotava (La)	922 32 58 36
Privilegium San Fernando	Puerto de la Cruz	922 37 61 13
Centro residencial Davida	Puerto de la Cruz	922 38 99 55

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – STA. CRUZ DE TENERIFE (II)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Hospital de la Inmaculada Concepción	Puerto de la Cruz	922 38 38 31 / 922 38 19 58 / 645 09 97 64
Hogar Santa Rita	Puerto de la Cruz	922 38 95 32
Miniresidencia para personas mayoresLas Adelfas	Puerto de la Cruz	922 29 41 80 / 922 37 46 83
Residencia de tercera edad de Puntagorda	Puntagorda	922 48 78 08
Residencia de Mayores Puntallana	Puntallana	922 43 06 23
Centro Sociosanitario Nuestra Señora del Carmen	Realejos (Los)	922 35 56 08
Residencia de mayores y Centro de día San Andrés y Sauces	San Andrés y Sauces	922 45 12 77
Hospital Nuestra Señora de Los Dolores	San Cristóbal de La Laguna	922 23 91 00
Hogar Virgen Poderosa	San Cristóbal de La Laguna	922 63 22 27
Hogar Santísimo Cristo de La Laguna	San Cristóbal de La Laguna	922 25 22 47
AMAVIR Tejina	San Cristóbal de La Laguna	922 54 67 50
Centro Sociosanitario San Juan de la Rambla	San Juan de la Rambla	922 36 00 15 / 922 35 05 71
Residencia de 3ª edad Inmaculada	San Sebastián de la Gomera	620 74 69 92
Residencia de pensionistas La Dehesa	Santa Cruz de la Palma	922 41 84 15 / 922 41 81 26
Hospital geriátrico Nuestra Señora de los Dolores	Santa Cruz de la Palma	922 42 32 04
Residencia de 3ª edad Virgen de Begoña III	Santa Cruz de Tenerife	922 10 04 97
Centro sociosanitario Santa Cruz	Santa Cruz de Tenerife	922 24 56 57
Centro residencial Mirador de Ifara	Santa Cruz de Tenerife	922 01 24 00
Residencia de tercera edad Virgen de Begoña I	Santa Cruz de Tenerife	922 27 78 38
Hospital Febles Campos	Santa Cruz de Tenerife	922 84 33 00
Hogar Nuestra Señora de la Candelaria	Santa Cruz de Tenerife	922 27 04 10
Residencia de tercera edad Virgen de Begoña II	Santa Cruz de Tenerife	922 20 05 48
Residencia Concha Castro	Santa Cruz de Tenerife	922 21 24 00

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – STA. CRUZ DE TENERIFE (III)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
ISABA Casa de Mayores	Santa Cruz de Tenerife	922 65 79 45 / 922 65 70 98
Hogar de Mayores Virgen de Candelaria	Santa Cruz de Tenerife	922 64 39 39 / 659 37 08 02
Residencia de la 3ª Edad San Pancracio Vistabella	Santa Cruz de Tenerife	922 66 24 24
Hogar de mayores Santa María de la Ascensión	Santa Cruz de Tenerife	922 21 91 81
Centro de mayores Toki Eder	Santa Cruz de Tenerife	922 64 38 56
Residencia de mayores de Ofra	Santa Cruz de Tenerife	922 64 63 99 / 922 64 62 51 / 922 65 50 00
Centro sociosanitario Acorán	Santa Cruz de Tenerife	922 68 81 80
Centro sociosanitario Santa Úrsula	Santa Úrsula	922 30 48 98
Hogar Santa Gema	Santiago del Teide	922 86 36 64
Casa de acogida Madre del Redentor	Sauzal (El)	922 57 03 00
Residencia geriátrica Nuestra Señora de la Luz	Silos (Los)	922 84 00 51
Casa de acogida Familia Quesada Sánchez	Tacoronte	922 97 17 16
Residencia de 3ª edad Tazacorte	Tazacorte	922 48 10 01
Residencia Jardines de San Marcos	Tegueste	922 15 02 96 / 922 54 46 02
Vivienda tutelada Virgen de los Reyes	Valle Gran Rey	922 80 53 93
Centro Sociosanitario Echedo	Valverde	922 55 17 81

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – LAS PALMAS (I)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro Sociosanitario de Agüimes	Agüimes	928 18 48 36
Residencia de Mayores Villa de Agüimes	Agüimes	928 12 44 16
Residencia municipal de mayores de La Aldea de San Nicolás	Aldea de San Nicolás (La)	928 88 40 89
Residencia anexa al Hospital Insular de Lanzarote	Arrecife	928 81 00 00
Centro de convivencia y alojamiento para la 3ª edad de Artenara	Artenara	928 66 66 65
Centro Sociosanitario de Arucas	Arucas	928 63 30 89
Residencial La Pineda	Arucas	928 60 35 11
Residencia de ancianos Genoveva Pérez	Gáldar	928 88 00 50
AMAVIR Haría	Haría	928 83 60 60
Residencia de mayores de Ingenio	Ingenio	928 78 67 59
Miniresidencia municipal de la Villa de Moya	Moya	928 61 24 29
Casa San Vicente de Paúl	Palmas de Gran Canaria (Las)	928 33 75 84
Ballesol Las Palmas	Palmas de Gran Canaria (Las)	928 27 85 90
Centro sociosanitario El Pino	Palmas de Gran Canaria (Las)	928 29 25 45
Residencial Las Rosas	Palmas de Gran Canaria (Las)	928 24 34 98
Centro Sociosanitario Queen Victoria	Palmas de Gran Canaria (Las)	928 25 85 23
Riocais Residencial Altavista	Palmas de Gran Canaria (Las)	928 25 50 50
Residencia Hogar Nuestra Señora del Pino	Palmas de Gran Canaria (Las)	928 35 33 55
Centro Residencial Alzheimer Canarias	Palmas de Gran Canaria (Las)	928 29 00 51 / 928 24 71 37 / 638 79 81 07
Centro Sociosanitario Hoya del Parrado	Palmas de Gran Canaria (Las)	928 35 03 54
Centro sociosanitario El Sabinal	Palmas de Gran Canaria (Las)	928 35 43 59 / 928 35 43 88
Residencial Tenoya Hermanos Juan y Juana Espino Juárez	Palmas de Gran Canaria (Las)	928 91 02 10

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – LAS PALMAS (II)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Sanitas Mayores El Palmeral	Palmas de Gran Canaria (Las)	928 49 82 00
Centro Residencial Casillas del Ángel	Puerto del Rosario	928 53 81 60
Residencia Labouré	Santa Brígida	928 64 02 81
Centro Sociosanitario Santa Brígida	Santa Brígida	928 64 44 09
Centro Sociosanitario Ferminita Suárez	Santa Lucía de Tirajana	928 94 03 77
Residencia San Nicolás de Bari	Santa Lucía de Tirajana	928 56 42 28
Residencia de mayores Santa María de Guía	Santa María de Guía de Gran Canaria	928 89 65 55
Taliarte Sur Residencia para personas mayores	Telde	928 13 16 70
Residencia Taliarte Pabellón Norte	Telde	928 57 60 05
Residencia sociosanitaria San Lorenzo	Telde	928 57 58 38 / 928 57 50 32
AMAVIR Tías	Tías	928 52 40 78
Residencia San Roque	Tinajo	928 84 08 40
Residencia de mayores de Valleseco	Valleseco	928 61 81 40

CENTROS DE DÍA – STA. CRUZ DE TENERIFE (I)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro de día de Adeje	Adeje	922 77 57 83
Centro de día de la Residencia sociosanitaria María Auxiliadora	Arafo	922 51 16 98
Centro de día para mayores Villa de Arico	Arico	922 16 11 18
Centro de atención diurna de Los Cristianos	Arona	922 78 80 67
Centro de día Barlovento	Barlovento	922 18 60 02
Centro de día de Breña Alta	Breña Alta	922 43 70 09
Centro de día de Las Ledas	Breña Baja	922 43 59 55 / 922 42 97 93
Casa de mayores Buenavista del Norte	Buenavista del Norte	922 12 90 03 / 922 12 80 90
Servicio de estancia diurna del Centro de Acogida Virgen de Candelaria	Candelaria	922 50 18 83
Estancia diurna del Centro Sociosanitario Fasnia	Fasnia	922 53 03 54 / 922 52 82 32
Servicio de estancia diurna del Hospital Residencia Nuestra Señora de la Concepción	Garachico	922 13 33 15 / 922 83 02 71
Centro de estancia diurna Virgen del Pino	Granadilla de Abona	922 75 99 00
Centro de estancia diurna Virgen del Pino	Granadilla de Abona	922 75 99 00
Centro de día ACUFADE Sur	Granadilla de Abona	922 57 76 68
Servicio de estancia diurna Centro Sociosanitario Gerovitae La Guancha	Guancha (La)	922 82 98 36
Centro de intervención integral para mayores Isora	Guía de Isora	922 85 07 25
Estancias diurnas del Centro Sociosanitario Güímar	Güímar	922 52 82 32
Centro de día Los Llanos de Aridane	Llanos de Aridane (Los)	922 40 11 26
Centro de día del Centro Sociosanitario Casa de los Mayores	Matanza de Acentejo (La)	922 57 90 50 / 922 57 71 20
Centro de día Acufade La Orotava	Orotava (La)	922 57 76 68
Servicio de estancia diurna de Privilegium San Fernando	Puerto de la Cruz	922 37 61 13 / 618 73 07 16
Centro de estancia diurna la Victoria de Acentejo	Victoria de Acentejo (La)	922 58 14 50

CENTROS DE DÍA – STA. CRUZ DE TENERIFE (II)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro de día de la Residencia de Mayores Puntallana	Puntallana	922 43 06 23
Servicio de estancia diurna del Centro Sociosanitario Nuestra Señora del Carmen	Realejos (Los)	922 35 56 08
Centro de día San Andrés y Sauces	San Andrés y Sauces	922 45 12 77
Servicio de estancia diurna Hospital Nuestra Señora de Los Dolores	San Cristóbal de La Laguna	922 23 91 00
Servicio de estancia diurna de AMAVIR Tejina	San Cristóbal de La Laguna	922 54 67 50
Centro terapéutico de día Josefa Molina	San Cristóbal de La Laguna	922 66 08 81
Estancia diurna del Centro sociosanitario San Juan de la Rambla	San Juan de la Rambla	922 36 00 15 / 922 35 05 71
Estancias diurnas para mayores La Alborada del Padre Damián	San Miguel de Abona	922 70 08 86
Centro de día Mucha Vida	Santa Cruz de Tenerife	922 24 45 74
Servicio de estancia diurna del Centro sociosanitario Santa Cruz	Santa Cruz de Tenerife	922 24 56 57
Servicio de estancia diurna del Centro residencial Mirador de Ifara	Santa Cruz de Tenerife	922 01 24 00
Centro de día Terapéutico Isidoro Rodríguez Castro	Santa Cruz de Tenerife	922 88 26 70
Servicio de estancia diurna del Hogar Virgen de Candelaria	Santa Cruz de Tenerife	922 64 39 39 / 659 37 08 02
Servicio de estancia diurna del Centro de mayores Toki Eder	Santa Cruz de Tenerife	922 64 38 56
Centro de estancias diurnas Hassidin	Santa Cruz de Tenerife	922 64 81 49
Servicio de estancia diurna del Centro sociosanitario Santa Úrsula	Santa Úrsula	922 30 48 98
Centro de día terapéutico de Alzheimer	Santa Úrsula	922 30 47 65
Centro de día de la Residencia geriátrica Nuestra Señora de la Luz	Silos (Los)	922 84 00 51
Centro de día de la Casa de acogida Familia Quesada Sánchez	Tacoronte	922 97 17 16
Centro de día de la Residencia de 3ª edad Tazacorte	Tazacorte	922 48 10 01
Centro de atención a personas mayores de la Villa de Tegueste	Tegueste	922 54 57 05
Servicio de estancia diurna del Centro Sociosanitario Echedo	Valverde	922 55 17 81

CENTROS DE DÍA – LAS PALMAS (I)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro de estancia diurna para pacientes de Alzheimer de ALDEFA	Agüimes	928 78 80 40
Servicio de estancia diurna del Centro Sociosanitario de Agüimes	Agüimes	928 18 48 36
Centro de día de la Residencia de mayores Villa de Agüimes	Agüimes	928 12 44 16
Centro de estancia diurna de la Residencia municipal de la Aldea de San Nicolás	Aldea de San Nicolás (La)	928 88 40 89
Centro de estancia diurna San Juan	Arucas	928 60 38 48
Centro de estancia diurna La Goleta	Arucas	928 60 08 94
Servicio de estancia diurna del Centro Sociosanitario de Arucas	Arucas	928 63 30 89
Centro de estancia diurna de Cardones	Arucas	928 63 41 37
Centro de estancia diurna de la Residencia Genoveva Pérez	Gáldar	928 88 00 50
Servicio de estancia diurna de AMAVIR Haría	Haría	928 83 60 60
Centro de estancia diurna para mayores de Ingenio	Ingenio	928 78 66 64
Centro para la autonomía personal	Mogán	928 56 85 76
Centro de estancia diurna de la Miniresidencia Municipal de Moya	Moya	928 61 24 29
Centro de estancia diurna Josefina Pla	Oliva (La)	928 86 73 69
Centro de mayores Malrubio	Pájara	928 54 17 29
Servicio de estancia diurna de la Casa San Vicente de Paúl	Palmas de Gran Canaria (Las)	928 33 75 84
Centro de estancia diurna Ballesol Las Palmas	Palmas de Gran Canaria (Las)	928 38 44 66
Servicio de estancia diurna del Centro sociosanitario El Pino	Palmas de Gran Canaria (Las)	928 29 25 45
Centro de día Los Almendros	Palmas de Gran Canaria (Las)	928 33 11 62
Centro de día de la Residencia Queen Victoria	Palmas de Gran Canaria (Las)	928 25 85 23
Centro de día Escaleritas - Asidma	Palmas de Gran Canaria (Las)	928 39 89 53

CENTROS DE DÍA – LAS PALMAS (II)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro de día Terapéutico Tita Gil	Palmas de Gran Canaria (Las)	928 29 00 51 / 928 24 71 37 / 638 79 81 07
Centro de estancias diurnas El Sabinal	Palmas de Gran Canaria (Las)	928 35 43 59 / 928 35 43 88
Servicio de estancia diurna del Residencial Tenoya Hermanos Juan y Juana Espino Juárez	Palmas de Gran Canaria (Las)	928 91 02 10
Centro de día para mayores La Finca	Palmas de Gran Canaria (Las)	928 04 44 46 / 672 45 90 49
Centro de estancia diurna El Palmeral	Palmas de Gran Canaria (Las)	928 49 82 00 / 900 37 37 78
Centro de estancia diurna San Fernando de Maspalomas	San Bartolomé de Tirajana	922 72 34 10
Centro de día para enfermos de Alzheimer y otras demencias	San Bartolomé de Tirajana	928 76 78 02 / 928 14 39 97
Centro de día de la Residencia Catalina Labouré	Santa Brígida	928 64 02 81
Servicio de estancia diurna del Centro Sociosanitario Santa Brígida	Santa Brígida	928 64 44 09
Centro de día de atención a personas mayores Valle Lentiscal	Santa Brígida	928 35 29 73
Servicio de estancia diurna Ferminita Suárez	Santa Lucía de Tirajana	928 94 03 77
Centro de día de Alzheimer Juan Alvarado	Santa Lucía de Tirajana	928 75 54 50
Centro de día Santa María de Guía	Santa María de Guía de Gran Canaria	928 89 57 07 / 928 55 57 08
Centro de día para mayores Las Cabreras	Teguise	928 80 65 29
Centro de día Isla de Los Volcanes	Teguise	928 52 39 33 / 653 68 28 10
Centro de día San Juan - Asidma	Telde	900 10 25 08
Centro de estancia diurna para enfermos de Alzheimer y otras demencias	Telde	928 68 02 78
Servicio de estancia diurna de la Residencia AMAVIR Tías	Tías	928 52 40 78
Servicio de estancia diurna de la Residencia San Roque	Tinajo	928 84 08 40
Servicio de atención diurna de la Residencia de mayores de Valleseco	Valleseco	928 61 81 40