



Proyecto MapEA



COMUNIDAD VALENCIANA

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



69% de los expertos encuestados desconocen el departamento responsable.

Grado de actualización de las herramientas regionales

La **mayoría de las herramientas** identificadas en C. Valenciana se han publicado en los **últimos cinco años**.

RECURSOS TECNOLÓGICOS

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

RM		TAC		LCR		PET AMILOIDE		ApoE		NEURO-PSICOLOGÍA
ACCESO	TIEMPOS	ACCESO	TIEMPOS	ACCESO	TIEMPOS	ACCESO	TIEMPOS	ACCESO	TIEMPOS	ACCESO
100% de los profesionales. Se realiza al 56,5% de personas con sospecha.	2-3 meses (44%) y >3 meses (44%) Inadecuado según el 67%	100% de los profesionales. Se realiza al 70,3% de personas con sospecha.	1-2 meses (44%) Inadecuado según el 40%	78% de los profesionales; al 44,3% de personas con sospecha.	<1 mes (33%); 1 - 2 meses (50%); considerado adecuado por el 100%	100% de los profesionales. Se realiza al 28,8% de personas con sospecha.	2 - 3 meses (57%); considerado inadecuado por el 43%	67% de los profesionales. Se realiza al 27,5% de personas con sospecha	1-2 meses (50%); considerado adecuado por el 75%	55% de los encuestados afirman tener acceso a valoraciones neuropsicológicas.

PRINCIPALES LIMITACIONES EN LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS: *largos tiempos de espera* (TAC, RM, PET amiloide), un *perfil restringido de pacientes* (RM, LCR, PET amiloide), *resistencia a procedimientos invasivos* (LCR) y *coste elevado* (PET amiloide).

En comparación con 2017, la C. Valenciana ha experimentado un **leve incremento** en los recursos tecnológicos de salud: el número de **TACs** ha aumentado de **87** a **93**, la **RM**s de **60** a **85**, los **SPECT** de **9** a **14**, y los **PET** de **12** a **16**. Los profesionales sanitarios consideran que es necesario maximizar el uso de las máquinas y los profesionales disponibles.



RESUMEN EJECUTIVO – PROCESO ASISTENCIAL



C. Valenciana



BARRERAS: 86% de los expertos identifican la falta de tiempo/conocimiento de los profesionales sanitarios; el 67% de los expertos identifican los problemas en la capacidad e infraestructura del sistema y un 58%, el rechazo y la falta de concienciación.

80% 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 neurología.

LIMITACIONES: existencia de barreras burocráticas (p. ej. visados). Además, la renovación de la prescripción desde AP no está disponible en todos los departamentos de la comunidad.

Grado de cobertura para las personas con EA:



67% de expertos consideran INSUFICIENTE la información dada en fases tempranas.
 85% de los expertos consideran INSUFICIENTE el soporte en la planificación anticipada de decisiones.

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

Tratamientos disponibles: talleres de memoria, técnicas de mantenimiento de la funcionalidad y estimulación cognitiva.
 Un 45% consideran que las personas con EA pueden acceder a estos tratamientos.

Seguimiento: habitualmente profesionales de neurología.
Periodicidad: <6 meses en AP; cada 6-12 meses en AH.



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



Retos y áreas de mejora



Formación específica sobre la EA en atención primaria.



Falta de **profesionales de geriatría** y **falta de participación de los profesionales de psiquiatría** en este proceso.



Concienciación sobre la EA como una enfermedad crónica y compleja.



Falta de **neuropsicólogos** para realizar evaluaciones cognitivas en personas con sospecha de EA y acceso limitado a consultas especializadas de demencia.



Acceso a pruebas genéticas y **estudios de imagen** para favorecer el diagnóstico temprano.



Coordinación entre los agentes implicados y de protocolos consensuados.



Recomendaciones



Aumentar la dotación de profesionales sanitarios, especialmente neurólogos y neuropsicólogos, e incorporar geriatras para la atención a personas con EA.



Reforzar el papel de los profesionales de psiquiatría en el proceso asistencial de la EA.



Mejorar la coordinación entre el **sistema sanitario** y los **servicios sociales**.



Crear un organismo que centralice la información sobre los recursos disponibles para la atención de las personas con EA.



Crear centros dedicados al cuidado de las personas con demencia.



Crear e implementar protocolos consensuados para la derivación temprana de personas con deterioro cognitivo a consultas especializadas.



Promover un mayor **acceso a terapias no farmacológicas**.



Aumentar la inversión en la sanidad pública para aumentar la **dotación de recursos diagnósticos** para la detección temprana.

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

1. INTRODUCCIÓN

MAPEA
Mapa de recursos para enfermos
de Alzheimer



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



HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN

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



PROCESO ASISTENCIAL

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



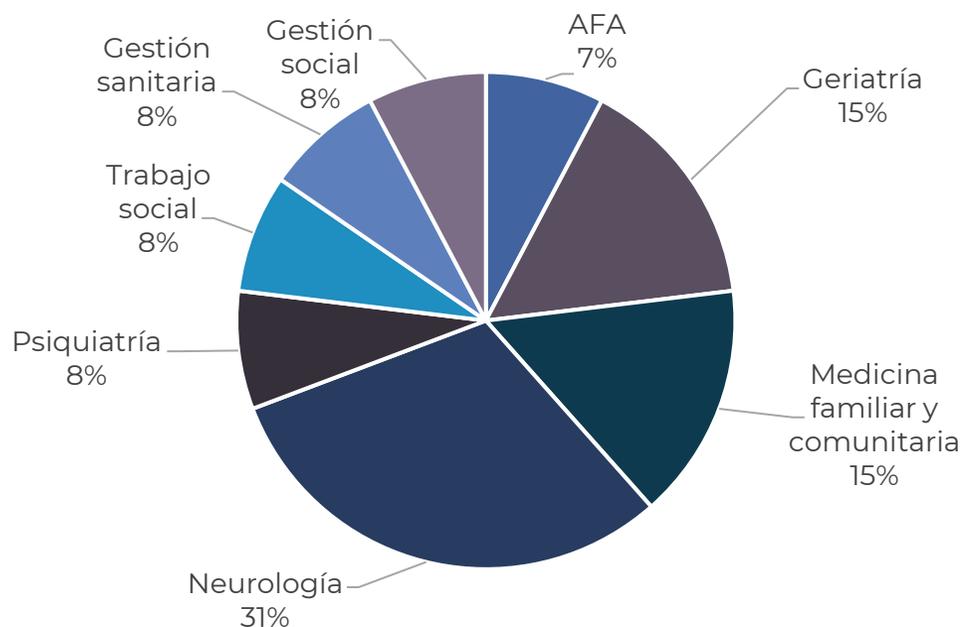
RECURSOS

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

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

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

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



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

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

PANEL DE EXPERTOS

PROFESIONAL	PERFIL	CENTRO
Rosana Garrido Navarro	AFA	Federación Valenciana de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer (FEVAFA)
Francisco José Tarazona Santabalbina	Geriatria	H.U. de la Ribera
Ángel Belenguer-Varea	Geriatria	H.U. de la Ribera
José Luis Poveda Andrés	Gestión sanitaria	H.U. y Politécnico La Fe
Manuel Escolano Puig	Gestión social	Oficina Autónoma de Coordinación e Integración Sociosanitaria (OCISS)
Rafael Manuel Micó Pérez	Medicina familiar y comunitaria	C. de salud Fontanars dels Alforins
Andrea Povedano Margarit	Medicina familiar y comunitaria	C. de salud San Vicent del Raspeig I. Alicante
Natalia Pérez Carmona	Neurología	H. San Vicente del Raspeig
José Miguel Santonja Llabata	Neurología	H. Clínico Universitario de Valencia
Judit Espinosa Rueda	Neurología	H. Lluís Alcanyis de Xàtiva
Gloria González Caballero	Neurología	H.G.U. de Elche
Juan José Parra Pagan	Psiquiatria	Consortio H.G.U. de Valencia
Sonia Sánchez Cuesta	Trabajo social	Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Valencia (FAFV)

2. HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN

MAPEA
Mapa de recursos para enfermos
de Alzheimer



Se han identificado varias herramientas de planificación y organización a nivel nacional que establecen el marco de actuación para el manejo de las demencias y el deterioro cognitivo en España. Los expertos han valorado su grado de implementación en **C. Valenciana**, 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 C. VALENCIANA	GRADO DE CONOCIMIENTO EN C. VALENCIANA
Manual para el entrenamiento y apoyo de cuidadores de personas con demencia	2022	Ministerio de Sanidad CEFAA	BAJO	BAJO
Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023)	2019	Ministerios de Sanidad, Consumo y Bienestar Social	BAJO	BAJO
Guía oficial de práctica clínica en Demencia	2018	Sociedad Española de Neurología	BAJO	MODERADO
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 Geriátrica y Gerontología	BAJO	BAJO

GRADO DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS PRINCIPALES HERRAMIENTAS NACIONALES DE EA EN LA C. VALENCIANA

54%

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

92%

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

IMPLEMENTACIÓN Y CONOCIMIENTO DE LAS HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN NACIONALES EN LA C. VALENCIANA

Los expertos encuestados afirman que el **Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023)** ha sido objeto de varias acciones específicas para su impulso en la C. Valenciana. Se han implementado protocolos diagnósticos y de tratamiento para personas con EA y otras demencias, lo que ha permitido mejoras en el acceso a biomarcadores y en el acceso a fármacos y terapias cognitivas de forma anticipada.

Algunas iniciativas, en concreto, están orientadas al diagnóstico o cribado del deterioro cognitivo en atención primaria, con trato preferencial en las citas y mayor agilidad en la solicitud de los informes de dependencia.

Asimismo, los expertos encuestados identifican algunos **recursos adicionales** orientados a mejorar la calidad de vida de las personas con EA, aunque presentan ciertas limitaciones:

- Centros de día: si bien son mencionados como un recurso clave, la mayoría son concertados y muy escasos.
- Charlas y uso de herramientas como GRADIOR, un software diseñado para la rehabilitación de funciones cognitivas, accesible a los profesionales sociosanitarios.

Las iniciativas sociales en torno a la EA han sido encabezadas principalmente por la Confederación Española de Alzheimer y otras demencias (CEAFA) y las asociaciones, que han ajustado su atención a familias y personas con EA de acuerdo con las directrices del plan. No obstante, la administración pública no ha desempeñado un rol activo en la implementación de acciones concretas. En cuanto a la **Estrategia para Enfermedades Neurodegenerativas (2016)**, su desarrollo es más limitado. Los expertos subrayan dificultades en el acceso a servicios de neurología, a ortesis en atención primaria y a fármacos, restringidos por la necesidad de visados. Aunque la coordinación recae en gran medida en las administraciones locales y se ha propuesto un grupo de trabajo a nivel central, su aplicación en el territorio sigue siendo insuficiente.

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

C. VALENCIANA

HERRAMIENTA	AÑO	RESPONSABLE	GRADO DE IMPLEMENTACIÓN	GRADO DE CONOCIMIENTO
V Plan de Salud 2022-2030	2023	Conselleria de Sanidad	MODERADO	BAJO - MODERADO
Guía de manejo práctico de la enfermedad de Alzheimer en la Comunidad Valenciana	2017	Sociedad Valenciana de Neurología	MODERADO	MODERADO
Información al paciente: enfermedad de Alzheimer y otras demencias	2007	Conselleria de Sanidad	BAJO	BAJO
Plan de asistencia integral a los pacientes con E. de Alzheimer y otras demencias – PAIDEM Comunidad Valenciana	2006	Sociedad Valenciana de Neurología	BAJO	BAJO

ESTADO ACTUAL DE LAS HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN

En la Comunidad Valenciana, el **69% de los expertos encuestados** desconoce cuál es el departamento responsable de las herramientas de planificación disponibles para el tratamiento de EA en la Comunidad Autónoma.

Exceptuando el V Plan de Salud (2023), la **mayoría de las herramientas** identificadas en la C. Valenciana tienen entre 7 y 18 años, **sin que hayan sido actualizadas** hasta la fecha.

Otras herramientas de planificación y organización identificadas por los profesionales encuestados en la C. Valenciana son:

- **Proceso de atención a pacientes con enfermedad de Alzheimer (2017).**
- *Estrategia de coordinación sociosanitaria.*

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. V PLAN DE SALUD 2022-2030 DE LA COMUNIDAD VALENCIANA



Consellería de Sanidad

Nivel de implementación:

MODERADO

Nivel de conocimiento:

BAJO - MODERADO

En 2023, la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana publica el **V Plan de Salud 2022-2030**. El plan adopta una perspectiva global e integradora. No busca definir todas las acciones concretas a implementar, sino reforzar acciones y proyectos que ya están en marcha e inspirar nuevas acciones para el futuro.

El V Plan de Salud tiene como **objetivo general** mejorar la salud y el bienestar de la población desde una perspectiva de equidad, implicando no solo al sistema sanitario, sino también a otras administraciones e instituciones, con la participación activa de la ciudadanía.

Para su elaboración, se ha tenido en cuenta un análisis holístico de los determinantes sociales de la salud y de las desigualdades existentes, lo que permite plantear metas claras para el periodo 2022-2030.

En cuanto a los objetivos específicos, el plan busca mejorar el estado de salud de la población, reducir riesgos y abordar problemas de salud a lo largo del ciclo vital. Las metas están organizadas en seis grandes áreas: estado de salud, reducción del riesgo, problemas de salud a lo largo del ciclo vital, mortalidad, calidad de los servicios de salud y resultados especialmente sensibles a la equidad. Además, incluye indicadores específicos que permiten evaluar el progreso en función de estos objetivos y determinar la efectividad de las políticas implementadas.

El seguimiento del plan se basa en indicadores que se han seleccionado cuidadosamente, revisando propuestas de organismos nacionales e internacionales, y considerando los recursos disponibles en los sistemas de información de salud pública y servicios sanitarios.

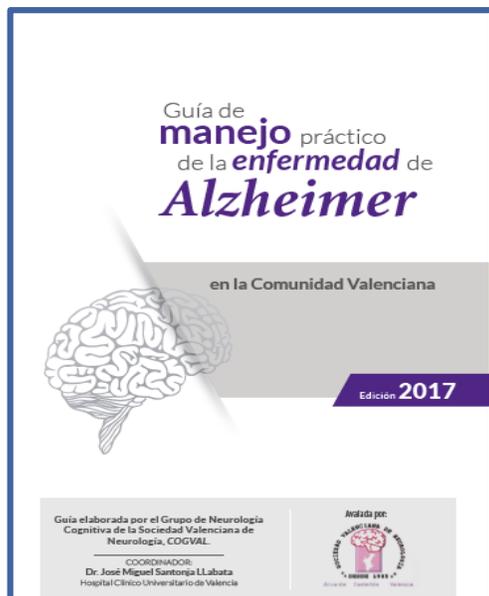
Para conseguir alcanzar las metas propuestas, el plan plantea **tres líneas estratégicas principales**, de las que se derivan **35 objetivos específicos** agrupados en 12 dimensiones, y se explicitan en 203 acciones concretas.

+ Línea 3: Plasticidad del sistema sanitario para que sea capaz de adaptarse a la dinámica y las necesidades de la sociedad.

En relación con la EA, se destaca la dimensión de mejores resultados en salud:

- Avanzar en la implementación, actualización, seguimiento, y evaluación de las principales estrategias de enfermedades crónicas no transmisibles: cardiovasculares, diabetes, cáncer, EPOC, **neurodegenerativas y demencias**, desde un abordaje integral y multidisciplinar centrado en las personas, así como abordar la vigilancia de las enfermedades no transmisibles.

2. GUÍA DE MANEJO PRÁCTICO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN LA COMUNIDAD VALENCIANA



En el año 2017, la Sociedad Valenciana de Neurología publicó la **Guía de manejo práctico de la enfermedad de Alzheimer en la Comunidad Valenciana**. El objetivo general de esta guía es actualizar los conocimientos sobre la EA y servir de orientación en el ámbito concreto de la Comunidad Valenciana. La guía recoge aspectos del diagnóstico, de la clínica y del tratamiento de la EA de manera rigurosa y útil.

La guía señala que, aunque las quejas de memoria son el principal motivo de consulta neurológica en mayores de 65 años en España, existe un **infradiagnóstico** notable de demencia, **especialmente en etapas leves**, debido en gran parte a la falta de concienciación de familiares y profesionales sanitarios.

Los neurólogos cuentan con diversas pruebas complementarias que permiten un diagnóstico más preciso y temprano de la EA. Esto plantea preguntas como: ¿deben ofrecerse estas pruebas si no hay un tratamiento curativo?, ¿es justo que el paciente y sus familiares conozcan el diagnóstico?, y ¿debería la sanidad pública cubrir estas pruebas? No hay consenso en las respuestas, y las guías clínicas buscan orientar a los profesionales en estos dilemas.

Respecto al tratamiento, los fármacos actuales han demostrado ser eficaces para mejorar o frenar el deterioro conductual, funcional y cognitivo. Además, las terapias no farmacológicas, que mejoran la calidad de vida de personas con EA y cuidadores, son de bajo coste.

+ Líneas estratégicas

- *Valoración cognitiva.*
- *Criterios diagnósticos de enfermedad de Alzheimer.*
- *Exploraciones complementarias.*
- *El papel de la atención primaria en la asistencia al deterioro cognitivo. Criterios de derivación a atención especializada.*
- *Prevención primaria en la enfermedad de Alzheimer.*
- *Deterioro cognitivo ligero y enfermedad de Alzheimer prodrómica.*
- *Tratamiento farmacológico y no farmacológico específico de la enfermedad de Alzheimer.*
- *Avances en entrenamiento cognitivo: neuromodulación (tDCS), mindfulness y realidad virtual.*
- *Manejo de los síntomas psicológicos y conductuales de las demencias.*
- *Manejo de la enfermedad de Alzheimer avanzada.*

Sociedad Valenciana de Neurología

Nivel de implementación:

MODERADO

Nivel de conocimiento:

MODERADO

2. GUÍA DE MANEJO PRÁCTICO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

Sociedad Valenciana de
Neurología

Nivel de implementación:
MODERADO

Nivel de conocimiento:
MODERADO

+ Puntos clave

- **Propuestas de valoración cognitiva:**

El objetivo de la exploración neuropsicológica en la EA es identificar las consecuencias conductuales, emocionales y cognitivas de la disfunción cerebral. Incluye una anamnesis del paciente y su cuidador, abordando quejas principales, antecedentes y alteraciones funcionales y conductuales. La valoración cognitiva se ajusta según las necesidades y puede emplear escalas breves o baterías completas. Finalmente, se empleará una escala de graduación para diagnosticar el estado cognitivo, conductual y funcional del paciente, basándose en la valoración global de la sintomatología, tratamiento farmacológico, estado cognitivo y conductual, y repercusión funcional.

- **Limitaciones de los criterios diagnósticos:**

Los criterios NIA-AA (del inglés, *National Institute on Aging and Alzheimer's Association*) han sido criticados por abordar primero el diagnóstico sindrómico y luego el fisiopatológico, creando estadios de enfermedad (deterioro cognitivo leve, demencia) que pueden ser irrelevantes para el diagnóstico final. En cambio, los criterios del IWG (del inglés, *International Working Group*) proponen un enfoque más lineal, diferenciando entre biomarcadores fisiopatológicos, que son diagnósticos en fases sintomáticas, y biomarcadores de progresión, que sirven para estudiar la enfermedad o predecir su progresión. Aunque los criterios del IWG simplifican el proceso diagnóstico y son útiles para la investigación, no se aplican ampliamente en la práctica clínica, donde los NIA-AA permiten diagnosticar independientemente de los biomarcadores.

- **Conclusiones sobre exploraciones complementarias:**

Se realizará una analítica sanguínea convencional en todos los pacientes, que incluirá hemograma, bioquímica, función tiroidea, vitamina B12 y ácido fólico. La serología para sífilis y VIH se pedirá solo si hay sospecha. Todas las personas con EA han de tener, al menos, una prueba de neuroimagen estructural. El estudio de biomarcadores de EA en LCR (líquido cefalorraquídeo) es útil para evaluar a sujetos con deterioro cognitivo de inicio precoz y en casos atípicos. La PET (tomografía de emisión de positrones) amiloide también puede ser valiosa en pacientes con DCL (deterioro cognitivo leve) amnésico de menos de 75 años., además del LCR.

- **Conclusiones sobre el papel de la atención primaria:**

El profesional de atención primaria y otros profesionales de la salud juegan un papel clave en la detección del deterioro cognitivo. La adecuada remisión a niveles de atención más complejos y una interacción continua entre ambos niveles mejoran las intervenciones farmacológicas y psicosociales, facilitan la toma de decisiones y reducen los costes sanitarios. Para ello, es esencial dotar de tiempos adecuados para la asistencia, herramientas formativas necesarias y establecer mecanismos fluidos de comunicación y coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.

2. GUÍA DE MANEJO PRÁCTICO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

Sociedad Valenciana de
Neurología

Nivel de implementación:
MODERADO

Nivel de conocimiento:
MODERADO

+ Puntos clave

- **Recomendaciones generales sobre prevención primaria:**

Aunque la evidencia sobre la eficacia de las intervenciones para prevenir la EA aún no es lo suficientemente sólida, se sugiere controlar factores de riesgo y adoptar cambios en el estilo de vida, por su beneficio sobre incidencia de demencia. Se recomiendan medidas preventivas como mantener actividad intelectual y física constante, participar en actividades sociales, seguir una dieta baja en grasas saturadas y rica en antioxidantes, abandonar el tabaco, moderar el consumo de alcohol, y controlar la hipertensión y el colesterol desde edades medias.

- **Recomendaciones generales sobre el DCL:**

El primer paso en el abordaje del DCL es realizar un diagnóstico preciso, dado que este estado se sitúa entre la normalidad y la demencia. Se diagnostica cuando hay síntomas de deterioro cognitivo, observados por el propio paciente o por otros, y estos deben ser confirmados mediante un examen neuropsicológico. Es esencial considerar cualquier disfunción cognitiva como relevante y buscar intervenciones adecuadas, incluso en esta fase inicial, sin descartar la investigación de causas o la indicación de tratamientos.

- **Tratamiento farmacológico de la EA:**

A la espera de nuevas terapias, actualmente solo existen dos tipos de fármacos específicos para el tratamiento sintomático de la EA: inhibidores de la acetilcolinesterasa y un antagonista del receptor glutamatérgico N-metil D-aspartato (memantina). Por otro lado, Souvenaid® se presenta como un suplemento alimenticio destinado a tratar el deterioro cognitivo en la EA. Ensayos clínicos, como el estudio “Souvenaid II”, han demostrado que este producto mejora significativamente la memoria en personas con EA leve. Aunque Souvenaid® está aprobado, no cuenta con financiación y debe ser administrado bajo supervisión médica. Es seguro y bien tolerado, aunque se recomienda precaución en pacientes diabéticos y aquellos alérgicos a ciertos ingredientes.

- **Avances en el entrenamiento cognitivo:**

Las nuevas tecnologías en el entrenamiento cognitivo para personas con DCL y EA son prometedoras, pero requieren más estudios rigurosos. La estimulación transcraneal por corriente directa (tDCS), el mindfulness y la realidad virtual han surgido como alternativas a las terapias tradicionales. La tDCS presenta la mayor cantidad de evidencia positiva. Aunque el mindfulness ha demostrado ser efectivo y accesible, la realidad virtual necesita protocolos más robustos para validar su uso. En conjunto, estas técnicas ofrecen un enfoque innovador en la neuropsicología.

2. GUÍA DE MANEJO PRÁCTICO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

Sociedad Valenciana de
Neurología

Nivel de implementación:
MODERADO

Nivel de conocimiento:
MODERADO

+ Puntos clave

- **Manejo de los síntomas psicológicos y conductuales de las demencias:**

Los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD) son muy frecuentes y condicionan la calidad de vida del paciente y su entorno. El enfoque inicial debe centrarse en identificar el síntoma o signo guía y las potenciales causas lo generan. En un segundo nivel, deben emplearse abordajes no farmacológicos. Si estos no son efectivos, se recurrirá a tratamientos farmacológicos, comenzando con inhibidores de la acetilcolinesterasa o memantina. Para síntomas moderados, se pueden usar antidepresivos, y para síntomas severos, neurolépticos, siempre analizando el riesgo/beneficio. Debe existir una colaboración estrecha entre los niveles asistenciales.

- **Manejo de la EA avanzada:**

Se recomienda identificar a las personas con EA avanzada y registrar esta información en su historia clínica y facilitar el acceso a cuidados paliativos. La demencia avanzada afecta a la alimentación, higiene y movilidad, por lo que se recomienda integrar a estos pacientes en un programa de cuidados paliativos al alcanzar el estadio 7C de la escala FAST. Se recomienda conocer el estado y la situación del paciente (fragilidad y pluripatologías) en cada fase de la enfermedad antes de iniciar o suspender terapias farmacológicas de forma inadecuada. Además, se debe proporcionar a las familias la información y el apoyo necesarios para afrontar las decisiones difíciles en esta etapa.

3. INFORMACIÓN AL PACIENTE: ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS



Los avances en sanidad han incrementado la esperanza de vida, resultando en un envejecimiento progresivo de la población y la aparición de nuevas enfermedades que requieren cuidados fuera del entorno sanitario. La Conselleria de Sanitat ha reconocido la dependencia generada por la EA y otras demencias, y ha formulado recomendaciones para mejorar la calidad de vida de personas con EA y familias. En colaboración con la Sociedad Valenciana de Neurología, en el año 2007, la Conselleria publicó el libro **Información al paciente: enfermedad de Alzheimer y otras demencias**.

El libro centra su atención en dar respuesta a una serie de preguntas que siempre surgen cuando se habla de la EA y otras demencias: el modo en que funciona el cerebro del paciente, cómo afecta a la actividad intelectual, cuáles son las causas o cómo se diagnostica la EA. Su objetivo es mejorar el conocimiento sobre prevención, recursos disponibles, manejo de síntomas y adecuación de cuidados y tratamientos.

+ Puntos clave

- *Este libro recoge información fundamental sobre la demencia y la EA, abarcando aspectos relevantes para pacientes, familiares y profesionales de la salud.*
- *Se analizan temas como la comprensión de la demencia y la EA, el funcionamiento del cerebro, y la distinción entre el envejecimiento normal y la EA.*
- *También se exploran las causas de la EA, el proceso de diagnóstico, y cómo diferenciarla de otros tipos de demencia.*
- *Además, se presentan opciones de tratamiento, tanto farmacológico como no farmacológico, así como estrategias de prevención.*
- *Por último, se discuten cuestiones prácticas para personas con EA y familias, la importancia del cuidado de los cuidadores y se examina el futuro de la investigación y el tratamiento en la EA.*

Conselleria de Sanitat

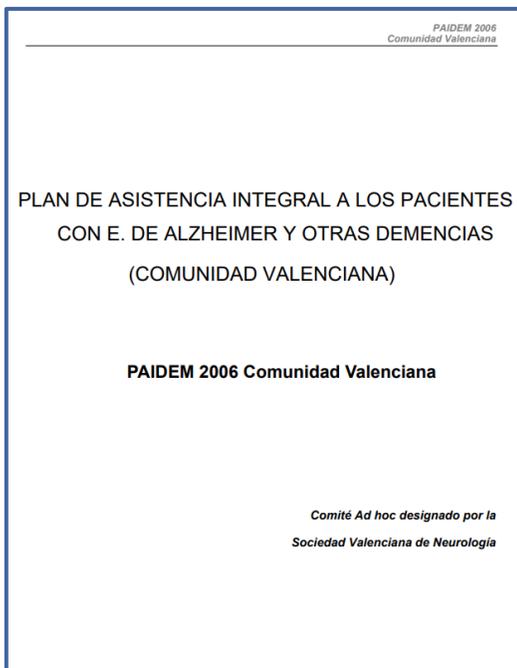
Nivel de implementación:

BAJO

Nivel de conocimiento:

BAJO

4. PLAN DE ASISTENCIA INTEGRAL A LOS PACIENTES CON E. DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS – PAIDEM COMUNIDAD VALENCIANA



Sociedad Valenciana de Neurología

12 líneas estratégicas

Nivel de implementación:

BAJO

Nivel de conocimiento:

BAJO

Las enfermedades que cursan con trastornos cognitivos y demencia tienen una larga evolución y generan un fuerte impacto en el entorno socio-familiar debido a las alteraciones en la esfera intelectual, funcional y del comportamiento que producen. Por ello, este tipo de trastornos requieren de una asistencia integral desde un enfoque bio-psico-social, donde la coordinación sociosanitaria es clave. En el año 2006, la Sociedad Valenciana de Neurología publicó el **Plan de asistencia integral a los pacientes con E. de Alzheimer y otras demencias (PAIDEM)**.

La misión del PAIDEM residía en prestar una asistencia integral y de calidad a personas con trastornos cognitivos y sus cuidadores, mejorando así la calidad de vida de todos los involucrados. Además, buscaba fomentar y participar en la generación y comunicación del conocimiento sobre enfermedades como la EA a través de investigación y docencia. También aspiraba a una gestión efectiva de los recursos destinados a asistencia, docencia e investigación, utilizando protocolos específicos, priorizando esfuerzos estratégicos y registrando datos relevantes para facilitar la toma de decisiones.

De esta forma, aspiraba a abordar retos clave como la mayor implicación de atención primaria en la asistencia a las demencias, una mejor coordinación sociosanitaria, la creación de dispositivos específicos, el apoyo a los cuidadores mediante formación y recursos, así como el fomento de la investigación en demencias.

+ Líneas estratégicas

1. *Mejorar la detección y tratamiento temprano de la enfermedad.*
2. *Ofrecer atención integral y multidisciplinar para retrasar el desarrollo de la incapacidad.*
3. *Facilitar el acceso a los recursos sanitarios existentes.*
4. *Adecuar el plan de cuidados en función del grado de evolución de la enfermedad.*
5. *Definir el papel y responsabilidad de los profesionales y niveles asistenciales.*
6. *Favorecer el apoyo a los cuidadores principales y de apoyo.*
7. *Potenciar la formación básica y continuada tanto a profesionales como a los cuidadores.*
8. *Mejorar el conocimiento de la enfermedad en sus aspectos biológicos, clínicos y sociales.*
9. *Fomentar el desarrollo de los recursos sociales y sanitarios.*
10. *Diseñar una organización operativa, eficaz y flexible*
11. *Diseñar un sistema de registro de datos.*
12. *Incorporar sistemas de mejora continua y reingeniería de procesos para la evaluación.*

OTRAS HERRAMIENTAS IDENTIFICADAS POR LOS EXPERTOS

PROCESO DE ATENCIÓN A PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA

Proceso de Atención a Pacientes con Enfermedad de Alzheimer

Entidad responsable: Conselleria de Sanitat Universal y Salut Pública

Año de publicación: 2017

Resumen: pretende ser un texto actualizado, sencillo y breve, que aporte utilidad a la atención de las personas con EA y sus cuidadores. Las recomendaciones incluidas en el documento servirán como guía para la creación de futuras rutas asistenciales para personas con demencia en los departamentos de salud.

Fuente:

<https://www.enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/1802/Proceso%20de%20Atencio%cc%81n%20a%20Pacientes%20con%20Enfermedad%20de%20Alzheimer.pdf>

Estrategia Valenciana de Coordinación e Integración Sociosanitaria

Estrategia Valenciana de Coordinación e Integración Sociosanitaria

Entidad responsable: Conselleria de Servicios Sociales, Igualdad y Vivienda, y la Conselleria de Sanidad

Año de publicación: (pendiente de publicación)

Resumen: el plan busca garantizar servicios integrales de atención social y sanitaria, priorizando colectivos vulnerables y promoviendo la colaboración institucional. La estrategia se enfoca en eficiencia, equidad y calidad, poniendo a la persona en el centro. También incluye iniciativas en residencias, como campañas de vacunación y atención sanitaria..

Fuente: <https://comunica.gva.es/es/detalle?id=385161856&site=373422400>

3. PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE

MAPEA
Mapa de recursos para enfermos
de Alzheimer



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

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

AGENTES



Entorno del paciente



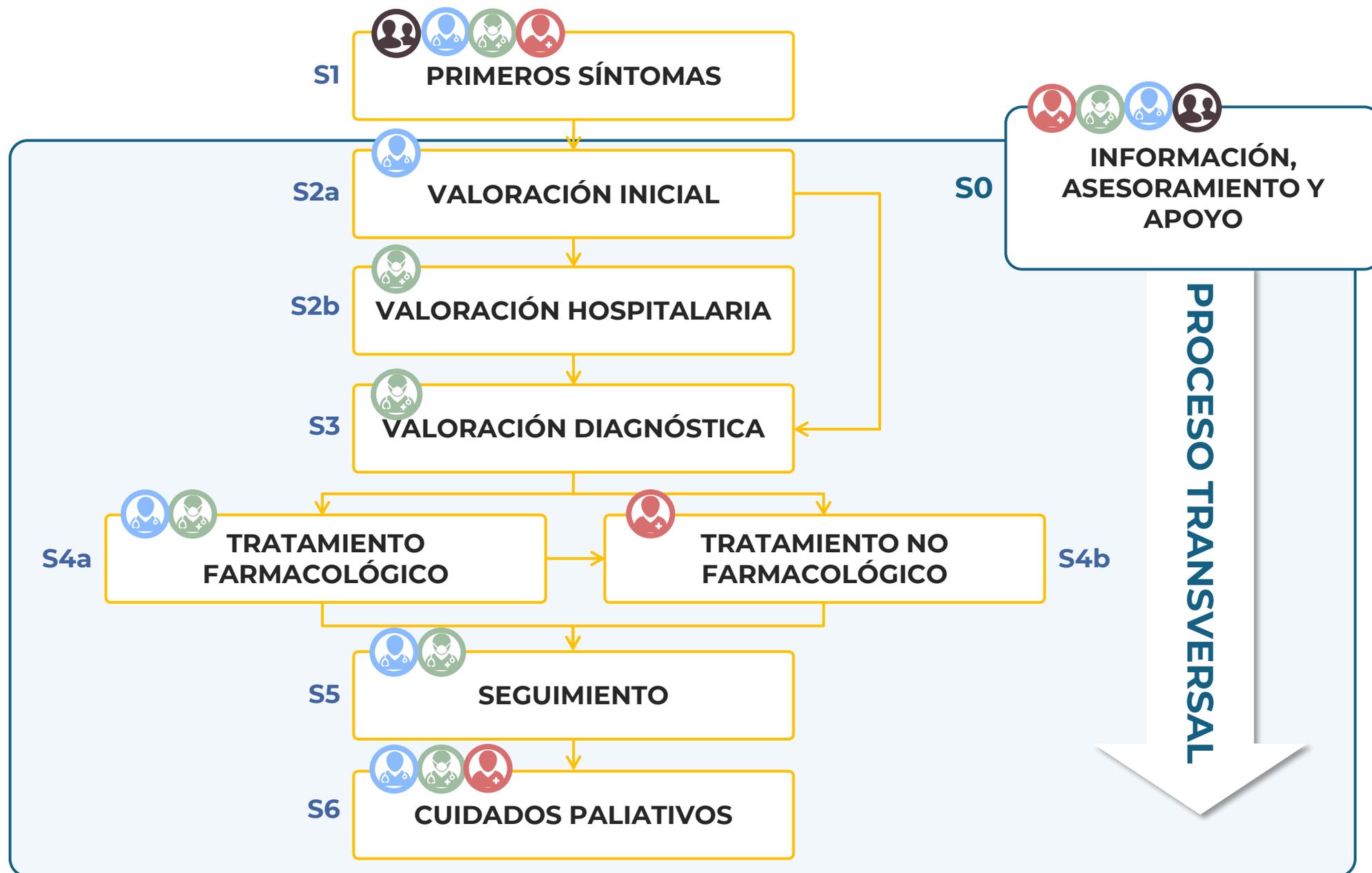
Atención primaria



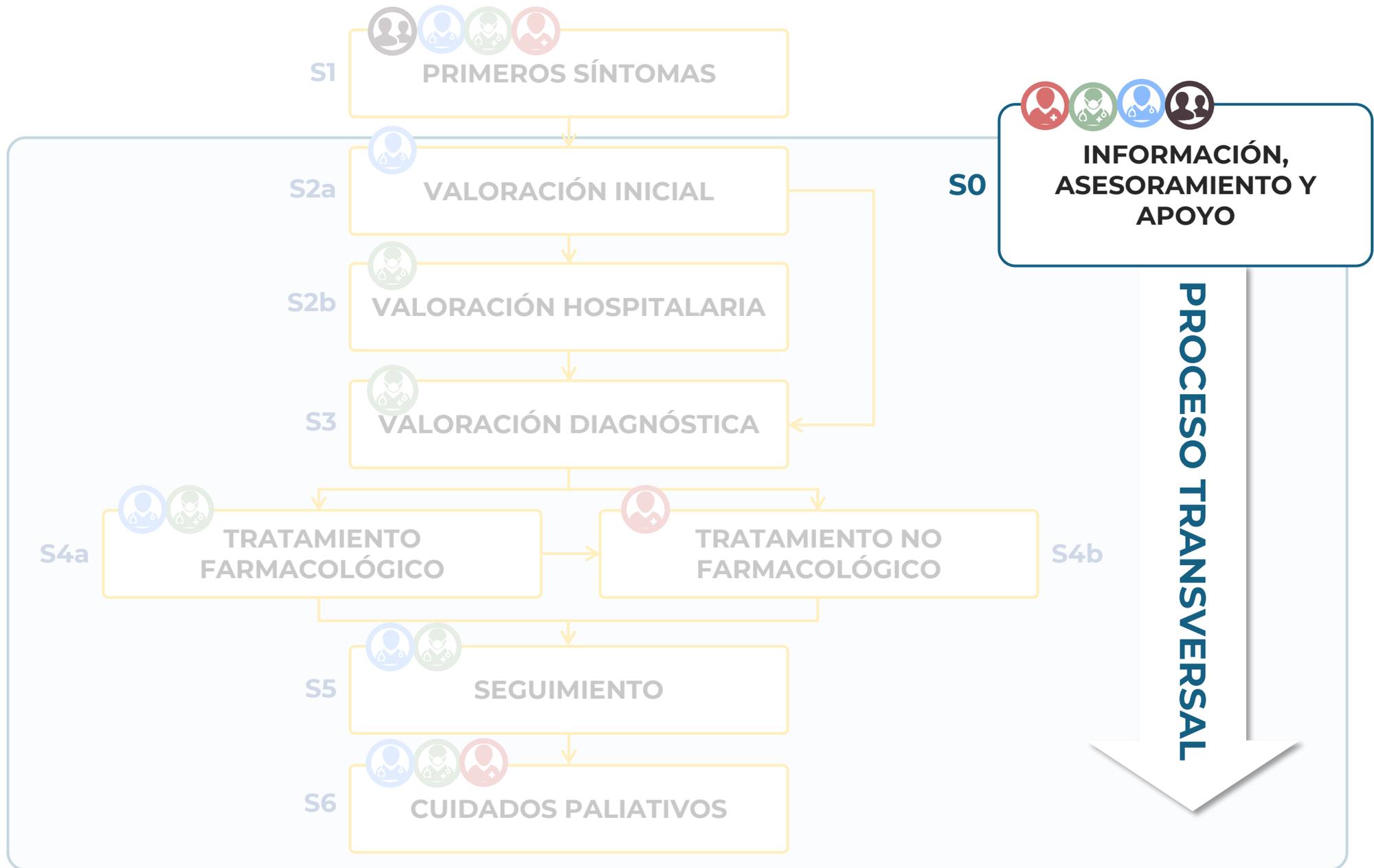
Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario



AGENTES



RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE INFORMACIÓN, ASESORAMIENTO Y APOYO EN C. VALENCIANA

S0



INFORMACIÓN,
ASESORAMIENTO Y
APOYO

PROCESO TRANSVERSAL

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

- **El 67%** de los expertos encuestados considera la información comunicada en este momento como **insuficiente**, siendo la principal causa de esto la falta de tiempo en consulta.
- **El 31%** indican que las comunicaciones del diagnóstico se realizan en una consulta rutinaria, y **otro 31%** indican que se realizan tanto en consulta rutinaria como en consulta específica.
- Entre los temas tratados durante la comunicación del diagnóstico:
 - **Todos los profesionales sanitarios y la AFA** (Asociación de Familiares de Alzheimer) 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 72%** de los expertos encuestados (profesionales sanitarios y AFA) afirman que uno de los temas más tratados son las terapias no farmacológicas.
 - **El 82%** de los expertos encuestados (profesionales sanitarios y AFA) afirman que uno de los temas más tratados son las expectativas clínicas, y **el 55%** indican que la planificación anticipada también es uno de los temas tratados con más frecuencia.

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE INFORMACIÓN, ASESORAMIENTO Y APOYO EN C. VALENCIANA

S0



INFORMACIÓN,
ASESORAMIENTO Y
APOYO

PROCESO TRANSVERSAL

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

- No suele realizarse de forma rutinaria, sólo excepcionalmente y sigue siendo un tema tabú. Es un tema desconocido por parte de muchos profesionales que atienden al paciente y a sus familias.
- **Un 64%** de los expertos encuestados refieren que se realiza durante el seguimiento, un **18%** lo desconoce o afirma que no se realiza y, el **18%** restante afirma que se realiza en el diagnóstico o después de este.
- Los profesionales encargados de este procedimiento son neurología y medicina familiar y comunitaria y, en menor medida, geriatría y trabajo social.
- **Un 85%** de los expertos encuestados consideran que el soporte a las personas con EA y familiares para la redacción de estos documentos es **insuficiente**.

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

- **El 85%** de los expertos encuestados refiere que existe un protocolo específico de acceso y registro para la elaboración de documentos de voluntades anticipadas y eutanasia.
- Existe un apartado en la historia clínica electrónica (HCE) para el registro de voluntades anticipadas.
- Solo **el 23%** de los expertos encuestados afirman que el registro de voluntades anticipadas se realiza siempre para la mayoría de las personas con EA, en algún momento del proceso a partir del diagnóstico.

AGENTES



Entorno del paciente



Atención primaria



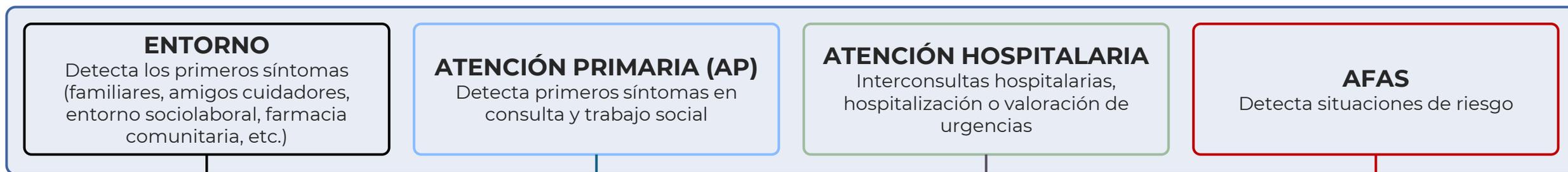
Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario



S1



S2A



S2B



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



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE PRIMEROS SÍNTOMAS EN C. VALENCIANA

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 1: el **69%** de los expertos encuestados consideran que el planteamiento del **subproceso 1 sobre primeros síntomas se ajusta a la realidad en la C. Valenciana.**

BÚSQUEDA ACTIVA DE LOS SÍNTOMAS DE DETERIORO COGNITIVO: no existe consenso entre los profesionales de atención primaria con respecto a si se pregunta activamente a las personas con EA y/o familiares ante la presencia de cualquier sospecha de deterioro cognitivo en las consultas. En muchos casos, se detectan síntomas y no se deriva a neurología, achacándolos a problemas propios de la edad.

PAPEL DE TRABAJO SOCIAL EN LA DETECCIÓN DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS: no existe un consenso sobre el principal momento de actuación por parte de trabajo social. Algunos de los expertos encuestados afirman que solo intervienen en fases moderadas y severas, cuando la demencia ya está instaurada y se precisa de información sobre ayudas sociales, por lo que tienen poca participación durante la valoración de los primeros síntomas. También pueden participar cuando un problema social detectado se sustenta en un trastorno cognitivo no diagnosticado.

Por el contrario, otros expertos encuestados afirman que, desde trabajo social, pueden informar y asesorar desde un inicio a los familiares para guiarlos en los trámites burocráticos que han de seguir. Sin embargo, están muy sujetos al diagnóstico sanitario ya que, sin un reconocimiento en un informe de salud, con los test oportunos, no se puede iniciar ningún trámite.

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE PRIMEROS SÍNTOMAS EN C. VALENCIANA

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: los expertos encuestados señalan que existen limitaciones en el cribado realizado por atención primaria, lo que retrasa la primera consulta con neurología. Las causas principales incluyen la falta de formación específica sobre la EA, y de tiempo de los profesionales sanitarios, la carencia de protocolos y la necesidad de posicionar al paciente crónico en el mapa de actuación. También mencionan la falta de formación en tratamientos no farmacológicos.

Los expertos encuestados también ponen de manifiesto la necesidad de agilizar la atención hospitalaria, ya que entre la detección de los primeros síntomas hasta la primera visita pueden pasar varios meses. Las unidades de demencias pueden ofrecer una atención más rápida y directa.

Por último, falta reconocimiento específico para las personas con EA en los centros sociosanitarios, ya que las terapias no farmacológicas no están cubiertas por la sanidad pública. Actualmente, son las asociaciones quienes asumen este papel, pero sin el reconocimiento adecuado.

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

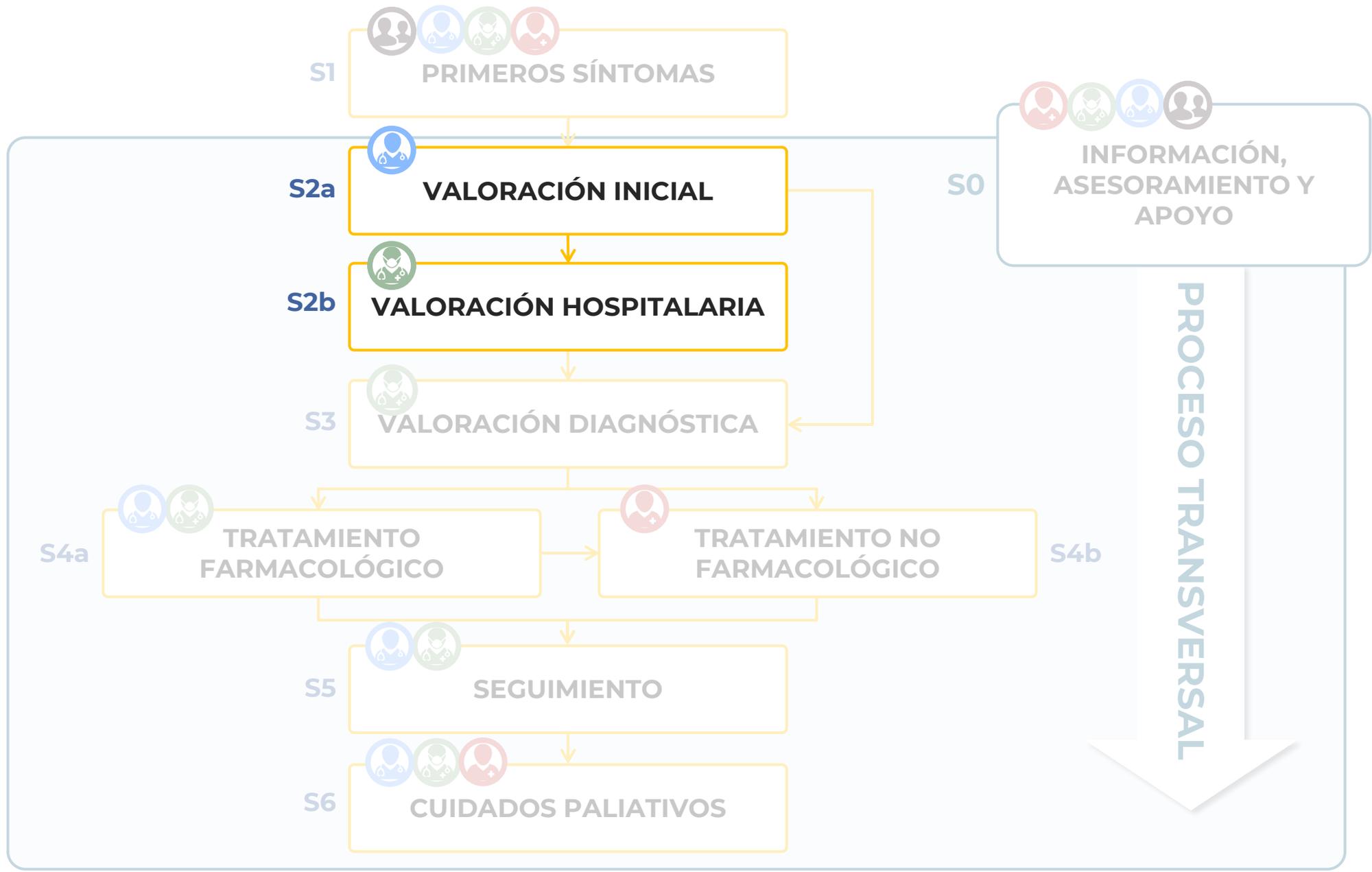
- El **86%** de los expertos encuestados identifican como barrera la **falta de tiempo/conocimiento** de los profesionales sanitarios.
- El **67%** de los expertos encuestados identifican como barrera los **problemas en la capacidad e infraestructura** del sistema.
- El **58%** de los expertos encuestados identifican como barrera el **rechazo o la falta de concienciación sobre la EA** por parte de pacientes y familiares tras el diagnóstico, cuyos síntomas se interpretan como parte natural del envejecimiento.
- **A nivel de atención primaria**, los profesionales de atención primaria encuestados consideran que la escasa inversión está detrás de la falta de tiempo en consulta, así como de herramientas, lo que permitiría una gestión adecuada de la demanda para que estos profesionales realicen su trabajo.
- **A nivel de atención hospitalaria**, además de la falta de tiempo en consulta, los profesionales de atención hospitalaria encuestados identifican como barreras la falta de herramientas y la actitud reticente por parte de las personas con EA y familiares.

En este sentido, los expertos recomiendan **impulsar la formación para aumentar la detección temprana** de casos mediante la correcta realización de test cognitivos de cribado en atención primaria para facilitar la correcta derivación a neurología. Asimismo, ponen de manifiesto la necesidad de concienciar a todos los profesionales sanitarios sobre el impacto social y psicoafectivo en el entorno familiar en el momento del diagnóstico.

Es fundamental integrar el área sociosanitaria en la administración pública, abordando tanto las necesidades médicas como sociales para evitar la desatención de personas con EA y familias.

AGENTES

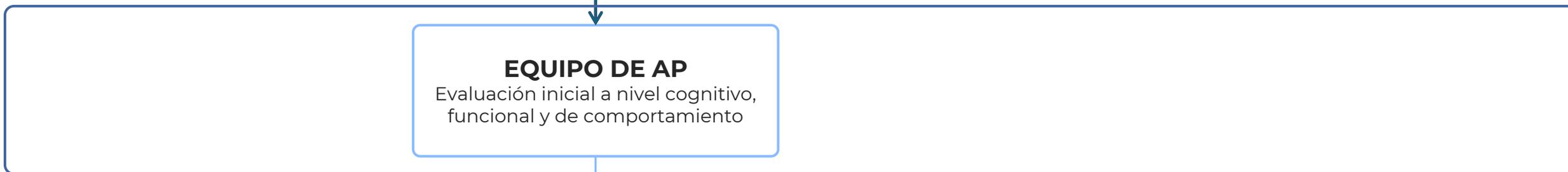
- Entorno del paciente
- Atención primaria
- Atención hospitalaria
- Ámbito sociosanitario**



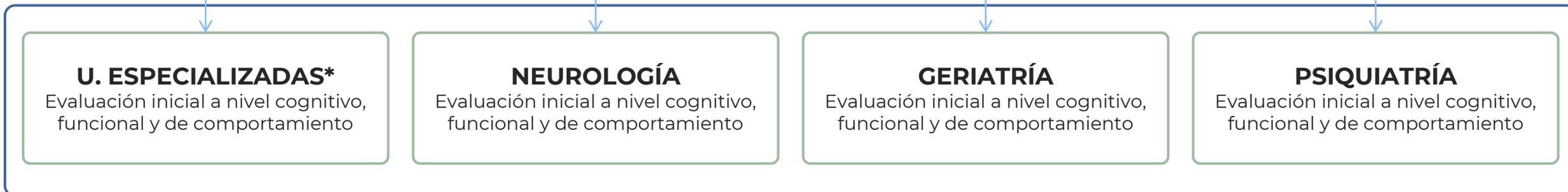
S1



S2A



S2B



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



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL PACIENTE EN C. VALENCIANA

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 2: el **70%** de los expertos encuestados consideran que el planteamiento del **subproceso 2A de valoración inicial y 2B de valoración hospitalaria no se ajusta a la realidad en la C. Valenciana.**

EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO DE DERIVACIÓN: el **80%** 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: los profesionales de atención primaria refieren tener capacidad para realizar derivaciones a unidades especializadas, siendo lo más habitual las derivaciones a **neurología**, incluso medicina interna en ausencia de este servicio.

- **El número de consultas en atención primaria previas a la derivación a atención hospitalaria** oscila entre 2 y 5 visitas previas a la derivación.
- **Pruebas solicitadas desde atención primaria:** habitualmente, las pruebas solicitadas son la resonancia magnética o TAC y la analítica. En menor medida, además, la valoración neuropsicológica. No siempre existe un protocolo o guía.
- **Pruebas solicitadas desde atención hospitalaria:** existe disponibilidad para realización de pruebas de neuroimagen y pruebas en LCR. Los profesionales de atención hospitalaria también disponen de análisis genéticos, PET y, en algún caso, pruebas de valoración neuropsicológica.
- **El tiempo medio** desde la sospecha en atención primaria hasta la derivación a atención hospitalaria es menor de 3 meses*.
- **El tiempo medio** desde la derivación desde atención primaria hasta la atención en la consulta de atención hospitalaria es mayor de 6 meses*.

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

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL PACIENTE EN C. VALENCIANA

PAPEL DE TRABAJO SOCIAL EN LA VALORACIÓN DE LAS PERSONAS CON SOSPECHA DE EA: no existe un consenso sobre el papel de trabajo social en esta etapa del proceso. Los trabajadores sociales sensibilizan a las familias, que a menudo justifican los primeros síntomas del deterioro, y desempeñan una labor esencial de información y asesoramiento, aliviando el miedo y la incertidumbre. Realizan la valoración social, previa a la detección de riesgos por parte de los facultativos, trabajando de forma multidisciplinar con el geriatra, contactando con familiares, asegurando la continuidad de cuidados y ayudando a elegir el nivel asistencial más adecuado.

ACCESO A RECURSOS DE NEUROPSICOLOGÍA: el 50% de los expertos encuestados (profesionales sanitarios + AFA) **afirman tener acceso a recursos de neuropsicología** en esta etapa del proceso, pero en la mayoría de los casos, a través de convenios con centros privados, con asociaciones de pacientes, o a través de líneas de investigación, pero no a través del propio centro.

PAPEL ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN DEL PACIENTE:

- **Atención primaria:** los profesionales sanitarios de atención primaria encuestados consideran que el papel principal de enfermería de atención primaria es realizar los cuestionarios para evaluar el estado cognitivo y funcional, participando también en la asistencia domiciliaria. No existen profesionales de enfermería con dedicación especial a demencias o EA.
- **Atención hospitalaria:** los profesionales sanitarios de atención hospitalaria afirman que enfermería participa, en algunos hospitales, en el proceso de punción lumbar para la realización de biomarcadores, informa sobre efectos adversos en fármacos y puede realizar evaluaciones del estado cognitivo y colaboran en el desarrollo del plan de cuidados. En las consultas monográficas de demencia o unidades de demencia ejercen labores formativas y de seguimiento. En general, no existen profesionales de enfermería con dedicación especial a demencias o EA, sino que se comparten con otras especialidades.
- **Enfermería gestora de casos/práctica avanzada:** el 88% de los profesionales sanitarios refieren la existencia de estas figuras en su entorno. En los casos que disponen de enfermería gestora de casos, sus funciones específicas son atender casos de especial complejidad social o pluripatología, y servir de enlace entre atención primaria y hospitalaria, así como con el cuidador. También participan en la gestión del proceso asistencial y en la coordinación con atención primaria en casos de mal control de la sintomatología conductual, controlando cambios en el estado basal.

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL PACIENTE EN C. VALENCIANA

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

- **Barreras en el acceso a recursos:** falta de neuropsicólogos para realizar evaluaciones cognitivas en personas con sospecha de EA y el acceso limitado a consultas especializadas de demencia o unidades de demencia, estableciendo un sistema de filtro consensuado entre atención primaria y las unidades especializadas para facilitar el acceso a la valoración inicial.
- **Gran déficit de geriatras en la C. Valenciana:** faltan servicios y secciones de geriatría en la gran mayoría de los hospitales de la comunidad, donde realizar una valoración geriátrica integral adecuada. También se resalta la falta de psicólogos o psicogeriatras que puedan realizar valoraciones y tests cognitivos más completos, así como de enfermería especializada en el manejo de pacientes geriátricos con demencia.
- **Barreras en la evaluación y el diagnóstico:** mejorar la evaluación inicial en atención primaria para una detección efectiva del deterioro cognitivo, implementar protocolos estandarizados de evaluación que incluyan herramientas específicas para la detección temprana de deterioro cognitivo y ausencia de cribados sistemáticos en atención primaria que faciliten la identificación temprana de problemas cognitivos.
- **Falta de coordinación entre los diferentes especialistas:** al tratarse de una patología con diversidad de síntomas y conductas, se necesita de profesionales de las diferentes áreas afectadas, como geriatría y psiquiatría. Requieren más protocolos, así como una gestión única y la creación de un comité multidisciplinar. En esta parte del proceso solo se realiza derivación de atención primaria a neurología.
- **Falta de formación y sensibilización:** necesidad de mejorar los conocimientos sobre deterioro cognitivo por parte de los profesionales de atención primaria para una mejor derivación, así como fomentar el estudio de geriatría en las universidades y asegurar que haya oportunidades laborales en el sistema de salud pública para atraer y retener a estos especialistas. Asimismo, resaltan la falta de concienciación, tiempo e inversión respecto a la enfermedad.

En C. Valenciana, 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

Test de Pfeiffer Mini Examen Cognitivo de Lobo Test del Reloj
--

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

ATENCIÓN HOSPITALARIA

Mini-Mental State Examination	Test del informador
Mini Examen Cognitivo de Lobo	Test de Pfeiffer
Test del Reloj	Fototest
Test de alteración de memoria	Montreal Cognitive Assessment
	Fluidez categorial y semántica

Escala de Lawton y Brody (AIVD)
Índice de Barthel
Índice de Katz (ABVD)
Functional Activities Questionnaire (FAQ)
Functional Assessment Stages (FAST)

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

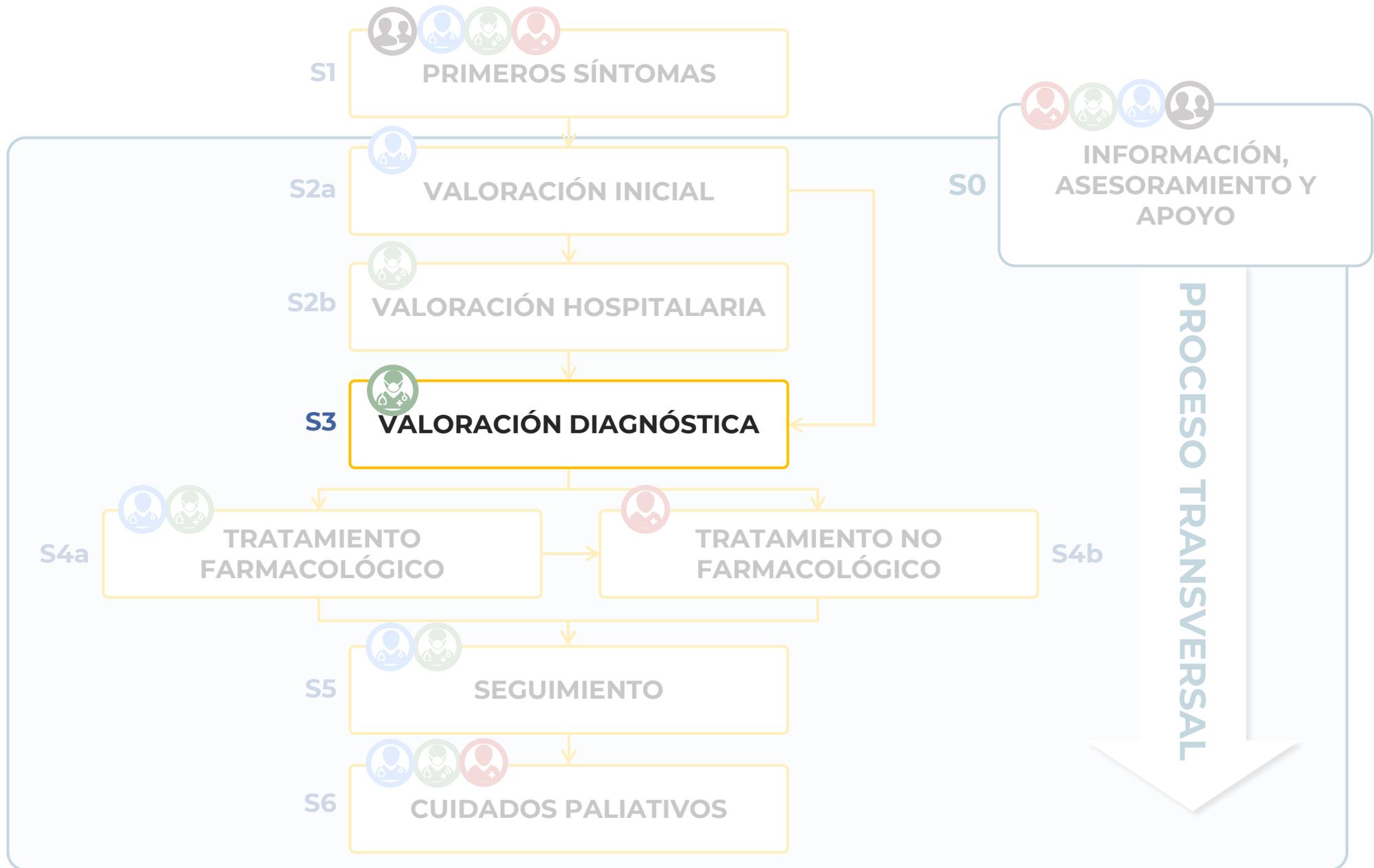
Exploración neuropsicológica abreviada: los test realizados de manera más habitual en atención hospitalaria son el **Mini Examen Cognitivo de Lobo** y el Test del Reloj, seguidos del Mini-Mental State Examination, el Montreal Cognitive Assessment, el Test de Pfeiffer y el Índice de Barthel.

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

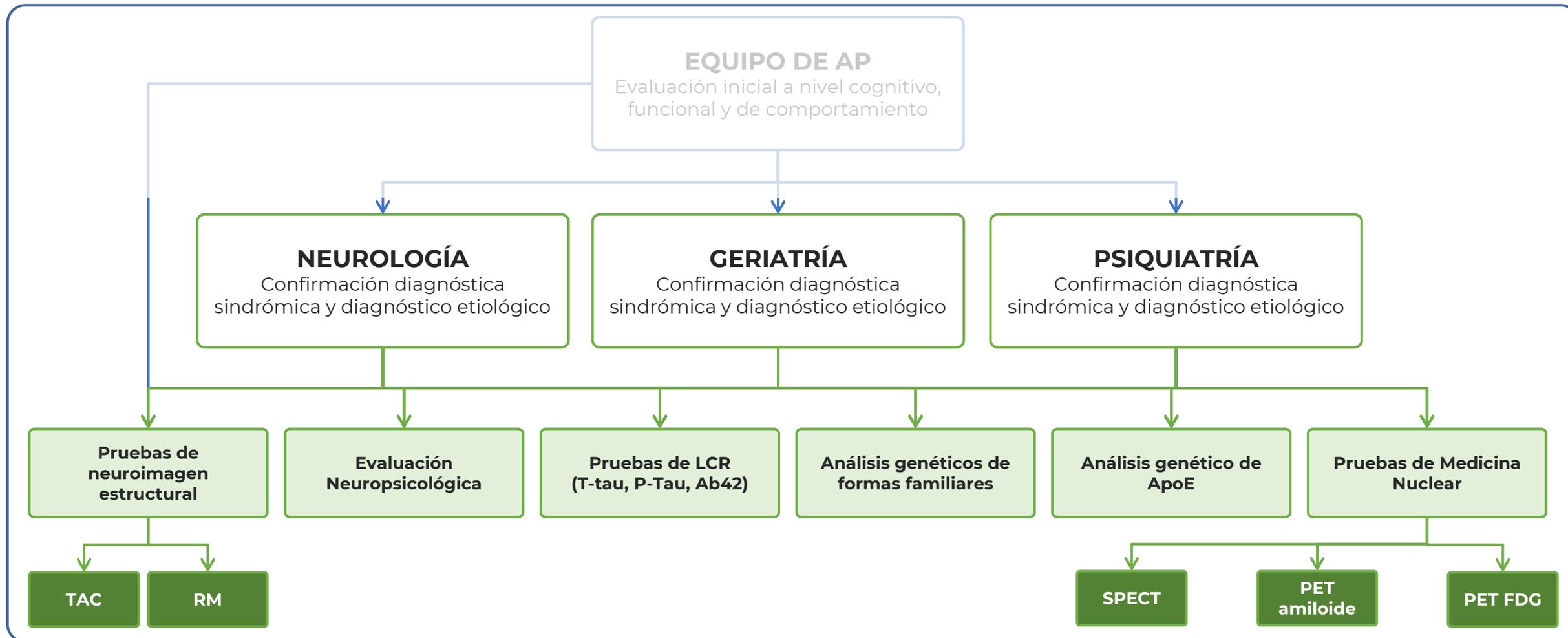
Otras herramientas identificadas son: el test de alteración de la memoria, la copia de pentágonos, el set test, y alguna subprueba del test de Barcelona (Peña-Casanova).

AGENTES

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



S3



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DIAGNÓSTICA EN C. VALENCIANA: PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN INICIAL

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 3: el **54%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 3 sobre la valoración diagnóstica no se ajusta a la realidad en la C. Valenciana.**

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DIAGNÓSTICA EN C. VALENCIANA: TAC

El **100%** de los profesionales sanitarios encuestados, junto con los expertos de gestión, confirman tener acceso para solicitar una prueba TAC en el caso de sospecha de EA.

Según los profesionales sanitarios encuestados, al **70,3% (20%-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 **78%** de los profesionales sanitarios encuestados afirman que los TACs se realizan en las máquinas del propio centro.

Un **36%** de los profesionales sanitarios encuestados, junto con gestión, refieren que su centro sí dispone de un uso específico de esta tecnología para personas con sospecha de EA. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).*

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

- Entre 1 y 2 meses, según **el 44%** de los profesionales sanitarios encuestados**.
- El tiempo de espera es considerado como **inadecuado** por el **44%** de los profesionales sanitarios encuestados, y **adecuado** por el **56%** restante (la mayoría de los que consideran estos tiempos adecuados indican 1-2 meses de tiempo medio de espera).
- El **56%** de los profesionales sanitarios encuestados desconoce la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- Las políticas identificadas existentes actualmente consisten en módulos de actividad adicional para facultativos que voluntariamente quieran realizarlos, así como derivación de las demoras a centros concertados.
- El **67%** de los profesionales sanitarios encuestados consideran que la estrategia más efectiva para reducir los tiempos de espera es maximizar el uso de las máquinas y profesionales ya disponibles; un **22%** opinan que realización de TAC no supone en la actualidad un factor limitante en el proceso.

El **44%** de los profesionales sanitarios encuestados refieren que la principal barrera a la que se enfrentan a la hora de solicitar estas pruebas son los tiempos de espera demasiado largos. El **56%** restante afirman que la realización de TAC no supone, en la actualidad, un factor limitante en el proceso.

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

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

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DIAGNÓSTICA EN C. VALENCIANA: RM

El **100%** de los profesionales sanitarios encuestados, junto con gestión, confirman tener acceso para solicitar una RM para las personas con sospecha de EA.

Según los profesionales sanitarios encuestados, al **56,5% (20%-100%)*** 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 **88%** de los profesionales sanitarios encuestados afirman que las pruebas se realizan en las máquinas del propio centro.

Un **45%** de los profesionales sanitarios encuestados, junto con gestión, refieren que su centro sí dispone de un uso específico de esta tecnología para personas con sospecha de EA. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).*

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

- Entre 2 y 3 meses, según **un 44%** de los profesionales sanitarios encuestados, y superior a 3 meses, según **otro 44%****.
- El tiempo de espera es considerado como **inadecuado** por **el 67%** de los profesionales sanitarios encuestados, y **adecuado** por **el 33%** (entre 2-3 meses).
- El **50%** de los profesionales sanitarios encuestados desconoce la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- Las políticas identificadas existentes actualmente consisten en módulos de actividad adicional para facultativos que voluntariamente quieran realizarlos, así como las demoras a centros concertados.
- El **78%** de los profesionales sanitarios encuestados consideran que la estrategia más efectiva para reducir los tiempos de espera es maximizar el uso de máquinas y profesionales disponibles; **un 11%** opinan que realización de RM no supone en la actualidad un factor limitante en el proceso, y **el 11%** restante consideran que deberían aumentar el número de máquinas y profesionales.

El **78%** de los profesionales sanitarios encuestados refieren que la principal barrera a la que se enfrentan a la hora de solicitar estas pruebas son los tiempos de espera demasiado largos. Algunos expertos mencionan que esta prueba se limita a un perfil específico, distinto de la EA (por ejemplo, pacientes oncológicos). Asimismo, mencionan la escasa formación en demencia de los radiólogos.

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

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

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DIAGNÓSTICA EN C. VALENCIANA: SPECT

El **67%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados, junto con gestión, afirman tener acceso para solicitar una prueba SPECT en el caso de sospecha de EA. **El 33%** restante refiere no utilizar esta técnica, actualmente reemplazada por el TAC y PET.

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **38,6% (5%-100%)*** de las personas con sospecha de EA se les realiza una prueba SPECT.

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

El **60%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados afirman que las pruebas se realizan en centros de referencia del SNS.

Un **71%** de los profesionales de atención hospitalaria, junto con gestión, refieren que desconocen o su centro 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:

- Entre 2 y 3 meses, según **el 40%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados**.
- Este tiempo es considerado como **adecuado** por el **80%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados, e **inadecuado** por el **20%** restante (>3 meses).
- El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren que desconocen o no existen políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- El **80%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados consideran que la estrategia más efectiva para reducir los tiempos de espera sería maximizar el uso de máquinas y profesionales disponibles; un **20%** opinan que realización de SPECT no supone en la actualidad un factor limitante en el proceso.

El **60%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refiere tener limitación en el número de pruebas de este tipo que pueden solicitar, ya sea por unos tiempos de espera demasiado largos o por motivos de la edad del paciente.

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

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

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DIAGNÓSTICA EN C. VALENCIANA: PET AMILOIDE

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

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **28,8% (5%-100%)*** de las personas con sospecha de EA se les realiza un PET amiloide.

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

El **57%** de los profesionales sanitarios encuestados afirman que las pruebas se realizan en centros privados o centros de referencia del SNS.

El **56%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren que su centro sí dispone de un uso específico de esta tecnología para personas con sospecha de EA. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).*

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

- Entre 2 y 3 meses, según **el 57%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados**.
- El tiempo de espera es considerado como **inadecuado** por el **43%** de los profesionales sanitarios encuestados (la mayoría reportan >3 meses), y **adecuado** por el **57%** restante (la mayoría reportan 2-3 meses).
- El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren que desconocen o no existen políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- **El 86%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados consideran como la estrategia más efectiva para reducir los tiempos de espera maximizar el uso de máquinas y profesionales disponibles; **el 14%** afirma que se debería mejorar la indicación de las solicitudes.

Algunos profesionales sanitarios indican que esta prueba debería ser más utilizada, sobre todo en dudas en el diagnóstico y en personas con edades más tempranas.

El **85%** de los profesionales de atención hospitalaria que realizan la prueba refieren tener una limitación en el número de pruebas de este tipo que pueden solicitar, ya sea por los tiempos de espera demasiado largos, el perfil de pacientes para el que la pueden utilizar (debería utilizarse en edades más tempranas), así como por el coste de la prueba, lo que lleva a que el servicio de medicina nuclear seleccione las pruebas a realizar. En personas mayores de 75 años con deterioro cognitivo, el PET de amiloide actualmente presenta un porcentaje significativo de falsos positivos.

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

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

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DIAGNÓSTICA EN C. VALENCIANA: PET FDG

El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados, junto con gestión, refieren tener acceso para solicitar una prueba PET FDG en el caso de sospecha de EA.

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **47,1% (19%-100%)*** de las personas con sospecha de EA se les realiza un PET FDG.

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

El **57%** de los de profesionales de atención hospitalaria encuestados afirman que las pruebas se realizan en centros privados o centros de referencia del SNS y un **67%**, junto con gestión, afirman que desconocen o no 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 2 y 3 meses, según **el 42%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados**.
- Este tiempo es considerado como **inadecuado** por el **43%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados (la mayoría reportan >3 meses), y **adecuado** por el **57%** restante (entre 1-2 y 2-3 meses).
- 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 maximizar el uso de las máquinas y de los profesionales ya disponibles.

El **71%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refiere tener limitación en el número de pruebas de este tipo que pueden solicitar; de estos, **un 80%** refiere que la principal barrera son los tiempos de espera demasiado largos.

En ocasiones, los pacientes son excluidos de la técnica por no cumplir los criterios de selección, ya que se considera una herramienta prioritaria para uso en oncología.

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

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

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DIAGNÓSTICA EN C. VALENCIANA: PET TAU

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

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

El **78%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados, junto con gestión, refieren tener acceso para solicitar una prueba de LCR en el caso de sospecha de EA.

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **44,3% (10%-99%)*** de las personas con sospecha de EA se les realiza un LCR.

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

El **83%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados afirman que las pruebas se realizan en el propio centro, y un **57%** de los profesionales sanitarios encuestados, junto con gestión, sostienen sí 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 33%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados; **un 50%** de los profesionales de atención hospitalaria refieren que este tiempo oscila entre 1 y 2 meses**.
- Este tiempo es considerado como **adecuado** por el **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados.
- 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 de los profesionales disponibles para la realización de la prueba. Otros refieren que es necesario mejorar la coordinación entre consultas externas y el hospital de día para poder dedicar más tiempo a realizar punciones lumbares, además de atender a personas hospitalizadas por procesos agudos.

El **83%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren limitaciones para la realización de esta prueba, tales como las barreras impuestas por el propio paciente, al no aceptar los riesgos de la realización de una punción lumbar, el procesamiento de las muestras y la limitación a un perfil específico de pacientes (edad).

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

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

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DIAGNÓSTICA EN C. VALENCIANA: TEST GENÉTICO (ApoE)

El **67%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados, junto con gestión, refieren tener acceso para solicitar un test genético (ApoE) en el caso de sospecha de EA. **El 33%** restante refieren no utilizar esta prueba.

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **27,5% (5%-90%)*** de las personas con sospecha de EA se les realiza un test genético (ApoE).

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

El **50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados afirman que las pruebas se realizan en el propio centro, y un **83%** de los profesionales sanitarios encuestados, junto con gestión, sostienen que desconocen o no se dispone de un uso exclusivo de esta tecnología para personas con sospecha de EA. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).*

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

- Entre 1 y 2 meses, según **el 50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados**.
- Este tiempo es considerado como **inadecuado** por **el 25%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados (>3 meses), y **adecuado** por el **75%** restante (la mayoría reportan entre 1-2 meses).
- 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 como la estrategia más efectiva para reducir los tiempos de espera maximizar el uso de máquinas y profesionales disponibles, y **el 50%** restante responden no detectar ningún problema en relación con los tiempos de espera.

Los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren no encontrar ninguna barrera en la petición de estas pruebas, o no lo encuentra definitorio, ya que no se usa de forma rutinaria.

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

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

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DIAGNÓSTICA EN C. VALENCIANA: TEST GENÉTICO (FORMAS FAMILIARES)

El **67%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados, junto con gestión, refieren tener acceso para solicitar el test genético (formas familiares). **Un 11%** refieren no utilizarlas.

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **7,4% (3%-15%)*** de las personas con sospecha de EA se les realiza un test genético (formas familiares).

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

El **80%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados afirman que las pruebas se realizan en un centro privado o un centro de referencia del SNS, y un **71%** de los profesionales sanitarios, junto con gestión, sostienen que desconocen o no 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 2 y 3 meses, según **el 40%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados**.
- Este tiempo es considerado como **adecuado** por el **20%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados (2-3 meses), y **el 60%** restante lo considera **inadecuado** (entre 2-3 meses y >3 meses). **El 20%** 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 **60%** 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 disponibles; un **20%** afirma no detectar ningún problema en relación con los tiempos de espera.

El **60%** de los profesionales sanitarios encuestados consideran que los tiempos de espera demasiado largos constituyen la principal barrera a la hora de solicitar estas 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 y máx. **Las opciones para los tiempos de espera incluyen: < 1 mes, 1-2 meses, 2-3 meses, > 3 meses. **NOTA:** Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, por lo que han de tomarse como resultados orientativos

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DIAGNÓSTICA EN C. VALENCIANA

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: los principales retos y áreas de mejora identificados por los expertos encuestados incluyen la **reducción del tiempo de espera hasta la primera consulta** y un **mayor tiempo por paciente** en dicha consulta. También se destacan **las demoras hasta la consulta de neurología** y en los estudios diagnósticos solicitados tras esta, junto con la **dificultad en el acceso a una valoración específica por geriatría**. El principal reto es **lograr un diagnóstico temprano** para poder implementar los nuevos tratamientos disponibles. Asimismo, se plantea que el tiempo de espera entre la realización de las pruebas y la cita en consultas externas es un tema crítico; la prueba e informe pueden estar listos en un mes, pero la cita para el paciente se puede demorar un año.

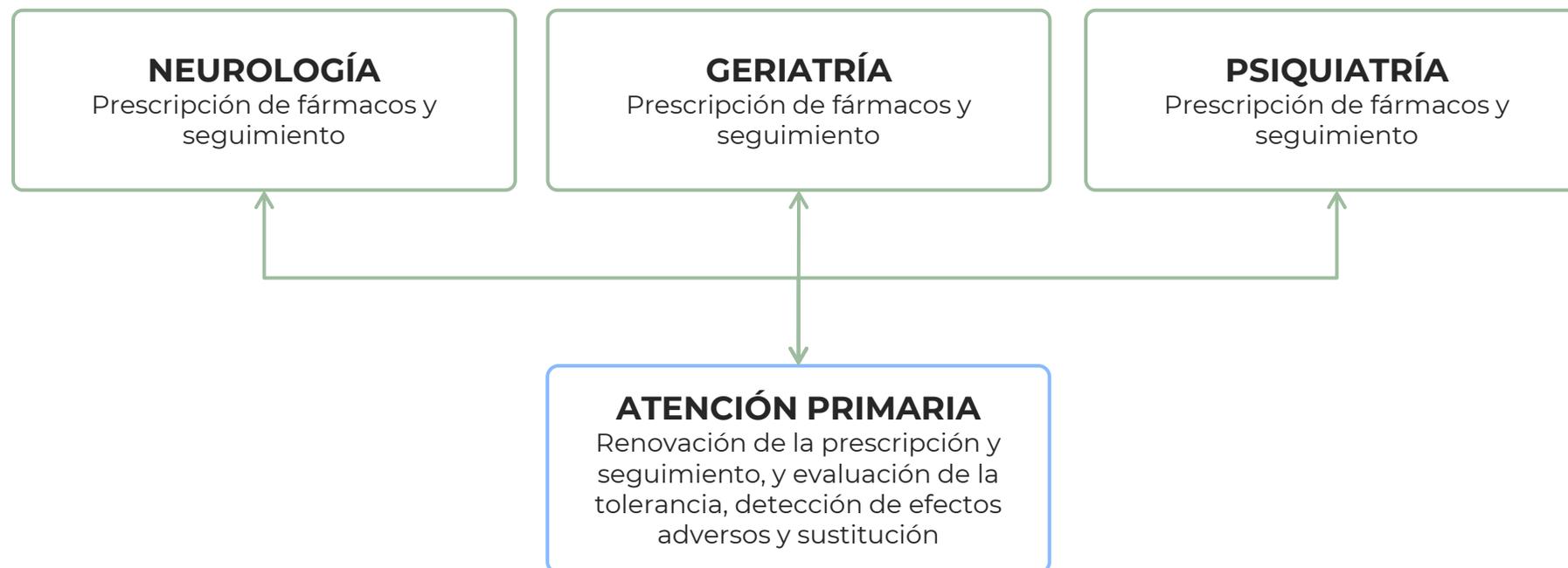
Como **áreas de mejora**, se plantean:

- **Reforzar el papel de geriatría:** se resalta la importancia de mejorar la coordinación multidisciplinar y asegurar la presencia de un geriatra en el equipo. Para reducir las listas de espera y mejorar el diagnóstico, es necesario añadir más profesionales, tanto en horas como en perfiles, lo que permitirá un enfoque multidisciplinar y un tratamiento con mayor seguimiento.
- **Desarrollar equipos interdisciplinarios:** además de fomentar la geriatría e implementarla en los diferentes niveles asistenciales, es necesario llegar a un consenso con atención primaria sobre el perfil del paciente que debe ser remitido directamente a la unidad o consulta de demencias. Asimismo, se requiere una mayor disponibilidad de otros especialistas, como neurólogos y neuropsicólogos.
- **Pruebas genéticas y diagnósticas:** mejorar el acceso a pruebas genéticas, estudios de imagen y analíticas para favorecer el diagnóstico temprano. También es clave disminuir la lista de espera en el servicio de neurología y asegurar la disponibilidad de recursos adecuados.
- **Aumentar el tiempo en consulta:** se subraya la importancia de dedicar más tiempo en consulta a las personas, realizar una historia clínica completa, incluir información proporcionada por los cuidadores y ofrecer atención domiciliaria cuando sea necesario.
- **Test de biomarcadores en sangre para EA:** aunque aún no disponibles, los expertos encuestados muestran interés en los biomarcadores en sangre como herramienta de cribado accesible, especialmente para las terapias antiamiloides. Su uso podría reducir tiempos y costes en el diagnóstico temprano de la EA, y su acceso debería ser garantizado una vez aprobados.

AGENTES



S4A



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE TRATAMIENTO

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 4A: el **69%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 4A de tratamiento farmacológico no se ajusta a la realidad en la C. Valenciana.**

Según **el 88%** de los profesionales sanitarios encuestados, el servicio encargado de iniciar el tratamiento farmacológico suele ser **neurología.**

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

Los expertos encuestados refieren que, aunque sí es posible renovar la prescripción de tratamientos para la EA desde atención primaria, esto **no es posible en todos los departamentos** de la comunidad.

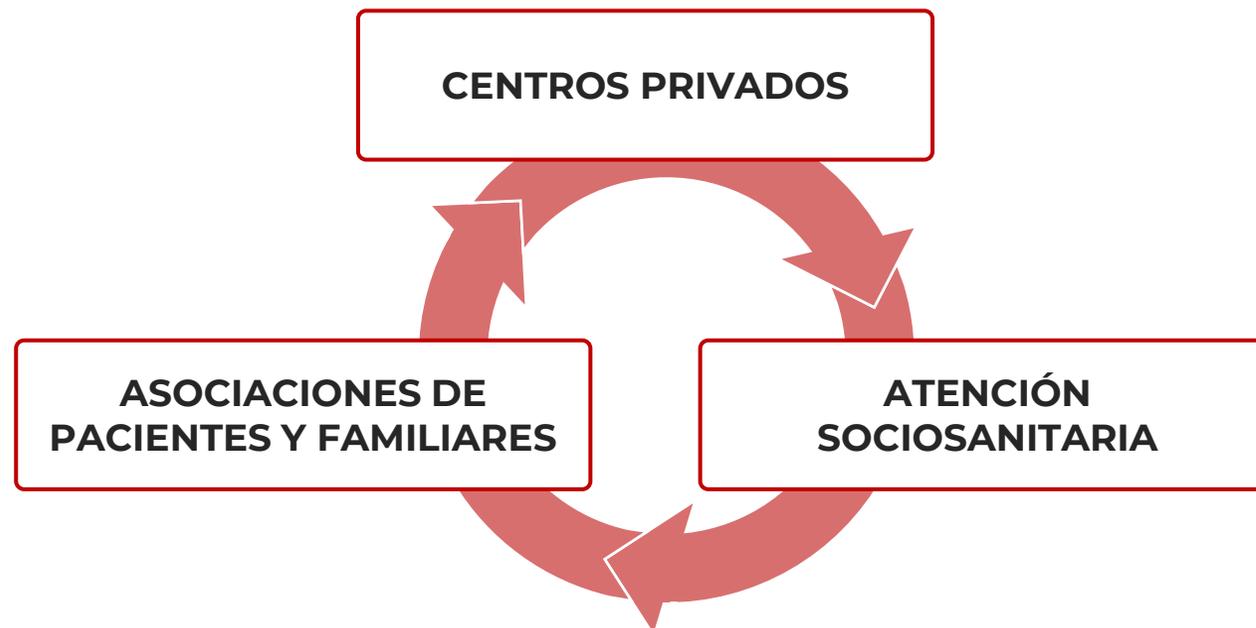
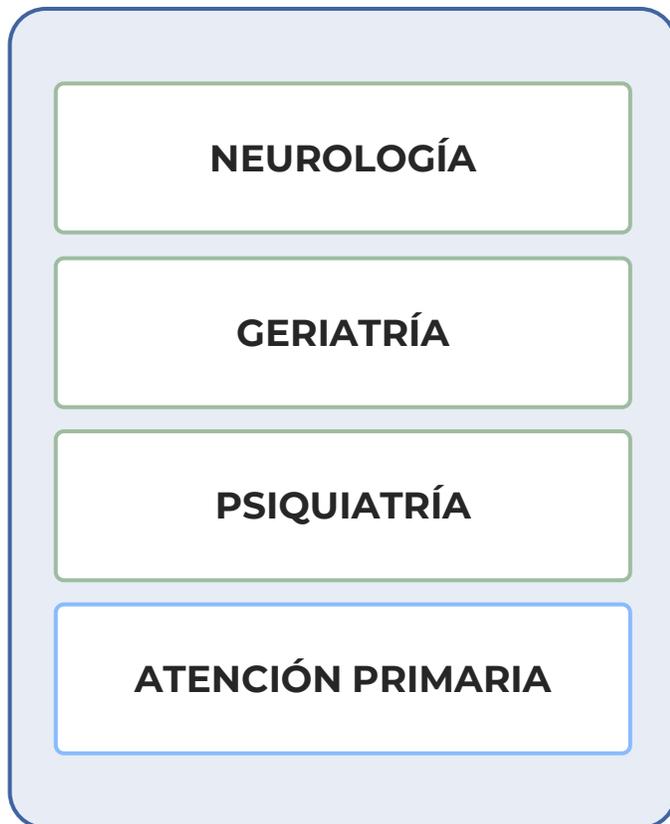
RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN C. VALENCIANA

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: los principales retos y áreas de mejora identificados por los expertos encuestados incluyen la **posibilidad de renovación de la medicación** por parte de todos los profesionales de atención primaria. Asimismo, sería importante **reconsiderar la eficiencia de exigir un visado de inspección anual** para continuar el tratamiento, ya que a menudo es innecesario y contribuye a la sobrecarga de las consultas externas. También se destaca la necesidad de realizar un seguimiento adecuado de los efectos adversos de los tratamientos y valorar la interrupción de tratamientos en fases avanzadas, tras informar a la familia.

El **principal reto** es cómo **implementar de manera efectiva los nuevos tratamientos**, asegurándose de que sean acordes con la cartera de prestación farmacéutica. Como áreas de mejora, se plantean:

- **Mayor atención multidisciplinar:** es necesario asegurar la presencia de un psicogeriatra en el equipo y aumentar la cantidad de profesionales disponibles, tanto en horas como en perfiles.
- **Seguimiento periódico de pacientes:** establecer programas de seguimiento periódico de las personas con EA en colaboración con atención primaria. Esto incluye la existencia de enfermeros expertos que gestionen telefónicamente las complicaciones del tratamiento y descompensaciones conductuales de las personas con EA.
- **Mejorar la prescripción de medicamentos:** abordar las limitaciones en la prescripción que obligan a personas con EA y familiares a regresar a servicios hospitalarios para la repetición de recetas. Esta situación genera desconfianza y retrasa el acceso a tratamientos necesarios.
- **Disminuir las listas de espera:** es fundamental trabajar en la disminución de las listas de espera en consultas de neurología y asegurar la existencia de tratamientos efectivos, así como aumentar la dotación de enfermería y unidades específicas para atender a los pacientes de manera más eficaz.

S4B



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN C. VALENCIANA

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 4B: el **90%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 4B sobre tratamiento no farmacológico se ajusta a la realidad en la C. Valenciana.**

Entre los tratamientos no farmacológicos disponibles para personas con EA, **el 50%** de los expertos encuestados (excepto trabajo social) refieren los talleres de memoria, las técnicas de mantenimiento de la funcionalidad y la estimulación cognitiva. **Un 50%** de estos expertos afirman que los tratamientos no farmacológicos no están disponibles, o solo de manera privada y con un número limitado de plazas.

Otras terapias disponibles en la C. Valenciana son: **técnicas orientadas a controlar o disminuir la incidencia de problemas conductuales, ejercicio físico, mindfulness, estimulación social, introducción de las nuevas tecnologías en la rehabilitación o estimulación transcraneal.**

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

- Al **41,4%**, estimulación cognitiva.
- Al **36,3%**, talleres de memoria.
- Al **36,8%**, técnicas de mantenimiento de la funcionalidad.
- Al **16,6%**, técnicas orientadas a controlar o disminuir la incidencia de problemas conductuales*.

No obstante, existe mucha heterogeneidad en la opinión de los encuestados sobre el acceso de las personas con EA a este tipo de terapias.

El **100%** de los encuestados coinciden que las terapias más adecuadas para personas con **EA en fases tempranas es la estimulación cognitiva y talleres de memoria.**

*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 C. VALENCIANA

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: el mayor reto en la C. Valenciana es **contar con más recursos sociosanitarios especializados**, ya que actualmente el único recurso público o subvencionado que proporciona tratamiento no farmacológico se encuentra dentro del parámetro de personas mayores. Sin embargo, cada vez más se está atendiendo a personas menores de 65 años, quienes sufren de EA y demencia de manera más virulenta y enfrentan problemas adicionales, como tener cónyuges en activo o hijos menores.

BARRERAS: otras barreras identificadas en cuanto a la atención son la **falta de accesibilidad a trabajadores sociales** y a **técnicas de estimulación cognitiva**. Actualmente, faltan centros que ofrezcan estimulación cognitiva grupal para aquellas personas con deterioro cognitivo leve, lo cual podría implementarse tanto en centros sociales municipales como en privados. También hay una **falta de plazas en centros de día**, y la **burocratización del sistema de concesión de ayudas públicas** limita el acceso a estas plazas, permitiendo su uso solo en fases avanzadas de la enfermedad.

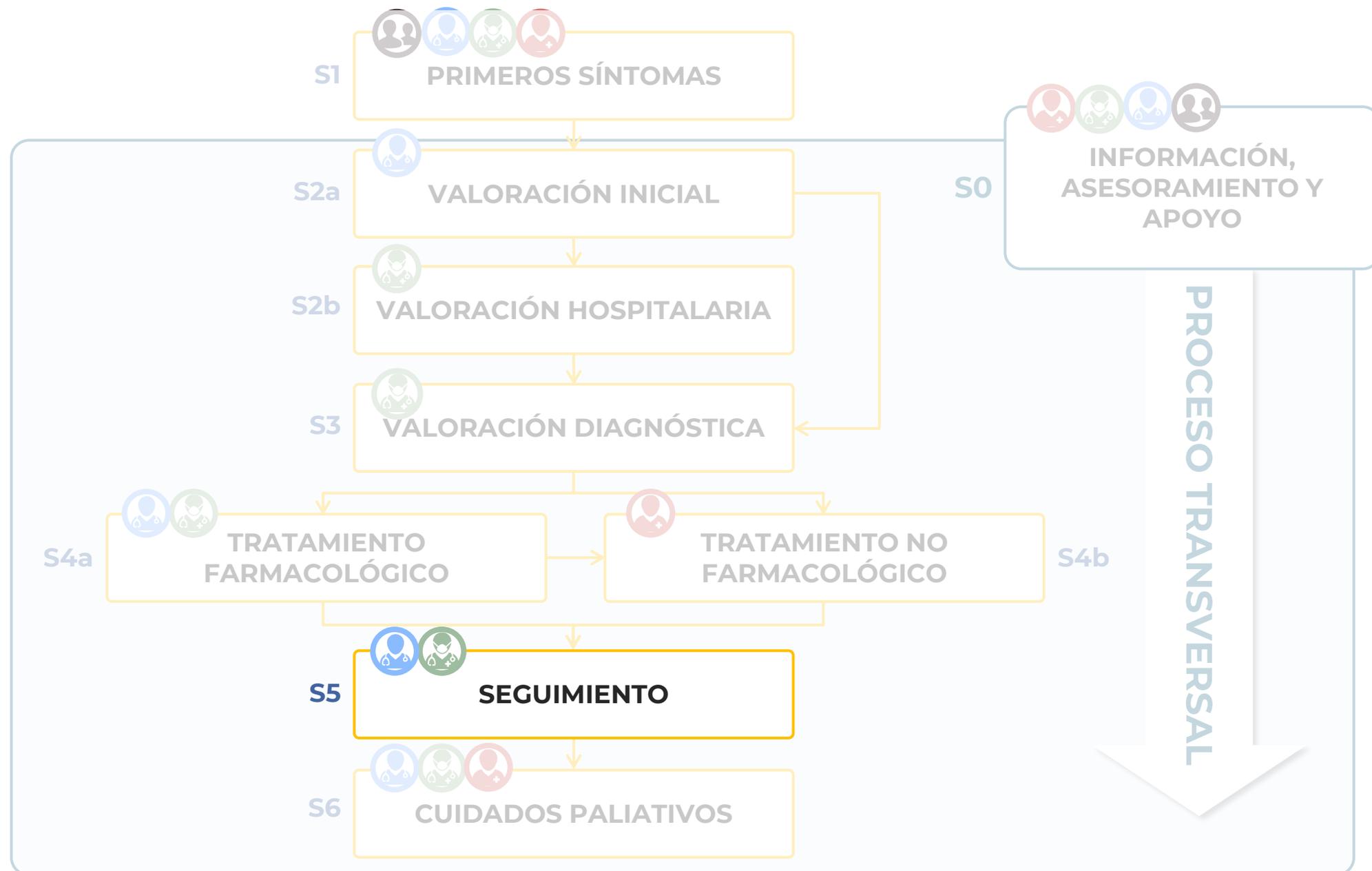
Como **áreas de mejora**, se propone:

- **Fomentar la información a familias y cuidadores**, aumentando el número de pacientes que contactan con asociaciones de familiares y pacientes, y mejorando la accesibilidad a programas de ejercicio físico, estimulación cognitiva o apoyo a cuidadores.
- **Ampliar el número de centros especializados** en la atención no farmacológica e integral para estas personas.
- Por último, se menciona la necesidad **de contar con un mapa de recursos actualizado e integrado en los centros de atención primaria**, así como mayor tiempo en consulta y asistencia social, además de centros de día dotados con psicólogos, neuropsicólogos y terapeutas ocupacionales, como los que ofrece la Fundación INTRAS.

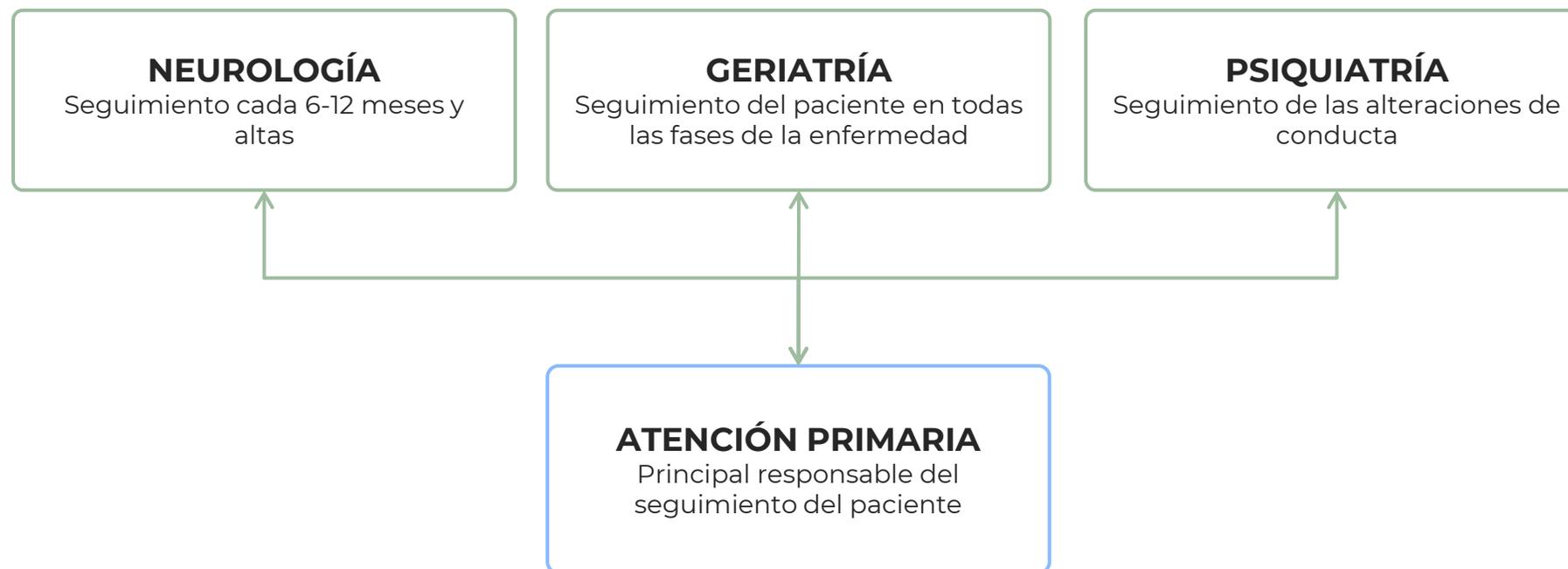
El 54% de los expertos encuestados afirman que los tratamientos no farmacológicos realizados a las personas con EA están financiados por la consejería de Bienestar Social, mientras que el **46%** de los expertos señalan que no están financiados, o lo desconocen.

Solo el **45%** de los encuestados consideran que las **personas con EA** pueden acceder a estos tratamientos.

AGENTES



S5



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE SEGUIMIENTO EN C. VALENCIANA

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 5: el **85%** de los expertos encuestados consideran que el planteamiento del **subproceso 5 sobre seguimiento no se ajusta a la realidad en la C. Valenciana**.

En concreto, los profesionales sanitarios encuestados refieren que el seguimiento se realiza principalmente por los profesionales de neurología (**88%**), seguidos de medicina familiar y comunitaria (**78%**) y, en menor medida, de psiquiatría.

EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO ESPECÍFICO DE SEGUIMIENTO: un **22%** de los expertos encuestados identifica la existencia de un protocolo específico para el seguimiento de los pacientes, aunque su grado de conocimiento e implementación es **BAJO**.

FRECUENCIA DEL SEGUIMIENTO: el **78%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren que el seguimiento se realiza **cada 6-12 meses**. En el caso de medicina familiar y comunitaria, en cambio, el seguimiento se realiza más frecuentemente (<6 meses). Los profesionales sanitarios ponen de manifiesto que sería deseable que este tiempo fuera menor del actual, con un seguimiento a demanda por parte de enfermería. Aquellas personas con sintomatología conductual de difícil control y situación social frágil pueden requerir revisiones mensuales.

PRUEBAS DURANTE EL SEGUIMIENTO: durante el seguimiento, todos los profesionales sanitarios encuestados afirman que realizan pruebas de valoración funcional, evaluación clínica y de valoración del entorno del cuidador. **El 78%** de los profesionales sanitarios encuestados afirman que, además, realizan pruebas de valoración cognitiva.

SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: las funciones principales de atención primaria en el seguimiento farmacológico identificadas por **el 78%** de los profesionales sanitarios son la **evaluación de la adherencia** y el **manejo de los efectos adversos**, seguidas de la valoración clínica, según afirman **el 67%** de estos profesionales. En menor medida, los profesionales sanitarios encuestados afirman que las principales funciones son la renovación de la prescripción y la información y asesoramiento del paciente.

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 C. VALENCIANA

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 **MEDIA**.

COORDINACIÓN SOCIAL Y SANITARIA: se destaca la *Oficina Autónoma de Coordinación e Integración Sociosanitaria de la Comunitat Valenciana (OCISS)*, que depende de sanidad y tiene como objetivo mejorar la integración entre servicios sanitarios y sociales. También identifican la incorporación de la figura del gestor de casos y del geriatra de enlace para facilitar la coordinación entre el ámbito social y sanitario, garantizando un seguimiento más integral del paciente. Por último, se sugiere realizar visitas a domicilio y recopilar información para completar la historia clínica bio-psico-social del paciente. La historia clínica electrónica facilita el intercambio de información y mejora la coordinación entre los servicios sanitarios, aunque los servicios sociales municipales no tienen acceso a esta herramienta, lo que limita la integración entre ambos sistemas.

PAPEL DE TRABAJO SOCIAL DURANTE EL SEGUIMIENTO: durante el seguimiento de la enfermedad, trabajo social apoya en el acceso a ayudas económicas y sociales, brindando información sobre prestaciones sociales, y proporcionando orientación y asesoramiento sobre recursos públicos y privados, así como en el trámite de la dependencia y los aspectos burocráticos relacionados, todo ello en coordinación con el equipo de medicina y enfermería para identificar y abordar las necesidades de la persona con EA. También se encargan de detectar manejar situaciones de riesgo social. Por último, realizan un proceso de re-historiación, considerando sus circunstancias sociales y familiares. Los expertos encuestados refieren que la facilidad para derivar a la persona con EA a trabajo social es **MEDIA**.

IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN EL CUIDADOR: el **69%** de los expertos encuestados resaltan que **no existe** un conocimiento del impacto de la enfermedad en el cuidador por parte de los agentes implicados en el proceso asistencial:

- El **100%** de los expertos encuestados afirman que la salud psíquica de los cuidadores es una de las áreas con mayor repercusión de la EA, junto con las repercusiones en las relaciones sociales; **un 92%** de los expertos encuestados afirman que las consecuencias en el entorno laboral.
- **Las acciones propuestas para mitigar** este impacto son: mejor acceso y más plazas en centros de día, mejorar la rapidez en las respuestas de servicios sociales, ofrecer cursos y grupos de autoayuda, además de facilitar la ayuda de terceras personas y servicios de asistencia a domicilio y proporcionar asesoramiento, orientación y ayuda psicoemocional.

REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS: el documento de voluntades anticipadas y/o eutanasia se registra siempre o casi siempre según el **46%** de los expertos encuestados.

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 C. VALENCIANA

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: los expertos encuestados identifican que existe **una limitación para llevar a cabo un seguimiento continuado por parte de neurología** debido a la falta de personal y a la saturación de las consultas de especializadas, en parte por las tareas administrativas, como la repetición de informes para tratamientos farmacológicos.

También manifiestan la necesidad de **mejorar la coordinación entre atención primaria y hospitalaria** para asegurar una atención adecuada. Por último, refieren que es poco común que los pacientes y sus familias hayan realizado su declaración de voluntades anticipadas, tomando decisiones sobre aspectos críticos como la institucionalización o exploraciones invasivas en etapas avanzadas.

Como **áreas de mejora**, proponen:

- **Aumentar el número de especialistas**, incluyendo psiquiatras y geriatras, para asegurar una atención adecuada a personas con demencias.
- **Aumentar la disponibilidad de talleres de memoria**, centros de día y centros residenciales adaptados a las diferentes fases de la enfermedad.
- **Disminuir los tiempos para obtener ayudas económicas** públicas que correspondan a las necesidades de los pacientes.
- **Facilitar la formación de los familiares** a través de cursos para cuidadores que les brinden herramientas para el manejo de la enfermedad.
- **Proporcionar acceso telefónico** a enfermería/ unidad de neurología para abordar problemas que surjan durante la evolución del paciente. y para la renovación de visados o realización de informes.
- **Aproximar recursos al domicilio del paciente** y facilitar el uso de nuevas tecnologías para la coordinación del equipo multiprofesional desde atención primaria.

AGENTES



Entorno del paciente



Atención primaria



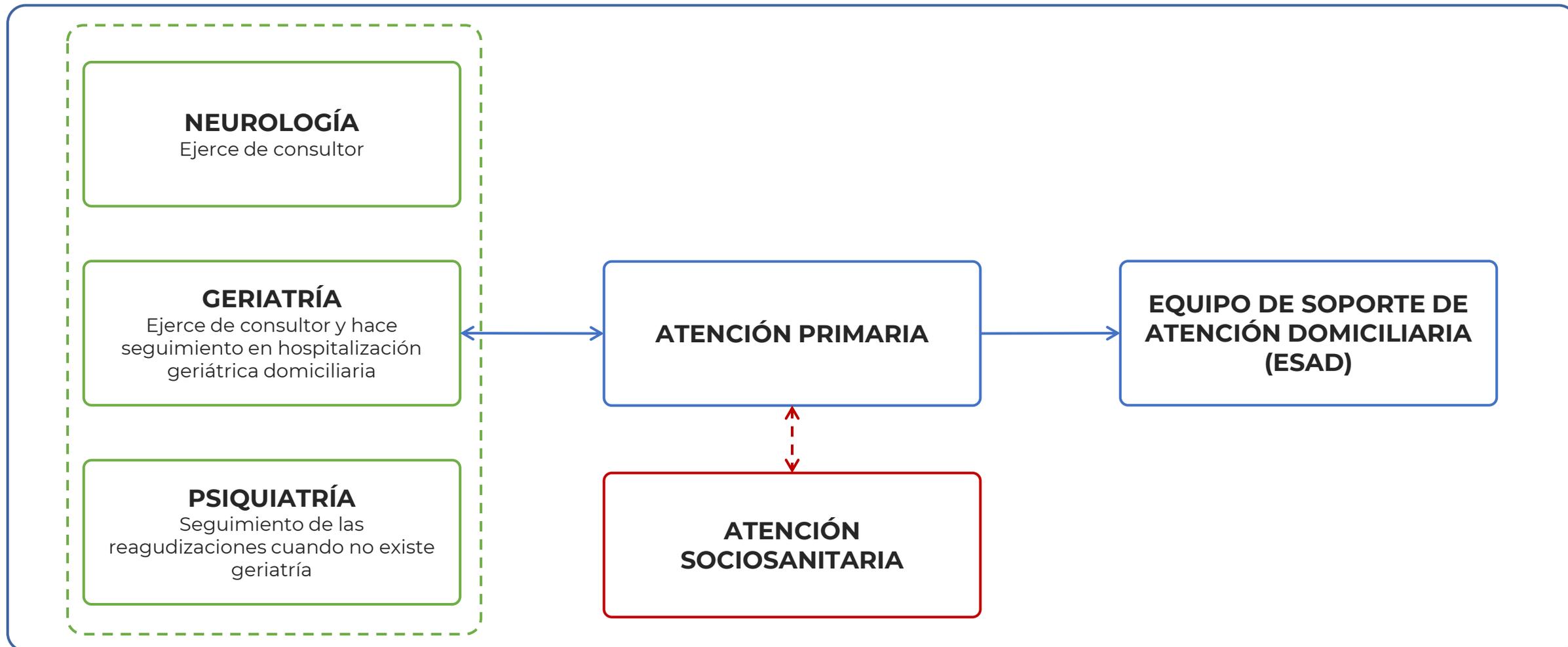
Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario



S6



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN C. VALENCIANA

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 6: el **62%** de los expertos encuestados consideran que el planteamiento del **subproceso 6 sobre cuidados paliativos se ajusta a la realidad en la C. Valenciana.**

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

PAPEL DE TRABAJO SOCIAL: según los expertos encuestados, la función principal de trabajo social en este punto del proceso es el acompañamiento a familiares, contribuir a la búsqueda e información sobre recursos sociales, la coordinación con los servicios de hospitalización domiciliaria más adecuados para personas con EA y facilitar la evaluación de su situación social, especialmente en casos de agravamiento del estado o cambios en la funcionalidad.

PAPEL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA: según los expertos encuestados, las acciones llevadas a cabo por los especialistas de medicina familiar y comunitaria son fundamentales en esta etapa y se centran en realizar valoraciones clínicas y simplificar tratamientos. También proporcionan atención domiciliaria a personas con alta dependencia y coordina interconsultas con la unidad de cuidados paliativos y la unidad de atención domiciliaria, especialmente en áreas urbanas. Además, gestiona el tratamiento farmacológico y utiliza la historia clínica electrónica para mejorar el seguimiento y la coordinación del cuidado.

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN C. VALENCIANA

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: los expertos encuestados indican que la **atención a las necesidades paliativas** de estas personas, especialmente en fases avanzadas, **es mejorable**, debido al **desconocimiento general sobre su naturaleza**, la **falta de personal especializado** y de **plazas en hospitales de crónicos**, una definición imprecisa del momento de inclusión en los programas, la **subestimación de la demencia** como motivo para el seguimiento en estas unidades, y la necesidad de **mejorar la coordinación** entre las especialidades involucradas.

En cuanto a las **áreas de mejora**, se propone aumentar los equipos de cuidados paliativos, mejorar el apoyo sociosanitario, normalizar los criterios de inclusión, agilizar el proceso de acceso, fomentar la formación sobre cuidados paliativos y extender el acceso a los servicios de hospitalización a domicilio.

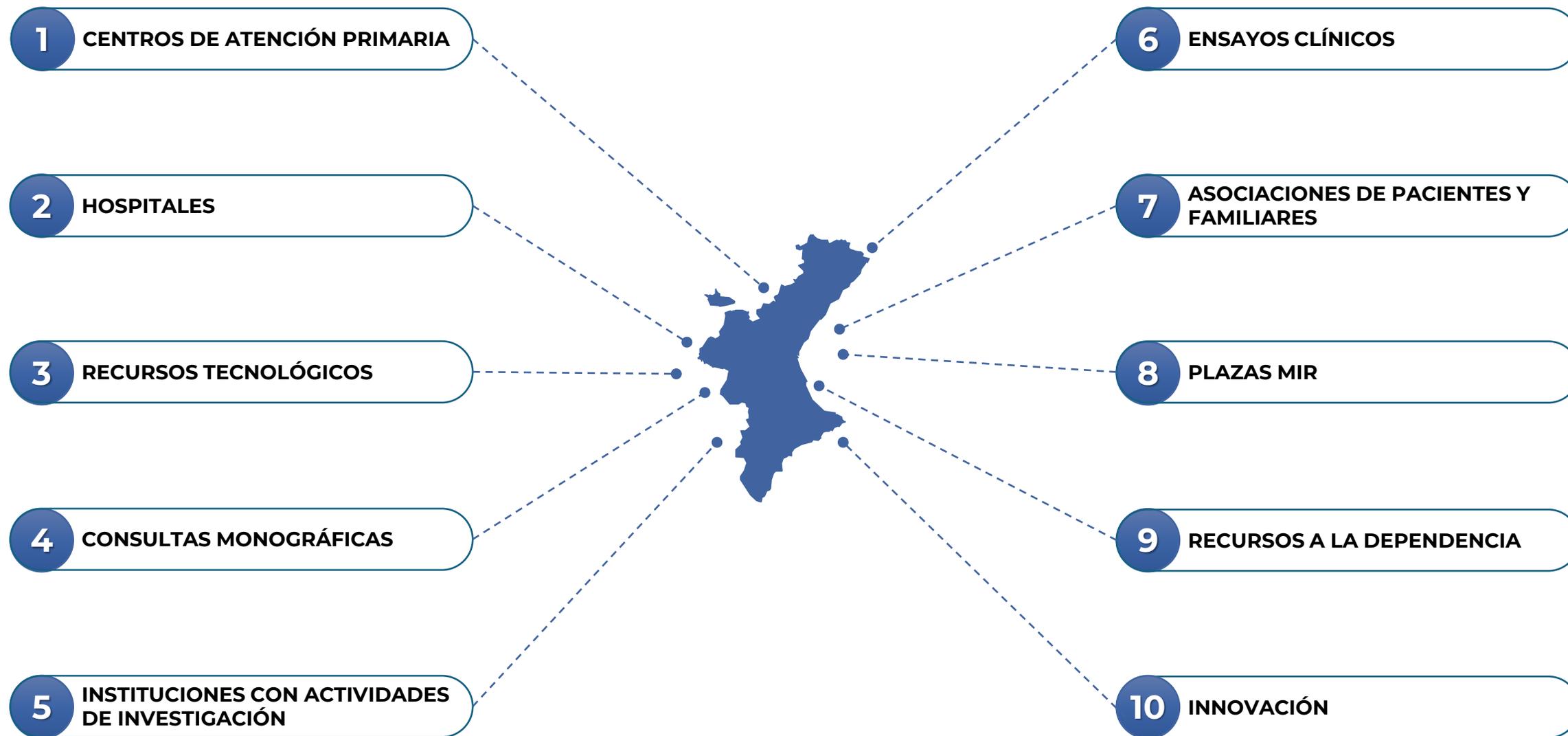
Asimismo, **el 92%** de los expertos encuestados coinciden en que las barreras más habituales en este subproceso son la **falta de plazas en centros de cuidados paliativos**. Además:

- El **85%** de los expertos encuestados señalan, además, el desconocimiento de recursos por parte de familiares y/o cuidadores, y la falta de acceso a profesionales con práctica en cuidados paliativos.
- El **69%** de los encuestados señalan que la falta de centros concertados y la dificultad para acceder a cuidados de ESAD actúan, asimismo, como una barrera.

4. RECURSOS DISPONIBLES

MAPEA
Mapa de recursos para enfermos
de Alzheimer





1 CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

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



853 CENTROS DE AP

- 285 Centros de salud
- 568 Consultorios locales

2 HOSPITALES

HOSPITALES PÚBLICOS

Centro Habilitado Ernest Lluch	Hospital General Universitario Dr. Balmis
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia	Hospital La Magdalena
Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón	Hospital La Pedrera
Hospital Arnau de Vilanova	Hospital Lluís Alcanyis de Xativa
Hospital Clínico Universitario de Valencia	Hospital Marina Baixa de La Vila Joiosa
Hospital Comarcal de Vinaròs	Hospital Pare Jofre
Hospital de Crónicos de Mislata	Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Fontcalent
Hospital de Denia	Hospital Psiquiátrico Provincial
Hospital de La Malva-Rosa	Hospital Sant Vicent del Raspeig
Hospital de Liria	Hospital Universitario de La Plana
Hospital de Manises	Hospital Universitario de La Ribera
Hospital de Sagunto	Hospital Universitario de Torreveija
Hospital Doctor Moliner	Hospital Universitario Dr. Peset Alexandre
Hospital Francesc de Borja de Gandía	Hospital Universitario San Juan de Alicante
Hospital General de Ontinyent	Hospital Universitario Vinalopo
Hospital General de Requena	Hospital Universitario y Politécnico La Fe
Hospital General Universitario de Castellón	Hospital Vega Baja de Orihuela
Hospital General Universitario de Elche	Hospital Virgen de Los Lirios
Hospital General Universitario de Elda-Virgen de La Salud	



62 HOSPITALES

- 37 Públicos
- 21 Privados
- 2 Mutuas colaboradoras con la SS
- 2 ONGs

2 HOSPITALES

HOSPITALES PÚBLICOS

Hospital Rey D. Jaime	Hospital Medimar Internacional
Imed Valencia	Clinica Vistahermosa Grupo Hla
Hospital Nisa Aguas Vivas	Vithas Hospital Perpetuo Internacional
Hospital Imed Gandía	Hospital Imed Levante
Ita Godella	Hospital Clínica Benidorm
Hospital Quironsalud Valencia	Hospital San Carlos de Denia Grupo Hla
Clínica Imske	Hospital Internacional Hcb Denia
Hospital Vithas Valencia Consuelo	Hospital Imed Elche
Hospital Católico Casa de Salud	Centro de Rehabilitación Neurológica Casaverde
Hospital 9 de Octubre	Hospital Quironsalud Torrevieja
Hospital Imed San Jorge	

MUTUAS COLABORADORAS CON LA SEGURIDAD SOCIAL

Fundación Instituto Valenciano de Oncología

Sanatorio San Francisco de Borja Fontilles

HOSPITALES DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

Instituto de Traumatología de Unión de Mutuas

Hospital Intermutual de Levante



62 HOSPITALES

- 37 Públicos
- 21 Privados
- 2 Mutuas colaboradoras con la SS
- 2 ONGs

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



27,4

Puestos de hospital de día por cada 100.000 habitantes

3 RECURSOS TECNOLÓGICOS

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



- **93 TAC**
- **85 RM**
- **14 SPECT**
- **16 PET**

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

4 CONSULTAS MONOGRÁFICAS

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

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

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

CENTRO	UNIDAD
Hospital Universitario y Politécnico La Fe	Unidad de Psicogeriatría y Trastorno Mental Orgánico
Hospital Clínico Universitario De Valencia	Unidad de Demencias
Consortio Hospital General Universitario De Valencia	Unidad de Demencias
Hospital General Universitario De Elche	Demencia y conducta (Unidad de Demencia)
Hospital Universitario Dr. Peset	Unidad de Memoria y Demencias
Hospital Sant Vicent del Raspeig	Unidad de Neurología de la Conducta y Demencias
Hospital de la Magdalena	Unidad de Memoria y Demencia
Hospital Universitario De La Ribera	Monográfica de Demencias
Hospital de Manises	Servicio de neurología organiza talleres periódicos para familiares de personas con EA
Hospital de Lliria - Arnau	Demencias
Hospital General Universitario Dr. Balmis	Monográfica de Demencias
Hospital Vega Baja De Orihuela	Monográfica de Demencias
Hospital Marina Baixa De La Vila Joiosa	Monográfica de Demencias



Se han identificado un total de **13** 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; Lista de Espera (30 septiembre 2024)

HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE

TIPO DE CENTRO: Público

CONSULTA MONOGRÁFICA: Unidad de Psicogeriatría y Trastorno Mental Orgánico

SERVICIO: Área Clínica de Salud Mental

LISTA DE ESPERA SERVICIO: -- pacientes

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

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA

TIPO DE CENTRO: Público

CONSULTA MONOGRÁFICA: Unidad de Demencias

SERVICIO: Neurología

LISTA DE ESPERA SERVICIO: -- pacientes

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

CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

TIPO DE CENTRO: Público

CONSULTA MONOGRÁFICA: Unidad de Demencia

SERVICIO: Neurología

LISTA DE ESPERA SERVICIO: -- pacientes

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

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

TIPO DE CENTRO: Privado

CONSULTA MONOGRÁFICA: Unidad de Demencia y conducta

SERVICIO: Neurología

LISTA DE ESPERA SERVICIO: -- pacientes

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

HOSPITAL DE LA MAGDALENA

TIPO DE CENTRO: Público

CONSULTA MONOGRÁFICA: Unidad de Memoria y Demencia

SERVICIO: Neurología

LISTA DE ESPERA SERVICIO: -- pacientes

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. PESET

TIPO DE CENTRO: Público

CONSULTA MONOGRÁFICA: Unidad de Demencia y Conducta

SERVICIO: Neurología

LISTA DE ESPERA SERVICIO: -- pacientes

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

HOSPITAL SANT VICENT DEL RASPEIG

TIPO DE CENTRO: Público

CONSULTA MONOGRÁFICA: Unidad de Neurología de la Conducta y Demencias

SERVICIO: Neurología

LISTA DE ESPERA SERVICIO: -- pacientes

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA

TIPO DE CENTRO: Público

CONSULTA MONOGRÁFICA: Consulta Monográfica de Demencias

SERVICIO: Neurología

LISTA DE ESPERA SERVICIO: -- pacientes

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

HOSPITAL DE MANISES

TIPO DE CENTRO: Público

CONSULTA MONOGRÁFICA: --

SERVICIO: Neurología

LISTA DE ESPERA SERVICIO: -- pacientes

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

HOSPITAL DE LLÍRIA – ARNAU

TIPO DE CENTRO: Público

CONSULTA MONOGRÁFICA: Demencias

SERVICIO: Neurología

LISTA DE ESPERA SERVICIO: -- pacientes

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

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DR. BALMIS

TIPO DE CENTRO: Público

CONSULTA MONOGRÁFICA: Consulta Monográfica de Demencias

SERVICIO: Neurología

LISTA DE ESPERA SERVICIO: -- pacientes

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

HOSPITAL VEGA BAJA DE ORIHUELA

TIPO DE CENTRO: Público

CONSULTA MONOGRÁFICA: Consulta Monográfica de Demencias

SERVICIO: Neurología

LISTA DE ESPERA SERVICIO: -- pacientes

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

HOSPITAL MARINA BAIXA DE LA VILA JOIOSA

TIPO DE CENTRO: Público

CONSULTA MONOGRÁFICA: Consulta Monográfica de Demencias

SERVICIO: Neurología

LISTA DE ESPERA SERVICIO: -- pacientes

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



En C. Valenciana, existen **0,21** 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 C. Valenciana es de **0,24**

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 C. Valenciana.

INSTITUTOS DE INVESTIGACIÓN SANITARIA ACREDITADOS

Fundación para la Investigación del Hospital Universitario La Fe (IIS LA FE)

Instituto de Investigación Sanitaria Fundación para la Investigación del Hospital Clínico de Valencia-Incliva (INCLIVA)

OTRAS INSTITUCIONES

Instituto de Neurociencias de Alicante (UMH-CSIC)

Fundación del Hospital General Universitario de Valencia (FIHGUV)*

Fundación de la Comunidad Valenciana Centro de Investigación Príncipe Felipe (CIPF)

Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria Y Biomédica (FISABIO)

Grupo NEUROBIOTEC – Universitat Jaume I de Castellón

Universitat de València (UV) - Fragilidad y deterioro cognitivo (FROG)

Universitat Politècnica de València (UPV)

**Nota: no se ha podido acceder a la página de los grupos de investigación.*



Se han identificado un total de **9** instituciones con actividades de investigación o líneas relacionadas con la Demencia | Alzheimer

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

CENTROS DE INVESTIGACIÓN	LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN
<p>Neurociencias y Salud Mental Grupo de Investigación en enfermedad de Alzheimer (GINEA). IIS LA FE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Biomarcadores diagnósticos de Alzheimer (A03 Identificación de biomarcadores específicos). • Biomarcadores pronósticos de Alzheimer (A03 Identificación de biomarcadores específicos). • Fisiopatología en Alzheimer (A03 Diagnóstico precoz de las enfermedades). • Neuroimagen cerebral y estructural (A03 Imagen). • Farmacología y riesgo (A03 Tratamiento y medicina personalizada). • Cambios cognitivos y funcionales (A03 Cirugía y Rehabilitación). • Ensayos clínicos (A03 Ensayos clínicos).
<p>Área de Metabolismo y Daño Orgánico Grupo de Investigación de Deterioro Neurológico INCLIVA VCL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar nuevos procedimientos diagnósticos tempranos del deterioro cognitivo y funcional. • Tratar de transferir a la práctica clínica los nuevos procedimientos diagnósticos elaborados. • Evaluar en pacientes la eficacia y utilidad de los nuevos procedimientos terapéuticos para prevenir o revertir el deterioro cognitivo y funcional que hayan sido eficaces en modelos animales. • Transferir a la práctica clínica los nuevos procedimientos terapéuticos validados.
<p>Neurobiología molecular y neuropatología Epi-Genómica Funcional del Envejecimiento y la Enfermedad de Alzheimer UMH-CSIC</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fundamentos moleculares del declive cognitivo relacionado con la edad y la neurodegeneración, con un interés particular en la EA.
<p>Cáncer Grupo de polímeros terapéuticos CIPF</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño de conjugados poliméricos avanzados: novedosos nanofarmacéuticos terapéuticos y / o diagnósticos con aplicaciones en cáncer metastásico, neurodegeneración y regeneración de tejidos, entre otros. • El desarrollo de vehículos biodegradables basados en polipéptidos, la aplicación de terapias combinadas y el diseño de nanoconjugados y sistemas híbridos para nuevos objetivos moleculares.
<p>Mecanismos moleculares alterados en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias FISABIO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones moleculares que podrían afectar a la función de las proteínas acetilcolinesterasa (AChE) y presenilina-1 (PS1).

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

CENTROS DE INVESTIGACIÓN	LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN
<p>Medicina, tecnología sanitaria y promoción de la salud Grupo NEUROBIOTEC Universitat Jaume I de Castellón</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Efecto y el mecanismo de acción de fitohormonas que mejoran la función cognitiva en modelos de síndrome metabólico y Alzheimer. • Experimentos en cultivo celular, líneas inmortalizadas de origen neuronal, macrófagos, glioblastoma y embrionarias. • Efectos de agentes proinflamatorios y el mecanismo de protección de la fitohormona ácido abscísico y análogos sintéticos. • Desarrollo de análogos sintéticos de ABA como potencial medicamento contra el Alzheimer y otras enfermedades degenerativas.
<p>Ciencias de la salud Fragilidad y deterioro cognitivo (FROG) Universitat de València (UV)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fragilidad. Se investiga el síndrome de fragilidad, un síndrome que aparece como respuesta a diferentes situaciones de estrés y que puede servir como marco conceptual y experimental para explicar algunas de las diferentes vías que derivan hacia la discapacidad y dependencia en personas mayores o en pacientes vulnerables. Estudio de intervenciones eficaces para prevenir o retrasar la progresión del síndrome de fragilidad. • Deterioro cognitivo. Caracterización del deterioro cognitivo, su relación con el síndrome de fragilidad y búsquedas de biomarcadores de diagnóstico y pronóstico. Estudio de intervenciones eficaces para prevenir o retrasar la progresión del deterioro cognitivo en personas vulnerables.
<p>Grupo de Tratamiento de la Señal (GTS) Universitat Politècnica de València (UPV)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Soundcool. Sistema de creación audiovisual colaborativa para la estimulación cognitiva de personas con EA y otras enfermedades neurodegenerativas.

6 ENSAYOS CLÍNICOS SOBRE ALZHEIMER

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

CÓDIGOS EECC (I)

2014-000424-23	2015-000948-42	2024-510887-22-00	2017-003852-21
2016-003440-36	2023-504017-79-00	2016-001127-32	2017-001339-38
2014-001967-11	2015-000967-15	2020-000766-42	2023-506183-13-00
2017-002455-29	2013-003390-95	2020-005755-20	2024-511610-20-00
2014-004274-41	2019-004431-23	2017-001364-38	2023-505083-11-01
2018-003398-87	2023-506170-12-00	2023-509807-34-00	2023-509678-52-00
2017-001800-31	2016-004352-30	2019-001476-11	2022-001671-14
2015-000966-72	2023-508306-15-00	2022-501644-15-01	2017-003558-17
2016-003928-23	2018-003567-66	2013-001851-11	2017-002901-37
2018-002783-88	2016-003288-20	2022-002326-27	2017-001365-24
2018-002102-31	2016-001128-78	2019-004368-22	2022-501188-42-00
2022-503148-41-00	2014-002601-38	2022-001774-61	2015-002134-49
2023-506918-45-00	2023-505396-71-00	2013-000504-41	2022-500069-29-00
2023-506919-18-00	2020-001384-87	2016-000587-42	2017-003940-19
2024-514004-14-00	2016-000108-27	2017-002702-12	2011-003151-20
2015-005625-39	2019-000370-27	2015-003034-27	2012-005542-38
2014-002159-24	2023-506872-29-00	2023-504991-31-00	2012-004765-40

+

68

Ensayos clínicos sobre Alzheimer en C. Valenciana

DATOS SOBRE EECC EN C. VALENCIANA

En C. Valenciana existen **1,1 ensayos clínicos por centro hospitalario** ya sean públicos o privados.

Se calcula que la ratio de **ensayos clínicos** por cada 100.000 habitantes en C. Valenciana es de **1,27**

LISTADO DETALLADO DE EECC DE ALZHEIMER EN C. VALENCIANA

IDENTIFICADOR	TÍTULO PÚBLICO
2014-000424-23	Ensayo observacional para evaluar la seguridad de pacientes con agitación asociada a demencia del tipo Alzheimer que recibieron tratamiento previamente con brexpiprazol o placebo.
2016-003440-36	Un estudio de LY3314814 (AZD3293) en la enfermedad de Alzheimer en fase temprana.
2014-001967-11	Estudio fase IIA, multicéntrico, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo, grupos paralelos, para evaluar la seguridad y tolerabilidad de PQ912 en sujetos con enfermedad de Alzheimer en fase temprana.
2017-002455-29	Estudio de extensión de AVP-786 para el tratamiento de pacientes con agitación asociada a la demencia de tipo Alzheimer.
2014-004274-41	Estudio de extensión para evaluar la seguridad y tolerabilidad a largo plazo de JNJ-54861911 en participantes en el espectro de con enfermedad de Alzheimer temprana.
2018-003398-87	Estudio para evaluar la eficacia y seguridad de RO7105705 en pacientes con enfermedad de Alzheimer moderada.
2017-001800-31	Estudio para evaluar la eficacia y seguridad de RO7105705 en pacientes con enfermedad de Alzheimer de Prodromal a Leve.
2015-000966-72	Estudio fase 3 de Aducanumab en pacientes con enfermedad de Alzheimer temprana.
2016-003928-23	Estudio de 24 meses, de grupos paralelos, doble ciego y controlado con placebo para evaluar la eficacia y la seguridad de E2609 en pacientes con enfermedad de Alzheimer temprana.
2018-002783-88	Estudio de extensión con tratamiento activo, multicéntrico, de 12 semanas para evaluar la seguridad y la tolerabilidad del brexpiprazol en el tratamiento de sujetos con agitación asociada con la demencia de tipo Alzheimer.
2018-002102-31	Estudio de Aducanumab (BIIB037) en sujetos con deterioro cognitivo leve debido a la enfermedad de Alzheimer o con demencia de la enfermedad de Alzheimer leve para evaluar la seguridad de la administración de dosis continuada en sujetos asintomáticos con anomalías en las imágenes relacionadas con el amiloide.
2022-503148-41-00	Randomised, double-blind, placebo-controlled study to assess safety and efficacy of PRI-002 in patients with MCI or mild dementia due to Alzheimers disease (AD).
2023-506918-45-00	A Research Study Investigating Semaglutide in People With Early Alzheimer's Disease (EVOKE Plus).
2023-506919-18-00	A Research Study Investigating Semaglutide in People With Early Alzheimer's Disease (EVOKE).
2024-514004-14-00	Study of Safety, Tolerability, Pharmacodynamics and Pharmacokinetics of NIO752 in Early Alzheimer's Disease Participants.
2015-005625-39	Estudio de LY3314814 en participantes con demencia de la enfermedad de Alzheimer leve (Daybreak).
2014-002159-24	Estudio en pacientes con enfermedad de Alzheimer temprana para estudiar la seguridad y tolerabilidad de JNJ-54861911.

LISTADO DETALLADO DE EECC DE ALZHEIMER EN C. VALENCIANA

IDENTIFICADOR	TÍTULO PÚBLICO
2015-000948-42	Eficacia y la seguridad de JNJ-54861911 en sujetos asintomáticos con riesgo de desarrollar demencia de Alzheimer.
2023-504017-79-00	A Phase 2a/2b Randomized, Placebo-Controlled Clinical Study to Evaluate the Safety and Efficacy of MK-1942 as Adjunctive Therapy in Participants with Mild to Moderate Alzheimer's Disease Dementia.
2015-000967-15	Estudio fase 3 de Aducanumab en pacientes con enfermedad de Alzheimer temprana.
2013-003390-95	Estudio de Gantenerumab en pacientes con Enfermedad de Alzheimer Leve.
2019-004431-23	Estudio para evaluar la seguridad y tolerancia de la administración de Gantenerumab a largo plazo en participantes con enfermedad de Alzheimer.
2023-506170-12-00	A study to learn if bepranemab is safe and works in people with early stages of Alzheimers Disease.
2016-004352-30	Estudio para testar una nueva vacuna para la enfermedad de Alzheimer en pacientes con sospecha o con enfermedad de Alzheimer muy leve.
2023-508306-15-00	A Phase 3 Double-blind, Randomized, Placebo-controlled Trial to Evaluate the Efficacy and Safety of AR1001 in Participants with Early Alzheimers Disease.
2018-003567-66	Estudio para evaluar la eficacia y seguridad del T 817MA en pacientes con deficiencia cognitiva leve debido a la enfermedad de Alzheimer o a la enfermedad de Alzheimer leve. Los pacientes serán asignados aleatoriamente a placebo o medicación en investigación; la asignación será desconocida para los pacientes y el médico.
2016-003288-20	Estudio de Eficacia y Seguridad de Crenezumab en pacientes con Enfermedad de Alzheimer de Prodrómica a leve.
2016-001128-78	Ensayo clínico para pacientes con enfermedad de Alzheimer para examinar la seguridad y eficacia del Pimavanserin en el tratamiento de los síntomas de agitación y agresión.
2014-002601-38	Estudio para valorar el efecto de AZD3293 en la enfermedad de Alzheimer en fase inicial.
2023-505396-71-00	A Randomized, Placebo-Controlled, Double-Blind Study of XPro1595 in Patients with Early Alzheimer's Disease with Biomarkers of Inflammation.
2020-001384-87	Un estudio para evaluar los efectos farmacodinámicos de la administración una vez por semana de gantenerumab en participantes con enfermedad de Alzheimer temprana.
2016-000108-27	Estudio fase 3 destinado a probar si el fármaco frena la progresión de la enfermedad en pacientes con problemas de memoria leves (enfermedad de Alzheimer prodrómica).
2019-000370-27	Estudio de COR388 en Sujetos con Enfermedad de Alzheimer.
2023-506872-29-00	A Long-term Extension Study to Evaluate Safety, Tolerability, and Efficacy of AL002 in Alzheimer's Disease.

LISTADO DETALLADO DE EECC DE ALZHEIMER EN C. VALENCIANA

IDENTIFICADOR	TÍTULO PÚBLICO
2024-510887-22-00	A Phase 3 clinical study to investigate the effects of BAN2401 in patients with Early Alzheimer's Disease.
2016-001127-32	Estudio doble ciego, controlado por placebo para analizar la seguridad y eficacia de Pimavanserin en el tratamiento de la agitación y agresión en la enfermedad de Alzheimer.
2020-000766-42	Estudio abierto para evaluar la seguridad, tolerabilidad y eficacia de la administración a largo plazo de gantenerumab en participantes con enfermedad de Alzheimer.
2020-005755-20	Estudio en fase III de ALZ-801 en pacientes con enfermedad de Alzheimer prematura y genotipo APOE4/4.
2017-001364-38	Un estudio para evaluar eficacia y seguridad de Gantenerumab en pacientes con Enfermedad de Alzheimer temprana.
2023-509807-34-00	A Phase 2/3 Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Adaptive Design Trial to Evaluate the Efficacy and Safety of Intravenous ACU193 in Early Alzheimers Disease.
2019-001476-11	Ensayo clínico para evaluar AL002 en participantes con enfermedad de Alzheimer temprana.
2022-501644-15-01	A Study to Assess if BII080 Can Change Clinical Dementia Rating-Sum of Boxes Scores, and BII080 Safety and Tolerability When Injected Into the Cerebrospinal Fluid of Participants With Mild Cognitive Impairment Due to Alzheimer's Disease (AD) or Mild AD Dementia Between 50 to 80 Years of Age
2013-001851-11	Un estudio para ver como de efectivo y seguro 2dosis de medicamento del estudio, LND1011001 son en comparación con un placebo cuando se da a pacientes con Enfermedad de Alzheimer de media a moderada. Un medicamento es una medicación que se parece a la medicación del estudio, pero no tiene ningún ingrediente activo.
2022-002326-27	Un estudio de fase 2, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo y de grupos paralelos para evaluar la seguridad y la eficacia de CT1812 en sujetos con enfermedad de Alzheimer de leve a moderada.
2019-004368-22	Un estudio clínico que evalúa la seguridad y tolerabilidad del Aducanumab en sujetos con enfermedad de Alzheimer que participaron previamente en los estudios de Aducanumab 221AD103, 221AD301, 221AD302 y 221AD205.
2022-001774-61	No se publica el título por ser un ensayo clínico fase I que no incluye población pediátrica.
2013-000504-41	Brexpiprazol en el tratamiento de sujetos con agitación asociada con demencia de tipo Alzheimer.
2016-000587-42	Estudio de extensión a largo termino, abierto de seguridad y tolerancia de RVT en pacientes con Enfermedad de Alzheimer.
2017-002702-12	Extensión de fase Abierta de CREAD: Estudio de Crenezumab para evaluar eficacia y seguridad en Pacientes con Enfermedad de Alzheimer (EA) de prodrómica a leve.
2015-003034-27	ESTUDIO EN FASE III, MULTICÉNTRICO, ALEATORIZADO, DOBLE CIEGO, CONTROLADO CON PLACEBO Y DE GRUPOS PARALELOS PARA EVALUAR LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE CRENEZUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DE PRODRÓMICA A LEVE.
2023-504991-31-00	Assessment of the Efficacy, Safety, and Tolerability of AVP-786 for the Treatment of Agitation in Patients With Dementia of the Alzheimer's Type.

LISTADO DETALLADO DE EECC DE ALZHEIMER EN C. VALENCIANA

IDENTIFICADOR	TÍTULO PÚBLICO
2017-003852-21	No se publica el título por ser un ensayo clínico fase I que no incluye población pediátrica.
2017-001339-38	AVP-786 para el tratamiento de sujetos con agitación asociada con demencia de tipo Alzheimer.
2023-506183-13-00	A study to evaluate the safety and long-term biomarker effects of RO7269162 in participants at risk for or at the prodromal stage of Alzheimers Disease (AD)
2024-511610-20-00	A Multicenter, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Parallel Design, Prospective, 52-Week, Phase 2 Clinical Study to Evaluate the Safety and Efficacy of GV1001 Administered Subcutaneously for the Treatment of Mild to Moderate Alzheimers Disease.
2023-505083-11-01	EFFICACY AND SAFETY OF GSK4527226 [AL101] IN PATIENTS WITH EARLY ALZHEIMERS DISEASE.
2023-509678-52-00	Brainshuttle AD: A Multiple Ascending Dose Study to Investigate the Safety, Tolerability, Pharmacokinetics, and Pharmacodynamics of RO7126209 Following Intravenous Infusion in Participants With Prodromal or Mild to Moderate Alzheimer's Disease.
2022-001671-14	Estudio para verificar el beneficio clínico de aducanumab en participantes con enfermedad de Alzheimer temprana.
2017-003558-17	Un estudio comparativo de TRx0237 (LMTM) y placebo en pacientes con enfermedad de Alzheimer.
2017-002901-37	Estudio de Fase II de BIIB092 en sujetos con enfermedad de Alzheimer (EA) leve.
2017-001365-24	Un estudio para evaluar la eficacia y seguridad de Gantenerumab en pacientes con Enfermedad de Alzheimer temprana.
2022-501188-42-00	A Randomized, Double-blind, Placebo-controlled, Parallel-group, Multicenter Study to Assess the Efficacy and Safety of JNJ-63733657, an Anti-tau Monoclonal Antibody, in Participants with Early Alzheimers Disease.
2015-002134-49	Ensayo de la eficacia y la seguridad a largo plazo de MK 8931 (SCH 900931) en sujetos con EA prodrómica.
2022-500069-29-00	A phase 1b/2, multicenter, adaptive, double-blind, randomized, placebo-controlled study to assess the safety, tolerability, immunogenicity, and pharmacodynamic effects of ACI-24.060 in subjects with prodromal Alzheimers disease and in adults with Down syndrome (ABATE).
2017-003940-19	Estudio de 12 semanas de duración, multicéntrico, aleatorizado, doble ciego, con placebo para evaluar la eficacia, seguridad y tolerabilidad de brexpiprazol en el tratamiento de sujetos con agitación asociada a la demencia de tipo Alzheimer.
2011-003151-20	Estudio de la eficacia y la seguridad de MK-8931 en la EA leve o moderada (EPOCH).
2012-005542-38	Estudio de eficacia y seguridad en pacientes por enfermedad de Alzheimer (EA prodrómica).
2012-004765-40	Estudio de Lu AE58054 en pacientes con enfermedad de Alzheimer leve o moderada tratados con un inhibidor de la acetilcolinesterasa.

7 ASOCIACIONES DE PACIENTES Y FAMILIARES

AFAS

FEDERACIÓN VALENCIANA DE ALZHEIMER	info@fevafa.org	961510002
AFA ALCOY Y COMARCA	susanaparraga@alzheimeralcoi.org	966523056
AFA ALICANTE	difusion@alzheimeralicante.org	965265070
ASSOCIACIÓ DE MALALTS D'ALZHEIMER DE BANYERES DE MARIOLA	afabanyeres@hotmail.com	965567187
ASOCIACIÓN FAMILIARES, ENFERMOS Y COLABORADORES DE ALZHEIMER DE LA MARINA BAIXA	afacoma@hotmail.com	965868000
AFA BIGASTRO	alzheimerbigastro@hotmail.com	609168294
AFA CASTALLA Y ONIL	afa_castalla@hotmail.com	965560678
ASSOCIACIÓ DE FAMILIARS I AMICS DE MALATS D' ALZHEIMER Y ALTRES MALATS DEPENDENTS DE COCENTAINA I COMARCA	info@afamacocentaina.org	966500966
ASOCIACION DE FAMILIARES ENFERMOS DE ALZHEIMER MIGUEL HERNANDEZ (ORIHUELA)	afaorihuela@gmail.com	965302108
ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS DE CREVILLEN	asociacioncreviafa@gmail.com	722638142
AFA ELCHE	info@afaelx.com	965436841
ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER AFA ELDA-PETREY Y MEDIO VINALOPO	info@afaelda.com	691249301
AFA IBI	afaibi@afaibi.es	966551076
ASSOCIACIÓ DE FAMILIARS DE MALATS D'ALZHEIMER DE MURO I COMARCA	centredia@afamuro.org	965530923
AFA NOVELDA	afanovelda@gmail.com	965626804
AFA SANTA POLA	afaeasp@hotmail.com	646381965
AFA TEULADA	afateulada@hotmail.com	965740497
ASOCIACIÓN ALZHEIMER DE FAMILIARES Y AMIGOS DE TORREVIEJA	tecnicas@afatorrevieja.es	966702500
ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHEIMER DE VILLENA Y COMARCA	alzvillena@hotmail.com	965806701
AFA XIXONA y COMARCA	afaxixona@afaxixona.es	965612817
ASOCIACIÓN FAMILIARES ALZHEIMER VALENCIA (AFAV)	afav@afav.org	963587958
ASSOCIACIÓ DE FAMILIARS I AMICS DE MALALTS D'ALZHEIMER I ALTRES DEMENCIAS DE L'ALCUDIA	---	965530923

+

42

Asociaciones de Familiares y Pacientes en C. Valenciana

DATOS SOBRE AFAS EN C. VALENCIANA

58%

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

25%

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

7 ASOCIACIONES DE PACIENTES Y FAMILIARES

AFAS

AFA BENICARLÓ	aabenicarlo@hotmail.es	964 845 018
AFA CASTELLÓN	afacastellon@afacastellon.org	964242080
AFA ALBAIDA	afmava@albaida.es	962398193
ASSOCIACIÓ FAMILIARS I AMICS D´ALZHEIMER D´ALGEMESÍ "ASFAL"	asfalalgemesi@hotmail.com	962426409
ASSOCIACIÓ FAMILIARS DE MALALTS D´ALZHEIMER D´ALGINET "BENVINGUTS"	info@afaalginet.es	961753087
AFA ALZIRA	afa.alzira@gmail.com	962456235
ASSOCIACIÓ DE FAMILIARS D´ALZHEIMER I ALTRES DEMÈNCIES DE BENIFAIÓ, ALMUSSAFES I SOLLANA - AFABALS	info@afabals.org	962031003
AFA BOCAIRENT	info@afabocairent.com	962905012
AFA CANALS	direccio@afacanals.org	960883190
AFA VILLANUEVA DE CASTELLÓN	respirafa@gmail.com	601982420
ASSOCIACIÓ DE FAMILIARS DE MALALTS D´ALZHEIMER I ALTRES DEMÈNCIES DE CATARROJA	afacatarroja@gmail.com	636720998
ASSOCIACIÓ DE FAMILIARS DE PERSONES AMB ALZHEIMER I ALTRES DEMÈNCIES DE CULLERA (AFACU)	info@afacu.org	744659627
AFA LA SAFOR	info@afalasafor.net	962874914
AGUAFA GUADASSUAR	info@aguafa.org	962570796
AFA LA POBLA DE VALLBONA	alzheimerlapobla@gmail.com	636611934
AFA Lliria	afallliria@gmail.com	606002774
AFA ONTINYENT	info@afao.es	962910539
ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE PERSONAS CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS DE CAMP DE MORVEDRE Y PUÇOL	direccion@cmafacam.com	962650427
AFA SUECA	elvira_oviedo@hotmail.com	960918698
AFA UTIEL Y COMARCA (AFEauc)	afeauc@gmail.com	681932612
ASOCIACIÓN CONTRA EL ALZHEIMER Y PARKINSON ASPE	info@alzheimeraspe.es	686434595

+

42

Asociaciones de Familiares y Pacientes en C. Valenciana

DATOS SOBRE AFAS EN C. VALENCIANA

58%

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

25%

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

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 **C. Valenciana** 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

- **15** Neurología
- **233** Medicina Familiar y Comunitaria
- **1** Geriatría
- **29** Psiquiatría

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

NEUROLOGÍA

ALICANTE	H. GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE	3
ALICANTE	H. GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE	2
CASTELLÓN	H. GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓN	2
VALENCIA	H. UNIVERSITARI I POLITECNIC LA FE	3
VALENCIA	H. UNIVERSITARIO DOCTOR PESET	1
VALENCIA	H. CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA	2
VALENCIA	H. GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA	2

GERIATRÍA

VALENCIA	HOSPITAL UNIVERSITARIO LA RIBERA	1
----------	----------------------------------	---

PSIQUIATRÍA

ALICANTE	H. GENERAL UNIVERSITARIO ELCHE	2
ALICANTE	H. GENERAL UNIVERSITARIO DE ELDA-VIRGEN DE LA SALUD	2
ALICANTE	H. DE LA VEGA BAJA	1
ALICANTE	H. UNIVERSITARIO SANT JOAN	2
ALICANTE	H. MARINA BAIXA	2
CASTELLÓN	C. H. PROVINCIAL DE CASTELLÓN	3
VALENCIA	H. UNIVERSITARIO LA RIBERA	2
VALENCIA	H. FRANCESC DE BORJA	1
VALENCIA	H. ARNAU DE VILANOVA	2
VALENCIA	H. UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE	3
VALENCIA	H. CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA	3
VALENCIA	H. GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA	2
VALENCIA	H. UNIVERSITARIO DOCTOR PESET	2
VALENCIA	H. LLUIS ALCANYIS	1

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

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

ALICANTE	UDM AFYC ALCOY	7
ALICANTE	UDM AFYC ALICANTE	10
ALICANTE	UDM AFYC ELCHE	9
ALICANTE	UDM AFYC H.U. VINALOPÓ	8
ALICANTE	UDM AFYC ELDA	9
ALICANTE	UDM AFYC ORIHUELA	8
ALICANTE	UDM AFYC SANT JOAN	9
ALICANTE	UDM AFYC TORREVIEJA	6
ALICANTE	UDM AFYC. VILLAJOIOSA	8
CASTELLÓN	UDM AFYC VINARÓS	8
CASTELLÓN	UDM AFYC CASTELLÓN	16
CASTELLÓN	UDM AFYC. VILA REAL	12
VALENCIA	UDM AFYC MANISES	4
VALENCIA	UDM AFYC SAGUNTO	11
VALENCIA	UDM AFYC LA FE	12
VALENCIA	UDM AFYC CLÍNICO	14
VALENCIA	UDM AFYC DR. PESET	10
VALENCIA	UDM AFYC GANDÍA	14
VALENCIA	UDM AFYC XÁTIVA	14
VALENCIA	UDM AFYC ARNAU DE VILANOVA	10
VALENCIA	UDM AFYC REQUENA	10
VALENCIA	UDM AFYC ALZIRA	6
VALENCIA	UDM AFYC HOSPITAL GENERAL DE VALENCIA	11

RESULTADOS SOBRE RECURSOS FORMATIVOS

78%

de los profesionales sanitarios encuestados consideran que el grado de formación de los profesionales sanitarios que participan en el manejo de la EA en C. Valenciana es **ALTO**.

78%

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

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

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

9 DEPENDENCIA

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

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

GRADOS DE DEPENDENCIA

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



PRESTACIONES Y SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

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

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

PREVENCIÓN DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL

El **servicio de prevención** de las situaciones de dependencia **tiene por finalidad prevenir la aparición o el agravamiento del grado de dependencia**, mediante 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.

El **servicio de promoción** de la autonomía personal tiene **por finalidad desarrollar 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, fomentando las relaciones convivenciales durante todo el ciclo vital de las personas.

Es un servicio de promoción de la autonomía personal aquellos que **se encuentran debidamente acreditados por la Conselleria competente**, y que se clasifican en:

- a) Rehabilitación y terapia ocupacional.
- b) Atención temprana.
- c) Estimulación cognitiva.
- d) Promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional.
- e) Rehabilitación psicosocial para personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual.
- f) Apoyos personales y cuidados en alojamientos especiales.

Cuando los servicios especificados en las letras b), e) sean prestados en Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana y en Centros de Rehabilitación e Inserción Social, respectivamente, tendrán la consideración de servicio de promoción de la autonomía personal en todo caso.

Van dirigidos a las personas mayores en situación de dependencia, y a personas con discapacidad en situación de dependencia.

Se puede solicitar en cualquier momento, indicándolo siempre en las preferencias de la solicitud inicial de reconocimiento de la situación de dependencia o si es un momento posterior, en la solicitud de petición de nuevas preferencias.

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

AYUDA A DOMICILIO

El servicio de ayuda a domicilio lo constituye el **conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia** con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria e incrementar su autonomía, favoreciendo la permanencia en el mismo.

El programa pretende dar soporte a las actividades de la vida diaria que no puedan realizarse de forma autónoma, promocionando la habilitación personal, realizando tareas de atención personal y domésticas:

- Las actividades de atención personal comprenden todos los aspectos relacionados con la higiene y el cuidado el aseo personal. Incluye cambios posturales, movilizaciones y las actividades directamente relacionadas con la potenciación de la autonomía personal.
- La atención de necesidades del hogar engloba, de forma secundaria, las actividades relacionadas con la limpieza, mantenimiento y cuidado del entorno más próximo de la persona.

Los servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas sólo podrán prestarse asociados con los servicios de atención personal.

Este servicio se prestará por las Entidades Locales y de acuerdo con el correspondiente Programa Individual de Atención(PIA) de la persona en situación de dependencia.

Dirigido a personas en situación de dependencia, que requieran de estos apoyos para normalizar su vida personal y social en su propio entorno, evitando la institucionalización.

Si no tiene reconocida la situación de dependencia deberá solicitarla a través de los Servicios Sociales de su municipio, cumplimentando la solicitud inicial de reconocimiento de la situación de dependencia e indicando este servicio como recurso preferente. También podrá solicitarlo en cualquier momento posterior mediante el documento de “solicitud de nuevas preferencias de servicios o prestaciones, ampliación o revisión PIA (programa individual de atención”.

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

TELEASISTENCIA

La Teleasistencia Avance es un **servicio totalmente gratuito** que permite a las personas, con solo accionar un dispositivo “manos libres” en forma de colgante o pulsera, entrar en contacto directo con un centro de atención permanente durante las 24 horas del día y todos los días del año, atendido por personas profesionales preparadas para dar respuesta adecuada a la necesidad presentada, bien por sí mismo o movilizándolo otros recursos humanos o materiales, propios de la persona usuaria o de la comunidad.

Además de los servicios de la teleasistencia básica, puede incluir otras prestaciones y apoyos tecnológicos complementarios que son los dispositivos periféricos para la detección de situaciones de riesgo o emergencia, así como programas de atención integral en función de la situación de necesidad de atención detectada.

Tiene como finalidad dar una **respuesta inmediata** en situaciones de emergencia, de inseguridad, soledad y aislamiento a las personas beneficiarias y está concebido como elemento de apoyo tanto para la persona en situación de dependencia como para la persona cuidadora.

Se persigue el objetivo fundamental de contribuir a conseguir la permanencia de personas vulnerables en su medio habitual de vida, evitando los grandes costes personales, sociales y económicos que el desarraigo del medio conlleva, asegurando la intervención inmediata.

Puede prestarse a través de un terminal de teleasistencia fija en el domicilio o teleasistencia móvil.

En la Comunidad Valenciana el Servicio de Teleasistencia avanzada es financiado con cargo a los fondos europeos procedentes del Mecanismo para la Recuperación y Resiliencia, dentro del Pla de Recuperación, Transformación y Resiliencia del Gobierno.

La teleasistencia avanzada se trata de un derecho dirigido a **todas las personas en situación de dependencia que vivan en su domicilio**, siendo compatible con cualquier otro servicio o prestación económica con excepción del servicio de atención residencial permanente o su prestación vinculada.

Se puede solicitar en cualquier momento, indicándolo siempre en las preferencias de la solicitud inicial de reconocimiento de la situación de dependencia o si es un momento posterior, en la solicitud de petición de nuevas preferencias y aportando junto con las mismas el modelo normalizado “Servicio de Teleasistencia Avanzada”.

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

ATENCIÓN RESIDENCIAL

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

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

- Residencias para personas mayores.
- Residencias para personas con discapacidad física, intelectual o con problemas de salud mental.
- Centros residenciales de carácter convivencial de apoyo extenso (viviendas tuteladas asistidas).
- Centros residenciales de carácter convivencial de apoyo limitado o intermitente (viviendas tuteladas supervisadas).

Podrá existir aportación económica de la persona beneficiaria del servicio de atención residencial en función de su capacidad económica y siempre garantizándole a la persona una cantidad mínima para sus gastos personales.

Como instrumento de la Administración, se articula la **Prestación Vinculada de Garantía al servicio de atención residencial**.

Dirigido a las personas mayores en situación de dependencia, y a personas con discapacidad en situación de dependencia.

Se puede solicitar en cualquier momento, indicándolo siempre en las preferencias de la solicitud inicial de reconocimiento de la situación de dependencia o si es un momento posterior, en la solicitud de petición de nuevas preferencias.

Se trata de una iniciativa que parte únicamente de la Administración de la Generalitat como mecanismo para asegurar que ninguna persona por falta de recursos no pueda ser atendida en un servicio de atención residencial.

En el supuesto de que no se disponga de plaza pública residencial adecuada al grado de dependencia en un radio de 20 km respecto al domicilio de la persona en situación de dependencia, se ofertará a la persona usuaria, como medida sustitutiva de la plaza pública, la posibilidad de percibir una prestación económica vinculada al servicio residencial.

326

RESIDENCIAS

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

ATENCIÓN EN CENTROS DE DÍA

El **servicio de centro de día de atención a personas mayores** es un recurso social que ofrece, durante el día, una atención integral a las personas mayores en situación de dependencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria y que precisan atención de carácter asistencial, rehabilitador y biopsicosocial, con el fin de mejorar o mantener su nivel de autonomía personal. Asimismo, proporciona a los familiares o personas cuidadoras el apoyo y la orientación necesaria, para facilitar su atención, favoreciendo la permanencia de las personas mayores en su ambiente familiar y social.

El **servicio de centro de atención diurna a personas con discapacidad** es un recurso social destinado a garantizar la atención integral y favorecer la permanencia en el entorno familiar y social de las personas en situación de dependencia que por motivo de su discapacidad física, intelectual, mental o de cualquier otra naturaleza tienen necesidades de apoyo de diferente intensidad y frecuencia, y donde se desarrollan actividades que van dirigidas a procurar la adquisición, el mantenimiento o la rehabilitación de las habilidades de autonomía personal en función de las características psicofísicas y necesidades sociales de las personas a las que van dirigidas. Estos servicios fomentarán la participación en la vida cultural y social de la comunidad, potenciando su competencia personal, laboral y social, y contribuirán a mejorar su calidad de vida.

Las personas con discapacidad podrán ser atendidas mediante centro de atención diurna a través de:

- Centros de día.
- Centros ocupacionales para personas con discapacidad.

Están dirigidos a las personas mayores en situación de dependencia, y a personas con discapacidad en situación de dependencia.

Se puede solicitar en cualquier momento, indicándolo siempre en las preferencias de la solicitud inicial de reconocimiento de la situación de dependencia o si es un momento posterior, en la solicitud de petición de nuevas preferencias.

179

CENTROS DE DÍA

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

PRESTACIÓN ECONÓMICA DE ASISTENCIA PERSONAL

La prestación económica de asistencia personal es aquella que tiene como finalidad financiar los gastos destinados a la **promoción de la autonomía** de las personas en situación de dependencia en cualquier de sus grados por razón de su diversidad funcional.

Su objetivo es facilitar a la persona beneficiaria el acceso en la educación y al trabajo, o bien posibilitar una mayor autonomía en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria, su inclusión y participación en la comunidad en los términos previstos en la Convención de Naciones Unidas de Derechos de las Personas con Discapacidad.

Se distinguen dos tipologías en función de la edad:

1. Persona Profesional de Asistencia Personal, para personas entre 18 y 64 años.

Tiene como finalidad la materialización de un proyecto de vida independiente a través del acceso a la educación y/o al trabajo y la inclusión y participación en la comunidad.

2. Persona Profesional de Asistencia Terapéutica Infantil, para menores de 18 años.

Tiene un carácter rehabilitador, terapéutico y de acompañamiento, su finalidad es potenciar al máximo la autonomía y la capacidad de autodeterminación de la niña, niño o adolescente y contribuir a hacer efectivo su derecho al desarrollo integral y el principio de inclusión social en todos los ámbitos de su vida, fortaleciendo su proyecto vital bajo un prisma centrado en la persona.

Está destinada a atender personas que, por su situación de dependencia, precisan el apoyo de esta figura para llevar a cabo su proyecto de vida independiente, que le permita desarrollar las actividades personales, laborales, formativas, culturales, deportivas y sociales en condiciones de igualdad.

Se puede solicitar en cualquier momento, indicándolo siempre en las preferencias de la solicitud inicial de reconocimiento de la situación de dependencia o si es un momento posterior, en la solicitud de petición de nuevas preferencias de servicios o prestaciones.

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR (I)

Constituyen cuidados en el entorno familiar la **atención prestada** a las personas en situación de dependencia en su domicilio **por personas cuidadoras con relación familiar o allegadas**, o por personas cuidadoras con habilidades laborales para su cuidado.

La **prestación económica** cumple la finalidad social de apoyar económicamente la labor que la persona cuidadora desarrolla en el entorno familiar y de conseguir la permanencia de las personas en situación de dependencia en su núcleo convivencial de origen, cuando así lo elija la persona beneficiaria y se considere idónea la atención en el PIA (Programa Individual de Atención).

Se trata de una prestación nominativa que perciben las personas en situación de dependencia.

Podrán asumir la condición de personas cuidadoras en el entorno familiar de una persona en situación de dependencia:

1. Personas cuidadoras con relación familiar: Cónyuge o persona con relación análoga a la conyugal, hijo o hija, padre o madre, así como padres y madres de acogida y parientes por consanguinidad o afinidad hasta el cuarto grado.

Podrán ser cuidadoras con relación familiar las **personas allegadas** a una persona en situación de dependencia cuando así lo acredite el preceptivo informe social de entorno.

(Siempre que esté debidamente justificado en el correspondiente informe social, la persona en situación de dependencia podrá ser atendida por dos personas cuidadoras con relación familiar, entendiéndose que la dedicación de cada una será al 50%).

2. Personas cuidadoras con relación laboral: Aquellas personas idóneas de acuerdo a lo establecido en el correspondiente informe social de entorno. A los efectos correspondientes, se deberá formalizar el oportuno contrato de trabajo de acuerdo con la legislación vigente en cada momento.

Dirigido a las personas en situación de dependencia.

- 1º) El procedimiento se inicia a instancia de la persona interesada dirigida a los servicios sociales de atención primaria del Ayuntamiento donde se encuentre empadronada.
- 2º) La persona beneficiaria tiene que acreditar, por cualquier medio válido en derecho, que desde el inicio del procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia y acceso a las prestaciones del sistema:
 - Está siendo atendida mediante cuidados en el entorno familiar por una persona cuidadora que cumpla los requisitos.
 - Que su vivienda cumple los requisitos que la hacen apta para su utilización en función de su grado de dependencia.
 - Que reúne las condiciones adecuadas en su vivienda de conformidad con el artículo 14.4 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las Personas en Situación de Dependencia.

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR (II)

Va dirigido a las personas en situación de dependencia.

CÓMO SE SOLICITA:

1º) El procedimiento se inicia a instancia de la persona interesada dirigida a los servicios sociales de atención primaria del Ayuntamiento donde se encuentre empadronada.

2º) La persona beneficiaria tiene que acreditar, por cualquier medio válido en derecho, que desde el inicio del procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia y acceso a las prestaciones del sistema:

1. Está siendo atendida mediante cuidados en el entorno familiar por una persona cuidadora que cumpla los requisitos.
2. Que su vivienda cumple los requisitos que la hacen apta para su utilización en función de su grado de dependencia.
3. Que reúne las condiciones adecuadas en su vivienda de conformidad con el artículo 14.4 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las Personas en Situación de Dependencia.

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

PRESTACIÓN ECONÓMICA VINCULADA A SERVICIO

Las prestaciones de atención a la dependencia podrán tener la naturaleza de **Servicios** y de **Prestaciones Económicas** e irán destinadas, por una parte, a la promoción de la autonomía personal y, por otra, a atender las necesidades de las personas con dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

Los servicios tendrán carácter prioritario y se prestarán a través de la oferta pública, de no ser posible la atención mediante alguno de dichos servicios se resolverá la **prestación económica vinculada**.

Esta prestación económica de carácter personal estará, en todo caso, vinculada a un servicio concreto y **tiene por objeto contribuir a la financiación del coste, el cual vendrá establecido en el PIA** de cada persona beneficiaria, en función de su grado de dependencia.

La prestación económica estará vinculada para los siguientes servicios:

1. Ayuda a domicilio.
2. Prevención y promoción de la autonomía personal.
3. Centro de día.
4. Atención residencial.

A QUIÉN VA DIRIGIDO

Prestación vinculada al SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

Dirigido a personas valoradas en cualquiera de los grados de situación de dependencia con prescripción de idoneidad en su PIA y lo contraten con una empresa acreditada por la Conselleria.

La persona en situación de dependencia deberá acreditar que al menos recibe el número mínimo de horas establecido en su PIA.

Prestación vinculada a otros servicios:

Dirigido a personas valoradas en cualquiera de los grados de situación de dependencia con prescripción de idoneidad en su PIA y que reciban el servicio de forma continuada (sin interrupción que supere los 2 meses durante el año natural) por parte de una empresa acreditada por la Conselleria.

CÓMO SE SOLICITA

El procedimiento se inicia a instancia de la persona interesada dirigida a los servicios sociales de atención primaria del Ayuntamiento donde se encuentre empadronada, indicando en la solicitud inicial el servicio o prestación que prefiere o si es un momento posterior, en la solicitud de petición de nuevas preferencias.

OFICINA AUTONÓMICA DE COORDINACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIOSANITARIA DE LA C. VALENCIANA

En la C. Valenciana, se encuentra la **Oficina Autónoma de Coordinación e Integración Sociosanitaria (OCISS)**. Dependiente de la Conselleria de Sanidad, aspira a implantar e impulsar diferentes planes de actuación en materias propias de la Conselleria con un carácter científico e innovador, en coordinación, asimismo, con otros departamentos de la Administración de la Generalitat.

El objetivo principal de la OCISS es culminar y evaluar una estrategia valenciana de coordinación sociosanitaria. Sus funciones incluyen:

- Promover la participación de diferentes departamentos y operadores.
- Realizar el seguimiento del proyecto «Historia sociosanitaria».
- Establecer un cuadro de mandos para la monitorización y evaluación de la gestión.
- Fomentar la interoperabilidad de recursos sanitarios con residencias de mayores y personas con diversidad funcional.
- Desarrollar un marco de investigación e innovación para personas mayores y con diversidad funcional.
- Proponer un portal de atención sociosanitaria para mejorar la visibilidad de recursos.
- Promover un mapa de recursos sociosanitarios.

CENTRO	LOCALIDAD	DIRECCIÓN
Oficina Autónoma de Coordinación e Integración Sociosanitaria de la Comunidad Valenciana (OCISS)	VALENCIA	C/Micer Mascó, 31-33, 46010, Valencia

RESULTADOS SOBRE LOS RECURSOS PARA LA DEPENDENCIA EN LA C. VALENCIANA

Los expertos encuestados refieren que en la C. Valenciana existen recursos específicos para la EA leve y EA avanzada, como centros de día a cargo de los ayuntamientos y los centros de día dependientes de las AFAS.

El **46%** de los expertos encuestados identifican el acceso a cursos de **estimulación cognitiva** como uno de los recursos para la dependencia más útiles para las personas con EA; **un 38%** de los expertos encuestados identifican los **centros de día** y **un 15%**, los **talleres de memoria**, entre otros.

No existen recursos específicos para la dependencia destinados a personas con EA jóvenes (menores de 65 años), siendo los recursos los mismos que para el resto de las personas con EA. Tan solo ofrecen algún servicio desde las AFAs y desde algún centro de estimulación privado.

DERIVACIONES A RECURSOS PARA LA DEPENDENCIA: un **92%** de los expertos encuestados refieren que las derivaciones ocurren demasiado tarde y solo un **8%** opinan que las derivaciones ocurren de manera adecuada.

INFORMACIÓN DE RECURSOS A LA DEPENDENCIA: el **85%** de los expertos encuestados refieren que las personas con EA son **informadas de la existencia de recursos sociosanitarios** disponibles. Por orden de frecuencia:

- Un **90%** de los expertos encuestados afirman que las personas con EA y sus familiares/cuidadores son informados de los recursos públicos disponibles.
- Asimismo, un **81%** de los expertos encuestados señalan que las personas con EA y sus familiares/cuidadores son informados de los recursos concertados.
- Finalmente, el **56%** de los expertos encuestados señalan que las personas con EA y sus familiares/cuidadores son informados de los recursos privados.

OFERTA DE RECURSOS PARA LA DEPENDENCIA: el **46%** de los expertos afirman que la prevención de riesgos es uno de los recursos que habitualmente están disponibles para la dependencia; un **38%** de los expertos encuestados también mencionan la protección legal.

PAPEL DE TRABAJO SOCIAL: el **77%** de los expertos encuestados valoran como **BAJO** el papel de trabajo social en la EA.

GRADO DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA: el **85%** de los expertos encuestados refieren que **no existe buena coordinación** entre recursos sociales y sanitarios.

10 INNOVACIÓN

RESPUESTAS SOBRE RECURSOS E INNOVACIÓN

En C. Valenciana, se han iniciado **terapias no farmacológicas** innovadoras tales como:

- Musicoterapia.
- Reminiscencia: “La Casita del Ayer”.
- Sala Multisensorial Snoezelen.
- Arteterapia.
- Horticultura terapéutica.
- Terapia Pixels.
- Terapia Kinect.
- Intervención asistida con animales.
- Robótica terapéutica.
- Realidad virtual.
- *Doll therapy*.
- Juegos serios.
- Música para despertar.
- Plataformas de estimulación cognitiva y física.
- Proyecto de estimulación transcraneal de corriente directa para mejorar la eficiencia cognitiva en demencia tipo Alzheimer.

Otras de las iniciativas desarrolladas que los expertos encuestados identifican incluyen:

- Desarrollo de biomarcadores en sangre.
- Creación de la oficina de coordinación socio-sanitaria.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

MAPEA
Mapa de recursos para enfermos
de Alzheimer



Con relación a la coordinación socio-sanitaria, los expertos destacan:

- Necesidad de mejorar la coordinación entre el sistema sanitario y los servicios sociales, promoviendo una atención integral a las personas con demencia y su entorno. Este enfoque incluye el aumento del número de profesionales de atención directa de ambos ámbitos que trabajen conjuntamente para ofrecer un seguimiento continuo y eficaz.
- Creación de un organismo o entidad que centralice la información sobre los recursos disponibles para la atención de personas con demencia.

Creación de centros y recursos específicos para la EA y otras demencias:

- Se propone la creación de centros específicos y recursos dedicados al cuidado de las personas con demencia, así como el reconocimiento de las Unidades postdiagnóstico.

Incremento de la dotación de profesionales especializados:

- Incorporar para la atención de la EA otros perfiles necesarios como el psiquiatra especializado en demencias y el geriatra, que estén bien coordinados con neurología.
- Mejorar la dotación de neuropsicólogos en las consultas especializadas en memoria.

Desarrollo de protocolos de consenso para la derivación temprana:

- Se hace hincapié en la creación de protocolos consensuados para la derivación temprana de personas con deterioro cognitivo a consultas especializadas, que contribuyan a mejorar las intervenciones asistenciales, teniendo además en cuenta otros factores que impactan sobre el paciente (cardiovasculares, síndrome metabólico, etc., según las recomendaciones del informe de la Comisión de Lancet).

Otras recomendaciones propuestas son:

- Mayor implantación de terapias no farmacológicas prescritas.
- Mejora en la dotación de recursos diagnósticos, como la implantación de biomarcadores en plasma, que permitirán una detección más precisa de la EA en etapas tempranas.
- Incrementar la inversión en la sanidad pública y adoptar modelos de éxito europeos, así como desarrollar un plan estratégico que incluya acuerdos de gestión.

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 la C. Valenciana **se han desarrollado dos nuevas herramientas** de planificación y gestión relacionadas con la EA, el *V Plan de Salud 2022-2030* y la *Guía de manejo práctico de la enfermedad de Alzheimer en la Comunidad Valenciana (2017)*, con un **grado de implementación y conocimiento MODERADO**, según los expertos encuestados.
- Asimismo, a nivel nacional se elaboró el **Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023)**, cuyo nivel de implementación en la C. Valenciana se considera **BAJO**, y la **Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud**, cuyo nivel de implementación en la C. Valenciana también es **BAJO**.

PROCESO ASISTENCIAL:

- Según el presente análisis **no se observan grandes cambios a lo largo del proceso asistencial respecto a las áreas de mejora identificadas en MapEA (2017)**. Entre otros, destacan los siguientes puntos:
 - Falta de formación específica sobre la EA en atención primaria y sobrecarga asistencial.
 - Falta de posicionamiento del paciente crónico y de concienciación sobre la EA.
 - Falta de neuropsicólogos para realizar evaluaciones cognitivas en personas seleccionadas y acceso limitado a consultas especializadas de demencia.
 - Necesidad de mejorar al acceso a pruebas genéticas y estudios de imagen para favorecer el diagnóstico temprano.
 - Falta de coordinación entre los agentes implicados y de protocolos consensuados.
- La principal mejora que se plantea en el actual MapEA es **reforzar el papel de geriatría y psiquiatría** en el proceso asistencial del paciente.

RECURSOS

- Respecto a la situación de 2017, se observa un ligero aumento de recursos tecnológicos disponibles en la C. Valenciana: el número de **TACs** disponibles ha aumentado de **87 a 93** máquinas; el número de **RMs** disponibles ha aumentado de **60 a 85** en la actualidad y el número de **SPECT** también ha aumentado, pasando de **9 a 14** pruebas. Asimismo, el número **de PET** ha pasado de **12 a 16**.

GLOSARIO



TERMINO	DEFINICIÓN
AFAs	Asociación de Familiares de Alzheimer
ApoE	Apolipoproteína E
ATDOM	Model del Programa d'atenció domiciliària
DCL	Deterioro cognitivo leve
EA	Enfermedad de Alzheimer
EEG	Electroencefalograma
EAIA-TC	Equipos de valoración integral ambulatoria para trastornos cognitivos.
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
FAST	Functional Assessment Stages
HCE	Historia clínica electrónica
IACE	Inhibidores de la acetilcolinesterasa
LCR	Líquido cefalorraquídeo
MMSE	Mini-Mental State Examination
PADES	Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Apoyo
PET	Tomografía de emisión de positrones
PET FDG	Tomografía por Emisión de Positrones con Fluorodesoxiglucosa
RM	Resonancia Magnética
RTFMA	Registro de Tratamiento Farmacológico de la Enfermedad de Alzheimer
SPECT	Tomografía computarizada por emisión de fotón único
TAC	Tomografía Axial Computarizada



Proyecto MapEA



ANEXOS

MAPEA
Mapa de recursos para enfermos
de Alzheimer



CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – ALICANTE (I)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia Emilio Sala	Alcoy/Alcoi	965 54 37 11
Centro de respiro Solroja para enfermos de Alzheimer y otras demencias	Alcoy/Alcoi	966 52 30 56 / 618 71 45 97
DomusVi Alcoi	Alcoy/Alcoi	965 33 46 84
Residencia para personas mayores dependientes Mariola	Alcoy/Alcoi	965 33 01 08
Asilo Hogar San José	Alcoy/Alcoi	965 52 01 16
Anneke Residence	Alfàs del Pi (I')	966 81 40 34
Residencia de ancianos Fundación Betanien	Alfàs del Pi (I')	966 87 72 50
Residencia de ancianos La Saleta Alicante	Alicante/Alacant	965 28 03 27
DomusVi Babel	Alicante/Alacant	965 11 25 05
Residencia de 3ª edad La Florida	Alicante/Alacant	965 10 70 83 / 965 10 71 70
Residencia Nuestra Señora de Lourdes	Alicante/Alacant	965 25 39 11
Residencia de 3ª edad Doña Rosa	Alicante/Alacant	965 16 19 91
Residencia de personas mayores dependientes Alacant	Alicante/Alacant	965 17 93 75
Residencia Gerusía	Alicante/Alacant	966 28 30 30
Residencia Vistasol 5	Alicante/Alacant	966 10 94 49
Residencia Alzheimer Alicante	Alicante/Alacant	657 91 58 79 / 965 26 50 70
Ballesol Vía Parque	Alicante/Alacant	965 15 68 33
DomusVi Alicante Condomina	Alicante/Alacant	965 15 93 76
Residencia de 3ª edad Beanda	Alicante/Alacant	965 15 30 08
Ballesol San Juan	Alicante/Alacant	965 15 41 25
Residencia Vistahermosa	Alicante/Alacant	965 26 31 95

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – ALICANTE (II)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia El Paular	Alicante/Alacant	965 16 32 05
Residencia para personas mayores dependientes del Hogar Provincial	Alicante/Alacant	965 26 51 00
Casaverde Almoradí	Almoradí	966 78 38 02
Residencia de 3ª edad Villa de Altea - Les Boqueres	Altea	966 88 17 91
Residencia de ancianos Nuestra Señora de las Nieves	Aspe	965 49 00 92
Residencia de tercera edad Banyeres de Mariola	Banyeres de Mariola	966 56 81 83
Residencia de personas mayores dependientes Benejúzar	Benejúzar	965 35 67 18 / 966 77 72 07
Residencia de mayores dependientes de Benidorm	Benidorm	966 80 74 34
Residencia Ciudad Patricia Costa Blanca	Benidorm	965 86 87 04
Residencia de tercera edad Benimeli Club Residencial	Benimeli	965 58 76 16
Fundación Nuestra Señora de los Dolores, San Joaquín y Santa Ana	Benissa	965 73 05 93
Fundación Asilo Hospital de Callosa d'En Sarrià	Callosa d'en Sarrià	965 88 05 73
La Saleta Calp	Calp	93 583 88 55
DomusVi Calpe	Calp	965 83 99 90
Colina Club - Residencia	Calp	965 83 52 28 / 965 83 73 10
Orpea El Campello	Campello (el)	965 94 18 93
DomusVi El Campello	Campello (el)	965 63 26 66
Residencia San Joaquín y Santa Ana	Castell de Castells	965 51 81 19 / 686 70 01 54
DomusVi Concentaina	Cocentaina	965 59 20 66
Residencia para personas mayores dependientes La Purísima	Crevillent	965 40 08 29
Residencia municipal Santa Lucía	Dénia	966 42 11 08 / 965 78 29 12
Residencia de 3ª edad Elche	Elche/Elx	965 45 53 70
Centro Residencial Elche Seniors	Elche/Elx	966 61 40 70

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – ALICANTE (III)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Asilo Hogar San José	Elche/Elx	966 63 63 16
DomusVi Elche L'Aljub	Elche/Elx	965 43 21 58
DomusVi Elche Carrús	Elche/Elx	966 67 58 20
Residencia de personas mayores de Elda El Catí	Elda	965 69 59 20
DomusVi Elda	Elda	965 38 16 88
Residencia 3ª edad Mediterráneo	Formentera del Segura	966 71 58 63
Residencia Virgen de Gracia	Guardamar del Segura	966 17 68 08
Residencia Casaverde Guardamar del Segura	Guardamar del Segura	966 72 68 72
Residencia San Joaquín	Ibi	965 55 29 73
Residencial Bon Retir	Jávea/Xàbia	965 79 02 42
Fundación Residencia Asilo Hermanos Cholbi de Jávea	Jávea/Xàbia	965 79 10 80
Residencia Vicente Cabrera	Jijona/Xixona	965 61 01 41
Residencia Nuestra Señora del Remedio	Monóvar/Monòver	965 47 03 08
Fundación Casa Beneficencia	Muro de Alcoy	965 53 07 64
Residencia Julia	Mutxamel	965 66 65 53 / 615 58 92 31
Residencia geriátrica Odamar, S. L.	Mutxamel	965 95 54 15
Residencia de mayores El Pilar	Mutxamel	965 95 60 58 / 965 95 54 20
Asilo Hermanitas de los Ancianos Desamparados	Novelda	965 60 02 87
Centro residencial Savia La Nucia	Nucia (Ia)	966 89 70 50
Residencia para personas mayores Montebello	Nucia (Ia)	966 87 70 00
Residència Mare de Deu de la Soledat	Ondara	965 76 70 02
Residencia de 3ª edad Caseta Sarrió	Onil	965 56 56 88
Savia Villamartín	Orihuela	966 76 49 86

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – ALICANTE (IV)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia para personas mayores dependientes de Orihuela	Orihuela	966 74 50 43 / 966 74 50 49
Fundación Residencia Nuestra Señora del Carmen de Pedreguer	Pedreguer	965 76 07 73
Residencia San Juan de Dios	Pego	965 57 01 69
Residencia tercera edad La Molineta	Petrer	966 95 61 61
Residencia de 3ª edad Casaverde	Pilar de la Horadada	966 76 98 46
Residencia de 3ª edad Nuestra Señora de las Nieves	Pilar de la Horadada	965 35 25 35
Residencia geriátrica Les Fonts	Polop	965 87 00 75 / 965 87 03 36
Residencia Videsalud I	Redován	966 73 55 24
Residencia Tercera Edad Sant Vicent	San Vicente del Raspeig/Sant Vicent del Raspeig	965 67 20 78
Residencia Nuestra Señora de la Victoria	San Vicente del Raspeig/Sant Vicent del Raspeig	965 66 62 62
Residencia de personas mayores dependientes Corazón de María	San Vicente del Raspeig/Sant Vicent del Raspeig	965 66 81 41
DomusVi San Vicente	San Vicente del Raspeig/Sant Vicent del Raspeig	965 67 39 18
Residencia de asistidos	Sant Joan d'Alacant	965 65 32 36
Centro geriátrico Cap-Blau - San Juan	Sant Joan d'Alacant	965 94 22 09
Residencia Madre Elisea	Sant Joan d'Alacant	965 65 35 50
Complejo Residencial San Juan	Sant Joan d'Alacant	965 65 32 36
DomusVi Santa Pola	Santa Pola	966 69 47 93
Centro Residencial Ana Mª Espinos Llopis	Teulada	965 74 10 41 / 686 80 92 09
Residencia Mar de Levante	Torreveija	966 70 44 36
Residencia de 3ª edad de Torreveija	Torreveija	965 71 07 00
Santo Hospital Residencia de ancianos La Inmaculada	Torreveija	965 71 18 74
Residencia Mar Bella	Torreveija	965 71 08 28
Los Jardines de Clara	Torreveija	965 70 41 02

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – ALICANTE (V)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro geriátrico Borja	Vall de Laguar (la)	965 58 33 50
Residencia La Saleta El Verger	Verger (el)	966 43 98 80
Centro municipal de asistencia Santa Marta	Villajoyosa/Vila Joiosa (la)	965 89 44 91
Ballesol Costa Blanca	Villajoyosa/Vila Joiosa (la)	965 85 76 71
Residencia Nuestra Señora de las Virtudes	Villena	965 80 02 67
Centro Sociosanitario La Morenica	Villena	965 81 50 83
Hogar Madre Rosa Ojeda	Alcora (l')	964 36 02 16
Residencia Santa María Rosa Molas	Almazora/Almassora	964 04 32 97
Residencia municipal Vicente Vilar Morella	Almazora/Almassora	964 50 30 99
Centro Residencial Savia Benicarló	Benicarló	964 46 28 95
Centro geriátrico Sant Bertomeu	Benicarló	964 47 18 67
Residencia Geriátrica Benicasim, S. L.	Benicasim/Benicàssim	964 30 05 66
Residencia Tercera Edad Oasis Palace, S. L.	Benicasim/Benicàssim	964 39 82 83 / 964 39 88 69
Residencia de 3ª edad de Burriana	Borriana/Burriana	964 51 69 62 / 964 35 73 00
Residencia de ancianos de Cáritas Interparroquial de Burriana	Borriana/Burriana	964 51 01 36 / 964 51 01 16
Centro Residencial Savia Cabanes	Cabanes	964 33 15 62
Residencia para personas mayores dependientes Lledó	Castellón de la Plana/Castelló de la Plana	964 37 65 38
Residencia Hogar Virgen de Lidón	Castellón de la Plana/Castelló de la Plana	964 22 00 57 / 964 22 74 12
Azahar del Mediterráneo	Castellón de la Plana/Castelló de la Plana	964 72 49 34
Centro Residencial Savia Castellón	Castellón de la Plana/Castelló de la Plana	964 25 72 85
Orpea Castellón	Castellón de la Plana/Castelló de la Plana	964 88 02 62
Residencial Castellón Servicios Integrales, S. A.	Castellón de la Plana/Castelló de la Plana	964 20 62 11
Centro de atención especial para personas dependientes Gran Vía	Castellón de la Plana/Castelló de la Plana	964 24 78 49 / 618 73 84 17 / 618 73 84 88

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – ALICANTE (V)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro geriátrico Borja	Vall de Laguar (la)	965 58 33 50
Residencia La Saleta El Verger	Verger (el)	966 43 98 80
Centro municipal de asistencia Santa Marta	Villajoyosa/Vila Joiosa (la)	965 89 44 91
Ballesol Costa Blanca	Villajoyosa/Vila Joiosa (la)	965 85 76 71
Residencia Nuestra Señora de las Virtudes	Villena	965 80 02 67
Centro Sociosanitario La Morenica	Villena	965 81 50 83

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – CASTELLÓN (I)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Hogar Madre Rosa Ojeda	Alcora (I')	964 36 02 16
Residencia Santa María Rosa Molas	Almazora/Almassora	964 04 32 97
Residencia municipal Vicente Vilar Morella	Almazora/Almassora	964 50 30 99
Centro Residencial Savia Benicarló	Benicarló	964 46 28 95
Centro geriátrico Sant Bertomeu	Benicarló	964 47 18 67
Residencia Geriátrica Benicasim, S. L.	Benicasim/Benicàssim	964 30 05 66
Residencia Tercera Edad Oasis Palace, S. L.	Benicasim/Benicàssim	964 39 82 83 / 964 39 88 69
Residencia de 3ª edad de Burriana	Borriana/Burriana	964 51 69 62 / 964 35 73 00
Residencia de ancianos de Cáritas Interparroquial de Burriana	Borriana/Burriana	964 51 01 36 / 964 51 01 16
Centro Residencial Savia Cabanes	Cabanes	964 33 15 62
Residencia para personas mayores dependientes Lledó	Castellón de la Plana/Castelló de la Plana	964 37 65 38
Residencia Hogar Virgen de Lidón	Castellón de la Plana/Castelló de la Plana	964 22 00 57 / 964 22 74 12
Azahar del Mediterráneo	Castellón de la Plana/Castelló de la Plana	964 72 49 34
Centro Residencial Savia Castellón	Castellón de la Plana/Castelló de la Plana	964 25 72 85
Orpea Castellón	Castellón de la Plana/Castelló de la Plana	964 88 02 62
Residencial Castellón Servicios Integrales, S. A.	Castellón de la Plana/Castelló de la Plana	964 20 62 11
Centro de atención especial para personas dependientes Gran Vía	Castellón de la Plana/Castelló de la Plana	964 24 78 49 / 618 73 84 17 / 618 73 84 88
La Saleta Magdalena	Castellón de la Plana/Castelló de la Plana	964 96 10 50
Residencia de 3ª edad El Pinar	Castellón de la Plana/Castelló de la Plana	964 28 80 92
Residencia de 3ª edad de Forcall	Forcall	964 17 11 00
Centro Residencial Savia Moncofa	Moncofa	964 57 79 02
Centro Residencial Savia Montán	Montán	964 13 25 10
Residencia de la 3ª edad San Juan Bautista	Morella	964 16 10 36

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – CASTELLÓN (II)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia de 3ª edad Navas Altas	Navajas	964 71 09 66
Residencia de ancianos Virgen de la Soledad	Nules	964 67 15 57
Residencia de ancianos Monseñor Fernando Ferrís	Onda	964 60 02 90
Centro residencial Benedicto XIII	Peñíscola/Peñíscola	964 48 16 38 / 686 45 32 99
Residencia 3ª edad Virgen de la Esperanza	Segorbe	964 71 15 27
Residencia para personas mayores dependientes de Segorbe	Segorbe	964 71 36 11
Centro de mayores Nova Llar	Torreblanca	964 42 01 21
Vivienda tutelada de Useras	Useras/Useres (les)	964 38 87 00
Vivienda tutelada La Pelejaneta	Vall d'Alba	964 33 01 57
Hogar Sagrada Familia	Vall d'Uixó (la)	964 69 20 32
Residencia de mayores de Vilafranca	Vilafranca/Villafranca del Cid	964 86 07 18
Residència de 3ª edat Verge de Gràcia	Vila-real	964 53 62 88
Residencia Sant Llorenç	Vila-real	964 53 80 79
DomusVi Vila-real	Vila-real	964 52 95 45
Residencia municipal San Antonio Abad	Villahermosa del Río	964 38 27 10
Hogar de ancianos San Sebastián	Vinaròs	964 45 02 57
Residencia Onacare Vinarós	Vinaròs	964 86 79 22
Residencia 3ª edad Viver de las Aguas	Viver	964 14 14 65
Vivienda tutelada El Pinar de Viver	Viver	964 14 13 40

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – VALENCIA (I)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia de Ademuz	Ademuz	978 78 24 47
Centro Residencial Canalejas	Alaquàs	961 95 12 88
La Saleta Alaquàs	Alaquàs	961 08 05 05
Residencia Nuestra Señora del Remedio	Albaida	962 90 18 12
Residencia de Ancianos Antonio y Julio Muñoz Genovés	Albal	961 26 61 69
Residencia La Milagrosa	Alberic	962 44 50 52
Centro Residencial Savia Alborache	Alborache	962 50 91 40
Ballesol Playa Patacona	Alboraia/Alboraya	963 56 77 12
Centro Gerontológico Dos Palmeras	Albuixech	961 40 04 83
Centro Residencial Savia Albuixech	Albuixech	961 41 73 61
Centro Residencial Savia Alcàsser	Alcàsser	961 22 20 39
Residencia de 3ª edad de l'Alcúdia de Crespins	Alcúdia de Crespins (I)	962 24 46 48
Residencia Inmaculada Concepción	Aldaia	961 50 10 53
Residencia de Aldaia	Aldaia	961 51 10 81
Residencia San Vicente Ferrer	Algemesí	962 42 11 30
Residencia de mayores Els Tarongers D'Algimia	Algimia de Alfara	962 62 70 45
Residencia municipal La Vila	Almussafes	960 61 94 64
Residencia Solimar Alzira	Alzira	962 41 03 28
Residencia La Ribera	Alzira	677 43 45 07
Residencia municipal de 3ª edad de Alzira	Alzira	962 40 06 11
Residencia Santa Teresa Jornet	Alzira	962 41 02 78 / 962 40 34 23
Residencia de tercera edad La Saleta Anna	Anna	962 21 02 21
Residencia Municipal	Ayora	961 89 05 78

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – VALENCIA (II)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia Mondúber-Barx	Barx	962 80 72 04
Residencia de 3ª edad y centro de día Camp del Turia	Benaguasil	962 73 70 17
Residencia de 3ª edad Benetússer	Benetússer	963 76 24 54
Residencia de 3ª edad Balica de Benicolet	Benicolet	962 83 01 01
Residencia Mediterránea	Benirredrà	962 95 10 08 / 962 96 55 11
Residencia Santos Reyes	Benissanó	962 78 08 01
Selegna Residencial para Mayores	Bétera	961 60 85 11
La Saleta Bétera	Bétera	961 69 80 59
Emera Mas Camarena	Bétera	960 50 20 40
Vista Calderona Residencial	Bétera	961 69 80 49 / 634 23 70 96
Sanitas Residencial Mas Camarena	Bétera	961 68 61 30
Centro para personas mayores dependientes Sagrado Corazón de Jesús	Bocairent	962 35 00 37
Residencia 3ª edad de Buñol	Buñol	962 50 36 09
Ballesol Burjasot	Burjassot	963 90 22 30
Hogar de ancianos Sequera	Burjassot	963 63 80 90 / 963 90 20 15
Residencia para personas mayores dependientes San José	Burjassot	963 64 58 02
Residencia 3ª edad Nova Canet	Canet d'En Berenguer	962 60 81 15
Asiger Playa Canet	Canet d'En Berenguer	962 60 95 30
Residencia 3ª edad Virgen de Aguas Vivas	Carcaixent	962 43 18 12
Residencia para personas mayores dependientes	Carlet	962 71 87 40
Residencia Tercera Edad Parqueluz Catarroja	Catarroja	961 27 40 50
Residencia Francisco Ramón Pastor	Catarroja	961 26 54 01
Residencia de 3ª edad de Chelva	Chelva	664 45 14 82 / 699 73 15 80

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – VALENCIA (III)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro Residencial Savia Cheste	Cheste	962 51 42 19
Residencia de 3ª edad Chiva	Chiva	962 52 41 49
La Saleta Calicanto	Chiva	961 98 06 76
Residencia de mayores Virgen de Cortes	Chiva	961 98 00 76
Residencia San José	Cofrentes	961 89 43 83
Residencia Sociosanitaria Cap Blanc	Cullera	961 74 66 66
Residencia municipal de 3ª edad de Cullera	Cullera	961 72 10 93
Residencia Tercera Edad Solimar Daimús	Daimús	962 80 32 35
Residencia Tercera Edad Sant Carles	Daimús	962 81 90 31
Residencia La Paloma	Eliana (I')	962 74 30 39
Residencia Montesol	Eliana (I')	962 74 19 01
Residencia San Blas	Eliana (I')	962 74 20 00
Residencia Eliasol	Eliana (I')	962 75 09 56
Residencial para personas mayores Masía del Pilar	Eliana (I')	962 72 58 22
Centro de personas mayores dependientes Cuidamont	Eliana (I')	962 74 33 15
Residencia San Rafael	Enguera	962 22 40 32
Residencia Tercera Edad La Verge de l'Enova	Ènova (I')	962 26 83 62
Residencia Tercera Edad Novaedat Estivella	Estivella	962 62 92 53
Casa de los Obreros San Vicente Ferrer	Estivella	962 62 90 09 / 609 81 14 10
Vitalia Gerisan	Favara	961 76 93 91
Residencia María Inmaculada	Gandia	962 87 67 43
Residencia La Safor	Gandia	962 87 86 86
La Saleta Campolivar	Godella	963 63 89 20

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – VALENCIA (IV)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia Solimar Guadassuar	Guadassuar	962 57 31 43
Residencia San Blas de Jalance	Jalance	962 19 64 25
Residencia de personas mayores dependientes de Jarafuel	Jarafuel	961 89 90 97
Llar de Sant Vicent	Llíria	962 79 07 27
DomusVÍ Jardines de Lliria	Llíria	962 78 21 72
Centro Residencial Savia Lliria	Llíria	962 79 85 29
Residencia de ancianos Santa Teresa Jornet	Llíria	962 78 01 17
Residencia para personas mayores dependientes de Manises	Manises	963 18 98 05
Residencia San Francisco y San Vicente	Manises	961 54 52 40
Centro Residencial Savia Manises	Manises	963 16 11 44
Residencia de personas mayores dependientes de Massamagrell	Massamagrell	961 45 14 47
San Lorenzo de Brindis	Massamagrell	961 45 20 99
Residencia de la tercera edad Cantallops	Massamagrell	961 45 28 71
Residencia Solimar Massanassa	Massanassa	961 25 52 95
Residencial Jardí Miramar Geriátric	Miramar	962 80 38 12
Residencia La Milagrosa	Mogente/Moixent	962 26 07 18
Residencia de personas mayores de Moncada	Moncada	961 30 12 60
Residencia San Luis	Moncada	961 39 13 00
Residencia Masies de Sant Isidre Náquera	Náquera	605 86 90 91
Centro de atención integral para personas mayores Gumersinda Martínez	Navarrés	962 26 61 64
Centro de tercera edad de Oliva La Carrasca	Oliva	962 85 80 81
Residencia Sant Francesc	Oliva	962 96 36 36
Residencia Nuestra Señora del Rebollet	Oliva	962 85 00 52

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – VALENCIA (V)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia Tercera Edad Solimar L'Ollería	Olleria (l')	962 20 20 95
Residencia San Francisco	Ontinyent	962 38 12 85
Residencia de Nuestra Señora de los Dolores	Ontinyent	962 38 03 12
La Saleta Ontinyent	Ontinyent	962 38 90 50
Centro Residencial Savia Paiporta	Paiporta	963 97 80 15
Residencia La Edad Dorada	Paterna	659 65 73 51
Residencia de mayores La Cañada	Paterna	961 32 90 12
Ballesol Valterna	Paterna	961 35 65 01
Residencia Amelia Piedras Millán	Picanya	961 59 00 28 / 961 59 08 77
Novaedat Picanya	Picanya	961 51 26 50
Centro Residencial Savia Picassent	Picassent	961 22 19 93
Centro Sociosanitario San Ramón Senior	Picassent	961 22 22 20
Residencia de 3ª edad San Sebastián	Pobla de Vallbona (la)	961 66 25 25
La Saleta Conarda	Pobla de Vallbona (la)	962 76 42 00
Residencia de 3ª edad Comunidad de Valencia	Pobla de Vallbona (la)	961 66 20 14
Residencia de personas mayores dependientes de Puçol	Puçol	961 46 51 59
La Saleta El Puig	Puig	961 47 13 90
Centro Residencial Savia El Puig	Puig	960 11 10 00
Residencia El Amparo	Quart de Poblet	961 53 05 60
Residencia municipal	Quart de Poblet	960 71 09 71
Centro Residencial Savia Quartell	Quartell	962 63 65 31
Residencia Mirador	Quartell	962 63 60 33 / 673 65 91 20
Residencia Quatretonda	Quatretonda	962 26 43 63

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – VALENCIA (VI)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia municipal de 3ª edad Virgen del Milagro	Rafelbuñol/Rafelbunyol	961 41 15 54
Centro Residencial Savia Requena	Requena	963 23 33 50
Residencia Nuestra Señora de los Dolores	Requena	962 30 11 33
Centro geriátrico 3ª edad Entre Naranjos	Riba-roja de Túria	962 77 02 98
Centro Geriátrico El Olivo	Riba-roja de Túria	697 92 21 01
Domusvi Monte Arse	Sagunto/Sagunt	962 65 04 22
Hogar Nuestra Señora del Carmen	Sagunto/Sagunt	962 66 01 67 / 962 65 14 68
Residencia de 3ª edad Puerto Sagunto	Sagunto/Sagunt	962 68 34 49
Centro residencial de 3ª edad El Mar	Sagunto/Sagunt	962 69 81 49
Residencia de Mayores de San Antonio de Benagéber	San Antonio de Benagéber	961 35 03 52
Centro Residencial Savia San Antonio de Benagéber	San Antonio de Benagéber	961 35 22 08
Residencia de 3ª edad Colinas de San Antonio, S. L.	San Antonio de Benagéber	961 35 01 50
Novaedat Sedaví	Sedaví	963 75 05 06
Centro Residencial Savia Silla	Silla	961 21 31 10
Residencia de personas mayores dependientes Silla	Silla	961 20 21 12 / 961 20 21 54
Bonestar Centre Residencial	Simat de la Valldigna	962 81 00 00
Residencia Tercera Edad Solimar Sollana	Sollana	961 74 25 65
Residencia San José	Sueca	961 70 01 03 / 661 82 97 34
Residencia Hogar Sagrado Corazón de Jesús	Sueca	961 70 02 18
Residencia de 3ª edad Jaime II	Tavernes de la Valldigna	962 88 55 05
Residencia Tercera Edad Solimar La Valldigna	Tavernes de la Valldigna	962 88 40 30
Residencia de la tercera edad Caroché	Teresa de Cofrentes	961 89 33 88
Residencia Bonaire	Torrent	961 55 67 05

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – VALENCIA (VII)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro de Mayores Nuestra Señora de la Estrella S. L.	Torrent	961 55 62 12
Albalar Residencia	Torrent	961 57 73 03
Residencia Buen Consejo	Torrent	961 56 31 55 / 961 57 50 48
Residencia para personas mayores dependientes El Molí	Torrent	961 57 03 30
Padre Damián	Torrent	961 57 73 02
Residencia de 3ª edad Lope de Rueda	Torrent	961 58 12 09
Centre de majors Santa Elena	Torrent	961 56 55 72
Residencia tercera edad Casa de Retiro El Salvador	Torrent	961 57 73 14
Residencia de Tercera Edad Centre de Majors el Mas	Torrent	961 56 56 47
Residencia Tercera Edad San Nicolás	Torrent	961 58 86 68
Residencia Nuestra Señora de Monte Sión	Torrent	961 55 72 08
Residencia pública de Torrent	Torrent	961 55 61 61
Residencia de tercera edad San Joaquín y Santa Ana	Torrent	961 55 03 41
Residencia San Juan Bosco	Torrent	961 56 15 38
Residencia Mi Vedat	Torrent	961 56 06 09
Residencia 3ª Edad Novavedat	Torrent	961 57 31 03
Residencia Torre Hortelano	Torrent	940 20 42 10
Residencia Santa Gema	Torrent	961 55 52 65 / 655 59 50 89
Residencia de mayores	Tuéjar	963 42 85 00
Centro residencial para personas mayores Los Viñedos	Utiel	962 17 43 53
Residencia PMD Virgen del Rosell	Utiel	962 17 06 36
Residencia para personas mayores dependientes Velluters	Valencia	963 15 20 23
Residencia para personas mayores Palacio de Raga	Valencia	963 91 74 69

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – VALENCIA (VIII)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia Jardines del Parterre	Valencia	963 94 20 44
Centro residencial de 3ª edad La Seu	Valencia	963 92 16 53
Ballesol Gobernador Viejo	Valencia	963 91 85 05
Residencia Torres de Serranos	Valencia	963 91 95 86
Residencia Jardines del Palau	Valencia	963 16 23 00
Residencia Hermanitas de los Ancianos Desamparados	Valencia	963 47 92 50
Residencia San Joaquín y Santa Ana	Valencia	963 47 82 50
Residencia Fortuny	Valencia	963 61 13 00
Instituto Geriátrico Valenciano	Valencia	963 56 31 22
Centro sociosanitario Nuestra Señora del Carmen	Valencia	963 71 22 11
Centro de mayores El Saler	Valencia	963 33 53 30
Centro geriátrico San Juan	Valencia	963 27 23 47
Centro Residencial Savia Campanar	Valencia	961 10 75 95
Azahar Residencia, S. L.	Valencia	963 58 00 58 / 963 57 06 06
Residencia Femenina Nuestra Señora de los Desamparados	Valencia	963 70 80 50
Residencia Nuestra Señora del Puig	Valencia	963 60 10 81
Residencia L'Acollida Fundació Suma Humanitate	Valencia	963 72 23 37
Ballesol Serrería	Valencia	963 31 71 80
DomusVi Ciudad de las Artes	Valencia	963 37 51 70
Residencia Comunidad Valenciana Peset	Valencia	963 17 30 94
Orpea Valencia	Valencia	963 49 74 33
Residencia Santa Teresa Jornet Massarrochos	Valencia	961 39 12 42
Residencia de 3ª edad José Penadés Sáez	Vallada	962 29 60 31

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – VALENCIA (IX)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Solimar Xàtiva	Xàtiva	962 28 79 00
Hogar de ancianos Corona de l'Estrela	Xàtiva	962 27 14 33
Residencia 3ª edad Parqueluz	Xirivella	963 50 28 00
Centro Residencial Savia Xirivella	Xirivella	963 13 79 32

CENTROS DE DÍA – ALICANTE (I)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro de día de la Residencia Emilio Sala	Alcoy/Alcoi	965 54 37 11
Centro de día de Alzheimer	Alcoy/Alcoi	965 54 59 97 / 646 69 63 54
Servicio de estancia diurna del Centro residencial DomusVi Alcoy	Alcoy/Alcoi	965 33 46 84
Centro de día de Anneke Residencial	Alfàs del Pi (I')	966 81 40 34
Centro de día DomusVi Babel	Alicante/Alacant	965 11 25 05
Centro de día de la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer Alicante	Alicante/Alacant	657 91 58 79 / 965 26 50 70
Centro de día DomusVi Alicante Condomina	Alicante/Alacant	965 15 93 76
Centro de día de la tercera edad Casaverde Almoradí	Almoradí	966 78 38 02
Centro de día de tercera edad Villa de Altea-Les Boqueres	Altea	966 88 17 91
Servicio de estancia diurna Nuestra Señora de las Nieves	Aspe	965 49 00 92
Centro de día de la Residencia de Benidorm	Benidorm	966 80 74 34
Centro de día Ciudad Patricia	Benidorm	965 86 87 04
Servicio de estancia diurna de la Residencia La Saleta Calp	Calp	965 83 88 55
Centro de día Orpea El Campello	Campello (el)	965 94 18 93
Centro de día DomusVi El Campello	Campello (el)	965 63 26 66
Centro de día DomusVi Cocentaina	Cocentaina	965 59 20 66
Servicio de estancia diurna de la Residencia Santa Llúcia	Dénia	966 42 11 08 / 965 78 29 12
Centro de día de la Residencia de Elche	Elche/Elx	965 45 53 70
Centro de día del Residencial Elche Seniors	Elche/Elx	966 61 40 70
Centro de día Senelx	Elche/Elx	966 61 23 55
Centro de día DomusVi Elche L'Aljub	Elche/Elx	965 43 21 58

CENTROS DE DÍA – ALICANTE (II)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro de día DomusVi Elche Carrús	Elche/Elx	966 67 58 20
Centro de día para personas mayores dependientes	Elda	965 69 48 80
Centro de Días para mayores dependientes AFA Miguel Hernández	Cox	965 302 108
Centro de día de Elda El Catí	Elda	965 69 59 20
Centro de día DomusVi Elda	Elda	965 38 16 88
Centro de día Casaverde Guardamar del Segura	Guardamar del Segura	966 72 68 72
Centro de día para personas mayores dependientes de Ibi	Ibi	965 55 35 05
Centro de día Comunidad Santa María de Betania	Jávea/Xàbia	965 79 13 67
Centro de día Benicadell	Muro de Alcoy	965 53 09 23
Centro de día municipal	Nucia (Ia)	966 89 65 01
Centro de día de tercera edad Savia La Nucia	Nucia (Ia)	966 89 70 50
Centro de día de la Residencia Caseta Sarrió	Onil	965 56 56 88
Servicio de estancia diurna de Savia Villamartín	Orihuela	966 76 49 86
Centro de día de la Residencia Nuestra Señora del Carmen de Pedreguer	Pedreguer	965 76 07 73
Centro de día La Molineta	Petrer	966 95 61 61
Centro de día de tercera edad DomusVi San Vicente	San Vicente del Raspeig/Sant Vicent del Raspeig	965 67 39 18
Centro de día de la ARPF	Sant Joan d'Alacant	965 65 32 36
Centro de día DomusVi Santa Pola	Santa Pola	966 69 47 93
Centro de día para personas en situación de dependencia de Sax	Sax	965 03 84 20
Centro de día Teulada-Moraira	Teulada	965 74 04 97
Centro de día de la Residencia Ana M ^a Espinos Llopis	Teulada	965 74 10 41 / 686 80 92 09

CENTROS DE DÍA – ALICANTE (III)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Servicio de estancia diurna del Centro geriátrico Borja	Vall de Laguar (la)	965 58 33 50
Centro de día La Saleta El Verger	Verger (el)	966 43 98 80
Centro de día Fundación Aragónés	Villajoyosa/Vila Joiosa (la)	965 89 44 76
Centro de día Alzheimer	Villena	965 80 67 01 / 628 33 12 15
Centro de día La Morenica	Villena	965 81 50 83

CENTROS DE DÍA – CASTELLÓN (I)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro de día de Alcora (I')	Alcora (I')	964 36 00 02
Centro de día Vicente Vilar Morella	Almazora/Almassora	964 50 30 99
Centro de día 9 de octubre	Benicarló	964 46 22 70
Centro de día de 3ª edad de Burriana	Borriana/Burriana	964 51 69 62 / 964 35 73 00
Servicio de estancia diurna de Azahar del Mediterráneo	Castellón de la Plana/Castelló de la Plana	964 72 49 34
Servicio de estancia diurna del Centro Residencial Savia Castellón	Castellón de la Plana/Castelló de la Plana	964 25 72 85
Centro de día para personas mayores dependientes Creu Roja Española	Castellón de la Plana/Castelló de la Plana	964 72 48 50
Servicio de estancia diurna del CEAD Gran Vía	Castellón de la Plana/Castelló de la Plana	964 24 78 49 / 618 73 84 17 / 618 73 84 88
Centro de día de la Residencia El Pinar	Castellón de la Plana/Castelló de la Plana	964 28 80 92
Centro de día Germans Folch Traver	Coves de Vinromà (les)	964 42 70 67
Centro de día Savia Moncofa	Moncofa	964 57 79 02
Centro de día de Morella	Morella	964 16 03 64 / 607 50 09 74
Centro de día de Onda	Onda	964 76 05 00 / 664 41 32 12
Centro de día AFA Onda	Onda	964 24 20 80 / 964 60 48 38
Centro de día de la Residencia de Segorbe	Segorbe	964 71 36 11
Centro de día de tercera edad Hogar Sagrada Familia	Vall d'Uixó (la)	964 69 20 32
Centro de día AFA Plana Baixa	Vall d'Uixó (la)	964 66 46 67 / 964 24 20 80
Centro de día de Vilafranca	Vilafranca/Villafranca del Cid	964 86 07 18
Centro de día de Alzheimer Moli La Vila	Vila-real	964 53 66 85
Centro de día de la Residència Verge de Gràcia	Vila-real	964 53 62 88
Centro de día DomusVi Vila-real	Vila-real	964 52 95 45
Centro de día para enfermos de Alzheimer Baix Maestrat	Vinaròs	964 45 66 80
Centro de día Municipal Vinaròs	Vinaròs	964 86 79 22

CENTROS DE DÍA – VALENCIA (I)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro de día de la Residencia de Ademuz	Ademuz	978 78 24 47
Centre de dia per a persones majors l'Aljar	Aielo de Malferit	626 51 50 10
Centro de día para la tercera edad de Alaquàs	Alaquàs	961 51 62 79
Centre de Dia Dos Aigües	Albal	961 43 28 38 / 646 10 49 69
Centro de día San Cristóbal	Alboraia/Alboraya	961 85 52 44
Servicio de estancia diurna de la Residencia Savia Albuixech	Albuixech	961 41 73 61
Centro de día de la Residencia Tercera Edad de l'Alcúdia de Crespins	Alcúdia de Crespins (I)	962 24 46 48
Centro de día Barrio del Cristo	Aldaia	961 50 45 90 / 961 50 15 82
Centro de día Cuidalis	Aldaia	960 17 13 46 / 640 22 87 78
Servicio de estancia diurna de la Residencia de mayores Els Tarongers D'Algimia	Algimia de Alfara	962 62 70 45
Servicio de estancia diurna de la Residencia municipal La Vila	Almussafes	960 61 94 64
Centro de día Solimar Alzira	Alzira	962 41 03 28
Centro de día La Ribera	Alzira	677 43 45 07
Centro de día Municipal	Ayora	961 89 05 78
Centro de día de la Residencia Tercera edad Camp del Turia	Benaguasil	962 73 70 17
Centro de día Balica	Benicolet	962 83 01 01
Centro de día Sor Martina Muñoz	Benigànim	962 21 61 70
Servicio de estancia diurna de la Residencia Mediterránea	Benirredrà	962 95 10 08 / 962 96 55 11
Centro de día de la Residencia Santos Reyes	Benissanó	962 78 08 01
Centro de día La Saleta Bétera	Bétera	961 69 80 59
Servicio de estancia diurna de la Vista Calderona Residencial	Bétera	961 69 80 49 / 634 23 70 96
Centre de dia per a malalts d'Alzheimer i altres demencies degeneratives de Bocairent	Bocairent	962 90 50 12
Centro de día de la Residencia Tercera Edad de Buñol	Buñol	962 50 36 09

CENTROS DE DÍA – VALENCIA (II)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Servicio de estancia diurna de la Residencia San José	Burjassot	963 64 58 02
Centro de día Mare de Deu de la Salut	Carcaixent	962 46 14 63
Centro de día de la Residencia de Carlet	Carlet	962 71 87 40
Centro de día Depèn de tu	Catadau	962 99 01 95
Centro de día en la Residencia de tercera edad de Parqueluz Catarroja	Catarroja	961 27 40 50
Centro de día de la Residencia Tercera Edad de Chelva	Chelva	664 45 14 82 / 699 73 15 80
Servicio de estancia diurna de la Residencia Savia Cheste	Cheste	962 51 42 19
Centro de día de la Residencia Tercera Edad de Chiva	Chiva	962 52 41 49
Servicio de estancia diurna de la Residencia San José	Cofrentes	961 89 43 83
Servicio de estancia diurna del Centro Residencial Masía del Pilar	Eliana (I)	962 72 58 22
Centro de día Montcalet	Eliana (I)	962 75 20 38
Centro de día de la Residencia San Rafael	Enguera	962 22 40 32
Centro de día Casa de los Obreros San Vicente Ferrer	Estivella	962 62 90 09 / 609 81 14 10
Servicio de estancia diurna Vitalia Gerisan	Favara	961 76 93 91
Centro de día Los Brezos	Gandia	962 86 13 53
Centro de día de la Residencia La Safor	Gandia	962 87 86 86
Centro de día La Saleta Campolivar	Godella	963 63 89 20
Centro de día para personas mayores dependientes de Guadassuar	Guadassuar	962 570 796
Centro de día del Ayuntamiento de Jarafuel	Jarafuel	961 89 90 97
Centro de día de la Residencia Tercera Edad de Manises	Manises	963 18 98 05
Servicio de estancia diurna de la Residencia Savia Manises	Manises	961 53 63 09
Centro de día de la Residencia de Massamagrell	Massamagrell	961 45 14 47
Servicio de estancia diurna de la Residencia Cantallops	Massamagrell	961 45 28 71

CENTROS DE DÍA – VALENCIA (III)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro de día Solimar Massanassa	Massanassa	961 25 52 95
L'Escoleta dels Iaïos	Mislata	963 50 17 27
Centro de día de la Residencia Tercera Edad de Moncada	Moncada	961 30 12 60
Centro de día de Montaverner	Montaverner	962 29 71 99
Servicio de estancia diurna Gumersinda Martínez	Navarrés	962 26 61 64
Centro de día en la Residencia Sant Francesc	Oliva	962 96 36 36
Centro de día Juan Bautista Mompó Albiñana	Olleria (I')	962 20 09 49
Centre de día Caixa Ontinyent	Ontinyent	962 91 05 39
Centro de día de La Saleta Ontinyent	Ontinyent	962 38 90 50
Servicio de estancia diurna de la Residencia Savia Paiporta	Paiporta	963 97 80 15
Centro de día El Molí	Paterna	961 82 18 80
Centro de día Novaedat Picanya	Picanya	961 51 26 50
Centre de día de Picanya	Picanya	961 59 11 82
Servicio de estancia diurna de la Residencia Savia Picassent	Picassent	961 22 19 93
Centro de día de la Residencia Tercera Edad de Puçol	Puçol	961 46 51 59
Centro de día La Saleta El Puig	Puig	961 47 13 90
Servicio de estancia diurna de Savia El Puig	Puig	960 11 10 00
Centro de día municipal	Quart de Poblet	960 71 09 71
Servicio de estancia diurna de la Residencia Savia Quartell	Quartell	962 63 65 31
Servicio de estancia diurna de la Residencia Mirador	Quartell	962 63 60 33 / 673 65 91 20
Servicio de estancia diurna de la Residencia Virgen del Milagro	Rafelbuñol/Rafelbunyol	961 41 15 54
Servicio de estancia diurna de la Residencia Savia Requena	Requena	962 32 33 50
Centro de día de Ribarroja	Riba-roja de Túria	678 91 00 47 / 961 65 34 86
Servicio de estancia diurna de la Residencia DomusVi Monte Arse	Sagunto/Sagunt	962 65 04 22

CENTROS DE DÍA – VALENCIA (IV)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro de día de la Residencia Puerto Sagunto	Sagunto/Sagunt	962 68 34 49
Centro de día Novaedat Sedaví	Sedaví	963 75 05 06
Centro de día Santa Elena	Torrent	961 56 55 72
Centro de día de la Residencia Tercera Edad de Torrente	Torrent	961 55 61 61
Centro de día de Tuéjar	Tuéjar	963 42 85 00
Centro de día de la Residencia Tercera Edad Velluters	Valencia	963 15 20 23
Centro de día Aldebarán	Valencia	963 91 71 18
Centro de día de la Residencia Tercera Edad Palacio de Raga	Valencia	963 91 74 69
Centro de día Jardines del Palau	Valencia	963 16 23 00
Centro de día y rehabilitación GERISER II	Valencia	963 41 53 12
Centre de día Bon Día	Valencia	963 95 87 08
Centro de día para personas mayores Abastos	Valencia	963 38 07 11
Centro de día Sayca Geriatria	Valencia	961 81 05 85
Centro de día de la Residencia Fortuny	Valencia	963 61 13 00
Centro de día Instituto Geriátrico Valenciano	Valencia	963 56 31 22
Centro de día Nuestra Señora del Carmen	Valencia	963 71 22 11
Centro de día Lapeña	Valencia	963 24 90 10
Centro de día La Saleta Bulevar	Valencia	963 58 72 53
Centro de día Albors	Valencia	962 06 16 00
Centro de día Tres Forques	Valencia	962 06 19 91
Centro de día municipal Arniches	Valencia	963 79 07 42 / 963 79 01 48
Centro de día del Centro geriátrico San Juan	Valencia	963 27 23 47
Servicio de estancia diurna de Savia Campanar	Valencia	961 10 75 95
Centro de día Benicalap	Valencia	963 58 79 58

CENTROS DE DÍA – VALENCIA (V)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro de día Associació Integral de Malalts Majors de Carpesa	Valencia	961 85 89 16
Centro de día municipal Alqueria La Purisima	Valencia	962 08 26 65
Centro de día municipal para personas mayores dependientes La Amistad	Valencia	962 08 27 46
Centre de día Boscà	Valencia	961 67 31 06
Centro de día GeroGarden	Valencia	963 23 77 04
Servicio de estancia diurna DomusVi Ciudad de las Artes	Valencia	963 37 51 70
Entreabrazos Centro de Día	Valencia	963 43 01 21 / 633 42 42 19
Centro de día de la Residencia Orpea Valencia	Valencia	963 49 74 33
Centro de día José Penades Sáez	Vallada	962 29 60 31
Centro de día Bonestar Vilamarxant	Vilamarxant	961 65 02 13
Centre de día Pere Bas	Vinalesa	961 48 12 77
Servicio de estancia diurna Solimar Xàtiva	Xàtiva	962 28 79 00
Centre de día Perez Bruschetti per a Malalts d'Alzheimer	Xàtiva	962 27 71 09
Centro de día de la tercera edad Parqueluz	Xirivella	963 50 28 00
Servicio de estancia diurna de la Residencia Savia Xirivella	Xirivella	963 13 79 32