



Proyecto MapEA



REGIÓN DE MURCIA

Este informe recopila los resultados de una encuesta online realizada a un panel multidisciplinar de expertos de **Región de Murcia** sobre la **gestión de la enfermedad de Alzheimer (EA)** y una revisión bibliográfica. Los resultados de la encuesta revelan que **no se observan grandes cambios a lo largo del proceso asistencial respecto a las áreas de mejora identificadas en MapEA (2017)**.

HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN

Nivel de Implementación de las herramientas nacionales

Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023)



Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del SNS



Nivel de conocimiento de las herramientas nacionales



100% de los expertos encuestados desconocen el departamento responsable.

Grado de actualización de las herramientas regionales

La **mayoría de las herramientas** identificadas en Región de Murcia tienen más de 7 años, **sin que hayan sido actualizadas** hasta la fecha.

RECURSOS TECNOLÓGICOS

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

RM		TAC		LCR		PET AMILOIDE		TEST GENÉTICO APOE		NEURO-PSICOLOGÍA
ACCESO	TIEMPOS	ACCESO	TIEMPOS	ACCESO	TIEMPOS	ACCESO	TIEMPOS	ACCESO	TIEMPOS	ACCESO
100% de los profesionales. Se realiza al 83,3% de personas con sospecha.	<1mes (33%); 1-2 meses (33%); > 3 meses (33%); inadecuado según el 67%	100% de los profesionales sanitarios. Se realiza al 62% de personas con sospecha.	<1mes (33%); 1-2 meses (33%); > 3 meses (33%); inadecuado según el 67%	50% de los profesionales hospitalarios; al 25% de personas con sospecha.	1-2 meses (100%); adecuado por el 100%	50% de los profesionales hospitalarios. Se realiza al 10% de personas con sospecha.	> 3 meses (100%); inadecuado por el 100%	50% de los profesionales hospitalarios. Se realiza al 40% de personas con sospecha	2-3 meses (100%); adecuado por el 100%	60% de los encuestados afirman tener acceso a valoraciones neuropsicológicas.

PRINCIPALES LIMITACIONES EN LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS: *largos tiempos de espera (TAC, RM, PET amiloide, ApoE), nº limitado de pruebas (RM, a casos atípicos).*

En comparación con **2017**, Región de Murcia ha experimentado **un incremento en los recursos tecnológicos** de salud: el número de TACs ha aumentado de **24 a 31**, los RMs de **19 a 22**, y los PET de **2 a 4**. Por el contrario, los SPECT han disminuido levemente de **5 a 4**. Los profesionales sanitarios consideran que es necesario aumentar el número de máquinas y maximizar su uso.



RESUMEN EJECUTIVO – PROCESO ASISTENCIAL

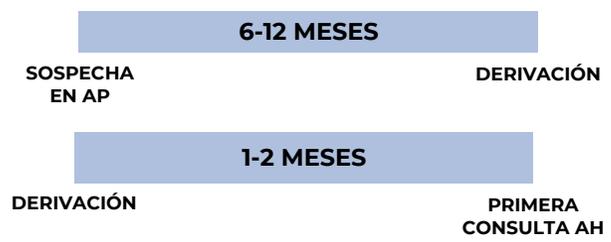


Murcia



BARRERAS: **80%** de los expertos identifican la **falta de tiempo y/o conocimiento** de los profesionales sanitarios, y la **capacidad e infraestructuras del sistema sanitario** y **60%** de los expertos identifican, **las reticencias de pacientes y familiares.**

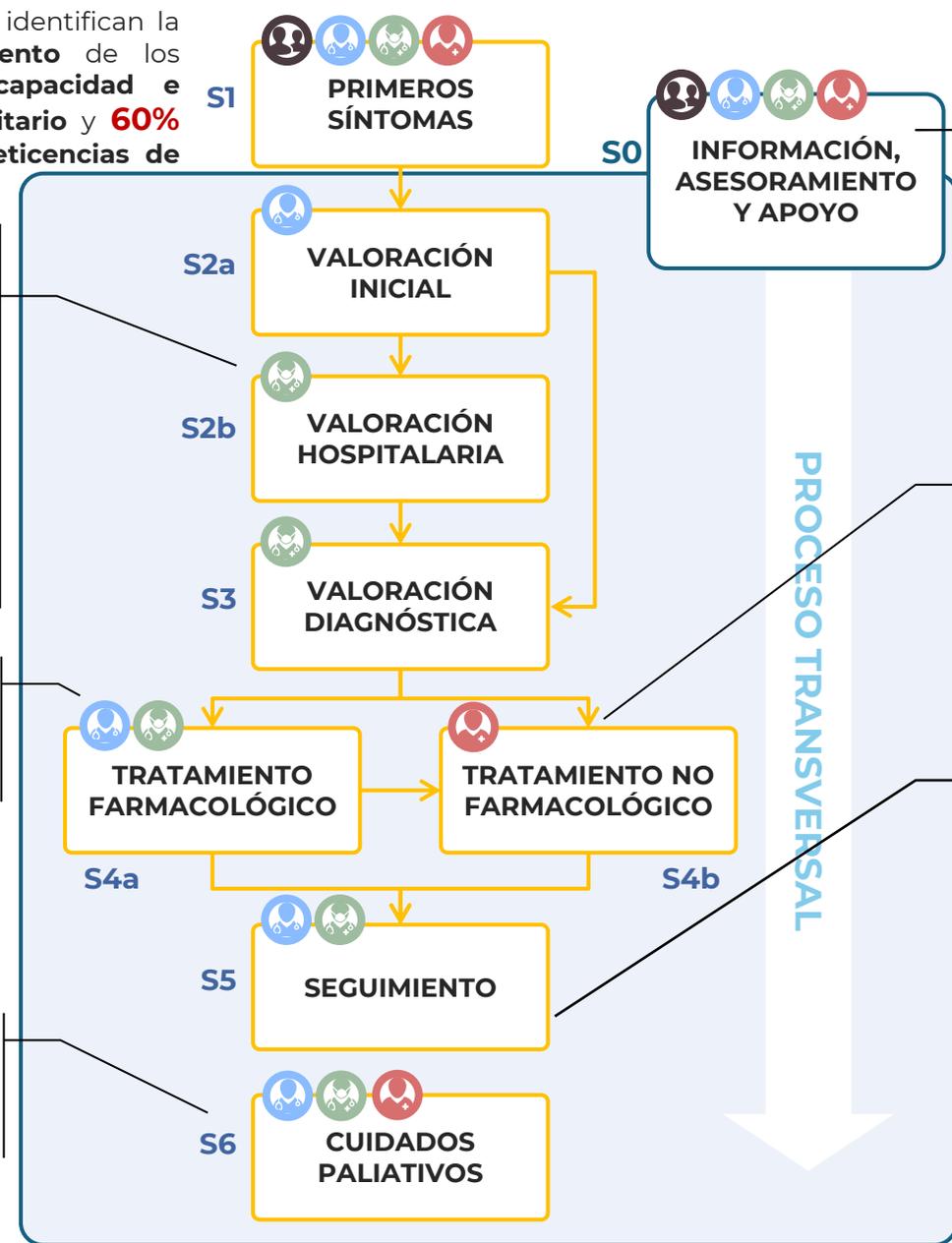
33% de los profesionales indican que **existe un protocolo de derivación** desde AP hacia neurología, pero su grado de conocimiento es **MODERADO.**



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

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

Grado de cobertura para las personas con EA:



60% de expertos consideran **INSUFICIENTE** la **información** dada en fases tempranas.
100% de los expertos consideran **INSUFICIENTE** el soporte en la **planificación anticipada** de decisiones.

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

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

Un **80%** consideran que las personas con EA **pueden acceder** a estos tratamientos.

Seguimiento: habitualmente profesionales de **neurología**, seguido, en menor medida, por **medicina familiar y comunitaria.**

Periodicidad: cada 6-12 meses en AH.

FACILIDAD DE DERIVACIÓN



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 Región de Murcia**.



Retos y áreas de mejora



Profesionales sanitarios especializados en el abordaje integral de la EA y las demencias, incluyendo cuidados paliativos.



Coordinación entre niveles asistenciales, con los servicios sociales y con las AFAS para el abordaje integral de las necesidades de la persona con EA.



Capacitar a los profesionales de atención primaria para identificar a las personas con sospecha de EA en etapas tempranas.



Tiempos de espera para el acceso al **diagnóstico temprano**.



Necesidad de **tener en cuenta todas las dimensiones y esferas de la persona con EA** desde el diagnóstico de la enfermedad.



Sensibilización sobre la EA a nivel de toda la población, en relación con las necesidades y el impacto sobre las personas que lo sufren.



Recomendaciones



Aumentar el número de profesionales especializados en la atención a las demencias.



Crear **equipos multidisciplinares** a nivel de atención primaria y hospitalaria para favorecer una atención óptima.



Elaborar un **protocolo actualizado y consensuado para la atención integral a la EA** en el que se defina el papel de todos los profesionales involucrados, así como, los circuitos de derivación.



Aumentar las herramientas diagnósticas para la **detección temprana** de la EA y maximizar el uso de las herramientas disponibles.



Crear un **programa de acogida y acompañamiento** a personas con EA y familiares a lo largo de toda la enfermedad.



Abordar la **EA como una cuestión de estado**, concienciando a la población y promoviendo la planificación estratégica de la misma, a través de la implementación de los planes y estrategias nacionales

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 Región de Murcia** 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.



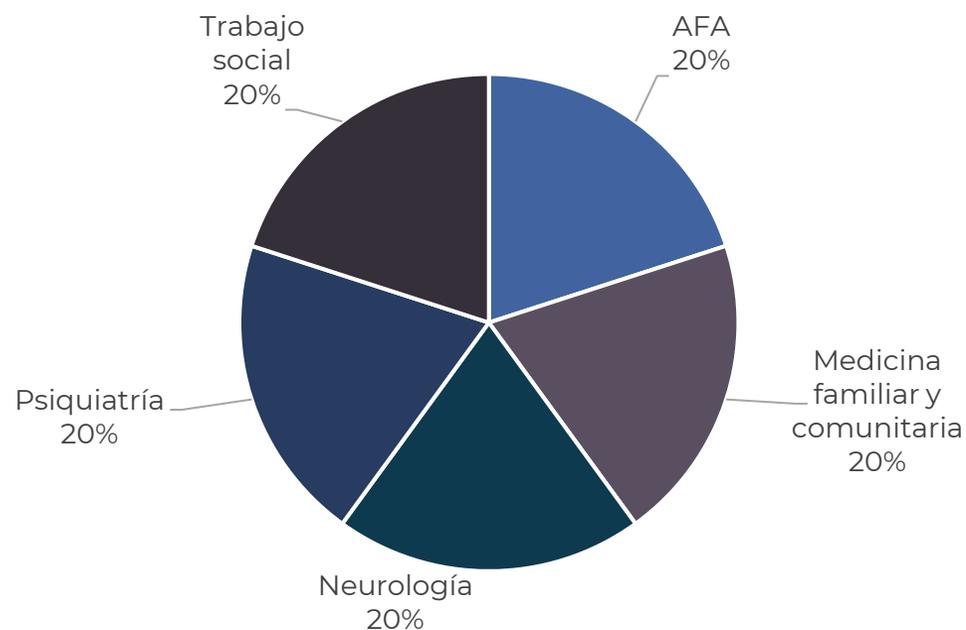
RECURSOS

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, psiquiatría, geriatría, neurología.
- **Profesionales de atención hospitalaria:** geriatría, neurología, psiquiatría.
- **Profesionales de atención primaria:** medicina familiar y comunitaria.

PANEL DE EXPERTOS		
PROFESIONAL	PERFIL	CENTRO
Emiliano Fernández Villalba	Neurología	Hospital General Universitario Morales Meseguer
Juan José Gomariz García	Medicina Familiar y Comunitaria	C.S. Lorca y Grupo de Trabajo de Neurología de SEMERGEN
Francisco Toledo Romero	Psiquiatría	Director de PsicoClínica Murcia y jefe de sección de Psiquiatría del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca
Virginia Canales Vera	Trabajo Social	Trabajadora social en el Ayuntamiento de Puerto Lumbreras
Lola Tomás	AFA	Presidenta de AFAD Jumilla

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

GRADO DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS PRINCIPALES HERRAMIENTAS NACIONALES DE EA EN LA R. DE MURCIA

80%

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

80%

de los expertos consideran como **NULO** 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 R. DE MURCIA

El **60%** de los expertos encuestados desconocen si el **Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias y la Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud son documentos de planificación conocidos a nivel de la CA**, el **40%** afirma conocerlo (Consejería de Sanidad).

El **80%** de los expertos encuestados **desconocen si se han impulsado acciones específicas** para desarrollar e implementar tanto el Plan Integral de Alzheimer, como la Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del SNS. El **20%** restante **indica que se han desarrollado cursos de formación en el marco de estos documentos.**

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

R. DE MURCIA

HERRAMIENTA	AÑO	RESPONSABLE	GRADO DE IMPLEMENTACIÓN	GRADO DE CONOCIMIENTO
Estrategia de mejora de la Salud Mental 2023 -2026	2023	Consejería de Salud	MODERADO	MODERADO
Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 2010 - 2013	2010	Consejería de Sanidad y Consumo	MODERADO	BAJO
Plan de Salud de la Región de Murcia 2010 - 2015	2010	Consejería de Sanidad y Consumo	MODERADO	BAJO-MODERADO
Protocolo para el uso de medicamentos indicados en el tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer para su utilización en patologías diferentes de las autorizadas (2017)	2017	Comisión de Farmacia y Terapéutica de la Región de Murcia	ALTO	MODERADO-ALTO

ESTADO ACTUAL DE LAS HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN

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

A excepción de la **Estrategia de Mejora de la Salud Mental**, el resto de las herramientas de planificación identificadas tienen más de 7 años sin haber sido actualizadas hasta la fecha.

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

- *Guías de implantación*
- *Intervenciones no farmacológicas.*
- **Guías para la intervención con nuevas tecnologías en centros de personas con demencias.**
- *Guía para la implicación del uso de tablets.*

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. ESTRATEGIA DE MEJORA DE LA SALUD MENTAL 2023 -2026



Consejería de Salud de la Región de Murcia

Nivel de implementación:
MODERADO

Nivel de conocimiento:
MODERADO

En el año **2023**, la **Consejería de Salud de la Región de Murcia** presentó la **Estrategia de Mejora de la Salud Mental** siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. La estrategia ha sido elaborada **buscando la mejora de las prestaciones y servicios de la red de salud mental en colaboración con las entidades del Tercer Sector**.

Para ello, establece el foco en la mejora del bienestar emocional de la población a través de la colaboración con otros departamentos de la administración regional y local en acciones de promoción y prevención; centrar las actividades asistenciales bajo el paradigma de la recuperación, que focaliza el abordaje de los problemas de salud mental en el desarrollo de un proyecto de vida acorde a las propias preferencias y voluntades de las personas; desarrollar un modelo de coordinación sociosanitaria interdepartamental que garantice la continuidad asistencial entre los sistemas y la mejora de los sistemas de registro e información, así como, la formación e investigación.

Todo ello en consonancia con lo dispuesto en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Convención sobre los Derechos del Niño y otros instrumentos, internacionales, nacionales y regionales, pertinentes en materia de derechos humanos.

+ Ejes estratégicos

- **Promoción de la Salud Mental y Prevención de los Trastornos Mentales**
- **Programas Asistenciales. Modelo de Atención centrado en las personas**
- **Continuidad asistencial y coordinación sociosanitaria e interdepartamental**
- **Ciudadanía: estigma y derechos**
- **Gestión de la información, la calidad, el conocimiento y la innovación**

2. PLAN DE SALUD MENTAL DE LA REGIÓN DE MURCIA 2010 - 2013

**PLAN DE SALUD MENTAL
DE LA REGIÓN DE MURCIA
2010-2013**



Consejería de Sanidad y Consumo

Nivel de implementación:

MODERADO

Nivel de conocimiento:

BAJO - MODERADO

En el año **2010**, la **Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia** elaboró el **Plan de Salud Mental**, posicionándose como un **documento de referencia** para la región en el que se proponen y diseñan unas líneas de actuación, objetivos y medidas necesarias para ejecutar sus contenidos **en el marco de la atención a la salud mental de nuestra región**.

El documento alinea el abordaje de la Salud Mental en la región con la Estrategia Nacional de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, teniendo en cuenta los contenidos reflejados en la Declaración Europea para la salud mental, Declaración de Helsinki, el Plan de Acción Europeo/Estrategias de la Unión Europea en materia de salud mental, y el Real Decreto de Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud.

Entre las diferentes líneas, el plan resalta las necesidades en el ámbito de la psicogeriatría teniendo en cuenta el aumento de la prevalencia del deterioro cognitivo y las demencias. Este aspecto es señalado entre sus actuaciones a través de la Acción VII. 2. 2. de Diseño y puesta en marcha de un subprograma de psicogeriatría. Este subprograma, propone a su vez, el diseño de un Plan para la atención a las demencias contando con todos los agentes indicados.

+ VII. 2. 2. SUBPROGRAMA DE PSICOGERIATRÍA EN SALUD MENTAL

En el marco de este subprograma se proponen las siguientes actividades:

- Atención integral de personas con demencia.
- Mejora de la coordinación y derivación con neurología y las Unidades de Demencias.
- Mejora de la Atención Integral de pacientes geriátricos con trastornos mentales.
- Mejora de la derivación a servicios socio-sanitarios.
- Formación específica en psicogeriatría de los profesionales de salud mental.
- Guía de recursos sociosanitarios.

3. PLAN DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA 2010 - 2015

PLAN SALUD 2010 2015



Consejería de Sanidad y Consumo

Nivel de implementación:

MODERADO

Nivel de conocimiento:

MODERADO

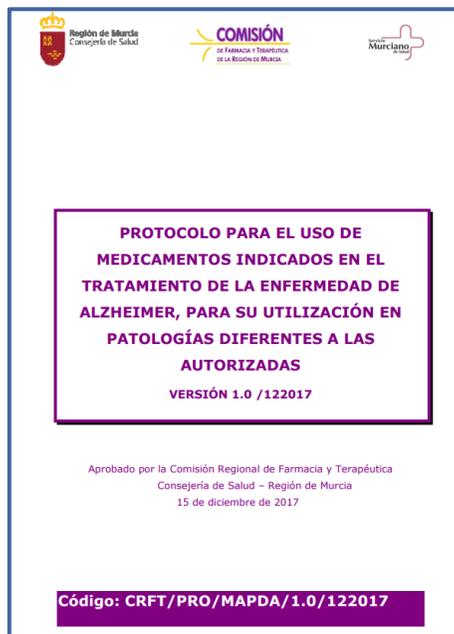
En el año 2010, la **Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia** presentó el último **Plan de Salud** que ha sido publicado en la región. El plan establece distintas **áreas de intervención como prioritarias**, entre las que se encuentran las **Demencias**.

Para abordar las demencias como prioridad, establece una estrategia de intervención en la que, además de justificar la urgencia y prioridad de las Demencias debido al incremento de la edad de la población y con ello, la prevalencia de estas enfermedades; establece una serie de propósitos u objetivos dirigidos a mejorar la atención a las demencias y una serie de actividades para la consecución de dichos propósitos.

+ Propósitos de la estrategia de intervención en Demencias

- *Creación de un Programa Regional Integral de Atención Sociosanitaria al deterioro cognitivo y demencias.*
- *Potenciar y fomentar el diagnóstico temprano del deterioro cognitivo y las demencias.*
- *Reforzar y asegurar el cumplimiento de los programas asistenciales de deterioro y demencias.*
- *Asegurar la equidad y el acceso al diagnóstico y tratamiento del deterioro cognitivo y demencias en los tiempos de atención, registro y seguimiento coordinado entre los diferentes niveles asistenciales.*
- *Potenciar los programas de rehabilitación y apoyo al paciente, cuidadores y familias; implicando al enfermo mientras sus facultades lo permitan.*
- *Incrementar la implicación de los profesionales sanitarios en la prevención, tratamiento y continuidad de cuidados de las personas con deterioro cognitivo y demencias.*
- *Mejorar y asegurar la coordinación entre las diferentes instituciones encargadas de las personas que presentan deterioro cognitivo y demencias desde el punto de vista integral, asegurando la continuidad de los cuidados.*
- *Prevenir los riesgos de deterioro personal, marginalidad e institucionalización de las personas con deterioro cognitivo y demencias, tratando de erradicar el estigma de la enfermedad.*

4. PROTOCOLO PARA EL USO DE MEDICAMENTOS INDICADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER PARA SU UTILIZACIÓN EN PATOLOGÍAS DIFERENTES DE LAS AUTORIZADAS (2017)



En el año 2017, se elaboró este protocolo con el objetivo de adecuar el uso de medicamentos anti-Alzheimer en patologías diferentes a las autorizadas según las características de las personas con EA y la evidencia disponible. El protocolo está dirigido esencialmente a especialistas de los servicios de psiquiatría, geriatría y neurología del Servicio Murciano de Salud.

Las indicaciones incluidas en este protocolo son: demencia vascular, demencia asociada a enfermedad de Parkinson y demencia por cuerpos de Lewy.

+ Medicamentos incluidos en el protocolo

- **Rivastigmina**
- **Donepezilo**
- **Galantamina**
- **Memantina**

Comisión de Farmacia y Terapéutica de la Región de Murcia

Nivel de implementación:

MODERADO - ALTO

Nivel de conocimiento:

MODERADO

3. PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE

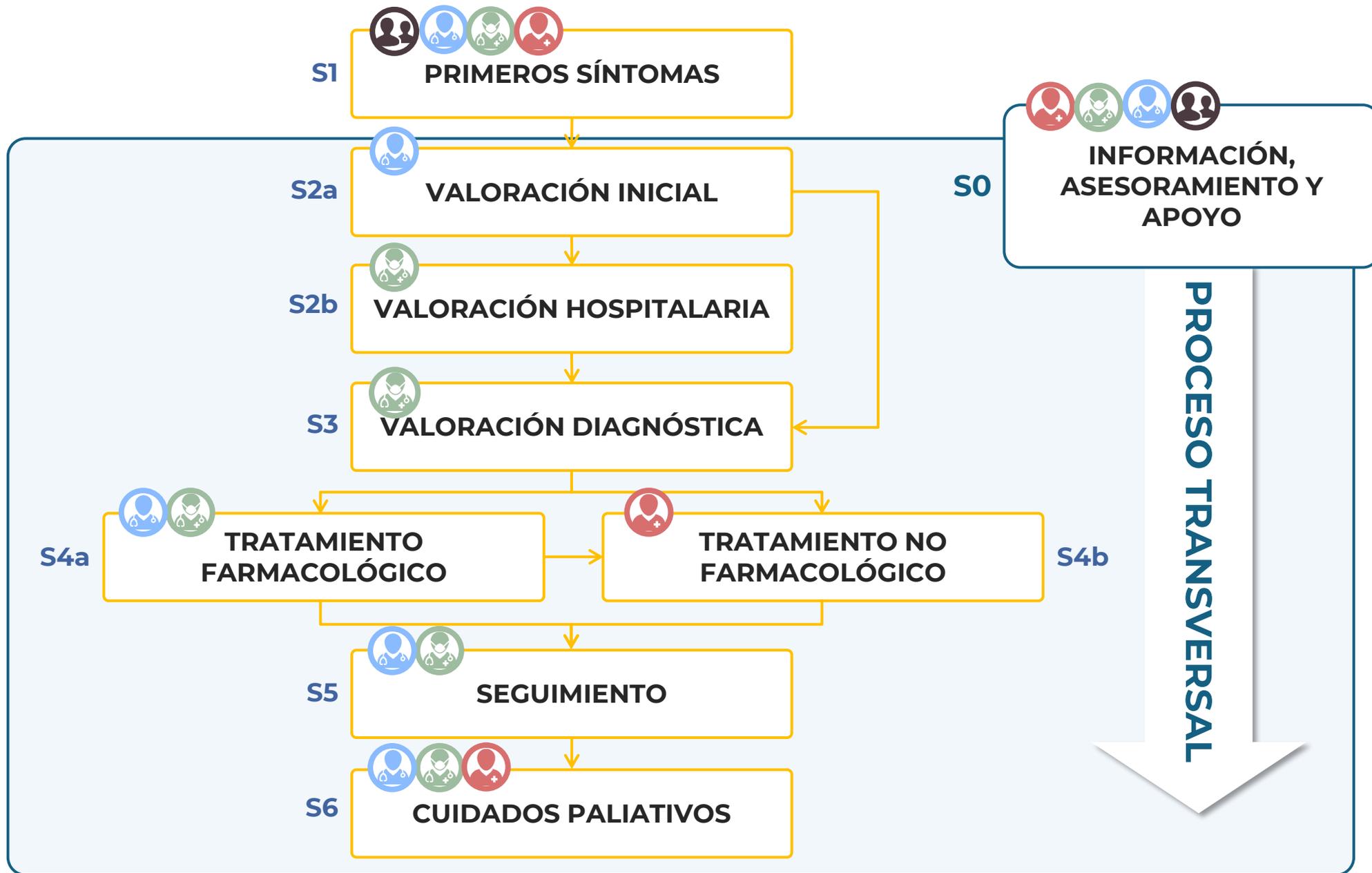
MAPEA
Mapa de recursos para enfermos
de Alzheimer



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.

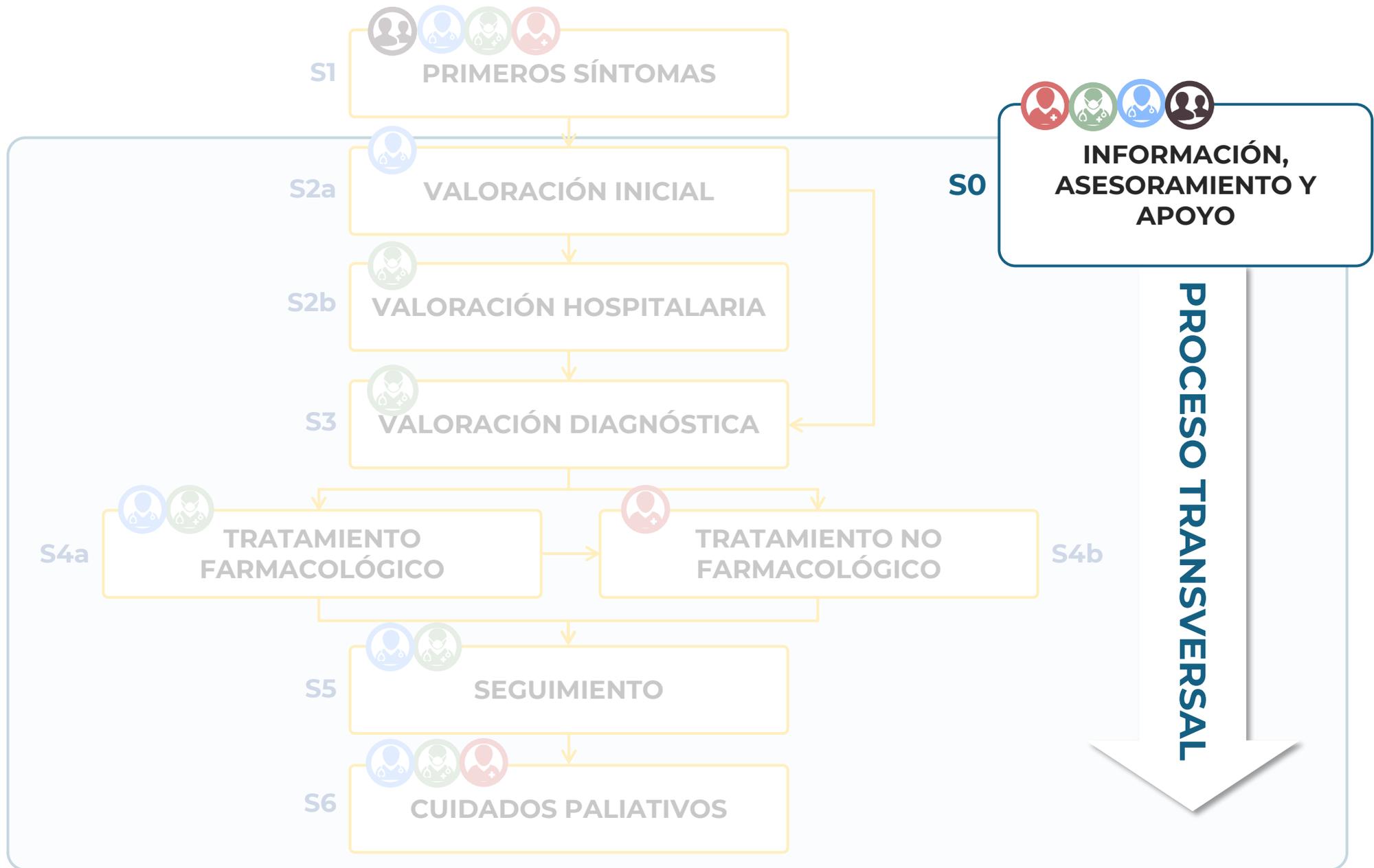
SUBPROCESO 0 Información, asesoramiento y apoyo	Subproceso transversal que se extiende a lo largo de toda la vida asistencial del paciente. Hace referencia al proceso de información, asesoramiento y apoyo del paciente y su entorno.
SUBPROCESO 1 Primeros síntomas	Subproceso inicial de detección de los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



AGENTES

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



RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE INFORMACIÓN, ASESORAMIENTO Y APOYO EN R. DE MURCIA

S0



INFORMACIÓN,
ASESORAMIENTO Y
APOYO

PROCESO TRANSVERSAL

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

- El **60%** de los expertos encuestados considera la información comunicada en el momento del diagnóstico es **INSUFICIENTE**. Entre las principales causas de esta información insuficiente, se mencionan: **la falta de tiempo en consultas**, seguido de la falta de conocimiento, o la falta de interés por parte de la persona con EA y/o entorno.
- El **60%** de los encuestados indican que las comunicaciones del diagnóstico se realizan en una consulta rutinaria. En menor medida, el diagnóstico se produce a en consulta específica.
- Entre los temas tratados durante la comunicación del diagnóstico:
 - El **100%** (profesionales sanitarios y AFA) afirman que uno de los temas que se tratan, de forma más habitual, durante la comunicación del diagnóstico es la **información sobre la propia enfermedad y las expectativas clínicas**.
 - El **75%** (profesionales sanitarios y AFA) señalan los **recursos de apoyo y las terapias no farmacológicas**.
 - El **25%** señalan, además, la **planificación anticipada de decisiones y voluntades, la protección legal y la prevención de riesgos**.

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE INFORMACIÓN, ASESORAMIENTO Y APOYO EN R. DE MURCIA

S0



INFORMACIÓN,
ASESORAMIENTO Y
APOYO

PROCESO TRANSVERSAL

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

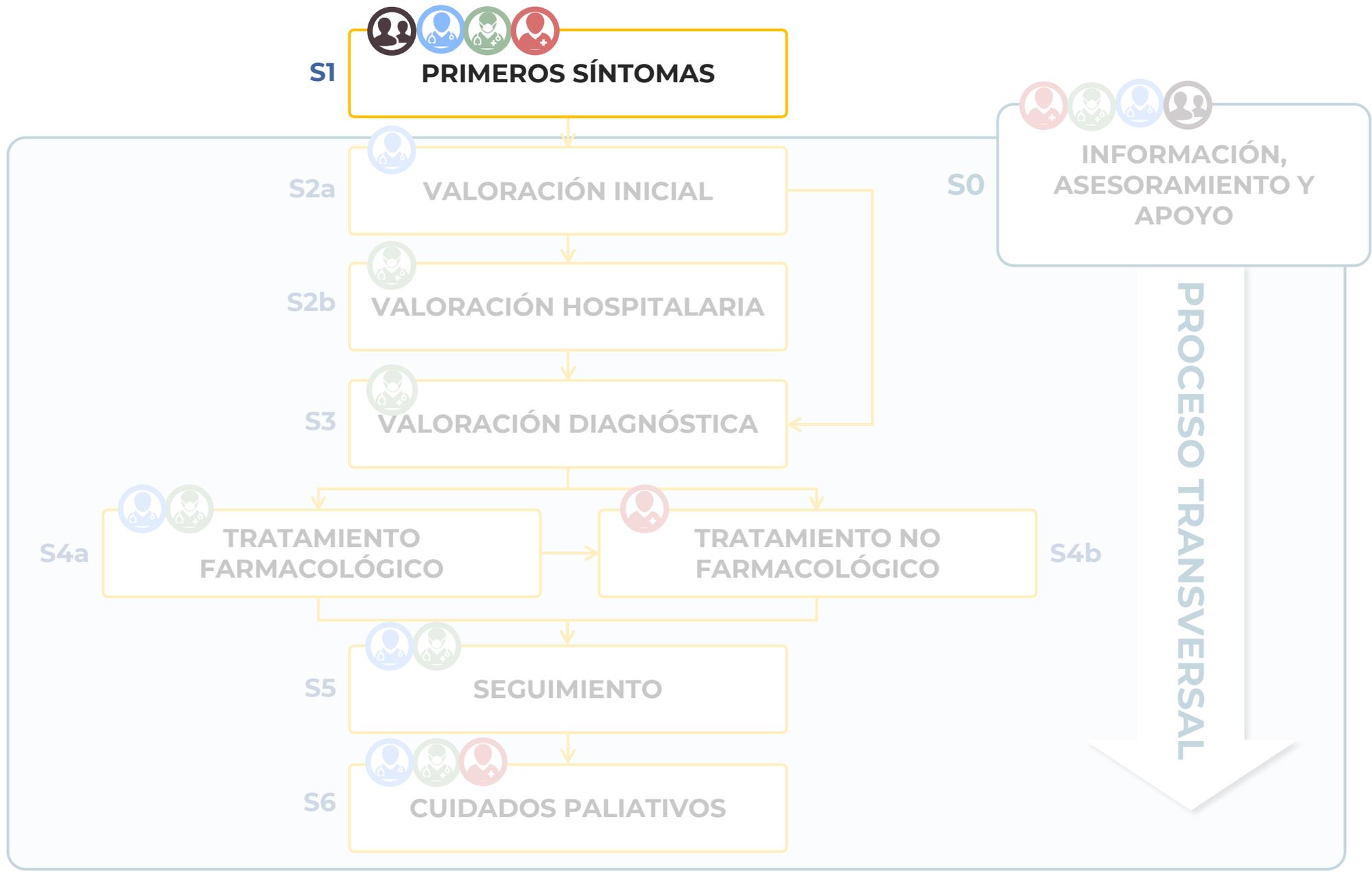
- Un **60%** de los encuestados hacen referencia a etapas iniciales, ya sea durante la **detección de primeros síntomas, o en la valoración diagnóstica.**
- Sin embargo, un **20%** considera que se realiza en el ámbito familiar **cuando se agravan los síntomas.** El 20% restante desconoce cuando se realiza este procedimiento.

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

- Al igual que en la planificación de decisiones, el **60%** indican las **fases iniciales de la enfermedad, ya sea diagnóstico o detección de primeros síntomas.**
- Por su parte un **20%** indica que es independiente de la etapa de enfermedad, si bien, se realiza cuando el enfermo todavía se encuentra con las **capacidades suficientes para tomar decisiones.** El 20% restante lo desconoce.

AGENTES

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



S1

ENTORNO

Detecta los primeros síntomas (familiares, amigos cuidadores, entorno sociolaboral, farmacia comunitaria, etc.)

ATENCIÓN PRIMARIA (AP)

Detecta primeros síntomas en consulta y trabajo social

ATENCIÓN HOSPITALARIA

Interconsultas hospitalarias, hospitalización o valoración de urgencias

AFAS

Detecta situaciones de riesgo

S2A

EQUIPO DE AP

Evaluación inicial a nivel cognitivo, funcional y de comportamiento

S2B

U. ESPECIALIZADAS

Evaluación inicial a nivel cognitivo, funcional y de comportamiento

NEUROLOGÍA

Evaluación inicial a nivel cognitivo, funcional y de comportamiento

GERIATRÍA

Evaluación inicial a nivel cognitivo, funcional y de comportamiento

PSIQUIATRÍA

Evaluación inicial a nivel cognitivo, funcional y de comportamiento



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE PRIMEROS SÍNTOMAS EN R. DE MURCIA

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 1: el **60%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 1 sobre primeros síntomas se ajusta a la realidad en Región de Murcia.**

BÚSQUEDA ACTIVA DE LOS SÍNTOMAS DE DETERIORO COGNITIVO: el 100% de los profesionales de atención primaria encuestados señala que **NO se realiza una búsqueda activa de los síntomas de deterioro cognitivo para detectar o identificar personas con EA**, señalando principalmente, la **falta de tiempo en consulta.**

PAPEL DE TRABAJO SOCIAL EN LA DETECCIÓN DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS: no existe un consenso sobre la actuación por parte de trabajo social en esta etapa. Por lo general, los expertos consideran que la participación de trabajo social es limitada y va aumentando a medida que aumenta la dependencia de la persona con EA. Sin embargo, sí señalan un papel general en la tramitación de la ley de dependencia, el asesoramiento sociosanitario y la valoración individual de la persona a nivel social, económico y familiar para poder ofrecer los recursos más adecuados.

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE PRIMEROS SÍNTOMAS EN R. DE MURCIA

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: los expertos encuestados han detectado limitaciones en cuanto a la detección temprana debido principalmente a las demoras que se producen para acceder a los especialistas en neurología. Además, desde trabajo social, consideran un reto la participación en esta etapa y la necesidad de iniciar el acompañamiento desde esta etapa.

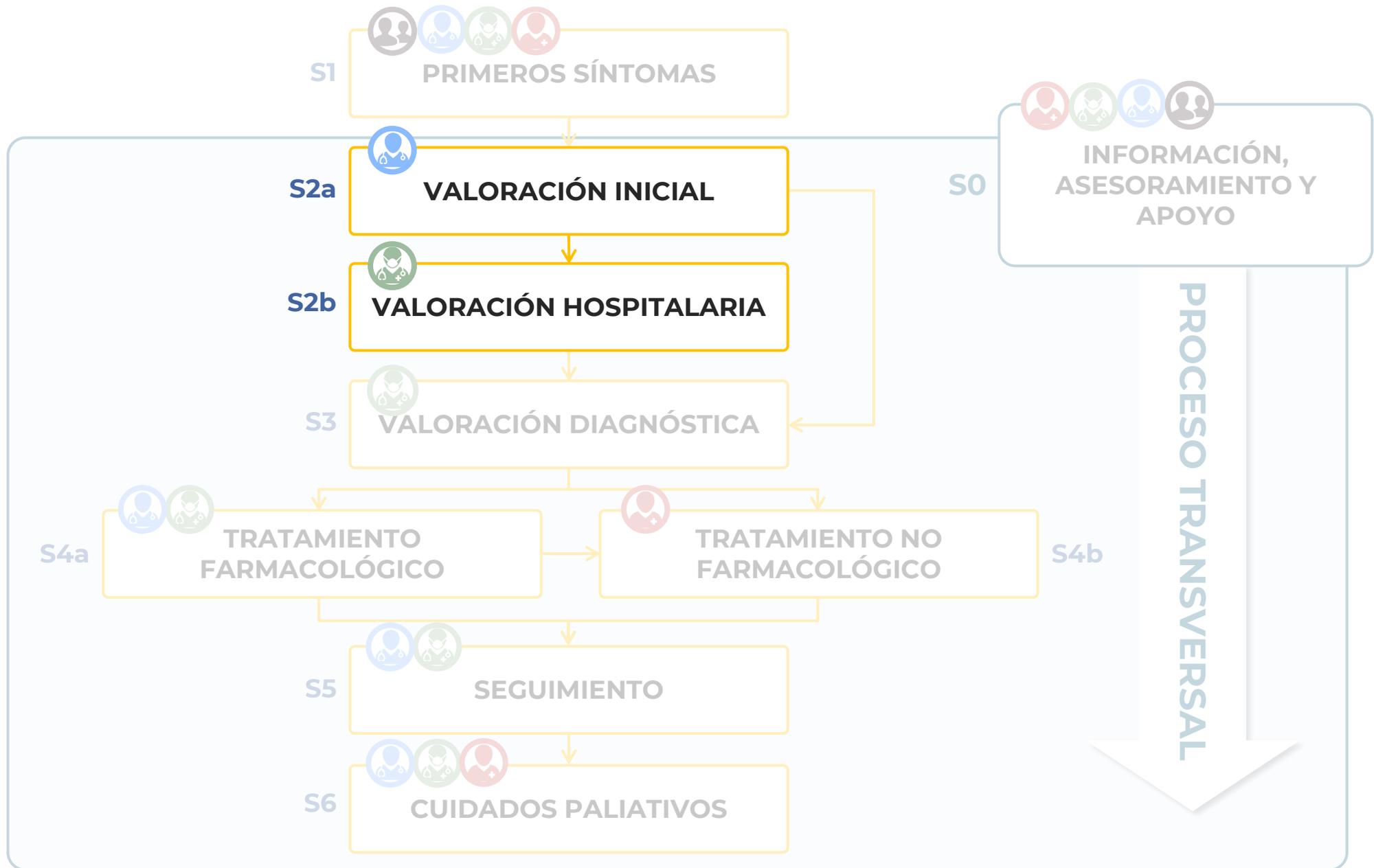
En concreto, entre las principales las **BARRERAS** identificadas en la detección de los primeros síntomas:

- El **80%** de los encuestados identifican como principales barreras la **falta de tiempos y/o conocimientos por parte de los profesionales sanitarios**, así como, los **problemas de capacidad e infraestructuras del sistema sanitario**.
- El **60%** de los encuestados, señalan también la **reticencia por parte de pacientes y familiares**.
- Un **20%** identifican también como barrera la **falta de sensibilización social**.
- **A nivel de atención primaria**, los profesionales de atención primaria encuestados consideran que la **falta de tiempo en consultas** es la principal barrera.
- **A nivel de atención hospitalaria**, los profesionales de atención hospitalaria encuestados identifican como principal barrera la **falta de tiempo en consultas y las listas de espera**.

En este sentido, algunos expertos encuestados proponen como recomendaciones la elaboración de un **protocolo para la derivación**, la creación de un **programa de acogida y acompañamiento a personas con EA y familiares**, y la creación de **equipos multidisciplinares a nivel de atención primaria que trabajen con la persona de EA y sus familiares en todas las etapas de la enfermedad**.

AGENTES

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





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

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL PACIENTE EN R. DE MURCIA

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 2: el **60%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 2 sobre valoración del paciente se ajusta a la realidad en Región de Murcia.**

EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO DE DERIVACIÓN: el **67%** de los profesionales sanitarios encuestados refieren que **NO existe un protocolo de derivación** desde atención primaria a neurología o geriatría para los casos de sospecha de EA. El **33%** correspondiente a psiquiatría, indica que **sí existe dicho protocolo** y que su grado de conocimiento es **MODERADO**.

DERIVACIONES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA: el **100%** de los profesionales de atención primaria refieren tener capacidad para realizar derivaciones a unidades especializadas*, siendo lo más habitual las derivaciones a **unidades especializadas de neurología.**

- Los profesionales de atención primaria coinciden en que el **número de consultas en atención primaria previas a la derivación a atención hospitalaria oscila en un rango de 2-5 visitas.**
- **Pruebas solicitadas desde atención primaria:** de manera general, se solicita una analítica, RM, TAC y una valoración neuropsicológica (valoración cognitiva básica).
- **Pruebas solicitadas desde atención hospitalaria:** existe disponibilidad para realizar pruebas de líquido cefalorraquídeo, de neuroimagen, incluyendo RM, TAC y PET y neuropsicológicas y, en algunos casos, aunque limitados, pruebas genéticas.
- El **tiempo medio desde la sospecha en atención primaria hasta la derivación a atención hospitalaria** es de entre **6 y 12 meses.**
- El **tiempo medio desde la derivación desde atención primaria hasta la atención en la consulta** de atención hospitalaria es de entre **1 y 2 meses.**

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

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

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

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL PACIENTE EN R. DE MURCIA

PAPEL DE TRABAJO SOCIAL EN LA VALORACIÓN DE LAS PERSONAS CON SOSPECHA DE EA: no existe un consenso sobre el papel de trabajo social en esta etapa del proceso. En general, los profesionales sanitarios encuestados y, en concreto los de AP, señalan su papel en términos de **información sobre los recursos sociosanitarios**. Sin embargo, el profesional de trabajo social encuestado indica que, normalmente se lleva a cabo una **entrevista personal y/o familiar** para analizar la **necesidades y demandas de la persona con EA y sus familiares**, con ello, se realizan propuestas para la **gestión de los recursos sociosanitarios**, ya sea a través del apoyo en la gestión de la Ley de dependencia y discapacidad o el acceso a recursos sociosanitarios por parte privada.

ACCESO A RECURSOS DE NEUROPSICOLOGÍA: la participación de neuropsicología es ocasional. El **60% de los encuestados señalan que neuropsicología participa en el proceso**, bien sea a través de un convenio con Asociaciones de Pacientes, a través de recursos del propio centro o remitiendo a la persona con EA al H.U. Virgen de la Arrixaca.

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 ofrecer información personas con EA y familiares sobre actividades, alimentación y ejercicio físico.
- **Atención hospitalaria:** los profesionales sanitarios de atención hospitalaria no señalan ninguna función destacable de enfermería en el abordaje del paciente con EA..
- **Enfermería gestora de casos/práctica avanzada:** el **100%** de los profesionales sanitarios refieren que NO disponen de figuras de enfermería de gestor de casos, ni enfermería de práctica avanzada o especializada en la atención a las demencias.

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

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

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL PACIENTE EN R. DE MURCIA

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: algunos de los principales retos incluyen los **largos tiempos de espera** para el acceso a atención hospitalaria, la **falta de profesionales especializados en EA y demencias**, la **falta de acompañamiento emocional** desde el inicio de síntomas hasta el diagnóstico.

En concreto, señalan que, si bien existen neurólogos con interés en demencias en toda la región, las **unidades especializadas se encuentran únicamente en el H.U. Virgen de la Arrixaca**, lo que limita en gran medida el **acceso a una valoración neuropsicológica extensa** que permita realizar un diagnóstico temprano y adecuado.

Adicionalmente, se propone como área de mejora la **elaboración de un protocolo actualizado para la atención integral a la EA** y la necesidad de **disponer de más recursos tanto sanitarios, como sociosanitarios que sean accesibles desde el sistema público**.

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

EXPLORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA ABREVIADA

VALORACIÓN DE LA REPERCUSIÓN FUNCIONAL

ATENCIÓN PRIMARIA

Mini-Mental State Examination	Test de Pfeiffer
Mini Examen Cognitivo de Lobo	Memory Impairment Screen
Fototest	
Montreal Cognitive Assessment	Test del Reloj

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

ATENCIÓN HOSPITALARIA

Mini-Mental State Examination	Test de Pfeiffer
Mini Examen Cognitivo de Lobo	Memory Impairment Screen
Fototest	Test del Reloj
Fluidez categorial y semántica	Test del informador
Montreal Cognitive Assessment	Set Test

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

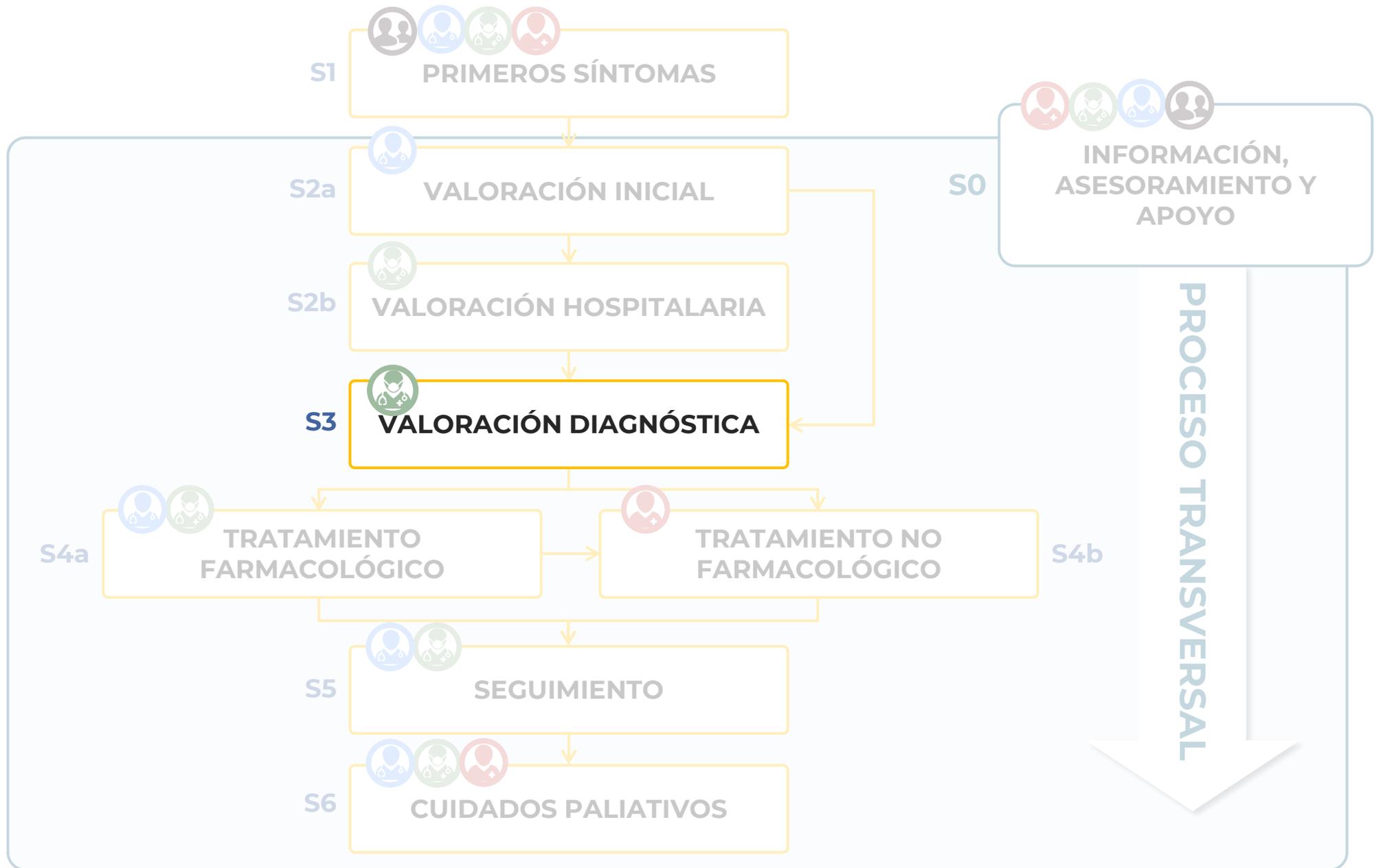
Escala de negrita a gris en función de la frecuencia de utilización según los expertos encuestados (negrita las herramientas más frecuentes y gris a aquellas que han sido nombradas ocasionalmente).

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

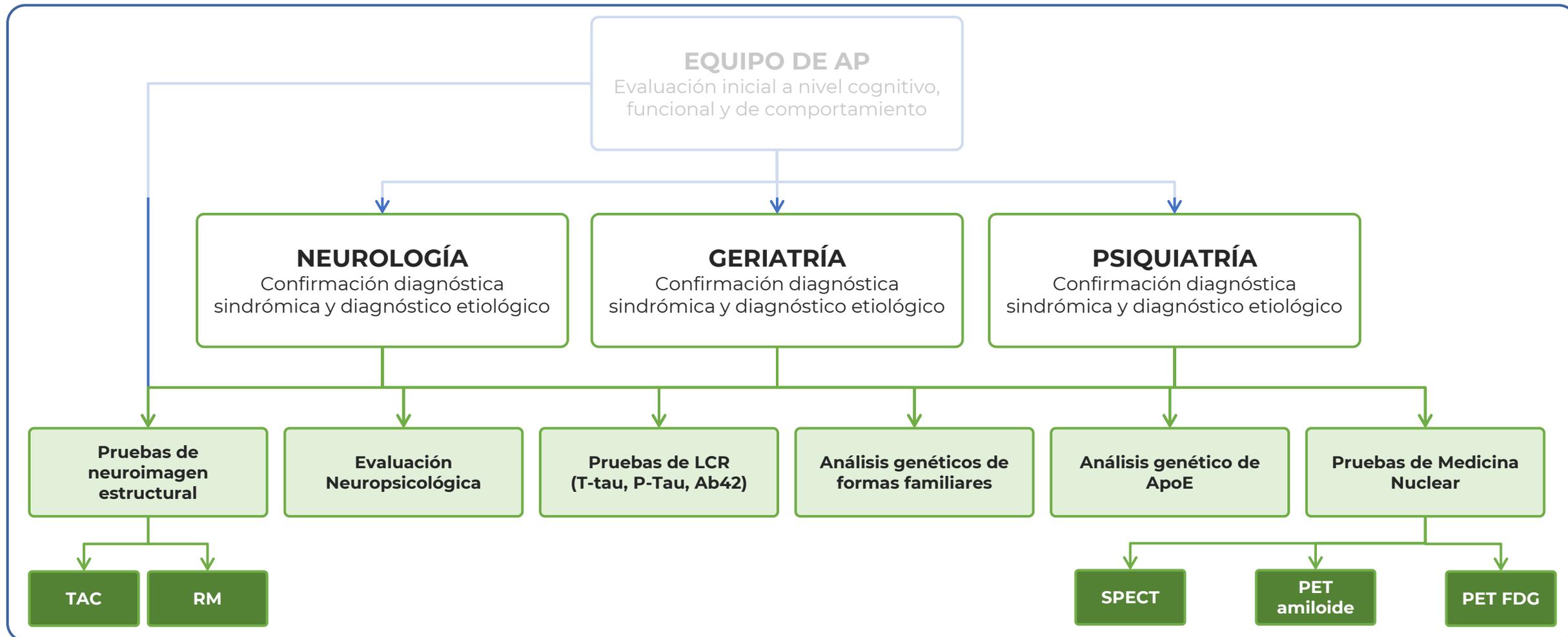
Valoración de la repercusión funcional: el test realizado de manera más habitual en atención hospitalaria es el **Functional Activities Questionnaire (FAQ)** y el **índice de Barthel**.

AGENTES

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



S3



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN R. DE MURCIA

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 3: el **60%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 3 sobre valoración diagnóstica se ajusta a la realidad en Región de Murcia.**

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN R. DE MURCIA: TAC

El **100%** de los profesionales sanitarios encuestados afirma que hay disponibilidad para realizar TAC en el caso de sospecha de EA ya que está incluido en la cartera de servicios de la CA.

Según los profesionales sanitarios encuestados, al **83,3% (75%-100%)*** de las personas con sospecha de EA se les realiza una prueba TAC.

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

El **67%** de los profesionales sanitarios que tienen acceso al TAC afirman que las pruebas se realizan en sus propios centros y/o en centros privados, el 33% indica también la posibilidad de derivar a un centro de referencia del SNS.

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

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

- **NO existe un consenso sobre el tiempo de espera para la realización de TAC**. El **33%** de los profesionales sanitarios indica un tiempo **inferior a un mes**, otro **33%** entre **1-2 meses** y el **33%** restante indica un **tiempo de espera es >3 meses**.**
- El tiempo de espera es considerado como **ADECUADO** por el **67%** de los profesionales sanitarios (reportan entre 1-2 meses y <1 mes), mientras que el **33%** lo considera **INADECUADO** (reportan >3 meses de tiempo de espera).
- El **33%** de los profesionales sanitarios con acceso a TAC conoce la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera. Concretamente se refieren a la derivación de los TACs a centros concertados con el sistema público.
- El **100%** de los profesionales sanitarios consideran que la estrategia más efectiva para reducir los tiempos de espera es el **maximizar el uso de máquinas y profesionales disponibles**, el **67%** señala además la necesidad de **augmentar el número de profesionales y máquinas** para conseguir la reducción de los tiempos.

El **67%** de los profesionales sanitarios encuestados refiere tener limitaciones en cuanto a los tiempos de espera para realizar las pruebas. El resto no identifican barreras.

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN R. DE MURCIA: RM

El **100%** de los profesionales sanitarios, afirman que existe disponibilidad para realizar una RM para las personas con sospecha de EA ya que está incluido en la cartera de servicios de la CA.

Según los profesionales sanitarios encuestados, al **62% (53%-70%)*** de las personas con sospecha de EA se les realiza una prueba RM.

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

El **67%** de los profesionales sanitarios encuestados afirman que las pruebas se realizan en las máquinas del propio centro o en centros privados, un 33% además indica la posibilidad de derivar a centros de referencia del SNS.

Un **67%** de los profesionales sanitarios encuestados, 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:

- **NO existe un consenso sobre el tiempo de espera para la realización de RM.** El **33%** de los profesionales sanitarios indica un tiempo inferior a un mes, otro **33%** entre **2-3 meses** y el **33%** restante indica un **tiempo de espera es >3 meses.****
- El tiempo de espera es considerado como **INADECUADO** por el **67%** de los profesionales sanitarios encuestados (reportan entre 2-3 meses y >3 meses de espera), y **ADECUADO** por el **33%** restante (reportan <1 meses de espera).
- El **33%** de los profesionales sanitarios con acceso a RM conoce la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera. Concretamente se refieren a la derivación de los RM a centros concertados con el sistema público.
- El **100%** consideran que la mejor estrategia sería **aumentar el número de máquinas**, y el **67%** señalan también **maximizar el uso de las máquinas y los profesionales ya disponibles** y **aumentar el número de profesionales**.

El **100%** de los profesionales sanitarios encuestados refiere tener limitaciones en cuanto a los tiempos de espera para realizar las pruebas. Además, un **33%** indica disponer limitaciones en el número de pruebas, ello se debe a la derivación de los casos atípicos únicamente.

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN R. DE MURCIA: SPECT

El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados, afirman tener acceso para solicitar una prueba SPECT en el caso de sospecha de EA al estar incluida en la cartera de servicios de la CA.

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **24% (20%-28%)*** de las personas con sospecha de EA se les realiza una prueba SPECT.

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

El **50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados afirman que las pruebas se realizan en las máquinas del **propio centro**, mientras que el **50%** restante indica realizarlas en **centros de referencia del SNS**.

El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria indican que **NO se dispone de uso específico para personas con sospecha de EA en su centro**. (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:

- **NO existe un consenso sobre el tiempo de espera para la realización de SPECT**. El **50%** entre **1-2 meses** y el **50%** restante indica entre 2-3 meses.** En cualquier caso, consideran que este tiempo es **ADECUADO**.
- El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados desconoce o niega si existen políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- El **50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados consideran que la estrategia más efectiva para reducir los tiempos de espera sería **maximizar el uso de máquinas y profesionales disponibles**, y el **50%** restante consideran que la mejor estrategia sería **aumentar el número de máquinas**.

El **50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados señala que enfrenta limitaciones en cuanto a los tiempos de espera para realizar las pruebas. El **50%** restante indica tener limitaciones en el número de pruebas debido a la posibilidad de realizarlas en un único centro de referencia a nivel regional.

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN R. DE MURCIA: PET AMILOIDE

El **50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados, afirman tener acceso para solicitar una prueba PET amiloide en el caso de sospecha de EA al estar incluida en la cartera de servicios de la CA.

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **10*** de las personas con sospecha de EA se les realiza un PET amiloide.

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

El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados con acceso a la prueba PET, afirman que se realizan en centros de referencias del SNS.

El **100%** de los profesionales sanitarios encuestados, 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:

- El **100%** de los profesionales con acceso a PET amiloide indican un tiempo **superior a 3 meses** y lo consideran **INADECUADO****.
- El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados no disponen de políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- **El 100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados consideran como estrategia efectiva para reducir los tiempos de espera maximizar el uso de máquinas y profesionales disponibles.

De los profesionales de neurología con acceso a esa prueba, **el 100%** señala que la principal barrera son los tiempos de espera para la realización de la misma.

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN R. DE MURCIA: PET FDG

El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados, refieren tener acceso para solicitar una prueba PET FDG en el caso de sospecha de EA ya sea por estar incluida en cartera o a través de fondos de investigación.

Según los profesionales de atención hospitalaria con acceso a la prueba, al **9% (3%-15%)*** de las personas con sospecha de EA se les realiza un PET FDG.

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

El **50%** de los de profesionales de atención hospitalaria encuestados con acceso a la prueba PET FDG, afirman que las pruebas se realizan en sus **propios centros**, mientras que el **50%** restante indica que se realizan en **centros de referencia del SNS**.

El **100%** desconocen si 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:

- El **100%** de los profesionales sanitarios con acceso a PET FDG **desconocen el tiempo de espera y si es adecuado o inadecuado**. Si bien, señalan que sería una **buena estrategia maximizar el uso de las máquinas y los profesionales disponibles**.

De los profesionales de atención hospitalaria con acceso a estas pruebas, **el 50%** señala que enfrenta limitaciones en cuanto a los tiempos de espera para realizar las pruebas. El resto no identifica limitaciones.

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN R. DE MURCIA: PET TAU

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

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

El **50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren **tener acceso** para solicitar una prueba de LCR en el caso de sospecha de EA, el **50%** restante indica que **no las utiliza**.

Según los profesionales de atención hospitalaria con acceso a esta prueba, los biomarcadores en LCR se utilizan en el **25%*** de las personas con sospecha de EA.

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

El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria con acceso a la prueba afirman que las pruebas se realizan en centros de referencia y desconocen si 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:

- El **100%** de los profesionales sanitarios con acceso a la prueba indican un tiempo medio de espera de **1-2 meses** y lo consideran **ADECUADO****.
- El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren que no existen o desconocen la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria con acceso a la prueba consideran necesario **augmentar el número de profesionales** para reducir los tiempos de espera.

Ninguno de los profesionales encuestados con acceso a esta prueba identifica limitaciones para su realización.

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN R. DE MURCIA: TEST GENÉTICO (ApoE)

El **50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren tener acceso para solicitar un test genético (ApoE) en el caso de sospecha de EA.

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **40%*** de las personas con sospecha de EA se les realiza un test genético (ApoE).

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

El **100%** de los casos profesionales de atención hospitalaria encuestados con acceso a la prueba afirman realizan en un centro de referencia del SNS.

El **100%** de los profesionales sanitarios encuestados con acceso a la prueba, sostienen que 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:

- El **100%** de los profesionales sanitarios con acceso a la prueba indican un tiempo medio de espera de **2-3 meses** y lo consideran **ADECUADO****.
- El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren que no existen o desconocen la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria con acceso a la prueba consideran necesario **aumentar el número de profesionales** para reducir los tiempos de espera.

El **100%** de los profesionales sanitarios de neurología con acceso a esta prueba, refiere tener limitaciones en cuanto a los tiempos de espera para realizarla.

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

El **50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren tener acceso para solicitar el test genético (formas familiares).

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **14%*** de las personas con sospecha de EA se les realiza un test genético (formas familiares).

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

El **100%** de los casos profesionales de atención hospitalaria encuestados afirman que las pruebas se realizan en un centro de referencia del SNS y desconocen si 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:

- El **100%** de los profesionales sanitarios con acceso a la prueba indican un tiempo medio de espera de **2-3 meses** y lo consideran **ADECUADO**.**
- El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren que no existen o desconocen la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria con acceso a la prueba consideran necesario **augmentar el número de máquinas** para reducir los tiempos de espera.

El **100%** de los profesionales sanitarios de neurología con acceso a esta prueba refiere tener limitaciones en cuanto a los tiempos de espera para realizarla.

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN R. DE MURCIA

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: los principales retos y áreas de mejora identificados por los expertos durante el subproceso de valoración diagnóstica son la falta de recursos y profesionales para optimizar los procedimientos en esta etapa, la falta de diagnóstico temprano y la necesidad de tener en cuenta otras dimensiones como la psicológica y social.

- **SOLICITUD DE PRUEBAS:** la prueba que se solicita de forma más habitual desde atención primaria es la analítica, existiendo limitaciones para la solicitud de otro tipo de pruebas:
 - **PET:** es necesario mejorar el acceso a pruebas PET ya que, actualmente es un cuello de botella importante para la realización de un diagnóstico temprano y adecuado. Además de el PET, los profesionales encuentran dificultades para la realización de pruebas TAC y RM, el resto de las pruebas no presentan mayores limitaciones, si bien, la muestra no es representativa.
 - **Test de diagnóstico en sangre:** actualmente estos test no están disponibles, si bien, hay un interés en incluirlos en caso de que se aprueben las terapias modificadoras de la enfermedad, ya que contribuirían a optimizar los recursos disponibles y evitar otras técnicas más caras, invasivas o de difícil acceso.

AGENTES



Entorno del paciente



Atención primaria



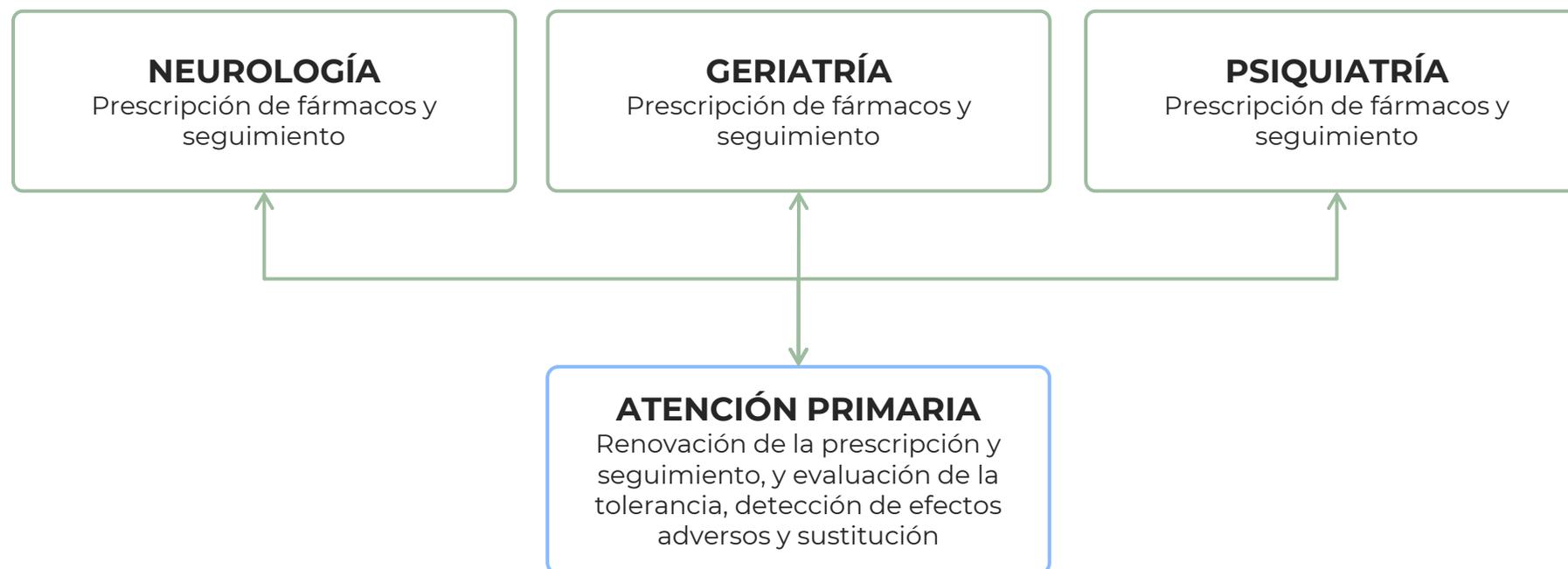
Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario



S4A



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE TRATAMIENTO

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 4A: el **80%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 4A sobre tratamiento farmacológico se ajusta a la realidad en Región de Murcia.**

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

Un **67%** de los profesionales sanitarios refieren que, además de neurología, lo puede iniciar el especialista en psiquiatría o geriatría.

Todos los profesionales sanitarios pueden dar continuidad a la prescripción del tratamiento farmacológico, siendo más habitual que la continuidad de este la realice el profesional especialista en neurología, seguido de, psiquiatría, geriatría y medicina familiar y comunitaria.

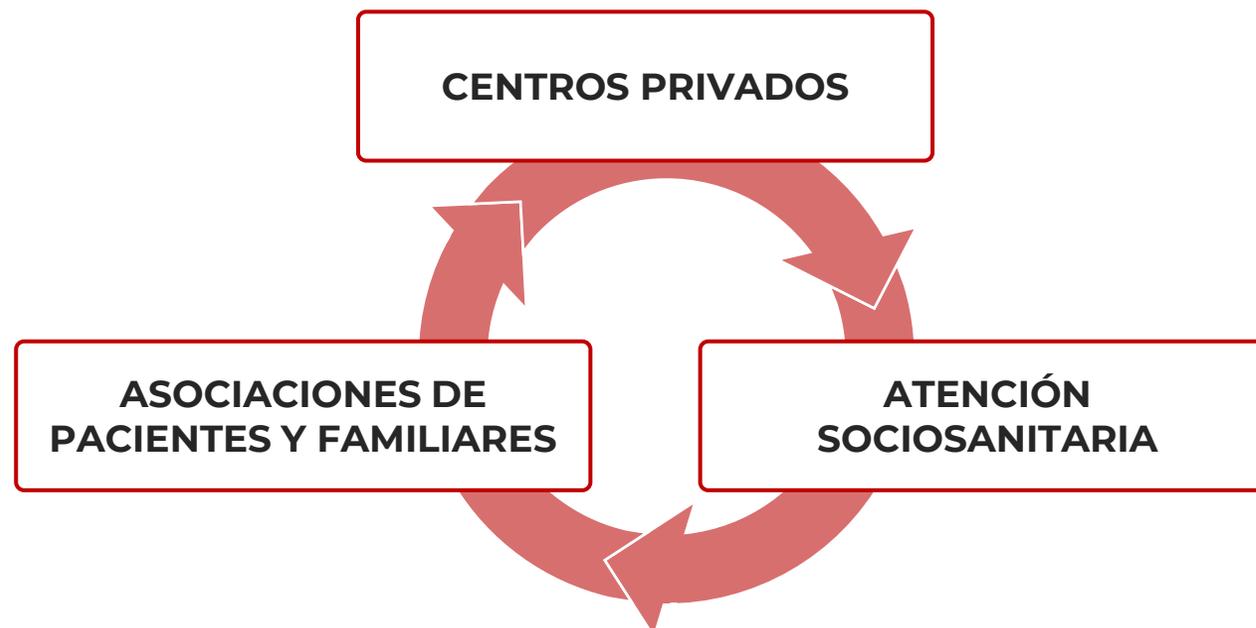
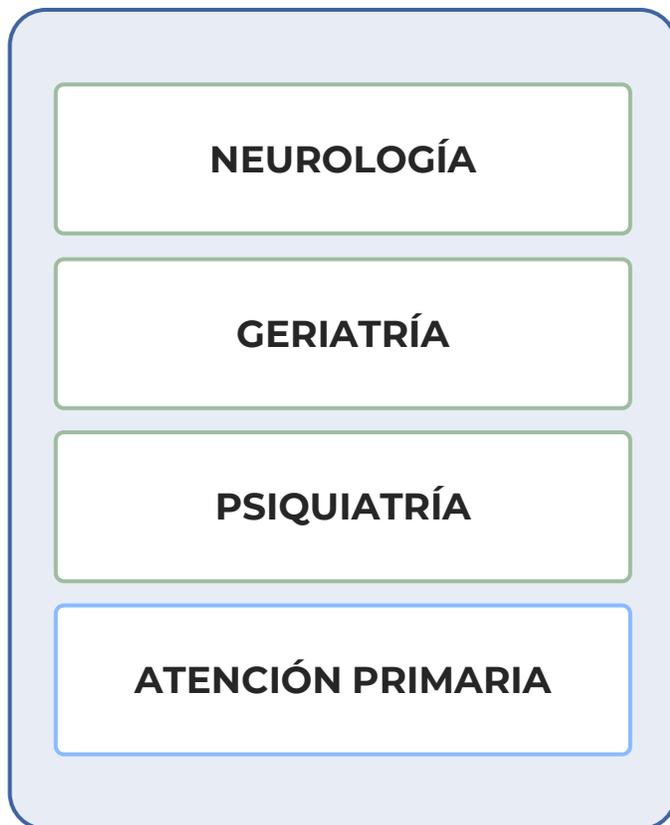
RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN R. DE MURCIA

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: La principal barrera detectada por los expertos encuestados durante el tratamiento farmacológico es falta de **especialistas prescriptores, el visado de los tratamientos** y las trabas administrativas asociadas, así como, las **deprescripciones** en edades avanzadas o cuando existen muchas interacciones farmacológicas.

Asimismo, los encuestados señalan la necesidad de realizar un seguimiento **más continuado con periodos de tiempo más cortos entre visitas para ajustar los fármacos y personalizado**, adaptándolo a las necesidades de cada una de las personas con EA.

Como recomendaciones, los profesionales consideran importante que el **tratamiento farmacológico y no farmacológico sean complementarios** y prescritos de manera simultánea.

S4B



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN R. DE MURCIA

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

Entre los tratamientos no farmacológicos disponibles para personas con EA, el **80%** de los expertos encuestados indican la disponibilidad de **técnicas orientadas a disminuir la incidencia de problemas conductuales, talleres de memoria y estimulación cognitiva**; un **60%** de los expertos encuestados señalan también las **técnicas de mantenimiento de la funcionalidad.**

El **80%** de los encuestados indican las personas con EA **pueden acceder** a estos tratamientos, por ejemplo, **talleres de memoria a un 58,3% de las personas con EA, estimulación cognitiva se prescribe a un 56%**, técnicas para el mantenimiento de la funcionalidad al **48%**, y terapias orientadas a reducir o controlar la incidencia de problemas de conducta a un **40,3%** de estas personas.

Además de estos, se hace referencia a otro tipo de tratamientos no farmacológicos como, por ejemplo, la jardinería, las actividades deportivas como yoga, pilates o aquagym, la aromaterapia o la intervención familiar.

El **80%** indican que pueden estar financiadas por la **Consejería de Sanidad** y el **40%** indica también que pueden estar financiadas por la **Consejería de Bienestar Social.**

El **100%** de los expertos encuestados considera que **todas las terapias no farmacológicas mencionadas son adecuadas para estos pacientes.**

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN R. DE MURCIA

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: los expertos encuestados consideran entre las principales barreras la falta de recursos y accesibilidad a los mismos, resaltando la necesidad de coordinación entre el Servicio Murciano de Salud y los recursos sociosanitarios enfocados en la atención de la persona con EA.

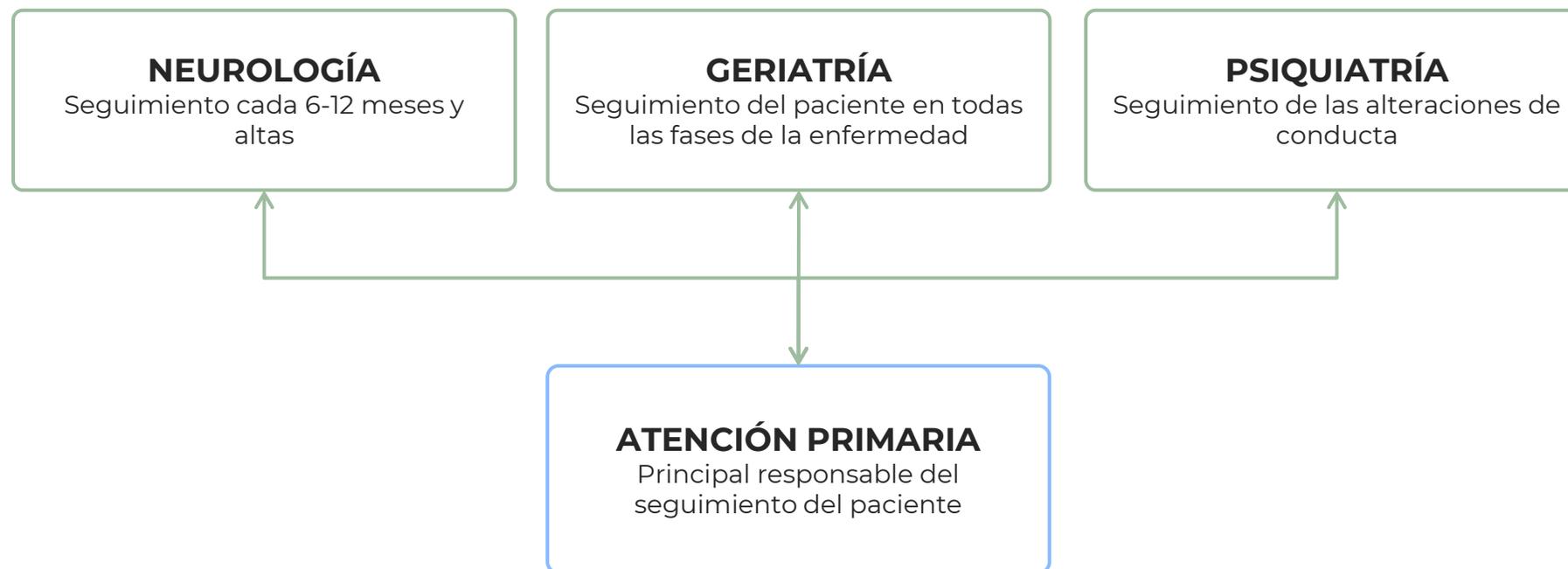
Concretamente, destacan la necesidad de disponer un mayor número de centros de día y actividades dirigidas tanto a personas con EA como familiares, así como, recursos humanos especializados en la atención al paciente con EA.

Cabe mencionar que, desde las AFAS, se percibe una falta de conocimiento de su funcionamiento y los recursos que ofrecen por parte de los profesionales sanitarios, lo que podría ayudar en la mejora de la accesibilidad a dichos recursos.

AGENTES



S5



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE SEGUIMIENTO EN R. DE MURCIA

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 5: el **60%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 5 sobre seguimiento no se ajusta a la realidad en Región de Murcia o lo desconoce.**

El **100%** de los profesionales sanitarios encuestados refieren que el **seguimiento** se realiza **principalmente por los profesionales de neurología** y, en un **33%** de los casos también se señala a **medicina familiar y comunitaria** como responsable del seguimiento.

EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO ESPECÍFICO DE SEGUIMIENTO: un **33%** de los profesionales sanitarios encuestados identifica la existencia de un protocolo específico para el seguimiento de las personas Sin embargo, refiere que su nivel de implementación es **BAJO**.

FRECUENCIA DEL SEGUIMIENTO: el **100%** de los profesionales sanitarios encuestados ya sean de atención primaria u hospitalaria afirman realizar un **seguimiento** de estas personas **cada 6-12 meses**. Sin embargo, el 67% de los profesionales sanitarios encuestados consideran que este tiempo debería ser inferior, en torno a los 3 meses.

Cabe destacar que un **33%** de los expertos indica que el **seguimiento óptimo puede ser cada 6 meses**, siempre y cuando exista la posibilidad de dar **respuesta rápida a complicaciones**. Para ello, recientemente se ha instaurado un **sistema de interconsultas no presenciales entre atención primaria y neurología**.

PRUEBAS DURANTE EL SEGUIMIENTO: durante el seguimiento, el **100%** los profesionales sanitarios encuestados coinciden en que, durante el seguimiento, se realizan **pruebas evolución clínica, valoración funcional, valoración cognitiva, y valoración del entorno cuidador**. Un 33% de los profesionales sanitarios encuestados señalan también una valoración de problemas conductuales.

SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: el **seguimiento de efectos adversos y la información y asesoramiento a la persona con EA, son las principales funciones de atención primaria** en el seguimiento del tratamiento farmacológico según el **100%** de los profesionales encuestados. Además, el 67% también señalan la valoración clínica y la renovación de la prescripción como funciones de atención primaria.

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE SEGUIMIENTO EN R. DE MURCIA

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

COORDINACIÓN SOCIAL Y SANITARIA: en general, los expertos encuestados consideran que la coordinación es pobre, si bien, identifican acciones como, por ejemplo, la elaboración de guías y protocolos, o las reuniones con estamentos sociosanitarios que mejoran dicha coordinación.

PAPEL DE TRABAJO SOCIAL DURANTE EL SEGUIMIENTO: durante el seguimiento de la enfermedad, trabajo social interviene en el **apoyo y asesoramiento para la gestión de ayudas o solicitudes**, por ejemplo, de ingreso en residencia; la **información sobre recursos disponibles**, así como, **realizando un acompañamiento, recuperación y adaptación a nivel social**, buscando un mantenimiento de la autonomía de manera personalizada atendiendo a las necesidades de cuidados que tengan. De manera general, los expertos consultados refieren que la facilidad para derivar a las personas con EA a trabajo social es **BAJA**.

IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN EL CUIDADOR: el **60%** de los expertos encuestados resaltan que **existe un conocimiento del impacto de la enfermedad en el cuidador** por parte de los agentes implicados en el proceso asistencial:

- El **100%** de los expertos encuestados afirman que la **calidad de vida, y la salud psíquica**, son las áreas de mayor impacto para el cuidador. Además, aunque en menor medida, también se señalan las repercusiones a nivel laboral, sobre las relaciones familiares y sociales y sobre la salud física.
- Las acciones propuestas para mitigar este impacto son ofrecer un mayor apoyo sociosanitario y económico, aliviar la sobrecarga del cuidador articulando los recursos de apoyo disponibles o estableciendo protocolos para el “respiro” y aumentar las plazas en centros de día.

REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS: el documento de voluntades anticipadas y/o eutanasia se registra **nunca o casi nunca según el 80% de los encuestados**, el 20% restante indica que siempre se realiza. Además, el **100%** de los encuestados consideran que la persona con EA y sus familiares reciben un apoyo **insuficiente o nulo** en la redacción de las voluntades anticipadas.

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE SEGUIMIENTO EN R. DE MURCIA

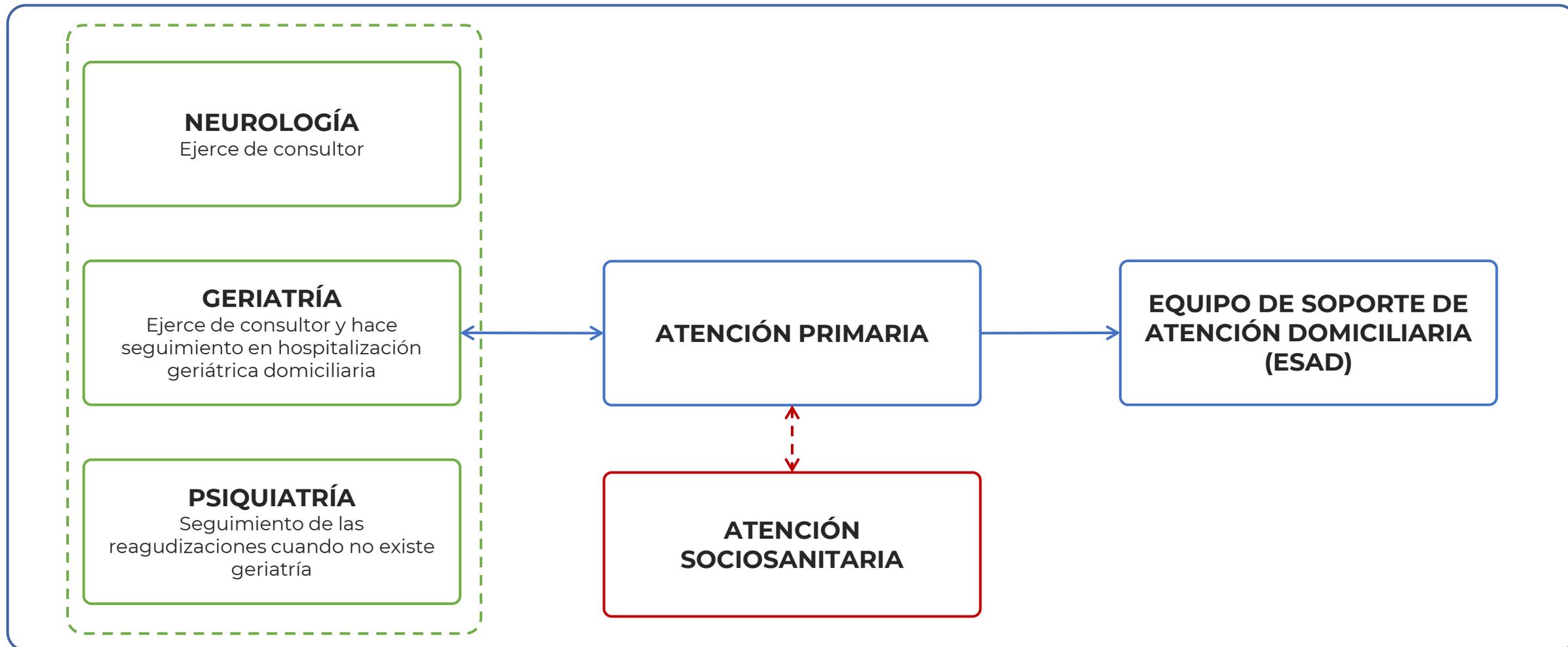
RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: los expertos encuestados identifican retos en cuanto a los **tiempos y la adecuación del seguimiento por parte de los profesionales señalados** debido a aspectos como, por ejemplo, la sobrecarga asistencial, la accesibilidad, las duplicidades por falta de coordinación.

Además, señalan una falta de profesionales de geriatría, destacando que la plaza se ha creado recientemente y son escasas, limitándose al H.U. Virgen de la Arrixaca.

AGENTES



S6



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN R. DE MURCIA

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 6: el **80%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 6 sobre cuidados paliativos no se ajusta a la realidad en Región de Murcia o lo desconoce.**

El **67%** de los profesionales sanitarios encuestados consideran que esta parte del proceso es importante, ya que las personas con EA son claramente subsidiarias de atención de cuidados paliativos. Sin embargo, valoran el grado de cobertura actual como **NULO**.

PAPEL DE TRABAJO SOCIAL: según los expertos encuestados la función principal de trabajo social en este punto del proceso es el apoyo e información sobre recursos disponibles, así como, en el acompañamiento y apoyo emocional a las necesidades y deseos de la persona con EA.

PAPEL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA: según los expertos encuestados, las acciones llevadas a cabo por los especialistas de medicina familiar y comunitaria son el apoyo en el seguimiento de los tratamientos y las complicaciones, la coordinación con los profesionales de cuidados paliativos y los equipos de atención domiciliaria y el acompañamiento.

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE SEGUIMIENTO EN R. DE MURCIA

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: los expertos encuestados indican que el principal reto es la falta de especialistas y un equipo multidisciplinar que responda a las necesidades que pueden aparecer en esta etapa del proceso. Además, señalan la sobrecarga asistencial de atención primaria como principal eje de coordinación en esta etapa.

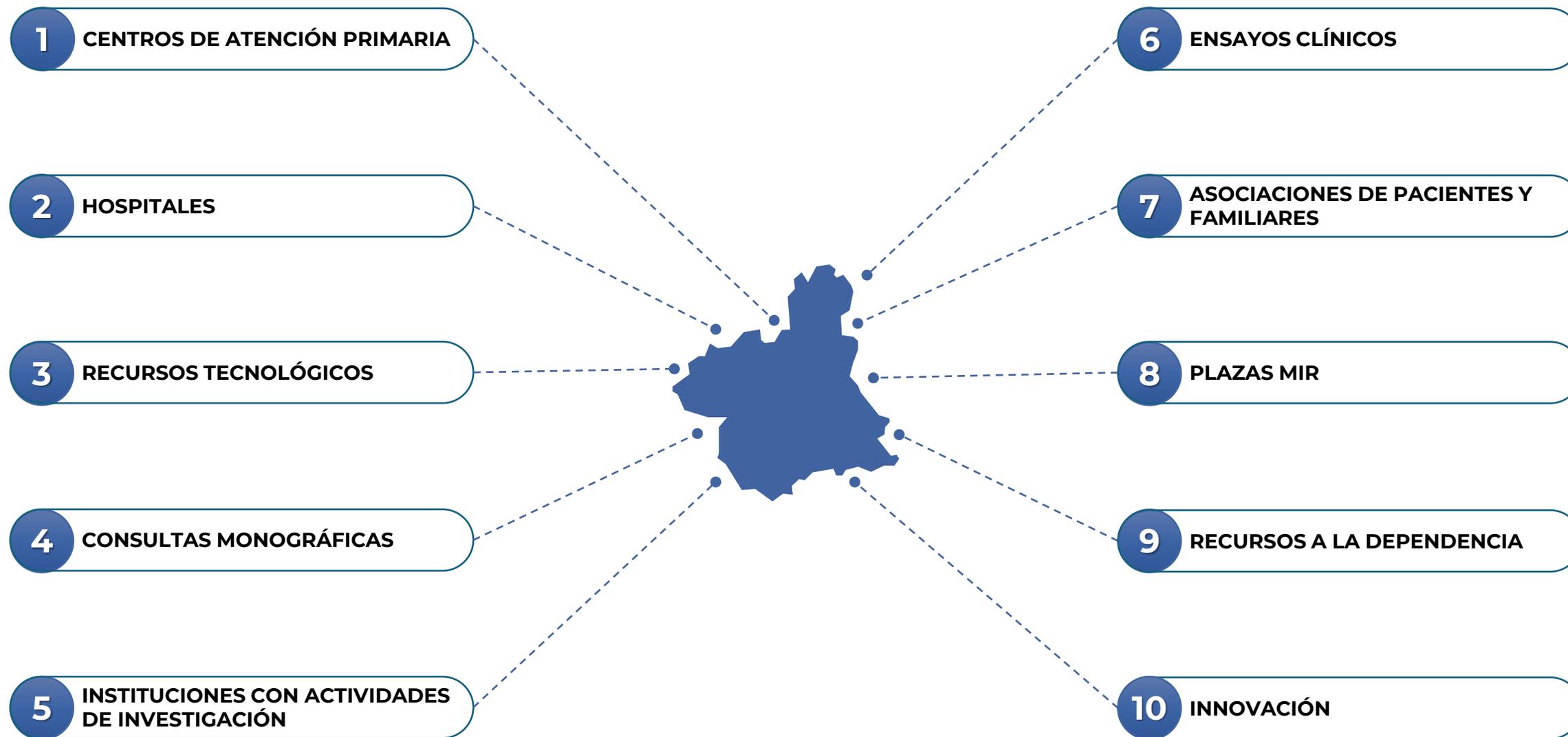
Los aspectos más destacados como barreras para el acceso a cuidados paliativos son **la falta de centros concertados** y la **falta de plazas en residencias de cuidados paliativos**, según el **100%** de los encuestados.

Además, el **80%** de los encuestados señalan también la **falta de acceso a médicos con práctica en cuidados paliativos**, el **desconocimiento de los recursos por parte de familiares y cuidadores**, y la **dificultad para acceder a cuidados de equipo de soporte de atención domiciliaria (ESAD)** y, aunque en menor medida, la falta de centros concertados.

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
Comunidad Valenciana	853	285	568
Extremadura	526	111	415
Galicia	463	398	65
Madrid	424	263	161
Región de Murcia	264	85	179
C. Foral de Navarra	291	60	231
País Vasco	333	139	194
La Rioja	194	20	174
Ceuta y Melilla	7	7	0



264 CENTROS DE AP

- 85 Centros de salud
- 179 Consultorios locales

2 HOSPITALES

HOSPITALES PÚBLICOS

Hospital Comarcal del Noroeste	Hospital Psiquiátrico Román Alberca
Hospital Santa María del Rosell	Hospital General Universitario Reina Sofía
Hospital General Universitario Santa Lucía	Hospital G. Universitario J.M. Morales Meseguer
Hospital de La Vega Lorenzo Guirao	Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor
Hospital Rafael Méndez	Hospital Virgen del Castillo
Hospital Clínico Universitario Virgen de La Arrixaca	

HOSPITALES PRIVADOS

Hospital Viamed San José	Ribera Hospital de Molina
Hospital Centro Medico Virgen de La Caridad Caravaca	Hospital Mesa del Castillo
Hospital C. M. Virgen de La Caridad Cartagena	Ita Clinic Bcn, S L
Hospital Ntra. Sra. del Perpetuo Socorro	Sanatorio Dr. Muñoz
Hospital Perpetuo Socorro Alameda	Hospital Quironsalud Murcia
Santo y Real Hospital de Caridad	Hospital La Vega Grupo Ha
Fundación Hospital Real Piedad	Hospital de Cuidados Medios Villademar
Hospital Virgen del Alcázar de Lorca	

HOSPITALES PRIVADOS

Hospital Ibermutuamur - Patología Laboral	
---	--



27 HOSPITALES

- 11 Públicos
- 15 Privados
- 1 Mutuas colaboradoras con la SS

2 HOSPITALES

PUESTOS DE HOSPITAL DE DÍA PÚBLICOS

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



28,1

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 País	114	140	30	24
REGIÓN DE MURCIA	31	22	4	4
C. FORAL DE NAVARRA	14	12	4	3
PAÍS VASCO	46	37	7	8
LA RIOJA	6	5	1	1
CEUTA	1	1	0	0
MELILLA	1	0	0	0
TOTAL NACIONAL	926	804	185	135



- 31 TAC
- 22 RM
- 4 SPECT
- 4 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
H. U. Virgen de la Arrixaca	Unidad de Demencias
Hospital Comarcal del Noroeste	Consulta Monográfica
H. G. U. J. M. Morales Meseguer	Consulta Monográfica de Demencias
Hospital Quirón Salud Murcia	Unidad de Memoria y Trastornos Cognitivos
Hospital Mesa del Castillo	Unidad de Demencias y Psicología
Hospital Sta. María del Rosell	Unidad de Demencias



Se han identificado un total de **6** 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

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

TIPO DE CENTRO: Público

CONSULTA MONOGRÁFICA: Unidad de Demencias

SERVICIO: Neurología

LISTA DE ESPERA SERVICIO: 1ª consulta 406 pacientes

LISTA DE ESPERA PRUEBAS: TAC 1.060 pacientes | RM 2.171 pacientes

HOSPITAL COMARCAL DEL NOROESTE

TIPO DE CENTRO: Público

CONSULTA MONOGRÁFICA: Consulta Monográfica

SERVICIO: --

LISTA DE ESPERA SERVICIO: 256 pacientes

LISTA DE ESPERA PRUEBAS: TAC 167 pacientes | RM 1.091 pacientes

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO J. M. MORALES MESEGUER

TIPO DE CENTRO: Público

CONSULTA MONOGRÁFICA: Consulta Monográfica de Demencias

SERVICIO: Neurología

LISTA DE ESPERA SERVICIO: 1.014 pacientes

LISTA DE ESPERA PRUEBAS: TAC 325 pacientes | RM 1.362 pacientes

HOSPITAL QUIRÓN SALUD MURCIA

TIPO DE CENTRO: Privado

CONSULTA MONOGRÁFICA: Unidad de Memoria y Trastornos Cognitivos

SERVICIO: Neurología

LISTA DE ESPERA SERVICIO: -- pacientes

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

HOSPITAL MESA DEL CASTILLO

TIPO DE CENTRO: Privado

CONSULTA MONOGRÁFICA: Unidad de Demencias y Psicología

SERVICIO: Multidisciplinar

LISTA DE ESPERA SERVICIO: -- pacientes

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

HOSPITAL SANTA MARÍA DEL ROSELL

TIPO DE CENTRO: Público

CONSULTA MONOGRÁFICA: Unidad de Demencias

SERVICIO: Neurología

LISTA DE ESPERA SERVICIO: -- pacientes

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

+

En Región de Murcia, existen **0,22** 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 Región de Murcia es de **0,38**

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 Región de Murcia.

INSTITUTOS DE INVESTIGACIÓN SANITARIA ACREDITADOS

Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria Pascual Parrilla (IMIB)

OTRAS INSTITUCIONES

Instituto Universitario de Investigación en Envejecimiento de la Universidad de Murcia

Centro Integral para la Investigación, Formación y Atención Sanitaria del Alzheimer



Se han identificado un total de **3** instituciones con actividades de investigación o líneas relacionadas con la Demencia | Alzheimer

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

CENTROS DE INVESTIGACIÓN	LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN
<p>ENVEJECIMIENTO CEREBRAL Y DEMENCIAS</p> <p>Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria Pascual Parrilla (IMIB)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Neurobiología de la memoria y las emociones en el envejecimiento cerebral y la enfermedad de Alzheimer. • Homeostasis del calcio y cambios morfológicos en la corteza cerebral, especialmente en las áreas hipocampal/parahipocampal. • Prevención y tratamiento de cambios morfológicos y conductuales en varios modelos experimentales de la enfermedad de Alzheimer. • Síndrome de alcoholismo fetal y “binging drinking”). • Neurobiología de la memoria y las emociones en el envejecimiento cerebral y la enfermedad de Alzheimer. • Homeostasis del calcio y cambios morfológicos en la corteza cerebral, especialmente en las áreas hipocampal y parahipocampal. • Prevención y tratamiento de cambios morfológicos y conductuales en varios modelos experimentales de la enfermedad de Alzheimer. • Genes implicados en el perfil emocional y conductual.
<p>NEUROCIENCIA CLÍNICA Y EXPERIMENTAL</p> <p>IMIB</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Etiopatogenia y nuevas estrategias terapéuticas en el parkinsonismo experimental (en roedores y monos). • Papel de los receptores de glucocorticoides en los procesos neurodegenerativos. • Alteración de sistemas no motores en el parkinsonismo (corazón y bulbo olfatorio). • Manifestaciones clínicas en la enfermedad de Párkinson (motoras y no motoras). • Calidad de vida en la enfermedad de Párkinson. • Propiedades cognitivas de fármacos en el envejecimiento y en la demencia experimental. • Aplicación de nuevos biomateriales. • Neuroinflamación y neuroinmunología en neurodegeneración y en tumores cerebrales.
<p>EOA3-04 NEUROCIENCIA CLÍNICA Y EXPERIMENTAL</p> <p>Instituto Universitario de Investigación en Envejecimiento de la Universidad de Murcia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • --
<p>EOA3-06 ENVEJECIMIENTO CEREBRAL Y DEMENCIAS</p> <p>Instituto Universitario de Investigación en Envejecimiento de la Universidad de Murcia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • --

6 ENSAYOS CLÍNICOS SOBRE ALZHEIMER

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

CÓDIGOS EECC

2021-002179-21
2016-003928-23
2022-503148-41-00
2013-002653-30
2018-003567-66
2013-005031-24
2013-001851-11
2022-002326-27
2013-002654-75
2017-002702-12
2015-003034-27

+

11

Ensayos clínicos sobre Alzheimer en Región de Murcia

DATOS SOBRE EECC EN R. DE MURCIA

En Región de Murcia existen **0,41 ensayos clínicos por centro hospitalario** ya sean públicos o privados.

Se calcula que la ratio de **ensayos clínicos** por cada 100.000 habitantes en Región de Murcia es de **0,70**

LISTADO DETALLADO DE EECC DE ALZHEIMER EN R. DE MURCIA

IDENTIFICADOR	TÍTULO PÚBLICO
2021-002179-21	Un estudio de fase 3 para evaluar la seguridad y la eficacia de masitinib como terapia complementaria en pacientes con enfermedad de Alzheimer de leve a moderada tratados con el tratamiento estándar.
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.
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).
2013-002653-30	Evaluar la seguridad y la eficacia de 2 dosis fijas de fármaco en investigación EVP-6124 en pacientes con enfermedad de Alzheimer.
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.
2013-005031-24	Estudio de prueba de concepto de la enfermedad de Alzheimer con BI 409306 frente a placebo.
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.
2013-002654-75	Ensayo de la seguridad y efectividad de EVP-6124 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.

7 ASOCIACIONES DE PACIENTES Y FAMILIARES

AFAS

FEDERACIÓN DE ALZHEIMER DE LA REGIÓN DE MURCIA	alzheimers@fedarm.org	611588509
ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS AFAD ALCANTARILLA	afade_alcantarilla@hotmail.com	968895918
AFA ARCHENA	arzheina3@gmail.com	--
AFA LEVANTE	infodemencias@gmail.com	968126081
ASOCIACIÓN CIEZANA DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS ACIFAD CIEZA	acifad@hotmail.com	868961491
ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER DE LA REGIÓN DE MURCIA AFAMUR	afamur@afamur.com	968286010
ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS DE JUMILLA	asociacion.afad.jumilla@gmail.com	639702867
ALZHEIMER LORCA	alzheimerslorca@yahoo.es	968471780
AFAD MOLINA	afadmolinaalzheimers@gmail.com	968641357
AFA ALDEA	asociacionaldea@hotmail.com	968400259
ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER DE YECLA "AFAY"	afayecla09@hotmail.com	968753988
ASOCIACIÓN DE ALZHEIMER ÁGUILAS	asociacionalzheimersaguilas@yahoo.es	696 69 89 16

+ **12** Asociaciones de Familiares y Pacientes en Región de Murcia

DATOS SOBRE AFAS EN R. DE MURCIA

100%

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

50%

de los profesionales y AFAS, consideran se tiene en cuenta la opinión de las AFAS en la toma de decisiones para implementar mejoras y mejorar los procesos en el manejo de las personas con EA.

8 PLAZAS MIR

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

- **6** Neurología
- **100** Medicina Familiar y Comunitaria
- **1** Geriatría
- **8** Psiquiatría



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

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

CARAVACA DE LA CRUZ	UDM ADYC LORCA Y NOROESTA	6
CARTAGENA	UDM AFYC H. LOS ARCOS DEL MAR MENOR	10
CARTAGENA	UDM AFYC H. STA. M ^ª DEL ROSELL	18
CIEZA	UDM AFYC H. DE LA VEGA LORENZO GUIRAO DE CIEZA	4
LORCA	UDM AFYC H.UNIVERSITARIO RAFAEL MÉNDEZ	11
MURCIA	UDM AFYC H.G.U. MORALES MESEGUER	14
MURCIA	UDM AFYC H.U.VIRGEN DE LA ARRIXACA	18
MURCIA	UDM AFYC H.G.U. REINA SOFÍA MURCIA	13
YECLA	UDM AFYC H.COMARCAL VIRGEN DEL CASTILLO	6

PSIQUIATRÍA

CARTAGENA	UDM SM C.H.U. STA. M ^ª DEL ROSELL	1
LORCA	UDM SM H.U. RAFAEL MENDEZ	1
MURCIA	UDM SM H.G.U. REINA SOFÍA MURCIA	3
MURCIA	UDM SM H.G.U. MORALES MESEGUER	1
MURCIA	UDM SM H.U. VIRGEN DE LA ARRIXACA	2

GERIATRÍA

CARTAGENA	UDM GERIATRÍA C.H. STA. M ^ª DEL ROSELL	1
-----------	---	---

NEUROLOGÍA

CARTAGENA	C.H.U. STA. M ^ª DEL ROSELL	2
MURCIA	H.U. VIRGEN DE LA ARRIXACA	2
MURCIA	H.G.U MORALES MESEGUER	1
MURCIA	H.G.U. UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE MURCIA	1

RESULTADOS SOBRE RECURSOS FORMATIVOS

100%

de los profesionales sanitarios encuestados consideran que el grado de formación de los profesionales sanitarios que participan en el manejo de la EA en Región de Murcia es **MEDIO**.

67%

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

9 DEPENDENCIA

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

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

GRADOS DE DEPENDENCIA

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

PRESTACIONES Y SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

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

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

AYUDA A DOMICILIO

Se trata de un **servicio realizado preferentemente en el domicilio**, que proporciona, mediante **personal cualificado y supervisado, un conjunto de actuaciones preventivas, educativas, rehabilitadoras y de atención a las personas y unidades de convivencia con dificultades** para permanecer o desenvolverse en su medio habitual.

Se incluyen las siguientes actividades:

- **Servicios de atención personal:** higiene personal, alimentación, movilidad, acompañamiento dentro y fuera del domicilio entre otros.
- **Servicios de atención a las necesidades domésticas y del hogar:** limpieza, lavado y preparación de comidas entre otras. Estos servicios sólo se pueden prestar conjuntamente con los de atención personal.

La intensidad de servicio depende de la situación sociofamiliar de las necesidades de la persona en situación de dependencia para hacer posible su permanencia en el hogar y de la intensidad del servicio que corresponda a la persona según su grado de dependencia y los servicios compatibles prescritos, desde un mínimo de 20 horas mensuales, hasta un máximo de 70.

TELEASISTENCIA

La **teleasistencia** es un servicio público que permite la **comunicación inmediata con un centro de atención las 24 horas del día los 365 días del año**. El objetivo es favorecer la autonomía e independencia de las personas mayores o con alguna discapacidad que viven o pasan muchas horas solas, aumentando su seguridad y calidad de vida.

Este servicio favorece la **permanencia de las personas en su entorno y apoya a las familias que cuidan a sus mayores**.

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

CENTRO DE DÍA

Los Centros de Día de Personas Mayores ofrecen una atención integral durante el período diurno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores. En particular, cubren, desde un enfoque biopsicosocial, las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal.

- Disponen de los siguientes servicios:
- Manutención.
- Asistencia social.
- Servicio de fisioterapia.
- Actividades ocupacionales.
- Actividades socio-culturales.
- Transporte.

60

CENTROS DE DÍA

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

ATENCIÓN RESIDENCIAL

Las residencias **son centros que ofrecen vivienda permanente y atención integral a las personas mayores que, por su problemática de salud, familiar, social o económica, así como por sus limitaciones de autonomía personal, no pueden ser atendidos en sus propios domicilios.** Para ello cuenta con servicios de atención sanitaria, social, rehabilitadora y ocupacional, así como la posibilidad de participar en actividades de carácter socio-cultural y recreativo.

Existen **dos tipos** de atención residencial:

- Atención a Personas Mayores Dependientes.
- Atención Geropsiquiátrica: Destinada a personas mayores con problemas psíquicos o trastornos de conducta que requieran tratamiento especializado.

Dispone de los siguientes **servicios**:

- Manutención y alojamiento.
- Asistencia médica.
- Asistencia social.
- Servicio de fisioterapia.
- Actividades ocupacionales.
- Actividades socio-culturales.
- Departamento de administración.

63

RESIDENCIAS

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

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

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

Existen una serie de **requisitos que han de cumplirse para para el reconocimiento de la condición de cuidador no profesional y, el consecuente acceso a la prestación económica** como, por ejemplo: ser mayor de 18 años y residente legal en España; ser cónyuge, pareja de hecho, o pariente por consanguinidad, afinidad o adopción hasta el 4º grado de parentesco, así como personas del entorno relacional propuestas por la persona en situación de dependencia y que estén en condiciones de atenderle; asumir formalmente los compromisos necesarios para prestar el apoyo y cuidado necesarios.

PRESTACIÓN ECONÓMICA DE ASISTENCIA PERSONAL

Ayuda destinada a contribuir en la cobertura de los gastos derivados de la **contratación de un asistente personal**, entendido como aquella persona que, bajo la dirección de la persona con discapacidad, realiza por ella determinadas tareas básicas de su vida diaria y/o le acompaña para facilitar su acceso al empleo, la formación, ocio y la participación social.

La finalidad de esta prestación es la **promoción de una vida más autónoma** en el entorno habitual que facilite la atención de manera personalizada e integradora en función de las circunstancias y necesidades de la persona en situación de dependencia, ayudándola en su plena integración en la sociedad.

PRESTACIÓN ECONÓMICA VINCULADA AL SERVICIO

Ayuda destinada a aquellos casos en los que existe **imposibilidad de acceder al servicio público o concertado adecuado**. Su objetivo es contribuir a la **financiación de dicho servicio proporcionado por entidades privadas** y debidamente acreditadas. Para ello, se deberán **cumplir los requisitos específicos previstos para el acceso al servicio de atención y debe ocupar o tener una plaza reservada para dicho servicio**.

RESULTADOS SOBRE RECURSOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Los expertos encuestados refieren que en Región de Murcia existen **recursos específicos para la EA avanzada**. Concretamente hacen referencia al **Residencial Caser** además de los centros de día y residencias recogidos en el anexo.

Por el contrario, **no se identifican recursos específicos para las personas con EA leve**, si bien, los expertos consideran necesario fomentar recursos como, por ejemplo, estimulación cognitiva, física y psicomotriz, así como actividades de participación en la comunidad. Algunos ejemplos son los programas promovidos por la Concejalía de Deportes de actividad física para EA, o los programas de ocio y cultura.

Todos los expertos encuestados identifican la **teleasistencia y la atención domiciliaria** como algunos de los recursos para la dependencia más útiles para las personas con EA. Además, un **60%** de los expertos encuestados identifican los pisos tutelados y un 20% identifican también los centros de noche.

Los expertos encuestados señalan que existen pocos recursos específicos destinados a personas con EA jóvenes (menores de 65 años). Entre algunos de los recursos identificados, se destacan: los talleres de inserción laboral, el servicio a domicilio de fisioterapia, gerontogimnasia y estimulación cognitiva y psicológica.

DERIVACIONES A RECURSOS PARA LA DEPENDENCIA: un **60%** de los expertos encuestados refieren que las derivaciones ocurren de manera **adecuada** y el **40%** restante consideran que la derivación se realiza **demasiado tarde**.

INFORMACIÓN DE RECURSOS A LA DEPENDENCIA: el **100%** de los expertos encuestados refieren que las personas con EA **son siempre informadas de la existencia de recursos de apoyo a la dependencia tanto públicos como concertados** y, en algunos casos también de los privados. Además, aunque en menor medida, también se ofrece información sobre prevención de riesgos, protección legal y los recursos disponibles dentro de las asociaciones de pacientes.

RECURSOS PARA FAMILIARES: algunos de los expertos encuestados afirman la existencia de grupos de apoyo al cuidador, talleres de familias o el teléfono de la esperanza. Además, se señala que los recursos dirigidos a las personas con EA normalmente repercuten directamente sobre los familiares.

10 INNOVACIÓN

RESPUESTAS SOBRE RECURSOS E INNOVACIÓN

- Proyecto Alzheimer MuBAM: aúna ciencia médica y museología. Sus objetivos son mejorar la calidad de vida de las personas que padecen EA, desarrollar la autoestima de personas con EA y familiares, crear un enlace entre pasado y presente estableciendo puentes entre neuronas, o intentando conseguir nuevas conexiones con neuronas que todavía existen, a través de otras memorias, como la memoria emocional, además de construir nuevas herramientas de control médico (Museo Picasso).
- Realidad Virtual para el tratamiento de la EA.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

MAPEA
Mapa de recursos para enfermos
de Alzheimer



Con relación a la información sobre la EA:

- Sensibilizar a la sociedad sobre la Enfermedad de Alzheimer, su impacto y los recursos disponibles.
- Abordar el Alzheimer como una cuestión de Estado con el apoyo de las comunidades autónomas, e impulsar la implementación generalizada del Plan Integral de Alzheimer y/o la Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del SNS.

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

- Mejorar los recursos para la atención integral a la EA, creando equipos multidisciplinares y dotando a las unidades con especialistas formados y capacitados en el abordaje de la EA
- Ampliar los recursos existentes para el apoyo a la dependencia que ofrezcan una atención integral y facilitar información sobre dichos recursos desde el momento del diagnóstico con el objetivo de guiar la toma de decisiones y acelerar los trámites para el acceso a los mismos.
- Mejorar la coordinación sociosanitaria.

Con relación al diagnóstico temprano:

- Mejorar la coordinación entre atención primaria y atención hospitalaria.
- Promover un cribado y búsqueda activa de síntomas en la población de alto riesgo.
- Aumentar el número de profesionales y herramientas diagnósticas y maximizar las herramientas disponibles para el diagnóstico.

Otras recomendaciones propuestas son:

- Realizar estudios sobre necesidades de personas con Alzheimer y sus familiares con el fin último de impulsar la creación de servicios adaptados y útiles para cubrir dichas necesidades.
- Aumentar la inversión económica para la investigación en enfermedad de Alzheimer.

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 MapPEA 2017, en la Región de Murcia **tan solo se ha desarrollado la Estrategia de Mejora de la Salud Mental 2023 – 2026**. El resto de las herramientas disponibles a nivel de la comunidad, datan de fechas anteriores a 2017, sin haber sido actualizadas.
- Asimismo, a nivel nacional se elaboró el **Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023) cuyo nivel de implementación en Región de Murcia se considera BAJO-MODERADO** y la **Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud** cuyo **nivel de implementación en Región de Murcia es BAJO-ALTO**.

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 MapPEA (2017)**. Entre otros, destacan los siguientes puntos:
 - Potenciar la atención integral al Alzheimer a través del trabajo multidisciplinar y mejorando la coordinación entre niveles asistenciales y con los recursos sociosanitarios.
 - Aumentar la dotación de recursos específicos y herramientas para el diagnóstico temprano de la Enfermedad de Alzheimer en la comunidad, promoviendo el cribado desde atención primaria.
 - Mejorar los tiempos de acceso a la atención por parte de los especialistas en neurología.
 - Mejorar el acceso a recursos para la dependencia que permitan mejorar la calidad de vida de las personas con EA, así como, de sus familiares y cuidadores fomentando el respiro y el apoyo psico-social.

RECURSOS

- En comparación con **2017**, Región de Murcia ha experimentado **un incremento en los recursos tecnológicos** de salud: el número de TACs ha aumentado de **24 a 31**, los RMs de **19 a 22**, y los PET de **2 a 4**. Por el contrario, los SPECT han disminuido levemente de **5 a 4**. Los profesionales sanitarios consideran que es necesario aumentar el número de máquinas y maximizar su uso.

GLOSARIO

MAPEA
Mapa de recursos para enfermos
de Alzheimer



TÉRMINO	DEFINICIÓN
ABVD	Actividades básicas de la vida diaria
AFA	Asociación de Familiares de Alzheimer
AIVD	Actividades instrumentales de la vida diaria
ApoE	Apolipoproteína E
EA	Enfermedad de Alzheimer
ESAD	Equipo de soporte de atención domiciliaria
FAQ	Functional Activities Questionnaire
FAST	Functional Assessment Stages
HCE	Historia clínica electrónica
LCR	Líquido cefalorraquídeo
MMSE	Mini-Mental State Examination
PET	Tomografía de emisión de positrones
PET FDG	Tomografía por Emisión de Positrones con Fluorodesoxiglucosa
REEC	Registro Español de Ensayos Clínicos
RM	Resonancia Magnética
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 – MURCIA (I)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia para mayores Altavida	Abanilla	968 68 08 90
Residencia de personas mayores Nicolás Gómez Tornero	Abarán	968 45 10 21
Residencia de Pensionistas Ferroviarios	Águilas	968 41 08 40
Residencia Geriátrica San Francisco	Águilas	968 41 11 06
Residencia municipal Virgen de la Salud	Alcantarilla	968 80 04 08
Residencia Nuestra Señora de los Ángeles	Alcázares (Los)	968 57 56 22
Residencia El Palmeral del Mar Menor	Alcázares (Los)	968 58 27 02
Residencia de personas mayores Virgen del Rosario	Alhama de Murcia	968 63 00 06
Residencia Nuevo Azahar	Archena	968 68 80 24
Residencia para personas mayores Virgen de los Dolores	Blanca	968 77 50 18
Residencia médico geriátrica Virgen de la Esperanza	Calasparra	968 72 31 20
Residencia Club de Campos	Campos del Río	968 65 00 08 / 968 65 00 36
Residencia de 3ª edad Desamparados Santísima Vera Cruz	Caravaca de la Cruz	968 70 79 21 / 968 70 79 38
Orpea Cartagena	Cartagena	968 12 27 89
Vivienda colectiva San Luis	Cartagena	968 16 81 17
AMAVIR Cartagena	Cartagena	968 52 23 45
Hermanitas de los Pobres - Asilo de Ancianos	Cartagena	968 50 90 95
Residencia Virgen del Mar	Cartagena	968 51 30 37 / 968 51 92 89
Residencia de personas mayores Fuente Cubas	Cartagena	968 31 37 63
Clece Vitam Carmen Conde	Cartagena	968 20 26 49
Residencia Nova Santa Ana	Cartagena	968 33 07 53
Residencia Los Jazmines	Cartagena	968 32 41 30

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – MURCIA (II)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencial Casa de Campo	Cartagena	968 53 82 29
Residencia Los Marines Centro Geriátrico Cartagena	Cartagena	968 16 32 47
Residencia Los Almendros	Cartagena	968 16 87 16 / 968 16 87 63
Fundación Hospital de la Real Piedad	Cehegín	968 74 11 56
Residencia para personas mayores de Ceutí	Ceutí	968 69 38 23 / 968 69 01 51
Residencia Colisée Ceutí	Ceutí	968 69 49 90
Residencia de ancianos Mariano Marín Blázquez	Cieza	968 76 30 50
Residencia de personas mayores San Agustín	Fuente Álamo de Murcia	968 59 69 47
Residencia Valle de las Palas	Fuente Álamo de Murcia	868 12 47 47
Caser Residencial Alameda	Lorca	968 47 90 30 / 696 34 66 93
Residencia San Diego	Lorca	968 46 61 98
Residencia para personas mayores ASPRODES Las Siervas	Lorca	968 44 14 89
Residencia de personas mayores Domingo Sastre	Lorca	968 46 82 04
Residencia de ancianos La Purísima	Mazarrón	968 59 05 83
Vivienda colectiva de personas mayores Escuelas Blancas	Molina de Segura	968 64 38 03
Ballesol Altorreal	Molina de Segura	968 64 99 22
Residencia Nuestra Señora de Fátima	Molina de Segura	968 64 44 64
Residencia Hermanitas de los Pobres de Murcia	Murcia	968 89 90 14
Clínica Belén	Murcia	968 23 35 00
Residencia Virgen de la Fuensanta	Murcia	968 28 63 48
Residencial Vip Suites	Murcia	968 29 18 91
Residencia de personas mayores San Basilio	Murcia	968 28 15 68

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – MURCIA (I)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia Hogar de Betania	Murcia	968 26 36 17 / 653 51 13 19
Residencia psicogeriatrica Virgen del Valle	Murcia	968 36 56 40
Residencia Obispo Javier Azagra	Murcia	968 39 41 48
Residencia El Amparo	Murcia	968 84 47 02
Caser Residencial Santo Ángel	Murcia	968 84 22 62
Residencia Montepinar	Murcia	968 85 13 14
Residencia para personas mayores Montecantalar	Murcia	968 37 27 77
Residencia de mayores Hogar de Nazaret	Murcia	968 34 14 41
Residencia 3ª edad Lozar - Santiago	San Javier	968 18 18 88
Residencia El Molino	San Javier	968 19 18 31
Residencia de ancianos San José	San Javier	968 19 04 07
Residencia Lozar Pozo Aledo	San Javier	968 19 08 55
Residencia para Mayores Villademar	San Pedro del Pinatar	968 18 73 46
Residencia San Pedro del Pinatar	San Pedro del Pinatar	968 18 52 27
Residencia municipal	Santomera	968 86 46 33
Residencia para personas mayores La Purísima	Totana	968 41 82 24
Residencia de personas mayores Santa Isabel	Villanueva del Río Segura	968 69 86 70
Residencia Santa Teresa Jornet	Yecla	968 79 00 09
Residencia San Isidro	Yecla	868 70 74 00

CENTROS DE DÍA – MURCIA (I)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro de día Fundación Sta. Teresa	Abarán	968 77 00 48
Residencia San Francisco	Águilas	968 411 106
Centro de día IMAS	Alcantarilla	968 89 23 31
Centro de día ayuntamiento	Alcantarilla	968 89 36 00
Centro de día AFADE Alzheimer	Alcantarilla	968 89 59 18
Centro de día ALMA ATA	Alguazas	652 209 4279
Centro de día ayuntamiento	Alhama	968 63 18 95
Residencia Nuevo Azahar	Archena	968 68 80 24
Centro de día ayuntamiento	Beniel	968 60 25 53
Centro de día ayuntamiento	Blanca	968 77 50 01
Centro de día ayuntamiento	Bullas	968 65 44 17
Centro de día IMAS	Caravaca	968 70 28 16
Centro de día IMAS Alzheimer	Cartagena	968 51 20 66
Centro de día Residencia Fuente Cubas	Cartagena	968 31 37 63
Centro de día Virgen del Mar	Cartagena	968 51 30 37
Centro de Día Ayuntamiento	Cartagena	968 31 29 67
Residencia Amavir	Cartagena	968 52 23 45
Centro de día Care Orpea	Cartagena	968 12 27 89
Residencia Perpetuo Socorro	Cartagena	968 11 50 55
Centro de Día Residencial Casa de Campo de Perin	Cartagena	968 53 82 29
Centro de Día Hospitalidad Sta. Teresa	Cartagena	968 51 00 27
Centro de Día San Fulgencio	Cartagena	634 44 81 75

CENTROS DE DÍA – MURCIA (II)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro de Día Ayuntamiento	Cehegín	968 74 22 20
Centro de Día Ayuntamiento	Ceutí	968 69 38 23
Centro de Día Acifad	Cieza	868 96 14 91
Centro de Día Ayuntamiento	Fortuna	968 68 15 03
Residencial Valle de las Palas	Fuente Álamo	868 12 47 47
Centro de Día Miguel Marín Padilla	Jumilla	968 78 24 02
Centro de Día Alma Ata	La Unión	968 627 088
Centro de Día del IMAS	Las Torres de Cotillas	968 62 72 61
Centro de día IMAS	Lorca	968 46 82 04
Centro de Día Poncemar	Lorca	968 47 39 44
Centro de Día Alzheimer-Lorca	Lorca	968 47 17 80
Centro de Día IMAS	Mazarrón	968 18 44 43
Centro de Día IMAS	Molina de Segura	968 61 14 04
Residencia Nuestra Sra. De Fátima	Molina de Segura	968 64 44 64
Centro de Día AFAD	Molina de Segura	968 64 13 57
Centro de Día Ayuntamiento	Moratalla	968 73 02 58
Centro de Día Ayuntamiento	Mula	968 66 14 78
Centro de Día Ayuntamiento	Murcia	968 35 06 19
Centro de Día Ayuntamiento	Murcia	968 83 73 68
Centro de Día Ayuntamiento	Murcia	968 89 99 81
Residencia San Basilio IMAS	Murcia	968 28 15 68
Centro de Día Sta. M ^a Josefa	Murcia	968 28 70 46

CENTROS DE DÍA – MURCIA (III)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro de Día AFAMUR	Murcia	968 20 27 15
Centro de Día Blanca Paloma	Murcia	968 35 06 19
Centro de Día MIMO	Murcia	868 05 27 18
Centro de Día MIMAYE	Murcia	868 71 75 71
WSENIOR asistencia Integral 4 SLU	Murcia	690 87 96 74
Patronato Residencia Hogar de Betania	Murcia	690 20 72 46
Centro de Día Ayuntamiento	Puerto Lumbreras	968 40 28 75
Centro de Día IMAS	San Javier	968 19 12 90
Centro de Día Ayuntamiento	San Pedro del Pinatar	968 18 03 88
Centro de Día IMAS	Torre Pacheco	968 18 03 88
Centro de Día Ayuntamiento	Torre Pacheco	968 58 58 38
AFA Levante	Torre Pacheco	968 12 60 81
Centro de Día Ayuntamiento Totana	Totana	968 41 81 79
Centro de Día San Isidro	Yecla	868 70 74 00
Centro de Día Ayuntamiento	Yecla	968 75 01 80
Centro de Día San José	Yecla	696 85 81 06