



Generalitat de Catalunya  
**Departament de Salut**

# **Plan de atención sanitaria a las personas con DCL y demencias de Cataluña**

**PLADEMCAT**

**S/** Sistema de  
Salut de Catalunya

## ¿Qué es el PLAEMCAT?

- ❑ **Planificación estratégica** de la atención sanitaria a las personas con deterioro cognitivo/demencia y sus familiares de Cataluña con la máxima calidad, eficiencia, proximidad y equidad.
- ❑ Aborda **desde la prevención hasta el final de la vida** garantizando la cobertura de las necesidades de la persona en todas las fases evolutivas incluyendo las situaciones de crisis.



Prevención



Diagnostico precoz



Tratamiento integral:  
farmaco i no  
farmaco

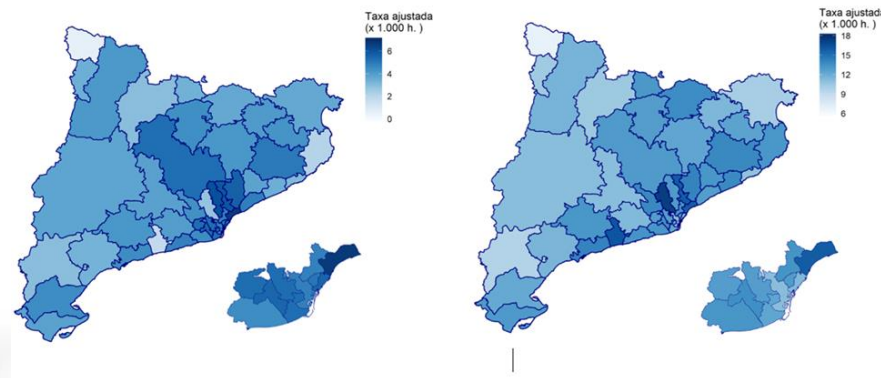


Atención  
enfermedad  
crónica  
avanzada

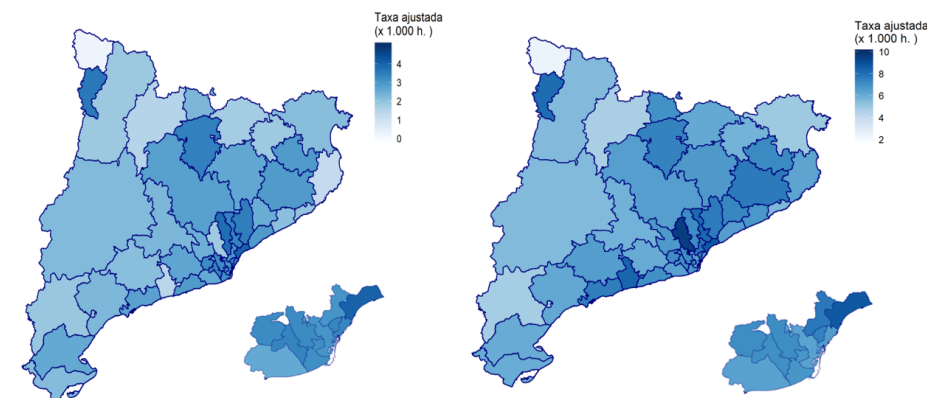
# Algunos datos sobre la demencia en Cataluña

La distribución de estas tasas es heterogénea en las diferentes áreas de gestión asistencial del territorio catalán, y actualmente no se conocen las causas que provocan estas diferencias, que podrían ser múltiples. Analizar el origen de estas diferencias es el objetivo de estudio del PLAEMCAT.

**Figura 4.** Taxa ajustada de casos incidents i taxa ajustada de casos prevalents en dones amb demència per àrees de gestió assistencial. Catalunya, 2018

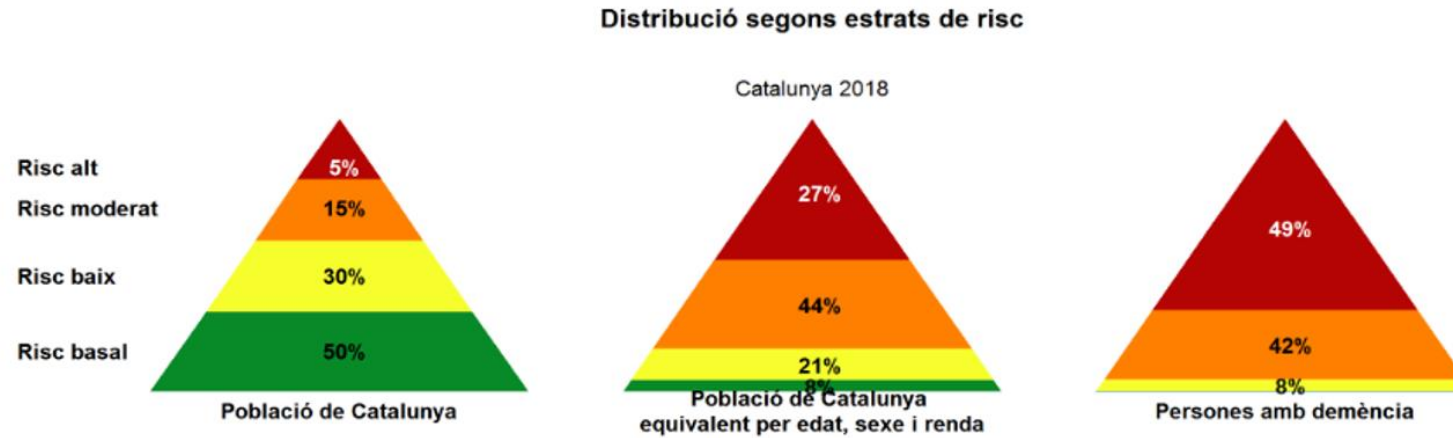


**Figura 5.** Taxa ajustada de casos incidents i taxa ajustada de casos prevalents en homes amb demència per àrees de gestió assistencial. Catalunya, 2018



## Algunos datos sobre la demencia en Cataluña

**Figura 7.** Distribució per estrats de risc de població amb demència, població equivalent i població global catalana. Catalunya, 2018.

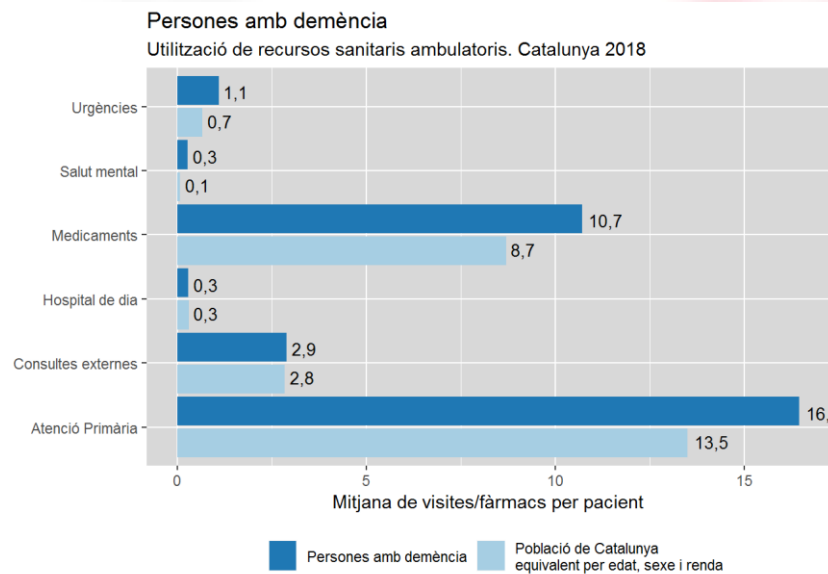


Font: MUSSCAT

# Algunos datos sobre la demencia en Cataluña

Respecte a l'ús anual dels recursos sanitaris, les persones que pateixen demència realitzen una mitjana de 16,5 visites a l'atenció primària (AP) (per 13,5 que en realitza la població general de característiques similars), amb una taxa d'ingressos de 22,6 per cada 100 persones a centres d'atenció intermèdia (per 8 de la població general de característiques similars), i una taxa de 46,8 ingressos a hospital d'aguts (per 30,3 ingressos de la població general amb característiques similars).

L'ús de recursos i la despesa farmacològica de les persones que pateixen demència és de 3.634 euros/any per càpita (en relació amb els 2.373 euros/any de la població general de Catalunya equivalent per edat, sexe i renda).

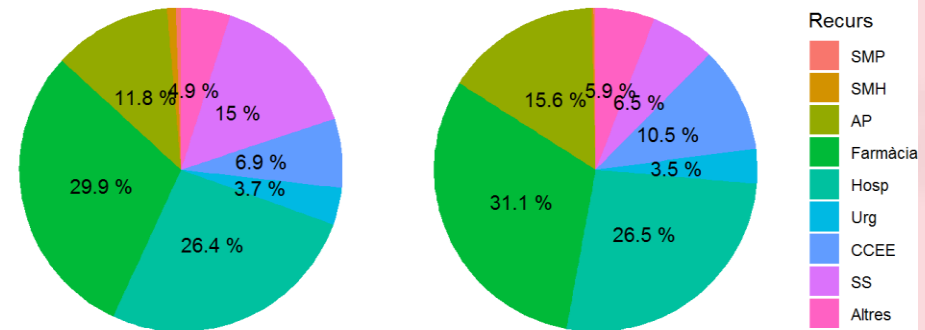


Font: MUSSCAT

**Persones amb demència**  
Distribució de la despesa sanitària. Catalunya 2018

**Persones amb demència:**  
3.633,8 euros per càpita

**Població de Catalunya**  
equivalent per edat, sexe i renda  
2.373,0 euros per càpita



Font: MUSSCAT

# Organización de la atención sanitaria

## Departament de Salut

### -Planificación-

Define políticas sanitarias. Plan director sociosanitario



## Servicio Catalan de Salut

### Aseguradora- Financiación

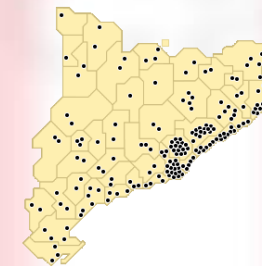
Compra de servicios-  
Contratos  
Convenios y clausulas  
con proveedores

División territorial

## Proveedores

-Provisión publica  
o concertada-  
Ofrece asistencia  
sanitaria y  
sociosanitària

SISCAT\*



\*Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya



# Red de atención intermedia

- 38 equipos interdisciplinarios EAIA-Demencias desde 2007



- 75 hospitales de día geriátrico con cartera y programa de deterioro cognitivo y END

- Unidades de psicogeriatría de media y larga estancia

Programa terapèutic	Cartera de serveis
<b>1. Persones amb deteriorament cognitiu lleu o moderat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valoració multidisciplinària i intervenció integral</li> <li>- Aplicació de protocols terapèutics</li> <li>- Estimulació cognitiva individual i grupal</li> <li>- Exercici físic adaptat per a manteniment de les AVD i de la mobilitat</li> <li>- Suport i educació al cuidador: "Cuidador expert"</li> <li>- Educació per a la salut</li> <li>- Coordinació amb l'equip de l'APS i/o serveis socials, si és necessari</li> <li>- Coordinació amb ruta per a demències i PCC</li> </ul>
<b>2. Persones amb malalties neurodegeneratives cròniques en fase lleu o moderada</b>  P. ex.: malaltia de Parkinson, esclerosi múltiple(*), etc.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valoració multidisciplinària i intervenció integral</li> <li>- Aplicació de protocols terapèutics</li> <li>- Exercici físic adaptat per a manteniment de les AVD i de la mobilitat</li> <li>- Estimulació cognitiva individual o grupal</li> <li>- Suport i educació al cuidador: "Cuidador expert"</li> <li>- Educació per a la salut</li> <li>- Coordinació amb l'equip de l'APS i/o serveis socials</li> <li>- Coordinació amb ruta per a PCC i demències, si cal</li> </ul>
<b>3. Programa específic d'estimulació cognitiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimulació cognitiva grupal o individual amb mitjans informàtics</li> <li>- Valoració neuropsicològica</li> <li>- Coordinació amb ruta per a demències</li> </ul>

**Atención prestada actualment a personas con deterioro cognitivo.**

---

**NO HOMOGENEIDAD**  
**NI TERRITORIALMENTE**  
**NI EN LAS DIFERENTES FASES EVOLUTIVAS**



## PLADEMCAT. Fases del proyecto

---

- ❑ Anàlisis del estado de situación del deterioro cognitivo (análisis de datos y atención realizada por cada ámbito).
- ❑ Grupo motor experto reducido multidisciplinar (1 coordinador y 9 componentes)
- ❑ Profesionales de AP (M+E), Geriátria, Psiquiatria, Neurología, Trabajo social sanitario, neuropsicología, ....
- ❑ 6 meses de trabajo en equipo a partir del proyecto PLADEMCAT 2010 previo. Borrador definitivo para trabajar internamente Dep-CatSalut
- ❑ Segunda corona formada por sociedades científicas, patronales,...
- ❑ Trabajo paralelo con Asociaciones de familiares en torno a déficits y necesidades sentidas (proceso participativo)

# PLADEMCAT. Documentación

Pla d'atenció sanitària a les persones amb deteriorament cognitiu lleu i demència de Catalunya (PLADEMCAT)

Estat de situació



Generalitat de Catalunya  
Departament de Salut

Pla d'atenció sanitària a les persones amb deteriorament cognitiu lleu i demència de Catalunya (PLADEMCAT)

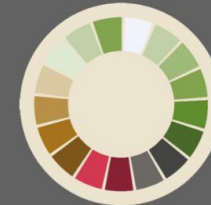
Model Assistencial



Generalitat de Catalunya  
Departament de Salut

Pla d'atenció sanitària a les persones amb deteriorament cognitiu lleu i demència de Catalunya (PLADEMCAT)

Línies estratègiques, projectes i actuacions



Generalitat de Catalunya  
Departament de Salut

Pla d'atenció sanitària a les persones amb deteriorament cognitiu lleu i demència de Catalunya (PLADEMCAT)

Resum executiu

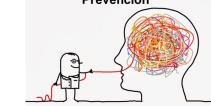


Generalitat de Catalunya  
Departament de Salut

## ¿Qué plantea el PLAEMCAT?



Prevención



Diagnostico precoz



Tratamiento integral: farmacológico y no farmacológico



Atención enfermedad crónica avanzada

- ❑ Definición, composición y **funciones** de los principales **niveles asistenciales** necesarios para el cuidado de la persona con deterioro cognitivo y su entorno cuidador a lo largo de toda la enfermedad.
- ❑ **Prevención** de la demencia.
- ❑ Mejorar el modelo asistencial para favorecer el **diagnóstico precoz** etiológico del deterioro cognitivo.
- ❑ Mejorar el modelo asistencial para favorecer la **atención continua** de las personas con deterioro cognitivo.
- ❑ Favorecer el **tratamiento integral** del deterioro cognitivo.
- ❑ Mejorar el modelo asistencial en la persona con demencia avanzada y tramo **final de la vida**.
- ❑ Mejorar el **apoyo a la familia/entorno cuidador** que convive con una persona con deterioro cognitivo
- ❑ Disponer de un **registro de demencias** en toda Cataluña
- ❑ Promover la **formación y el conocimiento** del deterioro cognitivo
- ❑ Fomentar y favorecer la **investigación básica y aplicada** en la atención a las personas con deterioro cognitivo.

Un tercio de los casos de enfermedad de Alzheimer son potencialmente atribuibles a factores de riesgo modificables...

## PREVENCIÓN DE LA DEMENCIA

- ❑ Aumentar el **conocimiento** (información y formación) a **la ciudadanía** de los **factores de riesgo** para presentar alteración cognitiva.
- ❑ **Fomento de los hábitos saludables desde la infancia**
- ❑ Intensificar activamente el **control de los factores de riesgo cardiovascular** desde etapas medias de la vida.
- ❑ Ofrecer **programas de intervención multimodal** (Ejercicio físico, estimulación cognitiva y nutricional) en todas las áreas básicas vinculadas a una EAIA-Dem en población sin deterioro cognitivo a partir de los 60 años
- ❑ Promoción de las **políticas de envejecimiento activo y saludable** descritas por la agencia de salud pública.



# PREVENCIÓN DE LA DEMENCIA

---

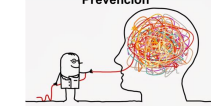
- Prevención secundaria: ¿utilización biomarcadores?

**No está justificado la realización de biomarcadores de demencias neurodegenerativas en personas sin sintomatología,...**

# ¿Qué plantea el PLAEMCAT?



Prevención



Diagnostico precoz



Tratamiento integral: farmacológico y no farmacológico



Atención enfermedad crónica avanzada

- ❑ Definición, composición y **funciones** de los principales **niveles asistenciales** necesarios para el cuidado de la persona con deterioro cognitivo y su entorno cuidador a lo largo de toda la enfermedad.
- ❑ **Prevención** de la demencia.
- ❑ Mejorar el modelo asistencial para favorecer el **diagnóstico precoz** etiológico del deterioro cognitivo.
- ❑ Mejorar el modelo asistencial para favorecer la **atención continua** de las personas con deterioro cognitivo.
- ❑ Favorecer el **tratamiento integral** del deterioro cognitivo.
- ❑ Mejorar el modelo asistencial en la persona con demencia avanzada y tramo **final de la vida**.
- ❑ Mejorar el **apoyo a la familia/entorno cuidador** que convive con una persona con deterioro cognitivo
- ❑ Disponer de un **registro de demencias** en toda Cataluña
- ❑ Promover la **formación y el conocimiento** del deterioro cognitivo
- ❑ Fomentar y favorecer la **investigación básica y aplicada** en la atención a las personas con deterioro cognitivo.



# DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO PRECOZ

---

Hablamos de diagnóstico etiológico precoz cuando podemos establecer la patología específica que causa el deterioro cognitivo en fases iniciales de la enfermedad

Diagnostico importante para...

- Descartar** causas potencialmente tratables (déficit VitB12, hidrocefalia normotensiva,...)
- Evitar falsos diagnósticos** (pseudodemencia depresiva)
- Evitar un diagnóstico tardío** que evite una correcta atención y tratamiento
- Evitar que las mujeres sean diagnosticadas más tarde que los hombres**
- Establecer un plan atención integral individualizado**
- Tomar decisiones** sobre aspectos médicos, legales, económicos y expresar voluntades anticipadas en un momento en que la persona con deterioro cognitivo tiene todavía la capacidad de hacerlo

# DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO PRECOZ

---

El papel de los EAP en la detección de la primera sintomatología de patologías que pueden desarrollar demencia es fundamental, al ser los profesionales más cercanos y con mayor contacto con la ciudadanía (NICE, 2007; GPCD, 2010).

Cataluña debe tener una estrategia de cribado en AP de las personas con quejas subjetivas de memoria que se tendrá que decidir y abordar inmediatamente después de la aprobación PLADEMCAT

APyC debe tener un programa formativo para detección precoz de síntomas susceptibles de demencia

Pendiente

Hecho

❑ Se deben establecer de forma clara para todo el territorio catalán las **exploraciones complementarias a realizar en la Atención primaria de salud** en el diagnóstico etiológico que incluya descartar causas potencialmente tratables u otras enfermedades que cursen con empeoramiento de la cognición.

# ¿A quién derivar a AE para Diagnóstico?

---

El PLAEMCAT define o recomienda de forma general una derivación a las EAIA-Dem en todas aquellas **personas en las que se sospechen alguna de las siguientes patologías o cumplen alguno de los siguientes supuestos:**

- Personas con deterioro cognitivo leve en las que se han descartado causas secundarias
- Personas con sospecha de enfermedad neurodegenerativa que cursa con deterioro cognitivo
- Cuando se requiera de una evaluación neuropsicológica que permita cuantificar y tipificar el deterioro cognitivo.
- Cuando existe una duda diagnóstica en una persona que presenta deterioro cognitivo o demencia.
- Personas con un deterioro cognitivo rápidamente progresivo
- En cuanto el EAP u otros ámbitos asistenciales precisen de la opinión de profesionales especializados en demencia.

## ¿A quién NO derivar a AE para Diagnóstico?

---

El PLADEM-CAT recomienda que no deben derivarse a las EAIA-Dem:

- ❑ Personas con deterioro cognitivo leve o demencia secundaria reversible con tratamiento médico o abordaje psiquiátrico que puedan ser diagnosticadas y tratadas por el EAP. Sí, que habrá que realizar la derivación en aquellos casos que a pesar de cumplir estas características se sospeche de un deterioro cognitivo neurodegenerativo incipiente subyacente.
- ❑ Las personas con pluripatología y mal estado funcional de base, en los que el beneficio que puede aportar la EAIA-Dem no supere los inconvenientes que supone su derivación.

## Enfermedades minoritaria y unidades clínicas expertas (UCE)

---

EL PLADEMCAT prioriza la atención de alta especialización en las UCE (de acuerdo al modelo de atención a las enfermedades minoritarias de Cataluña desde la Atención primaria y sobre todo desde las EAIA-Dem para todas aquellas personas en las que se sospechan alguna de las siguientes patologías o cumplen alguno de los siguientes supuestos:

- Deterioro cognitivo con inicio precoz (antes de los 65 años)
- Sospecha de una demencia genética o indicación de consejo genético.
- Demencia frontotemporal variante conductual y afasias primarias progresivas
- Enfermedad de Creutzfeldt Jakob u otras prionopatías
- Sdr de Down o patologías que provoquen una discapacidad intelectual.

**En estos casos se consideran tributarios de estudios genéticos de mutaciones determinantes**

## Aspectos claves para un DP homogéneo y equitativo

---

- ❑ **Sistemas informáticos que permitan una historia compartida entre los distintos** ámbitos asistenciales y acceso a las pruebas complementarias por parte de todos los profesionales implicados en el diagnóstico.
- ❑ **Establecimiento/actualización de la ruta asistencial** por el deterioro cognitivo que contenga:
  - ❑ **Protocolos consensuados** entre los distintos ámbitos asistenciales para la derivación de personas con deterioro cognitivo.
  - ❑ **Protocolo común a todo el territorio por el uso de biomarcadores** en el estudio de deterioro cognitivo para asegurar una atención de calidad equitativa en todo el territorio
  - ❑ **Criterios derivación** en EAIA-Dem y en UCE
  - ❑ Desarrollo y monitorización de indicadores de evaluación comunes territoriales al respecto
- ❑ **Estandarización del contenido y formato del PIAI** a realizar por las EAIA-Dem o UCE que contenga como mínimo información:
  - información a la persona afectada ya su familia cuidadora,
  - medidas de carácter general,
  - tratamiento farmacológico y no farmacológico.



# ¿Qué plantea el PLAEMCAT?



Prevención



Diagnostico precoz



Tratamiento integral: farmacológico y no farmacológico



Atención enfermedad crónica avanzada

- ❑ Definición, composición y **funciones** de los principales **niveles asistenciales** necesarios para el cuidado de la persona con deterioro cognitivo y su entorno cuidador a lo largo de toda la enfermedad.
- ❑ **Prevención** de la demencia.
- ❑ Mejorar el modelo asistencial para favorecer el **diagnóstico precoz** etiológico del deterioro cognitivo.
- ❑ Mejorar el modelo asistencial para favorecer la **atención continua** de las personas con deterioro cognitivo.
- ❑ Favorecer el **tratamiento integral** del deterioro cognitivo.
- ❑ Mejorar el modelo asistencial en la persona con demencia avanzada y tramo **final de la vida**.
- ❑ Mejorar el **apoyo a la familia/entorno cuidador** que convive con una persona con deterioro cognitivo
- ❑ Disponer de un **registro de demencias** en toda Cataluña
- ❑ Promover la **formación y el conocimiento** del deterioro cognitivo
- ❑ Fomentar y favorecer la **investigación básica y aplicada** en la atención a las personas con deterioro cognitivo.

## ATENCIÓN CONTINUADA – Puntos clave (I)

---

De forma resumida el PLADEMCAT apuesta por una atención continuada:

- ❑ De proximidad, desde **la atención primaria de salud que aborde el seguimiento de la evolución de la enfermedad y otras comorbilidades de la persona y acompañe al entorno cuidador.**
- ❑ **Las EAIA-Dem o UCE** minoritarias (en función de la patología) serán las encargadas de establecer, por su experiencia y disponibilidad de exploraciones complementarias, el **diagnóstico etiológico multidisciplinar final.**
- ❑ Las EAIA-Dem i las UEC, son **responsables de establecer el PIAI que debería poder ser compartido y pactado con el EAP** de referencia de la persona con deterioro cognitivo en base a la metodología de conferencia de caso
- ❑ Los **Hospitales de día geriátrico** tendrán que ser **accesibles para la Atención primaria y las EAIA-Dem** para el inicio del TNF
- ❑ En caso de **situación de crisis (aparición de SCPD)**, es necesario el reconocimiento de la especificidad y cartera de servicios de las **unidades de hospitalización psicogeríatras y su reordenación territorial.**

## ATENCIÓN CONTINUADA – Puntos clave (II)

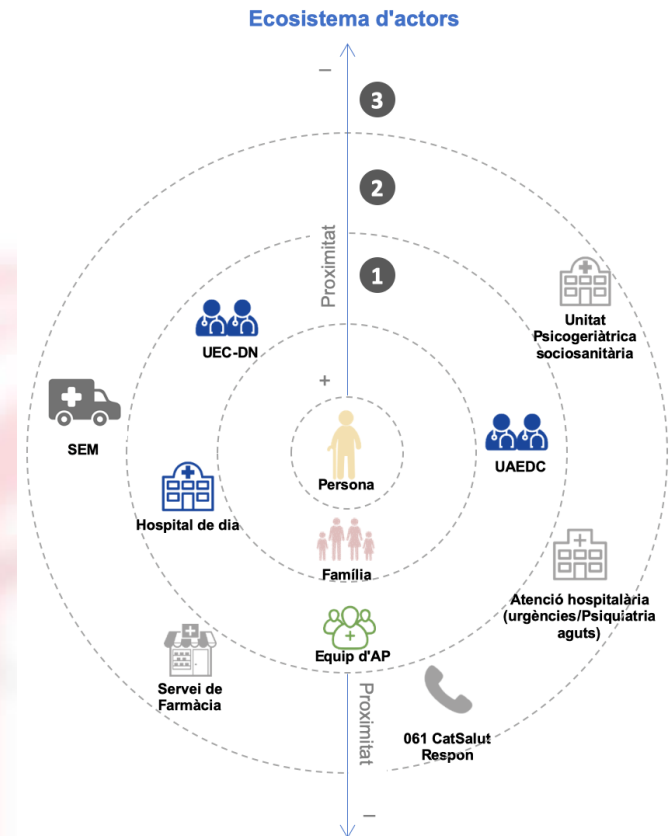
---

- Sería recomendable que la **accesibilidad al EAP fuera suficientemente rápida como para evitar derivaciones innecesarias a dispositivos no especialmente preparados** para la atención de la persona con deterioro cognitivo. **De no ser así, la EAIA-Dem o la UEC deberían poder ser las unidades de rápida respuesta inicial.**
- El **EAP debería poder tener accesibilidad a las unidades de referencia diagnósticas, a las unidades de internamiento o ambulatoria** en atención sociosanitaria (unidades psicogerítricas u hospital de día geriátrico) para buscar apoyo **en la resolución de la situación de crisis.**
- La aparición de criterios de complejidad en el **momento de fin de vida puede precisar de la intervención de equipos específicos (PADES o HaD)** que deberían ser **accesibles desde el AP.**
- El trabajo de **atención integrada horizontal entre el sistema sanitario y el social** es imprescindible para garantizar una atención continuada de calidad en Cataluña y que deberá ser objeto entre otros de la **Agencia de atención integrada social y sanitaria.**

# Organització territorial de la atenció al deterioro cognitiu

Todo territorio debe organizar los recursos en base a que:

- ❖ Toda ABS debe saber qué unidad especializada es su referente (EAIA-dem)
- ❖ Cada Unidad de diagnóstico debe saber el territorio al que debe dar cobertura
- ❖ Cada EAIA-dem debe saber los hospitales de día geriátrico que darán atención ambulatoria diurna a los ciudadanos con deterioro cognitivo del territorio
- ❖ Cada ABS y EAIA-dem debe conocer las Unidades de Psicogeriatría que cubrirán las necesidades de ingreso en el territorio
- ❖ Cada territorio debe saber en caso de enfermedades minoritarias cuál es su UEC y Unidad de Neuropsiquiatría donde remitir a las personas afectadas jóvenes



## Funciones y competencias de cada ámbito de atención

---

- ❑ **EAP:** Se recomienda que haya al menos un interlocutor dentro de cada EAP por los temas relacionados con el deterioro cognitivo y que tuviera como tarea tanto la coordinación con la EAIA-Dem de referencia y los otros ámbitos asistenciales como la organización/coordinación dentro del CAP de los diferentes aspectos relacionados con el deterioro cognitivo (formación, docencia, investigación).
- ❑ **EAIA-Dem:** deberían estar formadas por un equipo multidisciplinar con dedicación exclusiva al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas con deterioro cognitivo de forma integral e integrada con los demás ámbitos asistenciales de salud.
- ❑ **UEC:** En base a lo determinado por el Programa de Enfermedades Minoritarias del Departamento de Salud de Cataluña, es necesario que mediante convocatoria oficial se dé lugar a la creación y acreditación de los centros de Cataluña que se establecerán como Unidad clínica experta en Demencias neurodegenerativas.
- ❑ **HOSPITAL DE DIA GERIATRICO:** un recurso accesible no sólo AE, sino también para la APyC para personas que con el diagnóstico de demencia requieran una atención ambulatoria diurna de carácter sanitario. A su vez, los hospitales de día deberían realizar un trabajo de coordinación con los centros de día de su territorio para coordinar y hacer lo más eficaz posible el continuum asistencial a lo largo de la evolución de la enfermedad.
- ❑ **Unidad de psicogeriatría (>65) VS. Unidad de neuropsiquiatría (<65)**
- ❑ **Hospitales generales con ESH o servicios de geriatría de referencia** que establezca medidas de prevención de complicaciones derivadas de la hospitalización de personas mayores (especialmente aquellas con demencia)



## ATENCIÓN CONTINUADA - JÓVENES

---

- ❑ Dadas todas las características diferenciales comentadas el PLADEMCAT propone que el plan de atención individualizado incluya **un seguimiento diferencial** de la persona con demencia joven y su familia, que si bien **seguirá el mismo modelo general expuesto previamente, será necesaria una diferenciación específica** en todos los protocolos establecidos que responda a las necesidades descritas.
- ❑ Asimismo, sería necesario **estudiar la necesidad de acreditar o desarrollar unos recursos específicos** referentes **territoriales** para hacer frente a las diferentes demandas sanitarias, ya través de los programas interdepartamentales (PAISS o del PIDSM) estudiar las necesidades específicas sociales y legales de este grupo de personas , o al menos una atención diferencial asumiendo esta condición en hospitales de día o centros de internamiento.



# ¿Qué plantea el PLAEMCAT?



Prevención



Diagnostico precoz



Tratamiento integral: farmacológico y no farmacológico



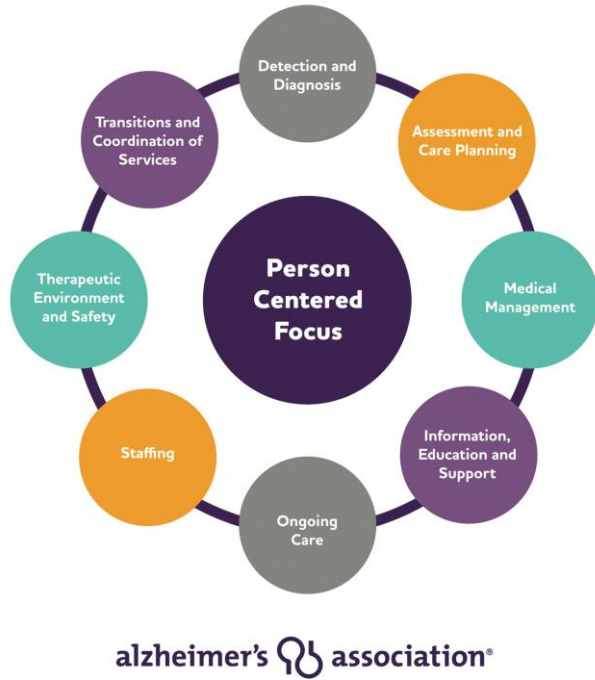
Atención enfermedad crónica avanzada

- ❑ Definición, composición y **funciones** de los principales **niveles asistenciales** necesarios para el cuidado de la persona con deterioro cognitivo y su entorno cuidador a lo largo de toda la enfermedad.
- ❑ **Prevención** de la demencia.
- ❑ Mejorar el modelo asistencial para favorecer el **diagnóstico precoz** etiológico del deterioro cognitivo.
- ❑ Mejorar el modelo asistencial para favorecer la **atención continua** de las personas con deterioro cognitivo.
- ❑ Favorecer el **tratamiento integral** del deterioro cognitivo.
- ❑ Mejorar el modelo asistencial en la persona con demencia avanzada y tramo **final de la vida**.
- ❑ Mejorar el **apoyo a la familia/entorno cuidador** que convive con una persona con deterioro cognitivo
- ❑ Disponer de un **registro de demencias** en toda Cataluña
- ❑ Promover la **formación y el conocimiento** del deterioro cognitivo
- ❑ Fomentar y favorecer la **investigación básica y aplicada** en la atención a las personas con deterioro cognitivo.

# TRACTAMIENTO INTEGRAL DEL DET COGNITIVO

## Tratamiento a lo largo de la enfermedad

### 2018 DEMENTIA CARE PRACTICE RECOMMENDATIONS



## TRATAMIENTO – farmacológico

---

- ❑ En 2016 se publicaron las **Pautas para la armonización del tratamiento farmacológico de la enfermedad de Alzheimer** con el objetivo de armonizar el manejo farmacológico de la enfermedad de Alzheimer así como de los SCPD que le acompañan.
- ❑ Desprescripción en fases avanzadas según recomendación establecida
- ❑ La sustitución de este sistema por otros más ágiles como una receta electrónica limitada a las especialidades actuales con un sistema de autovisado que incluya el diagnóstico junto a un registro completo de los datos clínicos de la persona con demencia podría ser una herramienta más eficaz para la búsqueda y proporcionar una atención más ágil.

**Es necesario evolucionar el Sistema del CATMA a uno que supere las limitaciones del actual**

## TRATAMIENTO – no farmacológico

---

- ❑ A pesar de la necesidad de aportar mayor evidencia científica de su eficacia, las estrategias no farmacológicas **han demostrado un beneficio clínicamente relevante en las habilidades y conducta de la persona, así como en el estado de ánimo y calidad de vida.**
- ❑ Desde el PLADEMCAT se considera necesario estudiar la definición de **qué TNF serían las que están avaladas con una mayor evidencia**, estudiar la situación actual en el territorio catalán y desarrollar en el marco del proceso de atención a la persona con demencia en el ámbito de los **hospitales de día geriátricos** como **parte del tratamiento integral**. Unificación de cartera mínima como parte del abordaje

Pendiente

## TRATAMIENTO – soporte al cuidador

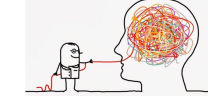
---

- El Departamento de Salud ha establecido un **programa de apoyo entre iguales** denominado Programa Cuidador Expert Catalunya® para facilitar herramientas para que el cuidador de la persona con demencia pueda tener herramientas de autocuidado a lo largo de la evolución de la enfermedad de su ser. querido.
- Por otra parte, el PLADEMCAT recomienda la realización de **programas de educación sanitaria** como una función de cada EAIA-DEM, que debe definir el contenido y periodicidad de estas reuniones, pero en general deberían constar de un **mínimo de 4 sesiones**, en cada una de las cuales los distintos profesionales aportaran la información más relevante de cada una de sus áreas (médico, enfermería, neuropsicología, trabajo social).

## ¿Qué plantea el PLAEMCAT?



Prevención



Diagnostico precoz



Tratamiento integral: farmacológico y no farmacológico



Atención enfermedad crónica avanzada

- ❑ Definición, composición y **funciones** de los principales **niveles asistenciales** necesarios para el cuidado de la persona con deterioro cognitivo y su entorno cuidador a lo largo de toda la enfermedad.
- ❑ **Prevención** de la demencia.
- ❑ Mejorar el modelo asistencial para favorecer el **diagnóstico precoz** etiológico del deterioro cognitivo.
- ❑ Mejorar el modelo asistencial para favorecer la **atención continua** de las personas con deterioro cognitivo.
- ❑ Favorecer el **tratamiento integral** del deterioro cognitivo.
- ❑ Mejorar el modelo asistencial en la persona con demencia avanzada y tramo **final de la vida**.
- ❑ Mejorar el **apoyo a la familia/entorno cuidador** que convive con una persona con deterioro cognitivo
- ❑ Disponer de un **registro de demencias** en toda Cataluña
- ❑ Promover la **formación y el conocimiento** del deterioro cognitivo
- ❑ Fomentar y favorecer la **investigación básica y aplicada** en la atención a las personas con deterioro cognitivo.

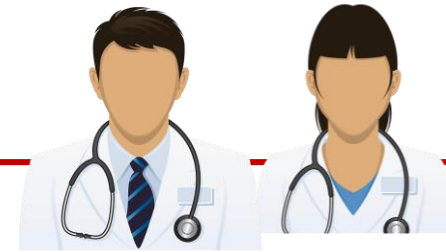


## ATENCIÓN A LA PERSONA CON DEMENCIA AVANZADA Y FINAL DE VIDA

---

- ❑ Se considera **demencia avanzada a partir de GDS 7** y por lo general se acepta que nos encontramos ante un **paciente paliativo**, en el que hay que priorizar el tratamiento sintomático a partir de GDS 7c.
- ❑ **Otros factores** que pueden identificar la fase terminal de la demencia avanzada son la presencia de las siguientes condiciones clínicas como infecciones de repetición,...
- ❑ En Cataluña se ha desarrollado el **modelo de atención a las personas con enfermedad crónica avanzada (MACA)** con el fin de poder desarrollar un abordaje individualizado de atención paliativa precoz individualizado que ha sido generado en el marco del Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad (PPAC) del Departamento de Salud.
- ❑ **Voluntades previas y decisiones anticipadas** como herramientas para contemplar la voluntad/deseos de la persona.

## Aspectos claves atención al final de la vida



De la visión dicotómica basada en



Aproximación  
PRONÓSTICA

Identificación  
precoz de la  
situación de final  
de vida



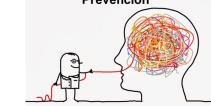
Aproximación  
basada en  
**NECESIDADES**



## ¿Qué plantea el PLAEMCAT?



Prevención



Diagnostico precoz



Tratamiento integral: farmacológico y no farmacológico



Atención enfermedad crónica avanzada

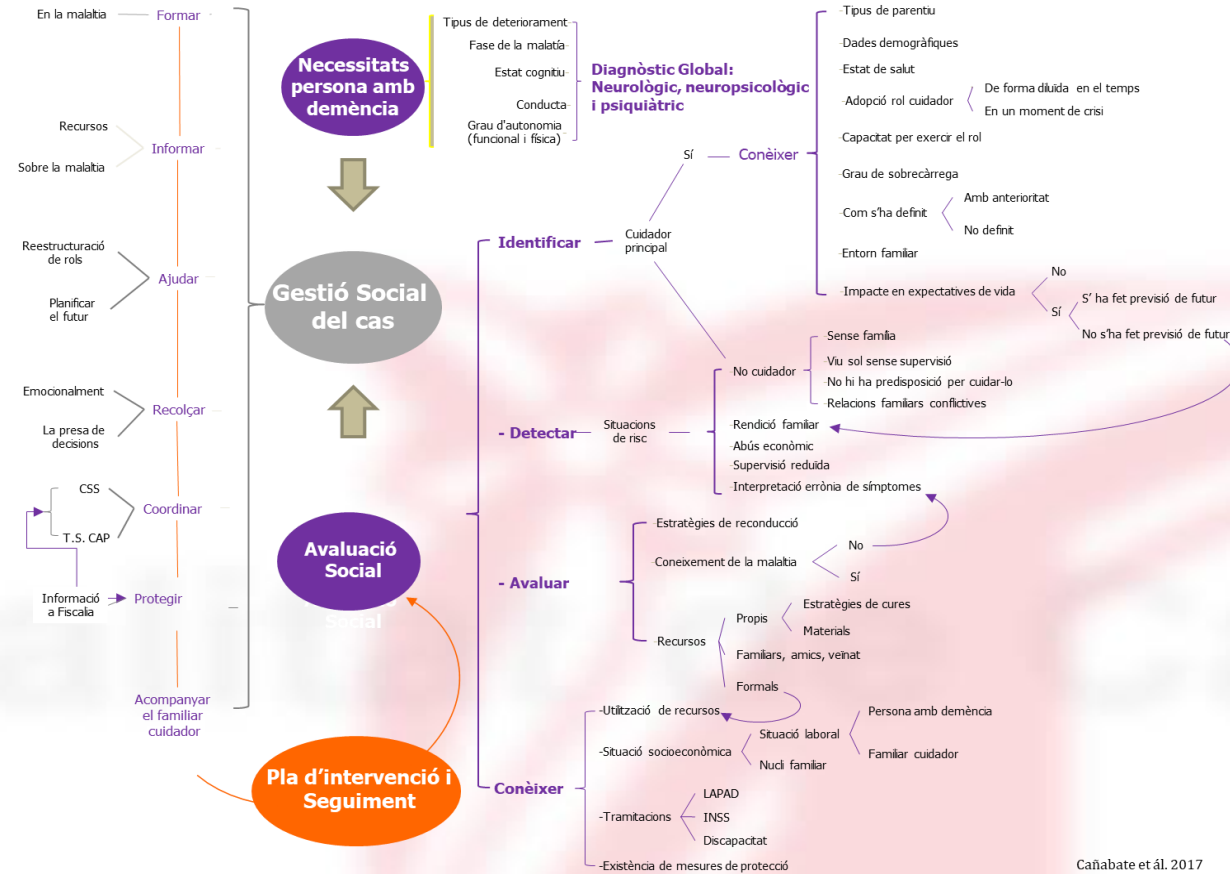
- ❑ Definición, composición y **funciones** de los principales **niveles asistenciales** necesarios para el cuidado de la persona con deterioro cognitivo y su entorno cuidador a lo largo de toda la enfermedad.
- ❑ **Prevención** de la demencia.
- ❑ Mejorar el modelo asistencial para favorecer el **diagnóstico precoz** etiológico del deterioro cognitivo.
- ❑ Mejorar el modelo asistencial para favorecer la **atención continua** de las personas con deterioro cognitivo.
- ❑ Favorecer el **tratamiento integral** del deterioro cognitivo.
- ❑ Mejorar el modelo asistencial en la persona con demencia avanzada y tramo **final de la vida**.
- ❑ Mejorar el **apoyo a la familia/entorno cuidador** que convive con una persona con deterioro cognitivo
- ❑ Disponer de un **registro de demencias** en toda Cataluña
- ❑ Promover la **formación y el conocimiento** del deterioro cognitivo
- ❑ Fomentar y favorecer la **investigación básica y aplicada** en la atención a las personas con deterioro cognitivo.

# SUPOORTE AL CUIDADOR

---

- Los estudios señalan que la **familia aparece como el principal agente proveedor de cuidados**; aunque esto sería un eufemismo si no se deja bien claro que la **responsabilidad del cuidado recae, principalmente, en las mujeres** (ADI, 2015; OMS, 2013; Pöysti, et al.. 2012; GPCD, 2010).
  - **Completar el diagnóstico clínico con una evaluación y abordaje sociofamiliar**, tiene unas derivadas de prevención que hacen que la consideración de esta dimensión socio-familiar sea imprescindible. El apoyo y acompañamiento a la familia, como responsable del cuidado de la persona con demencia, debe empezar en el momento en que existe una sospecha de demencia y debe llevarse a cabo durante todo el proceso.

# SUPORTE AL CUIDADOR – Algoritmo de evaluación y seguimiento



Cañabate et al. 2017



# ASOCIACIONES FAMILIARES (AFA)

Las asociaciones de familiares son entidades sin ánimo de lucro cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de los enfermos y de sus familias. **Complementan la labor** desarrollada por la **red pública sanitaria y social** de la Administración Catalana.

Las asociaciones de familiares han logrado un papel importante en la difusión de la demencia, la proximidad y la acogida de personas con demencia y sus familiares, y **es conveniente dar más visibilidad a su labor**, a la vez que es necesaria una **mejor coordinación con los ámbitos asistenciales correspondientes** para favorecer el mutuo intercambio de conocimientos y una mejor gestión de la atención a la demencia.





# ¿Qué plantea el PLAEMCAT?



Prevención



Diagnostico precoz



Tratamiento integral: farmacológico y no farmacológico



Atención enfermedad crónica avanzada

- ❑ Definición, composición y **funciones** de los principales **niveles asistenciales** necesarios para el cuidado de la persona con deterioro cognitivo y su entorno cuidador a lo largo de toda la enfermedad.
- ❑ **Prevención** de la demencia.
- ❑ Mejorar el modelo asistencial para favorecer el **diagnóstico precoz** etiológico del deterioro cognitivo.
- ❑ Mejorar el modelo asistencial para favorecer la **atención continua** de las personas con deterioro cognitivo.
- ❑ Favorecer el **tratamiento integral** del deterioro cognitivo.
- ❑ Mejorar el modelo asistencial en la persona con demencia avanzada y tramo **final de la vida**.
- ❑ Mejorar el **apoyo a la familia/entorno cuidador** que convive con una persona con deterioro cognitivo
- ❑ Disponer de un **registro de demencias** en toda Cataluña
- ❑ Promover la **formación y el conocimiento** del deterioro cognitivo
- ❑ Fomentar y favorecer la **investigación básica y aplicada** en la atención a las personas con deterioro cognitivo.

## Registro de demencia

---

La falta de datos poblacionales y el interés que los profesionales de la salud tienen frente a la investigación clínica de la atención a las demencias, y la necesidad de mejora de la gestión han llevado a que muchos equipos especializados en la evaluación y tratamiento de las demencias crearan sus propios registros, si bien éstos son muy heterogéneos y los datos disponibles suelen estar sesgados hacia el interés particular de cada caso.

Definición de variables clínicas y socio-demográficas a recoger de forma centralizada.

Pendiente

# ¿Qué plantea el PLAEMCAT?



Prevención



Diagnostico precoz



Tratamiento integral: farmacológico y no farmacológico



Atención enfermedad crónica avanzada

- ❑ Definición, composición y **funciones** de los principales **niveles asistenciales** necesarios para el cuidado de la persona con deterioro cognitivo y su entorno cuidador a lo largo de toda la enfermedad.
- ❑ **Prevención** de la demencia.
- ❑ Mejorar el modelo asistencial para favorecer el **diagnóstico precoz** etiológico del deterioro cognitivo.
- ❑ Mejorar el modelo asistencial para favorecer la **atención continua** de las personas con deterioro cognitivo.
- ❑ Favorecer el **tratamiento integral** del deterioro cognitivo.
- ❑ Mejorar el modelo asistencial en la persona con demencia avanzada y tramo **final de la vida**.
- ❑ Mejorar el **apoyo a la familia/entorno cuidador** que convive con una persona con deterioro cognitivo
- ❑ Disponer de un **registro de demencias** en toda Cataluña
- ❑ Promover la **formación y el conocimiento** del deterioro cognitivo
- ❑ Fomentar y favorecer la **investigación básica y aplicada** en la atención a las personas con deterioro cognitivo.

# FORMACIÓN Y PROMOCIÓN DEL CONOCIMIENTO

---

Varios estudios han demostrado que aquellos sujetos con mayor conocimiento de la enfermedad están más capacitados para identificarla precozmente y buscar un tratamiento óptimo. Además, la formación y la educación con profesionales de la salud **puede mejorar los resultados de los pacientes en entornos de atención clínica y comunitaria** y una mayor comprensión de la enfermedad en la población general puede reducir el estigma y mejorar el soporte de la comunidad.

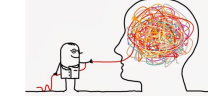
Por este motivo el PLADEMCAT propone **establecer un plan de formación en demencias que deberá implicar a los diferentes ámbitos asistenciales profesionales, así como a toda la sociedad, especialmente en el entorno cuidador.**

**Pendiente**

## ¿Qué plantea el PLAEMCAT?



Prevención



Diagnostico precoz



Tratamiento integral: farmacológico y no farmacológico



Atención enfermedad crónica avanzada

- ❑ Definición, composición y **funciones** de los principales **niveles asistenciales** necesarios para el cuidado de la persona con deterioro cognitivo y su entorno cuidador a lo largo de toda la enfermedad.
- ❑ **Prevención** de la demencia.
- ❑ Mejorar el modelo asistencial para favorecer el **diagnóstico precoz** etiológico del deterioro cognitivo.
- ❑ Mejorar el modelo asistencial para favorecer la **atención continua** de las personas con deterioro cognitivo.
- ❑ Favorecer el **tratamiento integral** del deterioro cognitivo.
- ❑ Mejorar el modelo asistencial en la persona con demencia avanzada y tramo **final de la vida**.
- ❑ Mejorar el **apoyo a la familia/entorno cuidador** que convive con una persona con deterioro cognitivo
- ❑ Disponer de un **registro de demencias** en toda Cataluña
- ❑ Promover la **formación y el conocimiento** del deterioro cognitivo
- ❑ Fomentar y favorecer la **investigación básica y aplicada** en la atención a las personas con deterioro cognitivo.

## Fomentar y favorecer la investigación básica y aplicada

---

Se requiere un plan específico de investigación en deterioro cognitivo, que sea capaz de abordar todos los aspectos de las demencias, desde la investigación más básica hasta las fases finales de la enfermedad y el estudio post-mortem pasando por todas sus fases, valorando aspectos básicos, clínicos, éticos, sociales y de gestión.

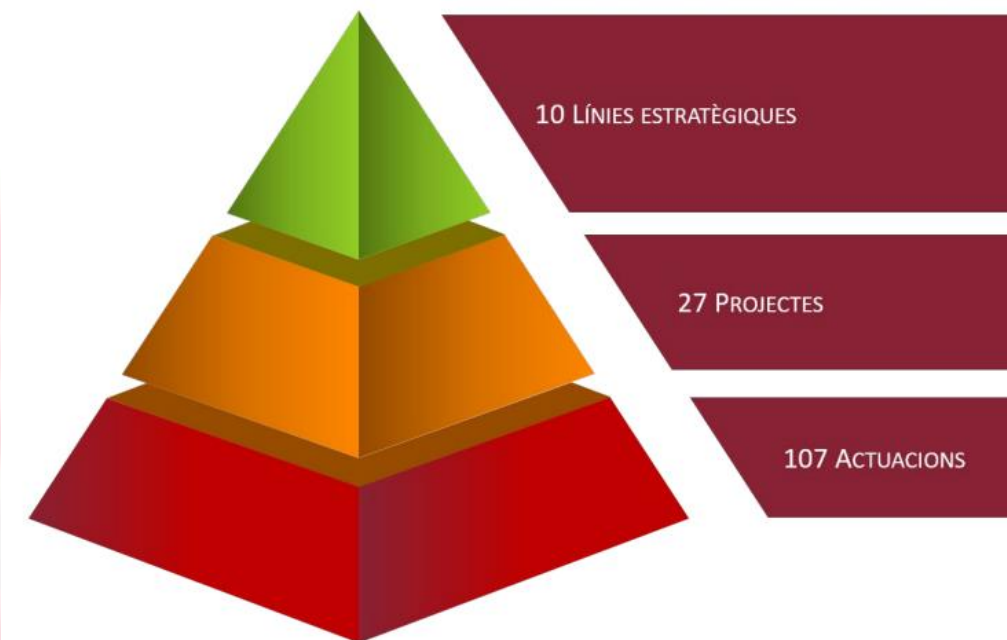


## DESPLIEGUE E IMPLEMENTACIÓN

---

- El PLADEMCAT se estructura en 10 líneas estratégicas a desarrollar en 27 proyectos, a través de 107 actuaciones.
- Programa de END, que es un equipo de trabajo encargado de llevar a cabo este despliegue.

Listado de pendientes





Generalitat de Catalunya  
**Departament de Salut**

**¡Muchas gracias por su  
atención!**

**[salutweb.gencat.cat](http://salutweb.gencat.cat)  
[canalsalut.gencat.cat](http://canalsalut.gencat.cat)**

**S/** Sistema de  
Salut de Catalunya