



**Informe de resultados del consenso
de gestión hospitalaria sobre la
incorporación de nuevos
tratamientos para la enfermedad de
Alzheimer**

Índice

Introducción	3
Objetivos del proyecto	4
Metodología.....	5
Resultado primera ronda de preguntas	8
Bloque 1: Datos personales.....	8
Bloque 2: Percepción general	10
Bloque 3: Impacto asistencial y organizativo.....	12
Bloque 4: Tiempos de espera	17
Bloque 5: Disponibilidad de recursos	19
Bloque 6: Equipo multidisciplinar	22
Bloque 7: Incremento de la carga de trabajo	26
Bloque 8: Aspectos económicos.....	29
Bloque 9: conclusión	32
Conclusiones primera ronda de preguntas	33
Resultado segunda ronda de preguntas	34
Bloque 2: Percepción general	34
Bloque 3: Impacto asistencial y organizativo.....	35
Bloque 4: Tiempos de espera	38
Bloque 5: Disponibilidad de recursos	39
Bloque 6: Equipo multidisciplinar	41
Bloque 8: Aspectos económicos.....	43
Conclusiones segunda ronda de preguntas	45
Minutas de la reunión	46
Conclusiones y perspectivas futuras	47
Anexo I. Cuestionario analizado.....	48
Anexo II. Tablas resultados primera ronda.	60
Anexo III. Tabla resultados segunda ronda.....	72

Introducción

La aparición de nuevas terapias anti-amiloide supone un cambio de paradigma en el abordaje de la enfermedad de Alzheimer, especialmente en fases tempranas. Estas terapias, orientadas a modificar la progresión de la enfermedad, no solo representan avances clínicos, sino que también plantean retos organizativos y asistenciales que impactan directamente en la práctica diaria de los profesionales sanitarios.

La incorporación de estos tratamientos genera varios desafíos. Se espera un aumento de la demanda en consultas de Neurología y en pruebas de imagen, con riesgo de sobrecarga y retrasos que pueden afectar la continuidad y seguridad del tratamiento. Los profesionales de Atención Primaria enfrentan la incertidumbre de cómo realizar un cribado eficaz y derivar solo a los pacientes candidatos, lo que puede generar dudas sobre la capacidad de reducir la presión asistencial. Además, la variabilidad en la disponibilidad de recursos diagnósticos, especialmente resonancias magnéticas, plantea problemas logísticos que requieren coordinación entre neurólogos, radiólogos, médicos de familia, neuropsicólogos y enfermería especializada. La necesidad de formación específica y de protocolos claros es evidente para garantizar un manejo seguro y eficiente de los pacientes.

Para afrontar estos retos, los profesionales sugieren diversas estrategias. La formación específica de médicos de familia, radiólogos y equipos multidisciplinares puede optimizar el cribado, diagnóstico y seguimiento. La creación de equipos coordinados liderados por neurólogos facilita la integración de distintos perfiles y mejora la seguridad del tratamiento. La optimización de agendas y procesos en Neurología y Radiología ayuda a mitigar la sobrecarga y asegurar la disponibilidad de pruebas en los tiempos requeridos. Asimismo, la implantación de modelos de coordinación asistencial, que diferencien funciones entre hospitales de primer nivel y centros de referencia, puede asegurar un flujo eficiente de pacientes y un uso sostenible de los recursos.

El presente documento se deriva de las conclusiones recabadas en la III Reunión de Jefes de Servicio de Neurología, organizada por la Sociedad Española de Neurología (SEN). En el marco de dicha reunión se desarrolló una actividad específica centrada en el abordaje de la enfermedad de Alzheimer y la incorporación de nuevas terapias anti-amiloide, encabezada por el Dr. David Andrés Pérez Martínez.

La III Reunión de Jefes de Servicio de Neurología estuvo coordinada por el Dr. José Miguel Láinez Andrés, Jefe de Servicio de Neurología del Hospital Universitario Clínico de Valencia; la Dra. María Dolores Jiménez Hernández, Jefa de Servicio de Neurología del Hospital Quirónsalud Sagrado Corazón de Sevilla; el Dr. José María

Prieto González, Jefe de Servicio de Neurología del Hospital Clínico Universitario de Santiago; y el Dr. David Andrés Pérez Martínez, Jefe de Servicio de Neurología del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

Este proyecto se centra en evaluar el impacto de las nuevas terapias anti-amiloide en el sistema sanitario desde la perspectiva de los profesionales. Se analizan tanto aspectos clínicos como organizativos, incluyendo la percepción sobre carga asistencial, disponibilidad de recursos, tiempos de espera, coordinación de equipos multidisciplinares y preparación de Atención Primaria para el cribado de pacientes.

Objetivos del proyecto

- Identificar los retos clínicos y organizativos asociados a la incorporación de nuevas terapias anti-amiloide.
- Analizar la percepción de los profesionales sobre la seguridad y eficacia de estos tratamientos.
- Evaluar la capacidad del sistema sanitario para atender la demanda y garantizar los tiempos de seguimiento.
- Proponer estrategias de formación y coordinación multidisciplinar para optimizar la atención a los pacientes.
- Detectar posibles cuellos de botella que puedan afectar la eficiencia y equidad en el acceso al tratamiento.

Metodología

Elaboración del cuestionario

El cuestionario fue diseñado por un grupo de expertos en neurología, siguiendo un enfoque de consenso estructurado. Su objetivo fue identificar las percepciones, retos y necesidades de las unidades de neurología ante la incorporación de las nuevas terapias anti-amiloide para la enfermedad de Alzheimer.

La definición de los ítems se realizó de forma colaborativa entre especialistas, garantizando su relevancia clínica, claridad conceptual y adecuación a la práctica asistencial. El cuestionario final se estructuró en nueve bloques temáticos:

- Datos personales y profesionales
- Percepción general sobre el impacto terapéutico
- Acceso a las consultas de Neurología
- Tiempos de espera
- Disponibilidad de recursos
- Equipo multidisciplinar
- Incremento de la carga de trabajo
- Aspectos económicos
- Conclusión

El instrumento combinó preguntas cerradas (tipo Likert, dicotómicas y de opción múltiple) y preguntas abiertas de texto libre, con el fin de recoger tanto datos cuantitativos como cualitativos. Las preguntas con escala Likert de 5 puntos se puntuaron de 1 (Totalmente de acuerdo) a 5 (Totalmente en desacuerdo).

Procedimiento de aplicación

El estudio se llevó a cabo en dos rondas sucesivas:

- Primera ronda: La encuesta fue difundida a través de la Sociedad Española de Neurología (SEN), dirigida a neurólogos de todo el territorio nacional.
- Segunda ronda: Las preguntas que no alcanzaron consenso en la primera fase fueron revisadas y sometidas a una nueva votación durante la III Reunión de Jefes de Servicio de Neurología que organizó la SEN de manera presencial celebrada en Canarias el 4 de octubre, en la que se presentaron los resultados preliminares y se discutieron los ítems.

En el presente documento, se incorporaron además las minutas en la III Reunión de Jefes de Servicio de Neurología que organizó la SEN, con el propósito de reflejar los principales comentarios y matices surgidos durante la discusión presencial.

Análisis de los datos

El análisis de los datos se realizó de acuerdo con la naturaleza de cada tipo de pregunta, utilizando tanto métodos cuantitativos como cualitativos.

El conjunto de las respuestas fue procesado mediante estadística descriptiva y análisis de consenso, siguiendo un enfoque uniforme basado en un umbral de acuerdo del ≥70%.

- Preguntas tipo Likert

Las preguntas formuladas mediante escala Likert de 5 puntos fueron analizadas cuantitativamente. Dado que no todas las afirmaciones correspondían a juicios de acuerdo/desacuerdo, las categorías se interpretaron según el sentido de la escala de cada ítem (por ejemplo, mayor puntuación = mayor percepción de dificultad, impacto o necesidad).

Para todos los ítems se calcularon los siguientes parámetros estadísticos: media aritmética, mediana, desviación estándar y rango intercuartílico. Estos valores se presentan detalladamente en los Anexos 2 y 3 del informe.

El grado de consenso se evaluó mediante la proporción de respuestas concentradas en una misma dirección (ya fuera positiva o negativa). Se consideró que existía consenso cuando el 70% o más de los participantes seleccionaron una o varias categorías contiguas de la escala que reflejaban la misma orientación (por ejemplo, “Totalmente de acuerdo” + “De acuerdo” en ítems de valoración).

Asimismo, el valor medio permitió graduar la intensidad del consenso:

- Consenso fuerte positivo o alto: media próxima a 1
- Consenso moderado positivo o alto: media próxima a 2
- Sin consenso: media intermedia (≈ 3)
- Consenso moderado negativo o bajo: media próxima a 4
- Consenso fuerte negativo o bajo: media próxima a 5

Este procedimiento permitió analizar de forma homogénea todos los ítems tipo Likert, independientemente de que midieran acuerdo, impacto, relevancia, dificultad o necesidad percibida.

- Preguntas dicotómicas (Sí/No)

Las preguntas de respuesta dicotómica se analizaron también bajo el criterio de consenso $\geq 70\%$, considerando que existía consenso positivo cuando el 70% o más de los participantes seleccionaron “Sí”, y consenso negativo cuando el mismo umbral correspondió a la opción “No”.

En los casos en que se incluyó una tercera categoría (“No lo sé”), esta se contabilizó de forma independiente y se reportó el porcentaje relativo de indecisión.

- Preguntas de opción múltiple

Las preguntas de selección múltiple se analizaron mediante frecuencias absolutas y relativas (porcentaje de selección por categoría). Se consideró que existía consenso funcional cuando una o más opciones concentraron el $\geq 70\%$ de las respuestas totales.

En los casos en que las respuestas se distribuyeron de forma más dispersa, se identificaron las tres opciones con mayor frecuencia como indicadores de prioridad o tendencia general.

- Preguntas abiertas (texto libre)

Las respuestas abiertas se analizaron de forma cualitativa y cuando fue posible se agruparon las respuestas y expusieron de una forma cualitativa, mediante categorización temática inductiva.

Criterio general de consenso

En conjunto, se consideró que existía consenso cuando una proporción igual o superior al 70% de los encuestados coincidía en una categoría o conjunto contiguo de categorías dentro de un mismo ítem, independientemente del tipo de pregunta.

Resultado primera ronda de preguntas

Bloque 1: Datos personales

Este bloque tuvo como objetivo recoger información básica sobre los participantes y su entorno profesional.

Segmentación geográfica

La participación en la encuesta mostró una amplia representación territorial, con predominio de especialistas de la Comunidad de Madrid (26%), seguida de la Comunidad Valenciana (12%), Andalucía (11%) y Cataluña (10%). Otras comunidades con representación destacada fueron Castilla y León (7%), Galicia (7%) y Canarias (5%), mientras que regiones como País Vasco, Islas Baleares y Extremadura aportaron un 4% cada una. La participación fue más limitada en Castilla-La Mancha (3%), Cantabria (3%), Asturias (2%) y Murcia (2%), reflejando, en conjunto, una distribución geográfica heterogénea pero equilibrada, con presencia de la mayoría de las comunidades autónomas españolas (**Figura 1**).

Procedencia y acceso de pacientes en la consulta de Neurología

La mayoría de los encuestados (75,9%) atendían principalmente a pacientes del Sistema Nacional de Salud (SNS), reflejando una clara orientación pública en la práctica asistencial. Asimismo, en el 69% de los casos, el acceso de los pacientes a la consulta de Neurología se realizaba mediante derivación desde Atención Primaria, lo que pone de manifiesto cierta variabilidad en los circuitos de acceso y la relevancia del papel del médico de Familia en la canalización de los casos hacia las unidades especializadas.

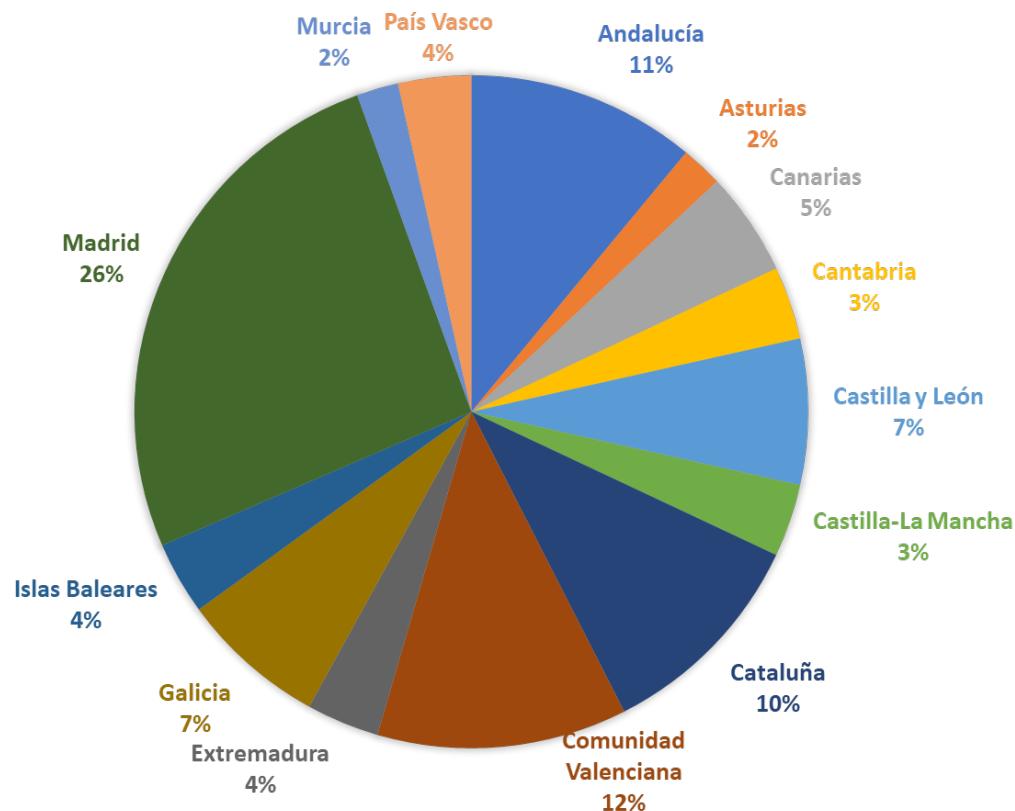


Figura 1. Segmentación geográfica.

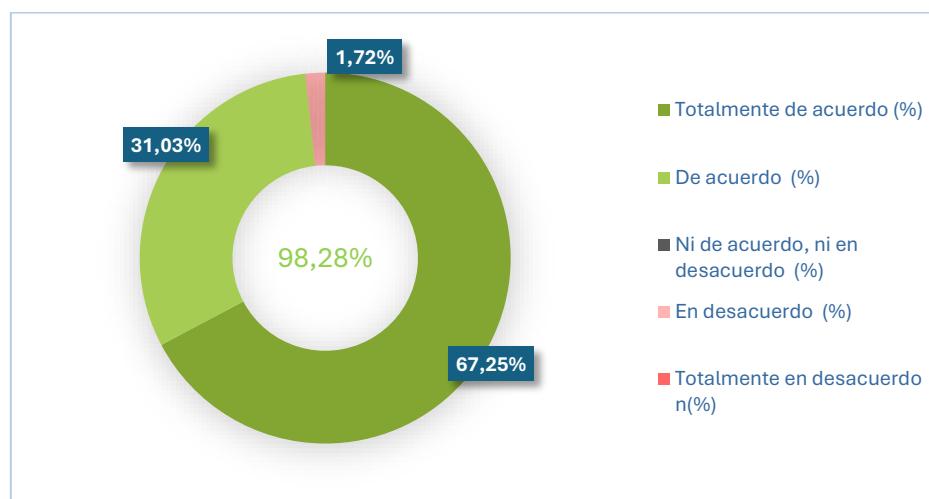
Bloque 2: Percepción general

El objetivo de este apartado fue explorar la opinión global de los profesionales de neurología sobre el impacto clínico, la seguridad y el valor terapéutico de las nuevas terapias anti-amiloide en la enfermedad de Alzheimer.

De las cuatro afirmaciones evaluadas en este bloque, sumando las categorías de acuerdo (“**totalmente de acuerdo**” + “**de acuerdo**”), alcanzaron consenso:

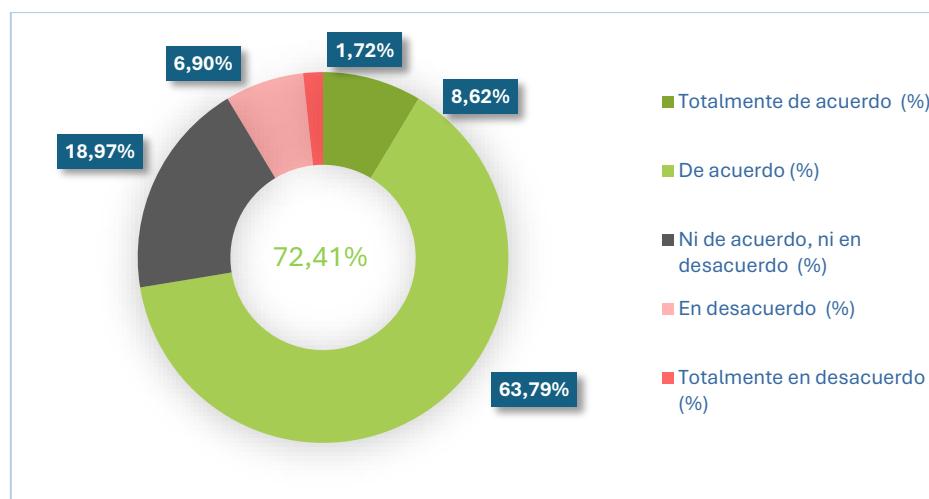
- **Pregunta 1:** “la entrada de estos nuevos fármacos supone un cambio de paradigma en el tratamiento del Alzheimer”, con un **98,28%** de acuerdo.

► Consenso muy sólido



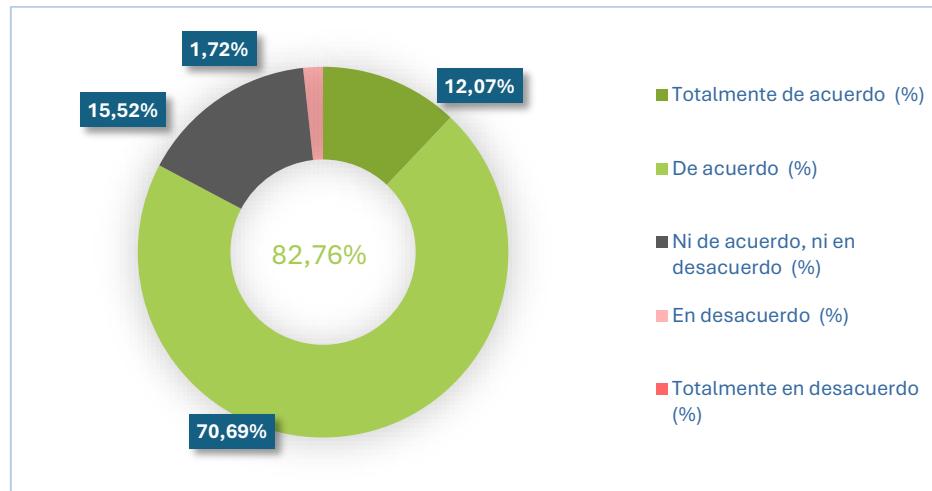
- **Pregunta 2:** “las mejoras cognitivas reportadas por los ensayos clínicos podrían ser relevantes en la práctica clínica”, con un **72,41%** de acuerdo.

► Consenso moderado

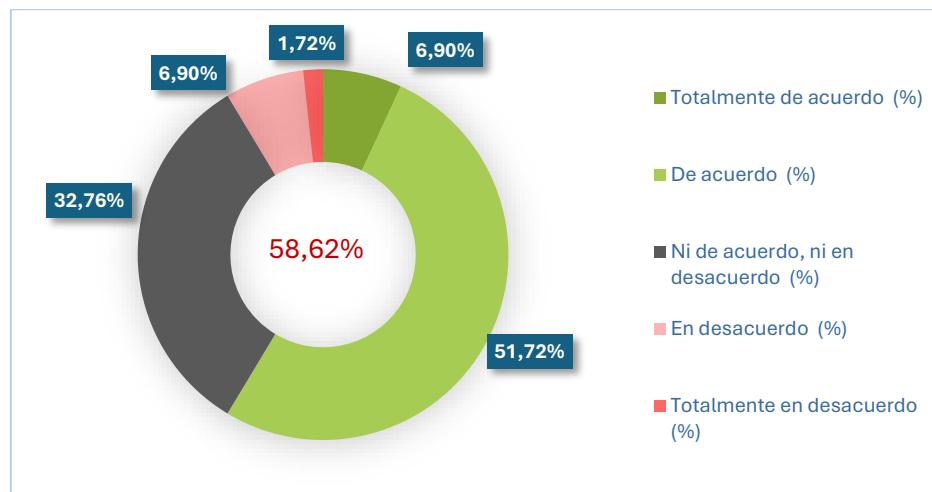


- **Pregunta 3**, que afirma que “los nuevos tratamientos son seguros si se siguen las pautas de monitorización del paciente”, con un **82,76%** de acuerdo.

► Consenso moderado



Por el contrario, la **Pregunta 4**, que plantea si “el beneficio de los nuevos fármacos compensa el riesgo de ARIA y otros efectos secundarios”, **no alcanza consenso**, ya que sólo **58,62%** de los participantes expresan acuerdo.



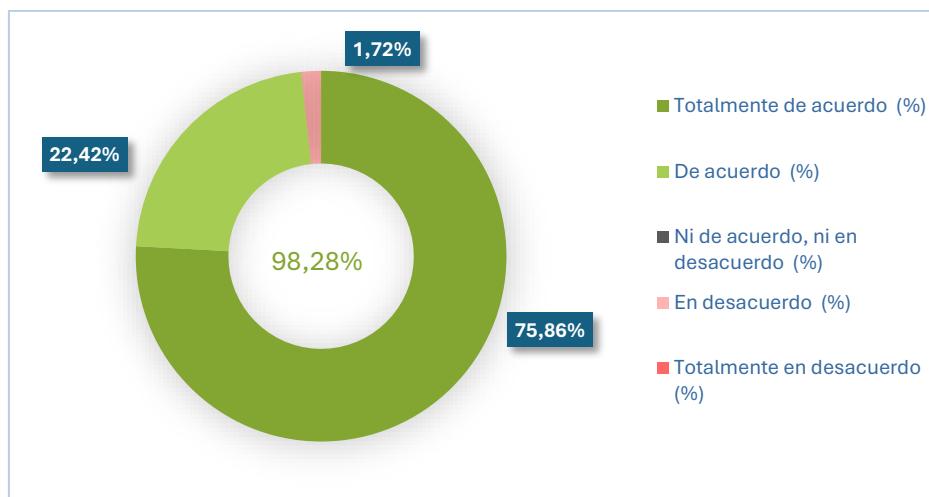
Bloque 3: Impacto asistencial y organizativo

Este bloque exploró las posibles implicaciones de la llegada de los nuevos tratamientos en la organización asistencial, la derivación de pacientes y el papel de la Medicina Familiar y Comunitaria en la detección y cribado.

De las ocho afirmaciones evaluadas en este bloque, sumando las categorías de acuerdo (“**totalmente de acuerdo**” + “**de acuerdo**”), alcanzaron consenso:

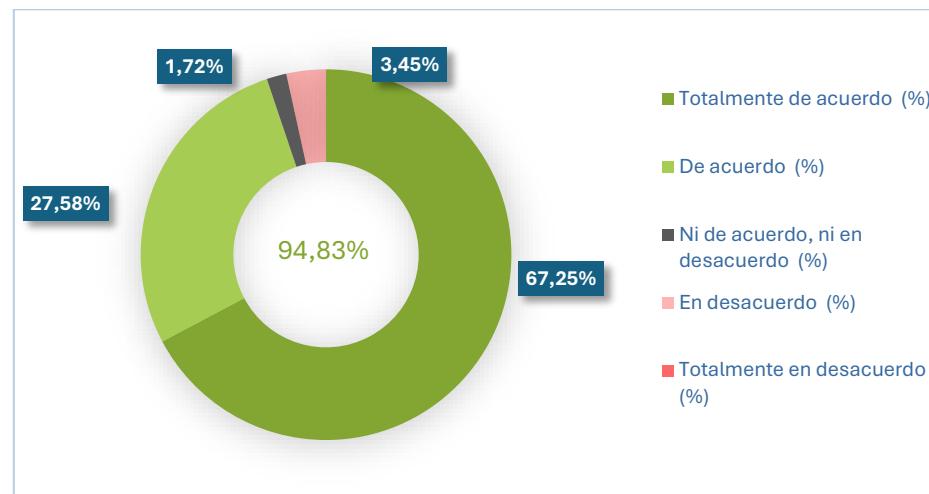
- **Pregunta 1:** que plantea que “*la entrada de estos nuevos fármacos puede desencadenar un efecto llamada a las consultas de Neurología entre los pacientes con deterioro cognitivo*”, con un **98,28%** “totalmente de acuerdo”.

► **Consenso muy sólido.**



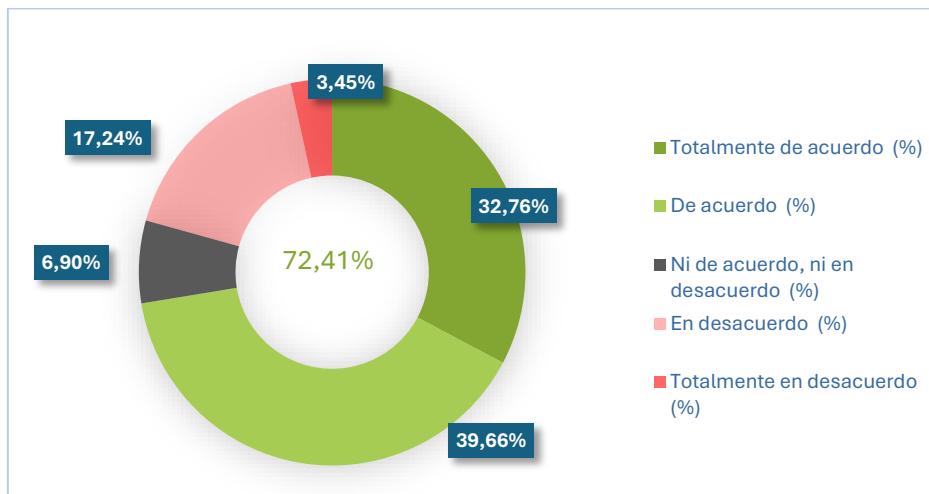
- **Pregunta 2:** “*la atención y tratamiento de los pacientes con Enfermedad de Alzheimer incrementará la lista de espera en las consultas de Neurología*”, con un **94,83%** de acuerdo.

► **Consenso muy sólido.**



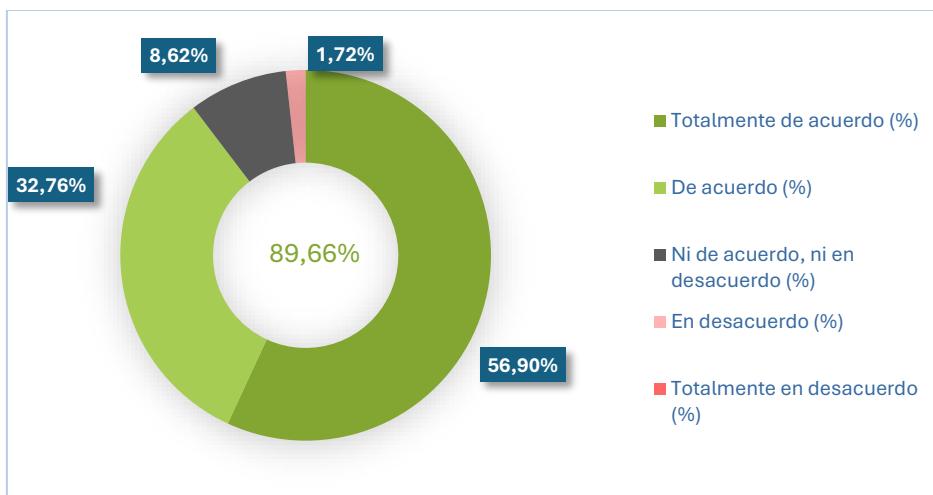
- **Pregunta 4:** “será clave el papel de Medicina Familiar y Comunitaria para hacer un cribado exhaustivo y evitar derivaciones innecesarias a Neurología”, con un **72,41%** de acuerdo.

► Consenso moderado.



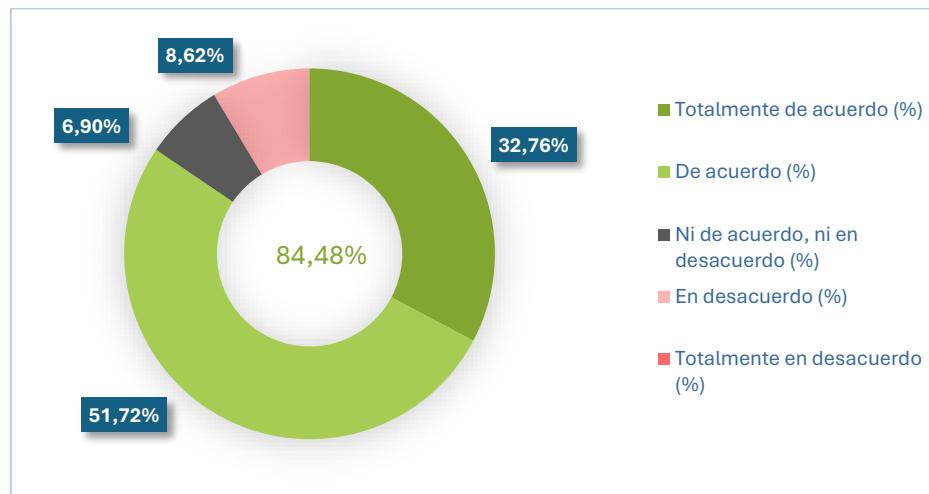
- **Pregunta 5:** “será necesario un programa de formación específico en Medicina Familiar y Comunitaria sobre el manejo del paciente con Alzheimer”, con un **89,66%** de acuerdo.

► Consenso moderado.



- **Pregunta 7:** “en las Comunidades Autónomas con población más envejecida el impacto de la entrada de nuevos tratamientos será mayor”, con un **84,48%** de acuerdo.

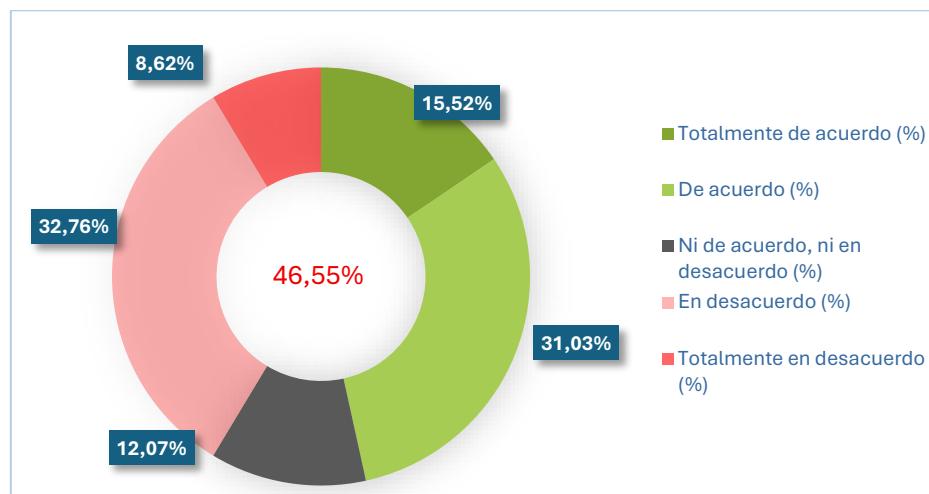
► **Consenso moderado**



Por el contrario, **no alcanzan consenso** las siguientes afirmaciones:

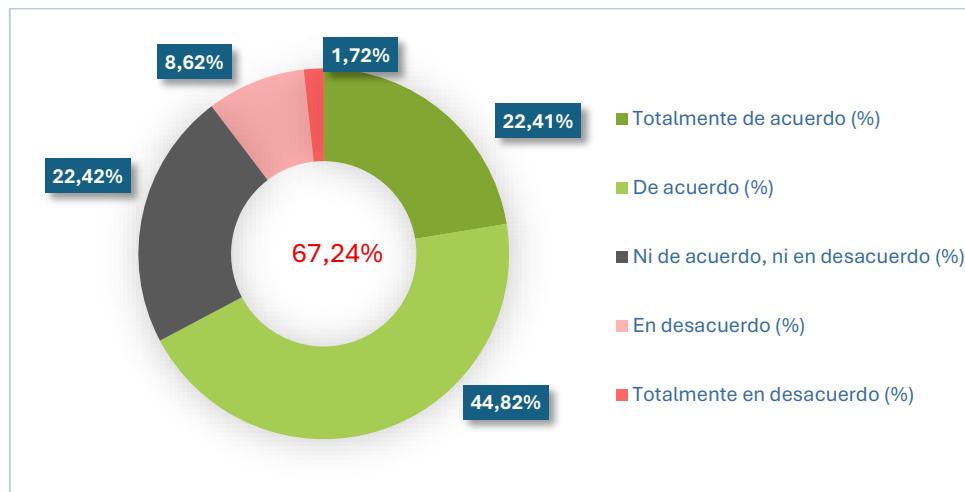
- **Pregunta 3:** “Medicina Familiar y Comunitaria puede tener la capacidad de filtrar los casos y así reducir la sobrecarga en Neurología”, con sólo **46,55%** de acuerdo.

► **Postura dividida, sin consenso.**



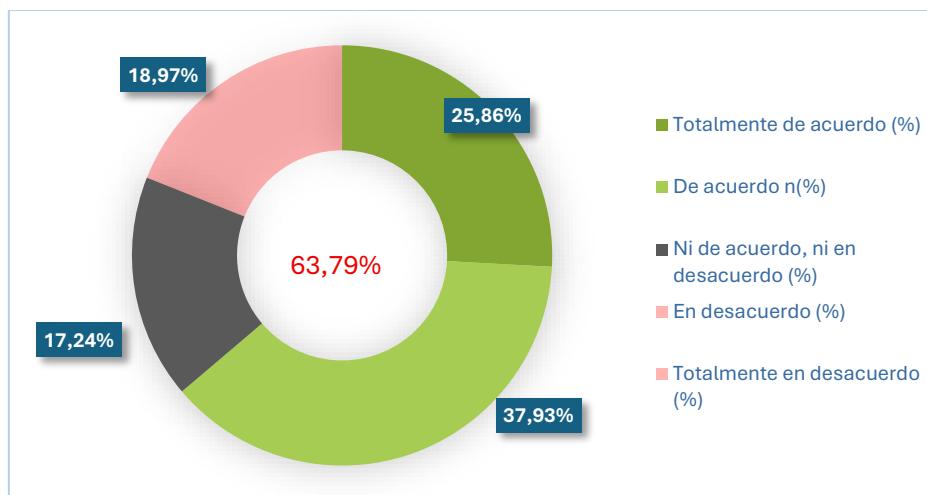
- **Pregunta 6:** “el tratamiento de Alzheimer podría perjudicar a otros pacientes por el aumento en los tiempos de espera”, con un **67,24%** de acuerdo.

► **Cerca del consenso**, pero sin alcanzarlo.



- **Pregunta 8:** “existirán diferencias en el acceso al tratamiento entre Comunidades Autónomas que pueden motivar desplazamientos de pacientes”, con un **63,79%** de acuerdo.

► **Valoración heterogénea**, sin consenso.



- **Pregunta 9: de respuesta abierta**, recoge distintos *itinerarios planteados que puede seguir el paciente desde la primera consulta en Medicina Familiar y Comunitaria hasta la prescripción del tratamiento en su entorno.*

La mayoría de los participantes ($\approx 80\%$) coincidió en la necesidad de establecer un circuito asistencial estructurado, ágil y multidisciplinar, que asegure la identificación precoz y el acceso equitativo de los pacientes candidatos a los nuevos tratamientos. El modelo más mencionado contempla un cribado inicial en Atención Primaria, mediante test cognitivos básicos (MMSE, MoCA) y, cuando sea posible, biomarcadores en sangre, seguido de una valoración diagnóstica por Neurología general con solicitud de neuroimagen y analítica, y finalmente la confirmación diagnóstica y prescripción terapéutica en unidades de memoria o deterioro cognitivo.

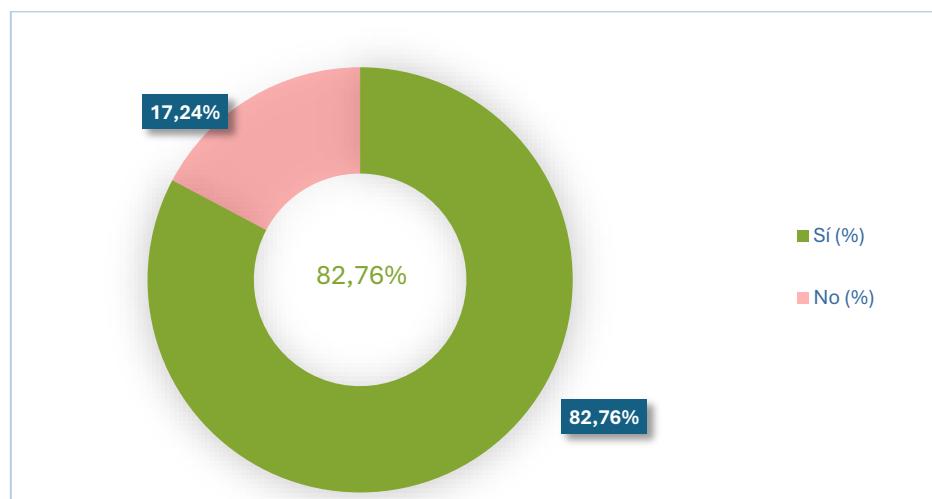
Un grupo menor ($\approx 20\%$) defendió la derivación directa desde Atención Primaria a las unidades especializadas, con el objetivo de evitar duplicidades y reducir los tiempos de espera. En conjunto, se subrayó la necesidad de protocolos homogéneos y vías rápidas de coordinación entre Atención Primaria, Neurología y otros servicios implicados (Radiología, Farmacia, Medicina Nuclear y Psicología), como condición esencial para garantizar la equidad y sostenibilidad del proceso asistencial.

Bloque 4: Tiempos de espera

En esta sección se analizaron los tiempos de derivación y atención del paciente desde Atención Primaria hasta las Unidades de Memoria, así como la capacidad del sistema para cumplir con los requerimientos de seguimiento de los nuevos tratamientos.

- **Pregunta 1:** que plantea si “*los tiempos de espera desde la atención primaria hasta la Unidad de Memoria pueden perjudicar al paciente*”, obtiene un consenso muy alto, con un **82,76%** de respuestas afirmativas (Sí).

► Consenso muy sólido



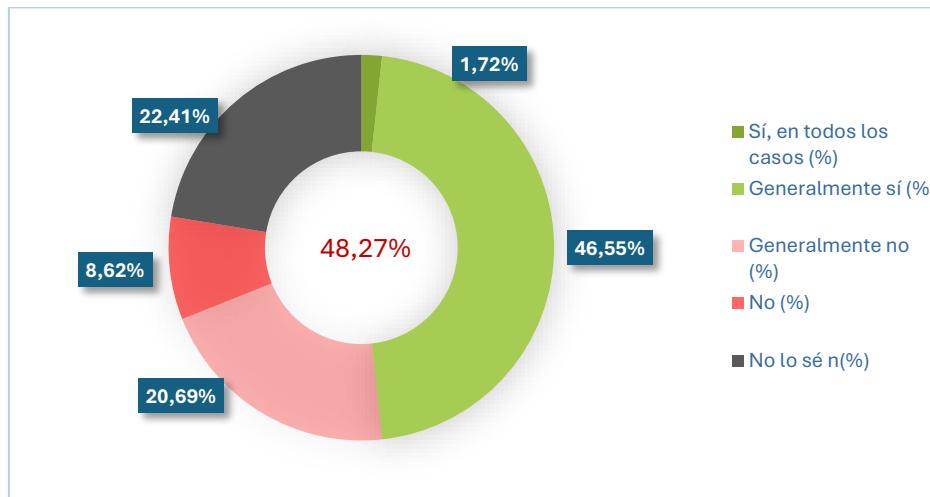
- **Pregunta 2: de respuesta abierta**, recoge distintas estimaciones sobre el tiempo máximo de espera considerado aceptable desde la consulta en atención primaria hasta la toma de decisiones en la Unidad de Memoria:

De las respuestas recogidas, el tiempo medio estimado de demora para la primera valoración por Neurología fue de aproximadamente 3,5 meses (≈ 105 días). El rango de respuestas osciló entre 15 días y 8 meses, lo que refleja una alta variabilidad entre centros y comunidades autónomas.

- Mediana: 3 meses
- Rango intercuartílico (RIQ): 2–6 meses
- Valores extremos: mínimo 15 días, máximo 250 días
- Moda: 3 meses (respuesta más frecuente)

En conjunto, el 75% de los neurólogos estimó una demora igual o inferior a 6 meses, y alrededor del 50% la situó en torno a 3 meses, lo que sugiere que la espera media para la primera consulta neurológica es de 2 a 4 meses, aunque con diferencias relevantes según la disponibilidad de recursos y los circuitos de derivación locales.

- **Pregunta 3:** que explora si “los servicios serán capaces de cumplir con los tiempos de seguimiento requeridos”
- **Valoración heterogénea, sin consenso.**



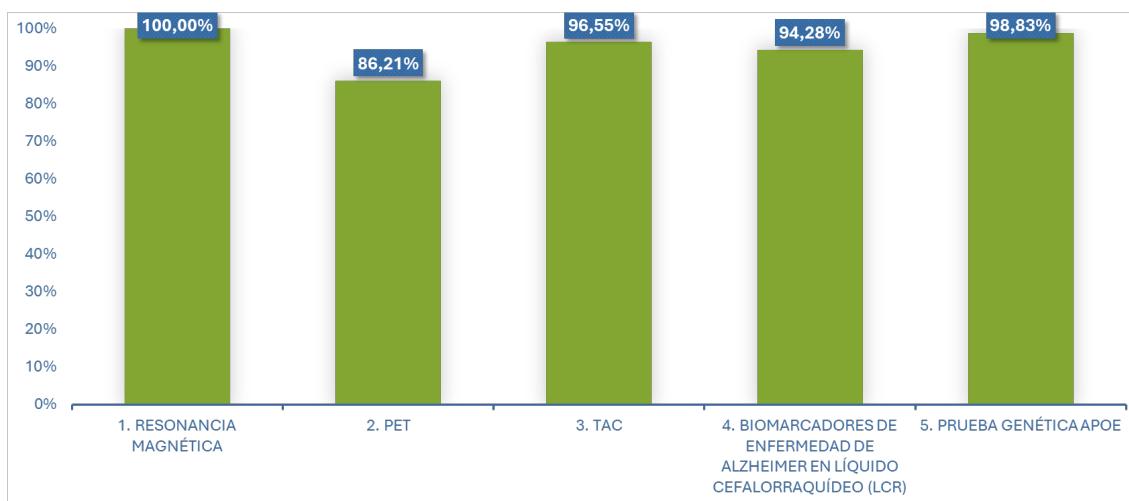
Bloque 5: Disponibilidad de recursos

El propósito de este bloque fue evaluar la disponibilidad de medios diagnósticos y recursos técnicos en los centros participantes, así como su capacidad para responder a las demandas derivadas del uso de las nuevas terapias.

- **Pregunta 1:** *Disponibilidad de recursos diagnósticos*

► Consenso total

Se confirma que la gran mayoría de los centros cuenta con los recursos diagnósticos básicos para evaluar y seguir a pacientes con EA.



- **Pregunta 2:** *Disponibilidad de hospital de día*

► Consenso total

El **100%** de los centros reportan disponer de hospital de día.



- **Pregunta 3: de respuesta abierta**, recoge los *tiempos medios de espera para RM en los diferentes centros*.

Ante la pregunta sobre el tiempo medio de espera para realizar una resonancia magnética (RM) en su centro, los participantes informaron una media de $3,15 \pm 2,50$ meses, con un rango de 0,5 a 10 meses.

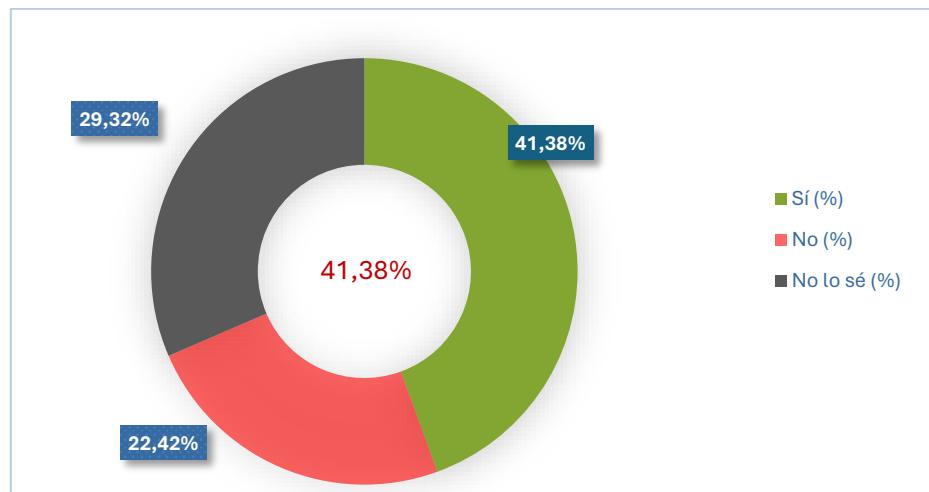
- Mediana: 3 meses
- Rango intercuartílico (RIQ): 2–6 meses
- Valores extremos: mínimo 0,5 meses, máximo 10 meses
- Moda: 3 meses

El 68% de los neurólogos situó la espera en el intervalo de 1 a 4 meses, mientras que el 25% indicó demoras de 5 a 6 meses y un 7% reportó tiempos superiores a 8 meses. Estos resultados reflejan una variabilidad significativa entre centros y comunidades autónomas, con plazos más cortos en estudios preferentes y demoras mayores en la vía ordinaria. En conjunto, se alcanzó un consenso moderado ($\approx 70\%$) en torno a un tiempo medio de 3 meses, lo que sugiere que el acceso a la RM constituye un potencial cuello de botella dentro del circuito diagnóstico previo a la indicación terapéutica.

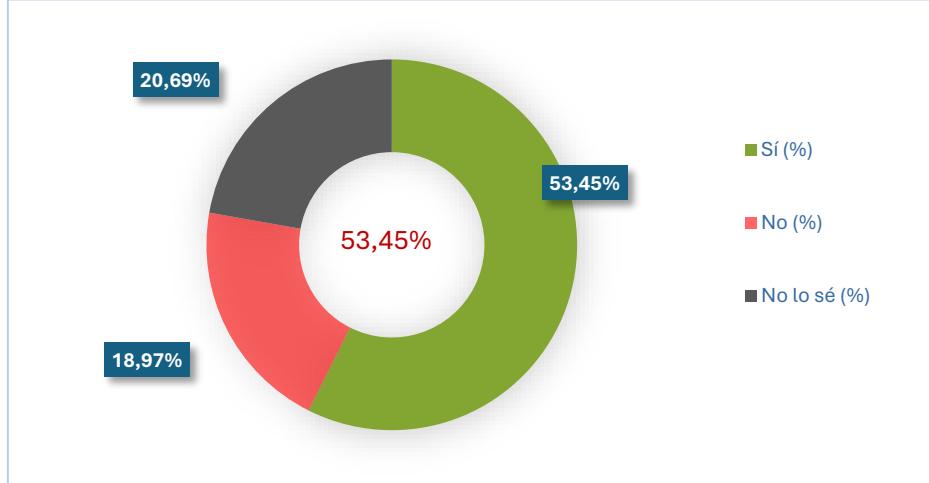
Por el contrario, **no alcanzan consenso** las siguientes afirmaciones:

- **Pregunta 4:** que planteaba si “será posible cumplir los tiempos de RM de seguimiento”. Solo el **41,38%** respondió Sí, mientras que el resto se divide entre No (29,32%) y No lo sé (22,42%).

► No hay consenso



- **Pregunta 5:** que plantea si “en caso de ARIA, ¿es posible obtener RM en menos de 24h?”. El **53,45%** considera que sí, mientras que el resto se divide entre *no* (18,97%) y *no lo sé* (20,69%).
► Aunque la mayoría cree que es factible, **no se alcanza consenso**.

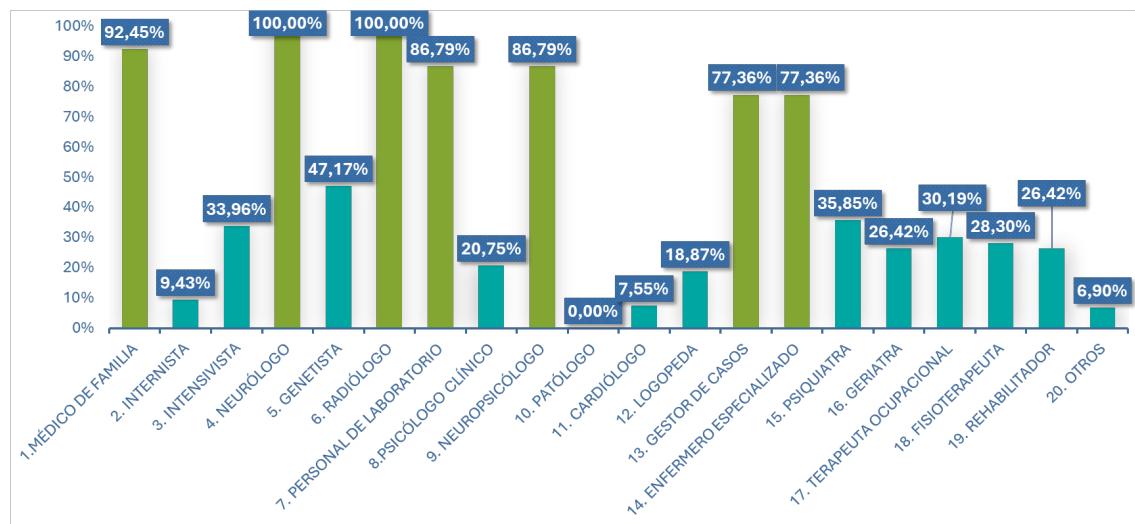


Bloque 6: Equipo multidisciplinar

Este apartado buscaba identificar los perfiles profesionales implicados en el abordaje del paciente con enfermedad de Alzheimer, la necesidad de formación específica y la coordinación entre servicios para un manejo integral del tratamiento.

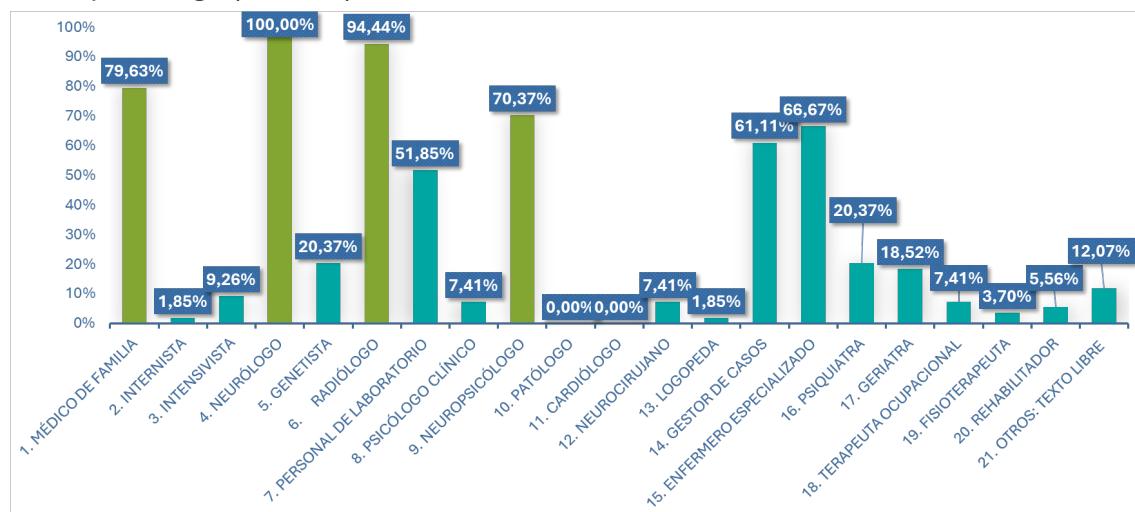
- **Pregunta 1:** que plantea: “*¿Qué profesionales sanitarios pueden ser necesarios para manejar los pacientes con Enfermedad de Alzheimer en este nuevo escenario?*”

► Neurólogo (100%), radiólogo (100%), médico de familia (92,45%), neuropsicólogo (86,79%), personal de laboratorio (86,79%).

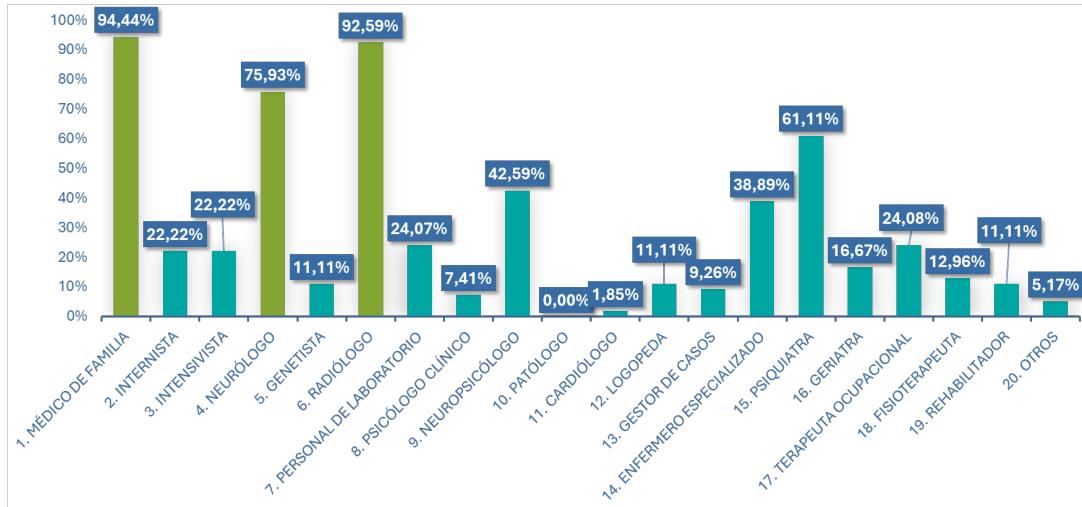


- **Pregunta 2:** que plantea: “*¿Qué profesionales sanitarios formarán parte indispensable del equipo multidisciplinar que maneje los pacientes con Enfermedad de Alzheimer en este nuevo escenario?*”

► Neurólogo (100%), radiólogo (94,44%), médico de familia (79,63%), neuropsicólogo (70,37%).



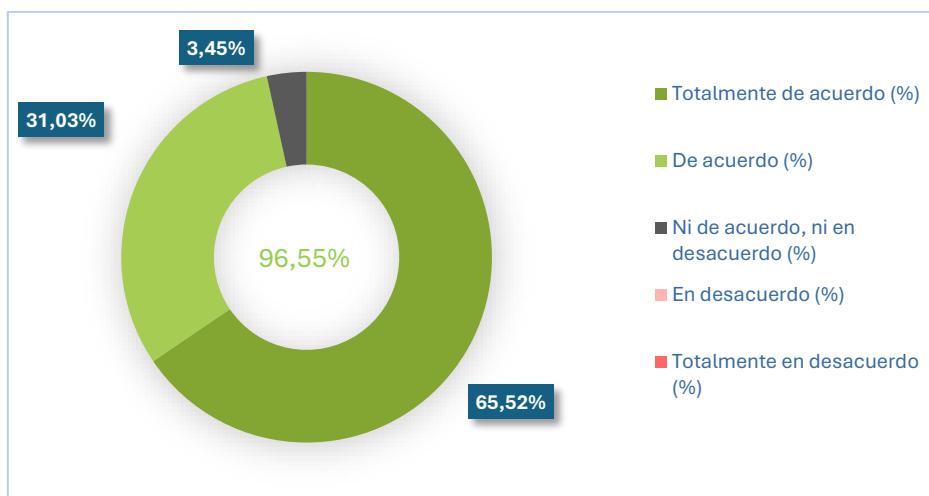
- **Pregunta 3:** que plantea: “*¿Qué profesionales sanitarios necesitarán recibir formación específica actualizada sobre el manejo de la Enfermedad de Alzheimer como consecuencia de la entrada de estos nuevos fármacos?*”
- Médico de familia (94,44%), radiólogo (92,59%), neurólogo (75,93%).



De las cinco afirmaciones evaluadas en este bloque, sumando las categorías de acuerdo (“**totalmente de acuerdo**” + “**de acuerdo**”), alcanzan consenso:

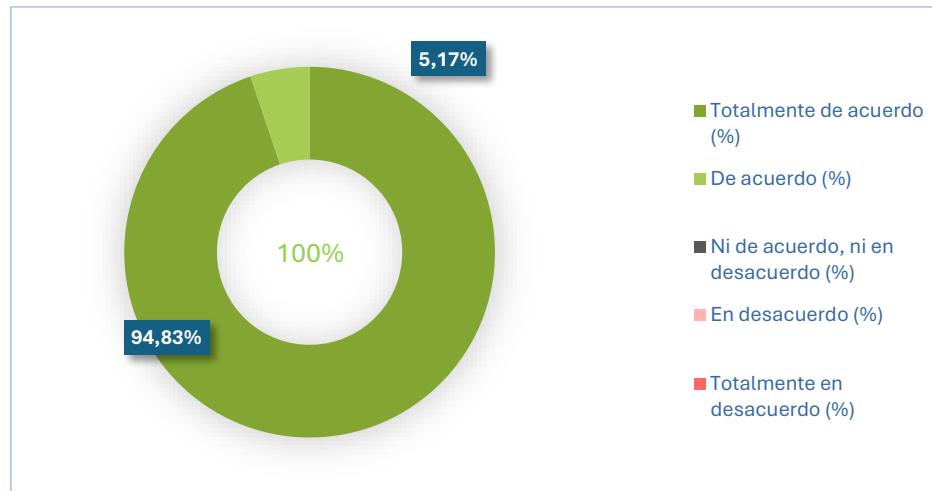
- **Pregunta 4:** que plantea: “será necesario formar equipos multidisciplinares específicos para atender a los pacientes con EA”, también alcanza consenso con **96,55% en total** de acuerdo.

► Consenso muy sólido



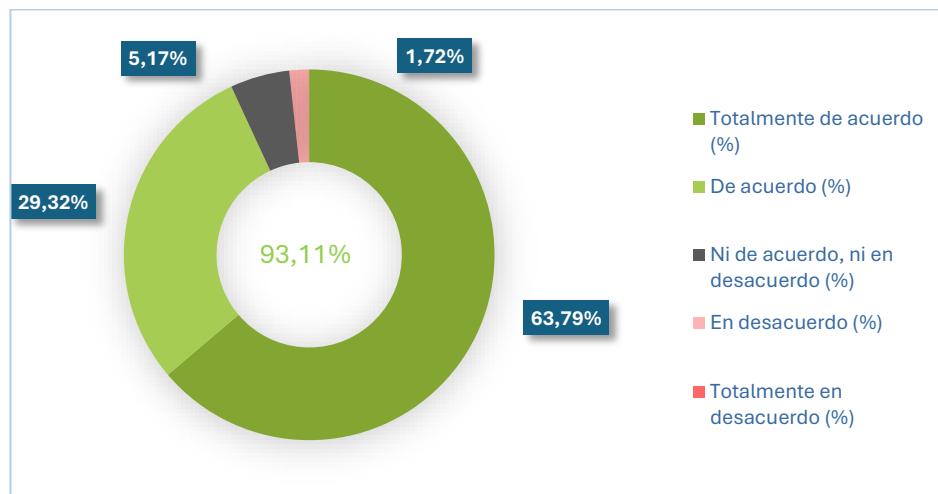
- **Pregunta 5:** que plantea: “el neurólogo deberá ser el responsable de coordinar al equipo multidisciplinar” con un **100% total de acuerdo** y el **94,83% totalmente de acuerdo**

► Consenso muy sólido



Pregunta 6: “Los radiólogos que realicen RM en estos pacientes deberán recibir formación específica” recibe un **63,79% totalmente de acuerdo** y **29,32% de acuerdo** (93,11% en total).

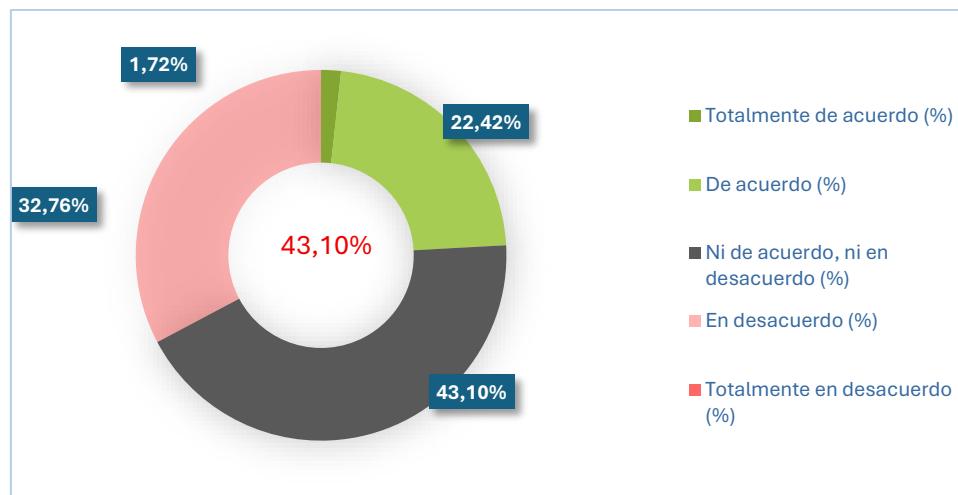
► Consenso muy sólido



Las siguientes afirmaciones **no alcanzan el consenso**:

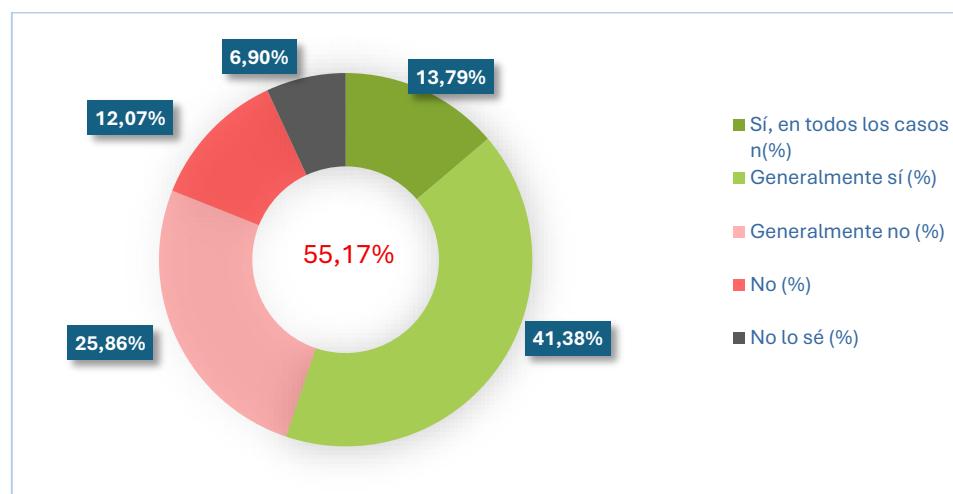
- **Pregunta 7:** “Deberán existir radiólogos dedicados exclusivamente a las necesidades del servicio de neurología en estos pacientes” solo recibe 24,14% de acuerdo (1,72% totalmente de acuerdo + 22,4% de acuerdo), y un **32,76%** de respuestas **en desacuerdo**, el **43,10%** la mayoría está **ni de acuerdo, ni en desacuerdo**.

► No hay consenso



- **Pregunta 8:** “Existen herramientas suficientes para asegurar la coordinación entre servicios” obtiene un 55,17% de acuerdo (13,79% totalmente de acuerdo + 41,38% de acuerdo), con una media de 2,57.

► No hay consenso

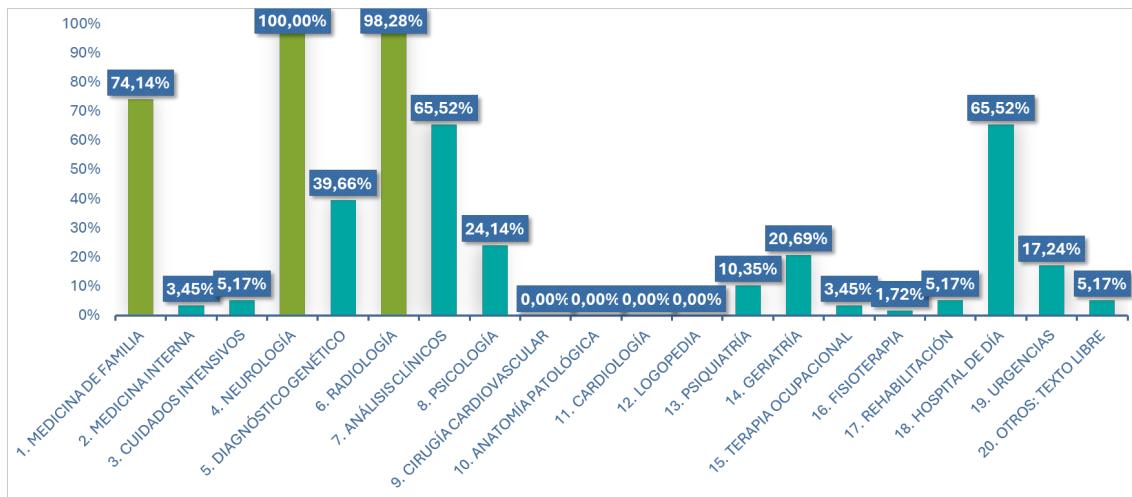


Bloque 7: Incremento de la carga de trabajo

En este bloque se examinó el posible aumento de la carga asistencial en los distintos servicios implicados, los puntos críticos del recorrido del paciente y los posibles cuellos de botella que puedan surgir con la implementación de las nuevas terapias.

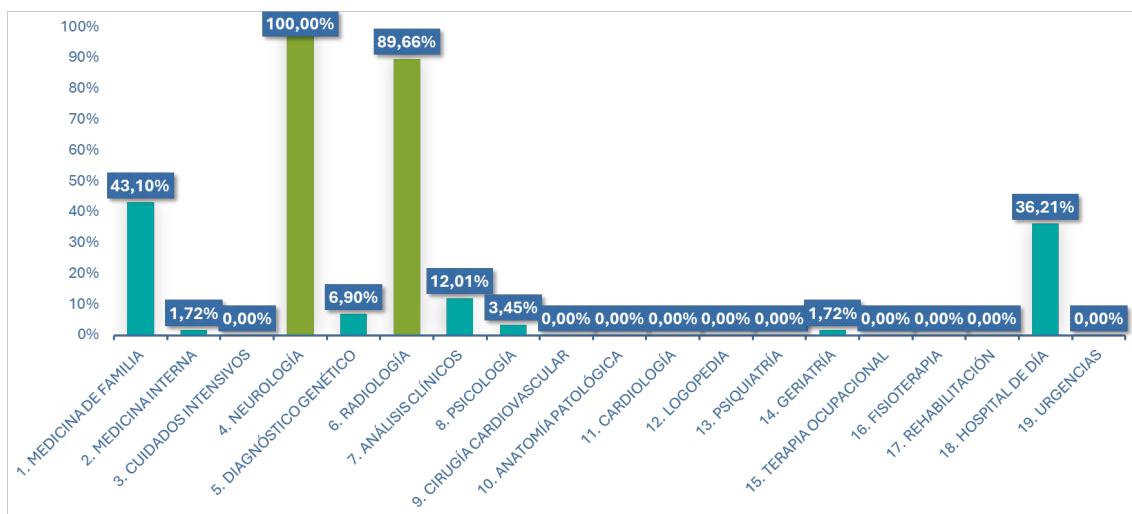
- **Pregunta 1:** servicios en los que se prevé un incremento de la carga de trabajo.

► Neurología (100%), radiología (98,28%), medicina de familia (74,14%).

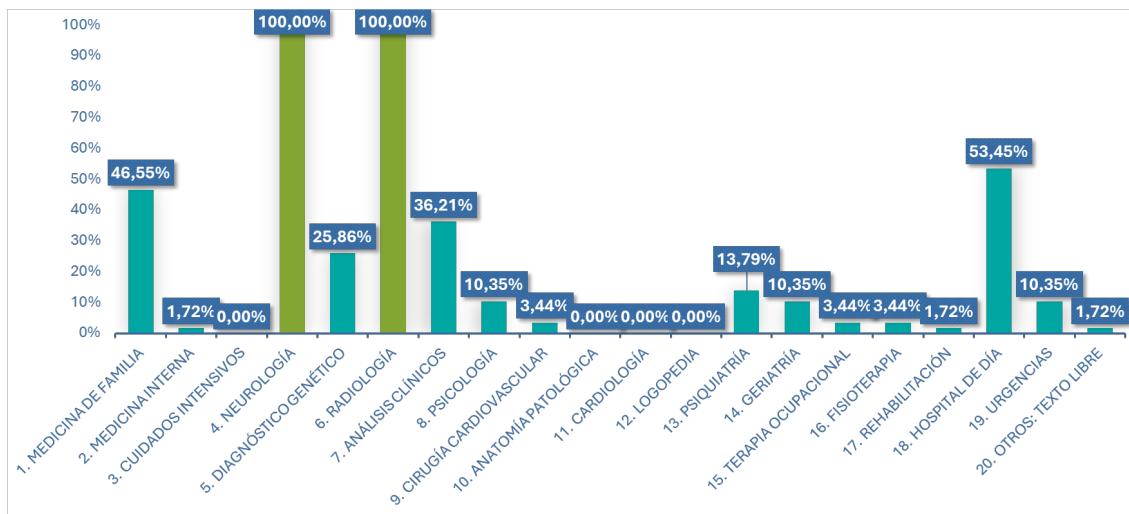


- **Pregunta 2:** servicios con mayor incremento previsto de carga de trabajo.

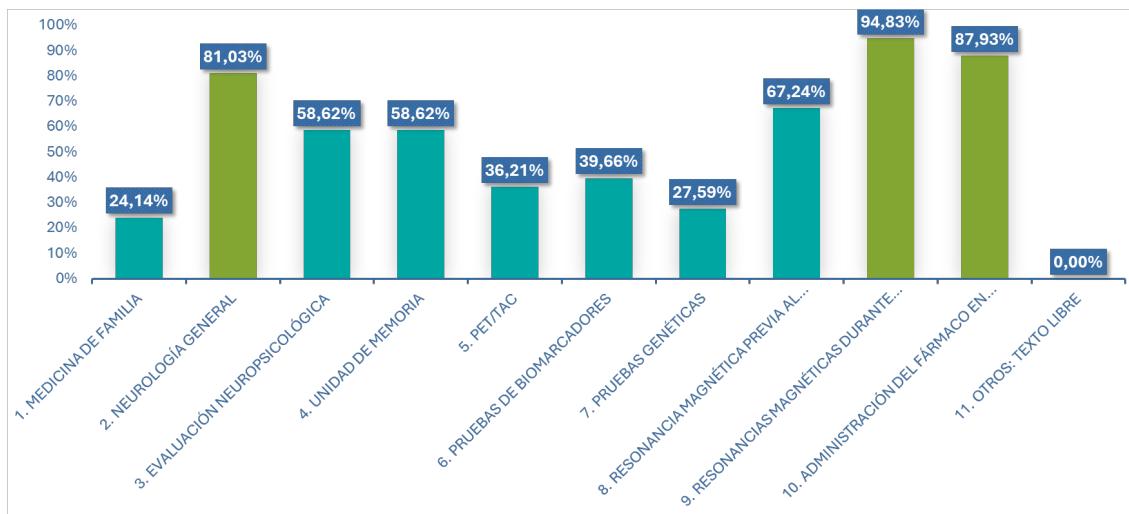
► Neurología (100%) y radiología (89,66%).



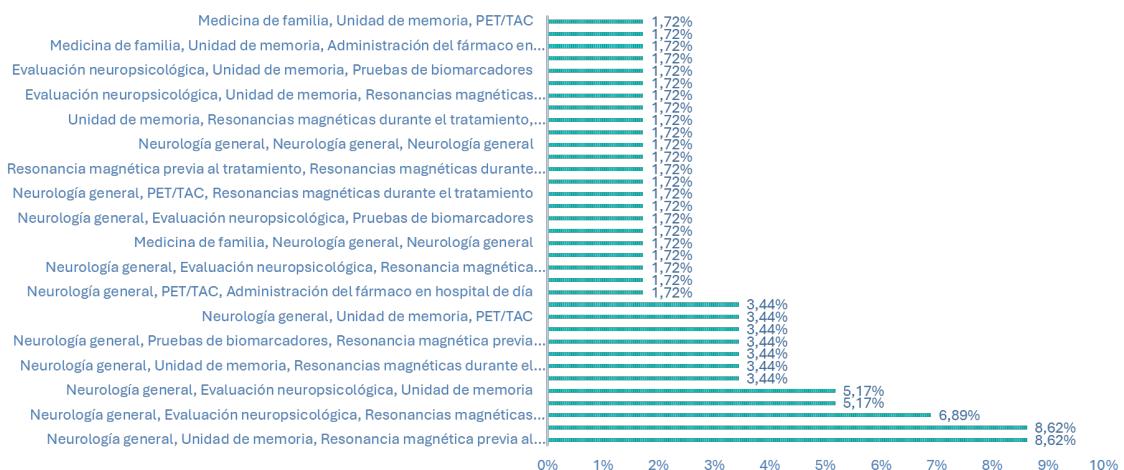
- **Pregunta 3:** Servicios que tendrán que adaptar su funcionamiento.
- Neurología (100%) y radiología (100%).



- **Pregunta 4:** Dónde se esperan cuellos de botella que dificulten el recorrido del paciente
- Neurología general (81,03%), resonancias magnéticas durante el tratamiento (94,83%) y administración del fármaco en hospital de día 51 (87,93%).



- **Pregunta 5:** ¿Cuáles son los 3 principales cuellos de botella?
 - No hay combinaciones en consenso.



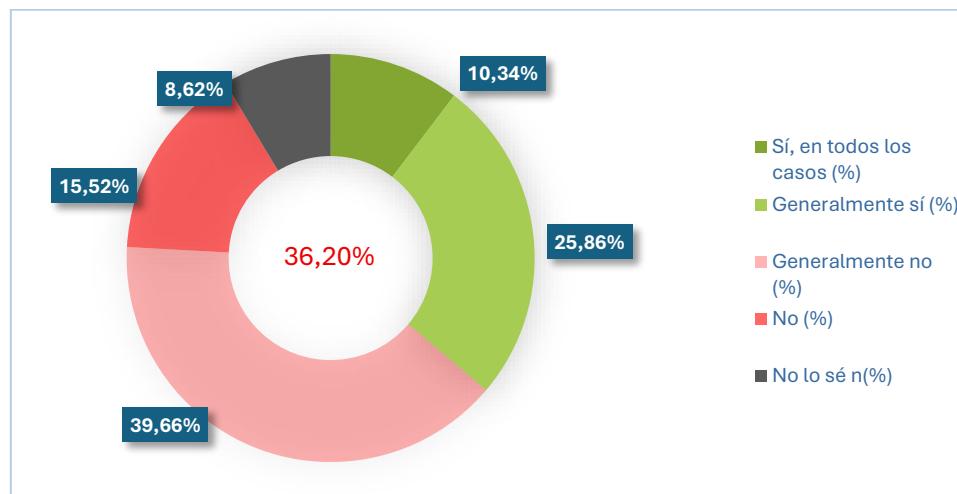
Bloque 8: Aspectos económicos

Este apartado abordó las implicaciones presupuestarias y de coste-efectividad asociadas a la incorporación de las nuevas terapias anti-amiloide, así como las posibles limitaciones en su prescripción y financiación.

De las dos afirmaciones **ninguna** alcanzó **consenso**

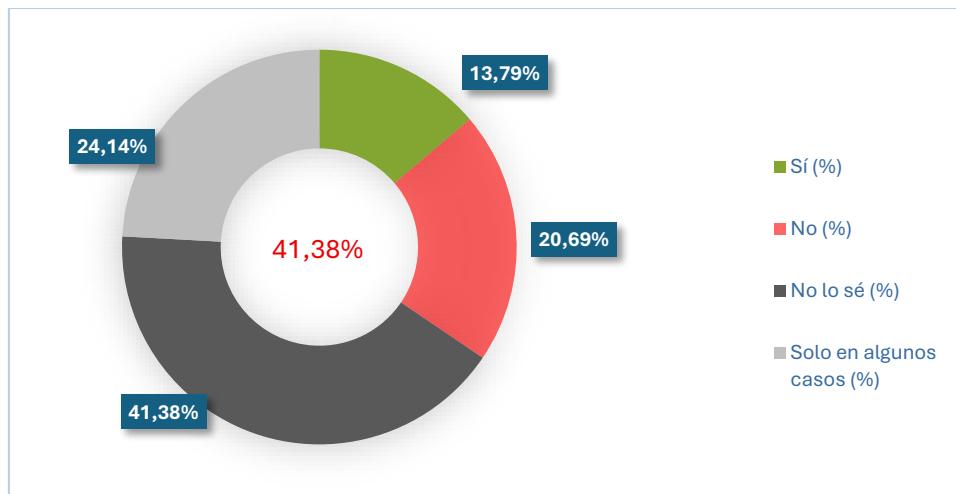
- **Pregunta 1:** “La inclusión de los nuevos tratamientos va a conllevar un recorte en otras partidas presupuestarias dentro del servicio de Neurología” solo un 36,20% (10,34% totalmente de acuerdo + 25,86% de acuerdo) manifiesta acuerdo. La media se sitúa en 2,86, lo que sugiere opiniones divididas y tendencia hacia la neutralidad.

► No alcanza consenso



- **Pregunta 3** “¿Cree que el tratamiento es coste-efectivo si tuviese un coste equivalente al de EE. UU. (27.000 \$/año), incluyendo gastos de administración y seguimiento?” Solo el 13,8% considera que **sí** es coste-efectivo, mientras que un 41,38% no lo sabe y un 24,14% opina que solo en algunos casos. La media es de 2,76, con tendencia a la incertidumbre o escepticismo generalizado sobre la relación coste-eficacia del tratamiento en este escenario.

► **No se alcanza consenso.**



- **Pregunta 2: de respuesta abierta**, recoge la opinión sobre la creencia de *si existirán restricciones en la prescripción de los nuevos tratamientos*

La mayoría de los participantes ($\approx 90\%$) consideró que existirán restricciones en la prescripción de los nuevos tratamientos, especialmente relacionadas con criterios clínicos, económicos o de edad, así como por la necesidad de evaluación en comités de farmacia o comisiones de uso.

- **Pregunta 4: de respuesta abierta**, recoge la opinión sobre *el coste-eficacia razonable para estos nuevos tratamientos en Alzheimer*

Ante la pregunta sobre el coste-eficacia razonable de los nuevos tratamientos modificadores de la enfermedad de Alzheimer, se observó una alta variabilidad en las estimaciones, aunque con una clara tendencia hacia cifras moderadas. El valor medio estimado fue de $9.700 \text{ €} \pm 4.800 \text{ €}$ anuales, con una mediana de 10.000 € y un rango intercuartílico (RIQ) de $5.000\text{--}12.000 \text{ €}$.

Moda: 10.000 €

Valores extremos: mínimo 1.000 € , máximo 30.000 €

Proporción de respuestas con cifra económica concreta: 63%

Respuestas de incertidumbre (“no lo sé”, “difícil de definir”): 32%

Respuestas cualitativas (condicionadas al impacto clínico o coste social): 5%

En conjunto, el 75% de los participantes consideró razonable un rango de $5.000\text{--}10.000 \text{ €}$ anuales, siempre que el tratamiento demostrase un impacto clínico relevante en la ralentización de la progresión y una mejora en la calidad de vida. Varios encuestados subrayaron que la financiación pública debería supeditarse a la evidencia de coste-efectividad y sostenibilidad del SNS, mientras que un pequeño grupo destacó la necesidad de evaluaciones a medio-largo plazo para determinar el valor real de estas terapias.

Bloque 9: conclusión

- **Pregunta 1: de respuesta abierta Conclusiones**

Las respuestas de los participantes reflejaron una visión unánime sobre la complejidad del proceso asistencial que supondrá la incorporación de los nuevos tratamientos modificadores de la enfermedad de Alzheimer. El tema más recurrente ($\approx 85\%$) fue la sobrecarga asistencial y el aumento de la demanda en los servicios de Neurología, especialmente en las unidades generales y de memoria. Un 70% de los encuestados señaló la falta de recursos humanos y estructurales (neurologos, enfermería especializada, neuropsicólogos y disponibilidad de RM o biomarcadores), mientras que un 60% hizo referencia a la necesidad de reorganizar los circuitos asistenciales y definir vías clínicas claras para el cribado, diagnóstico y seguimiento.

Asimismo, un 50% de los participantes expresó preocupación por el riesgo de inequidad territorial en el acceso a los tratamientos, dada la variabilidad organizativa entre comunidades autónomas y hospitalares. También se mencionaron de forma reiterada el efecto *llamada* en la población general, el riesgo de colapso en las consultas y la presión mediática derivada de las expectativas sociales.

En menor proporción ($\approx 20\%$), los encuestados destacaron retos logísticos y de coordinación entre niveles asistenciales (Atención Primaria, Neurología, Radiología y Farmacia), así como la necesidad de criterios de inclusión claros y homogéneos para garantizar un uso adecuado y sostenible. En conjunto, las respuestas evidencian un consenso fuerte ($>80\%$) sobre que la principal barrera para la implementación será la falta de recursos y la saturación asistencial, seguida de la inequidad y la necesidad de reorganización estructural del sistema sanitario.

Conclusiones primera ronda de preguntas

- El consenso alcanzado en este ejercicio refleja una percepción general favorable sobre la llegada de nuevos tratamientos para el Alzheimer, considerada por la mayoría como un cambio de paradigma (98,28%). También existe acuerdo sobre su potencial impacto clínico, aunque persisten dudas respecto al equilibrio entre beneficios y riesgos (ARIA).
- A nivel asistencial, se anticipa un aumento significativo de la demanda en consultas de Neurología y Radiología, con riesgo de sobrecarga y cuellos de botella, especialmente en pruebas de imagen. Se destaca el papel clave que deberá asumir la Medicina de Familia en el cribado y derivación, aunque no se alcanza consenso sobre su capacidad para reducir la presión asistencial. La mayoría considera esencial la formación específica de profesionales, particularmente médicos de familia y radiólogos.
- En cuanto a los tiempos de espera, se reconoce que los retrasos pueden perjudicar al paciente. No se confía plenamente en que el sistema actual pueda cumplir los tiempos requeridos.
- Respecto a los recursos, se confirma la disponibilidad general de hospital de día y herramientas diagnósticas, pero se percibe una alta variabilidad en el acceso a resonancia magnética. No se alcanza consenso sobre la capacidad de respuesta ante urgencias como ARIA.
- Finalmente, se prevé un aumento generalizado de carga de trabajo en Neurología, Radiología y Atención Primaria, con necesidad de adaptar procesos y equipos. No se alcanza consenso sobre el impacto económico ni sobre la coste-efectividad del tratamiento, lo que refleja incertidumbre sobre su sostenibilidad.

Resultado segunda ronda de preguntas

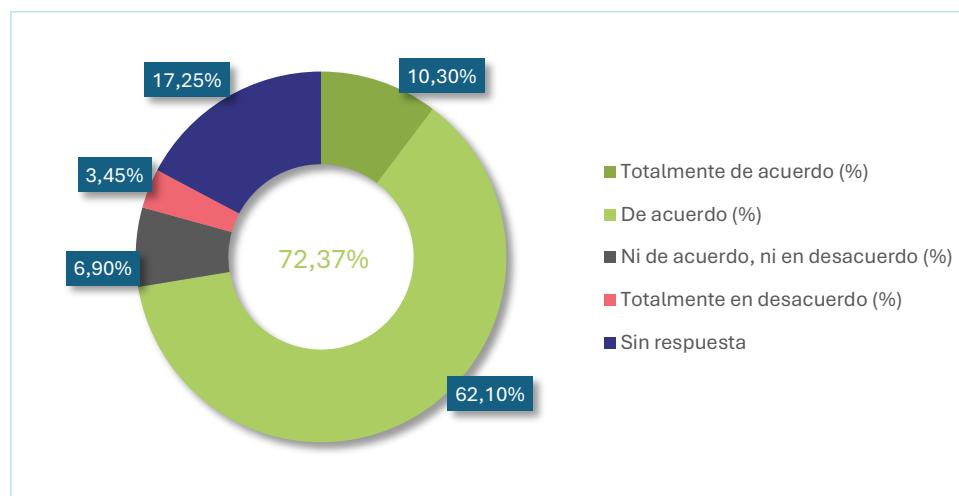
Bloque 2: Percepción general

En esta segunda ronda se observa un mayor consenso global respecto a la anterior, especialmente en relación con la percepción del balance beneficio-riesgo de los nuevos tratamientos, que pasa de no alcanzar consenso a lograr un acuerdo moderado (72,37%). En general, los resultados reflejan una consolidación de la opinión positiva hacia la eficacia y seguridad de las terapias anti-amiloide en la práctica clínica.

De las cuatro afirmaciones evaluadas en este bloque, sumando las categorías de acuerdo (“totalmente de acuerdo” + “de acuerdo”), se alcanza consenso en:

- **Pregunta 1:** “*El beneficio compensa el riesgo de ARIA y otros efectos secundarios*”, con un **72,37%** de acuerdo.

►Consenso moderado



Bloque 3: Impacto asistencial y organizativo

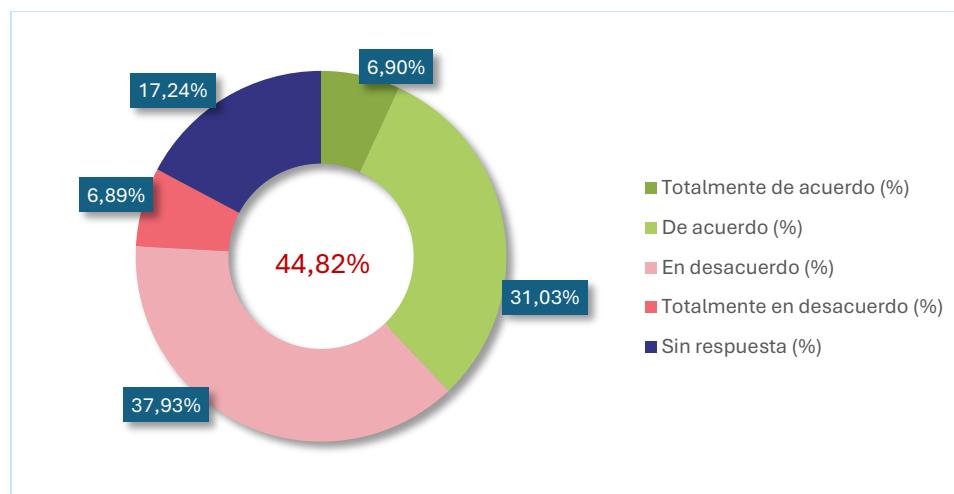
En comparación con la primera ronda, en esta segunda se observa una reducción notable del consenso entre los participantes. Mientras que en la primera ronda se alcanzaron acuerdos sólidos respecto al aumento de la demanda asistencial y la necesidad de formación en Atención Primaria, en esta segunda ronda ninguna de las afirmaciones logra consenso. Se mantiene la división de opiniones especialmente en torno al papel de la Medicina Familiar y Comunitaria y al posible impacto de los nuevos tratamientos sobre los tiempos de espera y la equidad en el acceso entre comunidades autónomas.

De las tres afirmaciones **ninguna alcanzó consenso**:

- **Pregunta 2:** “*Medicina Familiar y Comunitaria puede tener la capacidad de filtrar los casos candidatos a recibir tratamiento y, por tanto, la sobrecarga del servicio de Neurología será menor.*”

Solo un 37,93% (6,90% totalmente de acuerdo + 31,03% de acuerdo) manifestó acuerdo con esta afirmación, mientras que un **44,82%** (37,93% en desacuerdo + 6,9% totalmente en desacuerdo) **expresó desacuerdo**. La media es de 3,08, lo que refleja una tendencia general hacia la neutralidad y la falta de consenso claro sobre el papel de Atención Primaria en la gestión de casos.

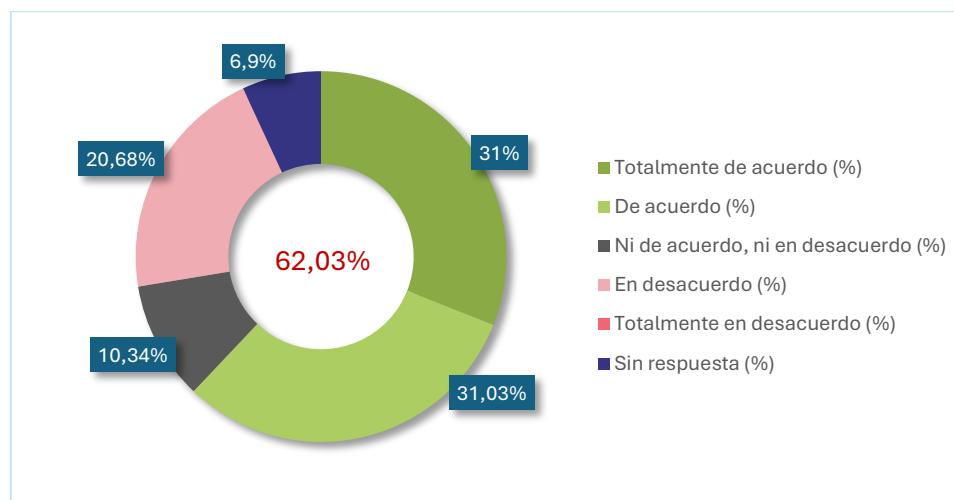
► No alcanza consenso



- **Pregunta 3:** “La atención y tratamiento de los pacientes con Enfermedad de Alzheimer podría perjudicar a otros pacientes como consecuencia de los tiempos de espera.”

El **62,03% de los participantes** (31,00% totalmente de acuerdo + 31,03% de acuerdo) se mostró de acuerdo, mientras que un 20,68% expresó desacuerdo. La media de 2,22 sugiere una tendencia al acuerdo moderado, aunque sin consenso formal según el criterio establecido.

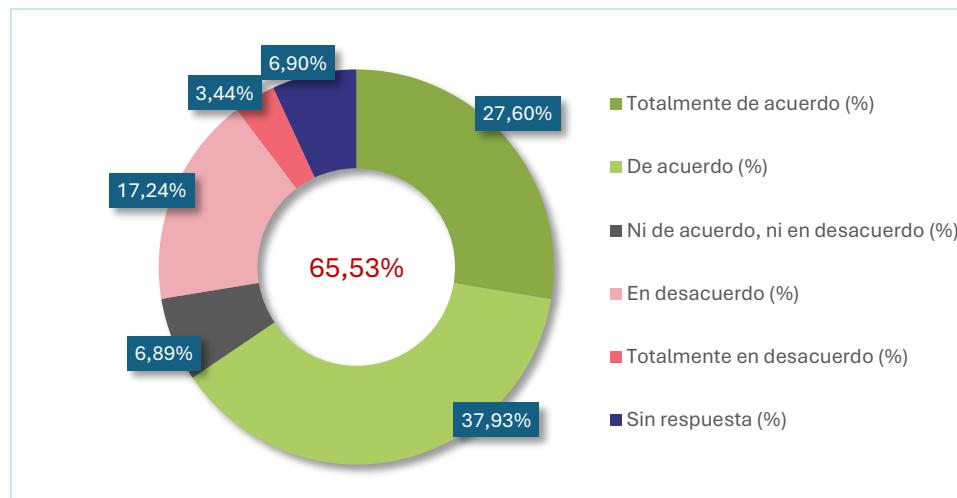
► No alcanza consenso



- **Pregunta 4:** “Existirán diferencias en el acceso al tratamiento entre diferentes Comunidades Autónomas, que pueden motivar el desplazamiento de los pacientes hacia aquellas en las que el acceso es más sencillo.”

El 65,53% (27,60% totalmente de acuerdo + 37,93% de acuerdo) manifestó acuerdo con la afirmación, mientras que un 20,668% expresó desacuerdo. La media de 2,25 y la dispersión de respuestas reflejan una percepción bastante compartida, aunque sin llegar al umbral de consenso.

► No alcanza consenso



Bloque 4: Tiempos de espera

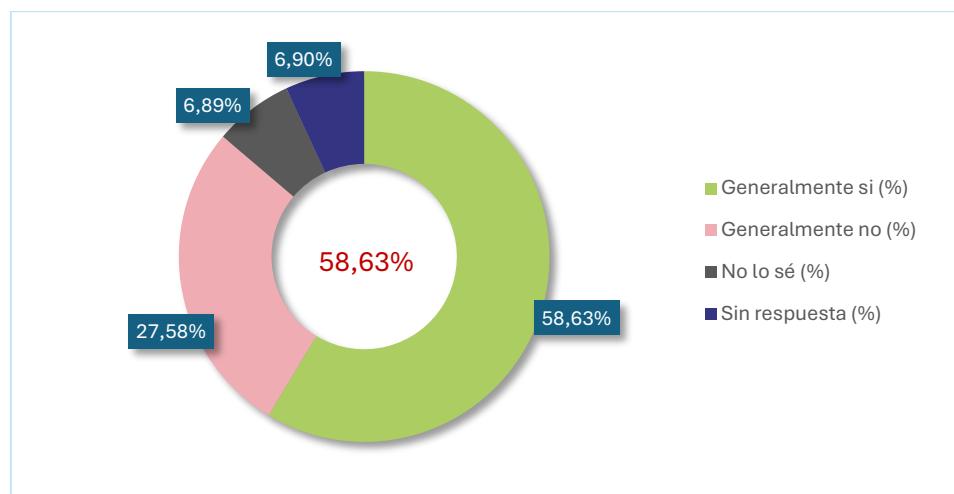
En esta segunda ronda se observa menor consenso que en la primera, manteniéndose la incertidumbre sobre la capacidad del sistema para cumplir los tiempos de seguimiento requeridos por los nuevos tratamientos.

La afirmación de este bloque **no alcanzó consenso**

- **Pregunta 5:** “*¿Una vez el paciente sea admitido en la Unidad de Memoria y reciba tratamiento, serán capaces de cumplir con los tiempos de las pruebas y consultas de seguimiento según requieren estos tratamientos?*”

El 58,63% de los encuestados respondió “generalmente sí”, mientras que un 27,58% opinó “generalmente no”. Además, un 6,89% manifestó no saberlo y otro 6,90% no respondió. La media obtenida (2,51) muestra una tendencia al acuerdo moderado, pero con una dispersión suficiente como para que no se alcance el umbral de consenso establecido.

► No alcanza consenso



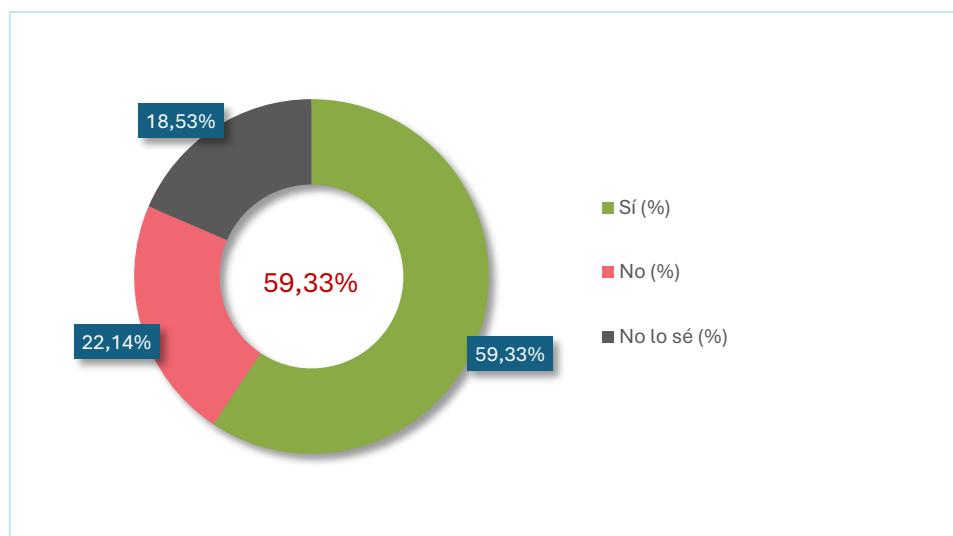
Bloque 5: Disponibilidad de recursos

En comparación con la primera ronda de preguntas, se observa menor consenso: aunque los centros siguen percibiéndose con capacidad diagnóstica suficiente, ninguna afirmación sobre RM o respuesta ante ARIA alcanza acuerdo en esta segunda ronda.

- **Pregunta 6:** “*En su opinión, ¿su centro será capaz de realizar las resonancias magnéticas necesarias para el seguimiento de los pacientes con Enfermedad de Alzheimer según los tiempos indicados en la Ficha Técnica de estos medicamentos?*”

El 59,33% de los participantes consideró que sí será posible, mientras que un 22,14% opinó que no y un 18,53% indicó no saberlo. La media de 1,59 refleja una percepción mayoritariamente positiva, aunque insuficiente para alcanzar el umbral de consenso establecido.

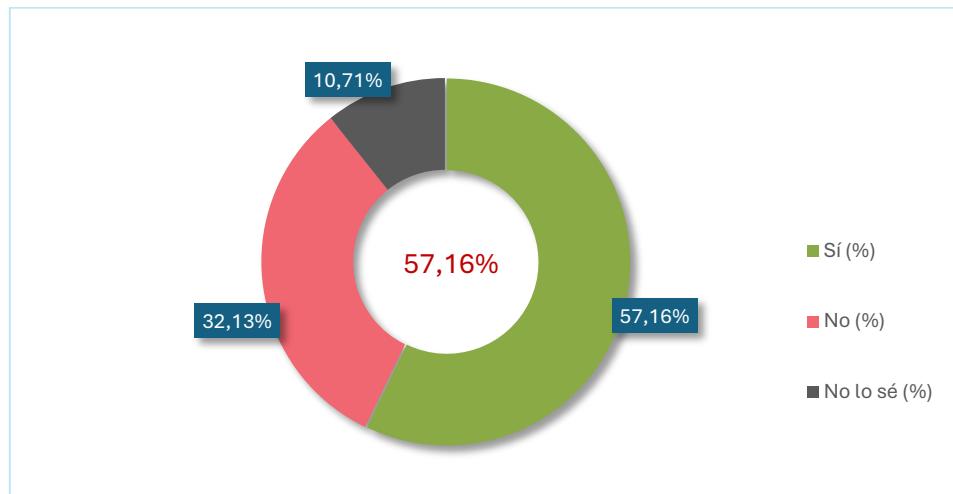
► No alcanza consenso



- **Pregunta 7:** “En caso de ARIA, ¿cree que será posible obtener los resultados de la resonancia magnética en un periodo inferior a 24 horas?”

El 57,16% de los encuestados respondió sí, un 32,13% no, y un 10,71% no lo sabe. Con una media de 1,53, las respuestas muestran una tendencia optimista respecto a la capacidad de respuesta del centro, aunque sin consenso formal.

► **No alcanza consenso**



Bloque 6: Equipo multidisciplinar

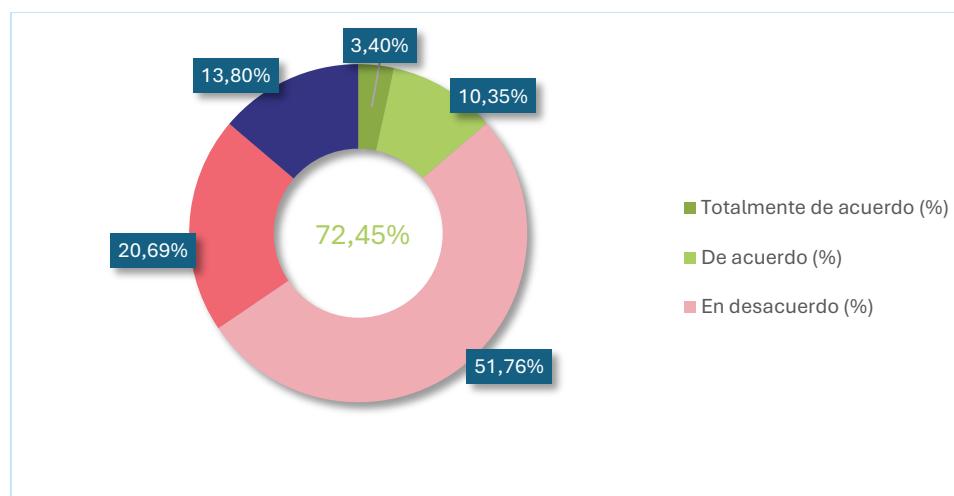
Comparando con la primera ronda, se observa una tendencia a la disminución del consenso: mientras que en la primera ronda la mayoría de los participantes apoyaba la formación de equipos multidisciplinares y la coordinación liderada por el neurólogo, en la segunda ronda solo se alcanza consenso sobre la necesidad de radiólogos dedicados, reflejando opiniones divididas sobre la suficiencia de las herramientas de coordinación entre servicios.

De las dos afirmaciones incluidas en este bloque, una alcanzó consenso y la otra no.

- **Pregunta 8:** “Deberán existir radiólogos dedicados exclusivamente a atender las necesidades del servicio de Neurología en relación con los pacientes con Enfermedad de Alzheimer.”

Solo un 13,75% de los encuestados (3,4% totalmente de acuerdo + 10,35% de acuerdo) manifestó acuerdo, mientras que un **72,45% expresó desacuerdo** (51,76% en desacuerdo + 20,69% totalmente en desacuerdo). La media de 3,88 refleja una tendencia clara al desacuerdo, lo que indica que la mayoría no considera necesario contar con radiólogos exclusivos para estos pacientes.

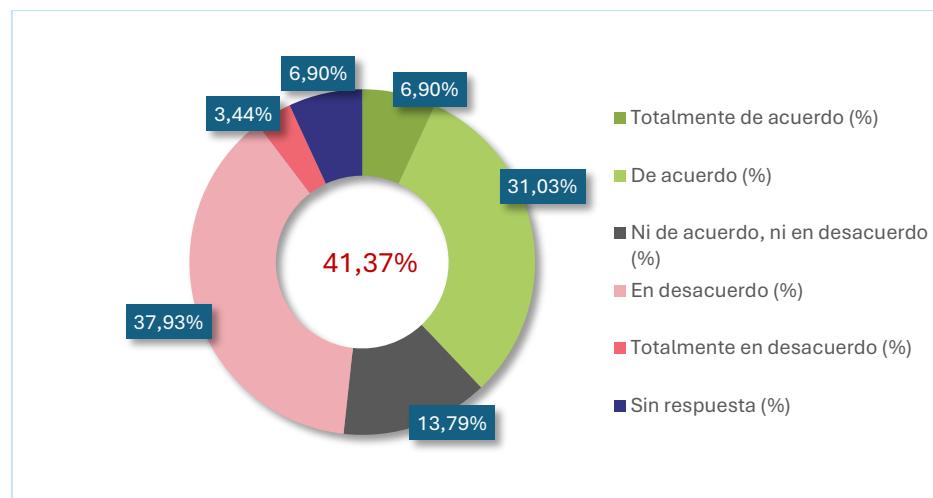
► Consenso moderado



- **Pregunta 9:** “Existen herramientas de coordinación y comunicación suficientes para asegurar que todos los servicios trabajen de forma coordinada en la atención al paciente con Enfermedad de Alzheimer.”

El 37,93% de los participantes (6,9% totalmente de acuerdo + 31,03% de acuerdo) manifestó acuerdo, mientras que un 41,4% expresó desacuerdo (37,93% en desacuerdo + 3,44% totalmente en desacuerdo). La media de 3,00 refleja opiniones divididas y una percepción de coordinación insuficiente entre servicios.

► No alcanza consenso



Bloque 8: Aspectos económicos

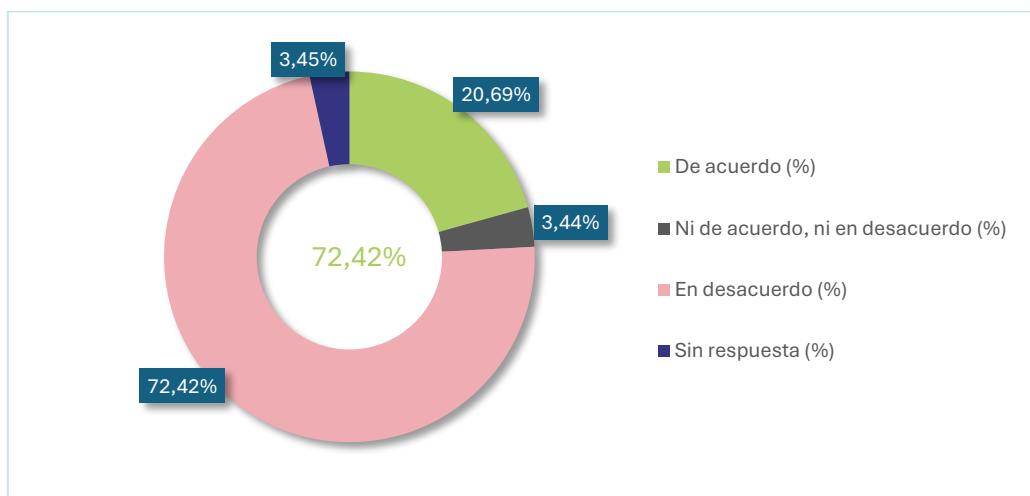
En comparación con la primera ronda, se observó un aumento del consenso sobre el impacto presupuestario, ya que la mayoría de los participantes no prevé recortes en otras partidas del servicio de Neurología. Sin embargo, sigue sin alcanzarse acuerdo sobre la coste-efectividad del tratamiento, reflejando incertidumbre y percepciones diversas respecto a su valor económico.

De las dos afirmaciones incluidas en este bloque, una alcanzó consenso y la otra no.

- **Pregunta 10:** “*La inclusión de los nuevos tratamientos para la Enfermedad de Alzheimer va a conllevar un recorte en otras partidas presupuestarias dentro del servicio de Neurología.*”

Solo un 20,69% de los participantes manifestó acuerdo, mientras que un 72,42% expresó desacuerdo con la afirmación. La media de 3,53 refleja una tendencia clara al desacuerdo, indicando que la mayoría no prevé un impacto negativo directo en los presupuestos del servicio de Neurología.

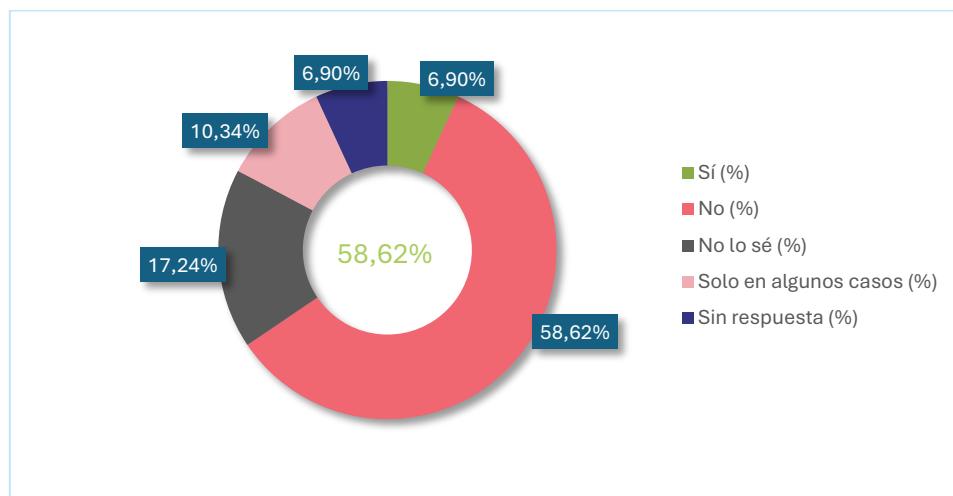
► Consenso moderado



- **Pregunta 11:** “El tratamiento en EE. UU. tiene un coste reportado de 27.000 \$ anuales. En el caso hipotético de que el tratamiento en España tuviese un coste equivalente, ¿cree que el tratamiento es coste-efectivo teniendo en cuenta no solo el coste del medicamento?”

El 58,62% de los encuestados respondió que no, mientras que un 17,24% indicó no saberlo y un 10,34% respondió solo en algunos casos. La media de 2,33 muestra opiniones diversas y una percepción de incertidumbre respecto a la relación coste-eficacia del tratamiento en este escenario hipotético.

► No alcanza consenso



Conclusiones segunda ronda de preguntas

- Los resultados reflejan una percepción en general positiva hacia los nuevos tratamientos para el Alzheimer, aunque el consenso sobre el equilibrio entre beneficios y riesgos, especialmente los efectos adversos tipo ARIA, es solo moderado. Se valora su potencial transformador, pero persisten cautelas respecto a su implementación clínica.
- No se alcanza consenso sobre el papel de la Medicina Familiar y Comunitaria en el cribado y derivación de pacientes. Aunque se reconoce su importancia en el proceso asistencial, existen dudas sobre su capacidad real para reducir la carga de trabajo en los servicios de Neurología.
- Se percibe riesgo de sobrecarga en Neurología y Radiología ante la incorporación de estas terapias, con especial preocupación por los tiempos de diagnóstico y seguimiento, si bien no se considera que vaya a perjudicar gravemente la atención de otros pacientes.
- Se anticipan diferencias entre comunidades autónomas en el acceso a los tratamientos, lo que genera inquietud sobre la equidad territorial, aunque no se alcanza consenso pleno sobre la magnitud de este impacto.
- En cuanto a los recursos disponibles, la mayoría considera posible cumplir con los seguimientos y pruebas exigidos, aunque persisten dudas sobre la capacidad de los centros para garantizar los tiempos requeridos y responder con rapidez ante complicaciones como ARIA.
- No se considera necesaria la dedicación exclusiva de radiólogos para estos pacientes, pero sí se destaca la necesidad de fortalecer la coordinación y la comunicación entre servicios implicados en el proceso asistencial.
- Desde el punto de vista económico, la mayoría no prevé un impacto negativo directo en los presupuestos de Neurología, aunque se mantiene cierta incertidumbre sobre la sostenibilidad y la coste-efectividad de los tratamientos a medio plazo.

Minutas de la reunión

La III Reunión de Jefes de Servicio de Neurología que organizó la SEN, encabezada por el Dr. David Pérez, jefe del Servicio de Neurología del Hospital 12 de Octubre de Madrid, se centró en los retos organizativos y estratégicos que supone la incorporación de las nuevas terapias para la enfermedad de Alzheimer en el sistema sanitario español. Estas terapias, aprobadas recientemente por la FDA y la EMA, representan un cambio de paradigma en el abordaje de las enfermedades neurodegenerativas, al combinar el diagnóstico precoz mediante biomarcadores con tratamientos modificadores de la enfermedad.

Los moderadores destacaron que estamos ante una doble revolución: por un lado, la posibilidad de identificar el Alzheimer en fases muy tempranas, incluso antes de que aparezcan síntomas clínicos relevantes, y por otro, la opción de intervenir terapéuticamente sobre el proceso patológico. Este nuevo escenario exige una reorganización profunda de la atención, basada en la colaboración entre la atención primaria, los hospitales de distintos niveles y las unidades de memoria especializadas.

Durante la sesión se presentó una cadena de valor asistencial estructurada en cuatro fases principales: cribado, selección de pacientes, confirmación diagnóstica y tratamiento. En cada una de ellas se identificaron diferentes cuellos de botella, entre los que destacan la baja detección del deterioro cognitivo leve en atención primaria, los largos tiempos de espera para acceder al diagnóstico y la necesidad de equipos multidisciplinares que garanticen una adecuada selección y seguimiento de los pacientes candidatos a las nuevas terapias.

El debate posterior contó con la participación de varios especialistas, que aportaron distintas perspectivas sobre la asignación de recursos, la creación de comités clínicos, la formación de los médicos de atención primaria y la puesta en marcha del modelo “hub and spoke” para optimizar la red asistencial. También se abordaron cuestiones relacionadas con la financiación y la equidad territorial en el acceso a los tratamientos, con la intervención de representantes de la industria farmacéutica, quienes señalaron que el proceso de reembolso se encuentra en fase avanzada y que los medicamentos podrían estar disponibles en España en un horizonte de meses.

Finalmente, las dos rondas de preguntas y encuestas reflejaron un amplio consenso sobre el impacto transformador de estas terapias y la necesidad de reorganizar la atención, aunque persistieron diferencias en torno al cribado en atención primaria, los recursos diagnósticos y la equidad en el acceso. A continuación, se resumen las principales preocupaciones y propuestas de los especialistas.

Conclusiones y perspectivas futuras

Asistencial

Se espera un incremento significativo de la demanda en Neurología y Radiología, lo que requerirá adaptar procesos, optimizar agendas y reforzar el seguimiento de pacientes. La atención primaria tendrá un papel clave en el cribado precoz, pero necesitará formación específica y herramientas diagnósticas más sensibles. Se prevé además la consolidación de equipos multidisciplinares integrando neurólogos, radiólogos, enfermería especializada, neuropsicólogos y especialistas en medicina nuclear.

Organizativa

El modelo “hub and spoke” podría generalizarse, permitiendo que hospitales de primer y segundo nivel se centren en cribado y seguimiento, mientras que los centros de referencia gestionen confirmación diagnóstica y administración de terapias. Los comités clínicos multidisciplinares se consolidarán como eje de la toma de decisiones, y la coordinación entre niveles asistenciales se reforzará mediante sistemas de comunicación bidireccionales y trazabilidad en la historia clínica electrónica.

Clínica

Los avances en diagnóstico precoz y biomarcadores permitirán identificar pacientes en fases tempranas y optimizar la eficacia de los tratamientos. La introducción de terapias anti-amiloide representa un cambio de paradigma, que en el futuro podría complementarse con tratamientos dirigidos a otros mecanismos de la enfermedad. La monitorización de efectos adversos como ARIA exigirá protocolos de respuesta rápida y mayor disponibilidad de pruebas de imagen en tiempos críticos.

Económica y de acceso

Se espera que los tratamientos estén financiados y disponibles en un plazo de meses, aunque podrían existir diferencias entre comunidades autónomas. Persiste incertidumbre sobre la coste-efectividad y la sostenibilidad a medio plazo, lo que refuerza la necesidad de análisis farmacoeconómicos y estrategias de optimización de recursos, como la formación de personal y el aumento de plazas MIR de neurología.

Investigación y prevención

Los programas de salud cerebral combinando tratamiento farmacológico e intervenciones preventivas podrían consolidarse como una estrategia prioritaria, generando datos sobre eficacia y ahorro sanitario. La investigación en biomarcadores y terapias combinadas permitirá anticipar la evolución de la enfermedad y personalizar los tratamientos, favoreciendo un enfoque más proactivo y preventivo.

Anexo I. Cuestionario analizado.

Impacto de las nuevas terapias anti-amiloide en las unidades de neurología

Introducción

En abril de 2025, la Comisión Europea (CE) otorgó la autorización de comercialización a Leqembi® (lecanemab) para pacientes con enfermedad de Alzheimer en etapa temprana, limitando el uso de este medicamento a pacientes que tienen una o ninguna copia de ApoE4, una determinada forma del gen de la proteína apolipoproteína E.

Por otro lado, Kisunla® (donanemab) recientemente ha recibido una respuesta negativa a la autorización de comercialización por parte de la EMA. El laboratorio comercializador ha pedido una reevaluación, por lo que no se puede descartar que obtenga la autorización de comercialización en un futuro cercano.

La entrada de estos nuevos tratamientos va a marcar un cambio de paradigma en el manejo del paciente con enfermedad de Alzheimer en las unidades de neurología.

Instrucciones

A continuación, se plantean una serie de preguntas y/o afirmaciones relacionadas con el manejo del paciente con enfermedad de Alzheimer ante este nuevo escenario. El objetivo es identificar las dificultades y retos que plantea la incorporación de estos fármacos al sistema sanitario y generar un consenso entre expertos.

Por favor, lea y responda con atención todas las preguntas.

Bloque 1: Datos personales

En el caso de querer participar en una publicación que recoja los datos de esta encuesta, rellene los campos opcionales con su nombre, apellidos, centro de trabajo y municipio.

1. Nombre (opcional)

Texto libre

2. Apellidos (opcional)

Texto libre

3. Centro de trabajo (opcional)

Texto libre

4. Municipio (opcional)

Texto libre

5. Provincia

Álava/Araba

Albacete
Alicante/Alacant
Almería
Asturias
Ávila
Badajoz
Barcelona
Vizcaya/Bizkaia
Burgos
Cáceres
Cádiz
Cantabria
Castellón/Castelló
Ceuta
Ciudad Real
Córdoba
A Coruña
Cuenca
Guipúzcoa/Gipuzkoa
Gerona/Girona
Granada
Guadalajara
Huelva
Huesca
Islas Baleares/Illes Balears
Jaén
León
Lérida/Lleida
Lugo
Madrid
Málaga
Melilla
Murcia
Navarra
Ourense
Palencia
Las Palmas
Pontevedra
La Rioja
Salamanca
Santa Cruz de Tenerife
Segovia
Sevilla
Soria
Tarragona
Teruel
Toledo
Valencia/València
Valladolid

Zamora
Zaragoza

6. Comunidad Autónoma
 - Andalucía
 - Aragón
 - Principado de Asturias
 - Islas Baleares/Illes Balears
 - Canarias
 - Cantabria
 - Castilla y León
 - Castilla-La Mancha
 - Cataluña/Catalunya
 - Comunidad Valenciana/Comunitat Valenciana
 - Extremadura
 - Galicia
 - Comunidad de Madrid
 - Región de Murcia
 - Comunidad Foral de Navarra
 - País Vasco/Euskadi
 - La Rioja
 - Ceuta
 - Melilla

7. ¿Cuál es la procedencia de los pacientes que atiende usted en consulta?

- Pacientes del Sistema Nacional de Salud
- Pacientes privados
- Pacientes del Sistema Nacional de Salud y privados

8. La cita del paciente con Neurología se realiza a través de:

- Médico de Familia y otros especialistas
- El paciente se cita directamente con el neurólogo
- Ambos sistemas

Bloque 2: percepción general

Indique su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

1. La entrada de estos nuevos fármacos supone un cambio de paradigma en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer.
 - Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo

2. Las mejoras cognitivas reportadas por los ensayos clínicos podrían ser relevantes en la práctica clínica.
 - Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
3. Los nuevos tratamientos son seguros si se siguen las pautas de monitorización del paciente.
 - Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
4. El beneficio compensa el riesgo de ARIA y otros efectos secundarios.
 - Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo

Bloque 3: acceso a la consulta de Neurología

Indique su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

1. La entrada de estos nuevos fármacos puede desencadenar un efecto llamada a las consultas de Neurología entre los pacientes con deterioro cognitivo
 - Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
2. La atención y tratamiento de los pacientes con Enfermedad de Alzheimer incrementará la lista de espera en las consultas de Neurología
 - Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo

3. En el caso de los pacientes del Sistema Nacional de Salud, Medicina Familiar y Comunitaria puede tener la capacidad de filtrar los casos candidatos a recibir tratamiento y, por tanto, la sobrecarga del servicio de Neurología será menor.
 - Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
4. Será clave el papel de Medicina Familiar y Comunitaria para hacer un cribado exhaustivo de los pacientes con deterioro cognitivo y evitar la derivación a Neurología de pacientes no candidatos a recibir tratamiento.
 - Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
5. Será necesario un programa de formación específico en Medicina Familiar y Comunitaria sobre el manejo del paciente con Enfermedad de Alzheimer por su papel en el cribado.
 - Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
6. La atención y tratamiento de los pacientes con Enfermedad de Alzheimer podría perjudicar a otros pacientes como consecuencia de los tiempos de espera.
 - Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
7. En las Comunidades Autónomas con población más envejecida el impacto de la entrada de nuevos tratamientos será mayor.
 - Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo

8. Existirán diferencias en el acceso al tratamiento entre diferentes Comunidades Autónomas, que pueden motivar el desplazamiento de los pacientes hacia aquellas en las que el acceso es más sencillo.
 - Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo

9. Describa brevemente cuál espera que sea el itinerario que siga el paciente desde la primera consulta en Medicina Familiar y Comunitaria hasta la prescripción del tratamiento en su entorno.

Texto libre

Bloque 4: Tiempos de espera

1. Dado que el tratamiento solo está indicado en estadios iniciales de la enfermedad, ¿cree que los tiempos de espera desde que el paciente acude al médico de familia hasta que es recibido en la Unidad de Memoria pueden perjudicar al paciente?
 - Sí
 - No

2. ¿Cuál es el tiempo máximo de espera que considera que debería plantearse para estos pacientes desde la primera consulta en Medicina Familiar y Comunitaria hasta la toma de decisión sobre el tratamiento en la Unidad de Memoria?

Texto libre

3. ¿Una vez el paciente sea admitido en la Unidad de Memoria y reciba tratamiento, serán capaces de cumplir con los tiempos de las pruebas y consultas de seguimiento según requieren estos tratamientos?
 - Sí, en todos los casos
 - Generalmente sí
 - Generalmente no
 - No
 - No lo sé

Bloque 5: disponibilidad de recursos

1. ¿Dispone en su centro de los recursos necesarios para realizar las siguientes pruebas?
 - Resonancia magnética: sí/no
 - PET: sí/no
 - TAC: sí/no

- Biomarcadores de enfermedad de Alzheimer en líquido cefalorraquídeo: sí/no
 - Prueba genética *ApoE*: sí/no
2. ¿Dispone su centro hospital de día?
- Sí
 - No
3. ¿Cuál es el tiempo medio de espera para realizar una resonancia magnética en su centro?
- Texto libre
4. En su opinión, ¿su centro será capaz de realizar las resonancias magnéticas necesarias para el seguimiento de los pacientes con Enfermedad de Alzheimer según los tiempos indicados en la Ficha Técnica de estos medicamentos?
- Sí
 - No
 - No lo sé
5. En caso de ARIA, ¿cree que será posible obtener los resultados de la resonancia magnética en un periodo inferior a 24h?
- Sí
 - No
 - No lo sé

Bloque 6: equipo multidisciplinar

1. ¿Qué profesionales sanitarios **pueden ser necesarios** para manejar los pacientes con Enfermedad de Alzheimer en este nuevo escenario? (seleccione todas las casillas que apliquen)
- Médico de familia
 - Internista
 - Intensivista
 - Neurólogo
 - Genetista
 - Radiólogo
 - Personal de laboratorio
 - Psicólogo clínico
 - Neuropsicólogo
 - Patólogo
 - Cardiólogo
 - Logopeda
 - Gestor de casos
 - Enfermero especializado
 - Psiquiatra

- Geriatra
 - Terapeuta ocupacional
 - Fisioterapeuta
 - Rehabilitador
 - Otros: texto libre
2. ¿Qué profesionales sanitarios formarán parte **indispensable** de equipo multidisciplinar que maneje los pacientes con Enfermedad de Alzheimer en este nuevo escenario?
1. Médico de familia
 2. Internista
 3. Intensivista
 4. Neurólogo
 5. Genetista
 6. Radiólogo
 7. Personal de laboratorio
 8. Psicólogo clínico
 9. Neuropsicólogo
 10. Patólogo
 11. Cardiólogo
 12. Neurocirujano
 13. Logopeda
 14. Gestor de casos
 15. Enfermero especializado
 16. Psiquiatra
 17. Geriatra
 18. Terapeuta ocupacional
 19. Fisioterapeuta
 20. Rehabilitador
 21. Otros: texto libre
3. ¿Qué profesionales sanitarios necesitarán recibir formación específica actualizada sobre el manejo de la Enfermedad de Alzheimer como consecuencia de la entrada de estos nuevos fármacos?
- Médico de familia
 - Internista
 - Intensivista
 - Neurólogo
 - Genetista
 - Radiólogo
 - Personal de laboratorio
 - Psicólogo clínico
 - Neuropsicólogo
 - Patólogo
 - Cardiólogo
 - Neurocirujano
 - Logopeda

- Gestor de casos
- Enfermero especializado
- Psiquiatra
- Geriatra
- Terapeuta ocupacional
- Fisioterapeuta
- Rehabilitador
- Otros: texto libre

Indique su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

4. Será necesario formar equipos multidisciplinares específicos para atender a los pacientes con Enfermedad de Alzheimer.
 - Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
5. El neurólogo deberá ser el responsable de coordinar al equipo multidisciplinar que atienda al paciente con Enfermedad de Alzheimer.
 - Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
6. Los radiólogos que realicen las resonancias magnéticas en estos pacientes deberán recibir formación específica.
 - Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
7. Deberán existir radiólogos dedicados exclusivamente a atender las necesidades del servicio de neurología en relación con los pacientes con Enfermedad de Alzheimer.
 - Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo

8. Existen herramientas de coordinación y comunicación suficientes para asegurar que todos los servicios trabajen de forma coordinada en la atención al paciente con Enfermedad de Alzheimer
- Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo

Bloque 7: incremento de la carga de trabajo

1. ¿Sobre qué servicios prevé que se produzca un incremento de la carga de trabajo como consecuencia de la entrada de los nuevos tratamientos? (seleccione todas las casillas que apliquen)
 1. Medicina de familia
 2. Medicina interna
 3. Cuidados intensivos
 4. Neurología
 5. Diagnóstico genético
 6. Radiología
 7. Análisis clínicos
 8. Psicología
 9. Cirugía cardiovascular
 10. Anatomía patológica
 11. Cardiología
 12. Logopedia
 13. Psiquiatría
 14. Geriatría
 15. Terapia ocupacional
 16. Fisioterapia
 17. Rehabilitación
 18. Hospital de día
 19. Urgencias
 20. Otros: texto libre
2. ¿Sobre qué 3 servicios prevén que se produzca el **mayor incremento** en la carga de trabajo? (limitar a 3 respuestas)
 1. Medicina de familia
 2. Medicina interna
 3. Cuidados intensivos
 4. Neurología
 5. Diagnóstico genético
 6. Radiología
 7. Análisis clínicos
 8. Psicología
 9. Cirugía cardiovascular
 10. Anatomía patológica
 11. Cardiología
 12. Logopedia

13. Psiquiatría
14. Geriatría
15. Terapia ocupacional
16. Fisioterapia
17. Rehabilitación
18. Hospital de día
19. Urgencias

3. ¿Qué servicios tendrán que adaptar su funcionamiento para poder hacer frente a la entrada de los nuevos tratamientos? (seleccione todas las casillas que apliquen)

1. Medicina de familia
2. Medicina interna
3. Cuidados intensivos
4. Neurología
5. Diagnóstico genético
6. Radiología
7. Análisis clínicos
8. Psicología
9. Cirugía cardiovascular
10. Anatomía patológica
11. Cardiología
12. Logopedia
13. Psiquiatría
14. Geriatría
15. Terapia ocupacional
16. Fisioterapia
17. Rehabilitación
18. Hospital de día
19. Urgencias
20. Otros: texto libre

4. Siguiendo el recorrido del paciente, ¿dónde espera que se produzca un cuello de botella que dificulte el tratamiento de estos pacientes? (seleccione todas las casillas que apliquen)

1. Medicina de familia
2. Neurología general
3. Evaluación neuropsicológica
4. Unidad de memoria
5. PET/TAC
6. Pruebas de biomarcadores
7. Pruebas genéticas
8. Resonancia magnética previa al tratamiento
9. Resonancias magnéticas durante el tratamiento
10. Administración del fármaco en hospital de día
11. Otros: texto libre

5. Del listado anterior, indique cuáles son para usted los 3 principales cuellos de botella en orden de prioridad.

1. Desplegable con todas las respuestas anteriores.
2. Desplegable con todas las respuestas anteriores.
3. Desplegable con todas las respuestas anteriores.

Bloque 8: aspectos económicos

1. Indique si está de acuerdo con la siguiente afirmación: la inclusión de los nuevos tratamientos para la Enfermedad de Alzheimer va a conllevar un recorte en otras partidas presupuestarias dentro del servicio de Neurología.
 - Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
2. ¿Cree que existirá alguna restricción en la prescripción de los nuevos tratamientos?

Texto libre

3. El tratamiento en EE. UU. tiene un coste reportado de 27000 \$ anuales. En el caso hipotético de que el tratamiento en España tuviese un coste equivalente, ¿Cree que el tratamiento es coste-efectivo teniendo en cuenta no solo el coste del medicamento, sino los demás gastos derivados de la administración del fármaco y seguimiento del paciente?
 - Sí
 - No
 - No lo sé
 - Solo en algunos casos
4. ¿Cuál cree que sería el coste-eficacia razonable para estos nuevos tratamientos en Alzheimer?

Texto libre

Bloque 9: conclusión

1. ¿Cuál es su mayor preocupación ante la entrada de los nuevos tratamientos para el Enfermedad de Alzheimer?

Texto libre

Anexo II. Tablas resultados primera ronda.

BLOQUE 2	Totalmente de acuerdo n(%)	De acuerdo n(%)	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo n(%)	En desacuerdo n(%)	Totalmente en desacuerdo n(%)	Media	DE	Mediana	RIC	Consenso >70%
1. La entrada de estos nuevos fármacos supone un cambio de paradigma en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer.	39(67,25%)	18(31,03%)	0(0%)	1(1,72%)	0(0%)	1,36	0,58	1	0	Sí
2. Las mejoras cognitivas reportadas por los ensayos clínicos podrían ser relevantes en la práctica clínica.	5(8,62%)	37(63,79%)	11(18,97%)	4(6,90%)	1(1,72%)	2,29	0,79	2	0	Sí
3. Los nuevos tratamientos son seguros si se siguen las pautas de monitorización del paciente.	7(12,07%)	41(70,69%)	9(15,52%)	1(1,72%)	0(0%)	2,07	0,59	2	0	Sí
4. El beneficio compensa el riesgo de ARIA y otros efectos secundarios.	4(6,90%)	30(51,72%)	19(32,76%)	4(6,90%)	1(1,72%)	2,45	0,78	2	0	No

DE: Desviación Estándar; RIC: Rango intercuartílico

BLOQUE 3	Totalmente de acuerdo n(%)	De acuerdo n(%)	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo n(%)	En desacuerdo n(%)	Totalmente en desacuerdo n(%)	Media	DE	Mediana	RIC	Consenso
1. La entrada de estos nuevos fármacos puede desencadenar un efecto llamada a las consultas de Neurología entre los pacientes con deterioro cognitivo.	44(75,86%)	13(22,42%)	0(0%)	1(1,72%)	0(0%)	1,28	0,56	1	0	Sí
2. La atención y tratamiento de los pacientes con Enfermedad de Alzheimer incrementará la lista de espera en las consultas de Neurología.	39(67,25%)	16(27,58%)	1(1,72%)	2(3,45%)	0(0%)	1,4138	0,70 17	1	0	Sí
3. En el caso de los pacientes del Sistema Nacional de Salud, Medicina Familiar y Comunitaria puede tener la capacidad de filtrar los casos candidatos a recibir tratamiento y, por tanto, la sobrecarga del servicio de Neurología será menor.	9(15,52%)	18(31,03%)	7(12,07%)	19(32,76%)	5(8,62%)	2,88	1,27	3	1	No
4. Será clave el papel de Medicina Familiar y Comunitaria para hacer un cribado exhaustivo de los pacientes con deterioro cognitivo y evitar la derivación a Neurología de pacientes no candidatos a recibir tratamiento.	19(32,76%)	23(39,65%)	4(6,90%)	10(17,24%)	2(3,45%)	2,19	1,18	2	1	Sí

5. Será necesario un programa de formación específico en Medicina Familiar y Comunitaria sobre el manejo del paciente con Enfermedad de Alzheimer por su papel en el cribado.	33(56,90%)	19(32,76%)	5(8,62%)	1(1,72%)	0(0%)	1,55	0,73	1	0	Sí
6. La atención y tratamiento de los pacientes con Enfermedad de Alzheimer podría perjudicar a otros pacientes como consecuencia de los tiempos de espera.	13(22,42%)	26(44,82%)	13(22,42%)	5(8,62%)	1(1,72%)	2,22	0,96	2	0	No
7. En las Comunidades Autónomas con población más envejecida el impacto de la entrada de nuevos tratamientos será mayor.	19(32,76%)	30(51,72%)	4(6,90%)	5(8,62%)	0(0%)	1,91	0,86	2	1	Sí
8. Existirán diferencias en el acceso al tratamiento entre diferentes Comunidades Autónomas, que pueden motivar el desplazamiento de los pacientes hacia aquellas en las que el acceso es más sencillo.	15(25,86%)	22(37,93%)	10(17,24%)	11(18,97%)	0(0%)	2,29	1,06	2	0,75	No

DE: Desviación Estándar; RIC: Rango intercuartílico

BLOQUE 4	Sí n (%)	No n (%)	-	-	-	Media	DE	Mediana	RIC	Consenso
1. Dado que el tratamiento solo está indicado en estadios iniciales de la enfermedad, ¿cree que los tiempos de espera desde que el paciente acude al médico de familia hasta que es recibido en la Unidad de Memoria pueden perjudicar al paciente?	48(82.76%)	10 (17.24%)				-	-	-	-	Si
3. ¿Una vez el paciente sea admitido en la Unidad de Memoria y reciba tratamiento, serán capaces de cumplir con los tiempos de las pruebas y consultas de seguimiento según requieren estos tratamientos?	Sí, en todos los casos n (%)	Generalmente sí n (%)	Generalmente no n (%)	No n (%)	No lo sé n (%)	Media	DE	Mediana	RIC	NO
	1(1,72%)	27(46,55%)	12(20,69%)	5(8,62%)	13(22,42%)	3,03	1,23	3	1	

DE: Desviación Estándar; RIC: Rango intercuartílico

BLOQUE 5	Opciones		Porcentaje					Consenso	
1. ¿Dispone en su centro de los recursos necesarios para realizar las siguientes pruebas?	1. Resonancia magnética n (%)		58 (100%)					Sí	
	2. PET n (%)		50 (86,21%)						
	3. TAC n (%)		56 (96,55%)						
	4. Biomarcadores de enfermedad de Alzheimer en líquido cefalorraquídeo (LCR) n (%)		57 (94,28%)						
	5. Prueba genética ApoE n (%)		55 (98,83%)						
2. ¿Dispone su centro hospital de día?	Sí n (%)		58 (100%)					Sí	
	No n (%)		-						
	Sí n (%)	No n (%)	No lo sé n (%)	Media	DE	Mediana	RIC	Consenso	
4. En su opinión, ¿su centro será capaz de realizar las resonancias magnéticas necesarias para el seguimiento de los pacientes con Enfermedad de Alzheimer según los tiempos indicados en la Ficha Técnica de estos medicamentos?	24 (41,38%)	13 (22,42%)	17 (29,32%)	1,87	2	0,87	1	NO	
5. En caso de ARIA, ¿cree que será posible obtener los resultados de la resonancia magnética en un periodo inferior a 24h?	Sí n (%)	No n (%)	No lo sé n (%)	1,65	1	0,83	0	NO	
	31 (53,45%)	11 (18,97%)	12 (20,69%)						

DE: Desviación Estándar; RIC: Rango intercuartílico

BLOQUE 6	Opciones	Porcentaje	Consenso
1. ¿Qué profesionales sanitarios pueden ser necesarios para manejar los pacientes con Enfermedad de Alzheimer en este nuevo escenario?	1. Médico de familia	49 (92,45%)	
	2. Internista	5 (9,43%)	
	3. Intensivista	18 (33,96%)	

	4. Neurólogo	53 (100,0%)	
	5. Genetista	25 (47,17%)	
	6. Radiólogo	53 (100,0%)	
	7. Personal de laboratorio	46 (86,79%)	
	8. Psicólogo clínico	11 (20,75%)	
	9. Neuropsicólogo	46 (86,79%)	
	10. Patólogo	0 (0,0%)	
	11. Cardiólogo	4 (7,55%)	
	12. Logopeda	10 (18,87%)	
	13. Gestor de casos	41 (77,36%)	
	14. Enfermero especializado	41 (77,36%)	
	15. Psiquiatra	19 (35,85%)	
	16. Geriatra	14 (26,42%)	
	17. Terapeuta ocupacional	16 (30,19%)	
	18. Fisioterapeuta	15 (28,30%)	
	19. Rehabilitador	14 (26,42%)	
	20. Otros (Trabajador social, Medicina nuclear, etc.)	Trabajador social" (1), "Medicina nuclear" (2), "Rehabilitación cognitiva" (1), y "Médico de urgencias" (1), con baja frecuencia (6.90%).	
2. ¿Qué profesionales sanitarios formarán parte indispensable de equipo multidisciplinar que maneje los pacientes con Enfermedad de Alzheimer en este nuevo escenario?	1. Médico de familia	43 (79,63%)	
	2. Internista	1 (1,85%)	
	3. Intensivista	5 (9,26%)	

3. ¿Qué profesionales sanitarios necesitarán recibir formación específica actualizada sobre el manejo de la Enfermedad de Alzheimer como consecuencia de la entrada de estos nuevos fármacos?	4. Neurólogo	54 (100,0%)	
	5. Genetista	11 (20,37%)	
	6. Radiólogo	51 (94,44%)	
	7. Personal de laboratorio	28 (51,85%)	
	8. Psicólogo clínico	4 (7,41%)	
	9. Neuropsicólogo	38 (70,37%)	
	10. Patólogo	0 (0,0%)	
	11. Cardiólogo	0 (0,0%)	
	12. Neurocirujano	4 (7,41%)	
	13. Logopeda	1 (1,85%)	
	14. Gestor de casos	33 (61,11%)	
	15. Enfermero especializado	36 (66,67%)	
	16. Psiquiatra	11 (20,37%)	
	17. Geriatra	10 (18,52%)	
	18. Terapeuta ocupacional	4 (7,41%)	
	19. Fisioterapeuta	2 (3,70%)	
	20. Rehabilitador	3 (5,56%)	
	21. Otros:	-	
	1. Médico de familia	51 (94,44%)	
	2. Internista	12 (22,22%)	
	3. Intensivista	12 (22,22%)	

	4. Neurólogo	41 (75,93%)								
	5. Genetista	6 (11,11%)								
	6. Radiólogo	50 (92,59%)								
	7. Personal de laboratorio	13 (24,07%)								
	8. Psicólogo clínico	4 (7,41%)								
	9. Neuropsicólogo	23 (42,59%)								
	10. Patólogo	0 (0,0%)								
	11. Cardiólogo	1 (1,85%)								
	12. Logopeda	6 (11,11%)								
	13. Gestor de casos	5 (9,26%)								
	14. Enfermero especializado	21 (38,89%)								
	15. Psiquiatra	33 (61,11%)								
	16. Geriatra	9 (16,67%)								
	17. Terapeuta ocupacional	13 (24,08%)								
	18. Fisioterapeuta	7 (12,96%)								
	19. Rehabilitador	6 (11,11%)								
	Totalmente de acuerdo n (%)	De acuerdo n (%)	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo n (%)	En desacuerdo n (%)	Totalmente en desacuerdo n (%)	Media	DE	Mediana	RIC	Consenso
4. Será necesario formar equipos multidisciplinares específicos para atender a los pacientes con Enfermedad de Alzheimer.	38 (65,52%)	18 (31,03%)	2 (3,45%)	0 (0%)	0 (0%)	1,38	1	0,56	0	Sí

5. El neurólogo deberá ser el responsable de coordinar al equipo multidisciplinar que atienda al paciente con Enfermedad de Alzheimer.	55(94,83%)	3(5,17%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	1,05	1	0,22	0	Sí
6. Los radiólogos que realicen las resonancias magnéticas en estos pacientes deberán recibir formación específica.	37 (63,79%)	17 (29,32%)	3 (5,17%)	1 (1,72%)	0 (0%)	1,45	1	0,68	0	Sí
7. Deberán existir radiólogos dedicados exclusivamente a atender las necesidades del servicio de neurología en relación con los pacientes con Enfermedad de Alzheimer.	1 (1,72%)	13 (22,42%)	25 (43,10%)	19 (32,76%)	0 (0%)	3,07	3	0,79	0	No
8. Existen herramientas de coordinación y comunicación suficientes para asegurar que todos los servicios trabajen de forma coordinada en la atención al paciente con Enfermedad de Alzheimer.	8 (13,79%)	24 (41,38%)	15 (25,86%)	7 (12,07%)	4 (6,90%)	2,57	2	1,09	0	No

DE: Desviación Estándar; RIC: Rango intercuartílico

BLOQUE 7	Opciones	Porcentaje	Consenso
	1. Medicina de familia	43 (74.14%)	
	2. Medicina interna	2 (3.45%)	
	3. Cuidados intensivos	3 (5.17%)	
	4. Neurología	58 (100.0%)	
1. ¿Sobre qué servicios prevé que se produzca un incremento de la carga de trabajo como consecuencia de la entrada de los nuevos tratamientos?	5. Diagnóstico genético	23 (39.66%)	
	6. Radiología	57 (98.28%)	
	7. Análisis clínicos	38 (65.52%)	
	8. Psicología	14 (24.14%)	
	9. Cirugía cardiovascular	0 (0.0%)	
	10. Anatomía patológica	0 (0.0%)	
	11. Cardiología	0 (0.0%)	

2. ¿Sobre qué 3 servicios prevé que se produzca el mayor incremento en la carga de trabajo?	12. Logopedia	0 (0.0%)	
	13. Psiquiatría	6 (10.35%)	
	14. Geriatría	12 (20.69%)	
	15. Terapia ocupacional	2 (3.45%)	
	16. Fisioterapia	1 (1.72%)	
	17. Rehabilitación	3 (5.17%)	
	18. Hospital de día	38 (65.52%)	
	19. Urgencias	10 (17.24%)	
	20. Otros: texto libre	3 (5.17%)	
	1. Medicina de familia	25 (43.10%)	
	2. Medicina interna	1 (1.72%)	
	3. Cuidados intensivos	0 (0.0%)	
	4. Neurología	58 (100.0%)	
	5. Diagnóstico genético	4 (6.90%)	
	6. Radiología	52 (89.66%)	
	7. Análisis clínicos	7 (12.01%)	
	8. Psicología	2 (3.45%)	
	9. Cirugía cardiovascular	0 (0.0%)	
	10. Anatomía patológica	0 (0.0%)	
	11. Cardiología	0 (0.0%)	
	12. Logopedia	0 (0.0%)	

	13. Psiquiatría	0 (0.0%)	
	14. Geriatría	1 (1.72%)	
	15. Terapia ocupacional	0 (0.0%)	
	16. Fisioterapia	0 (0.0%)	
	17. Rehabilitación	0 (0.0%)	
	18. Hospital de día	21 (36.21%)	
	19. Urgencias	0 (0.0%)	
3. ¿Qué servicios tendrán que adaptar su funcionamiento para poder hacer frente a la entrada de los nuevos tratamientos?	1. Medicina de familia	27 (46.55%)	
	2. Medicina interna	1 (1.72%)	
	3. Cuidados intensivos	0 (0.0%)	
	4. Neurología	58 (100.0%)	
	5. Diagnóstico genético	15 (25.86%)	
	6. Radiología	58 (100.0%)	
	7. Análisis clínicos	21 (36.21%)	
	8. Psicología	6 (10.35%)	
	9. Cirugía cardiovascular	2 (3.44%)	
	10. Anatomía patológica	0 (0.0%)	
	11. Cardiología	0 (0.0%)	
	12. Logopedia	0 (0.0%)	
	13. Psiquiatría	8 (13.79%)	
	14. Geriatría	6 (10.35%)	

4. Siguiendo el recorrido del paciente, ¿dónde espera que se produzca un cuello de botella que dificulte el tratamiento de estos pacientes?	15. Terapia ocupacional	2 (3.44%)	
	16. Fisioterapia	2 (3.44%)	
	17. Rehabilitación	1 (1.72%)	
	18. Hospital de día	31 (53.45%)	
	19. Urgencias	6 (10.35%)	
	20. Otros: texto libre	1 (1.72%)	
5. Del listado anterior, indique cuáles son para usted los 3 principales cuellos de botella en orden de prioridad.	1. Medicina de familia	14 (24.14%)	
	2. Neurología general	47 (81.03%)	██████████
	3. Evaluación neuropsicológica	34 (58.62%)	
	4. Unidad de memoria	34 (58.62%)	
	5. PET/TAC	21 (36.21%)	
	6. Pruebas de biomarcadores	23 (39.66%)	
	7. Pruebas genéticas	16 (27.59%)	
	8. Resonancia magnética previa al tratamiento	39 (67.24%)	
	9. Resonancias magnéticas durante el tratamiento	55 (94.83%)	
	10. Administración del fármaco en hospital de día	51 (87.93%)	
	11. Otros: texto libre	0 (0.0%)	
Combinación (nombres)			
Neurología general, Unidad de memoria, Resonancia magnética previa al tratamiento		Frecuencia (%)	
Neurología general, Resonancias magnéticas durante el tratamiento, Administración del fármaco en hospital de día		5 (8.62%)	

Neurología general, Evaluación neuropsicológica, Resonancias magnéticas durante el tratamiento	4 (6.89%)	
Medicina de familia, Neurología general, Unidad de memoria	3 (5.17%)	
Neurología general, Evaluación neuropsicológica, Unidad de memoria	3 (5.17%)	
Neurología general, Resonancia magnética previa al tratamiento, Resonancias magnéticas durante el tratamiento	2 (3.44%)	
Neurología general, Unidad de memoria, Resonancias magnéticas durante el tratamiento	2 (3.44%)	
Evaluación neuropsicológica, Resonancia magnética previa al tratamiento, Resonancias magnéticas durante el tratamiento	2 (3.44%)	
Neurología general, Pruebas de biomarcadores, Resonancia magnética previa al tratamiento	2 (3.44%)	
Unidad de memoria, Resonancia magnética previa al tratamiento, Resonancias magnéticas durante el tratamiento	2 (3.44%)	
Neurología general, Unidad de memoria, PET/TAC	2 (3.44%)	
Medicina de familia, Neurología general, Evaluación neuropsicológica	2 (3.44%)	
Neurología general, PET/TAC, Administración del fármaco en hospital de día	1 (1.72%)	
Neurología general, Pruebas de biomarcadores, Resonancias magnéticas durante el tratamiento	1 (1.72%)	
Neurología general, Evaluación neuropsicológica, Resonancia magnética previa al tratamiento	1 (1.72%)	
Medicina de familia, Neurología general, Resonancias magnéticas durante el tratamiento	1 (1.72%)	
Medicina de familia, Neurología general, Neurología general	1 (1.72%)	
Unidad de memoria, Pruebas de biomarcadores, Resonancias magnéticas durante el tratamiento	1 (1.72%)	
Neurología general, Evaluación neuropsicológica, Pruebas de biomarcadores	1 (1.72%)	
Medicina de familia, Evaluación neuropsicológica, Resonancia magnética previa al tratamiento	1 (1.72%)	
Neurología general, PET/TAC, Resonancias magnéticas durante el tratamiento	1 (1.72%)	
Unidad de memoria, Pruebas genéticas, Resonancias magnéticas durante el tratamiento	1 (1.72%)	
Resonancia magnética previa al tratamiento, Resonancias magnéticas durante el tratamiento, Administración del fármaco en hospital de día	1 (1.72%)	

Evaluación neuropsicológica, Unidad de memoria, Resonancia magnética previa al tratamiento	1 (1.72%)	
Neurología general, Neurología general, Neurología general	1 (1.72%)	
Neurología general, Resonancia magnética previa al tratamiento, Administración del fármaco en hospital de día	1 (1.72%)	
Unidad de memoria, Resonancias magnéticas durante el tratamiento, Administración del fármaco en hospital de día	1 (1.72%)	
Unidad de memoria, Resonancia magnética previa al tratamiento, Administración del fármaco en hospital de día	1 (1.72%)	
Evaluación neuropsicológica, Unidad de memoria, Resonancias magnéticas durante el tratamiento	1 (1.72%)	
Medicina de familia, Neurología general, Resonancia magnética previa al tratamiento	1 (1.72%)	
Evaluación neuropsicológica, Unidad de memoria, Pruebas de biomarcadores	1 (1.72%)	
Neurología general, Evaluación neuropsicológica, PET/TAC	1 (1.72%)	
Medicina de familia, Unidad de memoria, Administración del fármaco en hospital de día	1 (1.72%)	
Evaluación neuropsicológica, PET/TAC, Resonancias magnéticas durante el tratamiento	1 (1.72%)	
Medicina de familia, Unidad de memoria, PET/TAC	1 (1.72%)	

BLOQUE 8	Totalmente de acuerdo n (%)	De acuerdo n (%)	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo n (%)	En desacuerdo n (%)	Totalmente en desacuerdo n (%)	Media	DE	Mediana	RIC	Consenso >70%
1. Indique si está de acuerdo con la siguiente afirmación: la inclusión de los nuevos tratamientos para la Enfermedad de Alzheimer va a conllevar un recorte en otras partidas presupuestarias dentro del servicio de Neurología.	6 (10,34%)	15 (25,86%)	23 (39,66%)	9 (15,52%)	5 (8,62%)	2,86	3	1,08	1	No
3. El tratamiento en EE. UU. tiene un coste reportado de 27000 \$ anuales. En el caso hipotético de que el tratamiento en España tuviese un coste equivalente, ¿Cree que el tratamiento es coste-efectivo teniendo en cuenta no solo el coste del medicamento, sino los demás gastos derivados de la administración del fármaco y seguimiento del paciente?	Sí n (%)	No n (%)	No lo sé n (%)	Solo en algunos casos n (%)	-	Media	DE	Mediana	RIC	No
	8 (13,79%)	12 (20,69%)	24 (41,38%)	14 (24,14%)	-	2,76	3	0,98	1	

DE: Desviación Estándar; RIC: Rango intercuartílico

Anexo III. Tabla resultados segunda ronda.

BLOQUE 2	Totalmente de acuerdo n (%)	De acuerdo n (%)	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo n (%)	En desacuerdo n (%)	Totalmente en desacuerdo n (%)	No contesta	Media	DE	Mediana	RIC	Consenso >70%
1. El beneficio compensa el riesgo de ARIA y otros efectos secundarios.	3 (10,3%)	18 (62,07%)	2 (6,897%)	0 (0%)	1 (3,44828%)	5 (17,24%)	2,083	0,77	2	0	Sí
BLOQUE 3	Totalmente de acuerdo n (%)	De acuerdo n (%)	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo n (%)	En desacuerdo n (%)	Totalmente en desacuerdo n (%)	No contesta	Media	DE	Mediana	RIC	Consenso >70%
2. Medicina Familiar y Comunitaria puede tener la capacidad de filtrar los casos candidatos a recibir tratamiento y, por tanto, la sobrecarga del servicio de Neurología será menor	2 (6,9%)	9 (31,03%)	0 (0%)	11 (37,931%)	2 (6,89655%)	5 (17,24%)	3,083	1,24	4	2	No
3. La atención y tratamiento de los pacientes con Enfermedad de Alzheimer podría perjudicar a otros pacientes como consecuencia de los tiempos de espera.	9 (31%)	9 (31,03%)	3 (10,345%)	6 (20,6897%)	0 (0%)	2 (6,9%)	2,22	1,15	2	1	No
4. Existirán diferencias en el acceso al tratamiento entre diferentes Comunidades Autónomas, que pueden motivar el desplazamiento de los pacientes hacia aquellas en las que el acceso es más sencillo.	8 (27,6%)	11 (37,93%)	2 (6,897%)	5 (17,2414%)	1 (3,44828%)	2 (6,9%)	2,25	1,19	2	1	No
BLOQUE 4	Sí, en todos los casos n (%)	Generalmente si n (%)	Generalmente no n (%)	No n (%)	No lo sé n (%)	No contesta	Media	DE	Mediana	RIC	Consenso >70%
5. ¿Una vez el paciente sea admitido en la Unidad de Memoria y reciba tratamiento, serán capaces de cumplir con los tiempos de las pruebas y consultas de seguimiento según requieren estos tratamientos?	0 (0%)	17 (58,62%)	8 (27,586%)	0(0%)	2 (6,89655%)	2 (6,9%)	2,51	0,84	2	0	No
BLOQUE 5	Sí n (%)	No n (%)	No lo sé n (%)			No contesta	Media	DE	Mediana	RIC	Consenso >70%
6. En su opinión, ¿su centro será capaz de realizar las resonancias magnéticas necesarias para el seguimiento de los pacientes con Enfermedad de Alzheimer según los tiempos indicados en la Ficha Técnica de estos medicamentos?	16 (55,2%)	6 (20,69%)	5 (17,241%)			2 (6,9%)	1,59	0,79	1	0	No

7. En caso de ARIA, ¿cree que será posible obtener los resultados de la resonancia magnética en un periodo inferior a 24h?	16 (55,2%)	9 (31,03%)	3 (10,345%)			1 (3,45%)	1,53	0,69	1	0	No
BLOQUE 6	Totalmente de acuerdo n (%)	De acuerdo n (%)	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo n (%)	En desacuerdo n (%)	Totalmente en desacuerdo n (%)	No contesta	Media	DE	Mediana	RIC	Consenso >70%
8. Deberán existir radiólogos dedicados exclusivamente a atender las necesidades del servicio de neurología en relación con los pacientes con Enfermedad de Alzheimer.	1 (3,4%)	3 (10,34%)	0 (0%)	15 (51,7241%)	6 (20,68966%)	4 (13,79%)	3,88	1,05	4	0	Sí
9. Existen herramientas de coordinación y comunicación suficientes para asegurar que todos los servicios trabajen de forma coordinada en la atención al paciente con Enfermedad de Alzheimer	2 (6,9%)	9 (31,03%)	4 (13,793%)	11 (37,931%)	1 (3,44828%)	2 (6,9%)	3	1,10	3	1	No
BLOQUE 8	Totalmente de acuerdo n (%)	De acuerdo n (%)	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo n (%)	En desacuerdo n (%)	Totalmente en desacuerdo n (%)	No contesta	Media	DE	Mediana	RIC	Consenso >70%
10. Indique si está de acuerdo con la siguiente afirmación: la inclusión de los nuevos tratamientos para la Enfermedad de Alzheimer va a conllevar un recorte en otras partidas presupuestarias dentro del servicio de Neurología.	0 (0%)	6 (20,69%)	1 (3,448%)	21 (72,4138%)	0 (0%)	1 (3,45%)	3,53	0,83	4	0,25	Sí
	Sí n (%)	No n (%)	No lo sé n (%)	Solo en algunos casos n (%)	-	No contesta	Media	DE	Mediana	RIC	Consenso >70%
11. El tratamiento en EE. UU. tiene un coste reportado de 27000 \$ anuales. En el caso hipotético de que el tratamiento en España tuviese un coste equivalente, ¿Cree que el tratamiento es coste-efectivo teniendo en cuenta no solo el coste del medicamento?	2 (6,9%)	17 (58,62%)	5 (17,241%)	3 (10,3448%)		2 (6,9%)	2,33	0,78	2	0	No

DE: Desviación Estándar; RIC: Rango intercuartílico



En colaboración con:

abbvie

Lilly

Eisai
hhc Human Health Care



Biogen



NOVARTIS

ESTEVE

Con la colaboración técnica de

Et al.
SCIENTIFIC