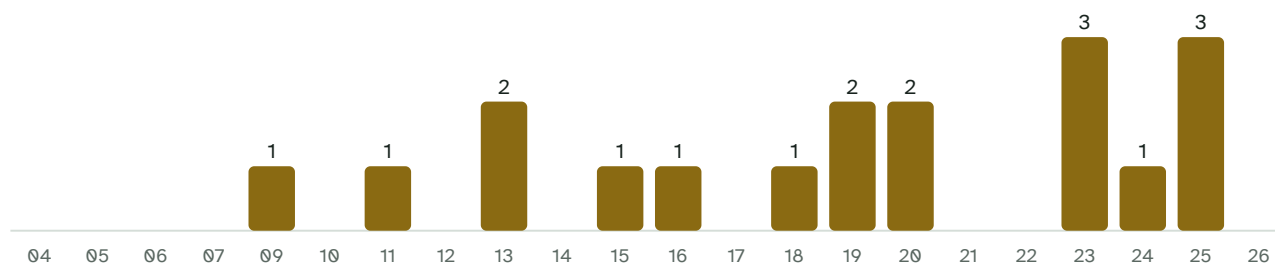


Demencias

La demencia es el gran síndrome geriátrico del deterioro cognitivo: un declive adquirido de varias funciones cognitivas con pérdida de autonomía. En el EIR cae sobre todo la enfermedad de Alzheimer (frecuencia, síntomas por fases y escala GDS de Reisberg), los test de cribado cognitivo, los síntomas conductuales y psicológicos y los consejos a la familia.

Apuntes para el EIR · versión 2026-09-29 · **sin revisión enfermera**. Todas las preguntas son reales, de exámenes EIR, con su año y su número; ninguna está escrita por IA. Las respuestas están en el solucionario, al final.

Cómo cae en el EIR



18 preguntas de este tema en 22 exámenes (2004-2026, ordinarias, clasificación segura).

Ningún concepto de este tema se ha repetido en dos exámenes distintos.

Índice

Resumen para repasar	3
Puntos clave	5
1. Concepto, epidemiología y clasificación	6
2. Deterioro cognitivo leve y diagnóstico diferencial	9
3. Enfermedad de Alzheimer: clínica, fases y escala GDS	12
4. Otras demencias: vascular, cuerpos de Lewy, frontotemporal y otras	17
5. Valoración cognitiva: test de cribado y escalas	19
6. Síntomas conductuales y psicológicos de la demencia (SCPD)	22
7. Cuidados: entorno, sueño, dolor y cuidador	24
Todas las preguntas del tema (18)	26
Preguntas que también podrían ser de este tema (4)	31
Solucionario	33
Fuentes	34

Resumen para repasar

1. Concepto, epidemiología y clasificación

- Demencia: déficit **adquirido** en más de un dominio cognitivo, con **pérdida de autonomía y conciencia clara** ^{F1,F3}
- **Edad**, principal factor de riesgo; prevalencia **mayor en mujeres** ^{F1}
- **Alzheimer 60-70 %** de las demencias; vascular 12,5-25 % ^{F1}
- Degenerativas de inicio insidioso; **multiinfarto e infarto estratégico, inicio agudo**; secundarias a veces tratables ^{F1}
- Alzheimer: ovillos y placas, **progresivo e irreversible**, no vascular ^{F1}
- Eurodem: 5,9-9,4 % en > 65; **se duplica cada 5 años** (1 % a 60-65, 32 % a 90-95) ^{F1}
- España: **500.000-750.000** personas con demencia ^{F1}
- CIE-10 exige memoria y **6 meses**; la SEN ya no exige amnesia ^{F1}

2. Deterioro cognitivo leve y diagnóstico diferencial

- DCL: **queja subjetiva de memoria** (paciente o informante), evidencia objetiva, ≥ 6 meses, **AVD conservadas** ^{F1}
- Progresión a demencia **10-15 % anual**; **no se recomiendan IACE** ^{F1,F2}
- Delirium: inicio **agudo**, conciencia fluctuante; demencia: inicio **lento**, conciencia clara ^{F1}
- Petersen (DCL amnésico): quejas, cognición global normal, defecto objetivo de memoria, **sin defectos funcionales relevantes** ^{F2}
- Estudio básico: analítica con **función tiroidea y vitamina B12** y neuroimagen (TAC o RM) ^{F2}
- Sospechar deterioro ante quejas corroboradas por un informador, desorientación o cambios de conducta ^{F1}

3. Enfermedad de Alzheimer: clínica, fases y escala GDS

- Primero **memoria episódica reciente**; después lenguaje, praxias y gnosias ^{F1}
- Fase leve: apatía, irritabilidad, depresión, ansiedad; frecuente **anosognosia** ^{F1}
- Estadificación: **GDS de Reisberg**, FAST, CDR ^{F1}
- **GDS 2** quejas; **GDS 4** olvida lo reciente y **negación**; **GDS 6** olvida el nombre del cónyuge; **GDS 7** pierde habla y marcha ^{F1}
- **IACE** en EA leve-moderada; **memantina** en moderada-grave ^{F1}
- La EA no suele durar **más de 15 años**; muerte por complicación intercurrente ^{F1}
- GDS 3: se pierde en lugar no familiar, **dificultad para evocar nombres de persona** ^{F1}
- GDS 5: necesita ayuda para escoger la ropa; frecuente desorientación en tiempo o lugar ^{F1}
- Lenguaje: pronto, dificultad para recordar nombres de objetos; después, **dificultad para leer o escribir** ^{F7}

4. Otras demencias: vascular, cuerpos de Lewy, frontotemporal y otras

- Vascular: **escalonada**; Hachinski ^{F1}
- Lewy: **fluctuaciones, alucinaciones visuales, parkinsonismo**, sensibilidad a neurolépticos ^{F1}
- Frontotemporal: **desinhibición, hiperoralidad**, cambios de personalidad, memoria poco afectada al inicio ^{F1}
- Parkinson-demencia: ≥ 1 año entre parkinsonismo y demencia ^{F1}
- Huntington: **autosómica dominante**, cromosoma 4; Creutzfeldt-Jakob: muerte en < 1 año ^{F1}
- Frontotemporal: **segunda causa en menores de 65** ^{F1}

5. Valoración cognitiva: test de cribado y escalas

- Cribado: **MMSE/MEC, Pfeiffer, Eurotest**, reloj, T@M, Fototest; Katz y Lawton son funcionales ^{F1}
- Pfeiffer: errores, **3-4 leve, 5-7 moderado**; MMSE ajustado por escolaridad ^{F4}
- MMSE-30: **14-18 moderado** ^{F5}; MEC de Lobo en los tramos de la BDCAP del Ministerio: **15-19 moderado** ^{F8}
- **Fototest**: no influido por nivel educativo ni alfabetización ^{F6}
- MMSE/MEC recomendados (A) para el cribado; evaluación cognitiva formal obligatoria (A) ^{F1}
- Test del reloj: **apraxia constructiva**, atención, conocimiento numérico ^{F4}

6. Síntomas conductuales y psicológicos de la demencia (SCPD)

- SCPD: alteración de **percepción, pensamiento, ánimo y conducta**; ~ 80 % ^{F1}
- Multifactoriales; **frustración** y entorno los desencadenan; su resolución no depende de explicárselos al paciente ^{F1}
- Primera línea **no farmacológica** ^{F1}
- Tres tipos: **ánimo, agitación** (gritos, deambular) y **psicosis**; la **apatía** es el más frecuente ^{F1}
- El cuidador debe saber que las conductas son síntomas de la enfermedad ^{F1}

7. Cuidados: entorno, sueño, dolor y cuidador

- Entorno **iluminado, sin espejos**, orientación, distracción, rutinas ^{F1}
- Sueño: higiene, **limitar sueño diurno**, luz tenue nocturna, no melatonina ^{F1}
- Dolor avanzado: sospecharlo, puede ser **solo agitación**; PACSLAC, DOLOPLUS-2; escalera OMS ^{F1}
- **Formar al cuidador** y prevenir su sobrecarga ^{F1}
- El 25-50 % tiene alteraciones severas del sueño ^{F1}
- Camas bajas o con protectores contra caídas ^{F1}

Puntos clave

- 1 La enfermedad de Alzheimer es la demencia más frecuente: 60-70 % de los casos; la sigue la vascular ^{F1}
- 2 El principal factor de riesgo es la edad y la prevalencia es mayor en mujeres ^{F1}
- 3 La demencia cursa con conciencia clara; el delirium, con conciencia fluctuante e inicio agudo ^{F1}
- 4 No todas las demencias empiezan de forma gradual: multiinfarto e infarto estratégico tienen inicio agudo ^{F1}
- 5 DCL: queja subjetiva de memoria del paciente o de un informante, sin alteración significativa de las AVD; no se recomiendan IACE ^{F1}
- 6 GDS de Reisberg estadifica la fase: GDS 4 = conocimiento disminuido de acontecimientos recientes y negación ^{F1}
- 7 Demencia frontotemporal: desinhibición, hiperoralidad y cambios de personalidad con memoria poco afectada ^{F1}
- 8 Cribado cognitivo: MMSE/MEC, Pfeiffer, Eurotest, reloj; Fototest no está influido por el nivel educativo ^{F1,F6}
- 9 MMSE de 30 puntos: 14-18 deterioro moderado ^{F5}; MEC de Lobo en los tramos de la BDCAP del Ministerio: 15-19 deterioro moderado ^{F8}
- 10 SCPD: alteración de percepción, pensamiento, ánimo y conducta; primera línea no farmacológica ^{F1}
- 11 Entorno bien iluminado, sin espejos, con orientación y distracción ^{F1}
- 12 En la demencia avanzada el dolor puede expresarse solo como alteración de conducta ^{F1}

1. Concepto, epidemiología y clasificación

La **demencia** es un síndrome clínico caracterizado por un **déficit adquirido en más de un dominio cognitivo**, que representa una **pérdida respecto al nivel previo** y que **reduce de forma significativa la autonomía funcional**; cursa frecuentemente con **síntomas conductuales y psicológicos (SCPD)** ^{F1}. La guía de práctica clínica (GPC) del Sistema Nacional de Salud es de 2010 y su propia portada advierte que está pendiente de actualización ^{F1}.

El síndrome demencial debe cumplir estas características: **nivel de conciencia normal**, ser **adquirido y persistente** en el tiempo, **afectar a diferentes funciones** y tener intensidad suficiente para repercutir en el funcionamiento personal, laboral o social ^{F3}. La definición de la OMS recogida por la GPC dice que **«la conciencia permanece clara»** ^{F1}. Los criterios DSM-IV-TR y CIE-10 incluyen como **obligatoria la alteración de la memoria**; los de la Sociedad Española de Neurología ya no la exigen, porque la degeneración frontotemporal, la demencia con cuerpos de Lewy, la asociada a Parkinson o la vascular pueden no alterar gravemente la memoria hasta fases avanzadas ^{F1}. La CIE-10 fija de forma arbitraria una duración mínima de **6 meses** ^{F1}.

Forma de inicio y reversibilidad. Las demencias neurodegenerativas tienen un **comienzo habitualmente insidioso** y un curso progresivo ^{F1}; pero **no todas empiezan de forma gradual**: la **demencia multiinfarto** se ajusta al patrón de **inicio agudo y evolución escalonada**, y la **demencia por infarto estratégico** acostumbra a tener un **inicio agudo**, algunos síntomas pueden mejorar en los primeros meses y el cuadro residual **tiende a permanecer estable** ^{F1}. Las **demencias secundarias** tienen una etiología que en algunos casos **podría ser potencialmente tratable**, aunque las causas potencialmente reversibles son infrecuentes ^{F1}.

Dato epidemiológico ^{F1}	Cifra
Principal factor de riesgo	La edad : prevalencia e incidencia prácticamente se duplican cada 5 años a partir de los 65
Prevalencia en Europa (> 65 años)	5-10 %
Prevalencia en España	5-14,9 % en > 65 años; RS del Centro Nacional de Epidemiología: 10 % en > 70 años
Sexo	La prevalencia es más alta en mujeres y aumenta con la edad
Enfermedad de Alzheimer	La demencia más frecuente: 60-70 % de los casos
Demencia vascular	Segunda: 12,5-25 % (12,5-27 % en otro apartado de la guía)
Demencia con cuerpos de Lewy	10-15 % en series clínico-patológicas de unidades especializadas

Según el consorcio Eurodem, la prevalencia en mayores de 65 años en Europa está entre el **5,9 y el 9,4 %** y se duplica aproximadamente cada 5 años: **1 %** a los 60-65 años, **13 %** a los 80-85 y **32 %** a los 90-95 ^{F1}. La incidencia mundial se estima en torno a 7,5/1.000 personas-año, estable hasta los 65-70 años y exponencial

después ^{F1}. En España, con una prevalencia intermedia del 7 %, habría **entre 500.000 y 750.000 personas con demencia** ^{F1}.

El Tratado de Geriatria de la SEGG añade que la **causa más frecuente de demencia en el anciano occidental es la enfermedad de Alzheimer** y cita como factores de riesgo asociados la **edad avanzada**, el **género femenino**, el bajo nivel educativo, la depresión previa y el traumatismo cerebral ^{F3}.

Clasificación etiológica (la más extendida): **degenerativas primarias** (Alzheimer, degeneración lobular frontotemporal, cuerpos de Lewy, demencia asociada a Parkinson y otras), **secundarias** (vasculares, infecciosas, carenciales, endocrino-metabólicas, tóxicas...) y **mixtas** ^{F1}. La SEGG las agrupa también por predominio **cortical** (Alzheimer, frontotemporal) o **subcortical** (Lewy, Parkinson-demencia, Huntington, parálisis supranuclear progresiva) ^{F3}.

Alzheimer no es vascular

La enfermedad de Alzheimer es **degenerativa primaria**: se caracteriza neuropatológicamente por **ovillos neurofibrilares y placas neuríticas** y sigue un curso **progresivo e irreversible** ^{F1}. La demencia **secundaria a una o varias lesiones vasculares cerebrales** es la **demencia vascular**, que es otra entidad ^{F1}.

EIR 2023 · 196

P5 · respuesta en el solucionario

Síndrome demencial: no todas las demencias comienzan de forma gradual

Señale la opción INCORRECTA en relación con el síndrome demencial:

1. Supone un deterioro global de la función intelectual con una consciencia clara.
2. El deterioro de la memoria es el signo o síntoma más frecuente e importante.
3. Algunos tipos de demencia son estables y reversibles.
4. El comienzo de los síntomas se presenta de forma gradual en todos los síndromes demenciales.

EIR 2025 · 79

P3 · respuesta en el solucionario

Alzheimer: 60-70% de las demencias

Señale la respuesta correcta con respecto al deterioro cognitivo y el Alzheimer en nuestro entorno:

1. La edad y el sexo masculino son los principales factores de riesgo no modificables de desarrollar una demencia.
2. Aunque la etiología de la demencia es variada, la causa neurodegenerativa más frecuente es la enfermedad de Alzheimer, representando alrededor de un 60-70 % de los casos de demencia.
3. La prevalencia de demencia se encuentra en retroceso en las últimas décadas debido a la mejora de la calidad de vida y los factores de riesgo modificables.
4. A pesar de su clara prevalencia en el sexo masculino, aún no se conoce bien qué factores contribuyen a este mayor riesgo de desarrollo de la enfermedad en hombres.

Alzheimer: no es de causa cerebrovascular

¿Qué afirmación es FALSA acerca de la enfermedad de Alzheimer?:

1. Es la causa de demencia más frecuente en los países occidentales.
2. Cursa con pérdida de memoria, principalmente la memoria explícita.
3. Esta causada por una lesión cerebral por problemas cerebrovasculares.
4. Es una demencia no reversible.

2. Deterioro cognitivo leve y diagnóstico diferencial

El **deterioro cognitivo leve (DCL)** agrupa síndromes de deterioro respecto a un estado previo que **no es lo bastante intenso para considerarse demencia**; nació como **un intento de identificar la enfermedad de Alzheimer en sus fases más precoces** ^{F1}. Se clasifica en **amnésico** y **no amnésico**, y de **dominio único** o **múltiple** ^{F1}.

- Criterios del European Alzheimer's Disease Consortium: **queja subjetiva de pérdida de memoria por parte del paciente o de un informante válido (familiar o conviviente)** ^{F1}
- Evidencia objetiva de alteración cognitiva, de memoria o de otro dominio ^{F1}
- Cambio respecto a niveles previos que dure **al menos 6 meses** ^{F1}
- **Sin alteración significativa de las actividades de la vida diaria** ^{F1}
- Se excluyen el síndrome confusional agudo, la depresión o el retraso mental, y no se cumplen criterios de demencia ^{F1}

Los pacientes con DCL progresan a demencia en un **10-15 % anual** ^{F1,F2}. **No se recomienda** el uso de **inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACE)** para evitar o retrasar la progresión de DCL a demencia (recomendación A), ni AINE, estrógenos, ginkgo biloba o vitamina E ^{F1}. La pérdida de capacidad para las actividades básicas e instrumentales es uno de los criterios principales de demencia y **la distingue del DCL** ^{F1}.

El Tratado de la SEGG recoge los criterios de **Petersen** del DCL amnésico: quejas de fallos de memoria, preferiblemente corroboradas por un informador fiable; rendimiento cognitivo general normal; defecto objetivo de memoria (inferior a 1,5 desviaciones estándar para su edad); ausencia de defectos funcionales relevantes en las actividades de la vida diaria y ausencia de criterios de demencia ^{F2}. El subtipo que afecta solo a la memoria es **el más frecuente** ^{F2}. Para el estudio del deterioro cognitivo recomienda hemograma, glucosa, función renal y hepática, **función tiroidea y vitamina B12**, y neuroimagen estructural (TAC o RM) en la evaluación inicial ^{F2}.

Rasgo ^{F1,F3}	Delirium (síndrome confusional agudo)	Demencia	Depresión
Inicio	Brusco ; enfermedad aguda, por lo general de días a semanas, raramente más de 1 mes	Lento (meses o años), enfermedad crónica	Agudo o subagudo
Conciencia	Turbia, alterada y cambiante	No se obnubila hasta la fase terminal	Normal
Atención	Llamativamente corta	No reducida de forma característica (casi normal)	Normal
Curso	Por lo general reversible; varía de hora en hora	Por lo general irreversible y progresiva; estable de un día a otro	Mejora con antidepresivos
Otros	Desorientación precoz, cambios psicomotores marcados	Desorientación tardía	Abundantes quejas cognitivas, tristeza, alteración del sueño y del apetito

Los equipos de atención primaria deben sospechar deterioro cognitivo ante **quejas de memoria corroboradas por un informador fiable, cambios cognitivos o conductuales, desorientación temporal o espacial, cambios persistentes de humor, conducta o personalidad y dificultades para las actividades avanzadas e instrumentales** de la vida diaria ^{F1}.



DCL frente a demencia

En el **DCL** las actividades de la vida diaria se conservan (sin alteración significativa); la **pérdida de capacidad para las actividades básicas e instrumentales** (la GPC cita entre las instrumentales telefonar, comprar, cocinar, cuidar la casa o manejar el dinero) es uno de los criterios principales de **demencia** y la distingue del DCL. Frente al delirium, la demencia tiene un **comienzo gradual que no se puede fechar con exactitud** (aunque hay demencias de inicio agudo, como la multiinfarto) y la conciencia **no se obnubila hasta la fase terminal**; los **cambios persistentes de humor, conducta o personalidad** figuran entre los signos que deben hacer sospechar deterioro cognitivo ^{F1}.

Deterioro cognitivo leve: queja subjetiva de memoria

Señale la respuesta correcta en relación al Deterioro Cognitivo Leve:

1. Un criterio diagnóstico del Deterioro Cognitivo Leve es la queja subjetiva de pérdida de memoria por parte del paciente o de un informante válido (familiar o conviviente).
2. Existe una marcada alteración en las actividades de la vida diaria.
3. El diagnóstico de Deterioro Cognitivo Leve es un intento de identificar la Demencia Vascular en su fase prodrómica.
4. Está indicado el tratamiento farmacológico con inhibidores de la acetilcolinesterasa.

Demencia: reconocimiento en caso clínico

En la valoración de una señora de 74 años, la enfermera observa que repite las ideas y le cuesta encontrar las palabras adecuadas para expresarlas. El hijo, con quien vive, manifiesta que desde hace unos meses viene observando en su madre dificultades para seguir procesos que hasta recientemente realizaba con facilidad, como cocinar y desorientación en la propia casa. También la encuentra más irritable y susceptible. Esta sintomatología orienta a pensar que la señora presenta:

1. Un síndrome confusional agudo.
2. Depresión.
3. Una demencia.
4. Un deterioro cognitivo leve.
5. Un estado de delirium

3. Enfermedad de Alzheimer: clínica, fases y escala GDS

El **síntoma fundamental** de la enfermedad de Alzheimer es la **pérdida de memoria episódica**, que se manifiesta inicialmente con dificultad para registrar información nueva (memoria para **hechos recientes**) ^{F1}. **Posteriormente** se afectan el **lenguaje**, las habilidades visuoespaciales y constructivas, las **praxis** y las funciones ejecutivas: cuando las lesiones se extienden a las áreas asociativas temporoparietales aparecen trastornos **apráxicos, afásicos y agnósicos** ^{F1}. Se pierde progresivamente la autonomía en las actividades avanzadas, instrumentales y finalmente básicas; al final aparecen trastornos de la marcha, incontinencia, disfagia, inmovilización y muerte por una complicación intercurrente; la evolución no suele prolongarse **más allá de 15 años** ^{F1}.

En la información para pacientes, la GPC resume que el proceso suele empezar con pérdida de memoria e incapacidad para retener información nueva, que **el paciente repite las mismas cosas y no reconoce sus fallos**, y que después se afectan el lenguaje, el razonamiento y la **orientación** ^{F1}. La mayoría presenta síntomas neuropsiquiátricos, como **indiferencia**, pérdida del control de las emociones o depresión; al progresar pueden aparecer alucinaciones, delirios, agitación y deambulación errática ^{F1}. En la **fase leve** son frecuentes la **apatía, irritabilidad, depresión y ansiedad**; en la moderada, delirios, alucinaciones, agitación y conductas motoras aberrantes ^{F1}.

El lenguaje a lo largo de la enfermedad. MedlinePlus (Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU.) indica que el Alzheimer aparece primero generalmente como olvido e incluye entre los síntomas tempranos los **problemas del lenguaje, como tener dificultad para recordar los nombres de objetos familiares**, y perderse en rutas conocidas ^{F7}. A medida que la enfermedad empeora aparecen la **dificultad para leer o escribir**, el uso de palabras erróneas y las frases confusas, y la dificultad para tareas básicas como preparar las comidas o escoger la ropa apropiada; en la fase avanzada la persona ya no puede reconocer a los miembros de la familia ni entender el lenguaje ^{F7}.

Para **estadificar la fase evolutiva** la GPC destaca como escalas de evaluación global la **Global Deterioration Scale (GDS) de Reisberg**, la **Functional Assessment Staging (FAST)** y la Clinical Dementia Rating (CDR) ^{F1}. La SEGG también las cita como instrumentos de estadificación global de uso clínico, útiles para el diseño terapéutico y la planificación de cuidados ^{F3}. La fase avanzada corresponde a los estadios **GDS 6 y 7**, y el GDS 7 a la fase terminal ^{F1}.

GDS ^{F1}	FAST	Características principales
GDS 1. Ausencia de alteración cognitiva	1. Adulto normal	Sin dificultades objetivas ni subjetivas
GDS 2. Defecto cognitivo muy leve	2. Adulto normal de edad	Quejas de pérdida de memoria; no se objetiva déficit en el examen; pleno conocimiento y valoración de la sintomatología

GDS ^{F1}	FAST	Características principales
GDS 3. Defecto cognitivo leve	3. EA incipiente	Primeros defectos claros: haberse perdido en un lugar no familiar, rendimiento laboral pobre, dificultad incipiente para evocar nombres de persona , retiene poco de lo que lee, pierde objetos de valor, recuerda mal a personas nuevas, menor capacidad organizativa; defectos objetivos solo en entrevista intensiva
GDS 4. Defecto cognitivo moderado	4. EA leve	Conocimiento disminuido de acontecimientos actuales y recientes , cierto déficit en el recuerdo de su historia personal, dificultad de concentración en la sustracción seriada, menor capacidad para viajar o controlar su economía; frecuentemente sin defectos en orientación en tiempo y persona, reconocimiento de caras familiares ni viajes a lugares conocidos; la negación es el mecanismo de defensa predominante
GDS 5. Moderadamente grave	5. EA moderada	No sobrevive mucho tiempo sin asistencia; ayuda para escoger la ropa; no recuerda datos importantes (dirección, teléfono, nombres de familiares); frecuente cierta desorientación en tiempo o lugar; sabe su nombre y generalmente el de su esposa e hijos
GDS 6. Defecto cognitivo grave	6. EA moderada-grave (6a-6e)	Se viste mal sin ayuda; olvida a veces el nombre de su esposa ; desorientación temporoespacial; diferencia familiares de desconocidos; ritmo diurno alterado; cambios de personalidad y afectividad; 6a-6e: vestido, baño, váter, incontinencia urinaria y fecal
GDS 7. Defecto cognitivo muy grave	7. EA grave (7a-7f)	Pérdida progresiva de todas las capacidades verbales y motoras: de no decir más de media docena de palabras (7a) a perder la capacidad de deambular (7c), de sentarse (7d), de sonreír (7e) y de mantener la cabeza erguida (7f)

GDS por números

2 = se queja (y nadie lo objetiva); **3 = primeros fallos** que ya ven otros; **4 = olvida lo reciente y niega**; **5 = necesita ayuda**; **6 = olvida el nombre del cónyuge** e incontinencia; **7 = pierde habla y motricidad ^{F1}**.

EIR2019-199: ¿la desorientación es precoz?

La respuesta oficial de EIR2019-199 sitúa **amnesia, anomia y desorientación temporoespacial** entre las manifestaciones cognitivas más precoces. La GPC coincide en la memoria reciente como primer síntoma y la GDS 3 recoge la **«dificultad incipiente para evocar nombres de persona» y haberse perdido en un lugar no familiar** ^{F1}; pero la misma GPC sitúa la afasia, la apraxia y la agnosia **después**, y describe la desorientación de la demencia como **tardía** frente a la del delirium, con orientación en tiempo frecuentemente conservada en GDS 4 ^{F1}. MedlinePlus, en cambio, incluye entre los síntomas tempranos la dificultad para recordar los nombres de objetos familiares y perderse en rutas conocidas, lo que se acerca a la clave ^{F7}. Las otras opciones mezclan agnosia y apraxia del vestido (posteriores) o síntomas no cognitivos (anhedonia, abulia, alexitimia). La respuesta oficial no se corrige.

EIR2023-191: indiferencia afectiva en el Alzheimer leve

La respuesta oficial de EIR2023-191 da la **indiferencia afectiva** como el hallazgo que NO se encuentra en el Alzheimer leve, y las demás (empobrecimiento del lenguaje con dificultad de nominación, alteración de la orientación temporal y de la memoria reciente) como presentes. La GPC vigente dice que en la **fase leve son frecuentes la apatía**, irritabilidad, depresión y ansiedad, define la apatía como ausencia o pérdida del sentimiento, emociones o interés por el entorno, y la escala NPI agrupa **«apatía/indiferencia»** ^{F1}; además, en GDS 4 (EA leve) la orientación en tiempo **frecuentemente no está alterada** ^{F1}. El criterio de la pregunta es que los cambios afectivos profundos son de fases más avanzadas (GDS 6: cambios de personalidad y afectividad) ^{F1}. La respuesta oficial no se corrige.

EIR2013-143: queja de memoria frente a anosognosia

La respuesta (reconstruida por un tercero) de EIR2013-143 da como característica de la fase inicial la **percepción subjetiva de pérdida real de memoria**. La escala GDS recoge las **quejas de pérdida de memoria** con pleno conocimiento de la sintomatología en el **estadio 2** ^{F1}, y el resto de opciones (no reconocer entornos o personas, apraxia para comer, confusión día-noche) pertenecen a estadios avanzados (GDS 5-6) ^{F1}. Pero la GPC advierte de la **frecuente presencia de anosognosia** y de que el paciente con Alzheimer **no reconoce sus fallos** ^{F1}, y en GDS 4 la negación es el mecanismo predominante ^{F1}. La respuesta no se corrige.

EIR2025-081: qué es un GDS 4

La respuesta oficial de EIR2025-081 da como estadio GDS 4 el **olvido de hechos cotidianos recientes**, que corresponde al rasgo de la GPC **«conocimiento disminuido de acontecimientos actuales y recientes»** ^{F1}. En la adaptación de la GPC, el GDS 4 incluye también la **dificultad de concentración** en la sustracción seriada y la **negación como mecanismo de defensa predominante** ^{F1}, lo que se parece a la opción 2 («inicio de la negación», «pérdida de concentración»); la clave la considera propia de otro estadio. Olvidar el nombre de los familiares íntimos es de GDS 5-6 y las quejas subjetivas sin déficit objetivo, de GDS 2 ^{F1}. La respuesta oficial no se corrige.

Alzheimer: síntomas cognitivos más precoces (amnesia, anomia, desorientación)

¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de tipo cognitivo más precoces en la Enfermedad de Alzheimer?:

1. Amnesia, agnosia y apraxia del vestido.
2. Amnesia, anomia y desorientación temporoespacial.
3. Amnesia, anhedonia y afasia.
4. Amnesia, abulia y alexitimia.

Alzheimer leve: no hay indiferencia afectiva

¿Cuál de los siguientes hallazgos clínicos NO se encuentra en una persona con demencia tipo Alzheimer leve?:

1. Empobrecimiento del lenguaje, dificultad de nominación.
2. Indiferencia afectiva.
3. Alteración en la orientación temporal.
4. Alteración de la memoria reciente y de fijación.

Alzheimer inicial: percepción subjetiva de pérdida de memoria

MBG ha sido diagnosticado de Enfermedad de Alzheimer. Una característica de la fase inicial de esta enfermedad es:

1. Dificultad para reconocer entornos conocidos y habituales del paciente.
2. Apraxia para las actividades de comer y beber.
3. Ausencia de reconocimiento de personas.
4. Percepción subjetiva de pérdida real de memoria.
5. Confusión entre el día y la noche.

Alzheimer avanzado: anomia, apraxia y alexia

Conforme avanza la enfermedad de Alzheimer, entre los cambios esperados que pueden observarse en los pacientes afectados se incluyen la aparición de:

1. Animia, micrografía y temblor.
2. Incapacidad para nombrar los objetos, apraxia y alexia.
3. Labilidad emocional, sialorrea y disfagia.
4. Marcha festinante, disminución de la sensibilidad y déficit motor.
5. Debilidad de un miembro, dificultad para tragar y masticar y déficit de autocuidado.

GDS estadio 4

Indique cuál de los siguientes supuestos corresponde a un estadio 4 en la escala GDS (Escala de Deterioro Global):

1. Olvido de hechos cotidianos recientes (qué desayunó ayer, por ejemplo).
2. Inicio de la negación por parte del paciente como mecanismo de defensa, pérdida de concentración observada por terceros...
3. Olvida el nombre de sus familiares más íntimos (hijos, nietos...).
4. Quejas subjetivas de pérdida de memoria (olvida citas médicas, ubicación de objetos, nombres de personas no familiares...).

Escala GDS de Reisberg: fase evolutiva del Alzheimer

Para determinar la fase evolutiva en la que se encuentra la persona con Alzheimer, se recomienda administrar el instrumento llamado:

1. Índice de Katz.
2. Test del Informador.
3. EuroQol-5D.
4. Escala de Deterioro Global de Reisberg.

Tratamiento específico. Se recomiendan los **IACE (donepezilo, rivastigmina y galantamina)** en la EA **leve a moderada**, sin diferencias de eficacia y seguridad entre ellos, y la **memantina** en la EA **moderada a grave**, en monoterapia o con un IACE; en la EA grave puede utilizarse un IACE (donepezilo o galantamina), aunque la evidencia de su beneficio es menor ^{F1}.

4. Otras demencias: vascular, cuerpos de Lewy, frontotemporal y otras

Tipo ^{F1}	Rasgos que caen
Demencia vascular	Secundaria a lesiones vasculares cerebrales. Multiinfarto: inicio agudo y evolución escalonada ; infarto estratégico: inicio agudo y cuadro residual estable; subcortical (arteriopatía hipertensiva): progresiva, con lentitud, alteración de la marcha e incontinencia. La escala de Hachinski ayuda a distinguirla de la EA
Demencia con cuerpos de Lewy	Deterioro cognitivo fluctuante , parkinsonismo y alucinaciones visuales detalladas; trastorno de conducta del sueño REM, caídas e hipersensibilidad a los neurolépticos ; agregados de alfa-sinucleína
Demencia asociada a Parkinson	Aparece en una enfermedad de Parkinson establecida; por convención, al menos un año entre el parkinsonismo y la demencia (en la de Lewy la demencia aparece antes o a la vez)
Degeneración lobular frontotemporal	Alteraciones prominentes del comportamiento y/o del lenguaje , con atrofia frontal y/o temporal; segunda causa de demencia en menores de 65 años ; memoria poco afectada al inicio; variantes: frontal (50-60 %), afasia progresiva no fluente y demencia semántica
Enfermedad de Huntington	Hereditaria autosómica dominante (gen de la huntingtina, cromosoma 4, expansión CAG); corea, distonía; irritabilidad, depresión, psicosis; déficits ejecutivos
Enfermedades priónicas (Creutzfeldt-Jakob)	Demencia rápidamente progresiva con mioclonías y ataxia; la muerte suele ocurrir en menos de 1 año

Características principales de la **variante frontal**: cambios del comportamiento de inicio precoz que afectan a la esfera social, **falta de juicio, inflexibilidad, desinhibición**, perseveración, glotonería, hiperfagia, **hiperoralidad**, labilidad emocional, pérdida de empatía y anosognosia, que **predominan sobre la alteración de la memoria** ^{F1}. En esta demencia son más comunes las conductas sociales desinhibidas, las alteraciones de la conducta alimentaria o sexual y las compulsiones ^{F1}.



Cada demencia, su pista

Alzheimer: memoria reciente primero. **Frontotemporal**: personalidad, desinhibición e hiperoralidad con memoria poco afectada al inicio. **Lewy**: fluctuaciones, alucinaciones visuales, parkinsonismo y sensibilidad a neurolépticos. **Vascular**: inicio brusco y escalones. **Huntington**: corea hereditaria ^{F1}.

Demencia frontotemporal: síntomas

Cambios de personalidad, irritabilidad, descontrol de impulsos, desinhibición, falta de consideración por las reglas convencionales de conducta social, inquietud psicomotriz e hiperoralidad, se consideran síntomas típicos de:

1. Enfermedad de Alzheimer.
2. Demencia frontotemporal.
3. Enfermedad de Huntington.
4. Demencia de cuerpos de Lewy.

5. Valoración cognitiva: test de cribado y escalas

El diagnóstico de demencia **debe incluir una evaluación cognitiva objetiva formal con instrumentos validados** (recomendación A), pero los test **no bastan por sí solos**: sus resultados pueden estar condicionados por la edad, el **nivel de escolarización**, las habilidades previas, la atención, los déficits sensoriales y los fármacos ^{F1}. Es importante contar con un **informador** próximo al paciente por la frecuente anosognosia (cuestionarios **IQCODE o test del informador** y escala de Blessed) ^{F1}.

Instrumento ^{F1}	Recomendación en la GPC
MMSE (versión española normalizada) y MEC de Lobo	Recomendados para el cribado de demencia en sujetos con quejas cognitivas o edad avanzada (A)
Test de Pfeiffer , MIS, test de los 7 minutos, test del reloj , Eurotest , T@M	También recomendables para el cribado de demencia en sujetos con sospecha de deterioro cognitivo (B)
Fototest (test de las fotos)	Test de cribado corto desarrollado en España, útil para detectar demencia y/o deterioro cognitivo
IQCODE, Barthel, Katz , Lawton (IADL), FAQ	Cuestionarios de valoración funcional , no de cribado cognitivo
GDS , FAST, CDR	Escalas globales para graduar el deterioro (estadificación)
NPI, escala de depresión geriátrica, Hamilton	Evaluación de síntomas neuropsiquiátricos

- **Cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ)**: breve; explora orientación temporoespacial, memoria reciente y remota, hechos recientes, concentración y cálculo; se puntúan los **errores**: 0-2 no deterioro, 3-4 leve, 5-7 moderado, 8-10 grave; se acepta **un error más** sin educación primaria y uno menos con estudios superiores; sensibilidad 68 %; no detecta pequeños cambios en la evolución ^{F4}
- **MMSE de Folstein**: < 24 indica deterioro, pero se **ajusta por edad y años de escolaridad**; mucha carga verbal (efecto suelo en el deterioro grave); **Antonio Lobo** lo adaptó y validó en España como **Mini-Examen Cognoscitivo (MEC)** ^{F4}
- Ficha del MMSE de 30 puntos de la Conselleria de Sanitat valenciana: punto de corte 24, ajustado por escolaridad (19 con 0-4 años de escuela...); **deterioro 19-23 leve, 14-18 moderado, < 14 severo** ^{F5}
- **Test del reloj**: valora sobre todo la apraxia constructiva, la ejecución motora, la atención, la comprensión y el conocimiento numérico ^{F4}
- **Test de las fotos (Fototest)**: combina memoria facilitada, denominación y fluidez verbal; en su estudio original, **sus resultados no estuvieron influidos por el nivel educativo ni la alfabetización**, con sensibilidad 0,93 y especificidad 0,8 ^{F6}

No confundas escalas

Katz y **Lawton** miden actividades de la vida diaria (funcionales); **Hamilton** mide depresión; **Pfeiffer**, **MMSE/MEC**, **Eurotest**, **reloj** y **Fototest** cribado cognitivo; **GDS de Reisberg** estadifica la fase ^{F1}. El que en su estudio original (fase I, 60 sujetos) **no se vio influido por el nivel educativo ni la alfabetización** es el **Fototest** ^{F6}; MMSE y Pfeiffer se corrigen por escolaridad ^{F4}.

MEC de Lobo y MMSE de 30 puntos

El **MEC de Lobo** es la adaptación española del MMSE ^{F4}. La nota metodológica del Ministerio de Sanidad sobre la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (2017), para presentar sus datos («a efectos BDCAP»), le asigna una clasificación común con el MMSE, en tramos de 0 a 30 puntos: **27-30 sin deterioro**, 25-26 deterioro probable, 24 y 23 niveles de corte, **20-22 deterioro leve**, **15-19 deterioro moderado** y **0-14 deterioro severo**; advierte que Lobo propuso primero un test de 35 puntos (1979 y 1999) y después uno de 30 (2002), que los cortes se adaptan por edad y estudios y que muchos documentos dan intervalos solapados ^{F8}. La ficha del MMSE de 30 puntos de la Conselleria valenciana gradúa **14-18 como moderado** ^{F5}.

EIR 2024 · 196

P4 · respuesta en el solucionario

Eurotest: detección de deterioro cognitivo

¿Cuál de los siguientes instrumentos de evaluación se utilizaría para detectar deterioro cognitivo?:

1. Eurotest.
2. Escala de Hamilton.
3. Índice de Katz.
4. Escala de Yale Brown.

EIR 2017 · 119

P21 · respuesta en el solucionario

Cuestionario de Pfeiffer: cribado cognitivo

¿Cuál de los siguientes es un instrumento para el cribado de pacientes con trastornos cognitivos?:

1. Índice de Katz.
2. Cuestionario de Pfeiffer.
3. Índice de Karnofsky.
4. Escala de Lawton y Brody.

Test de las fotos: independiente del nivel cultural

En cuanto a los test cognitivos breves para el cribado de demencia, ¿cuál de los siguientes podríamos utilizar independientemente del nivel cultural de nuestro paciente?:

1. MMSE: Mini-Mental State Examination.
2. Test de las fotos.
3. Test del reloj.
4. SPMSQ: Short Portable Mental Status Questionnaire.

MEC de Lobo: 16 puntos = deterioro moderado

Si tras la realización del MINIMENTAL (MEC-MINIEXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO) a un paciente mayor de 65 años, se obtiene una puntuación de 16, la interpretación sería:

1. Deterioro cognitivo leve.
2. Deterioro cognitivo moderado.
3. Deterioro cognitivo grave.
4. Demencia.

6. Síntomas conductuales y psicológicos de la demencia (SCPD)

En 1996 la International Psychogeriatric Association propuso la expresión **síntomas psicológicos y conductuales de las demencias** para definir síntomas relacionados con la **alteración de la percepción, el contenido del pensamiento, el ánimo y la conducta** que pueden presentarse en las personas con demencia y forman parte de la expresión de la enfermedad; la GPC los llama **SCPD** (otros textos, síntomas neuropsiquiátricos) ^{F1}. Aproximadamente un **80 %** de los enfermos presenta SCPD en algún momento ^{F1}.

- Tres tipos principales: **trastornos del ánimo** (depresión, ansiedad, apatía), **agitación** (agresividad, irritabilidad, inquietud, **gritos y deambular errático**) y **síntomas psicóticos** (alucinaciones, delirios) ^{F1}
- La **apatía** es el síndrome más frecuente ^{F1}
- Son de **etiología multifactorial** (genética, neuroquímica, neuropatológica y biopsicosocial), influidos por la **personalidad previa y la interacción con el medio ambiente**; hay que descartar dolor, cardiopatía descompensada, deshidratación, infecciones, fármacos o un **ambiente inadecuado** ^{F1}
- Las actividades secuenciales como vestirse o comer **pueden causar frustración y agitación**, así que deben simplificarse (ropa con velcro, comidas sencillas) ^{F1}
- Otros desencadenantes: hambre, sueño, cambios de cuidador o de compañero de habitación, aislamiento o hiperestimulación ^{F1}

Manejo: la primera línea son las **estrategias no farmacológicas** cuando los síntomas no son muy graves; el tratamiento farmacológico se reserva para síntomas graves o rebeldes, tras identificar el síntoma diana y sus desencadenantes ^{F1}. El cuidador debe entender que las conductas anómalas **son síntomas de la propia enfermedad**, que su resolución **no depende de la explicación de los mismos al paciente ni de su fuerza de voluntad**, tener una actitud paciente y tolerante y observar el contexto, los desencadenantes y lo que las reduce ^{F1}. Es importante que la familia sepa que los SCPD pueden ser transitorios y mejorar con tratamiento ^{F1}.



Gritos y deambular

Son de **etiología multifactorial** y tienen desencadenantes (frustración ante actividades secuenciales, ambiente inadecuado, dolor...) que hay que buscar; su resolución **no depende de explicárselos al paciente** y la primera línea son las **estrategias no farmacológicas** ^{F1}.

EIR 2018 · 79

P12 · respuesta en el solucionario

Síntomas conductuales y psicológicos de la demencia

Los cuadros de trastorno de la percepción, del contenido del pensamiento, del estado de ánimo o de la conducta, que suelen presentarse en los pacientes con demencia se denominan:

1. Deterioro cognitivo asociado a la demencia.
2. Dificultades funcionales asociadas a la demencia.
3. Síntomas conductuales y psicológicos de la demencia.
4. No existen como tales.

Conductas disruptivas en el Alzheimer: expresan inseguridad o frustración

El Sr. G. A. cuidador de su mujer que padece Enfermedad de Alzheimer, consulta a su enfermera porque ésta ha comenzado con conductas disruptivas, gritos y deambular errante. Señale la respuesta correcta respecto a este tipo de conductas:

1. Son inevitables e impredecibles.
2. Dependen únicamente de las alteraciones anatómicas.
3. Siempre hay que intentar hacer razonar al paciente sobre sus fallos.
4. Pueden ser una forma de expresar inseguridad o frustración por parte de la paciente.
5. El tratamiento farmacológico es la primera opción para tranquilizar a la paciente.

7. Cuidados: entorno, sueño, dolor y cuidador

Normas generales para prevenir y manejar los SCPD: emplear un **tono adecuado de voz**, mantener el **contacto visual**, **pautas rutinarias** de ejercicio, comida y baño, evitar el deambular errático, **mantener al paciente orientado temporalmente**, evitar la **hiperestimulación**, procurar un **entorno seguro y bien iluminado, sin espejos**, con **notas identificativas en las puertas**, programar **actividades de distracción y reorientación** y música de su agrado ^{F1}. Entre los errores de identificación de la demencia figura que el paciente **no se reconoce en el espejo** ^{F1}.

Sueño. El 25-50 % de los pacientes presenta alteraciones severas del sueño (fragmentación, exceso de sueño diurno, daño del núcleo supraquiasmático, dolor no tratado) ^{F1}. Manejo no farmacológico: **higiene del sueño**, rutinas, actividad física y mental por la mañana y primera hora de la tarde **limitando las horas de sueño diurno**, evitar nicotina, cafeína, diuréticos y líquidos por la noche; pueden ayudar la leche caliente, un baño tibio y **luces tenues nocturnas; no se recomienda melatonina** ^{F1}. Las camas bajas o con protectores laterales pueden evitar caídas ^{F1}.

Dolor en la demencia avanzada. Está presente en muchas personas con demencia pero a menudo **no se identifica ni se trata**; reciben menos analgésicos que los pacientes sin deterioro ^{F1}. Debe **sospecharse siempre** y puede expresarse **únicamente como una alteración de la conducta**; el dolor también figura entre los desencadenantes de la **agitación** ^{F1}. Se valora con **escalas comportamentales**, la observación de los familiares y escalas **específicamente diseñadas** como **PACSLAC** y **DOLOPLUS-2** (no validadas en castellano) ^{F1}. Para tratarlo se recomienda la **escalera analgésica de la OMS**, que incluye **opioides** débiles y potentes, y adyuvantes si es preciso ^{F1}.

Espejos y agitación

El entorno recomendado es **sin espejos**; el paciente puede no reconocerse en ellos ^{F1}. Y en la demencia avanzada, una agitación nueva obliga a pensar en **dolor**, que se evalúa con la **observación del comportamiento**, los familiares y escalas específicas como PACSLAC y DOLOPLUS-2 ^{F1}.

EIR2018-097: ¿imponer un patrón de sueño?

La respuesta oficial de EIR2018-097 sostiene que, **si el paciente duerme durante el día pero también lo hace durante la noche, no es necesario imponer un patrón de sueño específico**: el criterio de la pregunta es intervenir solo cuando el sueño diurno altera el nocturno, y descarta tanto imponerlo «en cualquier caso» como dejarlo sin más o respetarlo siempre aunque sea de día. La GPC vigente, en cambio, recomienda con carácter general **«mantener actividad física y mental por la mañana y a primera hora de la tarde limitando las horas de sueño diurno»**, y fija como objetivos del tratamiento aumentar el confort del paciente, disminuir la sobrecarga de los cuidadores, **disminuir el deambular nocturno** y evitar accidentes y caídas ^{F1}. La respuesta oficial no se corrige.

Alzheimer: no fomentar el uso de espejos

Entre las recomendaciones a los familiares de un paciente diagnosticado de Enfermedad de Alzheimer NO se encuentra:

1. Focalizar su atención en otras actividades que lo distraigan en caso de enfado.
2. Fomentar el recuerdo de su imagen mediante espejos.
3. Orientar al paciente sobre el ambiente que lo rodea.
4. Dejar una luz de emergencia durante la noche.

Dolor en demencia avanzada: se manifiesta como agitación

En una unidad de hospitalización ingresan al año un 15% de personas mayores con demencia, gran parte de ellas en estadios muy avanzados. El dolor es un síntoma frecuente en este tipo de pacientes. Señale la respuesta correcta, en pacientes con demencia muy avanzada:

1. El dolor no tratado puede manifestarse por agitación.
2. La Escala Visual Analógica es la más apropiada para la valoración del dolor por su sencillez.
3. Las escalas subjetivas unidimensionales son las recomendadas por los expertos para evaluar el dolor.
4. No se dispone específicamente de escalas diseñadas para valorar el dolor.
5. La administración de opiáceos para el control del dolor está desaconsejada.

Sueño en déficit cognitivo: no imponer patrón si duerme también de noche

En pacientes con insomnio vinculado a inquietud y desorientación secundaria a déficit cognitivo, ¿cuál debería ser la actitud apropiada en relación al patrón de sueño?:

1. Es necesario imponer un patrón de sueño específico, en cualquier caso.
2. Si el paciente duerme durante el día, pero también lo hace durante la noche, no es necesario imponer un patrón de sueño específico.
3. No es necesario conseguir un patrón de sueño concreto en pacientes con déficit cognitivo. Con el tiempo, se autorregulará.
4. Es preceptivo respetar sus momentos de sueño, independientemente de que estos se produzcan por el día.

El cuidador. La GPC recomienda **informar y formar al cuidador** en el manejo de los SCPD para promover una actitud idónea y prevenir la **sobrecarga y la claudicación**; el cuidador debe pedir ayuda a otros familiares, instituciones y asociaciones y ayuda profesional si aparecen signos de sobrecarga ^{F1}. La implicación activa del cuidador es fundamental para la eficacia de las intervenciones no farmacológicas ^{F1}.

Todas las preguntas del tema (18)

De la más reciente a la más antigua. Las respuestas, en el solucionario.

EIR 2025 · 192

P1 · respuesta en el solucionario

Cambios de personalidad, irritabilidad, descontrol de impulsos, desinhibición, falta de consideración por las reglas convencionales de conducta social, inquietud psicomotriz e hiperoralidad, se consideran síntomas típicos de:

1. Enfermedad de Alzheimer.
2. Demencia frontotemporal.
3. Enfermedad de Huntington.
4. Demencia de cuerpos de Lewy.

EIR 2025 · 81

P2 · respuesta en el solucionario

Indique cuál de los siguientes supuestos corresponde a un estadio 4 en la escala GDS (Escala de Deterioro Global):

1. Olvido de hechos cotidianos recientes (qué desayunó ayer, por ejemplo).
2. Inicio de la negación por parte del paciente como mecanismo de defensa, pérdida de concentración observada por terceros...
3. Olvida el nombre de sus familiares más íntimos (hijos, nietos...).
4. Quejas subjetivas de pérdida de memoria (olvida citas médicas, ubicación de objetos, nombres de personas no familiares...).

EIR 2025 · 79

P3 · respuesta en el solucionario

Señale la respuesta correcta con respecto al deterioro cognitivo y el Alzheimer en nuestro entorno:

1. La edad y el sexo masculino son los principales factores de riesgo no modificables de desarrollar una demencia.
2. Aunque la etiología de la demencia es variada, la causa neurodegenerativa más frecuente es la enfermedad de Alzheimer, representando alrededor de un 60-70 % de los casos de demencia.
3. La prevalencia de demencia se encuentra en retroceso en las últimas décadas debido a la mejora de la calidad de vida y los factores de riesgo modificables.
4. A pesar de su clara prevalencia en el sexo masculino, aún no se conoce bien qué factores contribuyen a este mayor riesgo de desarrollo de la enfermedad en hombres.

¿Cuál de los siguientes instrumentos de evaluación se utilizaría para detectar deterioro cognitivo?:

1. Eurotest.
2. Escala de Hamilton.
3. Índice de Katz.
4. Escala de Yale Brown.

Señale la opción INCORRECTA en relación con el síndrome demencial:

1. Supone un deterioro global de la función intelectual con una consciencia clara.
2. El deterioro de la memoria es el signo o síntoma más frecuente e importante.
3. Algunos tipos de demencia son estables y reversibles.
4. El comienzo de los síntomas se presenta de forma gradual en todos los síndromes demenciales.

¿Cuál de los siguientes hallazgos clínicos NO se encuentra en una persona con demencia tipo Alzheimer leve?:

1. Empobrecimiento del lenguaje, dificultad de nominación.
2. Indiferencia afectiva.
3. Alteración en la orientación temporal.
4. Alteración de la memoria reciente y de fijación.

En cuanto a los test cognitivos breves para el cribado de demencia, ¿cuál de los siguientes podríamos utilizar independientemente del nivel cultural de nuestro paciente?:

1. MMSE: Mini-Mental State Examination.
2. Test de las fotos.
3. Test del reloj.
4. SPMSQ: Short Portable Mental Status Questionnaire.

Para determinar la fase evolutiva en la que se encuentra la persona con Alzheimer, se recomienda administrar el instrumento llamado:

1. Índice de Katz.
2. Test del Informador.
3. EuroQol-5D.
4. Escala de Deterioro Global de Reisberg.

Entre las recomendaciones a los familiares de un paciente diagnosticado de Enfermedad de Alzheimer NO se encuentra:

1. Focalizar su atención en otras actividades que lo distraigan en caso de enfado.
2. Fomentar el recuerdo de su imagen mediante espejos.
3. Orientar al paciente sobre el ambiente que lo rodea.
4. Dejar una luz de emergencia durante la noche.

¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de tipo cognitivo más precoces en la Enfermedad de Alzheimer?:

1. Amnesia, agnosia y apraxia del vestido.
2. Amnesia, anomia y desorientación temporoespacial.
3. Amnesia, anhedonia y afasia.
4. Amnesia, abulia y alexitimia.

Señale la respuesta correcta en relación al Deterioro Cognitivo Leve:

1. Un criterio diagnóstico del Deterioro Cognitivo Leve es la queja subjetiva de pérdida de memoria por parte del paciente o de un informante válido (familiar o conviviente).
2. Existe una marcada alteración en las actividades de la vida diaria.
3. El diagnóstico de Deterioro Cognitivo Leve es un intento de identificar la Demencia Vascular en su fase prodrómica.
4. Está indicado el tratamiento farmacológico con inhibidores de la acetilcolinesterasa.

Los cuadros de trastorno de la percepción, del contenido del pensamiento, del estado de ánimo o de la conducta, que suelen presentarse en los pacientes con demencia se denominan:

1. Deterioro cognitivo asociado a la demencia.
2. Dificultades funcionales asociadas a la demencia.
3. Síntomas conductuales y psicológicos de la demencia.
4. No existen como tales.

¿Qué afirmación es FALSA acerca de la enfermedad de Alzheimer?:

1. Es la causa de demencia más frecuente en los países occidentales.
2. Cursa con pérdida de memoria, principalmente la memoria explícita.
3. Esta causada por una lesión cerebral por problemas cerebrovasculares.
4. Es una demencia no reversible.

El Sr. G. A. cuidador de su mujer que padece Enfermedad de Alzheimer, consulta a su enfermera porque ésta ha comenzado con conductas disruptivas, gritos y deambular errante. Señale la respuesta correcta respecto a este tipo de conductas:

1. Son inevitables e impredecibles.
2. Dependen únicamente de las alteraciones anatómicas.
3. Siempre hay que intentar hacer razonar al paciente sobre sus fallos.
4. Pueden ser una forma de expresar inseguridad o frustración por parte de la paciente.
5. El tratamiento farmacológico es la primera opción para tranquilizar a la paciente.

MBG ha sido diagnosticado de Enfermedad de Alzheimer. Una característica de la fase inicial de esta enfermedad es:

1. Dificultad para reconocer entornos conocidos y habituales del paciente.
2. Apraxia para las actividades de comer y beber.
3. Ausencia de reconocimiento de personas.
4. Percepción subjetiva de pérdida real de memoria.
5. Confusión entre el día y la noche.

Conforme avanza la enfermedad de Alzheimer, entre los cambios esperados que pueden observarse en los pacientes afectados se incluyen la aparición de:

1. Animia, micrografía y temblor.
2. Incapacidad para nombrar los objetos, apraxia y alexia.
3. Labilidad emocional, sialorrea y disfagia.
4. Marcha festinante, disminución de la sensibilidad y déficit motor.
5. Debilidad de un miembro, dificultad para tragar y masticar y déficit de autocuidado.

En la valoración de una señora de 74 años, la enfermera observa que repite las ideas y le cuesta encontrar las palabras adecuadas para expresarlas. El hijo, con quien vive, manifiesta que desde hace unos meses viene observando en su madre dificultades para seguir procesos que hasta recientemente realizaba con facilidad, como cocinar y desorientación en la propia casa. También la encuentra más irritable y susceptible. Esta sintomatología orienta a pensar que la señora presenta:

1. Un síndrome confusional agudo.
2. Depresión.
3. Una demencia.
4. Un deterioro cognitivo leve.
5. Un estado de delirium

Una manifestación de comportamiento que indica que un proceso demencial se encuentra en una fase avanzada de evolución es que la persona afectada:

1. Experimenta pérdida de las emociones.
2. Tiene cambios frecuentes de humor.
3. Se encierra en sí misma y es insensible al resto.
4. Tiene pérdidas de memoria, que niega.
5. Se encuentra en lugares que no era su intención estar.

Preguntas que también podrían ser de este tema (4)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

EIR 2022 · 189

P19 · respuesta en el solucionario

Si tras la realización del MINIMENTAL (MEC-MINIEXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO) a un paciente mayor de 65 años, se obtiene una puntuación de 16, la interpretación sería:

1. Deterioro cognitivo leve.
2. Deterioro cognitivo moderado.
3. Deterioro cognitivo grave.
4. Demencia.

EIR 2018 · 97

P20 · respuesta en el solucionario

En pacientes con insomnio vinculado a inquietud y desorientación secundaria a déficit cognitivo, ¿cuál debería ser la actitud apropiada en relación al patrón de sueño?:

1. Es necesario imponer un patrón de sueño específico, en cualquier caso.
2. Si el paciente duerme durante el día, pero también lo hace durante la noche, no es necesario imponer un patrón de sueño específico.
3. No es necesario conseguir un patrón de sueño concreto en pacientes con déficit cognitivo. Con el tiempo, se autorregulará.
4. Es preceptivo respetar sus momentos de sueño, independientemente de que estos se produzcan por el día.

EIR 2017 · 119

P21 · respuesta en el solucionario

¿Cuál de los siguientes es un instrumento para el cribado de pacientes con trastornos cognitivos?:

1. Índice de Katz.
2. Cuestionario de Pfeiffer.
3. Índice de Karnofsky.
4. Escala de Lawton y Brody.

En una unidad de hospitalización ingresan al año un 15% de personas mayores con demencia, gran parte de ellas en estadios muy avanzados. El dolor es un síntoma frecuente en este tipo de pacientes. Señale la respuesta correcta, en pacientes con demencia muy avanzada:

1. El dolor no tratado puede manifestarse por agitación.
2. La Escala Visual Analógica es la más apropiada para la valoración del dolor por su sencillez.
3. Las escalas subjetivas unidimensionales son las recomendadas por los expertos para evaluar el dolor.
4. No se dispone específicamente de escalas diseñadas para valorar el dolor.
5. La administración de opiáceos para el control del dolor está desaconsejada.

Solucionario

Nº	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P1	EIR 2025 · 192	2	
P2	EIR 2025 · 81	1	
P3	EIR 2025 · 79	2	
P4	EIR 2024 · 196	1	
P5	EIR 2023 · 196	4	hoja del archivo oficial
P6	EIR 2023 · 191	2	hoja del archivo oficial
P7	EIR 2023 · 114	2	hoja del archivo oficial
P8	EIR 2020 · 86	4	
P9	EIR 2020 · 16	2	
P10	EIR 2019 · 199	2	hoja del archivo oficial
P11	EIR 2019 · 192	1	hoja del archivo oficial
P12	EIR 2018 · 79	3	hoja del archivo oficial
P13	EIR 2016 · 102	3	hoja del archivo oficial
P14	EIR 2015 · 175	4	reconstruida por un tercero
P15	EIR 2013 · 143	4	reconstruida por un tercero
P16	EIR 2013 · 83	2	reconstruida por un tercero
P17	EIR 2011 · 93	3	
P18	EIR 2009 · 93	1	reconstruida por un tercero
P19	EIR 2022 · 189	2	
P20	EIR 2018 · 97	2	hoja del archivo oficial
P21	EIR 2017 · 119	2	
P22	EIR 2015 · 182	1	reconstruida por un tercero

Fuentes

- **F1** Grupo de trabajo de la GPC sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. GPC en el SNS: AIAQS n.º 2009/07. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010 (PDF maquetado en 2013; pendiente de actualización según el aviso de cada página). · https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_compl.pdf · consultada 2026-09-27
- **F2** Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG). Tratado de Geriatria para Residentes. Madrid; 2006. Cap. 16: Amor Andrés MS, Martín Correa E. Deterioro cognitivo leve, pp. 169-172. · https://www.segg.es/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2016_II.pdf · consultada 2026-09-27
- **F3** SEGG. Tratado de Geriatria para Residentes. Madrid; 2006. Cap. 17: Gil Gregorio P, Martín Sánchez J. Demencia, pp. 173-188. · https://www.segg.es/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2017_II.pdf · consultada 2026-09-27
- **F4** SEGG. Tratado de Geriatria para Residentes. Madrid; 2006. Cap. 4: Sanjoaquin Romero AC, Fernández Arín E, Mesa Lampré MP, García-Arilla Calvo E. Valoración geriátrica integral, pp. 59-68. · https://www.segg.es/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2004_I.pdf · consultada 2026-09-27
- **F5** Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat. Escalas e instrumentos para la valoración en Atención Domiciliaria. Valencia; 2006 (ficha Mini Mental State Examination). · <https://biblioesp.gva.es/publicos/tsan/documentos/mig/V.4963-2006.pdf> · consultada 2026-09-27
- **F6** Carnero-Pardo C, Montoro-Ríos MT. Test de las fotos. Rev Neurol. 2004;39(9):801-806 (resumen). · <https://doi.org/10.33588/rn.3909.2004095> · consultada 2026-09-27
- **F7** MedlinePlus en español (Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU.; contenido de A.D.A.M.). Enfermedad de Alzheimer. Última revisión 27/01/2026. · <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000760.htm> · consultada 2026-09-29
- **F8** Ministerio de Sanidad. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). Nota metodológica. Tramos de parámetros. Sistema Nacional de Salud 2017 (ficha «Mini examen cognoscitivo de Lobo (MEC)»). · https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Parametros_clin_tramos.pdf · consultada 2026-09-29

Pendiente de verificar

- EIR2009-093 (manifestación de demencia avanzada: «pérdida de las emociones», respuesta reconstruida por un tercero): ninguna fuente válida consultada (GPC SNS, Tratado SEGG) describe la pérdida de las emociones como marcador de fase avanzada; la GPC sitúa la apatía ya en fase leve. No se intercala. Refuerzo del 29/09/2026: tampoco lo dicen MedlinePlus (fase avanzada: no reconoce a la familia ni entiende el lenguaje) ni la Guía práctica de la enfermedad de Alzheimer del INSALUD (1996, no vigente; https://ingesa.sanidad.gob.es/dam/jcr:d0bf5a7f-195f-40a4-bfa5-31b06da4f526/Guia_enfermedad_alzheimer.pdf), cuya fase final habla de «pérdida de la identidad personal» («no sabe quién es, qué siente») y añade que los enfermos en fase severa continúan percibiendo el cariño de sus familiares. La escala GDS original de Reisberg (Am J Psychiatry 1982) es de pago y su versión en la GPC habla en GDS 6 de «cambios de la personalidad y la afectividad», no de pérdida de las emociones. Las búsquedas en español e inglés solo devuelven blogs, aseguradoras y centros privados.