

Geriatría

La persona en el centro

Valoración geriátrica integral

Biomédica

Enfermedades · síntomas
Nutrición · medicamentos

Mental

Atención · cognición
Ánimo · conducta


Preferencias
y objetivos

Funcional

Movilidad · autocuidado
Visión · audición

Social

Apoyo · vivienda
Recursos · cuidador

Un plan acordado · Acciones concretas · Reevaluación

Enfoque geriátrico y evaluación funcional

Conocer la situación basal y las prioridades de la persona.

Generalidades de geriatría

La función orienta las decisiones

- **Heterogeneidad:** Dos personas de la misma edad pueden tener reservas, autonomía, enfermedades y necesidades de apoyo muy distintas.
- **Objetivo:** Mantener capacidades, participación y bienestar; aliviar síntomas y prevenir dependencia evitable.
- **Envejecimiento saludable:** No exige ausencia de enfermedad. Importan las capacidades físicas y mentales y su interacción con el entorno.
- **Edadismo:** No atribuir automáticamente un síntoma a la edad ni excluir tratamientos útiles solo por la edad cronológica.

Misma edad, necesidades distintas

Decidir según la persona

Reservas

Capacidades físicas y mentales, enfermedades y respuesta ante estresores.

Entorno

Vivienda, barreras, red de apoyo y acceso a recursos.

Objetivos

Actividades que la persona quiere mantener o recuperar; bienestar y alivio de síntomas.

Cambios esperables y problemas que requieren evaluación

- **Aspecto y sentidos:** Canas, arrugas y presbicia son frecuentes. Pérdida visual o auditiva que limita la actividad requiere evaluación y ayudas adecuadas.
- **Composición corporal:** Puede disminuir masa muscular y aumentar grasa corporal. Debilidad marcada o pérdida funcional no deben normalizarse.

- **Marcha:** La ampliación de la base de apoyo puede ser compensatoria; una marcha nueva, inestable o incapacitante exige buscar la causa.
- **Sueño:** Puede fragmentarse o adelantarse el horario. No asumir que todas las personas mayores necesitan solo seis horas; valorar descanso y repercusión diurna.
- **Riñón y fármacos:** La función renal puede disminuir, con mayor riesgo de acumulación de medicamentos. Interpretar estimación renal y masa muscular; una creatinina normal no garantiza función normal.
- **Laboratorio:** No existe una regla clínica que permita considerar al aclaramiento de creatinina como el único examen que cambia con la edad. Investigar alteraciones en su contexto.

Formas atípicas de enfermedad aguda

- **Infección:** Puede faltar fiebre; valorar disnea, alteración del estado mental, hipotensión y cambio funcional.
- **Abdomen agudo:** La respuesta dolorosa o peritoneal puede ser menos evidente. Síntomas persistentes, vómitos, distensión o inestabilidad exigen estudio.
- **Isquemia miocárdica:** Puede presentarse con disnea, debilidad, síncope o confusión, sin dolor torácico típico.
- **Deshidratación:** No depender de la sed ni del pliegue cutáneo. Integrar ingesta, pérdidas, signos vitales, peso, diuresis y exámenes cuando correspondan.
- **Oliguria:** Es una alarma que también puede reflejar daño renal, hipoperfusión u obstrucción. No es un marcador exclusivo ni suficiente de deshidratación.

Un cambio funcional puede ser la alarma

La presentación puede ser atípica

Infección

Puede faltar fiebre; valorar estado mental, respiración y estabilidad.

Isquemia

Disnea, síncope o debilidad pueden aparecer sin dolor típico.

Abdomen agudo

El dolor y los signos peritoneales pueden ser poco evidentes.

Deshidratación

Integrar ingesta, pérdidas, peso y diuresis. Oliguria también obliga a buscar daño renal u obstrucción.

Comparar con la situación basal; no atribuir el cambio agudo a la edad.

Comparar siempre con la situación basal

- **Tiempo:** Precisar cuándo comenzó el cambio y si fluctúa; entrevistar a un informante cuando sea necesario.
- **Desempeño previo:** Registrar cómo caminaba, comía, se vestía, usaba medicamentos y manejaba dinero antes del episodio.
- **Alerta:** Confusión aguda, déficit focal, hipoxia, hipotensión, dolor torácico, retención urinaria o incapacidad brusca para caminar requieren evaluación prioritaria.
- **Síndromes que se superponen:** Delirium, caídas, inmovilidad, incontinencia y anorexia pueden ser la manifestación inicial de varias enfermedades.

Fragilidad, discapacidad y comorbilidad

- **Fragilidad:** Vulnerabilidad aumentada ante estresores por menor reserva fisiológica; puede existir sin dependencia establecida.
- **Discapacidad o dependencia:** Dificultad o necesidad de ayuda para actividades concretas; identificar qué actividad y qué apoyo requiere.
- **Comorbilidad:** Coexistencia de enfermedades. Su número no determina por sí solo la capacidad funcional.
- **Conducta:** Relacionar los tres conceptos para ajustar tratamiento, rehabilitación y seguimiento.

CLAVES EUNACOM

Ante una caída funcional aguda, buscar enfermedad y efectos de medicamentos antes de atribuirlos a envejecimiento.

Fuentes: [OMS · Envejecimiento saludable y atención integrada; complemento internacional](#); [MINSAL · Actualización del Manual de Geriatría para Médicos, 2019](#)

Valoración geriátrica integral

Cuatro dimensiones, un plan

- **Biomédica:** Enfermedades, síntomas, dolor, nutrición, continencia, sueño y revisión de todos los medicamentos.
- **Mental:** Atención, cognición, ánimo y conducta; diferenciar delirium, deterioro cognitivo y depresión.
- **Funcional:** Movilidad, caídas, autocuidado, tareas instrumentales, visión y audición.
- **Social:** Vivienda, apoyo real, soledad, recursos, acceso a alimentos y salud, cuidador y posible maltrato.

Entrevista y examen que cambian la conducta

- **Persona primero:** Preguntar qué le preocupa y qué actividad desea mantener o recuperar; hablarle directamente y ajustar la comunicación a audición y visión.
- **Informante:** Contrastar el desempeño habitual sin reemplazar innecesariamente la voz de la persona.
- **Exploración:** Signos vitales, peso y tendencia, hidratación, boca, piel, marcha y examen dirigido al síntoma. Medir presión de pie si existe indicación.
- **Medicamentos:** Incluir receta, automedicación, suplementos, gotas y uso real; preguntar por cambios recientes.

Actividades básicas e instrumentales

- **ABVD:** Comer, bañarse, vestirse, asearse, continencia, uso del baño y movilidad básica. Barthel cuantifica necesidad de ayuda.
- **AIVD:** Manejo de dinero y medicamentos, compras, cocina, transporte, teléfono y tareas domésticas; explorar desempeño y cambio respecto de lo habitual.
- **Contexto:** No puntuar como incapacidad una tarea que nunca realizó por distribución de roles, falta de oportunidad o barreras del entorno.
- **Autonomía:** Necesitar ayuda física no implica incapacidad para decidir; valorar capacidad para la decisión concreta.

Función: distinguir dos niveles

Comparar con el desempeño habitual

Actividades básicas

Autocuidado y movilidad: comer, bañarse, vestirse, usar el baño, continencia y transferencias.

Actividades instrumentales

Vida en comunidad: medicamentos, dinero, compras, cocina, transporte y comunicación.

Necesitar ayuda física no equivale a perder capacidad para decidir.

Instrumentos: elegir la pregunta correcta

- **Funcionalidad:** EFAM o Barthel según el desempeño; no son intercambiables con una escala de fragilidad.
- **Cognición y ánimo:** Usar instrumentos validados en el contexto, considerando educación y déficits sensoriales. Un tamizaje alterado requiere evaluación clínica.
- **Movilidad:** Observar transferencia, equilibrio y marcha. Integrar pruebas con la historia de caídas y el examen.
- **Reevaluación:** Registrar versión, condiciones y ayudas utilizadas; comparar mediciones interpretables, no números aislados.

Del hallazgo a la intervención

- **Priorizar:** Resolver amenazas inmediatas; después jerarquizar problemas que más afectan función, síntomas y preferencias.
- **Equipo:** Coordinar medicina, enfermería, kinesiología, terapia ocupacional, nutrición, farmacia y trabajo social según necesidad.
- **Seguimiento:** Cada acción debe tener responsable, plazo e indicador de respuesta. Reevaluar también al cuidador.

CLAVES EUNACOM

La VGI es una evaluación vinculada a acciones y seguimiento; completar escalas sin intervenir no la reemplaza.

Fuentes: [MINSAL · GPC sarcopenia, valoración geriátrica integral, 2019](#); [OMS · Envejecimiento saludable y atención integrada: complemento internacional](#); [MINSAL · Herramientas para el apoyo en la toma de decisiones en salud, 2024](#)

EMPAM, EFAM y Barthel

Ruta de evaluación en atención primaria

- **EMPAM:** Control preventivo integral de las personas de 65 años y más; contempla valoración funcional y un plan de atención. El control cardiovascular no lo sustituye.
- **EFAM:** Se utiliza en personas autovalentes para detectar riesgo de pérdida funcional. Aplicar el formulario oficial y sus instrucciones.
- **Barthel:** Si necesita ayuda de otra persona para actividades básicas, cuantificar dependencia con Barthel; no forzar la parte B del EFAM.
- **Plan:** Revisión anual y seguimiento antes cuando el riesgo o los problemas lo requieran. En categorías con riesgo o dependencia leve/moderada, el REM contempla seguimiento dentro de seis meses.

EFAM: contenido de cada parte

- **Parte A:** Explora actividades cotidianas, cognición y escolaridad, además de función de extremidades superiores e inferiores.
- **Parte B:** En personas autovalentes profundiza en riesgo cardiovascular, cognición y síntomas de ánimo/ansiedad.
- **Aplicación:** Los pesos de cada respuesta no son equivalentes. No inventar un puntaje contando dominios ni reemplazar el instrumento por este resumen.

EFAM: interpretar sin mezclar partes

Resultado	Clasificación y conducta
Parte A ≤ 42	Riesgo de dependencia; investigar e intervenir factores que amenazan función. No aplicar parte B.
Parte A ≥ 43	Autovalente; continuar con parte B.
Parte B ≤ 45	Autovalente con riesgo; plan y seguimiento dirigido.
Parte B ≥ 46	Autovalente sin riesgo; prevención y seguimiento.

EFAM: primero identificar la parte

Para personas autovalentes

Parte A: ≤ 42

Riesgo de dependencia.
Investigar causas e intervenir; no continuar a parte B.

Parte A: ≥ 43

Autovalente. Aplicar parte B para distinguir riesgo.

Parte B: ≤ 45

Autovalente con riesgo: plan y seguimiento dirigido.

Parte B: ≥ 46

Autovalente sin riesgo: prevención y seguimiento.

Si requiere ayuda en actividades básicas, valorar dependencia con Barthel.

Barthel: autocuidado y continencia

Actividad	Puntaje por desempeño
Alimentación	10: come solo; 5: precisa preparar/cortar; 0: requiere alimentación asistida.
Baño	5: completa el baño por sí mismo; 0: precisa ayuda.
Vestido	10: completo sin apoyo; 5: apoyo parcial; 0: asistencia completa.
Aseo personal	5: realiza arreglo personal solo; 0: necesita ayuda.
Deposiciones	10: control; 5: accidente ocasional o ayuda con evacuación; 0: incontinencia.
Micción	10: control o autogestión de sonda; 5: hasta un accidente diario o ayuda con sonda; 0: incontinencia.

Valorar el desempeño real. En continencia, considerar la semana previa según la pauta; usar instrucciones oficiales para resolver situaciones particulares.

Barthel: baño, transferencias y desplazamiento

Actividad	Puntaje por desempeño
Uso del retrete	10: resuelve toda la actividad; 5: ayuda parcial, con higiene propia; 0: asistencia completa.
Cama-sillón	15: sin apoyo; 10: ayuda menor/supervisión; 5: ayuda importante, mantiene sedestación; 0: dependiente.
Desplazamiento	15: camina 50 m solo; 10: con apoyo/supervisión; 5: maneja silla de ruedas; 0: dependiente.
Escaleras	10: sube/baja solo; 5: ayuda/supervisión; 0: dependiente.

Sumar las diez actividades: 0-100. El puntaje describe ayuda funcional; no diagnostica demencia, fragilidad ni capacidad para consentir.

Barthel: bandas de dependencia usadas en REM

Puntaje	Interpretación
100	Independencia en los ítems de la escala.
60-95	Dependencia leve.
40-55	Dependencia moderada.
20-35	Dependencia grave.
0-15	Dependencia total.

Estos cortes corresponden a la clasificación chilena indicada. Otras publicaciones usan bandas diferentes. En movilidad exclusivamente en silla de ruedas, interpretar el máximo alcanzable y las necesidades reales.

Barthel: interpretar la suma

Clasificación de dependencia utilizada en REM

100 puntos

Independencia en las actividades evaluadas.

60-95 puntos

Dependencia leve.

40-55 puntos

Dependencia moderada.

20-35 puntos

Dependencia grave.

0-15 puntos

Dependencia total.

Identificar ayudas concretas. No es una escala de fragilidad ni una prueba de capacidad para consentir.

Caso de interpretación

- **Ejemplo:** Una persona obtiene 45 puntos en la parte A y 44 en la parte B del EFAM: es autovalente con riesgo, no dependiente por tener 44 puntos.
- **Contraste:** Un Barthel de 45 indica dependencia moderada en esta clasificación. El mismo número tiene significados distintos según el instrumento.
- **Derivación:** Dependencia grave o total requiere coordinar evaluación para atención domiciliaria y apoyo al cuidador; no basta con registrar el puntaje.

CLAVES EUNACOM

Siempre escribir el nombre y la parte del instrumento junto al puntaje. Un EFAM bajo y un Barthel bajo responden a preguntas diferentes.

Fuentes: [MINSAL/DEIS · Manual REM, Serie P, versión 1.1, 2026](#); [MINSAL/DEIS · Manual REM, Serie A, versión 1.1, 2026](#); [MINSAL · Orientación técnica para personas mayores en APS, 2014](#); [MINSAL · Instructivo de aplicación del control de salud anual del adulto mayor](#)

Movilidad, fragilidad y seguridad

Distinguir vulnerabilidad, debilidad y dependencia para actuar sobre sus causas.

Fragilidad

Reconocer vulnerabilidad, sin confundir diagnósticos

- **Definición:** Disminución de reservas que aumenta vulnerabilidad a estresores. Una enfermedad menor puede provocar gran caída funcional; la situación puede mejorar con intervención.
- **No son sinónimos:** Fragilidad es vulnerabilidad; sarcopenia afecta músculo; discapacidad limita actividades; multimorbilidad suma enfermedades. Pueden coexistir, pero ninguna demuestra automáticamente las otras.
- **Sospechar:** Pérdida de peso, cansancio, lentitud, baja actividad, debilidad, caídas o recuperación incompleta tras enfermedad.
- **Situación basal:** Distinguir función habitual de deterioro agudo. Edad cronológica sola no diagnostica fragilidad ni justifica negar tratamiento.

Cuatro conceptos que pueden coexistir

Fragilidad

Reserva disminuida y mayor vulnerabilidad a estresores.

Sarcopenia

Alteración del músculo.

Discapacidad

Limitación para realizar actividades.

Multimorbilidad

Coexistencia de varias enfermedades.

Ninguno demuestra automáticamente los otros; la edad por sí sola no diagnostica fragilidad.

Pesquisa FRAIL: versión breve de Saint Louis University

- **Versión utilizada:** Formulario breve SLU: cinco preguntas, un punto por respuesta positiva, total 0-5. Mantener esta versión al reevaluar.
- **F y R:** Fatiga: se siente cansado. Resistencia: incapaz de subir un tramo de escaleras.
- **A e I:** Ambulación: incapaz de caminar una cuadra. Enfermedades: tiene más de cinco enfermedades.

- **L:** Pérdida de peso superior al 5% en los últimos seis meses; documentar peso anterior y actual y si la pérdida fue buscada.
- **Interpretación:** 0: sin fragilidad por este instrumento; 1-2: prefragilidad; 3-5: fragilidad. Es pesquisa para evaluación clínica, no decisión terapéutica automática.
- **No mezclar versiones:** Otras publicaciones emplean cinco o más enfermedades y pérdida en doce meses; no combinar esos criterios con el formulario breve aquí descrito.

FRAIL: formulario breve SLU

F · Fatiga

Se siente cansado.

R · Resistencia

Incapaz de subir un tramo de escaleras.

A · Ambulación

Incapaz de caminar una cuadra.

I · Enfermedades

Más de cinco enfermedades.

L · Pérdida de peso

Más del 5% en seis meses.

Un punto por respuesta positiva: 0 sin fragilidad; 1-2 prefragilidad; 3-5 fragilidad. Pesquisa, no decisión automática. No mezclar versiones.

Investigar causas tratables

- **Valoración integral:** Revisar función, ánimo/cognición, enfermedades, fármacos, nutrición, visión/audición, recursos y cuidador; identificar objetivos importantes para la persona.
- **Estudio dirigido:** Buscar anemia, hipotiroidismo, malnutrición, dolor, insuficiencia cardiopulmonar, depresión o efectos farmacológicos según clínica; no existe un examen único confirmatorio.
- **Presentación atípica:** Infección sin fiebre, infarto sin dolor típico o abdomen agudo con poca reacción peritoneal son posibles; confusión o pérdida funcional aguda obligan a buscar enfermedad.
- **Deshidratación:** Integrar ingesta/pérdidas, PA, peso, diuresis, perfusión y laboratorio. Oliguria es alarma, pero también puede deberse a lesión renal u obstrucción.

Intervenir en varias dimensiones

- **Ejercicio:** Fuerza progresiva, equilibrio y actividad funcional adaptadas; iniciar supervisado cuando haya riesgo y evitar inactividad por miedo.
- **Alimentación:** Corregir aporte energético/proteico insuficiente y problemas dentales o deglutorios; suplementar si no alcanza necesidades, no por el puntaje aislado.
- **Tratamientos:** Revisar beneficio, carga y riesgo de medicamentos; optimizar enfermedades tratables y ajustar metas con participación de la persona.
- **Entorno:** Facilitar apoyos, participación social, acceso a alimentos y rehabilitación; abordar sobrecarga del cuidador.

Intervenir en fragilidad

Ejercicio

Fuerza, equilibrio y función adaptadas; supervisar cuando haya riesgo.

Alimentación

Corregir aporte insuficiente y problemas dentales/deglutorios; suplementar si no cubre necesidades.

Tratamientos

Optimizar enfermedades tratables y revisar beneficio, carga y riesgo farmacológicos.

Entorno

Facilitar apoyo, participación social, alimentos y rehabilitación; atender al cuidador.

Decisiones y reevaluación

- **Plan concreto:** Priorizar dos o tres objetivos funcionales alcanzables y responsables de cada intervención; registrar situación basal para comparar.
- **Seguimiento:** Reevaluar peso, movilidad, actividades y síntomas tras intervenciones o nueva enfermedad; usar el mismo instrumento para describir cambios.
- **Derivar:** Deterioro acelerado, causa incierta, pérdida ponderal progresiva, dependencia nueva o problemas complejos requieren equipo geriátrico o evaluación urgente según gravedad.

- **Proporcionalidad:** Fragilidad informa riesgos y necesidades de apoyo; no equivale a futilidad ni sustituye preferencias, pronóstico y valoración individual.

CLAVES EUNACOM

Fragilidad puede coexistir con independencia; discapacidad no basta para diagnosticarla.

Confusión nueva exige buscar un proceso agudo.

Fuentes: [Saint Louis University · Rapid Geriatric Assessment, formulario breve FRAIL y SARC-F; complemento internacional; ICFSR · Guía clínica de identificación y manejo de fragilidad física, 2019; complemento internacional; ICFSR · Pesquisa y manejo de fragilidad en atención primaria, 2020; complemento internacional; MINSAL · Actualización Manual de Geriatría para Médicos, 2019](#)

Sarcopenia

Definir músculo y distinguir fragilidad

- **Concepto:** Enfermedad muscular con disminución de fuerza y cantidad/calidad muscular; no basta observar delgadez o atribuir atrofia al sedentarismo.
- **Causas:** Envejecimiento, inactividad, enfermedad sistémica y déficit nutricional pueden combinarse; investigar pérdida rápida de fuerza o peso.
- **Diferencia:** Sarcopenia es alteración muscular; fragilidad es vulnerabilidad global. Obesidad no excluye sarcopenia.
- **Consecuencias:** Dificultad para levantarse o caminar, caídas, dependencia, peor recuperación y mayor mortalidad; no supone que toda caída se deba a ella.

Pesquisa SARC-F

- **Componentes:** Dificultad para cargar 10 libras -aproximadamente 4,5 kg-, caminar por una habitación, levantarse de silla/cama y subir diez escalones; quinto componente: caídas.
- **Puntuación funcional:** En cada una de las cuatro tareas: 0 sin dificultad, 1 alguna, 2 mucha o incapaz. En marcha, usar auxiliar puntúa 2; en transferencia, no poder sin ayuda puntúa 2.
- **Caídas en el último año:** 0 ninguna; 1 con una a tres; 2 con cuatro o más. Total SARC-F: 0-10.
- **Interpretación:** ≥ 4 indica pesquisa positiva y evaluación muscular; no confirma por sí solo. Sospecha clínica fuerte justifica estudiar aun con puntaje menor.

SARC-F: cinco componentes

Fuerza

Cargar 10 libras, aproximadamente 4,5 kg.

Caminar

Cruzar una habitación; usar auxiliar corresponde a 2 puntos.

Transferencia

Levantarse de silla/cama; no poder sin ayuda corresponde a 2 puntos.

Escaleras

Subir diez escalones.

Caídas · último año

Ninguna: 0; una a tres: 1; cuatro o más: 2.

Cuatro tareas: 0 sin dificultad, 1 alguna, 2 mucha/incapaz. Total 0-10; ≥ 4 pesquisa positiva, no confirmación. Sospecha clínica persiste aunque puntaje menor.

Fuerza: sarcopenia probable según EWGSOP2

- **Preensión:** Dinamómetro con técnica estandarizada; fuerza baja: <27 kg en hombres o <16 kg en mujeres, puntos europeos de referencia.
- **Cinco levantadas:** Cronometrar levantarse cinco veces de una silla sin ayuda de brazos, cuando sea seguro; >15 segundos sugiere fuerza baja. Si no puede, registrar limitación.
- **Algoritmo:** Fuerza baja: sarcopenia probable. No confundir esta prueba con TUG, que incluye caminar y girar.
- **Contexto:** Dolor, artritis de manos, déficit neurológico y técnica pueden alterar resultados; interpretar con clínica y referencias de población.

Confirmar y graduar

- **Confirmación:** Fuerza baja más baja cantidad/calidad muscular medida mediante técnica validada; DXA o bioimpedancia según disponibilidad y contexto.
- **Masa apendicular/talla²:** EWGSOP2: $<7,0$ kg/m² en hombres y $<5,5$ kg/m² en mujeres; el valor femenino corresponde a la corrección publicada del consenso.
- **Gravedad:** Sarcopenia confirmada más rendimiento físico bajo indica forma grave; velocidad de marcha $\leq 0,8$ m/s es uno de los criterios EWGSOP2.
- **Limitaciones:** Estimar antropometría no equivale automáticamente a confirmar DXA; edema y otros factores pueden distorsionar bioimpedancia. Documentar método y versión.

Confirmar y graduar sarcopenia

1

Fuerza baja

Añadir medición validada de cantidad/calidad muscular.



2

Confirmación

Fuerza baja más músculo bajo. Masa apendicular/talla²: < 7,0 kg/m² hombres y < 5,5 kg/m² mujeres, EWGSOP2 corregido.



3

Gravedad

Confirmada más rendimiento bajo: sarcopenia grave. Velocidad de marcha ≤ 0,8 m/s es uno de los criterios.

DXA o bioimpedancia según contexto; documentar método. Edema puede distorsionar bioimpedancia; antropometría no equivale automáticamente a DXA.

Ejercicio y nutrición en Chile

- **Resistencia muscular:** MINSAL favorece programas estructurados, progresivos e individualizados; combinar entrenamiento de fuerza con equilibrio y función.
- **Proteína:** En personas ≥60 años con sarcopenia, GPC MINSAL recomienda aporte de 1-1,5 g/kg/día junto con ejercicio de resistencia; calcular según estado nutricional y adaptar a comorbilidades.
- **Precaución renal:** En enfermedad renal avanzada u otra condición que requiera restricciones, acordar objetivo con nutrición/equipo tratante; no imponer una dieta hiperproteica uniforme.
- **Alimentación:** Asegurar energía suficiente, acceso a alimentos y manejo de disfagia/problemas dentales; suplemento cuando la dieta no cubre necesidades.

Sarcopenia: intervención según MINSAL

Resistencia

Programa estructurado, progresivo e individualizado; combinar fuerza, equilibrio y función.

Proteína

En ≥ 60 años con sarcopenia: 1-1,5 g/kg/día junto con ejercicio de resistencia.

Individualizar

Adaptar aporte a nutrición y comorbilidades; enfermedad renal avanzada requiere acuerdo con nutrición/equipo tratante.

Acceso e ingesta

Energía suficiente, alimentos y manejo dental/deglutorio; suplemento si dieta no cubre necesidades.

Seguimiento y errores de examen

- **Reevaluar:** Fuerza, levantarse, marcha, peso/ingesta y actividades; usar mismo dispositivo y protocolo, además de metas funcionales.
- **Vitamina D:** No sustituye ejercicio ni nutrición como tratamiento muscular. Valorar déficit e indicaciones óseas individuales; evitar presentarla como cura universal de sarcopenia.
- **Fármacos:** No indicar testosterona u hormonas de crecimiento rutinarias; buscar otra indicación específica antes de plantearlas.
- **Derivación:** Pérdida rápida, debilidad focal, disfagia, gran compromiso funcional o diagnóstico incierto requieren evaluación especializada.

CLAVES EUNACOM

Fuerza baja: probable; añadir masa baja: confirmada; añadir rendimiento bajo: grave.

Fuentes: [MINSAL/DIPRECE · GPC Sarcopenia, recomendaciones formuladas en 2019](#); [Saint Louis University · Rapid Geriatric Assessment, formulario breve FRAIL y SARC-F; complemento internacional](#); [EWGSOP2 · Consenso europeo revisado de sarcopenia, 2019; complemento internacional](#); [EWGSOP2 · Corrección del umbral de masa muscular femenina, 2019; complemento internacional](#); [ICFSR · Guía de pesquisa, diagnóstico y manejo de sarcopenia, 2018; complemento internacional](#)

Inmovilidad

Definir el cambio y su urgencia

- **Concepto:** Limitación para cambiar de posición, transferirse o desplazarse; puede ser parcial o completa, reciente o persistente. Comparar con la situación habitual.
- **Inicio agudo:** Buscar enfermedad intercurrente, dolor, fractura, ictus, delirium, hipoglucemia, infección o efecto farmacológico. No atribuir nueva postración a la edad.
- **Contexto:** Precisar cuánto tiempo pasa en cama/sillón, quién ayuda y qué actividades aún realiza; dependencia no significa ausencia de potencial rehabilitador.

Causas y evaluación práctica

- **Causas frecuentes:** Artrosis dolorosa, fractura, déficit neurológico, insuficiencia cardiopulmonar, debilidad, malnutrición, miedo poscaída, depresión y barreras del entorno.
- **Iatrogenia:** Reposo sin indicación, sedación, dispositivos innecesarios y ayudas mal ajustadas pueden perpetuar la pérdida funcional.
- **Explorar:** Dolor, fuerza, movilidad articular, contracturas, piel, equilibrio sentado, transferencia y tolerancia ortostática; valorar cognición, deglución y nutrición.
- **Registro:** Describir ayuda necesaria para girar, sentarse, ponerse de pie y caminar. Usar la evaluación funcional integral del curso para seguimiento, sin sustituirla por una etiqueta de postración.

Buscar por qué dejó de moverse

Dolor y enfermedad

Artrosis, fractura, déficit neurológico o insuficiencia cardiopulmonar.

Reserva y ánimo

Debilidad, malnutrición, miedo poscaída y depresión.

Iatrogenia y entorno

Reposo injustificado, sedación, dispositivos innecesarios o ayudas mal ajustadas.

Función observable

Registrar ayuda para girar, sentarse, ponerse de pie y caminar; examinar piel, articulaciones y tolerancia ortostática.

Complicaciones prevenibles

- **Musculoesqueléticas:** Pérdida de fuerza y masa, contracturas y mayor fragilidad ósea; el reposo puede empeorar el problema que pretendía proteger.
- **Piel y circulación:** Lesiones por presión, edema, hipotensión ortostática y tromboembolismo venoso, especialmente durante enfermedad aguda.
- **Otros sistemas:** Estreñimiento/fecaloma, retención urinaria, deterioro de ánimo, aislamiento y delirium; vigilar hidratación y seguridad de alimentación.
- **Señales urgentes:** Disnea súbita, dolor torácico, edema unilateral, nueva focalidad, fiebre con deterioro o herida infectada requieren evaluación inmediata.

La inmovilidad afecta varios sistemas

Músculo y hueso

Pérdida de masa/fuerza, contracturas y fragilidad ósea.

Piel y circulación

Presión, edema, hipotensión ortostática y riesgo trombótico, sobre todo con enfermedad aguda.

Otros sistemas

Estreñimiento, fecaloma, retención urinaria, delirium, aislamiento y deterioro del ánimo.

Alarmas

Disnea súbita, dolor torácico, edema unilateral, focalidad, fiebre con deterioro o herida infectada: evaluación inmediata.

Movilizar con objetivos

- **Tratar causas:** Analgesia prudente, corrección de alteraciones agudas, revisión farmacológica y atención de déficits nutricionales.
- **Progresión segura:** Cuando esté clínicamente estable: movimientos activos/asistidos, sedestación, transferencias, bipedestación y marcha según tolerancia; no forzar ante inestabilidad o lesión no estabilizada.
- **Plan compartido:** Kinesiología y terapia ocupacional fijan metas concretas: girar sin ayuda, llegar al baño o comer sentado. Enseñar técnica segura a cuidadores.

- **Prevención diaria:** Cambios posturales, cuidado cutáneo, movilidad articular y ayudas para transferencias; preservar actividades que todavía puede realizar.

Progresión de movilidad según tolerancia

1

Preparar

Tratar causas, controlar dolor y corregir problemas agudos; revisar fármacos y nutrición.



2

Movimiento y sedestación

Movimientos activos o asistidos, seguidos de sentarse cuando sea seguro.



3

Transferencia y bipedestación

Practicar con apoyo y técnica enseñada al cuidador.



4

Marcha y metas

Avanzar hacia objetivos funcionales acordados con kinesiólogía y terapia ocupacional.

Solo con estabilidad clínica; no forzar ante inestabilidad o lesión no estabilizada.
Mantener cuidado cutáneo y postural.

Tromboprofilaxis y continuidad

- **Hospitalización aguda:** Valorar riesgo trombótico y hemorrágico; indicar profilaxis farmacológica o mecánica conforme al contexto, función renal y protocolo.
- **Inmovilidad crónica domiciliaria:** No implica anticoagulación preventiva sistemática. Reevaluar si aparece una enfermedad aguda, cirugía u otra indicación independiente.
- **Alta y domicilio:** Asegurar equipamiento, apoyo y continuidad de rehabilitación; anticipar necesidades del cuidador y pausas de descanso.

- **Control:** Revisar logros funcionales, piel, nutrición, dolor, síntomas ortostáticos y sobrecarga del cuidador. Ajustar objetivos a preferencias y pronóstico.

CLAVES EUNACOM

Tratar la causa de la inmovilidad y sus complicaciones simultáneamente.

Fuentes: [MINSAL · Actualización Manual de Geriatría para Médicos, 2019](#); [ICFSR · Recomendaciones internacionales de ejercicio en personas mayores, 2021; complemento internacional](#); [ASH · Tromboprofilaxis en pacientes médicos hospitalizados y ambulatorios, 2018; complemento internacional](#); [NPIAP/EPUAP/PPPIA · International Guideline, capítulo Repositioning, cuarta edición; complemento internacional](#)

Caídas

Reconocer el evento y atender lesiones

- **Definición:** Evento involuntario que deja a la persona en el suelo u otro nivel inferior. No es una consecuencia inevitable de envejecer.
- **Prioridad:** Evaluar conciencia, respiración, circulación, dolor, traumatismo craneal y posible fractura; no levantar apresuradamente a quien presenta dolor intenso o incapacidad para apoyar.
- **Urgencia:** Déficit neurológico nuevo, síncope de esfuerzo, dolor torácico, disnea, inestabilidad o traumatismo significativo requieren evaluación urgente. Traumatismo craneal con anticoagulantes exige valoración específica.
- **Consecuencia grave:** La fractura de cadera puede producir dependencia y aumentar mortalidad; requiere atención, rehabilitación y prevención secundaria.
- **Tiempo en el suelo:** Buscar hipotermia, deshidratación, lesiones por presión y rabdomiólisis si permaneció caído mucho tiempo; solicitar estudios según hallazgos.

Después de una caída: prioridades

Estabilidad

Conciencia, respiración y circulación; déficit neurológico, síncope de esfuerzo, dolor torácico, disnea o inestabilidad requieren urgencia.

Traumatismo

Buscar lesión craneal y fractura. Dolor intenso o incapacidad para apoyar: no levantar apresuradamente.

Anticoagulación

Traumatismo craneal con anticoagulantes exige una valoración específica.

Permanencia en el suelo

Buscar hipotermia, deshidratación, lesión por presión y rabdomiólisis si estuvo caído mucho tiempo.

Historia que encuentra la causa

- **Reconstrucción:** Preguntar actividad, lugar, calzado, iluminación, tropiezo, pródromos, pérdida de conciencia, palpitaciones y recuperación; obtener relato de testigos cuando sea posible.
- **Recurrencia:** Registrar caídas del último año, lesiones, capacidad de levantarse y temor posterior. Caída inexplicada puede ser síncope, aunque el paciente no recuerde perder conciencia.
- **Multifactorial:** Debilidad, alteración de marcha/equilibrio, hipotensión, fármacos, visión, pies, neuropatía, Parkinson y barreras ambientales pueden coexistir; sarcopenia no es la causa universal más frecuente.
- **Evaluación integral:** Revisar función previa y actual, cognición, ánimo, continencia, alimentación, comorbilidades y apoyo; no limitar el estudio a una radiografía negativa.

La caída suele tener varios determinantes

Evento

Reconstruir actividad, lugar, tropiezo, pródromos, conciencia y recuperación; preguntar a testigos.

Persona

Fuerza, equilibrio, visión, pies, neuropatía, Parkinson y función habitual.

Tratamientos y entorno

Revisar fármacos, hipotensión y barreras ambientales.

Historia de caídas

Registrar último año, lesiones, capacidad de levantarse y temor posterior.

Una caída inexplicada puede ser síncope; sarcopenia no es una explicación universal.

Exploración y pruebas dirigidas

- **Explorar:** PA acostado/de pie, pulso, corazón, examen neurológico, visión, pies, fuerza y marcha; supervisar cualquier prueba de movilidad.
- **ECG:** Especialmente ante síncope, pérdida de conciencia, palpitaciones, bradicardia o caídas inexplicadas; considerar monitorización si sospecha arrítmica persiste.
- **Bradicardia:** Correlacionar síntomas y ritmo, revisar causas reversibles. Marcapasos no corresponde a toda caída ni a cualquier frecuencia baja; bloqueo avanzado no reversible requiere valoración cardiológica.

- **Pruebas funcionales:** TUG describe movilidad dinámica; levantarse cinco veces de una silla explora fuerza funcional. Un puntaje aislado no predice con certeza nuevas caídas.

Intervenciones que reducen nuevas caídas

- **Ejercicio:** Programa progresivo e individualizado de equilibrio, fuerza y tareas funcionales; adaptar supervisión a capacidad y riesgo, con continuidad después del programa inicial.
- **Fármacos:** Revisar benzodiacepinas, hipnóticos, antipsicóticos, antidepresivos y tratamientos que provoquen hipotensión; ajustar de forma individual y evitar suspensiones bruscas.
- **Ayudas técnicas:** Bastón o andador según déficit, altura y capacidad de uso; entrenar marcha, giros y transferencias. No son únicamente una tercera opción tras fracasar otras medidas.
- **Hogar:** Retirar o fijar alfombras, secar pisos, despejar pasos, mejorar iluminación e instalar apoyos seguros en baño/escaleras. Evaluar acceso al dormitorio sin imponer vivir siempre en primer piso.
- **Visión y pies:** Revisar graduación y uso adecuado de lentes, catarata, dolor del pie y calzado cerrado antideslizante; adaptar cambios visuales a la marcha.

Prevenir caídas en la vida cotidiana

Ejercicio

Equilibrio, fuerza y tareas funcionales: programa progresivo, individualizado y continuo.

Medicamentos

Revisar sedantes y tratamientos que causen hipotensión; ajustar sin suspensiones bruscas.

Hogar

Fijar o retirar alfombras, secar pisos, despejar pasos, mejorar luz e instalar apoyos seguros.

Visión y pies

Lentes adecuados, catarata y dolor del pie; calzado cerrado antideslizante.

Ayudas

Bastón o andador ajustado al déficit; entrenar marcha, giros y transferencias.

Síndrome poscaída y seguimiento

- **Círculo evitable:** Miedo a caer favorece restricción, desacondicionamiento y dependencia. Preguntar qué actividades abandonó y acordar recuperación gradual segura.
- **Acompañamiento:** Kinesiología, terapia ocupacional y apoyo del cuidador; considerar intervención psicológica si miedo desproporcionado persiste.
- **Plan:** Tratar causas identificadas, prevenir fracturas y enseñar cómo pedir ayuda; revisar nuevas caídas, adherencia, función y seguridad del domicilio.
- **Valoración ampliada:** Caídas recurrentes, lesión relevante, fragilidad o problemas de marcha/equilibrio justifican evaluación multifactorial; proteger movilidad evitando reposo o sujeciones innecesarios.

Recuperar actividad después de caer

Reconocer temor

Preguntar qué actividades abandonó; miedo y restricción favorecen desacondicionamiento y dependencia.

Recuperación gradual

Acordar actividades seguras; kinesiología, terapia ocupacional y apoyo del cuidador.

Miedo persistente

Considerar apoyo psicológico cuando sea desproporcionado.

Seguimiento

Revisar causas, nuevas caídas, función y domicilio; evitar reposo o sujeciones innecesarios.

CLAVES EUNACOM

Después de tratar la lesión, explicar por qué cayó y cómo evitar la siguiente.

Caída inexplicada: pensar también en síncope.

Fuentes: [NICE · NG249, prevención y evaluación de caídas, 2025; complemento internacional](#); [NICE · NG249, fundamento de las recomendaciones, 2025; complemento internacional](#); [CDC · Prevención de caídas e impacto de la visión; complemento internacional](#); [ACC/AHA/HRS · Guía de bradicardia y trastornos de conducción, 2018; complemento internacional](#); [MINSAL · Actualización Manual de Geriatría para Médicos, 2019](#)

Trastornos de la marcha

Observar antes de atribuir a la edad

- **Historia:** Inicio, progresión, dolor, caídas, vértigo, debilidad, pérdida sensitiva, congelamiento y ayudas; comparar marcha previa y posterior a medicamentos o enfermedad.
- **Observación:** Evaluar levantarse, base de apoyo, longitud y simetría del paso, despeje del pie, braceo, giros, velocidad y detención; usar el calzado/ayuda habituales y supervisión.
- **Exploración:** Fuerza, tono, reflejos, sensibilidad/propriocepción, coordinación, visión, pies/articulaciones y PA ortostática.
- **Principio:** Una base más amplia o marcha lenta no permite diagnosticar simplemente envejecimiento: buscar causas tratables.

Patrones que orientan

- **Antálgica:** Reduce apoyo en la extremidad dolorosa; buscar artrosis, lesión o fractura.
- **Parkinsoniana:** Pasos cortos, menor braceo y dificultad de inicio/giros, a veces congelamiento; valorar bradicinesia y rigidez, no solo temblor.
- **Neuropática:** Pie caído con elevación excesiva de rodilla o arrastre; déficit sensitivo/proprioceptivo puede empeorar el equilibrio al retirar apoyo visual.
- **Cerebelosa:** Base amplia e irregularidad con incoordinación; signos acompañantes orientan. Inestabilidad de inicio súbito puede ser ictus.
- **Frontal/aprática:** Dificultad para iniciar y organizar pasos, a veces apariencias magnéticas; con deterioro cognitivo/urinario considerar hidrocefalia de presión normal.
- **Piramidal:** Rigidez espástica, circunducción o patrón en tijera; investigar lesión central. Es frecuente la combinación de mecanismos.

Patrones de marcha que orientan

Antálgica

Reduce apoyo en lado doloroso: buscar artrosis, lesión o fractura.

Parkinsoniana

Pasos cortos, menor braceo y dificultad de inicio/giros; valorar bradicinesia y rigidez.

Neuropática

Pie caído, elevación excesiva de rodilla o arrastre; déficit propioceptivo empeora al retirar apoyo visual.

Cerebelosa

Base amplia, irregularidad e incoordinación; inicio súbito puede ser ictus.

Frontal o apráxica

Dificultad para iniciar/organizar pasos; con síntomas cognitivos/urinarios considerar hidrocefalia de presión normal.

La marcha piramidal puede ser espástica, en circunducción o tijera; varios mecanismos pueden coexistir.

TUG: protocolo del instructivo EMPAM

- **Preparar:** Silla estable y recorrido de tres metros; explicar levantarse, caminar, girar, volver y sentarse, con resguardo del examinador.
- **Cronometrar:** En la versión EMPAM, desde que despegla la espalda de la silla hasta recuperar la posición inicial. Registrar ayuda técnica y condiciones para comparar.
- **Cortes del instructivo:** ≤10 segundos: normal; 11-20: riesgo leve; >20: alto riesgo. Si requiere ayuda para ponerse de pie, suspender y clasificar alto riesgo según ese protocolo.
- **Interpretación:** Describe movilidad/equilibrio dinámico, no fuerza aislada ni causa de la alteración. No mezclar sus cortes con otras versiones de TUG o con criterios de sarcopenia.
- **Seguridad:** No realizar si hay inestabilidad, dolor agudo importante o incapacidad insegura; registrar el motivo y valorar directamente la función.

TUG: recorrido y cortes EMPAM

- 1 **Preparar**
Silla estable, recorrido de tres metros y examinador que resguarde seguridad.
- 2 **Inicio y recorrido**
Cronometrar desde despegar espalda de la silla; levantarse, caminar y girar. Registrar ayuda técnica.
- 3 **Regreso y final**
Volver y sentarse; detener cronómetro al recuperar posición inicial, según instructivo EMPAM.
- 4 **Interpretar**
≤ 10 segundos: normal; 11-20: riesgo leve; > 20: alto. Si requiere ayuda para levantarse, suspender: alto riesgo según protocolo.

No realizar en condiciones inseguras. TUG mide movilidad dinámica, no fuerza aislada; no mezclar cortes de otras versiones.

Estudiar y derivar según tiempo de evolución

- **Inicio súbito:** Ataxia nueva, déficit focal o incapacidad brusca para caminar: urgencia y evaluación vascular/neurológica.
- **Progresión rápida:** Días-semanas: derivación neurológica prioritaria; considerar lesiones estructurales, tóxicas, inflamatorias o metabólicas.
- **Progresión gradual:** Revisar alcohol/fármacos; hemograma, B12, función tiroidea y estudios dirigidos según clínica. Neurología si causa incierta o sospecha degenerativa.
- **Apraxia:** Derivar para excluir hidrocefalia de presión normal; no diagnosticarla solo por incontinencia y marcha lenta.

Rehabilitación y vigilancia

- **Causal:** Tratar dolor, corregir déficits sensoriales/metabólicos y ajustar medicamentos; tratamiento neurológico según diagnóstico.
- **Funcional:** Entrenar fuerza, equilibrio, transferencias y giros, con ayudas ajustadas y evaluación domiciliaria.

- **Seguimiento:** Registrar velocidad o TUG con el mismo procedimiento, caídas y actividades recuperadas; combinar medición con experiencia de la persona.
- **Evitar:** Reposo como tratamiento crónico de inseguridad; la supervisión y adaptación permiten conservar movilidad.

CLAVES EUNACOM

TUG integra levantarse, caminar, girar y sentarse; no equivale a la prueba de cinco levantadas.

Fuentes: [MINSAL · Instructivo de Aplicación del Control de Salud Anual del Adulto Mayor](#); [MINSAL · Actualización Manual de Geriatría para Médicos, 2019](#); [NICE · NG127, reconocimiento y derivación de trastornos neurológicos, 2019/2023; complemento internacional](#); [NICE · NG127, fundamento clínico de marcha atáxica y apráxica, 2019; complemento internacional](#); [ICFSR · Recomendaciones internacionales de ejercicio en personas mayores, 2021; complemento internacional](#)

Hipotensión postural

Definición y síntomas

- **Criterio habitual:** Descenso sostenido de PA sistólica ≥ 20 mmHg o diastólica ≥ 10 mmHg dentro de tres minutos de ponerse de pie; puede existir sin síntomas.
- **Manifestaciones:** Mareo, visión borrosa, debilidad, presíncope, síncope o caída al levantarse; relacionar con comidas, calor, ejercicio y medicamentos.
- **Diferenciales:** Vértigo, hipoglucemia y síncope arrítmico no se diagnostican por un mareo inespecífico. Síntomas compatibles con medición normal requieren reevaluación.
- **Urgencia:** Síncope con lesión, dolor torácico, disnea, sangrado, déficit neurológico o PA persistentemente muy baja exige estudio urgente.

Medir de forma reproducible

- **Preparación:** Reposo acostado cinco minutos; medir PA y pulso. Ayudar a ponerse de pie con seguridad.
- **Mediciones:** Repetir PA y pulso al minuto y a los tres minutos; anotar síntomas y circunstancias. Suspender si presíncope intenso o inseguridad.
- **Interpretación:** El criterio es el descenso respecto del decúbito. Síntomas sin descenso suficiente no descartan intolerancia ortostática ni confirman por sí solos hipotensión clásica.
- **Si persiste sospecha:** Repetir en condiciones que precipitan síntomas o derivar para evaluación prolongada/mesa basculante; formas tardías aparecen después de tres minutos.

Medición ortostática reproducible

1

Acostado · 5 minutos

Tras reposo, medir PA y pulso.



2

De pie · 1 minuto

Ayudar a incorporarse, repetir PA/pulso y anotar síntomas.



3

De pie · 3 minutos

Repetir PA/pulso y comparar con decúbito.



4

Interpretar y reevaluar

Si persiste sospecha con medición normal, repetir o derivar; formas tardías aparecen después de tres minutos.

Suspender ante presíncope intenso o inseguridad. Documentar síntomas y circunstancias.

Buscar causas antes de tratar

- **Volumen y enfermedad:** Deshidratación, sangrado, anemia o enfermedad aguda; evaluar ingesta, pérdidas y función renal.
- **Autónomas:** Parkinson y otras sinucleinopatías, neuropatía diabética y disautonomías; considerar respuesta del pulso, sin interpretarla aislada si usa betabloqueante o tiene arritmia.
- **Medicamentos:** Diuréticos, vasodilatadores, alfabloqueantes, nitratos, algunos antidepresivos/antipsicóticos y dopaminérgicos pueden contribuir.
- **Hipertensión coexistente:** No retirar todos los antihipertensivos automáticamente; ajustar los causantes probables y comprobar PA de pie y acostado, evitando también hipertensión supina.

Hipotensión postural: buscar la causa

Volumen

Deshidratación, sangrado, anemia o enfermedad aguda; revisar ingesta, pérdidas y riñón.

Autonomía

Parkinson, otras sinucleinopatías, neuropatía diabética y disautonomías.

Fármacos

Diuréticos, vasodilatadores, alfabloqueantes, nitratos, psicofármacos y dopaminérgicos.

Hipertensión coexistente

Ajustar responsables probables; no suspender todos los antihipertensivos automáticamente. Comprobar PA de pie y acostado.

Medidas iniciales

- **Hábitos:** Levantarse por etapas, movilizar piernas antes de incorporarse, evitar calor y alcohol excesivos; comidas pequeñas si componente posprandial.
- **Agua y sal:** Corregir déficit e individualizar aporte; aumentar líquidos/sal no es universal en insuficiencia cardíaca, renal o hipertensión supina.
- **Contramaniobras:** Cruzar piernas y contraer músculos puede ayudar si conserva equilibrio; sentarse o acostarse ante síntomas, sin arriesgar una caída.
- **Compresión:** Faja abdominal o prendas hasta cintura pueden reducir acumulación venosa; medias cortas de pantorrilla suelen ser insuficientes. Valorar tolerancia, piel, perfusión arterial y capacidad para colocarlas.

Medidas iniciales para síntomas ortostáticos

Hábitos

Incorporarse por etapas, mover piernas y evitar calor/alcohol excesivos; comidas pequeñas si componente posprandial.

Agua y sal

Corregir déficit e individualizar: insuficiencia cardíaca, renal o hipertensión supina limitan aumentos indiscriminados.

Contramaniobras

Contraer músculos o cruzar piernas solo con equilibrio seguro; sentarse o acostarse ante síntomas.

Compresión

Faja abdominal o prendas hasta cintura; medias cortas suelen ser insuficientes. Valorar piel, perfusión, tolerancia y colocación.

Persistencia, fármacos y control

- **Objetivo:** Mejorar síntomas y autonomía; no normalizar a cualquier costo una cifra de PA. Derivar hipotensión neurogénica persistente o diagnóstico incierto.
- **Midodrina:** En casos seleccionados: 2,5-10 mg oral hasta tres veces al día, titulada bajo supervisión; última dosis al menos cuatro horas antes de acostarse. Verificar disponibilidad local.
- **Contraindicaciones de midodrina:** Hipertensión supina persistente/excesiva, retención urinaria, enfermedad renal aguda, cardiopatía orgánica grave, feocromocitoma o tirotoxicosis.
- **Vigilancia:** Puede causar hipertensión supina y retención urinaria; revisar función renal y contraindicaciones antes de iniciar, controlar PA acostado/de pie y beneficio clínico.
- **Fludrocortisona:** No es tratamiento universal; puede agravar edema, hipopotasemia, hipertensión supina e insuficiencia cardíaca. Requiere selección y monitorización especializada.

- **Seguimiento:** Registrar síntomas/caídas, horarios de comida y fármacos, PA y respuesta; reconsiderar causas si empeora.

CLAVES EUNACOM

Medir presión acostado y de pie; medias elásticas no sustituyen buscar la causa.

Fuentes: [CDC STEADI · Medición de presión arterial ortostática: complemento internacional](#); [AHA · Hipotensión ortostática en adultos con hipertensión, 2024; complemento internacional](#); [NHS Gateshead Health · Midodrine; complemento internacional](#); [DailyMed · Ficha oficial de midodrina; complemento internacional](#); [MINSAL · Actualización Manual de Geriatría para Médicos, 2019](#)

Escaras o úlceras por presión

Reconocer y documentar

- **Terminología:** Lesión por presión: daño localizado por presión, con o sin cizalla, habitualmente sobre prominencia ósea o dispositivo. Puede existir con piel intacta.
- **Riesgo:** Inmovilidad, incapacidad de reposicionarse, malnutrición, alteración sensitiva, humedad y mala perfusión; revisar sacro, talones, trocánteres, occipucio y zonas bajo dispositivos.
- **Examinar:** Registrar localización, longitud/anchura/profundidad, tejido, exudado, dolor, bordes y piel vecina; buscar túneles y socavación cuando proceda.
- **Diferencial:** Dermatitis por humedad, lesión vascular o neuropática y desgarramiento cutáneo no se clasifican automáticamente como lesión por presión.

Clasificación NPIAP 2016

- **Estadio 1:** Piel íntegra con eritema no blanqueable. En piel oscura valorar cambios de color, temperatura, consistencia y dolor.
- **Estadio 2:** Pérdida parcial de piel con dermis expuesta o ampolla serosa; sin grasa visible, esfacelo ni escara que oculten profundidad.
- **Estadio 3:** Pérdida completa de piel, con grasa visible; sin fascia, músculo, tendón, cartílago ni hueso expuestos.
- **Estadio 4:** Pérdida completa de piel y tejido, con estructuras profundas expuestas o palpables: fascia, músculo, tendón, cartílago o hueso.
- **No clasificable:** Pérdida completa cuya profundidad queda oculta por esfacelo/escara. Lesión tisular profunda: color rojo oscuro, marrón o violáceo persistente, o ampolla hemática.
- **Evolución:** No bajar el estadio porque cicatriza: describir, por ejemplo, estadio 4 en cicatrización. La lesión profunda puede progresar pese a una superficie pequeña.

Lesión por presión: profundidad visible

Estadio 1

Piel íntegra con eritema no blanqueable; valorar temperatura, consistencia y dolor en piel oscura.

Estadio 2

Pérdida parcial con dermis expuesta o ampolla serosa; sin grasa ni esfacelo/escara que oculten profundidad.

Estadio 3

Pérdida completa de piel con grasa visible, sin estructuras profundas expuestas.

Estadio 4

Pérdida completa de piel/tejido; fascia, músculo, tendón, cartílago o hueso expuesto o palpable.

No bajar el estadio al cicatrizar; describir el estadio original en cicatrización.

Cuando la superficie no muestra todo

No clasificable

Pérdida completa con profundidad oculta por escara o esfacelo.

Lesión tisular profunda

Color rojo oscuro, marrón o violáceo persistente, o ampolla hemática.

La lesión profunda puede progresar aunque la superficie parezca pequeña.

Evaluar riesgo y descargar presión

- **Braden:** Seis componentes: percepción sensorial, humedad, actividad, movilidad, nutrición y fricción/cizalla. Aplicar los descriptores del formulario oficial, junto con examen de piel y juicio clínico.
- **Puntuación:** Primeros cinco componentes: 1-4; fricción/cizalla: 1-3. Total 6-23; menor puntaje implica mayor riesgo.
- **Umbral orientador:** En adultos, ≤ 18 suele identificar riesgo; ajustar al contexto y protocolo local. Reevaluar ante cambios clínicos, sin esperar que el puntaje confirme una lesión.
- **Superficies:** Colchón y cojines que redistribuyan presión, con descarga de talones y revisión de dispositivos. Ningún colchón elimina necesidad de reposicionamiento.
- **Frecuencia:** Plan individual según movilidad, perfusión, piel, tolerancia, sueño y superficie. Documentar posiciones y respuesta; no imponer el mismo intervalo a todos.
- **Referencia internacional:** La cuarta edición admite intervalos de dos o tres horas en muchos pacientes con superficie adecuada, individualizando; inestabilidad o daño temprano pueden exigir ajustes más frecuentes.
- **Técnica:** Reducir arrastre/cizalla, usar ayudas para mover y mantener talones libres de presión. No masajear áreas enrojecidas ni usar aros como solución universal.

Braden orienta la prevención

Componentes

Percepción sensorial, humedad, actividad, movilidad, nutrición y fricción/cizalla.

Puntuación

Primeros cinco: 1-4; fricción/cizalla: 1-3. Total 6-23; menor puntaje, mayor riesgo.

Umbral adulto

≤ 18 suele indicar riesgo; ajustar a población y protocolo, con examen cutáneo y juicio clínico.

Respuesta

Descarga, superficies apropiadas y cambios posturales individualizados; ningún colchón elimina el reposicionamiento.

Aplicar los descriptores del formulario oficial. El riesgo se revalora ante cambios clínicos.

Cuidado local y nutrición

- **Limpieza y apósito:** Limpiar suavemente y elegir apósito según exudado, profundidad, piel vecina y confort; favorecer cicatrización húmeda sin macerar.
- **Desbridamiento:** Valorar necrosis, perfusión, profundidad, dolor y objetivos. Escara seca estable del talón, sin eritema, fluctuación ni infección, no se retira automáticamente.
- **Humedad:** Manejar incontinencia, higiene y barrera cutánea; no confundir dermatitis por humedad con estadio 2.
- **Nutrición:** Pesquisar malnutrición, evaluar ingesta y deglución, asegurar energía/proteína/hidratación; suplementar si hay déficit y necesidades no cubiertas.
- **Sondas:** No indicar alimentación por sonda solo para prevenir lesiones por presión; valorar indicación nutricional global, preferencias y objetivos.

Infección, urgencia y seguimiento

- **Infección clínica:** Celulitis progresiva, pus, dolor creciente, mal olor con deterioro, fiebre o inestabilidad requieren evaluación; investigar osteomielitis cuando corresponda.
- **Antibióticos sistémicos:** Indicados ante sepsis, celulitis extendida u osteomielitis; cultivo positivo aislado/colonización no justifica antibiótico ni demuestra infección.
- **Derivación:** Necrosis extensa, progresión rápida, perfusión comprometida, exposición profunda, sospecha ósea o fracaso pese a descarga requieren equipo especializado.
- **Seguimiento:** Medir evolución con método consistente, documentar dolor y exudado y revisar descarga, soporte y nutrición. Ajustar cuidados a confort y metas, especialmente al final de vida.

Lesión por presión: antibióticos y derivación

Antibiótico sistémico

Sepsis, celulitis extendida u osteomielitis justifican tratamiento sistémico.

Colonización

Un cultivo positivo aislado no demuestra infección ni obliga a antibiótico.

Derivación

Necrosis extensa, progresión rápida, mala perfusión, exposición profunda, sospecha ósea o fracaso pese a descarga.

Evaluar infección clínicamente y seguir tamaño, dolor, exudado, descarga y nutrición.

CLAVES EUNACOM

Piel intacta no excluye lesión por presión.

Cultivo positivo sin infección clínica no obliga a antibiótico.

Fuentes: [NPIAP · Sistema de clasificación de lesiones por presión, 2016; complemento internacional](#); [AHRO · Prevención hospitalaria de lesiones por presión, instrumento Braden; complemento internacional](#); [NICE · CG179, lesiones por presión: prevención y tratamiento, 2014; complemento internacional](#); [NPIAP/EPUAP/PPPIA · International Guideline, capítulo Repositioning, cuarta edición; complemento internacional](#); [NPIAP/EPUAP/PPPIA · International Guideline, nutrición, cuarta edición; complemento internacional](#)

Hipotermia

Reconocer y clasificar

- **Definición:** Temperatura central <35 °C. La medición periférica habitual puede ser inexacta; utilizar termómetro que registre temperaturas bajas.
- **Grados térmicos:** Leve: 32 a <35 °C; moderada: 28 a <32 °C; grave: <28 °C. Estado clínico y estabilidad pesan más que una categoría aislada.
- **Persona mayor:** Puede aparecer dentro del domicilio por calefacción insuficiente, fragilidad, malnutrición, inmovilidad o alteración cognitiva, incluso sin exposición extrema.
- **Manifestaciones:** Temblor, torpeza, disartria y confusión; al agravarse pueden desaparecer temblores, disminuir conciencia y aparecer bradicardia o arritmias.

Hipotermia: temperatura central y clínica

Leve

32 a < 35 °C.

Moderada

28 a < 32 °C.

Grave

< 28 °C.

Hipotermia: temperatura central < 35 °C. La estabilidad y el estado clínico prevalecen sobre una categoría aislada.

Buscar una causa secundaria

- **Causas médicas:** Sepsis, hipoglucemia, hipotiroidismo grave, insuficiencia suprarrenal, intoxicación o fármacos depresores; revisar exposición y tiempo inmóvil.
- **Evaluación inicial:** ABCDE, glucemia inmediata, temperatura central, ECG y monitorización; proteger vía aérea según conciencia.
- **Exámenes dirigidos:** Electrolitos, función renal, hemograma, gasometría/lactato y estudios de infección o endocrinos según sospecha; valorar rabdomiólisis tras inmovilidad prolongada.
- **Límite clínico:** Ausencia de fiebre no excluye sepsis. Una cifra baja no se explica automáticamente por envejecimiento.

Primeras medidas seguras

- **Evitar pérdidas:** Retirar ropa mojada, secar y aislar del suelo/frío; cubrir cabeza y cuerpo. Manipular suavemente, sobre todo con hipotermia importante.
- **Recalentar:** Paciente estable: aislamiento y calentamiento externo controlado, especialmente tronco. Cuadro moderado/grave requiere tratamiento hospitalario monitorizado.
- **Evitar daño:** No friccionar extremidades ni aplicar calor capaz de quemar piel insensible; evitar alcohol. Bebida tibia solo si despierto y deglución segura.
- **Fluidos:** Si se requieren por hipovolemia, administrar cristaloides calentados con reevaluación; no sustituye las técnicas de recalentamiento ni justifica sobrecarga.

Recalentar sin añadir daño

Evitar pérdidas

Retirar ropa mojada, secar, aislar del frío y cubrir cabeza/cuerpo; manipular suavemente.

Calor controlado

En estable, aislamiento y calentamiento externo, especialmente tronco; moderada/grave requiere hospitalización monitorizada.

Evitar lesiones

No friccionar extremidades ni aplicar calor que queme; evitar alcohol. Bebida tibia solo despierto con deglución segura.

Si necesita volumen

Cristaloides calentados con reevaluación; no sobrecargar ni sustituir recalentamiento.

Inestabilidad o paro

- **Alto riesgo:** Temperatura central $<30^{\circ}\text{C}$, arritmia ventricular o PA sistólica $<90\text{ mmHg}$: coordinar traslado a centro con capacidad avanzada de recalentamiento; valorar soporte extracorpóreo.
- **Signos vitales lentos:** En hipotermia profunda, buscar respiración y pulso hasta un minuto antes de concluir paro; iniciar RCP si corresponde.
- **Reanimación:** Seguir protocolo específico de hipotermia con equipo experto; continuar soporte durante traslado y no aplicar criterios de suspensión del paro normotérmico sin contextualizar.
- **Pronóstico:** No declarar irreversibilidad solo por estar muy frío; decisiones de soporte extracorpóreo y suspensión requieren evaluación especializada.

Hipotermia con inestabilidad o paro

Alto riesgo

Temperatura central < 30 °C, arritmia ventricular o PA sistólica < 90 mmHg.

Derivación avanzada

Coordinar centro con recalentamiento avanzado y valoración de soporte extracorpóreo.

Confirmar signos vitales

En hipotermia profunda, buscar pulso y respiración hasta un minuto antes de concluir paro.

Reanimar

Iniciar RCP si corresponde y aplicar protocolo específico con expertos; contextualizar decisiones de suspensión.

Estar muy frío no demuestra irreversibilidad.

Después de recalentar

- **Vigilar:** Temperatura, ritmo, PA, diuresis, glucosa y electrolitos; pueden aparecer alteraciones durante el recalentamiento.
- **Tratar desencadenante:** Corregir infección, déficit nutricional, problema endocrino o exposición, además del frío.
- **Alta segura:** Recuperación clínica y térmica sostenida, causa controlada y domicilio con abrigo/calefacción/apoyo suficientes; evitar retorno a condiciones que causaron el episodio.
- **Prevención:** Plan con cuidador y red social para abrigo, alimentación, movilidad y contacto periódico en personas vulnerables.

CLAVES EUNACOM

Hipotermia en un domicilio templado obliga a buscar enfermedad secundaria.

Fuentes: [European Resuscitation Council · Situaciones especiales de reanimación, 2025; complemento internacional](#); [Defence Medical Command · Hipotermia; complemento internacional](#); [MINSAL · Actualización Manual de Geriatría para Médicos, 2019](#)

Osteoporosis

Sospecha clínica y urgencias

- **Concepto:** Fragilidad del hueso y riesgo de fractura; suele ser asintomática hasta fracturarse. Dolor no es requisito para osteoporosis.
- **Fractura por fragilidad:** Traumatismo de baja energía, típicamente caída desde la propia altura o menor; sitios frecuentes: cadera, vértebra, radio distal y húmero proximal.
- **Buscar activamente:** Fractura previa, pérdida de talla, cifosis, dolor dorsal/lumbar nuevo, glucocorticoides, bajo peso, caídas, tabaquismo y antecedentes familiares.
- **Urgencia:** Dolor de cadera e incapacidad para apoyar tras caída, o dolor vertebral con déficit neurológico, requieren evaluación urgente; no esperar densitometría.

DXA: interpretar población y sitio

- **A quién estudiar:** Considerar DXA en mujeres ≥ 65 y hombres ≥ 70 años, o antes con fractura/riesgos relevantes; adaptar a acceso y protocolo chileno.
- **Diagnóstico densitométrico:** En posmenopáusicas y hombres ≥ 50 años: T-score $\leq -2,5$ en cuello femoral, cadera total o columna lumbar.
- **Clasificación:** T-score ≥ -1 : normal; entre -1 y $-2,5$ sin incluir extremos: baja masa ósea; $\leq -2,5$: osteoporosis. Considerar artefactos por artrosis o fractura vertebral.
- **Otros grupos:** Premenopáusicas y hombres < 50 años requieren interpretación con Z-score y contexto; no extrapolar automáticamente el criterio geriátrico de T-score.
- **Fractura importa:** Una fractura de cadera o vertebral por fragilidad puede justificar tratamiento aunque el T-score no alcance $-2,5$.

DXA: T-score en la población apropiada

Normal

T-score ≥ -1 .

Baja masa ósea

T-score entre -1 y $-2,5$, sin incluir extremos.

Osteoporosis

T-score $\leq -2,5$ en cuello femoral, cadera total o columna lumbar.

Criterios para posmenopáusicas y hombres ≥ 50 años. En otros grupos, interpretar Z-score/contexto. Fractura de cadera/vertebral puede justificar tratamiento sin ese umbral.

FRAX y riesgo de nueva fractura

- **Modelo chileno:** FRAX estima probabilidad a diez años de fractura mayor osteoporótica y de cadera; seleccionar Chile y usar datos reales.
- **Entradas:** Edad, sexo, peso/talla, fractura previa, fractura parental de cadera, tabaco, glucocorticoides, artritis reumatoide, osteoporosis secundaria, alcohol y, opcionalmente, DMO de cuello femoral.
- **Aplicación:** La calculadora utiliza edades de 40-90 años; no ingresar DMO lumbar como si fuera femoral. FRAX no equivale a diagnóstico densitométrico.
- **Límites:** El modelo básico no recoge completamente número/recencia de fracturas, frecuencia de caídas ni dosis de corticoide; una fractura reciente implica riesgo inminente que exige juicio clínico.
- **Umbrales:** Usar marco nacional/local para decidir. Los cortes 3% de cadera/20% mayor de algunas guías y los umbrales británicos NOGG no son reglas universales chilenas.

FRAX: usar el modelo chileno

Resultado

Probabilidad a diez años de fractura mayor osteoporótica y de cadera.

Población y DMO

Edades 40-90; DMO opcional del cuello femoral, no lumbar.

Límites

No representa completamente recencia/número de fracturas, frecuencia de caídas o dosis de corticoide.

Decisión

Usar umbrales nacionales/locales; cortes 3%/20% o británicos no son reglas universales chilenas.

Una fractura reciente añade riesgo inminente que requiere juicio clínico.

Causas secundarias y medidas generales

- **Estudio:** Calcio, función renal, fosfatasa alcalina, hemograma y 25-OH-vitamina D según contexto; ampliar a TSH, PTH, mieloma, malabsorción o hipogonadismo cuando corresponda.
- **Calcio total, referencia BHOF:** Hombres 50-70 años: 1.000 mg/día; mujeres ≥ 51 y hombres ≥ 71 : 1.200 mg/día, preferentemente dieta; suplementar solo lo insuficiente.
- **Vitamina D:** En osteoporosis o insuficiencia/riesgo de déficit, frecuentemente 800-1.000 UI/día, ajustando al estado clínico. No usar megadosis intermitentes indiscriminadas para prevenir caídas.

- **Actividad:** Fuerza, equilibrio y ejercicio con carga adaptado; cesar tabaco, moderar alcohol, asegurar proteína y prevenir caídas. Evitar flexión forzada/carga insegura con fractura vertebral.

Elegir tratamiento y administrarlo bien

- **Indicación:** Fractura de cadera/vertebral por fragilidad, osteoporosis densitométrica o riesgo clínico suficientemente alto; valorar función, preferencias, adherencia y expectativa de beneficio.
- **Primera línea habitual:** Bisfosfonato oral o zoledronato IV si apropiados. Corregir hipocalcemia/déficit relevante de vitamina D y revisar función renal antes.
- **Alendronato:** 70 mg oral una vez por semana, en ayunas con agua; esperar al menos 30 minutos antes de comida u otros medicamentos y mantenerse erguido ese tiempo.
- **Contraindicaciones relevantes:** Alendronato oral: trastorno esofágico que retrasa vaciamiento o incapacidad de permanecer erguido; evitar ante hipocalcemia. Con aclaramiento de creatinina <35 mL/min requiere alternativa/valoración especializada.
- **Zoledronato:** 5 mg IV una vez al año para osteoporosis, con evaluación renal previa; contraindicado con aclaramiento <35 mL/min. No confundir esta pauta con dosis oncológicas.

Opciones especializadas y seguridad

- **Denosumab:** 60 mg subcutáneo cada seis meses; prevenir hipocalcemia y asegurar seguimiento, especialmente en enfermedad renal avanzada.
- **No interrumpir sin plan:** Retrasar o suspender denosumab puede provocar rebote y fracturas vertebrales; organizar tratamiento secuencial con especialista.
- **Riesgo muy alto:** Fracturas vertebrales recientes/múltiples, riesgo extremo o fracaso terapéutico justifican derivación para opciones anabólicas y secuencia posterior.
- **Efectos poco frecuentes:** Dolor nuevo de muslo/ingle durante antiresortivos obliga a considerar fractura femoral atípica; cuidar salud oral y valorar procedimientos dentales sin suspender automáticamente tratamiento.

Seguimiento y prevención secundaria

- **Control:** Revisar adherencia, técnica, tolerancia, nuevas caídas/fracturas y causas secundarias; densitometría según situación y posibilidad de que cambie conducta.
- **Duración:** Reevaluar riesgo tras cinco años de bisfosfonato oral o tres de IV; continuar si alto riesgo. Una pausa no es automática ni se aplica igual a denosumab.
- **Después de fractura:** Coordinar rehabilitación, evaluación ósea, tratamiento y prevención de nuevas caídas; no limitar el alta a consolidar la lesión.
- **Tratamiento eficaz:** Mejoría de T-score no borra antecedente de osteoporosis ni elimina riesgo; mantener decisiones basadas en historia completa.

Osteoporosis: revisar el plan a largo plazo

Durante el tratamiento

Comprobar técnica, adherencia, tolerancia, nuevas caídas/fracturas y causas secundarias.

Bisfosfonato oral

Reevaluar riesgo tras cinco años; continuar si alto riesgo.

Bisfosfonato IV

Reevaluar riesgo tras tres años; una pausa no es automática.

Después de fractura

Rehabilitación, evaluación ósea y prevención secundaria; mejorar T-score no borra el diagnóstico previo.

Las reglas de pausa de bisfosfonatos no se aplican igual a denosumab.

CLAVES EUNACOM

Fractura por fragilidad pesa más que una densitometría aislada.

Denosumab no admite una pausa improvisada.

Fuentes: [ISCD · Posiciones oficiales de densitometría en adultos, 2023; complemento internacional](#); [MINSAL · Orientaciones técnicas para la atención integral de la mujer en edad de climaterio, 2014](#); [FRAX · Preguntas frecuentes del modelo de riesgo; complemento internacional](#); [Bone Health and Osteoporosis Foundation · Guía clínica de osteoporosis, 2022; complemento internacional](#); [NOGG · Umbrales de intervención y estrategia, guía 2024; complemento internacional](#); [NOGG · Tratamiento farmacológico, guía 2024; complemento internacional](#); [NOGG · Duración y seguimiento del tratamiento, guía 2024; complemento internacional](#)

Cognición, ánimo y sueño

Reconocer el cambio agudo y evitar confundir síndromes que pueden coexistir.

Síndrome confusional agudo (delirium)

Reconocer el cambio agudo

- **Delirium:** Alteración aguda de atención y conciencia, con fluctuación y otro cambio cognitivo. Puede ser hiperactivo, hipoactivo o mixto; somnolencia nueva también exige evaluación.
- **Demencia:** Deterioro habitualmente progresivo durante meses o años, con pérdida de autonomía. El cambio respecto del funcionamiento previo orienta a delirium sobreagregado.
- **Depresión:** Ánimo bajo o anhedonia persistentes, con dificultades de concentración; puede coexistir con demencia. Una escala aislada no diferencia estas tres condiciones.
- **Historia basal:** Preguntar a familiares o cuidadores cuándo comenzó el cambio y cómo funcionaba antes. Ante duda entre delirium y demencia, priorizar la búsqueda del desencadenante agudo.

Cambio mental: comparar el curso

Delirium

Cambio agudo, atención alterada y fluctuación. Buscar desencadenante con prioridad.

Demencia

Declive habitualmente progresivo con pérdida de independencia.

Depresión

Ánimo bajo o anhedonia persistentes; puede afectar concentración y coexistir con demencia.

Conocer el estado previo permite reconocer delirium sobreagregado.

4AT: aplicar y puntuar

- **Alerta:** Normal o somnolencia inicial menor de 10 segundos seguida de normalidad: 0 puntos. Alerta claramente anormal: 4 puntos.
- **AMT4:** Preguntar edad, fecha de nacimiento, lugar y año: ningún error = 0; un error = 1; dos o más errores o no evaluable = 2 puntos.

- **Atención:** Meses hacia atrás desde diciembre: al menos 7 correctos = 0; inicia pero logra menos de 7, o rechaza comenzar = 1; no puede comenzar por enfermedad/inatención/somnolencia = 2.
- **Cambio agudo:** Cambio o fluctuación importante surgido durante las últimas 2 semanas y todavía evidente en las últimas 24 horas: sí = 4; no = 0 puntos.
- **Interpretación:** Total 0-12: ≥ 4 sugiere delirium; 1-3, posible deterioro cognitivo; 0 no lo excluye definitivamente. Confirmar clínicamente; corregir barreras auditivas, visuales y de idioma.
- **Aplicación:** La imposibilidad de responder no se puntúa como normal. En UCI o recuperación posoperatoria utilizar instrumentos específicos, como CAM-ICU, según el contexto.

4AT: cuatro componentes

Alerta

Normal: 0. Claramente anormal: 4.

AMT4

Edad, nacimiento, lugar, año.
Errores: ninguno 0; uno 1; dos o más, o no evaluable, 2.

Meses hacia atrás

Desde diciembre: ≥ 7 correctos, 0; menos de 7 o rechazo, 1; imposible por estado clínico, 2.

Cambio o fluctuación

Surgido en últimas 2 semanas y evidente en últimas 24 horas: sí 4, no 0.

Total ≥ 4 : posible delirium; 1-3: posible deterioro cognitivo. Un 0 no excluye definitivamente. Confirmar clínicamente.

CAM: cuatro características, una regla

- **Característica 1:** Inicio agudo y/o curso fluctuante respecto del estado habitual; establecerlo mediante observación e información de alguien que conozca al paciente.
- **Característica 2:** Inatención: dificultad para mantener o cambiar el foco. Explorar durante la conversación y mediante series invertidas; considerar comprensión y déficits sensoriales.
- **Característica 3:** Pensamiento desorganizado: discurso incoherente, razonamiento ilógico o cambios impredecibles de tema.
- **Característica 4:** Nivel de conciencia alterado: hiperalerta, letargia, estupor o coma, en lugar de alerta normal.
- **Regla CAM:** Compatible con delirium cuando están presentes 1 y 2, más 3 o 4. El curso fluctuante no sustituye al pensamiento desorganizado dentro del algoritmo.

- **Límite:** En coma o ausencia profunda de respuesta, priorizar estabilización y evaluación urgente; explorar delirium cuando sea posible. Una escala no permite diagnosticarlo exclusivamente por la falta de respuesta.

CAM: combinar características

1 · Inicio o curso

Inicio agudo y/o fluctuación respecto del estado habitual.

2 · Atención

Dificultad para mantener o cambiar el foco.

3 · Pensamiento

Desorganización del discurso o razonamiento.

4 · Conciencia

Nivel de alerta anormal.

Regla: 1 y 2, más 3 o 4. En coma, estabilizar y evaluar antes; no diagnosticar delirium solo por una escala.

Prioridad clínica y causas precipitantes

- **Evaluación urgente:** Comprobar vía aérea, respiración, circulación, oxigenación, glucemia, temperatura y examen neurológico. Déficit focal, convulsión, trauma o deterioro importante de conciencia requieren atención urgente dirigida.
- **Causas frecuentes:** Infección, hipoxia, deshidratación, dolor, retención urinaria, impactación fecal, alteraciones electrolíticas, insuficiencia renal/hepática, cirugía y privación de sueño; suelen coexistir varios factores.
- **Medicamentos y sustancias:** Revisar incorporaciones, aumentos de dosis, anticolinérgicos, sedantes, opioides y abstinencia de alcohol o benzodiacepinas. Ajustar según función renal y contexto.
- **Presentación atípica:** Una enfermedad grave puede debutar con confusión sin fiebre o sin dolor típico. La ausencia de síntomas clásicos no permite descartarla.

Estudio orientado por hallazgos

- **Laboratorio:** Según sospecha: hemograma, glucosa, electrolitos, función renal y hepática. No existe una batería única que identifique todos los precipitantes.
- **Otros exámenes:** ECG, radiografía de tórax, estudios urinarios, neuroimagen o punción lumbar dependen de síntomas, examen y diagnóstico diferencial; no solicitar todos automáticamente.
- **Bacteriuria aislada:** Delirium y bacteriuria, sin síntomas urinarios ni signos sistémicos, no bastan para diagnosticar ITU ni indicar antibióticos. Buscar otras causas; la sepsis requiere una conducta distinta.

- **Reevaluación:** Registrar evolución, ingesta, dolor, eliminación y cambios de medicación. La mejoría incompleta obliga a reconsiderar precipitantes persistentes y el estado cognitivo basal.

Medidas que tratan y previenen

- **Causa:** Corregir el desencadenante y aliviar dolor; reponer líquidos u oxígeno cuando estén indicados, considerando insuficiencia cardíaca y renal.
- **Orientación:** Presentarse, explicar lugar y situación, disponer de reloj y calendario; facilitar compañía conocida y evitar traslados innecesarios.
- **Función:** Usar lentes y audífonos, movilizar durante el día y favorecer alimentación, eliminación y sueño nocturno. Reducir ruido y procedimientos evitables durante la noche.
- **Seguridad:** Adaptar el entorno y supervisar según riesgo. Evitar contenciones físicas e intervenciones invasivas innecesarias; pueden aumentar agitación y complicaciones.

Fármacos y lugar de atención

- **Antipsicóticos:** No son tratamiento rutinario ni corrigen la causa. Considerarlos únicamente ante sufrimiento importante o peligro, cuando las medidas de desescalada resultan insuficientes.
- **Si se indican:** Usar la menor dosis eficaz, el menor tiempo posible y revisión frecuente. Valorar ECG, electrolitos, QT e interacciones; no trasladar una pauta intramuscular como receta universal.
- **Haloperidol:** Evitarlo en enfermedad de Parkinson y demencia con cuerpos de Lewy por riesgo neurológico grave. Vigilar síntomas extrapiramidales y efectos cardíacos.
- **Benzodiacepinas:** Pueden agravar delirium; reservar indicaciones específicas, como abstinencia, con vigilancia apropiada.
- **Destino:** Hospitalizar cuando la gravedad, causa, necesidad de monitorización o falta de apoyo lo exijan. Toda confusión aguda requiere evaluación oportuna y un plan de seguimiento documentado.

Delirium: antes de un antipsicótico

1

Valorar necesidad

Sufrimiento importante o peligro; los antipsicóticos no tratan la causa.



2

Intentar desescalada

Medidas no farmacológicas y evaluación de la respuesta.



3

Si resulta insuficiente

Valorar riesgos, menor dosis eficaz y duración mínima; revisar necesidad frecuentemente.

Haloperidol: evitar en Parkinson y cuerpos de Lewy. Revisar QT, electrolitos e interacciones.

CLAVES EUNACOM

Delirium hipoactivo también es una urgencia diagnóstica; la ausencia de agitación no tranquiliza.

CAM = 1 + 2 + (3 o 4); 4AT ≥ 4 orienta, pero no reemplaza el juicio clínico.

En coma o falta profunda de respuesta, estabilizar y estudiar primero; no etiquetar delirium solo por una escala.

Fuentes: [NICE · CG103 Delirium, actualización 2023; complemento internacional](#); [4AT · Guía oficial del instrumento; complemento internacional](#); [Marcantonio y colaboradores · Validación de 3D-CAM, 2014; investigación primaria](#); [MHRA · Haloperidol en delirium de personas mayores, 2021; complemento internacional](#); [IDSA · Asymptomatic bacteriuria guideline, 2019; complemento internacional](#)

Deterioro cognitivo / Demencia

Definir el síndrome y su repercusión

- **Demencia:** Deterioro adquirido de uno o más dominios cognitivos que interfiere con la independencia. La memoria no es obligatoriamente la primera función afectada.
- **Dominios:** Explorar memoria, lenguaje, atención, funciones ejecutivas, habilidades visuoespaciales y cognición social; apraxia y agnosia ayudan a caracterizar el síndrome.
- **Deterioro leve:** Existe declive cognitivo, pero se conserva la independencia cotidiana, a veces con mayor esfuerzo o estrategias compensatorias.

- **Entrevista:** Contrastar relato de la persona y de un informante; revisar evolución, escolaridad, actividades instrumentales, seguridad, fármacos, ánimo, visión y audición.
- **Tamizaje:** MMSE, reloj u otro instrumento validado apoyan la evaluación; un MMSE <24 no constituye por sí solo diagnóstico ni un corte universal para toda escolaridad.
- **Urgencia:** Cambio agudo sugiere delirium. Progresión rápida, focalidad o convulsiones requieren estudio prioritario; el seguimiento ambulatorio corresponde a cuadros estables.

Cognición: la autonomía importa

Deterioro cognitivo leve

Existe declive, pero conserva independencia cotidiana, a veces con mayor esfuerzo.

Demencia

El deterioro interfiere con la independencia.

Tamizaje

MMSE o reloj apoyan; el puntaje aislado no define diagnóstico ni capacidad.

Un cambio agudo obliga a buscar delirium.

Reconocer patrones clínicos

- **Alzheimer:** Causa más frecuente de demencia. Inicio insidioso y progresión gradual, típicamente con memoria episódica afectada; posteriormente pueden aparecer apraxia, agnosia y trastornos del lenguaje.
- **Vascular:** Relación con enfermedad cerebrovascular, focalidad o alteración ejecutiva y de la marcha. Puede seguir uno o varios eventos; también coexistir con Alzheimer.
- **Frontotemporal:** Cambios conductuales, desinhibición, pérdida de empatía o alteración del lenguaje, a menudo de inicio más joven. La atrofia frontotemporal apoya; seis meses no es un criterio diagnóstico.
- **Cuerpos de Lewy:** Fluctuaciones cognitivas, alucinaciones visuales recurrentes, parkinsonismo y trastorno de conducta del sueño REM orientan. Puede existir marcada sensibilidad a antipsicóticos; las alucinaciones auditivas no son el rasgo central.
- **Hidrocefalia normotensiva:** Trastorno de marcha, deterioro cognitivo y urgencia/incontinencia urinaria motivan neuroimagen y derivación. La triada puede ser incompleta; la derivación de líquido se decide tras evaluación especializada.

Patrones que orientan el subtipo

Alzheimer

Inicio insidioso; suele predominar alteración de memoria episódica.

Vascular

Enfermedad cerebrovascular, focalidad, marcha o funciones ejecutivas afectadas.

Frontotemporal

Conducta, desinhibición o lenguaje; a menudo comienza a menor edad.

Cuerpos de Lewy

Fluctuaciones, alucinaciones visuales, parkinsonismo y conducta REM.

Los patrones orientan; pueden coexistir causas y requieren evaluación clínica.

Hidrocefalia normotensiva: sospechar

Marcha

Alteración al caminar.

Cognición

Declive cognitivo.

Función urinaria

Urgencia o incontinencia.

La triada puede ser incompleta. Neuroimagen y evaluación especializada; la derivación no se indica automáticamente.

Buscar causas tratables y comorbilidades

- **Revisión clínica:** Descartar delirium, depresión, consumo de sustancias, efectos farmacológicos y déficits sensoriales. Una causa tratable puede coexistir con neurodegeneración.
- **Laboratorio:** Según contexto: hemograma, electrolitos, función renal/hepática, TSH y vitamina B12. Un hemograma normal no sustituye la medición de B12 cuando corresponde.
- **Pruebas selectivas:** VIH, sífilis y otros estudios se solicitan por antecedentes, riesgo y presentación; no son obligatorios para toda persona con deterioro cognitivo.
- **Neuroimagen:** TAC o resonancia ayudan a excluir lesiones estructurales y orientar subtipo; la selección depende de la presentación y del beneficio esperado.
- **Curso rápidamente progresivo:** Ampliar el diagnóstico diferencial: causas tóxico-metabólicas, infecciosas, autoinmunes, vasculares y otras. En personas jóvenes, VIH es una posibilidad contextual, no la explicación obligatoria.

Cognición: estudio con propósito

Clínica primero

Revisar delirium, depresión, fármacos, sustancias y déficits sensoriales.

Laboratorio

Seleccionar hemograma, electrolitos, función renal/hepática, TSH y B12 según contexto.

Serologías

VIH y sífilis según antecedentes, riesgo y presentación.

Neuroimagen

Excluir lesiones estructurales y orientar subtipo cuando aporte a la evaluación.

Un hemograma normal no sustituye B12 cuando está indicada.

Intervención integral y apoyo al cuidador

- **Plan:** Coordinar atención primaria y equipo interdisciplinario: geriatría, terapia ocupacional, enfermería, kinesiólogía y apoyo social según necesidades.
- **Función y entorno:** Favorecer actividad física adaptada, actividades significativas, rutinas y ayudas sensoriales. Revisar conducción, cocina, caídas, extravío y administración de medicamentos.
- **Cuidador:** Explorar sobrecarga, ánimo, sueño y capacidad real de cuidado; repartir tareas, enseñar manejo cotidiano y ofrecer apoyos y respiro disponibles.

- **Decisiones:** Incluir a la persona, adaptar la comunicación y planificar preferencias mientras pueda expresarlas. Demencia no equivale automáticamente a incapacidad para toda decisión.

Tratamiento cognitivo: identificar la guía

- **MINSAL:** Las recomendaciones GRADE chilenas de Alzheimer sugieren no usar anticolinesterásicos ni memantina en sus indicaciones evaluadas. Son condicionales, con certeza baja; requieren decisión individual, no una prohibición absoluta.
- **NICE: Alzheimer:** Como complemento internacional, recomienda donepezilo, galantamina o rivastigmina en enfermedad leve-moderada; memantina en enfermedad grave, o moderada si aquellos están contraindicados o no se toleran.
- **NICE: combinación:** En Alzheimer tratado con un anticolinesterásico, considera añadir memantina en enfermedad moderada y lo recomienda en grave; la indicación depende de evaluación especializada.
- **Otros subtipos:** NICE contempla donepezilo/rivastigmina en Lewy; no recomienda estos fármacos en frontotemporal. En vascular, considerarlos solo si existe una enfermedad concomitante para la cual estén indicados.
- **Seguimiento:** Acordar objetivos y revisar beneficio, tolerancia, adherencia y carga terapéutica. No presentar estos fármacos como curativos ni iniciar o suspender por una escala aislada.

Alzheimer: reconocer qué guía se aplica

MINSAL · GRADE

Sugiere no usar anticolinesterásicos ni memantina en las indicaciones evaluadas: recomendaciones condicionales, certeza baja.

NICE · Complemento internacional

Recomienda opciones por etapa clínica, tolerancia y contraindicaciones; el detalle está en el texto.

No mezclar ambas recomendaciones ni interpretar una recomendación condicional como prohibición absoluta.

Cambios conductuales y síntomas psicológicos

- **Antes de medicar:** Buscar dolor, infección, delirium, hambre, retención, estreñimiento, miedo y sobrecarga ambiental. Identificar desencadenantes y adaptar la interacción.
- **Primera respuesta:** Estrategias individualizadas y apoyo al cuidador. Evitar confrontar, sujetar o sedar por conveniencia; evaluar riesgo y sufrimiento.
- **MINSAL: síntomas persistentes:** En Alzheimer con agitación, agresividad, irritabilidad o labilidad pese a medidas no farmacológicas, sugiere ISRS antes que antipsicóticos atípicos; recomendación condicional, no una medida de control inmediato.

- **Antipsicóticos:** Restringir a riesgo de daño o sufrimiento intenso tras valorar causas y alternativas; explicar riesgos, vigilar efectos y reevaluar necesidad. Extremar precaución en Lewy y Parkinson.

Continuidad, alimentación y etapa avanzada

- **Red chilena:** Activar la evaluación y continuidad de atención de Alzheimer y otras demencias mediante la red asistencial y las garantías que correspondan.
- **Disfagia avanzada:** Evaluar causas y estrategias compensatorias; conversar sobre objetivos, asistencia y alimentación por confort. Una sonda no es una respuesta automática a la demencia avanzada.
- **MINSAL:** En Alzheimer con trastorno deglutorio severo, favorece condicionalmente estrategias orales no invasivas frente a alimentación enteral. Individualizar riesgo, tolerancia y preferencias.
- **Final de vida:** Revisar proporcionalidad de tratamientos y considerar deprescripción de antidepresivos; mantener alivio de síntomas, acompañamiento y apoyo al cuidador.

CLAVES EUNACOM

La repercusión sobre la independencia distingue demencia de deterioro cognitivo leve.
Lewy más antipsicóticos puede producir una reacción grave; revisar siempre el subtipo.

Fuentes: [MINSAL · Guía Envejecimiento y Salud Mental en Personas Mayores, 2023](#); [MINSAL/DIPRECE · Demencia tipo Alzheimer: recomendaciones GRADE, guía 2022](#); [NICE · NG97 Dementia: complemento internacional](#); [NINDS · Demencias: complemento internacional](#); [NINDS · Hydrocephalus: complemento internacional](#)

Depresión en el adulto mayor

Sospechar y confirmar clínicamente

- **Presentación:** Ánimo deprimido, anhedonia, apatía, ansiedad, quejas somáticas o cognitivas, cambios de sueño/apetito y pérdida de función. No atribuirlos automáticamente al envejecimiento.
- **Contexto:** Explorar soledad, duelo, enfermedad, dolor, pobreza, dependencia y aislamiento. Son factores asociados; ninguno explica por sí solo todos los episodios.
- **Entrevista:** Preguntar por ánimo y pérdida de interés, duración, interferencia cotidiana, culpa, energía, concentración, cambios psicomotores y pensamientos de muerte.
- **Duración:** Para un episodio depresivo mayor, los síntomas persisten la mayor parte del día, casi diariamente, al menos 2 semanas; debe existir ánimo deprimido o pérdida de interés.
- **Diagnóstico:** Confirmar síndrome persistente y clínicamente significativo mediante entrevista; diferenciar duelo, trastorno adaptativo, bipolaridad, sustancias, delirium y enfermedad médica.
- **Cognición:** La depresión puede deteriorar atención y memoria, pero no excluye demencia coexistente. Reevaluar funcionamiento cognitivo después del tratamiento.

Yesavage: versiones y punto de corte

- **Pesquisa inicial:** Preguntar si se ha sentido deprimido facilita la detección, pero una respuesta única no confirma ni descarta el diagnóstico.
- **GDS-15 en Chile:** MINSAL 2023 utiliza 15 respuestas sí/no; cada respuesta depresiva vale 1. Un total ≥ 6 puntos indica sospecha y derivación para evaluación clínica, no diagnóstico automático.
- **Puntuación GDS-15:** En el formulario estándar, puntúan las respuestas «no» de los ítems 1, 5, 7, 11 y 13; «sí» en los restantes. Aplicar el formulario íntegro y su orden validado.

- **Contenido:** Explora satisfacción, abandono de actividades, vacío, aburrimiento, ánimo, temor, felicidad, desamparo, quedarse en casa, memoria, valoración de vivir, inutilidad, energía, desesperanza y comparación con otros.
- **GDS-30:** La versión extensa tiene 30 preguntas. Su clasificación original es 0-9, 10-19 y 20-30; ≥ 10 orienta a evaluación. Estas categorías de síntomas no sustituyen la valoración clínica de gravedad.
- **Límites:** La GDS es tamizaje; delirium, demencia avanzada, barreras de comunicación y contexto cultural pueden reducir su validez. No reemplaza la entrevista ni la evaluación de suicidio.

Yesavage: no intercambiar versiones

GDS-15 · MINSAL

15 preguntas; ≥ 6 puntos indica sospecha y evaluación clínica.

GDS-30

30 preguntas; clasificación original 0-9, 10-19 y 20-30. Desde 10 puntos, evaluar clínicamente.

Ambas versiones

Tamizaje, no diagnóstico. Aplicar formulario validado y evaluar suicidio por separado.

Evaluar suicidio y gravedad

- **Preguntar directamente:** Explorar deseos de morir, ideación, plan, intención, acceso a medios, intentos previos, desesperanza, consumo y factores protectores.
- **Riesgo inmediato:** Intención o plan activo, intento reciente, psicosis, agitación grave o imposibilidad de mantener seguridad requieren evaluación urgente y acompañamiento continuo hasta asegurar atención.
- **Protección:** Acordar un plan de seguridad, reducir acceso a medios y activar apoyo confiable. Una promesa de no suicidarse no sustituye estas medidas.
- **Derivación:** Depresión psicótica, catatonía, compromiso alimentario importante, resistencia al tratamiento o dudas de bipolaridad requieren evaluación especializada.

Depresión: prioridad de seguridad

- 1 **Preguntar**
Ideas de muerte, plan, intención, acceso a medios e intentos previos.
- ↓
- 2 **Detectar peligro**
Plan o intención activos, intento reciente o imposibilidad de mantener seguridad requieren respuesta urgente.
- ↓
- 3 **Asegurar atención**
Acompañamiento continuo hasta asegurar evaluación; plan de seguridad y reducción de acceso a medios.

Una promesa de no suicidarse no reemplaza evaluación ni protección.

Tratamiento centrado en la persona

- **Plan compartido:** Relacionar tratamiento con gravedad, preferencias, comorbilidades, función y apoyos. Abordar dolor, aislamiento, dificultades económicas y sobrecarga de cuidado.
- **Intervenciones:** Psicoterapia adaptada, activación conductual, actividades significativas, ejercicio seguro y fortalecimiento de redes; ajustar a limitaciones sensoriales y cognitivas.
- **Medicamentos:** Considerarlos según gravedad, persistencia, antecedentes y preferencia; en cuadros más graves combinar opciones psicológicas y farmacológicas cuando corresponda.
- **Tratamiento especializado:** La terapia electroconvulsiva puede considerarse en cuadros graves cuando se necesita respuesta rápida o han fallado otras opciones; exige evaluación y consentimiento apropiados.

Antidepresivos: selección y riesgos geriátricos

- **ISRS:** Sertralina y escitalopram son opciones frecuentes; elegir según interacciones, comorbilidades y respuesta previa. Comenzar prudentemente y titular según tolerancia y evolución.
- **Fluoxetina:** No está universalmente contraindicada; su vida media prolongada e interacciones pueden dificultar ajustes en polifarmacia. No asumir que todos los ISRS son intercambiables.
- **Citalopram:** La ficha FDA limita a 20 mg/día en mayores de 60 años por riesgo de prolongación QT. Revisar cardiopatía, electrolitos e interacciones y la ficha local correspondiente.

- **Paroxetina y tricíclicos:** Generalmente evitar por carga anticolinérgica, sedación e hipotensión ortostática. Los criterios Beers orientan decisiones; no equivalen a contraindicación absoluta en cualquier contexto.
- **Vigilancia:** Controlar hiponatremia, caídas, sangrado e interacciones según riesgo. Especial atención con diuréticos, anticoagulantes, antiagregantes y otros fármacos serotoninérgicos.

Antidepresivos: diferencias relevantes

Sertralina o escitalopram

Opciones frecuentes; elegir por comorbilidades, interacciones y respuesta previa.

Fluoxetina

Vida media larga e interacciones dificultan algunos ajustes.

Citalopram

FDA: máximo 20 mg/día si edad > 60 años; revisar QT y ficha local.

Paroxetina y tricíclicos

Generalmente evitar por efectos anticolinérgicos, sedación e hipotensión.

La selección exige vigilancia de caídas, sodio, sangrado e interacciones.

Seguimiento y prevención de recaídas

- **Primer control:** Revisar tolerancia, adherencia, síntomas y riesgo durante las primeras semanas; anticipar una revisión más precoz si aumenta el riesgo suicida.
- **Respuesta insuficiente:** Comprobar diagnóstico, dosis/duración adecuadas, adherencia, interacciones y factores sociales antes de cambiar o asociar fármacos.
- **Continuidad:** Tras remisión, suele mantenerse el antidepresivo al menos 6 meses; antecedentes de recurrencia o factores persistentes pueden justificar más tiempo con revisión periódica.

- **Retirada:** Reducir de manera gradual y acordada; distinguir síntomas de discontinuación de recaída. Mantener seguimiento, actividades y apoyo social.

CLAVES EUNACOM

Yesavage positivo significa estudiar, no etiquetar automáticamente como depresión.

Ante depresión en una persona mayor, preguntar por suicidio incluso si predominan síntomas físicos.

Fuentes: [MINSAL · Guía Envejecimiento y Salud Mental en Personas Mayores, 2023](#); [Yesavage/Stanford · Geriatric Depression Scale, versiones e instrumentos originales](#); [NICE · NG222 Depression in adults, 2022; complemento internacional](#); [American Geriatrics Society · Beers Criteria, 2023; complemento internacional](#); [FDA/DailyMed · Citalopram, ficha oficial; complemento internacional](#); [AEMPS · Fluoxetina, ficha técnica; complemento internacional](#); [National Institute of Mental Health · Depression; fuente oficial internacional](#); [Yesavage/Stanford · GDS-30 original y puntuación](#); [Yesavage/Stanford · GDS-15 original y puntuación](#)

Sueño en la persona mayor

Envejecimiento y sueño

- **Necesidad:** Las personas mayores suelen necesitar 7-9 horas de sueño; existe variación individual. Dormir 6 horas no es una regla universal de normalidad.
- **Cambios habituales:** Puede adelantarse el horario y aumentar la fragmentación o el sueño ligero. La somnolencia diurna persistente y el deterioro funcional merecen evaluación.
- **Insomnio:** Dificultad para iniciar o mantener sueño, o despertar precoz, con consecuencias diurnas pese a oportunidad adecuada para dormir; describir duración y frecuencia.
- **Historia:** Preguntar horarios, siestas, tiempo en cama, despertares, actividad, sustancias, fármacos y percepción de descanso; un diario ayuda a reconocer patrones.

Sueño y edad: separar necesidad y cambio

Necesidad habitual

7-9 horas, con variación individual.

Cambios frecuentes

Horario adelantado, sueño más ligero y fragmentación.

Evaluar

Somnolencia diurna persistente o deterioro funcional no deben normalizarse.

Seis horas no es una regla universal de normalidad.

Buscar causas que cambian la conducta

- **Comorbilidad:** Dolor, disnea, nocturia, depresión, ansiedad, deterioro cognitivo y problemas ambientales pueden fragmentar el sueño; tratar el factor identificado.
- **Medicamentos:** Revisar estimulantes, horarios de diuréticos, alcohol, cafeína y sedantes; considerar dependencia o retirada. El alcohol puede empeorar la calidad del sueño.
- **Apnea:** Ronquido intenso, pausas observadas o somnolencia diurna orientan a apnea obstructiva y justifican evaluación específica.
- **Piernas inquietas:** Necesidad de mover las piernas en reposo, peor al anochecer y aliviada por movimiento; valorar causas y tratamiento dirigido.
- **Conducta durante sueños:** Movimientos violentos o representación de sueños pueden causar lesiones y relacionarse con trastorno de conducta REM; proteger el entorno y derivar.

Sueño fragmentado: buscar pistas

Comorbilidad

Dolor, disnea, nocturia, depresión y entorno.

Apnea

Ronquido, pausas observadas o somnolencia diurna.

Piernas inquietas

Molestia en reposo, peor al anochecer, aliviada por movimiento.

Conducta REM

Representación de sueños con movimientos potencialmente lesivos.

Exposiciones

Fármacos, alcohol, cafeína y retirada de sedantes.

Primera línea no farmacológica

- **Terapia cognitivo-conductual:** La terapia cognitivo-conductual para insomnio combina intervenciones sobre conductas y pensamientos; es tratamiento de primera línea para insomnio crónico.
- **Rutina:** Mantener hora regular de levantarse, actividad y luz durante el día; ajustar siestas y evitar cafeína tardía según respuesta individual.

- **Entorno:** Favorecer un dormitorio tranquilo y seguro; evitar exceso de tiempo despierto en cama y adaptar las medidas a movilidad y riesgo de caídas.
- **Límite:** La higiene del sueño aislada puede resultar insuficiente; si persiste el problema, ofrecer intervención estructurada y reevaluar causas.

Insomnio crónico: intervención estructurada

Terapia cognitivo-conductual

Actuar sobre conductas y pensamientos relacionados con el sueño.

Rutina diurna

Horario regular al levantarse, actividad y exposición a luz.

Entorno y cama

Condiciones tranquilas y seguras; adaptar medidas a movilidad y caídas.

La higiene del sueño aislada puede ser insuficiente.

Medicamentos: cautelas geriátricas

- **Hipnóticos:** Evitar uso rutinario de benzodiacepinas y fármacos Z por riesgo de caídas, delirium, deterioro cognitivo y dependencia; que sean de acción corta no elimina esos riesgos.
- **Otros sedantes:** Antihistamínicos anticolinérgicos y antipsicóticos no son una solución habitual para insomnio. Considerar carga farmacológica total.
- **Si ya los usa:** No suspender bruscamente un sedante con dependencia; acordar reducción y seguimiento individualizados.
- **Alzheimer:** MINSAL sugiere condicionalmente antidepresivos sedantes frente a inductores o antipsicóticos si fracasa el manejo no farmacológico; evidencia muy baja, aplicable a ese contexto, no a todo insomnio.

Reevaluación y señales de alarma

- **Seguridad:** Somnolencia al conducir, caídas nocturnas, episodios de asfixia o lesiones durante el sueño requieren intervención y evaluación oportuna.
- **Cambio agudo:** Inversión reciente del sueño con inatención, fluctuación o alteración de alerta hace sospechar delirium, no un simple cambio de la edad.
- **Seguimiento:** Valorar descanso, función diurna, adherencia y efectos adversos; el objetivo no es alcanzar un número rígido de horas a costa de sedación.

- **Derivación:** Solicitar evaluación específica si se sospecha apnea, trastorno REM u otra enfermedad del sueño, o si el insomnio persiste pese a manejo adecuado.

CLAVES EUNACOM

Dormir menos no siempre es normal por la edad: evaluar funcionamiento diurno y causas tratables.

Fuentes: [National Institute on Aging · Sleep and Older Adults; fuente oficial internacional; American Academy of Sleep Medicine · Terapias conductuales y psicológicas del insomnio, 2021; complemento internacional; American Geriatrics Society · Beers Criteria, 2023; complemento internacional; MINSAL/DIPRECE · Demencia tipo Alzheimer: recomendaciones GRADE, guía 2022](#)

Temblor

Describir antes de etiquetar

- **Fenómeno:** Movimiento oscilatorio rítmico involuntario. Precisar inicio, distribución, simetría, desencadenantes, reposo/acción y repercusión al comer, escribir o vestirse.
- **Reposo:** Aparece con la extremidad apoyada; si se asocia a bradicinesia, rigidez o alteración de marcha, sospechar parkinsonismo.
- **Acción:** Surge al mantener postura o mover. El temblor esencial suele ser bilateral de miembros superiores, sin otros signos neurológicos que expliquen el cuadro.
- **Intención:** Aumenta al aproximarse al objetivo; disimetría, ataxia u otros signos sugieren compromiso cerebeloso y orientan estudio.

Temblor: observar cuándo aparece

Reposo

Extremidad apoyada; buscar bradicinesia y rigidez.

Acción

Durante postura o movimiento; el esencial suele ser bilateral de miembros superiores.

Intención

Aumenta al alcanzar el objetivo; buscar disimetría y ataxia.

Buscar causas y signos de alarma

- **Historia:** Revisar antecedentes familiares, alcohol, estimulantes, ansiedad, fármacos y cambios recientes. No asumir que todo temblor nuevo es propio de la edad.
- **Examen:** Valorar fuerza, tono, lentitud, coordinación, marcha, escritura y temblor postural; explorar signos sistémicos y autonomía.
- **Pruebas:** Orientar por sospecha: función tiroidea, glucosa y alteraciones metabólicas o medicamentosas. Neuroimagen no es obligatoria en todo temblor esencial típico.
- **Urgencia:** Inicio brusco con déficit focal, ataxia aguda, cefalea intensa o cambio de conciencia exige evaluación urgente por una causa secundaria.

Temblor nuevo: evaluación dirigida

Antecedentes

Fármacos, estimulantes, alcohol, ansiedad y cambios recientes.

Examen

Tono, lentitud, fuerza, coordinación, marcha y repercusión funcional.

Alarma

Inicio brusco con focalidad, ataxia aguda o alteración de conciencia: evaluación urgente.

No atribuir un temblor nuevo solamente a la edad.

Manejo inicial del temblor de acción

- **Intervención básica:** Corregir desencadenantes y revisar fármacos; adaptar utensilios y actividades. La indicación farmacológica depende de la limitación funcional y las preferencias.
- **Temblor esencial:** Propranolol o primidona son opciones respaldadas por evidencia; individualizar e iniciar con prudencia en personas mayores.
- **Propranolol:** Valorar asma, bradicardia, trastornos de conducción e hipotensión antes de indicarlo.
- **Primidona:** Puede causar sedación, mareo y ataxia; vigilar caídas y tolerancia durante titulación. No utilizar alcohol como tratamiento.

Temblores esenciales: beneficio y riesgo

Medidas básicas

Corregir desencadenantes y adaptar actividades o utensilios.

Propranolol

Valorar asma, bradicardia, conducción cardíaca e hipotensión.

Primidona

Vigilar sedación, mareo, ataxia y caídas durante titulación.

Tratar según limitación funcional y preferencias; el alcohol no es tratamiento.

Cuándo derivar

- **Posible Parkinson:** Temblor asimétrico o acompañado de lentitud, rigidez, trastorno de equilibrio o marcha: derivar para evaluación neurológica antes de iniciar tratamiento específico.
- **Repercusión:** Derivar si impide actividades pese al manejo inicial, el diagnóstico es incierto o aparecen otros signos neurológicos.
- **Pruebas especializadas:** El diagnóstico de Parkinson es clínico; pruebas funcionales de imagen se reservan para dudas seleccionadas por el especialista.
- **Objetivo geriátrico:** Priorizar función y seguridad, evitando que el tratamiento cause más hipotensión, sedación o caídas que el síntoma original.

CLAVES EUNACOM

Temblores de reposo más bradicinesia o rigidez orienta a parkinsonismo; no basta la palabra temblor.

Fuentes: [NICE · NG127 Suspected neurological conditions; complemento internacional](#); [NICE · NG71 Parkinson's disease in adults; complemento internacional](#); [American Academy of Neurology · Tratamiento del temblor esencial, 2011; complemento internacional](#)

Problemas clínicos frecuentes

Individualizar objetivos y tratamientos según función, riesgos y preferencias.

Hipertensión arterial

Confirmar antes de intensificar

- **Patrón frecuente:** La rigidez arterial favorece hipertensión sistólica aislada. Una cifra alta aislada no demuestra hipertensión sostenida ni autoriza a intensificar sin revisar la técnica.
- **Medición:** Usar manguito adecuado, reposo previo y brazo apoyado. Comparar ambos brazos inicialmente; repetir lecturas y comprobar adherencia y fármacos que elevan la presión.
- **Confirmación chilena:** MINSAL favorece MAPA; si no está disponible, perfil de presión con mediciones en tres días diferentes. Distinguir hipertensión sostenida, de bata blanca y enmascarada.
- **Umbral orientador:** Presión de consulta $\geq 140/90$ mmHg requiere confirmación. Como complemento NICE, promedio diurno de MAPA o domiciliario $\geq 135/85$ mmHg respalda el diagnóstico.

Confirmar la hipertensión

1

Medir correctamente

Manguito adecuado, reposo, brazo apoyado y lecturas repetidas.



2

Confirmar persistencia

MINSAL favorece MAPA; si no hay acceso, perfil en tres días diferentes.



3

Reconocer el patrón

Distinguir hipertensión sostenida, de bata blanca o enmascarada.

Una lectura aislada no basta para intensificar automáticamente.

Ortostatismo y valoración inicial

- **Cuándo medir de pie:** Especialmente ante mareo, caídas, diabetes, fragilidad o edad ≥ 80 años. Comparar presión acostado y de pie después de al menos un minuto.
- **Hipotensión ortostática:** Descenso sistólico ≥ 20 mmHg o diastólico ≥ 10 mmHg: revisar síntomas, volumen y medicamentos; si existe, orientar el tratamiento por la presión de pie.
- **Evaluación:** Buscar enfermedad cardiovascular, daño renal, deterioro funcional y cognitivo. Solicitar creatinina/VFG, electrolitos, glicemia o HbA1c, lípidos, albuminuria y ECG según contexto.
- **Causas corregibles:** Dolor, AINE, descongestionantes, exceso de sal, alcohol, omisiones y duplicaciones pueden explicar descontrol; revisar antes de atribuir resistencia terapéutica.

Presión de pie y riesgo de caída

1

Buscar susceptibilidad

Mareo, caída, diabetes, fragilidad o edad ≥ 80 años.



2

Comparar posiciones

Medir acostado y de pie después de al menos un minuto.



3

Interpretar y revisar

Caída ≥ 20 mmHg sistólica o ≥ 10 diastólica: revisar síntomas, volumen y medicamentos.

Si existe hipotensión ortostática, orientar tratamiento por presión de pie.

Metas individualizadas

- **Referencia MINSAL 2018:** En mayores de 70 años sugiere sistólica < 140 mmHg, diastólica < 85 mmHg y límite inferior diastólico de 70 mmHg; recomendaciones condicionales.
- **Aplicación:** Adaptar a tolerancia, riesgo cardiovascular, caídas, fragilidad, preferencias y expectativa de vida. Evitar alcanzar una cifra a costa de síncope o pérdida funcional.
- **Complemento NICE:** Para ≥ 80 años propone consulta $< 150/90$ mmHg, con juicio clínico ante fragilidad o multimorbilidad. Es una referencia internacional distinta, no una meta chilena adicional obligatoria.

- **Revisión:** Síntomas posturales o presión excesivamente baja justifican revisar intensidad y horarios. La edad por sí sola no obliga a suspender un tratamiento beneficioso.

Metas de presión: contexto explícito

MINSAL, mayores de 70

Sugiere sistólica < 140 y diastólica < 85 mmHg, con límite inferior diastólico de 70 mmHg.

NICE, desde 80

Referencia internacional: consulta < 150/90 mmHg; individualizar con fragilidad o multimorbilidad.

Aplicación individual

Tolerancia, riesgo cardiovascular, caídas, funcionalidad y preferencias modifican la intensidad.

Son referencias diferentes; evitar perseguir una cifra que produzca síncope.

Elegir tratamiento y vigilar daño

- **Medidas:** Actividad adaptada, alimentación saludable, moderación de sodio y alcohol, y abandono del tabaco. Evitar restricciones que agraven desnutrición o deshidratación.
- **Primera elección:** En mayores de 55 años, MINSAL favorece calcioantagonistas o tiazidas; IECA/ARA II son pertinentes según tolerancia e indicaciones, especialmente albuminuria o insuficiencia cardíaca.
- **Estrategia:** MINSAL sugiere combinaciones iniciales en adultos; fragilidad, ortostatismo y polifarmacia exigen titulación prudente. Elegir dosis inicial y aumento según presión, función renal y respuesta.
- **Riesgos:** Calcioantagonistas: edema; tiazidas: hiponatremia, hipopotasemia y gota; IECA/ARA II: hiperpotasemia y deterioro renal. No asociar IECA con ARA II.
- **Seguimiento:** Comprobar presión, síntomas, adherencia y función renal/electrolitos tras cambios. El automonitoreo con entrenamiento ayuda; la suspensión indiscriminada de todos los antihipertensivos puede perjudicar.

Cifras muy altas: reconocer urgencia

- **Emergencia:** Presión muy elevada, habitualmente ≥ 180 sistólica o ≥ 120 diastólica, con déficit neurológico, confusión nueva, dolor torácico, edema pulmonar, lesión renal aguda o daño retiniano: derivación urgente.
- **Sin daño agudo:** Repetir correctamente y evaluar órgano blanco cuanto antes; ajustar tratamiento oral y seguimiento cercano. La cifra aislada no indica descenso intravenoso inmediato.

- **Seguridad:** Evitar reducciones bruscas no supervisadas. La conducta depende del órgano afectado y exige manejo hospitalario cuando existe emergencia.

CLAVES EUNACOM

Una caída no obliga a retirar todos los antihipertensivos: buscar ortostatismo y ajustar la causa.

Las metas dependen de la guía citada y de la tolerancia funcional.

Fuentes: [MINSAL · GPC hipertensión arterial, recomendaciones 2018](#); [NICE · NG136, hipertensión: complemento internacional](#); [OMS · Tratamiento farmacológico de hipertensión, 2021; complemento internacional](#); [MINSAL · Orientación técnica personas mayores, 2014](#)

Insuficiencia renal crónica

Envejecimiento no equivale a enfermedad renal

- **Definición:** Enfermedad renal crónica: alteración estructural o funcional con implicancias para la salud durante al menos tres meses; incluye VFG < 60 mL/min/1,73 m² o marcadores de daño.
- **Confirmación:** Una creatinina aislada no demuestra cronicidad; contrastar resultados previos, albuminuria, sedimento e imágenes según contexto. Buscar lesión renal aguda si el cambio es reciente.
- **Persona mayor:** La filtración puede disminuir con la edad, pero no a una tasa fija universal. No descontar automáticamente 1 mL/min/año desde los 40 años.
- **Creatinina:** La baja masa muscular puede ocultar disfunción con creatinina aparentemente normal; interpretar VFG y considerar cistatina C combinada cuando cambie decisiones clínicas.
- **Oliguria:** Buscar hipovolemia, obstrucción o lesión renal aguda; es una alarma y no demuestra deshidratación por sí sola.

ERC: persistencia y contexto

Criterio

Daño renal o VFG < 60 mL/min/1,73 m² durante al menos tres meses.

Una cifra aislada

Comparar antecedentes y buscar lesión renal aguda si el cambio es reciente.

Sarcopenia

Creatinina aparentemente normal puede ocultar disfunción; considerar cistatina C combinada si cambia decisiones.

Edad

La pérdida de filtración no sigue una tasa fija universal.

Clasificar por filtración y albuminuria

- **Albuminuria:** RAC en mg/g: A1 <30; A2 30-300; A3 >300. Registrar categoría G y A, causa y trayectoria.
- **Precaución:** Confirmar alteraciones persistentes; infección urinaria, ejercicio o descompensación pueden elevar transitoriamente albuminuria.

Categoría G	VFGe mL/min/1,73 m ²	Lectura
G1	≥90	Necesita otro marcador de daño para diagnosticar ERC.
G2	60-89	Necesita otro marcador de daño para diagnosticar ERC.
G3a	45-59	Disminución leve a moderada.
G3b	30-44	Disminución moderada a grave.
G4	15-29	Disminución grave.
G5	<15	Falla renal; no indica diálisis por el número aislado.

Categorías de filtración renal

G1 y G2

G1 ≥ 90; G2 60-89. Sin otro marcador de daño, no bastan para diagnosticar ERC.

G3a

VFGe 45-59 mL/min/1,73 m².

G3b

VFGe 30-44 mL/min/1,73 m².

G4

VFGe 15-29 mL/min/1,73 m².

G5

VFGe < 15 mL/min/1,73 m²; el número aislado no decide diálisis.

Agregar RAC mg/g: A1 < 30; A2 30-300; A3 > 300. Confirmar persistencia.

Estudiar causa y repercusión

- **Causas frecuentes:** Diabetes, hipertensión y enfermedad vascular; también obstrucción prostática, medicamentos y enfermedad glomerular. No atribuir todo a la edad.
- **Evaluación:** Presión, volumen, orina, RAC, creatinina/VFG_e y electrolitos. Según etapa y síntomas: hemograma, bicarbonato, calcio/fósforo y estudio dirigido.
- **Ecografía:** Útil ante obstrucción, hematuria, deterioro inexplicado o sospecha estructural; revisar vejiga y residuo si corresponde.
- **Alarma diagnóstica:** Hematuria con proteinuria, progresión rápida o manifestaciones sistémicas requiere valoración especializada por causas potencialmente tratables.

Proteger función renal sin iatrogenia

- **Base:** Control individualizado de presión y diabetes, abandono del tabaco y tratamiento cardiovascular. Revisar AINE, contrastes y automedicación; prevenir deshidratación y obstrucción.
- **IECA o ARA II:** Indicados en contextos de albuminuria; no combinarlos. Controlar presión, creatinina y potasio tras inicio o aumento, habitualmente dentro de 2-4 semanas.
- **Cambio de creatinina:** Un alza mayor de 30% dentro de cuatro semanas exige investigar volumen, interacciones y otras causas; no confundir cualquier variación pequeña con obligación de suspender.
- **SGLT2:** KDIGO recomienda su uso en DM2 con ERC y VFG_e ≥ 20 mL/min/1,73 m², con valoración de indicación, volumen y contraindicaciones; suspensiones temporales requieren un plan.
- **Dosificación:** Ajustar medicamentos por función renal y ficha técnica. Algunas pautas usan aclaramiento de creatinina, otras VFG_e: no asumir que son intercambiables en toda persona.

Protección renal con vigilancia

Reducir daño

Controlar presión/diabetes; revisar AINE, deshidratación y obstrucción.

IECA o ARA II

Según albuminuria e indicación; no combinarlos. Controlar presión, creatinina y potasio en 2-4 semanas.

Cambio importante

Alza de creatinina $> 30\%$ en cuatro semanas: investigar volumen, interacciones y otras causas.

SGLT2 en DM2 y ERC

KDIGO: VFG_e ≥ 20 mL/min/1,73 m², con evaluación de volumen, indicación y contraindicaciones.

Nutrición y seguimiento funcional

- **Individualizar:** Evitar dietas restrictivas que produzcan sarcopenia. En ERC G3-G5 estable, KDIGO orienta a 0,8 g proteína/kg/día; fragilidad o pérdida muscular requiere evaluación nutricional específica.
- **Agua y potasio:** Ajustar líquidos a volumen, diuresis e insuficiencia cardíaca. No restringir agua o potasio universalmente por edad ni indicar suplementos sin conocer función renal.
- **Seguimiento:** Controlar trayectoria de VFGe/RAC, presión, anemia, electrolitos, nutrición, síntomas y capacidad de autocuidado; frecuencia según etapa, albuminuria y cambios terapéuticos.

Derivar y decidir tratamiento avanzado

- **Derivación:** ERC avanzada, albuminuria importante, progresión rápida, hematuria con proteinuria, HTA resistente o complicaciones difíciles justifican nefrología; priorizar riesgo y preferencias.
- **Urgencia:** Hiperpotasemia grave, edema pulmonar, acidosis severa, síntomas urémicos, anuria o deterioro agudo requieren evaluación hospitalaria.
- **Decisión compartida:** Diálisis, tratamiento conservador integral y objetivos de cuidado se discuten según síntomas, pronóstico, funcionalidad y preferencias; ni edad ni VFGe aisladas deciden por sí solas.

Nefrología, urgencia y objetivos

Derivar

ERC avanzada, progresión rápida, albuminuria importante, hematuria/proteinuria o complicaciones difíciles.

Urgencia hospitalaria

Hiperpotasemia grave, edema pulmonar, acidosis severa, síntomas urémicos, anuria o deterioro agudo.

Decidir en conjunto

Diálisis o cuidado conservador integral según síntomas, pronóstico, funcionalidad y preferencias.

Ni edad ni VFGe aisladas deciden por sí solas el tratamiento avanzado.

CLAVES EUNACOM

Creatinina normal no garantiza filtración normal en sarcopenia.

G1 o G2 sin marcador de daño no bastan para diagnosticar ERC.

Fuentes: [MINSAL · Prevención de ERC, recomendaciones 2017](#); [KDIGO · GPC enfermedad renal crónica, 2024; complemento internacional](#); [NICE · NG203, ERC, 2021; complemento internacional](#); [MINSAL · Orientación técnica personas mayores, 2014](#)

Diabetes mellitus tipo 2

Valorar más que la glicemia

- **Diagnóstico:** Puede presentarse con pérdida de peso, infección, deshidratación o deterioro funcional, sin síntomas clásicos llamativos.
- **Antes de prescribir:** Evaluar autonomía, cognición, visión, destreza, alimentación, función renal, apoyo y capacidad para administrar medicamentos. Acordar un plan realizable con la persona y sus cuidadores.
- **Prioridad:** Prevenir hipoglicemia, hiperglicemia sintomática y pérdida funcional. El tratamiento intensivo no debe superar la capacidad de autocuidado ni imponer una carga desproporcionada.
- **Criterios plasmáticos:** Ayuno de al menos 8 horas con glicemia ≥ 126 mg/dL; o a las 2 horas de 75 g de glucosa, glicemia ≥ 200 mg/dL.
- **Otros criterios ADA:** Glicemia casual ≥ 200 mg/dL con síntomas clásicos o crisis; o HbA1c $\geq 6,5\%$ con método estandarizado y sin interferencias relevantes.
- **Confirmación:** Sin hiperglicemia inequívoca, se requieren dos resultados anormales, de pruebas distintas simultáneas o repetición de la misma prueba; no diagnosticar solo con una glicemia capilar aislada.

Metas glucémicas según situación

- **Fuentes:** MINSAL contempla HbA1c $< 8\%$ en personas frágiles; el cuadro amplía con ADA 2026. Son metas orientadoras, modificables por preferencias y riesgo.
- **Interpretación:** Anemia, transfusión o ERC avanzada pueden distorsionar HbA1c; contrastar con glicemias o monitorización continua cuando corresponda.

Situación clínica	Meta orientadora HbA1c	Aplicación
Salud conservada	$< 7-7,5\%$	Pocas comorbilidades estables; función y cognición conservadas.
Salud compleja/intermedia	$< 8\%$	Multimorbilidad, deterioro cognitivo leve/moderado o limitaciones instrumentales.
Salud muy compleja	Evitar depender de HbA1c	Enfermedad terminal, deterioro cognitivo importante o gran dependencia: evitar hipoglicemia e hiperglicemia sintomática.

HbA1c según estado de salud

Salud conservada

Orientación ADA: < 7-7,5%;
pocas comorbilidades y
función/cognición conservadas.

Salud compleja

Orientación: < 8%;
multimorbilidad, deterioro
cognitivo leve/moderado o
limitaciones instrumentales.

Salud muy compleja

Evitar depender de HbA1c; prevenir hipoglicemia e hiperglicemia
sintomática.

MINSAL contempla < 8% en fragilidad. Metas revisables según riesgo y
preferencias.

Seleccionar fármacos con seguridad

- **Metformina:** Bajo riesgo de hipoglicemia en monoterapia. Revisar tolerancia digestiva, peso y función renal; no usar con VFG $< 30 \text{ mL/min/1,73 m}^2$.
- **VFG 30-44:** Si ya se utiliza, reconsiderar beneficio y reducir dosis según pauta; la ficha FDA desaconseja iniciarla en ese rango. Reevaluar ante lesión renal aguda, deshidratación o hipoxia.
- **Sulfonilureas e insulina:** Pueden causar hipoglicemia prolongada, especialmente con ERC o ingesta irregular. Evitar glibenclamida en mayores; simplificar esquemas y ajustar al patrón real de comidas.
- **SGLT2 y agonistas GLP-1:** Considerar beneficios cardiorrenales cuando estén indicados. SGLT2: vigilar volumen, genitales y síntomas urinarios; GLP-1: cautela ante anorexia, pérdida de peso o desnutrición.
- **Otros agentes:** Los inhibidores DPP-4 tienen bajo riesgo de hipoglicemia aislados; ajustar por función renal según molécula. La elección depende también de acceso, costo y comorbilidad.

Elegir antidiabéticos con seguridad

Metformina

Bajo riesgo de hipoglicemia aislada; no usar con VFGe < 30 mL/min/1,73 m².

Insulina y sulfonilureas

Más riesgo con ERC e ingesta irregular; evitar glibenclamida y simplificar cuando corresponda.

SGLT2

Valorar beneficio cardiorrenal; vigilar volumen, síntomas urinarios e infecciones genitales.

GLP-1

Valorar indicación; cautela ante anorexia, pérdida de peso y desnutrición.

VFGe 30-44: revisar metformina existente; ficha FDA desaconseja iniciarla en ese rango.

Hipoglicemia: reconocer y actuar

- **Sospecha:** Sudoración, temblor o hambre pueden faltar; una caída, somnolencia o confusión súbita exige medir glicemia. Menos de 70 mg/dL es una alerta para tratar.
- **Consciente y deglución segura:** Administrar 15 g de carbohidrato de absorción rápida; volver a medir en 15 minutos y repetir si persiste bajo 70 mg/dL.
- **Compromiso de conciencia:** No dar alimentos ni líquidos por boca. Solicitar atención urgente y administrar glucosa intravenosa o glucagón según disponibilidad y protocolo.
- **Después del episodio:** Identificar omisión de comida, exceso de dosis, ERC, interacción o error. Hipoglicemia recurrente o grave obliga a reevaluar y desintensificar, aunque HbA1c parezca adecuada.

Glicemia baja: capacidad para tragar

Alerta

Glicemia < 70 mg/dL; una caída o confusión puede ser la manifestación.

Consciente, deglución segura

Dar 15 g de carbohidrato rápido; medir en 15 minutos y repetir si persiste < 70.

Conciencia comprometida

Nada por boca; atención urgente y glucosa intravenosa o glucagón según protocolo.

Después

Buscar causa y revisar tratamiento; hipoglicemia grave o recurrente exige reconsiderar intensidad.

No esperar a una HbA1c elevada para corregir sobretratamiento.

Seguimiento, nutrición y alarmas

- **Control integral:** Revisar pies, retina, albuminuria/VFGe, riesgo cardiovascular y salud bucal. Adaptar alimentación y ejercicio para mantener fuerza; evitar dietas restrictivas en fragilidad.
- **Autocuidado:** Asegurar técnica de administración, acceso a controles y plan escrito ante enfermedad aguda. Considerar monitorización continua en personas tratadas con insulina si pueden usarla con apoyo.
- **Alarma:** Deshidratación marcada, vómitos, respiración anormal, somnolencia o confusión con hiperglicemia requieren evaluación urgente por crisis metabólica; no atribuirlo al envejecimiento.
- **Reevaluación:** Pérdida de peso, hospitalización, nueva dependencia o cambios de cuidadores obligan a revisar metas y complejidad del tratamiento.

Diabetes: cuándo revisar el plan

Cambio funcional

Nueva dependencia o cambio de cuidadores puede volver inseguro un esquema previo.

Enfermedad intercurrente

Hospitalización o pérdida de peso obliga a revisar metas y complejidad.

Autocuidado

Comprobar técnica, acceso y plan ante enfermedad; considerar monitorización continua si usa insulina.

Alarma metabólica

Vómitos, deshidratación, respiración anormal o confusión con hiperglicemia: evaluación urgente.

CLAVES EUNACOM

Una HbA1c baja con hipoglicemias puede indicar sobretratamiento.
Fragilidad y autonomía importan más que la edad aislada al fijar metas.

Fuentes: [MINSAL · GPC diabetes tipo 2, recomendaciones 2017](#); [ADA · Older Adults, Standards of Care 2026; complemento internacional](#); [ADA · Glycemic Goals and Hypoglycemia, 2026; complemento internacional](#); [FDA · Seguridad renal de metformina, 2016; complemento regulatorio](#); [AGS · Criterios Beers 2023; complemento internacional](#); [ADA · Diagnóstico y clasificación, 2026; complemento internacional](#)

Malnutrición

Detectar pérdida nutricional y sus causas

- **Sospecha:** Pérdida involuntaria de peso, menor ingesta, ropa holgada, debilidad, mala cicatrización o deterioro funcional. Puede coexistir con obesidad y edema.
- **Historia:** Explorar alimentación real, deglución, dentición, dolor, depresión, deterioro cognitivo, aislamiento, acceso a alimentos, enfermedad y efectos de medicamentos.
- **Evaluación:** Medir peso y talla o alternativas validadas, tendencia de peso, fuerza y masa muscular. La albúmina aislada no diagnostica desnutrición: también refleja inflamación y enfermedad.
- **Acción:** Corregir causas y solicitar valoración nutricional. Incluir ayuda para comprar, preparar y comer, además de prescribir nutrientes.

IMC en la persona mayor en Chile

- **Referencia:** Umbrales del Plan Nacional MINSAL para personas mayores. No sustituirlos por los cortes generales del adulto joven.
- **Límite:** Un IMC conservado no excluye pérdida de músculo ni desnutrición; integrar evolución, ingesta y tamizaje.

IMC kg/m ²	Clasificación
<23	Enflaquecido/a
23-27,9	Normal
28-31,9	Sobrepeso
≥32	Obesidad

IMC en personas mayores: referencia chilena

Enflaquecido/a

IMC < 23 kg/m².

Normal

IMC 23-27,9 kg/m².

Sobrepeso

IMC 28-31,9 kg/m².

Obesidad

IMC ≥ 32 kg/m².

Un IMC conservado no excluye pérdida de músculo ni desnutrición.

MNA-SF: aplicar el instrumento completo

- **Seis dominios:** Disminución de ingesta, pérdida de peso, movilidad, estrés/enfermedad aguda, problemas neuropsicológicos e IMC; el período de referencia habitual es tres meses.
- **Puntaje:** Máximo 14: 12-14 estado nutricional normal; 8-11 riesgo de desnutrición; 0-7 desnutrición. Usar todas las preguntas y puntuaciones del formulario oficial.
- **Alternativa antropométrica:** Si no es posible obtener IMC, la versión SF permite perímetro de pantorrilla: <31 cm suma 0; ≥31 cm suma 3, sustituyendo el ítem IMC, sin sumar ambos.
- **Interpretación:** El resultado orienta evaluación e intervención; no reemplaza estudio de causas. Repetir ante enfermedad aguda, pérdida de peso o cambios funcionales.
- **Aplicación validada:** Consultar [MNA-SF oficial en español y su guía](#); se describen aquí dominios y cortes, sin fabricar una versión abreviada propia.

MNA-SF: dominios y resultado

Ingesta y peso

Revisar disminución de ingesta y pérdida de peso.

Función y enfermedad

Movilidad, estrés/enfermedad aguda y problemas neuropsicológicos.

Antropometría

IMC; si no puede obtenerse, pantorrilla como sustituto del ítem, sin sumar ambos.

Resultado sobre 14

12-14 normal; 8-11 riesgo; 0-7 desnutrición.

Aplicar las preguntas y puntuaciones del formulario oficial; el esquema no reemplaza el instrumento.

Aporte, hidratación y función

- **Energía:** ESPEN propone alrededor de 30 kcal/kg/día como orientación inicial, ajustada a actividad, enfermedad, composición corporal, tolerancia y evolución.
- **Proteína:** Al menos 1 g/kg/día en muchas personas mayores; enfermedad o malnutrición puede requerir 1,2-1,5 g/kg/día. Individualizar en ERC avanzada con nutrición y nefrología.
- **Apoyo oral:** Comidas densas, enriquecimiento, colaciones y suplementos cuando la ingesta no alcanza; acompañar ejercicio de fuerza adaptado y asistencia para comer.
- **Bebidas:** ESPEN orienta a ofrecer al menos 1,6 L/día en mujeres y 2 L/día en hombres, salvo condiciones que exijan ajuste; no aplicar volúmenes fijos en insuficiencia cardíaca o renal.
- **Obesidad:** Evitar adelgazar indiscriminadamente a una persona frágil. Si se trata obesidad con repercusión, proteger músculo mediante alimentación adecuada y ejercicio.
- **Sarcopenia en Chile:** MINSAL sugiere 1-1,5 g de proteína/kg/día en personas de 60 años y más con sarcopenia, junto con ejercicio; enfermedad renal y objetivos nutricionales requieren ajuste individual.

Deglución y realimentación segura

- **Disfagia:** Tos al comer, voz húmeda, atragantamiento o neumonías sugieren dificultad deglutoria; evaluar seguridad, posición y textura antes de forzar alimentación.
- **Realimentación:** Ingesta mínima prolongada, gran pérdida ponderal, IMC muy bajo o potasio/fósforo/magnesio bajos elevan el riesgo de síndrome de realimentación.
- **Conducta:** En riesgo alto, iniciar aporte progresivo bajo supervisión, aportar tiamina según protocolo y vigilar volumen, fósforo, potasio y magnesio; no administrar de golpe el objetivo calórico completo.

- **Vía de alimentación:** Preferir vía oral segura; considerar soporte enteral cuando sea insuficiente y exista beneficio clínico razonable, incorporando pronóstico, preferencias y objetivos.

Antes de aumentar el aporte

- 1 **Evaluar seguridad**
Buscar disfagia y revisar posición/textura si hay tos, voz húmeda o atragantamiento.
- 2 **Buscar riesgo metabólico**
Ingesta mínima prolongada, gran pérdida de peso, IMC muy bajo o fósforo/potasio/magnesio bajos.
- 3 **Aportar con supervisión**
Si riesgo alto: progresión de aporte, tiamina según protocolo y vigilancia de volumen/electrolitos.

Elegir vía según deglución, beneficio, pronóstico y preferencias; no alcanzar de golpe el objetivo calórico en riesgo alto.

Comprobar respuesta

- **Control:** Revisar ingesta, peso, fuerza, tolerancia, función, hidratación y barreras sociales; ajustar el plan con la persona y cuidadores.
- **Alarma:** Deshidratación, incapacidad de alimentarse, alteración de conciencia, aspiración o trastornos electrolíticos requieren evaluación prioritaria.
- **Continuidad:** La mejora del peso sin recuperación funcional o con edema no demuestra por sí sola éxito nutricional. Mantener seguimiento tras altas y enfermedades intercurrentes.

CLAVES EUNACOM

El IMC normal no descarta sarcopenia ni malnutrición.

Hidratar y alimentar exige considerar corazón, riñón, deglución y riesgo de realimentación.

Fuentes: [MINSAL · Plan Nacional de Salud Integral para Personas Mayores, 2021](#); [MNA · Guía oficial MNA-SF en español](#); [ESPEN · Guía práctica de nutrición e hidratación en geriatría, 2022](#); [complemento internacional](#); [NICE · CG32, soporte nutricional](#); [complemento internacional](#); [MINSAL · GPC sarcopenia, recomendaciones](#)

Constipación y fecalomas

Reconocer el problema y revisar causas

- **Síntomas:** Heces duras, esfuerzo, evacuación incompleta, obstrucción subjetiva, maniobras digitales o escasa frecuencia; no exigir deposición diaria para considerar normalidad.
- **Frecuencia:** Menos de tres deposiciones semanales orienta, pero no basta por sí solo. Comparar con el hábito previo y evaluar repercusión.
- **Causas:** Inmovilidad, baja ingesta, deshidratación, barreras para usar el baño, enfermedad neurológica, hipotiroidismo y alteraciones metabólicas.
- **Medicamentos:** Revisar opioides, anticolinérgicos, hierro, calcio y algunos calcioantagonistas. Si se necesitan opioides, planificar prevención del estreñimiento.

Evaluar y detectar alarmas

- **Historia y examen:** Tiempo de evolución, consistencia, dolor, distensión, sangrado y uso de laxantes. Examinar abdomen y realizar tacto rectal cuando se sospeche fecaloma o trastorno evacuatorio.
- **Alarmas:** Sangrado, anemia, pérdida de peso, masa o cambio persistente reciente del hábito requieren estudio; no atribuirlos automáticamente a constipación funcional.
- **Obstrucción o complicación:** Dolor intenso, vómitos, distensión progresiva, ausencia de gases o peritonismo exige evaluación urgente antes de administrar laxantes.
- **Exámenes:** Solicitar según sospecha clínica; el diagnóstico habitual es clínico. Estudio endoscópico por alarmas o indicaciones de pesquisa, no por edad aislada.

Constipación: reconocer cuándo estudiar

Evaluación habitual

Historia, consistencia, fármacos y examen; tacto rectal si sospecha de fecaloma o trastorno evacuatorio.

Alarmas de estudio

Sangrado, anemia, pérdida de peso, masa o cambio persistente reciente.

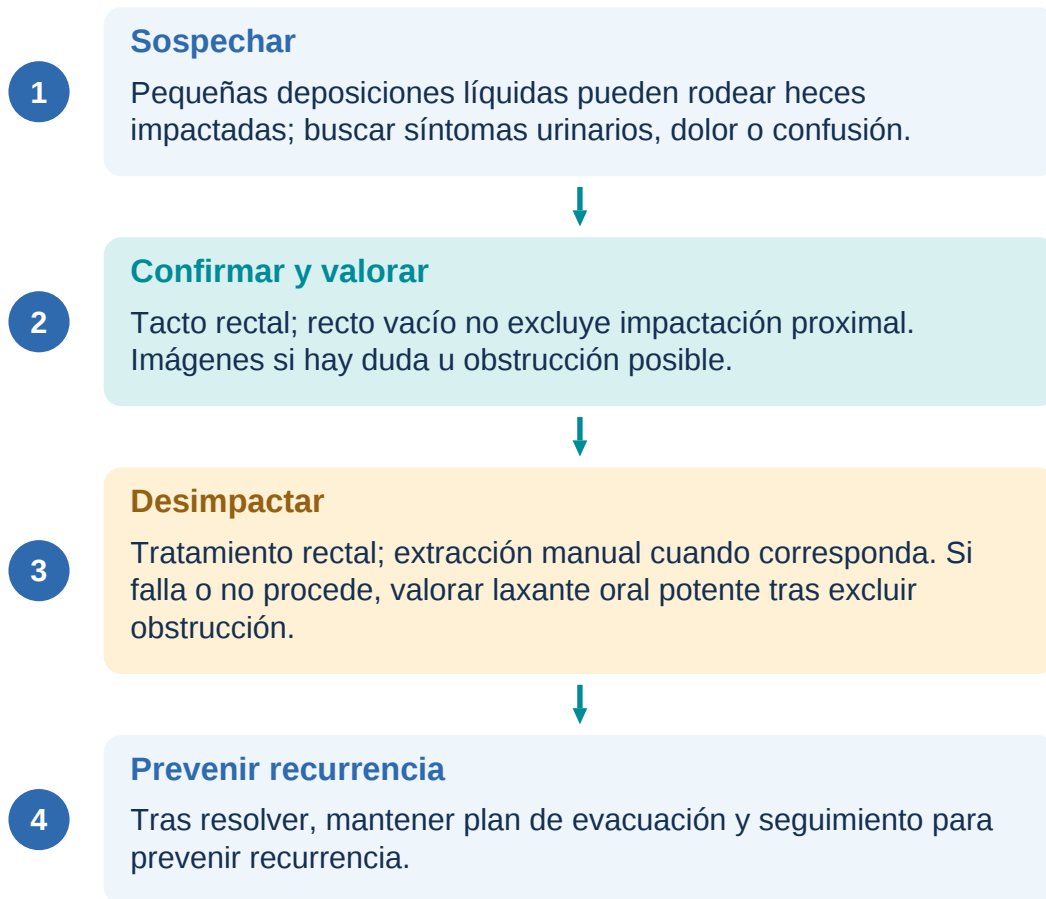
Posible obstrucción

Dolor intenso, vómitos, distensión progresiva, ausencia de gases o peritonismo: evaluación urgente antes de laxantes.

Fecaloma y diarrea por rebalse

- **Sospechar:** Masa de heces retenidas puede producir dolor, anorexia, retención urinaria, confusión y pequeñas deposiciones líquidas que rodean la impactación.
- **Confirmar:** Tacto rectal puede encontrar heces duras; un recto vacío no excluye impactación proximal. Imágenes si la clínica sugiere obstrucción o el diagnóstico es incierto.
- **Desimpactar:** En carga rectal importante, tratamiento rectal y extracción manual por personal capacitado cuando corresponda; elegir técnica según consistencia, tolerancia y comorbilidad.
- **Si no resuelve:** Laxante oral potente puede utilizarse cuando el tratamiento rectal no es apropiado o falla, una vez excluida obstrucción. Supervisar hidratación y respuesta.
- **Evitar error:** No dar loperamida a una supuesta diarrea sin descartar rebalse. Tras resolver, mantener un plan para prevenir recurrencia.

Fecaloma: líquido no excluye retención



No administrar loperamida sin descartar diarrea por rebalse.

Hábitos y primera línea

- **Rutina:** Ofrecer baño después de comidas, privacidad, apoyo de pies, actividad adaptada y ayuda para transferirse; no reprimir el deseo.
- **Fibra y líquidos:** Aumentar fibra de forma gradual si se tolera y existe hidratación adecuada; individualizar líquidos. No añadir fibra a un fecaloma u obstrucción sin resolver.
- **Polietilenglicol:** Para constipación crónica, PEG 3350: referencia habitual 17 g por vía oral al día, ajustada a respuesta y formulación; puede producir distensión o diarrea.
- **Alternativa:** Lactulosa puede utilizarse si no se tolera o no se dispone de otras opciones; ajustar la presentación según respuesta y advertir gases.

Constipación: medidas de primera línea

Rutina accesible

Baño tras comidas, privacidad, apoyo de pies y ayuda para transferirse.

Fibra gradual

Según tolerancia e hidratación; no añadir a fecaloma u obstrucción pendientes de resolver.

PEG 3350

Referencia habitual: 17 g por vía oral al día, ajustados a respuesta y formulación.

Alternativa

Lactulosa si otras opciones no se toleran o no están disponibles; ajustar y advertir gases.

Individualizar líquidos y ajustar dosis a respuesta y formulación.

Rescate, precauciones y seguimiento

- **Estimulante:** Bisacodilo oral puede emplearse a corto plazo o como rescate; iniciar habitualmente con 5 mg y ajustar según respuesta y ficha. Investigar el uso repetido sin control.
- **Evitar daño renal:** Sales de magnesio pueden acumularse en ERC. Los fosfatos orales o en enemas pueden causar lesión renal y alteraciones electrolíticas, especialmente en mayores, deshidratación o ERC.
- **Refractaria:** Revisar adherencia, fármacos y trastorno del piso pélvico; derivar para pruebas específicas y tratamientos posteriores, sin aumentar indefinidamente laxantes.

- **Objetivo:** Deposiciones cómodas y regulares, sin dolor, esfuerzo excesivo ni incontinencia; ajustar para evitar diarrea, caídas por urgencia y deshidratación.

CLAVES EUNACOM

Deposiciones líquidas pequeñas pueden ser rebalse alrededor de un fecaloma.

Excluir obstrucción antes de laxantes potentes; evitar fosfatos y magnesio en pacientes de riesgo.

Fuentes: [AGA/ACG · Guía de constipación idiopática crónica, 2023; complemento internacional](#); [NICE · CG49, incontinencia fecal; complemento internacional](#); [FDA · Seguridad de laxantes con fosfato de sodio, 2014; complemento regulatorio](#); [NIDDK · Síntomas y causas de constipación; complemento internacional](#)

Incontinencia urinaria

Identificar el patrón

- **Definición:** Pérdida involuntaria de orina; preguntar impacto, duración y síntomas acompañantes. No es una consecuencia inevitable del envejecimiento.
- **Esfuerzo:** A menudo pequeñas pérdidas al toser, reír, saltar o levantar peso; frecuente con debilidad del piso pélvico. El volumen orienta, pero no define por sí solo el mecanismo.
- **Urgencia:** Escape, a veces abundante, precedido de deseo imperioso, habitualmente con frecuencia y nocturia. Puede aparecer a cualquier edad; no se limita a mujeres jóvenes.
- **Mixta o funcional:** La mixta reúne esfuerzo y urgencia. La funcional se relaciona con barreras motoras, cognitivas o ambientales para usar el baño; ambas requieren valorar el componente predominante.
- **Rebalse:** Vaciado insuficiente con residuo elevado, goteo, chorro débil o distensión. Puede deberse a obstrucción o detrusor hipoactivo en ambos sexos; HPB es una causa, no la única.

El patrón de escape orienta

Esfuerzo

Escape con tos, risa o levantar peso; sugiere debilidad de soporte.

Urgencia

Deseo imperioso previo al escape, con frecuencia o nocturia; puede aparecer a cualquier edad.

Mixta

Coexisten esfuerzo y urgencia; identificar el componente predominante.

Funcional

Barreras cognitivas, motoras o ambientales impiden usar el baño.

Rebalse

Vaciado insuficiente, goteo o chorro débil; obstrucción o detrusor hipoactivo en ambos sexos.

El volumen de la pérdida no define por sí solo el mecanismo.

Buscar reversibilidad y complicaciones

- **Causas transitorias:** Delirium, infección urinaria sintomática, fármacos, poliuria por hiperglicemia, limitación de movilidad y fecaloma pueden precipitar escapes.
- **Historia dirigida:** Revisar disuria, hematuria, dolor, cirugías pélvicas, síntomas neurológicos y medicamentos: diuréticos, sedantes, anticolinérgicos y agentes que aumentan diuresis.
- **Examen:** Evaluar abdomen y globo vesical, movilidad, cognición, estado genital/pélvico y neurología dirigida. Explorar recto si se sospecha fecaloma.
- **Derivación prioritaria:** Hematuria, dolor persistente, masa, retención, déficit neurológico nuevo, ITU recurrente sintomática o sospecha de fístula requieren estudio dirigido.

Estudio inicial sin pruebas innecesarias

- **Diario miccional:** Registrar al menos tres días: hora, volumen, escapes, urgencia, líquidos y actividades. Ayuda a distinguir exceso de producción de problemas de almacenamiento.
- **Orina:** El análisis puede detectar hematuria, glucosuria o infección. Solicitar urocultivo ante sospecha clínica o indicación específica; no cultivar automáticamente toda incontinencia crónica.
- **Residuo posmiccional:** Medir por ecografía si hay dificultad de vaciado, sospecha de retención, vejiga palpable o antecedentes que eleven el riesgo; interpretar con síntomas y contexto.

- **Urodinámica:** No es examen rutinario de primera línea. Reservar para incertidumbre diagnóstica o situaciones complejas seleccionadas; perfil uretral y cistomanometría no son requisitos de todo diagnóstico clínico.
- **Detrusor:** Contracciones involuntarias en urodinámica indican hiperactividad; no definen rebalse ni son necesarias para diagnosticar urgencia clínica.

Tratamiento conservador según mecanismo

- **Esfuerzo:** Entrenamiento supervisado del piso pélvico durante al menos tres meses; enseñar contracción correcta. En mujeres, pauta NICE: al menos ocho contracciones, tres veces al día.
- **Urgencia o mixta:** Entrenamiento vesical durante al menos seis semanas; ampliar intervalos gradualmente y enseñar estrategias de control de urgencia.
- **Dependencia:** Ofrecer micción programada o asistida, acceso fácil, ropa manejable e iluminación. Adaptar a cognición y movilidad sin culpar a la persona.
- **Líquidos y hábitos:** Corregir exceso o déficit, moderar cafeína y tratar constipación. No indicar deshidratación ni restricción global de agua por temor a escapes.
- **Cirugía:** Esfuerzo persistente pese a manejo conservador: derivar para opciones, incluidas cintas medio-uretrales TOT/TVT en pacientes seleccionadas, con información de riesgos y alternativas.

Tratamiento conservador de continencia

Esfuerzo

Piso pélvico supervisado al menos tres meses; enseñar contracción correcta.

Urgencia o mixta

Entrenamiento vesical al menos seis semanas, con control de urgencia e intervalos graduales.

Dependencia

Micción asistida, ropa manejable, iluminación y acceso fácil.

Líquidos

Corregir exceso o déficit; moderar cafeína y tratar constipación.

No deshidratar por temor a los escapes. Cirugía de esfuerzo solo tras evaluación de persistencia y opciones.

Urgencia: fármacos con evaluación geriátrica

- **Antimuscarínicos:** Oxibutinina y tolterodina no son elección automática. Valorar carga anticolinérgica, cognición, constipación, glaucoma de ángulo estrecho y retención urinaria.
- **Persona frágil:** Evitar oxibutinina de liberación inmediata en mayores vulnerables a deterioro físico o mental; vigilar confusión, sequedad, estreñimiento y vaciado.
- **Agonista beta-3:** Mirabegrón puede ser alternativa si el antimuscarínico no resulta apropiado; medir presión antes y durante el uso.
- **Contraindicación:** Mirabegrón está contraindicado con hipertensión grave no controlada: sistólica ≥ 180 o diastólica ≥ 110 mmHg. Ajustar selección y dosis a función renal e interacciones.
- **Control:** Reevaluar beneficio y efectos adversos después de iniciar o cambiar tratamiento; suspender o sustituir si el daño supera la mejoría.

Urgencia: revisar riesgos antes de prescribir

Antimuscarínicos

Carga anticolinérgica, cognición, constipación, glaucoma de ángulo estrecho y retención condicionan la selección.

Oxibutinina inmediata

Evitar en mayores frágiles vulnerables a deterioro físico o mental.

Mirabegrón

Alternativa seleccionada; medir presión antes y durante el tratamiento.

Hipertensión grave

Mirabegrón contraindicado con sistólica ≥ 180 o diastólica ≥ 110 mmHg no controlada.

Oxibutinina y tolterodina no son elección automática.

Rebalse y goteo continuo

- **Rebalse confirmado:** Buscar obstrucción prostática, prolapso, neuropatía diabética, lesión neurológica o fármacos. No tratar empíricamente con antimuscarínicos una vejiga que no vacía.
- **Retención aguda:** Globo doloroso o incapacidad para orinar exige descompresión y evaluación urgente; vigilar función renal y diuresis después del drenaje según gravedad.
- **Fístula vesicovaginal:** Goteo continuo independiente de urgencia o esfuerzo, especialmente tras histerectomía u otra cirugía pélvica, cesárea/parto complicado o radioterapia: sospechar comunicación anómala y derivar.

- **Confirmación:** Examen ginecológico y pruebas de colorante o endoscópicas según especialista. Los escapes congénitos continuos también requieren estudio anatómico; no toda pérdida continua es una fístula adquirida.

Bacteriuria sin síntomas no equivale a ITU

- **Regla:** No pesquisar ni tratar bacteriuria asintomática en personas mayores, incluidas institucionalizadas, por el solo cultivo positivo, piuria, olor o aspecto de la orina.
- **Delirium o caída:** Sin síntomas urinarios ni fiebre/inestabilidad, buscar otras causas y observar; la bacteriuria aislada no demuestra que la infección explique el cuadro.
- **Excepción relevante:** Antes de procedimientos urológicos endoscópicos con lesión de mucosa, pesquisar y tratar según cultivo y protocolo.
- **Sepsis posible:** Inestabilidad sistémica sin foco obliga a evaluación y tratamiento urgente, incluyendo cobertura de foco urinario cuando corresponda; no aplicar la regla de asintomáticos a sepsis.

Cultivo positivo: interpretar el contexto

Sin síndrome urinario

Bacteriuria, piuria, olor o aspecto aislados no justifican antibióticos en personas mayores.

Delirium o caída

Sin síntomas urinarios ni fiebre/inestabilidad: buscar otras causas y observar.

Procedimiento urológico

Si lesiona mucosa, pesquisar y tratar según cultivo/protocolo.

Sepsis posible

Inestabilidad sin foco exige evaluación y tratamiento urgente, incluyendo foco urinario cuando corresponda.

CLAVES EUNACOM

Urgencia, rebalse y fístula tienen conductas diferentes; preguntar por vaciado y continuidad.

Cultivo positivo sin síndrome clínico no justifica antibiótico.

Fuentes: [NICE · NG123, incontinencia en mujeres, 2019; complemento internacional](#); [AUA/SUFU · Vejiga hiperactiva, 2024; complemento internacional](#); [IDSA · Bacteriuria asintomática, 2019; complemento internacional](#); [MHRA · Mirabegrón e hipertensión grave, 2015; complemento regulatorio](#); [NIDDK · Definición y tipos de incontinencia; complemento internacional](#); [NIDDK · Tratamiento de incontinencia; complemento internacional](#)

Enuresis

Definir el síntoma nocturno

- **Enuresis:** Escape involuntario de orina durante el sueño. En una persona mayor, su aparición reciente exige buscar causas, aunque existan demencia o dependencia.
- **Nocturia:** Despertar para orinar; puede coexistir con enuresis, pero no es el mismo síntoma. Preguntar si despertó antes del escape o encontró la cama mojada.
- **Otros patrones:** Goteo continuo también de día sugiere otro mecanismo, como retención con rebalse o fístula. No aplicar automáticamente pautas de enuresis infantil al adulto mayor.

Tres síntomas que no son sinónimos

Enuresis

Escape durante el sueño; investigar especialmente si aparece por primera vez.

Nocturia

Despertar para orinar; puede coexistir con enuresis.

Goteo continuo

También ocurre de día: considerar rebalse, fístula u otro mecanismo.

No aplicar automáticamente pautas infantiles al adulto mayor.

Ordenar causas con historia y diario

- **Diario:** Registrar sueño, micciones, volúmenes, escapes, líquidos y medicamentos durante al menos tres días. Separar poliuria global, poliuria nocturna y baja capacidad de almacenamiento.
- **Poliuria nocturna:** En mayores de 65 años, una producción durante el período de sueño mayor de un tercio del volumen de 24 horas orienta a este mecanismo.
- **Cálculo:** El volumen nocturno incluye la primera micción matinal y excluye la micción previa a acostarse. No confundir proporción nocturna con el número de veces que se levanta.
- **Causas sistémicas:** Investigar hiperglicemia, insuficiencia cardíaca/edema, apnea obstructiva del sueño, enfermedad renal, exceso de ingesta y horario de diuréticos.
- **Causas locales o funcionales:** Urgencia, obstrucción, retención, fecaloma, sedación y dificultad para llegar al baño pueden combinarse; el tratamiento depende del mecanismo predominante.

Qué permite distinguir el diario

Registro de tres días

Sueño, horas, volúmenes, escapes, bebidas y medicamentos.

Producción global

Separar aumento total de orina de problemas limitados a la noche.

Producción nocturna

En mayores de 65: más de un tercio del volumen de 24 horas orienta a poliuria nocturna.

Almacenamiento y vaciado

Urgencia, obstrucción, retención y barreras funcionales pueden combinarse.

Volumen nocturno incluye primera micción matinal y excluye la previa a acostarse.

Evaluación inicial y alarmas

- **Evaluación:** Revisar inicio, síntomas diurnos, ronquidos/apneas, edema, cognición, movilidad y fármacos. Explorar abdomen, genitales y neurología según hallazgos.
- **Exámenes dirigidos:** Orina, glicemia, función renal y electrolitos según sospecha. Medir residuo posmiccional si hay vaciado deficiente; cultivo cuando exista síndrome de ITU.
- **Prioridad:** Retención, hematuria, dolor, deterioro renal, déficit neurológico nuevo o confusión aguda requieren evaluación pronta; no etiquetar como trastorno benigno nocturno.

Medidas iniciales seguras

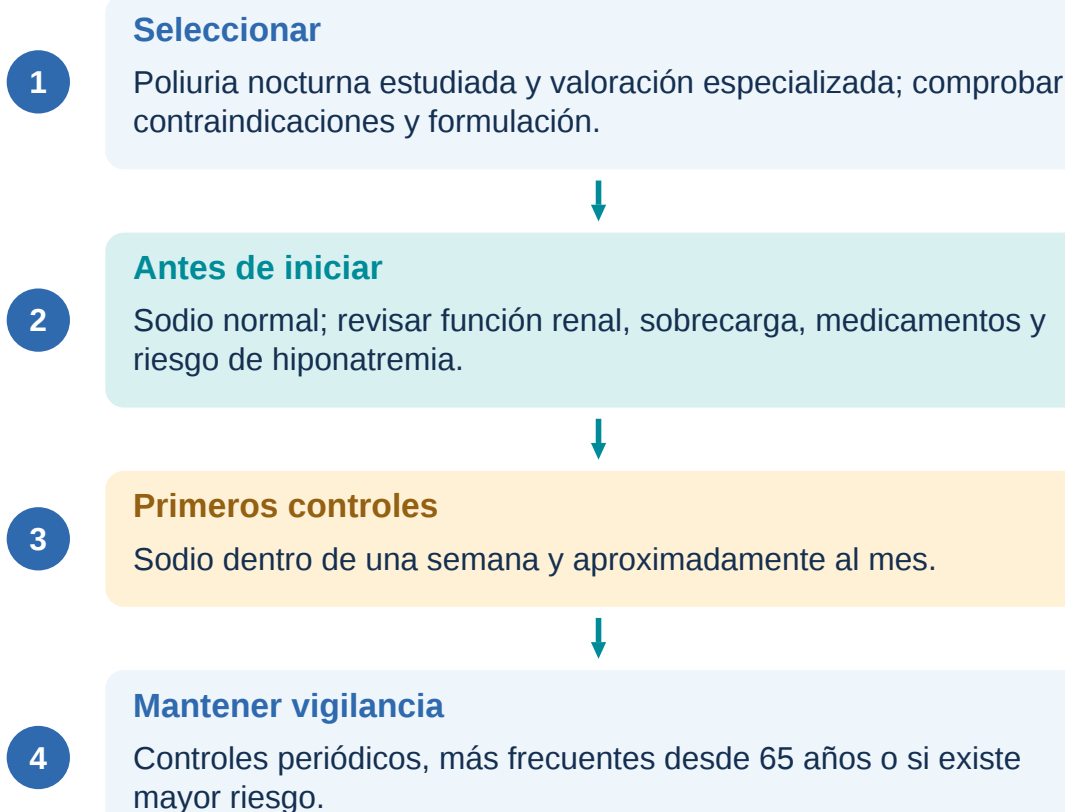
- **Tratar la causa:** Controlar diabetes descompensada, fecaloma o apnea; revisar edema y redistribución nocturna de líquidos. Cambiar horario de diuréticos solo con el equipo tratante.
- **Rutina:** Vaciar la vejiga antes de dormir; ajustar bebidas de última hora y cafeína/alcohol, manteniendo hidratación adecuada durante el día.
- **Entorno:** Luz nocturna, camino despejado, orinal o silla sanitaria y ayuda acordada. Evitar despertares repetidos que aumenten caídas, agotamiento o agitación.
- **Seguimiento:** Revisar diario, descanso, lesiones cutáneas y carga del cuidador. Los absorbentes protegen mientras se investiga y trata; no sustituyen la evaluación.

Desmopresina: selección y riesgo

- **Lugar limitado:** No es tratamiento empírico de toda enuresis geriátrica. Considerarla por especialista en poliuria nocturna seleccionada, después de estudiar causas y revisar la formulación autorizada.
- **Riesgo:** Puede causar hiponatremia grave, convulsiones y sobrecarga; el riesgo aumenta desde los 65 años. No intercambiar dosis nasales, orales y sublinguales.

- **Ficha sublingual de referencia:** Contraindicada con hiponatremia actual o previa, VFG <50 mL/min/1,73 m², polidipsia, SIADH, insuficiencia cardíaca o HTA no controlada.
- **Interacciones y enfermedad:** La misma ficha contraindica diuréticos de asa y glucocorticoides sistémicos/inhalados, y cuadros que alteran líquidos/electrolitos.
- **Monitorización:** Sodio normal antes de iniciar; control dentro de una semana, aproximadamente al mes y luego periódico, más frecuente en mayores o riesgo elevado.
- **Líquidos:** Si se prescribe esta formulación, limitar desde una hora antes hasta ocho horas después según indicación médica; esta precaución farmacológica no justifica deshidratación habitual.

Si se considera desmopresina sublingual



No tratamiento empírico de toda enuresis. Seguir precauciones de líquidos de la formulación; ver contraindicaciones en el texto.

CLAVES EUNACOM

Enuresis es mojarse dormido; nocturia es despertarse para orinar.

Antes de tratar, separar producción excesiva, almacenamiento y vaciado.

Fuentes: [NIDDK · Tipos de incontinencia; complemento internacional](#); [EAU · Síntomas urinarios bajos masculinos, manejo; complemento internacional](#); [EAU · Síntomas urinarios bajos femeninos, manejo; complemento internacional](#); [NICE · NG123; complemento internacional](#); [DailyMed/FDA · NOCDURNA, ficha 2023; complemento regulatorio](#)

Medicamentos e inmunizaciones

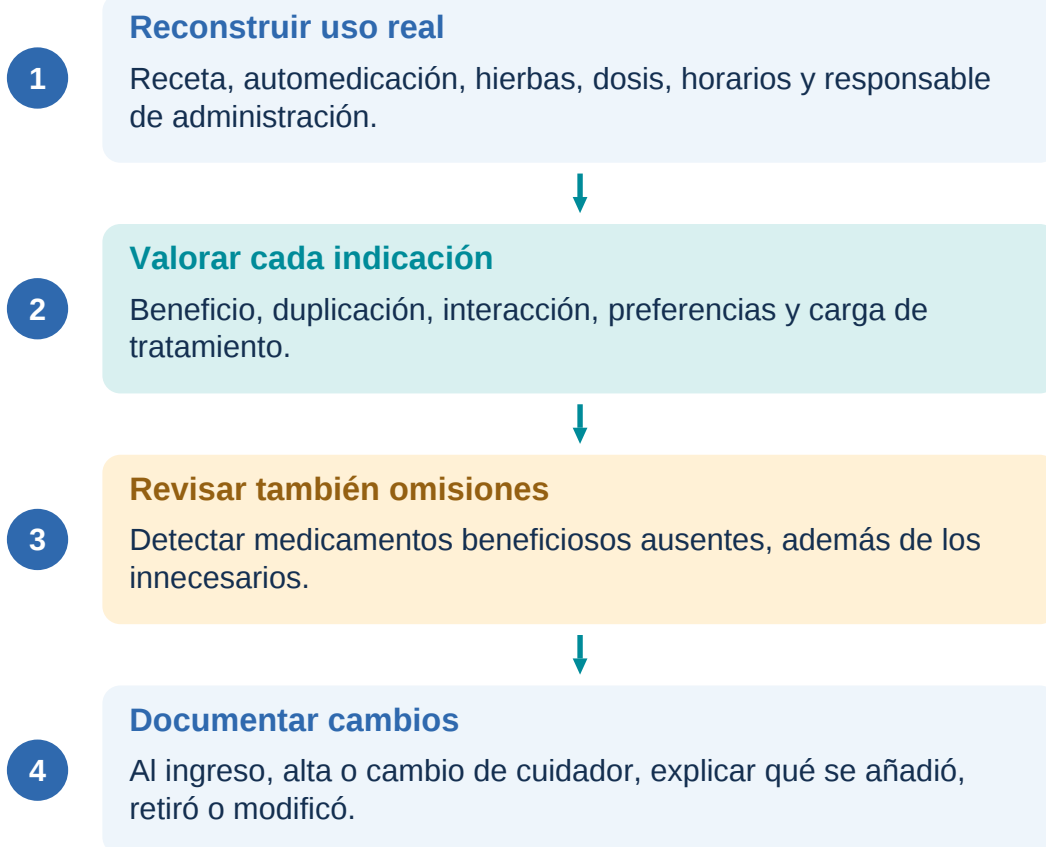
Reducir daño evitable y revisar medidas preventivas pertinentes.

Manejo de fármacos en la persona mayor

Conciliar y decidir qué aporta cada fármaco

- **Lista completa:** Revisar receta, medicamentos efectivamente usados, productos sin receta, hierbas y suplementos; incluir dosis, horario, motivo, duración y quién los administra.
- **Definición operativa:** Habitualmente se considera polifarmacia el uso de ≥ 5 medicamentos; es una convención, no una frontera universal ni sinónimo de prescripción inadecuada.
- **Adecuación:** El número alerta, pero lo decisivo es la adecuación: indicación vigente, beneficio esperable, duplicidades, interacciones, preferencias y carga de tratamiento.
- **Transiciones:** Conciliar al ingreso, alta y cambio de cuidador; documentar qué se añadió, cambió o suspendió y por qué. Un listado previo no garantiza uso correcto.
- **Omisiones:** La revisión también detecta tratamientos beneficiosos ausentes. Reducir medicamentos sin valorar indicación puede ser tan perjudicial como agregar innecesarios.

Conciliar para una prescripción útil



Polifarmacia suele definirse como ≥ 5 medicamentos; el número no determina por sí solo inadecuación.

Envejecimiento y dosis

- **Farmacocinética:** Cambios de composición corporal y menor eliminación renal pueden prolongar efectos. La respuesta es variable; no aplicar una reducción fija por edad a todos los fármacos.
- **Riñón:** Creatinina normal con poca masa muscular puede ocultar filtración reducida. Ajustar según función renal, peso, indicación y método requerido por la ficha.
- **Farmacodinamia:** Mayor sensibilidad a sedantes, anticolinérgicos e hipotensores favorece confusión, caídas y pérdida funcional.
- **Titulación:** Empezar prudentemente y aumentar según beneficio y tolerancia, sin mantener indefinidamente una dosis ineficaz. Definir desde el inicio qué controlar y cuándo.

Medicamentos de especial riesgo

- **Anticolinérgicos:** Oxibutinina, antihistamínicos sedantes, amitriptilina y paroxetina pueden sumar confusión, sequedad, constipación y retención. Revisar la carga total, no un solo nombre.
- **Sedantes:** Benzodiazepinas y fármacos Z elevan riesgo de caídas y delirium; evitar uso rutinario prolongado. Algunas indicaciones específicas justifican empleo supervisado.

- **Antipsicóticos:** En demencia, valorar riesgos cerebrovasculares y de mortalidad; no emplearlos para sedar por conveniencia. Reservar situaciones justificadas y reevaluar necesidad.
- **AINE y anticoagulación:** AINE aumentan sangrado, lesión renal y descompensación cardiovascular; con anticoagulantes o antiagregantes el riesgo hemorrágico crece.
- **Criterios Beers:** Herramienta de alerta para ≥ 65 años, no prohibición automática ni sustituto del juicio clínico. Considerar indicación, dosis, alternativas y objetivos.

Medicamentos: riesgos que conviene anticipar

Anticolinérgicos

Confusión, sequedad, constipación y retención; revisar carga acumulada.

Sedantes

Benzodiazepinas y fármacos Z elevan caídas y delirium; evitar uso prolongado rutinario.

Antipsicóticos en demencia

Riesgo cerebrovascular y de mortalidad; indicación justificada y reevaluación.

AINE

Sangrado, lesión renal y descompensación cardiovascular; mayor riesgo hemorrágico con anticoagulantes o antiagregantes.

Beers orienta para ≥ 65 años; no es una prohibición automática ni reemplaza el juicio clínico.

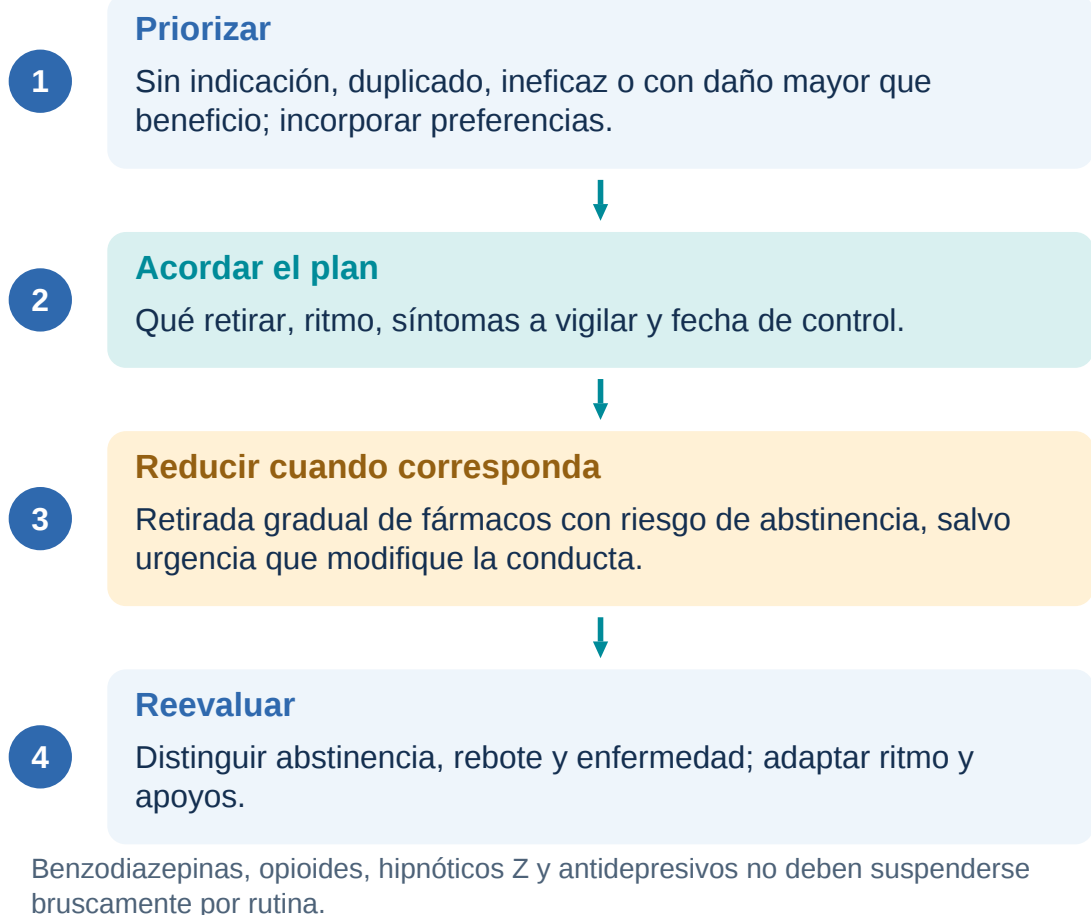
Interacciones y prescripción en cascada

- **Cascada:** Antes de tratar un síntoma nuevo, preguntar si apareció tras iniciar o subir una dosis. Ejemplo: edema por calcioantagonista no implica siempre nueva insuficiencia cardíaca.
- **Riñón y potasio:** IECA/ARA II más diurético y AINE favorecen lesión renal; sumar ahorradores de potasio exige vigilancia de hiperpotasemia.
- **Depresión respiratoria:** Opiode más benzodiazepina o gabapentinoide aumenta sedación y riesgo respiratorio; revisar necesidad y alternativas.
- **Vigilancia dirigida:** Según tratamiento: presión de pie, glicemia, función renal, sodio/potasio, sangrado, ECG o concentraciones. Un examen normal no reemplaza búsqueda clínica de reacciones adversas.

Deprescribir con seguimiento

- **Elegir prioridad:** Revisar primero fármacos sin indicación, duplicados, ineficaces o con daño mayor que beneficio; incorporar preferencias y tiempo esperado hasta beneficio.
- **Plan:** Acordar qué retirar, ritmo, síntomas a vigilar y fecha de control; cambiar de forma ordenada para atribuir respuesta y asegurar continuidad entre equipos.
- **No suspensión brusca:** Benzodiazepinas, opioides, hipnóticos Z y antidepresivos pueden causar abstinencia; reducir de forma progresiva e individualizada, salvo urgencia clínica que cambie el plan.
- **Revisar síntomas:** Distinguir retirada, rebote y reaparición de enfermedad. Si la reducción no se tolera, reevaluar ritmo y apoyos; no añadir automáticamente otro sedante.

Deprescribir de forma planificada



Hacer el plan administrable

- **Adherencia:** Explicar propósito y horario con lenguaje claro; usar letra legible, organizadores cuando sean seguros y técnica de repetición para comprobar comprensión.
- **Capacidad:** Comprobar visión, audición, deglución, memoria y destreza; no triturar formulaciones de liberación modificada o recubrimiento entérico sin verificar.

- **Cuidador:** Acordar responsabilidades respetando autonomía. Entregar listado actualizado y contacto ante dudas o reacción adversa.
- **Alarma:** Confusión nueva, caída, sangrado, retención urinaria, hipoglicemia o deterioro renal tras un cambio obligan a buscar iatrogenia y causas intercurrentes.

CLAVES EUNACOM

Ante un síntoma nuevo, revisar primero la cronología de medicamentos.

Deprescribir es una intervención planificada; no equivale a suspender todo de golpe.

Fuentes: [MINSAL · Plan Nacional de Salud Integral para Personas Mayores, 2021](#); [MINSAL · Orientación técnica personas mayores, 2014](#); [AGS · Criterios Beers, 2023](#); [complemento internacional](#); [NICE · NG215, retirada segura, 2022](#); [complemento internacional](#); [NICE · Optimización de medicamentos](#); [complemento internacional](#); [NICE · Medicamentos en residencias, SC1](#); [complemento internacional](#); [OMS · Medication safety in polypharmacy, 2019](#); [complemento internacional](#)

Inmunizaciones en personas mayores

Revisar antecedentes y oportunidad

- **En cada control:** Comprobar Registro Nacional de Inmunizaciones, dosis previas, alergias relevantes, enfermedades, inmunosupresión, residencia en ELEAM y barreras de acceso.
- **Criterio chileno:** Aplicar PNI y campaña vigente según edad y riesgo. Los calendarios internacionales aportan opciones, pero no equivalen a cobertura universal en Chile.
- **Rescate:** Si hay vacunas pendientes, verificar pauta y completar según normativa; no repetir series automáticamente por desconocer la fecha o por intervalos prolongados.

Influenza y COVID-19

- **Influenza:** La campaña MINSAL referenciada incluye a personas de 60 años y más. Se vacuna cada año por actualización antigénica y pérdida de protección; el apunte que inicia a los 65 está desactualizado.
- **COVID-19:** La campaña MINSAL referenciada también incluye desde los 60 años, además de otros grupos de riesgo. Revisar vacuna disponible, antecedentes e intervalo según lineamiento de campaña.
- **Cuidadores y ELEAM:** Cuidadores de personas mayores y funcionarios de ELEAM son grupos considerados por la campaña; facilitar acceso y registro.
- **Coadministración:** Influenza y COVID-19 pueden administrarse en la misma visita cuando corresponda, con sitios diferentes y registro separado; verificar precauciones de cada producto.

Campaña chilena: influenza y COVID-19

Influenza

Campaña MINSAL referenciada desde 60 años; vacunación anual.

COVID-19

Campaña MINSAL referenciada desde 60 años; revisar antecedentes, producto e intervalo vigente.

Cuidadores y ELEAM

Grupos considerados en campaña; facilitar acceso y registro.

Misma visita

Influenza y COVID-19 pueden coadministrarse cuando corresponde, con sitios y registros separados.

Grupos e intervalos pueden cambiar: verificar lineamiento MINSAL.

Neumococo: corregir la regla de cinco años

- **PNI:** La campaña MINSAL referenciada señala vacuna neumocócica polisacárida 23-valente a quienes cumplen 65 años y personas mayores de esa edad que no la hayan recibido.
- **Esquema rutinario:** Corresponde una dosis a los 65 años dentro del calendario. No indicar revacunación cada cinco años a toda persona mayor.
- **Situaciones especiales:** Inmunocompromiso, asplenia, trasplante, antecedentes de vacunas conjugadas u otras condiciones requieren revisar esquema especial y dosis previas; no extrapolar una pauta extranjera al PNI.
- **Registro:** Confirmar producto y fecha antes de decidir otra dosis. No confundir la vacuna neumocócica del calendario infantil con la pauta rutinaria de personas mayores.

Neumococo: revisar dosis previas

Rutina PNI

PPSV23 a quienes cumplen 65 años.

Rezagados

Personas mayores de 65 que no la hayan recibido.

Esquemas especiales

Revisar inmunocompromiso, asplenia, trasplante y productos previos.

Evitar duplicación

Confirmar producto y fecha antes de indicar otra dosis.

No existe revacunación rutinaria cada cinco años para toda persona mayor.

Contraindicaciones y seguridad

- **Contraindicación real:** Anafilaxia a una dosis previa o componente obliga a evaluar el producto específico. Diferenciar de dolor local, fiebre breve u otros efectos esperables.
- **Posponer cuando corresponda:** Enfermedad aguda moderada o grave puede justificar diferir; una infección leve o tratamiento antibiótico no suele contraindicar vacunación.
- **Inmunosupresión:** Revisar vacunas vivas y momento respecto de tratamiento; no aplicar reglas generales sin identificar el producto. Las vacunas inactivadas no causan la infección que previenen.
- **Después de vacunar:** Entregar indicaciones ante reacción alérgica o síntomas relevantes y documentar dosis. Notificar sospechas de eventos adversos según sistema vigente.

Vacunar: contraindicación o precaución

Anafilaxia previa

Evaluar dosis o componente responsable y producto específico.

Enfermedad aguda importante

Puede justificar diferir hasta valoración/recuperación.

Cuadro leve

Infección leve o antibióticos no suelen contraindicar.

Inmunosupresión

Identificar producto, especialmente si es vivo, y relación con tratamiento.

Dolor local o fiebre breve esperables no equivalen a anafilaxia.

Prevención según riesgo y continuidad

- **Otras vacunas:** Revisar antecedentes de tétanos/difteria y necesidades por heridas, viajes, ocupación o comorbilidad; cada indicación tiene su pauta específica.
- **Acceso:** Coordinar vacunatorio, domicilio o ELEAM si hay dependencia; no excluir por edad avanzada ni por multimorbilidad estable.
- **Repaso EUNACOM:** En Chile, recordar la diferencia entre influenza anual desde 60 en campaña y PPSV23 rutinaria a los 65, con recuperación de no vacunados mayores.
- **Vigencia:** Grupos, formulaciones e intervalos de campaña pueden cambiar; consultar MINSAL y registro individual antes de aplicar una pauta.

CLAVES EUNACOM

Influenza desde 60 en la campaña chilena verificada; no memorizar el antiguo corte de 65.

Neumococo cada cinco años no es la pauta universal de personas mayores.

Fuentes: [MINSAL · Campaña de vacunación 2026](#); [MINSAL · Influenza, campaña 2026](#); [MINSAL · Neumococo, campaña 2026](#); [MINSAL · COVID-19, campaña 2026](#); [MINSAL · Calendarios de vacunación](#); [CDC · Contraindicaciones y precauciones; complemento internacional](#); [CDC · Coadministración de influenza; complemento internacional](#)

Acompañamiento y continuidad

Integrar decisiones compartidas, protección, apoyo al cuidador y alivio del sufrimiento.

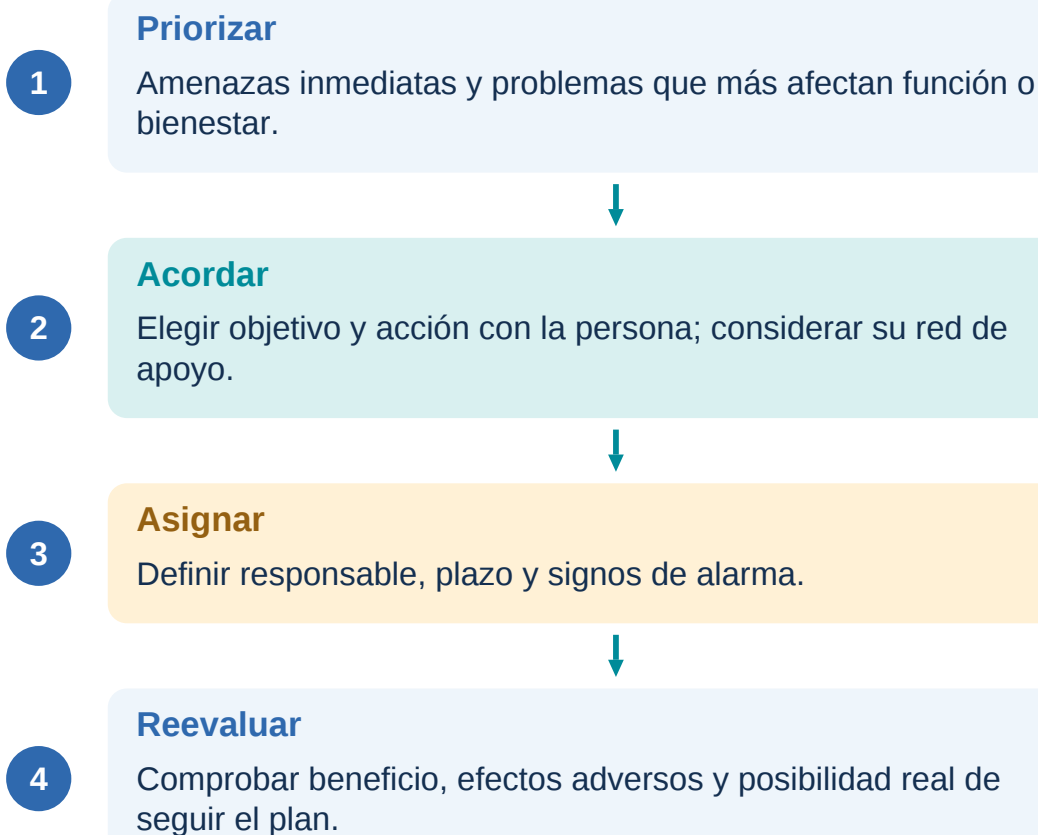
Plan de cuidado, cuidador y continuidad

Decisiones compartidas

- **Preferencia:** Definir una meta concreta con la persona: caminar al baño, dormir mejor o controlar el dolor, por ejemplo.
- **Balance:** Ponderar beneficio probable, tiempo para obtenerlo, carga del tratamiento, riesgos y objetivos personales.
- **Comunicación:** Explicar opciones y comprobar comprensión; adaptar lenguaje y apoyos sin infantilizar.
- **Registro:** Dejar problemas priorizados, acuerdo terapéutico y criterios para consultar antes del control.

Del problema a una meta acordada

Una secuencia para planificar



Cuidador y entorno

- **Disponibilidad real:** Identificar quién ayuda, en qué horarios y con qué tareas; no asumir que vivir acompañado garantiza cuidados.
- **Sobrecarga:** Explorar salud física y mental, sueño, desgaste y posibilidad de relevo; coordinar apoyo social y descansos.
- **Educación:** Enseñar movilización segura, piel, hidratación, administración de medicamentos y signos de alarma pertinentes.
- **Protección:** Valorar vivienda, barreras económicas, aislamiento y sospecha de maltrato; definir ruta de apoyo según urgencia.

Transición entre hospital y domicilio

- **Conciliación:** Comparar medicamentos previos con los de alta; aclarar qué continúa, qué cambió y qué se suspendió.
- **Función:** Documentar nueva dependencia, movilidad, deglución y necesidad de ayudas; anticipar riesgos de caídas y lesiones por presión.
- **Continuidad:** Entregar un plan comprensible con responsable, control, rehabilitación y acceso al equipo de APS.
- **Seguridad:** Comprobar que existan alimentos, medicamentos, apoyo y medios para acudir a atención; coordinar atención domiciliaria cuando corresponda.

Alta segura: cerrar cuatro pendientes

El plan debe poder ejecutarse

Medicamentos

Conciliar tratamientos y explicar cambios y suspensiones.

Función

Registrar movilidad, deglución, nueva dependencia y ayudas necesarias.

Red

Confirmar cuidador, alimentos, acceso y vivienda adecuada.

Seguimiento

Dejar responsables, control, rehabilitación y ruta de consulta.

Comprobar el resultado

- **Respuesta:** Revisar si mejoró la actividad priorizada, si hubo eventos adversos y si el plan es realizable.
- **Cambio agudo:** Reabrir la evaluación ante confusión, caída, pérdida de ingesta, nueva incontinencia o deterioro de la marcha.
- **Ajuste:** Modificar intensidad y apoyos según evolución; la planificación de cuidados es continua.

CLAVES EUNACOM

Un alta segura requiere un plan que la persona y su red puedan ejecutar.

Fuentes: [MINSAL · Herramientas para el apoyo en la toma de decisiones en salud, 2024](#); [MINSAL/DEIS · Manual REM, Serie P, versión 1.1, 2026](#); [OMS · Envejecimiento saludable y atención integrada; complemento internacional](#)

Maltrato y protección de la persona mayor

Reconocer las formas de maltrato

- **Definición:** Acción u omisión que causa daño o sufrimiento en una relación de confianza; puede ocurrir en domicilio, comunidad o institución.
- **Formas:** Físico, psicológico, sexual, económico/patrimonial y negligencia. Pueden coexistir sin lesiones visibles.
- **Psicológico:** Insultos, amenazas, humillaciones, aislamiento e infantilización lesionan dignidad y autonomía.
- **Negligencia:** Abandono o falta de cuidados esenciales exige evaluar necesidades y seguridad; investigar capacidades y recursos del cuidador sin minimizar el daño.

Maltrato: puede no dejar lesiones

Físico

Daño corporal.

Psicológico

Insultos, amenazas, humillación, aislamiento o infantilización.

Sexual

Abuso sexual.

Económico

Abuso económico o patrimonial.

Negligencia

Abandono o ausencia de cuidados esenciales.

Las formas pueden coexistir en domicilio, comunidad o instituciones.

Pesquisar con respeto y privacidad

- **Entrevista:** Conversar a solas con la persona cuando sea seguro; facilitar comunicación y preguntar por temor, trato, control de dinero y acceso a cuidados.
- **Señales:** Lesiones inexplicadas, relatos discordantes, miedo al acompañante, retraso en consultar, carencias de cuidados o cambios patrimoniales pueden motivar evaluación; no prueban por sí solos abuso.
- **Contexto:** Evaluar dependencia, cognición, red social y carga del cuidador; entrevistar por separado y no descalificar el relato por edad o discapacidad.
- **Registro:** Documentar hallazgos objetivos, palabras relevantes de la persona, necesidades y acciones; preservar privacidad y evitar conclusiones no sustentadas.

Actuar según riesgo

- **Peligro inmediato:** Atender lesiones y asegurar protección urgente; coordinar urgencias y organismos competentes. Evitar un retorno a un entorno peligroso sin evaluación y plan.
- **Plan:** Incorporar preferencias y capacidad de decisión; acordar apoyos concretos, seguimiento y medidas para reducir riesgo, considerando que el presunto agresor puede controlar recursos.
- **Equipo:** Coordinar trabajo social, salud mental y red territorial; apoyar al cuidador cuando corresponda, sin reemplazar la protección de la persona afectada.
- **Obligaciones:** Cumplir las obligaciones legales de denuncia que correspondan al hecho y al profesional; explicar límites de confidencialidad y registrar la ruta activada.

Sospecha de maltrato: proteger y seguir

1

Valorar peligro

Atender lesiones y asegurar protección inmediata si corresponde.



2

Acordar un plan

Considerar preferencias, capacidad, apoyos y riesgo del entorno.



3

Activar la red

Coordinar equipo y protección; cumplir obligaciones de denuncia aplicables y documentar.

Una derivación administrativa aislada no resuelve el riesgo.

Red chilena y autonomía

- **SENAMA:** El Programa Buen Trato entrega orientación y articulación de apoyos. Fono Mayor 800 400 035 orienta; no funciona como canal de denuncias.
- **Denuncia y protección:** Según la situación, contactar Carabineros, Policía de Investigaciones, Fiscalía o Tribunal de Familia; las emergencias requieren respuesta inmediata.
- **Consentimiento:** La dependencia funcional no elimina la voluntad ni la capacidad jurídica por sí sola. Evaluar capacidad para decisiones concretas y facilitar apoyos.
- **Seguimiento:** Reevaluar seguridad, acceso a atención, necesidades básicas y apoyos; una derivación administrativa aislada no cierra el caso.

CLAVES EUNACOM

Infantilización y control económico también pueden constituir maltrato, aunque no existan lesiones.

Fuentes: [OMS · Abuse of older people; fuente oficial internacional](#); [SENAMA · Programa Buen Trato al Adulto Mayor](#); [MINSAL · Guía Envejecimiento y Salud Mental en Personas Mayores, 2023](#); [Biblioteca del Congreso Nacional · Ley 20.584, texto vigente](#)

Manejo, cuidado y acompañamiento de final de vida

Reconocer necesidades paliativas

- **Enfoque:** Aliviar sufrimiento físico, psicológico, social y espiritual; puede coexistir con tratamiento de la enfermedad. La edad aislada no define terminalidad ni determina limitar intervenciones.
- **Chile:** La Ley 21.375 reconoce atención paliativa en enfermedades terminales o graves, según reglamentos y normas; no se restringe a cáncer.
- **Enfermedad terminal:** La ley exige condición progresiva e irreversible, sin tratamiento eficaz para modificar sobrevida y expectativa inferior a 12 meses; el diagnóstico corresponde a un médico.
- **Enfermedad grave:** La ley considera sufrimiento físico persistente, intolerable e incurable; la aplicación depende de las condiciones definidas por normativa.
- **Últimos días:** Deterioro progresivo, menor ingesta, somnolencia y cambios respiratorios requieren evaluación del contexto. Ningún signo aislado fija con certeza el tiempo de vida.

Cuidados paliativos: alcance en Chile

Enfermedad terminal

Progresiva, irreversible, sin tratamiento eficaz para modificar sobrevida; expectativa inferior a 12 meses, diagnosticada por médico.

Enfermedad grave

Sufrimiento físico persistente, intolerable e incurable; aplicación según normativa.

Atención integral

Alivio físico, psicológico, social y espiritual; no se limita al cáncer.

Ley 21.375. Edad aislada y terminalidad no son equivalentes.

Conversar y acordar objetivos

- **Preguntar:** Explorar comprensión, valores, prioridades, temores y preferencias sobre lugar de atención y personas que desea involucrar.
- **Informar:** Explicar pronóstico e incertidumbre con lenguaje comprensible; adaptar audición, visión, idioma y ritmo de conversación.
- **Proporcionalidad:** Comparar beneficio esperable, carga y objetivos de cada intervención: reanimación, hospitalización, antibióticos, alimentación artificial o controles invasivos.
- **Registro:** Documentar decisiones, responsables, tratamientos acordados y condiciones para revisarlos. Una orden de no reanimar no implica suspender todo cuidado.

Acordar objetivos de cuidado

1

Escuchar prioridades

Comprensión, valores, temores y preferencias.



2

Explicar opciones

Pronóstico e incertidumbre; beneficio y carga de cada intervención.



3

Acordar y registrar

Decisiones, responsables y condiciones para revisarlas.

No reanimar no significa suspender todo cuidado.

Capacidad, consentimiento y derechos

- **Capacidad clínica:** Evaluar si comprende, retiene, pondera la información y comunica una elección. Depende de la decisión y del momento; facilitar apoyos antes de concluir incapacidad.
- **Deterioro cognitivo:** Un diagnóstico de demencia o un puntaje bajo no anulan automáticamente toda capacidad. Tratar delirium y otras causas reversibles cuando sea posible.
- **Ley 20.584:** El consentimiento debe ser libre e informado; es verbal por regla general y escrito para procedimientos invasivos o de riesgo relevante, según la ley.
- **Si no puede decidir:** Aplicar las reglas legales de representación y las excepciones de urgencia cuando correspondan; incorporar preferencias conocidas y apoyo familiar, evitando sustituir indebidamente su voluntad.
- **Situación terminal:** La ley permite aceptar o rechazar tratamientos destinados a prolongar artificialmente la vida, manteniendo cuidados ordinarios; ello no autoriza acelerar artificialmente la muerte.
- **Desacuerdo:** Solicitar apoyo del equipo y comité de ética cuando corresponda. Informar y acompañar continúan siendo obligaciones durante el conflicto.

Capacidad: una decisión, un momento

Comprender

Entender información pertinente con apoyos adecuados.

Retener

Mantener la información necesaria para decidir.

Ponderar

Considerar opciones y consecuencias.

Comunicar

Expresar una elección por un medio accesible.

Demencia o puntaje bajo no equivalen a incapacidad universal. Consentimiento: aplicar la ley chilena.

Alivio de síntomas y revisión terapéutica

- **Evaluación:** Preguntar por dolor, disnea, náuseas, estreñimiento, ansiedad, delirium y necesidades espirituales. En quien no comunica, observar conducta y buscar causas tratables.
- **Dolor:** Elegir analgesia según intensidad, mecanismo, función renal/hepática y exposición previa; ajustar vía si no puede deglutir y prevenir efectos adversos.
- **Disnea:** Posición confortable, ambiente tranquilo y ventilación dirigida pueden aliviar. Tratar causas reversibles acordes con objetivos; oxígeno se indica si hay hipoxemia sintomática, no de rutina.
- **Medicamentos:** Opioides y otros fármacos requieren selección, titulación y vigilancia individual; dejar instrucciones claras de uso y reevaluación.
- **Deprescripción:** Revisar fármacos preventivos sin beneficio pertinente al pronóstico y evitar controles que no modifiquen decisiones; mantener tratamientos que aportan confort.

Alimentación, hidratación y cuidado cotidiano

- **Boca y piel:** Priorizar higiene oral, alivio de sequedad, cuidado cutáneo, movilización confortable y eliminación; enseñar medidas simples al cuidador.
- **Ingesta:** Ofrecer alimentos y líquidos según deseo, tolerancia y seguridad. No forzar; explicar los cambios esperables y evaluar causas corregibles.
- **Hidratación asistida:** Valorar un ensayo individual si puede aliviar síntomas; revisar respuesta y suspender o ajustar ante sobrecarga o ausencia de beneficio.
- **Demencia avanzada:** La alimentación por confort y el apoyo oral deben discutirse antes de plantear sondas automáticamente; las decisiones dependen de objetivos y situación clínica.

Sedación paliativa: límites y requisitos

- **Indicación:** Considerarla ante sufrimiento por síntomas refractarios: no controlables adecuadamente con medidas tolerables y oportunas, tras evaluación del equipo con experiencia.
- **Proceso:** Definir síntoma, medidas previas, objetivo y profundidad proporcional; explicar efectos sobre conciencia y comunicación, obtener el consentimiento correspondiente y registrar la decisión.
- **Seguimiento:** Monitorizar alivio y efectos; mantener cuidado corporal y acompañamiento. La necesidad de sedación no elimina otras medidas de confort.
- **Distinción:** Su finalidad es aliviar sufrimiento refractario mediante reducción proporcional de conciencia; no acelerar la muerte ni resolver dificultades organizativas del cuidado.

Sedación paliativa: requisitos

1

Confirmar refractariedad

Evaluar síntoma y medidas previas; participación de equipo con experiencia.



2

Acordar objetivo

Profundidad proporcional, información, consentimiento y registro.



3

Evaluar alivio

Monitorizar respuesta, mantener cuidado corporal y acompañamiento.

Su objetivo es aliviar sufrimiento refractario; no acelerar la muerte ni resolver dificultades de organización.

Continuidad y acompañamiento

- **Plan domiciliario:** Dejar contactos, instrucciones ante crisis, disponibilidad de medicamentos y registro de síntomas, tratamientos, dosis y respuesta.
- **Red de cuidado:** Valorar capacidad del cuidador, repartir tareas y coordinar atención primaria, equipo paliativo y urgencias según objetivos acordados.
- **Acompañamiento:** Respetar intimidad, preferencias culturales y espirituales, y presencia de personas elegidas. Informar cambios y atender también el sufrimiento familiar.

- **Duelo:** Ofrecer orientación y apoyo posterior; identificar sufrimiento intenso, aislamiento o necesidades de salud mental que requieran seguimiento.

CLAVES EUNACOM

Adecuar un tratamiento a los objetivos no significa abandonar al paciente.

Capacidad es específica para una decisión y un momento; demencia no equivale a incapacidad universal.

Fuentes: [Biblioteca del Congreso Nacional · Ley 21.375, 2021](#); [Biblioteca del Congreso Nacional · Ley 20.584, texto vigente](#); [MINSAL · Orientación Técnica Cuidados Paliativos Universales](#); [NICE · NG31 Care of dying adults in the last days of life; complemento internacional](#); [NICE · NG108 Decision-making and mental capacity; complemento clínico internacional](#)

Fuentes clínicas

- 01 [OMS · Envejecimiento saludable y atención integrada; complemento internacional](#)
- 02 [MINSAL · Actualización del Manual de Geriatría para Médicos, 2019](#)
- 03 [MINSAL · GPC sarcopenia, valoración geriátrica integral, 2019](#)
- 04 [MINSAL · Herramientas para el apoyo en la toma de decisiones en salud, 2024](#)
- 05 [MINSAL/DEIS · Manual REM, Serie P, versión 1.1, 2026](#)
- 06 [MINSAL/DEIS · Manual REM, Serie A, versión 1.1, 2026](#)
- 07 [MINSAL · Orientación técnica para personas mayores en APS, 2014](#)
- 08 [MINSAL · Instructivo de aplicación del control de salud anual del adulto mayor](#)
- 09 [Saint Louis University · Rapid Geriatric Assessment, formulario breve FRAIL y SARC-F; complemento internacional](#)
- 10 [ICFSR · Guía clínica de identificación y manejo de fragilidad física, 2019; complemento internacional](#)
- 11 [ICFSR · Pesquisa y manejo de fragilidad en atención primaria, 2020; complemento internacional](#)
- 12 [MINSAL/DIPRECE · GPC Sarcopenia, recomendaciones formuladas en 2019](#)
- 13 [EWGSOP2 · Consenso europeo revisado de sarcopenia, 2019; complemento internacional](#)
- 14 [EWGSOP2 · Corrección del umbral de masa muscular femenina, 2019; complemento internacional](#)
- 15 [ICFSR · Guía de pesquisa, diagnóstico y manejo de sarcopenia, 2018; complemento internacional](#)
- 16 [ICFSR · Recomendaciones internacionales de ejercicio en personas mayores, 2021; complemento internacional](#)
- 17 [ASH · Trombopprofilaxis en pacientes médicos hospitalizados y ambulatorios, 2018; complemento internacional](#)
- 18 [NPIAP/EPUAP/PPPIA · International Guideline, capítulo Repositioning, cuarta edición; complemento internacional](#)
- 19 [NICE · NG249, prevención y evaluación de caídas, 2025; complemento internacional](#)
- 20 [NICE · NG249, fundamento de las recomendaciones, 2025; complemento internacional](#)
- 21 [CDC · Prevención de caídas e impacto de la visión; complemento internacional](#)
- 22 [ACC/AHA/HRS · Guía de bradicardia y trastornos de conducción, 2018; complemento internacional](#)
- 23 [MINSAL · Instructivo de Aplicación del Control de Salud Anual del Adulto Mayor](#)

- 24 [NICE · NG127, reconocimiento y derivación de trastornos neurológicos, 2019/2023; complemento internacional](#)
- 25 [NICE · NG127, fundamento clínico de marcha atáxica y apráxica, 2019; complemento internacional](#)
- 26 [CDC STEADI · Medición de presión arterial ortostática; complemento internacional](#)
- 27 [AHA · Hipotensión ortostática en adultos con hipertensión, 2024; complemento internacional](#)
- 28 [NHS Gateshead Health · Midodrine; complemento internacional](#)
- 29 [DailyMed · Ficha oficial de midodrina; complemento internacional](#)
- 30 [NPIAP · Sistema de clasificación de lesiones por presión, 2016; complemento internacional](#)
- 31 [AHRO · Prevención hospitalaria de lesiones por presión, instrumento Braden; complemento internacional](#)
- 32 [NICE · CG179, lesiones por presión: prevención y tratamiento, 2014; complemento internacional](#)
- 33 [NPIAP/EPUAP/PPPIA · International Guideline, nutrición, cuarta edición; complemento internacional](#)
- 34 [European Resuscitation Council · Situaciones especiales de reanimación, 2025; complemento internacional](#)
- 35 [Defence Medical Command · Hipotermia; complemento internacional](#)
- 36 [ISCD · Posiciones oficiales de densitometría en adultos, 2023; complemento internacional](#)
- 37 [MINSAL · Orientaciones técnicas para la atención integral de la mujer en edad de climaterio, 2014](#)
- 38 [FRAX · Preguntas frecuentes del modelo de riesgo; complemento internacional](#)
- 39 [Bone Health and Osteoporosis Foundation · Guía clínica de osteoporosis, 2022; complemento internacional](#)
- 40 [NOGG · Umbrales de intervención y estrategia, guía 2024; complemento internacional](#)
- 41 [NOGG · Tratamiento farmacológico, guía 2024; complemento internacional](#)
- 42 [NOGG · Duración y seguimiento del tratamiento, guía 2024; complemento internacional](#)
- 43 [NICE · CG103 Delirium, actualización 2023; complemento internacional](#)
- 44 [4AT · Guía oficial del instrumento; complemento internacional](#)
- 45 [Marcantonio y colaboradores · Validación de 3D-CAM, 2014; investigación primaria](#)
- 46 [MHRA · Haloperidol en delirium de personas mayores, 2021; complemento internacional](#)
- 47 [IDSA · Asymptomatic bacteriuria guideline, 2019; complemento internacional](#)
- 48 [MINSAL · Guía Envejecimiento y Salud Mental en Personas Mayores, 2023](#)
- 49 [MINSAL/DIPRECE · Demencia tipo Alzheimer: recomendaciones GRADE, guía 2022](#)
- 50 [NICE · NG97 Dementia; complemento internacional](#)
- 51 [NINDS · Dementias; complemento internacional](#)
- 52 [NINDS · Hydrocephalus; complemento internacional](#)
- 53 [Yesavage/Stanford · Geriatric Depression Scale, versiones e instrumentos originales](#)
- 54 [NICE · NG222 Depression in adults, 2022; complemento internacional](#)
- 55 [American Geriatrics Society · Beers Criteria, 2023; complemento internacional](#)
- 56 [FDA/DailyMed · Citalopram, ficha oficial; complemento internacional](#)
- 57 [AEMPS · Fluoxetina, ficha técnica; complemento internacional](#)

- 58 [National Institute of Mental Health · Depression; fuente oficial internacional](#)
- 59 [Yesavage/Stanford · GDS-30 original y puntuación](#)
- 60 [Yesavage/Stanford · GDS-15 original y puntuación](#)
- 61 [National Institute on Aging · Sleep and Older Adults; fuente oficial internacional](#)
- 62 [American Academy of Sleep Medicine · Terapias conductuales y psicológicas del insomnio, 2021; complemento internacional](#)
- 63 [NICE · NG71 Parkinson's disease in adults; complemento internacional](#)
- 64 [American Academy of Neurology · Tratamiento del temblor esencial, 2011; complemento internacional](#)
- 65 [MINSAL · GPC hipertensión arterial, recomendaciones 2018](#)
- 66 [NICE · NG136, hipertensión; complemento internacional](#)
- 67 [OMS · Tratamiento farmacológico de hipertensión, 2021; complemento internacional](#)
- 68 [MINSAL · Prevención de ERC, recomendaciones 2017](#)
- 69 [KDIGO · GPC enfermedad renal crónica, 2024; complemento internacional](#)
- 70 [NICE · NG203, ERC, 2021; complemento internacional](#)
- 71 [MINSAL · GPC diabetes tipo 2, recomendaciones 2017](#)
- 72 [ADA · Older Adults, Standards of Care 2026; complemento internacional](#)
- 73 [ADA · Glycemic Goals and Hypoglycemia, 2026; complemento internacional](#)
- 74 [FDA · Seguridad renal de metformina, 2016; complemento regulatorio](#)
- 75 [ADA · Diagnóstico y clasificación, 2026; complemento internacional](#)
- 76 [MINSAL · Plan Nacional de Salud Integral para Personas Mayores, 2021](#)
- 77 [MNA · Guía oficial MNA-SF en español](#)
- 78 [ESPEN · Guía práctica de nutrición e hidratación en geriatría, 2022; complemento internacional](#)
- 79 [NICE · CG32, soporte nutricional; complemento internacional](#)
- 80 [AGA/ACG · Guía de constipación idiopática crónica, 2023; complemento internacional](#)
- 81 [NICE · CG49, incontinencia fecal; complemento internacional](#)
- 82 [FDA · Seguridad de laxantes con fosfato de sodio, 2014; complemento regulatorio](#)
- 83 [NIDDK · Síntomas y causas de constipación; complemento internacional](#)
- 84 [NICE · NG123, incontinencia en mujeres, 2019; complemento internacional](#)
- 85 [AUA/SUFU · Vejiga hiperactiva, 2024; complemento internacional](#)
- 86 [MHRA · Mirabegrón e hipertensión grave, 2015; complemento regulatorio](#)
- 87 [NIDDK · Definición y tipos de incontinencia; complemento internacional](#)
- 88 [NIDDK · Tratamiento de incontinencia; complemento internacional](#)
- 89 [EAU · Síntomas urinarios bajos masculinos, manejo; complemento internacional](#)
- 90 [EAU · Síntomas urinarios bajos femeninos, manejo; complemento internacional](#)
- 91 [DailyMed/FDA · NOCDURNA, ficha 2023; complemento regulatorio](#)

- 92 [NICE · NG215, retirada segura, 2022; complemento internacional](#)
- 93 [NICE · Optimización de medicamentos; complemento internacional](#)
- 94 [NICE · Medicamentos en residencias, SC1; complemento internacional](#)
- 95 [OMS · Medication safety in polypharmacy, 2019; complemento internacional](#)
- 96 [MINSAL · Campaña de vacunación 2026](#)
- 97 [MINSAL · Influenza, campaña 2026](#)
- 98 [MINSAL · Neumococo, campaña 2026](#)
- 99 [MINSAL · COVID-19, campaña 2026](#)
- 100 [MINSAL · Calendarios de vacunación](#)
- 101 [CDC · Contraindicaciones y precauciones; complemento internacional](#)
- 102 [CDC · Coadministración de influenza; complemento internacional](#)
- 103 [OMS · Abuse of older people; fuente oficial internacional](#)
- 104 [SENAMA · Programa Buen Trato al Adulto Mayor](#)
- 105 [Biblioteca del Congreso Nacional · Ley 20.584, texto vigente](#)
- 106 [Biblioteca del Congreso Nacional · Ley 21.375, 2021](#)
- 107 [MINSAL · Orientación Técnica Cuidados Paliativos Universales](#)
- 108 [NICE · NG31 Care of dying adults in the last days of life; complemento internacional](#)
- 109 [NICE · NG108 Decision-making and mental capacity; complemento clínico internacional](#)