



Clínica cotidiana

El rol crucial del cuidador en el paciente geriátrico complejo: una perspectiva desde atención primaria

Concepción Navarro Hernández

Centro de Salud Ceutí. Murcia.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de agosto de 2025

Aceptado el 9 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

Palabras clave:

Cuidador

Fragilidad

Hipoglucemias

Keywords:

Caregiver

Frailty

Hypoglycemia

R E S U M E N

Se define como cuidador a la persona que asiste a otra persona que necesita ayuda para cuidar de sí misma. Generalmente, en nuestro medio, el cuidado recae sobre un familiar, desempeñando un papel esencial en el mantenimiento de la calidad de vida de las personas dependientes. Su labor va más allá de la asistencia física, abarcando el apoyo emocional y la toma de decisiones en el ámbito de la salud.

En pacientes con comorbilidades como diabetes y demencia, esta figura se vuelve aún más crítica, debido a la complejidad del manejo terapéutico y al riesgo de complicaciones^{1,2}.

Este caso clínico subraya la relevancia de indagar en la situación social y familiar para un abordaje integral en atención primaria.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

The crucial role of the caregiver in the complex geriatric patient: a perspective from Primary Care

A B S T R A C T

A caregiver is defined as a person who assists another person who needs help to care for themselves. Generally, in our setting, caregiving falls to a family member, who plays an essential role in maintaining the quality of life of dependent individuals. Their work goes beyond physical assistance, encompassing emotional support and decision-making in the health field.

In patients with comorbidities such as diabetes and dementia, this role becomes even more critical due to the complexity of therapeutic management and the risk of complications^{1,2}.

This clinical case underscores the importance of investigating the social and family situation for a comprehensive approach in Primary Care.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by E-Medfarma 2020, S.L.

Descripción del caso clínico

Varón de 88 años con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2 tratado con insulina bolo-basal, hipertensión arterial, dislipemia, insuficiencia cardiaca, ictus parietooccipital, demencia de probable origen degenerativo/vascular y síndrome de apnea del sueño con intolerancia a CPAP. Recientemente, el paciente y su mujer se han mudado a vivir con su hijo soltero, quien sale de casa a trabajar a las 07:00 h y regresa a las 17:00 h. No disponen de ayuda domiciliaria debido al rechazo de ella.

Acude a consulta acompañado por su mujer, que es la cuidadora principal. El motivo de consulta es, según cuenta ella, que por las noches se pone pálido, sudoroso, desconectado y, en ocasiones, pierde el conocimiento, lo que nos hace sospechar hipoglucemias. Al preguntarle, ella contesta molesta (al creerse cuestionada) que conoce muy bien el manejo de la insulina, tanto la rápida como la lenta, porque siempre se ha ocupado. Sin embargo, al solicitarle que indique las unidades de cada clase, siempre destacando que lo hace muy bien, detalla una pauta: 45 unidades/día de insulina glargina 100 en el desayuno si tiene más de 100 mg/dl, y si tiene menos de 100 mg/dl, las pone a la hora de comer. Respecto a la noche, refiere aplicar insulina rápida si antes de cenar tiene 140 mg/dl o más (entre 5-8 unidades), y si tiene menos, 4 unidades. Las cenas son frugales, fruta y un yogur o similar.

Se confirma tras esta conversación que nuestro paciente sufre hipoglucemias graves nocturnas por la insulina rápida administrada por su cuidadora de forma inadecuada. Fue en esta consulta cuando pudimos averiguar que era la cuidadora quien administraba las insulinas y que, al indagar en su historia clínica, padecía trastorno de la personalidad más deterioro cognitivo asociado a la edad.

Comentario

Este caso ilustra vívidamente cómo la complejidad del paciente geriátrico trasciende la patología médica, adentrándose en el

intrincado entramado social y familiar. En atención primaria, donde mantenemos una visión longitudinal del paciente y su entorno, es fundamental no solo diagnosticar y tratar las enfermedades, sino también comprender las dinámicas de cuidado que impactan directamente en la salud¹.

La dependencia funcional y cognitiva, tan frecuente en la población anciana con múltiples comorbilidades, hace que la figura del cuidador, generalmente un familiar, se convierta en un pilar esencial para la adherencia terapéutica y el bienestar del paciente¹. Sin embargo, a menudo subestimamos la necesidad de valorar al propio cuidador. En este caso, la insistencia en indagar en la pauta de insulina reveló que el problema no residía en el paciente, sino en la capacidad de la cuidadora principal, quien, a pesar de su buena intención, tenía limitaciones cognitivas y de personalidad que comprometían gravemente la seguridad del tratamiento. Este “diagnóstico social” fue clave para resolver un problema médico agudo y potencialmente mortal.

Este caso nos recuerda que la anamnesis en la consulta de atención primaria debe ir más allá de los síntomas del paciente, incluyendo activamente la valoración del entorno social y familiar.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care, second edition. Geneva: WHO; 2024.
2. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG); Vidan Astiz MT, Bretón Lesmes I, coord. Manejo del paciente frágil con DM2. SEGG; 2020.