



CIENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS Y SALUBRISTAS
ARTÍCULO DE REVISIÓN

Deprescripción en el anciano polimedicado. Una mirada reflexiva en el contexto cubano

Deprescription in the polymedicated elderly. A reflexive look at the Cuban context

Alicia del Rosario Ramírez Pérez¹ , Juan Antonio Furones Mourelle² ,
Ana María Ramos Cedeño¹ 

¹Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Departamento de Farmacología. Cienfuegos, Cuba.

²Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

Cómo citar este artículo

Ramírez Pérez AR, Furones Mourelle JA, Ramos Cedeño AM. Deprescripción en el anciano polimedicado. Una mirada reflexiva en el contexto cubano. Rev haban cienc méd [Internet]. 2020 [citado]; 19(3):e3416. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3416>

Recibido: 03 de abril del 2020.
Aprobado: 15 de abril del 2020.

RESUMEN

Introducción: El intervencionismo terapéutico excesivo propicia polifarmacia y errores de prescripción en ancianos. En Cuba, el anciano polimedicado es un problema recurrente; sin embargo, la información sobre deprescripción posee difusión limitada en el ámbito científico.

Objetivo: Describir el conocimiento actual sobre deprescripción y la necesidad de una estrategia dirigida al anciano polimedicado en Cuba.

Material y Métodos: Se realizó una revisión extendida desde 2003 hasta 2020, basado en la experticia de los autores. Los criterios de



búsqueda, selección y el acceso a bases de datos y fuentes indexadas *Cochrane Library*, *SciELO*, *Lilacs*, *PubMed*, *Hinari*, *MEDLINE*, *ScienceDirect*, *Elsevier* permitió citar 54 investigaciones (70 % actualización) y redactar con metodología cualitativa, enfoque histórico-lógico, análisis-síntesis el documento final.

Desarrollo: La deprescripción aparece desde 2003 para resolver la polifarmacia, es una herramienta de la prevención cuaternaria, implica desmontaje de medicación con varios matices. Su auge revolucionó diversas corrientes de trabajo en el mundo. Suficientes evidencias científicas de su necesidad y oportunidad para el mejor manejo farmacoterapéutico del anciano justifican un diseño e implementación atendiendo a las determinantes sociales de cada

país. Se proponen elementos a la definición, se asevera la importancia de la farmacología geriátrica ante diseños de intervención.

Conclusiones: La deprescripción es un proceso inherente de decisiones farmacoterapéuticas en ancianos atendidos en sistemas sanitarios de avanzada. Demuestra reducir mortalidad, medicamentos prescritos y prescripciones inapropiadas. El Programa Nacional de Medicamentos no dispone de directrices para su implementación, por lo que desarrollar una estrategia será un reto para la Salud Pública Cubana.

Palabras claves: Anciano, deprescripción, polifarmacia, prevención cuaternaria.

ABSTRACT

Introduction: The excessive therapeutic interventionism promotes polypharmacy and prescription errors in the elderly. In Cuba, the polymedicated elderly is a recurrent problem; however, the information about prescription has a limited diffusion in the scientific field.

Objective: To describe the current knowledge about deprescription and the need for a strategy aimed at addressing the problem of the polymedicated elderly in Cuba.

Material and Methods: An extended review based on the authors' expertise was carried out from 2003 to 2020. The search and selection criteria and the access to databases and sources indexed in *Cochrane Library*, *SciELO*, *Lilacs*, *PubMed*, *Hinari*, *MEDLINE*, *ScienceDirect*, and *Elsevier* allowed us to cite 54 research works

(70 % updated). The final document was written on the basis of qualitative research methodology and historical-logical and analysis-synthesis approaches.

Development: The term "deprescription" appeared in 2003 to solve the problem of polypharmacy. It is a quaternary prevention tool that involves dismantling medication treatment with various nuances. Its rise revolutionized different work currents worldwide. Adequate scientific evidences of its need and opportunity for the best pharmacotherapeutic management in the elderly justify a design and implementation that takes into account the social determinants of each country. Some elements are suggested for the definition; the importance of geriatric pharmacology is affirmed in the face of



intervention designs.

Conclusions: Deprescription is an inherent process of pharmacotherapeutic decisions in elderly patients attended in advanced healthcare systems. It shows a reduction of mortality, prescription of drugs and inappropriate prescriptions. The National Drug Program does

not have guidelines for its implementation; therefore, to develop a strategy will be a challenge for the Cuban Public Health.

Keywords: Deprescription, elderly, polypharmacy, quaternary prevention.

INTRODUCCIÓN

Los medicamentos constituyen la tecnología sanitaria más utilizada en la sociedad y se espera de su uso óptimo y racional notables beneficios. El intervencionismo terapéutico excesivo revela medicalización social y expone a las poblaciones más envejecidas a la polifarmacia. Problema que trasciende a escala global que demanda acciones inmediatas en el cuarto nivel de prevención.^(1,2,3)

La estructura terapéutica de los sistemas sanitarios descansa en gran medida sobre la prescripción. Sin embargo, en los últimos años se observa una tendencia mantenida a sumar fármacos al anciano. A la par se destaca, ausencia significativa de estímulos sobre el profesional para reevaluar las prescripciones; así como, la interrupción meditada de medicamentos con un balance beneficio/riesgo negativo o nulo. Aptitudes que suponen desviación de recursos sanitarios hacia el mantenimiento de tratamientos inútiles o dañinos.^(4,5,6)

Su inobservancia conduce a iatrogenia (polifarmacia), errores de prescripción, interacciones con otros fármacos, enfermedades y alimentos, reacciones adversas a medicamentos (RAM), escasa adherencia de los tratamientos; todo lo cual se relaciona con mayor morbilidad, mortalidad, gastos individuales,

familiares y sociales e incremento de los costes sanitarios del estado no justificados.^(7,8,9)

Motivos clínicos, éticos, sociales y económicos avalan la necesidad de deprescribir. El fundamento básico de la actividad médica que se contempla en la frase atribuida a Hipócrates *Primum non nocere* (primero no dañar), propone una mirada crítica contemporánea en la necesidad de formular objetivos terapéuticos claros.^(10,11,12,13)

En los descriptores de Ciencias de la Salud, la deprescripción es un término reciente. Aparece ante el creciente problema de la polifarmacia y se considera una herramienta necesaria de la prevención cuaternaria. Sin embargo; la difusión en revistas nacionales cubanas ha sido limitada, sin registros de trabajos que aborden la temática planteada.^(14,15,16)

En los programas de atención al adulto mayor y medicamentos en Cuba se declara la necesidad de desarrollar investigaciones en Farmacología geriátrica que reflejen la calidad de la atención; pero, la población no escapa a este flagelo. Los profesionales en los distintos niveles de la Atención Primaria de Salud (APS) no evalúan los planes de tratamiento del anciano con enfoque integrador, preventivo y sistemático.



Se cuenta con un número no despreciable de master en longevidad, guías de apoyo contextualizadas y herramientas que facilitan evaluar las prescripciones potencialmente inapropiadas (PPI). Mientras que las investigaciones en farmacoepidemiología revelan una realidad quebrantable y desalentadora; ancianos polimedicados y con prescripciones inadecuadas.^(2,8,16,17,18,19)

De cara a la transformación del escenario cubano en hecho ineluctable el envejecimiento poblacional (20,8 %),⁽²⁰⁾ al recrudescimiento económico del bloqueo por EEUU; el país realiza ingentes esfuerzos para mantener la cobertura de medicamentos en la red de farmacias. Una

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica sobre el término deprescripción en el primer trimestre de 2020 por médicos especialistas de Segundo grado en Farmacología, con categorías superiores (titular, consultante, auxiliar), más de veinte años de experiencia docente, maestros en Ciencias de la Salud en Longevidad Satisfactoria y Farmacoepidemiología. Se consideró la experticia de un doctor en ciencias y la producción científica en Farmacología Geriátrica de los autores. Se definieron los siguientes criterios de búsqueda: artículos originales, revisiones sistemáticas, meta-análisis disponible expandido desde el 2003 a 2020 y palabras claves: deprescripción, anciano, polifarmacia, prevención cuaternaria, se empleó el booleano AND.

El acceso a bases de datos y fuentes de información en salud indexadas en *Scopus*,

asistencia de calidad requiere actividades preventivas de revisión y evaluación sistemática de la medicación de los tratamientos de larga evolución.

La deprescripción es un proceso que propone un cambio de paradigma prometedor, aunque desafiante. Los autores basados en su experiencia, con el ánimo de estimular el debate de un tema incipiente en la comunidad científica, se proponen el **objetivo** de describir el conocimiento actual sobre deprescripción y la necesidad de una estrategia dirigida al anciano polimedicado en Cuba que permita elevar la calidad de la atención.

Cochrane Library, SciELO, Lilacs, PubMed, Hinari, MEDLINE y en editoriales como *ScienceDirect, Elsevier*, permitió localizar 89 publicaciones en español, inglés y portugués. En la selección (54 trabajos) se cumplieron con los siguientes criterios: evidencias actualizadas de los últimos 5 años (70 %) por revisiones sistemáticas, meta-análisis, protocolos diseñados por Sociedades de Geriátrica y Gerontología de los principales grupos de trabajo en el mundo, tesis doctorales y artículos originales. En la redacción del documento final se empleó la metodología cualitativa, con enfoque histórico-lógico, análisis-síntesis, diferentes acepciones de deprescripción en el mundo y su plausibilidad en el contexto cubano, siendo necesario en su descripción los contenidos: anciano, farmacoterapia, polifarmacia, prevención cuaternaria.



DESARROLLO

Farmacoterapia en el anciano

La heterogeneidad fisiológica interindividual e intraindividual es una de las propiedades que más caracterizan al anciano. En los seres humanos, la vejez es aceptada convencionalmente como la etapa del ciclo vital que empieza alrededor de los 65 años y acaba con la muerte. Circunscribir sus límites en términos fisiológicos y establecer la edad biológica resulta difícil. El anciano es un paciente diana de los sistemas sanitarios especializados con características que lo diferencian de otros grupos poblacionales.^(11,21)

La prescripción de medicamentos es un acto científico, ético y legal que debe derivar del método clínico y la necesidad terapéutica individual, por medio del cual el facultativo modifica el curso natural de una enfermedad o ejerce una acción de prevención. La Farmacoterapia en el anciano es la piedra angular del tratamiento gerontológico integral. Abre un capítulo en la medicina moderna y merece un cúmulo de consideraciones al respecto.⁽²²⁾

Seleccionar el mejor medicamento, implica elegir el más efectivo, con menos reacciones adversas, en la menor dosis sin deteriorar la eficacia, utilizar la forma farmacéutica más compatible, intervalos óptimos de administración que se ajusten a las exigencias biológicas y a las eventualidades psicológicas, sociales y económicas de cada individuo envejecido.⁽²²⁾ No obstante, requiere revisión sistemática de los tratamientos que generalmente pasa inadvertida.

Cada acto de prescripción no constituye un hecho aislado, sino una decisión adoptada dentro de un

contexto “cadena del medicamento”, lo cual refleja la existencia de múltiples factores que interactúan, se agrupan según devengan; del paciente, del profesional prescriptor, del contexto institucional o bien de problemas más generales del mercado de medicamentos y su regulación. Modificarlos influye en la calidad de la prescripción, al actuar de manera educativa, incentivadora, restrictiva o por otra forma moduladora.⁽²²⁾

Una prescripción adecuada debe equilibrar las expectativas de vida del paciente, los objetivos terapéuticos y el tiempo que necesita el fármaco para alcanzar estos objetivos, de no ser así será objeto de deprescripción. Sin embargo, de este principio surgen conflictos importantes. La evidencia científica disponible suele surgir de estudios de distinta calidad y validez que suelen realizarse en adultos jóvenes. A partir de estas evidencias se confeccionan generalmente las guías de práctica clínica de prescripción, con escasa validez para la población mayor, muy centradas en los síntomas y, por otro lado, el acto médico tiende a pautar normas muy rígidas lo que puede desencadenar cascadas terapéuticas peligrosas.^(23,24,25)

Todo lo disponible sobre ensayos clínicos en la población anciana proviene de subgrupos de ensayos, que por lo general están infrarrepresentados en una gran parte de los medicamentos, particularmente la población diana a deprescripción como son los ancianos frágiles, polimedicados, pluripatológicos, terminales y postrados. En ellos la expectativa de vida limitada diluye los objetivos terapéuticos a



alcanzar, por ser dudosa su beneficencia. En la práctica clínica habitual no se monitoriza el efecto de un fármaco, por lo que nuevamente se debe recurrir a la evidencia científica, la misma tiende a magnificar beneficios e infraestimar riesgos. Por tanto, la decisión de prescribir y deprescribir debe ser siempre individualizada.^(11,23,24,25)

Deprescripción y polimedicación

En los últimos 50 años, el desarrollo de nuevos medicamentos ha mejorado el tratamiento de muchas enfermedades y algunos de ellos a prologar vida. El creciente hábito de buscar en la prescripción la solución a todos los problemas, disminuye el umbral terapéutico de las intervenciones médicas que conlleva a efectos indeseables y hacer que su uso no sea adecuado, por el tiempo apropiado. Apoyan la falsa creencia de que mientras más gasto mejor salud y alcanzan dimensiones poblacionales que figuran entre las principales causas de muerte.^(8,23)

Lo habitual es que el profesional pugne con planes terapéuticos que se han vuelto complejos por falta de tiempo para seguirlos o actualizarlos. Conciernen a la prevención cuaternaria, evitar o atenuar las consecuencias o el daño que provoca en la salud el inicio “efecto cascada” del intervencionismo innecesario o excesivo de la medicación, a través de toda aquella actividad restrictiva que evite su uso preventivo o curativo innecesario y atribuido al riesgo de iatrogenia. Al criticar con fuerza la medicalización de la sociedad, dos aspectos a considerar en el ejercicio actual de su profesión: medicalización de la vida y la medicina preventiva.^(11,26,27)

Los tratamientos inútiles o perjudiciales por

emplear fármacos de escaso o nulo valor terapéutico, baja seguridad o una prescripción deficiente de probada eficacia y seguridad, obedecen a disímiles causas y refleja los riesgos a que están sometidas las poblaciones por la conducta médica. Sin embargo, el que prescribe no suele recomendar medicamentos potencialmente dañinos de forma intencional y sí involuntariamente influenciado por opiniones de fuentes no confiables. Si el daño producido por un fármaco es indiscutible, la deprescripción es obvia.^(22,23)

Sin embargo, reconocer la maleficencia de un fármaco no siempre es fácil. Los efectos adversos simulan nuevos síntomas de enfermedades o se confunden con síndromes geriátricos. En los ancianos el proceso de enfermedad se caracteriza por presentaciones atípicas, atribuida a los cambios fisiológicos del envejecimiento y la disminución de la reserva funcional o fragilidad denominada “síndromes geriátricos”. Estos síndromes componen problemas de salud muy prevalentes en los más viejos, específicos o no, de origen multifactorial, que se asocian a episodios graves de salud.^(11,23)

Como la dinámica actual de la atención sanitaria favorece la polimedicación la deprescripción, en el anciano se considera oportuna. La futilidad que se brinda (por el paciente y por algunos profesionales) a la prescripción médica es una realidad. En el anciano un fármaco se considera fútil si carece de beneficio a corto plazo en el control de síntomas o en la calidad de vida, así como PPI que generalmente sucede. Goyret y cols.,⁽²⁸⁾ en un estudio multicéntrico señalan que los protectores gástricos podían considerarse



fútiles en 50 % de sus pacientes.

La polifarmacia en el anciano es uno de los grandes síndromes geriátricos y problema de salud pública de primer orden, versátil entre países, regiones y escenarios en función de su definición cuantitativa, el ámbito asistencial o la población a la que se aplique, la fuente de información utilizada, el rango de edad de los individuos y el período de estudio. Es un indicador de fragilidad, no existe sin efectos dañinos a la salud. Cuando se presenta en grupos de ancianos con multiplicidad de tratamientos, vulnerables a iatrogenia medicamentosa justifica la necesidad de deprescripción.^(11,18,21)

En el contexto de deprescripción, el análisis cuantitativo de polifarmacia es el consumo perjudicial y simultáneo de cuatro a cinco fármacos que conforman el esquema de tratamiento regular, y en el consumo crónico cuando la media oscila entre 7 y 13 medicamentos. El análisis cualitativo se relaciona con prescripciones inadecuadas por medicación potencialmente inadecuada dependiente o no del diagnóstico, omisiones de medicamentos justificados por la condición clínica, duplicidades de medicamentos de la misma clase y falta de adherencia a los tratamientos.^(28,29,30)

La Organización Mundial de la Salud señaló la polifarmacia como una de las áreas prioritarias de trabajo en el documento "Tercer reto mundial por la seguridad del paciente: reducir los daños causados por los medicamentos" y por ello, invita a los agentes sanitarios a desarrollar estrategias, guías, planes y herramientas para asegurar la seguridad en la utilización de medicamentos.⁽³¹⁾ Por tanto, la deprescripción es una estrategia

propuesta para reducir la polifarmacia. Implementarla justifica lograr que los beneficios del uso de los medicamentos superen los daños previsibles que produce su uso ante ciertas condiciones médicas en el anciano.^(29,30)

El término lo introduce Woodward en 2003 (en inglés, *deprescription*); se visualiza por vez primera en la revista *farmacia hospitalaria* en Australia como: reducción de medicamentos en las personas mayores para lograr mejores resultados en salud.⁽³²⁾ Su reconocimiento en el ámbito internacional e inclusión reciente (2017) en los descriptores de ciencia de la salud (DeCS) y *Medical Subject Heading* (MeSH), resalta la gran difusión alcanzada entre profesionales y organizaciones sanitarias que trabajan intensamente para implementarla.⁽¹⁵⁾

Existen dos prefijos (desprescripción, deprescripción), ambos aceptados internacionalmente. Los DeCS se decantan por desprescripción, tal vez por su similitud con el original, para evitar secuencias de sonidos similares o porque así lo utilizan las publicaciones de renombre en las regiones hispanoparlantes que han teorizado sobre el tema.⁽¹⁵⁾

Al consultar el DeCS se registró como concepto controlado los siguientes términos específicos:⁽¹⁵⁾

Descriptor Inglés: *Deprescriptions*

Descriptor Español: Deprescripciones

Descriptor Portugués: *Desprescrições*

Categoría: E02.319.698.500

Definición español: Direcciones escritas para suspender el uso de medicamentos bajo prescripción de manera a reducir medicamentos innecesarios y/o excesivos (véase la polifarmacia), efectos colaterales y RAM.



Relacionados en español: prescripción inadecuada, lista de medicamentos potencialmente inapropiados.⁽¹⁵⁾

Sin embargo, la falta de consenso en la definición supone tal vez el inconveniente más importante, encontrándose diversidad de criterios. Autores como Le Couteur o Thompson^(33,34) proponen sus propias definiciones, añaden elementos como el tipo de medicamentos retirados o el objetivo esperado. Scott⁽³⁵⁾ lo orienta más hacia el proceso subyacente, introduce nuevos matices. Gavilán⁽³⁶⁾ va más allá, plantea desmontaje e incluye adición de fármacos.

Reeve y colaboradores⁽³⁷⁾ proponen: “proceso de retirada de una medicación inadecuada, supervisado por un profesional sanitario con el objetivo de manejar los efectos adversos causados por la polifarmacia y mejorar resultados”. Picco y Kutner^(38,39) la definen; proceso de optimización de un tratamiento suspendiendo fármacos inapropiados, cuyos objetivos de reducir los efectos secundarios vinculados a interacciones múltiples, mejorar la calidad de vida y la adherencia al tratamiento.

Más allá de este intento de consenso, se extrae cierta ambigüedad y una dificultad a la hora de discernir si el término hace referencia al objetivo, al proceso o al resultado que pueden llevar a confusión. No se refiere únicamente a la mera suspensión de medicamentos, pues lleva intrínseca una intencionalidad: proceso consciente e individualizado. Del mismo modo que la polifarmacia no es solo un problema cuantitativo, la solución no es únicamente retirar medicamentos, y la realidad de su manejo es mucho más amplia y compleja.⁽³²⁾

Los autores consideran conveniente en lugar de forzar nuevas definiciones, impulsar términos ya existentes sobre deprescripción que expresen con mayor precisión o coherencia el concepto que se quiere transmitir en la realidad de la práctica clínica. Unificar términos y conceptos es clave para avanzar hacia un rumbo común. El aporte de diversos elementos al concepto desde diferentes perspectivas promueve debates y genera acepciones cada vez más simplificada.

Los autores se adhieren más a la definición de Rodríguez en España:^(14,40) proceso continuo y singular (prescripción-desprescripción) del desmontaje de medicamentos que fueron prescritos adecuadamente y conforman el plan terapéutico a largo plazo, pero que, bajo ciertas condiciones clínicas pueden considerarse innecesarios o con una relación beneficio-riesgo desfavorable.

Además, en presencia del anciano polimedcado consideran en su definición que el desmontaje debe incluir fármacos potencialmente inapropiados de acuerdo con la condición médica según la evaluación clínica, ajustar dosis adecuada a las condiciones actuales (función renal, hepática), considerar los riesgos de efectos adversos e interacciones de todos los fármacos implicados en el tratamiento durante la deprescripción.^(1,2,5)

Con el propósito de mejorar los resultados a la salud y la adherencia al tratamiento, el médico de asistencia debe evaluar al anciano en términos de función con la valoración geriátrica integral. El diseño de deprescripción deber ser mediante una estrategia estandarizada, donde el resultado final se sustente en las siguientes acciones: suspender



(retirada, eliminar), sustituir o adicionar, y/o modificar la dosis de fármacos, que fueron prescritos adecuada o inadecuadamente.^(5,41,42,43)

En el concepto de la suspensión de medicamentos prescritos adecuadamente debe considerarse dos características claras que deben diferenciar al proceso de deprescripción: la monitorización de las variables de salud para impedir resultados negativos tras la retirada del fármaco y la consideración del pronóstico de vida del paciente como una condición relevante a la deprescripción de ciertos tratamientos. Esto último se explica con los fármacos prescritos de forma preventiva cuyo tiempo hasta beneficio esperado supera dicha esperanza de vida o prescritos durante un tiempo mayor que el que han demostrado ser eficaces.^(5,40,44)

¿A quién deprescribimos? Condición médica que justifica la deprescripción.

Ancianos polimedicados cuando los fármacos producen RAM (caídas), no han demostrado eficacia en los ensayos clínicos o no son efectivos en el paciente concreto. Cuando; la expectativa de vida es corta, frágiles o con demencia avanzada; al revisar la medicación de forma rutinaria se encuentran medicamentos innecesarios o excesos (Inhibidores de la bomba de protones, estatinas, anticoagulantes); se detectan duplicidades, interacciones relevantes, errores de prescripción por omisiones o incumplimiento “responsable”.⁽⁴⁵⁾

El escenario oportuno puede ser cualquiera. Durante la hospitalización del paciente, al ingreso en una residencia geriátrica (hogar de anciano o casa de abuelo) o en la consulta ambulatoria de los diferentes escenarios de atención.^(22,45,46) Al

considerarla una actividad básica del cuarto nivel de prevención de salud, tanto en medicina clínica como en salud pública se puede implementar la deprescripción en Cuba, sea el primer o segundo nivel de atención de salud.

No obstante, la APS es el escenario ideal para el proceso de deprescripción, pues es donde mayor resistencia continua puede afrontarse ante al intervencionismo terapéutico excesivo, las prescripciones innecesarias, el sobretratamiento y los tratamientos inútiles o incluso perjudiciales, haciendo uso de la concepción de la prevención cuaternaria que tiene como clave no iniciar cascadas de intervenciones clínicas, por síntomas irrelevantes o decisiones iniciadas por signos que agreden al paciente.^(8,27,45)

Las propias características del Programa del Médico y Enfermera de la Familia en Cuba: integral, sectorizada, regionalizada, continuada, dispensarizada, en equipo y con participación comunitaria, se soluciona aproximadamente 70 % de los problemas terapéuticos del anciano. Además, los programas nacionales de atención al adulto mayor y el de medicamentos sustentan las acciones preventivas.^(45,47)

Los principales beneficios esperados de la deprescripción son reducción de RAM e interacciones farmacológicas potenciales de relevancia clínica, resolución de RAM específicos, mejoría de la funcionalidad y calidad de vida de los pacientes, mejor adherencia a tratamientos y reducción de errores en medicación. Y a su vez una prescripción prudente y justa aumenta la satisfacción del paciente, reduce los costes individuales, familiares, sociales y en política



sanitaria.⁽²³⁾

Sin embargo, pese a todos los beneficios existen riesgos esperados por la deprescripción.

1. Síndrome de retirada (benzodicepinas inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, levodopa).
2. Efecto rebote (Betabloqueantes, inhibidores de la bomba de protones).
3. Recurrencia de los síntomas que condicionó la medicación. (Antipsicóticos).
4. Reactivación de la enfermedad de base.

No obstante, la falta de percepción de efectos adversos, sensación de abandono, miedo, atención inadecuada, bajo nivel educativo pueden ser barreras aportadas por el paciente y su familia. Una deprescripción prudente no es un acto definitivo, sino que debe ser transitorio y reevaluarse en forma periódica con el fin de determinar el alcance de los objetivos terapéuticos. Sopesados los riesgos y beneficios adquiere protagonismo la autonomía del paciente, sobre la base del respeto a la dignidad y preferencias. La decisión no siempre resulta fácil, en el proceso deliberativo se involucran otras personas: familiares y cuidadores.^(23,40)

Entonces, si bien la deprescripción puede llevarse a cabo en todos los pacientes, la población que más tiende a beneficiarse son los ancianos polimedicados y con una corta expectativa de vida (terminales y demencia avanzada).^(23,40,42)

Los autores consideran que la población mayor no tan anciana (60 a 64 años, activos laborales) polimedicada y corta expectativa de vida puede ser valorada.

Deprescripción en el contexto mundial

Hasta 2015, solo se habían desarrollado

herramientas de ayuda a la prescripción implícita, tipo algoritmos de decisión que permiten señalar fármacos susceptibles de retirada, cuando los riesgos superan los beneficios. No reemplazan el juicio clínico, pero sirven como guía para la prescripción racional de medicamentos. Los más difundidos criterios Europeos STOPP/START actualizados en 2014, evalúan errores de tratamientos (exceso y omisión), tienen como limitante no sugerir alternativas más seguras a los fármacos inapropiados y no abordar ciertos aspectos (indicación o formulación) de prescripción adecuada.^(14,15,23)

En las estrategias explícitas se plantean numerosas herramientas. Algunas desde la perspectiva centrada en el paciente con revisión de la medicación y análisis de situación integral y otras más centradas en los criterios de eficacia, seguridad o eficiencia del medicamento. Llevados a cabo con éxito, sin efectos secundarios significativos, que disminuyen la morbilidad y la mortalidad, y mejoran la calidad de vida.^(37,38,42,46)

La forma de realizar este proceso es, lo que se investiga intensamente. Los principales proyectos de deprescripción se refieren a 2007 en *The National Institute for Health and Care Excellence* de Gran Bretaña. En 2011 se inició en EEUU por la *National Physicians Alliance* el proyecto llamado *Choosing Wisely* o Elegir con prudencia. Las asociaciones médicas canadienses dirigen el esfuerzo internacional en Australia, Japón y Brasil.^(39,47,48)

Estas estrategias explícitas han permitido disminuir el número de medicamentos y PPI. La evidencia científica se sustenta en recientes revisiones sistemáticas y meta-análisis que



sugieren una disminución de la mortalidad por todas las causas (26 %; OR= 0,74; IC 95 % 0,65-0,84), del número de medicamentos, de PPI y de caídas (24 %; OR= 0,76; IC= 95 % 0,62-0,93) cuando se emplean intervenciones basadas en revisiones de tratamientos. Sin datos concluyentes sobre otras variables como la disminución de RAM y las hospitalizaciones. (24,38,39,44,49,50,51,52)

Las estatinas son los fármacos que más diseños de deprescripción tienen registrados, su retirada es segura en quienes la reciben para prevención primaria y secundaria. Otros fármacos susceptibles son: hipoglucemiantes orales, anticolinesterásicos, benzodiazepinas, antidepresivos, antipsicóticos, protectores gástricos, bifosfonatos, Aspirina®, anticoagulantes y otros fármacos para la demencia. (29,38,39,44,47,52)

Deprescripción en el contexto cubano

El desafío de las investigaciones sobre RAM ha sido demostrar las consecuencias negativas del uso excesivo de medicamentos más allá de los problemas de salud existentes que la propia polimedicación está destinada a tratar. En Cuba 81 % de los ancianos toman medicamentos; dos terceras partes ingieren más de un fármaco habitualmente, cifra que aumenta con la edad; por ejemplo, los mayores de 75 años consumen más de tres fármacos (30 %); mientras que los ancianos multimórbidos con polifarmacia, igual o mayor de cinco fármacos, representa 45 %. (17,18,19)

El Programa Nacional de Medicamentos describe la metodología para el control de la calidad de la prescripción médica, políticas terapéuticas y

protocolos de tratamientos de enfermedades prevalentes, traza la estrategia para lograr un uso óptimo y racional de los medicamentos basada en la evidencia científica e identifica a los ancianos como segmento proclive a consumo elevado y errores frecuentes de la prescripción. El Programa Nacional de Medicamentos regula un grupo de acciones dentro de la cadena del medicamento, y responsabiliza del ejercicio al prescriptor con las consecuencias médicas, sociales, legales y económicas que ocurran con dicha intervención. (53)

Por su parte, el Manual de Buenas Prácticas de prescripción propicia un grupo de herramientas para el profesional prescriptor, promueve la prescripción como un acto de calidad, el uso seguro de los medicamentos y recomienda el tratamiento adecuado según las particularidades del enfermo y su enfermedad, sustentado en la metodología de la prescripción razonada. Explica mediante ejemplos cómo un tratamiento bien seleccionado se diseña sobre la base del diagnóstico correcto del problema de salud y de los objetivos terapéuticos definidos; sin embargo, no siempre conduce a un resultado exitoso y asevera la necesidad de una supervisión de los tratamientos para evaluar la respuesta y evolución del paciente que requerirá, modificar o detener el tratamiento. (21)

Propone la supervisión de la evolución del tratamiento en dos sentidos: pasiva (realizada por el paciente), y la activa, conducida por el prescriptor, mediante controles periódicos establecidos, de acuerdo con la enfermedad y las condiciones particulares del anciano. (22) Sin embargo, en el Programa Nacional de



Medicamentos y en el Manual de Buenas Prácticas, la prescripción no se declara una guía o protocolo, que instruya en la continuidad de la revisión o evaluación de la prescripción del esquema de tratamiento regular, en un momento dado, bajo ciertas condiciones de salud.

Además, el método de la prescripción razonada no tiene explícito un proceso de desmontaje de un medicamento. No define las condiciones clínicas susceptibles a ser evaluadas, los medicamentos del esquema a largo plazo que pueden considerarse innecesario o con balance riesgo-beneficio favorable. Definir cuándo, cómo y por qué debe implementarse el desmontaje de medicamentos sensibles a la deprescripción, son interrogantes que abren nuevas oportunidades pendientes por resolver. El conocimiento de las dificultades para la retirada de fármacos permitirá mejorar las futuras estrategias de deprescripción.

La necesidad de promover la deprescripción no se justifica solo por razones financieras. Su implementación es, ante todo, parte esencial de la calidad de la atención sanitaria. Conocer que el anciano es especialmente sensible a RAM, las intervenciones terapéuticas deberán ser individualizadas, adaptadas a las características y

necesidades, desde la mejor evidencia científica, para evitar adoptar decisiones discriminatorias basadas solo en la edad cronológica.^(21,53,54)

Los autores de la presente revisión consideran la deprescripción como proceso diferente de la adecuación terapéutica y defienden la posición de deprescribir como acción complementaria, y dar continuidad al sexto y último paso de la prescripción razonada: el de supervisar la evolución del tratamiento. No es copiar, es retomar los avances internacionales, implementarlos en Cuba y contextualizarlos.

Con este artículo se hace un llamado a los profesionales encargados de la prescripción al anciano sobre el cumplimiento de los postulados que proclama la prevención cuaternaria frente a la polifarmacia, prescripción inapropiada, retomar los pasos de la terapéutica razonada a partir del método científico, la medicina basada en evidencias y las bases farmacológicas que rigen el uso racional de los medicamentos. La decisión médica de prescribir un medicamento y observar sin intervenir, depende del balance entre el beneficio y el daño potencial, de gran utilidad para avanzar en el camino del continuo perfeccionamiento del sistema de salud cubano.

CONCLUSIONES

La deprescripción es un proceso inherente de las decisiones farmacoterapéuticas en los ancianos atendidos en sistemas sanitarios de avanzada, al demostrar reducir mortalidad, medicamentos prescritos y prescripciones inapropiadas. El Programa Nacional de Medicamentos de Cuba no

cuenta con directrices para su implementación, lo que impide desarrollar una prevención cuaternaria efectiva en el ámbito de los medicamentos. Desarrollar una estrategia de deprescripción será un reto para la Salud Pública Cubana.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramírez Pérez AR. Polifarmacia en el consultorio médico de familia 9, Área II. Una evaluación desde la comunidad [Internet]. Cienfuegos: Médica Jims; 2017 [Citado 24/05/2020]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/324938196_Polifarmacia_en_adultos_mayores_del_Consultorio_Medico_de_Familia-9_Area-II_Una_evaluacion_desde_la_comunidad
2. Ramírez Pérez AD, Ramírez Pérez JF, Borrell Zayas JC. Prescripción en ancianos multimórbidos y polimedificados de un consultorio, Cienfuegos 2019. INFODIR [Internet]. 2020 [Citado 03/06/2020];0(32):[Aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/758>
3. Bueno MB, De Velasco Artaza ER, Uria JF, Iturbe AG. Benzocarta: intervención mínima para la desprescripción de benzodiazepinas en pacientes con insomnio. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2019 [Citado 03/06/2020];33:[Aprox. 2 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911119302328>
4. Esteban Jiménez O. Deprescribiendo para mejorar la salud de las personas o cuando deprescribir puede ser la mejor medicina. Aten Primaria [Internet]. 2018 [Citado 03/06/2020];50(S2):70-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656718305109>
5. Arrabalaga I, García B, Benabdellah S, García MC, Pardo CA, Parra P. Ancianos con prescripción inapropiada; ¿deprescribimos?. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2017 [Citado 03/06/2020];52(2):102-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X16301007>
6. Machado Alba JE, Giraldo Giraldo C, Urbano Garzón SF. Prescripciones de diuréticos de asa potencialmente inapropiadas en ancianos. Revista colombiana de cardiología [Internet]. 2017 [Citado 24/05/2020];24(3):217-22. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0120563316301097?token=3EA625866A030E3AD2AC41A6CA1E9DE60E81DBFDEB7BD4ACF62C8EE5E845AD0B3B118B026D4D1011E81BBFDB80F5AD3B>
7. Díaz Quintana J, Valdés Garrido YA, Ramírez Pérez AR, Montes de Oca Montano JL, Borrell Zayas JC. Polifarmacia: Caracterización en adultos mayores del Consultorio Médico de Familia-15, Palmira 2017 [Internet]. Cienfuegos: Médica Jims; 2018. [Citado 03/06/2020]. Disponible en: <http://jimsmedica.com/LibrosInstitucionales.php>
8. Ramírez AR, Ramírez JF, Borrell JC. Interacciones Medicamentosas. Un problema de salud imperceptible en la población. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2020 [Citado 03/06/2020];36(1):e1091. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1091>
9. Vila LL, Domínguez JMM, Segado JMC, Sisó AF, Balasch RV, Díaz IM. Dilemas en la enfermedad crónica avanzada: ¿prevención o deprescripción? Atención Primaria [Internet]. 2018 [Citado 03/06/2020];50(10):583-9.



- Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656717301749>
10. Barcos I, Álvarez R, Hernández G. Prevención cuaternaria: de la medicina clínica a la medicina social. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2020 [Citado 03/06/2020];45(4):[aprox. 8p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662019000400012&script=sci_arttext&lng=pt
11. Tirol Fernández J, Faus Felipe V, Díez Rodríguez M, Del Río Urenda S, Lavajos Manzanares MT, González Correa JA. Prevalence of inappropriate prescription to polymedicated patients over 65 years old in a rural health area. Rev Calid Asist. 2016;31:84-98.
12. Morin L, Vetrano D, Rizzuto D, Calderón Larrañaga A, Fastbom J, *et al.* Choosing wisely Measuring the burden of medications in older adults near the end of life: nationwide longitudinal cohort study. Am J Med. 2017;130(8):927-36.
13. Romero L, Abizanda P, Luengo C. El proceso de enfermar en el anciano: fundamentos de la necesidad de una atención sanitaria especializada. En: Tratado de medicina geriátrica. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores. España: Elsevier; 2015. p.9-16.
14. Rodríguez AR. Estrategia de desprescripción en pacientes pluripatológicos [Tesis Doctoral]. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2019 [Citado 08/06/2020]. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/04a0/050e5eb460b10e1e48fb8338e88bf8ac331.pdf>
15. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. Sao Paulo: BIREME; 2017 [Citado 03/06/2020]. Disponible en: <http://decs.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>
16. Hernández Ugalde F, Álvarez Escobar MC, Martínez Leyva G, Junco Sánchez VL, Valdés Gasmury I, Hidalgo Ruiz M. Polifarmacia en el anciano. Retos y soluciones. Rev Med Electrón [Internet]. 2018 Nov [Citado 03/06/2020];40(6):[Aprox. 2p.]. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2640/4087>
17. Gort M, Guzmán NM, Mesa D, Miranda PA, Espinosa Y. Caracterización del consumo de medicamentos en el adulto mayor. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2019 [Citado 24/05/2020];35(4):e970. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/970/313>
18. Ramírez Pérez AR, Ramírez Pérez JF, Borrell Zayas JC. Polifarmacia e interacciones medicamentosas potenciales en el adulto mayor, una polémica en la prescripción. Revista Cubana de Farmacia [Internet]. 2019 [Citado 03/06/2020];52:[Aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://www.revfarmacia.sld.cu/index.php/far/article/view/335/217>
19. Ramírez Pérez AR. Comportamiento del envejecimiento. Una evaluación desde el corazón de Barrio Adentro [Tesis de maestría]. Málaga: Biblioteca virtual de Derecho, Economía, Ciencias Sociales y Tesis Doctorales; 2018. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Jose_Ramirez_Perez2/publication/326800142_Comportamiento_del_envejecimiento_Una_evaluacion



[desde el corazon de Barrio Adentro/links/5b63ce4daca272e3b6ac26b0/Comportamiento-del-envejecimiento-Una-evaluacion-desde-el-corazon-de-Barrio-Adentro.pdf](#)

20. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud de Cuba 2019 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2020 [Citado 01/06/2020]. Disponible en: <https://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/Anuario-Electr%3%b3nico-Espa%3%b1ol-2019-ed-2020.pdf>

21. Manual de buenas prácticas de prescripción. La Habana: Editorial Academia; 2010.

22. Peña E. Sobre el acto de deprescripción prudente. Rev Med Univ [Internet]. 2019 [Citado 03/06/2020];15(1):1-6. Disponible en:

https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/13750/07peaylillo.pdf

23. Page AT, Rhonda M. Clifford E. The feasibility and effect of deprescribing in older adults on mortality and health: a systematic review and meta-analysis. Br J Clin Pharmacol [Internet]. 2016 [Citado 03/06/2020];82:583-623. Disponible

en:<https://bpspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bcp.12975>

24. Rivera SM, Goodman A. La invención de fármacos y la industria farmacéutica. En: Goodman and Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica. 13 ed. 2018. p.3-8.

25. Zerga M. Prevención cuaternaria en linfomas [Internet]. 2019 [Citado 03/06/2020];23(XXIV):139-45. Disponible en:

http://www.sah.org.ar/revista/numeros/vol23/n2_educacional/16-

[CONTROVERSIAS%20EN%20LINFOMAS%20AGRESIVOS-Zerga.pdf](#)

26. Álvarez Sintés R La prevención cuaternaria en la atención médica ambulatoria y hospitalaria. Mediciego [Internet]. 2019 [Citado 03/06/2020];25(1):1-3. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/1416/1536>

27. Aguirre NG, Martínez AC, Muñoz LB, Avellana MC, Marco JV, Díez Manglano J. Pluripatología, polifarmacia, complejidad terapéutica y uso adecuado de la medicación. Revista Clínica Española [Internet]. 2017 [Citado 03/06/2020];217(5):289-95. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0014256517300267>

28. Artagaveytia P, Goyret A, Tamosiunas G Desafío terapéutico: deprescripción de benzodiazepinas. Boletín Farmacológico [Internet]. 2018 [Citado 03/06/2020];9(1):[Aprox. 2 p.]. Disponible en: https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/18378/1/desafio_terapeutico.pdf

29. Uriguen A. Polifarmacia y deprescripción. Farmacia Hospitalaria [Internet]. 2019 [Citado 03/06/2020];43(4):140-5. Disponible en:

https://www.sefh.es/sefhjornadas/66_05AlexFerroUrigen.pdf

30. Gutiérrez Valencia M, Martínez Velilla N. Deprescripción, ¿de qué estamos hablando?. Farmacia Hospitalaria [Internet]. 2017 [Citado 03/06/2020];41(4):567-68. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/fh/v41n4/2171-8695-fh-41-04-00567.pdf>



31. World Health Organization. Medication without harm. WHO global patient safety challenge [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017. [Citado 03/06/2020]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255263/1/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?ua=1&ua=1.2>
32. Woodward MC. Deprescribing: Achieving Better Health Outcomes for Older People through Reducing Medications. *Journal of Pharmacy Practice and Research*. 2003;33:323-8.
33. Le Couteur D, Gnjjidic D, McLachlan A. Deprescribing. *Australian Prescriber*. 2011;34:182-5.
34. Thompson W, Farrell B. Deprescribing: What is it and what does the evidence tell us?. *Can J Hosp Pharm*. 2013;66:201-2.
35. Scott IA, Hilmer SN, Reeve E. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA*. 2015;175:827-834.
36. Gavilán Moral E, Villafaina Barroso A, Jiménez de Gracia L, Gómez Santana MC. Ancianos frágiles polimedcados: ¿es la deprescripción de medicamentos la salida?. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012;47:162-7.
37. Reeve E, Gnjjidic D, Long J, Hilmer S. A systematic review of the emerging definition of 'deprescribing' with network analysis: implications for future research and Clinical practice. *Br J Clin Pharmacol*. 2015;80:1254-68.
38. Picco G, Poblet J, Santos R, Ríos R. Deprescribir al final de la vida. *Med Paliat* [Internet]. 2019 [Citado 03/06/2020];26(1):86-7. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Gabriela_Picco3/publication/319160050_Deprescribir_al](https://www.researchgate.net/profile/Gabriela_Picco3/publication/319160050_Deprescribir_al_final_de_la_vida/links/5c782976458515831f7812af/Deprescribir-al-final-de-la-vida.pdf)
39. Kutner JS, Blatchford PJ, Taylor DH, Ritchie CS, Bull JH, Fairclough DL. *et al*. Safety and benefit of discontinuing statin therapy in the setting of advanced life – limiting illness: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2015;175(5):691-700.
40. Rodríguez Pérez A, Santos Ramos B, Alfaro Lara ER. Deprescripción: guiando su definición. *Farmacia Hospitalaria* [Internet]. 2017 [Citado 03/06/2020];41(6):698-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-63432017000600698
41. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Vitamina D: casos graves de hipercalcemia por sobredosificación en pacientes adultos y en pediatría [Internet]. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2019. [Citado 03/06/2020]. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2019/NI_MUH_FV-2-2019-vitamina-D.htm
42. Escuela Andaluza de Salud Pública. Polimedicación y deprescripción: herramientas [Internet]. Andalucía: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2019 [Citado 03/06/2020]. Disponible en: <https://www.cadime.es/noticias/destacados/305-polimediaci%C3%B3n-y-deprescripci%C3%B3n-herramientas.html>
43. Robles AR, Hernández EK, Delabra MM, Covarrubias IF, Leija A, Ponce BB. Calidad de vida y polifarmacia del adulto mayor integrante del programa "adultos mayores empacadores"



[Internet]. 2018 [Citado 03/06/2020];14(91):1-9. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6279756>

44. Onteniente Candela M. Análisis de la complejidad farmacoterapéutica y la necesidad potencial de desprescripción en pacientes con infección por el VIH. [Tesis Doctorado]. Murcia: Universidad de Murcia; 2019. [Citado 03/06/2020]. Disponible en:

<https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/74251>

45. Álvarez Sintés R. Método clínico en Atención Primaria de Salud, determinantes sociales y prevención cuaternaria. Revista Hab de Ciencias Médicas [Internet]. 2019 [Citado 03/06/2020];18(5):693-6. Disponible en:

<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3014>

46. Gérvas J, Oliver L, Pérez Fernández M. Medicina de Familia y Comunidad y su papel en evitar los excesos sanitarios (preventivos, diagnósticos, terapéuticos y rehabilitadores). Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2020 [Citado 03/06/2020];25(4):1233-40. Disponible en:

<https://www.scielo.org/pdf/csc/2020.v25n4/1233-1240/es>

47. Ministerio de Salud Pública. Programa del médico y enfermera de la familia. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2011.

48. Bravo P, Sáez CI, Peris JF. Deprescripción de antipsicóticos en pacientes institucionalizados con demencia. Farm Hosp [Internet]. 2019 [Citado 03/06/2020];43(4):140-5. Disponible en:

<http://revistafarmaciahospitalaria.sefh.es/gdcr/index.php/fh/article/view/11217/pdf11217esp>

49. Izquierdo C. Elegir con prudencia. “no hacer”. Revista Atalaya Médica [Internet]. 2019 [Citado 02/05/2020];5:5-10.. Disponible en:

<http://atalayamedica.comteruel.org/index.php/revista/article/view/218/232>

50. Palmer K, Villani ER, Vetrano DL, Cherubini A. Association of polypharmacy and hyperpolypharmacy with frailty states: a systematic review and meta-analysis. Eur Geriatr Med [Internet]. 2018 [Citado 03/06/2020];9:[Aprox. 2 p.]. Disponible en:

<https://link.springer.com/article/10.1007/s41999-018-0124-5>

51. Chong Han K. Health Outcomes of Deprescribing Interventions Among Older Residents in Nursing Homes: A Systematic Review and Meta analysis. J Am Med Dir Assoc [Internet]. 2018 [Citado 03/06/2020];19:[Aprox. 2 p.]. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1525861018306066>

52. Joan Espauella J, Molist Brunet N, Sevilla Sánchez D. Modelo de prescripción centrado en la persona para mejorar la adecuación y adherencia terapéutica en los pacientes con multimorbilidad. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2017 [Citado 03/06/2020];52:278-81. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X17300604>

53. Prescripción médica. Programa Nacional de Medicamentos. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2014. p.12-20.

54. Etxeberria A, Iribar J, Hernando J, Idarreta I, Vergara I, Mozo C, et al. Deprescripción de tratamientos de larga duración con bisfosfonatos



para la osteoporosis en atención primaria en el País Vasco. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2017 [Citado 03/06/2020];31:35-9. Disponible en:

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0213911116301601?token=362D378EB93B42923ADE>

[C436827689E16B7D26506DFCFAB58F55CD4CA7DA28198415E6223C60B8E7AF4C62F5E9522835](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.03.001)

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribuciones de los autores

ARRP: idea y diseño del estudio, recogida de datos, análisis e interpretación de estos, redacción del borrador del artículo y revisión crítica de su contenido intelectual sustancial.

JAFM: idea y diseño del estudio, recogida de datos, su análisis e interpretación, redacción del borrador del artículo y revisión crítica de su contenido intelectual sustancial.

AMRC: idea y diseño del estudio, recogida de datos, su análisis e interpretación y revisión crítica del contenido intelectual sustancial.

Todos los autores participaron en la discusión de los resultados y leyeron revisaron y aprobaron el texto final.

