



jornada científica de farmacología y Salud

Ana Isabel Breton Espinosa,¹ Ginet Garcia Cogler,²

1- Profesora asistente, Provincia Villa Clara, País Cuba

<https://orcid.org/0000-0002-4659-9317> bretone@infomed.sld.cu

2- profesora asistente, investigadora Agregada, Facultad de Ciencias

Médica de Sagua la Grande, Villa Clara, Cuba [https://orcid.org/0000-0003-](https://orcid.org/0000-0003-2230-8332)

[2230-8332](https://orcid.org/0000-0003-2230-8332) ginetgc@infomed.sld.cu

Autor a consultar. ginetgc@infomed.sld.cu

1-Los profesionales encargados de la prescripción al anciano deben dar cumplimiento a los postulados que proclaman frente a la polifarmacia, Resumen Introducción En América Latina, según estudios realizados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (Celade), señala que los cambios demográficos afectarán intensamente a la mayoría de los países en las próximas décadas, pero de modos muy diferentes. En los próximos cincuenta años Cuba será el país del Tercer Mundo más envejecido, y es hoy el tercero de América Latina, lo que está relacionado con el aumento de la expectativa de vida, el descenso de la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, el saldo migratorio negativo y la disminución de la mortalidad infantil. Objetivo: Explicar el comportamiento y uso de la farmacoterapia en adultos mayores Métodos revisaron 34 literaturas actualizada del tema Conclusiones

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.

2-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.

“Saber envejecer es la mayor de las sabidurías y uno de los más difíciles capítulos del gran arte de vivir”

Enrique Federico Amiel

Introducción

Se estima que, en 2050, la población mundial mayor de 65 años se habrá duplicado en relación a la de 2020, pasando del 8 al 16 por ciento. Algunos estudios apuntan a que el 0,3 por ciento del gasto global en salud podría evitarse mediante el adecuado manejo de la polifarmacia. ^(1,2)

En América Latina, según estudios realizados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (Celade), señala que los cambios demográficos afectarán intensamente a la mayoría de los países en las próximas décadas, pero de modos muy diferentes. En los próximos cincuenta años Cuba será el país del Tercer Mundo más envejecido, y es hoy el tercero de América Latina, lo que está relacionado con el aumento de la expectativa de vida, el descenso de la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, el saldo migratorio negativo y la disminución de la mortalidad infantil.⁽²⁾

Se vaticinó para el año 2021, que la cifra será de 2 millones 388 mil 788 (60 años y más) para un 21.5%, y para el año 2030 será de 3 millones 304 mil 685 (60 años y más) para un 30.3%. También Cuba; según estimaciones, para el año 2050 se convertirá en uno de los más envejecidos del mundo, con más de 11 millones de habitantes y 19 % con 60 años y más.⁽³⁾

En medio de todo este contexto la provincia de Villa Clara no escapa a este proceso de envejecimiento y es hoy la más envejecida del país, con una población de 792 338 habitantes, de ellos 16034 supera los 85 años de vida y existen un total de 183 centenarios, donde el municipio Cifuentes es el más envejecido seguido de Placetas y Camajuani.

Cuando realizamos el estudio de los datos estadísticos del municipio de Sagua la Grande podemos observar que tiene una población mayor de 60 años de 13724 con un predominio del sexo masculino, lo que difiere del comportamiento de este proceso a nivel mundial donde predomina el sexo femenino, y el área de salud más envejecida es la perteneciente al Idalberto Revuelta con 7913 adultos mayores lo que representa el 57.65 % de toda la población. ⁽⁴⁾

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.

La farmacoterapia en el anciano es un tema muy difundido pero poco solucionado, debido a la heterogeneidad fisiológica interindividual e intraindividual es una de las propiedades que más lo caracterizan. El anciano es un paciente diana de los sistemas sanitarios especializados con características que lo diferencian de otros grupos poblacionales. ^(5,6)

A nivel mundial, la prevalencia de la polimedicación aumentará a medida que la población envejezca y más personas sufran múltiples enfermedades crónicas. De ahí que los países deban priorizar la sensibilización sobre los problemas asociados con la polifarmacia inapropiada. Si bien no se conoce su verdadera magnitud, las previsiones demográficas ilustran el futuro que se avecina. ⁽⁷⁾

El desafío de las investigaciones sobre RAM ha sido demostrar las consecuencias 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. ⁽⁸⁾

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 %.(9)

En nuestro país contamos con un gran número de 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 polimedcados y con prescripciones inadecuadas. (10)

Frente a la transformación del escenario cubano, el envejecimiento poblacional (20,8 %), unido al recrudescimiento económico del bloqueo por EEUU; el país necesita realizar esfuerzos para mantener la cobertura de medicamentos en la red de farmacias. Una asistencia de calidad requiere actividades preventivas de revisión y evaluación sistemática de los tratamientos de larga evolución. La deprescripción es un proceso que propone un cambio de paradigma prometedor, aunque desafiante. (11,12)

Objetivo: Explicar el comportamiento y uso de la farmacoterapia en adultos mayores

Desarrollo

En los momentos actuales, se presta mucha mayor atención e interés a los aspectos sociales, económicos y científicos, sobre el envejecimiento y sus consecuencias. La sociedad actual es altamente competitiva y ofrece pocas posibilidades a los que van envejeciendo, crea inseguridad social por la jubilación y el retiro de la vida productiva, brinda pocas opciones para los mayores, favorece la insatisfacción por la vida y al tiempo que viene después de la jubilación no se le da el valor social necesario, por lo que estos aspectos deben ser tomados de la mano por los facultativos que atienden adultos mayores.

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. (13)

El envejecimiento se define como la serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas que origina el paso del tiempo sobre los seres vivos. En el orden económico tiene su repercusión tanto en la sociedad como en la familia, la asistencia social protege a las personas que requieren atención especial, dando prestaciones monetarias, en servicio y especie, aunque se han incrementado las pensiones a los jubilados en los últimos años, no significa que no se deba valorar aumentarlas aún más pues el encarecimiento de determinados recursos afectan la “economía doméstica” y las posibilidades de acceso de los adultos mayores a ellos. (14,15)

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. (11, 13,16)

Ahora bien que se entiende por polimedicación y Deprescripción?

La polifarmacia o polimedicación se refiere a la ingesta de un gran número de medicamentos, más de los apropiados, de forma continuada durante cierto periodo de tiempo. (11,17)

La deprescripción es el proceso de desmontaje de la prescripción de medicamentos por medio de su revisión, que concluye con la modificación de dosis, sustitución o eliminación de unos fármacos y adición de otros En los descriptores de Ciencias de Salud, es un término reciente que aparece ante el creciente problema de polifarmacia, aunque la difusión en revistas cubanas ha sido limitada, sin registros de trabajo que aborden la problemática. Se ha demostrado que reduce mortalidad, medicamentos prescritos y prescripciones inapropiadas (6, 10, 17,18)

En los últimos 50 años, el desarrollo de nuevos medicamentos ha mejorado el tratamiento de muchas enfermedades y algunos de ellos a prolongar 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. (3,18)

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, de medicamentos de la misma clase y falta de adherencia a los tratamientos. (18)

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. (19)

La inobservancia de este fenómeno 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 costos sanitarios del estado no justificados. 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. (11, 12,19)

¿Qué hace Cuba ante esta problemática?

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.⁽¹⁹⁾

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. 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.

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.

(18,20) 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.

Las 2 principales estrategias para la DP son:

-Por pacientes.

Reconsiderar en un paciente concreto sus objetivos terapéuticos, discontinuando lo innecesario-, ajustando las dosis de los medicamentos prescritos y añadiendo lo preciso de forma individualizada, según el estado del paciente y su expectativa de vida. Para ello es útil el uso de algoritmos que facilitan la toma de decisiones, siendo procesos que se realizan por pasos y se basan en criterios de necesidad (confrontación de la indicación del medicamento con las necesidades clínicas del paciente y los objetivos de la atención sanitaria) y de la efectividad-seguridad (balance beneficios/riesgos).

-Por fármacos. Si un fármaco es inapropiado para su uso en una población concreta, revisar qué pacientes lo tienen prescrito para una posterior retirada. Es una intervención útil para la retirada de fármacos innecesarios o aquellos de riesgo elevado, consume poco tiempo y es muy eficiente, aunque no valora adecuadamente el contexto individual ni socio familiar del paciente.⁽²¹⁾

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.

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.

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.

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. ^(22,23)

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. ^(22, 23,24)

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 de 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.

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.

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. ⁽²⁴⁾

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.

Principios generales de la prescripción segura en Geriatría

La complejidad ya expuesta del paciente geriátrico en cuanto a la indicación de fármacos hace necesario tomar algunas precauciones especiales que sin ser excluyentes de otros grupos etarios, nos obligan a tener especial cuidado.

1.- Realizar una anamnesis acabada de las patologías y de los fármacos que usa el paciente.

Se debe hacer una historia clínica detallada de reacciones adversas que haya tenido, alergia a medicamentos, fracasos terapéuticos o dificultades para consumir algún medicamento. De no hacerlo se cae en el riesgo de indicar algo potencialmente peligroso o que el paciente al serle indicado algún medicamento que él considera ineficaz, disminuya la confianza en el médico tratante.

2. Considerar los factores farmacológicos y no farmacológicos de riesgo para el fracaso de la terapia.

3.- Realizar un listado de fármacos con los horarios a los que son consumidos.

Esto ayudará a ordenar la terapia y a revisar si algo está en un horario inadecuado. Evaluar asimismo la relación entre dieta e ingesta de medicamentos.

4.- Evaluar las condiciones de almacenamiento de fármacos que tiene el paciente en cuanto a lugar, exposición a la luz, humedad, calor, etc.

5.- Prescribir para diagnósticos precisos y no sólo para síntomas. Frecuentemente esto acontece con la fiebre y los antipiréticos cuando no se trata la causa que habitualmente es infecciosa y que pudiera requerir antimicrobianos.

6.- Si no es estrictamente necesario, no medicar. Debiéramos usar aquellos fármacos validados en la literatura y si es posible recomendar soluciones alternativas, como ejercicio, mejora en la dieta, técnicas de relajación, fisioterapia, etc.

7.- Usar inicialmente dosis más bajas que las recomendadas para adultos Jóvenes.

8.- Si es factible usar dosis calculadas por kilo de peso. Esto ayuda a delimitar la variabilidad que presentan los adultos mayores en su composición corporal, en la actividad enzimática del hígado y en las reacciones adversas dependientes de dosis.

9.- Antes que tener un efecto terapéutico es importante no provocar un problema con nuestra indicación. Así, a modo de ejemplo, es preferible evitar una hipercalcemia que lograr metas óptimas de presión arterial con uso de IECA.

10. Tener precaución con los fármacos nuevos en el mercado. Muchos de ellos no tienen estudios en personas mayores e incluso algunos, en sus trabajos originales, tienen criterio de exclusión ser ancianos.

11.- Escoger fármacos considerando el nivel socioeconómico, pero no dejar de ofrecer las alternativas terapéuticas porque uno cree que el paciente no va a poder comprarlo.

12.- Simplificar al máximo los esquemas terapéuticos.

13.- Escribir claramente las indicaciones y asegurarse que el paciente las ha entendido. Se le puede preguntar para corroborar si ha entendido o pedirle que él mismo explique la terapia para ver si ha comprendido bien.

14.-Indicar alguna clave para que el paciente comprenda mejor lo que se indica: este es el medicamento “para la presión”, “Ánimo”, “para dormir”, etc.

15.- Recordar que se está tratando un paciente con todo su entorno y circunstancias y no una patología abstracta.

16. Colocar metas del tratamiento claramente definidas para ir monitorizando los logros.

17.- Establecer una cercana relación médico-paciente basada en la empatía para lograr mejorar adherencia ^(25, 26,27)

.

Aspectos a tener en cuenta...

¿Dónde podemos prescribir al adulto mayor?

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.

La APS es el escenario ideal para el proceso de desprescripción, pues es donde mayor resistencia continua puede afrontarse ante al intervencionismo terapéutico

excesivo, las prescripciones innecesarias, el sobre tratamiento y los tratamientos inútiles o incluso perjudiciales.

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. (8, 28,29)

¿Cuáles son los beneficios que reporta?

1- Reducción de RAM.

2-Resolución de RAM específicos, mejoría de la funcionalidad y calidad de vida de los pacientes.

3- Mejor adherencia a tratamientos y reducción de errores en medicación.

4-Una prescripción prudente y justa aumenta la satisfacción del paciente, reduce los costos individuales, familiares, sociales y en política sanitaria

¿Cuáles serían sus riesgos?

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 (29)

¿Cuándo la deprescripción es prioritaria y/o aconsejable?

_ Cuando los fármacos producen efectos adversos

_ Duplicidades, Interacciones, errores.

_ Fármacos sin evidencia clínica.

_ Pacientes polimedicados, especialmente ancianos

__ Fármacos inadecuados o que han dejado de ser adecuados por cambio en las características del paciente o del problema

_ Expectativa de vida corta.

¿Cuál fármaco a retirar?

_Cualquiera que sea considerado inapropiado

_Balance beneficio/riesgo negativo o sin beneficio alguno.

_Cuando no exista o deje de existir la indicación para la cual fue prescrito

_No aporta nada adicional a la esperanza o calidad de vida a petición del paciente (consensuado) Complejidad terapéutica (30,31)

Deprescripción de medicamentos específicos

No todos los medicamentos pueden ser retirados de forma brusca, dado que algunos de ellos podrían provocar síntomas de retirada o porque, sin una vigilancia adecuada, podrían reaparecer los síntomas que originaron su prescripción o empeorar los ya existentes, a continuación expongo ejemplo de un medicamento de uso frecuente y es susceptible al ser retirado.

-Bifosfonatos, fármacos antifractura y osteoporosis

Si bien la prevalencia de fracturas aumenta con la edad, los métodos actuales de estimación de probabilidad de fractura no presentan la precisión suficiente, lo cual puede generar tanto una sobremedicalización en prevención primaria, tratando a mujeres de bajo riesgo, como un infratratamiento de aquellas en prevención secundaria.

Los bifosfonatos¹⁹ a largo plazo se relacionan con la osteonecrosis mandibular y las fracturas atípicas de fémur, por lo que su retirada o cese temporal parecen aconsejables. Para su cese no es precisa la retirada gradual.

Un problema frecuente que se asocia al incremento en el número de fármacos resulta de la denominada cascada de prescripción, situación que se suscita asumiendo erróneamente que un nuevo síntoma debe ser manejado con un nuevo fármaco y no descartar que se deba a uno de los fármacos recibidos y que, por lo tanto, debiera ser suspendido (³²)

.

Prevenir la automedicación en el adulto mayor

La OMS considera la automedicación como responsable cuando hay un uso adecuado de la misma, ya que se conoce los síntomas de la enfermedad y el medicamento para contrarrestarla, lo que no ocurre con la auto prescripción

(automedicación no responsable) en que la conducta es conseguir medicamentos de venta bajo receta médica sin contar con ella., en base a la experiencia argentina, citan como causas de automedicación a algunos factores como: la medicalización de la vida (situaciones cotidianas que no requieren de medicación), percepción de la necesidad de tomar fármacos y creer por experiencias personales o de terceros la eficacia del medicamento, la influencia de los medios de comunicación, el autocuidado excesivo y el rol vertical del médico en la prescripción.^(1,33,34)

Si bien se ha demostrado asociación entre el nivel educativo de quienes se automedican con este grave problema, afrontarlo y eliminarlo supone cambios en la regulación del sistema de salud y abordar el compromiso de educar a la sociedad en general y a los propios profesionales de la salud, por parte del estado y las instituciones comprometidas en salud, para evitar consecuencias en esta etapa de la vida.

Asimismo, las entidades reguladoras del expendio de medicinas deberán tener un mejor sistema de vigilancia para reducir la venta de medicinas sin receta médica y regular la participación de los diferentes actores de la cadena de la medicación: productor, prescriptor, dispensador y consumidor.

Recomendaciones para optimizar el manejo farmacológico en el adulto mayor.

Elaborar una prescripción apropiada en el adulto mayor es un trabajo difícil que requiere considerar un balance entre los riesgos y beneficios de las medicinas indicadas, las cuales muchas veces no tienen una evidencia clara de su eficacia en este grupo etario, especialmente en el grupo de adultos mayores frágiles y polimedicados. Adicionalmente, el manejo de las enfermedades crónicas, altamente prevalente en la población adulta mayor y presentes de forma simultánea, se suele basar en recomendaciones plasmadas como guías clínicas las cuales suelen ser específicas para cada enfermedad individual y extrapoladas de estudios con pacientes usualmente seleccionados sin comorbilidades ni polifarmacia, lo cual dificulta su aplicación en adultos mayores ya que puede elevar el riesgo de deterioro y calidad de vida, si son aplicables de forma rígida sin considerar las particularidades del adulto mayor. ⁽³⁴⁾

En consonancia con el tema la autora refiere, que en el 2014 cuando estuvo de misión en Brasil ,fue un impacto para la colaboración cubana la presencia de polifarmacia que existía prácticamente en casi la totalidad de la población geriátrica atendida ,en ese país a diferencia de nuestros profesionales la utilización del método clínico y realización del examen físico es prácticamente nula, esto los llevó a realizar diferentes acciones, en primer lugar a establecer un nivel de empatía necesario con los pacientes y así disminuir los índices de polifarmacia.

Conclusiones

1-Los profesionales encargados de la prescripción al anciano deben dar cumplimiento a los postulados que proclaman 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.

2-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.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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>.
- 2- Fernández Seco EA. Envejecimiento poblacional de Cuba. Retos del sistema de salud. Conferencia. XV Seminario Internacional Longevidad. Abril 2018. La Habana: Palacio de Convenciones; 2018. Disponible en: <http://www.convencionsalud2015.sld.cu/index.php/convencionsalud/2015/paper/view/1730/791>.
- 3- Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud [Internet]. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2019 [citado 12/Enero2021]. Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu/tag/anuario-estadistico-de-salud/>
- 4-MINSAP. Programa de Atención Integral al Adulto Mayor. Actualización. La Habana: MINSAP; 2019
5. Gort Hernández M, Guzmán Carballo NM, Mesa Trujillo D, Miranda Jerez PA, Espinosa Ferro Y. Caracterización del consumo de medicamentos en el adulto mayor. Rev Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2019[citado 11Feb 2020 Mar 05]; 35(4):e970
- 6.Cepero-PérezI,González-GarcíaM,González-GarcíaO,Conde-CuetoT. Trastornos del sueño en adulto mayor. Actualización diagnóstica y terapéutica. Medisur [Internet]. 2020 [citado 12Dic 2020 May 26]; 18(1). Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4334><http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v18n1/1727-897X-ms-18-01-112.pdf>
7. Figueroa Saavedra C S, Otzen Hernández T F, Figueroa Delgado V, Sanhueza P, Candia J. Alfabetización en salud y adherencia farmacológica en adultos mayores con enfermedades crónicas, de la ciudad de Temuco. Rev. méd. Chile [Internet]. 2020 Mayo [citado 2021 Mar 05]; 148(5): 653-656. Disponible

en:https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020000500653&lng=es.

8. Cala Calviño L, Casas Gross S, Kadel Duná L. Efecto cascada en el anciano como consecuencia de la polifarmacia MEDISAN [Internet]. 2017 [citado 11 Feb 2020 Mar 05]; 21(3):279 Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/317512299_Efecto_cascada_en_el_anciano_como_consecuencia_de_la_polifarmacia/link/5b0ee1b3aca2725783f3fde3/download

9. Ávila Peña Y, Mariño Cano H, Peña Pérez LN, Ramírez Pérez Ladis. Automedicación en el adulto mayor. Consultorio médico de la familia # 15, Jesús Menéndez. Revista ciencia de la salud. 2018 [citado 12 Dic/2020];

Disponible en.

<https://acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/view/86/93>

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwju6->

[rV9pnhAhXkqIkKHaviDQwQFjABegQIBhAD&url=https%3A%2F%2Facvenisproh.com%2Frevistas%2Findex.php%2Fmasvita%2Farticle%2Fdownload%2F86%2F93%2F&usg=AOvVaw2CE09vltYgyavWV3rwLlJP](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwju6-rV9pnhAhXkqIkKHaviDQwQFjABegQIBhAD&url=https%3A%2F%2Facvenisproh.com%2Frevistas%2Findex.php%2Fmasvita%2Farticle%2Fdownload%2F86%2F93%2F&usg=AOvVaw2CE09vltYgyavWV3rwLlJP)

10. Bonifaz Guerrero MB. Polifarmacia y prescripción inapropiada afectan la calidad de vida del adulto mayor. Práctica Familiar Rural. [Internet] 2017 [citado 17 Feb 2021]; 1(5). Disponible en:

<http://saludrural.org/index.php/saludrural/article/view/181/html>

11- 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 12 Dic/2020]; 19(3):e3416. Disponible en:

<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3416>

12. Jiménez OE, Arroyo Aniés MP, Vicens Caldentey C, González Rubio F, Hernández Rodríguez MA, Sempere Manuel M. Deprescribiendo para mejorar la salud de las personas o cuando deprescribir puede ser la mejor medicina. Rev Aten Primaria. [Internet]. 2018 [Citado 13Feb2020]; 50(S2):70—79.

13- Casas-Vásquez O, Ortiz-Saavedra P, Penny-Montenegro E. Estrategias para optimizar el manejo farmacológico en el adulto mayor Rev Peru Med Exp Salud Publica. [Internet] 2016 Citado 13Feb2020]; 33 (2) Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2016.v33n2/335-341/>

14. Ramírez Bohórquez, Ruge Perdomo AL, Saavedra Vargas AL, Sogamoso Bohórquez MA. Efectos de la polifarmacia inadecuada sobre la calidad de vida de los adultos mayores en centros geriátricos de barrios unidos de la ciudad de Bogotá en el periodo de marzo a noviembre de 2017. [Tesis doctoral] Bogotá. : Universidad de ciencias aplicadas y ambientales udca facultad de medicina; 2017. [Citado 15Feb2020] 98p Disponible en: <https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/849/1/TRABAJO%20FINAL%20NO%20VENO.pdf>

15. Menéndez Mendoza, S L. Impacto de la polifarmacia en la dependencia funcional en pacientes mayores de 65 años de edad que acuden a la consulta externa del Hospital General Guasmo Sur en el periodo de febrero a marzo del 2019 [Tesis doctoral] Guayaquil: Facultad de Ciencias Médicas; 2019. [Citado 20Feb2020] Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/12964/1/T-UCSG-PRE-MED-818.pdf>

16. Palacios Venero R. Polimedición en los ancianos y el papel de enfermería. [Tesis enfermería] Cantabria: Escuela Universitaria de Enfermería Casa de Salud .Valdecilla; 2017 [Citado 20Feb2020] Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/10547/Palacios%20Venero%2C%20Raquel.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

17. Bonifaz Guerrero MB. Polifarmacia y prescripción inapropiada afectan la calidad de vida del adulto mayor. *Práctica Familiar Rural*. [Internet]. 2017 [citado 17 Feb 2021]; 1(5). Disponible en:
<http://saludrural.org/index.php/saludrural/article/view/181/html>

18. 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. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. [Citado 20 Feb 2020] Disponible:
<http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v40n6/1684-182>

19. Cala Calviño L, Dunán Cruz LK, Marín Álvarez T, Vuelta Pérez L. Principales características de la prescripción de fármacos en ancianos del Policlínico "José Martí Pérez". *Rev MEDISAN* [Internet] 2017 [citado 17 Feb 2021]; 21(12):6035. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3684/368454498004.pdf>

20- Ramírez Pérez A, Ramírez Pérez JF, Borrell Zayas JC. Interacciones medicamentosas como un problema de salud imperceptible en la población. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [Internet] 2020 [citado 20 Feb 2021]; 36(1):e1091. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v36n1/1561-3038-mgi-36-01-e1091.pdf>

21. Sánchez-Rodríguez JR, Escare-Oviedo CA, Castro-Olivares V, Robles-Molinar CE, Vergara-Martínez MI, Jara-Castillo CT. Polifarmacia en adulto mayor, impacto en su calidad de vida. Revisión de literatura. *Rev. Salud Pública*. [Internet] 2019 [citado 23 Feb 2021]; 21(2):271-277

Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v21n2/0124-0064-rsap-21-02-271.pdf>

22. García-Orihuela M, Suárez-Conejero A, Otero-Morales J, Alfonso-Orta I, Caballero-Conesa G. Génesis de la polifarmacia y las prescripciones inapropiadas STOPP en ancianos. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba* [revista en Internet]. 2020 [citado 5 Mar 2021]; 10(3) Disponible en:
<http://www.revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/925>

23. Gort Hernández M, Guzmán Carballo NM, Mesa Trujillo D, Miranda Jerez PA, Espinosa Ferro Y. Caracterización del consumo de medicamentos en el adulto mayor. Rev cuba med gen integr [Internet]. 2019 [citado 5 Mar 2021]; 35(4). Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/970>

24. Díaz Rodríguez YL, García Orihuela M. El envejecimiento sobre el estado nutricional, funcional y la polifarmacia en ancianos hospitalizados. Univ. Med Pinareña [Internet]. 2019 [citado 5 Mar 2021]

25. Arrizabalaga I, García B, Benabdellah S, García MC, Pardo CA, Parra P. Ancianos con prescripción inapropiada; ¿deprescribimos? Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2017 [Citado 3/Marzo /2021]; 52(2):102-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf/S0211139X16301007>

26. 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 24Feb/2021]; 24(3):217-22. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0120563316301097?token=3EA625866A030E3AD2AC41A6CA1E9DE60E81DBFDEB7BD4ACF62C8EE5E845AD0B3B118B026D4D1011E81BBFDB80F5AD3B7>.

27. 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 5/Marz/2021] Disponible en: <http://jimsmedica.com/LibrosInstitucionales.php>

28 .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 3Feb/2021]; 36(1):e1091. Disponible en: [http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article /view/1091](http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1091)

29. Vila LL, Domínguez JMM, Segado JMC, Sisó AF, Balasch RV, Díaz IM. Dilemas en la enfermedad crónica avanzada: ¿prevención o desprescripción? Atención Primaria [Internet]. 2018 [Citado 1 3/Ene/2021]; 50(10):583-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6837059/>

30. Ramírez Pérez A, Ramírez Pérez, Borrell Zayas JC. Polifarmacia e interacciones medicamentosas potenciales. Revista Cubana de Farmacia. [Internet] 2019[citado 2 0Feb 2021]; 52(2):e335Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubfar/rcf-2019/rcf192e.pdf>

31- Alfonso Figueroa L, Soto Carballo D, Santos Fernández NA. Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2016 [citado 13/10/2020]; 20(1). Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942016000100012&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942016000100012&lng=es)

32- Osorio Pérez O. La longevidad: más allá de la biología. Aspectos socioculturales” [Internet]. En: PAPELES del CEIC. España: CEIC (Centro de Estudios sobre la Identidad Colectiva, Universidad del País Vasco); 2016 [citado 8/18/2020]. Disponible en: <http://www.ehu.es/CEIC/pdf/22.pdf>

33- Cantos Mengs MM. Hacia otra forma de envejecer: estereotipos y realidades de la vejez en España” [tesis doctoral en Internet]. España: Universidad Complutense de Madrid; 2019 [citado 11/10/2020]. Disponible en: [https://eprints.ucm.es/51278/1/T40885.pdf.](https://eprints.ucm.es/51278/1/T40885.pdf)

34. Departamento de estadísticas. Salud Municipal. Sagua la grande. Villa Clara, septiembre 2020



