



ARTÍCULO REVISIÓN

La farmacodependencia en el adulto mayor

Drug dependence in the elderly

Gioconda del Socorro Sotomayor-Nunura ¹ , Doris Margot Díaz-de Angulo ¹ ,
Humberto Iván Morales-Huamán ¹ , Roberth Manuel Rivas-Manay ¹ , José Alberto
Silva-Siesquén ¹ , Antenor Vásquez-Muñoz ¹ 

¹Universidad Señor de Sipán, Perú.

Recibido: 09 de agosto de 2023

Aceptado: 06 de febrero de 2024

Publicado: 28 de mayo de 2024

Citar como: Sotomayor-Nunura G del S, Díaz-de Angulo DM, Morales-Huamán HI, Rivas-Manay RM, Silva-Siesquén JÁ, Vásquez-Muñoz A. La farmacodependencia en el adulto mayor. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2024 [citado: fecha de acceso]; 28(2024): e6124. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/6124>

RESUMEN

Introducción: se estima que, en 2050, la población mundial mayor de 65 años se habrá duplicado en relación a la de 2020, pasando del ocho 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. Una asistencia de calidad requiere actividades preventivas de revisión y evaluación sistemática de los tratamientos de larga evolución.

Objetivo: describir el comportamiento del de la farmacoterapia en adultos mayores y cómo modificar la farmacodependencia en ellos.

Métodos: se realizó una revisión bibliográfica acerca de la temática de estudio relacionándose 45 artículos obtenidos de las bases de datos de Google Scholar, Google Académico y Scielo.

Desarrollo: 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. 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, una vez lo haya hecho se debe desaconsejar su uso.

Conclusiones: los profesionales encargados de la prescripción al anciano deben dar cumplimiento a los postulados 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.

Palabras clave: Envejecimiento; Fármacos; Terapia; Polifarmacia.

ABSTRACT

Introduction: it is estimated that by 2050, the world's population over 65 years of age will have doubled from 8 to 16 per cent in 2020. Some studies suggest that 0.3 per cent of global health expenditure could be avoided through the appropriate management of polypharmacy. Quality care requires preventive activities to systematically review and evaluate long-standing treatments.

Objective: to describe the behaviour of pharmacotherapy in older adults and how to modify drug dependence in them.

Methods: a literature review was carried out on the subject of the study, relating 45 articles obtained from the Google Scholar, Google Scholar and Scielo databases.

Development: useless or harmful treatments due to the use of drugs of little or no therapeutic value, low safety or poor prescribing of proven efficacy and safety, are due to a variety of causes and reflect the risks to which populations are subjected by medical conduct. Appropriate prescribing should balance the patient's life expectancy, therapeutic goals and the time needed for the drug to achieve these goals, and once it has done so, its use should be discouraged.

Conclusions: professionals in charge of prescribing to the elderly should comply with the postulates against polypharmacy, inappropriate prescribing, and take up the steps of reasoned therapy based on the scientific method, evidence-based medicine and the pharmacological bases that govern the rational use of drugs.

Keywords: Aging; Pharmaceutical; Therapeutics; Polypharmacy.

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 Perú como otros países de la región contará con mayor población envejecida lo que está relacionado con el aumento de la expectativa de vida, el descenso de la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, 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 %. En la legislación del Perú se entiende por persona mayor a todos aquellos que tienen 60 o más años de edad (Ley N°30490). La proporción de la población mayor en el total ha registrado un incremento notable en las últimas siete décadas. En el año 1950 las personas mayores representaban un 5,7 % del total de la población, mientras que en el 2020 este porcentaje se ha incrementado al 12,7 % (INEI, 2021). Se espera que la participación de la población mayor siga en aumento, y se proyecta que para el 2050 alcance el 22 % de la población.⁽³⁾

En el año 2000, la esperanza de vida en Perú era de 74 años aproximadamente, en el 2019 ésta es de alrededor de 80 años. Hoy en día, las mujeres viven en promedio 81 años de edad, mientras que los hombres viven en promedio 78 años de edad. Hace veinte años, estos números eran 75 y 72, respectivamente. El aumento de la esperanza de vida en Perú se explica mayoritariamente por un aumento en la esperanza de vida saludable de la población. Mientras que, en el año 2000, se estimaba que 65 de los 74 años que se vivían en promedio eran de vida saludable, en el 2019 los años de vida saludable aumentaron a casi 70 años, sin variaciones significativas en los años de vida no saludables en el período.⁽³⁾

El intervencionismo terapéutico excesivo se pone de manifiesto con mayor probabilidad en aquellas poblaciones con tendencia al envejecimiento lo que puede propiciar polifarmacia y errores de prescripción en ancianos. En Perú, como en otras naciones, el anciano poli medicado es un problema recurrente; sin embargo, la información sobre de prescripción 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 una paciente diana de los sistemas sanitarios especializados con características que lo diferencian de otros grupos poblacionales.^(4,5)

A nivel mundial, la prevalencia de la poli medicación 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.⁽⁶⁾

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.⁽⁷⁾

De ahí el objetivo de la presente revisión bibliográfica que describe el comportamiento de la farmacoterapia en adultos mayores y cómo modificar la farmacodependencia en ellos.

MÉTODOS

Se revisó la literatura científica para obtener la información necesaria acerca del envejecimiento poblacional en Perú y su creciente ascenso a la par de las tendencias regionales y mundiales. Se consultaron las bases de datos de Google Académico, Google Scholar, PubMed y SciELO, de los 45 artículos consultados fueron definidos por su contenido, actualidad y relevancia 23 artículos.

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.⁽⁸⁾

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 afecta la "economía doméstica" y las posibilidades de acceso de los adultos mayores a ellos.^(9,10)

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.^(7,8)

Poli medicación y De prescripción

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

La de prescripción 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.^(11,12)

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.⁽¹²⁾

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 siete y trece 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.⁽¹²⁾

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.⁽¹³⁾

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.⁽¹³⁾

En el caso América Latina, Cuba destaca en su Programa Nacional de medicamentos y Manual de Buenas Prácticas que 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.⁽¹⁴⁾

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 principales estrategias para la deprescripción son:⁽¹⁵⁾

-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.

En los programas de atención al anciano en múltiples países 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.^(16,17)

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.⁽⁴⁾

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.⁽⁴⁾

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.

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,⁽¹⁸⁾

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.

¿Dónde podemos predescribir 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.

¿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?⁽¹⁹⁾

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

¿Cuándo la desprescripción es prioritaria y/o aconsejable?^(19,20)

- _ 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)

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.^(21,22)

Si bien se ha demostrado asociación entre el nivel educativo de quienes se auto medican 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.

CONCLUSIONES

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. 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 de los sistemas de salud.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Todos los autores participaron en la conceptualización, análisis formal, redacción del borrador original, redacción – revisión, edición y aprobación del manuscrito final.

Financiación

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Medication without harm. WHO global patient safety challenge [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017. [Citado 09/08/2023]. 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 [Internet]. Abril 2018. La Habana: Palacio de Convenciones; 2018 [Citado 09/08/2023]. Disponible en: <http://www.convencionalud2015.sld.cu/index.php/convencionalud/2015>
3. Banco Interamericano de Desarrollo. Envejecimiento y atención a la dependencia en Perú. NOTA TÉCNICA N° IDB-TN-2512 [Internet]. Perú; agosto 2022 [citado 09/08/2023]. Disponible en: https://publications.iadb.org/es/envejecimiento-y-atencion-la-dependencia-en-el-peru?qclid=Cj0KCQiAkKqsBhC3ARIsAEEjuJg71Oj9371p88zBCqwhQTTDbDCwG2Y3n0qthN9J64r mamTfJo iH7EaAp3qEALw_wcB
4. 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 09/08/2023]; 35(4): e970. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/970>
5. Cepero-Pérez I, González-García M, González-García O, Conde-Cueto T. Trastornos del sueño en adulto mayor. Actualización diagnóstica y terapéutica. Medisur [Internet]. 2020 [citado 09/08/2023]; 18(1). Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4334>
6. Figueroa Saavedra CS, Otzen Hernández TF, 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 09/08/2023]; 148(5): 653-656. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020000500653&lng=es
7. Cala Calviño L, Casas Gross S, Kadel Duná L. Efecto cascada en el anciano como consecuencia de la polifarmacia. MEDISAN [Internet]. 2017 [citado 09/08/2023]; 21(3): 279-286. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/317512299_Efecto_cascada_en_el_anciano_como_consecuencia_de_la_polifarmacia/link/5b0ee1b3aca2725783f3fde3/download
8. 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 09/08/2023]; 33(2). Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpmpesp/2016.v33n2/335-341/>

9. 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 09/08/2023]: 98p. Disponible en: <https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/849/1/TRABAJO%20FINAL%20NOVENO.pdf>
10. Menéndez Mendoza SL. 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 09/08/2023]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/12964/1/T-UCSG-PRE-MED-818.pdf>
11. Palacios Venero R. Polimedición en los ancianos y el papel de enfermería [Tesis]. Cantabria: Escuela Universitaria de Enfermería Casa de Salud. Valdecilla; 2017 [Citado 09/08/2023]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/10547/Palacios%20Venero%2C%20Raquel.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
12. Bonifaz Guerrero MB. Polifarmacia y prescripción inapropiada afectan la calidad de vida del adulto mayor. Práctica Familiar Rural [Internet]. 2017 [Citado 09/08/2023]; 1(5). Disponible en: <http://saludrural.org/index.php/saludrural/article/view/181/html>
13. 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 09/08/2023]. Disponible: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v40n6/1684-182>
14. 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 09/08/2023]; 21(12): 6035. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3684/368454498004.pdf>
15. Ramírez PérezA, Ramírez PérezJF, Borrell ZayasJC Interacciones medicamentosas como un problema de salud imperceptible en la población Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2020 [citado 09/08/2023]; 36(1): e1091 Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v36n1/1561-3038-mgi-36-01-e1091.pdf>
16. 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 09/08/2023]; 21(2): 271-277. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v21n2/0124-0064-rsap-21-02-271.pdf>
17. 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 [Internet]. 2020 [Citado 09/08/2023]; 10(3). Disponible en: <http://www.revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/925>

18. 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 09/08/2023]; 17(1): e525. Disponible en: <https://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/525/807>
19. 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 09/08/2023]; 24(3): 217-22. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0120>
20. 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 09/08/2023]. Disponible en: [http://www.jimsmedica.com/Libros Institucionales.php](http://www.jimsmedica.com/Libros_Institucionales.php)
21. 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 09/08/2023]; 50(10): 583-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6837059/>
22. Ramírez Pérez A, Ramírez Pérez, Borrell Zayas JC. Polifarmacia e interacciones medicamentosas potenciales. Revista Cubana de Farmacia [Internet]. 2019 [Citado 09/08/2023]; 52(2): e335. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubfar/rcf-2019/rcf192e.pdf>