06

INMEDSUR

ARTÍCULO ORIGINAL

Consumo de medicamentos en adultos mayores. Hogar de ancianos "Hermanas Giral", Cienfuegos, 2020

Drugs consumption in the elderly. "Hermanas Giral" Nursing Home, Cienfuegos 2020

Aitana Blanco Morejón[1], Evelyn Delgado Rodríguez[1], Daniela de la Caridad Cedeño Díaz[1], Alicia del Rosario Ramírez Pérez[1], Maira Quirós Enriquez[1]

[1]Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba.

Autor para la correspondencia: *aitanabm27@gmail.com*

Citar como: Blanco Morejón A, Delgado Rodríguez E, Cedeño Díaz DC, Ramírez Pérez AR, Quirós Enriquez M. Consumo de medicamentos en adultos mayores. Hogar de Ancianos "Hermanas Giral", Cienfuegos 2020. Inmedsur [Internet]. 2020 [citado: fecha de acceso]; 3(2): 18-26. Disponible en: http://www.inmedsur.cfg.sld.cu/index.php/inmedsur/article/view/82

RESUMEN

Introducción: la morbilidad múltiple que acompaña al envejecimiento, facilita comprender que los ancianos conforman un grupo vulnerable al consumo elevado de medicamentos.

Objetivo: caracterizar el consumo de medicamentos en adultos mayores del hogar de ancianos "Hermanas Giral" de Cienfuegos durante el primer trimestre del año 2020.

Método: se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal en el hogar de ancianos "Hermanas Giral" del municipio y provincia de Cienfuegos durante el trimestre enero-marzo del 2020. El universo fueron las 97 historias clínicas de adultos mayores sin diagnóstico de demencia, la muestra quedó conformada por 34 ancianos mediante muestreo aleatorio simple. Se estudiaron variables demográficas, tipo de consumo, comorbilidades, número de medicamentos, grupos farmacológicos.

Resultados: la edad promedio fue de 77 años, la media de consumo independiente del sexo y edad identifica la polifarmacia donde se destaca el grupo 75-89 años (n=8-23,5%); la media de consumo más alta fue en hombres y el grupo de 65-74 años. Las mujeres mostraron multimorbilidad relevante y los hombres menos comorbilidades. Hipertensión arterial, osteoartropatía degenerativa, trastornos psiquiátricos y la depresión contribuyen al alto índice de comorbilidad. La diabetes mellitus, los trastornos gastrointestinales y la insuficiencia cardiaca contribuyen a la polimedicación. Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y benzodiacepinas fueron los grupos más prescritos. La media de consumo más alta fue registrada en la insuficiencia cardiaca.

Conclusiones: la polifarmacia es un problema sugerente de fragilidad, multimorbilidad relevante, esquemas de tratamiento complejos e innecesarios que amenazan la calidad de vida de este grupo especial.

Palabras clave: anciano; comorbilidad; medicamento; polifarmacia

ABSTRACT

Introduction: the multiple morbidity that accompanies aging makes it easier to understand that the elderly are a group vulnerable to high drug consumption.

Objective: to characterize the drugs consumption in the elderly of the "Hermanas Giral" nursing home during the first quarter of 2020.

Method: a descriptive cross-sectional observational study was conducted in the "Hermanas Giral" nursing home in the municipality and province of Cienfuegos during the January-March quarter of 2020. The universe consisted of 97 medical records of older adults without diagnosis of dementia, the sample was made up of 34 elderly by simple random sampling. Demographic variables, type of consumption, comorbidities, number of drugs, pharmacological groups were studied.

Results: the mean age was 77 years, the mean consumption independent of sex and age identifies the polypharmacy where the 75-89 years group stands out (n=8-23.5%); the highest mean consumption was in men and the 65-74 years group. Women showed significant multimorbidity and men less comorbidities. High blood pressure, degenerative osteoarthritis, psychiatric disorders and depression contribute to the high rate of comorbidity. Diabetes mellitus, gastrointestinal disorders and heart failure contribute to polymedication. Angiotensin-converting enzyme inhibitors and benzodiazepines were the most prescribed groups. The highest mean intake was recorded in heart failure.

Conclusions: polypharmacy is a problem suggestive of fragility, relevant multimorbidity, complex and unnecessary treatment schemes that threaten the quality of life of this special group.

Key words: elderly; comorbidity; medicine; polypharmacy.

INTRODUCCIÓN

En la sociedad actual las personas viven más tiempo y el grupo poblacional más medicado son los ancianos, conjunto heterogéneo de pacientes ausentes en los ensayos clínicos, con tres características principales que los diferencian de otras poblaciones. Los cambios fisiopatológicos relacionados con el envejecimiento, la mayor comorbilidad que aumentan con el declinar de la vida que repercuten en la farmacocinética y farmacodinámica de los medicamentos y la habitual polifarmacia, son elementos que enfocan la prescripción con características propias.[1]

En los últimos años, el potencial dañino a gran escala causados por las intervenciones médicas ha crecido de manera exponencial, y ha alcanzado dimensiones poblacionales y representa una de las principales causas de muerte, logrando el reconocimiento académico y social. A partir de esto surge el concepto de "prevención cuaternaria" que aparece entonces como un cuarto tipo de prevención, no relacionado al riesgo de enfermedades, sino al riesgo de iatrogenia, de intervencionismo diagnóstico y terapéutico excesivo y de medicalización innecesaria.[2,3]

Diversos autores a través de los años han plasmado diferentes conceptos de polimedicación o polifarmacia. Numerosa es la lista de medicamentos a la cual contribuyen las prescripciones y la automedicación. Se define en forma cuantitativa como el uso de más de un número determinado de fármacos, o cualitativa, si se tiene en cuenta el uso de fármacos inadecuados o el consumo de medicamentos no indicados. Ambos conceptos se complementan. [1,2]

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como "el uso de tres y más medicamentos de manera regular sin incluir vitaminas ni suplementos" y plantea que alrededor del 50 % de las prescripciones se realiza de manera inapropiada, donde la media diaria de consumo oscila entre 4 a 5 y hasta 8 medicamentos por persona anciana. A tales consideraciones, surgen dos conceptos: polimedicación adecuada, cuando el paciente toma muchos fármacos, pero todos ellos tienen indicación clínica y polimedicación inadecuada cuando se toman más medicamentos de los clínicamente necesarios.[4,5]

Diversos estudios han demostrado que a mayor número de fármacos prescriptos, mayor es la posibilidad de tratamientos innecesarios, interacciones farmacológicas y de que aparezcan efectos adversos prevenibles. Por un lado, las interacciones medicamentosas alcanzan el 50 % cuando se indican más de 5 fármacos y casi 100 % con más de diez. Por el otro, la cascada de eventos asociados al uso de múltiples fármacos tributa en la aparición de efectos adversos, que en ancianos son más frecuentes y graves. [1,4] En los ancianos ambas situaciones pueden terminar en aumento de las hospitalizaciones, mayor grado de discapacidad, síndromes geriátricos (confusión, caídas incontinencia, polifarmacia) y finalmente la muerte.

En tal sentido, la polimedicación es un gran problema de salud pública mundial, no solo por su alta prevalencia, que entre los ancianos frágiles o muy ancianos es alrededor del 70% o por sus consecuencias, sino también por ser un fenómeno creciente contemporáneo, considerado como criterios aceptados categóricamente de fragilidad desde hace varios años por la sociedad Española de Geriatría y Gerontología.[4,6]

La morbilidad múltiple que acompaña al envejecimiento facilita comprender que los ancianos conforman un grupo vulnerable al consumo elevado de medicamentos que en la actualidad se considera un problema de salud para el mundo del cual Cuba no está exenta y se conoce como medicalización de la sociedad. Sin embargo, el uso racional de medicamentos en este sector poblacional es necesario y se considera la piedra angular del tratamiento integral, y pese a todas las ventajas que ofrece constituye la primera fuente de trastornos iatrogénicos.

En los adultos mayores del hogar de ancianos "Hermanas Giral" se desconoce si el consumo de medicamentos es un problema sanitario, así como su inobservancia con la frecuencia requerida en los últimos cinco años hace imprescindible su estudio. Para ellos los autores se trazaron como objetivo caracterizar el consumo de medicamentos en adultos mayores del hogar de ancianos "Hermanas Giral" de Cienfuegos durante el primer trimestre del año 2020.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, que tuvo como escenario el hogar de ancianos "Hermanas Giral" del municipio y provincia de Cienfuegos durante el trimestre enero-marzo del 2020. El universo fueron las 97 historias clínicas de adultos mayores de 60 años sin diagnóstico de demencia. Se realizó un muestreo aleatorio simple mediante el cual se seleccionó una muestra de 34 ancianos.

Se revisaron las historias clínicas, los datos necesarios fueron vaciados en un formulario recolector confeccionado al efecto. Se estudiaron variables demográficas como la edad y el sexo, tipo de consumo, enfermedades crónicas, índice de comorbilidad, medicamentos de consumo y grupos farmacológicos. Se aplicó el Índice de Charlson7 con el cual se determinó el índice de comorbilidad y se interpretó de la siguiente forma: ausencia entre 0 y 1 puntos; baja cuando el índice es 2, y alta cuando es ≥ 3 puntos.

Las técnicas estadísticas utilizadas fueron de tipo descriptivas con distribución de frecuencias absolutas, relativas y acumuladas. Los resultados obtenidos se presentaron en tablas para su exposición, en todos los casos la fuente de estos se correspondió con la información obtenida a partir de la fuente primaria de los datos. Se aplicó la media aritmética y la desviación estándar (X ± DS) para calcular la edad media y el consumo de medicamentos de la población general. La base de datos y el procesamiento de la información se utilizó el paquete estadístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versión 22.0.

Al ser un estudio de datos obrantes en las historias clínicas no fue necesario el consentimiento informado. El trabajo forma parte del proyecto institucional "Estrategia de utilización óptima de medicamentos"; se solicitó aprobación por el Consejo Científico de la Facultad de Ciencias Médicas y anuencia del director del hogar de ancianos "Hermanas Giral".

RESULTADOS

Los adultos mayores mostraron una edad promedio de 77 años, la media de consumo para ambos sexos independiente de la edad se corresponde con polifarmacia, la mayoría de las observaciones del límite superior muestran un consumo que alcanzan los 8 y 7 medicamentos. Aunque en ambos sexos se identificó polifarmacia, el consumo para los hombres fue superior a las mujeres. (Tabla 1)

De acuerdo con la edad y el sexo, el grupo que predominó fue el de 75 a 89 años con el 70,6%, sin embargo el grupo de 65 a 74 años mostró una media de consumo más alta, mientras que los extremos de clases mostraron polimedicación. (Tabla 2)

Predominó el índice de comorbilidad alto lo que corresponde con multimorbilidad relevante (67,6%) y media de consumo sugerente de polifarmacia que alcanza los 8 medicamentos por día, en la medida que disminuye la morbilidad disminuye el consumo. Al relacionar el índice de comorbilidad con el sexo se destacan la multimorbilidad relevante en mujeres (38,2 %), mientras que la baja morbilidad y ausencia de estas se identifica a predominio de hombres respecto a las mujeres. (Tabla 3)

Se identificaron 29 enfermedades crónicas y procesos propios del envejecimiento. La hipertensión arterial, la osteoartropatía degenerativa y los trastornos psiquiátricos y depresión fueron las que más contribuyeron al alto índice de comorbilidad en orden descendente. Enfermedades

Tabla 1. Características demográficas y tipo de consumo de los adultos mayores. Hogar de anciano "Hermanas Giral". Cienfuegos, 2020.

Características generales		Cantidad de adultos mayores	
		No.	Media de consumo
Edad	Rango (de 60 a 96 años)	77,029 ±3,15	3,71 ±1,01(1-8)
Sexo	Femenino	17 (50,0)	3,59 ±2,11 (1-7)
	Masculino	17 (50,0)	3,71±1,12 (1-8)
Tipo de consumo	Polifarmacia	23 (67,6)	4,70±0,15 (3-8)
	Regular	11 (32,4)	1,64±0,13 (1-2)

Fuente: Historia clínica (n=34)

Tabla 2. Relación entre la edad y el sexo con el tipo de consumo en los adultos mayores. Hogar de anciano "Hermanas Giral". Cienfuegos, 2020.

Características demográficas		Tipo de consumo				Total	%	Media de consumo (rango)
		Polifarmacia		Regular				
		No.	%	No.	%			
De 60 a 64 años	Femenino	1	2,9	0	0	2	5,9	4 (3-5)
	Masculino	1	2,9	0	0			
De 65 a 74 años	Femenino	1	2,9	2	5,9	7	20,6	4,14 (1-7)
	Masculino	3	8,8	1	2,9			
De 75 a 89 años	Femenino	8	23,5	5	14,7	24	70,6	3,5 (1-8)
	Masculino	8	23,5	3	8,8			
90 años y mas	Femenino	0	0	0	0	1	2,9	5 (5)
	Masculino	1	2,9	0	0			

Fuente: Historia clínica (n=34)

Tabla 3. Relación entre el índice de comorbilidad según el sexo y la media de consumo para la población de adultos mayores. Hogar de anciano "Hermanas Giral". Cienfuegos, 2020.

Índice de comorbilidad	Sexo				Total	%	Media de consumo (rango)
	Femeninos		Masculino				
	No.	%	No.	%			
Alto (≥3)	13	38,2	10	29,4	23	67,6	4,26 (1-8)
Bajo (2)	3	8,8	5	14,7	8	23,5	2,88 (1-5)
Ausente (1)	1	2,9	2	5,9	3	8,8	1,67 (1-3)

Fuente: Historia clínica (n=34)

Tabla 4. Enfermedades crónicas no trasmisibles según la media de consumo para la población de adultos mayores y los polimedicados. Hogar de anciano "Hermanas Giral". Cienfuegos, 2020.

Enfermedades crónicas	Casos			Polimedicados		
	No.	%	Media de consumo (rango)	No.	%	Media de consumo (rango)
Hipertensión arterial	18	53,0	4,5 (2-8)	15	83,3	5 (3-8)
Osteoartropatías degenerativas	11	32,4	3,55 (1-6)	7	63,6	4,57 (3-6)
Trastornos psiquiátricos/ Depresión	10	29,4	4,5 (2-8)	8	80,0	5,13 (3-8)
Cardiopatía isquémica	9	26,5	2 (2)	8	88,9	5 (3-7)
Diabetes mellitus tipo-2	8	23,5	5,75 (4-7)	8	100,0	5,75 (4-7)
Insuficiencia vascular	8	23,5	4,75 (2-7)	6	75,0	5,67 (3-7)
Catarata	8	23,5	4,5 (1-8)	7	87,5	5 (2-8)
Úlcera péptica/gastritis/dispepsias	4	11,8	4,5 (3-8)	4	100,0	4,5 (3-8)
Insuficiencia cardíaca	3	8,8	6 (5-7)	3	100,0	6 (5-7)

Fuente: Historia clínica (n=34)

Tabla 5. Distribución de los grupos farmacológicos de prescripción frecuente según el tipo de consumo en los adultos mayores. Hogar de anciano "Hermanas Giral". Cienfuegos, 2020.

Grupos farmacológicos	Casos	Polimedicados		Regular	
		No.	%	No.	%
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina	14	10	71,4	4	28,6
Benzodiacepinas	14	10	71,4	4	28,6
Inhibidores de la bomba de protones	11	10	90,9	1	9,1
Diuréticos tiacídicos	11	10	90,9	1	9,1
Diuréticos ahorradores de potasio	7	6	85,7	1	14,3
Antipsicóticos	6	6	100	0	0
Nitrovasodilatadores orgánicos	6	5	83,3	1	16,6
Diuréticos de ASA	5	4	80,0	1	20,0
Antiagregantes plaquetarios	5	4	80,0	1	20,0
Hipoglucemiantes/Insulina	5	5	100	0	0
Antihistamínicos H1	5	5	100	0	0
Hipolipemiantes	3	3	100	0	0
Antiglaucomatosos	3	3	100	0	0
Digitálicos	2	2	100	0	0
Prodopaminérgicos	2	2	100	0	0
Antiasmáticos	2	2	100	0	0
Antiepilépticos	2	2	100	0	0
Vitaminas y suplementos	32	22	64,7	10	29,4

Fuente: Historia clínica (n=34)

como diabetes mellitus, trastornos gastrointestinales e insuficiencia cardiaca contribuyeron al consumo elevado de medicamentos pues todos los pacientes estaban polimedicados. La media de consumo más alta fue registrada en la insuficiencia cardiaca (X=6), mientras que, alcanzó o superó los 5 medicamentos en la mayoría de las enfermedades crónicas (Tabla 4)

Fueron identificados 26 grupos farmacológicos y 42 productos. Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (enalapril, captopril) y las benzodiacepinas (alprazolam, clordiazepóxido) fueron los grupos más prescritos, seguidos de los inhibidores de la bomba (omeprazol) y los diuréticos tiacídicos (hidroclorotiacida). (Tabla 5)

Los grupos farmacológicos, antipsicóticos, hipoglucemiantes/insulina, antihistamínicos H1, hipolipemiantes, antiglaucomatosos, digitálicos, prodopaminérgicos, antiasmáticos y antiepilépticos estuvieron representados por menor cantidad de pacientes pero todos se relacionaron con la presencia de polifarmacia. (Tabla 5)

DISCUSIÓN

El presente estudio identifica en 2/3 de los adultos mayores institucionalizados con la polifarmacia, donde la media de consumo se corresponde con lo planteado por la OMS, sin embargo es inferior a investigaciones como las de Ramírez y colaboradores [1,4] quienes plantean en sus trabajos que es más alta en consultorios de la Atención Primaria de Salud en Cienfuegos y alcanzan los 10 y hasta 11 medicamentos por anciano, manifestando polifarmacia mayor.

La edad promedio, por su parte, coincide con las estadísticas nacionales en relación a la esperanza de vida,[8] así como con otras investigaciones de alcance territorial, nacional e internacional, donde se le confiere importancia a la mayor supervivencia y su relación proporcional con la multimorbilidad. Por su parte, se encontró semejanza en cuanto al grupo de edad que predominó con Cala9 en Santiago de Cuba, Linares[10] en Pinar del Rio y Zavala[11] en España.

Es necesario destacar el elevado índice de comorbilidad con polifarmacia, resultado que puede estar relacionado con la multimorbilidad relevante, que no solo dificulta el diagnóstico, sino que con relativa frecuencia un tratamiento complejo empeora el curso de otra enfermedad. Por ejemplo, el tratamiento de insuficiencia cardíaca congestiva con benzodiacepinas o antihistamínicos H1 puede ocasionar retención urinaria, o la prescripción de inhibidores de la bomba de protones en los mayores de 75 años sin diagnóstico de una enfermedad que lo justifique, modelos que evidencian una vez más el carácter multifactorial de la prescripción y los efectos de la prescripción en cascada.

El alto índice de comorbilidad con discreto predominio en las mujeres puede ser un elemento sugerente de multimorbilidad relevante lo cual puede explicar los esquemas de tratamiento complejos encontrados en relación a la cantidad de medicamentos prescritos, así como tratamientos innecesarios. Un ejemplo de ello es el empleo de antiagregantes plaquetarios sin tener antecedentes de eventos cardiovasculares previos los cuales pueden ser la causa de síntomas aislados en las historias clínicas sin diagnóstico preciso (dispepsia, epigastralgia).

Las enfermedades crónicas (hipertensión arterial, trastornos psiquiátricos y depresión, cardiopatía isquémica, diabetes mellitus) y procesos propios del envejecimiento (osteoartropatía degenerativa, insuficiencia vascular, cataratas) son coherentes con las estadísticas actuales de morbilidad en la población cienfueguera y envejecimiento similar (20,0%) a la estadística nacional[8] (20,4 %), así como sugieren fragilidad en los menos enfermos y más jóvenes.

El predominio de hipertensión arterial y diabetes mellitus coincide con Ramírez Pérez y colaboradores[4,6] en trabajos previos en Área de Salud II, quienes plantean la vinculación estrecha de estas enfermedades y la polifarmacia. Por su parte Pizarro[12] respalda dicha información, mientras hace alusión a la presencia de cardiopatías, nefropatías, enfermedades cerebrovasculares, asma bronquial y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, registrados también en el presente estudio.

Valdés y colaboradores[13] afirman que la población anciana con hipertensión arterial es mayormente pluripatológica y polimedicada, y su tratamiento suele ser complejo, por lo que diferentes organizaciones científicas intentan mejorar la prescripción y adecuar indicaciones a las guías de práctica clínica, evitar complicaciones causantes de 9,4 millones de decesos anuales en el mundo.

Los grupos farmacológicos más prescritos (inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y benzodiacepinas) coinciden con las enfermedades crónicas prevalentes en la investigación y reportes de otros trabajos como los de Ramírez y colaboradores[6] en la provincia de Cienfuegos, así como Manías y colaboradores[14] que aseveran su prescripción frecuente en los adultos mayores de 60 años con hipertensión y depresión o insomnio.

A pesar de que fueron identificadas 1/3 de pacientes con osteoartropatía degenerativas solo el 2,9 % consumían antiinflamatorios no esteroideos, lo que puede corresponderse con el conocimiento por los prescriptores de los efectos adversos descritos para este grupo farmacológico y a su uso inadecuado en ancianos con hipertensión arterial. Sin embargo, estos resultados difieren de los estudios de Galvin y colaboradores[15] quienes identificaron mayor consumo de benzodiacepinas y antiinflamatorios no esteroideos en ancianos institucionalizados.

Existe la apreciación errónea que un amplio arsenal terapéutico puede ser beneficioso para el prescriptor de los servicios de salud y pacientes o usuarios de estos servicios. El incremento en la disponibilidad de estos medios sobrepasa la capacidad de conocimientos por los prescriptores, independientemente de las potencialidades de riesgo inherentes al producto en sí. El uso racional de los medicamentos evidencia los conocimientos, aptitudes, valores éticos y humanos y hasta la personalidad del prescriptor. [16,17]

La utilización de fármacos de escaso o nulo valor terapéutico o de baja seguridad, según las potencialidades intrínsecas del producto, o una deficiente prescripción de medicamentos de probada eficacia y seguridad, reflejan los riesgos a que están sometidas las poblaciones por la conducta médica errática que a su vez puede estar influenciada por inadecuada formación en Farmacología Clínica, falta de educación continuada en el postgrado, revisión crítica de los hábitos prescriptivos, no considerar las evidencias científicas, dudas con el diagnóstico, entre otros factores. Ante esto el médico prescriptor debe pronunciarse en el cumplimiento de las directivas planteadas en el programa nacional para el uso racional de medicamentos en Cuba.18

La población de estudio evidencia la multimorbilidad relevante y a su vez alto riesgo de sufrir complicaciones, pues en ella confluyen enfermedades que se comportan como riesgos cardiovasculares y enfermedades con

daño potencial a la microcirculación. Por ejemplo, el factor mecánico de la presión arterial en las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares evidenciado por el predominio de la hipertensión arterial; el factor químico que expresa el estado metabólico de hiperglucemia e hipercolesterolemia sugerente por el número elevado de diabéticos y dislipidémicos.

Sin embargo, llama la atención la omisión de prescripción de estatinas ante estas situaciones clínicas en adultos mayores menores de 74 años con índice de comorbilidad bajo y ausente. Los autores consideran que puede estar relacionado al desconocimiento de sus beneficios por el prescriptor en pacientes con expectativa de vida superior a un año donde su empleo está justificado.

Los ensayos clínicos exponen los beneficios demostrados de las estatinas en la prevención primaria, secundaria y terciaria, por ejemplo la atorvastatina en disminuir los eventos coronarios mayores, la mortalidad por cardiopatía isquémica, el ictus y la mortalidad general debido a sus acciones vinculadas con su efecto hipolipemiante y bloqueo de la isoprenilación con efecto antiinflamatorio, antitrombótico y neuroprotector por modificar los procesos ateroscleróticos revirtiendo la disfunción endotelial por placas de ateroma.[19]

CONCLUSIONES

Se identifica la polifarmacia como problema de salud en el anciano institucionalizado, sugerente de fragilidad, multimorbilidad relevante, esquemas de tratamiento complejos e innecesarios consecuentes de efectos adversos prevenibles y posibles errores en la prescripción que amenazan la calidad de vida de este grupo especial. Por tanto, en la evaluación periódica del adulto mayor es esencial la revisión y adecuación del tratamiento farmacológico, esto contribuye a mejorar el seguimiento farmacoterapéutico, disminuir gastos innecesarios, mitigar el falso impacto psicológico y los perjuicios a la salud, así como elevar la calidad de la asistencia en el proceso de prescripción previendo al médico de asistencia este tipo de situaciones.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

ABM, EDR y ARRP, recolectaron y procesaron los datos estadísticos. DCCD y MQE revisaron y redactaron el manuscrito. EBM se encargó de gestionar la bibliografía. Todos los autores participaron en igual medida en la revisión y corrección final del estudio.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para realizar la presente investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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 2020 Mar 5); 52(2): e335. Disponible en: http://www.revfarmacia.sld.cu/index.php/far/article/view/335/217

2. Peña E. Sobre el acto de deprescripción prudente. Revista médica universitaria [Internet]. 2019 (citado 2020 Mar 5); 15(1): 1-6. Disponible en: https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/13750/07peaylillo.pdf

3. Álvarez Sintes R. Método clínico en Atención Primaria de Salud, determinantes sociales y prevención cuaternaria. Rev haban cienc méd [Internet]. 2019 (citado 2020 Mar 5); 18(5): 693-696. Disponible en: http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3014

4. Ramírez Pérez AR, 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 2020 Mar 6); 36(1): e1091. Disponible en: http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1091

5. Ferro-Uriguen A. Polifarmacia y desprescripción. Farmacia hospitalaria [Internet]. 2019 (citado 2020 Mar 6). Disponible en: https://www.sefh.es/sefhjornadas/66_05AlexFerroUriguen.pdf

6. Ramírez Pérez AR. Polifarmacia en el consultorio médico de familia 9, Área II. Una evaluación desde la comunidad. Tesis [Internet]. Cienfuegos: Médica Jims, S.L; 2017. Disponible en: http://jimsmedica.com/wp-content/uploads/2017/07/CIENFUEGOS-POLIFARMACIA.pdf

7. Colectivo de autores. Tratado de geriatría para residentes. 8va Ed. Madrid (Príncipe de Vergara): Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2006. p. 1-781.

8. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud de Cuba 2018. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2019. Disponible en: http://files.sld.cu/bvscuba/files/2019/04/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2018-ed-2019.pdf

9. Cala L, Dunán LK, Marín T, Vuelta L. Principales características de la prescripción de fármacos en ancianos del Policlínico "José Martí Pérez". MEDISAN [Internet]. 2017 (citado 2020 Abr 10); 21(12): 6035-6044. Disponible en: http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/655

10. Linares Cánovas LP, Lemus Fajardo NM, Linares Cánovas LB, Lazo Herrera LA, Díaz Pita G. Caracterización de pacientes adultos mayores con tratamiento farmacológico antihipertensivo atendidos en el hospital "Dr. León Cuervo Rubio". Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. [Internet] 2017 (citado 2020 Abr 10); 42(6): [aprox. 7p.]. Disponible en: http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1184/pdf_448

11. Zavala Rubio JD, Terán Martínez MA, Nava Álvarez MG, Pineda Maldonado ML, De la Mata Márquez MJ. Detección de polifarmacia y prescripción potencialmente inapropiada en el adulto mayor en una unidad de medicina familiar. Aten Fam. [Internet]. 2018 (citado 2020 Abr 10); 25(4): 141-145. Disponible en: http://revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/67257

12. Pizarro Méndez D. La polimedicación y prescripción inadecuada en adultos mayores. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica [Internet]. 2016 (citado 2020 Abr 12); LXXIII(619): 389–394. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc162zi.pdf

13. Valdés YA, Quintana I, Ramírez AR. Hipertensión arterial en adultos mayores. Caracterización clínica y funcional en el consultorio-1 de Palmira. Cienfuegos 2017. Tesis [Internet]. Cienfuegos: Médica Jims, S.L; 2018. Disponible en: http://jimsmedica.com/wp-content/uploads/2018/06/16.-CIENFUEGOS.-H.-A.-EN-ADULTOS-MAYORES.pdf

14. Manías E, Kusljic S, Lam DL. Use of the Screening Tool of Older Persons' Prescriptions (STOPP) and the Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatment (START) in hospitalized older people. Australas J Ageing [Internet]. 2015 (cited 2020 Apr 14); 34: 252-258. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ajag.12186

15. Galvin R, Moriarty F, Cousins G, Cahir C, Motterlini N et al. Prevalence of potentially inappropriate prescribing and prescribing omissions in older Irish adults: findings from The Irish Longitudinal Study on Ageing study (TILDA). Eur J Clin Pharmacol [Internet]. 2014 (cited 2020 Apr 14); 7: 599-606. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3978378/pdf/228_2014_Article_1651.pdf

16. Colectivo de autores. Manual de buenas prácticas de prescripción. La Habana: Editorial Academia; 2010. p.5-73.

17. Colectivo de autores. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Medicamentos de Cuba. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014. Disponible en: https://www.cecmed.cu/sites/default/files/adjuntos/vigilancia/farmacov/programa_nacional_medicamentos_vi_version.pdf

18. Cruz MA. Elementos para la prescripción racional de los medicamentos. En: Morón Rodríguez FJ. Farmacología general. La Habana: Ciencias Médicas; 2002 .p.165-178

19. Gurgle HE, Blumenthal DK. Terapia medicamentosa para las dislipidemias. En: Goodman and Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica. 13a.ed. New York: McGraw-Hill; 2018. p.605-618.

Recibido: 12 de mayo de 2020

Aceptado: 5 de junio de 2020

Publicado: 1 de agosto de 2020

Este artículo de la **Revista Inmedsur** está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso la **Revista Inmedsur.**