

## Polifarmacia, enfermedades y deprescripción en el adulto mayor. Una revisión exploratoria

Eliezer Alemán Fernández<sup>1\*[a](#)</sup>, Dany Siverio Mota<sup>2**a**</sup>, Liliana Vicet Muro<sup>2**c**</sup> & René Delgado Hernández<sup>3,4**d**</sup>

<sup>1</sup> Dirección Municipal de Farmacias y Ópticas, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

<sup>2</sup> Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, Facultad de Química y Farmacia, Departamento de Farmacia, Villa Clara, Cuba

<sup>3</sup> Universidad de la Habana, Instituto de Farmacia y Alimentos. La Habana, Cuba

<sup>4</sup> Department of Pharmacy and Pharmaceutical Technology, and Physical Chemistry, Faculty of Pharmacy and Food Sciences, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

ORCID IDs: <sup>a</sup> <https://orcid.org/0000-0002-6507-1761>, <sup>b</sup> <https://orcid.org/0000-0003-3579-9783>

<sup>c</sup> <https://orcid.org/0000-0002-8682-0960>, <sup>d</sup> <https://orcid.org/0000-0001-7051-7871>

\*Autor para la correspondencia: eliezerfernandez1975@gmail.com

Recibido: 10 de julio de 2025

Corregido: 10 de agosto de 2025

Aceptado: 14 de agosto de 2025

<https://doi.org/10.15446/rcciquifa.v54n3.121506>

### RESUMEN

**Introducción:** la polifarmacia, definida como el uso concomitante de cinco o más medicamentos es común en adultos mayores. Las prescripciones potencialmente inapropiadas es uno de los principales factores de riesgo para la ocurrencia de reacciones adversas en adultos mayores. **Objetivo:** realizar una síntesis narrativa sobre la polifarmacia, enfermedades más frecuentes y las intervenciones de deprescripción en adultos mayores. **Metodología:** las estrategias de búsqueda siguieron las directrices PRISMA. La búsqueda se realizó en Medline/PubMed, con la finalidad de recopilar información sobre la polifarmacia en adultos mayores desde enero 2023 hasta mayo 2025. Se realizó una revisión narrativa consistente en cinco fases: I) búsqueda bibliográfica, II) revisión por título y resumen, III) Revisión de texto completo y IV) selección de las referencias y V) Análisis descriptivo. Se incluyeron artículos que presentaban datos específicos sobre polifarmacia, enfermedades y deprescripción de medicamentos en adultos mayores. **Resultados:** durante la estrategia de búsqueda se identificaron 157 publicaciones potencialmente relevantes. Se evaluaron un total de 81 artículos y se incluyeron 35 en el análisis descriptivo. Predominaron las revisiones mientras que 4 artículos reflejaron intervenciones de deprescripción. **Conclusión:** los estudios son aún insuficientes por lo que se requiere profundizar para implementar tratamientos farmacológicos más seguros y estrategias de deprescripción más efectivas que proporcionen mayor calidad de vida en los adultos mayores.

**Palabras Clave:** Adulto mayor; polifarmacia; prescripción potencialmente inapropiada; deprescripción.

### SUMMARY

**Polyparmacy, diseases and deprescription in the elderly. A scoping review**

**Introduction:** polypharmacy, defined as the concurrent use of five or more medications, is common among to older adults. Potentially inappropriate prescribing is one of the main risk factors for adverse

drug events in older people. **Objective:** to carry out a narrative synthesis about polypharmacy, the most common diseases and deprescribing interventions in older adults. **Methodology:** the search strategies followed PRISMA guidelines. The search was conducted in Medline/PubMed in order to collect information on polypharmacy in older adults from January 2023 to May 2025. A narrative review was carried out consisting of five phases: I) bibliographic search, II) review by title and abstract, III) full text review and IV) selection of references and V) descriptive analysis. Articles were included that presented specific data about polypharmacy, diseases and drug deprescribing in older adults. A narrative synthesis was performed due to the heterogeneity of the study designs and results. **Results:** during the search strategy 157 potentially relevant publications were identified. A total of 81 articles were evaluated and 35 were included in the descriptive analysis. Reviews predominated, while 4 articles reflected deprescribing interventions. **Conclusions:** studies are still insufficient, so it is necessary to deepen the implementation of safer pharmacological treatments and more effective deprescribing strategies that provide a higher quality of life in older adults.

**Keywords:** Older adults; polypharmacy; potentially inappropriate prescription; deprescribing.

---

## RESUMO

### **Polifarmácia, doenças e desprescrição em idosos: uma revisão de escopo**

**Introdução:** A polifarmácia, definida como o uso concomitante de cinco ou mais medicamentos, é comum em idosos. Prescrições potencialmente inapropriadas são um dos principais fatores de risco para reações adversas em idosos. **Objetivo:** Realizar uma síntese narrativa sobre polifarmácia, as doenças mais comuns e intervenções de desprescrição em idosos. **Metodologia:** As estratégias de busca seguiram as diretrizes PRISMA. A busca foi realizada no Medline/PubMed, com o objetivo de coletar informações sobre polifarmácia em idosos, de janeiro de 2023 a maio de 2025. Foi realizada uma revisão narrativa, composta por cinco fases: I) busca bibliográfica, II) revisão de títulos e resumos, III) revisão completa do texto, IV) seleção de referências e V) análise descritiva. Foram incluídos artigos que apresentaram dados específicos sobre polifarmácia, doenças e desprescrição de medicamentos em idosos. **Resultados:** A estratégia de busca identificou 157 publicações potencialmente relevantes. Foram avaliados 81 artigos, dos quais 35 foram incluídos na análise descritiva. Predominaram as revisões, enquanto quatro artigos abordaram intervenções de desprescrição. **Conclusão:** Os estudos ainda são insuficientes, sendo necessárias mais pesquisas para implementar tratamentos farmacológicos mais seguros e estratégias de desprescrição mais eficazes que proporcionem melhor qualidade de vida aos idosos.

**Palavras-chave:** Idosos; polifarmácia; prescrição potencialmente inadequada; desprescrição.

---

## 1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento, proceso universal e inevitable, se caracteriza por la acumulación progresiva de alteraciones fisiológicas y un deterioro funcional a lo largo del tiempo, lo que conlleva una mayor vulnerabilidad a las enfermedades y, en última instancia, a la mortalidad a medida que avanza la edad [1].

A medida que las personas envejecen, aumenta la prevalencia de la fragilidad, la multimorbilidad y la polifarmacia, lo que plantea importantes desafíos en la medicina geriátrica. Estos tres elementos se interrelacionan de forma bidireccional formando el «triángulo geriátrico» y su comprensión integral es esencial para un manejo geriátrico adecuado [2].

Se han establecido clasificaciones de ancianos teniendo en cuenta su estado de salud y su funcionalidad con el objetivo poder contar con parámetros para un mejor control y tratamiento. Dichas clasificaciones son las siguientes [3]: 1) **Anciano sano:** se trata de una persona

de edad avanzada con ausencia de enfermedad objetivable. Su capacidad funcional está bien conservada y es independiente para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y no presenta problemática mental o social derivada de su estado de salud. 2) **Anciano enfermo:** es aquel anciano sano con una enfermedad aguda. Se comportaría de forma parecida a un paciente enfermo adulto. Suelen ser personas que acuden a consulta o ingresan en los hospitales por un proceso único, no suelen presentar otras enfermedades importantes ni problemas mentales ni sociales. Sus problemas de salud pueden ser atendidos y resueltos con normalidad dentro de los servicios tradicionales sanitarios de la especialidad médica que corresponda. 3) **Anciano frágil:** es aquel anciano que conserva su independencia de manera precaria y que se encuentra en situación de alto riesgo de volverse dependiente. Se trata de una persona con una o varias enfermedades de base, que cuando están compensadas permiten al anciano mantener su independencia básica, gracias a un delicado equilibrio con su entorno socio-familiar. En estos aparentemente bien conservada para las actividades básicas de la vida diaria (autocuidado), pueden presentar dificultades en tareas instrumentales más complejas. El hecho principal que define al anciano frágil es que, siendo independiente, tiene alto riesgo de volverse dependiente (riesgo de discapacidad); en otras palabras, sería una situación de prediscapacidad. 4) **Paciente geriátrico:** que es el anciano con una o varias enfermedades crónicas y evolucionadas, con la presencia de una discapacidad de forma evidente.

La polifarmacia se asocia con el desarrollo de síndromes geriátricos, como deterioro cognitivo, delirio, caídas, fragilidad, incontinencia urinaria y pérdida de peso lo que aumenta el riesgo de daños relacionados con la medicación [4]. Por otra parte, la mala adherencia a la medicación en adultos mayores con múltiples enfermedades crónicas y polifarmacia es un problema de salud pública que surge de distintos desafíos [5].

La optimización de medicamentos busca mejorar la calidad de la prescripción para cada paciente y puede incluir la deprescripción. Es un proceso complejo que implica la toma de decisiones compartida, un seguimiento minucioso y la comunicación de cualquier cambio resultante en la prescripción [6].

Se han implementado diversas acciones con la finalidad de optimizar la farmacoterapia en el anciano destacando los criterios de Beers elaborados por la Sociedad Americana de Geriatría [7], y las recomendaciones STOPP-START (*Screening Tool of Older Persons' Prescriptions / Screening Tool to Alert to Right Treatment*) confeccionados por la Sociedad Europea de Medicina Geriátrica [8] útiles para detectar los errores más frecuentes del tratamiento.

El tercer Reto Mundial de la OMS por la Seguridad del Paciente: Medicación sin daño propondrá soluciones para superar muchos de los obstáculos a los que se enfrenta el mundo en la actualidad con el fin de garantizar la seguridad de las prácticas de medicación y pretende reducir en un 50% los daños graves evitables relacionados con la medicación en todo el mundo durante los próximos cinco años. Los «Cinco momentos para la seguridad de la medicación» es una herramienta de participación del paciente creado para facilitar la aplicación del tercer Reto Mundial por la Seguridad del Paciente de la OMS: Medicación sin daño. La herramienta se centra en los cinco momentos clave de la medicación: comenzar, tomar, adicionar, revisar y detener; en los que la acción del paciente o del cuidador puede reducir el riesgo de daño asociado al uso de la medicación. Esta herramienta tiene por objeto implicar y capacitar al paciente para que participe en su propia atención. Debería utilizarse en colaboración con los profesionales de la salud, pero siempre tendría que estar en manos de los pacientes, sus familiares o cuidadores [9].

---

Por lo anterior, el objetivo de esta revisión fue realizar una síntesis narrativa sobre la polifarmacia, enfermedades más frecuentes y las intervenciones de deprescripción en adultos mayores.

## 2. METODOLOGÍA

Para dar alcance al objetivo del presente trabajo se procedió de la siguiente manera:

### 2.1. Búsqueda bibliográfica

Siguiendo las pautas Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses (PRISMA, siglas en inglés) [10], se realizó una revisión sistemática recuperando revisiones disponibles en PubMed/MEDLINE; en los idiomas inglés y español, usando las siguientes ecuaciones de búsqueda: inglés: (“Polypharmacy\*”), AND (“Potentially inappropriate medication \*” OR “Inappropriate prescribing”, OR “Inappropriate Medications”); español: “Polifarmacia\*”) AND (“Medicamentos potencialmente inapropiados” OR “Prescripción inapropiada”, OR “Medicamentos inapropiados”).

El rango de tiempo definido para la búsqueda fue entre enero de 2023 hasta mayo de 2025; artículos en inglés y español que hicieran referencia al tema sin importar el diseño metodológico. Se definieron los siguientes criterios de inclusión: impacto de la polifarmacia en adultos mayores en atención primaria.

### 2.2. Revisión por título y resumen

Una vez hechas las búsquedas en las distintas fuentes de información, dos revisores de manera independiente contrastaron las referencias por título y resumen para preseleccionar referencias elegibles.

### 2.3. Revisión por texto completo

El siguiente proceso consistió en la revisión completa de los textos preseleccionados para incluir en el grupo de referencias seleccionadas. En los casos en los que se presentaron desacuerdos, se programaron sesiones conjuntas para llegar a un consenso. Si la discrepancia persistía se acudió al concepto de un tercer revisor.

### 2.4. Selección de referencias

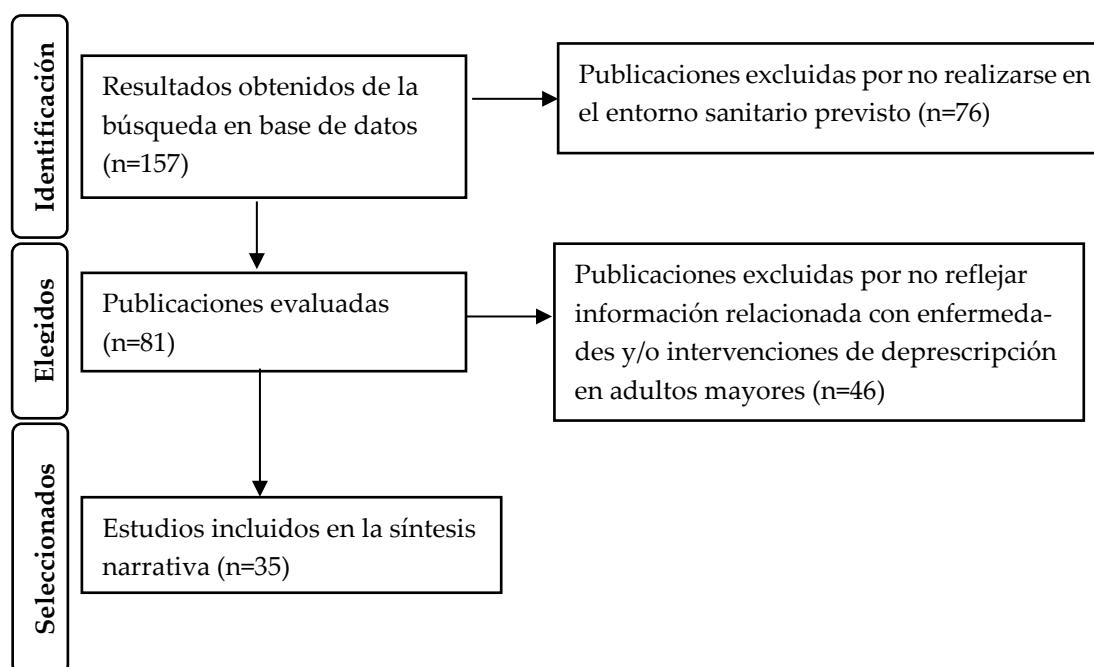
Si el estudio cumplía con todos los criterios de inclusión se clasificaba como un “estudio incluido”, de lo contrario era catalogado como “estudio excluido” con previa justificación del motivo. Lo anterior mediante una hoja de cálculo Excel®.

### 2.5. Análisis descriptivo

Una vez seleccionadas las referencias se procedió con la categorización de resultados mediante la codificación abierta e iterativa, que permitió identificar las semejanzas y las diferencias de los estudios; en consecuencia, de manera inicial se conceptualizaron los temas más recurrentes y posteriormente se detectaron subcategorías para algunos ejes temáticos. Finalmente, se procedió con un análisis descriptivo de cada categoría.

### 2.6. Resultados y discusión. Referencias incluidas en la revisión

Se recuperaron 157 referencias al aplicar las ecuaciones de búsqueda y finalmente después de aplicados los filtros solo quedaron 35, siendo eliminados los documentos que no concretaban el tema, los excluidos por título y resumen, los que no aportaban a dar respuesta a la pregunta (Figura 1).

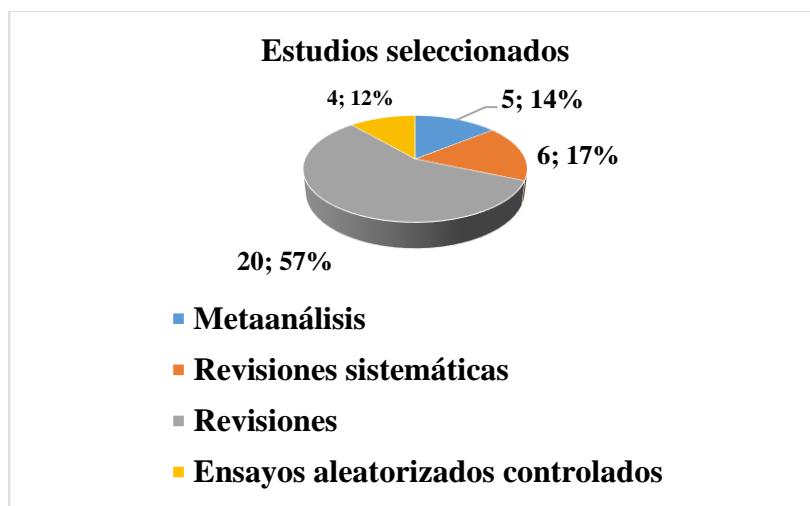


**Figura 1.** Diagrama prisma del proceso de revisión sistemática y selección de referencias para el análisis de Polifarmacia, enfermedades y deprescripción en el adulto mayor.

### 3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 3.1. Descripción de los estudios incluidos

De los 35 artículos incluidos en la síntesis narrativa, 5 se consideraron metaanálisis, 6 revisiones sistemáticas, 20 revisiones y 4 ensayos aleatorizados controlados; donde se aprecia un predominio de los artículos de revisión (57 %) (Figura 2).



**Figura 2.** Comportamiento del tipo de estudios seleccionados según tipo.

Se describieron entre las enfermedades más frecuentes en los adultos mayores enfermedad inflamatoria intestinal, diabetes mellitus, hipertensión arterial, fibrilación auricular, osteoporosis y osteoartritis, artritis reumatoide, sarcopenia, síndrome de fragilidad, demencia o deterioro cognitivo leve, epilepsia, infecciones y enfermedad pulmonar obstructiva crónica abordadas en 22 investigaciones; alcanzando los mayores valores las enfermedades relacionadas

con el Sistema músculo-esquelético (Tabla 2). Además, en 4 artículos se relataron intervenciones de deprescripción.

**Tabla 2.** Comportamiento según enfermedades/sistema de los artículos seleccionados

Enfermedades/Sistema	Cantidad	%
Enfermedad inflamatoria intestinal	1	4,55
Diabetes mellitus	1	4,55
<b>Tracto alimentario y metabolismo</b>	<b>2</b>	<b>9,09</b>
Hipertensión arterial	2	9,09
Fibrilación auricular	1	4,55
<b>Sistema Cardiovascular</b>	<b>3</b>	<b>13,64</b>
Infecciones (general)	1	4,55
Infección del tracto urinario	1	4,55
Infección ( <i>Helicobacter pylori</i> )	1	4,55
<b>Infecciones</b>	<b>3</b>	<b>13,64</b>
Osteoporosis	3	13,64
Artritis reumatoide	1	4,55
Sarcopenia	3	13,64
Síndrome de fragilidad	2	9,09
<b>Sistema músculo-esquelético</b>	<b>9</b>	<b>40,91</b>
Deterioro cognitivo leve	2	9,09
Epilepsia	2	9,09
<b>Sistema nervioso</b>	<b>4</b>	<b>18,18</b>
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	1	4,55
<b>Sistema respiratorio</b>	<b>1</b>	<b>4,55</b>

Las características de cada estudio atendiendo a primer autor, año de publicación, país y tipo de estudio se detallan a continuación (Tabla 3).

**Tabla 3.** Características de los 35 estudios encontrados

No.	Autores	Año	País	Tipo de estudio
1	Kitaw <i>et al.</i> [4]	2023	Etiopía	Metaanálisis
2	Alemayehu <i>et al.</i> [11]	2024	Etiopía	Metaanálisis
3	Alshehri <i>et al.</i> [12]	2024	Arabia Saudita	Metaanálisis
4	Karimi <i>et al.</i> [13]	2025	Reino Unido	Revisión sistemática
5	Hire & Franklin [14]	2024	Reino Unido	Revisión sistemática
6	De Souza <i>et al.</i> [15]	2023	Brasil-Canadá-Estados Unidos	Revisión
7	Schäfer <i>et al.</i> [16]	2024	Alemania	Ensayo aleatorizado controlado
8	Rodríguez-Casal [17]	2025	España	Revisión
9	Rafhi <i>et al.</i> [18]	2024	Australia	Revisión sistemática
10	Carbery <i>et al.</i> [19]	2024	Reino Unido	Revisión
11	Umegaki [20]	2024	Japón	Revisión
12	Sepulveda-Gallardo <i>et al.</i> [21]	2025	España-América Latina	Revisión
13	Majert <i>et al.</i> [22]	2024	Reino Unido	Ensayo aleatorizado controlado

14	Amrouch <i>et al.</i> [23]	2024	Europa	Metaanálisis
15	Wilson & Seaton [24]	2024	Reino Unido	Revisión
16	Bausch <i>et al.</i> [25]	2024	Suiza-Reino Unido-Alemania	Revisión
17	Skokowski <i>et al.</i> [26]	2024	Europa-Arabia Saudita-Estados Unidos	Revisión
18	Panait & D'Amelio [27]	2025	Suiza	Revisión
19	Fuggle <i>et al.</i> [28]	2025	Europa-Estados Unidos	Revisión
20	Ya-Hui <i>et al.</i> [29]	2025	Taiwán	Ensayo aleatorizado controlado
21	Truijena <i>et al.</i> [30]	2025	Holanda	Revisión sistemática
22	Ibrahim <i>et al.</i> [31]	2025	Europa-Canadá	Revisión sistemática
23	Baygi <i>et al.</i> [32]	2024	Dinamarca	Revisión
24	Kuzuya [33]	2024	Japón	Revisión
25	Uchmanowicz <i>et al.</i> [34]	2025	Europa	Revisión
26	Borda <i>et al.</i> [35]	2025	España-México-Colombia-Italia-Suiza-Canadá	Revisión
27	Curtis <i>et al.</i> [36]	2025	Europa-Arabia Saudita-México-Zimbabwe-Australia-Singapur	Revisión
28	Andrews <i>et al.</i> [37]	2025	Reino Unido-Bélgica	Revisión sistemática
29	Hashmi <i>et al.</i> [38]	2024	Estados Unidos	Revisión
30	Hashmi <i>et al.</i> [39]	2025	Estados Unidos-Canadá	Revisión
31	Chen <i>et al.</i> [40]	2025	China	Metaanálisis
32	García-Ulloa <i>et al.</i> [41]	2024	México	Revisión
33	Weir <i>et al.</i> [42]	2024	Australia-Suiza-Estados Unidos	Ensayo aleatorizado controlado
34	Liang <i>et al.</i> [43]	2025	Australia	Revisión
35	Langford <i>et al.</i> [44]	2024	Australia	Revisión

Fuente: Elaboración propia.

### 3.2. Polifarmacia

En un metanálisis realizado por Kitaw & Haile [4], seleccionaron 13 estudios con un total de 3 547 adultos mayores y encontraron que la prevalencia agrupada de polifarmacia entre los adultos mayores fue alta. Se recalcó la necesidad de ejecutar una intervención centrada en la farmacoterapia geriátrica racional para prevenir la sobrecarga de medicamentos, los eventos adversos, los costos médicos, la morbilidad y la mortalidad geriátricas. Asimismo, recomiendan fortalecer la función del farmacéutico en la gestión y la monitorización de la seguridad de la farmacoterapia en adultos mayores.

Otro metanálisis efectuado por Alemayehu *et al.* [11], analizaron 7 artículos e identificaron 1 897 interacciones farmacológicas en 970 pacientes, lo cual resultó en un promedio de 1,97 interacciones farmacológicas por paciente y se identificaron como factores asociados la polifarmacia.

Alshehri *et al.* [12], en un metanálisis que incluyó 14 estudios y 18 647 pacientes elegibles realizados durante 10 años, detectaron que la prevalencia media de Prescripciones Potencialmente Inapropiadas (PPI) fue del 54,4 %. Los medicamentos cardiovasculares fueron los más comunes y las probabilidades de exposición aumentaron significativamente entre las personas mayores con enfermedad renal crónica y diabetes. Estos hallazgos enfatizan la necesidad de intervenciones específicas para mejorar las prácticas de prescripción y la seguridad de los medicamentos.

Karimi *et al.* [13], en una revisión sistemática donde incluyeron 23 estudios encontraron que la polifarmacia y las PPI se asociaban con la edad avanzada, el sexo femenino, mayor fragilidad, vivir solo, mala situación económica e inexactitudes en los historiales médicos. Se concluyó que persisten importantes lagunas en la investigación sobre las experiencias del personal sanitario y los usuarios en el manejo de la medicación y la polifarmacia.

Una revisión sistemática efectuada por Hire & Franklin [14], que abarcó 20 artículos, 12 informaron una asociación estadísticamente significativa entre la privación socioeconómica y una mayor probabilidad de experimentar PPI; destacando que priorizar a las personas mayores que viven en contextos socioeconómicos desfavorecidos puede ser una estrategia eficaz al realizar revisiones de medicación.

De Souza *et al.* [15], en una revisión donde se incluyeron 14 estudios transversales; 11 definieron que la prevalencia de la polifarmacia oscilaba entre el 9,5 % y el 57 %; a su vez se comprobó una asociación inversa entre la actividad física y la polifarmacia. Existe evidencia limitada al respecto por lo que se necesitan estudios longitudinales para esclarecer mejor la relación entre el uso de PPI, la actividad física y el tiempo de sedentarismo en adultos mayores.

Schäfer *et al.* [16], en un ensayo controlado aleatorizado que tenía por objetivo evaluar la concordancia entre los fármacos informados por el paciente y el médico de cabecera evidenciaron que la polifarmacia aumenta el riesgo de discrepancias entre los fármacos informados por el paciente y el médico general, lo cual atenta contra la toma de decisiones por parte de los facultativos.

Un estudio transversal realizado por Rodríguez-Casal [17], reveló una alta prevalencia de prescripciones de medicamentos con alta carga anticolinérgica en pacientes ancianos, con sus consecuencias en términos de efectos adversos; concluyendo que es necesario tener en cuenta la carga anticolinérgica de los medicamentos a la hora de prescribirlos.

Rafhi *et al.* [18], en una revisión sistemática donde se incluyeron 19 artículos arrojó como resultados que 10 hallaron una mayor convicción sobre la necesidad de medicamentos y/o una menor preocupación conducían a una mejor adherencia; 1 contradijo lo anterior, 3 no hallaron asociación entre la adherencia y las creencias y 1 confirmó la asociación entre el uso innecesario de medicamentos y la falta de confianza en los facultativos. En resumen se dictaminó la necesidad de realizar más investigaciones para determinar la importancia de las creencias de necesidad o preocupación para fomentar la adherencia y examinar la influencia de las creencias en la polifarmacia y el uso inadecuado de medicamentos.

### 3.3. Desarrollo de las enfermedades

#### 3.3.1. Tracto alimentario y metabolismo

Carbery *et al.* [19], en una revisión considera que cada vez hay más personas mayores con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), unida a ello, son más propensos a presentar otras comorbilidades y polifarmacia, lo que puede dificultar el reconocimiento y el tratamiento de la EII. La fragilidad es un concepto reciente en el campo de la EII, y se está empezando a reconocer su importancia como marcador de la edad biológica y su asociación con el riesgo de resultados adversos relacionados con la EII.

Los adultos mayores con diabetes mellitus (DM) suelen presentar multimorbilidad y tienden a la polifarmacia; además se asocia con fragilidad, deterioro funcional, deterioro cognitivo y síndrome geriátrico. En una revisión realizada por Umegaki [20], a pacientes mayores con DM se concluyó que existe una necesidad urgente de un manejo personalizado de los adultos mayores con diabetes mellitus que considere su multimorbilidad, estrecha colaboración con

sus cuidadores y recursos sociales, consideraciones especiales de manejo y que busque mantener una alta calidad de vida mediante un tratamiento médico seguro y eficaz.

### **3.3.2. Sistema Cardiovascular**

La revisión realizada por la Sociedad Centroamericana y del Caribe de HTA Sepulveda-Gallardo *et al.* [21], aborda estrategias de diagnóstico y tratamiento, tanto farmacológico como no farmacológico de la Hipertensión arterial (HTA). Se centra en la fragilidad como principio rector para determinar el tratamiento más adecuado haciendo hincapié en la prescripción centrada en el paciente. Recomendó realizar una valoración geriátrica integral y mantener un adecuado control tensional para así minimizar el impacto del riesgo cardiovascular de la HTA.

Majert *et al.* [22], en un Ensayo Aleatorizado Controlado demostró que el tratamiento antihipertensivo administrado a distancia en adultos mayores, quienes suelen estar menos representados en los ensayos clínicos, redujo sustancialmente la presión arterial sistólica sin aumentar el riesgo de eventos adversos graves. Este ensayo podría servir de base para un ensayo clínico más amplio, centrado en la evaluación de eventos cardiovasculares mayores, la seguridad, la función física y la función cognitiva,

La polifarmacia en pacientes mayores multimórbidos con Fibrilación auricular (FA) constituye un factor de riesgo para la PPI. Un metaanálisis ejecutado por Amrouch *et al.* [23], tuvo por objetivo evaluar la evidencia sobre la prevalencia de PPI y su impacto en los resultados adversos para la salud en este grupo de pacientes. Esta revisión destaca la escasa evidencia sobre la prevalencia de PPI y su asociación con resultados adversos para la salud en adultos mayores multimórbidos con FA y considera que se necesitan estudios prospectivos de mayor tamaño y mejor diseño.

### **3.3.3. Infecciones**

Wilson & Seaton [24], en una revisión manifestó que los ancianos frágiles presentan un riesgo particular de infecciones, así como de efectos adversos a los antimicrobianos, debido a la multimorbilidad, la polifarmacia y la disminución de la reserva fisiológica. El diagnóstico y la toma de decisiones terapéuticas pueden ser difíciles en este grupo vulnerable debido a la sutileza o ausencia de síntomas y signos. Este artículo sugirió pasos para ayudar a los profesionales clínicos en el reconocimiento, la investigación y el manejo de la infección en este grupo de edad.

La infección del tracto urinario (ITU) es común en personas mayores, especialmente en aquellas con fragilidad y comorbilidad y su diagnóstico se complica por signos y síntomas atípicos, como confusión o deterioro funcional. Una revisión por Bausch *et al.* [25], reflejó la importancia de realizar una evaluación más integral para evitar el sobrediagnóstico o el infradiagnóstico y enfatizó considerar cuidadosamente las comorbilidades, la polifarmacia y el riesgo de posibles eventos adversos.

La infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) tiene una alta prevalencia entre los adultos mayores, en particular en aquellos que viven en instituciones, lo que contribuye a afecciones como la gastritis atrófica, la úlcera péptica y el carcinoma gástrico. Skokowski *et al.* [26], en una revisión sugirió que los enfoques diagnósticos deben considerar los cambios fisiológicos que acompañan al envejecimiento, y los regímenes de tratamiento deben adaptarse cuidadosamente para equilibrar la eficacia y la tolerabilidad. Además manifestó que un enfoque multidisciplinario que involucre a gastroenterólogos, geriatras y otros especialistas es crucial para brindar atención integral a esta población vulnerable. La investigación futura debe centrarse en perfeccionar los protocolos diagnósticos y terapéuticos para subsanar estas deficiencias, mejorando así los resultados clínicos y reduciendo la carga de enfermedades asociadas a *H. pylori* en la población envejeciente.

### **3.3.4. Sistema músculo-esquelético**

La osteoporosis es un problema crítico de salud pública, especialmente en la población de mayor edad (mayores de 75 años) y la de mayor edad (mayores de 85 años). Esta temática es abordada en revisiones por Panait & D'Amelio [27] y Fuggle *et al.* [28], donde priorizaron el equilibrio entre eficacia y seguridad, y consideraron la relación coste-beneficio. Se refleja la importancia de continuar realizando investigaciones al respecto ya que desde el punto de vista económico reduciría los costos de hospitalización asociados al manejo de fracturas y complicaciones relacionadas.

Ya-Hui *et al.* [29], en un ensayo aleatorizado realizado en comunidades rurales de Taiwán, concluyeron que la atención integrada multicomponente, que incluye la atención farmacológica para la osteoporosis, junto con el ejercicio y el apoyo nutricional, es una estrategia eficaz para mejorar la capacidad intrínseca y la felicidad, en comparación con el tratamiento exclusivo de la osteoporosis y la atención habitual.

Truijena *et al.* [30], en una revisión sistemática donde incluyeron 37 estudios reflejó que la vejez parece afectar la seguridad y contribuir a la interrupción del tratamiento de la artritis reumatoide (AR). Es vital para futuras investigaciones que permitan obtener más información sobre el manejo de la enfermedad tener en cuenta el posible impacto de indicadores del envejecimiento, como la multimorbilidad, la polifarmacia y los síndromes geriátricos.

Una revisión sistemática cursada por Ibrahim *et al.* [31], no encontró cambios significativos en la masa muscular, pero sí reveló evidencia de mejoras en la fuerza, el rendimiento físico y el estado nutricional con la deprescripción. La implementación multidisciplinaria de terapias de nutrición y ejercicio, así como la gestión de medicamentos para modificar la polifarmacia, podría promover una mejoría adicional en la sarcopenia. Se concluyó que se necesita más investigación de alta calidad para comprender los efectos de la deprescripción en los parámetros de sarcopenia en personas mayores.

Baygi *et al.* [32], en una revisión exploratoria, donde se incluyeron 33 estudios, arribó a la conclusión de que los posibles factores de riesgo para la sarcopenia incluyen malnutrición, baja actividad física, diabetes, inflamación, polifarmacia y envejecimiento, mientras que el aumento de los niveles de actividad física y la mejora de la ingesta dietética pueden reducir el riesgo de sarcopenia.

Kuzuya [33], en una revisión relaciona los fármacos o grupos farmacológicos utilizados con fines terapéuticos o preventivos que actúan sobre el músculo esquelético como reacciones adversas a los fármacos e inducen sarcopenia. A pesar de que la sarcopenia causada por estas reacciones adversas a los fármacos puede ser más común en pacientes mayores aún no ha recibido mucha atención. Tener en consideración la utilización de fármacos que inducen la sarcopenia sería de gran utilidad para lograr una mayor calidad de vida en los adultos mayores.

El Síndrome de fragilidad (SF) es una afección compleja y multifacética que se observa comúnmente en adultos mayores con enfermedades crónicas, a menudo acompañada de deterioro cognitivo. Uchmanowicz *et al.* [34], en esta revisión presenta un marco centrado en el paciente destinado a mitigar el impacto de la fragilidad y mejorar los resultados a largo plazo. Los resultados obtenidos enfatizan la necesidad de una estrategia unificada que combine atención personalizada, colaboración interdisciplinaria y avances tecnológicos para abordar los desafíos multifacéticos de la fragilidad en el manejo de enfermedades crónicas.

Una revisión cursada por Borda *et al.* [35], seguida de un proceso de consenso, con la participación de 18 expertos internacionales en demencia y fragilidad, recomendó enfatizar en la

identificación temprana de la fragilidad y un enfoque integral e interdisciplinario de la atención que busca mantener el funcionamiento diario, la calidad de vida y la independencia de la persona. Además, destacó la importancia de las intervenciones personalizadas, el monitoreo regular y la integración del apoyo psicosocial en el enfoque terapéutico.

### **3.3.5. Sistema nervioso**

Una revisión efectuada por Curtis *et al.* [36], manifestó que la polifarmacia es frecuente en pacientes con demencia o deterioro cognitivo leve (DCL) y las decisiones de prescripción son difíciles de tomar debido a que pueden afectar directamente la salud ósea, aumentar el riesgo de caídas y seguidamente de fracturas. Además, los pacientes pueden tener dificultades para recordar la medicación sin ayuda, lo que significa que se les pueden recetar medicamentos para la osteoporosis, pero no tomarlos. Se expresó que el deterioro cognitivo puede mejorar o retrasarse con la actividad física y el ejercicio, y existe evidencia de los beneficios adicionales de la actividad física en la prevención de caídas y fracturas.

Andrews *et al.* [37], en una revisión sistemática donde incluyeron 32 artículos, destacó la necesidad de realizar más investigaciones, especialmente en personas con DCL que viven en el hogar, con un mayor enfoque en los resultados clínicos y una mayor participación de los pacientes y los cuidadores informales.

Una revisión desarrollada por Hashmi *et al.* [38], reveló que las personas con epilepsia son más propensas a padecer fragilidad, la cual puede afectar la tolerancia a los anticonvulsivos debido a su impacto en la farmacocinética y la farmacodinamia. Si bien el efecto de la fragilidad en la eficacia de los anticonvulsivos para el control de las crisis es poco conocido, su indudable asociación con malos resultados generales, nos obliga a considerar su presencia e implicaciones en el tratamiento de la epilepsia en adultos mayores.

Hashmi *et al.* [39], en otra revisión comprobó que existe un mayor riesgo de mortalidad en personas mayores con epilepsia debido a factores como demencia, accidente cerebrovascular y fragilidad, efectos adversos de la polifarmacia y un mayor riesgo de complicaciones cardiovasculares y lesiones externas como caídas y suicidio. También reflejó que la Muerte Súbita Inesperada en Epilepsia y la mortalidad temprana en adultos mayores con epilepsia están subestimadas; una consideración cuidadosa de todos estos factores puede ayudar a mitigar la mortalidad.

### **3.3.6. Sistema respiratorio**

Los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) presentan una alta incidencia de fragilidad y numerosas complicaciones, lo que afecta gravemente su calidad de vida. Este metaanálisis dirigido por Chen *et al.* [40], propuso que la prevalencia de fragilidad en pacientes con EPOC es del 26 %, se identificaron factores de riesgo, como la edad, la comorbilidad, la polifarmacia, la desnutrición y la depresión. Se recomendó que el personal clínico identifique estos factores de riesgo de forma temprana y así indicar un diagnóstico personalizado. También se destaca la necesidad de realizar estudios retrospectivos para validar estos resultados.

## **3.4. Intervenciones de deprescripción:**

García-Ulloa *et al.* [41], en esta revisión permitió concluir que la deprescripción de hipoglucemiantes, estatinas, antihipertensivos y agentes reductores de urato puede ser viable en pacientes seleccionados, pero la vigilancia periódica es importante.

Un Ensayo Aleatorizado Controlado obrado por Weir *et al.* [42], investigó la asociación entre la disposición de los pacientes a la deprescripción de medicamentos y la adherencia al tratamiento en pacientes con  $\geq 65$  años o más,  $\geq 3$  enfermedades crónicas y tomaban  $\geq 5$  medicamentos habituales. Los resultados obtenidos no mostraron evidencia de una asociación entre la disposición de los pacientes a la deprescripción y la adherencia al tratamiento.

Liang *et al.* [43], en una revisión en centros residenciales de atención a la tercera edad, se identificaron 13 estudios. Del total de estudios, 6 intervenciones fueron dirigidas por farmacéuticos, 5 por equipos multidisciplinarios y 2 por médicos. Los estudios exitosos generalmente incluyeron intervenciones multidisciplinarias, un componente educativo, seguimiento longitudinal de residentes y cuidadores, e involucraron a las partes interesadas, como el personal de enfermería.

Aproximadamente uno de cada tres adultos mayores (de 65 años o más) experimenta dolor, lo que afecta negativamente su calidad de vida. Langford *et al.* [44], refiere que la deprescripción de opioides se ha propuesto como un mecanismo para reducir el daño individual y social relacionado con los opioides; sin embargo, hasta la fecha, la investigación se ha centrado predominantemente en la población adulta general, en lugar de en los adultos mayores.

Los estudios de deprescripción anteriormente reflejados [41, 42, 43, 44], consideran que se necesitan más investigaciones para traducir la evidencia en resultados clínicamente significativos.

#### 4. CONCLUSIONES

Esta revisión nos permitió establecer la necesidad de realizar un mayor número de investigaciones en este grupo poblacional y realizar una valoración más integral en la selección de la farmacoterapia y tener en cuenta diversos factores tales como: estado físico, mental, económico y social de los adultos mayores, hábitos alimentarios y actividad física, papel del farmacéutico en la gestión y la monitorización de la seguridad de la farmacoterapia, correspondencia entre fármacos indicados por los facultativos con los informados por el paciente, cumplimiento de la terapia medicamentosa así como establecer estrategias de deprescripción más efectivas que proporcionen mayor calidad de vida.

#### LIMITACIONES

La revisión presentó como principal limitación que la búsqueda se realizó solamente en una base de datos y aclarar que se pudieron omitir referencias no detectadas en los procesos de selección y tamizaje.

#### CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no presentan conflicto de intereses.

#### REFERENCIAS

1. M. Pratt. A commentary on the “Global Consensus on Optimal Exercise Recommendations for Enhancing Healthy Longevity in Older Adults (ICFSR)”: Exercise and older adults—A perfect match. *J. Nutr. Health Aging*, **29**(1), 100414 (2025). Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jnha.2024.100414>

2. H. Umegaki. Frailty, multimorbidity, and polypharmacy: Proposal of the new concept of the geriatric triangle. *Geriatr. Gerontol. Int.*, **25**(5), 657–662 (2025). Doi: <https://doi.org/10.1111/ggi.70046>
  3. E.E. Esmeraldas-Vélez, M.R. Falcones-Centeno, M.G. Vásquez-Zevallos & J.A. Solórzano-Vélez. El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. *ReciMundo: Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, **3**(1), 58–74 (2019). Doi: [https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(1\).enero.2019.58-74](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(1).enero.2019.58-74)
  4. T.A. Kitaw & R.N. Haile. Prevalence of polypharmacy among older adults in Ethiopia: a systematic review and metaanalysis. *Sci. Rep.*, **13**(1), 17641 (2023). Doi: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-45095-2>
  5. A. Pack, S.C. Bailey, R. O'Conor, E. Velazquez, G. Wismer, F. Yeh, L.M. Curtis, K. Alcantara & M.S. Wolf. A portal-based intervention (PATTERN) designed to support medication use among older adults: Feasibility and acceptability study. *JMIR Form Res.*, **9**, e71676 (2025). Doi: doi: <https://doi.org/10.2196/71676>
  6. H.J. Woodford. Polypharmacy in older patients. *Br. J. Hosp. Med.*, **85**(10), 1–12 (2024). Doi: <https://doi.org/10.12968/hmed.2024.0388>
  7. The 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *J. Am. Geriatr. Soc.*, **71**(7), 2052–2081 (2023). Doi: <https://doi.org/10.1111/jgs.18372>
  8. D. O'Mahony, A. Cherubini, A.R. Guiteras, M. Denkinger, J.B. Beuscart, G. Onder, *et al.* STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. *Eur. Geriatr. Med.*, **14**(4), 625–632 (2023). Doi: <https://doi.org/10.1007/s41999-023-00777-y>
  9. World Health Organization. *5 Moments for Medications Safety*. Integrated Health Services (IHS), Medication without Harm. Geneve, 2019; 16 p. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2019.4>
  10. M.J. Page, J.E. McKenzie, P.M. Bossuyt, I. Boutron, T.C. Hoffmann, C.D. Mulrow, *et al.* The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *PLoS Med.*, **18**(3), e1003583 (2021). Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003583>
  11. T.T. Alemayehu, Y.A. Wassie, A.F. Bekalu, A.A. Tegegne, W. Ayenew, G. Tadesse, *et al.* Prevalence of potential drug–drug interactions and associated factors among elderly patients in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *Glob. Health Res. Policy*, **9**(1), 54, (2024). Doi: <https://doi.org/10.1186/s41256-024-00402-w>
  12. A.A. Alshehri, W.Y. Khawagi, S.M. Alqahtani, R.M. Aljohani, R.M. Aldajani, M.S. Althobaiti, *et al.* Prevalence of potentially inappropriate prescribing in older adults in Gulf Cooperation Council countries: A systematic review and meta-analysis. *J. Epidemiol. Glob. Health*, **14**(4), 1737–1747 (2024). Doi: <https://doi.org/10.1007/s44197-024-00332-3>
  13. R. Karimi, A. Robinson-Barella, V. Davey, D.R. Sinclair, B. Hanratty, A. Todd, *et al.* Understanding polypharmacy for people receiving home care services: a scoping review of the evidence. *Age Ageing*, **54**(2), afaf031 (2025). Doi: <https://doi.org/10.1093/ageing/afaf031>
  14. A.J. Hire & B.D. Franklin. Potentially inappropriate prescribing (PIP) in older people and its association with socioeconomic deprivation—a systematic review and narrative synthesis. *BMC Geriatrics*, **24**(1), 651 (2024). Doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-024-04858-w>
  15. I.K.C. de Souza, F.J. Rosa-Souza, C.P. de Lucena-Alves, T.A. Duhamel, D.L. Waters, R.R. Martins & E.C. Costa. Polypharmacy, physical activity, and sedentary time in older adults: A scoping review. *Exp. Gerontol.*, **183**, 112317 (2023). Doi: <https://doi.org/10.1016/j.exger.2023.112317>
  16. L. Schäfer, M. Paulitsch, M. Hanf, T.S. Dinh, A.A. Klein, S. Klasing, H. Seidling, K. Voigt & M. van den Akker. Polypharmacy in older patients with multimorbidity: The agreement between patient and general practitioner-reported drugs observed in a pilot cRCT. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, **21**(10), 1389 (2024). Doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph21101389>
  17. M. Rodríguez-Casal. La carga anticolinérgica en ancianos. *Farm. Comunitarios*, **17**(1), 5–10 (2025). Doi: [https://doi.org/10.33620/FC.2173-9218.\(2025\).02](https://doi.org/10.33620/FC.2173-9218.(2025).02)
  18. E. Rafhi, M. Al-Juhaishi, I. Stupans, J.E. Stevens, J.S. Park & K.N. Wang. The influence of patients' beliefs about medicines and the relationship with suboptimal medicine use in community dwelling
-

- older adults: a systematic review of quantitative studies. *Int. J. Clin. Pharm.*, **46**(4), 811–830 (2024). Doi: <https://doi.org/10.1007/s11096-024-01727-9>
19. I. Carbery, C.P. Selinger, O. Todd & S. Sebastia. Considerations on multimorbidity and frailty in inflammatory bowel diseases. *J. Crohns Colitis*, **18**, ii46–ii54 (2024). Doi: <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjae067>
  20. H. Umegaki. Management of older adults with diabetes mellitus: Perspective from geriatric medicine. *J. Diabetes Investig.*, **15**(10), 1347–1354 (2024). Doi: <https://doi.org/10.1111/jdi.14283>
  21. C. Sepulveda-Gallardo, A.I. Barrientos, M.H. Koretzkyd, F. Wysse, O. Valdez-Tiburcio, N. Báez-Noyerg, *et al.* Peculiaridades del manejo de la hipertensión arterial en el anciano. Documento de consenso de la Sociedad Centroamericana y del Caribe de Hipertensión arterial. *Hipertensión y Riesgo Vascular*, **42**(1), 36-42 (2025). Doi: <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2024.09.004>
  22. J. Majert, M. Nazarzade, R. Ramakrishnan, Z. Bidel, D. Hedgecott, A. Perez-Crespillo, *et al.* Efficacy of decentralised home-based antihypertensive treatment in older adults with multimorbidity and polypharmacy (ATEMPT): an open-label randomised controlled pilot trial. *Lancet: Healthy Longev.*, **5**(3), e172–e181 (2024). Doi: [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(23\)00259-3](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(23)00259-3)
  23. C. Amrouch, D. Vauterin, S. Amrouch, M. Grymonprez, L. Dai, C. Cecilia-Damiano, *et al.* Potentially inappropriate prescribing in multimorbid and polymedicated older adults with AF: A systematic review and meta-analysis. *Drugs Aging*, **41**, 13–30 (2024). Doi: <https://doi.org/10.1007/s40266-023-01078-6>
  24. C. Wilson & R.A. Seaton. Antimicrobial stewardship in the frail elderly. *Br. J. Hosp. Med.*, **11**, 1–12 (2024). Doi: <https://doi.org/10.12968/hmed.2024.0233>
  25. K. Bausch, F.P. Stangl, J. Prieto, G. Bonkate & J. Kranzf. Urinary infection management in frail or comorbid older individuals. *Eur. Urol. Focus*, **10**(5), 731–733 (2024). Doi: <https://doi.org/10.1016/j.euf.2024.08.007>
  26. J. Skokowski, Y. Vashist, S. Girnyi, T. Cwalinski, P. Mocarski, C. Antropoli, *et al.* The aging stomach: Clinical implications of *H. pylori* infection in older adults—Challenges and strategies for improved management. *Int. J. Mol. Sci.*, **25**(23), 12826 (2024). Doi: <https://doi.org/10.3390/ijms252312826>
  27. C. Panait & P. D'Amelio. Advancing care: optimizing osteoporosis treatment in the older and oldest old population. *Aging Clin. Exp. Res.*, **37**(1), 123 (2025). Doi: <https://doi.org/10.1007/s40520-025-02973-1>
  28. N. Fuggle, A. Laslop, R. René-Rizzoli, N. Al-Daghri, M. Alokail, E. Balkowiec-Iskra, *et al.* Treatment of osteoporosis and osteoarthritis in the oldest old. *Drugs*, **85**(3), 343–360 (2025). Doi: <https://doi.org/10.1007/s40265-024-02138-w>
  29. C. Ya-Hui, H. Chih-Chien, C. Yen-Yi, C. Chiu-Ying, L. Ling-Chiao, M. M. Huei-Ming, *et al.* Effects of osteoporosis treatment and multicomponent integrated care on intrinsic capacity and happiness among rural community-dwelling older adults: the Healthy Longevity and Ageing in Place (HOPE) randomised controlled trial. *Age Ageing*, **54**(2), afaf017 (2025). Doi: <https://doi.org/10.1093/ageing/afaf017>
  30. S.P.M. Truijena, J.P.R. Schreursa, A. Boonena & M. van Onna. The operational definition of old age and impact on outcomes in DMARD-treated patients with rheumatoid arthritis: A systematic literature review. *Semin. Arthritis Rheum.*, **71**, 152607 (2025). Doi: <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2024.152607>
  31. K. Ibrahim, N.J. Cox, S.E.R. Lim, E. Radcliffe, C. Lundby, K. Prokopidis, *et al.* The evidence and impact of deprescribing on sarcopenia parameters: a systematic review. *BMC Geriatrics*, **25**, 158, (2025). Doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-025-05819-7>
  32. F. Baygi, S.F. Buhl, T. Thilsing, J. Sondergaard & J.B. Nielsen. Sarcopenia and sarcopenic obesity among older adults in the Nordic countries: a scoping review. *BMC Geriatrics*, **24**, 421 (2024). Doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-024-04970-x>
  33. M. Kuzuya. Drug-related sarcopenia as a secondary sarcopenia. *Geriatr. Gerontol. Int.*, **24**(2), 195–203 (2024). Doi: <https://doi.org/10.1111/ggi.14770>
  34. I. Uchmanowicz, K.M. Faulkner, P. Iovino, A. Kwaśny, S. Surma, C.E. Magi, *et al.* Integrating frailty interventions into existing care models: a comprehensive approach to enhancing patient outcomes

- in chronic disease management. *Front. Public Health*, **12**, 1518774 (2025). Doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1518774>
35. M.G. Borda, F. Landi, T. Cederholm, L.C. Venegas-Sanabria, G. Duque, H. Wakabayashi, *et al.* Assessment of management of frailty in individuals living with dementia: expert recommendations for clinical practice. *Lancet: Healthy Longev.*, **6**(1), 100666 (2025). Doi: <https://doi.org/10.1016/j.lanhl.2024.100666>
36. E.M. Curtis, M. Miguel, C. McEvoy, A. Ticinesi, C. Torre, N. Al-Daghri, *et al.* Impact of dementia and mild cognitive impairment on bone health in older people. *Aging Clin. Exp. Res.*, **37**, 5 (2025). Doi: <https://doi.org/10.1007/s40520-024-02871-y>
37. N. Andrews, C. Brooks, M. Board, S. Fraser, S. Latter, K. Aplin, *et al.* Medicine optimisation and deprescribing intervention outcomes for older people with dementia or mild cognitive impairment: A systematic review. *Drugs Aging*, **42**, 275–294 (2025). Doi: <https://doi.org/10.1007/s40266-025-01189-2>
38. S.A. Hashmi, S. Sachdeva, U. Sindhu, C. Tsai, K. Bonda, M. Keezer, I. Zawar & V. Punia. The implications of frailty in older adults with epilepsy. *Epilepsia Open*, **9**(6), 2128–2143 (2024). Doi: <https://doi.org/10.1002/epi4.13046>
39. S.A. Hashmi, R. Gundlapalli & I. Zawar. Mortality in older adults with epilepsy: An understudied entity. *Epilepsia Open*, **10**(1), 15–30 (2025). Doi: <https://doi.org/10.1002/epi4.13098>
40. X. Chen, S. Sun, H. Chen, X. Sun, A. Yang, Q. Wang & B. Shi. The Incidence and Risk Factors of Frailty in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A meta-analysis. *Altern. Ther. Health Med.*, **31**(1), 216–221 (2025). URL: <https://alternative-therapies.com/oa/pdf/9235.pdf>
41. A.C. García-Ulloa, S. Jaime-Casas, J. Rosado-Lozoya, N.H. Serrano-Pérez, D. Hernández-Juárez, J.L. Cárdenas-Fragoso, *et al.* De-escalating treatment indications for patients who achieve metabolic goals. *Diabetes Res. Clin. Pract.*, **208**, 111096 (2024). Doi: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2024.111096>
42. K.R. Weir, K.T. Jungo & S. Streit. Older adults' adherence to medications and willingness to de-prescribe: A substudy of a randomized clinical trial. *Br. J. Clin. Pharmacol.*, **90**(3), 905–911 (2024). Doi: <https://doi.org/10.1111/bcp.15966>
43. J.X. Liang, L. Thai, M. Healy, A.M. Idris, J.W. Chin & C. Grossman. Deprescribing in Australian residential aged care facilities: A scoping review. *Australas. J. Ageing*, **44**(1), e13415 (2025). Doi: <https://doi.org/10.1111/ajag.13415>
44. A.V. Langford, C.R. Schneider, E. Reeve & D. Gnjidic. Minimising harm and managing pain: Deprescribing opioids in older adults. *Drugs Aging*, **41**(11), 863–871 (2024). Doi: <https://doi.org/10.1007/s40266-024-01154-5>

## CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

E. Alemán-Fernández, D. Siverio-Mota, L. Vicet-Muro & R. Delgado-Hernández. Polifarmacia, enfermedades y deprescripción en el adulto mayor. Una revisión exploratoria. *Rev. Colomb. Cienc. Quim. Farm.*, **54**(3), 760–774 (2025). Doi: <https://doi.org/10.15446/rcciquifa.v54n3.121506>