

Maestría en Psiconeurofarmacología Clínica

Fundación H. Barceló

**“Inadecuada prescripción de psicofármacos en adultos mayores:
revisión bibliográfica de criterios, prevalencia y estrategias de
intervención”**

Alumna/autora:

Ordóñez Arteaga, Marlitt Elisa

DN:

96043123

Profesión:

Médica Especialista en Psiquiatría

Correo Electrónico:

marlitt.ordonez@hospitalitaliano.org.ar

Tutora:

Dra. Derito Norma

Correo Electrónico:

draderito@gmail.com

8 de marzo del 2026

Contenido

Resumen	2
Palabras Claves:	3
Introducción	4
Objetivos generales	6
Objetivos específicos.....	6
Materiales y métodos	7
Criterios de inclusión	7
Criterios de exclusión	8
Análisis de la información	9
Estructura del dato y/o ejes de análisis:	9
Resultados	11
La población de adultos mayores.....	13
Fisiología del envejecimiento.....	13
La prescripción de medicamentos en el adulto mayor.....	18
Consecuencias negativas en la salud del adulto mayor relacionadas con los medicamentos	19
Polifarmacia en el adulto mayor	20
Salud mental y multimorbilidad en adultos mayores.....	21
Herramientas para la detección de prescripciones inadecuadas	22
Prescripción de psicofármacos en adultos mayores.....	25
Métodos para reducir errores de prescripción de psicofármacos en adultos mayores	25
Principales estrategias de reducción de errores:	26
Conciliación farmacológica:	26
Chequeo de interacciones:	26
Prevención, detección y reversión de cascadas de prescripción:.....	26
Herramientas de prescripción explícitas e implícitas:	27
Aplicación a psicofármacos:.....	27
Conclusiones	29
Recomendaciones para la práctica clínica	31
Bibliografía	32

Resumen

El envejecimiento poblacional constituye uno de los principales desafíos para los sistemas de salud contemporáneos, debido al incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas, la multimorbilidad y el uso creciente de medicamentos en la población adulta mayor. En este contexto, la polifarmacia y la prescripción potencialmente inapropiada de psicofármacos representan problemáticas relevantes, asociadas a un mayor riesgo de reacciones adversas, interacciones farmacológicas, deterioro funcional, caídas, hospitalizaciones y aumento de la mortalidad.

El objetivo de este trabajo fue describir la evidencia científica disponible sobre la prescripción inadecuada de psicofármacos en adultos mayores, considerando los criterios utilizados para su identificación, la prevalencia reportada y las principales consecuencias clínicas asociadas, así como analizar las estrategias de intervención destinadas a optimizar la prescripción en esta población.

Se realizó una revisión bibliográfica de carácter narrativo y cualitativo mediante la búsqueda sistemática de literatura en bases de datos científicas como PubMed, Scopus, Web of Science, SciELO y Google Scholar. Se incluyeron artículos publicados entre 2014 y 2025 en español e inglés, seleccionando finalmente 16 estudios relevantes tras aplicar criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos.

Los resultados evidencian una elevada prevalencia de prescripción potencialmente inapropiada de psicofármacos en adultos mayores, particularmente benzodiacepinas, antidepresivos, hipnóticos y antipsicóticos. Asimismo, se identificaron herramientas de evaluación clínica ampliamente utilizadas, como los Beers Criteria y los STOPP/START Criteria,

junto con estrategias como la conciliación farmacológica, la revisión de interacciones medicamentosas y la deprescripción.

En conclusión, la aplicación sistemática de estas herramientas y estrategias puede contribuir a mejorar la seguridad en la prescripción, optimizar la farmacoterapia y promover una atención sanitaria más segura y centrada en las necesidades del adulto mayor.

Palabras Claves:

Prescripción inadecuada, polifarmacia, adulto mayor, psicofármacos, reacciones adversas.

Introducción

El aumento sostenido de la esperanza de vida ha generado un marcado crecimiento en la proporción de adultos mayores dentro de la población mundial. Este fenómeno demográfico, si bien constituye un logro social y sanitario, plantea importantes desafíos en términos de atención médica integral y uso racional de los recursos terapéuticos en esta población.

Entre las problemáticas que se ha vislumbrado en las últimas décadas y de gran relevancia es la polifarmacia y, de manera particular, la prescripción de psicofármacos, dada la comorbilidad en el adulto mayor de trastornos afectivos, del sueño, y otros síntomas conductuales o psicológicos parte de los cuadros de deterioro cognitivo.

La literatura científica muestra que la prescripción inadecuada en este grupo etario es un fenómeno frecuente, vinculado a la polifarmacia, la fragilidad clínica y la falta de adherencia a criterios internacionalmente reconocidos como los de Beers o STOPP/START. Este problema se traduce en consecuencias significativas a nivel individual —deterioro funcional, caídas, delirium, institucionalización prematura y aumento de la mortalidad—, así como en un impacto negativo para los sistemas de salud debido al incremento de hospitalizaciones, complicaciones y costos asociados.

En la práctica clínica, se observa y está evidenciado que debido a cambios propios del envejecimiento en el metabolismo, absorción y distribución de los fármacos en el organismo el efecto terapéutico de los psicofármacos presenta características y consideraciones diferentes a las esperadas en un adulto joven. Además, de la coexistencia de múltiples patologías que requieren el uso de otros fármacos y con esto aumentando la susceptibilidad a interacciones

medicamentosas. Se debe tener en consideración que las funciones de metabolización y eliminación de fármacos se ve enlentecida por la disminución natural de las funciones de flujo hepático que pueden reducirse de 10 a 40 % y la función renal puede declinar hasta los $\frac{2}{3}$ del adulto joven y hasta el 50% en casos especiales. El desconocimiento de estos datos al momento de prescribir medicación psiquiátrica en este grupo etario lleva a consideraciones inadecuadas de su uso, dosificación o quedando como medicación fútil en pacientes que no presentan una justificación clínica.

Diversas investigaciones han demostrado que la prescripción inadecuada de psicofármacos en adultos mayores no constituye un fenómeno aislado, sino una problemática recurrente en diferentes contextos asistenciales. Sus consecuencias clínicas son significativas, incluyendo caídas, deterioro cognitivo, síndromes extrapiramidales, cuadros confusionales, reacciones adversas severas, hospitalizaciones innecesarias, cuadros respiratorios por broncoaspiración, institucionalización prematura y, aumento de la mortalidad. Estos efectos no solo impactan en la calidad de vida del/la paciente, sino que también generan un incremento considerable en los costos del sistema sanitario.

La revisión bibliográfica propuesta resulta pertinente y necesaria, ya que permitirá sistematizar la evidencia disponible sobre la prevalencia y características de la prescripción inadecuada de psicofármacos en adultos mayores, además de identificar las estrategias de intervención más efectivas reportadas en la literatura. De este modo, el trabajo aportará una síntesis crítica del conocimiento actual, que sirva de sustrato para planteamiento de estrategias o herramientas que permitan orientar la práctica clínica, ser usadas en la formación de profesionales de la salud y aportar al diseño de políticas públicas orientadas a un uso racional de los psicofármacos en la población adulta mayor.

Objetivos generales

Describir la evidencia científica disponible sobre la prescripción inadecuada de psicofármacos en adultos mayores, considerando los criterios utilizados para su identificación, la prevalencia reportada y las consecuencias clínicas asociadas.

Buscar las estrategias de intervención disponibles en la literatura para optimizar la prescripción de psicofármacos en adultos mayores, contribuyendo al uso racional de medicamentos y a la mejora de la calidad de vida en esta población.

Objetivos específicos

1. Describir los principales criterios utilizados para evaluar la prescripción inadecuada de psicofármacos en adultos mayores.
2. Determinar la prevalencia de la prescripción inadecuada de psicofármacos en adultos mayores en distintos contextos asistenciales según la evidencia científica revisada.
3. Examinar las estrategias de intervención documentadas en la literatura orientadas a reducir la prescripción inadecuada y promover la seguridad en el uso de psicofármacos en esta población.

Materiales y métodos

La revisión bibliográfica fue utilizada para el desarrollo de este documento, con un estilo narrativo y cualitativo. La información obtenida con este diseño metodológico fue estudiada, organizada y descrita con un enfoque crítico. La revisión se orientó a definir los criterios, describir la prevalencia y encontrar las estrategias planteadas en la bibliografía para la intervención con esta problemática en los adultos mayores.

(modelo para revisión bibliográfica)

La búsqueda de información se realizó en bases de datos científicas reconocidas, entre ellas PubMed, Scopus, Web of Science, SciELO y Google Scholar, con el fin de identificar literatura relevante publicada sobre la inadecuada prescripción de psicofármacos en adultos mayores. Se priorizó literatura arbitrada, guías clínicas y capítulos actualizados de libros de psiquiatría.

Se utilizaron combinaciones de palabras clave en español e inglés, tales como: “prescripción inadecuada”, “polifarmacia”, “adulto mayor”, “psicofármacos”, “reacciones adversas”, combinadas mediante operadores booleanos AND y OR para optimizar la estrategia de búsqueda.

Criterios de inclusión

Se incluyeron artículos que cumplieran con los siguientes criterios:

- Publicaciones científicas relacionadas con el tema de estudio.

- Artículos publicados en revistas indexadas.
- Estudios publicados entre los años 2014-2025.
- Artículos disponibles en idioma español o inglés.
- Investigaciones originales, revisiones sistemáticas o metaanálisis relevantes para el objetivo del estudio.

Criterios de exclusión

Se excluyeron:

- Artículos duplicados.
- Estudios que no abordaban directamente el tema de investigación.
- Publicaciones sin acceso al texto completo.
- Documentos no científicos (blogs, opiniones sin revisión por pares).
- Proceso de selección de los artículos

Inicialmente se realizó una búsqueda amplia en las bases de datos seleccionadas. Posteriormente se revisaron los títulos y resúmenes de los artículos identificados para determinar su relevancia. Los artículos potencialmente pertinentes fueron evaluados mediante lectura completa, aplicando los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos.

Análisis de la información

Los artículos seleccionados fueron analizados de manera cualitativa, identificando los principales hallazgos, metodologías utilizadas y conclusiones relevantes. La información fue organizada en categorías temáticas relacionadas con el objetivo del estudio, lo que permitió realizar una síntesis crítica de la evidencia científica disponible.

Estructura del dato y/o ejes de análisis:

Para el análisis de la bibliografía seleccionada se establecieron los siguientes ejes temáticos:

1. Definiciones clínicas y criterios de prescripción inadecuada de psicofármacos.
2. Prevalencia descrita de la inadecuada prescripción de psicofármacos en adultos mayores
3. Posibles factores causales de una inadecuada prescripción de psicofármacos en adultos mayores.
4. Estrategias de intervención disponibles en la actualidad.

Identificación
Registros identificados en bases de datos (n = 10)
Registros identificados en otras fuentes (n = 15)
Total registros identificados (n = 25)
Duplicados eliminados (n = 4)
Cribado
Registros tras eliminar duplicados (n = 21)
Registros evaluados por título y resumen (n = 21)

Registros excluidos (n = 3)
Elegibilidad
Artículos evaluados a texto completo (n = 18) Artículos excluidos (n = 2) Motivos: - No cumplían criterios de inclusión - Población diferente - Sin acceso a texto completo - No respondían a la pregunta de investigación
Inclusión
Artículos incluidos en la revisión final (n = 16)

Resultados

Caracterización de los estudios incluidos en la revisión						
Nº	Autor / Año	País	Tipo de estudio	Población / Muestra	Objetivo del estudio	Principales hallazgos
1	Michat, 2023	Argentina	Revisión bibliográfica	Adultos mayores	Analizar herramientas para reducir errores en la prescripción de psicofármacos	Destaca el uso de herramientas como criterios de prescripción para mejorar la seguridad farmacológica en adultos mayores.
2	Stagnar o et al., 2019	Argentina	Estudio epidemiológico	Población general	Analizar la prevalencia de trastornos de salud mental	Evidencia la carga de trastornos mentales y su impacto en la prescripción farmacológica.
3	Verdaguer Pérez et al., 2021	Cuba	Estudio descriptivo transversal	Adultos mayores	Evaluar el consumo de psicofármacos	Alta prevalencia de uso de benzodiazepinas y mayor consumo en mujeres.
4	Céspedes, León & Japúz, 2022	Cuba	Estudio observacional	Adultos mayores institucionalizados	Evaluar polifarmacia y prescripción inadecuada	Elevada frecuencia de polifarmacia y uso de medicamentos potencialmente inapropiados.
5	Castro-Rodríguez et al., 2015	Colombia	Estudio descriptivo	Adultos mayores	Analizar polifarmacia y medicamentos inapropiados	Alta prevalencia de prescripción potencialmente inadecuada en la población geriátrica.
6	Delgado-Silveira et al., 2023	España	Revisión y actualización de criterios	Adultos mayores	Presentar la versión en español de los criterios STOPP/START 3	Mejora la identificación de prescripción inapropiada y omisiones terapéuticas.
7	Terán-Álvarez et al., 2014	España	Estudio observacional	Pacientes mayores polimedicados	Analizar prescripción potencialmente inapropiada	Identifica una alta prevalencia de prescripción inapropiada según criterios STOPP.
8	Kormelink et al., 2025	Países Bajos	Ensayo clínico aleatorizado	Adultos mayores con	Evaluar intervenciones para reducir	Intervenciones personalizadas reducen el uso

				demencia en residencias	psicotr3picos inapropiados	de psicof3rmacos inapropiados.
9	Kolshus et al., 2013	Irlanda	Estudio retrospectivo transversal	Pacientes geri3tricos	Analizar prescripci3n de psicof3rmacos	Frecuente prescripci3n de psicotr3picos en adultos muy mayores.
10	Sharma et al., 2021	India	Estudio observacional	Adultos mayores con enfermedad psiqui3trica	Determinar prevalencia de psicof3rmacos inapropiados	Identifica factores asociados a prescripci3n potencialmente inapropiada.
11	Fajreldin es et al., 2016	Argentina	Estudio observacional	Adultos mayores hospitalizados	Evaluar prescripci3n inapropiada	Alta prevalencia de medicamentos potencialmente inapropiados en hospitalizados.
12	Rubio & Castro, 2012	M3xico	Libro acad3mico	Adultos mayores	Analizar controversias en geriatria	Describe desaf3os en el manejo farmacol3gico del adulto mayor.
13	Varghes e & Patel, 2024	EE.UU.	Revisi3n cl3nica	Pacientes geri3tricos	Analizar la polifarmacia	La polifarmacia aumenta riesgo de interacciones y eventos adversos.
14	Nhlanze ko, 2025	Internacio nal	Revisi3n cient3fica	Pacientes geri3tricos	Analizar polifarmacia y deprescripci3n	Destaca la importancia de estrategias de deprescripci3n en adultos mayores.
15	America n Geriatric s Society, 2023	EE.UU.	Gu3a cl3nica	Adultos mayores	Actualizar criterios de prescripci3n	Define medicamentos potencialmente inapropiados en adultos mayores.
16	Calabr3 et al., 2022	Argentina	Adaptaci3n de gu3a cl3nica	Adultos mayores	Adaptar criterios de prescripci3n para Argentina	Facilita la aplicaci3n de herramientas de evaluaci3n farmacol3gica en el contexto local.

La población de adultos mayores

El envejecimiento poblacional es considerado tanto un éxito de la salud pública como un desafío para los sistemas sanitarios. Este proceso demográfico, junto con los cambios individuales propios de esta etapa, ha determinado que los adultos mayores sean los principales usuarios de los servicios de salud en distintos niveles de atención. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la proporción de personas mayores de 60 años aumentará del 12% al 22% entre 2015 y 2050, y se espera que la población mundial de avanzada edad pase de 600 millones a 2.000 millones en las próximas cinco décadas, lo que implica que una de cada diez personas será mayor de 60 años (Michat, 2023; Verdaguer, 2021).

Fisiología del envejecimiento

Envejecer es un proceso fisiológico, dinámico, progresivo, complejo e irreversible que comienza desde la concepción y genera cambios moleculares, celulares, morfológicos, funcionales, psicológicos y bioquímicos que afectan la capacidad de adaptación, mantener su viabilidad y aumentan la morbilidad (Céspedes, 2022). No afecta de forma simétrica a todas las personas, no es uniforme en su velocidad ni en su progresión.

Estos cambios tienen repercusiones directas sobre la farmacocinética y farmacodinámica, modificando la respuesta a los medicamentos y aumentando la vulnerabilidad frente a efectos adversos.

Nombraremos brevemente algunos cambios que se dan como parte de este proceso.

Sistema gastrointestinal:

- Cavidad oral: disminución del flujo salival basal y en la masticación.

- Función orofaríngea: prolongación de esta fase, sumándose un enlentecimiento en la apertura del esfínter esofágico superior.
- Esófago: menor presión en el esfínter esofágico. Retraso en la relajación del mismo a nivel superior y un acortamiento en la contracción. Se observa un aumento en la rigidez de las paredes y disminución en los movimientos peristálticos. Esto provoca el aumento de reflujo en estos pacientes.
- Función gástrica: evidencia de un mayor número de gastritis atrófica. Lo que ocasiona disminución en la secreción de factor intrínseco. Hay una prolongación en el vaciamiento gástrico de líquidos manteniéndose la de sólidos. Menos percepción de distensión gástrica.
- Función del intestino delgado: Deterioro de la absorción de vitamina B12 y D. Siendo mayor la de vitamina A, colesterol y vitamina C. La absorción de tiamina, niacina, vitamina K, zinc, magnesio y hierro suele estar conservada.
- Función del colon: suele presentar atrofia de la muscular propia. Hay una importante disminución en la resistencia a la tracción por lo que hay más predisposición a la herniación de la mucosa. Un tránsito más prolongado que obedece más a factores externos como menos movilidad, fármacos. Adelgazamiento del esfínter anal interno, con mayor presentación en las mujeres.
- Páncreas exocrino: reducción en la secreción de bicarbonato y enzimas.
- Hígado y vías biliares: disminución del peso e irrigación sanguínea. Cambios como defenestración y engrosamiento del endotelio de los sinusoides y formación de una membrana basal incompleta, proliferación de ductos biliares, fibrosis, etc. Disminución de reacción de primera fase, metabolismo de primer paso, pero sin que se modifiquen de forma importante las reacciones de fase II. Es decir, todos estos cambios impactan en la capacidad hepática de metabolizar fármacos. Pero no olvidar que no debe verse

afectadas las pruebas de función hepática típicas. Mayor propensión a desarrollar cálculos biliares, dilatación de conducto biliar.

Sistema Endócrino:

- Hipófisis anterior: la prolactina está afectada en su secreción basal y pulsátil.
- Hipófisis posterior: exceso relativo de hormona antidiurética (ADH), aumentada sensibilidad de los osmorreceptores a la ADH mientras que al mismo tiempo con una menor capacidad de regulación por parte de sus barorreceptores.
- Tiroides: secreción y su aclaramiento disminuidas, es decir, podemos encontrar T4 total y libre sin cambios pero con T3 total y libre reducidas, explicada por una reducción en la conversión periférica de T4 a T3.
- Paratiroides: con la finalidad de sostener los niveles de calcio, hay un incremento en el nivel de hormona paratiroidea.
- Corteza suprarrenal: el cortisol es afectado por una disminución en la secreción y el aclaramiento, manteniendo valores sin cambios. Hay un hipoaldosteronismo que predispone a la pérdida de sodio renal, que a la vez que se reduce la percepción de sed y menos capacidad de responder por parte de la ADH hay un potencial importante a la deshidratación de los pacientes adultos mayores.
- Médula suprarrenal: respuestas fisiológicas a la estimulación adrenérgica disminuidas.
- Sistema renina-angiotensina-aldosterona: la renina plasmática disminuye en 50% en las personas mayores. Entonces, el estado de hipoaldosteronismo hiporreninémico relativo predispone a un riesgo aumentado de hiperkalemia.

Sistema Nervioso:

- Hay una pérdida y atrofia de neuronas, la mielina se observa disminuida, como la densidad de las dendritas y las sinapsis. Acúmulo de lipofusina sobre todo en hipocampo

y corteza frontal, disminución de acetilcolina, catecolaminas y serotonina. Además, entre un 5 al 10% de descenso en el peso del cerebro. Como consecuencia hay una atrofia y una dilatación ventricular. El envejecimiento afecta sobre todo sustancia negra, motoneuronas del asta anterior, células de Purkinje y locus coeruleus.

- Hay una disminución en la irrigación cerebral también, calculada en un 20%, siendo evidenciada más a nivel del prefrontal y sustancia gris.
- Debemos tener en cuenta que los cambios neurológicos del envejecimiento normal son la disminución sutil en la función cognoscitiva:
 1. Disminución en la velocidad de procesamiento,
 2. Disminución de la flexibilidad cognitiva,
 3. Disminución de la percepción viso espacial,
 4. Disminución de la memoria de trabajo y la atención sostenida.
- Se evidencia un deterioro leve a nivel de la función motora como:
 1. Enlentecimiento psicomotor y motor leve.
 2. Depresión del reflejo aquileo
 3. Leve balanceo durante la ejecución de la prueba de Romberg
- Y puede darse alteración a nivel sensorial:
 1. Disminución de la vibración,
 2. En menor medida pero también disminución de la propiocepción.

Sistema Renal:

- Flujo sanguíneo renal: existe el cálculo promedio que disminuye el flujo renal sanguíneo alrededor de 10% por cada década, es decir, que un adulto joven tiene 600 ml/min llegando a 300 ml/min a los 80 años de edad.

- Tasa de filtración glomerular: en general hay una pérdida del 10% de la tasa de filtración glomerular y un 10% del flujo plasmático renal por cada década que pasa posterior a los 40 años. Es importante tener en cuenta que esta disminución no va acompañada a un aumento de la creatinina sérica solo porque a la vez hay una reducción de la masa muscular con la edad, entonces hay una reducción en su producción.
- Función tubular: menor capacidad para concentración y acidificación de la orina, es decir, se verá clínicamente una reducción de la excreción de una carga de ácido, por lo que es común la poliuria nocturna. Menos transporte de glucosa y aminoácidos se correlaciona con la pérdida de nefronas más que con el envejecimiento del túbulo. Por lo tanto hay que tener en cuenta que hay una mayor sensibilidad a las lesiones nefrotóxicas.
- Glomérulo: desde los cuarenta años inicia una disminución en el número y tamaño de las nefronas en la corteza renal, conservandose la médula. Hay una menor superficie de filtración glomerular adecuada, llevando a la compensación por parte de los que están sin afectación a través del agrandamiento e hiperfiltración.

Sistema Cardiovascular:

- Además, de la reducción de la distensibilidad y el aumento de las resistencias periféricas lo que lleva al incremento de la presión arterial sistólica. A los 70 años se cree que el número de miocitos cardiacos han decaído en un 35%, como respuesta se obtiene una hipertrofia de los que quedan, y con esto lleva a una reducción en la elasticidad del corazón, aumentando la rigidez, menor distensibilidad a nivel de ventrículos con menos llenado ventricular izquierdo.

Aparato respiratorio

- Dilatación de los alvéolos y mayor tamaño de los espacios aéreos llevan al envilecimiento fisiológico pulmonar. Menos distensión a nivel de la caja torácica, con mayor esfuerzo respiratorio como resultado. Y notoria disminución de la fuerza de los músculos

respiratorios como resultado de la combinación del estado nutricional del anciano y su función cardíaca.

La prescripción de medicamentos en el adulto mayor

Los reportes de efectos adversos graves que son registrados por los distintos centros de farmacovigilancia con frecuencia se obtienen de los adultos mayores.

Los fármacos representan uno de los recursos sanitarios más usados para prevenir, llegar a un diagnóstico y el tratamiento de patologías en todos los niveles de atención. Son aliados en el control de enfermedades de curso crónico y herramienta en el objetivo del mejoramiento de la calidad de vida de la población. Pero su uso adecuado debe estar regido por distintos criterios de eficacia, efectividad, seguridad y adecuación individual clínica de cada paciente. En esto último se presentan grandes desafíos ante las características especiales de cada población, en los adultos mayores el envejecimiento, multimorbilidad y cronicidad avanzada.

El uso inadecuado de fármacos está influenciado por distintos factores, desde su producción, la publicidad de la industria, control de la dispensación farmacéutica, los criterios de prescripción médica y el propio consumo de la población.

Además, acorde a cada etapa de un individuo, los criterios de prescripción adecuada e inadecuada son dinámicos. Es decir, un fármaco que a cierta edad o condición en una persona era adecuada su prescripción puede dejar de serlo tanto por una nueva condición clínica, un nuevo diagnóstico, evolución de una enfermedad, o cambios fisiológicos acorde a cada edad.

Rige en esto último la importancia de la persona y su contexto clínico para que cualquier fármaco sea potencialmente adecuado o inadecuado.

Los principales factores son los cambios a nivel farmacocinético, farmacodinámico en el adulto mayor, la comorbilidad ya sea a nivel cardíaco, renal o hepático que modifican el metabolismo y eliminación de medicamentos, la probabilidad de la presencia de polifarmacia en esta población y los cambios a nivel cognoscitivo que puede interferir en el manejo y consumo correcto de fármacos por parte del paciente.

- Cambios farmacocinéticos: aumento del pH gástrico, con menos absorción de hierro, calcio y vitaminas. Menos concentración sérica de albúmina con afectación de la biodisponibilidad de varios fármacos (anticoagulantes orales, fenitoína). Un menor metabolismo oxidativo hepático con riesgo de mayor efecto de benzodiazepinas.
- Cambios farmacodinámicos: una reducción de las neuronas dopaminérgicas a nivel de los ganglios basales, y esto nos explica el aumento en la presencia de parkinsonismo inducidos por fármacos.

Consecuencias negativas en la salud del adulto mayor relacionadas con los medicamentos

Conforme aumenta la edad hay una tendencia de aumento a la par en el número de fármacos que un adulto mayor reciba, esto también incrementa la posibilidad de padecer reacciones adversas a medicamentos (RAM).

La OMS ha definido a una reacción adversa a medicamentos, como una “reacción nociva no deseada tras la administración de un fármaco, a dosis utilizadas habitualmente en la especie humana, para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad o para modificar cualquier función biológica” (Rubio & Castro, 2012)

Además, un efecto adverso es todo acontecimiento que puede presentarse durante el tratamiento con un producto farmacéutico pero no necesariamente tiene una relación causal con el mismo (Rubio & Castro, 2012).

Datos como que el 28% de los ingresos para internación hospitalaria de pacientes adultos mayores están asociados a problemas con reacciones medicamentosas, y alrededor del 70% por una RAM. (Varghese D & Patel P, 2024). La probabilidad de de presentar una está estrechamente ligada al número de fármacos que recibe, siendo del 5% cuando consume un solo fármaco. (Rubio & Castro, 2012).

Polifarmacia en el adulto mayor

La definición de polifarmacia tiene aspectos cuantitativos y cualitativos. La más conocida es la Polifarmacia cuantitativa: la cual es definida como el uso regular de 5 o más fármacos al mismo tiempo. (Varghese D & Patel P, 2024).

Además, están las siguientes definiciones, que pueden resultar útiles:

- Polifarmacia menor: Uso de 2 a 4 fármacos.
- Polifarmacia mayor: Uso de 5 o más fármacos.
- Hiperpolifarmacia: Uso de 10 o más fármacos simultáneamente.

Por otro lado esta definición de polifarmacia desde el aspecto clínico:

- Polifarmacia apropiada: si todos los fármacos están prescritos basados en la evidencia clínica para tratar las múltiples condiciones del paciente (multimorbilidad).

- Polifarmacia inapropiada/problemática: Se prescriben más fármacos de los necesarios, o cuando los riesgos del tratamiento (caídas, confusión, interacciones) superan los beneficios terapéuticos. (Nokwanda, N. 2025)

Salud mental y multimorbilidad en adultos mayores

Los adultos mayores presentan una prevalencia significativa de trastornos mentales. Un estudio epidemiológico en Argentina reporta que el 17,3% de los individuos mayores de 65 años han experimentado algún trastorno mental a lo largo de la vida (Stagnaro, 2018). La multimorbilidad, definida como la presencia de dos o más enfermedades crónicas simultáneas, es cada vez más frecuente con la edad y constituye la principal causa de polifarmacia (Michat, 2023).

Estudios argentinos muestran que los adultos mayores consumen múltiples fármacos, incluyendo psicofármacos: el 44,9% reportó que al menos una vez en la vida los usó, el 23,6% durante el último año y el 19,7% en el último mes (Verdaguer, 2021). La combinación de alta prevalencia de trastornos mentales, polimedicación y cambios fisiológicos propios del envejecimiento aumenta la propensión a errores de prescripción, que pueden derivar en interacciones fármaco-fármaco, reacciones adversas, hospitalizaciones y mayores costos para el sistema de salud

El National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) define el error de medicación como cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos. Estos

errores son más frecuentes en mayores de 65 años, especialmente en pacientes hospitalizados, con deterioro cognitivo o dependientes de cuidadores.

Entre las causas más importantes se encuentran las características del prescriptor, el estrés laboral, el tiempo limitado en consulta, la falta de conocimiento y las distracciones frecuentes, que afectan la toma de decisiones clínicas.

La prescripción se considera inadecuada cuando los riesgos superan los beneficios, cuando no se prescriben fármacos potencialmente beneficiosos o cuando la seguridad y eficacia no se monitorean adecuadamente (Castro-Rodriguez, 2015).

Estudios argentinos muestran prevalencias elevadas de prescripción potencialmente inapropiada (PIM/PPI) en adultos mayores. Por ejemplo, un estudio en Buenos Aires reportó PIM del 61,4% según criterios Beers y 65,4% según criterios STOPP, destacando que el 37,5% de los fármacos involucrados fueron psicofármacos, incluyendo benzodiacepinas, antidepresivos, hipnóticos y antipsicóticos (Fajreldines, 2016).

Herramientas para la detección de prescripciones inadecuadas

Existen herramientas explícitas e implícitas para evaluar la idoneidad de la prescripción en adultos mayores:

1. Explícitas: se basan en criterios predefinidos, incluyendo listas de medicamentos a evitar.

Ejemplos: criterios de Beers, STOPP/START, FORTA, IFAsPIAM. Son fáciles de aplicar

y no requieren experiencia clínica profunda, pero su transferibilidad puede ser limitada entre países.

2. Implícitas: se basan en juicios clínicos y experiencia del profesional, como el MAI (Medication Appropriateness Index). Requieren mayor tiempo y conocimiento clínico, por lo que su uso es limitado en consultas rutinarias.

Los Criterios de Beers son una guía clínica que identifica medicamentos potencialmente inapropiados para su uso en adultos mayores, debido a que presentan un mayor riesgo de efectos adversos o una relación riesgo-beneficio desfavorable en esta población. Estos criterios fueron desarrollados por Mark H. Beers y son actualizados periódicamente por la American Geriatrics Society, con el objetivo de mejorar la seguridad en la prescripción farmacológica en pacientes de 65 años o más.

Los criterios Beers clasifican medicamentos en tres categorías: siempre evitar, potencialmente inapropiados según patologías específicas y uso con precaución. En Argentina en el 2022, se realizó la última adaptación correspondiente a los fármacos disponibles en el país para de esa forma poder ser utilizada en la población. (Calabro P. et al. 2022)

Los criterios STOPP identifican prescripciones inadecuadas basadas en evidencia clínica y consideran interacciones fármaco-fármaco y fármaco-enfermedad. Los criterios START detectan omisiones de prescripción de fármacos beneficiosos. Estas herramientas se consideran útiles para prevenir eventos adversos y optimizar la farmacoterapia en adultos mayores (Céspedes, 2022).

Cuadro comparativo: Criterios Beers vs STOPP/START		
Característica	Criterios de Beers	STOPP/START Criteria
Año de desarrollo	1991	2008
Autor principal	Mark H. Beers	Denis O'Mahony
Institución que lo actualiza	American Geriatrics Society	Grupo europeo de expertos en geriatría y farmacología
Objetivo principal	Identificar medicamentos potencialmente inapropiados en adultos mayores	Detectar medicamentos inapropiados y omisiones terapéuticas
Enfoque	Lista de medicamentos que deben evitarse o usarse con precaución	Evaluación más clínica basada en enfermedades del paciente
Componentes	Medicamentos a evitar, interacciones, ajuste por función renal	STOPP: medicamentos inapropiados / START: medicamentos que deberían iniciarse
Uso principal	Muy utilizado en Estados Unidos y guías internacionales	Muy utilizado en Europa y estudios de optimización farmacológica
Ventaja	Fácil de aplicar como lista de verificación	Permite identificar tanto sobreprescripción como infraprescripción
Limitación	No siempre considera el contexto clínico individual	Requiere más análisis clínico del paciente

Prescripción de psicofármacos en adultos mayores

El análisis de los criterios explícitos muestra que las benzodiacepinas son las PIM más frecuentes, seguidas por antidepresivos, hipnóticos y antipsicóticos. Las recomendaciones incluyen uso limitado en tiempo, dosis reducidas y monitoreo de efectos adversos. Otros grupos farmacológicos, como antipsicóticos y estabilizadores del ánimo, también presentan restricciones específicas según el riesgo de eventos adversos, especialmente en pacientes con demencia o trastornos conductuales.

Estudios nacionales destacan riesgos adicionales como la duplicidad terapéutica, la prescripción prolongada de benzodiacepinas y el uso inadecuado de AAS y AINEs, con diferencias demográficas según sexo y condición clínica (Verdaguer, 2021). Estos hallazgos subrayan la necesidad de aplicar criterios de cribado en atención primaria para mejorar la seguridad del paciente anciano polimedicado.

Métodos para reducir errores de prescripción de psicofármacos en adultos mayores

La prescripción de psicofármacos en adultos mayores es compleja debido a la polifarmacia, la multimorbilidad, los múltiples especialistas involucrados y los cambios fisiológicos relacionados con la edad, lo que aumenta el riesgo de errores y efectos adversos. La brevedad de las consultas médicas y la falta de conocimiento de todos los efectos e interacciones de los medicamentos refuerzan la necesidad de estrategias de prevención (Michat, 2023).

Principales estrategias de reducción de errores:

Conciliación farmacológica:

Consiste en un proceso multidisciplinario de verificación, aclaración y comparación de los medicamentos actuales con los nuevos, incluyendo medicamentos de venta libre y suplementos. Su objetivo es identificar discrepancias y asegurar que todas las prescripciones estén documentadas en la historia clínica.

Chequeo de interacciones:

Se recomienda revisar interacciones farmacológicas utilizando criterios explícitos como los de Beers. Por ejemplo, la combinación de tres o más fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central (antidepresivos, antipsicóticos, benzodiacepinas, etc.) incrementa el riesgo de caídas y fracturas. Otras interacciones importantes incluyen el litio con IECA o diuréticos, que aumentan el riesgo de toxicidad.

Prevención, detección y reversión de cascadas de prescripción:

Las cascadas ocurren cuando un efecto adverso de un medicamento se interpreta como una nueva enfermedad, generando prescripciones innecesarias. La prevención incluye priorizar tratamientos no farmacológicos, comunicación efectiva con el paciente y cuidador, y comenzar siempre con dosis bajas. La detección puede apoyarse en cuestionarios validados que identifiquen si un evento adverso es consecuencia de una cascada. La reversión implica la discontinuación controlada de medicamentos innecesarios.

Herramientas de prescripción explícitas e implícitas:

- a. **Explícitas:** Basadas en criterios claros, incluyen listas de fármacos a evitar o usar con precaución (Beers, START/STOPP, FORTA, IFAsPIAM). Son fáciles de usar y no requieren experiencia clínica extensa, aunque su aplicabilidad puede variar según país y requieren actualización periódica.
- b. **Implícitas:** Basadas en juicios clínicos individuales (como el MAI), requieren más tiempo y experiencia, evaluando medicamento por medicamento y considerando el contexto clínico del paciente.

Aplicación a psicofármacos:

Benzodiacepinas: Evitar uso prolongado, dosis altas o duplicidad. Pueden considerarse solo para convulsiones, trastornos del sueño específicos, abstinencia o ansiedad leve. En el anciano puede provocar en la ansiedad grave un efecto paradójico y empeorar el cuadro.

Drogas Z: Evitar en presencia de polifarmacia y administrar en dosis bajas, monitoreando efectos adversos.

Antidepresivos: Preferir ISRS o IRSN según situación clínica; evitar tricíclicos, IMAO, paroxetina y fluoxetina cuando existan riesgos específicos.

Antipsicóticos: Evitar en conductas de demencia salvo riesgo de daño a sí mismo o a otros, con preferencia por fármacos de menor riesgo

anticolinérgico (ej. risperidona, quetiapina, levomepromazina en 1 o 2 mg es menos riesgosa en agitación con ansiedad y angustia).

Estabilizadores del ánimo: Atención especial a carbamazepina y litio, considerando riesgo de hiponatremia, fracturas, deterioro cognitivo y necesidad de monitorización.

En conjunto, estas estrategias permiten optimizar la farmacoterapia en adultos mayores, reducir la incidencia de eventos adversos y mejorar la seguridad del paciente en la prescripción de psicofármacos.

En síntesis, la optimización del uso de medicamentos en la población adulta mayor constituye un desafío prioritario para los sistemas de salud. La complejidad clínica asociada al envejecimiento, la multimorbilidad y la frecuente presencia de polifarmacia hacen indispensable fortalecer las estrategias de evaluación y seguimiento de la prescripción de fármacos en los distintos profesionales de la salud. En este sentido, la promoción de una prescripción racional, basada en la evidencia científica y apoyada en herramientas de evaluación como los Beers Criteria y los STOPP/START Criteria, permite avanzar hacia una atención más segura, integral y centrada en las necesidades del paciente mayor. De este modo, la implementación de estas estrategias no solo contribuye a reducir los riesgos asociados al inadecuado uso y prescripción de medicamentos, sino que también favorece una mejora en la calidad de vida y prevención de complicaciones en este grupo etario.

Conclusiones

1. El envejecimiento poblacional representa un desafío creciente para los sistemas de salud debido al aumento en la demanda de atención médica y al mayor consumo de medicamentos en los adultos mayores. Los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento modifican los procesos farmacocinéticos y farmacodinámicos, lo que incrementa la susceptibilidad a efectos adversos y obliga a una evaluación más cuidadosa de la farmacoterapia en esta población.
2. La presencia de multimorbilidad y el consecuente uso simultáneo de múltiples medicamentos favorecen la aparición de polifarmacia, fenómeno frecuente en adultos mayores que aumenta el riesgo de interacciones farmacológicas, reacciones adversas a medicamentos y hospitalizaciones. En este contexto, resulta fundamental diferenciar entre polifarmacia apropiada, basada en la evidencia clínica, y polifarmacia inapropiada, cuando los riesgos superan los beneficios terapéuticos.
3. La prescripción potencialmente inapropiada constituye un problema relevante en la práctica clínica geriátrica, especialmente en relación con el uso de psicofármacos como benzodiacepinas, antidepresivos, hipnóticos y antipsicóticos. La elevada prevalencia de estos medicamentos en adultos mayores evidencia la necesidad de optimizar los procesos de prescripción para reducir eventos adversos, mejorar la seguridad del paciente y disminuir los costos asociados al sistema sanitario.

4. La implementación de herramientas de evaluación de la prescripción, como los Beers Criteria y los STOPP/START Criteria, junto con estrategias como la conciliación farmacológica, la revisión de interacciones medicamentosas y la prevención de cascadas de prescripción, constituye una estrategia clave para optimizar el uso de medicamentos en adultos mayores y mejorar la seguridad en la prescripción de psicofármacos.

Recomendaciones para la práctica clínica

1. Promover la revisión periódica de la farmacoterapia en adultos mayores, especialmente en aquellos con multimorbilidad y polifarmacia, con el objetivo de identificar medicamentos innecesarios, duplicidades terapéuticas o potenciales interacciones farmacológicas.
2. Incorporar herramientas validadas de evaluación de la prescripción, como los Beers Criteria y los STOPP/START Criteria, como apoyo sistemático en la toma de decisiones clínicas relacionadas con el tratamiento farmacológico en adultos mayores.
3. Fomentar un enfoque interdisciplinario en el manejo de pacientes geriátricos, que incluya la participación de médicos, farmacéuticos, psicólogos y otros profesionales de la salud, con el fin de optimizar la prescripción, prevenir eventos adversos y mejorar la adherencia al tratamiento.
4. Fortalecer la formación y actualización de los profesionales de la salud en farmacoterapia geriátrica y en el uso racional de psicofármacos, con el objetivo de mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención en esta población.

Bibliografía

1. Michat, M. D. (2023). Herramientas para reducir errores de prescripción de psicofármacos en los adultos mayores. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 34(159), 71-83. <https://doi.org/10.53680/vertex.v34i159.368>
2. Stagnaro, J. C., Cía, A., Vázquez, N. ., Vommaro, H., Nemirovsky, M., Serfaty, E., Sustas, S. E., Medina Mora, M. E., Benjet, C., Aguilar-Gaxiola, S., & Kessler, R. (2019). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. *Vertex Revista Argentina De Psiquiatría*, 29(142, nov.-dic.), 275–299. Recuperado a partir de <https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/256>
3. Verdaguer Pérez, Lyudmila, Machín Rodríguez, Vivian Teresa, Montoya Deler, Miguel Ángel, & Borrero Gorgas, Laritza. (2021). Consumo de psicofármacos en adultos mayores de un área de salud. *Acta Médica del Centro*, 15(4), 521-530. Epub 31 de diciembre de 2021. Recuperado en 25 de septiembre de 2025, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2709-79272021000400521&lng=es&tlng=es.
4. Céspedes, D. A., León, Y., & Japúz, D. (2022). Polifarmacia y prescripción inadecuada en adultos mayores institucionalizados. *Cuba Salud. IV Convención Internacional de Salud*.
5. Castro-Rodríguez, J. Alejandro, Orozco-Hernández, Juan P., & Marín-Medina, Daniel S. (2015). Polifarmacia y prescripción de medicamentos potencialmente no apropiados en ancianos. *Revista Médica de Risaralda*, 21(2), 52-57. Retrieved September 25, 2025, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672015000200011&lng=en&tlng=es.

6. Delgado-Silveira, E., Mendoza, M. D. M., Montero-Errasquín, B., García, M. M., Espeso, E. A. R., Vélez-Díaz-Pallarés, M., & Cruz-Jentoft, A. J. (2023). Versión en español de los criterios STOPP/START 3. Avances en la detección de la prescripción inapropiada de medicamentos en personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 58(5), 101407. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2023.101407>
7. Terán-Álvarez, L., González-García, M., Rivero-Pérez, A., Alonso-Lorenzo, J., & Tarrazo-Suárez, J. (2014). Prescripción potencialmente inadecuada en pacientes mayores grandes polimedicados según criterios «STOPP». *Medicina de Familia SEMERGEN*, 42(1), 2-10. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2014.10.018>
8. Kormelinck, C. M. G., Gerritsen, D. L., Van Teunenbroek, C. F., De Boer, M. R., Smalbrugge, M., & Zuidema, S. U. (2025). Tailored interventions for inappropriate psychotropic drug use in nursing home residents with dementia: participatory action research in a special case of a stepped-wedge cluster randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-025-06206-y>
9. Kolshus, E., Freyne, A., Callanan, I., & Cooney, C. (2013). Psychotropic prescribing in the oldest old attending a geriatric psychiatry service: a retrospective, cross-sectional study. *Irish Journal Of Psychological Medicine*, 30(3), 187-196. <https://doi.org/10.1017/ipm.2013.30>
10. Sharma, R., Bansal, P., Sharma, A., Chhabra, M., Kumar, R., & Arora, M. (2021). Prevalence and predictors of Potentially Inappropriate Psychotropic Medication in older adults with psychiatric illness. *Asian Journal Of Psychiatry*, 66, 102872. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102872>
11. Fajreldines, Ana V, Insua, Jorge T, & Schnitzler, Eduardo. (2016). Prescripción inapropiada en adultos mayores hospitalizados. *Medicina (Buenos Aires)*, 76(6), 362-368. Recuperado en 26 de septiembre de 2025, de

https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802016000600008&lng=es&tlng=es.

12. Rubio, Alberto & Castro, María G. (2012). Controversias en Geriatria Ed. Alfil. México.
13. Varghese D, Patel P. Polypharmacy. [Updated 2024 Feb 12]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan-. Available from: https://www.ncbi-nlm-nih-gov.translate.goog/books/NBK532953/? x tr sl=en& x tr tl=es& x tr hl=es& x tr_pto=sge
14. Nokwanda Nhlanzeko, N. (2025). Polypharmacy and deprescribing among geriatric patients. Aging and Health Research. Volume 5, Issue 3. <https://doi.org/10.1016/j.ahr.2025.100256>.
15. American Geriatrics Society 2023 updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. Journal of the American Geriatrics Society, 71(7), 2052–2081.
16. Calabró P, Donnianni I, Bellomo MJ, et al. (2022). Criterios de Beers para identificar el consumo de medicación potencialmente inapropiada: adaptación para su aplicación en Argentina. Evid Actual Pract Ambul. 2022;25(4):e007032. Available from: <https://dx.doi.org/10.51987/EVIDENCIA.V26I1.7032>.