



Horizonte sanitario

ISSN (en línea): 2007-7459

Prescripción centrada en la persona: un imperativo ante la complejidad clínica del envejecimiento

*Person-centred prescribing: an imperative in the face of
the clinical complexity of ageing*

Editorial DOI: 10.19136/hs.a25n1.5800

Ana Julia García Milian ¹ 

Correspondencia: Ana Julia García Milian. Dirección postal: Carrer Vila de
Lloret 2 1ra 2da Blanes. C.P. 17300. Gerona. España.
Correo electrónico: anajmilian@yahoo.com



Licencia CC-BY-NC-ND

¹ Médico. Doctora en Ciencias de la Salud. Profesora e investigadora Titular. Especialista de II grado en Farmacología y en Organización y Administración de Salud. Máster en Economía de la Salud e Investigación en Atención Primaria. Corporación de Salud Maresme y la Selva. Profesora de la Universidad de Gerona. Cataluña, España.



Resumen

Se examina la prescripción centrada en la persona como una respuesta a los retos que presenta el envejecimiento de la población. Los medicamentos, que son la tecnología sanitaria más comúnmente utilizada, enfrentan problemas crecientes de adecuación en contextos de multimorbilidad y cronicidad avanzada. La complejidad del uso de fármacos implica múltiples factores, desde su producción hasta su consumo, y los conceptos de prescripción adecuada son dinámicos y varían según la trayectoria vital. En el caso de las personas mayores, el envejecimiento con multimorbilidad da lugar a la polifarmacia (definida como el uso de cinco o más fármacos crónicos) y a una escasa adecuación terapéutica, especialmente en individuos frágiles y en la fase final de la vida.

Las guías clínicas tradicionales son insuficientes para esta población heterogénea, que a menudo es excluida de los estudios. Aunque hay herramientas técnicas disponibles para evaluar la carga anticolinérgica, las interacciones y las prescripciones inapropiadas, es necesario un modelo estructurado que las integre. El modelo de prescripción centrada en el paciente (PCP) sugiere un enfoque integral a través de tres valoraciones: centrada en la persona (evaluando la adherencia y consensuando los objetivos terapéuticos), centrada en el diagnóstico (identificando problemas de salud y estrategias de desprescripción), y centrada en el fármaco (revaluando las indicaciones y simplificando las pautas). Este enfoque multidimensional y biopsicosocial, realizado por equipos interdisciplinarios, incorpora las preferencias del paciente y reduce la prescripción inadecuada.

Abstract

Person-centred prescribing is examined as a response to the challenges presented by population ageing. Medicines, which are the most commonly used health technology, face increasing problems of adequacy in contexts of multimorbidity and advanced chronicity. The complexity of drug use involves multiple factors, from production to consumption, and the concepts of appropriate prescribing are dynamic and vary according to the life trajectory. In the case of older people, ageing with multimorbidity results in polypharmacy (defined as the use of five or more chronic drugs) and poor therapeutic adequacy, especially in frail and end-of-life individuals.

Traditional clinical guidelines are insufficient for this heterogeneous population, which is often excluded from studies. Although technical tools are available to assess anticholinergic burden, interactions, and inappropriate prescriptions, a structured model that integrates them is needed. The patient-centred prescribing (PCP) model suggests a comprehensive approach through three assessments: person-centred (assessing adherence and agreeing on therapeutic objectives), diagnosis-centred (identifying health problems and deprescribing strategies), and drug-centred (re-evaluating indications and simplifying guidelines). This multidimensional and biopsychosocial approach, carried out by interdisciplinary teams, incorporates the patient's preferences and reduces inappropriate prescribing.

Palabras claves: Prescripciones de Medicamentos; Envejecimiento; Atención Dirigida al Paciente.

Keywords: Drug Prescriptions; Aging; Patient-Centered Care.

• Fecha de recibido: 22 de abril de 2025 • Fecha de aceptado: 01 de diciembre de 2025
• Fecha de publicación: 03 de diciembre de 2025

Introducción

Los medicamentos constituyen la tecnología sanitaria más empleada para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades tanto en el ámbito hospitalario como en la atención primaria.

Estos desempeñan un papel esencial en el control de enfermedades crónicas y la mejora de la calidad de vida. Su uso debe estar guiado por criterios de efectividad, seguridad y adecuación al contexto clínico del paciente. Sin embargo, su prescripción plantea desafíos crecientes, especialmente en contextos de envejecimiento poblacional, multimorbilidad y cronicidad avanzada.

Complejidad del consumo y factores condicionantes

El problema al que se expone la sociedad con su consumo es complejo. Además de las políticas que se trazan en torno a estos, el acceso, la calidad y seguridad, es necesario tener en cuenta los factores que influyen en su utilización adecuada¹.

Diferentes factores influyen en su uso no adecuado y transitan desde la producción, promoción influenciada por la industria, dispensación farmacéutica, prescripción médica y consumo de medicamento por la población. Por otro lado, se le suma que los conceptos de prescripción adecuada e inadecuada son dinámicos y están sujetos a la trayectoria vital de las personas². Un medicamento que en el pasado era apropiado puede dejar de serlo cuando aparecen nuevos diagnósticos o progresa una enfermedad crónica, modificando los objetivos terapéuticos. Lo antes dicho muestra que, según la persona y su contexto, cualquier medicación puede ser potencialmente adecuada o inadecuada.

Polifarmacia y adecuación terapéutica en personas mayores

El creciente fenómeno del envejecimiento poblacional con la presencia de multimorbilidad y cronicidad avanzada (complejidad clínica) condiciona la polifarmacia (pauta de 5 o más fármacos administrados de forma crónica y polifarmacia excesiva o severa cuando se utilizan 10 o más) y la escasa adecuación terapéutica en este grupo de edades, en particular con las personas con fragilidad avanzada y en fase final de vida (MACA –entendida como los últimos 12-24 meses de vida aproximadamente)^{3,4}.

La adecuación de la prescripción en personas mayores frágiles es un problema complejo que no puede resolverse únicamente mediante las Guías de Práctica Clínica, debido a que esta población suele estar excluida de los estudios y presenta gran heterogeneidad, en especial, en casos de cronicidad compleja o avanzada.



Esta evolución clínica exige una revisión cuidadosa de los objetivos terapéuticos, en particular los medicamentos de acción preventiva a largo plazo. La continuidad de estos tratamientos debe valorarse en función del beneficio clínico esperado, la carga terapéutica y las prioridades del paciente, que favorezcan un enfoque centrado en el confort y la calidad de vida.

Herramientas técnicas y necesidad de integración

Se han establecido las definiciones administrativas y los procedimientos que garantizan el marco técnico, jurídico y laboral que se requiere para hacer un uso racional de los medicamentos que permiten garantizar la continuidad entre las diferentes transiciones asistenciales (hospital-atención primaria-centros residenciales). Dentro de las intervenciones propuestas se encuentra la identificación de la carga anticolinérgica y/o sedante (DBI), las interacciones, la complejidad de la farmacoterapia (MRCI) y constatar las prescripciones potencialmente inapropiadas (STOPP Frail)^{5,6}. Estas herramientas funcionan de manera aislada; es necesario un **modelo estructurado** que sirva como hilo conductor y facilite la aplicación práctica de estas recomendaciones en la atención médica.

Modelo CPCP: prescripción centrada en el paciente

Es necesario definir modelos de intervención que incorporen como elementos clave la atención centrada en la persona (enfoque individualizado y a la medida de cada paciente)⁷, el abordaje interdisciplinar (afrontar la complejidad no es factible mediante los modelos estandarizados, se requiere de una base común de conocimiento compartido entre diferentes profesionales) y el abordaje multidimensional (enfermedades y condiciones crónicas, síntomas de difícil control, grado de discapacidad, variables socioeconómicas, ambientales y culturales y/o relacionadas con el propio sistema asistencial)^{8,9,10}.

El modelo de prescripción centrado en el paciente (PCP) propuesto por Bueno y colaboradores¹¹ permite realizar un abordaje integral con colaboración activa, personalización del tratamiento mediante un proceso dinámico que mejora la seguridad al reducir los riesgos de iatrogenia y errores de medicación.

Los autores proponen un plan farmacológico individualizado, consensuado con la persona y/o su entorno cuidador, que optimiza la seguridad y eficacia del tratamiento. Recomiendan un proceso por etapas que tiene en cuenta la persona, el diagnóstico y por último, el fármaco a prescribir para conformar el plan terapéutico.

De esta forma, al hacer la valoración **centrada en la persona** se analiza su situación, se evalúa la adherencia a los tratamientos y se consensuan objetivos terapéuticos relacionados con supervivencia, funcionalidad o control de síntomas. La planificación compartida es esencial para evitar imponer a los pacientes cargas excesivas de tareas, tratamientos o cambios de estilo de vida, y para asegurar que el plan de cuidados tenga un impacto mínimo en su vida cotidiana.

Por su parte, la valoración **centrada en el diagnóstico** permite identificar los problemas de salud y los fármacos asociados. El facultativo puede revisar la aplicabilidad de las guías clínicas para reducir la complejidad mediante estrategias de desprescripción. Finalmente, en la valoración **centrada en el fármaco**, se revalora la indicación de cada medicamento, se buscan alternativas más seguras —especialmente en personas frágiles— y se simplifica la pauta cuando es posible.

Evaluación multidimensional y enfoque biopsicosocial

Las guías clínicas centradas en patologías individuales suelen ser poco aplicables a personas con fragilidad y multimorbilidad. Para afrontarlo, la **prescripción centrada en la persona** (PCP) propone una evaluación multidimensional —clínica, funcional, social, económica y cultural— realizada por un equipo multidisciplinar que incorpora las preferencias del paciente, permitiendo ajustar mejor el plan terapéutico. Este enfoque entiende a los pacientes desde una perspectiva biopsicosocial y a lo largo del tiempo, a diferencia del modelo centrado en enfermedades y episodios asistenciales. A mayor fragilidad de la persona o mayor número de patologías presentes en el individuo, sobre todo si es de edad avanzada, mayor es el riesgo de presentar una prescripción inadecuada y más se beneficiará de la prescripción centrada en la persona.

Comentarios finales. Hacia una prescripción personalizada y compartida

Realizar una prescripción personalizada de acuerdo con las características, valores y preferencias (ya sea por decisiones compartidas directamente con la persona implicada o con el cuidador principal en casos de personas no capacitadas) disminuye la prescripción inadecuada. Esto implica tener una visión global de todas las dimensiones de la persona y un proceso compartido de toma de decisiones con enfoque interprofesional y multidimensional (incluyendo condiciones crónicas, la presencia de síntomas de difícil control, el grado de discapacidad y variables socioeconómicas), donde la desprescripción, la simplificación de pautas y la revisión crítica de guías clínicas son pasos clave en este proceso.

Su aplicación en la práctica clínica involucra la participación del paciente y sus cuidadores en la toma de decisiones y promueve la educación y motivación para mejorar la adherencia. Constituye un reto para la atención profesional, en tanto, para aplicarlo se necesitan de habilidades de comunicación, entrevista motivacional y prescripción centrada en el paciente.

Referencias

1. García Milian AJ, López Verde L, Pría Barros MP y León Cabrera P. Consumo de medicamentos y condiciones de vida en un municipio de La Habana. Revista Cubana de Salud Pública; [Internet]. 2018 [citado 2024 Feb 17]; 44, (1): Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1186>



2. García Milian AJ, León Cabrera P, Alonso Carbonell L, Rodríguez-Ganén O. Epidemiología del medicamento en el contexto de la atención primaria de salud cubana. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [revista en Internet]. 2016;35(4):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revmgisld.cu/index.php/mgi/article/view/181>
3. Escobedo-Romero R.L, Izquierdo-Fernández M.N. La polifarmacia como detección del paciente de alto riesgo mayor de 65 años en urgencias. *Gerokomos* [Internet]. 2023 [citado 2024 Feb 17] ; 34(2): 91-95. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2023000200002&lng=es.
4. Masnoon, N., Shakib, S., Kalisch-Ellett, L. et al. ¿Qué es la polifarmacia? Una revisión sistemática de definiciones. *BMC Geriatr*. 2017;17:230. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0621-2>
5. Hanora Lavan A, Gallagher P, Parsons C, O'Mahony D. STOPPFrail (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in Frail adults with limited life expectancy): consensus validation, Age and Ageing, 2017; 46(4): 600–607, Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ageing/afx005>
6. Zaragoza Noguera R, Ballester Montilla A, Somoza Hernández B. Estudio de la carga anticolinérgica en tratamientos crónicos de pacientes ambulatorios en la farmacia comunitaria. *Finca Comunitarios*. 2025; 17(2):30-43. (2025).12. DOI: 10.33620/FC.2173-9218.
7. Braithwaite, J. Concato, C.C. Chang, M.S. Roberts, A.C. Justice. A framework for tailoring clinical guidelines to comorbidity at the point of care. *Arch Intern Med.*, 167 (2007), pp. 2361-2365. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.167.21.2361>
8. Nardi, G. Scanelli, S. Corrao, I. Iori, G. Mathieu, R. Cataldi Amatrian. Co-morbidity does not reflect complexity in internal medicine patients. *Eur J Intern Med.*, 18 (2007), pp. 359-368- Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2007.05.002>
9. Gask, M. Klinkman, S. Fortes, C. Dowrick. Capturing complexity: The case for a new classification system for mental disorders in primary care. *Eur Psychiatry.*, 23 (2008), pp. 469-476. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2008.06.006>
10. Safford, J.J. Allison, C.I. Kiefe. Patient complexity: More than comorbidity. The vector model of complexity. *J Gen Intern Med.*, 22 (2007), pp. 382-390. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-007-0307-0>
11. Molist Brunet N, Sevilla Sánchez D, Espauella Panicot J, Codina Jané C, González Bueno, J, Amblàs Novellas J. Model de prescripció centrada en la persona (PCP): per a persones fràgils, amb multimorbiditat, cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA). Barcelona: Direcció General de Planificació i Recerca en Salut; 2022.Disponible en: <https://hdl.handle.net/11351/8846>