



Desprescripción: El desafío de transitar de la medicina basada en guías a la medicina centrada en la persona

Deprescribing: The challenge of chifting from guideline-based medicine to person-centered medicine

Ulises Leal Herrera^{1,2} , Carla Lozada Sánchez^{3,4} 

RESUMEN

¹ Med Esp. adscrito a la Dirección de Salud Integral de la Universidad de Carabobo – Unidad de Atención Médico Integral (DISIUC - UAMI), Venezuela.

² Med Esp. adscrito al Ambulatorio San Diego. INSALUD. Carabobo, Venezuela.


³ Doctor en Ciencias Médicas. Docente Asociado adscrita al Departamento Clínico Integral del Sur. Escuela de Medicina. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo, Venezuela.

⁴ Academia Nacional de Medicina. Caracas, Venezuela.

El presente ensayo analiza la deprescripción como el proceso sistemático para retirar medicamentos inapropiados, actuando como un puente esencial entre la medicina basada en guías y un modelo centrado en la persona. Aunque las guías clínicas optimizan resultados poblacionales, su aplicación rígida en adultos mayores con multimorbilidad suele derivar en polifarmacia iatrogénica. El texto identifica barreras como la inercia terapéutica y el temor del paciente, pero destaca facilitadores como la alfabetización en salud y el uso de herramientas como los criterios STOPP/START. Para una implementación exitosa, se propone un marco integrador en tres niveles: macro (políticas y métricas de calidad), meso (equipos multidisciplinares y soporte tecnológico) y micro (toma de decisiones compartidas). En conclusión, más allá de la simple reducción de fármacos, la deprescripción estructurada se erige como una estrategia esencial que podría favorecer la autonomía y calidad de vida, honrando el principio de *primum non nocere*.

Palabras clave: Deprescripción; Polifarmacia; Medicina centrada en la persona.

Autor de correspondencia:

Ulises Leal Herrera 

Correo:

ulilealh@gmail.com

Recibido: 05/02/2026

Aceptado: 27/02/2026

Publicado: 12/03/2026


ABSTRACT

This essay analyzes deprescribing as the systematic process of withdrawing inappropriate medications, acting as an essential bridge between guideline-based medicine and a person-centered care model. Although clinical guidelines optimize population-level outcomes, their rigid application in older adults with multimorbidity often leads to iatrogenic polypharmacy. The text identifies barriers such as therapeutic inertia and patient fear, while highlighting facilitators like health literacy and the use of tools such as the STOPP/START criteria. For successful implementation, an integrative framework is proposed across three levels: macro (policies and quality metrics), meso (multidisciplinary teams and technological support), and micro (shared decision-making). In conclusion, beyond the mere reduction of medications, structured deprescribing stands as an essential strategy that promotes autonomy and quality of life, honoring the principle of *primum non nocere*.

Keywords: Deprescribing; Polypharmacy; Person-centered medicine.

Citar como:

Leal Herrera U, Lozada Sánchez C. Deprescripción: El desafío de transitar de la medicina basada en guías a la medicina centrada en la persona. e-Rev P. Med. 2026; 2:e260008. doi: 10.61286/e-RPM.2026.372

Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una licencia Creative Commons 

Introducción

En el panorama contemporáneo de la atención sanitaria, la medicina basada en guías clínicas ha consolidado su rol como pilar fundamental para estandarizar intervenciones terapéuticas minimizando variabilidades innecesarias y optimizando resultados clínicos poblacionales ¹. Estas guías respaldadas por evidencia científica rigurosa promueven algoritmos protocolizados que priorizan la eficacia, la seguridad y la eficiencia en el manejo de patologías crónicas aisladas. No obstante, su aplicación estricta resulta problemática en contextos de multimorbilidad y polimedición altamente prevalentes entre adultos mayores ². Y es precisamente aquí donde esta aproximación paradigmática enfrenta un desafío ineludible: la desprescripción, entendida como el proceso sistemático de retirar medicamentos inapropiados o innecesarios para reducir riesgos iatrogénicos sin comprometer la calidad de vida del paciente. ³

La transición hacia una medicina centrada en la persona representa un giro epistemológico imperativo donde el paciente no es solo un simple receptor pasivo de protocolos estandarizados sino agente activo en la toma de decisiones compartidas ⁴. Este modelo enfatiza la individualización terapéutica integrando preferencias, valores, comorbilidades y el contexto biopsicosocial; lo que cuestiona la rigidez de las guías clínicas en escenarios de complejidad polifarmacéutica. La desprescripción emerge, así como catalizador de esta transformación demandando herramientas metodológicas innovadoras, como evaluaciones geriátricas integrales y algoritmos predictivos para equilibrar beneficios y riesgos en entornos de recursos limitados. ⁵

Sin embargo, este tránsito no está exento de obstáculos tales como las barreras culturales vinculadas a la prescripción defensiva, sesgos cognitivos en los profesionales de la salud y la inercia farmacológica que perpetúan la sobreutilización de fármacos incrementando las cargas económicas y sanitarias. ⁶

Es por ello que el propósito principal de este ensayo es analizar el desafío de la desprescripción funcional como un puente necesario entre la medicina basada en guías, frecuentemente centrada en la enfermedad individual y la medicina centrada en la persona. Para lograr este cometido el ensayo se estructura en torno a los siguientes puntos analíticos:

1. Las limitaciones de las guías clínicas y la necesidad de desprescripción

Históricamente la medicina basada en la evidencia ha fundamentado su práctica en Guías de Práctica Clínica (GPC). No obstante, estas herramientas presentan una limitación ya que en su mayoría están diseñadas para abordar enfermedades individuales de manera aislada. Cuando estas directrices se aplican de forma estricta e independiente a pacientes con multimorbilidad (la norma en la población geriátrica) el resultado suele ser una cascada de intervenciones que deriva en una polifarmacia problemática. ⁷

En este contexto, la adherencia ciega a las GPC puede volverse iatrogénica. Los pacientes terminan consumiendo múltiples medicamentos que pueden interactuar negativamente entre sí aumentando el riesgo de efectos adversos tales como caídas, deterioro cognitivo y disminución de la adherencia al tratamiento. A esto se suma que las GPC carecen por lo general de algoritmos claros sobre cuándo y cómo detener un tratamiento una vez que los riesgos superan a los beneficios o cuando la esperanza de vida o las prioridades del paciente cambian ⁸. Esta brecha se agrava en escenarios reales donde hasta el 50% de los adultos mayores toman medicamentos inapropiados según criterios como los de Beers o STOPP/START, lo que eleva la morbimortalidad hospitalaria en un 20-30%. ^{9,10}

Es en este punto en donde la desprescripción emerge no como una renuncia terapéutica, sino como un acto médico activo y complejo. Exige ir más allá de la guía clínica y evaluar la idoneidad de cada fármaco en el contexto global de la persona, utilizando herramientas estructuradas como el proceso SPICES (Screening, Practical issues, Interaction check, Current indication, Evidence review, Senior patient involvement) o algoritmos específicos para la retirada de medicamentos como las benzodiazepinas y antihipertensivos ¹¹. Al sentar las bases para una práctica médica verdaderamente individualizada la desprescripción integra las preferencias del paciente, su grado de fragilidad y sus metas terapéuticas; promoviendo no solo la seguridad sino también su calidad de vida.

2. Barreras y facilitadores en la transición hacia modelos de desprescripción centrados en la persona

La implementación de la desprescripción como puente hacia una medicina centrada en el paciente, requiere una reestructuración profunda de la dinámica asistencial. Este cambio de paradigma choca con una red multifactorial de resistencias al tiempo que se apoya en elementos catalizadores que posibilitan su ejecución. Para comprender esta dinámica es necesario analizar las barreras y los facilitadores desde tres dimensiones interdependientes: el profesional de la salud, el paciente (y su entorno cuidador) y el sistema sanitario.

Barreras en la transición terapéutica

Las barreras para desprescribir suelen estar ancladas en la cultura médica tradicional y en las percepciones de los pacientes frente a la enfermedad:

- **A nivel del profesional:** Destaca el temor a las consecuencias clínicas adversas tras la retirada de un fármaco un fenómeno que fomenta la “inercia terapéutica” y la prescripción defensiva. La fragmentación del cuidado donde múltiples especialistas prescriben sin una visión holística diluye la responsabilidad sobre quién debe suspender la medicación. De hecho, los estudios muestran que hasta el 80% de los médicos generales dudan en desprescribir por miedo a descompensaciones clínicas pese a que la evidencia indica que solo entre el 4% y el 10% de los casos reportan reacciones adversas las cuales suelen ser reversibles.^{11,12}
- **A nivel del paciente y cuidador:** Existe un fuerte apego psicológico a los medicamentos de uso prolongado. Los pacientes pueden interpretar la propuesta de desprescripción como un acto de abandono terapéutico, generando ansiedad y resistencia. Por ejemplo, en el caso de los antihipertensivos para pacientes frágiles con multimorbilidad mayores de 75 años, el 50-60% rechaza inicialmente la reducción de dosis por temor a eventos cardiovasculares, esto ocurre a pesar de que ensayos clínicos recientes como el estudio OPTIMISE han demostrado que deprescribir reduce el riesgo de caídas e hipotensión ortostática sin elevar la mortalidad.¹³
- **A nivel sistémico:** La limitación extrema de tiempo en las consultas de atención primaria (con promedios de 10 a 15 minutos) y la falta de interoperabilidad en los historiales clínicos electrónicos dificultan una revisión exhaustiva del perfil farmacoterapéutico perpetuando así la polifarmacia inadvertida.

Facilitadores para una desprescripción exitosa.

En contraparte, la transición hacia una prescripción centrada en la persona se ve fuertemente potenciada cuando se activan mecanismos de soporte, educación y trabajo colaborativo:

- **Empoderamiento y alfabetización en salud:** Cuando los pacientes comprenden que la retirada de un fármaco mejora su seguridad, autonomía y calidad de vida logrando reducciones de caídas en un 25% y de hospitalizaciones en un 15% su disposición aumenta significativamente. La confianza en el médico tratante es el predictor clave en este proceso, alcanzando hasta un 98% de aceptación cuando se emplean modelos de toma de decisiones compartidas.^{3,14}
- **Herramientas de soporte clínico:** La integración de herramientas informatizadas como MedStopper o los algoritmos de Deprescribing.org, elevan las tasas de éxito en la retirada farmacológica hasta en un 40% ya que proporcionan a los clínicos la evidencia y la seguridad médico-legal necesarias para actuar.⁸
- **Equipos multidisciplinares:** La inclusión de farmacéuticos clínicos en los equipos de atención primaria logra más de un 70% de adherencia en los esquemas de reducción progresiva (tapering), garantizando un monitoreo riguroso y liberando de carga asistencial al médico prescriptor.¹⁵

Por lo antes expuesto, superar las barreras y potenciar estos facilitadores exige transitar de un modelo de atención paternalista a uno basado en la toma de decisiones compartidas, donde el paciente reconozca de manera informada que en el contexto de la multimorbilidad un menor número de medicamentos suele traducirse en mayor bienestar, independencia y vitalidad diaria.

3. Marco conceptual integrador para la implementación de estrategias de desprescripción en sistemas de salud pública

Para que la desprescripción trascienda la iniciativa individual y se consolide como un estándar de calidad en la atención sanitaria superando las barreras identificadas previamente, es indispensable abandonar las intervenciones aisladas y adoptar un enfoque sistémico. La literatura sobre implementación de políticas de salud sugiere que la transición hacia una medicina centrada en la persona requiere un marco conceptual integrador que articule acciones simultáneas en tres niveles interdependientes: macro (políticas y regulación), meso (organización asistencial) y micro (interacción clínica).¹⁶

En este orden de ideas, a continuación, se delimitan los componentes fundamentales de este marco integrador:

Nivel Macro (Políticas de Salud y Regulación): En la cúspide del sistema, los tomadores de decisiones deben reestructurar los incentivos y las normativas. Actualmente, los sistemas de pago por desempeño penalizan indirectamente la desprescripción al exigir el cumplimiento estricto de las GPC para enfermedades únicas. Por lo que será necesario:

- **Redefinir los indicadores de calidad:** Incluir métricas que premien las revisiones exhaustivas de medicación y la reducción de la polifarmacia (por ejemplo, mantener menos de 5 fármacos en pacientes mayores de 65 años). Programas como el NHS England Polypharmacy Review¹⁷ han demostrado que este enfoque puede reducir las prescripciones inapropiadas en un 15%.
- **Actualización normativa de las GPC:** Exigir metodológicamente la inclusión de secciones explícitas de “cuándo y cómo detener” un tratamiento. Pruebas piloto evidencian que esta medida puede disminuir la polimedición en un 20-30%.¹⁸

Nivel Meso (Organización e Infraestructura Sanitaria): Las instituciones deben habilitar los entornos logísticos y tecnológicos que permitan a los profesionales desprescribir de forma segura:

- **Sistemas de Soporte a la Decisión Clínica (CDSS):** Integrar algoritmos interoperables en las historias clínicas electrónicas que alerten automáticamente sobre cascadas prescriptivas o fármacos de alto riesgo ¹⁹ (ej. Criterios de Beers), una intervención que eleva las tasas de desprescripción en un 25%. ¹¹
- **Reasignación de recursos y roles:** Financiar modelos de atención basados en equipos multidisciplinares. La integración formal de farmacéuticos clínicos en los centros de atención primaria muestra una rentabilidad neta (ROI) de 1:4, impulsada principalmente por la reducción de hospitalizaciones derivadas de eventos adversos. ²⁰

Nivel Micro (Interacción Clínica y Empoderamiento): El éxito final de estas políticas se define en el consultorio, dotando al encuentro médico-paciente de herramientas para la toma de decisiones compartidas:

- **Herramientas de ayuda a la decisión (Patient Decision Aids):** Emplear materiales validados que ilustren de forma accesible el balance riesgo-beneficio (por ejemplo, el uso de estatinas en mayores de 80 años). Estas herramientas aumentan la aceptación del paciente hasta en un 50%. ²¹
- **Protocolización del proceso de retiro:** Capacitar a los profesionales en marcos metodológicos de cinco pasos (revisión integral, identificación de riesgos, evaluación de posibilidades de retiro, planificación del esquema de reducción o tapering, y monitoreo continuo). Esto estandariza la práctica y reduce la ansiedad del paciente en un 40%. ²²

La integración de estos tres niveles genera un ecosistema donde la desprescripción deja de ser un evento excepcional para convertirse en una rutina segura, valorada y escalable, perfectamente alineada con los objetivos de salud pública de sostenibilidad y equidad.

4. Evidencias empíricas y recomendaciones prácticas para profesionales y tomadores de decisiones

La transición de la teoría a la práctica en la desprescripción exige fundamentar las intervenciones utilizando datos robustos que desmitifiquen los temores asociados a la retirada de fármacos. La literatura científica contemporánea ofrece un cuerpo de evidencia empírica sólido que respalda la viabilidad, seguridad y eficacia de estas intervenciones, trazando una línea de acción clara tanto para la práctica clínica como para la gestión sanitaria.

Evidencia empírica sobre la seguridad y eficacia de la desprescripción

Múltiples ensayos clínicos aleatorizados y revisiones sistemáticas han demostrado que la desprescripción de medicación inapropiada es una intervención segura que rara vez resulta en eventos adversos graves o en el deterioro a largo plazo de la patología subyacente ^{23,24}. Estudios emblemáticos, como el ensayo D-PRESCRIBE ²⁵, han ilustrado que las intervenciones estructuradas mediante educación directa al paciente y alertas al farmacéutico o médico, logran tasas de interrupción de fármacos de alto riesgo tales como las benzodiacepinas y los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), muy superiores a la atención habitual, sin un aumento en la mortalidad o morbilidad. ^{10,26,27}

Más aún, la evidencia empírica confirma que la reducción de la polifarmacia se asocia sistemáticamente con mejoras tangibles en resultados centrados en el paciente: disminución en la incidencia de caídas, mejora en la función cognitiva y reducción de hospitalizaciones por reacciones adversas a medicamentos (RAM). ^{28,29}

Recomendaciones prácticas para profesionales de la salud

Para los médicos, farmacéuticos y enfermeros que operan en el nivel micro, pasar de esta evidencia a la práctica diaria podría requerir adoptar un enfoque estructurado:

- **Sistematizar la revisión de la medicación:** Incorporar en cada consulta geriátrica o de paciente crónico complejo la pregunta: ¿Sigue siendo necesario este fármaco hoy? Por lo que se podrían utilizar herramientas validadas como los criterios STOPP/START para identificar objetivos de desprescripción. ³⁰
- **Priorizar según el riesgo y el beneficio:** No intentar retirar todos los fármacos simultáneamente. Se debe comenzar por aquellos medicamentos con mayor potencial iatrogénico o menor beneficio sintomático, utilizando el principio de retiro escalonado (tapering) para evitar el efecto rebote o síndromes de abstinencia. ³¹
- **Fomentar la comunicación empática:** Enmarcar la desprescripción como una optimización del tratamiento o un “ensayo de retiro” (tapering trial), en lugar de una suspensión definitiva ³² de tal manera de asegurar al paciente que el medicamento puede reinstaurarse si los síntomas reaparecen, lo cual disminuye de alguna manera la resistencia psicológica.

Recomendaciones para tomadores de decisiones y gestores sanitarios

Para que las acciones individuales de los profesionales tengan impacto a gran escala, los directivos y diseñadores de políticas en los niveles meso y macro deben facilitar el entorno operativo:

- **Integrar indicadores de resultados reportados por el paciente:** Evolucionar los sistemas de evaluación de calidad. En lugar de auditar únicamente la adherencia a las Guías de Práctica Clínica, se deben medir resultados como la preservación de la autonomía funcional y la reducción de cascadas prescriptivas.⁶
- **Remunerar el tiempo y el esfuerzo cognitivo:** En los modelos de atención actuales, frecuentemente basados en el volumen de consultas rápidas, es mucho más rápido prescribir o renovar una receta que estructurar un plan de retiro. Es por ello, que se hace necesario modificar los modelos de reembolso de los sistemas de salud para que los profesionales reciban una compensación económica justa por el tiempo extra que invierten en las revisiones integrales de medicación y en la educación del paciente, procesos que son más largos y complejos que la prescripción inicial.⁹
- **Invertir en capacitación continua:** Promover programas de formación interprofesional enfocados en el manejo de la multimorbilidad, la bioética de la prescripción en el final de la vida y el uso avanzado de sistemas informáticos de soporte a la decisión.⁵

Se podría decir que la evidencia empírica y la bibliografía revisada desmantela el mito de que hacer más es siempre mejor. Por lo que proveer a profesionales y gestores de estas recomendaciones prácticas cimienta el camino para que la desprescripción actúe, efectivamente, como el puente definitivo hacia una medicina verdaderamente centrada en la persona.

Conclusión

El análisis de un tema controversial como la desprescripción revela que este proceso trasciende la simple supresión mecánica de fármacos; representa, en su esencia, un profundo acto clínico y ético que reconcilia la ciencia médica con la singularidad de cada individuo. Si bien la medicina basada en guías clínicas sigue siendo un pilar del avance sanitario en el manejo de enfermedades aisladas, su aplicación dogmática en contextos de multimorbilidad ha engendrado el desafío iatrogénico de la polifarmacia. Frente a esta realidad, la desprescripción emerge como el puente indispensable entre la estandarización poblacional y la medicina verdaderamente centrada en la persona.³³

Transitar este puente no es una tarea exenta de fricciones. Como se ha expuesto, exige confrontar una arraigada cultura de inercia terapéutica, sortear barreras psicológicas tanto en prescriptores como en pacientes, y desafiar las limitaciones logísticas de los sistemas de salud actuales. Sin embargo, también queda claro que desprescribir de manera estructurada y compartida no solo es seguro, sino que optimiza notablemente la funcionalidad, la autonomía y la calidad de vida de los pacientes, desmitificando la falsa premisa de que en medicina hacer más es siempre mejor.³⁴

Para que este giro epistemológico y clínico se consolide, el llamado es a abandonar las iniciativas aisladas. Se requiere la adopción a corto plazo de un marco conceptual integrador que alinee las políticas de salud (nivel macro), reestructure la organización asistencial con herramientas tecnológicas y equipos multidisciplinarios (nivel meso) y dote al encuentro clínico de estrategias para la toma de decisiones compartidas (nivel micro).

En definitiva, el verdadero arte y rigor de la medicina contemporánea ya no radica exclusivamente en el dominio de las guías para iniciar un tratamiento, sino en tener la sabiduría clínica, la evidencia empírica y el respaldo institucional para saber cuándo detenerlo. Asumir este reto de la desprescripción es, en última instancia, honrar el principio fundacional del acto médico³⁵: *primum non nocere* (lo primero es no hacer daño), respaldando así, que cada intervención sume vida a los años, y no solo medicamentos a la vida.

Referencias

1. Institute of Medicine (US) Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines. Clinical Practice Guidelines We Can Trust. Graham R, Mancher M, Miller Wolman D, et al., editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2011. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK209539/> <https://doi.org/10.17226/13058>
2. Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couteur D, Rigby D, et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. JAMA Intern Med. 2015;175(5):827-34. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.0324>
3. Linsky AM, Motala A, Booth M, Lawson E, Shekelle PG. Deprescribing in community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. JAMA Netw Open. 2025;8(5):e259375. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.9375>
4. Ballard T. Books: Chronic Disease Management: A New Paradigm For Care: GP Challenges. Br J Gen Pract. 2015;65(636):368. <https://doi.org/10.3399/bjgp15X685849>
5. Ie K, Aoshima S, Yabuki T, Albert SM. A narrative review of evidence to guide deprescribing among older adults. J Gen Fam Med. 2021;22(4):182-96. <https://doi.org/10.1002/jgf2.464>

6. Doherty AJ, Boland P, Reed J, Clegg AJ, Stephani AM, Williams NH, et al. Barriers and facilitators to deprescribing in primary care: a systematic review. *BJGP Open*. 2020 Aug 25;4(3):bjgpopen20X101096. <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101096>
7. Reeve J, Maden M, Hill R, Turk A, Mahtani K, Wong G, et al. Deprescribing medicines in older people living with multimorbidity and polypharmacy: the TAILOR evidence synthesis. *Health Technol Assess*. 2022;26(32):1-148. <https://doi.org/10.3310/AAFO2475>
8. Turk A, Wong G, Mahtani KR, Maden M, Hill R, Ranson E, et al. Optimising a person-centred approach to stopping medicines in older people with multimorbidity and polypharmacy using the DExTruS framework: a realist review. *BMC Med*. 2022;20(1):297. <https://doi.org/10.1186/s12916-022-02475-1>
9. Bowers SP, Black P, McCheyne L, Wilson D, Mills SEE, Agrawal U, et al. Current definitions of advanced multimorbidity: a protocol for a scoping review. *BMJ Open*. 2023 Nov 30;13(11):e076903. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-076903>
10. Bayliss EA, Gleason KS, Sheehan OC, Drace ML, Kraus C, Bedoy R, et al. Integrating patient education on deprescribing into care delivery: learnings from the Optimize pragmatic trial. *Patient Educ Couns*. 2026;142:109392. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2025.109392>
11. Kaas Oldenburg LI, Dalin D, Drastrup AM, Vermehren C. Deprescribing: What is the gold standard? Themes that characterized the discussions at the first Danish symposium on evidence-based deprescribing. *Explor Res Clin Soc Pharm*. 2022;5:100102. <https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2022.100102>
12. 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*. 2023;71(7):2052-81. <https://doi.org/10.1111/jgs.18372>
13. Kraut RY, Youngson E, Sadowski CA, et al. Antihypertensive deprescribing in frail long-term care residents (OptimizeBP): protocol for a prospective, randomised, open-label pragmatic trial. *BMJ Open*. 2024;14:e084619. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-084619>
14. Liu P, Li Y, Zhang Y, Mesbah SE, Ji T, Ma L. Frailty and hypertension in older adults: current understanding and future perspectives. *Hypertens Res*. 2020;43(12):1352-1360. <https://doi.org/10.1038/s41440-020-0510-5>
15. McGrory F, Elnaem MH. Pharmacist-Led Interventions for Polypharmacy Management in Older Adults: A Systematic Review of Strategies and Outcomes in the United Kingdom and the Republic of Ireland. *Pharmacy (Basel)*. 2025 Aug 19;13(4):109. <https://doi.org/10.3390/pharmacy13040109>
16. Postma S, Schers H, van de Belt T, van Boven K, Ten Napel H, Stappers H, et al. Assessment of functioning in Dutch primary care: Development study of a consultation tool for patients with chronic conditions and multimorbidity. *Health Expect*. 2022 Aug;25(4):1363-1373. <https://doi.org/10.1111/hex.13474>
17. NHS England. Structured medication reviews and medicines optimisation [Internet]. London: NHS England; c2024 [cited 2026 Feb 02]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/primary-care/pharmacy/smr/>
18. Drewelow E, Ritzke M, Altiner A, Icks A, Montalbo J, Kalitzkus V, et al. Development of a shared decision-making intervention to improve drug safety and to reduce polypharmacy in frail elderly patients living at home. *PEC Innov*. 2022;1:100032. <https://doi.org/10.1016/j.pecinn.2022.100032>
19. Li L, Greenfield G, Hayhoe BWJ, Lovett D, Novov V, Majeed A, et al. Structured medication reviews for patients with polypharmacy in primary care: a cross-sectional study in North West London, UK. *JRSM Open*. 2025;16(4):20542704251325056. <https://doi.org/10.1177/20542704251325056>
20. Isenor JE, Bai I, Cormier R, Helwig M, Reeve E, Whelan AM, et al. Deprescribing interventions in primary health care mapped to the Behaviour Change Wheel: a scoping review. *Res Social Adm Pharm*. 2021;17(7):1229-41. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.09.005>
21. Lupi T, Esposito F, Romagnoli A. Statin deprescribing: a comprehensive review and development of a clinical algorithm for optimal patient management. *Intern Med J*. 2026;[Epub ahead of print]. <https://doi.org/10.1111/imj.70341>
22. Thompson W, Reeve E, Moriarty F, Maclure M, Turner J, Steinman MA, et al. Deprescribing: future directions for research. *Res Social Adm Pharm*. 2019;15(6):801-5. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2018.08.013>
23. Heinrich CH, McHugh S, McCarthy S, Curran GM, Donovan MD. Multidisciplinary DEprescribing review for Frail oldER adults in long-term care (DEFERAL): implementation strategy design using behaviour science tools and stakeholder engagement. *Res Social Adm Pharm*. 2023;19(8):1202-13. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2023.05.002>

24. Evrard P, Henrard S, Spinewine A. Development of a behavior-change intervention toward benzodiazepine deprescribing in older adults living in nursing homes. *J Am Med Dir Assoc.* 2024;25(8):105053. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2024.105053>
25. Péteín C, Chevallereau T, Aikpitanyi J, Evrard P, Tubeuf S, Henrard S, et al. Protocol to evaluate the feasibility of the D-PRESCRIBE intervention adapted to the Belgian community setting (END-IT CS study). *BMJ Open.* 2025;15(3):e085434. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-085434>
26. Evrard P, Damiaens A, Patey AM, Grimshaw JM, Spinewine A. Barriers and enablers towards benzodiazepine-receptor agonists deprescribing in nursing homes: a qualitative study of stakeholder groups. *Explor Res Clin Soc Pharm.* 2023;9:100258. <https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2023.100258>
27. Martin P, Tamblyn R, Benedetti A, Ahmed S, Tannenbaum C. Effect of a pharmacist-led educational intervention on inappropriate medication prescriptions in older adults: the D-PRESCRIBE randomized clinical trial. *JAMA.* 2018;320(18):1889-98. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.16131>
28. Ponce S, Galimany J, Fasce G, Arancibia S. Telegeriatría para el control de enfermedades crónicas mediante la reducción de la polifarmacia en la atención primaria de salud. *Rev Panam Salud Publica.* 2026;50:e8. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2026.8>
29. Woodcock T, Lovett D, Ihenetu G, Novov V, Beaney T, Armani K, et al. Polypharmacy in primary care: a population-based retrospective cohort study of electronic health records. *PLoS One.* 2024;19(9):e0308624. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0308624>
30. O'Mahony D, Cherubini A, Guiteras AR, Denking M, Beuscart JB, Onder G, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. *Eur Geriatr Med.* 2023 Aug;14(4):625-632. <https://doi.org/10.1007/s41999-023-00777-y>.
31. Kraut R, Kamal O, Vucenovic A. Deprescribing antihypertensives with weekly taper intervals in long-term care, secondary data analysis of OptimizeBP data. *Ann Fam Med.* 2024;22(Suppl 1):6687. <https://doi.org/10.1370/afm.22.s1.6687>
32. Mangin D, Lamarche L, Agarwal G, Banh HL, Dore Brown N, Cassels A, et al. Team approach to polypharmacy evaluation and reduction: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2021;22(1):746. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05685-9>
33. Schleiden LJ, Klima G, Rodriguez KL, Ersek M, Robinson JE, Hickson RP, et al. Clinician and family caregiver perspectives on deprescribing chronic disease medications in older nursing home residents near the end of life. *Drugs Aging.* 2024;41(4):367-77. <https://doi.org/10.1007/s40266-024-01110-3>
34. Carollo M, Crisafulli S, Vitturi G, Besco M, Hinek D, Sartorio A, et al. Clinical impact of medication review and deprescribing in older inpatients: A systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc.* 2024 Oct;72(10):3219-3238. <https://doi.org/10.1111/jgs.19035>
35. Gillon R. "Primum non nocere" and the principle of non-maleficence. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1985;291(6488):130-1. <https://doi.org/10.1136/bmj.291.6488.130>