

Boletín CAIPaDi

“Minimalismo farmacológico”

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define al minimalismo como “tendencia estética e intelectual que busca la expresión de lo esencial eliminado lo superfluo”. De forma interesante, se ha extrapolado este término al quehacer clínico para crear conciencia en la prescripción del esquema farmacológico lo menos complejo posible, priorizando aquellos que tienen mayor beneficio y menores efectos adversos, pero sin comprometer el mantenimiento de metas de control^{1,2}.

Esta simplificación del esquema de prescripción o reducción de polifarmacia es extremadamente importante en la atención de enfermedades crónicas como la diabetes, dado que con frecuencia se requiere de un esquema combinado de fármacos hipoglucemiantes, hipolipemiantes, antihipertensivos, psicofármacos, entre otros.

Los beneficios de mantener este enfoque incluyen la obtención de una mayor adherencia al tratamiento, la reducción del riesgo de efectos secundarios y la disminución de los costos de atención.

Por tanto, se recomiendan las siguientes acciones:

1. Priorizar la prescripción de fármacos absolutamente indispensables, con beneficio irrefutable y que tengan indicación aprobada por autoridades regulatorias.
2. Reducir la complejidad del esquema, simplificando el número de tabletas, dosis efectivas, número de aplicaciones y horarios factibles de seguir.
3. Revisar con detalle los potenciales efectos adversos e interacciones medicamentosas más frecuentes.
4. Considerar en cada consulta el “des-escalamiento” gradual de número o dosis de medicamentos según el estado de fragilidad del paciente o efectos adversos.
5. Suspender aquellos fármacos, suplementos o complementos que no sean esenciales o que tengan escaso valor o efecto terapéutico.

Se ha analizado el efecto de disminuir o suspender fármacos al lograrse la meta terapéutica, evaluando algunos indicadores

como las tasas de eventos adversos, de recaídas y/o deterioro funcional, de reinicio de fármacos y calidad de vida. Algunas de estas evaluaciones se han basado en la determinación de los umbrales de diferencia mínima clínicamente importante (MCID por sus siglas en inglés), índice que expresa la magnitud mínima de cambio en un síntoma, escala o indicador clínico que un paciente percibe como benéfico o que justifica un cambio en el tratamiento clínico. Aunque hay resultados heterogéneos, estos estudios han descrito perfiles de pacientes en quienes es posible la simplificación del tratamiento y determinar qué fármacos se pueden o no suspender³⁻⁶.

Las intervenciones multidisciplinares y multifactoriales (que incluyen la revisión de la prescripción de medicamentos, la optimización del estilo de vida y la atención coordinada) pueden mejorar la obtención de metas de control, permitiendo reducir el uso de medicamentos, en comparación con la atención estándar.

Por tanto, el enfoque minimalista en la prescripción implica el uso racional de medicamentos, la

implementación de protocolos estandarizados centrados en la persona con diabetes, dar la misma importancia a medidas terapéuticas dirigidas a optimización del estilo de vida, educación para el autocuidado y la atención a la salud mental; además de fomentar la atención por equipos multidisciplinarios.

Sergio Hernández Jiménez
Cristina García Ulloa
Endocrinología CAIPaDi

Referencias.

1. Okten AI. Minimalism in Art, Medical Science and Neurosurgery. *Turk Neurosurg.* 2018;28(2):307-312. doi: 10.5137/1019-5149.JTN.18855-16.1. PMID: 28094427.

2. Scott IA, Gray LC, Martin JH, Mitchell CA. Minimizing inappropriate medications in older populations: a 10-step conceptual framework. *Am J Med.* 2012 Jun;125(6):529-37.e4. doi: 10.1016/j.amjmed.2011.09.021. Epub 2012 Mar 3. PMID: 22385783.

3. Luo Y, Xiao W, Sener YZ, Meijers WC, van der Boon RMA, Hasabo EA, Soliman O, de Boer RA, Caliskan K. Minimization or withdrawal of oral pharmacotherapy in chronic heart failure patients with improved myocardial function: A systematic review. *Eur J Heart Fail.* 2025 Dec;27(12):2747-2759. doi: 10.1002/ehfj.3652.

4. Bayliss EA, Shetterly SM, Drace ML, et al. Deprescribing Education vs Usual Care for Patients With Cognitive Impairment and Primary Care Clinicians: The OPTIMIZE Pragmatic Cluster Randomized Trial. *JAMA Intern Med.* 2022;182(5):534-542. doi:10.1001/jamainternmed.2022.0502

5. Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, et al. Reducción de la polifarmacia inapropiada: El proceso de deprescripción. *JAMA Intern Med.* 2015;175(5):827-834.

doi:10.1001/jamainternmed.2015.0324

6. García-Ulloa A, Jaime-Casas S, Rosado-Lozoya J, Serrano-Pérez NH, Hernández-Juárez D, Cárdenas-Fragoso J, Eduardo Briones-García L, Jiménez-Soto R, García-Padilla C, García-Lara J, Aguilar-Salinas CA, Hernández-Jiménez S. De-escalating treatment indications for patients who achieve metabolic goals. *Diabetes Res Clin Pract.* 2024 Jan 18;111096. doi: 10.1016/j.diabres.2024.111096. Epub ahead of print. PMID: 38244782.

7. El-Deyarbi M, Ahmed L, King J, Adi ZS, Al Juboori A, Mansour NA, et al. (2025) Impact of multifactorial interventions with medication and lifestyle optimization on patients with type 2 diabetes: A randomised controlled trial. *PLoS One* 20(7): e0327211. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0327211>

8. Hirai T, Hanaoka S, Terakado Y, Seki T, Watanabe F. Investigating the effect of prescribing status and patient characteristics on the therapeutic outcomes in patients with diabetes using a leftover drug adjustment protocol. *J Pharm Pharm Sci.* 2024 Jun 10;27:12886. doi: 10.3389/jpps.2024.12886. PMID: 38915418; PMCID: PMC11195439.