



ARTICULO ORIGINAL

Consecuencias de la polifarmacia en el adulto mayor

Consequences of polypharmacy in older adults

Consequências da polifarmácia em idosos

Oscar Álvarez-Álvarez¹ , Omar Gort-Cuba² , Yosmeury Torrez-Hernández² , Leosvel
Duartes-Rivera² , Nora María Lemus-Fajardo²  , Reynier Ramírez-Rubiera¹ 

¹Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Hospital Clínico-Quirúrgico-Docente Dr. León Cuervo Rubio. Pinar del Río, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la presencia de polifarmacia en el anciano se erige como una problemática sanitaria en la actualidad.

Objetivo: evaluar el comportamiento de la polifarmacia en adultos mayores.

Métodos: estudio observacional, descriptivo, transversal, realizado en adultos mayores atendidos en el Hospital Clínico-Quirúrgico-Docente Dr. León Cuervo Rubio, entre enero y agosto de 2023. Mediante muestreo probabilístico, aleatorio simple, fue seleccionada una muestra de 107, cumpliéndose los criterios de selección. La revisión documental y aplicación de instrumentos permitió la recolección de datos que dio salida a las variables estudiadas, aplicándose métodos de estadística descriptiva e inferencial. Se respetó la ética médica.

Resultados: el 49,5 % de los ancianos no presentó polifarmacia, predominó el sexo femenino (52,3 %) y el grupo etáreo 65-69 años (25,2 %); mostrando la edad, escolaridad y estado civil, asociación con la presencia de polifarmacia ($p < 0,05$). El 25,2 % de los individuos mostraron dependencia severa, siendo el 62,6 % sedentarios, teniéndose a la hipertensión arterial como principal morbilidad, y los antihipertensivos como principal grupo farmacológico empleado. El 37,4 % de los pacientes tuvieron una moderada calidad de vida, así como un nivel de conocimientos medio el 37,4 %; incrementándose a un nivel alto de conocimientos de un 29,0 a un 56,1 %, existiendo diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,028$).

Conclusiones: el análisis del comportamiento de la polifarmacia, permitió aplicar y evaluar una estrategia educativa, siendo elevado el nivel de conocimientos de los gerontes, lo que conducirá mejorar el autocuidado y calidad de vida de los mismos.

Palabras Clave: Anciano; Atención Primaria de Salud; Calidad de Vida; Conocimientos; Envejecimiento; Polifarmacia.

Citación: Álvarez-Álvarez O, Gort-Cuba O, Torrez-Hernández Y, Duarte-Rivera L, Lemus-Fajardo MN, Ramírez-Rubiera R. Consecuencias de la polifarmacia en el adulto mayor. Rev. Ciencias Médicas [Internet]. 2026 [citado: 30(2026): e6962]. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/6962>

Recibido: 04 de diciembre de 2025

Aceptado: 05 de abril de 2026

Publicado: 15 de abril de 2026

ABSTRACT

Introduction: the presence of polypharmacy in older adults has emerged as a significant public health issue today.

Objective: to evaluate the patterns of polypharmacy among elderly patients.

Methods: an observational, descriptive, cross-sectional study was conducted in older adults treated at the *Dr. León Cuervo Rubio Clinical-Surgical-Teaching Hospital* between January and August 2023. A probabilistic, simple random sampling method was applied to select a sample of 107 participants who met the inclusion criteria. Data collection was carried out through documentary review and the application of instruments, allowing the study of relevant variables. Descriptive and inferential statistical methods were employed, with adherence to medical ethics.

Results: 49,5 % of the elderly did not present polypharmacy. Female sex predominated (52,3 %), as did the age group 65–69 years (25,2 %). Age, educational level, and marital status were significantly associated with the presence of polypharmacy ($p<0,05$). Severe dependency was observed in 25,2 % of individuals, while 62,6 % were sedentary. Hypertension was the most prevalent morbidity, and antihypertensives were the most frequently used pharmacological group. 37,4 % of patients reported moderate quality of life, and 37,4 % had a medium level of knowledge. Knowledge levels increased significantly from 29,0 % (high) to 56,1 % ($p=0,028$).

Conclusions: the analysis of polypharmacy patterns enabled the implementation and evaluation of an educational strategy, which resulted in a significant increase in knowledge among older adults. This improvement is expected to foster better self-care and enhance their quality of life.

Keywords: Aged; Primary Health Care; Quality of Life; Knowledge; Aging; Polypharmacy.

RESUMO

Introdução: a presença da polifarmácia em idosos constitui atualmente um importante problema de saúde pública.

Objetivo: avaliar o comportamento da polifarmácia em adultos maiores.

Métodos: estudo observacional, descritivo e transversal realizado em idosos atendidos no *Hospital Clínico-Cirúrgico-Docente Dr. León Cuervo Rubio*, entre janeiro e agosto de 2023. Utilizou-se amostragem probabilística, aleatória simples, selecionando-se uma amostra de 107 participantes que cumpriram os critérios de inclusão. a coleta de dados foi realizada mediante revisão documental e aplicação de instrumentos, permitindo o estudo das variáveis. Foram empregados métodos de estatística descritiva e inferencial, respeitando-se a ética médica.

Resultados: 49,5 % dos idosos não apresentaram polifarmácia. Predominou o sexo feminino (52,3 %) e o grupo etário de 65–69 anos (25,2 %). A idade, escolaridade e estado civil mostraram associação significativa com a presença de polifarmácia ($p<0,05$). Observou-se dependência severa em 25,2 % dos indivíduos, sendo 62,6 % sedentários. A hipertensão arterial foi a principal morbidade, e os anti-hipertensivos o grupo farmacológico mais utilizado. 37,4 % dos pacientes apresentaram qualidade de vida moderada, e 37,4 % tinham nível médio de conhecimento. O nível alto de conhecimento aumentou de 29,0 % para 56,1 % ($p=0,028$).

Conclusões: a análise do comportamento da polifarmácia permitiu aplicar e avaliar uma estratégia educativa, elevando significativamente o nível de conhecimento dos idosos. Esse avanço contribuirá para melhorar o autocuidado e a qualidade de vida.

Palavras-chave: Idoso; Atenção Primária à Saúde; Qualidade de Vida; Conhecimento; Envelhecimento; Polimedicação.

INTRODUCCIÓN

En el mundo contemporáneo, el envejecimiento constituye uno de los acontecimientos demográficos más importantes del presente siglo, el cual además de ser uno de los mayores triunfos de la humanidad, constituye a su vez uno de los principales desafíos. En este sentido, de los 200 millones de personas mayores de 60 años en todo el mundo, registrados en 1950, a inicios de 2020 en el planeta se registraba más de 1 billón de adultos mayores (AM), para el 13,5 % de la población mundial; estimándose como para 2050, uno de cada cinco habitantes del planeta formará parte de este grupo etáreo, viviendo el 80 % de ellas en países en vías de desarrollo.^(1,2)

El envejecimiento de la población cubana, resultado de la voluntad del Estado y del impacto positivo de estrategias de avance social y sanitario; genera dificultades y retos pues se acumulan déficits biomédicos, riesgos sociales y deterioro funcional, que traducen la concomitancia de varias enfermedades crónicas, viudez, soledad y dependencia física, lo cual motiva la utilización de múltiples fármacos y el consiguiente aumento de la vulnerabilidad a ellos.⁽³⁾

En este contexto, entre los múltiples problemas de salud que afectan al AM, se encuentra la polifarmacia o polifarmacoterapia, considerado un fenómeno habitual y constituye uno de los problemas capitales de la geriatría. Esta peligrosa condición preocupa ya a las autoridades sanitarias en el ámbito internacional y es de interés no solo a nivel científico, sino también familiar y social dada las interacciones medicamentosas.^(4,5)

Teniendo en cuenta que los ancianos son los responsables del 70 % del gasto farmacéutico total, la polifarmacia, definida operacionalmente como el uso concomitante de cinco o más fármacos por un periodo mayor de noventa días, alcanza una frecuencia hasta 40 % en AM, la cual aumenta hasta 85 % en gerontes comórbidos. Los problemas relacionados a la polifarmacia incluyen el aumento de las prescripciones inadecuadas, reacciones adversas medicamentosas e interacciones farmacológicas, la peor adherencia al tratamiento y el potencial incremento de las hospitalizaciones y de la mortalidad, entre otros.^(6,7) Ante ello, la presente investigación tuvo como objetivo evaluar el comportamiento de la polifarmacia en adultos mayores atendidos en el Hospital Clínico-Quirúrgico-Docente Dr. León Cuervo Rubio.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, en AM atendidos en el Hospital Clínico-Quirúrgico-Docente Dr. León Cuervo Rubio, entre enero y agosto de 2023.

De un universo constituido por los 314 AM atendidos en dicha institución, de forma probabilística, aleatoria simple, fue seleccionada una muestra de 107, quienes cumplieron con los criterios de selección.

➤ Criterios de inclusión:

- Paciente con 60 o más años de edad.
- Paciente que acepte participar en el estudio, expresándolo mediante el consentimiento informado.

➤ Criterios de exclusión

- Paciente con demencia o deterioro cognitivo.
- Paciente con enfermedades en estadio terminal.
- Paciente al cual no se le pueda hacer una recogida completa de la información evaluada.

La recolección de datos se efectuó mediante análisis documental de historias clínicas y registros hospitalarios, complementada con la aplicación de instrumentos, lo cual permitió la obtención de información que dio salida a las variables analizadas: sexo (masculino, femenino), edad (60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, ≥ 85), nivel de escolaridad (no escolarizado, primaria, secundaria básica, preuniversitario, universitario), color de piel (blanco, mestizo, negro), convivencia (vive solo, acompañado), estado civil (soltero, casado/unión consensual, separado/divorciado, viudo), estado funcional geriátrico (dependencia total, dependencia severa, dependencia moderada, dependencia escasa, independiente), presencia de enfermedades no transmisibles (hipertensión arterial, diabetes mellitus, asma bronquial, EPOC, insuficiencia

cardíaca, cardiopatía isquémica, osteoartropatías, cáncer, trastornos gastrointestinales, trastornos psiquiátricos, otras), presencia de polifarmacia (sí, no), grupos farmacológicos consumidos (vitaminas y minerales, psicofármacos, antiinflamatorios, antiinflamatorios no esteroideos [AINEs], antihipertensivos, hipoglucemiantes, antiarrítmicos, antiulcerosos, antineoplásicos, hipolipemiantes, otros), calidad de vida relacionada con la salud (baja, moderada, alta).

Para la evaluación del estado funcional del paciente geriátrico se utilizó el índice de Barthel, definido como medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades de la vida diaria, mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades. Esta escala consta de diez preguntas en las que se incluye la valoración de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD); identificando la independencia o dependencia del sujeto. La puntuación máxima de independencia es 100 y la de máxima dependencia es de 0, con intervalos de cinco puntos; un paciente que obtiene 100 puntos en el índice de Barthel es capaz de mantener el control de heces y orina, se alimenta por sí mismo, se viste y se levanta de la cama y/o silla, se baña por sí mismo, camina al menos una cuadra y puede ascender y descender por las escaleras. Esto no significa que pueda vivir solo; puede no ser capaz de cocinar, mantener limpia la casa, pero es capaz de sobrellevarla sin un asistente de salud. Para la interpretación de los datos obtenidos mediante la aplicación del instrumento, se crearon 5 categorías: dependencia total (0-20 puntos), dependencia severa (21-60 puntos), dependencia moderada (61-90 puntos), dependencia escasa (91-99 puntos) e independencia (100 puntos).

Para medir la calidad de vida relacionada con la salud se utilizó el cuestionario MINICHAL, con un tiempo de aplicación aproximado de siete minutos, el cual está formado por 16 ítems con dos dimensiones: 10 ítems corresponden a la dimensión "Estado de Ánimo" (EA) y 6 ítems a la dimensión "Manifestaciones Somáticas" (MS). Las preguntas hacen referencia a los "últimos siete días" con cuatro posibles opciones de respuesta: 0 = No, en absoluto; 1 = Sí, algo; 2 = Sí, bastante; 3 = Sí, mucho. El rango de puntuación va de 0 (mejor nivel de salud) a 30 (peor nivel de salud) en la primera dimensión y de 0 a 18 en la segunda. La puntuación total del MINICHAL va de 0 (mejor nivel de salud) a 48 (peor nivel de salud), pudiendo obtenerse las siguientes categorías: alta CVRS (0-10 puntos), media (11-24 puntos) y baja (25-48 puntos).

Procesamiento estadístico

El tratamiento de los datos fue realizado mediante la utilización del paquete estadístico SPSS en su versión 26 para Windows, empleándose métodos de estadística descriptiva e inferencial para el procesamiento de la información. Como métodos de estadística descriptiva, fueron analizadas las frecuencias absolutas y porcentajes, para representar el comportamiento univariado de las variables. Para el análisis bivariado se recurrió a la estadística inferencial, siendo empleadas las pruebas de X^2 de Pearson (para las variables categóricas), y prueba de ANOVA de una vía (para la asociación entre variables cuantitativas y categóricas). Fue tomado un valor de $p < 0,05$, como evidencia estadística de las diferencias encontradas. Los resultados serán expuestos a través de tablas y gráficos.

Aspectos éticos

Se consultó el Consejo Científico y el Comité de Ética de la institución para la ejecución del estudio, recibiendo la aprobación de ambos. Se le indicó a cada participante la confidencialidad a que estarían sometidos los datos y resultados obtenidos durante las etapas en que se desarrolló el mismo. Se le informó además a cada paciente los objetivos y características del estudio, y se solicitó por escrito su consentimiento informado, para participar en el mismo.

RESULTADOS

Se constató en el estudio, como el 49,5 % de los AM presentaban polifarmacia. Al evaluar su perfil demográfico (Tabla 1), se constató predominio del sexo femenino (52,3 %), el grupo etáreo 65-69 años (25,2 %), con nivel escolar universitario (31,8 %), de color de piel negro (36,4 %), que viven acompañados (95,3 %), casado o que mantienen una unión consensual (39,3 %). De estas variables, la edad ($p=0,009$), el nivel escolar ($p=0,018$), y el estado civil ($p=0,044$) fueron las únicas que mostraron asociación estadísticamente significativa con la presencia de polifarmacia, observándose los mayores porcentajes de polifarmacia en los ancianos con 60-64 años (68,0 %), con primaria (68,2 %) y divorciados (69,2 %).

Tabla 1. Perfil demográfico de la muestra según presencia de polifarmacia.

Variables		Presencia de polifarmacia				Total		p Valor
		Si		No				
		No.	%	No.	%	No.	%	
Sexo*	Masculino	29	56,9	22	43,1	51	47,7	0,148
	Femenino	24	42,9	32	57,1	56	52,3	
Edad**	60-64	17	68,0	8	32,0	25	23,4	0,009
	65-69	12	44,4	15	55,6	27	25,2	
	70-74	10	58,8	7	41,2	17	15,9	
	75-79	7	36,8	12	63,2	19	17,8	
	80-84	7	46,7	8	53,3	15	14,0	
	≥ 85	0	0,0	4	100	4	3,7	
Nivel escolar*	No escolarizado	0	0,0	1	100	1	0,9	0,018
	Primaria	15	68,2	7	31,8	22	20,6	
	Secundaria	8	44,4	10	55,6	18	16,8	
	Preuniversitario	20	62,5	12	37,5	32	29,9	
	Universitario	10	29,4	24	70,6	34	31,8	
Color de piel*	Blanco	19	52,8	17	47,2	36	33,6	0,237
	Mestizo	14	43,8	18	56,3	32	29,9	
	Negro	20	51,3	19	48,7	39	36,4	
Convivencia*	Solo	4	80,0	1	20,0	5	4,7	0,163
	Acompañado	49	48,0	53	52,0	102	95,3	
Estado civil*	Soltero	13	65,0	7	35,0	20	18,7	0,044
	Casado/unión consensual	16	38,1	26	61,9	42	39,3	
	Divorciado	18	69,2	8	30,8	26	24,3	
	Viudo	6	31,6	13	68,4	19	17,8	

Notas: *Prueba χ^2 de Pearson; **Prueba ANOVA de una vía

Al evaluar el estado funcional del AM (Fig. 1), se precisó predominio de los que mostraron dependencia severa y total (25,2 y 19,6 % respectivamente). Los mayores porcentajes de polifarmacia estuvieron en AM con dependencia escasa o moderada (55 % en ambos casos), se estableció asociación estadísticamente significativa entre el estado funcional y la presencia de polifarmacia ($p=0,038$).

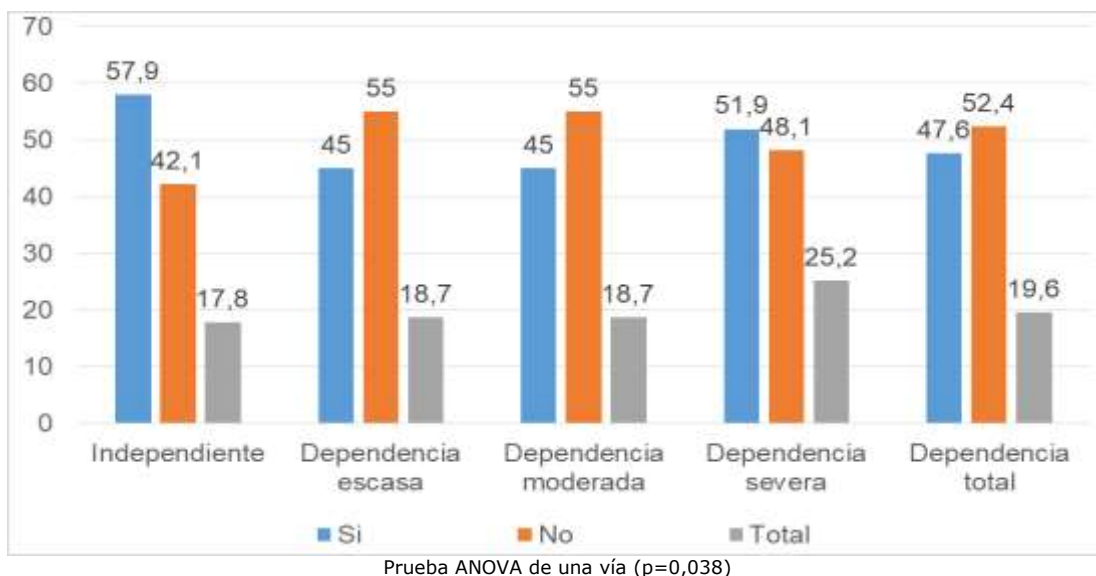


Fig. 1 Distribución de la muestra según estado funcional geriátrico

En la figura 2 se puede constatar como la HTA (68,2 %), las osteoartropatías (36,4 %) y la diabetes mellitus (31,8 %) son las principales entidades nosológicas presentes en el grupo analizado.

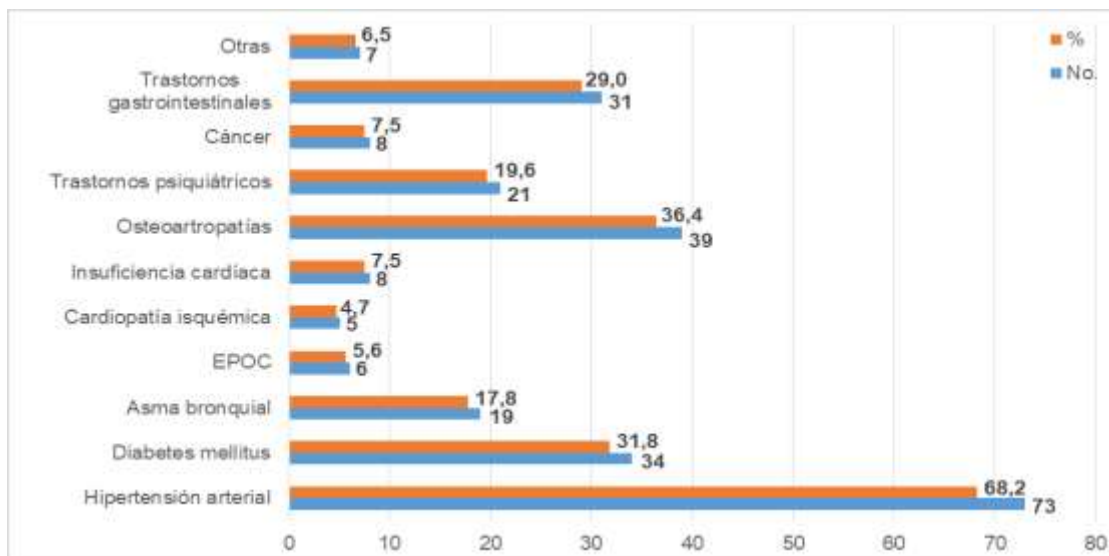
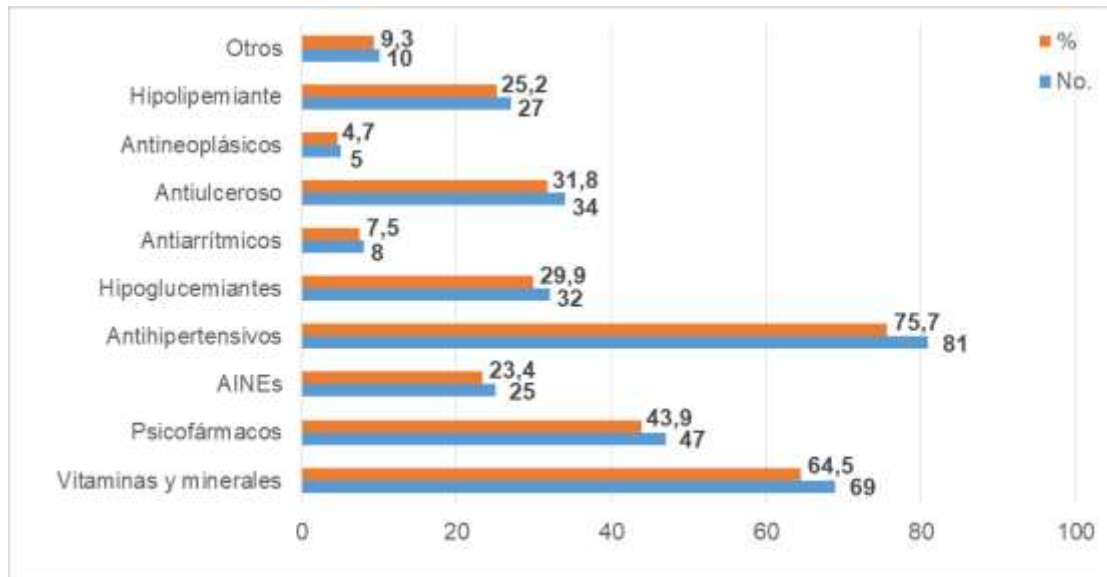


Fig. 2 Presencia de enfermedades no transmisibles.

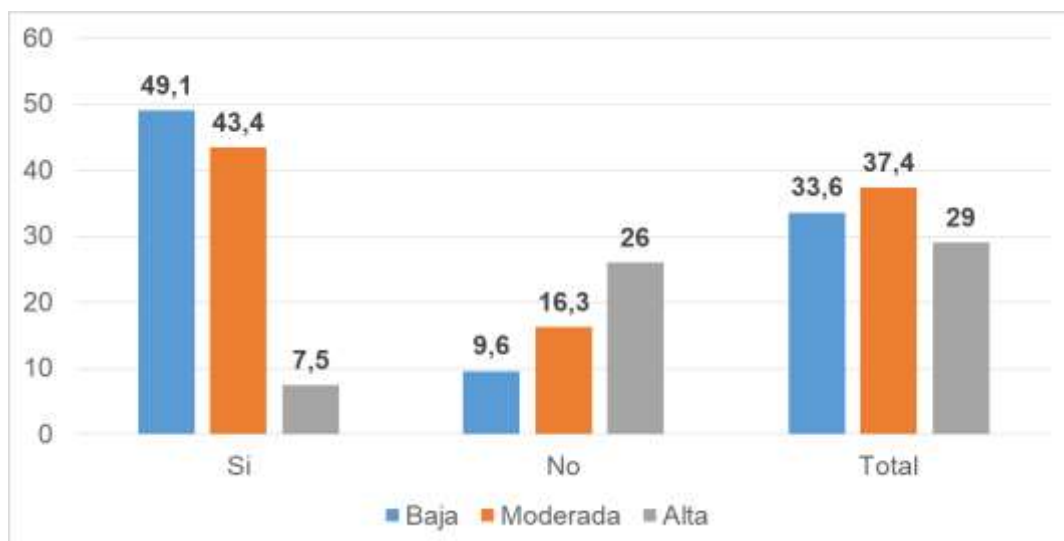
Al evaluar los grupos farmacológicos consumidos (Fig. 3), se tuvo a los antihipertensivos (75,7 %) y las vitaminas y minerales (64,5 %) como los principales empleados en la población estudiada. Destaca como el 43,9 % de los pacientes consumían psicofármacos.



Notas: AINEs (Antiinflamatorios no esteroideos)

Fig. 3 Grupos farmacológicos consumidos por la muestra estudiada.

Se precisa la figura 4, un predominio de los AM con una moderada calidad de vida (37,4 %). Se tuvo un mayor porcentaje de individuos con baja CVRS entre aquellos con presencia de polifarmacia en comparación a los que no la tenían (49,1 % frente a 9,6 %). Se constató asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ($p=0,014$).



Prueba NOVA de una vía ($p=0,014$)

Fig. 4 Calidad de vida relacionada con la salud presentada por la muestra estudiada.

DISCUSIÓN

Córdova Hernández CF, y cols,⁽⁷⁾ reportan como el 27,3 % de su población de estudio presentaba polifarmacia, porcentaje inferior al precisado en la presente investigación. Otros autores,^(8,9) no concuerdan con esos resultados, precisando valores de polifarmacia que oscilan entre el 25-35 %, totalmente contrario a lo reportado por Wastesson JW,⁽¹⁰⁾ donde más del 65 % de sus AM presentaban polifarmacia, valor más aceptado en la actualidad, ante el alza en el consumo de medicamentos, generalmente por automedicación.

Los hallazgos concuerdan con los documentados en la literatura,⁽¹⁾ y lo cierto es que, en rara ocasión, en la última década se observa la realización de algún estudio donde se maneje el consumo de fármacos en poblaciones envejecidas, en el cual no salte a la vista la polifarmacia como una de las principales problemáticas sanitarias a tomar en consideración, teniendo en cuenta todas las repercusiones que trae consigo. De igual manera, ante el incremento de la media de medicamentos, en muchos de esos estudios ya comienzan a emplearse los términos polifarmacia menor y mayor.⁽¹¹⁾

Ante esta situación, el desafío consiste en simplificar los tratamientos, utilizar el menor número de fármacos posible y mejorar la calidad de la prescripción; y es que la polifarmacia posee un espectro que va más allá del número de fármacos, su análisis no debe hacerse en términos cuantitativos, porque la cualidad o las características del fármaco que se prescribe son más importantes que contar el número de ellos. El uso de más medicamentos no se corresponde con más sanidad ni equivale siempre a más salud.⁽¹²⁾

Respecto a los datos demográficos, en Cuba existe una ininterrumpida tendencia a la feminización poblacional desde el año 2012, con una relación de masculinidad en 2016 de 991 hombres por 1000 mujeres.⁽¹³⁾ En la actualidad, en casi todos los países del mundo, las féminas tienen mayor supervivencia, de ahí la elevada frecuencia de mujeres que se encuentra con frecuencia en estudios de esta naturaleza.⁽¹⁴⁾

Respecto a la edad otros estudios como el de Díaz-Rodríguez YL,⁽¹⁾ encontraron predominio de pacientes en el grupo de edades entre 75 y 80 años, lo cual contrasta con la presente investigación, teniendo estos autores una edad media superior a la de la presente investigación. En relación con el estado civil, el predominio de adultos mayores casados y en convivencia familiar reportado por Fernández-Maffú,⁽¹⁵⁾ guarda relación con los resultados del presente estudio. Dicho investigador indica como esta situación logra mitigar el consumo de fármacos en la pareja y su entorno, pues una vez que aparece el estado de viudez y la soledad, los niveles de polifarmacia tienden a incrementarse en el geronte.

La polifarmacia en los adultos mayores se observa frecuentemente en el sexo femenino, en personas con bajo nivel de escolaridad y socioeconómico. Un gran porcentaje presenta un efecto cascada en el consumo de fármacos, por la gran cantidad de medicamentos consumidos y el número de médicos consultados, produciendo interacciones farmacológicas, que afecta su funcionalidad y calidad de vida.⁽¹⁶⁾

Poblano-Verástegui y col,⁽¹⁷⁾ en análisis ajustado multivariable, destaca como entre los factores asociados significativamente con polifarmacia, se encuentra tener seguridad social, atenderse en instituciones públicas, la edad, presentar enfermedad crónica y bajo nivel educativo. Las personas ≥ 65 años (OR=1.9, IC95 %: 1.40-2.74) tienen mayor riesgo de presentar polifarmacia, en comparación con los de nivel superior o mayor (OR=0.65, IC95 %: 0.46-0.91). Presentar una enfermedad crónica aumenta 84% el riesgo de polifarmacia. Aquellos adultos con seguridad social tienen mayor posibilidad de polifarmacia que los que no cuentan con seguridad social (OR=1.64, IC95 %: 1.30-2.10) y los que fueron atendidos en instituciones públicas tienen 70% (OR=1.7, IC95 %: 1.30-2.20) mayor posibilidad de que el médico que los atiende les prescriba ≥ 5 medicamentos.

Otros autores detallan una asociación positiva de la polifarmacia con el género femenino, edad igual o superior a 80 años, vivir solo, estado de salud percibido como negativo y quienes han acudido a una consulta médica en los últimos tres meses.^(10,18)

Es importante tener en cuenta que los acontecimientos de índole social propios de la vejez como la viudez, la condición de anciano solo, la falta de cuidados y apoyo, la ausencia de contactos en la red social y la dependencia funcional son factores que constituyen adversidades y que ubican al anciano en condiciones de vulnerabilidad frente a las contingencias de su estado de salud y por tanto al uso excesivo e inapropiado de fármacos.⁽¹²⁾

Hernández Chacón,⁽¹⁹⁾ observó en su estudio como solo una pequeña parte de los longevos que participaron en la investigación fueron independientes para la realización de las actividades de la vida diaria requiriendo en su mayoría asistencia para las mismas, resultado coincidente con la presente investigación. Dicho investigador reporta además como en estudios recientes en España reflejan que las cifras de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria oscilan, para la población mayor de 65 años, entre el 15 y el 25 %. Cuando se refieren a los mayores de 75 estas cifras se elevan hasta el 25 y el 35 % con una clara diferencia entre sexos: tres de cada cuatro personas dependientes son mujeres.

Las actividades básicas de la vida diaria marcan la independencia del individuo para las actividades más elementales de la vida, son las últimas en perderse, constituyen un reflejo de la situación de fragilidad y comorbilidad y, a la vez, son predictores de la necesidad de recursos socio sanitarios, la incapacidad, la institucionalización y la mortalidad. El deterioro funcional, excepto en el caso de graves enfermedades agudas, no ocurrirá al unísono en la mayor parte de las áreas de función, sino de forma progresiva hasta situar con los años al anciano en un estado de dependencia funcional.⁽²⁰⁾

El principal factor desencadenante de la polifarmacia es la prevalencia de las enfermedades crónicas degenerativas, secundarias a los múltiples cambios fisiológicos propios del envejecimiento, por cuanto la importancia de las enfermedades crónicas como principal causa de morbilidad va en aumento. Según la OMS el 75% de las causas de muertes en la región de Latinoamérica es como consecuencia a estas, que los predisponen a los síndromes geriátricos.⁽²¹⁾

La elevada comorbilidad define al anciano como un paciente multimórbido y de alto riesgo de sufrir complicaciones. Además, su fuerte grado de asociación a la polifarmacia, constatado en varias investigaciones, complejiza el manejo farmacoterapéutico y favorece los errores de prescripción. Por otra parte, la población mayor expresa un patrón modificado de enfermedad con una evolución hacia la cronicidad, lo que generalmente acompaña el elevado número de prescripciones. Adicionalmente, las combinaciones posibles de enfermedades en el anciano son infinitas, lo que complica el adecuado abordaje farmacológico. Un ejemplo de ello es la HTA, factor de riesgo cardiovascular más importante, con una prevalencia del 68 % en personas mayores de 60 años; mientras que la diabetes mellitus es una patología cada vez más frecuente que se presenta agrupada a la HTA. Ambas enfermedades son detectadas en el estudio y aparecen prescritas inadecuadamente.⁽¹¹⁾

Otro estudio muestra el predominio de un índice alto de comorbilidad en 76 gerontes del total investigado, de los que predominaron 47 (61,8 %) con polifarmacia, seguidos por 29 (38,2 %) con polifarmacia mayor y un índice alto de comorbilidad. Resulta alarmante el registro de ancianos con una enfermedad crónica y polifarmacia 14 (63,6 %) o ausencia de enfermedades y polifarmacia mayor de 8 (36,4 %).⁽²²⁾ En este sentido, es habitual que tras un estudio detenido se detecten varios procesos patológicos que coexisten en un mismo individuo (comorbilidad). Se estima que la media de diagnósticos en pacientes ambulatorios puede ser de tres o cuatro, que aumenta a cinco o seis en el anciano hospitalizado.

González Casanova et al.,⁽²³⁾ al analizar las afecciones clínicas se encontró predominio de pacientes con dos o más enfermedades intercurrentes (95,79 %), encontrándose mayoría de pacientes con afecciones del sistema osteomioarticular (87,89 %), trastornos del sueño (78,95 %), enfermedades cardiovasculares (60,53) y la hipertensión arterial (57,89 %).

Con la edad se incrementa la presencia de factores fisiopatológicos contribuyentes al desarrollo de la cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, bronquitis y neumonía o ambas y otras; además de la presencia de hipoventilación, provocada en gran medida por la permanencia de los pacientes en posición en decúbito, sentados o semisentados, que impide la función óptima de los músculos respiratorios o afectaciones musculoesqueléticas muy comunes en dichos pacientes.⁽²⁴⁾

Coincide con varios estudios el hallazgo de la hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus y las enfermedades digestivas como afecciones más frecuentes. Esto puede explicarse por el incremento en la población de factores predisponentes de estas enfermedades como el estrés, los inadecuados hábitos alimenticios, el sedentarismo, la aterosclerosis, las dislipidemias, la obesidad, el aumento del consumo de bebidas alcohólicas y el tabaquismo.^(5,11,22)

Ramírez-Pérez y cols.,⁽²²⁾ destacan en su estudio una mayor polifarmacia fomentada por la automedicación, lo que se relaciona al alto índice de comorbilidad y a las posibles interacciones medicamentosas por combinarse fármacos de uso frecuente que responden a los principales problemas de salud en la población geriátrica. Al respecto, entre los grupos farmacológicos más consumidos y reportados en la literatura están las vitaminas y minerales, los medicamentos psicoterapéuticos, y los cardiovasculares, coincidiendo el presente estudio con dichos resultados.⁽²³⁾

Ramírez Pérez,⁽¹¹⁾ analizó 716 medicamentos prescritos en población de AM pertenecientes a hogares de ancianos en Cienfuegos, de ellos 216 estaban relacionados con medicación inadecuada, siendo empleadas benzodiacepinas, neurolépticos y los diuréticos de asa, sin relación con la condición clínica. Otros medicamentos con alta prescripción fueron el ácido acetilsalicílico (17,2 %), los antihistamínicos-H1, la glibenclamida (9,4 %) y los antidepresivos tricíclicos (7,8 %).

Los avances tecnológicos, terapéuticos y mejoras en condiciones de vida, aumentan esperanza de vida, generando el deseo que la cantidad de años aumente en conjunto con calidad de salud, para así estar en óptimas condiciones de desarrollar múltiples actividades, pero ello no siempre traduce en una mejor calidad de vida. Referente a la misma, Roca García IC Y cols.,⁽²⁵⁾ y Mendoza y cols.,⁽²⁶⁾ en su investigación, exploran el impacto de la polimedicación y su influencia en la calidad de vida de AM que se encuentran en un centro geriátrico donde la dimensión más afectada fue el funcionamiento físico, precisándose predominio de los ancianos con alguna afectación de la calidad de vida, como se precisa en este estudio. Coincidente ello también con los estudios de Robles y cols.,⁽²⁷⁾ en un programa de AM empacadores, cuya afectación a la salud física fue marcada. De esta forma se concuerda con la literatura al reportar como las dimensiones de funcionamiento social y la esfera psicológica se ven menos afectas que la salud física.

Hernández Chacón,⁽¹⁹⁾ detalla a su vez como la categoría de calidad de vida que predominó en su investigación fue la media. Este investigador alega que el estudio de la calidad de vida en la tercera edad, obliga a incluir aspectos relacionados con esta etapa del ciclo vital, en la cual el sujeto no sólo se enfrenta al envejecimiento cronológico sino también al envejecimiento funcional, dado este último por la disminución de las capacidades físicas, psíquicas y sociales para el desempeño de las actividades de la vida diaria. El abordaje de la calidad de vida en esta etapa se ha centrado básicamente en: la autonomía, el estado funcional, la evaluación geriátrica y el bienestar subjetivo.

Preocupante resulta que la mayor cantidad de muestra estudiada en esta investigación se encuentra en un nivel medio de calidad de vida, son necesarios proyectos de estudios que ayuden a alcanzar niveles altos en este grupo. Indispensable sería mejorar las condiciones sociales, económicas, familiares y de salud en este segmento de la población tan susceptible a los diferentes cambios propios del envejecimiento, de la sociedad y con un muy bajo grado de adaptación a dichos cambios. Dicho resultado contrasta con lo reportado por Cortés Ibarra y cols.,⁽²⁸⁾ quienes precisan como el 86 % de los sujetos de su estudio manifestaron tener una buena autopercepción de su estado de salud.

Las investigaciones han demostrado que la percepción de bienestar en los ancianos no se encuentra ligada necesariamente a las condiciones materiales de vida y muchas veces guarda una independencia relativa con la salud. Tiene más que ver con la actitud que se asume ante los acontecimientos de vida, y la manera en que se afrontan.⁽¹⁶⁾

La polifarmacia acompañada de un uso inapropiado de medicamentos se convierten en un factor de alto riesgo a la integridad de la calidad de vida de los pacientes, quienes están más vulnerables a eventos adversos por los medicamentos y a complicaciones irreversibles; aumentando de manera directa el gasto en salud pública, tanto por la cantidad de fármacos que se debe prescribir como por las hospitalizaciones secundarias a los efectos adversos desencadenados por un mal uso de los mismos.⁽²⁹⁾

En Cuba, existe un plan que favorece la preparación a los ancianos que se motivan, para lograr una calidad de vida activa y satisfactoria, mediante la Universidad del Adulto Mayor; clubes de abuelos, hogares de ancianos, casas de abuelos; pero esta tarea resulta aún insuficiente, es primordial la participación de las diferentes instituciones y organizaciones estatales así como el apoyo incondicional de la familia en el manejo y el enfrentamiento de la vejez con toda la repercusión que ella conlleva; además de geriatriar a la mayor parte de la población con el propósito de lograr la mejor calidad de vida esperada en este grupo poblacional.^(19,30)

CONCLUSIONES

Con la realización del estudio se identificó como cerca de la mitad de los participantes mostraba polifarmacia, siendo descritas sus características demográficas y clínicas, mostrando la edad, nivel escolar y estado civil asociación con la presencia de polifarmacia. Predominaron a su vez, los ancianos con dependencia severa, con una calidad de vida relacionada con la salud moderada, relacionado ello con la presencia de polifarmacia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díaz-Rodríguez YL, García-Orihuela M. Impacto del envejecimiento sobre el estado nutricional, funcional y la polifarmacia en ancianos hospitalizados. UnivMéd Pinareña [Internet]. 2021 [citado 23/09/2025]; 17(1):e525. Disponible en: <http://www.revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/525>
2. Linares Cánovas LP, Linares Cánovas LB, Vitón Castillo AA. Determinación de la adherencia farmacológica en adultos mayores hipertensos. Atención Familiar [Internet]. 2020 [citado 23/09/2025]; 28(1):16-20. Disponible en: https://revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/77655
3. Martínez Pérez TJ, González Aragón CM, Castellón León G, González Aguiar B. El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? Rev Finlay [Internet]. 2018 [citado 23/09/2025]; 8(1):59-65. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/569>
4. Hernández Ugalde Felipe, Álvarez Escobar María del Carmen, Martínez Leyva Grecia, Junco Sánchez Víctor Luís, Valdés Gasmury Ivette, Hidalgo Ruiz Maricela. Polifarmacia en el anciano. Retos y soluciones. Rev.Med.Electrón. [Internet]. 2018 Dic [citado 23/09/2025]; 40(6): 2053-2070. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000602053&lng=es
5. Jiménez-Pérez MdC, Caballero-Cruz G, Góngora-Valdés J, Iglesias-Sordo G, Galardy-Díaz J. Polifarmacia y adherencia farmacológica en adultos del Policlínico Docente "Louis Pasteur". Universidad Médica Pinareña [Internet]. 2021 [citado 23/09/2025]; 17(2):e730. Disponible en: <http://www.revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/730>

6. Masnoon N, Shakib S, Kalisch Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. BMC Geriatr [Internet]. 2017 [citado 23/09/2025]; 17(1):230. Disponible en: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12877-017-0621-2.pdf>
7. Córdova Hernández CF, Pérez Moscoso AB. Nivel del conocimiento de los adultos mayores del Centro de Atención al Adulto Mayor del I.E.S.S. sobre sus medicamentos. Cuenca 2017 [Tesis de grado]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2019 [citado 23/09/2025]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/32481/4/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20C3%93N.pdf>
8. Januário BD, Silva Mafra N, de Souza Silva H, Monteiro Carvalho I, Sena ALS, Gomes Soares Pereira AP, et al. Worldwide Prevalence of Polypharmacy: A Systematic Review. Curr Drug Metab [Internet]. 2023 [citado 23/09/2025]; 24(8): 568-586. Disponible en: <https://doi.org/10.2174/1389200224666230727093010>
9. Marinho JM da S, Medeiros KBA de, Fonseca RNS, Araujo TS de, Barros WCT dos S, Oliveira LPBA de. Standard drug consumption: a study with elderly people in Primary Health Care. Rev Bras Enferm [Internet]. 2021[citado 23/09/2025];74(3):e20200729. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0729>
10. Wastesson JW, Morin L, Laroche ML, Johnell K. How Chronic Is Polypharmacy in Old Age? A Longitudinal Nationwide Cohort Study. J Am Geriatr Soc [Internet]. 2019 [citado 23/09/2025]; 67(3): 455-462. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30575952/>
11. Ramírez Pérez AR, Furones-Mourelle JA, Ramos Cedeño AM, Ramírez Pérez JF, Valladares Mas FC. Polifarmacia y complejidad farmacoterapéutica en pacientes de hogares de ancianos en Cienfuegos. Rev haban cienc méd [Internet]. 2021 [citado 23/09/2025]; 20(3):e3643. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3643>
12. García-Orihuela M, Suárez-Conejero A, Otero-Morales J, Alfonso-Orta I, Caballero-Conesa G. Génesis de la polifarmacia y las prescripciones inapropiadas STOPP en ancianos. Anales de la Academia de Ciencias de Cuba [Internet]. 2020 [citado 23/09/2025]; 10 (3) Disponible en: <http://revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/925>
13. Oficina Nacional de Estadísticas e Información. Anuario Demográfico de Cuba 2024. Centro de Estudios de Población y Desarrollo. [Internet] Edic. 2024[citado 23/09/2025]. Disponible en: <https://onei.gob.cu/anuario-estadistico-de-cuba-2024>
14. Díaz-Rodríguez YL, García-Orihuela M. Impacto del envejecimiento sobre el estado nutricional, funcional y la polifarmacia en ancianos hospitalizados. UnivMéd Pinareña [Internet]. 2021 [citado 23/09/2025]; 17(1):e525. Disponible en: <http://www.revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/525>
15. Fernández-Maffú N, Rodríguez-Alonso B, Fernández-González J, Pérez-Quevedo M, Castillo-Isaac E. Características sociodemográficas en adultos mayores con polifarmacia. Revista Cubana de Farmacia [Internet]. 2021 [citado 23/09/2025]; 54 (2) Disponible en: <http://www.revfarmacia.sld.cu/index.php/far/article/view/573>

16. Jara Castillo CT, Estivalis Castro Olivares V, Escare Oviedo CA, Robles Molina CR. Polifarmacia en el Adulto Mayor, impacto en su calidad de vida. Revisión de literatura. En: XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería; 2018 [citado 23/09/2025]. Disponible en: <https://coloquioenfermeria2018.sld.cu/index.php/coloquio/2018/paper/view/501/63>
17. Poblano-Verástegui O, Bautista-Morales AC, Acosta-Ruiz O, Gómez-Cortez PM, Saturno-Hernández PJ. Polifarmacia en México: un reto para la calidad en la prescripción. Salud Publica Mex [Internet]. 2020 [citado 23/09/2025]; 62:859-867. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/11919>
18. Daniel Andrés CS, Yusleydys LR, Dania JC. Polifarmacia y prescripción inadecuada en adultos mayores institucionalizados. In: Cuba Salud 2022 [citado 23/09/2025]. Disponible en: <https://convencionsalud.sld.cu/index.php/convencionsalud22/2022/paper/viewPaper/2356>
19. Hernández Chacón Y. Comportamiento de la fragilidad, polifarmacia y autovalidismo en la calidad de vida del longevo. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2019 [citado 23/09/2025]; 23(5): 679-688. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3991>
20. Khezrian M, McNeil CJ, Murray AD, Myint PK. An overview of prevalence, determinants and health outcomes of polypharmacy. Ther Adv Drug Saf [Internet]. 2020 [citado 23/09/2025]; 12;11: 2042098620933741. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/2042098620933741>
21. Rosalio Herrera KA. Prevalencia de la polifarmacia y tipo de medicamentos prescritos en el adulto mayor hospitalizado en el servicio de ortogeriatría del Hospital General San Juan de Dios en la ciudad de Guatemala, durante los meses de junio a diciembre, 2019 [Tesis de grado]. Guatemala: Universidad Galileo; 2019 [consultado 23/09/2025]. Disponible en: <http://biblioteca.galileo.edu/tesario/handle/123456789/1197>
22. Ramírez-Pérez A, Ramírez-Pérez J, Borrell-Zayas J. Polifarmacia e interacciones medicamentosas potenciales en el adulto mayor, una polémica en la prescripción. Revista Cubana de Farmacia [Internet]. 2019 [citado 23/09/2025]; 52 (2) Disponible en: <http://revfarmacia.sld.cu/index.php/far/article/view/335>
23. González Casanova JM, Machado Ortiz FO, Casanova Moreno MC, Machado Reyes F. Polifarmacia en los adultos mayores del policlínico Hermanos Cruz. Univ Méd Pinareña [Internet]. 2019 [citado 23/09/2025]; 15(3): 329-337. Disponible en: <http://galeno.pri.sld.cu/index.php/galeno/article/view/647>
24. Zavala Rubio JD, Terán Martínez MA, Nava Álvarez MG, Pineda Maldonado ML, de la Mata Márquez MJ. Detección de polifarmacia y prescripción potencialmente inapropiada en el adulto mayor en una unidad de medicina familiar. Aten Fam [Internet]. 2018 [citado 23/09/2025]; 25(4):141-145. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2018/af184c.pdf>
25. Roca García IC, Ramos Guevara K, Martínez Ginarte GJ, Pérez Marín D, González Rodríguez MDR. Caracterización de la polifarmacia en adultos mayores de un consultorio médico urbano. Mul Med [Internet]. 2021 [citado 23/09/2025]; 25(2): [aprox. 16 p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2021/mul212f.pdf>

26. Mendoza L, Reyna N, Bermúdez V, Nuñez J, Linares S, Nucette L, et al. Impacto de la polimedicación en la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados en un centro geriátrico del estado Zulia. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica [Internet]. 2016 [citado 23/09/2025]; 35(2):47-52. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55949906003>
27. Robles R, Hernández E, Delabra M, Covarrubias I, Leija A, Ponce B. Calidad de vida y polifarmacia del adulto mayor integrante del programa "adultos mayores empacadores". Nure Investigación [Internet]. 2017 [citado 23/09/2025]; 14(91). Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es//OJS/index.php/nure/article/view/1206>
28. Cortés Ibarra RG, Moreno Pérez NE, Padilla Raygoza N, Duarte Cejas E, Valle Solís MO, Benítez Guerrero V, et al. Influence of polypharmacy on self-perceived health status in the elderly. S. F. J. of Dev. [Internet]. 2022 Jun [citado 23/09/2025]; 3(3):3773-85. Disponible en: <https://southfloridapublishing.com/ojs/index.php/jdev/article/view/1528>
29. Poma Fernandez JJ, Salvador Inga JR. Polifarmacia en adultos mayores en América Latina: un estudio bibliométrico [Internet]. Universidad Científica del Sur; 2022 [citado 23/09/2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12805/2340>
30. Mesa Trujillo D, Valdés Abreu BM, Espinosa Ferro Y, Verona Izquierdo AI, García Mesa I. Estrategia de intervención para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2020 [citado 23/09/2025]; 36(4):1-10. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2020/cmi204j.pdf>