Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), septiembre-octubre 2026,
Volumen 10, Número 5.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i5

OCURRENCIA DE POLIFARMACIA EN PACIENTES QUE PADECEN DIABETES MELLITUS TIPO 2

OCCURRENCE OF POLYPHARMACY IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Edgar Jesús Renovato Acosta
Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Ana Gabriela Calzoncit Magallanes
Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Karla Ivette Esparza Treviño
Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Carlos Ramiro Lozano Mendoza
Instituto Mexicano del Seguro Social, México

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i5.25957

Ocurrencia de Polifarmacia en Pacientes que Padecen Diabetes Mellitus Tipo 2

Edgar Jesús Renovato Acosta[1]
edgar2497@outlook.com
https://orcid.org/0009-0009-9348-107X
Instituto Mexicano del Seguro Social
México

Ana Gabriela Calzoncit Magallanes
ana.calzoncit@IMSS.gob.mx
https://orcid.org/0000-0001-8626-4506
Instituto Mexicano del Seguro Social
México

Karla Ivette Esparza Treviño
karlaivette544@gmail.com
https://orcid.org/0009-0005-4862-7501
Instituto Mexicano del Seguro Social
México

Carlos Ramiro Lozano Mendoza
carlos.lozanome@IMSS.gob.mx
https://orcid.org/0000-0001-8901-3534
Instituto Mexicano del Seguro Social
México

RESUMEN

Introducción: La polifarmacia, definida como el consumo de cuatro medicamentos o más, su prevalencia mundial varía entre 5 a 78% y en adultos mayores en México de 55-65%. Se ha asociado con mayor riesgo de caídas, fragilidad y hospitalizaciones, disminuyendo la calidad de vida y aumento de costos en tratamientos. Objetivo: Establecer la ocurrencia de polifarmacia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Métodos: Es una investigación de carácter cuantitativo, con alcance descriptivo, no experimental, transversal y prospectivo. Mediante muestreo probabilístico y fórmula de población finita, se obtuvo una muestra de 305 pacientes de un universo de 13,223 derechohabientes Se incluyeron pacientes mayores de 45 años, con diagnostico de DM2, comorbilidades, hoja de consentimiento informado firmada. Resultados: Se demostró una ocurrencia de polifarmacia de 68%, principalmente en sexo femenino, y en población con mayor número de comorbilidades, el 80.2% presentó buen apego a tratamiento, además se encontró una asociación sugiriendo que, a mayor edad, mayor riesgo de polifarmacia. Conclusiones: Se evidenció una alta prevalencia de polifarmacia en la población, por lo que es importante implementar estrategias de evaluación y control para reducir riesgos asociados, como interacciones medicamentosas y efectos adversos.

***Palabras clave*:** polifarmacia, diabetes, medidas de ocurrencia de enfermedades

[1] Autor principal
Correspondencia: edgar2497@outlook.com

Occurrence of Polypharmacy in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus

ABSTRACT

Introduction: Polypharmacy, defines as the consumption os four drugs or more, its prevalence worldwide varies between 5 and 78% and in older adults in Mexico from 55-65%. It has been associated with an increased risk of falls, frailty, and hospitalizations, decreaseing quality of life and increasing treatment costs. Objective: To establish the ocurrence of polypharmacy in patients with type 2 diabetes mellitus. Methodology: This is a quantitative research, with a descriptive, non-experimental, cross-sectional and prospective scope. By means of probabilistic sampling and finite population formula, a sample of 305 patients was obtained froma a universe of 13,223 beneficiaries. Patients over 45 years of age, with diagnosis of DM2, comorbidities, and signes informed consent form were included. Results: A polypharmacy ocurrence of 68% was demonstrated, mainly in females and, in the population with greater number of comorbidities, 80.2% presentes Good adherence to treatment, and an association was found suggesting that, the older de age, the greater the risk of polypharmacy. Conclusions: A high prevalence of polypharmacy was evidenced in the population, so it is important to implement evaluation and control strategies to reduce associated risk, such as drug interactions and adverse effects.

***Keywords*:** polypharmacy, diabetes, measures of disease ocurrence

Artículo recibido 20 julio 2026
Aceptado para publicación: 24 agosto 2026

INTRODUCCION

Polifarmacia

Está descrito que el consumo de medicamentos aumenta con la edad, situación que está estrechamente relacionado con el incremento de reacciones adversas a medicamentos; en ese sentido, una de las diferentes definiciones de la polifarmacia es cuando se consumen cuatro medicamentos o más.[1]

La prevalencia de la polifarmacia a nivel mundial varía entre el 5 al 78%, a su vez menciona ejemplos de diferentes países como EUA donde es del 57%, Europa de 51% y en México en el AM al momento de su ingreso hospitalario varía, dependiendo del centro y nivel de atención, pero asciende entre el 55-65%.[1]

A nivel mundial alrededor del 30% de todas las prescripciones de drogas van dirigidas a los AM y este grupo el 65% al 90% utilizan más de tres medicamentos de forma simultánea, con una media que oscila de cinco a siete fármacos por anciano[1].

Esto es una problemática observada en adultos mayores (AM), en donde frecuentemente se manifiesta con mayor medida en mujeres, AM con bajos niveles de escolaridad y vulnerabilidad socioeconómica. Además, se ha descrito que provoca aparición de diversos síntomas causantes de más consultas médicas como: pérdida de memoria, alteraciones del sueño y ánimo, palpitaciones, caídas, depresión, vértigo, mareos somnolencia y agitación.[2]

Al envejecer las personas enfrentan más problemas de salud, probablemente con mayor carga de enfermedad, principalmente las enfermedades cronicodegenerativas (como hipertensión, DM2 y cáncer, entre otras) que requieren tratamiento continuo. Como estas condiciones suelen presentarse en forma simultánea, algunos autores señalan que es casi inevitable la polifarmacia.[3]

Hoy en día se ha denominado como uno de los problemas capitales de la geriatría, ya que es una situación frecuente, que tiene diversas implicaciones en la morbilidad y mortalidad del AM. Por lo que la polifarmacia se considera un problema de salud pública importante y creciente a nivel mundial de la cual aún no se cuenta con una estimación precisa de la prevalencia global ya que existen diferentes formas de operacionalización de esta.[4]

La polifarmacia se establece como un patrón en pacientes con afectación múltiple, como sucede en aquellos con comorbilidades crónicas, como la DM2 y la hipertensión arterial, padecimientos que

afectan primordialmente a personas mayores que por su edad y susceptibilidad fisiológica no responden inicialmente al tratamiento y requieren de la adición de más fármacos para contrarrestar su evolución.[5]

A medida que envejecemos y dependiendo de los antecedentes físicos, psicológicos y sociales, existen cambios en la fuerza vital y estilo de vida con una disminución en el estado de salud; una interacción entre estos factores se ha relacionado con la presencia de fragilidad.[6]

Aunado a la polifarmacia se encuentran síndromes geriátricos los cuales se entienden como una condición del AM caracterizado por múltiples causas, abarca un grupo de signos y síntomas que ocurren juntos de manera variable, entre los que destacan[7]:

- Fragilidad física
- Demencia y deterioro cognitivo
- Síntomas depresivos
- Polifarmacia
- Aislamiento social
- Delgadez
- Caídas
- Dependencia
- Déficit sensorial
- Incontinencia

Se describe la fragilidad como un síndrome clínico geriátrico, de etiología multifactorial, el cual se caracteriza por la disminución de la fuerza, resistencia y funciones fisiológicas, lo que contribuye a su dependencia y/o muerte. La prevalencia de fragilidad entre la población de 65 años y más, varía entre el 7 y el 10%.[8]

Un estudio de cohorte danés, basado en la población a nivel nacional mostró una asociación entre el aumento del número de medicamentos y la mortalidad. Por cada medicación adicional, la mortalidad aumentó en más de 3% en un modelo que incluye enfermedades y el índice de Barthel.[9]

La polifarmacia también está relacionada con caídas en AM. Esto se debe, probablemente, a que los fármacos consumidos por los adultos mayores son principalmente antihipertensivos e hipoglucemiantes.[10]

Se ha demostrado que los pacientes que poseen polifarmacia presentan mayor probabilidad de manifestar caídas, fragilidad, deterioro cognitivo y hospitalizaciones, lo cual provoca la disminución de la calidad de vida y aumento de los costos durante el tratamiento que afecta al paciente y al sistema sanitario.[11]

Existen consecuencias económicas relacionadas a la polifarmacia, en EE. UU. se estima que la carga derivada del consumo de recursos asociados a la morbimortalidad relacionada a fármacos en atención ambulatoria es de US $177 mil millones al año.[12]

En 2021, 13.2% del monto aprobado del sector salud es para la compra de medicamentos, 91 mil 559 millones de pesos; 74.6% del presupuesto para medicamentos se concentró en medicinas y productos farmacéuticos, 16.4% en materiales, accesorios y suministros médicos y 9% en materiales y accesorios y suministros de laboratorio.[13]

Actualmente un poco más de la mitad de los AM no se adhieren al tratamiento y de igual manera la mitad de ellos consumen varios fármacos, trayendo consigo consecuencias sobre la propia salud, agravando su condición, acelerando el ritmo de aparición de las complicaciones y deteriorando aún más la calidad de vida del paciente.[14]

Adherencia al Tratamiento

La adherencia al tratamiento ha sido definida por la OMS como el grado en que la conducta de una persona toma medicamento, seguimiento dietético y/o cambio de estilo de vida se adecua a las recomendaciones dadas por el personal de salud. En la literatura científica se ha argumentado la importancia de emplear estrategias que impacten en el autocuidado, en la adquisición de conocimientos y motivos para desarrollar conductas que disminuyan los riesgos de un mal manejo de la enfermedad.[15]

Los factores que intervienen en el incumplimiento terapéutico son múltiples, según la OMS los factores pueden agruparse en 5 dimensiones[16]

- Factores socioeconómicos: nivel de educación e ingresos
- Factores relacionados con la atención médica: acceso a atención primaria, relación médico-paciente
- Factores relacionados con la condición o enfermedad del paciente: severidad de síntomas, presencia de comorbilidades

- Factores relacionados con el tratamiento: efectos secundarios y complejidad del régimen farmacológico
- Factores relacionados con autonomía del paciente: percepción de efectividad, mitos y creencias.

Existen diversos métodos para evaluar el grado de cumplimiento. Los métodos indirectos son el recuento de pastillas y el uso de cuestionarios de adhesión; Morisky Green, Haynes-Sackett, Adherence to Refill and Medication Scale (ARMS), etc. Todos se caracterizan por su simplicidad y aplicabilidad.[16]

La falta de cumplimiento del tratamiento es un problema común en los pacientes con polifarmacia; se asocia a un aumento en la demanda de servicios de salud, disminución en la calidad de vida e incremento de la mortalidad. El médico de primer nivel de atención debe adecuar el tratamiento farmacológico a fin de prescribir el menor número de medicamentos para mejorar el cumplimiento.[17]

Diabetes mellitus

Una de las enfermedades crónicas más prevalentes en las personas mayores, la DM2 puede afectar hasta el 19.3% de las personas de más de 65 años, por lo tanto, no solo están expuestos a las consecuencias negativas de la polifarmacia, sino que su presencia también podría conducir a un control glucémico subóptimo, y a su vez un mayor riesgo de complicaciones a largo plazo.[18]

El término DM2 describe una enfermedad del metabolismo anormal de carbohidratos que se caracterizan por hiperglucemia asociada a un deterioro relativo o absoluto en la secreción de insulina, junto con diversos grados de resistencia periférica a la acción de la insulina.[19]

El número de personas con DM2 se ha incrementado en todo el mundo, sobre todo en los mayores de 60 años, se estima que entre 1995 y 2025 habrá un incremento en la prevalencia mundial de DM en un 35% y se acrecentará en los países con alto desarrollo y continuará así hasta el 2025. Esta entidad se relaciona con múltiples complicaciones, resultado del daño que ocasiona a nivel vascular con un 14.3%.[20]

De 2005 a 2020, la prevalencia de DM2 en América Latina se ha evaluado dentro de países individuales y a través de estudios multinacionales, osciló entre 3 y 36,3%. La prevalencia de la DM2 varía según la región, con mayor prevalencia en México (13,7 %), Haití (14,1 % en mujeres y 8,2 % en hombres) y Puerto Rico (12,5-12,7 % en la población de 18 ≥ años y 26,8 % en la población ≥ 45 años), y menor en

Colombia (3,0 % en la población de 18 ≥ años, pero 11,2 % en el grupo ≥ 60 años). República Dominicana (3,5%), Ecuador (2,7%), Perú (3,7%) y Uruguay (5,5–6,0%).[21]

La prevalencia en México de prediabetes fue de 22.1% (equivalente a 17.6 millones de personas); DM2 diagnosticada fue de 12.6% y la prevalencia de DM2 no diagnosticada fue de 5.8% lo que resulta en una prevalencia de DM2 total de 18.3% (14.6 millones de personas. De 2006 a 2022, la prevalencia de DM2 ha aumentado paulatinamente de 14.4 a 18.3%. De acuerdo con el Global Burden of Disease, la tasa de incidencia de DM2 en México aumento de 367 a 496/100,000 habitantes de 2006 a 2019.[22]

De acuerdo con ENSANUT 2018-2019, la estimación de personas adultas en México que presentan un diagnóstico médico previo de DM2 es de 8.6 millones. En la frontera norte de México sobresale la frontera noreste-Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas como aquellas con prevalencias correspondientes al tercil más alto de detección de DM2.[23]

El riesgo de padecer DM2 tiene implícito una mezcla de factores de riesgo modificables, como, por ejemplo, el sobrepeso u obesidad, los patrones dietéticos, la hipertensión arterial (HTA), el sedentarismo y el tabaquismo, conjuntamente con diversos factores de riesgo no modificables, dentro de los cuales se distinguen la raza, la genética y la edad.[24]

Ibañez et. al. mencionan en su estudio que el 75% de los pacientes con DM2, presentaba otras comorbilidades, como la hipertensión y la obesidad como las más frecuentes, de los cuales solo el 19% presentaba un control glucémico adecuado, con una hemoglobina glucosilada menor a 7%.[25]

Existen múltiples complicaciones microvasculares y macrovasculares tales como nefropatía, neuropatía, pie diabético, retinopatía o enfermedad isquémica miocárdica entre otras, aunado a esto conforme estas van progresando, se produce un mayor consumo de recursos humanos y materiales, como los fármacos para tratar dichas complicaciones.[26]

Justificación

La polifarmacia representa un problema de salud a nivel mundial que afecta la calidad de vida del paciente, facilitando las reacciones adversas a medicamentos o aumentando el riesgo de interacciones farmacológicas entre los fármacos prescritos, poniendo en riesgo la salud de los pacientes.

Magnitud. En México las personas con mayor vulnerabilidad son los adultos mayores, en ese sentido el 22% de la población entre 60 y 69 años presenta polifarmacia, de la cual se estima que en México su

prevalencia varia del 55-65% en adultos mayores. Una de las principales causas de esta problemática son las enfermedades cronicodegenerativas como la DM2 cuya incidencia aumento de 367 a 496/100,000 habitantes de 2006 a 2019 mientras que la prevalencia aumento de 2006 a 2022 en un 3.9% pasando de 14.4 a 18.3% ha ido en aumento durante los últimos años, sin embargo, actualmente se ha demostrado que en adultos mayores que cuentan con seguridad social y que son atendidos en servicios públicos de salud tienen mayor probabilidad de presentar polifarmacia. Se ha descrito un estudio en Saltillo donde se hace mención que la mitad de la población con fragilidad presenta polifarmacia.

Trascendencia. El recurso económico utilizado en los fármacos para la salud de la población en general, en 2021 se utilizó un 74.6% del presupuesto para medicamentos en medicinas y productos farmacéuticos, mientras el resto se distribuyó en materiales, accesorios, suministros médicos y de laboratorio, lo que implica un alto gasto en fármacos para la salud de la población.

Vulnerabilidad. Lo que impide realizar dicho estudio es el poco conocimiento de los pacientes sobre el nombre exacto de sus medicamentos.

Factibilidad. Se cuenta con los conocimientos y competencias para realizar el estudio, se dispone de tiempo para realizar todas las actividades correspondientes y necesarias, se cuenta con el material y el acceso a los casos del estudio, no se modificarán ni alterarán resultados obtenidos por lo que se considera factible su realización.

Planteamiento del Problema

La Organización Mundial de la Salud describe como polifarmacia el uso de cinco o más medicamentos; con frecuencia, se trata de un fenómeno observable en la práctica médica dentro del consultorio, sin ser la excepción la Unidad de Medicina Familiar N° 9 del IMSS en Frontera, Coahuila, donde los tratamientos se utilizan en base a las Guías de Práctica Clínica (GPC), estableciendo así los fármacos necesarios para tratar diferentes padecimientos, combinando esquemas de distintas especialidades ya sea por decisión propia o por disponibilidad de fármacos. En ese sentido, los algoritmos para pacientes que tienen tratamiento base de algún padecimiento crónico no incluyen una línea de acción referente a la polifarmacia.

Ahora bien, en México y en el mundo, la DM2 es una de las principales enfermedades cronicodegenerativas, es por ello que asumimos que se trata de una de las patologías que pueden generar

polifarmacia, mejor dicho, las complicaciones que la DM2 ocasiona, como la neuropatía, nefropatía y pie diabético, contribuyen a esta polifarmacia, por mencionar algunas. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022 publicó que la tasa de incidencia de DM2 en el país aumento de 367 a 496/100,000 habitantes de 2006 a 2019, esto nos lleva a pensar que un gran número de mexicanos en algún punto de su vida serán afectados por la polifarmacia lo que puede dificultar el apego al tratamiento ocasionando una mayor prescripción de fármacos para poder obtener un control metabólico.

A modo de ejemplo Ofelia Poblanco *et. al.* menciona que en México se prescriben más de cinco medicamentos en 15.5% de la población, pero más todavía los adultos mayores, pues menciona que a partir de los 50 años existe un incremento sostenido de la polifarmacia, lo que nos lleva a formular la siguiente pregunta de investigación:

¿Existirá ocurrencia de polifarmacia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2?

Objetivo general

Establecer la ocurrencia de polifarmacia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Objetivos específicos:

- Clasificar el género de pacientes
- Catalogar edades de pacientes en rangos de edad
- Identificar pacientes con comorbilidades
- Determinar pacientes que consumen 4 o más fármacos
- Cuestionar el apego al tratamiento
- Demostrar edades con mayor uso de fármacos

Hipótesis científica

- Existe ocurrencia de polifarmacia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Hipótesis nula

- No existe ocurrencia de polifarmacia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Hipótesis alternativa

- Los pacientes con polifarmacia tendrán menor apego al tratamiento

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de Estudio

Este estudio es una investigación de carácter cuantitativo porque todas las variables son medibles con un alcance descriptivo pues se analizará la ocurrencia de polifarmacia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con comorbilidades agregadas, con un diseño no experimental porque no se manipularan las variables del estudio y transversal porque se realizará un cuestionario único por paciente con un nivel de profundidad con un tiempo de estudio prospectivo porque se brindará un cuestionario al paciente para que lo responda.

Universo de Estudio: Derechohabiencia del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Unidad de Medicina Familiar No. 9 de Frontera Coahuila.

Población de Estudio: Pacientes mayores de 45 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.

Lugar y Tiempo: Se estudiará la población durante septiembre de 2024 a septiembre de 2025 para su recolección de datos, en la Unidad de Medicina Familiar No. 9 de Frontera, Coahuila.

Técnica de Muestreo

Se utilizará un muestreo de tipo probabilístico con una muestra finita la cual se obtendrá de la base de datos del Área de Información Médica y Archivo Clínico (ARIMAC) de la UMF No. 9, donde todos los individuos con criterios de estudio tienen la misma probabilidad de incluirse en el proyecto, aplicando la fórmula para población finita

Tamaño de la Muestra: Lo que nos brinda un tamaño de muestra N de 305.61

Criterios de Selección

Los criterios de inclusión son edad mayor a 45 años, con diagnóstico conocido de Diabetes Mellitus tipo 2, con comorbilidades, y hoja de consentimiento informado firmada.

El criterio de exclusión es que se trate de pacientes con diabetes que desconozcan la denominación de sus medicamentos

El criterio de eliminación es pacientes con cuestionario parcialmente contestado. Pacientes que no desean participar en el estudio

Cuadro de Variables

Tabla 1

Dependiente					
Variable	**Definición conceptual**	**Definición operacional**	**Tipo de variable**	**Escala de medición**	**Indicador**
Polifarmacia	utilización de 3 o 5 fármacos de forma simultanea	Utilización de 4 fármacos o más simultáneamente	Cuantitativa	Nominal	1. SI 2. No
Independiente					
Variable	**Definición conceptual**	**Definición operacional**	**Tipo de variable**	**Escala de medición**	**Indicador**
Comorbilidades	Dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona.	Enfermedades cronicodegenerativas que padece un paciente	Cuantitativa	Nominal	1. <3 2. 4-5 3. >6
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Años de vida con los que cuenta el paciente al momento del estudio	Cuantitativa	Numérica discreta	Años
Intervinientes					
Variable	**Definición conceptual**	**Definición operacional**	**Tipo de variable**	**Escala de medición**	**Indicador**
Sexo	Condición orgánica masculina o femenina de un ser vivo.	Género del paciente	Cuantitativa	Nominal	1. Masculino 2. Femenino
Adherencia a tratamiento	Grado en el cual una persona sigue las prescripciones farmacológicas según lo indicado	Cumplimiento adecuado del medicamento prescrito	Cuantitativo	Nominal	1. Si 2. No

Descripción del Estudio

Previa autorización por parte del Comité de Ética y de Investigación y el Comité Local de Investigación en Salud se invitará a participar a todo paciente con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 que acuda a la consulta de medicina familiar, se abordara al paciente en sala de espera a quien sea mayor de 45 años y que cumpla con el resto de los criterios de selección para el estudio; si aceptan se les entregará un consentimiento informado, donde se les explicarán riesgos, beneficios, procedimientos y privacidad del estudio para su firma. Se aplicará un test para evaluar el número de fármacos que el paciente utiliza

para tratar sus padecimientos realizado en el estudio de Pari Ticacala & Alarcon Templadera (2023), posteriormente se preguntará verbalmente al paciente si tiene o no tiene apego a su tratamiento.

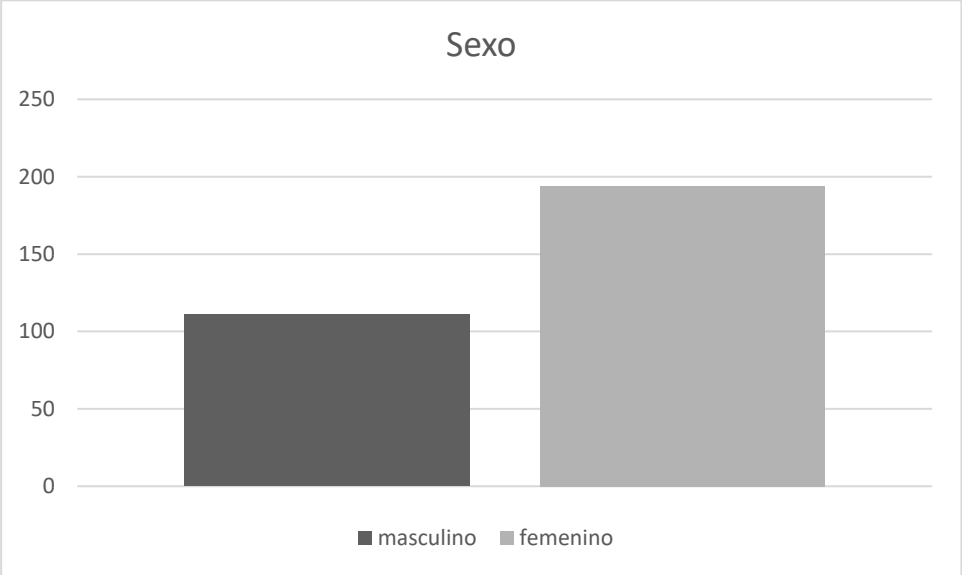
Instrumento

Se utilizará un test para evaluar polifarmacia, utilizado por Pari Ticacala & Alarcon Templadera (2023) el cual tiene un alfa de Cronbach de 0.890, lo que indica una buena confiabilidad del instrumento.

Resultados

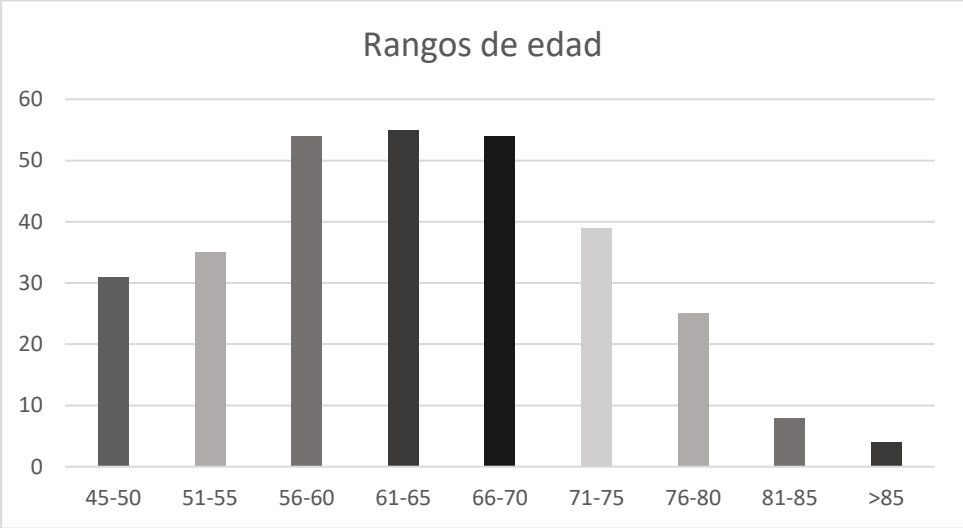
Se analizó una muestra de 305 sujetos el 63.6% eran mujeres (n = 194) y el 36.4% hombres(n = 111**)**.

Grafica 1. Clasificación de Genero (Datos obtenidos de los derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 9)



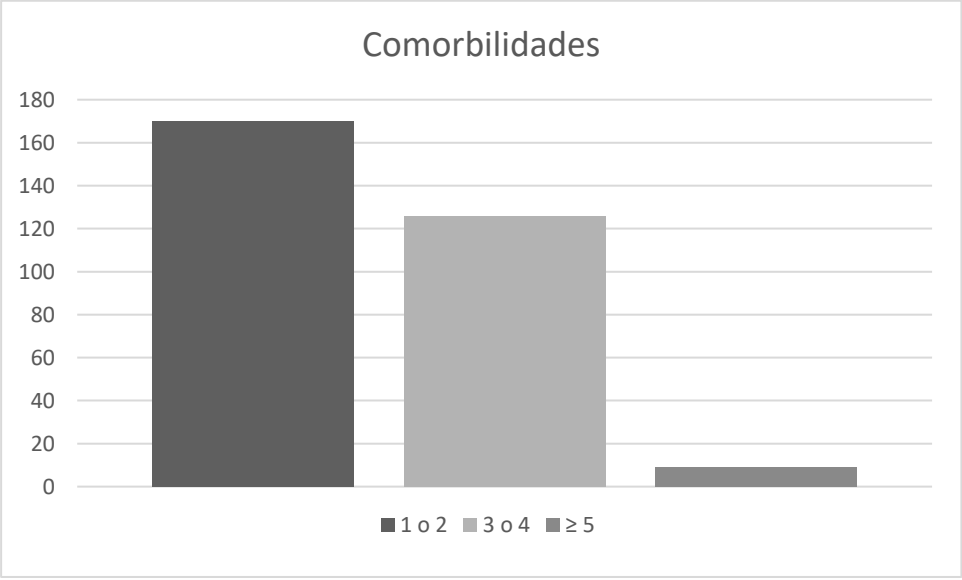
Del total de participantes la edad media fue de **63.69 años** (DE = 9.63), con una mediana de 64 años. La moda fue también de 64 años, lo cual indica una distribución centrada alrededor de esa edad.

Grafica 2. Clasificación de edad (Datos obtenidos de los derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 9)



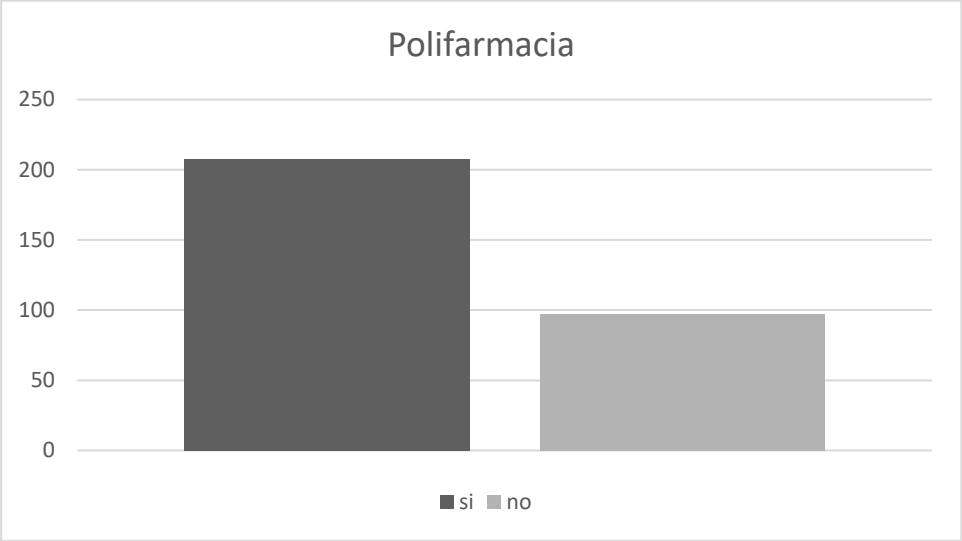
En términos de comorbilidades, el 55.7% (n = 170) de los participantes reportaron tener entre 1 y 2 enfermedades crónicas, el 41.3% (n = 126**)** presentaron entre 3 y 4 comorbilidades, y un **3**.0% (n = 9) reportaron 5 o más.

Grafica 3. Clasificación de comorbilidades (Datos obtenidos de los derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 9)



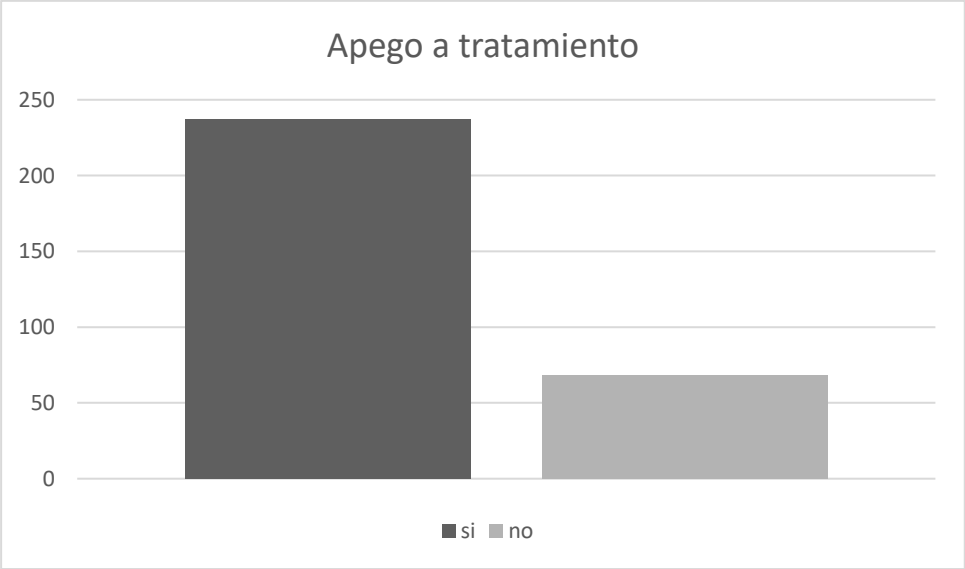
En cuanto a la presencia de polifarmacia el 68.2% (n = 208) de los individuos presentaron esta condición, mientras que el 31.8% (n = 97) no la reportaron.

Grafica 4. Ocurrencia de polifarmacia (Datos obtenidos de los derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 9)



Respecto al apego al tratamiento, se observó que el 77.7% (n = 237) manifestó adherencia al tratamiento prescrito, mientras que el 22.3% (n = 68) no lo hizo.

Grafica 5. Clasificación de apego al tratamiento (Datos obtenidos de los derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 9)



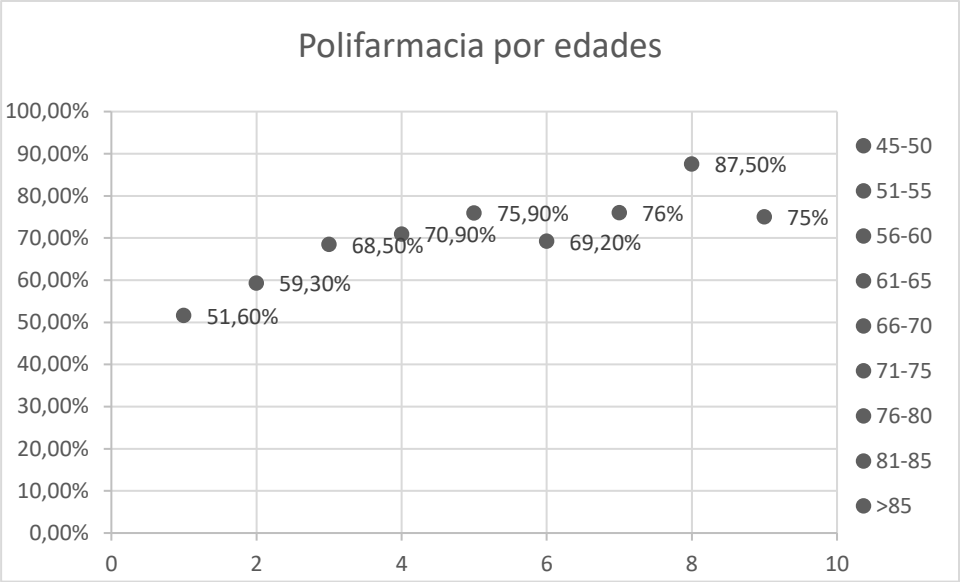
Se exploró la relación entre la presencia de polifarmacia y otras variables mediante tablas de contingencia y pruebas de chi-cuadrado.

Análisis de asociación entre edad y polifarmacia

Se realizó una prueba de chi-cuadrado entre edad categorizada y presencia de polifarmacia. El resultado no fue estadísticamente significativo (χ^2 (42) = 43.73, p = 0.398), lo que indica que no se encontró

asociación entre los grupos de edad y la polifarmacia cuando se considera la edad como variable categórica.

Grafica 6. Relación de polifarmacia y edad (Datos obtenidos de los derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 9)

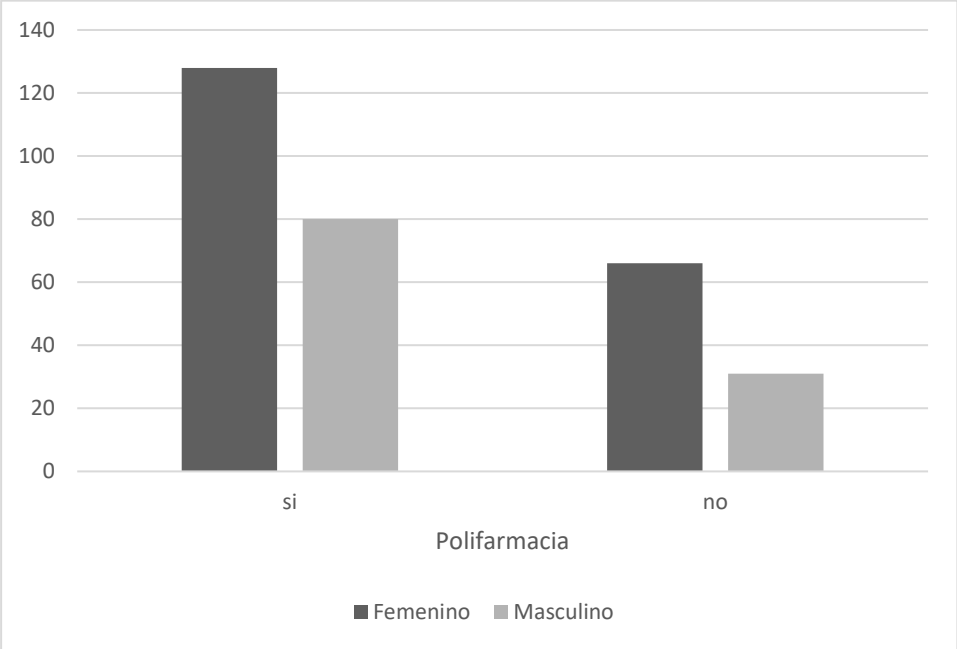


No obstante, la prueba de asociación lineal por lineal fue significativa ($\chi^2 = 8.19$, $p = 0.004$), lo que sugiere que existe una tendencia lineal en la que, a mayor edad, es más probable encontrar casos de polifarmacia.

Polifarmacia y sexo:

Se observó una mayor proporción de polifarmacia en mujeres (128/194; 66.0%) que en hombres (80/111; 72.1%). Sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

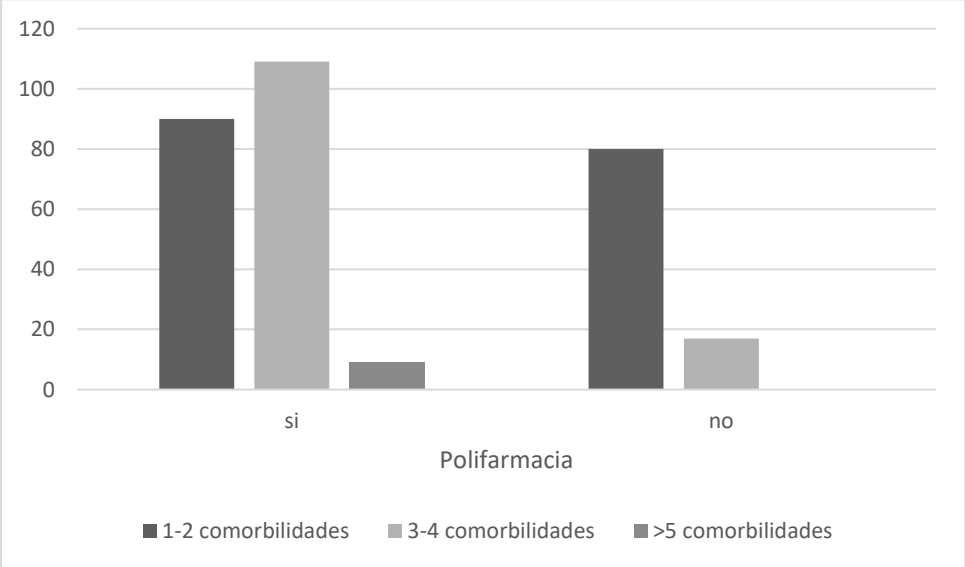
Grafica 7. Relación entre polifarmacia y sexo (Datos obtenidos de los derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 9)



Polifarmacia y comorbilidades

Se encontró una asociación importante entre el número de comorbilidades y la presencia de polifarmacia. Entre los que reportaron 5 o más comorbilidades, el 100% (n = 9) presentó polifarmacia. Asimismo, el 86.5% (n = 109/126) de quienes tenían 3 o 4 comorbilidades presentaron polifarmacia, en contraste con el 52.9% (n = 90/170) en quienes tenían solo 1 o 2.

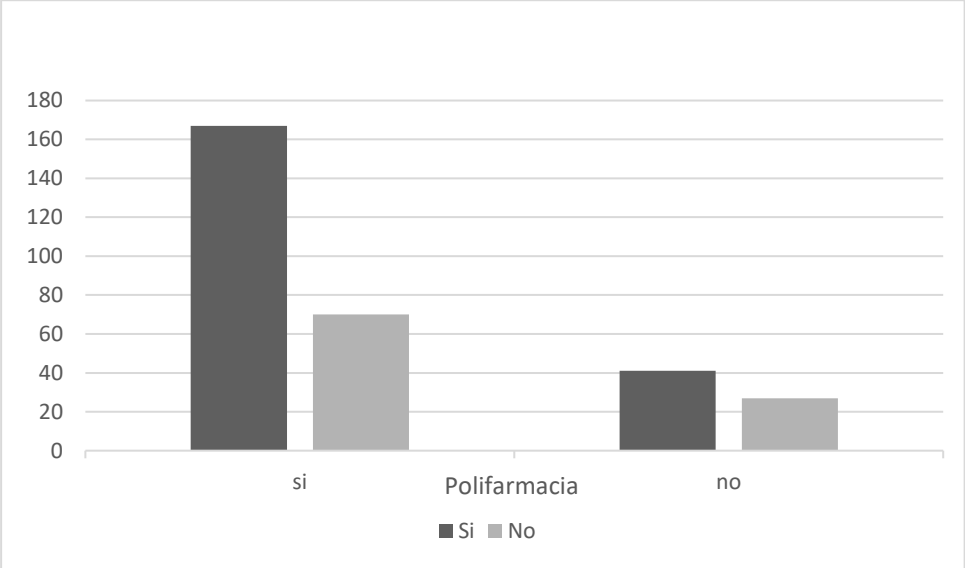
Grafica 8. Relación de polifarmacia y comorbilidades (Datos obtenidos de los derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 9)



Polifarmacia y apego al tratamiento

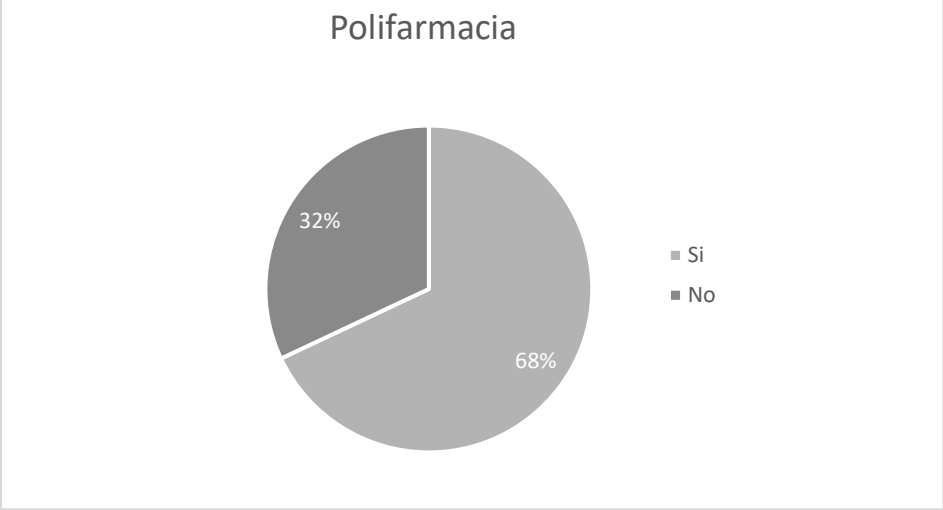
Se halló que el 80.2% (n = 167/208) de los pacientes con polifarmacia reportaron adherencia al tratamiento, mientras que el 72.2% (n = 70/97) de los que no presentaban polifarmacia también mostraron apego. Esta diferencia no alcanzó significación estadística, pero sugiere una posible tendencia.

Grafica 9. Relación entre polifarmacia y apego a tratamiento (Datos obtenidos de los derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 9)



Resultado del Objetivo General

Grafica 10. Ocurrencia de polifarmacia (Datos obtenidos de los derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 9)



Se observó que el 68**%** de los participantes presentó polifarmacia, mientras que el 32**%** no cumplió con esta condición. Estos resultados evidencian una alta prevalencia de polifarmacia en la población.

DISCUSIÓN

De acuerdo con los objetivos planteados en este estudio se determinó la presencia de polifarmacia en el 68% de la población, a diferencia de Sánchez-Pérez Herlinda, et. al quienes reportan una prevalencia de polifarmacia en México del 55-65%, mientras que a nivel global es muy variada del 5-78%.

Al comparar la proporción de polifarmacia con el sexo, en los resultados de Sánchez-Rodríguez JR se obtuvieron valores similares, siendo el sexo femenino quien presenta más polifarmacia

Se encontró una asociación significativa entre el número de comorbilidades y la aparición de polifarmacia Esto contrasta con los resultados obtenidos por Poblano Verastegui O, et al. quien menciona que al presentarse de forma simultánea las comorbilidades, es casi inevitable la polifarmacia. En contraste con los resultados de León Vázquez et al, el incumplimiento del tratamiento es frecuente en pacientes con polifarmacia, sin embargo, en este estudio se obtuvo un 80.2% de adherencia a tratamiento en la población con polifarmacia, mientras que en pacientes que no la presentan tiene un 72.2% de apego a tratamiento.

Se encontró una asociación sugiriendo que, a mayor edad, mayor probabilidad de polifarmacia, siendo el grupo de 81-85 años quien presento mayor prevalencia, que coincide con los resultados descritos por Sánchez-Pérez que los adultos mayores del 65-90% consumen más de 3 fármacos.

CONCLUSIONES

Con estos resultados se acepta la hipótesis científica planteada, evidenciando la presencia de polifarmacia en la unidad, además sugieren una posible tendencia creciente en el uso simultáneo de múltiples medicamentos en la población estudiada, lo que subraya la importancia de implementar estrategias de evaluación y control de la polifarmacia para reducir riesgos asociados, como interacciones medicamentosas y efectos adversos.

No se puede afirmar con certeza que el sexo influya en la prevalencia de polifarmacia en esta población. Por tanto, aunque existen variaciones numéricas, estas podrían deberse al azar y no necesariamente a un efecto real

Respecto a la polifarmacia y comorbilidades estos hallazgos refuerzan la evidencia de que la carga de enfermedad es un factor determinante en el uso simultáneo de múltiples medicamentos, y subrayan la importancia de implementar estrategias de manejo integral y racional del tratamiento farmacológico en

pacientes con multimorbilidad, para reducir riesgos asociados como interacciones medicamentosas y efectos adversos.

Los resultados del apego a tratamiento y polifarmacia sugieren una posible tendencia en la que los pacientes con múltiples medicamentos podrían estar más comprometidos con sus tratamientos, posiblemente debido a una mayor conciencia de su estado de salud o seguimiento médico más constante Aunque el análisis de chi-cuadrado entre edad y polifarmacia no mostro una asociación estadísticamente significativa, si bien no se encontraron diferencias claras entre grupos etarios definidos de forma categórica, sí existe una tendencia lineal significativa, en la que, a mayor edad, aumenta la probabilidad de presentar polifarmacia. Este hallazgo sugiere una relación progresiva entre el envejecimiento y el uso de múltiples medicamentos, lo que concuerda con la literatura existente y resalta la importancia de monitorear y gestionar la polifarmacia en adultos mayores.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Sánchez-Pérez, H., Ramírez-Rosillo, F. J., & Carrillo-Esper, R. (2022). Polifarmacia en el adulto mayor: Consideraciones en el perioperatorio. *Revista Mexicana de Anestesiología, 45*(1), 40–47. https://doi.org/10.35366/102902
2. Sánchez-Rodríguez, J. R., Escare-Oviedo, C. A., Olivares, V. E. C., Robles-Molina, C. R., Vergara-Martínez, M. I., & Jara-Castillo, C. T. (2019). Polifarmacia en adulto mayor, impacto en su calidad de vida: Revisión de literatura. *Revista de Salud Pública, 21*(2), 271–277. https://doi.org/10.15446/rsap.v21n2.76678
3. Poblano-Verástegui, O., Bautista-Morales, A. C., Acosta-Ruiz, O., Gómez-Cortez, P. M., & Saturno-Hernández, P. J. (2020). Polifarmacia en México: Un reto para la calidad en la prescripción. *Salud Pública de México, 62*(6), 859–867. https://doi.org/10.21149/11919
4. Alba-Leonel, A., Montes-Rodríguez, B. G., Papaqui-Alba, S., & Papaqui-Hernández, J. (2023). Polifarmacia en población adulta con hipertensión arterial de la Ciudad de México. *Actas del Congreso Nacional de Tecnología Aplicada a Ciencias de la Salud, 5*, 1–15. URL:https://www-optica.inaoep.mx/~tecnologia_salud/acontacs/articulos/2023/MyT2023-02-Polifarmacia_en_poblacion_Adulta_Mayor_con_Hipertension_Arterial_de_la_Ciudad_de_Mexico.pdf

5. García Jiménez, R. C., & Carrasco García, M. R. (2022). Condiciones biomédicas y funcionales en pacientes mayores con polifarmacia. *Pensamiento Científico Latinoamericano, 1*(1), 1–6. URL: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10123006

6. Asenjo Alarcón, J. A. (2022). Polifarmacia en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial atendidos en un hospital provincial. *Finlay, 12*(4), 417–423. URL: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=120496

7. Parada-Peña, K., Rodríguez-Morera, M., Otoya-Chaves, F., Loaiza-Quirós, K., & León-Quirós, S. (2020). Síndromes geriátricos: Caídas, incontinencia y deterioro cognitivo. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud, 6*(4), 201–210. https://doi.org/10.56239/rhcs.2020.64.450

8. León-Vázquez, M. de la L., Medina-Rosete, M. I., Castellanos-Lima, R. I., Portillo-García, Z., Jaramillo-Sánchez, R., & Limón-Aguilar, A. (2020). Síndrome de fragilidad en el adulto mayor y la sobrecarga de su cuidador primario. *Revista Mexicana de Medicina Familiar, 7*(2). https://doi.org/10.24875/rmf.20000045

9. Ruiz-Jasso, Laura Verónica, Sifuentes-Leura, Daniel, Acevedo-Alemán, Jesús, Torres-Obregón, Reyna, & del Bosque-Moreno, José. (2022). Fragilidad, polifarmacia y riesgo de caídas en personas adultas mayores. *Gerokomos*, *33*(2), 95-98. Epub 24 de octubre de 2022. Recuperado en 22 de agosto de 2026, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000200006&lng=es&tlng=es.

10. Pazan, F., & Wehling, M. (2021). Polypharmacy in older adults: A narrative review of definitions, epidemiology and consequences. *European Geriatric Medicine, 12*(3), 443–452. https://doi.org/10.1007/s41999-021-00479-3

11. Illescas, M. A. C. (2022). Interacciones farmacocinéticas más frecuentes en el adulto mayor asociado a polifarmacia [Tesis, Universidad Católica de Cuenca]. doi: 10.1186/s12877-024-05135-6

12. Arriagada, L., Carrasco, T., & Araya, M. (2020). Polifarmacia y deprescripción en personas mayores. *Revista Médica Clínica Las Condes, 31*(2), 204–210.

https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.02.007

13. Guerrero, A. L. (2021). *Eficiencia del gasto en salud: Compra consolidada de medicamentos*. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria. CIEP. URL: https://ciep.mx/4Ys7

14. Aguirre-Pulido, E., et al. (2021). Polifarmacia y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes de 20–60 años de edad con diabetes mellitus tipo 2, Centro de Salud Perla María Norori*, año 2021*. URL: http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/handle/123456789/9150

15. Mora-Romo, J. F. (2022). Adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 en México: Estudio de metaanálisis. *Psicumex, 12*, 1–20. https://doi.org/10.36793/psicumex.v12i1.493

16. Real-Delor, R., Gamez-Cassera, M. A., Redes-Zeballos, M. L., Martínez-Urizar, M., Aguilera-Iriarte, G. A., & Oviedo-Velázquez, G. (2021). Adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos de Unidades de Salud Familiar del Paraguay: Estudio multicéntrico. *Revista de Salud Pública del Paraguay, 11*(2), 35–41. https://doi.org/10.18004/rspp.2021.diciembre.35

17. León-Vázquez, M. de la L., Seefoó-Jarquin, P., Portillo-García, Z., Román-Ballinas-Irvin, Y., Díaz-Álvarez, G., & Fonseca-Basurto, D. (2021). Polifarmacia y cumplimiento terapéutico en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial. *Medicina General y de Familia, 10*(6), 272–277. https://doi.org/10.24038/mgyf.2021.057

18. Huamaní, L. M. (2023). Asociación entre polifarmacia y adherencia al tratamiento en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 en el consultorio de endocrinología del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo-EsSalud 2021–2022 [Tesis, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio Institucional de la Universidad Católica de Santa María. URL: https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/12993

19. Blanco Naranjo, E. G., Chavarría Campos, G. F., & Garita Fallas, Y. M. (2021). Estilo de vida saludable en diabetes mellitus tipo 2: Beneficios en el manejo crónico. *Revista Médica Sinergia, 6*(2), e639. https://doi.org/10.31434/rms.v6i2.639

20. Parrales-Pincay, I. G., Macías-Carrillo, J. L., & Tomalá-Aranea, D. Y. (2021). Diabetes mellitus, cáncer y riesgos cardiovasculares en adultos mayores. *Dominio de las Ciencias, 7*(3), 1500–1518. http://dx.doi.org/10.23857/dc.v7i3.2071

21. Avilés-Santa, M. L., Monroig-Rivera, A., Soto-Soto, A., & Lindberg, N. M. (2020). Current state of diabetes mellitus prevalence, awareness, treatment, and control in Latin America: Challenges and innovative solutions to improve health outcomes across the continent. *Current Diabetes Reports, 20*, Article 62. URL: DOI: 10.1007/s11892-020-01341-9

22. Basto-Abreu, A., López-Olmedo, N., Rojas-Martínez, R., Aguilar-Salinas, C. A., Moreno-Banda, G. L., Carnalla, M., & ... (2023). Prevalencia de prediabetes y diabetes en México: Ensanut 2022. *Salud Pública de México, 65*, S163–S168. https://doi.org/10.21149/14832

23. Escamilla, L. C. (2021). Panorama epidemiológico de la diabetes tipo 2 en la frontera norte de México. *El Colegio de Sonora, Centro de Estudios en Salud y Sociedad*, 1-77.

24. Sánchez Martínez, B., Vega Falcón, V., Gómez Martínez, N., & Vilema Vizuete, G. E. (2020). Estudio de casos y controles sobre factores de riesgo de diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores. *Universidad Y Sociedad*, *12*(4), 156–164. Recuperado a partir de https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/1626

25. Ibáñez Franco, E. J., Fretes Ovelar, A. M. C., Duarte Arévalos, L. E., Giménez Vázquez, F. de J., Olmedo Mercado, E. F., Figueredo Martínez, H. J., Rondelli Martínez, L. F., & Báez Venialgo, E. J. (2022). Frecuencia de complicaciones crónicas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un hospital de tercer nivel. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna, 9*(1), 45–54. https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2022.09.01.45

26. Medina-Chávez, J. H., Vázquez-Parrodi, M., Santoyo-Gómez, D. L., Azuela-Antuna, J., Garnica-Cuellar, J. C., Herrera-Landero, A., & Balandrán-Duarte, D. A. (2022). Protocolo de Atención Integral: complicaciones crónicas de diabetes mellitus 2. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, *60*(Supl 1), S19-33. https://revistamedica.imss.gob.mx/index.php/revista_medica/article/view/4231