

Prevalencia y factores asociados de la polifarmacia en pacientes con deterioro cognitivo leve

JUAN THERÁN¹, JORGE HERNÁNDEZ², RAQUEL RIVERA³
ALEJANDRA VILLAMIZAR⁴, HAROLD TORRES⁵, LUIS DULCEY⁶, VALENTINA OCHOA⁷

Recibido para publicación: 06-11-2025. Versión corregida: 28-01-2025. Aprobado para publicación: 19-03-2025.

Modelo de citación:

Therán J., Hernández J., Rivera R., Villamizar A., Torres H., Dulcey L., Ochoa V. **Prevalencia y factores asociados de la polifarmacia en pacientes con deterioro cognitivo leve**. Arch Med (Manizales). 2025;25(1). <https://doi.org/10.30554/archmed.25.1.5268.2025>

Resumen

Introducción: el deterioro cognitivo leve en adultos mayores se asocia con un mayor uso de medicamentos, lo que aumenta el riesgo de efectos adversos y de interacciones. Las comorbilidades crónicas, como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la obesidad, son comunes y contribuyen a la polifarmacia en esta población. **Objetivo:** evaluar la prevalencia de la polifarmacia en pacientes con deterioro cognitivo leve y analizar su relación con las comorbilidades, como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la obesidad. **Materiales y métodos:** estudio observacional, transversal y cuantitativo realizado en 110 pacientes con deterioro cognitivo leve del proyecto INTERCOG⁸. Se recolectaron datos clínicos y sociodemográficos mediante encuestas. Se aplicaron análisis bivariados y multivariados para evaluar la asociación entre la polifarmacia y las comorbilidades. **Criterios de inclusión:** adultos mayores de 60 años con deterioro cognitivo leve confirmado; se excluyeron pacientes con enfermedad terminal o deterioro cognitivo severo. **Resultados:** el 19.61% presentó polifarmacia (uso de cinco o más medicamentos), con más del 60% en consumo prolongado. Las comorbilidades más asociadas fueron la hipertensión arterial (OR: 6.36; $p = 0.017$) y la diabetes mellitus ($p < 0.001$). Además, un índice de masa corporal elevado incrementó el riesgo

- 1 Universidad de Santander, Bucaramanga, Colombia. Médico especialista en medicina familiar. <https://orcid.org/0000-0002-4742-0403>
- 2 Universidad de Santander, Bucaramanga, Colombia. Médico general. <https://orcid.org/0009-0001-5758-5965>
- 3 Universidad de Santander, Bucaramanga, Colombia. Jefe de enfermería, epidemióloga, magister en salud ocupacional. <https://orcid.org/0000-0003-0666-9285>
- 4 Universidad de Santander, Bucaramanga, Colombia. Médica especialista en medicina familiar. <https://orcid.org/0000-0003-0778-8040>
- 5 Universidad de Santander, Bucaramanga, Colombia. PhD(e) salud pública. <https://orcid.org/0000-0003-3850-3626>
- 6 Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela. Médico especialista en medicina interna. <https://orcid.org/0000-0001-9306-0413>
- 7 Universidad de Santander, Bucaramanga, Colombia. Fonoaudióloga. <https://orcid.org/0009-0001-5845-6444>

de polifarmacia. No se encontraron asociaciones significativas con la edad o el sexo.

Conclusión: la polifarmacia es frecuente en pacientes con deterioro cognitivo leve y se asocia fuertemente con las comorbilidades crónicas, lo que subraya la importancia de un manejo integral. La intervención interdisciplinaria es clave para optimizar tratamientos, mejorar la adherencia y reducir las complicaciones. Futuros estudios longitudinales deberían evaluar el impacto de reducir la carga farmacológica en esta población.

Palabras clave: polifarmacia; adultos mayores; Colombia; disfunción cognitiva.

Prevalence and associated factors of polypharmacy in patients with mild cognitive impairment

Abstract

Introduction: mild cognitive impairment in older adults is associated with increased medication use, raising the risk of adverse effects and drug interactions. Chronic comorbidities, such as hypertension, diabetes mellitus, and obesity, are common and contribute to polypharmacy in this population. **Objective:** To assess the prevalence of polypharmacy in patients with mild cognitive impairment and analyze its relationship with comorbidities such as hypertension, diabetes mellitus, and obesity. **Materials and methods:** a cross-sectional, observational, and quantitative study was conducted on 110 mild cognitive impairment patients from the INTERCOG project. Clinical and sociodemographic data were collected through surveys. Bivariate and multivariate analyses were applied to evaluate the association between polypharmacy and comorbidities. **Inclusion criteria:** adults over 60 years with confirmed hypertension; patients with terminal illness or severe cognitive impairment were excluded. **Results:** a total of 19.61% presented polypharmacy (use of five or more medications), with over 60% in prolonged use. The most associated comorbidities were hypertension (OR: 6.36; $p = 0.017$) and diabetes mellitus ($p < 0.001$). Additionally, a higher body mass index increased the risk of polypharmacy. No significant associations were found with age or sex. **Conclusion:** polypharmacy is common in mild cognitive impairment patients and is strongly associated with chronic comorbidities, highlighting the need for comprehensive management. Interdisciplinary intervention is essential to optimize treatments, improve adherence, and reduce complications. Future longitudinal studies should evaluate the impact of reducing the pharmacological burden in this population.

Keywords: polypharmacy; older adults; Colombia; cognitive dysfunction.

Prevalência e fatores associados à polifarmácia em pacientes com comprometimento cognitivo leve

Resumo

Introdução: O comprometimento cognitivo leve em idosos está associado ao aumento do uso de medicamentos, o que aumenta o risco de efeitos adversos e interações. Comorbidades crônicas, como pressão alta, diabetes mellitus e obesidade, são comuns

e contribuem para a polifarmácia nessa população. Objetivo: Avaliar a prevalência de polifarmácia em pacientes com comprometimento cognitivo leve e analisar sua relação com comorbidades como hipertensão, diabetes mellitus e obesidade. Materiais e métodos: Estudo observacional, transversal e quantitativo realizado em 110 pacientes com comprometimento cognitivo leve do projeto INTERCOG. Dados clínicos e sociodemográficos foram coletados por meio de pesquisas. Análises bivariadas e multivariadas foram aplicadas para avaliar a associação entre polifarmácia e comorbidades. Critérios de inclusão: adultos com mais de 60 anos de idade com comprometimento cognitivo leve confirmado; Pacientes com doença terminal ou comprometimento cognitivo grave foram excluídos. Resultados: 19,61% apresentavam polifarmácia (uso de cinco ou mais medicamentos), com mais de 60% em uso prolongado. As comorbidades mais associadas foram hipertensão (OR: 6,36; $p = 0,017$) e diabetes mellitus ($p < 0,001$). Além disso, um alto índice de massa corporal aumentou o risco de polifarmácia. Não foram encontradas associações significativas com idade ou sexo. Conclusão: A polifarmácia é comum em pacientes com comprometimento cognitivo leve e está fortemente associada a comorbidades crônicas, ressaltando a importância do tratamento abrangente. A intervenção interdisciplinar é fundamental para otimizar tratamentos, melhorar a adesão e reduzir complicações. Estudos longitudinais futuros devem avaliar o impacto da redução da carga medicamentosa nessa população.

Palavras-chave: polifarmácia; adultos mais velhos; Colômbia; Comprometimento cognitivo leve.

¿Qué sabemos acerca de este problema?

Sabemos que los adultos mayores con Deterioro cognitivo leve DCL tienen una alta prevalencia de polifarmacia, lo cual incrementa el riesgo de efectos adversos e interacciones medicamentosas. Además, las comorbilidades crónicas, como la hipertensión arterial HTA, la diabetes mellitus DM y la obesidad, son comunes en esta población y contribuyen a la necesidad de múltiples tratamientos. Esto plantea un desafío importante en el manejo seguro y efectivo de los medicamentos, pues el uso simultáneo de varios fármacos puede complicar el seguimiento clínico y reducir la calidad de vida de los pacientes.

¿Qué aporta de nuevo este estudio?

Este estudio aporta datos específicos sobre la prevalencia de la polifarmacia en una muestra de pacientes con DCL y establece una relación cuantificada con las comorbilidades, como la HTA, la DM y la obesidad. Los hallazgos destacan que un IMC elevado también incrementa el riesgo de la polifarmacia, algo

que no siempre se ha priorizado en estudios previos. La evidencia generada refuerza la importancia de un enfoque interdisciplinario en el tratamiento de estos pacientes, promoviendo intervenciones personalizadas para optimizar la adherencia y reducir las complicaciones. Además, el estudio sugiere la necesidad de investigaciones longitudinales para evaluar cómo la reducción de la carga farmacológica podría impactar positivamente en la progresión cognitiva y funcional de los pacientes con DCL.

Introducción

El envejecimiento conlleva múltiples cambios fisiológicos y un aumento de las comorbilidades, lo que incrementa el riesgo de una prescripción inapropiada en adultos mayores. La polifarmacia, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el uso simultáneo de tres o más medicamentos, es común en esta población y se ha asociado con efectos adversos, como las interacciones medicamentosas, las caídas, el deterioro fun-

cional y las hospitalizaciones. De igual modo, se reconoce la categoría de la polifarmacia excesiva para quienes consumen diez o más medicamentos, lo que agrava la complejidad terapéutica y eleva los costos del sistema de salud. Estudios globales y nacionales muestran que este fenómeno es prevalente entre adultos mayores, especialmente en personas de bajo nivel socioeconómico, desempleo o escasa escolaridad. En Colombia, la polifarmacia se ha relacionado particularmente con mujeres y pacientes que consultan múltiples especialistas, destacándose los estudios en ciudades como Bogotá y Bucaramanga [1-5].

Un área crítica que merece atención es la relación entre la polifarmacia y el DCL, una condición intermedia entre el envejecimiento normal y la demencia. Este trastorno aumenta el riesgo de progresión a la demencia en un 10-15% anual, en comparación con el 1-2.5% de adultos mayores sin alteración cognitiva. Factores como la isquemia cerebral, el traumatismo, el sedentarismo, la malnutrición y la polifarmacia, afectan la salud cognitiva, generando deterioro motor y limitaciones en las actividades cotidianas. A pesar de la relevancia del tema, en Colombia no existen estudios recientes sobre la prevalencia de la polifarmacia en personas con DCL, lo que motiva este proyecto para recopilar y actualizar los datos locales [5-10].

La prevalencia de la polifarmacia a nivel mundial varía entre el 5% y el 78%. Para los Estados Unidos se documenta una prevalencia del 57% y del 51% para Europa [11,12].

Los estudios en Suramérica sobre la prevalencia de la polifarmacia han encontrado datos aún mayores como, por ejemplo, el estudio realizado en Ribeirão Preto (Brasil), en 1 000 adultos mayores que, partiendo del concepto de la polifarmacia (el uso de más de cinco medicamentos), la prevalencia hallada fue del 60,1% [12-15].

En Colombia, un estudio realizado en la ciudad de Bogotá relacionó la polifarmacia y las características sociodemográficas, este estudio

encontró una prevalencia del 27,4% de polifarmacia, la cual estuvo **más relacionada con el sexo femenino y los adultos mayores** [16,17].

El presente estudio busca identificar la frecuencia de la polifarmacia en pacientes con DCL en Bucaramanga, caracterizando los medicamentos más frecuentes y los efectos adversos vinculados. Asimismo, se espera proporcionar evidencia relevante para la comunidad médica, impulsando una gestión integral de los recursos disponibles y previniendo complicaciones a largo plazo. Dado que la polifarmacia representa un reto tanto clínico como económico, los resultados de esta investigación podrán servir como referencia para futuras intervenciones que promuevan un uso racional de los medicamentos en esta población vulnerable.

Objetivos

Evaluar la prevalencia de la polifarmacia en pacientes con DCL y analizar su relación con las comorbilidades crónicas, como la HTA, la DM y la obesidad.

Materiales y métodos

Este estudio tiene un enfoque cuantitativo ya que busca comprobar la hipótesis mediante la recolección y análisis de datos estructurados. Su diseño es observacional con componente analítico, dado que no se realizará intervención por parte del investigador, sino que se medirán las variables definidas para establecer relaciones de asociación o causalidad. Además, es un estudio de corte transversal, ya que la información se recogerá en un momento específico, permitiendo observar las condiciones del entorno habitual y analizar la relación entre las variables independientes (polifarmacia y características sociodemográficas) y la variable dependiente DCL.

La población objetivo son los adultos mayores diagnosticados con DCL, identificados a partir del proyecto INTERCOG, enfocado en la eficacia de una intervención multicomponente para la diada cuidador-paciente en el marco de

la cohorte PURE Colombia y la Red de Apoyo Social para Cuidadores. Se seleccionarán 110 participantes mediante un muestreo descriptivo transversal, quienes completarán una encuesta sobre datos generales y el uso de medicamentos. Los criterios de inclusión son: ser mayor de 60 años, tener diagnóstico de DCL confirmado por un médico psiquiatra y un neuropsicólogo, y puntuar entre 21 y 25 en el MMSE (Mini-Mental State Examination). Se excluirán pacientes con enfermedad terminal (mal pronóstico a seis meses), deterioro cognitivo mayor, institucionalización o hospitalización, y aquellos que residan fuera del área metropolitana de Bucaramanga. El estudio se llevó a cabo siguiendo los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki, garantizando el respeto por la dignidad, el bienestar y los derechos de todos los participantes. Se obtuvo el consentimiento informado de cada paciente antes de su inclusión en la investigación y se aseguró que comprendieran la naturaleza del estudio, así como los posibles riesgos y beneficios asociados. Igualmente, se tomaron medidas para salvaguardar la confidencialidad de los datos y se garantizó que el protocolo del

estudio fuera revisado y aprobado por un comité de ética correspondiente.

Resultados

El análisis de la distribución de género reveló que la proporción de mujeres participantes fue del 78,4%, en contraste con el 21,6% correspondiente a participantes masculinos. La edad media de la población fue de 67.72 años, con un rango que oscila entre los 65 y los 80 años. La mayoría de los participantes se encontraban en estado civil de casados (54,9%), seguido por viudos (15,7%) y separados (13,7%). El nivel educativo de los participantes fue, en su mayoría, de educación secundaria (41,2%), seguido por educación primaria, con un 29,4%, el 13,7% había adquirido formación técnica o tecnológica y un 9,8% de las personas encuestadas había finalizado estudios universitarios. La residencia se dividió en áreas urbanas (68,6%) y rurales (31,4%).

HTA: hipertensión arterial, AVD: actividades de la vida diaria, CA: cáncer, ICC: insuficiencia cardíaca congestiva, IAM: infarto agudo de miocardio, DM: diabetes mellitus, EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, FA: fibrilación auricular.

Se evaluó el uso de medicamentos con particular atención a la polifarmacia. En el estudio se pudo encontrar que el 33.33% (17) de los pacientes no ingería ningún fármaco, en contraste, el 19.61% (10) indicó consumir cinco o más medicamentos, lo cual se define como polifarmacia.

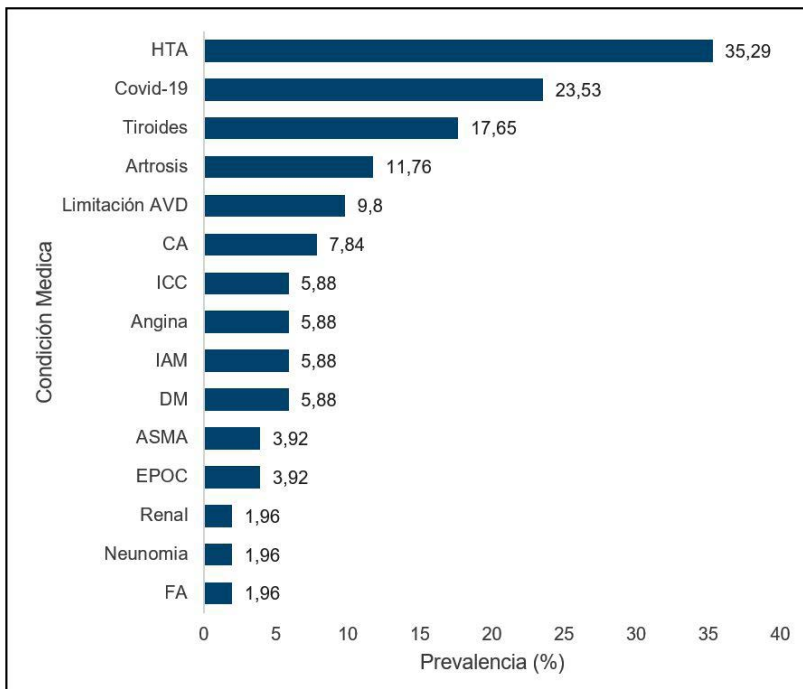


Figura 1. Prevalencia de comorbilidades en la población estudiada.

Tabla I. Caracterización de la toma de medicamentos.

Variable	Resultados (51)
Cantidad de medicamentos consumidos	
0 medicamentos	33.33 (17)
1 medicamento	9.80 (5)
2 medicamentos	7.84 (4)
3 medicamentos	9.80 (5)
4 medicamentos	19.61 (10)
5 medicamentos	11.76 (6)
6 medicamentos	1.96 (1)
7 medicamentos	3.92 (2)
9 medicamentos	1.96 (1)

En relación con el uso de medicamentos, se observó que el 60.8% de los pacientes venía tomando sus tratamientos durante más de 12 meses, lo que pone de manifiesto la cronicidad de las enfermedades tratadas.

También se evaluaron las reacciones adversas relacionadas con el uso de medicamentos. El efecto adverso más común fue la presencia de mareos, reportado por el 16.33% (8) seguido por la somnolencia en 14.29% (7) de ellos. Entre las reacciones menos comunes reportadas se encuentran el dolor muscular, las palpitaciones, las alergias, el dolor de cabeza y las náuseas.

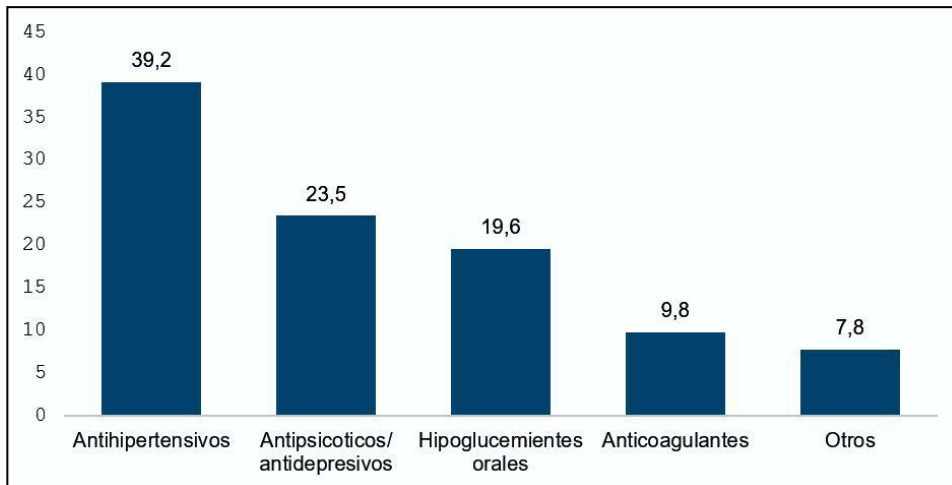


Figura 2. Tipo de medicamentos más usados.

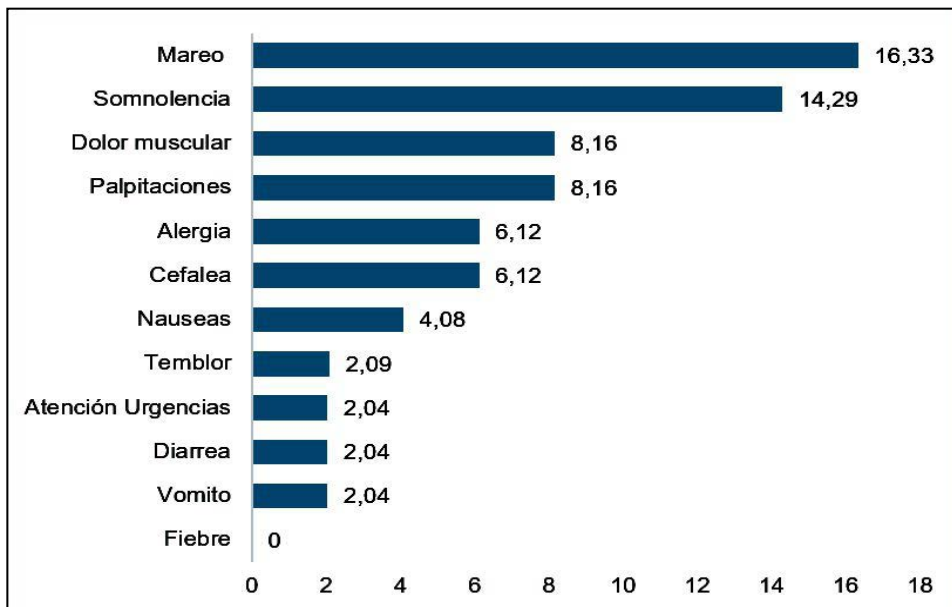


Figura 3. Reacciones adversas a los medicamentos.

Archivos de Medicina

Therán J., Hernández J., Rivera R., Villamizar A., Torres H., Dulcey L., Ochoa V.
Prevalencia y factores asociados de la polifarmacia en pacientes con deterioro cognitivo leve.
Arch Med (Manizales). 2025;25(1)

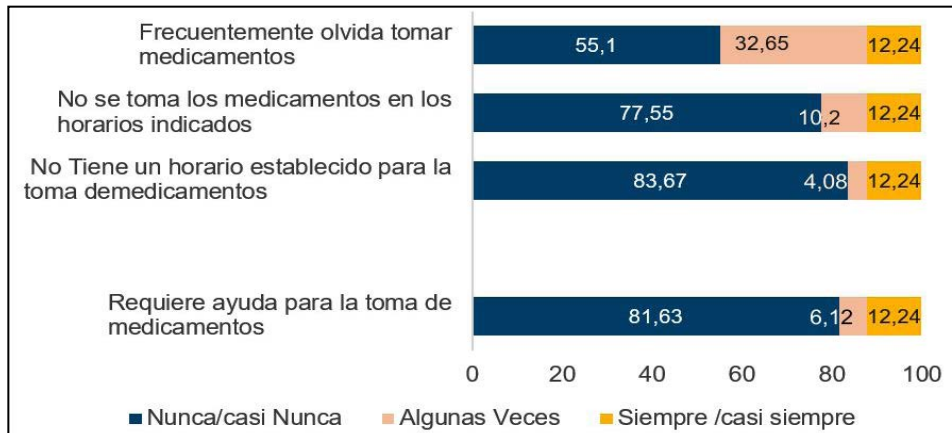


Figura 4.
Características de la toma de medicamentos.

Tabla 3. Análisis bivariado con variables de condiciones físicas y sociodemográficas.

Factor	Sin polifarmacia	Con polifarmacia	p-valor	OR (IC 95%)	Valor p
N	(41)	(10)			
Sexo			0.47		
Masculino	19,5 (8)	30,0 (3)		1	
Femenino	80,5 (33)	70,0 (7)		0.56 (0.11; 2.68)	0.473
Edad años					
Promedio	67,1 ± 7,9	70,1 ± 8,5	0.30	1.04 (0.95; 1.14)	0.296
Lugar de residencia			0.38		
Rural	7,3 (3)	0			
Urbano	92,7 (36)	100,0 (10)		-	
Estado civil			0.64		
Soltero (a)	9,8 (4)	10,0 (1)		1	
Casado (a)	56,1 (23)	50,0 (5)		0.86 (0.07; 9.53)	0.909
Separado (a)	14,6 (6)	10,0 (1)		0.66 (0.03; 14.03)	0.794
Viudo (a)	12,2 (5)	30,0 (3)		2.4 (0.17; 32.87)	0.512
Unión libre	7,3 (3)	0		-	
Escolaridad			0.70		
Primaria incompleta	26,8 (11)	4 (40,0) (4)		1	
Bachillerato incompleto	41,5 (17)	4 (40,0) (4)		0.64 (0.13; 3.14)	0.589
Técnico o tecnólogo	14,6 (6)	10,0 (1)		0.45 (0.04; 5.08)	0.525
Profesional	12,2 (5)	0		1	
Postgrado	4,9 (2)	10,0 (1)		1.37 (0.96; 19.64)	0.814
Ocupación			0.31		
Hogar	75,6 (31)	9,0 (9)		1	
Empleado	2,4 (1)	0		1	
Trabajo independiente	19,5 (8)	0		1	
Otro	2,4 (1)	10,0 (1)		3.44 (0.19; 60.71)	0.398
Estrato socioeconómico			0.18		
1	19,5 (8)	10,0 (1)		1	
2	4,9 (2)	30,0 (3)		12 (0.77; 186.36)	0.076
3	36,6 (15)	30,0 (3)		1.6 (0.14; 18.00)	0.704
4	34,1 (14)	30,0 (3)		1.71 (0.15; 19.35)	0.663
5	4,9 (2)	0		1	

Valor p: variable numérica con prueba t-Student. Variable cualitativa exacta de Fisher y chi-cuadrado de Pearson.

Archivos de Medicina

Therán J., Hernández J., Rivera R., Villamizar A., Torres H., Dulcey L., Ochoa.
Prevalencia y factores asociados de la polifarmacia en pacientes con deterioro cognitivo leve.
Arch Med (Manizales). 2025;25(1)

Factor	Sin polifarmacia	Con polifarmacia	p-valor	OR (IC 95%)	Valor p
N	41	10			
Hipertensión			0.010		
No	30 (73,2%)	3 (30,0%)		1	
Si	11 (26,8%)	7 (70,0%)		6.36 (1.39; 29.05)	0.017
Diabetes mellitus			<0.001		
No	41 (100,0%)	7 (70,0%)			
Si	0 (0,0%)	3 (30,0%)		-	
Hipotiroidismo			0.48		
No	33 (80,5%)	9 (90,0%)		1	
Si	8 (19,5%)	1 (10,0%)		0.45 (0.05; 4.15)	0.488
Artrosis			0.37		
No	37 (90,2%)	8 (80,0%)		1	
Si	4 (9,8%)	2 (20,0%)		2.31 (0.35; 14.87)	0.377
Infarto agudo de miocardio			0.034		
No	40 (97,6%)	8 (80,0%)		1	
Si	1 (2,4%)	2 (20,0%)		10(0.80; 123.99)	0.073
Angina			0.034		
No	40 (97,6%)	8 (80,0%)		1	
Si	1 (2,4%)	2 (20,0%)		10(0.80; 123.99)	0.073
Falla cardiaca			0.54		
No	39 (95,1%)	9 (90,0%)		1	
Si	2 (4,9%)	1 (10,0%)		2.16(0.17; 26.59)	0.546
Fibrilación auricular			0.62		
No	40 (97,6%)	10 (100,0%)			
Si	1 (2,4%)	0 (0,0%)		-	
Cáncer			0.004		
No	40 (97,6%)	7 (70,0%)		1	
Si	1 (2,4%)	3 (30,0%)		17.14(1.55; 189.23)	0.020
Epoc			0.48		
No	39 (95,1%)	10 (100,0%)			
Si	2 (4,9%)	0 (0,0%)		-	
Asma			0.48		
No	39 (95,1%)	10 (100,0%)			
Si	2 (4,9%)	0 (0,0%)		-	
Covid			0.59		
No	32 (78,0%)	7 (70,0%)		1	
Si	9 (22,0%)	3 (30,0%)		0.52 (0.32; 7.11)	0.592

Valor p: variable cualitativa exacta de Fisher y chi-cuadrado de Pearson.

Factor	polif_5 = 0	polif_5 = 1	p-valor	OR (IC 95%)	Valor p
N	41	10			
IMC, median $\pm$ SD	25,3 $\pm$ 4,1	27,6 $\pm$ 4,5	0.14	1.14 (0.95; 1.36)	0.145
PAS, median (IQR)	122,0 (110,0, 135,0)	125,0 (114,0, 142,0)	0.35	1.01(0.97; 1.05)	0.571
PAD, median (IQR)	72,0 (70,0, 80,0)	71,0 (62,0, 89,0)	0.68	0.99(0.93; 1.05)	0.896
PAM, median (IQR)	89,0 (83,3, 98,3)	85,8 (82,3, 106,7)	0.85	1.00(0.94; 1.06)	0.850

Valor p: con distribución normal.

Análisis bivariado

El análisis bivariado investiga la clasificación entre la polifarmacia y las distintas variables sociodemográficas y clínicas. En relación con el sexo, no se observa una asociación significativa entre el sexo femenino y la polifarmacia, ya que el 80.5% de las mujeres no presenta este fenómeno, con un valor p de 0.473. La edad no parece ser un factor relevante, dado que la media de edad de los participantes con y sin polifarmacia es similar, el análisis no revela una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,296$). No obstante, se observa una relación significativa entre la HTA y el uso de múltiples medicamentos (OR: 6.36, $p = 0.017$), lo cual sugiere que las personas con HTA tienen una mayor probabilidad de estar en tratamiento con varios fármacos. La relación mencionada se ajusta a la necesidad de un tratamiento farmacológico constante en pacientes con hipertensión, quienes frecuentemente necesitan utilizar varios medicamentos para lograr un control efectivo de la presión arterial. La DM presenta una relación significativa con la polifarmacia ($p < 0.001$), lo cual respalda la necesidad de un tratamiento intensivo con múltiples fármacos en enfermedades crónicas, como la diabetes. En este análisis se observan asociaciones destacadas entre la insuficiencia cardíaca y el IAM, sin embargo, no alcanzan un nivel de significancia estadística.

En el análisis multivariado ajustado se incorporan variables como la HTA, el IAM, el cáncer, el IMC, la edad y el sexo. En este modelo se destaca una asociación significativa entre el IAM y la polifarmacia. Se observa una razón de probabilidades extremadamente alta (OR: 573, $p = 0.018$), lo que sugiere que las personas que han experimentado un IAM tienen una probabilidad considerablemente mayor de estar bajo tratamiento con múltiples fármacos. Asimismo, el cáncer presenta una marcada relación con la polifarmacia (OR: 149, $p = 0.023$). El IMC guarda una asociación significativa con la polifarmacia (OR: 1,53, $p = 0,020$). Esto indica que a medida que el IMC aumenta, también se incrementa la probabilidad de estar bajo polifarmacia.

Discusión

Este estudio ofrece evidencia robusta sobre la prevalencia e impacto de la polifarmacia en pacientes con DCL. Se encontró que el 19.61% de los participantes consumen cinco o más medicamentos simultáneamente, un hallazgo preocupante debido al riesgo elevado de efectos adversos y complicaciones, como caídas, mareos y somnolencia, que afectan tanto la funcionalidad como la calidad de vida de los pacientes. La cronicidad del uso de estos tratamientos es evidente, ya que alrededor del 60% de los pacientes llevan más de 12 meses consumiendo múltiples medicamentos. Esta situación refleja los retos que implica gestionar regímenes farmacológicos en personas con DCL, quienes por sus limitaciones cognitivas son más propensas a cometer errores en la adherencia terapéutica, lo que agrava el riesgo de interacciones medicamentosas y progresión acelerada del deterioro cognitivo [18-20].

El estudio destaca una fuerte asociación entre la HTA y la DM con la polifarmacia, condiciones que requieren tratamiento farmacológico intensivo para un control efectivo, incrementando la carga de medicamentos en esta población vulnerable. Los datos revelan que las personas con HTA tienen 6.36 veces más probabilidades de consumir múltiples medicamentos. De manera similar, los pacientes con DM presentan un alto grado de polifarmacia, lo que refleja la necesidad de terapias combinadas para controlar los niveles de glucosa y prevenir complicaciones. Estos resultados concuerdan con estudios previos que señalan la frecuencia de la polifarmacia en pacientes con enfermedades crónicas, aunque en el contexto de DCL la gestión de estas patologías se vuelve aún más desafiante debido a la falta de autonomía en la toma de decisiones sobre el tratamiento [21-25].

Un hallazgo significativo es la relación entre el IMC elevado y la polifarmacia, lo que sugiere que los pacientes con DCL y sobrepeso tienen mayor probabilidad de desarrollar múltiples comorbilidades que requieren tratamientos

farmacológicos adicionales. Esta asociación indica que la obesidad no solo complica el manejo cognitivo, sino que aumenta la carga de medicamentos, incrementando el riesgo de interacciones y efectos adversos. La evidencia sugiere que una intervención integral, que abarque tanto la reducción del peso como la optimización de los tratamientos farmacológicos, podría mejorar los desenlaces clínicos y prevenir la progresión del deterioro cognitivo en este grupo de pacientes [25-30].

A diferencia de investigaciones anteriores, este estudio no encontró una correlación significativa entre la edad, el sexo y la polifarmacia, lo que podría explicarse por la relativa homogeneidad de la muestra, compuesta mayoritariamente por mujeres con edades cercanas entre sí. Este resultado sugiere que, en el contexto del DCL, la disfunción cognitiva es el factor determinante que influye en la capacidad de gestionar los medicamentos, independientemente de otras variables demográficas. Además, más del 30% de los pacientes informó tener dificultades para recordar sus dosis, lo que refuerza la necesidad de apoyo externo continuo. La participación de equipos interdisciplinarios que incluyan médicos, farmacéuticos y cuidadores, se presenta como una solución clave para mejorar la adherencia terapéutica y minimizar los riesgos asociados [35].

Este estudio subraya la necesidad urgente de diseñar intervenciones personalizadas que optimicen los tratamientos farmacológicos en pacientes con DCL, evitando el uso innecesario de medicamentos y previniendo interacciones adversas. Si bien la naturaleza transversal del estudio limita la posibilidad de establecer relaciones causales entre la polifarmacia y la progresión del DCL, estos hallazgos ofrecen una base sólida para futuras investigaciones longitudinales que puedan evaluar si la reducción de la carga farmacológica influye positivamente en los desenlaces cognitivos y funcionales. Además, los resultados refuerzan la importancia de un uso racional de los medi-

camentos, tanto para mejorar la calidad de vida de los pacientes como para reducir el impacto económico en el sistema de salud [35].

Conclusión

Este estudio evidencia que la polifarmacia es prevalente en pacientes con DCL, incrementando el riesgo de interacciones adversas, caídas y progresión del deterioro cognitivo, especialmente en aquellos con comorbilidades, como la hipertensión, la diabetes y la obesidad. La dificultad para seguir regímenes farmacológicos complejos en esta población subraya la necesidad de apoyo por parte de equipos interdisciplinarios y revisiones periódicas de los tratamientos para mejorar la adherencia y reducir el uso innecesario de medicamentos. Aunque el diseño transversal impide establecer causalidad, los hallazgos sugieren que optimizar la carga farmacológica podría mejorar tanto los resultados cognitivos como la eficiencia en el uso de los recursos del sistema de salud.

Consideraciones éticas

Los autores declaran que no se realizaron experimentos en humanos ni en animales para el presente estudio. Declaran, además, que los procedimientos que se siguieron estuvieron de acuerdo con las disposiciones del comité de ética en investigación clínica correspondiente, y con las del Código de Ética de la Asociación Médica Mundial (Declaración de Helsinki).

Confidencialidad de la información

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado

Los autores declaran que en el presente artículo no aparecen datos de pacientes. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes o sujetos mencionados en el artículo.

Conflicto de intereses

No existe.

Contribución de autores

JAHN: planificación del estudio, recolección de datos, interpretación de los resultados y redacción inicial del manuscrito.

LADS: concepción del proyecto original, planeación del estudio, recolección de datos, interpretación de los resultados, análisis de los datos y redacción final del manuscrito.

JAGA: planeación del estudio, interpretación de los resultados, análisis de los datos y redacción inicial del manuscrito.

JSTL: concepción del proyecto original, planeación del estudio, interpretación de los resultados y redacción final del manuscrito.

VOC: planeación del estudio, recolección de datos, interpretación de los resultados, análisis de los datos y redacción inicial del manuscrito.

UC: planeación del estudio, recolección de datos, interpretación de los resultados, análisis de los datos y redacción inicial del manuscrito.

Referencias

1. Águila-Gordo D, Martínez-Del Río J, Mazoterías-Muñoz V, Negreira-Caamaño M, Nieto Sandoval P, De la Sierra M. et al. Mortalidad y factores pronósticos asociados en pacientes ancianos y muy ancianos hospitalizados con infección respiratoria COVID-19. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2023;56:259–267. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.09.006>
2. Petrovic M, Van Der Cammen T, Onder G. Adverse drug reactions in older people: detection and prevention. *Drugs Aging.* 2023;29(6):453–462. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.2165/11631760-000000000-00000>
3. Wu Q, Chan JSY, Yan JH. Mild cognitive impairment affects motor control and skill learning. *Rev Neurosci.* 2016;27(2):197–217. Disponible en: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/revneuro-2015-0020/html>
4. Sebastián Hernández AJ, Arranz Santamaría LC. Patterns of detection of mild cognitive impairment in nursing. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2017;52(Suppl 1):54–57. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(18\)30084-2](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(18)30084-2)
5. Edland SD, Rocca WA, Petersen RC, Cha RH, Kokmen E. Dementia and alzheimer disease incidence rates do not vary by sex in Rochester, Minn. *Arch Neurol.* 2002;59(10):1589–1593. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/782892>
6. Prince MJ, Wu F, Guo Y, Gutierrez Robledo LM, O'Donnell M, Sullivan R, et al. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *The Lancet.* 2015;385(9967):549–62. Disponible en: <http://www.thelancet.com/article/S0140673614613477/fulltext>
7. Murman DL. The impact of age on cognition. *Semin Hear.* 2015;36(3):111–121. Disponible en: <https://doi.org/10.1055/s-0035-1555115>
8. Martínez-Sanguinetti MA, Leiva AM, Petermann-Rocha F, Troncoso-Pantoja C, Villagrán M, Lanuza-Rilling F. et al. Factores asociados al deterioro cognitivo en personas mayores en Chile. *Rev Med Chile.* 2019;147(8):1013–1023. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872019000801013
9. Dos Santos Tavares DM, Fernandes Bolina A, Dias FA, Dos Santos Ferreira PC, Haas VJ. Quality of life of elderly. Comparison between urban and rural areas. *Invest Educ Enferm.* 2014;32(3):401–413. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/20701/17369>
10. Onder G, Petrovic M, Tangiisuran B, Meinardi C, Markito-Notenboom WP, Somers A, et al. Development and validation of a score to assess risk of adverse drug reactions among in-hospital patients 65 years or older. *Arch Intern Med.* 2010;170(13):1142–1148. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2010.153>
11. Castro-Rodríguez JA, Orozco-Hernández JP, Marín-Medina DS. Polifarmacia y prescripción de medicamentos potencialmente no apropiados en ancianos. *Rev Méd Risaralda.* 2015;21(2):52–57. Disponible en: <https://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/12451/8111>
12. Thomas HF, Sweetnam PM, Janchawee B, Luscombe DK. Polypharmacy among older men in South Wales. *Eur J Clin Pharmacol.* 1999;55:411–415. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s002280050649>

13. Cano-Guitierrez C, Samper-Ternent R, Cabrera J, Rosselli D. Medication use among older adults in Bogota, Colombia. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016;33(3):419–424.
Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2292>
14. Albarracín-Ruiz MJ, Bueno-Florez SJ, Rodríguez-Bohorquez CE, Blanco-Guarín AL, Cadena-Sanabria MO. Asociación entre polifarmacia y prescripción inapropiada según la clase social en adultos mayores de Bucaramanga. *Rev Univ Indus Santander*. 2021;53(1). Disponible en: <https://doi.org/10.18273/saluduis.53.e:21021>
15. Rollason V, Vogt N. Reduction of polypharmacy in the elderly: a systematic review of the role of the pharmacist. *Drugs Aging*. 2003;20(11):817–832. Disponible en: <https://doi.org/10.2165/00002512-200320110-00003>
16. Milton JC, Hill-Smith I, Jackson SHD. Prescribing for older people. *British Med J*. 2008;336(7644):606–609.
Disponible en: <http://doi.org/10.1136/bmj.39503.424653.80>
17. Iniesta-Navalón C, Urbieta-Sanz E, Gascón-Cánovas JJ. Análisis de las interacciones medicamentosas asociadas a la farmacoterapia domiciliaria en pacientes ancianos hospitalizados. *Rev Clin Esp*. 2011;211(7):344–351.
Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rce.2011.04.005>
18. Herr M, Robine JM, Pinot J, Arvieu JJ, Ankri J. Polypharmacy and frailty: prevalence, relationship, and impact on mortality in a French sample of 2350 old people. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2015;24(6):637–646.
Disponible en: <https://doi.org/10.1002/pds.3772>
19. Steinman MA, Hanlon JT. Managing medications in clinically complex elders: “There’s got to be a happy medium”. *JAMA*. 2010;304(14):1592–1601. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2010.1482>
20. Díaz Cabezas R, Marulanda Mejía F, Martínez Arias MH. Prevalencia de deterioro cognitivo y demencia en mayores de 65 años en una población urbana colombiana. *Acta Neurol Colomb*. 2013;29(3):141–151.
Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482013000300003
21. McLean AJ, Le Couteur DG. Aging biology and geriatric clinical pharmacology. *Pharmacol Rev*. 2004;56(2):163–184.
Disponible en: <https://pharmrev.aspetjournals.org/content/56/2/163>
22. Bedoya Quintero Y. Prevalencia de polifarmacia y factores asociados en los adultos mayores de la Comuna 18 de Cali. *Rev Asoc Colomb Gerontol Geriatr*. 2016;30(1):2202–2205.
Disponible en: https://www.acgg.org.co/pdf/pdf_revista_16/articulo%201%20revista%201-2016.pdf
23. Cano-Guitierrez C, Samper-Ternent R, Cabrera J, Rosselli D. Uso de medicamentos en adultos mayores de Bogotá, Colombia. *Rev Peruana Med Exp Salud Pública*. 2016;33(3):419–424.
Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/49105/Rev%20Peru%20Med.%20Vol.%2033%20N%C3%BAm.%203%20%282016%29.pdf?sequence=1>
24. Pilotto A, Addante F, D’Onofrio G, Sancarlo D, Ferrucci L. The comprehensive geriatric assessment and the multidimensional approach. A new look at the older patient with gastroenterological disorders. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2009;23(6):829–837. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bpg.2009.10.001>
25. Pantoja-Molina AD, Perilla-Orozco DM, Sánchez-Duque JA. Prescripción inapropiada en adultos mayores: una mirada desde la atención primaria. *Rev Clin Med Fam*. 2020;13(2):171–172.
Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2020000200014#B6
26. Sanford AM. Mild cognitive impairment. *Clin Geriatr Med*. 2017;33(3):325–337.
Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cger.2017.02.005>
27. Cantarero Prieto D. Impacto económico del deterioro cognitivo y la demencia. *Rev Esp Ger Gerontol*. 2017;52(Supl.1):58–60. Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X18300854>
28. Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couteur D, Rigby D, et al. Reducing inappropriate polypharmacy. The process of de prescribing. *JAMA Intern Med*. 2015;175(5):827–34.
Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.0324>
29. Sánchez-Rodríguez JR, Escare-Oviedo CA, Castro-Olivares VE, Robles-Molina CR, Vergara-Martínez MI, Jara-Castillo CT. Polifarmacia en adulto mayor, impacto en su calidad de vida. Revisión de literatura. *Rev Sal Públ*. 2019;21(2):271–277. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/rsap.V21n2.76678>
30. Tinitana-Ortega JE, Torres-Jaramillo I, Tacuri-Romero JN, Ajila-Vacacela J, Zari-Espinoza DB, Zhuzhingo-Vásquez C. Polifarmacia en pacientes adultos mayores pluripatológicos que acuden al primer nivel de atención en salud. *FACSALUD-UNEMI*. 2019;2(3):34–41.
Disponible en: <https://ojs.unemi.edu.ec/index.php/facsalud-unemi/article/view/807>

31. De Oliveira Baldoni A, Rocha Ayres L, Zangiacomi Martinez E, Souza Dewulf N de L, Dos Santos V, Leira Pereira LR. Factors associated with potentially inappropriate medications use by the elderly according to Beers criteria 2003 and 2012. *Intern J Clin Pharm*. 2014;36(2):316–324.
Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11096-013-9880-y>
32. Castro-Rodríguez A, Orozco-Hernández JP, Marín-Medina DS. Polypharmacy and prescription of potentially inappropriate medication in the elderly. 2015;21(2):52-57.
Disponible en: [https://DOI:10.1016/S2666-7568\(21\)00054-4](https://DOI:10.1016/S2666-7568(21)00054-4)
33. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: I. Psychotropic drugs. *J Am Geriatr Soc* 1999;47(1):30–39.
Disponible en: <https://DOI:10.1111/j.1532-5415.1999.tb01898.x>
34. Zia A, Bahyah Kamaruzzaman S, Pin Tan M. Polypharmacy and falls in older people: balancing evidence-based medicine against falls risk. *Postgrad Med*. 2015;127(3):330–337.
Disponible en: <https://doi.org/10.1080/00325481.2014.996112>
35. Herr M, Raharimanana S, Bagaragaza E, Aegerter P, Sipos I, Fabre C, et al. Evaluation de la culture de sécurité en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD): adaptation française du questionnaire Nursing Home Survey on Patient Safety Culture. *Canad J Ag / Revue Canadienne du Vieillissement*. 2017;36(4):453–62. Disponible en: <https://doi:10.1017/S071498081700037X>

