

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA POLIFARMACIA EN EL ADULTO MAYOR
EN TRES CENTROS ASISTENCIALES DE LA RED URBANA ESSALUD CUSCO, 2025**

PRESENTADO POR:

Br. DANIELA ISABEL ORCOSUPA SAMATA

**PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL
DE MÉDICO CIRUJANO**

ASESORA:

Dra. MARIA VICTORIA JIMENEZ VILLAFUERTE

CUSCO - PERÚ

2026



Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

INFORME DE SIMILITUD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-321-2025-UNSAAC)

El que suscribe, el **Asesor** MARIA VICTORIA JIMENEZ VILLAFUERTE quien aplica el software de detección de similitud al trabajo de investigación/tesis titulada: **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA POLIFARMACIA EN EL ADULTO MAYOR EN TRES CENTROS ASISTENCIALES DE LA RED URBANA ESSALUD CUSCO, 2025**

Presentado por: DANIELA ISABEL ORCOSUPA SAMATA DNI N° 72950348 ; presentado por: DNI N°: Para optar el título Profesional/Grado Académico de MÉDICO CIRUJANO

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 1 veces, mediante el Software de Similitud, conforme al Art. 6º del **Reglamento para Uso del Sistema Detección de Similitud en la UNSAAC** y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 3 %.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No sobrepasa el porcentaje aceptado de similitud.	X
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las subsanaciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, conforme al reglamento, quien a su vez eleva el informe al Vicerrectorado de Investigación para que tome las acciones correspondientes; Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de Asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y adjunto las primeras páginas del reporte del Sistema de Detección de Similitud.

Cusco, 08 de enero de 2026

Maria Victoria Jimenez Villafuerte

Firma

Post firma..... Maria Victoria Jimenez Villafuerte

Nro. de DNI..... 23942856

ORCID del Asesor..... 0009 - 0008 - 9099 - 2213

Se adjunta:

- Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
- Enlace del Reporte Generado por el Sistema de Detección de Similitud: oid: 27259:542955011

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA POLIFARMACIA EN EL ADULTO MAYOR EN TRES CENTROS ASISTENCIALES DE L...

 Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::27259:542955011

105 páginas

Fecha de entrega

23 dic 2025, 3:06 p.m. GMT-5

28.063 palabras

Fecha de descarga

23 dic 2025, 4:02 p.m. GMT-5

157.507 caracteres

Nombre del archivo

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA POLIFARMACIA EN EL ADULTO MAYOR EN TRES CENTROSpdf

Tamaño del archivo

2.8 MB

3% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 18 palabras)

Fuentes principales

3%	 Fuentes de Internet
0%	 Publicaciones
2%	 Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

DEDICATORIA

A Dios y al Señor de los Temblores, mi Patrono, por acompañarme con firmeza a lo largo de este camino y brindarme la confianza y fortaleza necesarias para avanzar con seguridad. Su presencia fue una fuente constante de calma y motivación, guiándome hasta alcanzar este objetivo en mi formación médica.

A mi papá, un hombre bueno y generoso, cuyo ejemplo de honradez, integridad, respeto y perdón ha marcado profundamente mi vida. Sus valores y su manera de actuar han sido una guía constante en mi formación personal y profesional.

A mi mamá, por su amor incondicional y entrega absoluta. Gracias por cada sacrificio silencioso, por acompañarme en los momentos difíciles y por alegrarse conmigo en cada logro. Su fortaleza y apoyo hicieron posible este camino; sin ella, nada de esto habría sido realidad.

A mi hermano Marco, por ser una motivación constante. Gracias por su apoyo incondicional, que nunca faltó, y por estar presente en cada etapa de este proceso.

A mis abuelitas, Isabel y Viviana, por su amor, cuidado y oraciones constantes, y a toda mi familia en general, por su cariño y respaldo a lo largo de este camino.

A mis amigos, con quienes compartí muchos años, por su compañía, apoyo sincero y presencia constante durante este proceso académico.

A Michael, por su paciencia, comprensión y por acompañarme durante esta larga etapa, brindándome apoyo constante y motivación.

A la Facultad de Medicina Humana y a mis docentes, por la formación académica y humana recibida, y por las enseñanzas que contribuyeron a mi crecimiento profesional.

A todas las demás personas que formaron parte de este camino, por su apoyo y buenos deseos, que fueron fundamentales para alcanzar este logro.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi agradecimiento a Dios y al Señor de los Temblores, por guiarme a lo largo de este proceso académico y brindarme la serenidad y constancia necesarias para avanzar en cada etapa de mi formación profesional.

A mi familia, por el respaldo permanente y la comprensión brindada durante los años de estudio, siendo un soporte esencial para mantenerme firme en este camino.

A mi asesora de tesis, la Dra. María Victoria Jiménez por su acompañamiento académico, su disposición constante y por orientar el desarrollo de esta investigación con criterio, responsabilidad y compromiso.

A los miembros del jurado, por el tiempo dedicado a la revisión del trabajo y por las observaciones realizadas, las cuales permitieron fortalecer y mejorar la calidad de la investigación.

A la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco y a la Facultad de Medicina Humana, por la formación académica recibida y por haberme brindado los conocimientos y herramientas necesarias para mi desarrollo profesional.

A mis docentes, por compartir su experiencia, exigencia y enseñanza a lo largo de la carrera, contribuyendo de manera significativa a mi formación como futura médica.

A mis amigos, por el acompañamiento, el ánimo y el apoyo brindado durante todo el proceso de elaboración de esta tesis; y, de manera especial, a la Dra. Katherine Romero, por su valiosa ayuda en la resolución de dudas, las correcciones realizadas y las orientaciones académicas que contribuyeron significativamente al desarrollo de este trabajo.

Finalmente, extiendo mi agradecimiento a todas las demás personas que, de una u otra manera, formaron parte de este camino y contribuyeron con su apoyo, orientación o palabras oportunas para la realización de este trabajo.

JURADO A

MGT. ALEXANDER MONTESINOS CARDENAS

MGT. FRANK FRED CARRILLO PINO

JURADO B

M.C. TOMAS VELASCO CABALA

M.C. YURI LEONIDAS PONCE DE LEON OTAZU

MGT. FRANK FRED CARRILLO PINO

CONTENIDO

CONTENIDO	i
INTRODUCCIÓN.....	iii
RESUMEN.....	v
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. Fundamentación del problema	1
1.2. Antecedentes teóricos	3
1.3. Formulación del problema	9
1.3.1. Problema general	9
1.3.2. Problemas específicos.....	9
1.4. Objetivo de la investigación	10
1.4.1. Objetivo general	10
1.4.2. Objetivos específicos.....	10
1.5. Justificación de la investigación.....	10
1.6. Limitaciones de la investigación	11
2.1. Marco teórico.....	14
2.1.1. Desarrollo de la variable dependiente.....	14
2.1.2. Desarrollo de la variable independiente	14
2.1.3. Desarrollo del estado del arte	18
2.2. Definición de término básicos	30
2.3. Hipótesis	31
2.3.2. Hipótesis general.....	31
2.3.3. Hipótesis específicas	31
2.4. Variables	33
2.5. Definiciones operacionales.....	36
CAPITULO III: MÉTODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.....	41
3.1. Tipo de investigación.....	41
3.2. Diseño de la investigación	41
3.3. Población y muestra	42
3.3.1. Descripción de la población	42
3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión	42
CAPITULO IV: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	47
4.1. Resultados.....	47

4.2. Discusión	62
4.3. Conclusiones	70
4.4. Sugerencias.....	71
PRESUPUESTO.....	74
DIAGRAMA DE ACTIVIDADES	76
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77
ANEXOS.....	83
ANEXO 1: Matriz de consistencia.....	83
ANEXO 2: Instrumento de investigación.....	86
ANEXO 3: Cuadernillo de validación	92
ANEXO 4: Validación del instrumento de investigación.....	96
ANEXO 5: Fichas de validación por expertos	99
ANEXO 6: Autorización del Hospital Adolfo Guevara Velasco Cusco.....	114

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional constituye uno de los fenómenos demográficos más relevantes del siglo XXI y representa un desafío creciente para los sistemas de salud a nivel mundial, especialmente en países en proceso de desarrollo, como el Perú, que experimentan una transición demográfica acelerada ⁽³⁾. El incremento sostenido de la esperanza de vida ha condicionado una expansión progresiva de la población adulta mayor, acompañada de un aumento significativo en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, discapacidad y dependencia funcional. Este escenario ha incrementado la complejidad de la atención sanitaria y la necesidad de tratamientos farmacológicos prolongados ⁽⁴⁾.

En el adulto mayor, la coexistencia de múltiples enfermedades crónicas es una condición frecuente que conlleva a la prescripción simultánea de varios medicamentos ⁽⁵⁰⁾. Este fenómeno, denominado polifarmacia, no cuenta con una definición universalmente consensuada; sin embargo, de manera operativa y ampliamente utilizada en la literatura científica, se describe como el consumo concomitante de cinco o más fármacos durante un periodo prolongado ⁽¹⁾. La polifarmacia se ha consolidado como un importante problema de salud pública debido a su elevada prevalencia y a su estrecha asociación con desenlaces clínicos adversos, tales como reacciones adversas a medicamentos, interacciones farmacológicas, prescripción potencialmente inapropiada, baja adherencia terapéutica, deterioro funcional, caídas, hospitalizaciones evitables y aumento de la mortalidad ⁽⁵¹⁾.

Los cambios fisiológicos propios del proceso de envejecimiento alteran de manera significativa la farmacocinética y la farmacodinamia de los medicamentos. Entre estos cambios destacan la reducción progresiva de la función renal y hepática, así como una mayor sensibilidad del sistema nervioso central ⁽⁵²⁾. Estos cambios incrementan la susceptibilidad del adulto mayor a reacciones adversas y complicaciones clínicas asociadas a la polifarmacia ⁽⁵¹⁾. En este contexto, el uso racional de medicamentos y la identificación de factores de riesgo asociados a la polifarmacia se convierten en elementos clave para garantizar la seguridad del paciente geriátrico y mejorar la calidad de la atención ⁽⁵³⁾.

Diversos estudios internacionales han identificado múltiples factores de riesgo asociados a la polifarmacia en el adulto mayor, entre los que destacan los factores sociodemográficos, clínicos, asistenciales y funcionales ^(10,12,13). Entre ellos se incluyen la edad avanzada, el sexo femenino, la presencia de múltiples comorbilidades, la autopercepción negativa del estado de salud, la dependencia para las actividades básicas e instrumentales de la vida

diaria, la frecuencia de consultas médicas, las hospitalizaciones recientes y la atención por múltiples prescriptores^(15, 17). Asimismo, factores relacionados con el sistema de salud, como la fragmentación de la atención y la ausencia de revisiones periódicas de la medicación, contribuyen de manera significativa al incremento del número de fármacos prescritos⁽⁵⁴⁾.

En el contexto peruano, el proceso de envejecimiento poblacional se viene intensificando de manera progresiva, con una creciente demanda de servicios de salud por parte de los adultos mayores⁽⁷⁾. En la región Cusco, esta situación adquiere particular relevancia debido a características geográficas, socioculturales y demográficas propias, así como a la elevada carga de enfermedades crónicas en la población asegurada. La red urbana de EsSalud Cusco, atiende a una proporción considerable de adultos mayores, en quienes se ha evidenciado una prevalencia relevante de polifarmacia. No obstante, la evidencia científica local que evalúe de manera integral los factores de riesgo asociados a esta condición es limitada⁽⁵⁵⁾.

La identificación de los factores de riesgo asociados a la polifarmacia en el adulto mayor resulta fundamental para orientar estrategias de intervención dirigidas a optimizar la prescripción farmacológica, promover la revisión periódica de tratamientos y fortalecer la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia⁽¹²⁾. En este sentido, el presente estudio tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados a la polifarmacia en el adulto mayor atendido en tres centros asistenciales de la Red Urbana de EsSalud Cusco durante el año 2025, contribuyendo a la generación de evidencia local que permita mejorar la seguridad del paciente, la calidad de la atención geriátrica y el uso racional de medicamentos en el primer nivel de atención.

RESUMEN

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA POLIFARMACIA EN EL ADULTO MAYOR EN TRES CENTROS ASISTENCIALES DE LA RED URBANA ESSALUD CUSCO, 2025

Antecedente: El envejecimiento poblacional incrementa la prevalencia de enfermedades crónicas en el adulto mayor, favoreciendo el uso simultáneo de múltiples medicamentos. En este contexto, la polifarmacia constituye un problema relevante de salud pública, debido a su asociación con eventos adversos a medicamentos, interacciones farmacológicas, deterioro funcional y mayor utilización de los servicios de salud.

Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados a la polifarmacia en adultos mayores atendidos en tres centros asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco durante el año 2025.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico y de corte transversal en 302 adultos mayores. La información se obtuvo mediante encuesta estructurada. Se efectuó análisis descriptivo, bivariado y multivariado, estimándose razones de prevalencia ajustadas (RPa) con intervalos de confianza al 95%, considerando significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: La prevalencia de polifarmacia fue de 39,4%. Se asociaron de forma independiente la presencia de dos o más comorbilidades, la hospitalización en el último año, el riesgo social elevado, el apoyo en el cuidado y la dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria. La prescripción médica se comportó como factor protector frente a la polifarmacia.

Conclusiones: La polifarmacia fue frecuente y estuvo determinada principalmente por la multimorbilidad y por factores asistenciales, sociales y funcionales, lo que respalda la necesidad de fortalecer estrategias orientadas a la prescripción racional y a la atención integral del adulto mayor.

Palabras clave: Polifarmacia, Adulto mayor, Factores de riesgo, Atención primaria de salud.

ABSTRACT

FACTORS ASSOCIATED WITH POLYPHARMACY IN OLDER ADULTS AT THREE HEALTHCARE FACILITIES OF THE URBAN ESSALUD NETWORK IN CUSCO, 2025

Background: Population aging increases the prevalence of chronic diseases among older adults, favoring the simultaneous use of multiple medications. In this context, polypharmacy represents a relevant public health problem due to its association with adverse drug events, drug–drug interactions, functional decline, and increased use of healthcare services.

Objective: To determine the risk factors associated with polypharmacy in older adults attended at three healthcare facilities of the urban EsSalud network in Cusco during 2025.

Methods: An observational, analytical, cross-sectional study was conducted in 302 older adults. Data were collected through structured interviews. Descriptive, bivariate, and multivariate analyses were performed, estimating adjusted prevalence ratios (aPR) with 95% confidence intervals. A p-value < 0.05 was considered statistically significant.

Results: The prevalence of polypharmacy was 39.4%. Independent associations were found with the presence of two or more comorbidities, hospitalization during the last year, high social risk, caregiver support, and dependence in instrumental activities of daily living. Medical prescription acted as a protective factor against polypharmacy.

Conclusions: Polypharmacy was frequent and was mainly determined by multimorbidity and healthcare-related, social, and functional factors. These findings support the need to strengthen strategies focused on rational prescribing and comprehensive care for older adults.

Keywords: Polypharmacy, Older adults, Risk factors, Primary health care.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Fundamentación del problema

La polifarmacia también conocida como polimedicación o politerapia; está generalmente definida como el consumo de cinco medicamentos o más al mismo tiempo, utilizados durante un periodo de 90 días o más lo cual suele estar asociada con reacciones adversas según la OPS ⁽¹⁾. Veremos que, a nivel mundial, se registra un incremento notable en la población de individuos mayores de 60 años. Se estima que entre los años 2015 y 2050, la cantidad de adultos mayores aumentará de 900 a 2000 millones, lo que representa un aumento del 12% al 22% de la población total ⁽²⁾. El crecimiento de la población de personas mayores, junto con el aumento de enfermedades crónicas y el acontecimiento de la polifarmacia, constituye uno de los principales desafíos en materia de salud pública a nivel mundial que genera grandes costos para el sistema de salud y a su vez disminuye la calidad de vida de los pacientes adultos mayores ⁽³⁾. La polifarmacia se ha convertido en una carga sustancial para la atención sanitaria está asociada con un costo anual estimado de 50 mil millones de dólares estadounidenses, que aumenta con el tiempo ⁽⁴⁾.

El consumo de fármacos va en aumento creciente. A nivel mundial la polifarmacia tiene una prevalencia que oscila entre el 38,1% y 91,2% en adultos mayores institucionalizados, frente a un 27,0% y 59,0% en aquellos que residen en sus hogares, según la OMS ⁽⁵⁾; Estados Unidos presenta una prevalencia del 57%, mientras que en Europa es del 49.7%, India presenta un 45% y en Brasil la prevalencia de la polifarmacia alcanza el 34.5%. En América latina y el Caribe adultos mayores de 60 años, consumen al mes más de 206 millones de medicamentos según la OPS ⁽⁶⁾.

Según el INEI, hasta el primer trimestre de 2023, se evidencia que el 39.6% de los hogares en Perú tiene al menos un miembro que cuenta con 60 años o más; así mismo el envejecimiento de la población peruana se ve un constante aumento ya que desde el año 1950 al 2023 la proporción de esta fue de 5,7% llegando a aumentar para este año al 13.6%. En el Perú, así como en otros países se está dando un proceso de feminización del envejecimiento, por cual se verá que existen más mujeres que hombres adultos/as mayores en una proporción 28.9% y 24.3% respectivamente. El 83,8% de las mujeres mayores de edad experimentaron algún problema de salud crónico, mientras que los hombres de la misma franja de edad, fueron afectados en un 75,3%. En la actualidad se ve que el 41,9% de adultos mayores padece alguna discapacidad, teniendo en cuenta los datos antes

mencionados, veremos que estos podrían guardar relación con un aumento creciente del consumo de fármacos ⁽⁷⁾.

En la Región del Cusco, según datos de la oficina de estadística EsSalud, durante el año 2024, se registró una prevalencia de polifarmacia del 33.45% en los tres centros asistenciales de la red urbana EsSalud: Policlínico San Sebastián, Centro Médico Santiago y Centro Médico Metropolitano.

La multimorbilidad en nuestro país, trae como resultado el consumo de varios medicamentos por parte de la población adulta mayor; por tal motivo es necesario identificar los factores de riesgo asociados que pueden generar un aumento en la polifarmacia en los centros de primer nivel de atención. Según una revisión sistemática y metaanálisis realizado por Mahin Delara et al concluyen que, la polifarmacia se asociaba a un peor estado de salud percibido: OR: 4,43 (IC95%: 2,55 a 7,70), al número de problemas de salud crónicos OR: 1,73 (IC95%: 1,67 a 1,79), a la consulta en el último mes con un médico OR: 1,37 (IC95%: 1,20 a 1,57) al ingreso hospitalario OR: 1,24 (IC95%: 1,03 a 1,50) y a la dependencia para las ABVD ⁽⁸⁾. Así mismo en un estudio realizado por Piccoliori G, Mahlknecht A et al se reportó que la polifarmacia tendrá una importancia clínica cada vez mayor, especialmente en la práctica general, ya que los médicos de cabecera son los principales iniciadores y proveedores de prescripciones de medicamentos ya que entre el 60 y el 80% de las prescripciones las inician los médicos de cabecera ⁽⁹⁾. Según la Dra. María Jimenez Villafuerte, jefa de la Unidad de Geriatría de EsSalud Cusco, la polifarmacia es un problema frecuentemente detectado en la evaluación de los pacientes adultos mayores referidos de los CAS de la red asistencial Cusco, ya que se vincula directamente con un mayor riesgo de reacciones adversas, interacciones medicamentosas y la aparición de síndromes geriátricos. En este contexto, la evidencia disponible en la región del Cusco es aún escasa, particularmente en relación con la identificación de factores de riesgo asociados a la polifarmacia en el primer nivel de atención, lo que limita la generación de estrategias adaptadas a la realidad de nuestra población..

La presente investigación tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados a la polifarmacia en adultos mayores de 60 años o más atendidos en tres Centros Asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco, considerando que la coexistencia de múltiples enfermedades, la falta de coordinación entre los distintos niveles de atención y la consulta a más de un profesional de la salud favorecen el incremento del número de medicamentos prescritos.

Los resultados obtenidos aportan evidencia científica que permite identificar la magnitud del problema de la polifarmacia en esta población y constituyen una base para el desarrollo de investigaciones posteriores. Asimismo, contribuyen a orientar la toma de decisiones de los médicos prescriptores, la implementación de medidas preventivas y el diseño de estrategias orientadas al uso racional y seguro de los medicamentos, con el propósito de mejorar la calidad de vida de la población adulta mayor de la región.

1.2. Antecedentes teóricos

Cebrino J, Portero de la Cruz S. (España, 2023) en su estudio titulado "Polifarmacia y factores asociados: una perspectiva de género en la población mayor española (2014-2022)" ⁽¹¹⁾, cuyo objetivo fue identificar la prevalencia de polifarmacia entre personas mayores de 65 años residentes en España, analizar la prevalencia, estudiar la posible relación entre la polifarmacia y determinados factores sociodemográficos y de salud. Realizaron un estudio observacional transversal en el cual participaron 21.841 ancianos de ≥ 65 años o mas no institucionalizados. Los resultados indicaron una prevalencia de polifarmacia del 23,2% ($n = 5.077$), siendo más alta en mujeres (28,1%) que en hombres (17,2%). La presencia de tres o más enfermedades crónicas se constituyó como el principal factor asociado a la polifarmacia, con una probabilidad superior en hombres (OR:7,69; IC95% [5,31–9,30]) que en mujeres (OR:4,23; IC95% [3,13–8,51]). Otros factores asociados incluyeron: la muy mala percepción de la salud (OR:6,56; IC95% [4,22–10,18] en mujeres; OR:6,26; IC95% [3,66–10,71] en hombres), y limitación crónica severa (OR:2,40; IC95% [1,92–3,00] en hombres; OR:2,37; IC95% [2,02–2,78] en mujeres). Finalmente, en el uso de servicios de salud, las visitas recientes al médico mostraron mayor riesgo en hombres (OR:2,27; IC95% [1,86–2,76] vs. OR:1,58; IC95% [1,35–1,84] en mujeres), mientras que la hospitalización en el ultimo año se asoció más con la polifarmacia en mujeres (OR:1,67; IC95% [1,30–2,14] vs. OR:1,28; IC95% [1,09–1,70] en hombres). Los autores concluyeron que el conocimiento de los predictores positivos y negativos de la polifarmacia tiene implicaciones importantes para la salud pública teniendo como finalidad el mejorar pautas y estrategias para promover el uso adecuado de los medicamentos, particularmente en la población de edad avanzada por sexo.

Gustavo Magno Baldin Tiguman, Tayanny Margarida Menezes Almeida Biase, Marcus Tolentino Silva, Taís Freire Galvão (Manaos - Brasil, 2022) en su estudio titulado “Prevalencia y factores asociados a la polifarmacia y posibles interacciones farmacológicas en adultos en Manaos, estado de Amazonas, Brasil: un estudio poblacional transversal, 2019”⁽¹²⁾, cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia y los factores vinculados a la polifarmacia, así como identificar posibles interacciones farmacológicas, en Manaos, estado de Amazonas, Brasil, durante el año 2019. Realizaron un estudio de diseño observacional, transversal donde utilizaron un muestreo probabilístico estratificado por sexo y edad, a 2.300 personas cuyos criterios incluían a los adultos mayores de 18 años o más. Los resultados mostraron que la polifarmacia fue mayor entre adultos mayores RP: 3.24 (IC95%: 1.25 a 8.42), y estuvo fuertemente asociada en personas que perciben un mal estado de salud RP: 2.54 (IC95%: 1.14 a 5.67), personas que fueron hospitalizadas en el último año RP: 1.90 (IC95%: 1.09 a 3.32) y aquellos con multimorbilidad RP: 3.20 (IC95%: 1.53 a 6.67). Se informó que los grupos farmacológicos más frecuentes fueron el sistema cardiovascular, el tracto alimentario y metabolismo, el sistema nervioso y el sistema musculoesquelético. Los autores concluyeron que la polifarmacia, que afecta principalmente a adultos mayores, generó interacciones farmacológicas potencialmente graves en casi el 75% de los casos. Por lo tanto, la desprescripción y la conciliación de medicamentos son estrategias esenciales para racionalizar la prescripción y mitigar los riesgos asociados.

Brayan V Seixas, Gabriel Freitas (Brasil, 2021) en su investigación titulada "Polifarmacia entre ancianos brasileños: prevalencia, factores asociados y disparidades sociodemográficas (ELSI-Brasil)"⁽¹³⁾, cuyo objetivo fue estimar la prevalencia de polifarmacia entre brasileños de 50 años y más e investigar los factores asociados. Realizaron un estudio de diseño observacional, transversal donde se realizó un muestreo por conglomerados de múltiples etapas, estratificada por municipio, zona censal y residencia, a 9.412 participantes, con criterios de ser personas de 50 años o más, el estudio se realizó utilizando datos de la evaluación inicial del Estudio Longitudinal Brasileño de Envejecimiento (ELSI-Brasil). Los resultados mostraron que la prevalencia de polifarmacia en adultos mayores fue del 13,5%. Veremos que en personas mayores de 80 años fue de RP=2,05 (IC 95%: 1,66–2,53). El factor más asociado fue tener tres o más enfermedades crónicas RP=12,44 (IC 95%: 8,70–17,80). También se asocio la percepción del estado de

salud deficiente RP=1,20 (IC 95%: 1,06–1,36) y la dificultad para administrar medicación RP=1,19 (IC 95%: 1,03–1,38). En cuanto al uso de servicios de salud, la razón de prevalencia fue mayor en quienes tuvieron más de cinco consultas médicas anuales RP=3,58 (IC 95%: 2,25–5,70). Otros factores relacionados con la atención médica fueron ser atendido por el mismo médico RP=1,26 (IC 95%: 1,09–1,44) e informar que el médico conoce toda la medicación RP=1,44 (IC 95%: 1,07–1,92). Los autores concluyeron que, si bien la prevalencia de polifarmacia es moderadamente reducida, es necesario mitigar las brechas asistenciales detectadas entre los diversos territorios.

Rezende G, Amaral T, Amaral C, Vasconcellos M y Monteiro G. (Río Branco - Brasil, 2021) en su estudio titulado "Prevalencia y factores asociados a la polifarmacia en ancianos residentes en Rio Branco, Acre, Brasil: estudio transversal de base poblacional, 2014" ⁽¹⁴⁾, cuyo objetivo fue analizar la prevalencia de polifarmacia y examinar los factores asociados en la población de ancianos que residen en Rio Branco, Acre, Brasil, durante el año 2014. Realizaron un estudio de diseño observacional transversal prospectivo, donde hubo 1.016 entrevistados ancianos de 60 años y más, de ambos sexos, residentes en Rio Branco. Los resultados indicaron que la prevalencia de polifarmacia en esta población fue del 14,9% (IC 95% [11,8–18,6]). Se observó una mayor prevalencia en el sexo femenino (OR: 2,29; IC 95% [1,41–3,74]) y en aquellos que reportaron dependencia según las AIVD (OR: 1,65; IC 95% [1,05–2,60]), además de quienes percibían su salud como mala o muy mala (OR: 2,06; IC 95% [0,85–4,99]). En cuanto a las comorbilidades, la polifarmacia estuvo fuertemente asociada con problemas cardíacos (OR: 2,94; IC 95% [1,90–4,56]), osteoporosis (OR: 2,92; IC 95% [1,84–4,64]), hipertensión arterial (OR: 2,40; IC 95% [1,33–4,34]) y diabetes mellitus (OR: 2,17; IC 95% [1,23–3,84]). Los autores concluyeron que la presencia de polifarmacia en adultos mayores se asocia con condiciones demográficas y de salud específicas.

Vitorino, L.M. et al. (São Paulo – Brasil, 2023) en su estudio titulado "Prevalencia de polifarmacia en personas mayores en un gran centro urbano brasileño y sus factores asociados" ⁽¹⁰⁾, cuyo objetivo fue identificar la prevalencia de polifarmacia y sus factores asociados a través de la evaluación geriátrica integral y función cognitiva entre adultos mayores tratados en atención primaria de salud en un gran centro urbano brasileño. Realizaron un estudio observacional transversal

prospectivo, donde hubieron 400 participantes mediante una encuesta realizada a personas de 60 años o más, registradas en la UBS Belenzinho. Los resultados indicaron que la prevalencia de polifarmacia (≥ 5 por día) fue del 37% ($n = 148$) y de hiperpolifarmacia (≥ 10 por día) fue del 1% ($n = 4$). Los investigadores identificaron que la polifarmacia se asoció significativamente con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) (OR: 9,5; IC95% [2,2–40,4]). Dentro de estas, la diabetes (OR: 2,1; IC95% [1,4–3,2]), la obesidad (OR: 1,9; IC95% [1,1–3,5]) mostraron la mayor propensión. Los autores concluyeron que los adultos mayores con ECNT tienen una mayor predisposición a la polifarmacia. Por esta razón, se considera urgente revisar y controlar mejor los medicamentos para asegurar que el balance entre beneficios y riesgos sea óptimo para el paciente. Es esencial que el personal clínico revise la pauta de medicación antes de la finalización de la consulta, pues esto es clave para optimizar la prescripción y garantizar la seguridad del paciente.

Raquel Cadenas, María José Diez, Nélida Fernández, Juan José García et al (León -España, 2021) en su estudio titulado “Prevalencia y factores asociados de la polifarmacia en residentes de residencias de ancianos: un estudio transversal”⁽¹⁵⁾, cuyo objetivo fue evaluar la polifarmacia y polifarmacia excesiva en una residencia geriátrica de la provincia de León, así como analizar la asociación existente entre la polifarmacia y las principales comorbilidades. Realizaron un estudio descriptivo, observacional y transversal, participaron 323 residentes mayores de 65 años o más, cuya información fue recopilada en el periodo entre enero y junio de 2019 a través de la revisión de las historias clínicas. Los resultados indicaron que el 54,9% de los residentes presentaba polifarmacia, mientras que el 22,1% cumplía criterios de polifarmacia excesiva. Se identificó una asociación significativa entre la polifarmacia y el incremento de hospitalizaciones en los últimos 12 meses OR: 2.0 (IC 95%: 1.04–3.85). Asimismo, la polifarmacia excesiva mostró relación directa tanto con la consulta a un médico de cabecera en los dos últimos meses OR: 2.23 (IC 95%: 1.11–4.51) como con la hospitalización durante el último año OR: 3.14 (IC 95%: 1.41–6.97). Además, se observó un mayor consumo de fármacos cardiovasculares en este grupo OR: 3.91 (IC 95%: 1.02–14.89). Los autores concluyeron que la polifarmacia representa un problema importante en los hogares de ancianos, donde los residentes consumieron en promedio $7,02 \pm 3,31$ fármacos. Es prioritario reducir la prescripción inadecuada, con los profesionales de salud como actores clave en la evaluación terapéutica.

Pamela Taina Licoviski, Clóris Regina Blansk, Paulo Vitor Farago et al (Brasil, 2025) en su estudio titulado "Polifarmacia en la población anciana brasileña y enfermedades crónicas no transmisibles asociadas: un estudio a nivel nacional" ⁽¹⁶⁾, cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia de polifarmacia y su asociación con enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores brasileños, con base en la Encuesta Nacional de Salud (ENS) , y promover su reducción para disminuir los factores de riesgo vinculados. Realizaron un estudio observacional, transversal, cuantitativo y exploratorio, basado en datos secundarios de la (ENS) de 2019, con la participación de 31 633 adultos mayores de 60 años que reportaron uso de medicación continua en todo Brasil. Los resultados del estudio indicaron que la prevalencia de polifarmacia fue del 23,8% (n=7.534), y entre las principales enfermedades crónicas no transmisibles asociadas se encuentran: enfermedades del corazón OR: 5.93 (IC 95%: 4.85 – 7.24), accidente cerebrovascular OR: 2.55 (IC 95%: 1.85 – 3.52), Diabetes OR: 2.48 (IC 95%: 2.07 – 2.97), Depresión OR: 2.11(IC 95%: 1.89 – 2.37), enfermedad renal crónica OR: 1.87 (IC 95%: 1.52 – 2.31). Los autores concluyeron que a polifarmacia presentó una alta prevalencia en adultos mayores de Brasil y se relacionó significativamente con enfermedades crónicas no transmisibles. Estos hallazgos subrayan la necesidad de políticas públicas y estrategias de prevención orientadas a reducir sus riesgos, así como el rol clave del equipo multidisciplinario en el seguimiento y uso racional de medicamentos.

Mohammad H. Aljawadi, Abdullah T. Khoja, Nouf M. Alaboud, Maha E. AlEnazi, Sulaiman A. Al-Shammari et al (Arabia Saudita, 2022) en su investigación titulada "Prevalencia de la polifarmacia y factores asociados entre los adultos mayores sauditas: resultados de la Encuesta Nacional Saudita sobre la Salud de las Personas Mayores (SNSEH)" ⁽¹⁷⁾, cuyos objetivos fueron describir la utilización de medicamentos, determinar la prevalencia de polifarmacia (PP) y los factores asociados a ella entre los adultos mayores sauditas (SOA). Realizaron un estudio de diseño observacional, transversal que incluyó a 2.946 participantes, con criterios de ser SOA mayores a 60 años de edad, el estudio se realizó utilizando la Encuesta Nacional Saudita sobre Salud de las Personas Mayores (SNSEH). Los resultados mostraron que la prevalencia de Polifarmacia fue del 51,5% entre los SOA, tenían diabetes RR: 1,86 (IC 95%: 1,69 a 2,06); tenía hipertensión RR: 1,83 (IC 95%: 1,62 a 2,06); tenía dolor musculoesquelético RR: 2,28 (IC del 95%: 1,91 a 2,71); tenía incontinencia urinaria RR: 1,39 (IC 95%: 1,24 a 1,56) o tenía depresión sugestiva

RR: 1,38 (IC 95%: 1,26 a 1,51). Se concluye que la prevalencia de PP entre SOA fue muy alta. Se asoció principalmente con los ingresos, diabetes, hipertensión, incontinencia urinaria y depresión. Los autores concluyeron que se debe aumentar el conocimiento de los proveedores de atención médica sobre las consecuencias de la PP, brindar educación al paciente puede ayudar a disminuir la PP y mejorar los resultados de la terapia.

Bander Balkhi, Nasser AlQahtani, Monira Alwhaibi, Thamir M Alshammari et al (Arabia Saudita, 2021) en su investigación titulada “Prevalencia y factores asociados al uso de polifarmacia entre pacientes adultos en Arabia Saudita”⁽¹⁸⁾, cuyo objetivo fue objetivo del presente estudio fue estimar la prevalencia de la polifarmacia en la población adulta y la de adultos mayores, además de identificar los factores determinantes que influyen en la exposición a la polifarmacia entre los pacientes en Arabia Saudita. Realizaron un estudio de diseño observacional, retrospectivo y transversal, en el cual participaron 4.769 pacientes adultos. Los datos fueron extraídos de las historias clínicas electrónicas recopiladas durante un periodo de seis meses de atención ambulatoria en un hospital universitario de Arabia Saudita. Los resultados mostraron una alta prevalencia de polifarmacia del 66.3%, resultando más común en mujeres que en hombres OR: 1.42 (IC 95%:1.25-1.60). Las enfermedades crónicas mostraron una fuerte asociación con la polifarmacia determinando ser cinco veces más probable en pacientes con demencia (OR: 5.49 (IC 95%: 1.22-24.76). Además, la probabilidad se triplicó en casos de hipertensión arterial OR: 3.03 (IC 95%: 2.68-3.43) y enfermedad renal crónica OR: 3.01(IC 95%: 1.79-5.07). Otras condiciones significativamente asociadas incluyeron osteoporosis OR: 2.74 (IC 95%: 1.87-4.02), depresión OR: 2.54 (IC 95%: 1.33-4.86) y dislipidemia OR: 2.50 (IC 95%: 2.20-2.83). Los autores concluyeron que la polifarmacia es una consecuencia directa de la multimorbilidad, ya que el manejo de las complicaciones asociadas a estas patologías exige la prescripción de varios fármacos para controlar su avance. Por ello, se recomienda la revisión farmacéutica periódica y exhaustiva en pacientes mayores con múltiples condiciones crónicas, buscando prevenir la sobreprescripción y mitigar los riesgos inherentes a la polifarmacia.

Aarón Salinas Rodríguez, Betty Manrique Espinoza, Ana Rivera-Almaraz, José Alberto Ávila Funes (Méjico, 2020) en su estudio titulado “La polifarmacia se asocia con múltiples resultados relacionados con la salud en adultos mayores

mexicanos que viven en comunidades”⁽¹⁹⁾, cuyo objetivo fue establecer la relación entre la polifarmacia y diversos resultados de salud en adultos mayores. Realizaron un estudio de diseño observacional transversal, participaron 274 mayores de 60 años edad que residen en la comunidad; así mismo se utilizaron datos del Estudio de Costos Asociados a la Fragilidad en Adultos Mayores Mexicanos. Los resultados indicaron que la polifarmacia estuvo presente en el 45% de los participantes. Los pacientes con polifarmacia demostraron tener una mayor proporción de adultos mayores prefrágiles o frágiles OR: 2.06 (IC 95%: 0,95 a 4.48); tuvieron un mayor número de caídas OR: 1,93 (IC 95%: 1,40 a 2,66); también mostraron un número significativamente mayor de enfermedades crónicas. Los autores concluyeron que la polifarmacia se asocia con múltiples resultados relacionados con la salud para lo cual es necesario tomar radicales para reducir los problemas concomitantes del uso de múltiples medicamentos.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

- ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la polifarmacia en el adulto mayor en tres Centros Asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco, 2025?

1.3.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la prevalencia de la polifarmacia en el adulto mayor en tres Centros Asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco, 2025?
- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, apoyo en el cuidado y administración de medicación, riesgo social) que se asocian como factores de riesgo a la polifarmacia en el adulto mayor atendido en tres centros asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco, 2025?
- ¿Cuáles son los factores asistenciales (hospitalización en el último año, ingreso al servicio de emergencias en el último año, consultas médicas en atención primaria en el último trimestre y fuente de prescripción médica) que se asocian como factores de riesgo a la polifarmacia en el adulto mayor atendido en tres centros asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco, 2025?
- ¿Cuáles son los factores clínicos (comorbilidades, autopercepción de la salud) que se asocian como factores de riesgo a la polifarmacia en el adulto mayor atendido en tres centros asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco, 2025?

- ¿Cuáles son los factores funcionales (dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria) que se asocian como factores de riesgo a la polifarmacia en el adulto mayor atendido en tres centros asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco, 2025?

1.4. Objetivo de la investigación

1.4.1. Objetivo general

- Determinar los factores de riesgo asociados a la polifarmacia en el adulto mayor en tres Centros Asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco, 2025

1.4.2. Objetivos específicos

- Estimar la prevalencia de la polifarmacia en el adulto mayor en tres Centros Asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco, 2025
- Identificar los factores sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, apoyo en el cuidado y administración de medicación, riesgo social) que se asocian como factores de riesgo a la polifarmacia en el adulto mayor atendido en tres centros asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco, 2025
- Establecer los factores asistenciales (hospitalizaciones en el último año, ingreso al servicio de emergencias en el último año, consultas médicas en atención primaria en el último trimestre, fuente de prescripción médica) que se asocian como factores de riesgo a la polifarmacia en el adulto mayor en tres Centros Asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco, 2025
- Determinar los factores clínicos (comorbilidades, autopercepción de la salud) que se asocian como factores de riesgo a la polifarmacia en el adulto mayor en tres Centros Asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco 2025.
- Evaluar los factores funcionales (dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, dependencia para las actividades instrumentales para la vida diaria) que se asocian como factores de riesgo a la polifarmacia en el adulto mayor en tres Centros Asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco, 2025

1.5. Justificación de la investigación

La polifarmacia surge como un desafío para la salud pública, afectando a millones de individuos globalmente y generando costos considerables. para los sistemas de salud

y tiene un impacto negativo en la calidad de vida de los adultos mayores y la salud⁽⁵⁾. En la región de Cusco, se ha observado un aumento alarmante en el uso simultáneo de múltiples medicamentos en esta población, especialmente en los centros de atención de primer nivel. La presente investigación se enfocó en determinar los factores de riesgo asociados a la polifarmacia en pacientes adultos mayores de 60 años, atendidos en tres Centros Asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco. Al identificar estos factores, fue posible aportar evidencia que contribuya al planteamiento de estrategias orientadas a optimizar la prescripción de medicamentos, reducir los riesgos asociados a la polifarmacia y mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores en nuestra localidad⁽²⁰⁾.

Asimismo, este estudio proporcionó información relevante para la toma de decisiones tanto a nivel clínico como administrativo, constituyéndose en un insumo para el fortalecimiento de programas de salud más efectivos y centrados en el adulto mayor atendido en el primer nivel de atención de la región, con el fin de favorecer un uso racional y seguro de los medicamentos y mejorar la calidad de vida de esta población.

1.6. Limitaciones de la investigación

Durante el desarrollo de la presente investigación se identificaron algunas limitaciones metodológicas que deben ser consideradas al momento de interpretar los resultados:

- Desde el punto de vista del diseño metodológico, al tratarse de un estudio observacional, analítico y de corte transversal, no es posible establecer relaciones de causalidad entre los factores sociodemográficos, asistenciales, clínicos y funcionales evaluados y la polifarmacia, sino únicamente asociaciones observadas en un momento determinado.
- En relación con la recolección de la información, parte de los datos fueron obtenidos mediante encuesta estructurada, lo que puede dar lugar a sesgos de memoria y de deseabilidad social, especialmente en variables relacionadas con el consumo de medicamentos y antecedentes clínicos. Si bien esta información fue complementada con la revisión de historias clínicas para mejorar su precisión, la calidad de los datos depende en parte del autorreporte del participante y de la exhaustividad del registro clínico.
- Asimismo, la definición de polifarmacia utilizada se basó en un criterio cuantitativo (uso de cinco o más medicamentos), lo cual no permite evaluar de manera detallada

la adecuación clínica de cada fármaco, su indicación, dosis o duración del tratamiento, ni identificar formalmente el uso de medicamentos potencialmente inapropiados mediante herramientas específicas como los criterios de Beers o STOPP/START.

- Por otro lado, si bien se realizó un análisis multivariado para controlar posibles factores de confusión, no puede descartarse la presencia de confusión residual asociada a variables no evaluadas, como la severidad de las enfermedades crónicas o el acceso a atención especializada privada.
- Respecto a la población de estudio, esta estuvo conformada exclusivamente por adultos mayores atendidos en tres centros asistenciales de la red urbana de EsSalud Cusco, lo que limita la extrapolación de los resultados a otros contextos asistenciales, como establecimientos del Ministerio de Salud, zonas rurales o poblaciones no aseguradas, afectando la validez externa del estudio.
- Finalmente, la recolección de datos se realizó en un periodo específico del año 2025, lo que impide evaluar variaciones temporales o cambios longitudinales en los patrones de polifarmacia y en los factores de riesgo asociados. Estudios futuros con diseños longitudinales permitirían analizar la evolución de la polifarmacia y su impacto a largo plazo en la salud y funcionalidad del adulto mayor.

1.7. Aspectos éticos

La investigación se ejecutó en estricta conformidad a los principios bioéticos aplicables en estudios con seres humanos, tomando como base dos referentes fundamentales de la investigación biomédica internacional.

En primer lugar, se consideró lo establecido en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, la cual guía el protocolo para proteger la dignidad y la intimidad de cada participante, garantizando su integridad, confidencialidad y privacidad a lo largo de todo el proceso. El bienestar del participante se mantuvo como la prioridad absoluta en la ejecución del estudio.

En segundo lugar, se tuvieron en cuenta los Principios Éticos y Guías para la Investigación en Sujetos Humanos, establecidos en el Informe Belmont; en el cual destacan la aplicación de tres pilares éticos: respeto a la Persona, beneficencia y la justicia.

A los participantes se les proporcionó una explicación clara sobre la naturaleza del estudio y la importancia de su contribución. La muestra estuvo conformada únicamente por adultos

mayores de 60 años que aceptaron participar de manera voluntaria, previa firma del consentimiento informado.

Durante la recolección de datos, los entrevistadores respetaron la autonomía de los participantes y garantizaron la confidencialidad de la información obtenida. Asimismo, se respetaron los valores, decisiones, opiniones y creencias de los participantes, evitando emitir juicios o comentarios, y manteniendo en estricta reserva la información recopilada.

Los datos personales obtenidos fueron protegidos y utilizados exclusivamente con fines académicos, asegurando la privacidad y el anonimato de los participantes.

El cumplimiento de los principios éticos fue validado mediante la aprobación previa de la Oficina de Capacitación del Hospital EsSalud Cusco, garantizando la supervisión institucional y la transparencia del proceso de recolección de datos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. Marco teórico

2.1.1. Desarrollo de la variable dependiente

2.1.1.1. Polifarmacia

La polifarmacia está definida como el consumo de cinco o más medicamentos al mismo tiempo, utilizados durante un periodo de 90 días o más⁽¹⁾. Está relacionada con el riesgo de presentar resultados adversos en adultos mayores, como caídas, fragilidad, discapacidad y mortalidad⁽³⁶⁾.

A lo largo del tiempo, el término ha ido evolucionado, inicialmente se refería al consumo excesivo de fármacos y policonsumo. La Organización Mundial de la Salud subraya la importancia de una práctica basada en la evidencia, a pesar de que la definición pueda incluir un criterio numérico⁽⁵⁾.

Estados Unidos registra una de las tasas más altas de uso de medicamentos per cápita en el mundo, lo que plantea desafíos significativos para los proveedores de atención médica en cuanto a la gestión de la polifarmacia⁽²⁰⁾.

2.1.2. Desarrollo de la variable independiente

2.1.2.1. Factores de riesgo asociados

2.1.2.1.1. Factores asistenciales

Los factores asistenciales comprenden todos aquellos elementos relacionados con la atención médica y la prestación de servicios de salud que pueden influir en la salud y el bienestar de los pacientes⁽²⁰⁾.

Algunos de estos factores incluyen:

2.1.2.1.1.1. Hospitalizaciones en el último año

Cantidad de veces que una persona fue admitida y recibió atención médica en un hospital durante el año, ya que un mayor número de hospitalizaciones puede estar asociado con complicaciones de salud, incluyendo aquellas derivadas de la gestión inapropiada de múltiples medicamentos⁽²⁰⁾. Una revisión sistemática realizada por Jokanovic N et al, ha revelado una asociación estadísticamente significativa entre la polifarmacia y las hospitalizaciones, con un OR: 2.01 IC95%[1,38–2,94]⁽³²⁾.

La polifarmacia y las hospitalizaciones en el último año se encuentran interrelacionadas, ya que la polifarmacia puede aumentar el riesgo de hospitalizaciones debido a complicaciones relacionadas con los medicamentos, y las hospitalizaciones pueden a su vez contribuir a una mayor polifarmacia debido a cambios en el régimen de medicamentos durante la hospitalización⁽²⁵⁾.

2.1.2.1.1.2. Ingreso al servicio de emergencias en el último año

Admisión de un individuo en un centro de atención médica en busca de atención inmediata debido a una condición médica aguda, potencialmente grave o urgente, los ingresos frecuentes en servicios de emergencia pueden ser indicativos de problemas relacionados con el manejo de múltiples medicamentos, como efectos secundarios adversos, interacciones farmacológicas peligrosas o el deterioro de condiciones médicas crónicas⁽²⁰⁾.

El ingreso al servicio de emergencias puede generar polifarmacia a través de la introducción de nuevos medicamentos, cambios en los regímenes de medicación y el manejo de condiciones médicas agudas que pueden resultar de la emergencia, estos medicamentos pueden incluir el uso de analgésicos, antibióticos, anticoagulantes u otros fármacos específicos para tratar la emergencia médica, presentando un OR: 1.32 IC95%[1.14–1.54]⁽⁸⁾.

2.1.2.1.1.3. Consultas médicas en atención primaria en el último trimestre

La atención primaria constituye el primer nivel de contacto entre los adultos mayores y el sistema de salud. Su papel es fundamental en la detección temprana de enfermedades crónicas, el seguimiento clínico y la continuidad del cuidado. Sin embargo, la frecuencia elevada de consultas médicas en atención primaria, particularmente en el último trimestre, se ha relacionado con un mayor riesgo de polifarmacia⁽²⁰⁾. La razón principal es que los adultos mayores suelen presentar múltiples comorbilidades, lo que conduce a la necesidad de acudir de manera recurrente al médico de familia o a especialistas del primer nivel. En cada consulta pueden añadirse nuevos medicamentos o ajustarse los tratamientos previos, lo cual eleva la probabilidad de alcanzar cinco o más fármacos de manera simultánea; presentando una significancia estadística con un odds ratio OR: 1,20 IC95%[1,01-1,43]⁽³⁷⁾.

Otro aspecto relevante es la fragmentación de la atención. Cuando los pacientes consultan a diferentes profesionales en cortos intervalos de tiempo, puede producirse falta de

comunicación entre prescriptores. Esto favorece la duplicidad de tratamientos, la utilización de medicamentos potencialmente inapropiados y la ausencia de una revisión integral de la terapia. En este sentido, la atención primaria tiene un papel ambivalente: por un lado, es esencial para garantizar accesibilidad y control de las patologías crónicas; por otro, cuando las consultas se acumulan en cortos periodos, representan un factor asistencial que puede potenciar el uso excesivo o inadecuado de fármacos en el adulto mayor ⁽²⁵⁾.

2.1.2.1.2. Factores Clínicos

Los factores clínicos están relacionados con la salud y el estado médico de los individuos que pueden influir en la presencia y la severidad de la polifarmacia ⁽²⁰⁾; dentro de estas se encuentran:

2.1.2.1.2.1. Comorbilidades

Las enfermedades crónicas también llamadas comorbilidades son afecciones de salud que persisten durante un período prolongado y que generalmente no se curan por completo con el tratamiento médico. Estas enfermedades suelen requerir un manejo continuo y a largo plazo para controlar los síntomas, prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes presenta un OR: 2.74 IC95%[1.74-4.32] ⁽²⁰⁾. Dado que las enfermedades crónicas pueden involucrar múltiples sistemas del cuerpo y procesos fisiológicos complejos, es común que los pacientes necesiten tomar varios medicamentos para controlar los síntomas, prevenir complicaciones, mejorar la calidad de vida y así poder tratar diferentes aspectos de su enfermedad ⁽⁸⁾.

2.1.2.1.2.2. Autopercepción de la salud

Evaluación subjetiva que hace una persona sobre su propio estado de salud física, mental y emocional. Puede ser influenciada por diversos factores, como la presencia de condiciones médicas, la capacidad funcional, el estado emocional, los factores sociales y culturales, así como las expectativas individuales ⁽³⁸⁾. Según una revisión sistemática presenta un OR 1,70 IC95%[1.03-2.79], dentro del contexto de la polifarmacia, la autopercepción de la salud puede desempeñar un papel crucial, ya que los pacientes pueden evaluar su estado de salud en función de la gestión de múltiples condiciones médicas y el uso de numerosos medicamentos. La percepción que tiene un individuo sobre su salud puede afectar su adherencia al tratamiento, la búsqueda de atención médica y su calidad de vida ⁽²⁵⁾.

2.1.2.1.3. Factores Funcionales

Influyen significativamente en el uso de múltiples medicamentos debido a la limitación funcional. Aquí hay algunas maneras en que los factores funcionales pueden estar asociados con la polifarmacia ⁽¹⁴⁾:

2.1.2.1.3.1. Dependencia en Actividades Básicas para la Vida Diaria

Es aquella necesidad de asistencia o ayuda parcial o total para realizar tareas esenciales de autocuidado, dentro de las cuales se encuentran acciones diarias como asearse, vestirse, comer, movilizarse, controlar esfínteres y realizar transferencias; así mismo la dependencia puede variar en grado, desde requerir asistencia para una sola actividad hasta necesitar ayuda para todas ellas ⁽³⁵⁾. Surge cuando una persona no puede realizar estas tareas de manera independiente debido a limitaciones físicas, cognitivas, psicológicas o de salud en general cuyas causales incluyen enfermedades crónicas, lesiones, discapacidades, trastornos neurológicos, envejecimiento y deterioro cognitivo. Según la revisión sistemática de Masnoon N. et al presenta un odds ratio OR: 1.39 IC95%[1.06-1.83] ⁽²⁰⁾.

La dependencia de las actividades básicas para la vida diaria requiere recibir atención médica de varios especialistas para abordar diversas necesidades de salud. Cada especialista puede prescribir medicamentos, lo que puede resultar en la duplicación de medicamentos o la prescripción de tratamientos que pueden no ser necesarios en conjunto ⁽⁸⁾.

2.1.2.1.3.2. Dependencia en Actividades Instrumentales para la Vida Diaria

Necesidad de asistencia o apoyo para llevar a cabo tareas más complejas que son esenciales para vivir de manera independiente, incluyen habilidades y actividades que requieren un mayor grado de cognición, organización y capacidad física. Puede surgir por diversas razones, incluyendo el envejecimiento, enfermedades crónicas, deterioro cognitivo, discapacidades físicas o psicológicas. Según la revisión sistemática de Masnoon N. et al presenta un odds ratio OR: 2.07 IC95%[1.30-3.30] ⁽²⁰⁾.

La dependencia en AlVD presenta dificultades para organización y administración de medicamentos de manera adecuada. Esto puede llevar a errores en la toma de dosis, duplicar dosis o confusión de medicamentos, lo que aumenta el riesgo de polifarmacia ⁽²⁵⁾.

2.1.3. Desarrollo del estado del arte

2.1.3.1. Polifarmacia apropiada

La polifarmacia apropiada se refiere al uso de múltiples medicamentos de manera adecuada, donde las prescripciones se realizan con criterio y se siguen las indicaciones correctamente. En este enfoque, los objetivos terapéuticos específicos se alcanzan de manera efectiva, al mismo tiempo que se minimizan los riesgos de experimentar reacciones adversas o efectos secundarios ⁽³⁹⁾. Este enfoque busca optimizar el beneficio terapéutico de los medicamentos sin comprometer la seguridad del paciente, asegurando que cada fármaco prescrito tenga una justificación clínica válida y que su uso esté respaldado por la evidencia científica disponible ⁽²³⁾.

2.1.3.2. La polifarmacia inapropiada (convencional)

Ocurre cuando se prescriben uno o más medicamentos de los clínicamente indicados, lo que trae como consecuencia resultados adversos para los pacientes y no logra el objetivo terapéutico. En una revisión sistemática se concluyó que ya no se podía dar por sentado que la polifarmacia fuera siempre perjudicial y que era necesario tener en cuenta el razonamiento clínico en el que se prescribían los medicamentos. Sin embargo, el objetivo debe ser confirmar que los pacientes sólo reciben la terapia farmacológica adecuada y dirigida para el manejo de la enfermedad ⁽⁴⁰⁾.

Convencionalmente, la polifarmacia se considera algo que debe evitarse y existe evidencia de que es probable que una prescripción potencialmente inapropiada esté asociada con la polifarmacia. Sin embargo, investigaciones más recientes han identificado que el manejo adecuado de los pacientes con medicamentos específicos puede prevenir ingresos hospitalarios no planificados ⁽²³⁾.

2.1.3.3. Polifarmacia en el anciano

La polifarmacia en el adulto mayor se entiende como la administración simultánea de múltiples fármacos, usualmente cinco o más, lo cual incrementa la probabilidad de interacciones medicamentosas, reacciones adversas y problemas de adherencia terapéutica. Esta condición es particularmente frecuente en la población geriátrica debido a la elevada carga de enfermedades crónicas y se reconoce como un factor de riesgo para eventos adversos relevantes, entre ellos caídas, hospitalizaciones no planificadas y deterioro de la funcionalidad ⁽²⁴⁾.

2.1.3.4. Cambios en la farmacocinética asociados con el envejecimiento

La farmacocinética engloba la absorción, distribución, procesamiento metabólico y eliminación de medicamentos.

2.1.3.4.1. Absorción

El proceso de absorción de los fármacos no se ve significativamente alterado por el envejecimiento, aunque en personas mayores la velocidad de absorción puede ser más lenta. Esto puede conllevar a una menor concentración máxima del fármaco en la sangre y a un retraso en el tiempo para alcanzarla ⁽⁴¹⁾. Sin embargo, la cantidad total de medicamento absorbido (llamada biodisponibilidad) no suele variar según la edad. Algunas excepciones a esto incluyen ciertos fármacos que experimentan un aumento en la concentración en la sangre o en su biodisponibilidad debido a cambios en el tamaño hepático y el flujo sanguíneo hepático que decrecen con el envejecimiento, lo que conlleva a una menor capacidad del hígado para procesar el fármaco. La absorción de medicamentos también se ve afectada por diversos factores, como la forma en que se ingieren, el consumo, las condiciones médicas simultáneas y las enzimas presentes en el tracto gastrointestinal que pueden ser inhibidas o inducidas ⁽²⁶⁾.

2.1.3.4.2. Distribución

La distribución de un fármaco se refiere a cómo y dónde se extiende en el cuerpo. En el caso de adultos mayores, la presencia de menor cantidad de agua corporal y masa muscular influye en la distribución de fármacos hidrófilos (solubles en agua).tengan un Vd más bajo. Por ejemplo, el etanol y el litio son ejemplos de esto. Además, con el envejecimiento, hay un incremento en las reservas de grasa, lo que provoca que los fármacos lipófilos (solubles en grasa) tengan un Vd mayor. Ejemplos de estos son el diazepam, trazodona y flurazepam ⁽⁴²⁾. En los adultos mayores, la albúmina, la principal proteína plasmática que se une a los fármacos, tiende a ser más baja. Esto significa que hay una mayor cantidad de fármacos que están libres y activos farmacológicamente. Mientras que en pacientes más jóvenes, los fármacos libres adicionales suelen eliminarse. Sin embargo, con la edad, hay una reducción en esta eliminación, lo que ocasiona la acumulación de fármacos libres en el cuerpo. Algunos ejemplos de fármacos afectados por esto incluyen ceftriaxona, fenitoína, valproato, warfarina, diazepam y Lorazepam ⁽²⁶⁾.

2.1.3.4.3. Metabolismo

La transformación metabólica de los fármacos puede tener lugar en diferentes partes del cuerpo como el hígado, la pared intestinal, los pulmones, la piel, los riñones y otros órganos. A medida que se envejece, se observa una reducción en el flujo sanguíneo hepático y en el tamaño del hígado, lo que puede conducir a una disminución de hasta el 30% en la eliminación de ciertos fármacos por parte del hígado en adultos mayores (41).

El metabolismo de los fármacos se produce a través de vías/reacciones:

Las vías de fase I incluyen hidroxilación, oxidación, desalquilación y reducción por enzimas del citocromo P450 (CYP)

Las vías de fase II involucran procesos como la glucuronidación, conjugación y acetilación. Veremos que el lorazepam que, tras la oxidación mediante reacciones de fase I, se metaboliza mediante glucuronidación. Las reacciones de fase I, catalizadas por el citocromo P450, tienen una mayor probabilidad de que en los ancianos se vea alterado que en las reacciones de fase II (26).

2.1.3.4.4. Eliminación

La eliminación se refiere a la última etapa en la que un fármaco abandona el cuerpo. Los indicadores empleados para describir esta fase son la vida media y el aclaramiento del fármaco. En la mayoría de los casos, la eliminación ocurre a través de los riñones, ya sea en su forma original o como metabolitos. En el envejecimiento, se observa una disminución en el tamaño del riñón y el flujo sanguíneo, lo que resulta en una reducción de la filtración glomerular, por lo que se afectan los indicadores de la función renal (42). Esta disminución en la tasa de filtración glomerular afecta la producción de creatinina, manteniendo los niveles séricos normales, lo que no refleja de manera precisa la eliminación de creatinina en los ancianos. No obstante, la ecuación de Cockcroft-Gault puede estimar el aclaramiento de creatinina en pacientes mayores al ajustar las dosis o al prescribir un nuevo medicamento (26).

2.1.3.5. Cambios farmacodinámicos asociados a la edad

La farmacodinámica investiga los efectos moleculares, bioquímicos y fisiológicos de un medicamento. Aunque estos efectos pueden cambiar con la edad, dichos cambios son específicos para cada medicamento y su efecto. No es factible generalizar. Los estudios controlados que examinan los efectos de los medicamentos requieren mediciones precisas

de la concentración del medicamento en el plasma o en el sitio de acción para identificar las diferencias relacionadas con la edad en las respuestas a los medicamentos. Por ejemplo, en pacientes mayores, se ha observado una respuesta disminuida del receptor beta-adrenérgico a ciertos ligandos, como el salbutamol, un agonista beta 2, y el propranolol, un antagonista beta, debido a una reducción en los eventos posteriores al receptor, específicamente, una disminución en la síntesis de AMP cíclico⁽²⁶⁾.

2.1.3.6. Repercusiones de la polifarmacia en la salud

Hace referencia a los efectos negativos o consecuencias adversas que el uso de múltiples medicamentos puede tener en la salud y el bienestar de los individuos. Estas repercusiones pueden manifestarse de diversas formas⁽²⁵⁾.

2.1.3.6.1. Caídas

El proceso complejo de la marcha depende de la óptima coordinación de varios sistemas del cuerpo, como el sistema nervioso central, cardiovascular y musculoesquelético. Los medicamentos pueden influir en el funcionamiento de estos sistemas, afectando la capacidad del organismo para coordinar funciones, interfiriendo con un desplazamiento adecuado. Se ha observado que la disminución de la velocidad y la mayor variabilidad en la marcha están vinculadas a un aumento del riesgo de caídas en personas mayores⁽⁴³⁾. Diversos estudios han indicado una estrecha asociación entre la polifarmacia y la incidencia de caídas en este grupo demográfico. (OR 2.23, 95% CI 1.39–3.56; P=0.001), lo que aumenta el riesgo de sufrir fracturas. Además, ajustando por edad, sexo y enfermedades concomitantes, el uso de 5 o más medicamentos se ha asociado con un incremento del 5% en la incidencia de caídas respecto a aquellos adultos mayores que no presentan polifarmacia⁽²⁵⁾.

2.1.3.6.2. Fragilidad

La fragilidad es un síndrome que se manifiesta con mayor vulnerabilidad frente a factores estresantes, producto de la disminución de la reserva fisiológica en diversos sistemas biológicos. Se utilizan cinco criterios operativos para definir la fragilidad en personas mayores: fatiga autoinformada, pérdida de peso, debilidad muscular, movilidad disminuida y bajo nivel de actividad física⁽⁴⁴⁾. Verenose y colaboradores señalaron un aumento del 55% en el riesgo de desarrollar fragilidad en aquellos que consumían de 4 a 6 medicamentos en comparación con los que tomaban menos de 4, y un incremento del 147% en aquellos que usaban más de 7 medicamentos.

simultáneamente. Otros estudios también han demostrado que a medida que se incrementa el número de medicamentos, aumenta la cantidad de criterios que definen la fragilidad, sugiriendo una relación directa entre ambos ⁽²⁵⁾.

2.1.3.6.3. Ingresos hospitalarios

La cantidad de medicamentos consumidos por los adultos mayores se consideran como un factor de riesgo para la hospitalización. Alrededor de uno de cada diez ingresos hospitalarios en adultos mayores ocasionan consecuencias adversas causados por medicamentos, y la mitad de estos casos podrían prevenirse. Los AINEs (antiinflamatorios no esteroides) y los betabloqueadores se encuentran entre los fármacos más implicados en estos episodios ⁽²⁵⁾.

2.1.3.6.4. Falta de adherencia

El uso de múltiples medicamentos se ha vinculado con una mayor incidencia de errores en el suministro de medicamentos y plantea mayores desafíos en la administración por parte del personal encargado del cuidado, un aumento en las salidas hospitalarias a lugares que no son el hogar, más eventos adversos relacionados con medicamentos después del alta, un incremento en la mortalidad general y una menor comprensión por parte del paciente sobre su propio tratamiento ⁽²⁵⁾.

2.1.3.6.5. Efectos adversos de los medicamentos (EAM)

Un efecto adverso de los medicamentos (EAM) ocurre cuando hay una lesión debido al uso de fármacos, mientras que una reacción adversa a un medicamento (RAM) se refiere al daño causado por un medicamento en dosis habituales. Los EAM representan entre el 5% y el 28% de los ingresos médicos agudos en personas mayores. Estos eventos prevenibles se consideran como consecuencias graves del uso inapropiado de medicamentos en adultos mayores, siendo los fármacos cardiovasculares, anticoagulantes, hipoglucemiantes, diuréticos y AINE los más asociados con estos EAM evitables ⁽⁴⁵⁾. Debido a los cambios metabólicos y la disminución en la eliminación de medicamentos asociados con la edad, los efectos adversos de los fármacos son más pronunciados en los adultos mayores. Esta situación se agrava con el incremento en la cantidad de medicamentos utilizados ⁽²⁵⁾.

2.1.3.6.6. Interacción con la droga

La administración de múltiples medicamentos aumenta la probabilidad de interacciones entre ellos, así como la prescripción de fármacos potencialmente inadecuados. Una interacción farmacológica ocurre cuando la respuesta a la combinación de dos o más fármacos difiere de lo esperado basándose en los efectos conocidos de cada uno de ellos por separado⁽⁴⁶⁾. Las interacciones más frecuentes suelen implicar a los fármacos cardiovasculares y pueden resultar en eventos adversos como alteraciones neuropsicológicas (como el delirio), insuficiencia renal súbita e hipotensión⁽²⁵⁾.

2.1.3.6.7. No adherencia a la medicación

La administración de múltiples medicamentos puede ocasionar dificultades en la adhesión al tratamiento en personas mayores, particularmente cuando se relaciona con problemas de visión o cognitivos asociados al envejecimiento, lo que puede desencadenar consecuencias adversas como la falta de eficacia en el tratamiento o incluso la hospitalización⁽²⁵⁾.

2.1.3.6.8. Prescripción de cascadas

La administración de múltiples medicamentos puede resultar en la prescripción de tratamientos adicionales al interpretar los efectos adversos de los medicamentos como una nueva condición médica, generando lo que se conoce como "cascadas de medicación"⁽⁴⁸⁾. Este fenómeno, que ha sido documentado en la literatura clínica con ejemplos reales, a veces pasa desapercibido debido a los síntomas que ocasiona, tales como cansancio, somnolencia, cambios en la alerta, problemas gastrointestinales, confusión, caídas, entre otros, que podrían confundirse con signos normales del envejecimiento o incluso resultar en la prescripción de más medicamentos para tratar estos nuevos síntomas⁽²⁵⁾.

2.1.3.6.9. Riesgo de fractura de cadera

Algunos análisis de casos y controles han evidenciado que la administración simultánea de múltiples medicamentos es un factor de riesgo independiente para las fracturas de cadera en personas mayores⁽⁴⁷⁾. No obstante, la cantidad de fármacos puede haber funcionado como un indicador de una mayor exposición a tipos particulares de medicamentos, como aquellos que afectan el sistema nervioso central (SNC) y están asociados con situaciones de caídas⁽²⁵⁾.

2.1.3.6.10. Mortalidad

Respecto a la mortalidad, un reciente análisis combinado ha mostrado una asociación significativa con la mortalidad ($p<0,005$) pasando de un OR ajustado de 1,31 (1,17-1,47) a 1,96 (1,42-2,71) entre aquellos que utilizan 5 o más medicamentos y 10 o más. Aunque la relación causal no está completamente esclarecida y podría estar relacionada con la carga de enfermedad, esta evidencia enfatiza la necesidad de cautela en la prescripción de medicamentos a las personas mayores hasta que se clarifique esta relación ⁽²⁵⁾.

2.1.3.6.11. Costos

También hay implicaciones económicas vinculadas a la polifarmacia. En EE. UU., se estima que la carga de recursos utilizados debido a los efectos adversos relacionados con los medicamentos en atención ambulatoria asciende a un costo aproximado de US \$177 mil millones cada año a nivel mundial ⁽⁴⁹⁾. Las hospitalizaciones posiblemente evitables relacionadas con la medicación, en los Países Bajos representan un gasto que supera los 94 millones, equivalente a 5461 euros por cada ingreso hospitalario ⁽²⁵⁾.

2.1.3.7. Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón (EVSG)

La Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón, constituye un instrumento esencial para el tamizaje en Geriatría y Atención Primaria. Desarrollada a finales de la década de 1980 en Gijón (España), su creación respondió a la necesidad de evaluar el impacto del entorno en la salud del adulto mayor. La función primordial de la escala es medir el riesgo social y el nivel de soporte familiar⁽³⁵⁾. Esto se logra al partir del principio de que el riesgo social (entendido como la insuficiencia de recursos y redes para mantener la autonomía) es un potente predictor de fragilidad y demanda de servicios sanitarios. La EVSG es un pilar fundamental de la Valoración Geriátrica Integral, pues complementa la valoración funcional y cognitiva, ofreciendo una visión multidimensional ⁽³³⁾. La escala se construye a partir de cinco dimensiones clave, la situación familiar, la economía, la vivienda, las relaciones sociales y la red de apoyo. La suma de sus puntuaciones (que oscilan entre 5 y 25 puntos) determina el nivel de riesgo. Una puntuación en el rango de riesgo alto tiene implicaciones severas y requiere intervención social urgente, ya que está asociada directamente con el aislamiento social, malas condiciones de vida y mayor demanda sanitaria. En contraste, valores entre 5 y 9 que indican un riesgo social bajo u óptimo ⁽²⁾.

Tabla 1. Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón (EVSG). NTS N° 207 - MINSA/DGIESP – 2023

PUNTOS	DIMENSIÓN Y CRITERIOS
SITUACIÓN FAMILIAR	
1	Vive con familia, sin conflicto familiar
2	Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física / psíquica
3	Vive sólo cónyuge de similar edad
4	Vive sólo y tiene hijos con vivienda próxima
5	Vive sólo y carece de hijos o vive lejos [interior del país o extranjero]
SITUACIÓN ECONÓMICA	
1	Dos veces el salario mínimo vital
2	Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales
3	Un salario mínimo vital
4	Ingreso irregular (menos del mínimo vital)
5	Sin pensión, sin otros ingresos
VIVIENDA	
1	Adecuada a las necesidades
2	Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas)
3	Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto)
4	Vivienda semi construida o de material rústico
5	Asentamiento humano [invasión] o sin vivienda
RELACIONES SOCIALES	
1	Mantiene relaciones sociales en la comunidad
2	Relación social sólo con familia y vecinos
3	Relación social sólo con familia
4	No sale del domicilio pero recibe visitas de familia
5	No sale del domicilio y no recibe visitas
APOYO DE RED SOCIAL	
1	No necesita apoyo
2	Requiere apoyo familiar o vecinal
3	Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de éste
4	No cuenta con seguro social
5	Situación de abandono familiar
PUNTUACIÓN TOTAL	

SUMA TOTAL	VALORACIÓN SOCIO FAMILIAR	PUNTAJE
	Buena / aceptable situación social	5 a 9 puntos
	Existe riesgo social	10 a 14 puntos
	Existe problema social	> 15 puntos

2.1.3.8. Índice de Barthel (IB)

Es uno de los instrumentos de valoración funcional más utilizados a nivel mundial para medir la capacidad de una persona para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Fue desarrollado por Mahoney y Barthel en 1965. Su objetivo principal es cuantificar el grado de dependencia o independencia del individuo en diez funciones esenciales, lo que permite evaluar el nivel de asistencia que requiere, el seguimiento de la evolución del paciente y planificar los cuidados necesarios. El IB se aplica en pacientes en diversas patologías, especialmente, en la valoración geriátrica integral⁽³⁴⁾.

Las diez áreas que evalúa el índice de Barthel son: comer, vestirse, asearse, ir al servicio, bañarse, trasladarse, deambular, subir y bajar escaleras, y el control de esfínteres⁽³³⁾. Utiliza un sistema de puntuación escalonada que asigna 5, 10 o 15 puntos (tabla 2), a cada actividad evaluada, dependiendo de la capacidad funcional del individuo. El puntaje final oscila entre 0 puntos (dependencia total) y 100 puntos (independencia total)⁽²⁾.

Tabla 2. Índice de Barthel (ABVD). NTS N° 207 - MINSA/DGIESP – 2023

Parámetros	Situación del Paciente	Puntos
Comer	Totalmente independiente.	10
	Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc. pero es capaz de comer sólo.	5
	Dependiente: necesita ser alimentado por otra persona.	0
Lavarse (baño)	Independiente: ademas, entra y sale sólo del baño.	5
	Dependiente: Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.	0
Vestirse	Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos.	10
	Necesita ayuda.	5
	Dependiente.	0
Arreglarse (aseo)	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	Dependiente.	0
Deposición (Tomar en cuenta semana anterior)	Continencia normal.	10
	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas.	5
	Incontinencia.	0
Micción (Tomar en cuenta semana anterior)	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta.	10
	Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda.	5
	Incontinencia.	0
Uso del servicio higiénico	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa.	10
	Necesita ayuda para ir al servicio higiénico, pero se limpia solo.	5
	Dependiente.	0

Trasladarse	Independiente para ir del sillón a la cama.	15
	Minima ayuda física o supervisión para hacerlo.	10
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo.	5
	Dependiente.	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 metros.	15
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros.	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda.	5
	Dependiente.	0
Escalones	Independiente para bajar y subir escaleras.	10
	Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo.	5
	Dependiente.	0

Puntuación Total	Clasificación de Dependencia
100	Independiente Total
≥ 60	Dependencia Leve (o Escasa)
40 - 55	Dependencia Moderada
20 - 35	Dependencia Grave (o Severa)
< 20	Dependencia Total

Tabla adaptada de la Norma Técnica de Salud para el Cuidado Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores MINSA 2023

2.1.3.9. Escala de Lawton y Brody (AIVD)

La Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Lawton y Brody constituye una herramienta esencial dentro de la Valoración Geriátrica Integral (VGI). Su finalidad principal es medir la autonomía del adulto mayor en las tareas complejas que permiten la vida independiente en el hogar y en la comunidad. El uso de esta escala es fundamental para la detección precoz del deterioro funcional en personas mayores que residen en su domicilio o en centros de cuidado prolongado, posibilitando así el monitoreo constante de aquellos con alto riesgo de discapacidad ⁽³⁵⁾.

La evaluación se realiza sobre ocho actividades principales para mujeres y cinco actividades para hombres, debido a la variación en la asignación de tareas según el género en el entorno social. La puntuación final determina el nivel de independencia, donde el máximo es 8 puntos para mujeres y 5 puntos para hombres, siendo una herramienta crucial para identificar la necesidad de atención domiciliaria ⁽²⁾.

Figura 3. Escala de Lawton y Brody (AIVD). NTS N° 207 - MINSA/DGIESP – 2023

	VALORACIÓN	TOTAL
Capacidad de usar el teléfono		
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1	
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1	
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1	
No utiliza el teléfono	0	
Hacer compras		
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1	
Realiza independientemente pequeñas compras	0	
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0	
Totamente incapaz de comprar	0	
Preparación de la comida		
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1	
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0	
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0	
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0	
Cuidado de la casa		
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1	
Realiza tareas ligeras, como fregar platos o hacer camas	1	
Realiza tareas ligeras, pero puede mantener un adecuado grado de limpieza	1	
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1	
No participa en ninguna labor de la casa	0	
Lavado de la ropa		
Lava por sí solo toda su ropa	1	
Lava por sí solo pequeñas prendas	1	
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0	
Uso de medios de transporte		
Visita solo en transporte público o conduce su propio coche	1	
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1	
Visita en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1	
Utiliza el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros	0	
No viaja en absoluto	0	
Responsabilidad respecto a su medicación		
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	1	
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0	
No es capaz de administrarse su medicación	0	
Administración de su economía		
Se encarga de sus asuntos por sí solo	1	
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras y los bancos	1	
Incapaz de manejar dinero	0	

Puntuación (Mujeres)	Nivel de Dependencia	Puntuación (Hombres)	Nivel de Dependencia
8 puntos	Autonomía	5 puntos	Autonomía
6 – 7	Dependencia Leve	4 puntos	Dependencia Leve
4 – 5	Dependencia Moderada	2 – 3 puntos	Dependencia Moderada
2 – 3	Dependencia Grave	1 punto	Dependencia Grave
0 – 1	Dependencia Total	0 puntos	Dependencia Total

Tabla adaptada de la Norma Técnica de Salud para el Cuidado Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores
MINSA 2023

2.1.3.10 . Criterios de Beers

Los criterios de Beers son una herramienta clínica desarrollada originalmente en 1991 por el Dr. Mark H. Beers, cuyo propósito es identificar medicamentos potencialmente inapropiados (MPI) en adultos mayores. Se definen como un listado de fármacos cuyo riesgo de eventos adversos supera los beneficios en este grupo etario, debido a los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos asociados al envejecimiento, la multimorbilidad y la polifarmacia. La American Geriatrics Society (AGS) actualiza periódicamente estos criterios, siendo la versión 2023 la más reciente, y se consideran un referente internacional en la práctica clínica, la docencia y la investigación en farmacoterapia geriátrica ⁽³⁵⁾.

Características principales

- Enfoque en adultos mayores: aplicados en personas de 65 años o más.
- Basados en evidencia científica: cada recomendación se sustenta en revisiones sistemáticas y consenso de expertos.
- Estructuración por categorías: dividen los medicamentos en cinco apartados según su nivel de riesgo y condición clínica.
- Carácter preventivo: buscan orientar al prescriptor para reducir efectos adversos, sin sustituir el juicio clínico.
- Aplicación internacional: aunque creados en EE. UU., se usan ampliamente en América Latina, Europa y Asia ⁽³²⁾.

Actualización 2023

La versión 2023 de los criterios de Beers, publicada en el Journal of the American Geriatrics Society, mantiene la estructura en cinco categorías:

1. Medicamentos potencialmente inapropiados en la mayoría de adultos mayores.
2. Medicamentos inapropiados en determinadas enfermedades o síndromes geriátricos.
3. Medicamentos que deben usarse con precaución.
4. Interacciones medicamentosas clínicamente relevantes.
5. Medicamentos que requieren ajuste de dosis en insuficiencia renal ⁽³⁵⁾.

Esta actualización incorporó nueva evidencia sobre riesgo de caídas, deterioro cognitivo, interacciones farmacológicas y seguridad en insuficiencia renal, reafirmando su importancia como herramienta de seguridad en la prescripción⁽³²⁾.

Cuadro 1. Resumen de los criterios de Beers (AGS 2023)

Categoría	Ejemplos de medicamentos	Recomendación
1. Medicamentos potencialmente inapropiados en la mayoría de adultos mayores	Antihistamínicos de primera generación (difenhidramina, hidroxizina), benzodiacepinas, barbitúricos, megestrol, nitrofurantoína crónica	Evitar por riesgo de sedación, caídas, deterioro cognitivo o toxicidad acumulada
2. Medicamentos inapropiados en determinadas enfermedades o síndromes geriátricos	AINEs en insuficiencia renal, anticolinérgicos en demencia, antipsicóticos en Parkinson, glitazonas en insuficiencia cardíaca	Evitar, ya que agravan la enfermedad de base
3. Medicamentos a usar con precaución	Inhibidores de bomba de protones a largo plazo, aspirina en prevención primaria >70 años, sulfonilureas de acción prolongada	Usar solo si el beneficio supera el riesgo
4. Interacciones medicamentosas clínicamente significativas	Opioides + benzodiacepinas, AINEs + corticoides + anticoagulantes, warfarina + quinolonas/macrólicos	Evitar combinaciones por riesgo elevado de sangrado, caídas o depresión respiratoria
5. Medicamentos que requieren ajuste de dosis en insuficiencia renal	Digoxina, metformina, gabapentina, litio, dabigatran, rivaroxabán	Ajustar según tasa de filtración glomerular para prevenir toxicidad

Fuente: Adaptado de American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. J Am Geriatr Soc. 2023;71(9):2052–2096.

2.2. Definición de término básicos

- Polifarmacia: Comúnmente observada en pacientes ancianos, implica el uso de múltiples medicamentos en un mismo individuo, a menudo relacionada con una administración excesiva de fármacos⁽²⁷⁾.
- Atención ambulatoria: La atención médica brindada a pacientes que no están recluidos en una cama hospitalaria, es decir, servicios de atención externa ofrecidos a individuos no confinados a un lecho de hospital⁽²⁸⁾.
- Adulto mayor: Cualquier individuo que haya alcanzado la edad de 60 años o más se considera adulto mayor o anciano⁽²⁾.

- Atención primaria: Cuidados que brindan atención esencial para mantener la salud, servicios terapéuticos y coordinación de todas las necesidades y servicios disponibles en la comunidad ⁽²⁹⁾.
- Factores de riesgo: Son características, condiciones o variables que se asocian de manera significativa con la ocurrencia o presencia de un fenómeno o evento de interés en una población determinada, sin que dicha asociación implique necesariamente una relación causal ⁽³⁰⁾.

2.3. Hipótesis

2.3.2. Hipótesis general

- Los factores sociodemográficos, asistenciales, clínicos y funcionales se asocian significativamente, como factores de riesgo, con la presencia de polifarmacia en el adulto mayor atendido en tres Centros Asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco, 2025

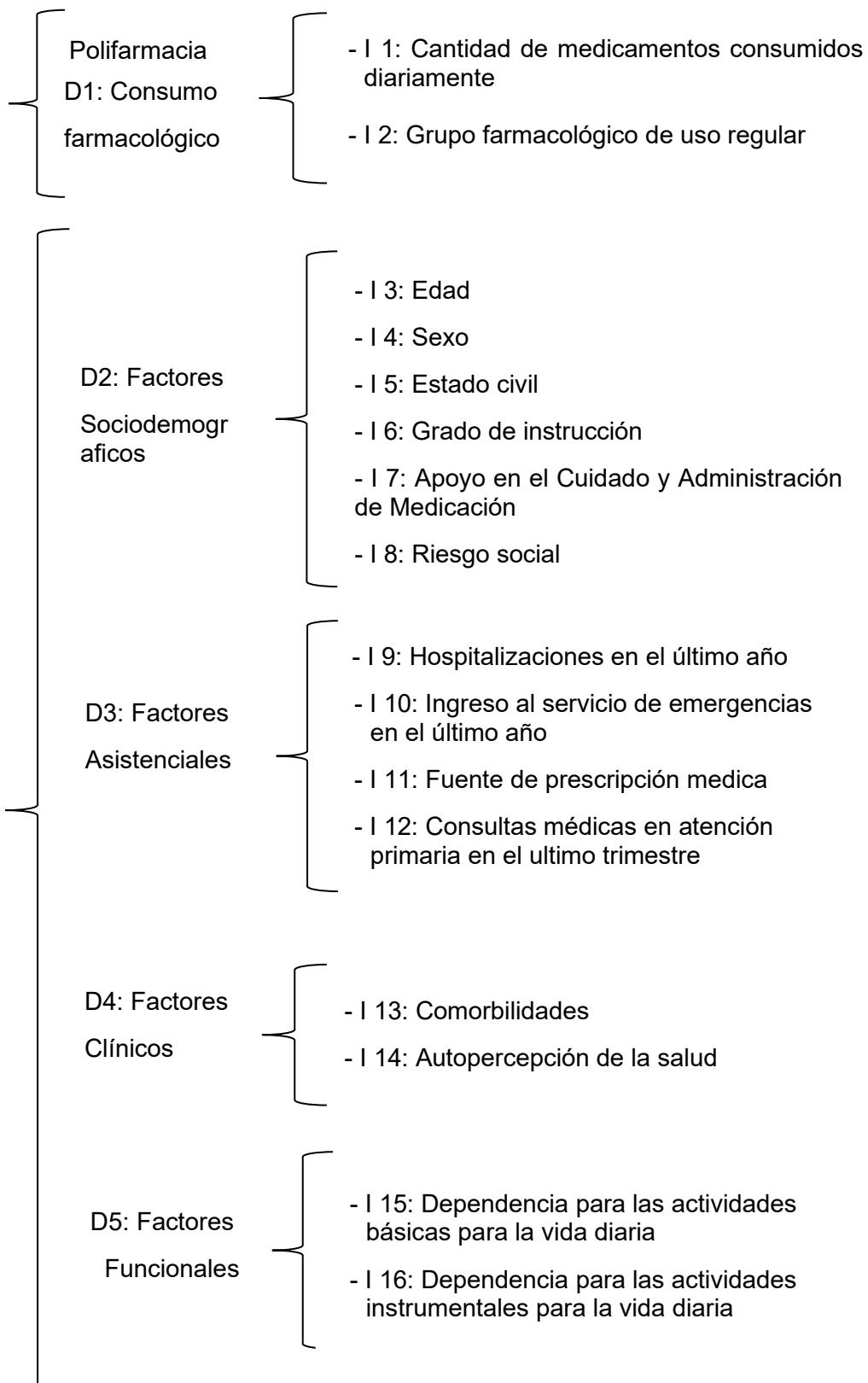
2.3.3. Hipótesis específicas

- La prevalencia de la polifarmacia en el adulto mayor en tres Centros Asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco 2025 es mayor al 30%
- Dentro de los factores sociodemográficos, la edad mayor de 75 años, el sexo femenino, el estado civil casado, el bajo nivel de instrucción, la ausencia de apoyo en la administración de medicamentos y la presencia de riesgo social elevado se asocian significativamente con la polifarmacia en el adulto mayor atendido en tres Centros Asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco, 2025.
- Dentro de los factores asistenciales, la hospitalización en el último año, el ingreso al servicio de emergencias en el último año, la ausencia de prescripción médica y las consultas médicas en atención primaria durante el último trimestre se asocian significativamente con la polifarmacia en el adulto mayor atendido en tres Centros Asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco, 2025.
- Dentro de los factores clínicos, la presencia de comorbilidades y la autopercepción negativa del estado de salud se asocian significativamente con la polifarmacia en el adulto mayor atendido en tres Centros Asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco, 2025.

- Dentro de los factores funcionales, la dependencia para las actividades básicas de la vida diaria y la dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria se asocian significativamente con la polifarmacia en el adulto mayor atendido en tres Centros Asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco, 2025.

2.4. Variables

2.4.1 Variable Dependiente:



2.4.2. Variable Independiente

VARIABLE DEPENDIENTE: POLIFARMACIA
<p>Dimensión 1: Consumo farmacológico</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Indicadores <ul style="list-style-type: none"> ➢ Número total de medicamentos consumidos diariamente AUTOR: Magalhães (São Paulo – Brasil, 2023) ➢ Cuál es el grupo farmacológico de uso diario AUTOR: Cebrino J (España, 2024) ➢ Presencia de polifarmacia AUTOR: Magalhães (São Paulo – Brasil, 2023)
VARIABLES INDEPENDIENTES
<p>Dimensión 2: Factores Sociodemográficos</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Indicadores <ul style="list-style-type: none"> ➢ Edad ➢ Sexo ➢ Estado civil ➢ Grado de instrucción AUTOR: Rezende (Acre – Brasil, 2021) ➢ Apoyo en el cuidado y administración de medicación ➢ Riesgo social AUTOR: Bander B, Nasser (Arabia – Saudí, 2021)
<p>Dimensión 3: Factores Asistenciales</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Indicadores <ul style="list-style-type: none"> ➢ Número de hospitalizaciones en el último año AUTOR: Tolentino (Manaos – Brasil, 2022) RP: 1.90 (IC95%: 1.09 a 3.32) ➢ Número de ingresos a emergencias en el último año ➢ Fuente de prescripción media ➢ Número de consultas médicas en atención primaria en el último mes AUTOR Seixas (Brasil, 2021) RP: 3.58 (IC95%: 2.25 a 5.70)
<p>Dimensión 4: Factores Clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Indicadores <ul style="list-style-type: none"> ➢ Número de comorbilidades AUTOR: Magalhães (São Paulo – Brasil, 2023) OR: 9,5 IC95%[2,2–40,4] ➢ Patologías crónicas diagnosticadas AUTOR: Mohammad H (Arabia Saudita, 2022) RR: 1,86 (IC 95%: 1,69 a 2,06) ➢ Autopercepción de la salud AUTOR: Cebrino J (España, 2024) OR: 3,52 IC95%[2,37–5,24]

Dimensión 5: Factores Funcionales

o Indicadores

➤ Dependencia para las actividades básicas para la vida diaria

➤ Dependencia para las actividades instrumentales para la vida diaria

AUTOR: Magalhães (São Paulo – Brasil, 2023) OR: 1.12 IC95%[0,71–1,77]

2.5. Definiciones operacionales

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN ES/ DOMINIOS	INDICADORES	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	ÍTEM	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Variable Dependiente									
Polifarmacia	Consumo de cinco medicamentos o más al mismo tiempo, utilizados durante un periodo de 90 días o más	Consumo farmacológico	Cuantificar el número de medicamentos que una persona toma regularmente	Cuantitativo	De razón, discreta	Ficha de recolección de datos	7. Cuál es el número total de medicamentos que utiliza regularmente: 8. De acuerdo al grupo farmacológico ¿Qué medicamentos toma en el día? a) Analgésicos b) Antihipertensivos c) Hipoglicemiantes d) Antiagregantes/ Anticoagulantes e) Inhibidores de la Bomba de Protones f) Psicofármacos g) Otros	7. 8.	El número total de medicamentos diferentes utilizados por el paciente de forma crónica o regular (por un período igual o mayor a 30 días)
Variables Independientes									
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona, generalmente expresado en años, meses o días	N.A.	Años cumplidos	cuantitativa	De razón	ficha recolección de datos	1. Edad: ____ años cumplidos.	1.	Se expresa en años cumplidos por la persona.
Sexo	La totalidad de los rasgos estructurales y funcionales de los órganos reproductivos, que distinguen al cuerpo masculino del femenino	N.A.	Masculino o Femenino	cualitativa	Nominal, dicotómica	ficha recolección de datos	2. Sexo: a) Masculino b) Femenino	2.	Se expresa como: masculino o femenino
Estado civil	Indicador demográfico que refleja la condición de una persona en relación con el estado civil, que abarca aspectos como el	N.A	soltero/a, casado/a, conviviente, divorciado/a, viudo/a	cualitativa	nominal, politómica	Ficha recolección de datos	3. Estado civil: a) Soltero/a b) Casado/a	3.	Se expresa como: soltero/a, casado/a, conviviente, divorciado/a o viudo/a

	matrimonio, divorcio, viudez o soltería.						c) Conviviente d) Divorciado/a e) Viudo/a	
Grado de instrucción	Hace referencia al nivel más alto de educación formal que una persona ha completado o alcanzado.	N.A	Sin instrucción, Primaria, Secundaria y Superior	cualitativa	nominal, politomica	Ficha recolección de datos	4. ¿Cuál es su nivel de educación alcanzado? a) Sin instrucción b) Primaria c) Secundaria d) Superior	4. Se expresa como: sin instrucción, primaria, secundaria, superior
Apoyo en el cuidado y administración de medicamentos	Nivel de soporte que recibe el adulto mayor por parte de familiares, cuidadores o personal de salud para garantizar la correcta adherencia, almacenamiento y administración de su régimen de medicamentos.	N.A.	Contará o no contará con ayuda regular y activa de otra persona (cónyuge, familiar, cuidador, personal de salud)	cualitativa	Nominal, dicotómica	Ficha recolección de datos	5. ¿Cuenta usted con una persona (familiar o cuidador) que le ayuda regularmente con la administración diaria de sus medicamentos? a) Si b) No	5. Se determina si el paciente cuenta con ayuda regular y activa de otra persona (cónyuge, familiar, cuidador, personal de salud) para la administración de sus medicamentos.
Riesgo social	Grado de vulnerabilidad sociofamiliar que presenta el adulto mayor en función de su entorno, recursos económicos y condiciones de vivienda. Se evalúa mediante la Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón.	Situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo social	Escala de valoración sociofamiliar de Gijón	Cuantitativa	De razon	Ficha recolección de datos	6. Grado de riesgo sociofamiliar según escala de valoración sociofamiliar de Gijón: a) 5 - 9 puntos: Bajo Riesgo b) 10 - 14 puntos: Riesgo Intermedio c) ≥15 puntos: Problema Social/Riesgo Elevado	6. Puntaje total obtenido en la Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón, conformada por cinco ítems: situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo social. Cada ítem se califica de 1 (condición favorable) a 5 (condición desfavorable), obteniéndose un puntaje total entre 5 y 25 puntos; a mayor puntaje, mayor riesgo social.
Hospitalizaciones en el último año	Número de veces que un individuo ha sido admitido en un hospital para recibir tratamiento médico y/o	Factores asistenciales	Cantidad de veces que un individuo ha sido admitido en un hospital	Cuantitativa	Discreta	Ficha recolección de datos	9. Cuál es el número total de hospitalizaciones en el último año: _____	9. Cantidad de veces que un individuo ha ingresado en un

	quirúrgico durante los últimos 12 meses.		para recibir tratamiento médico o quirúrgico en el periodo de un año.					hospital para recibir tratamiento en el último año
Ingreso al servicio de emergencias en el último año	Admisión de un individuo en un centro de atención médica en busca de atención inmediata debido a una condición médica aguda, potencialmente grave o urgente.	Factores asistenciales	Número de visitas de un individuo al servicio de emergencias de un centro de salud dentro del periodo de 12 meses.	Cuantitativa	Discreta	Ficha recolección de datos	10. Cuál es el número total de veces que acudió al Servicio de Emergencia en los últimos 12 meses: _____	10. Recuento total de visitas de un individuo al servicio de emergencias debido a condiciones agudas, enfermedades repentinas o exacerbaciones graves de condiciones crónicas en un centro de salud durante los últimos 12 meses.
Consultas médicas en atención primaria en el último trimestre	Atención médica brindada por los servicios médicos de primer nivel de atención (centro de salud, policlínico o puesto de salud) por parte del paciente durante los tres meses anteriores a la recolección del dato.	Factores asistenciales	Cantidad de consultas realizadas por un paciente con médicos especialistas en los últimos tres meses.	cuantitativa	Discreta	Ficha recolección de datos	11. Número de consultas médicas en atención primaria durante los últimos 3 meses: _____	11. Número total de veces que el paciente fue atendido por un médico (general o especialista) en el nivel primario de atención (EsSalud) en los 90 días previos a la encuesta.
Fuente de prescripción medica	Origen de la indicación farmacológica emitida por un profesional médico autorizado, perteneciente al sistema de salud, quien prescribe medicamentos en función del diagnóstico y necesidades terapéuticas del paciente.	Factores asistenciales	Procedencia de la prescripción de medicamentos	cualitativa	Nominal, dicotómica	Ficha recolección de datos	12. ¿Todos los medicamentos de uso crónico que usted consume fueron prescritos por un médico (ya sea de EsSalud, MINSA o médico particular)? a) Sí b) No	12. Se determina según el origen de la prescripción de los medicamentos de uso crónico, diferenciando entre aquellos indicados por un médico autorizado y los obtenidos sin prescripción profesional, para identificar la automedicación.
Comorbilidades	Son afecciones de larga duración y son el resultado de una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y de comportamiento.	Factores clínicos	Número total de enfermedades crónicas diagnosticadas en cada paciente	Cuantitativa	De razon	Ficha recolección de datos	13. Cuál es el número total de enfermedades crónicas, que usted padece: _____ 14. Marque las enfermedades crónicas diagnosticadas: a) Diabetes mellitus b) Hipertensión arterial c) Dislipidemia d) Enfermedad Cardiovascular	13. Número total de grupos farmacológicos en enfermedades crónicas que persisten durante un período prolongado y que requieren un manejo continuo y a largo plazo, consideradas como crónicas aquellas enfermedades que han estado presentes 14.

							e) Enfermedades respiratorias crónicas f) Enfermedad Renal Crónica g) Artrosis / artritis h) Cáncer i) Otras (especifique: _____)		durante al menos tres meses y que no se espera que se resuelvan completamente.
Autopercepción de la salud	Evaluación subjetiva que una persona hace sobre su propio estado de salud	Factores clínicos	Escala de valoración de la percepción personal que tiene un individuo sobre su bienestar físico, mental y social	Cualitativa	Nominal, politómica	Ficha recolección de datos	15. ¿Cómo calificaría su estado de salud actual en general? a) Excelente b) Muy bueno c) Bueno d) Regular e) Malo	15.	Evaluación subjetiva que una persona hace sobre su propio estado de salud en función de sus percepciones, sensaciones y valoraciones personales, I en un momento determinado.
Dependencia para las actividades básicas para la vida diaria	Incapacidad de un individuo para llevar a cabo por sí mismo una o más tareas esenciales para el autocuidado y la funcionalidad diaria independiente y autónoma.	Factores funcionales	Utilización de la escala estandarizada, Índice de Katz	Cuantitativa	De razon	Ficha recolección de datos	16. Grado de Dependencia según el Índice de Katz (ABVD): a) 0 – 1 puntos: independiente o incapacidad leve b) 2 – 3 puntos: incapacidad moderada c) 4 – 6 puntos: incapacidad severa	16.	Incapacidad de un individuo para realizar de manera autónoma las actividades básicas de la vida diaria. Evaluada mediante el índice de Katz. Se obtiene la Puntuación Final (0 a 6) y el Grado (A a G), basándose en la incapacidad reportada para realizar 6 funciones de autocuidado (aseo, vestido, uso del sanitario, movilidad, continencia y alimentación).
Dependencia para las actividades instrumentales para la vida diaria	Incapacidad de un individuo para realizar actividades complejas que requieren un mayor nivel de habilidad cognitiva y funcional.	Factores funcionales	Utilización de la escala de Lawton y Brody	cuantitativa	De razón	Ficha recolección de datos	17. Grado de dependencia según la Escala de Lawton y Brody: - En mujeres: a) 8 puntos: Autonomía b) 6-7: Dependencia Leve c) 4-5: Dependencia Moderada d) 2-3: Dependencia Grave e) 0 – 1: Dependencia total - En hombres: a) 5 puntos: Autonomía b) 4 puntos: Dependencia Leve c) 2-3 puntos: Dependencia Moderada	17.	Evaluá el nivel de incapacidad funcional del individuo para ejecutar las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Se determina la Puntuación Total (0 a 8 puntos) utilizando la Escala de Lawton y Brody, la cual mide 8 funciones complejas: uso del teléfono, compras, preparación de alimentos, cuidado del hogar, lavado de ropa, uso de transporte,

							d) 1 punto: Dependencia Grave e) 0 puntos: dependencia total		gestión de la medicación, y manejo de la economía
--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

CAPITULO III: MÉTODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. Tipo de investigación

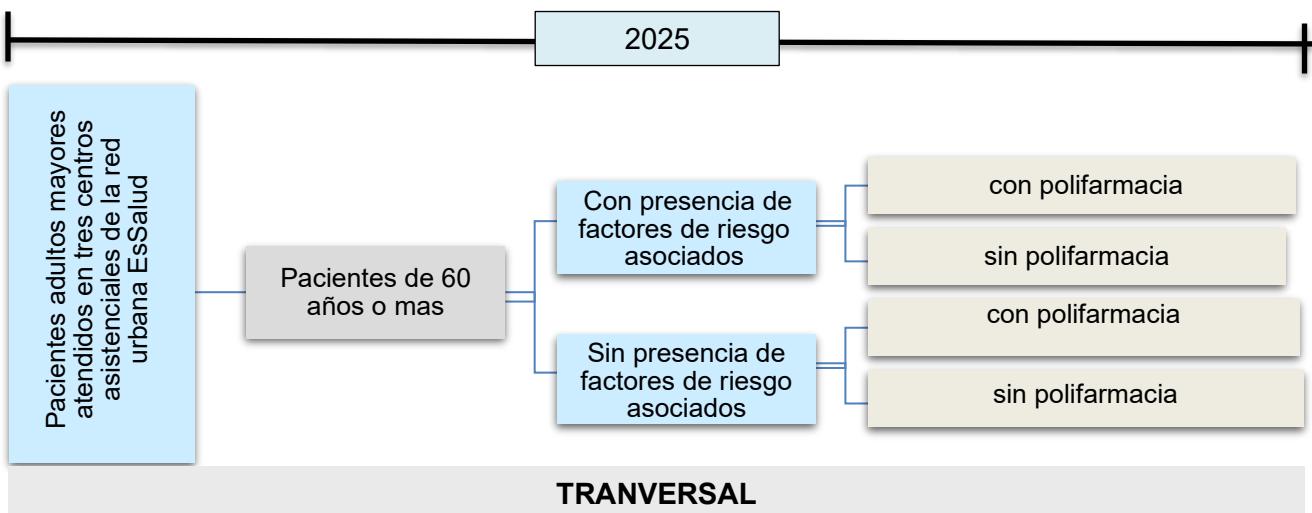
El presente estudio es de tipo cuantitativo, analítico de enfoque correlacional.

- Un estudio cuantitativo utiliza la recopilación de datos para comprobar las hipótesis mediante mediciones numéricas y análisis estadísticos, con el propósito de identificar patrones de comportamiento y verificar teorías ⁽³¹⁾.
- En un estudio analítico se contrasta una o más variables, en el cual se definen dos grupos, el que tiene la enfermedad en estudio y el que no la tiene. Mientras que el enfoque correlacional, busca identificar relaciones específicas entre las variables que se encuentran en el estudio ⁽³¹⁾.
- Se decidió realizar un estudio cuantitativo, porque nuestra investigación está basada en la medición por medio de la utilización de datos y una estadística precisa para comprender la relación entre diferentes variables. Es analítico de alcance correlacional ya que se busca identificar posibles factores de riesgo o protectores asociados a la polifarmacia sin manipular variables de manera experimental.

3.2. Diseño de la investigación

Se realizo un estudio observacional no experimental de tipo transversal.

- Un estudio observacional no experimental se caracteriza por su diseño basado en la observación, recopilación de datos, registro tanto de las variables dependientes como de las independientes no habiendo manipulación de las variables ⁽³¹⁾.
- En un diseño transversal, se recopilan datos en un tiempo único, con el objetivo de describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento específico ⁽³¹⁾.
- Se decidió realizar el diseño transversal porque la recopilación de datos sobre la polifarmacia y sus factores de riesgo asociados en adultos mayores, se realizaron en un momento específico. Lo cual permitirá describir la prevalencia de la polifarmacia y la relación entre las variables de interés en ese momento particular, sin intervenir ni manipular variables.



3.3. Población y muestra

3.3.1. Descripción de la población

La población del presente estudio estará representada por los pacientes adultos mayores de 60 años o más atendidos en 03 centros asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco (Policlínico San Sebastián, Centro Médico Santiago y Centro Médico Metropolitano), en el año 2025.

3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Pacientes con una edad de 60 años o más.
 - Pacientes de ambos sexos que deseen participar en el estudio.
 - Pacientes atendidas en la Red Urbana EsSalud Cusco (Policlínico San Sebastián, Centro Médico Santiago y Centro Médico Metropolitano)

Criterios de Exclusión

- Pacientes con diagnóstico psiquiátrico que comprometa la veracidad de la información.
 - Pacientes cuya ficha de recolección de datos no fue completada correctamente.
 - Pacientes con deterioro cognitivo

3.3.3. Tamaño de muestra y método de muestreo

3.3.3.1. Tamaño de muestra:

El tamaño de la muestra será calculado mediante el aplicativo Epidat version 4.2. El cálculo se basara en el estudio realizado por Rodrigues de Rezende y et al. Titulado como “Prevalencia de polifarmacia y factores asociados en adultos mayores residentes en Rio Branco, Acre, Brasil: un estudio poblacional transversal, 2014” (16). Donde la variable seleccionada fue dislipidemia ($p<0.0001$, OR=2.46, IC 95% [1,71–3,53]), por ser un factor a evaluar en nuestro proyecto de investigación; obteniéndose la muestra representativa de 302 participantes.

A continuación, se muestran los parámetros usados mediante el aplicativo Epidat version 4.2. Para la determinación del tamaño de muestra:

- Muestra de la población 1 (14%)
- Muestra de la población 2 (27%)
- Nivel de confianza: 95%
- Poder del estudio: 80%

[3] Tamaños de muestra. Comparación de proporciones independientes:

Datos:

Proporción esperada en:	
Población 1:	14,000%
Población 2:	27,000%
Razón entre tamaños muestrales:	1,00
Nivel de confianza:	95,0%

Resultados:

Potencia (%)	Tamaño de la muestra*		
	Población 1	Población 2	Total
80,0	151	151	302

*Tamaños de muestra para aplicar el test χ^2 sin corrección por continuidad.

3.3.3.2. Método de muestreo

Se realiza un muestreo probabilístico aleatorio simple, en el cual todos los sujetos participantes tendrán la misma probabilidad de ser elegidos.

La unidad de muestreo consistirá en la población de 60 años o más que acude a los centros asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco (Policlínico San Sebastián, Centro Médico Santiago y Centro Médico Metropolitano), en el año 2025.

Tipo de muestreo: Se empleó un muestreo probabilístico multietápico, diseñado en dos fases secuenciales para garantizar la representatividad de la población de estudio.

Primera Etapa: Muestreo Estratificado

En la provincia del Cusco, se seleccionaron 3 Centros de Salud de la Red Asistencial EsSalud, por ser los establecimientos donde se atienden los pacientes adultos mayores asegurados. En cada uno de estos centros, se aplicó un muestreo estratificado proporcional, utilizando como variable de estratificación la población total de adultos mayores atendidos en cada establecimiento. Este diseño aseguró que la distribución de la muestra en los estratos fuera proporcional al tamaño de la población de cada centro, optimizando la cobertura de la población objetivo y facilitando el control logístico del proceso de encuesta.

La asignación de la muestra para cada estrato se realizó de la siguiente manera:

Centro de Salud	Población	Porcentaje	Muestra de estudio
Policlínico San Sebastián	3784	17.2 %	52
Centro Médico Santiago	4941	22.5 %	68
Centro Médico Metropolitano	13216	60.2 %	182
Total	21 941	100%	302

Segunda etapa: Muestreo aleatorio simple

Una vez definido el tamaño muestral para cada estrato (centro de salud), se procedió a la selección de los participantes individuales. Esta selección se realizó mediante un muestreo aleatorio simple a partir de los listados censales de pacientes adultos mayores de cada centro.

3.4. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos

-En este estudio la técnica utilizada para el estudio será mediante una entrevista, en la cual se realizará una encuesta a los pacientes adultos mayores de 60 años o más en consultorio externo de los tres centros asistenciales.

-Para la recolección de datos se utilizará como instrumento una ficha de recolección de datos que será llevada a cabo durante el año 2025, lo cual permitirá obtener la información a partir de la entrevista con los pacientes. La ficha de recolección de datos incluye 39 ítems distribuidos en 6 dominios. Se realizarán preguntas con opciones de respuesta, así como algunas que requieren respuestas para completar. Todas las preguntas contarán con un control y se espera que el tiempo de respuesta no exceda los 15 minutos. Este enfoque nos permitirá obtener información detallada sobre los factores de riesgo asociados a la polifarmacia en adultos mayores en tres centros asistenciales de la Red Urbana de EsSalud.

-Para el procedimiento de la recolección de datos se realizará una solicitud en la dirección de los 03 centros asistenciales: Policlínico San Sebastián, Centro Médico Santiago y Centro Médico Metropolitano para conseguir la autorización respectiva. Previo al inicio de la encuesta, se les informará sobre el propósito de la investigación, y se les orientará en relación a los ítems, permitiéndoles aclarar aquellas dudas que se puedan generar.

3.5. Plan de análisis de datos

Se establece una base de datos en el programa Excel versión 2021 abarcando todas las variables del estudio en curso con un control de calidad de datos “missing”, identificando la presencia de datos faltantes, evitando duplicados, corrigiendo inconsistencias y asegurando que no haya celdas vacías. Finalmente, Se realizó un análisis descriptivo y analítico con el uso del software estadístico Stata® v.17.0 (Stata Corporation, College Station, Texas, USA).

3.5.1. Análisis univariado

Se utilizaron medidas de frecuencias absolutas y relativas, al ser variables categóricas, las cuales se expresaron en tablas de distribución de frecuencia con sus respectivos porcentajes para cada una de las variables. La distribución de los datos no siguió una distribución normal, utilizando medianas y rangos intercuartílicos.

3.5.2. Análisis bivariado

Se utilizaron la prueba de chi cuadrado y el test exacto de Fisher con un punto de corte $p<0.05$, posteriormente se diseño un cuadro de doble entrada para estimar el grado de asociación a través del RP.

Para el análisis bivariado se utilizó la tabla tetracórica, o tabla de contingencia.

	Personas sin polifarmacia	Personas con polifarmacia
Factor de riesgo asociado presente (+)	- Pacientes de 60 años o más, con factor de riesgo asociado.	- Pacientes de 60 años o más, con factor de riesgo asociado.
Factor de riesgo asociado ausente (-)	- Pacientes de 60 años o más, sin factor de riesgo asociado.	- Pacientes de 60 años o más, sin factor de riesgo asociado.

Después de la organización de los datos, se empleó la medida de asociación conocida como razón de prevalencia (RP). Para clasificar una variable como un "factor de riesgo", se considerará que el RP debe ser superior a 1 ($RP > 1$). Caso contrario, se identificará como un factor de protección. Además, se aplicó un Intervalo de Confianza igual al 95%, y para evaluar la significancia estadística, se estableció un valor de "p" menor a 0.05.

3.5.3. Análisis multivariado

Se realizó un análisis multivariado entre las variables categóricas, aplicando un modelo de regresión log-binomial, con la finalidad de estimar las razones de prevalencia ajustadas (RPA) y sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

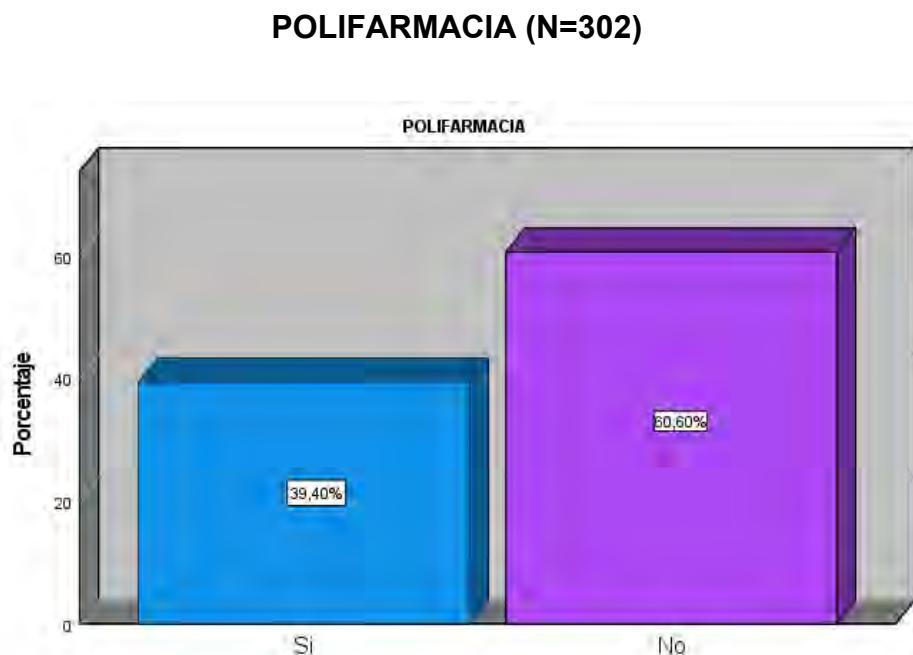
La variable dependiente será la presencia o ausencia de polifarmacia en el adulto mayor. Las variables independientes permitieron evaluar su asociación con la polifarmacia, controlando el efecto de posibles factores de confusión.

CAPITULO IV: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1. Resultados

La investigación se realizó durante el año 2025 en una muestra de 302 adultos mayores de 60 años atendidos en tres centros asistenciales de la Red Urbana de EsSalud Cusco. Se encontró que la prevalencia de polifarmacia fue de 39,4% ($n = 119$), mientras que el 60,6% ($n = 183$) de los participantes no presentó polifarmacia (Gráfico 1). Asimismo, entre los adultos mayores con polifarmacia, el 31,0% ($n = 37$) presentó polifarmacia no justificada, evidenciándose que una proporción relevante de pacientes consumía múltiples medicamentos sin una indicación clínica claramente documentada.

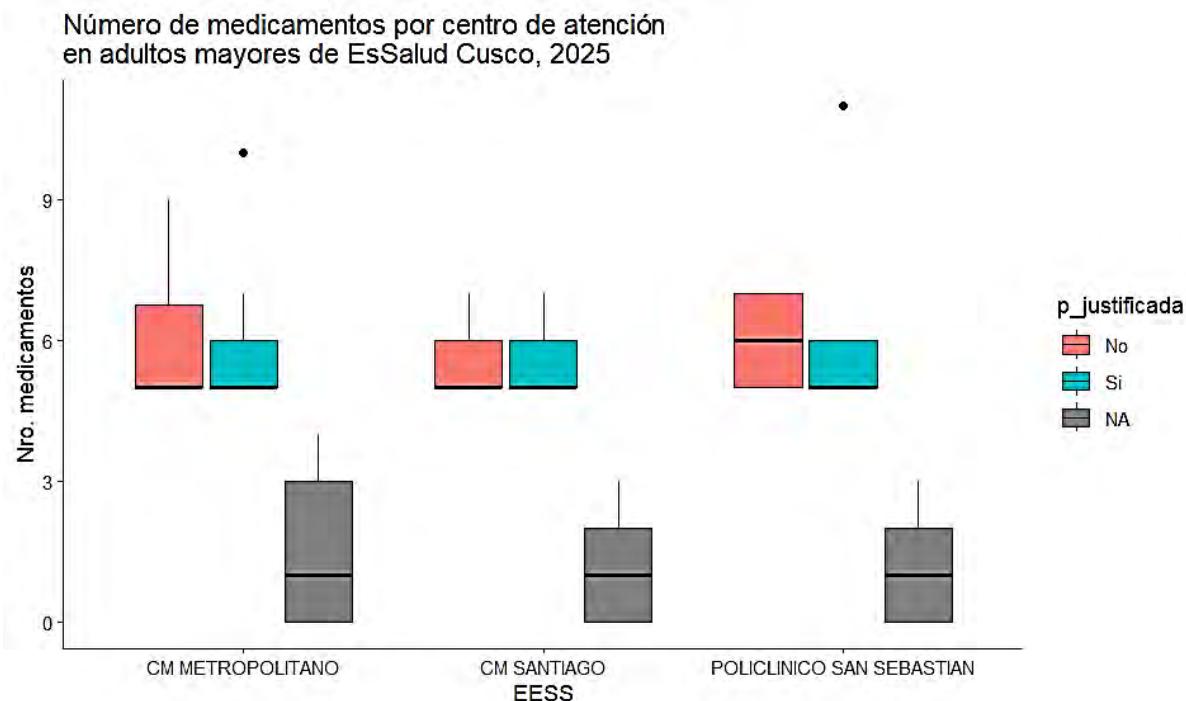
Gráfico 1. Prevalencia de la polifarmacia en adultos mayores atendidos en tres centros asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco, 2025



Fuente: Ficha de recolección de datos

Al analizar el número de medicamentos utilizados según el centro asistencial de atención, se observó que la polifarmacia estuvo presente en los tres establecimientos evaluados. No se identificaron diferencias estadísticamente significativas en las medianas del número de medicamentos entre los centros asistenciales (prueba de Kruskal-Wallis, $p = 0,1473$), lo que indica una distribución homogénea del uso de medicamentos en la población adulta mayor atendida en la red urbana de EsSalud Cusco (Gráfico 2).

Gráfico 2. Número de medicamentos por centro de atención en adultos mayores de EsSalud Cusco, 2025



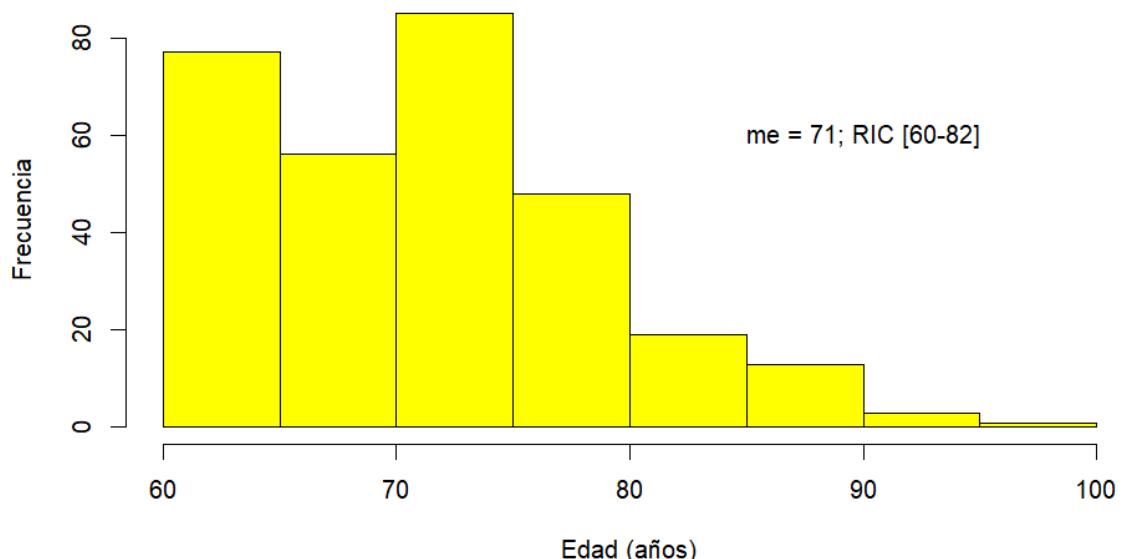
Fuente: Ficha de recolección de datos

4.1.1 Análisis univariado de los factores sociodemográficos en los adultos mayores con y sin polifarmacia

La muestra analizada se caracterizó según los siguientes factores sociodemográficos. En relación con la edad, la población presentó una mediana de 71 años, con un rango intercuartílico (RIC) de 60 a 82 años. Al estratificar según la presencia de polifarmacia, se observó una distribución etaria similar entre ambos grupos, con una mediana de 73 años (RIC: 68–78) en el grupo con polifarmacia y de 70 años (RIC: 65–75) en el grupo sin polifarmacia. (GRAFICO 3).

Gráfico 3. Distribución de la variable edad en pacientes adultos mayores con y sin polifarmacia en tres centros asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco, 2025

Distribución de la edad en la población asegurada EsSalud, Cusco 2025



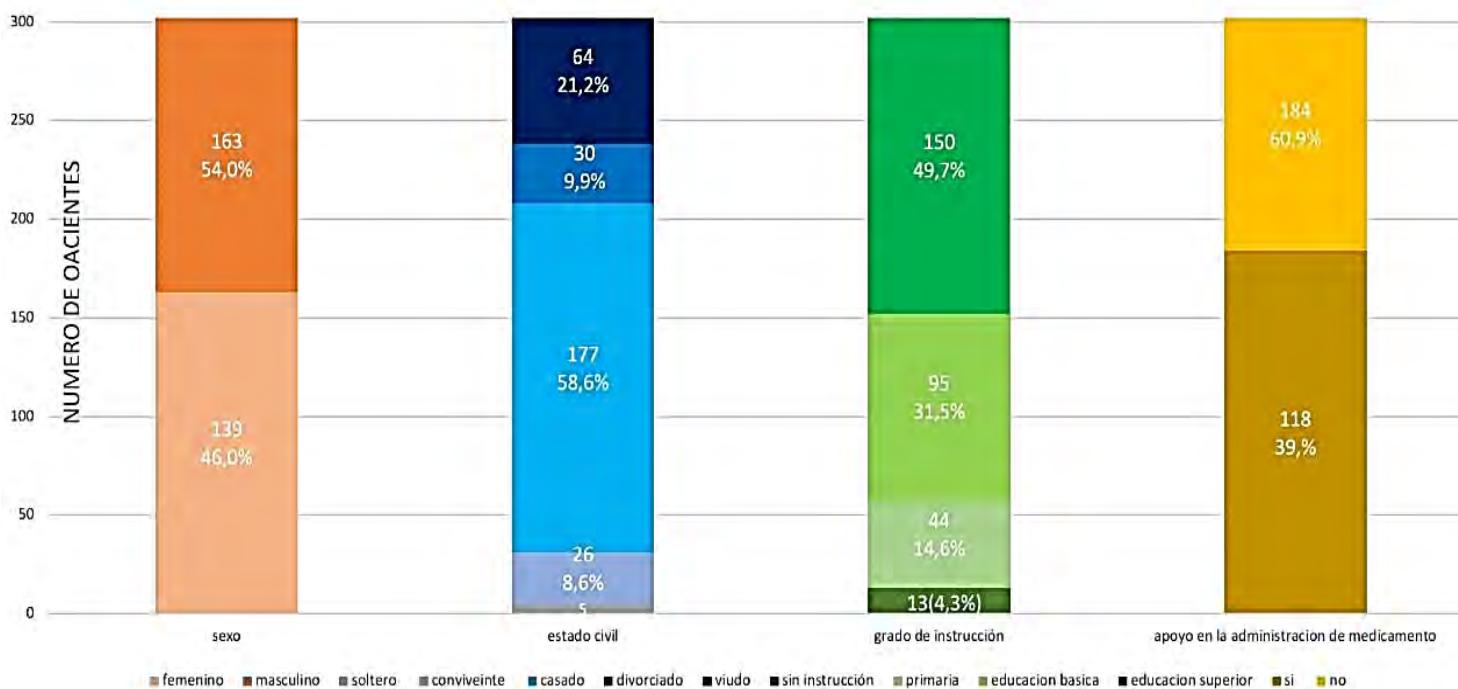
Fuente: Ficha de recolección de datos

Respecto al sexo, predominó el sexo femenino con el 54,0% ($n = 163$), mientras que el 46,0% ($n = 139$) correspondió al sexo masculino. En cuanto al estado civil, el grupo más frecuente fue el de personas casadas con el 58,6% ($n = 177$), seguido por los viudos con el 21,2% ($n = 64$), los divorciados con el 9,9% ($n = 30$), los convivientes con el 8,6% ($n = 26$) y los solteros con el 1,7% ($n = 5$).

En relación con el grado de instrucción, casi la mitad de los adultos mayores contaban con educación superior (49,7%; $n = 150$), seguidos por quienes tenían educación secundaria (31,5%; $n = 95$), educación primaria (14,6%; $n = 44$) y un menor porcentaje sin instrucción (4,3%; $n = 13$).

Asimismo, el 60,9% ($n = 184$) de los adultos mayores refirió no contar con apoyo para la administración de sus medicamentos, mientras que el 39,1% ($n = 118$) indicó recibir ayuda. (Grafico 4)

Gráfico 4. Distribución de la variable sexo, estado civil, grado de instrucción y apoyo en la administración de medicamentos en pacientes adultos mayores con y sin polifarmacia en tres centros asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco, 2025

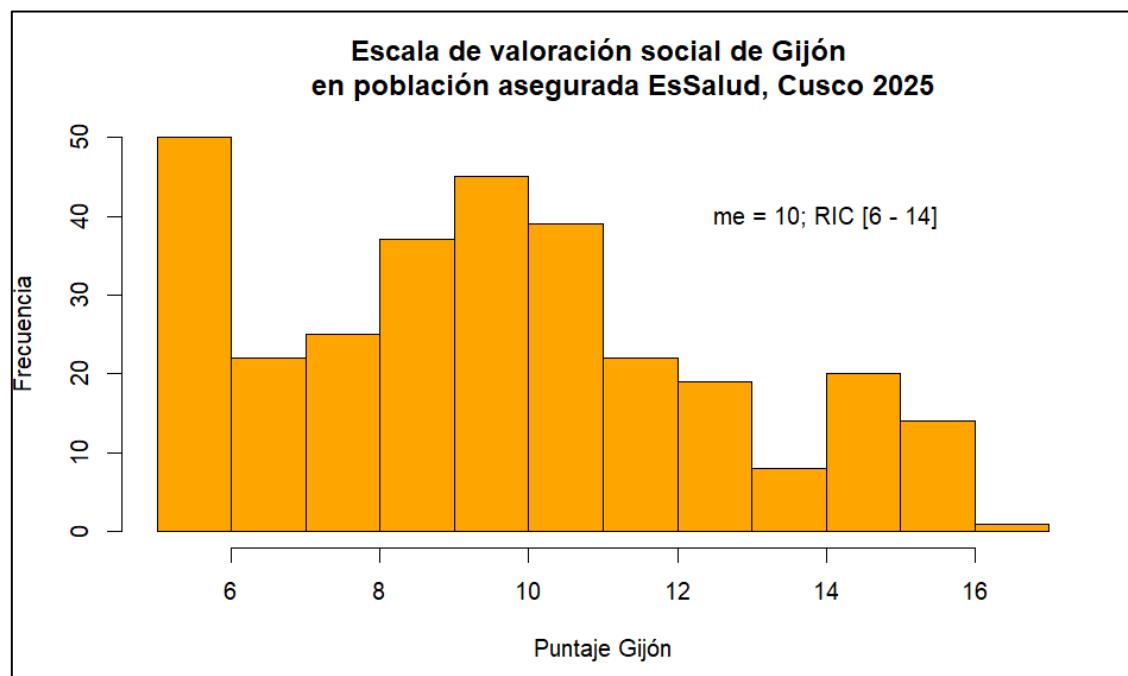


Fuente: Ficha de recolección de datos

En cuanto al riesgo social, según la escala de valoración sociofamiliar de Gijón, el 44,4% ($n = 134$) de los adultos mayores presentó bajo riesgo social, el 44,0% ($n = 133$) riesgo social intermedio y el 11,6% ($n = 35$) riesgo social elevado.

Asimismo, el puntaje de riesgo social mostró una distribución no normal (prueba de Lilliefors, $p < 0,001$), por lo que se resumió mediante mediana de 10 puntos y rango intercuartílico de 6 a 14 (Gráfico 5).

Grafico 5. Distribución no normal (prueba de Kolmogorov–Smirnov, $p < 0,001$)



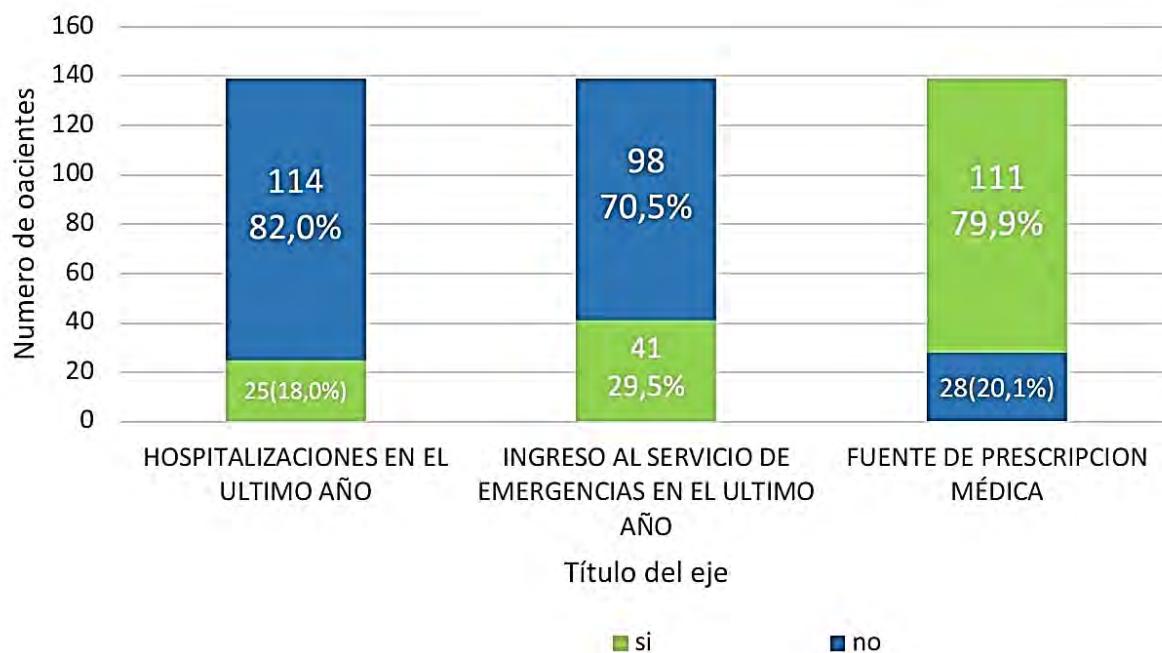
Fuente: Ficha de recolección de datos

4.1.2 Análisis univariado de los factores asistenciales en los adultos mayores con y sin polifarmacia

En relación con los factores asistenciales, se observó que el 22,8% ($n = 69$) de los adultos mayores fue hospitalizado al menos una vez en el último año, mientras que el 77,2% ($n = 233$) no presentó hospitalizaciones durante dicho periodo. Al analizar la frecuencia de atención en el servicio de emergencias, el 32,8% ($n = 99$) refirió haber acudido a emergencia en el último año, en contraste con el 67,2% ($n = 203$) que no registró ingresos por esta causa.

Respecto a la fuente de prescripción médica, la mayoría de los participantes indicó que todos los medicamentos de uso crónico fueron prescritos por un médico (79,8%; $n = 241$), mientras que el 20,2% ($n = 61$) refirió consumir al menos un medicamento sin prescripción médica (Gráfico 6).

Gráfico 6. Distribución de la variable hospitalizacion en el ultimo año, ingreso al servicio de emergencia, fuente de prescripcion medica en pacientes adultos mayores con y sin polifarmacia en tres centros asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco, 2025



Fuente: Ficha de recolección de datos

En relación con las consultas médicas en atención primaria durante los últimos tres meses, el 36,1% (n = 109) de los adultos mayores realizó una consulta, el 32,5% (n = 98) dos consultas y el 26,2% (n = 79) tres consultas; mientras que un porcentaje reducido refirió cuatro o más consultas (4,6%; n = 14).

4.1.3 Análisis univariado de los factores clínicos en los adultos mayores con y sin polifarmacia

Al evaluar los factores clínicos, se encontró que el 74,5% (n = 225) de los adultos mayores presentó al menos una comorbilidad, mientras que el 25,5% (n = 77) no refirió enfermedades crónicas. Respecto al número de comorbilidades, el 23,8% (n = 72) presentó dos enfermedades crónicas, el 21,5% (n = 65) una comorbilidad, el 19,9% (n = 60) tres comorbilidades y el 8,3% (n = 25) cuatro enfermedades crónicas; un porcentaje menor presentó cinco o más comorbilidades. En relación con las enfermedades crónicas presentes en los adultos mayores evaluados, se observó que la hipertensión arterial fue la patología más frecuente, presente en el 40,0% (n = 122) de la población, seguida de la dislipidemia con el 23,0% (n = 68) y la diabetes mellitus con el 21,0% (n = 63). Estas tres condiciones representan las comorbilidades más prevalentes en la población estudiada y reflejan una alta carga de enfermedades cardiovasculares y metabólicas, características del envejecimiento y estrechamente relacionadas con el uso crónico de múltiples medicamentos (Tabla 1).

En el análisis de la autopercepción del estado de salud, más de la mitad de los adultos mayores calificó su salud como regular (52,3%; n = 158), seguido de aquellos que la consideraron buena (26,2%; n = 79). Asimismo, el 8,6% (n = 26) calificó su estado de salud como malo, mientras que el 7,0% (n = 21) y el 6,0% (n = 18) lo calificaron como muy bueno y excelente, respectivamente.

Tabla 1. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles

Comorbilidades	N = 302 ¹
Presencia de comorbilidad:	
No	77 (25%)
Si	225 (75%)
Hipertensión	122 (40%)
Dislipidemia	68 (23%)

Diabetes	63 (21%)
Artrosis	52 (17%)
Trastornos del sueño	25 (8.3%)
Hipotiroidismo	25 (8.3%)
Osteoporosis	21 (7.0%)
Radiculopatia lumbar	21 (7.0%)
Trastornos afectivos y de ansiedad	19 (6.3%)
Enfermedad renal crónica	15 (5.0%)
Hiperplasia benigna de próstata	14 (4.6%)
Enfermedades cardíacas	14 (4.6%)
Enfermedades del sistema nervioso central	13 (4.3%)
Enfermedades gastrointestinales	12 (4.0%)
Gota	8 (2.6%)
Enfermedades respiratorias	5 (1.7%)
Cáncer	5 (1.7%)
Artritis	3 (1.0%)
Deficit vitaminico	2 (0.7%)

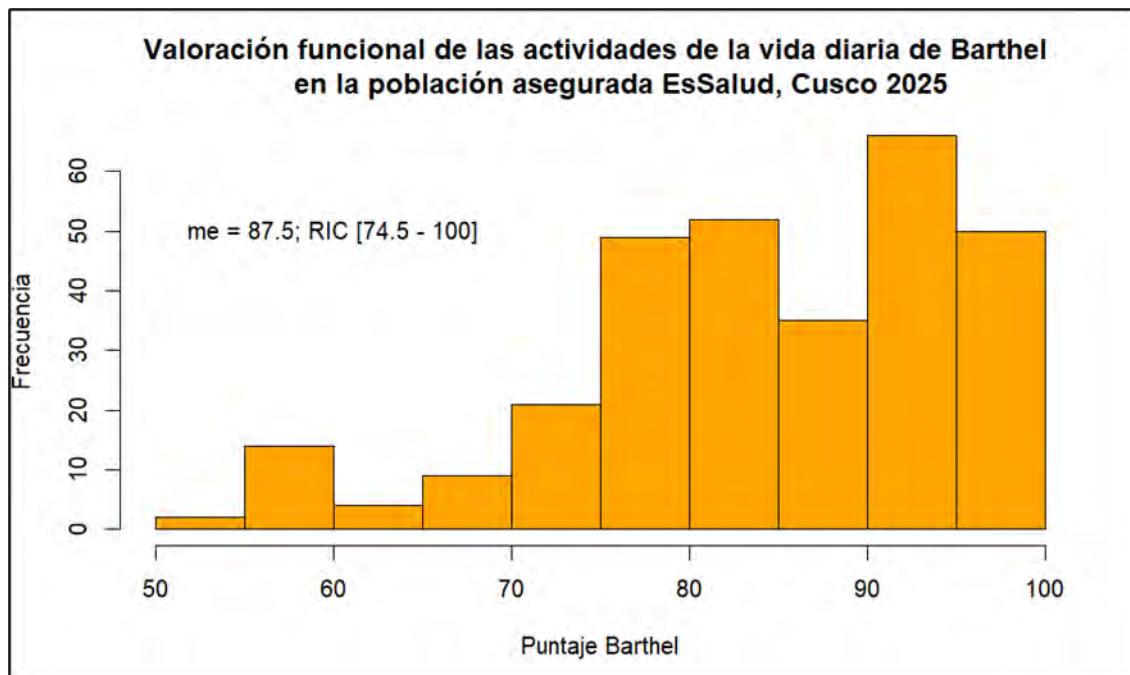
Fuente: Ficha de recolección de datos

4.1.4 Análisis univariado de los factores funcionales en los adultos mayores con y sin polifarmacia

En la evaluación de la funcionalidad mediante el Índice de Barthel, se observó que la mayoría de los adultos mayores presentó dependencia moderada para las actividades básicas de la vida diaria (56,3%; n = 170), seguido de quienes mostraron dependencia leve (21,9%; n = 66). Asimismo, el 16,6% (n = 50) fue clasificado como independiente, mientras que un 5,3% (n = 16) presentó dependencia severa.

El análisis del puntaje del Índice de Barthel evidenció una distribución no normal, con una mediana de 87,5 puntos y un rango intercuartílico de 74,5 a 100, lo que refleja un predominio de valores altos de funcionalidad básica en la población evaluada (Gráfico 7).

Gráfico 7. Distribución del puntaje del Índice de Barthel en adultos mayores según la prueba de Kolmogorov–Smirnov

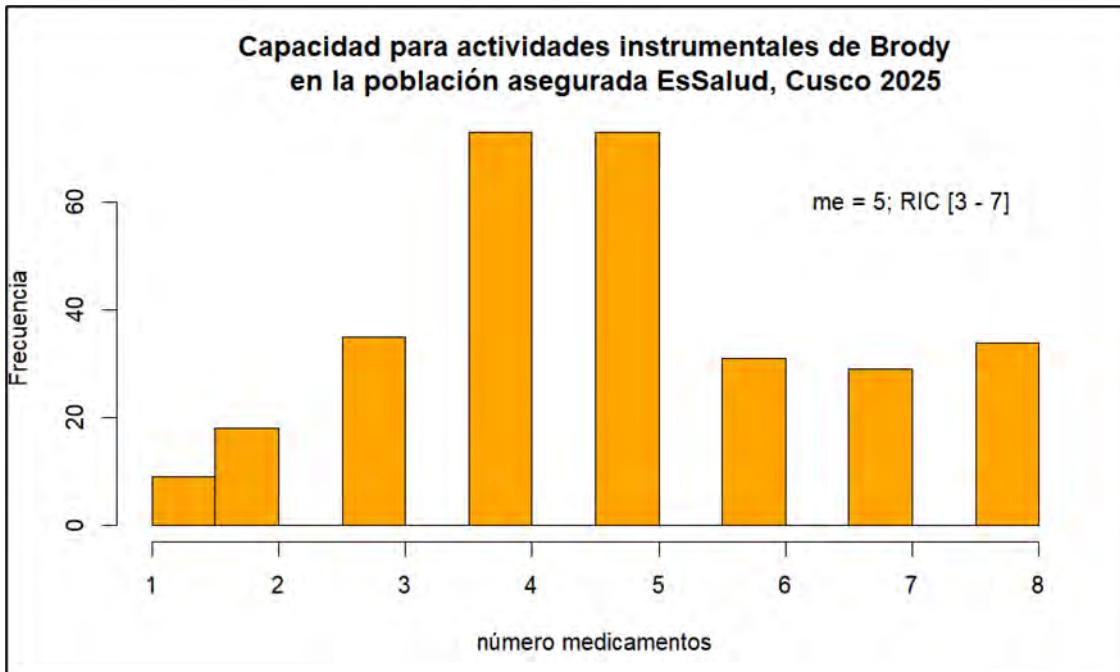


Fuente: Ficha de recolección de datos

Respecto a la funcionalidad para las actividades instrumentales de la vida diaria, evaluada mediante la Escala de Lawton y Brody, el 36,1% ($n = 109$) de los adultos mayores presentó dependencia leve, el 28,1% ($n = 85$) dependencia moderada y el 26,8% ($n = 81$) autonomía funcional. En menor proporción, el 8,6% ($n = 26$) presentó dependencia grave, y solo el 0,3% ($n = 1$) fue clasificado con dependencia total .

El análisis del puntaje de la Escala de Lawton y Brody evidenció una distribución no normal, con una mediana de 5 puntos y un rango intercuartílico de 3 a 7, lo que refleja una funcionalidad instrumental heterogénea en la población evaluada (Gráfico 8).

Gráfico 8. Distribución del puntaje del Índice de Lawton y Brody en adultos mayores según la prueba de Kolmogorov–Smirnov



Fuente: Ficha de recolección de datos

4.1.5 Análisis bivariado de los factores asociados a la polifarmacia en el adulto mayor

El análisis bivariado permitió identificar asociaciones estadísticamente significativas entre diversos factores sociodemográficos, asistenciales, clínicos y funcionales con la presencia de polifarmacia en los adultos mayores estudiados.

Factores sociodemográficos

En el análisis bivariado de los factores sociodemográficos, la edad ≥ 70 años se asoció significativamente con la polifarmacia, observándose una mayor prevalencia en este grupo ($RP = 1,50$; IC 95%: 1,11–2,03; $p = 0,007$).

Asimismo, contar con apoyo para la administración de medicamentos se asoció de manera significativa con la polifarmacia ($RP = 2,39$; IC 95%: 1,80–3,18; $p < 0,001$), constituyéndose como un factor de riesgo.

De igual forma, la presencia de riesgo social elevado, según la escala de Gijón, mostró una asociación significativa con la polifarmacia ($RP = 1,70$; IC 95%: 1,25–2,32; $p < 0,001$) (Tabla 2).

Tabla 2. Análisis bivariado de los factores sociodemográficos asociados a la polifarmacia

	POLIFARMACIA			RP [IC 95%]	valor de P
		Si	No		
		n (%)	n (%)		
Edad					
	Mayor de 70 años	78	91	1.5 [1.11 - 2.03]	0.007
	Menor de 70 años	41	92		
Sexo					
	Masculino	50	89	0.85 [0.64 - 1.13]	0.26
	Femenino	69	94		
Tener pareja					
	Si	74	129	0.8 [0.60 - 1.06]	0.133
	No	45	54		
Grado de instrucción					
	Con instrucción	175	114	0.98 [0.49 - 1.97]	0.943
	Sin Instrucción	8	5		
Apoyo en el cuidado					
	Si	72	46	2.39 [1.80 - 3.18]	< 0.001
	No	47	137		
Riesgo social					
	Riesgo social elevado	81	87	1.7 [1.25 - 2.32]	< 0.001
	Riesgo social bajo	38	96		

Fuente: Ficha de recolección de datos

Factores asistenciales

En el análisis bivariado de los factores asistenciales, se evidenció que la polifarmacia se asoció significativamente con la hospitalización en el último año, observándose una mayor prevalencia entre los adultos mayores hospitalizados en comparación con aquellos que no lo estuvieron ($RP = 2,13$; IC 95%: 1,65–2,74; $p < 0,001$).

Asimismo, el ingreso al servicio de emergencias durante el último año se asoció de manera significativa con la polifarmacia, presentando una mayor prevalencia en los adultos mayores que acudieron a emergencia frente a quienes no lo hicieron ($RP = 1,59$; IC 95%: 1,21–2,09; $p < 0,001$).

Por el contrario, la prescripción médica de los medicamentos se comportó como un factor protector, ya que los adultos mayores cuyos medicamentos fueron prescritos por un médico presentaron una menor prevalencia de polifarmacia en comparación con aquellos que no contaban con prescripción médica ($RP = 0,61$; IC 95%: 0,46–0,80; $p = 0,001$).

En cuanto a las consultas médicas en atención primaria, no se encontró una asociación significativa con la polifarmacia en el análisis bivariado (Tabla 3).

Tabla 3. Análisis bivariado de los factores asistenciales asociados a la polifarmacia

	POLIFARMACIA		RPc [IC 95%]	valor de P
	Si	No		
	n (%)	n (%)		
Hospitalizaciones en el último año				
Si	46	23	2.13 [1.65 - 2.74]	< 0.001
No	73	160		
Ingreso a emergencia				
Si	52	47	1.59 [1.21-2.09]	< 0.001
No	67	136		
Consultas médicas				
Si	118	182	0.79 [0.20 - 3.17]	1.000
No	1	1		
Fuente de prescripción médica				
Si	84	157	0.61 [0.46 - 0.80]	0.001
No	35	26		

Fuente: Ficha de recolección de datos

Factores clínicos

En el análisis bivariado de los factores clínicos, se evidenció que la presencia de dos o más comorbilidades se asoció de manera significativa con la polifarmacia, observándose una prevalencia considerablemente mayor en comparación con los adultos mayores sin comorbilidades ($RP = 16,71$; IC 95%: 7,59–36,81; $p < 0,001$).

Asimismo, la autopercepción negativa del estado de salud se asoció significativamente con la polifarmacia, presentando una mayor prevalencia entre los adultos mayores que calificaron su salud como mala en comparación con aquellos que la percibieron como buena ($RP = 3,60$; IC 95%: 2,31–5,62; $p < 0,001$) (Tabla 4)

Tabla 4. Análisis bivariado de los factores clínicos asociados a la polifarmacia

	POLIFARMACIA		RP [IC 95%]	valor de P
	Si	No		
	n (%)	n (%)		

Más de 2 comorbilidades				
Si	113	47	16.71 [7.59 - 36.81]	< 0.001
No	6	136		
Autopercepción de salud				
Mala	101	83	3.6 [2.31 - 5.62]	< 0.001
Buena	18	100		

Fuente: Ficha de recolección de datos

Factores funcionales

En el análisis bivariado de los factores funcionales, se evidenció que la dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, evaluada mediante el Índice de Barthel, se asoció significativamente con la polifarmacia, observándose una mayor prevalencia en comparación con los adultos mayores independientes ($RP = 2,43$; IC 95%: 1,32–4,45; $p < 0,001$).

De igual manera, la dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria, evaluada mediante la escala de Lawton y Brody, se asoció significativamente con la polifarmacia, presentando una mayor prevalencia frente a los adultos mayores autónomos ($RP = 2,36$; IC 95%: 1,49–3,74; $p < 0,001$) (Tabla 5).

Tabla 5. Análisis bivariado de los factores funcionales asociados a la polifarmacia

	POLIFARMACIA		RPC [IC 95%]	valor de P
	Si	No		
	n (%)	n (%)		
Dependencia a actividades básicas				
Dependiente	110	142	2.43 [1.32 - 4.45]	< 0.001
Independiente	9	41		
Dependencia a actividades instrumentales				
Dependiente	103	118	2.36 [1.49 - 3.74]	< 0.001
Autónomo	16	65		

Fuente: Ficha de recolección de datos

4.1.6 Análisis multivariado de los factores asociados a la polifarmacia en el adulto mayor

En el análisis multivariado, se identificaron diversos factores que se asociaron de manera independiente con la presencia de polifarmacia en los adultos mayores estudiados. En

relación con los factores sociodemográficos, la edad ≥ 70 años, pese a haber mostrado asociación en el análisis crudo, no mantuvo significancia estadística tras el ajuste multivariado ($RPa = 1,00$; IC 95%: 0,76–1,33; $p = 0,994$), por lo que no se consideró un factor de riesgo independiente. Por el contrario, contar con apoyo en el cuidado se mantuvo como un factor de riesgo independiente para la polifarmacia, observándose una mayor prevalencia en los adultos mayores que recibían apoyo para la administración de sus medicamentos ($RPa = 2,20$; IC 95%: 1,63–2,99; $p < 0,001$). Asimismo, el riesgo social elevado, evaluado mediante la escala de Gijón, se asoció de manera independiente con la polifarmacia ($RPa = 1,39$; IC 95%: 1,03–1,88; $p = 0,031$).

Respecto a los factores asistenciales, la hospitalización en el último año se identificó como un factor de riesgo independiente, evidenciándose una mayor prevalencia de polifarmacia en los adultos mayores hospitalizados ($RPa = 1,88$; IC 95%: 1,40–2,52; $p < 0,001$).

En contraste, el ingreso al servicio de emergencias no mantuvo una asociación estadísticamente significativa tras el ajuste multivariado ($RPa = 1,10$; IC 95%: 0,83–1,46; $p = 0,421$), por lo que no se consideró un factor de riesgo independiente.

Por otro lado, la prescripción médica de los medicamentos se comportó como un factor protector frente a la polifarmacia, observándose una menor prevalencia en los adultos mayores cuyos medicamentos fueron prescritos por un médico ($RPa = 0,69$; IC 95%: 0,54–0,89; $p = 0,001$). En cuanto a los factores clínicos, la presencia de dos o más comorbilidades mostró la mayor magnitud de asociación en el modelo multivariado, constituyéndose como el principal factor de riesgo para la polifarmacia ($RPa = 13,93$; IC 95%: 6,26–31,03; $p < 0,001$).

Por el contrario, la autopercepción negativa del estado de salud, si bien fue significativa en el análisis crudo, no mantuvo asociación independiente tras el ajuste multivariado ($RPa = 1,32$; IC 95%: 0,95–1,84; $p = 0,098$), por lo que no se consideró un factor de riesgo independiente (Tabla 6).

Tabla 6. Análisis de regresión cruda y ajustada con IC 95% de los factores asociados a la polifarmacia

	POLIFARMACIA		RPc [IC 95%]	valor de P	RPa [IC 95%]	valor de P
	Si	No				
	n (%)	n (%)				
Edad						
Mayor de 70 años	78	91	1.5 [1.11 - 2.03]	0.007	1 [0.76 - 1.33]	0.994
Menor de 70 años	41	92				
Sexo						
Masculino	50	89	0.85 [0.64 - 1.13]	0.26	0.85 [0.65-1.33]	0.225
Femenino	69	94				
Tener pareja						
Si	74	129	0.8 [0.60 - 1.06]	0.133	0.87 [0.68-1.12]	0.273
No	45	54				
Grado de instrucción						
Con instrucción	175	114	0.98 [0.49 - 1.97]	0.943	0.72 [0.36 - 1.45]	0.36
Sin Instrucción	8	5				
Apoyo en el cuidado						
Si	72	46	2.39 [1.80 - 3.18]	< 0.001	2.2 [1.63 - 2.99]	< 0.001
No	47	137				
Riesgo social						
Riesgo social elevado	81	87	1.7 [1.25 - 2.32]	< 0.001	1.39 [1.03 - 1.88]	0.031
Riesgo social bajo	38	96				
Hospitalizaciones en el último año						
Si	46	23	2.13 [1.65 - 2.74]	< 0.001	1.88 [1.40-2.52]	< 0.001
No	73	160				
Ingreso a emergencia						
Si	52	47	1.59 [1.21-2.09]	< 0.001	1.1 [0.83-1.46]	< 0.001
No	67	136				
Consultas médicas						
Si	118	182	0.79 [0.20 - 3.17]	1.000	1 [0.24 - 4.16]	1.000
No	1	1				
Fuente de prescripción médica						
Si	84	157	0.61 [0.46 - 0.80]	0.001	0.69 [0.54-0.89]	0.001
No	35	26				
Más de 2 comorbilidades						
Si	113	47	16.71 [7.59 - 36.81]	< 0.001	13.93 [6.26 - 31.03]	< 0.001
No	6	136				

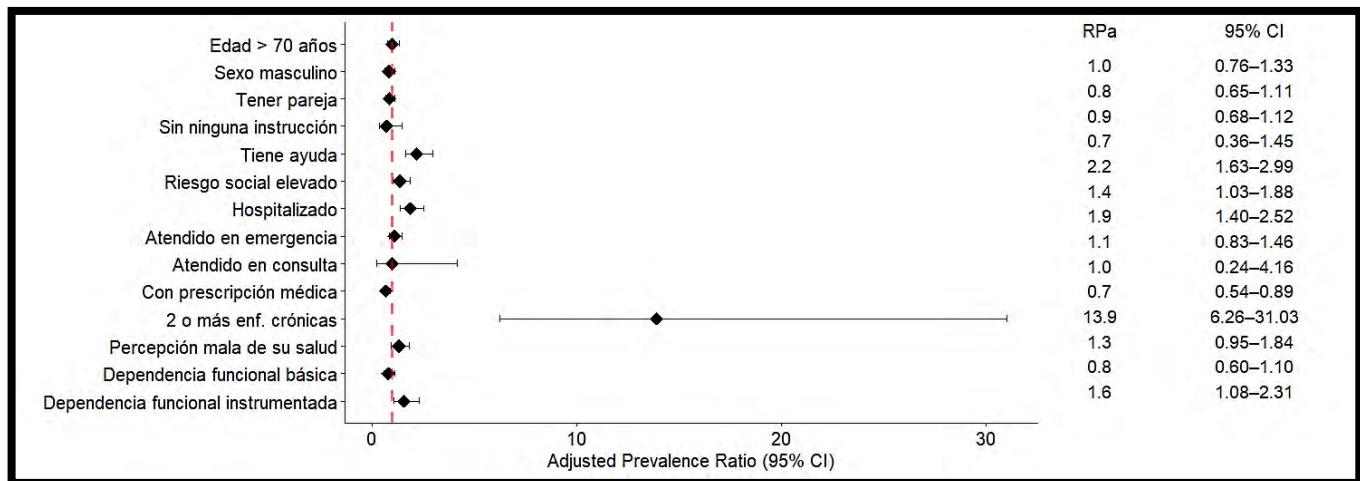
POLIFARMACIA			RPc [IC 95%]	valor de P	Rpa [IC 95%]	valor de P
	Si	No				
	n (%)	n (%)				
Autopercepción de salud						
Mala	101	83	3.6 [2.31 - 5.62]	< 0.001	1.32 [0.95-1.84]	< 0.001
Buena	18	100				
Dependencia a actividades básicas						
Dependiente	110	142	2.43 [1.32 - 4.45]	< 0.001	0.81 [0.60 - 1.10]	
Independiente	9	41				0.179
Dependencia a actividades instrumentales						
Dependiente	103	118	2.36 [1.49 - 3.74]	< 0.001	1.58 [1.08 - 2.31]	< 0.001
Autónomo	16	65				

Fuente: Ficha de recolección de datos

Respecto a los factores funcionales, la dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, evaluada mediante el Índice de Barthel, no se asoció de manera independiente con la polifarmacia en el modelo ajustado ($RPa = 0,81$; IC 95%: 0,60–1,10; $p = 0,179$). No obstante, la dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria, evaluada mediante la escala de Lawton y Brody, se mantuvo como un factor de riesgo independiente para la polifarmacia ($RPa = 1,58$; IC 95%: 1,08–2,31; $p < 0,001$).

En el (Gráfico 9) se presenta el diagrama de bosque del modelo multivariado, que resume los principales factores de riesgo identificados. En este se observa que la presencia de dos o más comorbilidades constituye el factor de riesgo con mayor impacto sobre la polifarmacia, seguido por el apoyo en el cuidado, la hospitalización en el último año, la dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria y el riesgo social elevado. Asimismo, se observó que la prescripción médica de los medicamentos se comportó como un factor protector frente a la polifarmacia. En cambio, variables como la edad ≥ 70 años, el sexo, el estado civil y la dependencia para las actividades básicas de la vida diaria no mostraron una relación independiente con la polifarmacia en el modelo ajustado.

Gráfico 9. Diagrama de bosque del modelo multivariado de polifarmacia en adultos mayores de EsSalud Cusco, 2025



Fuente: Ficha de recolección de datos

4.2. Discusión

4.2.1. Características descriptivas

Los resultados de este estudio evidenciaron una prevalencia de polifarmacia del 39,4% en adultos mayores atendidos en tres centros asistenciales de la Red Urbana de EsSalud Cusco durante el año 2025. Esta cifra evidencia que aproximadamente cuatro de cada diez adultos mayores se encuentran expuestos al uso concomitante de cinco o más medicamentos, confirmando que la polifarmacia constituye un problema frecuente y clínicamente relevante en esta población.

La prevalencia observada es comparable a la reportada en otros estudios realizados en contextos latinoamericanos. En Brasil, Vitorino et al. (2023) encontraron una prevalencia del 37% en adultos mayores atendidos en atención primaria de salud en São Paulo⁽¹⁰⁾, resultado muy similar al hallazgo del presente estudio. De manera concordante, Salinas-Rodríguez et al. (2020) reportaron una prevalencia del 45% en adultos mayores mexicanos que vivían en la comunidad⁽¹⁹⁾, lo que sugiere que en sistemas de salud con alta carga de enfermedades crónicas y amplio acceso a medicamentos, la polifarmacia alcanza proporciones elevadas.

En contraste, otros estudios poblacionales han descrito prevalencias menores. Cebrino y Portero (2023) identificaron una prevalencia de 23,2% en adultos mayores españoles no institucionalizados⁽¹¹⁾, mientras que Rezende et al. (2021) reportaron una prevalencia de

14,9% en ancianos residentes en Rio Branco, Brasil ⁽¹⁴⁾. Estas diferencias podrían explicarse por variaciones en el perfil sociodemográfico, el acceso a servicios de salud, la disponibilidad de medicamentos, así como por diferencias metodológicas, particularmente en la definición operativa de polifarmacia y en los criterios de inclusión de la población estudiada.

Por otro lado, estudios realizados en contextos clínicos más complejos o institucionalizados han reportado prevalencias significativamente mayores. Cadenas et al. (2021) describieron una prevalencia del 54,9% en residentes de hogares geriátricos en España ⁽¹⁵⁾, mientras que Aljawadi et al. (2022) encontraron una prevalencia del 51,5% en adultos mayores sauditas a nivel nacional ⁽¹⁷⁾. Asimismo, Balkhi et al. (2021) reportaron una prevalencia de hasta 66,3% en pacientes adultos atendidos en un hospital universitario en Arabia Saudita ⁽¹⁸⁾. Estas cifras más elevadas pueden atribuirse a una mayor carga de multimorbilidad, mayor fragilidad y mayor complejidad clínica en poblaciones institucionalizadas o atendidas en niveles especializados de atención.

Las diferencias observadas entre estudios también pueden estar relacionadas con el enfoque metodológico empleado.

Un hallazgo adicional de nuestro estudio fue que el 31 % de los adultos mayores con polifarmacia presentó polifarmacia no justificada, lo que evidencia un uso potencialmente inadecuado de medicamentos. Este resultado es consistente con lo reportado por Baldin Tiguman et al. (2022), quienes identificaron que cerca del 75% de los casos de polifarmacia presentaban interacciones farmacológicas potencialmente graves ⁽¹²⁾. De manera similar, Licoviski et al. (2025) resaltaron que la polifarmacia se relaciona estrechamente con enfermedades crónicas no transmisibles y con esquemas terapéuticos complejos que requieren una revisión periódica ⁽¹⁶⁾.

En síntesis, estos hallazgos ratifican que la prevalencia de la polifarmacia muestra una marcada variabilidad según el contexto. Esta disparidad está vinculada a las características de salud de la población, la accesibilidad a los servicios médicos, la estructura del sistema sanitario y los criterios metodológicos aplicados por cada autor. No obstante, la magnitud observada en el presente estudio se encuentra dentro del rango descrito a nivel internacional y refuerza la necesidad de implementar estrategias de prescripción racional, conciliación farmacológica y revisión periódica del tratamiento, especialmente en poblaciones adultas mayores con alta carga de multimorbilidad.

Factores sociodemográficos

En el análisis del presente estudio, la edad ≥ 70 años mostró una asociación significativa con la polifarmacia en el análisis crudo ($RP_c = 1,50$; IC 95%: 1,11–2,03; $p = 0,007$). Sin embargo, dicha asociación no se mantuvo tras el ajuste multivariado ($RP_a = 1,00$; IC 95%: 0,76–1,33; $p = 0,994$), lo que sugiere que el efecto observado inicialmente podría estar mediado por otras variables, como la presencia de comorbilidades o el uso de servicios de salud. Este comportamiento es consistente con lo descrito por Seixas et al. (2021), quienes reportaron una mayor prevalencia de polifarmacia en personas mayores de 80 años ($RP = 2,05$; IC 95%: 1,66–2,53), aunque señalaron que esta asociación se atenúa al controlar por multimorbilidad⁽¹³⁾. De manera similar, Cebrino y Portero (2023) identificaron una mayor prevalencia en grupos etarios más avanzados, pero destacaron que la edad por sí sola no actúa como un determinante independiente cuando se consideran otras condiciones clínicas⁽¹¹⁾.

Respecto al sexo, no se evidenció una asociación significativa con la polifarmacia ni en el análisis crudo ($RP_c = 0,85$; IC 95%: 0,64–1,13; $p = 0,260$) ni en el modelo ajustado ($RP_a = 0,85$; IC 95%: 0,65–1,33; $p = 0,225$). Este hallazgo difiere de lo reportado por Rezende et al. (2021), quienes encontraron una mayor prevalencia de polifarmacia en mujeres ($OR = 2,29$; IC 95%: 1,41–3,74)⁽¹⁴⁾, así como por Balkhi et al. (2021), que identificaron un mayor riesgo en el sexo femenino ($OR = 1,42$; IC 95%: 1,25–1,60)⁽¹⁸⁾. Estas discrepancias podrían explicarse por diferencias en el contexto asistencial, el perfil de morbilidad y el acceso a los servicios de salud.

En cuanto a la presencia de pareja, no se observó asociación significativa con la polifarmacia, tanto en el análisis crudo ($RP_c = 0,80$; IC 95%: 0,60–1,06; $p = 0,133$) como en el ajustado ($RP_a = 0,87$; IC 95%: 0,68–1,12; $p = 0,273$). Este resultado concuerda con lo reportado por Salinas-Rodríguez et al. (2020), quienes no identificaron un efecto independiente del estado civil sobre la polifarmacia⁽¹⁹⁾.

El grado de instrucción tampoco mostró asociación significativa con la polifarmacia en el presente estudio ($RP_c = 0,98$; IC 95%: 0,49–1,97; $p = 0,943$; $RP_a = 0,72$; IC 95%: 0,36–1,45; $p = 0,380$). Este hallazgo es similar al de Vitorino et al. (2023), quienes no identificaron un efecto consistente del nivel educativo sobre la polifarmacia tras el ajuste por comorbilidades⁽¹⁰⁾. No obstante, otros estudios han descrito asociaciones indirectas entre bajo nivel educativo y mayor riesgo de polifarmacia^(11,13).

Un hallazgo relevante fue el apoyo en el cuidado, el cual se asoció de manera significativa con la polifarmacia tanto en el análisis crudo ($RP_c = 2,39$; IC 95%: 1,80–3,18; $p < 0,001$) como en el modelo ajustado ($RP_a = 2,20$; IC 95%: 1,63–2,99; $p < 0,001$). Este resultado sugiere que los adultos mayores que reciben apoyo para la administración de medicamentos presentan una mayor prevalencia de polifarmacia, probablemente debido a una mayor complejidad clínica, mayor número de comorbilidades o mayor dependencia funcional. Este hallazgo es concordante con lo reportado por Seixas et al. (2021), quienes identificaron que la dificultad para administrar la medicación se asoció significativamente con la polifarmacia ($RP = 1,19$; IC 95%: 1,03–1,38) ⁽¹³⁾.

Finalmente, el riesgo social elevado, evaluado mediante la escala de Gijón, se mantuvo como un factor asociado de forma independiente con la polifarmacia ($RP_c = 1,70$; IC 95%: 1,25–2,32; $p < 0,001$; $RP_a = 1,39$; IC 95%: 1,03–1,88; $p = 0,031$). Este resultado coincide con lo descrito por Cebrino y Portero (2023), quienes observaron que una peor percepción del estado de salud y limitaciones funcionales, estrechamente vinculadas a contextos sociales desfavorables, incrementaron significativamente el riesgo de polifarmacia ⁽¹¹⁾. Asimismo, estudios previos han señalado que la vulnerabilidad social puede influir en la fragmentación de la atención médica y en la duplicidad de prescripciones, favoreciendo el uso inadecuado de múltiples medicamentos ^(12,15).

Factores asistenciales

En el presente estudio, los factores asistenciales mostraron una relación estrecha con la polifarmacia, evidenciando el impacto que tiene la interacción del adulto mayor con los servicios de salud en el consumo de medicamentos.

La hospitalización en el último año se asoció significativamente con la polifarmacia en el análisis crudo ($RP_c = 2,13$; IC 95%: 1,65–2,76; $p < 0,001$) y mantuvo su significancia estadística tras el ajuste multivariado ($RP_a = 1,88$; IC 95%: 1,40–2,52; $p < 0,001$). Este hallazgo indica que los adultos mayores hospitalizados presentan una mayor probabilidad de polifarmacia de manera independiente a otros factores sociodemográficos, clínicos y funcionales.

Resultados similares fueron reportados por Baldin Tiguman et al. (2022) en Manaos, quienes identificaron que la hospitalización en el último año se asoció significativamente con la polifarmacia ($RP = 1,90$; IC 95%: 1,09–3,32) ⁽¹²⁾. De igual forma, Cadenas et al. (2021) observaron que la hospitalización durante los últimos 12 meses incrementó el riesgo de

polifarmacia en residentes geriátricos ($OR = 2,0$; IC 95%: 1,04–3,85) ⁽¹⁵⁾. Estos hallazgos coinciden en señalar a la hospitalización como un evento crítico que favorece la intensificación del tratamiento farmacológico, debido a la incorporación de nuevos medicamentos durante la estancia hospitalaria que, en muchos casos, no son reevaluados de manera sistemática tras el alta.

En cuanto al ingreso al servicio de emergencias en el último año, se observó una asociación significativa con la polifarmacia en el análisis crudo ($RP_c = 1,59$; IC 95%: 1,20–2,11; $p = 0,001$). Sin embargo, esta asociación no se mantuvo tras el ajuste multivariado ($RP_a = 1,10$; IC 95%: 0,83–1,46; $p = 0,421$), lo que sugiere que el efecto observado inicialmente podría estar mediado por otros factores, como la multimorbilidad o la hospitalización previa. Este comportamiento ha sido descrito en otros estudios, donde el uso de servicios de emergencia refleja la gravedad clínica del paciente más que constituir un determinante independiente de la polifarmacia ^(11,13).

Respecto a las consultas médicas en atención primaria, si bien se evidenció una mayor frecuencia de polifarmacia en los adultos mayores con mayor número de consultas en el análisis bivariado, esta variable no se mantuvo como factor independiente en el modelo ajustado. Este hallazgo difiere parcialmente de lo reportado por Seixas et al. (2021), quienes encontraron que realizar más de cinco consultas médicas anuales se asoció significativamente con la polifarmacia ($RP = 3,58$; IC 95%: 2,25–5,70) ⁽¹³⁾.

Un hallazgo particularmente relevante del presente estudio fue que la prescripción médica se comportó como un factor protector frente a la polifarmacia, tanto en el análisis crudo ($RP_c = 0,61$; IC 95%: 0,49–0,77; $p = 0,001$) como en el análisis ajustado ($RP_a = 0,69$; IC 95%: 0,54–0,89; $p = 0,001$). Este resultado sugiere que contar con una prescripción médica formal y centralizada reduce la probabilidad de polifarmacia, posiblemente al disminuir la automedicación, la duplicitud terapéutica y la fragmentación de la atención.

Este hallazgo es consistente con lo reportado por Seixas et al., quienes señalaron que ser atendido por el mismo médico y que el profesional conozca toda la medicación del paciente se asoció con una menor exposición a la polifarmacia ($RP = 1,26$ y $RP = 1,44$, respectivamente) ⁽¹³⁾. Asimismo, Balkhi et al. (2021) destacaron que la ausencia de una revisión periódica de la medicación incrementa el riesgo de polifarmacia inapropiada ⁽¹⁸⁾. En este sentido, la prescripción médica adecuada emerge como un elemento clave en la prevención de la polifarmacia y en la promoción del uso racional de medicamentos.

En conjunto, estos hallazgos evidencian que los factores asistenciales, particularmente la hospitalización reciente y la calidad del proceso de prescripción, desempeñan un rol determinante en la presencia de polifarmacia en el adulto mayor. Ello resalta la necesidad de fortalecer estrategias como la conciliación farmacológica al alta hospitalaria, la continuidad del cuidado en atención primaria y la revisión periódica de los tratamientos, con el fin de reducir la carga farmacológica innecesaria y los riesgos asociados.

Factores clínicos

La presencia de dos o más comorbilidades se asoció significativamente con la polifarmacia tanto en el análisis crudo ($RP_c = 16,80$; IC 95%: 7,43–37,98; $p < 0,001$) como en el modelo multivariado ajustado ($RP_a = 13,93$; IC 95%: 6,26–31,03; $p < 0,001$), constituyéndose como el factor con mayor magnitud de asociación identificado en este estudio. Este hallazgo indica que los adultos mayores con multimorbilidad presentan una probabilidad marcadamente mayor de consumir múltiples medicamentos de manera concomitante, independientemente de factores sociodemográficos, asistenciales y funcionales.

Este resultado es consistente con una amplia evidencia internacional que identifica a la multimorbilidad como el principal determinante de la polifarmacia. En Brasil, Vitorino et al. (2023) reportaron que la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles se asoció fuertemente con la polifarmacia ($OR = 9,5$; IC 95%: 2,2–40,4) ⁽¹⁰⁾. De manera similar, Seixas et al. (2021) encontraron que tener tres o más enfermedades crónicas incrementó significativamente la prevalencia de polifarmacia ($RP = 12,44$; IC 95%: 8,70–17,80) ⁽¹³⁾, valor comparable a la magnitud observada en el presente estudio.

Asimismo, Licoviski et al. (2025) identificaron asociaciones significativas entre la polifarmacia y múltiples enfermedades crónicas, como cardiopatías ($OR = 5,93$), diabetes mellitus ($OR = 2,48$), enfermedad renal crónica ($OR = 1,87$) y depresión ($OR = 2,11$) ⁽¹⁶⁾. De igual manera, Balkhi et al. (2021) reportaron que la probabilidad de polifarmacia se triplicó en pacientes con hipertensión arterial ($OR = 3,03$) y se incrementó cinco veces en aquellos con demencia ($OR = 5,49$) ⁽¹⁸⁾. Estos hallazgos refuerzan la noción de que la polifarmacia es, en gran medida, una consecuencia directa del abordaje farmacológico de múltiples enfermedades crónicas coexistentes.

En cuanto a la autopercepción del estado de salud, se observó una asociación significativa con la polifarmacia en el análisis crudo ($RP_c = 3,59$; IC 95%: 2,22–5,80; $p < 0,001$); sin embargo, dicha asociación no se mantuvo tras el ajuste multivariado ($RP_a = 1,32$; IC 95%:

0,95–1,84; $p = 0,098$). Este comportamiento sugiere que la percepción negativa de la salud podría reflejar la carga de comorbilidades y el deterioro funcional subyacente, más que constituir un factor independiente asociado al uso de múltiples medicamentos.

Resultados similares han sido descritos en otros estudios. Cebrino y Portero (2023) reportaron que una muy mala percepción del estado de salud se asoció con mayor polifarmacia (OR hasta 6,56), aunque dicha asociación se atenuó tras el ajuste por enfermedades crónicas y limitaciones funcionales ⁽¹¹⁾. Asimismo, Rezende et al. (2021) observaron que percibir la salud como mala o muy mala incrementó la probabilidad de polifarmacia (OR = 2,06; IC 95%: 0,85–4,99), aunque con pérdida de precisión estadística tras el control de variables clínicas ⁽¹⁴⁾. Estos hallazgos son concordantes con lo observado en el presente estudio y sugieren que la autopercepción de la salud actúa como un indicador subjetivo del estado clínico general, más que como un determinante causal independiente.

Desde una perspectiva clínica, la fuerte asociación observada entre multimorbilidad y polifarmacia plantea importantes desafíos para el manejo del adulto mayor. El tratamiento simultáneo de múltiples enfermedades crónicas suele derivar en esquemas terapéuticos complejos, con mayor riesgo de interacciones farmacológicas, eventos adversos y prescripción potencialmente inapropiada. Tal como señalan Baldin Tiguman et al. (2022), este fenómeno se asocia con una elevada frecuencia de interacciones farmacológicas potencialmente graves, lo que resalta la necesidad de estrategias de desprescripción y conciliación farmacológica ⁽¹²⁾.

Factores funcionales

En el presente estudio, los factores funcionales mostraron una relación relevante con la polifarmacia, especialmente en lo referido a la dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), lo que evidencia la estrecha interacción entre deterioro funcional y mayor carga farmacológica en el adulto mayor.

En el análisis bivariado, la dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), evaluada mediante el Índice de Barthel, se asoció significativamente con la polifarmacia ($RP_c = 2,43$; IC 95%: 1,31–4,52; $p < 0,001$). Sin embargo, esta asociación no se mantuvo en el análisis multivariado ajustado ($RP_a = 0,81$; IC 95%: 0,60–1,10; $p = 0,179$), lo que sugiere que el efecto observado inicialmente podría estar mediado por otros factores clínicos y asistenciales, como la multimorbilidad o las hospitalizaciones recientes.

Este comportamiento es comparable con lo reportado por Rezende et al. (2021), quienes encontraron que la dependencia funcional se asociaba con la polifarmacia en el análisis crudo ($OR = 1,65$; IC 95%: 1,05–2,60), pero con pérdida de significancia tras ajustar por comorbilidades ⁽¹⁴⁾. De manera similar, Cebrino y Portero (2023) describieron que la limitación funcional severa incrementaba el riesgo de polifarmacia, aunque esta asociación se atenuaba al considerar simultáneamente la carga de enfermedades crónicas y el uso de servicios de salud ⁽¹¹⁾. Estos hallazgos respaldan la idea de que la dependencia para ABVD suele coexistir con otras condiciones que explican en mayor medida la exposición a múltiples medicamentos.

Por el contrario, la dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria, evaluada mediante la escala de Lawton y Brody, se mantuvo como un factor asociado independiente a la polifarmacia en el modelo ajustado ($RPa = 1,58$; IC 95%: 1,08–2,31; $p < 0,001$). Este resultado indica que los adultos mayores con limitaciones en tareas instrumentales (manejo del dinero, el uso del teléfono o la administración de medicamentos) presentan una mayor probabilidad de polifarmacia, incluso tras controlar otros factores relevantes.

Este hallazgo es concordante con estudios previos. Rezende et al. (2021) identificaron una asociación significativa entre dependencia en AIVD y polifarmacia ($OR = 1,65$; IC 95%: 1,05–2,60) ⁽¹⁴⁾. Asimismo, Seixas et al. (2021) reportaron que la dificultad para administrar la medicación se asoció de manera significativa con la polifarmacia ($RP = 1,19$; IC 95%: 1,03–1,38) ⁽¹³⁾, lo que refuerza el vínculo entre la dependencia y mayor consumo de fármacos.

Desde una perspectiva clínica, la dependencia en AIVD puede reflejar un mayor grado de fragilidad, complejidad clínica y necesidad de cuidados, lo que incrementa la probabilidad de múltiples prescripciones, consultas médicas frecuentes y hospitalizaciones. Además, las dificultades para la autoadministración de medicamentos pueden favorecer errores de dosificación, duplicidad terapéutica y la perpetuación de esquemas farmacológicos no revisados, contribuyendo a la polifarmacia y a sus consecuencias adversas.

4.3. Conclusiones

- En el presente estudio se identificó que los factores sociodemográficos, asistenciales, clínicos y funcionales se asocian con la presencia de polifarmacia en los adultos mayores atendidos en tres centros asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco durante el año 2025, evidenciando que este fenómeno responde a la interacción de múltiples dimensiones que deben ser abordadas de manera integral en la atención del adulto mayor.
- La prevalencia de polifarmacia fue del 39,4%, evidenciando una carga considerable de tratamiento farmacológico en esta población asegurada. Asimismo, se identificó la presencia de polifarmacia no justificada en una proporción relevante de los adultos mayores con polifarmacia, lo que pone de manifiesto la necesidad de fortalecer las estrategias de prescripción racional, revisión periódica de tratamientos y conciliación farmacológica en los servicios de salud.
- En relación con los factores sociodemográficos, el análisis multivariado evidenció que el riesgo social elevado se constituye como un factor de riesgo independiente para la polifarmacia, lo que pone de manifiesto la influencia de las condiciones sociales desfavorables y la vulnerabilidad social en la complejidad del tratamiento farmacológico del adulto mayor.
- El principal factor de riesgo clínico asociado a la polifarmacia fue la presencia de dos o más comorbilidades, constituyéndose como el factor con mayor magnitud de asociación en el modelo multivariado. Este resultado confirma que la multimorbilidad es el determinante más importante del uso simultáneo de múltiples medicamentos, debido a la necesidad de tratar diversas enfermedades crónicas de manera concomitante.
- Entre los factores asistenciales, la hospitalización en el último año se asoció de manera independiente con la polifarmacia, evidenciando que los episodios de hospitalización representan momentos críticos para la intensificación y acumulación de tratamientos farmacológicos. En contraste, la prescripción médica adecuada se comportó como un factor protector, resaltando la importancia del seguimiento clínico continuo, la prescripción basada en criterios clínicos y la conciliación farmacológica para prevenir la polifarmacia innecesaria.
- Respecto a los factores funcionales, la dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria se mantuvo como un factor de riesgo independiente

para la polifarmacia, lo que indica que el deterioro funcional instrumental se asocia con una mayor complejidad clínica y terapéutica. Este hallazgo subraya la necesidad de incorporar de forma sistemática la evaluación funcional en la atención del adulto mayor como parte de las estrategias de prevención y manejo de la polifarmacia.

4.4. Sugerencias

Para la comunidad científica y académica

- Considerar el desarrollo de investigaciones longitudinales y evaluativas sobre polifarmacia en el adulto mayor**

Dado que el presente estudio se basó en un diseño transversal, se sugiere que futuras investigaciones profundicen en el seguimiento longitudinal de la polifarmacia, permitiendo evaluar su evolución en el tiempo, su impacto en desenlaces clínicos relevantes (hospitalizaciones, deterioro funcional, eventos adversos y calidad de vida), así como la efectividad de intervenciones orientadas a la prescripción racional y la deprescripción.

- Ampliar la evidencia local que respalte la toma de decisiones en salud**

Se sugiere el desarrollo de estudios multicéntricos y comparativos en diferentes regiones del país, que permitan identificar variaciones en la prevalencia y en los factores de riesgo de la polifarmacia en poblaciones aseguradas y no aseguradas. Esta información podría contribuir al fortalecimiento de políticas públicas, guías clínicas y estrategias institucionales orientadas al uso seguro y racional de medicamentos en el adulto mayor.

Para la GERESA y el Ministerio de Salud

- Considerar el fortalecimiento de lineamientos orientados al uso racional de medicamentos en el adulto mayor**

Se sugiere que la GERESA Cusco y el Ministerio de Salud tomen en cuenta los hallazgos del presente estudio para reforzar normas técnicas, guías clínicas y estrategias sanitarias relacionadas con la prescripción racional en el adulto mayor, promoviendo acciones de capacitación, supervisión y monitoreo del uso de medicamentos en los distintos niveles de atención.

Para la Gerencia y los servicios asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco

- **Optimizar la gestión integral del tratamiento farmacológico en el adulto mayor**

Considerando la elevada prevalencia de polifarmacia y polifarmacia no justificada identificada en el estudio, se sugiere priorizar estrategias institucionales orientadas a la revisión periódica de los tratamientos, con énfasis en la seguridad del paciente adulto mayor y la reducción de riesgos clínicos, funcionales y económicos.

- **Fortalecer la evaluación geriátrica integral y la prescripción médica racional**

Se sugiere incorporar de manera sistemática la evaluación geriátrica integral y reforzar la capacitación del personal de salud en prescripción racional, deprescripción segura y conciliación farmacológica, especialmente en momentos críticos como hospitalizaciones y altas médicas.

Asimismo, podría considerarse el uso racional de combinaciones farmacológicas cuando estén clínicamente indicadas, como asociaciones de antihipertensivos o formulaciones combinadas de vitaminas, con el objetivo de simplificar los esquemas terapéuticos y reducir la carga farmacológica innecesaria, sin comprometer la eficacia del tratamiento.

Para los establecimientos del primer nivel de atención

- **Reforzar el seguimiento continuo del adulto mayor con multimorbilidad**

Dado que la multimorbilidad fue el principal factor de riesgo identificado para la polifarmacia, se sugiere fortalecer el seguimiento clínico de los adultos mayores en el primer nivel de atención, promoviendo la revisión periódica de los esquemas terapéuticos y una adecuada coordinación con los niveles de mayor complejidad..

- **Identificar tempranamente el riesgo social y la dependencia funcional**

Se sugiere fortalecer la detección precoz del riesgo social elevado y de la dependencia funcional, articulando intervenciones oportunas con el área de trabajo social y las redes de apoyo comunitario, con el fin de reducir factores que contribuyen a la polifarmacia.

Para la población adulta mayor y cuidadores

- **Fomentar el uso seguro y responsable de los medicamentos**

Considerando la presencia de polifarmacia no justificada, se sugiere reforzar la educación dirigida a los adultos mayores y sus cuidadores sobre los riesgos de la

automedicación, la duplicidad terapéutica y el uso innecesario de fármacos, promoviendo la consulta regular con el personal de salud antes de realizar cambios en el tratamiento.

- **Fortalecer la participación informada y supervisada del entorno familiar y cuidadores**

Dado que la presencia de cuidador se asoció con la polifarmacia, se sugiere implementar estrategias educativas dirigidas a cuidadores, en coordinación con el personal de salud, orientadas a un manejo adecuado y supervisado de los medicamentos, evitando prácticas que incrementen el riesgo de polifarmacia innecesaria.

PRESUPUESTO

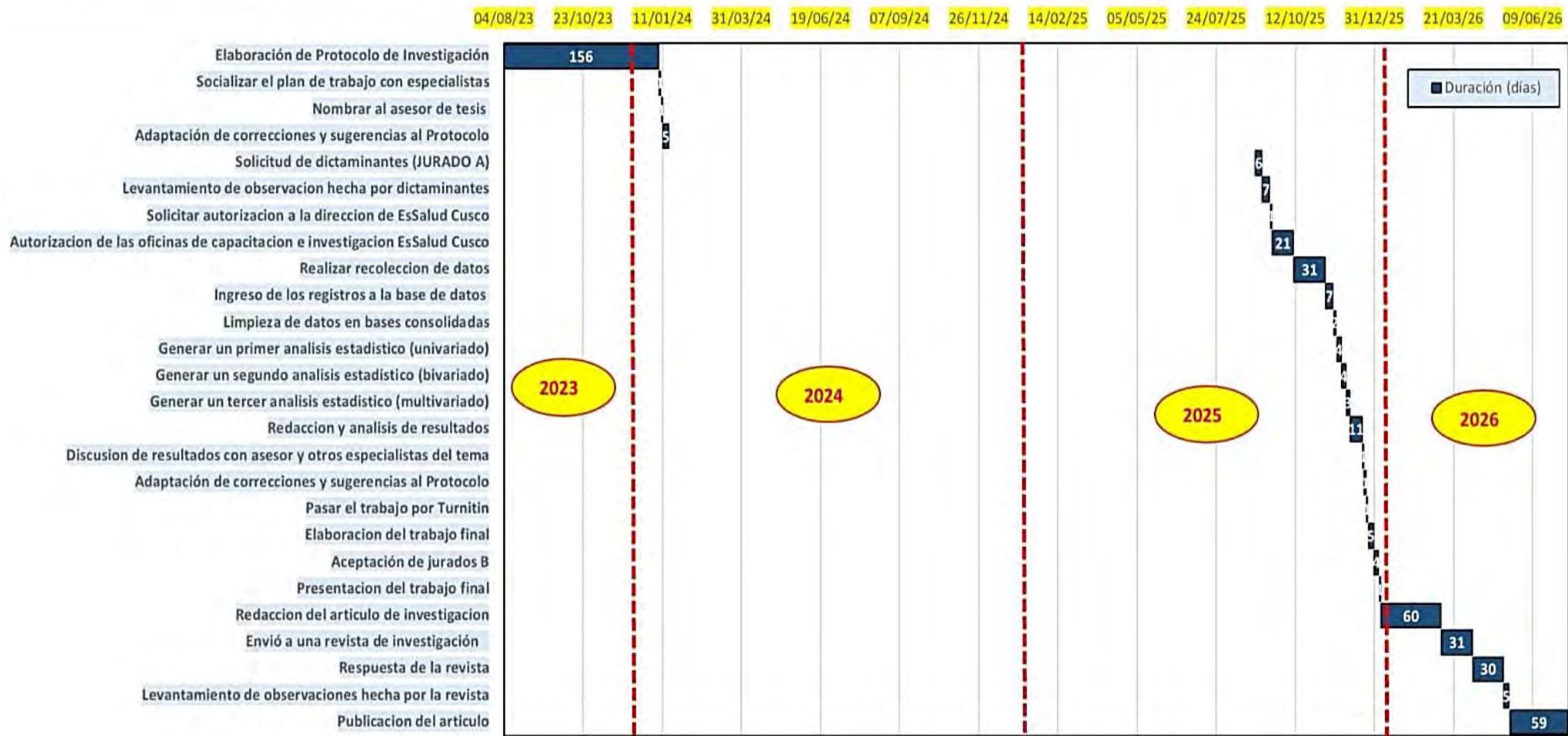
CATEGORIA	DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO	DETALLE DEL COSTO	PRESUPUESTO (soles)	APORTE	
				PROPIO	VRIN YACHAININCHIS
Impresión de proyecto	5 unidades del proyecto de investigación impresas	5 unidades x 6 soles	30.00	30.00	
Impresión de cuadernillo de validación	5 cuadernillos de validación	0.2 soles x 20 hojas	4.00	4.00	
Impresión de ficha de entrevista	302 encuestas	0.3 soles x 1208 hojas	362.00	362.00	
Impresión de ejemplares para asesor	1 unidad del proyecto de investigación impresas	1 unidad x 6 soles	6.00	6.00	
Inscripción por nombramiento de Asesor y Tema de Tesis	Trámite por inscripción	30 soles	30.00	30.00	
Solicitud de dictaminantes jurado A	Trámite por asignación de dictaminante	20 soles	20.00	20.00	
Impresión de ejemplares para dictaminantes jurado A	3 unidades del proyecto de investigación impresas	3 unidades x 6 soles	18.00	18.00	
Aplicación de las entrevistas	Movilidad al hospital	1 sol x 590 viajes	590.00		590.00
	Contrato de un entrevistador por costo de entrevista	8.5 soles x 590 entrevistas	5,015.00		5,015.00
	Refrigerio del entrevistador bebida y sandwich	5 soles x 100 refrigerios	500.00		500.00

Digitalización y trascipción de datos	Contrato de digitación y trascipción de datos	100 soles	100.00		100.00
Procesamiento de datos	Acompañamiento de investigador	400 soles	400.00		400.00
Análisis de resultados, conclusiones y recomendaciones	Reunión de análisis de resultados, conclusiones y recomendaciones	500 soles	500.00		500.00
	Material de escritorio: lapicero, papel, tablero, etc	varios	100.00		100.00
Impresión de ejemplares para dictaminantes jurado B	3 unidades del proyecto de investigación impresas	3 unidades x 8 soles	24.00	24.00	
Sustención de tesis con dictámenes jurado B	Calificación de expediente para obtar al título profesional	434 soles	434.00		434.00
Total			8,133.00	494.00	7,639.00

El total del presupuesto fue financiado por:

- Tesista S/ 494.00 (6.08% del total)
- VRIN YACHAININCHIS S/ 7639.00 (93.92% del total)

DIAGRAMA DE ACTIVIDADES



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Atención integrada para las personas mayores (ICOPE): Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud. Manual - OPS/OMS Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 9 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/atencion-integrada-para-personas-mayores-icode-guia-sobre-evaluacion-esquemas-atencion>
2. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las personas adultas mayores MINSA 2023 [Internet]. [citado 8 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/4557563-789-2023-minsa>.
3. Informe sobre el envejecimiento y la salud. OMS 2015 [Internet]. [citado 9 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/pub_p1.pdf
4. Envejecimiento y salud [Internet]. [citado 9 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
5. Medication Safety in Polypharmacy. World Health Organization 2019 [Internet]. [citado 8 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/who-uhc-sds-2019-11-eng.pdf>
6. Organización Panamericana de la Salud. La salud de los adultos mayores: una visión compartida. 2^a Edición [Internet]. OPS; 2011 [citado 8 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51598>
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. [citado 9 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/ninez-y-adulto-mayor/2023/1/#lista>
8. Delara M, Murray L, Jafari B, Bahji A, Goodarzi Z, Kirkham J, et al. Prevalence and factors associated with polypharmacy: a systematic review and meta-analysis. BMC Geriatr. 19 de julio de 2022;22(1):601.

9. Piccoliori G, Mahlknecht A, Sandri M, Valentini M, Vögele A, Schmid S, et al. Epidemiology and associated factors of polypharmacy in older patients in primary care: a northern Italian cross-sectional study. *BMC Geriatr.* diciembre de 2021;21(1):197.
10. Vitorino LM, Lopes Mendes JH, De Souza Santos G, Oliveira C, José H, Sousa L. Prevalence of Polypharmacy of Older People in a Large Brazilian Urban Center and its Associated Factors. *IJERPH.* 5 de mayo de 2023;20(9):5730.
11. Cebrino J, Portero De La Cruz S. Polypharmacy and associated factors: a gender perspective in the elderly Spanish population (2011–2020). *Front Pharmacol.* 21 de abril de 2023;14:1189644.
12. Tiguman GMB, Biase TMMA, Silva MT, Galvão TF. Prevalência e fatores associados à polifarmácia e potenciais interações medicamentosas em adultos na cidade de Manaus: estudo transversal de base populacional, 2019. *Epidemiol Serv Saúde.* 2022;31(2):e2021653.
13. Seixas BV, Freitas GR. Polypharmacy among older Brazilians: prevalence, factors associated, and sociodemographic disparities (ELSI-Brazil). *Pharm Pract (Granada).* 22 de enero de 2021;19(1):2168.
14. Rezende GRD, Amaral TLM, Amaral CDA, Vasconcellos MTLD, Monteiro GTR. Prevalência e fatores associados à polifarmácia em idosos residentes em Rio Branco, Acre, Brasil: estudo transversal de base populacional, 2014. *Epidemiol Serv Saúde.* 2021;30(2):e2020386.
15. Raquel Cadenas, María José Diez, Nélida Fernández, Juan José García et al. Prevalence and Associated Factors of Polypharmacy in Nursing Home Residents: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021; 18(4): 2037
16. Pamela Taina Licoviski, Clóris Regina Blansk, Paulo Vitor Farago et al. Polypharmacy in the Brazilian elderly population and associated chronic non-communicable diseases: a nationwide study. *Revista brasileña geriatría y gerontología* 2025;28:e240165.

17. Aljawadi MH, Khoja AT, Alaboud NM, AlEnazi ME, Al-Shammari SA, Khoja TA, et al. Prevalence of Polypharmacy and Factors Associated with it Among Saudi Older Adults – Results from the Saudi National Survey for Elderly Health (SNSEH). *Saudi Pharmaceutical Journal.* marzo de 2022;30(3):230-6.
18. Bander Balkhi, Nasser AlQahtani, Monira Alwhaibi, Thamir M Alshammari et al Prevalence and factors associated with polypharmacy use among adult patients in Saudi Arabia. *J Patient Saf.* Diciembre de 2021 1;17(8):e1119-e1124
19. Salinas-Rodríguez A, Manrique-Espinoza B, Rivera-Almaraz A, Ávila-Funes JA. Polypharmacy is associated with multiple health-related outcomes in Mexican community-dwelling older adults. *Salud Publica Mex.* 8 de mayo de 2020;62(3, may-jun):246.
20. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr.* diciembre de 2017;17(1):230.
21. Januário BD, Mafra NS, de Souza Silva H, Carvalho IM, Sena ALS, Pereira APGS, et al. Worldwide Prevalence of Polypharmacy: A Systematic Review. *Curr Drug Metab.* 2023;24(8):568-86.
22. Varghese D, Ishida C, Patel P, et al. Polifarmacia. Editorial: StatPearls Publishing [actualizado 12 feb 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532953/>
23. Appropriate and inappropriate polypharmacy-Choosing the right strategy. *Brit J Clinical Pharma.* enero de 2021;87(1):1-2.
24. Martín-Díaz M, Pino-Merlo G, Bueno-Cabanillas A, Khan KS. Longitudinalidad en atención primaria y polifarmacia. Una revisión sistemática. *Medicina de Familia SEMERGEN.* julio de 2023;49(5):101994.
25. Varghese D, Ishida C, Haseer Koya H. Polypharmacy. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 9 de diciembre de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532953/>

26. Kurczewska-Michalak M, Lewek P, Jankowska-Polańska B, Giardini A, Granata N, Maffoni M, et al. Polypharmacy Management in the Older Adults: A Scoping Review of Available Interventions. *Front Pharmacol.* 26 de noviembre de 2021;12:734045.
27. Alves B/ O/ OM. DeCS [Internet]. [citado 8 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=33105&filter=ths_termall&q=Polifarmacia
28. Alves B/ O/ OM. DeCS [Internet]. [citado 8 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=555&filter=ths_termall&q=atencion%20ambulatoria
29. Alves B/ O/ OM. DeCS [Internet]. [citado 8 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=11756&filter=ths_termall&q=atencion%20primaria
30. Alves B/ O/ OM. DeCS [Internet]. [citado 8 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=37431&filter=ths_termall&q=factores%20asociados
31. Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P.(2014). Metodología de la investigación 6a. ed. México D.F.: McGraw-Hill.
32. American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2023;71(9):2052–2096.
33. Martín A, Jodar G. Atención familiar y salud comunitaria: Conceptos y materiales para docentes y estudiantes. Barcelona: Elsevier;2018. 325 p.
34. Chavarro D , Cano C, Heredia R. Abordaje geriátrico integral: escalas de uso frecuente en geriatría. Colombia: Editorial Pontificia Universidad Javeriana;2024. 102 p.
35. D'Hyver C, Gutiérrez L, Zúñiga C. Geriatría. España: Editorial El Manual Moderno;2024. 35 p.

36. Martínez Gallardo Prieto, L. El ABC de los síndromes geriátricos y otros temas selectos de geriatría. México: Editorial Alfil;2024. 18 p.
37. Ye L, Yang-Huang J, Franse CB, Rukavina T, Vasiljev V, Mattace-Raso F, et al . Factors associated with polypharmacy and the high risk of medication-related problems among older community-dwelling adults in European countries: a longitudinal study. BMC Geriatr. Noviembre de 2022 7;22(1):841.
38. Carrasco M, Born, M. Manual de geriatría: Una mirada práctica e interdisciplinaria. Chile: Ediciones UC. 2021. 528 p.
39. Hsu HF, Chen KM, Belcastro F, Chen YF. Polypharmacy and pattern of medication use in community-dwelling older adults: A systematic review. J Clin Nurs. Abril de 2021;30(7-8):918-928.
40. Pazan F, Wehling M. Polypharmacy in older adults: a narrative review of definitions, epidemiology and consequences. Eur Geriatr Med. Junio de 2021;12(3):443-452.
41. Zhao D, Huang P, Yu L, He Y. Pharmacokinetics-Pharmacodynamics Modeling for Evaluating Drug-Drug Interactions in Polypharmacy: Development and Challenges. Clin Pharmacokinet. Julio de 2024;63(7):919-944.
42. Fujita K, Masnoon N, Mach J, O'Donnell LK, Hilmer SN. Polypharmacy and precision medicine. Camb Prism Precis Med. Marzo de 2023 10;1:e22.
43. Gutiérrez Robledo, L. M., García Peña, M. d. C., Arango Lopera, V. E. (2012). Geriatría para el médico familiar: . México: Editorial El Manual Moderno.
44. Cho HJ, Chae J, Yoon SH, Kim DS. Factors related to polypharmacy and hyperpolypharmacy for the elderly: A nationwide cohort study using National Health Insurance data in South Korea. Clin Transl Sci. Febrero de 2023;16(2):193-205.
45. Downing J, Taylor R, Mountain R, Barr B, Daras K, et al. Socioeconomic and health factors related to polypharmacy and medication management: analysis of a Household Health Survey in North West Coast England. BMJ Open.Mayo de 2022 24;12(5):e054584.
46. Zhao Y, Wang J, Zhu X, Zhang X, et al. Multimorbidity and polypharmacy in hospitalized older patients: a cross-sectional study. BMC Geriatr. Julio de 2023 11;23(1):423.

47. Huang YT, Steptoe A, Wei L, Zaninotto P. Dose-Response Relationships Between Polypharmacy and All-Cause and Cause-Specific Mortality Among Older People. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. Mayo del 2022;5;77(5):1002-1008.
48. Alemayehu TT, Wassie YA, Bekalu AF, Tegegne AA, Ayenew W, et al. Prevalence of potential drug-drug interactions and associated factors among elderly patients in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *Glob Health Res Policy*. Noviembre de 2024;13;9(1):46.
49. Khezrian, M., McNeil, C. J., Murray, A. D., & Myint, P. K. (2020). An overview of prevalence, determinants and health outcomes of polypharmacy. *Therapeutic advances in drug safety*, Junio de 2020;12;11:2042098620933741.
50. Li Y, Zhang X, Yang L, Yang Y, Qiao G, Lu C, Liu K. Association between polypharmacy and mortality in the older adults: A systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr*. Junio de 2022;100:104630.
51. Henry Sutanto. Tackling polypharmacy in geriatric patients: Is increasing physicians awareness adequate? *Arch Gerontol Geriatr*. Septiembre de 2025.
52. Ngcobo NN. Influence of Ageing on the Pharmacodynamics and Pharmacokinetics of Chronically Administered Medicines in Geriatric Patients: A Review. *Clin Pharmacokinet*. Marzo de 2025;64(3):335-367.
53. Soon HC, Geppetti P, Lupi C, et al. Medication Safety. *Patient Safety and Clinical Risk Management* Cham: 15 de diciembre de 2020, cap 31.
54. Jungo KT, Streit S, Lauffenburger JC. Patient factors associated with new prescribing of potentially inappropriate medications in multimorbid US older adults using multiple medications. *BMC Geriatr*. Marzo de 2021;6;21(1):163.
55. ¿Qué es la polifarmacia y como evitarla? – EsSalud [Internet] [citado el 20 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://portal.essalud.gob.pe/index.php/2021/03/13/que-es-la-polifarmacia-y-como-evitarla/>

ANEXOS

ANEXO 1: Matriz de consistencia

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	DIMENSIONES, VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGIA	RECOLECCION DE DATOS Y PLAN DE ANALISIS
¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la polifarmacia en el adulto mayor en tres Centros Asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco, 2025?	Determinar los factores de riesgo asociados a la polifarmacia en el adulto mayor en tres Centros Asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco, 2025	Los factores sociodemográficos, asistenciales, clínicos y funcionales se asocian significativamente, como factores de riesgo, con la presencia de polifarmacia en el adulto mayor atendido en tres Centros Asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco, 2025	VARIABLE DEPENDIENTE: Polifarmacia <ul style="list-style-type: none"> - Cantidad de medicamentos consumidos diariamente - Grupo farmacológico de uso regular 	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de estudio: Cuantitativo, analítico de alcance correlacional - Diseño de investigación: Transversal, observacional no experimental - Población y muestra: Pacientes adultos mayores de 60 años o más atendidos en 03 centros asistenciales de la Red Urbana Essalud Cusco (Policlínico San Sebastián, Centro Médico Santiago y Centro Médico Metropolitano), en el año 2025 	<ul style="list-style-type: none"> - Instrumento: Ficha de recolección de datos que contiene 17 ítems con 6 dominios, en la cual se realizaron preguntas con alternativas y algunas más que requieren ser completadas, todas ellas con control y duración de 15 minutos. - Plan de análisis de datos: En base a la ficha de recolección de datos se realizará un análisis estadístico univariado, bivariado y multivariado. Dichos análisis se
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	VARIABLES INDEPENDIENTES		
<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuál es la prevalencia de la polifarmacia en el adulto mayor en tres Centros Asistenciales de la Red Urbana EsSalud, Cusco 2025? - ¿Cuáles son los factores 	<ul style="list-style-type: none"> - Estimar la prevalencia de la polifarmacia en el adulto mayor en tres Centros Asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco 2025 - Identificar los factores sociodemográficos 	<ul style="list-style-type: none"> La prevalencia de la polifarmacia en el adulto mayor en tres Centros Asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco, 2025 es mayor al 30% - Dentro de los factores sociodemográficos, la 	Factores sociodemográficos: <ul style="list-style-type: none"> - Edad - Sexo - Estado civil - Grado de instrucción 		

<p>sociodemograficos (edad, sexo, estado civil, grado de instruccion, apoyo en el cuidado y administracion de medicacion, riesgo social) que se asocian como factores de riesgo a la polifarmacia en el adulto mayor atendido en tres centros asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco, 2025?</p> <p>- ¿ Cuáles son los factores asistenciales (hospitalización en el último año, ingreso al servicio de emergencias en el último año, consultas médicas en atención primaria en el último trimestre y fuente de prescripción médica) que se asocian como factores de riesgo a la polifarmacia en el adulto mayor atendido en tres centros asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco, 2025?</p> <p>- ¿ Cuáles son los factores clínicos (comorbilidades, autopercepción de la salud) que se asocian como factores de riesgo a la polifarmacia en el</p>	<p>(edad, sexo, estado civil, grado de instruccion, apoyo en el cuidado y administracion de medicacion, riesgo social) que se asocian como factores de riesgo a la polifarmacia en el adulto mayor atendido en tres centros asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco, 2025</p> <p>-Establecer los factores asistenciales (hospitalizaciones en el último año, ingreso al servicio de emergencias en el último año, consultas médicas en atención primaria en el último trimestre, fuente de prescripción médica) que se asocian como factores de riesgo a la polifarmacia en el adulto mayor en tres Centros Asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco, 2025</p> <p>- Determinar los factores clínicos (comorbilidades, autopercepción de la salud) que se asocian como factores de riesgo a la polifarmacia en el</p>	<p>edad mayor de 75 años, el sexo femenino, el estado civil casado, el bajo nivel de instrucción, la ausencia de apoyo en la administración de medicamentos y la presencia de riesgo social elevado se asocian significativamente con la polifarmacia en el adulto mayor atendido en tres Centros Asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco, 2025..</p> <p>-Dentro de los factores asistenciales, la hospitalización en el último año, el ingreso al servicio de emergencias en el último año, la ausencia de prescripción médica y las consultas médicas en atención primaria durante el último trimestre se asocian significativamente con la polifarmacia en el adulto mayor atendido en tres Centros Asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco, 2025.</p> <p>-Dentro de los factores clínicos, la presencia de</p>	<p>- Apoyo en el cuidado y administracion de medicacion - Riesgo social</p> <p>Factores asistenciales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hospitalizaciones en el último año - Ingreso al servicio de emergencias en el último año - Fuente de prescripción medica - Consultas médicas en atención primaria en el último trimestre <p>Factores Clínicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comorbilidades - Autopercepción de la salud <p>Factores Funcionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dependencia para las actividades básicas para la vida diaria - Dependencia para las actividades instrumentales para la vida diaria 	<p>realizarán mediante el programa Microsoft Excel versión 2021 tomando todas las variables del presente estudio con un control de calidad de datos “missing” y que no haya datos duplicados, inconsistencias o celdas vacías. Finalmente, Se realizará un análisis descriptivo y analítico con el uso del software estadístico Stata® v.17.0 (Stata Corporation, College Station, Texas, USA).</p>
--	---	--	---	---

<p>como factores de riesgo a la polifarmacia en el adulto mayor atendido en tres centros asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco, 2025?</p> <p>- ¿ Cuáles son los factores funcionales (dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria) que se asocian como factores de riesgo a la polifarmacia en el adulto mayor atendido en tres centros asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco, 2025?</p>	<p>adulto mayor en tres Centros Asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco 2025.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar los factores funcionales (dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, dependencia para las actividades instrumentales para la vida diaria) que se asocian como factores de riesgo a la polifarmacia en el adulto mayor en tres Centros Asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco, 2025 	<p>comorbilidades y la autopercepción negativa del estado de salud se asocian significativamente con la polifarmacia en el adulto mayor atendido en tres Centros Asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco, 2025.</p> <p>-Dentro de los factores funcionales, la dependencia para las actividades básicas de la vida diaria y la dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria se asocian significativamente con la polifarmacia en el adulto mayor atendido en tres Centros Asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco, 2025.</p>			
--	--	---	--	--	--

ANEXO 2: Instrumento de investigación



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARTICIPACIÓN EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A POLIFARMACIA EN EL ADULTO MAYOR EN TRES CENTROS ASISTENCIALES DE LA RED URBANA ESSALUD CUSCO, 2025”

Elaborada por: Daniela Isabel Orcosupa Samata

Estimado/a Colaborador/a:

Me dirijo a usted para comunicarle sobre el desarrollo del estudio de investigación denominado: “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A POLIFARMACIA EN EL ADULTO MAYOR EN TRES CENTROS ASISTENCIALES DE LA RED URBANA ESSALUD CUSCO, 2025”, como parte del proceso para la obtención del Título Profesional de Médico Cirujano. El propósito central de esta investigación es analizar si los factores de riesgo sociodemográficos, asistenciales, clínicos y funcionales se encuentran asociados a la Polifarmacia en la población adulta mayor, específicamente en los centros asistenciales de la Red Urbana EsSalud Cusco.

Su participación en este estudio es enteramente voluntaria y sus respuestas serán tratadas bajo estricta confidencialidad y anonimato por el equipo de investigación. Usted posee el derecho de decidir si participa y puede retirar su consentimiento en cualquier instante, sin que esto implique consecuencia o perjuicio alguno.

Le pedimos que responda cada pregunta con totalidad sinceridad, basándose en su conocimiento, sus percepciones y sus experiencias cotidianas. Si surge alguna inquietud, no dude en solicitar una aclaración al encuestador. Por favor, evite proporcionar datos incorrectos, ya que esto comprometería la validez del estudio. Recuerde que no existen respuestas correctas o incorrectas, todas son valiosas. Agradezco sinceramente su tiempo y cooperación.

Consentimiento informado

Mediante la firma adjunta, declaro que:

- He leído y comprendido la información suministrada.
- Entiendo que mi colaboración es voluntaria y puedo revocar mi autorización en cualquier momento, solicitando la exclusión de mis datos.
- Autorizo el uso de la información recopilada mediante esta ficha para los fines del estudio.
- Acepto participar en la presente investigación: Sí () No ()

Fecha: _____

Firma: _____

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A POLIFARMACIA EN EL ADULTO MAYOR
EN TRES CENTROS ASISTENCIALES DE LA RED URBANA ESSALUD CUSCO,
2025"**

DATOS GENERALES	
CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN: _____	
CENTRO ASISTENCIAL DE PROCEDENCIA: _____	
1. Edad: _____	
2. Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
3. Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	
4. Grado de Instrucción <input type="checkbox"/> Sin instrucción <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Superior	
5. ¿Cuenta usted con una persona (familiar o cuidador) que le ayuda regularmente con la administración diaria de sus medicamentos? a) Si b) No	
RIESGO SOCIAL	
ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR DE GIJÓN	
Instrucción: En cada una de las 5 áreas, marque solo la opción que refleje la situación de riesgo (puntuación, de 1 a 5) del paciente. El puntaje final es la suma de las 5 áreas	

ÍTEM / ÁREA DE VALORACIÓN	DESCRIPTORES Y PUNTAJE (Encerrar en círculo el número)	PUNTAJE OBTENIDO
I. Situación Familiar	(1) Vive con familia sin conflicto familiar. (2) Vive con familia, presenta dependencia. (3) Vive con cónyuge de similar edad. (4) Vive solo, con hijos próximos. (5) Vive solo, sin hijos o lejos.	_____
II. Situación Económica	(1) Dos veces el Salario Mínimo Vital. (2) Menos de 2, pero más de 1 S.M.V. (3) Un Salario Mínimo Vital. (4) Ingreso irregular (menos del S.M.V.). (5) Sin pensión, sin otros ingresos.	_____
III. Vivienda	(1) Adecuada a las necesidades. (2) Barreras arquitectónicas. (3) Mala conservación, humedad, equipamiento inadecuado. (4) Vivienda semi-construida o rústica. (5) Asentamiento humano o sin vivienda.	_____
IV. Relaciones Sociales	(1) Mantiene relaciones sociales en la comunidad. (2) Relación social solo con familia y vecinos. (3) Relación social solo con familia. (4) No sale del domicilio, pero recibe visitas. (5) No sale del domicilio y no recibe visitas.	_____
V. Apoyo de Red Social	(1) No necesita apoyo. (2) Requiere apoyo familiar o vecinal. (3) Tiene seguro, necesita mayor apoyo. (4) No cuenta con seguro social. (5) Situación de abandono familiar.	_____
PUNTUACIÓN TOTAL DE GIJÓN (Riesgo Social):	SUMA DE (I + II + III + IV + V)	_____ / 25

6. Grado de riesgo sociofamiliar según escala de valoración sociofamiliar de Gijón:

- a) 5 - 9 puntos: Bajo Riesgo
- b) 10 - 14 puntos: Riesgo Intermedio
- c) ≥15 puntos: Problema Social/Riesgo Elevado

POLIFARMACIA

7. ¡Cuántos medicamentos o pastillas toma usted al día para tratar sus problemas de salud permanentes? _____

8. Indique los medicamentos que consume diariamente según el problema de salud que presente:

- a) Para el dolor, la inflamación ¿qué toma? _____
- b) Para controlar la presión alta, ¿qué medicamentos le recetaron?

- c) Para controlar el azúcar o la Diabetes (pastillas o inyecciones) ¿qué usa?

- d) Para prevenir coágulos o para mejorar la circulación de la sangre, ¿toma alguna pastilla?

- e) Para proteger su estómago, el ardor o la gastritis, ¿qué pastillas toma?

f) Para la tristeza, los nervios, la ansiedad o para poder dormir, ¿qué le recetaron? _____

g) ¿Hay otras pastillas, vitaminas o tratamientos que tome con regularidad que no haya mencionado anteriormente?

FACTORES ASISTENCIALES:

9. ¿Cuántas veces fue hospitalizado en el último año? _____

10. ¿Cuántas veces acudió al servicio de emergencias en el último año? _____

11. En los últimos 3 meses, ¿cuántas veces fue atendido por el médico en su establecimiento de EsSalud (San Sebastián, Santiago o Metropolitano)? _____

12. ¿Todos los medicamentos de uso crónico que usted consume fueron prescritos por un médico (ya sea de EsSalud, MINSA o médico particular)?

a) Sí

b) No

FACTORES CLINICOS

13. Cuál es el número total de enfermedades crónicas, que usted padece: _____

14. Marque las enfermedades crónicas diagnosticadas:

a) Diabetes mellitus

b) Hipertensión arterial

c) Dislipidemia

d) Enfermedad cardiovascular

e) Enfermedades respiratorias crónicas

f) Enfermedad renal crónica

g) Artrosis

h) Artritis

i) Osteoporosis

j) Cáncer

k) Trastornos afectivos y de ansiedad

l) Gastritis

m) Otras (especifique: _____)

15. ¿Cómo calificaría su estado de salud actual en general?

- a) Excelente
- b) Muy bueno
- c) Bueno
- d) Regular
- e) Malo

FACTORES FUNCIONALES**ÍNDICE DE BARTHEL (ABVD)**

Instrucción: En cada una de las 10 actividades, marque con una 'X' o circule la puntuación que mejor describa la capacidad actual del paciente.

Nº	Actividad	Opciones y Puntos	Puntos Obtenidos
1.	Comer	(0) Dependiente ; (5) Con ayuda ; (10) Independiente	
2.	Bañarse/Ducharse	(0) Dependiente ; (5) Independiente	
3.	Aseo Personal	(0) Dependiente ; (5) Independiente	
4.	Vestirse	(0) Dependiente ; (5) Con ayuda ; (10) Independiente	
5.	Control de Heces	(0) Incontinente ; (5) Accidente excepcional ; (10) Continente	
6.	Control de Orina	(0) Incontinente ; (5) Accidente excepcional ; (10) Continente	
7.	Uso del Retrete	(0) Dependiente ; (5) Con ayuda ; (10) Independiente	
8.	Trasladarse (sillón-cama)	(0) Dependiente ; (5) Gran ayuda / No colabora ; (10) Pequeña ayuda física o verbal ; (15) Independiente	
9.	Deambular (caminar)	(0) Dependiente ; (5) Independiente en silla de ruedas ; (10) Anda con ayuda de una persona ; (15) Independiente (aunque use ayuda mecánica como bastón)	
10.	Subir/Bajar Escaleras	(0) Dependiente ; (5) Necesita ayuda ; (10) Independiente	
PUNTUACIÓN			—
TOTAL DE BARTHEL (0-100)			—

16. Grado de Dependencia según el Índice de Barthel (ABVD):

- a) 100 puntos: Independencia total
- b) 91 – 99 puntos: Dependencia leve
- c) 61 – 90 puntos: Dependencia moderada
- d) 21 – 60 puntos: Dependencia severa
- e) 0 – 20 puntos: Dependencia total

ESCALA DE LAWTON Y BRODY (AIVD)

INSTRUCCIÓN: Para cada pregunta, por favor, describanos su capacidad actual para hacer la actividad.

ÍTEM / ACTIVIDAD (AIVD)	DESCRIPTORES Y PUNTAJE (Encerrar en círculo el valor)	PUNTAJE OBtenido
1. Uso del Teléfono	- Utiliza por iniciativa propia = 1; - Marca algunos números familiares = 1; - Contesta el teléfono pero no marca = 1; - No utiliza el teléfono = 0	_____
2. Hacer Compras	- Realiza todas las compras necesarias independientemente = 1; - Realiza pequeñas compras = 0; - Necesita acompañante = 0; - Incapaz de comprar = 0	_____
3. Preparación de Comida	- Organiza, prepara y sirve comidas por si solo = 1; - Prepara solo con ingredientes dados = 0; - Solo calienta y sirve = 0; - Necesita que le preparen y sirvan = 0	_____
4. Cuidado de la Casa	- Mantiene casa solo o con ayuda ocasional = 1; - Realiza tareas ligeras = 1; - Mantiene adecuado grado de limpieza = 1; - Necesita ayuda en todas las labores = 1; - No participa en ninguna labor = 0	_____
5. Lavado de la Ropa	- lava por si solo toda su ropa = 1; - lava por si solo pequeñas prendas = 1; - Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro = 0	_____
6. Uso de Transporte	- Viaja solo o conduce = 1; - Es capaz de coger taxi = 1; - Viaja en público acompañado = 1; - Utiliza taxi/auto con ayuda = 0; - No viaja en absoluto = 0	_____
7. Responsabilidad Medicación	- Capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas = 1; - Toma medicación si la dosis es preparada previamente = 0; - No es capaz de administrarse = 0	_____
8. Administración Economía	- Se encarga de sus asuntos por si solo = 1; - Realiza compras pequeñas, pero necesita ayuda en las grandes y bancos = 1; - Incapaz de manejar dinero = 0	_____
PUNTUACIÓN TOTAL DE LAWTON Y BRODY (AIVD):	SUMA DE LOS ÍTEMS (Máximo 8 puntos)	TOTAL

17. Grado de dependencia según la Escala de Lawton y Brody:

- | | |
|------------------------------|-------------------------------------|
| - En mujeres | - En hombres |
| a) 8 puntos: Autonomía | a) 5 puntos: Autonomía |
| b) 6-7: Dependencia Leve | b) 4 puntos: Dependencia Leve |
| c) 4-5: Dependencia Moderada | c) 2-3 puntos: Dependencia Moderada |
| d) 2-3: Dependencia Grave | d) 1 punto: Dependencia Grave |
| e) 0 – 1: Dependencia total | e) 0 puntos: dependencia total |

ANEXO 3: Cuadernillo de validación



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



CUADERNILLO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

**"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A POLIFARMACIA EN EL ADULTO MAYOR
EN TRES CENTROS ASISTENCIALES DE LA RED URBANA ESSALUD CUSCO,
2025"**

Autora: Daniela Isabel Orcosupa Samata

SOLICITUD:

Estimado(a) doctor (a) _____

Motiva la presente el solicitar su valiosa colaboración en la revisión del instrumento anexo, el cual tiene como objetivo obtener la validación de la ficha de recolección de datos (cuestionario), que se aplicará para el desarrollo del tema, denominado:

**"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A POLIFARMACIA EN EL ADULTO MAYOR
EN TRES CENTROS ASISTENCIALES DE LA RED URBANA ESSALUD CUSCO,
2025"**

Acudo a usted, debido a sus conocimientos y experiencias en la materia, los cuales aportarían una útil y completa información para la culminación exitosa de este trabajo de investigación.

Gracias por su valioso aporte y participación

FICHA DE VALIDACIÓN POR EXPERTOS

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A POLIFARMACIA EN EL ADULTO MAYOR EN TRES CENTROS ASISTENCIALES DE LA RED URBANA ESSALUD CUSCO, 2025”

IDENTIFICACION DEL EXPERTO:

- **APELLIDOS Y NOMBRES:** _____
- **OCUPACION, GRADO ACADEMICO Y LUGAR DE TRABAJO:**

- **FECHA DE VALIDACION:** _____
- **FIRMA Y SELLO:**

INSTRUCCIONES

El objetivo del presente documento es validar, construir y asegurar la confiabilidad del instrumento de recolección de datos para el estudio, mediante el acopio de información útil de personas especializadas acerca del tema: “**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A POLIFARMACIA EN EL ADULTO MAYOR EN TRES CENTROS ASISTENCIALES DE LA RED URBANA ESSALUD CUSCO, 2025”.**

Para la validación del cuestionario se plantearon 10 interrogantes o preguntas, las que serán acompañadas con una escala de estimación que significa lo siguiente:

- 5.- Representará al mayor valor de la escala y deberá ser asignado cuando se aprecia que la interrogante es absuelta por el trabajo de investigación de una manera totalmente suficiente.
- 4.- Representará la estimación de que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
- 3.- Significará una absolución de la interrogante en términos intermedios de la interrogante planteada.
- 2.- Representará una absolución escasa de la interrogante planteada.
- 1.- Representarán una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE ENCUESTA

Marque con un aspa (X) en la escala de valoración que figura por debajo de cada interrogante según la opinión que le merezca el instrumento de investigación.

1. ¿considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. ¿Considera Ud. sí aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. ¿Considera Ud., que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. ¿Considera Ud., que todas y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. ¿Considera Ud., que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. ¿Considera Ud., que la estructura del presente instrumento es adecuada al

tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. ¿Estima Ud. que las puntuaciones de medición asignadas son pertinentes para lograr los objetivos del estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendría que implementarse o suprimirse?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Agradezco anticipadamente su colaboración.

ANEXO 4: Validación del instrumento de investigación

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para validar y garantizar la confiabilidad del instrumento, este fue sometido a la calificación de expertos en Geriatría, Medicina Interna y Salud pública, dichos profesionales laboran en distintos centros de salud de la región de Cusco.

PROCEDIMIENTO

1. Se estructuró una tabla de registro para consignar las puntuaciones de los ítems y sus respectivos promedios.

ITEM	EXPERTOS					PROMEDIO
	A	B	C	D	E	
1	4	5	5	5	5	4.8
2	5	5	4	5	5	4.8
3	4	5	4	5	5	4.6
4	5	5	5	5	5	5
5	4	5	5	5	5	4.8
6	5	5	4	5	5	4.8
7	4	5	5	5	5	4.8
8	5	5	5	5	5	5
9	4	5	4	5	5	4.6

2. A partir de los promedios obtenidos de las calificaciones de los ítems, se procedió a determinar la Distancia del Punto Múltiple (DPP). Dicho cálculo se realizó aplicando la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(X - Y_1)^2 + (X - Y_2)^2 + (X - Y_3)^2 + \dots + (X - Y_n)^2}$$

Dónde:

X = Valor máximo en la escala concedida para cada ítem.

Y = Promedio de cada ítem

Resolución:

DPP

$$= \sqrt{(5 - 4.8)^2 + (5 - 4.8)^2 + (5 - 4.6)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 4.8)^2 + (5 - 4.8)^2 + (5 - 4.8)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 4.6)^2}$$

$$DPP = \sqrt{0.2^2 + 0.2^2 + 0.4^2 + 0^2 + 0.2^2 + 0.2^2 + 0.2^2 + 0^2 + 0.4^2}$$

$$DPP = \sqrt{0.04 + 0.04 + 0.16 + 0 + 0.04 + 0.04 + 0.04 + 0 + 0.16}$$

$$DPP = \sqrt{0.52}$$

Resultado: $DPP = 0.72$

El valor de DPP igual a cero se interpreta como que el instrumento posee una adecuación total con lo que se pretende medir. Bajo esta condición, el instrumento queda validado y puede utilizarse para los propósitos de la investigación.

3. Determinar la distancia máxima ($D_{máx}$) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0), con la ecuación:

$$D_{máx} = \sqrt{(X_1 - 1)^2 + (X_2 - 1)^2 + (X_3 - 1)^2 + \dots + (X_n - 1)^2}$$

Dónde:

X= valor máximo en la escala concedido para cada ítem.

Y= 1

Resolución:

$D_{máx}$

$$= \sqrt{(5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2}$$

$$D_{máx} = \sqrt{4^2 + 4^2 + 4^2 + 4^2 + 4^2 + 4^2 + 4^2 + 4^2 + 4^2}$$

$$D_{máx} = \sqrt{16 + 16 + 16 + 16 + 16 + 16 + 16 + 16 + 16}$$

$$D_{máx} = \sqrt{144}$$

Resultado: $D_{máx} = 12$

4. La $D_{máx}$ se divide entre el valor máximo de la escala:

$$\boxed{\text{Resultado} = \frac{D_{máx}}{\text{Valor máximo de la escala}}}$$

Resolución:

$$\text{Resultado} = \frac{12}{5}$$

Resultado = 2.4

5. Con el último valor hallado, se establece una escala valorativa que inicia a partir de cero y se extiende hasta alcanzar el valor $D_{máx}$, dicha escala se segmenta en intervalos homogéneos o iguales ordenados de la siguiente manera:

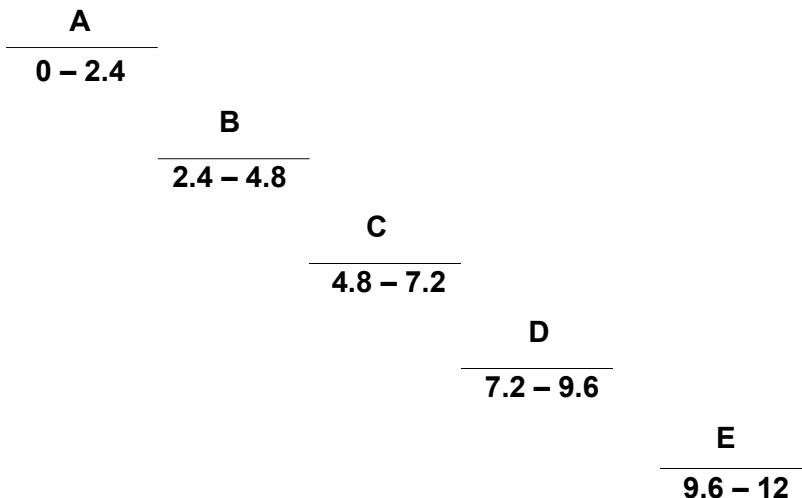
A= Adecuación total

B= Adecuación en gran medida

C= Adecuación promedio

D= Escasa adecuación

E= Inadecuación



6. El instrumento es considerado válido y aceptable si el punto (DPP), se sitúa dentro de las zonas A o B de la escala valorativa. En caso de ubicarse fuera de este rango, la encuesta requerirá un proceso de reestructuración o modificación exhaustiva y deberá someterse nuevamente a la evaluación de los expertos.

CONCLUSIÓN

En el presente estudio, el DPP resultó en un valor de 0.72. Dado que este valor se sitúa dentro de la Zona A de la escala valorativa, se concluye que el instrumento posee una adecuación total, en consecuencia, se confirma su validez y confiabilidad, declarándolo plenamente apto para la recolección de datos en la investigación.

ANEXO 5: Fichas de validación por expertos

FICHA DE VALIDACIÓN POR EXPERTOS

"FACTORES ASOCIADOS A POLIFARMACIA EN EL ADULTO MAYOR EN TRES CENTROS ASISTENCIALES DE LA RED URBANA ESSALUD CUSCO, 2025"

IDENTIFICACION DEL EXPERTO:

- APELLIDOS Y NOMBRES: GUSTAVO EDUARDO VERA YOTIE
- OCUPACION, GRADO ACADEMICO Y LUGAR DE TRABAJO:
MÉDICO PEDIATRA HOSPITAL ANTONIO LOPEZ
- FECHA DE VALIDACION: 10/10/23.
- FIRMA Y SELLO:



INSTRUCCIONES

El objetivo del presente documento es validar, construir y asegurar la confiabilidad del instrumento de recolección de datos para el estudio, mediante el acopio de información útil de personas especializadas acerca del tema: "FACTORES ASOCIADOS A POLIFARMACIA EN EL ADULTO MAYOR EN TRES CENTROS ASISTENCIALES DE LA RED URBANA ESSALUD CUSCO, 2025".

Para la validación del cuestionario se plantearon 10 interrogantes o preguntas, las que serán acompañadas con una escala de estimación que significa lo siguiente:

- 5.- Representará al mayor valor de la escala y deberá ser asignado cuando se aprecia que la interrogante es absuelta por el trabajo de investigación de una manera totalmente suficiente.
- 4.- Representará la estimación de que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
- 3.- Significará una absolución de la interrogante en términos intermedios de la interrogante planteada.
- 2.- Representará una absolución escasa de la interrogante planteada.
- 1.- Representarán una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE ENCUESTA

Marque con un aspa (X) en la escala de valoración que figura por debajo de cada interrogante según la opinión que le merezca el instrumento de investigación.

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
---	---	---	---	---------------------------------------

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
---	---	---	---	---------------------------------------

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
---	---	---	---	---------------------------------------

4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
---	---	---	---	---------------------------------------

5. ¿Considera Ud., que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
---	---	---	---	---------------------------------------

6. ¿Considera Ud., que todas y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?

1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
---	---	---	---	---------------------------------------

7. ¿Considera Ud., que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
---	---	---	---	---------------------------------------

8. ¿Considera Ud., que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. ¿Estima Ud. que las puntuaciones de medición asignadas son pertinentes para lograr los objetivos del estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendría que implementarse o suprimirse?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Agradezco anticipadamente su colaboración.



FICHA DE VALIDACIÓN POR EXPERTOS

“FACTORES ASOCIADOS A POLIFARMACIA EN EL ADULTO MAYOR EN TRES CENTROS ASISTENCIALES DE LA RED URBANA ESSALUD CUSCO, 2025”

IDENTIFICACION DEL EXPERTO:

- **APELLIDOS Y NOMBRES:** Yerit Orealiz Orcotorio Quispe
- **OCCUPACION, GRADO ACADEMICO Y LUGAR DE TRABAJO:**
Médico Geriatra Hospital Regional del Cusco
- **FECHA DE VALIDACION:** 06-10-25
- **FIRMA Y SELLO:**



Dra. Yerit Orealiz Orcotorio Quispe
MÉDICO GERIATRA
CMI: 36739 - RNE: 52318

INSTRUCCIONES

El objetivo del presente documento es validar, construir y asegurar la confiabilidad del instrumento de recolección de datos para el estudio, mediante el acopio de información útil de personas especializadas acerca del tema: “**FACTORES ASOCIADOS A POLIFARMACIA EN EL ADULTO MAYOR EN TRES CENTROS ASISTENCIALES DE LA RED URBANA ESSALUD CUSCO, 2025”.**

Para la validación del cuestionario se plantearon 10 interrogantes o preguntas, las que serán acompañadas con una escala de estimación que significa lo siguiente:

- 5.- Representará al mayor valor de la escala y deberá ser asignado cuando se aprecia que la interrogante es absuelta por el trabajo de investigación de una manera totalmente suficiente.
- 4.- Representará la estimación de que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
- 3.- Significará una absolución de la interrogante en términos intermedios de la interrogante planteada.
- 2.- Representará una absolución escasa de la interrogante planteada.
- 1.- Representarán una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE ENCUESTA

Marque con un aspa (X) en la escala de valoración que figura por debajo de cada interrogante según la opinión que le merezca el instrumento de investigación.

1. ¿considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. ¿Considera Ud., que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. ¿Considera Ud., que todas y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. ¿Considera Ud., que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. ¿Considera Ud., que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	-------------------------------------

9. ¿Estima Ud. que las puntuaciones de medición asignadas son pertinentes para lograr los objetivos del estudio?

1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	5
---	---	---	---	-------------------------------------	---

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendría que implementarse o suprimirse?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Agradezco anticipadamente su colaboración.


Dra. Yolanda Gómez Quispe
MEDICO GENERAL
CMI: 3673 - RNE: 52318

FICHA DE VALIDACIÓN POR EXPERTOS

“FACTORES ASOCIADOS A POLIFARMACIA EN EL ADULTO MAYOR EN TRES CENTROS ASISTENCIALES DE LA RED URBANA ESSALUD CUSCO, 2025”

IDENTIFICACION DEL EXPERTO:

- APELLIDOS Y NOMBRES: Valiente Castillo Oscar
- OCUPACION, GRADO ACADEMICO Y LUGAR DE TRABAJO:
Médico Neumólogo. Doctor en Salud Pública.
- FECHA DE VALIDACION: 14-X-2025
- FIRMA Y SELLO:



INSTRUCCIONES

El objetivo del presente documento es validar, construir y asegurar la confiabilidad del instrumento de recolección de datos para el estudio, mediante el acopio de información útil de personas especializadas acerca del tema: **“FACTORES ASOCIADOS A POLIFARMACIA EN EL ADULTO MAYOR EN TRES CENTROS ASISTENCIALES DE LA RED URBANA ESSALUD CUSCO, 2025”**.

Para la validación del cuestionario se plantearon 10 interrogantes o preguntas, las que serán acompañadas con una escala de estimación que significa lo siguiente:

- 5.- Representará al mayor valor de la escala y deberá ser asignado cuando se aprecia que la interrogante es absuelta por el trabajo de investigación de una manera totalmente suficiente.
- 4.- Representará la estimación de que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
- 3.- Significará una absolución de la interrogante en términos intermedios de la interrogante planteada.
- 2.- Representará una absolución escasa de la interrogante planteada.
- 1.- Representarán una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE ENCUESTA

Marque con un aspa (X) en la escala de valoración que figura por debajo de cada interrogante según la opinión que le merezca el instrumento de investigación.

1. ¿considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	X	5
---	---	---	---	---

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	X
---	---	---	---	---

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	X	5
---	---	---	---	---

4. ¿Considera Ud. sí aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	X
---	---	---	---	---

5. ¿Considera Ud., que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	X	5
---	---	---	---	---

6. ¿Considera Ud., que todas y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?

1	2	3	4	X
---	---	---	---	---

7. ¿Considera Ud., que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	X	5
---	---	---	---	---

8. ¿Considera Ud., que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. ¿Estima Ud. que las puntuaciones de medición asignadas son pertinentes para lograr los objetivos del estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendría que implementarse o suprimirse?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Agradezco anticipadamente su colaboración.

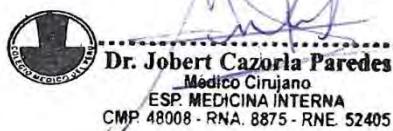


FICHA DE VALIDACIÓN POR EXPERTOS

"FACTORES ASOCIADOS A POLIFARMACIA EN EL ADULTO MAYOR EN TRES CENTROS ASISTENCIALES DE LA RED URBANA ESSALUD CUSCO, 2025"

IDENTIFICACION DEL EXPERTO:

- **APELLIDOS Y NOMBRES:** CAZORLA PAREDES JOBERT
- **OCCUPACION, GRADO ACADEMICO Y LUGAR DE TRABAJO:**
MEDICO INTERNISTA HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
- **FECHA DE VALIDACION:** 30/09/25
- **FIRMA Y SELLO:**



Dr. Jobert Cazorla Paredes
Médico Cirujano
ESP. MEDICINA INTERNA
CMP. 48008 - RNA. 8875 - RNE. 52405

INSTRUCCIONES

El objetivo del presente documento es validar, construir y asegurar la confiabilidad del instrumento de recolección de datos para el estudio, mediante el acopio de información útil de personas especializadas acerca del tema: **"FACTORES ASOCIADOS A POLIFARMACIA EN EL ADULTO MAYOR EN TRES CENTROS ASISTENCIALES DE LA RED URBANA ESSALUD CUSCO, 2025"**.

Para la validación del cuestionario se plantearon 10 interrogantes o preguntas, las que serán acompañadas con una escala de estimación que significa lo siguiente:

- 5.- Representará al mayor valor de la escala y deberá ser asignado cuando se aprecia que la interrogante es absuelta por el trabajo de investigación de una manera totalmente suficiente.
- 4.- Representará la estimación de que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
- 3.- Significará una absolución de la interrogante en términos intermedios de la interrogante planteada.
- 2.- Representará una absolución escasa de la interrogante planteada.
- 1.- Representarán una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE ENCUESTA

Marque con un aspa (X) en la escala de valoración que figura por debajo de cada interrogante según la opinión que le merezca el instrumento de investigación.

1. ¿considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. ¿Considera Ud., que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. ¿Considera Ud., que todas y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. ¿Considera Ud., que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. ¿Considera Ud., que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

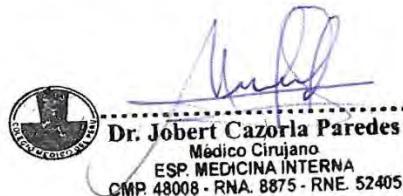
9. ¿Estima Ud. que las puntuaciones de medición asignadas son pertinentes para lograr los objetivos del estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendría que implementarse o suprimirse?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Agradezco anticipadamente su colaboración.



FICHA DE VALIDACIÓN POR EXPERTOS

"FACTORES ASOCIADOS A POLIFARMACIA EN EL ADULTO MAYOR EN TRES CENTROS ASISTENCIALES DE LA RED URBANA ESSALUD CUSCO, 2025"

IDENTIFICACION DEL EXPERTO:

- **APELLIDOS Y NOMBRES:** Pearce Córdova Gómez Anacle
- **OCUPACION, GRADO ACADEMICO Y LUGAR DE TRABAJO:**
Médico Internista
- **FECHA DE VALIDACION:** 09 de Octubre 2025.
- **FIRMA Y SELLO:**



INSTRUCCIONES

El objetivo del presente documento es validar, construir y asegurar la confiabilidad del instrumento de recolección de datos para el estudio, mediante el acopio de información útil de personas especializadas acerca del tema: **"FACTORES ASOCIADOS A POLIFARMACIA EN EL ADULTO MAYOR EN TRES CENTROS ASISTENCIALES DE LA RED URBANA ESSALUD CUSCO, 2025"**.

Para la validación del cuestionario se plantearon 10 interrogantes o preguntas, las que serán acompañadas con una escala de estimación que significa lo siguiente:

- 5.- Representará al mayor valor de la escala y deberá ser asignado cuando se aprecia que la interrogante es absuelta por el trabajo de investigación de una manera totalmente suficiente.
- 4.- Representará la estimación de que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
- 3.- Significará una absolución de la interrogante en términos intermedios de la interrogante planteada.
- 2.- Representará una absolución escasa de la interrogante planteada.
- 1.- Representarán una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE ENCUESTA

Marque con un aspa (X) en la escala de valoración que figura por debajo de cada interrogante según la opinión que le merezca el instrumento de investigación.

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
---	---	---	---	---------------------------------------

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
---	---	---	---	---------------------------------------

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
---	---	---	---	---------------------------------------

4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
---	---	---	---	---------------------------------------

5. ¿Considera Ud., que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
---	---	---	---	---------------------------------------

6. ¿Considera Ud., que todas y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?

1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
---	---	---	---	---------------------------------------

7. ¿Considera Ud., que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
---	---	---	---	---------------------------------------

8. ¿Considera Ud., que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

9. ¿Estima Ud. que las puntuaciones de medición asignadas son pertinentes para lograr los objetivos del estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendría que implementarse o suprimirse?

.....

Agradezco anticipadamente su colaboración.



ANEXO 6: Autorización del Hospital Adolfo Guevara Velasco Cusco



**SOLICITO: AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

**DR. CARLOS BENITO MEZA VILCA
GERENTE DE RED ASISTENCIAL CUSCO
SEGURO SOCIAL DE SALUD**

Yo Daniela Isabel Orcosupa Samata de la universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco me dirijo a UD. con el debido respeto que se merece, me presento y expongo lo siguiente:

Solicitarle AUTORIZACION PARA REALIZAR TRABAJOS DE INVESTIGACION SOBRE "FACTORES ASOCIADOS A POLIFARMACIA EN EL ADULTO MAYOR EN TRES CENTROS ASISTENCIALES DE LA RED URBANA ESSALUD CUSCO, 2024". Por esta razón le suplico, su comprensión y atienda a mi petición en forma positiva para realizar dicho trabajo de investigación.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a UD. acceder a mi petición por ser legal
Cusco, 02 de octubre del 2025


NOMBRE: Daniela Isabel Orcosupa Samata
DNI N°: 72950348
TELEFONO: 904478333



*"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"*

RESOLUCIÓN N° 000901-GRACU-RACU-ESSALUD-2025

Wanchaq, 01 de Diciembre del 2025

Visto,

La Nota de la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia N°000521-OCID-RACU-ESSALUD-2025 de fecha 03 de noviembre 2025, sobre la solicitud de emisión de la Resolución de autorización de ejecución de Proyecto de Investigación; la Nota 000087-COE-ESSALUD-2025 de fecha 30 de octubre del 2025 de Comité Institucional de Ética en Investigación de la Red Asistencial Cusco;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación N°46-IETSI-ESSALUD-2019 de fecha 03 de junio del 2019, se resuelve aprobar la Directiva N°003-IETSI-ESSALUD-2019 V.01. "Directiva que Regula el Desarrollo de la Investigación en Salud"; cuyo objetivo es establecer los lineamientos para la aprobación, ejecución, supervisión, difusión, priorización de las actividades y estudios de investigación en salud a ser desarrollados en EsSalud; Que, en el numeral 1 del Capítulo III – Disposiciones Generales de la Directiva N°003-IETSI-ESSALUD-2019 V.01, se establece que, la distinción entre ensayos clínicos y estudios observacionales se realiza según la definición regulatoria de ensayo clínico contenida en el Reglamento de Ensayos Clínicos y en esta Directiva, la misma que necesariamente corresponde a la definición metodológica. Los estudios que no cumplen la definición regulatoria de ensayo clínico serán considerados como estudios observacionales;

Que, en el numeral 2.1.1. de la Directiva N°003-ietsi-essalud-2019 V.01, se establece que, los estudios observaciones les se desarrollan mediante las siguientes modalidades: institucional, extra institucional, colaborativa y tesis de pregrado;

Que, en el numeral 2.2.1 de la Directiva N°003-IETSI-ESSALUD-2019 V.01; se establece el proceso de aprobación de los estudios observacionales y la presentación de los documentos por parte del investigador principal (IP) o el coinvestigador responsable ante la Instancia Encargada del área de Investigación (IEAI);

Que, en el numeral 2.2.2 de la Directiva N°003-IETSI-ESSALUD-2019 V.01, se establece que, la IEAI recibe el expediente y verifica el cumplimiento de los requisitos. Luego, envía el expediente al Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) en un plazo que no excede de tres días útiles;

Que en el numeral 2.2.5 de la Directiva N°003-IETSI-ESSALUD-2019- V.01; se establece que, una vez aprobado el protocolo por el CIEI, la Gerencia evalúa el expediente y emite una carta dirigida al investigador con su decisión de autorizar o no el inicio del estudio en un plazo no mayor a catorce días calendario. La IEAI comunica la decisión al Comité y al IP haciéndole llegar la carta o certificado de aprobación del comité y de la gerencia. El Gerente del Órgano puede delegar esta función de autorización de estudios observacionales a otra instancia que considere conveniente, por ejemplo, a la IEAI o al director del establecimiento;

Que mediante Resolución de Gerencia de Red Asistencial Cusco N°268-GRACU-ESSALUD-2024 de fecha 26 de abril del 2024, se resuelve, conformar a partir de la fecha y por el periodo de dos (02) años, el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) del Hospital Adolfo Guevara Velasco" de la Gerencia de la Red Asistencial Cusco del Seguro social de Salud " ESSALUD" ; Que mediante documento del Visto, la Oficina de Capacitación ,Investigación y Docencia, en uso de sus atribuciones ha verificado el cumplimiento de los requisitos para la autorización de la ejecución del Proyecto de Investigación presentado por Daniela Isabel Orcosupa Samata con el Título: "FACTORES ASOCIADOS A POLIFARMACIA EN EL ADULTO MAYOR EN TRES CENTROS ASISTENCIALES DE LA RED URBANA ESSALUD CUSCO, 2024" para optar al título profesional de Médico Cirujano de la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco, solicitando a la Gerencia de la Red Asistencial Cusco la emisión de la resolución de autorización de ejecución de dicho proyecto de investigación;

Que, el proyecto de investigación, entre otros, cuenta con la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Red Asistencial Cusco con Nota N°000087-COE-ESSALUD-2025 de fecha 30 de octubre del 2025; asimismo, cuenta con la opinión favorable de las sedes donde se realizará la investigación según Anexo 6 suscrito por el Director del Centro Médico Santiago - Dr. Eliazar Villacorta Castro; Director del Centro Médico Metropolitano - Dr. Michael Windsor Choque Sota y el Director del Policlínico San Sebastián – Dr. Ernesto Choquehuayta Morales, IPRESS estás de la Gerencia de la Red Asistencial Cusco de ESSALUD;

Que, por los considerandos expuestos, es procedente adoptar las acciones administrativas respectivas para autorizar la ejecución del proyecto de investigación aludido en el Centro Médico Santiago, Centro Médico Metropolitano y en el Policlínico San Sebastián de la Red Asistencial Cusco de ESSALUD;
En uso de las facultades conferidas mediante Directiva N°003-IETSI-ESSALUD-2019 V.01 y resolución de Presidencia Ejecutiva N°000071-PE-ESSALUD-2025;

SE RESUELVE:

PRIMERO. - AUTORIZAR la ejecución del Proyecto de Investigación con el Título: "FACTORES ASOCIADOS A POLIFARMACIA EN EL ADULTO MAYOR EN TRES CENTROS ASISTENCIALES DE LA RED URBANA ESSALUD CUSCO, 2024", presentado por **DANIELA ISABEL ORCOSUPA SAMATA**, a realizarse en el Centro Médico Santiago, Centro Médico Metropolitano y en el Policlínico San Sebastián de la Red Asistencial Cusco de ESSALUD.

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Seguro Social de Salud, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://sgd.essalud.gob.pe/validadorDocumental> e ingresando la siguiente clave: 9FRJNVI.

SEGUNDO.- DISPONER que la investigadora principal **Daniela Isabel Orcosupa Samata**, prosiga con todas las acciones vinculadas con el tema de investigación, las cuales deberán ajustarse al cumplimiento de las normas y directivas de la institución establecidas para tal fin.

TERCERO.- DISPONER que las instancias respectivas brinden las facilidades del caso para la ejecución del Proyecto de Investigación autorizado con la presente Resolución.

Regístrate, comuníquese y cúmplase.

Firmado digitalmente por
CARLOS BENITO MEZA VILCA
GERENCIA DE RED ASISTENCIAL CUSCO
ESSALUD

C.c OCID,DHNAGV (CIEI), CE, INVESTIGADOR PRINCIPAL,ARCHIVO
RCG/kgv
Exp. N°0167420250014619
CBMV/mapm

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Seguro Social de Salud, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://sgd.essalud.gob.pe/validadorDocumental> e ingresando la siguiente clave: **9FRJNVI**.