



**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON  
POLIFARMACIA Y SUS CONSECUENCIAS PARA LA SALUD.**

**POR: TANNIA MARIA AGUILERA BARRERA, JUAN PABLO AHUMADA DEL  
CANTO, JOSEFA ANTONIA ESPINOSA SCHWARZE, SOFÍA HELENA  
CRISOSTOMO ROJAS**

Tesis presentada a la Facultad de Medicina Clínica Alemana de la Universidad  
del Desarrollo para optar al título profesional de Enfermería

**PROFESOR GUÍA:**

**Sr. ENRIQUE ESTEBAN EDUARDO DIAZ OLGUIN.**

Septiembre 2025  
SANTIAGO

© Se autoriza la reproducción de esta obra en modalidad de acceso abierto para fines académicos o de investigación, siempre que se incluya la referencia bibliográfica.

Dedicamos esta revisión bibliográfica a nuestras familias quienes fueron parte importante de este proceso.

## TABLA DE CONTENIDOS

CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN:.....	1
1.1 Organización de la revisión bibliográfica.....	1
1.2 Objetivos:.....	1
1.3 Pregunta a responder con la revisión:.....	2
1.4 Dónde surge la idea de revisión bibliográfica y relevancia del tema a revisar:.....	2
CAPÍTULO II FUNDAMENTOS DEL TEMA EN BASE A LA LITERATURA:.....	4
CAPÍTULO III PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS:.....	15
4.1 Resultados:.....	15
Identificar qué factores afectan la adherencia al tratamiento farmacológico en personas con polifarmacia (17 artículos).....	16
Describir las principales consecuencias de la falta de adherencia en pacientes con polifarmacia (3 artículos y 7 artículos repetidos del objetivo anterior).....	19
4.2 Discusión:.....	23
CAPÍTULO IV CONCLUSIONES:.....	24
BIBLIOGRAFÍA:.....	26
ANEXOS:.....	29
Anexo n°1: Tabla resumen de artículos seleccionados (según modelo de Burns & Grove, cap.4):.....	29
Anexo n°2: Tabla o esquema de aplicación de guías como PRISMA o STROBE.....	52
Anexo n°3: Tabla de estrategia de búsqueda.....	53
Anexo n°4: Características principales de los artículos seleccionados.....	54

## RESUMEN

**Introducción:** En Chile las enfermedades crónicas han ido aumentando. Según la ENS (Encuesta Nacional de Salud), “aproximadamente 11 millones de individuos de 15 o más años viven con 2 o más enfermedades crónicas simultáneas” (Ministerio de Salud, 2017), lo que hace necesario el uso de varios medicamentos. A esto se le llama polifarmacia, y se considera paciente polifarmacológico a quien toma 4 o más fármacos al mismo tiempo. Dándose con mayor frecuencia en mujeres y adultos mayores (65 años o más). Estos pacientes tienen más riesgo de sufrir efectos adversos, interacciones o intoxicaciones, por lo que una buena adherencia al tratamiento es fundamental.

**Objetivo general:** Conocer el grado de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con polifarmacia.

**Métodos:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed, utilizando los términos MeSh: Medication Adherence and Polypharmacy. Incluyendo estudios cuantitativos y cualitativos, con texto completo en inglés y español, 10 años de antigüedad, Free Full Text, Full Text. La selección se organizó mediante PRISMA.

**Resultados:** Se encontraron varios factores que afectan la adherencia sobre todo en adultos mayores, ser mujer, el envejecimiento, uso de tratamientos alternativos, complejidad del régimen, problemas económicos, bajo nivel educativo y poca red de apoyo. Esto también ocurre en enfermedades como VIH, hemodiálisis y enfermedad hepática avanzada. La baja adherencia puede provocar descompensaciones, hospitalizaciones, mayores costos, e incluso discapacidad o muerte.

**Conclusión:** La adherencia está influenciada por factores sociales, individuales, clínicos y del tratamiento, afectando la calidad de vida y generando complicaciones clínicas y económicas.

**Palabras claves:** medication adherence, polypharmacy.

## ABSTRACT

**Introduction:** In Chile, chronic diseases have been increasing. According to the National Health Survey (ENS), “approximately 11 million individuals aged 15 or older live with two or more simultaneous chronic diseases” (Ministry of Health, 2017), making the use of multiple medications necessary. This is known as polypharmacy, and a person is considered polypharmacological when they take four or more medications at the same time. It occurs more frequently in women and older adults (65 years or older). These patients are at greater risk of adverse effects, interactions, or intoxications, making good treatment adherence essential.

**General Objective:** To determine the level of adherence to pharmacological treatment in patients with polypharmacy.

**Methods:** A literature search was conducted in PubMed using the MeSH terms: Medication Adherence and Polypharmacy. Quantitative and qualitative studies were included, with full text available in English and Spanish, up to 10 years old, Free Full Text and Full Text. Study selection was organized using PRISMA.

**Results:** Several factors affecting adherence were identified, especially in older adults, women, aging, the use of alternative treatments, regimen complexity, economic problems, low educational level, and limited support networks. This also occurs in conditions such as HIV, hemodialysis, and advanced liver disease. Poor adherence can lead to decompensation, hospitalizations, higher costs, and even disability or death.

**Conclusion:** Adherence is influenced by social, individual, clinical, and treatment-related factors, affecting quality of life and generating clinical and economic complications.

**Keywords:** medication adherence, polypharmacy.

## CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN:

### 1.1 Organización de la revisión bibliográfica

La presente revisión bibliográfica se organiza en una secuencia lógica partiendo por la introducción, donde se partirá explicitando el propósito u objetivo general de la revisión, seguido de la formulación de la pregunta que guiará el análisis de la evidencia, posteriormente, el origen de la idea de revisión bibliográfica, basada en experiencias clínicas como estudiantes e internos de Enfermería en atención primaria, donde se identificó una baja adherencia farmacológica en pacientes con enfermedades crónicas y polifarmacia. Luego, se justificará la relevancia del tema con base en evidencia epidemiológica nacional e internacional. A continuación, se presenta la fundamentación del problema mediante literatura científica actualizada, que permitirá delimitar el alcance del estudio. La revisión se estructura en dos grandes ejes temáticos: adherencia en pacientes con polifarmacia, los factores que influyen en esta y las principales consecuencias de la falta de adherencia en esta población. Además, se detalla el método de selección de la evidencia disponible, incluyendo las estrategias de búsqueda, bases de datos utilizadas y criterios de inclusión y exclusión. Finalmente, el informe contempla el análisis y discusión de los resultados, así como, conclusiones que orientan futuras prácticas e investigaciones en el ámbito de la Enfermería.

### 1.2 Objetivos:

El propósito u objetivo general de la revisión es conocer el grado de adherencia al tratamiento farmacológico en personas con polifarmacia, con el fin de identificar estos factores y saber como afecta en la salud de las personas.

#### Objetivo general:

Conocer el grado de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con polifarmacia.

De este se desprenden 2 objetivos específicos, estos son:

- A. Identificar factores que afectan la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con polifarmacia.
- B. Describir las principales consecuencias de la falta de adherencia en pacientes con polifarmacia.

### 1.3 Pregunta a responder con la revisión:

En cuanto a la pregunta a responder con la revisión bibliográfica, esta es la siguiente: ¿Cuál es el grado de adherencia al tratamiento farmacológico en personas con polifarmacia, qué factores influyen en ella y cuáles son sus consecuencias para la salud de esta población?

### 1.4 Dónde surge la idea de revisión bibliográfica y relevancia del tema a revisar:

La idea de revisión bibliográfica surge a partir de diversas experiencias que hemos tenido como estudiantes e internos de Enfermería, principalmente en los Centros de Salud Familiar (CESFAM), donde los pacientes presentan múltiples enfermedades crónicas y con ello el consumo de múltiples medicamentos, a lo cual muchos de estos no tienden a adherir por diversas causas.

Este tema se considera importante debido a que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define las enfermedades crónicas no transmisibles como, *“enfermedades que suelen ser de larga duración y son el resultado de una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y de comportamiento”* (OMS, 2022). En Chile, según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2017, *“aproximadamente 11 millones de individuos de 15 o más años viven con dos o más enfermedades crónicas”* (Ministerio de Salud, 2017), lo que implica un mayor consumo de medicamentos.

Este aumento en la prescripción conlleva a un riesgo de polimedicación, según un estudio realizado, en el cual se realizó una revisión general de las definiciones de descripciones y determinantes de la polimedicación se explica que las afecciones crónicas múltiples pueden estar también vinculadas a una mayor polimedicación (Guillot et al., 2020). Se define polimedicación según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como, el uso simultáneo de varios medicamentos (Día Mundial de la seguridad, 2022). Para fines prácticos de este estudio, se considerara la polifarmacia como el uso de cuatro o más fármacos de manera simultánea de un individuo. En Chile, según la Encuesta Nacional de Salud realizada entre los años 2016 y 2017, se establece que *“la prevalencia de consumo de cinco o más principios activos es del 12,8%, siendo mayor en mujeres (15,9%) que en hombres (9,7%)”* (Ministerio de Salud, 2018). En adultos mayores, es decir mayor o igual a 65 años, la polimedicación es aún más frecuente, según un estudio realizado en el año 2017, *“un 65% usa más de tres medicamentos, y un 20% toma hasta 10 prescripciones en una misma semana”* (Kosińska et al., 2017).

La polimedicación puede generar riesgos importantes, como reacciones adversas, interacciones peligrosas, síndromes geriátricos e intoxicaciones, lo

que afecta especialmente a la población geriátrica al reducir su funcionalidad y calidad de vida (Salech et al., 2016).

Por otro lado, según la Organización Mundial de Salud, define a la adherencia terapéutica, “como el grado en que una persona sigue las indicaciones médicas”, siendo este proceso fundamental para el éxito del tratamiento. Sin embargo, la falta de adherencia es un problema global, especialmente en enfermedades crónicas, donde la adherencia en países desarrollados ronda apenas el 50%. Esta situación afecta la efectividad de los tratamientos y genera mayores costos sanitarios, hospitalizaciones y pérdidas personales y sociales (Ortega et al., 2018).

Finalmente, se destaca que una buena adherencia al tratamiento farmacológico puede reducir significativamente los riesgos en enfermedades “*como la hipertensión pudiendo reducir el riesgo de accidente cerebrovascular entre 30 y 43%, y de infarto de miocardio en un 15%*” (Ortega et al., 2018). Además, ayuda a disminuir los costos del sistema de salud, lo que convierte a la adherencia en un tema prioritario de salud pública según la OMS.

## CAPÍTULO II FUNDAMENTOS DEL TEMA EN BASE A LA LITERATURA:

La fundamentación del tema, se dará a conocer por medio de diversos artículos y/o papers científicos, que permitirán adentrarse en los principales objetivos específicos de nuestro tema de estudio.

En primer lugar, se identificará qué **factores afectan la adherencia al tratamiento farmacológico en personas con polifarmacia**, se logró identificar un total de diecisiete artículos.

Para nuestro **primer artículo** este fue realizado en Lombardía Italia, con una muestra total de 122.655 pacientes, entre 65 a 94 años, todos expuestos a la polifarmacia. Se evaluó la adherencia a cinco clases comunes de medicamentos: antihipertensivos, antitrombóticos, estatinas, antidiabéticos y bifosfonatos. Se obtuvieron los siguientes resultados, los con mayor adherencia y baja adherencia fueron, antihipertensivos y los bifosfonatos, respectivamente. Solo el 39% de los pacientes fueron altamente adherentes, esta cifra bajó en un 30,5% para quienes tomaban entre tres o más medicamentos. El promedio de adherencia a múltiples medicamentos (DPPR) fue del 82,9 %, aunque solo el 9,7 % tuvo un DPPR del 99,5 % o más.

Factores asociados a una baja adherencia: ser mujer por roles de cuidado familiar, mayor a 85 años, multimorbilidad, complejidad del régimen farmacológico, temor a efectos secundarios y olvido de la medicación (Franchi et al., 2022).

Relacionado con el **segundo artículo**, factores asociados con la falta de adherencia a la medicación en pacientes con multimorbilidad y polifarmacia. Se incluyó una muestra de 93 pacientes mayores de 65 años de edad, con dos o más enfermedades crónicas y que tomaban cinco o más medicamentos a largo plazo. Todos fueron ingresados en un centro de cuidados intermedios entre 2019 y febrero de 2020. La prevalencia de falta de adherencia fue alta con un 79,6%.

Factores asociados a una baja adherencia: complejidad del régimen, a mayor complejidad menor adherencia, Eventos adversos a Medicamentos (EAM), conocimientos o creencias inadecuadas sobre la medicación, hiper polifarmacia, multimorbilidad, inicio tardío o no inicio del tratamiento prescrito, implementación subóptima del régimen o interrupción temprana, adherencia autoinformada subóptima (ARMS), prescripción potencialmente inapropiada (PIP), a mayor exposición a PIP aumenta el riesgo de EAM y reduce la adherencia (González-Bueno et al., 2021).

En cuanto al **tercer estudio**, realizado en China que tuvo como objetivo evaluar la adherencia a la medicación en adultos mayores con multimorbilidad y

polifarmacia, y su relación con el uso de medicamentos potencialmente inapropiados (PIM). Participaron 773 pacientes, mayores de 65 años con al menos dos comorbilidades y en condición de polifarmacia, es decir, con el uso de mayor o igual a 5 medicamentos por más de 6 meses.

Se utilizó la escala EVA para medir la adherencia (0-100 puntos), considerando menos de 80 como mala adherencia y se aplicó un cuestionario relacionado con el uso de PIM. Relacionado con los resultados, se obtuvo que: La edad promedio fue de 73,7 años. El 68,82% tuvieron mala adherencia, 31,8% presentaron mala adherencia. Mediana de enfermedades crónicas: 5 y mediana de medicamentos tomados: 6.62 % usaban PIM, aunque este uso no se asoció con peor adherencia.

Factores asociados a una mala adherencia: multimorbilidad y polifarmacia, deterioro cognitivo, sexo femenino, debido a la priorización del cuidado de otros. En enfermedades específicas hay menor adherencia en pacientes con HTA y Diabetes, pero mayor, en quienes habían sufrido ACV, debido al seguimiento más estricto en estos casos. Es importante mencionar, que también se evaluó que sucede con los PIM, ya que, estos conllevan a eventos adversos a medicamentos (EAM) afectando la adherencia, pero en este caso se obtuvo un 62,0% y no se asoció a una disminución en la adherencia, sino que todo lo contrario (Liu et al., 2023).

Asociado al **cuarto artículo**, se realizó en centros de atención primaria en Riad, Arabia Saudita, con el objetivo de evaluar la prevalencia de la falta de adherencia a la medicación en pacientes con multimorbilidad y polifarmacia, y su relación con el apoyo social. Participaron 417 pacientes adultos con dos o más enfermedades crónicas y uso de al menos dos medicamentos. Se excluyeron del estudio quienes tuvieran enfermedades mentales o personal sanitario. Se utilizaron la Escala de adherencia a la medicación de Morisky (modificada) y el Cuestionario de apoyo funcional Duke-UNC (FSSQ).

En cuanto a los resultados se obtuvo que: un 46,5% presentaron falta de adherencia. Edad media 59,15 años. La mayoría eran hombres (61,4%) y el resto mujeres (38,6%). Asociado al uso de medicamentos, aquellos que consumen entre 2 a 3 medicamentos (41%), entre 4 a 5 medicamentos (30,5%), más de cinco medicamentos (28,5%).

Factores asociados a una mala adherencia: edad mayor a 60 años, por deterioro cognitivo y preferencia por tratamiento alternativos influenciados por familiares o redes sociales. Sexo masculino. Polifarmacia, comorbilidades, olvido de la medicación, temor a efectos adversos, bajo nivel educativo, situación de vida inestable, falta de apoyo social (Almutairi et al., 2022).

Relacionado con el **quinto artículo**, realizado en Irán, tuvo como objetivo evaluar el impacto del uso de una aplicación móvil para la gestión de la medicación en adultos mayores con polifarmacia, enfocándose en la adherencia al tratamiento, la reducción de eventos adversos y la disminución de reingresos hospitalarios. Participaron 192 pacientes mayores de 60 años con polifarmacia. Se evaluó mediante la escala de adherencia a la medicación de Morisky. Se asignaron a dos grupos de control, uno con el uso de la aplicación y otro con una atención estándar, a partir de lo anterior, el grupo mayormente beneficiado por esta instancia fue el que ocupó la aplicación, mejorando su adherencia, disminuyendo los efectos adversos, readmisiones hospitalarias y errores en la medicación.

Factores asociados a una mala adherencia: interrupción voluntaria del tratamiento. olvido, discapacidad visual, limitaciones físicas. Ser adulto mayor, obteniendo un porcentaje medio de 26-59% (Poorcheraghi et al., 2023).

Con respecto al **sexto artículo**, revisión sistemática que analizó la adherencia al tratamiento farmacológico en personas mayores de 65 años con polifarmacia que viven en sus hogares. Se incluyeron siete estudios, evaluando la prevalencia, factores asociados y estrategias de intervención para mejorar la adherencia. En cuanto a la adherencia esta varió entre el 6% y el 55%.

Factores asociados a mala adherencia: carga del cuidador, problemas auditivos, deterioro cognitivo, número de medicamentos, bajo nivel educativo, género (Zelko et al., 2016).

El **séptimo artículo**, revisión sistemática que analizó 13 estudios cualitativos, con un total de 499 pacientes con multimorbilidad y polifarmacia. El objetivo fue explorar las experiencias de los pacientes en relación con su tratamiento.

Factores asociados a una mala adherencia: efectos secundarios, confusión frente a regímenes complejos, temor a desarrollar dependencia de los fármacos (Eriksen et al., 2020).

El **octavo estudio**, realizado en Penang (Malasia), utilizó un enfoque mixto con 393 participantes y 15 entrevistas cualitativas. Su objetivo fue explorar los desafíos en el uso de medicamentos por parte de adultos mayores con un foco especial en la polifarmacia (presente en el 55,4 % de los casos) y su relación con la adherencia al tratamiento, la cual fue de 46,5 %.

Factores asociados a una mala adherencia: Olvido, barreras lingüísticas, desconocimiento de efectos adversos (47,3% no los conocía), dificultades de acceso a servicios o medicamentos (42,7%), limitaciones físicas o económicas,

por el contrario, los adultos mayores que viven con familiares mostraron mejor manejo y adherencia al tratamiento (Cristopher et al., 2023).

El **noveno estudio**, realizado en China, tuvo como objetivo describir la polifarmacia y analizar los factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores de 80 años. Se incluyó una muestra de 258 pacientes con al menos una enfermedad crónica y polifarmacia. Resultados: los pacientes consumen entre 8 y 60 medicamentos, con una media de 22,9 fármacos por persona. El 46,1% tomaba entre 11 y 20 medicamentos diferentes. Solo el 32,6% cumplía adecuadamente con su tratamiento antes del ingreso hospitalario (según la escala de Morisky).

Factores asociados a una mala adherencia: olvido de la medicación, descuido al tomarla, eventos adversos a medicamentos, toma de medicamentos potencialmente inapropiados, edad avanzada, mayor número de medicamentos (Lai et al., 2018).

El **décimo estudio**, realizado en China, evaluó la carga de la polifarmacia en adultos mayores con enfermedades crónicas, utilizando la versión china del cuestionario Living with Medicines Questionnaire-3 (C-LMQ-3). Participaron un total de 430 adultos mayores de 60 años, con consumo mayor o igual a 5 medicamentos de forma continua por más de 3 meses, siendo la edad promedio de 73,6 años, predominando las mujeres (61,7%) y personas con educación primaria o secundaria.

En cuanto a los resultados, se determinó que una puntuación media en la escala de carga de medicación:  $112,9 \pm 11,3$  (rango 84–145 de un máximo de 195), indicando una carga moderada-alta.

Factores asociados a mayor carga por polifarmacia: bajo nivel educativo, edad entre 60 y 69 años, consumo de 11 o más medicamentos, toma de medicamentos 3 o más veces al día, costos económicos del tratamiento, preocupaciones sobre los medicamentos, falta de autonomía en la gestión de la medicación (Wang et al., 2021).

El **onceavo artículo**, es una revisión de 19 estudios cuantitativos, cuyo objetivo fue analizar cómo influyen las creencias de los pacientes sobre los medicamentos en el uso subóptimo de fármacos en adultos mayores ( $\geq 65$  años) que viven en la comunidad. Se evaluó vía cuestionarios, explorándose tres formas de uso subóptimo: polifarmacia mayor o igual a cinco medicamentos, uso de medicamentos potencialmente inapropiados (PIM), adherencia al tratamiento. Resultados: 18 estudios se relacionaron con la adherencia, y solo uno con el uso inapropiado de medicamentos.

Mejor adherencia se asoció con: creencias firmes en la necesidad del tratamiento, menores preocupaciones sobre los efectos del medicamento. Además, un estudio señala que la falta de confianza en el médico puede llevar al uso innecesario de medicamentos (Rafhi et al., 2024).

El **doceavo artículo**, denominado “Manejo diario de la medicación y adherencia en personas mayores con polifarmacia”, realizado en Portugal con una muestra de 1089 adultos mayores de 65 años. Su objetivo fue evaluar el consumo de medicamentos y la adherencia en personas con polifarmacia. Resultados: el 47,7% de los participantes fueron no adherentes al tratamiento.

Factores asociados a una mala adherencia: olvido de la medicación, dificultad en la gestión de los medicamentos, preocupaciones sobre efectos secundarios, costos elevados de los fármacos, dudas sobre la necesidad del tratamiento, desconfianza hacia algunos medicamentos, desconocimiento del nombre de su medicación. Aunque gran parte de los participantes tenía bajo nivel educativo y bajos ingresos, no se encontró una relación directa entre escolaridad y adherencia (Gómez et al., 2019).

Para finalizar este punto, se dará cuenta de enfermedades específicas, comenzando por el **VIH**, el cual tiene un tratamiento específico denominado, Tratamiento Antirretroviral (TAR), que consiste en la combinación de dos a cuatro medicamentos, que tiene como objetivo disminuir la carga viral de los pacientes. Además, a este tratamiento se le asocia el uso de medicamentos extras para tratar sus comorbilidades. En base a esto, se determinaron 3 estudios que evaluaron los factores asociados a una mala adherencia, tanto a la TAR como a la medicación concomitante, estos fueron: factores socioeconómicos, especialmente falta de apoyo financiero. Problemas relacionados con el sistema de atención médica o el equipo tratante, bienestar general bajo (estado de salud percibido pobre o haber estado en cama  $\geq 1$  día por enfermedad en el último año), complejidad del régimen y polifarmacia. (Siefried et al., 2018) Carga de la medicación a largo plazo, agotamiento emocional por tomar medicación constante, estado de ánimo bajo y problemas de salud mental, polifarmacia que conlleva a olvido de la medicación (Bevilacqua et al., 2022). Edad avanzada, sexo femenino, polifarmacia, alta carga de medicación adicional al TAR (Zheng et al., 2022).

En base a otro estudio relacionado con enfermedades específicas, se evaluó un estudio acerca de los factores asociados con la no adherencia a la medicación en pacientes con **enfermedad hepática terminal**, presentándose un 70% con baja adherencia y el 30% una alta adherencia. Factores asociados a una mala adherencia: olvido, efectos secundarios, número elevado de medicamentos, complejidad del régimen terapéutico (Kuo et al., 2017).

En cuanto al último estudio asociado a enfermedades específicas, se evaluó la falta de adherencia a la terapia farmacológica en pacientes con **hemodiálisis**. Se determinó que entre un 12% y un 98% en los distintos estudios no toman bien sus medicamentos. Factores asociados a baja adherencia: personas jóvenes, no caucásicas, solteras/divorciadas o que viven solas, depresión, tiempo prolongado en hemodiálisis, comorbilidades asociadas, hospitalizaciones frecuentes, régimen complejo, percepciones negativas sobre los medicamentos, olvido y cansancio por la cantidad de fármacos (Ghimire et al., 2015).

En segundo lugar, se **describirán las principales consecuencias de la falta de adherencia en personas con polifarmacia**, relacionado con este punto y en base a los artículos anteriormente expuestos, se establece que una buena adherencia “se asoció con una menor tasa de mortalidad y una menor incidencia de ingresos en residencias, así como efectos leves, aunque significativos en los ingresos hospitalarios y en urgencias” (Franchi et al., 2022). Por el contrario, y para efectos de nuestro estudio las consecuencias que trae una mala adherencia, a modo general “contribuye al aumento de la morbilidad, la mortalidad y los costos” (González-Bueno et al., 2021), sumado a lo anterior y específicamente para el paciente esta “contribuye a malos resultados clínicos, aumentos en los costos de atención médica” (Liu et al., 2023), como también en los “fracasos del tratamiento, un aumento de los reingresos hospitalarios relacionados con la medicación, procedimientos médico/quirúrgicos adicionales” (Liu et al., 2023) e incluso llegando a una de las consecuencias más perjudiciales como es la “mortalidad” (Liu et al., 2023).

En base a otro estudio se establece que, una falta de adherencia contribuye al “empeoramiento del estado de salud de los pacientes de edad avanzada, un mayor periodo de hospitalización y riesgo de progresión de la enfermedad, discapacidad y muerte” (Poorcheraghi et al., 2023) Del mismo modo, se establece en otro artículo que, la falta de adherencia al tratamiento farmacológico “genera graves consecuencias para la salud, incluyendo un mayor riesgo de reacciones adversas a medicamentos, descompensaciones clínicas y hospitalizaciones evitables” (Christopher et al., 2023), esto se debe principalmente a que “La combinación de múltiples fármacos con una administración incorrecta -debida a olvidos, confusión entre medicamentos o falta de comprensión del tratamiento- agrava las condiciones crónicas y reduce la calidad de vida. Además, el desconocimiento sobre los efectos secundarios (47.3%) y las barreras de acceso a los servicios de salud (42.7%) exacerban estos problemas, generando un círculo vicioso de deterioro clínico y mayor carga sobre el sistema sanitario” (Christopher et al., 2023). Relacionado con lo anterior, se dará cuenta de un artículo que abarca los “ingresos y reingresos hospitalarios relacionados con la medicación en pacientes mayores”, este análisis de 54 estudios de los cuales se destaca que los factores que conllevan a

un ingreso y reingreso hospitalario, se asociaron principalmente a la polifarmacia (especialmente con anticoagulantes, antiagregantes y psicotrópicos), la edad avanzada, las comorbilidades, el deterioro cognitivo y la falta de adherencia terapéutica son los principales factores de riesgo. Las tasas de reingresos variaron ampliamente entre un 0.09%-64%, (Linkens et al., 2020)

En cuanto a otro artículo, este fue realizado en Europa y da cuenta del grave impacto de la no adherencia al tratamiento en pacientes polifarmaco, este determinó que principalmente el 50% de estos pacientes no siguen correctamente su tratamiento farmacológico, lo cual afecta notablemente en el ámbito económico personal, debido a que, hay un incremento del 30-50% en hospitalizaciones evitables, de estas el 25% se asocia principalmente por reacciones adversas e interacciones medicamentosas, además afecta en el ámbito económico de los sistemas sanitarios donde cada episodio de no adherencia representa costos elevados. Asociado a los pacientes con polifarmacia crónicas (19,1% de los mayores de 65 años) que mantienen esta condición durante un año (68,6% de los casos) presentan mayor deterioro funcional y calidad de vida reducida, evidenciando el círculo vicioso entre no adherencia, complicaciones de salud y aumento de la carga terapéutica (Kardas et al., 2023).

Asociado a todo lo anteriormente expuesto, se fue a determinar por medio de un artículo realizado en Dinamarca como la incidencia de polifarmacia contribuye al riesgo de presentar muerte prematura entre adultos mayores. Encontrándose que el 29% de los adultos mayores presentaban polifarmacia al momento de su inclusión y un 5% está expuesto a una polifarmacia excesiva. Durante el seguimiento realizado por cinco años, casi la mitad (47%) hizo la transición a polifarmacia, y un 18% pasó a polifarmacia excesiva. Concluyendo que, tanto la polifarmacia como su forma excesiva se asociaron con un riesgo de muerte prematura entre tres y cuatro veces mayor. Este riesgo podría estar relacionado, en parte, con la dificultad que enfrentan muchos adultos mayores para adherirse correctamente a esquemas terapéuticos complejos, lo que favorece errores en la toma de medicamentos, interacciones fármaco-fármaco o fármaco-enfermedad, y una menor efectividad del tratamiento. (Jorring Pallesen et al., 2022).

Relacionado con una patología específica mencionada anteriormente como es el VIH, se establece que las consecuencias de una mala adherencia a la TAR, conllevan a “mayor riesgo de hospitalización y muerte” (Bevilacqua et al., 2022), además se incluye “el fracaso del tratamiento, el desarrollo de resistencia viral y mayores riesgos de progresión de la enfermedad” (Zheng et al., 2022).

### CAPÍTULO III BASE DE DATOS O MÉTODOS DE SELECCIÓN (METODOLOGÍA):

La selección de la evidencia para la revisión bibliográfica se organizó a partir de la formulación de una pregunta de investigación clara, de la cual se desprendieron un objetivo general y dos objetivos específicos. A partir de ellos, se diseñó una estrategia de búsqueda estructurada, orientada a identificar literatura científica relevante y actualizada. Para ello, se utilizó la base de datos especializada en salud PubMed. La búsqueda se realizó empleando términos normalizados extraídos de los descriptores MeSH (Medical Subject Headings) y DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud), cuyos términos claves fueron: Medication Adherence y Polypharmacy a los que se le agregó el conector booleano -AND- para recuperar información y artículos relevantes del tema.

Se aplicaron filtros para restringir la búsqueda a artículos publicados en los últimos 10 años, que se encuentren en idioma de español e inglés y con acceso a texto completo tanto de carácter cuantitativo como cualitativo.

La ecuación que se utilizó fue:

- Medication Adherence and Polypharmacy

En cuanto a la justificación de los términos:

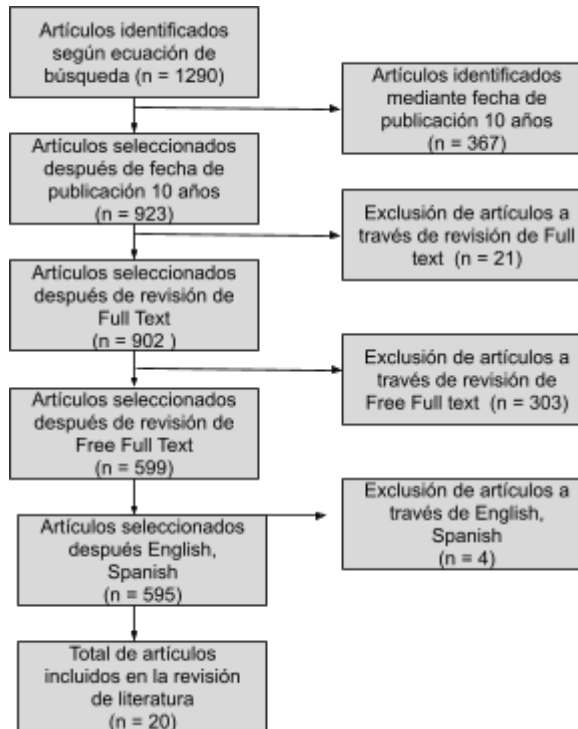
- **Polypharmacy**: este término se utiliza para buscar sobre pacientes que toman múltiples medicamentos simultáneamente, además de ser un término inserto en la pregunta de investigación.
- **Medication Adherence**: este término se relaciona con la adherencia que tienen los pacientes sobre su tratamiento farmacológico, y es un término inserto en la pregunta de investigación.

A continuación se darán a conocer los criterios empleados:

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"><li>- Trabajo cuantitativo y cualitativo sobre el grado de polifarmacia de los usuarios, y los factores que influyen en ella.</li><li>- Escritos en español e inglés.</li><li>- Investigaciones publicadas desde el año 2015 al 2025 o desde el 2020 al 2025, es decir, que tengan una antigüedad de 5 a 10 años.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Estudios que no se enfoquen en pacientes con polifarmacia, sino en otros tipos de adherencia o tratamientos.</li></ul>

Flujogramas:

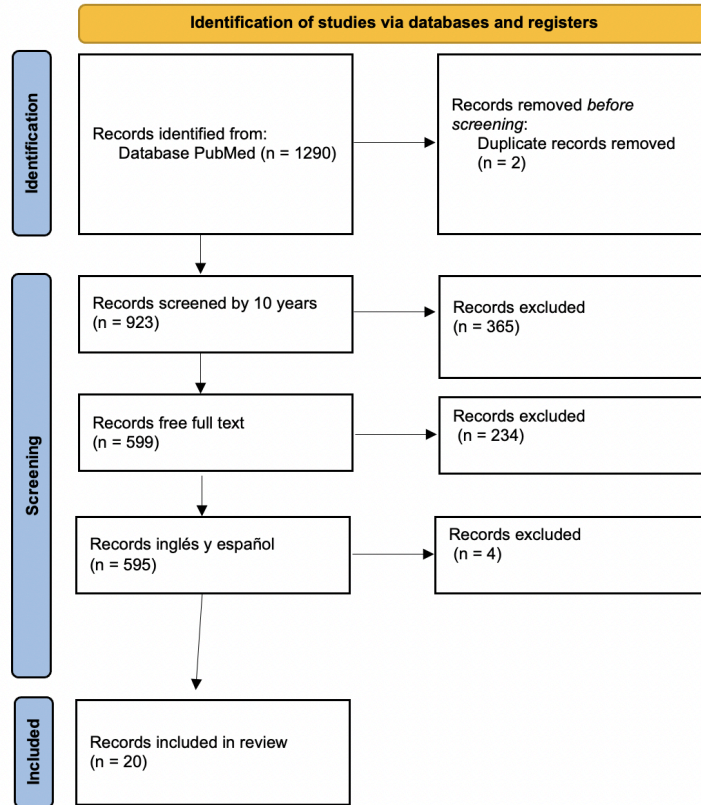
❖ Búsqueda realizada en PubMed: Medication Adherence AND Polypharmacy.  
Filtros: 10 años de antigüedad, Free Full text, Full text, English, Spanish.



**Figura: 3 - 1:** *Flujograma de búsqueda*

*Flujograma de elaboración propia*

El proceso de selección de selección de artículos se organizó a través de un PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), representado por un flujograma que organiza las etapas de identificación, selección, elegibilidad e inclusión final de los artículos.



**Figura 3 - 2: PRISMA**

*Prisma de elaboración propia*

## CAPÍTULO III PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS:

### 4.1 Resultados:

Tras realizada la estrategia de búsqueda se logró identificar un total de 1290 artículos de la base de datos PubMed, posteriormente se aplicaron los criterios de exclusión obteniéndose una cantidad total de 20 artículos.

Las principales razones para la exclusión de ciertos artículos radican en la falta de enfoque en la temática central, sin considerar el fenómeno de la polifarmacia ni la adherencia. También, fueron descartados artículos duplicados o aquellos cuyo acceso completo no fue posible adquirir.

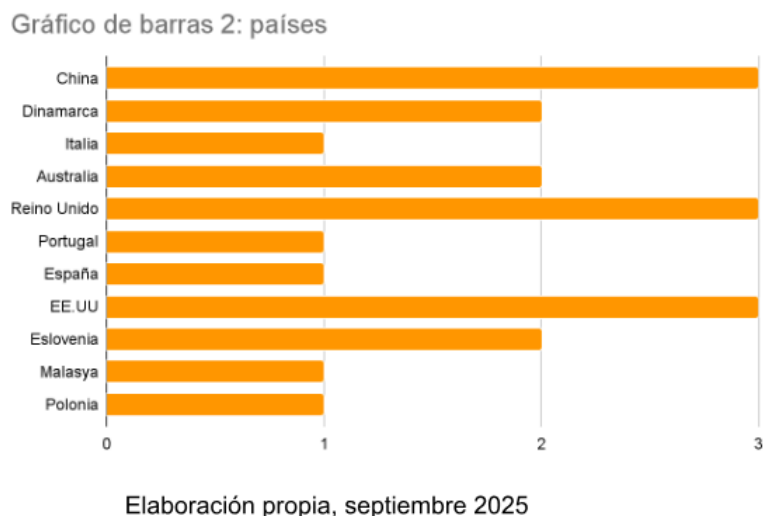
Dentro de los 20 artículos seleccionados:



**Figura 4 - 1:** *tipos de estudios encontrados*

- La mayoría de los artículos fueron publicados entre los años 2017 a 2024, lo que asegura la actualidad de la información analizada.
- Los idiomas predominantes fueron inglés y español.

- Los países de publicación más representativos fueron:



**Figura 4 - 2: países de publicación más representativos**

- Las unidades de estudio fueron variadas, incluyendo: bases de datos o revistas, encuestas en línea, centros de atención primaria, contextos hospitalarios, centros comunitarios, lo que enriquece la diversidad de las intervenciones estudiadas.

Se pueden distinguir las siguientes temáticas abordadas en la investigación:

**Identificar qué factores afectan la adherencia al tratamiento farmacológico en personas con polifarmacia (17 artículos)**

Relacionado con nuestros estudios abordamos diversos factores que pueden influir en una falta de adherencia al tratamiento farmacológico, primero daremos cuenta en resumen de variados artículos realizados a adultos mayores con polifarmacia y comorbilidades asociadas, en donde se destaca que los factores que influyen en una mala adherencia se asocian principalmente con: El género especialmente en el sexo femenino lo cual se debe principalmente al hecho de que estas tienden a descuidarse en favor del cuidado de otros miembros de la familia. Otro de los factores que influyen en la falta de adherencia se relacionan principalmente con la edad, variando en nuestro estudio desde mayores de 65 años hasta mayores de 85 años. Otro componente que influye en la adherencia,

es la polifarmacia, que se define como el consumo de 4 o más medicamentos, esto se debe a que estos tienden a olvidarse de la medicación y a no seguir correctamente el régimen complejo afectando la adherencia a la medicación. Asimismo, los adultos mayores tienden a presentar deterioro cognitivo, como también una disminución en la capacidad auditiva propia de la edad, lo cual puede ser un impedimento para comprender adecuadamente las indicaciones, y por tanto disminuir su adherencia. Además, las personas mayores tienden a ser influenciadas por los tratamientos alternativos y por las redes sociales afectando su nivel de adherencia. Otro factor de riesgo que se menciona, son las comorbilidades asociadas, ya que, estas tienden a aumentar el consumo de medicamentos. Entre otros factores que se pueden mencionar, se encuentran el olvido, la complejidad del régimen, el miedo o preocupación ante los eventos adversos, la falta de conocimiento en relación al tratamiento y a la medicación, una hiper polifarmacia, el uso de medicamentos potencialmente inapropiados, el número de la medicación, el factor económico u costos de medicación, además de las limitaciones físicas, la situación de vida del individuo, un nivel de educación bajo, una falta de apoyo social, así como también, la auto interrupción de la medicación, las dificultades en el acceso, entre otras.

A continuación hablaremos acerca de unas cuantas enfermedades específicas para ejemplificar lo expuesto:

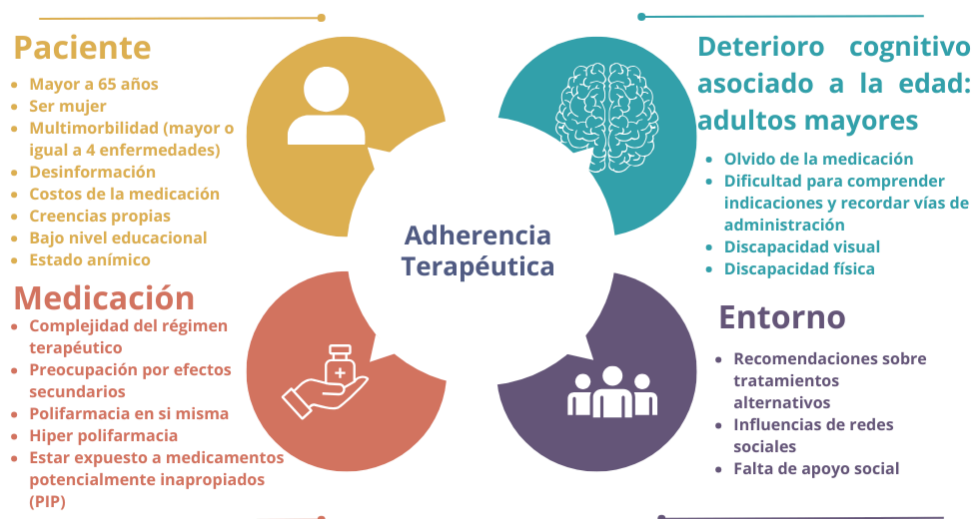
Primero VIH, esta presenta un tratamiento complejo denominado tratamiento antirretroviral (TAR), el cual tiende a ser un riesgo para presentar enfermedades cardiovasculares, como son la diabetes, hipertensión, dislipidemia, estas últimas, tienden a denominarse enfermedades concomitantes, las cuales aumentan el consumo de medicamentos y contribuyen a la no adherencia a la medicación. Entre los factores que se asociaron a una mala adherencia se encuentran: el ser adulto mayor, mujer con polifarmacia, y un alto nivel de carga a medicamentos. Los factores socioeconómicos asociados especialmente al apoyo financiero, los relacionados con equipo/sistema, la sensación de bienestar general, la carga de la medicación a largo plazo, la polifarmacia que tiende a contribuir al olvido de la medicación, el agotamiento recibido por los pacientes en cuanto al consumo de la medicación, el estado de ánimo, especialmente influenciado por los problemas de salud mental. Es importante mencionar que, los pacientes tienden a adherir mayormente a los fármacos para sus comorbilidades, dado que, si no los toman tienen un efecto inmediato en su salud y bienestar, dejando de tomar sus medicamentos para el VIH, mientras que para otros pacientes fue a la inversa.

Segundo, enfermedad hepática terminal, donde los pacientes tiende a presentar un muy bajo nivel de adherencia presentándose con un 70%. Entre los factores que se asocian a una baja adherencia se encuentran los siguientes: el olvido, los efectos secundarios, la polifarmacia en sí misma, así como también la complejidad del régimen terapéutico (Kuo et al., 2017).

Por último, la hemodiálisis, donde el porcentaje de adherencia al tratamiento varía desde un 12% a un 98%. Entre los factores que se asociaron a una mala

adherencia, se encuentran los siguientes: ser joven, persona no caucásica, quienes viven solos o están divorciados, aquellos asociados a síntomas depresivos, además, influye el hecho de estar mucho tiempo en hemodiálisis, tener otras comorbilidades asociadas o estar frecuentemente hospitalizado, también se asocian los tratamiento complejos con el consumo de múltiples medicamentos. En cuanto a otras razones, se encuentran el cómo se sienten los pacientes en cuanto a su medicación, es decir, si les causan efectos secundarios, conlleva a la suspensión del tratamiento por voluntad propia. Además, se mencionan factores como el olvido de la medicación, los efectos secundarios (Ghimire et al., 2015).

### Factores que afectan la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con polifarmacia



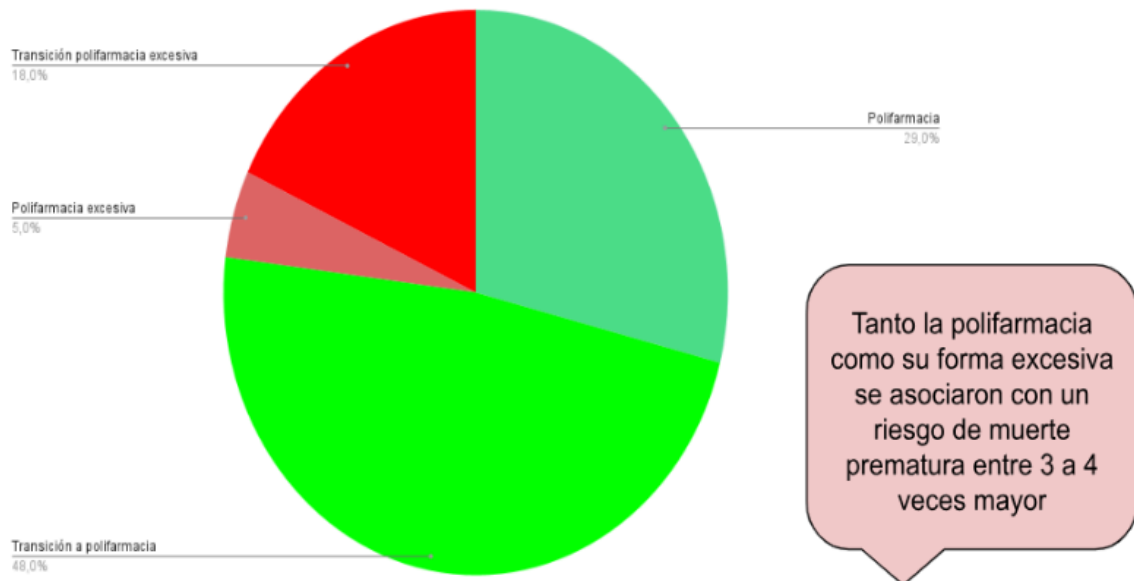
Elaboración propia, Septiembre 2025

**Figura 4 - 3:** factores que afectan la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con polifarmacia

**Describir las principales consecuencias de la falta de adherencia en pacientes con polifarmacia** (3 artículos y 7 artículos repetidos del objetivo anterior)

Con respecto a los artículos mencionados, determinamos que las consecuencias que conllevan a una falta de adherencia al tratamiento en pacientes con polifarmacia, se destacan los siguientes: alteración en la calidad de vida de los pacientes, esto principalmente por el hecho, de que la falta de adherencia a la medicación conlleva a la descompensación u progresión de sus propias enfermedades, lo cual puede llevar a la discapacidad e incluso a la muerte, en cuanto a este último, se destacó un estudio donde se menciona que una mayor incidencia a la polifarmacia puede contribuir a una muerte prematura, entre tres a cuatro veces mayor, lo cual se asoció específicamente a la falta de adherencia a esquemas de tratamientos complejos, favoreciendo los errores asociados a la medicación, interacciones fármaco-fármaco o fármaco-enfermedades, y una menor efectividad del tratamiento (Jorring Pallesen et al., 2022).

Grafico circular 3: estudio de incidencia de polifarmacia en la Muerte Prematura

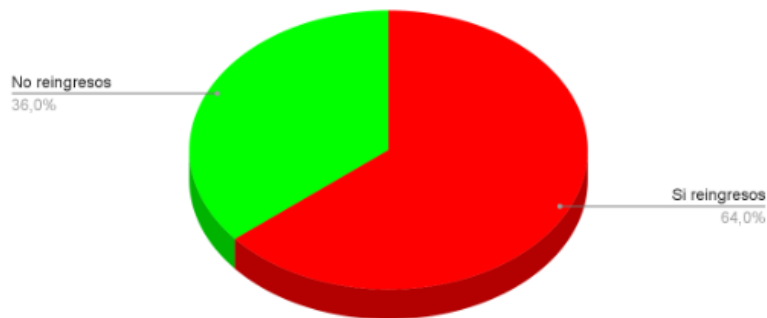


(Jorring Pallesen et al., 2022)

**Figura 4 - 4:** estudio, de incidencia de polifarmacia en la muerte prematura

Otro de las consecuencias que trae una mala adherencia, se relaciona con las descompensaciones propias que presentan estos pacientes, lo cual puede llevar a los ingresos y reingresos hospitalarios, donde los principales factores asociados se relacionaron con la polifarmacia (especialmente con anticoagulantes, antiagregantes y psicotrópicos), la edad avanzada, las comorbilidades, el deterioro cognitivo y la falta de adherencia terapéutica son los principales factores de riesgo. Los valores de ingresos y reingresos oscilaron entre un 0.09% a un 64% (Linkens et al., 2020). Es importante mencionar, que esto trae un costo económico personal, dado que, hay un incremento del 30-50% en hospitalizaciones evitables, de estas el 25% se asocia principalmente por reacciones adversas e interacciones medicamentosas, además afecta en el ámbito económico de los sistemas sanitarios donde cada episodio de no adherencia representa costos elevados (Kardas et al., 2023).

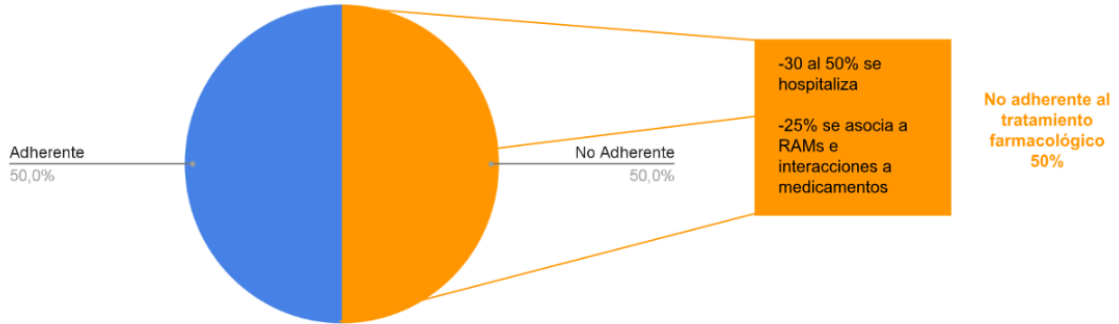
Grafico circular 1: tasas de reingresos hospitalarios



Linkens et al., 2020

**Figura 4 - 5:** estudio, tasas de reingresos hospitalarios.

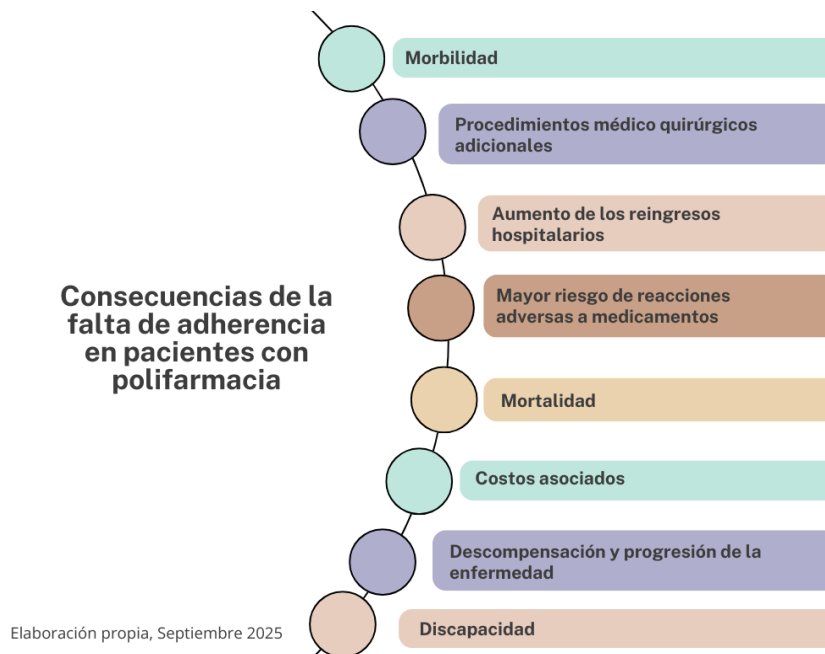
Gráfico circular 2: sobre costos asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico



Kardas et al., 2023

**Figura 4 - 6:** estudio, sobre costos asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico.

Relacionado con una patología específica mencionada anteriormente como es el VIH, se establece que las consecuencias de una mala adherencia a la TAR, conllevan a “mayor riesgo de hospitalización y muerte” (Bevilacqua et al., 2022), además se incluye “el fracaso del tratamiento, el desarrollo de resistencia viral y mayores riesgos de progresión de la enfermedad” (Zheng et al., 2022).



**Figura 4 - 7:** consecuencias de la falta de adherencia en pacientes con polifarmacia.

## Análisis de convergencia y divergencia de los resultados:

En cuanto a las convergencias, la mayoría de los estudios coinciden en que existen múltiples factores que influyen negativamente en la adherencia, siendo los más relevantes la edad avanzada, el sexo femenino, el olvido, el deterioro cognitivo, la presencia de comorbilidades, la complejidad del régimen terapéutico, el uso simultáneo de múltiples medicamentos, las barreras económicas, la falta de apoyo social, el miedo a los efectos adversos, el desconocimiento sobre los tratamientos, y las dificultades de acceso o comprensión.

Además, hay consenso en que la polifarmacia, por sí sola constituye un factor de riesgo que disminuye la adherencia, al aumentar la carga terapéutica y generar confusión, agotamiento o abandono voluntario del tratamiento. También existe una convergencia importante respecto a las consecuencias de la baja adherencia, destacándose el deterioro en la calidad de vida, la descompensación de enfermedades crónicas, el aumento de hospitalizaciones y reingresos, e incluso la posibilidad de muerte prematura. Esto, además, implica un mayor costo económico tanto a nivel personal como para los sistemas de salud. En términos metodológicos, la mayoría de los estudios fueron de tipo cuantitativo, especialmente estudios transversales y revisiones sistemáticas, publicados entre 2017 a 2024.

Respecto a las divergencias, se observaron diferencias en las poblaciones estudiadas y en el enfoque específico de ciertos artículos. Si bien la mayoría se centró en adultos mayores, algunos estudios consideraron rangos etarios variados, incluyendo desde los 65 hasta mayores de 85 años, lo que puede afectar la generalización de los resultados. Asimismo, existieron diferencias relevantes según la patología abordada. Por ejemplo, en el caso de pacientes con VIH, se evidenció que los factores asociados a la falta de adherencia incluyen ser adulto mayor, mujer con polifarmacia, alta carga de medicamentos, y factores socioeconómicos como la falta de apoyo financiero. Además, influyen variables emocionales como el estado de ánimo y el agotamiento por consumo prolongado de fármacos. Se destacó que algunos pacientes priorizan la adherencia a medicamentos para sus comorbilidades por el efecto inmediato en su salud, mientras que otros privilegian el tratamiento antirretroviral (Bevilacqua et al., 2022; Zheng et al., 2022). Por otro lado, en pacientes con enfermedad hepática terminal, la adherencia es especialmente baja (alrededor del 70 %), influida principalmente por el olvido, los efectos secundarios y la complejidad del régimen terapéutico (Kuo et al., 2017).

Por otro lado, la percepción negativa respecto a los medicamentos, como los efectos secundarios, puede llevar a la suspensión voluntaria del tratamiento (Ghimire et al., 2015). Estas diferencias reflejan que, si bien la polifarmacia es

un fenómeno transversal, su impacto en la adherencia varía según el contexto clínico, social y emocional del paciente.

Por último, también se observaron divergencias en las consecuencias evaluadas: algunos estudios se centraron en desenlaces clínicos como la progresión de enfermedad o la muerte prematura (Jorring Pallesen et al., 2022), mientras otros priorizaron indicadores como ingresos hospitalarios, interacciones medicamentosas o el impacto económico del sistema sanitario (Linkens et al., 2020; Kardas et al., 2023).

#### 4.2 Discusión:

Tras realizar un exhaustivo análisis de los resultados, consideramos que en relación la respuesta de nuestra pregunta de investigación ¿Cuál es el grado de adherencia al tratamiento farmacológico en personas con polifarmacia, qué factores influyen en ella y cuáles son sus consecuencias para la salud de esta población?, en primer lugar, se identificó escasa información precisa en cuanto al grado de adherencia, ya que, solo algunos estudios entregaron porcentajes específicos, que oscilaron en un rango amplio entre baja y moderada adherencia. En contraste, la literatura fue más consistente al describir los factores que influyen en una mala adherencia, donde destacan el deterioro cognitivo en adultos mayores, el sexo femenino, la multimorbilidad, la complejidad de los regímenes terapéuticos, los costos de la medicación, la polifarmacia en sí misma y las creencias individuales en torno a los fármacos.

Por otro lado diversidad de enfoques encontrados refleja distintos matices: algunos estudios se centraron en pacientes mayores de 65 u 80 años, otros en la asociación entre multimorbilidad y uso de medicamentos potencialmente inapropiados, en la relación entre apoyo social y polifarmacia, o en el impacto de enfermedades crónicas específicas como VIH, enfermedad hepática terminal y pacientes en hemodiálisis, todos ellos grupos con elevada carga farmacológica que enriquecieron la comprensión del fenómeno. Esta amplitud de perspectivas, tanto cuantitativas como cualitativas, permitió visualizar la adherencia desde distintos contextos clínicos y sociales, lo cual constituye una fortaleza al ampliar la mirada más allá del simple cumplimiento terapéutico.

En cuanto a las consecuencias de la falta de adherencia, los estudios coinciden en que esta se asocia a la descompensación de patologías crónicas de base, progresión de la enfermedad, deterioro de la calidad de vida, aumento de hospitalizaciones y reingresos, mayores costos para los sistemas sanitarios, discapacidad e incluso muerte. Sin embargo, se reconocen limitaciones en la literatura, particularmente respecto a qué enfermedades crónicas tienden con mayor frecuencia a descompensarse por la falta de adherencia, así como una menor profundidad en la exploración de las consecuencias en patologías como

la enfermedad hepática y la hemodiálisis, que fueron abordadas sólo de manera parcial.

En síntesis, la revisión refleja una fuerte convergencia en torno a los factores de riesgo y las consecuencias negativas de la no adherencia, pero muestra divergencias en la magnitud del problema y en los grupos poblacionales estudiados, lo que resalta la necesidad de más investigaciones que profundicen en estas dimensiones y permitan diseñar estrategias educativas y de acompañamiento más específicas y efectivas.

#### CAPÍTULO IV CONCLUSIONES:

En conclusión, de acuerdo con la revisión bibliográfica realizada, la adherencia al tratamiento en pacientes polimedcados constituye un reto complejo y multifactorial, en el que confluyen factores individuales, sociales, clínicos y propios del régimen terapéutico. La evidencia analizada muestra que la polifarmacia no solo incrementa la probabilidad de una baja adherencia, sino que además repercute en consecuencias clínicas y sociales para el paciente, afectando directamente su calidad de vida y comprometiendo, al mismo tiempo, la sostenibilidad actual de los sistemas de salud.

La relevancia de este trabajo en el marco de nuestra formación académica radica en que el fenómeno de la polifarmacia acarrea consecuencias significativas, tales como mayor morbimortalidad, descompensaciones, ingresos hospitalarios evitables, resistencia al tratamiento, efectos adversos de la medicación e incluso la muerte. Estas consecuencias no solo impactan en la persona que consume los medicamentos y en su familia, sino también en el sistema sanitario, al aumentar la demanda de atención médica. Por ello, resulta fundamental visibilizar esta problemática y, como futuros enfermeros y profesionales de la salud, asumir un rol activo en la implementación de intervenciones que favorezcan la adherencia terapéutica, incluyendo la educación para el autocuidado, el acompañamiento familiar, la creación de redes de apoyo y el uso de tecnologías de la información y la comunicación (TIC), como aplicaciones móviles, que han demostrado eficacia en el incremento de la adherencia. De este modo, se contribuye tanto al bienestar de los pacientes como al fortalecimiento del sistema sanitario.

En cuanto a las limitaciones de esta revisión, la mayoría de los estudios se enfocaron en población adulta mayor, quedando escasa evidencia sobre poblaciones jóvenes, pacientes con enfermedades complejas específicas (como hemodiálisis o enfermedad hepática terminal) y comunidades en situación de vulnerabilidad social. Asimismo, la heterogeneidad metodológica —que incluyó escalas autoinformadas, registros clínicos y cuestionarios validados o no validados— restringió la posibilidad de realizar un cruce uniforme de resultados

y de establecer conclusiones universales. También se evidenció la falta de estudios en América Latina, lo que limita la aplicabilidad de los hallazgos a nuestra realidad sanitaria.

De lo anterior surge la necesidad de futuras líneas de investigación que incorporen grupos de edad más jóvenes, considerando que la polifarmacia aumenta con la aparición precoz de enfermedades crónicas; que integren contextos comunitarios y de alta vulnerabilidad social, tomando en cuenta los determinantes sociales de la salud; que profundicen en el impacto de las intervenciones de enfermería centradas en la educación, el seguimiento domiciliario y la medición de adherencia mediante herramientas digitales; y que generen evidencia local en Chile y Latinoamérica, a través de diseños robustos que permitan adaptar las intervenciones a las realidades propias.

En resumen, los resultados de esta revisión evidencian que la adherencia en pacientes polimedicados debe abordarse desde un enfoque integrador, interdisciplinario y centrado en el paciente. Mejorar la adherencia no solo contribuye a optimizar los resultados clínicos, sino también a promover la equidad en salud y garantizar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios.

## BIBLIOGRAFÍA:

- Organización Mundial de la Salud. (2022). Enfermedades no transmisibles. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Día Mundial de la Seguridad del Paciente (2022). Recuperado el 12 de septiembre de 2025, de Who.int website: <https://www.who.int/es/news-room/events/detail/2022/09/17/default-calendar/world-patient-safety-day-2022>
- Ministerio de Salud. (2017). Primera Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017: Primeros Resultados [PDF]. Recuperado de [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17\\_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf)
- Guillot, J., Maumus-Robert, S., & Bezin, J. (2020). Polypharmacy: A general review of definitions, descriptions and determinants. *Therapies*, 75(5), 407–416. <https://doi.org/10.1016/j.therap.2019.10.001>
- Ministerio de Salud de Chile. (2018). Encuesta Nacional de Salud 2016- 2017: Uso de medicamentos en la población adulta y adulta mayor en Chile. Gobierno de Chile. [http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/08/Informe\\_Uso\\_de\\_medicamentos\\_ENS\\_2016\\_17.pdf](http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/08/Informe_Uso_de_medicamentos_ENS_2016_17.pdf)
- Kosińska, M., Cwikła, J., Kosela-Paterczyk, H., & Pęksa, R. (2017). Pulmonary carcinoids: Analysis of 188 cases. *Respiratory Medicine & Clinical Case Reports*, 20, 161-167. DOI: 10.1016/j.rmcl.2016.09.011
- Salech, F., Daniel Palma, Q. F., & Pablo Garrido, Q. F. (2016). Epidemiología Del Uso De Medicamentos en El Adulto Mayor. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(5), 660–670. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2016.09.011>
- Ortega, J., Sánchez, D., Rodríguez, Ó., & Ortega, J. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta médica Grupo Ángeles*, 16(3), 226-232. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es&tlng=es).
- Franchi, C., Ludergrani, M., Merlino, L., Nobili, A., Fortino, I., Leoni, O., & Ardoino, I. (2022). Multiple medication adherence and related outcomes in community-dwelling older people on chronic polypharmacy: A retrospective cohort study on administrative claims data. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5692. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095692>
- Siefried, K. J., Mao, L., Cysique, L. A., Rule, J., Giles, M. L., Smith, D. E., McMahon, J., Read, T. R., Ooi, C., Tee, B. K., Bloch, M., de Wit, J., Carr, A., & PAART study investigators. (2018). Concomitant medication polypharmacy, interactions and imperfect adherence are common in Australian adults on suppressive antiretroviral therapy. *AIDS (London, England)*, 32(1), 35–48. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001685>

- González-Bueno, J., Sevilla-Sánchez, D., Puigoriol-Juventeny, E., Molist-Brunet, N., Codina-Jané, C., & Espauella-Panicot, J. (2021). Factors associated with medication non-adherence among patients with multimorbidity and polypharmacy admitted to an intermediate care center. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18), 9606. <https://doi.org/10.3390/ijerph18189606>
- Liu, J., Yu, Y., Yan, S., Zeng, Y., Su, S., He, T., Wang, Z., Ding, Q., Zhang, R., Li, W., Wang, X., Zhang, L., & Yue, X. (2023). Risk factors for self-reported medication adherence in community-dwelling older patients with multimorbidity and polypharmacy: a multicenter cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 23(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03768-7>
- Bevilacqua, K. G., Brinkley, C., McGowan, J., Wallach, F., & Schwartz, R. M. (2022). “we are getting those old people things.” polypharmacy management and medication adherence among adult HIV patients with multiple comorbidities: A qualitative study. *Patient Preference and Adherence*, 16, 2773–2780. <https://doi.org/10.2147/PPA.S382005>
- Almutairi, A. S., Alhazmi, T. M., Alotaibi, Y. H., Alfraidi, A. A., Alsaad, A. M., Matrood, R. A., Al-Khatir, A. N., Alsubaie, A. A., & Alotibi, W. M. (2022). Medication adherence among multimorbid patients with polypharmacy and its relation to social support at national guard primary health care centers, Riyadh. *Cureus*, 14(10), e30679. <https://doi.org/10.7759/cureus.30679>
- Zheng, C., Meng, J., Xiao, X., Xie, Y., Zhao, D., & Wang, H. (2022). Polypharmacy, medication-related burden and antiretroviral therapy adherence in people living with HIV aged 50 and above: A cross-sectional study in Hunan, China. *Patient Preference and Adherence*, 16, 41–49. <https://doi.org/10.2147/PPA.S340621>
- Poorcheraghi, H., Negarandeh, R., Pashaepoor, S., & Jorian, J. (2023). Effect of using a mobile drug management application on medication adherence and hospital readmission among elderly patients with polypharmacy: a randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1192. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10177-4>
- Lai, X., Zhu, H., Huo, X., & Li, Z. (2018). Polypharmacy in the oldest old (≥80 years of age) patients in China: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 18(1), 64. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0754-y>
- Wang, Y., Li, X., Jia, D., Lin, B., Fu, B., Qi, B., & Zhang, Z. (2021). Exploring polypharmacy burden among elderly patients with chronic diseases in Chinese community: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 21(1), 308. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02247-1>
- Rafhi, E., Al-Juhaishi, M., Stupans, I., Stevens, J. E., Park, J. S., & Wang, K. N. (2024). The influence of patients’ beliefs about medicines and the relationship with suboptimal medicine use in community-dwelling older adults: a systematic review of quantitative studies. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 46(4), 811–830. <https://doi.org/10.1007/s11096-024-01727-9>

- Zelko, E., Klemenc-Ketis, Z., & Tusek-Bunc, K. (2016). Medication adherence in elderly with polypharmacy living at home: A systematic review of existing studies. *Materia Socio-Medica*, 28(2), 129–132. <https://doi.org/10.5455/msm.2016.28.129-132>
- Eriksen, C. U., Kyriakidis, S., Christensen, L. D., Jacobsen, R., Laursen, J., Christensen, M. B., & Frølich, A. (2020). Medication-related experiences of patients with polypharmacy: a systematic review of qualitative studies. *BMJ Open*, 10(9), e036158. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036158>
- Christopher, C. M., Blebil, A. Q., Bhuvan, K. C., Alex, D., Mohamed Ibrahim, M. I., Ismail, N., & Cheong Wing Loong, M. (2023). Medication use problems and factors affecting older adults in primary healthcare. *Research in Social & Administrative Pharmacy: RSAP*, 19(12), 1520–1530. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2023.08.001>
- Linkens, A. E. M. J. H., Milosevic, V., van der Kuy, P. H. M., Damen-Hendriks, V. H., Mestres Gonzalvo, C., & Hurkens, K. P. G. M. (2020). Medication-related hospital admissions and readmissions in older patients: an overview of literature. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 42(5), 1243–1251. <https://doi.org/10.1007/s11096-020-01040-1>
- Kuo, S. Z., Haftek, M., & Lai, J. C. (2017). Factors associated with medication non-adherence in patients with end-stage liver disease. *Digestive Diseases and Sciences*, 62(2), 543–549. <https://doi.org/10.1007/s10620-016-4391-z>
- Gomes, D., Placido, A. I., Mó, R., Simões, J. L., Amaral, O., Fernandes, I., Lima, F., Morgado, M., Figueiras, A., Herdeiro, M. T., & Roque, F. (2019). Daily medication management and adherence in the polymedicated elderly: A cross-sectional study in Portugal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 200. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010200>
- Ghimire, S., Castelino, R. L., Lioufas, N. M., Peterson, G. M., & Zaidi, S. T. R. (2015). Nonadherence to medication therapy in haemodialysis patients: A systematic review. *PloS One*, 10(12), e0144119. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0144119>
- Kardas, P., Mair, A., Stewart, D., & Lewek, P. (2023). Optimizing polypharmacy management in the elderly: a comprehensive European benchmarking survey and the development of an innovative online benchmarking application. *Frontiers in Pharmacology*, 14, 1254912. <https://doi.org/10.3389/fphar.2023.1254912>
- Jørring Pallesen, A. V., Kristiansen, M., Westendorp, R. G. J., & Mortensen, L. H. (2022). Polypharmacy occurrence and the related risk of premature death among older adults in Denmark: A nationwide register-based cohort study. *PloS One*, 17(2), e0264332. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264332>

ANEXOS:

Anexo n°1: Tabla resumen de artículos seleccionados (según modelo de Burns & Grove, cap.4):

Autor(es) y año	Propósito	Muestra	Mediciones	Tratamiento	Resultados cuantitativos	Resultados cualitativos
Siefried et al., 2018	Examinar la prevalencia de polifarmacia, interacciones medicamentosas y adherencia en adultos con VIH en Australia.	527 adultos con VIH; edad media 51 años; mayoría hombres.	-Polifarmacia -Interacciones farmacológicas -Adherencia - Efectos adversos - Índice de Charlson - PHQ-9	No hubo intervención; estudio observacional transversal	75% usa medicación concomitante, 23% polifarmacia, 11.5% baja adherencia, polifarmacia ligada a fatiga, diarrea y neuropatía.	Barreras económicas, carga de enfermedad y participación en atención especializada influyen en la polifarmacia y la adherencia.
González-Bueno et al. (2021)	Analizar factores de no adherencia en adultos mayores con	93 pacientes ≥65 años con multimorbilidad (≥2 enfermedades)	Adherencia: PDC discretizado múltiple (≥80% = adherente) y	- Evaluación interdisciplinaria: Revisión de medicación	Prevalencia no adherencia (PDC <80%): 79.6% (*n*=74). -	- Autopercepción de mala adherencia (ARMS-e) como

	polifarmacia.	dades crónicas) y polifarmacia (≥5 medicamentos) ingresados en cuidados intermedios (edad media: 83 años, 65.6% mujeres).	<p>Escala de Adherencia Resurtidos y Medicamentos (ARMS-e) en español.</p> <p>-Polifarmacia: ≥5 medicamentos a largo plazo.</p> <p>-Prescripción inapropiada (PIP): Criterios Beers 2019 y modelo de prescripción centrado en el paciente (PCP).</p> <p>-Complejidad del régimen: Índice de Complejidad del Régimen de Medicación (MRCI).</p>	<p>ón por geriatra y farmacéutico usando modelo PCP (Prescripción Centrada en el Paciente).</p> <p>- Enfoque: Optimización de la prescripción mediante eliminación de PIP y simplificación de regímenes complejos.</p>	<p>Factores significativos:</p> <p>- Adherencia subóptima (ARMS-e &gt;12): OR=8.99 (IC 95%: 2.80–28.84; *p*&lt;0.001).</p> <p>- Alta carga de PIP (≥3): OR=3.90 (IC 95%: 0.95–15.99; *p*=0.059).</p> <p>- Hiperpolifarmacia (≥10 medicamentos): 62.4% (*n*=58).</p>	<p>predictor principal.</p> <p>- Complejidad del régimen y PIP generan confusión y errores en la toma.</p>
--	---------------	---	---	--	---	--

			-Fragilidad: Índice Frail-VIG . -Cognición: Mini Examen del Estado Mental (MMSE).			
Liu et al. (2023)	Identificar factores de riesgo asociados a la no adherencia medicamentosa autoinformada en adultos mayores con multimorbilidad y polifarmacia en China, y explorar su relación con el uso de medicamentos potencialmente inapropiados (PIM).	773 pacientes $\geq 65$ años (edad media: 73.7 años; 58.9% hombres). - Criterios: Multimorbilidad ( $\geq 2$ enfermedades crónicas, incluyen hipertensión, diabetes, etc.) y polifarmacia ( $\geq 5$ medicamentos). - Contexto	Adherencia: Escala Visual Analógica (EVA) autoinformada (puntuación $< 80 =$ no adherente). - PIM: Criterios Beers 2019 (excluyendo categoría E por falta de datos renales). - Variables clínicas: Deterioro cognitivo (Mini-Cog),	Evaluación de PIM: Revisión por dos investigadores + tercero en discrepancias. - Enfoque: Análisis de factores modificables (ej. costos, autonomía) y no modificables (ej. deterioro cognitivo).	Prevalencia no adherencia (EVA $< 80$ ): 31.8% (*n*=241). - Factores significativos (regresión multivariante): - Deterioro cognitivo : OR=1.84 (IC 95%: 1.26–2.69). - Gasto en medicación $\geq 10\%$ del gasto médico: OR=1.51	-Hallazgo o clave: Uso de PIM se asoció con mayor adherencia (posiblemente por mayor supervisión médica). - Barreras: Deterioro cognitivo, gasto elevado en medicamentos y dependencia para la administración. -

		: 16 hospitales terciarios en 12 provincias de China (comunidad urbana).	comorbilidades, costos de medicación (% gasto médico), autonomía en la administración de medicamentos.		(IC 95%: 1.07–2.14). - Incapacidad de autoadministración: OR=2.28 (IC 95%: 1.40–3.71). - Uso de PIM: OR=0.71 (IC 95%: 0.50–0.99) (asociación inversa). - Prevalencia de PIM: 62% (*n*=479), principalmente en categorías cardiovascular (23.7%) y hematopoyética (27.7%).	Factores protectores: Sexo masculino (OR=0.65) y antecedente de ictus (OR=0.44) mostraron mayor adherencia.
Bevilacqua et al.	Explorar las	-15 paciente	- Método cualitativo	-Contexto clínico:	-Polifarmacia:	1. Barreras:

(2022)	<p>percepciones y experiencias de pacientes con VIH sobre la gestión de la polifarmacia (≥5 medicamentos) y su impacto en la adherencia, con enfoque en barreras y facilitadores.</p>	<p>s con VIH (edad media: 57 años; 60% mujeres). - Criterios: Polifarmacia (promedio: 5.67 medicamentos) y comorbilidades (hipertensión, diabetes, etc.). - Contexto: Clínica especializada en VIH en Nueva York (EE.UU.).</p>	<p>o: 2 grupos focales (transcripciones analizadas con enfoque inductivo). - Temas evaluados: Estrategias de manejo, adherencia diferencial (TAR vs. no TAR), impacto emocional.</p>	<p>Equipo multidisciplinario (médicos, farmacéuticos, educadores) que promueve adherencia con recordatorios y herramientas (pastilleros). - Enfoque paciente: Uso de rutinas diarias y apoyo social para gestión de medicación.</p>	<p>87% tomaba ≥5 medicamentos (rango: 3–11). - Comorbilidades: 4.4 en promedio (mayoría con carga viral indetectable).</p>	<p>- Fatiga por adherencia ("ardor de pastillas") por uso prolongado de TAR. - Problemas de salud mental (depresión) como obstáculo clave. - Complejidad de horarios e interacciones alimentarias. 2. Facilitadores: - Apoyo social (familia, equipo clínico). - Estrategias personalizadas: Uso de recordat</p>
--------	---	--	--	---	--	--

						<p>orios vinculados a rutinas (ej. TV). 3. Adherencia diferencial: - Algunos priorizaron medicamentos no-TAR por efectos inmediatos (ej. diabetes) - Otros olvidaban medicamentos no-TAR por menor percepción de urgencia.</p>
Almutairi et al. (2022)	Evaluar prevalencia de no adherencia a medicación y su relación	417 pacientes adultos (61.4% hombres, edad media 59.15)	Adherencia: Escala MMAS-8 (Morisky) Apoyo	Estudio transversal sin intervención.	46.5% baja adherencia, 23% alta adherencia.	Razones de no adherencia: olvido (44 pacientes), polifarma

	con apoyo social en pacientes multimórbidos con polifarmacia.	años) con $\geq 2$ enfermedades crónicas y $\geq 2$ medicamentos.	social: Cuestionario FSSQ (Duke-UNC).		Mayor adherencia en <60 años (25.1% vs 21.3%, *p*=0.038) y mujeres (29.2% vs 19.1%, *p*=0.01).	cia (42), miedo a efectos adversos (35). Cultura árabe influyó en alto apoyo social (59%).
(Wang et al 2021)	Evaluar la efectividad de intervenciones educativas para mejorar la adherencia a medicaciones en pacientes adultos diagnosticados	No se menciona.	La calidad de la evidencia y la solidez de los estudios fue evaluada sistemáticamente, seguida por una evaluación de riesgos por dos		Dieciocho ensayos aleatorios y controlados demostraron una baja a moderada evidencia de calidad en las mejoras de	A través de la educación, el conocimiento en relación a los tratamientos mejora, siendo esto favorable para la adherencia a medicam

	con hipertensión, dislipidemia y/o diabetes.		críticos del "Cochrane Collaboration's tool"		adherencia a medicamentos con intervenciones educativas. Los participantes con diabetes tipo 2 se beneficiaron de las intervenciones mientras que los que tenían hipertensión no.	entos.
--	--	--	--	--	---	--------

(Franchi et al., 2022)	El objetivo principal de este artículo es evaluar la adherencia a 5 de las clases de medicamentos crónicos más comunes prescritos a personas mayores.	122.655 pacientes que viven en la comunidad de Lombardía entre 65 a 94 años, que se encuentran en tratamiento con polifarmacia.	Se evaluó la adherencia a una clase de medicamentos (PDC) y la adherencia para múltiples medicamentos (DPRR)		Como resultado se obtuvo que un 39% tuvo adherencia a una clase de medicamentos (PDC), mientras que un 30,5% tuvo adherencia a múltiples medicamentos (DPRR)	
Lai et al. (2018)	Evaluar la prevalencia de polifarmacia y factores asociados	258 pacientes (58.9% hombres, edad media 88.7 ± 6.5 años)	Adherencia: Escala MMAS-4 (Morisky) . Conocimiento:	Estudio transversal sin intervención.	Polifarmacia: 55.4% tomaba <10 medicamentos; 46.1%	Bajo conocimiento en efectos secundarios (55.8% aciertos)

	<p>s al cumplimiento terapéutico en adultos <math>\geq 80</math> años.</p>	<p>hospitalizados en Pekín, con <math>\geq 5</math> medicamentos.</p>	<p>Cuestionario de 25 ítems (8 dimensiones, <math>\alpha</math> Cronbach = 0.82).</p> <p>PIMs (Medicamentos inapropiados): Criterios Beers 2012 adaptados a China</p>	<p>tomaba 11-20.</p> <p>Adherencia: Solo 32.6% cumplían con su tratamiento.</p> <p>PIMs: 27.1% usaban al menos un medicamento inapropiado (ej. benzodiazepinas).</p> <p>Factores asociados: Edad (OR = 0.36, <math>*p &lt; 0.001</math>) y clases de medicamentos (OR = 0.85, <math>*p = 0.004</math>) redujeron adherencia; conocimiento la mejoró (OR =</p>	<p>y dosis (67.5%).</p> <p>Alta frecuencia de medicina tradicional china (60.5%) y productos sanitarios (64.7%).</p>
--	--	---	---	---	--

					1.06, *p* = 0.004).	
(Zheng, et al., 2022)	El objetivo principal de este texto es evaluar la adherencia a la polifarmacia, la carga relacionada con los medicamentos y la terapia antirretroviral en personas que viven con el VIH de 50 años o más.	185 pacientes con VIH de 50 años o más.	Se evaluaron cuestionarios, acerca de comorbilidades, polifarmacia, carga relacionada con la medicación, adherencia al TAR y características sociodemográficas.	No se evaluó.		En cuanto a los resultados se determinó que las personas mayores y que eran mujeres con polifarmacia tenían mayor nivel de carga y por tanto mala adherencia. Del total de participantes el 94,6% es adherente a su tratamiento TAR.

<p>Poorcher aghi et al. (2023)</p>	<p>Evaluar el impacto de una app móvil en adherencia a medicación y reingresos en adultos mayores con polifarmacia</p>	<p>192 adultos mayores iraníes (edad media ~69 años) con polifarmacia (<math>\geq 5</math> medicamentos/día).</p>	<p>Adherencia: Escala MMAS-8 (Morisky) y conteo de píldoras. Eventos adversos: Rehospitalizaciones, caídas, fluctuaciones presión arterial/glucosa.</p>	<p>Uso de app móvil personalizada (recordatorios, imágenes de medicamentos, interfaz adaptada) vs. atención rutinaria (control).</p>	<p>Adherencia: Aumento significativo en grupo intervención (alta adherencia: 12.5% <math>\rightarrow</math> 44.56%, <math>*p^* &lt; 0.001</math>). Eventos adversos: Reducción significativa en rehospitalizaciones (<math>*p^* &lt; 0.05</math>) y errores de medicación.</p>	<p>Mejora en precisión de toma de medicamentos (valor <math>\geq 0.85</math> en conteo de píldoras). App bien recibida por su diseño accesible (texto ajustable, colores, mensajes personalizados).</p>
--	--	---	---	--	--	---

<p>Rafhi et al. (2023)</p>	<p>Revisar sistemáticamente la relación entre creencias personales/culturales sobre medicación y uso subóptimo (adherencia, polifarmacia, PIMs) en adultos ≥65 años.</p>	<p>19 estudios cuantitativos (15 transversales, 4 cohortes) de múltiples países (EE.UU., China, Europa, etc.).</p>	<p>Creencias: Cuestionario BMQ (78.9% de estudios), escalas de necesidad/preocupación. Resultados: Adherencia (MMAS-8, auto-reporte), PIMs (criterios Beers/STOPP).</p>	<p>Revisión sistemática sin intervención.</p>	<p>Adherencia: 10/18 estudios asociación mayor necesidad percibida y menor preocupación con mejor adherencia (*p* &lt; 0.05). PIMs: Solo 1 estudio analizó creencias y uso inapropiado (58.6% usaban medicamentos innecesarios por desconfianza en médicos)</p>	<p>Relación médico-paciente clave: Confianza en prescriptores mejora adherencia. Barreras adicionales: Costo, efectos secundarios, complejidad de regímenes.</p>
----------------------------	--	--	---	---	---	--

<p>Zelko et al. (2016)</p>	<p>Evaluar la evidencia sobre adherencia farmacológica en ancianos (≥65 años) con polifarmacia en atención domiciliaria.</p>	<p>7 estudios (6 transversales, 1 revisión sistemática) de múltiples bases de datos (MEDLINE, EMBASE, etc.).</p>	<p>Adherencia: Cuestionarios, conteo de píldoras, juicio clínico (herramientas heterogéneas). Polifarmacia: Definiciones variables (≥3 a ≥5 medicamentos/día).</p>	<p>Revisión sistemática sin intervención (2 estudios evaluaron intervenciones: entrevistas motivacionales y estrategias educativas-conductuales).</p>	<p>Prevalencia no adherencia: 6-55%  Factores asociados negativos: Carga del cuidador, problemas auditivos, deterioro cognitivo, mayor número de medicamentos  Factores asociados positivos: Uso medicamentos OTC, mayor educación, sexo femenino, mejor función ejecutiva</p>	<p>Heterogeneidad en definiciones y herramientas de medición  Evidencia limitada para recomendar intervenciones específicas  Necesidad de estudios en poblaciones geriátricas con multimorbilidad</p>
----------------------------	--	--	--	---	--	---

					Intervenciones efectivas : Entrevistas motivacionales mostraron mejora significativa	
Eriksen et al. (2020)	Explorar experiencias de pacientes con polifarmacia y multimorbilidad	13 estudios cualitativos (n=499 pacientes): - Adultos ≥18 años  - Polifarmacia (4+ medicamentos)  - Multimorbilidad  - Mayoría adultos mayores (≥65 años)	-Experiencias de adherencia  - Toma de decisiones  - Comunicación médico-paciente  - Impacto psicosocial  Escala: CASP	No aplica (revisión sistemática)	- 92.3% de estudios cumplieron ≥8/10 ítems CASP  - 100% de estudios reportaron objetivos claros  - 76.9% con diseño adecuado a objetivos	Necesidad de diversas de información  Brecha conciencia-adherencia  Complejidad de decisiones  Factores relacionales  Efecto en calidad de vida

<p>Christopher et al. (2023)</p>	<p>Evaluar problemas de uso de medicamentos en adultos mayores en atención primaria</p>	<p>Total: 393 adultos ≥60 años (Malasia)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Adherencia</li> <li>•Administración de medicamentos</li> <li>•Polifarmacia</li> <li>•Accesibilidad</li> <li>•Conocimiento</li> <li>•Satisfacción</li> <li>- Escala: Versión adaptada del MedUse Q</li> <li>-Cualitativo: Guía de entrevista semiestructurada</li> </ul>	<p>Estudio de métodos mixtos (encuesta + entrevistas)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Polifarmacia: 55.4%</li> <li>-Dificultad administración: 48.4%</li> <li>-Desconocimiento o efectos adversos: 47.3%</li> <li>- Problemas adherencia: 46.5%</li> <li>- Accesibilidad limitada: 42.7%</li> <li>- Satisfacción: 55% (clínicas públicas: 72.9%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Factores adherencia: Olvido (60%), costos, barreras lingüísticas</li> <li>-Polifarmacia: Uso simultáneo de suplementos y medicamentos recetados</li> <li>-Accesibilidad: Problemas de transporte y diseño no adaptado a adultos mayores</li> <li>-Conocimiento: 47% desconocía efectos adversos; preferencia por</li> </ul>
----------------------------------	---	--	---	---	---	---

						<p>marcas originales</p> <p>-Satisfacción: Vinculada a trato personalizado y rapidez en servicios</p>
Linkens et al. (2020)	<p>Revisar evidencia sobre ingresos/reingresos hospitalarios relacionados con medicación en adultos mayores</p>	<p>54 estudios revisados</p> <p>Población clave:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adultos ≥60 años</li> <li>- Pacientes con polifarmacia (≥5 medicamentos)</li> <li>- Enfoque en hospitalizaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reacciones adversas (RAM)</li> <li>• Eventos adversos (EAM)</li> <li>• Problemas relacionados con medicación (PRM)</li> <li>- Factores de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escala MRCI (Índice de Complejidad de Medicación)</li> </ul> </li> </ul>	<p>Revisión narrativa (no sistemática) de PubMed (2017)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incidencia ingresos: 0.5%-19.3%</li> <li>- Reingresos (30 días): 0.09%-6.4%</li> <li>- Fármacos más implicados: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anticoagulantes (23% casos)</li> <li>• Psicotrópicos (18%)</li> <li>• Diuréticos (15%)</li> </ul> </li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Heterogeneidad: Falta de definiciones estandarizadas para ingresos/reingresos relacionados con medicación</li> <li>2. Factores prevenibles: 58% casos asociados a errores de prescripción</li> </ol>

		planificadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criterios STOPP/ START (medicación inapropiada)</li> <li>- Intervenciones:</li> <li>• Sistemas CDSS (apoyo decisión clínica)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Factores de riesgo significativos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Polifarmacia (OR: 3.2)</li> <li>• Edad ≥80 años (OR: 2.8)</li> <li>• Deterioro cognitivo (OR: 2.5)</li> </ul> </li> </ul>	<p>monitorización</p> <p>3. Barreras: Discontinuidad atención hospital-comunidad</p> <p>4. Intervenciones promotoras:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión farmacéutica (reduce 22% reingresos)</li> <li>• CDSS (mejora detección RAM)</li> </ul> <p>5. Brechas: Necesidad de seguimiento prolongado post-alta</p>
--	--	--------------	--	--	--	---

Kuo et al. (2016)	Evaluar adherencia a medicación y factores asociados en pacientes con enfermedad hepática terminal	181 pacientes en lista de espera para trasplante hepático (62 años mediana, 33% mujeres)	-Adherencia: MMAS-8 -Complejidad: MRCI	Estudio transversal en centro único (UCSF)	- 70% con baja adherencia (MMAS-8<8) - OR 1.14 por c/medicamento extra (p=0.009) - Diabetes: OR 2.38 (p=0.04)	- Olvido fue la principal razón reportada - Efectos adversos como segundo factor - Medicamentos más frecuentemente omitidos: lactulosa y diuréticos
Gomes et al. (2019)	Caracterizar el perfil de consumo de medicamentos y explorar la relación entre creencias, manejo diario de la medicación	1,089 participantes (62.6% mujeres, edad media: 76.2 ± 7.07 años). - Criterios: Adultos ≥65 años,	-Adherencia: Escala MAT (Medida de Adesão aos Tratamentos; $\alpha$ Cronbach = 0.767), Likert de 6 puntos. - Factores	No aplica	- No adherencia: 47.7% de la muestra. - Factores significativos (OR): Olvido (OR=3.37; *p*<0.001), efectos	- Barreras: 38.8% olvidos, 14.3% dificultades de manejo, 10.7% preocupación por efectos secundarios, 9.2% costo.

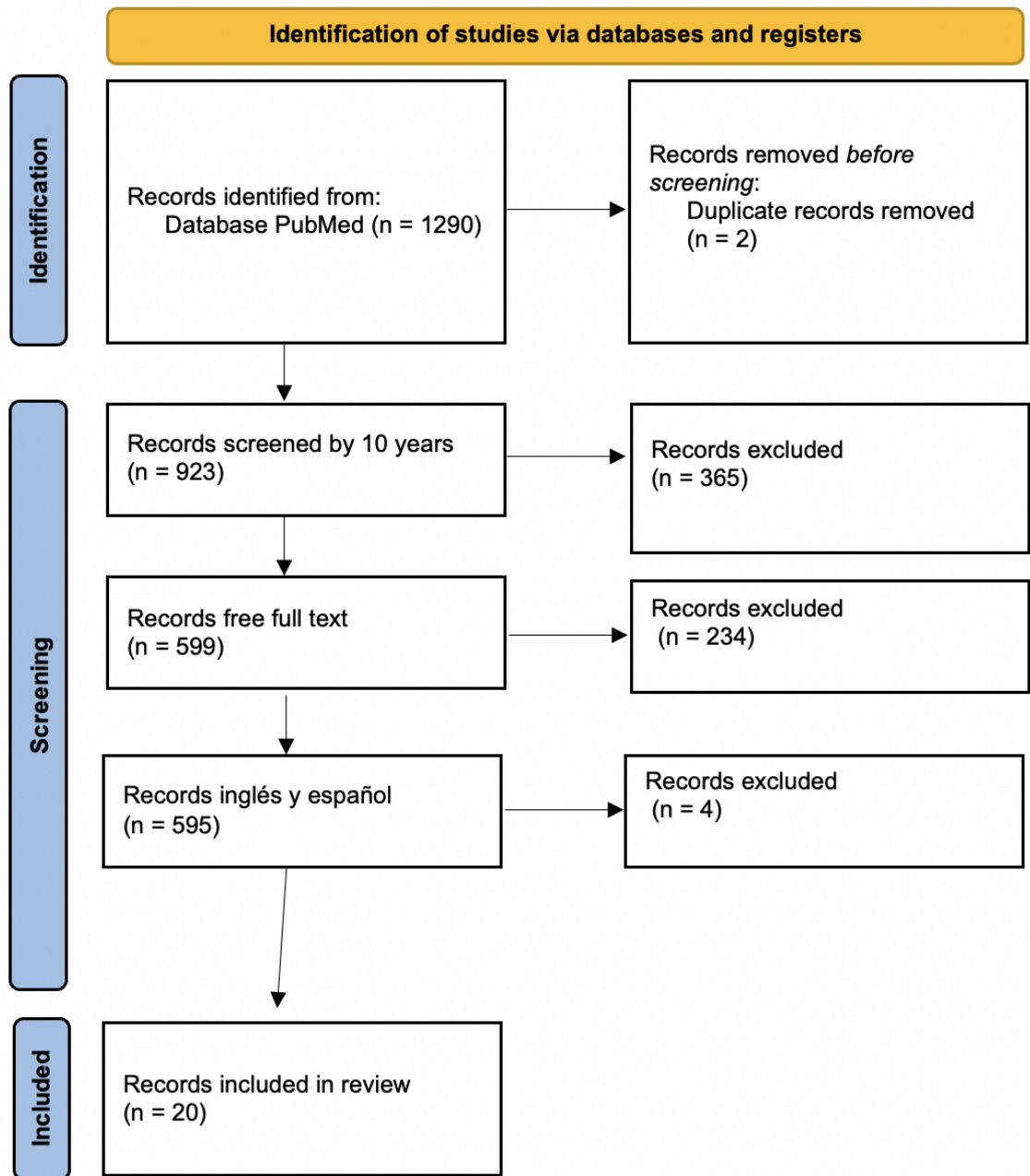
	<p>ón y adherencia en ancianos polimedificados (<math>\geq 65</math> años) en Portugal. Identificar factores de riesgo para la no adherencia.</p>	<p>polimedificados (<math>\geq 5</math> medicamentos), residentes en hogares (excluyendo deterioro cognitivo grave).</p>	<p>de riesgo: Cuestionario estructurado con ítems sobre olvidos, dificultades de manejo, efectos secundarios, precio, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Datos sociodemográficos: Ingresos, educación, convivencia.</li> <li>- Registro de medicación: Clasificación ATC.</li> </ul>	<p>secundarios (OR=3.56; <math>*p &lt; 0.001</math>), precio elevado (OR=2.29; <math>*p &lt; 0.001</math>), desconfianza en medicamentos (OR=5.09; <math>*p = 0.001</math>).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Correlaciones positivas: Edad (<math>*r = 0.077</math>; <math>*p = 0.018</math>) y número de medicamentos (<math>*r = 0.082</math>; <math>*p = 0.031</math>).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manejo diario: 74.6% no conocía el nombre de sus medicamentos (los identificaban por color/forma). 39.5% usaba cajas organizadoras.</li> <li>- Percepción: Dudas sobre la necesidad de medicación (2.9%) y desconfianza (2.1%).</li> </ul>
--	---	--	---	--	---

<p>Ghimire et al. (2015)</p>	<p>Identificar métodos de evaluación, prevalencia y factores asociados al incumplimiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis mediante una revisión sistemática.</p>	<p>44 estudios revisados (1970–2014). -Pacientes adultos (≥18 años) en hemodiálisis crónica.</p>	<p>-Subjetivas: Cuestionarios validados (BMQ, MARS, MMAS-8, SMAQ) y no validados. -Objetivas: Recuento de pastillas, renovación de recetas, monitoreo electrónico. -Bioquímicas: Niveles de fosfato sérico prediálisis (SPL).</p>	<p>No aplica (revisión sistemática de estudios observacionales)</p>	<p>- Prevalencia media de incumplimiento: 47.9% (autoinforme) vs. 28.6% (SPL). - OR significativos: Edad joven (OR = 1.8), etnia no caucásica (OR = 2.1), síntomas depresivos (OR = 3.4). - Carga de medicación: Pacientes con &gt;10 pastillas/día tuvieron 2.3 veces mayor riesgo de</p>	<p>- Barreras principales: Olvidos (38% de estudios), efectos adversos (27%), complejidad del régimen (20%). - Percepciones: 15% de pacientes desconfiaban de los medicamentos; 12% dudaban de su necesidad. - Estrategias de manejo: 25% usaba organizadores de pastillas; 18%</p>
------------------------------	--	--	---	---	--	---

					incumplimiento.	dependía de recordatorios familiares.
Kardas et al. (2023)	Evaluar programas europeos de gestión de polifarmacia en adultos mayores y desarrollar una aplicación de evaluación comparativa en línea.	911 profesionales sanitarios (farmacéuticos 52.8%, médicos 12.8%, enfermeras 6.9%).	- Disponibilidad de programas (encuesta online). -Efectividad: reducción de medicamentos, hospitalizaciones. -Coste-efectividad: costes por paciente	Estudio observacional (sin intervención) Recolección de datos mediante cuestionario online	- 54.4% reportaron programas activos - Reducción media: 1.95 medicamentos/paciente - Solo 6.7% con datos de coste-efectividad	- Barreras principales: falta de incentivos (82.3%), limitado uso de TIC (60.3%) - Facilitadores: trabajo multidisciplinar (51.8%)
Pallesen et al. (2022)	Evaluar incidencia de polifarmacia y su asociación con mortalidad en adultos ≥65 años en	1,338,058 adultos ≥65 años (2013-2017)	-Polifarmacia (≥5 medicamentos simultáneos, clasificación ATC). -Mortalidad (registros	- Análisis longitudinal con regresión de Cox. - Ajuste por puntuación de propensión	-Prevalencia inicial: 29% polifarmacia, 5% polifarmacia excesiva (≥10	- Mayor riesgo de polifarmacia asociado a multimorbilidad (HR = 3.51), edad avanzad

	Dinamarca.		nacionales).  -Covariables: edad, sexo, multimorbilidad (47 condiciones crónicas), ingresos, educación, región.	(ponderación por superposición).	medicamentos).  -Incidencia: 47% desarrollo ó polifarmacia en 5 años.  -Mortalidad: HR = 3.48 (IC 95%: 3.41–3.54) con polifarmacia; HR = 3.48 (IC 95%: 3.43–3.53) con polifarmacia excesiva.	a (HR = 2.85 en ≥95 años) y bajo nivel socioeconómico.  -Medicamentos más frecuentes: cardiovasculares (95%), hematológicos (69%), digestivos (61%) y sistema nervioso (54%).
--	------------	--	---	----------------------------------	--	---

Anexo n°2: Tabla o esquema de aplicación de guías como PRISMA o STROBE



Anexo n°3: Tabla de estrategia de búsqueda

Base de dato utilizada	Subestrategia de búsqueda con palabras claves (Términos Mesh) y ecuaciones de búsqueda	N° de artículos encontrados	Cita en formato APA articulos seleccionados
Pub Med	Adherence medication AND Polypharmacy	Total encontrados: 1290  Seleccionados : 20	(Wang et al., 2021) (Franchi et al., 2022) (Siefried et al., 2018) (González-Bueno et al., 2021) (Liu et al., 2023) (Bevilacqua et al., 2022) (Almutairi et al., 2022) (Poorcheraghi et al., 2023) (Zheng et al., 2022) (Lai et al., 2018) (Rafhi et al., 2024) (Zelko et al., 2016) (Christopher et al., 2023)  (Kardas et al., 2023)  (Linkens et al., 2020)  (Kuo et al., 2017)  (Gomes et al., 2019)  (Ghimire et al., 2015)  (Jorring Pallesen et al., 2022)  (Eriksen et al., 2020)

*Tabla de elaboración propia*

Anexo n°4:Características principales de los artículos seleccionados

Nombre Artículo, Autor y año de publicación	Tipo de estudio	Idioma y país de publicación	Área de estudio (Unidad)
(Wang et al., 2021)	Revisión sistemática	Chino y Español, China	Bases de datos. Revista.
(Franchi et al., 2022)	Estudio de cohorte, cuantitativo	Inglés, Italia	Datos recolectados desde un registro administrativo regional.
(Siefried et al., 2018)	Estudio transversal	Inglés, Reino Unido	Pacientes adultos australianos que viven con VIH reclutados en una cohorte nacional.
(González-Bueno et al., 2021)	Estudio transversal	Inglés, España	Sala de rehabilitación de un hospital.
(Liu et al., 2023)	Estudio transversal	Inglés, China	Hospitales de 12 provincias y ciudades de China.
(Bevilacqua et al., 2022)	Investigación cualitativa	Inglés, Estados Unidos	Participantes reclutados de un estudio más grande.
(Almutairi et al., 2022)	Estudio transversal	Inglés, Estados Unidos	Centros de atención primaria.
(Poorcheraghi et al., 2023)	Ensayo controlado	Inglés, Reino Unido	Adultos iraníes con polifarmacia

	aleatorizado		seleccionados según criterios de inclusión y exclusión.
(Zheng et al., 2022)	Estudio transversal, de tipo cuantitativo	Inglés, China	Atención primaria.
(Lai et al., 2018)	Estudio transversal	Inglés, Reino Unido	Pacientes hospitalizados.
(Rafhi et al., 2024)	Revisión sistemática cuantitativa	Inglés, Australia	Bases de datos. Revistas.
(Zelko et al., 2016)	Revisión sistemática	Inglés, Eslovenia	Bases de datos. Revistas.
(Christopher et al., 2023)	Estudio de métodos mixtos	Inglés, Malaysia	Atención primaria.
(Kardas et al., 2023)	Estudio transversal	Inglés, Polonia	Encuesta en línea.
(Linkens et al., 2020)	Revisión sistemática	Inglés, Eslovenia	Bases de datos.
(Kuo et al., 2017)	Estudio transversal, observacional	Inglés, Estados Unidos	Pacientes en espera de trasplante de hígado.
(Gomes et al., 2019)	Estudio transversal	Inglés, Portugal	Atención primaria.

(Ghimire et al., 2015)	Revisión sistemática	Inglés, Australia	Bases de datos. Revistas
(Jorring Pallesen et al., 2022)	Estudio cohorte	de Inglés, Dinamarca	Adultos daneses de 65 años o más con polimedicación entre enero 2013 y diciembre 2017.
(Eriksen et al., 2020)	Revisión sistemática	Inglés, Dinamarca	Bases de datos. Revistas.

*Tabla de elaboración propia*