

Artículo de Revisión

Multimorbilidad y enfermedades incapacitantes en la atención primaria

Multimorbidity and disabling diseases in primary care

Jefferson Alexander Rosero Romero^{1*}. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-0330-1728>

Jorge Ricardo Rodríguez Espinosa¹. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0287-9779>

¹Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba, Ecuador.

* Autor para la correspondencia. rosoerojefferson69@gmail.com

RESUMEN

Fundamento: La multimorbilidad constituye un desafío para la atención primaria ya que se relaciona con la pérdida de capacidad funcional, la discapacidad, la fragilidad, la polifarmacia y la disminución de la calidad de vida.

Objetivo: Analizar la relación entre multimorbilidad y enfermedades incapacitantes, con énfasis en sus determinantes, mecanismos clínicos, consecuencias funcionales y posibilidades de prevención e intervención.

Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica narrativa de publicaciones aparecidas entre el 2016-2026, en español e inglés. Las fuentes bibliográficas incluyeron PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, CINAHL, SciELO, LILACS y la Biblioteca Cochrane. Se consideraron estudios que analizan la asociación entre multimorbilidad, discapacidad, dependencia, limitaciones funcionales y atención primaria.

Resultados: La multimorbilidad se relaciona con la discapacidad y fragilidad, especialmente en adultos mayores. Se plantea una evaluación integral de la multimorbilidad en la atención primaria y se propone un modelo preventivo de la discapacidad en 5 fases. La identificación precoz de la fragilidad, la revisión de tratamientos, el abordaje de factores sociales y la atención centrada en el paciente constituyen componentes relevantes de esta respuesta.

Conclusiones: La multimorbilidad asociada a discapacidad y dependencia puede prevenirse en la atención primaria mediante la coordinación multidisciplinaria.

DeCS: MULTIMORBILIDAD; MORBILIDAD; PERSONAS CON DISCAPACIDAD; SERVICIOS DE SALUD PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD; ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD; ENFERMEDAD CRÓNICA/prevención & control; FRAGILIDAD; CALIDAD DE VIDA.

Palabras clave: Multimorbilidad; morbilidad; personas con discapacidad; capacidad funcional; servicios de salud para personas con discapacidad; atención primaria de salud; enfermedad crónica/prevención & control; fragilidad; actividades de la vida diaria; calidad de vida.

ABSTRACT

Background: Multimorbidity constitutes a challenge for primary care, as it is related to loss of functional capacity, disability, frailty, polypharmacy, and the decrease in life quality.

Objective: To analyze the relationship between multimorbidity and disabling diseases, with emphasis on their determinants, clinical mechanisms, functional consequences, and possibilities for prevention and intervention.

Methodology: A narrative literature review was conducted of publications that appeared between 2016-2026, in Spanish and English. Bibliographic sources included PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, CINAHL, SciELO, LILACS, and the Cochrane Library. Studies analyzing the association between multimorbidity, disability, dependence, functional limitations, and primary care were considered.

Results: Multimorbidity is related to disability and frailty, especially in older adults. A comprehensive evaluation of multimorbidity in primary care is proposed, and a preventive model of disability in five phases is suggested. Early identification of frailty, treatment review, addressing social factors, and patient-centered care constitute relevant components of this response.

Conclusions: Multimorbidity associated with disability and dependence can be prevented in primary care through multidisciplinary coordination.

MeSH: MULTIMORBIDITY; MORBIDITY; PERSONS WITH DISABILITIES; HEALTH SERVICES FOR PERSONS WITH DISABILITIES; CHRONIC DISEASE/prevention & control; FRAILTY; QUALITY OF LIFE.

Keywords: Multimorbidity; morbidity; persons with disabilities; functional capacity; health services for persons with disabilities; chronic disease/prevention & control; frailty; activities of daily living; quality of life.

INTRODUCCIÓN

La multimorbilidad constituye uno de los problemas clínicos más relevantes de los sistemas sanitarios contemporáneos.⁽¹⁾ Se define como la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas en una misma persona, sin que necesariamente exista una enfermedad principal que explique las restantes. Esta definición permite distinguirla de la comorbilidad, concepto que habitualmente describe enfermedades adicionales en relación con un trastorno considerado índice. La distinción tiene implicaciones para la investigación y la práctica clínica, porque las personas con múltiples enfermedades accionen terapéuticas que consideren el conjunto de sus problemas de salud.^(2,3)

El envejecimiento, la mayor supervivencia de personas con enfermedades crónicas y la exposición a factores de riesgo han incrementado la importancia de este fenómeno.⁽⁴⁾ Sin embargo, la multimorbilidad no se limita a los adultos mayores: también puede presentarse en personas de mediana edad y en grupos socialmente vulnerables. Además, las enfermedades crónicas están condicionadas por factores biológicos, ambientales y socioeconómicos.^(5,6)

La discapacidad relacionada con enfermedades crónicas afecta a múltiples ámbitos de la vida: sociales, culturales, educativos y profesionales.⁽⁷⁾ La coexistencia de enfermedades dificultan la movilidad, el autocuidado, la participación social y la autonomía. Las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus, los trastornos musculoesqueléticos, las enfermedades respiratorias, las alteraciones neurológicas y la salud mental contribuyen a las limitaciones funcionales. La presencia simultánea de varias de estas condiciones puede aumentar la complejidad clínica y dificultar la recuperación después de una enfermedad aguda.^(8,9)

La discapacidad no es una consecuencia inevitable de la multimorbilidad. Su aparición y evolución dependen de la gravedad de las enfermedades, la reserva fisiológica, la fragilidad, el estado cognitivo, la salud mental, el entorno físico, la familia y la accesibilidad a la rehabilitación. En consecuencia, el número de diagnósticos, aunque útil, no sustituye la evaluación de la capacidad funcional y de las necesidades de cada paciente.^(10,11)

La atención primaria de salud (APS) ocupa una posición estratégica para reconocer estas interacciones. La continuidad asistencial facilita la identificación de cambios funcionales, la conciliación de medicamentos, la evaluación de riesgos, el seguimiento longitudinal y la coordinación entre profesionales. Sin embargo, los modelos organizados alrededor de enfermedades aisladas pueden generar duplicación de tratamientos, polifarmacia, objetivos terapéuticos incompatibles y una carga excesiva para los pacientes y sus cuidadores.^(12,13)

La relevancia del problema justifica examinar de manera integrada la evidencia reciente sobre multimorbilidad y discapacidad, así como identificar oportunidades de prevención, detección precoz y atención centrada en la persona.

El objetivo de la revisión es analizar la evidencia científica publicada durante los últimos 10 años sobre la multimorbilidad como determinante de discapacidad y limitaciones funcionales, identificando sus principales factores asociados, consecuencias clínicas y sociales, y estrategias de prevención y manejo aplicables a la atención primaria de salud.

DESARROLLO

Metodología

Se utilizaron las siguientes bases de datos y fuentes bibliográficas: PubMed/MEDLINE, *Scopus*, *Web of Science*, CINAHL, *SciELO*, LILACS, Biblioteca Cochrane y páginas institucionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE).

Se incluyeron publicaciones fechadas entre el 2016-2026, escritas en español o inglés. Se registraron la fecha de ejecución de cada búsqueda y se eliminarán los registros duplicados.

Se combinarán descriptores controlados de *Medical Subject Headings* (MeSH) y Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) con términos libres relacionados con la multimorbilidad, la discapacidad y la atención primaria:

- *Multimorbidity* / multimorbilidad.
- *Multiple chronic conditions* / múltiples enfermedades crónicas.
- *Disability* / discapacidad.

- *Functional limitation* / limitación funcional.
- *Activities of daily living* / actividades de la vida diaria.
- *Functional decline* / deterioro funcional.
- *Frailty* / fragilidad.
- *Primary health care* / atención primaria de salud.
- *Chronic disease* / enfermedad crónica.
- *Polypharmacy* / polifarmacia.
- *Quality of life* / calidad de vida.
- *Health services accessibility* / accesibilidad a los servicios de salud.

La selección de la información se realizó en dos etapas: revisión de títulos y resúmenes, seguida de evaluación del texto completo. Los dos autores realizamos la selección de forma independiente y resolvimos las discrepancias mediante consenso.

Resultados

Multimorbilidad y enfermedades incapacitantes

La multimorbilidad describe la coexistencia de enfermedades, mientras que la discapacidad hace referencia a las dificultades en el funcionamiento y la participación que aparecen en la interacción entre una condición de salud y factores personales y ambientales. Aunque ambas situaciones pueden coexistir, no son equivalentes: una persona puede tener varias enfermedades crónicas y conservar una autonomía elevada, mientras que otra puede desarrollar limitaciones importantes con un número menor de diagnósticos.^(3,10) (Figura 1)

Para la práctica clínica es conveniente diferenciar cuatro dimensiones:

- Carga de enfermedad: número, gravedad y combinación de condiciones crónicas.
- Capacidad funcional: posibilidad de realizar actividades básicas de la vida diaria.
- Fragilidad: reducción de la reserva fisiológica y mayor vulnerabilidad a factores estresantes.
- Discapacidad y dependencia: limitaciones para ejecutar actividades o necesidad de ayuda de otras personas.

La evaluación conjunta de estas dimensiones proporciona información más útil que el recuento aislado de diagnósticos. Asimismo, permite distinguir entre enfermedad controlada, limitación funcional reversible y pérdida de autonomía que requiere apoyos sostenidos.

Distribución de la multimorbilidad

La prevalencia de multimorbilidad varía según la edad, el contexto geográfico, las enfermedades presentes, las fuentes de información y los criterios diagnósticos.⁽⁷⁾ Los estudios basados en historias clínicas pueden identificar enfermedades diagnosticadas, mientras que las encuestas poblacionales también incorporan condiciones autodeclaradas.⁽¹⁴⁾ Estas diferencias limitan la comparación directa de estimaciones.

Una revisión sistemática mostró una amplia variación en la prevalencia y en las combinaciones de enfermedades entre los estudios incluidos.⁽⁴⁾ Esta heterogeneidad refleja diferencias entre poblaciones y variaciones metodológicas. En un metaanálisis internacional que reunió 49 estudios y 729 043 adultos mayores, la prevalencia total de multimorbilidad fue del 46 %, con heterogeneidad estadística muy elevada entre los estudios. Los autores también identificaron diferencias relacionadas con edad, sexo, índice de masa corporal y variables socioeconómicas.⁽¹⁵⁾ Por tanto, esta estimación describe el conjunto de estudios analizados y no debe extrapolarse como una prevalencia universal para todos los pacientes de APS.

La asociación entre multimorbilidad y edad es importante, pero no debe interpretarse solo como un fenómeno del envejecimiento.⁽¹⁶⁾ Las condiciones socioeconómicas desfavorables pueden contribuir a la aparición más temprana de enfermedades crónicas, a una mayor exposición a factores de riesgo y a dificultades para acceder a intervenciones preventivas y rehabilitadoras.^(5,6)

Relación entre multimorbilidad y discapacidad funcional

La acumulación de enfermedades crónicas puede afectar simultáneamente la movilidad, la resistencia física, el equilibrio, la cognición, el estado emocional y la capacidad para realizar

actividades cotidianas. El efecto funcional depende de las enfermedades concretas, de su gravedad y de las interacciones entre ellas.

Una cohorte poblacional encontró que una mayor acumulación de enfermedades crónicas se asociaba con mayor riesgo de desarrollar limitaciones funcionales, incluidas dificultades para caminar, subir escaleras y realizar tareas domésticas.⁽¹⁵⁾ Estos hallazgos respaldan la importancia de evaluar la función física junto con el diagnóstico de enfermedades crónicas.

Otro estudio observacional examinó a 16 616 adultos estadounidenses de mediana edad y mayores. El incremento de la carga de enfermedad, medido mediante un índice ponderado por su repercusión funcional, se relacionó con una mayor incidencia de discapacidad y con un deterioro más rápido de esta dimensión a lo largo del seguimiento.⁽¹⁷⁾

Un metaanálisis de 32 estudios con 71 135 adultos mayores estimó una prevalencia agrupada de discapacidad del 34.9 % entre personas con multimorbilidad, con un intervalo de confianza del 95 % de 25.8 a 43.9 %. La heterogeneidad entre los estudios fue importante, por lo que la cifra no debe interpretarse como una probabilidad individual ni como una estimación específica para todas las consultas de APS.⁽¹⁸⁾

En conjunto, estos resultados apoyan una asociación clínicamente relevante entre la cantidad de enfermedades crónicas y la discapacidad. Sin embargo, los estudios observacionales no demuestran por sí solos que la multimorbilidad sea la causa única del deterioro funcional, dado que pueden intervenir factores sociales, conductuales, ambientales y clínicos concurrentes.⁽⁷⁾

Enfermedades cardiovasculares y metabólicas

La insuficiencia cardíaca, la cardiopatía isquémica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus pueden limitar la actividad física por disnea, fatiga, dolor, neuropatía, alteraciones vasculares y menor tolerancia al esfuerzo. Cuando coexisten, aumentan la complejidad del seguimiento y la necesidad de coordinar objetivos terapéuticos.⁽⁵⁾

La diabetes puede contribuir al deterioro funcional mediante neuropatía periférica, retinopatía, enfermedad renal, lesiones del pie y complicaciones vasculares. La presencia simultánea de artrosis, obesidad o enfermedad cardiovascular puede dificultar el ejercicio y las actividades de autocuidado.

Enfermedades musculoesqueléticas

La artrosis, el dolor lumbar crónico, la osteoporosis y otras enfermedades musculoesqueléticas pueden reducir la movilidad y dificultar las actividades básicas.⁽¹⁴⁾ Su coexistencia con obesidad, depresión o enfermedad cardiovascular puede favorecer el sedentarismo y la pérdida progresiva de fuerza.

La evaluación clínica debe identificar las causas potencialmente reversibles de limitación, promover actividad física adaptada, valorar el riesgo de caídas y considerar fisioterapia, rehabilitación y ayudas técnicas cuando estén indicadas.

Enfermedades respiratorias crónicas

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica y otras enfermedades respiratorias pueden reducir la tolerancia al ejercicio, aumentar la fatiga y limitar la participación social.⁽⁵⁾ Cuando coexisten con insuficiencia cardíaca, ansiedad, depresión o trastornos musculoesqueléticos, el deterioro funcional puede ser más complejo.

La valoración de disnea, saturación cuando esté indicada, técnica inhalatoria, actividad física y necesidad de rehabilitación pulmonar ayuda a identificar objetivos individualizados de tratamiento.

Enfermedades neurológicas y deterioro cognitivo

El ictus, la enfermedad de Parkinson, las demencias y otras enfermedades neurológicas pueden afectar el equilibrio, la marcha, la comunicación y la capacidad para cumplir el tratamiento. La coexistencia de alteraciones cognitivas con enfermedades crónicas aumenta la dependencia y la necesidad de apoyo familiar y dificulta la prestación de atención médica, ya que la multimorbilidad puede acelerar la progresión de la demencia.⁽¹⁹⁾

Al mismo tiempo, la presencia de demencia complica la atención clínica de otras afecciones de varias maneras.⁽¹⁹⁾ Primero, detectar afecciones comórbidas es difícil en personas con demencia. Segundo, los médicos pueden centrarse en los síntomas conductuales y psicológicos asociados con la demencia y pueden no diagnosticar otras afecciones. Finalmente, el deterioro cognitivo y la demencia pueden pasar desapercibidos en adultos mayores con multimorbilidad grave.

Salud mental y multimorbilidad

La depresión, la ansiedad y otros trastornos mentales pueden coexistir con enfermedades físicas y contribuir a la fatiga, el aislamiento social, la reducción de la actividad y las dificultades para mantener los tratamientos.^(1,20) A su vez, el dolor persistente y la pérdida de autonomía pueden agravar el malestar emocional.

La multimorbilidad que incluye afecciones de salud mental (estado de ánimo/ansiedad) se asocia con una mayor probabilidad de limitación funcional que la multimorbilidad exclusivamente física en todos los niveles, lo que subraya la necesidad de un manejo simultáneo de las enfermedades mentales y físicas.⁽²¹⁾

Por ello, la evaluación integral debe incluir síntomas afectivos, participación social, apoyo familiar y barreras económicas o culturales. La atención de la salud mental forma parte del manejo de la multimorbilidad y no debe relegarse frente a las enfermedades somáticas.

Interacción bidireccional multimorbilidad y fragilidad

La multimorbilidad provoca un deterioro funcional a través de interacciones entre enfermedades, entre fármacos y entre fármacos y enfermedades que limitan los mecanismos compensatorios, mientras que una función física deficiente (marcha lenta, agarre débil) favorece la aparición de nuevas enfermedades, creando un círculo vicioso.⁽¹⁹⁾ Los adultos mayores que viven en la comunidad y padecen múltiples comorbilidades tienen el doble de probabilidades de ser frágiles.

Es importante destacar que la multimorbilidad es un factor determinante de la discapacidad, pero no el único; los síndromes geriátricos (caídas, incontinencia, dolor) y la gravedad de los síntomas contribuyen de forma independiente.⁽¹⁹⁾

Factores que modifican la relación entre multimorbilidad y discapacidad

La asociación entre enfermedades múltiples y limitación funcional está condicionada por varios factores que pueden interactuar entre sí:⁽¹⁹⁾

Edad y reserva fisiológica. El envejecimiento puede reducir la reserva funcional, aunque la edad cronológica por sí sola no determina el grado de autonomía. La fragilidad y el estado funcional previo ayudan a identificar la vulnerabilidad individual.

Nivel socioeconómico. Los ingresos, la educación, la vivienda, la disponibilidad de transporte y el acceso a servicios sanitarios y de rehabilitación influyen tanto en la aparición de enfermedades como en la posibilidad de mantener la función.

Factores modificables. El tabaquismo, la inactividad física, la alimentación inadecuada y el consumo perjudicial de alcohol pueden contribuir a la carga de enfermedad. Su abordaje requiere intervenciones realistas y adaptadas a la situación clínica y social.

Polifarmacia. El uso de muchos medicamentos puede ser necesario, pero también aumenta la complejidad del tratamiento y la posibilidad de interacciones y efectos adversos. La revisión de la medicación debe valorar indicaciones, beneficios, riesgos, preferencias y capacidad del paciente para seguir el régimen prescrito.^(2,13)

Apoyo familiar y entorno. Las barreras arquitectónicas, la falta de cuidadores, el aislamiento y la inseguridad económica pueden convertir una limitación leve en una pérdida significativa de independencia. Por ello, la evaluación no debe limitarse a variables biomédicas.

Consecuencias clínicas, familiares y sociales

La multimorbilidad acompañada de deterioro funcional puede aumentar la necesidad de consultas, rehabilitación, asistencia domiciliar y hospitalizaciones. También puede dificultar la continuidad de la actividad laboral, las relaciones sociales y la participación comunitaria.⁽²²⁾

La pérdida de autonomía repercute en los cuidadores y puede generar sobrecarga física, emocional y económica. En algunos casos, las necesidades de cuidado superan los recursos disponibles en el hogar, lo que exige coordinación entre atención primaria, servicios sociales y recursos comunitarios.

La discapacidad tampoco debe entenderse como un problema individual. La accesibilidad del entorno, las adaptaciones del domicilio y las oportunidades de participación pueden modificar el impacto de una misma limitación física. La OMS destaca la importancia de reducir las barreras que contribuyen a las desigualdades en salud de las personas con discapacidad.

Evaluación integral la de multimorbilidad en atención primaria

El objetivo de la evaluación es determinar los problemas modificables con mayor repercusión sobre la vida del paciente.⁽²³⁾ (Figura 2) La valoración contempla:

1. Historia clínica integral: enfermedades crónicas, complicaciones, ingresos recientes y evolución de los síntomas.
2. Evaluación funcional: actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, movilidad, marcha, equilibrio y antecedentes de caídas.
3. Fragilidad y estado nutricional: pérdida de peso involuntaria, debilidad, fatiga y otros indicadores clínicos pertinentes.
4. Salud mental y cognición: síntomas depresivos, ansiedad, memoria y capacidad para gestionar el tratamiento.
5. Revisión de la medicación: indicaciones, duplicidades, interacciones, efectos adversos y carga terapéutica.
6. Determinantes sociales: vivienda, ingresos, transporte, alfabetización sanitaria, apoyo familiar y acceso a rehabilitación.
7. Preferencias del paciente: objetivos personales, prioridades, tolerancia al tratamiento y expectativas de autonomía.

La selección de instrumentos debe adaptarse a la edad, el estado clínico y los recursos disponibles. Pueden utilizarse escalas validadas de actividades de la vida diaria, herramientas de cribado de fragilidad y medidas de movilidad, siempre que sus resultados se interpreten en el contexto clínico.

Estrategias de prevención y manejo

Atención centrada en la persona

El plan de cuidados debe partir de las prioridades del paciente, en particular cuando las recomendaciones para distintas enfermedades compiten entre sí. Puede ser necesario simplificar tratamientos, establecer metas funcionales alcanzables y priorizar intervenciones con beneficios relevantes para la vida cotidiana.

La revisión Cochrane de 2021 sobre intervenciones para la multimorbilidad en entornos de atención primaria/comunitaria no encontró evidencia clara que favoreciera ningún tipo de intervención en particular, pero sugirió que combinar la coordinación de la atención con el apoyo al autocuidado mejora la experiencia de atención del paciente, y que los componentes dirigidos por terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas mejoraron la capacidad funcional.⁽²⁴⁾

Conciliación de medicamentos

La revisión periódica de la medicación debe identificar duplicidades, interacciones, tratamientos no vigentes y fármacos que puedan contribuir a caídas, hipotensión, sedación u otros efectos adversos. Cualquier modificación debe realizarse mediante valoración clínica individualizada, evitando suspensiones automáticas basadas exclusivamente en el número de medicamentos.

La revisión/reducción de la medicación aborda la polifarmacia problemática, un factor clave de la carga del tratamiento, con efectos diversos en los resultados.⁽²⁵⁾

Actividad física, rehabilitación

La actividad física adaptada, el entrenamiento de fuerza y equilibrio, la fisioterapia y la rehabilitación específica pueden formar parte del plan funcional, según las enfermedades y la capacidad de cada paciente. Es importante detectar limitaciones reversibles, valorar el entorno y proporcionar recomendaciones compatibles con la seguridad clínica.

La actividad física estructurada y la terapia con ejercicios cuentan con la evidencia más sólida para prevenir el deterioro funcional en pacientes con multimorbilidad, y se ofrecen mejor dentro de un modelo de atención centrado en el paciente que combina el ejercicio con el apoyo al autocuidado, la coordinación de la atención y la revisión de la medicación.^(25,26) Ninguna intervención organizativa ha demostrado ser uniformemente eficaz; los programas más impactantes combinan varios elementos, en particular enfoques centrados en el paciente, apoyo para el autocuidado y derivación basada en la función.

Los adultos con discapacidades tienen menos probabilidades de cumplir con las recomendaciones de actividad física aeróbica y tienen tasas más altas de problemas cardiometabólicos,

musculoesqueléticos y de salud mental que los adultos sin discapacidades, pero demuestran mejoras clínicamente significativas en la aptitud cardiovascular, la fuerza y los factores de riesgo cardiometabólico cuando participan en ejercicio estructurado.⁽²⁷⁾

Autocuidado

La educación sanitaria debe ser comprensible, gradual y adaptada a la alfabetización sanitaria. Los planes escritos, la simplificación de pautas y el apoyo telefónico pueden facilitar la continuidad del tratamiento, especialmente en personas con dificultades de movilidad o múltiples consultas.

Coordinación multidisciplinaria

La colaboración entre medicina familiar, enfermería, farmacia clínica, fisioterapia, rehabilitación, salud mental y trabajo social puede ayudar a abordar problemas que no se resuelven mediante consultas aisladas.⁽²⁰⁾ La coordinación debe incluir responsables definidos, objetivos compartidos y mecanismos de seguimiento.

Una revisión sistemática examinó estrategias para mejorar el estado de salud de pacientes con multimorbilidad en atención primaria.⁽²⁸⁾ Entre las intervenciones identificadas figuraron el asesoramiento telefónico y la gestión de casos mediante equipos multidisciplinarios; el número limitado de estudios incluidos impide establecer una superioridad general de una estrategia sobre otra.

Un metaanálisis evaluó intervenciones para el manejo de la multimorbilidad en APS y entornos comunitarios. Su enfoque incluyó gestión de medicamentos, apoyo al autocuidado y coordinación asistencial, destacando la necesidad de valorar resultados centrados en el paciente además del uso de servicios y los costes.⁽²⁹⁾

Propuesta de modelo de atención primaria para prevenir la discapacidad

Se propone un modelo asistencial progresivo que combine identificación de riesgo, valoración funcional, planificación compartida y seguimiento longitudinal.^(25,30,31-35)

• Primera fase: Identificación

Detectar pacientes con múltiples enfermedades crónicas, consultas no programadas frecuentes, dificultades para seguir tratamientos, caídas o pérdida reciente de autonomía.

• Segunda fase: Estratificación funcional

Valorar movilidad, actividades de la vida diaria, fragilidad, cognición, estado emocional, medicación y condiciones sociales.

• Tercera fase: Plan individualizado

Definir objetivos clínicos y funcionales acordados con el paciente, priorizando intervenciones con beneficios esperados relevantes y una carga terapéutica aceptable.

• Cuarta fase: Intervención coordinada

Integrar el seguimiento médico, enfermería, rehabilitación, educación sanitaria y apoyo social según las necesidades detectadas. Es el componente con más respaldo.

• Quinta fase: Evaluación de resultados

Revisar cambios en la autonomía, caídas, calidad de vida, efectos adversos, utilización de servicios y cumplimiento de los objetivos acordados.

Este modelo debe adaptarse a los recursos locales y no considerarse una intervención cuya efectividad ya haya sido demostrada como conjunto. Su aplicación requiere evaluación mediante indicadores clínicos, funcionales y organizativos.

Sugerencias para fortalecer el modelo

- Especificar criterios cuantitativos de entrada (p. ej., ≥ 3 condiciones, ≥ 10 fármacos) y un instrumento de fragilidad concreto para hacer reproducible la fase 1-2.⁽²⁵⁾
- Incorporar explícitamente la revisión de la prescripción dentro del plan individualizado.⁽³⁴⁾
- Nombrar un profesional responsable de coordinación (habitualmente enfermería) por paciente.
- Co-diseñar el modelo con pacientes y profesionales locales, lo que mejora la adecuación y aceptabilidad.⁽³⁵⁾
- Evaluarlo formalmente (idealmente con diseño por conglomerados, como 3D o el modelo CIM2), con indicadores clínicos, funcionales y organizativos predefinidos.

Limitaciones de la evidencia disponible

La literatura presenta diferencias importantes en la definición de multimorbilidad, el número y tipo de enfermedades incluidas y los instrumentos utilizados para medir discapacidad. Asimismo, muchos estudios se basan en poblaciones de adultos mayores o en sistemas sanitarios específicos, lo que limita la generalización a todas las personas atendidas en atención primaria.

Las asociaciones observacionales pueden estar influidas por factores de confusión, causalidad inversa y diferencias en el acceso a los servicios. Además, los resultados de las intervenciones son heterogéneos y no siempre incluyen medidas directas de independencia funcional.

Por tanto, las conclusiones deben distinguir entre la asociación documentada de multimorbilidad y discapacidad, las recomendaciones clínicas basadas en guías y las estrategias propuestas que aún requieren evaluación. Se necesitan estudios longitudinales y ensayos pragmáticos que incorporen resultados funcionales, calidad de vida, carga del tratamiento y preferencias de los pacientes.

CONCLUSIONES

La multimorbilidad constituye un problema clínico y de salud pública relacionado con una mayor probabilidad de discapacidad, dependencia y pérdida de capacidad funcional. Esta relación depende no solo del número de enfermedades, sino también de su gravedad, sus interacciones, la fragilidad, la salud mental y los determinantes sociales.

La atención primaria tiene un papel central en la identificación precoz de los pacientes vulnerables y en la prevención o el retraso de la pérdida funcional. Para ello, es necesario complementar el control de las enfermedades con la evaluación sistemática de movilidad, actividades de la vida diaria, cognición, salud emocional, medicación y apoyo social.

El abordaje integral, la toma de decisiones compartida, la revisión individualizada de los tratamientos, la rehabilitación y la coordinación multidisciplinaria ofrecen un marco clínico coherente para atender a las personas con multimorbilidad. No obstante, la magnitud del beneficio funcional atribuible a cada estrategia debe establecerse mediante estudios de intervención de calidad.

Finalmente, los indicadores de éxito en atención primaria deberían incluir no solo mortalidad, control de enfermedades y utilización de servicios, sino también autonomía, participación social, calidad de vida y mantenimiento de las capacidades que cada persona considera importantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dong J, Yan M, Farmer A, Jiang L, Zhen J, Tonge Y, et al. The Impact of Social Isolation on Treatment Burden Among Community-Dwelling Adults With Disability and Multimorbidity: A Longitudinal Qualitative Study in Urban China. *Health Expect* [Internet]. 2026 [cited 2026 Jul 24];29(3). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC13163148/pdf/HEX-29-e70693.pdf>
2. National Institute for Health and Care Excellence. Multimorbidity: clinical assessment and management. NICE guideline NG56 [Internet]. London: NICE; 2016. [cited 2026 Jul 24]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng56>
3. World Health Organization. Technical series on safer primary care: Multimorbidity [Internet]. Geneva: WHO; 2016. [cited 2026 Jul 24]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511650>
4. Zhang J, Sun Y, Li A. The prevalence of disability in older adults with multimorbidity: a meta-analysis. *Aging Clin Exp Res* [Internet]. 2024 [cited 2026 Jul 24];36(1). Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11387458/pdf/40520_2024_Article_2835.pdf
5. World Health Organization. Disability [Internet]. Geneva: WHO; 2023. [cited 2026 Jul 24]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
6. World Health Organization. Primary care [Internet]. Geneva: WHO. [cited 2026 Jul 24]. Disponible en: <https://www.who.int/initiatives/world-rehabilitation-alliance/primary-care>
7. Polat G, Sofulu F, Düzgün G, Sütçü B, Ünsal Avdal E. Disability status and expectations of disability services among individuals with chronic diseases. *PLoS One* [Internet]. 2026 [cited 2026 May 30];21(7). Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0354824>
8. Chamberlain AM, St Sauver JL, Boyd CM, Finney Rutten LJ, Fan C, et al. Multi-morbidity and patient-reported functional limitations: a population-based cohort study. *J Multimorb Comorb* [Internet]. 2022 [cited 2026 Jul 24];12. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9158431/pdf/10.1177_26335565221105448.pdf
9. Lynch DH, Petersen CL, Fanous MM, Spangler HB, Kahkoska AR, Jimenez D, et al. The relationship between multimorbidity, obesity and functional impairment in older adults. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2022 [cited 2026 Jul 24];70(5):1442-9. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9106850/pdf/nihms-1775810.pdf>
10. Aubert CE, Kabeto M, Kumar N, Wei MY. Multimorbidity and long-term disability and physical functioning decline in middle-aged and older Americans: an observational study. *BMC Geriatr* [Internet]. 2022 [cited 2026 Jul 30];22(1):910. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9703785/pdf/12877_2022_Article_3548.pdf
11. Botosaneanu A, Elman MR, Allore HG, Dorr DA, Newsom JT, et al. Depressive multimorbidity and trajectories of functional status among older Americans: differences by racial/ethnic group. *J*

- Am Med Dir Assoc [Internet]. 2023 [cited 2026 Jul 24];24(2):250-7. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10280885/pdf/nihms-1905319.pdf>
12. Lampe D, Grosser J, Gensorowsky D, Witte J, Muth C, van den Akker M, et al. The relationship of continuity of care, polypharmacy and medication appropriateness: a systematic review of observational studies. *Drugs Aging* [Internet]. 2023 [cited 2026 Jul 24];40(6):473-97. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10232587/pdf/40266_2023_Article_1022.pdf
 13. Beridze G, Abbadi A, Ars J, Remelli F, Vetrano DL, Trevisan C, et al. Patterns of multimorbidity in primary care electronic health records: a systematic review. *J Multimorb Comorb* [Internet]. 2024 [cited 2026 Jul 30];14:1-18. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10829499/pdf/10.1177_26335565231223350.pdf
 14. Coste J, Carcaillon-Bentata L, Robine JM, Trouvin AP, Humphreys J, Guillemin F. Trends in prevalence and disability burden of main rheumatic and musculoskeletal diseases in France 2008-2022. *RMD Open* [Internet]. 2026 [cited 2026 Jul 30];12(2). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC13182394/pdf/rmdopen-12-2.pdf>
 15. Zhu X, Wang Z, Yang X, Ning Z. About half of older adults have two or more chronic conditions at the same time: a systematic review and meta-analysis. *Front Public Health* [internet]. 2025 [cited 2026 Jul 24];13. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12738304/pdf/fpubh-13-1680745.pdf>
 16. Vásquez F, Díaz E, López-Alegría F. Estrategias para mejorar el estado de salud de los pacientes con multimorbilidad en Atención Primaria de Salud: revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2024 [citado 24 May 2026];98. Disponible en: <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/944/1275>
 17. Yao L, Li Q, Liu Y, Li Q, Wang T, Zhou Z, et al. How to assess multimorbidity: a systematic review. *Front Public Health* [Internet]. 2025 [cited 2026 Jul 30];13. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11983592/pdf/fpubh-13-1525593.pdf>
 18. Lu J, Li Y, Cao L, Zhao H. Effect of multimorbidity on old-age disability among adults over 50 years old: evidence from a meta-analysis. *Public Health Nurs* [Internet]. 2025 [cited 2026 Jul 30];42(1):524-34. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/phn.13444>
 19. Calderón-Larrañaga A, Vetrano DL, Ferrucci L, Mercer SW, Marengoni A, Onder G, et al. Multimorbidity and functional impairment–bidirectional interplay, synergistic effects and common pathways. *J Intern Med* [Internet]. 2019 [cited 2026 Jul 24];285(3):255-71. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6446236/pdf/nihms-1016084.pdf>
 20. Medina Naranjo GR, Segovia Monga MC, Gómez Martínez N. La intervención de enfermería para el tratamiento de la depresión en adultos mayores. *CCM* [Internet]. 2026 [citado 30 May 2026];30. Disponible en: <https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/5581/3014>
 21. Fisher K, Griffith LE, Gruneir A, Kanters D, Markle-Reid M, Ploeg J. Functional limitations in people with multimorbidity and the association with mental health conditions: Baseline data from the

- Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA). PLoS One [Internet]. 2021 [cited 2026 Jul 24];16(8). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8357170/pdf/pone.0255907.pdf>
22. Thölking TW, Girard D, Engels Y, Schoon Y, van Wijngaarden EJ. Considerations of older adults with multimorbidity when facing healthcare choices: a qualitative systematic review. Patient Educ Couns [Internet]. 2025 [cited 2026 Jul 30];138. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40493988/>
23. Bunn JG, Steell L, Hillman SJ, Witham MD, Sayer AA, Cooper R, et al. Approaches to characterising multimorbidity in older people accessing hospital care: a scoping review. Eur Geriatr Med [Internet]. 2025 [cited 2026 Jul 30];16(4):1099-113. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12378491/pdf/41999_2025_Article_1166.pdf
24. Smith SM, Wallace E, O'Dowd T, Fortin M. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2016 [cited 2026 Jul 24];3(3). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6703144/pdf/CD006560.pdf>
25. Skou, S.T., Nyberg, M., Dideriksen, M. *et al.* Exercise therapy and self-management support for individuals with multimorbidity: a randomized and controlled trial. Nat Med [Internet]. 2025 [cited 2026 Jul 30];31:3176-3182. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41591-025-03779-4>
26. Bricca A, Harris LK, Jäger M, Smith SM, Juhl CB, Skouet ST. Benefits and harms of exercise therapy in people with multimorbidity: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Ageing Res Rev [Internet]. 2020 [cited 2026 Jul 30];63:101166. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.arr.2020.101166>
27. Kim T. Rehabilitation physical activity service systems for people with disabilities in Korea, the United States, Germany, and Japan: paradigm review and policy directions for Korea. BMC Health Serv Res [Internet]. 2026 [cited 2026 May 30];26(1):1063. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-026-14910-7>
28. Correia RH, Dash D, Pasat Z, Strum RP, Aryal K, Kabir H, et al. Attributes of family physician encounters valued by older adults: a systematic review. BMC Prim Care [Internet]. 2025 [cited 2026 Jul 24];26(1). Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11954301/pdf/12875_2025_Article_2794.pdf
29. Lim YW, I-Busaidi IS, Caya R, Bricca A, Mangin D, et al. Effectiveness of interventions for the management of multimorbidity in primary care and community settings: systematic review and meta-analysis. Fam Pract [Internet]. 2025 [cited 2026 Jul 30];42(6). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12602864/pdf/cmaf085.pdf>
30. Brown RT, Zamora K, Rizzo A, Spar MJ, Fung KZ, Santiago L, et al. Improving measurement of functional status among older adults in primary care: A pilot study. PLoS One [Internet]. 2024 [cited 2026 Jul 24];19(5). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11090365/>

31. Boyd C, Smith CD, Masoudi FA, Blaum CS, Dodson JA, Green AR, et al. Decision Making for Older Adults With Multiple Chronic Conditions: Executive Summary for the American Geriatrics Society Guiding Principles on the Care of Older Adults With Multimorbidity. J Am Geriatr Soc [Internet]. 2019 [cited 2026 Jul 24];67(4):665-73. Disponible en: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jgs.15809>
32. Shadmi E, Tonkikh O, Low M, Key C, Netzer D, Molcho T et al. The effect of nurse care management on multimorbid patients' hospital utilization: a comparative-controlled trial and an exploratory cohort study. Nat Commun [Internet]. 2026 [cited 2026 Jul 30];17(1). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/42140977/>
33. Fedecostante M, Baliotti P, Beccacece A, Carrieri B, Orso M, Coin A, et al. Outcome measures for health interventions targeting multimorbid older adults: A systematic review. Ageing Res Rev [Internet]. 2026 [cited 2026 Jul 30];113. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.arr.2025.102940>
34. Kim DH, Rockwood K. Frailty in Older Adults. N Engl J Med [Internet]. 2024 [cited 2026 Jul 24];391(6):538-48. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11634188/pdf/nihms-2020495.pdf>
35. Sumner J, Ng CWT, Teo KEL, Peh ALT, Lim YW. Co-designing care for multimorbidity: a systematic review. BMC Med [Internet]. 2024 [cited 2026 Jul 24];22(1). Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10848537/pdf/12916_2024_Article_3263.pdf

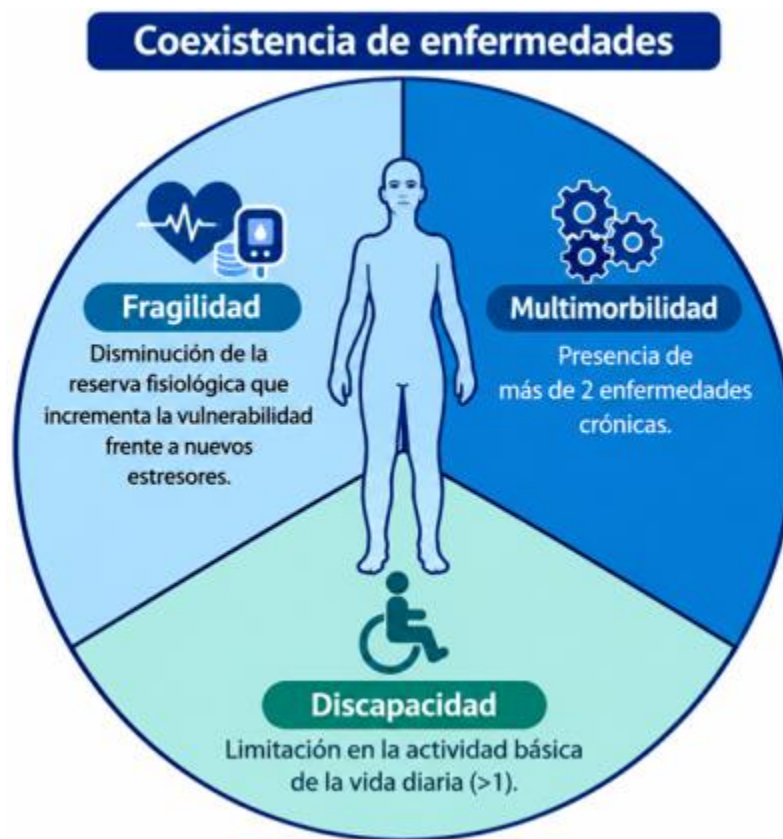


Figura 1. Modelo conceptual de multimorbilidad y discapacidad

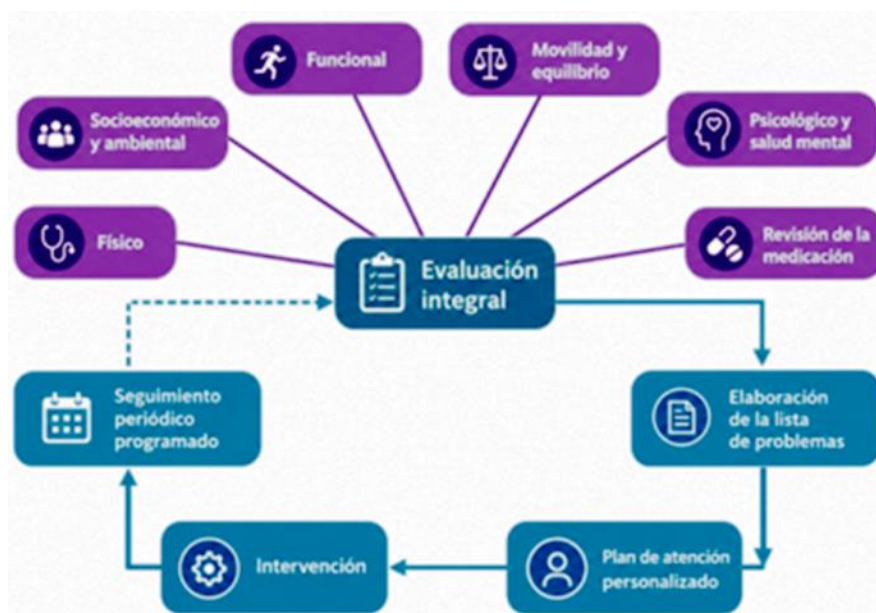


Figura 2. Algoritmo de evaluación integral en atención primaria



Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Recibido: 13/08/2026

Aprobado: 05/10/2026

Publicado: 20/10/2026

