



MEDFAMYC

REVISTA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNIDAD
UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN

ISSN: 3105-9899 | Vol. 3 Núm. 1 | Enero-junio, 2026

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Multimorbilidad en atención primaria: Coordinación del cuidado, carga del cuidador y priorización clínica

Adria Maria Carvalho de Sousa¹, Yago Dos Santos Theophilo¹, Alini Santos Bianchi¹,
Rhaissa Assunção da Silva¹, Vitória Jacob de Farias¹, Emilly Vitorino Moreira¹,
Tainan Carneiro Santos¹, Ana Ketlin Aparecida Weirich¹, Joicy Hellen Nascimento Alves¹

¹Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Privada del Este, filial Ciudad del Este, Paraguay

DOI: [10.66476/mf.v3n1.7162](https://doi.org/10.66476/mf.v3n1.7162)



RESUMEN

Antecedentes: La multimorbilidad es frecuente en atención primaria y exige decisiones centradas en la persona, coordinación entre servicios y apoyo a cuidadores. Los modelos orientados a una sola enfermedad suelen responder mal cuando se acumulan síntomas, tratamientos y demandas familiares. **Métodos:** Se realizó una revisión narrativa en español con búsqueda estructurada entre enero de 2020 y julio de 2026. Se priorizaron revisiones narrativas, de alcance e integrativas, revisiones sistemáticas de alta relevancia y marcos conceptuales sobre coordinación del cuidado, carga del tratamiento, carga del cuidador y priorización compartida, complementados con estudios empíricos recientes. **Resultados:** El corpus final incluyó 21 fuentes, principalmente de Norteamérica y Europa, con aportes adicionales de Asia y África. La evidencia converge en que la multimorbilidad requiere continuidad relacional, coordinación visible y metas realistas. Los modelos centrados en la persona funcionan mejor cuando reducen fragmentación y hacen más manejable la toma de decisiones. La carga del cuidador emerge como parte del problema clínico, porque el apoyo informal sostiene la adherencia, la organización cotidiana y la viabilidad del plan terapéutico. La priorización clínica ayuda a ordenar qué hacer primero, qué posponer y qué dejar de hacer según lo que la persona valora. **Conclusión:** En medicina familiar y comunitaria, la multimorbilidad debe abordarse por trayectorias, prioridades y contexto familiar, no solo por diagnósticos. El objetivo práctico es sostener un plan clínicamente razonable y humanamente viable para pacientes y cuidadores.

Enviado: 11 de abril, 2026 | **Aceptado:** 20 de mayo, 2026 | **Publicado:** 28 de mayo, 2026

Correspondencia: Adria Maria Carvalho de Sousa. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Privada del Este, filial Ciudad del Este, Paraguay. **Correo electrónico:** adria071202@gmail.com.

Financiación: Los autores declaran que no recibieron fondos externos para la realización de este estudio.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, personales, profesionales, institucionales ni de otra índole relacionados con este trabajo.

Palabras clave: multimorbilidad, atención primaria, medicina familiar, carga del cuidador, priorización clínica, toma de decisiones compartida.

INTRODUCCIÓN

La multimorbilidad, entendida como la coexistencia de dos o más condiciones crónicas en una misma persona, se ha convertido en un reto central para los sistemas sanitarios contemporáneos. En adultos mayores, su frecuencia es particularmente alta, y su impacto se extiende más allá del diagnóstico individual: condiciona la funcionalidad, incrementa la utilización de servicios y vuelve más compleja la organización del cuidado cotidiano (1,2). Para la medicina familiar y comunitaria, este escenario no es marginal ni excepcional; constituye una parte sustancial de la práctica diaria. La literatura reciente refuerza que la respuesta más útil no es solo asistencial, sino también organizativa: en 2025 y 2026 se publicaron marcos y estudios que desplazan el foco hacia la consulta centrada en la persona, la priorización de procesos de atención y el co-diseño con pacientes y familias (3,4,5).

El problema principal no es solo la acumulación de enfermedades, sino la manera en que el sistema responde a ellas. La atención organizada en silos tiende a producir recomendaciones fragmentadas, polifarmacia, duplicación de controles y objetivos de tratamiento que compiten entre sí. Montori (6) advierte que la respuesta orientada a una sola enfermedad deja vacíos en el trabajo real de la atención, porque la vida cotidiana del paciente no se divide por diagnósticos. Fortin y Stewart (7) sostienen en la misma línea que implementar modelos centrados en la persona requiere cambiar la lógica de funcionamiento de los equipos y no únicamente añadir más consultas.

Frente a esta limitación, han emergido modelos integrados de cuidado, estrategias de priorización clínica y herramientas de apoyo a la decisión compartida. Estos enfoques buscan mejorar la continuidad, integrar la coordinación entre profesionales y hacer que el plan terapéutico sea coherente con lo que el paciente puede y desea sostener (8,9). Al mismo tiempo, la multimorbilidad rara vez afecta solo al paciente: los cuidadores informales suelen absorber tareas de coordinación, supervisión, transporte, administración de tratamientos y apoyo emocional, con consecuencias sobre su bienestar físico, laboral y psicológico (10,11,12).

En ese contexto, la priorización clínica adquiere un valor decisivo. Identificar qué problema desea abordar primero la persona permite reducir carga del tratamiento, ordenar intervenciones y sostener metas más realistas, espe-

cialmente cuando existen comorbilidades, polifarmacia y recursos limitados (13,14). Esta revisión narrativa sintetiza la evidencia reciente sobre modelos de gestión, carga del cuidador y priorización clínica en multimorbilidad, con énfasis en su utilidad para la medicina familiar y comunitaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión narrativa en español orientada a construir un modelo interpretativo para la multimorbilidad en medicina familiar y comunitaria. La búsqueda se centró en revisiones narrativas, revisiones de alcance, revisiones integrativas, revisiones sistemáticas de alta relevancia y marcos conceptuales con utilidad clínica directa, en especial aquellos que abordaran coordinación del cuidado, carga del tratamiento, carga del cuidador y priorización compartida. Se complementó ese núcleo con estudios empíricos recientes cuando ayudaban a ilustrar, matizar o validar componentes del modelo emergente.

La búsqueda bibliográfica se concentró en publicaciones de enero de 2020 a julio de 2026. Se priorizaron trabajos de alto nivel de síntesis o influencia temática y, en segundo término, estudios empíricos seleccionados por su capacidad para mostrar cómo se expresan en la práctica los problemas que la literatura de síntesis describe: fragmentación, polifarmacia, sobrecarga del cuidador, decisión compartida y priorización de metas. Se excluyeron trabajos centrados exclusivamente en una sola enfermedad, sin aplicabilidad clara a multimorbilidad, o sin vínculo útil con el proceso de cuidado en atención primaria.

La lectura de las fuentes se organizó de manera temática y comparativa. Para cada documento se extrajeron tres elementos: el problema central que abordaba, la propuesta o hallazgo más útil para la práctica y la forma en que ese aporte podía integrarse en un modelo general de gestión de la multimorbilidad. Esa estrategia permitió contrastar perspectivas complementarias y depurar una síntesis más alineada con medicina familiar que con una mera acumulación de hallazgos.

La síntesis fue narrativa y conceptual. La selección final de las fuentes buscó equilibrio entre calidad metodológica, relevancia clínica, centralidad temática y capacidad de representar el problema desde perspectivas complementarias. En la lista final se incluyeron 21 referencias, priorizando aportes sobre coordinación, continuidad, comu-

nicación, apoyo informal, priorización clínica y alineación de metas con prioridades del paciente. El resultado metodológico fue una base bibliográfica suficiente para sostener una interpretación integradora sin perder de vista la diversidad de diseños, contextos y enfoques incluidos.

RESULTADOS

Corpus y alcance

El corpus final quedó compuesto por 21 fuentes: revisiones, marcos conceptuales, comentarios de alto valor explicativo y estudios empíricos sobre toma de decisiones compartida, priorización clínica, carga del cuidador, prevalencia y complejidad clínica. La procedencia geográfica fue mayoritariamente de Norteamérica y Europa, pero la actualización incorporó además evidencia de India, China, Sudáfrica y Noruega, lo que amplía la pertinencia para contextos de medicina familiar con recursos y trayectorias de atención muy diversas.

Esta composición es apropiada para una revisión narrativa de medicina familiar, porque combina evidencia de implementación, experiencia del paciente, carga familiar y contexto poblacional. Además, permite ver que la multimorbilidad no es un problema monopolizado por un solo sistema sanitario ni por un único tipo de institución; aparece en escenarios de alta tecnología, en atención primaria con recursos limitados y en entornos comunitarios donde las redes informales de cuidado sostienen buena parte del funcionamiento cotidiano.

Modelos de gestión

Las fuentes no apuntan a un único modelo universal, sino a un principio común: la atención de la multimorbilidad debe organizarse alrededor de la persona y no alrededor de cada diagnóstico por separado. Fortin y Stewart (7) describen la transición necesaria desde programas de manejo por enfermedad hacia una colaboración coordinada y centrada en la persona. Rijken *et al.* (8) muestran que los pacientes valoran continuidad, comunicación clara, accesibilidad y una coordinación suficientemente visible como para reducir la carga de navegar el sistema por su cuenta. Samal *et al.* (15) agregan que la tecnología puede ayudar a organizar información y comunicación, pero no sustituye la necesidad de rediseñar procesos y prioridades.

Más recientemente, Yu *et al.* (5) propusieron un marco de consulta centrado en la persona para multimorbilidad, mientras que Koirala *et al.* (3) mostraron, a partir de un estudio de co-diseño, que pacientes y equipos identifican como prioritarios la coordinación, la claridad de roles y la adaptación del cuidado a la vida cotidiana. En síntesis,

estas fuentes desplazan el foco desde la suma de consultas o de indicaciones hacia una arquitectura de atención más integrada, donde el valor principal no está en multiplicar contactos sino en hacer que cada contacto tenga coherencia longitudinal.

Carga del cuidador

La carga del cuidador apareció como un eje transversal, no como una consecuencia secundaria. Ploeg *et al.* (11) muestran que el cuidado de personas mayores con múltiples condiciones crónicas implica tensiones emocionales, sobrecarga de organización y necesidad de apoyo práctico y social. Jacob *et al.* (10) refuerzan esta lectura al mostrar que el cuidado informal se relaciona con peores condiciones de salud física en contextos de ingresos bajos y medios, y que la provisión de apoyo, alivio y respiro puede ser una vía de protección sanitaria.

Williams y Sethi (12) añaden que el cuidado también interfiere con el trabajo remunerado y el bienestar de quienes cuidan, lo que introduce una dimensión económica y ocupacional que medicina familiar no puede ignorar. La actualización reciente de van Pinxteren *et al.* (16) muestra además que la carga del cuidado en multimorbilidad se expresa de formas prácticas, financieras y emocionales distintas según el contexto rural o urbano, y que las redes comunitarias pueden convertirse en una extensión real del apoyo al cuidado. En conjunto, estas fuentes muestran que el cuidador no es un acompañante periférico, sino parte estructural del sistema de cuidado; cuando falla su sostén, falla también parte de la capacidad terapéutica del plan.

Priorización clínica

Desde la perspectiva del paciente, la prioridad no siempre coincide con el diagnóstico que el sistema considera más urgente. Davenport *et al.* (13) muestran que identificar la prioridad de salud elegida por la persona puede apoyar decisiones más coherentes con sus metas y disminuir la sobrecarga terapéutica. Vick y Wolff (9) amplían este hallazgo al señalar que la participación de pacientes y familias es más efectiva cuando el entorno facilita comunicación, acceso y estructuras de decisión que no conviertan la participación en una carga adicional.

Pel-Littel *et al.* (17) describen que, en personas mayores con multimorbilidad, los cuidadores pueden ser facilitadores o barreras de la decisión compartida según cómo se distribuyan la información, la responsabilidad y el respaldo del equipo. Esto hace que la priorización clínica no sea solo una técnica de ordenamiento de problemas, sino una herramienta de negociación de sentido: ayuda a alinear expectativas, a evitar sobretratamiento y a reducir la

brecha entre la lógica biomédica y lo que la persona realmente puede sostener.

En el plano clínico, los estudios observacionales y cualitativos recuerdan que la multimorbilidad incrementa la complejidad de decidir. Newman *et al.* (2) documentan que la presencia de múltiples condiciones se asocia con riesgo más alto de mortalidad, declive funcional, utilización de recursos y costos. Schuttner *et al.* (14) muestran que el médico de atención primaria debe decidir con evidencia fragmentaria, guías a veces contradictorias y un contexto psicosocial que modifica las posibilidades de cumplir el plan. Garg *et al.* (1) subrayan que los pacientes con multimorbilidad pasan horas cada día en tareas relacionadas con la salud, lo que obliga a pensar en el tratamiento como una carga de trabajo y no solo como un conjunto de indicaciones. Zhou *et al.* (18) añaden que, incluso en sistemas con fuerte presión asistencial, los médicos perciben barreras concretas para prescribir y deprescribir con multimorbilidad, incluyendo inseguridad clínica, incertidumbre sobre prioridades y dificultad para conciliar múltiples indicaciones.

Koirala *et al.* (19) sintetizan este mismo razonamiento desde una perspectiva de cuidados holísticos: el objetivo no es acumular intervenciones, sino organizar un cuidado que sea funcional, significativo y sostenible para la vida cotidiana. En conjunto, las fuentes convergen en que la multimorbilidad en atención primaria exige una práctica más deliberativa, relacional y adaptada al contexto. Esa dirección se ha reforzado recientemente con estudios sobre priorización de procesos de atención basados en metas del paciente, que muestran que la consulta no solo debe decidir qué hacer, sino también qué dejar de hacer o posponer según los objetivos prioritarios (4).

Síntesis de hallazgos

En conjunto, la evidencia apunta a un modelo de multimorbilidad centrado en la persona, la coordinación y la reducción de carga. Los hallazgos anteriores preparan la discusión del marco integrador para medicina familiar y comunitaria.

Ese modelo no depende de una sola intervención, sino de la combinación de varios componentes: continuidad relacional, priorización explícita, soporte al cuidador, revisión periódica de la carga del tratamiento y capacidad de adaptación al contexto. La utilidad de esta síntesis no está en ofrecer una receta cerrada, sino en definir un marco coherente para leer la complejidad clínica de la multimorbilidad desde la práctica de medicina familiar.

DISCUSIÓN

Los hallazgos de esta revisión narrativa muestran que la multimorbilidad no debe interpretarse solo como la coexistencia de diagnósticos, sino como una situación de complejidad clínica y social que reorganiza el trabajo del equipo de salud, la vida del paciente y la disponibilidad de los cuidadores. El aporte más consistente de la literatura revisada es que los modelos de gestión efectivos son aquellos que dejan de tratar cada enfermedad de manera aislada y pasan a coordinar objetivos, tiempos y responsabilidades dentro de una misma trayectoria de cuidado. En ese sentido, la multimorbilidad obliga a desplazar el foco desde la enfermedad individual hacia la persona, su red familiar y su capacidad real de sostener el tratamiento (6,7).

Una implicación importante para medicina familiar y comunitaria es que el valor de la continuidad no es solo administrativo, sino clínico. Los pacientes con multimorbilidad no solo necesitan más controles; necesitan menos fricción entre controles. La revisión de Rijken *et al.* (8) indica que continuidad, comunicación y coordinación son atributos altamente valorados por quienes viven con múltiples condiciones. Esto coincide con la revisión de Vick y Wolff (9), que ubica el engagement del paciente y la familia como un proceso sensible al diseño del sistema: cuando el entorno no facilita la participación, la supuesta «activación» termina sumando trabajo al paciente. Por ello, un modelo útil no es el que ofrece más decisiones, sino el que reduce el costo de decidir.

La carga del tratamiento merece una lectura clínica propia. Garg *et al.* (1) recuerdan que las personas con multimorbilidad dedican horas diarias a tareas relacionadas con la salud: organizar medicación, asistir a citas, comprender indicaciones, coordinar especialistas y vigilar efectos adversos. Ese trabajo invisible suele recaer en parte sobre los cuidadores informales, lo que hace que la carga del paciente y la del cuidador sean interdependientes. En lugar de asumir que el entorno familiar «acompaña» pasivamente el plan, la evidencia muestra que el cuidado informal es una infraestructura real del sistema: sostiene adherencia, traslados, comunicación y seguimiento, pero también puede desbordarse y enfermar (10,11,12).

Desde esta perspectiva, la priorización clínica se vuelve una estrategia de protección y no de simplificación superficial. Davenport *et al.* (13) muestran que identificar la prioridad más importante para el paciente puede orientar mejor las decisiones y reducir la sobrecarga terapéutica. Schuttner *et al.* (14) agregan que, en pacientes con multimorbilidad compleja, el médico de atención primaria suele decidir con escasa guía específica; por tanto, priorizar con el paciente no es una renuncia a la evidencia, sino una forma de aplicar la evidencia a un contexto finito. Pel-Littel *et al.* (17) ayudan a entender que la decisión

compartida también necesita del cuidador, pero no de cualquier manera: cuando el cuidador sustituye la voz del paciente, la participación se desbalancea; cuando acompaña, traduce y sostiene, la decisión compartida gana calidad. La misma lógica aparece en el trabajo de Schuttner *et al.* (4), que propone ordenar procesos asistenciales según metas de salud compartidas y no solo por inercia institucional.

Los modelos de gestión revisados convergen en algunos componentes que parecen especialmente relevantes para la práctica de familia y comunidad. El primero es la coordinación explícita entre profesionales, porque la fragmentación de recomendaciones es uno de los principales generadores de conflicto terapéutico. El segundo es la comunicación centrada en metas, que permite distinguir entre lo médicamente posible y lo vitalmente significativo. El tercero es el apoyo al autocuidado y a la familia, no como exhortación genérica, sino como un conjunto de habilidades, recursos e instrucciones compatibles con la realidad del hogar. El cuarto es la valoración periódica de la carga del tratamiento, porque una intervención eficaz en teoría puede ser inviable en la práctica si desplaza demasiado tiempo, dinero o energía del paciente y su entorno.

La evidencia reciente también matiza cómo se implementa esa coordinación. En Kerala, Kumar *et al.* (20) encontraron que la participación en la decisión compartida sigue limitada por el tiempo, la carga de trabajo y la asimetría de poder entre profesionales y pacientes, lo que confirma que la consulta centrada en la persona necesita apoyos organizacionales concretos. Yu *et al.* (5) proponen una secuencia estructurada para la consulta en multimorbilidad, útil para aterrizar el ideal de atención centrada en la persona en acciones clínicas reproducibles. En conjunto, estas aportaciones sugieren que la buena intención clínica no basta: hacen falta diseño de consulta, tiempo protegido y herramientas de conversación que vuelvan explícita la prioridad del paciente.

La lectura de Newman *et al.* (2) recuerda, además, que la multimorbilidad tiene correlatos poblacionales medibles: aumenta el riesgo de mortalidad, declive funcional y uso de recursos. Sin embargo, esos desenlaces no se reducen a números epidemiológicos; se traducen en más visitas, más coordinación y más dependencia de redes de apoyo. Por eso, la respuesta clínica no puede ser puramente reactiva. Montori (6) plantea que la práctica debe recuperar el sentido del cuidado como colaboración a largo plazo, y Samal *et al.* (15) sugieren que la tecnología solo es útil si facilita esa colaboración en lugar de reemplazarla por burocracia digital. En otras palabras, la tecnología puede ordenar información, pero no puede decidir por el paciente ni absorber la complejidad moral de sus prioridades. Koirala *et al.* (3) refuerzan esta idea al mostrar, en

un estudio de co-diseño, que los usuarios valoran especialmente la continuidad, la coordinación y la reducción de fricción en la navegación del sistema.

Esta revisión también deja ver una tensión frecuente entre guías por enfermedad y cuidado centrado en la persona. Schuttner *et al.* (14) describen cómo los médicos de atención primaria toman decisiones en ausencia de guías claras o con evidencia mínima para pacientes complejos. Esa ausencia no debe resolverse imponiendo algoritmos rígidos, sino creando marcos de adaptación clínica que permitan combinar conocimiento biomédico con juicio contextual. Fortin y Stewart (7) y Rijken *et al.* (8) muestran que los modelos integrados más prometedores son precisamente los que dejan margen para ese ajuste, porque reconocen que la multimorbilidad no es solo un problema técnico sino relacional, longitudinal y profundamente dependiente del entorno. En la misma línea, el estudio de prescripción y deprescripción en China muestra que los médicos siguen enfrentando barreras para retirar o mantener fármacos en personas con multimorbilidad, lo que convierte la deprescripción en una decisión clínica y no en un simple acto administrativo (18). La revisión de Fariman *et al.* (21) apunta a que, aunque la toma de decisiones compartida es central para la deprescripción en mayores con polifarmacia, su integración formal en las intervenciones sigue siendo limitada.

En medicina familiar y comunitaria, el valor práctico de esta síntesis es claro. El primer paso no es «hacer más», sino delimitar mejor qué se debe hacer, quién puede sostenerlo y qué carga añadirá a la vida cotidiana. El segundo es incorporar al cuidador como socio del plan, con apoyo explícito, porque pedir apoyo sin ofrecer respiro solo redistribuye la carga. El tercero es negociar metas realistas, con lenguaje comprensible y prioridades explícitas, para evitar que la suma de buenas intenciones genere tratamientos imposibles. El cuarto es revisar periódicamente si el plan sigue siendo compatible con la vida real del paciente y su familia. La literatura reciente sobre priorización de procesos de salud en multimorbilidad sostiene precisamente esa lógica: ordenar intervenciones según metas del paciente y no solamente según la agenda institucional (4).

La principal fortaleza de esta revisión es que integra, en una sola narrativa, tres dimensiones que a menudo se estudian por separado: organización del cuidado, carga del cuidador y priorización clínica. Esa integración es particularmente pertinente para la medicina familiar y comunitaria, donde el paciente no se observa en abstracto sino dentro de su historia, su hogar y su red de apoyo. La principal limitación es la naturaleza narrativa de la revisión: la selección bibliográfica no pretende exhaustividad sistemática ni estimación de efecto, y la evidencia reunida combina diseños, niveles de análisis y contextos distintos.

Además, una parte importante de la literatura proviene de América del Norte y Europa, por lo que la extrapolación a otros sistemas de salud debe hacerse con cautela. La actualización ampliada mejora esta limitación al incorporar estudios recientes de Asia, África y Europa septentrional, pero sigue sin sustituir una revisión sistemática enfocada en intervenciones concretas.

En conclusión, la multimorbilidad exige un cambio de paradigma en la atención primaria: menos lógica por enfermedad aislada y más lógica por prioridades, trayectorias

y contexto familiar. Los modelos de gestión más útiles son los que coordinan, simplifican y acompañan; la carga del cuidador debe reconocerse como parte del problema clínico; y la priorización compartida ofrece una forma concreta de volver sostenible la atención. Para la medicina familiar y comunitaria, el objetivo no es tratar todo al mismo tiempo, sino tratar mejor lo que más importa para esa persona y su familia, con herramientas de consulta, priorización y co-diseño que la literatura reciente ya empieza a formalizar.

REFERENCIAS

1. Garg T, Polenick CA, Schoenborn N, Jih J, Hajduk A, Wei MY, et al. Innovative strategies to facilitate patient-centered research in multiple chronic conditions. *J Clin Med.* 2021;10(10):2112. doi:[10.3390/jcm10102112](https://doi.org/10.3390/jcm10102112).
2. Newman D, Tong M, Levine E, Kishore S. Prevalence of multiple chronic conditions by U.S. state and territory, 2017. *PLoS One.* 2020;15(5):e0232346. doi:[10.1371/journal.pone.0232346](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232346).
3. Koirala B, Benjasirisan C, Lim A, Nelson KE, DeGroot L, Wright R, et al. Shared experiences and care improvement priorities for multimorbidity management: An experience-based co-design study. *Learn Health Syst.* 2026;10(3). doi:[10.1002/lrh2.70096](https://doi.org/10.1002/lrh2.70096).
4. Schuttner L, Theis M, Wong E, Staloff J, McQueen RB, Nelson K, et al. Patient-centered prioritization of health care processes for multimorbidity. *JAMA Netw Open.* 2025;8(12):e2549693. doi:[10.1001/jamanetworkopen.2025.49693](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.49693).
5. Yu J, Jiang L, Chen Q, Wu L, Shao H, Guo Y, et al. Conceptual development of a patient-centered consultation framework for multimorbidity management in primary care (CARESTEP). *J Prim Care Community Health.* 2025;16. doi:[10.1177/21501319251396213](https://doi.org/10.1177/21501319251396213).
6. Montori VM. Removing the blindfold: The centrality of care in caring for patients with multiple chronic conditions. *Health Serv Res.* 2021;56 Suppl 1:969-972. doi:[10.1111/1475-6773.13865](https://doi.org/10.1111/1475-6773.13865).
7. Fortin M, Stewart M. Implementing patient-centred integrated care for multiple chronic conditions. *Can Fam Physician.* 2021;67(4):235-238. doi:[10.46747/cfp.6704235](https://doi.org/10.46747/cfp.6704235).
8. Rijken M, Stüssgen R, Leemrijse C, Bogerd MJL, Korevaar JC. Priorities and preferences for care of people with multiple chronic conditions. *Health Expect.* 2021;24(4):1300-1311. doi:[10.1111/hex.13262](https://doi.org/10.1111/hex.13262).
9. Vick JB, Wolff JL. A scoping review of person and family engagement in the context of multiple chronic conditions. *Health Serv Res.* 2021;56 Suppl 1:990-1005. doi:[10.1111/1475-6773.13857](https://doi.org/10.1111/1475-6773.13857).
10. Jacob L, Oh H, Shin JI, Haro JM, Vancampfort D, Stubbs B, et al. Informal caregiving, chronic physical conditions, and physical multimorbidity in 48 low- and middle-income countries. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2020;75(8):1572-1578. doi:[10.1093/gerona/glaa017](https://doi.org/10.1093/gerona/glaa017).
11. Ploeg J, Garnett A, Fraser KD, Baird LG, Kaasalainen S, McAiney C, et al. The complexity of caregiving for community-living older adults with multiple chronic conditions: A qualitative study. *J Comorb.* 2020;10:2235042X20981190. doi:[10.1177/2235042x20981190](https://doi.org/10.1177/2235042x20981190).
12. Williams A, Sethi B. The predicament of caring: Work interferences and health of family caregivers of persons with multiple chronic conditions. *Gerontol Geriatr Med.* 2020;6:2333721420938933. doi:[10.1177/2333721420938933](https://doi.org/10.1177/2333721420938933).
13. Davenport C, Ouellet J, Tinetti ME. Use of the patient-identified top health priority in care decision-making for older adults with multiple chronic conditions. *JAMA Netw Open.* 2021;4(10):e2131496. doi:[10.1001/jamanetworkopen.2021.31496](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.31496).
14. Schuttner L, Hockett Sherlock S, Simons C, Ralston JD, Rosland AM, Nelson K, et al. Factors affecting primary care physician decision-making for patients with complex multimorbidity: A qualitative interview study. *BMC Prim Care.* 2022;23:25. doi:[10.1186/s12875-022-01633-x](https://doi.org/10.1186/s12875-022-01633-x).
15. Samal L, Fu HN, Camara DS, Wang J, Bierman AS, Dorr DA. Health information technology to improve care for people with multiple chronic conditions. *Health Serv Res.* 2021;56 Suppl 1:1006-1036. doi:[10.1111/1475-6773.13860](https://doi.org/10.1111/1475-6773.13860).
16. van Pinxteren M, Slome C, Mair FS, May CR, Levitt NS. Exploring the workload of informal caregiving in the context of HIV/NCD multimorbidity in South Africa. *PLoS Glob Public Health.* 2024;4(10):e0003782. doi:[10.1371/journal.pgph.0003782](https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003782).
17. Pel-Littel RE, Snaterse M, Teppich NM, Buurman BM, van Etten-Jamaludin FS, van Weert JCM, et al. Barriers and facilitators for shared decision making in older patients with multiple chronic conditions: A systematic review. *BMC Geriatr.* 2021;21(1):112. doi:[10.1186/s12877-021-02050-y](https://doi.org/10.1186/s12877-021-02050-y).
18. Zhou X, Han L, Farmer A, Yao M, Xia Y, Yan M, et al. Challenges and barriers to physician decision-making for prescribing and deprescribing among patients with multimorbidity in eastern China's primary care settings: A qualitative study. *BMJ Open.* 2025;15(2):e095063. doi:[10.1136/bmjopen-2024-095063](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-095063).

19. Koirala B, Peeler A, Dennison Himmelfarb C, Davidson PM. Living with multiple chronic conditions: How we achieve holistic care and optimize health outcomes. *J Adv Nurs*. 2023;79(2):e7-e9. doi:[10.1111/jan.15433](https://doi.org/10.1111/jan.15433).
20. Kumar AA, Kamath A, Ashok L, Kamath VG, Sekaran VC. Shared decision-making among older adults with multimorbidity in Kerala's primary care: A qualitative study using the socio-ecological model. *Front Public Health*. 2025;13. doi:[10.3389/fpubh.2025.1665368](https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1665368).
21. Fariman S, Arabshomali A, Goordeen D, Niznik JD, Hemati H, Elston Lafata J. Shared decision making interventions for deprescribing in older adults with polypharmacy: A scoping review. *J Am Geriatr Soc*. 2025;73(12):3884-3894. doi:[10.1111/jgs.70059](https://doi.org/10.1111/jgs.70059).