

- UCI sin paredes. Efecto de la detección precoz de los pacientes de riesgo. *Med Intensiva*. 2013;37:12–8.
5. Cardoso LTQ, Grion CMC, Matsuo T, Anami EHT, Kauss IAM, Seko L, et al. Impact of delay admission to intensive care units of mortality of critically ill patients: A cohort study. *Crit Care*. 2011;15:R28.
 6. Wunderink RG, Diederich ER, Caramenz MP, Donnelly HK, Norwood SD, Kho A, et al. Rapid response team-triggered procalcitonin measurement predicts infectious intensive care unit transfers. *Crit Care Med*. 2012;40:2090–5.
 7. Calvo Herranz E, Mozo Martín MT, Gordo Vidal F. Implantación de un sistema de gestión en Medicina Intensiva basado en la seguridad del paciente gravemente enfermo durante todo el proceso de hospitalización: servicio extendido de Medicina Intensiva. *Med Intensiva*. 2011;35:354–60.
 8. Holanda Peña MS, Domínguez Artiga MJ, Ots Ruiz E, Lorda de los Ríos MJ, Castellanos Ortega A, Ortiz Melón F. SECI (Servicio Extendido de Cuidados Intensivos): Mirando fuera de la UCI. *Med Intensiva*. 2011;35:349–53.
 9. Escobar GJ, Liu VX, Schuler A, Lawson B, Greene JD, Kipnis P. Automated identification of adults at risk for in-hospital clinical deterioration. *N Eng J Med*. 2020;383:1951–60.

10. Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS) 2. Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party. London:RCP;2017. Disponible en: <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/national-early-warning-score-news-2>

E. Chicote-Álvarez*, M. Arlabán-Carpintero, H. Camino-Ferró, M. Feo-González, M. Macías-Pascual y A. Calvo-Martínez

Servicio de Medicina Intensiva, Hospital San Pedro, Logroño, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: chicotelogro@hotmail.com (E. Chicote-Álvarez).

Disponible en Internet el 18 de julio de 2023

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2023.06.003>

2603-6479/ © 2023 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

El metaverso de atención a la cronicidad



The metaverse of care for chronicity

Sra. Directora,

La atención primaria y comunitaria (APyC) y la atención hospitalaria de agudos (AH) se encargan de resolver los problemas de salud de las personas mayores con enfermedades crónicas (PMEC), pero las características y la complejidad clínica y social de esta población hacen que surjan necesidades de especialización y diferenciación^{1,2}. La atención intermedia tiene una visión de integración transversal de atención sociosanitaria geriátrica y paliativa, para favorecer la accesibilidad y el trabajo conjunto con la APyC y la AH, con las PMECC en el centro³. En el marco de la atención intermedia, cabe destacar las unidades funcionales de hospitalización subaguda y postaguda, el hospital de día de enfermedades neurodegenerativas, el equipo de evaluación integral ambulatoria de las demencias, los equipos de valoración y orientación de la discapacidad y dependencia, el equipo domiciliario de apoyo a la APyC y el equipo hospitalario de apoyo a la AH. Esos recursos son de desarrollo y distribución geográfica heterogénea, en ocasiones de diferentes proveedores de salud e incluso desintegrados.

El *Grup d'Avaluació d'Integració Assistencial* del proyecto Coordena.cat (análisis de la coordinación entre los niveles de atención del sistema sanitario catalán), en el que está incluido nuestro territorio del Tarragonés, concluyó que la percepción, basada en una encuesta, de los profesionales sanitarios en la atención entre los diferentes ámbitos (APyC, AH y AI) está coordinada en tan solo el 33% y que esa baja coordinación es debida a una comunicación limitada (28%), la insuficiencia de mecanismos (14%), la falta de tiempo (13%), el desconocimiento de los recursos existentes (9%) o al desinterés de las direcciones en facilitar la coordi-

nación (6%)^{4,5}. El Camp de Tarragona tiene una población de 338.000 habitantes, de los cuales 160.000 corresponden a la comarca del Tarragonés (el 22,5% son mayores de 65 años y el 12% son PMECC) asignados a 9 áreas básicas de atención, un hospital de agudos y un hospital de atención intermedia bajo el paraguas de una gerencia única, que creemos que es una ocasión para mejorar la coordinación y conseguir una atención integrada de las PMECC.

Con la premisa de que la actuación coordinada y colaborativa entre niveles a las PMECC permite dar una respuesta ágil, segura, eficaz, sostenible y adaptada a las necesidades de cada caso en el momento adecuado, dibujamos el mapa de recursos (universos) de atención a la cronicidad del Tarragonés (fig. 1), que se erigen (metaverso) en torno a una figura gestora clínica (de enlace) de atención integrada entre niveles con abordaje interdisciplinar, implicación de todos los agentes y actores de los recursos existentes y con métodos e instrumentos para la evaluación. La misión de este modelo es liderar y garantizar la continuidad y coordinación entre los niveles asistenciales que se involucran en el proceso de atención a la cronicidad y reordenar los recursos existentes, de manera acorde con la estrategia y visión de la gerencia territorial del Camp de Tarragona. Los objetivos son identificar la población diana con complejidad clínica y social, adecuar la atención a las PMECC con eficacia y eficiencia optimizando la accesibilidad, la transición y el uso adecuado de los recursos existentes, facilitar la transferencia de la información interprofesional y entre niveles, reducir la variabilidad de la práctica clínica y elaborar una ruta de *continuum* asistencial de la cronicidad con el espíritu de visión transversal, coordinación entre niveles y enfoque comunitario (proximidad y proactividad).

Consideramos que la coordinación e integración asistencial entre niveles, por sus implicaciones para la calidad y eficiencia, es un reto y una prioridad en la atención a la cronicidad de las PMECC, sin perder de vista que la Atención Primaria continúa siendo el principal eje de la actuación. Por todo ello, creemos necesario profundizar en

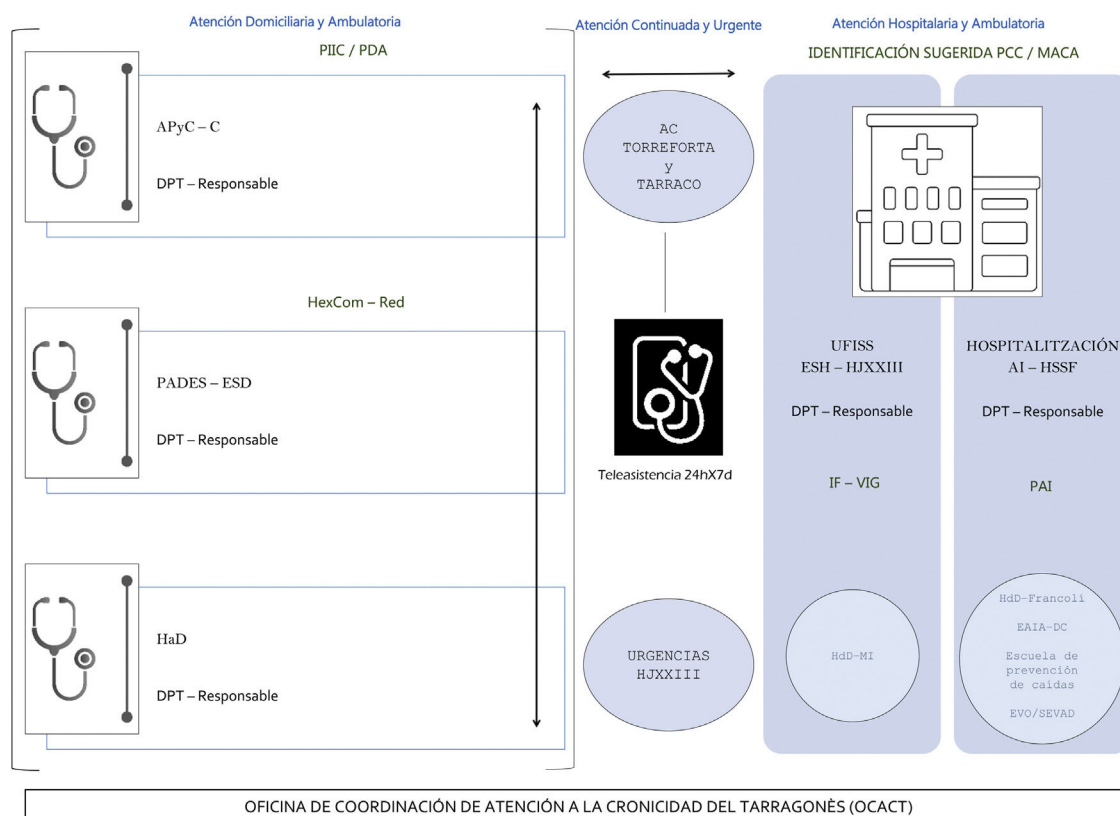


Figura 1 Fig. 1. Mapa de recursos de atención a la cronicidad del Tarragonés. AC: atención continuada; AI: atención intermedia; APyC: Atención Primaria y Comunitaria; DPT: descripción de puesto de trabajo; EAIA-TC: Equipo de Valoración Integral Ambulatoria-Trastornos Cognitivos; EVO/SEVAD: Equipos de Valoración y Orientación de Discapacidad y Dependencia; HaD: hospitalización a domicilio; HdD-Francolí: hospital de día de enfermedades neurodegenerativas; HdD-MI: hospital de día de medicina interna; HexCom-Red: *The hexagon of complexity*; HJXXIII: Hospital Joan XXIII de Agudos; HSSF: Hospital Sociosanitario Francolí; IF-VIG: índice frágil-valoración integral geriátrica; MACA: paciente con enfermedad crónica avanzada; PADES-ESD: Programa de atención domiciliaria y equipo de soporte (equipo de soporte domiciliario); PAI: Plan de atención individualizada; PCC: paciente crónico complejo; PDA: planificación de decisiones anticipadas; PIIC: Plan de intervención individualizada compartida; UFISS-ESH: Unidad Funcional Interdisciplinar Sociosanitaria (equipo de soporte hospitalario).

estas consideraciones para validar los resultados y facilitar la implementación de nuevas acciones futuras desde un punto de vista conceptual y una perspectiva holística, así como incrementar la capacidad de resolución de los cuadros clínico-sociales y reducir su impacto en términos de coste-eficiencia.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Garmendia Prieto B, Sánchez del Corral Usaola F, Avilés Maroto P, Ramírez Real L, Fernández Rodríguez AM^a, Gómez Pavón J. Evolution of the profile of patients atten-

ded by a hospital geriatric home care unit in the last 20 years. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2022;57(6):291–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2022.10.001>.

- Mas MA. Multidisciplinary care to older patients with multiple chronic conditions: A challenge for the health system. *Med Clin (Barc).* 2019;153(3):112–4, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2019.03.002>.
- Mas MA, Miralles R, Heras C, Ulldemolins MJ, Bonet JM, Prat N, et al. Designing a person-centred integrated care programme for people with complex chronic conditions: A case study from Catalonia. *Int J Integr Care.* 2021;21(4):22, <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.5653>.
- Esteve-Matalí L, Vargas I, Cots F, Ramón I, Sánchez E, Escosa A, et al. Does the integration of health services management improve clinical coordination? Experience in Catalonia. *Gac Sanit.* 2022;36(4):324–32, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.06.004>.
- Esteve-Matalí L, Vargas I, Amigo F, Plaja P, Cots F, Mayer EF, et al. Understanding how to improve the use of clinical coordination mechanisms between primary and secondary care doctors: Clues from Catalonia. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(6):3224, <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18063224>.

R. Qanneta

*Dirección Asistencial, Hospital Francolí de Atención
Intermedia, Gestió i Prestació de Serveis de Salut (GiPSS),
Tarragona, España*

Correo electrónico: rqanneta.gipss@gencat.cat

Disponible en Internet el 4 de julio de 2023

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2023.06.001>

2603-6479/ © 2023 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U.
Todos los derechos reservados.