

TRABAJO ORIGINAL

ATENCIÓN EN DOMICILIO DE PACIENTES NANEAS. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE NIÑOS DR. ROBERTO DEL RÍO.

Catalina Díaz M.¹, Tabata Araneda M.¹, Natalie Rodríguez Z.^{2,3}, Karla Yohannessen V.³, Alejandra Sánchez L.², Yoselin Villagra E.⁴, Carolina Heresi V.^{3,5}

1. Becadas de Pediatría. Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Hospital de Niños Dr. Roberto del Río
2. Pediatra. Unidad NANEAS. Hospital de Niños Dr. Roberto del Río.
3. Profesora Asistente. Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil. Campus Norte. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.
4. Enfermera. Unidad NANEAS. Hospital de Niños Dr. Roberto del Río.
5. Neuróloga Pediatra. Hospital de Niños Dr. Roberto del Río.

Resumen

El avance de las tecnologías de soporte vital ha aumentado la sobrevivencia de niños con patologías y secuelas graves, categorizados como NANEAS (Niños y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención en Salud) de mediana y alta complejidad. En el Hospital de Niños Dr. Roberto del Río se organizó un equipo de atención para NANEAS en 2014, que realiza visitas domiciliarias desde 2015 a pacientes médicamente complejos.

Objetivo: Caracterizar la población atendida en domicilio y la modalidad de atención.

Pacientes y método: Estudio retrospectivo descriptivo mediante revisión de registro clínico electrónico y ficha clínica de NANEAS atendidos en domicilio del 2015 al 2018.

Resultados: Se analizaron 581 visitas a 81 pacientes, mediana 8 años, 78% hombres, 64% institucionalizados, 78% con patología neurológica de base, 75% de alta y mediana complejidad según clasificación SOCHIPE. De las visitas, 71% fue en comunas rurales, la mediana de tiempo de viaje 60 minutos y de atención 26 minutos. Un 60% de las visitas se realizó a pacientes con dispositivos médicos. En un 99% asistió pediatra, 33% enfermera y 68% otro profesional, que en 61% correspondió al neuropediatra.

Conclusiones: La mayor proporción de pacientes atendidos son de alta y mediana complejidad, usuarios de dispositivos médicos y la mayoría con patología neurológica de base, por lo que resulta fundamental contar con un neurólogo en el equipo interdisciplinario. Las visitas se realizan principalmente a comunas distantes por la dificultad de traslado de estos pacientes. Esta modalidad de atención

promueve una mejor calidad de vida para niños y niñas médicamente complejos y para sus familias.

Palabras Claves: *cuidado domiciliario, cuidado paliativo pediátrico, niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud.*

Abstract

The advancement of life support technologies has increased the survival of children with serious pathologies and sequelae, categorized as NANEAS (Children and Adolescents with Special Health Care Needs) of medium and high complexity. At the Hospital de Niños Dr. Roberto del Río, a care team for NANEAS was organized in 2014, which has made home visits to medically complex patients since 2015.

Objective: To characterize the population attended at home and the care modality.

Patients and method: Retrospective descriptive study by reviewing the clinical file of NANEAS patients seen at home in this period.

Results: 581 visits were analyzed in 81 patients, median 8 years, 78% men, 63% institutionalized, 78% with neurological diseases. 75% were of high and medium complexity according to the SOCHIPE classification. Of the visits, 71% were in rural places, median travel time 60 minutes and direct attention 26 minutes. 60% of the visits were made to patients with medical devices, 99% attended by a pediatrician, 33% a nurse and 68% another professional, who in 61% corresponded to the child neurologist.

Conclusions: The highest proportion of patients seen are of high and medium complexity with medical devices and with underlying

neurological pathology, so it is important to have a neurologist in the interdisciplinary team. Many of the visits are made in places distant from the hospital center due to the difficulty of transferring these patients. This modality of care promotes a better quality of life for medically complex children and their families.

Key words: *home care, pediatric palliative care, children and adolescents with special health care needs.*

Introducción

El avance en las tecnologías de soporte vital ha aumentado la sobrevivencia de niños con secuelas médicas permanentes, muchos de los cuales pertenecen al grupo de Niños y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención en Salud (NANEAS). En Estados Unidos se calcula que un 15% de los niños y adolescentes son NANEAS. En Chile no contamos con cifras oficiales, pero se estima que la prevalencia sería similar. Por tratarse de un grupo heterogéneo de pacientes, el Comité NANEAS de la Sociedad Chilena de Pediatría (SOCHIPE) propuso una clasificación basada en áreas de necesidades, diferenciando grupos de baja, mediana y alta complejidad. Esta categorización permite determinar en qué nivel de atención del sistema de salud, debieran concentrarse los cuidados de los pacientes. (1-5)

En los NANEAS de mediana y alta complejidad, se concentran aquellos pacientes que requieren tecnologías y dispositivos médicos para vivir, uso de numerosos fármacos, dietas especiales y supervisión por múltiples especialistas. Representan una baja proporción del total de pacientes pediátricos, pero utilizan un alto porcentaje de recursos en salud. La implementación de un modelo de atención coordinado por un equipo de cabecera, centrado en las necesidades del paciente y su familia, y vinculado a la comunidad, ha demostrado disminuir los recursos de salud utilizados y, sobre todo, mejorar la calidad de vida de pacientes médicamente complejos. (3,6,7)

Siguiendo las directrices de la SOCHIPE, se organizó en el Hospital de Niños Dr. Roberto del Río (HRR) la Unidad para atención de NANEAS en 2014, para los beneficiarios del

Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN). Esta Unidad trabaja en forma coordinada con profesionales de otras especialidades médicas y con el equipo de rehabilitación integral del hospital, realizando atenciones ambulatorias de morbilidad (espontáneas o programadas), coordinación de atención por varios especialistas en una sola visita al hospital, cuidados de enfermería, educación a los cuidadores, procedimientos y administración de medicamentos.

Desde el 2015, el equipo también realiza visitas domiciliarias a pacientes con "fragilidad médica": con enfermedades en etapas avanzadas, en cuidados paliativos, con adecuación de esfuerzo terapéutico y/o con dificultades de desplazamiento al centro hospitalario. (7)

Actualmente la hospitalización domiciliaria, otorgada por algunos hospitales pediátricos, está dirigida casi exclusivamente a pacientes con patología aguda, con el fin de completar tratamientos en domicilio y así optimizar el recurso de camas hospitalarias, principalmente en períodos especiales del año ("campaña de invierno"). También existen experiencias de programas ministeriales como el AVI /AVNI (Apoyo ventilatorio invasivo y no invasivo) que atienden a pacientes con ventilación mecánica en domicilio o los programas de nutrición parenteral en domicilio para niños con insuficiencia intestinal. (8-11)

No hay publicaciones en nuestro medio que describan la atención de pacientes médicamente complejos y con pronóstico de vida limitado, para quienes permanecer en sus casas significa una mejor calidad de vida. El siguiente estudio tiene como objetivo caracterizar la población de NANEAS atendida en domicilio, con el fin de elaborar un protocolo que permita optimizar esta modalidad de atención, organizando los recursos requeridos, tanto humanos como físicos.

Materiales y método

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, mediante la revisión de los registros de las atenciones domiciliarias realizadas por equipo de NANEAS del HRR, en las comunas incluidas en el SSMN, entre el 1 enero 2015 al 31 diciembre 2018. Se

incluyó en el estudio a todos los pacientes NANEAS que hubieran recibido visita domiciliaria por parte del equipo, independiente del grado de complejidad.

Las variables obtenidas del documento diseñado por el equipo de NANEAS para la atención en domicilio, fueron: edad, sexo, grado de complejidad según la clasificación de la SOCHIPE, diagnósticos, uso de dispositivos (sonda nasogástrica, gastrostomía u otros), dirección de residencia, tiempo empleado en traslado y en la visita, profesionales que realizaron la visita, procedimientos realizados y educación a cuidadores. Del registro clínico electrónico se obtuvo el número de hospitalizaciones y consultas en servicio de urgencia durante el período analizado y fecha de fallecimiento, si este hubiese ocurrido.

Con los datos obtenidos, se confeccionó una tabla de registro Excel. Los datos se organizaron en 2 ítems: caracterización de los pacientes y caracterización de las visitas.

Se excluyeron otros pacientes con complejidad médica, como los pacientes en diálisis peritoneal, alimentación parenteral domiciliaria y ventilación mecánica en domicilio, ya que son atendidos por equipos diferentes, en el contexto de otros programas del Ministerio de Salud.

El análisis estadístico se realizó a través de medidas de tendencia central y posición (mediana y rangos) dada la distribución de las variables cuantitativas. Las variables categóricas se describieron a través de frecuencias absolutas y relativas. Se georreferenciaron los domicilios de los pacientes según su complejidad. Los análisis se realizaron usando programa Stata 13.

Aspectos éticos: Este trabajo fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de Investigación del SSMN. Los datos de identificación de cada paciente fueron encriptados para asegurar su confidencialidad.

Resultados

En el período estudiado estaban bajo control en la Unidad de NANEAS del HRR un total de 287 niños, de éstos 172 pacientes eran de baja (60%), 81 de mediana (28%) y 34 de alta (12%) complejidad. Se realizaron 581 visitas en 4 años (145 visitas por año en promedio, 12 visitas por

mes) a 81 pacientes, con un promedio de 7 visitas por paciente. Un 64 % de las visitas se realizó a pacientes institucionalizados en un hogar del SENAME ubicado en SSMN.

Dada la gran variedad de diagnósticos de los pacientes, estos se clasificaron en 5 grupos, según el principal sistema afectado, para facilitar su descripción. Estas categorías se detallan en la tabla 1. En relación al diagnóstico principal, existe un claro predominio de las enfermedades neurológicas con respecto a otros grupos de diagnósticos (77,8%). La tabla 2 muestra las características demográficas de los 81 pacientes visitados en el período de estudio. La mediana de edad fue de 8 años, siendo el 78% de sexo masculino. Con respecto al grado de complejidad definido según los criterios de la SOCHIPE, un 24,7% era de baja, 35,8% de mediana y 39,5% de alta complejidad. En el 60% de las visitas, se consignó específicamente (337/559) que los pacientes utilizaban dispositivos o tecnologías y de éstos, un 71% correspondía a gastrostomía y sondas de alimentación (oro o nasogástricas). Solo 8 pacientes eran usuarios de ventilación mecánica no invasiva. Como se observa en la tabla 3, la mediana de duración de la atención en domicilio fue de 26 minutos y el tiempo de traslado tuvo una mediana de 60 minutos. La duración del tiempo de atención no presentó diferencias según patología de base del paciente. En relación a la distribución geográfica (figura 1), un 71% de las visitas se realizó en comunas rurales (Lampa, Colina y Til Til), siendo Lampa en la que se realizaron más visitas (385/581). Del resto de las comunas del SSMN, aquellas con más visitas fueron Recoleta (54/581) e Independencia (34/581). Los pediatras fueron los profesionales que más asistieron a las visitas domiciliarias (99% /575 visitas) y en 32,7% (190 visitas) la enfermera. En un 68% (395 visitas) participó otro profesional que no es parte formalmente del equipo de atención de NANEAS, siendo la neuróloga infantil la que acudió al 61% de las visitas, seguida de kinesiólogo y asistente social.

Se realizaron procedimientos en 14,1% de las visitas, dentro de los cuales se describe instalación y recambio de sonda enteral (sonda nasogástrica, sonda de gastrostomía o botón

de gastrostomía), curaciones, vacunación y toma de muestras para exámenes de laboratorio. Se registró la actividad de educación al cuidador en 33,4% de las visitas.

En cuanto a las consultas en el Servicio de Urgencia del HRR durante el período de estudio, la mediana fue de 3 consultas por paciente (rango de 0 a 36) y la mediana del número de hospitalizaciones fue de 3 por paciente (rango de 0 a 24), como se observa en la tabla 2.

En el período de observación, 24 pacientes fallecieron, lo que correspondía al 30 %. De los niños fallecidos, el 83,3% tenía como diagnóstico principal una enfermedad neurológica y en el 92 % de los casos correspondieron a NANEAS de alta complejidad.

Discusión

Tradicionalmente la hospitalización en domicilio es una prestación que se otorga a pacientes agudos, que requieren continuación de tratamiento antibiótico y en los últimos años se ha incluido también a niños, niñas y adolescentes que reciben nutrición parenteral. En estos pacientes, el objetivo de esta atención es disminuir los días de hospitalización y así contar con mayor disponibilidad de camas hospitalarias, sobre todo en períodos de alta demanda, como en invierno (7-11). En nuestra modalidad de atención domiciliaria para pacientes NANEAS de mediana y alta complejidad (o pacientes médicamente complejos), la prestación se otorga a aquellos que tienen importantes dificultades en su desplazamiento al hospital y a algunos casos cuando existe la decisión de adecuación y proporcionalidad en su tratamiento, lo que hace que el domicilio sea el mejor lugar para brindar los cuidados requeridos.

Como se observó en nuestro estudio, los pacientes atendidos pertenecen a un amplio rango etario, desde lactantes menores a pacientes mayores de 15 años, los que se mantienen en control en nuestro hospital por la complejidad de su patología, siendo muy difícil realizar la transición a hospital de adultos. Esto representa un desafío importante al momento de organizar su atención y definir el lugar de fallecimiento. (12,13)

Como lo plantea Ogelby en su artículo, estos pacientes requieren de un equipo interdisciplinario, que sea capaz de abarcar todas las necesidades bio-psico-sociales de ellos y de sus familias (14). Esto coincide con nuestra experiencia, ya que los pacientes presentaban en su mayoría una enfermedad neurológica de base, al igual que casi la totalidad de los pacientes fallecidos durante el periodo de estudio, lo que explica su fragilidad y complejidad, reforzando la importancia de incluir al neuropediatra formalmente en el equipo de atención domiciliaria de NANEAS. En este mismo sentido, destacamos que es relevante contar con profesionales del área de rehabilitación (fonoaudiólogo, kinesiólogo y terapeuta ocupacional) que apoyen al equipo que realiza la visita domiciliaria, ya que casi todos presentan limitaciones funcionales y físicas, que si no son bien manejadas deterioran su calidad de vida. Considerando la necesidad de procedimientos como instalación o mantención de dispositivos médicos y educación del cuidador, la participación de enfermería en el equipo domiciliar resulta también indispensable.

El tiempo utilizado en traslado tiene un amplio rango, ya que el área del SSMN que abarca nuestro hospital es geográficamente extensa y la mayoría de las visitas se realizaron en comunas rurales. El predominio de atenciones en zonas rurales se explicaría porque es donde se ubica el hogar que acoge a los pacientes institucionalizados que se controlan en la Unidad de NANEAS, por la dificultad que tienen las familias para desplazarse al hospital y por la imposibilidad de recibir atención pediátrica especializada en sus comunas de residencia. A nivel de atención primaria de salud (APS) existen equipos que realizan visitas a pacientes postrados en sus domicilios, pero principalmente a adultos. Por lo tanto, esta población pediátrica, médicamente compleja, no recibe desde APS la atención requerida.

Los cuidadores son parte activa del proceso de atención de los niños, involucrándose en forma progresiva en el tratamiento hasta alcanzar el "autocuidado" como modalidad terapéutica.

Deben estar plenamente informados y deben poder sobrellevar los aspectos técnicos y emocionales del tratamiento, lo que puede

representar una carga para el cuidador principal (15,16).

Existen escasas publicaciones en América Latina sobre esta modalidad de atención domiciliaria de pacientes médicamente complejos. Una de estas experiencias es la del equipo de Cuidados Paliativos Pediátricos del Hospital Pereira Rossell en Montevideo, Uruguay (17). Ellos describen el seguimiento de niños en cuidados paliativos con atención domiciliaria durante un año, observando disminución de la tasa de hospitalización y consultas en urgencias luego del inicio del control domiciliario, con lo que resaltan la importancia de esta modalidad de atención en estos pacientes. Nuestro trabajo metodológicamente no nos permitió demostrar si las atenciones en domicilio producían algún impacto en la reducción de hospitalizaciones o de visitas al servicio de urgencia. Sin embargo, siendo este un grupo de pacientes que consulta en forma repetida en el hospital, la tendencia observada (mediana por paciente de 3 consultas en urgencia y de 3 hospitalizaciones) nos parece menor a su frecuencia de atención previa (18-21).

Nuestro trabajo presenta limitaciones ya que al ser retrospectivo no permitió la evaluación de la calidad de vida del paciente y de la sobrecarga del cuidador, y su variación al ser incluidos en el programa de atención domiciliaria. Tampoco nos permitió evaluar el impacto de esta modalidad de atención en la frecuencia y patrón de consultas en servicio de urgencias y hospitalizaciones, lo que podrá abordarse en investigaciones futuras.

De acuerdo a lo analizado, sería importante protocolizar las prestaciones domiciliarias, estableciendo criterios claros de inclusión, dando prioridad a aquellos niños o niñas en cuidados paliativos, incluyendo al equipo neurológico y de rehabilitación, como parte esencial de los cuidados.

En conclusión, creemos que las visitas domiciliarias son una prestación fundamental para los pacientes NANEAS de mayor complejidad, quienes tienen importantes dificultades para su desplazamiento hacia el hospital y que requieren cuidados continuos. Esta modalidad de atención, en un grupo seleccionado de pacientes, contribuye a mejorar su calidad de vida y la de su familia,

evitando idealmente hospitalizaciones o consultas en urgencia. Permite, además, alcanzar una autonomía en el domicilio, que contribuye a un proyecto de vida familiar menos invadido por técnicos y/o profesionales de la salud.

Bibliografía

1. Vargas N., Quezada A. Epidemiología, nueva morbilidad pediátrica y rol del pediatra. *Rev Chil Pediatr.* 2007; 78 (1): 103–110.
2. McPherson M, Arango P, Fox H, et al. A new definition of children with special health care needs. *Pediatrics.* 1998;102 1 Pt 1:137-140.
3. Cohen E., Berry J., Sanders L., Schor E., Wise P. Status Complexicus? Emergence of pediatric complex care. *Pediatrics.* 2018; 141(3): 202-211.
4. Flores J., Carrillo D., Kazulovic L., et al. Niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud: prevalencia hospitalaria y riesgos asociados. *Rev Med Chil.* 2012; (140): 458–465.
5. Flores J., Lizama M., Rodríguez N. et al. Modelo de atención y clasificación de «Niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud-NANEAS»: Recomendaciones del Comité NANEAS de la Sociedad Chilena de Pediatría. *Rev Chil Pediatr.* 2016;87(3): 224-232.
6. Nageswaran S., Radulovic A., Anania A. Transitions to and from the acute inpatient care setting for children with life-threatening illness. *Pediatr Clin N Am* 2014; 61: 761–783.
7. Cohen E, Friedman J, Nicholas DB, Adams S, Rosenbaum P. A home for medically complex children: The role of hospital programs. *J Health Qual.* 2008; 30:7-15.
8. Hospitalización domiciliaria. Modelo de gestión de establecimientos hospitalarios. Manual administrativo. Serie Cuadernos N°9. División de Gestión de la Red Asistencial. Subsecretaría de Redes Asistenciales. MINSAL. 2005.
9. Prado F., Salinas P., Astudillo P., Mancilla P., Méndez M. Ventilación

- mecánica invasiva domiciliaria (VMI): Una propuesta para un nuevo Programa. *Neumol Pediatr* 2007;2(1): 49-60.
10. Prado F., Salinas P. Asistencia ventilatoria no invasiva domiciliaria en niños: impacto inicial de un programa nacional en Chile. *Rev Chil Pediatr* 2011; 82 (4): 289-299.
 11. Zapata Y., Hodgson M.I., Cordero M.L., Rodríguez L., Cerda J. Grupo Chileno para el estudio de la Nutrición Parenteral Prolongada en Pediatría. Nutrición parenteral domiciliaria en pacientes pediátricos con insuficiencia intestinal. *Rev Chil Pediatr* 2019;90(1):60-683
 12. Lizama M, Avalos ME, Vargas N, et al. Transición al cuidado de la vida adulta, de niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud: recomendaciones del comité NANEAS de la Sociedad Chilena de Pediatría. *Rev Chil Pediatr* 2011; 82:238-244.
 13. Jimenez C., Rodríguez N., Heresi C. Descripción del proceso de transición a la medicina del adulto en pacientes NANEAS. *Visión del equipo de salud de un hospital pediátrico*. 2020; 17(3): 23-30.
 14. Ogelby M., Goldstein R. Interdisciplinary care. Using your team. *Pediatr Clin N Am* 2014; 61: 823–834.
 15. Martínez T., Serrano P., Del Rincón C. Martino R. Repercusiones en el cuidador principal del niño hospitalizado a domicilio en cuidados paliativos pediátricos. *Med Palliat* 2016;23(2):79-92.
 16. Lazzarin P., Schiavon B., Brugnaro L. Benini F. Parents spend an average of nine hours a day providing palliative care for children at home and need to maintain an average of five life-saving devices. Doi:10.1111/apa.14098
 17. Bernadá M., Notejane M., González D. et al. Descripción del programa de atención domiciliaria de una unidad de cuidados paliativos pediátricos en su primer año de trabajo. *Arch Pediatr Urug*. 2019; 90 (3): 28-40.
 18. Cooley WC, McAllister JW, Sherrieb K, Kuhlthau K. Improved outcomes associated with medical home implementation in pediatric primary care. *Pediatrics*. 2009;124: 358-364.
 19. Strickland BB, Jones JR, Ghandour RM, Kogan MD, Newacheck PW. The medical home: Health care access and impact for children and youth in the United States. *Pediatrics* 2011; 127:604-611.
 20. Groh G, Borasio GD, Nickolay C, Bender H, von Lüttichau I, Führer M. Specialized pediatric palliative home care: a prospective evaluation. *J Palliat Med* 2013 Dec;16(12):1588-1594.
 21. Chong P.H., De Castro Molina J.A., Teo K., Tan W.S. Paediatric palliative care improves patient outcomes and reduces healthcare costs: evaluation of a home-based program. *BMC Palliative care* 2018; 17:11-18.

Tabla 1. Diagnósticos específicos incluidos en grupos de diagnóstico principal

Grupo diagnóstico	Diagnósticos incluidos
Neurológico (77,8%)	Distrofia muscular de Duchenne Atrofia muscular espinal Distrofia miotónica Accidente cerebro vascular Hidrocefalia congénita Parálisis cerebral Epilepsias (Epilepsia refractaria, Sd de West, Sd de Lennox Gastaut) Alteraciones estructurales del SNC (agenesia de vermis cerebeloso, holoprosencefalia y esquisencefalia) Adrenoleucodistrofia Encefalitis por anticuerpos anti-NMDA Síndrome de Moya Moya
Genético (11,1%)	Trisomía 18 Síndrome de Seckel Síndrome de Cri du chat Trisomía 21 Síndrome de Joubert Otras alteraciones cromosómicas (46 XX add (8)) Síndromes polimalformativos
Respiratorio (3,7%)	Hernia diafragmática Displasia broncopulmonar Insuficiencia respiratoria crónica
Gastrointestinal y nutricional (1,2%)	Atresia esofágica
Otros (6,2%)	Onfalocele Síndrome de alcohol fetal Cardiopatía congénita Enfermedad renal crónica terminal

Tabla 2. Características generales del grupo de pacientes y de las visitas

	Total n=81
Edad (años), P50 (min-max)	8 (0,08-19,1)
Sexo masculino, n (%)	63 (77,8%)
Diagnóstico principal, n (%)	
Neurológico	63 (77,8%)
Genético	9 (11,1%)
Respiratorio	3 (3,7%)
Gastrointestinal y nutricional	1 (1,2%)
Otros	5 (6,2%)
N° visitas por paciente, P50 (mín-máx)	7 (1-33)
Duración media de la visita (minutos), P50 (mín-máx)	26 (18-70)
Duración media de traslado (minutos), P50 (mín-máx)	63 (16-118)
N° consultas en urgencia por niño, P50 (mín-máx)	3 (0-36)
N° hospitalizaciones por niño, P50 (mín-máx)	3 (0-24)
Fallecidos, n (%)	24 (29,6%)

Tabla 3. Caracterización de las visitas domiciliarias según grupo de diagnóstico principal

	Grupo total	Neurológico	Genético	Respiratorio	Gastrointestinal y nutricional	Otros
N° visitas	581	515	43	3	8	12
Duración media visita(min) P50 (mín-máx)	26 (10-94)	25 (10-94)	27 (13-50)	35 (32-37)	50 (40-55)	28 (18-55)
Duración media traslado (min), P50 (mín-máx)	60 (10-135)	60 (10-135)	62 (30-100)	65 (43-104)	27 (20-70)	40 (10-105)

Figura 1. Mapa de distribución geográfica de pacientes según complejidad

