

ORIGINAL

Utilización de los servicios programados de enfermería por pacientes inmovilizados de un Centro de Salud

Mancera Romero J¹, Berrobianco Cobos E², Sacristán Visquet E², Fernández Lozano C², Rojo Moreno JJ², Paniagua Gómez F¹.

¹ Médico. Centro de Salud Ciudad Jardín. Distrito Sanitario Málaga (Málaga); ² Enfermero/a. Centro de Salud Ciudad Jardín. Distrito Sanitario Málaga (Málaga).

UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS PROGRAMADOS DE ENFERMERÍA POR PACIENTES INMOVILIZADOS DE UN CENTRO DE SALUD

Objetivos: Analizar las características de los inmovilizados de nuestro centro de salud y evaluar la relación existente entre grado de incapacidad, sexo y edad con la utilización de los servicios sanitarios programados de enfermería.

Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: Atención primaria. Centro de salud urbano.

Población: Pacientes inmovilizados. Año 2000.

Intervenciones: Variables de utilización de servicios sanitarios, demográficas y grado de capacidad funcional. Medidas centrales y de dispersión. Análisis bivalente utilizando los test estadísticos: χ^2 , t Student, ANOVA, U Mann-Whitney y Kruskal Wallis.

Resultados: 235 pacientes, 165 (70,2%) mujeres, edad media de 78,22 años (DE: 11,6, rango: 30-98). Pacientes con severa limitación de la capacidad funcional: 100 (42,6%), 75 mujeres, edad media de 76,89 años. Pacientes con moderada limitación de la capacidad funcional: 135 (57,4%), 90 (66,7%) mujeres, edad media de 79,2 años. La consulta programada es utilizada por el 19,6% de los inmovilizados, con una frecuentación de 0,78 visitas al año. Las visitas domiciliarias programadas se realizan en el 86,4% de los pacientes, con una media de 4,9 visitas al año. En el análisis bivalente no se encuentra relación significativa ($p>0,005$) entre edad, sexo y grado de inmovilidad con la utilización de los servicios programados de enfermería.

Conclusiones: Los pacientes inmovilizados son predominantemente mujeres de edad elevada. Casi la mitad tienen una severa limitación de la capacidad funcional. La mayoría han utilizado los servicios programados de enfermería. El sexo, la edad y el grado de incapacidad no se relacionan con la utilización de los servicios programados de enfermería.

Palabras clave: Utilización servicios programados enfermería. Pacientes inmovilizados.

USE OF REGULARLY SCHEDULED NURSING SERVICES BY IMMOBILIZED PATIENTS IN A HEALTH CENTER

Goal: To analyze the characteristics of immobilized patients in our health center and to evaluate the relationships that exist between degree of incapacity, gender, and age and the use of regularly scheduled nursing services.

Design: Descriptive retrospective study.

Setting: Primary care. Urban Health Center.

Population Sample: Immobilized patients in the year 2000.

Interventions: Variables related to the use of health services, demographics, and degree of functional capacity. Central tendencies and dispersion. Bivariate analysis using the following statistical tests: χ^2 , t Student, ANOVA, U Mann-Whitney y Kruskal Wallis.

Results: 235 patients, 165 women (70.2%), average age 78.22 (SD: 11.6, range: 30-98).

Patients with severely limited functional capacity: 100 (42.6%), 75 women, average age 76.89 years. Patients with moderately limited functional capacity: 135 (57.4%), 90 women (66.7%), average age 79.2 years. A regularly scheduled visit was used by 19.6% of the immobilized patients, with a frequency of 0.78 visits per year. Programmed home visits were done for 86.4% of the patients, with an average of 4.9 visits per year.

The bivariate analysis found no significant relationship ($p>0.005$) among age, gender or degree of immobility with the use of programmed nursing services.

Conclusions: Women of advanced age predominated most in the group of immobilized patients. Almost half had severely limited functional capacity. The majority used regularly scheduled nursing services. Gender, age and degree of incapacity showed no relation to the use of regularly scheduled nursing services.

Key words: Use of scheduled nursing services. Immobilized patients.

Correspondencia: José Mancera Romero. Centro de Salud Ciudad Jardín. Calle Sancho Miranda n.º 9. 29014 Málaga. Teléfonos: 952 652577-78/696 925386. Fax: 952 653530. E-mail: jmancerar@papps.org

Recibido el 07-02-2003; aceptado para publicación el 14-05-2003.

Medicina de Familia (And) 2003; 3: 162-166

Introducción

La utilización de los servicios sanitarios, junto con el concepto de salud-enfermedad, ha sobrepasado el marco biomédico estricto para convertirse en un fenómeno sociocultural¹ y depende de las características del paciente, de la organización de la atención y de la cartera de servicios ofertada². La utilización de los servicios sanitarios es una cuestión que interesa tanto a clínicos como a gestores por varios motivos: organización de la consulta, eficiencia clínica, planificación y gestión de recursos materiales y humanos, calidad de la atención y satisfacción para el usuario y proveedor. Existe coincidencia general en cuanto al fuerte incremento experimentado en la utilización de los servicios sanitarios en general y de los de atención primaria en particular^{3,4}, por encima incluso de lo pronosticado⁵.

El envejecimiento de la población da lugar a un incremento del número de personas mayores. Éstas se distinguen, entre otros aspectos, por la gran demanda de servicios específicos para las enfermedades que se presentan a estas edades. Una parte importante de ellos están afectados por enfermedades crónicas, con diferentes grados de incapacidad que les impiden o dificultan su acceso a los servicios sanitarios habituales. El paciente anciano inmovilizado va a requerir unos servicios domiciliarios amplios, tanto sanitarios como sociales. Desde el punto de vista sanitario hace ya años que se tomó conciencia de problema y desde la atención primaria de salud (AP) se pusieron en marcha los programas de atención domiciliaria con el objeto de dar una respuesta adecuada en tiempo y técnicas a las cuestiones solicitadas. Los programas de atención domiciliaria hacen un abordaje integral al paciente y a su familia desde la óptica biopsicosocial⁶⁻⁹.

La utilización de los servicios sanitarios por los pacientes inmovilizados concentra dos aspectos claves en la utilización de los servicios sanitarios: la edad avanzada y la presencia de morbilidad¹⁰⁻¹². Estas circunstancias provocan una alta utilización de los servicios. A la respuesta que se da desde AP se han unido otros modelos: hospitalización a domicilio¹³, equipos de soporte¹⁴, cuidados paliativos¹⁵. Todas estas circunstancias provocan una indefinición actual y la búsqueda de nuevos modelos aunque debe ser la AP la que juegue el papel preponderante^{9,16-18}.

El objetivo del presente estudio es analizar las características de los pacientes incluidos en el programa de inmovilizados de nuestro centro de salud y evaluar la relación existente entre grado de incapacidad, género y edad con la utilización de los servicios sanitarios programados de enfermería.

Sujetos y métodos

Estudio descriptivo transversal retrospectivo.

Sujetos: Participan en el estudio los pacientes incluidos en el programa de inmovilizados de nuestro centro durante el año 2000 completo (utilización de los servicios sanitarios) y durante el primer semestre del año 2001 (tiempo requerido para la realización de la entrevista personal). Los criterios de inclusión en el programa de inmovilizados del centro de salud comprenden a «toda persona que por ancianidad, padecimiento crónico, invalidante o terminal, no tiene capacidad o independencia suficiente para acudir al centro de salud en demanda de servicios». Cumplan los requisitos temporales para participar en el estudio 342 pacientes, pero a 107 pacientes no se les pudo

realizar la entrevista (desigual participación de los enfermeros en la recogida de datos del estudio), por lo que finalmente participaron 235 pacientes. Para controlar el posible sesgo que suponían las pérdidas se llevó a cabo un muestreo aleatorio simple (n =12) entre estos pacientes, a los que sí se les hizo la entrevista y los resultados obtenidos en cuanto a edad, género, capacidad funcional y utilización de servicios sanitarios fueron similares a los resultados del estudio.

Nuestra zona básica de salud atiende a una población de 36.157 habitantes, con una sex ratio de 95,83, un porcentaje de mayores de 65 años del 13,6% y de menores de 14 años del 15,9%. Se trata de una población predominantemente urbana con varios núcleos rurales dispersos con escasa población. El nivel socioeconómico es medio-bajo y el nivel cultural bajo (15% de analfabetos). Hay 18 médicos de familia, 5 pediatras y 16 diplomados en enfermería.

Tiempo: Año 2000.

Usamos como variables dependientes las de utilización de servicios sanitarios:

- Consulta programada enfermería: Consulta realizada en el centro de salud (sin la presencia del paciente) a instancias de la enfermera para valoración de los planes de cuidados, renovación de recetas, atención al cuidador, medidas educativas, etc.
- Visita domicilio enfermería: Visita en el domicilio del paciente a instancias de la enfermera (medidas educativas, de cuidado, etc.). A menudo se realiza junto al médico de familia.

Frecuentación: Número de veces que los pacientes utilizan las consultas programadas de enfermería y las visitas en domicilio durante el tiempo de estudio.

Cobertura: Porcentaje de pacientes que utilizan los servicios anteriores durante el tiempo de estudio.

Se excluyeron del estudio las actividades «comunes» de enfermería en los domicilios: inyectables, extracciones, curas reiteradas, al no disponer de un registro fiable.

Como variables independientes usamos:

- Sexo (hombre, mujer).
- Edad en años.
- Capacidad funcional (Tabla1): moderada limitación de la capacidad funcional (grados 1 y 2 de la escala de valoración de incapacidad física y mental de la Cruz Roja)¹⁹ y severa limitación de la capacidad funcional (grados 3, 4 y 5 de la misma escala).

Fuente de datos: Historia clínica informatizada para las variables demográficas y de utilización de los servicios de atención primaria. Entrevista realizada por los enfermeros en el domicilio del paciente (al paciente o al cuidador) para conocer el grado de inmovilidad.

Para el análisis estadístico se usan medidas centrales y de dispersión. Se realiza análisis bivariante explorando la asociación de las variables utilizando los siguientes test estadísticos: χ^2 , t Student, análisis de correlación, ANOVA y con utilización de test no paramétricos (U Mann-Whitney) y Kruskal Wallis en caso de no cumplirse las condiciones de aplicación.

Base de datos: ACCES. Programa informático: Epi Info, versión 6.

Resultados

Cumplieron los criterios de inclusión en el estudio 235 pacientes. Eran mayores de 65 años 217 (92,3%). La distribución por edad y sexo se refleja en la tabla 2.

La cobertura de las actividades programadas fue del 88,9% y la frecuentación de 5,68.

Se llevaron a cabo 184 consultas programadas en el centro de salud, con una frecuentación media de 0,78 consultas anuales y una cobertura del 19,6% de los pacientes.

Se realizaron 1.153 visitas programadas en el domicilio con una cobertura del 86,4% y una frecuentación de 4,90. En la tabla 3 se detalla la utilización de los servicios programados de enfermería, diferenciando por grado de limitación funcional y género.

En el análisis bivalente no se encontraron relaciones estadísticamente significativas ($p > 0,005$) entre sexo, edad y grado de incapacidad funcional con la utilización de los servicios programados de enfermería.

Discusión

Los resultados del estudio indican que los pacientes incluidos en el programa de inmobilizados de nuestro centro de salud eran predominantemente mujeres con una edad elevada y que casi la mitad tenían una severa limitación de la capacidad funcional. La utilización de la consulta programada de enfermería por los cuidadores de los pacientes inmobilizados es bastante limitada en nuestro estudio, tanto en frecuentación (no llega a una visita anual de media) como en cobertura (solamente la utilizan alrededor del 20% de los inmobilizados). Estas circunstancias deben hacernos reconsiderar el papel que juega la consulta programada de enfermería en el centro de salud en lo referente a la atención de los pacientes inmobilizados.

Por el contrario las visitas domiciliarias programadas se realizan con una mayor frecuencia y presentan una cobertura mucho más elevada. El rango de esta modalidad de visitas es muy amplio, en concordancia con la gran disparidad de morbilidad existente entre los pacientes incluidos en el programa (desde pacientes «casi normales» que no requieren especiales cuidados hasta pacientes en situación terminal que necesitan cuidados específicos y continuados). A pesar de que la cobertura es amplia existe un 14% de pacientes que no han recibido visitas de la enfermera en el domicilio: este hecho va en contra de la misma filosofía del programa y de los criterios de calidad que nosotros nos proponemos. Esta cobertura incompleta posiblemente sea irreal y se deba en gran parte a un infraregistro de las actividades realizadas: se hace la visita pero no se anota en la historia clínica informatizada por falta de tiempo, escasez de ordenadores, insuficiente número de consultas, etc.

No existen diferencias en cuanto a la edad, sexo o grado de incapacidad con la utilización de los servicios. Los pacientes con severa limitación de la capacidad funcional utilizan con más frecuencia las visitas a domicilio, 6 frente a 4, pero estas diferencias se reducen, 5 frente a 4, cuando usamos para la comparación los valores de la mediana (valor estadístico más representativo que la media cuando existe gran amplitud en el rango).

Nuestros resultados coinciden con la mayoría de los estudios en el predominio de las mujeres y en la elevada edad media^{12, 14, 20, 21}.

Los pacientes con severa limitación de la capacidad funcional fueron menos numerosos en nuestro estudio (42%) que en el de García Bermejo¹² (53%).

Es difícil comparar la actividad programada total de enfermería por no haber encontrado trabajos que la contemplen. Sí podemos hacer comparaciones con las visitas en el domicilio. En nuestro

estudio se realizan casi 5 visitas anuales, mientras que en otros trabajos fueron 5,2 visitas²⁰ (aunque en este caso se refieren a las actividades conjuntas de médico y enfermera), 3,8²¹, 4,9²² y 3,8²³ (durante un período de 10 meses). En nuestro estudio el 72% de las visitas es realizada por la enfermera mientras que en el de Francisco Casado²² enfermería realizaba el 65%. Aunque no era objeto de nuestro estudio, las actividades realizadas en nuestras visitas son similares a la de otros trabajos^{21, 24}, pero en este último caso se refiere a las actividades de enfermería de urgencia y concluye que realizan las funciones habituales de enfermería de AP fuera del horario habitual de funcionamiento de los centros de salud y consultorios.

Como limitación de nuestro estudio debemos tener en cuenta un cierto déficit de registros en las actividades domiciliarias, hecho que se repite en otros trabajos^{21, 25, 26}, por lo que muy posiblemente la actividad domiciliar es mayor que la que reflejan nuestros resultados.

Futuros trabajos nos deben llevar a analizar las actividades que se realizan en las visitas domiciliarias y a buscar la influencia de la morbilidad en la utilización de los servicios.

Como aplicaciones prácticas del estudio debemos mejorar el sistema de registro de las actividades domiciliarias, crear planes de cuidados personalizados integrando las actividades de enfermería y médicas y un replanteamiento de la consulta programada.

Las conclusiones más destacadas de nuestro estudio son las siguientes: 1. Los pacientes inmobilizados de nuestro centro de salud son predominantemente mujeres de edad elevada. 2. Casi la mitad de ellos tienen una mala capacidad funcional. 3. La mayoría han utilizado los servicios programados de enfermería. 4. El sexo, la edad y el grado de incapacidad no se relacionan con la utilización de los servicios sanitarios programados de enfermería.

Agradecimientos

Expresamos nuestro agradecimiento a los siguientes enfermeros del CS Ciudad Jardín por su colaboración en la realización de las entrevistas a los pacientes inmobilizados y a sus cuidadores:

Astacio Portillo Nuria, Blanca Barba Francisco, Cano Matías María José, Fuertes Ruiz Cristina, Gallardo Domínguez Esther, Guadix del Pino José Luis, Limón Navarro Francisco, Muñoz Villalba José Carlos, Pérez Juncosa Flores, Rodríguez Carrión María Teresa, Rueda Moreno Luis, Ruiz Ramos Matilde, Salido Puertas Francisco, Trigueros García Enrique, Vellido González Ángel.

Bibliografía

1. De la Revilla Ahumada L, Fleitas Cochoy L. Influencias socioculturales en los cuidados de salud. Enfoque familiar en atención primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 4ª ed. Barcelona: Harcourt Brace; 1999. p. 99-114.
2. Bellón Saameño JA. La consulta del médico de familia: cómo organizar el trabajo (1). La consulta a demanda. En: Gallo Vallejo FJ, León López FJ, Martínez Cañavete López-Montes T, Torio Durantes J, editores. Manual del médico residente de medicina familiar y comunitaria. 2ª ed. Madrid: semFYC; 1997. p. 242-51.

3. Gómez-Calcerrada D, Hernández del Pozo F, Gómez Berrocal M. La investigación en la utilización de servicios sanitarios. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria 1996; 4: 229-42.
4. Fernández JL, Bolívar I, López J, Sanz E y Grupo de Trabajo sobre la Utilización de Servicios Sanitarios. El impacto de la reforma de la atención primaria en la utilización de servicios médicos y de enfermería. Aten Primaria 1996; 18: 52-7.
5. Artells Herrero JJ, Andrés Martínez J. Análisis prospectivo «Delphi». Perfil, actitudes, valores y expectativas de los profesionales de la atención primaria en el siglo XXI. Cuadernos de Gestión 1999; 5 Supl 1: 33-48.
6. Hernández Estévez PM, Rubio Santos GA, Navarro Brito E, Benítez Rosario MA, González Freire G. Propuesta de un modelo de organización de atención domiciliaria basada en Atención Primaria. Cuadernos de Gestión 1999; 5: 31-8.
7. Gené Badia J, Contel Segura JC. Propuestas para desarrollar la atención domiciliaria. Aten Primaria 1999; 23: 183-6.
8. Contel Segura JC. La atención a domicilio como modelo de atención compartida. Aten Primaria 2000; 25: 526-8.
9. Espinosa Almendro JM, Benítez del Rosario MA, Pascual López L, Duque Valencia A. Modelos de organización de la atención domiciliaria en Atención Primaria. Documentos semFYC. n.º 15. Año 2000.
10. Gómez Rodríguez E, Moreno Raymundo P, Hernández Monsalve M, Gervás J. Socio-economic status; chronic morbidity and health services utilization by families. Fam Pract 1996; 13: 382-5.
11. López Navarrete E, Thomas Carazo E, Bueno Cavanillas A, Lardelli Claret P, Gastón Morata JL. Influencia de la patología crónica sobre la utilización de la atención primaria en la tercera edad. Aten Primaria 1997; 19: 92-5.
12. García Bermejo S, Lekube Angulo K, Andikoetxea Agorria A, Solar Barrietabeña M, Olaskoaga Arrate A. Características socioeconómicas, problemas y necesidades de salud de los pacientes crónicos domiciliarios. Aten Primaria 1997; 20: 230-6.
13. Valdivieso Martínez B, Ruiz García V. Hospitalización a domicilio y atención domiciliaria. Hacia la excelencia de los servicios. FMC 2001; 8: 537-42.
14. Requena López A, Moreno Mateo R, Torrubia Atienza P, Rodeles del Pozo R, Mainar García P, Moliner Izquierdo MA. Análisis de la demanda de actuación de un equipo de soporte de atención domiciliaria (ESAD). Aten Primaria 2001; 28: 652-6.
15. Higginson I. Palliative care services in the community: what do family doctors want? Palliat Care 1999 Summer; 15: 21-5.
16. Terol E, Hamby EF, Sacristan A, Sanz F, Minue S, Gil D et al. An organizational model for a primary care program of home health care in Spain: a description of the program. Health Care Manag (Fredericock) 2001; 20: 18-27.
17. Salvà A, Vallés E, Llevadot D, Martínez F, Albinyana C, Miró M et al. Una experiencia de atención sociosanitaria: Programa Vida als Anys. Realidad y expectativas de futuro. Rev Admin San 1999; 37-52.
18. Temmink D, Francke AL, Hutten JB, Van Der Zee J, Abu-Saad HH. Innovations in the nursing care of the chronically ill: a literature review from an international perspective. J Adv Nurs 2000; 31: 1449-58.
19. Salgado A, Guillén F. Escala de valoración de incapacidad del Servicio de Geriatria del hospital central de la Cruz Roja Española. Rev Esp Gerontol 1972; 4-34.
20. Bilbao Curiel I, Gastaminza Santacoloma AM, García García JA, Quindimil Vázquez JA, López Rivas JL, Huidobro Fernández L. Los pacientes domiciliarios crónicos y su entorno en atención primaria de salud. Aten Primaria 1994; 13: 188-90.
21. Granollers Mercader S, López Pisa RM. Atención domiciliaria dirigida a 132.106 habitantes durante cinco años de programa: análisis de la experiencia y de los resultados obtenidos. Rev Mult Gerontol 1999; 9: 94-9.
22. Francisco Casado MA de. Análisis del coste de la visita domiciliaria de enfermería a inmovilizados. Aproximación al estudio de la eficiencia. Aten Primaria 1997; 19: 110-6.
23. Gené J, Moliner C, Contel JC, Tintoré I, Villafáfila R, Schorlemmer C. Salud y utilización de servicios en anciano, según el nivel de convivencia. Gac Sanit 1997; 11: 214-20.
24. Marco Martínez MP, Abad Díez JM. Atención domiciliaria de enfermería en un servicio especial de urgencias: características de la población atendida. Aten Primaria 2000; 25: 248-52.
25. Puy C, García M, Miret M, Doménech ME. Programa de atención domiciliaria: una experiencia de veinte meses en el Área Básica de Salud de Les Borges Blanques. Centro de Salud 1997; 5: 89-92.
26. Torres P, España S. Visita domiciliaria a la población incapacitada: problemas y necesidades de salud. Centro de Salud 1996; 4: 368-73.

TABLA 1. ESCALA DE INCAPACIDAD DE CRUZ ROJA ¹⁹

GRADOS DE INCAPACIDAD FÍSICA

0. Se vale totalmente por sí mismo, anda con normalidad.
1. Realiza suficientemente los actos de la vida diaria. Deambula con alguna dificultad. Continente total.
2. Tiene alguna dificultad en la actividad diaria por lo que en ocasiones necesita ayuda. Deambula con ayuda de bastón o similar. Continencia total o rara incontinencia.
3. Grave dificultad en bastantes actividades de la vida diaria. Deambula difícilmente ayudado al menor por una persona. Incontinencia ocasional.
4. Necesita ayuda para casi todos los actos. Deambula ayudado con extrema dificultad (dos personas). Incontinencia habitual.
5. Inmovilizado en cama o sillón. Incontinencia total. Necesita cuidados continuos de enfermería.

GRADOS DE INCAPACIDAD PSÍQUICA

0. Totalmente normal.
1. «Algunas rarezas», ligeros trastornos de desorientación en el tiempo. Se puede hablar con él «cuerdamente».
2. Desorientación en el tiempo. La conversación es posible, pero no perfecta. Conoce bien a las personas, aunque a veces olvide alguna cosa. Trastornos del carácter, sobre todo si se le disgusta. Incontinencia ocasional.
3. Desorientación. Imposible mantener una conversación lógica. Confunde a las personas. Claros trastornos del humor. A veces o a temporadas hace cosas que no parecen explicables. Frecuente incontinencia.
4. Desorientación. Claras alteraciones mentales que la familia o el médico han etiquetado ya de demencia. Incontinencia habitual o total.
5. Demencia senil total, con desconocimiento de las personas, etc. Vida vegetativa agresiva o no. Incontinencia total.

TABLA 2. EDAD, SEXO Y GRADO DE INCAPACIDAD EN LOS PACIENTES INMOVILIZADOS

	Pacientes inmovilizados con severa limitación de la capacidad funcional ^a			Pacientes inmovilizados con moderada limitación de la capacidad funcional ^b			Pacientes inmovilizados		
	Hombres N =25	Mujeres N =75	Total N =100	Hombres N =45	Mujeres N =90	Total N =135	Hombres N =70	Mujeres N =165	Total N =235
Edad media	71,9	78,56	76,89	78,31	79,66	79,2	76,04	79,16	78,22
Mediana	77	79,5	78	80	80	80	79	80	79
DE	14,86	12,99	13,71	9,56	8,33	8,75	12,02	10,68	11,16
Rango	30-95	36-98	30-98	39-98	56-98	39-98	30-98	36-98	30-98

^a Grados 3, 4 y 5 de incapacidad física de la escala de valoración de incapacidad física y mental de la Cruz Roja ¹⁹.

^b Grados 1 y 2 de incapacidad física de la escala de valoración de incapacidad física y mental de la Cruz Roja ¹⁹.

TABLA 3. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS PROGRAMADOS DE ENFERMERÍA POR PACIENTES INMOVILIZADOS

	Pacientes inmovilizados con severa limitación de la capacidad funcional ^a			Pacientes inmovilizados con moderada limitación de la capacidad funcional ^b			Pacientes inmovilizados		
	Hombres N =25	Mujeres N =75	Total N =100	Hombres N =45	Mujeres N =90	Total N =135	Hombres N =70	Mujeres N =165	Total N =235
Consulta programada									
Número	12	95	107	49	28	77	61	123	184
Media	0,48	1,26	1,07	1,08	0,31	0,57	0,87	0,74	0,78
Rango	0-6	0-16	0-16	0-12	0-5	0-12	0-12	0-16	0-16
Cobertura	8%	26%	21%	26,70%	14,40%	18,50%	20%	19,40%	19,60%
Visita domicilio									
Número	147	461	608	190	355	545	337	816	1.153
Media	5,88	6,14	6,08	4,22	3,94	4,03	4,81	4,94	4,9
Rango	0-13	0-40	0-40	0-14	0-15	0-15	0-14	0-40	0-40
Cobertura	96%	89,30%	91%	86,70%	81,10%	83%	90%	84,80%	86,40%
Total actividad									
Número	159	556	715	239	383	622	398	939	1.337
Media	6,36	7,41	7,15	5,31	4,25	4,6	5,68	5,69	5,68
Rango	0-13	0-52	0-52	0-19	0-6	0-19	0-19	0-52	0-52
Cobertura	96%	93,30%	94%	91,10%	82,20%	85,20%	92,90%	87,30%	88,90%

^a Grados 3, 4 y 5 de incapacidad física de la escala de valoración de incapacidad física y mental de la Cruz Roja ¹⁹.

^b Grados 1 y 2 de incapacidad física de la escala de valoración de incapacidad física y mental de la Cruz Roja ¹⁹.