

Original

Dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria en pacientes en hemodiálisis: influencia sobre la calidad de vida relacionada con la salud

María Dolores Arenas Jiménez^{a,*}, Mónica Navarro García^b, Encarnación Serrano Reina^b y Fernando Álvarez-Ude^c

^a Servicio de Nefrología, Vithas Hospital Internacional Perpetuo, Alicante, España

^b Unidad de Terapia ocupacional, Vithas Hospital Internacional Perpetuo, Alicante, España

^c Sección de Nefrología, Hospital General de Segovia, Segovia, Alicante, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 19 de abril de 2018

Aceptado el 10 de marzo de 2019

On-line el 3 de junio de 2019

Palabras clave:

Actividades instrumentales de la vida diarias
Actividades básicas de la vida diaria
Hemodiálisis
Calidad de vida relacionada con la salud
Terapia ocupacional

RESUMEN

Introducción: Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) requieren un mayor nivel de autonomía personal e interacción con el entorno que las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Pocos estudios analizan el déficit funcional en AIVD. La detección temprana del déficit es importante, pues una acción temprana puede retrasar la evolución del proceso de dependencia.

Objetivo: El objetivo de este estudio fue conocer la prevalencia de déficit funcional en AIVD de pacientes en hemodiálisis (HD), su relación con el déficit funcional en la ABVD y su influencia en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

Métodos: Estudio transversal en 66 pacientes en HD. Se utilizaron diferentes escalas: Lawton y Brody (dependencia AIVD), Delta (dependencia ABVD), y COOP-WONCA (CVRS). Se recogieron datos clínicos (edad, sexo, etiología de la ERC, meses en HD, estado civil, situación laboral).

Resultados: El 80,3% de los pacientes estudiados tenía algún grado de dependencia para el AIVD (57,5% en grado moderado/severo) y 40,8% para el ABVD (9% en grado moderado/severo). Ambos tipos de dependencia mostraron correlación ($R: -0.583; p=0,000$). La edad y la situación laboral influyen en la dependencia de las AIVD y las ABVD. Los pacientes con mayor dependencia de la AIVD tuvieron una peor CVRS ($p < 0,000$) con mayores diferencias en las dimensiones: «actividades diarias», «actividades sociales» y «apoyo social».

Conclusiones: Los pacientes de HD presentan más dependencia a las AIVD que a las ABVD, y con mayor severidad y ambos tipos de dependencia influyen sobre la CVRS. Detectar precozmente la discapacidad en las AIVD puede servir para iniciar programas de intervención y prevenir, revertir o retrasar la progresión.

© 2019 Sociedad Española de Nefrología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lola@olemiswebs.net (M.D. Arenas Jiménez).

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2019.03.006>

0211-6995/© 2019 Sociedad Española de Nefrología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Disability in instrumental activities of daily living in hemodialysis patients: Influence on quality of life related to health

A B S T R A C T

Keywords:

Instrumental activities of daily living
 Basic activities of daily living
 Hemodialysis
 Health-related quality of life
 Occupational therapy

Introduction: Instrumental Activities of Daily Life (IADL) requires a higher level of personal autonomy and interaction with the environment than the basic activities of daily life (BADL). Few studies analyze the deficit on IADL. Early detection is important because an early action can delay the evolution of the dependency process.

Aim: to know the prevalence of functional deficit in IADL of hemodialysis patients, its relationship with the functional deficit in the BADL and its influence on the health related quality of life (HRQoL).

Methods: Cross-sectional study in 66 patients on HD. Different scales were used: Lawton and Brody (AIVD dependency), Delta (BADL dependency), and COOP-WONCA (HRQOL). Clinical data were collected (age, sex, CKD etiology, months in HD, marital status, employment situation).

Results: 80.3% of the patients had some degree of dependence for the IADL (57.5% in moderate/severe degree) and 40.8% for the BADL (9% in moderate/severe degree). There was a correlation between dependence to the BADL and AIVD. Age and employment status influence the dependence on IADL and BADL. Patients with greater dependence on IADL had worse HRQoL ($P < .000$). The dimensions in which they showed greater differences were "Daily activities", "Social activities" and "Social support".

Conclusions: HD patients are more dependent on IADL than on ADL and with a higher degree of severity and the level of dependence in both types of activities has important influence on HRQoL. Early detection of the occurrence of disability in the realization of IADL can be used to initiate intervention programs that help to prevent, reverse or delay the progression.

© 2019 Sociedad Española de Nefrología. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El perfil actual de la población de hemodiálisis ha cambiado con respecto a hace 2 décadas. Con el envejecimiento de la población y las características propias del tratamiento renal sustitutivo, las unidades de diálisis se enfrentan, cada día más, al reto de atender pacientes con un mayor grado de dependencia funcional¹.

Esto tiene implicaciones sobre la estructura, organización y funcionamiento de las unidades^{2,3}, así como sobre los pacientes, al ser un factor de riesgo de mortalidad⁴⁻⁶, e influir de forma determinante en aspectos como la interacción con el entorno y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)⁷.

La mayor parte de los estudios que analizan el nivel de dependencia de los pacientes en diálisis se ha centrado en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)^{2,8-10}, y pocos son los que analizan el déficit funcional en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Estas últimas son actividades más complejas, con mayor requerimiento de autonomía personal e interacción con el medio, y que aparecen más precozmente que los déficits en las ABVD^{4,5,9,11}. Incluyen actividades como: capacidad de usar el teléfono, elaboración de la propia comida, tareas domésticas básicas (fregar los platos, camas...), compras, lavado de la ropa, uso de la medicación, uso de medios de transporte y utilización del dinero.

La discapacidad en las AIVD podría suponer un paso previo a la aparición de un déficit funcional más importante, que

alcance también las ABVD. Se ha propuesto que una acción precoz destinada a ayudar al paciente a mejorar su autonomía puede retrasar la evolución del proceso de dependencia¹².

El objetivo de este estudio ha sido conocer la prevalencia del déficit funcional en AIVD de los pacientes en hemodiálisis, su relación con el déficit funcional en la ABVD y su influencia en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

Material y métodos

Pacientes

Estudio transversal en 97 pacientes en hemodiálisis en tratamiento renal sustitutivo mediante hemodiálisis pertenecientes a un único centro hospitalario que recibe pacientes con elevada complejidad. Se incluyeron en el estudio los 66 pacientes (68%) que aceptaron voluntariamente ser valorados por los terapeutas ocupacionales con todos los test disponibles y que pudieran comprender las preguntas. Treinta y un pacientes fueron excluidos (32%) del estudio (3 ceguera, 4 sordera, 5 demencia, 10 se negaron a participar en el estudio y 9 no tenían una situación clínica estable por enfermedades concomitantes agudas, ingresos recientes, cáncer activo o cirrosis hepática...). No hubo diferencias significativas entre los pacientes incluidos y excluidos en edad ($66,3 \pm 12,9$ vs. $67,2 \pm 13,1$ años; $p = \text{NS}$), meses en hemodiálisis ($114 \pm 119,3$

vs. $112 \pm 114,5$; $p = \text{NS}$) ni en distribución por géneros (71,2% vs. 67,7% varones).

Procedimiento de recogida de datos

Todos los participantes fueron informados de la naturaleza y los objetivos del estudio y firmaron hojas de consentimiento informado. Todas las escalas se cumplimentaron durante una de las sesiones de hemodiálisis (HD), estando el paciente en situación clínica estable, y fueron administradas por terapeutas ocupacionales expertos en esta materia. Las otras variables: edad (años), sexo, etiología de la ERC y tiempo en hemodiálisis (meses), estado civil, situación laboral se obtuvieron de la historia clínica de los pacientes. La recogida de estos datos se realizó de forma transversal en un período de tiempo de un mes.

Instrumentos de medida

Los instrumentos de medida utilizados fueron: la escala de Lawton y Brody para medir dependencia a las AIVD, el test Delta para medir la dependencia a las ABVD y las láminas COOP-WONCA para medir CVRS.

Dependencia a las actividades instrumentales de vida diaria: escala de Lawton y Brody

La escala de Lawton y Brody¹³ explora la independencia en el uso del teléfono, compras, preparación de alimentos, limpieza, lavado, viajes, tomar medicamentos y manejar las finanzas. Les asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas. Oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). Esta información se obtiene preguntando directamente al individuo o a su cuidador principal.

Dependencia a las actividades básicas de la vida diaria: test Delta

El «test Delta»¹⁴ ha sido utilizado como método de valoración del nivel de dependencia en ABVD en la población en HD². Se entiende por persona «válida» aquella cuya valoración, según el «test Delta», es de «válida o asistida leve», y por persona «asistida» la valorada como «asistida moderada o asistida severa». El test Delta es una escala que consta de 3 subescalas independientes, cuyos diferentes ítems puntúan de 0 a 3 (de menos afectación a mayor severidad): 1) grado de dependencia, como indicativo de la necesidad de cuidados de la persona (0: autonomía de función, 1: ayuda ocasional, 2: ayuda frecuente y 3: ayuda permanente); 2) deficiencia física; y 3) deficiencia psíquica. Las puntuaciones totales se obtienen sumando los valores correspondientes a cada ítem, obteniéndose 3 valores diferentes que corresponden a: dependencia (puntuación máxima 30), deficiencia física (puntuación máxima 15) y deficiencia psíquica (puntuación máxima 15). Mayor puntuación mayor dependencia. Valorando la puntuación correspondiente al cuestionario de dependencia se realiza la siguiente clasificación: válidos de 0 a 1 punto, asistido leve de 2 a 9 puntos, asistido moderado de 10 a 19 puntos, asistido severo de 20 a 30 puntos.

Calidad de vida relacionada con la salud: láminas COOP-WONCA

La CVRS se ha estimado mediante las láminas COOP-WONCA en su versión española^{15,16}. La elección de estas láminas en lugar de otros cuestionarios, como el Nottingham Health Profile, Sickness Impact Profile, Kidney Disease Quality of Life o SF-36 se ha basado en que, teniendo similar validez, son más sencillas de contestar y han sido utilizadas previamente en pacientes en diálisis^{17,18}. Son 9 láminas y cada una de ellas explora una dimensión de la calidad de vida del paciente de manera completa. Cada dimensión tiene un título y responde a la cuestión en relación con lo sucedido en las 2 últimas semanas: 1) forma física; 2) sentimientos; 3) actividades cotidianas; 4) actividad social; 5) cambio del estado de salud; 6) estado de salud; 7) dolor; 8) apoyo social; y 9) calidad de vida en general. Las posibles respuestas siguen una escala ordinal del 1 al 5, y a mayor puntuación peor CVRS.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 12.1. Se ha utilizado la prueba de la «t» de Student para muestras independientes para la comparación de muestras cuando los datos seguían una distribución normal, y el test de Wilcoxon en los casos en que las muestras no la seguían. Para comparar variables cualitativas se utilizó el test de la Chi cuadrado y la magnitud de la asociación se ha cuantificado con el cálculo de las odds ratio y su intervalo de confianza al 95%. La magnitud de la asociación entre los resultados obtenidos mediante las diferentes escalas se evaluó mediante el coeficiente de correlación lineal de Pearson. El grado de significación estadística se obtuvo con una $p < 0,05$.

Tabla 1 – Descripción de la muestra

| | Promedio (DE) | |
|----------------------|---------------|------|
| | N | % |
| Edad (años) | 66,3 (12,9) | |
| Tiempo en HD (meses) | 114 (119,3) | |
| Sexo | | |
| Hombres | 47 | 71,2 |
| Mujeres | 19 | 28,8 |
| Estado civil | | |
| Soltero | 3 | 4,5 |
| Casado | 44 | 66,7 |
| Divorciado | 6 | 9,1 |
| Viudo | 13 | 19,1 |
| Estado laboral | | |
| Activo | 32 | 48,5 |
| pensionista | 29 | 43,9 |
| Paro | 5 | 7,6 |
| Etiología de la ERC | | |
| Desconocida | 14 | 21,2 |
| Enfermedad quística | 8 | 12,1 |
| Diabetes | 15 | 22,7 |
| Glomerular | 8 | 12,1 |
| Vascular | 7 | 10,6 |
| Intersticial | 8 | 12,1 |
| Otras | 6 | 9,1 |

Resultados

Las características demográficas de la población se describen en la [tabla 1](#).

El 80,3% de los pacientes estudiados presentaba algún grado de dependencia para las AIVD (57,5% en grado moderado/severo) ([fig. 1](#)) y el 40,8% para las ABVD (9% en grado moderado/severo). Las AIVD en las que los pacientes mostraron más dependencia fueron las relacionadas con el cuidado de la casa (compras, cuidar la casa, preparar la comida, lavar la ropa) ([fig. 2](#)). Existía correlación entre la dependencia a las ABVD (mayor puntuación más dependencia) a nivel global (R: -0,583; p = 0,000); física (R: -0,389; p = 0,001) y psíquica (R: -0,271; p = 0,028) y la AIVD (menor puntuación más dependencia) ([tabla 2](#)).

El tiempo en HD, el sexo, la etiología de la ERC y el estado civil no influyen en el desempeño de las AIVD ni en la dependencia en las ABVD, pero sí la edad y la situación laboral ([tabla 3](#)). No hubo diferencias entre sexos en grado de dependencia de las diferentes actividades analizadas, excepto en lavar la ropa (X^2 : 9,4; p = 0,003) en que los hombres eran más dependientes.

Los pacientes con mayor dependencia en las AIVD mostraron peor estado de salud percibida CVRS (dependiente moderado-severo: 23,8 [6,5], independientes o dependientes leves: 19,2 [5,4]; p = 0,004) ([fig. 3](#) y [tabla 4](#)). Las dimensiones «actividades cotidianas» y las «actividades sociales» fueron las que mostraron peores puntuaciones en los pacientes dependientes moderados-severos frente al resto.

Los pacientes con mayor grado de dependencia a las ABVD ([fig. 4](#) y [tabla 4](#)) tenían puntuaciones significativamente más altas en las láminas COOP-WONCA que los pacientes válidos, equivalente a una peor percepción de su CVRS. Las dimensiones en que mostraron mayores diferencias fueron «actividades cotidianas», «actividades sociales» y «apoyo social».

Discusión

Los resultados del presente estudio indican que la discapacidad en las actividades requeridas para una vida independiente (ABVD y AIVD) es una condición altamente prevalente en pacientes en hemodiálisis y se asocia con una CVRS reducida.

El 40,8% de los pacientes de este estudio presentaba algún grado de dependencia para las ABVD (9% en grado severo), cifra similar a la obtenida en un estudio multicéntrico realizado en nuestra comunidad en un grupo más amplio de pacientes². La dependencia a la AIVD mostró una prevalencia superior (80%), y más de la mitad era de grado moderado-severo. La dependencia funcional para las AIVD ha sido escasamente estudiada en hemodiálisis, y los pocos estudios que incluyen este parámetro estiman prevalencias globales entre 19% y 59%^{4,6,9,11}, inferiores a las reportadas por este estudio. Estas prevalencias varían en función el parámetro analizado y los países, como demuestra el estudio DOPPS⁶, en el que la prevalencia de pacientes dependientes para alguna AIVD en Reino Unido fue del 81% y en España esta prevalencia fue del 62%. En nuestro estudio la prevalencia es superior a otros estudios, lo que puede estar motivado por varios factores: 1) las características específicas de la población atendida en nuestra unidad al tratarse de un único centro de un área geográfica concreta; 2) la recogida de información fue realizada no por el personal de la unidad (enfermeras, nefrólogos...), sino por personal experimentado (terapeutas ocupacionales), con mayor conocimiento en el área y mayor capacidad de identificar este tipo de deficiencias; o 3) elevado número de pacientes excluidos, alrededor de un tercio, dada la complejidad y el tiempo invertido en la cumplimentación de los cuestionarios, lo que también supone una limitación de este estudio a la hora de determinar la prevalencia, pues un elevado número de pacientes no pudo ser estudiado.

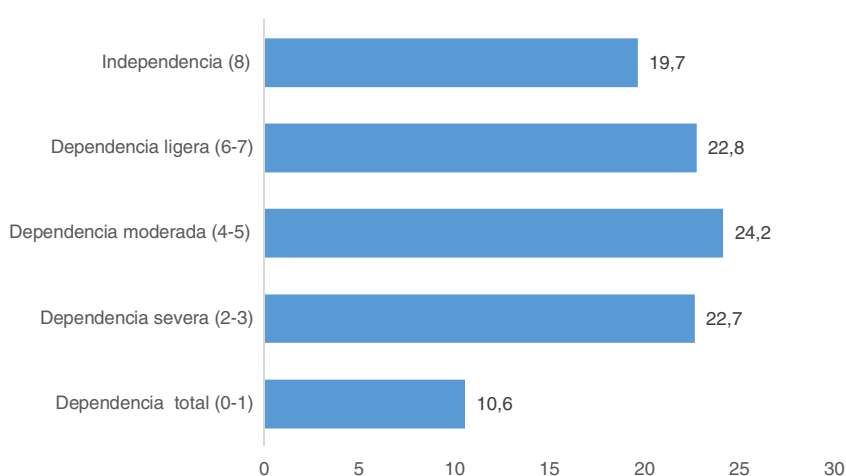


Figura 1 – Porcentaje de pacientes según las puntuaciones obtenidas en la escala de Lawton y Brody en relación con las actividades instrumentales de la vida diaria (a mayor puntuación mayor independencia —máxima dependencia: 0 puntos; independencia total: 8 puntos—).

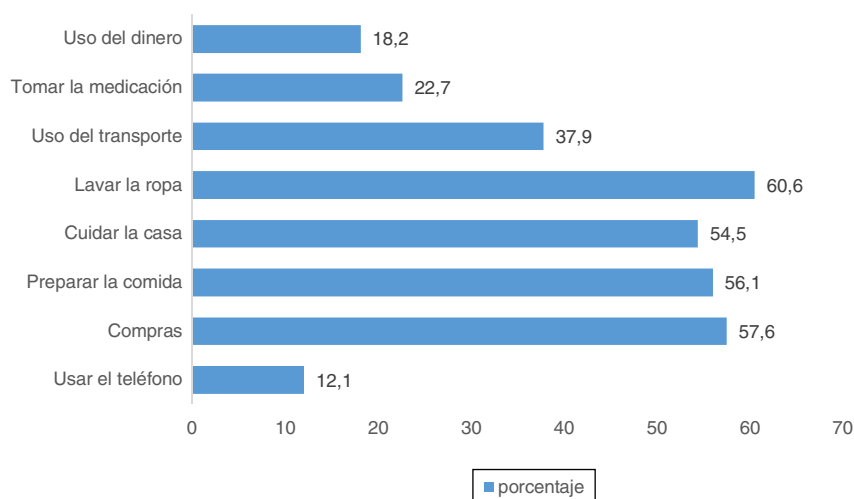


Figura 2 – Porcentaje de pacientes dependientes en relación con las actividades instrumentales de la vida diaria (escala de Lawton y Brody).

Tabla 2 – Tabla cruzada comparativa entre ABVD y AIVD para los puntos de corte (χ^2 20,7; $p < 0,002$)

| ABVD | AIVD | | | Total |
|-----------------------------------|----------------------------|--|--------------------------|-------|
| | Independiente (0-1 puntos) | Dependiente leve-moderado (2-6 puntos) | Dependiente severo (7-8) | |
| Válido (0-1 puntos) | 20 | 20 | 2 | 42 |
| Asistido leve (2-9 puntos) | 3 | 13 | 2 | 18 |
| Asistido moderado (10-19 puntos) | 0 | 3 | 2 | 5 |
| Dependiente severo (20-30 puntos) | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Total | 23 | 36 | 7 | 66 |

Tabla 3 – Factores relacionados con el déficit funcional para ABVD y AIVD

| | ABVD | | | P | AIVD | | P |
|-----------------------|---------------|---------------|--------------------------|-------|--------------------------------|-----------------------------|-------|
| | Válido | Asistido leve | Asistido moderado severo | | Independiente Dependiente leve | Dependiente moderado severo | |
| Edad (años) | 63,6 (12,6) | 68,3 (12,3) | 77,3 (10,8) | 0,034 | 57,2 (9,1) | 72,6 (11,2) | 0,000 |
| Meses en hemodiálisis | 112,4 (122,7) | 106,7 (93,4) | 164,8 (187,6) | 0,621 | 141,5 (141,5) | 95,2 (97,3) | 0,136 |
| Sexo (%) | | | | 0,584 | | | 0,557 |
| Hombres (n: 47) | 55,3 | 34 | 10,6 | | 40,4 | 59,6 | |
| Mujeres (n: 19) | 68,4 | 26,3 | 5,3 | | 42,1 | 57,9 | |
| Estado civil (%) | | | | 0,992 | | | 0,673 |
| Casado (n: 44) | 59,1 | 31,8 | 9,1 | | 40,9 | 59,1 | |
| Soltero (n: 3) | 66,7 | 33,3 | 0 | | 66,7 | 33,3 | |
| Divorciado (n: 6) | 50 | 33,3 | 16,7 | | 50 | 50 | |
| Viudo (n: 13) | 61,5 | 30,8 | 7,7 | | 30,8 | 69,2 | |
| Situación laboral (%) | | | | 0,003 | | | 0,000 |
| Activo (n: 32) | 75 | 21,9 | 3,1 | | 53,1 | 46,9 | |
| Paro (n: 5) | 80 | 20 | 0 | | 100 | 0 | |
| Pensionista (n: 29) | 59,1 | 31,8 | 9,1 | | 17,2 | 82,8 | |

La dependencia forma parte de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal que, si no se compensa adecuadamente y a tiempo, comporta finalmente una limitación para el individuo que necesita de la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana. Las AIVD en relación con la ABVD presentan mayor complejidad y requieren más autonomía personal e interacción con el medio, lo que justificaría su aparición más precoz y la mayor prevalencia y severidad encontrada

en nuestro estudio. La detección de déficits funcionales en AIVD con repercusión en la higiene doméstica, la nutrición, la actividad económica o la toma de medicación puede tener importancia en la valoración global para la inclusión en lista de espera de trasplante renal, especialmente en aquellos pacientes que no cuentan con apoyo familiar, y en los que la falta de autonomía personal en estas esferas podría afectar, incluso, a la viabilidad del injerto si no se toman medidas preventivas.

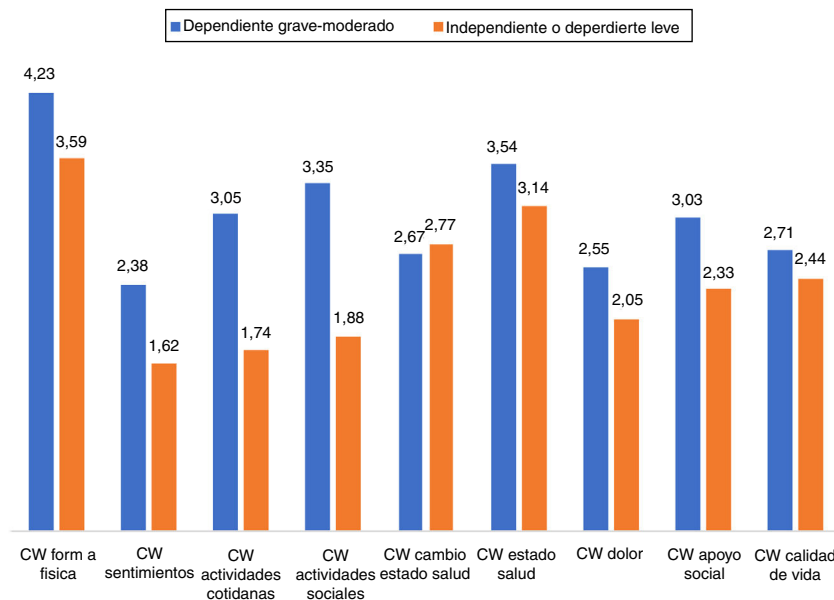


Figura 3 – Puntuaciones en calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en las láminas Coop-Wonca según el grado de dependencia a las AIVD (Escala de Lawton y Brody). Puntuación más alta peor calidad de vida.

Tabla 4 – Puntuaciones en calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en las láminas COOP-WONCA (media [DE]) según el grado de dependencia a las AIVD (escala de Lawton y Brody) y a las ABVD (test Delta): medias y DE

| | ABVD | | | P | AIVD | | P |
|---------------------------|-------------------|-----------------|------------|-------|----------------------|--------------------------------|-------|
| | Asistido moderado | Asistido severo | Válido | | Dependiente moderado | Independiente Dependiente leve | |
| CW forma física | 5 (0,1) | 4 (1,0) | 3,7 (1,0) | 0,042 | 4,23 (0,86) | 3,59 (1,1) | 0,001 |
| CW sentimientos | 3 (1,2) | 1,9 (1,1) | 1,9 (1,1) | 0,06 | 2,38 (1,30) | 1,62 (0,9) | 0,003 |
| CW actividades cotidianas | 4 (1) | 3,1 (1,4) | 1,9 (0,8) | 0,001 | 3,05 (1,4) | 1,74 (1,2) | 0,000 |
| CW actividades sociales | 3,6 (1,1) | 3,7 (1,0) | 2,1 (0,7) | 0,001 | 3,35 (1,4) | 1,88 (1,4) | 0,000 |
| CW cambio estado salud | 3,33 (0,8) | 3,7 (0,7) | 2,7 (1,1) | 0,12 | 2,87 (0,6) | 2,77 (0,9) | 0,405 |
| CW estado de salud | 3,67 (0,5) | 3,6 (1,0) | 2,5 (1,1) | 0,46 | 3,54 (0,9) | 3,14 (1,1) | 0,128 |
| CW dolor | 3,17 (1,6) | 2 (1,3) | 2,2 (1,0) | 0,12 | 2,55 (1,3) | 2,05 (1,4) | 0,166 |
| CW apoyo social | 2,83 (0,7) | 3,4 (1,0) | 2,3 (1,1) | 0,001 | 3,03 (0,8) | 2,33 (1,1) | 0,006 |
| CW calidad de vida | 3,17 (0,7) | 2,73 (0,7) | 2,4 (0,7) | 0,06 | 2,71 (0,8) | 2,44 (0,6) | 0,127 |
| CW total | 27,8 (2,9) | 24,62 (5,8) | 19,3 (5,2) | 0,01 | 24,62 (5,2) | 19,21 (5,3) | 0,000 |

Valor de significación de p para ABVD comparativa entre válido y asistido moderado-severo.

Por otra parte, ambos tipos de dependencia funcional mostraron asociación estadísticamente significativa entre ellas, lo que orientaría hacia la posibilidad de que estamos ante diferentes gradaciones del mismo problema. Algunos estudios¹² demuestran que la rehabilitación a través de la educación, cognitiva, física y psicosocial puede prevenir, revertir o retrasar la progresión del deterioro funcional de las AIVD a las ABVD, por lo que la detección temprana del déficit es importante y su medición debería ser incorporada rutinariamente en la atención de diálisis estándar.

Las AIVD en las que los pacientes mostraron más dependencia fueron las relacionadas con el cuidado de la casa (compras, preparación de la comida, realización de tareas domésticas y lavar la ropa) que afectaba a más de la mitad de la población (fig. 2).

En nuestro estudio solo la edad y la situación laboral mostraron asociación estadísticamente significativa con la

discapacidad funcional para la AIVD (los pacientes con un grado de dependencia moderada/severa a las AIVD tenían una edad significativamente mayor que los autónomos y eran pensionistas en una proporción mayor). El tiempo en HD, el sexo y la etiología de la ERC no mostraron asociación estadísticamente significativa con la dependencia en las AIVD (tabla 2). No es desconocida la asociación entre edad y discapacidad que se repite en los diferentes estudios que analizan el problema^{4,6,9,11}.

Aunque una de las explicaciones a la elevada prevalencia de discapacidad en AIVD encontrada en nuestra población pudiera estar relacionada con la mayor prevalencia de hombres (71%), no encontramos asociación estadísticamente significativa entre el género y la discapacidad funcional. En población general se ha descrito una mayor incidencia de discapacidad en AIVD en mujeres con enfermedades crónicas y mayor vulnerabilidad social, que se mantiene incluso después

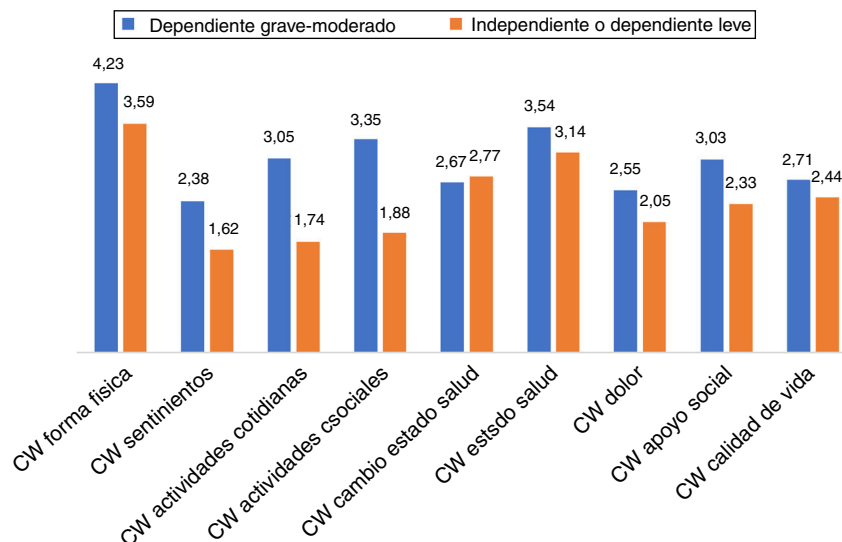


Figura 4 – Puntuaciones en calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en las láminas Coop-Wonca según el grado de dependencia a las ABVD (Test delta).

Puntuación más alta peor calidad de vida.

de controlar las condiciones sociales y clínicas adversas¹⁹. En nuestro estudio solo hubo diferencias entre sexos en la actividad de lavar ropa en la que los hombres eran más dependientes, y que puede estar más relacionado con factores socioculturales.

Aunque la diálisis tiene beneficios inmediatos, también supone un importante factor de estrés. El inicio de la diálisis se ha asociado con una disminución sustancial y sostenida del estado funcional de los pacientes¹ y tiene un fuerte impacto en la CVRS²⁰. La CVRS en mayores de 75 años en HD se ha relacionado con factores como el sexo (peor CVRS en mujeres), la depresión, el deterioro cognitivo y en nivel de autosuficiencia medido por la escala de Karnofsky^{18,21}. En este estudio la CVRS también se ve influida por el grado de dependencia, tanto para las ABVD como para las AIVD, de manera que una mayor dependencia se asocia con peor CVRS (figs. 3 y 4 y tabla 3).

La CVRS se ha definido como la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo²², y mide cómo se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud²³, por lo que no es extraño la importante repercusión que tiene la discapacidad funcional en la CVRS. En este estudio las dimensiones que mostraban mayores diferencias entre dependientes y no dependientes en ambos tipos de actividades fueron «actividades cotidianas» y «actividades sociales» y «apoyo social».

Los mecanismos de afrontamiento a las diversas situaciones y el soporte social son aspectos de máxima importancia e influencia en la evaluación de la CVRS. Hay numerosas evidencias de que, a medida que la enfermedad progresa, ocurren ajustes internos que preservan la satisfacción que la persona siente con la vida, por lo que podemos encontrar personas con

grados importantes de limitación física que consideren que su calidad de vida es buena²⁴.

Desde el punto de vista clínico es entonces posible mejorar el proceso de adaptación a la enfermedad, enseñando mecanismos de afrontamiento. Los terapeutas ocupacionales ayudan a planificar y recrear estructuras para la vida que se perdieron debido a una enfermedad, discapacidad o dolor, y proporcionan al paciente las herramientas para que con un nuevo comportamiento y actitud puedan reestructurar y recuperar el control sobre su vida y restablecer esperanza, competencia, confianza y éxito como parte de las actividades diarias²⁵. La terapia ocupacional se ha aplicado ampliamente como una intervención complementaria en diferentes áreas de la medicina, especialmente en enfermedades crónicas como enfermedades mentales y desórdenes neurológicos. Sin embargo, existen muy pocas investigaciones destinadas a evaluar su efectividad en pacientes en diálisis. Algunos estudios demuestran un impacto positivo de los programas de terapia ocupacional sobre la CVRS en pacientes en diálisis, especialmente en el dominio del dolor²⁶, y debe ser investigado a más largo plazo y en muestras más amplias de pacientes.

Como limitaciones del estudio cabe destacar el escaso número de pacientes incluidos, que no suponen la totalidad de la unidad estudiada, su diseño transversal y su realización en un solo centro, pero consideramos que se compensa por la fortaleza de ser el primer estudio en nuestro país en estudiar la dependencia en AIVD en hemodiálisis y el hecho de que los test hayan sido realizados por terapeutas ocupacionales expertos en la materia, así como la elección de la escala de Lawton y Brody, por ser la más ampliamente utilizada y validada para el objetivo elegido, aunque esta escala también presenta la limitación de que se basa en respuestas de los pacientes y no en pruebas objetivas, y que los ítems que mide pueden tener influencias culturales, de entorno o de género que podrían afectar al resultado.

En conclusión, los pacientes de HD presentan más dependencia a las AIVD que a las ABVD, y con un grado de severidad mayor y el nivel de dependencia en ambos tipos de actividades tiene una importante influencia sobre la CVRS. Detectar precozmente la aparición de discapacidad en la realización de AIVD puede servir para poner en marcha programas de intervención que ayuden a prevenir, revertir o retrasar la progresión de dicho deterioro funcional para evitar que afecte a otras esferas de la vida del individuo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses para este artículo.

Agradecimientos

Nuestro agradecimiento a todos los pacientes que han colaborado en el estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- Kurella Tamura M, Covinsky KE, et al. Functional status of elderly adults before and after initiation of dialysis. *N Engl J Med*. 2009;361:1539-47.
- Arenas MD, Álvarez-Ude F, Angoso M, Berdud I, Antolín A, Lacueva J, et al. Valoración del grado de dependencia funcional de los pacientes en hemodiálisis (HD): estudio multicéntrico. *Nefrología*. 2006;26:600-8.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Libro blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España. Capítulo 1. Bases demográficas, estimación, características y perfiles de las personas en situación de dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familia y Discapacidad. Imsero; 2005. pp. 4-86.
- Bossola M, Di Stasio E, Antocicco M, Pepe G, Tazza L, Zuccalà G, et al. Functional impairment is associated with an increased risk of mortality in patients on chronic hemodialysis. *BMC Nephrol*. 2016;17:72, <http://dx.doi.org/10.1186/s12882-016-0302-y>.
- McAdam's-Demarco MA, Law A, Garonzik-Wang JM, et al. Activity of daily living disability and dialysis mortality: Better prediction using metrics of aging. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60:2-1981.
- Jassal SV, Karaboyas A, Comment LA, Bieber BA, Morgenstern H, Sen A, et al. Functional dependence and mortality in the International Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Am J Kidney Dis*. 2016;67:283-92.
- Andreu L, Moreno C, Julve M. Valoración de pacientes tratados con hemodiálisis según la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2010;13:252-7.
- Cook WL, Jassal SV. Functional dependencies among the elderly on hemodialysis. *Kidney Int*. 2008;73:1289-95.
- Kavanagh NT, Schiller B, Saxena AB, Thomas IC, Kurella Tamura M. Prevalence and correlates of functional dependence among maintenance dialysis patients. *Hemodial Int*. 2015;19:593-600, 10.1111/hdi. 6 1228.
- Kutner NG, Zhang R, Allman RM, Bowling CB. Correlates of ADL difficulty in a large hemodialysis cohort. *Hemodial Int*. 2014;18:70-7.
- Song MK, Ward SE, Bair E, Weiner LJ, Bridgman JC, Hladik GA, et al. Patient-reported cognitive functioning and daily functioning in chronic dialysis patients. *Hemodial Int*. 2015;19:90-9.
- Farragher J, Jassal SV. Rehabilitation of the geriatric dialysis patient. *Semin Dial*. 2012;25:649-56.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9:179-86.
- Boletín Oficial de Navarra. Decreto Foral 126/1998, de 6 de abril, por el que se aprueba el método oficial de valoración del nivel de dependencia de personas de la tercera edad. Comunidad Foral de Navarra, BON n.º 55, del 08/05/1998.
- Lizan L, Reig A, Bartolomé B, Moro JJ, Sancho A. The Spanish version of the COOP/WONCA charts: Self-assessed quality of life in different populations. *Quality Life Res*. 1999; 8:637.
- Lizán Tudela L, Reig Ferrer A. Adaptación transcultural de una medida de calidad de vida relacionada con la salud: la versión española de las viñetas COOP-WONCA. *Aten Primaria*. 1999;24:75-82.
- Arenas MD, Moreno E, Reig A, Millán I, Egea JJ, Amoedo ML, et al. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud mediante las láminas COOP-WONCA en una población de hemodiálisis. *Nefrología*. 2004;24:470-9.
- Arenas MD, Álvarez-Ude F, Reig-Ferrer A, Zito JP, Gil MT, Carretón MA, et al. Emotional distress and health-related quality of life in patients on hemodialysis: The clinical value of COOP-WONCA charts. *J Nephrol*. 2007;20:304-10.
- Alexandre Tda S, Corona LP, Nunes DP, Santos JL, Duarte YA, Lebrão ML. Disability in instrumental activities of daily living among older adults: Gender differences. *Rev Saude Publica*. 2014;48:379-89.
- Rebollo Rubio A, Morales Asencio JM, Pons Raventos EM. Depression, anxiety and health-related quality of life amongst patients who are starting dialysis treatment. *J Ren Care*. 2017;4:73-82.
- Gil Cunqueiro JM, García Cortés MJ, Foronda J, Borrego JF, Sánchez Perales MC, Pérez del Barrio P, et al. [Health-related quality of life in elderly patients in haemodialysis]. *Nefrología*. 2003;23:528-37.
- Naughton MJ, Shumaker SA, Anderson RT, Czajkowski SM. Psychological aspects of health-related quality of life measurement: Tests and scales. En: Spilker B, editor. *Quality of life and pharmaco economics in clinical trials*. New York: Lippincott-Raven; 1996. p. 117-31.
- Patrick D, Erickson P. *Health Status and Health Policy: Quality of life in health care evaluation and resource allocation*. New York: Oxford University Press; 1993. p. 478. URL: <http://hdl.handle.net/10822/ 068607>.
- Lepplègue A, Hunt S. El problema de la calidad de vida en medicina. *JAMA (ed esp)*. 1998;7:19-23.
- Johnson JA. Occupational therapy and the patient with pain. *Occup Ther Health Care*. 1984;1:7-15.
- Mariotti MC, Rocha de Carvalho JG. Improving quality of life in hemodialysis: Impact of an occupational therapy program. *Scand J Occup Ther*. 2011;18:9-172.