

UTILIDAD DE LA CALIDAD DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE ENFERMERÍA PARA LA VALORACIÓN DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Francisco Cirera Segura, Macarena Reina Neyra, Jesús Lucas Martín Espejo

Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

INTRODUCCIÓN

Hasta hace unos años la edad era uno de los condicionantes para la inclusión de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en los diversos tratamientos de diálisis. Incluso en la década de los 80 se publicó un artículo en la revista *Nephron* titulado "Over fifty and uremic = death"¹. Con los avances que se han producido en los diversos tratamientos de la IRC, esta afirmación ha quedado obsoleta. Actualmente la edad media de los pacientes con IRC es muy superior a la del artículo anterior, y los avances terapéuticos actuales se dirigen no tanto a conseguir un aumento de su supervivencia como ayudarles a vivir lo mejor posible con la enfermedad^{2,3}, actividad donde Enfermería tiene un papel fundamental.

Aparece de esta forma el término calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), muy utilizado en las distintas áreas de la ciencia, siendo cada vez más aceptada la importancia de su medida para completar los resultados clínicos y bioquímicos, e integrarla en el modelo biomédico de salud⁴. Se entiende por CVRS la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud, sobre la capacidad del individuo para tener un nivel de funcionamiento que le permite seguir aquellas actividades que le son importantes y afectan a su bienestar dentro del concepto de calidad de vida tal y como lo define la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵. Es decir, la CVRS es un concepto multidimensional basado en la percepción subjetiva del paciente. Por estos motivos y porque diversos estudios han señalado una estrecha relación entre el estado de salud percibida y la mortalidad^{6,7}, Enfermería necesita una herramienta para poder evaluar el impacto de la IRC y su tratamiento, ya que la CVRS es un indicador de la calidad de los cuidados y de la valoración de resultados en pacientes crónicos y pluripatológicos^{4,8}.

Para medir la CVRS existen diversos instrumentos que se clasifican en genéricos o específicos. Los genéricos se pueden utilizar en gran variedad de poblaciones y permiten la comparación entre las mismas^{3,9}. Uno de los más extendidos y utilizados por la comunidad científica es el SF-36⁹, ya que permite valorar al paciente nefrológico en las distintas modalidades de tratamiento renal crónico: tratamiento conservador en pre-diálisis (PRED), hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal (DP). Además permite identificar aquellas dimensiones de la salud que están más afectadas por la enfermedad, facilitando el diseño de las actividades de enfermería más apropiadas para cada paciente.

OBJETIVOS

El presente trabajo trata de abordar los siguientes objetivos:

- Valorar la utilidad del cuestionario SF-36v2 para Enfermería cuando es aplicado a una muestra de pacientes con IRC así como las características psicosométricas del cuestionario.
- Valorar si existen diferencias significativas en la CVRS según el tratamiento de la IRC utilizado.
- Valorar la influencia de los datos demográficos sobre la CVRS en nuestra muestra y compararlos con los valores correspondientes dados para la población general española.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio descriptivo transversal o de corte, cuya muestra estaba constituida por un total de 306 pacientes: 147 mujeres y 159 hombres, con IRC en sus distintas modalidades de tratamiento, que pertenecían a 6 centros de nuestra comunidad autónoma. La edad media fue de 62,55 + 15,02 años. El estudio se realizó entre los meses de Diciembre de 2006 y Febrero de 2007.

Los criterios de inclusión fueron:

- a) Participación voluntaria en el estudio.
- b) Haber permanecido durante los últimos tres meses en el tratamiento actual.
- c) Ausencia de patología psiquiatría o deficiencia mental.

Para valorar la CVRS en el presente estudio, se utilizó el cuestionario de salud SF-36v2 cuya adaptación ha sido realizada para España por Alonso y cols.¹⁰⁻¹¹, de SF-36 Health Survey¹²⁻¹³.

Este cuestionario consta de 36 ítems de carácter genérico que informan tanto de estados positivos como negativos de la salud física y del bienestar emocional, identificando 8 dimensiones de salud: función física (FF), limitaciones de rol por problemas físicos (RF), dolor corporal (D), salud general (SG), vitalidad (V), función social (FS), limitaciones de rol por problemas emocionales (RE) y salud mental (SM). Se incluye un ítem que evalúa el cambio en la percepción del estado de salud actual respecto al año anterior (CS). En cada ítem la puntuación obtenida es transformada en una escala de 0 a 100 según el porcentaje alcanzado de la máxima puntuación posible, donde los valores más altos, indican una mejor calidad de vida.

Se facilitó el cuestionario a los pacientes para su autocumplimentación y en los casos de pacientes con problemas de lectura o comprensión, deterioro auditivo o visual, se les realizó el cuestionario mediante un enfermero/entrevistador en cada centro. Junto con el cuestionario se recogieron datos demográficos (edad y sexo del paciente), la modalidad de tratamiento (PRED, HD, DP) y el tiempo de permanencia en el mismo.

Para comparar nuestra muestra con las normas poblacionales en España y siguiendo las indicaciones del grupo español de validación del SF-36¹⁴, se estandarizaron las puntuaciones mediante la fórmula: $Pe = [P - Ppg] / DEpg$. Donde Pe es la puntuación estandarizada, P la puntuación bruta obtenida por el paciente, Ppg es la puntuación media de la población general de igual edad y sexo que el paciente, y DEpg la desviación estándar de la media de la población general para igual edad y sexo del paciente. La puntuación resultante viene dada en desviaciones estándar respecto a la población general de igual edad y sexo.

El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS 14. Se utilizó para la descripción de las diferentes variables la media y la desviación estándar (DE). Los datos cualitativos se expresaron mediante frecuencias y porcentajes. Para el contraste entre dos variables se utilizó la T de Student y la prueba de Kruskal-Wallis en casos de variables con más de dos grupos. Para el estudio de correlaciones, se utilizó la Rho de Spearman. Se declararon significativos los contrastes cuando la significación fue inferior al 5%.

RESULTADOS

La muestra la formaron 306 pacientes con IRC. Las características demográficas, el tipo de tratamiento y tiempo de permanencia en el mismo, así como la división por centros, se exponen en la Tabla 1. La edad media de los individuos fue de 62,55 + 15,02 años, con un ligero predominio del género masculino (52 %, n=159).

TABLA 1. Datos demográficos, tipo y tiempo de tratamiento de los pacientes por centros

CENTRO	1	2	3	4	5	6	TOTAL		
Tratamiento	PRED	DP	HD	HD	DP	DP	DP		
Pacientes	n =106	n = 12	n = 49	n = 62	n = 25	n = 28	n = 24	n = 306	
SEXO	Hombres	48,1% (n=51)	41,7% (n=5)	63,3% (n=31)	59,7% (n=37)	32% (n=8)	50% (n=14)	54,2% (n=13)	52% (n=159)
	Mujeres	51,9% (n=55)	58,3% (n=7)	36,7% (n=18)	40,3% (n=25)	68% (n=17)	50% (n=14)	45,8% (n=11)	48% (n=147)
Edad ¹	67,89 (12,22)	64 (17,59)	59,94 (13,21)	58,68 (17,09)	58,96 (15,71)	67,86 (9,3)	51,08 (17,10)	62,55 (15,02)	
Tiempo en el Tratamiento ¹	23,85 (23,23)	22,75 (15,33)	50,96 (45,98)	52,90 (59,89)	22,12 (17,48)	25,43 (23,28)	16,71 (10,48)	33,64 (39,02)	

¹ Media y (DE).

En la Tabla 2 se presentan las propiedades psicométricas de las diferentes escalas. Las pruebas estadísticas que determinan la consistencia interna del cuestionario presentan una fiabilidad alta, ya

que todos los valores del test alfa de Cronbach se sitúan por encima del dintel de la normalidad situado en 0,7, concretamente entre 0,708 (SG) y 0,945 (RE), hallándose 3 dimensiones con coeficientes superiores al valor de 0,9. La mayoría de las correlaciones interescalares resultaron en rangos intermedios. También se reflejan las puntuaciones medias de cada una de las dimensiones del cuestionario, variando entre 73,06 (RE) y 40,71 (SG). Excepto en el caso de la SG, en todas las escalas se observaron puntuaciones máximas y mínimas.

TABLA 2. Consistencia interna, correlación interescalar y valores descriptivos de las escalas del SF-36.

	α de Cronbach	Correlación Interescolar ¹						Media	D.E.	Rango	Ef. Suelo ²	Ef. Techo ³
		FF	RF	D	SG	V	FS					
										(n=306)		
FF	,934						59,67	31,15	0-100	5,2 (n=16)	4,9 (n=15)	
RF	,937	,69					58,12	33,22	0-100	8,8 (n=27)	19 (n=58)	
D	,891	,51	,51				56,08	30,92	0-100	5,2 (n=16)	20,3(n=62)	
SG	,708	,44	,37	,35			40,71	19,26	0-97	2 (n=0,7)	0	
V	,869	,63	,61	,60	,54		48,65	26,67	0-100	6,2 (n=19)	5 (n=1,6)	
FS	,805	,57	,60	,48	,42	,61	70,71	30,35	0-100	3,3 (n=10)	38,2 (n=117)	
RE	,945	,47	,55	,47	,33	,54	73,06	30,68	0-100	4,6 (n=14)	40,8 (n=125)	
SM	,846	,43	,48	,47	,46	,59	64,75	22,84	0-100	0,3 (n=1)	6,9 (n=21)	

¹Rho Spearman. En todos los casos con $p < 0,001$, se muestra en la tabla la r . ² Porcentaje de pacientes con la puntuación mínima (0). ³ Porcentaje de pacientes con la puntuación máxima (100).

Se compararon las puntuaciones obtenidas en las 8 dimensiones del SF-36, en función del tratamiento de la IRC utilizado. No se encontraron diferencias significativas entre los mismos (Tabla 3).

TABLA 3. Distribución de las puntuaciones obtenidas por el SF-36, según el tratamiento de la IRC.

	PRED (n=106) ¹			HD (n=111) ¹			DP (n=89) ¹		
	Media	DE	Rango	Media	DE	Rango	Media	DE	Rango
FF	56,65↓	29,87	0-100	60,09	32,78	0-100	62,75↑	30,56	0-100
RF	56,13↓	35,09	0-100	60,02↑	32,75	0-100	58,17	31,71	0-100
D	51,60↓	30,48	0-100	56,43	31,98	0-100	60,97↑	29,64	0-100
SG	41,19	17,62	10-97	41,65↑	21,71	5-92	38,94↓	17,93	0-77
V	46,58↓	26,76	0-100	51,57↑	26,68	0-100	47,47	26,51	0-93,75
FS	70,87	28,12	0-100	72,74↑	30,85	0-100	67,97↓	32,36	0-100
RE	71,61↓	31,97	0-100	73,34	30,43	0-100	74,43↑	29,67	0-100
SM	66,07↑	21,96	0-100	64,45	24,33	0-100	63,53↓	22,10	5-100

¹Prueba de Kruskal-Wallis, en todos los casos con $p > 0,05$

Respecto al ítem CS, observamos que tanto en PRED (71,7%, n=42), en HD (69,4%, n=37) y en DP (77,5%, n=30) la mayoría de los pacientes se encontraban igual o mejor que el año anterior. Sin embargo la CS empeora a medida que aumenta el tiempo en el tratamiento ($p=0,014$, $r=0,142$)

A continuación se analizó la CVRS según el género de los pacientes (Tabla 4), obteniendo diferencias significativas en todas las dimensiones, siendo superior la puntuación en el género masculino. Según la edad (Tabla 5), se encontraron diferencias significativas en todas las dimensiones excepto para la SG, RE y SM.

TABLA 4. Distribución de las puntuaciones del SF-36, según el género.

	HOMBRES (n=159)			p ¹	MUJERES (n=147)		
	Media	DE	Rango		Media	DE	Rango
FF	65,22↑	29,16	0-100	0,001	53,67↓	32,19	0-100
RF	65,58↑	32,06	0-100	<0,001	50,08↓	32,66	0-100
D	61,59↑	29,19	0-100	0,001	50,11↓	31,72	0-100
SG	42,80↑	19,92	5-97	0,048	38,44↓	18,31	0-92
V	53,69↑	25,47	0-100	0,001	43,19↓	26,94	0-100
FS	76,57↑	27,07	12,50-100	<0,001	64,37↓	32,46	0-100
RE	78,35↑	27,48	0-100	0,002	67,34↓	32,95	0-100
SM	69,80↑	21,63	5-100	<0,001	59,28↓	22,93	0-100

¹T de Student para muestras independientes.

TABLA 5. Distribución de las puntuaciones del SF-36, según la edad.

Edad	18-24 (n=2)	25-34 (n=22)	35-44 (n=26)	45-54 (n=33)	55-64 (n=61)	65-74 (n=90)	>75 (n=74)
	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)
FF ¹	85 (14,14)	86,25↑ (13,65)	73,46 (23,86)	76,51 (22,75)	60,08 (28,27)	58,50 (29,58)	40,54↓ (32,80)
RF ²	75 (35,35)	76,88↑ (26,75)	59,37 (30,78)	68,93 (26,67)	54,64 (33,19)	61,45 (32,06)	46,20↓ (35,86)
D ¹	47 (35,35)	73,35↑ (24,27)	66,15 (27,08)	67,39 (31,37)	55,06 (27,24)	56,26 (31,25)	43,68↓ (31,72)
SG	23,5↓ (4,94)	45,80↑ (21,81)	33,04 (15,92)	44,87 (18,73)	40,03 (18,41)	43,54 (20,64)	37,74 (17,99)
V ²	46,87 (48,61)	55,31 (24,85)	50,48 (26,03)	60,22↑ (27,54)	50,20 (24,92)	50 (25,82)	38,17↓ (26,46)
FS ²	87,50↑ (17,67)	78,12 (26,86)	67,30 (25,51)	83,71 (23,89)	68,03 (29,80)	75,13 (29,35)	60,47↓ (34,12)
RE	75 (35,35)	85,41↑ (19,84)	78,20 (22,24)	79,54 (23,76)	67,89 (30,49)	75,74 (31,04)	65,99↓ (36,12)
SM	55↓ (49,49)	74,5↑ (13,56)	62,30 (22,14)	71,96 (21,97)	61,06 (60,16)	65,72 (25,23)	61,87 (23,10)

¹Prueba Kruskal-Wallis con p<0,001. ²Prueba Kruskal-Wallis con p<0,005

Las puntuaciones de la muestra se estandarizaron para compararlas con las descritas para la población general española como se refleja en la Figura 6. Se muestran divididas por género (Figura 7), donde no se encontraron diferencias significativas, y por grupos de edad (Figura 8), donde fueron significativas las puntuaciones de las dimensiones FF (p=0,027), RF (p=0,016), SG (p<0,001) y FS (p<0,001), en ambos casos respecto a la población general española.

Figura 6. Comparación de las puntuaciones estandarizadas del SF-36 obtenidas en la muestra.

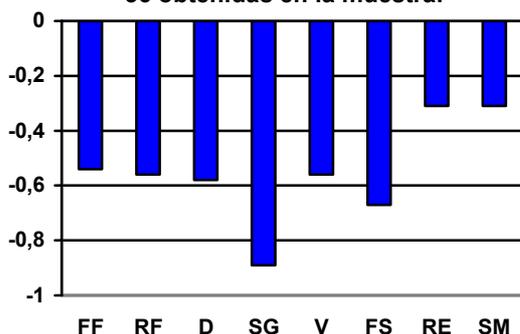


Figura 7. Comparación de las puntuaciones estandarizadas del SF-36 obtenidas en la muestra, separadas por Género.

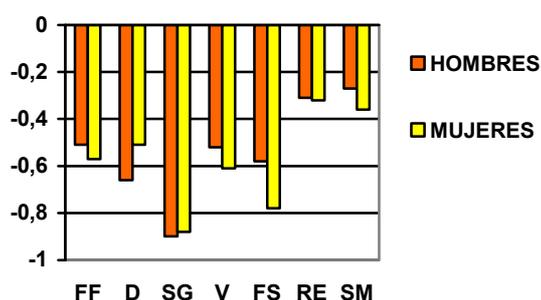
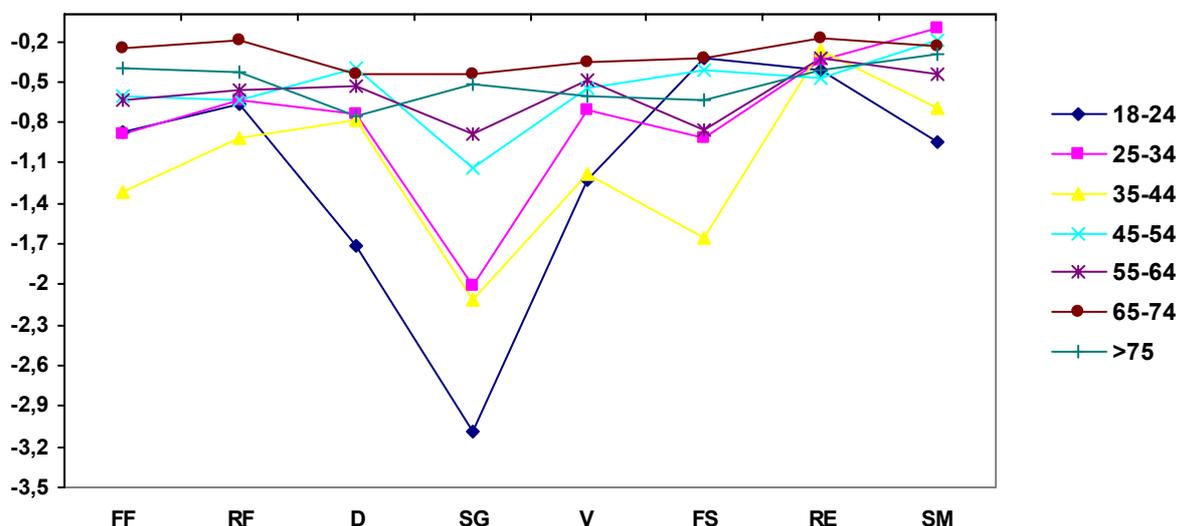


Figura 8. Comparación de las puntuaciones estandarizadas del SF-36, según la edad.



DISCUSIÓN

Como otros autores han descrito en sus trabajos, la CVRS es un importante indicador de la calidad de los cuidados y de la valoración de resultados en pacientes crónicos y pluripatológicos⁴⁻⁸. La valoración de la salud percibida por el paciente, implica ciertos problemas al ser un concepto subjetivo, universal, holístico y dinámico. Para este fin, se han elaborado instrumentos que permitan cuantificar en la medida de lo posible la CVRS. En este trabajo, hemos utilizado el cuestionario SF-36v2 en su versión española, mostrando el mismo características psicométricas adecuadas y muy similares a las obtenidas en el estudio que determina los valores poblacionales de referencia en España¹⁴. Este cuestionario es fácil de administrar y rápido de cumplimentar, lo comprobamos al no tener encuestas excluidas por errores.

Al aplicar el cuestionario a una muestra de pacientes con IRC en sus diversos tipos de tratamientos, obtuvimos unos índices de consistencia (alfa de Cronbach) superior a 0,70, valor mínimo recomendado para hacer comparaciones de grupo y en tres de las dimensiones se superó el valor de 0,90, que permite utilizar las puntuaciones del cuestionario a nivel individualizado. Las correlaciones internas de las 8 dimensiones tuvieron significación estadística en todos los casos, cumpliendo así los requisitos de validez del cuestionario, y demostrando que todas las dimensiones están interrelacionadas, de tal manera que cuando un individuo tiene deteriorada una de las funciones repercute sobre todas las demás.

Por lo que consideramos este cuestionario una herramienta útil que Enfermería puede utilizar para valorar las necesidades de los pacientes, en nuestro caso con IRC en cualquiera de sus modalidades de tratamiento. Además es válido a la hora de realizar una continuidad tanto del estado de salud como de los cuidados que requiere el paciente, desde el momento de su entrada en PRED como durante el tratamiento sustitutivo renal.

Los valores medios obtenidos para el conjunto de la muestra estudiada, se hallaron entre el 40,71 de la SG y el 73,06 del RE, estando todos los valores entorno a una puntuación media, demostrando que la IRC afecta a todas las dimensiones, obteniendo puntuaciones más bajas en las dimensiones que valoran la salud física (FF, RF, D, SG y V).

En el presente estudio no se encontraron diferencias significativas entre los pacientes tratados en PRED, HD y DP, sin embargo los pacientes en PRED mostraron la puntuación menor en comparación con los otros tratamientos en 5 dimensiones muy relacionadas con la salud física. Esto puede deberse al estado urémico y en muchos casos puede que anémico, característico de esta forma de tratamiento. En diversos estudios se ha demostrado que estos factores (anemia y grado de función renal) influyen sobre la CVRS¹⁵. Aun así, se observó que la salud comparada con el año anterior empeoraba al aumentar el tiempo en cualquier modalidad de tratamiento.

En nuestra muestra las mujeres han obtenido puntuaciones más bajas en todas las dimensiones del cuestionario. Son numerosos los estudios que coinciden con nuestro resultado, tanto para los pacientes con IRC como en la población normal³⁻¹⁴⁻¹⁶. Por lo que este hallazgo no se debe a la patología que nos ocupa. No existe una explicación clara de estas diferencias y tradicionalmente se atribuyen a los roles sociales de cada género. Al comparar las puntuaciones estandarizadas con la población general, estas diferencias desaparecen en todas las dimensiones, e incluso en dos de ellas, como son SG y D, en el caso de las mujeres están más cerca de la población general. Este resultado se da también en otros indicadores utilizados para establecer la calidad de vida y rebate la suposición de que una mayor longevidad del género femenino, suponga una mayor calidad de vida. Incluso esta suposición puede llegar a invertirse cuando se tiene en cuenta la esperanza de vida libre de enfermedad¹⁴.

La edad es un factor que en nuestra muestra resultó significativo tanto para las dimensiones relacionadas con la salud física (FF, RF, D y V) como para el bienestar emocional (V y RE). Al igual que en el caso del género, la CVRS empeora con la edad tanto en los pacientes con IRC como en la población general. Sin embargo al estandarizar las puntuaciones usando normas poblacionales, comprobamos al igual que otros estudios³⁻⁸ que la CVRS en los grupos de mayor edad está más cercana a la población general, superando el estado de salud percibida a la de los grupos de menor edad. Así, en nuestra muestra el grupo de pacientes comprendido entre 65-74 años, tienen una mejor puntuación en todas las dimensiones que el grupo comprendido entre 18-24 años. Este hecho puede deberse a que los pacientes de más edad ven menos afectada sus actividades diarias como pueden ser la vida laboral, familiar, social y sexual que los grupos de pacientes más jóvenes. No podemos olvidar que estamos utilizando un instrumento que determina la salud percibida por los pacientes.

CONCLUSIONES

Consideramos que el cuestionario SF-36 es un instrumento válido y útil para valorar el estado de salud percibido por los pacientes con IRC. Esta herramienta de fácil administración, permite a Enfermería establecer diagnósticos enfermeros tanto de salud como de riesgos y reales, que nos faciliten el desarrollo de las intervenciones de Enfermería dirigidas a aquellas dimensiones que se vean más afectadas en nuestros pacientes, individualizando así los cuidados.

En este estudio no hemos encontrado diferencias significativas a la hora de valorar la CVRS según el tratamiento de la IRC utilizado.

Hemos observado que la IRC afecta notablemente a la salud percibida de los pacientes respecto a la población general española de igual edad y sexo. El género femenino y la mayor edad del paciente se han mostrado indicadores de una peor CVRS dentro de la muestra. Sin embargo, al comparar la muestra según el género con la población general, no se obtienen resultados significativos. En el caso de la edad, el estado de salud percibida es peor para las poblaciones más jóvenes.

Consideramos que sería necesario hacer estudios longitudinales para generalizar estos resultados, así como valorar la repercusión de las intervenciones de Enfermería sobre la calidad de vida.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos las facilidades prestadas por todos los centros que han intervenido en el estudio, así como a las personas que han colaborado en la recogida de los datos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Berlyne GM. Over fifty and uremic = death. The failure of the British National Health Service to provide adequate dialysis facilities. *Nephron*. 1982; 31, 189-190.
2. Alvarez-Ude F, Vicente E, Badía X. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes en programa de hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria de Segovia. *Nefrología*. Volumen XV. Número 6. 1995.
3. Álvarez F. Factores asociados al estado de salud percibido (calidad de vida relacionada con la salud) de los pacientes en hemodiálisis crónica. Ponencia en el XXV Congreso de la SEDEN.
4. Valdés C, Ortega F. Avances en la calidad de vida relacionada con la salud y el trasplante renal. *Nefrología*. Volumen XXVI. Número 2. 2006.
5. Organización Mundial de la Salud. Quality of Life assessment. An annotated bibliography. Who (MNH/PSF/94.1). Génova. 1994
6. Kaplan GA, Camacho T. Perceived health and mortality: A nine year follow-up of the human population laboratoty cohort. *Am Journal Epidemiol*. 1983; 117, 292-298.
7. McClellan WM, Anson C, Birkely K, et al. Functional status and quality of life: predictors of early mortality among patients entering treatment for end-stage renal disease. *J Clin Epidemiol*. 1991; 44, 83-89.
8. Gil JM, García MJ, Foronda J. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en hemodiálisis. *Nefrología*. Volumen XXIII. Número 6. 2003.
9. Iraurgi I, Póo M, Márkez I. Valoración del índice de salud SF-36 aplicado a usuarios de programa de metadona. Valores de referencia para la Comunidad Autónoma Vasca. *Revista Española Salud Pública*. Número 5. 2004; 78, 609-621.
10. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*. 2005; 19 (2):135-150.
11. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin* 1995; 104: 771-776.
12. McHorney CA, Ware JE, Raczek AE. The MOS 36-item short form health survey (SF-36) II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring psysical and mental health constructs. *Med Care*. 1993; 31, 247-63.
13. McHorney CA, Ware JE, Lu R, Sherbourne CD. The MOS 36-item short form health survey (SF-36) III. Tests of data quality quality scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Med Care*. 1994; 32, 40-66.
14. Alonso J, Regidor E, Barrio G, et al. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clin*. 1988; 111, 410-416.
15. Jofré R. Factores que afectan a la calidad de vida en pacientes en prediálisis, diálisis y trasplante renal. *Nefrología*. Volumen XIX. Suplemento 1. 1999.
16. Vázquez I, Valderrábano F, Fort J, et al. Diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud entre hombres y mujeres en tratamiento en hemodiálisis. *Nefrología*. Volumen XXIV. Número 2. 2004