

# Factores socioeconómicos y calidad de vida percibida en pacientes renales crónicos



Por Santiago Torales

Médico (Universidad Católica de Córdoba).

Auditor Médico IAPOS Santa Fe.

Especialista en Nefrología

Especialista en Economía y Gestión de la Salud (Universidad ISALUD).

Docente de la Maestría de Sistemas y Servicios de Salud (Instituto Lazarte Universidad Nacional de Rosario).

## 1. Introducción

La insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) y el tratamiento con hemodiálisis convencional (HD) constituyen paradigmas de la severidad de las patologías crónicas terminales, como así también sobre el complejo cuidado que este tipo de pacientes requiere. La modalidad de evaluación sobre el éxito de este tratamiento se basa habitualmente en la obtención mensual de resultados clínicos y analíticos que han demostrado relacionarse directamente con la morbilidad o mortalidad de los pacientes, en términos de sobrevida; sin embargo diversos autores reconocen claramente que estas variables no tienen por sí solas una implicancia absoluta sobre la percepción final de calidad de vida que experimentan los pacientes.

Desde la irrupción de este concepto en salud en los años '80, se han desarrollado diversos estudios a nivel internacional que intentan correlacionar las variables clínicas con el status socioeconómico en la percepción de la calidad de vida de éstos pacientes, pero los más relevantes (por número de casos o rigor científico) se han llevado a cabo en su mayoría en países desarrollados y no han logrado definir sus roles determinantes de cada una de estas. A pesar de la abundante evidencia bibliográfica sobre la necesidad de complementar el enfoque de atención de los pacientes IRCT con evaluaciones de calidad de vida percibida, estas valoraciones no se han aplicado de manera sistemática en el país. En el contexto actual resulta necesario evaluar la repercusión de estos factores, en contraste con los elementos clínico-analíticos habituales de control evolutivo de la enfermedad y el tratamiento. Las condiciones socioeconómicas influyen sustancialmente en el soporte del tratamiento de las enfermedades crónicas terminales y por ende sobre este concepto integrador su realidad vivencial. Si estas condiciones se ven severamente afectadas en el entorno particular (personal y familiar) y/o general (nacional) como ocurrió especialmente en los grandes núcleos urbanos en la Argentina (siendo el Gran Buenos Aires el ejemplo más cabal de

**Evaluadores:**

Mg. Arturo Schweiger, Mg. Daniela Alvarez; Dr. Carlos Díaz

éstos) durante la última década, con pico en la crisis económica de 2002, la repercusión de las mismas podría ser mayor aún, afectando la percepción de la calidad de vida de los pacientes.

El presente trabajo plantea conceptos sanitarios y económicos según los cuales la valoración de calidad de vida de los pacientes debe ser considerada como un elemento fundamental en la atención y el cuidado. Se intentó contrastar estos supuestos teóricos y postulados generales con un trabajo en terreno sobre una muestra representativa, intentando reproducirlos en un ámbito de observación controlada para reflexionar acerca del alcance y veracidad de los mismos. Para ello se realizó una Encuesta de calidad de vida (SF-36) a 143 pacientes IRCT en HD, en el ámbito del Gran Buenos Aires comparando el efecto sobre la misma de 14 variables clínico-analíticas, nutricionales y socioeconómicas, mediante un análisis de regresión múltiple.

Los resultados mostraron en la población analizada, que la calidad de vida (CdV) medida tuvo correlación con variables generales y clínico analíticas reconocidas, y que, a excepción del grado de contención familiar, los demás factores socioeconómicos analizados no tuvieron efectos determinantes: así mismo, la variable socioeconómica más

## Dimensiones del Cuestionario SF-36

- **Función Física:** Grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, levantar ó llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos (10 temas).
- **Rol físico:** Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades (4 temas).
- **Dolor corporal:** Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar (2 temas).
- **Salud General:** Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse (5 temas).
- **Vitalidad:** Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento (4 temas).
- **Función Social:** Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual (2 temas).
- **Rol Emocional:** Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias (3 temas).
- **Salud mental:** Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (5 temas).

Fuente: elaboración propia a partir de SF-36© Health Survey. Rand Corporation

afectada por la crisis contextual fue indudablemente el nivel de ingreso, pero su repercusión en el modelo final analizado quizás pudo verse atenuada por el efecto de sostén de los pacientes en estructuras aún vigentes y arraigadas a nivel de redes sociales (familiares y comunitarias). Esto sugiere la necesidad de un enfoque complementario, activo y repetido desde el marco de las ciencias sociales para clarificar estas relaciones, y así aportar elementos de mejora para la valoración de la salud y el cuidado de los pacientes.

## 2. ¿Cómo medir la calidad de vida percibida?

La mayoría de escalas e índices para la medida de la CdV están basadas en dimensiones tales como el estado global de salud, la funcionalidad física, el funcionamiento en el desarrollo de roles, el estado de bienestar, la satisfacción y autocontrol, la ansiedad/depresión, la sexualidad, los contactos y redes sociales, y otras dimensiones y variables relacionadas.

El cuestionario SF-36, aplicado en este estudio, es un instrumento desarrollado a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos elaborado por la Corporación RAND de los Estados Unidos. Su denominación proviene de su formato resumido a 36 temas interrogados. Detecta tanto estados positivos de salud como negativos, como así también explora la salud física y la salud mental. Los 36 temas que lo integran exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física; función social; limitaciones del rol: de problemas físicos; limitaciones del rol: problemas emocionales; salud mental; vitalidad; dolor y percepción de la salud general.

Existe una versión estándar que hace referencia al estado de salud en las 4 semanas anteriores y una versión aguda que evalúa la semana anterior. La encuesta SF-36 es un instrumento que se diseñó como indicador genérico de nivel de salud para usarse en evaluaciones poblacionales y de políticas de salud. Se puede usar en conjunto con instrumentos específicos para medir resultados en práctica clínica o de investigación y es aplicable a una gran gama de problemas. En general se trata de un cuestionario autoadministrado, aunque también se ha utilizado mediante un entrevistador, a través del teléfono o mediante soporte informático. Se han hecho validaciones al idioma castellano e incluso validaciones de constructo y contenido específicas para diferentes países de habla hispana.

## 3. Metodología, trabajo de campo y aplicación del cuestionario

Identificar el grado de repercusión de los factores socioeconómicos particulares de los enfermos renales crónicos terminales en hemodiálisis sobre su percepción de calidad de vida, más allá del cumplimiento de estándares clínico-analíticos de tratamiento, resulta relevante para la mejora de los procesos de atención. Para ello, en este

trabajo se realizó un estudio transversal, retrospectivo, comparativo e inferencial tomando como variable dependiente la calidad de vida, y como variables independientes los factores socioeconómicos y los datos clínico-analíticos, buscando determinar el grado de repercusión ó asociación de los mismos en el resultado final. Se partió de la hipótesis que sostiene que los factores socioeconómicos pueden ser determinantes sustanciales en la calidad de vida percibida por pacientes renales crónicos en hemodiálisis.

Sobre una muestra poblacional de pacientes IRCT en HD del GBA se recabaron datos sobre calidad de vida y factores relacionados:

- La información sobre CdV se obtuvo con la aplicación de la encuesta SF-36 (la misma se eligió por disponibilidad operativa y la amplitud de dimensiones que considera, incluyendo el espectro psicosocial)
- Los datos clínico analíticos y nutricionales se relevaron con revisión retrospectiva (3 meses) a partir de los expedientes clínicos de los encuestados
- Los datos socioeconómicos se tomaron en base a un relevamiento estandarizado de indicadores que efectúa el equipo de trabajo social, actualizado al momento de tomarse la encuesta de CdV.

La composición del marco muestral quedó definida por los pacientes IRCT tratados con HD en centros de 1er y 2do cordón del GBA de la red *GAMBRO Healthcare*. La red cuenta con 12 centros de atención en la región, contabilizando un total de 1204 pacientes, que representan un porcentaje significativo del total de pacientes IRCT en HD de la población referencia (25.7%).

**Tabla 1**  
**Composición de la la muestra**

Centro	Localidad	Nº de pacientes
ESPORA	Adrogué	58
CERER	San Justo	179
BRAFERVA	Merlo	94
BRAFERBO	Libertad	52
SAN FERNANDO	San Fernando	154
PAEM	José C. Paz	168
ALSINA	Avellaneda	89
GRAND BOURG	Grand Bourg	118
PAUNERO	San Miguel	198
CETER	Temperley	94
<b>Total red GHC GBA (Septiembre 2006)</b>		<b>1204</b>

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 4**  
**Escala nutricional de la muestra**

Nutricionales	IMC	Alb	nPCR	TF	Rcto. linfocitos	Escala K-Z
media	25.29	3.79	1.24	224.19	1085	7.43
DS +	+5.25	+0.42	+0.24	+64.24	+597	+1.61

Fuente: Elaboración propia

Los pacientes y centros se distribuyen tal como se muestra en la tabla 1. Se trabajó con una muestra polietápica calculada probabilísticamente en 150 pacientes, con un nivel de confianza del 97% para un error o discrepancia del 7%.

En una segunda etapa (luego del primer tamiz por criterios de inclusión y exclusión, por características de recurso humano capacitado y motivado para la tarea de toma de las encuestas SF-36) se seleccionaron 3 centros de más de 100 pacientes en tratamiento con hemodiálisis (tamaño promedio de la red: 86 pacientes) ubicados en 3 localidades del GBA: José C. Paz, San Fernando y San Justo. En ellos se realizó un muestreo aleatorizado para seleccionar 50 pacientes por cada centro.

## 4. Resultados

Sobre el total de 150 pacientes entrevistados en los 3 centros con la encuesta SF-36, se seleccionaron los 143 individuos que reunían estos datos y además habían completado todos los parámetros de búsqueda de información relacionada a las otras 14 variables incluidas en el estudio. La tabla 2 muestra la distribución de las variables generales y demográficas seleccionadas en el estudio y la tabla 3 muestra los valores generales obtenidos en las variables clínico analíticas. Los componentes de la escala nutricional objetiva K-Z (y su valor final) se presentan en la tabla 4, mientras que la tabla 5 muestra los resultados generales obtenidos por cada variable socioeconómica analizada

**Tabla 2**  
**Variables generales de la muestra**

Generales y demográficas	Edad	Sexo	Meses en HD	DBT
Media	52.55	52% masc	48.41	22.3%
DS	+16.23		+37.26	

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 3**  
**Variables clínico analíticas de la muestra**

Clínico analíticas	Hgb	KtV	Pi	PTH
Media	10.52	1.75	5.40	726.36
DS	+1.40	+0.27	+1.68	+435.96

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 6 se observa la correlación entre Índice de Desarrollo Humano (IDH) en los partidos del GBA donde se ubican los centros de diálisis de la red, en comparación con la media de la Provincia de Buenos Aires y el resto del conurbano (como un indicador indirecto de representatividad de la muestra de pacientes elegida sobre la región)

**Tabla 5**  
**Variables socioeconómicas de la muestra**

Educación		Ingresos	
Sin instrucción	1%	< \$500	26%
Primario incompleto	28%	\$500 a \$1000	46%
Primario completo	44%	\$1000 a \$1500	24%
Secundario incompleto	11%	> \$1500	4%
Secundario completo	11%		
Terciario incompleto	1%	Vivienda (de 0 a 7)	
Terciario completo	1%	Media	5.45
Universitario incompleto	1%	DS	1.33
Universitario completo	2%		
Empleo		Convivientes	
Estudiante	3%	Hasta 2	39%
Empleado	19%	3 a 4	52%
Sin empleo	41%	>4	7%
Jubilación/pensión	37%	Contención filiar	78%

Fuente: Elaboración propia

En este punto es preciso hacer algunos comentarios sobre estos resultados. En forma conexas a lo expresado en la descripción del marco socioeconómico del GBA, la población estudiada registra niveles de educación limitados (el 73% de los pacientes no pasan el nivel primario de instrucción) y una alta proporción de individuos, que aún perteneciendo a la población económicamente activa (41%) no tiene empleo, o está jubilado o percibe una pensión por discapacidad (37%).

De esta forma podemos resaltar que la IRCT en nuestro país es también una “enfermedad de pobres”, de poblaciones que han permanecido marginadas de los circuitos primarios de detección y manejo adecuado de sus patologías causales, a raíz de dificultades en la accesibilidad de la atención médica ó factores de educación disminuida que pueden afectar la independencia del individuo y su autocuidado. Es impactante el bajo nivel de ingreso total mensual por hogar, encontrándose casi el 90% de la población en cuestión por debajo de la media de ingreso per cápita mensual del país (\$1.309) al momento del análisis. El score sobre condiciones de vivienda no resulta tan precario y tampoco difiere del encontrado en el resto de la región del GBA (acceso a servicios propios de zonas urbanas), como así también las condiciones de hacinamiento y de convivientes.

Finalmente, la gran mayoría de los pacientes, en la valoración subjetiva establecida por el equipo de trabajo social se encuentra en un ambiente de amplia contención familiar, variable que, como se verá en el análisis ulterior podría reflejar mecanismos de adaptación y consolidación de redes sociales en el sostén de los pacientes ante su situación general de adversidad, provocadas por el impacto de

**Tabla 6**  
**Desarrollo humano comparado**

Grupo	AVPP	P longevidad	P educación	P nivel vida	IDH
Media GBA	60.8	0.203	0.099	0.242	0.825
Media provincia	60.8	0.202	0.090	0.248	0.820
Media GAMBRO	62.6	0.203	0.100	0.234	0.828

Fuente: Elaboración propia en base a IDH (2006)

**Tabla 7**  
**Análisis de variables de calidad de vida (regresión múltiple)**

Dimensión	score	DS	IC 95%	r2	p
general	56.84	16.31	54.2 - 59.5	20.18%	0.0072
físico	52.44	17.59	49.5 - 55.3	22.79%	0.0017
mental	60.33	18.67	57.3 - 63.4	18.56%	0.0167
Func. físico	59.02	29.75	54.1 - 63.9	26.64%	0.0002
Rol físico	43.88	40.05	37.3 - 50.4	20.62%	0.0057
Rol emocional	61.11	41.14	54.3 - 67.9	19.14%	0.0124
Control dolor	55.76	25.93	51.5 - 60.1	18.88%	0.0142
Salud mental	62.93	20.76	59.5 - 66.3	18.62%	0.0162
Vitalidad	54.65	23.59			
Salud general	49.07	18.76			
Func. social	66.25	26.03			

Fuente: Elaboración propia en base a IDH (2006)

la enfermedad crónica terminal y las modificaciones en las condiciones de vida.

## 4.1 Análisis del modelo de regresión múltiple

Las 14 variables independiente analizadas superaron los test de multicolinealidad, dando mayor independencia predictiva a cada una de ellas sobre la variable dependiente, tal como se muestra en la tabla 7. Estos son los resultados generales descriptivos de los diferentes modelos de regresión múltiple aplicados a cada dimensión de calidad de vida explorada de manera consecutiva (sólo se consignaron los valores de **r<sup>2</sup>** y **p** en las dimensiones donde se encontraron relaciones significativas entre éstas y las variables analizadas):

Aún con el mejor ajuste de cada modelo propuesto, los valores de **r<sup>2</sup>** resultan limitados, quizás a causa del carácter transversal del estudio, la diversidad de variables que puedan afectar el fenómeno de la calidad de vida percibida (y que no llegaron a ser incluidos en las variables seleccionadas) y al número de pacientes involucrados en el estudio (en número teórico adecuado, pero quizás insuficiente para establecer conclusiones taxativas sobre los resultados). En promedio, el 20.8% de los resultados de la variable dependiente (calidad de vida) pudo ser explicado por las variables independientes propuestas. Se observó también un mayor poder predictivo de los modelos en aquellas dimensiones relacionadas al bienestar físico, lo que podría vislumbrar un terreno más complejo y multivariado sobre la calidad de vida expresada en función de dimensiones psico-sociales (aún con una escala como SF-36 que considera específicamente estos aspectos).

La tabla 8 resume los factores que afectaron a cada una de las mediciones de calidad de vida de manera secuencial ordenados por preponderancia de sus coeficientes de correlación, transformados en indicador porcentual

Puede observarse en general sobre estos resultados, que variables de reconocido efecto en la calidad de vida percibida en pacientes en hemodiálisis presentan correlación lógica con varias de las dimensiones exploradas (ej: edad, diagnóstico de diabetes, valor de Hgb)

De los factores socioeconómicos analizados, la presencia de conten-

ción familiar resultó en asociación significativa, globalmente sobre el score general y específicamente sobre dimensiones del espectro psicosocial (subcategoría mental, rol emocional y salud mental).

## 5. Conclusiones

Existe un amplio aval teórico sobre los conceptos de calidad de vida y más específicamente, calidad de vida relacionada a la salud. Gran parte de este cúmulo teórico ha sido y permanece aún como fuente de debates semánticos y metodológicos; pero también se ha logrado, siguiendo algunas líneas de conocimiento más claramente aceptadas, la traducción de estos conceptos a herramientas de medición práctica sobre los alcances del concepto en grupos de individuos o más específicamente, pacientes afectados por diversas enfermedades crónicas. Tras muchos años de maduración conceptual en este campo y consolidación-validación de argumentos, resulta insoslayable la necesidad de aplicar esta visión integradora a las estrategias y cuidados de la población.

La insuficiencia renal crónica terminal enfrenta a los pacientes, generalmente de manera abrupta e inesperada, a la abrumadora realidad de convivir con una patología que va deteriorando cada día de manera incesante sus capacidades físicas, generando una dependencia crucial con el método elegido para su tratamiento como única posibilidad de continuar subsistiendo. El caso de la hemodiálisis, en tanto modalidad terapéutica mayoritaria, agrega componentes de socialización forzada, integración a grupos de cuidado, una metodología rutinaria de contacto frecuente con procesos médicos invasivos y complejos, y la movilización fuera del hogar para recibir los tratamientos, por nombrar algunos de los factores que agravan aún más el precario equilibrio que éstos pacientes mantienen con su integridad personal. Surgen en este contexto variables adicionales a las que habitualmente se utilizan para controlar la evolución de los pacientes: comprender la realidad que éstos atraviesan excede a controlar parámetros clínico analíticos ligados sólo a supervivencia. Se requiere avanzar más allá, y no preguntar solamente “cuánto tiempo viven los pacientes”, sino “cómo viven ese tiempo”. Y hacer de nuestra tarea como agentes de salud responsables que ese tiempo sea el más pleno posible.

Tabla 8

### Factores que afectaron mediciones de calidad de vida, en la muestra

Dimensión	Factor 1	coef	Factor 2	coef	Factor 3	coef	Factor 4	coef
General	edad	-22.91%	cont.fliar.	20.50%	Hgb	16.67%	DBT	-15.92%
Físico	edad	-34.88%	DBT	-24.63%	PTH	-9.56%	Hgb	4.08%
Mental	cont.fliar.	25.21%	Hgb	16.92%	convivientes	-14.31%		
Func.físico	edad	-41.03%	DBT	-23.41%				
Rol físico	DBT	-30.66%	edad	-23.63%	PTH	-4.45%		
Rol emocional	Hgb	23.58%	cont.fliar.	19.81%	DBT	-15.82%		
Control dolor	edad	-24.02%	DBT	-22.03%	Hgb	15.13%		
Salud mental	cont.fliar.	26.66%	Hgb	19.71%				

Fuente: Elaboración propia.

Se tomó como argumento de trabajo y variable dependiente a una medición de calidad de vida realizada a través de una herramienta largamente probada en pacientes afectados por patologías crónicas (SF-36), que contiene en su espectro de investigación la exploración de dimensiones complejas en el terreno de la percepción psicosocial de los individuos. Se seleccionaron variables independientes probadas desde el enfoque clínico analítico (control de la anemia, dosis de diálisis, manejo de la enfermedad ósea, control nutricional) y se enfrentaron en un análisis de regresión múltiple a variables socioeconómicas (empleo, educación, vivienda, ingresos, composición y contención familiar) de fácil acceso y relevamiento habitual por parte de los equipos de trabajo social que asisten al cuidado de dichos pacientes. Con la mayor precisión metodológica posible se ordenaron éstas variables y se tomó como población para esta comparación a los pacientes ubicados en el Gran Buenos Aires, el mayor conglomerado urbano del país, en el cual la repercusión de la crisis socioeconómica fue de enorme magnitud.

La hipótesis de trabajo estimaba un impacto determinante de los factores socioeconómicos analizados sobre la calidad de vida percibida por los pacientes. Los resultados del estudio arrojan algunas precisiones pero también abren la puerta a nuevos interrogantes:

- Se considera que las variables socioeconómicas de la población escogida fueron representativas para el marco general del GBA, especialmente en cuanto a los magros márgenes de ingreso, niveles de educación limitados y alta tasa de desempleo, con condiciones de vivienda a la medida de asentamientos urbanos y sin evidencias de hacinamiento.
- En una situación de precariedad general para sostener su autocuidado y tratamiento, los gran mayoría de pacientes se encuentran en un ambiente de amplia contención familiar, quizás un elemento crucial para el sostén de los mismos, como un mecanismo adaptativo y solidario para enfrentar la adversidad más severa (el hecho de convivir con la patología y el tratamiento en un contexto social precario y hostil). Esto podría sugerir un rol importante de las redes sociales, y abriría un nuevo aspecto de investigación no considerado en el presente estudio: la aplicación de medidas pro-

badas de redes y apoyo social (ISSB, SSQ) ó escalas de relación familiar específicas (FRI).

- Más allá de conjeturas teóricas, queda por determinar el efecto paliativo de esta adaptación, atenuando el efecto de otras variables severamente alteradas en el cuadro socioeconómico que a priori resultaban impactantes, pero que no mostraron influencia relevante en la calidad de vida percibida (por ejemplo, bajo nivel de ingresos o alta tasa de desempleo). Aún con el mejor ajuste de los modelos estadísticos propuestos, las variables analizadas sólo explicaron en promedio un 21% (considerando valores  $r^2$ ) de los resultados obtenidos.

Si se asume que los modelos propuestos no logran determinar el origen determinante de al menos un 30 % de los resultados, es evidente que se requiere el diseño de un trabajo a mayor escala (al menos 20 individuos por variable), con un seguimiento a lo largo del tiempo y quizás con mayor ajuste metodológico sobre las variables cualitativas.

En síntesis:

- En la población analizada, la calidad de vida medida por la encuesta SF-36 demostró correlación con variables generales y clínico analíticas reconocidas.
- A excepción del grado de contención familiar, los factores socioeconómicos analizados no mostraron efectos determinantes.
- La variable socioeconómica más afectada por la crisis fue el ingreso, pero su repercusión en el modelo podría verse atenuada por el efecto de sostén de estructuras aún vigentes a nivel de redes sociales (familiares y comunitarias).
- Los mayores scores se encontraron en la dimensiones que exploran el contexto mental, pero en éstas también pueden requerirse ajustes de variables o grupos de estudio mayores para inferir asociaciones de mayor relevancia.
- Un enfoque complementario, activo y repetido desde el marco de las ciencias sociales podría aportar precisiones y elementos de mejora para la valoración de la salud y el cuidado de estos pacientes.

## Bibliografía

- Barón López F, Téllez Montiel F. Regresión Múltiple, en: Apuntes de Bioestadística. Cap 6: 35-43, Barcelona, 2001.
- CRESI (Central de Reportes y Estadísticas) SINTRA (Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante Renal de la República Argentina) INCUCAI. mayo 2007.
- Dawson-Saunders B, Trapp R. Métodos estadísticos para variables múltiples, Bioestadística Médica, Cap 12: 239-264, Ed. Manual Moderno; México DF, 1996.
- Dirección Provincial de Estadística (INDEC): Índice de Desarrollo Humano en la Provincia de Buenos Aires. Cap 10. La Plata, 2004
- Dwyer JT y cols. Nutritional status affects quality of life in Hemodialysis (HEMO) Study patients at baseline. J Ren Nutr. 2002, Oct; 12 (4): 213-23
- EDSA. Observatorio para la Deuda Social, Departamento de Investigación Institucional, ISIS-UCA, Junio 2004.
- Manns B y cols. Quality of life in patients treated with hemodialysis or peritoneal dialysis: what are the important determinants. Clin Nephrol. 2003, Nov; 60(5):341-51
- Martins MRI y cols. Qualidade de vida de pessoas con doença renal crônica em tratamento hemodialítico. Rev Latino-americana de Enfermagem. 2005, Set-Oct; 13 (5): 670-6
- Medical Outcomes Study (MOS) 36-Item short form health survey. RAND Corporation, EEUU
- Méndez Castellano H. Los índices económicos, la calidad de vida y los estudios del crecimiento y desarrollo de poblaciones humanas. Gac Méd Caracas v.109 n.4 Caracas, Oct. 2001
- Neto JF y cols. Quality of life at the initiation of maintenance dialysis treatment-a comparison between the SF-36 and the KDQ questionnaires. Qual Life Res. 2000, Feb ;9 (1): 101-7
- Olivera J. Crecimiento, Desarrollo, Progreso, Evolución: nota sobre relaciones entre conceptos. El Trimestre Económico, Junio, 1959.
- Rodríguez Vidal M y cols. Calidad de vida en pacientes hemodializados. Ciencia y Enf. 2005, Nov; 9 (2): 47-57.