

Calidad de vida relacionada a la salud como predictora de muerte de pacientes en diálisis peritoneal¹

Marília Pilotto de Oliveira²
Luciana Kusumota³
Vanderlei José Haas⁴
Rita de Cássia Helú Mendonça Ribeiro⁵
Sueli Marques⁶
Graziella Allana Serra Alves de Oliveira Oller⁷

Objetivo: caracterizar las muertes ocurridas y verificar la asociación entre las variables sociodemográficas, clínicas, de laboratorio, de calidad de vida relacionada a la salud con el resultado de muerte de pacientes en diálisis peritoneal, en un período de dos años, después de una primera evaluación. **Método:** investigación poblacional, observacional y prospectiva con 82 pacientes en diálisis peritoneal. Fueron utilizados, para la primera etapa de recolección de datos, los instrumentos: Miniexamen del Estado Mental, cuestionario de caracterización sociodemográfica, económica, clínica y de laboratorio y el Kidney Disease and Quality of Life-Short Form. Dos años después fueron recolectados los datos de caracterización y ocurrencia de los muertes en el período. En el análisis estadístico, fue calculado el riesgo relativo del resultado de muerte, estimado el riesgo de muerte por las curvas de supervivencia de Kaplan-Meier y determinados los predictores de muerte, utilizando el modelo de riesgos proporcionales de Cox. **Resultados:** de los 82 participantes iniciales, 23 tuvieron como resultado la muerte en el período de dos años. El riesgo aumentado para el resultado de muerte fue asociado con menor puntaje promedio de calidad de vida relacionada a la salud, en la dimensión funcionamiento físico. **Conclusión:** la peor calidad de vida relacionada a la salud, en la dimensión funcionamiento físico, puede ser considerada predictora de muerte.

Descriptor: Calidad de Vida; Diálisis Peritoneal; Muerte; Enfermería.

¹ Artículo parte de la tesis de doctorado "Diálisis peritoneal y calidad de vida relacionada con la salud: un estudio longitudinal", presentada a la Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, proceso nº 142731/2011-0.

² Estudiante de Doctorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Enfermera, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

³ Profesor Doctor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁴ Profesor Doctor, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil

⁵ Profesor Doctor, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, Uberaba, MG, Brasil.

⁶ Profesor Doctor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁷ Estudiante de Doctorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Profesor Assistente, Universidade Paulista, São José do Rio Preto, SP, Brasil

Cómo citar este artículo

Oliveira MP, Kusumota L, Haas VJ, Ribeiro RCH, Marques S, Oller GASAO. Health-related quality of life as a predictor of mortality in patients on peritoneal dialysis. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2794. [Access

mes día año]; Available in: _____ URL

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0786.2687>.

Introducción

La mortalidad entre los pacientes en diálisis ha disminuido con el pasar del tiempo en función, principalmente, de los avances en el tratamiento, entre tanto, cuando comparada a la población general la mortalidad todavía es bastante alta en los pacientes en diálisis. La mortalidad de los pacientes en Diálisis Peritoneal (DP), en los Estados Unidos, disminuyó 15% entre 1993 y 2002 y 35% entre 2003 y 2012⁽¹⁾.

Actualmente, además del interés en el aumento del tiempo de supervivencia, existe también preocupación con el modo como esos pacientes han vivido los años agregados por los avances en el tratamiento.

Se sabe que la DP posibilita mayor flexibilidad en el tratamiento de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) terminal, una vez que puede ser realizada en el domicilio por el propio paciente y/o cuidador. Algunos estudios han indicado que esa modalidad dialítica, en general, garantiza una mayor satisfacción con el tratamiento y menor impacto en la vida de los pacientes, cuando comparada a la hemodiálisis⁽²⁾.

La DP tuvo inicio en Brasil hace más de 30 años, sin embargo, las publicaciones sobre la epidemiología y experiencia clínica en ese tipo de tratamiento, así como el número de pacientes que optan por ella, todavía son pocas⁽³⁻⁴⁾.

Han sido descritos en la literatura los perjuicios observados en la Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS) de los pacientes en DP, provenientes de la ERC y tratamiento⁽⁵⁻⁶⁾.

El constructo de la Calidad de Vida (CV) ha recibido mucha atención en las últimas décadas y, a pesar de no haber definición consensual, en la área de la salud, los investigadores tienen interés en los aspectos de la CV que son afectados por las enfermedades y tratamientos, siendo así, la evaluación de la CV en esa área está basada en la autopercepción de la persona en relación al impacto de una serie de aspectos importantes y capaces de influenciar su salud. Ejemplos de esos aspectos clínicos y no clínicos son: la evaluación de la salud general, la salud física, el estado mental/emocional, la función social, la función sexual, los aspectos ligados a la enfermedad, además de consecuencias indirectas como el desempleo y las dificultades financieras que confluyen en un constructo designado CVRS⁽⁷⁻⁸⁾.

La CVRS ha sido apuntada como importante predictora de resultados en la evolución del tratamiento, así como un factor relevante en la elección del tratamiento por el paciente⁽⁹⁾. Los bajos puntajes de CVRS, percibidos por los pacientes en diálisis, ha sido señalados como predictores de morbilidad, hospitalización y mortalidad⁽¹⁰⁻¹³⁾.

La asociación entre la CVRS y el resultado de muerte en los pacientes en diálisis ha sido investigada en otros países, que encontraron como principales resultados los peores puntajes de CVRS como predictores de muerte^(10,14). En Brasil, recientemente, esa asociación fue investigada en pacientes en hemodiálisis y se verificó que la peor CVRS, específicamente en el dominio funcionamiento físico, puede ser considerada predictora de muerte⁽¹²⁾.

En ese contexto, es necesario optimizar, además de la supervivencia, la CVRS de los pacientes en diálisis⁽³⁾.

Se cree que el análisis de las posibles asociaciones entre la CVRS, aspectos sociodemográficos, clínicos, de laboratorio y el resultado de muerte puede ser útil para determinar aspectos de objetivos en la planificación de la asistencia a los pacientes, así como suministrar informaciones para la mayor divulgación de esa modalidad entre los pacientes que se inician en la diálisis. Para esto, este estudio tuvo como objetivos caracterizar las muertes ocurridos y verificar la asociación entre las variables sociodemográficas, clínicas, de laboratorio, CVRS con el resultado de muerte de pacientes en diálisis peritoneal, en un período de dos años, después de una primera evaluación.

Método

Se trata de investigación poblacional, observacional y prospectiva, realizada entre los años 2010 y 2012. Fue realizada en los dos servicios de diálisis peritoneal en el municipio de Ribeirao Preto, estado de Sao Paulo.

En la primera etapa de la recolección de datos, ocurrida en 2010, fueron realizadas la caracterización y la medida de la CVRS de los 82 pacientes incluidos en la investigación. Los criterios de inclusión considerados fueron: tener 18 años o más de edad, estar en tratamiento por Diálisis Peritoneal en Ambulatorio Continua (DPAC) o Diálisis Peritoneal Automática (DPA) por tres meses o más, presentar estado cognitivo preservado, según resultados del Miniexamen del Estado Mental (MEEM)⁽¹⁵⁾, no encontrarse hospitalizado por complicaciones agudas o en tratamiento por peritonitis.

Después de dos años, fueron recolectados datos sobre la ocurrencia del resultado de muerte en el período y la causa. Ocurrieron pérdidas de seguimiento de seis pacientes debido a: recuperación de la función renal (dos) y transferencia de municipio (cuatro). Por esto, de los 82 pacientes que fueron entrevistados en 2010, 53 permanecieron vivos y 23 presentaron como resultado la muerte, habiendo sido el objetivo del análisis del actual estudio.

La figura 1 representa el diagrama de flujo de las etapas de la investigación,

Selección y manutención de los pacientes en el período del estudio.

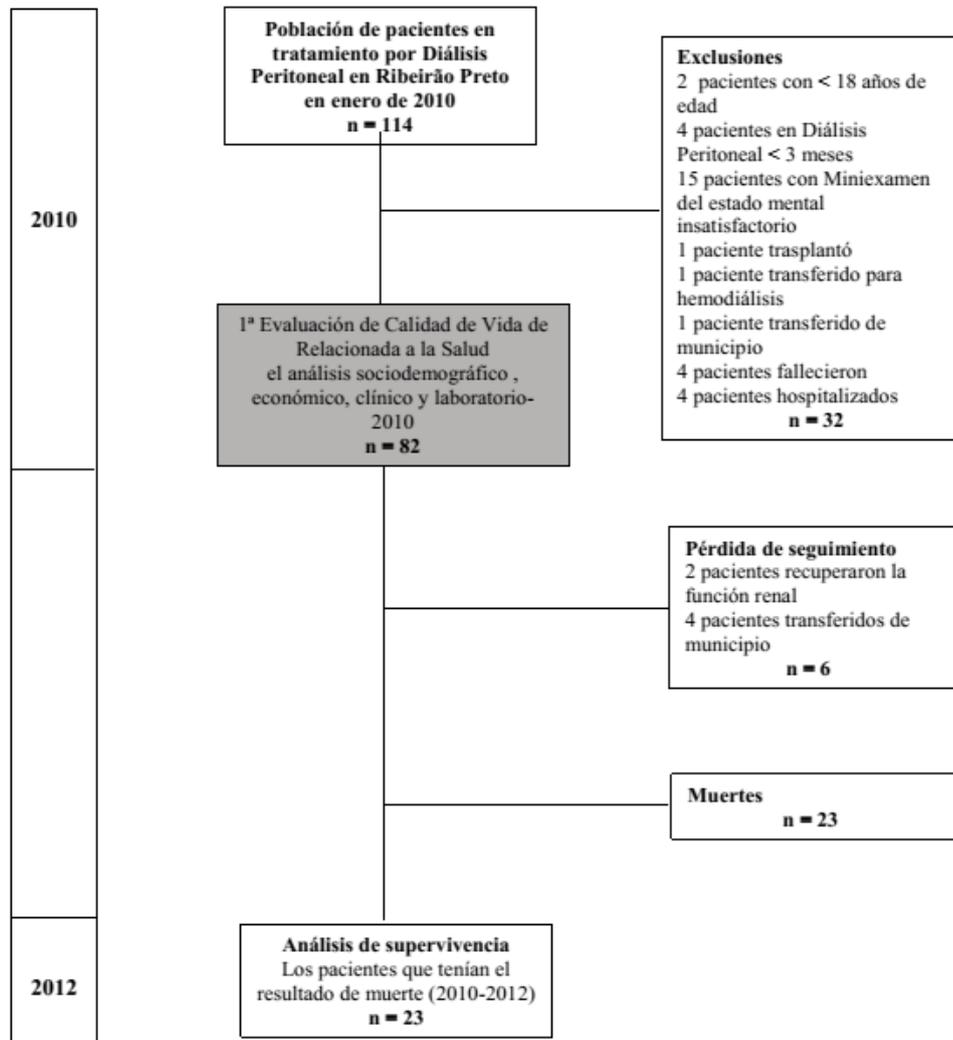


Figura 1 – Diagrama de Flujo de las etapas de la investigación, selección y manutención de los pacientes en el período del estudio

La recolección de datos fue realizada por la investigadora, por medio de entrevista en el día de la consulta mensual de enero a marzo de 2010. Dos años después fueron levantados los datos relacionados a la ocurrencia de muertes y sus respectivas informaciones en el referido período, por medio de consulta en fichas médicas de los pacientes y de los servicios.

En la primera etapa de la recolección de datos, fueron utilizados los instrumentos: Miniexamen del Estado Mental (MEEM)⁽¹⁵⁾ para la evaluación cognitiva, uno instrumento de caracterización socioeconómica, demográfica, en cuanto a la ERC terminal y DP, adaptado y validado para el estudio, y el *Kidney Disease and Quality of Life-Short Form (KDQOL-SF™)*⁽¹⁶⁾ en la versión traducida, adaptada y disponible para la cultura brasileña, para evaluar la CVRS⁽¹⁷⁾. El KDQOL-SF™ es un instrumento que incluye, como medida genérica de evaluación de la salud general del individuo, el *Medical Outcomes Study (MOS) 36 Item Short-Form Health Survey (SF-36)*, compuesto por ocho dominios:

funcionamiento físico, función física, función emocional, función social, bienestar emocional, dolor, energía y fatiga y salud general. Y una escala multi-ítems con once dimensiones específicas para personas con ERC terminal en diálisis, que incluye: síntomas/problemas físicos, efectos de la enfermedad renal en su vida diaria, sobrecarga impuesta por la enfermedad renal, situación de trabajo, función cognitiva, calidad de las interacciones sociales, función sexual y sueño. Presenta puntaje final variando de 0 a 100, en el cual el cero corresponde a la peor CVRS y 100 a la mejor CVRS⁽¹⁷⁾.

Fueron consideradas como variables independientes: sexo, grupo etario, número de enfermedades concomitantes (*Diabetes mellitus*, Hipertensión Arterial Sistémica HAS), tipo de DP, resultados de exámenes de laboratorio (albumina y hemoglobina) y fue considerada como variable de resultado la muerte.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, de acuerdo con

Protocolo nº1451/2011. Después de ser convidados y haber aceptado participar de la investigación, los pacientes firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI), atendiendo a la Resolución 466/12, Directrices y Normas Regulatoras de Investigaciones en que participan Seres Humanos, del Consejo Nacional de Salud. Para el análisis de los datos, se utilizó el programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* SPSS, versión 17.0. Las etapas secuenciales de análisis fueron: descriptiva, bivariada y multivariada, siendo que, para la inclusión de las variables independientes (predictoras) en el proceso de análisis, fue considerado el criterio conceptual fundamentado en el referencial teórico en cuestión. Primeramente, fue realizado el análisis descriptivo y calculado el riesgo relativo no ajustado e intervalo de confianza para estimar el riesgo de muerte en el período de 2010 a la 2012, de acuerdo con los predictores investigados en 2010. Además, fueron obtenidas las curvas de supervivencia por el método de Kaplan-Meier, con la finalidad de observar el comportamiento de las proporciones no ajustadas de supervivencia de los pacientes en DP, según variables las de interés, sin embargo, fueron presentadas solamente aquellas con relevancia clínica y estadística. En el análisis multivariable, fue utilizado el modelo de riesgos proporcionales de Cox, habiendo sido verificados los requisitos de proporcionalidad de riesgos y valores atípicos como prerrequisitos para utilización de ese modelo de regresión. Fueron consideradas censuras los pacientes que no tuvieron el resultado de muerte, en el

período, y fueron incluidos en el análisis⁽¹⁸⁾. El nivel de significancia adoptado fue de 5%.

Resultados

Tuvieron como resultado de muerte 23 (30,3%) pacientes en el período de dos años. Las causas de las muertes fueron: cinco (21,7%) por sepsis, cuatro (17,4%) por infarto agudo del miocardio, cuatro (17,4%) por insuficiencia cardíaca congestiva, dos (8,7%) por edema agudo de pulmón, y uno (4,3%) por las causas de: hiperpotasemia, accidente vascular cerebral, cáncer de pulmón, insuficiencia respiratoria y falencia de múltiples órganos. Para tres pacientes, no fueron obtenidas informaciones sobre la causa de la muerte.

La tasa de supervivencia de los pacientes en DP fue de 69,7% en dos años de seguimiento, y el tiempo promedio de supervivencia en ese período fue de 23,4 meses.

Este estudio investigó la CVRS de los pacientes en diálisis de los 82 pacientes en DP, por medio del KDQOL-SF™, en 2010, en aquella ocasión la dimensión funcionamiento físico obtuvo uno de los puntajes promedios más bajos de todo el instrumento, por tanto, fue la dimensión seleccionada para componer los análisis relacionadas a la muerte y a la supervivencia de los pacientes de este estudio.

En la Tabla 1 se presenta el riesgo de muerte de los pacientes en diálisis peritoneal, de acuerdo con características sociodemográficas, clínicas, de laboratorio y de CVRS.

Tabla 1 – Riesgo de muerte, en el período de 2010–2012, de los pacientes en diálisis peritoneal, de acuerdo con características sociodemográficas, clínicas, de laboratorio y CVRS, en 2010. Ribeirao Preto, SP, Brasil, 2012

	Supervivientes		Muertes		Total		RR*	IC 95%	p
	n=53	%	n=23	%	n=76	%			
Sexo									
Masculino	21	39,6	11	47,8	32	42,1	1,260	(0,639-2,487)	0,506
Femenino	32	60,4	12	52,2	44	57,9			
Grupo etario									
60 o +	27	50,9	17	73,9	44	57,9	2,061	(0,915-4,640)	0,062
≤59	26	49,1	6	26,1	32	42,1			
Hipertensión									
Si	50	94,3	19	82,6	69	90,8	0,482	(0,228-1,017)	0,104
No	3	5,7	4	17,4	7	9,2			
Diabetes									
Si	16	30,2	13	43,5	29	38,2	2,107	(1,065-4,168)	0,030
No	37	69,8	10	56,5	47	61,8			
Tipo de diálisis									
DPAC†	25	47,2	16	69,6	41	53,9	1,951	(0,908-4,194)	0,72
DPA‡	28	52,8	7	30,4	35	46,1			
Albumina									
Alterada	27	50,9	12	52,2	39	51,3	1,035	(0,523-,050)	0,921
Normal	26	49,1	11	47,8	37	48,7			

(continúa...)

Tabla 1 - *continuación*

	Supervivientes		Muertes		Total		RR*	IC 95%	p
	n=53	%	n=23	%	n=76	%			
Hemoglobina									
Alterada	16	30,2	6	26,1	22	28,9	0,866	(0,394-1,904)	0,717
Normal	37	69,8	17	73,9	54	71,1			
Enfermedades concomitantes 4 o más	23	43,9	16	69,6	37	48,7	2,168	(1,008-4,664)	0,036
Hasta 3	30	56,6	7	30,4	39	51,3			
Dimensión de CVRS§ (funcionamiento físico)									
Hasta 50	20	37,7	16	69,6	36	47,4	2,540	(1,181-5,461)	0,011
51 o más	33	62,3	7	30,4	40	52,6			

*Riesgo Relativo

†Diálisis peritoneal de ambulatorio continua

‡Diálisis peritoneal automatizada

§Calidad de vida relacionada a la salud

Al considerar el análisis de las variables independientes que podrían tener asociación con el resultado de muerte de los pacientes en DP, fue constatado, por medio del cálculo del riesgo relativo, con significación estadística, que los pacientes con diabetes, con cuatro enfermedades concomitantes o más y aquellos con puntaje promedio de CVRS, en la dimensión funcionamiento físico, con valor hasta 50, tenían mayor riesgo de presentar el resultado de muerte.

En el análisis de supervivencia, según las curvas de Kaplan-Meier, en las cuales es posible visualizar la probabilidad de supervivencia en el curso del intervalo del estudio, de acuerdo con variables de interés en el análisis, las pruebas de los logaritmos de los puestos no indicaron diferencias con significación estadística para la proporción acumulada de supervivencia entre grupo etario, hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, albumina, hemoglobina y número de enfermedades concomitantes. Entre tanto, para las variables, tipo de DP y para la dimensión de CVRS funcionamiento físico del KDQOL-SF, las pruebas de los logaritmos de los puestos indicaron diferencias con significación estadística para la proporción acumulada de supervivencia, respectivamente entre los grupos de pacientes en DPAC y en DPA ($p=0,031$), así como entre los grupos de pacientes que atribuyeron puntaje hasta 50 y 51 y más en la dimensión funcionamiento físico ($p=0,011$). Como ya indicaba la tabla de contingencia (Tabla 1), los pacientes con 50 puntos o menos de puntaje promedio de CVRS, en la dimensión funcionamiento físico, sobrevivieron menos, así como aquellos en DPAC.

Con el análisis multivariado, utilizando el modelo de riesgos proporcionales de Cox, fue posible confirmar la dimensión de CVRS, funcionamiento físico como predictor de muerte. En el modelo de regresión

presentado en la Tabla 2, se observa que, para cada punto a más en la dimensión funcionamiento físico, el riesgo de muerte disminuye en 1,8% cuando ajustado para grupo etario, tiempo de tratamiento, tipo de DP y número de enfermedades concomitantes.

Tabla 2 – Riesgo de muerte por el modelo de riesgo proporcional de Cox, para variables de interés. Ribeirao Preto, SP, Brasil, 2012

	Hazard ratio*	IC 95%	p
Grupo etario	1,429	(0,501-4,074)	0,504
Tiempo de tratamiento	0,992	(0,971-1,013)	0,459
Tipo de diálisis peritoneal	2,470	(0,926-6,586)	0,071
Número de enfermedades concomitantes	0,816	(0,272-2,444)	0,716
Dimensión de CVRS* funcionamiento físico)	0,982	(0,968-0,996)	0,014

*Calidad de vida relacionada a la salud

Se destaca que los resultados del análisis de supervivencia confirmaron la hipótesis de que los pacientes con peores puntajes de CVRS, específicamente en la dimensión funcionamiento físico, tuvieron mayor riesgo para el resultado de muerte.

Discusión

La CVRS también ha sido investigada como predictora de resultados para los pacientes en Terapia Renal Sustitutiva (TRS)⁽¹⁰⁻¹⁴⁾. Particularmente, en este estudio, fue realizado el análisis sobre la CVRS y otras variables de interés, como predictoras del resultado de muerte para los pacientes en DP. Fue observado el resultado de muerte en 23 (30,3%) pacientes, en el período de dos años después de la evaluación inicial. Se sabe que los pacientes con ERC terminal en TRS tienen peor supervivencia cuando comparados a la población

general. La muerte también fue apuntada como principal causa de salida de la terapia dialítica en otro estudio realizado en Brasil con pacientes en DP⁽¹⁹⁾.

Con relación a la causa de la muerte, hubo mayor frecuencia de enfermedades cardiovasculares e infecciones, resultado que corrobora los de otros estudios que evaluaron pacientes en DP^(10,13). Fue posible constatar el riesgo de pronóstico desfavorable relacionado a las enfermedades cardiovasculares de esos pacientes, así como la necesidad de prevenir infecciones, en especial la peritonitis común en ese tipo de modalidad dialítica.

El tiempo promedio de supervivencia en DP, para los pacientes de este estudio, fue de 23,4 meses. En un estudio de análisis de supervivencia realizado en Brasil, considerando la modalidad inicial de tratamiento, se observó peor supervivencia para los pacientes que iniciaron la TRS en DP que, en seguimiento de tres años, presentaron tiempo promedio de supervivencia de 28 meses⁽²⁰⁾.

Han sido considerados factores de riesgo para la muerte, entre otros: iniciar diálisis en DP, ser del sexo femenino, tener diabetes como causa de la ERC, tener más de 55 años de edad al iniciar el tratamiento⁽²⁰⁾. Se destaca que las características ser mujer, anciano y diabético también eran comunes entre los pacientes, de este estudio, que fallecieron,

La tasa de supervivencia entre los pacientes en DP en este estudio, fue de 69,7% en dos años, situación que se asemeja a la encontrada en un estudio multicéntrico de seguimiento por dos años realizado en Brasil con pacientes en DP, en el cual se observó una tasa de supervivencia de 70%⁽²¹⁾. Resultados semejantes también fueron observados en los Estados Unidos y Canadá, en los cuales fueron encontradas tasas de supervivencia, en dos años, de 63,2 y 79,7%, respectivamente⁽²²⁾.

En este estudio, fue observado, como factores de riesgo para la muerte en el análisis exploratorio: tener diabetes, tener cuatro enfermedades concomitantes o más, y presentar puntaje promedio menor que 50 en la dimensión funcionamiento físico de CVRS. En las curvas de Kaplan-Meier los pacientes en DPAC y aquellos con puntajes promedios de CVRS hasta 50, en la dimensión funcionamiento físico, presentaron menor tiempo de supervivencia.

Es común que el paciente con ERC terminal acumule enfermedades concomitantes, además de la ERC, a lo largo de la vida. Además del impacto observado por las enfermedades concomitantes en la CVRS, han sido constatados, en la literatura, perjuicios también en el tiempo de vida de los pacientes que las acumulan. En el actual estudio, los pacientes con cuatro enfermedades

concomitantes o más presentaron riesgo mayor de tener el resultado de muerte, cuando comparados con aquellos que tenían hasta tres enfermedades concomitantes. El mayor riesgo calculado por el índice de enfermedades concomitantes de Klan fue apuntado como predictor de mortalidad en un estudio realizado en Brasil con pacientes en Hemodiálisis (HD), seguidos durante dos años⁽¹²⁾. Se destaca que pacientes con enfermedades cardiovasculares y diabetes presentaron peor supervivencia⁽²³⁻²⁴⁾.

La diabetes, en particular, se mostró como riesgo para la muerte, en este estudio. Los pacientes ancianos en DP, con enfermedades cardiovasculares y diabetes presentaron peor supervivencia, en estudio realizado en Brasil⁽²³⁾. En un estudio realizado con pacientes canadienses que buscó comparar la supervivencia entre pacientes en HD y DP, también constató peor supervivencia en la DP de los pacientes ancianos y con diabetes⁽²⁴⁾.

El tratamiento con DP tiene diferentes formas de ser conducido, sea por medio de cicladora o manualmente, sea con el cambio de las bolsas de dialisato de modo intermitente o continuo que mantiene la cavidad abdominal seca o no, durante el día. Para escoger el tipo de DP, en general, se llevan en consideración las condiciones clínicas y el estilo de vida del paciente⁽²⁵⁾. Los tipos de DP tienen ventajas y desventajas y, así siendo, pueden impactar de diferentes formas en la CVRS de los pacientes y en la supervivencia.

Los pacientes en DPAC presentaron peor supervivencia, cuando comparados a aquellos en DPA en el análisis de supervivencia, según la curva de Kaplan-Meier. Sin embargo, en el análisis multivariado, según el riesgo proporcional de Cox, los riesgos de muerte no difieren con significación estadística entre los pacientes en DPAC y DPA. En la literatura internacional no fueron encontradas diferencias significativas en la supervivencia de los pacientes que estaban en tratamiento por una u otra modalidad de DP⁽²⁶⁾.

Cabe considerar que los pacientes que tuvieron el resultado de muerte, en cuanto hacían DP, pueden no reflejar la falla de la técnica por sí sola, considerando que, debido a la selección negativa, muchos pacientes en esa modalidad eran también ancianos y tenían diversas enfermedades concomitantes⁽²⁶⁾.

En un estudio que comparó los dos instrumentos, el Sumario del Componente Físico (SCF), tanto del SF-36 como del SF-12, fueron apuntados como predictores para la muerte, en los pacientes en diálisis; cabe destacar que el funcionamiento físico es una de las dimensiones que integran el SCF⁽¹¹⁾. En el estudio actual, los pacientes con menos de 50 puntos de puntaje promedio en la dimensión de CVRS funcionamiento físico sobrevivieron

menos. Puntajes bajos en el SCF también fueron citados como predictores de peor supervivencia en pacientes en DP⁽¹³⁾.

En un estudio de seguimiento, durante años, con pacientes en HD, se encontró una fuerte asociación entre peores puntajes promedios en los tres principales sumarios de los componentes del KDQOL-SF™ y peor supervivencia⁽¹⁰⁾. También fue observada, en seguimiento realizado durante dos años, con pacientes brasileños en HD, empeoramiento en la dimensión funcionamiento físico como predictora de peor supervivencia⁽¹²⁾. En el estudio de seguimiento con pacientes en HD, acompañados durante cuatro años, fue observado empeoramiento en el sumario de los componentes físico y mental del SF-36 a lo largo del tiempo y asociación con aumento en el riesgo de muerte⁽¹⁴⁾.

Peores puntajes de CVRS son importante riesgo para el resultado de muerte, por tanto, la medición de la CVRS de los pacientes en TRS no puede ser descuidada, y debe ser implementada como rutina en las clínicas de diálisis y en el seguimiento de los pacientes⁽¹¹⁾.

En consonancia a la situación de la diálisis peritoneal en Brasil, este estudio identificó limitaciones que pueden haber influenciado los hallazgos presentados y discutidos, pero que no se pudieron controlar para la realización de esta investigación. Cabe citar el número restringido de participantes en el estudio y diferentes tiempos de tratamiento entre los pacientes. Por otro lado, se consideró relevante la realización de este estudio de diseño observacional y prospectivo para investigación y descripción de variables que todavía son escasas en el campo científico brasileño.

Se piensa que el enfermero tiene un papel preponderante en el abordaje de algunas estrategias que pueden mejorar la CVRS y, consecuentemente, el pronóstico de los pacientes en DP; citamos: la inversión en rehabilitación y la manutención funcional de los pacientes que, ciertamente, impactarán de forma positiva en sus vidas, mejorando los aspectos físicos y, consecuentemente, la supervivencia.

Conclusión

Este estudio posibilitó verificar que la peor CVRS, específicamente en la dimensión funcionamiento físico, puede ser considerada predictora de muerte. Así, se piensa que mayor una inversión del enfermero en la rehabilitación y manutención funcional de los pacientes puede auxiliar en la mejoría de los aspectos de la CVRS, especialmente en las dimensiones relacionadas a la salud física, impactando de modo positivo en la supervivencia de los pacientes en DP.

Referencias

1. United States Renal Data System (USRDS). Annual data report: An overview of the epidemiology of kidney disease in the United States [Internet]. Bethesda, MD: National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases; 2014. [Acesso 24 abr 2015]. Disponível em: http://www.usrds.org/2014/download/V2_Ch_05_Mortality_14.pdf
2. Juergensen E, Wuerth D, Finkelstein SH, Juergensen PH, Bekui A, Finkelstein FO. Hemodialysis and peritoneal dialysis: patients' assessment of their satisfaction with therapy and the impact of the therapy on their lives. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2006;1(6):1191-6.
3. Grincenkov FRS, Fernandes N, Chaoubah A, Fernandes NS, Bastos K, Lopes AA, et al. Longitudinal changes in health-related quality of life scores in brazilian incident peritoneal dialysis patients (BRAZPD): socio-economic status not a barrier. *Perit Dial Int*. 2013;33(6):687-96.
4. Riella MC, Locatelli AJ. History of peritoneal dialysis in Latin America. *Perit Dial Int*. 2007;27(3):322-7.
5. Oliveira MP, Kusumota L, Marques S, Ribeiro RCHM, Partezani RRA, Haas VJ. Trabalho e qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em diálise peritoneal. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(3):352-7.
6. Bakewell AB, Higgins RM, Edmunds ME. Quality of life in peritoneal dialysis patients: decline over time and association with clinical outcomes. *Kidney Int*. 2002;61(1):239-48.
7. Anderson KL, Burckhardt CS. Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research. *J Adv Nurs*. 1999;29(2):298-306.
8. Fayers PM, Machin D. Quality of life: the assessment, analysis, and interpretation of patients- report outcomes. 2nd. ed. Chichester: John Wiley; 2007.
9. Michels WM, Van Dijk S, Verduijn M, Le Cessie S, Boeschoten EW, Dekker FW, et al. Quality of life in automated and continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Perit Dial Int*. 2011;31(2):138-47.
10. Mapes DL, Lopes AA, Satayathum S, McCullough KP, Goodkin DA, Locatelli F, et al. Health-related quality of life as a predictor of mortality and hospitalization: The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Kidney Int*. 2003;64:339-49.
11. Osthus TBH, Preljevic VT, Sandvik L, Leivestad T, Nordhus IH, Dammen T, et al. Mortality and health-related quality of life in prevalent dialysis patients: Comparison between 12-items and 36-items short-form health survey. *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10:46.
12. Santos PR. Evaluation of objective and subjective indicators of death in a period of one year in a sample of

prevalent patients under regular hemodialysis. *BMC Res Notes*; 2012;5:24.

13. Shiao C, Kao T, Hung K, Chen Y, Wu M, Chu T, et al. Seven-year follow-up of peritoneal dialysis patients in Taiwan. *Perit Dial Int*. 2009;29(4):450-7.

14. Kuslikaite N. The association between health-related quality of life and mortality among hemodialysis patients. *Medicina*. 2010;46 (8):531-7.

15. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: Impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994;52(1):1-7.

16. Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Carter WB. Development of the Kidney Disease Quality of Life (KDQOL) instrument. *Qual Life Res*. 1994;3(5):329-38.

17. Duarte PS, Miyazaki MCOS, Ciconelli RM, Sesso R. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SFTM). *Rev Assoc Med Bras*. 2003;49(4):375-81.

18. Kleinbaum DG, Klein M. *Survival Analysis: A self-learning text*. 3ed. New York: Springer; 2012.

19. Jacoboskwi JAD, Borella R, Lautert L. Pacientes com insuficiência renal crônica: causas de saída do programa de diálise peritoneal. *Rev Gaúcha Enferm*. 2005;26(3):381-91.

20. Szuster DAC. Sobrevida de pacientes em diálise no SUS no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(3):415-24.

21. Bastos KA, Qureshi AR, Lopes AA, Fernandes N, Barbosa LMM, Pecoits-Filho R, et al. Family Income and Survival in Brazilian Peritoneal Dialysis Multicenter Study Patients (BRAZPD): Time to Revisit a Myth? *Clin J Am Soc Nephrol*. 2011;6(7):1676-83.

22. Churchill DN, Thorpe KE, Vonesh EF, Keshaviah PR. Lower probability of patient survival with continuous peritoneal dialysis in the United States compared with Canada. Canada-USA (CANUSA) Peritoneal Dialysis Study Group. *J Am Soc Nephrol*. 1997;8:965-71.

23. Fernandes NMS, Chaoubah A, Bastos K, Lopes AA, Divino-Filho JC, Pecoits-Filho R, et al. Geografia da diálise peritoneal no Brasil: análise de uma coorte de 5.819 pacientes (BRAZPD). *J Bras Nefrol*. 2010;32(3):268-74.

24. Yeates K, Zhu N, Vonesh E, Trpeski L, Blake P, Fenton S. Hemodialysis and peritoneal dialysis are

associated with similar outcomes for end-stage renal disease treatment in Canada. *Nephrol Dial Transplant*. 2012;27:3568-75.

25. Figueiredo AEP. *Enfermagem e diálise peritoneal*. In: Barros E, Manfro RC, Thomé FS, Gonçalves LP. *Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento*. 2ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 546-56.

26. Balasubramanian G, Mckitty K, Fan SL. Comparing automated peritoneal dialysis with continuous ambulatory peritoneal dialysis: survival and quality of life differences? *Nephrol Dial Transplant*. 2011;26(5):1702-8.

Fe de Erratas

En el artículo "Calidad de vida relacionada a la salud como predictora de muerte de pacientes en diálisis peritoneal" con número de DOI: 10.1590/1518-8345.0786.2687, publicado en la *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016;24:e2794, en la página 1:

Donde se leía:

"Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2687"

Leer:

"Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2794"

Recibido: 13.2.2014

Aceptado: 17.5.2015

Correspondencia:

Luciana Kusumota

Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Av. dos Bandeirantes, 3900

Bairro Monte Alegre

CEP 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil

E-mail: kusumota@eerp.usp.br

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.