

Qualidade de vida relacionada à saúde como preditor de óbito de pacientes em diálise 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 os óbitos ocorridos e verificar a associação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas, laboratoriais, qualidade de vida relacionada à saúde e o desfecho óbito de pacientes em diálise peritoneal, em um período de dois anos após uma primeira avaliação. **Método:** pesquisa populacional, observacional e prospectiva com 82 pacientes em diálise peritoneal. Foram utilizados, para a primeira etapa de coleta de dados, os instrumentos: Miniexame do Estado Mental, questionário de caracterização sociodemográfica, econômica, clínica e laboratorial e o Kidney Disease and Quality of Life-Short Form. Dois anos depois foram coletados os dados de caracterização e ocorrência de óbito no período. Na análise estatística, foi calculado o risco relativo do desfecho óbito, estimado o risco de óbito pelas curvas de sobrevivência de Kaplan-Meier e determinados os preditores de óbito, utilizando o modelo de riscos proporcionais de Cox. **Resultados:** dos 82 participantes iniciais, 23 tiveram como desfecho o óbito no período de dois anos. O risco aumentado para o desfecho óbito foi associado com ter menor escore médio de qualidade de vida relacionada à saúde na dimensão funcionamento físico. **Conclusão:** a pior qualidade de vida relacionada à saúde, na dimensão funcionamento físico, pôde ser considerada preditora de óbito.

Descritores: Qualidade de Vida; Diálise Peritoneal; Morte; Enfermagem.

¹ Artigo extraído da tese de doutorado "Diálise peritoneal e qualidade de vida relacionada à saúde: um estudo longitudinal", apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, processo nº 142731/2011-0.

² Doutoranda, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Enfermeira, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

³ Professor Doutor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁴ Professor Doutor, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

⁵ Professor Doutor, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

⁶ Professor Doutor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁷ Doutoranda, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Professor Assistente, Universidade Paulista, São José do Rio Preto, SP, Brasil

Como citar este artigo

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

_____]; Available in: _____ URL _____ DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0786.2687>.

mês dia ano

URL

Introdução

A mortalidade entre os pacientes em diálise tem diminuído com o passar do tempo em função, principalmente, dos avanços no tratamento, entretanto, quando comparada à população geral a mortalidade ainda é bastante alta nos pacientes em diálise. A mortalidade dos pacientes em Diálise Peritoneal (DP), nos Estados Unidos, diminuiu 15% entre 1993 e 2002 e 35% entre 2003 e 2012⁽¹⁾.

Atualmente, além do interesse no aumento do tempo de sobrevivência, há também preocupação com o modo como esses pacientes têm vivido os anos agregados aos avanços no tratamento.

Sabe-se que a DP possibilita maior flexibilidade no tratamento dos pacientes com Doença Renal Crônica (DRC) terminal, uma vez que pode ser realizada em domicílio pelo próprio paciente e/ou cuidador. Alguns estudos têm indicado que essa modalidade dialítica, em geral, garante maior satisfação com o tratamento e menor impacto na vida dos pacientes, quando comparada à hemodiálise⁽²⁾.

A DP teve início no Brasil há mais de 30 anos, porém, as publicações sobre a epidemiologia e experiência clínica nesse tipo de tratamento, bem como o número de pacientes que optam por ela, ainda são poucas⁽³⁻⁴⁾.

Têm sido descritos na literatura os prejuízos observados na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) dos pacientes em DP, advindos da DRC e tratamento⁽⁵⁻⁶⁾.

O constructo da Qualidade de Vida (QV) tem recebido muita atenção nas últimas décadas e, apesar de não haver definição consensual, na área da saúde, os pesquisadores têm interesse nos aspectos da QV que são afetados pelas doenças e tratamentos, sendo assim, a avaliação da QV nessa área está baseada na autopercepção da pessoa em relação ao impacto de uma série de aspectos importantes e capazes de influenciar sua saúde. Exemplos desses aspectos clínicos e não clínicos são: a avaliação da saúde geral, a saúde física, o estado mental/emocional, a função social, a função sexual, os aspectos ligados à doença, além de consequências indiretas como o desemprego e as dificuldades financeiras que confluem em um constructo designado QVRS⁽⁷⁻⁸⁾.

A QVRS tem sido apontada como importante preditora de desfechos na evolução do tratamento, bem como um fator relevante na escolha do tratamento pelo paciente⁽⁹⁾. Os baixos escores de QVRS, percebidos pelos pacientes em diálise, têm sido assinalados como preditores de morbidade, hospitalização e mortalidade⁽¹⁰⁻¹³⁾.

A associação entre a QVRS e o desfecho óbito nos pacientes em diálise tem sido investigada em outros países, que encontraram como principais resultados os piores escores de QVRS como preditores de óbito^(10,14). No Brasil, recentemente, essa associação foi investigada em pacientes em hemodiálise e verificou-se que a pior QVRS, especificamente no domínio funcionamento físico, pôde ser considerada preditora de óbito⁽¹²⁾.

Nesse contexto, torna-se necessário otimizar, além da sobrevivência, a QVRS dos pacientes em diálise⁽³⁾.

Acredita-se que a análise das possíveis associações entre a QVRS, aspectos sociodemográficos, clínicos, laboratoriais e o desfecho óbito pode ser útil para determinar aspectos-alvo para o planejamento da assistência aos pacientes, bem como fornecer subsídios para a maior divulgação dessa modalidade entre os pacientes iniciantes em diálise. Para tanto, este estudo teve como objetivos caracterizar os óbitos ocorridos e verificar a associação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas, laboratoriais, QVRS e o desfecho óbito de pacientes em diálise peritoneal, em um período de dois anos, após uma primeira avaliação.

Método

Trata-se de pesquisa populacional, observacional e prospectiva, realizada entre os anos 2010 e 2012. Foi realizada nos dois serviços de diálise peritoneal no município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo.

Na primeira etapa da coleta de dados, ocorrida em 2010, foram realizadas a caracterização e a medida da QVRS dos 82 pacientes incluídos na pesquisa. Os critérios de inclusão considerados foram: ter 18 anos ou mais de idade, estar em tratamento por Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC) ou Diálise Peritoneal Automática (DPA) por três meses ou mais, apresentar estado cognitivo preservado, segundo resultados do Miniexame do Estado Mental (MEEM)⁽¹⁵⁾, não se encontrar hospitalizado por complicações agudas ou em tratamento para peritonite.

Após dois anos, foram coletados dados sobre a ocorrência do desfecho óbito no período e a causa. Ocorreram perdas de seguimento de seis pacientes devido: à recuperação da função renal (dois) e transferência de município (quatro). Portanto, dos 82 pacientes que foram entrevistados em 2010, 53 permaneceram vivos e 23 apresentaram como desfecho o óbito, tendo sido o alvo das análises do atual estudo.

A Figura 1 representa o fluxograma das etapas da pesquisa, seleção e manutenção dos pacientes no período do estudo.

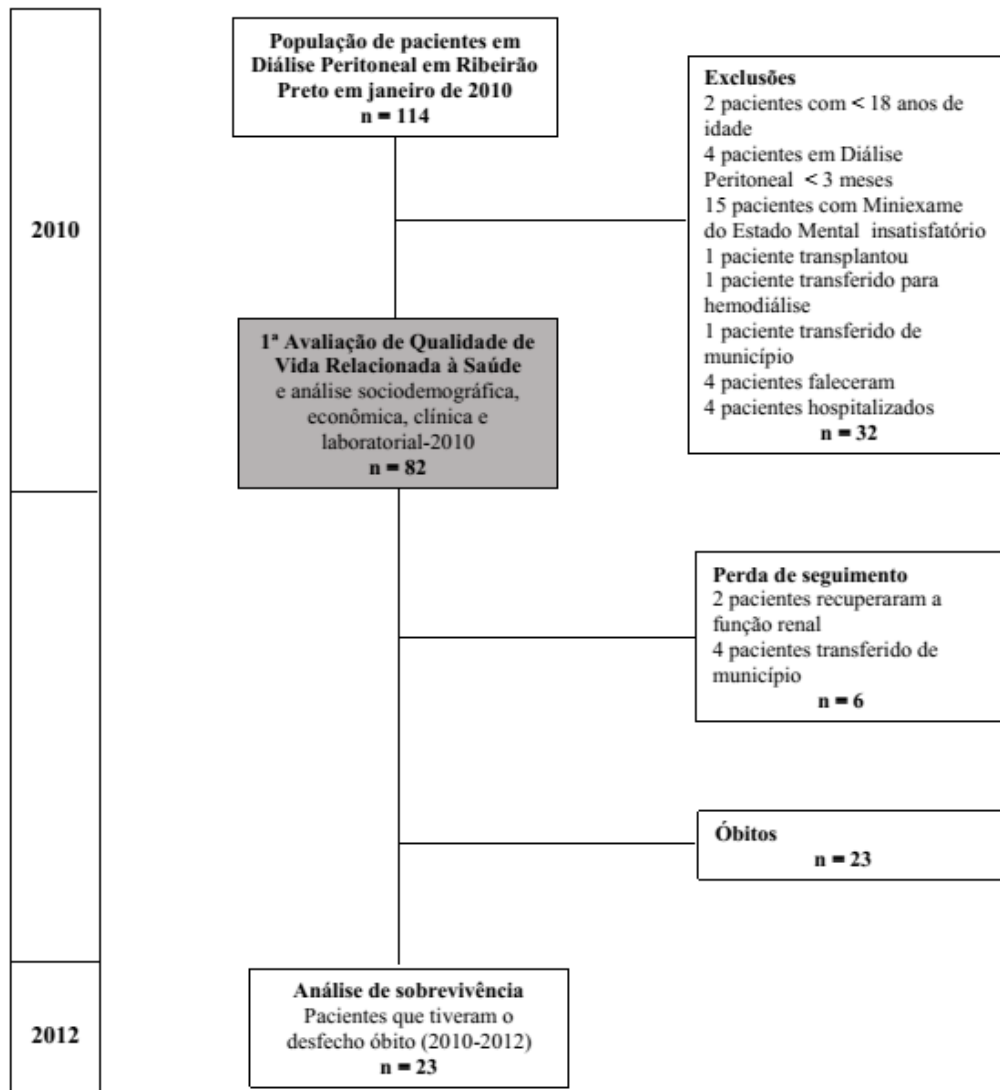


Figura 1 - Fluxograma das etapas da pesquisa, seleção e manutenção dos pacientes no período do estudo

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora, por meio de entrevista no dia da consulta mensal de janeiro a março de 2010. Dois anos depois foram levantados os dados relacionados à ocorrência óbitos e suas respectivas informações no referido período, por meio de consulta em prontuários dos pacientes e dos serviços.

Na primeira etapa da coleta de dados, foram utilizados os instrumentos: Miniexame do Estado Mental (MEEM)⁽¹⁵⁾ para a avaliação cognitiva, um instrumento de caracterização socioeconômica, demográfica, quanto à DRC terminal e DP adaptado e validado para o estudo, além do *Kidney Disease and Quality of Life-Short Form (KDQOL-SF™)*⁽¹⁶⁾ na versão traduzida, adaptada e disponibilizada para a cultura brasileira, para avaliar a QVRS⁽¹⁷⁾. O KDQOL-SF™ é um instrumento que inclui, como medida genérica de avaliação da saúde geral do indivíduo, o *Medical Outcomes Study (MOS) 36 Item*

Short-Form Health Survey (SF-36), composto por oito domínios: funcionamento físico, função física, função emocional, função social, bem-estar emocional, dor, energia e fadiga e saúde geral. E uma escala multi-itens com onze dimensões específicas para pessoas com DRC terminal em diálise, que inclui: sintomas/problemas físicos, efeitos da doença renal em sua vida diária, sobrecarga imposta pela doença renal, situação de trabalho, função cognitiva, qualidade das interações sociais, função sexual e sono. Apresenta score final variando de 0 a 100, no qual zero corresponde à pior QVRS e 100 à melhor QVRS⁽¹⁷⁾.

Foram consideradas variáveis independentes: sexo, grupo etário, número de comorbidades, *Diabetes mellitus*, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), tipo de DP, resultados de exames laboratoriais (albumina e hemoglobina) e foi considerada como variável desfecho o óbito.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, de acordo com Protocolo nº1451/2011. Após serem convidados e concordarem em participar da pesquisa, os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), atendendo a Resolução 466/12, Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde.

Para a análise dos dados, utilizou-se o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences-SPSS*, versão 17.0. As etapas sequenciais de análise foram: descritiva, bi e multivariada, sendo que, para a inclusão das variáveis independentes (preditores) no processo de análise, foi considerado o critério conceitual fundamentado no referencial teórico em questão. Primeiramente, foi realizada a análise descritiva e calculado o risco relativo não ajustado e intervalo de confiança para estimar o risco de óbito no período de 2010 a 2012, de acordo com os preditores investigados em 2010. Foram, ainda, obtidas as curvas de sobrevivência pelo método de Kaplan-Meier, a fim de observar o comportamento das proporções não ajustadas de sobrevivência dos pacientes em DP, segundo variáveis de interesse, contudo, foram apresentadas somente aquelas com relevância clínica e estatística. Na análise multivariável, foi utilizado o modelo de riscos proporcionais de Cox, tendo sido verificados os requisitos de proporcionalidade de riscos e valores atípicos como pré-requisitos para utilização

desse modelo de regressão. Foram consideradas censuras os pacientes que não tiveram o desfecho óbito, no período, e foram incluídos na análise⁽¹⁸⁾. O nível de significância adotado foi de 5%.

Resultados

Tiveram como desfecho óbito 23 (30,3%) pacientes no período de dois anos. As causas dos óbitos foram: cinco (21,7%) por sepse, quatro (17,4%) por infarto agudo do miocárdio, quatro (17,4%) por insuficiência cardíaca congestiva, dois (8,7%) por edema agudo de pulmão, e um (4,3%) para as causas hiperpotassemia, acidente vascular cerebral, câncer de pulmão, insuficiência respiratória, falência de múltiplos órgãos. Para três pacientes, não foram obtidas informações sobre a causa do óbito.

A taxa de sobrevida dos pacientes em DP foi de 69,7% em dois anos de seguimento, e o tempo médio de sobrevida nesse período foi de 23,4 meses.

Este estudo investigou a QVRS dos pacientes em diálise dos 82 pacientes em DP, por meio do KDQOL-SF™, em 2010, naquela ocasião a dimensão funcionamento físico obteve um dos escores médios mais baixos de todo o instrumento, portanto, foi a dimensão selecionada para compor as análises relacionadas ao óbito e à sobrevida dos pacientes deste estudo.

Na Tabela 1 está apresentado o risco de óbito dos pacientes em diálise peritoneal, de acordo com características sociodemográficas, clínicas, laboratoriais e de QVRS.

Tabela 1 – Risco de óbito no período de 2010–2012, dos pacientes em diálise peritoneal, de acordo com características sociodemográficas, clínicas, laboratoriais e QVRS, em 2010. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2012

	Sobreviventes		Óbitos		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
Feminino	32	60,4	12	52,2	44	57,9			
Grupo etário									
60 ou +	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			
Hipertensão									
Sim	50	94,3	19	82,6	69	90,8	0,482	(0,228-1,017)	0,104
Não	3	5,7	4	17,4	7	9,2			
Diabetes									
Sim	16	30,2	13	43,5	29	38,2	2,107	(1,065-4,168)	0,030
Não	37	69,8	10	56,5	47	61,8			
Tipo de diálise									
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			

(continua...)

Tabela 1 - *continuação*

	Sobreviventes		Óbitos		Total		RR*	IC 95%	p
	n=53	%	n=23	%	n=76	%			
Albumina									
Alterada	27	50,9	12	52,2	39	51,3	1,035	(0,523-1,050)	0,921
Normal	26	49,1	11	47,8	37	48,7			
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			
Comorbidades									
4 ou mais	23	43,9	16	69,6	37	48,7	2,168	(1,008-4,664)	0,036
Até 3	30	56,6	7	30,4	39	51,3			
Dimensão de QVRS§ (funcionamento físico)									
Até 50	20	37,7	16	69,6	36	47,4	2,540	(1,181-5,461)	0,011
51 ou mais	33	62,3	7	30,4	40	52,6			

*Risco Relativo

†Diálise peritoneal ambulatorial contínua

‡Diálise peritoneal automatizada

§Qualidade de vida relacionada à saúde

Ao considerar a análise das variáveis independentes que poderiam ter associação com o desfecho óbito dos pacientes em DP, foi constatado, por meio do cálculo do risco relativo, com significância estatística, que os pacientes com diabetes, com quatro comorbidades ou mais e aqueles com escore médio de QVRS, na dimensão funcionamento físico, com valor até 50, tinham maior risco de apresentar o desfecho óbito.

Na análise de sobrevivência, segundo as curvas de Kaplan-Meier, nas quais é possível visualizar a probabilidade de sobrevivência no curso do intervalo do estudo, de acordo com variáveis de interesse na análise, os testes dos logaritmos dos postos não indicaram diferenças com significância estatística para a proporção acumulada de sobrevida entre grupo etário, hipertensão arterial sistêmica, *diabetes mellitus*, albumina, hemoglobina e número de comorbidades. Entretanto, para as variáveis, tipo de DP e para a dimensão de QVRS funcionamento físico do KDQOL-SF, os testes dos logaritmos dos postos indicaram diferenças com significância estatística para a proporção acumulada de sobrevida, respectivamente entre os grupos de pacientes em DPAC e em DPA ($p=0,031$), bem como entre os grupos de pacientes que atribuíram escore até 50 e 51 e mais na dimensão funcionamento físico ($p=0,011$). Como já indicava a tabela de contingência (Tabela 1), os pacientes com 50 pontos ou menos de escore médio de QVRS, na dimensão funcionamento físico, sobreviveram menos, bem como aqueles em DPAC.

Com a análise multivariada, utilizando o modelo de riscos proporcionais de Cox, foi possível confirmar a dimensão de QVRS, funcionamento físico como

preditora de óbito. No modelo de regressão apresentado na Tabela 2, observa-se que, para cada ponto a mais na dimensão funcionamento físico, o risco de óbito diminui em 1,8% quando ajustado para grupo etário, tempo de tratamento, tipo de DP e número de comorbidades.

Tabela 2 – Risco de óbito pelo modelo de risco proporcional de Cox, para variáveis de interesse. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2012

	Hazard ratio*	IC 95%	p
Grupo etário	1,429	(0,501-4,074)	0,504
Tempo de tratamento	0,992	(0,971-1,013)	0,459
Tipo de diálise peritoneal	2,470	(0,926-6,586)	0,071
Número de comorbidades	0,816	(0,272-2,444)	0,716
Dimensão de QVRS* (funcionamento físico)	0,982	(0,968-0,996)	0,014

*Qualidade de vida relacionada à saúde

Ressalta-se que os resultados da análise de sobrevivência confirmaram a hipótese de que os pacientes com piores escores de QVRS, especificamente na dimensão funcionamento físico, tiveram maior risco para o desfecho óbito.

Discussão

A QVRS também tem sido investigada como preditora de desfechos para os pacientes em Terapia Renal Substitutiva (TRS)⁽¹⁰⁻¹⁴⁾. Particularmente neste estudo, foi realizada a análise sobre a QVRS e outras variáveis de interesse, como preditoras do desfecho óbito para os pacientes em DP. Foi observado o desfecho óbito

em 23 (30,3%) pacientes, no período de dois anos após a avaliação inicial. Sabe-se que os pacientes com DRC terminal em TRS têm pior sobrevida quando comparados à população geral. O óbito também foi apontado como principal causa de saída da terapia dialítica em outro estudo realizado no Brasil com pacientes em DP⁽¹⁹⁾.

Com relação à causa de óbito, houve maior frequência de doenças cardiovasculares e infecção, resultado que corrobora os achados em outros estudos que avaliaram pacientes em DP^(10,13). Foi possível constatar o risco de prognóstico desfavorável relacionado às doenças cardiovasculares desses pacientes, bem como a necessidade de prevenir infecções, em especial a peritonite comum nesse tipo de modalidade dialítica.

O tempo médio de sobrevida em DP, para os pacientes deste estudo, foi de 23,4 meses. Em estudo de análise de sobrevida realizado no Brasil, considerando a modalidade inicial de tratamento, observou-se pior sobrevida para os pacientes que iniciaram a TRS em DP que, em seguimento de três anos, apresentaram tempo médio de sobrevida de 28 meses⁽²⁰⁾.

Têm sido considerados fatores de risco para o óbito, dentre outros: iniciar diálise em DP, ser do sexo feminino, ter diabetes como causa da DRC, ter mais de 55 anos de idade ao iniciar o tratamento⁽²⁰⁾. Destaca-se que as características ser mulher, idoso e diabético também eram comuns entre os pacientes, deste estudo, que morreram.

A taxa de sobrevivência entre os pacientes em DP. no atual estudo, foi de 69,7% em dois anos, situação que se assemelha à encontrada em estudo multicêntrico de seguimento por dois anos realizado no Brasil com pacientes em DP, no qual se observou taxa de sobrevivência de 70%⁽²¹⁾. Resultados semelhantes também foram observados nos Estados Unidos e no Canadá, nos quais foram encontradas taxas de sobrevida em dois anos de 63,2 e 79,7%, respectivamente⁽²²⁾.

No atual estudo, foi observado, como fatores de risco para óbito na análise exploratória: ter diabetes, ter quatro comorbidades ou mais, e apresentar escore médio menor que 50 na dimensão funcionamento físico de QVRS. Nas curvas de Kaplan-Meier os pacientes em DPAC e aqueles com escores médios de QVRS até 50, na dimensão funcionamento físico, apresentaram menor tempo de sobrevida.

É comum o paciente com DRC terminal acumular comorbidades, além da DRC, ao longo da vida. Além do impacto observado pelas comorbidades na QVRS, têm sido constatados, na literatura, prejuízos também no tempo de vida dos pacientes que as acumulam. No atual estudo, os pacientes com quatro comorbidades ou mais apresentaram risco maior de ter o desfecho óbito, quando comparados com aqueles com até três comorbidades. O

maior risco calculado pelo índice de comorbidade de Klan foi apontado como preditor de mortalidade em estudo realizado no Brasil com pacientes em Hemodiálise (HD), seguidos por dois anos⁽¹²⁾. Destaca-se que pacientes com doenças cardiovasculares e diabetes apresentaram pior sobrevida⁽²³⁻²⁴⁾.

A diabetes, em particular, mostrou-se como risco de óbito no atual estudo. Pacientes idosos em DP com doenças cardiovasculares e diabetes apresentaram pior sobrevida, em estudo realizado no Brasil⁽²³⁾. Em estudo realizado com pacientes canadenses que buscou comparar a sobrevida entre pacientes em HD e DP, também constatou-se pior sobrevida na DP dos pacientes idosos e com diabetes⁽²⁴⁾.

O tratamento por DP tem diferentes formas de ser conduzido, seja por meio de cicladora ou manual, seja com a troca das bolsas de dialisato de modo intermitente ou contínuo que mantém a cavidade abdominal seca ou não durante o dia. Para a escolha do tipo de DP, em geral, levam-se em consideração as condições clínicas e o estilo de vida do paciente⁽²⁵⁾. Os tipos de DP têm vantagens e desvantagens e, assim sendo, podem impactar de diferentes formas na QVRS dos pacientes e na sobrevida.

Os pacientes em DPAC apresentaram pior sobrevida, quando comparados àqueles em DPA na análise de sobrevivência, segundo a curva de Kaplan-Meier. No entanto, na análise multivariada, segundo o risco proporcional de Cox, os riscos de óbito não diferem com significância estatística entre os pacientes em DPAC e DPA. Na literatura internacional não foram encontradas diferenças significativas na sobrevida dos pacientes que estavam em tratamento por uma ou outra modalidade de DP⁽²⁶⁾.

Cabe considerar que pacientes que tiveram o desfecho óbito, enquanto faziam DP, podem não refletir a falência da técnica por si só, haja vista que, devido à seleção negativa, muitos pacientes nessa modalidade eram também idosos e tinham diversas comorbidades⁽²⁶⁾.

Em estudo que comparou os dois instrumentos, o Sumário do Componente Físico (SCF), tanto do SF-36 quanto o do SF-12, foram apontados como preditores para óbito nos pacientes em diálise; cabe destacar que o funcionamento físico é uma das dimensões que integram o SCF⁽¹¹⁾. No estudo atual, os pacientes com menos que 50 pontos de escore médio na dimensão de QVRS funcionamento físico sobreviveram menos. Baixos escores no SCF também foram citados como preditores de pior sobrevida em pacientes em DP⁽¹³⁾.

Em estudo de seguimento por anos com pacientes em HD, encontrou-se forte associação entre piores escores médios nos três principais sumários dos componentes do KDQOL-SFTM e pior sobrevida⁽¹⁰⁾.

Também foi observada, em seguimento realizado por dois anos com pacientes brasileiros em HD, piora na dimensão funcionamento físico como preditora de pior sobrevida⁽¹²⁾. No estudo de seguimento com pacientes em HD, acompanhados por quatro anos, foi observada piora no sumário dos componentes físico e mental do SF-36 ao longo do tempo e associação com aumento no risco de morte⁽¹⁴⁾.

Piores escores de QVRS são importante risco para o desfecho óbito, portanto, a mensuração da QVRS dos pacientes em TRS não pode ser negligenciada, e deve ser implementada como rotina nas clínicas de diálise e no seguimento dos pacientes⁽¹¹⁾.

Em consonância à situação da diálise peritoneal no Brasil, este estudo identificou limitações que podem ter influenciado os achados apresentados e discutidos, mas que não foram passíveis de controle para a realização da pesquisa. Cabe citar o número restrito de participantes no estudo e diferentes tempos de tratamento entre os pacientes. Por outro lado, considerou-se relevante a realização deste estudo de delineamento observacional e prospectivo para investigação e descrição de variáveis que ainda são escassas no campo científico brasileiro.

Acredita-se que o enfermeiro tem papel preponderante na abordagem de algumas estratégias que podem melhorar a QVRS e, conseqüentemente, o prognóstico dos pacientes em DP, a citar: o investimento na reabilitação e manutenção funcional dos pacientes que, certamente, impactarão de forma positiva em suas vidas, melhorando os aspectos físicos e, em decorrência, a sobrevida.

Conclusão

Este estudo possibilitou verificar que a pior QVRS, especificamente na dimensão funcionamento físico, pôde ser considerada preditora de óbito. Assim, acredita-se que maior investimento do enfermeiro na reabilitação e manutenção funcional dos pacientes pode auxiliar na melhora dos aspectos da QVRS, especialmente nas dimensões relacionadas à saúde física, impactando de modo positivo a sobrevida dos pacientes em 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.

Errata

No artigo "Qualidade de vida relacionada à saúde como preditor de óbito de pacientes em diálise peritoneal", com número de DOI: 10.1590/1518-8345.0786.2687, publicado no periódico *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2016;24:e2687, na página 1:

Onde se lia:

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

Leia-se:

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

Recebido: 13.2.2014

Aceito: 17.5.2015

Correspondência:

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 é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.