





Diálise peritoneal: por que não?

Peritoneal dialysis: why not?

Autores

Maria Cláudia Cruz Andreoli¹
 Cláudia Totoli¹
 Daniel Ribeiro da Rocha¹
 Layon Silveira Campagnaro¹

¹Universidade Federal de São Paulo, Fundação Oswaldo Ramos, Hospital do Rim, São Paulo, Brasil.

A Diálise Peritoneal (DP) como opção de Terapia Renal Substitutiva (TRS) para a Doença Renal Crônica (DRC) em estágio terminal tem como vantagens, em relação à Hemodiálise (HD), o fato de ser uma modalidade domiciliar e portátil e, provavelmente pelo seu caráter contínuo, preservar por mais tempo a função renal residual (FRR)¹. A despeito desses aspectos, sua penetração ainda é baixa em nosso meio. De acordo com o Censo Brasileiro de Diálise de 2021, apenas 5,8% da população em diálise crônica está em DP². Essa baixa prevalência poderia ser justificada por desfechos desfavoráveis dessa modalidade? Não é o que parece sinalizar a literatura.

O estudo de Vicentini e Ponce³, publicado nesta edição, comparou os desfechos numa coorte de pacientes incidentes em DP e HD de modo planejado e de início urgente num período de 5 anos. Os autores não encontraram diferença na sobrevida entre as modalidades, demonstrando a não inferioridade da DP em relação à HD em um centro brasileiro. Esse achado é corroborado por outras publicações. Numa análise comparando pacientes incidentes em diálise no Canadá elegíveis tanto para HD quanto para DP, Wong et al. (2018) não observaram diferença na mortalidade entre os métodos⁴. Em revisão sistemática usando escores de propensão, comumente usados em indivíduos de diferentes grupos de tratamento para alcançar o equilíbrio na distribuição de fatores de confusão, permitindo a estimativa direta dos efeitos causais do tratamento, Elsayed et al. (2020) mostraram que a DP e a HD trazem

benefícios de sobrevida equivalentes, e que as diferenças relatadas nos desfechos entre os tratamentos refletem, em grande parte, uma combinação de fatores que não estão relacionados à eficácia clínica⁵. Infelizmente, nenhum estudo latino-americano foi incluído nessa meta-análise, o que demonstra a relevância de se realizarem estudos semelhantes ao aqui publicado.

Há muito se compara o risco de óbito entre os pacientes em HD e DP^{6,7}, porém as conclusões são em geral limitadas pela dificuldade (que provavelmente nunca será sanada) de se realizar um estudo prospectivo randomizado controlado, sem viés de seleção da modalidade. Pacientes sem acesso a cuidados nefrológicos e a educação sobre as modalidades dialíticas em estágios mais precoces da DRC terão maior chance de iniciar a terapia em HD de urgência por cateter venoso central, o que piora o seu prognóstico e representa um viés de seleção⁸⁻¹⁰. Em seu estudo, Vicentini e Ponce comentam que o centro em que se desenvolveu o estudo “apresenta a excepcionalidade de ter uma maior quantidade de pacientes em DP do que em HD, pois a DP é a terapia dialítica de início preferencial”. Desta forma, embora os autores não tenham discriminado quais pacientes tiveram o início em diálise planejado ou não, o viés de admissão em HD de urgência dos pacientes mais graves observado em outros estudos pode ter sido, em parte, corrigido.

No que diz respeito aos dados da DP no Brasil, o estudo de coorte prospectivo multicêntrico Brazilian Peritoneal Dialysis Multicenter Study (BRAZPD)

Data de submissão: 12/01/2023.
 Data de aprovação: 20/01/2023.
 Data de publicação: 03/04/2023.

Correspondência para:

Maria Cláudia Cruz Andreoli.
 E-mail: c.andreoli@uol.com.br

DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2023-E001pt>



trouxe importantes informações sobre os padrões de prática e desfechos em nosso meio, mostrando taxas de peritonite, sobrevida da técnica e sobrevida dos pacientes semelhantes às de coortes de países desenvolvidos¹¹. Quanto aos custos, uma análise do cenário brasileiro foi conduzida por de Abreu et al.¹², que, ao compararem o custo total da terapia dialítica, o que incluiu custos médicos diretos, custos não médicos diretos e custos indiretos, mostraram que o custo total da DP foi inferior ao da HD¹².

Um aspecto que deve ser destacado em relação à DP é o seu benefício como terapia dialítica inicial, pela melhor correlação com a preservação da FRR quando comparada à HD¹. Estudos demonstraram que a FRR é um importante preditor de sobrevida global nos pacientes em diálise¹³. Inclusive, alguns autores mostraram menor mortalidade nos primeiros anos após início de TRS nos pacientes em DP quando comparada à HD^{14,15}. No estudo de Vicentini e Ponce não foi avaliada a FRR ao longo do seguimento.

Essa melhor preservação da FRR na DP tem sido cada vez mais valorizada na prática clínica. De fato, nos últimos anos, tem se observado o uso crescente da DP incremental nos pacientes incidentes em diálise¹⁶. Trata-se de uma estratégia que adota uma prescrição de terapia com dose abaixo da padronizada, levando-se em consideração o papel da FRR no clareamento dos solutos e no controle volêmico. Essa estratégia reduz a carga de tratamento do paciente, melhora sua qualidade de vida e reduz o impacto econômico e ambiental da diálise. Estudos têm demonstrado sobrevida e taxas de internação semelhantes quando comparada à prescrição padrão de diálise, além de que existem potenciais benefícios quanto à preservação da diurese residual, sobrevida da terapia (preservação da membrana peritoneal) e a menores taxas de infecção¹⁷. É, portanto, uma forma de diálise que permite uma adaptação gradual do paciente à TRS, já que a dose de diálise inicial é menor, e vai sendo incrementada ao longo do tempo, à medida que a FRR decresce.

A trajetória dos pacientes com DRC dependentes de diálise deve, idealmente, ser guiada por um “plano de vida”, ou seja, ser elaborada levando-se em conta, além das condições clínicas, as necessidades, expectativas e conveniências do paciente em cada etapa da sua vida. Nessa perspectiva, pela sua performance e pelas especificidades, não há por que a DP não fazer parte das opções terapêuticas a serem consideradas.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflito de interesse relacionado à publicação deste manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Moist LM, Port FK, Orzol SM, Young EW, Ostbye T, Wolfe RA, et al. Predictors of loss of residual renal function among new dialysis patients. *J Am Soc Nephrol*. 2000 Mar;11(3):556-64.
2. Nerbass FB, Lima HDN, Thome FS, Vieira Neto OM, Sesso R, Lugon JR. Brazilian dialysis survey 2021. *J Bras Nefrol*. 2022 Jul/Sep;44(3):349-357.
3. Vicentini CA de A, Ponce D. Comparative analysis of patients' survival on hemodialysis vs. peritoneal dialysis and identification of factors associated with death. *Braz J Nephrol [Internet]*. 9999;(Braz. J. Nephrol., 9999 (ahead)). Available from: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2021-0242en>
4. Wong B, Ravani P, Oliver MJ, Holroyd-Leduc J, Venturato L, Garg AX, et al. Comparison of patient survival between hemodialysis and peritoneal dialysis among patients eligible for both modalities. *Am J Kidney Dis*. 2018 Mar;71(3):344-51.
5. Elsayed ME, Morris AD, Li X, Browne LD, Stack AG. Propensity score matched mortality comparisons of peritoneal and in-centre haemodialysis: systematic review and meta-analysis. *Nephrol Dial Transplant*. 2020 Dec;35(12):2172-82.
6. Jaar BG, Coresh J, Plantinga LC, Fink NE, Klag MJ, Levey AS, et al. Comparing the risk for death with peritoneal dialysis and hemodialysis in a national cohort of patients with chronic kidney disease. *Ann Intern Med*. 2005 Aug;143(3):174-83.
7. Mehrotra R, Chiu YW, Kalantar-Zadeh K, Bargman J, Vonesh E. Similar outcomes with hemodialysis and peritoneal dialysis in patients with end-stage renal disease. *Arch Intern Med*. 2011 Jan;171(2):110-8.
8. Kinchen KS, Sadler J, Fink N, Brookmeyer R, Klag MJ, Levey AS, et al. The timing of specialist evaluation in chronic kidney disease and mortality. *Ann Intern Med*. 2002 Sep;137(6):479-86.
9. Astor BC, Eustace JA, Powe NR, Klag MJ, Sadler JH, Fink NE, et al. Timing of nephrologist referral and arteriovenous access use: the CHOICE Study. *Am J Kidney Dis*. 2001;38(3):494-501.
10. Jaar BG. The Achilles heel of mortality risk by dialysis modality is selection bias. *J Am Soc Nephrol*. 2011 Aug;22(8):1398-400.
11. Moraes TP, Figueiredo AE, Campos LG, Olandoski M, Barretti P, Pecoits-Filho R, et al. Characterization of the BRAZPD II cohort and description of trends in peritoneal dialysis outcome across time periods. *Perit Dial Int*. 2014 Nov/Dec;34(7):714-23.
12. Abreu MM, Walker DR, Sesso RC, Ferraz MB. A cost evaluation of peritoneal dialysis and hemodialysis in the treatment of end-stage renal disease in Sao Paulo, Brazil. *Perit Dial Int*. 2013 May/Jun;33(3):304-15.
13. Shafi T, Jaar BG, Plantinga LC, Fink NE, Sadler JH, Parekh RS, et al. Association of residual urine output with mortality, quality of life, and inflammation in incident hemodialysis patients: the Choices for Healthy Outcomes in Caring for End-Stage Renal Disease (CHOICE) Study. *Am J Kidney Dis*. 2010 Aug;56(2):348-58.
14. Heaf JG, Lokkegaard H, Madsen M. Initial survival advantage of peritoneal dialysis relative to haemodialysis. *Nephrol Dial Transplant*. 2002 Jan;17(1):112-7.
15. Korevaar JC, Feith GW, Dekker FW, Van Manen JG, Boeschoten EW, Bossuyt PM, et al. Effect of starting with hemodialysis compared with peritoneal dialysis in patients new on dialysis treatment: a randomized controlled trial. *Kidney Int*. 2003 Dec;64(6):2222-8.
16. Blake PG, Dong J, Davies SJ. Incremental peritoneal dialysis. *Perit Dial Int*. 2020 May;40(3):320-6.
17. Cheetham MS, Cho Y, Krishnasamy R, Jain AK, Boudville N, Johnson DW, et al. Incremental versus standard (full-dose) peritoneal dialysis. *Kidney Int Rep*. 2022 Feb;7(2):165-76.