


Transição entre modalidades de terapia renal substitutiva

Transition between modalities of renal replacement therapy

Autores

Thyago Proença de Moraes¹ 

Caio Pellizzari¹ 

¹Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

A transição entre modalidades de terapia renal substitutiva é comum e frequentemente impõe importantes desafios tanto para a equipe da nefrologia quanto para o paciente e sua família¹⁻³. Se não for realizada de maneira planejada e seguindo um fluxo pré-estabelecido, na tentativa de reconhecer e superar as tradicionais barreiras presentes nesse momento, os desfechos podem se mostrar negativos, como frequentemente acontece⁴. Por esses motivos, uma iniciativa chamada INTEGRATED recentemente reuniu experts no assunto para a elaboração de uma diretriz dentro da diálise peritoneal que otimizasse esses desfechos⁵. Grande parte dos temas abordados nesse documento pode ser observada no trabalho há pouco publicado no *Brazilian Journal of Nephrology* pelo grupo português de Francisco et al.⁶

Diversos fatores apresentados por pacientes que migram para a DP de outra TRS são descritos como potenciais barreiras. Pacientes que migram da hemodiálise podem ser divididos em dois grupos, aqueles que precisaram de terapia com urgência e aqueles que optaram pela HD como primeira modalidade e estão migrando para a DP por questões de falha de acesso vascular ou por instabilidade hemodinâmica. Essa diferenciação é importante, visto que o segundo grupo geralmente é composto por pacientes que provavelmente não desejavam mudar de terapia e costumam enfrentar dificuldades ao assumir a responsabilidade de fazer o tratamento em casa. Além disso, são pacientes

em geral com mais tempo de doença renal, e frequentemente chegam à DP com um volume de diurese menor, ou mesmo anúricos. Esse não foi o caso do estudo de Francisco e cols., em que foi demonstrado que a diurese residual dos pacientes era semelhante à dos pacientes que iniciaram na DP como primeira escolha⁶. Por outro lado, a transição do paciente oriundo do transplante parece ter ocorrido em um momento muito mais tardio, já que no início do seguimento da DP a TFG desse subgrupo era em média 3 vezes menor que nos outros 2 subgrupos.

Pacientes que iniciam em DP com menor TFG habitualmente necessitam de uma exposição à glicose muito maior para se obter ultrafiltração adequada, e essa exposição sabidamente interfere na saúde da membrana peritoneal, podendo inclusive se associar a um risco mais elevado de mortalidade por todas as causas⁷. Desse modo, foi compreensível observar que o estudo de Francisco & cols. demonstrou uma taxa mais elevada de falência de UF entre os pacientes que migraram do transplante.

Finalmente, quando projetaram o estudo, os autores acreditavam na hipótese de que pacientes que passam de uma modalidade prévia de TRS para a DP têm maior risco de um desfecho negativo. A hipótese não foi confirmada, e desfechos semelhantes foram observados entre os grupos estudados quanto à mortalidade e transferência para HD. Entretanto, esse achado pode estar relacionado a diversos fatores presentes nesse estudo, incluindo seu

Data de submissão: 17/07/2024.

Data de aprovação: 24/07/2024.

Data de publicação: 06/09/2024.

Correspondência para:

Thyago Proença de Moraes.

E-mail: thyago.moraes@pucpr.br

DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2024-E008pt>



QUADRO 1 FATORES IMPORTANTES NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO

Duração entre a decisão da mudança e a efetiva transição	<ul style="list-style-type: none"> • Uma mudança abrupta impacta os desfechos? • Informar o paciente sobre possível transição desde o início da terapia atual mudaria sua aceitação? • Qual o tempo ideal para se proceder a transição?
Mudança na equipe de assistência ao paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Qual a melhor maneira de executar uma mudança sem comprometer o fluxo de informações e a interação entre a nova equipe e a anterior? • Como capacitar a equipe multiprofissional para uma transição mais efetiva? • Como fazer o monitoramento dos pacientes durante a transição?
Preparação do paciente para o processo de mudança	<ul style="list-style-type: none"> • Estamos informando corretamente sobre as diferentes TRS (sem viés)? • Como deve ser dada a notícia da necessidade de transição quando o paciente não tem opção? • Como envolver a família do paciente no processo? • Quais recursos podemos fornecer ao paciente e aos familiares para melhor lidar com aspectos psicológicos?
Influência de fatores clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Como acompanhar e manejar determinantes clínicos que impactam a transição? • Nos protocolos de cuidado atuais há “sinais de alerta” para mostrar quem tem maior risco de transição em curto prazo?

caráter retrospectivo, ser de um único centro e, principalmente, pelo pequeno número de pacientes no subgrupo oriundo da HD e do transplante, mesmo com o longo tempo de seguimento da coorte. Apesar das limitações, e como mencionam corretamente os autores, não há dúvida de que a DP deva ser uma opção para pacientes oriundos de outras terapias renais substitutivas. Nosso maior problema atualmente é justamente aumentar a compreensão de como lidar com o processo de transição, incluindo alguns fatores facilmente identificáveis (Quadro 1), mas frequentemente difíceis de ser manejados, sempre levando em conta que o processo de transição da DP para HD é ainda mais comum que o inverso e também muito pouco explorado na literatura.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Os autores contribuíram igualmente para a preparação do artigo.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Nadeau-Fredette A-C, Sukul N, Lambie M, Perl J, Davies S, Johnson DW, et al. Mortality trends after transfer from peritoneal

dialysis to hemodialysis. *Kidney Int Rep.* 2022;7(5):1062–73. doi: <http://doi.org/10.1016/j.ekir.2022.02.016>. PubMed PMID: 35570995.

2. Spigolon DN, De Moraes TP, Figueiredo AE, Modesto AP, Barretti P, Bastos MG, et al. Impact of pre-dialysis care on clinical outcomes in peritoneal dialysis patients. *Am J Nephrol.* 2016;43(2):104–11. doi: <http://doi.org/10.1159/000444401>. PubMed PMID: 26958845.
3. Gonçalves SM, Dal Lago EA, de Moraes TP, Kloster SC, Boros G, Colombo M, et al. Lack of adequate predialysis care and previous hemodialysis, but not hemoglobin variability, are independent predictors of anemia-associated mortality in incident Brazilian peritoneal dialysis patients: results from the BRAZPD study. *Blood Purif.* 2013;34(3–4):298–305. doi: <http://doi.org/10.1159/000342618>. PubMed PMID: 23235144.
4. Hangai KT, Pecoits-Filho R, Blake PG, da Silva DP, Barretti P, de Moraes TP. Impact of unplanned peritoneal dialysis start on patients' outcomes: a multicenter cohort study. *Front Med (Lausanne).* 2022;9:717385. doi: <http://doi.org/10.3389/fmed.2022.717385>. PubMed PMID: 36507496.
5. Chan C, Combes G, Davies S, Finkelstein F, Firaneck C, Gomez R, et al. Transition between different renal replacement modalities: gaps in knowledge and care—the integrated research initiative. *Perit Dial Int.* 2019;39(1):4–12. doi: <http://doi.org/10.3747/pdi.2017.00242>. PubMed PMID: 30692232.
6. Francisco D, Carnevale A, Ávila G, Calça AR, Matias P, Branco P. Transitioning to peritoneal dialysis: it does not matter where you come from. *Brazilian Journal of Nephrology.* 2024;46(3):e20230139. doi: <http://doi.org/10.1590/2175-8239-jbn-2023-0139pt>. PubMed PMID: 38717919.
7. Radunz V, Pecoits-Filho R, Figueiredo AE, Barretti P, de Moraes TP. Impact of glucose exposure on outcomes of a nation-wide peritoneal dialysis cohort—results of the BRAZPD II cohort. *Front Physiol.* 2019;10:150. doi: <http://doi.org/10.3389/fphys.2019.00150>. PubMed PMID: 30890947.