

PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA: causas de saída do programa de diálise peritoneal^a

Joeci Aparecida Duarte JACOBOWSKI^b
Rejane BORELLA^b
Liana LAUTERT^c

RESUMO

Trata-se de pesquisa retrospectiva, com revisão dos prontuários de 84 pacientes, que realizaram Diálise Peritoneal Ambulatorial no período de julho de 1996 a julho de 2001. O objetivo foi descrever as causas que acarretam a saída destes indivíduos do programa de diálise. A idade média do grupo foi de 54,9 anos, sendo 52,4% masculino e 53,6% tinham saneamento básico. As patologias de base do grupo foram Diabetes Melito (39,3%) e Hipertensão Arterial Sistêmica (36,9%). A incidência de peritonite foi de 53,6%, predominantemente no primeiro ano (53,1%). Os principais motivos de saída do programa foram óbito (66,7%), complicação cirúrgica (8,3%) e recuperação da função renal (8,3%).

Descritores: Dialise peritoneal. Insuficiência renal crônica. Peritonite. Enfermagem.

RESUMEN

Tratase de una investigación retrospectiva que repasó los archivos de 84 pacientes que han realizado Diálisis Peritoneal a partir de julio de 1996 hasta julio de 2001. El objetivo fue describir los motivos de salida de los sujetos del programa de diálisis. La edad media del grupo fue 54,9 años, siendo 52,4% masculino y 53,6% tenían condiciones básicas de saneamiento. Las patologías de base (del grupo) fueron: Diabetes Mellitus (39,3%) y Hipertensión Arterial Sistémica (36,9%). La incidencia de Peritonitis fue 53,6%, principalmente durante el primer año (53,1%) de terapia. Las razones principales de salida del programa fueron el óbito (66,7%), complicaciones quirúrgicas (8,3%) y recuperación de la función renal (8,3%).

Descriptorios: Diálisis peritoneal. Insuficiencia renal crónica. Peritonitis. Enfermería.

Título: Pacientes con insuficiencia renal crónica: motivos de salida del programa de diálisis peritoneal.

ABSTRACT

This a retrospective research which reviewed the files of 84 patients who underwent peritoneal dialysis from July 1996 to July 2001. The aim was describing the causes which led those patients to drop out the dialysis programme. The mean age of the group was 54.9 years old; 52.4% were male and 53.6% had proper sanitation conditions. The base pathologies of the group were Diabetes Mellitus (39.3%) and Systemic Arterial Hypertension (36.9%). The incidence of peritonitis was 53.6%, mainly during the first year (53.1%). The main reasons to leave the programme were death (66.7%), surgical complications (8.3%) and replacement of the kidney function (8.3%).

Descriptors: Peritoneal dialysis. Kidney failure, chronic. Peritonitis. Nursing.

Title: Chronic renal failure patients: reasons to drop out the peritoneal dialysis programme.

^a Pesquisa apresentada ao curso de Especialização em Enfermagem em Nefrologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Nefrologia.

^b Enfermeiras, Especialistas em Enfermagem em Nefrologia.

^c Enfermeira, Doutora, professora e diretora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

1 INTRODUÇÃO

A preocupação crescente em adicionar qualidade à vida dos indivíduos portadores de Insuficiência Renal Crônica (IRC) tem impulsionado o desenvolvimento de tecnologias que proporcionem um estilo de vida mais independente a estes sujeitos. Neste sentido, a Diálise Peritoneal Ambulatorial (DPA), tanto contínua (DPAC) como automática (DPA), constituem alternativas terapêuticas que resgatam a liberdade de ação dos pacientes e propiciam o controle mais efetivo do quadro clínico. No entanto, ainda hoje, muitos pacientes são excluídos desta modalidade de tratamento devido a diferentes complicações que, embora sua incidência esteja diminuindo, ainda constituem o ponto fraco da Diálise Peritoneal. Portanto, torna-se imprescindível conhecer os fatores envolvidos na realização da Diálise Peritoneal e suas complicações a fim de subsidiar a enfermagem na atenção as pessoas que utilizam esta alternativa terapêutica.

Frente ao exposto, optamos por desenvolver um estudo para descrever as causas que acarretam a saída dos pacientes renais crônicos dos programas de Diálise Peritoneal (DPAC/DPA).

2 DIÁLISE PERITONEAL: indicações e complicações

A terapêutica dos pacientes com diagnóstico de IRC é constituída pelo tratamento da doença básica, o controle da hipertensão arterial, o manejo dietético e o controle dos possíveis fatores agravantes da perda de função renal.

A indicação de diálise ocorre quando o tratamento conservador é incapaz para manter a qualidade de vida do paciente. Nestes casos a Diálise Peritoneal é uma alternativa terapêutica que preserva a função residual do rim, controla níveis pressóricos e hematológicos e proporciona estabilidade hemodinâmica.

O primeiro relato sobre o uso da Diálise Peritoneal foi apresentado à *American Society for Artificial and Internal Organs* em 1976, sob a denominação de Diálise Peritoneal Equilibrada, a qual, em 1978, foi modificada para Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC)⁽¹⁾. Iniciou nos Estados Unidos com a utilização de frascos de vidro, mas foi no Canadá, que houve a disponibilização da solução de diálise em bolsas plásticas, tornando-a mais prática e reduzindo a incidência de peritonites. No Brasil, a elaboração de um protocolo para o programa de DPAC ocorreu em 1979 e o primeiro paciente que utilizou este método pertencia a um centro dialítico em Curitiba, PR, em 1980⁽¹⁾. A partir daí, a diálise peritoneal, na sua fórmula ambulatorial e contínua, tornou-se uma alternativa dialítica eficaz e muito bem aceita pelos portadores de Insuficiência Renal Crônica que necessitam de diálise⁽²⁾.

A Diálise Peritoneal é realizada pela introdução de 1 a 3 litros de solução salina com dextrose, na cavidade peritoneal, por meio de um cateter. As toxinas movem-se do sangue e tecidos circunjacentes para a solução de diálise por difusão e ultrafiltração. A remoção dos produtos residuais e do excesso de água corporal ocorre quando o dialisado é drenado. A diálise, de um modo geral, é processada em três fases: infusão, permanência e drenagem da solução⁽³⁾.

A compreensão da ultra-estrutura da membrana peritoneal e da forma como ocorre o transporte de solutos e fluídos através da membrana, bem como o surgimento de novas modalidades de diálise peritoneal e os avanços na tecnologia de conexões e máquinas automatizadas, têm levado ao crescimento da utilização desse método para tratamento de pacientes com insuficiência renal. Progressos no acesso peritoneal e da tecnologia de conexão diminuíram o risco de complicações tais como a peritonite, uma das principais causas de saída de programa de diálise peritoneal. Portanto, hoje, a Diálise Peritoneal

oferece a vantagem da simplicidade e preserva por maior tempo a função renal residual, pois contribui para a depuração total, facilitando alcançar a adequação na diálise, mantendo o balanço hídrico além de manter as funções de secreção de Eritropoietina (EPO) e produção da vitamina D.

A depuração total está associada à diminuição da mortalidade, da necessidade de drogas antihipertensivas e a redução da prevalência de hipertrofia ventricular esquerda bem como ao controle da pressão arterial, evitando sobrecarga cardíaca, propiciando melhora do controle do volume hídrico e dos distúrbios eletrolíticos. Destaca-se também que dispensa acesso vascular, permite uma dieta mais liberal a qual tem efeito positivo na qualidade de vida, permite que a insulina seja administrada nas bolsas dialíticas e favorece os cardiopatas e as crianças por apresentar um tratamento mais suave, evitando desequilíbrios abruptos. Além disso, é útil naqueles casos em que há riscos decorrentes da necessidade de anticoagulação (anemia, distúrbios da coagulação e hemossiderose).

Com relação às complicações da Diálise Peritoneal, Thomé descreve que o maior problema para pacientes em Diálise Peritoneal sempre foi a ocorrência de peritonite⁽⁴⁾. A evolução das novas técnicas favoreceu a diminuição da contaminação intra-luminal provocada pela abertura do sistema durante as trocas. Entretanto, os riscos de infecções permanecem elevados se considerarmos as infecções relacionadas ao cateter, isto devido ao fato deste continuar sendo um corpo estranho que rompe as defesas cutâneas. As infecções de óstio, do túnel e a peritonite, são causas importantes de falha do tratamento, podendo acarretar remoção do cateter e transferência para hemodiálise. Porém, com advento do equipo em Y, descartável, ocorreu acentuada redução nas taxas de peritonite⁽⁵⁾.

A peritonite em diálise é definida como a presença de dialisato turvo, acompanhado de dor abdominal e/ou hipertermia⁽⁶⁾. Nos casos em que um desses sinais ocorre isoladamente, o diagnóstico poderá ser firmado pela presença concomitante de hipercelearidade no líquido peritoneal, com mais de 100 leucócitos por metros cúbicos, sendo, pelo menos, 50% polimorfonucleares ou pela detecção de microorganismos ao exame microbiológico direto ou na cultura⁽⁶⁾.

Embora a sobrevida da técnica da DPAC tenha melhorado nos últimos anos, graças ao advento dos equipos descartáveis, ela ainda continua sendo inferior a sobrevida obtida em hemodiálise (HD), devido a incidência de infecção.

A infecção do óstio de saída do cateter de Tenckhoff é uma complicação da Diálise Peritoneal, que frequentemente pode levar à peritonite e perda do cateter⁽⁷⁾. A definição para infecção de óstio de saída é controversa, sendo que alguns especialistas a consideram pela descarga purulenta e culturas positivas, e outros fazem seu diagnóstico pela presença de eritema pericater e/ou exudato, com ou sem cultura positiva. O debridamento do óstio e do *cuff* externo é uma técnica satisfatória para contornar o problema da infecção de óstio resistente a antibioticoterapia^(1,7).

Embora a incidência de peritonite esteja diminuindo, esta complicação persiste como o **calcanhar de Aquiles** da DPAC/DPA. Geralmente responsiva ao tratamento, tem significância devido aos custos associados ao diagnóstico, hospitalização e terapia, perda de produtividade, desnutrição, falência do método com transferência para hemodiálise e, em 1 a 3 % dos casos, evolução com óbito do paciente⁽⁸⁾.

O *Staphylococcus epidermidis* (*S. epidermidis*) é o agente causal mais freqüente das peritonites em DPAC, seguido pelo *S. aureus* e pelos bastonetes Gram negativos⁽⁶⁾. Dados nacionais e latino-americanos, entretanto, apon-

tam o *S. aureus* como o patógeno mais encontrado^(1,8). Uma das explicações para este fator é o estado de portador nasal para *S. aureus*, condição capaz de influenciar as taxas de peritonite e infecção do orifício do cateter⁽⁵⁾.

As principais causas de transferência do paciente para hemodiálise, além da peritonite, são a subdiálise, falência de ultrafiltração, hipertrigliceridemia grave intratável, problemas técnicos, surgimento de desnutrição grave e má aderência ao tratamento⁽⁹⁾.

3 A ENFERMEIRA NO CUIDADO AOS PACIENTES EM DPAC/DPA

A enfermeira é fundamental para avaliar as condições do paciente e seu aprendizado, pois é ela quem vai explicar a técnica das trocas de bolsas, fornecer orientações e acompanhar o funcionamento do método dialítico.

Ela acompanha e auxilia o paciente durante o implante do cateter no centro cirúrgico; realiza acompanhamento no período *Break in*, sempre atenta ao aspecto do curativo no local de implante do cateter, extravasamento de líquidos, edema, sintomas urêmicos e principalmente às queixas do paciente (dor na drenagem e infusão). Participa da evolução do paciente, coleta informações para o banco de dados e faz os registros e providencia os materiais necessários. Realiza visitas domiciliares periódicas para acompanhamento do paciente, esclarecendo suas dúvidas e reforçando os cuidados a serem desenvolvidos. É uma constante educadora, pois além do treinamento dos pacientes e familiares, realiza reciclagens periódicas e participa das avaliações junto ao médico.

Percebe-se que entre os profissionais de saúde, a enfermeira é que atua de modo mais próximo e constante com os pacientes⁽¹⁰⁾. É esta profissional que, através da assistên-

cia, planeja intervenções educativas junto aos pacientes, numa tentativa de ajudá-los a reaprender a viver nessa realidade, identificando suas necessidades e auxiliando-os a descobrirem maneiras de viver dentro de seus limites e sentirem-se responsáveis e capazes de cuidarem de si.

4 MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo realizado em duas Clínicas de Diálise, credenciadas pelo Ministério da Saúde para tratamento de Diálise Peritoneal; uma localizada em Florianópolis, SC e outra em Passo Fundo, RS. Foram incluídos no estudo todos os prontuários dos pacientes com Insuficiência Renal Crônica em programa de Diálise Peritoneal (DPAC/DPA), cadastrados pelas clínicas de diálise, que saíram do programa no período de julho de 1996 a julho de 2001, totalizando 84 prontuários em cinco anos. Optou-se por estas clínicas por serem o local de atuação das autoras e por apresentarem um programa específico de acompanhamento e educação em saúde das pessoas submetidas à Diálise Peritoneal.

Os dados foram coletados pelas pesquisadoras, por meio do preenchimento de uma planilha na qual foram registradas informações relativas aos motivos de suspensão da Diálise Peritoneal. Estes foram organizados e submetidos a análises estatísticas descritivas.

A fim de atender a Resolução 196 que regulamenta a pesquisa com seres humanos, além da solicitação para a coleta de dados nos prontuários dos pacientes adultos das duas clínicas, utilizou-se o Termo de Responsabilidade pelo uso dos dados⁽¹¹⁾.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os dados coletados nas duas clínicas serão apresentados em conjunto por não apre-

sentarem diferenças estatisticamente significativas.

5.1 Caracterização sócio-demográfica da amostra

Dos oitenta e quatro prontuários revisados, 40 (47,6%) pertenciam a pacientes do sexo feminino e 44 (52,4%) a pacientes do sexo masculino. A idade dos pacientes variou de 15 a 88 anos, sendo a idade média de 54,9 anos (dp = 16,2) e a mediana de 58 anos. Essa mesma distribuição foi encontrada por alguns autores⁽⁵⁾. Observa-se um número de pacientes do sexo masculino discretamente maior que o feminino, com predominância da etnia branca (84,56%), sendo que 71 (84,5%) eram casados.

Quanto à moradia, 54 (64,3%) moravam em casa de alvenaria, 23 (27,4%) em casa de madeira e 7 (8,3%) em casa mista, 75 (89,3%) possuíam saneamento básico. Com relação ao local da casa selecionado para realização dos procedimentos de diálise peritoneal, 4 (4,8%) utilizavam ambientes especiais e 80 (95,2%) realizavam os procedimentos em seus próprios dormitórios.

Observando-se os dados é nítido o envolvimento familiar neste tipo de terapia renal substitutiva, pois 64 (76,2%) pacientes eram dependentes de terceiros para execução dos procedimentos dialíticos, e destes, em 60 casos, o familiar auxiliava ou realizava o procedimento em sua integralidade.

A situação sócio-econômica do paciente e o apoio familiar para o tratamento domiciliar são fatores a serem considerados, pois deles depende a continuidade do tratamento escolhido⁽¹²⁾. O fator de maior relevância para selecionarmos um paciente para o programa de DPAC é, sem dúvida, a vontade manifestada pelo paciente de assumir seu autocuidado, no entanto, o grau de instrução é importante pois possibilita que o paciente receba instruções escritas e muitas vezes auxilia no entendimento das instruções.

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes segundo o grau de instrução. Florianópolis, SC, Passo Fundo, RS, 2001.

Grau de Instrução	n	%
Analfabeto	08	9,5
Ens. Fund. completo/incompleto	39	46,5
Ens. Médio completo/incompleto	30	35,7
Ens. Superior completo	07	8,3
Total	84	100,0

Fonte: Pesquisa direta: próprios autores. Florianópolis/Passo Fundo, 2001.

Os treinamentos sobre a Diálise Peritoneal são personalizados e ministrados de acordo com as necessidades de aprendizagem de cada um. No entanto, trabalhar com um grupo onde 90,5% possui alguma escolaridade, possibilita à enfermeira ampliar o treinamento e fornecer materiais escritos para os pacientes além das orientações verbais.

Há um perfil básico do paciente com maior probabilidade de sucesso em DPAC, no qual inclui-se: a capacidade de compreender os conceitos básicos da técnica; disciplina para executar tarefas em horários rígidos e de maneira automatizada; executar as trocas de bolsas pessoalmente; família participante; condições domiciliares mínimas; facilidade de comunicação e locomoção para a Unidade⁽⁸⁾.

Assim, os achados deste estudo mostram concordância com os dados da literatura, ou seja, este grupo de pacientes apresenta muitas das características básicas recomendadas para o êxito da DPAC.

5.2 Dados referentes à permanência ou saída dos pacientes do programa de Diálise Peritoneal (DPAC/APD)

Embora a sobrevida da técnica da DPAC tenha melhorado nos últimos anos graças ao advento dos equipos descartáveis, ela continua sendo inferior à sobrevida obtida em hemodiálise devido a incidência de infecção^(5,6).

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes segundo tempo de permanência no Programa de Diálise Peritoneal (DPAC/DPA). Florianópolis, SC, Passo Fundo, RS, 2001.

Tempo em programa	n	%
0 a 1 ano	43	51,2
1 a 2 anos	18	21,4
2 a 3 anos	15	17,9
3 a 4 anos	02	2,4
4 a 5 anos	06	7,1
Total	84	100,0

Fonte: Pesquisa direta: próprios autores. Florianópolis/Passo Fundo, 2001.

Quanto ao tempo de permanência no programa de Diálise Peritoneal, observou-se que a maioria dos pacientes (51,2%) permaneceu por um período máximo de um ano. Este fato pode ser atribuído ao elevado número de pacientes idosos, cuja média de idade foi de 54,9 (Md 58) anos, além de terem como patologia de base a Diabete Melito (39,3%) ou a Hipertensão Arterial Sistêmica (36,9%) ao ingressarem no programa. Estes dados assemelham-se aos encontrados na literatura, onde 83% mudou de terapia dialítica no primeiro ano⁽¹⁾.

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes de acordo com a doença de base. Florianópolis, SC, Passo Fundo, RS, 2001.

Doença de Base	n	%
Diabetes Mellitus	33	39,3
Hipertensão Arterial Sistêmica	31	36,9
Glomerulonefrite Crônica	08	9,5
Lupus Eritematoso Sistêmico	03	3,6
Pielonefite	02	2,4
Rins Policísticos	03	3,6
Indeterminada	03	3,6
Hanseníase	01	1,2
Total	84	100,0

Fonte: Pesquisa direta: próprios autores. Florianópolis/Passo Fundo, 2001.

Neste estudo, chama atenção o grande número de pacientes com Insuficiência Renal Crônica decorrente da Hipertensão Arterial Sistêmica, apesar da Diabete Melito ter predominância em relação às demais enfermidades (39,3%), apresentando um percentual semelhante a outros estudos⁽⁴⁾. A presença de Diabete Melito aumenta o risco de infecções, podendo estar associada à incidência de peritonite.

Desde a introdução da técnica de DPAC, a peritonite tem sido apontada como a principal causa de falência e descontinuação dessa alternativa terapêutica⁽⁷⁾, podendo ser considerada a mais grave complicação do método dialítico, pelo impacto sobre a morbidade dos pacientes tratados, pois além da perda de produtividade e transferência para hemodiálise, 1 a 3% dos casos, evolui para o óbito⁽⁸⁾.

Do total de prontuários revisados, 45 (53,6%) pacientes apresentaram peritonite em algum momento do tratamento. Estes dados são preocupantes, uma vez que os pacientes são selecionados criteriosamente para este tipo de terapia, ao mesmo tempo que são utilizados materiais que facilitam o procedimento e existe o acompanhamento constante da enfermeira.

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes segundo o tempo no programa e a ocorrência da primeira peritonite. Florianópolis, SC, Passo Fundo, RS, 2001.

Tempo no programa	n	%
0 a 3 meses	13	28,8
3 a 6 meses	05	11,1
6 a 9 meses	04	8,8
9 a 12 meses	02	4,4
1 a 2 anos	11	24,4
2 a 3 anos	08	17,7
3 a 4 anos	01	2,2
4 a 5 anos	01	2,2
Total	45	100,0

Fonte: Pesquisa direta: próprios autores. Florianópolis/Passo Fundo, 2001.

Dos 45 (53,6%) pacientes que apresentaram peritonite durante a permanência no programa de Diálise Peritoneal, 28,8% a apresentou nos primeiros três meses de inserção do cateter, alcançando 53,1% no primeiro ano. Autores⁽²⁾ relatando a experiência de 10 anos, descrevem que a probabilidade de um paciente desenvolver peritonite até o final do primeiro ano de tratamento foi de 57,8%, percentual semelhante ao nosso.

Este dado, no entanto, é preocupante considerando as pesquisas que apontam a peritonite como responsável por 24,2% das hospitalizações dos pacientes, por 6,7% dos óbitos, e que o aumento da incidência de 0,5% dos episódios de peritonite por paciente ao ano associa-se à elevação de 10% do risco de óbito⁽⁶⁾.

Estas evidências reforçam a necessidade da enfermeira atentar para as revisões e treinamentos dos pacientes e familiares no primeiro ano, preferencialmente nos primeiros meses do tratamento. Os pacientes mal adaptados, com elevada incidência de peritonites e/ou infecções de túnel ou os mais criativos, deveriam ser retreinados pelo menos a cada três meses, bem como aqueles com o segundo episódio de peritonite em tempo inferior a doze meses, os quais também deveriam constituir alvos para retreinamento.

Analisando as ocorrências de peritonite por ano estudado, obteve-se a frequência acumulada de 24 (53,1%) casos no primeiro ano, 11 (24,4%) casos no segundo ano, e que, com o acréscimo dos anos, a incidência de peritonite foi reduzindo. Tal fato nos leva a inferir que a habilidade e aperfeiçoamento dos pacientes em relação ao procedimento da Diálise Peritoneal (DPAC/DPA) foi melhorando com o passar dos meses, ao mesmo tempo que estes procedimentos foram reforçados sistematicamente e, sempre que necessário, através de retreinamentos oferecidos pelas enfermeiras

A alta incidência de peritonite no primeiro ano de tratamento foi atribuída à inex-

periência, insegurança e conflitos que os pacientes e familiares enfrentam diante de uma situação extremamente nova. Estes dados convergem com outros estudos^(2,8).

Quanto aos microrganismos presentes nas culturas, verificou-se que na literatura dos países do hemisfério norte, o *Staphylococcus epidermidis* (*S. epidermidis*) é apontado como o agente causal mais freqüente das peritonites em DPAC, seguido pelo *S. aureus* e pelos bastonetes Gram negativos⁽⁶⁾. Entretanto, dados nacionais e latino-americanos^(1,8) apontam o *S. aureus* como o mais freqüente, coincidindo com os achados deste estudo.

Tabela 5 – Distribuição dos microrganismos isolados nas culturas de líquido peritoneal, na ocasião da primeira peritonite. Florianópolis, SC, Passo Fundo, RS, 2001.

Microorganismo	n	%
<i>Staphylococcus Aureus</i>	36	80,0
<i>Acnetobacter Baumanni</i>	02	4,4
<i>Escherichia Coli</i>	02	4,4
<i>Enterococcus</i>	01	2,2
<i>Fúngica</i>	01	2,2
<i>Pseudomonas</i>	01	2,2
<i>Streptococus</i>	02	4,4
Total	45	100,0

Fonte: Pesquisa direta: próprios autores. Florianópolis/Passo Fundo, 2001.

Em nosso estudo encontramos resultados semelhantes aos da literatura brasileira^(1,2,8), onde o microrganismo mais freqüentemente isolado na cultura do líquido peritoneal foi o *S. aureus* (80,0%). Uma das explicações para este fator é o estado de portador nasal para *S. aureus*, condição capaz de influenciar as taxas de peritonite e infecção do orifício do cateter⁽⁶⁾.

Fungos, *Enterococcus* e *Pseudomonas* foram agentes etiológicos isolados em apenas 1 (2,2%) episódio de peritonite, evidenciando sua baixa incidência neste grupo. Dados semelhantes são relatados por outros autores⁽²⁾.

Apesar de nossos dados convergirem com os de outros estudos, necessitamos de pesquisas que evidenciem a relação entre os fatores responsáveis por estas infecções.

Tabela 6 – Distribuição dos pacientes segundo o motivo da saída do programa de Diálise Peritoneal. Florianópolis, SC, Passo Fundo, RS, 2001.

Motivo da saída do programa	n	%
Óbito	56	66,7
Complicação cirúrgica	07	8,3
Recuperação da função renal	07	8,3
Peritonite	06	7,1
Transplante renal	04	4,8
Falência da ultra filtração	02	2,4
Opção do paciente	01	1,2
Transferência de centro	01	1,2
Total	84	100,0

Fonte: Pesquisa direta: próprios autores. Florianópolis/Passo Fundo, 2001.

A peritonite é considerada a maior complicação do paciente em DPA^(1,2). Esta gera para os pacientes muitas internações e saídas do programa, chegando ser a responsável por 76,65% das causas de saída na pesquisa de alguns autores⁽¹⁾. Em nosso estudo foi observado que a peritonite causou apenas 6 (7,1%) das interrupções do programa. Talvez isso se deva ao protocolo instituído pelas duas clínicas deste estudo, onde após o primeiro episódio de peritonite, os pacientes e/ou familiares são retreinados pelas enfermeiras, na tentativa de aprimorar as técnicas empregadas e estimular o paciente para aumentar seu engajamento no programa.

A peritonite, apesar de não ter representado uma das principais causas de saída do programa, continua sendo considerada como a mais grave complicação desse método dialítico pelo seu impacto sobre a morbidade.

O paciente, ao longo do tempo em diálise peritoneal, vai perdendo progressivamente a Função Renal Residual (FRR) e, conseqüentemente, diminuindo o volume urinário, sendo

que paralelamente alteram-se as características de transporte peritoneal, no sentido dos pacientes tenderem a ficar altos transportadores, com diminuição e até perda da capacidade peritoneal de ultrafiltração. A medida que o volume urinário reduz, faz-se necessário maior quantidade de bolsas de dialisado, o que acarretará maior lesão à membrana peritoneal. A perda da Função Renal Residual (FRR) ocorre de maneira mais lenta na diálise peritoneal do que na hemodiálise, porém o impacto dessa perda é bem maior nos pacientes submetidos à diálise peritoneal^(1,3).

Dos 84 prontuários estudados, em 7 (8,3%) observou-se recuperação parcial da FRR, possibilitando alta de qualquer uma das modalidades dialíticas e 2 (2,4%) tiveram falência de Ultra Filtração (UF), onde foram obrigados a mudarem de terapia renal substitutiva.

Em um estudo, dos 222 pacientes tratados numa experiência acumulada de 15 anos, 11,7% foram transplantados⁽¹⁾. Nosso índice de pacientes transplantados em cinco anos foi um pouco melhor (4,8%), entretanto ainda reflete a precariedade das Unidades de transplante em nosso país.

Dos 84 indivíduos que foram tratados em nossos serviços, 1 (1,2%) mudou de centro de acompanhamento, 1 (1,2%) optou em abandonar o tratamento e 56 (66,7%) foram a óbito no período estudado. Apesar do índice de mortalidade ser semelhante à incidência descrita por alguns autores⁽¹⁾, faz-se necessário algumas considerações a cerca dos pacientes deste estudo.

A maioria dos pacientes que ingressaram no tratamento de Diálise Peritoneal nas clínicas, no período em estudo, não teve a DPAC como tratamento inicial, sendo transferidos de Unidades de Hemodiálise devido, muitas vezes, à falência de acesso vascular ou intolerância ao método hemodialítico, ou seja, iniciaram a Diálise Peritoneal somente quando tiveram problemas. Além disso ao ingressarem no programa apresentavam Função

Renal Residual mínima. Assim o grande número de indivíduos provenientes desta seleção negativa^d, parece ter tido um importante impacto na média do tempo de sobrevivência do grupo de pacientes.

Mais da metade dos pacientes acompanhados apresentava pelo menos um fator de risco para morte prematura ao entrar no programa. Chama atenção o número de óbitos por problemas cardiovasculares, os quais superaram qualquer outro identificado, deslocando a curva de sobrevivência destes pacientes de maneira marcante. Na literatura, tal fenômeno não foi observado nesta intensidade^(2,5).

Tabela 7 – Distribuição dos pacientes segundo a causa do óbito. Florianópolis, SC, Passo Fundo, RS, 2001.

Causa do óbito	n	%
Parada Cárdio Respiratória causa desconhecida	23	41,1
Acidente Vascular Encefálico		
Hemorrágico/Isquêmico	0,7	12,4
Sepses	0,5	8,9
Insuficiência Cardíaca		
Congestiva	0,4	7,1
Infarto Agudo do Miocárdio	0,3	4,4
Edema Agudo de Pulmão	0,3	5,4
Nefropatia Diabética	0,3	5,4
Peritonite	0,3	3,6
Câncer de Próstata	0,2	3,8
Câncer de Útero	0,1	1,8
Hemorragia Digestiva	0,1	1,8
Aspiração Gástrica	0,1	1,8
Politraumatizado	0,1	1,8
Total	56	100,0

Fonte: Pesquisa direta: próprios autores. Florianópolis / Passo Fundo, 2001.

O índice de mortalidade foi alto devido a presença de fatores de risco, tais como doenças cardiovasculares que, computando o número de pacientes com edema agudo

de pulmão, insuficiência cardíaca congestiva e infarto agudo do miocárdio, totalizaram 10 (17,85%), os quais somados à parada cardíaca respiratória, totalizam 30,3%. Essas patologias têm incidência elevada em grupos que pertencem à faixa etária do grupo em estudo.

A peritonite constou como causa de óbito em 3,6% dos casos e a sepses em 8,9%, representando 12,5% dos óbitos além de ser responsável pela saída de 7,1% dos pacientes do programa de DPA. Estes achados são de extrema relevância, uma vez que esta complicação é passível de prevenção e redução de sua incidência, mediante a atuação da enfermeira em programas de promoção e educação em saúde, com diferentes alternativas pedagógicas⁽¹⁴⁾ que favoreçam a adesão do paciente e familiares aos cuidados e tratamento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram estudados 84 prontuários de pacientes portadores de insuficiência renal crônica, em programa de Diálise Peritoneal (DPAC/DPA) em duas clínicas de Hemodiálise no período entre julho de 1996 e julho de 2001, perfazendo 5 anos.

Os pacientes deste grupo apresentaram idade média de 54,9 anos, possuíam boas condições de moradia, onde 75 (53,6 %) tinham saneamento básico e 76 (90,5%) algum grau de instrução. Apesar dos inúmeros pontos favoráveis à terapia da Diálise Peritoneal Ambulatorial, 45 (53,6%) desenvolveram peritonite, sendo que destes, 53,1% a apresentou no primeiro ano. Isto pode ser decorrente da inexperiência e dúvidas existentes acerca do procedimento dialítico, caracterizando o primeiro ano como um período de adaptação de suas vidas cotidianas a uma nova realidade.

A peritonite, apesar da incidência de 53,6%, não foi considerada como principal causa de saída do programa, sendo res-

^d São escolhidos os casos piores.

ponsável por 7,1% destas e associada a 12,5% dos óbitos. Portanto, deve ser ressaltada a preocupação das Unidades de Diálise para educarem os pacientes e familiares através de retreinamentos individualizados com o objetivo de melhorar o desempenho e o ingresso do paciente em programa, principalmente no primeiro ano desta modalidade terapêutica.

A principal causa de saída do programa foi por óbito, correspondendo a 66,7%. Aqui devem ser lembrados os fatores de risco aos quais este grupo estava exposto, tais como o Diabetes Melito (39,3%) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (36,9%), além de outros eventos cardiovasculares, os quais influenciaram a sobrevida dos pacientes. Acredita-se que a seleção negativa destes indivíduos para DPA parece ter tido um importante impacto na sobrevida deste grupo. Portanto, a identificação de situações reversíveis ou que necessitem de cuidados especiais como o manejo do Diabetes Melito ou das doenças cardiovasculares deve ser enfatizada para que se possa diminuir a mortalidade dos pacientes em Diálise Peritoneal (DPAC/DPA).

Os índices de mortalidade vêm diminuindo nos últimos anos, o que provavelmente reflete melhora no manejo das complicações, além de maior atenção nos critérios de seleção dos pacientes e na adequação dialítica.

A identificação e atenção aos grupos de risco, a busca de níveis de adequação ideais e a seleção criteriosa devem alterar de maneira significativa a morbidade e mortalidade dos pacientes.

Acredita-se que a Diálise Peritoneal (DPAC/APD) parece ser uma opção interessante no tratamento de pacientes portadores de Insuficiência Renal Crônica, face às vantagens que oferece, a melhora dos índices de infecções relacionadas ao tratamento e ao desenvolvimento de novas técnicas, equipamentos e soluções de diálise. No entanto, ainda existe um caminho longo a ser percorrido pelas enfermeiras no que se refere aos progra-

mas de educação continuada deste grupo, a fim de reduzir as taxas de infecção que ainda causam tanto dano.

REFERÊNCIAS

- 1 Pecoits-Filho RS, Pasqual DD, Uerbringer R, Sauthier SM. Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC): experiência de 15 anos em Curitiba. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, São Paulo 1998 mar;20(1):22-30.
- 2 Bevilacqua JL, Marabezi MGB, Caniello CA, Camargo MC. Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC): experiência de 10 anos de um centro brasileiro. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, São Paulo 1995 dez;17(4):206-13.
- 3 Sorkin MI, Diaz-Buxo. Fisiologia da diálise peritoneal. *In: Daugirdas JT, Ing TS. Manual de diálise*. Rio de Janeiro: Medsi; 1991. 714 p. p. 163-77.
- 4 Thomé SF. Comentário editorial: infecções relacionadas a cateter: um desafio em DPAC. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, São Paulo 1996 dez;18(4):389-92.
- 5 Moreira PRR, Ferreira S, Almas ACG, Peralva LEL. Infecção do orifício de saída: uma complicação importante na diálise peritoneal ambulatorial contínua. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, São Paulo 1996 dez;18(4):348-55.
- 6 Barretti P, Montelli AC, Cunha ML, Caramori JCT. Atualização em diálise: tratamento atual das peritonites em diálise peritoneal ambulatorial contínua. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, São Paulo 2001 mar;23(2):114-20.
- 7 Antunes I, Abensur H, Kakehashi ET, Romão MAF. Debridamento do óstio de saída e "cuff" externo do cateter de Tenckhoff: uma tentativa para poupar o cateter. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, São Paulo 1995 jun;17(2):105-9.
- 8 Bevilacqua JL, Guerra JL. Protocolo para DPAC. *Baxter Hospitalar*, Sorocaba (SP) 2000 jun: 5-10
- 9 Thomé FS, Karohl C, Gonçalves LFS, Manfro RC. Métodos dialíticos. *In: Barros EJG, Tomé FS,*

- Manfro RC, Gonçalves LFS. Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1999. 627 p. p. 441-59.
- 10 Cesarino CB, Casagrande LDR. Paciente com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico: atividade educativa do enfermeiro. Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto (SP) 1998 out;6(4):31-40.
- 11 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): 1997. 20 p.
- 12 Ilha LH, Proença MC. Diálise peritoneal. In: Barros EJG, Tomé FS, Manfro RC, Gonçalves LFS. Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1999. 627 p. p. 542-52.
- 13 Abensur H, Araújo MRT. Atualização em diálise: importância da função renal residual na técnica de diálise peritoneal ambulatorial contínua. Jornal Brasileiro de Nefrologia, São Paulo 2000 jun; 22(2):110-3.
- 14 Pereira GA, Lima MADS. Relato de experiência com grupo na assistência de enfermagem a diabéticos. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre (RS) 2002 jul;23(2):142-57.

Endereço da autora/Author's address:

Liana Lautert
Rua São Manoel, 963
90.620-110, Porto Alegre, RS
E-mail: lila@enf.ufrgs.br

Recebido em: 18/03/2004
Aprovado em: 31/05/2005
