

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О

ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ПЕРИТОНЕАЛНА ДИЈАЛИЗА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при перитонеална дијализа .

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при перитонеална дијализа е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при перитонеална дијализа по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-3113/1
09 март 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

Перитонеална дијализа

**Перитонеална дијализа во третманот на
хронична бубрежна болест во фаза 5**

Објавено: јули 2011 год.

NICE клинички упатства 125
guidance.nice.org.uk/cg125

Содржина

Вовед	1
Перитонеална дијализа кај пациенти со хронична бубрежна болест во фаза 5.....	1
За кого се овие упатства	2
Нега насочена кон пациентот	3
1. Упатства	4
1.1 Листа на сите препораки	4
2. Белешки за опсегот на упатствата	7
3. Спроведување	8
4. Препораки за истражување	9
4.1 Процес на носење одлуки	9
4.2 Ефективност на модалитетот	9
4.3 Секвенцирање на третманот	10
4.4 Нутритивен статус	10
4.5 Проценка на ефективноста	11
5. Други верзии на овие упатства	12
5.1 Целосни упатства.....	12
5.2 Информации за јавноста	12
6. Поврзани NICE упатства	13
7. Ажурирање на упатствата	14
Апендикс А: Група за развој на упатства, Мал технички тим за клинички упатства, Мал тим за клинички упатства и Центар за клиничка пракса	15
Група за развој на упатства.....	15
Мал технички тим за клинички упатства	15
Мал тим за клинички упатства.....	15
Центар за клиничка пракса	15
Апендикс Б: Панел за ревизија на упатствата	16
За овие упатства	17

Вовед

Перитонеална дијализа кај пациенти со хронична бубрежна болест во фаза 5

Порано во ОК (Обединето Кралство), 400–800 лица на еден милион популација имале потреба од бубрежна размена во форма на дијализа. Преваленцата на дијализа во ОК е зависна од возраста – за адулти од 70-80 години е помеѓу 1600 и 2000 лица на еден милион. Дијализата е потребна за одржување на животот кај пациентите со хронична бубрежна болест (ХББ). Кај околу 40% од возрасните на дијализа, третман на избор е бубрежната трансплантација, процентот е повисок кај деца. Ако пациентите не добијат бубрежен трансплантант, дијализата е потребна до крајот на животот на пациентот.

Достапни се два главни типа на дијализа, хемодијализа и перитонеална дијализа. Главните фактори кои одредуваат каков тип на дијализа ќе примаат лицата со хронична бубрежна болест се преференците на пациентот за третманот кој најдобро им одговара на нивниот животен стил, достапноста на опциите во службите и клиничките контраиндикации. Факторите кои треба да ги разгледаат пациентите и лицата кои им пружаат нега во однос на перитонеалната дијализа се: способноста сами да ја извршуваат дијализата, интеграција на дијализата со работата, училиштето, хобијата и социјалните и фамилијарни активности, можностите да одржуваат социјални контакти; можни модификации на нивниот дом; оддалеченоста и времето на патување до болница; флексибилноста на дневниот третман, диета и медикаментозни режими и можните промени на телесниот имиџ и физички активности поради местата за пристап до дијализа.

Перитонеалната дијализа може сигурно и ефективно да се спроведе дома или на друга локација по избор на пациентот. Пациентите сами си ја администрираат, иако децата и некои возрасни може да имаат потреба од помош од нивните фамилии или негувачи. Пациентите треба да имаат чисто и хигиенско место за размена на дијализна течност и/или да се постават уреди за спроведување на дијализа, за да примат дијализа во текот на денот (континуирана амбулаторна перитонеална дијализа [CAPD]) или преку ноќта додека спијат (автоматска перитонеална дијализа [APD] и асистирана автоматска перитонеална дијализа [aAPD]). Ќе биде потребна мала соба или барака за чување на доставувањата на дијализната течност.

Процентот на лица со хронична бубрежна болест (ХББ) кои започнуваат домашен или хоспитален третман со перитонеална или хемодијализа значајно варира. Процентот на лица со хронична бубрежна болест кои користат перитонеална дијализа се движи помеѓу 0–30% кај возрасни, најверојатно како резултат на варијациите во локалната пракса и ресурсите и е висока до 56% кај деца.

Моментално нема национални упатства во Англија и Велс кои би ги поддржале лицата при носење на информирани одлуки за ренална заменска терапија, особено за перитонеалната дијализа, ниту, пак, има улога за користење на aAPD во интегрирана дијализа или ренална заменска програма или индивидуален патоказ за пациентот.

Ова кратко клиничко упатство води кон подобрување на негата на лицата со фаза 5 ХББ кои имаат потреба или сакаат да примаат дијализа, со создавање на препораки базирани на докази за улогата на перитонеалната дијализа.

За кого се овие упатства

Овој документ е за здравствени професионалци кои ги поддржуваат лицата со фаза 5 ХББ кои имаат потреба од дијализа и за другиот персонал кој се грижи за лицата со фаза 5 ХББ кои имаат потреба од ренална заменска терапија (специфично перитонеална дијализа).

Нега насочена кон пациентот

Овие упатства ги нудат најдобрите практични совети за нега на возрасни, деца и млади лица со фаза 5 ХББ.

Третманот и негата треба да ги земат предвид и потребите и преференците на пациентот. Пациентите со ХББ треба да ја имаат можноста да донесат информирани одлуки за нивната нега и третман, во партнерство со нивните здравствени професионалци. Ако пациентите немаат капацитет да носат одлуки, здравствените професионалци треба да ги следат советите на Министерството за здравство за добивање согласност и кодот на пракса кој го придружува актот за ментална способност. Во Велс, здравствените работници треба да ги следат советите за давање согласност од Владата на Велс.

Ако пациентот е под 16 години, здравствените професионалци треба да ги следат упатствата на Министерството за здравство - Барање дозвола: работа со деца.

Добрата комуникација помеѓу здравствените професионалци и пациентите е есенцијална. Треба да биде поддржана од пишани информации базирани на докази, прилагодени на потребите на пациентот. Третманот, негата и информациите кои се даваат на пациентите треба да се прилагодени на културното ниво. Истовремено треба да се достапни и на лица со дополнителни потреби, како што се физички, сензорни или хендикепи во учењето и за лица кои не зборуваат ниту читаат на англиски.

Ако пациентот дозволи, фамилијата и лица кои пружаат нега треба да имаат можност да бидат инволвирани во одлуките околу третманот и негата.

И на фамилиите и на лицата кои пружаат нега треба да им биде дадена потребната поддршка и информации.

Негата на младите лица во транзиција помеѓу педијатриските и возрасни служби треба да биде планирана и третирана според најдобрите практични упатства опишани во Транзиција: правилен третман кај млади лица.

Возрасните и педијатриските здравствени тимови треба да работат заедно за да обезбедат соодветна проценка и услуга кај младите лица со ХББ. Дијагнозата и третманот треба да биде ревидиран во текот на процесот на транзиција и треба да има јаснотија за тоа кој е главниот клиничар за да се обезбеди континуираност во негата.

1. Упатства

Следните упатства се базирани на најдобрите достапни докази. Целосните упатства даваат детали за методите и доказите кои се користат за развој на упатствата.

1.1 Листа на сите препораки

Информации и поддршка

- 1.1.1 Понудете им на пациентите со фаза 5 хронична бубрежна болест, на нивните фамилии и на лицата кои им пружаат нега информации и поддршка во согласност со упатството за Хронична бубрежна болест (NICE клинично упатство 73, 2008).
- 1.1.2 Понудете им на пациентите, на нивните фамилии и на лицата кои им пружаат нега, усни и напишани информации за превентивна трансплантација, дијализа и конзервативна нега, со цел да им се овозможи да донесат информирани одлуки за својот третман.
- 1.1.3 За да им овозможиме на пациентите да донесат информирани одлуки, понудете балансиран и точни информации за сите опции за дијализа. Информациите треба да вклучат:
 - Опис на модалитети на третман (асистирана автоматска перитонеална дијализа [aAPD], автоматска перитонеална дијализа [APD], континуирана перитонеална дијализа [CAPD] и домашна или хемодијализа во медицински центар), вклучувајќи:
 - Ефикасност.
 - Ризици.
 - Потенцијална корист, базирана на прогнозата на лицето.
 - Потенцијални нуспојави и нивната тежина.
 - Промена на модалитетите на дијализа и можните последици (влијанието на животот на личноста или на кој начин ова може да влијае на идниот третман или исход).
 - Дискусија за тоа како третманот се прилагодува на животите на луѓето, вклучувајќи ги:
 - Способноста на пациентот или/и на лицето кое им укажуваа нега да го изведе самостојно или да го прилагоди својот третман.
 - Интеграција со дневни активности, како работа, училиште, хоби, фамилијарни обврски и патување за работа или одмор.
 - Можности за одржување на социјална интеракција.
 - Влијание на имиџот на телото.
 - Како местото на телото преку кое се врши дијализа може да прави ограничување во физичката активност.
 - Како нивниот дом може да биде модифициран за да се акомодира третманот.
 - Оддалеченост и време поминато во патување.
 - Флексибилност на третманскиот режим.
 - Секоја дополнителна поддршка или услуги, потребни од други лица.

- 1.1.4 Објаснете им на пациентите и проверете дали разбираат дека ХББ е доживотна болест и дека за време на бубрежна заменска терапија тие, најверојатно, ќе треба да ги променат модалитетите на третман, во зависност од клиничките или од личните околности.
- 1.1.5 Кога даваат информации за опции за третмани, здравствените работници треба да дискутираат и да земат предвид каква било информација која пациентот ја добил од други пациенти, фамилиите и од лицата кои им пружаат нега и сите други извори и како оваа информација влијаела на нивната одлука.
- 1.1.6 Осигурете се дека здравствените работници кои нудат информации имаат специјалистичко знаење за ХББ и потребните вештини за да го поддржат одлучувањето. Тука е вклучена обука во:
- Употреба на помагала за одлучување за да им се помогне на пациентите да направат одлука за нивната нега и третман.
 - Презентирање на информации на деца во форма соодветна на нивната фаза на развој, како што се терапии преку игра.
- 1.1.7 Треба да бидат достапни обучени здравствени работници (види препорака 1.1.6) за да се дискутираат информациите обезбедени пред и по почетокот на дијализата.
- 1.1.8 Понудете им на сите пациенти кои се јавиле за третман доцна или почнале со третман по дијализа по итна постапка, напредна програма на информации, во соодветно време, која ги нуди истите информации и избори како за тие што се јавиле за третман во порана фаза на хронично бубрежно заболување.

Избирање на дијализа

- 1.1.9 Понудете им на сите луѓе во 5–ти стадиум ХББ избор на перитонеална дијализа или хемодијализа, доколку е тоа соодветно, но земете ја предвид перитонеалната дијализа како прв избор за начин на третман за:
- Деца од 2 години постари или помлади.
 - Луѓе со резидуална бубрежна функција.
 - Возрасни луѓе со големи поврзани коморбидитети.
- 1.1.10 Кога се работи за избор на модалитети на третман, здравствените работници треба да земат предвид дека не мора да значи дека приоритетите на луѓето се исти со нивните клинички приоритети.
- 1.1.11 Пред започнувањето со перитонеална дијализа, понудете им на сите пациенти избор, доколку е соодветно, помеѓу CAPD и APD (или aAPD, доколку е потребно).
- 1.1.12 За деца за кои перитонеалната дијализа е соодветна, понудете APD наместо CAPD, доколку тие се на течна диета, особено доколку имаат ниска бубрежна функција.

Промена на модалитетите на третман

- 1.1.13 Не ги префрлувајте пациентите рутински од перитонеална дијализа на различен модалитет на третман во исчекување на потенцијални идни компликации, како што е инкапсулирана перитонеална склероза. Сепак, здравствените работници треба да ги надгледуваат факторите на ризик, како што е загуба на ултрафилтрација и редовно да дискутираат со пациентите за ефикасноста на сите аспекти на нивниот третман.
- 1.1.14 Земете предвид промена на модалитетот на третманот доколку пациентот, неговата фамилија или лицето кое им пружа нега тоа го побара.
- 1.1.15 Кога земате предвид промена на модалитетот на третман, понудете информации за опции за третман опишани во препораките 1.1.1–1.1.8. Тука треба да биде вклучено како која било одлука за промена би влијаела на идните опции за третман.
- 1.1.16 Промената на модалитетите на третман треба се планира доколку е тоа можно.

2. Белешки за опсегот на упатствата

NICE упатствата се развиени во согласност со опсегот кој дефинира што ќе опфаќаат упатствата, а што не. Опсегот на овие упатства е достапен на нашата веб страница – кликни на „Како се направени овие упатства“.

3. Спроведување

NICE има развиено алатки за да им помогне на организациите да ги спроведат овие упатства.

4. Препораки за истражување

Ги направивме следниве препораки за истражување, базирани на нашиот преглед на докази, со цел да се подобрат NICE упатствата и негата на пациентите во иднина.

4.1 Процес на носење одлуки

Како треба да биде поддржан процесот на носење одлуки за изборот на модалитет на дијализа, вклучително и перитонеална дијализа?

Зошто е ова важно

Различни методи се употребени за да се поддржат луѓето, со цел да донесат одлуки во врска со здравствената нега преку формални или неформални системи, но нема докази за тоа кој метод е најефективен за изборот на модалитет на дијализа. Квалитативните докази покажаа дека луѓето биле под влијание од искуствата на други пациенти. Сепак, ова исто така има потенцијал да му наштети на информираното носење на одлуки, бидејќи овие информации се многу субјективни и може да ги обесхрабрат пациентите да донесат информирани одлуки според нивните вредности.

Дополнителни истражувања се потребни за тоа како одлуките за модалитетот на дијализа може да бидат поддржани. Методите би можеле да вклучуваат како може да се употреби поддршката од колегите за да се донесат одлуки врз основа на вредностите на пациентот, употребата на советник за одлучување и употребата на структурирани информации за деца. Истражувањата, исто така, треба да проверат доколку овие методи варираат во ефективноста на различни фази од процесот или за различни одлуки (на пример, почетокот на дијализа или одлуката да се промени модалитетот или не). Влијанието на методот или тајмингот на давање информации за клинички резултати треба да се процени. Други резултати треба да вклучуваат дали дадените информации одговараат на искуството на пациентот откако е направена одлуката.

4.2 Ефективност на модалитетот

Кои фактори одлучуваат за ефективноста на кој било модалитет на дијализа, вклучително и перитонеална дијализа?

Зошто е ова важно

Има големи бариери во користењето на рандомизирани контролирани студии (РКС) во истражувањата за модалитет на дијализа. Ова особено претставува предизвик за дијализа кај деца, бидејќи која било студија во Велика Британија веројатно нема да биде соодветно придвижувана. Исто така, преференците на пациентите се важен фактор во изборот на модалитет, така што кога РКС се воспоставувани целите за регрутирање не се исполнувани, при што резултатите се нејасни и со ограничена вредност.

Квалитативните докази покажуваат дека пациентите и здравствените работници сметаат дека има многу фактори кои влијаат на ефективноста на дијализата. Тука се вклучени возраста (особено возраст од 65 години и постари), степен на поддршка и

функционирање на семејството (врски, организација, стратегии за справување и животни настани). Сепак, има малку робустни квалитативни докази во оваа област.

Понатамошно истражување е потребно за да се идентификуваат факторите кои предвидуваат успешност или неуспешност на третманот. Резултатите треба да вклучуваат клинични резултати (вклучително и зачувување на бубрежната функција и стапките на инфекција), процент на пациенти што се откажале, психолошки фактори, квалитет на животот и придржување.

4.3 Секвенцирање на третманот

Кое е најефективно секвенцирање на третманот?

Зошто е ова важно

Има ограничен број докази со висок квалитет за ефективноста на различни секвенци на модалитети и особено за влијанието на отпочнувањето на притонеална дијализа кај луѓе со резидуална бубрежна функција. Исто така, има ограничен број докази со висок квалитет за тоа кога луѓето треба да се префрлат од или на перитонеална дијализа.

Понатамошно истражување е потребно за секвенцирање на третман, вклучително и оптималното време за промена.

4.4 Нутритивен статус

Дали има значајна разлика во нутритивниот статус помеѓу луѓето на различни модалитети на третман на дијализа?

Зошто е ова важно

Неухранетоста е честа кај луѓе со дијагностицирана бубрежна инсуфициенција (присутна кај 30-40% од пациентите) и е поврзана со намалена стапка на преживување. Спротивно на тоа, зголемувањето на тежината или повратување на тежината е честа по отпочнувањето перитонеална дијализа и е поврзано со влошувањето на липидниот профил. Многу високи и ниски серумски концентрации на фосфат се исто така поврзани со лоши резултати.

Клиничките интервенции моментално се користат во обид да се коригираат и абнормалните нивоа на фосфат и неухранетоста.

Ригорозна студија, со користење на проверени методи е потребна за да се споредат ефектите на хемодијализа и перитонеална дијализа на маркери на нутриционен статус и контрола на фосфат.

Не постои единствена мерка на златен стандард на нутритивен статус, така што панел на мерења треба да се користи, кој би ги рефлектирал различните аспекти на протеин-енергетска малнутриција. Овие мерења на резултати треба да вклучуваат субјективна глобална проценка, проценка на диетална доза, антропометриски мерки, тежина и индекс на телесна маса, биохемиски маркери (вклучително и фосфат, калциум, серум

креатинин и албумин), како и проценка на адекватноста на дијализата и резидуална ренална функција.

4.5 Проценка на ефективност

Кои резултати треба да бидат користени во проценка на ефективност?

Зошто е ова важно

Студиите кои ја проценуваат ефективност на различните модалитети покажуваат многу различни резултати. Сепак, не е познато која е најдобрата мерка за споредба на ефективност на третманите.

Понатамошно истражување е потребно за да се одреди кои резултати се највредни за пациентите и за здравствените работници во одлучувањето за модалитетот на дијализата.

5. Други верзии на овие упатства

5.1 Целосни упатства

Целосното упатство, перитонеална дијализа: Перитонеалната дијализа во третманот на фаза 5 хронична бубрежна болест содржи детали за методите и доказите користени за развој на овие упатства.

5.2 Информации за јавноста

NICE создаде информации за јавноста кои ги објаснуваат овие упатства.

Ние ги охрабруваме NHS и организациите од волонтерскиот сектор да го користат текстот од овие информации во своите материјали за фаза 5 ХББ.

6. Поврзани NICE упатства

Објавени

- Третман на анемија кај лица со хронична бубрежна болест. NICE клинички упатства 114 (2011).
- Хронична бубрежна болест. NICE клинички упатства 73 (2008).
- Лапароскопско внесување на катетер за перитонеална дијализа. NICE упатства за интервентни процедури 208 (2007).
- Упатства за домашна, споредена со болничка хемодијализа кај пациенти со тежок степен на бубрежна слабост. NICE прирачник за технолошка употреба 48 (2002).

7. Ажурирање на упатствата

NICE клиничките упатства се ажурираат така што се земаат предвид важни нови информации. Новите докази се проверуваат секои 3 години по објавувањето и здравствените професионалци и пациентите се прашуваат за нивните мислења; ние ги користиме информациите да одлучиме дали сите делови од упатствата треба да се обноват. Ако важни нови докази се објават во друго време, ние може да се одлучиме да направиме побрзо ажурирање на некои препораки. Ве молам посетете го нашиот вебсајт за информации околу ажурирањето на упатствата.

Апендикс А: Група за развој на упатства, Мал технички тим за клинички упатства, Мал тим за клинички упатства и Центар за клиничка пракса

Група за развој на упатства

11 члена, податоци за членовите може да се најдат на адресата на упатството.

Мал технички тим за клинички упатства

Малиот технички тим за клинички упатства е одговорен за овие упатства низ нивниот развој. Подготвуваше информации за Групата за развој на упатства, ги изготви овие упатства и одговараа на консултационите коментари. Следните вработени на NICE го формираа техничкиот тим за овие упатства.

Шест члена, податоци за членовите може да се најдат на адресата на упатството.

Мал тим за клинички упатства

Три члена, податоци за членовите може да се најдат на адресата на упатството.

Центар за клиничка пракса

Шест члена, податоци за членовите може да се најдат на адресата на упатството.

Апендикс Б: Панел за ревизија на упатствата

Групата за развој на упатствата е независна група која го надгледува развивањето на упатствата и презема одговорност за надгледување на придржувањето кон развојните процеси на NICE упатствата. Особено, панелот се осигурува дека коментарите на заинтересираните странки се адекватно разгледани и на нив е даден одговор. Панелот вклучува членови од следниве перспективи: примарна нега, секундарна нега, лица без стручно знаење, јавно здравје и индустрија.

5 члена, податоци за членовите може да се најдат на адресата на упатството.

За овие упатства

NICE клиничките упатства се препораки за третманот и за негата на луѓе со специфични болести и состојби во рамките на NHS во Англија и Велс. Ова упатство беше создадено од Малиот технички тим за клинички упатства. Тимот работеше со Групата на здравствени професионалци, (вклучувајќи консултанти, општи лекари и медицински сестри), пациенти и лица кои пружаат нега и технички персонал, кој ги прегледа доказите и го изготви нацртот на препораките. Препораките беа финализирани по јавната консултација.

Методите и процесите за развој на NICE клиничките препораки се опишани во Прирачникот за упатства. Ова упатство беше развиено со помош на процесот за кратки клинички упатства.

Препораките од овие упатства се инкорпорирани во NICE патоказот. Ние создадовме информации за јавноста со кои ги објаснуваме овие упатства. Достапни се и алатки кои помагаат овие упатства да се воведат во праксата и информации за доказите на кои се базирани.

Промени од публикацијата

Декември 2011 год.: мали поправки.

Март 2013 год.: мали поправки.

Вашата одговорност

Овие упатства ги прикажуваат погледите на NICE, до кои е дојдено по внимателно разгледување на достапните докази. Здравствените професионалци треба целосно да ги земат предвид кога го користат своето клиничко расудување. Но, упатствата не го надминуваат сопственото чувство на одговорност за донесување правилни одлуки во однос на условите во кои се наоѓа индивидуалниот пациент, во консултација со самиот пациент и/или старател или лицата кои пружаат нега и да е информиран за упатството со карактеристиките на секој лек.

Имплементацијата на овие препораки е одговорност на локалните давачи на услуги. Тие се потсетувани дека е нивна одговорност да ги имплементираат овие упатства во нивниот локален контекст и во поглед на нивната должност да елиминираат каква било нелегална дискриминација, да унапредуваат еднаквост на можностите и да негуваат добри односи. Ништо во овие упатства не треба да биде интерпретирано на начин кој не е конзистентен со усогласеноста со овие должности.

Авторски права

© Национален институт за здравствено и клиничко усовршување 2011. Сите права се задржани. NICE материјалите можат да бидат симнати за приватни истражувања и студии и можат да бидат репродуцирани за едукативни и непрофитни причини. Не е дозволена никаква репродукција за или од комерцијални организации, или за комерцијални причини, без пишана дозвола од NICE.

Контактирајте ги NICE

National Institute for Health and Clinical Excellence
Level 1A, City Tower, Piccadilly Plaza, Manchester M1 4BT

www.nice.org.uk
nice@nice.org.uk
0845 033 7780