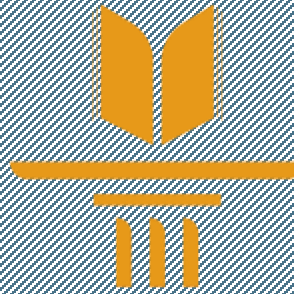


ΤΕΥΧΟΣ

08

ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ
2025

ISSN: 2945-2139



ΤΕΤΡΑΜΗΝΙΑΙΟ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ
& ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ
ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ

INEF JOURNAL

ΕΠΙΣΗΜΟ ΟΡΓΑΝΟ ΤΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΙΔΙΩΤΩΝ ΝΕΦΡΟΛΟΓΩΝ



ηλεκτρονικές εκδόσεις



Η κεντρική ιστοσελίδα

Το διμηνιαίο newsletter

Η εφαρμογή της ENIN για κινητά

Η ιστοσελίδα της εκπαίδευσης των νεφροπαθών



Διευθύνσεις email σε ισχύ από 01.01.2025
 Γραμματεία: admin@enin-online.gr & eninonline@gmail.com
 Πρόεδρος Δ.Σ: president@enin-online.gr
 Περιοδικό iNefJ: inefjournal@enin-online.gr



Βρες στο www.enin-online.gr



Θέλω να...



(κάνε κλικ στην υπηρεσία που σε ενδιαφέρει)

...εγγραφώ μέλος στην ENIN

...αποκτήσω προνομιακή συνδρομή στην ISN και στο Kidney Int

...εγγραφώ στο Πιστοποιητικό Επαγγελματικής Ανάπτυξης

...χρησιμοποιήσω την υπηρεσία ερωτήσεων

...κάνω μια καταγγελία

...χρησιμοποιήσω τους κλινικούς υπολογιστές

...μπω στο πρόγραμμα εσωτερικής εκπαίδευσης

...παρακολουθήσω τα e-σεμινάρια

...παρακολουθήσω τα e-courses

...αναζητήσω ένα άρθρο

...αναζητήσω εργασία

...αναζητήσω προσωπικό για την επιχείρησή μου

Περιεχόμενα

Εκ της Σύntαξης	6
Editorial	8
Κατευθυντήριες Οδηγίες	
Αγωνιστές Υποδοχέα GLP-1 (GLP-1 RAs) σε ασθενείς με ΧΝΝ	10
Ποιότητα & ασφάλεια	
Ανάλυση ρίζας αιτίας και αναγνώριση σοβαρών κλινικών περιστατικών	12
Ανασκοπήσεις	
IgA νεφροπάθεια: Ο ρόλος των Β-λεμφοκυττάρων και των παραγόντων BAFF & APRIL	20
Συνέδρια	
EuroPD, Βαλένθια	23
Τα νέα του ISN	28
Τα νέα της Συνομοσπονδίας	31
Quiz	32
Θέσεις εργασίας	33

Εικόνα εξωφύλλου:

Εικόνα που συμβολίζει την ασφάλεια των ασθενών.

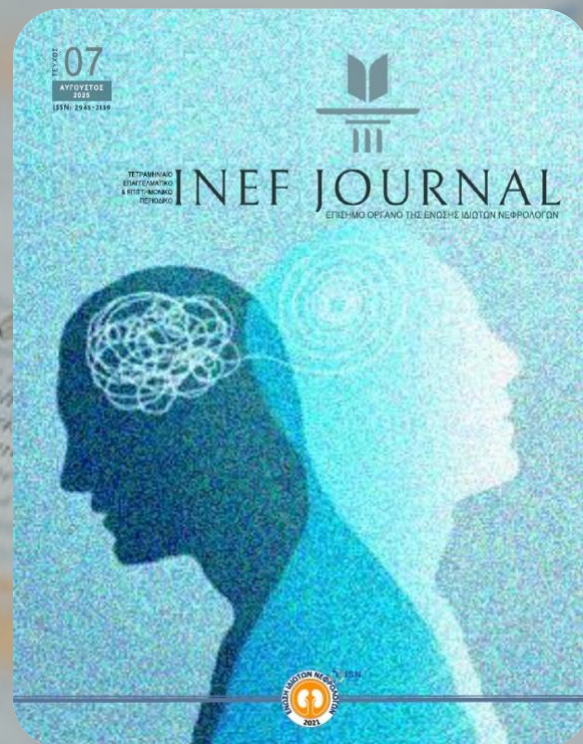
Συντμήσεις τεύχους:

AK: αιμοκάθαρση, AKΠ: αυτοματοποιημένη ΠΚ, ΚΟΚ: κατ' οίκον κάθαρση, ΚΟΑ: κατ' οίκον αιμοκάθαρση, ΜΜΚ: Μεταβατική Μονάδα Κάθαρσης, ΟΝΑ: οξεία νεφρική ανεπάρκεια, ΠΚ: περιτοναϊκή κάθαρση, ΣΔ: σακχαρώδης διαβήτης, ΣΦΠΚ: Συνεχής Φορητή Περιτοναϊκή Κάθαρση, ΧΝΝ: Χρόνια νεφρική νόσος, ΧΝΝΤΣ: Χρόνια νεφρική νόσος τελικού σταδίου,

ABPM:περιπατητική καταγραφή αρτηριακής πίεσης, ERA: Ευρωπαϊκή Νεφρολογική Εταιρεία, EuroPD: Ευρωπαϊκή Εταιρεία Περιτοναϊκής κάθαρσης, HBPM: καταγραφή αρτηριακής πίεσης στο σπίτι, HDF: αιμοδιαδιήθηση, IDH: ενδοσυνεδριακή υπόταση, IDWG:διασυνεδριακή αύξηση βάρους, ISN: International Society of Nephrology, ISPD: International Society for Peritoneal Dialysis, KDIGO:Kidney disease improving global outcomes, MRA:mineralocorticoid receptor antagonist; NICE: National Institute for Health and Care Excellence (U.K.), NIH: National Institute of Health (ΗΠΑ), NHS: National Health System (Εθνικό Σύστημα Υγείας Ηνωμένου Βασιλείου), RAAS: σύστημα Ρενίνης-Αγγειοτασίνης-Αλδοστερόνης, UKKA: Βρετανική Νεφρολογική Εταιρεία

Το περιοδικό iNef δέχεται άρθρα:

- Γνώμης πάνω σε επιστημονικά ή επαγγελματικά θέματα
- Ειδικευομένων
- Νοσηλευτικά
- Ανασκοπήσεις
- Πρωτότυπες εργασίες
- Ενδιαφέροντα περιστατικά
- Ενδιαφέρουσες εικόνες
- Μετάφραση κατευθυντήριων οδηγιών
- Τεχνολογία & καινοτομία
- Νεότερες φαρμακευτικές θεραπείες
- Αλληλογραφία
- Άλλα



Τα άρθρα μπορούν να έχουν ελεύθερη θεματολογία πάνω σε θέματα Νεφρολογικού και ευρύτερα ιατρικού ενδιαφέροντος. Μπορείτε να δείτε τις οδηγίες προς τους συγγραφείς στο παρακάτω σύνδεσμο:

[Οδηγίες προς τους συγγραφείς](#)



INEF JOURNAL

iNef Journal

ISSN: 2945-2139



ΕΠΙΣΗΜΟ ΟΡΓΑΝΟ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ
ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ ΤΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΙΔΙΩΤΩΝ
ΝΕΦΡΟΛΟΓΩΝ
Αριστοτέλους 11-15
Αθήνα, 104 32

OFFICIAL JOURNAL
OF THE HELLENIC ASSOCIATION
OF INDEPENDENT NEPHROLOGISTS
11-15 Aristotelous street
Athens, 104 32, Greece
©2023 HASIN

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ:

Διευθυντής: Δ. Κιρμιζής

Αναπλ. Διευθυντής: Β. Ράϊκου

Συμβούλιο:

Ι. Δρούλιας, Ε.Ευθυμίου,

Σ. Κελλίδου, Β. Κολοβός, Γ. Μυσερλής

Τόπος έκδοσης: Αθήνα

EDITORIAL BOARD:

Editor: D. Kirmizis

Deputy Editor: V. Raikou

Editorial Board:

I. Droulias, E. Efthymiou,

S. Kellidou, V. Kolovos, G. Myserlis

Published in Athens, Greece

Το Δ.Σ. της ENIN και η επιτροπή σύνταξης δεν φέρουν καμία ευθύνη για τις απόψεις που εκφράζουν οι συγγραφείς των άρθρων ή για τυχόν επιπτώσεις από τη χρήση των δημοσιευμάτων ή των προϊόντων και υπηρεσιών που διαφημίζονται.

The Board of HASIN and the Editorial Board of iNef are not responsible for the statements, views or information published by the authors, and shall not be liable for any consequences resulting from the use of any information published or any products or services advertised in iNefJ.

ΕΚ ΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Σ' αυτό το τεύχος

Το 8ο τεύχος του περιοδικού iNefJ, είναι γεγονός. Στο Editorial του τεύχους μπορείτε να ενημερωθείτε για τις τις θέσεις της ENIN στην «πιστοποίηση» στην αιμοκάθαρση μετά και τις τελευταίες εξελίξεις.

Στο τεύχος αυτό θα βρείτε την ελληνική μετάφραση των κατευθυντήριων οδηγιών της Βρετανικής Νεφρολογικής Εταιρείας στη χρήση των αγωνιστών GLP-1 σε ασθενείς με ΧΝΝ.

Ακολουθεί τα πρώτο άρθρο στο πλαίσιο της σειράς με θέμα «Ποιότητα και ασφάλεια», που αναφέρεται ανάλυση ρίζας αιτίας και την αναγνώριση σοβαρών κλινικών περιστατικών, καθώς και εξαιρετικό και επίκαιρο άρθρο ανασκόπησης πάνω στην παθογένεια της νεφροπάθειας IgA

Στη στήλη των συνεδρίων θα μπορέσετε να διαβάσετε ανασκόπηση των περιλήψεων από τις πιο ενδιαφέρουσες εργασίες που παρουσιάστηκαν στο πρόσφατο συνέδριο του EuroPD, που έλαβε χώρα στη Βαλένθια.

Στις τελευταίες σελίδες θα μπορείτε εφεξής να βρείτε νέα από τους συνδεδεμένους με της EN.I.N. φορείς, όπως ο ISN και η Συνομοσπονδία Ιδιωτών Ιατρών Ελλάδος Σ.Ι.Δ.Ι.Ε.

Όπως πάντα, μπορείτε να στέλνετε άρθρα ή αλληλογραφία προς δημοσίευση στο

inefjournal@enin-online.gr

Καλή ανάγνωση!

6

Σύμφωνα με το άρθρο 88 του νόμου 4808 (τ. Α' 101/ 19.06.2021) απαγορεύεται στους εργοδότες, σε πρόσωπα που ενεργούν για λογαριασμό τους και σε οποιονδήποτε τρίτο να προβαίνουν σε οποιαδήποτε πράξη ή παράλειψη που κατατείνει στην παρακώλυση της άσκησης των συνδικαλιστικών δικαιωμάτων των εργαζομένων και ιδιαίτερα: α) να ασκούν επιρροή στους εργαζομένους, για την ίδρυση ή μη ίδρυση συνδικαλιστικής οργάνωσης, β) να επιβάλουν ή να παρεμποδίζουν με οποιονδήποτε τρόπο ή μέσο την προσχώρηση εργαζομένων σε ορισμένη συνδικαλιστική οργάνωση, γ) να απαιτούν από τους εργαζομένους δήλωση συμμετοχής, μη συμμετοχής ή αποχώρησης από συνδικαλιστική οργάνωση, δ) να υποστηρίζουν ορισμένη συνδι-καλιστική οργάνωση με οικονομικά ή με άλλα μέσα, ε) να επεμβαίνουν με οποιονδήποτε τρόπο στη διοίκηση, στη λειτουργία και στη δράση των συνδικαλιστικών οργάνωσεων, στ) να μεταχειρίζονται με ευμείνεια ή δυσμείνεια τους εργαζομένους, ανάλογα με τη συμμετοχή τους σε ορισμένη συνδικαλιστική οργάνωση. Η παράβαση των ανωτέρω αποτελεί ποινικό αδίκημα και κάθε καταγγελία θα διερευνηθεί. Μπορείτε να κάνετε τις καταγγελίες σας [εδώ](#).



iNef Journal ΤΕΥΧΟΣ 08 Δεκέμβριος 2025

Πιστοποιητικό Επαγγελματικής Ανάπτυξης

Τι είναι;

Το ΠΕΑ είναι πρόγραμμα ετήσιας πιστοποίησης της επιστημονικής δραστηριότητας του υγειονομικού προσωπικού, κατ' αντιστοιχία με ανάλογα Προγράμματα που είναι καθιερωμένα σε υγειονομικά προηγμένες χώρες. Κύριος στόχος του είναι η παροχή κινήτρου αφενός στα μέλη της ENIN για συμμετοχή σε επιστημονικές εκδηλώσεις αναγνωρισμένου κύρους, αφετέρου στους εργοδότες για την υποστήριξη των εργαζομένων τους να συμμετέχουν στις εκδηλώσεις αυτές. Η επιτυχής συμμετοχή των εργαζομένων τους στο Πρόγραμμα ΠΕΑ θα αποτελεί κριτήριο για την αξιολόγηση των ίδιων των επιχειρήσεων που θα ξεκινήσει από το 2026.

Πώς λειτουργεί;

Η EN.I.N. καταρτίζει ενόψει κάθε νέου έτους λίστα με εγκεκριμένες επιστημονικές εκδηλώσεις που μοριοδοτεί κατά την κρίση της Επιστημονικής Επιτροπής της, καθώς και τα απαιτούμενα μόρια για την λήψη του ΠΕΑ την ερχόμενο έτος. Περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να βρείτε online στο <https://www.enin-online.gr/pea>

Εφόσον με το τέλος του ημερολογιακού έτους οι αιτούντες έχουν συμπληρώσει τα απαραίτητα μόρια, από τις επιστημονικές εκδηλώσεις στις οποίες συμμετείχαν κατά τη διάρκεια του έτους, αυτομάτως θα λαμβάνουν το ΠΕΑ για το έτος που προηγήθηκε. Για το ημερολογιακό έτος 2025 τα απαιτούμενα μόρια για τη λήψη ΠΕΑ είναι δέκα, και πρέπει να συμπληρωθούν **μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου 2025**. Η διορία εγγραφής για το έτος 2025 είναι η **28 Φεβρουαρίου 2026**.

Οι επιτυχόντες μπορούν να επιλέξουν να κοινοποιηθεί το επιτυχές αποτέλεσμά τους στον εργοδότη τους ή τον επιστημονικό υπεύθυνο ή ακαδημαϊκό επιβλέποντά τους.

Η ελληνική νεφρολογία στο σταδροδρόμι: ποιότητα ή οπισθοδρόμηση;

Δημήτριος Κιρμιζής

FRCP, PG Cert Diabetes, MSc Transplant, PhD, RCP accredited educator

Πρόεδρος Δ.Σ. EN.I.N.

Consultant Nephrologist

Home therapies lead (Colchester site), East Suffolk & North Essex NHS Foundation Trust, U.K.
Clinical Post CCT Associate Lecturer, Anglia Ruskin University, U.K.

Τα τελευταία χρόνια, η ελληνική νεφρολογική κοινότητα βρίσκεται αντιμέτωπη με μια εξέλιξη που θα έπρεπε να μας προβληματίζει όλους, ανεξαρτήτως εργασιακής σχέσης, επαγγελματικής ιδιότητας ή θεσμικής θέσης. Πρόκειται για την εισαγωγή διαδικασιών «πιστοποίησης» μη νεφρολόγων ιατρών για απασχόληση σε μονάδες αιμοκάθαρσης, χωρίς να έχει προηγηθεί ουσιαστικός επιστημονικός διάλογος, χωρίς να έχουν τεθεί σαφή εκπαιδευτικά πρότυπα και χωρίς να έχουν διασφαλιστεί οι διεθνώς αποδεκτές προϋποθέσεις που συνοδεύουν κάθε σοβαρό σύστημα πιστοποίησης. Οι πρόσφατες εξελίξεις με την προσπάθεια να διευρυνθεί η εφαρμογή του μέτρου της «πιστοποίησης» στην αιμοκάθαρση και στην ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής, κατέδειξε με τον πιο εκκωφαντικό τρόπο το αδιέξοδο στο οποίο η ρύθμιση αυτή οδηγεί, δυστυχώς με τη συμμετοχή και του απερχόμενου Δ.Σ. της Ελληνικής Νεφρολογικής εταιρείας, καθώς δημιουργεί ένα σαφές προηγούμενο ανεξλέγκτης εκχώρησης του πεδίου της αιμοκάθαρσης και προς άλλες ειδικότητες. Και βέβαια, οι χλιαρές επιστολές του απερχόμενου Δ.Σ. της ΕΝΕ στερούνται σοβαρότητας καθόσον συνεχίζεται η ενεργός συμμετοχή της ΕΝΕ στην εν λόγω ρύθμιση, και μάλιστα χωρίς ποτέ να έχει ζητηθεί η έγκριση του σώματος στη Γενική Συνέλευση.

Με επανειλημμένα διαβήματα μας προς την ΕΝΕ, οι επιλογές της οποίας θα έπρεπε να συνάδουν με τα διεθνή επιστημονικά και εκπαιδευτικά πρότυπα και να συμβάλλουν στην αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών και της ασφάλειας των ασθενών, έχουμε αναδείξει τα σημεία της ρύθμισης που εγείρουν σοβαρές ανησυχίες τόσο ως προς την επιστημονική επάρκεια των πιστοποιημένων ιατρών όσο και ως προς τις επαγγελματικές συνέπειες για τους νεφρολόγους, και που συνοψίζονται στα εξής:

1. πιστοποίηση μέσα σε μόλις τρεις μήνες, δηλαδή ουσιαστικά μέσα σε περίπου 60 εργάσιμες ημέρες,
2. χωρίς συγκεκριμένο και υποχρεωτικό πρόγραμμα σπουδών,
3. χωρίς σαφείς προϋποθέσεις για τους εκπαιδευτές,
4. χωρίς διαδικασία αξιολόγησης ή επιτυχίας σε εξετάσεις.

Με δεδομένο δε ότι στις Μονάδες Χρόνιας Αιμοκάθαρσης, οι πιστοποιημένοι ιατροί δεν λειτουργούν επικουρικά προς τους νεφρολόγους, αλλά καλύπτουν αυτοτελώς τη λειτουργία ολόκληρης βάρδιας, καταλαμβάνοντας θέσεις νεφρολόγων και όχι θέσεις βοηθών, γίνεται φανερό ότι τα εκπαιδευτικά και επιστημονικά κριτήρια της ρύθμισης επηρεάζουν άμεσα την ασφάλεια των ασθενών μας. Σημειωτέον ότι τόσο ο ΠΙΣ όσο και η Συνομοσπονδία Ιδιωτών Ιατρών Ελλάδος (ΣΙΔΙΕ), καθώς και το ίδιο το επαγγελματικό σωματείο των οικογενειακών ιατρών, έχουν δημόσια εκφράσει επιφυλάξεις για την εφαρμογή της ρύθμισης με τη σημερινή της μορφή.

Επιπλέον, η ρύθμιση όπως ισχύει δημιουργεί εύλογη ανησυχία για πιθανή καταχρηστική χρήση της ρύθμισης (π.χ. εικονικές αγγελίες εργασίας) σε βάρος των επαγγελματικών δικαιωμάτων των νεφρολόγων, καθώς απουσιάζουν επαρκείς δικλείδες που να διασφαλίζουν τη διαφάνεια και την ορθή εφαρμογή της διαδικασίας.

Το ζήτημα δεν αφορά μόνο τους ιδιώτες νεφρολόγους. Αφορά το μέλλον της ειδικότητάς μας, την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και, τελικά, την ασφάλεια των ασθενών με τελικού σταδίου νεφρική ανεπάρκεια. Το πραγματικό ερώτημα είναι διαφορετικό:

Τι ακριβώς πιστοποιείται, από ποιον, με ποια κριτήρια και με ποια διεθνή τεκμηρίωση;

Η πιστοποίηση δεν είναι απλή παρακολούθηση μαθημάτων

Στη σύγχρονη εποχή της ποιότητας και της λογοδοσίας, η λέξη «πιστοποίηση» έχει συγκεκριμένο περιεχόμενο. Διεθνώς, η πιστοποίηση επαγγελματιών διέπεται από το πρότυπο ISO/IEC 17024, το οποίο θέτει αυστηρές απαιτήσεις τόσο για το πρόγραμμα όσο και για τον φορέα που το χορηγεί. Η πιστοποίηση προϋποθέτει:

- σαφώς καθορισμένο αντικείμενο επαγγελματικής δραστηριότητας,
- τεκμηριωμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης,
- προκαθορισμένες γνώσεις και δεξιότητες,
- αντικειμενική αξιολόγηση,
- εξετάσεις θεωρητικές και πρακτικές,
- μηχανισμούς επαναπιστοποίησης,
- ανεξάρτητη εποπτεία και αμεροληψία.

Σύμφωνα με τις διεθνείς αρχές, δεν αρκεί η παρακολούθηση ενός σύντομου προγράμματος εκπαίδευσης, η χορήγηση ενός πιστοποιητικού παρακολούθησης. Ή η βεβαίωση παρουσίας. Στην πραγματικότητα, όταν απουσιάζουν τα παραπάνω στοιχεία, δεν μιλάμε για πιστοποίηση επαγγελματικής επάρκειας αλλά για εκπαιδευτική δραστηριότητα περιορισμένης εμβέλειας. Δεν είναι τυχαίο ότι σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες η αιμοκάθαρση παραμένει αναπόσπαστο τμήμα της νεφρολογικής ειδικότητας. Δεν υπάρχει διεθνές πρότυπο που να εξισώνει μια σύντομη εκπαιδευτική διαδικασία με τα χρόνια ειδίκευσης και κλινικής εμπειρίας που απαιτούνται για την απόκτηση της νεφρολογικής επάρκειας.

Μέχρι σήμερα, η ελληνική νεφρολογική κοινότητα δεν έχει λάβει πειστικές απαντήσεις σε βασικά ερωτήματα:

- Ποιο είναι το εκπαιδευτικό πρόγραμμα;
- Ποιες είναι οι ελάχιστες απαιτήσεις;
- Ποια είναι τα μαθησιακά αποτελέσματα;
- Ποιος αξιολογεί τους εκπαιδευμένους;
- Ποιος αξιολογεί τους εκπαιδευόμενους;
- Υπάρχουν γραπτές εξετάσεις;
- Υπάρχουν πρακτικές εξετάσεις;
- Υπάρχει διαδικασία επαναπιστοποίησης;
- Υπάρχει ανεξάρτητη διαπίστευση του φορέα που χορηγεί την πιστοποίηση;

Αυτά τα ερωτήματα αποτελούν τον πυρήνα κάθε αξιόπιστου συστήματος πιστοποίησης. Χωρίς αυτά, η έννοια της πιστοποίησης κινδυνεύει να αποδυναμωθεί και να μετατραπεί σε τυπική διαδικασία χωρίς πραγματικό περιεχόμενο. Η ποιότητα δεν μπορεί να βελτιώνεται μειώνοντας το επίπεδο εξειδίκευσης. Η ασφάλεια δεν ενισχύεται υποκαθιστώντας την εμπειρία με ταχύτερες και φθηνότερες λύσεις.

Η υπονόμηση της νεφρολογικής ειδικότητας

Υπάρχει όμως και μια δεύτερη διάσταση που συχνά αποσιωπάται. Η δημιουργία παράλληλων διαδρομών απασχόλησης σε μονάδες αιμοκάθαρσης δεν αποτελεί απλώς εκπαιδευτικό ζήτημα. Αποτελεί και επαγγελματικό ζήτημα. Οι νεφρολόγοι επενδύουν:

- χρόνια ειδίκευσης,
- μεταπτυχιακή εκπαίδευση,
- συνεχιζόμενη επιμόρφωση,
- οικονομικούς πόρους,
- επαγγελματικό ρίσκο.

Η δημιουργία μηχανισμών που επιτρέπουν την υποκατάσταση του εξειδικευμένου νεφρολόγου από προσωπικό με σαφώς μικρότερη εκπαίδευση δημιουργεί εύλογα ερωτήματα για τις πραγματικές επιδιώξεις της μεταρρύθμισης. Είναι έκδηλο ότι η εν λόγω ρύθμιση, όπως εφαρμόζεται, κάθε άλλο παρά αποτελεί λύση για τις τυχόν ελλείψεις νεφρολόγων σε συγκεκριμένες περιοχές, καθώς είναι μαθηματικά βέβαιο ότι θα οδηγήσει σε επαγγελματική υπονόμηση των νεφρολόγων, και θα καταστήσει την ειδικότητα της νεφρολογίας στην Ελλάδα ακόμη λιγότερο ελκυστική.

Το παράδοξο της ελληνικής πραγματικότητας

Η χώρα μας εμφανίζει εδώ και δεκαετίες σοβαρή υστέρηση σε κρίσιμους τομείς της νεφρολογικής φροντίδας, όπως στους εξής:

- κατ' οίκον αιμοκάθαρση,
- περιτοναϊκή κάθαρση,
- μεταβατικές μονάδες εκπαίδευσης,
- shared care dialysis,
- self-care dialysis,
- patient-reported outcomes,
- εθνικά προγράμματα ποιότητας.

Σε όλους αυτούς τους τομείς η νεφρολογική κοινότητα ζητά μεταρρυθμίσεις εδώ και χρόνια. Είναι θλιβερό να βλέπει κανείς τόσο το Υπουργείο όσο και την ΕΝΕ να ανακυκλώνουν πάσει θυσία το αναχρονιστικό μοντέλο αιμοκάθαρσης, που ελάχιστα έχει εκσυγχρονιστεί από το 1980 που πρωτοεφαρμόστηκε στη χώρα μας, αντί να συζητούμε πώς θα αναπτύξουμε τις κατ' οίκον θεραπείες, πώς θα ενισχύσουμε την εκπαίδευση των ασθενών και πώς θα δημιουργήσουμε δομές ποιότητας αντίστοιχες με εκείνες των ευρωπαϊκών χωρών.

Ελπίζουμε το νέο Δ.Σ. της ΕΝΕ να ευθυγραμμίσει την πολιτική του σύμφωνα με τις σύγχρονες διεθνείς προδιαγραφές ποιότητας και ασφάλειας, και να απεμπλέξει την εθνική Επιστημονική εταιρεία της χώρας από συντεχνιακές δεσμεύσεις και οπισθοδρομικές λογικές.

Οδηγίες

Αγωνιστές Υποδοχέα GLP-1 (GLP-1 RAs). Συνταγογράφηση στη Χρόνια Νεφρική Νόσο (XNN) και υποστήριξη της πρόσβασης των νεφροπαθών ασθενών



Μετάφραση & επιμέλεια κειμένου: Επιτροπή Οδηγιών ENIN

Η **Ομάδα Νεφρολογικής Φαρμακευτικής του Ηνωμένου Βασιλείου (UK Renal Pharmacy Group)** συνιστά την έγκαιρη πρόσβαση των ασθενών με XNN στους αγωνιστές του υποδοχέα GLP-1, συμπεριλαμβανομένων των ληπτών νεφρικού μοσχεύματος.

Αιτιολόγηση προτεραιοποίησης των νεφροπαθών

Οι ασθενείς με XNN θα πρέπει να θεωρούνται ομάδα υψηλής προτεραιότητας για πρόσβαση σε GLP-1 RAs, διότι:

1. Μεγάλες τυχαίοποιημένες κλινικές μελέτες έχουν αποδείξει νεφροπροστατευτική δράση σε διαβητικούς ασθενείς με XNN.
2. Η παχυσαρκία επιταχύνει την έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας ανεξαρτήτως παρουσίας διαβήτη.
3. Η προχωρημένη XNN και το τελικό στάδιο νεφρικής νόσου συνδέονται με υψηλή νοσηρότητα, θνητότητα και σημαντικό οικονομικό κόστος για τα συστήματα υγείας.

Υπόβαθρο

Οι αγωνιστές του υποδοχέα GLP-1, όπως η σεμαγλουτίδη (Ozempic®, Wegovy®) και η τριζεπατίδη (Mounjaro®, Zepbound®), χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 και της παχυσαρ-

κίας, σε συνδυασμό με διαιτητικές παρεμβάσεις και αυξημένη φυσική δραστηριότητα. Δρουν μέσω:

- ο βελτίωσης του γλυκαιμικού ελέγχου,
- ο αύξησης του αισθήματος κορεσμού,
- ο επιβράδυνσης της γαστρικής κένωσης.

Μελέτες σε ασθενείς με XNN σταδίου 1–4 έχουν καταδείξει σημαντικά καρδιαγγειακά και νεφροπροστατευτικά οφέλη. Παρά ταύτα, η χρήση τους στους νεφροπαθείς παραμένει περιορισμένη, πιθανώς λόγω ανησυχιών σχετικά με την ασφάλειά τους.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες KDIGO για τη διαχείριση του διαβήτη στη XNN ήδη από το 2022 τοποθετούν τους GLP-1 RAs σε προνομιακή θεραπευτική θέση στους ασθενείς με XNN και σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

Χρήση σε ασθενείς χωρίς διαβήτη

Παρότι αναμένονται ειδικές κλινικές μελέτες σε ασθενείς με XNN χωρίς διαβήτη, τα διαθέσιμα φαρμακοκινητικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι η σεμαγλουτίδη και η τριζεπατίδη μπορούν να χρησιμοποιηθούν με ασφάλεια σε όλα τα στάδια της XNN, συμπεριλαμβανομένων:

- των ασθενών σε αιμοκάθαρση,
- των ασθενών σε περιτοναϊκή κάθαρση,
- των ληπτών νεφρικού μοσχεύματος.

Βασικές συστάσεις

- Η μειωμένη νεφρική λειτουργία δεν φαίνεται να επηρεάζει την ανεκτικότητα ή την ασφάλεια των GLP-1 RAs.
- Οι GLP-1 RAs μπορούν να χορηγούνται σε ασθενείς με νεφρική νόσο (συμπεριλαμβανομένων των μεταμοσχευμένων νεφρού) για:
 - ο απώλεια σωματικού βάρους,
 - ο μείωση καρδιαγγειακού κινδύνου,
 - ο θεραπεία σακχαρώδους διαβήτη τ.2,
 - ο με ελάχιστο πρόσθετο κίνδυνο σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.
- Οι GLP-1 RAs δεν μεταβολίζονται από τους νεφρούς, γεγονός που εξηγεί το ευνοϊκό τους προφίλ ασφάλειας σε όλα τα στάδια της XNN.
- Οι συνήθεις αρχικές δόσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν ανεξαρτήτως βαθμού νεφρικής λειτουργίας, συμπεριλαμβανομένων:
 - ο ασθενών με τελικό στάδιο νεφρικής νόσου (ESKD),
 - ο ασθενών σε αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση,
 - ο ληπτών νεφρικού μοσχεύματος.
- Τα συνήθη πρωτόκολλα πιλοποίησης της δόσης μπορούν συνήθως να εφαρμοσθούν χωρίς τροποποίηση.
- Δεν υπάρχουν ενδείξεις αλληλεπίδρασης με την τακρόλιμους ή άλλα συχνά χρησιμοποιούμενα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα.

Συχνές ερωτήσεις

Χρησιμοποιούνται μόνο στον διαβήτη;

Όχι. Αρχικά αναπτύχθηκαν για τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, αλλά σήμερα διαθέτουν ενδείξεις και για:

- αντιμείωψη της παχυσαρκίας,
- μείωση καρδιαγγειακού κινδύνου.

Είναι ασφαλείς στη ΧΝΝ;

Παρότι δεν διαθέτουν ακόμη ειδική άδεια χρήσης για όλους τους νεφροπαθείς στο Ηνωμένο Βασίλειο, τα διαθέσιμα δεδομένα υποστηρίζουν ότι:

- βελτιώνουν τη νεφρική υγεία,
- μειώνουν τις καρδιαγγειακές επιπλοκές,
- παρουσιάζουν παρόμοιο προφίλ ανεπιθύμητων ενεργειών με τον γενικό πληθυσμό.

Υπάρχει κατώτατο όριο eGFR για τη χορήγησή τους;

Όχι. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε όλα τα επίπεδα νεφρικής λειτουργίας, ακόμη και σε ασθενείς υπό εξωνεφρική κάθαρση. Δεν απαιτείται τροποποίηση της δόσολογίας ή του σχήματος τιτλοποίησης.

Συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες

Οι συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι:

- ναυτία, έμετος,
- δυσκοιλιότητα. διάρροια,

Ιδιαίτερες προφυλάξεις στους νεφροπαθείς

- Η δυσκοιλιότητα μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την επάρκεια της περιτοναϊκής κάθαρσης.
- Η δυσκοιλιότητα μπορεί επίσης να συμβάλει σε υπερκαλιαιμία.

- Ο έμετος και η διάρροια αυξάνουν τον κίνδυνο αφυδάτωσης και πιθανής επιδείνωσης της υπολειπόμενης νεφρικής λειτουργίας.

Παγκρεατίτιδα

Αν και σπάνια, αποτελεί σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργεια. Χαρακτηρίζεται από:

- αιφνίδιο έντονο κοιλιακό άλγος,
- συχνά με αντανάκλαση προς τη ράχη,

και απαιτεί άμεση ιατρική εκτίμηση.

Υπογλυκαιμία

Σε ασθενείς με διαβήτη ενδέχεται να αυξηθεί ο κίνδυνος υπογλυκαιμίας, ιδιαίτερα όταν συγχωρηγούνται άλλοι υπογλυκαιμικοί παράγοντες. Συνιστάται συχνότερη παρακολούθηση της γλυκόζης αίματος.

Αντενδείξεις και προφυλάξεις

Αποφυγή χρήσης σε ασθενείς με:

- προσωπικό ή οικογενειακό ιστορικό καρκίνου θυρεοειδούς,
- ιστορικό παγκρεατίτιδας,
- νόσο της χοληδόχου κύστεως,
- παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια.

Χρήση με προσοχή σε:

- γαστροπάρεση,
- καθυστερημένη γαστρική κένωση,
- ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε γενική αναισθησία ή βαθιά καταστολή.

Αντενδείκνυται κατά:

- την εγκυμοσύνη,
- τον θηλασμό,
- την περίοδο προγραμματισμού κύησης.

Ειδικά ζητήματα για τους ασθενείς σε αιμοκάθαρση

Η ταχεία απώλεια βάρους μπορεί να απαιτήσει:

- συχνότερη επανεκτίμηση του ξηρού βάρους,
- αναπροσαρμογή αντιυπερτασικής αγωγής,
- αναθεώρηση της αντιδιαβητικής θεραπείας.

Επιπλέον:

- η απώλεια βάρους μπορεί να συνοδεύεται από απώλεια μυϊκής μάζας,
- συνιστώνται ασκήσεις αντιστάσεων όπου είναι εφικτό,
- απαιτείται διατροφή υψηλής βιολογικής αξίας πρωτεΐνης,
- συνιστάται παρακολούθηση από νεφρολογικό διαιτολόγο.

Συμπέρασμα

Η θέση της Ομάδας Νεφρολογικής Φαρμακευτικής του Ηνωμένου Βασιλείου είναι ότι οι αγωνιστές του υποδοχέα GLP-1 μπορούν να χρησιμοποιηθούν με ασφάλεια σε όλα τα στάδια της χρόνιας νεφρικής νόσου, συμπεριλαμβανομένων των ασθενών σε εξωνεφρική κάθαρση και των ληπτών νεφρικού μοσχεύματος. Παράλληλα, τα διαθέσιμα δεδομένα υποστηρίζουν σημαντικά καρδιο-νεφροπροστατευτικά οφέλη, γεγονός που καθιστά τους νεφροπαθείς πληθυσμό προτεραιότητας για πρόσβαση στις θεραπείες αυτές.

Προτότυπο: [GLP-1 RAs \(Glucagon-like peptide-1 receptor agonists\) - Prescribing in CKD and supporting kidney patients access](#)

Η ευθύνη σας

Οι συστάσεις σε αυτές τις οδηγίες αντιπροσωπεύουν την άποψη του UKKA, το οποίο κατέληξε σε αυτές μετά από προσεκτική εξέταση των διαθέσιμων αποδεικτικών στοιχείων. Η Επιτροπή Σύνταξης του iNefJ δεν φέρει καμία ευθύνη για οποιαδήποτε ανακρίβεια στη μετάφραση του πρωτότυπου κειμένου ή οπιοσδήποτε επιπλοκές παρουσιαστούν από την εφαρμογή των οδηγιών αυτών στην κλινική πράξη. Οι επαγγελματίες υγείας, κατά την κρίση τους, αναμένεται να λάβουν πλήρως υπόψιν τους αυτές τις συστάσεις, παράλληλα με τις εξατομικευμένες ανάγκες, προτιμήσεις και ιδιαιτερότητες των ασθενών τους. Η εφαρμογή των συστάσεων σε αυτές τις οδηγίες είναι στη διακριτική ευχέρεια των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών τους και δεν παρακάμπτουν την ευθύνη των επαγγελματιών υγείας να λαμβάνουν αποφάσεις κατάλληλες για τις περιστάσεις του κάθε ασθενή, κατόπιν συνεννόησης με τον ασθενή και/ή τον φροντιστή ή τον κηδεμόνα του. Όλα τα προβλήματα (ανεπιθύμητες ενέργειες) που σχετίζονται με ένα φάρμακο ή ιατρική συσκευή που χρησιμοποιείται για θεραπεία ή σε ιατρική διαδικασία θα πρέπει να αναφέρονται στον ΕΟΦ συμπληρώνοντας την Κίτρινη Κάρτα. (<https://www.kitrinikarta.gr>)

Ποιότητα & ασφάλεια

Ανάλυση ρίζας αιτίας και αναγνώριση σοβαρών κλινικών περιστατικών ως εργαλεία βελτίωσης της ασφάλειας των ασθενών



Επιτροπή ποιότητας & ασφάλειας ENIN

Εισαγωγή

Η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί θεμελιώδη διάσταση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και αναγνωρίζεται διεθνώς ως βασικός πυλώνας της αποτελεσματικής και αξιόπιστης παροχής φροντίδας. Παρά τις σημαντικές εξελίξεις στην ιατρική επιστήμη, στην τεχνολογία και στη φαρμακευτική θεραπεία, τα ανεπιθύμητα συμβάντα εξακολουθούν να αποτελούν σημαντική αιτία νοσηρότητας, θνητότητας και οικονομικής επιβάρυνσης των συστημάτων υγείας (1,2). Η αναγνώριση αυτής της πραγματικότητας οδήγησε στην ανάπτυξη νέων προσεγγίσεων για την κατανόηση, διερεύνηση και πρόληψη των κλινικών σφαλμάτων. Η σύγχρονη επιστήμη της ασφάλειας των ασθενών βασίζεται στην παραδοχή ότι τα περισσότερα σφάλματα δεν αποτελούν αποκλειστικά συνέπεια ατομικής αμέλειας ή επαγγελματικής ανεπάρκειας, αλλά προκύπτουν από την αλληλεπίδραση ανθρώπινων, τεχνολογικών και οργανωτικών παραγόντων μέσα σε πολύπλοκα συστήματα παροχής φροντίδας (3). Η μετάβαση από την παραδοσιακή προσέγγιση της απόδοσης ευθυνών προς μια συστημική προσέγγιση μάθησης αποτελεί μία από τις σημαντικότερες αλλαγές που έχουν συντελεστεί στον χώρο της υγειονομικής περίθαλψης κατά τις τελευταίες

δεκαετίες (4). Στο πλαίσιο αυτό, η Ανάλυση Ρίζας Αιτίας (Root Cause Analysis – RCA) αναδείχθηκε ως ένα από τα σημαντικότερα εργαλεία διερεύνησης σοβαρών κλινικών περιστατικών. Η RCA αποτελεί μια συστηματική μεθοδολογία που αποσκοπεί στον εντοπισμό των βαθύτερων αιτιών ενός συμβάντος, στην κατανόηση των παραγόντων που συνέβαλαν στην εκδήλωσή του και στην ανάπτυξη παρεμβάσεων που θα μειώσουν την πιθανότητα επανάληψής του στο μέλλον (5,6).

Η αναγνώριση σοβαρών κλινικών περιστατικών και η διερεύνησή τους μέσω δομημένων διαδικασιών αποτελούν σήμερα βασικά στοιχεία των συστημάτων κλινικής διακυβέρνησης και διαχείρισης κινδύνου. Οι οργανισμοί υγείας καλούνται όχι μόνο να ανταποκρίνονται στα συμβάντα όταν αυτά συμβαίνουν, αλλά και να δημιουργούν μηχανισμούς οργανωσιακής μάθησης που θα μετατρέπουν τα λάθη και τις αποτυχίες σε ευκαιρίες βελτίωσης της ποιότητας και της ασφάλειας των υπηρεσιών υγείας (7). Το παρόν άρθρο εξετάζει την ιστορική εξέλιξη της Ανάλυσης Ρίζας Αιτίας, την εισαγωγή της στην υγειονομική περίθαλψη, τη μεθοδολογία εφαρμογής, τους περιορισμούς της και τον ρόλο της στην οργανωσιακή μάθηση και στη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών.

2. Η Ιστορική Εξέλιξη της Ανάλυσης Ρίζας Αιτίας

Η Ανάλυση Ρίζας Αιτίας δεν αναπτύχθηκε αρχικά στον χώρο της υγείας. Οι ρίζες της βρίσκονται στη βιομηχανία και ιδιαίτερα στις προσπάθειες βελτίωσης της ποιότητας που αναπτύχθηκαν στην Ιαπωνία μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο (8). Κατά τις δεκαετίες του 1950 και του 1960, δύο σημαντικά βιομηχανικά φαινόμενα επηρέασαν καθοριστικά τη διαμόρφωση των σύγχρονων συστημάτων ασφάλειας: η ταχεία ανάπτυξη της ιαπωνικής αυτοκινητοβιομηχανίας και η μαζική επέκταση της αεροπορικής βιομηχανίας. Και οι δύο αυτοί τομείς αντιμετώπιζαν σύνθετα προβλήματα ποιότητας και αξιοπιστίας, τα οποία απαιτούσαν συστηματικές μεθόδους διερεύνησης και επίλυσης προβλημάτων (8,9). Στην Ιαπωνία, ο Sakichi Toyoda και αργότερα η Toyota ανέπτυξαν τεχνικές βελτίωσης της παραγωγικής διαδικασίας που στόχευαν στην αναγνώριση των πραγματικών αιτιών των προβλημάτων. Η πλέον γνωστή από αυτές ήταν η τεχνική των «Πέντε Γιατί» (5 Whys), σύμφωνα με την οποία η επαναλαμβανόμενη διερεύνηση ενός προβλήματος μέσω της ερώτησης «γιατί» οδηγεί στον εντοπισμό της θεμελιώδους αιτίας του (10).

Παράλληλα, ο Kaoru Ishikawa ανέπτυξε το διάγραμμα αιτίου–αποτελέσματος, γνωστό και ως διάγραμμα «ψαροκόκαλο» (Fishbone Diagram), το οποίο επέτρεπε τη συστηματική χαρτογράφηση των παραγόντων που συμβάλλουν σε ένα πρόβλημα ποιότητας (11). Οι προσεγγίσεις αυτές αποτέλεσαν τη βάση για τη διαμόρφωση της Συνολικής Διαχείρισης Ποιότητας (Total Quality Management – TQM), καθώς και μεταγενέστερων συστημάτων βελτίωσης, όπως το Lean Management και το Six Sigma (10,11). Την ίδια περίοδο, η αεροπορική βιομηχανία αναζητούσε τρόπους μείωσης των ατυχημάτων και βελτίωσης της αξιοπιστίας των πτήσεων. Η ανάπτυξη δομημένων διαδικασιών αναφοράς και διερεύνησης συμβάντων από τη NASA και την Federal Aviation Administration (FAA) οδήγησε στη δημιουργία του Aviation Safety Reporting System (ASRS), το οποίο θεωρείται πρόδρομος των σύγχρονων συστημάτων διερεύνησης συμβάντων ασφάλειας (12).

Η επιτυχία των προσεγγίσεων αυτών ήταν εντυπωσιακή. Η ιαπωνική βιομηχανία πέτυχε θεαματική μείωση των σφαλμάτων παραγωγής, ενώ η αεροπορία κατέγραψε σημαντική μείωση των ατυχημάτων μέσω της συστηματικής μάθησης από τα συμβάντα (8,12). Τα αποτελέσματα αυτά ενίσχυσαν την πεποίθηση ότι η ανάλυση των αιτίων των αποτυχιών και η εφαρμογή διορθωτικών παρεμβάσεων μπορούν να βελτιώσουν ουσιαστικά την ασφάλεια και την ποιότητα των πολύπλοκων συστημάτων.

3. Η Εισαγωγή της RCA στην Υγειονομική Περιθαλψη

Παρά την ευρεία εφαρμογή της RCA στη βιομηχανία και στην αεροπορία, η υγειονομική περιθαλψη άργησε να υιοθετήσει συστηματικές μεθόδους διερεύνησης των σφαλμάτων. Μέχρι τα τέλη του 20ού αιώνα, η κυρίαρχη προσέγγιση απέδιδε τα περισσότερα συμβάντα σε ατομικά λάθη των επαγγελματιών υγείας, χωρίς να εξετάζονται επαρκώς οι συστημικοί παράγοντες που συνέβαλλαν στην εμφάνισή τους (3). Καθοριστικό σημείο καμπής αποτέλεσε η δημοσίευση της έκθεσης “To Err is Human: Building a Safer Health System” από το Institute of Medicine των Ηνωμένων Πολιτειών το 1999 (1). Η έκθεση εκτίμησε ότι δεκάδες χιλιάδες θάνατοι ετησίως σχετιζό-

νταν με αποτρέψιμα ιατρικά σφάλματα και ανέδειξε την ανάγκη ανάπτυξης οργανωμένων συστημάτων αναφοράς, διερεύνησης και μάθησης. Η έκθεση επηρεάστηκε σημαντικά από την εμπειρία της αεροπορικής βιομηχανίας και υποστήριξε ότι η βελτίωση της ασφάλειας απαιτεί μετάβαση από μια κουλτούρα απόδοσης ευθυνών σε μια κουλτούρα μάθησης και συστημικής βελτίωσης (1,13).

Παράλληλα, στο Ηνωμένο Βασίλειο αναπτύχθηκε η έννοια της κλινικής διακυβέρνησης (Clinical Governance), η οποία ενσωμάτωσε την ασφάλεια των ασθενών στο πλαίσιο της συνολικής διαχείρισης ποιότητας του National Health Service (NHS) (14). Η ίδρυση του National Patient Safety Agency (NPSA) το 2001 αποτέλεσε σημαντικό βήμα προς τη δημιουργία εθνικών μηχανισμών αναφοράς και διερεύνησης περιστατικών ασφάλειας ασθενών (15). Η RCA υιοθετήθηκε ως η βασική μεθοδολογία διερεύνησης σοβαρών περιστατικών, με στόχο όχι την αναζήτηση υπευθύνων αλλά την κατανόηση των παραγόντων που επέτρεψαν την εκδήλωση του συμβάντος (15,16).

4. Σοβαρά Κλινικά Περιστατικά και Συστήματα Αναφοράς

Η αναγνώριση των περιστατικών που απαιτούν διερεύνηση αποτελεί κρίσιμο στοιχείο κάθε συστήματος ασφάλειας ασθενών. Δεν είναι δυνατόν ούτε πρακτικό να διερευνηθούν όλα τα συμβάντα με τον ίδιο βαθμό λεπτομέρειας. Για τον λόγο αυτό έχουν αναπτυχθεί διαδικασίες διαλογής και αξιολόγησης της σοβαρότητας των περιστατικών (17). Ως σοβαρό κλινικό περιστατικό ορίζεται κάθε συμβάν που προκάλεσε ή θα μπορούσε να προκαλέσει σοβαρή βλάβη, μόνιμη αναπηρία ή θάνατο, καθώς και κάθε περιστατικό από το οποίο μπορεί να εξαχθεί σημαντική οργανωσιακή μάθηση (18). Η σύγχρονη προσέγγιση αναγνωρίζει ότι η αξία ενός περιστατικού δεν εξαρτάται αποκλειστικά από τη σοβαρότητα της έκβασής του. Ένα συμβάν χωρίς βλάβη μπορεί να αποκαλύπτει σημαντικές συστημικές αδυναμίες, ενώ ένα περιστατικό με σοβαρή έκβαση μπορεί να οφείλεται κυρίως στη φυσική εξέλιξη της νόσου (18,19). Για την υποστήριξη της διαδικασίας αυτής έχουν αναπτυχθεί εργαλεία όπως το Serious Incident Recognition Tool (SIRT), το οποίο βοηθά τους οργανισμούς να αποφασίσουν ποια περιστατικά απαιτούν πλήρη διερεύνηση μέσω RCA (18).

5. Ρυθμιστικά Σώματα, Clinical Governance και Never Events

Η ανάπτυξη της RCA συνδέεται στενά με την εξέλιξη των συστημάτων κλινικής διακυβέρνησης και των μηχανισμών λογοδοσίας στην υγειονομική περιθαλψη. Η κλινική διακυβέρνηση περιγράφεται ως το πλαίσιο μέσω του οποίου οι οργανισμοί υγείας είναι υπεύθυνοι για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών και τη διασφάλιση υψηλών προτύπων φροντίδας (14). Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το NHS England καθιέρωσε το Serious Incident Framework, το οποίο παρέχει κατευθυντήριες οδηγίες για την αναγνώριση, αναφορά και διερεύνηση σοβαρών περιστατικών (18). Το πλαίσιο αυτό δίνει ιδιαίτερη έμφαση στη μάθηση, στη διαφάνεια και στη διάδοση των διδαγμάτων που προκύπτουν από τις διερευνήσεις.

Ιδιαίτερη κατηγορία σοβαρών περιστατικών αποτελούν τα λεγόμενα **Never Events**. Πρόκειται για συμβάντα που θεωρούνται απολύτως αποτρέψιμα όταν εφαρμόζονται οι κατάλληλες διαδικασίες ασφαλείας και τα οποία δεν θα έπρεπε να συμβαίνουν σε ένα σωστά οργανωμένο σύστημα υγείας (20). Παραδείγματα αποτελούν η χειρουργική επέμβαση σε λάθος σημείο, η χορήγηση λανθασμένου εμφυτεύματος ή η παραμονή ξένου σώματος μετά από χειρουργική επέμβαση. Η διερεύνηση τέτοιων περιστατικών μέσω RCA θεωρείται απαραίτητη, καθώς αποκαλύπτει συστημικές αδυναμίες που ενδέχεται να επηρεάζουν και άλλους τομείς του οργανισμού (20).

6. Οι Επτά Αρχές Διερεύνησης Σοβαρών Κλινικών Περιστατικών

Η αποτελεσματικότητα μιας διερεύνησης δεν εξαρτάται αποκλειστικά από τη χρήση κατάλληλων εργαλείων, αλλά και από τις αρχές που διέπουν τη διαδικασία. Στο πλαίσιο του Serious Incident Framework, το NHS England καθόρισε επτά θεμελιώδεις αρχές που πρέπει να χαρακτηρίζουν κάθε διερεύνηση σοβαρού περιστατικού (18). Οι αρχές αυτές αποτελούν τη φιλοσοφική βάση της σύγχρονης προσέγγισης της ασφάλειας των ασθενών και διασαφελίζουν ότι η διερεύνηση παραμένει προσανατολισμένη στη μάθηση και όχι στην απόδοση ευθυνών.

Η πρώτη αρχή είναι η προληπτική προσέγγιση (being proactive). Οι οργανισμοί υγείας οφείλουν να αναγνωρίζουν και να διερευνούν εγκαίρως τα περιστατικά που

ενδέχεται να αποκαλύπτουν συστημικούς κινδύνους, ακόμη και όταν δεν έχει προκληθεί σοβαρή βλάβη. Η πρόληψη βασίζεται στην έγκαιρη ανίχνευση αδυναμιών πριν αυτές οδηγήσουν σε δυσμενείς εκβάσεις. Η δεύτερη αρχή αφορά την αντικειμενικότητα (being objective). Η διερεύνηση πρέπει να βασίζεται σε πραγματικά δεδομένα και τεκμηριωμένες πληροφορίες και όχι σε προσωπικές απόψεις, υποθέσεις ή προκαταλήψεις. Η διατήρηση της αντικειμενικότητας είναι ιδιαίτερα σημαντική όταν οι ερευνητές γνωρίζουν προσωπικά τους εμπλεκόμενους επαγγελματίες ή όταν το περιστατικό έχει προκαλέσει έντονη συναισθηματική φόρτιση.

Η τρίτη αρχή είναι η **αναλογικότητα (being proportionate)**. Το εύρος και η ένταση της διερεύνησης πρέπει να ανταποκρίνονται στη σοβαρότητα του περιστατικού και στην πιθανή εκπαιδευτική του αξία. Δεν απαιτούν όλα τα περιστατικά τον ίδιο βαθμό ανάλυσης. Η τέταρτη αρχή είναι η διαφάνεια και η ειλικρίνεια (being open and transparent). Οι ασθενείς, οι οικογένειές τους και οι εμπλεκόμενοι επαγγελματίες υγείας πρέπει να ενημερώνονται για τη διερεύνηση και τα αποτελέσματά της. Η διαφάνεια ενισχύει την εμπιστοσύνη και προάγει τη μάθηση.

Η πέμπτη αρχή αφορά τη **συστημική προσέγγιση (being systems-based)**. Η διερεύνηση πρέπει να αναζητά τις υποκείμενες αδυναμίες του συστήματος και όχι να περιορίζεται στον εντοπισμό ατομικών λαθών. Η προσέγγιση αυτή αποτελεί θεμελιώδη αρχή της σύγχρονης επιστήμης της ασφάλειας (3,18). Η έκτη αρχή είναι η **συνεργασία (being collaborative)**. Η διερεύνηση απαιτεί τη συμμετοχή πολλαπλών επαγγελματικών ομάδων, καθώς και τη συμβολή των ασθενών και των οικογενειών τους όπου αυτό είναι εφικτό. Τέλος, η έβδομη αρχή αφορά την έγκαιρη και ανταποκρινόμενη **δράση (being timely and responsive)**. Η καθυστέρηση στη διερεύνηση μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια κρίσιμων πληροφοριών και να μειώσει την αξιοπιστία των ευρημάτων. Παράλληλα, οι οργανισμοί πρέπει να ανταποκρίνονται άμεσα στα διδάγματα που προκύπτουν από τις διερευνήσεις (18). Οι επτά αυτές αρχές δεν αποτελούν απλώς διοικητικές κατευθύνσεις, αλλά εκφράζουν τη φιλοσοφία

κατευθύνσεις, αλλά εκφράζουν τη φιλοσοφία της ασφάλειας των ασθενών ως διαδικασία συνεχούς μάθησης και βελτίωσης.

7. Η Μεθοδολογία της Ανάλυσης Ρίζας Αιτίας

Η Ανάλυση Ρίζας Αιτίας αποτελεί μια συστηματική, αναδρομική και πολυπαραγοντική διαδικασία διερεύνησης, η οποία επιδιώκει να προσδιορίσει όχι μόνο τι συνέβη αλλά και γιατί συνέβη (5,6). Σε αντίθεση με τις παραδοσιακές προσεγγίσεις που επικεντρώνονται στον εντοπισμό του ατόμου που έκανε το λάθος, η RCA επιδιώκει να αναγνωρίσει τις συνθήκες που επέτρεψαν την εκδήλωση του σφάλματος. Η μεθοδολογία περιλαμβάνει διαδοχικά στάδια, τα οποία αλληλοσυμπληρώνονται και οδηγούν στην ανάπτυξη τεκμηριωμένων παρεμβάσεων βελτίωσης.

7.1 Καθορισμός των Όρων Αναφοράς (Terms of Reference)

Κάθε διερεύνηση ξεκινά με τον καθορισμό των όρων αναφοράς. Στο στάδιο αυτό προσδιορίζονται το αντικείμενο της διερεύνησης, τα βασικά ερωτήματα που πρέπει να απαντηθούν, τα χρονικά όρια της ανάλυσης και οι διαθέσιμοι πόροι (21). Η σαφής οριοθέτηση του πεδίου διερεύνησης είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς αποτρέπει την άσκοπη διεύρυνση της ανάλυσης και διασφαλίζει ότι η ομάδα επικεντρώνεται στους παράγοντες που σχετίζονται άμεσα με το περιστατικό.

7.2 Συλλογή και Αξιολόγηση Δεδομένων

Η ποιότητα της RCA εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ποιότητα των πληροφοριών που συλλέγονται. Η διερεύνηση βασίζεται σε πολλαπλές πηγές δεδομένων, οι οποίες περιλαμβάνουν:

- Ιατρικούς και νοσηλευτικούς φακέλους.
- Εργαστηριακά και απεικονιστικά ευρήματα.
- Πρωτόκολλα και πολιτικές του οργανισμού.
- Συνεντεύξεις με εμπλεκόμενους επαγγελματίες.

- Μαρτυρίες ασθενών και συγγενών.
- Δεδομένα στελέχωσης και οργανωτικής λειτουργίας (21,24).

Η συλλογή πληροφοριών πρέπει να είναι συστηματική, αμερόληπτη και επαρκώς τεκμηριωμένη ώστε να υποστηρίζει τα τελικά συμπεράσματα.

7.3 Τριγωνοποίηση Δεδομένων

Η τριγωνοποίηση (triangulation) αποτελεί βασική αρχή της RCA και αναφέρεται στη διασταύρωση πληροφοριών από διαφορετικές πηγές. Η πρακτική αυτή μειώνει τον κίνδυνο λανθασμένων συμπερασμάτων που μπορεί να προκύψουν από ελλιπή ή ανακριβή δεδομένα (21). Για παράδειγμα, ένα γεγονός που καταγράφεται στον ιατρικό φάκελο πρέπει να συγκρίνεται με τις μαρτυρίες των επαγγελματιών και με τα οργανωτικά δεδομένα του συστήματος. Η συμφωνία πολλαπλών πηγών ενισχύει την εγκυρότητα των ευρημάτων.

7.4 Δημιουργία Χρονογραμμής (Timeline)

Η ανασύνθεση της αλληλουχίας των γεγονότων αποτελεί θεμελιώδες στοιχείο της RCA. Η χρονογραμμή επιτρέπει στους ερευνητές να κατανοήσουν με ακρίβεια πότε συνέβη κάθε γεγονός, ποιος συμμετείχε και ποια ήταν η επίδρασή του στην εξέλιξη του περιστατικού (21). Η χρήση χρονογραμμών διευκολύνει τον εντοπισμό καθυστερήσεων, προβλημάτων επικοινωνίας, παραλείψεων και άλλων αποκλίσεων από την αναμενόμενη πορεία φροντίδας.

7.5 Συνεντεύξεις και Ανθρώπινοι Παράγοντες

Οι συνεντεύξεις αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της διερεύνησης, καθώς παρέχουν πληροφορίες που δεν αποτυπώνονται στα γραπτά αρχεία. Οι ερευνητές επιδιώκουν να κατανοήσουν τι γνώριζαν οι επαγγελματίες τη στιγμή του συμβάντος, ποιες πληροφορίες είχαν διαθέσιμες και ποιες συνθήκες επηρέασαν τη λήψη αποφάσεων (22). Η προσέγγιση αυτή διαφοροποιείται ουσιαστικά από την αναδρομική κριτική. Ο στόχος δεν είναι να κριθούν οι

αποφάσεις με βάση τη γνώση του τελικού αποτελέσματος, αλλά να κατανοηθεί γιατί οι συγκεκριμένες αποφάσεις φάνηκαν λογικές τη στιγμή που λήφθηκαν.

7.6 Ο Ρόλος της Υποκείμενης Παθολογίας και των Παραγόντων του Ασθενούς

Ένας από τους σημαντικότερους περιορισμούς της RCA στην υγειονομική περίθαλψη είναι η πολυπλοκότητα των ασθενών. Σε αντίθεση με τις βιομηχανικές διαδικασίες, όπου το επιθυμητό αποτέλεσμα είναι συνήθως προβλέψιμο, η έκβαση στην κλινική πράξη επηρεάζεται από τη φυσική εξέλιξη της νόσου, τις συννοσηρότητες, τη γενετική προδιάθεση και πολλούς άλλους παράγοντες (20). Η δυσμενής έκβαση ενός περιστατικού δεν συνεπάγεται κατ' ανάγκη ότι υπήρξε σφάλμα. Συχνά, η υποκείμενη παθολογία αποτελεί τον κυρίαρχο αιτιώδη παράγοντα. Η RCA καλείται να αξιολογήσει κατά πόσο οι ενέργειες ή οι παραλείψεις της παρεχόμενης φροντίδας επηρέασαν ουσιαστικά το τελικό αποτέλεσμα (43). Η διάκριση αυτή είναι ιδιαίτερα δύσκολη σε περιστατικά διάγνωσης, θεραπευτικής επιλογής ή προοδευτικά επιδεινούμενων παθήσεων, όπου η αιτιότητα δεν είναι πάντοτε σαφής.

7.7 Πίνακας πιθανοτήτων RCA

Για την υποστήριξη της αξιολόγησης της αιτιότητας έχουν αναπτυχθεί εργαλεία όπως ο πίνακας πιθανοτήτων RCA (Root Cause Probability Matrix) (43). Η λογική του εργαλείου βασίζεται στην εκτίμηση δύο βασικών παραμέτρων: της συχνότητας εμφάνισης της νόσου, και της τυπικότητας της κλινικής εικόνας. Όταν μια πάθηση είναι σπάνια και εμφανίζεται με άτυπα συμπτώματα, η πιθανότητα η δυσμενής έκβαση να οφείλεται κυρίως στην πολυπλοκότητα της νόσου είναι μεγαλύτερη. Αντίθετα, όταν πρόκειται για συχνή πάθηση με χαρακτηριστική κλινική εικόνα, η πιθανότητα ύπαρξης προβλήματος στη φροντίδα αυξάνεται. Η χρήση τέτοιων εργαλείων βοηθά τους ερευνητές να αποφεύγουν υπεραπλουστευτικές ερμηνείες και να αξιολογούν με μεγαλύτερη ακρίβεια τη σχέση μεταξύ φροντίδας και έκβασης.

8. Ανάλυση Συνεισφερόντων παραγόντων

Η Ανάλυση Ρίζας Αιτίας δεν περιορίζεται στον εντοπισμό ενός άμεσου σφάλματος ή μιας προφανούς αποτυχίας. Αντίθετα, επιδιώκει να κατανοήσει τους παράγοντες που δημιούργησαν τις συνθήκες μέσα στις οποίες το σφάλμα κατέστη δυνατό. Για τον λόγο αυτό, η Ανάλυση Συνεισφερόντων παραγόντων (contributory factors analysis) αποτελεί κεντρικό στοιχείο της RCA και συνιστά το στάδιο κατά το οποίο οι ερευνητές διερευνούν τις βαθύτερες αιτίες ενός περιστατικού (36,37). Η προσέγγιση αυτή βασίζεται στη θεωρία ότι τα περισσότερα ανεπιθύμητα συμβάντα δεν οφείλονται σε μία μόνο αιτία αλλά προκύπτουν από τη συνδυασμένη επίδραση πολλών παραγόντων. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να αφορούν τον ασθενή, τους επαγγελματίες υγείας, τις διαδικασίες εργασίας, τον εξοπλισμό, το περιβάλλον εργασίας ή την οργανωτική δομή του συστήματος υγείας (36).

Το πλαίσιο συνεισφερόντων παραγόντων που αναπτύχθηκε από το National Patient Safety Agency (NPSA) αποτελεί ένα από τα πιο διαδεδομένα εργαλεία ταξινόμησης και ανάλυσης των αιτιών των σοβαρών περιστατικών. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, οι παράγοντες που συμβάλλουν σε ένα συμβάν διακρίνονται σε εννέα βασικές κατηγορίες (36).

8.1 Παράγοντες που Σχετίζονται με τον Ασθενή

Οι παράγοντες που αφορούν τον ασθενή περιλαμβάνουν χαρακτηριστικά που μπορεί να επηρεάσουν την πορεία της φροντίδας ή την έκβαση ενός περιστατικού. Σε αυτούς περιλαμβάνονται:

- Η ηλικία.
- Η συννοσηρότητα.
- Η βαρύτητα της νόσου.
- Οι γνωστικές ή ψυχικές διαταραχές.
- Οι γλωσσικές και πολιτισμικές ιδιαιτερότητες.
- Η συμμόρφωση στη θεραπεία.
- Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες(36,37).

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να τονιστεί ότι η αναγνώριση παραγόντων που σχετίζονται

με τον ασθενή δεν αποσκοπεί στην απόδοση ευθυνών στον ίδιο. Η σύγχρονη προσέγγιση της ασφάλειας απορρίπτει την έννοια της «ενοχοποίησης του ασθενούς» και επιδιώκει να κατανοήσει πώς οι ιδιαιτερότητες του ασθενούς επηρέασαν το περιστατικό. Για παράδειγμα, η μη συμμόρφωση σε μια θεραπευτική αγωγή μπορεί να αποτελέσει συνέπεια ανεπαρκούς επικοινωνίας ή ελλιπούς εκπαίδευσης και όχι προσωπική επιλογή του ασθενούς.

8.2 Ατομικοί Παράγοντες Προσωπικού

Η δεύτερη κατηγορία αφορά τους παράγοντες που σχετίζονται με τα άτομα που παρέχουν τη φροντίδα. Σε αυτούς περιλαμβάνονται:

- Οι γνώσεις.
- Οι δεξιότητες.
- Η εμπειρία.
- Η επαγγελματική επάρκεια.
- Η σωματική και ψυχική κατάσταση.
- Η κόπωση.
- Το άγχος.
- Η γνωστική επιβάρυνση (38).

Η σύγχρονη θεωρία των ανθρώπινων παραγόντων υποστηρίζει ότι τα λάθη αποτελούν φυσικό χαρακτηριστικό της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Ακόμη και ιδιαίτερα ικανοί και έμπειροι επαγγελματίες μπορούν να υποπέσουν σε σφάλματα όταν εργάζονται υπό συνθήκες πίεσης, αβεβαιότητας ή υπερβολικού φόρτου εργασίας (3,38). Η αναγνώριση αυτών των παραγόντων επιτρέπει στον οργανισμό να αναπτύξει ασφαλέστερα συστήματα εργασίας αντί να περιορίζεται στην ατομική επίπληξη.

8.3 Παράγοντες Εργασίας και Διαδικασιών

Οι παράγοντες εργασίας αφορούν τον τρόπο με τον οποίο είναι σχεδιασμένες και οργανωμένες οι κλινικές διαδικασίες. Παραδείγματα αποτελούν:

- Η σαφήνεια των πρωτοκόλλων.
- Η διαθεσιμότητα κατευθυντήριων οδηγιών.
- Η πολυπλοκότητα των διαδικασιών.

- Η κατανομή αρμοδιοτήτων.
- Η τυποποίηση των πρακτικών.
- Η χρήση λιστών ελέγχου (checklists) (37).

Πολυάριθμες μελέτες έχουν δείξει ότι η απουσία τυποποιημένων διαδικασιών αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο λαθών. Αντίθετα, η εφαρμογή πρωτοκόλλων και λιστών ελέγχου μειώνει την εξάρτηση από τη μνήμη και βελτιώνει τη συνέπεια των παρεχόμενων υπηρεσιών (39).

8.4 Παράγοντες Επικοινωνίας

Η επικοινωνία αποτελεί έναν από τους συχνότερους συνεισφέροντες παράγοντες σε σοβαρά περιστατικά ασφάλειας ασθενών (37). Προβλήματα επικοινωνίας μπορεί να εμφανιστούν:

- Μεταξύ επαγγελματιών υγείας.
- Μεταξύ διαφορετικών ομάδων φροντίδας.
- Κατά τη μεταβίβαση ασθενών.
- Κατά την καταγραφή πληροφοριών.
- Κατά την επικοινωνία με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Οι αστοχίες επικοινωνίας αποτελούν συχνά τον κρίκο που συνδέει πολλαπλές μικρές αδυναμίες σε ένα σοβαρό συμβάν. Για τον λόγο αυτό, η βελτίωση της επικοινωνίας αποτελεί βασικό στόχο των προγραμμάτων ασφάλειας ασθενών.

8.5 Παράγοντες Εξοπλισμού και Τεχνολογίας

Η αυξανόμενη τεχνολογική εξάρτηση της σύγχρονης υγειονομικής περίθαλψης έχει καταστήσει τον εξοπλισμό σημαντικό παράγοντα ασφάλειας. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται:

- Σχεδιαστικά προβλήματα συσκευών.
- Δυσλειτουργίες εξοπλισμού.
- Ελλιπής συντήρηση.
- Προβλήματα λογισμικού.
- Περιορισμοί πληροφοριακών συστημάτων.
- Ελλιπής εκπαίδευση στη χρήση τεχνολογιών (39).

Συχνά τα σφάλματα δεν οφείλονται στον

χρήστη αλλά στον τρόπο με τον οποίο έχει σχεδιαστεί το ίδιο το σύστημα. Η αρχή αυτή αποτελεί βασικό στοιχείο της μηχανικής ανθρώπινων παραγόντων.

8.6 Παράγοντες Εργασιακού Περιβάλλοντος

Το περιβάλλον μέσα στο οποίο παρέχεται η φροντίδα επηρεάζει σημαντικά την πιθανότητα εμφάνισης σφαλμάτων. Παράγοντες όπως:

- Ο θόρυβος.
- Ο ανεπαρκής φωτισμός.
- Οι συχνές διακοπές.
- Η έλλειψη χώρου.
- Η πίεση χρόνου.
- Οι συνεχείς μεταβολές προτεραιοτήτων.

μπορούν να αυξήσουν τη γνωστική επιβάρυνση των επαγγελματιών και να μειώσουν την ικανότητά τους να λαμβάνουν ορθές αποφάσεις (39).

8.7 Οργανωτικοί Παράγοντες

Οι οργανωτικοί παράγοντες αποτελούν συχνά τις βαθύτερες αιτίες ενός συμβάντος. Σε αυτούς περιλαμβάνονται:

- Η στελέχωση.
- Η ηγεσία.
- Η διαθεσιμότητα πόρων.
- Η οργανωσιακή κουλτούρα.
- Οι διοικητικές πολιτικές.
- Τα συστήματα εκπαίδευσης.
- Οι μηχανισμοί διαχείρισης κινδύνου (37).

Πολλά συμβάντα που εκ πρώτης όψεως φαίνονται να οφείλονται σε ατομικά λάθη αποδεικνύεται ότι σχετίζονται με χρόνια οργανωτικά προβλήματα που δεν είχαν αναγνωριστεί ή αντιμετωπιστεί εγκαίρως.

8.8 Παράγοντες Εκπαίδευσης και Κατάρτισης

Η εκπαίδευση αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους προσδιοριστές της ασφαλούς παροχής φροντίδας. Η ανεπαρκής κατάρτιση μπορεί να οδηγήσει σε:

- Διαγνωστικά σφάλματα.
- Θεραπευτικά σφάλματα.

- Λανθασμένη χρήση εξοπλισμού.
- Καθυστερημένη αναγνώριση επιπλοκών.
- Ανεπαρκή εφαρμογή πρωτοκόλλων (42).

Η διαρκής εκπαίδευση δεν πρέπει να θεωρείται μεμονωμένη παρέμβαση αλλά μέρος μιας συνολικής στρατηγικής ανάπτυξης ικανοτήτων.

8.9 Η Σημασία της Εκπαίδευσης των Ερευνητών RCA

Η ποιότητα μιας RCA εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις γνώσεις και τις δεξιότητες των ατόμων που τη διενεργούν. Η αποτελεσματική διερεύνηση απαιτεί κατανόηση της επιστήμης της ασφάλειας, γνώση ανθρώπινων παραγόντων, δεξιότητες συνέντευξης, ικανότητα ανάλυσης δεδομένων, κατανόηση οργανωτικών συστημάτων (21,43). Έχει διαπιστωθεί ότι η ανεπαρκής εκπαίδευση των ερευνητών οδηγεί συχνά σε επιφανειακές αναλύσεις που εστιάζουν σε ατομικά λάθη και παραβλέπουν τις βαθύτερες αιτίες των συμβάντων. Για τον λόγο αυτό, διεθνείς οργανισμοί συνιστούν τη συστηματική εκπαίδευση και πιστοποίηση των επαγγελματιών που συμμετέχουν σε διερευνήσεις RCA (42).

9. Περιορισμοί της Ανάλυσης Ρίζας Αιτίας

Παρά την ευρεία χρήση της, η RCA δεν αποτελεί πανάκεια. Η βιβλιογραφία έχει αναδείξει αρκετούς περιορισμούς της μεθόδου (35,43). Πρώτον, υπάρχει ο κίνδυνος της αναδρομικής προκατάληψης (hindsight bias), κατά την οποία οι ερευνητές επηρεάζονται από τη γνώση του τελικού αποτελέσματος και αξιολογούν τις αποφάσεις των επαγγελματιών με μεγαλύτερη αυστηρότητα από ό,τι θα ήταν δικαιολογημένο τη στιγμή που λήφθηκαν. Δεύτερον, η RCA συχνά οδηγεί σε υπεραπλουστευτικές εξηγήσεις σύνθετων περιστατικών. Η αναζήτηση μίας και μοναδικής «ρίζας αιτίας» μπορεί να αποκρύψει την πραγματική πολυπλοκότητα των συστημάτων υγείας. Τρίτον, η ποιότητα των αποτελεσμάτων εξαρτάται από την ποιότητα των διαθέσιμων δεδομένων. Ελλιπείς καταγραφές ή αναξιόπιστες μαρτυρίες μπορεί να επηρεάσουν

την εγκυρότητα της διερεύνησης. Τέταρτον, πολλές RCA καταλήγουν σε γενικές συστάσεις χωρίς σαφή σύνδεση με τα ευρήματα της ανάλυσης, γεγονός που περιορίζει την πρακτική τους αξία (35). Παρά τους περιορισμούς αυτούς, η RCA εξακολουθεί να αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα εργαλεία μάθησης και βελτίωσης της ασφάλειας όταν εφαρμόζεται με επιστημονική αυστηρότητα.

10. Από τη Μάθηση στις Συστάσεις

Η ολοκλήρωση της διερεύνησης ενός σοβαρού κλινικού περιστατικού δεν αποτελεί το τελικό στάδιο της Ανάλυσης Ρίζας Αιτίας. Αντίθετα, το ουσιαστικότερο ίσως βήμα αφορά τη μετατροπή των ευρημάτων σε οργανωσιακή μάθηση και σε αποτελεσματικές παρεμβάσεις που θα μειώσουν την πιθανότητα επανάληψης παρόμοιων περιστατικών στο μέλλον (43). Η RCA δεν έχει ως στόχο την παραγωγή μιας έκθεσης διερεύνησης, αλλά την υποστήριξη πραγματικών αλλαγών στο σύστημα παροχής φροντίδας. Η διεθνής εμπειρία έχει δείξει ότι πολλές διερευνήσεις αποτυγχάνουν να επιφέρουν ουσιαστική βελτίωση, όχι επειδή η ανάλυση ήταν ανεπαρκής, αλλά επειδή τα συμπεράσματα δεν μεταφράστηκαν σε συγκεκριμένες, εφαρμόσιμες και μετρήσιμες παρεμβάσεις (35,43). Η σύνδεση μεταξύ μάθησης, συστάσεων και δράσης αποτελεί επομένως κρίσιμο στοιχείο της αποτελεσματικότητας της RCA.

10.1 Η Έννοια της Οργανωσιακής Μάθησης

Η οργανωσιακή μάθηση αναφέρεται στη διαδικασία μέσω της οποίας ένας οργανισμός αποκτά, ερμηνεύει και αξιοποιεί γνώσεις που προκύπτουν από την εμπειρία του με σκοπό τη βελτίωση της λειτουργίας του (45). Στο πλαίσιο της ασφάλειας των ασθενών, η μάθηση δεν αφορά μόνο το συγκεκριμένο περιστατικό που διερευνάται αλλά και την αναγνώριση ευρύτερων αδυναμιών του συστήματος. Ένα συμβάν μπορεί να αποκαλύπτει προβλήματα που επηρεάζουν πολλές κλινικές υπηρεσίες, διαφορετικά τμήματα ή ακόμη και ολόκληρο τον οργανισμό. Η αποτελεσματική μάθηση

προϋποθέτει ότι τα ευρήματα της διερεύνησης:

- Καταγράφονται με σαφήνεια.
- Διαδίδονται στους κατάλληλους αποδέκτες.
- Μετατρέπονται σε πρακτικές αλλαγές.
- Αξιολογούνται ως προς την αποτελεσματικότητά τους (46).

Η διαδικασία αυτή μετατρέπει το μεμονωμένο περιστατικό σε πηγή βελτίωσης για ολόκληρο το σύστημα.

10.2 Συχνά Σφάλματα κατά την αναγνώριση της Μάθησης

Παρά τη σημασία της οργανωσιακής μάθησης, η βιβλιογραφία έχει εντοπίσει αρκετές συχνές παγίδες κατά τη διατύπωση των διδαγμάτων μιας RCA (43).

Αναγνώριση άσχετης μάθησης: Σε ορισμένες περιπτώσεις οι ερευνητές αποδίδουν σημασία σε ζητήματα που δεν συνδέονται άμεσα με το περιστατικό. Η προσέγγιση αυτή οδηγεί σε γενικόλογες παρατηρήσεις που δεν συμβάλλουν ουσιαστικά στη βελτίωση της ασφάλειας.

Σύγχυση μεταξύ μάθησης και συστάσεων: Η μάθηση περιγράφει τι αποκάλυψε η διερεύνηση. Οι συστάσεις περιγράφουν τι πρέπει να γίνει. Η διάκριση αυτή είναι θεμελιώδης. Η σύγχυση αυτών των δύο επιπέδων μειώνει τη σαφήνεια και την αποτελεσματικότητα της διερεύνησης.

Διατύπωση αυτονόητων συμπερασμάτων: Δηλώσεις όπως «οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι προσεκτικοί» ή «η επικοινωνία είναι σημαντική» προσφέρουν ελάχιστη πρακτική αξία. Αντίθετα, η αποτελεσματική μάθηση είναι συγκεκριμένη, τεκμηριωμένη και συνδέεται άμεσα με τα ευρήματα της ανάλυσης (43).

10.3 Η Μετατροπή των Ευρημάτων σε Συστάσεις

Οι συστάσεις πρέπει να αποτελούν λογική συνέχεια της διερεύνησης. Κάθε σύσταση οφείλει να συνδέεται άμεσα με έναν ή περισσότερους συνεισφέροντες παράγοντες που αναγνωρίστηκαν κατά τη διαδικασία RCA. Η βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι οι

πλέον αποτελεσματικές συστάσεις είναι εκείνες που στοχεύουν στη βελτίωση των συστημάτων και όχι αποκλειστικά στη μεταβολή της ατομικής συμπεριφοράς (3,35). Παραδείγματα χαμηλής αποτελεσματικότητας είναι:

- Υπενθυμίσεις προς το προσωπικό.
- Ανακοινώσεις.
- Γενικές εκπαιδευτικές παρεμβάσεις.
- Επαναδιατύπωση υπαρχόντων πολιτικών.

Αντίθετα, μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα παρουσιάζουν:

- Ο ανασχεδιασμός διαδικασιών.
- Η αυτοματοποίηση κρίσιμων βημάτων.
- Οι ηλεκτρονικοί μηχανισμοί ειδοποίησης.
- Οι υποχρεωτικοί έλεγχοι ασφαλείας.
- Οι αλλαγές στη δομή εργασίας και στη στελέχωση (39,45).

10.4 Η Αρχή SMART στη Διατύπωση Συστάσεων

Οι συστάσεις που προκύπτουν από μια RCA πρέπει να πληρούν τα χαρακτηριστικά SMART (43):

Specific (Συγκεκριμένες): Πρέπει να περιγράφουν με σαφήνεια τι ακριβώς πρέπει να γίνει.

Measurable (Μετρήσιμες): Πρέπει να είναι δυνατόν να αξιολογηθεί εάν εφαρμόστηκαν και εάν ήταν αποτελεσματικές.

Achievable (Εφικτές): Πρέπει να μπορούν να υλοποιηθούν με τους διαθέσιμους πόρους.

Relevant (Σχετικές): Πρέπει να αντιμετωπίζουν άμεσα τους παράγοντες που συνέβαλαν στο περιστατικό.

Time-bound (Χρονικά Προσδιορισμένες): Πρέπει να συνοδεύονται από σαφές χρονοδιάγραμμα εφαρμογής.

Η απουσία αυτών των χαρακτηριστικών αποτελεί συχνό λόγο αποτυχίας των προγραμμάτων βελτίωσης της ασφάλειας.

11. Από τις Συστάσεις στις παρεμβάσεις βελτίωσης

Η εφαρμογή των συστάσεων αποτελεί το σημείο όπου η θεωρία συναντά την πράξη. Πολλές οργανώσεις υγείας πραγματοποιούν υψηλής ποιότητας διερευνήσεις αλλά αποτυγχάνουν να μετατρέψουν τα συμπεράσματα σε πραγματικές αλλαγές (35). Η επιτυχής εφαρμογή απαιτεί:

- Διοικητική δέσμευση.
- Επαρκείς πόρους.
- Καθορισμό υπευθύνων.
- Συνεχή παρακολούθηση της προόδου.
- Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.

Η βελτίωση της ασφάλειας δεν επιτυγχάνεται μέσω της παραγωγής εγγράφων αλλά μέσω της τροποποίησης των συστημάτων εργασίας. Σύμφωνα με τη θεωρία των οργανισμών υψηλής αξιοπιστίας (High Reliability Organizations), οι πλέον αποτελεσματικές παρεμβάσεις είναι εκείνες που μειώνουν την εξάρτηση από την ανθρώπινη μνήμη και κρίση και ενσωματώνουν μηχανισμούς πρόληψης σφαλμάτων στο ίδιο το σύστημα (47).

12. Ανθρώπινοι παράγοντες, οργανωσιακή κουλτούρα και ασφάλεια ασθενών

Η έννοια των ανθρώπινων παραγόντων (human factors) αποτελεί σήμερα έναν από τους βασικούς άξονες της επιστήμης της ασφάλειας (38,39). Οι ανθρώπινοι παράγοντες δεν αφορούν μόνο το άτομο αλλά και την αλληλεπίδρασή του με:

- Την τεχνολογία.
- Το περιβάλλον εργασίας.
- Τις διαδικασίες.
- Την οργανωτική κουλτούρα.

Η θεωρία του «ελβετικού τυριού» (Swiss Cheese Model) του Reason υποστηρίζει ότι τα σοβαρά περιστατικά προκύπτουν όταν πολλαπλά επίπεδα άμυνας παρουσιάζουν ταυτόχρονες αδυναμίες (3,38). Οι αδυναμίες αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Υποστελέχωση.
- Ελλιπή εκπαίδευση.
- Προβλήματα επικοινωνίας.
- Ελαττωματικό εξοπλισμό.
- Ανεπαρκείς διαδικασίες.
- Δυσλειτουργική ηγεσία.

Η οργανωσιακή κουλτούρα καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζονται τα σφάλματα. Οργανισμοί που υιοθετούν κουλτούρα απόδοσης ευθυνών τείνουν να αποθαρρύνουν την αναφορά περιστατικών. Αντίθετα, οργανισμοί που προωθούν μια «δίκαιη κουλτούρα» (Just Culture) ενθαρρύνουν τη διαφάνεια, τη μάθηση και τη συνεχή βελτίωση (44).

13. Η RCA ως εργαλείο οργανωσιακής μάθησης

Η RCA δεν αποτελεί απλώς μια τεχνική διερεύνησης περιστατικών αλλά έναν μηχανισμό οργανωσιακής μάθησης. Μέσω της συστηματικής ανάλυσης των συμβάντων, οι οργανισμοί αποκτούν τη δυνατότητα να:

- αναγνωρίζουν λανθάνουσες αδυναμίες.
- βελτιώνουν τις διαδικασίες τους.
- ενισχύουν την κουλτούρα ασφάλειας.
- αναπτύσσουν ανθεκτικότητα απέναντι στους κινδύνους.

Η οργανωσιακή μάθηση επιτυγχάνεται όταν τα διδάγματα μιας διερεύνησης διαχέονται πέρα από το τμήμα στο οποίο συνέβη το περιστατικό και αξιοποιούνται σε ολόκληρο τον οργανισμό (45). Η διαδικασία αυτή αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό των συστημάτων υγείας που επιδιώκουν τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας.

14. Προκλήσεις και μελλοντικές κατευθύνσεις

Παρά τη σημαντική συμβολή της RCA, η σύγχρονη βιβλιογραφία αναγνωρίζει ότι απαιτούνται νέες προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση της πολυπλοκότητας των συστημάτων υγείας (35,45). Οι κυριότερες προκλήσεις περιλαμβάνουν:

- Την αυξανόμενη τεχνολογική πολυπλοκότητα.
- Την ανάγκη ενσωμάτωσης δεδομένων από ψηφιακά συστήματα.
- Την ανάπτυξη προληπτικών εργαλείων ανάλυσης κινδύνου.
- Τη βελτίωση της εκπαίδευσης των ερευνητών.
- Την ενίσχυση της συμμετοχής των ασθενών στις διερευνήσεις.

Τα τελευταία χρόνια αναπτύσσονται συμπληρωματικές προσεγγίσεις όπως:

- Systems Thinking.
- Safety-II.
- Human Factors Engineering.
- Resilience Engineering.

Οι προσεγγίσεις αυτές δεν αντικαθιστούν την RCA αλλά επιχειρούν να επεκτείνουν το πεδίο της διερεύνησης πέρα από τα περιστατικά που κατέληξαν σε αποτυχία, μελετώντας και τους λόγους για τους οποίους τα συστήματα λειτουργούν επιτυχώς υπό δύσκολες συνθήκες (45).

15. Συμπεράσματα

Η Ανάλυση Ρίζας Αιτίας αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα εργαλεία διερεύνησης σοβαρών κλινικών περιστατικών και βελτίωσης της ασφάλειας των ασθενών. Η ιστορική της προέλευση από τη βιομηχανία και την αεροπορία ανέδειξε τη σημασία της συστηματικής ανάλυσης των αποτυχιών και της οργανωσιακής μάθησης ως μέσων πρόληψης μελλοντικών κινδύνων. Η εφαρμογή της στην υγειονομική περίθαλψη συνέβαλε στη μετάβαση από την παραδοσιακή προσέγγιση της ατομικής ευθύνης σε μια συστημική προσέγγιση κατανόησης των σφαλμάτων. Μέσω της αναγνώρισης συνεισφερόντων παραγόντων, της διερεύνησης ανθρώπινων και οργανωτικών αιτιών και της ανάπτυξης στοχευμένων παρεμβάσεων, η RCA επιτρέπει στους οργανισμούς να μετατρέπουν τα ανεπιθύμητα συμβάντα σε ευκαιρίες μάθησης και βελτίωσης.

Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα της μεθόδου εξαρτάται από την ποιότητα της διερεύνησης, την εκπαίδευση των ερευνητών, τη δέσμευση της διοίκησης και κυρίως από την ικανότητα του οργανισμού να μετατρέπει τα ευρήματα σε πραγματικές αλλαγές. Η ανάπτυξη κουλτούρας ασφάλειας, η ενίσχυση της οργανωσιακής μάθησης και η υιοθέτηση σύγχρονων συστημικών προσεγγίσεων αποτελούν αναγκαίες προϋποθέσεις για τη διαρκή βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας των υπηρεσιών υγείας.

Βιβλιογραφία

- 1.Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington (DC): National Academy Press; 1999.
- 2.World Health Organization. *World Alliance for Patient Safety: Forward Programme 2004*. Geneva: WHO; 2004.
- 3.Reason J. *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Aldershot: Ashgate Publishing; 1997.
- 4.Vincent C, Amalberti R. *Safer Healthcare: Strategies for the Real World*. Cham: Springer; 2016.
- 5.Rooney JJ, Heuvel LN. Root cause analysis for beginners. *Qual Prog*. 2004;37(7):45-53.
- 6.Andersen B, Fagerhaug T. *Root Cause Analysis: Simplified Tools and Techniques*. Milwaukee: ASQ Quality Press; 2006.
- 7.Scally G, Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the NHS in England. *BMJ*. 1998;317(7150):61-65.
- 8.McKay J. *Root Cause Analysis in Healthcare: Tools and Techniques*. Boca Raton: CRC Press; 2019.
- 9.Toyoda S. *Toyota Production System: Beyond Large-Scale Production*. Portland: Productivity Press; 1988.
- 10.Ohno T. *Toyota Production System: Beyond Large-Scale Production*. Portland: Productivity Press; 1988.
- 11.Ishikawa K. *Introduction to Quality Control*. Tokyo: 3A Corporation; 1990.
- 12.Federal Aviation Administration. *Aviation Safety Reporting System Program Briefing*. Washington (DC): FAA; 2018.
- 13.Leape LL. Error in medicine. *JAMA*. 1994;272(23):1851-1857.
- 14.Department of Health. *A First Class Service: Quality in the New NHS*. London: HMSO; 1998.
- 15.National Patient Safety Agency. *Seven Steps to Patient Safety*. London: NPSA; 2004.
- 16.National Patient Safety Agency. *Root Cause Analysis Toolkit*. London: NPSA; 2008.
- 17.World Health Organization. *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety*. Geneva: WHO; 2009.
- 18.NHS England. *Serious Incident Framework: Supporting Learning to Prevent Recurrence*. London: NHS England; 2015.
- 19.National Health Service. *Never Events Policy and Framework*. London: NHS England; 2018.
- 20.McKay J. Root cause probability matrix. In: *Root Cause Analysis in Healthcare: Tools and Techniques*. Boca Raton: CRC Press; 2019. p.101-118.
- 21.Percarpio KB, Watts BV, Weeks WB. The effectiveness of root cause analysis: what does the literature tell us? *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2008;34(7):391-398.
- 22.Wu AW, Lipshutz AKM, Pronovost PJ. Effectiveness and efficiency of root cause analysis in medicine. *JAMA*. 2008;299(6):685-687.
- 23.Battles JB, Lilford RJ. Organizing patient safety research to identify risks and hazards. *Qual Saf Health Care*. 2003;12(Suppl II):ii2-ii7.
- 24.Vincent CA. *Patient Safety*. 2nd ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010.
- 25.Pronovost PJ, Holzmueller CG, Needham DM, Sexton JB, Miller M, Berenholtz SM, et al. How will we know patients are safer? An organization-wide approach to measuring and improving safety. *Crit Care Med*. 2006;34(7):1988-1995.
- 26.Agency for Healthcare Research and Quality. *Patient Safety Primer: Root Cause Analysis*. Rockville (MD): AHRQ; 2019.
- 27.Agency for Healthcare Research and Quality. *Patient Safety Network*. Rockville (MD): AHRQ; 2023.
- 28.Institute for Healthcare Improvement. *Patient Safety Essentials Toolkit*. Boston: IHI; 2020.
- 29.Taylor MJ, McNicholas C, Nicolay C, Darzi A, Bell D, Reed JE. Systematic review of the application of the Plan-Do-Study-Act method. *BMJ Qual Saf*. 2014;23(4):290-298.
- 30.Hollnagel E. *Safety-I and Safety-II: The Past and Future of Safety Management*. Farnham: Ashgate Publishing; 2014.
- 31.National Patient Safety Agency. *Being Open: Communicating Patient Safety Incidents with Patients and Their Carers*. London: NPSA; 2009.
- 32.World Health Organization. *Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools*. Geneva: WHO; 2009.
- 33.Berwick DM. A primer on leading the improvement of systems. *BMJ*. 1996;312(7031):619-622.
- 34.Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743-1748.
- 35.Peerally MF, Carr S, Waring J, Dixon-Woods M. The problem with root cause analysis. *BMJ Qual Saf*. 2017;26(5):417-422.
- 36.National Patient Safety Agency. *Contributory Factors Framework*. London: NPSA; 2004.
- 37.Vincent C. *Patient Safety*. Chichester: Wiley-Blackwell; 2010.
- 38.Reason J. *Human Error*. Cambridge: Cambridge University Press; 1990.
- 39.Carayon P, Schoofs Hundt A, Karsh BT, Gurses AP, Alvarado CJ, Smith M, et al. Work system design for patient safety: the SEIPS model. *Qual Saf Health Care*. 2006;15(Suppl I):i50-i58.
- 40.Hall LH, Johnson J, Watt I, Tsipa A, O'Connor DB. Healthcare staff wellbeing, burnout and patient safety: a systematic review. *PLoS One*. 2016;11(7):e0159015.
- 41.Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries. *Lancet*. 2014;383(9931):1824-1830.
- 42.World Health Organization. *Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition*. Geneva: WHO; 2011.
- 43.McKay J. Learning and recommendations. In: *Root Cause Analysis in Healthcare: Tools and Techniques*. Boca Raton: CRC Press; 2019. p.155-171.
- 44.Dekker S. *Just Culture: Restoring Trust and Accountability in Your Organization*. 3rd ed. Boca Raton: CRC Press; 2017.
- 45.Senge PM. *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization*. New York: Doubleday; 2006.
- 46.National Patient Safety Agency. *How to Use Root Cause Analysis to Improve Patient Safety*. London: NPSA; 2005.
- 47.Weick KE, Sutcliffe KM. *Managing the Unexpected: Sustained Performance in a Complex World*. 3rd ed. Hoboken (NJ): Wiley; 2015.

Αναφορά: Επιτροπή ποιότητας & ασφάλειας ENIN. Ανάλυση ρίζας αιτίας και αναγνώριση σοβαρών κλινικών περιστατικών ως εργαλεία βελτίωσης της ασφάλειας των ασθενών. *iNefJ* 2025; 08; 12-19.

Ανασκοπήσεις

IgA νεφροπάθεια: Ο ρόλος των Β-λεμφοκυττάρων και των παραγόντων BAFF & APRIL

Δημήτριος Μπάκουλης^{1,2}

¹ Νεφρολογική Κλινική 251 Γενικού Νοσοκομείου Αεροπορίας

² Νεφρολογικό Κέντρο 'Φροντίς' Αθηνών

Αλληλογραφία: dbakoulis@hotmail.com

Η IgA νεφροπάθεια (IgAN) είναι η συχνότερη μορφή σπειραματονεφρίτιδας στις περισσότερες χώρες του κόσμου. Πρωτοπεριγράφηκε το 1968 από τους Jean Berger και Nicole Hinglais και η διάγνωσή της τίθεται μέσω διαδερμικής βιοψίας νεφρού και του χαρακτηριστικού της ανοσοφθορισμού. Στον ανοσοφθορισμό παρατηρούμε κυρίως ή συγκυρίως εναποθέσεις IgA ανοσοσφαιρίνης στα σπειράματα. Η IgA αυτή έχει δύο χαρακτηριστικά: ανήκει στον υπότυπο IgA1 και παρουσιάζει ελλiptή γαλακτοζυλίωση στις Ο-γλυκάνες της περιοχής του αρμού της ανοσοσφαιρίνης. Παράλληλα με τις εναποθέσεις της IgA1 παρατηρείται εναπόθεση ανοσοσφαιρίνης IgG, C3 κλάσματος του συμπληρώματος ή/και ανοσοσφαιρίνης IgM. Στο οπτικό μικροσκόπιο παρατηρείται αύξηση της μεσαγγειακής matrix και των κυττάρων του μεσαγγείου. Πολύ διαδεδομένη είναι η κατηγοριοποίηση της Οξφόρδης σύμφωνα με την οποία τα ιστολογικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται στατιστικά με τον κίνδυνο εξέλιξης της νεφρικής βλάβης στην IgAN είναι: η υπερπλασία των μεσαγγειακών κυττάρων, η ενδοτριχοειδική υπερπλασία, η τμηματική σπειραματοσκληρόνωση, η σωληναριακή ατροφία, η σωληναριοδιάμεση ίνωση και η παρουσία μηνοειδών σχηματισμών.

Η IgA νεφροπάθεια διαγιγνώσκεται πολύ σπάνια πριν την ηλικία των 5 ετών και παρατηρείται κυρίως σε ασθενείς στη δεύτερη ή στην τρίτη δεκαετία της ζωής τους. Συνήθως η ένδειξη για διαδερμική βιοψία νεφρού τίθεται μετά από λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού, του γαστρεντερικού συστήματος ή και μετά από έντονη σωματική άσκηση που ακολουθείται από επεισόδιο μακροσκοπικής αιματουρίας. Στους ασθενείς με αυτό το κλινικό πρότυπο θα συμβούν αρκετά επεισόδια μακροσκοπικής αιματουρίας κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής τους. Υπάρχει ωστόσο και ένα δεύτερο κλινικό πρότυπο: όταν η διάγνωση τίθεται σε μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς, 30 ως 40 ετών, συνήθως διαπιστώνεται σε τυχαίο έλεγχο μικροσκοπική αιματουρία και πρωτεϊνουρία (για τις οποίες θα διενεργηθεί διαδερμική βιοψία νεφρού). Όταν το λεύκωμα ούρων 24ωρου είναι μεγαλύτερο του ενός γραμμαρίου η πιθανότητα εξέλιξης σε νεφρική ανεπάρκεια είναι 30% ως 40%. Στην Ασία IgA νεφροπάθεια διαγιγνώσκεται στο 40% του συνόλου των βιοψιών, σε κατανομή ανδρών προς γυναίκες 1:1. Στην Ευρώπη το ποσοστό είναι μικρότερο, 25% επί του συνόλου των διαγνώσεων μέσω βιοψίας, ενώ η αντίστοιχη κατανομή φύλου είναι 2-3:1.

Είναι ενδιαφέρον ότι στις μεταμοσχεύσεις διαπιστώνονται ασυμπτωματικές IgA εναποθέσεις μέχρι και σε ποσοστό 13% των οργάνων των δοτών. Οι εναποθέσεις αυτές συνήθως εξαφανίζονται στην πορεία της μεταμόσχευσης όταν ο λήπτης δεν πάσχει από IgA νεφροπάθεια. Αυτό μας δίνει την πληροφορία πως η παθολογική IgA ανοσοσφαιρίνη βρίσκεται στην κυκλοφορία. Οι συγγενείς πρώτου βαθμού των ασθενών με IgA νεφροπάθεια παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα IgA ανοσοσφαιρίνης χωρίς να παρουσιάζουν τη νόσο. Γνωρίζουμε πλέον πως ανοσολογικά δεν αρκεί μόνο η κυκλοφορία μιας παθολογικά γαλακτοζυλιωμένης IgA ανοσοσφαιρίνης (Gd-IgA1 για συντομία) για να προκληθεί η IgA νεφροπάθεια. Αυτό αποτελεί απλά το πρώτο hit από τέσσερα. Η IgA νεφροπάθεια θεωρείται πλέον ένα αυτοάνοσο νόσημα στο οποίο ένα αυτοαντίσωμα, μία IgG ανοσοσφαιρίνη αναγνωρίζει τις περιοχές ελλiptούς γαλακτοζυλίωσης της IgA1 και δημιουργεί ανοσοσυμπλέγματα (δεύτερο hit). Τα ανοσοσυμπλέγματα IgG-Gd-IgA1 παγιδεύονται στο μεσαγγείο των σπειραμάτων (τρίτο hit) και εκεί ενεργοποιούν ανοσολογικούς μηχανισμούς βλάβης (τέταρτο hit) που οδηγούν στην πλήρη εκδήλωση της νόσου της IgAN. Το αυτοαντίσωμα IgG είναι τύπου IgG1 ή IgG3 και βρίσκεται τόσο στον ορό των ασθενών,

όσο και στα ανοσοσυμπλέγματα και στο μεσάγγειο. Σχετίζεται με την εξέλιξη της νόσου και ακόμα και όταν δεν ταυτοποιείται η παρουσία του μέσω ανοσοφθορισμού περαιτέρω ανοσολογικός έλεγχος το εντοπίζει πάντα στα ανοσοσυμπλέγματα. Η IgA νεφροπάθεια έχει σποραδική κατανομή αλλά σπάνια παρατηρείται και οικογενής επιβάρυνση. Ο έλεγχος του γονιδιώματος των ασθενών με IgA νεφροπάθεια έχει ως τώρα αποκαλύψει την παρουσία 21 παραγόντων κινδύνου για εξέλιξη της νόσου: στα ένζυμα γαλακτοζυλίωσης, στη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος καθώς και στη δραστηριότητα του συμπληρώματος.

Εμβαθύνοντας περισσότερο στην ανοσολογία της IgA νεφροπάθειας, γνωρίζουμε πως η IgA ανοσοσφαιρίνη υπάρχει σε δύο ισομορφές, κατά 84% ως IgA1 και κατά 16% ως IgA2. Και οι δύο ισομορφές κυκλοφορούν ως μονομερή ή πολυμερή συνδεδεμένα με την αλυσίδα J. Η παραγωγή πολυμερών IgA1 και IgA2 γίνεται στους βλεννογόνους, από πλασματοκύτταρα, σε ιστούς όπως ο GALT και απελευθερώνονται από την κορυφαία μεμβράνη των επιθηλιακών κυττάρων του εντέρου ως εκκριτικές IgA αφού συνδεθούν με το τμήμα SC (secretory component). Η ελαττωματική μερικώς γαλακτοζυλιωμένη IgA1 είναι ένα πολυμερές που εκκρίνεται από τους βλεννογόνους μέσω κυτταροκινών όπως ο LIF (leukemia inhibitory factor) και η Il-6. Η σύνθεση αυξημένων επιπέδων ελλιπώς γαλακτοζυλιωμένης IgA είναι ένα κληρονομούμενο χαρακτηριστικό. Η πρακτική της αμυγδαλεκτομής, συχνότερη στις ασιατικές χώρες, οδηγεί στην μείωση των επιπέδων της Gd-IgA1. Στην Ευρώπη ωστόσο, δεν παρατηρήθηκε αξιολογικό κλινικό αποτέλεσμα μετά τις αμυγδαλεκτομές επί εδάφους IgAN. Αντίθετα, η έρευνα NEFIGAN κατέδειξε πως η τοπική επίδραση κορτικοστεροειδούς στον ειλεό μειώνει την παραγωγή Gd-IgA1, οδηγεί σε μείωση των ανοσοσυμπλεγμάτων και κλινικά σε μείωση του ρυθμού επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας. Στο ήπαρ των ασθενών με IgAN παρατηρείται μειωμένος καταβολισμός των ανοσοσυμπλεγμάτων αποκαλύπτοντας ένα ακόμα στοιχείο της ανοσολογίας της νόσου αυτής.

Το αυτοαντίσωμα IgG έχει επίσης ορισμένα χαρακτηριστικά: η παρουσία σερίνης σε ορι-σμένες περιοχές της βαριάς

αλυσίδας της IgG (περιοχή framework-3-CDR-3) της επιτρέπει μεγαλύτερη συνδεσιμότητα με την ελλιπώς γαλακτοζυλιωμένη IgA1. Η λοίμωξη από ορισμένα βακτήρια με κοινούς επιτόπους σχετίζεται με την εξέλιξη της IgA νεφροπάθειας δεικνύοντας τη σχέση λοίμωξης και παραγωγής αυτοαντισώματος: ο ιός Epstein-Barr, ο ιός RSV, ο ιός του απλού έρπη, ο στρεπτόκοκκος, η Escherichia Coli O86 προκαλούν λοίμωξη που ακολουθείται από κλινικά χαρακτηριστικά της IgA νεφροπάθειας. Βαρύτερες μορφές IgAN έχουν παρατηρηθεί μετά από λοίμωξη από Streptococcus Mutans ενώ αναερόβια λοίμωξη από Bacteroides οδηγεί σε παθολογική παραγωγή IgA που σχετίζεται με την IgA νεφροπάθεια.

Τα κυκλοφορούντα ανοσοσυμπλέγματα (IC) αποτελούνται από το αυτοαντίσωμα IgG, τα πολυμερή IgA1 ελλιπούς γαλακτοζυλίωσης και το συμπλήρωμα C3. Η ενεργότητά τους και η συμμετοχή τους στην εξέλιξη της νεφροπάθειας εξαρτάται από το μέγεθός τους (800-900 kDa) και οδηγούν σε υπερπαραγωγή κυτταροκινών - όσο μεγαλύτερο το μέγεθός τους - και σε υπερπλασία των μεσαγγειακών κυττάρων. Σημαντικό ρόλο έχει και το συμπλήρωμα, κύρια η εναλλακτική οδός του κατά 75% και δευτερευόντως η κλασική οδός του κατά 20%. Τα επίπεδα ανοσοσυμπλεγμάτων και των κλασμάτων του συμπληρώματος σχετίζονται στατιστικά με την μικροσκοπική αιματοουρία, τα επεισόδια μακροσκοπικής αιματοουρίας και τη βαρύτητα της σπειραματικής βλάβης. Η σύνδεση ανοσοσυμπλεγμάτων και μεσαγγείου γίνεται μέσω άγνωστου ως τώρα υποδοχέα, πιθανολογείται ωστόσο ο υποδοχέας τρανσφερίνης CD71.

Η παραγωγή της ελλιπώς γαλακτοζυλιωμένης IgA1 γίνεται μέσω δύο παραγόντων που θα αναλυθούν περαιτέρω, του BAFF (b-cell activating factor) και του APRIL (A-proliferation inducing ligand). σύνθετος Ο ανοσολογικός μηχανισμός περιλαμβάνει όπως εξηγήθηκε: υπερ-αντιδραστικότητα των βλεννογόνων, ενεργοποίηση των Β-λεμφοκυττάρων και υπερπαραγωγή της Gd-IgA1. Ωστόσο, παρά την πληθώρα πληροφοριών για την ανοσολογική βάση της IgAN η θεραπεία της παραμένει ακόμη μη ειδική: μείωση της διαιτητικής πρόσληψης νατρίου, διακοπή του καπνίσματος, έλεγχος του

διακοπή του καπνίσματος, έλεγχος του σωματικού βάρους, τακτική σωματική άσκηση και χορήγηση αντιυπερτασικών του άξονα ρενίνης-αγγειοτενσίνης-αλδοστερόνης για τον έλεγχο της πρωτεϊνουρίας. Σύμφωνα με την έρευνα TESTING η χρήση κορτικο-στεροειδών βελτιώνει την πρόγνωση αλλά με αυξημένη πιθανότητα ανεπιθύμητων ενεργειών. Η έρευνα stop-IgAN από την άλλη παρουσιάζει καλά αποτελέσματα με πρώιμες παρεμβάσεις χωρίς την χορήγηση κορτικοστεροειδών αλλά απουσία διαφοροποίησης της πρόγνωσης σε όσιμη έναρξή τους. Όλες αυτές οι βιβλιογραφικές πληροφορίες για την πρόγνωση της IgAN μας επιβάλλουν να βρούμε πιο στοχευμένες και ειδικές θεραπείες όπως μέσω των παραγόντων BAFF και APRIL: σε εμμένουσα πρωτεϊνουρία >0.75 γραμμάρια το 24ωρο και με μέσο χρόνο παρακολούθησης 7.4 έτη η πιθανότητα θανάτου, νεφρικής ανεπάρκειας ή μείωσης του ρυθμού σπειραματικής διήθησης κατά 40% είναι >50%.

Η παραγωγή της Gd-IgA1 γίνεται από πλασματοκύτταρα με προέλευση τους ιστούς MALT (mucosal-associated lymphoid tissue), όπως ο ιστός GALT (gut-associated lymphoid tissue) και ο ιστός NALT (nasopharynx-associated lymphoid tissue). Τοπικά, δενδριτικά κύτταρα ενεργοποιούν τα Β-λεμφοκύτταρα μέσω Τ-λεμφοκυτταρικής εξαρτώμενης ή μη ενεργοποίησης, τα οποία με τη σειρά τους παράγουν IgA ανοσοσφαιρίνη που αποτελεί την πρώτη γραμμή άμυνας στους βλεννογόνους. Η παθολογική ενεργοποίηση των Β-λεμφοκυττάρων οδηγεί στην παθογένεση της IgAN. Οι παράγοντες BAFF και APRIL ανήκουν στη υπερ-οικογένεια του TNF. Μέσω αυτών τα Β-λεμφοκύτταρα μεταναστεύουν στον μυελό των οστών και παράγουν το παθολογικό μόριο της IgA1. Διερευνάται επίσης η πιθανότητα μετανάστευσης εκκριτικών Β-λεμφοκυττάρων και στους νεφρούς. Οι παράγοντες BAFF και APRIL χρειάζεται πρώτα να συνδεθούν στους υποδοχείς τους. Αυτοί οι υποδοχείς είναι: το BCMA (B-cell maturation antigen), το TACI (transmembrane activator and calcium modulator and cyclophilin ligand interactor) και το BAFF-R. Το BCMA βρίσκεται στην επιφάνεια των πλασματοκυττάρων, το TACI στην επιφάνεια πλασματο-

κυττάρων και Β-λεμφοκυττάρων ενώ το BAFF-R σε Β-λεμφοκύτταρα, μεσαγγειακά κύτταρα και σωληναριακά επιθηλιακά κύτταρα. Ο παράγοντας BAFF προκαλεί την ενεργοποίηση και διαφοροποίηση περιφερικών Β-λεμφοκυττάρων σε πλασματοκύτταρα τα οποία επιβιώνουν στον μυελό των οστών, σε δευτερογενή λεμφικά όργανα και στους βλεννογόνους. Συμμετέχει στη συνεχή παραγωγή ανοσοσφαιρινών IgA1 και IgG στην IgAN.

Ο παράγοντας APRIL συμβάλλει στη διαφοροποίηση των Β-λεμφοκυττάρων σε βλεννογονικά πλασματοκύτταρα και συμμετέχει στην μεγάλη παραγωγή ανοσοσφαιρινών όπως η παθολογική Gd-IgA1. Προκλινική έρευνα σε ποντίκια με υπερέκφραση του παράγοντα BAFF κατέδειξε αυξημένα επίπεδα IgA ανοσοσφαιρίνης στον ορό τους καθώς και αυξημένο πληθυσμό IgA πλασματοκυττάρων στη lamina propria του εντέρου τους. Επίσης, αυξημένη έκκριση αυτοαντισωμάτων, αυξημένη παρουσία πλασματοκυττάρων σε δευτερογενή λεμφικά όργανα και τελικά εναπόθεση IgA ανοσοσφαιρινών στο νεφρικό μεσάγγειο των ποντικών. Περαιτέρω προκλινικές μελέτες σε BAFF-Tg ποντικούς κατέδειξαν την παρουσία της παθολογικής μερικώς γαλακτοζυλιωμένης IgA1 ανοσοσφαιρίνης, την αύξηση της μεσαγγειακής matrix και κλινικά την παρουσία αιματουρίας και πρωτεϊνουρίας. Επίσης, λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού των ποντικών αυτών από *Neisseria Meningitidis* προκάλεσε εναπόθεση IgA ανοσοσφαιρίνης στο μεσάγγειο αλλά και μετανάστευση πλασματοκυττάρων στους νεφρικούς ιστούς. Σε κλινικές μελέτες σε ανθρώπους διαπιστώθηκαν αυξημένα επίπεδα BAFF σε ασθενείς με IgAN και μάλιστα τα επίπεδα αυτά είναι ανάλογα αυτών της Gd-IgA1 και σχετίζονται με τη βαρύτητα της ιστολογικής αλλά και κλινικής εικόνας της IgA νεφροπάθειας.

Η αυξημένη δραστηριότητα των παραγόντων BAFF και APRIL σχετίζεται στατιστικά με την πυκνότητα των εναποθέσεων της IgA ανοσοσφαιρίνης στο μεσάγγειο, την υπέρτροφία του μεσαγγείου, την εστιακή σπειραματοσκλήρυνση καθώς και την ίνωση και ατροφία του σωληναριοδιάμεσου χώρου, όπως και με την αύξηση της κρεατινίνης. Ο φαρμακευτικός έλεγχος των παραγόντων BAFF και APRIL είναι το επόμενο στοχευμένο ανοσολογικά βήμα στη θεραπεία της IgAN. Σύμφωνα με την έρευνα BRIGTH-SC του 2016 η χρήση blisibimod,

αναστολέα του BAFF, προκάλεσε μείωση των Β-λεμφοκυττάρων και των παραγόμενων ανοσοσφαιρινών αλλά απουσία στατιστικά σημαντικών αποτελεσμάτων. Σε προκλινικές μελέτες για τον παράγοντα APRIL στα ποντίκια, η έλλειψή του οδηγεί σε μειωμένη παραγωγή IgA μετά από βλεννογονικό ερεθισμό και μειωμένη παρουσία πλασματοκυττάρων κάτω από τον εντερικό βλεννογόνο. Η χορήγηση αντι-APRIL θεραπείας σε ποντίκια είχε ως αποτέλεσμα μείωση της αλβουμινουρίας, μειωμένα επίπεδα IgA καθώς και μειωμένες εναποθέσεις στο μεσάγγειο. Οι κλινικές έρευνες του ρόλου του APRIL κατέδειξαν αυξημένα επίπεδα του σε ασθενείς με IGAN και στατιστική συσχέτιση του επιπέδου του με την έκφραση της Gd-IgA1, με το εύρος της πρωτεϊνουρίας και με τον ρυθμό μείωσης του GFR στην εξέλιξη της νεφροπάθειας. Όσο υψηλότερα τα επίπεδα του APRIL τόσο χειρότερη η έκβαση της IgA νεφροπάθειας.

Η χορήγηση ενός anti-APRIL αντισώματος, του siberpenlimab, σε υγιείς ενήλικες εθελοντές είχε ως αποτέλεσμα μείωση της παραγωγής ανοσοσφαιρινών και μεταξύ αυτών και των επιπέδων παθολογικά γαλακτοζυλιωμένης IgA1 ενώ σε ασθενείς με IgAN οι μηνιαίες χορηγήσεις του, μετά από 12 μήνες θεραπείας, προκάλεσε μείωση της Gd-IgA1 και της πρωτεϊνουρίας. Η έρευνα VISIONARY θα διερευνήσει την μείωση του ρυθμού έκπτωσης της νεφρικής λειτουργίας. Σε μία δεύτερη κλινική μελέτη, το anti-APRIL αντίσωμα zigakibat, προκάλεσε μείωση των επιπέδων της Gd-IgA1 και των ανοσοσφαιρινών με IgG. Η έρευνα φάσης 3 BEYOND διερευνά το φαρμακευτικό του αποτέλεσμα. Ένα πολύ σημαντικό ερώτημα είναι αν η μεμονωμένη φαρμακευτική καταστολή του ενός παράγοντα οδηγεί σε αντιδραστική υπερέκφραση του άλλου και άρα αν είναι αποδοτικότερη η διπλή φαρμακευτική καταστολή των παραγόντων BAFF και APRIL. Μία προκλινική μελέτη σε ποντίκια με Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο έδειξε πως η ταυτόχρονη καταστολή των δύο παραγόντων είχε ως αποτέλεσμα μείωση της πρωτεϊνουρίας και των αυτοαντισωμάτων. Στη Κίνα, χρησιμοποιείται το telitacicept, που στοχευμένα ταυτόχρονα τους παράγοντες BAFF και APRIL, στη θεραπεία του Συστηματικού Ερυθηματώδους Λύκου αλλά και της IgA νεφροπάθειας. Το rovetacicept ελέγχεται σε έρευνα φάσης 2 για τη θεραπεία της IgA νεφροπάθειας, της μεβρνώδους νεφροπάθειας και των νεφριτίδων

του Λύκου. Η έρευνα JANUS χρησιμοποίησε το atacicept και έδειξε δόσοεξαρτώμενη μείωση των επιπέδων IgA, IgG και IgM, μείωση της λευκωματουρίας και σταθεροποίηση του GFR ενώ η έρευνα ORIGIN επίσης με χρήση atacicept κατέδειξε μείωση του λόγου αλβουμίνης προς κρεατινίνη ούρων κατά 31% στις 36 εβδομάδες θεραπείας, αύξηση του GFR κατά 1.6% και μείωση της παθολογικά γαλακτοζυλιωμένης IgA1 κατά 64%.

Η πολύπλοκη ανοσολογία της IgA νεφροπάθειας αποκαλύπτει σταδιακά μέσω της αδιάκοπης έρευνας τα μυστικά της: το ρόλο της Gd-IgA ανοσοσφαιρίνης, το ρόλο των αυτοαντισωμάτων, των ανοσοσυμπλεγμάτων, των Β-λεμφοκυττάρων και των πλασματοκυττάρων καθώς και των παραγόντων ενεργοποίησής τους. Η ανοσολογία με τη σειρά της οδηγεί σε νεώτερες και στοχευμένες θεραπείες, με καλύτερο προφίλ ασφαλείας συγκριτικά με τις υπάρχουσες και με τελικό σκοπό τη σταθεροποίηση ή/και βελτίωση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης στην πορεία της IgA νεφροπάθειας.

Βιβλιογραφία

1. Knoppova B, Reilly C, King RG, et al. Pathogenesis of IgA Nephropathy: Current Understanding and Implications for Development of Disease-Specific Treatment. *J Clin Med* 2021;10:4501.
2. Medjeral-Thomas NR, Cook HT, Pickering MC. Complement activation in IgA nephropathy. *Semin Immunopathol* 2021; 31: 1019–1023.
3. Cheung CK, Barratt J, Liew A, et al. The role of BAFF and APRIL in IgA nephropathy: pathogenic mechanisms and targeted therapies. *Front Nephrol* 2024; 3:134676.
4. Rajasekaran A, Julia BA, Rizk DV. IgA nephropathy: an interesting autoimmune kidney disease. *Am J Med Sci* 2021; 361: 176–94.
5. Kidney disease: improving global outcomes (KDIGO) glomerular diseases work group. KDIGO 2021 clinical practice guideline for the management of glomerular diseases. *Kidney Int* (2021) 100:S1–S276.

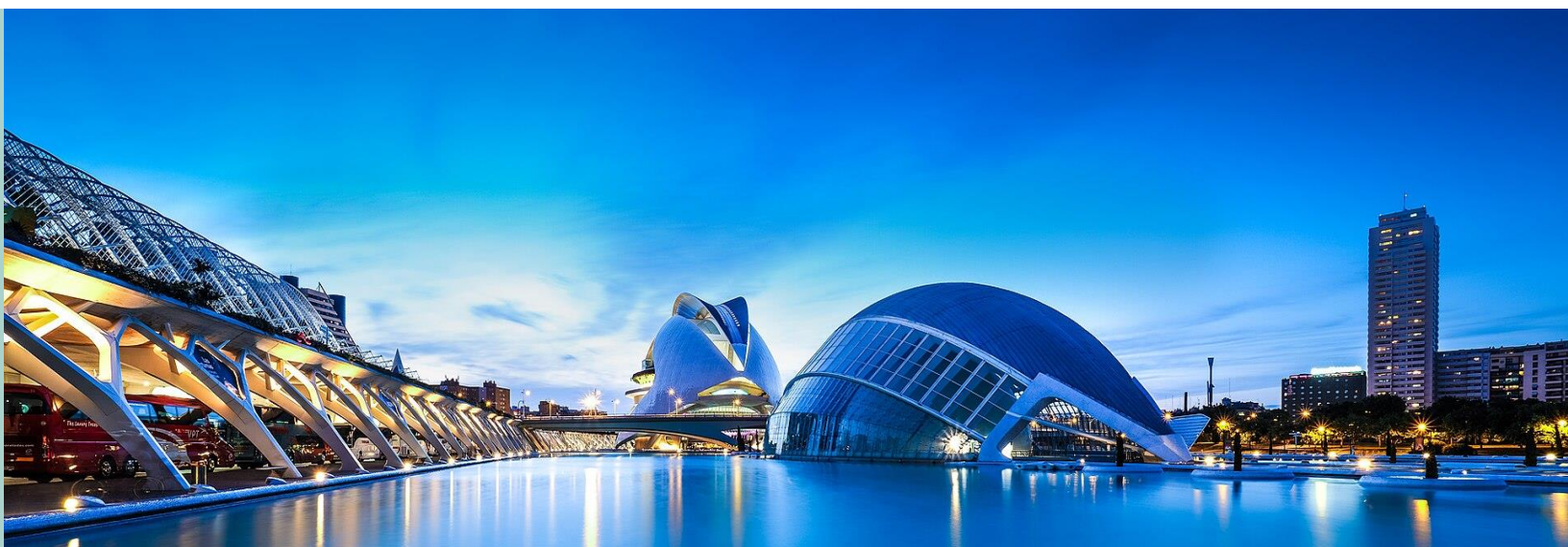
Συνέδρια



08-10 OCTOBER 2025

EUROPD 2025

The Palacio de Congresos
VALENCIA, Spain



Ακόμη ένα υψηλού επιπέδου διεθνές συνέδριο διοργάνωσε το EuroPD στη Βαλένθια της Ισπανίας. Κορυφαίοι ειδικοί όχι μόνο στον τομέα της Περιτοναϊκής Κάθαρσης, αλλά ευρύτερα και στους τομείς της κατ' οίκον κάθαρσης, της ψυχολογίας, της παιδαγωγικής ενηλίκων, της έρευνας και της χάραξης πολιτικής για τις υπηρεσίες υγείας, παρουσίασαν τις τελευταίες εξελίξεις και στην κατ' οίκον κάθαρση, μέσω κεντρικών διαλέξεων, παράλληλων συνεδριών και εργαστηρίων.

Το τοπίο των προγραμμάτων καθετήρων ΠΚ στις σκανδιναβικές χώρες: Μια περιγραφική χαρτογράφηση 75 κλινικών ΠΚ

Lu D et al.

Η υψηλής ποιότητας και έγκαιρη πρόσβαση σε καθετήρα ΠΚ είναι απαραίτητη για την αποτελεσματική θεραπεία ΠΚ και καθορίζεται από πολλαπλούς παράγοντες σε επίπεδο ασθενούς, μονάδας και οργανισμού. Στις Σκανδιναβικές χώρες, παρά τη διαθεσιμότητα εθνικών κατευθυντήριων γραμμών για την προηγμένη νεφρική φροντίδα, επικρατεί μια διακύμανση στη χρήση της ΠΚ σε όλες τις περιοχές και τις χώρες. Η μελέτη αυτή απεικόνισε την ετερογένεια των προγραμμάτων καθετήρων ΠΚ που ενδεχομένως να εξηγούν τις διακυμάνσεις και τα εμπόδια στην εφαρμογή της ΠΚ στις Σκανδιναβικές χώρες.

Δεδομένα (από τον Απρίλιο του 2025) για το πρόγραμμα καθετήρων ΠΚ συλλέχθηκαν από αντιπροσωπευτικά ιατρεία στη Σουηδία, τη Δανία, τη Φινλανδία και τη Νορβηγία μέσω συνεντεύξεων, συμπεριλαμβανομένων 1) των κυρίαρχων τεχνικών εισαγωγής, 2) της εισαγωγής από επαγγελματίες υγείας και 3) των προκλήσεων των προγραμμάτων καθετήρων ΠΚ. Μεταξύ των 75 κλινικών ΠΚ που συμμετείχαν, το 66% χρησιμοποίησε τη χειρουργική λαπαροσκοπική εισαγωγή ως την κυρίαρχη τεχνική (55%-90% σε όλες τις χώρες), το 20% χρησιμοποίησε διαδερμική και το 14% χρησιμοποίησε ανοιχτή λαπαροσκοπική χειρουργική. Οι καθετήρες ΠΚ στο 65% των ιατρείων τοποθετήθηκαν από χειρουργούς, το 21% από επεμβατικούς ουρολόγους/ακτινολόγους και το 14% από νεφρολόγους. Η διαδερμική εισαγωγή υπό την καθοδήγηση νεφρολόγου ήταν διαδεδομένη σε ένα ιατρείο στη Φινλανδία, 3 στη Σουηδία, 6 στη Δανία και δεν ήταν διαθέσιμη στη Νορβηγία. Μια σαφής περιφερειακή διαφορά παρατηρήθηκε στη Δανία, με ένα καθολικό πρόγραμμα υπό την καθοδήγηση νεφρολόγου στην ανατολική περιοχή έναντι του χειρουργικού λαπαροσκοπικού προγράμματος στη δυτική περιοχή της χώρας.

Στα συχνά προβλήματα χειρουργικής εισαγωγής περιλαμβάνονται ο μεγάλος χρόνος αναμονής, η έλλειψη εμπειρίας και προτεραιότητας μεταξύ των χειρουργών, καθώς και ένα κενό συνεργασίας μεταξύ διεπιστημονικών ομάδων. Η λαπαροσκοπική εισαγωγή είναι η κυρίαρχη τεχνική στις σκανδιναβικές χώρες με κοινές προκλήσεις τον μεγάλο χρόνο αναμονής, τις διακυμάνσεις της λειτουργίας του καθετήρα και την αναποτελεσματική επικοινωνία. Η διαδερμική

εισαγωγή από νεφρολόγο υποχρησιμοποιείται. Η δυνατότητα ευρύτερης υιοθέτησης της τελευταίας και ο αντίκτυπός της στα τοπικά προγράμματα ΠΚ αξίζει να διερευνηθούν.

Η 9η Εθνική Απογραφή “Η Κατάσταση της ΠΚ στην Ιταλία το 2024” της Ομάδας Περιτοναϊκής Κάθαρσης της Ιταλικής Νεφρολογικής Εταιρείας.

Neri L et al.

Πρόκειται για την αναφορά των αποτελεσμάτων της 9ης Εθνικής Απογραφής (Cs-24) Περιτοναϊκής Κάθαρσης στην Ιταλία, που πραγματοποιήθηκε το 2025 από την Ομάδα Εργασίας ΠΚ της Ιταλικής Νεφρολογικής Εταιρείας, και αφορά το έτος 2024.

Η απογραφή διεξήχθη με ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο στα 228 μη παιδιατρικά κέντρα που εφαρμόζαν ΠΚ το 2024. Τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν με τις προηγούμενες απογραφές που πραγματοποιήθηκαν από το 2005.

Το 2024, 1398 ασθενείς (ΣΦΠΚ=55,1%) ξεκίνησαν ΠΚ (ως 1η θεραπεία για ΧΝΝΤΣ). Η σταδιακή (incremental) ΠΚ εφαρμόστηκε στο 40,2% (Cs-05: 11,9%), το 6,4% ήταν καθυστερημένες παραπομπές. Ο καθετήρας τοποθετήθηκε μόνο από τον Νεφρολόγο στο 19,5%. Επιπλέον, οι ασθενείς που μεταφέρθηκαν σε ΠΚ από αιμοκάθαρση και μεταμόσχευση το 2024 ήταν 201 και 57, αντίστοιχα.

Οι ασθενείς σε ΠΚ στις 31/12/2024 ήταν 4322 (ΣΦΠΚ=43,7%), με το 21,4% των ασθενών σε υποβοηθούμενη ΠΚ, με φροντιστή κάποιο μέλος της οικογένειας στο 86,2%. Το 2024, η εγκατάλειψη της ΠΚ (επεισόδια/100 ασθενείς-έτη: 12,7 σε ΠΚ· 9,7 θάνατοι· 8,5 Tx) δεν έχει αλλάξει. Η κύρια αιτία μεταφοράς σε ΑΚ παραμένει η περιτοναϊκή (21,8%), αν και εξακολουθεί να μειώνεται (Cs-05: 37,9%). Η συχνότητα εμφάνισης περιτοναϊκής το 2024 (647 επεισόδια) ήταν 0,164 επεισόδια/έτος-ασθενή (καλλιέργεια αρνητική στο 17,9%).

Η συχνότητα εμφάνισης νέων κρουσμάτων ενθυλακωτικής περιτοναϊκής σκλήρυνσης ή σκληρυντικής περιτονίτιδας (EPS) το 2023-24 (9 περιπτώσεις = 0,106 επεισόδια/100 έτη ασθενών) μειώνεται επίσης. Το 2024, ο αριθμός των κέντρων που χρησιμοποιούν 3,86% για PET test (58,1%) αυξήθηκε και τα κέντρα που πραγματοποιούν επισκέψεις κατ' οίκον μειώθηκαν (45,7%).

Συμπερασματικά, το Cs-24 επιβεβαιώνει τα καλά αποτελέσματα της ΠΚ στην Ιταλία.

Η σταδιακή (incremental) ΠΚ αυξάνεται ξανά. Η συχνότητα εμφάνισης και η εγκατάλειψη λόγω περιτονίτιδας και EPS μειώνεται περαιτέρω. Γίνεται αυξανόμενη χρήση 3,86%-PET, ενώ τα μισά κέντρα εφαρμόζουν επισκέψεις κατ' οίκον.

Κλινική Απόδοση του συστήματος Flexpoint για την ευέλικτη διαχείριση του όγκου και του χρόνου παραμονής του κυκλοποιητή ΠΚ Sleep Safe Harmony

De los Ríos T et al.

Ο στόχος αυτής της μελέτης είναι να αξιολογήσει εάν η χρήση του συστήματος FlexPoint για την ευέλικτη διαχείριση του όγκου και του χρόνου παραμονής επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της ΑΠΚ και την κατάσταση ενυδάτωσης των ασθενών με ΠΚ, όπως μετράται με φασματοσκοπία βιοεμπέδησης (BCM).

Ενώ η επαρκής απομάκρυνση υγρών, ουραιμικών τοξινών και νατρίου είναι το κλειδί για την κλινική ομοίωση, η σύγχρονη ΠΚ θα πρέπει επίσης να λαμβάνει υπόψη τον τρόπο ζωής και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η επιλογή θεραπείας FlexPoint του κυκλοποιητή ΠΚ Sleep safe harmony (Fresenius Medical Care) επιτρέπει την ευέλικτη διαχείριση του όγκου και του χρόνου παραμονής του διαλύματος, και την αυτόματη μείωση των φάσεων του κύκλου χωρίς να διακυβεύεται η αποτελεσματικότητα της θεραπείας ή η άνεση του ασθενούς. Οι προσαρμογές γίνονται εντός προκαθορισμένων, αποδεκτών ορίων και ο γιατρός μπορεί να προσαρμόσει περαιτέρω τις ρυθμίσεις στις ατομικές ανάγκες.

Αυτή η παρεμβατική, ελεγχόμενη, τυχαίοποιημένη, δισταυρούμενη δοκιμή (NCT06390592) περιλαμβάνει 24 ασθενείς με ΠΚ που λαμβάνουν θεραπεία με τον ανακυκλωτή ΠΚ Sleep safe harmony σε μια κλινική φάση έξι εβδομάδων. Η μελέτη χωρίστηκε σε 3 περιόδους δύο εβδομάδων, καθεμία από τις οποίες εφαρμόζει διαφορετική ρύθμιση FlexPoint. Ένας σχεδιασμός δισταύρωσης Williams 6×3 εξασφάλισε ισορροπημένες αλληλουχίες θεραπείας.

Τα κύρια αποτελέσματα που μελετώνται περιλαμβάνουν το συνολικό Kt/V, τη μέση ημερήσια υπερδιήθηση και την κατάσταση ενυδάτωσης. Για να καταγραφούν οι απόψεις των ασθενών, χορηγούνται επικυρωμένα ερωτηματολόγια αξιολόγησης της ποιότητας του ύπνου και της συνολικής ποιότητας ζωής. Τα δεδομένα συλλέγονται κατά την έναρξη και μετά από κάθε φάση θεραπείας. Η κύρια ανάλυση

ση αποτελείται από τρεις συγκρίσεις ανά ζεύγη μεταξύ των ρυθμίσεων FlexPoint για την αξιολόγηση της ισοδυναμίας στο συνολικό Kt/V. Τα δευτερεύοντα αποτελέσματα αποτελεσματικότητας και ασφάλειας αναλύονται περιγραφικά ανά φάση θεραπείας και σε συγκρίσεις ανά ζεύγη, όπου είναι εφικτό.

Αυτή η μελέτη στοχεύει να καταδείξει ότι η εξατομικευμένη διαχείριση του όγκου και του χρόνου παραμονής μέσω του FlexPoint διατηρεί την αποτελεσματικότητα της ΠΚ, ενώ παράλληλα ενισχύει ενδεχομένως την άνεση και την ευεξία του ασθενούς.

Έκθεση σχετικά με την έναρξη του Βελγικού Φόρουμ κατ' οίκον κάθαρσης

François K

Η χαμηλή εφαρμογή της κατ' οίκον κάθαρσης και το μικρό μέγεθος πολλών προγραμμάτων κατ' οίκον κάθαρσης στο Βέλγιο συνοδεύονται από έλλειψη εκπαίδευσης, εμπειρίας και εμπειρίας σε αυτόν τον τομέα. Το Βελγικό Φόρουμ κατ' οίκον κάθαρσης (ΒΦΚΟΚ) ξεκίνησε με σκοπό τη βελτίωση των γνώσεων και των δεξιοτήτων σχετικά με την περιτοναϊκή κάθαρση (ΠΚ) και την κατ' οίκον αιμοκάθαρση (ΚΟΑ). Το φόρουμ παρέχει συμβουλές βασισμένες σε περιστατικά και γενικές συμβουλές από ειδικούς στον τομέα.

Το ΒΦΚΟΚ είναι μια μηνιαία εικονική συνεδρίαση μεταξύ Βέλγων νεφρολόγων. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης υποβάλλουν περιπτώσεις και ερωτήσεις σχετικά με την κλινική διαχείριση και οργάνωση της ΚΟΚ μέσω της ηλεκτρονικής φόρμας Qualtrics. Σε κάθε Φόρουμ συμμετέχουν τουλάχιστον 3 ειδικοί στην ΚΟΚ από διαφορετικά βελγικά πανεπιστήμια. Ο επαγγελματικός σύλλογος NBVN στέλνει υπενθυμίσεις μέσω email στους νεφρολόγους σχετικά με τις συναντήσεις. Εκτός από τη ζωντανή συζήτηση μεταξύ των συμμετεχόντων, το φόρουμ διευκολύνει την ανταλλαγή πρωτοκόλλων και βιβλιογραφίας σχετικά με τα θέματα που συζητούνται. Εδώ, παρουσιάζουμε τα αποτελέσματα των πρώτων έξι Φόρουμ.

Από τον Δεκέμβριο του 2024, διοργανώθηκαν έξι Φόρουμ διάρκειας 1 ώρας, με 21-41 συμμετέχοντες ανά συνεδρία (διάμεσος 24, IQR 22-25) και 77 μοναδικούς συμμετέχοντες. Συνολικά, συζητήθηκαν 23 περιπτώσεις που υποβλήθηκαν από 17 συνεισφέροντες. Τα περιστατικά αφορούσαν λοιμώδεις επιπλοκές της ΠΚ (n=7), μη λοιμώδεις επιπλοκές της ΠΚ (n=4), οργάνωση του προγράμμα-

τος ΚΟΑ (n=6), δυσλειτουργία του καθετήρα ΠΚ (n=3), εισαγωγή καθετήρα ΠΚ (n=2), οργάνωση και επείγουσα έναρξη και οξεία ΠΚ (n=1).

Η καθιέρωση μιας εθνικής, ιατρικής, εικονικής συνάντησης για την ΚΟΚ είναι εφικτή και χρήσιμη κατά γενική ομολογία. Το ΒΦΚΟΚ είναι μια πρωτοβουλία που επιτρέπει την οργανωμένη συνεργασία και δικτύωση σε εθνικό επίπεδο, παρέχοντας ενδεχομένως μια λύση στα πολιτισμικά και γνωστικά εμπόδια που εμποδίζουν την ανάπτυξη της ΚΟΚ.

Βελτιστοποίηση του ελέγχου του ΣΔ σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ΠΚ χρησιμοποιώντας ένα διαδικτυακό μοντέλο συνδυασμένου ιατρείου ΠΚ/ΣΔ

Sampson A et al.

Οι εξελίξεις στα συστήματα συνεχούς παρακολούθησης γλυκόζης (CGM) έχουν μεταμορφώσει τη φροντίδα του διαβήτη, καθώς έχουμε πλέον την ευκαιρία να βελτιώσουμε τον έλεγχο του σακχάρου στο αίμα σε διαβητικούς ασθενείς που υποβάλλονται σε ΠΚ. Τα δεδομένα CGM σε συνδυασμό με τη κατάλληλη συνταγή κάθαρσης επιτρέπουν τη βελτιστοποίηση της θεραπείας του διαβήτη για την αντιμετώπιση της επίδρασης της γλυκόζης του διαλύματος της ΠΚ. Ένα συνδυασμένο εικονικό ιατρείο που χρησιμοποιεί την εμπειρογνωμοσύνη στη νεφρολογία και τη διαβητολογία προσφέρει την ευκαιρία βελτιωμένης φροντίδας του διαβήτη και πιο αποτελεσματικής ΠΚ.

Εντοπίσαμε όλους τους διαβητικούς ασθενείς που υποβάλλονται σε ΠΚ υπό τη φροντίδα του Νεφρολογικού κέντρου του Wessex, στο Ηνωμένο Βασίλειο. Στη συνέχεια, κανονίσαμε τριμηνιαίο εικονικό ιατρείο με συμμετοχή νεφρολόγων και διαβητολόγων, οι οποίοι εξετάζουν από κοινού τα δεδομένα CGM, τη φαρμακευτική αγωγή για τον διαβήτη και τις συνταγές φαρμακευτικής αγωγής. Έγιναν οι αναγκαίες αλλαγές στην θεραπεία ινσουλίνης ή και των από του στόματος υπογλυκαιμικών παραγόντων, καθώς και προσαρμογές στις συνταγές υγρών περιτοναϊκής κάθαρσης, με κατεύθυνση προς χαμηλότερα σχήματα γλυκόζης. Η απαίτηση για συνεχιζόμενη CGM καθορίστηκε σε ατομική βάση για κάθε ασθενή. Το ιατρείο, που λειτουργεί τακτικά από το 2021, παρακολουθούν επί του παρόντος 98 ασθενείς σε ΠΚ.

Τα δεδομένα της απομακρυσμένης παρακολούθησης στους ασθενείς που βρίσκονται σε APD γίνεται μέσω του συστήματος Share-source. Τα δεδομένα από τους ασθενείς σε ΣΦΠΚ λαμβάνονται απευθείας από τους ασθενείς. Η λειτουργία του ιατρείου επιτρέπει να αναπτύξουμε βελτιωμένη εμπειρία στη διαχείριση των επιπέδων σακχάρου στο αίμα σε μια σύνθετη ομάδα διαβητικών ασθενών που διατρέχουν υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο.

Συμπερασματικά, ένα κοινό μοντέλο εικονικού νεφρολογικού/διαβητολογικού ιατρείου που εφαρμόζει τη χρήση CGM και απομακρυσμένης παρακολούθησης καθαρός μπορεί να παρέχει έναν τρόπο βελτιστοποίησης της φροντίδας και βελτίωσης της εμπειρίας και των αποτελεσμάτων των ασθενών.

Τοποθέτηση Καθετήρων ΠΚ με τοπική αναισθησία έναντι γενικής αναισθησίας: η εμπειρία ενός κέντρου

Wilkinson N et al.

Οι καθετήρες ΠΚ μπορούν να εισαχθούν χρησιμοποιώντας τοπική αναισθησία (LA) ή γενική αναισθησία (GA). Τα πλεονεκτήματα της LA περιλαμβάνουν την ταχύτερη ανάρρωση, ότι μπορεί να πραγματοποιηθεί ως ημερήσια αναισθησία και ότι η ΠΚ μπορεί να προσφερθεί σε ασθενείς ακατάλληλους για GA. Στόχος μας ήταν να επανεξετάσουμε την πρακτική μας και να εξετάσουμε τρόπους βελτίωσης των υπηρεσιών μας στο μέλλον.

Εξετάστηκαν τα ηλεκτρονικά αρχεία ασθενών για να εντοπιστούν ασθενείς που υποβλήθηκαν σε εισαγωγή καθετήρα ΠΚ κατά τη διάρκεια μιας περιόδου 2 ετών. Συλλέχθηκαν δεδομένα σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, τον τύπο αναισθησίας, την αιτιολογία για LA ή GA και τις μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Εισήχθησαν 80 καθετήρες κατά τη διάρκεια της περιόδου 2 ετών. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 60 έτη (εύρος 21-86). Υπήρχαν ελαφρώς περισσότεροι άνδρες (49) από γυναίκες (31). Ο μέσος ρυθμός GFR κατά την εισαγωγή του καθετήρα ήταν 9 ml/λεπτό. Συνολικά, 63 καθετήρες (79%) πραγματοποιήθηκαν με LA και 17 (21%) με GA. Από αυτούς που υποβλήθηκαν σε εισαγωγή καθετήρα με GA, οι περισσότεροι είχαν πρόσθετη διαδικαστική πολυπλοκότητα, είτε λόγω της απαίτησης για

ταυτόχρονη αποκατάσταση κήλης (29%) είτε λόγω σημαντικών προηγούμενων χειρουργικών επεμβάσεων/ ουλών (41%). Ένας μικρότερος αριθμός ασθενών επέλεξε την εισαγωγή του καθετήρα με GA για διάφορους λόγους.

Επιπλοκές εμφανίστηκαν σε 8 από τις 63 (12,7%) εισαγωγές καθετήρα με LA (7 καθετήρες χρειάστηκαν επανατοποθέτηση του καθετήρα με GA, ενώ παρατηρήθηκε και μία πρόωρη λοίμωξη του σημείου εξόδου). Επιπλοκές εμφανίστηκαν σε 2 από τις 17 (11,7%) εισαγωγές καθετήρα με GA (1 επεισόδιο εντερικής βλάβης και 1 υπεζωκοτική διαρροή). Δεν υπήρξαν επεισόδια μετεγχειρητικής περιτονίτιδας σε καμία από τις δύο ομάδες.

Συμπερασματικά, στο κέντρο μας, η πλειονότητα των καθετήρων ΠΚ εισάγονται υπό LA. Τα ποσοστά επιπλοκών ήταν παρόμοια μεταξύ των δύο τρόπων τοποθέτησης του καθετήρα ΠΚ, αν και ένας σημαντικός αριθμός εισαγωγών καθετήρα με LA χρειάστηκε επανατοποθέτηση του καθετήρα. Ως αποτέλεσμα, έχουμε αλλάξει την προετοιμασία του εντέρου πριν από την επέμβαση και ελπίζουμε να βελτιώσουμε περαιτέρω τα αποτελέσματα από την επανατοποθέτηση του καθετήρα υπό LA. Η δυνατότητα τοποθέτησης καθετήρων ΠΚ τόσο του με LA όσο και με GA μεγιστοποιεί την προσβασιμότητα στην ΠΚ για ασθενείς με XNN.

Διαφορές στην προσωπικότητα και τις στάσεις των νεφρολόγων απέναντι στη μέθοδο αιμοκάθαρσης.

Clause A.L. et al.

Η κουλτούρα των νεφρολόγων επηρεάζει την διαδικασία συναπόφασης για την επιλογή της μεθόδου κάθαρσης και, ως εκ τούτου, την κατανομή των θεραπειών στο σπίτι. Υποθέσαμε ότι οι στάσεις απέναντι στην έννοια της συναπόφασης μπορεί να διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των νεφρολόγων. Οι τεχνικές Q-sort διερευνούν την υποκειμενικότητα με έναν ποσοτικοποιημένο συστηματικό τρόπο για να παρέχουν αντικειμενοποιημένη κατανόηση αυτής της υποκειμενικότητας και, ως εκ τούτου, μπορούν να παρέχουν πληροφορίες για τις στάσεις σχετικά με την διαδικασία συναπόφασης για την επιλογή της μεθόδου κάθαρσης.

Χρησιμοποιήσαμε μια ανάλυση Q-sort για να διερευνήσουμε τις στάσεις των Βέλγων νεφρολόγων απέναντι στη συναπόφαση κατά τη επιλογή της μεθόδου κάθαρσης. Επιλέχθηκαν συμμετέχοντες με διαφορετική ηλικία,

φύλο, εμπειρία στην αιμοκάθαρση και γεωγραφική τοποθεσία. Συντάχθηκε ένα ερωτοματολόγιο 9 δηλώσεων σχετικά με τα διαφορετικά χαρακτηριστικά σχετικά με τη στοχοκεντρική φροντίδα, την διαδικασία συναπόφασης, την ανάγκη για (ιατρικό) έλεγχο, τον εφησυχασμό και τις ιατροτεχνικές γνώσεις σχετικά με τις θεραπείες στο σπίτι. Χρησιμοποιήθηκε ανάλυση παραγόντων Kade-Qsort για να εξηγηθεί η διακύμανση μεταξύ των συμμετεχόντων.

Δεκαπέντε από τους 25 συμμετέχοντες υπέδειξαν ότι η επιλογή της μεθόδου κάθαρσης απαιτεί μια συνεργατική απόφαση του ενημερωμένου ασθενούς, του νεφρολόγου και της νεφρολογικής ομάδας. Δεκαέξι συμμετέχοντες διαφώνησαν με το ότι η επιλογή της μεθόδου κάθαρσης είναι αποκλειστική ευθύνη του νεφρολόγου, ενώ 16 συμμετέχοντες δυσκολεύτηκαν να καταλογίσουν την τελική απόφαση στον ασθενή. Η παραγοντική ανάλυση αποκάλυψε 3 ομάδες που εξηγούν το 79% της διακύμανσης: μία (49%) που έδειξε ενδιαφέρον για στοχοκεντρική φροντίδα, χαμηλό εφησυχασμό και υψηλή γνώση σχετικά με τις θεραπείες στο σπίτι, μία άλλη (20%) με υψηλό εφησυχασμό, χαμηλή γνώση σχετικά με τις θεραπείες στο σπίτι, και υψηλή ανάγκη για έλεγχο και πατερναλιστική στάση, και μια τρίτη ομάδα (10%) με παρόμοιες ιδιότητες με την προηγούμενη, η οποία όμως καταλόγισε όλη την ευθύνη για την επιλογή της μεθόδου κάθαρσης στον ασθενή.

Συμπερασματικά, οι νεφρολόγοι με πατερναλιστική στάση και ανάγκη για έλεγχο είχαν υψηλή εφησυχασμό και χαμηλή γνώση σχετικά με τις θεραπείες στο σπίτι, ενώ όσοι τάχθηκαν υπέρ των θεραπειών στο σπίτι ήταν πιο επιρρεπείς στη χρήση της στοχοκεντρικής φροντίδας και της συναπόφασης στην επιλογή της μεθόδου κάθαρσης.

Διερεύνηση των αποτελεσμάτων της χειρουργικής και της ιατρικής τοποθέτησης καθετήρα ΠΚ: μια μονοκεντρική μελέτη παρατήρησης σε μια περίοδο 10 ετών.

Khan M-I et al.

Οι προσεγγίσεις στην εισαγωγή του καθετήρα ΠΚ περιλαμβάνουν τόσο χειρουργικές (ανοιχτές ή λαπαροσκοπικές) όσο και ιατρικές (διαδερμικές) μεθόδους. Κάθε μέθοδος παρουσιάζει ξεχωριστά πλεονεκτήματα, με τις χειρουργικές τεχνικές να επιτρέπουν την άμεση οπτικοποίηση, ενώ οι διαδερμικές εισαγωγές προσφέρουν μειωμένη επεμβατικότητα

και ταχύτερη ανάρρωση. Σε αυτή τη μελέτη αξιολογήσαμε και συγκρίναμε τα αποτελέσματα των χειρουργικών έναντι των ιατρικών εισαγωγών καθετήρων ΠΚ στο κέντρο μας σε μια περίοδο 10 ετών.

Αυτή η αναδρομική παρατηρητική μελέτη διεξήχθη σε 650 ενήλικες ασθενείς που υποβλήθηκαν σε εισαγωγή καθετήρα ΠΚ (ιατρική: 544 έναντι χειρουργικής: 106) στο κέντρο μας σε μια περίοδο 10 ετών (Ιανουάριος 2015 έως Δεκέμβριος 2024). Συλλέχθηκαν τα δεδομένα που περιελάμβαναν δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, συννοσηρότητες πριν από την εισαγωγή του καθετήρα ΠΚ και πληροφορίες σχετικά με μεταβλητές που σχετίζονται με τον καθετήρα ΠΚ, συμπεριλαμβανομένης της μεθόδου εισαγωγής (ιατρική ή χειρουργική), του διαδικαστικού πλαισίου (νοσηλεία ημέρας έναντι κανονικής νοσηλείας), της εμφάνισης οξέων επιπλοκών (π.χ. κακή τοποθέτηση του καθετήρα) και των λόγων εγκατάλειψης της ΠΚ (π.χ. θάνατος, μεταμόσχευση, λοίμωξη, δυσλειτουργία του καθετήρα και επιλογή ασθενούς). Πραγματοποιήθηκε συγκριτική ανάλυση μεταξύ της ιατρικής και χειρουργικής εισαγωγής του καθετήρα ΠΚ για τη διάρκεια ζωής του καθετήρα, τους λόγους εγκατάλειψης της ΠΚ και την ανεπιθύμητη αφαίρεση του καθετήρα (λόγω λοιμώξεων και δυσλειτουργίας του καθετήρα). Η ομάδα είχε κυρίαρχη λευκή εθνικότητα (82%), με μέση ηλικία τα 59 έτη και περισσότερους άνδρες ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε ιατρική εισαγωγή ΠΚ (66 έναντι 47, $p < 0,001$). Ένα υψηλότερο ποσοστό ασθενών είχε προηγούμενη χειρουργική επέμβαση στην κοιλιακή χώρα στην ομάδα χειρουργικής ΠΚ (51 έναντι 23%, $p < 0,001$). Σε μια παρακολούθηση 19 μηνών, δεν υπήρξε σημαντική διαφορά όσον αφορά την εγκατάλειψη της ΠΚ λόγω δυσλειτουργίας του καθετήρα που σχετίζεται με κακή τοποθέτηση (ιατρική 12% έναντι χειρουργικής 11,3%, $p = 0,902$). Ωστόσο, παρατηρήθηκαν συχνότερες πρώιμες εγκαταλείψεις της μεθόδου λόγω λοιμώξεων της σήραγγας στην χειρουργική ομάδα (4,7% έναντι 1,23%, $p = 0,015$).

Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα μεταξύ της χειρουργικής και της ιατρικής εισαγωγής καθετήρων ΠΚ ήταν συγκρίσιμα. Μια προσεκτική αξιολόγηση πριν από την επέμβαση είναι απαραίτητη για την πρόληψη ανεπιθύμητων εγκαταλείψεων της ΠΚ.

Βελτίωση της εμπειρίας των ασθενών που υποβάλλονται σε ΠΚ: χρησιμότητα και ικανοποίηση με το νέο σύστημα CAPD Vivatum Alba

Wearne N et al.

Αυτή η μελέτη αξιολόγησε τη χρησιμότητα και την εμπειρία των ασθενών του συστήματος CAPD Vivatum Alba™, μιας ολοκληρωμένης πλατφόρμας με δυνατότητα Bluetooth, σχεδιασμένης για την ενίσχυση της παροχής ΠΚ. Οι δευτερεύοντες στόχοι περιελάμβαναν την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών, την ακρίβεια της συσκευής στην παρακολούθηση ζωτικών σημείων και υγρών, και την αξιοπιστία της μεταφοράς δεδομένων στην πλατφόρμα απομακρυσμένης φροντίδας ασθενών (RPC™).

Μια προοπτική, διφασική, πολυκεντρική μελέτη κοόρτης διεξήχθη σε δύο νοτιοαφρικανικές τοποθεσίες. Συμμετείχαν ενήλικες με σταθερή ΣΦΚΠ ή ΑΚΠ για ≥ 3 μήνες. Στη Φάση 1, οι συμμετέχοντες έλαβαν εκπαίδευση και συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο χρησιμότητας. Στη Φάση 2, οι συμμετέχοντες εκπαιδεύτηκαν στο σύστημα Alba και πραγματοποίησαν εποπτευόμενες προσομοιωμένες και ζωντανές ανταλλαγές ΠΚ. Τα αποτελέσματα περιελάμβαναν δομημένες παρατηρήσεις της διαδικαστικής επάρκειας, της ικανοποίησης που ανέφεραν οι ασθενείς, και της ακρίβειας της καταγραφής δεδομένων. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά στατιστικά στοιχεία, τα οποία διεξήχθησαν στην έκδοση 17 του STATA.

Από τους 41 συμμετέχοντες, οι 30 ολοκλήρωσαν και τις δύο φάσεις. Η μέση ηλικία ήταν 50 έτη. Το 52% ήταν άνδρες. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες είχαν υπέρταση (88%) και το 58% υπερφόρτωση με υγρά. Οι χρόνοι ταξιδιού προς τα κέντρα ΠΚ ήταν συχνά παρατεταμένοι παρά τις μικρές αποστάσεις. Η ικανοποίηση των ασθενών με το σύστημα Alba ήταν υψηλή (97,5%) και στις δύο φάσεις. Οι συμμετέχοντες εκτίμησαν τη διαισθητική διεπαφή του συστήματος, τη σταδιακή καθοδήγηση, τις οδηγίες ελέγχου λοιμώξεων και την ενσωματωμένη παρακολούθηση των ζωτικών σημείων. Η παρατηρούμενη ικανότητα ήταν υψηλή, ιδιαίτερα μεταξύ εκείνων χωρίς προηγούμενη περιτονίτιδα. Τα δεδομένα ζωτικών σημείων και υπερδιήθησης που καταγράφηκαν μέσω του συστήματος Alba συσχετίστηκαν καλά με τις χειροκίνητες μετρήσεις. Τα δεδομένα μεταδόθηκαν αξιόπιστα στην πλατφόρμα RPC. Το σύστημα Alba CAPD System™

επέδειξε υψηλή χρησιμότητα, ισχυρή ικανοποίηση των ασθενών και αξιόπιστη μετάδοση των δεδομένων, προσφέροντας μια εφικτή προσέγγιση για την ενίσχυση της παροχής και παρακολούθησης της ΠΚ. Η δομημένη καθοδήγηση που παρέχει, οι διασφαλίσεις κατά των λοιμώξεων και οι δυνατότητες απομακρυσμένης παρακολούθησης μπορούν να βελτιώσουν τα αποτελέσματα και την αυτονομία των ασθενών, ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα με περιορισμένους πόρους. Απαιτείται περαιτέρω αξιολόγηση σε οικιακά περιβάλλοντα.

Κατ' οίκον κάθαρση στη Σκανδιναβία: αποκλίνουσες αντιλήψεις μεταξύ ασθενών με ΧΝΝ και επαγγελματιών Νεφρολογίας

Finderup J et al.

Αυτή η μελέτη είχε ως στόχο να διερευνήσει τις αντιλήψεις και τις πρακτικές που σχετίζονται με την ΚΟΚ στις σκανδιναβικές χώρες, γνώση χρήσιμη για τη μελλοντική κλινική πρακτική και έρευνα. Συγκεκριμένοι στόχοι περιελάμβαναν τον εντοπισμό παραγόντων που επηρεάζουν την επιλογή της ΚΟΚ και την εξέταση των διαφορών στις αντιλήψεις μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας.

Στη μελέτη εφαρμόστηκε μια επεξηγηματική, διαδοχική, μικτή μέθοδος, με τη χρήση ενός ολοκληρωμένου ερωτηματολογίου που διαμορφώθηκε με τη συμβολή ασθενών, συγγενών και επαγγελματιών υγείας. Η τελική διαδικτυακή έρευνα διανεμήθηκε σε ασθενείς με ΧΝΝ και επαγγελματίες νεφρολογίας σε όλη τη Σκανδιναβία. Οι ερωτήσεις κλειστού τύπου ακολουθήθηκαν από προαιρετικά πλαίσια σχολίων ανοιχτού τύπου. Τα ποσοτικά δεδομένα αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας λογιστική παλινδρόμηση, προσαρμοσμένα για τη χώρα, το φύλο και την ηλικία.

Απάντησαν συνολικά 269 ασθενείς και 185 επαγγελματίες νεφρολογίας. Η ομάδα ασθενών αποτελούνταν κυρίως από άνδρες (57,3%), ενώ η ομάδα των επαγγελματιών υγείας αποτελούνταν κυρίως από γυναίκες (85,6%). Η μέση ηλικία ήταν 61,3 έτη για τους ασθενείς και 49,4 έτη για τους επαγγελματίες. Η ανεξαρτησία αναφέρθηκε και από τις δύο ομάδες ως ο σημαντικότερος λόγος επιλογής της ΚΟΚ, αν και πολλοί σημείωσαν ότι «είναι δύσκολο να επιλέξεις». Οι ασθενείς εντόπισαν βασικά εμπόδια, όπως τα ασαφή συστήματα αποζημίωσης (OR=0,29), η περιορισμένη τεχνολογία (OR=0,44), τα κακά εργαλεία επικοινωνίας (OR=0,18) και οι

τεχνικές γνώσεις του προσωπικού (OR=0,32). Οι επαγγελματίες ανέφεραν ανησυχίες όπως η απροθυμία των ασθενών να αναλάβουν την ευθύνη (OR=7,29), η συμμετοχή συγγενών (OR=7,54), η κοινωνική απομόνωση (OR=7,18) και οι περιορισμοί του οικιακού περιβάλλοντος (OR=3,64). Οι ασθενείς εκτίμησαν την κοινωνική επαφή κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης και εξέφρασαν ανησυχίες σχετικά με τη μετατροπή των σπιτιών τους σε ιατρικούς χώρους. Οι επαγγελματίες τόνισαν την ανάγκη για επιπλέον προσωπικό για την υποστήριξη της συναπόφασης και της εφαρμογής της ΚΟΚ, επικαλούμενοι τις ελλείψεις προσωπικού.

Συμπερασματικά, υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών όσον αφορά τα εμπόδια και τα κίνητρα για την εφαρμογή της ΚΟΚ. Η αντιμετώπισή τους μέσω βελτιωμένης επικοινωνίας, δομών υποστήριξης και μεταρρυθμίσεων σε επίπεδο συστήματος μπορεί να ενισχύσει την αποδοχή και την ικανοποίηση από την εφαρμογή της ΚΟΚ στη Σκανδιναβία.



Καλύτερα αποτελέσματα για αλληλένδετες παθήσεις: Η Πρωτοβουλία CKM του ISN για την Παγκόσμια Ημέρα Καρδιάς.

Με την ευκαιρία του εορτασμού της Παγκόσμιας Ημέρας Καρδιάς, στις 29 Σεπτεμβρίου, το ISN υπογραμμίζει την κρίσιμη τομή της καρδιαγγειακής και νεφρικής υγείας μέσω της Πρωτοβουλίας Καρδιο-Νεφρικής-Μεταβολικής (CKM). Το ISN ενθαρρύνει τους επαγγελματίες υγείας παγκοσμίως να ενσωματώσουν τα εργαλεία CKM στην πρακτική τους. Με αυτόν τον τρόπο, οι κλινικοί γιατροί μπορούν να βελτιώσουν την προσέγγισή τους στη θεραπεία ασθενών με αλληλεπικαλυπτόμενες καρδιαγγειακές, νεφρικές και μεταβολικές παθήσεις, βελτιώνοντας έτσι τα αποτελέσματα και την ποιότητα ζωής.

Εξερευνήστε τους πόρους της Πρωτοβουλίας CKM του ISN

Διαδραστικός οδικός χάρτης για κλινικούς γιατρούς

Στην καρδιά της Πρωτοβουλίας CKM βρίσκεται ένας διαδραστικός οδικός χάρτης που έχει σχεδιαστεί για να βοηθά τους κλινικούς γιατρούς στη διαχείριση ασθενών με καρδιο-νεφρικές-μεταβολικές παθήσεις. Αυτό το φιλικό προς το χρήστη εργαλείο επιτρέπει στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να πλοηγούνται στη φροντίδα των ασθενών με βάση βασικές κλινικές παραμέτρους, διευκολύνοντας την εξατομικευμένη, βασισμένη σε τεκμήρια φροντίδα.

Βασικά εργαλεία που αναπτύχθηκαν

Για να υποστηρίξει τον οδικό χάρτη, το ISN έχει αναπτύξει διάφορα εξειδικευμένα εργαλεία:

Εργαλειοθήκη Βελτιστοποίησης RAASi: Εστιάζει στην αποτελεσματική χρήση αναστολέων του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης-αλδοστερόνης, αντιμετωπίζοντας προκλήσεις όπως η υπερκαλιαμία και η οξεία μείωση του eGFR.

Εργαλειοθήκη Βελτιστοποίησης SGLT2i: Παρέχει καθοδήγηση σχετικά με τη χρήση αναστολέων του συμμεταφορέα νατρίου-γλυκόζης 2, δίνοντας έμφαση στον ρόλο τους στη διαχείριση καρδιο-νεφρικών-μεταβολικών παθήσεων.

Πόροι CKM στην Ακαδημία ISN

Παρακολουθήστε το διαδικτυακό σεμινάριο του ISN: Τρέχοντα στοιχεία και ο μελλοντικός ρόλος των μη στεροειδών ανταγωνιστών υποδοχέων μεταλλοκορτικοειδών σε νεφρικές και καρδιαγγειακές παθήσεις

Παρακολουθήστε το διαδικτυακό σεμινάριο του ISN: Κατανόηση των καρδιαγγειακών επιδράσεων των αγωνιστών υποδοχέων GLP-1 και οι επιπτώσεις σε ασθενείς με ΧΝΝ και καρδιαγγειακές παθήσεις

Κατανόηση της Πρωτοβουλίας CKM

Η Πρωτοβουλία CKM, που ξεκίνησε το 2022, είναι μια συνεργατική προσπάθεια μεταξύ νεφρολόγων και καρδιολόγων για την αντιμετώπιση της πολύπλοκης αλληλεπίδρασης μεταξύ καρδιακών, νεφρικών και μεταβολικών παθήσεων. Αναγνωρίζοντας τους κοινούς παράγοντες κινδύνου και τους παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς, η πρωτοβουλία επικεντρώνεται στη βελτιστοποίηση των θεραπειών και στη βελτίωση της φροντίδας των ασθενών μέσω ολοκληρωμένων εργαλείων και πόρων.



Αντίστροφη μέτρηση για την Παγκόσμια Ημέρα Νεφρού 2026: Η ετήσια καμπάνια ξεκινά τώρα!

Η ετήσια καμπάνια για την Παγκόσμια Ημέρα Νεφρού (WKD) για το 2026 ξεκίνησε επίσημα σήμερα, 15 Σεπτεμβρίου. Αυτή η ετήσια καμπάνια θα κορυφωθεί με μια παγκόσμια ημέρα δραστηριοτήτων την Πέμπτη 12 Μαρτίου 2026.

Η καμπάνια του 2026 φέρει το ισχυρό μήνυμα «Υγεία των νεφρών για όλους: Φροντίδα για τους ανθρώπους, προστασία του πλανήτη», τονίζοντας τη ζωτική σύνδεση μεταξύ της φροντίδας των νεφρών και της περιβαλλοντικής βιωσιμότητας, με εκτεταμένες συνέπειες για τη δημόσια υγεία και τους πληθυσμούς παγκοσμίως.

Καλεί για δράση — από τη μείωση των περιβαλλοντικών επιπτώσεων της αιμοκάθαρσης έως την αντιμετώπιση των κινδύνων που θέτει η κλιματική αλλαγή στην υγεία των νεφρών — διατηρώντας παράλληλα τη φροντίδα για τα άτομα που ζουν με νεφρικές παθήσεις στον πυρήνα της.

Μάθετε περισσότερα για την καμπάνια του 2026

Το ISN ενθαρρύνει όλους να ευαισθητοποιήσουν το κοινό, να εμπνεύσουν δράση και να δείξουν πώς η προστασία της υγείας των νεφρών συμβαδίζει με την προστασία του πλανήτη μας. Ξεκινήστε σήμερα εξερευνώντας το υλικό της καμπάνιας WKD και σχεδιάζοντας τις δραστηριότητές σας.

Μοιραστείτε το μήνυμα της Παγκόσμιας Ημέρας Νεφρών στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης με τα επίσημα hashtags:

- [#WorldKidneyDay](#)
- [#KidneyHealthForAll](#) [#OurKidneysOurPlanet](#)



Το ISN απαντά στην πολιτική διακήρυξη του ΟΗΕ για τις μη μεταδοτικές ασθένειες: Επιπτώσεις για την υγεία των νεφρών

Η Διεθνής Εταιρεία Νεφρολογίας (ISN) χαιρετίζει την υιοθέτηση της πολιτικής διακήρυξης από την τέταρτη συνάντηση υψηλού επιπέδου της Γενικής Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) για την πρόληψη και τον έλεγχο των μη μεταδοτικών ασθενειών (MMN) και την προαγωγή της ψυχικής υγείας και ευεξίας, που πραγματοποιήθηκε στις 25 Σεπτεμβρίου 2025. Η διακήρυξη καθορίζει ανανεωμένες δεσμεύσεις των αρχηγών κρατών και κυβερνήσεων για την επιτάχυνση της παγκόσμιας δράσης για τις MMN και την ψυχική υγεία, συμπεριλαμβανομένων μέτρων για την ενίσχυση των συστημάτων υγείας, την ολοκλήρωση της φροντίδας και τη διασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης στην πρόληψη και τη θεραπεία. Επιπτώσεις για την υγεία των νεφρών Η υγεία των νεφρών αναφέρεται τρεις φορές στο έγγραφο, σηματοδοτώντας την πρώτη φορά που συμπεριλήφθηκε σε πολιτική διακήρυξη από συνάντηση υψηλού επιπέδου του ΟΗΕ. Η διακήρυξη αναγνωρίζει το βάρος της χρόνιας νεφρικής νόσου, ζητά την ολοκληρωμένη διαχείρισή της στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και αναγνωρίζει συγκεκριμένα τους ισχυρούς δεσμούς μεταξύ του διαβήτη και της νεφρικής νόσου. Το ISN θα συνεχίσει να αξιοποιεί αυτή τη δυναμική σε παγκόσμιο και εθνικό επίπεδο για να διασφαλίσει την αναγνώριση και την ενσωμάτωση της νεφρικής φροντίδας στις πολιτικές υγείας.

Ο Πρόεδρος της Ομάδας Εργασίας Υποστήριξης του ISN, Ifeoma Ulasij, δήλωσε: «Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υιοθέτησε πρόσφατα το πρώτο παγκόσμιο ψήφισμά του για την υγεία των νεφρών, αναγνωρίζοντας τη νεφρική νόσο ως σημαντικό παράγοντα στην παγκόσμια θνησιμότητα. Αυτή η ορόσημο απόφαση παροτρύνει τις χώρες να ενσωματώσουν τη νεφρική φροντίδα στις εθνικές στρατηγικές υγείας, να βελτιώσουν την πρόσβαση στη θεραπεία και να προωθήσουν την έγκαιρη διάγνωση — ένα σημείο καμπής για εκατομμύρια ανθρώπους που επηρεάζονται παγκοσμίως, ιδίως σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Η πολιτική διακήρυξη αναφέρει την υγεία των νεφρών τρεις φορές, κάτι που είναι αξιοσημείωτο, και θα συνεχίσουμε να υποστηρίζουμε την ένταξή της στις πολιτικές υγείας ως προτεραιότητα στις μη μεταδοτικές ασθένειες (MMN), σύμφωνα με το ψήφισμα του ΠΟΥ για τους νεφρούς». Ο ρόλος του ISN στο μέλλον Το ISN παραμένει προσηλωμένο στην αξιοποίηση της πολιτικής διακήρυξης στις προσπάθειες υπεράσπισης. Αυτό περιλαμβάνει την προώθηση της εφαρμογής της μέσω εθνικών και διεθνών πρωτοβουλιών και την ενίσχυση των συνεργασιών για να διασφαλιστεί ότι η πρόληψη, η έγκαιρη διάγνωση και η θεραπεία των νεφρικών παθήσεων παραμένουν κεντρικές στις παγκόσμιες ατζέντες για τις MMN. Ο Πρόεδρος του ISN, Marcello Tonelli, σχολίασε: «Η σαφής συμπερίληψη της υγείας των νεφρών στην πολιτική διακήρυξη αποτελεί ιστορικό ορόσημο, που αντικατοπτρίζει την αυξανόμενη αναγνώρισή της ως παγκόσμιας προτεραιότητας για την υγεία και ευθυγραμμίζει τις παγκόσμιες δεσμεύσεις σε επίπεδο ΟΗΕ με εκείνες που έχουν ήδη υιοθετηθεί από τον ΠΟΥ. Η διακήρυξη μας δίνει μια ισχυρή εντολή να μετατρέψουμε τα λόγια σε πράξεις — διασφαλίζοντας επενδύσεις, αλλαγές πολιτικής και καλύτερα αποτελέσματα για τα άτομα που ζουν με νεφρική νόσο παγκοσμίως».



ΤΑ ΝΕΑ ΤΗΣ ΣΥΝΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΣ

Παρουσίαση της Σ.Ι.Δ.Ι.Ε. στο συνέδριο της ΕΝ.Ι.Ν.



Με ιδιαίτερη ικανοποίηση σας ανακοινώνουμε πως κατά το συνέδριο θα παρουσιαστεί για πρώτη φορά η Συνομοσπονδία ιδιωτών ιατρών Ελλάδος, από τον Πρόεδρο του Δ.Σ της κο Δ. Κοτζαμπασάκη.

Μετά απο 2 χρόνια επίπονων προσπαθειών καταφέραμε να φτιάξουμε την Συνομοσπονδία ιδιωτών Ιατρών Ελλάδος (Σ.Ι.Δ.Ι.Ε.), του Ανώτερου, Τριτοβάθμιου Οργάνου των ιδιωτών Ιατρών της Ελλάδος. Υπολογίζουμε ότι η Συνομοσπονδία εκπροσωπεί αρκετές χιλιάδες ιδιωτών Ιατρών, καθιστώντας την ένα από τα μεγαλύτερα επαγγελματικά Σωματεία Ιατρών στην χώρα. Η ΕΝΙΝ, ιδρυτικό μέλος, συνέβαλε ουσιαστικά στην προσπάθεια αυτή.

Η συνομοσπονδία απαρτίζεται απο τις εξής Ενώσεις:

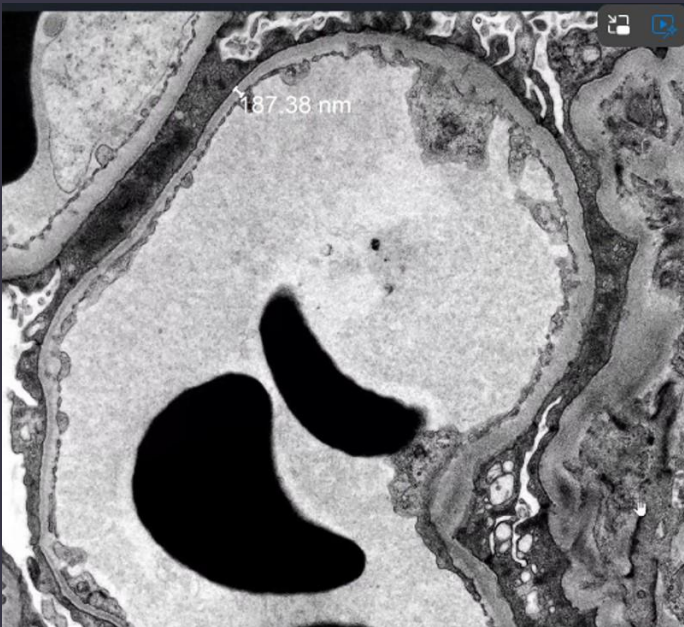
- ΠΟΕΡΓΙ Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαστηριακών Ιατρών
- ΠΟΜΕΠ Πανελλήνια ομοσπονδία ελευθεροεπαγγελματιων Παιδιάτρων
- ΕΝΙΝ Ένωση Ιδιωτών Νεφρολόγων
- ΕΝΟΦΘΕΕ Ένωση Οφθαλμιάτρων ελευθερων επαγγελματιών Ελλάδος
- ΕΣΤΙΑ Σωματείο Ιδιωτών Γενικών-Οικογενειακών Ιατρών Ελλάδος
- ΠΕΕΛΕΧ Πανελλήνια ένωση ελευθεροεπαγγελματιων Χειρουργών και Αναισθησιολόγων

Η συνομοσπονδία ήρθε για να μείνει και να υπερασπιστεί τα συμφέροντα όλων των συναδέλφων απ οποίο μέρος της Ελλάδας κι αν υπηρετούν.

Στην στήλη αυτή του iNefJ θα ενημερώνεστε για τις δράσεις της ΣΙΔΙΕ.

Quiz

Με ποιά από τις παρακάτω καταστάσεις σχετίζεται η ιστολογική αυτή εικόνα;

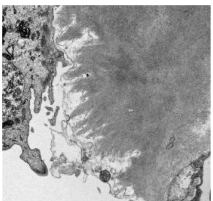


Συμπλήρωσε τη σωστή απάντηση στον παρακάτω σύνδεσμο:

<https://www.surveymonkey.com/r/VN0ZBS5>

- α) ευρήματα εστιακή τμηματικής σπειραματοσκλήρυνσης με συνύπαρξη λεπτής βασικής μεμβράνης
- β) ότι ο ασθενής πιθανότατα έχει αντισώματα κατά του υποδοχέα φωσφολιπάσης A2
- γ) αυτή είναι μια φυσιολογική ηλεκτρονική μικρογραφία, χωρίς ενδείξεις σπειραματικής νόσου
- δ) ο ασθενής πιθανώς έχει χρόνια φλεγμονώδη νόσο

Η σωστή απάντηση θα δημοσιευθεί στο Quiz του επόμενου τεύχους.



Quiz τεύχους Αυγούστου 2025

Σωστή απάντηση:

β) Πολλαπλό μύελωμα

Θέσεις εργασίας



Clinical Fellow

King's College Hospital NHS Foundation Trust

Closing date: 09 June 2026

Ref. number: 213-DivisionB-8003213

Salary: £73,992 a year + London allowance £2,162

Job summary

The Renal Service provides a referral and diagnostic service for people with kidney disease.

This includes outpatient clinics and the facilities for admission for diagnostic procedures, including renal biopsy and renal angiography. In addition, the Unit cares for patients with acute kidney injury (AKI) and admits about 160 AKI cases per year. It has clinical interests in Anaemia, Liver-Renal Disease with a growing liver-kidney transplant programme, Sickle Cell Disease, HIV, Lupus/Vasculitis and Pregnancy.

King's operates a joint transplant program with Guy's Renal Unit. Patients called for renal transplant have the surgery at Guy's and are then followed up in the King's Transplant Outpatient Clinic.

Applications are invited for the above posts which are available from September 2026 at King's College Hospital. The posts will be for 12 months initially (renewable subject to mutual agreement).

Main duties of the job

The Clinical Fellow post is suitable for anyone looking to pursue a career in renal medicine. This job provides a rounded exposure to all aspects of nephrology in a busy tertiary referral centre with the possibility of on call as well.

[Job description](#)

[Apply for the job](#)

Θέση Εργασίας Νεφρολόγου

Νεφρολογική Κλινική & Μονάδα Τεχνητού Νεφρού
251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας – Αθήνα

Το 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας αναζητά Ειδικό Νεφρολόγο για συνεργασία στη Νεφρολογική Κλινική και τη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού του νοσοκομείου.

Αντικείμενο εργασίας

- Συμμετοχή στη λειτουργία της Νεφρολογικής Κλινικής.
- Παρακολούθηση νοσηλευόμενων ασθενών με οξείες και χρόνιες νεφρικές παθήσεις.
- Συμμετοχή στη διαχείριση ασθενών που λαμβάνουν θεραπευτικά πρωτόκολλα για σπειραματονεφρίτιδες.
- Συμμετοχή στη λειτουργία της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού.
- Κάλυψη έκτακτων νεφρολογικών περιστατικών από τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και τις λοιπές κλινικές του νοσοκομείου.
- Συμμετοχή στο Εξωτερικό Νεφρολογικό Ιατρείο.

Μορφή συνεργασίας

- Συνεργασία με Αποδείξεις Παροχής Υπηρεσιών (Α.Π.Υ.).
- Το ύψος της αμοιβής διαμορφώνεται ανάλογα με:
 - τον αριθμό ημερών απασχόλησης ανά εβδομάδα,
 - τη συμμετοχή σε πρόγραμμα εφημεριών / on-call κάλυψης.

Πληροφορίες – Εκδήλωση Ενδιαφέροντος

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το αντικείμενο εργασίας και τις οικονομικές απολαβές, οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να επικοινωνούν στα τηλέφωνα:

- ☎ 210 7464419
- ☎ 210 7463775
- ☎ 210 7463952

251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας
Νεφρολογική Κλινική – Μονάδα Τεχνητού Νεφρού

Επιστημονική Ημερίδα

Νεότερα στη **Νεφρολογία**

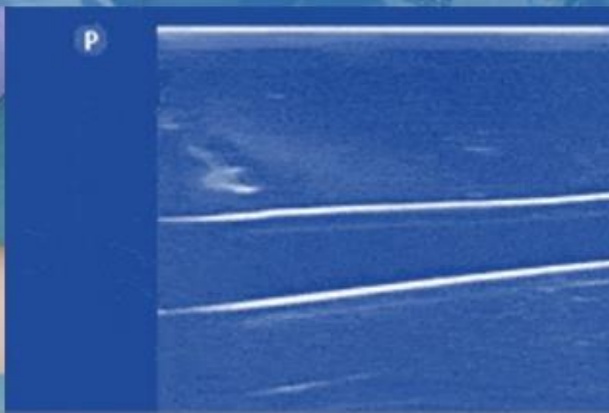


7 Δεκεμβρίου 2025
Brown Acropolis Hotel Athens

Σεμινάριο **ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ**

Κυριακή 7 Δεκεμβρίου 2025

www.enin-seminars.gr



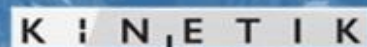
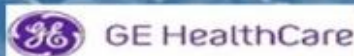
Συνεδρία N.1B. Παρακέντηση AVF με καθοδήγηση υπερήχων



Συνεδρία N.4B. Σεμινάριο BLS με χρήση εξωτερικού απινιδωτή

Θέσεις περιορισμένες

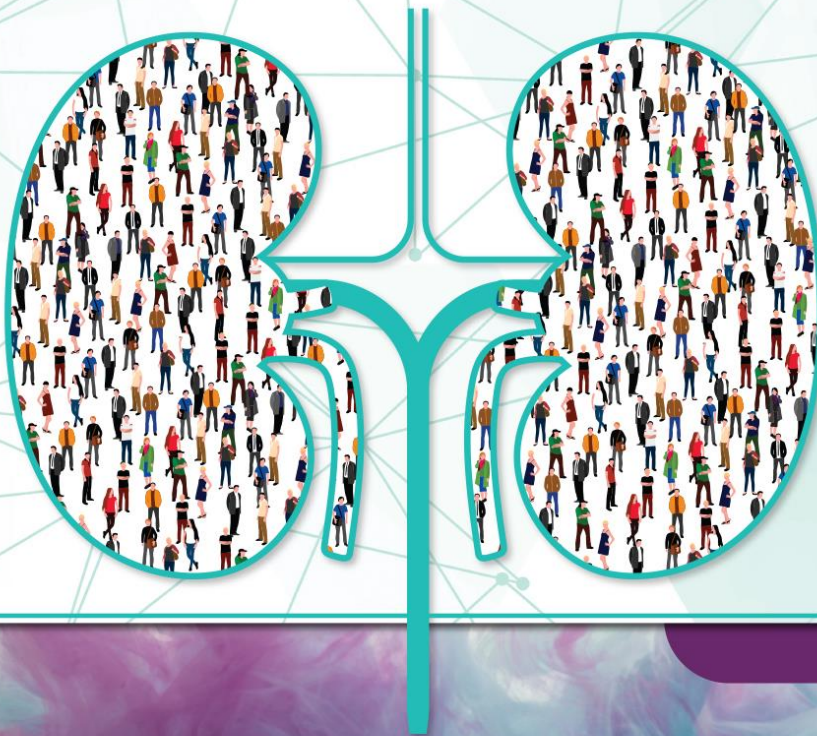
Με την ευγενική υποστήριξη των:





Save
the
date

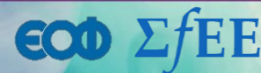
SCIENTIFIC CONFERENCE
CHALLENGES AND PERSPECTIVES
IN **NEPHROLOGY**



7
December
2025

 **BROWN**
ACROPOL HOTEL ATHENS

Εγκριμένο από:



Endorsed by:



ISN's endorsement is for the promotion of education in general, therefore the specific content of the event/course is the responsibility of the organizer.



The ISPD endorse the PD content of this meeting.

Participants:



Save
the
date

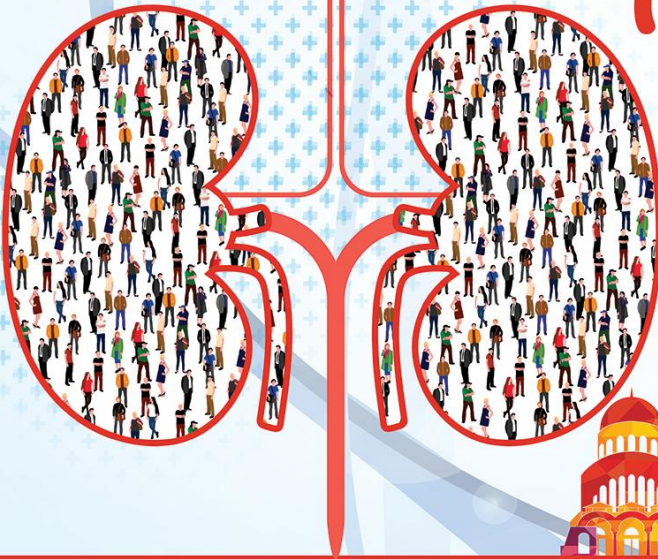


ts give him

Επιστημονική Ημερίδα

Νεότερα στη

Νεφρολογία



7 Δεκεμβρίου 2022

Brown Acropol Hotel Αττ



Εγκεκριμένο από:

Υπό την αιγίδα των:

Συμμετέχουν:

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικών και Καλοδιστριακών
Πανεπιστημίων Αθηνών
— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

