

Κατευθυντήρια οδηγία

**Χρόνια νεφρική νόσος:
αξιολόγηση και διαχείριση**

Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας

Οκτώβριος 2024



Χρόνια νεφρική νόσος: αξιολόγηση και διαχείριση: Προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Αριστείας στην Περίθαλψη (NICE) για την Κύπρο (Οκτώβριος 2024)

Εισαγωγικό σημείωμα

Η κατευθυντήρια οδηγία NG203 του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Αριστείας στην Περίθαλψη (National Institute for Health and Care Excellence – NICE) «Χρόνια νεφρική νόσος: αξιολόγηση και διαχείριση» αναπτύχθηκε το 2021 και τέθηκε στη διάθεση του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ), ως αποτέλεσμα συμφωνίας άδειας χρήσης με τον οργανισμό NICE, με σκοπό την προσαρμογή της κατευθυντήριας οδηγίας στην πραγματικότητα του συστήματος υγείας της Κύπρου. Γι' αυτόν τον σκοπό, ο ΟΑΥ απευθύνθηκε στην Κύπρο σε ιατρούς εμπειρογνώμονες στον τομέα της χρόνιας νεφρικής νόσου, σε άλλους σχετικούς επαγγελματίες υγείας και σε εκπροσώπους ασθενών, και συγκρότησε Τεχνική Επιτροπή Ειδικών. Τα μέλη της Τεχνικής Επιτροπής Ειδικών, στο πλαίσιο μιας σειράς συνεδριάσεων, αξιολόγησαν το πεδίο εφαρμογής και το πλήρες κείμενο της κατευθυντήριας οδηγίας και πραγματοποίησαν αλλαγές, εφόσον αυτές υποστηρίζονταν επαρκώς από επιστημονικά στοιχεία. Επιπλέον, η Τεχνική Επιτροπή Ειδικών εξέτασε τους δείκτες ποιότητας που σχετίζονται με την αξιολόγηση και διαχείριση της χρόνιας νεφρικής νόσου και έχουν αναπτυχθεί από το NICE για το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (NHS), τους αξιολόγησε ως προς τη δυνατότητα εφαρμογής τους στο Γενικό Σύστημα Υγείας (ΓεΣΥ) της Κύπρου και επέλεξε όσους κρίθηκαν κλινικά συναφείς και τεχνικά εφικτοί. Κατά τη διάρκεια αυτής της διαδικασίας, οι προτεινόμενες τροποποιήσεις, μαζί με τα αποδεικτικά επιστημονικά στοιχεία, κοινοποιούνταν στο NICE για επιπλέον σχόλια και διευκρινίσεις. Το πρώτο προσχέδιο της κατευθυντήριας οδηγίας διαμορφώθηκε από την Τεχνική Επιτροπή Ειδικών, αφού έλαβε υπόψη τα σχόλια του NICE, και μεταφράστηκε στα ελληνικά, ενώ ακολούθως η ελληνική έκδοση μεταφράστηκε εκ νέου στα αγγλικά από το NICE για να αξιολογηθεί η εγκυρότητα της μετάφρασης. Ακολούθως, η τελική έκδοση της κατευθυντήριας οδηγίας και οι προτεινόμενοι δείκτες ποιότητας τέθηκαν σε δημόσια διαβούλευση, στην οποία προσκλήθηκαν δυνητικά ενδιαφερόμενα μέρη, όπως κρατικοί οργανισμοί υγείας, ιατρικές/επιστημονικές ενώσεις και εταιρείες, σύνδεσμοι ασθενών και φαρμακευτικές εταιρείες/εταιρείες ιατρικού εξοπλισμού. Με το πέρας της δημόσιας διαβούλευσης, η Τεχνική Επιτροπή Ειδικών προέβη στις τελευταίες αλλαγές επί του κειμένου και οριστικοποίησε την κατευθυντήρια οδηγία στην τελική της μορφή.

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

Η παρούσα κατευθυντήρια οδηγία βασίζεται στην κατευθυντήρια οδηγία του οργανισμού NICE © NICE (2024) Chronic kidney disease: assessment and management. Available from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng203>

Όλα τα δικαιώματα διατηρούνται. Υπόκειται σε [γνωστοποίηση δικαιωμάτων](#). Η κατευθυντήρια οδηγία του NICE αναπτύχθηκε για το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου. Υπόκειται σε τακτική ανασκόπηση και αναθεώρηση και μπορεί να αποσυρθεί. Το NICE δεν αποδέχεται καμία ευθύνη για τη χρήση του περιεχομένου σε αυτή τη δημοσίευση.

Στην Τεχνική Επιτροπή Ειδικών προσκλήθηκαν και έλαβαν μέρος οι ακόλουθοι:

Δρ Κυριάκος Ιωάννου (Πρόεδρος Τεχνικής Επιτροπής Ειδικών, Νεφρολογία)

Δρ Νίκος Μισίδης (Αντιπρόεδρος Τεχνικής Επιτροπής Ειδικών, Νεφρολογία)

Δρ Ελένη Ανδρέου (Κλινική Διαιτολογία)

κα Θεοδώρα Βασιλείου (Εκπρόσωπος Ασθενών)

Δρ Δημήτρης Δημητρίου (Παθολογία – Διαβητολογία)

Δρ Αβραάμ Ηλία (Παιδιατρική Νεφρολογία)

κα Δέσπω Θεοδώρου (Νοσηλευτική)

Δρ Βασίλειος Καραθάνος (Γενικός Ιατρός)

Δρ Ανδρέας Κούσιος (Νεφρολογία)

Δρ Έμιλυ Μαυροκορδάτου (Φαρμακευτική)

Δρ Χρυσταλλένη Μυλωνά (Ενδοκρινολογία)

Δρ Χάρης Χαριλάου (Κλινικά Εργαστήρια)

κος Κώστας Χόπλαρος (Εκπρόσωπος Ασθενών)

Χρόνια νεφρική νόσος: αξιολόγηση και διαχείριση: Προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Αριστείας στην Περίθαλψη (NICE) για την Κύπρο (Οκτώβριος 2024)

Κατευθυντήρια οδηγία

Χρόνια νεφρική νόσος: αξιολόγηση και διαχείριση

Τελικό, Οκτώβριος 2024

Σύνοψη

Αυτή η κατευθυντήρια οδηγία καλύπτει τη φροντίδα και τη θεραπεία ατόμων με Χρόνια Νεφρική Νόσο (ΧΝΝ) ή με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης χρόνιας νεφρικής νόσου. Στοχεύει στην πρόληψη ή στην καθυστέρηση της εξέλιξης της νόσου και στη μείωση του κινδύνου επιπλοκών και καρδιαγγειακών παθήσεων. Καλύπτει επίσης τη διαχείριση της αναιμίας και της υπερφωσφαταιμίας που σχετίζονται με τη χρόνια νεφρική νόσο.

Σε ποιους/ες απευθύνεται;

- Επαγγελματίες υγείας στην πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη στην Κύπρο
- Παρόχους υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στην Κύπρο
- Άτομα με υποψία ή διαγνωσμένη χρόνια νεφρική νόσο, τις οικογένειες και τα άτομα που τα φροντίζουν στην Κύπρο.

Πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο αναπτύχθηκε η κατευθυντήρια οδηγία βρίσκονται στην [ιστοσελίδα της αρχικής κατευθυντήριας οδηγίας](#). Αυτή περιλαμβάνει τις ανασκοπήσεις των επιστημονικών δεδομένων τεκμηρίωσης, το πεδίο εφαρμογής, τα στοιχεία της επιτροπής και τυχόν δηλώσεις συμφερόντων.

Περιεχόμενα

Συστάσεις	6
1.1 Διερεύνηση για τη χρόνια νεφρική νόσο	7
1.2 Κατηγοριοποίηση της ΧΝΝ στους ενήλικες	16
1.3 Συχνότητα παρακολούθησης	19
1.4 Ενημέρωση και εκπαίδευση ατόμων με ΧΝΝ.....	22
1.5 Αξιολόγηση κινδύνου, κριτήρια παραπομπής και από κοινού φροντίδα	26
1.6 Φαρμακοθεραπεία	29
1.7 Διάγνωση και αξιολόγηση της αναιμίας	38
1.8 Διαχείριση της αναιμίας	40
1.9 Αξιολόγηση και βελτιστοποίηση της ερυθροποίησης σε άτομα με αναιμία.....	43
1.10 Παρακολούθηση της θεραπείας της αναιμίας.....	54
1.11 Υπερφωσφαταιμία σε άτομα με ΧΝΝ σταδίου 4 ή 5.....	57
1.12 Άλλες επιπλοκές σε ενήλικες.....	62
Όροι που χρησιμοποιούνται στην παρούσα κατευθυντήρια οδηγία	64
Σκεπτικό και επιπτώσεις στη συνήθη κλινική εφαρμογή.....	66
Εκτίμηση του GFR με βάση την κρεατινίνη.....	66
Εξετάσεις για πρωτεϊνουρία.....	68
Ταινίες αντιδραστηρίων για πρωτεϊνουρία και αιματουρία.....	68
Ποιος πρέπει να εξεταστεί για ΧΝΝ.....	70
Συχνότητα παρακολούθησης.....	71
Εκτίμηση κινδύνου, κριτήρια παραπομπής και κοινή φροντίδα	72
Φαρμακοθεραπεία για τον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης.....	74
Φαρμακοθεραπεία για πρωτεϊνουρία και επιλογή αντιυπερτασικής αγωγής.....	75
Διαγνωστικός ρόλος του ρυθμού σπειραματικής διήθησης.....	80
Βέλτιστα επίπεδα Hb.....	81
Διόρθωση ανεπάρκειας σιδήρου.....	82
Υπερφωσφαταιμία σε άτομα με ΧΝΝ σταδίου 4 ή 5.....	83
Πλαίσιο	87
Παράρτημα.....	89

Συστάσεις

Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να συμμετέχουν σε συζητήσεις και να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα τους, όπως περιγράφεται στο Παράρτημα Ι.

Να σημειωθεί ότι η κατευθυντήρια οδηγία ακολουθεί μια συγκεκριμένη μορφή όσον αφορά στη διατύπωση και στη δομή, ώστε η ισχύς των συστάσεων να είναι σαφής στον/στην τελικό/ή χρήστη/χρήστρια. Η ισχύς της σύστασης μπορεί να κυμαίνεται μεταξύ υποχρεωτικής, ισχυρής και αδύναμης.

- **Υποχρεωτική:** Εάν υπάρχει νομική υποχρέωση εφαρμογής μιας σύστασης ή εάν οι συνέπειες της μη τήρησης μιας σύστασης είναι εξαιρετικά σοβαρές, η σύσταση χρησιμοποιεί τους όρους «πρέπει» ή «δεν πρέπει» και διατυπώνεται με παθητική φωνή.
- **Ισχυρή:** Για συστάσεις ή δραστηριότητες ή παρεμβάσεις που πρέπει (ή δεν πρέπει) να προσφέρονται, η γλώσσα κατευθύνει και χρησιμοποιεί όρους όπως «προσφέρετε» (ή «μην προσφέρετε»), «συμβουλευστε» ή «ρωτήστε για».
- **Αδύναμη:** Εάν η διαφορά μεταξύ οφέλους και βλάβης είναι μικρότερη (δραστηριότητες ή παρεμβάσεις που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν), ο όρος που χρησιμοποιείται είναι «εξετάστε».

Επιπλέον, η κατευθυντήρια οδηγία περιέχει πληροφορίες σχετικά με τη συνταγογράφηση φαρμάκων (καθώς και τη μη προβλεπόμενη χρήση), επαγγελματικές κατευθυντήριες οδηγίες, πρότυπα και νόμους (καθώς και σχετικά με τη συναίνεση και τη νοητική ικανότητα) και προστασία.

Ενήλικες, παιδιά και νέοι/ες

Ορισμένες συστάσεις σε αυτή την κατευθυντήρια οδηγία ισχύουν μόνο για ενήλικες και χρησιμοποιείται ο όρος «ενήλικες» σε αυτές τις μεμονωμένες συστάσεις. Όταν μια σύσταση ισχύει μόνο για παιδιά και νέους, επίσης διευκρινίζεται στη σύσταση. Όταν οι συστάσεις ισχύουν για ενήλικες, παιδιά και νέους/ες, διευκρινίζεται και αυτό στις συστάσεις στην αρχή μιας ενότητας. Αλλά για συντομία, χρησιμοποιήσαμε τον όρο «άτομα» για μεταγενέστερες συστάσεις. Όταν μια σύσταση αναφέρεται σε «άτομα», αυτό σημαίνει ενήλικες, παιδιά και νέους/ες.

1.1 Διερεύνηση για τη χρόνια νεφρική νόσο

Μέτρηση νεφρικής λειτουργίας

Εκτίμηση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης με βάση την κρεατινίνη

- 1.1.1 Κάθε φορά που υποβάλλεται αίτημα για μέτρηση κρεατινίνης ορού, τα κλινικά εργαστήρια θα πρέπει να αναφέρουν εκτίμηση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης με βάση την κρεατινίνη (eGFR κρεατινίνης) χρησιμοποιώντας μια εξίσωση πρόβλεψης (δείτε σύσταση 1.1.2) επιπλέον της αναφοράς του αποτελέσματος κρεατινίνης ορού.

Ο eGFR κρεατινίνης μπορεί να είναι λιγότερο αξιόπιστος σε ορισμένες περιπτώσεις (για παράδειγμα, οξεία νεφρική βλάβη, εγκυμοσύνη, οιδηματώδεις καταστάσεις, διαταραχές απώλειας μυϊκής μάζας και σε ενήλικες που υποσιτίζονται, που έχουν υψηλότερη μυϊκή μάζα ή χρησιμοποιούν συμπληρώματα πρωτεΐνης ή που έχουν υποστεί ακρωτηριασμό) και δεν έχει επικυρωθεί επαρκώς σε ορισμένες εθνοτικές ομάδες (για παράδειγμα, έγχρωμα άτομα, Ασιάτες/τισσες και μέλη άλλων μειονοτικών εθνοτικών ομάδων με χρόνια νεφρική νόσο που ζουν στην Κύπρο).

1.1.2 Τα κλινικά εργαστήρια πρέπει να:

- χρησιμοποιούν την εξίσωση κρεατινίνης της Ομάδας συνεργασίας για τη χρόνια νεφρική νόσο και την επιδημιολογία της (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration [CKD-EPI] για την εκτίμηση του eGFR κρεατινίνης για ενήλικες, χρησιμοποιώντας δοκιμασίες κρεατινίνης με βαθμονόμηση ανιχνεύσιμη σε τυποποιημένο υλικό αναφοράς
- να χρησιμοποιούν δοκιμασίες κρεατινίνης που είναι ειδικές (για παράδειγμα, ενζυματικές δοκιμασίες) και μη μεροληπτικές, σε σύγκριση με τη φασματομετρία μάζας αραίωσης ισοτόπων (IDMS).
- να συμμετέχουν σε ένα εθνικό σύστημα εξωτερικού ελέγχου ποιότητας για τη μέτρηση της κρεατινίνης.

Η επιτροπή εξέτασε τα στοιχεία σχετικά με την εκτίμηση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης με βάση την κρεατινίνη το 2021. Για μια σύντομη εξήγηση των λόγων για τους οποίους δεν έγιναν νέες συστάσεις, δείτε την ενότητα [«Αιτιολόγηση και επιπτώσεις» σχετικά με την εκτίμηση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης με βάση την κρεατινίνη](#).

1.1.3 Ερμηνεύστε τον eGFR κρεατινίνης με προσοχή σε ενήλικες με ακραίες τιμές μυϊκής μάζας, για παράδειγμα, σε αθλητές αυξημένης σωματικής διάπλασης (bodybuilders), άτομα που είχαν ακρωτηριασμό ή άτομα με διαταραχές απώλειας μυϊκής μάζας (η μειωμένη μυϊκή μάζα οδηγεί σε υπερεκτίμηση και η αυξημένη μυϊκή μάζα σε υποεκτίμηση του GFR).

1.1.4 Συμβουλέψτε τους ενήλικες να μην τρώνε κρέας εντός 12 ωρών πριν κάνουν εξέταση αίματος για eGFR κρεατινίνης. Αποφύγετε την καθυστέρηση της αποστολής δειγμάτων αίματος για να

διασφαλίσετε ότι θα ληφθούν και θα υποβληθούν σε επεξεργασία από το εργαστήριο εντός 12 ωρών από τη δειγματοληψία.

Αναφορά και ερμηνεία τιμών GFR

- 1.1.5 Τα κλινικά εργαστήρια θα πρέπει να αναφέρουν τον eGFR ως ακέραιο αριθμό.
- 1.1.6 Εάν ο eGFR είναι μεγαλύτερος από 90 ml/min/1,73 m², χρησιμοποιήστε αύξηση της συγκέντρωσης κρεατινίνης ορού μεγαλύτερη από 20% για να συμπεράνετε σημαντική μείωση της νεφρικής λειτουργίας.
- 1.1.7 Ερμηνεύστε τις τιμές eGFR των 60 ml/min/1,73 m² ή περισσότερο με προσοχή, έχοντας κατά νου ότι οι εκτιμήσεις του GFR καθίστανται λιγότερο ακριβείς καθώς αυξάνεται ο πραγματικός GFR.
- 1.1.8 Επιβεβαιώστε αποτέλεσμα eGFR μικρότερο από 60 ml/min/1,73 m² σε ενήλικα που δεν έχει υποβληθεί ξανά σε αυτή την εξέταση, επαναλαμβάνοντας τη δοκιμή εντός 2 εβδομάδων. Επιτρέψτε βιολογική και αναλυτική μεταβλητότητα της κρεατινίνης ορού ($\pm 5\%$) κατά την ερμηνεία των αλλαγών στον eGFR.

Όταν απαιτούνται μετρήσεις GFR υψηλής ακρίβειας

- 1.1.9 Εάν απαιτούνται μετρήσεις GFR υψηλής ακρίβειας, για παράδειγμα, κατά την παρακολούθηση της χημειοθεραπείας και κατά την αξιολόγηση της νεφρικής λειτουργίας σε δυνητικούς ζώντες δότες, εξετάστε τη χρήση μέτρησης με ένα πρότυπο μέτρο αναφοράς (ινουλίνη, 51Cr-EDTA, ¹²⁵I iothalamate ή iohexol).

Διερεύνηση για ανίχνευση πρωτεϊνουρίας

- 1.1.10 Μη χρησιμοποιείτε ταινίες αντιδραστηρίων για τον εντοπισμό πρωτεϊνουρίας σε παιδιά και νέους/ες.

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

1.1.11 Μη χρησιμοποιείτε ταινίες αντιδραστηρίων για τον εντοπισμό της πρωτεϊνουρίας σε ενήλικες, εκτός εάν είναι ικανές να μετρήσουν ειδικά τη λευκωματίνη σε χαμηλές συγκεντρώσεις και να εκφράσουν το αποτέλεσμα ως λόγο λευκωματίνης προς κρεατινίνη ούρων (albumin:creatinine ratio, ACR).

1.1.12 Για τον αρχικό εντοπισμό πρωτεϊνουρίας σε ενήλικες, παιδιά και νέους:

- χρησιμοποιήστε ACR ούρων αντί για το λόγο πρωτεΐνης : κρεατινίνη (PCR) λόγω της μεγαλύτερης ευαισθησίας σε χαμηλά επίπεδα πρωτεϊνουρίας
- ελέγξτε για ACR μεταξύ 30 mg/g και 500 mg/g σε επόμενο πρωινό δείγμα (νωρίς το πρωί) για να επιβεβαιώσετε το αποτέλεσμα.

Δεν απαιτείται επανάληψη του δείγματος εάν η αρχική ACR είναι 500 mg/g ή μεγαλύτερη.

1.1.13 Θεωρήστε την επιβεβαιωμένη ACR 30 mg/g ή περισσότερο ως κλινικά σημαντική πρωτεϊνουρία.

1.1.14 Μετρήστε την πρωτεϊνουρία με ACR ούρων στις ακόλουθες ομάδες:

- ενήλικες, παιδιά και νέους με διαβήτη (τύπου 1 ή τύπου 2)
- ενήλικες με eGFR μικρότερο από 60 ml/min/1,73 m²
- ενήλικες με eGFR 60 ml/min/1,73 m² ή περισσότερο, εάν υπάρχει ισχυρή υποψία χρόνιας νεφρικής νόσου
- παιδιά και νέους χωρίς διαβήτη και με κρεατινίνη πάνω από το ανώτατο όριο του κατάλληλου για την ηλικία εύρους αναφοράς.

Όταν η ACR είναι 500 mg/gr ή περισσότερο, η PCR μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εναλλακτική λύση έναντι της ACR.

Για μια σύντομη αιτιολόγηση των συστάσεων της επιτροπής, δείτε την ενότητα [«Αιτιολόγηση και επιπτώσεις» σχετικά με τη διερεύνηση για πρωτεϊνουρία](#).

Τυχαίο εύρημα πρωτεϊνουρίας σε ταινίες αντιδραστηρίων

- 1.1.15 Εάν η ανεξήγητη πρωτεϊνουρία είναι ένα τυχαίο εύρημα σε μια ταινία αντιδραστηρίου, προσφέρετε έλεγχο για ΧΝΝ χρησιμοποιώντας eGFR κρεατινίνης και ACR.

Αιματουρία

- 1.1.16 Χρησιμοποιήστε ταινίες αντιδραστηρίων για τον έλεγχο αιματουρίας σε ενήλικες, παιδιά και νέους/ες (δείτε σύσταση 1.1.14 για άτομα που πρέπει να υποβληθούν σε εξέταση για αιματουρία):
- Αξιολογήστε περαιτέρω αν τα αποτελέσματα είναι 1+ ή υψηλότερο.
 - Μη χρησιμοποιείτε μικροσκοπία ούρων για να επιβεβαιώσετε ένα θετικό αποτέλεσμα.

Για μια σύντομη αιτιολόγηση των συστάσεων της επιτροπής, δείτε την ενότητα [«Αιτιολόγηση και επιπτώσεις» σχετικά με τις ταινίες αντιδραστηρίων για πρωτεϊνουρία και αιματουρία](#).

Διαχείριση μεμονωμένης μη ορατής αιματουρίας

- 1.1.17 Όταν υπάρχει ανάγκη διαφοροποίησης της εμμένουσας μικροσκοπικής αιματουρίας, με απουσία πρωτεϊνουρίας, από την παροδική αιματουρία, θεωρήστε 2 στις 3 θετικές εξετάσεις με ταινίες αντιδραστηρίων ως επιβεβαίωση της εμμένουσας μικροσκοπικής αιματουρίας.
- 1.1.18 Η εμμένουσα αιματουρία, με ή χωρίς πρωτεϊνουρία, θα πρέπει να οδηγεί σε διερεύνηση κακοήθειας του ουροποιητικού συστήματος σε συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες:

- Παραπέμπτε τα άτομα επειγόντως για υποψία καρκίνου της ουροδόχου κύστης, εάν είναι:
 - ηλικίας 45 και άνω και έχουν:
 - ανεξήγητη ορατή αιματουρία χωρίς ουρολοίμωξη, ή
 - ορατή αιματουρία που επιμένει ή υποτροπιάζει μετά την επιτυχή θεραπεία ουρολοίμωξης, ή
 - ηλικίας 60 και άνω και έχουν ανεξήγητη μικροσκοπική αιματουρία και είτε δυσουρία ή αυξημένο αριθμό λευκών αιμοσφαιρίων σε εξέταση αίματος.
- Παραπέμπτε επειγόντως άτομα για υποψία καρκίνου του νεφρού εάν είναι ηλικίας 45 ετών και άνω και έχουν:
 - ανεξήγητη ορατή αιματουρία χωρίς ουρολοίμωξη, ή
 - ορατή αιματουρία που επιμένει ή υποτροπιάζει μετά την επιτυχή θεραπεία ουρολοίμωξης.

1.1.19 Η εμμένουσα μη ορατή αιματουρία, με απουσία πρωτεϊνουρίας, θα πρέπει να παρακολουθείται ετησίως με επαναλαμβανόμενες εξετάσεις για αιματουρία (δείτε συστάσεις 1.1.17 και 1.1.18), πρωτεϊνουρία ή λευκωματουρία, GFR και παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης για όσο διάστημα επιμένει η αιματουρία.

Ποιος/α πρέπει να εξετάζεται για ΧΝΝ

1.1.20 Παρακολούθηση του GFR, σε τουλάχιστον ετήσια βάση, σε ενήλικες, παιδιά και νέους που λαμβάνουν φάρμακα που μπορούν να επηρεάσουν δυσμενώς τη νεφρική λειτουργία,

όπως αναστολείς καλσινευρίνης (για παράδειγμα, κυκλοσπορίνη ή τακρόλιμους), λίθιο ή μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (μακροχρόνια χρήση ΜΣΑΦ).

1.1.21 Προσφέρετε τις εξετάσεις eGFR κρεατινίνης και ACR για ΧΝΝ σε ενήλικες με οποιονδήποτε από τους ακόλουθους παράγοντες κινδύνου:

- διαβήτη
- υπέρταση
- προηγούμενο επεισόδιο οξείας νεφρικής βλάβης
- καρδιαγγειακή νόσο (ισχαιμική καρδιοπάθεια, χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια, περιφερική αγγειακή νόσο ή εγκεφαλική αγγειακή νόσο)
- νόσο από ανατομική ανωμαλία των νεφρών, υποτροπιάζοντες νεφρικούς λίθους ή υπερτροφία του προστάτη
- πολυσυστηματικές ασθένειες με πιθανή νεφρική συμμετοχή, για παράδειγμα, συστηματικός ερυθηματώδης λύκος
- αρθρίτιδα
- οικογενειακό ιστορικό νεφρικής νόσου τελικού σταδίου (GFR κατηγορίας G5) ή κληρονομικής νεφρικής νόσου
- τυχαία ανίχνευση αιματουρίας ή πρωτεϊνουρίας.

1.1.22 Προσφέρετε τις εξετάσεις eGFR κρεατινίνης και ACR για ΧΝΝ σε παιδιά και νέους/ες με οποιονδήποτε από τους ακόλουθους παράγοντες κινδύνου:

- προηγούμενο επεισόδιο οξείας νεφρικής βλάβης
- μονήρη λειτουργικό νεφρό

1.1.23 Εξετάστε το ενδεχόμενο εξετάσεων eGFR κρεατινίνης και ACR για ΧΝΝ σε παιδιά και νέους/ες, με οποιονδήποτε από τους ακόλουθους παράγοντες κινδύνου:

- χαμηλό βάρος γέννησης (2.500 g ή χαμηλότερο)
- διαβήτη
- υπέρταση
- καρδιακές παθήσεις
- νόσο από ανατομική ανωμαλία των νεφρών ή υποτροπιάζουσες πέτρες στα νεφρά
- πολυσυστηματικές ασθένειες με πιθανή νεφρική συμμετοχή, για παράδειγμα, συστηματικός ερυθηματώδης λύκος
- οικογενειακό ιστορικό νεφρικής νόσου τελικού σταδίου (GFR κατηγορίας G5) ή κληρονομικής νεφρικής νόσου
- τυχαία ανίχνευση αιματουρίας ή πρωτεϊνουρίας.

1.1.24 Η παρακολούθηση ACR για παιδιά και νέους/ες με διαβήτη θα πρέπει να περιλαμβάνει:

- Για παιδιά και νέους με διαβήτη τύπου 1 προσφέρετε παρακολούθηση για:
 - μέτρια αυξημένη λευκωματουρία (λόγος λευκωματίνης προς κρεατινίνη ούρων [ACR] 30 mg/g με 300 mg/g) για την ανίχνευση διαβητικής νεφρικής νόσου, ετησίως από την ηλικία των 12 ετών.
- Για παιδιά και νέους/ες με διαβήτη τύπου 2 προσφέρετε παρακολούθηση για:
 - μέτρια αυξημένη λευκωματουρία (λόγος λευκωματίνης προς κρεατινίνη ούρων [ACR] 30 mg/g με 300 mg/g) για την ανίχνευση διαβητικής νεφρικής νόσου, ξεκινώντας από τη διάγνωση.
- Εξηγήστε στα παιδιά και τους/τις νέους/ες με διαβήτη τύπου 1 ή τύπου 2 και στις οικογένειες ή στα άτομα που τα φροντίζουν, τη σημασία της ετήσιας παρακολούθησης για διαβητική νεφρική νόσο.
- Εξηγήστε στα παιδιά και τους/τις νέους/ες με διαβήτη τύπου 2 και τις οικογένειες ή τα άτομα που τα φροντίζουν ότι:

- Είναι σημαντική η χρήση του πρώτου δείγματος ούρων της ημέρας («ούρα νωρίς το πρωί») για τον έλεγχο μέτριας αυξημένης λευκωματουρίας (ACR 30 mg/g με 300 mg/g), γιατί αυτό μειώνει τον κίνδυνο ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων.
- Εάν ανιχνευθεί μέτρια αυξημένη λευκωματουρία, η βελτίωση της διαχείρισης της γλυκόζης στο αίμα θα μειώσει τον κίνδυνο εξέλιξης σε σημαντική διαβητική νεφρική νόσο.
- Η ετήσια παρακολούθηση (δείτε σύσταση 1.3.74) είναι σημαντική διότι, εάν έχουν διαβητική νεφρική νόσο, η έγκαιρη θεραπεία θα βελτιώσει τα αποτελέσματα.
- Χρησιμοποιήστε το πρώτο δείγμα ούρων της ημέρας («ούρα νωρίς το πρωί») για να μετρήσετε την ACR. Εάν δεν είναι διαθέσιμο το πρώτο δείγμα ούρων της ημέρας, χρησιμοποιήστε ένα τυχαίο δείγμα, αλλά να γνωρίζετε ότι αυτό σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων.
- Εάν η αρχική ACR είναι πάνω από 30 mg/g αλλά κάτω από 300 mg/g, επιβεβαιώστε το αποτέλεσμα επαναλαμβάνοντας την εξέταση σε 2 ακόμη περιπτώσεις, χρησιμοποιώντας τα πρώτα δείγματα ούρων της ημέρας («ούρα νωρίς το πρωί») πριν ξεκινήσετε περαιτέρω διερεύνηση και θεραπεία.
- Διερευνήστε περαιτέρω εάν η αρχική ACR είναι 300 mg/g ή περισσότερο (πρωτεϊνουρία).

1.1.25 Μη χρησιμοποιείτε κανένα από τα παρακάτω ως παράγοντες κινδύνου που να υποδεικνύουν εξετάσεις για ΧΝΝ σε ενήλικες, παιδιά και νέους/ες:

- ηλικία
- φύλο
- εθνότητα

- παχυσαρκία με απουσία μεταβολικού συνδρόμου, διαβήτη ή υπέρτασης.

1.1.26 Παρακολουθήστε ενήλικες, παιδιά και νέους/ες για την ανάπτυξη ή εξέλιξη της ΧΝΝ για τουλάχιστον 3 χρόνια μετά από οξεία νεφρική βλάβη (για περισσότερο χρόνο για άτομα με οξεία νεφρική βλάβη σταδίου 3), ακόμη και αν ο eGFR έχει επιστρέψει στην αρχική τιμή.

Για μια σύντομη αιτιολόγηση των συστάσεων της επιτροπής, δείτε την ενότητα [«Αιτιολόγηση και επιπτώσεις» σχετικά με το ποιος πρέπει να εξεταστεί για ΧΝΝ](#).

1.2 Κατηγοριοποίηση της ΧΝΝ στους ενήλικες

1.2.1 Κατηγοριοποιήστε τη ΧΝΝ σε ενήλικες χρησιμοποιώντας συνδυασμό των [κατηγοριών του GFR και της ACR](#) (όπως περιγράφεται στον πίνακα 1). Λάβετε υπόψη ότι:

- Αυξημένες τιμές ACR σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο ανεπιθύμητων εκβάσεων
- Μειωμένες τιμές GFR σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο ανεπιθύμητων εκβάσεων
- Ο συνδυασμός αυξημένων τιμών ACR και μειωμένων τιμών GFR πολλαπλασιάζει τον κίνδυνο ανεπιθύμητων εκβάσεων.

1.2.2 Μην καθορίζετε τη διαχείριση της ΧΝΝ αποκλειστικά με βάση την ηλικία.

Πίνακας 1: Κίνδυνος ανεπιθύμητων εκβάσεων σε ενήλικες ανά κατηγορία GFR και ACR

	ACR κατηγορίας A1: φυσιολογική έως ήπια αυξημένη (λιγότερο από 30 mg/g)	ACR κατηγορίας A2: μέτρια αυξημένη (30 με 300 mg/g)	ACR κατηγορίας A3: σοβαρά αυξημένη (άνω των 300 mg/g)
GFR κατηγορίας G1: κανονική και υψηλή (90 ml/min/1,73 m² και άνω)	Χαμηλός κίνδυνος Δεν είναι ΧΝΝ εάν δεν υπάρχουν άλλοι δείκτες νεφρικής βλάβης	Μέτριος κίνδυνος	Υψηλός κίνδυνος
GFR κατηγορίας G2: ήπια μείωση σχετιζόμενη με το φυσιολογικό εύρος για νεαρό/ή ενήλικα/η (60 έως 89 ml/min/1,73 m²)	Χαμηλός κίνδυνος Δεν είναι ΧΝΝ εάν δεν υπάρχουν άλλοι δείκτες νεφρικής βλάβης	Μέτριος κίνδυνος	Υψηλός κίνδυνος
GFR κατηγορίας G3a: ήπια έως μέτρια μείωση (45 έως 59 ml/min/1,73 m²)	Μέτριος κίνδυνος	Υψηλός κίνδυνος	Πολύ υψηλός κίνδυνος
GFR κατηγορίας G3b: μέτρια έως σοβαρή μείωση (30 έως 44 ml/min/1,73 m²)	Υψηλός κίνδυνος	Πολύ υψηλός κίνδυνος	Πολύ υψηλός κίνδυνος
GFR κατηγορίας G4: σοβαρή μείωση (15 έως 29 ml/min/1,73 m²)	Πολύ υψηλός κίνδυνος	Πολύ υψηλός κίνδυνος	Πολύ υψηλός κίνδυνος
GFR κατηγορίας G5: νεφρική ανεπάρκεια (κάτω από 15 ml/min/1,73 m²)	Πολύ υψηλός κίνδυνος	Πολύ υψηλός κίνδυνος	Πολύ υψηλός κίνδυνος

Προσαρμοσμένο με άδεια από τις [οδηγίες κλινικής πρακτικής KDIGO 2012 για την αξιολόγηση και διαχείριση της χρόνιας νεφρικής νόσου](#).

Συντομογραφίες: ACR, λόγος λευκωματίνης προς κρεατινίνη (albumin creatinine ratio): ΧΝΝ, Χρόνια Νεφρική Νόσος: GFR, ρυθμός σπειραματικής διήθησης (glomerular filtration rate).

Χρόνια νεφρική νόσος: αξιολόγηση και διαχείριση: Προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Αριστείας στην Περίθαλψη (NICE) για την Κύπρο (Οκτώβριος 2024)

Διερεύνηση της αιτίας της ΧΝΝ και προσδιορισμός του κινδύνου ανεπιθύμητων εκβάσεων

- 1.2.3 Συμφωνήστε ως προς ένα σχέδιο διερεύνησης της αιτίας της ΧΝΝ στη βάση μιας ενημερωτικής συζήτησης με το άτομο με ΧΝΝ, ιδιαίτερα εάν η αιτία μπορεί να είναι θεραπεύσιμη (για παράδειγμα, απόφραξη του ουροποιητικού συστήματος, φάρμακα που μπορούν να επηρεάσουν δυσμενώς τη νεφρική λειτουργία ή σπειραματική νόσος).
- 1.2.4 Χρησιμοποιήστε τις κατηγορίες GFR και ACR του ατόμου (βλ. πίνακα 1) για να υποδείξετε τον κίνδυνο ανεπιθύμητων εκβάσεων (για παράδειγμα, εξέλιξη της ΧΝΝ, οξεία νεφρική βλάβη, θνησιμότητα από όλες τις αιτίες και καρδιαγγειακά επεισόδια) και συζητήστε το μαζί του.

Ενδείξεις για υπερηχογράφημα νεφρού σε ενήλικες

- 1.2.5 Προσφέρετε υπερηχογράφημα νεφρού σε όλους/ες τους/τις ενήλικες με ΧΝΝ που:
- παρουσιάζουν επιταχυνόμενη εξέλιξη της ΧΝΝ (βλ. σύσταση 1.3.5)
 - έχουν ορατή ή επίμονη μικροσκοπική αιματουρία
 - έχουν συμπτώματα απόφραξης του ουροποιητικού συστήματος
 - έχουν οικογενειακό ιστορικό πολυκυστικής νόσου των νεφρών και είναι άνω των 20 ετών
 - έχουν GFR μικρότερο από 30 ml/min/1,73 m² (κατηγορία GFR G4 ή G5)
 - χρήζουν νεφρικής βιοψίας κατόπιν εισήγησης από νεφρολόγο.
- 1.2.6 Συμβουλέψτε ενήλικες με οικογενειακό ιστορικό κληρονομικής νεφρικής νόσου σχετικά με τις επιπτώσεις για αυτούς/ές ενός μη φυσιολογικού αποτελέσματος στο υπερηχογράφημα νεφρού πριν από τον προγραμματισμό της εξέτασης.

1.3 Συχνότητα παρακολούθησης

- 1.3.1 Εάν ένας/μία ενήλικας, παιδί ή νεαρό άτομο έχει ΧΝΝ ή έχει κίνδυνο για ανάπτυξη ΧΝΝ, συμφωνήστε τη συχνότητα παρακολούθησης (eGFR κρεατινίνης και ACR) μαζί τους (και τα μέλη της οικογένειας ή τα άτομα που τους/τις φροντίζουν, ανάλογα με την περίπτωση), λαμβάνοντας υπόψη ότι η ΧΝΝ δεν είναι εξελισσόμενη σε πολλούς ανθρώπους.
- 1.3.2 Όταν συμφωνείτε τη συχνότητα παρακολούθησης, ακολουθήστε:
- 1.3.3 Τις συστάσεις σχετικά με τις απόψεις και τις προτιμήσεις των ασθενών, σύμφωνα με τις αρχές της από κοινού λήψης αποφάσεων, όπως περιγράφονται στο Παράρτημα Ι. Δείτε τις συστάσεις σχετικά με το πότε πρέπει να παραπέμπονται ενήλικες (σύσταση 1.5.5) και παιδιά και νεαρά άτομα (σύσταση 1.5.6) για αξιολόγηση από ειδικό.
- 1.3.4 Χρησιμοποιήστε τον πίνακα 2 για να καθοδηγήσετε την **ελάχιστη** συχνότητα εξετάσεων παρακολούθησης eGFR κρεατινίνης, αλλά προσαρμόστε τη συχνότητα σύμφωνα με:
- την υποκείμενη αιτία της ΧΝΝ
 - τον ρυθμό μείωσης του eGFR ή αύξησης της ACR (αλλά έχετε υπόψη σας ότι η εξέλιξη της ΧΝΝ είναι συχνά μη γραμμική)
 - άλλους παράγοντες κινδύνου, συμπεριλαμβανομένης της καρδιακής ανεπάρκειας, του διαβήτη και της υπέρτασης
 - αλλαγές στη θεραπεία (όπως [ανταγωνιστές του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης-αλδοστερόνης \[RAAS\]](#), ΜΣΑΦ και διουρητικά)
 - συνοδά νοσήματα (για παράδειγμα, οξεία νεφρική βλάβη)
 - αν έχουν επιλέξει συντηρητική διαχείριση της ΧΝΝ.

Πίνακας 2: Ελάχιστος αριθμός εξετάσεων παρακολούθησης (eGFR κρεατινίνης) ανά έτος για ενήλικες, παιδιά και νέους/ες με ή σε κίνδυνο για χρόνια νεφρική νόσο

Σημείωση: Η παρακολούθηση της ACR θα πρέπει να εξατομικεύεται με βάση τα ατομικά χαρακτηριστικά του ατόμου, τον κίνδυνο εξέλιξης και το κατά πόσον μια αλλαγή στην ACR είναι πιθανό να οδηγήσει σε αλλαγή στη διαχείριση.

	ACR κατηγορίας A1: φυσιολογική έως ήπια αυξημένη (λιγότερο από 30 mg/g)	ACR κατηγορίας A2: μέτρια αυξημένη (30 έως 300 mg/g)	ACR κατηγορίας A3: σοβαρά αυξημένη (άνω των 300 mg/g)
GFR κατηγορίας G1: κανονική και υψηλή (90 ml/min/1,73 m² και άνω)	0 με 1	1	1 ή περισσότερο
GFR κατηγορίας G2: ήπια μείωση σχετιζόμενη με το φυσιολογικό εύρος για νεαρό/ή ενήλικα/η (60 έως 89 ml/min/1,73 m²)	0 με 1	1	1 ή περισσότερο
GFR κατηγορίας G3a: ήπια έως μέτρια μείωση (45 έως 59 ml/min/1,73 m²)	1	1	2
GFR κατηγορίας G3b: μέτρια έως σοβαρή μείωση (30 έως 44 ml/min/1,73 m²)	1 με 2	2	2 ή περισσότερο
GFR κατηγορίας G4: σοβαρή μείωση (15 έως 29 ml/min/1,73 m²)	2	2	3
GFR κατηγορίας G5: νεφρική ανεπάρκεια (κάτω από 15 ml/min/1,73 m²)	4	4 ή περισσότερο	4 ή περισσότερο

Συντομογραφίες: ACR, λόγος λευκωματίνης προς κρεατινίνη (albumin creatinine ratio): GFR, ρυθμός σπειραματικής διήθησης (glomerular filtration rate).

Χρόνια νεφρική νόσος: αξιολόγηση και διαχείριση: Προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Αριστείας στην Περίθαλψη (NICE) για την Κύπρο (Οκτώβριος 2024)

Για μια σύντομη αιτιολόγηση των συστάσεων της επιτροπής, δείτε την ενότητα [«Αιτιολόγηση και επιπτώσεις» σχετικά με τη συχνότητα παρακολούθησης](#).

Προσδιορισμός εξέλιξης της νόσου σε ενήλικες

1.3.5 Προσδιορίστε την επιταχυνόμενη εξέλιξη της ΧΝΝ στους/στις ενήλικες ως:

- σταθερή μείωση του GFR κατά 25% ή περισσότερο και αλλαγή στην κατηγορία του GFR εντός 12 μηνών ή
- σταθερή μείωση του GFR 15 ml/min/1,73 m² ανά έτος.

1.3.6 Ακολουθήστε τα παρακάτω βήματα για να προσδιορίσετε τον ρυθμό εξέλιξης της ΧΝΝ:

- Πραγματοποιήστε τουλάχιστον 3 υπολογισμούς του GFR εντός περιόδου μεγαλύτερης των 90 ημερών.
- Σε ενήλικες με νέο εύρημα μειωμένου GFR, επαναλάβετε τη μέτρηση του GFR εντός 2 εβδομάδων για να αποκλειστούν οι αιτίες οξείας επιδείνωσης του GFR. Για παράδειγμα, οξεία νεφρική βλάβη ή έναρξη [θεραπείας ανταγωνιστή του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης](#).

1.3.7 Λάβετε υπόψη ότι οι ενήλικες με ΧΝΝ διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εξέλιξης σε νεφρική νόσο τελικού σταδίου εάν έχουν ένα από τα εξής:

- σταθερή μείωση του GFR κατά 25% ή περισσότερο σε διάστημα 12 μηνών ή
- σταθερή μείωση του GFR κατά 15 ml/min/1,73 m² ή περισσότερο σε διάστημα 12 μηνών.

1.3.8 Κατά την αξιολόγηση της εξέλιξης της ΧΝΝ, προεκτείνετε τον τρέχοντα ρυθμό μείωσης του GFR και λάβετε αυτό υπόψη κατά τον σχεδιασμό στρατηγικών παρέμβασης, ιδιαίτερα εάν

υποδηλώνει ότι το άτομο μπορεί να χρειαστεί [θεραπεία υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας](#) κατά τη διάρκεια της ζωής του.

Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την εξέλιξη της ΧΝΝ σε ενήλικες

1.3.9 Σε ενήλικες που έχουν οποιοδήποτε από τους παρακάτω παράγοντες κινδύνου για εξέλιξη της ΧΝΝ, εργαστείτε μαζί τους για βελτιστοποίηση της υγείας τους:

- καρδιαγγειακές παθήσεις
- πρωτεϊνουρία
- προηγούμενο επεισόδιο οξείας νεφρικής βλάβης
- υπέρταση
- διαβήτη
- κάπνισμα
- καταγωγή Αφρικανική, Αφρο-Καραϊβική, Ασιατική
- χρόνια χρήση ΜΣΑΦ
- απόφραξη της οδού εκροής ούρων χωρίς θεραπεία.

1.3.10 Σε ενήλικες με ΧΝΝ, η χρόνια χρήση ΜΣΑΦ μπορεί να σχετίζεται με εξέλιξη της νόσου και η οξεία χρήση με αναστρέψιμη μείωση του GFR. Να είστε προσεκτικοί/ές όταν χορηγείτε ΜΣΑΦ σε άτομα με ΧΝΝ για παρατεταμένες χρονικές περιόδους. Παρακολουθήστε τις επιδράσεις στον GFR, ιδιαίτερα σε άτομα με χαμηλό αρχικό GFR ή/και παρουσία άλλων κινδύνων εξέλιξης της ΧΝΝ.

1.4 Ενημέρωση και εκπαίδευση ατόμων με ΧΝΝ

1.4.1 Προσφέρετε σε άτομα με ΧΝΝ (και στα μέλη της οικογένειας ή τα άτομα που φροντίζουν αυτά με ΧΝΝ, ανάλογα με την περίπτωση) εκπαίδευση και πληροφορίες προσαρμοσμένες στη σοβαρότητα και την αιτία της ΧΝΝ από την οποία πάσχουν, τις συσχετιζόμενες επιπλοκές που πιθανώς να τους επηρεάσουν και τον κίνδυνο εξέλιξης της νόσου τους. Για περισσότερες οδηγίες σχετικά με τη

δυνατότητα των ασθενών να συμμετέχουν ενεργά στη φροντίδα τους και σχετικά με τις αρχές της από κοινού λήψης αποφάσεων, ανατρέξτε στο Παράρτημα Ι.

1.4.2 Κατά την ανάπτυξη ενημερωτικών ή εκπαιδευτικών προγραμμάτων, εμπλέξτε ενήλικες με ΧΝΝ στη δημιουργία τους από την αρχή. Προτείνονται τα εξής θέματα:

- Τι είναι η ΧΝΝ και πώς μας επηρεάζει;
- Τι ερωτήσεις πρέπει να κάνει κάποιος/α σχετικά με τα νεφρά του;
- Ποιες θεραπείες είναι διαθέσιμες για τη ΧΝΝ, ποια είναι τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά τους και ποιες επιπλοκές ή παρενέργειες μπορεί να προκύψουν ως αποτέλεσμα της θεραπείας ή της φαρμακευτικής αγωγής;
- Τι μπορεί να κάνει κάποιος για να διαχειριστεί και να επηρεάσει την κατάσταση της υγείας του;
- Με ποιους τρόπους θα μπορούσε η ΧΝΝ και η θεραπεία της να επηρεάσουν την καθημερινή ζωή, τις κοινωνικές δραστηριότητες, τις ευκαιρίες εργασίας και την οικονομική κατάσταση κάποιου/ας, συμπεριλαμβανομένων και των παροχών και επιδομάτων που του/της διατίθενται;
- Πώς μπορούν οι πάσχοντες/ες να αντιμετωπίσουν τη ΧΝΝ και να προσαρμοστούν σε αυτήν και ποιες πηγές ψυχολογικής υποστήριξης είναι διαθέσιμες;
- Πληροφορίες σχετικά με τις [θεραπίες υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας](#) (όπως η συχνότητα και η χρονική διάρκεια των συνεδριών θεραπείας αιμοκάθαρσης ή ανταλλαγών περιτοναϊκής κάθαρσης και της προληπτικής μεταμόσχευσης νεφρού) και η προετοιμασία που απαιτείται (όπως η δημιουργία αγγειακής προσπέλασης ή τοποθέτησης περιτοναϊκού καθετήρα), εάν είναι κατάλληλες για το άτομο

- Τι περιλαμβάνει η συντηρητική διαχείριση και πότε μπορεί να εξεταστεί.

- 1.4.3 Προσφέρετε στους/στις ενήλικες με ΧΝΝ (και στα μέλη της οικογένειας ή τα άτομα που τους/τις φροντίζουν, ανάλογα με την περίπτωση) υψηλής ποιότητας ενημερωτικά ή εκπαιδευτικά προγράμματα, ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασής τους, ώστε να τους/τις δοθεί χρόνος για να κατανοήσουν πλήρως και να κάνουν ενημερωμένες επιλογές σχετικά με τη θεραπεία τους.
- 1.4.4 Για διευκόλυνση της μάθησης διασφαλίστε ότι οι επαγγελματίες υγείας που παρέχουν ενημερωτικά και εκπαιδευτικά προγράμματα διαθέτουν εξειδικευμένες γνώσεις σχετικά με τη ΧΝΝ και τις απαραίτητες δεξιότητες.
- 1.4.5 Λάβετε υπόψη τις ψυχολογικές πτυχές αντιμετώπισης της ΧΝΝ και προσφέρετε σε ενήλικες με ΧΝΝ πρόσβαση σε πρόγραμμα υποστήριξης, για παράδειγμα, ομάδες υποστήριξης, συμβουλευτικές υπηρεσίες ή εξειδικευμένο νοσηλευτικό λειτουργό.

Συμβουλές για τον τρόπο ζωής

- 1.4.6 Ενθαρρύνετε ενήλικες με ΧΝΝ να ασκούνται, να διατηρούν υγιές σωματικό βάρος και να σταματήσουν το κάπνισμα.

Διατροφικές παρεμβάσεις

- 1.4.7 Προσφέρετε διατροφικές συμβουλές σχετικά με την πρόσληψη καλίου, φωσφόρου, θερμίδων και αλατιού ανάλογα με τη σοβαρότητα της ΧΝΝ.
- 1.4.8 Εάν συμφωνηθεί διαιτητική παρέμβαση, πρέπει να συνοδεύεται παράλληλα από εκπαίδευση, λεπτομερή διαιτητική αξιολόγηση και επίβλεψη για να διασφαλιστεί η αποτροπή του υποσιτισμού.

Δίαιτες χαμηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνη

- 1.4.9 Μην προσφέρετε δίαιτες χαμηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνη (διαιτητική πρόσληψη πρωτεΐνης μικρότερη από 0,6 έως 0,8 g/kg/ημέρα) σε ενήλικες με ΧΝΝ.

Αυτοδιαχείριση της υγείας

- 1.4.10 Βεβαιωθείτε ότι υπάρχουν συστήματα για:

- να ενημερώνουν ενήλικες με ΧΝΝ (και τα μέλη της οικογένειας ή τα άτομα που τους/τις φροντίζουν, ανάλογα με την περίπτωση) για τη διάγνωσή τους
- να επιτρέπουν σε ενήλικες με ΧΝΝ (και στα μέλη της οικογένειας ή τα άτομα που τους/τις φροντίζουν, ανάλογα με την περίπτωση) να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη φροντίδα τους
- υποστήριξη της αυτοδιαχείρισης (αυτό συμπεριλαμβάνει την παροχή πληροφοριών σχετικά με την αρτηριακή πίεση, τη διακοπή του καπνίσματος, την άσκηση, τη διατροφή και τη φαρμακευτική αγωγή) και για να παρέχεται σε ενήλικες με ΧΝΝ η δυνατότητα να κάνουν ενημερωμένες επιλογές.

- 1.4.11 Δίνετε σε ενήλικες πρόσβαση στα ιατρικά τους δεδομένα (συμπεριλαμβανομένων των διαγνώσεών τους, των συννοσηροτήτων τους, των αποτελεσμάτων των εξετάσεών τους, των θεραπειών τους και της αλληλογραφίας που αφορά στην υγεία τους) μέσω πληροφοριακών συστημάτων, όπως η [Πύλη Δικαιούχων του ΓεΣΥ](#), για ενθάρρυνση και διευκόλυνση της αυτοδιαχείρισης της ΧΝΝ.

1.5 Αξιολόγηση κινδύνου, κριτήρια παραπομπής και από κοινού φροντίδα

Αξιολόγηση κινδύνου

- 1.5.1 Δίνετε σε ενήλικες με ΧΝΝ και στα μέλη της οικογένειας ή στα άτομα που τους/τις φροντίζουν (ανάλογα με την περίπτωση), πληροφορίες σχετικά με τον 5ετή κίνδυνο να χρειαστούν [θεραπεία υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας](#) (υπολογισμένος με την εξίσωση [Κινδύνου Νεφρικής Ανεπάρκειας 4 παραμέτρων](#)).

Κατά την ενημέρωση ως προς τον κίνδυνο να τηρείτε τις αρχές της από κοινού λήψης αποφάσεων (Παράρτημα Ι).

- 1.5.2 Χρησιμοποιήστε την καθομιλουμένη γλώσσα, χωρίς ιατρικές ορολογίες, για να μεταδώσετε πληροφορίες αναφορικά με τον σχετιζόμενο κίνδυνο. Εάν απαιτούνται τεχνικοί και ιατρικοί όροι, εξηγήστε τους με σαφήνεια.
- 1.5.3 Αφιερώστε αρκετό χρόνο κατά τη διάρκεια της επίσκεψης για να δώσετε πληροφορίες σχετικά με την αξιολόγηση του κινδύνου και να απαντήσετε σε τυχόν ερωτήσεις. Εάν χρειάζεται, κανονίστε επιπλέον ραντεβού για περαιτέρω συζήτηση.
- 1.5.4 Καταγράψτε τα βασικά σημεία της συζήτησης σχετικά με την αξιολόγηση του κινδύνου και τυχόν αποφάσεις που λαμβάνονται.

Κριτήρια παραπομπής σε ειδικό/ή νεφρολόγο

- 1.5.5 Παραπέμψτε ενήλικες με ΧΝΝ για αξιολόγηση από ειδικό/ή νεφρολόγο (λαμβάνοντας υπόψη τις επιθυμίες και τις συννοσηρότητές τους) εάν έχουν οποιοδήποτε από τα παρακάτω:
- πενταετή κίνδυνο έναρξης θεραπείας υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας άνω του 5% (υπολογισμένος με την εξίσωση [Κινδύνου Νεφρικής Ανεπάρκειας 4 παραμέτρων](#))

- ACR 500 mg/g ή περισσότερο, εκτός εάν είναι γνωστό ότι προκαλείται από διαβήτη και λαμβάνεται ήδη η κατάλληλη αγωγή (δείτε συστάσεις 1.6.6 και 1.6.7)
- ACR άνω των 300 mg/g (ACR κατηγορίας A3) που συνοδεύεται από αιματουρία
- σταθερή μείωση του eGFR κατά 25% ή περισσότερο και αλλαγή κατηγορίας του eGFR εντός 12 μηνών
- σταθερή μείωση του eGFR κατά 15 ml/min/1,73 m² ή περισσότερο ετησίως
- υπέρταση που παραμένει ανεπαρκώς ελεγχόμενη (πάνω από τον ατομικό στόχο του ατόμου) παρά τη χρήση τουλάχιστον 4 αντιυπερτασικών φαρμάκων σε θεραπευτικές δόσεις
- γνωστά ή εικαζόμενα σπάνια ή γενετικά αίτια της ΧΝΝ
- υποψία στένωσης νεφρικής αρτηρίας.

1.5.6 Παραπέμψτε παιδιά και νέους/ες με ΧΝΝ για αξιολόγηση από ειδικό, εάν έχουν οποιοδήποτε από τα παρακάτω:

- ACR 30 mg/g ή περισσότερο, επιβεβαιωμένη σε επαναλαμβανόμενο δείγμα ούρων νωρίς το πρωί
- αιματουρία
- οποιαδήποτε μείωση του eGFR
- υπέρταση
- γνωστά ή εικαζόμενα σπάνια ή γενετικά αίτια της ΧΝΝ
- υποψία στένωσης νεφρικής αρτηρίας
- απόφραξη ουροποιητικού συστήματος.

1.5.7 Εξετάστε το ενδεχόμενο να συζητήσετε τη διαχείριση με κάποιον ειδικό αυτοπροσώπως ή μέσω επιστολής, ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, τηλεφώνου ή εικονικής συνάντησης, εάν υπάρχουν ανησυχίες, αλλά το άτομο με ΧΝΝ δεν χρειάζεται να δει κάποιον ειδικό.

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

- 1.5.8 Παραπέμψτε άτομα με ΧΝΝ και απόφραξη ουροποιητικού συστήματος σε υπηρεσίες ουρολογικής φροντίδας, εκτός εάν απαιτείται επείγουσα θεραπεία (για παράδειγμα, για υπερκαλαιμία, σοβαρή ουραιμία, οξέωση ή υπερφόρτωση υγρών).

Από κοινού φροντίδα

- 1.5.9 Μετά την παραπομπή:
- Συμφωνήστε, καταγράψτε και χρονολογήστε ένα σχέδιο φροντίδας με το άτομο με ΧΝΝ ή το μέλος της οικογένειάς του ή το άτομο που το φροντίζει (ανάλογα με την περίπτωση). Εξετάστε τις απόψεις και τις προτιμήσεις των ασθενών και τις αρχές της από κοινού λήψης αποφάσεων που περιγράφονται στο Παράρτημα Ι.
 - Εξετάστε το ενδεχόμενο παρακολούθησης ρουτίνας από τον/την προσωπικό/ή ιατρό ή από παιδίατρο και όχι σε εξειδικευμένη κλινική.
 - Καθορίστε κριτήρια για μελλοντική παραπομπή και εκ νέου παραπομπή εάν συμφωνηθεί η παρακολούθηση από προσωπικό/ή ιατρό. Για τα παιδιά και τους/τις νέους/ες, τα κριτήρια αυτά θα πρέπει να συμφωνηθούν μεταξύ του/της προσωπικού ιατρού και των υπηρεσιών δευτεροβάθμιας περίθαλψης.

Για μια σύντομη αιτιολόγηση των συστάσεων της επιτροπής, δείτε την ενότητα [«Αιτιολόγηση και επιπτώσεις» σχετικά με την εκτίμηση κινδύνου, τα κριτήρια παραπομπής και την κοινή φροντίδα.](#)

1.6 Φαρμακοθεραπεία

Έλεγχος αρτηριακής πίεσης

- 1.6.1 Συνιστάται η χρήση μετρήσεων αρτηριακής πίεσης ιατρείου για παρακολούθηση της ανταπόκρισης σε αλλαγές στον τρόπο ζωής ή σε φαρμακευτική αγωγή σε άτομα με ΧΝΝ. Σε ενήλικες με ΧΝΝ και ACR κάτω από 500 mg/g, στοχεύστε σε συστολική αρτηριακή πίεση ιατρείου κάτω από 140 mmHg (εύρος στόχου 120 έως 139 mmHg) και κλινική διαστολική αρτηριακή πίεση κάτω από 90 mmHg.
- 1.6.2 Σε ενήλικες με ΧΝΝ και ACR 500 mg/g ή περισσότερο, στοχεύστε σε συστολική αρτηριακή πίεση ιατρείου κάτω από 130 mmHg (εύρος στόχου 120 έως 129 mmHg) και διαστολική αρτηριακή πίεση ιατρείου κάτω από 80 mmHg.
- 1.6.3 Σε παιδιά και νέους/ες με ΧΝΝ και ACR 500 mg/g ή περισσότερο, στοχεύστε σε συστολική αρτηριακή πίεση ιατρείου κάτω από ~~τους~~ τη 50^η εκατοστιαία θέση του ύψους τους.

Για μια σύντομη αιτιολόγηση των συστάσεων της επιτροπής, δείτε την ενότητα [«Αιτιολόγηση και επιπτώσεις» σχετικά με τη φαρμακοθεραπεία για έλεγχο της αρτηριακής πίεσης.](#)

Φαρμακοθεραπεία για υπέρταση

- 1.6.4 Για ασθενείς που είναι υπερήλικες (>90 ετών) ή έχουν πολλαπλές συννοσηρότητες, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ένας αριθμός πρόσθετων παραγόντων για τον καθορισμό των επιπέδων στόχων για τον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης.
- 1.6.5 Προσφέρετε παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής και εξετάστε το ενδεχόμενο έναρξης αντιυπερτασικής φαρμακευτικής θεραπείας σε ενήλικες με ΧΝΝ, υπέρταση και ACR 300 mg/g ή λιγότερο (κατηγορίες ACR A1 και A2).

- 1.6.6 Προσφέρετε έναν αποκλειστή των υποδοχέων αγγειοτενσίνης (ARB) ή έναν αναστολέα του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης (ΜΕΑ) (με τιτλοποίηση της δοσολογίας στην υψηλότερη εγκεκριμένη δόση που μπορεί να ανεχθεί το άτομο) σε ενήλικες, παιδιά και νέους/ες με ΧΝΝ που έχουν υπέρταση και ΑCR άνω των 300 mg/g (ΑCR κατηγορίας Α3 και άνω).

Φαρμακοθεραπεία για ΧΝΝ σε ενήλικες, παιδιά και νέους/ες με σχετιζόμενη εμμένουσα πρωτεϊνουρία

Λάβετε υπόψη τυχόν αντενδείξεις για κάθε φάρμακο και ακολουθήστε τις οδηγίες στο [Cyprus Register of Medicinal Products](#) και στο [European Union Register of Medical Products](#). Υπάρχουν συγκεκριμένες συστάσεις από [European Medicines Agency για αναστολείς SGLT2](#).

- 1.6.7 Για ενήλικες με ΧΝΝ και διαβήτη (τύπου 1 ή τύπου 2), προσφέρετε έναν ARB ή έναν αναστολέα ΜΕΑ (με τιτλοποίηση της δοσολογίας στην υψηλότερη εγκεκριμένη δόση που μπορεί να ανεχθεί το άτομο) εάν η ΑCR είναι 30 mg/mg ή περισσότερο.
- 1.6.8 Για ενήλικες με ΧΝΝ και διαβήτη τύπου 2, προσφέρετε έναν αναστολέα SGLT2 που ενδείκνυται για νεφρική προστασία (εμπαγλιφλοζίνη, δαπαγλιφλοζίνη, καναγλιφλοζίνη), επιπλέον ενός αποκλειστή ARB ή ενός αναστολέα ΜΕΑ σε βελτιστοποιημένη δόση εάν:
- η ΑCR υπερβαίνει τα 200 mg/g και
 - πληρούνται τα κριτήρια της άδειας κυκλοφορίας (συμπεριλαμβανομένων των σχετικών κατώτατων ορίων eGFR).

Παρακολουθήστε τη μείωση του όγκου και τη μείωση του eGFR.

Εδώ υπάρχουν διαθέσιμες πληροφορίες σχετικά με το πλαίσιο αποζημίωσης του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ) για τους αναστολείς SGLT2 σε ενήλικες με χρόνια νεφρική νόσο και διαβήτη τύπου 2.

1.6.9 Εξετάστε τη χρήση μη στεροειδών ανταγωνιστών των υποδοχέων αλατοκορτικοειδών (φινερενόνη) για τη θεραπεία της χρόνιας νεφρικής νόσου σταδίου 3 και 4 (με λευκωματουρία) που σχετίζεται με διαβήτη τύπου 2 σε ενήλικες. Συνιστάται μόνο εάν:

- είναι πρόσθετη φαρμακευτική αγωγή σε βελτιστοποιημένη συνήθη θεραπεία που πρέπει να περιλαμβάνει, εκτός εάν αντενδείκνυται, τις υψηλότερες ανεκτές εγκεκριμένες δόσεις:
 - αναστολέων του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης (A-MEA) ή αποκλειστών των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης (ARBs) και
 - αναστολέων του συμμεταφορέα νατρίου-γλυκόζης 2 (SGLT2) και
- το άτομο έχει εκτιμώμενο ρυθμό σπειραματικής διήθησης (eGFR 25 ml/min/1,73 m²) ή παραπάνω.

Εδώ υπάρχουν διαθέσιμες πληροφορίες σχετικά με το πλαίσιο αποζημίωσης του ΟΑΥ για τη φινερενόνη.

1.6.10 Για παιδιά και νέους/ες με ΧΝΝ και διαβήτη (τύπου 1 ή 2), προσφέρετε έναν αναστολέα MEA ή ARB (τιτλοποιήστε τη δοσολογία στην υψηλότερη εγκεκριμένη δόση που μπορεί να είναι ανεκτή) εάν η ACR είναι 30 mg/g ή περισσότερο.

1.6.11 Για ενήλικες με ΧΝΝ αλλά χωρίς διαβήτη:

Χρόνια νεφρική νόσος: αξιολόγηση και διαχείριση: Προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Αριστείας στην Περίθαλψη (NICE) για την Κύπρο (Οκτώβριος 2024)

- Παραπέμψτε για νεφρολογική αξιολόγηση και προσφέρετε έναν ARB ή έναν αναστολέα MEA (τιτλοποιήστε τη δοσολογία στην υψηλότερη εγκεκριμένη δόση που μπορεί να είναι ανεκτή), εάν η ACR είναι 500 mg/g ή περισσότερο.
- Προσφέρετε τους αναστολείς SGLT2 για τη θεραπεία της χρόνιας νεφρικής νόσου (XNN) σε ενήλικες. Συνιστάται μόνο εάν:
 - ο είναι ένα πρόσθετο στη βελτιστοποιημένη συνήθη θεραπευτική αγωγή, συμπεριλαμβανομένης της υψηλότερης ανεκτής εγκεκριμένης δόσης αναστολέων του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης (MEA) ή αποκλειστών των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης (ARB), εκτός εάν αυτά αντενδείκνυνται και
 - τα άτομα έχουν εκτιμώμενο ρυθμό σπειραματικής διήθησης (eGFR) ίσο ή μεγαλύτερο από 20 ml/min/1,73 m² κατά την έναρξη της θεραπείας και
 - έχουν λόγο λευκωματίνης προς κρεατινίνη ούρων (ACR) 200 mg/g ή περισσότερο.
- Παρακολουθήστε, σύμφωνα με τις συστάσεις 1.3.1 και 1.3.4, εάν η ACR είναι μεγαλύτερη από 300 αλλά κάτω από 500 mg/g. Εάν μειώνεται ο eGFR ή αυξάνεται η ACR εξετάστε το ενδεχόμενο να το συζητήσετε με έναν νεφρολόγο.

[Εδώ υπάρχουν διαθέσιμες πληροφορίες](#) σχετικά με το πλαίσιο αποζημίωσης του ΟΑΥ για τους αναστολείς SGLT2 σε ενήλικες με χρόνια νεφρική νόσο χωρίς διαβήτη τύπου 2.

1.6.12 Για παιδιά και νέους/ες με XNN αλλά χωρίς διαβήτη:

- Προσφέρετε έναν αναστολέα MEA ή έναν ARB (τιτλοποιήστε τη δοσολογία στην υψηλότερη αδειοδοτημένη δόση που

μπορούν να ανεχτούν), εάν η ACR είναι 500 mg/g ή περισσότερο.

- Παρακολουθήστε, σύμφωνα με τις συστάσεις 1.3.1 και 1.3.4, εάν η ACR είναι μεγαλύτερη από 300 αλλά κάτω από 500 mg/g. Εάν μειώνεται ο eGFR ή αυξάνεται η ACR εξετάστε το ενδεχόμενο να το συζητήσετε με ένα* νεφρολόγο.

- 1.6.13 Όταν προσφέρετε φάρμακα για μείωση της πρωτεϊνουρίας σε άτομα με αδυναμία, συννοσηρότητες ή που λαμβάνουν πολλά άλλα συνταγογραφούμενα φάρμακα, ακολουθήστε τις συστάσεις και τις οδηγίες στο [Cyprus Register of Medicinal Products](#) και στο [European Union Register of Medical Products](#) για την εξασφάλιση των καλύτερων δυνατών αποτελεσμάτων. Ζητήστε εξειδικευμένες συμβουλές εάν χρειάζεται, για παράδειγμα από έναν/μία ιατρό με ειδικευση στην φροντίδα των ηλικιωμένων ή από έναν/μία νεφρολόγο, εάν το άτομο ρωτήσει για αντισύλληψη.

Για μια σύντομη αιτιολόγηση των συστάσεων της επιτροπής, δείτε την ενότητα [«Αιτιολόγηση και επιπτώσεις» σχετικά με τη φαρμακοθεραπεία για την πρωτεϊνουρία και την επιλογή αντιυπερτασικού παράγοντα.](#)

Ανταγωνιστές του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης

- 1.6.14 Μην προσφέρετε συνδυασμό [ανταγωνιστών του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης](#) σε ενήλικες με ΧΝΝ.
- 1.6.15 Εξηγήστε σε ενήλικες με ΧΝΝ (και στα μέλη της οικογένειας τους ή τα άτομα που τους/τις φροντίζουν, ανάλογα με την περίπτωση) στους/στις οποίους/ες έχουν συνταγογραφηθεί ανταγωνιστές του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης σχετικά με τη σημασία:
- της επίτευξης της βέλτιστης ανεκτής δόσης ανταγωνιστών του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης **και**

- της παρακολούθησης του eGFR και του καλίου στον ορό για την επίτευξη αυτού του στόχου με ασφάλεια.
- 1.6.16 Μετρήστε τις συγκεντρώσεις καλίου στον ορό και εκτιμήστε τον GFR πριν ξεκινήσετε ανταγωνιστές του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης σε άτομα με ΧΝΝ. Επαναλάβετε αυτές τις μετρήσεις μεταξύ 1 και 2 εβδομάδων μετά την έναρξη ανταγωνιστών του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης και μετά από κάθε αύξηση της δόσης.
- 1.6.17 Μην προσφέρετε τακτικά ανταγωνιστή του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης σε ενήλικες με ΧΝΝ, εάν η συγκέντρωση καλίου στον ορό πριν την θεραπεία είναι μεγαλύτερη από 5,0 mmol/litre.
- 1.6.18 Εάν ένας ενήλικας δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει ανταγωνιστές του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης λόγω υπερκαλιαιμίας:
- αξιολογήστε και αντιμετωπίστε τυχόν άλλους παράγοντες που προάγουν την υπερκαλιαιμία **και**
 - επανελέγξτε τη συγκέντρωση καλίου στον ορό
 - εξετάστε τη χορήγηση αδειοδοτημένων και διαθέσιμων δεσμευτών καλίου, εάν το κάλιο παραμένει υψηλό (κάλιο >5,5 mmol/litre).
- 1.6.19 Λάβετε υπόψη ότι μπορεί να χρειαστεί συχνότερη παρακολούθηση της συγκέντρωσης καλίου στον ορό, εάν συνταγογραφούνται φάρμακα, που είναι γνωστό ότι προάγουν την υπερκαλιαιμία, παράλληλα με ανταγωνιστές του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης.
- 1.6.20 Σταματήστε τους ανταγωνιστές του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης σε ενήλικες, εάν η συγκέντρωση καλίου στον ορό αυξηθεί στα 6,0 mmol/litre ή περισσότερο και άλλα

φάρμακα που είναι γνωστό ότι προάγουν την υπερκαλιαιμία έχουν διακοπεί.

1.6.21 Η πατιρομέρη συνιστάται ως επιλογή για τη θεραπεία της υπερκαλιαιμίας σε ενήλικες, μόνο εάν χρησιμοποιείται σε επείγουσα περίθαλψη για οξεία, απειλητική για τη ζωή υπερκαλιαιμία, παράλληλα με τη συνήθη θεραπεία ή για άτομα με επίμονη υπερκαλιαιμία και χρόνια νεφρική νόσο σταδίου G3b έως G5 ή καρδιακή ανεπάρκεια, εάν:

- έχουν επιβεβαιωμένο επίπεδο καλίου ορού τουλάχιστον 5,5 mmol/litre και
- δεν λαμβάνουν ή λαμβάνουν μειωμένη δόση ενός αναστολέα του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης-αλδοστερόνης (RAAS) λόγω υπερκαλιαιμίας και
- δεν υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.

Σταματήστε την πατιρομέρη εάν οι αναστολείς του RAAS δεν είναι πλέον η κατάλληλη θεραπεία.

Σε περίπτωση που δεν είναι διαθέσιμη η πατιρομέρη, μπορεί να χρησιμοποιηθεί το sodium resonium ως εναλλακτική επιλογή.

[Εδώ υπάρχουν διαθέσιμες πληροφορίες](#) σχετικά με το πλαίσιο αποζημίωσης του ΟΑΥ για την πατιρομέρη.

1.6.22 Μετά την έναρξη ή αύξηση της δόσης των ανταγωνιστών του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης σε ενήλικες, μην τροποποιήσετε τη δόση εάν είτε:

- η μείωση του GFR από την αρχική τιμή πριν από τη θεραπεία είναι μικρότερη από 25% ή

- η αύξηση της κρεατινίνης στον ορό από την αρχική τιμή είναι μικρότερη από 30%.

1.6.23 Εάν υπάρχει μείωση του eGFR ή αύξηση στα επίπεδα της κρεατινίνης ορού μετά την έναρξη ή την αύξηση της δόσης ανταγωνιστών του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης, αλλά αυτή είναι μικρότερη από 25% (eGFR) ή 30% (κρεατινίνη στον ορό) της αρχικής τιμής, επαναλάβετε τη μέτρηση σε 1 με 2 εβδομάδες. Μην τροποποιήσετε τη δόση του ανταγωνιστή του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης, εάν η μείωση στο eGFR είναι μικρότερη από 25% ή η αύξηση στα επίπεδα της κρεατινίνης ορού είναι μικρότερη από 30%.

1.6.24 Εάν η μείωση του eGFR ενός/μίας ενήλικα/ης είναι 25% ή περισσότερο, ή η αύξηση στα επίπεδα της κρεατινίνης στον ορό είναι 30% ή περισσότερο:

- διερευνήστε άλλες αιτίες επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας, όπως μείωση του όγκου ή ταυτόχρονη φαρμακευτική αγωγή (για παράδειγμα, ΜΣΑΦ)
- εάν δεν βρεθεί εναλλακτική αιτία για την επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας, σταματήστε τον ανταγωνιστή του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης ή μειώστε τη δόση στην προηγούμενως ανεκτή δόση και προσθέστε ένα εναλλακτικό αντιυπερτασικό φάρμακο εάν χρειάζεται.

Στατίνες για ενήλικες

1.6.25 Σχετικά με τη χρήση στατινών σε ενήλικες με ΧΝΝ:

- Προσφέρετε ατορβαστατίνη 20 mg για πρωτογενή ή δευτερογενή πρόληψη καρδιαγγειακών παθήσεων σε άτομα με ΧΝΝ,
- Εάν δεν επιτευχθεί ο στόχος μείωσης των λιπιδίων για πρωτογενή ή δευτερογενή πρόληψη καρδιαγγειακών

παθήσεων (στόχος πρωτογενούς πρόληψης: μείωση άνω του 40% της μη-HDL χοληστερόλης, στόχος δευτερογενούς πρόληψης: επίπεδα χοληστερόλης χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών (LDL) 77,3 mg/dL ή λιγότερο, ή επίπεδα μη-HDL χοληστερόλης 100,5 mg/dL ή λιγότερο) και ο eGFR είναι 30 ml/min/1,73 m² ή περισσότερο, αυξήστε τη δόση της ατορβαστατίνης,

- Εάν οι τιμές eGFR είναι μικρότερες από 30 ml/min/1,73 m², η χρήση υψηλότερων δόσεων να γίνεται με τη σύμφωνη γνώμη ειδικού/ής νεφρολόγου,
- Σε περίπτωση ευαισθησίας στην ατορβαστατίνη ή όταν ο στόχος μείωσης της LDL δεν επιτυγχάνεται στην υψηλότερη δόση ατορβαστατίνης, εξετάστε άλλες στατίνες για πρωτογενή ή δευτερογενή πρόληψη καρδιαγγειακής νόσου σε άτομα με ΧΝΝ.

1.6.26 Εάν το άτομο λαμβάνει τη μέγιστη ανεκτή δόση και ένταση στατίνης, αλλά ο στόχος μείωσης των λιπιδίων για δευτερογενή πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου δεν επιτυγχάνεται, εξετάστε τη χρήση επιπρόσθετων θεραπειών μείωσης των λιπιδίων, όπως είναι η εξετιμίμπη ή αναστολείς δράσης του PCSK9, όπως η εβολοκουμάμπη, ή αναστολείς σύνθεσης του PCSK9, όπως η ινκλισιράνη.

[Εδώ υπάρχουν διαθέσιμες πληροφορίες](#) για το πλαίσιο αποζημίωσης του ΟΑΥ σχετικά με τους αναστολείς PCSK9 σε ενήλικες.

Από του στόματος αντιαιμοπεταλιακή και αντιπηκτική θεραπεία για ενήλικες

Χρόνια νεφρική νόσος: αξιολόγηση και διαχείριση: Προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Αριστείας στην Περίθαλψη (NICE) για την Κύπρο (Οκτώβριος 2024)

- 1.6.27 Προσφέρετε αντιαιμοπεταλιακή φαρμακευτική αγωγή σε ενήλικες με ΧΝΝ για δευτερογενή πρόληψη καρδιαγγειακών παθήσεων, λαμβάνοντας υπόψη τον αυξημένο κίνδυνο αιμορραγίας.
- 1.6.28 Για καθοδήγηση σχετικά με την από του στόματος αντιπηκτική φαρμακευτική αγωγή για άτομα με ΧΝΝ, δείτε την [κατευθυντήρια οδηγία του ΟΑΥ/NICE για την κολπική μαρμαρυγή](#).

1.7 Διάγνωση και αξιολόγηση της αναιμίας

Ο διαγνωστικός ρόλος των επιπέδων αιμοσφαιρίνης

- 1.7.1 Εξετάστε το ενδεχόμενο διερεύνησης και διαχείρισης της αναιμίας σε ενήλικες, παιδιά και νέους/ες με ΧΝΝ εάν:
- το επίπεδο αιμοσφαιρίνης (Hb) τους πέφτει στα 11 g/dL ή λιγότερο (ή 10,5 g/dL ή λιγότερο σε άτομα ηλικίας κάτω των 2 ετών) ή
 - αναπτύσσουν συμπτώματα που οφείλονται στην αναιμία (όπως κόπωση, δύσπνοια, λήθαργος και αίσθημα παλμών).

Ο διαγνωστικός ρόλος του ρυθμού σπειραματικής διήθησης

- 1.7.2 Σε ενήλικες, παιδιά και νέους/ες με αναιμία (δείτε σύσταση 1.7.3):
- Εάν ο eGFR είναι πάνω από 60 ml/min/1,73 m², διερευνήστε άλλες αιτίες αναιμίας, καθώς είναι λιγότερο πιθανόν να προκαλείται από τη ΧΝΝ.
 - Εάν ο eGFR κυμαίνεται μεταξύ 30 και 60 ml/min/1,73 m²:
 - διερευνήστε άλλες αιτίες αναιμίας, αλλά
 - χρησιμοποιήστε την κλινική σας κρίση για να αποφασίσετε την έκταση αυτής της διερεύνησης, αφού η αναιμία θα μπορούσε να οφείλεται και στη ΧΝΝ.
 - Εάν ο eGFR είναι κάτω από 30 ml/min/1,73 m², σκεφτείτε άλλες αιτίες αναιμίας, λαμβάνοντας υπόψη ότι η αναιμία σε αυτές τις περιπτώσεις προκαλείται συχνά από τη ΧΝΝ.

Για μια σύντομη αιτιολόγηση των συστάσεων της επιτροπής, δείτε την ενότητα [«Αιτιολόγηση και επιπτώσεις» σχετικά με τον διαγνωστικό ρόλο του ρυθμού σπειραματικής διήθησης.](#)

Διαγνωστικές εξετάσεις για προσδιορισμό των αποθεμάτων σιδήρου και πρόβλεψη της ανταπόκρισης σε θεραπεία αναπλήρωσης σιδήρου

1.7.3 Πραγματοποιήστε αιματολογικές εξετάσεις για τη διάγνωση ανεπάρκειας σιδήρου και για τον καθορισμό της πιθανής ανταπόκρισης σε θεραπεία με σίδηρο και των μακροπρόθεσμων απαιτήσεων σε σίδηρο ανά 3 μήνες (κάθε 1 έως 3 μήνες για άτομα που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση).

- Χρησιμοποιήστε το ποσοστό των υποχρωμικών ερυθρών αιμοσφαιρίων στο αίμα (% HRC, περισσότερο από 6%), αλλά μόνο εάν η επεξεργασία του δείγματος αίματος δύναται να γίνει εντός 6 ωρών.
- Εάν δεν είναι δυνατή η χρήση του ποσοστού των υποχρωμικών ερυθρών αιμοσφαιρίων, χρησιμοποιήστε την περιεκτικότητα αιμοσφαιρίνης δικτυοερυθροκυττάρων (CHr, λιγότερο από 29 pg) ή ισάξιας μετρήσεις, όπως για παράδειγμα, ισοδύναμα αιμοσφαιρίνης δικτυοερυθροκυττάρων.
- Εάν αυτές οι μετρήσεις δεν είναι διαθέσιμες ή το άτομο έχει θαλασσαιμία (μείζονα ή ελάσσονα), χρησιμοποιήστε τον συνδυασμό κορεσμού τρανσφερίνης (λιγότερο από 20%) και μέτρησης φεριτίνης ορού (λιγότερο από 100 µg/litre).

1.7.4 Μη ζητάτε μόνο μέτρηση κορεσμού τρανσφερίνης ή φεριτίνης ορού για αξιολόγηση της ανεπάρκειας σιδήρου σε άτομα με αναιμία της ΧΝΝ.

1.7.5 Μη μετράτε συστηματικά τα επίπεδα ερυθροποιητίνης για τη διάγνωση ή διαχείριση της αναιμίας σε άτομα με αναιμία της ΧΝΝ.

1.8 Διαχείριση της αναιμίας

Έναρξη θεραπείας με ερυθροποιητικό διεγερτικό παράγοντα σε ανεπάρκεια σιδήρου

- 1.8.1 Η θεραπεία με ESA (ερυθροποιητικός διεγερτικός παράγοντας, erythropoietic stimulating agent) δεν πρέπει να ξεκινά με παρουσία απόλυτης ανεπάρκειας σιδήρου χωρίς επίσης να αντιμετωπίζεται η ανεπάρκεια σιδήρου.

Μέγιστα επίπεδα σιδήρου σε άτομα με αναιμία της ΧΝΝ

- 1.8.2 Σε ενήλικες, παιδιά και νέους/ες που λαμβάνουν θεραπεία με σίδηρο, τα επίπεδα φεριτίνης ορού δεν πρέπει να υπερβαίνουν τα 800 mcg/L. Προς αποφυγή αυτού του ενδεχομένου, όταν τα επίπεδα φεριτίνης ορού φτάσουν τα 500 mcg/L, επανεξετάστε τη δόση της θεραπείας σιδήρου που παρέχεται.

Κλινική χρήση της θεραπείας ESA σε άτομα με επαρκή σίδηρο

- 1.8.3 Συζητήστε τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα μιας δοκιμής θεραπευτικής αντιμετώπισης της αναιμίας με το άτομο που πάσχει από αναιμία της ΧΝΝ, την οικογένειά του και τα άτομα που το φροντίζουν, εάν συμφωνούν.
- 1.8.4 Η χορήγηση θεραπείας με ESA δεν επιβάλλεται, εάν η παρουσία συννοσηροτήτων ή η πρόγνωση του/της ασθενούς ενδέχεται να αναιρέσει τα οφέλη διόρθωσης της αναιμίας.
- 1.8.5 Ξεκινήστε δοκιμή θεραπευτικής αντιμετώπισης της αναιμίας όταν υπάρχει αβεβαιότητα σχετικά με το εάν η παρουσία συννοσηροτήτων ή η πρόγνωση του/της ασθενούς θα αναιρούσαν το όφελος από τη διόρθωση της αναιμίας με θεραπεία ESA.
- 1.8.6 Εάν ακολουθήσει μια δοκιμή με θεραπεία ESA, αξιολογήστε την αποτελεσματικότητά της μετά από ένα προσυμφωνημένο

διάστημα. Συμφωνήστε με το άτομο με αναιμία της ΧΝΝ (και την οικογένειά του και τα άτομα που το φροντίζουν, εάν χρειάζεται), εάν θα συνεχίσει ή όχι τη θεραπεία με ESA.

- 1.8.7 Επανεξετάστε τη θεραπεία σε όλα τα άτομα που ξεκίνησαν θεραπεία με ESA μετά από ένα προσυμφωνημένο διάστημα για να αποφασίσετε εάν θα συνεχίσετε ή όχι να χρησιμοποιείτε ESA.

Συμπληρώματα διατροφής

- 1.8.8 Μη συνταγογραφείτε συμπληρώματα βιταμίνης C, φολικού οξέος ή καρνιτίνης ως συμπληρωματική θεραπεία, συγκεκριμένα για τη θεραπεία της αναιμίας της ΧΝΝ.

Ανδρογόνα

- 1.8.9 Μη χρησιμοποιείτε ανδρογόνα για τη θεραπεία της αναιμίας σε άτομα με αναιμία της ΧΝΝ.

Υπερπαραθυρεοειδισμός

- 1.8.10 Αντιμετωπίστε υπερπαραθυρεοειδισμό κλινικής σημασίας σε ενήλικες, παιδιά και νέους/ες με ΧΝΝ για βελτίωση της διαχείρισης της αναιμίας.

Προσωποκεντρική φροντίδα και θεραπεία ESA

- 1.8.11 Δώστε σε ενήλικες, παιδιά και νέους/ες στους/στις οποίους/ες προσφέρεται θεραπεία με ESA και στους/στις προσωπικούς/ές ιατρούς τους, πληροφορίες σχετικά με το γιατί χρειάζεται θεραπεία με ESA, πώς λειτουργεί και ποια είναι τα οφέλη και οι παρενέργειες που μπορεί να βιώσουν.
- 1.8.12 Εξηγήστε σε άτομα που λαμβάνουν θεραπεία με ESA τη σημασία της συμμόρφωσης με τη θεραπεία και τις συνέπειες από κακή συμμόρφωση.
- 1.8.13 Κατά τη συνταγογράφηση της θεραπευτικής αγωγής με ESA, λάβετε υπόψη τις προτιμήσεις του ατόμου σχετικά με τη χορήγηση

υπό επίβλεψη ή την αυτοχορήγηση της θεραπείας, τη συχνότητα της δόσης, τον πιθανό πόνο κατά την ένεση, τη μέθοδο προμήθειας ESA και την αποθήκευση του φαρμάκου.

- 1.8.14 Προκειμένου να μπορούν, όσοι/ες αυτοδιαχειρίζονται τη θεραπεία τους με ESA, να το κάνουν με κλινικά αποτελεσματικό και ασφαλή τρόπο, φροντίστε να υπάρχει άμεση, λογική και ανελλιπής πρόσβαση σε προμήθειες.

Προγράμματα εκπαίδευσης ασθενών

- 1.8.15 Προσφέρετε πολιτισμικά αποδεκτά και κατάλληλα για την ηλικία των ασθενών προγράμματα εκπαίδευσης σε όλους/ες τους/τις ενήλικες, τα παιδιά και τους/τις νέους/ες που έχουν διαγνωστεί με αναιμία της ΧΝΝ (και τις οικογένειες και τα άτομα που τους/τις φροντίζουν). Αυτά θα πρέπει να επαναλαμβάνονται βάσει των αιτημάτων που θα προκύπτουν και ανάλογα με τις μεταβαλλόμενες συνθήκες ενός ατόμου. Θα πρέπει να περιλαμβάνουν τους παρακάτω βασικούς τομείς:

- Πρακτικές πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο διαχείρισης της αναιμίας της ΧΝΝ.
- Γνώση (για παράδειγμα, σχετικά με τα συμπτώματα, τη διαχείριση του σιδήρου, τα αίτια της αναιμίας, τα σχετικά φάρμακα, τις φάσεις της θεραπείας).
- Επαγγελματική στήριξη (για παράδειγμα, στοιχεία επικοινωνίας, κοινοτικές υπηρεσίες υγείας, υπηρεσίες συνέχισης της φροντίδας, παρακολούθηση, πληροφόρηση σχετικά με την πρόοδο των αποτελεσμάτων).
- Τρόπο ζωής (για παράδειγμα, διατροφή, σωματική άσκηση, διατήρηση της καθημερινότητας, συνάντηση με άλλα άτομα με την ίδια πάθηση).
- Προσαρμογή στη διαβίωση με χρόνια πάθηση (για παράδειγμα, προηγούμενες πληροφορίες και προσδοκίες, υποχώρηση συμπτωμάτων).

Χρόνια νεφρική νόσος: αξιολόγηση και διαχείριση: Προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Αριστείας στην Περίθαλψη (NICE) για την Κύπρο (Οκτώβριος 2024)

1.9 Αξιολόγηση και βελτιστοποίηση της ερυθροποίησης σε άτομα με αναιμία

Οφέλη από τη θεραπεία με ESA

- 1.9.1 Προσφέρετε θεραπεία με ESA σε ενήλικες, παιδιά και νέους/ες με αναιμία της ΧΝΝ, οι οποίοι δύναται να ωφεληθούν όσον αφορά στην ποιότητα ζωής και τη σωματική λειτουργία.

Μεταγγίσεις αίματος

- 1.9.2 Αποφύγετε τις μεταγγίσεις αίματος, εάν είναι δυνατόν, σε άτομα με αναιμία της ΧΝΝ, στα οποία η μεταμόσχευση νεφρού αποτελεί θεραπευτική επιλογή.
- 1.9.3 Εάν ενδείκνυται κλινικά μετάγγιση σε άτομο με αναιμία της ΧΝΝ, ακολουθήστε τις γενικές αρχές μετάγγισης αίματος.

Συγκρίσεις των θεραπειών με ESA

- 1.9.4 Συζητήστε την επιλογή της αγωγής με ESA με το άτομο με αναιμία της ΧΝΝ κατά την έναρξη της θεραπείας και κατά την συστηματική επαναξιολόγησή της, λαμβάνοντας υπόψη:
- το κατά πόσο το άτομο είναι σε αιμοκάθαρση ή όχι
 - την οδό χορήγησης
 - την τοπική διαθεσιμότητα των διαφόρων σκευασμάτων ESA
 - την έλλειψη επιστημονικών δεδομένων που να συγκρίνουν την αποτελεσματικότητα των διαφόρων σκευασμάτων ESA.

Συντονισμός θεραπευτικής φροντίδας

- 1.9.5 Φροντίστε ώστε τα άτομα με αναιμία της ΧΝΝ να επωφελούνται από τον αποτελεσματικό συντονισμό μεταξύ του/της ειδικού/ής ιατρού και του/της προσωπικού/ής ιατρού που έχουν την κύρια ευθύνη για τη διαχείριση της αναιμίας αυτών των ατόμων και διαθέτουν δεξιότητες στις παρακάτω δραστηριότητες:

- Παρακολούθηση και διαχείριση περιστατικών, σύμφωνα με τοπικά συμφωνηθέντα πρωτόκολλα.
- Παροχή πληροφοριών, εκπαίδευσης και υποστήριξης ώστε τα άτομα, οι οικογένειες και αυτοί που τα φροντίζουν να έχουν τον έλεγχο, για να συμμετέχουν ενεργά στη φροντίδα τους.
- Συντονισμό μεταξύ του/της ειδικού/ής ιατρού και του/της προσωπικού/ής ιατρού για διασφάλιση της λήψης απρόσκοπτων υπηρεσιών υψηλού επιπέδου.
- Συνταγογράφηση φαρμάκων που σχετίζονται με τη διαχείριση της αναιμίας και παρακολούθηση της αποτελεσματικότητάς τους.

Παροχή θεραπείας με ESA

1.9.6 Ο συνταγογραφών ιατρός να συμφωνήσει με το άτομο με αναιμία της ΧΝΝ πάνω σε ένα σχέδιο θεραπευτικής αντιμετώπισης, το οποίο θα διασφαλίζει την κλινική αποτελεσματικότητα, συνέπεια και ασφάλεια της θεραπείας με ESA. Αυτό το σχέδιο πρέπει να είναι προσωποκεντρικό και να περιλαμβάνει:

- συνεχή παροχή της φαρμακευτικής αγωγής
- ευελιξία στον τόπο διάθεσης και χορήγησης του φαρμάκου
- τον τρόπο ζωής και τις προτιμήσεις του ατόμου
- το κόστος προμήθειας φαρμάκου
- την επιθυμία για αυτο-φροντίδα, εάν μπορεί να εφαρμοστεί στην προκειμένη περίπτωση
- τακτική επανεξέταση του σχεδίου υπό το πρίσμα μεταβαλλόμενων αναγκών.

ESA: βέλτιστη οδός χορήγησης

1.9.7 Το άτομο με αναιμία της ΧΝΝ και ο/η συνταγογραφών/ούσα ιατρός να συμφωνήσουν ως προς την οδό χορήγησης των ESA και να αναθεωρήσουν εάν χρειαστεί. Λάβετε υπόψη τους παρακάτω παράγοντες:

- κατηγορία ασθενών (για παράδειγμα, άτομα που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση)
- πόνο κατά την ένεση
- συχνότητα χορήγησης
- τον τρόπο ζωής και τις προτιμήσεις του ατόμου
- αποτελεσματικότητα (για παράδειγμα, υποδόρια σε σύγκριση με ενδοφλέβια χορήγηση ή μακράς δράσης σε σύγκριση με παρασκευάσματα βραχείας δράσης)
- κόστος προμήθειας φαρμάκου.

1.9.8 Ο/Η ιατρός που συνταγογραφεί θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη ότι, αναφορικά με τη χρήση ESA βραχείας δράσης, η υποδόρια οδός χορήγησης επιτρέπει τη χρήση χαμηλότερων δόσεων του φαρμάκου συγκριτικά με την ενδοφλέβια οδό.

ESA: δόση και συχνότητα

1.9.9 Κατά τη διόρθωση της αναιμίας της ΧΝΝ, η δόση και η συχνότητα των ESA θα πρέπει να:

- καθορίζονται από τη διάρκεια δράσης και την οδό χορήγησης του ESA
- προσαρμόζονται για να διατηρηθεί ο ρυθμός αύξησης της Hb μεταξύ 1 και 2 g/dL/μήνα.

Βέλτιστα επίπεδα Hb

1.9.10 Κατά τον προσδιορισμό του επιθυμητού ατομικού εύρους Hb για άτομα με αναιμία της ΧΝΝ, λάβετε υπόψη:

- τις προτιμήσεις τους
- συμπτώματα και συννοσηρότητες
- την απαραίτητη θεραπεία.

1.9.11 Μη διορθώνετε συστηματικά την Hb σε φυσιολογικά επίπεδα με ESA σε ενήλικες, παιδιά και νέους/ες με αναιμία της ΧΝΝ.

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

- Γενικά διατηρήστε το επιθυμητό εύρος τιμής της Hb μεταξύ 10 και 12 g/dL για ενήλικες, νέους/ες και παιδιά ηλικίας 2 ετών και άνω και μεταξύ 9,5 και 11,5 g/dL για παιδιά κάτω των 2 ετών, που αντανakλά το χαμηλότερο φυσιολογικό εύρος σε αυτή την ηλικιακή ομάδα.
- Για να διατηρήσετε τα επίπεδα Hb εντός του επιθυμητού εύρους, μην περιμένετε έως ότου βρεθούν εκτός του επιθυμητού εύρους για να προσαρμόσετε τη θεραπεία (για παράδειγμα, αναλάβετε δράση όταν τα επίπεδα Hb είναι εντός 0,5 g/dL των ορίων του εύρους).

Ακολουθήστε τις συστάσεις και τις οδηγίες στο [Cyprus Register of Medicinal Products](#) και στο [European Union Register of Medical Products](#) για την ανασυνδυασμένη ανθρώπινη ερυθροποιητίνη. Ιδιαίτερα αποφύγετε τα επίπεδα Hb πάνω από 12,0 g/dL λόγω του αυξημένου κινδύνου θανάτου και σοβαρών ανεπιθύμητων καρδιαγγειακών συμβάντων σε άτομα με ΧΝΝ. Τα άτομα υπό ESA θα πρέπει να παρακολουθούνται στενά για να διασφαλιστεί ότι χρησιμοποιείται η χαμηλότερη εγκεκριμένη δόση ESA για τον επαρκή έλεγχο των συμπτωμάτων της αναιμίας.

Για μια σύντομη αιτιολόγηση των συστάσεων της επιτροπής, δείτε την ενότητα [«Αιτιολόγηση και επιπτώσεις» σχετικά με τα βέλτιστα επίπεδα Hb](#).

1.9.12 Εξετάστε το ενδεχόμενο αποδοχής επιπέδων Hb κάτω από το συμφωνημένο επιθυμητό εύρος τιμών εάν:

- απαιτούνται υψηλές δόσεις ESA για την επίτευξή του ή
- δεν επιτυγχάνεται το επιθυμητό εύρος παρά την κλιμάκωση των δόσεων ESA.

Χρόνια νεφρική νόσος: αξιολόγηση και διαχείριση: Προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Αριστείας στην Περίθαλψη (NICE) για την Κύπρο (Οκτώβριος 2024)

Υψηλές δόσεις θεωρούνται αυτές πάνω από 175 IU/kg την εβδομάδα για άτομα που υποβάλλονται σε αιμοδιάλυση, περισσότερο από 125 IU/kg την εβδομάδα για άτομα που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή διάλυση και άνω των 100 IU/kg την εβδομάδα για άτομα που δεν υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.

- 1.9.13 Μη χρησιμοποιείτε μόνο την ηλικία για να καθορίσετε τη θεραπεία της αναιμίας της ΧΝΝ.

Προσαρμογή της θεραπείας με ESA

- 1.9.14 Βελτιστοποίηση των επιπέδων σιδήρου πριν ή ταυτόχρονα με την έναρξη της θεραπείας με ESA και κατά τη διάρκεια της θεραπείας συντήρησης με ESA.
- 1.9.15 Δεν απαγορεύεται η χρήση αναστολέων MEA ή ανταγωνιστών των υποδοχέων αγγειοτενσίνης τύπου II, αλλά εάν χρησιμοποιούνται, θα πρέπει να εξετάζεται το ενδεχόμενο αύξησης της θεραπείας με ESA.
- 1.9.16 Λαμβάνετε υπόψη τις μετρήσεις Hb κατά τον προσδιορισμό της δόσης και της συχνότητας χορήγησης του ESA.
- Διερευνήστε την αιτία, σε περίπτωση απροσδόκητης αλλαγής στα επίπεδα της Hb (δηλαδή, συνοδό νόσο ή αιμορραγία) για να προβείτε στην κατάλληλη παρέμβαση και να βελτιστοποιήσετε τα επίπεδα του σιδήρου.
 - Αυξήστε ή μειώστε τη δόση ή/και τη συχνότητα της αγωγής με ESA, όταν οι μετρήσεις της Hb βρίσκονται εκτός των καθορισμένων ορίων για ανάληψη δράσης (συνήθως κάτω από 10,5 g/dL ή πάνω από 11,5 g/dL), ή για παράδειγμα, όταν ο ρυθμός μεταβολής της Hb υποδηλώνει παγιωμένη τάση (για παράδειγμα, μεγαλύτερη από 1,0 g/dL/μήνα).

Διόρθωση ανεπάρκειας σιδήρου

1.9.17 Προσφέρετε θεραπεία με σίδηρο σε ενήλικες, παιδιά και νέους/ες με αναιμία της ΧΝΝ που λαμβάνουν ESA για να επιτύχουν:

- ποσοστό υποχρωμικών ερυθρών αιμοσφαιρίων μικρότερο από 6% (εκτός εάν η φεριτίνη ορού είναι μεγαλύτερη από 800 mcg/L)
- μέτρηση αιμοσφαιρίνης δικτυοερυθροκυττάρων ή ισοδύναμες μετρήσεις άνω των 29 pg (εκτός εάν η φεριτίνη ορού είναι μεγαλύτερη από 800 mcg/L).

Εάν αυτές οι εξετάσεις δεν είναι διαθέσιμες ή το άτομο έχει θαλασσαιμία (μείζονα ή ελάσσονα), η θεραπεία με σίδηρο θα πρέπει να διατηρεί κορεσμό τρανσφερίνης μεγαλύτερο από 20% και επίπεδο φεριτίνης ορού μεγαλύτερο από 100 mcg/L (εκτός εάν η φεριτίνη ορού είναι υψηλότερη από 800 mcg/L).

Οι περισσότεροι ενήλικες θα χρειαστούν 500 έως 1000 mg σιδήρου (ισοδύναμες δόσεις για παιδιά) σε μία εφάπαξ ή διαιρεμένη δόση ανάλογα με το σκεύασμα που χρησιμοποιείται. Ο ενδοφλέβιος σίδηρος πρέπει να χορηγείται σε περιβάλλον με εγκαταστάσεις ανάνηψης.

Τον Ιούλιο του 2024, η χρήση σιδηρούχου καρβοξυμαλτόζης ενδείκνυται για ασθενείς ηλικίας 1 έτους και άνω. Η χρήση του συμπλέγματος σακχαρόζης-υδροξειδίου του σιδήρου ήταν «εκτός προβλεπόμενης χρήσης» για ορισμένες ηλικίες παιδιών και νέων.

1.9.18 Προσφέρετε ενδοφλέβιο σχήμα υψηλής δόσης σιδήρου σε ενήλικες, παιδιά και νέους/ες με ΧΝΝ σταδίου 5 σε αιμοκάθαρση σε κέντρο θεραπείας (εντός νοσοκομείου ή σε εξειδικευμένη εξωνοσοκομειακή μονάδα ημερήσιας νοσηλείας, εάν έχουν ανεπάρκεια σιδήρου (δείτε σύσταση 1.7.3).

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

Για παράδειγμα σχήματος ενδοφλέβιας χορήγησης υψηλής δόσης σιδήρου για ενήλικες ή χρήση βιοϊσοδύναμου δόσης σιδήρου, δείτε τον πίνακα 3.

Τον Ιούλιο του 2024, η χρήση σιδηρούχου καρβοξυμαλτόζης ενδείκνυται για ασθενείς ηλικίας 1 έτους και άνω. Η χρήση του συμπλέγματος σακχαρόζης-υδροξειδίου του σιδήρου ήταν «εκτός προβλεπόμενης χρήσης» για ορισμένες ηλικίες παιδιών και νέων.

Πίνακας 3: Παράδειγμα ενδοφλέβιας θεραπείας σιδήρου υψηλής δόσης για ενήλικες

Στάδιο αναπλήρωσης σιδήρου	Ενδοφλέβια σακχαρόζη σιδήρου (σχήμα υψηλής δόσης)
Πρώτος μήνας	600 mg κατανεμημένα ισομερώς σε 3 συνεδρίες αιμοκάθαρσης
Από τον δεύτερο μήνα και μετά, εάν τα επίπεδα φεριτίνης είναι 700 µg/litre ή λιγότερο	200 mg κατά τη διάρκεια καθεμιάς από τις 2 πρώτες συνεδρίες αιμοκάθαρσης
Από τον δεύτερο μήνα και μετά, εάν τα επίπεδα φεριτίνης υπερβαίνουν τα 700 µg/litre ή/και ο κορεσμός της τρανσφερίνης είναι 40% ή περισσότερο ή/και τα επίπεδα C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP) είναι πάνω από 50 mg/litre	Παρακράτηση δόσης σιδήρου

Το πιο πάνω σχήμα ενδοφλέβιας σακχαρόζης σιδήρου βασίζεται στο σχήμα υψηλής δόσης σιδήρου που χρησιμοποιήθηκε στην κλινική δοκιμή PIVOTAL ([Macdougall 2019](#)), η οποία περιελάμβανε άτομα με φεριτίνη ορού κάτω από 400 mg/litre, κορεσμό τρανσφερίνης κάτω από 30% και CRP κάτω από 50 mg/L και με ESA.

Για μια σύντομη αιτιολόγηση των συστάσεων της επιτροπής, δείτε την ενότητα [«Αιτιολόγηση και επιπτώσεις» σχετικά με τη διόρθωση ανεπάρκειας σιδήρου](#).

Διατήρηση των επιπέδων σιδήρου μετά τη διόρθωση της ανεπάρκειας

- 1.9.19 Όταν το ποσοστό των υποχρωμικών ερυθρών αιμοσφαιρίων είναι μικρότερο από 6%, η μέτρηση Hb δικτυοερυθροκυττάρων ή ισοδύναμες μετρήσεις είναι πάνω από 29 pg ή ο κορεσμός της

Χρόνια νεφρική νόσος: αξιολόγηση και διαχείριση: Προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Αριστείας στην Περίθαλψη (NICE) για την Κύπρο (Οκτώβριος 2024)

τρανσφερίνης είναι μεγαλύτερος από 20% και το επίπεδο φεριτίνης ορού είναι μεγαλύτερο από 100 mcg/L, προσφέρετε σίδηρο ως θεραπεία συντήρησης σε άτομα με αναιμία της ΧΝΝ που λαμβάνουν θεραπεία με ESA.

Το δοσολογικό σχήμα θα εξαρτηθεί από τη μορφή θεραπείας, τα άτομα που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση θα χρειαστούν δόση ισοδύναμη με 50 έως 60 mg ενδοφλέβιου σιδήρου την εβδομάδα (ή ισοδύναμη δόση σε παιδιά 1 mg/kg/εβδομάδα).

Τον Ιούλιο του 2024, η χρήση σιδηρούχου καρβοξυμαλτόζης ενδείκνυται για ασθενείς ηλικίας 1 έτους και άνω. Η χρήση του συμπλέγματος σακχαρόζης-υδροξειδίου του σιδήρου ήταν «εκτός προβλεπόμενης χρήσης» για ορισμένες ηλικίες παιδιών και νέων.

Παρακολούθηση των επιπέδων σιδήρου κατά τη διάρκεια της θεραπείας με ESA

1.9.20 Προσφέρετε θεραπεία σιδήρου σε ενήλικες, παιδιά και νέους/ες που λαμβάνουν θεραπεία συντήρησης ESA για να διατηρήσουν:

- το επίπεδο κορεσμού τρανσφερίνης πάνω από 20% και το επίπεδο φεριτίνης ορού πάνω από 100 mcg/L (εκτός εάν η φεριτίνη ορού είναι μεγαλύτερη από 800 mcg/L).

Οι δείκτες επιπέδων σιδήρου θα πρέπει να παρακολουθούνται κάθε 1 έως 3 μήνες σε άτομα που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.

Σε άτομα που είναι σε πρότελικό στάδιο ΧΝΝ ή υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση, τα επίπεδα πρέπει να παρακολουθούνται κάθε 3 μήνες. Εάν αυτά τα άτομα έχουν μια φυσιολογική γενική εξέταση αίματος, ο έλεγχος των επιπέδων σιδήρου προσφέρει λίγο όφελος.

Τον Ιούλιο του 2024, η χρήση σιδηρούχου καρβοξυμαλτόζης ενδείκνυται για ασθενείς ηλικίας 1 έτους και άνω. Η χρήση του

συμπλέγματος σακχαρόζης-υδροξειδίου του σιδήρου ήταν «εκτός προβλεπόμενης χρήσης» για ορισμένες ηλικίες παιδιών και νέων.

Θεραπεία σιδήρου για άτομα με ανεπάρκεια σιδήρου που δεν υποβάλλονται σε θεραπεία με ESA

1.9.21 Προσφέρετε θεραπεία σιδήρου σε ενήλικες, παιδιά και νέους/ες με αναιμία της ΧΝΝ που έχουν ανεπάρκεια σιδήρου και δεν λαμβάνουν θεραπεία με ESA, πριν συζητήσετε για θεραπεία με ESA. (Τον Ιούλιο του 2024, η χρήση σιδηρούχου καρβοξυμαλτόζης ενδείκνυται για ασθενείς ηλικίας 1 έτους και άνω. Η χρήση του συμπλέγματος σακχαρόζης-υδροξειδίου του σιδήρου ήταν «εκτός προβλεπόμενης χρήσης» για ορισμένες ηλικίες παιδιών και νέων).

- Συζητήστε τους κινδύνους και τα οφέλη των διαφορετικών θεραπευτικών επιλογών. Λάβετε υπόψη τις επιλογές του ατόμου.
- Για άτομα που δεν υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, εξετάστε το ενδεχόμενο δοκιμής θεραπείας σιδήρου από το στόμα πριν προσφέρετε ενδοφλέβιο θεραπευτικό σχήμα. Εάν έχουν δυσανεξία στον σίδηρο από το στόματος ή τα στοχευόμενα επίπεδα Hb δεν επιτευχθούν εντός 3 μηνών (δείτε σύσταση 1.9.11), προσφέρετε ενδοφλέβιο θεραπευτικό σχήμα σιδήρου.
- Για άτομα που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, προσφέρετε ενδοφλέβια θεραπεία με σίδηρο. Προσφέρετε από το στόματος θεραπεία με σίδηρο σε άτομα που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση μόνο εάν:
 - η ενδοφλέβια χορήγηση σιδήρου αντενδείκνυται ή
 - το άτομο επιλέγει να μην υποβληθεί σε ενδοφλέβια θεραπεία με σίδηρο αφού συζητήσει τη σχετική αποτελεσματικότητα και τις παρενέργειες της από το στόματος και της ενδοφλέβιας θεραπείας με σίδηρο.

- 1.9.22 Συζητήστε τα αποτελέσματα της θεραπείας με σίδηρο με το άτομο ή, εάν χρειάζεται, με την οικογένειά του ή τα άτομα που το φροντίζουν και προσφέρετε θεραπεία με ESA εάν χρειάζεται (δείτε σύσταση 1.9.1).

Θεραπεία με σίδηρο για άτομα με ανεπάρκεια σιδήρου που λαμβάνουν και θεραπεία με ESA

- 1.9.23 Προσφέρετε θεραπεία με σίδηρο σε ενήλικες, παιδιά και νέους/ες με αναιμία της ΧΝΝ που έχουν ανεπάρκεια σιδήρου και λαμβάνουν θεραπεία με ESA. (Τον Ιούλιο του 2024, η χρήση σιδηρούχου καρβοξυμαλτόζης ενδείκνυται για ασθενείς ηλικίας 1 έτους και άνω. Η χρήση του συμπλέγματος σακχαρόζης-υδροξειδίου του σιδήρου ήταν «εκτός προβλεπόμενης χρήσης» για ορισμένες ηλικίες παιδιών και νέων).

- Συζητήστε τους κινδύνους και τα οφέλη των διαφορετικών θεραπευτικών επιλογών. Λάβετε υπόψη τις επιλογές του ατόμου.
- Για ενήλικες και νέους/ες, προσφέρετε ενδοφλέβια θεραπεία με σίδηρο.
- Για παιδιά που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, προσφέρετε ενδοφλέβια θεραπεία με σίδηρο.
- Για παιδιά που δεν υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, εξετάστε το ενδεχόμενο χορήγησης σιδήρου από του στόματος. Εάν το παιδί έχει δυσανεξία στον σίδηρο από του στόματος ή τα επιθυμητά επίπεδα Hb δεν επιτευχθούν εντός 3 μηνών (δείτε σύσταση 1.9.11), προσφέρετε ενδοφλέβια θεραπεία με σίδηρο.

- 1.9.24 Προσφέρετε από του στόματος θεραπεία με σίδηρο σε ενήλικες και νέους/ες που λαμβάνουν θεραπεία με ESA μόνο εάν:

- η ενδοφλέβια θεραπεία με σίδηρο αντενδείκνυται ή

- το άτομο επιλέγει να μην υποβληθεί σε ενδοφλέβια θεραπεία με σίδηρο αφού συζητήσει τη σχετική αποτελεσματικότητα και τις παρενέργειες της από του στόματος και της ενδοφλέβιας θεραπείας με σίδηρο.

1.9.25 Όταν προσφέρετε ενδοφλέβια θεραπεία με σίδηρο σε άτομα που δεν υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, ως θεραπεία επιλογής για ενήλικες και νέους/ες εξετάστε το ενδεχόμενο για υψηλή δόση ενδοφλέβιου σιδήρου χαμηλής συχνότητας, όταν προσπαθείτε να επιτύχετε αναπλήρωση σιδήρου. Λάβετε υπόψη όλα τα παρακάτω:

- τις προτιμήσεις του ατόμου με αναιμία της ΧΝΝ ή κατά περίπτωση, της οικογένειάς του ή των ατόμων που το φροντίζουν
- διαδικαστικά (διοικητικά) έξοδα και έξοδα νοσηλείας
- κόστος προμήθειας φαρμάκων
- διαθεσιμότητα εγκαταστάσεων ανάνηψης.

Η υψηλή δόση και η χαμηλή συχνότητα σιδήρου είναι το πολύ 2 εγχύσεις, με ελάχιστο 500 mg σιδήρου σε κάθε χορήγηση για ενήλικες. Χαμηλή δόση και υψηλή συχνότητα είναι περισσότερες από 2 εγχύσεις με 100 mg έως 200 mg σιδήρου σε κάθε έγχυση για ενήλικες.

Τον Ιούλιο του 2024, η χρήση σιδηρούχου καρβοξυμαλτόζης ενδείκνυται για ασθενείς ηλικίας 1 έτους και άνω. Η χρήση του συμπλέγματος σακχαρόζης-υδροξειδίου του σιδήρου ήταν «εκτός προβλεπόμενης χρήσης» για ορισμένες ηλικίες παιδιών και νέων.

1.10 Παρακολούθηση της θεραπείας της αναιμίας

Παρακολούθηση των επιπέδων σιδήρου

- 1.10.1 Μην ελέγχετε τα επίπεδα σιδήρου νωρίτερα από 1 εβδομάδα μετά τη χορήγηση ενδοφλέβιου σιδήρου σε ενήλικες, παιδιά και νέους/ες με αναιμία της ΧΝΝ. Το χρονικό διάστημα για την παρακολούθηση των επιπέδων σιδήρου εξαρτάται από το προϊόν που χρησιμοποιείται και την ποσότητα σιδήρου που χορηγείται.
- 1.10.2 Πραγματοποιείτε τακτική παρακολούθηση των αποθεμάτων σιδήρου για να αποφύγετε την υπερφόρτωση σιδήρου χρησιμοποιώντας φεριπίνη ορού σε διαστήματα 1 έως 3 μηνών.

Παρακολούθηση επιπέδων Hb

- 1.10.3 Σε ενήλικες, παιδιά και νέους/ες με αναιμία της ΧΝΝ, παρακολουθήστε τα επίπεδα Hb:
- κάθε 2 έως 4 εβδομάδες στη φάση έναρξης (induction) της θεραπείας με ESA
 - κάθε 1 έως 3 μήνες στη φάση συντήρησης της θεραπείας με ESA
 - σε συχνότερα διαστήματα μετά από μια προσαρμογή της δόσης του ESA
 - σε κλινικό περιβάλλον που επιλέγεται μετά από συζήτηση με το άτομο, λαμβάνοντας υπόψη την ευκολία του και τα τοπικά συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Ανίχνευση αντίστασης στη θεραπεία με ESA

- 1.10.4 Αφού αποκλειστούν άλλες αιτίες αναιμίας, όπως συνοδές ασθένειες ή χρόνια απώλεια αίματος, θεωρήστε τα άτομα με αναιμία της ΧΝΝ ανθεκτικά στην θεραπεία με ESA όταν:
- δεν επιτυγχάνεται επιθυμητό εύρος Hb παρά τη θεραπεία 300 IU/kg/εβδομάδα ή περισσότερο με υποδόρια εποετίνη ή

450 IU/kg/εβδομάδα ή περισσότερο ενδοφλέβια εποεΐνη ή
1,5 mcg/kg/εβδομάδα δαρβεποεΐνη ή

- υπάρχει συνεχής ανάγκη χορήγησης υψηλών δόσεων ESA για διατήρηση του επιθυμητού εύρους Hb.

- 1.10.5 Σε άτομα με ΧΝΝ, η αμιγής απλασία της ερυθράς σειράς (PRCA) υποδεικνύεται από χαμηλό αριθμό δικτυοερυθροκυττάρων, σε συνδυασμό με αναιμία και παρουσία εξουδετερωτικών αντισωμάτων. Επιβεβαιώστε την PRCA με την παρουσία αντισωμάτων αντιερυθροποιητίνης μαζί με έλλειψη προερυθροειδών προγονικών κυττάρων στον μυελό των οστών.
- 1.10.6 Σε άτομα με αναιμία της ΧΝΝ, η τοξικότητα από αλουμίνιο θα πρέπει να θεωρείται πιθανή αιτία μειωμένης απόκρισης σε ESA μετά τον αποκλεισμό άλλων αιτιών, όπως συνοδά νοσήματα και χρόνια απώλεια αίματος.

Διαχείριση της αντίστασης στη θεραπεία με ESA

- 1.10.7 Εάν υπάρχει υποψία τοξικότητας από αλουμίνιο σε ενήλικα, παιδί ή νεαρό άτομο με αναιμία της ΧΝΝ που υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση, διενεργήστε δοκιμασία δεσφερριοξαμίνης και, ακολούθως, επανεξετάστε τη διαχείριση της κατάστασής τους.
- 1.10.8 Εξετάστε το ενδεχόμενο παραπομπής σε ειδικό/ή για άτομα με PRCA που προκαλείται από ESA.

Ο ρόλος της μετάγγισης αίματος στη διαχείριση της αντίστασης στη θεραπεία με ESA

- 1.10.9 Εξετάστε το ενδεχόμενο παραπομπής ενηλίκων, παιδιών και νέων με αντίσταση στη θεραπεία με ESA σε αιματολόγο, ιδιαίτερα εάν υπάρχει υποψία υποκείμενης αιματολογικής διαταραχής.
- 1.10.10 Αξιολογήστε και συζητήστε τους κινδύνους και τα οφέλη της μετάγγισης ερυθρών αιμοσφαιρίων με το άτομο ή κατά περίπτωση, με την οικογένειά του ή τα άτομα που το φροντίζουν.

Χρόνια νεφρική νόσος: αξιολόγηση και διαχείριση: Προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Αριστείας στην Περίθαλψη (NICE) για την Κύπρο (Οκτώβριος 2024)

1.10.11 Λάβετε υπόψη τα συμπτώματα του ατόμου, την ποιότητα ζωής, τις υποκείμενες συνθήκες και την πιθανότητα μελλοντικής επιτυχούς μεταμόσχευσης νεφρού, καθώς και τα επίπεδα Hb, όταν σκέφτεστε την ανάγκη μετάγγισης ερυθρών αιμοσφαιρίων.

1.10.12 Επανεξετάστε το ποσοστό μετάγγισης ερυθρών αιμοσφαιρίων και εξετάστε το ενδεχόμενο μιας δοκιμαστικής περιόδου διακοπής της θεραπείας με ESA σε άτομα που έχουν αντίσταση στη θεραπεία με ESA (συνήθως σε αιμοκάθαρση και σε υψηλή δόση ESA) και έχουν συχνές μεταγγίσεις όταν:

- όλες οι αναστρέψιμες αιτίες της αντίστασης σε θεραπεία με ESA έχουν ληφθεί υπόψη και αποκλειστεί **και**
- η κατάσταση του ατόμου είναι κατά τα άλλα σταθερή (χωρίς συνοδό νόσο όπως λοίμωξη) **και**
- το άτομο υποβάλλεται σε επαρκή αιμοκάθαρση.

Επανεξετάστε τη συχνότητα μετάγγισης ερυθρών αιμοσφαιρίων μεταξύ 1 και 3 μηνών μετά τη διακοπή της θεραπείας με ESA. Εάν έχει αυξηθεί η συχνότητα μετάγγισης, εξετάστε το ενδεχόμενο επανέναρξης της θεραπείας με ESA.

1.11 Υπερφωσφαταιμία σε άτομα με ΧΝΝ σταδίου 4 ή 5

Διατροφική διαχείριση για ενήλικες, παιδιά και νέους/ες

1.11.1 Η διατροφική αξιολόγηση πρέπει να διενεργείται από διαιτολόγο, υποστηριζόμενο από επαγγελματίες του τομέα της υγείας με τις απαραίτητες δεξιότητες και ικανότητες, και να παρέχονται εξατομικευμένες πληροφορίες και συμβουλές σχετικά με τη διατροφική διαχείριση φωσφορικών αλάτων.

1.11.2 Προσαρμόστε τις συμβουλές σας σχετικά με τη διατροφική διαχείριση των φωσφορικών αλάτων στις μαθησιακές ανάγκες και προτιμήσεις του ατόμου, αντί να χρησιμοποιείτε ένα γενικευμένο ή πολύπλοκο και σύνθετο πρόγραμμα διατροφικών συμβουλών.

Χρόνια νεφρική νόσος: αξιολόγηση και διαχείριση: Προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Αριστείας στην Περίθαλψη (NICE) για την Κύπρο (Οκτώβριος 2024)

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

- 1.11.3 Δώστε πληροφορίες σχετικά με τον έλεγχο της πρόσληψης τροφών πλούσιων σε φωσφορικά άλατα (ειδικότερα, τροφίμων με υψηλή περιεκτικότητα σε φωσφορικά άλατα ανά γραμμάριο πρωτεΐνης, καθώς και τροφίμων και ποτών με υψηλά επίπεδα φωσφορικών προσθέτων) για τον έλεγχο των επιπέδων φωσφόρου ορού, αποφεύγοντας παράλληλα τον υποσιτισμό και διατηρώντας την πρόσληψη πρωτεϊνών στο ελάχιστο συνιστώμενο επίπεδο ή πάνω από αυτό. Για άτομα που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, λάβετε υπόψη πιθανές απώλειες πρωτεΐνης κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης.
- 1.11.4 Εάν χρειάζονται διατροφικά συμπληρώματα για τη διατήρηση της ικανοποιητικής πρόσληψης πρωτεΐνης σε παιδιά και νέους/ες με υπερφωσφαταιμία, προσφέρετε αυτά με τη χαμηλότερη περιεκτικότητα σε φωσφορικά, λαμβάνοντας υπόψη τις προτιμήσεις του ατόμου και τις άλλες διατροφικές του απαιτήσεις.

Πριν από την έναρξη φωσφοροδεσμευτικής αγωγής για ενήλικες, παιδιά και νέους/ες

- 1.11.5 Πριν ξεκινήσετε φωσφοροδεσμευτική αγωγή για ενήλικες, παιδιά και νέους/ες με ΧΝΝ σταδίου 4 ή 5, βελτιστοποιήστε:
- τη διατροφή (δείτε συστάσεις 1.4.7 έως 1.4.9 για ενήλικες)
 - την αιμοκάθαρση, για άτομα που υποβάλλονται σε αυτή.
- 1.11.6 Όταν προσφέρετε φωσφοροδεσμευτική αγωγή, εξηγήστε στα άτομα αυτά και στα μέλη της οικογένειάς τους ή στα άτομα που τα φροντίζουν (ανάλογα με την περίπτωση):
- τον λόγο που προσφέρετε φωσφοροδεσμευτική αγωγή
 - τους κινδύνους εάν δεν εφαρμοστεί
 - τις παρενέργειες που συνδέονται με τη φωσφοροδεσμευτική αγωγή

- πότε και πώς πρέπει να λαμβάνεται (ανάλογα με τον τύπο της φωσφοροδεσμευτικής αγωγής), συμπεριλαμβανομένου του ακριβούς χρόνου (πριν, με ή μετά το φαγητό) και της ανάγκης να λαμβάνονται με τροφή που περιέχει φωσφόρο (συμπεριλαμβανομένων, για παράδειγμα, σνακ με υψηλή περιεκτικότητα σε πρωτεΐνη).

1.11.7 Λάβετε υπόψη τις προτιμήσεις του ατόμου σχετικά με τη φωσφοροδεσμευτική αγωγή.

1.11.8 Εάν το άτομο έχει προβλήματα με τη λήψη της πρώτης φωσφοροδεσμευτικής αγωγής που προσφέρεται, εξετάστε το ενδεχόμενο μετάβασης στο επόμενο συνιστώμενο σκεύασμα (δείτε συστάσεις 1.11.9 έως 1.11.15).

Φωσφοροδεσμευτική αγωγή για παιδιά και νέους/ες

1.11.9 Προσφέρετε σε παιδιά και νέους/ες με ΧΝΝ σταδίου 4 ή 5 και υπερφωσφαταιμία, φωσφοροδεσμευτική αγωγή με ανθρακική σεβελαμέρη, που δεν έχει βάση το ασβέστιο, για τον έλεγχο των επιπέδων φωσφόρου ορού. Εξετάστε τη χρήση δεσμευτών με βάση το ασβέστιο σε περιπτώσεις υπασβεσταιμίας.

Τον Ιούλιο του 2024, αυτή ήταν μια ενδεικνυόμενη χρήση ανθρακικής σεβελαμέρης και μια «εκτός προβλεπόμενης χρήσης» ένδειξη για ορισμένα φωσφοροδεσμευτικά με βάση το ασβέστιο σε άτομα που δεν υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.

1.11.10 Σε ασθενείς που χρησιμοποιούν τη φωσφοροδεσμευτική αγωγή με βάση το ασβέστιο, εάν το ασβέστιο ορού αυξηθεί προς ή περισσότερο από το προσαρμοσμένο για την ηλικία ανώτερο φυσιολογικό όριο:

- διερευνήστε πιθανές αιτίες διαφορετικές από την φωσφοροδεσμευτική αγωγή

- εξετάστε το ενδεχόμενο μείωσης της δόσης της φωσφοροδεσμευτικής αγωγής με βάση το ασβέστιο και προσθήκης ανθρακικής σεβελαμέρης ή μετάβασης μόνο σε ανθρακική σεβελαμέρη.

Τον Ιούλιο του 2024, αυτή ήταν μία «εκτός προβλεπόμενης χρήσης» ένδειξη για ορισμένα φωσφοροδεσμευτικά με βάση το ασβέστιο σε άτομα που δεν υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.

- 1.11.11 Για όλα τα παιδιά και τους/τις νέους/ες που λαμβάνουν περισσότερα από 1 φωσφοροδεσμευτικά, τιτλοποιήστε τη δοσολογία για να επιτύχετε τον καλύτερο δυνατό έλεγχο του φωσφόρου ορού, διατηρώντας παράλληλα τα επίπεδα ασβεστίου κάτω από το ανώτερο φυσιολογικό όριο.

Φωσφοροδεσμευτική αγωγή για ενήλικες

Πρωταρχική φωσφοροδεσμευτική αγωγή για ενήλικες

- 1.11.12 Προσφέρετε σεβελαμέρη σε ενήλικες με ΧΝΝ σταδίου 4 ή 5 και υπερφωσφαταιμία, για έλεγχο των επιπέδων φωσφόρου ορού.

Τον Ιούλιο του 2024, αυτή ήταν μια ενδεικνυόμενη χρήση ανθρακικής σεβελαμέρης σε άτομα που δεν υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.

- 1.11.13 Εξετάστε το ενδεχόμενο για χρήση φωσφοροδεσμευτικής αγωγής με βάση το ασβέστιο σε περίπτωση υπασβεστιαϊμίας. Εάν ο/η ασθενής λαμβάνει ήδη δεσμευτικό με βάση το ασβέστιο, σε περίπτωση υπερασβεστιαϊμίας ή χαμηλών επιπέδων παραθορμόνης στον ορό, αλλάξτε σε σεβελαμέρη.

Τον Ιούλιο του 2024, αυτή ήταν μια ενδεικνυόμενη χρήση ανθρακικής σεβελαμέρης.

1.11.14 Εάν δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί ανθρακική σεβελαμέρη, εξετάστε το ενδεχόμενο για:

- ανθρακικό λανθάνιο ή σουκροφερικό οξυ-υδροξείδιο για ενήλικες που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, εάν δεν απαιτείται φωσφοροδεσμευτική αγωγή με βάση το ασβέστιο ή
- οξικό ασβέστιο ή ανθρακικό ασβέστιο, εάν απαιτείται φωσφοροδεσμευτική αγωγή με βάση το ασβέστιο.

Τον Ιούλιο του 2024, αυτή ήταν μια «εκτός προβλεπόμενης χρήσης» ένδειξη για ορισμένα φωσφοροδεσμευτικά με βάση το ασβέστιο στα άτομα που δεν υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.

Συνδυασμοί φωσφοροδεσμευτικής αγωγής για ενήλικες

1.11.15 Εάν ενήλικες με ΧΝΝ σταδίου 4 ή 5 παραμένουν υπερφωσφαταιμικοί μετά τη λήψη της μέγιστης δόσης που συνιστάται στην περίληψη χαρακτηριστικών του προϊόντος (ή της μέγιστης δόσης που μπορούν να ανεχθούν εάν αυτή είναι χαμηλότερη), μιας φωσφοροδεσμευτικής αγωγής χωρίς βάση το ασβέστιο:

- Ελέγξτε ότι την εφαρμόζουν όπως έχει συνταγογραφηθεί
- Εξετάστε το ενδεχόμενο συνδυασμού της φωσφοροδεσμευτικής αγωγής χωρίς βάση το ασβέστιο με φωσφοροδεσμευτική αγωγή με βάση το ασβέστιο.

1.11.16 Για όλους/ες τους/τις ενήλικες που λαμβάνουν περισσότερα από 1 φωσφοροδεσμευτικά, τιτλοποιήστε τη δοσολογία για να επιτύχετε τον καλύτερο δυνατό έλεγχο του φωσφόρου ορού, διατηρώντας παράλληλα τα επίπεδα ασβεστίου κάτω από το ανώτερο φυσιολογικό όριο.

Ανασκόπηση θεραπειών σε ενήλικες, παιδιά και νέους/ες

1.11.17 Σε κάθε κλινική ανασκόπηση ρουτίνας, αξιολογήστε τον έλεγχο του φωσφόρου στον ορό του ατόμου λαμβάνοντας υπόψη:

- τη διατροφή
- εάν λαμβάνουν τη φωσφοροδεσμευτική αγωγή σύμφωνα με τις οδηγίες
- άλλους σχετικούς παράγοντες, όπως τα επίπεδα βιταμίνης D, τα επίπεδα παραθορμόνης στον ορό, την αλκαλική φωσφατάση, το ασβέστιο ορού, τα φάρμακα που μπορεί να επηρεάσουν τα φωσφορικά άλατα ορού ή την αιμοκάθαρση.

Για μια σύντομη αιτιολόγηση των συστάσεων της επιτροπής, δείτε την ενότητα [«Αιτιολόγηση και επιπτώσεις» σχετικά με την υπερφωσφαταιμία σε άτομα με ΧΝΝ σταδίου 4 ή 5.](#)

1.12 Άλλες επιπλοκές σε ενήλικες

Μεταβολισμός των οστών και οστεοπόρωση

- 1.12.1 Μη μετράτε συστηματικά τα επίπεδα ασβεστίου, φωσφόρου, παραθορμόνης και βιταμίνης D σε ενήλικες με GFR 30 ml/min/1,73 m² ή περισσότερο (GFR κατηγορίας G1, G2 ή G3).
- 1.12.2 Μετρήστε τις συγκεντρώσεις ασβεστίου, φωσφόρου και παραθορμόνης στον ορό σε ενήλικες με GFR μικρότερο από 30 ml/min/1,73 m² (GFR κατηγορίας G4 ή G5). Προσδιορίστε την επακόλουθη συχνότητα των εξετάσεων με βάση τις μετρούμενες τιμές και τις κλινικές συνθήκες. Εάν υπάρχει αμφιβολία, ζητήστε τη γνώμη ειδικού.
- 1.12.3 Προσφέρετε διφωσφονική αγωγή εάν ενδείκνυται για την πρόληψη και θεραπεία της οστεοπόρωσης σε ενήλικες με GFR

30 ml/min/1,73 m² ή περισσότερο (GFR κατηγορίας G1, G2 ή G3).

Συμπληρώματα βιταμίνης D στη διαχείριση των μεταλλικών και οστικών διαταραχών που σχετίζονται με τη ΧΝΝ

Λεπτομερείς συμβουλές σχετικά με τη διαχείριση των μεταλλικών και οστικών διαταραχών που σχετίζονται με τη ΧΝΝ, υπερβαίνουν το πλαίσιο αυτής της κατευθυντήριας οδηγίας. Εάν δεν είστε βέβαιοι/ες, ζητήστε συμβουλές από ειδικό/ή νεφρολόγο.

- 1.12.4 Μην προσφέρετε τακτικά συμπληρώματα βιταμίνης D για τη διαχείριση ή την πρόληψη διαταραχών του μεταβολισμού των μετάλλων και οστών που σχετίζονται με τη ΧΝΝ.
- 1.12.5 Προσφέρετε χοληκαλσιφερόλη για τη θεραπεία της ανεπάρκειας βιταμίνης D σε άτομα με ΧΝΝ και ανεπάρκεια της βιταμίνης D.

[Εδώ υπάρχουν διαθέσιμες πληροφορίες](#) σχετικά με το πλαίσιο αποζημίωσης του ΟΑΥ για τη χοληκαλσιφερόλη για θεραπεία της ανεπάρκειας της βιταμίνης D σε άτομα με χρόνια νεφρική νόσο.

- 1.12.6 Εάν η ανεπάρκεια βιταμίνης D έχει διορθωθεί και τα συμπτώματα διαταραχών του μεταβολισμού των μετάλλων και οστών που σχετίζονται με ΧΝΝ επιμένουν, προσφέρετε αλφακαλσιδόλη (1α-υδροξυχοληκαλσιφερόλη) ή καλσιτριόλη (1,25 διυδροξυχοληκαλσιφερόλη) σε άτομα με GFR μικρότερο από 30 ml/min/1,73 m² (GFR κατηγορία G4 ή G5).
- 1.12.7 Παρακολουθήστε τις συγκεντρώσεις ασβεστίου και φωσφόρου στον ορό σε άτομα που λαμβάνουν συμπληρώματα αλφακαλσιδόλης ή καλσιτριόλης.

Από του στόματος διττανθρακικά συμπληρώματα στη διαχείριση της μεταβολικής οξέωσης

Λεπτομερείς συμβουλές σχετικά με τη διαχείριση της μεταβολικής οξέωσης υπερβαίνουν το πλαίσιο αυτής της κατευθυντήριας οδηγίας. Εάν δεν είστε βέβαιοι, ζητήστε συμβουλές από ειδικό/ή νεφρολόγο.

1.12.8 Εξετάστε το ενδεχόμενο από του στόματος χορήγησης συμπληρώματος διττανθρακικού νατρίου για ενήλικες και με τα δύο χαρακτηριστικά:

- GFR μικρότερο από 30 ml/min/1,73 m² (κατηγορία GFR G4 ή G5) **και**
- συγκέντρωση διττανθρακικών ορού μικρότερη από 20 mmol/litre.

Όροι που χρησιμοποιούνται στην παρούσα κατευθυντήρια οδηγία

Στην ενότητα αυτή επεξηγούνται οι ορισμοί που χρησιμοποιήθηκαν με συγκεκριμένο τρόπο στην παρούσα κατευθυντήρια οδηγία.

Χρόνια νεφρική νόσος (XNN)

Ανωμαλίες της νεφρικής λειτουργίας ή δομής που υπάρχουν για πάνω από 3 μήνες, με επιπτώσεις στην υγεία. Αυτό περιλαμβάνει όλα τα άτομα με [δείκτες νεφρικής βλάβης](#) και εκείνα με ρυθμό σπειραματικής διήθησης (GFR) μικρότερο από 60 ml/min/1,73 m² σε τουλάχιστον 2 περιπτώσεις που χωρίζονται από περίοδο τουλάχιστον 90 ημερών (με ή χωρίς δείκτες νεφρικής βλάβης).

Κατηγοριοποίηση της XNN

Η XNN κατηγοριοποιείται σύμφωνα με τον εκτιμώμενο GFR (eGFR) και το λόγο λευκωματίνης/κρεατινίνη (ACR) (δείτε πίνακα 1), χρησιμοποιώντας το «G» για να δηλώσει την κατηγορία GFR (G1 έως G5, τα οποία έχουν τα ίδια όρια GFR με τα στάδια 1 έως 5 της XNN που υποδεικνύονταν προηγουμένως) και το «A» για την κατηγορία ACR (A1 έως A3), για παράδειγμα:

- Κάποιος/α με eGFR 25 ml/min/1,73 m² και ACR 133 mg/gr έχει XNN G4A2.
- Κάποιος/α με eGFR 50 ml/min/1,73 m² και ACR 310 mg/gr έχει XNN G3aA3.
- eGFR μικρότερος από 15 ml/min/1,73 m² (GFR κατηγορία G5) αναφέρεται ως νεφρική ανεπάρκεια.

Ρυθμός σπειραματικής διήθησης (GFR)

Η συντομογραφία για αυτόν παρουσιάζεται με τον παρακάτω τρόπο στην παρούσα κατευθυντήρια οδηγία:

- GFR: είτε μετρούμενος είτε εκτιμώμενος GFR
- eGFR: εκτιμώμενος GFR (χωρίς να αναφέρεται η μέθοδος υπολογισμού)
- eGFR κρεατινίνης: υπολογισμός του GFR με χρήση κρεατινίνης στον ορό

Εξίσωση κινδύνου νεφρικής ανεπάρκειας 4 παραμέτρων

Ο κίνδυνος ενός ατόμου να χρειαστεί θεραπεία νεφρικής υποκατάστασης (που ορίζεται ως η ανάγκη αιμοκάθαρσης ή μεταμόσχευσης) τα επόμενα 5 χρόνια, εκτιμάται όπως περιγράφεται από τον [Tangri N 2011](#), ως:

$$p = 1 - S_{ave}(t = 1,826)^a$$

$$a = -0.55418 \times \left[\left(\frac{eGFR}{5} \right) - 7.22 \right] + 0.26940 \times (male - 0.56) + 0.45608 \times [in(ACR) - 5.2774] - 0.21670 \times \left[\left(\frac{age}{10} \right) - 7.04 \right]$$

Στην παραπάνω εξίσωση, ο eGFR αναφέρεται σε ml/min/1,73 m² και η ACR σε mg/gr. Αυτή η εξίσωση και οι συντελεστές της επικυρώνονται σε έναν αριθμό πληθυσμών αλλά όχι μεταξύ του πληθυσμού της Κύπρου. Ελλείψει ειδικής Εξίσωσης Κινδύνου Νεφρικής Ανεπάρκειας για την Κύπρο, είναι σημαντικό να χρησιμοποιείται αυτή η έκδοση.

Δείκτες νεφρικής βλάβης

Αυτές περιλαμβάνουν λευκωματουρία (ACR πάνω από 30 mg/g), ανωμαλίες ιζήματος ούρων, ηλεκτρολυτών και άλλων ανωμαλιών λόγω σωληναριακών διαταραχών, ανωμαλίες που ανιχνεύονται ιστολογικά, δομικές ανωμαλίες που ανιχνεύονται με απεικόνιση και ιστορικό μεταμόσχευσης νεφρού.

Προ-τελικού σταδίου ΧΝΝ

Συνήθως θεωρείται ότι είναι τα στάδια 4 και 5 της ΧΝΝ, αν και δεν υπάρχει καθολικά αποδεκτός ορισμός. Η προ-τελικού σταδίου ΧΝΝ περιλαμβάνει άτομα με αποτυχημένη μεταμόσχευση και άτομα με συντηρητική διαχείριση.

Θεραπείες υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας (RRT)

Θεραπείες υποστήριξης της ζωής για σοβαρή οξεία νεφρική βλάβη ή χρόνια νεφρική νόσο σταδίου 5. Αυτό περιλαμβάνει αιμοκάθαρση, αιμοδιήθηση, αιμοδιαδίθηση, περιτοναϊκή κάθαρση και μεταμόσχευση νεφρού.

Ανταγωνιστής του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης-αλδοστερόνης

Φαρμακευτική ουσία που αναστέλλει ή μειώνει τη δραστικότητα του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης-αλδοστερόνης, συμπεριλαμβανομένων των αναστολέων του

Χρόνια νεφρική νόσος: αξιολόγηση και διαχείριση: Προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Αριστείας στην Περίθαλψη (NICE) για την Κύπρο (Οκτώβριος 2024)

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης (ΜΕΑ), των αποκλειστών των υποδοχέων αγγειοτενσίνης (ΑRΒ), των άμεσων αναστολέων ρενίνης και των ανταγωνιστών αλδοστερόνης.

Ανταγωνιστής του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης

Φαρμακευτική ουσία που αναστέλλει ή μειώνει τη δραστικότητα του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης, συμπεριλαμβανομένων των αναστολέων ΜΕΑ, των ΑRΒ και των άμεσων αναστολέων ρενίνης. Αυτή η ομάδα φαρμάκων δεν περιλαμβάνει ανταγωνιστές αλδοστερόνης.

ΣΚΕΠΤΙΚΟ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗ ΣΥΝΗΘΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ

Τα πιο κάτω τμήματα εξηγούν, εν συντομία, γιατί η επιτροπή έχει κάνει τις συστάσεις και πώς αυτές μπορεί να επηρεάσουν τη συνήθη πρακτική εφαρμογή. Ως «επιτροπή» ορίζεται η επιτροπή ειδικών του NICE που ανέπτυξε και επικαιροποίησε την αρχική κατευθυντήρια οδηγία NG203 «Χρόνια νεφρική νόσος: αξιολόγηση και διαχείριση» και ως «Τεχνική Επιτροπή Ειδικών» ορίζεται η επιτροπή ειδικών από την Κύπρο που έχει κάνει την προσαρμογή της κατευθυντήριας οδηγίας στην Κυπριακή πραγματικότητα.

Εκτίμηση του GFR με βάση την κρεατινίνη

[Συστάσεις σχετικά με την εκτίμηση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης με βάση την κρεατινίνη](#)

Γιατί η επιτροπή δεν έκανε συστάσεις

Τα επιστημονικά δεδομένα σχετικά με τις συγκεκριμένες εξισώσεις eGFR ή την προσαρμογή για τις διαφορετικές εθνότητες που αξιολόγησε η επιτροπή ενδέχεται να μην ισχύουν σε έγχρωμα άτομα και άτομα ασιατικών και άλλων μειονοτικών εθνοτήτων της Κύπρου. Καμία από τις μελέτες που εξετάστηκαν δεν περιλάμβανε παιδιά και νέους. Η επιτροπή επίσης εξέφρασε ανησυχία για τη χρήση της τιμής του P30 ως μέτρου ακρίβειας του υπολογισμού (P30 είναι η πιθανότητα η μετρούμενη τιμή να βρίσκεται εντός του 30% της πραγματικής τιμής), το ευρύ φάσμα τιμών P30 που βρέθηκαν σε όλες τις εξισώσεις και τη σχετική ακρίβεια της προσαρμογής για διάφορες

Χρόνια νεφρική νόσος: αξιολόγηση και διαχείριση: Προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Αριστείας στην Περίθαλψη (NICE) για την Κύπρο (Οκτώβριος 2024)

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

εθνότητες στις εξισώσεις eGFR σε διαφορετικές εθνοτικές ομάδες. Η επιτροπή συμφώνησε ότι η προσθήκη προσαρμογής για διάφορες εθνότητες στις εξισώσεις eGFR για διαφορετικές εθνότητες μπορεί να μην είναι έγκυρη ή ακριβής. Οι κατηγοριοποιήσεις με βάση την εθνότητα συγκεντρώνουν άτομα με ευρύ φάσμα οικογενειακού υπόβαθρου, και διαφορές στον eGFR μεταξύ των εθνοτήτων είναι πιθανό να προκύψουν τουλάχιστον εν μέρει λόγω των διαφορών στη μέση μυϊκή μάζα μεταξύ εθνοτικών ομάδων. Ωστόσο, η μυϊκή μάζα διαφέρει επίσης από άτομο σε άτομο εντός της ίδιας εθνότητας και έτσι η προσαρμογή με βάση την εθνότητα μπορεί να είναι ανακριβής για μερικά άτομα. Ως εκ τούτου, η επιτροπή συμφώνησε να αφαιρέσει τη σύσταση του 2014 σχετικά με τον τρόπο προσαρμογής της εξίσωσης κρεατινίνης της ομάδας συνεργασίας για τη ΧΝΝ και την επιδημιολογία της (CKD-EPI) για ενήλικες με Αφρικανική ή Αφρο-Καραϊβική καταγωγή. Η επιτροπή υπογράμμισε τη σύσταση του 2008, η οποία αναφέρει ότι πρέπει να δίνεται προσοχή κατά την ερμηνεία του eGFR και σε ενήλικες με ακραίες μυϊκές μάζες και σε όσους/ες καταναλώνουν συμπληρώματα πρωτεΐνης (αυτό προστέθηκε στη σύσταση 1.1.1).

Η επιτροπή συμφώνησε ότι, λόγω έλλειψης επαρκών επιστημονικών δεδομένων για την ακρίβειά τους, οι συστάσεις του 2014 που αναφέρουν ότι οι εξισώσεις κυστατίνης C θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τη διάγνωση της ΧΝΝ σε ορισμένες περιπτώσεις, θα πρέπει να αφαιρεθούν. Συγκεκριμένα, σημείωσε ότι αν και η χρήση εξισώσεων κυστατίνης C μπορεί να μειώσει τα ψευδώς θετικά αποτελέσματα, είναι πιθανό να αυξήσει επίσης τα ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα. Με τον τρόπο αυτό, θα αποφευχθεί η διενέργεια δυνητικά παραπλανητικών δοκιμών και το κόστος που συνδέεται με αυτές.

Πώς οι συστάσεις ενδέχεται να επηρεάσουν τη συνήθη πρακτική

Η ΤΕΕ πιστεύει ότι η συνήθης χρήση ενός τυποποιημένου eGFR με βάση την κρεατινίνη θα έχει μεγαλύτερο αντίκτυπο στην πρακτική εφαρμογή από την προσαρμογή για την εθνότητα ή τη χρήση εξισώσεων με βάση την κυστατίνη C που δεν είναι άμεσα διαθέσιμα στην Κύπρο.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

Εξετάσεις για πρωτεΐνουρία

[Συστάσεις 1.1.10 έως 1.1.14](#)

Γιατί η επιτροπή έκανε τις συστάσεις

Για τα παιδιά και τους νέους με ΧΝΝ, δεν υπήρχαν στοιχεία για την ακρίβεια της μέτρησης του λόγου λευκωματίνης/κρεατινίνη (ACR) σε σύγκριση με το λόγο πρωτεΐνης/κρεατινίνη (PCR) για τον ποσοτικό προσδιορισμό της πρωτεΐνουρίας. Η επιτροπή συζήτησε τις συστάσεις για ενήλικες και συμφώνησε ότι, συνολικά, αυτές εναρμονίζονται ικανοποιητικά με την τρέχουσα πρακτική εφαρμογή και μπορούν να προταθούν τόσο για παιδιά όσο και για νέους.

Η επιτροπή συζήτησε το όριο eGFR που συνιστάται για την ποσοτικοποίηση της λευκωματίνης ούρων ή της απώλειας πρωτεϊνών στα ούρα σε ενήλικες χωρίς διαβήτη. Συμφώνησαν ότι αυτό το όριο δεν είναι κατάλληλο για παιδιά και νέους, διότι οποιαδήποτε μείωση του GFR σε αυτό τον πληθυσμό θα αποτελούσε έναυσμα για μέτρηση της πρωτεΐνουρίας. Ως εκ τούτου, για τα παιδιά και τους νέους ορίζουν το κατώτατο όριο για την κρεατινίνη ως πάνω από το ανώτατο όριο του κατάλληλου για την ηλικία εύρους αναφοράς. Ως μέρος της διαδικασίας προσαρμογής, η TEE μετέτρεψε τις μονάδες της ACR από mg/mmol σε mg/gr για πρακτικούς λόγους, καθώς αυτές είναι οι μονάδες που χρησιμοποιούνται σήμερα από κλινικούς ιατρούς και κλινικά εργαστήρια στην Κύπρο. Τα διάφορα κατώτατα όρια της ACR στρογγυλοποιήθηκαν στα πλησιέστερα αντίστοιχα όρια που αναφέρονται στις κατευθυντήριες γραμμές του οργανισμού KDIGO που χρησιμοποιούν επίσης τις μονάδες mg/gr.

Πώς οι συστάσεις ενδέχεται να επηρεάσουν τη συνήθη πρακτική εφαρμογή

Οι συστάσεις συνάδουν με την τρέχουσα πρακτική εφαρμογή και αναμένεται ότι θα τη βελτιώσουν περαιτέρω. Δεν αναμένεται να απαιτηθούν επιπλέον πόροι.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

Ταινίες αντιδραστηρίων για πρωτεΐνουρία και αιματουρία

[Συστάσεις 1.1.15 έως 1.1.16](#)

Χρόνια νεφρική νόσος: αξιολόγηση και διαχείριση: Προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Αριστείας στην Περίθαλψη (NICE) για την Κύπρο (Οκτώβριος 2024)

Γιατί η επιτροπή έκανε τις συστάσεις

Τα δεδομένα έδειξαν ότι οι ταινίες αντιδραστηρίων ήταν λιγότερο χρήσιμες για να αποκλείσουν από ότι για να επιβεβαιώσουν την πρωτεϊνουρία. Η επιτροπή τόνισε ότι ο αποκλεισμός της πρωτεϊνουρίας με βεβαιότητα ήταν ο κύριος στόχος κατά τη χρήση ταινιών αντιδραστηρίων. Ως εκ τούτου, συμφώνησαν ότι δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ταινίες αντιδραστηρίων για τον εντοπισμό πρωτεϊνουρίας σε παιδιά και νέους/ες. Δεν εξετάστηκαν τα επιστημονικά δεδομένα αναφορικά με τη χρήση τους σε ενήλικες και έτσι η επιτροπή συμφώνησε να διατηρήσει τη σύσταση του 2014 να μη χρησιμοποιούνται ταινίες αντιδραστηρίων για τον εντοπισμό πρωτεϊνουρίας σε ενήλικες, εκτός εάν οι ταινίες είναι ικανές να μετρήσουν ειδικά τη λευκωματίνη σε χαμηλές συγκεντρώσεις και να εκφράσουν το αποτέλεσμα ως ACR. Η επιτροπή τόνισε επίσης ότι αυτές οι εξετάσεις χρησιμοποιούνται συχνά στην κλινική πρακτική και συμφώνησε να κάνει μια επιπλέον σύσταση για περαιτέρω έρευνες σε ενήλικες, παιδιά και νέους/ες με τυχαίο εύρημα ανεξήγητης πρωτεϊνουρίας σε ταινίες αντιδραστηρίων. Απαιτούνται επιπλέον εξετάσεις για την επιβεβαίωση της ΧΝΝ με τον εντοπισμό άλλων [δεικτών νεφρικής βλάβης](#) (όπως ACR ή ρυθμός σπειραματικής διήθησης).

Υπήρχαν περιορισμένα δεδομένα σχετικά με την ακρίβεια των ταινιών αντιδραστηρίων για την λευκωματουρία, οπότε η επιτροπή δεν θεώρησε ότι ήταν ικανή να κάνει οποιοσδήποτε συστάσεις. Υπήρξαν μόνο 2 μελέτες και μόνο 1 έδειξε ότι οι ταινίες αντιδραστηρίων θα μπορούσαν να είναι χρήσιμες.

Δεν υπήρξαν δεδομένα σχετικά με την ακρίβεια των ταινιών αντιδραστηρίων για αιματουρία σε παιδιά και νέους/ες. Η κατευθυντήρια γραμμή του 2014 (η οποία δεν κάλυπτε τα παιδιά και τους/τις νέους/ες) συνέστησε ταινίες αντιδραστηρίων για την ανίχνευση αιματουρίας σε ενήλικες. Η επιτροπή συμφώνησε να επεκτείνει αυτή τη σύσταση σε παιδιά και νέους/ες, επειδή τα στοιχεία για ενήλικες είναι πιθανό να ισχύουν και για αυτό τον πληθυσμό.

Πώς οι συστάσεις ενδέχεται να επηρεάσουν τη συνήθη πρακτική

Οι συστάσεις συνάδουν με την τρέχουσα πρακτική εφαρμογή, επομένως δεν αναμένεται να χρειαστούν πρόσθετοι πόροι για την εφαρμογή αυτών των συστάσεων στην Κύπρο. Η επιτροπή σημείωσε ότι εάν όλες οι εξετάσεις με ταινίες αντιδραστηρίων

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

πρέπει να επιβεβαιωθούν ούτως ή άλλως με εργαστηριακές αναλύσεις, θα συνεπάγεται επιπλέον κόστος που θα συνδέεται με τη χρήση των ταινιών αντιδραστηρίων ως πρώτο βήμα, το οποίο δεν θα δικαιολογείται από τα οφέλη.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

Ποιος πρέπει να εξεταστεί για ΧΝΝ

[Συστάσεις 1.1.20 έως 1.1.26](#)

Γιατί η επιτροπή έκανε τις συστάσεις

Για τα παιδιά και τους/τις νέους/ες, τα δεδομένα έδειξαν ότι η οξεία νεφρική βλάβη και ο μονήρης λειτουργικός νεφρός ήταν κλινικά σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη ΧΝΝ. Η επιτροπή τόνισε ότι ο μονήρης λειτουργικός νεφρός δεν έχει σχέση με δωρεά νεφρού, αλλά με νεφρεκτομή δευτερογενή ως προς συγγενείς ανωμαλίες του νεφρού και του ουροποιητικού συστήματος ή με έλλειψη νεφρού κατά τη γέννηση ή ένα μη λειτουργικό νεφρό.

Η επιτροπή τόνισε ότι υπήρχαν και άλλοι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη ΧΝΝ σε παιδιά και νέους/ες, αλλά ότι δεν βρέθηκαν στοιχεία για αυτούς. Με βάση τις κλινικές γνώσεις και την εμπειρία τους, τα μέλη της επιτροπής πρόσθεσαν την «αρθρίτιδα» ως παράγοντα κινδύνου για τους/τις ενήλικες και το «χαμηλό βάρος γέννησης» ως παράγοντα κινδύνου για τα παιδιά και τους/τις νέους/ες.

Η επιτροπή συμφώνησε ότι η συχνότητα παρακολούθησης (για την ανάπτυξη της ΧΝΝ ή εξέλιξη της νόσου) θα πρέπει να εξατομικεύεται για ενήλικες, παιδιά και νέους/ες. Αυτό γίνεται για την αντιμετώπιση των διαφορετικών χαρακτηριστικών και κινδύνων που θα έχει το κάθε άτομο.

Πώς οι συστάσεις ενδέχεται να επηρεάσουν τη συνήθη πρακτική εφαρμογή

Οι συστάσεις συνάδουν με την τρέχουσα πρακτική, επομένως δεν αναμένεται να χρειαστούν πρόσθετοι πόροι για την εφαρμογή αυτών των συστάσεων στην Κύπρο.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

Χρόνια νεφρική νόσος: αξιολόγηση και διαχείριση: Προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Αριστείας στην Περίθαλψη (NICE) για την Κύπρο (Οκτώβριος 2024)

Συχνότητα παρακολούθησης

[Συστάσεις 1.3.1 έως 1.3.4](#)

Γιατί η επιτροπή έκανε τις συστάσεις

Τα περισσότερα δεδομένα έδειξαν ότι με τη μείωση του eGFR, ο κίνδυνος εξέλιξης της νεφρικής νόσου και της θνησιμότητας είναι αυξημένος και αυτός ο κίνδυνος αυξάνεται με τον ρυθμό μείωσης του eGFR. Η επιτροπή συμφώνησε ότι αυτό παρατηρείται στην κλινική πρακτική και κάθε άτομο που παρουσιάζει αύξηση της ελάττωσης του eGFR θα πρέπει να παρακολουθείται συχνότερα. Η επιτροπή εξέτασε τις συστάσεις και συμφώνησε ότι συνάδουν με τα διαθέσιμα στοιχεία και την κλινική πρακτική. Τα μέλη της επιτροπής συμφώνησαν να αποσαφηνίσουν την παρακολούθηση δηλώνοντας ότι η επαναλαμβανόμενη αξιολόγηση πρέπει να συμφωνείται με κάθε άτομο με ή σε κίνδυνο για ΧΝΝ.

Η επιτροπή συμφώνησε ότι η συχνότητα παρακολούθησης που συνέστησαν αντιστοιχεί σε ένα ελάχιστο επίπεδο και ότι η συχνότερη παρακολούθηση θα ήταν κατάλληλη για ορισμένους/ες ασθενείς. Αυτή η απόφαση θα πρέπει επίσης να καθοδηγείται από τον ρυθμό μεταβολής του eGFR ή της ACR και συγκεκριμένες συννοσηρότητες, συμπεριλαμβανομένου του διαβήτη. Η παρακολούθηση της ACR θα πρέπει να εξατομικεύεται. Για παράδειγμα, η ACR μπορεί να παρακολουθείται συχνότερα σε άτομα με υψηλές τιμές ACR (κατηγορίες A2 ή A3) ή εάν η αλλαγή στα επίπεδα ACR αναμένεται να επηρεάσει τη διαχείριση του ατόμου με ΧΝΝ.

Η επιτροπή συζήτησε εάν απαιτούνται συγκεκριμένες συστάσεις για τα παιδιά και τους/τις νέους/ες με ΧΝΝ και μείωση του eGFR, αλλά συμφώνησε ότι ο πληθυσμός αυτός θα παραπεμφθεί σε εξειδικευμένη φροντίδα.

Πώς οι συστάσεις ενδέχεται να επηρεάσουν τη συνήθη πρακτική

Η ΤΕΕ θεωρεί ότι οι συστάσεις αυτές αντικατοπτρίζουν σε μεγάλο βαθμό την τρέχουσα πρακτική εφαρμογή στην Κύπρο και, ως εκ τούτου, δεν αναμένεται ουσιαστικός αντίκτυπος στην πρακτική εφαρμογή από την εφαρμογή αυτών των συστάσεων.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

Εκτίμηση κινδύνου, κριτήρια παραπομπής και κοινή φροντίδα

[Συστάσεις 1.5.1 έως 1.5.9](#)

Γιατί η επιτροπή έκανε τις συστάσεις

Η χρήση της εξίσωσης Κινδύνου Νεφρικής Ανεπάρκειας 4 παραμέτρων για τους/τις ενήλικες δεν έχει επικυρωθεί σε κυπριακούς πληθυσμούς. Νέα επιστημονικά δεδομένα τεκμηρίωσης εντόπισαν ορισμένες μελέτες επικύρωσης στο Ηνωμένο Βασίλειο για την εξίσωση Κινδύνου Νεφρικής Ανεπάρκειας 4 παραμέτρων για τους/τις ενήλικες, που μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ένα από τα κριτήρια παραπομπής (5ετής κίνδυνος ανάγκης θεραπείας νεφρικής υποκατάστασης μεγαλύτερος από 5%). Τα αποτελέσματα τόσο της μελέτης επικύρωσης όσο και της μοντελοποίησης κόστους-αποτελεσματικότητας που πραγματοποιήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο για την παρούσα κατευθυντήρια οδηγία έδειξαν ότι η χρήση αυτής της εξίσωσης και του κατώτατου ορίου ως κριτηρίου παραπομπής (αντί για το κατώτατο όριο του eGFR) ήταν πιθανό να είναι πιο ευαίσθητη και να χαρακτηρίζεται από υψηλότερη ειδικότητα σε σχέση με τα κριτήρια της κατευθυντήριας οδηγίας του NICE του 2014, πράγμα που σημαίνει ότι τα άτομα που θα προχωρήσουν σε τελικό στάδιο ΧΝΝ που θα χρήζει αντιμετώπισης με θεραπεία υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας, θα εντοπίζονται νωρίτερα, και θα υπάρχουν λιγότερες περιπτώσεις παραπομπές στη δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Τα οφέλη αυτής της προσέγγισης σε σχέση με τη χρήση ενός ορίου eGFR (όπως στην κατευθυντήρια οδηγία του NICE του 2014) δεν ήταν μεγάλα, αλλά η επιτροπή συμφώνησε ότι ήταν εποικοδομητικά. Συμφώνησαν επίσης ότι υπήρχαν πρόσθετα πιθανά οφέλη από τη χρήση της εξίσωσης Κινδύνου Νεφρικής Ανεπάρκειας 4 παραμέτρων, συμπεριλαμβανομένης της δυνατότητας παροχής ατομικής εκτίμησης κινδύνου, η οποία θα μπορούσε να βοηθήσει τα άτομα να διαχειριστούν προληπτικά τον δικό τους κίνδυνο και να ενημερώσουν τα σχέδια διαχείρισης της πάθησής τους στη δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Ωστόσο, η επικύρωση της εξίσωσης κινδύνου αφορούσε μόνο ενήλικες, οπότε η επιτροπή έκανε ξεχωριστή σύσταση για παιδιά και νέους/ες.

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

Η επιτροπή συμφώνησε ότι είναι σημαντικό να συζητείται η σημασία του κίνδυνου με κάθε άτομο με ΧΝΝ. Πρόσθεσαν επιπλέον συστάσεις σχετικά με την παροχή πληροφοριών αναφορικά με τον κίνδυνο, χρησιμοποιώντας απλή γλώσσα χωρίς επιστημονική ορολογία, δίνοντας αρκετό χρόνο για συζητήσεις και τεκμηριώνοντας τυχόν αποφάσεις που ελήφθησαν.

Πώς οι συστάσεις ενδέχεται να επηρεάσουν τη συνήθη πρακτική

Η εξίσωση Κινδύνου Νεφρικής Ανεπάρκειας 4 παραμέτρων θα ενσωματωθεί στο ηλεκτρονικό σύστημα του Γενικού Σχεδίου Υγείας (ΓεΣΥ) μέσω συνδέσμου με διαδικτυακή υπολογιστική εφαρμογή. Με σωστή εκπαίδευση, δεν πρέπει να υπάρχει δυσκολία στην εφαρμογή των συστάσεων. Επειδή ο υπολογισμός απαιτεί τόσο τιμή eGFR όσο και τιμή ACR, μπορεί να γίνει μόνο εάν ο/η ιατρός ζητήσει και τις δύο αυτές μετρήσεις. Αυτές οι συστάσεις αποσκοπούν στην παροχή πρόσθετων πληροφοριών για συμπλήρωση των τιμών eGFR και ACR και όχι για να αλλάζουν ανάλογα του πόσο συχνά ζητούνται αυτές οι τιμές από τους/τις ιατρούς.

Θα υπάρχει ένα χρονικό διάστημα μεταξύ της εφαρμογής και της υιοθέτησης και η ενσωματωμένη διαδικτυακή υπολογιστική εφαρμογή θα πρέπει να επαναξιολογείται σε τακτική βάση. Επίσης, συνιστάται στον ΟΑΥ να χρησιμοποιεί τα δεδομένα που προκύπτουν από τη χρήση της για την επικύρωση της εξίσωσης Κινδύνου Νεφρικής Ανεπάρκειας 4 παραμέτρων σε κυπριακούς πληθυσμούς. Συνολικά, τα κριτήρια παραπομπής προβλέπεται να μειώσουν ελαφρώς το κόστος παρακολούθησης, αλλά, εξαιρουμένου του κόστους που συνδέεται με την αιμοκάθαρση, συνολικά δεν θα πρέπει να υπάρχει ουσιαστικός αντίκτυπος στη χρήση των πόρων.

Μπορεί να υπάρξει μια περίοδος εφαρμογής πριν τα αποτελέσματα της εξίσωσης κινδύνου να είναι διαθέσιμα σε όλους/ες τους/τις προσωπικούς/ές ιατρούς. Μέχρι τότε, ορισμένοι/ες γενικοί/ές ιατροί μπορεί να χρειαστεί να συνεχίσουν να βασίζονται στις αποφάσεις παραπομπής στις τιμές eGFR και ACR ανεξάρτητα, όπως γίνεται σήμερα, χωρίς να παρέχουν στους/στις ασθενείς ποσοτική εκτίμηση του κινδύνου να χρειαστούν θεραπεία υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας. Όσο πιο γρήγορα μπορούν να υιοθετηθούν συστηματικά αυτές οι συστάσεις, τόσο λιγότερος χρόνος θα χρειαστεί για να εφαρμόζονται ταυτόχρονα αυτές οι 2 παράλληλες προσεγγίσεις.

Χρόνια νεφρική νόσος: αξιολόγηση και διαχείριση: Προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Αριστείας στην Περίθαλψη (NICE) για την Κύπρο (Οκτώβριος 2024)

Γενικά, η εφαρμογή αυτών των συστάσεων αναμένεται να βελτιώσει την παροχή φροντίδας και να διευκολύνει την κοινή λήψη αποφάσεων στη Κύπρο.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

Φαρμακοθεραπεία για τον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης

[Συστάσεις 1.6.1 έως 1.6.4](#)

Γιατί η επιτροπή έκανε τις συστάσεις

Τα αποτελέσματα από μια μετα-ανάλυση (συμπεριλαμβανομένης της κλινικής δοκιμής SPRINT) δεν έδειξαν σημαντική διαφορά μεταξύ των τυπικών και πιο εντατικών στόχων αρτηριακής πίεσης για ενήλικες με ΧΝΝ. Η κατευθυντήρια οδηγία του 2014 συνιστούσε τη διατήρηση της συστολικής αρτηριακής πίεσης κάτω από 140 mmHg και της διαστολικής αρτηριακής πίεσης κάτω από 90 mmHg. Αυτό συνάδει με την κλινική μέθοδο και με την κατευθυντήρια οδηγία του NICE για τη διαχείριση της υπέρτασης. Η επιτροπή σημείωσε ότι αν και υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα σχετικά με τους στόχους της αρτηριακής πίεσης σε άτομα με ΧΝΝ και πρωτεϊνουρία, είναι σημαντικό να διατηρηθεί η συστολική αρτηριακή πίεση κάτω από 130 mmHg και η διαστολική πίεση κάτω από 80 mmHg.

Η επιτροπή συμφώνησε ότι κανένα από τα δεδομένα που είχαν δει δεν δικαιολογούσε την αλλαγή των συστάσεων. Σημείωσε επίσης ότι οι εντατικοί στόχοι αρτηριακής πίεσης οδηγούν μόνο σε οριακή μείωση του κινδύνου για εγκεφαλικό επεισόδιο και νεφρική ανεπάρκεια, αλλά επιβαρύνουν σημαντικά τους/τις ασθενείς όσον αφορά στην πολυφαρμακία και στους συναφείς κινδύνους και παρενέργειες (όπως πτώσεις).

Η επιτροπή συμφώνησε ότι ένας χρήσιμος στόχος για την αρτηριακή πίεση σε παιδιά και νέους/ες με ΧΝΝ και πρωτεϊνουρία είναι η συστολική αρτηριακή πίεση να διατηρείται κάτω από την 50ή εκατοστιαία θέση για το ύψος.

Η επιτροπή συμφώνησε ότι έπρεπε να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή σε άτομα που είναι ευπαθή ή έχουν πολλαπλές συννοσηρότητες. Στο πλαίσιο αυτό, η ΤΕΕ πρόσθεσε σχετική σύσταση ότι, σε αυτές τις ομάδες, ειδικά στους πολύ ηλικιωμένους (>90 ετών), η ένταση του ελέγχου της αρτηριακής πίεσης και η συνταγογράφηση αντιυπερτασικών

φαρμάκων θα πρέπει να εξετάζονται υπό το φως πληροφοριών σχετικά με τις συννοσηρότητες και τη συγχορήγηση άλλων φαρμάκων, ώστε να μειωθεί η πιθανότητα ανεπιθύμητων αλληλεπιδράσεων φαρμάκων και να βελτιωθεί η συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή σε μια ομάδα ασθενών που ήδη χαρακτηρίζεται από υψηλά ποσοστά πολυφαρμακίας.

Πώς οι συστάσεις ενδέχεται να επηρεάσουν τη συνήθη πρακτική

Οι συστάσεις για ενήλικες συνάδουν με την τρέχουσα πρακτική εφαρμογή και δεν θα πρέπει να έχουν αντίκτυπο στους πόρους. Η σύσταση για στόχους αρτηριακής πίεσης σε παιδιά και νέους/ες μπορεί να έχει κάποιες επιπτώσεις στο κόστος, αν και η ΤΕΕ δεν αναμένει ότι θα είναι σημαντικές.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

Φαρμακοθεραπεία για πρωτεϊνουρία και επιλογή αντιυπερτασικής αγωγής

[Συστάσεις 1.6.5 έως 1.6.13](#)

Γιατί η επιτροπή έκανε τις συστάσεις

Οι συνιστώμενες παρεμβάσεις αποσκοπούν στη βελτίωση μιας σειράς αποτελεσμάτων, συμπεριλαμβανομένων των ρυθμών εξέλιξης σε νεφρική νόσο τελικού σταδίου. Υπήρχαν δεδομένα για ενήλικες, αλλά όχι για παιδιά και νέους/ες. Οι εμπειρογνώμονες της παιδιατρικής στην επιτροπή συμφώνησαν ότι τα στοιχεία για τους/τις ενήλικες ισχύουν και για τα παιδιά και τους/τις νέους/ες. Ως εκ τούτου, η επιτροπή δεν έκανε ξεχωριστές συστάσεις για διαφορετικές ηλικιακές ομάδες.

Τα στοιχεία για τους/τις ενήλικες κάλυπταν άτομα με πρωτεϊνουρία ή λευκωματουρία, και περιλάμβαναν άτομα με διαβήτη. Αυτό επέτρεψε στην επιτροπή να κάνει ξεχωριστές συστάσεις για άτομα με και χωρίς διαβήτη. Σύμφωνα με την εμπειρία της επιτροπής, πολλοί άνθρωποι με διαβήτη και ΧΝΝ είναι ευπαθείς ή παίρνουν πολλά φάρμακα, οπότε έγινε σύσταση για την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος.

Άτομα χωρίς διαβήτη

Τα στοιχεία έδειξαν ότι, σε σύγκριση με εικονικό φάρμακο (placebo), οι αναστολείς ΜΕΑ μείωσαν τον κίνδυνο νεφρικής νόσου τελικού σταδίου σε άτομα χωρίς διαβήτη. Οι αποκλειστές των υποδοχέων αγγειοτενσίνης (ARB) δεν έδειξαν το ίδιο αποτέλεσμα. Ωστόσο, η επιτροπή δεν πίστευε ότι τα δεδομένα ήταν αρκετά ισχυρά για να δείξουν ότι οι αναστολείς ΜΕΑ ήταν καλύτεροι από τους αποκλειστές ARB. Επιπλέον, για άτομα με διαβήτη τύπου 2, οι αποκλειστές ARB μείωσαν τον κίνδυνο νεφρικής νόσου τελικού σταδίου και καρδιακής ανεπάρκειας. Με βάση τους περιορισμούς των επιστημονικών δεδομένων και τα διαθέσιμα δεδομένα για άτομα με διαβήτη τύπου 2, η επιτροπή συνέστησε τόσο αναστολείς ΜΕΑ όσο και αποκλειστές ARB.

Άτομα με διαβήτη τύπου 2

Για άτομα με διαβήτη τύπου 2, οι αποκλειστές ARB μείωσαν τον κίνδυνο νεφρικής νόσου τελικού σταδίου και καρδιακής ανεπάρκειας. Η επιτροπή συνέστησε επίσης αναστολείς ΜΕΑ επειδή τα στοιχεία δεν έδειξαν σαφή διαφορά μεταξύ αναστολέων ΜΕΑ και αποκλειστών ARB στις παρακάτω εκβάσεις:

- μείωση της πρωτεϊνουρίας
- νεφρική νόσο τελικού σταδίου
- θνησιμότητα από όλες τις αιτίες
- καρδιαγγειακή θνησιμότητα
- μη θανατηφόρα καρδιαγγειακά επεισόδια
- ανεπιθύμητα συμβάντα (υπόταση)
- νοσηλείες.

Δεν υπήρχαν δεδομένα που να συγκρίνουν τους αναστολείς ΜΕΑ με εικονικό φάρμακο σε άτομα με διαβήτη τύπου 2. Τα στοιχεία για άτομα χωρίς διαβήτη έδειξαν ότι οι αναστολείς ΜΕΑ μείωσαν τον κίνδυνο νεφρικής νόσου τελικού σταδίου, σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο. Η επιτροπή χρησιμοποίησε αυτά τα δεδομένα για να κάνει τη σύσταση για άτομα με διαβήτη.

Η επιτροπή σημείωσε επίσης ότι υπάρχουν στοιχεία ότι αναστολείς SGLT2 μειώνουν τον κίνδυνο νεφρικής νόσου τελικού σταδίου, θνησιμότητας και νοσηλείας σε ενήλικες με διαβήτη τύπου 2 και έκανε σύσταση για αυτό. Η επιτροπή συμφώνησε ότι αυτό ήταν

Χρόνια νεφρική νόσος: αξιολόγηση και διαχείριση: Προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Αριστείας στην Περίθαλψη (NICE) για την Κύπρο (Οκτώβριος 2024)

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

πιθανώς μια συνολική επίδραση αυτής της κατηγορίας φαρμάκων και όχι ενός μόνο φαρμάκου, αλλά η ΤΕΕ για λόγους σαφήνειας προσδιόρισε και απαρίθμησε τους τρεις αναστολείς SGLT2 που ενδείκνυνται ειδικά για νεφρική προστασία στον διαβήτη τύπου 2 (εμπαγλιφλοζίνη, δαπαγλιφλοζίνη, καναγλιφλοζίνη). Κατά τη διατύπωση της σύστασης, η επιτροπή συζήτησε τα διαφορετικά όρια πρωτεϊνουρίας που χρησιμοποιήθηκαν στις μελέτες για την ένταξη συμμετεχόντων/ουσών. Συμφώνησαν ότι μια ACR 300 mg/g ήταν κατάλληλη και σύμφωνη με τα κριτήρια ένταξης όλων των μελετών που είχαν εξετάσει. Η επιτροπή προειδοποίησε ότι αυτά τα φάρμακα δεν είναι κατάλληλα για όλους/ες και θα πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο σύμφωνα με την άδεια κυκλοφορίας τους. Σύμφωνα με αυτή την προειδοποίηση, η ΤΕΕ επιβεβαίωσε μαζί με τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ) ότι οι τρεις αναστολείς SGLT2 είναι εγκεκριμένοι στην Κύπρο και έχουν τις κατάλληλες ενδείξεις για συνταγογράφηση. Η επιτροπή τόνισε ότι τα άτομα που λαμβάνουν αυτά τα φάρμακα θα πρέπει επίσης να παρακολουθούνται. Η μείωση του όγκου υγρών ήταν ένα ιδιαίτερο θέμα ανησυχίας για την επιτροπή, καθώς αυτή μπορεί να προκαλέσει πτώσεις σε άτομα με αδυναμία.

Η επιτροπή σημείωσε τα περιορισμένα στοιχεία κόστους-αποτελεσματικότητας και τον πιθανό αντίκτυπο που μπορεί να έχει το κόστος αυτών των φαρμάκων. Ωστόσο, τα μέλη της επιτροπής σημείωσαν ότι τα φάρμακα είχαν θετική αξιολόγηση τεχνολογίας υγείας από τον NICE για χρήση σε άτομα με διαβήτη χωρίς ΧΝΝ και συμφώνησαν ότι με τα πρόσθετα νεφρικά οφέλη σε άτομα με ΧΝΝ, ήταν πιθανό να είναι πιο οικονομικά αποδοτικά σε αυτό τον πληθυσμό. Συγκεκριμένα, σημείωσαν στην αξιολόγηση τεχνολογίας υγείας του NICE ότι οι αναστολείς SGLT2 είναι οικονομικά αποδοτικοί ως θεραπεία πρώτης γραμμής –ή ως μέρος διπλής και τριπλής θεραπείας όταν οι προηγούμενες γραμμές θεραπείας δεν είναι επαρκείς– σε άτομα με διαβήτη για τα οποία η μετφορμίνη, η σουλφονουλουρία και η πιογλιταζόνη δεν είναι κατάλληλες. Αυτές οι τεχνολογικές αξιολογήσεις διεξήχθησαν κυρίως πριν από τη δημοσίευση πρόσφατων μεγάλων δοκιμών που εξέταζαν άμεσα τα καρδιαγγειακά επεισόδια και τη θνησιμότητα και, ως εκ τούτου, βασίστηκαν σε συμπεράσματα που προέκυψαν από ενδιάμεσα καταληκτικά σημεία (ιδίως την HbA1c). Η επιτροπή σημείωσε ότι οι συστάσεις της θα προωθήσουν τη χρήση αυτών των φαρμάκων για μερικά άτομα (εκείνα τα άτομα που αναπτύσσουν ΧΝΝ και πρωτεϊνουρία πριν να πληρούν τα

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

κριτήρια για αναστολέα SGLT2 με βάση αποκλειστικά τον διαβήτη από τον οποίο πάσχουν).

Η επιτροπή παρατήρησε ότι οι δόσεις των αναστολέων SGLT2 που χρησιμοποιούνται σε άτομα με διαβήτη και ΧΝΝ είναι χαμηλότερες από ότι σε άτομα χωρίς νεφρική δυσλειτουργία και η επιτροπή δεν αναμένει ότι τα φάρμακα θα έχουν τα ίδια οφέλη για τον έλεγχο της γλυκόζης στο αίμα, όπως σε άτομα με διαβήτη αλλά χωρίς ΧΝΝ. Ωστόσο, με οφέλη στην πρωτεϊνουρία και με τα συνολικά νεφρικά αποτελέσματα, τα μέλη της επιτροπής ήταν σίγουρα ότι το συνολικό κλινικό όφελος σε άτομα με διαβητική νεφρική νόσο θα ήταν τόσο μεγάλο όσο και τα οφέλη που εκτιμήθηκαν στις τεχνολογικές αξιολογήσεις για άτομα με διαβήτη αλλά όχι ΧΝΝ. Ως εκ τούτου, η επιτροπή ήταν πεπεισμένη ότι, με τουλάχιστον εξίσου μεγάλο όφελος για παρόμοιο κόστος, είναι σκόπιμο αυτά τα φάρμακα να είναι διαθέσιμα νωρίτερα για άτομα με διαβήτη και ΧΝΝ, και ότι αυτό θα αποτελούσε οικονομικά αποδοτική χρήση των πόρων του Εθνικού Συστήματος Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (UK National Health System – NHS).

Η ΤΕΕ συμφώνησε ότι πρόκειται για ένα ταχέως εξελισσόμενο πεδίο και ότι υπάρχουν επαρκή δεδομένα από κλινικές μελέτες τώρα που υποστηρίζουν τη χρήση εμπαγλιφλοζίνης και δαπαγλιφλοζίνης σε άτομα με ΧΝΝ και λευκωματουρία χωρίς διαβήτη. Με βάση αυτά και τη θετική καθοδήγηση της αξιολόγησης της τεχνολογίας υγείας από τον NICE για αυτά τα 2 φάρμακα, η ΤΕΕ πρόσθεσε σύσταση για τη χρήση τους, σύμφωνα με τις συστάσεις αξιολόγησης τεχνολογιών υγείας. Η ΤΕΕ αποδέχεται ότι οι τεχνικές εκτιμήσεις του NICE έγιναν με βάση δεδομένα κόστους-αποτελεσματικότητας αναφορικά με τα δεδομένα του NHS. Παράλληλα, δεν είναι διαθέσιμα δεδομένα κόστους-αποτελεσματικότητας που θα αφορούσαν στην πιθανή χρήση αυτών των φαρμάκων στην Κύπρο και δεν μπορούν να συλλεχθούν ως μέρος της διαδικασίας προσαρμογής των κατευθυντήριων οδηγιών. Παρ' όλα αυτά, τόσο τα μέλη της ΤΕΕ όσο και ο ΟΑΥ αναμένουν ότι το κόστος θα είναι εντός του αποδεκτού πλαισίου και δεν θα υπερτερεί των πιθανών κλινικών οφελών της χρήσης αυτών των φαρμακευτικών ουσιών. Επιπρόσθετα, στο πλαίσιο της συζήτησης, διευκρινίστηκε από εκπροσώπους του ΟΑΥ ότι ο ΟΑΥ ακολουθεί μια ευέλικτη προσέγγιση αποζημίωσης φαρμάκων που επιτρέπει, σε περιπτώσεις ακριβότερων

Χρόνια νεφρική νόσος: αξιολόγηση και διαχείριση: Προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Αριστείας στην Περίθαλψη (NICE) για την Κύπρο (Οκτώβριος 2024)

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

φαρμάκων, να προσφέρεται το φάρμακο με συμμετοχή από τον/την ασθενή. Ως εκ τούτου, από την άποψη του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, μπορεί να διατηρηθεί η οικονομική αποδοτικότητα του φαρμάκου.

Ομοίως, υπάρχουν καλά κλινικά επιστημονικά δεδομένα ότι η φινερενόνη, μη στεροειδής ανταγωνιστής των αλατοκορτικοειδών υποδοχέων, μπορεί να μειώσει την εξέλιξη της ΧΝΝ στον διαβήτη τύπου 2 με λευκωματουρία, καθώς επίσης και να μειώσει τα καρδιαγγειακά ανεπιθύμητα συμβάντα. Με βάση τις διαθέσιμες πληροφορίες, από τις θετικές αξιολογήσεις τεχνολογίας υγείας του NICE, η TEE πρόσθεσε σύσταση για τη χρήση της φινερενόνης, αλλά μόνο ως πρόσθετη θεραπεία στη χρήση ACE / A2RB και SGLT2. Αυτό βασίστηκε στην έλλειψη συγκριτικών μελετών σχετικά με αυτά τα φαρμακευτικά προϊόντα. Όπως και πριν, η TEE δέχεται ότι οι τεχνικές εκτιμήσεις από τον NICE έγιναν με βάση τα δεδομένα κόστους-αποτελεσματικότητας που αφορούν το NHS. Παράλληλα, δεν είναι διαθέσιμα τα δεδομένα κόστους-αποτελεσματικότητας σχετικά με την πιθανή της χρήση στην Κύπρο και δεν μπορούν να συλλεχθούν ως μέρος της διαδικασίας προσαρμογής των κατευθυντήριων οδηγιών. Παρ' όλα αυτά, τόσο τα μέλη της TEE όσο και ο ΟΑΥ, αναμένουν ότι το κόστος θα είναι εντός αποδεκτού πλαισίου και δεν θα υπερτερεί των πιθανών κλινικών οφελών που θα επέλθουν λόγω της χρήσης του φαρμάκου. Επιπρόσθετα, στο πλαίσιο της συζήτησης, διευκρινίστηκε από εκπροσώπους του ΟΑΥ ότι ο ΟΑΥ ακολουθεί μια ευέλικτη προσέγγιση αποζημίωσης φαρμάκων που επιτρέπει, σε περιπτώσεις ακριβότερων φαρμάκων, να προσφέρεται το φάρμακο με συμμετοχή από τον/την ασθενή. Ως εκ τούτου, από την άποψη του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, μπορεί να διατηρηθεί η οικονομική αποδοτικότητα του φαρμάκου.

Πώς οι συστάσεις ενδέχεται να επηρεάσουν τη συνήθη πρακτική

Οι συστάσεις σχετικά με τους αποκλειστές ARB και τους αναστολείς MEA αντικατοπτρίζουν την τρέχουσα πρακτική εφαρμογή στην Κύπρο, επομένως δεν θα πρέπει να χρειαστούν πρόσθετοι πόροι.

Οι συστάσεις για αναστολείς SGLT2 και μη στεροειδή MRA ενδέχεται να οδηγήσουν σε σημαντική αλλαγή στην κλινική πρακτική εφαρμογή, διότι αυτά τα φάρμακα θα συνταγογραφούνται ευρύτερα και αυτό θα έχει σημαντικό αντίκτυπο στο κόστος. Επί

Χρόνια νεφρική νόσος: αξιολόγηση και διαχείριση: Προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Αριστείας στην Περίθαλψη (NICE) για την Κύπρο (Οκτώβριος 2024)

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

του παρόντος, οι αναστολείς SGLT-2 χρησιμοποιούνται μόνο για διαβητικούς/ές ασθενείς εντός του Γενικού Συστήματος Υγείας, ενώ οι μη στεροειδείς MRA δεν χρησιμοποιούνται. Η TEE συμφώνησε, ωστόσο, ότι αυτό ήταν πιθανό να αντιπροσωπεύει μια οικονομικά αποδοτική χρήση των πόρων, με αυτά τα φάρμακα να παρέχουν πρόσθετα οφέλη στα νεφρικά αποτελέσματα, καθώς και οφέλη στη διαχείριση του διαβήτη.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

Διαγνωστικός ρόλος του ρυθμού σπειραματικής διήθησης

[Σύσταση 1.7.2](#)

Γιατί η επιτροπή έκανε τη σύσταση

Υπήρχαν περιορισμένα στοιχεία που να δείχνουν ότι τα όρια eGFR κάτω από 60 ml/min/1,73 m² θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για τον προσδιορισμό αναιμίας οφειλόμενης στη ΧΝΝ. Η επιτροπή αμφισβήτησε το κατά πόσο εφαρμόζονται αυτά τα δεδομένα επειδή οι μελέτες δεν απέκλεισαν άλλες αιτίες αναιμίας (κάτι που συνήθως γίνεται στην πράξη).

Τα περιορισμένα στοιχεία σήμαιναν ότι η επιτροπή δεν ήταν σε θέση να συστήσει συγκεκριμένα κατώτατα όρια ή πιθανότητες. Αντ' αυτού, χρησιμοποίησαν τα διαθέσιμα δεδομένα και την εμπειρογνωμοσύνη τους για να καθορίσουν τα εύρη GFR που δείχνουν ότι η αναιμία είναι περισσότερο ή λιγότερο πιθανό να έχει προκληθεί από τη ΧΝΝ.

Όταν η αναιμία μπορεί να έχει άλλες αιτίες (όπως γαστρεντερική αιμορραγία και ορισμένους καρκίνους), η περαιτέρω διερεύνηση θα αυξήσει την πιθανότητα εντοπισμού και θεραπείας της πραγματικής αιτίας.

Απαιτείται κλινική κρίση σχετικά με το πόσο εκτενώς πρέπει να αναζητηθούν άλλες αιτίες όταν ο eGFR είναι μεταξύ 30 και 60 ml/min/1,73 m². Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να σταθμίσουν τους κινδύνους:

- υποβολής των ατόμων σε εκτεταμένες και περιπτές εξετάσεις όταν η αναιμία από την οποία πάσχουν προκαλείται από τη ΧΝΝ

Χρόνια νεφρική νόσος: αξιολόγηση και διαχείριση: Προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Αριστείας στην Περίθαλψη (NICE) για την Κύπρο (Οκτώβριος 2024)

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

- παράλειψης της πραγματικής αιτίας της αναιμίας από την οποία πάσχουν, υποθέτοντας ότι προκαλείται από τη ΧΝΝ.

Η επιτροπή συμφώνησε ότι όταν ο eGFR είναι κάτω από 30 ml/min/1,73 m², η αναιμία είναι πιο πιθανό να έχει προκληθεί από τη ΧΝΝ. Ωστόσο, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να εξακολουθούν να χρησιμοποιούν την κλινική τους κρίση και να εξετάζουν κατά περίπτωση όταν αποφασίζουν εάν απαιτείται περαιτέρω αξιολόγηση.

Μόνο 1 μελέτη περιλάμβανε άτομα με διαβήτη και καμία μελέτη δεν περιλάμβανε παιδιά και νέους/ες. Ωστόσο, οι συστάσεις εξακολουθούν να ισχύουν για αυτούς τους πληθυσμούς, επειδή άλλες αιτίες αναιμίας θα αποκλείονταν πριν από την απόδοση της αναιμίας στη ΧΝΝ.

Η επιτροπή σημείωσε την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα σχετικά με την ακρίβεια των διαγνωστικών εξετάσεων των διαφόρων ορίων eGFR, ιδίως για τα όρια eGFR των 30 και 60 ml/min/1,73 m². Τόνισαν ότι στην κλινική πρακτική εφαρμογή, ένα όριο eGFR 45 ml/min/1,73 m² μπορεί επίσης να προκαλέσει διερεύνηση της αναιμίας λόγω ΧΝΝ, αλλά εντοπίστηκαν περιορισμένα στοιχεία για τη διαγνωστική ακρίβεια αυτού του ορίου.

Πώς οι συστάσεις ενδέχεται να επηρεάσουν τη συνήθη πρακτική

Η ΤΕΕ συμφωνεί ότι αυτές οι συστάσεις δεν θα πρέπει να αυξήσουν το κόστος για την πρωτοβάθμια περίθαλψη, επειδή αντικατοπτρίζουν την τρέχουσα πρακτική εφαρμογή και λειτουργούν ως προειδοποιήσεις για τους/τις επαγγελματίες υγείας να διερευνήσουν την αιτία της αναιμίας. Μπορούν να μειώσουν το κόστος εξασφαλίζοντας ότι η σωστή αιτία της αναιμίας εντοπίζεται ταχύτερα με κατάλληλες εξετάσεις.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

Βέλτιστα επίπεδα Hb

[Σύσταση 1.9.11](#)

Χρόνια νεφρική νόσος: αξιολόγηση και διαχείριση: Προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Αριστείας στην Περίθαλψη (NICE) για την Κύπρο (Οκτώβριος 2024)

Γιατί η επιτροπή έκανε τη σύσταση

Στην κατευθυντήρια οδηγία του 2015, συνιστάται ένα επιθυμητό εύρος Hb μεταξύ 10 και 12 g/dL για ενήλικες, νέους/ες και παιδιά ηλικίας 2 ετών και άνω. Για παιδιά κάτω των 2 ετών, το εύρος Hb ήταν μεταξύ 9,5 και 11,5 g/dL. Αυτά βασίστηκαν σε δεδομένα για ενήλικες. Το 2020, η επιτροπή εξέτασε δεδομένα ειδικά για παιδιά και νέους/ες. Τα μόνα δεδομένα για αυτό τον πληθυσμό προήλθαν από μία μικρή μελέτη χαμηλής ποιότητας, που συνέκρινε τις επιδράσεις ενός στόχου υψηλής και χαμηλής Hb στον δείκτη μάζας της αριστερής κοιλίας. Δεν βρέθηκε διαφορά στο αποτέλεσμα. Δεδομένης της έλλειψης αποδεικτικών δεδομένων, η επιτροπή συμφώνησε ότι οι συστάσεις που διατυπώθηκαν το 2015 δεν πρέπει να αλλάξουν.

Η κατευθυντήρια γραμμή του 2015 συνέστησε τη χρήση του ίδιου εύρους στόχου Hb με τους/τις ενήλικες για παιδιά και νέους/ες άνω των 2 ετών και ελαφρώς χαμηλότερο επίπεδο σε παιδιά κάτω των 2 ετών. Ωστόσο, τα παιδιά και οι νέοι/ες έχουν διαφορετικούς κινδύνους θρόμβωσης από τους/τις ενήλικες και είναι πιο επιρρεπείς σε μειώσεις της Hb από την απώλεια αίματος στα κυκλώματα αιμοκάθαρσης. Στην πράξη, για παιδιά και νέους/ες χρησιμοποιούνται συχνά υψηλότεροι στόχοι Hb (έως 13 g/dL). Ως μέρος της διαδικασίας προσαρμογής, η TEE έχει μετατρέψει τις μονάδες Hb σε g/dL καθώς αυτές είναι οι μονάδες Hb που αναφέρονται από κλινικά εργαστήρια στην Κύπρο. Επιπλέον, η TEE αντικατέστησε τους διαδικτυακούς συνδέσμους που αφορούν στο Ηνωμένο Βασίλειο, όσον αφορά στις συμβουλές ασφάλειας για την ανασυνδυασμένη ανθρώπινη ερυθροποιητίνη, με αντίστοιχους συνδέσμους που αφορούν στην Κύπρο και την Ευρωπαϊκή Ένωση.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

Διόρθωση ανεπάρκειας σιδήρου

[Σύσταση 1.9.18](#)

Γιατί η επιτροπή έκανε τη σύσταση

Για τα άτομα με ΧΝΝ σταδίου 5 που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση σε εξειδικευμένο κέντρο, τα δεδομένα έδειξαν ότι η υψηλή δόση ενδοφλέβιου σιδήρου ήταν καλύτερη από ένα σχήμα χαμηλής δόσης σε αυξανόμενα επίπεδα φερριτίνης στον ορό και αιμοσφαιρίνης καθώς και στην αύξηση του αιματοκρίτη. Η επιτροπή συμφώνησε ότι ο

Χρόνια νεφρική νόσος: αξιολόγηση και διαχείριση: Προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Αριστείας στην Περίθαλψη (NICE) για την Κύπρο (Οκτώβριος 2024)

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

τύπος του ενδοφλέβιου σιδήρου δεν ήταν σχετικός και ότι δεν υπήρχε λόγος να προταθεί ένα συγκεκριμένο σκεύασμα. Τόνισε επίσης ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των σκευασμάτων σιδήρου που επηρεάζουν τη βιοϊσοδυναμία τους. Ως εκ τούτου, είναι πιθανό να χρειαστεί η συμβουλή του/της φαρμακοποιού κατά την επιλογή σκευασμάτων σιδήρου. Χρησιμοποιήθηκε ένα παράδειγμα σχήματος για ενήλικες με σουκροζικό σίδηρο από τα διαθέσιμα επιστημονικά δεδομένα για να βοηθήσει στην καθοδήγηση της πρακτικής εφαρμογής. Τελικά, η επιλογή της προετοιμασίας θα πρέπει να βασίζεται στην τοπική διαθεσιμότητα και πολιτικές.

Ήταν εις γνώση της επιτροπής μια [προειδοποίηση του Ρυθμιστικού Οργανισμού Φαρμάκων και Προϊόντων Υγειονομικής Περίθαλψης \(MHRA\) σχετικά με σοβαρές αντιδράσεις υπερευαισθησίας σε ενδοφλέβια χορήγηση σιδήρου](#). Η προειδοποίηση αναφέρει ότι «τα ενδοφλέβια προϊόντα σιδήρου θα πρέπει να χορηγούνται μόνο όταν υπάρχει άμεσα διαθέσιμο προσωπικό, έχει εκπαιδευτεί στην αξιολόγηση και στη διαχείριση αναφυλακτικών ή αναφυλακτοειδών αντιδράσεων και υπάρχουν άμεσα διαθέσιμες εγκαταστάσεις ανάνηψης». Η επιτροπή συμφώνησε ότι ο ενδοφλέβια χορηγούμενος σίδηρος δεν πρέπει να χορηγείται στο σπίτι, αλλά αναγνώρισε ότι αυτό έχει σημαντικό αντίκτυπο στους ανθρώπους που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση στο σπίτι.

Πώς οι συστάσεις ενδέχεται να επηρεάσουν τη συνήθη πρακτική

Οι συστάσεις είναι απίθανο να οδηγήσουν σε ουσιαστική αλλαγή του κόστους στην Κύπρο, καθώς ο ενδοφλέβια χορηγούμενος σίδηρος είναι σχετικά φθηνός και βρέθηκαν στοιχεία σε ενήλικες ότι η χρήση υψηλής δόσης σιδήρου οδηγεί στη χρήση χαμηλότερων δόσεων παραγόντων διέγερσης της ερυθροποίησης, αντισταθμίζοντας έτσι τυχόν επιπλέον κόστος.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

Υπερφωσφαιμία σε άτομα με ΧΝΝ σταδίου 4 ή 5

[Συστάσεις 1.11.5 έως 1.11.18](#)

Γιατί η επιτροπή έκανε τις συστάσεις

Υπήρξε σημαντικός αριθμός δεδομένων (ποικίλης ποιότητας) για ενήλικες με ΧΝΝ σταδίου 5 που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Ωστόσο, τα δεδομένα ήταν περιορισμένα για ενήλικες που δεν υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση, καθώς και για παιδιά και νέους/ες. Η επιτροπή συμφώνησε να συνάγει συμπεράσματα από τα δεδομένα για ενήλικες με ΧΝΝ σταδίου 5 στην αιμοκάθαρση, ώστε να μπορούν να γίνουν συστάσεις για τις άλλες ομάδες.

Οι προτιμήσεις των ανθρώπων πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την προσφορά δεσμευτικών του φωσφόρου, διότι αυτό θα μπορούσε να έχει αντίκτυπο στη συμμόρφωσή τους με τη θεραπεία. Οι διαφορές στα σκευάσματα δεσμευτικών του φωσφόρου (για παράδειγμα, μασώμενα και μη μασώμενα) και η επίδραση που έχει αυτό στον τρόπο λήψης τους (πριν, με ή μετά το φαγητό) σημαίνει ότι οι άνθρωποι συχνά προτιμούν ένα δεσμευτικό του φωσφόρου έναντι των άλλων. Επιπλέον, τα από του στόματος δεσμευτικά του φωσφόρου είναι δυσάρεστα στη λήψη και αυτό επίσης μπορεί να επηρεάσει τη συμμόρφωση στη θεραπεία. Είναι σημαντικό να συμμετέχουν τα άτομα στην επιλογή του φωσφοροδεσμευτικού όσο το δυνατόν περισσότερο, για να διασφαλιστεί ότι τους συνταγογραφείται ένα σκεύασμα με το οποίο είναι ευχαριστημένα και μπορούν να το πάρουν όπως συνιστάται.

Η επιτροπή επεσήμανε διάφορους παράγοντες που αξιολογούν οι νεφρολόγοι σε κλινικές ανασκοπήσεις για άτομα που λαμβάνουν δεσμευτικά του φωσφόρου (συμπεριλαμβανομένης της παραθορμόνης, της βιταμίνης D και του ασβεστίου στον ορό).

Ποια δεσμευτικά του φωσφόρου πρέπει να χρησιμοποιούνται για παιδιά και νέους/ες

Η επιτροπή επανεξέτασε τις συστάσεις της κατευθυντήριας οδηγίας του 2013 υπό το πρίσμα περιορισμένων νέων δεδομένων. Για τα παιδιά και τους/τις νέους/ες με υψηλό ασβέστιο στον ορό, συμφώνησαν να συστήσουν ανθρακική σεβελαμέρη αντί για υδροχλωρική σεβελαμέρη. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η ανθρακική σεβελαμέρη προσφέρει καλύτερη ισορροπία οφέλους και κόστους. Η επιτροπή τόνισε ότι στα αναπτυσσόμενα παιδιά και στους/στις νέους/ες, το ασβέστιο συχνά διατηρείται κοντά,

αλλά όχι πάνω από το ανώτατο όριο του εύρους αναφοράς που σχετίζεται με την ηλικία. Το ασβέστιο είναι απαραίτητο για την ανάπτυξη των οστών στα παιδιά.

Ποια δεσμευτικά του φωσφόρου πρέπει να χρησιμοποιούνται για ενήλικες

Η επιτροπή εξέτασε τα δεδομένα για τα δεσμευτικά του φωσφόρου, τόσο σε ενήλικες που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση όσο και σε ενήλικες που δεν υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Αν και τα δεδομένα για όσους/ες δεν υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση ήταν περιορισμένα, αντανakλούσαν σε κάθε πεδίο, τα στοιχεία για ενήλικες που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση, εκτός από το σουκροφερίκό οξυ-υδροξείδιο. Δεδομένου ότι δεν υπήρχαν δεδομένα για το σουκροφερίκό οξυ-υδροξείδιο σε ενήλικες που δεν υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση, η επιτροπή δεν το συνέστησε για αυτή την ομάδα.

Τα δεδομένα έδειξαν ότι η πιο οικονομικά αποδοτική στρατηγική θεραπείας είναι η έναρξη με οξικό ασβέστιο και η μετάβαση σε ανθρακική σεβελαμέρη, εάν το άτομο εμφανίσει υπερασβεστιαμία. Αυτό επειδή:

- το οξικό ασβέστιο ως θεραπεία πρώτης γραμμής παρέχει την καλύτερη ισορροπία οφέλους, βλαβών και κόστους
- το ανθρακικό ασβέστιο είναι φθηνότερο από το οξικό ασβέστιο, αλλά είναι πιο πιθανό να προκαλέσει υψηλά επίπεδα ασβεστίου στον ορό και συναφή δυσμενή αποτελέσματα
- η ανθρακική σεβελαμέρη και η υδροχλωρική σεβελαμέρη είναι ακριβότερες από το οξικό ασβέστιο και δεν παρέχουν αρκετό όφελος ως θεραπεία πρώτης γραμμής για να δικαιολογήσουν την επιπλέον δαπάνη
- όταν οι άνθρωποι έχουν υψηλά επίπεδα ασβεστίου στον ορό και δεν μπορούν να λάβουν οξικό ασβέστιο, η ανθρακική σεβελαμέρη είναι η καλύτερη εναλλακτική λύση· είναι φθηνότερη από τη υδροχλωρική σεβελαμέρη και παρέχει παρόμοια οφέλη, ωστόσο, εξακολουθεί να κοστίζει περισσότερο από το οξικό ασβέστιο και για θεραπεία πρώτης γραμμής, δεν παρέχει αρκετό όφελος για να δικαιολογήσει αυτό το επιπλέον κόστος

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

- το σουκροφερικό οξυ-υδροξείδιο δεν είναι οικονομικά αποδοτικό ως θεραπεία πρώτης γραμμής, αλλά είναι μια λογική επιλογή για άτομα που δεν μπορούν να λάβουν οξικό ασβέστιο ή ανθρακική σεβελαμέρη
- το ανθρακικό λανθάνιο είναι πολύ πιο ακριβό από το οξικό ασβέστιο και την ανθρακική σεβελαμέρη και μπορεί να παρέχει μικρότερο όφελος από άλλα δεσμευτικά του φωσφόρου χωρίς βάση το ασβέστιο.

Με βάση αυτά τα στοιχεία, η επιτροπή συνέστησε μια ακολουθία θεραπείας και εναλλακτικές λύσεις για διαφορετικές καταστάσεις. Ωστόσο, ως μέρος της διαδικασίας προσαρμογής, η ΤΕΕ αφαίρεσε το οξικό ασβέστιο από το κύριο μέρος της σύστασης 1.11.14, καθώς τα μέλη της ΤΕΕ συμφώνησαν να δώσουν προτεραιότητα σε έναν δεσμευτή φωσφόρου χωρίς βάση το ασβέστιο (σεβελαμέρη), σε σύγκριση με τα δεσμευτικά του φωσφόρου με βάση το ασβέστιο. Αυτή η προσέγγιση μειώνει το φορτίο ασβεστίου του/της ασθενούς, το οποίο σχετίζεται με υψηλότερο κίνδυνο αγγειακής ασβεστοποίησης και υψηλότερο κίνδυνο υπερασβεστιαϊμίας.

Η επιτροπή συμφώνησε επίσης ότι η διατροφή και η αιμοκάθαρση (όπου αρμόζει) είχαν μεγάλο αντίκτυπο στα επίπεδα φωσφόρου στον ορό. Ως εκ τούτου, πριν την προσφορά δεσμευτικών του φωσφόρου, είναι σημαντικό να παρέχονται διατροφικές συμβουλές και να διασφαλίζεται ότι οι ασθενείς βρίσκονται στο σχήμα αιμοκάθαρσης που λειτουργεί καλύτερα για αυτούς/ές.

Πώς οι συστάσεις ενδέχεται να επηρεάσουν τη συνήθη πρακτική

Η αντικατάσταση της υδροχλωρικής σεβελαμέρης με ανθρακική σεβελαμέρη μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλότερη χρήση πόρων, επειδή υπάρχει διαθέσιμη μια φθηνή γενόσημη έκδοση της ανθρακικής σεβελαμέρης.

Στην Κύπρο, το σουκροφερικό οξυ-υδροξείδιο είναι διαθέσιμο μόνο μέσω μιας διαδικασίας ονομαστικού αιτήματος, η οποία μερικές φορές μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρονοβόρα και να προκαλέσει ταλαιπωρία στον/στην ασθενή. Ως εκ τούτου, η ΤΕΕ έχει προσθέσει ανθρακικό λανθάνιο στο πρώτο σημείο, καθώς είναι πιο εύκολα διαθέσιμο στην αγορά (διανέμεται από τα φαρμακεία). Η σύσταση για αυτό τον δεσμευτή φωσφορικών μπορεί να μειώσει το κόστος στην Κύπρο, καθώς το ανθρακικό λανθάνιο είναι φθηνότερο από το σουκροφερικό οξυ-υδροξείδιο.

Χρόνια νεφρική νόσος: αξιολόγηση και διαχείριση: Προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Αριστείας στην Περίθαλψη (NICE) για την Κύπρο (Οκτώβριος 2024)

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

Πλαίσιο

Η χρόνια νεφρική νόσος (ΧΝΝ) περιγράφει μη φυσιολογική νεφρική λειτουργία ή δομή. Είναι συχνή νόσος και συχνά εμφανίζεται μαζί με άλλες παθήσεις (όπως καρδιαγγειακές παθήσεις και διαβήτη). Η μέτρια έως σοβαρή ΧΝΝ σχετίζεται επίσης με αυξημένο κίνδυνο οξείας νεφρικής βλάβης, πτώσεων, αδυναμίας και θνησιμότητας. Ο κίνδυνος ανάπτυξης ΧΝΝ αυξάνεται με την ηλικία.

Η ΧΝΝ είναι συνήθως ασυμπτωματική, αλλά είναι ανιχνεύσιμη και οι εξετάσεις για ΧΝΝ είναι απλές και διαθέσιμες. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η θεραπεία μπορεί να αποτρέψει ή να καθυστερήσει την εξέλιξη της ΧΝΝ, να μειώσει ή να αποτρέψει την ανάπτυξη επιπλοκών και να μειώσει τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου. Ωστόσο, η ΧΝΝ συχνά δεν αναγνωρίζεται, ή διαγιγνώσκεται σε προχωρημένο στάδιο. Η καθυστερημένη εμφάνιση ατόμων με νεφρική ανεπάρκεια αυξάνει τη νοσηρότητα, τη θνησιμότητα και το σχετικό κόστος υγειονομικής περίθαλψης.

Καθώς η νεφρική νόσος εξελίσσεται, ορισμένες συνυπάρχουσες καταστάσεις γίνονται πιο συχνές και αυξάνονται σε σοβαρότητα. Η υπερφωσφαταιμία είναι ένα τέτοιο παράδειγμα, που συμβαίνει λόγω ανεπαρκούς φιλτραρίσματος του φωσφόρου από το αίμα λόγω της κακής λειτουργίας των νεφρών. Αυτό σημαίνει ότι μια ορισμένη ποσότητα φωσφόρου δεν αποβάλλεται στα ούρα, αλλά παραμένει στο αίμα σε ασυνήθιστα υψηλά επίπεδα.

Τα υψηλά επίπεδα φωσφόρου στον ορό μπορούν άμεσα και έμμεσα να αυξήσουν την έκκριση παραθορμόνης, οδηγώντας στην ανάπτυξη δευτερογενούς υπερπαραθυρεοειδισμού. Εάν αφεθεί χωρίς θεραπεία, ο δευτερογενής υπερπαραθυρεοειδισμός αυξάνει τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα και μπορεί να οδηγήσει σε νεφρική οστική νόσο, με τα επηρεαζόμενα άτομα να αντιμετωπίζουν οστικό και μυϊκό πόνο, κίνδυνο καταγμάτων, ανωμαλίες των οστών και των αρθρώσεων και ασβεστοποίηση αγγείων και μαλακών ιστών.

Πολλά άτομα με ΧΝΝ ή διαπιστωμένη νεφρική ανεπάρκεια αναπτύσσουν επίσης σχετιζόμενη αναιμία. Ο επιπολασμός της αναιμίας που σχετίζεται με τη ΧΝΝ αυξάνεται

Χρόνια νεφρική νόσος: αξιολόγηση και διαχείριση: Προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Αριστείας στην Περίθαλψη (NICE) για την Κύπρο (Οκτώβριος 2024)

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

προοδευτικά με το στάδιο της ΧΝΝ, ειδικά όταν το άτομο φτάσει στο στάδιο 4 ή 5. Η αναιμία της ΧΝΝ συμβάλλει σημαντικά στην επιβάρυνση της ΧΝΝ. Ωστόσο, είναι δυνητικά αναστρέψιμη και διαχειρίσιμη με κατάλληλη αναγνώριση και θεραπεία.

Η χρόνια νεφρική νόσος (ΧΝΝ) θεωρείται σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στην επιβάρυνση της ανθρώπινης υγείας και των συστημάτων υγείας παγκοσμίως και ο επιπολασμός της, σε παγκόσμιο επίπεδο, εκτιμάται μεταξύ 10-14%. Προκαλεί 1,2 εκατομμύρια θανάτους (με βάση τα στοιχεία του 2017), καθιστώντας την, τη 12η κύρια αιτία θανάτου στον κόσμο. Παρ' όλο που μόνο περίπου το 2% των ατόμων με ΧΝΝ προχωρά σε νεφρική νόσο τελικού σταδίου (ESKD), εκτιμάται ότι περισσότεροι από 2 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως λαμβάνουν θεραπεία νεφρικής υποκατάστασης. Εκτός από την υψηλή θνησιμότητα, η νεφρική νόσος τελικού σταδίου προκαλεί σημαντική αναπηρία με τη συνολική παγκόσμια επιβάρυνση της νόσου να αντιπροσωπεύει 36 εκατομμύρια έτη ζωής προσαρμοσμένα σε αναπηρία (disability-adjusted life years, DALYs).

Στην Κύπρο, ο επιπολασμός της ΧΝΝ το 2017 εκτιμήθηκε στο 12,8% του πληθυσμού, με την εκτιμώμενη ετήσια θνησιμότητα να είναι 13 θάνατοι ανά 100.000 πληθυσμού ([Bibkov B 2020](#)). Η ετήσια επίπτωση της νεφρικής νόσου τελικού σταδίου που απαιτεί θεραπεία νεφρικής υποκατάστασης είναι μία από τις υψηλότερες στην Ευρώπη, με 256 ασθενείς ανά εκατομμύριο πληθυσμού σε θεραπεία νεφρικής υποκατάστασης, με τα δεδομένα σχετικά με τον συνολικό επιπολασμό να είναι ελλιπή ([European Renal Association Renal Registry Annual Report 2021](#)).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Πληροφορίες σχετικά με τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη φροντίδα σας

Η φροντίδα σας

Είναι δικαίωμά σας να θέλετε να συμμετέχετε σε αποφάσεις για διαθέσιμες επιλογές σχετικά με τη φροντίδα σας. Για να λάβετε απόφαση, πρέπει να ξέρετε ποιες είναι οι επιλογές σας και τι μπορεί να συμβεί εάν δεν θέλετε καμία αγωγή ή φροντίδα.

Λάβετε πληροφορίες σχετικά με το τι πρέπει να κάνετε:

- πριν δείτε τον/την επαγγελματία υγείας ή περίθαλψης
- όταν δείτε τον/την επαγγελματία υγείας ή περίθαλψης
- όταν εμπλέκονται άλλα άτομα
- όταν δεν μπορείτε να δώσετε τη συγκατάθεσή σας.

Κοινή λήψη αποφάσεων

Η κοινή λήψη αποφάσεων είναι όταν οι επαγγελματίες υγείας συνεργάζονται με τους/τις ασθενείς. Σας βάζει στο επίκεντρο των αποφάσεων σχετικά με τη δική σας θεραπεία και φροντίδα.

Αυτό σημαίνει ότι:

- συζητούνται διαφορετικές επιλογές που έχει στη διάθεσή του ο/η ασθενής
- οι επιλογές φροντίδας ή θεραπείας διερευνώνται πλήρως, μαζί με τους κινδύνους και τα οφέλη
- οι ασθενείς λαμβάνουν απόφαση σε συνεργασία με τον/τη δικό/ή τους επαγγελματία υγείας και κοινωνικής μέριμνας.