

Figura 2. Confronto dei parametri infiammatori tra i pazienti emodializzati affetti da COVID-19 durante le prime ondate pandemiche (Gruppo1, marzo-dicembre 2020) con quelli risultati affetti da COVID-19 dopo il completamento della campagna vaccinale (Gruppo2, settembre 2021-febbraio 2022). I dati sono espressi come media con deviazione standard nella Figura 2A e 2C e mediana con scarto interquartile nella Figura 2B e 2D. * p<0.01

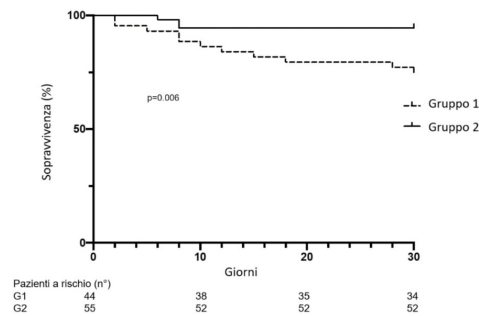


Figura 3. Curva di Kaplan-Meier della sopravvivenza a 30 giorni in pazienti in HD affetti da COVID-19 durante la prima e la seconda ondata pandemica. Gruppo 1, da Marzo a Dicembre 2020, Gruppo 2, da Settembre 2021 a Febbraio 2022.

EMODIALISI E AFERESI TERAPEUTICHE

PO 212 – TOSSE E SINTOMI RESPIRATORI NEI PAZIENTI EMODIALIZZATI

Autori: Satta E.(1), Romano C(1), Alfarone C. (2), Gentile S. (1), Puce M.(1), Erbaggio G(1), Gembillo G(3), Polverino M(1) and Polverino F. (4)

Affiliazioni: 1. Nefrocenter e Nefrocenter Research S.c.arl, Torre del Greco, Italy. 2. Betadial Srl, Dialysis Center, Nefrocenter, Cava dei Tirreni, Italy. 3. Institute of Nephrology, University of Messina. 4. Department of Medicine, Baylor College of Medicine, and Center for Translational Research, Houston, TX, USA

Background: Polmone e rene sono intimamente correlati dal punto di vista funzionale, sia nelle condizioni fisiologiche che patologiche; la loro stretta relazione è prova di una connessione omeostatica degli organi e sistemi nel tentativo di mantenere l'equilibrio. In una recente rassegna il nostro Gruppo di ricerca ha sottolineato l'importanza di ricercare i segni clinici di una malattia non solo nell'organo primario colpito ma anche nell'organo funzionalmente correlato. **Metodi:** sono stati esaminati 81 pazienti emodializzati, con un'età media di 66,6 ± 13 anni (28 f e 53 M), (dialisi media: 96 ± 34 mesi). Sono stati rilevati i principali sintomi dell'apparato respiratorio: tosse quotidiana (52 si; 29 no); catarro cronico (54 si; 27 no). Inoltre i sintomi sono stati valutati utilizzando 2 strumenti convalidati: la scala della dispnea del Medical Research Council (mMRC) e il

COPD Assessment Test (CAT). Sono stati anche valutati i test di funzionalità polmonare (PFT) e i segni clinici. **Risultati:** abbiamo riscontrato un pattern ostruttivo molto lieve (rilevato da un rapporto FEV1.0/FVC inferiore al teorico) solo in 6 pazienti (4 maschi e 2 femmine); 17 pazienti (10 maschi e 7 femmine) hanno mostrato un pattern restrittivo (FVC < 80% del predetto); normale la spirometria negli altri 58 pazienti. La presenza di tosse non era giustificata né dall'anamnesi, né dall'abitudine al fumo né dalla spirometria. In presenza di tosse gli score sintomatologici (valutati mediante mMRC e CAT) erano significativamente maggiori rispetto ai pazienti che non presentavano tosse (valore medio mMRC: 3 vs 2,3; p=0,01; CAT:19 vs 13,5; p<0,00003). **Conclusioni:** nei pazienti in dialisi la tosse, non giustificata dall'anamnesi, dalla spirometria e dal fumo, influenza direttamente altri sintomi respiratori. Probabilmente questi risultati sono la conseguenza dei reni danneggiati sul polmone. Da qui la necessità di valutare i pazienti in dialisi anche dal punto di vista clinico-funzionale dei polmoni.

EMODIALISI E AFERESI TERAPEUTICHE

PO 213 – INIZIO SISTEMATICO CON EMODIALISI INCREMENTALE, MANTENIMENTO DELLA DIURESIS RESIDUA E RAGGIUNGIMENTO DELLA ADEGUATEZZA DIALITICA: ESPERIENZA DI UN SINGOLO CENTRO

Autori: Michela Maria Barbagallo (1), Matteo Gatti (2), Paolo Fabbrini (3), Ivano Baragetti (4), Laura Buzzi (5), Francesca Ferrario (6), Francesca Radice (7), Renato Alberto Sinico (8)

Affiliazioni: Università degli Studi Milano Bicocca (1-2)

Molti studi hanno recentemente messo in luce come l'avvio alla emodialisi con un protocollo incrementale possa essere un valido approccio clinico che garantirebbe un miglior mantenimento della diuresi residua oltre che garantire un utilizzo più razionale delle risorse [1,2,3]. Con questo approccio è necessario però garantire criteri di adeguatezza depurativa come nell'inizio con ritmo non incrementale. Riportiamo l'esperienza di un singolo centro nell'utilizzo della emodialisi incrementale come metodo sistematico di avvio al trattamento. Il nostro centro da maggio 2021 ha applicato un inizio dialitico bisettimanale per ogni paziente incidente (n=12), venivano esclusi pazienti late referral con condizioni cliniche instabili o pazienti con diuresi residua inadeguata (<1000 cc/24 ore). L'adeguatezza dialitica veniva misurata mediante il foglio di calcolo "Speedy Sheet", elaborato da Casino e Basile[4-5]. Sono quindi stati raccolti i volumi urinari e calcolate le KrUn dei singoli pazienti. Il periodo di osservazione è stato mediamente di 9 mesi (tra 6 e 12), durante l'osservazione 3 pazienti non potevano mantenere lo schema bisettimanale, in un caso per nefrectomia dopo 2 mesi, negli altri per mancato raggiungimento dei target depurativi a 4 e 6 mesi dall'inizio della terapia. Nei restanti nove pazienti l'adeguatezza dialitica misurata è rimasta