

l'esiguo numero di rilevazioni. L'allargamento della coorte e l'implementazione dell'uso del fonendoscopio digitale con analisi dei dati rilevati potrebbe permettere la diagnosi di stenosi della FAV in modo semplice, non invasivo e poco costoso.

Figura 1

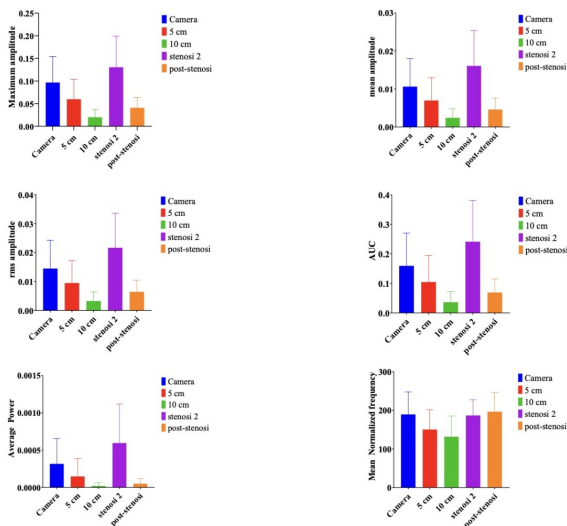


Tabella 1

	Camera	5 cm	10 cm	stenosi	Post-stenosi	p
Ampiezza massima	0.01±0.007	0.05±0.04	0.019±0.01	0.05±0.03	0.0082±0.01	>0.05
Ampiezza media	0.09±0.05	0.005±0.006	0.002±0.001	0.006±0.009	0.0009±0.002	>0.05
RMS	0.01±0.009	0.009±0.007	0.003±0.001	0.009±0.01	0.0013±0.003	>0.05
AUC	0.15±0.11	0.09±0.08	0.003±0.02	0.1±0.13	0.01±0.03	>0.05
Average power	0.0003±0.0003	0.0001±0.0002	0±1.6	0.0003±0.0003	0±3.2	>0.05
Frequenza media	189.5±89.7	150.55±50.47	132±54.82	180.5±44.44	196.76±50.65	>0.05

EMODIALISI E AFERESI TERAPEUTICHE

PO 228 – PREVALENZA DI DISTURBO DEL SONNO SEVERO NEI PAZIENTI IN EMODIALISI

Autori: Luigi Peritore¹, Alfio Edoardo Giuffrida¹, Vincenzo Labbozzetta¹, Fortunata Zirino¹, Roberta Maria Messina¹, Alessia Tigano¹, Claudia Spinella¹, Guido Gembillo¹, Domenico Santoro¹

Affiliazioni: ¹ U.O.C. Nefrologia e Dialisi, Policlinico G. Martino, Università degli Studi di Messina

I disturbi del sonno sono frequenti nei pazienti in dialisi, peggiorano la qualità di vita e incrementano la mortalità complessiva [1][2]. Sono stati interrogati sulla qualità del sonno 21 pazienti, dializzati presso il nostro centro, di età media 65 anni (±21), di cui il 47% (n=10) maschi, i quali eseguivano emodialisi a cadenza trisettimanale (86%, n=18) o bisettimanale (14% n=3); il 38% (n=8) nei turni antimeridiani, mentre il 62% (n=13) nei turni pomeridiani. L'età dialitica media è di 58 mesi. Di questi pazienti, il 43% (n=9) ha contratto in precedenza il virus Sars-CoV-2. Per stimare la qualità del sonno nei pazienti è stato utilizzato il **Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)** [3], un questionario che valuta 7 items tra cui autovalutazione della qualità del sonno, tempo per addormentarsi, durata effettiva del sonno, efficienza del sonno, disturbi del sonno, uso di farmaci per addormentarsi e disturbi durante il giorno. Ad ogni item viene assegnato un punteggio da 0 a 3 per un totale di 21.

Maggiore è il punteggio, peggiore è la qualità del sonno. **Un punteggio maggiore o uguale a 11 è indicativo di un disturbo del sonno severo.** La prevalenza di **disturbo del sonno severo**, corrispondente a un PSQI pari o superiore a 11, è risultata essere del 24% (n=5), di cui 4 di sesso femminile e un solo paziente di sesso maschile, con un punteggio medio di 15. L'età media di questi pazienti è risultata essere 70,6, mentre l'età dialitica media corrisponde a 15 mesi. Tutti i pazienti con disturbo del sonno severo eseguivano dialisi a cadenza trisettimanale. Nessuna differenza è stata trovata rispetto al turno di dialisi, se di mattina o di pomeriggio. Tra questi pazienti, due hanno contratto precedentemente il virus Sars-CoV-2. Complessivamente, i pazienti con disturbo del sonno severo (**PSQI > 11**) sono risultati per la maggior parte di sesso femminile, con un'età dialitica inferiore e con un'età anagrafica maggiore rispetto alla media della popolazione studiata.

EMODIALISI E AFERESI TERAPEUTICHE

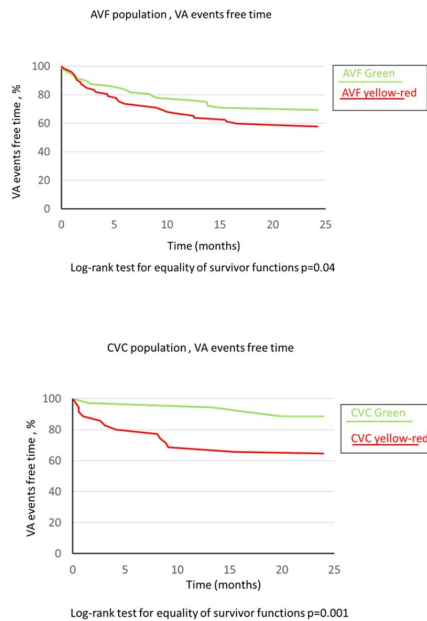
PO 229 – VALIDATION AND APPLICABILITY OF AN INNOVATIVE MONITORING SYSTEM FOR VASCULAR ACCESS(VA) IN HEMODIALYSIS(HD). MULTICENTRE STUDY

Autori: Silverio Rotondi¹, Ersilia Satta², Carmine Romano², Achille Iannone², Massimo Romano², Kamela Korreshi¹, Lida Tartaglione¹, Carmelo Alfarone² and Sandro Mazzaferro¹

Affiliazioni: 1 Sapienza University of Rome, Traslational and Precision Medicine, Roma, Italy 2 Nefrocenter Research Network, Nephrology and Diabetology Research, Cava Dei Tirreni, Italy

Background: Routine systems for monitoring VA performance are lacking. A paper by Mazzaferro et al suggested a new VA triage system based on the report in an electronic spreadsheet of VA related parameters. Records generate a score that, according to monthly thresholds, triages the VA as Green (G), Yellow (Y) or Red (R). In this study the triage system improved VA performance and identified patients with a better outcome. Aims: To evaluate in a multicentre study the validity of this VA Triage system to identify the VA at risk of complications; To evaluate if the triage system is suitable to be applied on a greater number of patients. Methods: interventional prospective multicentre study. HD centres started to use the electronic spreadsheet without the possibility to have the Triage report. During the 2 years follow-up centres reported the VA related events. At the end of the follow-up two external reviewers evaluated the relationship between Triage and VA events. Results: From 18 HD centres we enrolled 757 patients 64,5 ± 15,5 y.o, HD vintage 24,4 ± 32,4 months. At the moment we have evaluated the relationship between VA triage and VA related events in a subgroup of 300 patients (66,1 ± 11,7 y.o., HD vintage 28±19). 180 patients had AVF and 120 had CVC. In AVF group 54% were identified by a G VA triage, 41% Y and 5%

R; CVC were: 54 % G, 34% Y and 11% R. 83 patients had events related to VA during 16,3 ± 2,2 months of follow up (range 3-23). The green AVF and CVC VA had higher time-free from events respect to yellow and red VA (AVF p= 0.04; CVC p= 0.001) (figure). Conclusion: The VA triage system designed by Mazzaferro et al was applicable on a cohort of 757 patients. Based on triage results about 40 % of vascular accesses have a yellow-red triage that identifies the not working perfectly VA which could be improved. A yellow- red triage identified the VA access at risk of clinical complication.



EMODIALISI E AFERESI TERAPEUTICHE

PO 230 – SAVE WATER, SAVE MONEY, SAVE QUALITY OF LIFE: UN’ESPERIENZA DI DIALISI INCREMENTALE.

Autori: Alessandra Dalla Gassa¹, Paola Baldan¹, Fraizzoli Luca¹

Affiliazioni: ¹Servizio di Emodialisi, Ospedale San Pellegrino, Castiglione delle Stiviere (MN)

La dialisi incrementale (iHD) consiste in un avvio graduale del trattamento emodialitico (HD), con frequenza mono o bisettimanale, al posto della trisettimanale standard (sHD). Nel nostro CAD (9 posti tecnici) abbiamo avviato un programma di iHD sistematica a partire dal 2019. Su 50 pazienti incidenti, 5 sono andati incontro a recupero funzionale, 7 sono deceduti prima di due settimane di HD, 1 è stato perso al follow up, 1 è passato a dialisi peritoneale, 1 è stato trasferito ad altro centro, 35 pazienti sono rimasti in HD oltre le 2 settimane, di cui 20 con un programma di iHD, 15 in sHD. La totalità dei pazienti in iHD proveniva dal nostro ambulatorio per la malattia renale avanzata (Ma.Re.A). 7 pazienti hanno iniziato una iHD monosettimanale mantenendo la dieta ipoproteica avviata in Ma.Re.A nei giorni di non HD. Analogamente a quanto descritto da altri autori (Torreggiani et al), lo stretto follow up ottenuto con l’ambulatorio

Ma.Re.A ha consentito di avviare la dialisi in maniera meno traumatizzante, non tanto sulla base della funzione renale residua ma piuttosto in base ad una valutazione globale, che tiene conto dei sintomi associati a sovraccarico idrico, iperkaliemia, acidosi e iperazotemia quali nausea e astenia, difficoltà respiratoria, malnutrizione, ma anche aspettative personali e fragilità. Le caratteristiche della popolazione e la durata complessiva della iHD sono descritte nelle Tab.1 e Fig.1. Abbiamo stimato che dal 2019 con la iHD abbiamo risparmiato circa 96000 euro in trattamenti, 2744 ore di vita senza dialisi, più di una tonnellata di plastica e circa 80000 L di acqua (Fig.2). La iHD rimette al centro della scena il paziente e l’esperienza del nefrologo, facendosi carico della singola persona, non solo della malattia. Nell’affrontare la complessità della cronicità un approccio “slow medicine” e personalizzato appare non solo sicuro, ma anche ragionevole e sostenibile dal punto di vista terapeutico, umano, ambientale e socioeconomico.

	iHD tot 20	sHD tot 15	P value
Età (media±ds)	73,9±9	66,3±12	0,045
Sesso F/M, (%)	7/13, (35/65)	2/13 (13/87)	
Cause IRC, (%)			
DM	10 (50)	4 (27)	
Nefroangiosclerosi	2 (10)	4 (27)	
GMN	3 (15)	2 (13)	
PKD	0	2 (13)	
TX	1 (5)	1 (7)	
Altro	4 (20)	2 (13)	
Accesso vascolare, (%)			
CVC	10 (50)	10 (67)	
FAV	10 (50)	5 (33)	
Metodica dialitica, (%)			
HD	17 (85)	8 (53)	
HDF	3 (15)	7 (47)	
Ma.Re.A, (%)	15 (75)	2 (13)	
Tempo follow up pre-HD (mediana, IQR)	13,5 (4-60)	0 (0-4)	0,00006
<1 mese	3	13	
≥1 mese	2	1	
≥3 mesi	1	1	
≥6 mesi	3	0	
≥1 anno	11	0	
Diuresi residua (media±ds)	1489,47±444,73	650±747,42	0,0009
Kt/V (media±ds)	1,61±0,30	1,23±0,17	0,0006
K residua urea (media±ds)	4,99±2,25	2,24±2,16	0,006
Urea urinaria (media±ds)	6,81±2,95	2,73±2,86	0,002
Urea pre-HD (media±ds)	147,95±35,45	134±27,44	0,23
HCO ₃ (media±ds)	21,83±2,38	20,74±2,14	0,20
K (media±ds)	4,81 ± 0,59	5,02 ± 0,60	0,34
P (media±ds)	5,35±1,35	5,72±2,00	0,53
Albumina (media±ds)	3,28±0,49	3,49±0,62	0,34

Tab.1 Caratteristiche della popolazione all’avvio del trattamento emodialitico ed esami biomorali ad un mese dall’avvio del trattamento emodialitico cronico

