

VIII Jornades IdISBa

PÒSTERS DE L'ÀREA: Malalties Respiratòries



Institut
d'Investigació Sanitària
Illes Balears

IdISBa

Toll-like receptor 2 y 4 como potenciales biomarcadores para la detección de cáncer de pulmón en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Noemi Cerón-Pisa¹, Maria del Mar Isern², Margalida Esteva-Socias³, Aina Martín-Medina¹, Jaume Sauleda⁴, Amanda Iglesias⁵
 1. IdISBa, Palma, España; 2. Universidad de Lleida, Lleida, España; 3. Department of Molecular Biology, Wallenberg Centre for Molecular Medicine, Umeå University, SE-901 85, Umeå, Suecia; 4. HUSE-IdISBa-CIBERES, Palma, España; 5. CIBERES – IdISBa, Palma, España

Dirección de email del autor presentador: ceronpisa.n@gmail.com

Introducción

El cáncer de pulmón (CP) y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) son dos enfermedades con un gran impacto sanitario. Actualmente, se considera que la EPOC es un factor de riesgo del CP. Además, en los últimos años se han descrito alteraciones de los *Toll-like receptors* (TLRs) en EPOC y CP. Objetivo: desarrollar un perfil de expresión de los TLRs que nos permita detectar y diferenciar pacientes con EPOC y CP de una manera temprana.

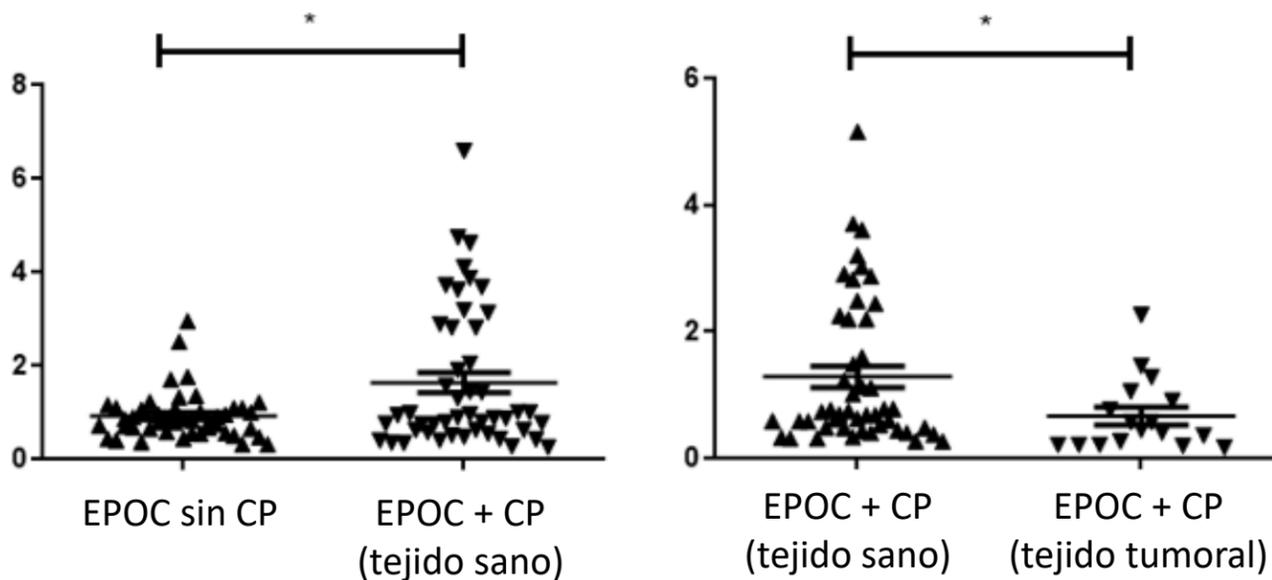
Metodología

Se usaron muestras de tejido pulmonar seleccionadas desde el biobanco pulmonar del CIBERES. 59 pacientes fueron divididos en 3 grupos: EPOC sin CP, EPOC + CP (tejido sano) y EPOC + CP (tejido tumoral). Los mRNAs de TLR2 y TLR4 fueron extraídos a partir de las muestras de tejido y se realizó una RT-qPCR.

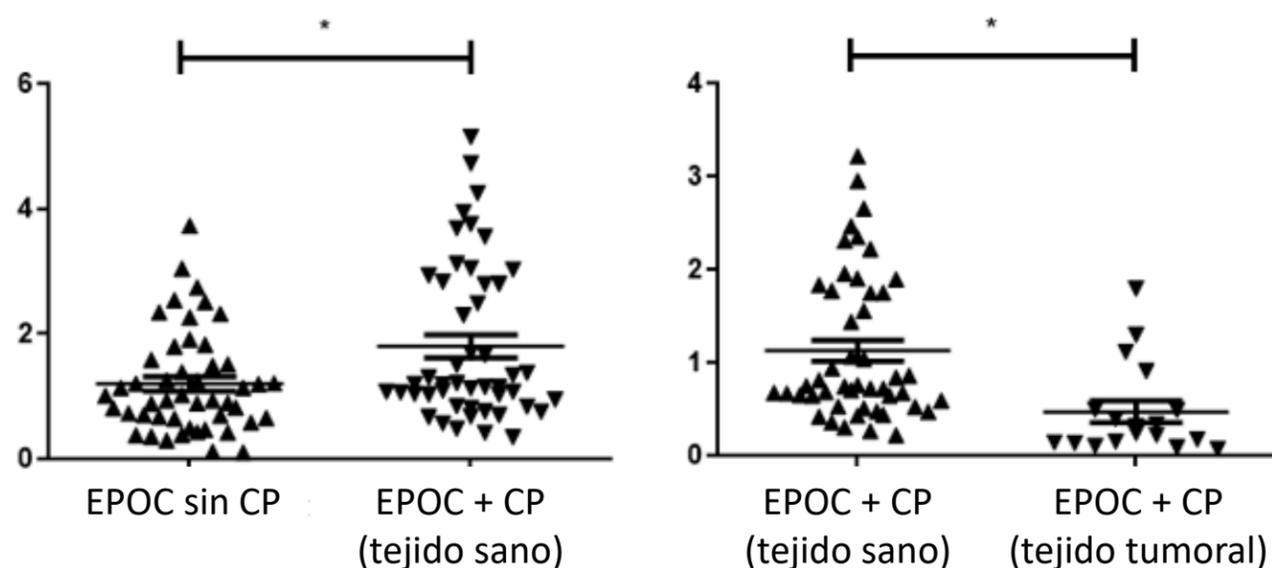
	EPOC sin CP	EPOC + CP (tejido sano)	EPOC + CP (tejido tumoral)
Grupo	2 (n=25)	1 (n=25)	1 (n=9)
Edad (años)	58.56 ± 4.56 *†	69.24 ± 7.66	68.89 ± 7.49
Sexo (H/M; %)	68/32	92/8	100/0
IMC (kg/m²)	25.02 ± 3.14	27.09 ± 4.62	26.73 ± 3.36
Paquetes-año	52.68 ± 24.56	60.17 ± 27.20	47.75 ± 23.46
FEV1/FVC (%)	38.64 ± 11.54 *†	58.81 ± 10.34	60.82 ± 7.96

Datos pacientes. ANOVA 1way. * $p < 0.05$ vs. EPOC + CP (tejido sano). † $p < 0.05$ vs. EPOC + CP (tejido tumoral)

Resultados



Expresión relativa de TLR2. Student's T-Test. * $p < 0.05$



Expresión relativa de TLR4. Student's T-Test. * $p < 0.05$

Conclusiones

A pesar de que los datos son preliminares, existe un comportamiento diferencial de TLR2 y TLR4 que los convierte en buenos biomarcadores para detectar pacientes con EPOC que desarrollarán CP. Cabe destacar que encontramos una infraexpresión de TLR2 y TLR4 en el tejido tumoral en comparación con el sano de los pacientes EPOC + CP, lo que podría indicar un papel específico de estos receptores en el tumor.

Financiación

001-PII SEPAR-ASTRAZENECA 2020
 1046-2020 SEPAR



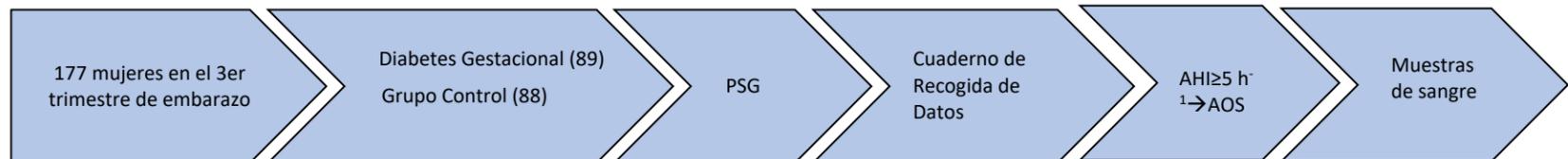
Impacto de la Apnea Obstructiva del Sueño en la Diabetes Mellitus Gestacional

Oleksandr Serednytskyy¹, María Cerdà Moncadas², Alberto Alonso Fernández^{1,3}, Ainhoa Álvarez Ruiz De Larrinaga^{5,6}, Andrés Sánchez Barón⁷, Mercedes Codina Marcet⁸, Paula Rodríguez Rodríguez⁶, Ana Victoria Gil Gómez⁹, María Paloma Giménez Carrero¹, Carla Pía Martínez⁶, José Pablo Cubero Marín⁹, Mónica De La Peña Bravo^{10,11}, Antònia Barceló Bennassar^{11,1}, Daniel Morell-García^{11,1}, Javier Piérola Lopetegui¹, José Antonio Peña-Zarza^{12,1}, Joaquín Durán Cantolla^{5,6}, José María Marín Trigo^{7,9}, Joan B Soriano Ortiz¹³, Francisco García Río¹⁴

INTRODUCCIÓN

La apnea obstructiva del sueño (AOS) aumenta el riesgo de diabetes mellitus tipo 2 e hiperinsulinemia. El embarazo aumenta el riesgo de tener AOS, sin embargo, la relación que existe entre el AOS y la diabetes mellitus gestacional (DG) no está suficientemente clara. Nuestros objetivos en este estudio fueron: (1) evaluar la prevalencia de AOS en pacientes embarazadas con DG, (2) valorar la asociación entre AOS y DG, y (3) determinar la relación entre los diversos parámetros de sueño y la resistencia a la insulina durante el embarazo.

MATERIAL Y MÉTODOS



RESULTADOS

Variable	Pacientes DG (n=89)	Pacientes control (n=88)	Valor p
Edad (años)	35 ± 4	34 ± 4	0.10
Edad gestacional (semanas)	34.4 ± 2.9	33.7 ± 3.2	0.12
Etnia caucásica, n (%)	76 (85.4)	81 (92)	0.16
Primer embarazo, n (%)	45 (51.7)	50 (56.8)	0.5
IMC Pre-gestacional (Kg/m²)	25.6 ± 5	22.9 ± 3.1	0.00*
Obesidad Pre-gestacional n (%)	15 (16.9)	3 (3.4)	0.00*
Ganancia ponderal (kg)	8.6 ± 5	11.2 ± 4.5	0.00*
IMC Gestacional (Kg/m²)	28.9 ± 4.8	26.8 ± 2.9	0.00*
Circunferencia de cuello (cm)	34.4 ± 3	33.5 ± 2.3	0.03*
Proporción cintura-cadera	1 ± 0.1	1 ± 0.1	0.184
Mallampati, n (%)			0.416
Clase I	23 (26.4)	27 (31.4)	
Clase II	22 (25.3)	28 (32.6)	
Clase III	17 (19.5)	14 (16.3)	
Clase IV	25 (28.7)	17 (19.8)	
Edema de úvula (%)	4.7	0	0.042*
Velo del paladar largo (%)	3.5	1.2	0.306
Amígdalas hipertroficadas (%)	2.4	2.3	0.991
Glucosa (mg/dL)	76 ± 9	76 ± 8	0.765
Hemoglobina A1c (%)	5.3 ± 0.8	5.3 ± 1.1	0.906
Insulina (µUI/mL)	12.3 ± 7	11.1 ± 4.6	0.292
HOMA-IR	2.4 ± 1.5	2.1 ± 1	0.352
QUICKI	0.35 ± 0.03	0.35 ± 0.02	0.887

Los valores representan la media ± DS o porcentaje. HOMA-IR, índice de resistencia a la insulina; QUICKI, índice de control cuantitativo de la sensibilidad a la insulina.

Relación entre la resistencia a la insulina y los parámetros de la polisomnografía en las mujeres embarazadas.

	HOMA-IR			QUICKI		
	Coeficiente de correlación	P		Coeficiente de correlación	P	
	r	95%IC		r	95%IC	
Tiempo total de sueño (min)	0.195	-0.350-0.030	0.021	0.214	0.050-0.367	0.011
REM (%)	0.167	-0.324-0.001	0.049	-	-	-
Índice de Arousal (h⁻¹)	-	-	-	0.171	-0.329-0.004	0.045
Duración máxima de AO (s)	0.219	0.052-0.374	0.011	-	-	-
Índice de hipopneas (h⁻¹)	0.240	0.077-0.390	0.004	0.193	-0.348-0.028	0.022
Índice de AH (h⁻¹)	0.241	0.078-0.391	0.004	0.194	-0.349-0.029	0.022
Duración máxima de AH (s)	0.179	0.013-0.335	0.034	0.176	-0.332-0.010	0.038
T90 (min)	0.358	0.204-0.495	<0.001	0.220	-0.372-0.056	0.009
Índice de desaturación (h⁻¹)	0.210	0.046-0.363	0.013	-	-	-

AH, apneas-hipopneas; AO, apneas obstructivas; HOMA-IR, índice de resistencia a la insulina; QUICKI, índice de control cuantitativo de la sensibilidad a la insulina; REM, movimiento rápido de ojos; T90, tiempo total de estudio con saturación de oxígeno < 90%.

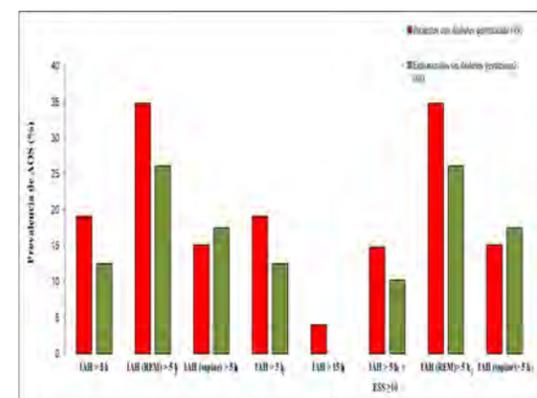
Predictores independientes de la resistencia y sensibilidad a la insulina en mujeres embarazadas.

	Coeficientes de regresión no estandarizados			Coeficientes de regresión estandarizados	P	R²
	B	SE	95% CI			
HOMA-IR						
T90 (min)	0.189	0.044	0.102-0.277	0.453	<0.001	0.139
Tiempo total de sueño (min)	-0.006	0.002	-0.010-0.003	-0.376	0.001	0.215
Índice cintura-cadera	-6.267	2.032	-10.329-2.205	-0.316	0.003	0.295
Edad (años)	-0.059	0.025	-0.108-0.010	-0.242	0.020	0.352
Duración máxima de AH (s)	0.008	0.004	0.000-0.015	0.216	0.038	0.396
Constante	11.974	2.386	7.204-16.743	-	-	-
QUICKI						
IMC pre-gestacional (kg/m²)	-0.002	0.001	-0.003-0.000	-0.257	0.027	0.097
T90 (min)	-0.002	0.001	-0.004-0.000	-0.231	0.046	0.147
Constante	0.396	0.021	0.353-0.439	-	-	-

* Ajustado por edad, ganancia ponderal, IMC pre-gestacional, circunferencia del cuello, ratio cintura-cadera, y todas las variables con relación significativa en el análisis bivariado. HOMA-IR, índice de resistencia a la insulina; QUICKI, índice de control cuantitativo de la sensibilidad a la insulina; T90, tiempo total de estudio con saturación de oxígeno < 90%; IMC, índice de masa corporal.

Variable	Pacientes DG (n=89)	Pacientes Control (n=88)	Valor p
Tiempo total de sueño (min)	305.5 ± 63	311.8 ± 74	0.543
N1+N2 (%)	57.3 ± 21	59.3 ± 17	0.487
N3 (%)	31.06 ± 20	27.6 ± 18	0.234
REM (%)	11.6 ± 6	13.1 ± 5	0.072
IAH (h⁻¹)	3.2 ± 6	1.9 ± 2.7	0.069
Índice de AO (h⁻¹)	0.45 ± 2.3	0.07 ± 1.2	0.112
Índice de AC (h⁻¹)	0.16 ± 0.5	0.13 ± 0.3	0.708
Índice de arousal (h⁻¹)	15.5 ± 14	13.9 ± 12	0.423
IAH en supino (h⁻¹)	2.5 ± 4.6	2.6 ± 4.1	0.894
IAH en REM (h⁻¹)	7.3 ± 15.4	4.1 ± 7	0.082
SaO₂ media (%)	96 ± 2.2	96 ± 1.4	0.692
SaO₂ mínima (%)	90.9 ± 5.3	92.3 ± 3	0.027*
CT90 (min.)	0.48 ± 2	0.66 ± 2.9	0.640
Índice de Desaturación (h⁻¹)	0.99 ± 3	0.7 ± 1.5	0.405

Los valores representan la media ± DS o porcentaje. Abreviaciones: SaO₂, saturación de oxígeno; CT90, tiempo total de estudio con SaO₂ < 90%.



AHI, índice de Apnea - Hipopnea; ESS, puntuación escala Epworth.

CONCLUSIÓN

No se encontraron diferencias en la prevalencia de AOS en gestantes con DG y sin DG durante el tercer trimestre de embarazo. Tampoco se objetivó relación entre AOS y DG, sin embargo, se identificó una relación positiva entre la resistencia a la insulina y el CT90 y la duración de los eventos respiratorios. Se objetivó además una relación inversa entre el TTS y la resistencia a la insulina en el embarazo.

Prevalencia de tromboembolia pulmonar en pacientes con neumonía por SARS-CoV-2 y dímero D elevado

Carla Suarez, Alberto Alonso, Nuria Toledo, Borja G. Cosío, Aina Millán, Néstor Calvo, Luisa Ramón, Joaquín Martínez, Daniel Morell, Belén Núñez, Juan A. Palmer, Luisa Martín, María Peñaranda, Joan A. Pou, Jaime Sauleda, Ernest Sala.



Introducción y objetivos

La neumonía en la COVID-19 se relaciona con estados de hipercoagulabilidad e hiperinflamación. La elevación del dímero D (DD) es frecuente y valores $> 1 \mu\text{g/mL}$ se asocian a peor pronóstico y mortalidad. Estudios publicados revelan alta prevalencia de tromboembolia pulmonar (TEP) en estos pacientes, sin embargo el diagnóstico se realizó a partir de una alta sospecha clínica.

Material i mètodes

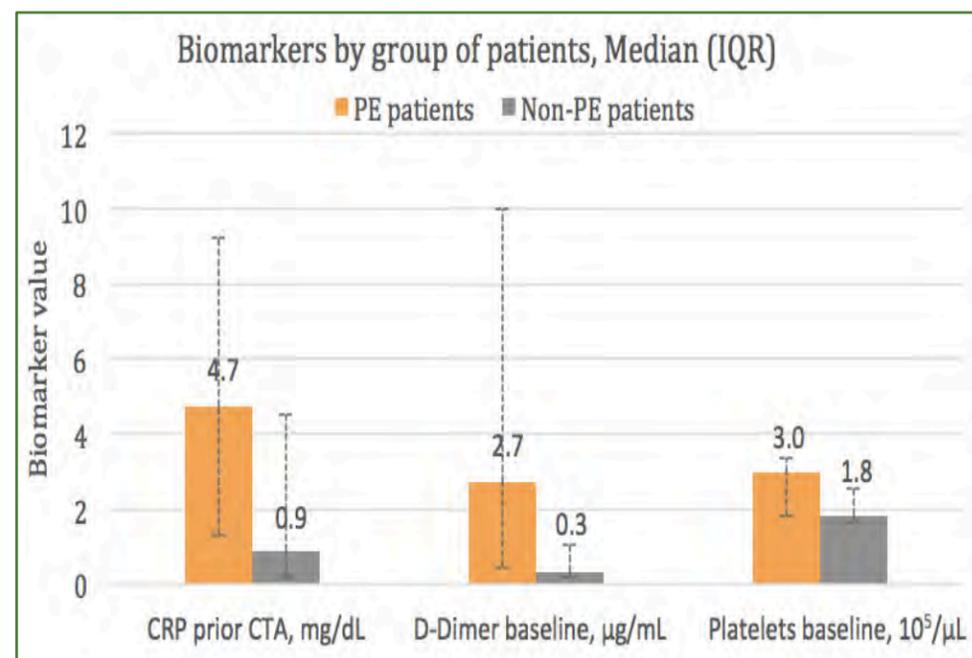
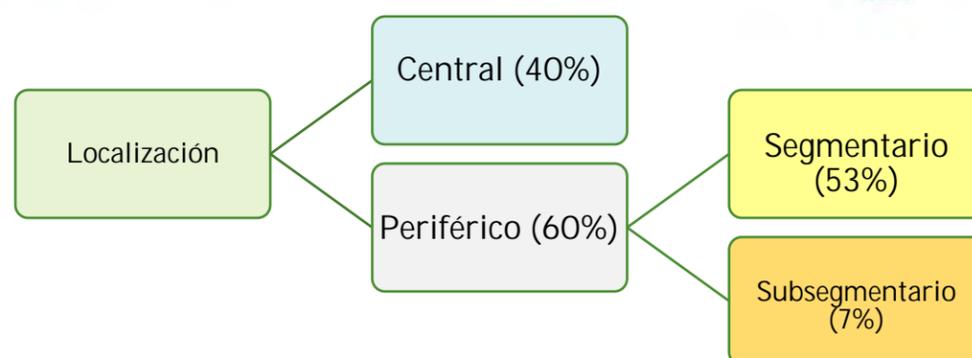
Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
1. Adultos >18 años	1. Alergia al contraste yodado
2. Neumonía confirmada por SARS-CoV-2	2. Rechazar o incapacidad para participar en el estudio
3. Dímero D >1000 ng/ml.	3. Tratamiento anticoagulante previo
	4. Condición médica que contraindique participar en el estudio

Se realizó angioTAC para determinar la presencia de TEP. Se recogieron datos demográficos, clínicos, analíticos y sobre el tratamiento y las comorbilidades.

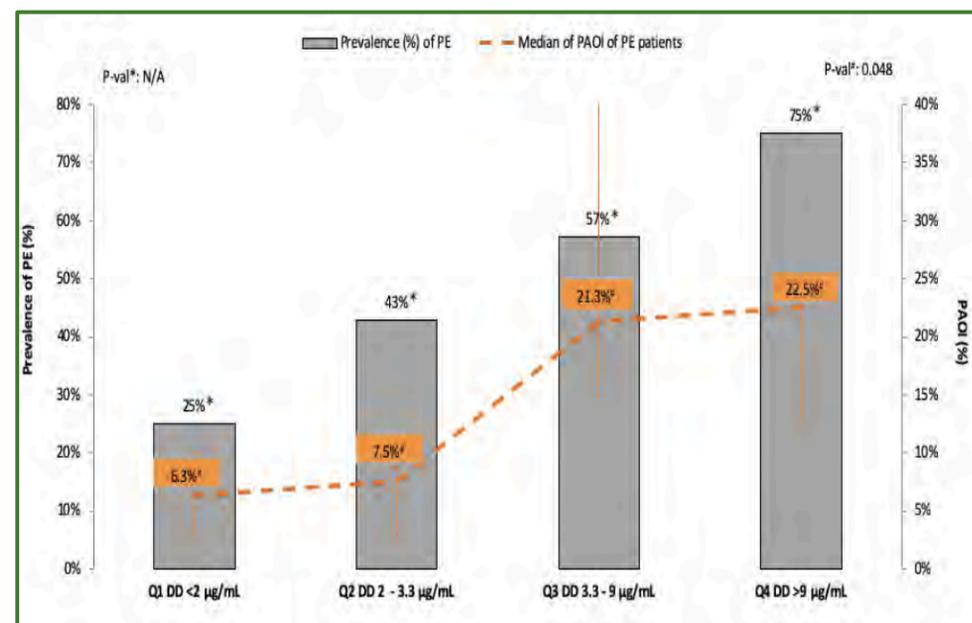
Resultados

Anthropometric and Clinical characteristics of patients admitted because of COVID-19 pneumonia with and without Pulmonary embolism.

	All patients (n= 30)	PE patients (n= 15)	Non-PE patients (n=15)	p value
Age, yr.	64.5	67.0	57.0	0.048
Gender, men, n (%)	19	10 (66.7%)	9 (60.0%)	0.704
Body mass index, Kg/m ²	28.2	28.9	27.5	0.727
Time from illness onset to hospital admission, days	8.0	11.0	7.0	0.080
Current or former smokers, n (%)	7 (23.3%)	3 (20.0%)	4 (26.7%)	1.000
Smoking, Pack-year	30.0	30.0	40.	0.067
CURB 65	1.0	1.0	1.0	0.572
One or more known risk factors for PE, n (%)	16	9 (60.0%)	7 (46.7%)	0.464
Clinical outcomes				
Acute respiratory failure, n (%)	15	9 (60.0%)	6 (40.0%)	0.273
Arrhythmia, n (%)	2 (6.7%)	2 (13.3%)	0	0.482
ICU admission, n (%)	11 (37.9%)	5 (33.3%)	6 (42.9%)	0.597
Death, n (%)	0	0	0	NA



1. Relación de embolismo pulmonar con niveles pico de PCR y valores báseles de D-dímero y plaquetas



2. Relación entre D-dímero y carga trombotiática

Biomarker	rho	p valor
D-dimer peak	0.592	0.020
D-dimer prior to CTPA	0.795	<0.0001
CRP prior to CTPA	0.518	0.048
CRP baseline	0.574	0.025
Peak lymphocytes count	0.605	0.017

Conclusiones

En pacientes con neumonía por SARS COV 2:

- Existe elevada prevalencia de tromboembolia pulmonar (50%) en pacientes con DD de mas de 1000 ng/mL.
- La inflamación sistémica y los niveles de DD se correlacionaron con la carga trombótica.

Estos hallazgos podrían contribuir a mejorar el pronóstico de pacientes con neumonía en la COVID-19,

INFLAMACIÓN SISTEMICA Y ACTIVACIÓN SIMPÁTICA EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL Y APNEAS OBSTRUCTIVAS DE SUEÑO

O. Sereidnytskyy, C. Suárez, A. Alonso-Fernández, C. Ribot, A. Herranz, A. Álvarez, A. Sánchez, A. Gil, C. Pía, M. Barceló, M. Cerdà, M. Codina, M. De La Peña, A. Barceló, A. Iglesias, D. Morell García, J. Peña, M. Giménez, M. Piñas, F. García-Río

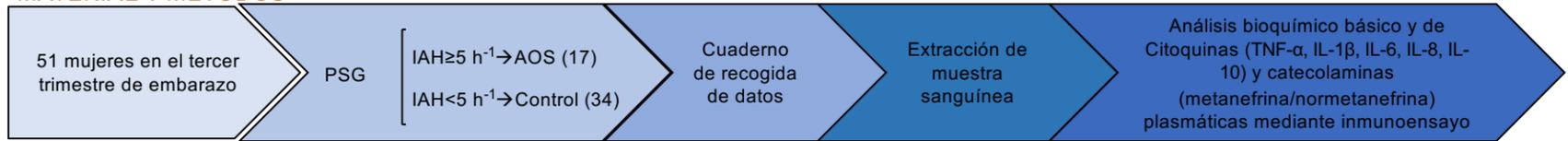
INTRODUCCIÓN

Las apnea obstructiva del sueño (OSA) y la diabetes mellitus gestacional (DG) podrían estar asociadas, pero sus consecuencias y mecanismos aún se desconocen

OBJETIVOS

Determinar si la OSA se asocian con una mayor inflamación y actividad simpática en DG y relacionarlos con la resistencia a la insulina y consecuencias perinatales.

MATERIAL Y MÉTODOS



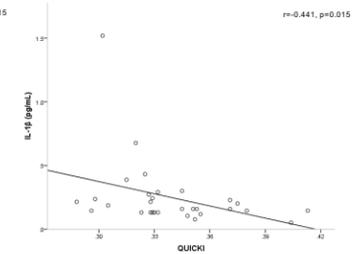
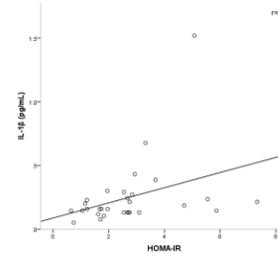
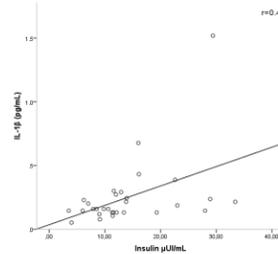
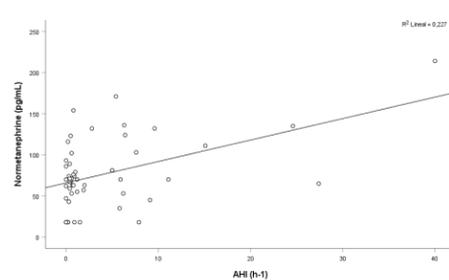
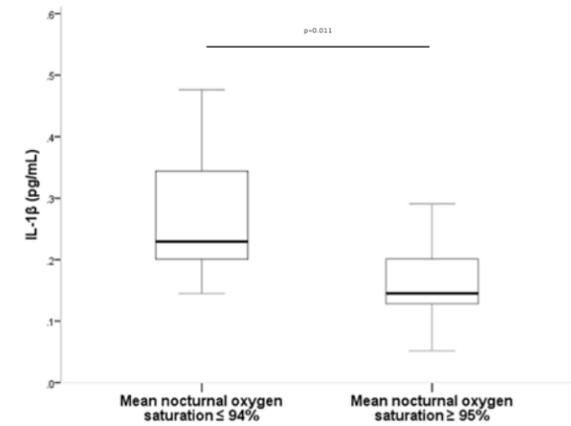
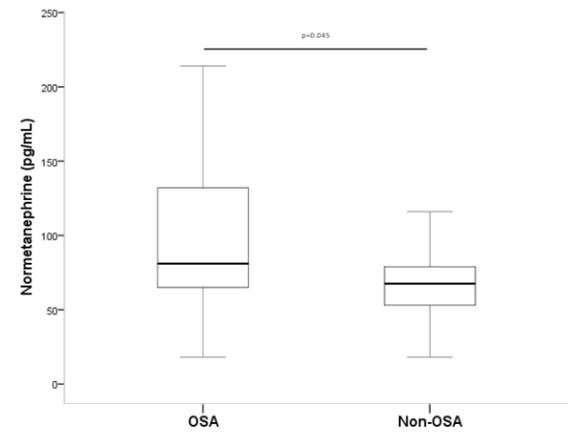
RESULTADOS

	OSA (n=17)	Control (n=34)	P valor
Edad (años)	38 (35-40)	35 (32-39)	0.120
Edad gestacional (semanas)	36 (34-36.5)	36 (34.75-38)	0.551
IMC antes de embarazo (Kg/m²)	29.2 (24.9-32.4)	25.76 (23.2-29.1)	0.15
Obesidad antes de embarazo n (%)	6 (35.3)	7 (20.6)	0.256
IMC gestacional (Kg/m²)	32.4±5.7	29.9±3.8	0.070
Primer embarazo n (%)	8 (50)	18 (52.9)	0.846
Fumadora antes de gestacion n (%)	No	7 (41.2)	20 (58.8)
	Sí	7 (41.2)	8 (23.5)
	Ex-fumador	3 (17.6)	6 (17.6)
Glucosa (mg/dL)	74.5±6.7	78±9.6	0.186
Insulina (μUI/mL)†	18.2 (13.4-25.5)	13.4 (11.5-13.9)	0.137
HOMA-IR†	2.7 (1.8-4.9)	2.6 (1.2-2.8)	0.22
QUICKI†	0.33 (0.30-0.35)	0.33 (0.33-0.37)	0.202

†Limitado a pacientes que no utilizan insulina (n=30). IMC, índice de masa corporal; GDM, diabetes mellitus gestacional; HOMA-IR, modelo homeostático para evaluar la Resistencia a la insulina; HDL, lipoproteínas de alta densidad; LDL, lipoproteínas de baja densidad; ALT, aminotransferasa de alanina; GGT, gamma guamil-transpeptidasa; g, gramos; Kg, kilogramos; mg, miligramos; m, metros; cm, centímetros; dL, decilitros; U, unidades; L, litros, uL, microlitros; mmHg, milímetros de mercurio.

	OSA (n=17)	Control (n=34)	P valor
Metanefrina (pg/mL)	39 (31-52)	37 (32-48)	0.696
Normetanefrina (pg/mL)	81 (59-134)	68 (51-81)	0.045
TNF-α (pg/mL)	6.91 (5.43-8.26)	7.51 (6.45-10.49)	0.204
IL-1β (pg/mL)	0.16 (0.12-0.34)	0.15 (0.13-0.20)	0.253
IL-6 (pg/mL)	1.32 (0.97-1.67)	1.13 (0.84-1.37)	0.204
IL-8 (pg/mL)	2.08 (1.25-2.93)	1.94 (1.37-3.04)	0.905
IL-10 (pg/mL)	0.51 (0.32-1.05)	0.51 (0.37-0.97)	0.976

GDM, diabetes mellitus gestacional; IL, interleuquina; pg, picogramos; mL, mililitro; TNF-α, factor de necrosis tumoral alfa.



	Metanefrina		Normetanefrina		IL-1β	
	Coefficiente correlación	P	Coefficiente correlación	P	Coefficiente correlación	P
Tiempo de sueño en REM, %	r	95%IC	r	95%IC	R	95%CI
	-0.558	0.017	-	-	-0.328	-0.554--0.057
IAO, h⁻¹	-	-	0.329	0.058-0.555	0.289	0.014-0.523
Numero de AO	-	-	0.319	0.047-0.547	0.280	0.004-0.516
Duración media de las A, s	-	-	0.287	0.012-0.522	0.286	0.011-0.521
Duración máxima de las AO, s	-	-	-	-	0.319	0.047-0.547
IAH, h⁻¹	-	-	0.3	0.059-0.555	-	-
Número de apneas-hipopneas	-	-	0.294	0.02-0.527	-	-
IAH en supino, h⁻¹	-	-	0.329	0.058-0.555	-	-

Abreviaciones: A, apneas; AO, apneas obstructivas; IAH, índice de apneas-hipopneas; AO, apneas obstructivas; IL, interleuquina.

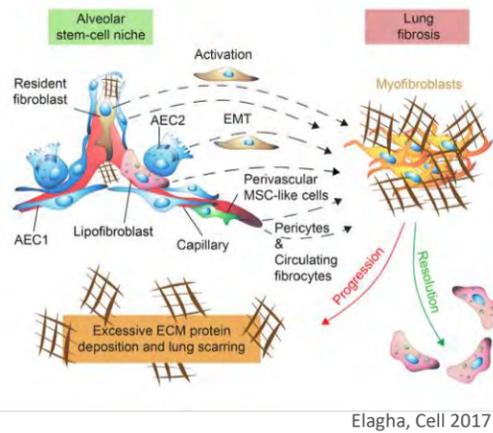
- La IL-10 se relacionó inversamente con el tiempo de sueño superficial (r=-0.36) y con el índice de arousals (r=-0.33), y relación directa con el tiempo de sueño con ondas lentas (r=0.36).
- No se detectaron diferencias en las características neonatales.
- IL-10 se relacionó significativamente con el peso y percentil del peso al nacer (r=-0.28 y r=-0.33).

CONCLUSIONES

La OSA incrementó la actividad simpática y la concentración de IL-1β fue mayor en pacientes con DG con valores mas bajos de oxigenación nocturna, lo cual, fue relacionado con eventos obstructivos y tiempo en REM. Además, la IL-1β se relaciono con la resistencia a la insulina, y la IL-10 se correlacionó inversamente con el peso neonatal.

Introducción

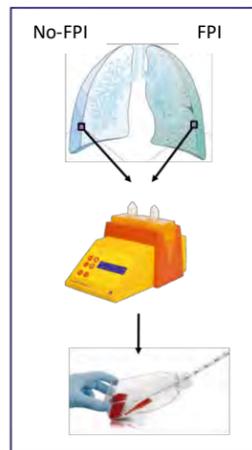
La Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI) se caracteriza por un daño irreversible del epitelio pulmonar que provoca la aparición de focos fibroblásticos y la segregación masiva de componentes de matriz extracelular. Las células madre mesenquimales pulmonares (P-MS) podrían contribuir a la reparación aberrante en la patogenia, sin embargo, los mecanismos implicados se desconocen. Diversos estudios apuntan a una disfunción mitocondrial en la patogenia.



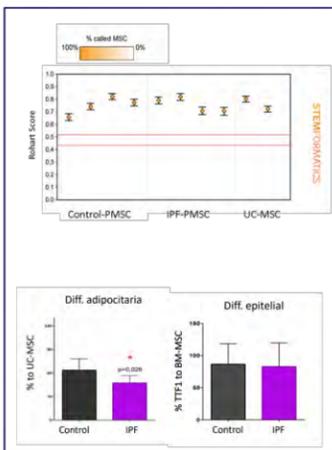
Elagha, Cell 2017

Hipótesis: en la FPI, las P-MS poseen una capacidad mitocondrial comprometida la cual altera su respuesta al entorno fibrótico

1. Aislamiento P-MS



2. Validación mesenquimalidad

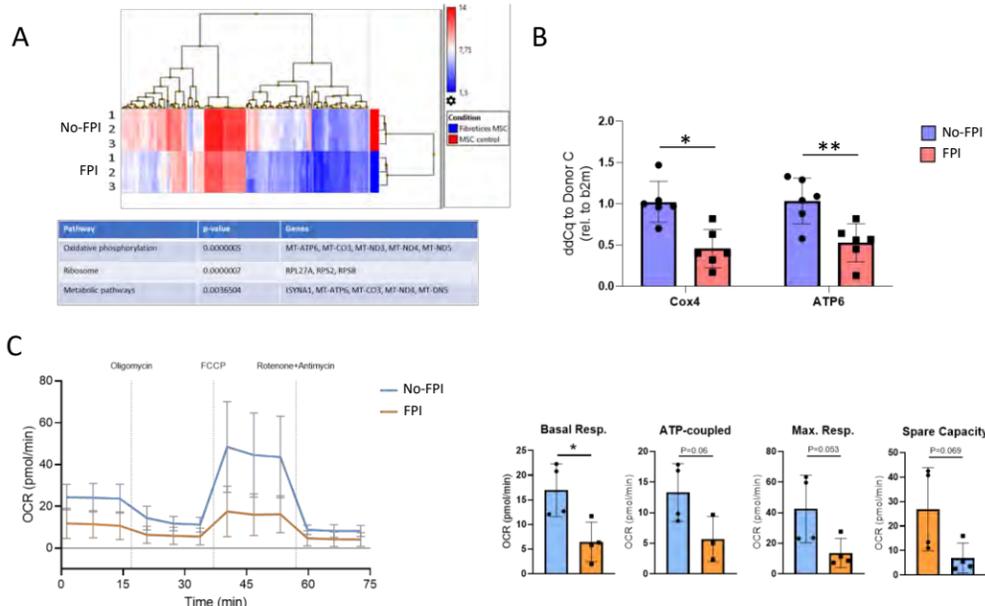


3. Caracterización mitocondrial

- a) **Análisis génico**
 - Microarray
 - qPCR
- b) **Morfología e integridad mitocondrial**
 - Electromicroscopia
 - TMRM
- c) **Ensayos funcionales**
 - Seahorse
 - Autofagia
 - Tratamiento profibrótico (TGFβ)
 - Capacidad reparadora (scratch assay)

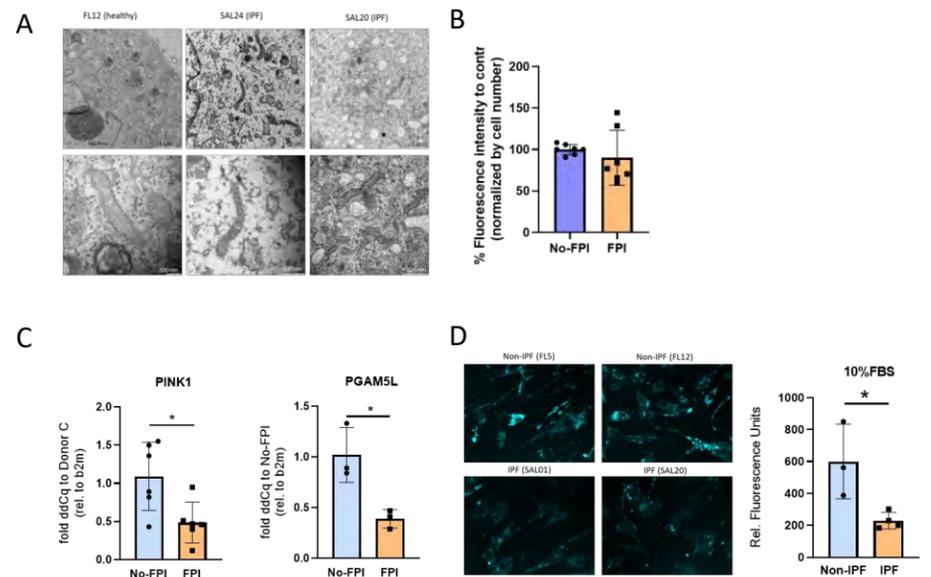
Resultados

Las P-MS de FPI presentan una respiración mitocondrial disminuida



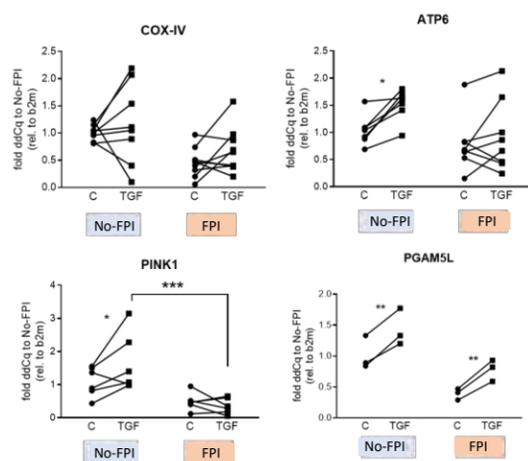
Ensayos moleculares y funcionales de la respiración molecular en P-MS de FPI y no-FPI. (A) Microarray génico (N=3 por grupo). (B) qPCR de genes de COX4 y ATP6 (N=5-6 por grupo). (C) Ensayo Seahorse de la respiración mitocondrial (N=4 por grupo). Mean±SD, T-test y One-way ANOVA *P<0.05

Las morfología mitocondrial y la mitofagia están alteradas en las P-MS de FPI



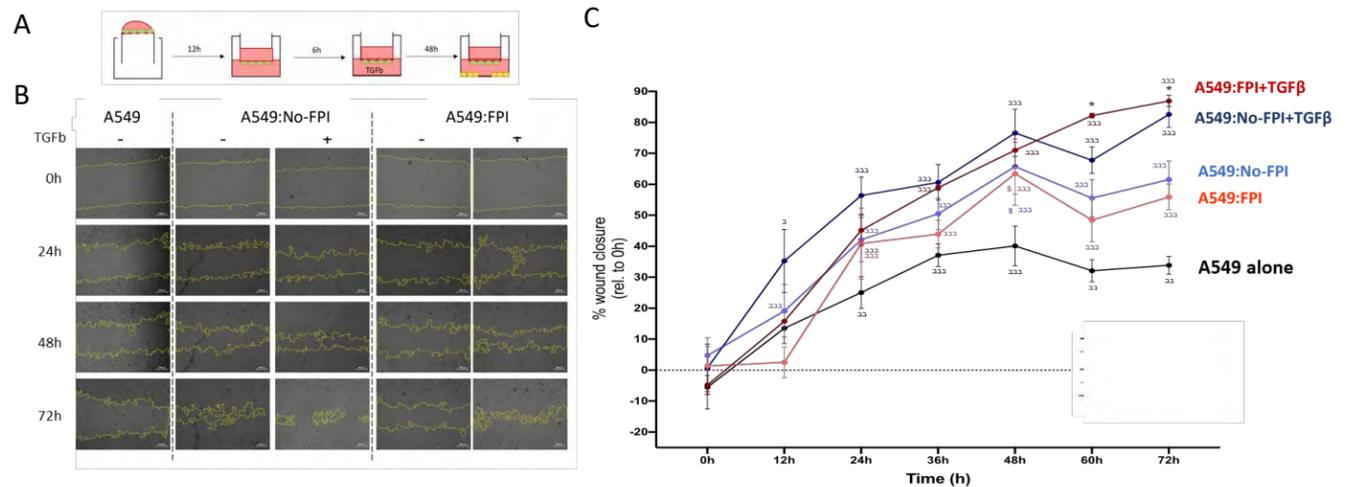
Análisis morfológico y de la mitofagia en P-MS de FPI y no-FPI. (A) Electromicroscopia. (B) Potencial de membrana por TMRM (N=6 por grupo). (C) qPCR de genes de mitofagia PINK1 y PGAM5L (N=3-6 por grupo). (D) Ensayo de autofagia (N=3 por grupo). Mean±SD, T-test *P<0.05

La expresión de genes mitocondriales en respuesta al TGF-β está alterada en las P-MS de FPI



Expresión de ARNm en las P-MS de IPF y no-IPF en respuesta a TGFβ. qPCR de genes de COX4 y ATP6 (respiración mitocondrial), y PINK1 y PGAM5L (autofagia). N=3-7 por grupo. Mean±SD, One-way ANOVA *P<0.05

Aunque la capacidad de inducir la reparación de la herida epitelial se ve aumentada con la preexposición de las P-MS a TGFβ, ésta aparece de manera tardía en el grupo FPI



Análisis funcional de la capacidad reparadora de las P-MS de IPF y no-IPF pre-tratadas con TGFβ. (A) Esquema del diseño experimental. (B) Imágenes representativas del cierre de la herida epitelial de la línea A549 en co-cultivo con las P-MS. (C) Gráfico lineal de la dinámica del cierre de la herida epitelial en los tiempos indicados. (autofagia. N=3-6 por grupo. Mean±SD, One-way ANOVA *P<0.05

Conclusión

Las P-MS de IPF presentan una disfunción en la respiración mitocondrial y mitofagia junto a una respuesta comprometida al entorno fibrótico, lo cual podría estar implicado en alteraciones de su capacidad reparadora.

Cap a la recerca en medicina de precisió IMPLEMENTACIÓN DEL CONSEJO BREVE EN EL FUMADOR HOSPITALIZADO

Autores: Juana M^a Sánchez García¹, Patricia García-Pazo^{2,3}, Araceli Muñoz Vidal^{1,3}, Catalina Morro Rotger¹, M^a Fiorella Sarubbo^{1,3}
¹Hospital Universitario Son Llàtzer; ²Dpto. Enfermería y Fisioterapia. Universitat de les Illes Balears (UIB); ³Institut d'Investigació Sanitària Illes Balears (IdISBa)

INTRODUCCIÓN



El tabaco es factor de riesgo de diferente tipo de enfermedades que en muchas ocasiones causan el ingreso hospitalario del fumador. Las Guías de Práctica Clínica señalan el consejo breve sistematizado, 5 Aes (Figura 1), como la intervención más coste-eficaz para dejar de fumar (1,2).

La hospitalización es un momento idóneo para intervenir sobre el tabaquismo con dicho consejo (3). Sin embargo, no siempre se implementa la evidencia en la práctica clínica, por diferentes motivos (4).

Figura 1: Descripción del consejo breve: regla mnemotécnica "5 Aes".

Ask	A ₁ : Averiguar si fuma
Advice	A ₂ : Aconsejar dejar de fumar
Asses	A ₃ : Analizar la disposición al cambio
Asist	A ₄ : Ayudar en el intento de abandono
Arrange	A ₅ : Acordar visitas de seguimiento

OBJETIVOS

(A) Describir qué tipo de consejo breve (5 Aes) reciben los fumadores ingresados en el Hospital público Universitario Son Llàtzer (HUSLL), así como qué profesionales lo imparten.

(B) Analizar si existe relación entre la patología de ingreso y la intervención recibida.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio transversal descriptivo. Muestra: pacientes ingresados en las 12 unidades de adultos del HUSLL.

Se efectuó entre los meses de abril y diciembre del 2019. La información se recogió a través de una entrevista semiestructurada realizada a pie de cama antes del alta del paciente.

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables de estudio. Se estudió la normalidad. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencia y porcentaje. Para el análisis de inferencia se utilizó el test de Chi-cuadrado. Se consideró significativo valores de $p < 0.05$. Los datos fueron anonimizados.

Este estudio fue aprobado por el comité de ética de las Islas Baleares, nº IB3841/18 PI.

RESULTADOS

La muestra está compuesta por 330 pacientes hospitalizados, 68 (20,6%) eran fumadores.

(A) Un total de 53 (78%) fumadores no reciben consejo breve y 1 (1,45%) lo recibe completo (tabla 1).

Los profesionales que imparten el consejo breve son: médicos 8 (53%) y enfermeras 3 (20%).

(B) No existe relación estadísticamente significativa entre recibir el consejo y la patología de ingreso ($p=0,057$). Sin embargo, los pocos que reciben varias partes del consejo están hospitalizados por patología respiratoria y digestiva.

El único fumador que recibe la intervención completa está hospitalizado por EPOC.

Tabla 1: Descripción detallada del porcentaje del consejo breve impartido.

CONSEJO BREVE (5 Aes)	N (%)
0.A₀:no recibe consejo	53 (77,9%)
1.Averiguar sobre consumo	8 (11,7%)
2.Aconsejar abandono	9 (13,2%)
3.Analizar la disposición al cambio	4 (5,88%)
4.Ayudar en el intento: material,tto.	3 (4,4%)
5.Acordar seguimiento y control	2 (2,94%)
A ₁ (1+2+3)	1 (1,45%)
A ₁ (1+2+3+4)	1 (1,45%)
A₁(1+2+3+4+5)	1 (1,45%)
A (2+3+4)	1 (1,45%)
A (2+5)	1 (1,45%)

CONCLUSIONES

Actualmente, en el HUSLL no se implementa el consejo breve completo. De esta manera se desaprovecha el ingreso del fumador.

Se están analizando los datos de la opinión del personal sanitario sobre el consejo breve que imparten y las dificultades que condicionan su implementación. Líneas futuras de acción irán orientadas a corregir dichos impedimentos y mejorar la aplicación del consejo breve durante la hospitalización del fumador.