



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-06 - FUGA AÉREA PERSISTENTE EN COHORTE DE 1.589 LOBECTOMÍAS. ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO PREOPERATORIOS E INTERACCIONES DE UN MODELO

Díaz Sanz, B.; García Rodríguez, O.; Avilés Parra, J.D.; Lora Ibarra, C.A.; Rey Gutama, R.H.; Recuero Díaz, J.L.; Embún Flor, R.

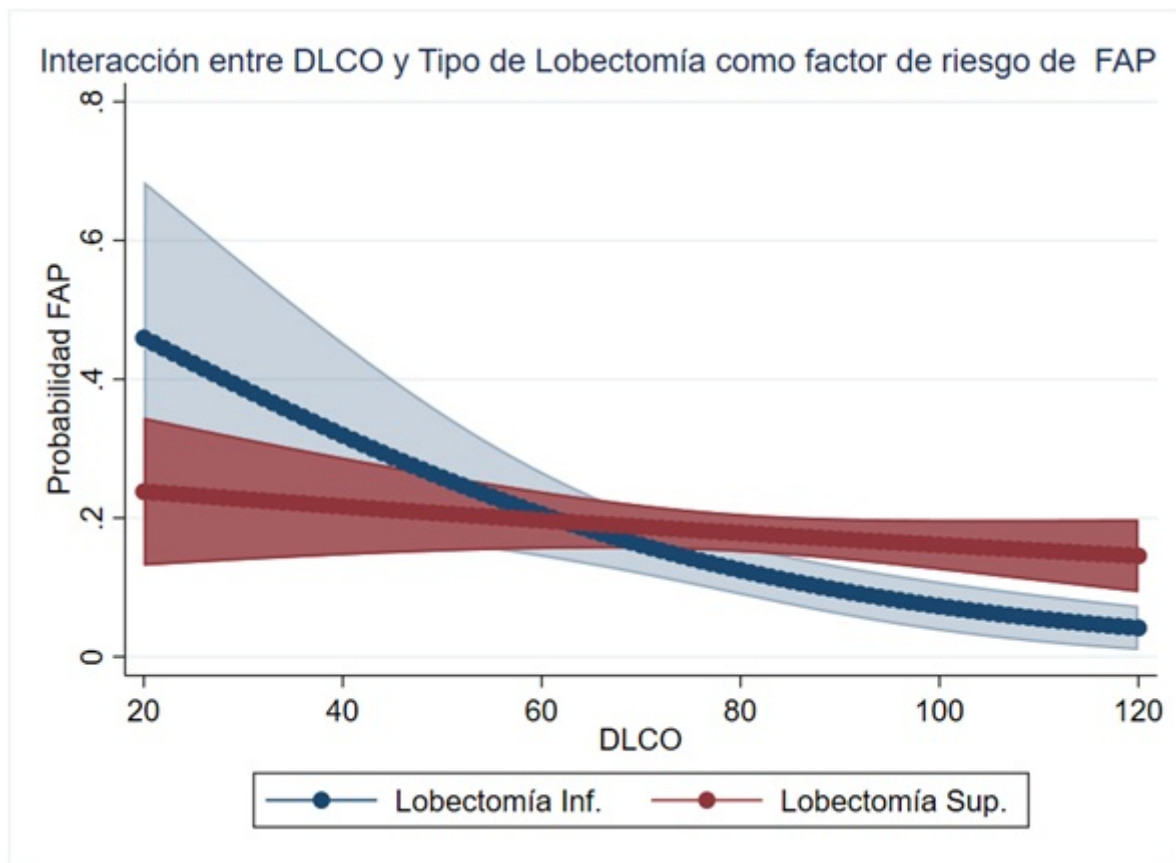
Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Resumen

Objetivos: Conocer la evolución cronológica de la tasa de fuga aérea persistente (> 5 días) tras lobectomía pulmonar en nuestro Servicio, así como los principales factores de riesgo y posibles interacciones entre los mismos con vistas al futuro desarrollo de modelos predictivos en este campo.

Métodos: Estudio de cohortes ambispectivo (prospectivo 2017-2018) de las resecciones pulmonares anatómicas realizadas en nuestro Servicio entre 2002-2018. Se excluyeron las neumonectomías, lobectomías medias, bilobectomías y segmentectomías anatómicas. Se tuvieron en cuenta únicamente factores de riesgo preoperatorios: sexo, edad, tabaquismo, cirugía torácica previa, FEV1, DLCO, tipo de lobectomía (superior vs. inferior), variable cronológica (2011), diabetes, neoadyuvancia. Las variables significativas ($p < 0,05$) en el análisis univariante (χ^2 y Mann-Whitney) fueron incluidas en modelos de regresión logística ajustados por edad y sexo, valorando las posibles interacciones entre ellas. La valoración de cada modelo se realizó en base al valor Pseudo-R² y el Área Bajo la Curva (AUC), ambos parámetros con valores entre 0 y 1 (valores más cercanos a 1 indican mejor rendimiento). El efecto de cada variable se determinó en base a su odds ratio (OR) con intervalos de confianza al 95% (IC95%). La valoración de cada interacción se realizó en base a su nivel significación y la modificación del efecto sobre el resto de las variables.

Resultados: De las 2.074 resecciones pulmonares anatómicas se excluyeron 485 pacientes (23%) correspondientes a los criterios previamente definidos, resultando una muestra final de 1.589 pacientes. La tasa de FAP fue del 15,9% (rango máximo interanual 8-22%), $p = 0,435$. Dicha variación temporal tampoco resultó significativa en base a los periodos de agrupación ya especificados (2009: 16% vs. 2009-2011: 15,3% vs. > 2011: 15,8% $p = 0,925$). En el análisis univariante, la DLCO (mediana 82% vs. 78%, $p = 0,003$), tabaquismo (sí: 17% vs. no: 12%, $p = 0,021$) y tipo de lóbulo (superiores 17,7% vs. inferiores 12,3%, $p = 0,006$) se asociaron de forma significativa con la presencia de FAP. En el modelo sin interacciones (Pseudo-R² 0,016 y AUC = 0,584) los resultados para cada variable fueron: DLCO [OR 0,98 (IC95% 0,98-0,99, $p = 0,005$)], tabaquismo [OR 1,31 (IC95% 0,87-1,98, $p = 0,191$)], lobectomía superior [OR 1,37 (IC95% 0,95-1,96, $p = 0,088$)]. El modelo que incluyó todas las posibles interacciones entre las variables DLCO, tabaquismo y tipo de lóbulo consiguió unos valores de Pseudo R² = 0,027 y AUC = 0,601, superiores al modelo sin interacciones. De todas las posibles interacciones resultó de interés la relación entre DLCO y tipo de lobectomía, OR 1,024 (IC95% 1,001-1,04, $p = 0,013$), lo que se tradujo en una mayor probabilidad de FAP después de una lobectomía inferior para valores de DLCO 63% (fig.).



Conclusiones: La tasa de fuga aérea en nuestro medio no varió de forma significativa durante el periodo de estudio. La DLCO fue el factor de riesgo más determinante, seguido de la historia de tabaquismo y tipo de lobectomía. La interacción entre DLCO y tipo de lobectomía resultó tener un impacto considerable, con posibles implicaciones en la práctica clínica. Además, la inclusión de todos los términos de interacción consiguió mejorar el rendimiento del modelo de forma modesta, aunque creemos debería tenerse en cuenta en el desarrollo de futuros modelos.