



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## P-11 - FACTORES DE RIESGO E IMPACTO CLÍNICO DE LA FUGA AÉREA PROLONGADA TRAS RESECCIÓN PULMONAR

*Cristina Carrera Rivero, Silvia Rodríguez Gutiérrez, Rafael López Cano, Ana Triviño Ramírez, Fernando Cózar Bernal, Marta López Porras, Patricia Carmona Soto, Julia González Fernández, Juan Carlos Girón Arjona y Rafael Jiménez Merchán*

*Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.*

### Resumen

**Objetivos:** La fuga aérea persistente (FAP) es aquella que perdura más allá de 5 día. Su impacto sigue en debate por lo que este estudio busca identificar los factores asociados a su aparición.

**Métodos:** Estudio retrospectivo durante dos años de resecciones quirúrgicas oncológicas recogiendo datos demográficos, clínicos, diagnósticos y quirúrgicos. Para la descripción de las variables cualitativas se usó la prueba de Chi-cuadrado, para las cuantitativas ANOVA/Kruskal-Wallis y regresión logística ordinal para evaluar la relación entre ellas.

**Resultados:** Se incluyeron 246 pacientes, 168 hombres (66,7%) y 78 mujeres (31,3%) siendo el sexo masculino un factor de riesgo (22,8 vs. 9,1%  $p = 0,020$ ; OR = 2,826, IC95%: 1,448-5,512,  $p = 0,002$ ). La edad media fue de  $65,63 \pm 9,54$  años y el IMC de  $26,79 \pm 4,8$  kg/m<sup>2</sup>, asociándose un menor IMC a un mayor riesgo de FAP (OR = 0,922, IC95%: 0,864-0,983,  $p = 0,014$ ). En relación con los hábitos tóxicos, 87 (35,4%) eran fumadores y 115 (46,7%) exfumadores existiendo una asociación significativa (46,5 vs. 46,5%;  $p = 0,032$ ; OR = 3,232, IC95%: 1,229-8,504,  $p = 0,017$ ; OR = 3,295, IC95%: 1,292-8,407,  $p = 0,013$ ). Con respecto a la patología previa 78 (31,7%) presentaban EPOC y 11 (4,5%) EPID, existiendo una asociación significativa (58,5 vs. 7,3 vs. 39%;  $p = 0,003$ ), presentando mayor riesgo la EPOC (OR = 3,443, IC95%: 1,919-6,177,  $p < 0,001$ ) y EPID (OR = 4,889, IC95%: 1,620-14,750,  $p = 0,004$ ). La FEV1 media fue de  $87,23 \pm 19\%$  y la DLCO de  $73,53 \pm 20,7\%$  la cual se asocia con mayor riesgo de FAP (OR = 0,983, IC95%: 0,969-0,997,  $p = 0,015$ ). Se realizó una resección atípica en 78 pacientes (31,7%), 17 (6,9%) segmentectomía, en 145 (58,95%) lobectomía, y bilobectomía en 6 (2,4%), siendo significativa su relación con la FAP (13,6 vs. 4,5 vs. 75 vs. 6,8%;  $p = 0,006$ ) presentando la resección atípica y la segmentectomía menor riesgo (OR = 0,075, IC95%: 0,014-0,389,  $p = 0,002$ ) y (OR = 0,141, IC95%: 0,021-0,928,  $p = 0,042$ ) respectivamente. La vía de abordaje principal fue VATS en 205 pacientes (83,3%), asociándose a un menor riesgo de FAP (60,5 vs. 39,5%;  $p = 0,002$ ; OR = 0,267, IC95%: 0,164 - 0,433;  $p = 0,001$ ). Presentaron adherencias pleuropulmonares 102 pacientes (41,5%) siendo significativa su asociación (68,2 vs. 31,8%;  $p = 0,002$ ; OR = 3,008, IC95%: 1,732-5,224,  $p < 0,001$ ). 31 pacientes (12,6%) presentaron una fuga aérea inferior a 5 días y 43 (17,5%) FAP requiriendo reintervención un paciente. La mediana de estancia hospitalaria fue de 3 días (1-35 días), asociándose a un aumento significativo ( $B = 1,745$ ,  $R^2 = 0,409$ ,  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** La FAP es una complicación posoperatoria influenciada por características del paciente, la función pulmonar y factores quirúrgicos. El abordaje mínimamente invasivo y el adecuado manejo de estos factores de riesgo pueden contribuir a reducir su incidencia.