



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 $26,79 \pm 4,8 \text{ kg/m}^2$, 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.