ATELECTASIAS POST VENTILACIÓN MONOPULMONAR: ¿CUÁL ES SU IMPORTANCIA CLÍNICA?

Dr. Mauricio Ramos¹, Dr. Roberto Moreno¹, Dr. Eduardo Sabbagh¹, Dra. Rosa Flores¹, Dr. Luciano González, Dra. Mariana Varas¹ Instituto Nacional del Tórax.

Introducción: La protección del pulmón sometido a ventilación monopulmonar (VMP) es un tema prioritario de la anestesia para cirugía torácica. Una recomendación habitual es prevenir las atelectasias usando PEEP. Sin embargo, no hay estudios que confirmen el efecto del PEEP y, aún más, no se conoce la incidencia de atelectasias post VMP.

Objetivo General: Determinar la importancia clínica de las atelectasias post VMP en términos de incidencia y sus complicaciones asociadas. De acuerdo a la incidencia programar un estudio que evalúe efecto del PEEP.

Material y Métodos: Previa aprobación del Comité de Ética y consentimiento informado, ingresaron al estudio pacientes sometidos a cirugía torácica con más de 30 minutos de VMP. La presencia de patología pulmonar bilateral fue el primer criterio de exclusión. La evaluación preoperatorio fue la habitual, incluyendo además una tomografía de tórax. La monitorización, técnica anestésica y uso de PEEP se dejó a criterio del anestesista. Condiciones del estudio: O, al 100%, volumen corriente de 10 ml/kg durante ventilación bipulmonar y 7 ml/kg durante VMP. La posición del tubo doble lumen fue evaluada por auscultación y/o fibrobroncoscopía y visualización directa del campo. El mal aislamiento pulmonar fue el segundo criterio de exclusión. Se midió PEEP intrínseco en decúbito lateral durante la ventilación bipulmonar y VMP. El manejo postoperatorio fue el habitual de nuestro Hospital. Protocolo: tomografía de tórax la mañana siguiente, informada por radiólogo de la institución para presencia o no de atelectasias. Registro de complicaciones y estadía postoperatoria. Estadística: Chi cuadrado, t de student y test exacto de Fisher según la variable estudiada, considerando p < 0,05 como estadísticamente significativo; Y con regresión logística.

Resultados: Se incorporaron 75 pacientes: 42

hombres, 33 mujeres. Edad: 54.8 ± 16.6 años. Peso: 69.4 ± 14.5 kg. Talla: 163.8 ± 9.0 cm. IMC: $25.8 \pm$ 4,8. Se efectuaron 44 toracotomías y 31 videotoracoscopías. 41 pacientes en decúbito lateral derecho y 34 en decúbito izquierdo. Se realizó ventilación por volumen en 70 pacientes y por presión sólo 5. Se practicó analgesia endovenosa en 27 pacientes, peridural en 37 y bloqueo paravertebral en 11. Se instalaron 74 tubos de doble lumen, todos izquierdos (35Fr en 14 pacientes, 37Fr en 22, 39Fr en 32 41Fr en 6) y 1 bloqueador bronquial. Autopeep ≥ 5 en 13 pacientes. La anestesia tuvo duración de 126 \pm 56 minutos, la VMP 75 \pm 43 minutos (30-250) y la cirugía 96 ± 53 minutos. La tomografía postoperatoria detectó 4 pacientes con atelectasia del pulmón sometido a VMP, lo que equivale a una incidencia de 5,3%, con intervalo de confianza 95%: 2,09-12,92%. Estas atelectasias fueron de carácter único y laminar. Ningún paciente necesitó tratamiento ni prolongó su estadía hospitalaria a causa de la atelectasia. La regresión logística no encontró ninguna asociación significativa.

Conclusiones: Considerando la incidencia y el tamaño de las atelectasias encontradas, sumado al hecho de que no requirieron tratamiento ni prolongaron la estadía hospitalaria postoperatoria, podemos decir que, en nuestra serie, las atelectasias no tuvieron significación clínica.

El volumen corriente de 7 ml/kg parece no favorecer la formación de atelectasias.

Considerando una incidencia de 5%, para demostrar que el uso de PEEP disminuye las atelectasias en 50% se requeriría un estudio controlado con unos 2000 pacientes (poder 0,9).

De acuerdo a nuestros resultados, tal estudio tendría un costo muy alto en comparación con los efectos clínicos beneficiosos que se lograrían en el caso de confirmar el efecto positivo del PEEP.