



6001-718. INTUBACIÓN OROTRAQUEAL PROLONGADA EN POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIACA: PREDICTORES PREQUIRÚRGICOS Y CONSECUENCIAS CLÍNICAS

María Rocío Gómez Domínguez, Pablo Bastos Amador, Francisca Francisco Aparicio, Inés Sayago Silva, Irene Lucena Padrós, María José Valle Caballero, Marinela Chaparro Muñoz y Alejandro Recio Mayoral del Área del Corazón del Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción: La intubación orotraqueal en los pacientes que se someten a cirugía cardíaca se utiliza como soporte ventilatorio y para aportar un entorno en el que se facilite la estabilización hemodinámica y hemostásica del paciente. Sin embargo, una intubación orotraqueal prolongada (IOTP) se ha descrito como responsable de una mayor morbilidad y mortalidad en estos pacientes, con mayor estancia hospitalaria y mayor coste económico; siendo de gran utilidad la identificación de pacientes en riesgo para actuar de forma consecuente.

Métodos: Estudio observacional prospectivo con 379 pacientes consecutivos (239 hombres; edad media 65 ± 12 años) sometidos a cirugía cardíaca (coronaria, valvular o mixta). Se definió IOTP aquella que se prolongó más de 24 horas. Se analizaron distintas variables clínicas, analíticas, ecocardiográficas y relacionadas con el tipo de cirugía; así como distintos eventos perioperatorios (generales y específicos) en los primeros 30 días tras la cirugía.

Resultados: Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (extubados en primeras 24 horas o con IOTP) con respecto a edad, menor estatura e hipertensión pulmonar grave; aunque en el análisis multivariado de regresión logística sólo se identificaron como factores predictores de intubación orotraqueal prolongada la disfunción ventricular izquierda moderada-grave (OR 2,2 [1,28-3,83], $p = 0,004$), el filtrado glomerular estimado (MDRD-4) $60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ (OR 2,4 [1,28-4,68], $p = 0,004$) y la necesidad de cirugía urgente (OR 15,71 [3,18-77,59], $p = 0,001$). Así mismo se objetivó una mayor mortalidad intrahospitalaria (Log-Rank test = 11,88, $p = 0,001$), mayor número de sangrados mayores ($p = 0,0001$) y necesidad de hemodiálisis ($p = 0,0001$) en el grupo de IOTP.

Conclusiones: Los principales factores predictores de IOTP identificados en nuestra población de estudio fueron la disfunción sistólica VI moderada-grave, la insuficiencia renal con filtrado glomerular $60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ y la necesidad de cirugía urgente; encontrándose que la existencia de una IOTP se asoció a una mayor morbilidad y mortalidad intrahospitalaria.