

## CO52

**328. RESULTADOS DEL TRASPLANTE CARDÍACO EN CÓDIGO 0 CON Y SIN DISPOSITIVO DE ASISTENCIA VENTRICULAR**

Sandoval E, Castel MA, Cartañá R, Pérez-Villa F, Castellà M, Cardona M, Pomar JL, Quintana E, Pereda D  
*Hospital Clínic i Provincial, Barcelona*

El uso de dispositivos de asistencia ventricular (DAV) se ha incrementado en pacientes con insuficiencia cardíaca en lista de espera de trasplante cardíaco (TxC).

Objetivos: evaluar la supervivencia total a largo plazo de los pacientes trasplantados en código 0 con DAV y compararla con los resultados del TxC en código 0 sin DAV.

Material y métodos: análisis retrospectivo de la base de datos prospectiva de pacientes trasplantados en nuestra institución así como del sistema de documentación clínica electrónica.

Resultados: entre 1998-2011 se realizaron en nuestra institución un total de 238 TxC. De éstos, 63 se realizaron como urgencia 0. A 20 pacientes (31,74%) se les colocó previamente

un dispositivo de asistencia ventricular (50% biventricular, 45% izquierdo y 5% oxigenador de membrana extracorpórea [ECMO]). Las indicaciones en este grupo fueron *shock* poscardiotomía 6 (30%), miocarditis 4 (20%), insuficiencia cardíaca crónica 4 (20%), postinfarto 4 (20%) y otras en 2 casos (10%).

Después de un seguimiento medio de 5,1 años  $\pm$  4,2 en el grupo sin DAV y de 3,8 años  $\pm$  4,2 años en el grupo con DAV, el análisis de supervivencia tipo Kaplan-Meier no mostró diferencias significativas entre ambos grupos ( $p = 0,78$ ).

Conclusiones: en nuestro colectivo, el uso de DAV de corta duración pre-TxC no mostró diferencias en la supervivencia después del trasplante urgente.

## CO53

**276. TRATAMIENTO DEL DUCTUS ARTERIOSO PERMEABLE EN NEONATOS PREMATUROS O DE BAJO PESO**

Sauchelli G, Casares Mediavilla J, Merino Cejas C, Otero Forero JJ, Valencia Núñez D, Maiorano Iuliano P, Pernia Oreña I, Alados Arboledas P, Conejero Jurado MT, García Jiménez MA, Moya J  
*Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba*

Objetivos: la incidencia del *ductus* arterioso permeable (PDA) es de 0,8/1.000 nacidos a término. En el 90% de los neonatos se cierra espontáneamente a las 48 h. En los neonatos de bajo peso y prematuros tiende a permanecer permeable, y en alguno de ellos la tolerancia es baja por robo ductal a la circulación pulmonar e hipoperfusión sistémica. Dentro de las opciones terapéuticas, el cierre quirúrgico es utilizado cuando fracasa el tratamiento farmacológico. Presentamos nuestra experiencia en este particular grupo de pacientes.

Materiales y métodos: entre los años 2002-2011, 178 neonatos presentaron PDA. En la mayor parte de ellos se cerró o respondieron a tratamiento farmacológico, mientras que 31 (18%) han requerido cierre quirúrgico. El peso medio al nacer fue 935 g (750-1.200) y la edad gestacional media fue

de 27 semanas (25-30). Todos estaban en un estatus hemodinámico inestable. El abordaje quirúrgico se hizo por una toracotomía subaxilar y por vía extrapleuraleal. Para el cierre se utilizó uno o dos hemoclips.

Resultados: la mortalidad intraoperatoria ha sido nula. La mortalidad intrahospitalaria ha sido de 4 neonatos (13%). Dos fallecieron por fallo multiorgánico, 1 por *distress* respiratorio y otro por una enterocolitis necrotizante. No hay reintervenciones ni reapertura del PDA.

Conclusiones: en los neonatos de bajo peso ( $< 1.000$  g) y edad gestacional baja ( $< 30$  semanas) con PDA los recursos terapéuticos están muy limitados. Este especial grupo de pacientes se benefician de una actitud más agresiva. Tratamiento quirúrgico.