

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 comparala 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 $5,1 \text{ años} \pm 4,2$ en el grupo sin DAV y de $3,8 \text{ años} \pm 4,2$ 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 Juliano 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 extrapleural. 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.



BIO MED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es

