

DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE EN RECIEN NACIDOS > 35 EG

Samuel Fornos

Alba Cayuela

Ester Torres

INTRODUCCION Y OBJETIVOS

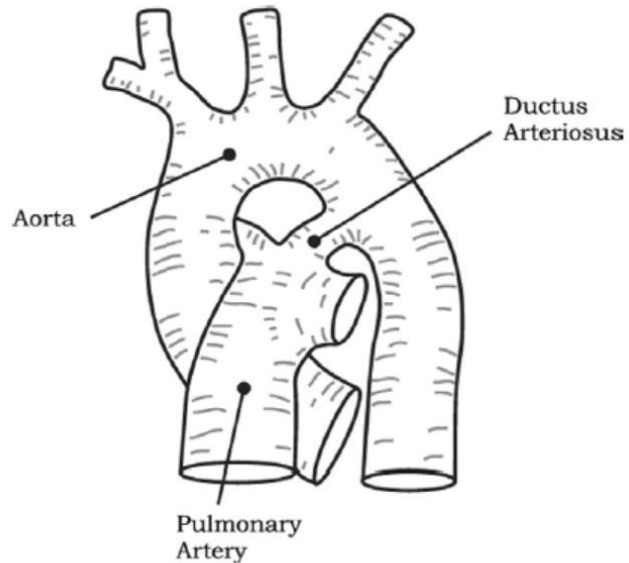
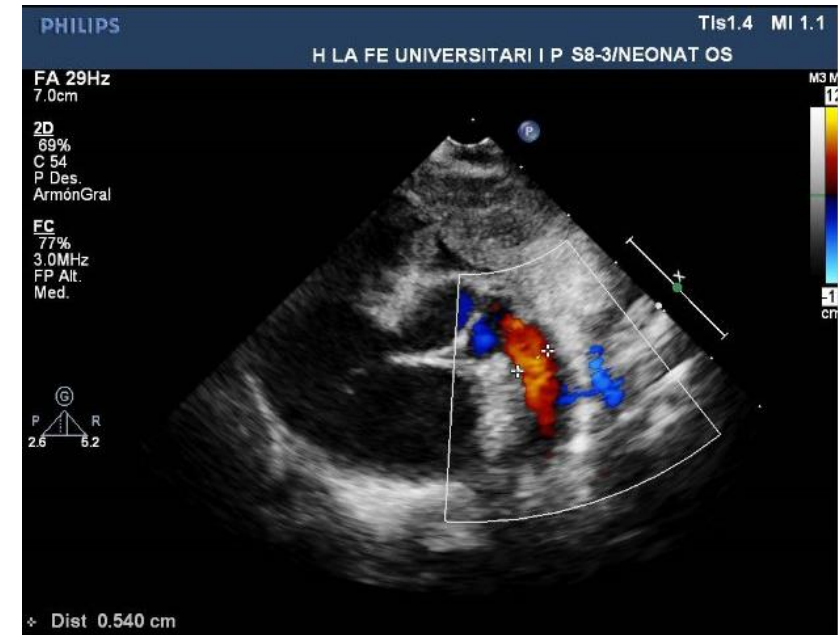


Figure 1 Schematic of the great arteries and ductus arteriosus.

Con este estudio se pretende describir la respuesta a las diferentes opciones terapéuticas y mencionar un nuevo algoritmo de manejo



DIFERENCIAS FISIOPATOLÓGICAS DEL CIERRE

RNPT

☐ Incidencia inversamente proporcional a la EG

☐ Poco probable cierre espontáneo como parte de la transición a vida extrauterina

☐ ↓ N° fibras musculares y del tono intrínseco de la pared ductal (2)

☐ FNTa; ↑ circulación prostaglandinas; trombopenia y óxido nítrico (2)

RNT

☐ Incidencia 1/2000 a 1/2500 (1)

☐ Mayoría esporádicos; factores genéticos

☐ Hipoxia, acidosis

☐ Deficiencia de la capa media muscular en la pared del ductus (2)

MÉTODO

- Estudio observacional descriptivo retrospectivo en el que se incluyen a recién nacidos ≥ 35 semanas de gestación al nacimiento con diagnóstico de DAP que recibieron tratamiento en la unidad neonatal de un hospital terciario entre los años 2015 y 2021.

Criterios de exclusión:

- a. RN < 35 SG
- b. Asociación de otras cardiopatías

#	Sexo	EG	Clínica	Ductus	Tx medico	Tx quirúrgico
1	M	40	16ddv: rechazo tomas y soplo	1,5 mm	F (Furosemida) C (Captopril)	Estereotomía media
★ 2	V	39+4	2 ddv: soplo	5-6 mm	F + E (Espironolactona); 1 tanda Ibuprofeno IV	Estereotomía media
3	M	39	7 ddv: soplo	1,3 mm	F + E	2 años: cierre percutáneo
★ 4	V	38+5	1 ddv: taquipnea y soplo	6-7 mm	2 tandas Ibuprofeno IV 6 días paracetamol IV	No
★ 5	M	39+4	3 ddv: soplo *Sd. Noonan	3,5 mm	F + E; C; 2 tandas ibuprofeno IV	1m 6ddv: Cierre percutáneo
6	M	38+6	4 ddv: vómitos *GALD perinatal	4 mm	Contraindicado	Cierre percutáneo (fallo) 2 m: Cirugía abierta
7	V	41+1	27 ddv: distrés y soplos	3,8 mm	F + C	4 m: cierre percutáneo
★ 8	M	35+3	1 ddv: distrés	5 mm	1 tanda ibuprofeno IV	No
★ 9	V	39	8 hdv: distrés	5 mm	F + E; C; Ibuprofeno y luego paracetamol IV	2 m: cierre percutáneo
10	V	38+2	Distrés	3 mm	F + E; C	45 ddv: cierre percutáneo
★ 11	V	41	2 ddv: distrés	3 mm	C + F; 5 días de paracetamol v.o	45 ddv: cierre percutáneo
12	V	38	Taquipnea	4 mm	F	3 m: cierre percutáneo

20
15

20
21



RESULTADOS

N6 (50%) se ensayó tratamiento médico,
efectivo en un 33% (n=2)

Un 83% (n=10) requirió cirugía, de ellos un 40%
(n=4)
se realizó cateterismo percutáneo de elección y
en un 30% (N=3)
se realizó cateterismo tras fracaso farmacológico

N:12 (58% V)

-RN38+5 tras dos tandas de ibuprofeno y
una tanda de paracetamol
-RN35+3 tras una tanda de ibuprofeno.

NO SE REGISTRARON EFECTOS ADVERSOS

-10% (n:1) cirugía abierta de entrada
-10% cirugía abierta tras fracaso farmacológico
-10% cirugía abierta tras imposibilidad de
colocación de dispositivo por cateterismo

CONCLUSIONES



El tratamiento farmacológico para el cierre del ductus no es tan efectivo en niños nacidos cercanos al término y a término, a diferencia de los recién nacidos prematuros; sin embargo, dado la baja posibilidad de efectos adversos, y la posibilidad de éxito, parecería justificado el ensayo con ibuprofeno y/o paracetamol para evitar un procedimiento quirúrgico.



Haría falta el diseño de ensayos clínicos aleatorizados para confirmar esta hipótesis.



La opción percutánea para el cierre quirúrgico ha desplazado al procedimiento abierto, que sigue reservándose para el fracaso en las técnicas percutáneas.

GRACIAS