

**Editorial:** Hospital Metropolitano

**ISSN (impreso)** 1390-2989 - **ISSN (electrónico)** 2737-6303

**Edición:** Vol. 29 (suppl 2) 2021 - noviembre

**DOI:** <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol29/supple2/2021/100-102>

**URL:** <https://revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/379>

**Pág:** 100-102

---

## La importancia de la accesibilidad en la salud: a propósito de un conducto arterioso persistente

---

### MARCO TEÓRICO

El conducto arterioso es una estructura vascular que conecta la aorta descendente proximal con el techo de la arteria pulmonar principal corea del origen de la arteria pulmonar izquierda. Normalmente se cierra espontáneamente dentro de las 24 a 48 horas posteriores al nacimiento por la contracción del músculo liso medial en la pared del vaso, debido al aumento de la tensión de oxígeno y la reducción de los niveles de prostaglandina E2 e I2. La adhesión endotelial seguida del reemplazo de las fibras musculares con todo conectivo da como resultado el ligamento arterioso restante en dos o tres semanas. Si esto no sucede, hay un conducto arterioso persistente<sup>1</sup>.

El conducto arterioso persistente representa del 6 al 11% de todos los defectos cardíacos congénitos<sup>2</sup>. Se encuentra dos veces más en mujeres que en hombres. En los adultos representa el 2% de las cardiopatías congénitas<sup>3</sup>.

Muchos pacientes con conducto arterioso pequeño nunca presentan signos de deterioro hemodinámico significativo y tienen un pronóstico normal. Sin embargo, aquellos pacientes con una sobrecarga significativa de volumen del corazón izquierdo tienen riesgo de insuficiencia cardíaca congestiva o enfermedad vascular pulmonar irreversible, incluso si son asintomáticos o mínimamente sintomáticos durante la infancia<sup>4</sup>.

En el Perú, la cobertura universal de salud, expresada como densidad de profesionales de cabecera y especialistas por habitante, alcanzó la cifra de 1,12 a 23 médicos por 10 000 habitantes en 2012-2013,

cifra que se encuentra por debajo de otras regiones del mundo<sup>5</sup>. Concentrándose la mayor densidad de trabajadores de salud en Lima y Callao, y observándose un déficit en los demás 23 departamentos del Perú, situación que refleja las diferencias en el acceso a los servicios de salud en las regiones más alejadas de la capital y que nos dificultan el diagnóstico temprano de patologías que a ser tratadas de forma oportuna, reducirían en gran medida el gasto generado por la complicación de la enfermedad.

### CASO CLÍNICO

Paciente varón de 34 años natural de Ayacucho, acude al servicio de emergencia del Hospital San José del Callao. Lima Perú (nivel de complejidad II), con tiempo de enfermedad de 15 días caracterizado por disminución progresiva del flujo de la micción, aumento de volumen de la cavidad abdominal que no toma importancia en su momento y aumento progresivo de miembros inferiores que dificultaba su deambulación. Refiere 3 días antes de ingreso, dificultad respiratoria al decúbito dorsal con dificultad para dormir, dificultad respiratoria al realizar actividades cotidianas y finalmente al reposo motivo por el cual acude a emergencia.

Como antecedentes refiere el diagnóstico de conducto arterioso persistente y cardiomiopatía dilatada, por lo que recibía tratamiento con digoxina, enalapril, ospironclactona, furosemida, carvedilol y ácido acetilsalicílico, el cual abandonó hace 1 año.

En la emergencia paciente es traído por familiar en silla de ruedas, en mal estado general, mal estado de hidratación, a la ectoscopia paciente disneico y

taquipneico, con PA: 100/60, FC: 137pm. FR: 32rpm, con Saturación de O<sub>2</sub>: 98% al FiO<sub>2</sub> ambiental. Al examen físico, piel y TCSC: piel icterica, edema con fovea en miembros inferiores ++/+++ hasta región supra rotuliana, al examen pulmonar: murmullo vesicular disminuido en bases de ambos hemitórax, crépitos bibasales, al examen cardiovascular: ruidos cardiacos arrítmicos, taquicárdico, soplo plurivalvular a predominio de foco mitral III/IV, ingurgitación yugular ++/+++. pulso deficitario, al examen abdominal: abdomen distendido, sistema nervioso central: despierto, Glasgow 15/15. sin signos de focalización.

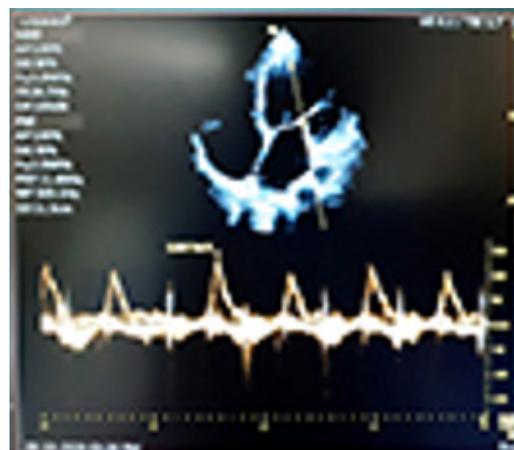
Se solicitó un electrocardiograma donde se evidencia un ritmo de fibrilación con FC en 120 lpm, complejos frontales de bajo voltaje con ondas S profundas en derivadas izquierdas. con criterios limitrofes de crecimiento biventricular (Figura 1). En el estudio radiológico de tórax se evidencia cardiomegalia por crecimiento de cavidades izquierdas y derechas, botón aórtico prominente, aumento de la trama bronquial con signos de congestión pulmonar, cisuritis en hemitórax derecho y borramiento de ángulo costodiafragmático derecho (Figura 2). El estudio ecocardiográfico evidenció la siguiente descripción: crecimiento de todas las cavidades cardiacas, y dilatación de la VCI, hipoquinesia global del VI con función sistólica disminuida, llenado del VI de tipo relajación monofásica, insuficiencia plurivalvular; insuficiencia mitral severa, resto de las válvulas con insuficiencia moderada, con criterios ecocardiográficos de hipertensión pulmonar moderada, ductus arterioso persistente con flujo predominante de derecha a izquierda y efusión pericárdica mínima <200cc (Figura 3).



**Figura 1.** Electrocardiograma.



**Figura 2.** Radiografía de Tórax.



**Figura 3.** Ecocardiografía transtorácica.

## CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

Generalmente el conducto arterioso persistente se diagnostica poco después del nacimiento ya sea incidentalmente o por sintomatología clínica, recibiendo tratamiento quirúrgico posterior a su diagnóstico es por ello que la incidencia de esta cardiopatía en adultos es baja. Sin embargo, la no atención oportuna, puede desencadenar un cuadro grave e irreversible en el adulto, desmejorando su calidad de vida y aumentando costos a la persona y sociedad. En nuestro caso, se trata de un paciente de 34 años de sexo masculino, natural de Ayacucho, con el antecedente de conducto arterioso persistente, quien decide viajar a la capital y empieza a manifestar síntomas progresivos compatibles con insuficiencia cardiaca, evidenciándose por los exámenes complementarios una cardiomiopatía dilatada con una insuficiencia plurivalvular y signos de hipertensión pulmonar, además desfibrilación auricular. El paciente recibió manejo farmacológico con furosemda, ospironolactona, bisoprolol y digoxina, evidenciándose mejoría clínica desde su ingreso al nosocomio, y estabilizándose dentro de la primera semana de su ingreso.

Debido al bajo nivel de complejidad del nosocomio, el plan es referir al paciente a un establecimiento de mayor complejidad para evaluar la posibilidad de un tratamiento definitivo ya sea mediante un abordaje transcatóter o mediante cirugía.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Wiyono SA W erburg M. PPT de Jager, Roos Hein JW.** Peter ductus arteriosus in adults. *Noth Heart J.* 2008 Aug; 14(7-8): 255-259
2. **Flao PS.** Portaneous closure of patient ductus arteriosus: state of the art *J invasive Cardiol* 2007;19: 299-302
3. **Balcazar G, Venancia M.** Perclosure of patent Octus arteriosus in patients older than 14 years, 2004-2010, INCOR-Perú, Lima; s.n; 2013. 27 p. Aus, tab
4. **Schenender DJ. Moore JW.** Patient Doctus Arterious Circulation 2006; 114; 1873-1882
5. **Corto Nacional de Epidemiología Prevención y Control de Enfermedades (COC).** Análisis de Situación de Salud del Perú 2018 Abril, 2019 Lima - Perú

**Mercedes De Jesús Chávez Julca<sup>1</sup>**

Médico Residente de Cardiología  
Hospital San José Del Callao,  
Lima- Perú

 <https://orcid.org/0000-0003-1245-1098>