

Un llamado urgente a la equidad en el tratamiento endovascular de la enfermedad cerebrovascular en Perú

The Urgent Call for Equity in Endovascular Management of Cerebrovascular Disease in Peru

Marla Gallo Guerrero^{1,a} , Sofia Sanchez Boluarte^{2,b} , Camila Gallo Lazarte^{3,c} 

¹ Centro Avanzado de Ictus, Clínica Ricardo Palma. Lima, Perú.

² Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. Lima, Perú.

³ Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Lima, Perú.

^a Médico neuróloga y terapeuta endovascular neurológica.

^b Médico neuróloga.

^c Estudiante de Medicina.

Sr. editor:

El accidente cerebrovascular (ACV) es la principal causa de discapacidad y la segunda causa de muerte a nivel mundial. Dentro de sus formas más graves, el infarto por oclusión de gran vaso representa hasta el 30 % de los casos ^(1,2). La trombectomía mecánica (TM) es una intervención altamente efectiva en neurología, con un número necesario a tratar (NNT) de 2,6 puntos en la escala de Rankin ⁽³⁾. Además de su eficacia clínica, estudios como RESILIENT han demostrado su costo-efectividad incluso en sistemas de salud públicos de países de ingresos medios ^(4,5). Asimismo, su aplicación es segura en contextos complejos, como ventanas extendidas o infartos de gran extensión. ⁽⁶⁾

No obstante, persisten grandes desigualdades en el acceso a terapias de reperusión, particularmente en la TM. Mientras que el 83 % de los países de altos ingresos (HIC) disponen de este tratamiento, en los países de bajos ingresos (LIC) solo el 17 % lo ofrecen. En un estudio global con 526 médicos de 89 países, se encontró que solo el 8,7 % de los LIC tienen acceso a TM con cobertura ininterrumpida, frente al 77 % en los HIC ⁽⁷⁾. Martins et al. ⁽⁸⁾ reportaron que la implementación de la TM sigue siendo mayoritariamente restringida a los hospitales privados. El acceso sigue siendo limitado a zonas urbanas y con importantes barreras estructurales.

A pesar de la sólida evidencia disponible desde 2015, en el Perú la TM no se realiza de forma rutinaria en hospitales públicos, estando limitada a algunos centros privados. Por otro lado, en América Latina, únicamente Brasil y Chile tienen políticas nacionales que incluyen este procedimiento en los sistemas públicos.

Una acción clave para mejorar el acceso a la TM en Latinoamérica ha sido la certificación de centros de ACV, promovida por la Organización Mundial del Ictus

Citar como:

Gallo M, Sanchez S, Gallo C. Un llamado urgente a la equidad en el tratamiento endovascular de la enfermedad cerebrovascular en Perú. Rev Méd Hered. 2026; 37(2): 168-169. DOI: 10.20453/rmh.v37i2.7769

Recibido: 14/05/2025

Aceptado: 05/12/2025

Correspondencia:

Marla Gallo Guerrero

✉ dramarlagalloendovascular@gmail.com



Artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

© Las autoras

(WSO) y la Sociedad Iberoamericana de Ictus ⁽⁹⁾. Hasta la fecha, 83 países han certificado centros de ACV.

En Perú, únicamente cuatro hospitales públicos cuentan con certificación esencial, mientras que el único centro avanzado del país es la Clínica Ricardo Palma, una institución privada que fue certificada como centro esencial en 2022 y como centro avanzado en 2024. Según datos del Registry of Stroke Care Quality (RES-Q), las tasas de TM alcanzaron el 6 % en 2024, frente al 1 % del promedio nacional. Estos datos evidencian el impacto tangible de la certificación en la mejora del acceso, mediante protocolos estandarizados, monitoreo de calidad y formación continua.

Un informe de la Mission Thrombectomy 2020+ identificó al Perú entre los países con severa infrautilización de la TM. Aunque la OMS prioriza medidas como el control de factores de riesgo o el uso de aspirina, la TM ha demostrado superioridad en infartos proximales. ⁽³⁾

Según el Banco Mundial ⁽¹⁰⁾, el ingreso nacional bruto per cápita de Perú fue de \$7 125,80 en 2022, ubicándolo como una economía de ingreso mediano alto. No obstante, persisten barreras estructurales que limitan el acceso equitativo a los servicios de salud de alta complejidad.

En Perú, la implementación de la TM enfrenta barreras como la falta de financiamiento público, acceso limitado a la tomografía sin contraste en los hospitales, ausencia de formación especializada en neurointervencionismo, infraestructura insuficiente y escaso reconocimiento comunitario de los síntomas, lo que retrasa la atención oportuna.

A pesar de la robusta evidencia, la TM sigue siendo inaccesible para la mayoría de los pacientes en hospitales públicos, perpetuando la carga de discapacidad y los costos indirectos. Su implementación representa una estrategia costo-efectiva que mejora los desenlaces clínicos, reduce la dependencia funcional y disminuye el gasto sanitario a largo plazo. Asegurar el acceso oportuno a la TM es esencial para avanzar hacia una atención más justa y eficiente del ictus en el Perú.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Duloquin G, Graber M, Garnier L, Crespy V, Comby PO, Baptiste L, et al. Incidence of acute ischemic stroke with visible arterial occlusion: a population-based study (Dijon Stroke Registry). *Stroke*. 2020;51(7):2122-30. doi:10.1161/STROKEAHA.120.029949
2. Goyal M, Menon BK, van Zwam WH, Dippel DW, Mitchell PJ, Demchuk AM, et al. Endovascular thrombectomy after large-vessel ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from five randomised trials. *Lancet*. 2016;387(10029):1723-31. doi:10.1016/S0140-6736(16)00163-X
3. Ospel JM, Diprose WK, Ganesh A, Hill MD, Martins S, Nguyen T, et al. Challenges to widespread implementation of stroke thrombectomy. *Stroke*. 2024;55(8):2173-83. doi:10.1161/STROKEAHA.124.045889
4. De Souza AC, Martins SO, Polanczyk CA, Araújo DV, Etges APB, Zanotto BS, et al. Cost-effectiveness of mechanical thrombectomy for acute ischemic stroke in Brazil: results from the RESILIENT trial. *Int J Stroke*. 2021;17(1):56-63. doi:10.1177/17474930211055932
5. Pan Y, Huo X, Jin A, Nguyen TN, Ma G, Tong X, et al. Cost-effectiveness of endovascular therapy for acute ischemic stroke with large infarct in China. *J Neurointerv Surg*. 2024;16(5):453-8. doi:10.1136/jnis-2023-020466
6. Jovin TG, Nogueira RG, Lansberg MG, Demchuk AM, Martins SO, Mocco J, et al. Thrombectomy for anterior circulation stroke beyond 6 h from time last known well (AURORA): a systematic review and individual patient data meta-analysis. *Lancet*. 2022;399(10321):249-58. doi:10.1016/S0140-6736(21)01341-6
7. Nasrdein A, Asyraf W, Nguyen TN, Martins S, Lioutas VA, Elbassiouny A, et al. Global challenges in the access of endovascular treatment for acute ischemic stroke (global MT access). *Int J Stroke*. 2025;20(6):660-8. doi:10.1177/17474930251314395
8. Martins SC, Lavados P, Secchi TL, Brainin M, Ameriso S, Gongora-Rivera F, et al. Fighting against stroke in Latin America: a joint effort of medical professional societies and governments. *Front Neurol*. 2021;12:743732. doi:10.3389/fneur.2021.743732
9. World Stroke Organization. WSO/SIECV Stroke Centers Certification in Latin America [Internet]. WSO; 2021, 26 de febrero [citado el 10 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.world-stroke.org/news-and-blog/news/stroke-center-certification-on-latin-america-wso-siecv>
10. World Bank Group. GNI per capita, Atlas method (current US\$) – Peru [Internet]. Washington DC: The World Bank; 2022 [citado el 10 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.PCAP.CD?locations=PE>