

# NECESIDADES INSATISFECHAS EN INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL PERÚ.

Dr. Tomás Carlos Gargurevich Sánchez\*

## INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardiaca (IC) encuentra en ascenso mas de 60 millones de personas padecen de IC a nivel mundial, y de ellos el 50% de los pacientes diagnosticados de IC morirán en los siguientes 3 a 5 años, el 30 % será rehospitalizado entre los 60 a 90 días de haber salido de alta, siendo la IC la primera causa de hospitalizaciones en mayores de 65 años.

En el Perú los datos son escasos pese al creciente interés de la comunidad cardiológica, la cifra estimada de pacientes que padece IC es de 306 650, ocasiona un gasto de 970 millones de soles a los sistemas de salud, el 82% se relaciona a pérdidas en la productividad asociadas a IC.

Problema de salud pública.

La evolución de los ingresos hospitalarios por enfermedades cardiacas entre los años 2003 y 2012 prácticamente se ha duplicado de 63 000 a casi 112 000 hospitalizaciones, a diferencia de lo ocurrido con el infarto agudo de miocardio, cardiopatía isquémica aguda o crónica que se han mantenido estable o incluso cierta tendencia a la disminución.

El estudio Rotterdam muestra una incidencia creciente con la edad, mostrando una media de 77 años. siendo mas frecuente en varones pero a mayor edad se invierte esta incidencia siendo el sexo femenino el mas afectado. Esto se explicaría por el envejecimiento poblacional, el aumento de la supervivencia a otras cardiopatías, y los beneficios pronósticos de mejores esquemas terapéuticos en la IC.

La insuficiencia cardiaca representa la cuarta causa de mujeres por delante del cáncer de mama, y quinta causa

de muerte en varones mas frecuente que el cáncer de colon y próstata.

El Dr. Marco Pariona publico en la revista peruana de medicina experimental u de salud publica un estudio epidemiológico de la insuficiencia cardiaca aguda en el hospital Edgardo Rebagliati Martens encontrando que la edad media era de 74 años, el 55% era varones, el 30% había tenido hospitalizaciones previas, siendo la mortalidad intrahospitalaria del 7.2%, presentaban múltiples comorbilidades.

El metaanálisis Burden de falla cardiaca en Latinoamérica mostro la siguiente realidad edad promedio de 61 años, la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) fue 36%, la prevalencia del 1%, la frecuencia de hospitalización era del 30%, la estancia hospitalaria promedio de 7 días , la mortalidad intrahospitalaria fue de 11.7% y la mortalidad al año 24,52%.

Pacientes complejos y abordaje integral.

La historia natural de la falla cardiaca nos habla nos muestra un deterioro progresivo y que cada descompensación y hospitalización empeora su condición de salud y aumenta el riesgo de nuevos eventos fatales y no fatales, paralelamente los cuidados generales y paliativos se incrementaran.

Por este se propone una organización asistencial para esta población que cubra de manera mas organizada y multidisciplinario las Unidades de falla cardiaca han surgido como una opción frente a la concepción de salud tradicional, teniendo por objetivos disminuir la mortalidad y hospitalizaciones, mejorar la calidad de vida de vida de los pacientes , además de disminuir los costos a los sistemas de salud.

Las unidades de falla cardiaca representan un enfoque multidisciplinario, teniendo como base una atención flexible, con énfasis en el reconocimiento precoz de signos de alarma, siendo la base la educación

---

(\*): Medico cardiólogo  
Jefe de la Unidad de insuficiencia cardiaca del Hospital Militar Central.

y el autocuidado de los pacientes y del entorno, incorporar estrategias como el hospital de día y la telemedicina brindan otras opciones además de la clásica hospitalización, emergencia y consulta ambulatoria. Debemos mencionar que los modelos, estructura y funciones de cada unidad serán individualizadas e independientes y su diseño dependerá de los recursos institucionales.

En el 2004 el Dr. Manuel Anguita publicó un análisis costo beneficio de los programas de prevención y el impacto económico de las nuevas formas de asistencia a la IC encontrando (1) disminución de la mortalidad global, (2) disminución de los reingresos totales y por falla cardiaca toso estadísticamente significativos.

Fragmentación del seguimiento y unidades especializadas.

En la comunidad médica es aceptada la implementación y funcionamiento de las unidades de falla cardiaca como indicación IA esta recomendación aparece en las últimas guías de AHA, ESC, y de la WHF.

En el Perú en los últimos años hemos visto florecer las unidades de falla cardiaca el INCOR, Hospital Almenara y el Hospital Arzobispo Loayza cuentan con unidades referentes y el Hospital militar central viene trabajando su proceso de consolidación.

La idea es que los sistemas de salud podamos configurar una estructura piramidal de atención de la falla cardiaca siendo la base de la pirámide los programas de prevención primaria y secundaria (HTA, DM2, DL, TABQUISMO, SEDENTARISMO, OBESIDAD, ETC), un segundo nivel las unidades multidisciplinarias de falla cardiaca con el objetivo de identificar grupos de riesgo, y en la cima de pirámide tenemos las unidades de falla cardiaca con la opción de realizar trasplante cardiaco y asistencia ventricular, la única de este tipo en el Perú es la unidad de falla del INCOR.

La telemedicina llego poco a poco, pero en los últimos 18 meses se ha ganado un lugar importante en el manejo de los pacientes con falla cardiaca no solo la teleconsulta, sino estrategias de telemonitoreo para la detección precoz de descompensaciones y evitar reingresos. El monitoreo de los cambios de presión de la arteria pulmonar sin acudir al centro asistencial, transmitiendo la señal a una central donde los médicos especialistas vigilan y toman decisiones.

Cultura del autocuidado insuficiente

Para optimizar el cuidado es importante que el paciente y sus cuidadores dispongan de material educativo estructurado y adaptado en diferentes formatos papel, ewb, etc. La sociedad europea de cardiología dispone de una web interactiva con información especialmente diseñada para estas personas (<http://www.heartfailurematters.org/es>).

Las 2 ultimas guias de insuficiencia cardiaca detallan

detenidamente la información a trabajar en el aspecto educativo con los pacientes y sus cuidadores sobre cada punto relevante de la falla cardiaca para el autocuidado, iniciando con el conocimiento de la enfermedad, sus síntomas y signos, medidas de cuidado higiénico, dietéticas, actividad física, actividad sexual, la importancia de la adherencia al tratamiento, el manejo de las comorbilidades, aspectos psicológicos y opciones avanzadas de tratamiento de ser necesarias.

Terapia farmacológica optima

Los últimos 10 años nos han traído nuevas opciones farmacológicas ARNI, ISLGT2, VERACIGUAT ETC. Pero cual es nuestra realidad en el uso de los fármacos que usamos el estudio INTER-CHF nos describe la infrautilización, y dosis subóptimas de manera transversal en todas los continentes, y que cosa diremos del posicionamiento de nuevas drogas en este contexto, estamos muy lejos del objetivo de tratamiento medico optimo que proponen las nuevas guías de manejo de la insuficiencia cardiaca de la WHF y ESC lanzadas este año.

La actualización de las guías de manejos institucionales, nacionales y petitorios de medicamentos institucionales son imperativos para poder alcanzar las metas y objetivos en los pacientes con insuficiencia cardiaca.

La implementación de hospital de día para el manejo, reconocimiento precoz y prevención de las descompensaciones como arma importante para disminuir las Rehospitalizaciones y reingresos por emergencia, como instrumento para impactar en la morbimortalidad del paciente con manejos protocolizados para tratamiento de la congestión por vía parenteral, solución hipertónica, levosimendán intermitente, terapia de hierro parenteral.

Lamentablemente en el país la opción de trasplante cardiaco solo la tenemos en el INCOR y con una tasa bajísima y la evolución de la tasa de donantes a nivel nacional ha ido disminuyendo y es una de las mas baja de América latina.

Altos costos de salud.

La receta médica del tratamiento optimo de un paciente ambulatorio con insuficiencia cardiaca con FEVI reducida tienen un costo mensual de 541 soles ( 130 dólares) y anualizada 6498 soles ( 1573 dólares).

El impacto de los costos de la IC a los sistemas de salud representa 7% del presupuesto global de España y de esto el 40% se lo llevan las hospitalizaciones.

## CONCLUSIONES

En el Perú carecemos de una data consistente y de registro oficiales para visibilizar la insuficiencia cardiaca como problema de salud pública.

Deficiente número de unidades de falla cardiaca a

nivel nacional y la implementación de un sistema de acreditación de las mismas.

Falta incorporar la telemedicina al manejo de la insuficiencia cardiaca.

Ausencia de un protocolo nacional de falla cardiaca.

La implementación de petitorios institucionales y/o nacionales que contemplen los fármacos necesarios para la terapia medica optima.

Déficit de unidades de falla cardiaca avanzada.

Déficit en la colocación de dispositivos cardiacos.

Acreditación y ejecución de centros capacitados en trasplante cardiaco.

Ausencia de indicadores de calidad en isnuficiencia cardiaca a nivel nacional

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Katz am. Heart failure, paf 280 lw -w, 2000
2. Benjamin et al gbd 2016 disease and injury incidence and prevalence collaborators. Lancet 2017; 390: 1211-2. Circulation 2019; 139:e56.
3. Andres Iñiguez Romo. Informe Recalcar 2011-2014. Rev. Española de Cardiología vol. 70. N° 7 pag 567-575 (jul 2017).
4. Bleumink gs et al. Eur. Heart j. 2004; 25 (18): 1614-1619.
5. Pariona Marcos et al. Características Clínico Epidemiológicas de la Insuficiencia cardiaca aguda en un hospital terciario de Lima Perú. Rev. Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Vol 34, n° 4, lima oct./dic. 2017.
6. Ciapponi a. Et al. Vurden of Heart Failure in Latin America: a systematic review and meta-analysis. Re. Esp. Cardiol. 2016; 69 (11): 1051-1060.
7. Stevenson lw. Decision making in advance heart failure: a scientific statement from the aha. Circulation 2012; 125 (5): 1930.
8. Anguita Sanchez m. Los Programas/Unidades de Insuficiencia Cardiaca. Una vision multidisciplinaria. Rev esp. Cardiología vl. 70, n° 5, pag 410(mayo 2017).
9. Anguita Sanchez m. Análisis de costo-beneficio de los programas de prevención de reingreso en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardiaca: impacto económico de las nuevas formas de asistencia a la insuficiencia cardiaca. Rev. Esp. Cardiol. 2005; 58 (supl 2): 32-6.
10. Gonzales Beatriz. Aplicación de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardiaca en una unidad de insuficiencia cardiaca en España. Rev. Esp. Cardiol. 2006; 59(2): 166-70.
11. Guía esc 2016 sobre Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica.
12. 2021 esc guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure.
13. 2019 guía de practica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica esalud – peru.
14. Farre n. Eur. Heat Failure 2016; 16: 1132-1140.