

# La realidad del Infarto Agudo de Miocardio en Latinoamérica - Entrevista con el Dr. Gabriel Maluenda (Chile)



## Dr. Gabriel Maluenda

Director Laboratorio de Hemodinamia Centro Cardiovascular, Hospital San Borja Arriarán. Director ProEducar-SOLACI.

Chile, Santiago

### INTRODUCCIÓN

Tanto las guías europeas como las americanas de infarto con elevación del ST (IAMcST) recomiendan desde hace ya varios años, la creación de redes para el tratamiento de estos pacientes.

De hecho, hay exitosas iniciativas como Mission Life Line en USA y Stent-Save a Life en Europa que fueron creadas con este objetivo.

Lamentablemente, en Latinoamérica estamos muy lejos de esta realidad. Y es por eso que convocamos a referentes en el manejo de pacientes con IAMcST de varios países de Latinoamérica a que compartan con nosotros cuál es la realidad del tratamiento de estos pacientes en sus países.

---

## ENTREVISTA CON EL DR. GABRIEL MALUENDA (CHILE)

---

El tratamiento del infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMcST) está garantizado por ley en Chile, con cobertura universal para toda la población por medio del llamado plan AUGE implementado el año 2005. La cobertura universal asegurada, con seguro público o privado es la reperusión por medio de trombólisis. Existe evidencia observacional que demuestra mejoría significativa de la mortalidad global del IAM tras la implementación del plan AUGE.<sup>[i]</sup>

El sistema de salud chileno es mixto, público y privado, estando afiliados al sistema público aproximadamente un 80% de la población. En el sistema público de salud el territorio está dividido en 28 servicios de Salud. Dentro de cada servicio de salud existen redes de atención del IAM localmente definidas desde un punto de vista logístico. Sin embargo, no existe una red nacional de infarto, aunque hoy se trabaja a nivel de ministerio de salud en definiciones para una iniciativa nacional.

La única fuente epidemiológica reciente describe una tasa global de IAM en Chile 74.4 por 100,000 habitantes entre 2001-2007 (98.0 en hombres y 51.0 en mujeres).<sup>[iii]</sup> Sin embargo, la metodología de este trabajo es criticable, pues solo identificó a los pacientes egresados de los hospitales chilenos utilizando el registro hospitalario en el período con diagnóstico de IAMcST, sabiendo que esta metodología subregistra por un lado, además que no incluye a los pacientes que por una u otra razón no consultaron o no fueron admitidos, incluyendo las muertes súbitas ocurridas fuera de los centros hospitalarios. Por esta razón es muy presumible que la tasa global de IAMcST en Chile no esté lejos de la de los EE.UU. dada la similar epidemiología y carga de factores de riesgo de la población chilena,

como expresado en la encuesta nacional de salud.[iv]

Respecto al método de revascularización, conocemos por medio de la industria que en Chile se realizan al menos 12.000 angioplastias coronarias por año. Sabiendo que aproximadamente un tercio de estas son angioplastias primarias, se puede estimar que en Chile se realizan anualmente unas 4.000 angioplastias primarias (ATCp) por año, lo que representaría al menos la mitad las reperfusiones en IAM. No hay datos disponibles del porcentaje de IAM no revascularizados.

Si bien existen iniciativas como el registro nacional de infarto GEMI, actualmente es subregistrado y no cuenta con apoyo, ni fondos ministeriales. Por tal razón, es extremadamente necesaria y deseable la creación de un registro nacional único y universal, de carácter obligatorio, que permita a los centros públicos reembolso de prestaciones en el IAMcST con el fin de asegurar un acceso equitativo al plan AUGE y sus beneficios. Existen en curso varias otras iniciativas que esperamos nos den nuevo ímpetu en una recolección estandarizada y universal de datos.

Se requiere urgentemente de la instauración de una red nacional de infarto, que permita localmente mejorar las oportunidades de acceso a angioplastia primaria y maximice las oportunidades de sobrevida de un paciente según momento de diagnóstico y ubicación geográfica del evento. Esta iniciativa está actualmente en manos de la Subsecretaría de Salud pública y la Subsecretaría de Redes Asistenciales del ministerio de Salud.

## Referencias bibliográficas

[i] Florenzano U F. Acute myocardial infarction mortality in Chile: thrombolysis or angioplasty. Rev Med Chil. 2011 Nov;139(11):1393-5.

[ii] Nazzal C, Frenz P, Alonso FT, Lanás F. Effective universal health coverage and improved 1-year survival after acute myocardial infarction: the Chilean experience. Health Policy Plan. 2016;31:700-5.

[iii] Nazzal C, Alonso FT. Incidence and case fatality due to acute myocardial infarction in Chile in the period 2001-2007. Rev Med Chil. 2011;139:1253-60.

[iv] Reporte de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles 2011, Ministerio de Salud, Chile