Entrevista con los Expertos

A realidade do infarto agudo do miocardio em América Latina - Entrevista com o Dr. Gabriel Maluenda (Chile)

Dr. Gabriel Maluenda
Director Laboratorio de Hemodinamia Centro Cardiovascular, Hospital San Borja Arriarán. Director ProEducar-SOLACI.
Chile, Santiago

INTRODUÇÃO

Tanto os guias europeus quanto os americanos de infarto com elevação do ST (IAMcST) recomendam há vários anos a criação de redes para o tratamento dos pacientes acometidos por esta síndrome coronariana.

De fato, existem bem-sucedidas Iniciativas, como a Mission Life Line, nos EUA e a Stent-Save a Live, na Europa, que foram criadas com esse objetivo.

No entanto, na América Latina estamos muito longe dessa realidade. E é por isso que convocamos referentes no manejo de pacientes com IAMcST de vários países da região para compartilharem conosco qual é a realidade do tratamento desses pacientes em seus países.

ENTREVISTA COM OS ESPECIALISTAS - DR. GABRIEL MALUENDA (CHILE)

O tratamento do infarto agudo do miocárdio com elevação do segmento ST (IAMcST) está garantido por lei no Chile, com cobertura universal para toda a população por meio do chamado plano AUGE, implementado no ano 2005. A cobertura universal assegurada, com seguro público ou privado é a reperfusão por meio de trombólise. Existe evidência observacional que demonstra melhora significativa da mortalidade global do IAM após a implementação do plano AUGE.[i],[ii]

O sistema de saúde chileno é misto, isto é, público e privado, estando afiliados ao sistema público aproximadamente 80% da população. No sistema público de saúde o território está dividido em 28 serviços de Saúde. Dentro de cada serviço de saúde existem redes de atenção do IAM localmente definidas do ponto de vista logístico. No entanto, não existe uma rede nacional de infarto, embora hoje se esteja trabalhando no âmbito ministerial de saúde em definições para uma iniciativa nacional.

A única fonte epidemiológica recente descreve uma taxa global de IAM no Chile de 74,4 por 100.000 habitantes entre 2001 e 2007 (98,0 em homens e 51,0 em mulheres).[iii] Entretanto, a metodologia deste trabalho é criticável, pois o mesmo só identificou os pacientes que receberam alta dos hospitais chilenos através do registro hospitalar no período com diagnóstico de IAMcST, e estamos cientes de que esta metodologia, por um lado, faz um sub-registro, e por outro, não inclui os pacientes que por uma razão ou outra não consultaram ou não foram admitidos, incluindo as mortes súbitas ocorridas fora dos centros hospitalares. Por isso é muito presumível que a taxa global de IAMcST no Chile não esteja longe da dos Estados Unidos, dada a similar epidemiologia e carga de fatores de risco da população chilena, como expresso na pesquisa nacional de saúde.[iv]

No que diz respeito ao método de revascularização, sabemos, por meio da indústria, que no Chile são feitas anualmente umas 4.000 angioplastias primárias (ATCp), o que representaria pelo menos a

metade das reperfusões em IAM. Não há dados disponíveis da porcentagem de IAM não revascularizados.

Embora haja iniciativas como o registro nacional de infarto GEMI, atualmente observa-se um sub-registro e falta apoio e fundos ministeriais. Por tal razão, é extremamente necessário criar um registro nacional único e universal, de caráter compulsório, que permita aos centros públicos um reembolso de prestações no IAMcST com o fim de assegurar um acesso equitativo ao plano AUGE e a seus benefícios. Estão em curso várias outras iniciativas que, esperamos, deem-nos um novo ímpeto em uma coleta padronizada e universal de dados.

É necessário que se instaure de forma urgente uma rede nacional de infarto, que permita melhorar localmente as oportunidades de acesso à angioplastia primária e que maximize as oportunidades de sobrevida de um paciente conforme o momento de diagnóstico e localização do evento. Esta iniciativa está atualmente em mãos da Subsecretaria de Saúde Pública e da Subsecretaria de Redes Assistenciais do Ministério de Saúde.

Referéncias

[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, Lanas 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, Ministério de Saúde, Chile