



C/211/2020

Nº 553

Montevideo, 11 de mayo de 2020.

Señor Ministro de Salud Pública,
doctor Daniel Salinas.

Tengo el agrado de transcribir al señor Ministro el siguiente pedido de informes presentado por el señor Representante Álvaro Perrone y la señora Representante Silvana Pérez Bonavita: "Montevideo, 11 de mayo de 2020. Señor Presidente de la Cámara de Representantes, Martín Lema. Amparados en las facultades que nos confiere el artículo 118 de la Constitución de la República, solicitamos que se curse el presente pedido de informes al Ministerio de Salud Pública. Solicitamos información cuantitativa y cualitativa sobre el manejo de los Accidentes Cerebrovasculares (ACV) en el Uruguay, detallar: 1) Situación real recibida por ese Ministerio, sobre la gestión integral por parte de las autoridades y personal de la salud respecto a los ACV, al 1º de marzo del corriente año y repaso del manejo histórico de esa afección. 2) Protocolo existente para detección de síntomas, logística de asistencia, disponibilidad de ambulancias correctamente equipadas y centros de atención preparados para tratar esa patología. 3) Estudios y técnicas médicas disponibles para el tratamiento y prevención de ACV. 4) Informe detallado de políticas a aplicarse durante el presente período de Gobierno. Saludamos al señor Presidente muy atentamente. (Firmado) ÁLVARO PERRONE, Representante por Canelones y SILVANA PÉREZ BONAVIDA, Representante por Montevideo".

Saludo al señor Ministro con mi mayor consideración.


FERNANDO RIPOLL FALCONE
Secretario


MARTÍN LEMA
Presidente

Zimbra:**pedidosdeinforme@msp.gub.uy**

pedido de informes acv diputada Perez

De : Ignacio Amorín <iamorin@msp.gub.uy>

vie., 28 de ago. de 2020 10:07

Asunto : pedido de informes acv diputada Perez 1 ficheros adjuntos**Para :** pedidosdeinforme

<pedidosdeinforme@msp.gub.uy>, Sandra Acosta <sandraacosta@msp.gub.uy>, Ministro MSP <ministro@msp.gub.uy>, Direccion General de la Salud <digesa@msp.gub.uy>, Florencia Usher <fusher@msp.gub.uy>, Luis Galicia <lgalicia@msp.gub.uy>, Miguel Asqueta <masqueta@msp.gub.uy>, Martin Thomasset <mthomasset@msp.gub.uy>

envio en adjunto respuesta pedido de informes de diputada Perez
ignacio amorin
salud cerebral

 **INFORME PARLAMENTO PEREZ BONAVITA.docx**
33 KB

INFORME PARLAMENTO AGOSTO 2020

- 1) Situación real recibida por ese Ministerio, sobre la gestión integral por parte de las autoridades y personal de la salud respecto a los ACV, a 1 de marzo del corriente año y repaso del manejo histórico de esa afección.

Uruguay fue el primer país de América Latina que recorrió durante el Siglo XX la llamada “transición epidemiológica”, exhibiendo altos índices de desarrollo humano hacia el final del mismo según PNUD y CEPAL. El aumento de la esperanza de vida al nacer, la baja de la mortalidad infantil y una pirámide poblacional ensanchada en las franjas etarias más altas, se combina con un perfil epidemiológico donde predominan las enfermedades cardio y cerebro-vasculares y el cáncer, por encima de las lesiones, las enfermedades nutricionales y las infecciones. Las enfermedades crónicas como las cardiovasculares y el cáncer, junto a otro conjunto de patologías comparten buena parte de sus factores de riesgo, y se agrupan bajo la denominación “Enfermedades no transmisibles”(ENT), que explican la mayor parte de la carga de enfermedad en Uruguay y en el mundo. En términos de AVISA (años de vida saludables perdidos, que incluye mortalidad y años de vida vividos con discapacidad), las enfermedades no transmisibles determinan el 79 % de la carga de enfermedad en Uruguay, según datos del IHME (Estudio de Carga Global de Enfermedad, Institut of Health Metrics and Evaluation y Universidad de Washington). Las enfermedades cerebro-vasculares se incluyen en esta clasificación GBD (Global Burden Disease) dentro de las cardio-vasculares, representando el 5,38 % de los AVISA. Las enfermedades neurológicas son la primera causa de AVISA en Uruguay, y la segunda causa de mortalidad.

Respecto a 1990 (primeras mediciones de carga de enfermedad), las enfermedades cardio y cerebro vasculares han disminuido el porcentaje de AVISA, producto fundamentalmente de una sistemática disminución de la mortalidad por esa causa desde la década de 1970. De todas formas, en su conjunto se mantienen como la segunda causa de AVISA luego del cáncer (un punto más arriba las cardio sobre las cerebro-vasculares). El resto de las enfermedades neurológicas han aumentado su carga relativa.

El Protomedicato de Miguel Gorman marca en Uruguay en 1779 los primeros intentos de organización de la asistencia sanitaria. El Hospital de Caridad en 1788 (Hospital Maciel desde 1911) es nuestro primer Hospital Civil. En la segunda mitad del Siglo XIX un vigoroso desarrollo del sector privado de asistencia sanitaria, agrupados en sociedades mutuales ya sea de filiación religiosa o agrupamientos de inmigrantes, sostiene la asistencia de un porcentaje creciente de uruguayos. La

Facultad de Medicina se funda en 1876. Durante las primeras décadas del siglo XX se produce una enorme expansión de Hospitales públicos en todo el país, surgiendo posteriormente las cooperativas médicas en todo el país, y sociedades mutuales de diversos orígenes. En 1927 se funda el Instituto de Neurología, siendo su primer director Americo Ricaldoni, a quien sucede Alejandro Shroeder. En 1934 se crea el Ministerio de Salud Pública, resultado de la fusión del Consejo Nacional de Higiene Pública (normas) y la Asistencia Pública Nacional (asistencia). Uruguay fue de los primeros países de América Latina en incorporar un angiógrafo. La labor pionera de Néstor Azambuja, formado en Suecia en la arteriografía carotídea con Lindgren (padre de la neuroradiología), se perpetúa en una verdadera escuela internacional de neuroradiología en las décadas del 1950 y 1960 continuada por Lía Zeiter, Andrés de Tenyi y Leda Nuñez. El grupo de Azambuja participa decisivamente del estudio multinacional cuyas conclusiones finales fueron publicadas en el Journal of American Medical Association, en 1965.

El Instituto de Neurología tiene su época de oro en las décadas de 1950 y 1960, en el piso 2 del Hospital de Clínicas, novel Hospital Universitario, bajo el liderazgo de Román Arana. José Gomensoro funda el Grupo de Enfermedades Cerebro vasculares, de descollante actuación internacional, plasmada en múltiples revistas arbitradas internacionales, junto a Valentina Maslenikov, Juan de Boni y Dinorah Dominguez. Entre los trabajos cooperativos internacionales destaca el organizado por el NIH (Instituto Nacional de la Salud de EE.UU.) sobre el tema oclusiones arteriales intracraneales, donde los investigadores uruguayos tienen destacada actuación. En 1971 el Hospital de Clínicas instala el primer CTI, centros que se expanden en todo el país en el sistema público y privado, adquiriendo enorme desarrollo. En 1979 surge la primera unidad coronaria prehospitalaria, que encuentra a Uruguay en la vanguardia mundial en esa área. En ese mismo año Andrés de Tenyi instala en el Hospital Italiano y en el Hospital de Clínicas el primer tomógrafo en Uruguay, en pocos años, la técnica se va expandiendo a múltiples centros públicos y privados. En 1980 se crea la Catedra de Medicina Intensiva, año en que comienza el funcionamiento del Fondo Nacional de Recursos, que permitirá luego la financiación universal de técnicas de alto costo incluyendo las cardiovasculares. En 1993 el esfuerzo conjunto de varios médicos e instituciones logra la instalación del primer Resonador en Uruguay en el Hospital Británico, que luego se establece en otras instituciones públicas y privadas. Sobre finales de la década de 1990 y 2000 el Profesor Matías Pebet organiza los Simposios Internacionales de Enfermedades Cerebrovasculares, realizados ininterrumpidamente durante 20 años, generando guías de abordaje de la enfermedad cerebro-vascular. El Profesor Ronald Salamano continua

esa tarea, estableciendo junto a Pebet las bases de una Unidad de Acv en el Hospital de Clínicas. En el 2007 se produce una profunda reforma del sistema sanitario uruguayo que pasa a ser un Sistema Nacional Integrado de Salud. El Hospital de Clínicas crea una unidad de ACV, donde se practica el primer trombolítico en el año 2010. Las unidades de acv se han expandido a numerosos centros públicos y privados. La mayor parte de las trombectomías mecánicas se han realizado a nivel privado. En el 2014 se estableció un convenio ASSE-HOSPITAL DE CLINICAS para dotar a la unidad de ACV del Clínicas de Neurólogo presencial las 24 hs. los 365 días del año. En agosto de 2019, el MSP conformó un grupo de trabajo para establecer un PLAN NACIONAL DE ACV, cuyo asesoramiento se encuentra en desarrollo.

El desarrollo de la medicina en Uruguay y de las condiciones de vida en general explican un sistemático descenso de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares desde la década de 1970, similar al experimentado a nivel mundial. Un trabajo de Ketzoian y colaboradores muestra estos hechos, correlacionando la disminución de la mortalidad por ACV con el crecimiento del PBI desde 1971 a 2008.

De acuerdo a datos de estadísticas vitales del MSP desde 2008 las cifras de mortalidad por ACV continúan descendiendo globalmente con mayor o menor velocidad de acuerdo a los periodos considerados, registrándose un ligero aumento de la mortalidad en el último año. En cuanto a la gestión integral de las autoridades en el último periodo, nos atenemos a los objetivos trazados en documento "OBJETIVOS SANITARIOS NACIONALES 2020". Los Objetivos Sanitarios Nacionales fueron la Guía de orientación de la gestión de la autoridad sanitaria durante el período 2015-2020. el mismo plantea líneas de acción en base a la realidad epidemiológica en función de objetivos generales y estratégicos, la identificación de problemas críticos y el desarrollo de instrumentos específicos para alcanzar metas cualitativas y cuantitativas. Alcanzar mejoras concretas en la salud de la población, con énfasis en la equidad, la calidad asistencial y una vivencia positiva por parte del usuario del Sistema fueron los cuatro ejes de los OSN. En todos ellos encontramos señalamientos críticos. Nos centraremos en el análisis de las patologías cerebro-vasculares. De acuerdo a la base del documento encontramos así para el análisis algunos elementos fundamentales: identificación y prevención de factores de riesgo vasculares o de enfermedades no trasmisibles, abordaje de la prevención, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del ACV, y el abordaje de la discapacidad neurológica en el marco del SNIS y el Sistema de Cuidados. Contrastaremos los objetivos con los datos de Estadísticas Vitales del MSP, informes del programa Enfermedades no trasmisibles del MSP, el documento N 1 del Sistema de Vigilancia de la Equidad en Salud (2018) (MSP, UNION EUROPEA), y el documento

“Una mirada a la salud de los uruguayos y las uruguayas en el largo plazo. Contribución a la Estrategia Uruguay 2050” (2020) (OPS, OMS, OPP). El documento identifica y enumera específicamente una serie de problemas críticos en la atención sanitaria. La mayoría de las patologías neurológicas se encuentran comprendidas en el ítem 7 (morbimortalidad por enfermedades no transmisibles). Entendemos que la carga de la enfermedad neurológica exige a futuro la consideración específica de problemas críticos al menos en dos áreas: ACV y Demencia. Si bien ACV tiene más adelante un tratamiento especial. El ítem 15 refiere a las brechas de la atención sanitaria, que queremos enfatizar especialmente en el área ACV. En el marco de los OSN se trazan objetivos estratégicos específicos. Los objetivos 1 y 2 engloban aspectos claves del abordaje del ACV. Destacamos específicamente además las propuestas de intervención en el área cardiovascular.

La primera falla del esquema propuesto en las áreas de intervención, que compromete todas las demás, es el incumplimiento de la línea de acción 18.1. La misma establecía la realización de la encuesta ENFRENT 3 entre 2018 y 2019, para conocer la evolución del control de los factores de riesgo vascular que ya venían en aumento. La misma no se realizó. De todas maneras, los datos de ENFRENT 1 Y ENFRENT 2 permiten trazar un panorama negativo en cuanto a la evolución de los FRCV (Diabetes, sedentarismo, escaso consumo de frutas y verduras, hta, sobrepeso/obesidad). En cuanto al combate al tabaquismo, factor de riesgo mayor, los resultados fueron muy buenos. Destacamos además el incumplimiento del área de intervención 19.5, ya que no se ha logrado un registro y seguimiento adecuado de los pacientes con riesgo cardiovascular en el sistema. Se registró un crecimiento exponencial de 146 % del consumo de productos ultraprocesados desde 1999 a 2013. Las estrategias de comunicación establecidas en la línea de acción 21.1 no han tenido la masividad, penetración y continuidad en el tiempo que creemos deben tener para modificar sustantivamente las actitudes de la población. De acuerdo a la revisión realizada, las acciones quedan acotadas a la conmemoración del Día del ACV, el 29 de octubre, fundamentalmente a impulsos de la Sociedad de Neurología en los medios y redes sociales, adoleciendo de un impulso orgánico desde el Sistema. Tampoco el enfoque de género señalado ha sido enfatizado, más allá de intervenciones puntuales de algunos especialistas en ACV en los medios de comunicación.

En cuanto a un protocolo de actuación en agudo del ACV, no se desarrolló un protocolo oficial del MSP de validez nacional hasta el 1 de marzo de este año. Si existieron de prestadores específicos del Sistema, destacando el del Hospital de Clínicas, articulado con el sistema prehospitalario, existiendo otros en prestadores públicos y privados, con diferencias en su abordaje. En amplias zonas del interior no existe disponibilidad de Unidades de ACV con

tratamientos acordes, con impedimentos insalvables de traslado a otros centros, ya que se trata de una patología tiempo dependiente, donde las acciones a tomar deben estar comprendidas dentro de una estrecha ventana terapéutica. Por lo antedicho, es claro que la línea de acción 21.3 tampoco se ha cumplido, no existiendo hasta el 1 de marzo una clara georeferenciación en el interior para el abordaje de esta patología mediante Unidades de ACV regionales, muy acotadas a algunas áreas específicas. La implementación de trombolíticos (21.4) se acerca al porcentaje de 10 a 20 % de los ACV isquémicos solamente en los centros en que se realiza, y en los que además existe un seguimiento y publicación de resultados, como el Hospital de clínicas. El Sistema adolece de un registro global de actuación en ACV. Por los mismos fundamentos, las trombectomías (21.5), solo llegan al porcentaje señalado en aquellos centros privados que la disponen, y en parte del sistema público fundamentalmente metropolitano. Destacamos además que, a pesar de ser una línea de acción estratégica del MSP, el procedimiento no está incluido en la canasta de prestaciones obligatorias del Sistema, por lo que en parte del mismo el paciente solo accede a la trombectomía mediante el pago directo, “de bolsillo”, previo a su realización. La rehabilitación del paciente con ACV está lejos del objetivo de “universalización” planteado en la línea 21.6. La escasez de Fisiatras, fisioterapeutas, fonoaudiólogos y terapeutas ocupacionales es notoria en amplias zonas del país, destacando un déficit de especialistas que puedan aplicar terapias de denervación química a aquellos pacientes con espasticidad que lo requieran. Pensamos que la línea de acción 21.7 tampoco se ha cumplido. Si bien el Centro Cardiovascular Universitario aglutina buena parte del sector público metropolitano, con resultados publicados comparables a centros internacionales, los prestadores privados claramente fueron desarrollando protocolos de atención propios desarrollados en sus centros, tanto para fibrinolíticos como para trombectomías mecánicas.

La mortalidad por ACV en Uruguay experimenta un sostenido y constante descenso desde la década de 1970, y ha continuado hasta el momento actual su tendencia descendente más o menos pronunciada en diferentes etapas. El estudio de Hackembruch, Ketzoian y colaboradores publicado en 2006, adjudica ese descenso a los avances tecnológicos médicos en el contexto del desarrollo económico del país (Hackembruch, H.J. Perna, A. Ketzoian, C.N. Mortality trends by stroke in Uruguay 10.1016/j.jns.2013.07.834 Journal of the Neurological Sciences).

Los estudios de carga global comparan la repercusión de cada enfermedad en los sistemas sanitarios de acuerdo a diferentes índices. En relación a la mortalidad, los años de vida perdidos por muerte precoz (AVP) permiten evaluar este impacto. Dichos estudios se realizan periódicamente, siendo el último realizado por el MSP en 2015 en base a datos del 2010. El mismo marca que las enfermedades cerebro-vasculares (AVE, accidentes vasculares

encefálicos, siguiendo los criterios CIE -10 I60-I69) son la segunda causa de AVP, luego de la enfermedad isquémica del corazón, y seguido por el cáncer de pulmón, los sinestros de tránsito y la neumonía. Los últimos datos del estudio Global Burden Disease de la Universidad de Washington mantienen a 2017 un panorama similar en Uruguay, manteniéndose entre 1990 y 2017 la mortalidad por causas vasculares y por cáncer en primer y segundo lugar respectivamente, en forma sostenida. En los mayores de 65 años los ACV representan la segunda causa de años de vida perdidos luego de la enfermedad isquémica del corazón en los hombres, seguidos de EPOC, Cáncer de Pulmón, cáncer de próstata y neumonía. En las mujeres mayores de 65 años, los ACV son la primera causa de muerte, superando a la enfermedad cardiaca, Alzheimer, neumonía y cáncer de mama. Entre los 20 a 64 años, los ACV representan la sexta causa de muerte en el hombre, luego de la enfermedad isquémica del corazón, los siniestros de tránsito, las heridas auto-infligidas y el cáncer de pulmón. En la mujer, los ACV representan la segunda causa de muerte en este tramo etario, por debajo del cáncer de mama, y por encima inclusive de la enfermedad isquémica del corazón. La tasa de mortalidad ajustada a 2008 por concepto de ACV según los criterios CIE 10 (I60-I69) fue durante el año 2018 de 60,61 cada 100.000 habitantes. De acuerdo a datos preliminares de 2019, dicha mortalidad fue de 61,67 cada 100.000 habitantes

Según el último estudio de carga global de enfermedad en Uruguay, los datos de morbilidad actuales causados por el ACV por años de vida perdidos por muerte prematura (AVP), años de vida perdidos por vida saludable (AVISA), años de vida vividos con discapacidad por edades son:

DE 20-64 AÑOS

AVP: 11.639

AVD: 6.817

AVISA: 18.456

MAYORES DE 65 AÑOS:

AVP: 33.805

AVD: 2470

AVISA: 27.247

Para mejorar la prevención del ACV es necesario un cambio del modelo de atención hacia estrategias que eviten el desarrollo de factores de riesgo. En ese sentido, el documento "ESTRATEGIA DE DESARROLLO URUGUAY 2050", fechado a febrero 2020, señala: "Valorando los esfuerzos realizados y los avances logrados, cabe señalar que los resultados en este campo están

lejos todavía de los objetivos planteados. Subsisten en el contexto actual componentes de un modelo de atención centrado en aspectos curativos, con poco énfasis en la prevención y en la rehabilitación posterior. La calidad y la sustentabilidad del sistema pueden ser afectadas si no se producen transformaciones claras en este campo.”

En cuanto a la equidad en la asistencia y prevención del ACV al 1 de marzo de 2020, el documento oficial del Ministerio de Salud Pública, financiado por la Unión Europea en 2018: “Sistema de vigilancia de la equidad en salud en Uruguay”, de Fabricio Mendes y Alejandra Toledo, subraya conceptos que queremos destacar:

- La accesibilidad es la posibilidad de obtener atención en salud, en la medida de sus necesidades sin ningún tipo de obstáculo económico, geográfico o de disponibilidad. Medida como el porcentaje de personas que sintieron la necesidad de ir al médico, pero no lo hicieron, ello es en Uruguay de 42 % en los sectores socio económico medios y bajos y de 8 % en los niveles altos.

- Existen barreras también en relación a la estratificación territorial. Especialidades médicas imprescindibles como medicina general, ginecología y pediatría tienen una brecha de acceso de varios puntos.

- “las principales barreras en todas las regiones del país, corresponden a la dimensión organizativo - funcional de los servicios de salud, tales como la distancia de los servicios de salud, los tiempos de espera y la disponibilidad de horarios. Las barreras correspondientes a la dimensión económico - financiera que incluye aspectos tales como el precio de tickets y órdenes y de traslado, es la segunda más frecuente, especialmente en Montevideo”.

- “del total de personas que necesitaron consultar, pero no lo hicieron, la mayoría (62%) tienen derechos vigentes de atención en una IAMC, en tanto que el 30% tiene derechos vigentes en ASSE”. Es decir que existen problemas para que la población más desprotegida pueda hacer uso efectivo de los servicios sanitarios, aunque tenga cobertura mutual formal.

- “quienes tienen menos nivel educativo y pertenecen a los niveles socio-económicos más bajos, son quienes menos se benefician del contacto con los servicios de salud”... “la evidencia es clara en relación a la existencia de desigualdades socioeconómicas, geográficas y de género en relación al beneficio de los servicios de salud en nuestro país”.

- “hay grupos sociales que no acceden a los servicios de salud en la medida de sus necesidades o que cuando acceden no lo hacen plenamente

- “esto llama la atención acerca de que las medidas que sirven para mejorar la salud, como ser el aumento de la cobertura y su profundización, no necesariamente aportan a la reducción de las inequidades en salud. Tal como se ha visto para el caso de las personas con Hipertensión mal controlada, a pesar de disponer de cobertura formal, determinados grupos no se benefician

plenamente de los servicios” ... “no es casual que sea en los grupos más vulnerables donde el problema alcanza mayor magnitud”.

■ “Luego de evidenciar la existencia de inequidades en varios niveles desde lo estructural, en las condiciones de vida y trabajo, en los hábitos conductuales y en el beneficio del sistema de salud, se ha dado cuenta de las inequidades en el estado de salud de la población. Para todos los indicadores considerados se ha podido constatar la existencia de brechas entre los grupos más y menos privilegiados. Ello hace que sea ineludible reconocer que para planificar políticas de salud pública mucho más importante que saber de qué se enferma la gente, es saber quiénes son aquellos que se enferman. Es importante destacar lo deficitario que resultan los sistemas de información y los registros con los que cuenta el MSP para monitorear la utilización de los servicios de salud”.

■ “para mejorar los resultados de las políticas sanitarias es necesario reorientarlas con un enfoque de equidad basado en los determinantes sociales de la salud”.

Como ejemplo claro de lo antedicho en el área de ACV, destacamos del informe oficial Estrategia Uruguay 2050 de febrero de 2020: “Algunos trabajos que analizan accidentes cerebrovasculares en algunas regiones del país, indican diferencias significativas entre la incidencia en el subsector público en relación al subsector privado. En el Departamento de Cerro Largo un estudio prospectivo arroja una incidencia de 100,2 casos por 100.000 habitantes a nivel privado y 231,1/100.000 a nivel público. Este hallazgo se asocia probablemente a inequidades sociales y diferencias en el control de los factores de riesgo”.

Como culminación de este panorama histórico y de la descripción de la coyuntura actual, nos interesa señalar una proyección al futuro. El documento oficial “ESTRATEGIA URUGUAY 2050 (OPP, OPS, Presidencia)” de febrero de 2020 expresa: “La importancia de las ENT y su asociación con el envejecimiento de la población llevan a que estas sean el foco de los escenarios hacia el 2050. El porcentaje de mayores de 65 años pasará de 14,1% en 2016 a 22,9% para 2050. Al aumentar el peso relativo de las personas mayores en la población, también número de casos totales de ENT. El número de Acv previsto es de 8.256 casos anuales en el 2050; 30 % quedarán con secuelas invalidantes. Crecerá la esperanza de vida con discapacidad en la región, con 20% con discapacidades funcionales básicas. Esto generará una atención con costos altos y crecientes para los hogares y las instituciones. Las personas viven más años, pero con enfermedades crónicas, utilizan muchos medicamentos, hospitalizaciones reiteradas, sin cuidados necesarios para detener deterioro funcional. Las estrategias de prevención y promoción para retrasar las situaciones de dependencia y mejorar la calidad de vida de las personas son absolutamente insuficientes frente a los desafíos de los procesos demográficos y epidemiológicos actuales”. Como consecuencia de estos cambios, el informe prevé que para 2050 el gasto en salud se incrementará un 26 % (3600 millones de dólares). Estas cifras muestran a las claras la necesidad de un abordaje específico de la prevención, tratamiento y

rehabilitación del ACV en Uruguay, entre otras enfermedades prevalentes.

2) **Protocolo existente para detección de síntomas, logística de asistencia, disponibilidad de ambulancias correctamente equipadas y centros de atención preparados para tratar esa patología.**

Existen múltiples centros preparados en Uruguay para la atención de esta patología. La primera unidad de ACV se instaló en COMECA, departamento de Canelones, y fue el Hospital de Clínicas pionero en el desarrollo de fibrinolíticos. Hoy existen múltiples centros en todo el país, públicos y privados, para el abordaje del ACV, con capacidad para el tratamiento con fibrinolíticos, del cual se benefician un 20 % aproximadamente de los ACV isquémicos. El desarrollo de la medicina pre-hospitalaria en Uruguay es vigoroso y de larga tradición. Existen ambulancias correctamente equipadas, aunque el desarrollo es dispar entre Montevideo. En lugares más alejados, debe complementarse la asistencia pre-hospitalaria con telemedicina, que se ha desarrollado fuertemente recientemente existiendo ya una ley regulatoria, y con sistemas de aero-transporte en determinadas zonas del país para algunos casos especiales. El desarrollo de aerotransporte sanitario posee también un desarrollo creciente en Uruguay. A pesar de esta base fuerte para el desarrollo de un Plan nacional de ACV en Uruguay, no se ha podido consolidar un protocolo nacional de actuación de alcance nacional que permita unificar estos esfuerzos, complementarlos y optimizar la adecuada vehiculización de respuestas inmediatas (tiempo dependientes) que permitan un mejor tratamiento de estas enfermedades. Existen protocolos de diferentes prestadores, no siempre con los mismos criterios técnicos.

La trombectomía mecánica es una técnica de alto costo y alta complejidad técnica, reservada para un porcentaje variable según la bibliografía, y que un informe de la Facultad de Medicina estima aproximadamente en 5-10 % de los casos. Los centros en condiciones para realizar dicho procedimiento se encuentran tanto a nivel público como privado. A nivel público mencionamos al Hospital de Clínicas, al Hospital Maciel y al Hospital de Tacuarembó. A nivel privado mencionamos a CEN-MEDICA URUGUAYA, CEDIVA-SMI, SOCIEDAD MEDICO QUIRURGICA DE SALTO, IDITE-CASA DE GALICIA, CARDIOCENTRO-ASOCIACION ESPAÑOLA. El nivel tecnológico, la experiencia y la sistematización de la asistencia al ACV en los diferentes centros son dispares, sumado al hecho de que, a pesar de que el desarrollo de trombectomías formó parte de los “Objetivos sanitarios nacionales 2020”, la técnica no tiene financiación prevista en el sistema. Destacamos que, a pesar de ello, el número de centros con posibilidad de trombectomías disponible en Uruguay permitiría, de contar con un

adecuado Plan Nacional de ACV, la realización de un mayor número de procedimientos, acordes con las necesidades del país.

No existen aún en Uruguay mecanismos de Benchmarking para la auditoría y comparación de índices de calidad de servicios médicos entre los diferentes prestadores.

3) Estudios y técnicas médicas disponibles para el tratamiento y prevención de ACV.

Para la prevención del ACV debemos continuar apuntalando un cambio en el modelo de atención como ya fue mencionado, y generar herramientas masivas de comunicación poblacional y educativas a nivel profesional para mejorar el aumento preocupante de algunos factores de riesgo. Uruguay tiene una cobertura universal efectiva de fármacos para prevención primaria y secundaria, fortaleza indudable del sistema. En cuanto a herramientas de tratamiento, existen tres de elevado nivel de evidencia (IA) para mejorar el pronóstico, la mortalidad y la discapacidad de un ACV: la creación de Unidades de ACV (una cama cada 100.000 habitantes), la administración de sustancias trombolíticas intravenosas para la eliminación de coágulos dentro de las 4 horas y media del inicio del ACV (20 % de los ACV), y la realización de trombectomías mecánicas (5-10 % de los ACV), dentro de 6-8 horas de inicio de los síntomas. Las tres herramientas existen en nuestro medio. Sin embargo son pocos los prestadores que han desarrollado Unidades de ACV con criterios estrictos, destacando el Hospital de Clínicas. La reperusión con trombolíticos a pesar de estar incluida en la canasta de prestaciones, está sub-utilizada. En cuanto a las trombectomías mecánicas, hasta el momento su financiación no estaba prevista dentro el SNIS.

4) Informe detallado de políticas a aplicarse durante el presente período de Gobierno.

En primer lugar, trabajaremos fuertemente en prevención de los factores de riesgo vascular. Las encuestas ENFRENT I y ENFRENT II muestran problemas importantes en el control de Hipertension arterial, diabetes, obesidad, escaso ejercicio físico y escaso consumo de frutas y verduras de los uruguayos. Incluiremos a Uruguay en la iniciativa “Hearts”, vinculada a organismos sanitarios internacionales, para tener acciones mas efectivas en ese sentido. Llevaremos adelante un Programa de Comunicación en Salud inspirado en el “Programa Karelia del Norte” de Finlandia. Mediante la iniciativa “Conozca su riesgo” favoreceremos el involucramiento de la población en el control de sus factores de riesgo, incluyendo la aplicación “Riskómetro”.

Un segundo aspecto relativo a la educación de la población tiene que ver con el precoz reconocimiento de síntomas. Trabajaremos en conjunto con Sociedades Científicas a los efectos de extender masivamente estos conceptos en medios de comunicación y redes sociales.

La detección de una ACV a nivel prehospitalario activará un código ACV o clave 1 en todo el SNIS. No existe un código Nacional de ACV sistematizado y universal para todo el Sistema Nacional Integrado de Salud. El SAME 105 en el área metropolitana y la mayoría de las emergencias privadas en Montevideo utilizan un Código ACV con valor de clave 1. En el interior el panorama es más dispar, careciendo de una codificación sistemática, imprescindible para una enfermedad cuyo abordaje es tiempo-dependiente.

El traslado debe realizarse en una ambulancia especializada. Hemos elaborado un protocolo único de actuación frente al ACV a nivel nacional.

En cuanto al tratamiento del ACV agudo, extenderemos a todo el sistema 3 herramientas fundamentales con evidencia de nivel IA para mejorar su pronóstico y disminuir la discapacidad y mortalidad: unidades de ACV en todo el territorio, utilización de trombolíticos intravenosos, e incorporación de trombectomías mecánicas en casos seleccionados. Incorporaremos esta técnica a las prestaciones del Fondo Nacional de Recursos. Hemos contado con el asesoramiento de la Facultad de Medicina de la UdelaR para la planificación del ACV a nivel nacional. De acuerdo a estadísticas internacionales, un 20-25 % de los ACV isquémicos agudos son potenciales candidatos a r-tpa, y un 5-10 % a trombectomía mecánica. Estas cifras no son estáticas, y pueden variar de acuerdo a la evidencia científica, así como también si mejoramos el reconocimiento precoz de síntomas y los tiempos de traslados. Como objetivo hacia el 2025 nos proponemos llegar a 35 camas de Unidad de ACV distribuidas en todo el país. La recomendación internacional es de 1 cama de Unidad de ACV cada 100.000 habitantes. Distinguimos dos tipos de unidades. Las U-ACV Básicas (tipo I), reunirán los requisitos mínimos para poder realizar trombolíticos (r-TPA) dentro de las 4 horas y media de ventana terapéutica (centros de trombolisis). Las Unidades de ACV Avanzadas, integrales o centros de ACV de referencia nacional (tipo II), completarán todos los requisitos y recomendaciones internacionales para unidad de ACV integral, y contarán con Angiógrafo para la realización de trombectomías, además de un equipo multidisciplinario especializado. La localización de los centros fue propuesta por la Facultad de Medicina, en un número de al menos uno por departamento, de acuerdo a un exhaustivo trabajo de cruzamiento de datos de estado de rutas terrestres de comunicación, densidad poblacional, tiempos de traslados, disponibilidad de

tomografías y angio-tomografías, disponibilidad de médicos y técnicos radiólogos, cuidados intensivos, laboratorio y médicos especialistas. Se favorecerá la complementación de servicios entre los diferentes prestadores del Sistema.

Se realizarán cursos permanentes de formación especializada y actualización para el personal de estos centros y la atención pre-hospitalaria con el apoyo de la Facultad de Medicina, entidades internacionales como la iniciativa “Angels”, la Sociedad de Neurología y la Sociedad de Emergencistas. Se certificará la aptitud y la formación para llevar adelante estas terapias en todo el país. Los médicos contarán con aplicaciones gratuitas para realizar la escala NIHSS, una guía de procedimientos, y un mapa de derivaciones en sus teléfonos y ordenadores, en línea con la Historia clínica electrónica de cada prestador. Se conformarán además Centros de Telemedicina, con el apoyo de Salud.uy, Agesic y Genexus, para consultoría clínica, de imágenes y toma de decisiones disponible en todo el país las 24 hs los 365 días del año. El Proyecto Rescate del MSP tiene como prioridad el aerotransporte sanitario del ACV como patología tiempo-dependiente, y estará disponible en aquellos lugares que lo requieran.

Por último, mencionamos la rehabilitación del ACV, pilar fundamental para disminuir la discapacidad. El MSP ha realizado un exhaustivo relevamiento de recursos técnicos y humanos, fisiatras, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas en todo el país, detectándose carencias importantes en varias áreas del interior. La tele-rehabilitación, facilitación de ayudas técnicas, acuerdos de complementariedad entre prestadores y mayor formación de recursos humanos serán algunas de las herramientas a desarrollar. La prevención secundaria seguirá los lineamientos establecidos al desarrollar la prevención primaria.

Uruguay aún no posee un registro nacional del número de pacientes con ACV que permita auditar y medir el impacto global de esta enfermedad, así como el seguimiento del tratamiento realizado en cada caso. Las informaciones obtenidas son aún incompletas, surgen de publicaciones o declaraciones de los propios centros. El Hospital de Clínicas, institución pionera en el país en la realización de trombolíticos desde el 2010, es la que tiene el mayor número de procedimientos realizados. Pretendemos auditar y centralizar todos los datos de ACV, en vinculación a organismos internacionales, que nos permitan realizar Benchmarking, comparación de resultados entre centros como herramientas de mejora en la gestión.

Dr. Ignacio Amorín Costáble
PROGRAMA DE SALUD CEREBRAL
DI.GE.SA.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
URUGUAY

Ministerio de Salud Pública

Montevideo, 11 SEP 2020

**SR. PRESIDENTE DE LA
CÁMARA DE REPRESENTANTES
DR. MARTÍN LEMA**

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted a fin de dar respuesta al Oficio N° 553 de 11 de mayo de 2020, referente al pedido de informes presentado por los Sres. Representantes Álvaro Perrone y Silvana Pérez Bonavita, por medio del cual solicitan información cuantitativa y cualitativa sobre el manejo de los Accidentes Cerebrovasculares (ACV) en el Uruguay.

En tal sentido se adjunta copia del informe elaborado por la Dirección General de la Salud.


Saluda a usted atentamente.

Oficio N° 1108

Ref. N° 001-3-2475-2020

AA


Dr. DANIEL SALINAS
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

	CAMARA DE REPRESENTANTES
	DIVISIÓN ADMINISTRACIÓN DOCUMENTAL
RECIBIDO	FECHA: 11/09/20 HORA: 13:41
FUNCIONARIO:	Victoria Silva
CONTRAFIRMA:	