

PROPOSICION CON PUNTO DE ACUERDO, PARA EXHORTAR AL EJECUTIVO FEDERAL A HOMOLOGAR POR LA SSA, EL COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y EL CSG LOS CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO, PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD, A CARGO DE LA SENADORA NESTORA SALGADO GARCÍA, DEL GRUPO PARLAMENTARIO DE MORENA

Quien suscribe, senadora Nestora Salgado García, integrante del Grupo Parlamentario de Morena a la LXIV Legislatura del honorable Congreso de la Unión, con fundamento en lo dispuesto en el artículo 78 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los artículos 58, 176 y demás aplicables del Reglamento para el Gobierno Interior del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos por lo que se refiere al funcionamiento de la Comisión Permanente, somete a la consideración de la Comisión Permanente, la presente proposición con punto de acuerdo al tenor de las siguientes:

Consideraciones

I. Enfermedad Vascul ar Cerebral

La enfermedad vascular cerebral es un grupo heterogéneo de trastornos en la irrigación cerebral caracterizado por un rápido desarrollo de síntomas y signos neurológicos que traducen una disfunción cerebral, espinal o retiniana focal, debidos a una oclusión arterial (isquemia), venosa (trombosis venosa) o ruptura arterial (hemorragia), y evidencia por imagen o neuropatológica de daño vascular.

Dicha enfermedad se caracteriza por aparición brusca y sin aviso, causando secuelas y muerte.

De acuerdo con la organización mundial de la salud, la Enfermedad Vascul ar Cerebral constituye la segunda causa global de muerte (9.7%), de las cuales 4.95 millones ocurren en países con ingresos medios y bajos, y si bien las tasas de mortalidad por EVC son elevadas en todas las regiones del mundo; en muchos casos sobrepasan la mortalidad derivada de enfermedades isquémicas del corazón. La situación es heterogénea entre países, regiones y poblaciones.

Los resultados de un estudio que utilizó datos de la OMS y del Banco Mundial, mostraron diferencias de más de 10 veces entre los países con tasas ajustadas por género y edad más altas, comparadas con las más bajas (rango de 25 a 250 por 100 000).

Las regiones con mayor mortalidad por EVC son Europa del Este, África Central y el Norte de Asia, mientras que las de menor mortalidad son Europa Occidental y Norteamérica. En situación intermedia se encuentran países de América Latina, Norte de África, Oriente Medio y Sureste Asiático.

De lo anterior se advierte, que existe un mayor riesgo de mortalidad por EVC, cuando se presenta en países de ingresos bajos y medios, que en países con mayor índice de ingresos *per cápita*.

La tasa de recurrencia del EVC a 2 años va del 10 al 22%, pero puede reducirse hasta en 80% con la modificación de factores de riesgo. De no existir intervenciones de prevención adecuadas, se calcula que para el año 2030, su incidencia se incrementará hasta 44%. Datos de la Secretaría de Salud de México muestran que en nuestro país la tasa de mortalidad por enfermedad vascular cerebral se ha incrementado a partir del año 2000, particularmente en menores de 65 años. Durante el 2007 del total de egresos en hospitales públicos el 1% fue atribuido a enfermedad vascular cerebral, mientras que, en el 2008, la tasa de mortalidad fue de 28.3/100,000 habitantes.

En el caso de pacientes > 65 años se ha encontrado que 6 meses después de presentar el evento, el 26% son dependientes en actividades de la vida diaria y el 46% presentan déficits cognitivos.

Según los resultados del estudio Basid, en México se aprecia que la tasa anual se incrementa en forma significativa con la edad en todos los tipos. El infarto cerebral es el tipo de enfermedad vascular cerebral más frecuente. Actualmente las Enfermedades Cerebrovasculares en México deben considerarse como un problema de salud de orden prioritario.

La Tendencia registrada durante los últimos años muestra un incremento continuo en los niveles de mortalidad por este padecimiento, el cual ocupó en 2010 el sexto lugar dentro de las principales causas de defunción (32,306 defunciones con una tasa de 28.8 por cada 100 mil habitantes). (SINAVE/DGE/SALUD/Perfil Epidemiológico de las Enfermedades Cerebrovasculares en México).

La enfermedad vascular cerebral también se refiere al término genérico por el que se nombran los eventos vascular cerebrales, infartos y las hemorragias cerebrales. Los tres tipos principales de evento vascular cerebral son: trombótico, embólico y hemorrágico.

El evento vascular cerebral Trombótico se presenta cuando el flujo de sangre de una arteria cerebral se bloquea debido a un coágulo que se forma dentro de la arteria. La aterosclerosis, que es la acumulación de depósitos grasos en las paredes de las arterias, causa un estrechamiento de los vasos sanguíneos y con frecuencia es responsable de la formación de dichos coágulos.

El evento vascular cerebral Embólico tiene lugar cuando el coágulo se origina en alguna parte alejada del cerebro, por ejemplo, en el corazón, pero una porción del coágulo (un émbolo) se desprende y es arrastrado por la corriente sanguínea al cerebro y dicho coágulo llega a un punto que es lo suficientemente estrecho como para no poder continuar, provocando una obstrucción en el vaso sanguíneo, cortando drásticamente el abastecimiento sangre. Este bloque súbito se llama embolia.

El evento vascular cerebral Hemorrágico -conocido también como derrame cerebral, es causado por la ruptura y sangrado de un vaso sanguíneo en el cerebro.

En México se estima que aproximadamente el 60% de los casos de evento vascular cerebral son de isquemia cerebral, de los cuales el 20% son de origen cardioembólico, el cual se debe a la migración de un émbolo proveniente de las cavidades cardíacas o del segmento proximal de la aorta torácica, mientras que el resto se produce como consecuencia de patologías de pequeños o grandes vasos de la circulación cerebral.

Es necesario considerar que la enfermedad vascular cerebral es una emergencia médica, y cada minuto cuenta cuando un paciente lo está padeciendo, ya que cuanto más tiempo dure la interrupción del flujo sanguíneo hacia el cerebro, mayor es el daño. La atención inmediata puede salvar la vida de la persona y aumentar sus posibilidades de una recuperación exitosa.

En la gráfica previa, se advierte que los días de hospitalización promedio aumentan en relación directa con la escala de Ranking modificado (ERM, por sus siglas en inglés, modified ranking scale). Dicha escala, evalúa el grado de discapacidad que presenta el paciente, posterior a un evento vascular cerebral, considerando entre otros aspectos, si existe afectación para leer, escribir, de estabilidad, coordinación, movilidad, si requiere asistencia para actividades básicas de la vida diaria, o si el grado de discapacidad incluso influye en que requiera cuidados constantes y no puede comer, asearse, caminar o usar el baño sin ayuda; donde ERM 0 implica que no existen síntomas o limitaciones y ERM 5 es una discapacidad severa.

Cuando la discapacidad y secuelas post evento vascular cerebral aumenta, también los días de hospitalización requeridos para tratamiento se acrecientan y, consecuentemente, los costos de terapias y hospitalización también aumentan.

II. Protocolos de atención

En el ejercicio de la medicina, es común que los profesionales de la salud tengan que tomar múltiples decisiones en poco tiempo y bajo presión. Si a ello se le añade que existen temas en los que los médicos pueden tener diferentes opiniones sobre el valor relativo de las diversas opciones de tratamiento o las estrategias diagnósticas de un proceso, se entiende que sea fácil que ante un mismo problema varios profesionales opten por actitudes muy diferentes, lo que explica en parte la variabilidad que se observa en la práctica clínica.

El origen de las diferencias en la toma de decisiones sobre pacientes individuales puede deberse a:

- Incertidumbre: no existe evidencia científica de calidad sobre el valor de los posibles tratamientos o de los métodos diagnósticos.
- Ignorancia: existe evidencia científica, pero el médico la desconoce o no la tiene actualizada.
- Presiones externas: el profesional conoce el valor de las pruebas o tratamientos, pero emplea otras pautas.
- Recursos y oferta de servicios: Al no disponer de la técnica diagnóstica o del tratamiento recomendado se utiliza una alternativa. También ocurre lo contrario, una disponibilidad elevada puede inducir a un uso excesivo.
- Preferencias del paciente: en la mayoría de los casos la decisión última la tiene el paciente o su familia y sus valores y preferencias también cuentan de forma que pueden hacer que las acciones varíen significativamente de un paciente a otro.

Para paliar estos aspectos los diferentes servicios de salud como las sociedades científicas y los responsables de la política sanitaria se preocupen por generar y publicar recomendaciones o estándares sobre cómo actuar en estas circunstancias.

Históricamente la práctica médica, ha conllevado un fuerte componente de experiencia y juicio personal, sin embargo en las últimas décadas esto ha cambiado mediante la incorporación paulatina del conocimiento científico a la práctica clínica, transparencia y capacidad evaluadora. El enorme crecimiento de la ciencia y de la innovación biomédica, el desarrollo de aplicaciones que permiten el uso de gran cantidad de información en la toma de decisiones clínicas y los grandes avances en las comunicaciones y en la tecnología de la información, han modificado y seguirán modificando la forma en la que los profesionales de la salud se enfrentan a los múltiples problemas del ejercicio de su profesión.

La medicina está cambiando en cuanto a cómo se gestiona el conocimiento y cómo se comparte con los pacientes. Las guías forman parte de este cambio. En el mundo de hoy la evidencia es global pero las decisiones son locales y se toman en circunstancias concretas sobre pacientes concretos. Para que los profesionales tomen las decisiones correctas han de disponer de información de calidad que se pueda interpretar y aplicar en aquel sitio donde se precisa. De tal cúmulo de necesidades y avances ha surgido la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) y los nuevos enfoques en gestión de la información científica.

Es derivado de este enfoque, que en nuestro país se modifica durante 2019 el término de Guías de Práctica Clínica a Guías de Evidencias y Recomendaciones.

Las Guías de Práctica Clínica (GPC), actualmente Guías de Evidencias y Recomendaciones, son el conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria de los pacientes”. No obstante un protocolo de atención resulta más integral y puede tener mayores efectos vinculatorios, aunado a que en el ámbito internacional la tendencia más actual es precisamente la de migrar hacia la emisión de protocolos.

Entre los diferentes aspectos que pueden motivar la necesidad de elaborar una guía de recomendaciones, o un protocolo de atención, y por lo tanto de donde surgen también los temas para su desarrollo (Calderón E, 2000; Bonfill X, 2003), están los siguientes:

- Cuando existe una amplia variabilidad en la manera de abordar determinadas áreas de práctica clínica.
- Ante determinados problemas de salud con gran impacto social y económico en los que no existe consenso a la hora de abordarlos y afectan a varios niveles asistenciales.
- Cuando una práctica clínica adecuada puede ser decisiva para reducir la morbimortalidad de determinadas enfermedades.
- En circunstancias donde las pruebas diagnósticas o los tratamientos produzcan efectos adversos o costes innecesarios.

Es evidente que el ejercicio de la medicina incluye tomar las decisiones correctas en todos los pacientes, protocolizar la asistencia, y de la amplia variabilidad clínica observada, surgió la necesidad de disponer de herramientas capaces de ofrecer la mejor información de forma simple, rápida y transparente.

La Secretaría de Salud, cuenta con atribuciones para promover y coordinar la participación en el Sistema Nacional de Salud, de los prestadores de servicios de salud, de los sectores público, privado y social, así como de sus trabajadores y de los usuarios de los mismos.

Asimismo, su Reglamento Interior prevé facultades para difundir sistemática y objetivamente información - entre otros rubros-, sobre guías de práctica clínica a fin de promover su uso apropiado, seguro y eficiente como instrumento para la toma de decisiones en beneficio de la población y la excelencia en la práctica clínica, así como la coordinación permanente con los organismos nacionales e internacionales, en la materia, para el intercambio de información y participación continua.

Con base en las facultades mencionadas y a efecto de dar cumplimiento al artículo 4o. Constitucional, a través de la prestación de servicios de salud en establecimientos de atención médica con niveles de calidad homogénea para toda la población en general, la Secretaría de Salud, emitió un Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica, mediante publicación en el Diario Oficial de la Federación de 13 de junio de 2008.

Su motivación, radicó en la conveniencia del establecimiento de marcos de referencia que fomentaran las prácticas clínicas adecuadas, con recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible, promoviendo la atención más efectiva, el uso eficiente de los recursos, la satisfacción de los usuarios y la calidad técnica de la prestación que se brinda.

Asimismo, se buscó replicar los ejercicios que en la materia se realizaron por organizaciones especializadas como son la Red Internacional de Guías de Práctica Clínica y la Red Iberoamericana de Guías de Práctica Clínica, de las que México forma parte, a través del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, que apoya la colaboración, el intercambio y la transferencia de conocimientos.

En ese orden de ideas, el Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica, creado como un órgano asesor de la Secretaría de Salud, tiene por objeto unificar los criterios de priorización, elaboración, actualización, integración, difusión y utilización de guías de práctica clínica y protocolos de atención médica en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, así como para proponer los criterios necesarios para evaluar su aplicación. (Énfasis añadido)

El Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica, cuenta con facultades para:

- I. Proponer las políticas y criterios específicos para la elaboración, adopción, adaptación y difusión de las guías de práctica clínica en las instituciones del Sistema Nacional de Salud;
- II. Coadyuvar en la propuesta para priorizar los temas en el desarrollo de guías de práctica clínica;
- III. Coadyuvar en el desarrollo y actualización de la Metodología para la elaboración, adopción y adaptación de guías de práctica clínica;
- IV. Coadyuvar en la definición de las estrategias, políticas y criterios para la implantación y evaluación del impacto de las guías de práctica clínica en las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud;
- V. Promover la colaboración de las instituciones del Sistema Nacional de Salud para el desarrollo de guías de práctica clínica;
- VI. Proponer un plan de trabajo anual, que sirva de directriz general para la conformación de políticas, criterios y estrategias para el desarrollo, difusión, utilización y evaluación de las guías de práctica clínica;
- VII. Coadyuvar en la difusión de las disposiciones aplicables y de los resultados del Comité y
- VIII. Las demás que le asigne el Secretario de Salud, para el adecuado desempeño de sus funciones.

El referido Comité se integra por:

- I. El Subsecretario de Innovación y Calidad (Preside);
- II. El Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud;
- III. El Titular de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad;
- IV. El Comisionado Nacional de Protección Social en Salud;
- V. El Comisionado Nacional de Arbitraje Médico;
- VI. El Director General de Calidad y Educación en Salud;
- VII. El Director General de Evaluación del Desempeño;
- VIII. El Director General de Información en Salud;
- IX. El Titular del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud;

- X. El Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud;
- XI. Un representante del Consejo de Salubridad General;
- XII. El Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional;
- XIII. El Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México;
- XIV. El Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social;
- XV. El Subdirector General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado;
- XVI. El Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos;
- XVII. El Director General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia;
- XVIII. Tres secretarios estatales de salud o su equivalente en las entidades federativas;
- XIX. El Presidente de la Academia Nacional de Medicina, AC y
- XX. El Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía, AC

Por otra parte, cuenta con un grupo de asesores permanentes que se integra por los presidentes de las siguientes asociaciones civiles, previa aceptación que realicen por escrito del cargo, dirigida al Presidente del Comité:

- I. Fundación Mexicana para la Salud, AC;
- II. Asociación Nacional de Facultades y Escuelas de Medicina, AC;
- III. Asociación Mexicana de Hospitales, AC;
- IV. Asociación Nacional de Hospitales Privados. AC. y
- V. Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, AC

Además, es de mencionar que las instituciones nacionales o internacionales, públicas o privadas, de carácter asistencial, académico o científico, de reconocido prestigio y con amplios conocimientos en la materia objeto del Comité y las organizaciones de la sociedad civil de reconocido prestigio que realicen actividades relacionadas con las funciones del Comité, y que estén legalmente constituidas, pueden ser invitadas a las sesiones del mismo.

Independientemente de las atribuciones con las que cuenta el referido Comité, el artículo 32 de la Ley General de Salud, establece que los prestadores de servicios de salud podrán apoyarse en las Guías de Práctica Clínica y los medios electrónicos de acuerdo con las normas oficiales mexicanas que al efecto emita la Secretaría de Salud.

III. Guías existentes para la atención de EVC

- Guía de referencia rápida. Vigilancia del Paciente con secuelas de enfermedad vascular cerebral en el primer nivel de atención.
- Vigilancia y prevención secundaria de la enfermedad vascular cerebral en el primer nivel de atención.
- Diagnóstico y tratamiento temprano de la enfermedad vascular cerebral isquémica en el segundo y tercer nivel de atención.
- Manejo Prehospitalario de un evento vascular cerebral isquémico.
- Guía para un plan de egreso en personas con secuelas por enfermedad vascular cerebral.
- Guía de práctica clínica del evento vascular cerebral isquémico agudo en urgencias del (Hospital General Regional 17 Quintana Roo).
- En adición, aunque no se trata de guías directamente relacionadas con la EVC, pero impactan en su tratamiento y/o se trata de comorbilidades:
 - Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular.
 - Guías clínicas para la detección, prevención, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial sistémica.

De lo antes expuesto, se advierte que actualmente existe una dispersión y falta de uniformidad respecto a los criterios de diagnóstico, prevención, atención y tratamiento del EVC, lo cual, considerando que dicha enfermedad tiene grandes impactos en la calidad de vida e independencia del paciente, incluso llegando a la discapacidad total y la muerte, así como costos vinculados a la misma, muchos de los cuales recaen precisamente en el sector salud, se estima que se requiere contar con protocolos únicos de atención para el caso de EVC.

Luego entonces, en función de los datos arrojados por las diversas fuentes citadas, es que esta legisladora considera necesario que se homologuen los criterios de diagnóstico, prevención, atención y tratamiento de la Enfermedad Vascular Cerebral en las diversas instituciones de salud, es decir, SSA, IMSS, ISSSTE e INSABI, idealmente en instrumentos que cuenten con efectos vinculatorios y que permitan un abordaje integral del padecimiento, como pueden ser los protocolos de atención. Ello considerando que este derecho se encuentra consagrado en el artículo 4o. de nuestra Carta Magna: Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

Adicionalmente a lo ya sustentado, el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, establece que “El gobierno federal realizará las acciones necesarias para garantizar que hacia 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos.”

El Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, bajo el rubro Salud para toda la población, también menciona que el derecho a la salud le es denegado parcial o totalmente al sector más desprotegido de la población mexicana, lo cual cobra mayor importancia, justamente en los casos de enfermedades respiratorias.

Por otra parte, a través del Plan Nacional de Salud 2019-2024, (dado a conocer a través del denominado proyecto) se plantea el objetivo de incrementar el acceso a la salud de forma paulatina para todos los mexicanos, independientemente de su condición laboral o socioeconómica.

Debemos pues considerar que el Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica cuenta con atribuciones suficientes para proponer las políticas y criterios específicos para la elaboración, adopción, adaptación y difusión de las guías de práctica clínica en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, así como coadyuvar en la propuesta para priorizar los temas en el desarrollo de guías de práctica clínica, y promover la colaboración de las instituciones del Sistema Nacional de Salud para el desarrollo de guías de práctica clínica.

Asimismo, la Secretaría de Salud, a través de uno de sus órganos desconcentrados se encuentra facultada para difundir sistemática y objetivamente información - entre otros rubros-, sobre guías de práctica clínica a fin de promover su uso apropiado, seguro y eficiente como instrumento para la toma de decisiones en beneficio de la población y la excelencia en la práctica clínica, así como la coordinación permanente con los organismos nacionales e internacionales, en la materia, para el intercambio de información y participación continua.

Es necesario mencionar, que el Consejo de Salubridad General, cuenta con atribuciones para participar, en el ámbito de su competencia, en la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, así como para proponer políticas y estrategias y definir acciones para la integración de un modelo articulado que permita el cumplimiento del programa sectorial de salud, especialmente por lo que hace a los destinados a mejorar la calidad y eficiencia de los servicios, brindar protección financiera en salud a toda la población e incrementar la cobertura de los servicios.

Luego entonces, resulta necesario que dichas instancias realicen las acciones procedentes, necesarias y suficientes para homologar los criterios de diagnóstico, prevención, atención y tratamiento de la Enfermedad Vascular Cerebral en las diversas instituciones de salud, idealmente en protocolos de atención que otorguen un abordaje integral de la enfermedad y cuente con efectos vinculatorios.

Por lo anteriormente expuesto, someto a la consideración de esta Honorable Asamblea el siguiente:

Punto de Acuerdo

Único. La Comisión Permanente del honorable Congreso de la Unión exhorta respetuosamente al Ejecutivo Federal, para que a través de la Secretaría de Salud, el Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica, y en lo conducente el Consejo de Salubridad General, se homologuen los criterios de diagnóstico, prevención, atención y tratamiento de la enfermedad vascular cerebral en las diversas instituciones de salud, es decir, Secretaria de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y el Instituto de Salud para el Bienestar.

Comisión Permanente del honorable Congreso de la Unión, a los 7 días del mes de enero de 2021.

Senadora Nestora Salgado García (rúbrica)