EXPTE. D- 1087 /25-26

Provincia de Buenos Aires
Honorable Cámara de Diputados

H.C. DE DIPUTADOS
FOLIO
1
Pcia. BS. AS.

PROYECTO DE DECLARACION

La Honorable Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires

DECLARA

Que vería con agrado que el Poder Ejecutivo dicte decreto reglamentando la ley 15.446, determinando la autoridad de aplicación conforme art. 5 de la citada. -

Diputada Mar. ALEJANDRA LORDEN
Vicepresidente III
H.C. Diputados Pcia. Bs. As.

H.C. DE DIPUTADOS
FOLIO
2
Pcia. BS. AS.

Provincia de Buenos Aires
Honorable Cámara de Diputados

FUNDAMENTOS

La citada norma fue promulgada por el poder ejecutivo en mayo de 2023 pero nunca se dictó el decreto reglamentario que entre otras medidas debía determinar la autoridad de aplicación de la misma, conforme lo establece el artículo 5 de la citada norma.

Ello conlleva que quede trunca prácticamente la totalidad de la ley. Es inadmisible que una ley de la relevancia de la presente esté en plena vigencia pero los bonaerenses queden desamparados por la omisión del Poder Ejecutivo de reglamentar la misma.

El accidente cerebrovascular o ataque cerebral (AC), es una enfermedad que se caracteriza por la presencia un déficit neurológico de inicio súbito, ocasionado por una disminución del flujo sanguíneo cerebral (infarto), o bien por la extravasación de sangre por ruptura de los vasos (hemorragia).

De acuerdo a datos de la OMS, 15 millones de personas sufren un AC por año en todo el mundo. De éstos, mueren 5 millones y otros 5 millones quedan con una discapacidad permanente. Es la segunda causa de muerte luego de la cardiaca y la primera causa de discapacidad. Por cada AC sintomático, se estima que hay 9 "infartos silentes" que impactan en el nivel cognitivo de los pacientes en forma crónica.

Entre 80 y 85% de los AC son isquémicos, mientras que del 15 al 20% restante son hemorrágicos: hematomas intracerebrales y hemorragias subaracnoideas. El riesgo de repetir un AC es del 26% en los primeros 5 años y del 39% dentro de los 10 años. Se estima que en nuestro país ocurren entre 130.000 y 190.000 AC por año, es decir, uno cada 4 minutos. El 30 % de las personas fallecen el primer mes, lo que significa de 39.000 a 60.000 muertes anuales en Argentina por esta causa.

Si bien se desconocen las causas específicas de los ACV, las investigaciones y el estudio clínico de casos confirman que hay una serie de factores de riesgo que predisponen al organismo a sufrirlos:

Factores que pueden tratarse, como la hipertensión arterial (HTA), las enfermedades cardiovasculares (como las alteraciones del ritmo cardíaco, la enfermedad arterial coronaria, la enfermedad valvular cardíaca), la ateroesclerosis, los ataques isquémicos transitorios (AIT), la apnea obstructiva del sueño (AOS).-

Factores que pueden contribuir al deterioro cerebrovascular, como el consumo excesivo de alcohol (alcoholismo), el abuso de drogas ilícitas, el hábito de fumar (tabaquismo), el sedentarismo y la inactividad física, la obesidad, los hábitos de vida que aumentan el estrés.-

Factores que no pueden tratarse, como la edad (el riesgo aumenta con el paso de los años), el género, la pertinencia étnica, la herencia genética, los antecedentes

H.C. DE DIPUTADOS FOLIO 3 Pcia. BS. AS.

propios previos, las enfermedades colaterales (como la diabetes, las enfermedades de las arterias carótidas).

Los avances en la medicina, en la tecnología médica y en la farmacología permiten que más pacientes puedan recuperarse luego de sufrir un ACV; pero el mejor tratamiento para el ACV es la prevención. Si se controlan los factores de riesgo y se conocen los síntomas de alerta, las posibilidades de superar un ACV –e incluso de evitarlo– son notablemente mayores.

El AC constituye una urgencia médica que requiere una intervención diagnóstica y terapéutica inmediata. El infarto tarda algunas horas en desarrollarse y este tiempo, denominado ventana terapéutica, supone una oportunidad para evitar o minimizar el daño cerebral. Los estudios han demostrado que si en las primeras horas se consigue bloquear los procesos metabólicos que conllevan a la muerte neuronal se reduce el área de necrosis y por lo tanto la morbilidad y la mortalidad asociada al AC. La trombolisis con drogas endovenosas y la trombectomía mecánica endovascular pueden lograr el objetivo de limitar el daño cerebral tras una oclusión arterial cerebral si se adoptan en tiempo y en forma una serie de acciones coordinadas entre distintos actores de la salud.

En el año 1998 se publicó el primer trabajo que demostraba la mejor evolución de los pacientes con AC de tipo isquémico que reuniendo criterios adecuados eran tratados con una droga trombolítica denominada rTPA, instilada por vía endovenosa dentro de las 3 horas de inicio de los síntomas. En el 2008 otro estudio demostró que en un grupo de la población, esta ventana terapéutica se podía ampliar a 4,5hs. En el año 2015 se publicaron simultáneamente 5 trabajos diferentes que demostraron que, en pacientes con ataque cerebral generado por oclusión de arterias proximales (carótida y cerebral media), el tratamiento endovascular para extracción del trombo causante del ataque cerebral mejora en forma significativa la evolución de esos pacientes.

Las últimas guías para el diagnóstico y tratamiento del ataque cerebral realizadas por la asociación americana del corazón (AHA) en el año 2015, recomiendan con alto nivel de evidencia el tratamiento trombolítico endovenoso para todos los pacientes con ataque cerebral en curso dentro de las tres horas sumado al tratamiento endovascular para extracción del trombo dentro de las 6hs de inicio de los síntomas en aquellos pacientes con ataque cerebral generado en la oclusión de una arteria proximal. Obviamente ambas terapéuticas poseen el aval de la agencia federal de fármacos de EEUU denominada FDA.

La mejoría clínica de los pacientes con ACV impacta directamente en los costos en la atención de los pacientes efectivamente rescatados ya que el tiempo de permanencia en sistemas de internación aguda, subaguda, crónica o de rehabilitación a largo plazo modifican drásticamente estas variables. No se

H.C. DE DIPUTADOS
FOLIO
Y
Pcia. BS. AS.

considera en este apartado el costo social y familiar que significa la convivencia con un paciente discapacitado.

Algunos de los problemas que se presentan en la provincia de Buenos Aires son:

- Falta una mayor difusión de los factores de riesgo de la enfermedad cerebrovascular.
- Muchos pacientes llegan fuera de la ventana terapéutica a los centros de salud por falta de alarma en el domicilio o por demoras en los sistemas de traslado no entrenados para esta entidad.
- Algunos pacientes llegan dentro de la ventana terapéutica a centros de salud que no poseen la tecnología para realizar el diagnóstico (tomógrafo)
- Algunos centros de salud que poseen tomógrafo no tienen la droga rTpa en la farmacia para administrársela a los pacientes que se diagnosticaron en ventana terapéutica.
- Algunos centros de salud que poseen tomógrafo y han sido provistos de rTpa no presentan personal suficientemente adiestrado para lograr administrar la droga dentro de los tiempos establecidos.
- Los pacientes con AC generado por oclusión de una arteria proximal (carótida o cerebral media) que llegan a centro de salud con tomógrafo, rTpa y personal entrenado reciben un tratamiento insuficiente a menos que ese centro de salud tenga una sala de hemodinamia con un equipo de neurointervencionismo que pueda realizar la trombectomía endovascular dentro de las 6hs de inicio de los síntomas.

Por todo lo expuesto, solicito a mis pares el acompañamiento de esta iniciativa con su voto.

Diputada Mar. ALEJANDRA LORDEN
Vicepresidente III
H.C. Diputados Pcia. Bs. As.