

PROCEDIMIENTO EN EVALUACIÓN:

Clip para el tratamiento de aneurisma subaracnoideo

1. DEFINICIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Los clips son instrumentos quirúrgicos, habitualmente metálicos, utilizados para cerrar el flujo vascular en una determinada región. En un aneurisma intracraneal, el clip se sujeta a su base o cuello, lo que impide que la sangre siga entrando en el aneurisma y previniendo así el sangrado.

Definición del indicador: Altas de pacientes mayores de 15 años con diagnóstico de hemorragia subaracnoidea y aneurisma cerebral no roto (códigos CIE-9: 430, 437.3) y procedimiento de inserción de clip (códigos CIE-9: 39.51).

2. DEFINICIÓN DE LA INDICACIÓN NO ADECUADA PARA EL PROCEDIMIENTO

Un aneurisma intracraneal es una bolsa anormal formada en la pared externa de los vasos sanguíneos intracraneales. Los aneurismas saculares son la variante más común y tienden a formarse en los puntos de ramificación arterial del polígono de Willis, en la base del encéfalo. La rotura vascular da lugar a hemorragia subaracnoidea o sangrado que se localiza en el interior del espacio subaracnoideo. Las características clínicas incluyen cefalea, náusea, vómitos, rigidez de nuca, déficits neurológicos variables y reducción del estado mental.

3. TIPO DE PROCEDIMIENTO

Procedimiento de dudoso valor, con mejores alternativas.

4. PROCEDIMIENTO ALTERNATIVO (SOLO EN CASO DE QUE LO HAYA).

Embolización arterial con coils mediante abordaje endovascular.

Definición del indicador: Altas de pacientes mayores de 15 años con diagnóstico de hemorragia subaracnoidea y aneurisma cerebral no roto (códigos CIE-9: 430, 437.3) y procedimiento de embolización (códigos CIE-9: 39.72, 39.75, 39.76)

5. INICIATIVAS/LISTAS NACIONALES E INTERNACIONALES QUE APOYAN LA INADECUACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elsahug AG, Watt AM, Mundy T, Willis CD. Over 150 potentially low-value health care practices: an Australian study. Medical Journal of Australia, 2012; 197(10): 556-560.

6. EVIDENCIA QUE APOYA LA NO RECOMENDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE FORMA TOTAL O EN INDICACIONES CONCRETAS

6.1. RAZONES DE EFICACIA/EFFECTIVIDAD

Una RS de 24 estudios (n = 31865 pacientes con aneurismas intracraneales sin ruptura) mostró que la inserción neuroquirúrgica de un clip obtuvo significativamente peores resultados que la embolización endovascular en cuanto al grado de discapacidad determinado según la Glasgow Outcome Scale (GOS) (OR 2,38; IC95% 1,33 a 4,26) o la Modified Rankin Scale (MRM) (OR 2,83; IC95% 1,42 a 5,63) (1).

Un ECA con 1644 pacientes mostró a los 10 años de seguimiento que la colocación neuroquirúrgica de un clip de aneurisma consigue peores resultados de supervivencia (OR 1,35; IC95% 1,06 a 1,73) y grado de independencia que la embolización endovascular (2).

Una RS de 3 ECA (2272 pacientes con hemorragia subaracnoidea debida a ruptura de aneurisma) mostró, al año de seguimiento, que los pacientes en buenas condiciones clínicas tratados con embolización endovascular tuvieron una evolución desfavorable (muerte o dependencia para realizar actividades cotidianas según las escalas GOS o MRM) significativamente inferior a los tratados con clipaje quirúrgico (RR 0,76; IC95% 0,67 a 0,88). La reducción absoluta de riesgo fue del 7% (IC95% 4% a 11%) (3).

6.2. RAZONES DE SEGURIDAD

Una RS de 24 estudios (n = 31865) mostró que la inserción neuroquirúrgica de un clip en el tratamiento de aneurismas intracraneales sin ruptura obtuvo mayores complicaciones neurológicas (OR 1,94; IC95% 1,09 a 3,47) y cardíacas (OR 2,51; IC95% 1,15 a 5,50) que la embolización (1).

Una RS de 3 ECA (2272 pacientes con hemorragia subaracnoidea debida a ruptura de aneurisma) mostró que en pacientes con buena condición clínica, con aneurismas rotos, tanto de la circulación anterior como posterior, el riesgo de hemorragia recurrente transcurrido un año después de la intervención fue superior para el tratamiento endovascular (embolización) (RR 2,0; IC95% 1,08 a 3,70). El riesgo de muerte por cualquier causa durante el primer año (RR 0,81; IC95% 0,63 a 1,05) fue inferior para el tratamiento endovascular, aunque esta diferencia no resultó estadísticamente significativa. No hubo diferencias en el riesgo de isquemia cerebral secundaria (RR 0,98; IC95% 0,68 a 1,4) y complicaciones de la intervención (RR 1,1; IC95% 0,44 a 2,5) al comparar la embolización frente al clipaje quirúrgico (3).

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Hwang JS, Hyun MK, Lee HJ, Choi JE, Kim JH, Lee NR, et al. Endovascular coiling versus neurosurgical clipping in patients with unruptured intracranial aneurysm: a systematic review. *BMC Neurol.* 2012;12:99.
2. Molyneux AJ, Birks J, Clarke A, Sneade M, Kerr RS. The durability of endovascular coiling versus neurosurgical clipping of ruptured cerebral aneurysms: 18 year follow-up of the UK cohort of the International Subarachnoid Aneurysm Trial (ISAT). *Lancet.* 2015 Feb 21;385(9969):691-7.
3. Van der Schaaf I, Algra A, Wermer M, Molyneux A, Clarke MJ, van Gijn J, Rinkel GJE. Endovascular coiling versus neurosurgical clipping for patients with aneurysmal subarachnoid haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4. Art. No.: CD003085. DOI: 10.1002/14651858.CD003085.pub2.