



Subsecretaría de Salud Pública  
División de Prevención y Control de Enfermedades, DIPRECE  
División de Planificación Sanitaria, DIPLAS

## **RESUMEN EJECUTIVO**

# Guía de Práctica Clínica Hemorragia subaracnoidea a rotura de aneurismas cerebrales 2017

**Este documento contiene las recomendaciones y un resumen de la metodología utilizada en la Guía de Práctica Clínica “Hemorragia subaracnoidea a rotura de aneurismas cerebrales” 2017, dirigido a los EQUIPOS DE SALUD.**

DICIEMBRE 2017



**VERSIÓN COMPLETA de la Guía de Práctica Clínica Hemorragia subaracnoidea a rotura de aneurismas cerebrales 2017 en:**  
<http://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas-desarrolladas-utilizando-manual-metodologico/>

MINISTERIO DE SALUD. RESUMEN EJECUTIVO GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA A ROTURA DE ANEURISMAS CEREBRALES. SANTIAGO: MINSAL.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de disseminación y capacitación. Prohibida su venta.

## RECOMENDACIONES DE LA GUÍA

RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN	CERTEZA EN LA EVIDENCIA
<p>1. En pacientes con diagnóstico de hemorragia subaracnoidea aneurismática, el Ministerio de Salud SUGIERE hospitalizar en unidad de paciente crítico (intermedio o intensivo) por sobre hospitalizar en sala común.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Dada la gravedad de los pacientes con hemorragia subaracnoidea aneurismática se requiere vigilancia neurológica continua para tratar precozmente potenciales complicaciones.</i></li> </ul>	<b>BUENA PRÁCTICA CLÍNICA</b>	
<p>2. En pacientes con hemorragia subaracnoidea aneurismática, el Ministerio de Salud SUGIERE el uso de la ecografía doppler transcraneana para detectar vasoespasmo por sobre el seguimiento clínico.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Dada la baja especificidad de la ecografía doppler transcraneana, ante un paciente con examen positivo para vaso espasmo y clínica compatible, el panel sugiere realizar además un test confirmatorio (angiotomografía computada, angioresonancia o angiografía por cateterismo).</i></li> </ul>	<b>CONDICIONAL</b>	<b>BAJA</b> ⊕ ⊕ ○ ○
<p>3. En pacientes con hemorragia subaracnoidea aneurismática susceptibles de ser tratados con ambas terapias, el Ministerio de Salud SUGIERE el tratamiento endovascular por sobre el tratamiento quirúrgico.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>La decisión tratamiento debiese ser tomada junto a un equipo multidisciplinario que incluya a un Neurólogo, un Neurocirujano y un Neuroendovascular. La decisión final debe considerar factores del paciente, del aneurisma y del equipo de salud disponible.</i></li> </ul>	<b>CONDICIONAL</b>	<b>BAJA</b> ⊕ ⊕ ○ ○
<p>4. En pacientes con hemorragia subaracnoidea aneurismática, el Ministerio de Salud SUGIERE que el tratamiento sea realizado en centros de alto volumen por sobre tratamiento en un centro de bajo volumen.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Un centro de alto volumen debiese tratar al menos 12 hemorragias subaracnoidea aneurismáticas al año y concentrar profesionales especializados.</i></li> </ul>	<b>CONDICIONAL</b>	<b>BAJA</b> ⊕ ⊕ ○ ○

Continúa

RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN	CERTEZA EN LA EVIDENCIA
5. En pacientes con hemorragia subaracnoidea aneurismática, el Ministerio de Salud SUGIERE REALIZAR un plan de neurorehabilitación precoz (dentro de los 15 días post diagnóstico) por sobre no realizar rehabilitación		<b>BUENA PRÁCTICA CLÍNICA</b>

Las recomendaciones fueron formuladas utilizando el sistema GRADE.

## 1. OBJETIVO Y ALCANCES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

**Objetivo General:** Generar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible acerca del manejo de personas con Hemorragia subaracnoidea a rotura de aneurismas cerebrales.

**Tipo de pacientes y escenario clínico:** Personas con hemorragia subaracnoidea a rotura de aneurismas cerebrales que reciben atención en el nivel secundario y terciario de salud en el sector público y privado de salud.

**Usuarios de la Guía:**

- Profesionales de salud con responsabilidades en personas con hemorragia subaracnoidea a rotura de aneurismas cerebrales: médicos generales y de especialidades de unidades de paciente crítico, servicios de medicina, rehabilitación, pediatría, imagenología, geriatría, neurología y neurocirugía, enfermeras de servicios de urgencia, unidades de paciente crítico, servicios de hospitalización médico quirúrgico.
- Profesionales de salud kinesiólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, neuropsicólogos especialistas en rehabilitación de pacientes hospitalizados y ambulatorios.

## 2. MÉTODOS

Para la elaboración de esta Guía se constituyó un **Equipo Elaborador** compuesto por: un Coordinador Temático de la Guía; Asesores Metodológicos; Responsables de la búsqueda y síntesis de evidencia; y un Panel de Expertos compuesto por clínicos, referentes del Ministerio de Salud y del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y, en los casos que fue posible, pacientes.

- ▶ Ver más detalle en [Equipo Elaborador y declaración de potenciales conflicto de intereses - Guía 2017](#)

Inicialmente el Panel de Expertos realizó la **Evaluación de la Vigencia de las Recomendaciones de la Guía anterior** de “Hemorragia subaracnoidea a rotura de aneurismas cerebrales”.

- ▶ Ver más detalle en [Informe de Vigencia de Recomendaciones de la Guía Anterior 2007](#)

Posteriormente se realizó la **Definición y Priorización de las Preguntas para la Actualización**. El Panel de Expertos, junto con el Coordinador Temático y Asesores Metodológico plantearon todas las potenciales preguntas, definiendo claramente la población, intervención y comparación. A través de una encuesta enviada a cada integrante del Panel de Expertos se evaluaron las potenciales preguntas, priorizándose aquellas con mayor puntaje promedio.

- ▶ Ver más detalle en [Informe de Priorización de preguntas - Guía 2017](#)

### Elaboración de recomendaciones

Las recomendaciones de esta Guía fueron elaboradas de acuerdo al sistema “Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation” (GRADE)<sup>1</sup>. Luego de seleccionadas las preguntas a responder, se realizó la búsqueda y la síntesis de evidencia, para finalmente generar las recomendaciones a través del juicio del Panel de Expertos:

---

<sup>1</sup> Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. J Clin Epidemiol [Internet]. 2013 Jul [cited 2017 Dec 3];66(7):719–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23312392>

Se utilizaron 3 estrategias de **Búsqueda y Síntesis de Evidencia** en función de los resultados u outcomes buscados, a saber:

1. Efectos deseables e indeseables de la intervención versus comparación: La síntesis de evidencia se realizó con el formato de Tabla de Resumen de Hallazgos GRADE (Summary of Findings - SoF).
  - ▶ Ver más detalle en [Informe de Búsqueda Sistemática de Evidencia de los efectos deseables e indeseables de la intervención vs comparación - Guía 2017](#)
  - ▶ Ver más detalle en [Informe de Síntesis de la Evidencia de los efectos deseables e indeseables de la intervención vs comparación - Guía 2017](#)
2. Valores y preferencias de los pacientes respecto a la intervención versus comparación.
  - ▶ Ver más detalle en [Informe de Búsqueda y síntesis de evidencia de valores y preferencias de los pacientes - Guía 2017](#)
3. Costos y Evaluaciones de costo efectividad de la intervención versus comparación.
  - ▶ Ver más detalle en [Informe de Búsqueda y síntesis de costo-efectividad y costos - Guía 2017](#)

La **Formulación de las Recomendaciones** la realizó el Panel de Expertos, quienes consideraron su experiencia clínica o personal y la evidencia respecto a los desenlaces de interés (por ejemplo: mortalidad, días de hospitalización, calidad de vida, etc.), los valores y preferencias de los pacientes, viabilidad de implementación, uso de recursos y costos.

Para asegurar la **Vigencia de las Recomendaciones** de esta Guía, se generó un sistema de notificación a través de una plataforma que identifica periódicamente estudios (revisiones sistemáticas y estudios primarios) que dan respuesta a las preguntas formuladas. Así, cada vez que se publique nueva evidencia pertinente a las recomendaciones de esta Guía, se incorporará a la síntesis de evidencia, pudiendo o no modificar la recomendación.

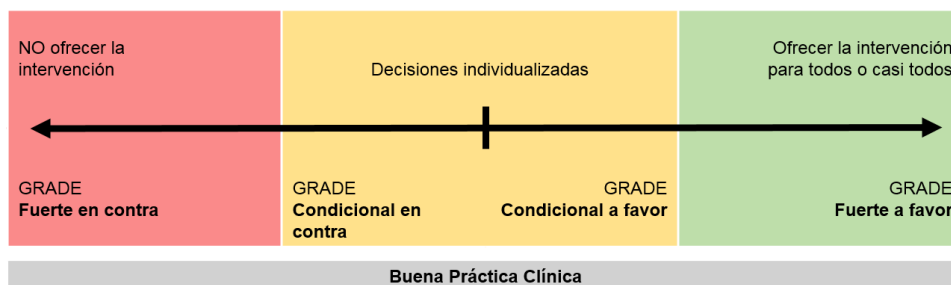
- ▶ Para mayor detalle consultar Guía de Práctica Clínica [“Hemorragia subaracnoidea a rotura de aneurismas cerebrales, 2017”](#) completa.

### 3. CÓMO INTERPRETAR LAS RECOMENDACIONES

El sistema GRADE distingue el grado de la recomendación y certeza de la evidencia sobre la cual se realiza la recomendación.

#### Grado de la recomendación

Las recomendaciones están estructuradas en base a una intervención y una comparación, la intervención es por lo general una intervención innovadora, mientras que la comparación es una intervención que está incorporada en la práctica clínica. Las recomendaciones son clasificadas en recomendaciones fuertes y condicionales, a favor o en contra de la intervención.



Las recomendaciones fuertes y condicionales deben interpretarse de la siguiente manera por los clínicos:

**FUERTE:** Seguir la recomendación es la conducta más adecuada en TODOS o en casi todos los casos. No se requiere una evaluación detallada de la evidencia que la soporta. Tampoco es necesario discutir detenidamente con los pacientes este tipo de indicación. Esta recomendación puede ser **Fuerte a Favor** de la intervención o **Fuerte en Contra**.

**CONDICIONAL:** Seguir la recomendación es la conducta más adecuada en la MAYORÍA de los casos, pero se requiere considerar y entender la evidencia en que se sustenta la recomendación. Asimismo, distintas opciones pueden ser adecuadas para distintos pacientes, por lo que el clínico debe hacer un esfuerzo para ayudar a los pacientes a escoger una opción que sea consistente con sus valores y preferencias. Esta recomendación puede ser **Condicional a Favor** de la intervención o **Condicional en Contra**.

**BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS:** Son recomendaciones relacionadas con intervenciones que corresponden a estándares mínimos y necesarios para la atención en salud. Cuando estas recomendaciones son útiles, no es necesario evaluar la calidad de la evidencia o calificar la fortaleza, y se basarán en la experiencia del panel de expertos. Estas recomendaciones estarán indicadas como **Buenas Prácticas Clínicas**.

## Calidad de la evidencia

El concepto de certeza de la evidencia se refiere a la confianza que se tiene en que los estimadores del efecto son apropiados para apoyar una recomendación determinada. El sistema GRADE propone cuatro niveles de certeza en la evidencia:

Calidad	Definición
Alta ⊕⊕⊕⊕	Existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.
Moderada ⊕⊕⊕○	Existe una confianza moderada en el estimador de efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia, pero existe la posibilidad de que sea diferente.
Baja ⊕⊕○○	La confianza en el estimador de efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.
Muy baja ⊕○○○	Existe muy poca confianza en el estimador de efecto. Es altamente probable que el verdadero efecto sea sustancialmente diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.

El sistema GRADE considera de calidad alta los ensayos controlados aleatorizados y de baja calidad los estudios observacionales. Hay factores que pueden aumentar o disminuir la calidad de la evidencia inicial establecida a partir del diseño de los estudios:

- a) **Los estudios clínicos aleatorizados bajan la calidad de la evidencia**, si existen: limitaciones en el diseño y ejecución del estudio; inconsistencia de los resultados; incertidumbre acerca de que la evidencia sea directa; imprecisión; y sesgo de publicación o notificación.
- b) **Los estudios observacionales pueden subir en calidad de la evidencia**, si existe asociación fuerte; existencia de gradiente dosis-respuesta; y sesgo residual actuando en dirección contraria.

Ver más detalle en [Manual metodológico Desarrollo de Guías de Práctica Clínica](#).