

COMUNICACIONES BREVES

# Compartiendo una reflexión sobre el daño cerebral

Inés Suárez<sup>1</sup>, Asmid Sandoval<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Fisioterapeuta

<sup>2</sup> DUE

**Cómo citar este artículo:** Suárez, I., Sandoval, A., Compartiendo una reflexión sobre el daño cerebral. Conocimiento Enfermero 23 (2024): 03-08.

**Disponible en:** <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/257>

## Presentación

Formar parte de un equipo multidisciplinario que participa en la atención sanitaria a pacientes con daño cerebral, exige un cuidado personalizado, integral y continuo con el respeto de las individualidades de cada paciente. Desde los valores institucionales y el código deontológico nos ayuda a orientar nuestro ejercicio profesional.

Esta diaria interacción nos ha llevado en muchas ocasiones a preguntarnos acerca de la atención previa a su alteración del estado de salud y la pertinencia de las intervenciones realizadas. Además, si los cambios en la morbilidad y mortalidad española se ven reflejados en la unidad y como ha cambiado esta desde su apertura.

Fueron muchas las preguntas sin respuestas desde nuestra actividad asistencial diaria las

que nos han motivado a realizar esta reflexión desde nuestro punto de vista, partiendo de datos objetivos, que nos permitiera una mayor comprensión acerca de cómo las actividades asistenciales no solo afectan al objeto de nuestra atención sino también al entorno familiar y social. En ningún caso nace del deseo de realizar una investigación sobre los cuidados continuados.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística, INE [1], en la actualidad, las causas de morbilidad más importantes en España son: las enfermedades vasculares, las tumorales y el tercer lugar las infecciosas-COVID.

En la Tabla 1 se muestra la información disponible en las historias clínicas de nuestra unidad sobre el sexo y la edad de los pacientes afectados, así como la fecha del daño y la causa del evento desencadenante del deterioro de la salud.

**TABLA 1.** Datos de los pacientes de la unidad con daño cerebral.

Sexo	Edad	Fecha daño	Causa desencadenante
Hombre	48	2016	Cirugía cardiaca.
Hombre	65	2010	Post qx hipertensiva (Hematoma intraparenquima).
Hombre	34	2019	Encefalopatía postanoxica secundaria a fármacos.
Mujer	74	2019	TCE grave. Hematoma subdural agudo.
Mujer	58	2016	Parada cardiorrespiratoria secundaria a insuficiencia respiratoria.
Hombre	41	2012	Encefalopatía posthipertensiva.
Hombre	63	2007	TCE. Hematoma subdural.
Mujer	66	2020	Cuadro hipertensivo. Aneurisma.

Sexo	Edad	Fecha daño	Causa desencadenante
Mujer	41	2010	Qx gastrica.By-pass.
Mujer	52	2019	Qx con parada cardiorespiratoria. Daño hipoxico isquémico.
Hombre	58	2013	Politraumatismo en 2006.
Hombre	23	2018	TCE trafico.
Hombre	70	2014	TCE precipitado.
Hombre	59	2011	TCE (toxico OH).
Hombre	44	2019	Politx, TCE (agresión).
Hombre	38	2019	Politx, TCE (tráfico).
Mujer	29	2007	TCE (tráfico).
Hombre	22	2019	TCE (accidente bicicleta).
Mujer	53	2021	Politx (tráfico).
Mujer	70	2021	HSD por aneurisma.
Hombre	34	2015	HPAF cortopunzada. Encefalopatía post-anoxica.
Hombre	44	2018	Politx, HSD (Accidente moto).
Hombre	51	2013	Politx, HS aracnoidea.
Hombre	60	2022	Hemangioblastoma postqx.
Mujer	49	2020	HSA y aneurisma.
Hombre	40	2021	Artroscopia. Encefalopatía post-anoxica.
Mujer	43	2018	H intracraneal. Encefalopatía anoxica.
Hombre	66	2017	TCE Encefalopatía wernike (tóxico OH)
Hombre	70	2018	Encefalopatía post anoxica.
Mujer	53	2017	Meningioma.
Hombre	52	2020	Encefalopatía postanoxica. Cardiopatía.
Mujer	63	2019	HSA por aneurisma.
Mujer	65	2021	HSA por HTA.
Mujer	76	2019	HSA por aneurisma. HTA
Hombre	44	2017	Daño cerebral sobrevenido.
Mujer	49	2017	Hemorragia intracraneal. Crisis comiciales.
Mujer	56	2022	HSA por aneurisma. HTA.
Mujer	52	2021	Gran quemado.57%. Minima consciencia.
Mujer	57	2020	Encefalopatía posthipoxia.
Mujer	53	2018	ICTUS DUE.Malformacion arterovenosa.
Mujer	67	2022	ICTUS.HTA hemorragico.
Mujer	83	2020	ICTUS.Hematoma frontal.HTA.

Sexo	Edad	Fecha daño	Causa desencadenante
Hombre	40	2021	Encefalopatía pstqx anoxica.
Hombre	25	2021	Esquizofrenia paranoide. Politx.TCE.
Mujer	41	2021	Encefalopatía post anoxica.
Mujer	63	2021	Aneurisma hemorragia subaguda.
Hombre	61	2020	Encefalopatía hipoxico-isquemica por SARS COV 2.
Hombre	59	2020	Daño cerebral sobrevenido.Neumonía COVID 19.
Mujer	67	2018	HTA Hemorragia subaracnoidea.Hidrocefalia.Coma vigil.
Hombre	63	2019	EM. TEP bilateral.
Mujer	48	2019	QX obstetrica binaxial.Encefalopatía hipoxica.
Mujer	77	2022	TCE caída escaleras. HTA.
Mujer	51	2021	HTA-DM .

**TABLA 2.** Grupos etarios de los pacientes de la unidad con daño cerebral.

Grupo edad	Género		Total
	Mujeres	Hombres	
< 30	2%	4%	5%
30 – 40	0%	11%	11%
40 – 50	11%	9%	19%
50 – 60	16%	11%	26%
> 60	23%	16%	39%
<b>Total</b>	<b>51%</b>	<b>49%</b>	<b>100%</b>

Para el análisis y presentación de los resultados realizamos un corte transversal durante el mes de enero de 2023, la cual sufrió modificaciones por continuos ingresos y altas durante la recolección de la información:

Esperamos que esta reflexión sea motivadora y generadora de futuras investigaciones en cuidado continuado en daño cerebral, a nivel multidisciplinario. El objetivo de esta reflexión no es otro que dejar que sean los lectores quienes saquen sus propias conclusiones.

Desde la creación de la Unidad de Daño cerebral irreversible no rehabilitable en 1999 y hasta la fecha tenemos como desde sus inicios una gran variabilidad en grupos etarios comprendido desde los 23 hasta los 83 años, contando con un mayor número de mujeres (Tabla 2).

Pero se mantienen los porcentajes de su etiología, teniendo al momento de publicar este documento, las causas cerebrovasculares como las más representadas, seguidas de las anóxicas y traumáticas, como se refleja en la Tabla 3.

El perfil del paciente se ha mantenido desde sus orígenes organizando las áreas en Síndrome de vigilia sin respuesta y Estado de Mínima Consciencia, con un tiempo de evolución cada vez más temprano desde el evento que provoco la lesión neurológica, así como el mayor incremento de usuarios pos-pandemia con diferente tipo de lesiones cerebrovasculares y cardiovasculares. Así mismo, todos los pacientes llegan a la unidad de daño cerebral tras haber sido descartados de los programas de Neurorrehabilitación (Tabla 4).

**TABLA 3.** Etiologías desencadenantes del daño cerebral de los pacientes de la unidad.

Grupo enfermedad	Género		Total
	Mujeres	Hombres	
Anóxica	9%	16%	25%
Cardiovascular	4%	4%	7%
Cerebrovascular	28%	11%	39%
Quirúrgico	2%	0%	2%
Quirúrgico-Anoxia	2%	0%	2%
Traumática	7%	18%	25%
Traumática-Anoxia	0%	2%	2%
<b>Total</b>	<b>51%</b>	<b>49%</b>	<b>100%</b>

**TABLA 4.** Pacientes con daño cerebral llegados a la unidad.

Pandemia	Género		Total
	Mujeres	Hombres	
Pre-pandemia	8	14	22
Pandemia	9	7	16
Pos-pandemia	12	7	19
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>28</b>	<b>57</b>

**TABLA 5.** Datos dentro de la etiología.

RCP	Género		Total
	Mujeres	Hombres	
Extrahospitalario	2	3	5
Interhospitalaria	—	2	2
Intraoperatoria	3	1	4
Intraoperatoria: 10 min	—	3	3
Intrahospitalaria	2	3	5
Intrahospitalaria: 15 min	—	1	1
Intrahospitalaria: 50 min	—	1	1
Sin información	22	14	36
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>28</b>	<b>57</b>

En la Tabla 5 se presentan los hallazgos de la base de datos de la unidad y en los eventos que consideramos importante evaluar dentro de la etiología, la realización de maniobras de reani-

mación extra e intrahospitalarios y el tiempo de duración de la misma.

En los datos que manejamos de nuestros pacientes, las RCP en algunos casos han sobrep-

**TABLA 6.** Recomendaciones RCP para la mejora de la recuperación neurológica.

<p>Resumen Ejecutivo de las Recomendaciones 2015 del European Resuscitation Council [2]</p>	<p>“Los cambios más importantes en los cuidados postresucitación desde 2010 que nos interesa a la luz del resultado obtenidos y que compete al daño cerebral son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ahora el pronóstico se lleva a cabo utilizando una estrategia multimodal y se hace énfasis en permitir que pase el tiempo suficiente para la recuperación neurológica y hacer posible la eliminación de los sedantes.</li> <li>Se ha añadido una nueva sección que aborda la rehabilitación tras sobrevivir a una parada cardíaca. Las recomendaciones incluyen la organización sistemática de los cuidados de seguimiento, que deberían incluir la valoración de potenciales alteraciones cognitivas y emocionales y la aportación de información.”</li> </ul>
---	--

**TABLA 7.** Consentimiento para la reanimación en la unidad de daño cerebral.

Voluntades	Género		Total
	Mujeres	Hombres	
No	45%	64%	54%
Sí	55%	36%	46%
<b>Total</b>	<b>51%</b>	<b>49%</b>	<b>100%</b>

sado los tiempos recomendados por los expertos ILCOR.

Frente al hallazgo descrito en la historia clínica de ingreso, sobre 21 pacientes a quienes les habían realizado la RCP; en su gran mayoría a nivel hospitalario. Consideramos importante consultar si existen actualizaciones de estos protocolos que contribuyeran a mejorar su recuperación neurológica.

Presentamos en la Tabla 6 las nuevas recomendaciones [2].

Preservar la vida, recuperar la salud, aliviar el sufrimiento, limitar las secuelas, respetar las decisiones, los derechos y la privacidad de los individuos son los objetivos que nos encontramos en la reanimación [3]. Pero en muchas ocasiones, ante la situación de parada, sobre todo intrahospitalaria, las rápidas decisiones para salvar la vida de los pacientes, así como la urgencia de intervención se confrontan con estos objetivos.

La realidad de nuestros pacientes, una vez llegados a esta situación, y al no haber realiza-

do ninguna **instrucción previa**, la familia asume esta toma de decisiones inmersos en muchas ocasiones en elegir la duración de la vida a expensas de la calidad de la misma y olvidando o desconociendo la voluntad del paciente sobre esta disyuntiva.

Un proceso de duelo donde sus decisiones no siempre son realistas, frente a las actuales circunstancias de salud y el deterioro en la calidad de vida del paciente. Como se refleja en la tabla 7, al 46% de los pacientes sus tutores dan el consentimiento a la reanimación, en la unidad de daño cerebral.

Sería propio cuestionarse acerca de la etapa del proceso de duelo que están pasando la que los lleva a tomar la decisión de reanimación, en lugar de priorizar la calidad de vida del paciente.

Por lo anteriormente descrito, consideramos importante compartir y retroalimentar a los diferentes niveles de atención implicados en el cuidado del paciente neurológico, así como al equipo multidisciplinario quienes han realizado la atención extra e intrahospitalaria.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- www.ine.es, Morbilidad España.
- Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar. Las Recomendaciones de 2015 del ERC www.cercp.org

3. Ética de las decisiones en resucitación cardiopulmonar J.L. Monzón, I. Saraleguib, R. Molinac, R. Abizandad, M. Cruz Martínez, L. Cabré, K. Martínez, J.J. Ariash, V. López, R.M. Gracia, A. Rodríguez y N. Masnoul, por el Grupo de Bioética de la SEMICYUC
4. ¿Cuál debe ser la duración apropiada de los intentos de resucitación cardiopulmonar? What should be the appropriate duration of cardiopulmonary resuscitation? J.B. López-Messa Servicio de Medicina Intensiva, Complejo Asistencial Universitario de Palencia, Palencia, España. Recibido el 20 de julio de 2016; aceptado el 8 de agosto de 2016.