

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

MARÍA. de 15 años de edad ingresa al Hospital luego de sufrir un accidente de moto.

Ella es la menor de 5 hermanos. Según ha referido su mamá María era una persona activa, con buen humor y colaboradora en las tareas de la casa.

Estaba cursando el 1º año en una Escuela Técnica (en relación a esto la señora ha manifestado que "es vaga... es repitente en el colegio por falta de estudio y dedicación")

Su padre es chofer de colectivo.

Su familia tiene características patriarcales: el padre no solo es el sostén económico sino que determina la direccionalidad del funcionamiento del grupo. El es el único que mantiene relaciones al exterior del núcleo (instituciones sociales y demás elementos exógenos)

Durante la internación de M. en Terapia Intensiva el padre ha ejercido presión sobre el equipo médico asegurándose en forma permanente que se estén implementando todas las medidas terapéuticas que garanticen la recuperación de su hija.

Ha manifestado también una llamativa fe religiosa exteriorizada a través de rituales efectuados a su hija y a otros pacientes como así también a familiares de estos durante la espera previa al ingreso en el horario de visitas.

Estas actitudes advirtieron al equipo de salud en relación a la capacidad de esta persona para tomar decisiones referentes a la evolución de María cuando esto fuera necesario.

Los cuatro hijos restantes realizaron intentos por permanecer en el sistema educativo formal pero fracasaron. Están incorporados al mercado laboral informal con ingresos precarios e inestables producto de actividades sin calificación.

Una de sus hermanas (que es madre de un niño de 1 año) también sufre lesiones en el mismo evento traumático, es derivada a otro hospital.

Las lesiones diagnosticadas a María a su ingreso fueron:

- Traumatismo facial (Lefort grado II-III)

- Traumatismo Encéfalo Craneano grave con fractura expuesta frontoparietal y extenso escalpe. Score de Glasgow al ingreso: 3/15 (se efectúa toilette quirúrgica)
- Traumatismo cerrado de tórax con fractura de arcos posteriores de 2º a 7º costilla izquierda: se realiza drenaje pleural bilateral

Al momento del ingreso estuvo hemodinámicamente inestable, con acidosis respiratoria, hipopotasemia e hiponatremia. En ventilación asistida, con depresores farmacológicos, medidas antiedema y antibióticos según protocolo

Es internada en la Unidad de Terapia Intensiva.

A los once días de internación continúa en ventilación asistida con drogas depresoras y un Glasgow de 4/15. Persiste su estado febril y su descompensación hemodinámica. Se le realiza traqueotomía

El día 16 (luego de pancultivarla) se confirma Neumonía Intrahospitalaria e Infección urinaria rotándose los antibióticos.

El día 21 de internación presenta rinorraquia, colocándosele un drenaje espinal.

El día 24 se suspende depresores, alcanza un Glasgow de 8/15 movilizándolo solamente hemicuerpo izquierdo.

Luego de una punción lumbar se diagnostica meningitis post traumática y se inicia la antibioticoterapia correspondiente.

En la tomografía cerebral que se le realiza a los 26 días aparecen múltiples abscesos cerebrales.

Se realiza toilette quirúrgica y aspiración de los abscesos.

El día 29 se retira la asistencia ventilatoria permaneciendo con oxígeno en Y por traqueotomía

En la tomografía de control del día 34 persisten los abscesos cerebrales (que se evacúan quirúrgicamente) y hay hidrocefalia

El día 37 se coloca sonda naso yeyunal para alimentación ya que continuaba la intolerancia a la alimentación por sonda nasogástrica.

A los 50 días de internación su valoración de Glasgow es de 11/15 Las colecciones cerebrales continúan; se efectúa nueva evacuación quirúrgica.

A los 77 días de internación se realiza tomografía con contraste que informa que no se visualizan imágenes compatibles con abscesos

Se describe su estado como vigil con movilización de hemicuerpo izquierdo

Continúa con antibióticos (meningitis post traumática) que se administra por vía intratecal y endovenosa

A los 100 días de internación se suspende antibióticos debido a la negativización del cultivo del líquido cefalorraquídeo y tomografía cerebral sin imágenes

A los 116 días evoluciona con un Glasgow de 6/15 aparece un infiltrado intersticial bilateral que amerita la reinstalación de antibioticoterapia.

A los 131 días de internación se suspende antibióticos (afebril- sin leucocitosis). Score de Glasgow 7/15.

En estos momentos médicos del Servicio de Terapia Intensiva solicitan al Comité Hospitalario de Bioética una opinión en relación a la pregunta que ellos se formulan acerca

*"del **límite del esfuerzo terapéutico** en una paciente en la que, si se guían por los resultados de los estudios tomográficos y la evolución no tiene un pronóstico neurológico favorable pero que tampoco es una paciente terminal."*