



Alina Anahíd Utrilla Moreno

**CATEDRÁTICO: Darío Cristiaderit Gutiérrez
Gómez**

Trabajo: “caso clínico”

MATERIA: Bioética y normatividad

SEMESTRE: 3 GRUPO: A

Comitán de Domínguez Chiapas a 3 de septiembre de 2020.

CASO CLÍNICO

Niña de 7 años de edad, sin antecedentes de interés, que ingresa por cuadro febril de cinco días de evolución, acompañado de dolores articulares en ambos tobillos junto con vómitos y diarrea.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Enrojecimiento, calor y dolor a la palpación en articulaciones de ambos tobillos.

Hepatoesplenomegalia. Resto de la exploración física negativa.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Hematimetría: leucocitos 8.410/mm³ (con 80% de blastos de hábito linfoide de), hemoglobina 9.1 g/dl, plaquetas 115.000/mm³. Coagulación: tiempos plasmáticos dentro de la normalidad. Bioquímica: LDH 1607 U/L, PCR 17,6 mg/dl, resto normal.

Rx tórax: sin hallazgos destacables. Ecocardiograma: normal.

Ecografía abdominal: Hígado aumentado de tamaño de ecogenicidad homogénea, sin apreciarse lesiones focales. Vesícula biliar sin alteraciones. Vía biliar de calibre normal. Esplenomegalia de 17 cm. Riñones de tamaño normal y simétricos, con ecoestructura preservada, **n dilatación** de la vía excretora. Adenopatías aumentadas de tamaño retroperitoneales y en ángulo esplénico. Discreta cantidad de líquido libre entre as y en el fondo de saco de Douglas. Mielograma, aspirado medular moderadamente hiper celular sin megacariocitos trombo formadores. Infiltración por células blásticas de hábito linfoide (92%) con relación Núcleo/Citoplasma alta y escaso citoplasma agranular (LX).

Citoquímica las células para blásticas son negativas para MPO, PAS. Cloro Esterasa y NADA. Inmunofenotipo HLA DR: g1%. CD34 79% D 91%. TOT: 67%. CD 19:90% CD20 0% CD79a cit: 74% FISH Translocación g22. Cariotipo médula ósea: 46,XX,t(9: 22)934;qu 2) dergit(9:22]dello (p) 13 46 XX 12]. Biología molecular PCR cuantitativa en, tiempo real BCR-ABL positivo (ratio 3126), LCR normal

DIAGNÓSTICO: es leucemia linfocítica aguda, ésta leucemia es el cáncer más común en niños. Llego al diagnóstico debido a que dio positivo en el gen BCR-ABL, entre otras pruebas complementarias, tiene la sintomatología, y también por la hepatoesplenomegalia.

ERROR ÉTICO EN EL TX

El tratamiento óptimo del niño con leucemia linfoblástica aguda requiere atención en varias áreas de cuidado de soporte. El cuidado de soporte se refiere al tratamiento designado para prevenir y controlar los efectos adversos del cáncer y de su tratamiento. Durante el tratamiento, la mayoría de los niños experimenta efectos adversos, no sólo físicos sino también emocionales; sobre todo porque se trata de un tratamiento crónico. Los más importantes son: dolor, falta de energía para disfrutar las actividades de la vida diaria y miedos hacia el futuro. Además de los efectos en el niño, también los padres experimentan sensaciones como depresión y ansiedad, especialmente durante los primeros meses después del diagnóstico de la enfermedad, más aún cuando acompañan a su hijo al hospital, faltando al trabajo y tratando de entender el manejo médico de su hijo en casa.

Desde el punto de vista bioético, el manejo de pacientes con leucemias agudas constituye un reto para el médico y el personal de la salud; pues no solo les corresponde tratar la enfermedad, sino también brindar apoyo moral y afectivo y, por medio del consentimiento informado, un flujo de información adecuado sobre la naturaleza de la enfermedad, de los riesgos de los procedimientos diagnósticos y sobre el tratamiento recomendado. Esto debe hacerse con un lenguaje claro y comprensible que permita al paciente y a sus familiares, tomar decisiones lo más correctas posibles.

Algunos errores éticos pueden ser: que se oculte al paciente el diagnóstico y se facilite a los familiares, levantando una barrera de mentira, incomunicación, desconfianza o falsas esperanzas entre el enfermo y el médico, donde la familia es quien, con actitudes matizadas por sus emociones, toma las decisiones vitales sobre el tipo de tratamiento a realizar; que se le diga de forma cruda, fría e impersonal el diagnóstico al paciente, lo que propicia la desesperanza, la depresión, sufrimientos prolongados que deterioran la calidad de vida y la respuesta al tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

John R. Williams. (2015). Manual de Ética Médica . Francia : Asociación Médica Mundial

E.Kuczynski. (2013). Evaluación de la calidad de vida en niños y adolescentes portadores de enfermedades crónicas y/o incapacitadoras. Servicio de Psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia. Sitio web:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S169540330378120X>