



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TROMBOCITOPENIA
DEL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA EN EL H.G.Z./U.M.F. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSTGRADO EN LA
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A:

DRA. REBOLLEDO GALLARDO MARLET ARACELI

Cel: 5527400388. Email: mar_rg18@hotmail.com

DIRECTOR DE TESIS

DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO

Cel: 5535143649. Email: medicofamiliar_gil@yahoo.com.mx

ASESOR METODOLÓGICO

DR. VILCHIS CHAPARRO EDUARDO

Cel: 5520671563. Email: lalovilchis@gmail.com

ASESOR CLÍNICO

DRA. OROPEZA MARTINEZ PATRICIA

Cel: 5585311852. Email: blancasoropeza@prodigy.com.mx

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO

COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

**MÉXICO, DISTRITO FEDERAL, 2015
NÚMERO DE REGISTRO: 2015-3605-08**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TROMBOCITOPENIA DEL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA EN EL H.G.Z./U.M.F. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

AUTORES: Dra. Rebolledo Gallardo Marlet Araceli¹, Dr. Espinoza Anrubio Gilberto², Dr. Vilchis Chaparro Eduardo³, Dra. Oropeza Martínez Patricia⁴.

ADSCRIPCIÓN DE AUTORES:

1 Residente de Medicina Familiar HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS

2 Coordinador de Educación e Investigación en Salud del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS.

3 Profesor Titular de la Especialidad en Medicina Familiar HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS

4 Médico Especialista en Hematología Adscrito al HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS

OBJETIVO: Evaluar la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de trombocitopenia del servicio de Hematología en el HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio transversal, prospectivo, descriptivo, no comparativo. Tamaño de la muestra 61 para población finita, intervalo de confianza de 95%, proporción 0.09, amplitud del intervalo de confianza 0.10, se incluyeron pacientes con diagnóstico confirmado clínico y de laboratorio de trombocitopenia, mayores de 18 años y menores de 90 años. Se excluyó a pacientes que no aceptaron firmar la carta de consentimiento informado, que no desearon realizar la encuesta. Se utilizó el Cuestionario SF-36 sobre el estado de salud.

RESULTADOS: Se estudió 61 pacientes, el rango de edad más frecuente para el diagnóstico 46-60 años con 21 (34.4%); la media de edad 48.5 años, desviación estándar 18.44 años; predominó el sexo femenino 35 (57.4%), en comparación con sexo masculino 26 (42.6%); la mayor parte empleados 31 (50.8%); escolaridad primaria 18 (29.5%), licenciatura 18 (29.5%), mayor frecuencia en casados 32 (52.5%), el tiempo de evolución de 0-5 años 34 (55.7%), en pacientes con buena calidad de vida 45 (73.8%) en comparación a mala calidad de vida 16 (26.2%).

CONCLUSIONES: En este estudio se concluyó que los pacientes con Trombocitopenia del servicio de Hematología del HGZ/UMF No. 8 tienen una buena calidad de vida, lo que resulta de gran importancia para su evolución y percepción de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE: Calidad de vida, trombocitopenia, plaquetas.

TÍTULO

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TROMBOCITOPENIA DEL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA EN EL H.G.Z./U.M.F. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

Dr. Carlos Ernesto Castillo Herrera
Director del Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio
Especialista en Medicina Familiar
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud del Hospital General de
Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Dr. Eduardo Vilchis Chaparro
Especialista en Medicina Familiar
Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de
Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio
Especialista en Medicina Familiar
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud del Hospital General de
Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Director de tesis

Dr. Eduardo Vilchis Chaparro
Especialista en Medicina Familiar
Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de
Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Asesor metodológico de tesis

Dra. Patricia Oropeza Martínez
Especialista en Hematología del Hospital General de
Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Asesor clínico

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por permitirme estar en este punto de mi vida.

A Oscar por estar siempre a mi lado, en los buenos y malos momentos, por ser un gran apoyo en esta etapa de nuestras vidas.

A mis padres por darme la vida y estar siempre al pendiente de mí, por su preocupación, confianza y el amor incondicional que siempre me han dado.

A mi hermana y a mi familia por compartir conmigo todos mis logros, por el apoyo brindado, por impulsarme para salir adelante ante toda adversidad.

A la Dra. Patricia Oropeza por su dedicación y constancia para realizar esta tesis como mi asesora. Por enseñarme a crecer como médico y ser humano.

A mis profesores por ayudarme en mi preparación en estos años, por preocuparse por nuestros estudios y el fortalecimiento de nuestro conocimiento. Gracias.

Pam, Jocelyn y Alely “La family” por compartir esos momentos tan maravillosos conmigo y ser parte de esta historia de la residencia.

ÍNDICE

1.MARCO TEÓRICO	8
2.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
3.JUSTIFICACIÓN	19
4. OBJETIVOS	20
5. HIPÓTESIS	21
6. MATERIALES Y MÉTODOS	22
7. TIPO DE ESTUDIO	22
8. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	23
9. POBLACIÓN, UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL	24
10. MUESTRA	24
11. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	25
12. VARIABLES	26
13. DISEÑO ESTADÍSTICO E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN	29
14. MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	31
15. MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS	31
16. CRONOGRAMA	32
17. RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS	34
18. CONSIDERACIONES ÉTICAS	35
19. RESULTADOS	37
20. DISCUSIÓN	54
21. CONCLUSIONES	57
22. BIBLIOGRAFÍA	59
23. ANEXOS	61

MARCO TEÓRICO

Las plaquetas son las células sanguíneas más pequeñas (alrededor de 1,5-4,5 μm de diámetro) y su vida media es de 5-10 días. Las plaquetas contienen gránulos secretores y proteínas de membrana que permiten la adhesión al endotelio vascular, la adhesión y agregación entre ellas y la formación del coágulo. También tienen proteínas que permiten que cambie su forma, redondea en reposo o dendrítica con prolongaciones que favorecen su adhesión en las plaquetas activadas el bazo secuestra y elimina las plaquetas de la circulación. Tienen un papel clave en la hemostasia normal y en evitar los sangrados, gracias a la formación del tapón plaquetario o hemostático primario. Las alteraciones en el número o función (trombopatías) de las plaquetas pueden producir sangrados. ⁽¹⁾

Clásicamente se ha definido la trombocitopenia como una cifra de plaquetas inferior a $150 \times 10^9/l$. Sin embargo, en los últimos años se ha propuesto disminuir este límite hasta $100 \times 10^9/l$ porque unas cifras entre 100 y 150.000 se encuentran en muchas personas sanas, especialmente en algunas razas. Además se ha observado que la probabilidad de que este grupo de personas desarrollen un descenso mayor de las plaquetas en los siguientes 10 años es de sólo el 6,9%. También es muy frecuente en embarazadas, sin que tenga ninguna repercusión sobre la madre o el recién nacido. Ante una trombocitopenia, el primer punto a aclarar es si existe una pseudotrombocitopenia, la cual es provocada por la aglutinación de las plaquetas con EDTA. Esto es un real artefacto de laboratorio, por lo tanto ante una trombocitopenia deberíamos realizar un frotis de sangre periférica (FSP) para confirmarla y para ver el compromiso o no de las otras series sanguíneas ⁽²⁾.

Como ya se mencionó un abordaje clásico es mediante la realización de un frotis de sangre periférica, así mismo la palpación del bazo (aunque puede existir hiperesplenismo sin esplenomegalia) y el examen de la médula ósea, el cual abarcaría los 3 principales mecanismos de trombocitopenia: 1- *La disminución de la producción*, 2- *El secuestro esplénico* y, 3- *La destrucción acelerada de las plaquetas* (ver anexo 1). Otra forma de abordaje de la trombocitopenia es comenzar por preguntarse si es de origen periférico (por aumento de la destrucción, distribución anormal o causas desconocidas) o central (por disminución de la producción) ⁽³⁾

PERIFÉRICAS a) Aumento de la destrucción: Inmunes: 1. Primarias: (idiopáticas) como PTI 2. Secundarias: como infecciones por Virus: HIV, Virus Herpes (VEB, CMV, etc.), VHC; Enfermedades del colágeno: LES, SAF; Linfoproliferativos: Leucemia-linfoma; Drogas: Heparina, Vancomicina; Aloimmune pos transfusión. b) Distribución anormal: Secuestro esplénico, dilucional, hipotermia. c) Desconocidas: Fiebre de las montañas rocosas, Babesiosis, Erlichiosis. CENTRALES: a) Disminución de la producción: MO hipocelular (Anemia aplásica, drogas (tiazidas, ATB), alcohol), MO celular (SMD, Leucemia, Anemia megaloblástica severa), MO reemplazada (Mielofibrosis, neoplasias hematológicas y sólidas, granulomas). Los trastornos originados por destrucción, utilización o pérdida acelerada son causas de trombocitopenia y siempre se acompañan de aumento de la trombopoyesis. Cuando la destrucción, utilización o pérdida de plaquetas excede la producción de la Medula Ósea, aparece trombocitopenia, y cuando esta última aparece por causas identificables se denomina sintomática o secundaria; sin embargo, cuando no es posible determinar su origen, entonces se llama primaria o idiopática, denominación que no tiene significado específico, aunque es útil desde el punto de vista clínico y constituye la

base para la clasificación etiológica de las trombocitopenias. Con la incorporación de los autoanalizadores de hematología a los laboratorios clínicos, la trombocitopenia, después de la anemia, es el hallazgo más frecuente del hemograma: se estima que el 0,9% de los pacientes con una enfermedad aguda y entre el 25% y el 46% de los pacientes en unidad de cuidados intensivos presentan algún grado de trombocitopenia ⁽⁴⁾.

Las manifestaciones clínicas sólo aparecen cuando el recuento de plaquetas está por debajo de 80.000 por μL y las manifestaciones que ponen en riesgo la vida usualmente se presentan cuando el recuento de plaquetas está por debajo de 10.000 por μL . Cuando la trombocitopenia pasa los límites en donde empieza a ser sintomática, ésta se manifiesta particularmente por petequias, equimosis y sangrado por cavidades naturales, las cuales usualmente se relacionan con la severidad de la trombocitopenia. De las diferentes manifestaciones de la trombocitopenia, las principales son las siguientes: **Petequia**: definida como una pequeña mancha en la piel, de menos de 1 cm, debida a efusión interna de sangre que no desaparece con la digitopresión. A medida que aumenta la severidad de la trombocitopenia, las petequias aumentan, se hacen confluentes y aparecen las equimosis. **Equimosis**: son lesiones hemorrágicas subdérmicas que se presentan usualmente asociadas a traumas mínimos en individuos con trombocitopenia o fragilidad vascular aumentada, particularmente en mujeres. **Epistaxis**: episodios hemorrágicos por las fosas nasales. Pueden presentarse por trombocitopenia, telangiectasia hemorrágica hereditaria y en la enfermedad de Von Willebrand. **Menorragia**: se caracteriza por una menstruación inusualmente abundante o prolongada. **Hemorragia digestiva** (hematemesis y melena): se pueden presentar en cualquier tipo de diátesis hemorrágica, pero las enfermedades que con mayor frecuencia se asocian con esta manifestación son la anticoagulación, la telangiectasia hemorrágica hereditaria, y la enfermedad de von Willebrand, los seudoxantomas elásticos, la uremia y por supuesto, la trombocitopenia. **Hemorragia urinaria** (hematuria): puede presentarse con cualquiera de las enfermedades hemorrágicas relacionadas con el tracto urinario, además de las hematurias relacionadas con enfermedades renales o vesicales. A continuación se detallaran las causas más frecuentes de trombocitopenia: 1) **Trombocitopenia inmune Primaria (PTI)**, 2) Trombocitopenia inducida por heparina, 3) Trombocitopenia inducida por drogas, 4) Microangiopatías trombóticas: Púrpura trombótica trombocitopénica (PTT), Síndrome urémico hemolítico (SUH), Coagulación intravascular diseminada (CID). ⁽⁵⁾

TROMBOCITOPENIA INMUNE PRIMARIA

La PTI originariamente fue descrita por el doctor alemán Paul Gottlieb Werlhof en 1735 por lo que fue conocida como enfermedad de Werlhof. En 1916, Paul Kaznelson comunicó el primer tratamiento exitoso de la PTI al ver que uno de sus pacientes respondió a una esplenectomía. La esplenectomía fue usada como tratamiento de la PTI hasta 1950. En 1951, William J. Harrington y James W. Hollingsworth establecieron que la PTI era una enfermedad autoinmune. Postularon que la destrucción de plaquetas era causada por un factor que circulaba en la sangre. En su experimento Harrington recibió sangre de un paciente con PTI y en menos de 3 horas su propio nivel de plaquetas había disminuido tan drásticamente que le causó un ataque convulsivo. Tardó 5 días en normalizarse su nivel de plaquetas. La PTI ha sido conocida como púrpura trombocitopénica idiopática, pero el nombre se cambió por trombocitopenia inmune, ya que muchos de los pacientes no sufren de púrpura y en la mayoría de los casos es un trastorno autoinmune y no idiopático. ⁽⁶⁾

La Trombocitopenia Inmune Primaria (ITP) es una entidad clínica usualmente benigna y de curso generalmente autolimitado. Se define por trombocitopenia ($<100 \times 10^9/L$) secundaria a la destrucción plaquetaria y a un déficit en la tasa de producción de plaquetas por los megacariocitos en médula ósea. ⁽⁷⁾

La incidencia general de la PTI se calcula entre 1 a 12.5 casos (2.25 a 2.68) por 100,000 personas, otras estadísticas informan 100 casos por 1 millón de individuos por año y en niños se informa una incidencia de 4 a 5.3 por 100 000 personas. La incidencia en adultos es de 5.8 a 6.6 por cada 100 000 habitantes. Estas cifras pueden ser mayores, sin embargo, no existen estudios epidemiológicos que estimen la incidencia real de la enfermedad, incluso muchos casos de PTI aguda en niños no reciben atención médica especializada por lo que no se documentan estos casos. En niños la prevalencia es la misma entre hombre y mujeres, sin embargo, en adultos la relación mujer-hombre es de 2.6-3:1. Edad: en los niños la enfermedad puede afectar a cualquier edad, siendo el pico de prevalencia entre 3 y 5 años de edad. En los adultos la mayor prevalencia se presenta entre los 15 y 40 años, sin embargo, un estudio realizado en Dinamarca encontró que el promedio de edad fue de 56 años con un incremento progresivo después de los 60 años. ⁽⁸⁾

Se conoce que la PTI es mediada por autoanticuerpos, los cuales son principalmente IgG y ocasionalmente IgM e IgA y están presentes entre el 50 y 70% de los pacientes. Los autoanticuerpos que reaccionan a las plaquetas se unen a glicoproteínas GP IIb-IIIa, principalmente, pero también pueden unirse a otros antígenos como Ib-IX, Ia, IIa, IV y V, así como a otros determinantes antigénicos, de hecho es típica la presencia de anticuerpos contra múltiples antígenos. Así las plaquetas opsonizadas con los autoanticuerpos IgG tienen una depuración acelerada por el sistema fagocítico mononuclear a través de los receptores Fc expresados sobre la superficie de macrófagos tisulares principalmente del bazo e hígado. Los autoanticuerpos son generados por una sola clona de células B, mediado por un antígeno específico, bajo el control de células T cooperadoras y las citocinas que ellos producen como: IL-2, interferón gama (IFN alfa) y reducción de IL-4 e IL-5. ⁽⁹⁾

En la actualidad se perfila la PTI como trombopenia por destrucción de plaquetas mediada por el sistema inmune y/o supresión de la producción de plaquetas. Evidencias de ambos establecen dos mecanismos etiológicos: **Destrucción plaquetaria inmune:** La infusión de plasma o hemoderivados con plasma de pacientes con PTI generan trombopenia, disminución de la vida media de las plaquetas marcadas con radionúclidos en pacientes con PTI, evidencias morfológicas e in Vitro de fagocitación plaquetaria en pacientes con PTI. Los linfocitos T citotóxicos inducen lisis de plaquetas antológicas. **Supresión de producción megacariocítica:** Se ha demostrado in Vitro la presencia de anticuerpos inhibidores de la producción y maduración de megacariocitos. Los niveles de trombopoyetina séricos en pacientes con PTI suelen ser normales o disminuidos, lo elevados como parecería corresponder en pacientes con trombopenia para compensarla. Aumento de las cifras de plaquetas ante la administración de análogos de la trombopoyetina. ⁽¹⁰⁾

Las recomendaciones para definir la forma primaria frente a la secundaria, las fases de la enfermedad y su gravedad se resumen en las tablas, así como los criterios más relevantes en la evaluación de la respuesta terapéutica (Ver anexo 2). La PTI primaria se caracteriza por un recuento de plaquetas $<100 \times 10^9/L$, en ausencia de otros problemas o enfermedades que la justifiquen. Cursa con un aumento del riesgo de hemorragia, aunque no siempre hay manifestaciones hemorrágicas. Según el tiempo de evolución (<3 meses, 3-12 meses y >12 meses)

se proponen los términos de PTI de reciente diagnóstico, PTI persistente y PTI crónica, respectivamente. El criterio actual de respuesta exige obtener una cifra de plaquetas $\geq 30 \times 10^9/L$, con un incremento de más de 2 veces la cifra basal y ausencia de hemorragia. La respuesta completa se define por un recuento $>100 \times 10^9/L$ y ausencia de hemorragia. ⁽¹¹⁾

Los signos y síntomas de la PTI varían mucho. En adultos, la PTI normalmente tiene un comienzo insidioso sin enfermedad previa. Casi un cuarto de los pacientes no tienen síntomas y reciben el diagnóstico en base a exámenes de sangre rutinarios. Los pacientes sintomáticos pueden presentar: Petequia o purpura, hematomas inusuales y con golpes muy leves, síntomas de sangrado persistente en caso de cortes u otras heridas, sangrado de la mucosa, sangrados de nariz frecuentes o muy severos, hemorragias en cualquier localización (por lo general en el tejido gingival o menorragia en las mujeres). El nivel de plaquetas es un marcador sustituto a la frecuencia de sangrado. Normalmente hay una correlación entre la gravedad del sangrado y el nivel de plaquetas, aunque en algunos casos pacientes con niveles bajos de plaquetas solo presentan sangrados de poca gravedad. Existen otros factores que contribuyen al riesgo de sangrado y que necesitan para planificar el tratamiento y seguimiento de los pacientes, por ejemplo, comorbilidades que predisponen al sangrado, complicaciones de terapias específicas, la actividad y estilo de vida del paciente, intervenciones potenciales que pueden causar el sangrado, y la necesidad que el paciente reciba medicamentos que pueden conllevar al sangrado. Es muy común que el cansancio sea pasado por alto como un síntoma de la PTI, ya que hasta muy recientemente se creía que estaba relacionado con esteroides y no con la enfermedad en sí. Una gran cantidad de pacientes, 90% en una encuesta, mencionan haber sentido cansancio y que este tuvo un gran impacto en su calidad de vida. ⁽¹²⁾

Es importante recordar que el diagnóstico de trombocitopenia inmunitaria primaria se hace por exclusión de las causas de trombocitopenia secundaria. Observar el frotis periférico es decisivo para excluir causas de “pseudotrombocitopenia” por artefactos en la aglutinación de plaquetas inducidas por el anticoagulante estándar EDTA. Las aglutininas dependientes de EDTA se encuentran en aproximadamente 0.1% de la población general. Otros artefactos que pueden alterar la cantidad de plaquetas son las aglutininas plaquetarias frías y otros autoanticuerpos que pueden inducir conglomerados de plaquetas alrededor de neutrófilos o monocitos, que resultan en pseudotrombocitopenia. Las plaquetas gigantes pueden no reconocerse como plaquetas por algunos instrumentos. Las partículas de crioglobulinas pueden contarse como plaquetas, elevando el conteo plaquetario artificialmente en los pacientes con crioglobulinemia. En todos los pacientes con trombocitopenia se debe realizar una historia clínica detallada y una exploración física completa que permitan descartar otras enfermedades hematológicas o situaciones que de forma secundaria puedan producir trombocitopenia. Los estudios detallados a continuación son los recomendados, por considerarse básicos para un diagnóstico y seguimiento adecuados. Obviamente esta lista no excluye otras pruebas adicionales que puedan efectuarse o consideren oportunas en los diversos Centros: Hemograma y recuento de reticulocitos, morfología en sangre periférica con revisión por persona experta, estudio de hemostasia (tiempo de protrombina (TP), tiempo de tromboplastina parcial activado (TTPA), tiempo de trombina (TT), fibrinógeno), Grupo, Rh y Coombs directo, Inmunoglobulinas, estudio microbiológico (citomegalovirus (CMV), virus de Epstein Barr (EBV), parvovirus B19, herpes simple, herpes 6, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), hepatitis B y C), Bioquímica hemática (GOT, GPT, LDH, glucosa, urea, creatinina), control de hematuria microscópica, aspirado de médula ósea: indicado en todos los niños con clínica que no sea típica, anomalías en el hemograma y en aquellos en los que la

morfología en sangre periférica no haya podido ser revisada por una persona experta, especialmente si se inicia tratamiento con corticoides. ⁽¹³⁾

Glucocorticoides. Pueden utilizarse de diversos modos, la metilprednisolona en bolos de administración rápida, a dosis de 15-30 mg/kg, por vía intravenosa a pasar en 60 minutos, pudiendo repetir la terapia en días sucesivos. Es un tratamiento rápidamente eficaz (cerca del 75% de respuestas inmediatas), pero no parece conseguir respuestas más duraderas que la prednisona estándar, aunque sí tiene efectos secundarios más ligeros. La dexametasona administrada en dosis de 20 mg/día oral o IV durante 4 días cada 4 semanas, hasta un máximo de 6 ciclos, obtiene un número de respuestas en PTI refractarias que, aunque es menor de lo expresado en la primera publicación. La pauta más utilizada es 1 mg/kg/día de prednisona, durante un periodo de 3 semanas. Responden hasta un 70% de los pacientes, aunque no todos de forma duradera. Si no hay respuesta, se aumentará la dosis a 2 mg/kg/día durante otras 3 semanas. Si ha habido buena respuesta, se disminuirá lenta y gradualmente la dosis de prednisona durante 2-3 semanas hasta llegar a dosis cero o a la dosis de mantenimiento precisa para el paciente (aunque esto es considerado un fracaso de tratamiento). ⁽¹⁴⁾

Danazol: Si no hay buena respuesta a los tratamientos previos, puede administrarse Danazol, un derivado semisintético de la progesterona, con efecto anabolizante androgénico atenuado y que se utiliza en pacientes con PTI desde 1983. Las dosis oscilan entre 50 mg/día y 800 mg/día, administradas durante un periodo de 8 semanas, como mínimo, aunque se aconseja mantener el tratamiento durante 3-6 meses antes de asegurar su falta de respuesta. Este fármaco se empleará solo o con dosis bajas de prednisona. Su administración puede comenzar cuando el paciente todavía está en fase de retirada de la prednisona. Está contraindicado durante el periodo gestacional. Según parece, hay mejores respuestas en ancianos esplenectomizados y en síndromes intermedios PTI-lupus. *Inmunoglobulina G (IgG) a altas dosis:* Tiene una alta efectividad inmediata (6-72 horas), a dosis de 0.4 g/kg/día durante 5 días o bien 1 g/kg/día durante dos días por vía intravenosa. La respuesta suele ser poco duradera, por lo que se emplea habitualmente en situaciones de alto riesgo, donde debemos conseguir una respuesta inmediata o bien para dilatar el periodo de espera hasta la esplenectomía. Es tratamiento de elección en pacientes pediátricos. *Inmunoglobulina anti-D intravenosa (IgG anti-D):* Se utiliza en lugar de la IgG por su rapidez de perfusión, economía y relativamente escasos efectos secundarios. Se emplea en pacientes con mala respuesta a glucocorticoides y para obviar o dilatar el tiempo hasta la esplenectomía. Precisa que los pacientes sean Rh positivos con valores de hemoglobina superiores a 100 g/L y se infunde en 5-30 minutos a dosis de 50- 75 mg/kg. Son efectos secundarios los escalofríos, fiebre, hematuria, ictericia y anemia, aunque suelen ser de escasa duración. Está contraindicada en pacientes esplenectomizados. Se han descrito anemias hemolíticas intravasculares graves y coagulación intravascular diseminada. ⁽¹⁵⁾

Esplenectomía: Prácticamente proscrita en menores de 10 años, es el tratamiento con mayor número de respuestas y más duraderas y con menor índice de fracasos y recidivas (15%) a los 3 años. Aun así, la mayoría lo son por existencia de bazo accesorios. Se propondrá esta terapia ante la falta de respuesta a los tratamientos previos. Conviene proceder a la realización de una gammagrafía isotópica, si es posible, con hematíes labilizados con tecnecio (⁹⁹Tc), y siempre debe haberse realizado un aspirado medular, así como vacunación antineumocócica, antimeningocócica y anti-*Haemophilus*, antes de la esplenectomía. Es conveniente discutir en sesión clínica la indicación quirúrgica en cada paciente y evaluar la utilización de la vía laparoscópica, que se está consolidando como la más aceptada por pacientes y cirujanos, por su menor morbilidad respecto

a otros tipos de anulación esplénica. También viene cobrando auge la embolización de la arteria esplénica. Los pacientes esplenectomizados son tributarios de movilización precoz y administración de heparina profiláctica en prevención de posibles fenómenos tromboembólicos durante el postoperatorio. La sepsis y la meningitis postesplenectomía pueden llegar a afectar al 1% de los pacientes, por lo que todos deben vacunarse. Las vacunas deben administrarse por vía subcutánea y preferiblemente 15-20 días antes de realizar la esplenectomía. En caso de mala respuesta a la esplenectomía, está descrita una mejor respuesta a la corticoterapia tras ella, con lo que en estos pacientes se debería reiniciar el tratamiento con prednisona. El valor del estudio de la vida media plaquetaria y de detecciones externas para valorar las posibilidades de éxito de la esplenectomía no está probado hasta la actualidad. ⁽¹⁶⁾

OTROS TRATAMIENTOS

Anti-CD20 (Rituximab). Es un anticuerpo monoclonal quimérico dirigido contra el receptor CD20 de los linfocitos B. Depleciona el organismo de células B, responsables de la producción de autoanticuerpos, amén de provocar un bloqueo del SMF. Administrado en dosis de 375 mg/m² cada semana durante 4 semanas (debe premedicarse al paciente con acetaminofen y un antihistamínico, y monitorizar la presión arterial, el pulso, la respiración y la temperatura), consigue un 50% de respuestas de larga duración, tanto en pacientes esplenectomizados como en no esplenectomizados, por lo que se va afianzando como una buena terapia previa a la esplenectomía. Sin embargo, no tiene la autorización de uso por parte de las autoridades sanitarias para esta indicación médica. Son conocidos los efectos secundarios, la hipotensión, escalofríos, fiebre, náuseas y prurito, entre otros. Es aconsejable no suministrar antihipertensivos el día de la infusión. No es aconsejable administrar rituximab a pacientes con hepatitis activa. ¹³ Actualmente están en curso estudios que intentan demostrar el valor de utilizarlo a dosis de 100 mg solamente. En mayo de 2009 se publicó en la revista *Blood* un artículo con 57 casos de leucoencefalopatía multifocal (LMP) tras el tratamiento con rituximab. La ficha técnica americana y la europea de rituximab incluyen en su texto la LMP como un riesgo del tratamiento con rituximab. Excepcionalmente puede inducir una hipogammaglobulinemia secundaria. Si ello ocurriera, está indicado administrar gammaglobulinas cada 3-4 semanas a dosis de 0.4 g/kg. *Estimuladores del receptor de la trombopoyetina (romiplostim, eltrombopag)*: Parecen ser métodos terapéuticos eficaces, pero hasta ahora las respuestas conseguidas son transitorias (mientras dura el tratamiento), cosa que se debe al propio mecanismo de acción de estos. Son útiles en pacientes sin respuesta a la esplenectomía, o incluso antes de la esplenectomía si ésta estuviera contraindicada. ⁽¹⁷⁾

Quimioterápicos

Ciclofosfamida o azatioprina: Pueden administrarse a dosis de 1-3 mg/kg/día y 150- 300 mg/día, respectivamente, durante un periodo no inferior a 1 mes. Es discutible su administración dado su potencial riesgo cancerígeno. También se han utilizado combinaciones de Ciclofosfamida y vincristina con procarbina y con etopósido. Incrementan la toxicidad y la carcinogénesis. También se ha utilizado la Ciclofosfamida como acondicionamiento para un autotrasplante de progenitores hematopoyéticos, con depleción de linfocitos B y T en PTI extremadamente graves y refractarias a todo tratamiento, con un altísimo costo tóxico, sobre todo por infecciones. ⁽¹⁸⁾

CALIDAD DE VIDA

La Calidad de vida es un concepto utilizado para evaluar el bienestar social general de individuos y sociedades por sí. La OMS la define como “La percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y social en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”. El término se utiliza en una generalidad de contextos, tales como sociología, ciencia política, estudios médicos, estudios del desarrollo, etc. No debe ser confundido con el concepto de estándar o nivel de vida, que se basa primariamente en ingresos. Indicadores de calidad de vida incluyen no solo elementos de riqueza y empleo sino también de ambiente físico y arquitectónico, salud física y mental, educación, recreación y pertenencia o cohesión social. ⁽¹⁹⁾

A la hora de evaluar la calidad de vida de los individuos el principal problema con el que nos encontramos reside en definir lo que se va a medir. Desde los primeros intentos de medición, centrados fundamentalmente en aspectos sociales objetivos. Hasta la actualidad ha existido una profunda transformación en la definición de qué es lo que se debe medir. En el momento actual (Ruiz Ros, 1992) existe un cierto acuerdo por parte de la literatura universal al admitir que la calidad de vida se puede describir como el conjunto de cuatro factores dominantes: Función física, estado psicológico, sociabilidad, y somatización. Ferrans (1985) señala que si bien se ha producido un considerable avance en la medición de la calidad de vida con la delimitación de estos factores o dimensiones, la satisfacción con cada uno de ellos y la importancia que les atribuye cada individuo es variable, no ejerciendo, por tanto. cada uno de los factores el mismo impacto sobre la calidad de vida global del sujeto. ⁽²⁰⁾

En los últimos 10 años las investigaciones sobre Calidad de Vida han ido aumentando progresivamente en diferentes ámbitos del quehacer profesional y científico. Entre las ciencias de la salud, los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida, generando un incremento importante de las enfermedades crónicas. Ello ha llevado a poner especial acento en un término nuevo: Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social. Durante los años 80, el término Calidad de Vida se adoptó como concepto sensibilizador que podía ofrecer a los profesionales de distintas disciplinas un lenguaje común y guiar las prácticas de los servicios humanos, más orientados ahora hacia la persona, su autodeterminación y el logro de una mayor satisfacción con su vida. A lo largo de los 90, las preocupaciones en torno a la conceptualización y evaluación del concepto tuvieron un mayor carácter metodológico. Superadas estas inquietudes, el siglo XXI se presenta como aquél en el que el término Calidad de Vida no sólo teñirá las intenciones y acciones de individuos que gozan cada vez de mayores posibilidades de elección y decisión y optan por una vida de mayor calidad, sino también las de los servicios humanos en general, que se verán obligados a adoptar técnicas de mejora de sus procedimientos, en la medida que existirá un grupo de evaluadores que analizará sus resultados desde criterios de excelencia como es el de Calidad de Vida. ⁽²¹⁾

Se ha definido a la CVRS como la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social. Han surgido una serie de instrumentos de medida pensados y diseñados para valorar la calidad de vida en el área de la salud. Estos instrumentos reciben el nombre de calidad de vida relacionada con la

salud. Estos instrumentos se agrupan en dos grandes categorías: los instrumentos genéricos, tanto de salud como de CVRS, miden múltiples dimensiones y están diseñados para su aplicación en una gran variedad de pacientes, y los instrumentos específicos de CVRS se centran en aspectos concretos de una determinada enfermedad, de una población, de una dimensión específica de funcionamiento o de un aspecto clínico. Las medidas de CVRS pretenden evaluar la repercusión que el estado de salud del paciente, o del usuario, tiene sobre su faceta sociopersonal, básicamente sobre su dimensión física, psicológica emocionales, mentales, cognitivos y social. Es una medida que varía con el tiempo y permite expresar de forma científica no sólo el resultado de una intervención o un tratamiento, sino también de valorar el impacto personal, familiar y social de una determinada enfermedad, complementando los resultados médicos con la valoración de los pacientes sobre su sensación de salud y bienestar. ⁽²²⁾

La C.V.R.S es una interpretación subjetiva del paciente sobre su satisfacción vital, de la repercusión de la enfermedad en su dinámica de vida y de los efectos secundarios que conlleva el tratamiento. Se pueden diferenciar dos dimensiones importantes en la C.V.R.S: 1) la funcional, que incluye las actividades diarias, como el cuidado de uno mismo (bañarse, vestirse, comer, etc.), los trabajos remunerados o no (la actividad ocupacional, las labores de la casa, etc.) y las relaciones sociales con la familia o los amigos; y 2) la dimensión subjetiva, que es el sentimiento de cómo se encuentra uno mismo, es decir, si la persona se siente feliz o triste, si se encuentra apagado o con mucha energía, tanto si está con dolor o sin él. La dimensión funcional es una variable relativamente objetiva que la podemos medir y comparar con otros datos, mientras que los sentimientos son más subjetivos, en la medida en que responden a las percepciones íntimas del individuo. ⁽²³⁾

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

Es un instrumento desarrollado a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study) (MOS). Detecta tanto estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y la salud mental. El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios empleados en el MOS, que incluían 40 conceptos relacionados con la salud. Para crear el cuestionario, se seleccionó el mínimo número de conceptos necesarios para mantener la validez y las características operativas del test inicial. Se exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física; función social; limitaciones del rol: de problemas físicos; limitaciones del rol: problemas emocionales; salud mental; vitalidad; dolor y percepción de la salud general. Existe un elemento no incluido en estas ocho categorías, que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año. No está diseñado para proporcionar un índice global, aunque en ocasiones se han propuesto puntuaciones resumen de salud física y de salud mental, mediante la combinación de las respuestas de los temas. El contenido de las cuestiones se centra en el estado funcional y el bienestar emocional. Su ámbito de aplicación abarca población general y pacientes, y se emplea en estudios descriptivos y de evaluación. ⁽²⁴⁾

La versión más reciente SF-36 2.0, su objetivo es mejorar las características simétricas de las dos escalas del Rol Emocional y Rol físico, además mejora la estimación de las respuestas faltantes. El cuestionario está dirigido a personas de ≥ 14 años de edad y preferentemente debe ser autoadministrado. Tiene un alfa de Cronbach (0.8 para todas las escalas, excepto para la función social que es de 0.76). El coeficiente de correlación intraclase es de 0.85. Se ha mostrado sensible al cambio en varios estudios. Los valores psicométricos de la adaptación española son parecidos a los originales, excepto la fiabilidad de la dimensión función social, que es menor. Su tiempo de administración es de 5 a 10 minutos. ⁽²⁵⁾

ANTECEDENTES

Existe un estudio realizado en el 2011 en donde se evalúa la calidad de vida en pacientes del Noreste de México con enfermedades hematológicas, en dicho estudio se reporta que para el grupo de pacientes con enfermedades hematológicas benignas, los cuestionarios arrojaron resultados similares a los del grupo control, con una sensación general de bienestar, autosuficiencia y buena capacidad para realizar actividades cotidianas y sociales. El curso menos agresivo y los tratamientos más conservadores y efectivos podrían permitir a la mayoría de los enfermos permanecer autosuficientes y dentro de su rutina con el consecuente impacto positivo en el estado de ánimo y calidad de vida. Sin embargo, los efectos colaterales sobre su estado físico, psicológico y fisiológico de algún tratamiento particular pudieran exceder los efectos terapéuticos de éste. En pacientes con Trombocitopenia se han reportado limitaciones en la calidad de vida por el impacto psicológico y en las actividades diarias provocadas por las hemorragias. ⁽²⁶⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Trombocitopenia continúa siendo una entidad que entraña un reto terapéutico indiscutible, a pesar de los avances en las últimas décadas, principalmente en los pacientes adultos.

En la mayoría de los casos, la trombocitopenia está asociada con situaciones clínicas variables tales como infecciones bacterianas o virales, agentes tóxicos y trastornos autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico (LES), síndrome antifosfolípido, etc. Esta enfermedad ocurre primariamente adultos, con preferencia en mujeres entre la tercera y cuarta décadas de la vida.

La trombocitopenia genera en los pacientes una disminución o limitación de algunas actividades diarias de la vida cotidiana, lo cual puede repercutir en su calidad de vida, por lo antes mencionado se plantea la pregunta siguiente:

¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de Trombocitopenia del servicio de Hematología en el HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”?

JUSTIFICACIÓN

La trombocitopenia es una entidad que plantea interrogantes respecto a la calidad de vida de sus enfermos y la manera de mejorar ésta. Debido a que la trombocitopenia es un indicador que obedece a diversos tipos de patologías, las cuales son frecuentes en el Hospital General de zona No.8, la presente investigación surge como respuesta a la pregunta generada por tal realidad, ya que no se conocen estudios en nuestro medio que la resuelvan, y es por tal, que el objetivo del presente proyecto sea el identificar la calidad de vida de los pacientes con trombocitopenia en el HGZ 8. Se busca que al final de la realización de este proyecto, sea útil para los profesionales de la salud en cuanto al tema.

La Trombocitopenia es un tema investigado y estudiado a nivel internacional; es una de las causas de consulta hematológica no oncológica en el Servicio de Hematología, con un pronóstico generalmente favorable.

Los pacientes con trombocitopenias tienen un riesgo elevado de hematomas y de sangrados espontáneos, así mismo pacientes con un recuento de plaquetas menor al $30 \times 10^9/L$ tienen un riesgo elevado de sangrado serio o mortal (p. ej. Hemorragia intracraneal, sangrado de la mucosa, sangrado gastrointestinal bajo, otros sangrados internos y menorragia). Sin embargo, sangrados tan severos ocurren muy rara vez en pacientes con recuento de plaquetas por encima de $10 \times 10^9/L$. La edad parece ser un factor de riesgo independiente en la gravedad de los sangrados, siendo los pacientes mayores los que tienen un riesgo más elevado. Por ello, dada la importancia y el impacto en la calidad de vida de esta enfermedad, se realiza el presente trabajo.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de Trombocitopenia del servicio de Hematología en el HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

HIPOTESIS

Se realiza hipótesis descriptiva con fines de enseñanza.

Hipótesis nula.

H0: Los pacientes con diagnóstico de Trombocitopenia del servicio de Hematología en el HGZ/UMF No. 8 no tienen una buena calidad de vida.

Hipótesis alterna.

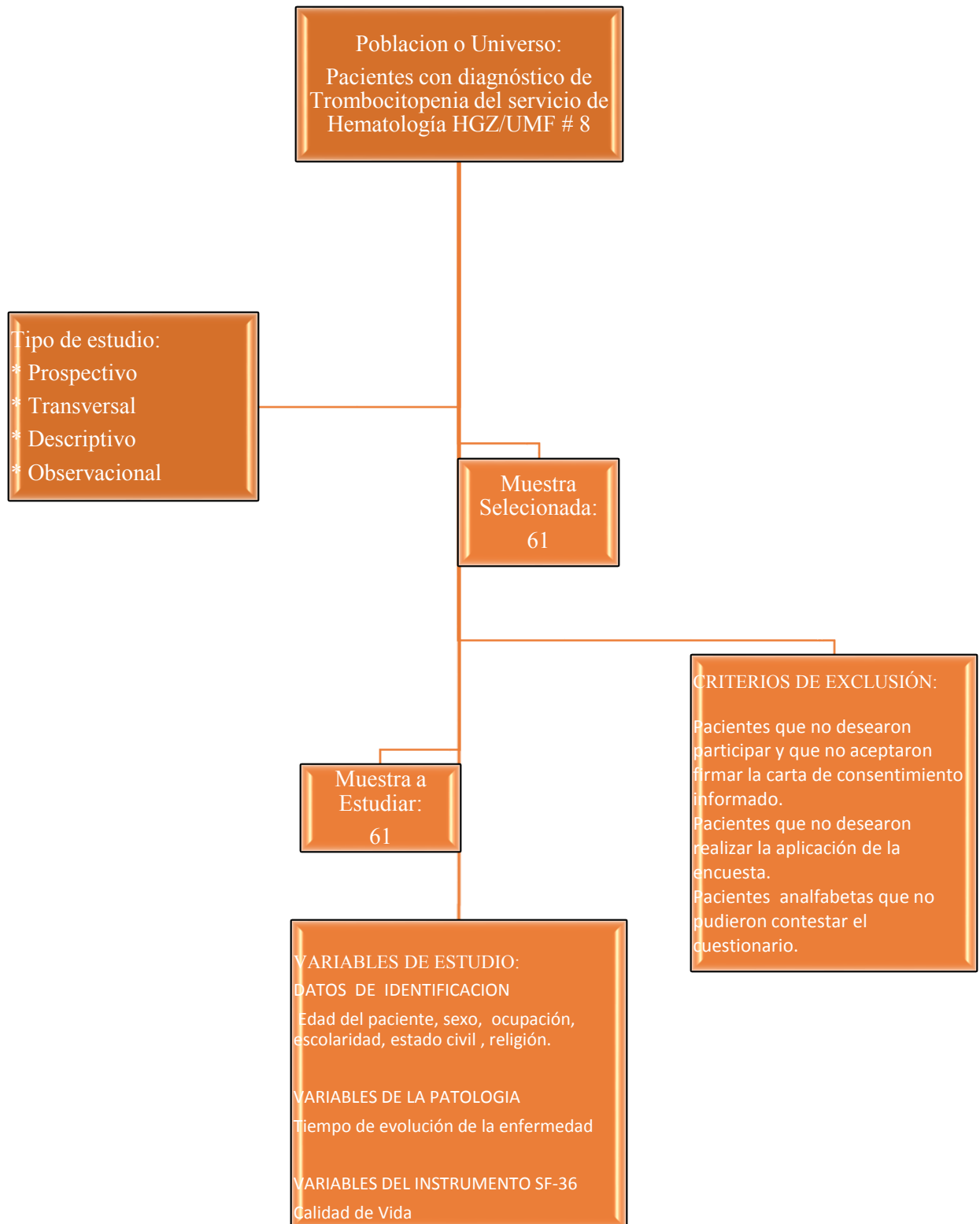
H1: Los pacientes con diagnóstico de Trombocitopenia del servicio de Hematología en el HGZ/UMF No.8 tienen una buena calidad de vida.

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

- a) Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: **PROSPECTIVO.**
- b) Según el número de una misma variable ó el periodo y secuencia del estudio: **TRANSVERSAL.**
- c) Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: **NO COMPARATIVO.**
- d) Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: **DESCRIPTIVO.**
- e) Según la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: **OBSERVACIONAL.**

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



Elaboró:
Rebolledo Gallardo Marlet Araceli

POBLACIÓN Ó UNIVERSO

El estudio se realizó con los pacientes de la consulta externa de Hematología del Hospital General de Zona y Unidad de Medicina Familiar No 8, en el Distrito Federal, México. Ésta es una población urbana.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN

La investigación se realizó en la consulta externa de Hematología del Hospital General de Zona y Unidad de Medicina Familiar No.8. En el Distrito Federal
Dirección: Río Magdalena # 289 Col. Tizapán San Ángel Tel. 5550-6422 Ext.1325 que se encuentra en el Distrito Federal de México. Se realizó en el 2013 -2014

MUESTRA

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo de una variable dicotómica, para población finita, fue de 61 pacientes con un intervalo de confianza de 95%. Con una proporción del 0.09. Amplitud total del intervalo de confianza 0.10.

DEFINICION DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

n= Número total de individuos requeridos.

N= Tamaño muestral

Z alfa= Valor correspondiente a la distribución de Gauss 1.96 para alfa=0.05 y 2.58 para alfa=0.01

p= Prevalencia esperada del parámetro a evaluar

q = 1 – p

i = Error que se prevé cometer

$$n = \frac{Z^2 (N) (p) (q)}{i^2 (N-1) + Z^2 (p) (q)}$$

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Paciente con diagnóstico confirmado de Trombocitopenia.
- Pacientes que pertenezcan al HGZ UF No. 8 que son regulares a su consulta.
- Pacientes que aceptaron entrar al estudio durante el periodo comprendido de marzo 2013-2014
- Mayor de 18 años y menor de 90 años.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Se excluyeron a aquellos pacientes que no desearon participar.
- Que no aceptaron firmar la carta de consentimiento informado.
- A quienes no desearon realizar la aplicación de la encuesta.
- Pacientes analfabetas que no pudieron contestar el cuestionario.
- Pacientes con alguna disminución de la agudeza visual.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que no completaron el cuestionario o dieron más de una respuesta en el instrumento aplicado.
- Que no son derechohabientes.

VARIABLES

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

- 1.- Edad del paciente
- 2.- Sexo del paciente
- 3.- Ocupación
- 4.- Escolaridad
- 5.- Estado civil
- 6.- Religión

VARIABLES DE LA PATOLOGÍA

- 7.- Tiempo de evolución de la enfermedad

VARIABLES DEL INSTRUMENTO SF-36

- 8.- Calidad de Vida

VARIABLE DEPENDIENTE

- Calidad de Vida

VARIABLE INDEPENDIENTE

- Trombocitopenia

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

Edad:	Número de años cumplidos
Sexo:	El género de un individuo (masculino o femenino)
Ocupación:	Es decir, trabajo asalariado, al servicio de un empleador.
Escolaridad:	Grado académico de estudios.
Estado civil:	Estado en que una persona se encuentra legalmente.
Religión:	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto.
Tiempo de evolución:	Tiempo transcurrido en años que ha portado la enfermedad a partir de su diagnóstico.
Calidad de vida:	Es la percepción de un individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones.
Trombocitopenia:	Se define como un descenso en la cifra de plaquetas por debajo de $150 \times 10^9/l$ según la definición clásica o $<100 \times 10^9/l$ en el último consenso internacional de expertos.

DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
EDAD	CUANTITATIVA	CONTINUA	AÑOS
SEXO	CUALITATIVA	NOMINAL	1= FEMENINO 2= MASCULINO
OCUPACIÓN	CUALITATIVA	NOMINAL	1= EMPLEADO 2= DESEMPLEADO
ESCOLARIDAD	CUALITATIVA	NOMINAL	1= PRIMARIA 2= SECUNDARIA 3= PREPARATORIA 4= LICENCIATURA 5= NINGUNA
ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	NOMINAL	1= SOLTERO 2= CASADO 3= DIVORCIADO 4= VIUDO 5= UNIO LIBRE 6= SEPARADO
RELIGIÓN	CUALITATIVA	NOMINAL	1=CON RELIGION 2=SIN RELIGION
TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD	CUALITATIVA	NOMINAL	1= 0 A 5 AÑOS 2= 6 A 10 AÑOS 3= MAS DE 10 AÑOS
CALIDAD DE VIDA SEGÚN SF 36	CUALITATIVA	NOMINAL	1=BUENA CALIDAD DE VIDA 2=MALA CALIDAD DE VIDA

Elaboró: Rebolledo Gallardo Marlet Araceli

DISEÑO ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 21 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza, se calcularon frecuencias y porcentajes. El tamaño de la muestra es representativa de una variable dicotómica, para población finita, con intervalo de confianza de 95%. Se calculó distribución de frecuencias.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

CUESTIONARIO SF-36 SOBRE EL ESTADO DE SALUD (SHORT-FORM, SF-36)

El Cuestionario SF-36 es uno de los instrumentos de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) más utilizados y evaluados. Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales.

El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. El cuestionario final cubre 8 escalas, que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento.

Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental.

El cuestionario está dirigido a personas de ≥ 14 años de edad y preferentemente debe ser autoadministrado, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal y telefónica.

Para su evaluación se han propuesto dos formas diferentes de puntuación:

1. El Rand Group estableció una graduación de las respuestas para cada tema desde 0 a 100. No todas las respuestas tienen el mismo valor, ya que depende del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta.
2. El Health Institute otorga diferentes pesos específicos a cada respuesta, según unos coeficientes que no siguen una distribución lineal.

Las características de las puntuaciones son como siguen:

- A) Los temas y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayor sean, mejor estado de salud.
- B) El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100.

Así pues, para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). En caso de que falte información, si se han contestado al menos el 50% de los ítems de una escala, los autores recomiendan sustituir cualquier ítem ausente por el promedio de los ítems completados de ésta. En caso contrario (más del 50% de ítems no contestados), la puntuación de dicha escala no se debería calcular.

Las puntuaciones de 0 a 100 de las escalas del SF-36 han sido ampliamente utilizadas y gozan de popularidad por la traducción directa de su máximo y su mínimo al mejor y el peor de los estados de salud posibles. Sin embargo, los autores proponen para las nuevas componentes sumario del SF-36 las puntuaciones basadas en normas, cuya principal ventaja es que los resultados son directamente interpretables respecto a la población de referencia. Así, puntuaciones superiores o inferiores a 50 indican mejor o peor estado de salud, respectivamente, que la media de la población de referencia.

METODO DE RECOLECCIÓN

Se aplicó de forma individual a los pacientes que asistieron a consulta médica de forma ordinaria, que aceptaron participar en la investigación de forma voluntaria, previo consentimiento informado, garantizando la confidencialidad de sus respuestas. Se proporcionó un tiempo de 30 minutos para la realización de la prueba del **CUESTIONARIO SF-36 SOBRE EL ESTADO DE SALUD (SHORT-FORM, SF-36)**, toda esta información se obtuvo en un plazo de 4 meses.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

CONTROL DE SESGOS DE INFORMACIÓN

- Se realizó una revisión sistemática de la literatura con resultados en la medicina basada en evidencia y con fuentes de información confiables.
- Las fuentes de información deben ser similares para todos los participantes.
- Los cuestionarios deben ser claros y bien estructurados.

CONTROL DE SESGOS DE SELECCIÓN

- Se evaluó cuidadosamente las implicaciones en la selección de los participantes para el estudio.
- Se utilizaron los mismos criterios cuando se seleccionaron las unidades de estudio.
- Se eligieron los grupos de estudio que son representativos de la población.

CONTROL DE SESGOS DE ANÁLISIS

- Se registró y analizó todos los datos obtenidos de los cuestionarios correctamente, excluyendo los cuestionarios que se encuentren sin concluir.
- Ser cautelosos en las interpretaciones de los datos recabados.
- Se verificó que el paciente supiera leer y escribir
- Que no fuera ayudado por terceras personas.
- Si existió dudas sobre alguna definición del instrumento, se utilizó un diccionario para disipar las dudas.
- Se corroboró que el instrumento no tuviera errores de redacción.



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
 DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
 JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
 HGZ/UMF No 8
 EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TITULO:
 Evaluación de la calidad de vida de los pacientes con Trombocitopenia del servicio de Hematología en el H.G.Z./U.M.F. 8
 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
2013-2014

ETAPAS DEL PROTOCO/ MES	MAR 2013	ABR 2013	MAY 2013	JUN 2013	JUL 2013	AGO 2013	SEP 2013	OCT 2013	NOV 2013	DIC 2013	ENE 2014	FEB 2014
IDEA A ESTUDIAR	X											
TITULO		X										
ANTECEDENTE (MARCO TEORICO)			X									
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA				X								
JUSTIFICACION				X								
OBJETIVOS					X							
HIPOTESIS					X							
MATERIAL Y METODOS						X						
TIPO DE ESTUDIO						X						
DISEÑO METODOLOGICO							X					
POBLACION (UNIVERSO DE LA MUESTRA)							X					
LUGAR Y TIEMPO DEL ESTUDIO								X				
TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA								X				
CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION								X				
VARIABLES									X			
DEFINICION OPERACIONAL Y CONCEPTUAL DE VARIABLES									X			
DISEÑO ESTADISTICO									X			
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS									X			
METODOS DE RECOLECCION DE DATOS									X			
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES										X		
RECURSOS FINANCIAMIENTO O Y FACTIBILIDAD										X		
CONSIDERACIONES ETICAS										X		
BIBLIOGRAFIA										X		
REPORTE DE PROTOCOLO DE INVESTIGACION											X	

2014-2015

FECHA	MAR 2014	ABR 2014	MAY 2014	JUN 2014	JUL 2014	AGO 2014	SEP 2014	OCT 2014	NOV 2014	DIC 2014	ENE 2015	FEB 2015
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO	X											
RECOLECCION DE DATOS	X	X	X	X								
ALMACENAMIENTO DE DATOS					X							
ANALISIS DE DATOS					X							
DESCRIPCION DE DATOS					X							
DISCUSIÓN DE DATOS						X						
CONCLUSION DEL ESTUDIO							X					
INTEGRACION Y REVICION FINAL								X				
REPORTE FINAL									X	X		
AUTORIZACIONES												
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												
PUBLICACION												

RECURSOS HUMANOS MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Se contó para la realización de esta tesis con recursos humanos a base de un investigador, además de los asesores. Dentro de los recursos materiales se utilizaron cuestionarios impresos suficientes para la muestra, lápices y borradores. Para la recolección y el análisis de los resultados se contó con un equipo de cómputo personal Toshiba con sistema operativo Windows 8.1, con el programa SPSS 21 para análisis estadístico y una memoria externa de 4 GB para el respaldo de la información. Los recursos físicos con los que se cuentan son las instalaciones de la consulta externa de Hematología HGZ/UMF No. 8 “Gilberto Flores Izquierdo”. Los gastos generados por esta investigación fueron solventados por el autor principal del estudio.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

- La presente de investigación obedece lo establecido en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, quien en sus primeros párrafos establece lo siguiente:
 1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo no debe ser aplicado sin considerar todos los otros párrafos pertinentes.
 2. Aunque la Declaración está destinada principalmente a los médicos, la AMM insta a otros participantes en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.
 3. El deber del médico es promover y velar por la salud de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
 4. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".
 5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos. Las poblaciones que están sobre presentadas en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.
 6. En investigación médica en seres humanos, el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses.
 7. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones actuales deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.
 8. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y necesitan protección especial. Estas incluyen a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos y a los que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida.

9. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.
- El reglamento de la Ley general de Salud en materia de investigación para la salud en México.
 - Así como la NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.
 - Se integra la carta de consentimiento informado de la tesis, Calidad de vida de los pacientes con Trombocitopenia del servicio de Hematología en el H.G.Z. /U.M.F. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, dentro de los anexos. (ANEXO 3)

RESULTADOS

- Se estudió 61 pacientes portadores de trombocitopenia en la consulta externa del servicio de Hematología del HGZ/UMF No. 8. En relación al sexo, del total de pacientes estudiados se encontró: 35 (57.4%) de sexo femenino, por otra parte, 26 (42.6%) corresponde al sexo masculino. (Ver tabla y gráfica 1)
- En relación a los datos obtenidos para la edad fueron: valor mínimo de 18 años, valor máximo de 86 años, la media de edad fue 48.5 años y desviación estándar de 18.44 años.
- Para el apartado de rango de edad, se obtuvieron los siguientes: 14 (23%) de 18-30 años, 11 (18%) 31-45 años, 21 (34.4%) de 46-60 años y 15 (24.6%) más de 60 años. (Ver tabla y gráfica 2)
- En el rubro de ocupación se observó que: 31 (50.8.4%) eran empleados y 30 (49.2%) desempleados (Ver tabla y gráfica 3)
- En cuanto a la escolaridad los resultados fueron: 18(29.5%) primaria, 11(18.0%) secundaria, 11(18.0%) preparatoria, 18(29.5%) licenciatura, 3 (4.9%) ninguna. (Ver tabla y gráfica 4)
- Los datos obtenidos en relación al estado civil corresponden los siguientes: 13 (21.3%) soltero, 32 (52.5%) casados, 5 (8.2%) divorciados, 6 (9.8%) viudos, 4 (6.6%) unión libre, 1 (1.6%) separados. (Ver tabla y gráfica 5)
- En relación a la religión se obtuvo: 57 (93.4%) con religión y 4 (6.6%) sin religión. (Ver tabla y gráfica 6)
- En el apartado tiempo de evolución se observó: 34 (55.7%) de 0-5 años, 16 (26.2%) 6-10 años, 11 (18.0%) más de 10 años. (Ver tabla y gráfica 7)
- De acuerdo al Cuestionario SF-36 (The Short Form-36) se obtuvo lo siguiente: 45 (73.8%) buena calidad de vida, 16 (26.2%) mala calidad de vida. (Ver tabla y gráfica 8)
- En el rubro de Sexo y Calidad de vida se encontró: sexo femenino, 22 (36.1%) con buena calidad de vida, 13 (21.3%) mala calidad de vida; por otra parte en sexo masculino, 23 (37.7%) con buena calidad de vida, 3 (4.9%) mala calidad de vida. (Ver tabla y gráfica 9)
- En el apartado de Edad en Rangos y Calidad de vida se observó: de 18-30 años 11 (18%) con buena calidad de vida, 3 (4.9%) mala calidad de vida; 31-45 años 8 (13.1%) buena calidad de vida, 3 (4.9%) con mala calidad de vida; 46-60 años 15 (24.6%) buena calidad de vida, 6 (9.8%) mala calidad de vida, más de 60 años 11 (18%) buena calidad de vida, 4(6.6%) con mala calidad de vida. (Ver tabla y gráfica 10)

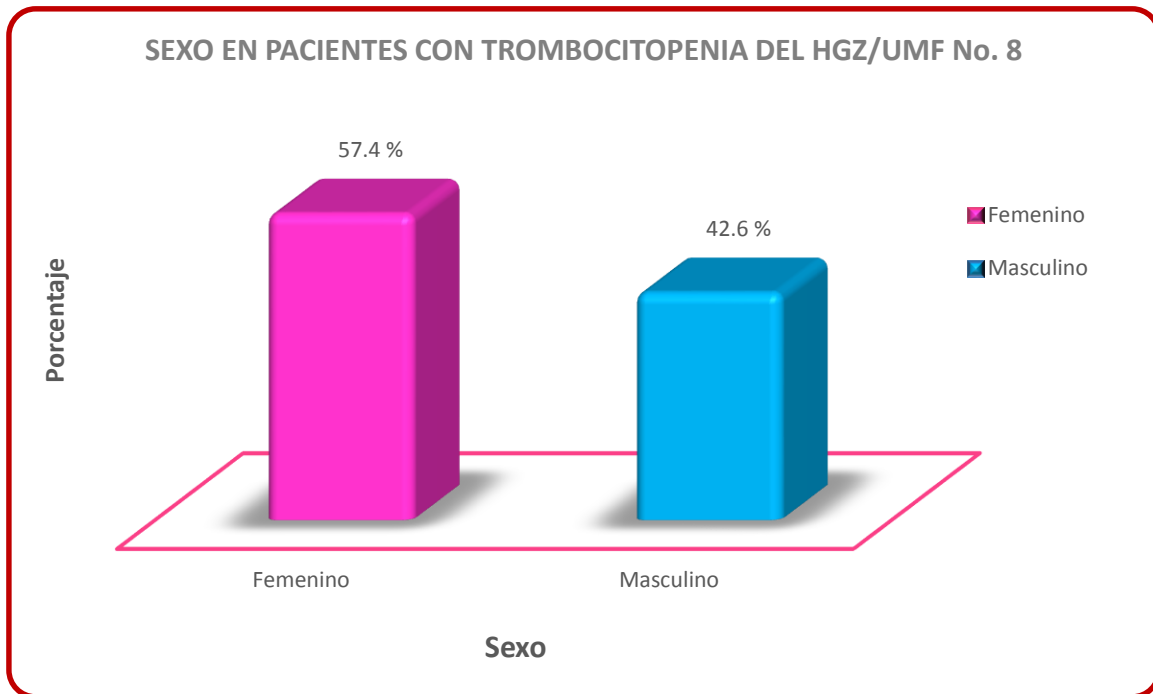
- En relación a la Ocupación y Calidad de vida se obtuvo: empleados 25 (41%) con buena calidad de vida, 6 (9.8%) mala calidad de vida. En tanto a los desempleados 20 (32.8%) con buena calidad de vida y 10 (16.4%) mala calidad de vida. (Ver tabla y gráfica 11)
- Lo obtenido en cuanto a la Escolaridad y Calidad de vida fue: primaria 12 (19.7%) con buena calidad de vida, 6 (9.8%) mala calidad de vida, en secundaria 9 (14.8%) con buena calidad de vida, 2 (3.3%) mala calidad de vida, preparatoria 8 (13.1%) con buena calidad de vida, 3 (4.9%) mala calidad de vida, licenciatura 13 (21.3%) con buena calidad de vida, 5 (8.2%) mala calidad de vida, ninguna 3 (4.9%) con buena calidad de vida. (Ver tabla y gráfica 12)
- De acuerdo al Estado Civil y Calidad de vida se obtuvieron los siguientes datos: en pacientes solteros 11 (18%) con buena calidad de vida, 2 (3.3%) mala calidad de vida, casados 24 (39.3%) con buena calidad de vida, 8 (13.1%) mala calidad de vida, divorciados 3 (4.9%) con buena calidad de vida, 2 (3.3%) mala calidad de vida, viudos 4 (6.6%) con buena calidad de vida, 2 (3.3%) mala calidad de vida, unión libre 2 (3.3%) con buena calidad de vida, 2 (3.3%) mala calidad de vida, y separados 1 (1.6%) con buena calidad de vida 0 (0%) mala calidad de vida. (Ver tabla y gráfica 13)
- La asociación de Religión y Calidad de vida fue la siguiente: con religión 41 (67.2%) buena calidad de vida, 16 (26.2%) mala calidad de vida. Por otro lado, en pacientes sin religión 4 (6.6%) con buena calidad de vida, 0 (0%) mala calidad de vida. (Ver tabla y gráfica 14)
- En el rubro Tiempo de evolución y Calidad de vida se observó: de 0-5 años 23 (37.7%) buena calidad de vida, 11 (18%) mala calidad de vida; 6-10 años 12 (19.7%) con buena calidad de vida, 4 (6.6%) mala calidad de vida y más de 10 años 10 (16.4%) con buena calidad de vida, 1 (1.6%) mala calidad de vida. (Ver tabla y gráfica 15)

Tabla. 1

SEXO EN PACIENTES CON TROMBOCITOPENIA DEL HGZ/UMF No. 8		
SEXO	Frecuencia	Porcentaje %
Femenino	35	57.4
Masculino	26	42.6
Total	61	100

Fuente: n=61 Rebolledo-G, Espinoza-A, Vilchis-C, Oropeza-M. Evaluación de la Calidad de Vida de los pacientes con Trombocitopenia del Servicio de Hematología en el H.G.Z./U.M.F. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Gráfica. 1



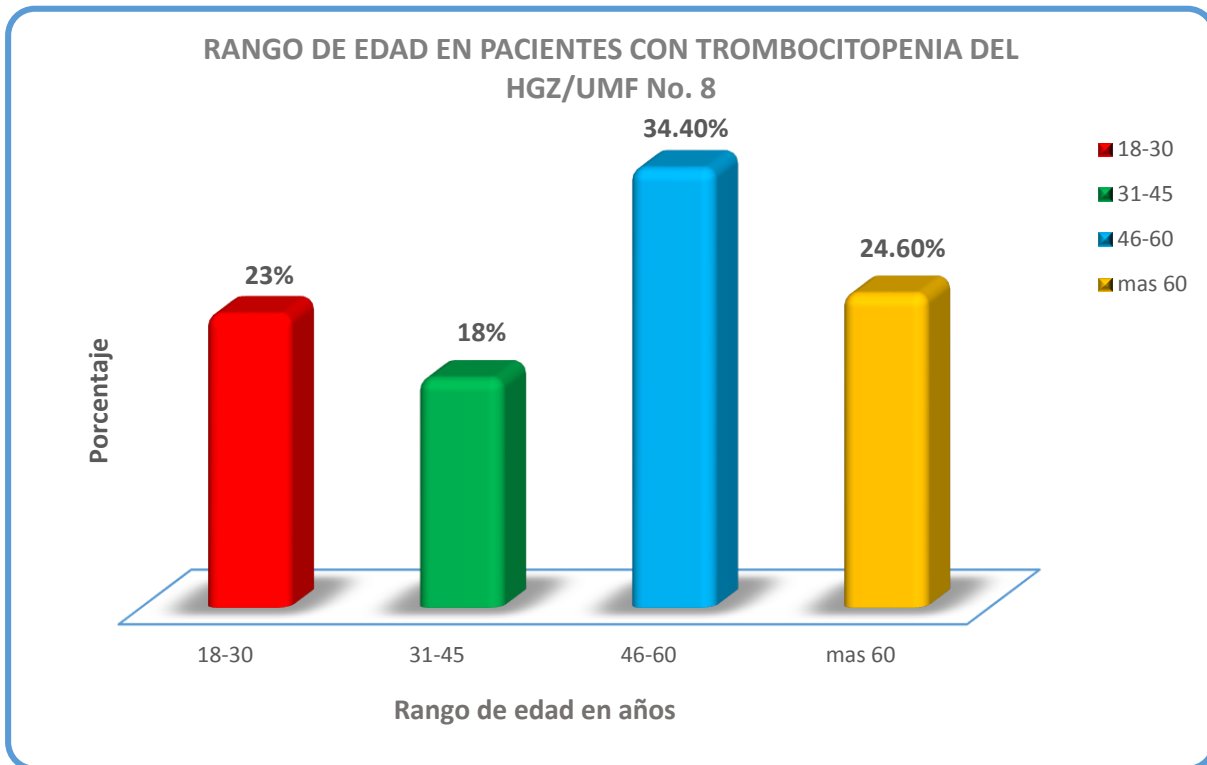
Fuente: n=61 Rebolledo-G, Espinoza-A, Vilchis-C, Oropeza-M. Evaluación de la Calidad de Vida de los pacientes con Trombocitopenia del Servicio de Hematología en el H.G.Z./U.M.F. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Tabla. 2

RANGO DE EDAD EN PACIENTES CON TROMBOCITOPENIA DEL HGZ/UMF No. 8		
RANGO DE EDAD	Frecuencia	Porcentaje %
18-30	14	23
31-45	11	18
46-60	21	34.4
mas 60	15	24.6
Total	61	100

Fuente: n=61 Rebolledo-G, Espinoza-A, Vilchis-C, Oropeza-M. Evaluación de la Calidad de Vida de los pacientes con Trombocitopenia del Servicio de Hematología en el H.G.Z./U.M.F. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Gráfica. 2



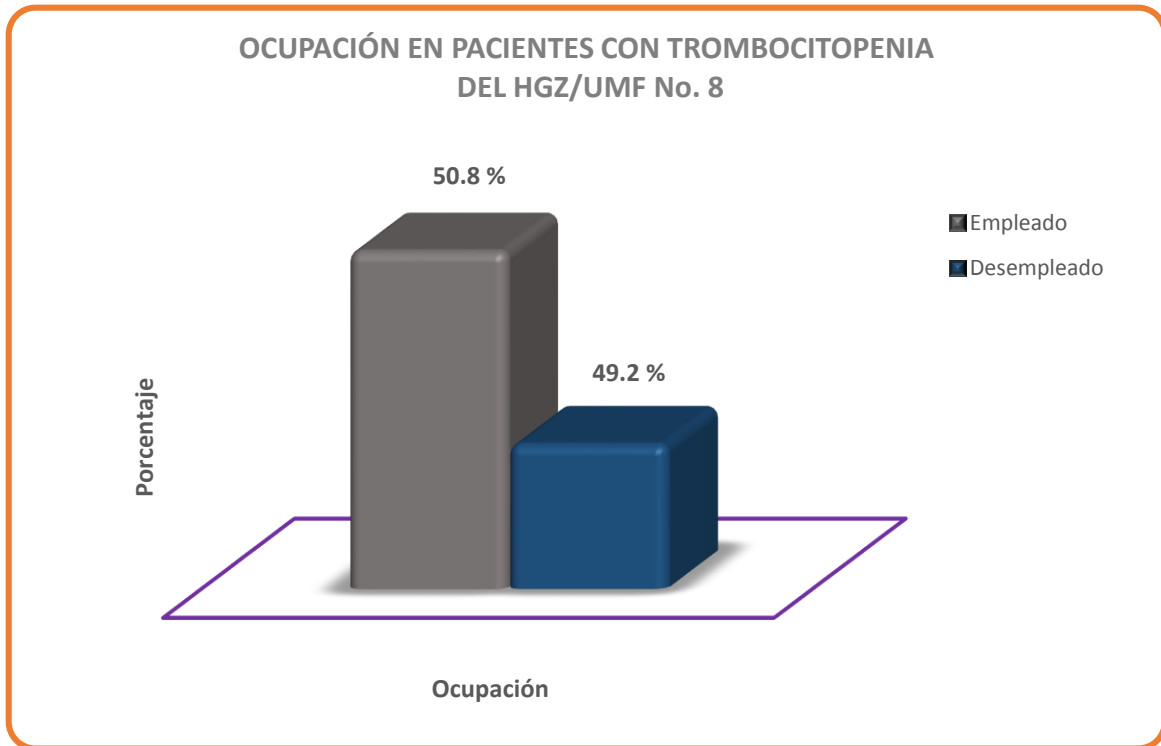
Fuente: n=61 Rebolledo-G, Espinoza-A, Vilchis-C, Oropeza-M. Evaluación de la Calidad de Vida de los pacientes con Trombocitopenia del Servicio de Hematología en el H.G.Z./U.M.F. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Tabla. 3

OCUPACIÓN EN PACIENTES CON TROMBOCITOPENIA DEL HGZ/UMF No. 8		
OCUPACIÓN	Frecuencia	Porcentaje %
Empleado	31	50.8
Desempleado	30	49.2
Total	61	100

Fuente: n=61 Rebolledo-G, Espinoza-A, Vilchis-C, Oropeza-M. Evaluación de la Calidad de Vida de los pacientes con Trombocitopenia del Servicio de Hematología en el H.G.Z./U.M.F. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Gráfica. 3



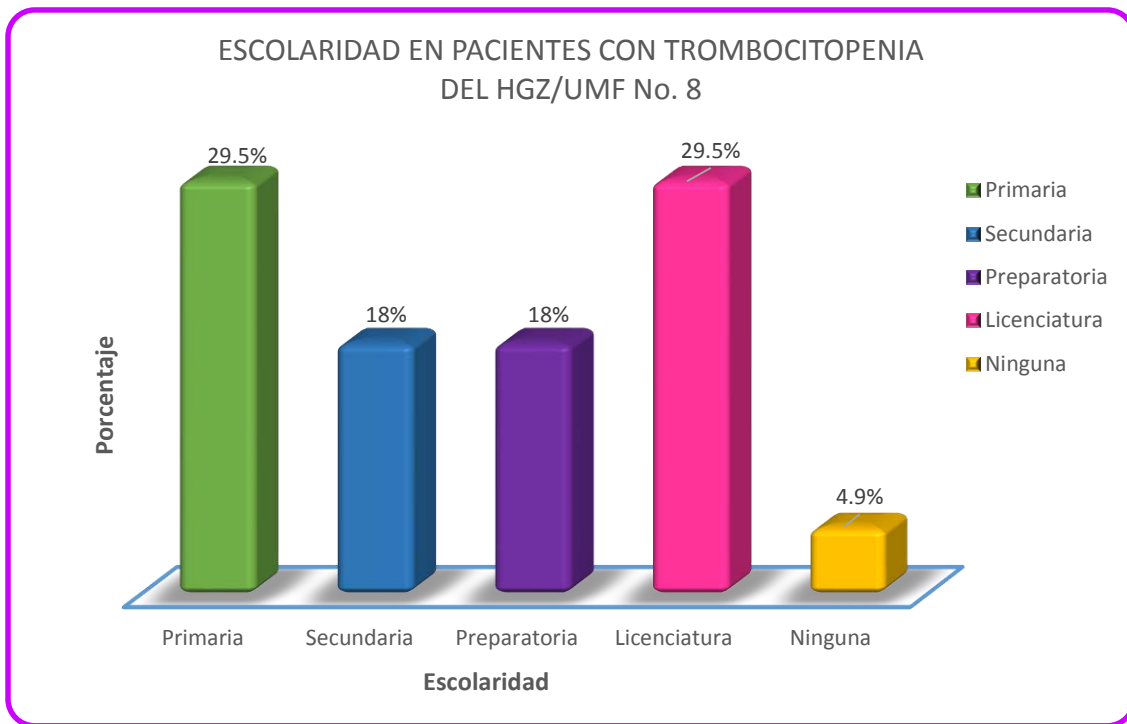
Fuente: n=61 Rebolledo-G, Espinoza-A, Vilchis-C, Oropeza-M. Evaluación de la Calidad de Vida de los pacientes con Trombocitopenia del Servicio de Hematología en el H.G.Z./U.M.F. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Tabla. 4

ESCOLARIDAD EN PACIENTES CON TROMBOCITOPENIA DEL HGZ/UMF No. 8		
ESCOLARIDAD	Frecuencia	Porcentaje %
Primaria	18	29.5
Secundaria	11	18.0
Preparatoria	11	18.0
Licenciatura	18	29.5
Ninguna	3	4.91
Total	61	100

Fuente: n=61 Rebolledo-G, Espinoza-A, Vilchis-C, Oropeza-M. Evaluación de la Calidad de Vida de los pacientes con Trombocitopenia del Servicio de Hematología en el H.G.Z./U.M.F. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Gráfica. 4



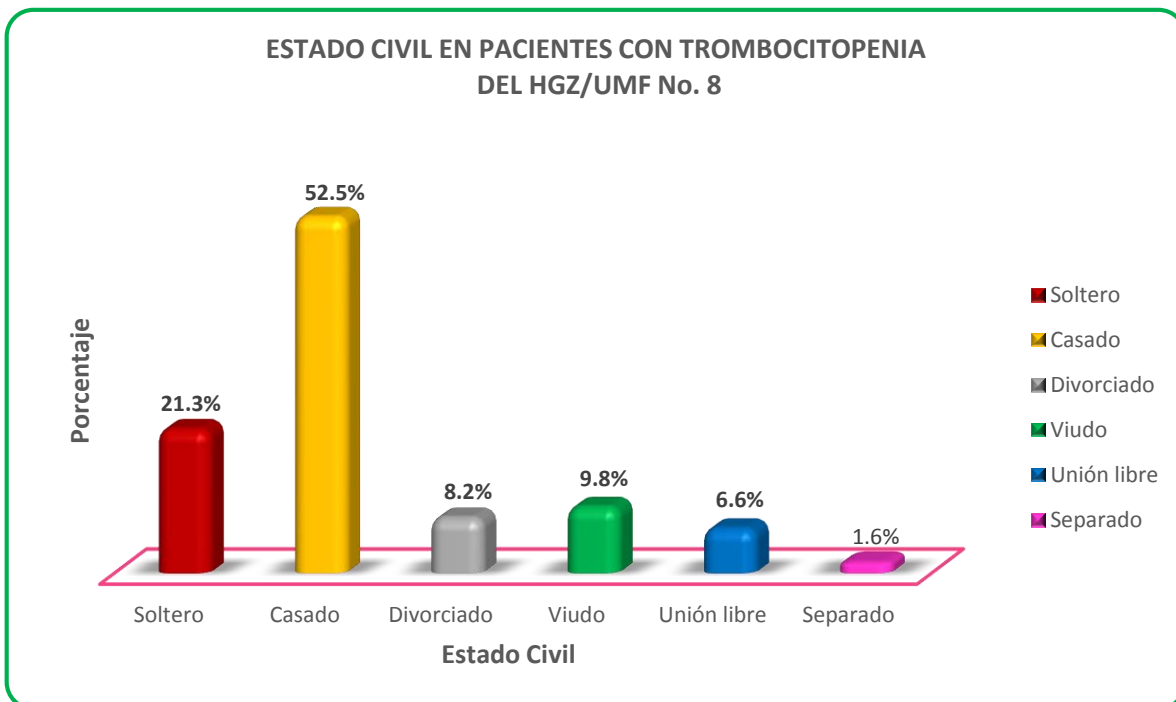
Fuente: n=61 Rebolledo-G, Espinoza-A, Vilchis-C, Oropeza-M. Evaluación de la Calidad de Vida de los pacientes con Trombocitopenia del Servicio de Hematología en el H.G.Z./U.M.F. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Tabla. 5

ESTADO CIVIL EN PACIENTES CON TROMBOCITOPENIA DEL HGZ/UMF No. 8		
ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje %
Soltero	13	21.3
Casado	32	52.5
Divorciado	5	8.2
Viudo	6	9.8
Unión libre	4	6.6
Separado	1	1.6
Total	61	100

Fuente: n=61 Rebolledo-G, Espinoza-A, Vilchis-C, Oropeza-M. Evaluación de la Calidad de Vida de los pacientes con Trombocitopenia del Servicio de Hematología en el H.G.Z./U.M.F. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Gráfica. 5



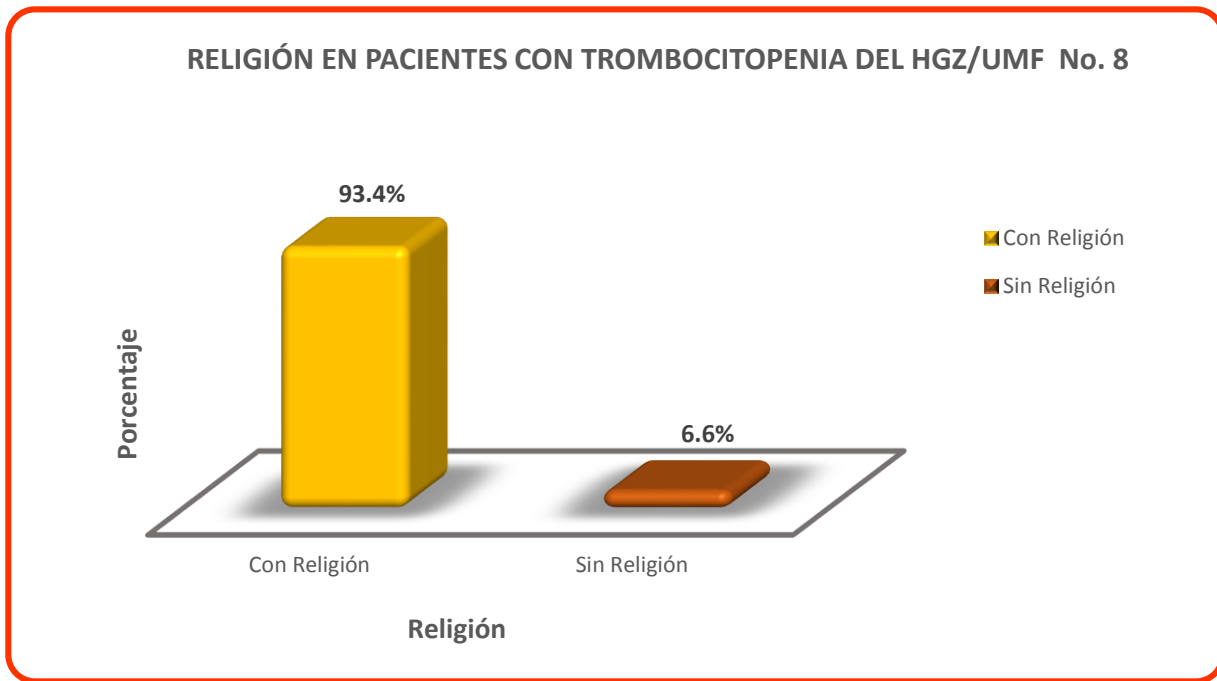
Fuente: n=61 Rebolledo-G, Espinoza-A, Vilchis-C, Oropeza-M. Evaluación de la Calidad de Vida de los pacientes con Trombocitopenia del Servicio de Hematología en el H.G.Z./U.M.F. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Tabla. 6

RELIGION EN PACIENTES CON TROMBOCITOPENIA DEL HGZ/UMF No. 8		
RELIGIÓN	Frecuencia	Porcentaje %
Con Religión	57	93.4
Sin Religión	4	6.6
Total	61	100

Fuente: n=61 Rebolledo-G, Espinoza-A, Vilchis-C, Oropeza-M. Evaluación de la Calidad de Vida de los pacientes con Trombocitopenia del Servicio de Hematología en el H.G.Z./U.M.F. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Gráfica. 6



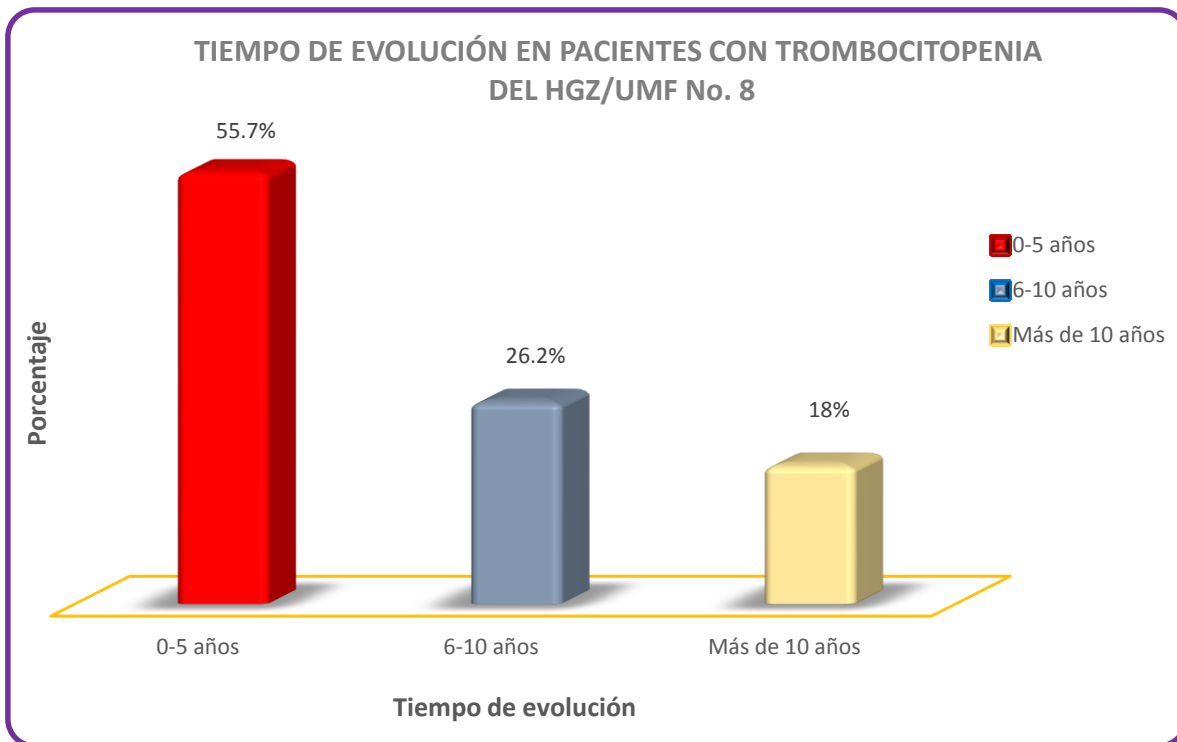
Fuente: n=61 Rebolledo-G, Espinoza-A, Vilchis-C, Oropeza-M. Evaluación de la Calidad de Vida de los pacientes con Trombocitopenia del Servicio de Hematología en el H.G.Z./U.M.F. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Tabla. 7

TIEMPO DE EVOLUCIÓN EN PACIENTES CON TROMBOCITOPENIA DEL HGZ/UMF No. 8		
TIEMPO DE EVOLUCIÓN	Frecuencia	Porcentaje %
0-5 años	34	55.7
6-10 años	16	26.2
Más de 10 años	11	18
Total	61	100

Fuente: n=61 Rebolledo-G, Espinoza-A, Vilchis-C, Oropeza-M. Evaluación de la Calidad de Vida de los pacientes con Trombocitopenia del Servicio de Hematología en el H.G.Z./U.M.F. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Gráfica. 7



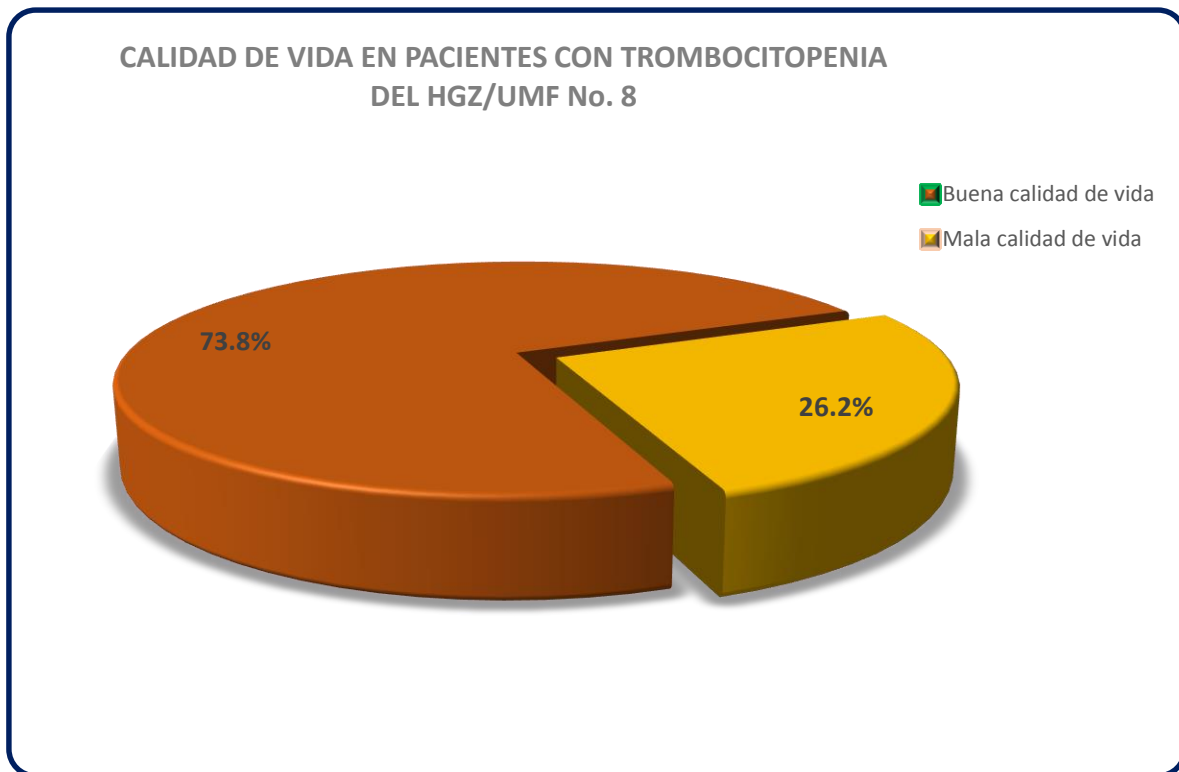
Fuente: n=61 Rebolledo-G, Espinoza-A, Vilchis-C, Oropeza-M. Evaluación de la Calidad de Vida de los pacientes con Trombocitopenia del Servicio de Hematología en el H.G.Z./U.M.F. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Tabla. 8

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TROMBOCITOPENIA DEL HGZ/UMF No. 8		
CALIDAD DE VIDA	Frecuencia	Porcentaje %
Buena calidad de vida	45	73.8
Mala calidad de vida	16	26.2
Total	61	100

Fuente: n=61 Rebolledo-G, Espinoza-A, Vilchis-C, Oropeza-M. Evaluación de la Calidad de Vida de los pacientes con Trombocitopenia del Servicio de Hematología en el H.G.Z./U.M.F. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Gráfica. 8



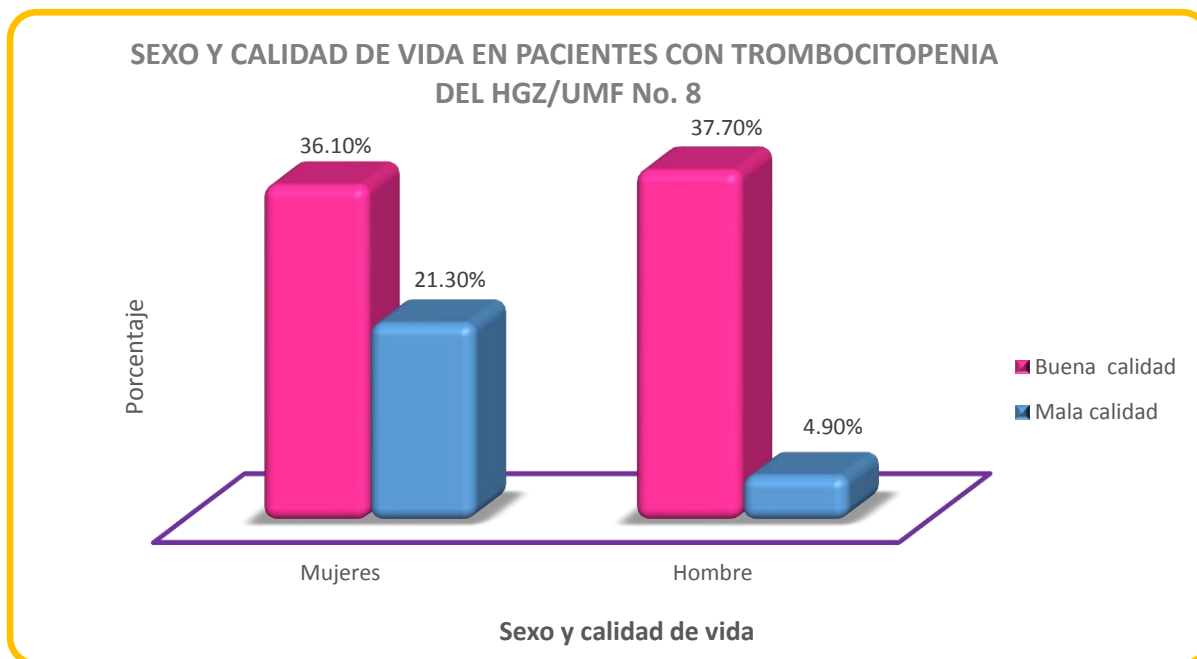
Fuente: n=61 Rebolledo-G, Espinoza-A, Vilchis-C, Oropeza-M. Evaluación de la Calidad de Vida de los pacientes con Trombocitopenia del Servicio de Hematología en el H.G.Z./U.M.F. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Tabla. 9

SEXO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TROMBOCITOPENIA DEL HGZ/UMF No. 8						
SEXO	Buena calidad		Mala calidad		Total	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Mujeres	22	36.10	13	21.30	35	57.40
Hombre	23	37.70	3	4.90	26	42.60
Total	45	73.80	16	26.20	61	100

Fuente: n=61 Rebolledo-G, Espinoza-A, Vilchis-C, Oropeza-M. Evaluación de la Calidad de Vida de los pacientes con Trombocitopenia del Servicio de Hematología en el H.G.Z./U.M.F. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Gráfica. 9



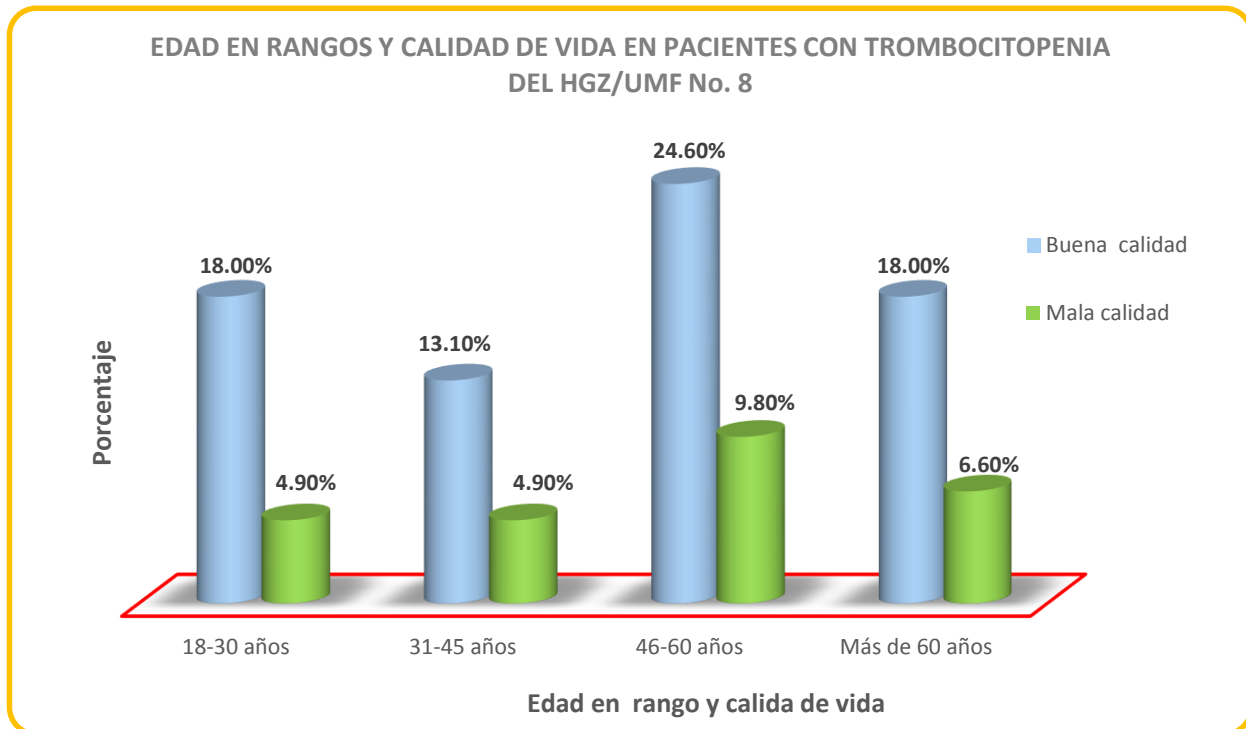
Fuente: n=61 Rebolledo-G, Espinoza-A, Vilchis-C, Oropeza-M. Evaluación de la Calidad de Vida de los pacientes con Trombocitopenia del Servicio de Hematología en el H.G.Z./U.M.F. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Tabla. 10

EDAD EN RANGO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TROMBOCITOPENIA DEL HGZ/UMF No. 8						
EDAD EN RANGO	Buena calidad		Mala calidad		Total	
	Frecuencia	Porcentaje%	Frecuencia	Porcentaje%	Frecuencia	Porcentaje%
18-30 años	11	18.00	3	4.90	14	23.00
31-45 años	8	13.10	3	4.90	11	18.00
46-60 años	15	24.60	6	9.80	21	34.40
Más de 60 años	11	18.00	4	6.60	15	24.60
Total	45	73.80	16	26.20	61	100

Fuente: n=61 Rebolledo-G, Espinoza-A, Vilchis-C, Oropeza-M. Evaluación de la Calidad de Vida de los pacientes con Trombocitopenia del Servicio de Hematología en el H.G.Z./U.M.F. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Gráfica. 10



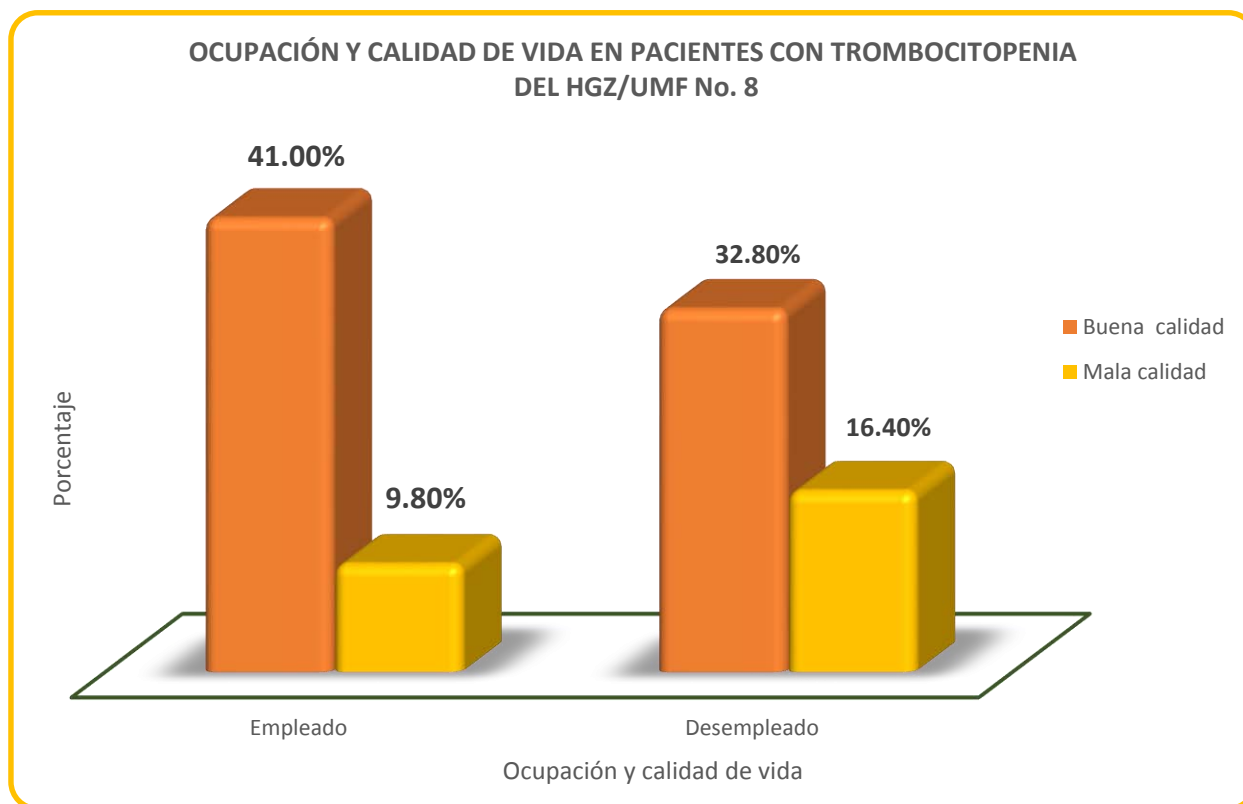
Fuente: n=61 Rebolledo-G, Espinoza-A, Vilchis-C, Oropeza-M. Evaluación de la Calidad de Vida de los pacientes con Trombocitopenia del Servicio de Hematología en el H.G.Z./U.M.F. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Tabla. 11

OCUPACIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TROMBOCITOPENIA DEL HGZ/UMF No. 8						
OCUPACIÓN	Buena calidad		Mala calidad		Total	
	Frecuencia	Porcentaje%	Frecuencia	Porcentaje%	Frecuencia	Porcentaje%
Empleado	25	41.00	6	9.80	31	58.80
Desempleado	20	32.80	10	16.40	30	49
Total	45	73.80	16	26.20	61	100

Fuente: n=61 Rebolledo-G, Espinoza-A, Vilchis-C, Oropeza-M. Evaluación de la Calidad de Vida de los pacientes con Trombocitopenia del Servicio de Hematología en el H.G.Z./U.M.F. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Gráfica. 11



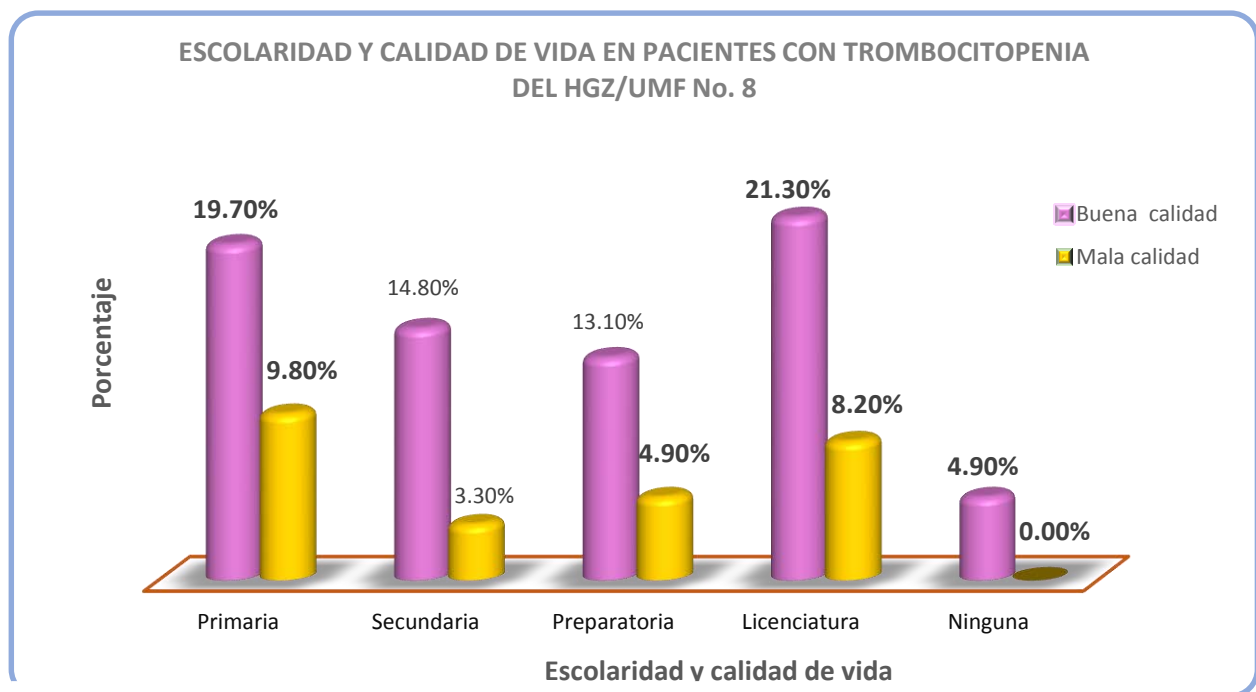
Fuente: n=61 Rebolledo-G, Espinoza-A, Vilchis-C, Oropeza-M. Evaluación de la Calidad de Vida de los pacientes con Trombocitopenia del Servicio de Hematología en el H.G.Z./U.M.F. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Tabla. 12

ESCOLARIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TROMBOCITOPENIA DEL HGZ/UMF No. 8						
ESCOLARIDAD	Buena calidad		Mala calidad		Total	
	Frecuencia	Porcentaje%	Frecuencia	Porcentaje%	Frecuencia	Porcentaje%
Primaria	12	19.70	6	9.80	18	29.50
Secundaria	9	14.80	2	3.30	11	18.00
Preparatoria	8	13.10	3	4.90	11	18.00
Licenciatura	13	21.30	5	8.20	18	29.50
Ninguna	3	4.90	0	0.00	3	4.90
Total	45	73.80	16	26.20	61	100

Fuente: n=61 Rebolledo-G, Espinoza-A, Vilchis-C, Oropeza-M. Evaluación de la Calidad de Vida de los pacientes con Trombocitopenia del Servicio de Hematología en el H.G.Z./U.M.F. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2105.

Gráfica. 12



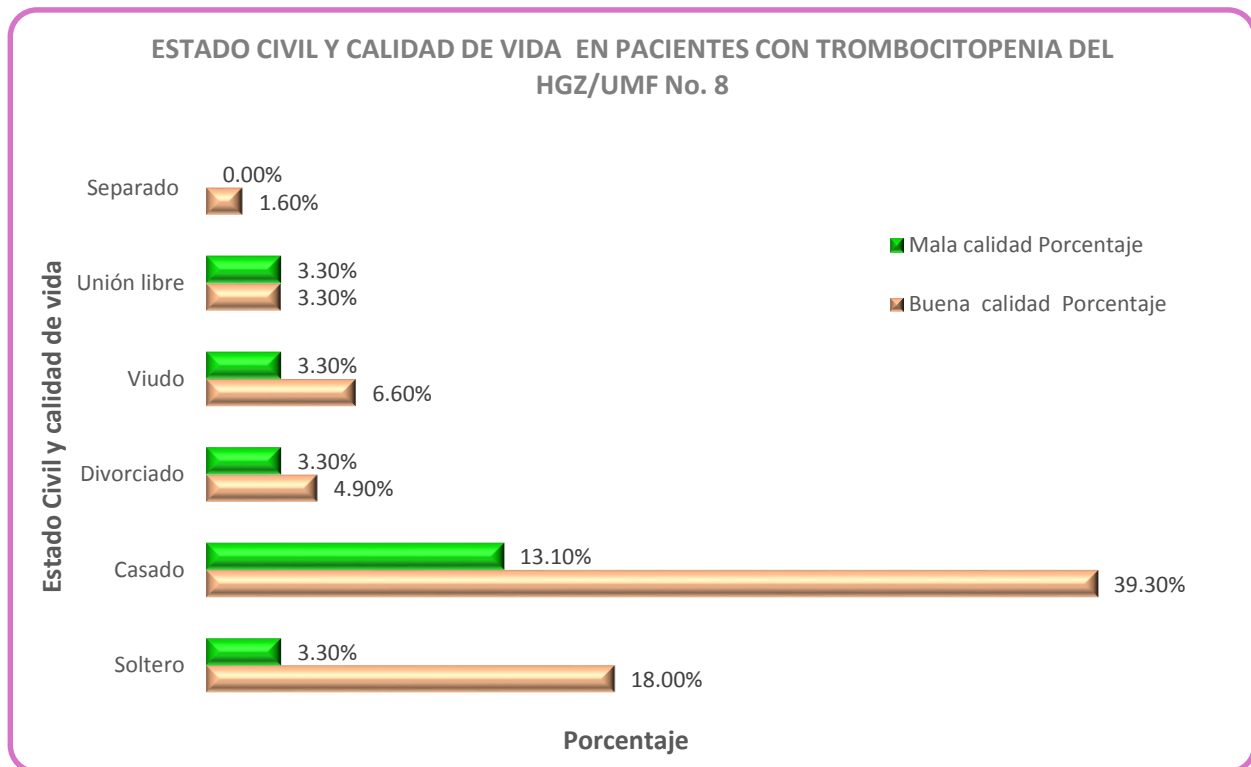
Fuente: n=61 Rebolledo-G, Espinoza-A, Vilchis-C, Oropeza-M. Evaluación de la Calidad de Vida de los pacientes con Trombocitopenia del Servicio de Hematología en el H.G.Z./U.M.F. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Tabla. 13

ESTADO CIVIL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TROMBOCITOPENIA DEL HGZ/UMF No. 8						
ESTADO CIVIL	Buena calidad		Mala calidad		Total	
	Frecuencia	Porcentaje%	Frecuencia	Porcentaje%	Frecuencia	Porcentaje%
Soltero	11	18.00	2	3.30	13	21.30
Casado	24	39.30	8	13.10	32	52.50
Divorciado	3	4.90	2	3.30	5	8.20
Viudo	4	6.60	2	3.30	6	9.80
Unión libre	2	3.30	2	3.30	4	6.60
Separado	1	1.60	0	0.00	1	1.60
Total	45	73.80	16	26.20	61	100

Fuente: n=61 Rebolledo-G, Espinoza-A, Vilchis-C, Oropeza-M. Evaluación de la Calidad de Vida de los pacientes con Trombocitopenia del Servicio de Hematología en el H.G.Z./U.M.F. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Gráfica. 13



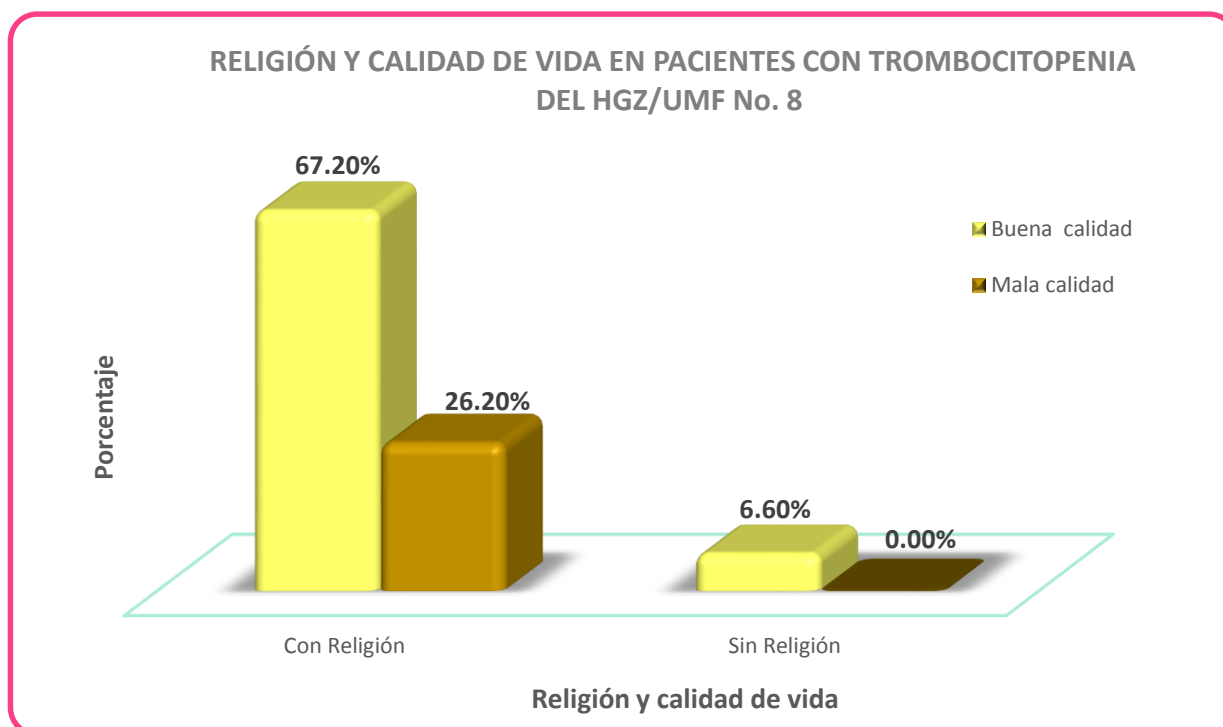
Fuente: n=61 Rebolledo-G, Espinoza-A, Vilchis-C, Oropeza-M. Evaluación de la Calidad de Vida de los pacientes con Trombocitopenia del Servicio de Hematología en el H.G.Z./U.M.F. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Tabla. 14

RELIGIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TROMBOCITOPENIA DEL HGZ/UMF No. 8						
RELIGIÓN	Buena calidad		Mala calidad		Total	
	Frecuencia	Porcentaje%	Frecuencia	Porcentaje%	Frecuencia	Porcentaje%
Con Religión	41	67.20	16	26.20	57	93.40
Sin Religión	4	6.60	0	0.00	4	6.60
Total	45	73.80	16	26.20	61	100

Fuente: n=61 Rebolledo-G, Espinoza-A, Vilchis-C, Oropeza-M. Evaluación de la Calidad de Vida de los pacientes con Trombocitopenia del Servicio de Hematología en el H.G.Z./U.M.F. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Gráfica. 14



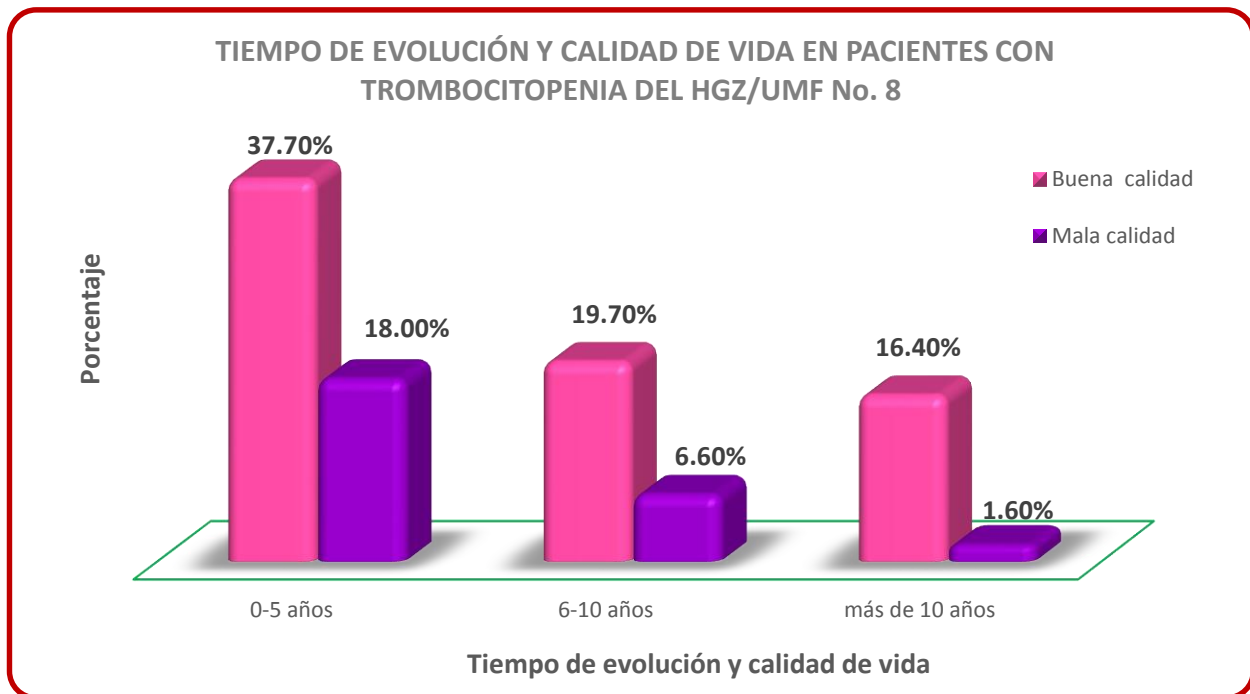
Fuente: n=61 Rebolledo-G, Espinoza-A, Vilchis-C, Oropeza-M. Evaluación de la Calidad de Vida de los pacientes con Trombocitopenia del Servicio de Hematología en el H.G.Z./U.M.F. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Tabla. 15

TIEMPO DE EVOLUCIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TROMBOCITOPENIA DEL HGZ/UMF No. 8						
TIEMPO DE EVOLUCIÓN	Buena calidad		Mala calidad		Total	
	Frecuencia	Porcentaje%	Frecuencia	Porcentaje%	Frecuencia	Porcentaje%
0-5 años	23	37.70	11	18.00	34	55.70
6-10 años	12	19.70	4	6.60	16	26.20
más de 10 años	10	16.40	1	1.60	11	18.00
Total	45	73.80	16	26.20	61	100.00

Fuente: n=61 Rebolledo-G, Espinoza-A, Vilchis-C, Oropeza-M. Evaluación de la Calidad de Vida de los pacientes con Trombocitopenia del Servicio de Hematología en el H.G.Z./U.M.F. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Gráfica. 15



Fuente: n=61 Rebolledo-G, Espinoza-A, Vilchis-C, Oropeza-M. Evaluación de la Calidad de Vida de los pacientes con Trombocitopenia del Servicio de Hematología en el H.G.Z./U.M.F. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

DISCUSIÓN

En el estudio realizado por Jaime-Pérez José Carlos, et al. “Evaluación de la calidad de vida en pacientes del Noreste de México con enfermedades hematológicas” (2011) en México, se han reportado limitaciones en la calidad de vida en un 18% por el impacto psicológico y en las actividades diarias provocadas por las hemorragias; en tanto en nuestro estudio, se encontró pacientes con buena calidad de vida en un 73.8% y con mala calidad de vida 26.2%; haciendo una comparación de ambos resultados se puede observar una mejor calidad de vida en nuestra investigación, lo cual puede deberse a la percepción que tienen de su salud la población estudiada, ya que ésta varía ampliamente de unos pacientes a otros, desde la importancia que conceden a poder llevar a cabo una actividad deportiva, poder viajar o a intereses menos activos, éstas preferencias tienen un papel significativo en las decisiones terapéuticas individualizadas.

En cuanto al género, en el estudio realizado por Bertrand Godeau, et al. “Rituximab efficacy and safety in adult splenectomy candidates with chronic immune thrombocytopenic: results of a prospective multicenter phase 2 study” (2008) Washington DC, se encontró que en la relación hombre-mujer hay predominio en cuanto al sexo femenino 67%; en nuestra investigación se obtuvo un predominio de mujeres 57.4%, por lo que podemos decir, que en la información que se obtuvo, la mayor frecuencia es del sexo femenino, con una diferencia de un 10%, cumpliendo aun así con las características propias establecidas para esta entidad, tanto de la literatura nacional como internacional.

De acuerdo a la Guía de Práctica Clínica de Gutiérrez Espíndola G., Oropeza Martínez Patricia, et al. Diagnóstico y Tratamiento de Trombocitopenia Inmunológica (2008) México, en adultos la relación mujer-hombre es de 3:1, en cambio, en nuestro estudio encontramos una relación mujer-hombre de 1:0.7, al comparar ambos resultados podemos señalar que existe diferencia en esta relación, debido al tipo de población y al tamaño de la muestra estudiada, aun así respetando que la mayor frecuencia es en el sexo femenino como se describe en otros estudios.

Cabe mencionar que esta patología la podemos encontrar en pacientes a cualquier edad. En relación a ésta, la investigación realizada por Camelo C. Stevan J. et al “Trombocitopenia: Frecuencia de enfermedades en el servicio de medicina interna” (2012) Colombia, obtuvo que en el rango de mayores de 50 años existe una mayor frecuencia de 52.70 %, en cuanto a nuestro estudio se encontró que existe un predominio en el rango de edad 46-60 años en un 34.4%, cabe mencionar que existe una relación en cuanto a los resultados obtenidos en el rango de edad, esto puede deberse a que la mayoría de la población estudiada presenta una Trombocitopenia crónica y su diagnóstico es tardío ya que en algunos o en la mayoría de los casos llega a ser asintomático por mucho tiempo. De esta manera lo obtenido en este estudio concuerda con lo escrito en la literatura internacional, en donde hay un predominio en esta misma categoría, secundario a la cronicidad de la patología.

Entre los alcances podemos mencionar, que el presente estudio es uno de los primeros relacionados con el impacto en la calidad de vida en esta entidad, encontrando en nuestra investigación una buena calidad de vida en los pacientes, así mismo para aquellos pacientes con una mala calidad de vida, realizar acciones preventivas para otras comorbilidades, crear grupos de ayuda y evaluar sus redes de apoyo, para así detectar en donde se encuentra el problema de su situación actual. Podemos señalar que la calidad de vida debe ser un aspecto importante a tener en cuenta, ya que esta influye de manera importante para su evolución y tratamiento.

Entre las limitaciones que se encontraron en esta investigación se pueden mencionar, que actualmente se dispone de datos limitados sobre la evaluación de la calidad de vida en los pacientes adultos con Trombocitopenia, el estudio solo se centró en los pacientes que acudieron al servicio de Hematología del HGZ/UMF No. 8, basada en población finita, además de que la población estudiada fue pequeña debido a la prevalencia de la enfermedad, así como las circunstancias en que se tomó la muestra, lo que dificulta hasta cierto grado la aplicación de la encuesta.

Uno de los sesgos encontrados fue, que no se tomó en cuenta la última cifra de plaquetas en los pacientes, lo que hubiera sido de gran utilidad en el estudio para evaluar la calidad de vida en relación a su cuantificación de plaquetas y así enriquecer los resultados que se obtuvieron.

La presente investigación resulta de gran utilidad para la práctica clínica en la consulta de medicina familiar, ya que es de vital importancia para los profesionales de la salud conocer las diferentes tipos de patologías que cursan con trombocitopenia para así tener una mayor habilidad en el abordaje, diagnóstico, tratamiento y con esto ayudar para su derivación oportuna a otro nivel de atención y no llegar a complicaciones graves a las que se ven involucrados aquellos pacientes con recuento de plaquetas muy bajos que hubieran podido ser abordados desde un punto de vista diferente, evitando desenlaces no deseados, ya que la enfermedad se encuentra sub diagnosticada en nuestra población y con frecuencia se ignora la sintomatología referida por los pacientes.

Desde el punto de vista educativo se demuestra la utilidad de la revisión bibliográfica, para obtener las actualizaciones necesarias sobre esta patología y llevarlo a cabo en la práctica como Médico Familiar; así como la aplicación y evaluación correcta del instrumento, que cabe señalar es un cuestionario genérico para la medida de la CVRS, el Cuestionario SF-36 (The Short Form-36), el cual proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población en general.

En el área de investigación será valioso continuar con esta línea de estudio, ya que en la realización de futuras investigaciones en temas relacionados a la hematología, nos permitirá obtener información útil para la práctica médica y así poder realizar un abordaje integral y poder decidir la terapéutica más adecuada en relación con sus comorbilidades, e identificar datos tempranos de esta y otras patologías.

En cuanto al aspecto administrativo el tener conocimiento de esta patología, inicialmente evitaríamos complicaciones las cuales representan un alto costo a nivel institucional por el manejo que se establece, y con un abordaje oportuno disminuiríamos dichos costos ya que no se solicitarían estudios y métodos invasivos innecesarios para su diagnóstico y tratamiento adecuado a largo plazo.

CONCLUSIONES

En la presente investigación, se cumplió el objetivo de estudio al evaluar la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de Trombocitopenia del servicio de Hematología en el HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, encontrando de acuerdo al Cuestionario SF-36 (The Short Form-36) a 73.8% con buena calidad de vida. Este objetivo se cumplió, ya que se tuvo la disponibilidad de los pacientes que se incluyeron en la muestra, proporcionando la información necesaria para este estudio. Esta enfermedad ocurre primariamente adultos, con preferencia en mujeres entre la tercera y cuarta décadas de la vida, así mismo genera en los pacientes una disminución o limitación de algunas actividades diarias de la vida cotidiana, lo cual puede repercutir en su calidad de vida.

Con base en los resultados obtenidos en esta investigación, se acepta la hipótesis alterna y se descarta la hipótesis nula, concluyéndose que los pacientes con diagnóstico de Trombocitopenia del servicio de Hematología tienen una buena calidad de vida, esto depende del tipo de población la cual se estudió, ya que pertenece a un área urbana en donde se tiene más acceso a información y tratamiento especializado, así como la infraestructura y medios necesarios para su diagnóstico oportuno, lo que resulta de gran importancia para su evolución y percepción de la enfermedad.

El diagnóstico de trombocitopenia fue más frecuente en el sexo femenino; sin embargo, la diferencia entre mujeres y hombres en cuanto a porcentaje fue pequeña, por lo cual no existe una diferencia. Así mismo cabe señalar que se encontró mayor frecuencia al sexo masculino en más de un tercio de la población con buena calidad de vida, en comparación al sexo femenino con más de la tercera parte que obtuvo buena calidad de vida.

Con lo obtenido en nuestro estudio, podemos señalar que en base al tiempo de evolución encontramos buena calidad de vida con mayor frecuencia en los pacientes de 0-5 años del diagnóstico de la patología en más de una tercera parte y un casi un veinte por ciento con mala calidad en el mismo rubro. Lo cual puede traducirse a la poca información que existe sobre la enfermedad y los pacientes no llegan a visualizar las complicaciones que pueden existir a largo plazo.

En el rango de 46-60 años encontramos cerca de una tercera parte con buena calidad de vida, en este mismo rubro existe una mayor frecuencia en cuanto a la percepción de mala calidad de vida en un diez por ciento. Cabe señalar que este rango edad es la más susceptible para para esta entidad coincidiendo con la literatura, sin embargo es importante mencionar el alto porcentaje que percibe su calidad de vida como mala, ya que esto influye en su evolución, podría deberse a la carga de trabajo y en algunos casos a las comorbilidades de cada paciente.

La ocupación también juega un papel importante en la percepción de la calidad de vida ya que cerca de la mitad tienen buena calidad de vida, así mismo encontramos que casi un veinte por ciento de desempleados reflejan una mala calidad de vida.

Los resultados obtenidos en esta investigación, señalan que existe mejor calidad de vida en los pacientes con nivel de estudios de licenciatura y mala calidad de vida de los que tienen primaria, por lo que podemos decir, que el nivel de estudios es un factor protector para la percepción de la calidad de vida en el tipo de población estudiada, ya que se encuentra en un área urbana con mayor acceso a información.

Existe una mayor frecuencia en pacientes casados con buena calidad de vida en más de la tercera parte de los pacientes, pero también encontramos que en este mismo rubro, podemos decir que el estar casado condiciona a una mejor percepción de su salud, ya que se cuenta con mejores redes de apoyo, así como estabilidad emocional y económica.

Para quien desee continuar sobre esta línea de investigación, el presente estudio puede servir de modelo para otros posteriores a mediano o largo plazo, que incluyan un tamaño de muestra mayor para este padecimiento hematológico, que a su vez facilite el análisis estadístico sólido y la intervención oportuna mediante terapia psicológica o medicamentosa, además del tratamiento convencional.

Así mismo se propone realizar un estudio en donde se evalúen cada una de las dimensiones que forman parte del instrumento utilizado, Cuestionario SF-36 (The Short Form-36) como son: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental, para así enriquecer los resultados obtenidos en la presente investigación.

Durante el transcurso y revisión de ésta investigación se encontró otro cuestionario para evaluar la calidad de vida de pacientes con trombocitopenia inmunológica ITP-PAQ (ITP-patient administered questionnaire) (PAQ) para adultos, sin embargo, no se cuenta con literatura que lo validen en nuestro país. Lo que resulta de gran importancia para estudios posteriores, para así realizar una investigación con un instrumento específico para esta patología.

Cabe mencionar que la importancia de esta investigación para la evaluación de la CVRS radica en la necesidad de obtener, mediante otro tipo de resultados que no sean los resultados clínicos tradicionales, el impacto de la patología en la vida diaria del paciente, también es importante para analizar las posibles diferencias entre tratamientos, lo cual es de mucha utilidad para el área asistencial.

Faltan más estudios por realizar, ya que este signo clínico obedece al igual a factores epidemiológicos por lo cual es necesario revisar su comportamiento en otras poblaciones. Como se mencionó en esta investigación la calidad de vida del paciente debe ser un aspecto importante a tener en cuenta, ya que es un buen parámetro de eficacia y bondad para la elección de la terapia individualizada.

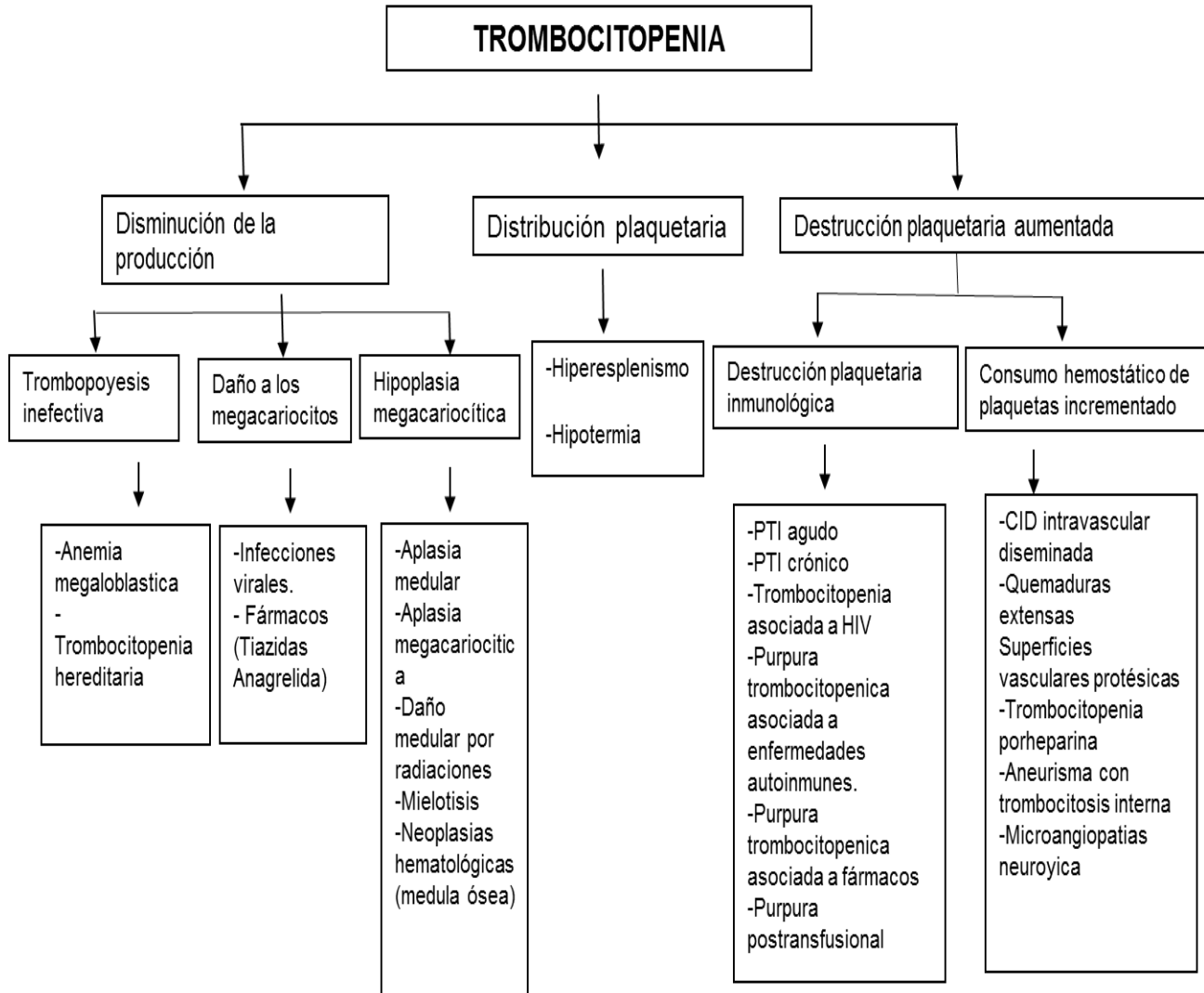
BIBLIOGRAFÍA

1. Aguirre Astigarraga. Actualización sobre trombocitopenias y trombocitopenia inmune primaria, Bol. S Vasco-Nav Pediatr 2012; vol. 44.
2. Campuzano Maya Germán, Evaluación del paciente con trombocitopenia, Medicina & Laboratorio, Volumen 13, números 9-10, 2007.
3. Toneguzzo Janina, et al. Trastornos plaquetarios, Publicación digital de la 1ra Cátedra de Clínica Médica y Terapéutica y la Carrera de Posgrado de especialización en Clínica Médica, 2009.
4. Camelo c. Stevan, j. Calderón v. Arturo, Trombocitopenia: frecuencia de enfermedades en el servicio de medicina interna.
5. Campuzano Maya Germán, Trombocitopenia: más importante que encontrarla es saber porqué se presenta, Medicina & Laboratorio, Volumen 14, números 9-10, 2007.
6. Aerts Erik, et al. Trombocitopenia inmune, una guía práctica, European Group for Blood and Marrow Transplantation, 2011.
7. Arbesu Guillermo, et al, Purpura Trombocitopénica Idiopática, Guía diagnostico terapéutica 2010.
8. Gutiérrez Espindola G., Oropeza Martínez P., et al. Guía de Práctica Clínica, Diagnostico y Tratamiento de Purpura Trombocitopénica Inmunológica, México, Secretaria de Salud, 2008.
9. Gutiérrez Espindola G., Oropeza Martínez P., et al. Guía de Referencia Rápida, Diagnostico y Tratamiento de Purpura Trombocitopénica Inmunológica, México, Secretaria de Salud, 2008.
10. Arnold et al, Macmillan et al, Guía Práctica para manejo de purpura trombopénica autoinmune (PTI) en adultos, 2007.
11. Sanz Alonso M., et al. Directrices de diagnostico, tratamiento y seguimiento de la PTI. Madrid 2011.
12. Cindy Neunert, Wendy Lim, et al. Evidence-based practice guideline for immune thrombocytopenia, The American Society of Hematology, Washington DC, 2011.
13. Canché Arenas Ariana, Salcido de Pablo Pamela, et al. Actualidades en el tratamiento de la púrpura trombocitopénica idiopática, Medicina Interna de México Volumen 28, núm. 2, marzo-abril 2012.
14. E. Monteagudoa, R. Fernández-Delgado, et al. Protocolo de estudio y tratamiento de la trombocitopenia inmune primaria, España 2010.
15. Flores López Alonso, Orna Montero Elisa, Tratamiento de la púrpura trombocitopénica inmune del adulto, Rev. Hematológica Mex. 2010.

16. Guzmán Mejía José Ignacio, Guía de práctica clínica, Esplenectomía; México, Secretaría de Salud; 2010.
17. Bertrand Godeau, Raphael Porcher, et al. Rituximab efficacy and safety in adult splenectomy candidates with chronic immune thrombocytopenic purpura: results of a prospective multicenter phase 2 study, the American Society of Hematology, 2008.
18. Waleed Ghanima, Bertrand Godeau, et al How I treat immune thrombocytopenia (ITP): the choice between. Splenectomy or a medical therapy as a second-line treatment, the American Society of Hematology, 2011.
19. Gregory, Derek; Johnston, Ron; Pratt, Geraldine et ál., eds (June de 2009). «Quality of Life». Dictionary of Human Geography (5th edición). Oxford: Wiley-Blackwell. ISBN 978-1-4051-3287-9. P.
20. González, M. Bousoño, Evaluación de calidad de vida, Psiquiatría, Vol. V. Núm. 6. 1993.
21. Gómez Vela M. Sabeh Eliana N. et al, Calidad De Vida Evolución Del Concepto y su Influencia en la Investigación y la Práctica. 2003.
22. Congost Maestre Nereida, El lenguaje de las Ciencias de la Salud “Los cuestionarios de salud y calidad de vida y su traducción del inglés al español”. Universidad de Alicante, Noviembre 2010.
23. Botero de Mejía, Beatriz. Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 12, Enero - Diciembre 2007, 11 – 24
24. Secretaria de Salud, subsecretaria de innovación y calidad, Cuestionario de Salud SF-36.
25. Alonso J, Prieto L, Anto JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin (Barc). 1995; 104:771-6
26. José Carlos Jaime-Pérez, Celia Carela Sandoval-Villa, Evaluación de la calidad de vida en pacientes del Noreste de México con enfermedades hematológicas, Revista de Hematología Volumen 12, núm. 2, 62 abril-junio 2011.

ANEXOS

ANEXO 1



ANEXO 2

Definiciones básicas en la PTI

PTI primaria	Enfermedad autoinmune caracterizada por trombocitopenia aislada en ausencia de otros problemas o enf. Que la justifiquen. El diagnostico es de exclusión y cursa con un aumento del riesgo de hemorragia, aunque no siempre existe clínica hemorrágica.
PTI secundaria	Todas la formas de trombocitopenia de mecanismos autoinmune, exceptuando la PTI primaria
Fases de la PTI	PTI de reciente diagnostico: menos de 3 meses de evolución PTI persistente: 3-12 meses desde el diagnostico. Posibilidad de remisión espontánea. PTI crónica: mas de 12 meses de evolución.
PTI grave	Hemorragia importante que obliga a iniciar o a modificar el tratamiento

Nomenclatura para definir los criterios de respuesta en la PTI

Remisión completa (RC)	Recuento plaquetario $>100 \times 10^9/L$ y ausencia de hemorragia
Respuesta (R)	Recuento plaquetario mayor igual $30 \times 10^9/L$, incremento en más de dos veces la cifra basal y ausencia de hemorragia
No respuesta (NR)	Recuento plaquetario menos $30 \times 10^9/L$ o incremento inferior a dos veces la cifra basal o presencia de síntomas hemorrágicos
Pérdida de respuesta	Recuento plaquetario menos $100 \times 10^9/L$ o hemorragia
Corticoddependencia	Necesidad de dosis repetidas o mantenidas de glucocorticoides para mantener un recuento plaquetario mayor igual $30 \times 10^9/L$ y/o evitar la hemorragia
PTI refractaria	No alcanzar respuesta o pérdida de respuesta tras esplenectomía, con necesidad de tratamiento continuado para disminuir el riesgo de hemorragia

ANEXO 3



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: Calidad de vida de los pacientes con Trombocitopenia del servicio de Hematología en el H.G.Z./U.M.F. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

Lugar y Fecha: Servicio de Hematología del H.G.Z. / U.M.F. No. 8, "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".
Febrero 2014 a Agosto 2014.

Número de registro: En trámite

Justificación y objetivo del estudio:... La trombocitopenia es una entidad que plantea interrogantes respecto a la calidad de vida de sus enfermos y la manera de mejorar ésta. Debido a que la trombocitopenia es un indicador que obedece a diversos tipos de patologías, las cuales son frecuentes en el Hospital General de zona No.8, la presente investigación surge como respuesta a la pregunta generada por tal realidad, ya que no se conocen estudios en nuestro medio que la resuelvan, y es por tal, que el objetivo del presente proyecto sea el identificar la calidad de vida de los pacientes con trombocitopenia en el HGZ 8. Se busca que al final de la realización de este proyecto, sea útil para los profesionales de la salud en cuanto al tema. La Trombocitopenia Inmune es un tema investigado y estudiado a nivel internacional; es una de las causas de consulta hematológica no oncológica en el Servicio de Hematología, con un pronóstico generalmente favorable.

Procedimientos:..... Se aplicara de forma individual a los pacientes que asistan a consulta médica de forma ordinaria, que acepten participar en la investigación de forma voluntaria, previo consentimiento informado, garantizando la confidencialidad de sus respuestas. Se dará tiempo de 30 minutos para la realización de la prueba del **CUESTIONARIO SF-36 SOBRE EL ESTADO DE SALUD (SHORT-FORM, SF-36)**.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:..... Ofrecer mejores medidas terapéuticas a la población con trombocitopenia para evitar complicaciones, y así no repercuta en la disminución o limitación de algunas actividades de la vida cotidiana

Participación o retiro: El paciente tendrá plena libertad de decidir su participación o retiro en cualquier momento durante la realización del cuestionario.

Privacidad y confidencialidad:..... Prevalecerá el criterio de confidencialidad, asegurando datos personales y respeto a la dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

NA	No autorizo que se tome la muestra
NA	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
NA	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Beneficios al término del estudio: Ofrecer mejores medidas terapéuticas a la población con trombocitopenia para evitar complicaciones
Posibilidad de creación de grupos de apoyo para que su enfermedad no repercuta en sus actividades.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Rebolledo Gallardo Marlet Araceli. Cel: 5527400388. Email: mar_rg18@hotmail.com
Colaboradores: Dr. Espinoza Anrubio Gilberto. Cel: 5535143649. Email: medicofamiliar_gil@yahoo.com.mx
Dr. Vilchis Chaparro Eduardo. Cel: 5520671563. Email: lalovilchis@gmail.com
Dra. Oropeza Martínez Patricia. Cel. 5585311852. Email: blancasoropeza@prodigy.com.mx

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

ANEXO 4

**Instituto Mexicano del Seguro Social
HGZ/UMF No 8, “Gilberto Flores Izquierdo”
Coordinación en Enseñanza e Investigación Médica
Evaluación de la Calidad de vida de los pacientes con Trombocitopenia
del servicio de Hematología en el H.G.Z./U.M.F. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”**

Nombre: _____ **Edad:** _____

Sexo: (1) Femenino (2) Masculino

Ocupación: (1) Empleado (2) Desempleado

Escolaridad: (1) Primaria (2) Secundaria (3) Preparatoria (4) Licenciatura (5) Ninguna

Estado Civil: (1) Soltero (2) Casado (3) Divorciado (4) Viudo (5) Unión libre (6) Separado

Religión: (1) Con religión (2) Sin religión

Tiempo de evolución de la Trombocitopenia: (1) 0 a 5 años (2) 6 a 10 años (3) más de 10 años

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

INSTRUCCIONES:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

1. Excelente 2. Muy buena 3. Buena 4 Regular 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

**1 Mucho mejor ahora que hace un año 2 Algo mejor ahora que hace un año
3 Más o menos igual que hace un año 4 Algo peor ahora que hace un año
5 Mucho peor ahora que hace un año**

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
1 Sí 2 No
14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
1 Sí 2 No
15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
1 Sí 2 No
16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?
1 Sí 2 No
17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
1 Sí 2 No
18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
1 Sí 2 No
19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
1 Sí 2 No
20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?
1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho
21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?
**1 No, ninguno 2 Sí, muy poco 3 Sí, un poco 4 Sí, moderado 5 Sí, mucho
6 Sí, muchísimo**
22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?
1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS.

EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?
**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
6 Nunca**
24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?
**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
6 Nunca**
25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?
**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
6 Nunca**

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
6 Nunca
27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
6 Nunca
28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
6 Nunca
29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
6 Nunca
30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca
31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca
32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.
1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa
5 Totalmente falsa
34. Estoy tan sano como cualquiera.
1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa
5 Totalmente falsa
35. Creo que mi salud va a empeorar.
1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa
5 Totalmente falsa
36. Mi salud es excelente.
1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa
5 Totalmente falsa

Resultados: Calidad de Vida

- Más de 50 puntos=** (1) Buena calidad de vida
Menos de 50 puntos= (2) Mala calidad de vida

ANEXO 5



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
 DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
 JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
 HGZ/UMF No 8
 EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.
 TÍTULO DEL PROYECTO:

Evaluación de la calidad de vida de los pacientes con Trombocitopenia del servicio de Hematología en el H.G.Z./U.M.F. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

2013-2014

ETAPAS DEL PROTOCO/ MES	MAR 2013	ABR 2013	MAY 2013	JUN 2013	JUL 2013	AGO 2013	SEP 2013	OCT 2013	NOV 2013	DIC 2013	ENE 2014	FEB 2014
IDEA A ESTUDIAR	X											
TITULO		X										
ANTECEDENTE (MARCO TEORICO)			X									
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA				X								
JUSTIFICACION				X								
OBJETIVOS					X							
HIPOTESIS					X							
MATERIAL Y METODOS						X						
TIPO DE ESTUDIO						X						
DISEÑO METODOLOGICO							X					
POBLACION (UNIVERSO DE LA MUESTRA)							X					
LUGAR Y TIEMPO DEL ESTUDIO								X				
TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA								X				
CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION								X				
VARIABLES									X			
DEFINICION OPERACIONAL Y CONCEPTUAL DE VARIABLES									X			
DISEÑO ESTADISTICO									X			
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS									X			
METODOS DE RECOLECCION DE DATOS									X			
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES										X		
RECURSOS FINANCIAMIENT O Y FACTIBILIDAD										X		
CONSIDERACION ES ETICAS										X		
BIBLIOGRAFIA										X		
REPORTE DE PROTOCOLO DE INVESTIGACION											X	

2014-2015

FECHA	MAR 2014	ABR 2014	MAY 2014	JUN 2014	JUL 2014	AGO 2014	SEP 2014	OCT 2014	NOV 2014	DIC 2014	ENE 2015	FEB 2015
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO	X											
RECOLECCION DE DATOS	X	X	X	X								
ALMACENAMIENTO DE DATOS					X							
ANALISIS DE DATOS					X							
DESCRIPCION DE DATOS					X							
DISCUSIÓN DE DATOS						X						
CONCLUSION DEL ESTUDIO							X					
INTEGRACION Y REVICION FINAL								X				
REPORTE FINAL									X	X		
AUTORIZACIONES												
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												
PUBLICACION												