



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**

**Facultad de Medicina**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PORTADORES DE LINFOMA,  
TRATADOS EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.8 DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA**

**DR. JUAN DIEGO JIMÉNEZ ESTRADA**

**DIRECTOR DE TESIS**

**DOC. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO**

Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación. Doctor en Ciencias de la Familia  
Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar

HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

Correo: [eduardo.vilchisch@imss.gob.mx](mailto:eduardo.vilchisch@imss.gob.mx) Matrícula: 99377278

Cel. 044 55 20 67 15 63. Fax: No fax.

**ASESOR METODOLÓGICO**

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO**

Médico Familiar, Maestro en Administración de Hospitales y Salud Pública.

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

Correo: [gilberto.espinoza@imss.gob.mx](mailto:gilberto.espinoza@imss.gob.mx) Matrícula 99374232.

Cel. 0445535143649. Fax: No fax

**ASESOR CLÍNICO**

**DRA. ANA MARIA DE LA LUZ CANO LEON**

Médico no Familiar Adscrito al Servicio de Consulta Externa de Hematología

HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

Correo: [zulcano\\_3@hotmail.com](mailto:zulcano_3@hotmail.com) Matrícula 99235439

Cel. 044 47 71 66 34 12. Fax: No fax

**CIUDAD DE MÉXICO, OCTUBRE 2019**

**R-2019-3605-013**



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 EN PACIENTES PORTADORES DE LINFOMA, TRATADOS EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.8 DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO**

Autores: Dr. Jiménez Estrada Juan Diego<sup>1</sup>, Dr. Vilchis Chaparro Eduardo<sup>2</sup>, Dr. Espinoza Anrubio Gilberto<sup>3</sup>, Dra. Cano León Ana María de la Luz<sup>4</sup>

1 Médico Residente de Especialización Médica en Medicina Familiar. HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". IMSS.

2 Médico Especialista en Medicina Familiar. Profesor Titular de la Especialización Médica en Medicina Familiar. HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". IMSS.

3 Médico Especialista en Medicina Familiar. Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud. HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". IMSS.

4 Médico Especialista en Hematología Adscrita al HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". IMSS.

## **OBJETIVO**

Evaluar la Calidad de Vida en los pacientes portadores de Linfoma, tratados en el servicio de Hematología del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No.8 "Dr Gilberto Flores Izquierdo"

## **MATERIALES Y METODOS**

Estudio transversal, descriptivo. Muestra: 70 pacientes con IC del 95%. Instrumento de medición EORTC QLQ-C30

## **RESULTADOS**

El sexo predominante fue femenino, el linfoma que predominó fue No Hodgkin, el momento del diagnóstico fue la EC III y la modalidad de tratamiento predominante fue la quimioterapia, los puntajes obtenidos para la Escala de Salud Global fueron 73.33 ( $\pm 21.02$ ), Escala Funcional 82.69 ( $\pm 14.93$ ) y para Escala de Síntomas 19.22 ( $\pm 11.49$ ).

## **CONCLUSIONES**

Los pacientes presentaron un puntaje QLQ C-30 por arriba de la media respecto a las escalas evaluadas, pero los resultados obtenidos no son sugestivos de buena calidad de vida puesto que debido a las características de la enfermedad y del tratamiento, los pacientes con Linfoma presentan cierto grado de deterioro en su CVRS.

## **PALABRAS CLAVES**

Linfoma, Calidad de Vida Relacionada con la Salud

**“EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN  
PACIENTES PORTADORES DE LINFOMA,  
TRATADOS EN EL SERVICIO DE  
HEMATOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE  
ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
NO.8 DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

---

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

**AUTORIZACIONES**

---

**DR. CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA  
DIRECTOR DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

---

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

---

**DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO  
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

---

---

**DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO**  
**PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**  
**DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 "DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO"**  
**DIRECTOR DE TESIS**

---

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO**  
**COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**  
**DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 "DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO"**  
**ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS**

---

**DRA. ANA MARIA DE LA LUZ CANO LEON**  
**MÉDICO NO FAMILIAR ADSCRITO AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA**  
**DE HEMATOLOGÍA**  
**HGZ/UMF NO. 8 "GILBERTO FLORES IZQUIERDO"**  
**ASESOR CLÍNICO DE TESIS**

---

## AGRADECIMIENTOS

*A mis padres, que desde pequeño siempre han confiado en mí, me han impulsado a seguir adelante en mi formación académica; y que a pesar de las adversidades nunca han desistido en brindarme todo su apoyo. Gracias por todo el esfuerzo que hacen día a día para continuar en este sueño llamado especialidad.*

*A mi esposa, Mara, mi compañera de vida, que a diario me impulsa a seguir adelante, quien me hace recordar el por qué estoy realizando mi especialidad, la que ha confiado en mi capacidad como médico y como persona de bien. Cuando más lo he necesitado, a pesar de la distancia, me has apoyado, escuchado y animado a continuar en el sueño del postgrado.*

*A Isaac Alexandro, mi pequeño hijo, mi motor de vida, ojalá algún día puedas comprender que este sacrificio es por ti. Espero poder compensarte todos esos momentos que no he podido pasar a tu lado; fue una decisión difícil el hecho de perderme parte de tu infancia por no poder estar contigo, pero espero algún día en un futuro no muy lejano, poder recompensarte. Te amo hijo mío.*

*A mi familia, amigos y todos mis colegas médicos, que me ayudaron durante mi formación académica y profesional. Gracias por su paciencia y dedicación.*

---

## ÍNDICE

	TEMA	PÁGINA
1.-	Marco Teórico	8
2.-	Justificación	20
3.-	Planteamiento del Problema	21
4.-	Objetivos	22
5.-	Hipótesis	23
6.-	Tipo de Estudio	24
7.-	Diseño de la Investigación	25
8.-	Población, lugar y tiempo	26
9.-	Muestra	26
10.-	Criterios de Selección: inclusión, exclusión y eliminación	27
11.-	Variables	28
12.-	Diseño estadístico	33
13.-	Instrumento de recolección de datos	34
14.-	Método de recolección	36
15.-	Maniobras para evitar y controlar sesgos	37
16.-	Cronograma de actividades	38
17.-	Recursos humanos, materiales, físicos, y de financiamiento	40
18.-	Consideraciones éticas	41
19.-	Resultados	44
20.-	Tablas y gráficas	46
21.-	Discusión	58
22.-	Conclusiones	64
23.-	Bibliografía	66
24.-	Anexos	71

---



## 1. MARCO TEÓRICO

Los linfomas se originan del tejido linfoide y se desarrollan como consecuencia de la expansión clonal de una u otra línea (o sublínea) linfoide (linfocitos B o T y más raro NK) dando los dos grandes grupos: linfoma Hodgkin (LH) y linfoma no Hodgkin (LNH), los primeros casos registrados de linfoma corresponden al año 1832.<sup>(1)</sup>

### **Linfoma de Hodgkin. Definición**

Los linfomas son un grupo heterogéneo de malignidades de las células del tejido linfoide, que derivan de las células B, células T o de las células NK. Recientemente la incidencia de los linfomas ha aumentado estadísticamente en las últimas décadas, de 2 a 3% por año. Aproximadamente 85% de los casos son linfomas no Hodgkin y 15% corresponde a linfomas de Hodgkin.<sup>(2)</sup>

La enfermedad de Hodgkin fue descrita por primera vez por Thomas Hodgkin en Londres en el año de 1832. A partir de una descripción anatomo-clínica en pacientes jóvenes que presentaban adenopatías principalmente supradiafragmáticas, con una evolución mortal al cabo de algunos años.<sup>(3)</sup>

El nombre "enfermedad de Hodgkin" fue empleada por primera vez para tales casos de la enfermedad por el Dr Samuel Wilks en 1865. Posteriormente Carl Sternberg y Dorothy Reed describieron por primera vez, las células atípicas grandes características de la enfermedad de Hodgkin; estas células distintivas de la enfermedad, se hicieron conocidas como las células de Reed-Sternberg.<sup>(4)</sup>

El linfoma de Hodgkin es una forma de cáncer que se origina en los ganglios del sistema linfático, que consiste en órganos y tejidos que producen las células responsables de inmunidad y los vasos que transportan estas células por todo el cuerpo.<sup>(5)</sup>

Se trata de una enfermedad infrecuente, con una incidencia de dos a tres casos nuevos al año por 100.000 habitantes. Se caracteriza por un predominio en pacientes jóvenes; según algunos ensayos clínicos europeos y norteamericanos concuerdan que la edad media de presentación es alrededor de 30 años.<sup>(6)</sup>

El LH es un linfoma que se caracteriza por la presencia de células de Reed-Sternberg (células de gran tamaño -50µ- se caracterizan por un citoplasma abundante y claro y por un núcleo multilobulado con nucléolos voluminosos que dan un aspecto en «ojo de búho») que son difíciles de demostrar por su rareza en el seno de un infiltrado polimorfo reactivo. Reagrupa dos entidades distintas: el LH clásico (95%) y el LH nodular con predominio linfocítico, también llamado paragranuloma de Poppema y Lennert.<sup>(7)</sup>

### **Factores predisponentes**

En los linfomas los factores asociados son: Genéticos; como el síndrome proliferativo ligado al X, donde los hermanos tienen 7 veces mayor riesgo de expresar la enfermedad. Infecciosos: como el Virus de Epstein Barr y el VIH; inmunodeficiencias como: Síndrome de Wiskott-Aldrich, Ataxia Telangiectasia, Artritis Reumatoide Juvenil, Lupus Eritematoso Sistémico, Síndrome Sjögren. La exposición a radiaciones, como la irradiación tímica, irradiación vertebral y ciertas exposiciones ocupacionales (asbesto, aserrín).<sup>(8)</sup>

Se sabe que existe una fuerte asociación entre el Linfoma de Hodgkin y la infección por el virus de Epstein-Barr. Actualmente, los métodos de hibridación in situ han confirmado la relación entre el Linfoma de Hodgkin y el virus de Epstein-Barr, en alrededor del 40% de las biopsias ganglionares, sobre todo en población pediátricas, personas de edad avanzada, pacientes inmunosuprimidos, y personas con seropositividad para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).<sup>(9)</sup>

### **Diagnóstico**

La presentación habitual incluye una tumoración indolora de algún ganglio linfático, que a menudo afecta la cadena cervical, aunque cualquier cadena nodal puede ser afectada. La enfermedad extra-nodal: esplénica u ósea es menos común. La afectación medular ocurre solo en la minoría de los casos. La presencia de síntomas secundarios (síntomas B: fiebres recurrentes, sudores nocturnos y pérdida de peso) afectan una proporción sustancial de casos; aunque es bien reconocido que la ingesta de alcohol puede inducir dolor en los sitios donde se localiza la enfermedad; esto es relativamente poco frecuente.<sup>(10)</sup>

El diagnóstico se basa en una biopsia ganglionar y puede orientarse por signos clínicos de progresión o también llamados síntomas B (fiebre superior a 38°C, diaforesis nocturna, pérdida de peso superior al 10% del peso corporal o prurito persistente). En el 70% de los casos, el Linfoma de Hodgkin se manifiesta a través de ganglios supradiafragmáticos (supraclaviculares, cervicales, mediastínicos o, en raras ocasiones, axilares) aumentados de tamaño. La localización clásica y que debe levantar sospecha de manera inmediata es la supraclavicular, pero se puede presentar cualquier otra localización. Para establecer un diagnóstico definitivo, es necesario identificar las células de Reed Sternberg dentro de la muestra de biopsia. Estas células se ven comúnmente dentro de un rico entorno celular compuesto de linfocitos reactivos, eosinófilos e histiocitos. La biopsia ganglionar con análisis inmunohistoquímico es el estándar de oro que nos permite establecer el diagnóstico de LH y clasificarlo.<sup>(11)</sup>

Histopatológicamente, se han definido dos entidades distintas de Linfoma de Hodgkin; el comúnmente diagnosticado linfoma de Hodgkin clásico y el linfoma de Hodgkin raro predominante de linfocitos nodulares. Dentro de la categoría de Linfoma de Hodgkin clásico, han sido identificado 4 subgrupos: el linfoma de Hodgkin de tipo esclerosis nodular, el linfoma de Hodgkin de celularidad mixta, linfoma de Hodgkin con depleción de linfocitos, el linfoma de Hodgkin rico en linfocitos.<sup>(12)</sup>

Como estudios complementarios de apoyo en el diagnóstico de sospecha de Linfoma de Hodgkin, debemos realizar al menos una radiografía de tórax anteroposterior y/o una tomografía computarizada toracoabdominopélvica con la finalidad de localizar ganglios o grupos ganglionares aumentados de tamaño, ensanchamiento mediastínico. Ultimamente, la tomografía por emisión de positrones (PET) se ha vuelto obligatoria en algunas instituciones de salud, ya que permite una mejor clasificación de los pacientes en el momento del diagnóstico y, sobre todo, disponer de una exploración inicial para evaluar la respuesta al tratamiento. La biopsia de médula ósea es indispensable en las formas diseminadas o con síndrome inflamatorio o en presencia de signos B, pero su utilidad ha disminuido con el uso de la PET.<sup>(13)</sup>

### **Tratamiento**

En la actualidad el Linfoma de Hodgkin, es uno de los tipos de cáncer con mayores probabilidades de curación, con tasas de curación a largo plazo que oscilan entre el 70% y el 95%. Con buena respuesta al tratamiento, por ser una de las neoplasias hematológicas con elevada quimiosensibilidad, aunque también con riesgo alto de recaídas si solo se emplea la radioterapia como tratamiento en personas adultas. El linfoma Hodgkin es quimio sensible, cuenta con sobrevida global cercano al 90% en caso de tener estadios clínicos tempranos (< EC IV) y sin factores de pronósticos desfavorables (> 45 años, albumina > 4, mujer, sin leucocitosis > 15 mil o linfopenia < 800), en caso contrario su sobrevida global se estima en un 55%.<sup>(14)</sup>

La piedra angular del tratamiento para esta entidad es la quimioterapia, la cual está formada por la combinación de doxorubicina, bleomicina, vinblastina y dacarbazina (ABVD), y ha sido el esquema que se utiliza desde la década de 1980. Los pacientes deben recibir quimioterapia de tipo ABVD, cuyo número de ciclos dependerá del estadio clínico y factores pronósticos al momento del diagnóstico. La modalidad ABVD (D1D15) se administra cada 14 días en el hospital; el esquema es bien tolerado de manera ambulatoria, acudiendo a aplicación día 1 y 15, completando de 4-6 ciclos, si el estadio clínico es avanzado (>III y tiene factores de mal pronóstico); tiene riesgo de toxicidad medular, con baja necesidad de apoyo transfusional o uso de factores estimulantes de colonias de granulocitos.<sup>(15)</sup>

A pesar de que logró curar a los primeros pacientes con LH, la radioterapia sólo se utiliza actualmente como adyuvante de una quimioterapia eficaz. La necesidad de radioterapia como tratamiento coadyuvante en caso de tumor voluminoso al diagnóstico (> 10 cm) o tumor residual, siendo poco el porcentaje de pacientes que ameritan una 2ª o 3ª línea de quimioterapia. El trasplante de medula ósea se deja para pacientes en recaída o bien si ameritaron más de 2 esquemas de quimioterapia para alcanzar la remisión completa.<sup>(16)</sup>

Actualmente se ha demostrado en diversos estudios que el Linfoma de Hodgkin es muy quimiosensible; otros ensayos han evaluado la quimioterapia intensiva seguida de un autotrasplante de células madre hematopoyéticas; pero desafortunadamente, a pesar de los avances en el abordaje terapéutico, todavía hay pacientes que son refractarios a la quimioterapia o que recaen precozmente, los cuales generalmente cursan con un pronóstico desfavorable.<sup>(17)</sup>

La remisión de la enfermedad se documenta por ausencia de tumoraciones en TAC contrastada o PET/CT, ya que permite evaluar presencia de actividad tumoral; importante en tumores voluminosos al diagnóstico que en el seguimiento puede persistir con tamaño considerable sin embargo corresponden solo a fibrosis, como es el caso de los tumores mediastinales. El objetivo principal del tratamiento consiste en obtener una remisión completa de la enfermedad, es decir, la ausencia de todas las lesiones iniciales (o de las adenopatías de menos de 15 mm); no obstante, un cierto número de pacientes con Linfoma de Hodgkin presentan lesiones residuales fibróticas, especialmente en el mediastino, las cuales se ha visto no predisponen a la recaída.<sup>(18)</sup>

### **Linfoma no Hodgkin. Definición**

Los linfomas no Hodgkin (LNH) representan proliferaciones clonales de células de las series linfocíticas B y T. este grupo de neoplasias linfoides constituyen la hemopatía maligna más frecuente y ocupan el octavo lugar entre los cánceres en la Unión Europea.<sup>(19)</sup>

### **Factores Predisponentes**

Se han identificado varios factores de riesgo asociados al Linfoma No Hodgkin, entre ellos, podemos citar que el riesgo de aparición es mayor en los descendientes familiares de primera línea de un paciente afectado por algún tipo histológico de Linfoma no Hodgkin; además ciertos microorganismos predisponen al desarrollo de LNH, como por ejemplo; el virus de Epstein-Barr, el cual se asocia al linfoma de Burkitt y a los Linfoma No Hodgkin que pueden llegar a presentarse en personas inmunodeprimidas. El virus HTLV-1 es el primer virus directamente implicado en el desarrollo de linfoma leucémico de células T.<sup>(20)</sup>

El linfoma de las serosas, una forma clínica de Linfoma No Hodgkin B difuso de células grandes, se asocia al virus herpes humano (VHH) 8 del sarcoma de Kaposi; la mayoría de las veces en el contexto de una seropositividad al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Finalmente, el Virus de la Hepatitis C (VHC) se asocia a los Linfoma No Hodgkin desarrollados a partir de las células de la zona marginal. Otro factor favorecedor de LNH es la inmunodepresión, principalmente en los niños afectados por un déficit inmunitario, en las personas VIH positivas, en el período postrasplante de órgano o de injerto de médula.<sup>(21)</sup>

### **Tipos Histológicos de Linfoma no Hodgkin**

Hay más de 30 tipos diferentes de LNH, aproximadamente 90% son linfomas de células B y en esta línea celular se encuentran 14 variedades; el otro 10% corresponde a linfoma de células T. Al momento existen más de 20 variedades diferentes de linfoma no Hodgkin y las presentaciones clínicas de cada uno de ellos es diversa. La forma más frecuente de manifestarse es la ganglionar: con presencia de adenopatía única dura y de más de 1 mes de evolución ó poliadenopatías superficial o profunda. Sin embargo, también puede expresarse de forma extraganglionar, con revelaciones polimorfas que dependen de la localización.<sup>(22)</sup>

El diagnóstico puede sospecharse ante la manifestación de algún crecimiento ganglionar indoloro, al igual que en el LH, que se acompañe de la presencia de signos y síntomas generales como: fiebre persistente mayor a 38°C, pérdida de peso mayor al 10%, prurito, diaforesis nocturna. Además, el realizar una citopunción de algún ganglio afectado, nos orienta hacia el diagnóstico, pero es insuficiente; por lo cual el estudio anatomopatológico de una biopsia es la base del diagnóstico.<sup>(23)</sup>

Existen varias clasificaciones pronósticas que son muy valiosas para orientarnos en el abordaje terapéutico a emplear en el tratamiento de los LNH; el índice pronóstico reconocido internacionalmente para el estudio de los LNH es el IPI, el cual se basa en cinco factores: la edad, el índice de actividad OMS, el estadio de Ann Arbor, el número de sitios extraganglionares y el nivel de Lactato Deshidrogenasa. Los criterios más difundidos para decidir tratamiento o no son los «GELF modificados», que incluyen masas > 7 cm, síntomas B, elevación de LDH o b2-microglobulina séricas, más de 2 territorios ganglionares, esplenomegalia, síndrome compresivo, derrame pleural o peritoneal e insuficiencia medular secundaria a infiltración por el linfoma.<sup>(24)</sup>

## Tratamiento

Dentro de los diferentes métodos de tratamiento de los Linfomas no Hodgkin, el empleo de la cirugía puede permitir la exéresis de una adenopatía en un LNH de estadio I, sólo excepcionalmente debe ser el único tratamiento, sin embargo, la esplenectomía puede ser la base terapéutica de algunos linfomas de la zona marginal. Con el advenimiento de nuevas metodologías de abordaje, la radioterapia ha ido sustituyéndose por nuevos esquemas terapéuticos de quimioterapia y el empleo de los anticuerpos monoclonales anti-CD20. Sin embargo, conserva aún ciertas indicaciones de uso, por ejemplo, en la urgencia frente a una compresión medular en la que esté contraindicada el empleo del tratamiento quirúrgico. Para el tratamiento de un linfoma folicular de localización única, en el tratamiento complementario de los linfomas T de evolución local, en los linfomas de tipo MALT resistentes a la quimioterapia y para completar el tratamiento de un linfoma con invasión neuromeníngea.<sup>(25)</sup>

Las primeras estrategias de tratamiento de linfomas por quimioterapia se remontan a finales de la década de 1940. A partir de 1960 se realizaron adelantos significativos con la quimioterapia de tipo MOPP (clormetina, vincristina, procarbazona, prednisona); y la inclusión ulterior de las antraciclinas en la asociación de tipo CHOP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, prednisona) mejoró considerablemente la respuesta al tratamiento, y hoy es un protocolo de referencia en diversos países. Durante las últimas dos décadas, el tratamiento del LNH se basó principalmente en el uso de quimioterapia administrada sola o en diversas combinaciones y dosis. Uno de los esquemas de tratamiento más utilizado es el CHOP administrada en dosis única cada 21 días, completando 6 ciclos. Durante varios años este esquema de tratamiento fue considerado el estándar de oro; pero con el advenimiento de nuevas terapias biológicas, se cuenta actualmente con una amplia gama de opciones de tratamiento para el LNH.<sup>(26)</sup>

En linfomas indolentes de tipo folicular y en estadios precoces: I y II, se puede considerar adecuado el tratamiento con radioterapia o bien quimio-radioterapia, y con ello se consiguen supervivencias a 10 años superiores al 50%. En estadios avanzados, III y IV, el tratamiento puede variar desde la «observación expectante» sin tratamiento hasta quimioterapia, radioterapia, terapias biológicas o radioinmunoterapia (RIT). Recientemente, el interferón  $\alpha$  se ha usado en el tratamiento de los LNH foliculares o en los linfomas T cutáneos como tratamiento coadyuvante, sin embargo, su uso es limitado debido a los efectos adversos.<sup>(27)</sup>

Últimamente con el desarrollo de los anticuerpos monoclonales, de los cuales el principal es el rituximab (anticuerpo anti-CD20), ha revolucionado el tratamiento de los LNH. También se han desarrollado otros anticuerpos monoclonales, como el  $^{90}\text{Y}$ anti-CD20: ibritumomab, tiuxetán.<sup>(28)</sup>

El rituximab es un anticuerpo anti-CD20 monoclonal quimérico desarrollado mediante ingeniería genética, empleado en el tratamiento de pacientes con recaída o refractarios al tratamiento de LNH de células B de bajo grado y en pacientes con recaída en etapas III/IV de linfoma folicular. Se ha empleado en combinación con quimioterapia. Se sabe en la actualidad el rituximab induce la muerte celular de la célula neoplásica por apoptosis a través de la inhibición de ciertos factores de transcripción.<sup>(29)</sup>

La radioinmunoterapia es una modalidad de tratamiento contra LNH indolentes basada en el uso de anticuerpos monoclonales conjugados con un radioisótopo en un radiofármaco. Esto produce un doble efecto sobre los linfocitos que expresan receptores específicos mediante el efecto combinado de la radiación beta y del anticuerpo. Los primeros estudios se realizaron con  $^{131}\text{I}$ -tositumomab y posteriormente con  $^{90}\text{Y}$ -ibritumomab. Las indicaciones admitidas para  $^{90}\text{Y}$ -ibritumomab actualmente son: tratamiento de pacientes adultos con LNH folicular de células B CD20+ en recaída o refractario a rituximab, y para tratamiento de consolidación después de la inducción de la remisión en pacientes con linfoma folicular no tratados anteriormente.  $^{90}\text{Y}$ -ibritumomab está contraindicado en hipersensibilidad al ibritumomab, tiuxetán, cloruro de itrio o al rituximab, y en el embarazo y la lactancia.<sup>(30)</sup>

Como habíamos citado previamente, existen diferentes tipos histológicos de Linfoma no Hodgkin, pero el Linfoma B difusos de células grandes, se trata de un conjunto de enfermedades heterogéneas con similar origen celular y comportamiento clínico agresivo, en su etiopatogenia, desconocida, se han implicado situaciones de inmunodeficiencia, contacto con agentes tóxicos e incluso virus. Es el más frecuente de ellos y el claro ejemplo de un linfoma agresivo, término empleado para los linfomas de evolución espontánea rápidamente mortal, pero caracterizados por una gran quimiosensibilidad. Constituye el 3 % de los LNH y de 4 a 7 % de los linfomas del mediastino. Afecta, fundamentalmente, a adultos entre la tercera y cuarta décadas de la vida, con un ligero predominio en mujeres. Su presentación, en la mayoría de los casos, se acompaña de compresión de estructuras mediastínicas, de rápida progresión, es muy frecuente el síndrome de vena cava superior.<sup>(31)</sup>

El tratamiento estándar en los pacientes con Linfoma B difuso de Células Grandes se basa en la pauta de inmunoterapia R-CHOP o similar a R-CHOP, en la que se combina el anticuerpo monoclonal anti-CD20 rituximab con la clásica pauta CHOP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona), administrada cada 21 días hasta un total de 6-8 ciclos, obteniendo tasas de respuesta completa superiores al 75%, y de supervivencia libre de episodios a largo plazo de en torno al 63-74%.<sup>(32)</sup>

Los LNH pueden invadir el sistema nervioso central en forma de infiltración meníngea o intraparenquimatosa. La localización, tiende a situarse de manera preferente en la base del cráneo y alrededor del cordón medular, y entre los mecanismos de infiltración neuromeníngea se han citado la diseminación hematológica, la extensión directa desde localizaciones tumorales contiguas y la migración centripeta siguiendo los espacios perineurales o perivasculares. El pronóstico tras la infiltración en el Sistema Nervioso Central es desfavorable, y los pacientes que la padecen tienen un deterioro en su calidad de vida tanto por la propia infiltración como por la toxicidad derivada de los tratamientos dirigidos contra el SNC. Dado el mal pronóstico de las recaídas en el SNC, con una supervivencia inferior a 6 meses, resulta esencial la identificación de los pacientes con riesgo de recaída para decidir cuándo y cómo administrar profilaxis, especialmente en aquellos pacientes que presenten un LNH agresivo. Aunque recientemente, tras la introducción de la inmunoterapia basada en rituximab se ha observado una tendencia a una menor frecuencia de recaídas.<sup>(33)</sup>

En el caso de LNH, la supervivencia promedio varía según el tipo de estirpe celular y el estadio clínico de la enfermedad al momento del diagnóstico. En los países desarrollados, la tasa de supervivencia media acumulada en cinco años es aproximadamente del 53%, y en las regiones con menos desarrollo, la tasa de supervivencia es del 50%. La tasa general de supervivencia relativa a 5 años para las personas con LNH es del 69% y la tasa de supervivencia relativa a 10 años es del 58%. La mortalidad ha ido disminuyendo desde los años 90, reflejando una mejora en la eficacia de los tratamientos.<sup>(34)</sup>

### **Situación actual**

Con el paso del tiempo han surgido nuevos esquemas de tratamiento para ambos linfomas, algunos con la introducción de novedosos elementos farmacológicos inmunosupresores, otros con el incremento de las dosis de los fármacos ya conocidos; con los cuales se han logrado obtener respuestas favorables de tratamiento y disminución en la tasa de recaídas; no sin antes mencionar que estos avances conllevan también un aumento en los efectos adversos.<sup>(35)</sup>



La quimioterapia, se asocia a una importante toxicidad aguda, principalmente la mielosupresión, que hace necesario el soporte transfusional y la profilaxis antiinfecciosa. Las náuseas, los vómitos, así como la mucositis, son también efectos adversos frecuentes; a pesar de ello, el pronóstico es muy favorable con los tratamientos actuales. Tan solo por citar algunos de los efectos de la quimioterapia, encontramos toxicidades no hematológicas, como toxicidad a nivel gastrointestinal, pulmonar, cardíaco, hepático, neurológico, renal, vesical y cutáneo; trastornos a nivel reproductivo; alteraciones metabólicas; reacciones alérgicas; fatiga; y toxicidades hematológicas, incluida leucopenia, anemia, trombocitopenia y fiebre neutropénica.<sup>(36)</sup>

Por lo tanto, los profesionales de la salud debemos estar preparados para identificar los diversos trastornos, como los efectos de la quimioterapia, que las personas pueden experimentar durante la supervivencia al cáncer y así poder ofrecer opciones de tratamiento oportunas, para obtener una mejor calidad de vida.

### **Calidad de Vida. Definición**

Según Bonevski et al., existen tres métodos primarios usados para medir algunos resultados de la morbilidad en pacientes con cáncer: la calidad de vida, la satisfacción del paciente y la valoración de necesidades.<sup>(37)</sup>

Previamente, en la década de los noventa se desarrolló el concepto de calidad de vida vinculado a la salud, la cual se definió como: El valor asignado a la duración de la vida, modulado por las limitaciones, estado funcional, percepciones y oportunidades sociales, y que se ven influidas por las enfermedades, lesiones, tratamientos y políticas sanitarias.<sup>(38)</sup>

Partiendo hacia un panorama más específico, la evaluación de la calidad de vida en la oncología comenzó aproximadamente en el año de 1940, con un estudio que desarrolló una escala para evaluar el funcionamiento físico de los pacientes. Posteriormente, la Organización Mundial de la Salud (OMS), puntualizó de manera más concreta el concepto de calidad de vida; la cual se define como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes. Por otra parte, Varela Pinedo *et al* describe cómo la calidad de vida se relaciona con factores económicos, sociales y culturales en el entorno en que se desarrolla y, en gran medida, a la escala de valores de cada individuo.<sup>(39)</sup>

De todo lo anterior podemos comprender que la calidad de vida es un concepto amplio y controvertido, para el cual, hasta ahora, no ha habido una definición única que sea universalmente aceptada. En el área de la salud, se ha utilizado el término Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), como sinónimo de la percepción de un individuo y su estado de salud; con el objetivo de evaluar cuando una enfermedad o condición crónica y sus síntomas comienzan a interferir con la vida diaria de un individuo.<sup>(40)</sup>

Así pues, determinamos que la calidad de vida tiene su máxima expresión en la salud y esta comprende tres dimensiones: física, psicológica y social. La dimensión física se puede entender como la ausencia de enfermedad, sus síntomas o efectos adversos causados por tratamientos; la psicológica hace referencia a lo cognitivo, lo afectivo (miedos, ansiedad, autoestima, incertidumbre, incomunicación) y las creencias personales, espirituales y religiosas; y por último, la dimensión social que se refiere a la percepción que tiene cada individuo sobre las relaciones interpersonales, su rol social en la vida, sobre la relación médico-paciente y el desempeño laboral.<sup>(41)</sup>

La CVRS, se ha medido con instrumentos generales o específicos. Los instrumentos generales permiten comparar diferentes condiciones e intervenciones, pero no se enfocan adecuadamente en el área de impacto de una intervención particular. Los instrumentos específicos tienen mayor capacidad de responder a los cambios, o se enfocan a subgrupos particulares de pacientes, pero tienen la limitación de no permitir comparaciones entre diferentes patologías. Estos instrumentos están diseñados para evaluar estados específicos de alguna enfermedad o áreas particulares de funcionamiento.<sup>(42)</sup>

Es por ello, que existe la necesidad de identificar las prioridades de mejora en los servicios de salud que se brindan a los pacientes con algún tipo cáncer establecido; dentro de las prioridades identificadas, podemos encontrar: las emocionales, las de información a pacientes y su familia, la reducción en los tiempos de espera y la existencia de un cuidado coordinado entre el médico, el equipo de salud y el paciente. Durante la evolución de una neoplasia, se presentan un sin número de cambios a nivel físico, emocional y social que producen una serie de necesidades tanto en el paciente como en su familia, las cuales varían de un individuo a otro y con el paso del tiempo.<sup>(43)</sup>

Con el creciente avance de los regímenes terapéuticos para el tratamiento de los linfomas, la quimioterapia ha mejorado significativamente las tasas de supervivencia de este tipo de neoplasias; sin embargo, debido a los efectos secundarios de la misma y los síntomas asociados con el proceso neoplásico, estos pacientes pueden experimentar disminución de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. La medición de la CVRS ha sido ampliamente utilizada para evaluar ensayos con quimioterapia, con el propósito de evaluar los efectos secundarios inducidos por la quimioterapia.<sup>(44)</sup>

Los cuestionarios de Calidad de Vida han sido una de las mejores formas de evaluar la tolerancia de un paciente a los efectos secundarios de la toxicidad en las células tumorales y los impactos positivos y negativos en la calidad de vida de los pacientes sometidos a quimioterapia.<sup>(45)</sup>

Existen al momento varios cuestionarios dirigidos a evaluar la calidad de vida relacionada con la salud, dentro de ellos, los más empleados son el QLQ-C30 de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC); así como el cuestionario para la Evaluación Funcional de la Terapia del Cáncer- General (FACT-G), ya que poseen un gran cuerpo de evidencia científica, apoyando la validez y la utilidad de cada uno de ellos a través de un amplio rango de contextos de investigación clínica, y que ambos cuestionarios están disponibles y validados en muchos idiomas para su correcta aplicación.<sup>(46)</sup>

En los sistemas de salud pública, como el vigente en México el retardo en el diagnóstico de los linfomas y el inicio de los tratamientos, ha sido considerado una responsabilidad de las instituciones de salud; sin embargo, apenas se ha empezado a tomar en cuenta la influencia de las normas culturales, la respuesta de los pacientes ante la presencia de los síntomas y la educación en salud sobre los resultados del tratamiento en los pacientes con neoplasias como son: la respuesta clínica y/o patológica, la supervivencia global, supervivencia libre de enfermedad y los resultados reportados por el paciente, por sus siglas en inglés PRO (patient reported outcomes) como la calidad de vida.<sup>(47)</sup>

### **Antecedentes.**

En México al igual que lo descrito en otros países en desarrollo existen limitantes de recursos que en su momento pudieran determinar e influir en los resultados de la evaluación de la calidad de vida en pacientes portadores de algún cáncer, pero hasta el momento de este tipo de estudios solo existen pocas evidencias científicas publicadas en la población de mexicana con cáncer.<sup>(48)</sup>

En América Latina como antecedentes a este estudio, se han realizado pocos ensayos que evalúen la calidad de vida en los pacientes portadores de alguna neoplasia, el primero de ellos realizado en la División de Oncología de la UMAE del IMSS en Guadalajara, Jalisco, México en el lapso comprendido entre 1° de enero del 2008 y el 31 de enero del 2009, donde se evaluó la calidad de pacientes portadores del Linfoma no Hodgkin y pacientes con cáncer colo-rectal, obteniendo en la escala que evaluó el Estado General de Salud/Calidad de vida resultados, en los no se encontraron diferencias entre los sujetos con LNH y cáncer colo-rectal, con puntajes superiores a los 65; tampoco se observó diferencia en las escalas funcionales las cuales fueron en todos los casos mayores a 65, ni en las escalas de síntomas las cuales tuvieron puntajes menores a 30 en todas las escalas, indicando una regular de calidad de vida en este grupo de pacientes.<sup>(49)</sup>

Otro estudio de Calidad de Vida Relacionada con la Salud, fue realizado en el periodo de Diciembre de 2009 a Diciembre de 2010 en el Centro de Quimioterapia del Hospital Clínico de la Universidad Federal de Triangulo Mineiro en 32 pacientes oncológicos del departamento de Hematología diagnosticados con Linfoma de Hodgkin, Linfoma no Hodgkin y/o Leucemia, donde se obtuvo como resultado que los efectos secundarios de la quimioterapia y los síntomas asociados con el cáncer, experimentaron disminución de la calidad de vida relacionada con la salud.<sup>(50)</sup>

## **2. JUSTIFICACION**

Las enfermedades neoplásicas hematológicas de estirpe linfoide ocupan un problema de salud en nuestro medio de atención, debido a la demora en la detección y tratamiento oportuno ha ido incrementándose el número de casos en las últimas décadas.

Por otro lado, con el advenimiento de los avances tecnológicos y múltiples ensayos clínicos se ha presentado una evolución en los regímenes de tratamiento para los linfomas, nuevos fármacos quimioterapéuticos, la adhesión de los anticuerpos monoclonales a la quimioterapia ha logrado obtener mejores resultados de sobrevida y reducido el riesgo de recaídas a corto plazo; pero a su vez también ha aumentado la frecuencia con que se presentan efectos secundarios en los pacientes, lo cual ha mermado la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con cáncer.

Este estudio tiene como finalidad principal conocer de manera local en nuestro instituto, si la calidad de vida está alterada en los pacientes portadores de linfoma, independiente de su etapa clínica o el tratamiento con quimioterapia; y de esta forma poder objetivar el impacto negativo o positivo que tienen las neoplasias en la calidad de vida relacionada con la salud de las personas. Realizándolo de manera rápida, sencilla y a bajo costo con un cuestionario que evalúa la calidad de vida con una escala de funciones, una escala de síntomas y una que evalúa el estado de salud global/calidad de vida; y de esta forma poder mejorar los procesos de atención, otorgar tratamientos efectivos a los pacientes portadores de linfoma, con el menor riesgo de efecto secundario posible.

### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la Calidad de Vida de los pacientes portadores de Linfoma tratados en el servicio de Hematología del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No.8 “Dr Gilberto Flores Izquierdo”?

#### **4. OBJETIVOS**

General:

Evaluar la Calidad de Vida en los pacientes portadores de Linfoma tratados en el servicio de Hematología del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No.8 “Dr Gilberto Flores Izquierdo”

Específicos:

- Determinar la relación entre la etapa clínica del Linfoma y la calidad de vida que presenta el paciente.
- Comprobar la relación entre la calidad de vida de los pacientes y el régimen terapéutico empleado en el tratamiento del Linfomas.
- Estimar la frecuencia de la calidad de vida en los pacientes con linfoma.

## 5. HIPÓTESIS

Las hipótesis en este estudio se realizarán por motivos de enseñanza, ya que los estudios descriptivos no requieren el desarrollo de estas. Basado en los propósitos de este estudio se plantearon las siguientes hipótesis:

Hipótesis Nula ( $H_0$ ):

La Calidad de Vida NO es mala en los pacientes portadores de Linfoma tratados en el servicio de Hematología del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No.8 “Dr Gilberto Flores Izquierdo”

Hipótesis Alterna ( $H_1$ ):

La Calidad de Vida es mala en los pacientes portadores de Linfoma tratados en el servicio de Hematología del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No.8 “Dr Gilberto Flores Izquierdo”.

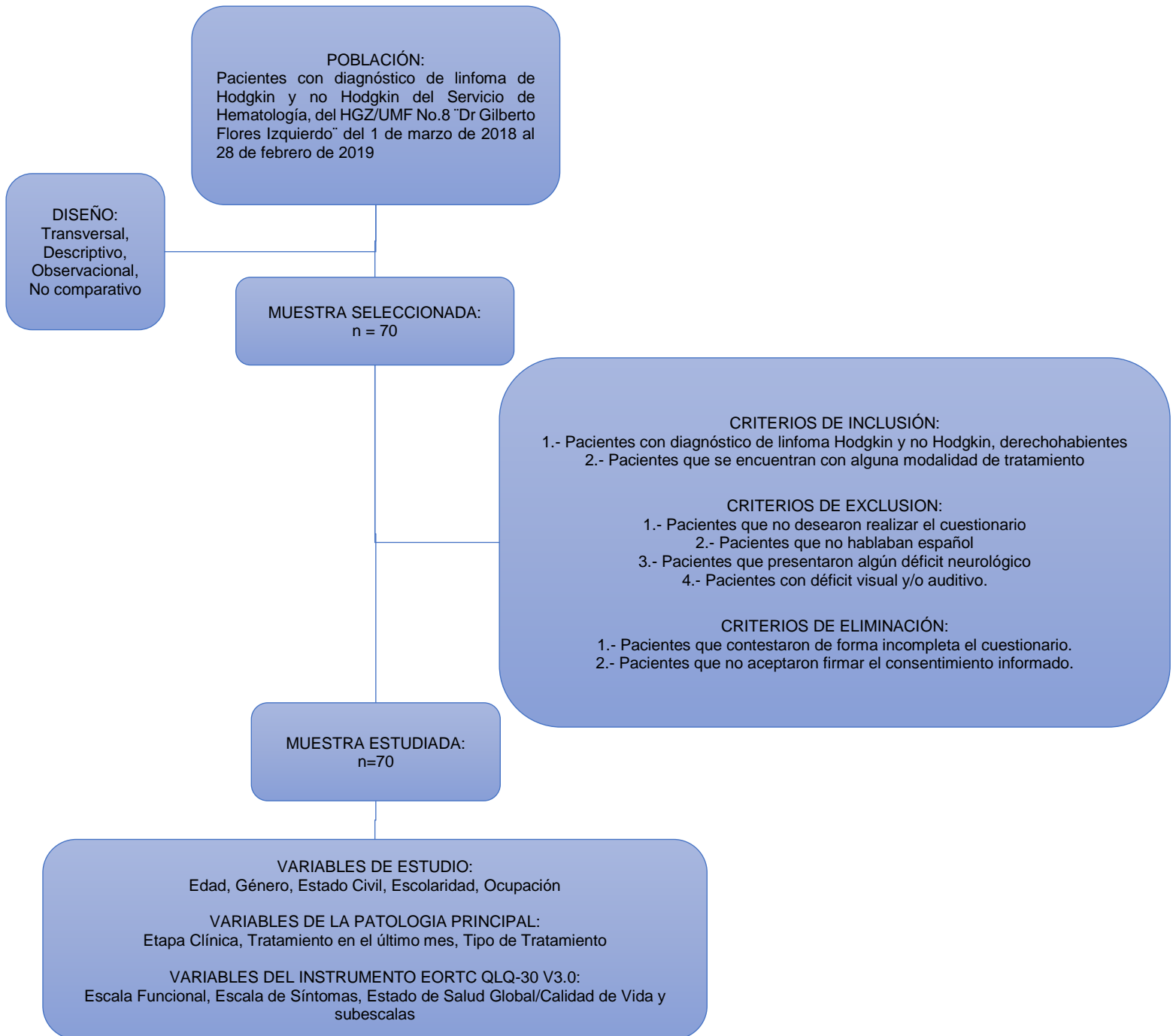


## **6. TIPO DE ESTUDIO**

El presente trabajo que se realizó, es un estudio de tipo:

- ❖ Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio, una sola medición: TRANSVERSAL
- ❖ Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: DESCRIPTIVO
- ❖ De acuerdo a la intervención del investigador en el fenómeno que se analizará: OBSERVACIONAL
- ❖ Y según la intención comparativa de los resultados de los grupos a estudiar: NO COMPARATIVO

## 7. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



Elaboró: Dr. Juan Diego Jiménez Estrada

## 8. POBLACIÓN LUGAR Y TIEMPO

El presente estudio se llevó a efecto en pacientes derechohabientes con diagnóstico de Linfoma Hodgkin y Linfoma no Hodgkin, en sus diferentes etapas clínicas; que estaban o no recibiendo alguna modalidad de tratamiento en el último mes al momento de aplicar el cuestionario, que fueron atendidos en el servicio de Hematología del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No.8 “Dr Gilberto Flores Izquierdo”, de la Ciudad de México con dirección en Avenida Río Magdalena #289, Colonia Tizapán San Ángel, Delegación Álvaro Obregón.

El estudio transversal, descriptivo, observacional, no comparativo antes citado se realizó en el periodo comprendido del 1 de marzo de 2018 a febrero de 2019

## 9. MUESTRA

### TAMAÑO DE MUESTRA

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo de una variable dicotómica, para una población finita, fue de 70 pacientes con un intervalo de confianza del 95%, con una proporción del 0.05 con amplitud total de intervalo de confianza de 0.10.

### DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

n= Tamaño muestral

N= Tamaño de la población, número total de historias

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

p= proporción esperada

q= 1 – P (Si p=30%, q=70%)

i= Error que se prevé cometer

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

## **10. CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **CRITERIOS DE INCLUSION**

- 1.- Pacientes con diagnóstico de linfoma Hodgkin y No Hodgkin, derechohabientes.
- 2.- Pacientes que se encuentran con alguna modalidad de tratamiento.

### **CRITERIOS DE EXCLUSION**

- 1.- Pacientes que no desearon realizar el cuestionario.
- 2.- Pacientes que no hablaban español.
- 3.- Pacientes que presentaron algún déficit neurológico.
- 4.- Pacientes con déficit visual y/o auditivo.

### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- 1.- Pacientes que contestaron de forma incompleta el cuestionario.
- 2.- Pacientes que no aceptaron firmar el consentimiento informado.

## **11. VARIABLES**

### **VARIABLES DEL ESTUDIO**

Variable Dependiente: Calidad de Vida

Variable Independiente: Pacientes con diagnóstico de Linfoma

### **VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS**

Edad

Sexo

Estado Civil

Escolaridad

Ocupación

### **VARIABLE DE LA PATOLOGÍA**

Tipo de Linfoma (Hodgkin y No Hodgkin)

Etapa Clínica

Tratamiento en el último mes

Tipo de Tratamiento

### **VARIABLES DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN**

Los puntajes de las escalas son transformados linealmente para obtener un puntaje de 0 a 100 acorde a las fórmulas e instrucciones proporcionadas en el EORTC QLQ-C30 Scoring Manual:

Escala Funcional: Función Física, Función de Rol, Función Emocional, Función Cognitiva y Función Social. Una puntuación alta la escala funcional representa un nivel más alto de función (mayor nivel de salud).

Escala de Síntomas: Fatiga, Náusea y vómito, Dolor, Disnea, Insomnio, Pérdida de Apetito, Constipación, Diarrea y Dificultades Financieras. Una calificación más alta en la escala de síntomas representa una mayor sintomatología y/o la presencia de más problemas de salud.

Estado de Salud Global/Calidad de Vida: Una puntuación más alta en el estado de salud global/calidad de vida, implica una mejor calidad de vida.

## DEFINICION CONCEPTUAL

**LINFOMA:** Linfoma es el nombre general para un grupo de tipos de cáncer que afectan el sistema linfático. Los dos tipos principales de linfoma son el linfoma de Hodgkin y el linfoma no Hodgkin. Estos tumores constituyen un grupo de neoplasias del tejido linfoide, derivadas de los linfocitos B o T, con múltiples variantes histológicas.

**CALIDAD DE VIDA:** Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el concepto de calidad de vida como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes

**ESTADIO DE ANN ARBOR:**

-Estadio I: afectación de una única región ganglionar o estructura linfoide (ej.: bazo, timo, anillo Waldeyer)

-Estadio II: afectación de dos o más regiones ganglionares en el mismo lado del diafragma (el mediastino es un sólo sitio; los hiliares son uno de cada lado); el número de sitios se indica con un subfijo.

-Estadio III: afectación de regiones linfáticas o estructuras linfáticas a ambos lados del diafragma.

III1: abdomen superior (esplénico, celíaco, portal)

III2: abdomen inferior (para aórtico, mesentérico)

-Estadio IV: Afectación de sitios extra nodales más allá de los indicados como E. Afectación visceral.

-A: no síntomas B

-B: fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso superior al 10% del peso corporal en los seis meses previos

-X: enfermedad voluminosa (bulky): ensanchamiento mediastínico  $>1/3$  medido a nivel de T5-6, o masa  $>10$ cm.

-E: afectación de un único sitio extranodal contiguo o próximo a la localización nodal conocida

-CS: estadio clínico

-PS: estadio patológico

## **VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS**

- 1.- **EDAD:** Del latín aetas, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.
- 2.- **SEXO:** Género al que pertenece un individuo. Tradicionalmente, masculino o femenino; es una categoría construida social y culturalmente, se aprende y, por lo tanto, puede evolucionar o cambiar.
- 3.- **ESTADO CIVIL:** Atributo de la personalidad, conjunto de situaciones en las que se ubica el ser humano dentro de la sociedad, respecto a los derechos y obligaciones que le corresponden, derivadas de acontecimientos, atributos, o situaciones tales como el nacimiento, adopción, emancipación, el matrimonio, el divorcio y el fallecimiento, que en suma contribuyen a conformar su identidad y que establece ciertos derechos y deberes.
- 4.- **ESCOLARIDAD:** Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.
- 5.- **OCUPACIÓN:** conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquélla se lleve a cabo y de las relaciones que establezca con los demás agentes productivos y sociales, determinados por la Posición en el Trabajo.

## **VARIABLES DEL INSTRUMENTO EORTC QLQ-30 V3.0**

Los puntajes de las escalas son transformados linealmente para obtener un puntaje de 0 a 100 acorde a las fórmulas e instrucciones proporcionadas en el EORTC QLQ-C30 Scoring Manual:

**Escala Funcional:** Función Física, Función de Rol, Función Emocional, Función Cognitiva y Función Social. Una puntuación alta la escala funcional representa un nivel más alto de función (mayor nivel de salud).

**Escala de Síntomas:** Fatiga, Náusea y vómito, Dolor, Disnea, Insomnio, Pérdida de Apetito, Constipación, Diarrea y Dificultades Financieras. Una calificación más alta en la escala de síntomas representa una mayor sintomatología y/o la presencia de más problemas de salud.

**Estado de Salud Global/Calidad de Vida:** Una puntuación más alta en el estado de salud global/calidad de vida, implica una mejor calidad de vida.

## DEFICION OPERATIVA DE LAS VARIABLES

<b>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS</b>			
<b>VARIABLE</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>VALORES</b>
<b>Edad</b>	Cualitativa	Razón	1.- 18 – 29 2.- 30 – 39 3.- 40 – 49 4.- 50 – 59 5.- 60 – 69 6.- 70 – o más
<b>Sexo</b>	Cualitativa	Nominal	1.- Femenino 2.- Masculino
<b>Estado Civil</b>	Cualitativa	Nominal	1.- Casada/o 2.- Soltera/o 3.- Concubinato 4.- Viuda/o 5.- Divorciada/o
<b>Escolaridad</b>	Cualitativa	Ordinal	1.- Analfabeta 2.- Primaria 3.- Secundaria 4.- Bachillerato 5.- Licenciatura 6.- Posgrado
<b>Ocupación</b>	Cualitativa	Nominal	1.- Empleado 2.- Desempleado 3.- Pensionado

Elaboró: Dr. Juan Diego Jiménez Estrada

<b>VARIABLES DE LA ENFERMEDAD</b>			
<b>VARIABLE</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>VALORES</b>
<b>Etapa Clínica de la Enfermedad</b>	Cualitativa	Ordinal	1.- Estadio I 2.- Estadio II 3.- Estadio III 4.- Estadio IV
<b>Tratamiento durante el último mes</b>	Cualitativa	Nominal	1.- Si 2.-No
<b>Modalidad del Tratamiento</b>	Cualitativa	Nominal	1.- Quimioterapia 2.- Inmunoterapia 3.- Radioterapia 4.- Cirugía

Elaboró: Dr. Juan Diego Jiménez Estrada



<b>VARIABLES DEL TEST EORTC QLQ-C30 V3.0</b>			
<b>VARIABLE</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>VALORES</b>
<b>Escala Funcional</b>	Cuantitativa	Continua	Números enteros y Fracciones
Función Física	Cuantitativa	Continua	Números enteros y Fracciones
Función de Rol	Cuantitativa	Continua	Números enteros y Fracciones
Función Emocional	Cuantitativa	Continua	Números enteros y Fracciones
Función Cognitiva	Cuantitativa	Continua	Números enteros y Fracciones
Función Social	Cuantitativa	Continua	Números enteros y Fracciones
<b>Escala de Síntomas</b>	Cuantitativa	Continua	Números enteros y Fracciones
Fatiga	Cuantitativa	Continua	Números enteros y Fracciones
Nausea y vomito	Cuantitativa	Continua	Números enteros y Fracciones
Dolor	Cuantitativa	Continua	Números enteros y Fracciones
Disnea	Cuantitativa	Continua	Números enteros y Fracciones
Insomnio	Cuantitativa	Continua	Números enteros y Fracciones
Pérdida de Apetito	Cuantitativa	Continua	Números enteros y Fracciones
Constipación	Cuantitativa	Continua	Números enteros y Fracciones
Diarrea	Cuantitativa	Continua	Números enteros y Fracciones
Dificultades Financieras	Cuantitativa	Continua	Números enteros y Fracciones
<b>Estado de Salud Global/Calidad de Vida</b>	Cuantitativa	Continua	Números enteros y Fracciones

Elaboró: Dr. Juan Diego Jiménez Estrada

## **12. DISEÑO ESTADÍSTICO**

El análisis estadístico se llevó a efecto a través del programa estadístico IBM SPSS 20 para Windows 10. Y para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalo de confianza, además de medidas de distribución de frecuencias y porcentajes. El tipo de muestra es representativa y se calculó a través de su prevalencia de 2.7%.

### **13. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC) creó en 1980 el grupo de estudio en calidad de vida, y en 1986 inició una aproximación modular integrada para evaluar a los pacientes que participan en estudios clínicos. Esto condujo al desarrollo del EORTC QLQ, un instrumento de calidad de vida para pacientes con cáncer.

En 1987 se desarrolló el primer cuestionario EORTC QLQ-C36, que se caracterizaba por ser específico para cáncer, multidimensional, fácil y rápido de completar, y aplicable a un amplio rango de culturas. Con su uso se vio la necesidad de descartar algunas preguntas, por no ser informativas, y se hizo una modificación sustancial en la escala de funcionamiento emocional, lo que dio lugar a la segunda generación, que fue la versión de 30 preguntas, EORTC QLQ-C30.

Después de su lanzamiento general en 1993, el QLQ-C30 se ha utilizado en una amplia gama de ensayos clínicos para cáncer, por un gran número de grupos de investigación de diferentes países; además se ha utilizado en varios estudios no aleatorizados.

El QLQ-C30 incluye cinco escalas funcionales (física, funcionamiento autónomo, cognitiva, emocional y social), tres escalas de síntomas (fatiga, dolor, náusea y vómito), estado general de salud/ escala de calidad de vida, una serie de preguntas adicionales para evaluar síntomas comúnmente referidos por los pacientes con cáncer (disnea, pérdida de apetito, insomnio, estreñimiento y diarrea) y el impacto financiero percibido. Todas las escalas (multi-ítem y un ítem) están construidas de manera similar. El promedio bruto de cada ítem individual es sumado y en las escalas multi-ítem dividido entre el número de ítems que integran la escala; esos puntajes de las escalas son transformados linealmente para obtener un puntaje de 0 a 100 acorde a las fórmulas e instrucciones proporcionadas en el EORTC QLQ-C30 Scoring Manual.

Escala Funcional: Función Física, Función de Rol, Función Emocional, Función Cognitiva y Función Social. Una puntuación alta en la escala funcional representa un nivel más alto de función (mayor nivel de salud).

Escala de Síntomas: Fatiga, Náusea y vómito, Dolor, Disnea, Insomnio, Pérdida de Apetito, Constipación, Diarrea y Dificultades Financieras. Una calificación más alta en la escala de síntomas representa una mayor sintomatología y/o la presencia de más problemas de salud.

Estado de Salud Global/Calidad de Vida: Una puntuación más alta en el estado de salud global/calidad de vida, implica una mejor calidad de vida.

Esta escala se encuentra disponible en 67 idiomas diferentes, incluido el español mexicano; y cuenta, además con subescalas específicas por patología, como la versión 3.0, específica para linfomas.

Se utilizará por lo anteriormente descrito, la versión española, ya traducida por la EORTC, para evitar incurrir en irregularidades con respecto a derechos de autor, así como posibles alteraciones con los ítems, los cuales ya se encuentran validados por dicha organización para aplicarse en la población mexicana; al momento la validez interna del instrumento tiene un alfa de Crombach de 0.80.

## 14. MÉTODO DE RECOLECCIÓN

Se realizó en el HGZ/UMF# 8 a los pacientes del Servicio de Hematología, con diagnóstico de Linfoma, que cumplieron con los criterios.

Previo consentimiento informado, y que el derechohabiente firmó de aceptado, para participar en la aplicación de la encuesta, se procedió a dar una breve reseña de lo que es el cuestionario y cuál era la finalidad de su aplicación.

El cuestionario QLQ-C30 está diseñado de forma sencilla para ser hetero-administrado ya sea aplicado por el usuario o el aplicador; aunque también puede ser aplicado en forma de entrevista. Para su auto-administración los pacientes, previamente fueron capacitados para leer las breves instrucciones que se encuentran en la parte superior del cuestionario.

Los primeros 28 ítems están organizados de manera en que el paciente circule una de las 4 respuestas posibles: 1.- En Absoluto, 2.- Un poco, 3.- Bastante, 4.- Mucho.

Los últimos 2 ítems (29 y 30), están formulados para que el paciente circule un número comprendido entre el 1 y el número 7, donde el valor del número 1 o cercano a él, equivale a pésimo; y el valor cercano al 7: excelente

Instrucciones:

De forma clara, amable y sencilla, se enunció lo siguiente:

1.- Estamos interesados en conocer algunas cosas sobre usted y su salud. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente, rodeando con un círculo el número que mejor se aplique a su caso. No hay respuestas “correctas” o “incorrectas”. La información que nos proporcione será estrictamente confidencial.

El promedio bruto de cada ítem individual es sumado y en las escalas multi-ítem dividido entre el número de ítems que integran la escala; esos puntajes de las escalas son transformados linealmente para obtener un puntaje de 0 a 100 acorde a las fórmulas e instrucciones proporcionadas en el EORTC QLQ-C30 Scoring Manual.

Un puntaje más alto implica un mayor nivel de la respuesta. Una puntuación alta para una escala funcional representa un nivel más alto de función (mayor nivel de salud), una puntuación más alta en el estado de salud global/calidad de vida, implica una mejor calidad de vida. Una calificación más alta en las escalas de síntomas representa una mayor sintomatología y/o la presencia de más problemas de salud.

## 15. MANIOBRA PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGOS

**CONTROL DE SEGOS DE INFORMACIÓN:** Se realizó una revisión de la literatura médica de los últimos 5 años y se utilizó la información de las bases de datos médicas como: UpToDate, PubMed, Elsevier, Science Direct, SciELO; entre muchas otras. Los pacientes no deben ser conscientes de las hipótesis bajo la cual se lleva a efecto la investigación. El formato elaborado para la recolección de datos fue sometido a una revisión por los asesores de la investigación, para verificar su correcta estructura y la precisión de los datos.

**CONTROL DE SESGO DE SELECCIÓN:** La muestra fue calculada de manera probabilística empleando la fórmula para poblaciones finitas, ya que nos apoyamos en la prevalencia de Linfoma Hodgkin y no Hodgkin reportada por Globocan para la población mexicana en el año 2012; lo cual nos arrojó una muestra de 70 pacientes. Así mismo, se emplearon los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, para la inclusión de pacientes.

**CONTROL DE SESGO DE MEDICIÓN:** El instrumento de recolección de datos presenta instrucciones claras, sencillas y precisas; consta de un total de 30 ítems, el cual está validado para su empleo en población de habla hispana, en específico México; además de contar con una fiabilidad interna y externa determinada por su alfa de Crombach de 0.80.

**CONTROL DE SESGO DE ANÁLISIS:** Se registraron y analizaron los datos correctamente, verificando el correcto llenado del instrumento de medición e interpretando de manera cautelosa los resultados obtenidos de cada uno. Los resultados fueron analizados mediante el programa para Windows: IBM SPSS versión 20, que sirvió para la elaboración de tablas y gráficos, además se obtuvieron 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.

## 16. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UMF No. 8  
 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

TÍTULO DEL PROYECTO: Evaluación de la calidad de vida en pacientes portadores de Linfoma  
 tratados en el Servicio de Hematología del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina  
 Familiar No.8 "Dr Gilberto Flores Izquierdo"  
 2017-2018

FECHA	MARZO 2017	ABRIL 2017	MAYO 2017	JUNIO 2017	JULIO 2017	AGOSTO 2017	SEPTIEMBRE 2017	OCTUBRE 2017	NOVIEMBRE 2017	DICIEMBRE 2017	ENERO 2018	FEBRERO 2018
Idea a estudiar	X											
Título		X										
Antecedentes			X									
Planteamiento del problema				X								
Justificación				X								
Objetivos					X							
Hipótesis					X							
Material y métodos						X						
Tipo de estudio						X						
Diseño metodológico							X					
Población							X					
Lugar y tipo de estudio								X				
Tipo y tamaño de la muestra								X				
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación								X				
Variables									X			
Definición de las variables									X			
Diseño estadístico									X			
Instrumentos de recolección										X		
Método de recolección										X		
Cronograma										X		
Recursos											X	
Consideraciones éticas											X	
Bibliografía											X	
Reporte de protocolo												X

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UMF No. 8  
 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

TÍTULO DEL PROYECTO: Evaluación de la calidad de vida en pacientes portadores de Linfoma  
 tratados en el Servicio de Hematología del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina  
 Familiar No.8 "Dr Gilberto Flores Izquierdo"

2018-2020

FECHA	MARZO 2018	ABRIL 2018	MAYO 2018	JUNIO 2018	JULIO 2018	AGOSTO 2018	SEPTIEMBRE 2018	OCTUBRE 2018	NOVIEMBRE 2018	DICIEMBRE 2018	ENERO 2019	FEBRERO 2019	2020
Prueba piloto		X											
Ejecución del proyecto			X										
Recolección de datos				X	X	X							
Almacenamiento de datos							X	X	X				
Análisis de datos								X	X	X			
Descripción de datos										X			
Discusión de datos										X	X		
Conclusión											X		
Integración y revisión final											X		
Reporte final											X		
Autorizaciones											X		
Impresión del trabajo												X	
Publicación													X



## **17. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y DE FINANCIAMIENTO**

### **RECURSOS HUMANOS:**

Para la realización de este proyecto de tesis se contó con un investigador, aplicador de encuestas, recolector de datos: Dr. Juan Diego Jiménez Estrada. Un asesor metodológico para la revisión de la tesis (Dr. Gilberto Espinoza Anrubio), un director de tesis (Dr. Eduardo Vilchis Chaparro), y los asesores de diseño estadístico e interpretación de datos (Dr. Gilberto Espinoza Anrubio y la Dra. Ana María de la Luz Cano León).

### **RECURSOS MATERIALES:**

Para la realización de la investigación se contó con el apoyo de una computadora portátil HP Pavilion para registrar toda la información de la investigación.

Servicio de fotocopiado para reproducir el cuestionario QLQ-C30

Lápices.

Borradores.

Plumas

Hojas blancas tamaño carta.

Impresora

Tinta para Impresora

Dispositivo portátil USB

### **RECURSOS FÍSICOS:**

El Estudio se realizó en el área de consulta externa de Hematología del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

### **RECURSOS FINANCIEROS:**

Los gastos en general se financiaron por parte del médico residente en Medicina Familiar Dr. Juan Diego Jiménez Estrada.

## 18. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio de investigación que se presenta bajo el título de: Evaluación de la calidad de vida en pacientes portadores de Linfoma, tratados en el Servicio de Hematología del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No.8 “Dr Gilberto Flores Izquierdo”, no desobedece la declaración de Helsinki, de la Asociación Médica Mundial sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia en junio de 1964 y enmendada por la 64ª Asamblea General de Fortaleza, Brasil en octubre de 2013.

Así mismo, se llevó a cabo en el cumplimiento de las normas del reglamento de la Ley General de Salud, con fundamento en lo dispuesto por los Artículos 13 Inciso A, Fracción I, 14 y 96 de la Ley General de Salud, 5o. Inciso A y 113 al 120 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y Artículo 22 Fracción V del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Y de igual modo conforme a la NOM-012-SSA3-2012; de las cuales se integra la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación.

Se creó el Consentimiento Informado, de acuerdo a los lineamientos de atención, diagnóstico y tratamiento médico de Instituto Mexicano del Seguro Social; los cuales están presentes en dicho documento.

Reglamento de la Ley General de Salud, de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humano:

ARTICULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTICULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTICULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. El presente trabajo se clasifica como categoría I, que lo clasifica como una investigación sin riesgo.

ARTICULO 18.- El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

ARTICULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTICULO 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
- III. Las molestias o los riesgos esperados;
- IV. Los beneficios que puedan observarse;
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;
- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;
- VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;
- IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.

## 19. RESULTADOS

En el estudio realizado se analizaron a 70 pacientes mayores de 18 años de edad en el HGZ/UMF No.8 la media de edad fue de 66.74 años con una desviación típica de  $\pm 10.945$ , una moda de 62 años, un valor mínimo de 36 años y un valor máximo de 90 años.

La categoría rango de edad mostró: 2 (2.9%) se encontraron dentro del rango de 30-39 años, 3 (4.3%) en el rango de 40-49 años, 11 (15.7%) en el rango de 50-59 años, 29 (41.4%) en el rango de 60-69 años y 25 (35.7%) en el rango de 70 años más. (Ver tabla1 y gráfica1)

En la categoría de género se observó que 49 (70.0%) fueron femeninos y 21 (30.0%) fueron masculinos. (Ver tabla2 y gráfica2)

De acuerdo con el estado civil se encontró: 25 (35.7%) casados, 10 (14.3%) solteros, 11 (15.7%) en concubinato, 14 (20.0%) viudos y 10 (14.3%) divorciados. (Ver tabla3 y gráfica3)

En el rubro de escolaridad se analizó que 8 (11.4%) son analfabetas, 19 (27.1%) cursaron con escolaridad primaria, 28 (40.0%) con secundaria, 8 (11.4%) bachillerato y 7 (10%) con licenciatura. (Ver tabla4 y gráfica4)

En el apartado de ocupación se obtuvo: 25 (35.7%) pacientes con empleo, 22 (31.4%) desempleados y 23 (32.9%) pensionados. (Ver tabla5 y gráfica5)

La sección referente al tipo de linfoma determinó que el 15 (21.4%) presentó Linfoma de Hodgkin y el 55 (78.6%) Linfoma no Hodgkin. (Ver tabla6 y gráfica6)

Acorde a la sección de etapa clínica se identificaron 11 (15.7%) pacientes que desconocen su etapa clínica, 10 (14.3%) en I, 14 (20%) en II, 27 (38.6%) en III y 8 (11.4%) en IV. (Ver tabla7 y gráfica7)

En la categoría de tratamiento recibido en el último mes se obtuvo: 57 (81.4%) si recibieron tratamiento y 13 (18.6%) no. (Ver tabla8 y gráfica8)

El apartado de modalidad de tratamiento reportó lo siguiente: 34 (48.6%) con quimioterapia, 25 (35.7%) con inmunoterapia, 10 (14.3%) con radioterapia y 1 (1.4%) con cirugía. (Ver tabla9 y gráfica9)

En la categoría función física de la Escala Funcional, la media fue de 83.23, con una desviación típica de  $\pm 17.86$ , una moda de 100.00, un valor mínimo de 26.67 y un valor máximo de 100.00 (Ver tabla10)

En el rubro función de rol de la Escala Funcional, la media fue de 85.95, con una desviación típica de  $\pm 18.95$ , una moda de 100.00, valor mínimo de 16.67 y valor máximo de 100.00 (Ver tabla10)

En la sección función emocional de la Escala Funcional, la media fue de 82.14, con una desviación típica de  $\pm 18.73$ , una moda de 83.33, un valor mínimo de 25.00 y valor máximo de 100.00<sup>(Ver tabla10)</sup>

En el apartado función cognitiva de la Escala Funcional, la media fue de 75.71, con una desviación típica de  $\pm 25.32$ , una moda de 100.00, valor mínimo de 16.67 y valor máximo de 100.00<sup>(Ver tabla10)</sup>

En la categoría función social de la Escala Funcional, la media fue de 82.14, con una desviación típica de  $\pm 18.73$ , una moda de 83.33, un valor mínimo de 25.00 y valor máximo de 100.00<sup>(Ver tabla10)</sup>

En la sección de escala Funcional Total, la media de puntaje fue de 82.69 puntos, con una desviación típica de  $\pm 14.93$ , una moda de 90.67, un valor mínimo de 36.33 y un valor máximo de 100.00 puntos. <sup>(Ver tabla10)</sup>

En el rubro fatiga de la Escala de Síntomas, la media fue de 23.96, con una desviación típica de  $\pm 16.23$ , una moda de 33.33, un valor mínimo de 00.00 y valor máximo de 77.78<sup>(Ver tabla11)</sup>

En el apartado náusea y vómito de la Escala de Síntomas, la media fue de 8.57, con una desviación típica de  $\pm 15.21$ , una moda de 00.00, valor mínimo de 00.00 y valor máximo de 66.67<sup>(Ver tabla11)</sup>

En la categoría dolor de la Escala de Síntomas, la media fue de 16.66, con una desviación típica de  $\pm 20.85$ , una moda de 00.00, un valor mínimo de 00.00 y un valor máximo de 66.67<sup>(Ver tabla11)</sup>

En la sección disnea de la Escala de Síntomas, la media fue de 16.18, con una desviación típica de  $\pm 19.44$ , una moda de 00.00, valor mínimo de 00.00 y valor máximo de 66.67<sup>(Ver tabla11)</sup>

En el rubro insomnio de la Escala de Síntomas, la media fue de 23.33, con una desviación típica de  $\pm 30.21$ , una moda de 00.00, un valor mínimo de 00.00 y un valor máximo de 100.00<sup>(Ver tabla11)</sup>

En el apartado pérdida de apetito de la Escala de Síntomas, la media fue de 18.09, con una desviación típica de  $\pm 21.74$ , una moda de 00.00, valor mínimo de 00.00 y valor máximo de 66.67<sup>(Ver tabla11)</sup>

En la categoría constipación de la Escala de Síntomas, la media fue de 18.09, con una desviación típica de  $\pm 26.42$ , una moda de 00.00, un valor mínimo de 00.00 y un valor máximo de 100.00<sup>(Ver tabla11)</sup>

En la sección diarrea de la Escala de Síntomas, la media fue de 6.18, con una desviación típica de  $\pm 13.05$ , una moda de 00.00, valor mínimo de 00.00 y valor máximo de 33.33<sup>(Ver tabla11)</sup>

En el rubro dificultad financiera de la Escala de Síntomas, la media fue de 41.90, con una desviación típica de  $\pm 27.03$ , una moda de 33.33, un valor mínimo de 00.00 y un valor máximo de 33.33<sup>(Ver tabla11)</sup>

En el rubro de escala de Síntomas Total la media de puntaje fue de 19.22 puntos, con una desviación típica de  $\pm 11.49$ , una moda de 18.52, un valor mínimo de 3.09 y un valor máximo de 58.64 puntos. <sup>(Ver tabla11)</sup>

El apartado de Salud Global / Calidad de vida la media de puntaje fue de 73.33 puntos, con una desviación típica de  $\pm 21.02$ , una moda de 83.33, un valor mínimo de 16.67 y un valor máximo de 100.00 puntos. <sup>(Ver tabla12)</sup>

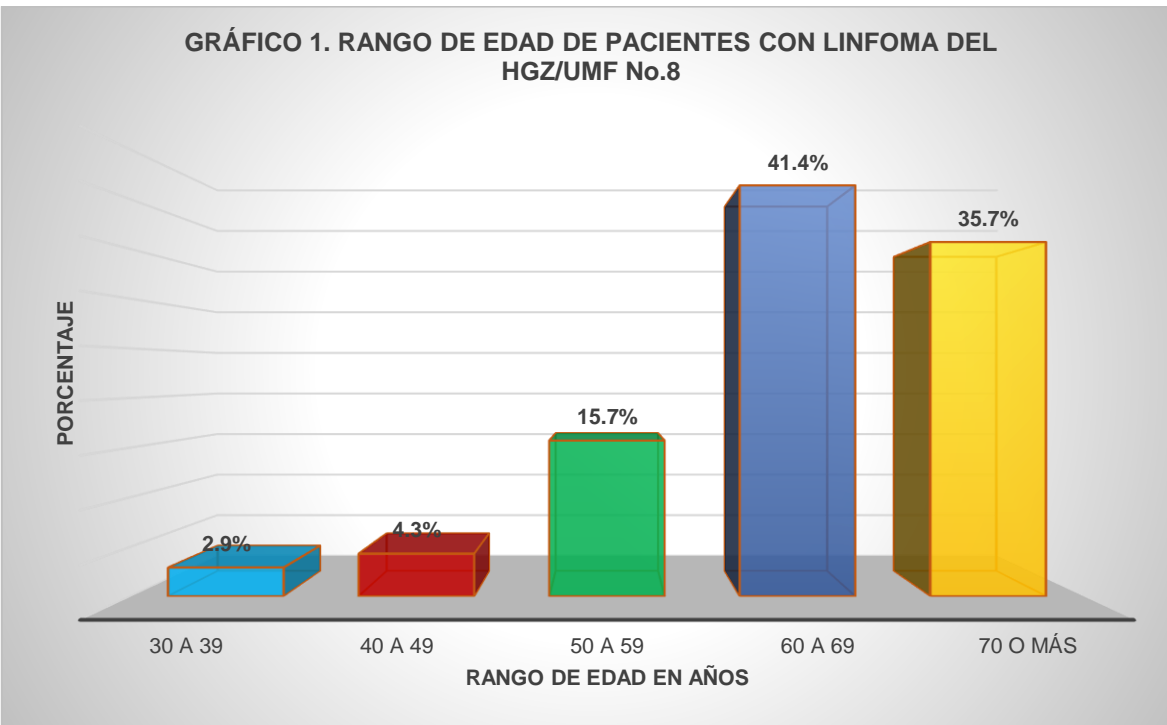
## **20. TABLAS Y GRÁFICAS**

**TABLA 1. RANGO DE EDAD DE PACIENTES CON LINFOMA DEL HGZ/UMF No.8**

Rangos de Edad	Frecuencia	Porcentaje (%)
30 a 39	2	2.9
40 a 49	3	4.3
50 a 59	11	15.7
60 a 69	29	41.4
70 o más	25	35.7
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

Fuente: n=70 Jiménez-E JD, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Cano-L A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes portadores de Linfoma, tratados en el servicio de Hematología del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, IMSS 2019.

**GRÁFICO 1. RANGO DE EDAD DE PACIENTES CON LINFOMA DEL HGZ/UMF No.8**

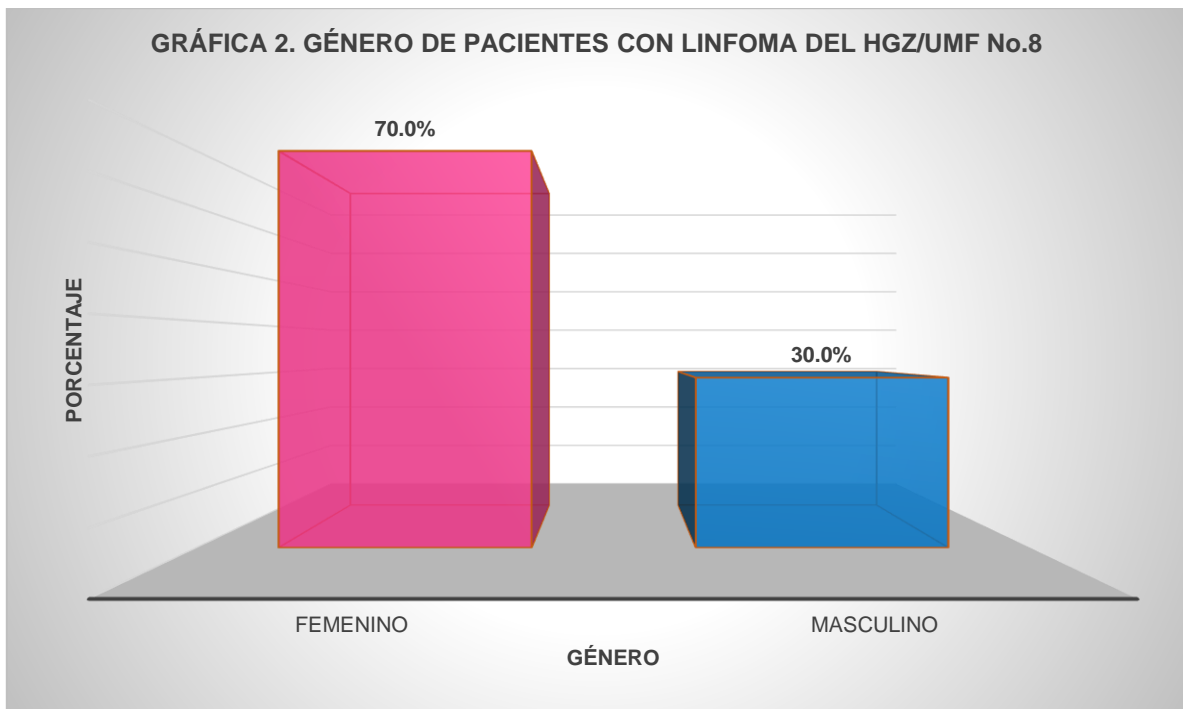


Fuente: n=70 Jiménez-E JD, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Cano-L A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes portadores de Linfoma, tratados en el servicio de Hematología del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, IMSS 2019.



TABLA 2. GÉNERO DE PACIENTES CON LINFOMA DEL HGZ/UMF No.8		
Género	Frecuencia	Porcentaje (%)
Femenino	49	70
Masculino	21	30
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

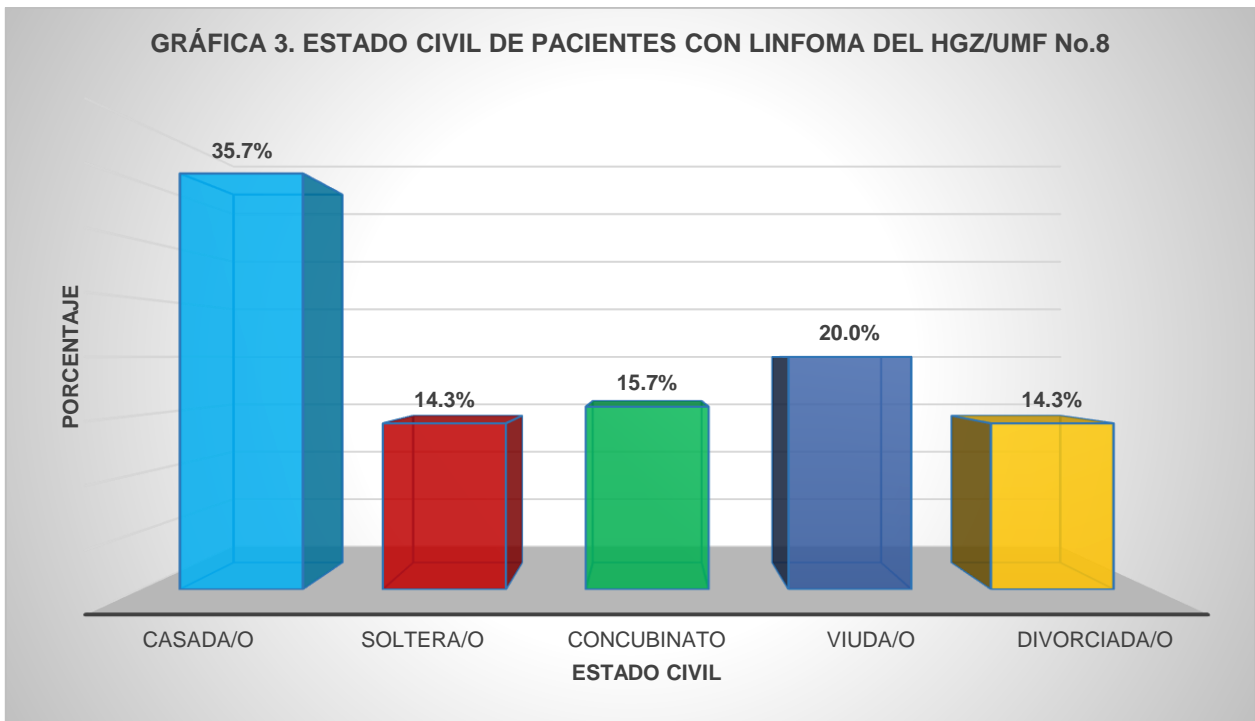
Fuente: n=70 Jiménez-E JD, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Cano-L A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes portadores de Linfoma, tratados en el servicio de Hematología del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, IMSS 2019.



Fuente: n=70 Jiménez-E JD, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Cano-L A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes portadores de Linfoma, tratados en el servicio de Hematología del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, IMSS 2019.

TABLA 3. ESTADO CIVIL DE PACIENTES CON LINFOMA DEL HGZ/UMF No.8		
Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje (%)
Casada/o	25	35.7
Soltera/o	10	14.3
Concubinato	11	15.7
Viuda/o	14	20.0
Divorciada/o	10	14.3
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100.0</b>

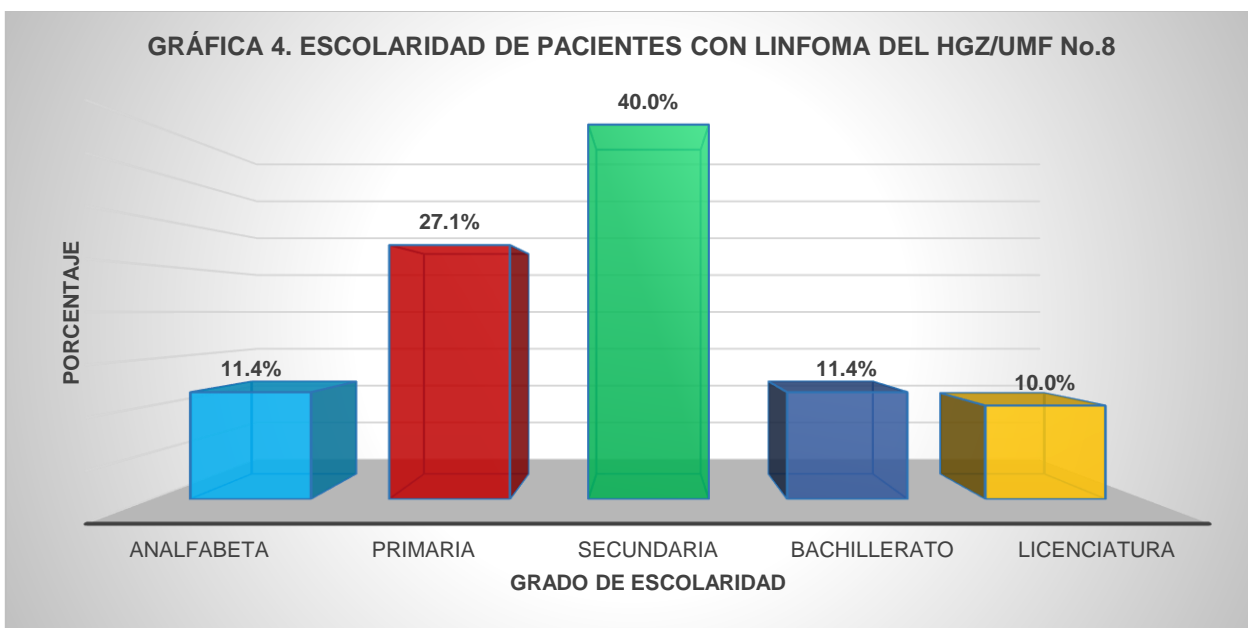
Fuente: n=70 Jiménez-E JD, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Cano-L A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes portadores de Linfoma, tratados en el servicio de Hematología del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, IMSS 2019.



Fuente: n=70 Jiménez-E JD, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Cano-L A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes portadores de Linfoma, tratados en el servicio de Hematología del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, IMSS 2019.

TABLA 4. ESCOLARIDAD DE PACIENTES CON LINFOMA DEL HGZ/UMF No.8		
Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Analfabeta	8	11.4
Primaria	19	27.1
Secundaria	28	40.0
Bachillerato	8	11.4
Licenciatura	7	10.0
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100.0</b>

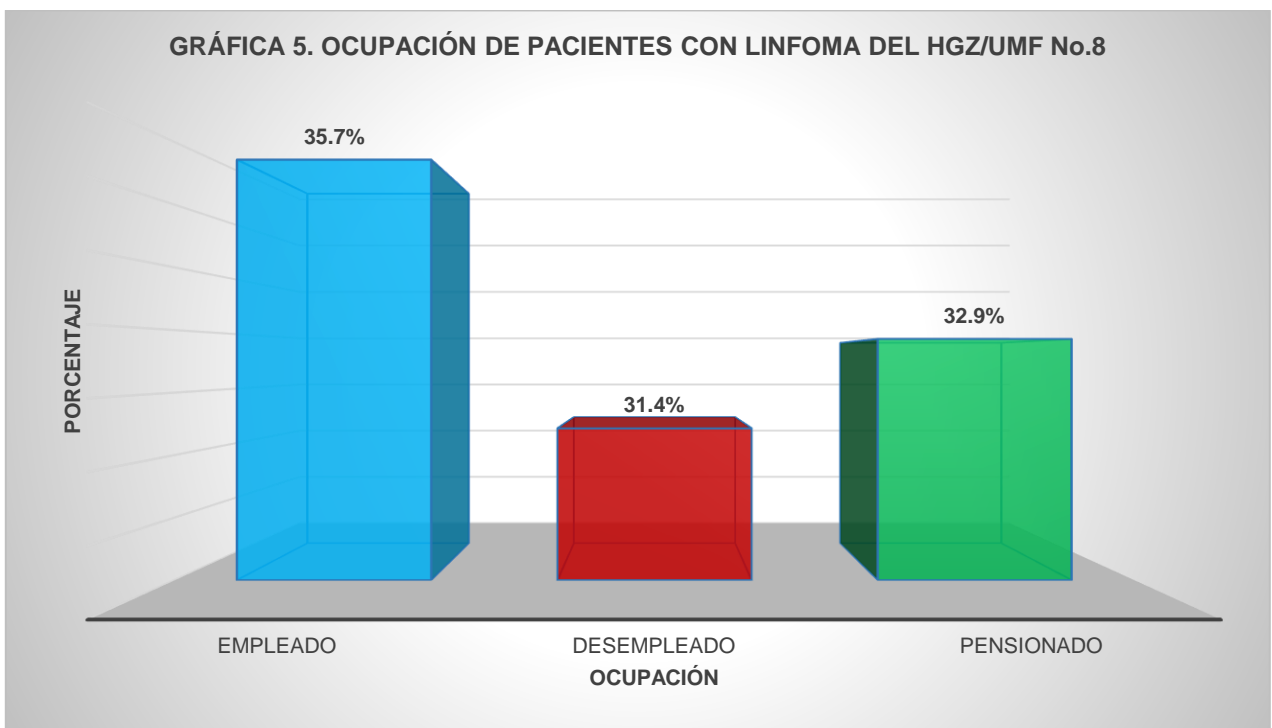
Fuente: n=70 Jiménez-E JD, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Cano-L A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes portadores de Linfoma, tratados en el servicio de Hematología del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, IMSS 2019.



Fuente: n=70 Jiménez-E JD, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Cano-L A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes portadores de Linfoma, tratados en el servicio de Hematología del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, IMSS 2019.

TABLA 5. OCUPACIÓN DE PACIENTES CON LINFOMA DEL HGZ/UMF No.8		
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Empleado	25	35.7
Desempleado	22	31.4
Pensionado	23	32.9
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100.0</b>

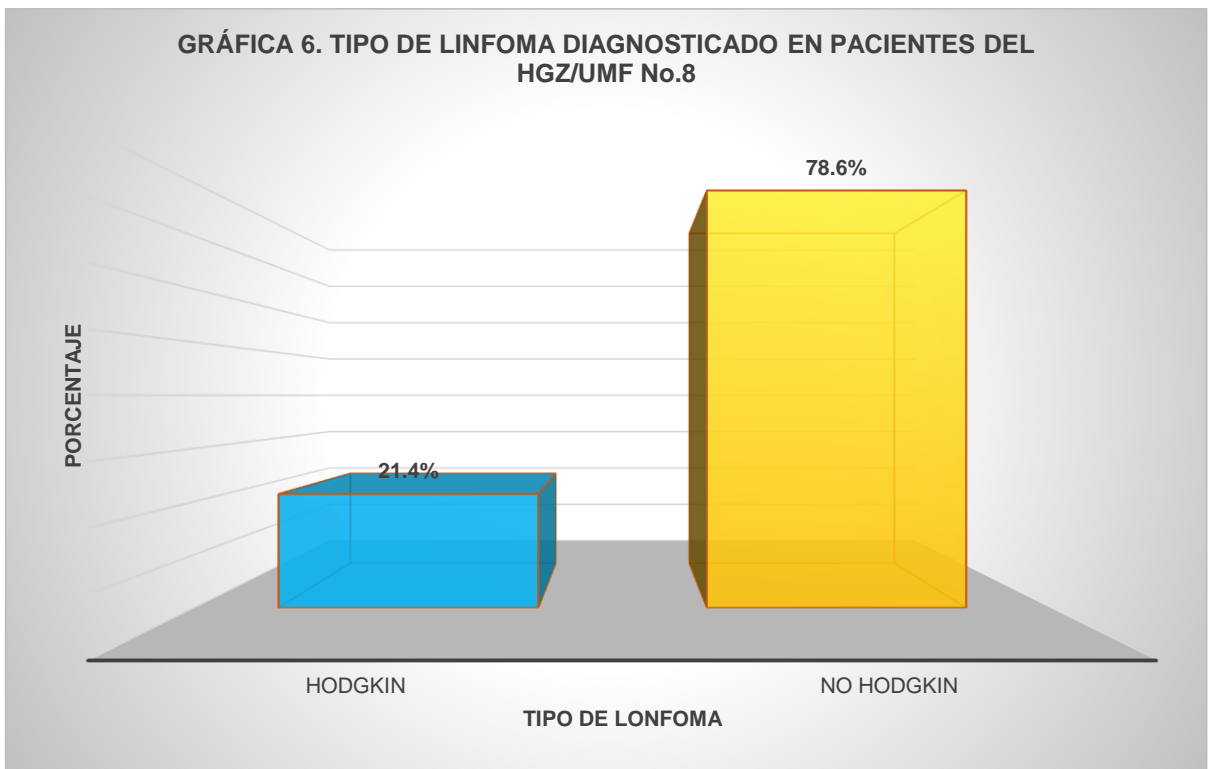
Fuente: n=70 Jiménez-E JD, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Cano-L A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes portadores de Linfoma, tratados en el servicio de Hematología del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, IMSS 2019.



Fuente: n=70 Jiménez-E JD, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Cano-L A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes portadores de Linfoma, tratados en el servicio de Hematología del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, IMSS 2019.

TABLA 6. TIPO DE LINFOMA DIAGNOSTICADO EN PACIENTES DEL HGZ/UMF No.8		
Tipo de Linfoma	Frecuencia	Porcentaje (%)
Hodgkin	15	21.4
No Hodgkin	55	78.6
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100.0</b>

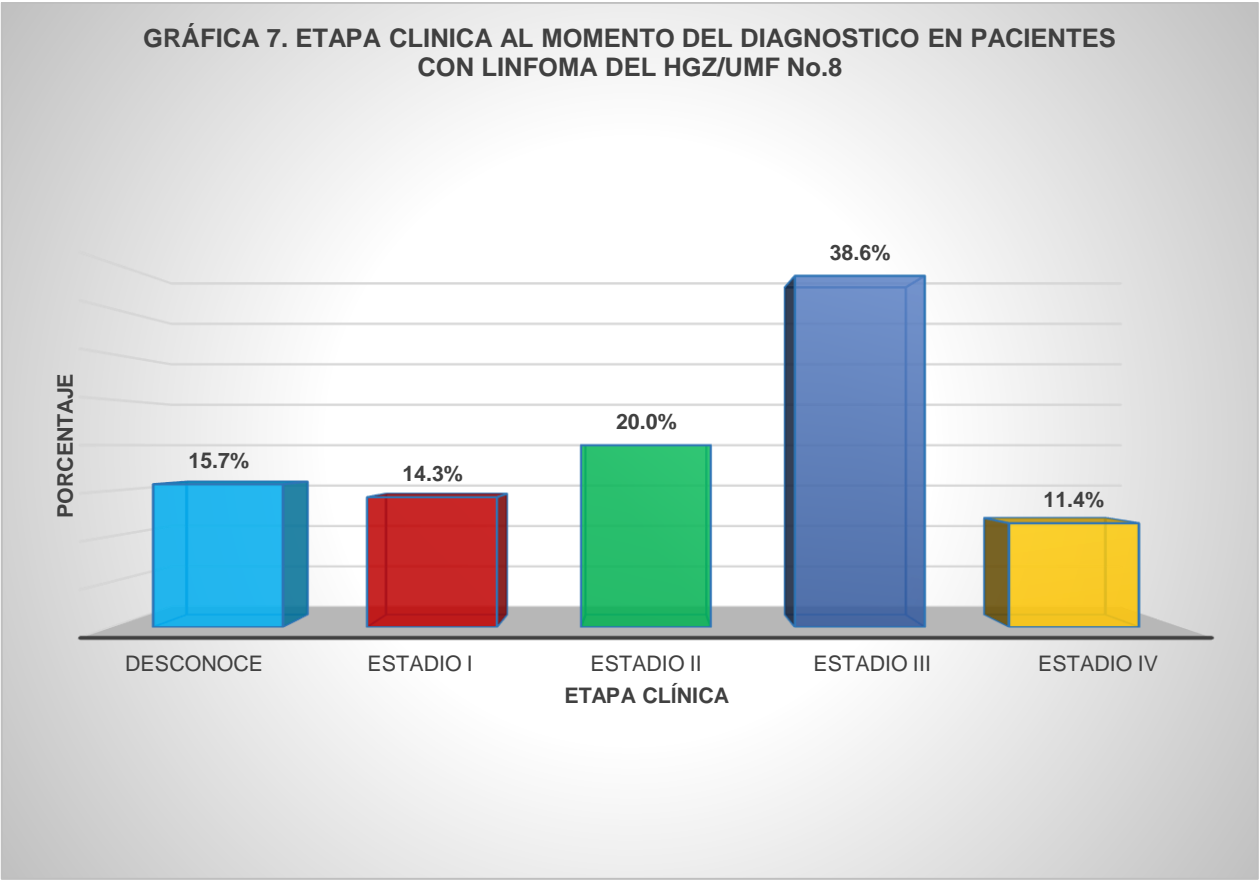
Fuente: n=70 Jiménez-E JD, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Cano-L A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes portadores de Linfoma, tratados en el servicio de Hematología del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, IMSS 2019.



Fuente: n=70 Jiménez-E JD, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Cano-L A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes portadores de Linfoma, tratados en el servicio de Hematología del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, IMSS 2019.

<b>TABLA 7. ETAPA CLINICA AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO EN PACIENTES CON LINFOMA DEL HGZ/UMF No.8</b>		
<b>Etapa Clínica</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Desconoce	11	15.7
Estadio I	10	14.3
Estadio II	14	20.0
Estadio III	27	38.6
Estadio IV	8	11.4
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100.0</b>

Fuente: n=70 Jiménez-E JD, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Cano-L A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes portadores de Linfoma, tratados en el servicio de Hematología del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, IMSS 2019.



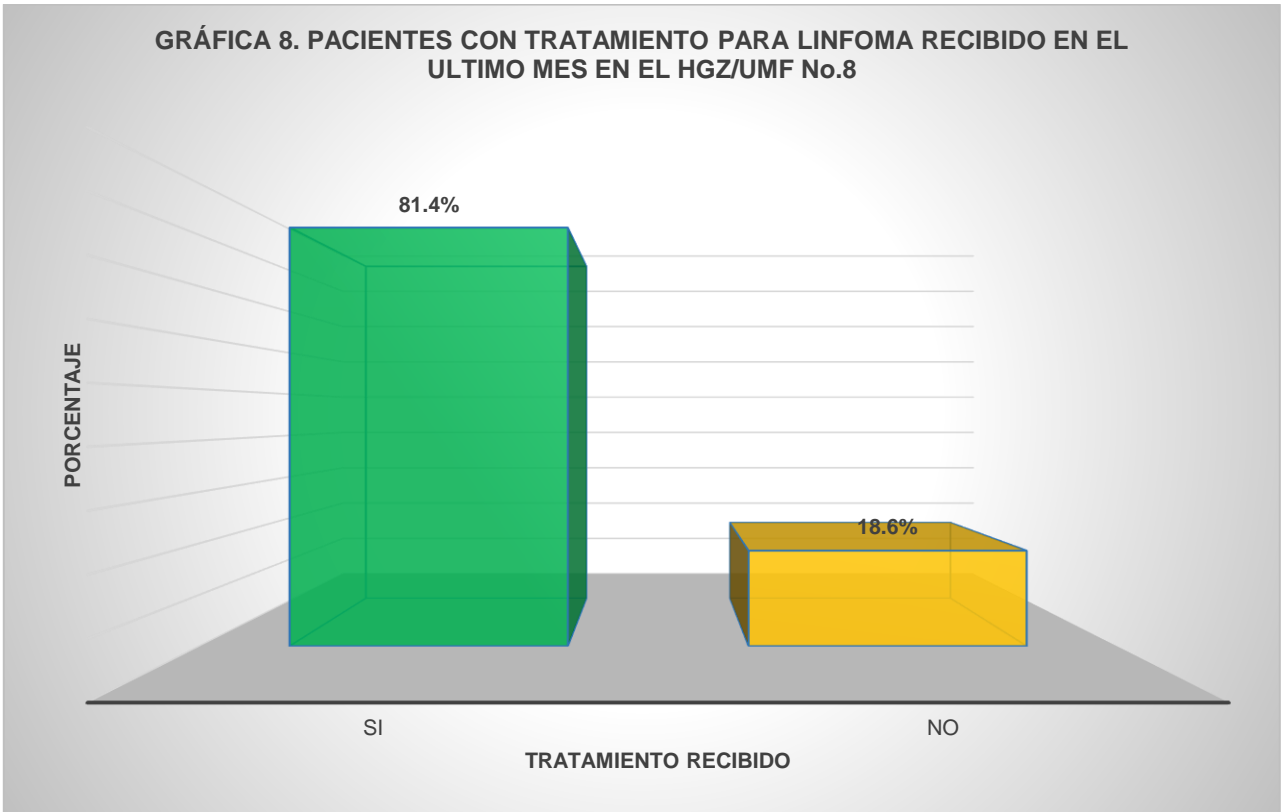
Fuente: n=70 Jiménez-E JD, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Cano-L A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes portadores de Linfoma, tratados en el servicio de Hematología del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, IMSS 2019.

**TABLA 8. PACIENTES CON TRATAMIENTO PARA LINFOMA RECIBIDO EN EL ULTIMO MES EN EL HGZ/UMF No.8**

Tratamiento Recibido	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	57	81.4
No	13	18.6
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100.0</b>

Fuente: n=70 Jiménez-E JD, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Cano-L A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes portadores de Linfoma, tratados en el servicio de Hematología del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, IMSS 2019.

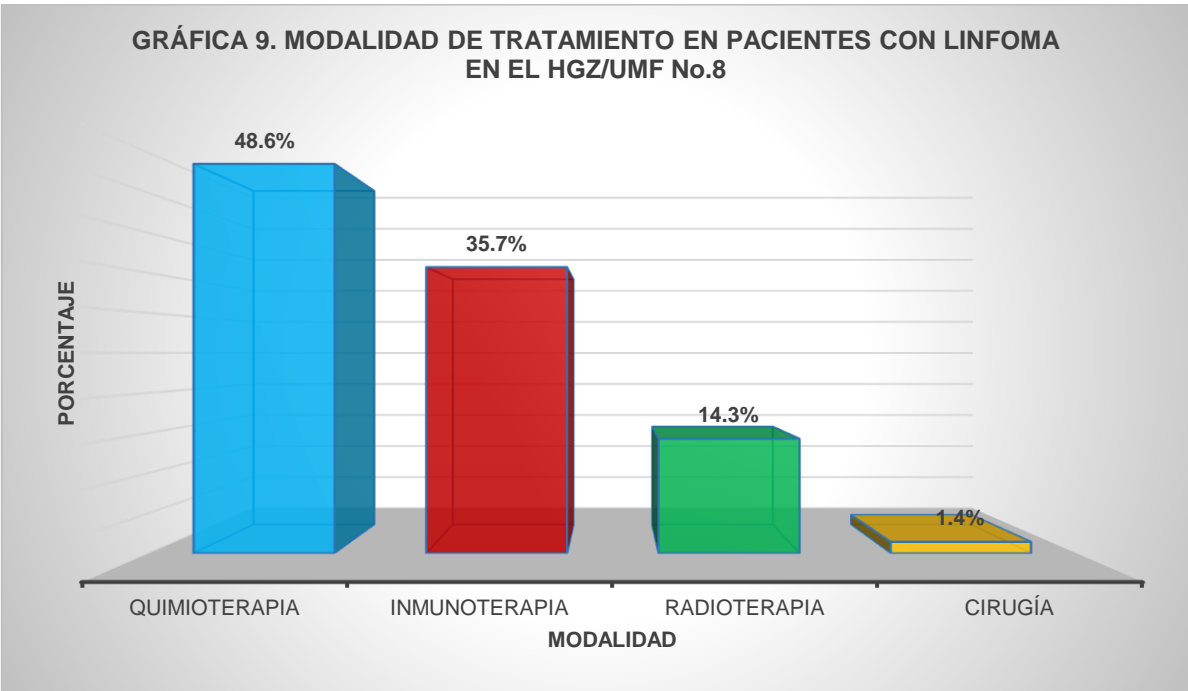
**GRÁFICA 8. PACIENTES CON TRATAMIENTO PARA LINFOMA RECIBIDO EN EL ULTIMO MES EN EL HGZ/UMF No.8**



Fuente: n=70 Jiménez-E JD, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Cano-L A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes portadores de Linfoma, tratados en el servicio de Hematología del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, IMSS 2019.

TABLA 9. MODALIDAD DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON LINFOMA EN EL HGZ/UMF No.8		
Modalidad de Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje (%)
Quimioterapia	34	48.6
Inmunoterapia	25	35.7
Radioterapia	10	14.3
Cirugía	1	1.4
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100.0</b>

Fuente: n=70 Jiménez-E JD, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Cano-L A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes portadores de Linfoma, tratados en el servicio de Hematología del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, IMSS 2019.



Fuente: n=70 Jiménez-E JD, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Cano-L A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes portadores de Linfoma, tratados en el servicio de Hematología del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, IMSS 2019.



**TABLA 10. MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DISPERSION DE LA ESCALA FUNCIONAL DEL CUESTIONARIO QLQ C-30 EN PACIENTES CON LINFOMA EN EL HGZ/UMF No.8**

Escala Funcional	Media	Desviación típica	Varianza	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Función Física	83.24	±17.86	319.15	86.67	100.00	26.67	100.00
Función Rol	85.95	±18.96	359.37	100.00	100.00	16.67	100.00
Función Emocional	82.14	±18.73	350.84	83.33	83.33	25.00	100.00
Función Cognitiva	86.43	±18.45	340.51	100.00	100.00	33.33	100.00
Función Social	75.71	±25.33	641.57	83.33	100.00	16.67	100.00
<b>Puntaje Total Escala Funcional</b>	<b>82.69</b>	<b>±14.93</b>	<b>222.98</b>	<b>87.34</b>	<b>90.67</b>	<b>36.33</b>	<b>100.00</b>

Fuente: n=70 Jiménez-E JD, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Cano-L A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes portadores de Linfoma, tratados en el servicio de Hematología del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, IMSS 2019.

**TABLA 11. MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DISPERSION DE LA ESCALA DE SÍNTOMAS DEL CUESTIONARIO QLQ C-30 EN PACIENTES CON LINFOMA EN EL HGZ/UMF No.8**

Escala de Síntomas	Media	Desviación típica	Varianza	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Fatiga	23.97	±16.23	263.49	22.22	33.33	0.00	77.78
Nausea y vomito	8.57	±15.21	231.43	0.00	0.00	0.00	66.67
Dolor	16.67	±20.85	434.78	0.00	0.00	0.00	66.67
Disnea	16.19	±19.45	378.16	0.00	0.00	0.00	66.67
Insomnio	23.33	±30.22	913.05	0.00	0.00	0.00	100.00
Pérdida de Apetito	18.09	±21.75	472.96	0.00	0.00	0.00	66.67
Constipación	18.10	±26.43	698.44	0.00	0.00	0.00	100.00
Diarrea	6.19	±13.05	170.43	0.00	0.00	0.00	33.33
Dificultad Financiera	41.90	±27.03	730.69	33.33	33.33	0.00	100.00
<b>Puntaje Total Escala de Síntomas</b>	<b>19.22</b>	<b>±11.50</b>	<b>132.23</b>	<b>16.98</b>	<b>18.52</b>	<b>3.09</b>	<b>58.64</b>

Fuente: n=70 Jiménez-E JD, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Cano-L A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes portadores de Linfoma, tratados en el servicio de Hematología del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, IMSS 2019.

**TABLA 12. MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DISPERSION DEL CUESTIONARIO QLQ C-30 EN PACIENTES CON LINFOMA EN EL HGZ/UMF No.8**

<b>QLQ C-30</b>	<b>Escala Funcional</b>	<b>Escala de Síntomas</b>	<b>Salud Global / Calidad de Vida</b>
<b>Media</b>	82.69	19.22	<b>73.33</b>
<b>Desviación Típica</b>	±14.93	±11.50	<b>±21.02</b>
<b>Varianza</b>	222.98	132.23	<b>442.03</b>
<b>Mediana</b>	87.34	16.98	<b>75.00</b>
<b>Moda</b>	90.67	18.52	<b>83.33</b>
<b>Mínimo</b>	36.33	3.09	<b>16.67</b>
<b>Máximo</b>	100.00	58.64	<b>100.00</b>

Fuente: n=70 Jiménez-E JD, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Cano-L A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes portadores de Linfoma, tratados en el servicio de Hematología del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, IMSS 2019.

## 21. DISCUSIÓN

En el presente estudio descrito a continuación se evaluó la Calidad de Vida en pacientes portadores de Linfoma, tratados en el Servicio de Hematología del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar no.8 Dr Gilberto Flores Izquierdo, donde se empleó el cuestionario de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer; el Quality Life Questionnaire (QLQ C-30) en su versión 3.0 adaptado para población mexicana, así mismo se analizaron las variables sociodemográficas.

De acuerdo al estudio realizado por Balderas-Peña et al. "Evaluación de la Calidad de Vida en Pacientes con Linfoma no Hodgkin y Cáncer Colo-Rectal en Diferentes Etapas Clínicas Atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social" (México 2013), en donde se evaluó la calidad de vida de vida de pacientes con diagnóstico de Linfoma y/o Cáncer Colo-rectal, encontrándose una proporción de pacientes 92 con diagnóstico de Linfoma; El 15.22% se encontraron en EC-I, 18.5% en EC-II, 23.91% en EC-III, 28.3% en EC-IV, y 14.1% con enfermedad no clasificable, cifras similares a la muestra analizada en nuestro estudio de 70 pacientes, por lo cual existe similitud en ambas poblaciones con dicha patología atendidas dentro del IMSS.

En este mismo estudio de Balderas-Peña et al., se encontraron puntajes fueron los siguientes: Estado global de salud: 67.75 ( $\pm 27.55$ ), función física 69.64 ( $\pm 29.98$ ), función de rol 71.38 ( $\pm 33.73$ ), función emocional 69.7 ( $\pm 26.57$ ), función cognitiva 75.36 ( $\pm 28.01$ ), función social 79.35 ( $\pm 29.38$ ), fatiga 35.27 ( $\pm 28.27$ ), náusea-vómito 13.41 ( $\pm 21.85$ ), dolor 28.08 ( $\pm 30.25$ ), disnea 19.20 ( $\pm 32.11$ ), insomnio 30.80 ( $\pm 38.03$ ), pérdida del apetito 26.45 ( $\pm 36.16$ ), constipación 19.20 ( $\pm 32.11$ ), diarrea 12.32 ( $\pm 26.48$ ) y dificultades financieras 26.09 ( $\pm 35.57$ ). En nuestro estudio los puntajes obtenidos fueron los siguientes; Escala de Salud Global: 73.33 ( $\pm 21.02$ ), Escala Funcional: función física 83.24 ( $\pm 17.86$ ), función de rol 85.95 ( $\pm 18.96$ ), función emocional 82.14 ( $\pm 18.73$ ), función cognitiva 86.43 ( $\pm 18.45$ ), función social 75.71 ( $\pm 25.33$ ); Escala de Síntomas: fatiga 23.97 ( $\pm 16.23$ ), náusea-vómito 8.57 ( $\pm 15.21$ ), dolor 16.67 ( $\pm 20.85$ ), disnea 16.19 ( $\pm 21.75$ ), insomnio 23.33 ( $\pm 30.22$ ), pérdida del apetito 18.09 ( $\pm 21.75$ ), constipación 18.10 ( $\pm 26.43$ ), diarrea 6.19 ( $\pm 13.05$ ) y dificultades financieras 41.90 ( $\pm 27.03$ ). Estos resultados son significativos ya que a pesar de que ambas poblaciones estudiadas comparten características sociodemográficas similares, la etapa clínica al momento del diagnóstico fue un marcador determinante de calidad de vida; ya que nuestra población mostró mejores niveles de calidad de vida en las tres escalas y sub-escalas analizadas puesto que los pacientes diagnosticados en etapa clínica IV fueron menos en proporción a la muestra estudiada por Balderas-Peña. Esto corresponde con lo publicado en la literatura mundial, ya que, a mayor estadio de la patología menor será la percepción de calidad de vida por el paciente enfermo.

En el estudio de Andrade V et al. "Quality of life in hematologic oncology patients undergoing chemotherapy" (Brasil 2013). Se documentan los siguientes resultados para el cuestionario QLQ-C30; Escala de Salud Global: 82.38 ( $\pm 16.28$ ), función física 54.81 ( $\pm 23.60$ ), función de rol 51.40 ( $\pm 24.55$ ), función emocional 41.18 ( $\pm 17.75$ ), función cognitiva 47.15 ( $\pm 29.71$ ), función social 53.00 ( $\pm 27.36$ ); Escala de Síntomas: fatiga 64.57 ( $\pm 25.77$ ), náusea-vómito 35.93 ( $\pm 31.13$ ), dolor 18.59 ( $\pm 29.05$ ), disnea 45.30 ( $\pm 22.88$ ), insomnio 56.90 ( $\pm 30.76$ ), pérdida del apetito 50.71 ( $\pm 33.79$ ), constipación 14.46 ( $\pm 25.16$ ), diarrea 27.96 ( $\pm 36.89$ ) y dificultades financieras 51.68 ( $\pm 27.94$ ). En nuestro trabajo se obtuvieron resultados muy significativos en las tres escalas y subescalas con respecto al estudio citado; puesto que en el trabajo de Andrade V et al se incluyeron a pacientes con el diagnóstico de Leucemia (48.67%); aunque otro factor determinante que fue el ingreso económico de los pacientes, a pesar de que fue una limitante de nuestro estudio, ya que el 75% de la población brasileña activa percibe menos de 4 salarios mínimos y esto fue un factor importante que influyó en la calidad de vida de los pacientes al momento del estudio.

Jung HA et al en su artículo: "Prognostic relevance of pretreatment quality of life in diffuse large B-cell lymphoma patients treated with rituximab-CHOP: results from a prospective cohort study. Ann Hematol" (South Korea, 2012). Evalúa la calidad de vida pre-tratamiento a esquemas de quimioterapia con la finalidad de obtener puntajes de la escala del QLQ-C30 como valor pronóstico y predictivo; y así determinar qué grupo de pacientes iniciarían el tratamiento y/o en su defecto al presentar un estado general de salud deplorable o alta sintomatología derivada de la patología; predecir qué grupo de pacientes abandonarían el tratamiento quimioterápico. Se obtuvieron puntajes de 48.90 ( $\pm 21.02$ ) para Escala de Salud Global, para Escala Funcional Total 74.30 ( $\pm 18.90$ ), función física 78.90 ( $\pm 21.30$ ), función de rol 72.80 ( $\pm 30.60$ ), función emocional 70.70 ( $\pm 23.90$ ), función cognitiva 81.50 ( $\pm 20.80$ ), función social 71.90 ( $\pm 28.40$ ); para Escala de Síntomas Total 25.10 ( $\pm 17.80$ ), fatiga 37.90 ( $\pm 26.70$ ), náusea-vómito 12.10 ( $\pm 18.30$ ), dolor 31.10 ( $\pm 30.60$ ), disnea 19.60 ( $\pm 27.10$ ), insomnio 34.30 ( $\pm 33.10$ ), pérdida del apetito 30.90 ( $\pm 33.80$ ), constipación 18.90 ( $\pm 26.90$ ), diarrea 14.10 ( $\pm 23.90$ ) y dificultades financieras 25.70 ( $\pm 31.00$ ). En nuestra investigación se obtuvieron puntajes para: escala Salud Global-Calidad de Vida 73.33 ( $\pm 21.02$ ), para escala funcional 82.69 ( $\pm 14.93$ ), y para escala de síntomas 19.22 ( $\pm 11.50$ ), este resultado es significativo ya que denota mejor calidad de vida global en nuestros pacientes esto debido a que el subtipo de linfoma que presentaron nuestros pacientes fue menos agresivo que el de la población en dicho estudio (linfoma difuso de células B gigantes) y que conforme a la bibliografía existente, es de esperarse que un subtipo histológico agresivo de linfoma puede empobrecer la calidad de vida del pacientes. Con respecto a la subescala de dificultad financiera de la escala de síntomas, nuestros derechohabientes denotaron mayor preocupación financiera que los pacientes surcoreanos, derivado de la diferencia de ingresos económicos en ambos países.

En el estudio realizado por Georgakopoulos A et al. "EORTC QLQ-C30 and FACT-Lym for the assessment of health-related quality of life of newly diagnosed lymphoma patients undergoing chemotherapy" (Grecia 2013). Analizaron una muestra de 80 pacientes con diagnóstico de Linfoma posterior a haberse sometido a tratamiento de quimioterapia, donde se obtuvieron puntuaciones QLQ-C30 para la escala de Salud Global – Calidad de vida de 66.00 ( $\pm 18.70$ ), Escala Funcional: función física 76.20 ( $\pm 18.30$ ), función de rol 69.30 ( $\pm 29.10$ ), función emocional 75.60 ( $\pm 18.3$ ), función cognitiva 87.90 ( $\pm 18.30$ ), función social 72.20 ( $\pm 26.60$ ); Escala de Síntomas: fatiga 39.10 ( $\pm 27.60$ ), náusea-vómito 10.00 ( $\pm 21.60$ ), dolor 19.30 ( $\pm 23.60$ ), disnea 33.30 ( $\pm 29.50$ ), insomnio 20.80 ( $\pm 28.20$ ), pérdida del apetito 12.00 ( $\pm 20.70$ ), constipación 14.50 ( $\pm 23.00$ ), diarrea 11.20 ( $\pm 21.10$ ) y dificultades financieras 39.50 ( $\pm 35.20$ ). Los resultados fueron similares en ambas poblaciones de estudio (a excepción los síntomas de fatiga y disnea), ya que como se describe en la literatura actuamente las pautas de tratamiento quimioterápico en el caso específico de los linfomas se han homogeneizado a nivel mundial; otra posible asociación a que los puntajes obtenidos sean equivalentes es la respuesta favorable al tratamiento, cuando es iniciado en etapas clínicas tempranas.

En el estudio realizado por Witzens-Harig et al. "Quality of life during maintenance therapy with the anti-CD20 antibody rituximab in patients with B cell non-Hodgkin's lymphoma: results of a prospective randomized controlled trial" (Alemania 2015). Se obtuvieron resultados de escala funcional de 72.50 ( $\pm 26.82$ ), 15.06 ( $\pm 15.53$ ) para escala de síntomas y puntajes de escala Salud Global – Calidad de Vida de 68.75 ( $\pm 17.25$ ), en nuestro estudio obtuvimos puntuaciones para escala funcional 82.69 ( $\pm 14.93$ ), en escala de síntomas 19.22 ( $\pm 11.49$ ) y para Salud Global – Calidad de Vida de 73.33 ( $\pm 21.02$ ); aunque no fueron significativos los resultados obtenidos, los puntajes obtenidos son equivalentes; una limitante de nuestro estudio radicó en no contabilizar el número de sesiones de inmuno-quimioterapia debido a que como se cita en la información existente respecto al tratamiento de Linfomas no Hodgkin de estirpe celular B; a mayor número de ciclos de inmunoterapia menor es la calidad de vida que se describe en los pacientes.

En el estudio realizado por Kang D et al "Health-Related Quality of Life in Non-Hodgkin Lymphoma Survivors: A Prospective Cohort Study. Cancer Research and Treatment" (Corea 2018). Analizaron el seguimiento y puntaje de las escalas del QLQ-C30 de pacientes portadores de Linfoma no Hodgkin en diferentes estadios del diagnóstico, observándose al momento del diagnóstico puntuaciones para escala funcional de 80.55 ( $\pm 20.47$ ), 16.48 ( $\pm 22.52$ ) para escala de síntomas y 67.73 ( $\pm 21.60$ ), en nuestro estudio se obtuvieron los siguientes puntajes; para escala funcional 82.69 ( $\pm 14.93$ ), en escala de síntomas 19.22 ( $\pm 11.49$ ) y para Salud Global – Calidad de Vida de 73.33 ( $\pm 21.02$ ); estos valores en ambos estudios coinciden con lo mencionado en la literatura; ya que a pesar del avance en los regímenes de terapéuticos aún existe un rezago importante para el diagnóstico de los linfomas, lo cual implica un atraso al momento de instaurar un tratamiento específico y por ende disminución de la calidad de vida relacionada con la salud.

Miltényi Z et al es su estudio "Quality of Life and Fatigue in Hodgkin's Lymphoma Patients". (Hungría 2012) analizaron la Calidad de Vida en función a la fatiga incluida en la escala de síntomas del QLQ C-30, en pacientes con diagnóstico de Linfoma de Hodgkin encontrándose en este grupo de estudio una media de puntaje: 37.48. En nuestro estudio en el mismo grupo de pacientes obtuvimos para el rubro de fatiga en la escala de Síntomas puntajes de 23.97 ( $\pm 16.23$ ) este resultado, aunque es muy significativo en cuanto la escala de síntomas; puede estar sesgado por el tamaño de nuestra muestra en cuanto a pacientes con diagnóstico de Linfoma.

Dentro de los alcances de nuestro estudio fue determinar la Calidad de Vida en pacientes con diagnóstico de todo tipo de Linfoma de nuestro hospital, encontrándose que de acuerdo a las tres escalas y sub-escalas analizadas y en referencia al grupo de edad, la mayor proporción de pacientes fueron mayores de 70 años, esto aunado a que en específico este grupo de adultos mayores gozan de mayor tiempo para atención en salud, puesto que en su mayoría son pensionados, mientras que en los otros grupos aún existe población económicamente activa y por ende menor tiempo para su atención y salud, y mayor riesgo de desapego a tratamientos; por lo cual puede considerarse ser un factor protector en la calidad de vida de los pacientes.

Un límite dentro de nuestro estudio, es en cuanto al grado de escolaridad ya que al parecer la escolaridad del individuo no modificó su calidad de vida; pudiendo haber sesgado nuestro estudio debido a la falta de información o a la errónea interpretación de la misma; y con el fin de evitarse, en futuros estudios convendría poder otorgarles toda la información pertinente con respecto a la calidad de vida relacionada con la salud de una forma fácil, sencilla y entendible, para evitar estos errores o no ser incluidos en la investigación.

Otra limitación de nuestro estudio se encuentra en que al ser un estudio transversal, nos provee una desventaja, ya que no permite identificar la variabilidad de la calidad de vida en mediciones subsecuentes; ya sea porque se vea mermada por la etapa clínica de la enfermedad al momento del diagnóstico, su respuesta y evolución al tratamiento establecido, la presencia de complicaciones de salud, la evaluación de calidad de vida pre y post tratamiento o poder haber realizado mediciones de los puntajes de calidad de vida en cuanto al índole financiero. Sin embargo, esta situación nos deja una valiosa oportunidad para poder realizar intervenciones de impacto en los pacientes; como la premedicación o el hecho de agregar fármacos que disminuyan la sintomatología referida por el paciente posterior al tratamiento, la necesidad de realizar valoraciones y pruebas para tamizaje oportuno, poder organizar talleres de información a la población en general alusivos a la detección oportuna de signos y síntomas, así como, fomentar el autocuidado en los pacientes, y fortalecer sus redes de apoyo familiares con el fin de mejorar la calidad de vida.

El presente estudio resulta de gran relevancia para la **práctica asistencial**, ya que se trata de pacientes que presentan una enfermedad crónica terminal que si es detectada de forma oportuna tiene buen pronóstico a largo plazo, además esto favorece a que en algunos pacientes el riesgo de recaída sea minimizado, lo que se traduce en menos costes de tratamiento tanto para el instituto, como para el propio paciente.

**En el aspecto educativo:** Es importante conocer los factores de riesgo involucrados que pueden predisponer al paciente a desarrollar estas patologías, debemos familiarizarnos con los tratamientos establecidos y mantenernos actualizados en los regímenes terapéuticos; así como en los efectos adversos que de ellos se deriven a fin de menguar la sintomatología que produzcan en el paciente, además de comprometemos en realizar promoción y prevención a la salud con el fin de evitar las complicaciones; de esta manera podremos concientizar a todo el personal de salud que está en contacto con estos pacientes, así como también involucrar a la familia en el logro de las metas terapéuticas de la patología y de este modo favorecer una mejora en la calidad de vida relacionada con la salud.

**En el área de investigación:** Este estudio puede ser aplicado en otras patologías de nuestro medio y en diferentes áreas de la medicina; ya sea para valorar aspectos relacionados con la Calidad de Vida en cuanto a las funciones (física, social, emocional, cognitiva o cotidianas) de los pacientes así como en la presencia de signos y síntomas que deriven de la misma enfermedad o sus regímenes de tratamiento y cómo estas cualidades aunadas a las de índole sociodemográfica pueden afectar en diferente magnitud la percepción de calidad de vida de los pacientes. Ya sea que se apliquen instrumentos de estudios ulteriores en la misma población de estudio, que complementen dicha investigación o se enriquezca nuestro trabajo con otras variables cualitativas – cuantitativas, con el objetivo de mejorar los resultados de esta investigación.

**En el rubro Administrativo:** Este estudio nos puede orientar a nosotros como médicos familiares para que podamos identificar aquellos factores inherentes a la enfermedad, los del propio paciente, las situaciones de índole social, económico y familiar que pueden disminuir la calidad de vida de los pacientes con una enfermedad terminal y de esta manera prevenir aquellas complicaciones derivadas del tratamiento, fomentar y fortalecer las redes de apoyo familiares, optimizar los recursos financieros y materiales de nuestra institución para poder otorgar una atención médica completa, gestionar la implementación de programas de apoyo a los pacientes de escasos ingresos económicos y que generen mayor impacto en la población derechohabiente.



## 22. CONCLUSIONES

En la presente investigación se cumplió el objetivo de evaluar la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de linfoma del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". Se encontró que el sexo predominante en esta población fue el femenino, con mayor predominio de pacientes en el rango de edad de 60 a 69 años (41.4%), el estado civil que prevaleció fue el casado (35.7%), con escolaridad básica secundaria (40.0%), empleados (35.7%); el linfoma que imperó fue el no Hodgkin (78.6%), el momento del diagnóstico de mayor frecuencia fue la EC III (38.6%) y la modalidad de tratamiento mayormente empleada fue la quimioterapia (48.6%), los puntajes obtenidos de nuestro instrumento fueron en promedio: para la Escala de Salud Global-Calidad de Vida: 73.33 ( $\pm 21.02$ ), Escala Funcional Total 82.69 ( $\pm 14.93$ ); función física 83.24 ( $\pm 17.86$ ), función de rol 85.95 ( $\pm 18.96$ ), función emocional 82.14 ( $\pm 18.73$ ), función cognitiva 86.43 ( $\pm 18.45$ ), función social 75.71 ( $\pm 25.33$ ). Escala de Síntomas Total 19.22 ( $\pm 11.50$ ); fatiga 23.97 ( $\pm 16.23$ ), náusea-vómito 8.57 ( $\pm 15.21$ ), dolor 16.67 ( $\pm 20.85$ ), disnea 16.19 ( $\pm 21.75$ ), insomnio 23.33 ( $\pm 30.22$ ), pérdida del apetito 18.09 ( $\pm 21.75$ ), constipación 18.10 ( $\pm 26.43$ ), diarrea 6.19 ( $\pm 13.05$ ) y dificultades financieras 41.90 ( $\pm 27.03$ ).

Con los resultados obtenidos en nuestro estudio de acuerdo a las hipótesis planteadas con fines educativos, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, concluyéndose que los pacientes con diagnóstico de linfoma del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", presentaron un puntaje del cuestionario QLQ C-30 por arriba de la media con respecto a las escalas de Calidad de Vida evaluadas, más sin embargo los resultados obtenidos no fueron sugestivos de buena calidad de vida, puesto que por características inherentes a la enfermedad y a los márgenes terapéuticos actuales; los pacientes portadores de una estirpe de Linfoma presentan cierto grado de deterioro en su Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Lo anterior presenta cierto nivel de congruencia con los reportado en el estudio similar que se realizó en Jalisco: "Evaluación de la Calidad de Vida en Pacientes con Linfoma no Hodgkin y Cáncer Colo-Rectal en Diferentes Etapas Clínicas Atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social".

Los niveles de calidad de vida reportados en nuestra población en las escalas que conforman e QLQ C-30, no son favorables, pero pueden llegar a ser orientativos del panorama actual de la percepción de la calidad de vida por parte del enfermo en cuanto a su patología; cómo influye el hecho de no diagnosticarse en etapas clínicas temprana, evaluamos cómo las pautas de tratamiento establecidas en el instituto para la atención de la enfermedad, y de manera indirecta los efectos de la terapia empleada, favorece la presencia de síntomas en los pacientes y que esto conlleve a un decremento en su CVRS. Derivado de los resultados de las escalas, resulta importante destacar cómo el estado anímico – emocional de los pacientes tiene gran peso en la calidad de vida; y como este se vé influido por la atención de su médico tratante y el grado de involucro de sus familiares en el transitar de la enfermedad.

De lo anterior puede trascender que en el primer nivel de atención tenemos que continuar redoblando esfuerzos, brindando información a los pacientes y familiares de su enfermedad, de la evolución, de las posibles complicaciones y de lo cuán importante son las redes de apoyo familiar.

La atención médica de primer nivel ofrece un marco idóneo para realizar acciones preventivas; ya que nosotros como médicos familiares somos los profesionales de la salud encargados de la atención del paciente enfermo, de observar la evolución de las enfermedades de la mano del paciente y su familia, de detectar oportunamente aquellas situaciones inherentes de los estados patológicos que pueden reducir la calidad de vida y la salud de los integrantes de una familia, y cómo esta entidad puede afectar a los integrantes de dicho núcleo familiar. Además, tenemos el deber de involucrar a la familia en los procesos de salud enfermedad de alguno de sus integrantes para así favorecer el pronto retorno del individuo a un estado óptimo; finalmente debemos brindar la información necesaria para favorecer un entorno idóneo al paciente y su familia.

## 23. BIBLIOGRAFÍA

1. Guerra-Soto A de J, Reboloso-Zúñiga E, González-Sánchez AG, Rubio-Jurado B, Nava A. Linfoma no Hodgkin. Conceptos Generales. El Resid. 2013;8(1):23-34.
2. Ron-Guerrero CS, Ron-Magaña AL, Medina-Palacios CL, López-Flores F. Epidemiología de los linfomas del Centro Estatal de Cancerología de Nayarit. Rev Hematol. 23 de julio de 2015;16(2):109-14.
3. Rénard-Loche C, Schell M, Claude L, Bertrand Y. Linfoma de Hodgkin del niño y del adolescente. EMC - Pediatría. diciembre de 2014;49(4):1-12.
4. Ferry JA. Thomas Hodgkin and Hodgkin lymphoma. J Hematop. 1 de septiembre de 2014;7(3):123-38.
5. Villasboas JC, Ansell SM. Recent advances in the management of Hodgkin lymphoma. F1000Research. 27 de abril de 2016;5:768.
6. Brice P. Enfermedad o linfoma de Hodgkin. EMC - Tratado Med. abril de 2012;16(1):1-5.
7. Ansell SM. Hodgkin lymphoma: 2014 update on diagnosis, risk-stratification, and management. Am J Hematol. julio de 2014;89(7):771-9.
8. Rangel-Vega A, Villano-Castillejos JC, López-Facio EE, Covarrubias-Espinoza G, Rendón-García H. Linfomas en Pediatría. Abordaje Clínico. Experiencia en el Hospital Infantil del Estado de Sonora. Bol Clínico Hosp Infant Estado Sonora. 2013;30(1):42-7.
9. Ansell SM. Hodgkin Lymphoma: Diagnosis and Treatment. Mayo Clin Proc. 1 de noviembre de 2015;90(11):1574-83.
10. Fields P, Wrench D. Hodgkin lymphoma. Medicine (Baltimore). mayo de 2013;41(5):290-4.
11. Sancho J-M, Ribera J-M. Recaída en el sistema nervioso central en el linfoma B difuso de célula grande: factores de riesgo. Med Clínica. enero de 2016;146(2):74-80.
12. Eberle FC, Mani H, Jaffe ES. Histopathology of Hodgkin's lymphoma. Cancer J Sudbury Mass. abril de 2014;15(2):129-37.
13. Subocz E, Hałka J, Dziuk M. The role of FDG-PET in Hodgkin lymphoma. Contemp Oncol. 2017;21(2):104-14.

14. Sosa-Durán EE, García-Rodríguez FM. Panorama epidemiológico del cáncer en México. *Rev Mex Anesthesiol.* 2013;36(S1):130-2.
15. Johnson P, Federico M, Kirkwood A, Fosså A, Berkahn L, Carella A, et al. Adapted Treatment Guided by Interim PET-CT Scan in Advanced Hodgkin's Lymphoma. *N Engl J Med.* 23 de junio de 2016;374(25):2419-29.
16. Citrin DE. Recent Developments in Radiotherapy. *N Engl J Med.* 14 de septiembre de 2017;377(11):1065-75.
17. Witzens-Harig M, Reiz M, Heiß C, Benner A, Hensel M, Neben K, et al. Quality of life during maintenance therapy with the anti-CD20 antibody rituximab in patients with B cell non-Hodgkin's lymphoma: results of a prospective randomized controlled trial. *Ann Hematol.* enero de 2014;88(1):51-7.
18. Hutchings M. How does PET/CT help in selecting therapy for patients with Hodgkin lymphoma? *ASH Educ Program Book.* 12 de agosto de 2012;2012(1):322-7.
19. Feugier P, Perrot A. Linfomas no Hodgkin: diagnóstico y tratamiento. *EMC - Tratado Med.* 1 de abril de 2012;16(1):1-6.
20. Skrabek P, Turner D, Seftel M. Epidemiology of Non-Hodgkin Lymphoma. *Transfus Apher Sci.* 1 de octubre de 2013;49(2):133-8.
21. Armitage JO, Gascoyne RD, Lunning MA, Cavalli F. Non-Hodgkin lymphoma. *The Lancet.* julio de 2017;390(10091):298-310.
22. Alcocer-Gamba MA, León-González S, Castro-Montes E, Loarca-Piña LM, Lugo-Gavidia LM, García-Hernández E. Presentación atípica de linfoma no Hodgkin difuso de células B grandes. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc.* 7 de abril de 2015;53(2):232-8.
23. Shephard EA, Neal RD, Rose PW, Walter FM, Hamilton WT. Quantifying the risk of non-Hodgkin lymphoma in symptomatic primary care patients aged  $\geq 40$  years: a large case-control study using electronic records. *Br J Gen Pract.* mayo de 2015;65(634):e281-8.
24. Ansell SM. Non-Hodgkin Lymphoma: Diagnosis and Treatment. *Mayo Clin Proc.* 1 de agosto de 2015;90(8):1152-63.
25. Abramson JS, Zelenetz AD. Recent advances in the treatment of non-Hodgkin's lymphomas. *J Natl Compr Cancer Netw JNCCN.* mayo de 2013;11(5 Suppl):671-5.

26. Zelenetz AD, Abramson JS, Advani RH, Andreadis CB, Bartlett N, Bellam N, et al. Non-Hodgkin's Lymphomas. *J Natl Compr Canc Netw*. mayo de 2012;9(5):484-560.
27. Lunning M, Vose JM. Management of Indolent Lymphoma: Where Are We Now and Where Are We Going. *Blood Rev*. noviembre de 2012;26(6):279-88.
28. Rizzieri D. Zevalin® (ibrutinomab tiuxetan): After more than a decade of treatment experience, what have we learned? *Crit Rev Oncol Hematol*. septiembre de 2016;105:5-17.
29. Saldaña-García M del R, Saldaña-García C. Rituximab: una nueva terapia antitumoral. *Rev Médica MD*. 2012;2.3(4):219-22.
30. Martínez A, Martínez-Ramírez M, Martínez-Caballero D, Beneit P, Clavel J, Figueroa G, et al. Radioinmunoterapia en el linfoma no Hodgkin, posicionamiento, seguridad y eficacia de 90Y-ibrutinomab. Experiencia y seguimiento a los 10 años. *Rev Esp Med Nucl E Imagen Mol*. enero de 2017;36(1):13-9.
31. Chávez Medina R, Carnot Uria J, de Castro Arenas R, Muñio Perurena J, Pérez Román G, Núñez Quintana A. Características clínicas y resultados terapéuticos de linfomas no Hodgkin de células grandes B mediastinal primarios. *Rev Cuba Med*. junio de 2012;50(2):157-66.
32. Georgakopoulos A, Kontodimopoulos N, Chatziioannou S, Niakas D. EORTC QLQ-C30 and FACT-Lym for the assessment of health-related quality of life of newly diagnosed lymphoma patients undergoing chemotherapy. *Eur J Oncol Nurs Off J Eur Oncol Nurs Soc*. diciembre de 2013;17(6):849-55.
33. Sicras-Mainar A, Castro A, Navarro-Artieda R. Características clínicas y respuesta al tratamiento de pacientes adultos con leucemia linfática crónica (LLC) y linfoma no Hodgkin (LNH). *Gac Médica México*. 2016;152(1):59-69.
34. Kang D, Cho J, Kim IR, Kim MK, Kim WS, Kim SJ. Health-Related Quality of Life in Non-Hodgkin Lymphoma Survivors: A Prospective Cohort Study. *Cancer Res Treat*. 15 de octubre de 2018;50(4):1051-63.
35. Küppers R, Dührsen U, Hansmann M-L. Pathogenesis, diagnosis, and treatment of composite lymphomas. *Lancet Oncol*. 1 de septiembre de 2014;15(10):e435-46.

36. Baena-Gómez MA, Mora Matilla M, Lassaletta Atienza A, Andi3n Catal3n M, Hern3ndez Marqu3s C, Madero L3pez L. Linfoma no Hodgkin: excelentes resultados a expensas de elevada toxicidad del tratamiento. *An Pediatr3a*. 1 de junio de 2015;82(6):381-7.
37. Ayala de Calvo LE, Sepulveda-Carrillo GJ. Care needs of cancer patients undergoing ambulatory treatment. *Enferm Glob*. 28 de diciembre de 2016;16(1):353.
38. Varela Pinedo LF. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Rev Peru Med Exp Salud P3blica*. 2 de junio de 2016;33(2):199.
39. Jim3nez Barbosa 3. La calidad de vida y la salud. *Cienc Tecnol Para Salud Vis Ocul*. 2016;14(1):7.
40. Urz3a M A, Caqueo-Ur3zar A. Calidad de vida: Una revisi3n te3rica del concepto. *Ter Psicol3gica*. abril de 2012;30(1):61-71.
41. Pacheco Rodr3guez MD, Michelena Gonz3lez M de los 3, Mora Gonz3lez RS, Miranda G3mez O. Calidad de vida relacionada con la salud en estudiantes universitarios. *Rev Cuba Med Mil*. junio de 2014;43(2):157-68.
42. S3nchez R, Venegas M, Otero J, S3nchez O. Adaptaci3n transcultural de dos escalas para medir la calidad de vida en pacientes con c3ncer en Colombia: EORTC QLQ-C30 y QLQ-BR23. *Rev Colomb Cancerol*. 2014;13(4):205-12.
43. Milt3nyi Z, Magyari F, Simon Z, Ill3s 3. Quality of Life and Fatigue in Hodgkin's Lymphoma Patients. *Tumori J*. 1 de julio de 2014;96(4):594-600.
44. Oliveira PI de, Pereira CA de C, Belasco AGS, Bettencourt AR de C, Oliveira PI de, Pereira CA de C, et al. Comparison of the quality of life among persons with lung cancer, before and after the chemotherapy treatment. *Rev Lat Am Enfermagem*. junio de 2013;21(3):787-94.
45. Sierra-Guerra KL, Viveros-Contreras C, Mart3nez-Carrillo G, Hern3ndez-Le3n O, Caballero-Ambriz G. Calidad de vida en pacientes con c3ncer de pr3stata, operados de prostatectom3a radical laparosc3pica. *Rev Mex Urol*. mayo de 2014;74(3):133-40.
46. King MT, Bell ML, Costa D, Butow P, Oh B. The Quality of Life Questionnaire Core 30 (QLQ-C30) and Functional Assessment of Cancer-General (FACT-G) differ in responsiveness, relative efficiency, and therefore required sample size. *J Clin Epidemiol*. enero de 2014;67(1):100-7.

47. Jung HA, Park S, Cho JH, Kim S, Ko YH, Kim SJ, et al. Prognostic relevance of pretreatment quality of life in diffuse large B-cell lymphoma patients treated with rituximab-CHOP: results from a prospective cohort study. *Ann Hematol.* noviembre de 2012;91(11):1747-56.
48. Oñate-Ocaña LF, Ochoa-Carrillo FJ. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer. *Gac Mex Oncol.* 1 de noviembre de 2013;12(6):379-81.
49. Balderas-Peña L-M-A, Sat-Muñoz D, Contreras-Hernández I, Solano-Murillo P, Hernández-Chávez G-A, Mariscal-Ramírez I, et al. Evaluación de la Calidad de Vida en Pacientes con Linfoma no Hodgkin y Cáncer Colo-Rectal en Diferentes Etapas Clínicas Atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Value Health.* julio de 2012;14(5):S130-2.
50. Andrade V, Sawada NO, Barichello E. Quality of life in hematologic oncology patients undergoing chemotherapy. *Rev Esc Enferm U P.* abril de 2013;47(2):355-61.

## **24. ANEXOS**



ANEXO 1  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UMF No. 8  
"DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

**Hoja de Recolección de Datos**

Proyecto: ***Evaluación de la Calidad de Vida en pacientes portadores de Linfoma, tratados en el servicio de Hematología del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No.8 "Dr Gilberto Flores Izquierdo"***

Asesor Clínico: Dr. Gilberto Espinoza Anrubio  
Estrada

Aplicador: Dr. Juan Diego Jiménez

Nombre (Escriba sus iniciales):

NSS:

Marque con una "X" en el recuadro, según corresponda el caso.

Fecha de Nacimiento:                      Edad:              Sexo: 1  Femenino    2  Masculino

Estado Civil: 1  Casada/o   2  Soltera/o   3  Viuda/o    4  Divorciada/o   5  Separada/o

Escolaridad: 1  Primaria   2  Secundaria   3  Bachillerato   4  Licenciatura   5  Posgrado

Ocupación:

Etapa Clínica de la enfermedad:

1  Estadio I              2  Estadio II              3  Estadio III              4  Estadio IV

¿Respecto a su enfermedad, ha recibido usted tratamiento durante el último mes?

1  Sí              2  No

Especifique:

1  Quimioterapia    2  Inmunoterapia    3  Radioterapia    4  Cirugía

**EORTC QLQ-30 (versión 3)**

Estamos interesados en conocer algunas cosas sobre usted y su salud. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente, rodeando con un círculo el número que mejor se aplique a su caso. No hay respuestas “correctas” o “incorrectas”. La información que nos proporcione será estrictamente confidencial.

Por favor, escriba sus iniciales:

Su fecha de nacimiento (día, mes, año):

Fecha de hoy (día, mes, año):

		<b>En absoluto</b>	<b>Un poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
1.	¿Tiene alguna dificultad para realizar actividades que requieren de un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compras pesada o una maleta?	1	2	3	4
2.	¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo <u>largo</u> ?	1	2	3	4
3.	¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo <u>corto</u> fuera de casa?	1	2	3	4
4.	¿Tiene que permanecer en la cama o sentado/a en una silla durante el día?	1	2	3	4
5.	¿Necesita ayuda para comer, vestirse, afeitarse o ir al sanitario?	1	2	3	4
<b>Durante la semana pasada:</b>		<b>En absoluto</b>	<b>Un poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
6.	¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?	1	2	3	4
7.	¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras	1	2	3	4
8.	¿Sintió que se le cortó la respiración?	1	2	3	4
9.	¿Ha tenido dolor?	1	2	3	4
10.	¿Necesitó parar para descansar?	1	2	3	4
11.	¿Ha tenido dificultades para dormir?	1	2	3	4

12.	¿Se ha sentido débil?	1	2	3	4
13.	¿Le ha faltado el apetito?	1	2	3	4
14.	¿Ha tenido náuseas?	1	2	3	4
15.	¿Ha vomitado?	1	2	3	4
16.	¿Ha estado estreñado/a?	1	2	3	4

**Durante la semana pasada:**

		En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
17.	¿Ha tenido diarrea?	1	2	3	4
18.	¿Estuvo cansado/a?	1	2	3	4
19.	¿El dolor interfirió en sus actividades diarias?	1	2	3	4
20.	¿Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?	1	2	3	4
21.	¿Se sintió nervioso/a?	1	2	3	4
22.	¿Se sintió preocupado/a?	1	2	3	4
23.	¿Se sintió irritable?	1	2	3	4
24.	¿Se sintió deprimido/a?	1	2	3	4
25.	¿Ha tenido dificultades para recordar cosas?	1	2	3	4
26.	¿Su estado físico o el tratamiento médico han interferido en su vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27.	¿Su estado físico o el tratamiento médico han interferido en sus actividades <u>sociales</u> ?	1	2	3	4
28.	¿Su estado físico o el tratamiento médico le han causado dificultades financieras?	1	2	3	4



## ANEXO 2



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

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Evaluación de la Calidad de Vida en pacientes portadores de Linfoma, tratados en el servicio de Hematología del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No.8 "Dr Gilberto Flores Izquierdo"						
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica						
Lugar y fecha:	México D.F., de Marzo del 2017 a Febrero del 2020						
Número de registro:	En trámite						
Justificación y objetivo del estudio:	Las enfermedades neoplásicas hematológica de estirpe linfóide ocupan un problema de salud en nuestro medio de atención, debido a la demora en la detección y tratamiento oportuno, ha ido incrementándose el número de casos en las últimas décadas. Este estudio tiene como finalidad principal conocer de manera local en nuestro instituto, si la calidad de vida está alterada en los pacientes portadores de linfoma, independiente de su etapa clínica o el tratamiento con quimioterapia; y de esta forma poder objetivar el impacto negativo o positivo que tienen las neoplasias en la calidad de vida de las personas.						
Procedimientos:	Se aplicará la Escala de Calidad de Vida QLQ-C30 V3.0 en el HGZ/UMF No 8						
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer el grado de calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de Linfoma						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Protocolo descriptivo, no hay intervención de variables, por lo tanto, solo se informará en caso de datos relevantes						
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto						
Privacidad y confidencialidad:	El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en la presentación o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):							
Beneficios al término del estudio:	Dar a conocer el grado de calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de Linfoma del HGZ/UMF No.8 "Dr Gilberto Flores Izquierdo"						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	Doc. Eduardo Vilchis Chaparro. Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación. Doctor en Ciencias de la Familia. Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", Correo: <a href="mailto:eduardo.vilchisch@imss.gob.mx">eduardo.vilchisch@imss.gob.mx</a> Matricula: 99377278, Cel. 044 55 20 67 15 63. Fax: No fax						
Colaboradores:	Dr. Espinoza Anrubio Gilberto. Médico Familiar, Maestro en Administración de Hospitales y Salud Pública. Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" Correo: <a href="mailto:gilberto.espinoza@imss.gob.mx">gilberto.espinoza@imss.gob.mx</a> Matricula 99374232. Cel. 0445535143649. Fax: No fax Dr. Jiménez Estrada Juan Diego. Médico Residente de Medicina Familiar HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". Correo: <a href="mailto:jjimenez_estrada@hotmail.com">jjimenez_estrada@hotmail.com</a> Matricula: 97371444. Cel. 044 27 21 44 36 12. Fax: No fax Dra. Cano León Ana María de la Luz. Médico no Familiar Adscrito al Servicio de Consulta Externa de Hematología HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". Correo. <a href="mailto:zulcano_3@hotmail.com">zulcano_3@hotmail.com</a> Matricula 99235439. Cel. 044 47 71 66 34 12. Fax: No fax						
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: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>						

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto  
Testigo 1

**JUAN DIEGO JIMENEZ ESTRADA**  
\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento  
Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio  
Clave: 2810-009-013

**ANEXO 3  
CRONOGRAMA**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UMF No. 8  
"DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

Evaluación de la calidad de vida en pacientes portadores de Linfoma tratados en el Servicio de Hematología del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No.8 "Dr Gilberto Flores Izquierdo"  
2017-2018

FECHA	MARZO 2017	ABRIL 2017	MAYO 2017	JUNIO 2017	JULIO 2017	AGOSTO 2017	SEPTIEMBRE 2017	OCTUBRE 2017	NOVIEMBRE 2017	DICIEMBRE 2017	ENERO 2018	FEBRERO 2018
Idea a estudiar	X											
Título		X										
Antecedentes			X									
Planteamiento del problema				X								
Justificación				X								
Objetivos					X							
Hipótesis					X							
Material y métodos						X						
Tipo de estudio						X						
Diseño metodológico							X					
Población							X					
Lugar y tipo de estudio								X				
Tipo y tamaño de la muestra								X				
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación								X				
Variables									X			
Definición de las variables									X			
Diseño estadístico									X			
Instrumentos de recolección										X		
Método de recolección										X		
Cronograma										X		
Recursos											X	
Consideraciones éticas											X	
Bibliografía											X	
Reporte de protocolo												X

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UMF No. 8  
 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

Evaluación de la calidad de vida en pacientes portadores de Linfoma tratados en el Servicio de Hematología del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No.8 "Dr Gilberto Flores Izquierdo"

2018-2020

FECHA	MARZO 2018	ABRIL 2018	MAYO 2018	JUNIO 2018	JULIO 2018	AGOSTO 2018	SEPTIEMBRE 2018	OCTUBRE 2018	NOVIEMBRE 2018	DICIEMBRE 2018	ENERO 2019	FEBRERO 2019	2020
Prueba piloto		X											
Ejecución del proyecto			X										
Recolección de datos				X	X	X							
Almacenamiento de datos							X	X	X				
Análisis de datos								X	X	X			
Descripción de datos										X			
Discusión de datos										X	X		
Conclusión											X		
Integración y revisión final											X		
Reporte final											X		
Autorizaciones											X		
Impresión del trabajo												X	
Publicación													X

**ANEXO 4**  
**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCION REGIONAL CENTRO**  
**DELEGACION SUR CIUDAD DE MEXICO**  
**HGZ/UMF No.8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO**

**Fecha: 20 de Diciembre de 2018**

**ASUNTO: CARTA DE NO INCONVENIENTE.**

Por medio de la presente le informo a usted que no existe inconveniente para que el **investigador Eduardo Vilchis Chaparro, Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación, Doctor en Ciencias para la Familiar, Profesor Titular de Medicina Familiar, Matrícula: 99377278** y con **adscripción en el HGZ/UMF No.8**, realice la investigación titulada: **“EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PORTADORES DE LINFOMA TRATADOS EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.8 DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**, dicha investigación pretende llevarse a cabo en el HGZ/UMF No. 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Sur CDMX, en la cual me desempeño como Medico de base. La presente investigación será llevada a cabo en el período comprendido del 1° de marzo de 2017 al 28 de febrero del 2020. El procedimiento que se llevará a cabo será el uso de encuestas heteroaplicables a pacientes de la consulta externa de hematología, con el diagnostico de Linfoma de Hodgkin y Linfoma no Hodgkin; en las cuales recabaran datos correspondientes a las variables sociodemográficas, variables de la patología, así como si existe relación con la calidad de vida citada en la literatura y en base a las guías de práctica clínica.

Por lo que no tengo ningún inconveniente en otorgar las facilidades al **Médico Eduardo Vilchis Chaparro** y al **Médico Residente de 2do año de Medicina Familiar Juan Diego Jiménez Estrada** para que realicen la recolección de información y selección de pacientes en esta unidad.

Sin más por el momento me despido de usted con un cordial saludo.

**DR. CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA**  
**DIRECTOR**