



Universidad Laica “Eloy Alfaro de Manabí”

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Tema:

Rol de enfermería en pacientes con Linfoma de Hodgkin en adultos

Autora:

Cris Dayanara Chávez Gallegos.

Tutora:

Dra. Angela Lourdes Pico Pico.

Manta - Manabí - Ecuador

Periodo 2025-1

	NOMBRE DEL DOCUMENTO:	CÓDIGO: PAT-04-F-010
	CERTIFICADO DE TUTOR(A).	
	PROCEDIMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO BAJO LA UNIDAD DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	REVISIÓN: 1 Página 1 de 1

CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutor(a) de la Facultad Ciencias de la salud de la Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí, CERTIFICO:

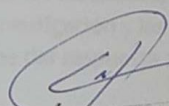
Haber dirigido el trabajo de Integración Curricular bajo la modalidad de Proyecto de investigación, bajo la autoría del estudiante Cris Dayanara Chávez Gallegos, con C.I. 131774208-6, legalmente matriculado/a en la Carrera de Enfermería, Período académico 2023-II – 2024-I, cumpliendo el total de 384 horas, cuyo tema del proyecto es **"Rol de enfermería en pacientes con Linfoma de Hodgkin en adultos"**

La presente tutoría a sido desarrollada en apego al cumplimiento de los requisitos académicos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico y en concordancia con los lineamientos internos de la opción de titulación en mención, reuniendo y cumpliendo con los méritos académicos, científicos y formales, suficientes para ser sometida a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Lugar, Manta 31 julio 2024.

Lo certifico,



Dra. Ángela Pico
Docente Tutor(a)

Área: Carrera de Enfermería

DECLARACIÓN DE AUTORIA.

La responsabilidad del contenido, los conceptos desarrollados, análisis, resultados, conclusiones y recomendaciones del presente trabajo final de titulación me corresponde de manera exclusiva y el patrimonio de este a la Universidad Laica “Eloy Alfaro de Manabí”.



Srta. Cris Dayanara Chávez Gallegos

C.I. 1317742086



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERIA

CERTIFICACION DEL TRIBUNAL DE REVISION Y SUSTENTACION

TITULO: “Rol de enfermería en pacientes con Linfoma de Hodgkin en adultos.”

TRABAJO FINAL DE TITULACIÓN

Sometido a consideración del tribunal de seguimiento y evaluación, legalizada por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título de:

LICENCIADA DE ENFERMERIA

APROBADO POR:


Lcda. Miriam Santos, PhD.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL



Lcda. Lourdes Bello, PhD.

MIEMBRO 1



Lcda. Patricia Loor, PhD.

MIEMBRO 2

LO CERTIFICA

SECRETARIA DE LA CARRERA

DEDICATORIA.

Se lo dedico a Dios quien me ha guiado y me ha dado la fortaleza para seguir adelante.

A mis padres quienes han creído en mí siempre, dándome ejemplo de superación, humildad y sacrificio; enseñándome a valorar todo lo que tengo.

A todas las personas que de una u otra forma me apoyaron en la realización de este trabajo.

A todos ellos dedico el presente trabajo, porque han fomentado en mí, el deseo de superación y triunfo en la vida. Lo que ha contribuido a la consecución de este logro. Espero contar siempre con su valioso e incondicional apoyo.

RECONOCIMIENTO.

Agradezco de todo corazón a la Dra. Angela Pico, Tutora de mi tesis. Por haberme guiado en este proyecto, en base a su experiencia y sabiduría ha sabido direccionar mis conocimientos.

Gracias a todos los docentes de la Facultad, por enseñarme todo lo que sé y más que eso, guiarme para ser una mejor persona y profesional.

ÍNDICE

RESUMEN	10
ABSTRACT	11
INTRODUCCIÓN	12
JUSTIFICACION	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
OBJETIVOS	18
Objetivo general	18
Objetivos específicos	18
CAPITULO I	19
1. MARCO TEORICO	19
1.1 Antecedentes históricos	19
1.2 Bases teóricas	28
1.2.1 Fisiopatología	28
1.2.2 Linfoma de Hodgkin clásico	29
1.2.3 Linfoma de Hodgkin de predominio linfocítico nodular	30
1.2.4 Factores de Riesgo	30
1.2.5 Complicaciones	31
1.2.6 Diagnóstico	32
1.2.7 Tratamiento	32
1.2.7.1 Etapa I-II favorable	33
1.2.7.2 Etapa I-II desfavorable sin enfermedad voluminosa	33
1.2.7.3 Etapa I-II desfavorable con enfermedad voluminosa	33
1.2.7.4 Etapa III y IV	34
1.2.9. Rol de enfermería en pacientes diagnosticados con Linfoma de Hodgkin	36
1.2.10. Intervenciones de enfermería	36
1.2.10.2. Cómo sobrellevar los efectos secundarios físicos	37
1.2.10.3. Cómo sobrellevar los efectos emocionales y sociales	37
1.2.10.4. Cómo sobrellevar los costos de la atención del cáncer	38
1.2.10.5. Cómo sobrellevar los obstáculos de la atención	38
1.2.10.6. Cómo hablar con su equipo de atención médica sobre los efectos secundarios	39



1.2.10.7. El cuidado de un ser querido con cáncer	39
1.3 Bases Legales	40
1.3.1. Constitución de la República del Ecuador	40
CAPITULO III	42
2. DISEÑO METODOLOGICO	42
2.1. Tipo de Estudio	42
2.2. Métodos de Estudio	42
2.3. Materiales y Métodos	43
2.3.1. Técnica de recolección de datos	43
2.3.2. Criterios de búsqueda	43
2.3.3. Criterios de inclusión	44
2.3.4. Criterios de exclusión	44
CAPITULO III	45
3. ANALISIS Y RESULTADOS	45
CAPITULO IV	63
4. DISEÑO DE LA PROPUESTA	63
4.1. Título de la propuesta	63
4.2. Objetivo general de la guía educativa	63
4.3. Fundamentación de la guía educativa	63
4.4. A quienes va dirigido la guía educativa	64
4.5. Estructura de la guía educativa	64
4.6. Desarrollo de la propuesta	64
CONCLUSIONES	80
RECOMENDACIONES	81
BIBLIOGRAFIA	82
ANEXOS	86
Anexo I: Dieta Mediterránea	86
Anexo II: Variantes histológicas en linfoma de hodgkin clásico	87
Anexo III: Estadios del linfoma de hodgkin	88
Anexo IV: Tutorías Académicas	89
Anexo V: Certificado de programa Antiplagio	90
Anexo VI: Cronograma de Actividades	91

ÍNDICE DE TABLAS – RESULTADOS:

Tabla 1. Población documental	45
Tabla 2. Muestra documental	45
Tabla 3. Determinar los factores de riesgo de linfoma de hodgkin - Valorar los resultados en base a los objetivos, metodología utilizada por los autores	48

RESUMEN

ROL DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON LINFOMA DE HODGKIN

El linfoma de Hodgkin (LH) es una neoplasia maligna hematológica poco común que afecta al tejido linfoide caracterizada por la presencia de un pequeño número de células tumorales, nombradas células de Reed-Sternberg (CRS) inmersas en un gran magna inflamatorio.

Objetivo: Elaborar una guía educativa para pacientes con Linfoma de Hodgkin.

Metodología: Los métodos aplicados en este proyecto de investigación fueron inductivo-deductivo, partiendo de una indagación particular a lo general y viceversa, también se aplicó los métodos analítico-sintético, para la búsqueda de la literatura se recurrió a distintas bases de datos como PubMed, Medigraphic, Dialnet, ScienceDirect, SciELO y Scopus. También se utilizaron los metabuscadores Google Académico y SemanticScholar. Resultados: Dentro de los artículos seleccionados se obtuvo como resultado que el linfoma de hodgkin es una enfermedad con predominio en hombres, el riesgo de por vida de desarrollar la enfermedad, es 0.26% en hombres y 0.22% en mujeres. Conclusiones: La tasa de supervivencia relativa de linfoma de hodgkin a 5 años son del 89 %, así mismo varía según el subtipo, el estadio del cáncer, la edad, el estado de salud general de la persona, la eficacia del plan de tratamiento y el sexo.

Palabras claves: Linfoma de hodgkin, Reed-Sternberg, Linfoma, Cáncer, Linfoma de hodgkin en adultos, quimioterapia, radioterapia.

ABSTRACT

NURSING ROLE IN PATIENTS WITH HODGKIN LYMPHOMA

Hodgkin lymphoma (HL) is a rare hematological malignancy that affects lymphoid tissue characterized by the presence of a small number of tumor cells, called Reed-Sternberg cells (CRS), immersed in a large inflammatory cell.

Objective: To develop an educational guide for patients with Hodgkin's Lymphoma.

Methodology: The methods applied in this research project were inductive-deductive, starting from a particular inquiry to the general and vice versa, analytical-synthetic methods were also applied, for the literature search, different databases such as PubMed, Medigraphic, Dialnet, ScienceDirect, SciELO and Scopus. The metasearch engines Google Academic and SemanticScholar were also used.

Results: Among the selected articles, it was found that Hodgkin's lymphoma is a disease with predominance in men, the lifetime risk of developing the disease is 0.26% in men and 0.22% in women. **Conclusions:** The 5-year relative survival rate of Hodgkin lymphoma is 89%, and varies depending on the subtype, cancer stage, age, general health status of the person, the effectiveness of the treatment plan and sex.

Keywords: Hodgkin lymphoma, Reed-Sternberg, Lymphoma, Cancer, Hodgkin lymphoma in adults, chemotherapy, radiotherapy.

INTRODUCCIÓN

El linfoma de Hodgkin (LH) es una neoplasia maligna hematológica poco común que afecta al tejido linfoide caracterizada por la presencia de un pequeño número de células tumorales, nombradas células de Reed-Sternberg (CRS) inmersas en un gran magna inflamatorio.

En el año 1832, Thomas Hodgkin presentó ante la Sociedad Médico Quirúrgica Inglesa su trabajo: "La apariencia mórbida de las glándulas absorbentes y el bazo", sobre el estudio anátomo- patológico, sin descripción histológica, de siete casos con crecimiento de los ganglios linfáticos y del bazo.

En 1856, Sir. Samuel Wilks describió 10 casos de "Un agrandamiento peculiar de las glándulas linfáticas que con frecuencia se asociaba con la enfermedad del bazo," en su reporte incluyó los cuatro casos descritos por Hodgkin. Al descubrir el informe original de Hodgkin, él usó la denominación "La Enfermedad de Hodgkin" en una serie subsecuente de 15 casos publicados en 1865.

Esta enfermedad representa el 1 % de las neoplasias y el 14 % de los linfomas. Cada año se diagnostican de 2 a 3 nuevos casos por cada 100 mil habitantes. En Europa su incidencia se estima en 2.2 y la de mortalidad de 0.7 individuos por cada 100 mil habitantes (Sierra et al., 2019).

Por otro lado, la mayoría de los casos incidentes y muertes debidas al LH ocurren en países en desarrollo. De hecho, más del 10% de los decesos y los casos incidentes se producen en América Latina (AL), una región que carece de sistemas adecuados de vigilancia epidemiológica para las enfermedades no transmisibles (Rivas-Vera et al., 2019).

En Estados Unidos se diagnostican todos los años alrededor de 9,500 casos nuevos de



LH, en cuanto al cociente mujer: hombre es de 1.4, es raro antes de los 10 años y es más frecuente entre

los 15 y 40 años, con un segundo pico a los 60 años (Álvarez-Vera et al., 2023).

A nivel mundial se estima que 83,087 personas fueron diagnosticadas con linfoma de Hodgkin en 2020 (Linfoma de Hodgkin-Estadísticas, 2022).

Se estima que en 2021 se diagnosticaron 1.298 casos de Linfoma de Hodgkin en España, por lo que puede considerarse una enfermedad oncológica relativamente infrecuente, que supone el 20% de todos los linfomas (Linfoma, 2021)

En Ecuador las tasas más altas de esta patología se encuentran en Quito con una incidencia de 8,9 por 100.000 hombres y en Loja con 6.7 por 100.000 mujeres.

Cada año mueren en el mundo aproximadamente 200.000 personas como consecuencia de la enfermedad y son diagnosticados unos 350.000 nuevos casos (Edición Médica, 2016).

Los pacientes que sufren de esta enfermedad a menudo desarrollan alteraciones derivadas, como la aparición de la ansiedad durante el tratamiento debido a la carga emocional que lleva consigo el proceso de curación. Además, es posible que se produzca una disfunción en la dinámica familiar que puede acarrear problemas no solo relacionados con el enfermo sino con su entorno familiar, en especial, con los cuidadores principales en aquellos casos en los que se produce en las primeras etapas de la vida.

La atención a estos pacientes requiere de un enfoque especializado a la situación de salud de la persona, que nos permita brindar una atención de calidad y orientada a mejorar el nivel de independencia de la persona; la sociedad espera encontrar en el profesional de enfermería a una persona confiable, razonable y efectiva.



JUSTIFICACION

Los pacientes con enfermedad de Hodgkin suelen presentar un proceso localizado que se disemina posteriormente a estructuras linfoides contiguas; en última instancia, se disemina a tejidos no linfoides con posibilidad de producir la muerte del paciente. A menudo, los enfermos debutan con una masa o grupo de ganglios linfáticos aumentados de tamaño, duros, móviles e indoloros. Aproximadamente, la mitad de los pacientes presentan adenopatías en cuello, y más del 70% debutan con linfadenopatías superficiales. Debido a que estas linfadenopatías no suelen ser dolorosas, la detección por parte del paciente puede retrasarse hasta que los ganglios linfáticos adquieren un tamaño muy grande.

Los ganglios linfáticos producen y almacenan células que combaten las infecciones. El bazo, el timo y las amígdalas también forman parte del sistema linfático. Debido a que una persona tiene tejido linfático en varias partes del cuerpo, la enfermedad de Hodgkin puede empezar en casi cualquier parte y el cáncer puede diseminarse a casi cualquier órgano o tejido del cuerpo, incluyendo el hígado, la médula ósea y el bazo.

Aproximadamente el 50 a 60% de los pacientes debutan con adenopatías mediastínicas. En ocasiones, estas adenopatías se detectan por primera vez mediante una radiografía de tórax. Los ganglios afectados con la enfermedad de Hodgkin suelen tener un carácter axial, a diferencia de los linfomas no Hodgkin en los que existen tendencia a que los ganglios sean centrífugos y a que afecten a la zona epitroclear.

Los linfomas se dividen en dos tipos generales: linfomas de la enfermedad de Hodgkin y linfomas no Hodgkin. Las células cancerosas de la enfermedad de Hodgkin tienen un aspecto específico bajo el microscopio.



La enfermedad de Hodgkin en adultos afecta con más frecuencia a adultos jóvenes y a personas mayores de 55 años. Puede también encontrarse en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); estos pacientes necesitan tratamiento especial. La enfermedad de Hodgkin también puede ocurrir en niños y se trata de manera diferente a la de los adultos.

La enfermera deberá conocer los pormenores de esta enfermedad, para poder aplicar los mejores cuidados de enfermería al paciente con la enfermedad de Hodgkin.

La determinación de enfermedad de Hodgkin requiere la realización de una biopsia que contenga suficiente tejido como para permitir un diagnóstico microscópico preciso. Las muestras de biopsia se suelen tomar de los ganglios linfáticos. La punción-aspiración con aguja fina y las biopsias de aguja no son adecuadas para el diagnóstico histológico de enfermedad de Hodgkin.

Hoy en día las enfermedades crónico-degenerativas y el cáncer suponen un reto para el personal de salud, por el aumento del número de personas en el mundo que las padecen y el manejo que implica atenderlas. El cáncer se considera una enfermedad crónico- degenerativa, la Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que para el año 2030 habrá un incremento en su incidencia en un 75% y un total de 12,000 000 muertes en países subdesarrollados.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El LH se forma a partir de un linfocito B que se encuentra en proceso de maduración/activación en el ganglio linfático. Este linfocito sufre una alteración en los genes que regulan su capacidad para producir anticuerpos y se convierte en una célula incapaz de llevar a cabo su función fisiológica y, por tanto, debe morir en el ganglio linfático en un proceso de muerte celular programada. Sin embargo, y por motivos no bien conocidos, ocasionalmente ese linfocito alterado presenta otros cambios en sus genes que le confieren la capacidad de sobrevivir en el ganglio linfático, escapar al control de las células encargadas de la vigilancia inmunológica y proliferar de forma incontrolada.

La mayoría de los pacientes que debuta con enfermedad de Hodgkin presentan pocos o ningún hallazgo en relación con su enfermedad. Algunos pacientes pueden presentar fiebre fluctuante acompañada de sudoración nocturna profusa. Estos cuadros febriles suelen persistir durante unas semanas y seguirse de intervalos afebriles. Estos síntomas se observan sobre todo en pacientes de más edad y en los que la enfermedad está en un estadio avanzado. Otro importante hallazgo de presentación es la pérdida de peso superior al 10%. La fiebre, la sudoración nocturna y la pérdida de peso constituyen la sintomatología B.

Otros síntomas más frecuentes son fatiga, malestar y debilidad. El prurito aparece en el 10% de los pacientes y suele ser generalizado. Las manifestaciones son infrecuentes. En ocasiones, algunos pacientes debutan con obstrucción de la vena cava superior como primer hallazgo. El cuadro de compresión súbita de la médula espinal suele ser el síntoma inicial, aunque habitualmente aparece como complicación de la enfermedad progresiva. En los pocos pacientes



que presentan enfermedad de Hodgkin intracraneal pueden aparecer cefalea o trastornos visuales, y la afectación abdominal puede producir dolor, trastornos intestinales e incluso ascitis.

Básicamente, todos los pacientes pueden y deben ser tratados con fines curativos. La radioterapia puede curar a más del 80% de los pacientes con enfermedad de Hodgkin localizada, y la quimioterapia a más del 50% de los que presentan afectación diseminada.

Después de una serie de revisión bibliográfica surge la siguiente incógnita:

¿Cuál es el rol de enfermería en pacientes con Linfoma de Hodgkin en adultos?

OBJETO DE ESTUDIO

Pacientes diagnosticados con Linfoma de Hodgkin.

CAMPO DE ACCIÓN

Pacientes adultos jóvenes (19 a 29 años).



OBJETIVOS

Objetivo general

- Elaborar una guía educativa para pacientes con Linfoma de Hodgkin.

Objetivos específicos

- Realizar revisión bibliográfica sobre Linfoma de Hodgkin.
- Determinar los factores de riesgo de linfoma de hodgkin.
- Diagnosticar la situación actual de los pacientes con linfoma de hodgkin.
- Valorar los resultados en base a los objetivos, metodología utilizada por los autores.

CAPITULO I

1. MARCO TEORICO

1.1 Antecedentes históricos

Plan de cuidados de enfermería con enfoque educativo dirigido a paciente adulta con insomnio y linfoma de Hodgkin. **Introducción:** El plan de cuidados de enfermería estandarizado (PLACE) es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con un diagnóstico concreto o una enfermedad. **Objetivo:** Diseñar un PLACE de quimioterapia, como una propuesta para el profesional de enfermería en la programación de los cuidados. **Desarrollo:** Se presenta el caso de una paciente adulta de 34 años, con diagnóstico médico de linfoma de Hodgkin y tratamiento de quimioterapia, hospitalizada en el servicio de Quimioterapia Ambulatoria. Para la evaluación del estado de la paciente se utilizó la Guía de valoración para el paciente adulto por dominios y clases de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association); con base en un proceso de razonamiento diagnóstico, se jerarquizaron y determinaron los diagnósticos de enfermería, los resultados esperados y las intervenciones de enfermería. Se diseñó un plan de cuidados basado en la interrelación de las taxonomías NANDA, NOC (Nursing Outcomes Classification) y NIC (Nursing Interventions Classification). Derivado del razonamiento diagnóstico, se priorizó el siguiente diagnóstico de enfermería: insomnio R/C factores del entorno M/P dificultad para conciliar el sueño. **Conclusión:** El plan de cuidados de enfermería con enfoque educativo puede ayudar a mejorar el patrón y la calidad del sueño al disminuir la dificultad para conciliar el sueño. Así mismo un adecuado manejo de la medicación, manejo de la energía y del ambiente en casa y en el hospital favorece un adecuado control de la enfermedad y la recuperación (Alfredo et al., 2019).



Caracterización del linfoma de Hodgkin en los pacientes adultos. **Introducción:** El linfoma de Hodgkin ha pasado de ser una enfermedad fatal a una de las neoplasias con mayores posibilidades de curación. **Objetivo:** Caracterizar el comportamiento del linfoma de Hodgkin en los pacientes adultos. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo parcial que incluyó 75 pacientes adultos con linfoma de Hodgkin atendidos en el Instituto de Hematología e Inmunología entre enero de 1987 hasta enero de 2017. **Resultados:** El 64 % de los pacientes fueron del sexo masculino; predominó el color de piel blanco (85,3 %) y el grupo de 18 a 38 años fue el más frecuente (68 %). Prevalcieron los pacientes sin comorbilidades (65,3 %) y con buen validismo (93,3 %). El 52 % de los pacientes estaba en estadio III al diagnóstico; predominó el grupo pronóstico de avanzado favorable 61,3 %. La variedad histológica más frecuente fue la esclerosis nodular con 48 pacientes y el esquema empleado con mayor frecuencia fue ABVD, con el que se logró 92 % de remisión completa. El 20 % de los pacientes fallecieron y el 18,7 % recayeron. La sobrevida global a los 2, 5 y 10 años fue de 93 %, 83 % y 80 %, respectivamente. La sobrevida libre de enfermedad a los 5 y 10 años que de 82 % y 73 %, respectivamente. **Conclusiones:** La sobrevida global y la sobrevida libre de 2 enfermedad de los pacientes fueron altas. Los pacientes tratados con la combinación de quimioterapia y radioterapia mostraron significativamente una mejor supervivencia global (Sierra et al., 2019).

Evaluación del tratamiento de linfoma de Hodgkin con esquema ABVD en Chile.

Introducción: El linfoma de Hodgkin tiene una alta tasa de curabilidad, incluso en etapas avanzadas. **Objetivos:** Evaluar los resultados del tratamiento del linfoma de Hodgkin con el régimen de quimioterapia ABVD (doxorubicina, bleomicina, vinblastina, dacarbazina).

Materiales y Métodos: Análisis de una base de datos del Ministerio de Salud de Chile, que incluye todos los pacientes atendidos en centros de tratamiento de cáncer acreditados.

Resultados: Se



analizaron los datos de 915 pacientes, con una mediana de edad de 35 años (rango de 15 a 86 años) y seguidos durante una mediana de 97 meses (rango de 1 a 347 meses). Cuarenta y uno por ciento tenía enfermedad localizada. La supervivencia global a los cinco años para los estadios localizado y avanzado fue del 92 % y el 74 %, respectivamente. Las cifras de supervivencia libre de progresión fueron 87% y 64%, respectivamente. Los pacientes con recaída que recibieron trasplante autólogo de células madre (TACM) tuvieron una supervivencia global a los cinco años del 92 %, en comparación con el 64 % entre los que no se sometieron a este procedimiento ($p < 0,01$). El Programa de Garantías en Salud del Ministerio de Salud, se asoció a enfermedad en estadios más tempranos al diagnóstico. **Conclusiones:** El régimen ABVD consigue altas tasas de curación en estadios localizados de la enfermedad, pero los resultados en estadios avanzados no son óptimos. El ASCT mejora significativamente la supervivencia en pacientes con recaída. El Programa de Garantías en Salud está asociado al diagnóstico más temprano de la enfermedad (Cabrera C. et al., 2019).

Linfoma Hodgkin Clásico en el departamento de Anatomía Patológica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante los años 2015 a 2019. **Introducción:** Los Linfomas Hodgkin son neoplasias linfoides de células B, caracterizadas histológicamente por un contexto celular inflamatorio mixto mayoritario y escasas células neoplásicas de Hodgkin/ Reed-Sternberg. El Linfoma Hodgkin Clásico (LHC) representa el 10% de todos los casos de linfoma y el 85% de todos los Linfomas Hodgkin. De acuerdo con la vigente clasificación de la Organización Mundial de la Salud, el LHC se divide en 4 variantes: Esclerosis Nodular (EN), Celularidad Mixta (CM), Rico en Linfocitos (RL) y Depleción Linfocítica (DL). **Objetivo:** En este estudio revisamos todos los casos de Linfoma Hodgkin Clásico en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante los años 2015 a 2019, para determinar la variante



más frecuente, la incidencia en cuanto a edad y sexo, características fenotípicas y relación con el Epstein Barr Virus (EBV). **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de la casuística de Linfoma Hodgkin Clásico en sus 4 variantes clínico - patológicas en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante los años 2015 a 2019. Se identificaron 72 pacientes con el diagnóstico de Linfoma Hodgkin Clásico, de los cuales únicamente se seleccionaron para el estudio 64. Los criterios de exclusión fueron la ausencia de pruebas de inmunohistoquímica confirmatoria y los casos de recidiva. **Resultados:** Se observó que la variante más frecuente correspondió a Esclerosis Nodular con 34 casos (53.12%) y la menos frecuente a la variante Rica en Linfocitos con 2 casos (3.12%). Así mismo se observó una predominancia en el sexo masculino con 42 casos, 20 de ellos con Esclerosis Nodular y 14 no clasificables, como las variantes más frecuentes, y una mayor incidencia entre los 41 y 50 años de edad, sin detectarse el pico bimodal referido en la literatura internacional. El perfil inmunohistoquímico más frecuente de las células Hodgkin/ Reed-Sternberg es CD15 y CD30 positivo, con CD45 negativo. El EBV estuvo presente en el 36% de los casos realizados y es más frecuente en las variedades Celularidad Mixta y Depleción Linfocítica. **Conclusiones:** El Linfoma Hodgkin Clásico es un grupo de neoplasias linfoides con características clínicas, histológicas y fenotípicas definidas. Es más frecuente en varones entre 41 y 50 años. Para un adecuado diagnóstico se requiere una completa información clínica y una buena biopsia, de preferencia excisional (Ver Anexo II). La variante Esclerosis Nodular es la más frecuente y la Rica en Linfocitos la menos frecuente. Las células Hodgkin/ Reed- Sternberg suelen ser positivas para CD15 y CD30 y negativas para CD45. La positividad tenue del Pax-5 permite diferenciarlo de Linfomas no Hodgkin de Células B. El EBV es más frecuente en las variantes Celularidad Mixta y Depleción Linfocítica (Quiñonez Ávila et al., 2021).



Apego al esquema ABVD en pacientes con linfoma de Hodgkin clásico y su efecto pronóstico. **Objetivo:** Conocer el efecto pronóstico del retraso en la administración del esquema ABVD, además de describir los motivos del retraso y los datos demográficos de nuestra población. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, sin intervención en el que se incluyeron pacientes con diagnóstico confirmado histológicamente de linfoma de Hodgkin de 2015 a 2019 con tratamiento ABVD en primera línea en nuestro centro. El retraso en la aplicación del esquema ABVD se definió como el diferimiento de más de 48 horas en alguna de las administraciones. **Resultados:** Se incluyeron 44 pacientes; 28 femeninas y 16 masculinos con mediana de edad de 29.5 años (límites: 15-73). En total, 20 mostraron retraso y 24 tuvieron buen apego al esquema. La principal causa de retraso fue neutropenia en 9 pacientes. La tasa de respuesta completa, supervivencia global y supervivencia libre de evento no fue significativamente distinta entre los grupos. No hubo diferencia significativa en la supervivencia global (88.7 vs 100%, $p = 0.09$) o la supervivencia libre de evento (58.8 vs 77.8%, $p = 0.26$) a tres años en pacientes que tuvieron retraso vs aquéllos sin retraso. **Conclusiones:** No se encontró efecto en la supervivencia global o supervivencia libre de evento en pacientes con retraso en la administración del esquema ABVD (Colunga-Pedraza et al., 2022).

Experiencia de uso de brentuximab vedotina en monoterapia o en combinación con bendamustina en linfoma de Hodgkin y linfoma anaplásico de células grandes. **Objetivo:** Analizar el uso de brentuximab vedotina (BV) en monoterapia o en combinación con bendamustina en el tratamiento de linfoma Hodgkin (LH) y linfoma anaplásico de células grandes (LACG) en recaída o refractario. **Métodos:** Estudio retrospectivo y multicéntrico de los pacientes con LH o LACG en recaída o refractarios tratados con BV hasta febrero de 2019. Se analizaron variables demográficas, de la patología (clínicas y analíticas), respuesta y efectos

adversos (EA). **Resultados:** S



incluyeron 16 pacientes en dos grupos. Grupo 1 (BV en monoterapia, 10 pacientes): 6 hombres, 57,5 años (rango: 44-72). 7 pacientes presentaban LH y 3 LACG. Tras 4 ciclos, se obtuvieron 6 respuestas parciales (RP), 3 respuestas completas (RC) y un paciente refractario. Tasa respuesta objetiva (TRO) 90%. 5 pacientes en RP progresaron siendo la supervivencia libre de progresión (SLP) 4 meses (IC 95% 2,55- 4,27). Un paciente en RC fue sometido a trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (TAPH) y recibió BV en mantenimiento. Grupo 2 (en combinación con bendamustina, 6 pacientes): 4 hombres, 42 años (rango: 18-74). Tras 4 ciclos se obtuvieron 2 RP, 3 RC y 1 paciente refractario. TRO 83,33%. 1 paciente en RP progresó (SLP 3 meses). Los pacientes en RC pudieron beneficiarse de TAPH y mantenimiento con BV. En ambos grupos los EA principales fueron neuropatía (grado 3 en 2 pacientes) y alteraciones digestivas. **Conclusiones:** BV presenta buena actividad en monoterapia, logrando TRO elevadas. La combinación con bendamustina ha permitido aumentar la eficacia logrando respuestas más duraderas y nos ha permitido ofertar TAPH a pacientes no candidatos previamente. Se han reportado EA manejándose adecuadamente. Son necesarios más estudios para posicionar BV en la práctica clínica habitual (Conesa Nicolás, E et al., 2021).

Dos linfomas en el mismo paciente: reporte de un caso. **Introducción:** La asociación de forma sincrónica de un linfoma Hodgkin y un linfoma no Hodgkin en un mismo paciente es muy rara. **Caso clínico:** Varón de 68 años que comienza su padecimiento con adenomegalias cervicales y axilares. Se realiza una biopsia excisional y se encuentra un linfoma de Hodgkin de tipo celularidad mixta, por lo que se inicia la quimioterapia. Durante el transcurso del tratamiento se observa la continuidad de lesiones refractarias en la piel y el músculo, por lo que el servicio de radio oncología decide hacer una nueva biopsia y se demuestra que se trata de una nueva afección, un linfoma no Hodgkin difuso de células B grandes. **Conclusiones:** Este caso ejemplifica que ante



un paciente con un cuadro clínico típico y con una evolución tórpida hay que replantearse el diagnóstico e incluso repetir los estudios realizados para descartar diagnósticos alternos que puedan alterar el curso de la enfermedad. **Antecedentes:** La asociación sincrónica de linfoma de Hodgkin y linfoma no Hodgkin en el mismo paciente es muy rara. Caso clínico: Paciente masculino de 68 años que inició su enfermedad con adenomegalias cervicales y axilares, se le realizó biopsia excisional y se encontró un linfoma de Hodgkin tipo células mixtas. Se inició quimioterapia con respuesta parcial. Durante el transcurso del tratamiento se observaron lesiones refractarias en piel y músculo. El servicio de oncología radioterápica decide realizar una segunda biopsia que confirma la presencia de un linfoma no Hodgkin difuso de células B grandes. **Conclusiones:** Este caso es un ejemplo de cómo cuando se tiene un paciente con un cuadro clínico típico de mal pronóstico, se debe reconsiderar el diagnóstico y repetir los estudios de laboratorio realizados previamente para descartar diagnósticos alternativos que puedan cambiar el curso de la enfermedad (Ferat-Osorio, 2021).

Linfoma de Hodgkin: carga de la enfermedad en México. Construcción de una medida proxy con datos administrativos del Sistema Nacional de Salud. **Introducción:** Las nuevas terapias han aumentado la supervivencia del linfoma de Hodgkin (LH) en los países desarrollados, no en el resto. En México faltan sistemas de vigilancia para el LH. **Métodos:** Desarrollamos un proxy para la carga del LH en México utilizando datos administrativos de: prevalencia, incidencia, hospitalizaciones y mortalidad. La población consistió en individuos que asistieron a cualquier institución mexicana durante el 2016 y fueron registrados con el código C81 de la Clasificación internacional de enfermedades (CIE)-10. El denominador de las tasas fue la población específica por edad del censo. Se realizaron entrevistas sobre tratamiento del LH con especialistas. **Resultados:** Durante 2016, respecto al LH, se registraron 2,278 casos nuevos, 3,241



hospitalizaciones y 535 muertes. Las tasas de incidencia de LH fueron un 32% superiores en los hombres. Los adultos de ≥ 60 años tuvieron las tasas de incidencia más altas de LH, seguidos de los adultos entre 20 y 24 años. Las estrategias de tratamiento del LH fueron diferentes entre el sector público y el privado. **Conclusión:** El cuadro epidemiológico del LH en México muestra un patrón de incidencia similar al de los países desarrollados. Nuestro proxy de la carga del LH servirá para planificar y monitorear futuras estrategias contra el cáncer (Rivas-Vera et al., 2019).

Influencia de la ingesta de alimentos o grupos de alimentos en la aparición y/o protección de los diversos tipos de cáncer: revisión sistemática. **Introducción:** La dieta tiene un importante papel en la formación y en la prevención de múltiples enfermedades crónicas-degenerativas, como son las enfermedades cardiovasculares o el cáncer. **Objetivos:** El objetivo principal consiste en analizar los estudios que centren su investigación en conocer la relación entre el consumo de determinados grupos de alimentos y su función en el aumento y/o prevención del riesgo de aparición de diversos tipos de cáncer. **Métodos:** Se realizó una revisión sistemática en bases de datos internacionales (PubMed, Scopus y Nutrition Reference). Los estudios fueron estructurados en dos bloques principales: relacionados con el aumento del riesgo de cáncer y alimentos relacionados con el aumento del riesgo de cáncer. Los estudios evaluados en la presente revisión han sido un total de 104 artículos científicos. **Resultados:** Los resultados han mostrado una asociación positiva entre la carne roja y el cáncer de colon, las bebidas alcohólicas y el cáncer de hígado y la sal y el cáncer gástrico. La dieta mediterránea se asoció de manera preventiva con el cáncer del tracto digestivo y respiratorio, mientras que, por otro lado, no se ha encontrado asociación estadísticamente significativa entre el consumo de lácteos y el cáncer de ovario, los carbohidratos o azúcares y el cáncer de páncreas y el té y el cáncer de mama. **Conclusiones:** Por todo ello, patrones de alimentación saludable como la dieta mediterránea, basados en una menor



ingesta de carne roja, bebidas alcohólicas y sal, contribuyen a una reducción en la incidencia del cáncer de colon, cáncer de hígado y cáncer de estómago (Zaragoza-Martí & Enrique Rivera García, 2019).

Dieta mediterránea y cáncer. Introducción: El cáncer sigue siendo un importante problema de salud a nivel mundial, por lo que su prevención es algo prioritario a nivel sanitario. La dieta mediterránea (DM) puede prevenir su aparición. (Ver Anexo I) **Objetivos/métodos:** Realización de una búsqueda de evidencia científica sobre el papel protector de la DM frente a la aparición del cáncer y exposición de los hallazgos más relevantes. **Resultados:** Varios estudios presentan evidencia sobre el papel de la DM en la protección contra el cáncer. Como estilo de vida, la DM incluye unos hábitos dietéticos y unas costumbres sociales muy favorables; además, va ligada a la realización de actividad física frecuente. Todo esto, mantenido en el tiempo, tiene una influencia positiva sobre la prevención del desarrollo de tumores. El efecto protector es mediado por la presencia de múltiples antioxidantes y antiinflamatorios ligados a los productos de consumo frecuente en esta dieta; además, como estilo de vida, la DM representa una forma de prevenir el sobrepeso y la obesidad, que son también causantes directos del desarrollo de neoplasias. **Conclusión:** Existe evidencia científica sobre el papel protector de la DM contra la aparición de algunos tumores (Ovidio Hernando-Requejo & García, 2021).



1.2 Bases teóricas

Los linfomas son un grupo amplio y heterogéneo de neoplasias malignas linfocíticas con características histopatológicas y de respuesta a tratamiento específicas, en donde las células malignas se diseminan hacia los ganglios linfáticos, la médula ósea y, frecuentemente, a otros órganos y tejidos. Estas células malignas se originan a partir de subconjuntos de linfocitos B, linfocitos T y células asesinas naturales (NK) detenidas en diferentes etapas de maduración.

1.2.1 Fisiopatología

Los linfomas se originan de manera similar a otras neoplasias, es decir, a partir de la acumulación de alteraciones genéticas y epigenéticas que derivan en mutaciones que promueven la malignización de las células. En el caso de los linfomas, estas mutaciones del material genético tienen lugar en los diferentes estadios de maduración de los linfocitos B, linfocitos T y NK, siendo la evasión de la respuesta anti-tumoral uno de los mecanismos que ha ganado relevancia durante los últimos años.

En este sentido, es conocido el papel fundamental que tiene el complejo mayor de histocompatibilidad (CMH) tipo 1 y 2 en la presentación de antígenos a células T citotóxicas para la vigilancia inmunitaria tumoral, por lo que es de esperarse que mutaciones en genes relacionados a este complejo estén asociados al desarrollo de linfomas. Así, deleciones del gen de la β 2- microglobulina han sido identificados en LH y en el linfoma difuso de células B grandes (LDCBG), siendo esta mutación la responsable de la falta de expresión del CMH tipo 1 en la superficie celular de las células neoplásicas, ya que el gen de la β 2-microglobulina codifica una subunidad necesaria para su ensamblaje.



Otra forma de evasión de la vigilancia inmunitaria, es la mutación del gen que codifica a CD58 también identificada en el LH y el LDCBG, un miembro de la superfamilia de inmunoglobulinas que actúa como ligando para el receptor CD2 expresado en linfocitos T y NK, cuya función es la de mediar la citotoxicidad contra células neoplásicas por parte de los linfocitos T citotóxicos y NK.

Las células malignas responsables de la enfermedad son las llamadas células de Reed Sternberg, que son linfocitos B. Sin embargo, si miramos el ganglio linfático de un paciente con linfoma de Hodgkin al microscopio veremos que las células de Reed Sternberg representan sólo una pequeña proporción de las células que ocupan el ganglio (5%). El resto del ganglio está ocupado por el llamado “infiltrado inflamatorio” formado básicamente por linfocitos T y otras células como los eosinófilos, los macrófagos. Aunque el linfoma de Hodgkin es una enfermedad de los ganglios linfáticos y son ellos los principales órganos afectados, por lo menos, en teoría, todas aquellas zonas de nuestro organismo que contienen tejido linfoide pueden verse afectadas en esta enfermedad. El linfoma de Hodgkin se divide en dos grandes categorías:

1.2.2 Linfoma de Hodgkin clásico

Constituye el 95% de todos los linfomas de Hodgkin, las células características son las células de Reed Sternberg que de manera característica expresan dos antígenos de membrana, el CD30 y el CD15. La expresión del CD30 tiene importancia a la hora de considerar el tratamiento de la enfermedad con anticuerpos monoclonales específicos. El linfoma de Hodgkin clásico se subdivide en cuatro subtipos diferentes: linfoma de Hodgkin subtipo esclerosis nodular (entidad más frecuente y más características en mujeres jóvenes), subtipo celularidad mixta, subtipo rico en linfocitos y subtipo depleción linfocitaria (es la entidad menos frecuente).



1.2.3 Linfoma de Hodgkin de predominio linfocítico nodular

Es una entidad muy infrecuente, representa sólo el 5% de los casos, tiene un curso clínico y evolución muy diferente del linfoma de Hodgkin clásico, las células características son las llamadas células en palomitas de maíz que, de manera característica, no expresan el CD30 ni el CD15, pero si expresan el CD20.

1.2.4 Factores de Riesgo

La identificación de factores de riesgo y antecedentes personales/familiares, resultan pasos importantes en el abordaje del paciente con linfadenopatías, ya que permitirían orientar su etiología y, en consecuencia, sospechar el diagnóstico de un linfoma.

- **Factores sociodemográficos:** Se ha descrito que, en las personas mayores de 60 años, caucásicas y que viven en países desarrollados, es más frecuente el desarrollo de LNH, mientras que el riesgo de LH pareciera ser mayor en individuos jóvenes y de la tercera edad, en aquellos provenientes de países occidentales y del norte de Europa, con estatus socioeconómico alto y del sexo masculino.
- **Riesgos no modificables:** Se encuentran las etiologías inflamatorias, infecciosas y genéticas. En este sentido, algunas enfermedades inflamatorias como la dermatomiositis, el síndrome de Sjögren, la enfermedad celíaca, el lupus eritematoso sistémico y la artritis reumatoide, se han vinculado a un mayor riesgo de linfoma, ya sea por el uso crónico de fármacos inmunosupresores o por causas propias de la enfermedad.
- **Factores de riesgo modificables:** Se ha identificado que la obesidad, el hábito tabáquico actual o anterior, la exposición crónica a plaguicidas o a radiación nuclear



y el uso de implantes mamarios, se correlacionan significativamente con la aparición de linfomas.

- **Antecedentes familiares:** Se ha reportado que la historia familiar de un subtipo específico de linfoma incrementa el riesgo de desarrollo de ese mismo subtipo en el individuo. Además, el riesgo de desarrollo de linfoma es de 3,1 veces y 1,7 mayor en los familiares de primer grado de pacientes con LH y LNH.

Por su parte, ha sido ampliamente documentado que algunos procesos infecciosos se asocian a un riesgo incrementado de linfoma, lo cual puede ser explicado a través de tres mecanismos inmunológicos: estimulación antigénica crónica, transformación directa de linfocitos e inmunosupresión. Así, la infección por *Helicobacter pylori*, *Borrelia burgdorferi*, *Chlamydia psittaci* o *Campylobacter jejuni*, produce una estimulación antigénica crónica que ha derivado en el desarrollo de diferentes subtipos de LNK. Mientras que, la infección por el virus Epstein-Barr, pareciera inducir la transformación directa de linfocitos que da lugar al linfoma de Burkitt, LH y LNH. Asimismo, la inmunosupresión inducida por la infección por HIV también observada en el trasplante de órganos-, ha sido asociada a una variedad de neoplasias linfocíticas (Pablo et al., 2021).

1.2.5 Complicaciones

La radioterapia en mediastino puede producir: Hipotiroidismo, lesión pulmonar y aparición de segundas neoplasias.

La quimioterapia puede dar lugar: Esterilidad, fibrosis pulmonar (bleomicina), lesión cardíaca (Adriamicina) y también aparición de segundos tumores.



Existe 1% de desarrollar leucemia aguda mieloblástica o síndromes mielodisplásicos tras una media de 5 años después de RT o QT.

Tras radioterapia puede aparecer: Otros linfomas y tumores de mama.

1.2.6 Diagnóstico

Se recomienda siempre una biopsia por escisión del nódulo linfático, en algunos casos puede realizarse con trucut. Teniendo en cuenta que en el diagnóstico de las neoplasias malignas se realizan biopsias de aspiración con aguja fina, en linfoma su uso es controvertido.

Se recomienda realizar estudios de inmunohistoquímica con CD15, CD30, CD3, CD45, CD20, CD79a, BCL6, PAX-5 y mutación en 9p24.1.

En el historial de los pacientes se determinará si hay síntomas B, fatiga, prurito, intolerancia al alcohol y adenomegalia u organomegalia (hepática o esplénica). Deben realizarse: estudios convencionales de laboratorio (biometría hemática completa, VSG, deshidrogenasa láctica, albúmina, función renal y hepática), PET/CT o, si no se cuenta con éste, TAC diagnóstica con contraste. Si se encuentran lesiones positivas en PET en sitios fuera de la identificación inicial de la enfermedad o con lesiones inconsistentes para la manifestación del linfoma de Hodgkin, debe realizarse una evaluación adicional de estas lesiones (clínica, patológica o ambas). La médula ósea puede asumirse infiltrada si el PET muestra lesiones esqueléticas multifocales (tres o más lesiones); sin embargo, la indicación de aspirado de médula ósea será únicamente con la existencia de citopenias.

1.2.7 Tratamiento

El tratamiento se divide en:



- Etapa I-II favorable
- Etapa I-II desfavorable sin enfermedad voluminosa
- Etapa I-II desfavorable con enfermedad voluminosa
- Etapa III-IV

1.2.7.1 Etapa I-II favorable

En la actualidad el tratamiento de primera línea es ABVD por tres ciclos con PET al final de tratamiento negativo; si en el PET se encuentra una escala de Deauville de 3 o 4 se recomienda un ciclo más de ABVD + radioterapia (RT) a 30 Gy. Existe también la opción de modalidad de terapia combinada ABVD 2 ciclos + radioterapia (20 Gy en el campo afectado). Otra opción es el régimen de Stanford V para evitar la toxicidad de la bleomicina en los pulmones.

1.2.7.2 Etapa I-II desfavorable sin enfermedad voluminosa

En estos pacientes sin enfermedad voluminosa se recomienda ABVD por dos ciclos seguidos de PET; si resulta negativo se tratará con dos ciclos más seguidos de radioterapia (30 Gy) o cuatro ciclos más, con o sin radioterapia. En pacientes con escala de Deauville 3 o 4 se recomiendan cuatro ciclos más de ABVD seguidos de radioterapia, o cambiar con dos ciclos de BEACOPP escalado. También se cuenta con la opción del régimen de StandfordV por tres ciclos seguidos de radioterapia (30-36 Gy).

1.2.7.3 Etapa I-II desfavorable con enfermedad voluminosa

Los pacientes con enfermedad voluminosa deberán recibir tratamiento con ABVD, dos ciclos con PET; al finalizar estos dos ciclos, si el PET resulta con escala Deauville de 1 a 3 continuará con dos ciclos (cuatro ciclos en total), seguida de radioterapia; también se pueden dar



cuatro ciclos más (seis ciclos en total), con o sin radioterapia. Los pacientes con escala de Deauville



de 4 son tratados con dos ciclos más (cuatro ciclos en total) seguidos de radioterapia, dos ciclos de BEACOPP escalado seguidos de 30 Gy de radioterapia. Se puede prescribir el régimen de Stanford V por tres ciclos seguidos de radioterapia (30-36 Gy). La radioterapia está recomendada para todos los pacientes con sitios nodales mayores de 5 cm y debe administrarse entre dos y tres semanas posteriores a quimioterapia.

En los pacientes con escala de Deauville 5 siempre debe realizarse biopsia; cuando ésta resulte negativa se continuará con terapia planeada desde el inicio y si resulta positiva en todos los casos se maneja como enfermedad resistente.

1.2.7.4 Etapa III y IV

En estos pacientes, el ABVD es el tratamiento patrón de referencia en pacientes con IPS < 3, así como el BEACOPP en pacientes con IPS > 4 con edad menor a 60 años.

El ABVD se prescribe por dos ciclos seguidos de PET. Si se encuentra negativo, se terminará tratamiento con dos ciclos más (cuatro ciclos) o puede optarse por dar cuatro ciclos de AVD. En pacientes con PET positivo posterior a dos ciclos de ABVD puede utilizarse una intensificación temprana con cuatro ciclos de BEACOPP escalado con radioterapia o PET al finalizar el tratamiento. En pacientes aptos para recibir BEACOPP deben administrarse seis ciclos seguidos de PET, únicamente los pacientes con escala de Deauville 3-4 con sitios > 2.5 cm son aptos para radioterapia. Después de dos ciclos de BEACOPP puede realizarse PET, si éste se encuentra con negatividad y respuesta completa puede optarse por la terapia de desescalación con ABVD por cuatro ciclos más (Juan Manuel Pérez-Zúñiga et al., 2019).

1.2.8. Teorizantes de enfermería



Existen varias teorías de enfermería que pueden ser utilizadas en el contexto del linfoma de hodgkin en adultos. A continuación, se mencionan algunas de ellas:

- **Teoría de las necesidades humanas básicas de Virginia Henderson:** Henderson debido a su estructura, permite organizar y comprender las respuestas humanas observadas en la persona, lo que facilita el establecer un plan de acción y una evaluación constante. Virginia Henderson fue una teorizadora que describió un modelo conceptual que está orientado en el logro de la dependencia en la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona. Henderson considera que el papel de enfermería se centra en ayudar a la persona sana o enferma a conservar o recuperar su salud, en su propuesta de las 14 necesidades.
- **Teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem:** Desarrolla las razones por las cuales una persona puede beneficiarse de la agencia de enfermería, mientras sus acciones están limitadas por problemas de salud o de cuidados sanitarios, lo que les hace total o parcialmente incapaces de descubrir sus requisitos actuales y emergentes que han de satisfacer en el cuidado de sí mismos o de quienes están a su cargo
- **Teoría de los patrones funcionales de la salud de Marjory Gordon:** Según la valoración por patrones de Marjory Gordon se han descrito problemas fundamentales comunes en pacientes diagnosticados con la enfermedad de Hodgkin y por tanto se han etiquetado todos aquellos diagnósticos susceptibles de ser aplicados en el ámbito de la Enfermería Comunitaria.

Los patrones son comportamientos más o menos comunes a todas las personas que contribuyen a su salud, calidad de vida y se dan a lo largo de la misma. Utilizar estos patrones, es



una manera organizada de obtener datos relevantes del paciente, tanto físicos, psíquicos y sociales, así como del entorno del paciente.

1.2.9 Rol de enfermería en pacientes diagnosticados con Linfoma de Hodgkin

El rol de enfermería en pacientes con Linfoma de Hodgkin incluye la administración de tratamientos como la quimioterapia, el control de síntomas y efectos secundarios de los mismos, la educación al paciente y familia sobre la enfermedad y el manejo de cuidados, y el soporte emocional para ayudar a afrontar la ansiedad y depresión. Las enfermeras también realizan el monitoreo continuo de los signos vitales, evalúan el estado nutricional y de salud general, y facilitan la comunicación con otros profesionales de la salud.

1.2.10 Intervenciones de enfermería

El linfoma es un tipo de cáncer que afecta el sistema linfático, el cual es responsable de ayudar al cuerpo a combatir las infecciones y enfermedades. Los cuidados en casa para un paciente con linfoma pueden incluir lo siguiente:

- **Controlar los síntomas:** Los pacientes con linfoma pueden experimentar síntomas como fiebre, sudores nocturnos, fatiga y pérdida de peso. Es importante controlar estos síntomas y reportar cualquier cambio en el estado de salud.
- **Mantener una dieta saludable:** Una dieta saludable es importante para mantener la fuerza y la energía necesarias para combatir el linfoma y los efectos secundarios del tratamiento. Se recomienda comer alimentos ricos en nutrientes como frutas, verduras, proteínas y granos enteros.
- **Mantener una buena higiene:** Es importante mantener una buena higiene para prevenir infecciones, especialmente durante el tratamiento. Lavar las manos con frecuencia y asegurarse de que la casa esté limpia y libre de gérmenes.
- **Descansar lo suficiente:** El descanso adecuado es importante para permitir que el



cuerpo se recupere del tratamiento y combatir la enfermedad.

- **Evitar la exposición a gérmenes:** Los pacientes con linfoma tienen un sistema inmunológico debilitado debido al tratamiento, lo que los hace más susceptibles a las infecciones. Evitar las multitudes y las personas que están enfermas, y considerar el uso de una máscara (tapabocas) para reducir el riesgo de infección.
- **Tomar los medicamentos según las indicaciones:** Es importante tomar los medicamentos según las indicaciones del médico y no saltarse ninguna dosis.
- **Mantener una comunicación abierta con el médico:** Mantener una comunicación abierta con el médico es importante para asegurarse de que el tratamiento esté funcionando y para informar sobre cualquier cambio en la salud del paciente.

1.2.8.1. Efectos secundarios durante el tratamiento



Todos los tratamientos para el cáncer pueden provocar efectos secundarios o cambios en su cuerpo y en cómo se siente. Por muchos motivos, las personas no experimentan los mismos efectos secundarios, incluso cuando reciben el mismo tratamiento para el mismo tipo de cáncer. Esto puede hacer que sea difícil predecir cómo se sentirá durante el tratamiento.

1.2.8.2. Cómo sobrellevar los efectos secundarios físicos

Los cambios en su salud física dependen de varios factores, incluidos el estadio del linfoma, la duración y la dosis del tratamiento, y su estado de salud general.

Hablar con el equipo de atención médica con regularidad sobre cómo se siente el paciente. Es importante informar al equipo sobre cualquier efecto secundario nuevo o cambio en los efectos secundarios existentes. Si el equipo de atención médica sabe cómo se siente el paciente, podrá encontrar maneras de aliviar o manejar los efectos secundarios para ayudarlo a sentirse más cómodo y, posiblemente, evitar que los efectos secundarios empeoren.

Puede ser útil llevar un registro de sus efectos secundarios de manera que sea más fácil hablar sobre cualquier cambio a el equipo de atención médica.

A veces, los efectos secundarios pueden permanecer después de terminado el tratamiento. Los médicos los denominan efectos secundarios a largo plazo. A los efectos secundarios que suceden meses o años después del tratamiento se les denominan efectostardíos . El tratamiento de los efectos secundarios a largo plazo y los efectos tardíos es una parte importante de la atención de sobrevivencia.

1.2.8.3. Cómo sobrellevar los efectos emocionales y sociales

Los pacientes pueden experimentar efectos emocionales y sociales después de recibir un diagnóstico de cáncer. Estos pueden incluir sobrellevar una variedad de emociones, como la



tristeza, la ansiedad o el enojo, o manejar su nivel de estrés. A veces, para las personas es difícil expresar a sus seres queridos cómo se sienten. Para algunas, hablar con un trabajador social en oncología puede ayudarlas a desarrollar formas más eficaces de sobrellevar el cáncer y hablar sobre él.

1.2.8.4. Cómo sobrellevar los costos de la atención del cáncer

El tratamiento para el cáncer puede resultar costoso. Puede ser una fuente de estrés y ansiedad en las personas con cáncer y sus familias. Además de los costos del tratamiento, muchas personas descubren que tienen gastos adicionales y no previstos en relación con su atención. A algunas personas, el alto costo de la atención médica les impide seguir o completar su plan de tratamiento para el cáncer. Esto puede poner en riesgo su salud y generar mayores costos en el futuro. Se alienta a los pacientes y a sus familias a que hablen acerca de sus inquietudes económicas con un integrante del equipo de atención médica.

1.2.8.5. Cómo sobrellevar los obstáculos de la atención

Algunos grupos de personas experimentan diferentes tasas de nuevos casos de cáncer y experimentan diferentes resultados de su diagnóstico de cáncer. Estas diferencias se denominan “disparidades del cáncer”.

Las disparidades están causadas en parte por las barreras del mundo real a la atención médica de calidad y los determinantes sociales de la salud, como el lugar donde vive una persona y si tiene acceso a la alimentación y la atención médica. Las disparidades en materia de cáncer suelen afectar más negativamente a las minorías raciales y étnicas, a las personas con menos recursos económicos, a las minorías sexuales y de género (LGBTQ+), a las poblaciones de



adolescentes y adultos jóvenes, a los adultos mayores y a las personas que viven en zonas rurales u otras comunidades desfavorecidas.

1.2.8.6. Cómo hablar con su equipo de atención médica sobre los efectos secundarios

Hablar con el médico acerca de los efectos secundarios posibles antes de comenzar el tratamiento. Pregunte lo siguiente:

- ¿Qué efectos secundarios son los más probables?
- ¿Cuándo es probable que se produzcan?
- ¿Qué podemos hacer para prevenirlos o aliviarlos?
- ¿Cuándo debemos llamar por los efectos secundarios y a quién?

Asegurarse de contarle al equipo de atención médica sobre cualquier efecto secundario que se produzca durante el tratamiento y también después de este. Contarle incluso si no le parece que los efectos secundarios sean graves. Esta charla debería incluir los efectos físicos, emocionales y sociales del cáncer.

1.2.8.7. El cuidado de un ser querido con cáncer

Los familiares y los amigos, en ocasiones, desempeñan un papel importante en el cuidado de una persona con linfoma de Hodgkin. Estas personas reciben el nombre de cuidadores. Los cuidadores pueden proporcionar apoyo físico, práctico y emocional al paciente, incluso si viven lejos. Ser cuidador también puede ser estresante y emocionalmente desafiante. Una de las tareas más importantes para los cuidadores es cuidarse a sí mismos.

Los cuidadores pueden tener diversas responsabilidades diarias, o según sea necesario, que incluyen las siguientes:

- Comunicarse con el equipo de atención médica.



- Conversar con el equipo de atención médica.
- Proporcionar apoyo y aliento.
- Administrar medicamentos.
- Ayudar a manejar los síntomas y efectos secundarios.
- Coordinar las citas médicas.
- Llevar al paciente a las citas.
- Asistir con las comidas.
- Ayudar con las tareas domésticas.
- Manejar asuntos del seguro y la facturación.

1.3 Bases Legales

1.3.1. Constitución de la República del Ecuador

La vida de cada persona aborda diferentes derechos que son completados con la protección de salvaguardar cada uno de estos, el estado tiene obligación de adoptar medidas de acción que promuevan en favor a los derechos, por ende, se dan los siguientes artículos basados en la promoción y prevención de la salud. En la Constitución del Ecuador, en el título VII, capítulo primero, sección segunda, hace referencia a:

Art. 46.- El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes:

- Atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos.
- Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud;



garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; es decir, que el Estado garantiza la protección sanitaria a las diferentes enfermedades, teniendo en cuenta la opinión de los ciudadanos para la práctica de charlas de promoción y prevención.

En la medida en que se incrementa el conocimiento científico, éste se ve más impregnado de contenido ético y humanista, aproximadamente del 60 % de los pacientes que padecen cáncer reciben tratamiento radiante en el curso de su enfermedad, y los mismos tienen los siguientes derechos: El derecho a ser tratados como seres humanos, independientemente de edad, sexo, raza, credos políticos, religión, etc.

El derecho a recibir información detallada acerca de su enfermedad, diagnóstico, tratamiento, complicaciones y pronóstico, el derecho a la privacidad, el derecho a ser objeto o no, a actividades de educación e investigaciones y el derecho a rehusar un tratamiento.

CAPÍTULO III

2. DISEÑO METODOLÓGICO

En este capítulo, se presentan los diferentes componentes que integran el marco metodológico de la investigación como son el tipo de estudio, métodos de estudios, técnicas de recolección de datos, criterios de búsquedas, población, muestra y organización de la información.

2.1. Tipo de Estudio

El presente estudio es analítico-sintético, inductivo-deductivo de corte transversal, siguiendo la metodología de las revisiones bibliográficas. Estos estudios consisten en un análisis crítico retrospectivo de estudios compilados en la literatura sobre un tema que se considera interesante para un público general o especializado. Las revisiones bibliográficas no presentan nueva información empírica o experimental, sino que se centran en resumir, sintetizar y evaluar los estudios previos. Su finalidad es examinar la bibliografía publicada y situar en perspectiva para contestar una pregunta específica (Reyes, 2020).

Las revisiones sistemáticas son útiles en muchos aspectos críticos, ya que pueden proporcionar una síntesis del estado del conocimiento en un área determinada, a partir de la cual se pueden identificar futuras prioridades de investigación, abordar preguntas que de otro modo no podrían ser respondidas por estudios individuales, identificar problemas en la investigación primaria que deben ser corregidos en futuros estudios y generar o evaluar teorías sobre cómo o por qué ocurren fenómenos de interés (Page et al., 2021).

En este sentido se ubicaron publicaciones que se relacionarán con el tema del presente estudio, es decir, rol de enfermería en pacientes con linfoma de hodgkin en adultos jóvenes.



2.2. Métodos de Estudio:

Se aplicaron los siguientes métodos:

- Método teórico.
- Analítico-sintético.
- Inductivo-deductivo.



2.3. Materiales y Métodos

2.3.1. Técnica de recolección de datos:

Instrumento empleado: Los autores de los artículos investigados emplearon las técnicas como:

- Estudio correlacional.
- Entrevistas.
- Observación.
- Test.
- Estudio causal-comparativo.
- Encuestas.

Para la presentación de los datos se utilizará una ficha para la recolección de los datos que permitirá sintetizar los artículos y se realizará análisis de contenido y se especificarán aspectos relacionados con el diseño metodológico utilizado, así como los principales hallazgos que se organizaran en tablas narrativas donde se presentará la información de los artículos incluidos en cuanto a su población y muestra documental, métodos y técnicas de estudios utilizadas por el o los autores de cada artículo y se presentará en los resultados.

2.3.2. Criterios de búsqueda

Para la búsqueda de la literatura se recurrió a distintas bases de datos como PubMed, Medigraphic, Dialnet, ScienceDirect, SciELO y Scopus. También se utilizaron los metabuscadores Google Académico y SemanticScholar.



Idioma: Las búsquedas se realizaron tanto en español como en inglés.

Palabras claves: En español se usaron las siguientes palabras para realizar las búsquedas:

Linfoma de Hodgkin, linfoma no Hodgkin, linfoma de Hodgkin en adultos, linfoma hodgkin clásico, Reed-Sternberg, quimioterapia, radioterapia, dieta mediterránea, cáncer, enfermedad de Hodgkin, enfermedades linfáticas, linfoma, células madre, Epstein Barr virus. Por su parte, las palabras clave de búsqueda en inglés fueron: Hodgkin lymphoma, non-Hodgkin lymphoma, adult Hodgkin lymphoma, classical hodgkin lymphoma, Reed- Sternberg, chemotherapy, radiation therapy, mediterranean diet, cancer, hodgkin disease, lymphatic diseases, lymphoma, stem cells, Epstein Barr virus.

2.3.3. Criterios de inclusión:

- Artículos de procedencia de bases de datos en salud avaladas científicamente.
- Artículos que incluyan información del Linfoma de Hodgkin.
- Artículos que fueron publicados durante los últimos 5 años.
- Artículos que incluyan datos estadísticos sobre las tasas de morbi-mortalidad del Linfoma de Hodgkin.

2.3.4. Criterios de exclusión:

- Artículos publicados en revistas que no están avaladas científicamente.
- Información de artículos que no tengan relación con el objetivo de investigación.
- Artículos que no han sido publicados durante los últimos 5 años.

CAPITULO III

3. ANALISIS Y RESULTADOS

Tabla 1. Población documental

<i>Fuentes de Información</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
<i>Revista de Hematología</i>	<i>10</i>	<i>10%</i>
<i>Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia.</i>	<i>7</i>	<i>7%</i>
<i>Scielo</i>	<i>20</i>	<i>20%</i>
<i>Pubmed</i>	<i>8</i>	<i>8%</i>
<i>Revista Cuidados Enfermeros al Paciente con Alteraciones Hematológicas</i>	<i>11</i>	<i>11%</i>
<i>Revista Medicina Interna de México</i>	<i>2</i>	<i>2%</i>
<i>Revista Ginecología y Obstetricia de México</i>	<i>3</i>	<i>3%</i>
<i>Elsevier</i>	<i>6</i>	<i>6%</i>
<i>Otros</i>	<i>13</i>	<i>13%</i>
<i>Total</i>	<i>80</i>	<i>100%</i>

Tabla 2. Muestra documental

<i>Fuentes de Información</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
<i>Revista de Hematología</i>	<i>4</i>	<i>10%</i>
<i>Revista de Hematología, y</i>	<i>1</i>	<i>2,5%</i>



Uleam
UNIVERSIDAD LAICA
ELOY ALFARO DE MANABÍ

Facultad de Ciencias de la Salud

Carrera de Enfermería

<i>Immunología</i>		
--------------------	--	--



<i>Hemoterapia.</i>		
<i>Scielo</i>	<i>10</i>	<i>25%</i>
<i>Pubmed</i>	<i>2</i>	<i>5%</i>
<i>Revista de Cuidados Enfermeros al Paciente con Alteraciones Hematológicas</i>	<i>3</i>	<i>7,5%</i>
<i>Revista Medicina Interna de México</i>	<i>1</i>	<i>2,5%</i>
<i>Revista de Ginecología y Obstetricia de México</i>	<i>1</i>	<i>2,5%</i>
<i>Elsevier</i>	<i>5</i>	<i>12,5%</i>
<i>Repositorios Académicos de las Diferentes Universidades</i>	<i>13</i>	<i>32,5%</i>

Interpretación

La población documental es de 80 artículos y la muestra de 40, se observa que en la Revista de Hematología hay 4 con un 10%, Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia (1) con un 2,5%, Scielo (10) con un 25%, Pubmed (2) con un 5%, Revista de Cuidados Enfermeros al Paciente con Alteraciones Hematológicas

(3) con un 7,5%, Revista Medicina Interna de México (1) con un 2,5%, Revista de Ginecología y Obstetricia de México (1) con un 2,5%, Elsevier (5) con un 12,5%, Repositorios Académicos de las Diferentes Universidades (13) con un 32,5%. Es importante destacar que es evidente el incremento de publicaciones actuales, la problemática que atraviesa el mundo no ha detenido los procesos de carácter investigativo, de la misma forma se debe reconocer el interés de las bases de datos por almacenar y preservar estudios antiguos que sirven como cimiento en investigaciones futuras.

Análisis

Para el estudio realizado, se obtuvo mayor parte de la información en los Repositorios Académicos de las Diferentes Universidades, de revistas científicas certificadas, de base de datos avaladas donde se pudo evidenciar que, de estos 40 artículos de estudio, en la mayoría se evidencia que la supervivencia relativa de linfoma de Hodgkin a 5 años es del 89 %. Esta varía en función de varios factores, entre ellos se incluyen el subtipo y el estadio del cáncer, la edad y el estado de salud general de la persona, y la eficacia del plan de tratamiento, otro factor que puede afectar los resultados es el sexo de una persona.

Así mismo, en varios resultados de artículos científicos citados, se evidenció que el médico realiza muchas pruebas para detectar o diagnosticar el cáncer. También realiza pruebas para averiguar si el cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo desde el lugar donde se inició. Si el cáncer se ha diseminado, las pruebas por imágenes muestran imágenes del interior del cuerpo. El médico también puede hacer pruebas para determinar qué tratamientos podrían funcionar mejor.

Tabla 3. Determinar los factores de riesgo de linfoma de hodgkin / Diagnosticar la situación actual de los pacientes con linfoma de hodgkin /Valorar los resultados en base a los objetivos, metodología utilizada por los autores.

Nº	AUTORY AÑO	BASE DE DATOS/ NOMBR E DE REVISTAS	TEMA	OBJETIVO	MÉTODO	DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL Y RESULTADO	FACTORES DE RIESGO Y CONCLUSIO N
1	(Colunga- Pedraza et al., 2022)	Revista de Hematol ogía.	Apego al esquema ABVD en pacientes con linfoma de Hodgkin clásico y su efecto pronóstico.	Conocer el efecto pronóstico del retraso en la administración del esquema ABVD, además de describir los motivos del retraso y los datos demográficos de nuestra población.	Estudio descriptivo, retrospectivo, sin intervención en el que se incluyeron pacientes con diagnóstico confirmado histológicamente de linfoma de Hodgkin de 2015 a 2019 con tratamiento ABVD en primera línea en nuestro centro. El retraso en la aplicación del esquema ABVD se definió como el diferimiento de más de 48 horas en alguna de las administraciones.	Se incluyeron 44 pacientes; 28 femeninas y 16 masculinos con mediana de edad de 29.5 años (límites: 15-73). En total, 20 mostraron retraso y 24 tuvieron buen apego al esquema. La principal causa de retraso fue neutropenia en 9 pacientes. La tasa de respuesta completa, supervivencia global y supervivencia libre de evento no fue significativamente distinta entre los grupos. No hubo diferencia significativa en la supervivencia global (88.7 vs 100%, $p = 0.09$) o la supervivencia libre de evento (58.8 vs 77.8%, $p = 0.26$) a tres años en pacientes que tuvieron retraso o aquellos sin retraso.	No se encontró efecto en la supervivencia global o supervivencia libre de evento en pacientes con retraso en la administración del esquema ABVD.

2	(Sierra et al., 2019)	Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia.	Caracterización del linfoma de Hodgkin en los pacientes adultos.	Caracterizar el comportamiento del linfoma de Hodgkin En los pacientes adultos.	Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo parcial que incluyó 75 pacientes adultos con linfoma de Hodgkin atendidos en el Instituto de Hematología e Inmunología entre enero de 1987 hasta enero de 2017.	El 64 % de los pacientes fueron del sexo masculino; predominó el color de piel blanco (85,3 %) y el grupo de 18 a 38 años fue el más frecuente (68 %). Prevalcieron los pacientes sin comorbilidades (65,3 %) y con buen validismo (93,3 %). El 52 % de los pacientes estaba en estadio III al diagnóstico; predominó el grupo pronóstico de avanzado favorable 61.3 %. La variedad histológica más frecuente fue la esclerosis nodular con 48 pacientes y el esquema empleado con mayor frecuencia fue ABVD, con el que se logró 92 % de remisión completa. El 20 % de los pacientes fallecieron y el 18,7 %recayeron. La sobrevida global a los 2, 5 y 10 años fue de 93 %, 83 % y 80 %, respectivamente. La sobrevida libre de enfermedad a los 5 y 10 años fue de 82 % y 73 %, respectivamente.	La sobrevida global y la sobrevida libre de enfermedad de los pacientes fueron altas. Los pacientes tratados con la combinación de quimioterapia y radioterapia mostraron significativamente e una mejor supervivencia global.
---	-----------------------	---	--	---	---	--	---



3	(Cabrera et al., 2019)	Revista Médica de Chile.	Evaluación del tratamiento de linfoma de Hodgkin con esquema ABVD en Chile.	Evaluar los resultados del tratamiento del linfoma de Hodgkin. Mediante el régimen de quimioterapia ABVD (doxorubicina, bleomicina, vinblastina, dacarbazina).	Análisis de una base de datos del Ministerio de Salud de Chile, que incluye todos los pacientes atendidos en centros acreditados para el tratamiento del cáncer.	Se analizaron los datos de 915 pacientes, con una mediana de edad de 35 años (rango de 15 a 86 años) y seguidos durante una mediana de 97 meses (rango de 1 a 347 meses). El cuarenta y uno por ciento tenía enfermedad localizada. La supervivencia global a cinco años para los estadios localizados y avanzados fue del 92% y el 74%, respectivamente. Las cifras de supervivencia libre de progresión fueron del 87% y 64%, respectivamente. Los pacientes con recaída que recibieron un autotrasplante de células madre (ASCT) tuvieron una supervivencia general a cinco años del 92%, en comparación con el 64% entre aquellos que no se sometieron a este procedimiento ($p < 0,01$).	El régimen ABVD consigue altas tasas de curación en estadios localizados de la enfermedad, pero los resultados en estadios avanzados no son óptimos. ASCT mejora significativamente la supervivencia en pacientes con recaída. El Programa de Garantías en Salud está asociado al diagnóstico más temprano de la enfermedad.
---	------------------------	--------------------------	---	--	--	--	---

4	(Conesa Nicolás, E et al., 2021)	Revista de la OFIL	Experiencia de uso de brentuximab vedotina en monoterapia o en combinación con bendamustina en linfoma de Hodgkin y linfoma anaplásico de células grandes.	Analizar el uso de brentuximab vedotina(BV) en monoterapia o en combinación con bendamustina en el tratamiento de linfoma Hodgkin (LH) y linfoma anaplásico de células grandes (LACG) en recaída o refractario.	Estudio retrospectivo y multicéntrico de los pacientes con LH o LACG en recaída o refractarios tratados con BV hasta febrero de 2019. Se analizaron variables demográficas, de la patología (clínicas y analíticas), respuesta y efectos adversos (EA).	Se incluyeron 16 pacientes en dos grupos. Grupo 1 (BV en monoterapia, 10 pacientes): 6 hombres, 57,5 años (rango: 44-72). 7 pacientes presentaban LH y 3 LACG. Tras 4 ciclos, se obtuvieron 6 respuestas parciales (RP), 3 respuestas completas (RC) y un paciente refractario. Tasa respuesta objetiva (TRO) 90%. 5 pacientes en RP progresaron siendo la supervivencia libre de progresión (SLP) 4 meses (IC 95% 2,55-4,27). Un paciente recibió BV en mantenimiento. Grupo 2 (en combinación con bendamustina, 6 pacientes): 4 hombres, 42 años (rango: 18-74). Tras 4 ciclos se obtuvieron 2 RP, 3 RC y 1 paciente refractario. TRO 83,33%. 1 paciente en RP progresó (SLP 3 meses). Los pacientes en RC pudieron beneficiarse de TAPH y mantenimiento con BV. En ambos grupos los EA principales fueron neuropatía(grado 3 en 2 pacientes) y alteraciones digestivas.	BV presenta buena actividad en monoterapia, logrando oTRO elevadas. La combinación con bendamustina ha permitido aumentar la eficacia logrando respuestas más duraderas y nos ha permitido ofertar TAPH a pacientes no candidatos previamente. Se han reportado EA manejando adecuadamente . Son necesarios más estudios para posicionar BV en la práctica clínica habitual.
---	----------------------------------	--------------------	--	---	---	---	--



5	(Zaragoza-Martí & Enrique Contreras García, 2019)	Nutrición Hospitalaria.	Influencia de la ingesta de alimentos o grupos de alimentos en la aparición y/o protección de los diversos tipos de cáncer: revisión sistemática.	El objetivo principal consiste en analizar los estudios que centren su investigación en conocer la relación entre el consumo de determinados grupos de alimentos y su función en el aumento y/o prevención del riesgo de aparición de diversos tipos de cáncer.	Se realizó una revisión sistemática en bases de datos internacionales (PubMed, Scopus y Nutrition Reference). Los estudios fueron estructurados en dos bloques principales: relacionados con el aumento del riesgo de cáncer y alimentos relacionados con el aumento del riesgo de cáncer. Los estudios evaluados en la presente revisión han sido un total de 104 artículos científicos.	Los resultados han mostrado una asociación positiva entre la carne roja y el cáncer de colon, las bebidas alcohólicas y el cáncer de hígado y la sal y el cáncer gástrico. La dieta mediterránea se asoció de manera preventiva con el cáncer del tracto digestivo y respiratorio, mientras que, por otro lado, no se ha encontrado asociación estadísticamente significativa entre el consumo de lácteos y el cáncer de ovario, los carbohidratos o azúcares y el cáncer de páncreas y el té y el cáncer de mama.	Por todo ello, patrones de alimentación saludable como la dieta mediterránea, basados en una menor ingesta de carne roja, bebidas alcohólicas y sal, contribuyen a una reducción en la incidencia del cáncer de colon, cáncer de hígado y cáncer de estómago.
---	---	-------------------------	---	---	---	--	---

6	(Quiñones et al., 2021)	Revista de la Facultad de Medicina Humana.	Linfoma Hodgkin Clásico en el departamento de Anatomía Patológica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante los años 2015 a 2019.	En este estudio revisamos todos los casos de Linfoma Hodgkin Clásico en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante los años 2015 a 2019, para determinar la variante más frecuente, la incidencia en cuanto a edad y sexo, características fenotípicas y relación con el Epstein Barr Virus (EBV).	Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de la casuística de Linfoma Hodgkin Clásico en sus 4 variantes clínico - Patológicas en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante los años 2015 a 2019. Se identificaron 72 pacientes con el diagnóstico de Linfoma Hodgkin Clásico, de los cuales únicamente se seleccionaron para el estudio 64. Los criterios de exclusión fueron la ausencia de pruebas de inmunohistoquímica confirmatoria y los casos de recidiva.	Se observó que la variante más frecuente correspondió a Esclerosis Nodular con 34 casos(53.12%) y la menos frecuente a la variante Rica en Linfocitos con 2 casos (3.12%). Así mismo se observó una predominancia en el sexo masculino con 42 casos, 20 de ellos con Esclerosis Nodular y 14 no clasificables, como las variantes más frecuentes, y una mayor incidencia entre los 41 y 50 años de edad, sin detectarse el pico bimodal referido en la literatura internacional. El perfil inmunohistoquímico más frecuente de las células Hodgkin/ Reed-Sternberg es CD15 y CD30 positivo, con CD45 negativo. El EBV estuvo presente en el 36% de los casos realizados y es más frecuente en las variedades Celularidad Mixta y Depleción Linfocítica.	El Linfoma Hodgkin Clásico es un grupo de neoplasias linfoides con características clínicas, histológicas y fenotípicas definidas. Es más frecuente en varones entre 41 y 50 años. Para un adecuado diagnóstico se requiere una completa información clínica y una buena biopsia, de preferencia excisional. La variante Esclerosis Nodular es la más frecuente y la Rica en Linfocitos la menos frecuente. Las células Hodgkin/ Reed-Sternberg suelen ser positivas para CD15 y CD30 y negativas para CD45. El EBV es más frecuente en las variantes Celularidad Mixta y Depleción Linfocítica.
---	-------------------------	--	--	---	--	---	--



7	(Vargas-Partida et al., 2019)	Gaceta Médica de México.	TAC y PET/TC con 18-FDG para evaluar la respuesta al tratamiento en linfoma de Hodgkin y no Hodgkin.	Correlacionar la evaluación de la respuesta al tratamiento de linfoma mediante tomografía axial computarizada (TAC) y tomografía por emisión de positrones/tomografía computarizada (PET/TC).	Estudio observacional transversal en el que se revisaron expedientes de pacientes con linfoma en vigilancia mediante TAC y PET/TC.	La población de estudio estuvo constituida por 43 pacientes con edad media de 32.7 ± 22.4 años; 26 (60.5 %) tenían diagnóstico de linfoma de Hodgkin y 17 (9.5 %), de linfoma no Hodgkin. Por TAC se diagnosticaron 34 (79.1 %) con enfermedad y nueve (20.9 %) sin enfermedad. El criterio para evaluar la respuesta fue la experiencia del médico imagenólogo en 39 (90.7 %) y RECIST 1.1 en cuatro (9.3 %). Por PET/TC con 18-FDG se diagnosticó falta de respuesta al tratamiento o respuesta parcial-recurrencia en 32 pacientes (74.4 %) y con respuesta al tratamiento en 11 (25.6 %); con los criterios PERCIST en 13 (30.2 %) y con los de Deuaville en 30 (69.8 %). Al comparar el diagnóstico por TAC contra PET/TC, de 11 pacientes con respuesta total, tres tuvieron diagnóstico tomográfico similar. De los 34 pacientes con datos de enfermedad diagnosticados por tomografía, 26 tuvieron resultados similares por PET/TC con 18-FDG ($p = 0.54$).	El valor de la respuesta al tratamiento por TAC en linfoma no concuerda con el obtenido mediante PET/TC con 18-FDG.
---	-------------------------------	--------------------------	--	---	--	---	---



8	(Martínez-Villegas et al., 2022)	Revista de Hematología.	Tratamiento de linfohistiocitosis hemofagocítica con protocolo HLH-94: experiencia de un centro en México.	Evaluar los resultados en respuesta y supervivencia de un esquema de tratamiento (HLH-94) en una institución sencilla.	Estudio retrospectivo, observacional y analítico en el que se incluyeron pacientes que cumplieron cinco de los ocho criterios clínicos propuestos por la Sociedad del Histiocito de linfohistiocitosis hemofagocítica.	Se incluyeron 20 pacientes con diagnóstico de linfohistiocitosis hemofagocítica, la mayoría de los casos estaban en el grupo de 1 a 6 años. En todos los casos hubo fiebre, hepatomegalia y hemofagocitos en médula ósea. En los pacientes con serología positiva para virus de Epstein- Barr predominó la esplenomegalia y las formas clínicamente más graves. En 15 pacientes la enfermedad se asoció con infecciones y de ellos 11 con virus de Epstein- Barr. A los 3.8 años de seguimiento 15 pacientes permanecían con vida, 4 de ellos tuvieron recurrencia de la enfermedad, el tratamiento se inició con respuesta favorable y remisión. La supervivencia fue más baja cuando la linfohistiocitosis hemofagocítica se asoció con el virus de Epstein-Barr.	El virus de Epstein- Barr tiene un papel importante como responsable de desencadenar linfohistiocitosis hemofagocítica; sin embargo, es importante tener en cuenta factores como la edad, el diagnóstico temprano y el seguimiento con pruebas de laboratorio para mejorar la supervivencia con el protocolo HLH-94.
---	----------------------------------	-------------------------	--	--	--	--	---

9	(Ovidio Hernando-Requejo & García, 2021)	Nutrición Hospitalaria .	Dieta mediterránea y cáncer.	Realización de una búsqueda de evidencia científica sobre el papel protector de la DM frente a la aparición del cáncer y exposición de los hallazgos más relevantes.	Realización de una búsqueda de evidencia científica sobre el papel protector de la DM frente a la aparición del cáncer y exposición de los hallazgos más relevantes.	Varios estudios presentan evidencia sobre el papel de la DM en la protección contra el cáncer. Como estilo de vida, la DM incluye unos hábitos dietéticos y unas costumbres sociales muy favorables; además, va ligada a la realización de actividad física frecuente. Todo esto, mantenido en el tiempo, tiene una influencia positiva sobre la prevención del desarrollo de tumores. El efecto protector es mediado por la presencia de múltiples antioxidantes y antiinflamatorios ligados a los productos de consumo frecuente en esta dieta; además, como estilo de vida, la DM representa una forma de prevenir el sobrepeso y la obesidad, que son también causantes directos del desarrollo de neoplasias.	Existe evidencia científica sobre el papel protector de la DM contra la aparición de algunos tumores.
---	--	--------------------------	------------------------------	--	--	--	---

10	(Rivas-Ver a et al., 2019)	Gaceta Mexicana de Oncología.	Linfoma de Hodgkin: carga de la enfermedad en México. Construcción de una medida proxy con datos administrativos del Sistema Nacional de Salud.	Para estimar la carga del LH en México, consultamos diferentes fuentes de datos correspondientes a los sistemas de salud privados y públicos para el año 2016. Los datos de pacientes hospitalizados y ambulatorios se estratificar por género y grupos de edad (< 15, 15 -19, 20-24, 25-29, 30- 49, 50-59 y > 60 años).	Desarrollamos un proxy para la carga del LH en México utilizando datos administrativos de: prevalencia, incidencia, hospitalizaciones y mortalidad. La población consistió en individuos que asistieron a cualquier institución mexicana durante el 2016 y fueron registrados con el código C81 de la Clasificación internacional de enfermedades (CIE)- 10.El denominador de las tasas fue la población específica por edad del censo. Se realizaron entrevistas sobre tratamiento del LH con especialistas.	Durante 2016, respecto al LH, se registraron 2,278 casos nuevos, 3,241 hospitalizaciones y 535 muertes. Las tasas de incidencia de LH fueron un 32% superiores en los hombres. Los adultos de ≥ 60 años tuvieron las tasas de incidencia más altas de LH, seguidos de los adultos entre 20 y 24 años. Las estrategias de tratamiento del LH fueron diferentes entre el sector público y el privado.	El cuadro epidemiológico del LH en México muestra un patrón de incidencia similar al de los países desarrollados. Nuestro proxy de la carga del LH servirá para planificar y monitorear futuras estrategias contra el cáncer.
----	----------------------------------	--	--	---	---	--	---



Interpretación

Mediante esta investigación se logró evidenciar, que el 80% de los artículos utilizados en la tabla 3 corresponden a estudios cuantitativos, experimentales, descriptivos, analíticos y retrospectivos y el 20% a estudios de tipo documental. Y así mismo los años de publicaciones corresponden desde el 2019 hasta la actualidad, garantizando la confiabilidad del trabajo investigativo.

Análisis

De acuerdo con los estudios planteados, objetivos y métodos se obtienen resultados con su respectiva conclusión y factores de riesgo, su distribución es bimodal, el primer pico a los 20 años y el segundo en mayores de 55 años. No se conoce la etiología exacta, pero se han encontrado factores asociados como la infección por virus Epstein Barr (VEB), antecedentes familiares de LH e inmunosupresión. La incidencia de LH se incrementa, después de trasplante de órganos sólidos, historia artritis reumatoide (AR), lupus eritematoso sistémico (LES) y sarcoidosis.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce dos tipos principales de LH: El clásico y el predominio linfocítico nodular (PLN). El LH clásico representa más del 90% de los casos e incluye las variantes de esclerosis nodular (EN), celularidad mixta (CM), rico en linfocitos (RL) y de lección linfocitaria (DL). La variante PLN constituye aproximadamente el 5% de los casos.

El LH se puede manifestar clínicamente como una linfadenopatía indolora, del 50 a 80% de los pacientes tienen una masa en el mediastino, otros presentan disnea, tos u obstrucción de la vena cava superior. Los síntomas sistémicos se presentan en más del 25% de los pacientes, como: Fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso (disminución de más del 10% del peso corporal de



forma no intencionada durante 6 meses).

Por orden de frecuencia, los pacientes presentan linfadenopatías supra-diafragmáticas, seguidas de retroperitoneales e inguinales. Otros sitios, también pueden estar afectados como el bazo, hígado, pulmones, y médula ósea. El diagnóstico definitivo es histopatológico, en el cual es necesario identificar las células Reed-Sternberg (RS).

Discusión

En este estudio, la proporción de hombres fue de 58.9%, similar a estudios previos en España, y Latinoamérica, con 459 pacientes y 6800 casos con el 62% y 55% de hombres. Claramente se ha descrito el LH como una enfermedad con predominio en hombres, según SEER, el riesgo de por vida de desarrollar la enfermedad, es 0.26% en hombres y 0.22% en mujeres.

De acuerdo al estudio estadounidense con 41,405 casos, se evidenció mayor predominio entre 20-29 años (23.8 %), seguido de 30-39 años (19 %), lo cual difiere en el presente estudio, donde los más afectados fueron de 61-70 años (26 %), seguido de 31-40 años (23.2%), en contraste con los presentes hallazgos, en una cohorte latinoamericana, con 75 pacientes, en el cual el grupo más afectado tuvo entre 18-38 años (68 %). Es conocido que en países industrializados la presentación es bimodal, en tanto que en los países en desarrollo la incidencia es alta en la infancia y disminuye con la edad, lo cual difiere notablemente en el presente estudio por no tener en cuenta la población pediátrica. En este estudio el 93.2% de pacientes se auto identificaron como mestizos.

En el presente estudio el 89% de los pacientes refirieron como lugar de residencia la región sierra, la mayoría residían en Quito, lo cual se debe a que el Hospital Carlos Andrade Marín es el área de influencia.



g/dL, linfocitos $1,537 \mu\text{L} \times 10$, plaquetas $321,000 \mu\text{L}$, albúmina 3.5 g/dL , promedios cercanos han sido reportados previamente.

En el presente análisis, el 83.6% de los pacientes fueron tratados con ABVD como 1ra línea de tratamiento, similar a lo que se realiza en otros países con el esquema ABVD la remisión completa fue del 61.6 %, similar a lo encontrado en un estudio latinoamericano, en el que el 57 % alcanzó la remisión. El 30.1% de los pacientes fueron tratados con radioterapia (RT); los reportes de uso de RT están entre el 22.7% hasta el 45.05%.

En el mes 45, la supervivencia fue 60%, lo cual dista notablemente de lo encontrado en un estudio poblacional, que incluyó nueve registros de cáncer SEER (16,488 casos), en el cual la supervivencia fue de 80%. En el presente grupo hubo retraso en el inicio de tratamiento e irregularidad del mismo.

Hacia el mes 60 de seguimiento, el 71 % de los pacientes sin síntomas B sobrevivieron, estos resultados se alejan, de lo descrito en investigaciones en países en desarrollo, donde se alcanzó una supervivencia de hasta 94 % (Boo et al., 2019). De acuerdo al registro SEER del Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos, la supervivencia a 5 años fue en estadio I: 84.5 %; estadio II: 90.8 %; estadio III: 76.2 % y estadio IV 67.7 %, lo cual es muy superior a nuestros resultados (en estadio I: 78 %; estadio II: 76%, estadio III: 65 %, y estadio IV 38.9 %).

La supervivencia de los pacientes que alcanzaron remisión completa con el tratamiento de primera línea con supervivencia entre 73.8-89.2 %. El incremento de riesgo de mortalidad, está relacionado también con el tiempo de uso de fármacos inmunosupresores, en el presente estudio no se tomó en cuenta el tiempo de exposición, por lo cual estos datos no pueden ser extrapolados a nuestra población.



En relación a comorbilidades previas al diagnóstico de LH, en el presente estudio resaltaron, hipertensión arterial, y diabetes mellitus 2, cuya frecuencia es próxima a lo encontrado previamente, con 5.4% de hipertensos y 2.7% diabéticos, pero diferente de lo evidenciado en una población inglesa con 7,420 pacientes, en el que al menos un 5% tuvieron hipertensión arterial y 15% diabetes. Al menos 9.3% de la población ecuatoriana padece hipertensión arterial y 7.6% diabetes, lo cual explica los presentes resultados.

El 4.1% de los pacientes tuvieron Infección por VIH, lo cual concuerda con el estudio descriptivo estadounidense, con 22,355 casos de los cuales 3.79% fueron PVV; diferente a lo reportado en África, con 219 enfermos con LH, reveló que el 17% fueron VIH seropositivos, debido a prevalencia general de VIH en esa población.

En la presente investigación, el 4% de los pacientes presentaron enfermedades autoinmunes: artritis reumatoide (AR) y lupus eritematoso sistémico, sin asociación estadística a la presencia de LH. Varios estudios han demostrado que el uso de inmunosupresores promueve el apareamiento de neoplasias, sobre todo en los periodos tardíos, de acuerdo a la revisión sistemática: Se indica que el uso de inmunosupresores está relacionado con un mayor riesgo de cáncer; en este sentido un estudio sueco con 12,656 casos de AR, el riesgo de presentar LH con el uso de corticoides fue de HR 0.5 [IC del 95%: 0.3–0.8] y con metotrexato (HR 0.9 [95% CI 0.9– 1.0]). El presente estudio mostró que el 9.5% de pacientes recibieron inmunosupresores.

El LH familiar representa el 4.5% de todos los casos, en los adolescentes y adultos jóvenes existe un riesgo 99 veces mayor entre los gemelos monocigóticos y 7 veces mayor entre hermanos. En la presente cohorte se obtuvo un porcentaje inferior (2.7%); un estudio descriptivo Nórdico que involucró a 57,475 familiares de primer grado de 13,922 pacientes con LH, han informado un aumento de 5.4 a 5.8 veces en el riesgo de LH en familiares de primer y segundo grado,



respectivamente. Esta diferencia puede deberse a que los resultados con los que comparamos fueron obtenidos de una base de datos.

Al menos dos tercios de los enfermos tuvieron síntomas B, hallazgos diferentes a reportes previos del 26.6%; lo que depende del diagnóstico más temprano y la mayor parte de los pacientes del presente estudio fueron mayores de 60 años, en los cuales es conocido el predominio de síntomas B como presentación atípica.

Un 20.5% de los enfermos debutaron con adenomegalias, lo cual difiere notablemente del estudio mexicano, con 2278 pacientes, con prevalencia del 71.4%, y de un estudio iraquí, con 103 casos, donde la frecuencia fue 71.4%. Una explicación en que a nivel local las adenopatías indoloras no son una manifestación por la que usualmente consultan los pacientes.

La masa Bulky tiene influencia pronóstica y en la planificación del tratamiento, según algunos reportes la prevalencia es del 30-50 %, en esta investigación fue del 7.8 %, lo que podría haber sido influenciado por el número pequeño de participantes del estudio.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, el 95 % de los casos son LH clásico y el 5% son LHPLN, en el primer grupo se incluye a EN (70 % de los casos), CM (20 % de los casos), rico en linfocitos (5% de los casos), depleción linfocitaria (5 % de los casos), en el presente reporte, los tipos histológicos más frecuentes fueron CM representando 43.8 %, seguido de la variante EN 28.7 %, lo cual difiere de un estudio previos con reportes entre el 44% hasta el 51%.

En el presente estudio el 35.6 % fue clasificado como estadio II, y el 28. 7% estadio III, quienes describen que el estadio II se presentó en 36 % y el estadio III en el 28%, pero es diferente a lo encontrado previamente, en el que el 27.7% se clasificó como estadio II, y el 14.8 % como estadio III. Sobre los estudios de laboratorio, en el presente estudio la hemoglobina fue de 12.77

CAPITULO IV

4. DISEÑO DE LA PROPUESTA

4.1. Título de la propuesta

Guía educativa para el “Manejo para pacientes con linfoma de hodgkin”.

4.2. Objetivo general de la guía educativa

Guía educativa para pacientes diagnosticados con linfoma de hodgkin para mejorar la calidad de vida y el autocuidado.

Objetivos específicos

- Elaborar una Guía educativa para pacientes diagnosticados con linfoma de hodgkin para mejorar la calidad de vida.
- Brindar conocimientos para el autocuidado del paciente

4.3. Fundamentación de la guía educativa

La presente guía educativa está dirigida a pacientes diagnosticados con linfoma de hodgkin va direccionada a ofrecer pautas generales para el autocuidado.

Los cuidados enfermeros satisfacen las necesidades universales de los pacientes, con el objetivo de ayudarles en el autocuidado como: Realizar ejercicio físico, caminar una hora diaria, tener una alimentación sana y equilibrada, descansar adecuadamente, dormir la cantidad de horas adecuadas de 8 horas sueños, cuidar el cuerpo realizando una higiene adecuada.

La presente guía educativa está indicada para la población objeto de estudio, que son los pacientes adultos diagnosticados con Linfoma de Hodgkin evitar sus complicaciones y promover



la salud educando y buscando la concientización sobre la importancia de saber el riesgo que lleva este tipo de cáncer e implementar estrategias que se promuevan de una forma más clara y segura.

4.4. A quienes va dirigido la guía educativa

La guía educativa está dirigida a pacientes adultos diagnosticados con linfoma de hodgkin y nos ayuda en el manejo.

4.5. Estructura de la guía educativa

- Portada
- Introducción
- Desarrollo
- Conclusión

4.6. Desarrollo de la propuesta

La propuesta se encuentra en el anexo VI

CONCLUSIONES

- Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva sustentada por las citas de los autores.
- Se determinó los factores de riesgo como, sociodemográficos, antecedentes familiares, riesgos no modificables y modificables, lo cual resultan pasos importantes en el abordaje de los pacientes con linfadenopatías, ya que permitirá orientar su etiología y, en consecuencia, sospechar de un linfoma.
- Se realizó un diagnóstico de la situación actual de los pacientes con linfoma de hodgkin. Esto se sustenta mediante los estudios realizados por los autores donde aplicaron encuestas, entrevistas y test con sus respectivos tratamientos. Donde se concluye que los factores de riesgo, su distribución es bimodal, el primer pico a los 20 años y el segundo en mayores de 55 años. No se conoce la etiología exacta, pero se han encontrado factores asociados como la infección por virus Epstein Barr (VEB), antecedentes familiares de LH e inmunosupresión. La incidencia de LH se incrementa, después de trasplante de órganos sólidos, historia artritis reumatoide (AR), lupus eritematoso sistémico (LES) y sarcoidosis.
- Los resultados obtenidos de la tasa de supervivencia relativa de linfoma de Hodgkin a 5 años serán del 89 %, así mismo varía según el subtipo, el estadio del cáncer, la edad, el estado de salud general de la persona, la eficacia del plan de tratamiento y el sexo, en base a los objetivos, metodología utilizada por los autores proporcionan información valiosa sobre el tema y respaldaron las conclusiones del estudio. En el presente estudio se elaboró una guía educativa para pacientes con linfoma de hodgkin.

RECOMENDACIONES

- Es importante que el tema elegido para realizar la revisión bibliográfica nos apasione y despierte curiosidad de investigar. Esto ayudará a realizar el trabajo con esmero y seguros de encontrar la información más relevante sobre el tema elegido.
- Es primordial brindar información sobre los múltiples factores de riesgo a pacientes con linfoma de hodgkin, y que tengan las herramientas y estrategias adecuadas para su manejo y ayuda.
- Se sugiere revisar la situación actual de los pacientes diagnosticados con linfoma de hodgkin para mejorar el conocimiento de su autocuidado.
- Se recomienda actualizar la información sobre los resultados obtenidos de los estudios científicos del tema para brindar información específica de los descubrimientos, metodología, instrumentos aplicados y en base a estos estudios realizados mejorar los avances para el autocuidado de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. Colunga-Pedraza, P. R., Emiliano Montelongo-Cepeda, Judit Arcelia Lozano-Alcorta, Pea- Lozano, S. P., Colunga-Pedraza, J. E., Varela-Constantino, A., & Cesar Homero Gutiérrez- Aguirre. (2022). Apego al esquema ABVD en pacientes con linfoma de Hodgkin clásico y su efecto pronóstico. *Revista de Hematología*, 23(1), 11–16. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=107706>
2. Sierra, Q., Herrero, T., Hernández Padrón, Carlos, Concepción Fernández, Yusleidy, Romero González, Adrián, Macia Pérez, Ivis, Sierra, Q., Herrero, T., Hernández Padrón, Carlos, Concepción Fernández, Yusleidy, Romero González, Adrián, & Macia Pérez, Ivis. (2019). Caracterización del linfoma de Hodgkin en los pacientes adultos. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología Y Hemoterapia*, 35(3), -. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892019000300006
3. Álvarez-Vera, J. L., Aguilar-Luévano, J., Alcívar-Cedeño, L. M., Arana-Luna, L. L., Arteaga-Ortiz, L., Báez-Islas, P. E., Carolina-Reynoso, A., Cesarman- Maus, G., de, A., María Eugenia Espitia-Ríos, Fermín-Caminero, D., Flores-Patricio, W., Alinka Socorro García-Camacho, Guzmán-Mora, P. G., Hernández-Colín, A. K., Eleazar Hernández-Ruiz, Wilfrido Herrera-Olivares, Jacobo-Medrano, E., Sergio José Loera-Fragoso, & Macías- Flores, J. P. (2023). Consenso mexicano de linfoma de
4. Hodgkin. *Gaceta Medica de México*, 157(92). <https://doi.org/10.24875/gmm.m21000500>
5. Ovidio Hernando-Requejo, & García, H. (2021). Dieta mediterránea y cáncer. *Nutrición Hospitalaria*, 38, 71–74. <https://doi.org/10.20960/nh.3803>
6. Sergio Ignacio Moreno-Urbina, Magda Mariana Medina-Ruiz, & Gámez-Elizarrarás,
7. R. (2021). Tratamiento con el anticuerpo contra el receptor de la interleucina 6 en pacientes con COVID 19, ¿clave para reducir la mortalidad? *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 58(5). <https://doi.org/10.24875/rmimss.m20000081>
8. Cabrera, E., Puga, B., Torres, V., & Salinas, M. (2019). Evaluación del tratamiento de linfoma de Hodgkin con esquema ABVD en Chile. *Revista Médica de Chile*, 147(4), 437–443. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872019000400437>
9. Conesa Nicolás, E, Martínez Penella, M, Maestre, G.-M., & Sirvent, M. (2021). Experiencia de uso de brentuximab vedotina en monoterapia o en combinación con bendamustina en linfoma de Hodgkin y linfoma anaplásico de células

10. grandes. Revista de La OFIL, 31(2), 143–147. <https://doi.org/10.4321/s1699-714x2021000200006>
11. Zaragoza-Martí, A., & Enrique Contreras García. (2019). Influence of food or food groups intake on the occurrence and / or protection of different types of cancer: systematic review. *Nutrición Hospitalaria*. <https://doi.org/10.20960/nh.02588>
12. Pérez-Zúñiga JM, Aguilar-Andrade C, Álvarez-Vera JL, Augusto-Pacheco M y col. Linfoma de Hodgkin. *Hematol Méx.* 2019 abril-junio;20(2):124-130. <https://doi.org/10.24245/rhematol.v20i2.3101>
13. Linfoma de Hodgkin y no Hodgkin: desde una perspectiva molecular, diagnóstica y terapéutica. (2021). Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5041145>
14. Rivas-Vera, S., Ana Florencia Ramírez-Ibarguen, Rhadames Figueroa-Acosta, & Ledesma- Osorio, C. (2019). Linfoma de Hodgkin: carga de la enfermedad en México. Construcción de una medida proxy con datos administrativos del Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 18(4). <https://doi.org/10.24875/j.gamo.19000268>
15. Quiñones, P., Américo, E., & Alejandro, H. (2021). Classic Hodgkin Lymphoma At The Edgardo Rebagliati Martins National Hospital During 2015 To 2019. *Revista de La Facultad de Medicina Humana*, 21(3), 502–509. <https://doi.org/10.25176/rfmh.v21i3.3949>
16. José Alfredo Briseño-Vela, Ortiz-Vargas, I., Sánchez-Espinosa, A., Claudia Beatriz
17. Enriquez-Hernandez, & Hernández-Cruz, C. (2020). Plan de cuidados de enfermería con enfoque educativo dirigido a paciente adulta con insomnio y linfoma de Hodgkin. *Revista de Enfermeria Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 27(3), 163–174. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=91277>
18. Tonatiuh Vargas-Partida, Hernández-Cruz, M., Ruiz-Eng, R., Álvaro José Montiel-Jarquín, Vázquez-Cruz, E., & López- Colombo, A. (2019). TAC y PET/TC con 18- FDG para evaluar la respuesta al tratamiento en linfoma de Hodgkin y no Hodgkin. *Gaceta Medica de México*, 155(4). <https://doi.org/10.24875/gmm.19005227>
19. Martínez-Villegas, O., Marlon Janeth Canamejoy-Arciniegas, Arias-León, J., Sánchez-Jara, B., Maria Guadalupe Ortiz-Torres, Jimenez-Hernandez, E., & Betzayda Valdez-Garibay. (2022). Tratamiento de linfohistiocitosis hemofagocítica con protocolo HLH-94: experiencia de un centro en México. *Revista de Hematología*, 23(1), 1–10. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=107705>

20. Sarah, G., Ortiz, I., Arturo, J., Melchor, J., & Cazares, M. (2022). Criptococosis cutánea: reporte de caso en un paciente con linfoma de Hodgkin. *Dermatología Cosmética, Médica Y Quirúrgica*, 20(3), 299–302. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=108313>
21. Ana Florencia Ramírez-Ibarguen, Nava, C., Francisco Osvaldo García-Perez, Pena-Nieves, A., De, A., Allende-Pérez, S., Rivas-Vera, S., Castillo-Llanos, R., Córdova, R., & Quetzalli Pítala-Cortes. (2023). Efecto de la tomografía por emisión de positrones con fluorodeoxiglucosa en la supervivencia de pacientes con linfoma de Hodgkin en la población mexicana. *Revista de Hematología*, 23(2), 83–90. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=110030>
22. Cruz, H., Uria, C., Muñío Perurena, Jorge, García García, Aliette, Ríos Jiménez, Oliday, Fraga, R., Cruz, H., Uria, C., Muñío Perurena, Jorge, García García, Aliette, Ríos Jiménez, Oliday, & Fraga, R. (2021). Factores pronósticos del trasplante autólogo en pacientes con Linfoma de Hodgkin. *Revista Cubana de Medicina*, 60(3), -. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232021000300006
23. Reyna-Castelán, C., Sandra Nayeli Robledo-Márquez, & Dafne Andrea López- Salazar. (2021). *Ginecología Y Obstetricia de México*, 88(1). <https://doi.org/10.24245/gom.v88i1.1972>
24. Fischer, B. (2021). Linfoma de Hodgkin. *EMC - Tratado de Medicina*, 25(4), 1–8. [https://doi.org/10.1016/s1636-5410\(21\)45707-7](https://doi.org/10.1016/s1636-5410(21)45707-7)
25. Jeanette, Rangel, M., Amador, A., García Cogler, Ginet, Jeanette, Rangel, M., Amador, A., & García Cogler, Ginet. (2022). Linfoma del tejido linfoide asociado a las mucosas en paciente con tiroiditis de Hashimoto. *Medicentro Electrónica*, 26(2), 493–503. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432022000200493#:~:text=El%20linfoma%20tiroideo%20MALT%20es,diagnostico%20en%20estadios%20tempranos%20de
26. Aguilar-Silva A, Del Carpio-Orantes L, García-Nieva AA, Villegas-Domínguez JE. Síndrome nefrótico como manifestación inicial de linfoma de Hodgkin. *Med Int Méx* 2022; 38 (4): 921-927.
27. Cruz, H., Uria, C., Diego, Muñío Perurena, Jorge, Pardo, Cepero Llauger, Kali, García García, Aliette, Cruz, H., Uria, C., Diego, Muñío Perurena, Jorge, Pardo, Cepero Llauger,

- Kali, & García García, Aliette. (2021). Trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos en el Linfoma de Hodgkin. *Revista Cubana de Medicina*, 60(2), -. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232021000200005
28. Toro-Montoya, A. I. (2023). Virus de Epstein-Barr: más que una mononucleosis infecciosa. *Medicina Y Laboratorio*, 27(1), 51–64. <https://doi.org/10.36384/01232576.621>
29. Rojas, C., & Paola, C. (2021). Ansiedad y depresión en pacientes adultos con enfermedad hemato-oncológica: revisión integrativa. *Javeriana.edu.co*. <http://hdl.handle.net/10554/57529>
30. Atención de enfermería al paciente con Linfoma de Hodgkin – Repositorio Institucional de Documentos. (2015). Unizar.es; Universidad de Zaragoza. <https://zaguan.unizar.es/record/32052?ln=es>
31. Fedorova, L., Lepik, K., Volkov, N., Polina Kotselyabina, E. Borzenkova, Popova, M., A.V. Beinarovich, Vadim Baykov, Kozlov, A. V., Moiseev, I. S., N. Mikhailova, & Kulagin, A. (2021). Efficacy and safety of nivolumab combined with brentuximab vedotin after nivolumab monotherapy failure in patients with relapsed and refractory classic Hodgkin lymphoma. *International Journal of Clinical Oncology*, 27(3), 626– 632. <https://doi.org/10.1007/s10147-021-02085-6>
32. Guardia Rodríguez, Sandra. (2019). Intervenciones psicosociales del profesional de enfermería en el abordaje del paciente adulto hematológico hospitalario. *Ub.edu*. <http://hdl.handle.net/2445/137447>
33. Anaolga, T., & Caridad, M. (2019). Percepciones del familiar cuidador y paciente oncológico sobre cuidados enfermeros según el modelo de atención centrada en la persona, hospital III Chiclayo 2019. *Uchile.cl*. <http://hdl.handle.net/20.500.12423/4776>
34. Sistema, & Sistema. (2022, December 12). Linfoma de Hodgkin - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica. *Seom.org*. <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/linfoma-hodgkin>

ANEXOS

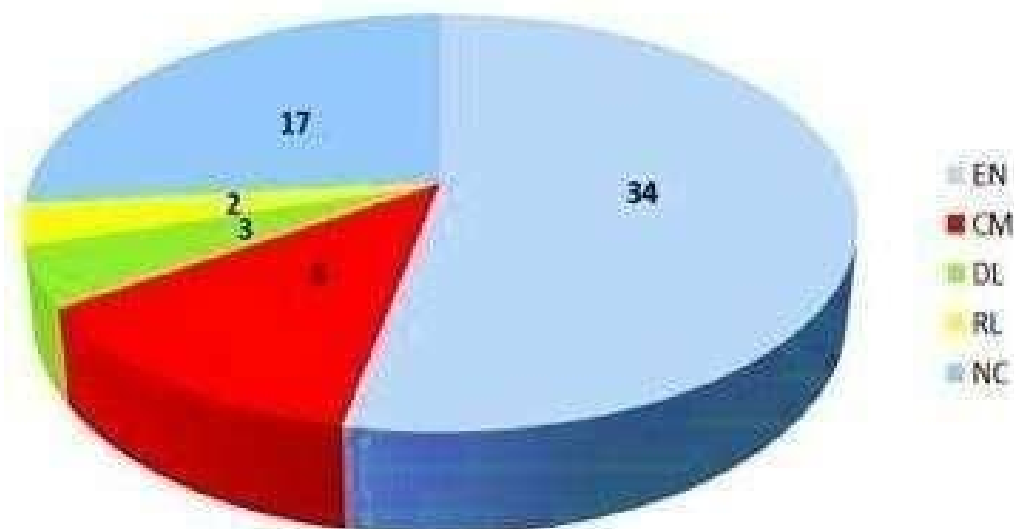
Anexo I: Dieta Mediterránea

Alimento	Nutriente	Efecto
Aceite de oliva, vino y verduras	Polifenoles	- Antioxidante - Antiinflamatorio - Reducción de la proliferación celular - Protección frente a metástasis
Frutas y verduras	Carotenos Vitamina C, E, folatos Flavonoides	- Antioxidantes - Prevención del daño en el ADN
Pescados (sardina), nueces	Omega-3	- Disminuye la proliferación celular - Disminuye la angiogénesis - Disminuye la supervivencia de las células tumorales

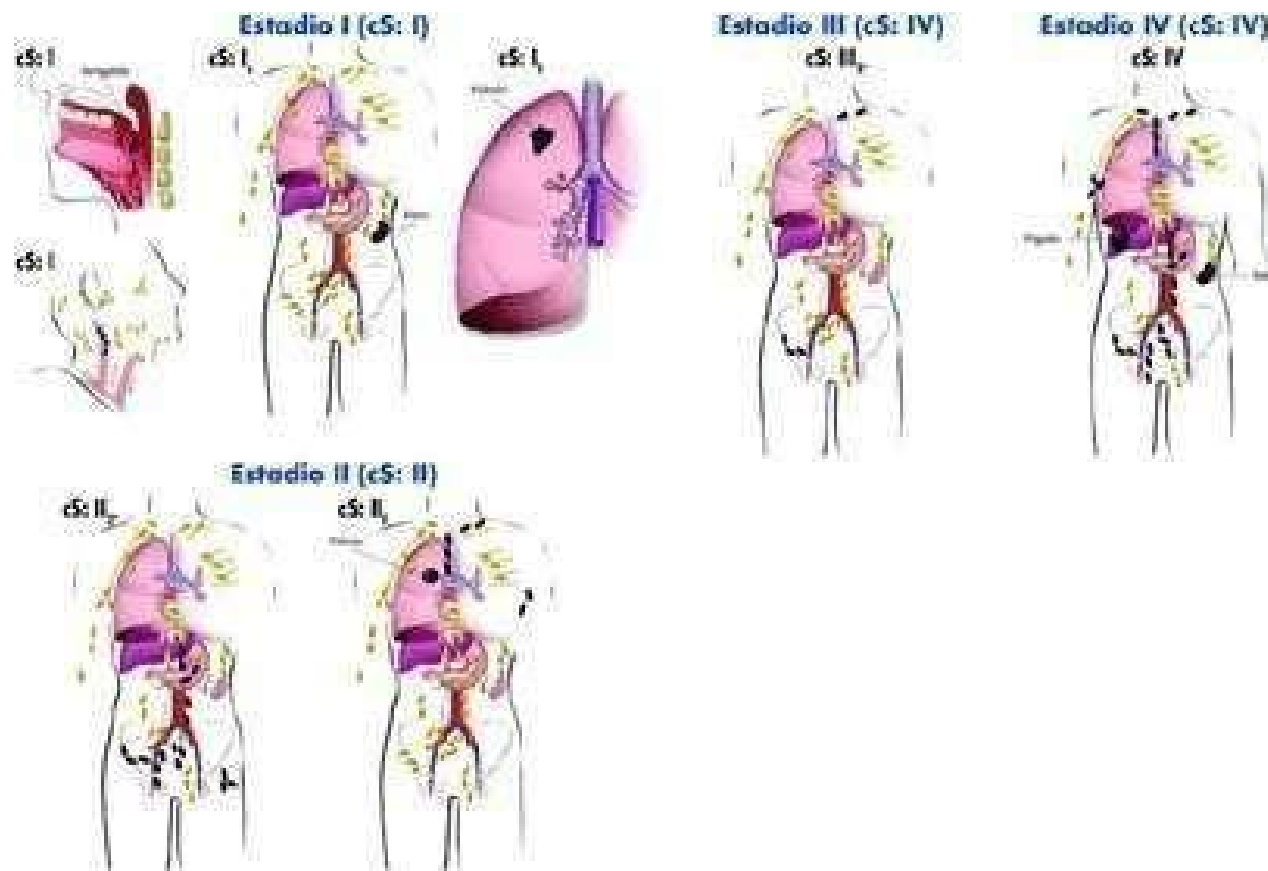
Anexo II: Variantes histológicas en linfoma de hodgkin clásico

LINFOMA HODGKIN CLÁSICO (HNERM 2015 – 2019)

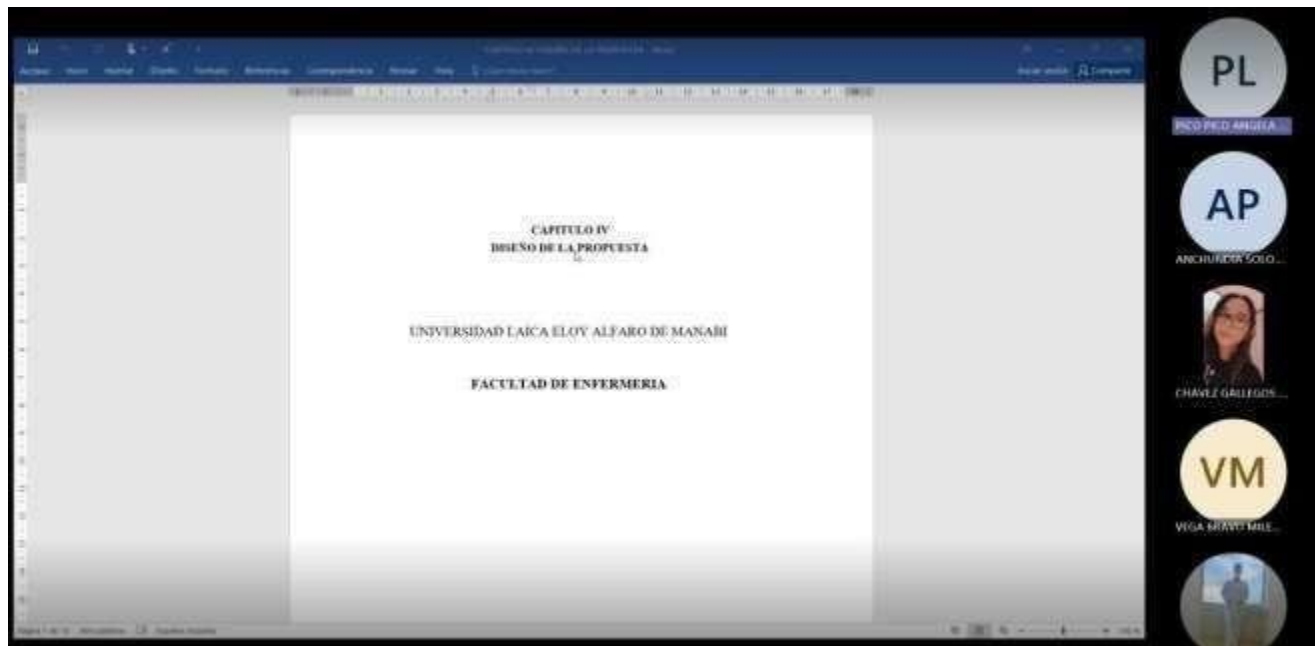
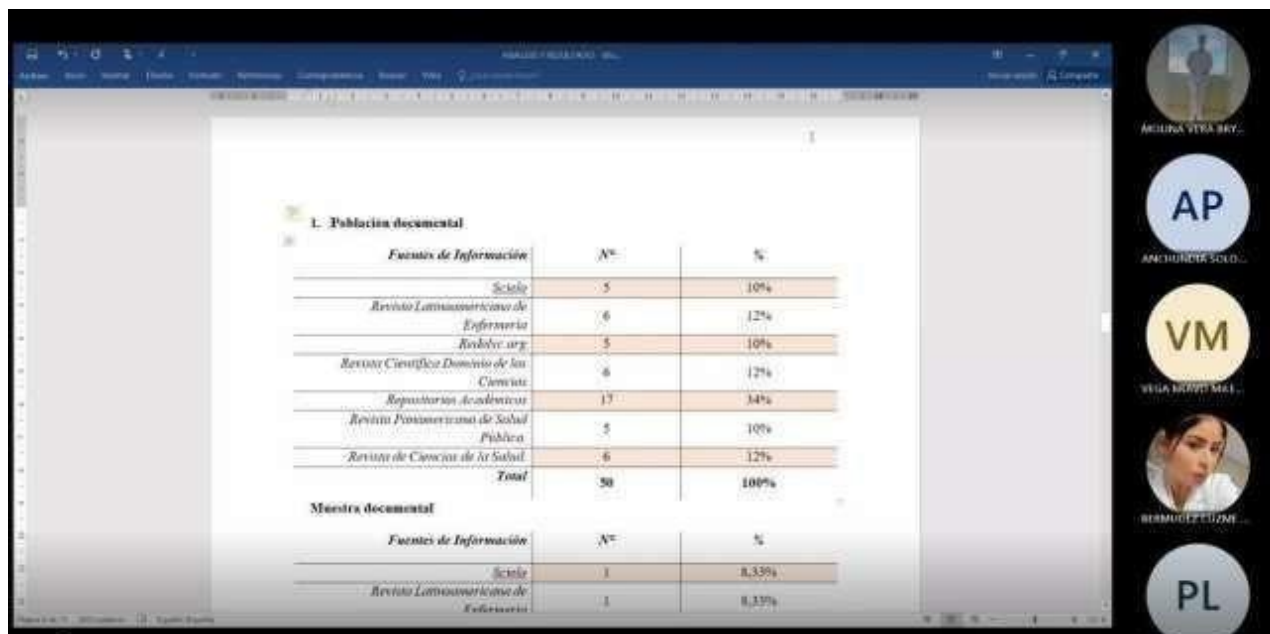
Variantes Histológicas



Anexo III: Estadios del linfoma de hodgkin



Anexo IV: Tutorías Académicas

The screenshot shows a Google Docs interface with a document titled "ANÁLISIS DOCUMENTAL". The document content includes a table with the following data:

Fuentes de Información	Nº	%
SciELO	5	10%
Revista Latinoamericana de Enfermería	6	12%
Redalyc.org	5	10%
Revista Científica Dominio de las Ciencias	6	12%
Repositorios Académicos	17	34%
Revista Panamericana de Salud Pública	5	10%
Revista de Ciencias de la Salud	6	12%
Total	50	100%

Below the table, there is a section titled "Muestra documental" with the following data:

Fuentes de Información	Nº	%
SciELO	1	0,33%
Revista Latinoamericana de Enfermería	1	0,33%

On the right side, there is a vertical list of user avatars and names: ANCHURDE SOLO, AP, VM, VEGA MORA MILE, BERMUDEZ LUZNE, and PL.

Anexo V: Certifica de programa Antiplagio



Actividad 7: Estructura, realización de conclusiones, recomendaciones del proyecto de tesis

Actividad 8: bibliografía y Anexos

Anexo VI: Cronograma de Actividades

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES														
AÑO	2023						2024							
SEMANAS – MES	JUL	SEP	OCT	OCT	NOV	DIC	ENE	FB	MY	JUN	JUL	JUL	AGT	AGT
DÍAS EN FECHA.	6-10	13-17	20-24	27-30	4-8	11-15	8-19	22-31	5-16	19-29	4-15	18-29	8-19	22-30
TAREA 1														
Actividad 1: Inicio de la revisión bibliográfica post aprobación de tema.														
Actividad 2: Estructura, realización y corrección de introducción y justificación.														
Actividad 3: Estructura, realización y corrección de planteamiento del problema y Formulación del problema														
TAREA 2														
Actividad 1. Objeto de estudio y Campo de acción														
Actividad 2: Realización objetivo general y específicos.														
TAREA 3: Capítulo I Marco Teórico														
Actividad 1: Antecedentes teóricos														
Actividad 2: Estructura, realización y corrección de Bases teóricas														
Actividad 4: Teorizantes, Rol de Enfermería														
Actividad 5: Bases legales.														
TAREA 4: CAPITULO II Marco Metodológico														
Actividad 1: Diseño y método Revisión criterios de exclusión e inclusión de los artículos científicos a														



utilizar. Población, Muestra Flujograma.														
TAREA 5: CAPITULO II														
Resultados														
Actividad 1. Realizar los resultados de acuerdo a los objetivos planteados, con su análisis, interpretación y discusión.														
Actividad 2: Estructura, realización de conclusiones, recomendaciones del proyecto de tesis														
TAREA 6: CAPITULO IV														
Diseño de la propuesta														
Introducción Objetivo Fundamentación A quien va dirigido														
Estructura del manual • Portada • Introducción • Objetivo • Desarrollo • Conclusión • Recomendación • Bibliografía • Contraportada														

Anexo VII: Propuesta

MANEJO PARA PACIENTES CON LINFOMA DE HODGKIN

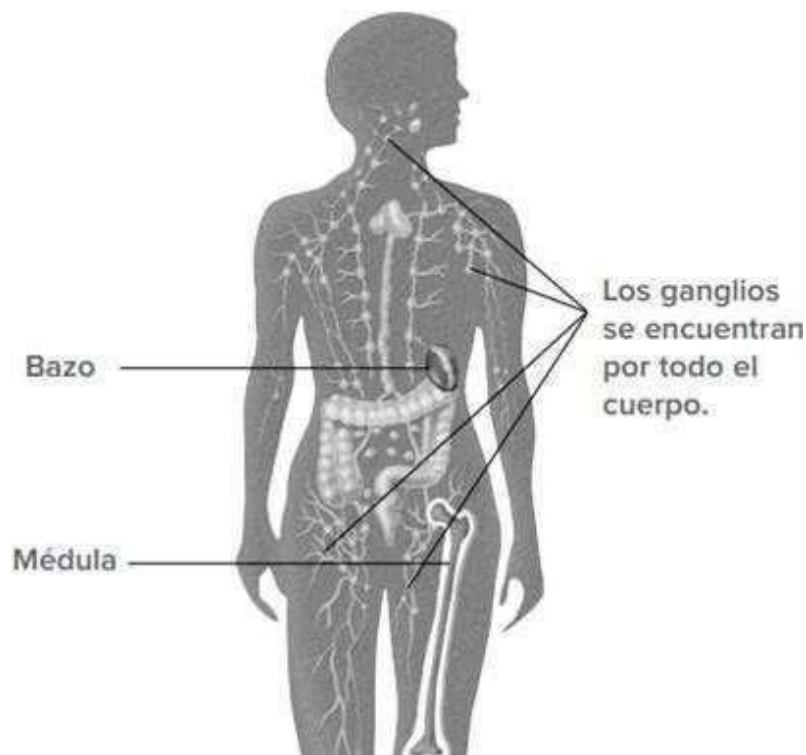
GUIA EDUCATIVA



INTRODUCCION

El linfoma de Hodgkin es un cáncer que afecta a ganglios linfáticos. El sistema linfático es una red de órganos (el bazo, el hígado y la médula ósea), ganglios linfáticos, conductos y vasos sanguíneos que producen y transportan la linfa desde los tejidos hasta el torrente sanguíneo. Se trata de una parte fundamental del sistema inmunitario del cuerpo.

El linfoma de Hodgkin (HL, por sus siglas en inglés) es uno de los tipos de cáncer más curables. Los médicos no conocen la causa de la mayoría de los casos de linfoma de Hodgkin. No es posible prevenir el linfoma y no se puede contraer el linfoma de otra persona. Por lo general se diagnostica cuando una persona tiene entre 20 y 40 años de edad. Es menos común en la mediana edad y se vuelve más común otra vez después de los 60 años de edad.



SIGNOS Y SINTOMAS

El signo más común del linfoma de Hodgkin es agrandamiento (inflamación) de uno o más ganglios linfáticos. El ganglio linfático agrandado o inflamado puede estar en el cuello, la parte superior del pecho, la axila, el abdomen o la ingle. Suele ser indoloro.

Un signo es un cambio en el cuerpo que el médico observa en un examen o en el resultado de una prueba médica.

Un síntoma es un cambio en el cuerpo que el paciente puede ver o sentir.

Algunos de los signos y síntomas del linfoma de Hodgkin son: ♦

Ganglios linfáticos inflamados.

♦ Tos y dificultad para respirar.

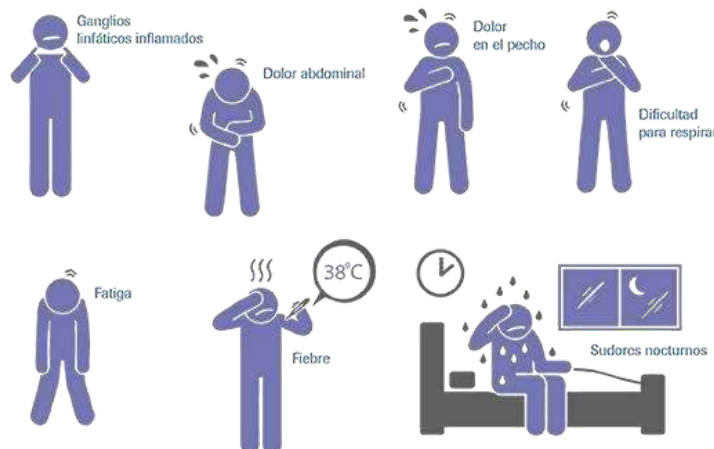
♦ Fiebre.

♦ Sudoración nocturna. ♦

Cansancio.

♦ Disminución de peso. ♦

Picazón en la piel.



DIAGNOSTICO Y ESTADIFICACION

Tener el diagnóstico correcto es importante para obtener el tratamiento adecuado. Algunos pacientes tal vez deseen obtener una segunda opinión médica respecto al diagnóstico antes de comenzar el tratamiento. Hable con el médico acerca de las pruebas que se usan para hacer el diagnóstico.

Los médicos hacen una prueba llamada “biopsia de ganglio linfático” para determinar si un paciente tiene linfoma de Hodgkin.

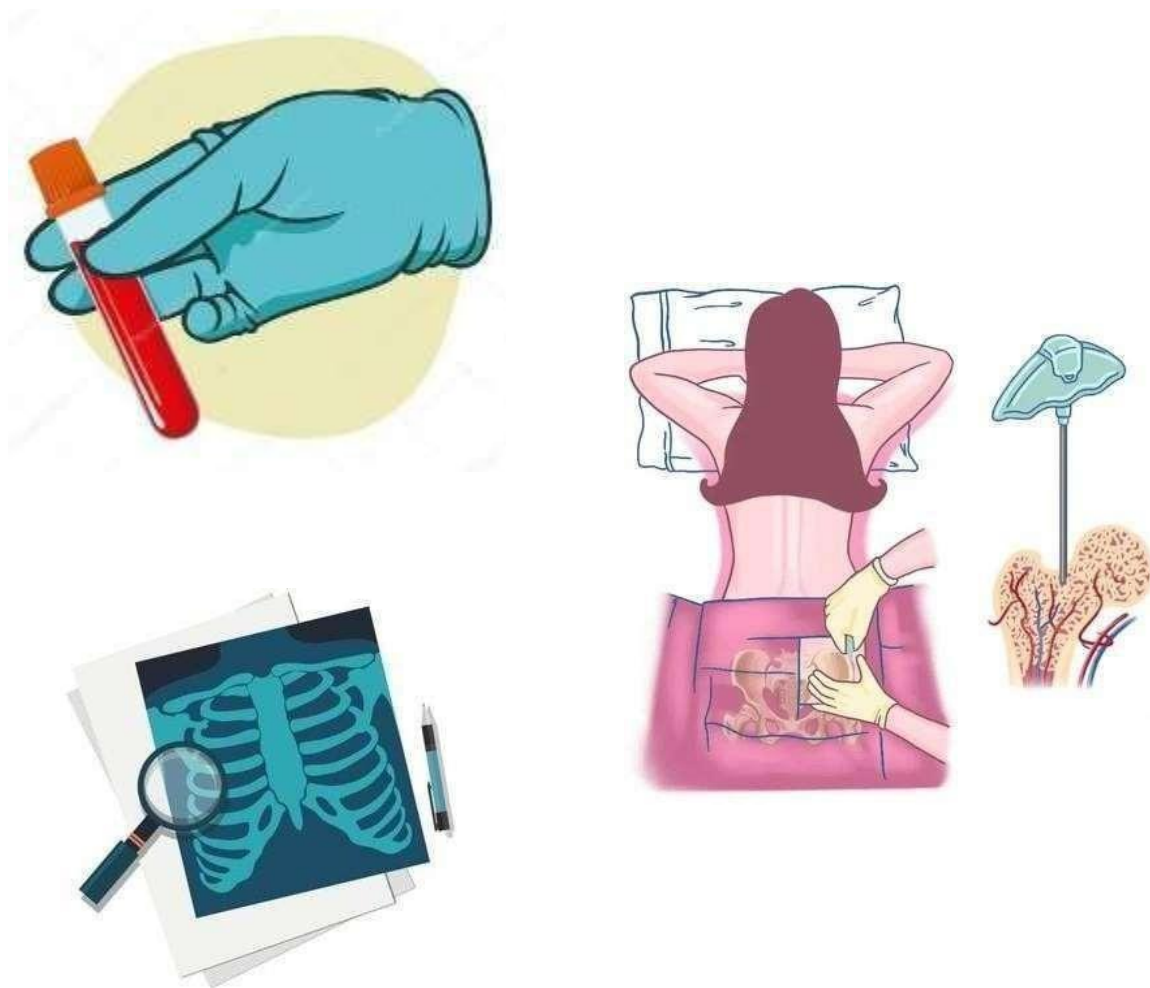
El médico hará otras pruebas para estadificar la enfermedad (para determinar cuánto se ha extendido la enfermedad).

Las pruebas de estadificación incluyen:

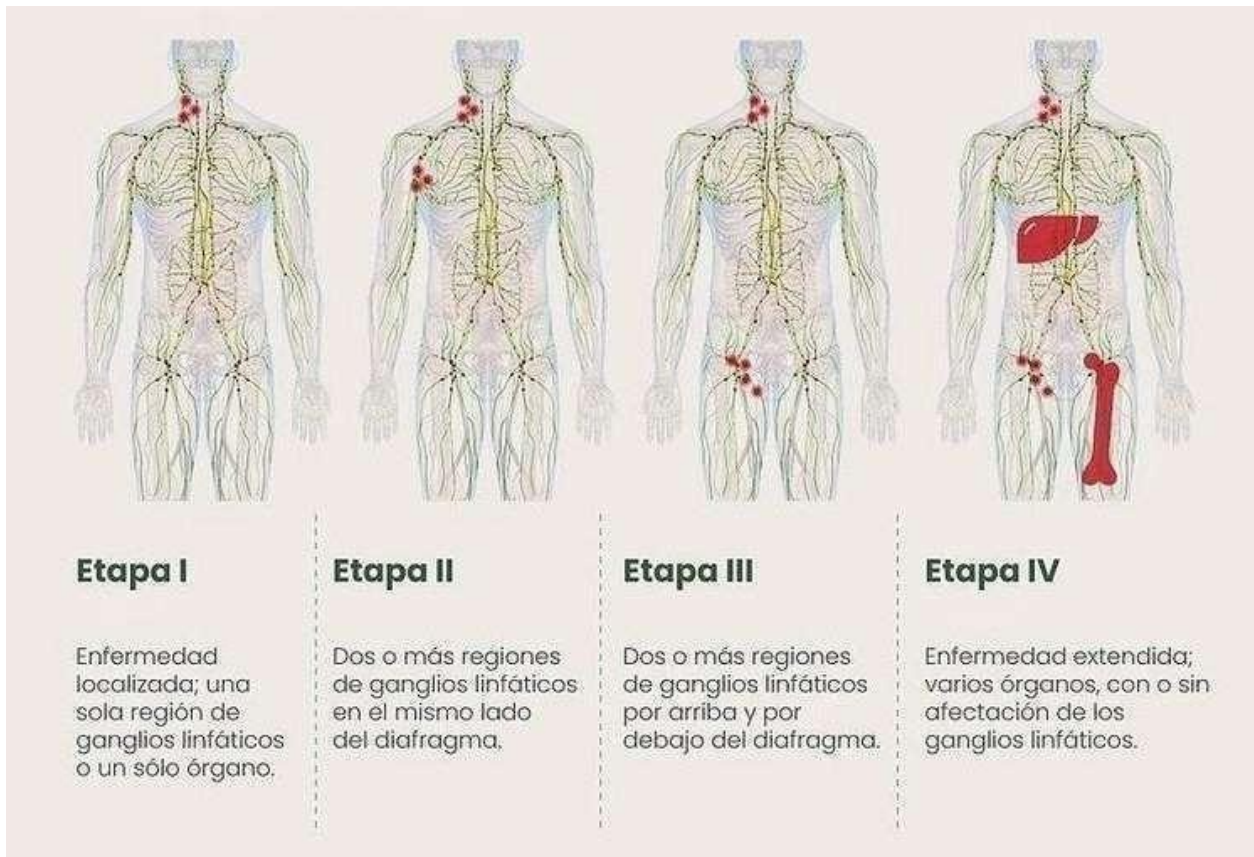
- Pruebas de sangre para evaluar los conteos de glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas; también se hacen pruebas de sangre para buscar otros signos de la enfermedad.
- Pruebas de médula ósea para buscar células de linfoma de Hodgkin en la médula.
- Pruebas de imagenología para crear imágenes del tórax y el abdomen con el fin de ver si hay masas o abultamientos de linfoma en los ganglios linfáticos, el hígado, el bazo o los pulmones. Las pruebas de imagenología (pruebas de detección por imágenes) incluyen: Radiografía de tórax, Tomografía computarizada, Imágenes por resonancia magnética, Tomografía por emisión de positrones.

Las pruebas de sangre y médula ósea se pueden hacer en el consultorio del médico o en un hospital. La aspiración de médula ósea y la biopsia de médula ósea casi siempre se hacen a la misma vez. Ambas pruebas se hacen con una aguja especial. Algunos pacientes permanecen despiertos durante el procedimiento. Reciben primero un medicamento para adormecer la piel de la zona donde se realizará el procedimiento. Por lo general, es la zona cerca del hueso de la cadera, el cual contiene las células que se necesitan para hacer las pruebas. Algunos pacientes son sedados (dormidos) durante el procedimiento.

Es posible que las pruebas de sangre y médula ósea también se hagan durante y después del tratamiento. Las pruebas se repiten para determinar si el tratamiento está destruyendo las células de linfoma.



ETAPAS DEL LINFOMA



Los pacientes también se clasifican en categorías “A” o “B”. Los pacientes de la categoría “B” presentan fiebre, mucha sudoración y/o bajan de peso. Los pacientes de la categoría “A” no tienen estos síntomas.

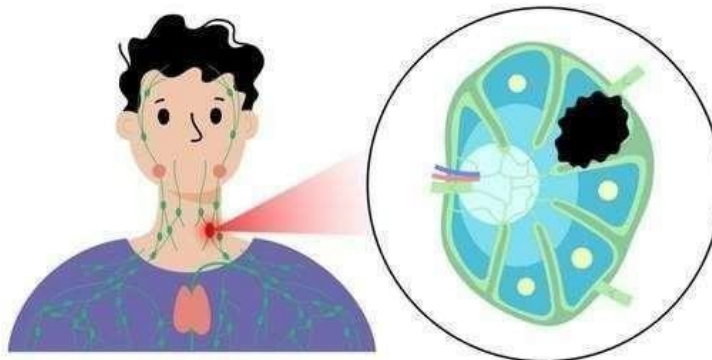
Todas las etapas del linfoma se pueden tratar.

SUBTIPOS DE LINFOMA DE HODGKIN

Saber el subtipo de linfoma ayuda al médico a tomar decisiones sobre el tratamiento. A continuación, se incluyen los nombres de los distintos subtipos de linfoma de Hodgkin.

- Linfoma de Hodgkin clásico: Alrededor del 95 por ciento de los pacientes tienen este tipo, que se ha subdividido además en:
 - Esclerosis nodular.
 - Celularidad mixta.
 - Depleción linfocítica.
 - Clásico rico en linfocitos.
- Linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular.

El tratamiento de estos subtipos puede variar.



TRATAMIENTO

Hay diferentes tipos de linfoma de Hodgkin. Hable con su médico sobre el tipo de linfoma de Hodgkin que usted tiene y sobre sus opciones de tratamiento.

Algunos factores que pueden afectar el tratamiento son: El

- tipo de linfoma de Hodgkin.
- La etapa y la categoría de la enfermedad.
- Enfermedad que no ha respondido al tratamiento.
- Enfermedad que ha reaparecido luego del tratamiento.
- Otros problemas médicos, tales como un conteo muy bajo de glóbulos rojos (anemia), diabetes mellitus, o enfermedad del corazón o de los riñones.

El tratamiento más común es la quimioterapia con una combinación de fármacos junto con un tipo de radioterapia en la cual se administra radiación sólo a las áreas del cuerpo afectadas por el linfoma, denominada “radioterapia de campo afectado”. Este tipo de radioterapia utiliza rayos de alta energía dirigidos a las células del linfoma de Hodgkin. Las demás partes del cuerpo se protegen para reducir los daños a las células sanas.

La quimioterapia sin radioterapia tal vez sea la opción de tratamiento para pacientes con linfoma de Hodgkin muy extendido que presentan fiebre, sudoración nocturna o pérdida de peso.

La quimioterapia se administra en “ciclos”, por lo general con varias semanas entre uno y otro. Es necesario administrar una serie de ciclos. El tratamiento puede durar de 6 a 10 meses.



INTERVENCION DE ENFERMERIA

Informar al paciente de las características de su enfermedad y el efecto * que esta ejerce sobre su organismo.

- * Explicar el uso de técnicas respiratorias:

- Respiración con los labios fruncidos: Consiste en arrugar o fruncir los labios como si fuera a silbar o soplar suavemente una vela. Y luego largue el aire, o exhale, de los pulmones por la boca de forma lenta y suave a través de los labios fruncidos.
- Respiración diafragmática abdominal: Consiste en inspirar lentamente por la nariz y luego espirar por la boca utilizando el diafragma.
 - * Reducir la actividad en función a la capacidad respiratoria del paciente. *
 - Organizar las actividades en forma que el gasto de energía sea mínimo, proporcionando periodos de descanso, baños en cama y ayuda para su alimentación.
- * Reducir la ansiedad ocasionada a consecuencia de la disnea, informarle de las técnicas y procedimientos a realizar en forma tranquila, facilitarle descanso y explicarle la forma de conseguir una buena relajación.



- Administrar los analgésicos indicados.
- Vigilar la posible aparición de cefaleas, modificaciones en la anatomía y tamaño del cuello, edema en orbitas y cara, tos, estridor, disfagia, etc.
- Vigilar las posibles modificaciones en las características de piel y mucosas.
- Mantener una higiene oral adecuada y controlar la aparición de herpes orales y estomatitis por candidas.
- Proporcionar una buena hidratación al paciente.
- Mantener uñas del paciente cortas.
- No administrar antiagregantes plaquetarios.
- Administrar los laxantes prescritos y vigilar deposiciones. Administrar plaquetas.



DIETA

Los tratamientos quimioterápicos debilitan nuestro organismo y, por ello es importante 'estar fuerte'. Además, algunos alimentos pueden facilitar la aparición de bacterias que pueden comprometer o alterar el tratamiento del paciente ya que este se encuentra con el sistema inmunológico afectado.

Los pacientes hemato-oncológicos que siguen una nutrición adecuada se encuentran mejor y presentan menos complicaciones. Una dieta saludable (equilibrada, variada, suficiente y, ¿por qué no?, agradable) ayudará al paciente a sentirse más fuerte, tolerar mejor los alimentos y mejorar el funcionamiento general de su cuerpo.

- **Realizar por lo menos 5 comidas al día:** Desayuno, media mañana, almuerzo, merienda y cena. Estos platos deben tener poco volumen, pero ser muy nutritivos.
- En el almuerzo y la cena los platos tienen que ser completos y contener verduras, hidratos de carbono (cereales, legumbres, arroz, pasta) y proteínas (carne, pescado o huevos).
- Tenemos que intentar cocinar los platos de forma sencilla para facilitar la digestión y conservar todas las propiedades, vitaminas y minerales de los alimentos. Menos fritos y más alimentos cocinados al vapor, hervidos, al horno.
- Se recomienda el consumo moderado de grasas, especialmente las de origen animal. Mejor que comer carne roja, consumir carnes magras o blancas como el pollo, el pavo, o pescado.
- Tienes que beber mucho líquido. Por lo menos 6 vasos al día de agua, infusiones, zumos... Y dejar de lado las bebidas azucaradas y gaseosas. Y, si puede ser, mejor tomarlas entre las comidas.

¡Ojo con la manipulación de los alimentos! Nada de no pelar la fruta y la verdura. Hay que lavarlas muy bien y conservar los alimentos de forma adecuada y no durante mucho tiempo. (¿Cómo Mantener Una Alimentación Saludable Durante El Tratamiento?, 2018).



EJERCICIO

El ejercicio físico resulta muy beneficioso. De hecho, diversas investigaciones clínicas respaldan los múltiples efectos positivos que la práctica de actividad física tiene sobre la calidad de vida de los pacientes con diferentes tipos de cáncer.

Es importante que antes de comenzar, consultes con tu médico cuáles son los ejercicios más recomendables en tu caso, atendiendo a los siguientes aspectos: El tipo de cáncer y estadio, el tratamiento que recibes, tu resistencia y condición física.

Si estás en condiciones de hacer ejercicio mientras recibes el tratamiento, realiza aquellos que más se adapten a tu condición física. En general, se recomiendan ejercicios de baja intensidad como caminar, montar en bicicleta, Yoga o Tai Chi. Recuerda elegir una actividad que te guste e intenta hacerla en compañía de otras personas y sin forzarte.

Se aconseja realizar unos 30 minutos de ejercicio diario, al menos cinco días a la semana. Aquellos días en los que te sientas más cansado, ánimate a moverte al menos unos 10 minutos, esto te ayudará a recuperar la energía. (El Ejercicio Físico Y Sus Beneficios Durante El Proceso Del Cáncer - KernpharmaPacientes, 2022).



TERAPIA PSICOLOGICA

El cáncer es una enfermedad que altera la calidad de vida, no solo a nivel físico. Las consecuencias e incluso la evolución de la enfermedad, afecta la mente y las emociones.

La psicooncología es un campo en el cual confluyen la psicología y las ciencias biomédicas. Se recomienda que el paciente con cáncer, cuente con el apoyo de un profesional. Pues de esta forma podrá superar los trastornos que puede ocasionar el cáncer a nivel psicológico.

Existen tres tipos de intervenciones que son fundamentales en la psicooncología, estas son:

- ✦ **Educativas e informativas:** Las intervenciones educativas e informativas, tienen como objetivos dar más información a los pacientes para que tomen decisiones conscientes. Mientras más información tiene un paciente, más control tiene sobre su situación y puede manejar mejor sus emociones.
- ✦ **Conductuales:** Las intervenciones conductuales ayudan a mejorar el comportamiento y la actitud de afrontamiento. Es así como los pacientes con cáncer afrontan mejor los síntomas y establecen estrategias para superar los efectos secundarios del tratamiento.
- ✦ **Individuales:** Las intervenciones individuales tienen como propósito mejorar la condición emocional del paciente. De igual forma, estimulan al paciente a compartir sus preocupaciones y emociones en relación a la enfermedad y sus síntomas.



CONCLUSIONES

El seguimiento médico es importante para todos los pacientes con linfoma. La atención de seguimiento le permite al médico determinar si es necesario administrar más tratamiento.

Los pacientes deberían hablar con el médico para determinar la frecuencia de las consultas de seguimiento. Puede preguntarle cuáles son las pruebas que necesitará hacerle a usted, y cuál es la frecuencia necesaria de estas pruebas. Es importante obtener una copia del registro del tratamiento que recibe, para que el médico pueda hacer un seguimiento de ciertos efectos tardíos que pueden estar asociados con el tratamiento. El seguimiento incluye exámenes físicos y pruebas de sangre. A veces también es necesario realizar pruebas de médula ósea.

Comunicarse con el especialista en información para encontrar una clínica para la atención de seguimiento y otros recursos para niños y adultos sobrevivientes de linfoma.

BIBLIOGRAFIAS

- Linfoma y cuidados de enfermería. (2017). Slideshare.net.
<https://es.slideshare.net/CesarArgus96/linfoma-y-cuidados-de-enfermeria>
- ¿Cómo mantener una alimentación saludable durante el tratamiento? (2018). Fundación Josep Carreras Contra La Leucemia.
<https://www.fcarreras.org/es/blog/alimentacionsaludable#:~:text=Se%20recomienda%20el%20consumo%20moderado,%2C%20el%20pavo%20o%20pescado.&text=Tienes%20que%20beber%20mucho%20l%C3%ADquido>.
- <https://www.facebook.com/terapify>. (2023, February 20). Psicooncología: tratamiento psicológico para pacientes con cáncer - Terapify. Terapify.
<https://www.terapify.com/blog/psicooncologia-tratamiento-psicologico-para-pacientes-con-cancer/>
- La guía sobre el linfoma. (n.d.).
[https://www.lls.org/sites/default/files/file_assets/sp_lymphomaguide.p df](https://www.lls.org/sites/default/files/file_assets/sp_lymphomaguide.pdf)