



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD

GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD

# Guía Clínica

## Linfoma

en personas de 15 años y más



*Chile está  
mejor*  
REFORMA DE LA SALUD

2005

Citar como:

MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. ***Guía Clínica Linfoma en personas de 15 años y más.***

1st Ed. Santiago: Minsal, 2005.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido con fines de capacitación del Plan de Garantías Explícitas en Salud según Decreto Ley N°170 del 26 Noviembre 2004, publicado en el Diario Oficial (28 Enero 2005).

**ISBN**

## **EQUIPO DE EXPERTOS LINFOMA DEL ADULTO**

### **Dra. M. Elena Cabrera**

Hematóloga  
Coordinadora Nacional PANDA  
Encargada Protocolo LnoH  
[cancer@minsal.cl](mailto:cancer@minsal.cl)

### **Enf. M. Lea Derio**

Especialista en Oncología  
Licenciada en Salud Pública  
(P)Magíster Salud Pública  
Encargada Cáncer del Adulto  
Ministerio de Salud  
[cancer@minsal.cl](mailto:cancer@minsal.cl)

### **Dra. Bárbara Puga**

Hematóloga  
Encargada Protocolo Neutropenia Febril  
Encargada Protocolo TMO

### **Dr. Hernán García**

Hematólogo  
Encargado Protocolo LH

Dra. Vivianne Lois

Hematóloga

Dra. Lina Araya

Hematóloga

Dra. Karina Peña

Hematóloga

Dra. Lucia Puente

Hematóloga

Dr. Hernán Rojas

Hematólogo

Dr. Dénis Suárez

Hematólogo

Dra. Cecilia Hales

Hematóloga

Dr. Hernán López

Hematólogo

Dra. Ninette Blanchard

Hematóloga

Dr. Ricardo Vaccarezza

Hematólogo

Dr. Pedro Meneses

Hematólogo

Dr. Carlos Merino

Hematólogo

Dr. Augusto Aspillaga

Hematólogo

Dr. Juan Aguilera

Dr. Bogdam Liberón

Hematólogo

Dra. Jeanette Rosas

Hematóloga H. Osorno

Hematólogo

Dra. Jacqueline Oliva

Hematóloga

Dr. Alvaro León

Hematólogo

### **Enfermeras Centros PANDA**

Enf. Carmen Gloria Sandoval

Enf. Luz Araneda Gatica

Enf. Verónica Vergara

Enf. Susana Espinoza

Enf. Rose Marie Amaro

Enf. Teresa Vargas Uribe

Enf. Ligia Durán

Enf. Clara Picón

Enf. Elisa Wong

Enf. Mónica González

Enf. Jeannette Astudillo

Enf. Celia Setienn

Enf. Joahna Ibarra Alarcón

Enf. Jacqueline Quezada

Enf. María Angélica Peña Jara

Enf. Silvia Villaseñor

Enf. Gladys Galabert

Enf. Isabel Jacqueline Castro

Enf. Rosemarie Maitre

Enf. Claudia Parra Cáceres

Enf. Olga Low

### **Comisión Q. Farmacéuticos PANDA**

QF. Claudia Schramm

### **Equipo Radioterapia**

Dr. Enrique Raventos

### **Equipo Fonasa**

Sr. Nelson Guajardo

### **Comisión Enfermeras PANDA**

Enf. M. Lea Derio

Unidad de Cáncer MINSAL

### **Jefe Dpto. Salud de las Personas 2003**

Dra. Jeanette Casanueva

### **Jefe Dpto. Salud de las Personas 2004**

Dra. Gloria Ramírez

## **GLOSARIO DE TERMINOS**

### **Linfoma**

Neoplasias del sistema linfático que se originan generalmente en los ganglios linfáticos u otro tejido del organismo por células neoplásicas del tejido linfoide. No existe una etiología definida.

Pueden ser de 2 tipos clínicos: Hodgkin y no Hodgkin.

### **Linfoma de Hodgkin**

Enfermedad neoplásica que afecta al tejido linfático. Alta tasa de curación, sobre 80%.

En Chile, la incidencia estimada corresponde a 2 casos nuevos por 100 mil habitantes. Representa 1 de cada 5 linfomas.

Predominio masculino. Distribución bimodal, jóvenes (15-35 años) y mayores de 50 años. Más frecuente en estratos socioeconómicos altos. Asociación con infección por Epstein Barr

### **Linfoma No Hodgkin**

La mayoría se presenta con adenopatías de crecimiento progresivo, indoloras, cervicales, axilares o inguinales, pero un 20% puede presentarse en sitios extraganglionares, cuya ubicación más frecuente es digestiva. Puede haber síntomas (B) : fiebre, sudoración o baja de peso. Síntomas GI: en linfoma primario digestivo, mas frecuentemente gástrico. Compromiso primario o secundario de otros órganos extranodales: piel, vía aérea alta, amígdalas, SNC, óseo, tiroides.

Síntomas neurológicos: por compresión medular (parestesias, paraparesia)

Alrededor de un 40% cura con las terapias actuales.

La edad de mayor ocurrencia se ubica entre los 55 a 70 años.

Existe una mayor incidencia en personas con inmunosupresión congénita o adquirida, enfermedades autoinmunes (Sjogren, tiroiditis, enfermedad Celíaca), asociada a infecciones virales ( Epstein Barr, HTVL-1) o Helicobacter pylori.

Es importante descartar adenopatías reactivas buscando focos infecciosos: sepsis oral, otitis, dermatitis pabellón auricular, foliculitis axilar, onicomycosis, piodermitis, en otros.

En nuestro medio verificar vacunación BCG por la posibilidad de adenitis TBC.

Toda adenopatía que persiste luego de tratamiento con antiinflamatorios y antibióticos por más de 30 días debe ser estudiada.

## INDICE

Grupo de Expertos

Glosario de Términos

Presentación

1. Extracto Decreto Ley Garantías Explícitas en Salud
2. Antecedentes
3. Magnitud del problema
4. Objetivo de la Guía Clínica
5. Criterios de Inclusión/Exclusión de población objetivo
6. Recomendaciones según nivel de Evidencia
7. Intervenciones Recomendadas para la Sospecha diagnóstica
  - 7.1 Algoritmo de sospecha diagnóstica
8. Intervenciones Recomendadas para Confirmación diagnóstica
  - 8.1 Algoritmo de sospecha diagnóstica
9. Intervenciones Recomendadas para Etapificación
  - 9.1 Algoritmo de Etapificación
10. Intervenciones Recomendadas para el Tratamiento
  - 10.1 Algoritmo de Tratamiento de Linfoma Hodgkin E I y II favorable
  - 10.2 Algoritmo de Tratamiento de Linfoma Hodgkin E I y II desfavorable
  - 10.3 Algoritmo de Tratamiento de Linfoma No Hodgkin Indolente E I y II desfavorable
  - 10.4 Algoritmo de Tratamiento de Linfoma No Hodgkin Indolente E III y IV
  - 10.5 Algoritmo de Tratamiento y Etapificación de Linfoma No Hodgkin Intermedio E III y IV
  - 10.6 Algoritmo de Tratamiento y Etapificación de Linfoma No Hodgkin Agresivo E I, II y III, IV
  - 10.7 Criterios de Respuesta
11. Intervenciones Recomendadas para Seguimiento:
  - 11.1 Durante el tratamiento
  - 11.2 Manejo de Recaídas
  - 11.3 Egreso del protocolo

12. Bibliografía

Anexos

## 1. EXTRACTO DECRETO LEY GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD

### LINFOMAS EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

**Definición:** Es una infiltración del tejido linfoide por células neoplásicas, que puede originarse en los ganglios linfáticos u otro tejido del organismo.

**Patologías Incorporadas:** quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- ✓ Enfermedad de Hodgkin fase celular del tipo esclerosis nodular
- ✓ Enfermedad de Hodgkin tipo esclerosis nodular , con celularidad mixta
- ✓ Enfermedad de Hodgkin tipo esclerosis nodular , con depleción linfocítica
- ✓ Enfermedad de Hodgkin tipo esclerosis nodular, con predominio linfocítico
- ✓ Enfermedad de Hodgkin
- ✓ Enfermedad de Hodgkin con celularidad mixta
- ✓ Enfermedad de Hodgkin con esclerosis nodular
- ✓ Enfermedad de Hodgkin con predominio linfocítico
- ✓ Enfermedad de Hodgkin no especificada
- ✓ Enfermedad de Hodgkin, con depleción linfocítica
- ✓ Enfermedad de Hodgkin, con depleción linfocítica tipo fibrosis difusa
- ✓ Enfermedad de Hodgkin, con depleción linfocítica, tipo reticular
- ✓ Enfermedad de Hodgkin, con predominio linfocítico, difusa
- ✓ Enfermedad de Hodgkin, con predominio linfocítico, tipo nodular
- ✓ Enfermedad de Sézary
- ✓ Enfermedad inmunoproliferativa del intestino delgado
- ✓ Enfermedad inmunoproliferativa maligna
- ✓ Granuloma de Hodgkin
- ✓ Linfoma angiocéntrico de células T
- ✓ Linfoma cutáneo
- ✓ Linfoma de Burkitt
- ✓ Linfoma de células B, sin otra especificación
- ✓ Linfoma de células grandes (Ki-1+)
- ✓ Linfoma de células T periféricas (linfadenopatía angioinmunoblástica con disproteinemia)
- ✓ Linfoma de células T periféricas medianas y grandes, pleomórficas
- ✓ Linfoma de células T periféricas pequeñas pleomórficas
- ✓ Linfoma de células T periféricas, SAI
- ✓ Linfoma de células T periférico
- ✓ Linfoma de la zona T
- ✓ Linfoma de Lennert
- ✓ Linfoma de zona T
- ✓ Linfoma del Mediterráneo
- ✓ Linfoma histiocítico verdadero
- ✓ Linfoma linfoepitelioide
- ✓ Linfoma linfoepitelioide
- ✓ Linfoma maligno
- ✓ Linfoma maligno centrocítico
- ✓ Linfoma maligno difuso centroblastico
- ✓ Linfoma maligno difuso de células grandes hendidas
- ✓ Linfoma maligno difuso de células grandes, no hendidas
- ✓ Linfoma maligno difuso de células pequeñas hendidas
- ✓ Linfoma maligno difuso, centroblastico-centrocítico

- ✓ Linfoma maligno difuso, de células grandes
- ✓ Linfoma maligno difuso, de células pequeñas no hendidas
- ✓ Linfoma maligno folicular
- ✓ Linfoma maligno folicular centroblastico
- ✓ Linfoma maligno folicular de células grandes
- ✓ Linfoma maligno folicular de células pequeñas hendidas
- ✓ Linfoma maligno folicular mixto, de células pequeñas hendidas y células grandes
- ✓ Linfoma maligno folicular, centroblastico-centrocítico
- ✓ Linfoma maligno inmunoblastico
- ✓ Linfoma maligno linfoblastico
- ✓ Linfoma maligno linfocítico difuso, bien diferenciado
- ✓ Linfoma maligno linfocítico difuso, diferenciación intermedia
- ✓ Linfoma maligno linfocítico nodular bien diferenciado
- ✓ Linfoma maligno linfocítico nodular pobremente diferenciado
- ✓ Linfoma maligno linfocítico nodular, diferenciación intermedia
- ✓ Linfoma maligno linfoplasmocítico
- ✓ Linfoma maligno mixto, de células grandes y pequeñas
- ✓ Linfoma monocitoide de células B
- ✓ Linfoma no Hodgkin de células grandes (difuso)
- ✓ Linfoma no Hodgkin de células grandes, folicular
- ✓ Linfoma no Hodgkin de células pequeñas (difuso)
- ✓ Linfoma no Hodgkin de células pequeñas hendidas (difuso)
- ✓ Linfoma no Hodgkin de células pequeñas hendidas, folicular
- ✓ Linfoma no Hodgkin difuso, sin otra especificación
- ✓ Linfoma no Hodgkin folicular, sin otra especificación
- ✓ Linfoma no Hodgkin indiferenciado (difuso)
- ✓ Linfoma no Hodgkin inmunoblastico (difuso)
- ✓ Linfoma no Hodgkin linfoblastico (difuso)
- ✓ Linfoma no Hodgkin mixto, de células pequeñas y grandes (difuso)
- ✓ Linfoma no Hodgkin mixto, de pequeñas células hendidas y de grandes células, folicular
- ✓ Linfoma no Hodgkin, tipo no especificado
- ✓ Linfosarcoma
- ✓ Macroglobulinemia de Waldenström
- ✓ Micosis fungoide
- ✓ Otras enfermedades inmunoproliferativas malignas
- ✓ Otros linfomas de células T y los no especificados
- ✓ Otros tipos de enfermedad de Hodgkin
- ✓ Otros tipos especificados de linfoma no Hodgkin
- ✓ Otros tipos especificados de linfoma no Hodgkin difuso
- ✓ Otros tipos especificados de linfoma no Hodgkin folicular
- ✓ Otros tumores malignos especificados del tejido linfático, hematopoyético y tejidos afines
- ✓ Paragranuloma de Hodgkin
- ✓ Reticulosarcoma
- ✓ Sarcoma de Hodgkin
- ✓ Tumor de Burkitt
- ✓ Tumor maligno del tejido linfático, hematopoyético y tejidos afines, sin otra especificación

**a. Acceso:**

Beneficiario de 15 años y más

- Con sospecha, tendrá acceso a diagnóstico
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
- Con recidiva, tendrá acceso a diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

**b. Oportunidad**

- ❑ **Diagnóstico**
  - Dentro de 65 días desde sospecha (incluye etapificación).
- ❑ **Tratamiento**
  - **Quimioterapia:** dentro de 10 días desde confirmación diagnóstica.
  - **Radioterapia:** dentro de 25 días desde confirmación diagnóstica.
- ❑ **Seguimiento**
  - Primer control dentro de los 30 días de finalizado el tratamiento.

**c. Protección Financiera:**

| Problema de salud                     | Tipo de Intervención Sanitaria | Prestación o grupo de prestaciones             | Periodicidad                           | Arancel (\$) | Copago     |             |
|---------------------------------------|--------------------------------|--|--|--------------|------------|-------------|
|                                       |                                |  |  |              | Copago (%) | Copago (\$) |
| LINFOMAS en personas de 15 años y más | Diagnóstico                    | <i>Confirmación Diagnostica Linfoma Adulto</i> | <i>por evento</i>                      | 103,040      | 20%        | 20,610      |
|                                       |                                | <i>Etapificación Linfoma Adulto</i>            | <i>por evento</i>                      | 603,450      | 20%        | 120,690     |
|                                       | Tratamiento                    | <i>Radioterapia Linfoma Adulto</i>             | <i>por evento</i>                      | 650,000      | 20%        | 130,000     |
|                                       |                                | <i>Quimioterapia Linfoma Adulto</i>            | <i>mensual</i>                         | 156,000      | 20%        | 31,200      |
|                                       | Seguimiento                    | <i>Seguimiento Linfoma Adulto</i>              | <i>por evento (4 controles al año)</i> | 88,780       | 20%        | 17,760      |



## 2. ANTECEDENTES

Programa Nacional de Cáncer del Adulto (PANDA), emerge en el año 1988 del Programa Nacional de Cáncer del Ministerio de Salud. Atiende a los beneficiarios públicos, adultos con Tumores Malignos, entre ellos el Linfoma, con tres Protocolos Nacionales. Estos han sido consensuados y evaluados con los especialistas involucrados en el proceso de sospecha, confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento, a través del Protocolo Nacional de Linfoma Hodgkin, de Linfoma No Hodgkin, Tratamiento de recaídas de Linfoma y trasplante de progenitores Hematopoyéticos.

El principal objetivo de los protocolos, procura **“Mejorar la sobrevida y la calidad de vida de los mayores de 15 años con Linfoma Hodgkin, Linfoma No Hodgkin, Recaída de Linfoma y Trasplante de progenitores Hematopoyéticos; a través de la oportuna pesquisa, la aplicación de tratamientos adecuados (Qt, Rt, TMO) y el seguimiento pertinente”**, se implementa a través de estrategias, entre las que destaca:

- La elaboración de los tres Protocolos Nacionales para “Linfoma Hodgkin, Linfoma No Hodgkin y recaída de Linfoma” y Trasplante de progenitores Hematopoyéticos, para su tratamiento con quimioterapia, radioterapia, cirugía u hormonoterapia, desde 1988, con las respectivas evaluaciones (anuales) y actualizaciones (cada 5 años).
- La organización de 18 centros de atención de cáncer del adulto los que constituyen la red nacional de atención en íntima relación con las unidades de anatomía patológica, laboratorio clínico complejo, imágenes, los centros de radioterapia, y en lo específico con los Departamentos de Hematología de los Servicios de Salud del país. **(Recomendación C)**
- Desde 1988, financia 100% el tratamiento con quimioterapia a todos los beneficiarios del sector público.
- Dispone desde sus inicios, el registro sistemático específicos para el monitoreo, la evaluación y seguimiento de los casos ingresados a los tres Protocolos de Linfoma, los que conforman la base de datos nacional. **(Recomendación C)**
- En 1997, el Cáncer fue incluido entre las prioridades programáticas del Ministerio de Salud.
- Desde 1999, financia 100% el tratamiento con Radioterapia para los beneficiarios del sector.
- Ha conformado la subcomisión de Tumores Hematológicos y de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos, con representantes de la Sociedad Chilena de Hematología y especialistas del sector.
- Se ha definido en conjunto con los especialistas el Manual **“Cuando sospechar un cáncer del Adulto y Cómo derivar”**. **(Recomendación C)**
- Se mantiene Programa de capacitación continua para el equipo de salud de los centros de Salud Primaria y Servicio de Urgencia, con la participación de personal de los Servicios de Orientación Médica y Estadística, (SOME) **(Recomendación C)**.

En abril del 2004, el Linfoma en mayores de 15 años, fue Incorporado al Sistema de Acceso Universal de Garantías Explícitas, que ha permitido garantizar plazos máximos para el acceso a confirmación diagnóstica y tratamiento.

### 3. MAGNITUD DEL PROBLEMA

#### **Linfoma de Hodgkin**

La **mayor prevalencia** de Linfoma de Hodgkin, ocurre entre los 20 y 40 años, con una media de 37 años.

En el *I Congreso Internacional de Cáncer del Niño y Adulto*, organizado por MINSAL, efectuado en Octubre 2004, se presentó los resultados del tratamiento aplicado a 692 pacientes en 16 años, con un promedio 45 adultos por año. Se observan diferencias epidemiológicas respecto de países mas desarrollados, como menor proporción de la variedad histológica esclerosis nodular, que constituye el 70% en países mas desarrollados y en el nuestro llegó solo al 41%.

Sin embargo, respecto de los resultados del tratamiento se ha logrado la curación del 65% de los pacientes, ya que aquellos en etapas tempranas de la enfermedad logran sobrevida de 70% a 10 años y aquellos en etapas avanzadas, 60% a 10 años. En países con mayor desarrollo estas cifras son solo un 5% superior.

Es necesario resaltar que el tratamiento de quimioterapia y radioterapia actualmente en uso, es el que se utiliza mundialmente y las cifras de sobrevida son similares a la literatura.

#### **Linfoma No Hodgkin.**

La **mayor prevalencia** de Linfoma no Hodgkin, se acumula entre los 45 y los 70 años; con una media de 56 años. Relación Hombre / Mujer es de 1,5:1

En el *I Congreso Internacional de Cáncer del Niño y Adulto*, organizado por MINSAL, efectuado en Octubre 2004, se presentó los resultados de 2.657 pacientes. También se observó algunas diferencias epidemiológicas con respecto a países más desarrollados. Por ejemplo se observó una menor proporción de linfoma folicular indolente, que constituye el 20-30% de todos los linfomas no Hodgkin en USA y Europa. En nuestra casuística, esta histología, se presentó sólo en 16% de los casos. Predominó en cambio la histología agresiva en 46% de los pacientes, levemente superior a países de mayor desarrollo.

A diferencia de lo que se observa en aquellos países donde es inexistente, observamos un 1.2% de casos asociados al virus HTLV – 1. Esta patología es de muy mal pronóstico y es prevalente en Japón. Así mismo, al igual que en los países mas desarrollados, está en aumento el número de pacientes con linfoma asociados a la infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH). De hecho, 75 casos (2.4%) presentaba serología positiva para VIH.

La sobrevida a 10 años de los **linfomas indolentes** (570 pacientes) fue de 43 casos, mientras que en linfomas agresivos (1.635 pacientes) fue de 25%. Estas cifras son inferiores en un 10%, en comparación con países de mayor desarrollo.

Las cifras obtenidas en Chile son similares a las que se obtienen con terapias tradicionales. Para mejorar estos resultados, se necesita aumentar la formación de RRHH, en lo puntual hematólogos, enfermeras oncólogas y psicólogos, también introducir tratamientos, como inhibidores de las purinas y anticuerpos monoclonales.

▪ **INCIDENCIA (Casos nuevos)** (tasas por 100 mil habitantes)

Tasa Internacional<sup>1</sup> de Linfoma no Hodgkin: 16,0 por cien mil hab.

Tasa Internacional de Linfoma de Hodgkin : 3,5 por cien mil hab.

Tasa Chilena estimada<sup>2</sup> de Linfoma no Hodgkin: 5,1 por cien mil hab.

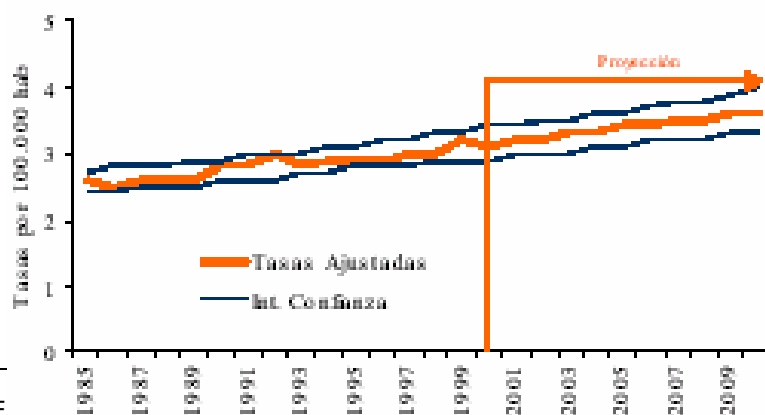
Tasa Chilena estimada de Linfoma de Hodgkin : 1,5 por cien mil hab.

El linfoma No Hodgkin es 5 veces más frecuente que el Hodgkin

▪ **MORTALIDAD**

| Mortalidad por Linfomas |             |      |             |      |             |      |
|-------------------------|-------------|------|-------------|------|-------------|------|
| 1990 - 2002, CHILE      |             |      |             |      |             |      |
| AÑO                     | Ambos Sexos |      | Hombres     |      | Mujeres     |      |
|                         | Defunciones | Tasa | Defunciones | Tasa | Defunciones | Tasa |
| 1990                    | 359         | 2,7  | 197         | 3    | 162         | 2,4  |
| 1991                    | 366         | 2,7  | 183         | 2,8  | 183         | 2,7  |
| 1992                    | 405         | 3    | 222         | 3,3  | 183         | 2,7  |
| 1993                    | 392         | 2,8  | 209         | 3,1  | 183         | 2,6  |
| 1994                    | 416         | 3    | 250         | 3,6  | 166         | 2,3  |
| 1995                    | 430         | 3    | 226         | 3,2  | 204         | 2,8  |
| 1996                    | 440         | 3,1  | 229         | 3,2  | 211         | 2,9  |
| 1997                    | 709         | 4,8  | 405         | 5,6  | 304         | 4,1  |
| 1998                    | 760         | 5,1  | 378         | 5,2  | 382         | 5,1  |
| 1999                    | 809         | 5,4  | 423         | 5,7  | 386         | 5,1  |
| 2000                    | 830         | 5,5  | 436         | 5,8  | 394         | 5,1  |
| 2001                    | 836         | 5,4  | 410         | 5,4  | 426         | 5,5  |
| 2002                    | 906         | 5,8  | 459         | 5,9  | 447         | 5,7  |

Mortalidad ajustada por edad por Linfoma.  
Chile, 1985-99 y proyección 2000-2010



<sup>1</sup> Año 2000 E

<sup>2</sup> Estimación I

|  |  |
|--|--|
| Tasa chilena todos los linfomas:             | 5,8 por cien mil personas población total  |
| Tasa Internacional (bruta):                  | 3,0 por cien mil personas población total  |
| Tasa chilena (bruta) <sup>3</sup> :<br>(906) | 3,36 por cien mil personas población total |

▪ **SOBREVIDA<sup>4</sup>**

Linfoma de Hodgkin, sobrevida global 70% a 5 años. Alta tasa de curación.

Linfoma No Hodgkin, sobrevida global 35% a 5 años.

Respecto de los Objetivos Sanitarios para Chile 2000 – 2010, del Ministerio de Salud estos señalan: *Incrementar el acceso de los Linfomas a quimioterapia antes de 30 días desde su indicación*

#### 4. Objetivo de la Guía Clínica

Esta Guía clínica pretende contribuir mejorar la sobrevida y la calidad de vida de las personas mayores de 15 años con Linfoma a través de estrategias de intervención que incluyan desde la sospecha, detección precoz, tratamiento efectivo, quimioterapia, radioterapia, tratamiento de recaída y trasplante de médula ósea en los casos indicados. Según corresponda, el seguimiento correcto durante 5 años y más. Servirá a través de sus recomendaciones, de orientación y guía para los equipos de salud de atención primaria, secundaria y terciaria.

#### 5. Criterios de Inclusión de la Población Objetivo

##### Criterios de Inclusión:

- Toda persona adulta, mayor de 15 años con diagnóstico de linfoma confirmado por biopsia ganglionar u otro tejido.
- En casos dudosos, evaluación por el Comité de Anatomía patológica con estudio de inmunohistoquímica.
- Se aceptará enfermos con tratamientos previos, siempre que sean debidamente detallados por médico que los efectuó y se acompañe de exámenes actualizados.
- Contar con la aceptación escrita del enfermo (consentimiento informado) . En situación de interdicción, por su familia (**Recomendación C**).

##### Criterios de exclusión:

- Todos los adultos de 15 años y más con diagnóstico confirmado de Linfoma, con patología descompensada, multisistémica u otros cánceres activos.

<sup>3</sup> DEIS 2002 MINSAL

<sup>4</sup> I Congreso Internacional de Cáncer del Niño y Adulto, Chile, Octubre 2004, Ministerio de Salud

- Rechazo del paciente a la terapia, explicitado en el Consentimiento Informado. En situación de interdicción del paciente, lo podrá efectuar su familia.

## **6. RECOMENDACIONES SEGÚN NIVEL DE EVIDENCIA**

Los profesionales sanitarios, enfrentados cada vez más a un trabajo en equipos multidisciplinares, con competencias en continuo desarrollo, requieren mantener su razón de ser. Esto es, otorgar una atención de salud cuyos resultados, en las personas y la organización, generen beneficios por sobre los riesgos de una determinada intervención.

Así mismo, el sistema sanitario se beneficia en su conjunto cuando además esas decisiones se realizan de acuerdo a las buenas prácticas, basadas en la mejor evidencia disponible, identificando las intervenciones más efectivas y en lo posible las más costo / efectivas (no necesariamente equivalente a lo de “menor costo”), pero una intervención poco efectiva suele ser tanto o más costosa y cuyo resultado en la calidad de vida o supervivencia de las personas es deletéreo.

(Field MJ & Lohr KN 1992) definen una Guía Clínica como un reporte desarrollado sistemáticamente para apoyar tanto las decisiones clínicas como la de los pacientes, en circunstancias específicas”. Así, éstas pueden mejorar el conocimiento de los profesionales entregando información y recomendaciones acerca de prestaciones apropiadas en todos los aspectos de la gestión de la atención de pacientes: tamizaje y prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y atención del enfermo terminal (Lohr KN 2004).

El Ministerio de Salud ha elaborado una estrategia participativa que incluyó la elaboración de revisiones sistemáticas por parte de universidades a través de un concurso público y/o revisiones sistemáticas rápidas, focalizadas en identificar evidencia de guías clínicas seleccionadas de acuerdo a criterios de la AGREE Collaboration (Appraisal of Guideline Research & Evaluation) (The AGREE Collaboration 2001).

Las recomendaciones se han analizado en su validación externa (generalización de resultados) mediante el trabajo colaborativo de un grupo de expertos provenientes de establecimientos de la red pública, sociedades científicas, comisiones nacionales, del mundo académico y sector privado.

**Tablas 1: Grados de Evidencia (Eccles M, Freemantle N, & Mason J 2001)**

| Grados Evidencia | Tipo de Diseño de investigación   |
|------------------|---|
| Ia               | Evidencia obtenida de un meta-análisis de estudios randomizados controlados   |
| Ib               | Evidencia obtenida de al menos un estudio randomizado controlado  |
| IIa              | Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado no randomizado   |
| Iib              | Evidencia obtenida de al menos un estudio cuasi-experimental  |
| III              | Evidencia obtenida de estudios descriptivos, no experimentales, tales como estudios comparativos, estudios de correlación y casos - controles |
| IV               | Evidencia obtenida de expertos, reportes de comités, u opinión y/o experiencia clínica de autoridades reconocidas.                            |

**Niveles de Recomendación de la Guía Clínica**

| GRADO | FORTALEZA DE LAS RECOMENDACIONES  |
|-------|---|
| A     | Directamente basada en categoría I de evidencia   |
| B     | Directamente basada en categoría II de evidencia  |
| C     | Directamente basada en categoría III de evidencia, o extrapoladas de las categorías I y II      |
| D     | Directamente basada en categoría IV de evidencia, o extrapoladas de las categorías I y II o III |

**FASES DE REVISIÓN SISTEMÁTICA PARA LA ELABORACIÓN DE GUÍA CLÍNICA  
DE LINFOMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS**

1. Elaboración de Preguntas específicas  
(Paciente / Problema / Población-Intervención-Comparación- Out comes)
2. Fuentes de datos secundarias:

2.1. Agency for Health Research & Quality (AHRQ), NIH USA: [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov)

2.2. Centre for Evidence Based Medicine, Oxford University U.K.,

<http://cebm.jr2.ox.ac.uk/>

2.1 National Coordination Centre for Health Technology Assessment (U.K.),

<http://www.nchta.org/main.htm>

2.4 The Cochrane Collaboration (international), <http://www.cochrane.org/>

2.6 National Health Service (NHS) Centre for Reviews and Dissemination (U.K.),

<http://www.york.ac.uk/inst/crd/>;

2,7

T

2.8 Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (U.K.), <http://www.sign.ac.uk/>;

1. Periodo: a la fecha
2. Criterios de Inclusión:
3. Instrumento de evaluación: (The AGREE Collaboration 2001)

## 7. INTERVENCIONES RECOMENDADAS PARA LA SOSPECHA DIAGNOSTICA

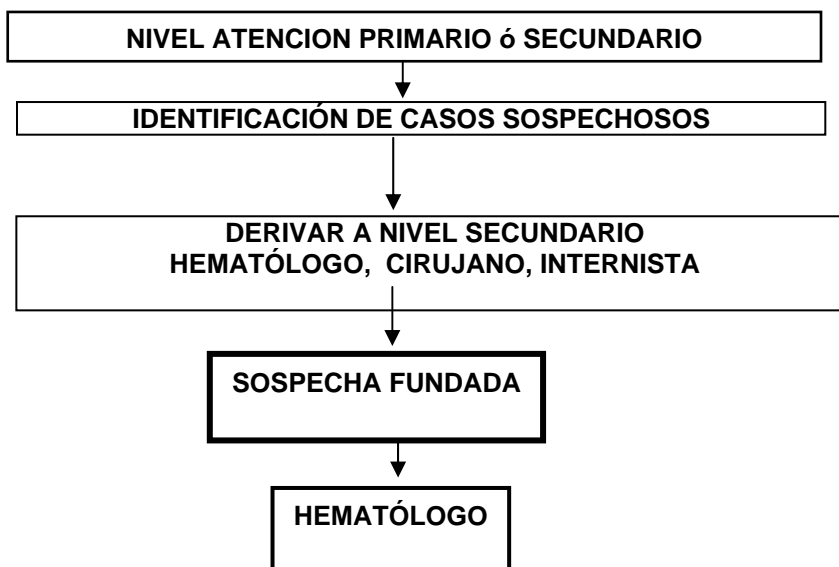
- a. Historia y examen clínico
- b. Puede efectuar **hemograma**, el que puede estar normal o presentar alteración de una o más series.
- c. Puede solicitar **Radiografía de tórax** para buscar presencia de adenopatías en mediastino, retroperitoneo, hepatomegalia, esplenomegalia.

La sospecha puede ocurrir en el nivel de atención Primaria o bien en otro nivel de atención. También, el propio paciente puede haberlo detectado a través de su auto examen periódico.

El médico en éste nivel debe: Sospechar Linfoma, frente a un aumento de volumen (adenopatía) indolora en cualquier sitio, (cara, cuello, axila, ingle), progresivo ( $\geq 1$  cm) y que no responde a tratamiento con antiinflamatorios o antibióticos y que persista por más de 15 días.

- Historia Clínica: antecedentes (auto-examen o derivación) de masa o nódulo axilar, cervical u otra localización.
- Examen Físico: aumento de volumen, adenopatía firme, casi siempre unilateral y progresivo.
- Todos los pacientes con sospecha de Linfoma deben ser derivados prontamente (no más de 2 semanas) al especialista del nivel secundario, hematólogo<sup>5</sup>, en caso de presentar uno o más de los antecedentes señalados. **(Recomendación C)**

### 7.1 ALGORITMO DE SOSPECHA DIAGNÓSTICA



<sup>5</sup> Si el nivel secundario no dispone de médico Hematólogo, el paciente deberá ser citar a Cirujano.



## 8. INTERVENCIONES RECOMENDADAS PARA CONFIRMACIÓN DIAGNOSTICA.

- Historia Clínica
- Examen Físico
- Exámenes de Laboratorio
  - Hemograma
- Consentimiento Informado
- ECG (> 40 años)
- Cirugía:
  - Biopsia de ganglio u otro tejido.
- Exámenes Imagenológicos:
  - Rx. Torax
- Exámenes Histológicos

El especialista de nivel secundario<sup>6</sup> confirma el hallazgo clínico, solicita pabellón quirúrgico, toma la biopsia y envía la muestra a anatomía patológica. El informe histológica debiera estar disponible antes de dos semanas. **(Recomendación C)** Para la biopsia de ganglio, el paciente según su condición, debe disponer de cama de hospitalización transitoria.

Posterior a la aceptación de la biopsia (ganglio, u otro tejido) por parte del paciente, se inicia los procedimiento para otorgar esta prestación. La intervención quirúrgica corresponderá a una biopsia ganglionar, otros tejidos y en los casos que corresponda, biopsia de médula ósea.

Los pacientes con sospecha fundada deberán ser informados (consentimiento informado)<sup>7</sup> por el cirujano y también por el hematólogo de los resultados de los exámenes, del significado de la enfermedad, las alternativas de tratamiento, las consecuencias y las posibilidades de tratamiento. **(Recomendación C)**

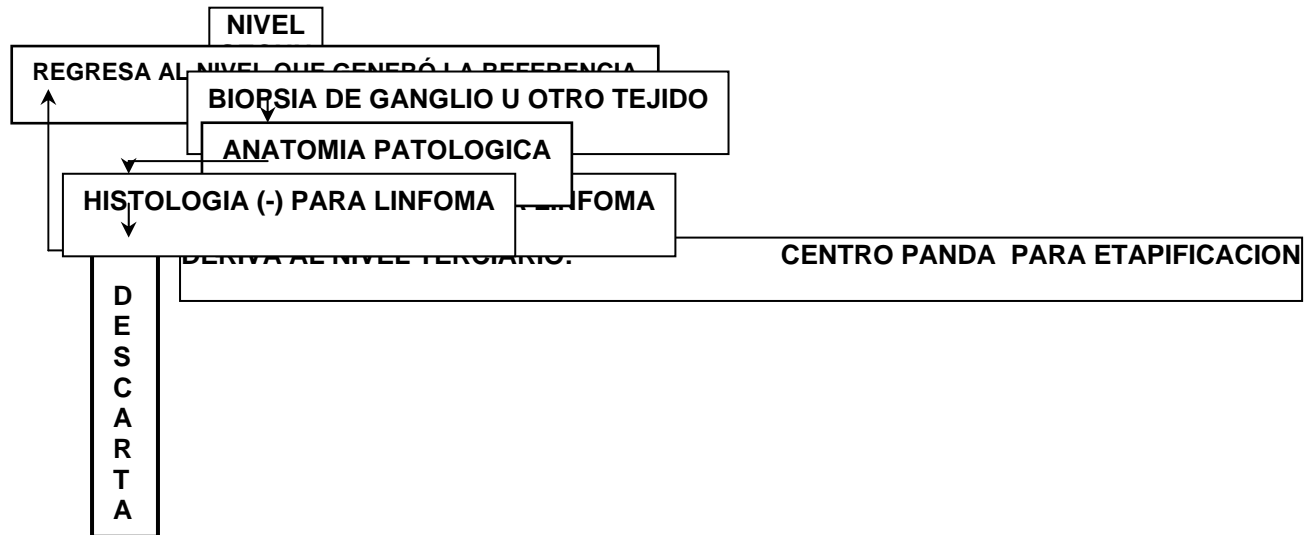
*El criterio de confirmación diagnóstica corresponde a la biopsia del ganglio u otro tejido, con resultado positivo para linfoma (informe histológico). El plazo entre la biopsia y el informe anátomo patólogo no debiera ser superior a dos semanas **(Recomendación B)***

Con el informe histológico de linfoma se deriva al Centro de Tratamiento de Cáncer del Adulto PANDA. Los pacientes con resultado negativo para linfoma, son referidos a su nivel de atención inicial.

<sup>6</sup> de preferencia hematólogo, luego cirujano y médico internista.

<sup>7</sup> Responsabilidad ineludible del especialista cirujano, hematólogo

## 8.1 ALGORITMO DE CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA



## 9. Intervenciones Recomendadas para Etapificación

- Esta etapa debe ser efectuada en centros especializados con profesionales con basta experiencia en clínica, histología, inmunohistoquímica, radiología, enfermería. **.(Recomendación B)** La etapificación se realiza a través de exámenes de laboratorio e imágenes<sup>8</sup>.
  - **Estudio Radiológico**
    - Radiografía de Tórax
    - Tomografía Axial Computarizada de tórax.
    - Tomografía Axial Computarizada de abdomen.
    - Tomografía Axial Computarizada de pelvis.
    - Cintigrama óseo según corresponda y con galio (LH)**(Recomendación B)**
  - **Exámenes de laboratorio especializados o complejos:**
    - Hemograma,
    - Creatinina,
    - Pruebas hepáticas,
    - LDH,
    - Nitrógeno ureico,
    - beta 2 microglobulina,
    - Electroforesis de Proteínas y cuantificación de inmunoglobulinas,
  - Mielograma.
  - Biopsia de ganglio o tejido y biopsia ósea por punción.
  - Estudio histopatológico e inmunohistoquímica de la biopsia (90%).
  - Estudio de inmunofenotipo en líquidos y sangre periférica, solo si están comprometidos.
  - Estudios de biología molecular:

<sup>8</sup> Los establecidos en los protocolos Nacionales PANDA

- PCR , en 60% de los casos
- Estudios serológicos para VIH y HTLV-1, este último solo en Linfomas T.
- Sólo Linfomas Digestivos:
  - Endoscopia digestiva y biopsia.
- Linfoma SNC:
  - TAC cerebro,
  - RNM, esta última sólo si es necesario.
- Linfoma óseo:
  - Cintigrama óseo,
  - RNM.

### **CENTROS PANDA DEL PAIS: 18 Centros (Nivel Terciario de atención)**

La etapificación se realiza en la Unidad de Oncohematología del Centro PANDA, ubicadas en los establecimientos de mayor complejidad de la red **(Recomendación B)**.

Para la etapificación, el 50 % de los pacientes se hospitaliza, dependiendo de su estado general o presencia de complicaciones.

Se instalará catéter venoso central con bolsillo subcutáneo o bien central de inserción periférica, en todo paciente de difícil acceso venoso. **(Recomendación B)**.

La atención debe ser efectuada por equipo multidisciplinario capacitado. hematólogos, anatómo patólogo, enfermeras oncólogas, radiólogo, nutricionista, psicólogo, técnicos paramédicos **(Recomendación B)**.

El soporte de secretaria es indispensable para el desarrollo de los objetivos asistenciales **(Recomendación C)**

El hematólogo informará al paciente y su familia sobre las características de la enfermedad, del tratamiento y sus efectos adversos los que deberán estar contenidos en el proceso del Consentimiento Informado. **(Recomendación C)**

Para el tratamiento, cada centro comprende Unidades de Oncohematología ú Oncología, con dependencias de transito restringido para la atención de quimioterapia a pacientes ambulatorios y un área para pacientes hospitalizados Así también, consta de unidad centralizada, con cámara de flujo laminar vertical para la preparación de Drogas Antineoplásicas. En ésta etapa se integra el químico farmacéutico.

## ALGORITMO DE ETAFIPLICACIÓN

### PACIENTE CON LINFOMA CONFIRMADO

#### ETAFIPLICACIÓN

Todos los linfomas:

Exámenes de laboratorio: hemograma, creatinina, pruebas hepáticas, LDH, nitrógeno ureico, beta 2 microglobulina, EFP y cuantificación de inmunoglobulinas, mielograma.

Imágenes: Rx. Torax, TAC de tórax ,abdomen y pelvis cintigrama óseo según corresponda y con galio (LH)

Biopsia de ganglio o tejido y biopsia ósea por punción.

Estudio histopatológico e inmunohistoquímica de la biopsia (90%).

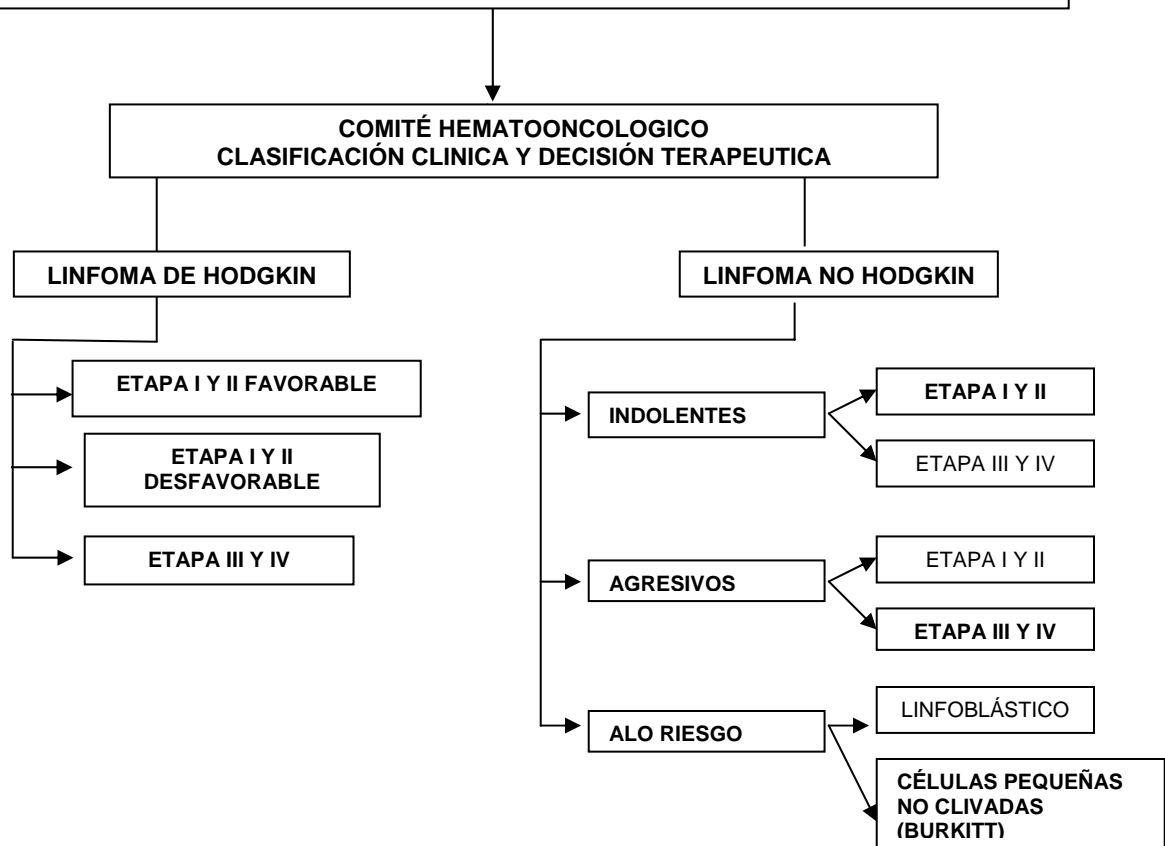
Estudio de inmunofenotipo en líquidos y sangre periférica, solo si están comprometidos.

Estudios de biología molecular: PCR , en algunos casos

Estudios serológicos para VIH y HTLV-1, este último solo en Linfomas T.

Sólo Linfomas Digestivos: Endoscopia digestiva y biopsia.

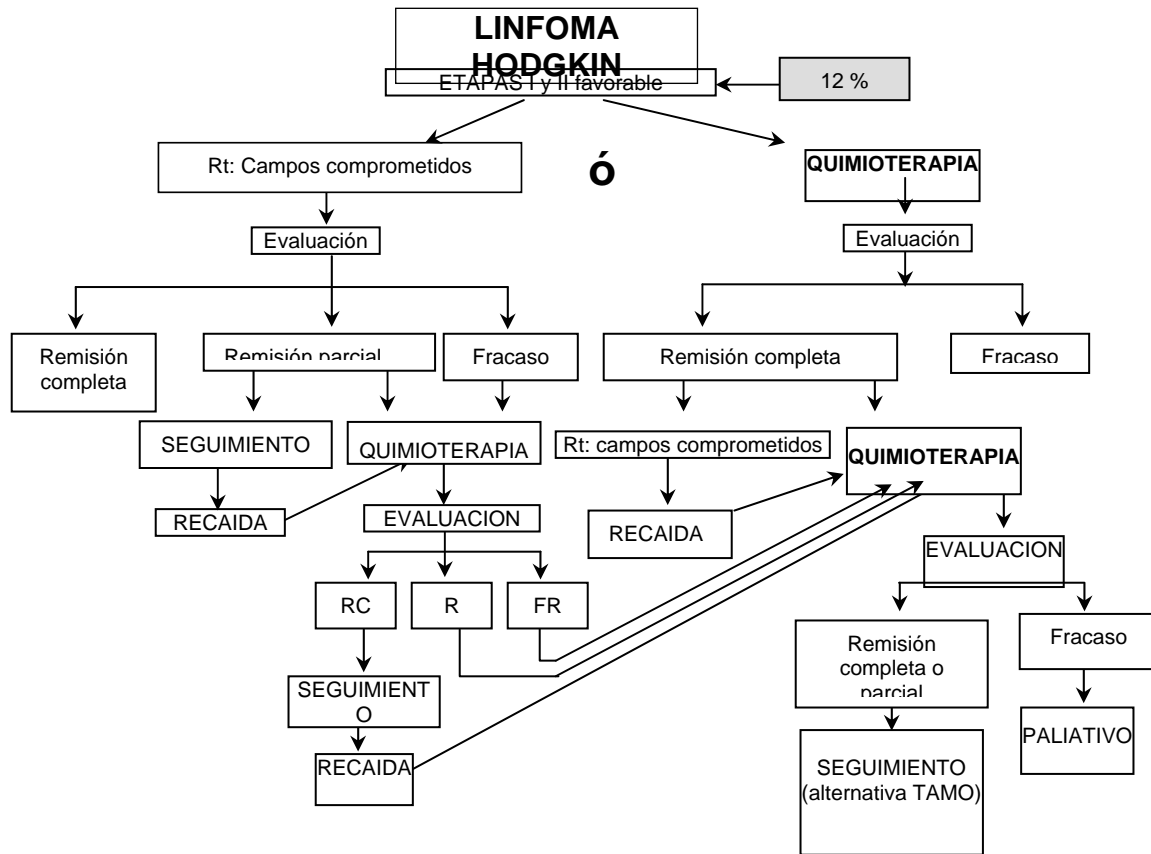
Linfoma SNC: TAC cerebro, RNM, esta última sólo si es necesario.



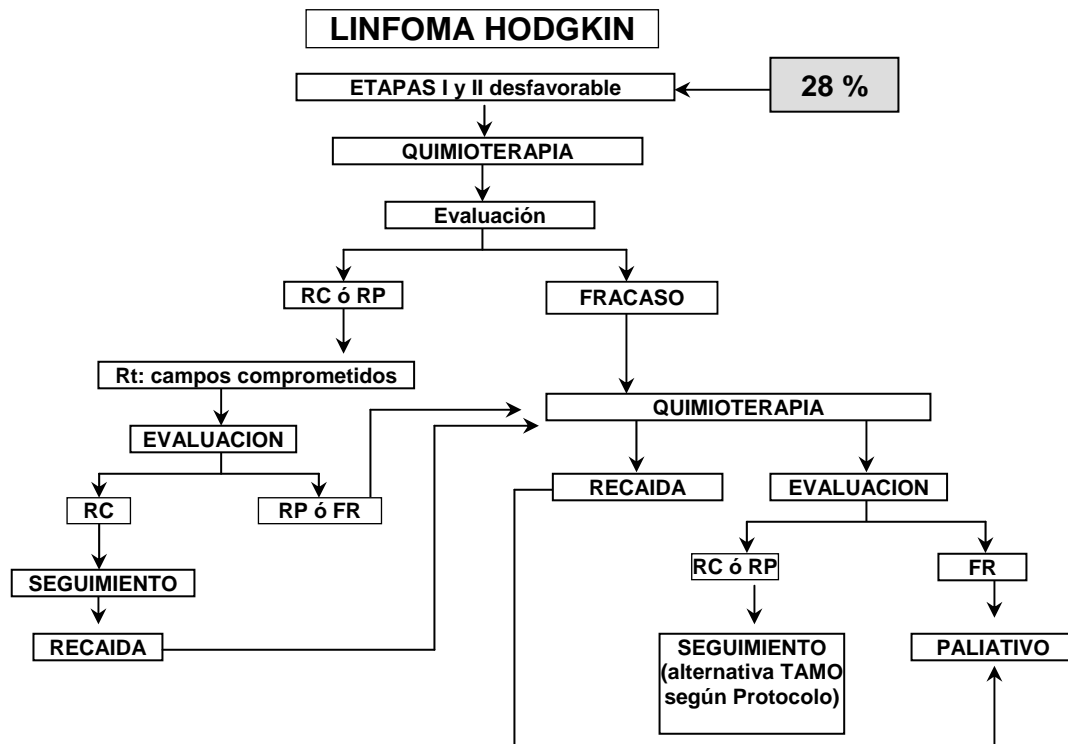
## 10. Intervenciones Recomendadas para el tratamiento.

- Quimioterapia, radioterapia,
  - tratamiento de recaída,
  - trasplante de médula ósea.
- 
- El tratamiento debe efectuarse por equipo multidisciplinario capacitado. Para la quimioterapia algo más del 35% de los pacientes se hospitaliza, dependiendo de su estado general o presencia de complicaciones.
  - La radioterapia se realiza en los centros de radioterapia públicos o por convenio.
  - La radioterapia en etapas iniciales si bien no mejora la sobrevida, reduce el riesgo de recaída y la necesidad de tratamientos agresivos posteriores **(Recomendación A)**.
  - El uso de barreras mecánicas de rutina en el manejo de pacientes neutropénicos febriles de alto riesgo y su cuidado por enfermeras oncólogas reduce el riesgo de infección **(Recomendación B)**
  - La educación al paciente y su familia, disminuye el estrés y mejora la adhesividad
  - El uso de Factor Estimulante de colonias (FEC) es efectivo para reducir la intensidad de la neutropenia febril de alto riesgo **(Recomendación A)**.
  - El Trasplante de Medula Ósea puede ofrecer una buena alternativa de tratamiento en personas jóvenes correctamente etapificadas.**(Recomendación A)**

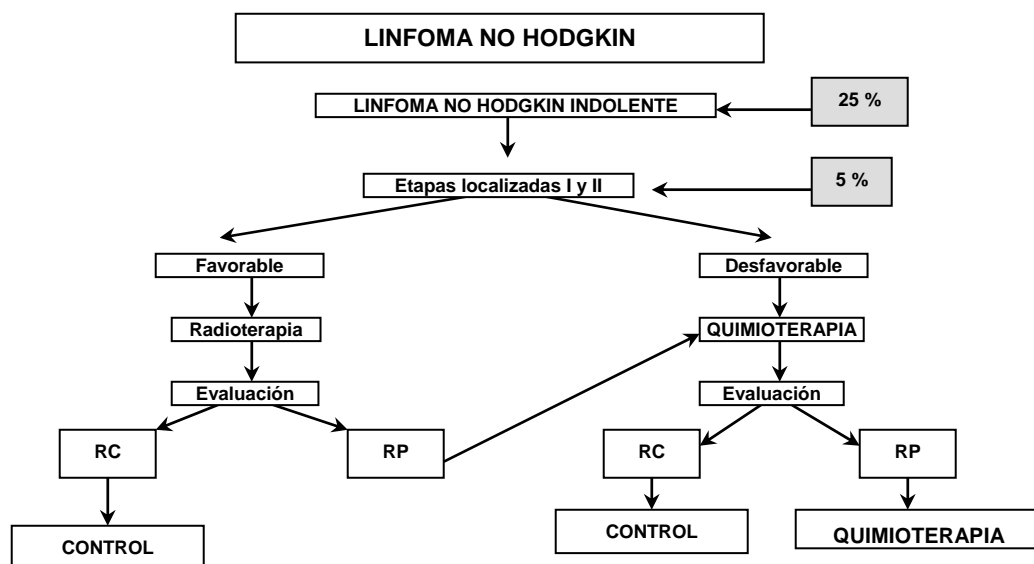
## 10.1 Algoritmo de tratamiento de Linfoma Hodgkin Etapa I y II Favorable



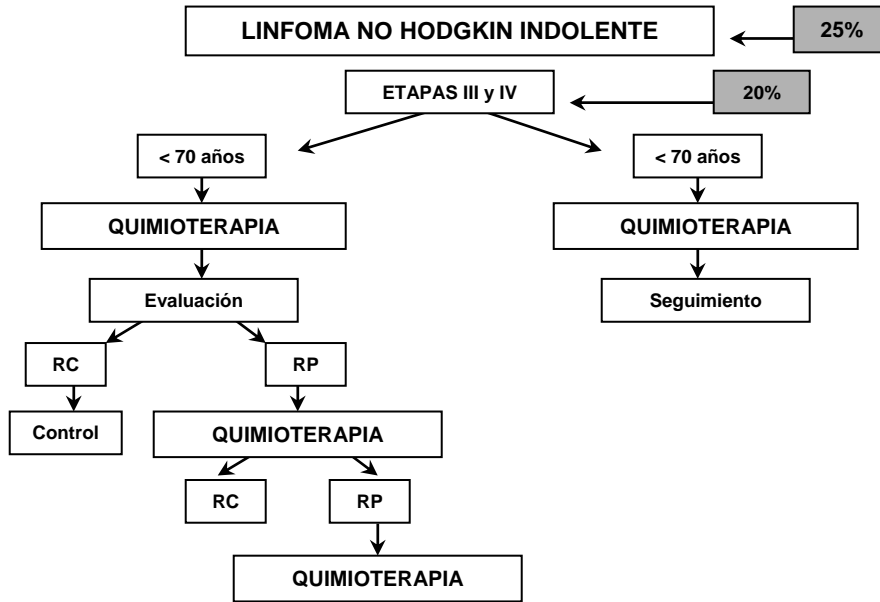
## 10.2 Algoritmo de Tratamiento de Linfoma Hodgkin Etapa I y II desfavorable



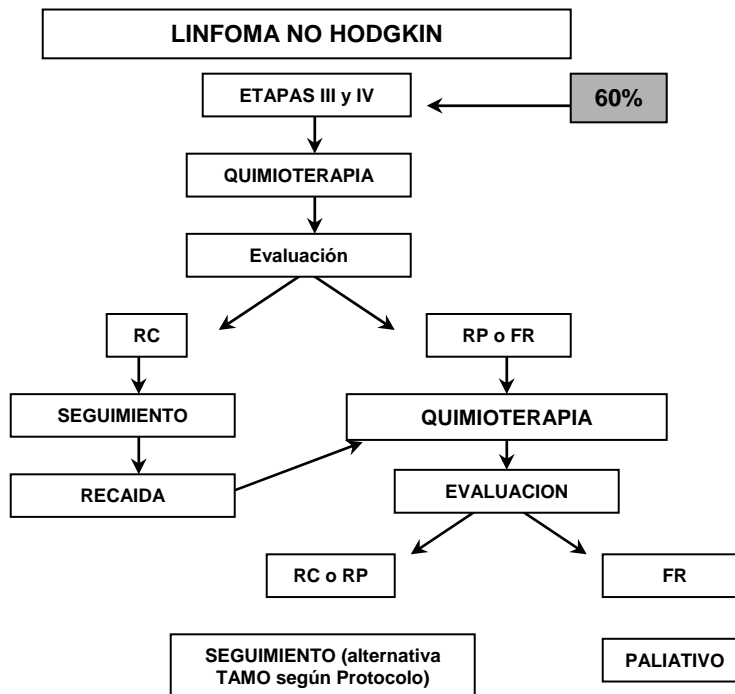
## 10.3 Algoritmo de Tratamiento de Linfoma No Hodgkin Indolente E I y II



### 10.4 Algoritmo de Tratamiento de Linfoma No Hodgkin Indolente E III y IV

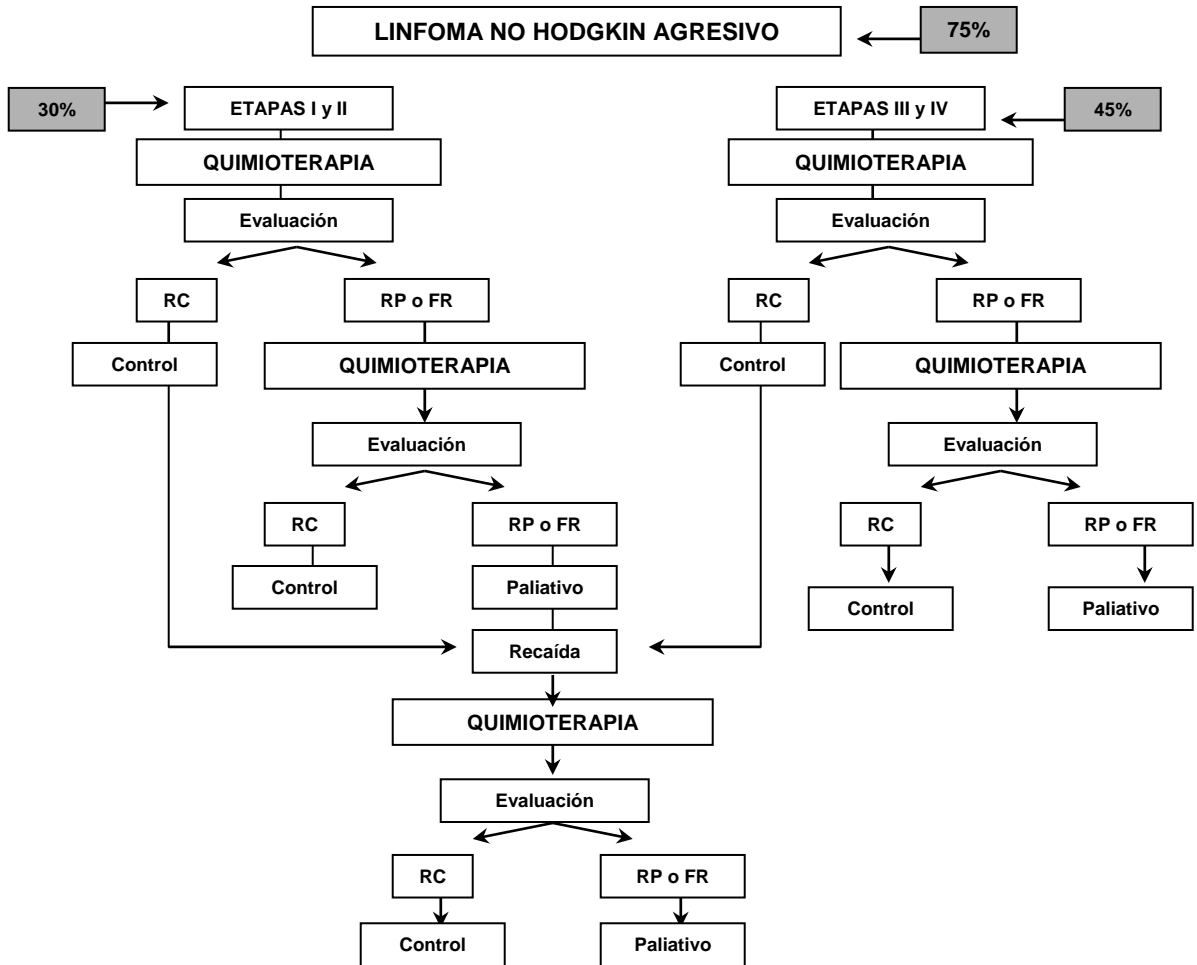


### 10.5 Algoritmo de Tratamiento de Linfoma No Hodgkin Intermedio E III y IV





## 10.6 Algoritmo de Tratamiento de Linfoma No Hodgkin Agresivo E I, II y III, IV



|    |                     |      |   |
|----|---------------------|------|---|
| RC | = REMISIÓN COMPLETA | RP   | = REMISIÓN PARCIAL                                    |
| FR | = FRACASA           | Rt   | = RADIOTERAPIA  |
| Qt | = QUIMIOTERAPIA     | TAMO | = Trasplante Autólogo de progenitores hematopoyéticos |

## CRITERIOS DE RESPUESTA

- **Remisión completa (RC):** normalización de todos los signos clínicos, radiológicos y bioquímicos durante al menos 3 meses. Cuando hay compromiso visceral, las nuevas biopsias deben ser negativas.
- **Remisión parcial (RP):** reducción de un 50% o más, del tamaño de los tumores accesibles a la palpación y/o radiología con mejoría clínica y de parámetros de laboratorio.
- **Fracaso (FR):** reducción menor a un 50% de las lesiones medibles, enfermedad progresiva o muerte durante el tratamiento.
- **Sobrevida global (SG):** desde la fecha de inicio de tratamiento, hasta la muerte o pérdida.
- **Sobrevida libre de enfermedad (SLE):** los que logran la RC: desde el inicio del tratamiento hasta la recaída, muerte o pérdida.

## 11. INTERVENCIONES RECOMENDADAS PARA EL SEGUIMIENTO.

Es aconsejable el seguimiento prolongado, dado que si bien el tratamiento mejora el tiempo de sobrevida, expone al riesgo de desarrollar un segundo cáncer entre un 5-7% en los primeros 10 años y el que aumenta a un 14% luego de 20 años **(Recomendación B)**.

### 11.1 Durante el tratamiento

- Control clínico, hemograma y VHS antes de cada ciclo de quimioterapia.
- Hemograma semanal o quincenal durante la Radioterapia.
- Evaluación bioquímica y radiológica cada 3 meses. En estos controles se incluirán además las biopsias que estaban alteradas al comienzo, hasta su normalización.

### Al finalizar el tratamiento:

- Se repetirá la evaluación inicial excluyendo las biopsias negativas. De acuerdo a esta evaluación, los enfermos serán clasificados según los criterios de respuesta descritos anteriormente.

### Terminado el Tratamiento:

- **Primer año (Recomendación A) :**
  - Control clínico y hematológico mensual.
  - Control bioquímico y radiológico cada 3 meses.
  - Seguimiento telefónico por enfermera de oncología 1 vez al año.
- **Segundo al Quinto año:**
  - Control clínico y hematológico cada cuatro meses.
  - Control bioquímico y radiológico cada 6 meses.
- **Después del Quinto año y por vida:**
  - Control clínico, hematológico y radiológico anual.

## 11.2 Manejo de Recaídas

Si durante el curso del tratamiento el paciente presenta recaída de su enfermedad, esta debe confirmarse con biopsia y efectuar la **etapificación completa**, (igual que al diagnóstico). Finalizada la etapificación iniciará el tratamiento con el protocolo de recaída **(Recomendación B)**.

Si durante el curso del tratamiento el paciente reúne los criterios para trasplante de médula ósea autólogo; el médico tratante del centro PANDA, presenta el caso clínico a la Subcomisión de TMO PANDA MINSAL, quién evalúa el caso. **(Recomendación B)**. Con acuerdo a los criterios establecidos en el protocolo Nacional de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos, este procedimiento se efectúa hasta el momento, en centros privados.

## 11.3 Recomendaciones para el Egreso del protocolo

- Rechazo de tratamiento por parte del paciente, en situación de interdicción, lo puede efectuar la familia.
- Solicitud de traslado al extrasistema
- Inasistencia o falta de adhesividad al tratamiento.
- Refratariedad al tratamiento.
- Fallecimiento

## BIBLIOGRAFÍA

1. Eccles M, Freemantle N, & Mason J 2001, "Using systematic reviews in clinical guideline development," in *Systematic Reviews in Health Care: Meta Analysis in Context*, 2nd edn, Egger M, Smith GD, & Altman D, eds., BMJ Publishing Group, Chatam, pp. 400-409.  
Ref ID: 3
2. Field MJ & Lohr KN 1992, *Guideline for Clinical Practice: from development to use*, National Academy Press, Washington DC.  
Ref ID: 1
3. Lohr KN 2004, "Rating the strength of scientific evidence: relevance for quality improvement programs", *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 16, pp. 9-18.  
Ref ID: 2
4. The AGREE Collaboration 2001, *EVALUACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA*;, Osteba,
5. Dpto. de Sanidad del Gobierno Vasco AGREE Instrument Spanish version, London.  
Ref ID: 4
6. Manual for staging of cancer. American joint Committee on cancer. Lippincott Company,
7. Philadelphia, 3° Ed. 1988:225
8. Pinkus GS. Needle biopsy in malignant lymphoma. *J Clin Oncol* 1996; 14:2415-6
9. Harris, NL., Jaffe, ES., Stein, H., et al. A revised European-American classification of lymphoid neoplasms: a proposal from the international Pinkus GS. Needle biopsy in malignant lymphoma. *J Clin Oncol* 1996; 14:2415-6
10. Harris, NL., Jaffe ES, Armitage JO, et al. Lymphoma classification: from REAL to WHO and beyond. *Cancer: Principles and Practice of Oncology Updates*. 1999; 13: 1-14

11. Pavlick, AC., Gerdes, H., et al. Endoscopic ultradound in the evaluation of gastric small lymphocytic mucosa-associated lymphoma tumor. *J Clin Oncol* 1997; 15: 1761-66
12. Harris, NL., Jaffe, ES., Armitage, JO., et al. Lymphoma classification: from REAL to WHO and beyond. *Cancer: Principles and Practice of Oncology Updates*. 1999; 13: 1-14.
13. Shore, T., Nelson, N., Weinerman, B., Meta-analysis of stages I and II Hodgkin's disease. *Cancer* 1990; 65:1155-60
14. Gralla, RL., Osoba, C., Kris, MG., Kirkbrige, P., Hesketh, PJ., Vhinnery, LW., ClarkSnow, R., Gill, DP., Groshen, S., Grunberg, S., Koeller, JM., Marrow, GR., Perez, EA., Silber, JH., Pfister, DG. Recommendations for the Use of Antiemetics: Evidence-Based, Clinical Practice Guidelines. *J Clin Oncol* 1999; 17(9): 2971-2994
15. Fisher, RI., Gaynor, ER., Dahlberg, S., et al. Comparison of a standard regimen (CHOP) with three intensive chemotherapy regimens for advanced non-Hodgkin's lymphoma. *N Engl J Med* 1993; 328:1002-6
16. Loeffler, PM., Brosteanu, O., Hasenclever, D., et al. Meta-analysis of chemotherapy versus combined modality treatment trials in Hodgkin's disease. *J Clin Oncol* 1998; 16:818-829
17. Haioun, C., Lepage, E., Gisselbrecht, C., et al. Survival benefit of high-dose therapy in poor-risk aggressive non-Hodgkin's lymphoma: final analysis of the prospective LNH87-2 protocol, a groupe d'Etude des lymphomas de L'Adulte study. *J Clin Oncol* 2000; 18:3025-30
18. Bonfante, V., Santoro, A., Viviani, S., et al. ABVD in the treatment of Hodgkin's disease. *Seminars in Oncology* 19 (2, Suppl 5): 38-45, 1992
19. Specht, L., Gray, RG., Clark, MJ., Peto, R. Influence of more extensive radiotherapy and adjuvant chemotherapy on long-term outcome of early-stage Hodgkin's disease: a meta-analysis of 23 randomized trials involving 3.888 patients. *J Clin Oncol* 1998; 16:830-843
20. Horning, SJ., Chao, NJ., et al. High dose therapy and autologous hematopoietic progenitor cells trnasplantatio for recurrent or refractory Hodgkin's disease: Analysis of the Stanford University results and prognostic indices. *Blood* 1997; 89:801-13.
21. Agepek, G., Ambider, RF., et al. Long term results of blood and marrow transplantation for Hodgkin's lymphoma. *J Clin Oncol* 2001; 19: 4314-24.
22. Eccles M, Freemantle N, & Mason J 2001, "Using systematic reviews in clinical guideline development," in *Systematic Reviews in Heath Care: Meta Analysis in Context*, 2nd edn, Egger M, Smith GD, & Altman D, eds., BMJ Publishing Group, Chatam, pp. 400-409.  
Ref ID: 3
23. Field MJ & Lohr KN 1992, *Guideline for Clinical Practice: from development to use*, National Academy Press, Washington DC.  
Ref ID: 1
24. Lohr KN 2004, "Rating the strength of scientific evidence: relevance for quality improvement programs", *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 16, pp. 9-18.  
Ref ID: 2
25. The AGREE Collaboration 2001, *EVALUACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA;* Osteba, Dpto. de Sanidad del Gobierno Vasco AGREE Instrument Spanish version, London.  
Ref ID: 4
26. Akehurst RL & Barnett D 2002, ***Guidance on the use of rituximab for recurrent or refractory Stage III or IV follicular non-Hodgkin's lymphoma Technology Appraisal Guidance - No. 37***, NICE, London.  
Ref ID: 6
27. Eastwood A, Kleijnen J, & Melville A 2003, *Guidance on Cancer Services Improving Outcomes in Haematological Cancers The Manual*, National Institute for Clinical Excellence, York.  
Ref ID: 1

28. Haward, R A, Richards MA, & Barrett J 2003, *Guidance on Cancer Services Improving Outcomes in Haematological Cancers The Manual* .  
Ref ID: 5
29. National Cancer GuidanceSteering Group. 2001, *Guidance for Commissioning Cancer Services Improving Outcomes in Haematological Cancers The Research Evidence*.  
Ref ID: 4
30. Richards, M., Armitage M, & Bridges J 2000, *Referral Guidelines for Suspected Cancer*, Department of Health NHS, UK, London.  
Ref ID: 2
31. SBU - The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care & Anders Ask, G. B. D. B. B. E. C.-S. J. C. J. E. N. E. U. F. P. F. J.-E. F. B. 2003, ***Critical Issues in Radiotherapy***, SBU.  
Ref ID: 7
32. The Royal College of Radiologists 2001, *Healthcare services for haematological cancers*.  
Ref ID: 3

## **ANEXOS**

**ANEXO 1 y 2 : RED ASISTENCIAL**

**ANEXO 3 : CONSENTIMIENTO INFORMADO**

## CENTROS PANDA DEL PAIS (18 )

Los centros PANDA, se ubican en los establecimientos de mayor complejidad de la red. Sus actividades se realizan en forma ambulatoria y de hospitalización cerrada.

En los 18 centros especializados en la atención de linfoma se desarrolla la confirmación diagnóstica, etapificación, tratamiento y seguimiento. **(Recomendación C).**

Hasta el momento los trasplantes de médula ósea autólogo, se ejecutan luego de su evaluación en la Subcomisión de TMO – PANDA MINSAL, a través de convenios con el sector privado.

Para la etapificación, esta integrado por un equipo de salud calificado: hematólogos, oncólogos médicos, radioterapeutas, anatómo patólogo, cirujano, enfermeras oncólogas, tecnólogo médico, laboratorio complejo PCR, Inmunohistoquímica, citogenética, técnicos paramédicos capacitados, horas nutricionista, asistente social; la concurrencia de otros especialistas según la situación del paciente. Es fundamental contar con el apoyo de horas psicólogo. **(Recomendación C).**

Para el tratamiento concurre un equipo integrado por: oncólogos médicos, hematólogos, radioterapeutas, la concurrencia de otros especialistas; enfermeras oncólogas, técnicos paramédicos capacitados, horas nutricionista, asistente social, químico farmacéutico y de horas psicólogos. La atención psicológica debe asistir, al enfermo, su familia y al equipo de salud. **(Recomendación C).**

Es recomendable mantener coordinación con el equipo de cuidados paliativos con el fin de evitar apoyar al paciente ante el gran estrés que provoca el tratamiento y ofrecer en todo momento alternativas paliativas **(Recomendación B)**

Cada centro comprende dependencias para atención ambulatoria formado por box de consultas, y sala multitarea para educar al propio paciente y su familia. Junto a lo anterior, dispone de unidad centralizada, de transito semirestringido para la atención de quimioterapia a pacientes ambulatorios, se pueden denominar Unidades de Oncohematología o bien sólo Oncológicas **(Recomendación B)**. Así también, para los casos que requieran de hospitalización cerrada, se requiere de habitación con cama integral de hospitalización. **(Recomendación C)**.  
de un área de hospitalización cerrada.

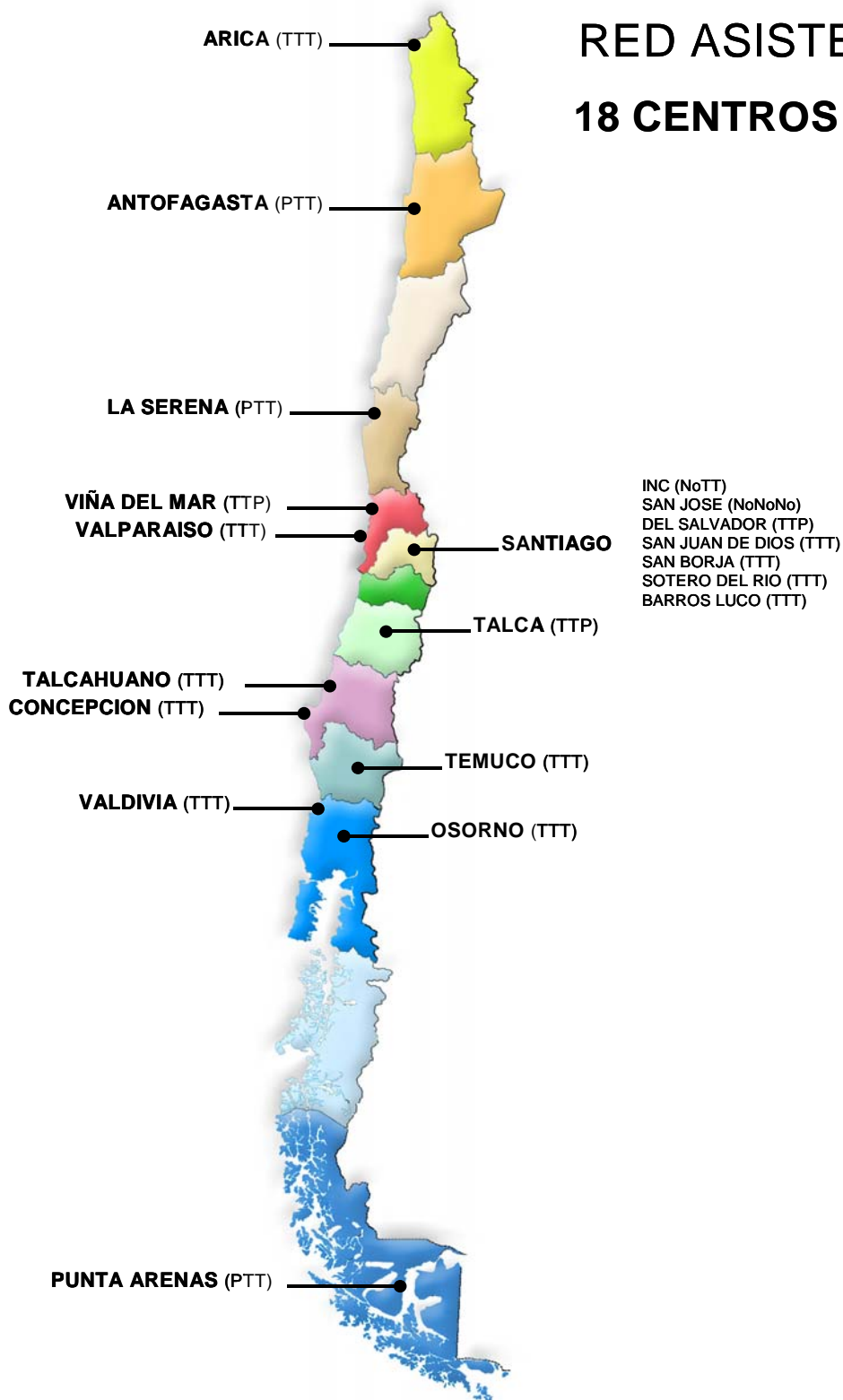
También debe disponer de unidad centralizada, para la preparación de Drogas Antineoplásicas y otra, también centralizada para disposición final de residuos peligrosos (drogas Antineoplásicas) **(Recomendación B)**. Así también

Desde el momento del ingreso; el hematólogo informará al paciente y su familia sobre las características del tratamiento y sus efectos adversos los que deberán estar contenidos en el proceso del Consentimiento Informado<sup>9</sup>; todo el equipo debe complementar este proceso. **(Recomendación C).**

---

<sup>9</sup> La responsabilidad de informar a cerca del tratamiento es responsabilidad ineludible del médico oncólogo.

# RED ASISTENCIAL 18 CENTROS PANDA



- 1.- ORDEN DE LAS SIGLAS: LEUCEMIAS, LINFOMAS TUMORES SOLIDOS
- 2.- SIGNIFICADO DE SIGLAS: T= TOTAL; P= PARCIAL; No= NO ACREDITADO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

1.- El médico especialista tratante Dr. .... me ha explicado claramente mi enfermedad, el pronóstico y las posibilidades de tratamiento.

2.- Sé que debo realizarme una serie de exámenes: de sangre, radiografías, ecotomografías entre otros; para el diagnóstico, tratamiento y el seguimiento de esta enfermedad.

3.- Se me ha explicado que seré tratado, según protocolo, .....con:

Cirugía, si ..... no ..... , Quimioterapia si ..... no ....., Radioterapia si ..... no ..... y

..... según el estadio o etapa de mi enfermedad.

4.- La cirugía tratará de eliminar el tumor canceroso, el que puede ser extirpado total o parcialmente. Para este procedimiento seré anestesiado general **si** ..... **no** ..... , regional **si** ..... **no** .....

5.- La Quimioterapia son medicamentos endovenosos u orales, anticancerosos, que tratan de controlar o curar mi enfermedad. Puede provocar efectos secundarios desagradables frecuentes y transitorios como: caída del cabello, o vómitos y náuseas, otros efectos menos frecuentes como úlceras bucales, anemia, infección, sangramiento, incluso ocasionalmente efectos graves como esterilidad y hasta la muerte.

6.- La radioterapia, consiste en la aplicación de radiación que trata de disminuir, total o parcialmente el tumor. Puede provocar efectos secundarios desagradables frecuentes y transitorios como: mareos, lesión local de la piel y mucosas, alteración del gusto, náuseas, vómitos y diarrea. Otros efectos menos frecuentes como úlceras bucales, anemia, molestias para orinar, y pérdida de la sensibilidad superficial.

7.- He comprendido que no todos los cánceres son curables en un 100% y que existe la posibilidad de recaída y también de no respuesta al tratamiento.

8.- Es posible que también requiera otro tipo de tratamientos, como transfusiones de sangre y/o plaquetas, antibióticos y otros.

9.- Se que puedo sentir dolor, el que siempre se tratará y que puede ser aliviado total o parcialmente.

10.- Doy mi consentimiento para seguir el tratamiento y las recomendaciones del especialista y equipo de salud, sí \_\_\_\_\_, no \_\_\_\_\_ .

En caso de optar por seguir el tratamiento, el equipo de salud me informará de cualquier cambio y se compromete a contestar mis consultas.

Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. De no aceptar el tratamiento, o retirarme en el curso de él, declaro haber sido informado de las posibles consecuencias para mi estado de salud y no perderé ninguno de los beneficios que tengo como paciente.

11.- Yo ....., declaro que he sido informado que tengo ....., y que he leído con detención cada detalle de este documento y me han aclarado todas mis dudas.

12.- Nombre paciente ..... Firma .....  
Nombre familiar (testigo)..... Firma .....  
Médico Dr. .... Firma .....  
Fecha .....

NOTA: Este formulario fue elaborado por Directorio PANDA, y consensuado por Unidad de Ética del Ministerio de Salud. Jornada Nacional 2000, Villa Alemana. Debe ser visado por Comité Hospitalario de ética de cada centro PANDA.