

Artículo original

Funcionalidad familiar en pacientes pediátricos con leucemia linfoblástica aguda

Family Functionality in Pediatric Patients with Acute Lymphoblastic Leukemia
Funcionalidade familiar em pacientes pediátricos com leucemia linfoblástica aguda

Sandra Aquiahuatl-Méndez,* Itzel Gutiérrez-Gabriel,** Eduardo Vázquez-Cruz***

Resumen

Objetivo: identificar la funcionalidad familiar en pacientes con leucemia linfoblástica aguda (LLA) de 1 a 15 años de edad. **Métodos:** estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo, realizado en la unidad de medicina familiar (UMF) no. 6, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), delegación Puebla, México; en el periodo comprendido de febrero a mayo de 2012, con una muestra no probabilística por cuotas de familias con pacientes pediátricos que tuvieran LLA. Se evaluó: APGAR familiar, FACES III, tipología familiar, ciclo evolutivo y nivel socio-económico; se integró una muestra de 79 familiares de pacientes con LLA. **Resultados:** la funcionalidad familiar de acuerdo con APGAR: familias funcionales, 77.2% (n=61); y familias con disfunción moderada, 22.8% (n=18); y de acuerdo con FACES III: familias balanceadas, 51.9% (n=41); familias en rango medio, 36.7% (n=29); y familias extremas, 11.4% (n=9). **Conclusiones:** en este estudio predominaron las familias funcionales (77.2%). Se propone que en las UMF en las que se identifiquen pacientes con LLA; se establezcan estrategias de orientación o en su caso terapia familiar.

Summary

Objective: identify the familiar functionality in patients with Acute Lymphoblastic Leukemia (ALL) from 1 to 15 years of age. **Methods:** observational, descriptive, cross-sectional and prospective study made at the Family Medicine Unit (FMU) no. 6, of the Mexican Institute of Social Security (IMSS), in Puebla, Mexico; from February to May 2012, non-randomized sample by family quotas with pediatric patients who had ALL. It was evaluated: Family APGAR, FACES III, type of family, developmental cycle and socio-economic status; a sample of 79 relatives of patients with ALL joined the sample. **Results:** family functionality according to APGAR: functional families, 77.2% (n=61); and families with moderate dysfunction, 22.8% (n=18); according to FACES III: balanced families, 51.9% (n=41); families in midrange, 36.7% (n=29); and extreme families, 11.4% (n=9). **Conclusions:** in this study there were more functional families (77.2%). It is proposed that in the Family Medicine Units (FMU) in which patients with ALL are identified; there are established orientation or family therapies where necessary.

Palabras clave: pacientes pediátricos, medicina familiar, leucemia linfoblástica aguda

Key words: Pediatric Patients, Family Medicine, Acute Lymphoblastic Leukemia

Palavras chave: pacientes pediátricos, medicina de família, leucemia linfoblástica aguda

Recibido: 30/9/13
Aceptado: 8/5/14

*Residente de la especialidad en Medicina Familiar. **Profesor titular del Curso semi-presencial de Medicina Familiar, unidad de medicina familiar (UMF) no. 6
***Coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud, UMF no. 6

Correspondencia:
Itzel Gutiérrez-Gabriel
itzel.gutierrez@imss.gob.mx

Este artículo debe citarse: Aquiahuatl-Méndez S, Gutiérrez-Gabriel I, Vázquez-Cruz E. Funcionalidad familiar en pacientes pediátricos con leucemia linfoblástica aguda. Aten Fam. 2015;22(1):7-9.

Resumo

Objetivo: identificar a funcionalidade familiar em pacientes com leucemia linfoblástica aguda (LLA) de 1-15 anos de idade. **Métodos:** estudo observacional, descritivo, transversal e prospectivo na unidade de medicina familiar (UMF) no. 6, do Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), Delegação Puebla, no México; no período de fevereiro a maio de 2012, com uma quota de amostra não-probabilística de famílias com pacientes pediátricos que possuem LLA. Foram avaliados: APGAR familiar, FACES III, tipo de família, ciclo de vida e nível sócio-econômico; uma amostra de 79 familiares de pacientes com LLA foi integrado. **Resultados:** de acordo com APGAR familiar: famílias funcionais, 77.2% (n= 61); e famílias com disfunção moderada, 22.8% (n= 18); de acordo com FACES III: famílias equilibradas, 51.9% (n= 41); famílias em situação média, 36.7% (n= 29); e as famílias extremas, 11.4% (n= 9). **Conclusões:** as famílias funcionais predominaram (77.2%). Propõe-se que nas UMF onde são identificados os pacientes com LLA se estabeleçam estratégias de orientação, como por exemplo, a terapia familiar.

Introducción

La leucemia linfoblástica aguda (LLA) es una neoplasia maligna caracterizada por una alteración citogenética que ocasiona la proliferación anormal monoclonal de células precursoras de la serie linfóide y que infiltra más de 25% de la médula ósea. Es la neoplasia maligna más frecuente en los niños y representa 25% de todos los tipos de cáncer en edad pediátrica.¹⁻⁵ En México, ocupa el séptimo lugar en cuanto a mortalidad en niños de uno a cuatro años, con una tasa de 3.2/100 000 habitantes, y en los niños de 5 a 14 años es la segunda causa de muerte, sólo después de los accidentes de tránsito, con una tasa: 2.7/100 000 habitantes. En el hospital infantil de México "Federico Gómez", la epidemiología es similar a la descrita en la literatura y se reciben más de 80 pacientes al año con diagnóstico de LLA.⁶⁻⁷

Las leucemias agudas en niños son los cánceres más frecuentes en niños mexicanos menores de 15 años, aparecen predominan-

temente durante la infancia y representan cerca de 77% de todas las leucemias en niños, mientras que para la población adulta sólo representa 15%. En México, los estudios que se han realizado muestran que la etapa más riesgosa para padecer este cáncer es desde los dos años hasta la adolescencia. Las leucemias agudas linfoblásticas se han incrementado durante los últimos años; mientras que en 1982 para la ciudad de México se reportaba una incidencia de siete casos por millón en niños menores de 15 años, en 1991 la cifra llegó a cerca de 22 y para el 2000 fue de 44 casos por millón,⁸ además, en algunas delegaciones del sur de la ciudad de México se ha reportado una tendencia al incremento más importante de este tipo de padecimientos. La incidencia de LLA en la ciudad de México es una de las más altas en todo el mundo, esta situación coincide con las poblaciones hispanas que viven en Estados Unidos de América, donde los niños hispanos de Los Ángeles, Florida y Texas tienen una mayor incidencia que otros grupos étnicos.⁹

La LLA constituye aproximadamente 11% de las leucemias, de las que 60% ocurren en niños, existe una leve preponderancia de los hombres sobre las mujeres y se calcula que en el año 2006 se diagnosticaron 3 930 casos nuevos de LLA en adultos (2 150 hombres y 1 780 mujeres) en los Estados Unidos, de forma similar, la enfermedad causará cerca de 1 500 muertes (900 hombres y 590 mujeres) en ese país.⁸⁻¹²

El objetivo de esta investigación fue identificar la funcionalidad familiar en pacientes con LLA de 1 a 15 años de edad, asimismo, describir las características socio demográficas de las familias de los pacientes con LLA de la unidad de medicina familiar (UMF) no.6 de Puebla, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo; muestra no probabilística por cuotas. Se entrevistó a 79 padres de familia de pacientes pediátricos con diagnóstico de LLA a través de los cues-

tionarios: APGAR familiar, FACES III, tipología familiar, ciclo evolutivo y método *Graffar*. La población estaba adscrita a la consulta externa de la UMF no. 6 del IMSS, durante el periodo comprendido del 1 de febrero al 31 de mayo de 2012.

Se efectuó un análisis descriptivo de la información obtenida en el que las variables cuantitativas se expresaron como media y desviación estándar, y las variables cualitativas como proporciones. Todos los procedimientos se realizaron conforme al reglamento de la Ley General de Salud en material de investigación en salud.

Resultados

De los 79 pacientes estudiados se obtuvo, con base en la edad, una moda de 15, la media fue de 9.71, la mediana de 10, una desviación típica 3.93 y una varianza de 15.49.

Se observó predominio del género masculino con 54% (n=43) del total de pacientes estudiados; en relación con la escolaridad del paciente encontramos que predominó el nivel "primaria incompleta" con 43% (n=34); respecto a la escolaridad del padre de familia predominó "secundaria" con 59.5% (n=47); las ocupaciones laborales de los padres fueron: labores del hogar, 44.3% (n=35); campesino, 1.3% (n=1); obrero, 19% (n=15); y empleado, 35.4% (n=28). Como medios de subsistencia se mencionaron: agrícolas y pecuarios, 2.5% (n=2); industrial, 10.1% (n=8); comercial, 20.3% (n=16); y de servicios, 67.1% (n=53). En relación con el nivel socio-económico de acuerdo con el método *Graffar* se encontró: nivel medio alto, 6.3% (n=5); nivel medio bajo, 51.9% (n=41); obrero, 40.5% (n=32); y marginal, 1.3% (n=1); se determinó pobreza familiar nivel 1 en el total de la muestra (100%).

Respecto al estado civil de los padres la mayoría fue casado, 97.4% (n=77); los resultados que se encontraron en cuanto a la tipología familiar fueron: nuclear simple, 92.4% (n=73); nuclear numerosa, 6.3% (n=5); y monoparental, 1.3% (n=1). Del total, 98.7% fue de núcleos familiares inte-

grados (n=78) y 1.3% (n=1) de núcleo no integrado. Predominó la etapa procreativa en 97.5% (n=77), respecto a la etapa de dispersión que fue de 2.5% (n=2).

Los resultados de funcionalidad familiar de acuerdo con APGAR familiar fueron: familia funcional, 77.2% (n=61); familias con disfunción moderada, 22.8% (n=18); no se encontraron familias con disfunción grave. La funcionalidad familiar de acuerdo con FACES III fue: familia balanceada, 51.9% (n=41); familia en rango medio, 36.7% (n=29); y familia extrema 11.4% (n=9).

Discusión

En cuanto a las limitaciones del estudio, concordamos con Castillo y cols.,⁸ pues en el presente trabajo no se integró una muestra aleatoria; además, la muestra fue pequeña, por lo que sería necesario reclutar más pacientes para dar mayor poder explicativo al estudio. Es importante señalar que se observó que los hogares de pacientes pediátricos con leucemia cuentan con redes de apoyo que, frecuentemente, contribuyen con préstamos y aportaciones directas durante la hospitalización del enfermo. En el presente estudio no se exploró a profundidad este aspecto; por ejemplo, en la investigación de Rocha-García y cols.,¹³ se reportó que 17.8% de los pacientes tuvo que endeudarse para cubrir los gastos de la hospitalización.

La leucemia en menores de 15 años, cuando es tratada en forma adecuada, puede remitir clínicamente. En un estudio realiza-

do en la ciudad de Puebla,¹³ se informó que niños con LLA pueden tener una sobrevivencia de hasta cinco años. Lobato-Mendizabal y cols.¹⁴ reportaron que en los primeros dos años posteriores al diagnóstico de leucemia se espera un promedio de seis periodos de hospitalización, antes de la estabilización de los pacientes, cada uno de ellos con duración diversa; así como en el número de visitas a control durante la remisión, proceso que, en promedio, se prolonga hasta tres años o más en algunos casos. Esta situación hace especialmente relevante la pregunta que se deduce de los resultados de la presente investigación, la disfunción moderada que presentaron 18 familias, ¿fue a expensas de la LLA de su hijo, o bien, esta ya existía previamente? Este sería un tópico de interés para estudiar en familias con pacientes que tienen leucemia y son atendidos tanto en hospitales como en UMF.

Proponemos que en las UMF en las que se identifiquen pacientes con LLA se establezcan estrategias para realizar sesiones de apoyo en las que se ofrezca orientación familiar o en su caso, terapia familiar; y se eduque a la familia sobre el cuidado de su paciente a fin de evitar factores de riesgo que faciliten infecciones y que pudieran condicionar complicaciones en los niños con LLA.

Referencias

1. Jiménez BR. Historia e investigación de la leucemia en Costa Rica. *Rev Biol Trop*. 2004;52(3):559-69.

2. Mejía AJ. Epidemiología de la LLA infantil. *Revista de Hematología*. 2010;11(1):35-6.
3. Martínez BO. Leucemias y radiación. Juicio causal según los criterios de Sir Austin Bradford Hill. *Rev Fac Med*. 2010;58(3):236-49.
4. Pearce JM, Sills RH. Childhood leukemia. *Pediatr Rev*. 2005;26:96-104.
5. Clarke SA, Eiser C. The measurement of health-related quality of life (QOL) in paediatric clinical trials: A systematic review. *Health Qual Life Outcomes*. 2004;2:66-70.
6. Enciso L, Rodríguez M, Del Socorro GJ, y cols. Consenso Colombiano sobre el tratamiento de la LLA en adultos. *Rev Colomb Cancerol*. 2006;10(1):7-35.
7. Castañeda HJ. Leucemia linfoblástica aguda. *Revista Médica [Internet]*. 2009;4(1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2009/md094c.pdf>
8. Castillo MD, Juárez VL, Medina SA, et al. Calidad de vida en niños con LLA durante la inducción a la remisión mediante el Peds QL Cáncer Module. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2009;66:410-8.
9. Dosne PC. Tratamiento de la leucemia mieloide crónica con Imatinib. *Medicina Buenos Aires*. 2010;70(3):293-6.
10. Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida en el adolescente con enfermedad crónica. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2001;58:399-408.
11. González BM. Consecuencias psicológicas en pacientes con leucemia mieloide crónica pre-transplante. *El Portal de la Salud*. 2011;21-37.
12. Castro JM, Orozco VL. Epidemiología de la LLA en pediatría: incidencia mortalidad y asociaciones causales. *Salud UIS*. 2007;39:116-23.
13. Rocha-García, Hernández-Peña, Ruiz-Velazco, Avila-Burgos, Marín-Palomares, Lazcano-Ponce. Gasto de hogares durante la hospitalización de menores derechohabientes, con diagnóstico de leucemia, en dos hospitales en México. *Salud Pública Méx [Internet]*. 2003[citado 2014 Agosto 04]; 45(4):285-92. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000451>
14. Lobato-Mendizabal E, Ruiz-Argüelles G, Marín-López A. Leukemia ad nutrition. Malnutrition is an adverse prognostic factor in the outcome of treatment of patients with standard-risk acute lymphoblastic leukemia. *Leuk Res*. 1989;13(10):899-906.