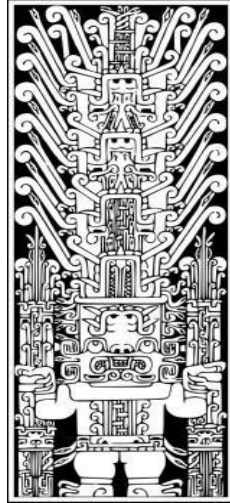


UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA “HIPOLITO UNANUE”

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

OFICINA DE GRADOS Y TITULOS



**CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y CLINICAS DE PACIENTES  
CON LINFOMAS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNÁNUE EN EL  
PERIODO 2012 AL 2017**

EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH  
LYMPHOMA IN THE NATIONAL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE IN THE  
PERIOD 2012 TO 2017

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

RAMÓN VEGA JOSÉ ALFREDO

ASESOR:

DRA. ROSA VELASCO VALDERAS

LIMA – PERÚ

2018



## DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a todas las personas que de algún modo contribuyeron a que sea lo que de ahora en adelante me convertiré, siendo la familia el principal motor de avance y lucha en este gran camino de constante lucha y dedicación, a las grandes amistades que uno hizo en la vida y las cuales fueron el bastón de apoyo en momentos álgidos de la carrera, la carcajada de vida cuando se andaba en el oscuro tramo de la depresión y el estrés que ocasionaban las largas jornadas de estudio e internado, a los grandes maestros que me enseñaron que la clave del éxito y de la medicina es estudiar, estudiar y estudiar, y sobre todo a los pacientes que sin ellos y su gran necesidad hacia ellos de tratar de sanar, aliviar o consolar su dolor en esta gran encrucijada a la cual se enfrentan día a día y que es el cáncer en toda su gran variedad y sin la cual no hubiera surgido la gran idea para terminar así este gran ciclo de estudios y aprendizaje, a todos ellos gracias, por convertirme en lo que seré de ahora en adelante un humanista en un mundo deshumanizado que tratará de dar lo mejor de sí para tratar de cambiar a la humanidad.

## INDICE

RESUMEN .....	i
ABSTRACT .....	ii
1. INTRODUCCION .....	1
1.1.ANTECEDENTES .....	1
1.2.PROLEMA .....	10
1.3.OBJETIVOS .....	11
2. METODOLOGIA .....	11
2.1.TIPO Y DISEÑO GENERAL DE ESTUDIO .....	11
2.2.UNIVERSO DE ESTUDIO, SELECCIÓN Y TAMAÑO DE MUESTRA, METODO DE MUESTREO, VARIABLES QUE DEFINEN EL ESTUDIO...	12
2.3.PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION, INSTRUMENTOS A UTILIZAR Y MÉTODOS PARA EL CONTROL DE CALIDAD DE DATOS .....	18
2.4.PROCEDIMIENTO .....	18
2.5.PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS EN LAS INVESTIGACIONES CON SUJETOS HUMANOS .....	19
2.6.MÉTODOS Y MODELOS DE ANÁLISIS DE LOS DATOS SEGÚN TIPO DE VARIABLES .....	20
3. RESULTADOS .....	20
4. DISCUSION .....	64
5. CONCLUSIONES .....	76
6. RECOMENDACIONES .....	78
7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	79

## RESUMEN

**Introducción:** El linfoma es un tipo de cáncer que tiene origen en las células del sistema inmunitario, dividiéndose en linfoma Hodgkin (LH) y en linfoma no Hodgkin (LNH) que incluye un grande y diverso tipo de cánceres. **Objetivo:** Determinar las características epidemiológicas y clínicas de pacientes con linfomas en el Hospital Nacional Hipólito Unánue (HNHU). **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal en pacientes con diagnóstico de linfoma en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2012 – 2017. **Resultados:** La población constituyó 266 pacientes (4,1%), las cuales después de criterios de exclusión, la muestra constituyó 148 pacientes, con predominio en la edad de 60-70 años (17,7%) y sexo masculino (65,5%). El lugar más frecuente de nacimiento y procedencia fue Lima con 38,7% y 53,4% respectivamente. Entre los antecedentes, las enfermedades crónicas fueron las más frecuentes. La presentación clínica más frecuente fue la sensación de alza térmica, adenomegalia y pérdida de peso con 15,5%, 62,8% y 14,2% respectivamente. El LNH representó el 95,9%. La localización más frecuente fue la ganglionar (85,8%), siendo la región cervical (30,4%) la mayoría. El estadio más frecuente fue el estadio III (39,9%). En función al tratamiento, el esquema CHOP (27%) fue el más frecuente para el LNH, mientras que para LH se utilizó ABVD (1,4%) y BHOP (1,4%). El tiempo de sobrevida posterior al tratamiento a 3 años fue el 20,9%. **Conclusión:** Los pacientes con linfomas en el HNHU poseen semejantes características a las reportadas a nivel mundial.

**Palabras claves:** Linfoma, epidemiología, clínica, tratamiento

## ABSTRACT

**Introduction:** Lymphoma is a type of cancer that originates in the cells of the immune system, dividing into Hodgkin lymphoma (LH) and non-Hodgkin lymphoma (NHL) that includes a large and diverse type of cancer. **Objective:** To determine the epidemiological and clinical characteristics of patients with lymphomas in the Hipólito Unánue National Hospital (HNHU). **Methodology:** A descriptive, retrospective, cross-sectional study was conducted in patients diagnosed with lymphoma in the Hipólito Unanue National Hospital in the period 2012 - 2017. **Results:** The population constituted 266 patients (4.1%), which after criteria of Exclusion, the sample constituted 148 patients, with predominance in the age of 60-70 years (17.7%) and male sex (65.5%). The place of birth and most frequent origin was Lima with 38.7% and 53.4% respectively. Among the antecedents, chronic diseases were the most frequent. The most frequent clinical presentation was the sensation of thermal rise, adenomegaly and weight loss with 15.5%, 62.8% and 14.2% respectively. The NHL represented 95.9%. The most frequent location was the lymph node (85.8%), being the cervical region (30.4%) the majority. The most frequent stage was stage III (39.9%). Depending on the treatment, the CHOP scheme (27%) was the most frequent for NHL, while for LH, ABVD (1.4%) and BHOP (1.4%) were used. The survival time after treatment at 3 years was 20.9%. **Conclusion:** Patients with lymphomas in HNHU have characteristics similar to those reported worldwide.

**Keywords:** Lymphoma, epidemiology, clinic, treatment

# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1 ANTECEDENTES:

El linfoma es un tipo de cáncer que tiene origen en las células del sistema inmunitario, siendo dos grandes las categorías que abarca esta definición, una es el linfoma Hodgkin que se caracteriza histológicamente por la presencia de células de Reed-Sternberg, siendo la otra el linfoma no Hodgkin que incluye un grande y diverso tipo de cánceres del sistema inmunitario.<sup>1,15</sup>

El linfoma no Hodgkin (LNH) es un tipo de cáncer que se origina de los linfocitos provenientes del sistema inmunitario, que tiene su distribución en el cuerpo en el sistema linfático, por lo tanto este tipo de linfomas pueden originarse en distintas partes del cuerpo como ganglios linfáticos, bazo, médula ósea, timo, adenoides y amígdalas, tracto digestivo, siendo por tal motivo la sintomatología y sinología diversa; por otro lado el LNH puede crecer y propagarse a distintas velocidades dependiendo del subtipo que sea, por ejemplo los llamados “linfomas indolentes” crecen y se propagan lentamente y puede que no requieran tratamiento inmediato y solo requieran seguimiento riguroso, siendo en EE.UU el más frecuente de este tipo el linfoma folicular, otros por ejemplo; los llamados “linfomas agresivos” crecen y se propagan rápidamente y generalmente requieren tratamiento precoz, siendo en EE.UU el más frecuente de este tipo el linfoma difuso de células B grandes (LDCBG).<sup>2,14</sup>

El linfoma de Hodgkin (LH) es un tipo de linfoma que también proviene del sistema linfático, que es el sistema encargado de combatir las infecciones además de ayudar

cardiovascular, este sistema está conformado principalmente por células llamadas linfocitos, siendo los dos principales subtipos, el linfocito B que son los encargados de la producción de anticuerpos las cuales combaten bacterias y virus, y el linfocito T que destruyen los gérmenes y algunas células anómalas del cuerpo. De igual forma que el linfoma no Hodgkin, este tiene tipos y subtipos, el linfoma de Hodgkin clásico representa cerca del 95% de los linfomas Hodgkin en los países desarrollados, identificándolas histológicamente con las células de Reed-Sternberg, que generalmente son linfocitos tipo B y que los encontramos en los ganglios linfáticos agrandados, tiene cuatro subtipos, siendo el LH con esclerosis nodular el subtipo más común en los países en desarrollo, teniendo como grupo etario a adolescentes y adultos jóvenes tendiendo a originarse en los ganglios linfáticos del cuello o tórax, el segundo subtipo es LH con celularidad mixta, siendo el segundo subtipo más común y que su grupo etario son los adultos mayores y que se origina en los ganglios linfáticos del hemicuerpo superior, el tercer subtipo pertenece al LH con predominio linfocitario que también se presenta en el hemicuerpo superior y que rara vez se encuentra en más de unos cuantos ganglios linfáticos, y finalmente el cuarto subtipo es el LH con depleción linfocitaria, que se presenta en el grupo etario de adultos mayores, es el menos común y por ende que al momento del diagnóstico el cáncer ya esté en una estadio avanzado, afecta principalmente a los ganglios linfáticos del abdomen, bazo, hígado y medula ósea. El otro 5% de los linfomas Hodgkin representa el Linfoma Hodgkin con predominio linfocitario nodular (LHPLN), el tipo celular histológico son las células grandes llamadas “células popcorn” las cuales son variantes de las células de Reed-Sternberg, por lo general este tipo de LH se originan en los ganglios linfáticos del cuello y del bazo,

presentándose más en hombres que en mujeres, sin tener preferencia por un grupo etario específico.<sup>3,16</sup>

En el año 2008, la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó la clasificación de los tumores hematopoyéticos y linfoides, dando las pausas respectivas para cada una de ellas, sin embargo en los últimos años se han ido produciendo importantes avances con implicaciones clínicas y biológicas, variando un poco la clasificación establecida en ese año; en el año 2014 se realizó una reunión del Comité Asesor Clínico para obtener el asesoramiento y consentimiento por parte de hematólogos y oncólogos clínicos y otras especialidades médicas para la revisión de dicha clasificación, estableciéndose de tal forma, la siguiente clasificación: <sup>4, 11</sup>

TABLA 1, CLASIFICACION DE LA OMS DE NEOPLASIAS LINFOIDES MADURAS, HISTIOCITICAS Y DENDRITICAS<sup>11,13</sup>

<b>NEOPLASIAS DE CELULAS B MADURAS</b>	Linfoma de células T intestinal monomórfico epitelio trófico*
Leucemia linfocítica crónica/linfoma linfocítica pequeña	Desorden linfoproliferativo de células T indolentes del tracto gastrointestinal*
Linfocitosis monoclonal de células B*	Linfoma de células T hepatoesplénica
Leucemia prolinfocítica de células B	Linfoma de células T similar a paniculitis subcutáneo
Linfoma de la zona marginal esplénica	Micosis fungoide
Linfoma de células peludas	Síndrome de Sezary
No clasificado, leucemia/linfoma de células B esplénica	Desorden cutáneo primaria proliferativo de células T CD 30
Linfoma de células B pequeñas de medula roja difusa esplénica	Papulosis linfomatoidea
Variante de leucemia de células peludas	Linfoma cutáneo primaria de células grandes anaplásica
Linfoma linfoplasmocítica	Linfoma cutáneo primaria de células T
Macroglobulinemia de Waldstrom	Linfoma cutáneo primaria de células T citotóxica epidemiotrófica agresiva CD8 *
Gamma patia monoclonal de significancia indeterminada (MGUS), IGM*	Linfoma primario cutánea acral de células T CD8

Enfermedad de cadena pesada $\mu$	Desorden linfoproliferativo cutáneo primaria de células T pequeñas/medianas CD4*
Enfermedad de cadena pesada $\gamma$	Linfoma de células T periféricas, NOS
Enfermedad de cadena pesada $\alpha$	Linfoma de células T angioinmunoblástica
Gammapatía monoclonal de significancia indeterminada (MGUS), Ig G/A*	Linfoma de células T folicular
Mieloma de células plasmáticas	Linfoma de células T periférico nodal con fenotipo TFH *
Plasmocitoma solitario de hueso	Linfoma de células grandes anaplásico, ALK
Plasmocitoma extra óseo	Linfoma de células grandes anaplásicos asociada a implante mamario*
Enfermedades de depósito de inmunoglobulina monoclonal*	<b>LINFOMA DE HODGKIN</b>
Tejido linfoideo asociado a mucosa de linfoma de zona marginal extra nodal (linfoma MALT)	Linfoma de Hodgkin linfocito nodular predominante
Linfoma de zona nodal marginal	Linfoma de Hodgkin clásico
Linfoma de zona nodal marginal pediátrica	Linfoma de Hodgkin clásico escleronodular
Linfoma folicular	Linfoma de Hodgkin clásico rico en linfocitos
Neoplasia folicular In situ*	Linfoma de Hodgkin clásico de celularidad mixta
Linfoma folicular tipo duodenal*	Linfoma de Hodgkin clásico de linfocitos disminuidos
Linfoma folicular tipo pediátrico	<b>DESORDENES LINFOPROLIFERATIVOS POST TRANSPLANTE (PTLD)</b>
Linfoma de células tipo B grandes con IRF4 reordenado*	Hiperplasia plasmocítica PTLD
Linfoma de centro folicular cutáneo primaria	Mononucleosis infecciosa PTLD
Linfoma de células del manto	Hiperplasia folicular florida PTLD*
Neoplasia de células del manto In situ*	Polimórfico PTLD
Linfoma de células tipo B grande difuso (DLBCL), NOS	Monomórfico PTLD (Células tipo NK/B y T)
Tipo células B de centro germinal*	Linfoma Hodgkin clásico PTLD
Tipo células B activados*	<b>NEOPLASIA DE CELULAS HISTIOCITICAS Y DENTRITICAS</b>
Linfoma de células B grandes rico en células T/histicitos	Sarcoma histiocítica
DLBCL primario del sistema nervioso central (CNS)	Histiocitosis de células de Langerhans
DLBCL cutáneo primaria tipo pierna	Sarcoma de células de Langerhans
EBV DLBCL, NOS*	Tumor de células dendríticas indeterminadas
EBV úlcera mucocutáneo*	Sarcoma de células dendríticas indeterminadas
DLBCL asociada con inflamación crónica	Sarcoma de células dendríticas foliculares
Granulomatosis linfomatiodea	Tumor de células fibroblásticas reticulares
Linfoma de células B grandes mediastinal primaria (timo)	Xantogranuloma juvenil diseminado
Linfoma de células B grande intravascular	Enfermedad de Erdheim-Chester*
ALK linfoma de células B grande	
Linfoma plasma plástico	
Linfoma de efusión primaria	

\*Cambios de la clasificación del 2008

Tesis publicada con autorización del autor  
No olvide citar esta tesis

**UNFV**

HHV8, DLCBL, NOS*
Linfoma de Burkitt
Linfoma similar a Linfoma de Burkitt con aberración 11q*
Linfoma de células B de alto grado, con MYC y BCL2 y/o BCL6 con reordenamiento*
Linfoma de células B de alto grado, NOS*
Linfoma de células B, inclasificable, con características intermedias entre DLBCL y linfoma Hodgkin clásico
<b>NEOPLASIA DE CELULAS T MADURA Y CELULAS NK</b>
Leucemia prolinfocítica de células T
Leucemia linfocítica granular de células T grandes
Desorden proliferativo crónico de células NK
Leucemia de células NK agresivo
Linfoma de células T sistémico EBV de la infancia*
Desorden linfoproliferativo similar a hidro vacciniforme*
Linfoma/leucemia de células T adultas
Linfoma de células NK/T extranodal tipo nasal
Linfoma de células T asociado a enteropatías

En el Perú, El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SNVE) es el ente responsable de dar a conocer los datos epidemiológicos de diferentes patologías; siendo en el año 2013 el último informe escrito publicado y en las cuales dan a conocer las cifras de los últimos años. En el reporte “Análisis de la situación del cáncer en el Perú 2013”, informan que el 63,1% de los casos notificados de cáncer en el Perú fueron dados por la DISA de Lima, siendo seguidos por la DIRESA de La Libertad con un 8,1%, DIRESA Lambayeque con un 6,8%; DIRESA Callao con 4,3% y DIRESA Huánuco 2,2%; dentro de la DISA de Lima, la DISA Lima ciudad reportó 70 181 casos, siendo seguido por la DISA Este con 2021 casos, lo cual denota la diferencia abismal entre ambos. En otro apartado de este reporte, informan sobre los métodos de diagnóstico y tamizaje, siendo las técnicas microscópicas que

Tesis publicada con autorización del autor  
No olvide citar esta tesis

**UNFV**

hematológicas el principal método diagnóstico con un 68,4% (siendo 57,4; 9,5% y 1,5%, los porcentajes respectivos para cada método); por otro lado los cánceres diagnosticados por el certificado de defunción fueron un 17,6%, lo que refleja el deficiente sistema de salud actual; el diagnóstico clínico abarcó un 4,9% y finalmente el diagnóstico por imágenes sólo fue el 1,9%.<sup>5,7,9</sup>

Para el año 2011, se habían registrado un total de 841 133 egresos hospitalarios, de las cuales 19 563 (2,3%) correspondieron a los casos de cáncer, siendo más frecuente en el sexo femenino, haciendo una comparación con el año 2006, hubo un incremento relativo, ya que ese año registraron 18 434 egresos hospitalarios por cáncer, lo que representó en términos relativos un 6,1%; lo que podría haber indicado que aumentaron los casos de cáncer en el país o un incremento del acceso de salud al ámbito oncológico o un incremento de la población con acceso a servicios de salud. En otro apartado, detallan sobre la mortalidad, la cual constituye uno de los aspectos más importantes para la evaluación de la efectividad de las intervenciones orientadas al diagnóstico temprano implementadas por los programas/ estrategias de prevención y control del cáncer, pero existen limitaciones inherentes al uso de este método estadístico por el subregistro de las defunciones que se dan en los países; para el informe del “Análisis de la situación del cáncer en el Perú 2013” se registraron datos a nivel nacional las cuales fueron realizadas por la OGEI-MINSA, las cuales obtuvieron sus resultados mediante estimaciones y corrección de los subregistros de la mortalidad conforme a la metodología establecida por Organización Panamericana de la Salud (OPS), siendo tal la evaluación de 5 años (2007 - 2011), las cuales observaron un ligero incremento

en el año 2008, la cual podría explicarse por el incremento del cáncer a nivel nacional, el crecimiento y/o envejecimiento poblacional, este crecimiento fue simétrico tanto en el sexo masculino como el femenino, siendo un 66,4% en el sexo femenino y un 74,2% en el sexo masculino, teniendo un predominio en los mayores de 80 años con un 23,8% para el sexo femenino y un 23,7% para el sexo masculino, para el caso de los linfomas, la tasa de mortalidad ajustada para la neoplasia maligna de tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos fue de 4,1% (572 casos) para el sexo femenino, de 5,9% (891 casos) para el sexo masculino y de 5,1% (1453 casos) del total de casos de cánceres para el año 2011.<sup>5,7</sup>

La tasa ajustada de mortalidad por cáncer superó el valor nacional en 12 departamentos en el año 2011, obteniéndose los valores más altos en sierra y la selva, ubicándose en el primer lugar Huánuco con 150,0 por 100 000, Amazonas con 137,4 por 100 000, Huancavelica 133,3 por 100 000, Pasco 128,2 por 100 000 y Junín 125,0 por 100 000. Para el mismo año, la de defunción estimada (corregido el subregistro) por cáncer fue de 30 832 defunciones a nivel nacional, de todos los casos, 15 854 (51,4%) casos correspondieron al sexo masculino, 14 978 (48,6%) al sexo femenino; según el grupo de neoplasias, 15,8% correspondieron a cáncer de estómago, 10,9% a hígado y vías biliares, 9,9% a pulmón, tráquea y bronquios, 4,7% a neoplasia maligna de tejido linfático y otros órganos hematopoyéticos, siendo su tasa ajustada de ésta última 5,1%; siendo su evolución en los últimos 11 años, con una ligera tendencia al decremento desde un 6,3% en el año 2000.<sup>5,8</sup>

Otro apartado del “Análisis de la situación del cáncer en el Perú 2013” es la carga de enfermedad por cáncer (CEC), las cuales se miden por el número total de años

nacional, de las cuales 418 960 pertenecieron a enfermedades neoplásicas, constituyendo el 8,0% del total, siendo superado por enfermedades neuropsiquiátricas, las lesiones no intencionales, las condiciones perinatales y las enfermedades vasculares, además la carga de enfermedad es proporcional a la incidencia de las neoplasias, lo que explica la mayor proporción en el sexo femenino que en el masculino (9,3% vs 6,8%), analizando la carga de enfermedad según la tasa de AVISA, los tumores malignos representan la cuarta causa, con una pérdida de 15,8 por cada 1000 habitantes, los tres principales cánceres fueron el de estómago, hematológicos (leucemias) y cérvix, ubicándose en el noveno lugar los linfomas.<sup>5,8</sup>

En el año 2011, se realizó una evaluación en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, de las características de los linfomas, obteniéndose resultados similares a los encontrados en el “Análisis de la situación del cáncer en el Perú 2013”, agregando el valor clínico y patológico, siendo la sintomatología más frecuente la pérdida de peso y la presencia de linfadenopatías (40,5 y 3,7% respectivamente) y el estadio clínico I y II en un 55,08% de los pacientes; siendo la localización más frecuente la ganglionar con un 55,1%, seguida de la extraganglionar, con un 15,2% a nivel gastrointestinal y piel 10,8%, además de que el inmunofenotipo B estuvo presente en un 57,8% dentro de los linfomas no Hodgkin, y el patrón histológico más frecuente fue el de células grande difuso con un 35,8%, mientras que el linfoma de Hodgkin estuvo presente en un 14,08% del total de casos; por otro lado, el 78,12% de los pacientes tuvieron respuesta completa y parcial de la enfermedad, siendo tratada con ABVD (adriamicina, bleomicina, vincristina y dacarbazina) con

90,97% de respuesta completa y parcial al tratamiento para el linfoma de Hodgkin, además sólo reportaron un 23,45% de pacientes fallecidos.<sup>6, 10, 17</sup>

Según el “Registro de Cáncer de Lima Metropolitana, incidencia y mortalidad 2010-2012” refieren que para el período del 2010 – 2012, ocurrió 2907 nuevos casos de linfoma no Hodgkin entre la población de Lima Metropolitana, con una tasa de incidencia de 10,4 casos por 100 000 habitantes, representando el 4,8% de todas las neoplasias malignas, siendo el 52,2% de los casos del sexo masculino, así mismo fue el cuarto tipo de cáncer más frecuente tras el cáncer de pulmón; por otro lado, el linfoma no Hodgkin fue la sexta causa de muerte por cáncer en Lima Metropolitana, registrándose 1372 casos, con una tasa de mortalidad de 4,8 por 100 000 habitantes. Además, el riesgo acumulado de desarrollar esta enfermedad se incrementa con la edad, siendo para los 74 años de edad, 1,24% para hombres (1 de cada 81 hombres) y 0,99% para mujeres (1 de cada 101 mujeres), con una verificación histológica del 91% de los casos, con la cual el riesgo de desarrollar esta enfermedad estaría relacionado con la deficiencia del sistema inmune, vulnerabilidad frente a agentes infecciosos, alteraciones propias del envejecimiento y/o su dificultad de reparación de las cadenas de ADN en el grupo de edad de 50 años o más.<sup>7,8</sup>

En el período 1994-1997, hubo una tasa de incidencia de linfoma no Hodgkin de 8.34 casos por 100 000 habitantes en el sexo masculino, mientras que en el sexo femenino fue de 7,54 casos por 100 000 habitantes, incrementándose estos casos para el período 2010-2012 a 11,91 por 100 000 habitantes para el sexo masculino y

tiempo no hubo mucha variabilidad en relación con la mortalidad, ya que para el primer período ya mencionado la tasa de mortalidad fue de 5,32% para el sexo masculino y 4,04% para el sexo femenino, incrementándose éstas a 5,86% y 3,98% para ambos sexos respectivamente para el período 2010-2012 <sup>7,9,12</sup>

## **1.2 PROBLEMA:**

¿Cuáles son las características epidemiológicas y clínicas de pacientes con linfomas en el Hospital Nacional Hipólito Unánue en el periodo 2012 al 2017?

### **HIPÓTESIS**

#### **HIPOTESIS ALTERNA**

- Las características epidemiológicas y clínicas de pacientes con linfomas en el Hospital Nacional Hipólito Unánue son similares a la de otros centros de salud a nivel Nacional e Internacional

#### **HIPOTESIS NULA**

- Las características epidemiológicas y clínicas de pacientes con linfomas en el Hospital Nacional Hipólito Unánue no son similares a la de otros centros de salud a nivel Nacional e Internacional

### 1.3 OBJETIVOS:

#### Objetivo General

- Determinar las características epidemiológicas y clínicas de pacientes con linfomas en el Hospital Nacional Hipólito Unánue

#### Objetivos Específicos

- Determinar las características epidemiológicas de pacientes con linfomas en el Hospital Nacional Hipólito Unánue
- Determinar las características clínicas de pacientes con linfomas en el Hospital Nacional Hipólito Unánue
- Clasificar y determinar su localización primaria de los linfomas de los pacientes en el Hospital Nacional Hipólito Unánue
- Determinar el estadiaje clínico de los pacientes con linfomas en el Hospital Nacional Hipólito Unánue
- Determinar el porcentaje de pacientes con linfomas que recibieron tratamiento en el Hospital Nacional Hipólito Unánue
- Determinar el porcentaje de pacientes con linfomas que sobreviven a un determinado período de tiempo

## 2. METODOLOGIA

### 2.1. TIPO Y DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio desde enero del 2012 hasta octubre del 2017, para definir

Tesis publicada con autorización del autor  
No olvide citar esta tesis

las características epidemiológicas y clínicas de pacientes con linfomas y que:

**UNFV**

- Según el período y secuencia de estudio: Estudio retrospectivo.
- Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de información: Estudio transversal.
- Según análisis de los resultados: Estudio descriptivo

## **2.2 UNIVERSO DE ESTUDIO, SELECCIÓN Y TAMAÑO DE MUESTRA, METODO DE MUESTREO, VARIABLES QUE DEFINEN EL ESTUDIO**

El universo, estaba constituido por todos los pacientes portadores de algún tipo de tumoración benigna y/o cáncer que acudieron al Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los años 2012 – 2017, mientras que la población y muestra de estudio la constituyó, todos los pacientes portadores de Linfoma que fueron diagnosticados mediante biopsia en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los años 2012 – 2017.

Se excluyeron del estudio a los pacientes con diagnóstico presuntivo de linfoma en quienes no se realizó biopsia, pacientes con diagnóstico de otros tipos de tumores benignos y malignos y a pacientes con información incompleta y/o poco fiable de sus historias clínicas.

### **METODO DE MUESTREO UTILIZADO**

El tipo de método usado fue el muestreo no probabilístico de subtipo muestreo discrecional, ya que se basó en el grado de conocimiento de la cantidad de pacientes que tuvieron el diagnóstico confirmatorio de linfoma, mediante la revisión previa de la base de datos de las muestras de biopsia confirmatoria que fueron tomadas en el Hospital Nacional Hipólito Unánue.

### **VARIABLES QUE DEFINEN EL ESTUDIO**

Las siguientes variables fueron obtenidas mediante la revisión sistemática de las historias clínicas, los informes de biopsia, mielogramas, tomografías que confirmaban el diagnóstico de linfoma. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, lugar de nacimiento y lugar de procedencia, ocupación y grado de instrucción, antecedentes médicos, familiares e infectocontagiosos, características clínicas como signos y síntomas, clasificación y diagnóstico por biopsia, localización primaria de los linfomas, estadio clínico, modalidades de tratamiento específico recibido por los pacientes y pronóstico de supervivencia de los pacientes posterior al tratamiento recibido y/o no recibido.

Nombre de la variable	Definición	Tipo de variable	Categorización o unidades	Estadístico
Edad	Determinar la prevalencia de la enfermedad con relación a la edad	Cuantitativa	0-10 años 10-20 años 20-30 años 30-40 años 40-50 años 50-60 años 60-70 años 70-80 años >80 años	Porcentaje
Sexo	Determinar la relación existente entre	Cuantitativa	Hombres Mujeres Relación hombres: mujeres	Porcentaje

	hombres y mujeres con relación a la presentación de los linfomas			
Lugar de nacimiento	Determinar la relación de pacientes con linfomas y su lugar de nacimiento	Cuantitativa	Lima, Costa Sierra Selva Extranjero	Porcentaje
Lugar de procedencia	Determinar la relación de pacientes con linfomas y su lugar de procedencia	Cuantitativa	Lima Costa Sierra Selva Extranjero	Porcentaje
Ocupación	Determinar el tipo de trabajo u oficio que desempeña el paciente	Cuantitativa	Dependiente, independiente, estudiante, jubilado, desempleado	Porcentaje

Grado de instrucción	Determinar el grado de nivel de instrucción alcanzado por el paciente	Cuantitativa	Analfabeto Primaria Secundaria Superior	Porcentaje
Antecedentes	Determinar los antecedentes médicos, familiares e infectocontagiosos relacionados con el paciente y su enfermedad	Cuantitativa	Antecedentes médicos Antecedentes familiares Antecedentes infectocontagiosos	Porcentaje
Características clínicas	Determinar los principales signos y síntomas presentes en su enfermedad	Cuantitativa	Signos principales Signos secundarios Síntomas principales Síntomas secundarios	Porcentaje

Clasificación de los linfomas	Determinar el porcentaje de linfomas no Hodgkin y Hodgkin y sus subtipos presentes en la población de estudio	Cuantitativa	Clasificación de la OMS de neoplasias linfoides maduras, histiocíticas y dendrítica del año 2014	Porcentajes
Localización de los linfomas	Determinar la localización primaria de los linfomas en el cuerpo	Cuantitativa	Ganglionar Extraganglionar	Porcentajes
Estadaje de los linfomas	Determinar mediante la clasificación Ann Arbor de los linfomas el estadaje en los pacientes	Cuantitativa	Estadio I Estadio II Estadio III Estadio IV  A: Sitio ganglionar E: Sitio extraganglionar X: sin estadaje	Porcentajes
Tratamiento recibido	Determinar el porcentaje de pacientes que	Cuantitativa	Quimioterapia Radioterapia Cirugía	Porcentajes

	<p>recibieron el tratamiento específico para el tipo de enfermedad que presentan</p>		<p>Terapia coadyuvante</p> <p>Otros tipos de terapia</p> <p>No recibieron tratamiento alguno</p>	
<p>Pronóstico de sobrevida</p>	<p>Determinar el porcentaje de pacientes que sobreviven a un determinado periodo de tiempo posterior al tratamiento recibido y/o no recibido</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Sobrevida a los 6 meses</p> <p>Sobrevida al año</p> <p>Sobrevida a los 3 años</p> <p>Sobrevida a los 5 años</p> <p>Se desconoce el estado actual</p> <p>Fueron transferidos al INEN</p>	<p>Porcentajes</p>

## **2.3 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION, INSTRUMENTOS A UTILIZAR Y MÉTODOS PARA EL CONTROL DE CALIDAD DE DATOS**

### **INSTRUMENTOS**

- Base de datos con diagnostico histopatológico mediante biopsia de pacientes con linfomas del área de anatomía patológica del Hospital Nacional Hipólito Unánue en el periodo 2012 al 2017.
- Historias clínicas de pacientes del área de oncología del Hospital Nacional Hipólito Unánue en el periodo 2012 al 2017.
- Informes adjuntos de informes de anatomía patológica, mielogramas, tomografías de pacientes del área de oncología del Hospital Nacional Hipólito Unánue en el periodo 2012 al 2017.
- Ficha de recolección de datos (Ver Anexos, Tabla N°1)

### **2.4 PROCEDIMIENTO**

- Se elaboró una base de datos con diagnostico histopatológico de linfomas del área de anatomía patológica del Hospital Nacional Hipólito Unánue en el periodo 2012 al 2017, concluyendo tal proceso, se recolectó las historias clínicas con diagnóstico ya establecido en el área de estadística del hospital.
- Se seleccionaron las historias clínicas con diagnóstico anatomo patológico de linfoma mediante biopsia y que tenían los datos completos, siendo descartadas las historias clínicas con diagnóstico de otros tipos de tumores benignos y malignos y las historias clínicas de pacientes con información

incompleta y/o poco fiable.

Tesis publicada con autorización del autor  
No olvide citar esta tesis

**UNFV**

- Se extrajeron los datos concernientes de edad, sexo, lugar de nacimiento y lugar de procedencia, ocupación y grado de instrucción, antecedentes médicos, familiares e infectocontagiosos, características clínicas como signos y síntomas, clasificación y diagnóstico por biopsia, localización primaria de los linfomas, estadio clínico, modalidades de tratamiento específico recibido por los pacientes y pronóstico de supervivencia de los pacientes posterior al tratamiento recibido y/o no recibido y se vertió tales datos en la ficha de recolección de datos elaborado.
- Los datos recolectados se transfirieron a una base de datos electrónico (Excel 2017) para su categorización y posterior tabulación, siendo transferido finalmente al programa estadístico SPSS 21 para su evaluación y obtención de los resultados.

## **2.5. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS EN LAS INVESTIGACIONES CON SUJETOS HUMANOS**

En este trabajo de investigación se tomaron en cuenta los principales principios éticos:

- Principio de Autonomía, ya que se respetó al derecho a la privacidad, la confidencialidad de la información recabada en los estudios, y se preservará el anonimato cuando los resultados se hagan públicos.
- Principio de Justicia; ya que no se excluyeron a las personas por su origen, sexo y condición socio económica.

## **2.6. MÉTODOS Y MODELOS DE ANÁLISIS DE LOS DATOS SEGÚN TIPO DE VARIABLES**

Debido a que se obtuvo datos de tipo descriptivo, el análisis comprendió el uso de medidas de tendencia central, medidas por proporciones y porcentajes para los datos categóricos como edad, sexo y otros factores, además se usó medidas de dispersión como desviación estándar o rangos intercuartílicos para definir mejor los resultados por grupos etarios, mientras que para las variables cualitativas se usó medidas de distribución de frecuencias

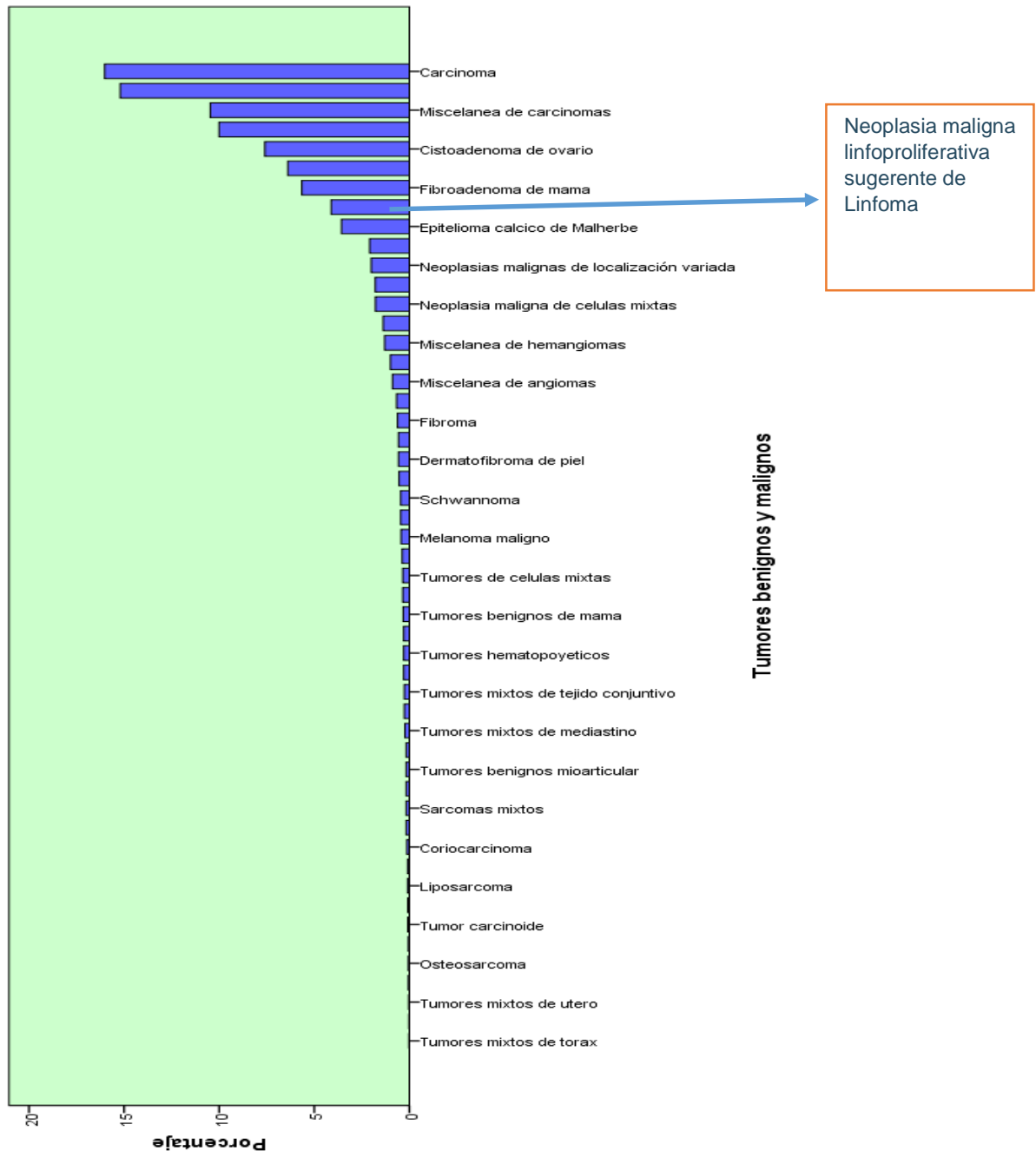
## **3. RESULTADOS**

De acuerdo a la información brindada por el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Nacional Hipólito Unanue, se elaboró una base de datos de los tumores benignos y malignos del periodo Enero del 2012 al 24 Octubre del 2017, en la cual se evidenciaron un total de 266 pacientes con diagnóstico de Neoplasia maligna linfoproliferativa sugerente de Linfoma la cual representó el 4,1% del total de pacientes (Ver GRAFICO N°1 y TABLA N°1), de las cuales 53 pacientes (19,9%) tuvieron diagnóstico de Linfoma no Hodgkin, 47 pacientes (17,7%) diagnóstico de Linfoma no Hodgkin de células B grande difuso, 28 pacientes (10,5%) diagnóstico de Neoplasia maligna linfoproliferativa, 13 pacientes (4,9%) diagnóstico de Linfoma indeterminado, seguido por el diagnóstico de Linfoma MALT y Linfoma folicular las cuales se presentaron en 8 pacientes (3%) en ambos casos. (Ver GRAFICO N°2 y TABLA N°2)

**TABLA N°1: Clasificación de tumores benignos y malignos - Periodo 2012-2017**

		NÚMERO DE PACIENTES			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS PERIODO 2012 - 2017	Tumores mixtos de tórax	1	,0	,0	,0
	Tumores mixtos del sistema oseó	1	,0	,0	,0
	Tumores mixtos de útero	2	,0	,0	,1
	Hamartoma	3	,0	,0	,1
	Osteosarcoma	3	,0	,0	,2
	Otros tumores benignos de mama	3	,0	,0	,2
	Tumor carcinoide	5	,1	,1	,3
	Tumores mixtos de ovario	5	,1	,1	,4
	Liposarcoma	6	,1	,1	,4
	Tumores mixtos de cavidad bucal	6	,1	,1	,5
	Coriocarcinoma	8	,1	,1	,7
	Otros teratomas	11	,2	,2	,8
	Sarcomas mixtos	11	,2	,2	1,0
	Tumores benignos del sistema muscular	11	,2	,2	1,2
	Tumores benignos mioarticular	11	,2	,2	1,3
	Tumores metastásicos	11	,2	,2	1,5
	Tumores mixtos de mediastino	15	,2	,2	1,7
	Neoplasia maligna indiferenciada	17	,3	,3	2,0
	Tumores mixtos de tejido conjuntivo	17	,3	,3	2,3
	Miscelánea de tumores benignos	19	,3	,3	2,6
	Tumores hematopoyéticos	19	,3	,3	2,9
	Tumores mixtos del sistema digestivo	19	,3	,3	3,1
	Tumores benignos de mama	21	,3	,3	3,5
	Neoplasias benignas de localización variada	22	,3	,3	3,8
	Tumores de células mixtas	22	,3	,3	4,2
	Tumores benignos de testículo	24	,4	,4	4,5
	Melanoma maligno	28	,4	,4	5,0
	Sarcoma de Kaposi	29	,4	,4	5,4
	Schwannoma	29	,4	,4	5,8
	Tumores benignos de piel	35	,5	,5	6,4
	Dermatofibroma de piel	37	,6	,6	7,0
	Esófago de Barrett	37	,6	,6	7,5
	Fibroma	40	,6	,6	8,1
	Tumores benignos del sistema oseó	43	,7	,7	8,8
	Miscelánea de angiomas	57	,9	,9	9,7
	Tumores mixtos del SNC	64	1,0	1,0	10,7
	Miscelánea de hemangiomas	84	1,3	1,3	12,0
	Fibrolipoma	89	1,4	1,4	13,4
	Neoplasia maligna de células mixtas	115	1,8	1,8	15,1
	Papilomas mixtos	116	1,8	1,8	16,9
Neoplasias malignas de localización variada	130	2,0	2,0	18,9	
Teratoma quístico de ovario	135	2,1	2,1	21,0	
Epitelioma cálcico de Malherbe	231	3,6	3,6	24,6	
Neoplasia maligna linfoproliferativa sugerente de Linfoma	266	4,1	4,1	28,7	
Fibroadenoma de mama	366	5,6	5,6	34,3	
Leiomioma de útero	414	6,4	6,4	40,7	
Cistoadenoma de ovario	492	7,6	7,6	48,3	
Miscelánea de adenomas	648	10,0	10,0	58,3	

Miscelánea de carcinomas	678	10,5	10,5	68,8
Adenocarcinoma	985	15,2	15,2	84,0
Carcinoma	1038	16,0	16,0	100,0
Total	6479	100,0	100,0	



**FIGURA N°1: Clasificación de tumores benignos y malignos - Periodo 2012-2017**

**TABLA N°2: Clasificación de los Linfomas según anatomía patológica**

CLASIFICACIÓN DE LOS LINFOMAS SEGÚN ANATOMÍA PATOLÓGICA		NÚMERO DE PACIENTES		
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
	Cambios sugestivos de linfoma	1	,0	,4
	Características sugestivas de linfoma de Hodgkin clásico	1	,0	,4
	Compatible con linfoma	1	,0	,4
	Cuadro sugerente de proceso linfoproliferativo cutáneo primario	1	,0	,4
	Enfermedad linfoproliferativa intestinal	1	,0	,4
	Ganglio linfático con proceso inflamatorio crónico sugerente de Linfoma no Hodgkin	1	,0	,4
	Hiperplasia linfoide reactiva de tipo linfoproliferativa	1	,0	,4
	Linfoma cutáneo	1	,0	,4
	Linfoma cutáneo de células T del adulto HTLV-1	1	,0	,4
	Linfoma cutáneo primario de células grandes anaplásico	1	,0	,4
	Linfoma de células del manto variedad blastoide	1	,0	,4
	Linfoma de células grandes anaplásico ALK	1	,0	,4
	Linfoma de células T asociado a enteropatías	1	,0	,4
	Linfoma de Hodgkin clásico variedad esclerosis nodular	1	,0	,4
	Linfoma de Hodgkin predominio linfocítico nodular	1	,0	,4
	Linfoma no Hodgkin de patrón nodular de bajo grado	1	,0	,4
	Medula ósea con infiltración de neoplasia linfoide	1	,0	,4
	Neoplasia indiferenciada de células redondas sugerente de linfoma gástrico	1	,0	,4
	Neoplasia maligna de células indiferenciadas sugerente de linfoma	1	,0	,4
	Neoplasia maligna de células pequeñas sugestiva de linfoma	1	,0	,4
	Neoplasia maligna de células redondas compatible con LNH	1	,0	,4
	Neoplasia maligna de células redondas de parótida	1	,0	,4
	Neoplasia maligna de células redondas grandes	1	,0	,4
	Neoplasia maligna de células redondas sugerente de linfoma gástrico	1	,0	,4
	Neoplasia maligna de células redondas sugerente de linfoma no Hodgkin	1	,0	,4
	Neoplasia maligna de ganglio	1	,0	,4
	Neoplasia maligna indiferenciada de ganglio cervical	1	,0	,4
	Neoplasia maligna indiferenciada probable linfoma no Hodgkin	1	,0	,4
	Neoplasia maligna indiferenciada sugerente de linfoma	1	,0	,4

Neoplasia maligna indiferenciada sugerente de linfoma intestinal	1	,0	,4	11,3
Neoplasia maligna pobremente diferenciado de ganglio	1	,0	,4	11,7
Neoplasia maligna poco diferenciada de ganglio	1	,0	,4	12,0
Neoplasia maligna poco diferenciado de ganglio	1	,0	,4	12,4
Neoplasia maligna sugerente de proceso linfoproliferativo	1	,0	,4	12,8
Proceso linfoproliferativo a determinar	1	,0	,4	13,2
Proceso linfoproliferativo compatible con linfoma	1	,0	,4	13,5
Proceso linfoproliferativo de alto grado de malignidad	1	,0	,4	13,9
Proceso linfoproliferativo de bajo grado de estomago	1	,0	,4	14,3
Proceso linfoproliferativo sugerente de Linfoma no Hodgkin	1	,0	,4	14,7
Proceso linfoproliferativo ulcerado	1	,0	,4	15,0
Sugerente de linfoma folicular	1	,0	,4	15,4
Sugerente de proceso linfoproliferativo	1	,0	,4	15,8
Sugestivo de linfoma no Hodgkin en alto grado	1	,0	,4	16,2
Cuadro sugerente de proceso linfoproliferativo	2	,0	,8	16,9
Hiperplasia ganglionar reactiva	2	,0	,8	17,7
Linfoma cutáneo primaria de células T	2	,0	,8	18,4
Linfoma de células T adulto	2	,0	,8	19,2
Linfoma de Hodgkin	2	,0	,8	19,9
Linfoma folicular tipo duodenal	2	,0	,8	20,7
Linfoma folicular tipo pediátrico	2	,0	,8	21,4
Linfoma linfoblástico	2	,0	,8	22,2
Neoplasia maligna de células redondas	2	,0	,8	22,9
Neoplasia maligna de células redondas de ganglio	2	,0	,8	23,7
Neoplasia maligna de células redondas sugerente de Linfoma no Hodgkin	2	,0	,8	24,4
Proceso linfoproliferativo	2	,0	,8	25,2
Cuadro linfático sugerente de Linfoma no Hodgkin	3	,0	1,1	26,3
Hallazgos compatibles con Linfoma no Hodgkin	3	,0	1,1	27,4
Linfoma de células B pequeñas	3	,0	1,1	28,6
Hiperplasia folicular linfoide de ganglio sugerente de linfoma	4	,1	1,5	30,1
Hiperplasia folicular sugerente de linfoma folicular	4	,1	1,5	31,6
Linfoma de Hodgkin clásico de células mixtas	4	,1	1,5	33,1
Neoplasia linfoproliferativa	4	,1	1,5	34,6
Ganglio linfático con proceso linfoproliferativo	5	,1	1,9	36,5
Neoplasia linfoproliferativa sugerente de linfoma de Hodgkin	5	,1	1,9	38,3
Proceso linfoproliferativo sugerente de linfoma	7	,1	2,6	41,0
Linfoma folicular	8	,1	3,0	44,0
Linfoma MALT	8	,1	3,0	47,0
Linfoma indeterminado	13	,2	4,9	51,9
Neoplasia maligna linfoproliferativa	28	,4	10,5	62,4

Linfoma no Hodgkin de células B grande difuso	47	,7	17,7	80,1
Linfoma no Hodgkin	53	,8	19,9	100,0
Total	266	4,1	100,0	



**FIGURA N°2: Clasificación de los Linfomas según anatomía patológica**

Tesis publicada con autorización del autor  
No olvide citar esta tesis

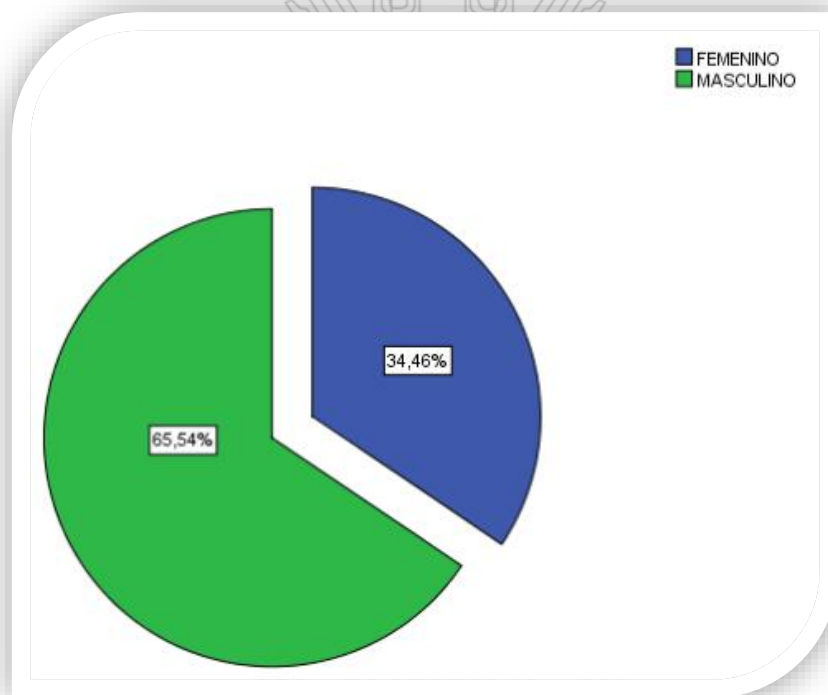
Del total de 266 pacientes con diagnóstico de Neoplasia maligna linfoproliferativa sugerente de Linfoma que representaba la población, se seleccionaron 148 pacientes las cuales tenían número de historia clínica y datos requeridos completos, habiendo sido excluido 62 pacientes porque no tenían datos incompletos, 56 pacientes porque no había historia clínica en el Departamento de Archivo de Historias clínicas del HNHU. (Ver TABLA N°3)

**TABLA N°3: Registro de edades de pacientes**

		NÚMERO DE PACIENTES			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Rango de edades	1-10	3	1,1	2,0	2,0
	10-20	10	3,8	6,8	8,8
	20-30	8	3,0	5,4	14,2
	30-40	14	5,3	9,5	23,6
	40-50	14	5,3	9,5	33,1
	50-60	24	9,0	16,2	49,3
	60-70	47	17,7	31,8	81,1
	70-80	21	7,9	14,2	95,3
	80-90	7	2,6	4,7	100,0
	Total	148	55,6	100,0	
Perdidos	DATOS INCOMPLETOS	62	23,3		
	NO HAY HISTORIA CLINICA	56	21,1		
	Total	118	44,4		
Total		266	100,0		

Del análisis de los 148 pacientes registrados, 97 pacientes (65,5%) fueron del sexo masculino, mientras que 51 pacientes (34,5%) fueron del sexo femenino, la relación fue de 1,9:1 para el sexo masculino y el sexo femenino respectivamente, con un rango de 89 años, (mínimo 1 año y máximo 90 años) con una media de 55 años, una mediana de 61 años y medio y una moda de 70 años y una desviación estándar de 19,5. (Ver FIGURA N°3)

Los grupos de edades más frecuentes fueron los de 60 a 70 años, con 47 pacientes (20,94%), seguido del grupo de 50 a 60 años con 24 pacientes (16,21%) y el grupo de 70 a 80 años con 21 pacientes (14,18%), además el grupo con mayor número de pacientes del sexo masculino fue en el de 60 a 70 años con 33 pacientes (19,37%) y el de menor número de pacientes fue el de 1 a 10 años con 3 pacientes (2,02%); mientras que para el sexo femenino, el mayor número de pacientes se presentó en el grupo de 60 a 70 años con 14 pacientes (9,46%) y el de menor número de pacientes fue el de 1 a 10 años sin ningún paciente (0%). (Ver TABLA N°4 y FIGURA N°4)

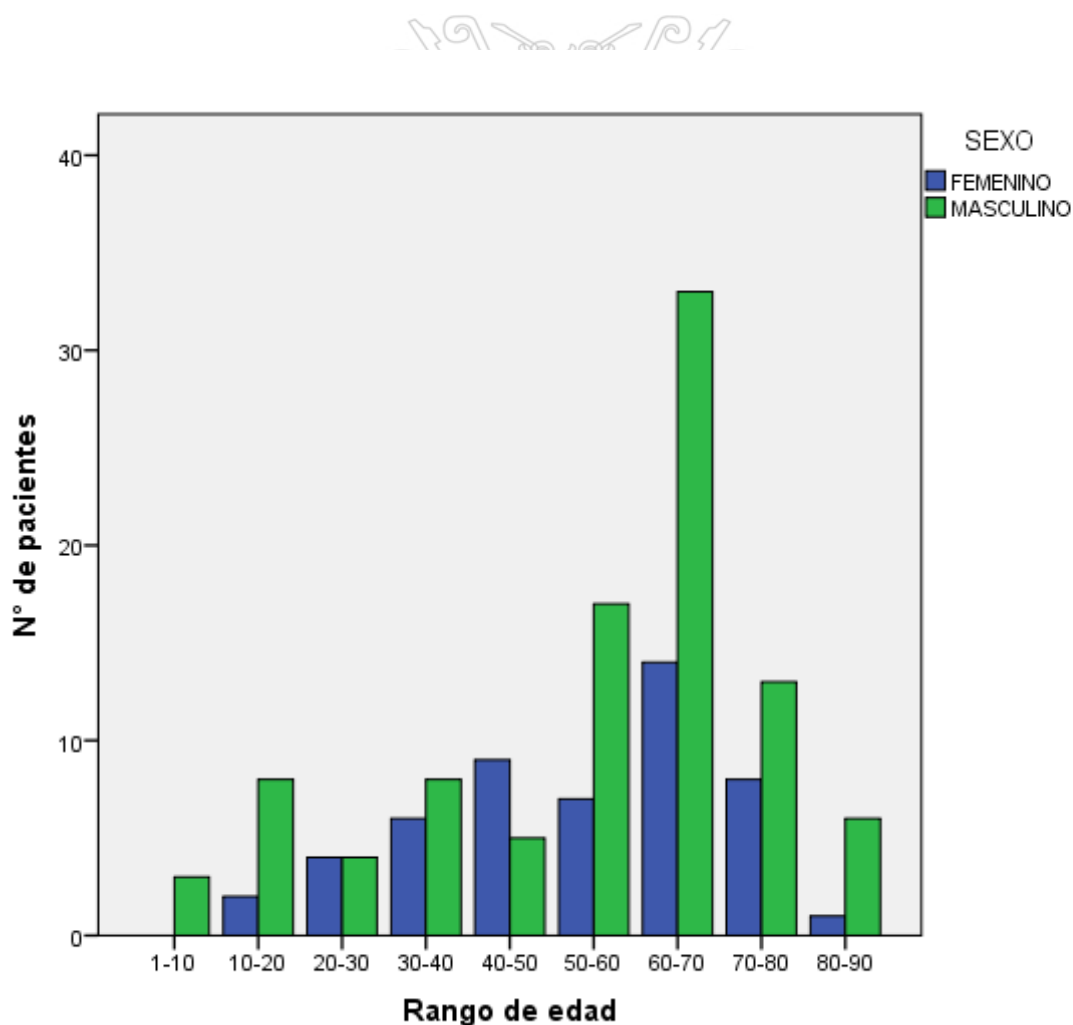


**FIGURA N°3: Distribución de pacientes por sexo**

**TABLA N°4: Distribución de edad de pacientes por grupo etario y sexo**

Rango de edad		NÚMERO DE PACIENTES SEGÚN SEXO		
		FEMENINO	MASCULINO	Total
1-10	Recuento	0	3	3
	%	0,0%	2,02%	2,02%
10-20	Recuento	2	8	10
	%	1,35%	5,4%	6,75%
20-30	Recuento	4	4	8
	%	2,7%	2,7%	5,4%

30-40	Recuento	6	8	14
	%	4,04%	5,4%	9,44%
40-50	Recuento	9	5	14
	%	6,08%	3,38%	9,46%
50-60	Recuento	7	17	24
	%	4,73%	11,48%	16,21%
60-70	Recuento	14	33	47
	%	9,46%	19,37%	20,94%
70-80	Recuento	8	13	21
	%	5,4%	8,78%	14,18%
80-90	Recuento	1	6	7
	%	0,67%	4,04%	4,71%
Total	Recuento	51	97	148
	%	34,5%	65,5%	100,0%



**FIGURA N°4: Distribución de edad de pacientes por grupo etario y sexo**

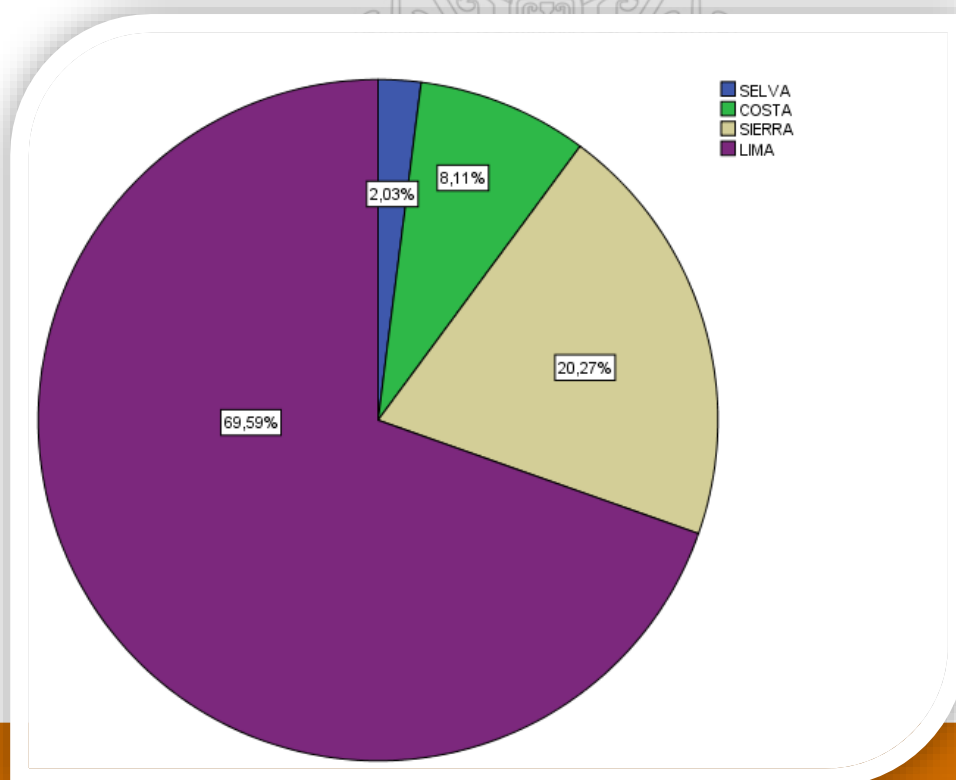
En relación al lugar de nacimiento, se halló que 103 pacientes (69,6%) procedían del departamento Lima, 30 pacientes (20,3%) procedían de la sierra, 12 pacientes (8,1%)

procedían de la costa y 3 pacientes (2%) procedían de la selva. (Ver TABLA N°5 y No olvide citar esta tesis

FIGURA N°5). Con relación al lugar de nacimiento según ciudades, 100 pacientes (67,6%) procedían de la ciudad de Lima, en segundo lugar y con una gran diferencia pacientes, se encontró la ciudad de Ayacucho y Huancayo con 5 pacientes (1,9%) y 4 pacientes (1,5%) respectivamente, seguido por Callao, Ica, Apurímac, Cerro de Pasco, con 3 pacientes (1,1%) cada uno. (Ver TABLA N°6 y FIGURA N°6)

**TABLA N°5: Lugar de Nacimiento por regiones**

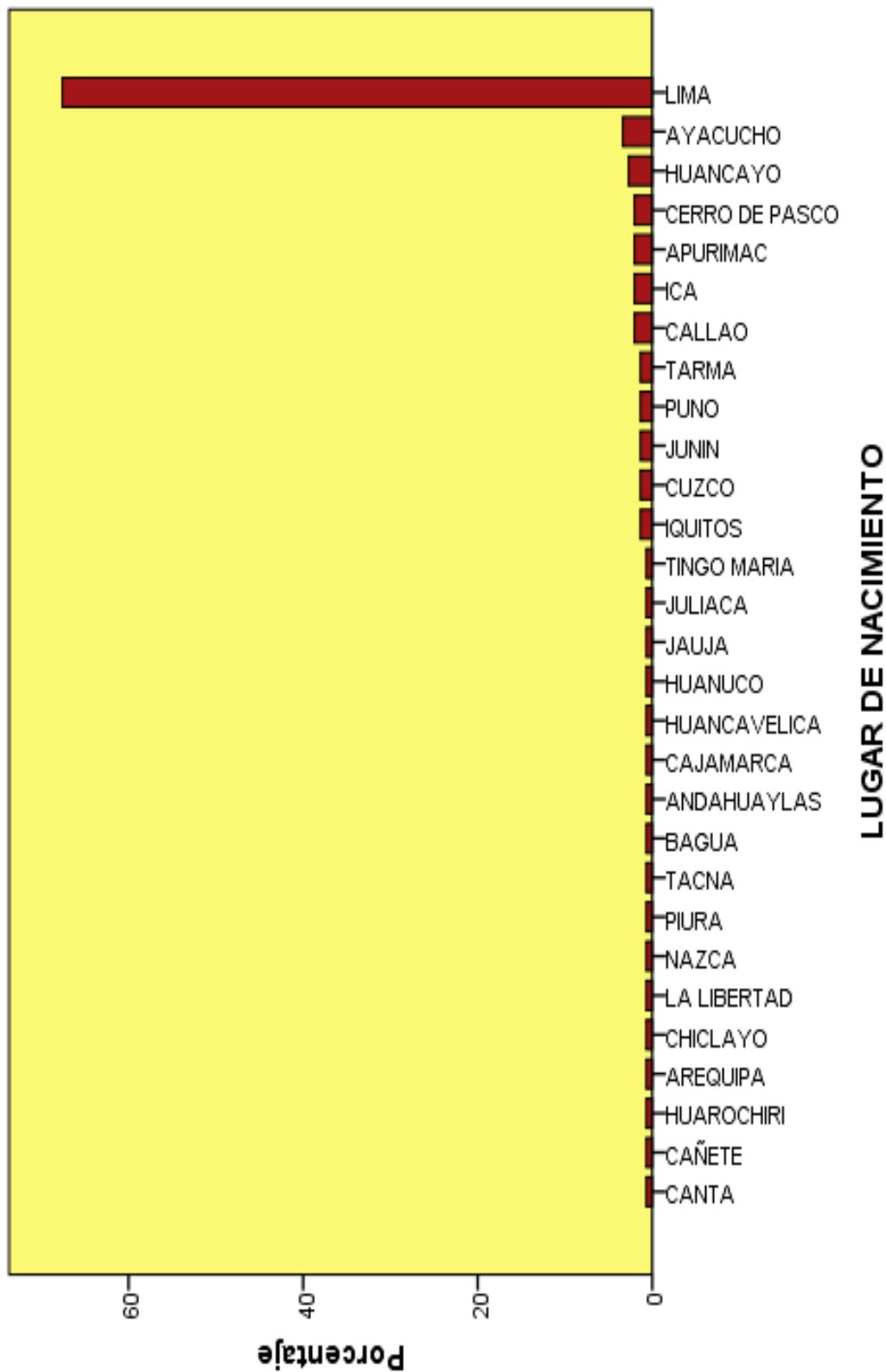
REGIONES		Frecuencia	NÚMERO DE PACIENTES		
			Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
REGIONES	SELVA	3	1,1	2,0	2,0
	COSTA	12	4,5	8,1	10,1
	SIERRA	30	11,3	20,3	30,4
	LIMA	103	38,7	69,6	100,0
	Total	148	55,6	100,0	
Perdidos	NO HAY HISTORIA CLINICA	56	21,1		
	DATOS INCOMPLETOS	62	23,3		
	Total	118	44,4		
Total		266	100,0		



**FIGURA N°5: Lugar de Nacimiento por regiones**  
**TABLA N°6: Lugar de Nacimiento por ciudad**

CIUDAD		NÚMERO DE PACIENTES			Porcentaje acumulado
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	
	CANTA	1	,4	,7	,7
	CAÑETE	1	,4	,7	1,4
	HUARACHIRI	1	,4	,7	2,0
	AREQUIPA	1	,4	,7	2,7
	CHICLAYO	1	,4	,7	3,4
	LA LIBERTAD	1	,4	,7	4,1
	NAZCA	1	,4	,7	4,7
	PIURA	1	,4	,7	5,4
	TACNA	1	,4	,7	6,1
	BAGUA	1	,4	,7	6,8
	ANDAHUAYLAS	1	,4	,7	7,4
	CAJAMARCA	1	,4	,7	8,1
	HUANCAVELICA	1	,4	,7	8,8
	HUANUCO	1	,4	,7	9,5
	JAUJA	1	,4	,7	10,1
	JULIACA	1	,4	,7	10,8
	TINGO MARIA	1	,4	,7	11,5
	IQUITOS	2	,8	1,4	12,8
	CUZCO	2	,8	1,4	14,2
	JUNIN	2	,8	1,4	15,5
	PUNO	2	,8	1,4	16,9
	TARMA	2	,8	1,4	18,2
	CALLAO	3	1,1	2,0	20,3
	ICA	3	1,1	2,0	22,3
	APURIMAC	3	1,1	2,0	24,3
	CERRO DE PASCO	3	1,1	2,0	26,4
	HUANCAYO	4	1,5	2,7	29,1
	AYACUCHO	5	1,9	3,4	32,4
	LIMA	100	37,6	67,6	100,0
	Total	148	55,6	100,0	
Perdidos	NO HAY HISTORIA CLINICA	56	21,1		
	DATOS INCOMPLETOS	62	23,3		
	Total	118	44,4		
Total		266	100,0		





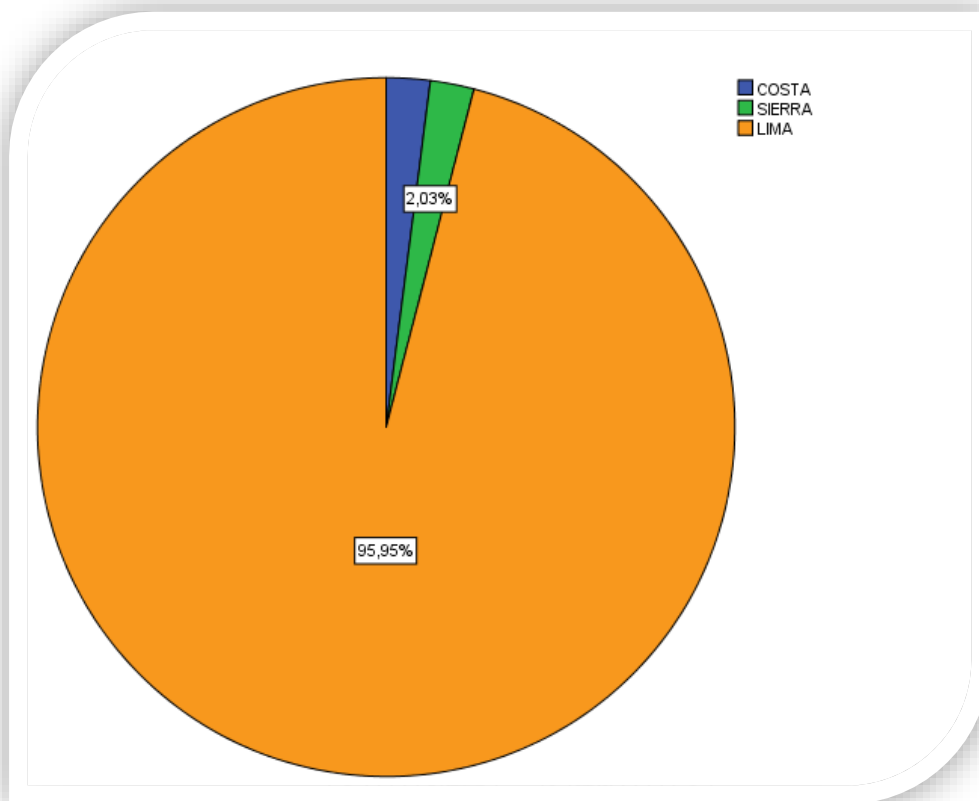
**FIGURA N°6: Lugar de Nacimiento por ciudad**

En relación al lugar de procedencia, se halló que 1042 pacientes (95,9%) procedían del departamento Lima, 3 pacientes (2%) procedían de la sierra, 3 pacientes (2%) procedían de la costa y 0 pacientes (0%) procedían de la selva. (Ver TABLA N°7 y FIGURA N°7).

Con relación al lugar de procedencia según ciudades, 33 pacientes (22,3%) procedían de San Juan de Lurigancho, en segundo lugar, se encontró El Agustino con 29 pacientes (19,6%), seguido de Ate con 27 pacientes (18,2%) y Santa Anita y Cercado de Lima con 16 (10,8%) y 15 (10,1%) pacientes respectivamente. (Ver TABLA N°8 y FIGURA N°8)

**TABLA N°7: Lugar de procedencia por regiones**

Regiones		NÚMERO DE PACIENTES			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Regiones	COSTA	3	1,1	2,0	2,0
	SIERRA	3	1,1	2,0	4,1
	LIMA	142	53,4	95,9	100,0
	Total	148	55,6	100,0	
Perdidos	NO HAY HISTORIA CLINICA	56	21,1		
	DATOS INCOMPLETOS	62	23,3		
	Total	118	44,4		
Total		266	100,0		



**FIGURA N°7: Lugar de procedencia por regiones**

**TABLA N°8: Lugar de procedencia por ciudades**

CIUDAD	Frecuencia	NÚMERO DE PACIENTES		
		Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
CHORRILLOS	1	,4	,7	,7
LA MOLINA	1	,4	,7	1,4
LA VICTORIA	1	,4	,7	2,0
LOS OLIVOS	1	,4	,7	2,7
PUENTE PIEDRA	1	,4	,7	3,4
AYACUCHO	1	,4	,7	4,1
HUANUCO	1	,4	,7	4,7
JUNIN	1	,4	,7	5,4
CIENEGUILLA	2	,8	1,4	6,8
RIMAC	2	,8	1,4	8,1
SAN MATEO	2	,8	1,4	9,5
SANTA CLARA	2	,8	1,4	10,8
CHOSICA	3	1,1	2,0	12,8
CALLAO	3	1,1	2,0	14,9
VILLA EL SALVADOR	6	2,3	4,1	18,9
CERCADO DE LIMA	15	5,6	10,1	29,1
SANTA ANITA	16	6,0	10,8	39,9
ATE	27	10,2	18,2	58,1
EL AGUSTINO	29	10,9	19,6	77,7
SAN JUAN DE LURIGANCHO	33	12,4	22,3	100,0
Total	148	55,6	100,0	

Perdidos	NO HAY HISTORIA CLINICA	56	21,1	
	DATOS INCOMPLETOS	62	23,3	
	Total	118	44,4	
Total		266	100,0	

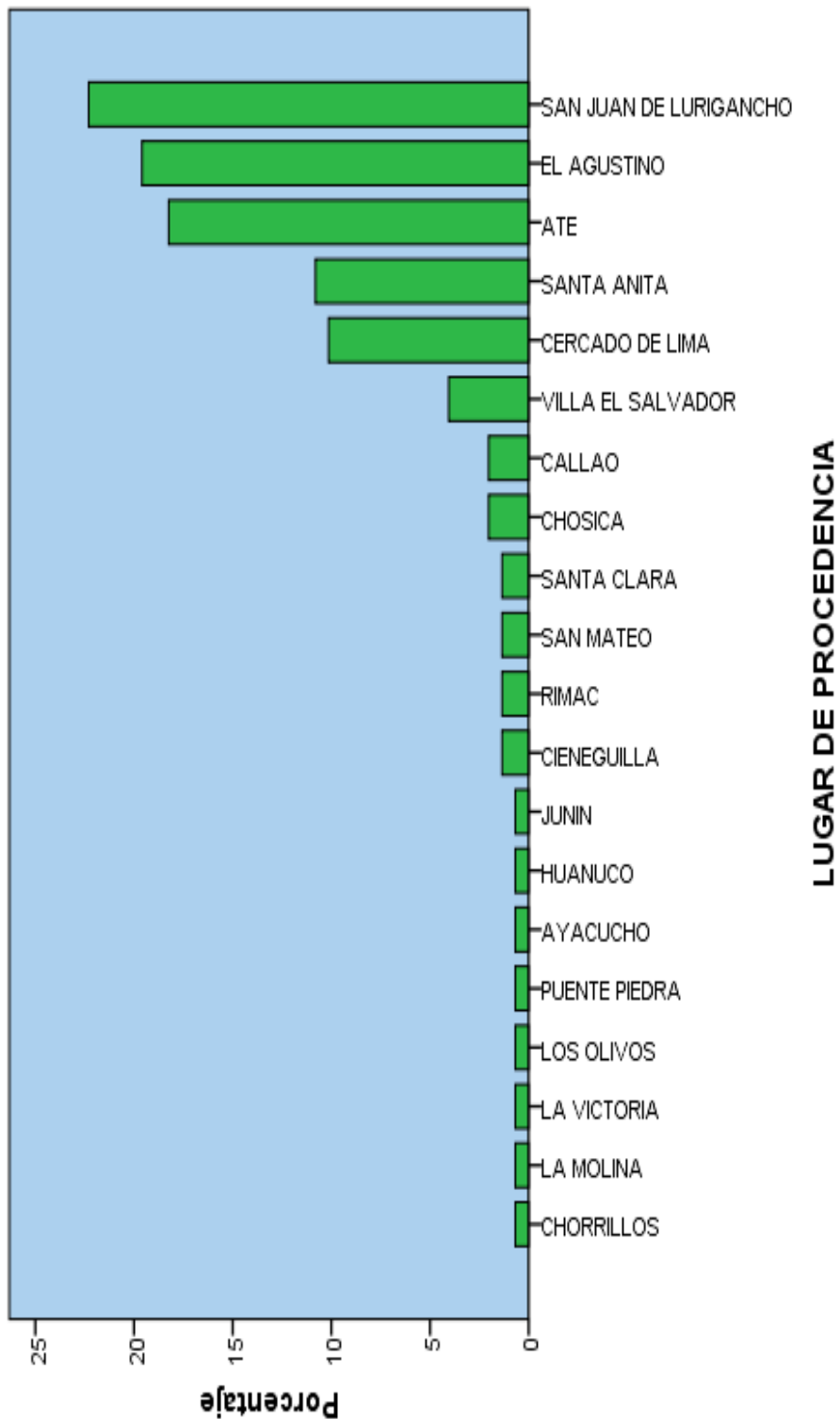


FIGURA N°8: Lugar de procedencia por ciudades

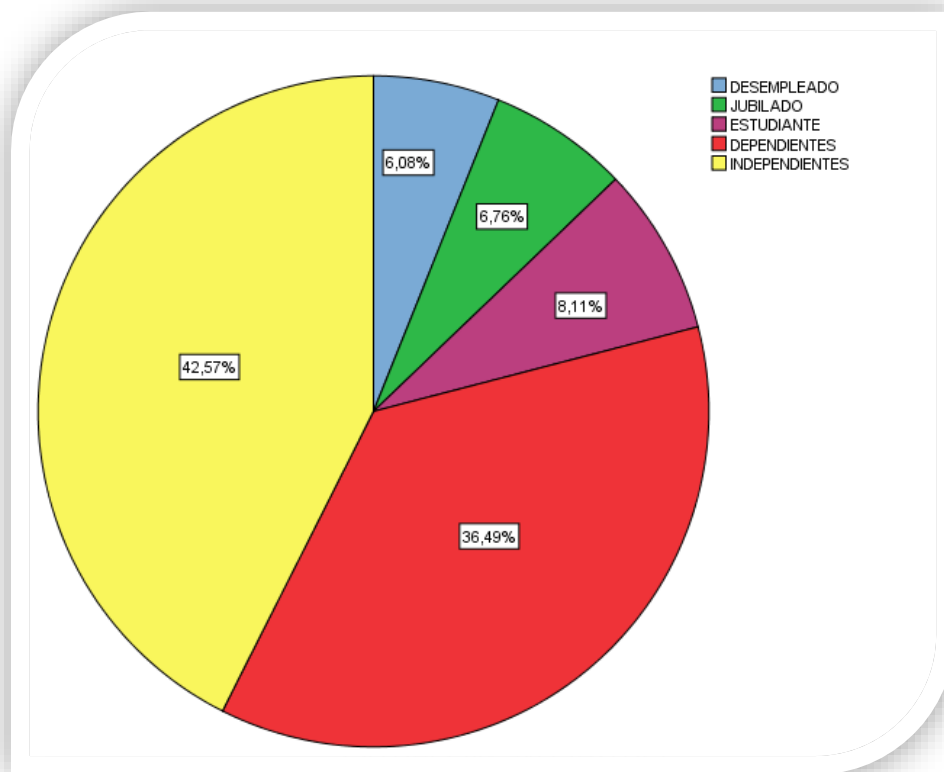
Tesis publicada con autorización del autor  
No olvide citar esta tesis

En relación a la ocupación de los pacientes, 63 pacientes (42,6%) eran trabajadores independientes, mientras que 54 pacientes (36,5%) eran trabajadores dependientes, por otro lado 12 pacientes (8,1%) aún eran estudiantes, 10 pacientes (6,8%) eran jubilados y finalmente 9 pacientes (6,1%) estaban desempleados. (Ver TABLA N°9 y FIGURA N°9).

En relación a la profesión u oficio que las personas desempeñan, 34 pacientes (23%) eran amas de casa, 20 pacientes (13,5%) eran trabajadores informales, 13 pacientes (8,8%) eran comerciantes y 9 pacientes (6,1%) eran agricultores. (Ver TABLA N°10 y FIGURA N°10)

**TABLA N°9: Distribución de la ocupación de los pacientes**

DISTRIBUCIÓN SEGÚN OCUPACIÓN		NÚMERO DE PACIENTES			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
DISTRIBUCIÓN SEGÚN OCUPACIÓN	DESEMPLEADO	9	3,4	6,1	6,1
	JUBILADO	10	3,8	6,8	12,8
	ESTUDIANTE	12	4,5	8,1	20,9
	DEPENDIENTES	54	20,3	36,5	57,4
	INDEPENDIENTES	63	23,7	42,6	100,0
	Total	148	55,6	100,0	
Perdidos	NO HAY HISTORIA CLINICA	56	21,1		
	DATOS INCOMPLETOS	62	23,3		
	Total	118	44,4		
Total		266	100,0		

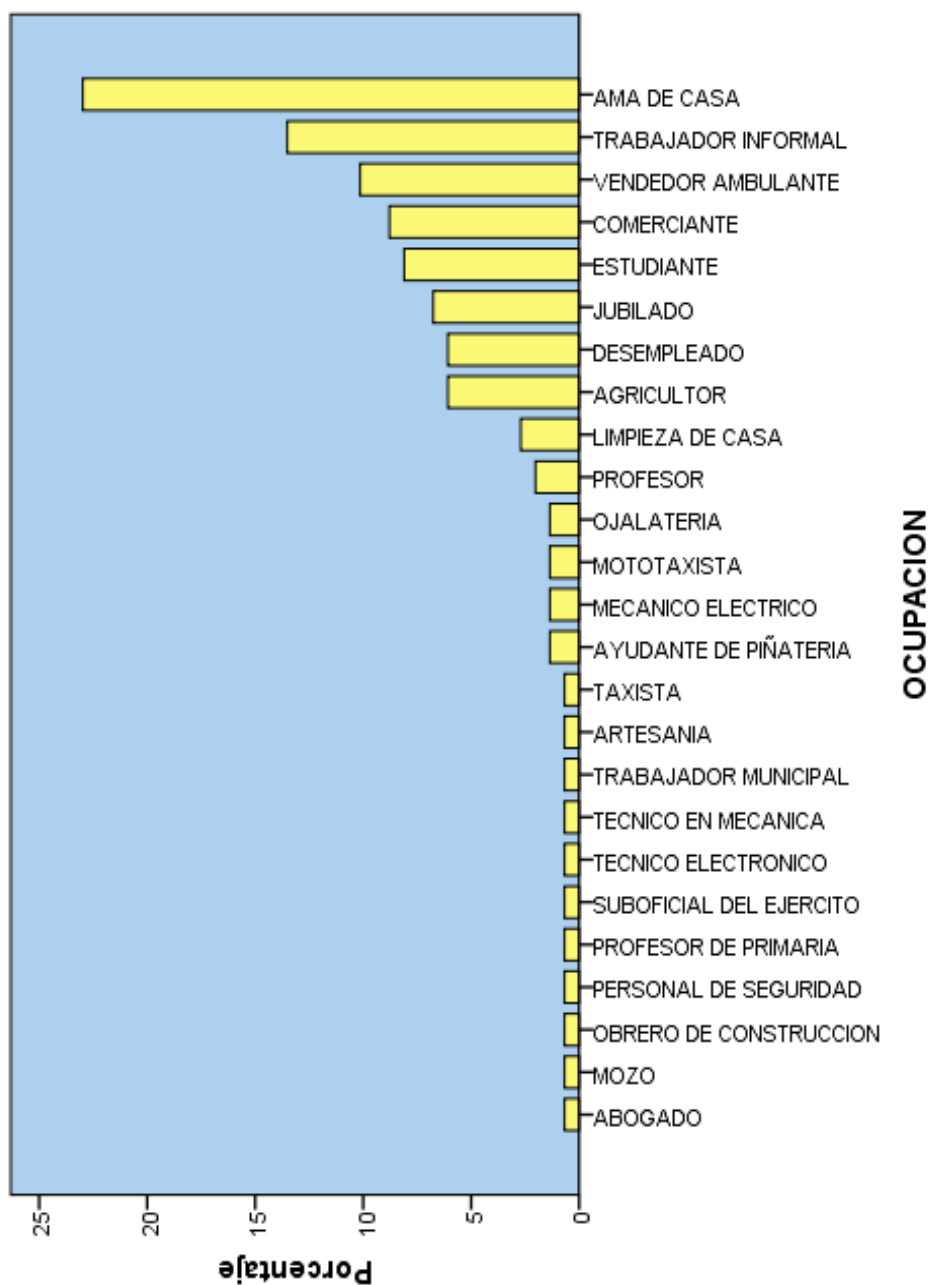


**FIGURA N°9: Distribución de la ocupación de los pacientes**

**TABLA N°10: Distribución de la ocupación según oficio, profesión y/o ocupación**

OFICIO, PROFESIÓN Y/O OCUPACION	Frecuencia	NÚMERO DE PACIENTES		
		Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ABOGADO	1	,4	,7	,7
MOZO	1	,4	,7	1,4
OBRAERO DE CONSTRUCCION	1	,4	,7	2,0
PERSONAL DE SEGURIDAD	1	,4	,7	2,7
PROFESOR DE PRIMARIA	1	,4	,7	3,4
SUBOFICIAL DEL EJERCITO	1	,4	,7	4,1
TECNICO ELECTRONICO	1	,4	,7	4,7
TECNICO EN MECANICA	1	,4	,7	5,4
TRABAJADOR MUNICIPAL	1	,4	,7	6,1
ARTESANIA	1	,4	,7	6,8
TAXISTA	1	,4	,7	7,4
AYUDANTE DE PIÑATERIA	2	,8	1,4	8,8
MECANICO ELECTRICO	2	,8	1,4	10,1
MOTOTAXISTA	2	,8	1,4	11,5
OJALATERIA	2	,8	1,4	12,8
PROFESOR	3	1,1	2,0	14,9
LIMPIEZA DE CASA	4	1,5	2,7	17,6
AGRICULTOR	9	3,4	6,1	23,6
DESEMPLEADO	9	3,4	6,1	29,7
JUBILADO	10	3,8	6,8	36,5

	ESTUDIANTE	12	4,5	8,1	44,6
	COMERCIANTE	13	4,9	8,8	53,4
	VENDEDOR AMBULANTE	15	5,6	10,1	63,5
	TRABAJADOR INFORMAL	20	7,5	13,5	77,0
	AMA DE CASA	34	12,8	23,0	100,0
	Total	148	55,6	100,0	
Perdidos	NO HAY HISTORIA CLINICA	56	21,1		
	DATOS INCOMPLETOS	62	23,3		
	Total	118	44,4		
Total		266	100,0		

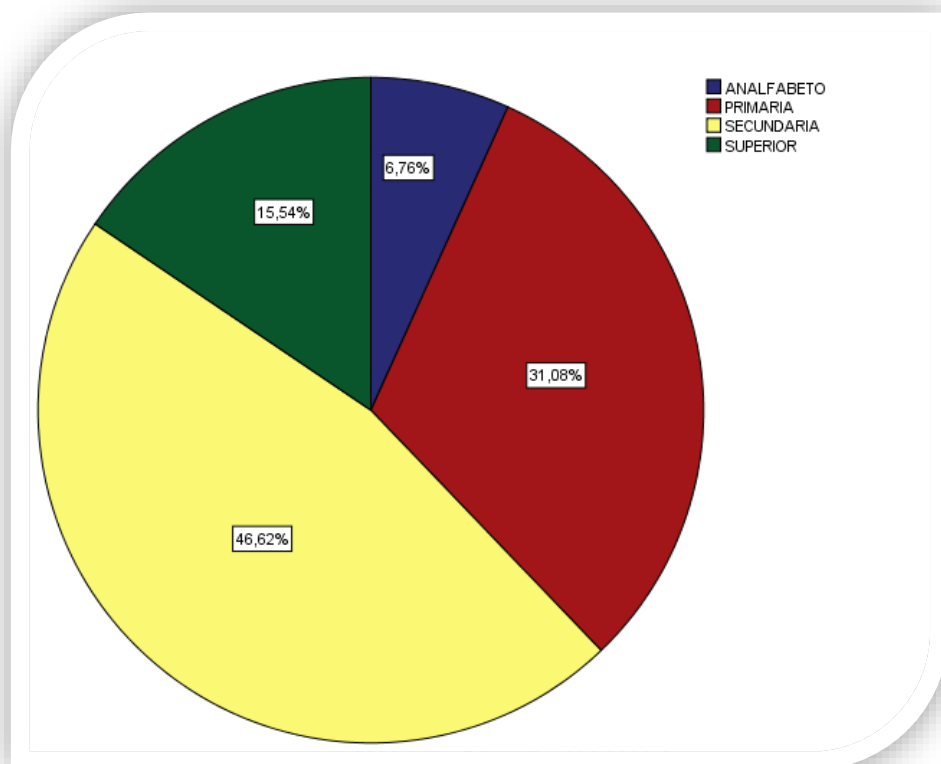


**FIGURA N°10: Distribución de la ocupación según oficio, profesión y/o**

Con respecto al grado de instrucción que tenían 69 pacientes (46,6%) tenían educación secundaria, mientras que 46 pacientes (31,1%) tenían educación primaria, 23 pacientes (15,5%) tenían educación superior y finalmente 10 pacientes (6,8%) eran analfabetos (Ver TABLA N°11 y FIGURA N°11). Con respecto a la cantidad de pacientes que tenían educación secundaria sin ninguna especificación, estos fueron 34 pacientes (23%), habiéndoles seguido por 22 pacientes (14,9%) con educación secundaria incompleta y 19 pacientes (12,8%) con educación primaria incompleta. (Ver TABLA N°12 y FIGURA N°12)

**TABLA N°11: Grado de instrucción**

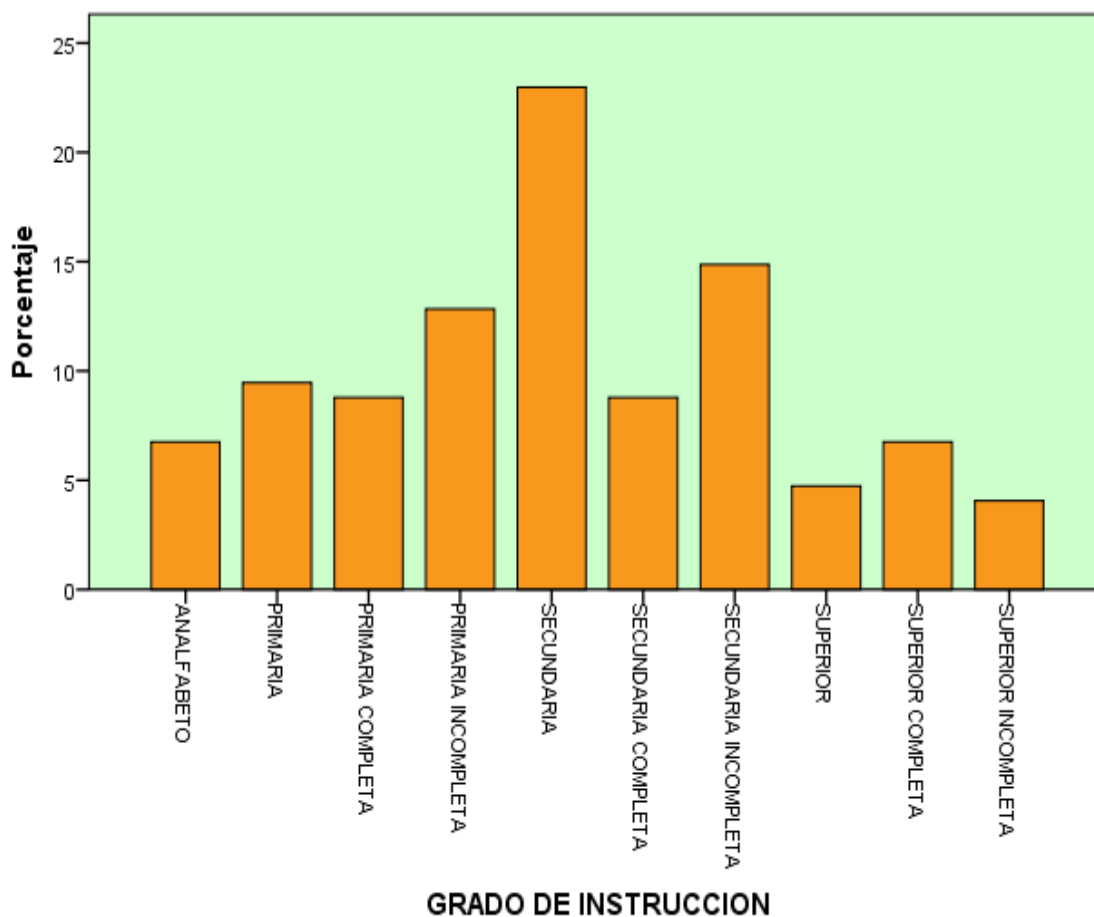
		Frecuencia	NÚMERO DE PACIENTES		
			Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Grado de instrucción	ANALFABETO	10	3,8	6,8	6,8
	PRIMARIA	46	17,3	31,1	37,8
	SECUNDARIA	69	25,9	46,6	84,5
	SUPERIOR	23	8,6	15,5	100,0
	Total	148	55,6	100,0	
Perdidos	DATOS INCOMPLETOS	62	23,3		
	NO HAY HISTORIA CLINICA	56	21,1		
	Total	118	44,4		
Total		266	100,0		



**FIGURA N°11: Grado de instrucción**

**TABLA N°12: Grado de instrucción (especificado)**

GRADO DE INSTRUCCIÓN		NÚMERO DE PACIENTES			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
GRADO DE INSTRUCCIÓN	ANALFABETO	10	3,8	6,8	6,8
	PRIMARIA	14	5,3	9,5	16,2
	PRIMARIA COMPLETA	13	4,9	8,8	25,0
	PRIMARIA INCOMPLETA	19	7,1	12,8	37,8
	SECUNDARIA	34	12,8	23,0	60,8
	SECUNDARIA COMPLETA	13	4,9	8,8	69,6
	SECUNDARIA INCOMPLETA	22	8,3	14,9	84,5
	SUPERIOR	7	2,6	4,7	89,2
	SUPERIOR COMPLETA	10	3,8	6,8	95,9
	SUPERIOR INCOMPLETA	6	2,3	4,1	100,0
	Total	148	55,6	100,0	
Perdidos	DATOS INCOMPLETOS	62	23,3		
	NO HAY HISTORIA CLINICA	56	21,1		
	Total	118	44,4		
Total		266	100,0		



**FIGURA N°12: Grado de instrucción (especificado)**

En función a los antecedentes principales, se obtuvo que la mayoría de los pacientes, siendo un total de 76 pacientes (51,4%), refirieron no haber tenido alguna patología de importancia, mientras que un número disminuido de pacientes refirieron patologías de importancia, como en 8 pacientes (5,4%) quienes refirieron tener o haber tenido TBC, 6 pacientes (4,1%) refirieron tener o haber tenido diabetes mellitus 2, 5 pacientes (3,4%) refirieron tener o haber tenido gastritis crónica, mientras que 4 pacientes (2,7%) refirieron tener o haber tenido apendicitis, carcinoma ductal de mama, colecistitis crónica calculosa y/o hipertensión arterial respectivamente. (Ver TABLA N°13 y FIGURA N°13). Mientras que con respecto a los antecedentes secundarios, se obtuvo que la mayoría de pacientes, siendo un total de 87 pacientes (58,8%), no refirieron tener o haber

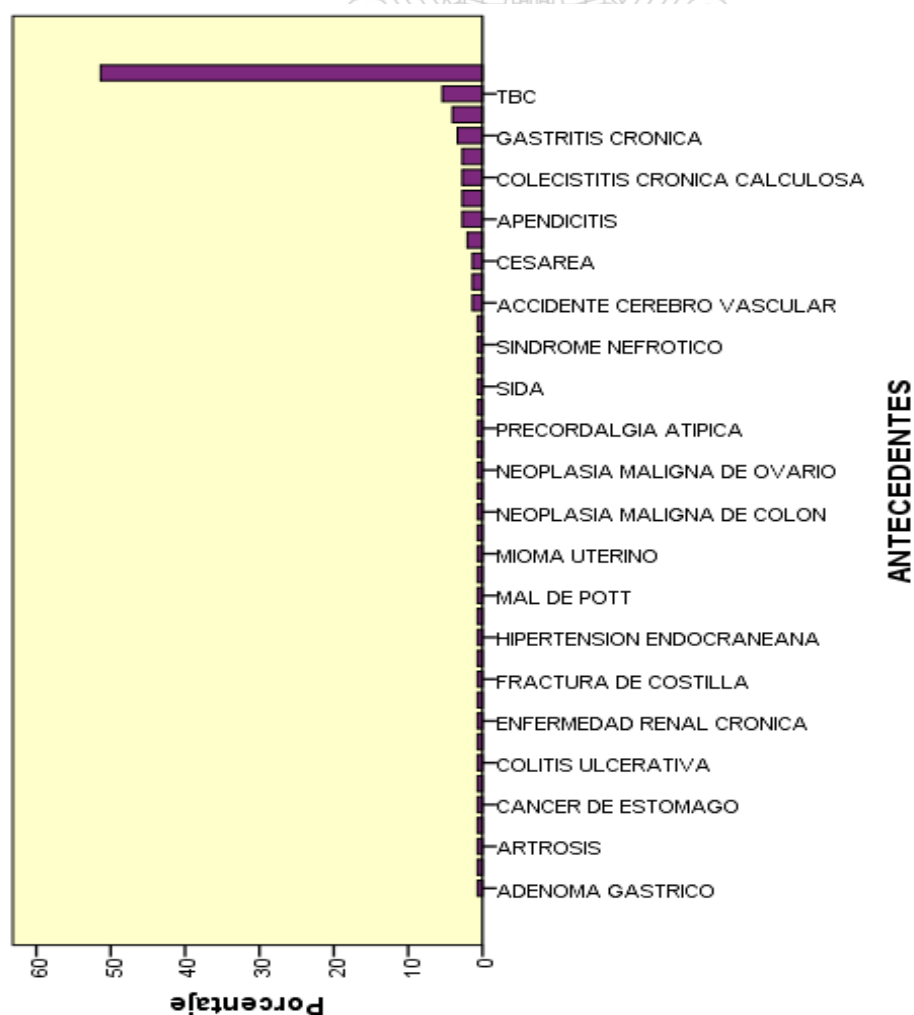
tenido patología alguna de importancia; mientras que un grupo disminuido de pacientes

refirieron patologías de importancia, como en 9 pacientes (6,1%) quienes refirieron tener o haber tenido anemia, 6 pacientes (4,1%) refirieron tener o haber tenido gastritis crónica y/o hipertensión arterial respectivamente, mientras que 5 pacientes (3,4%) refirieron tener o haber tenido diabetes mellitus 2. (Ver TABLA N°14 y FIGURA N°14)

**TABLA N°13: Antecedentes médicos principales**

ANTECEDENTES	Frecuencia	NÚMERO DE PACIENTES		
		Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ADENOMA GASTRICO	1	,4	,7	,7
ARTRITIS	1	,4	,7	1,4
ARTROSIS	1	,4	,7	2,0
BLOQUEO TUBARIO BILATERAL	1	,4	,7	2,7
CANCER DE ESTOMAGO	1	,4	,7	3,4
CANCER DE MAMA	1	,4	,7	4,1
COLITIS ULCERATIVA	1	,4	,7	4,7
EPOC	1	,4	,7	5,4
ENFERMEDAD RENAL CRONICA	1	,4	,7	6,1
ESQUIZOFRENIA	1	,4	,7	6,8
FRACTURA DE COSTILLA	1	,4	,7	7,4
HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA	1	,4	,7	8,1
HIPERTENSION ENDOCRANEANA	1	,4	,7	8,8
HIPOTIROIDISMO	1	,4	,7	9,5
MAL DE POTT	1	,4	,7	10,1
MIELOMA MULTIPLE	1	,4	,7	10,8
MIOMA UTERINO	1	,4	,7	11,5
MULTIGESTA	1	,4	,7	12,2
NEOPLASIA MALIGNA DE COLON	1	,4	,7	12,8
NEOPLASIA MALIGNA DE ESTOMAGO	1	,4	,7	13,5
NEOPLASIA MALIGNA DE OVARIO	1	,4	,7	14,2
PARALISIS FACIAL	1	,4	,7	14,9
PRECORDALGIA ATIPICA	1	,4	,7	15,5
REACCION ALERGICA A LA PENICILINA	1	,4	,7	16,2
SIDA	1	,4	,7	16,9
SINDROMA ASCITICO	1	,4	,7	17,6
SINDROME NEFROTICO	1	,4	,7	18,2
TBC XDR	1	,4	,7	18,9
ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR	2	,8	1,4	20,3
ANEMIA	2	,8	1,4	21,6
CESAREA	2	,8	1,4	23,0

	NEUTROPENIA FEBRIL	3	1,1	2,0	25,0
	APENDICITIS	4	1,5	2,7	27,7
	CARCINOMA DUCTAL DE MAMA	4	1,5	2,7	30,4
	COLECISTITIS CRONICA CALCULOSA	4	1,5	2,7	33,1
	HIPERTENSION ARTERIAL	4	1,5	2,7	35,8
	GASTRITIS CRONICA	5	1,9	3,4	39,2
	DIABETES MELLITUS 2	6	2,3	4,1	43,2
	TBC	8	3,0	5,4	48,6
	NINGUNO	76	28,6	51,4	100,0
	Total	148	55,6	100,0	
Perdidos	NO HAY HISTORIA CLINICA	56	21,1		
	DATOS INCOMPLETOS	62	23,3		
	Total	118	44,4		
Total		266	100,0		



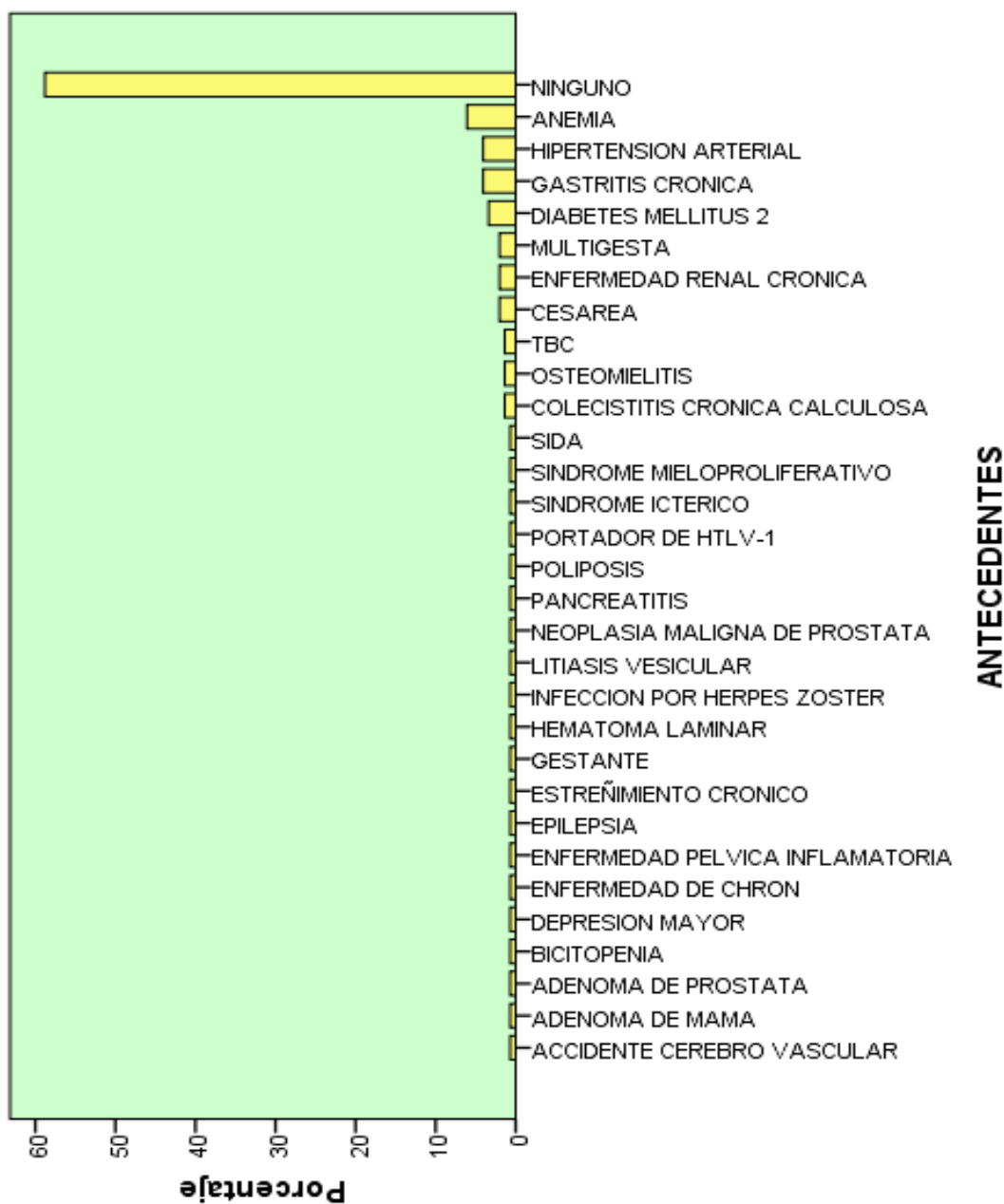
**FIGURA N°13: Antecedentes médicos principales**

Tesis publicada con autorización del autor  
No olvide citar esta tesis

**UNFV**

**TABLA N°14: Antecedentes médicos secundarios**

		NÚMERO DE PACIENTES			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ANTECEDENTES	ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR	1	,4	,7	,7
	ADENOMA DE MAMA	1	,4	,7	1,4
	ADENOMA DE PROSTATA	1	,4	,7	2,0
	BICITOPENIA	1	,4	,7	2,7
	DEPRESION MAYOR	1	,4	,7	3,4
	ENFERMEDAD DE CHRON	1	,4	,7	4,1
	ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA	1	,4	,7	4,7
	EPILEPSIA	1	,4	,7	5,4
	ESTREÑIMIENTO CRONICO	1	,4	,7	6,1
	GESTANTE	1	,4	,7	6,8
	HEMATOMA LAMINAR	1	,4	,7	7,4
	INFECCION POR HERPES ZOSTER	1	,4	,7	8,1
	LITIASIS VESICULAR	1	,4	,7	8,8
	NEOPLASIA MALIGNA DE PROSTATA	1	,4	,7	9,5
	PANCREATITIS	1	,4	,7	10,1
	POLIPOSIS	1	,4	,7	10,8
	PORTADOR DE HTLV-1	1	,4	,7	11,5
	SINDROME ICTERICO	1	,4	,7	12,2
	SINDROME MIELOPROLIFERATIVO	1	,4	,7	12,8
	SIDA	1	,4	,7	13,5
	COLECISTITIS CRONICA CALCULOSA	2	,8	1,4	14,9
	OSTEOMIELITIS	2	,8	1,4	16,2
	TBC	2	,8	1,4	17,6
	CESAREA	3	1,1	2,0	19,6
	ENFERMEDAD RENAL CRONICA	3	1,1	2,0	21,6
	MULTIGESTA	3	1,1	2,0	23,6
	DIABETES MELLITUS 2	5	1,9	3,4	27,0
	GASTRITIS CRONICA	6	2,3	4,1	31,1
	HIPERTENSION ARTERIAL	6	2,3	4,1	35,1
	ANEMIA	9	3,4	6,1	41,2
	NINGUNO	87	32,7	58,8	100,0
	Total	148	55,6	100,0	
Perdidos	NO HAY HISTORIA CLINICA	56	21,1		
	DATOS INCOMPLETOS	62	23,3		
	Total	118	44,4		
Total	266	100,0			



**FIGURA N°14: Antecedentes médicos secundarios**

En relación a los síntomas principales, 23 pacientes (15,5%) presentaron sensación de alza térmica, 22 pacientes (14,9%) refirieron no presentar ningún síntoma, 15 pacientes

(10,1%) refirieron presentar disfagia, mientras que 13 pacientes (8,8%) presentaron disnea y 11 pacientes (7,4%) presentaron astenia (Ver TABLA N°15 y FIGURA N°15).

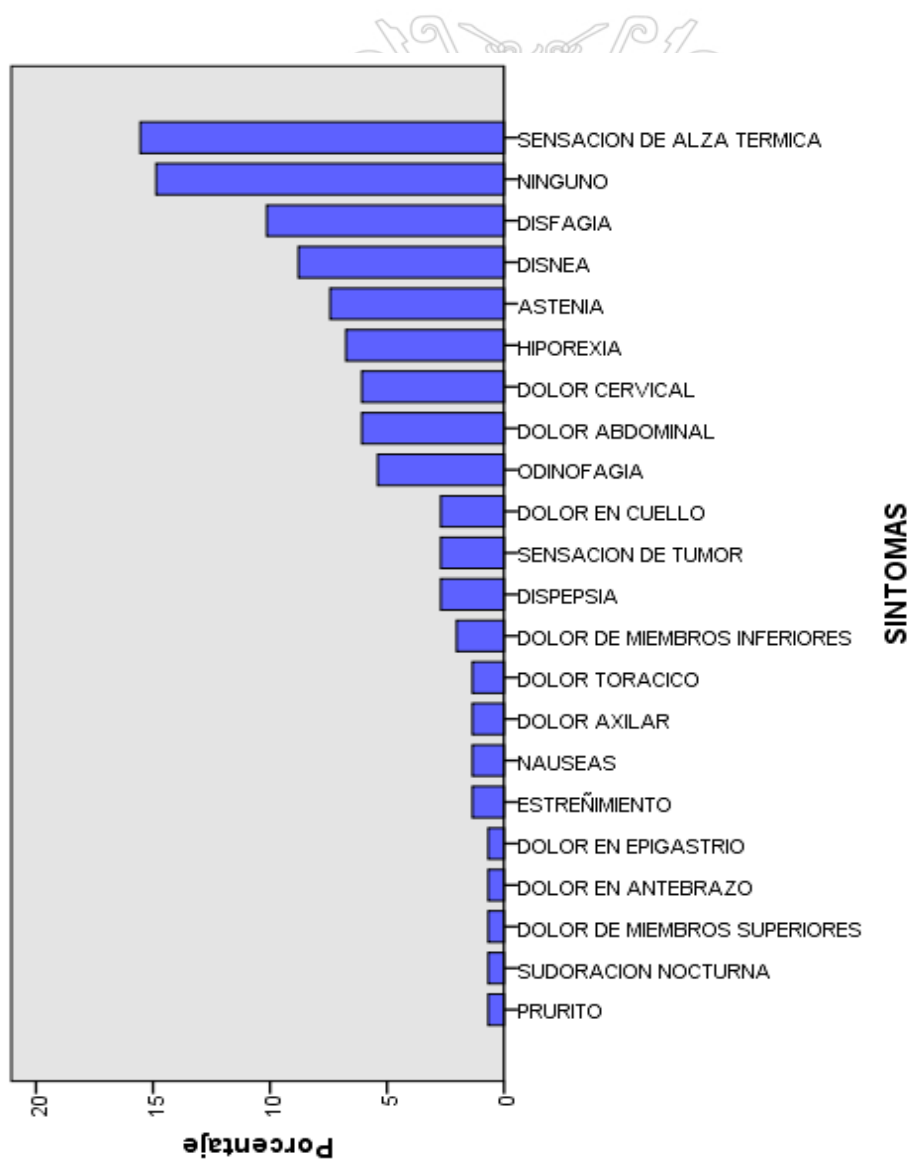
En relación a los síntomas secundarios, 91 pacientes (61,5%) refirieron no presentar ningún síntoma, 18 pacientes (12,2%) presentaron hiporexia, 7 pacientes (4,7%) presentaron náuseas y disfagia respectivamente, mientras que 5 pacientes (3,4%) presentaron disnea y 4 pacientes (2,7%) presentaron astenia y odinofagia respectivamente. (Ver TABLA N°16 y FIGURA N°16)

En relación a los signos principales, 93 pacientes (62,8%) presentaron adenomegalia, 21 pacientes (14,2%) refirieron presentar pérdida de peso, 7 pacientes (4,7%) presentaron fiebre, 6 pacientes (4,1%) presentaron vómitos, mientras que otros 6 pacientes (4,1%) no presentaron signo alguno de enfermedad (Ver TABLA N°17 y FIGURA N°17). En relación a los signos secundarios, 68 pacientes (45,9%) no presentaron signo alguno de enfermedad, 46 pacientes (31,1%) presentaron pérdida de peso, 9 pacientes (6,1%) presentaron fiebre, 6 pacientes (4,1%) presentaron fiebre, mientras que 5 pacientes (3,4%) presentaron vómitos y edema de miembros inferiores respectivamente (Ver TABLA N°18 y FIGURA N°18).

**TABLA N°15: Síntomas principales presentado por los pacientes**

SÍNTOMAS	Frecuencia	NÚMERO DE PACIENTES		
		Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
PRURITO	1	,4	,7	,7
SUDORACION NOCTURNA	1	,4	,7	1,4
DOLOR DE MIEMBROS SUPERIORES	1	,4	,7	2,0
DOLOR EN ANTEBRAZO	1	,4	,7	2,7
DOLOR EN EPIGASTRIO	1	,4	,7	3,4
ESTREÑIMIENTO	2	,8	1,4	4,7
NAUSEAS	2	,8	1,4	6,1
DOLOR AXILAR	2	,8	1,4	7,4
DOLOR TORACICO	2	,8	1,4	8,8
DOLOR DE MIEMBROS INFERIORES	3	1,1	2,0	10,8
DISPEPSIA	4	1,5	2,7	13,5
SENSACION DE TUMOR	4	1,5	2,7	16,2
DOLOR EN CUELLO	4	1,5	2,7	18,9
ODINOFAGIA	8	3,0	5,4	24,3
DOLOR ABDOMINAL	9	3,4	6,1	30,4

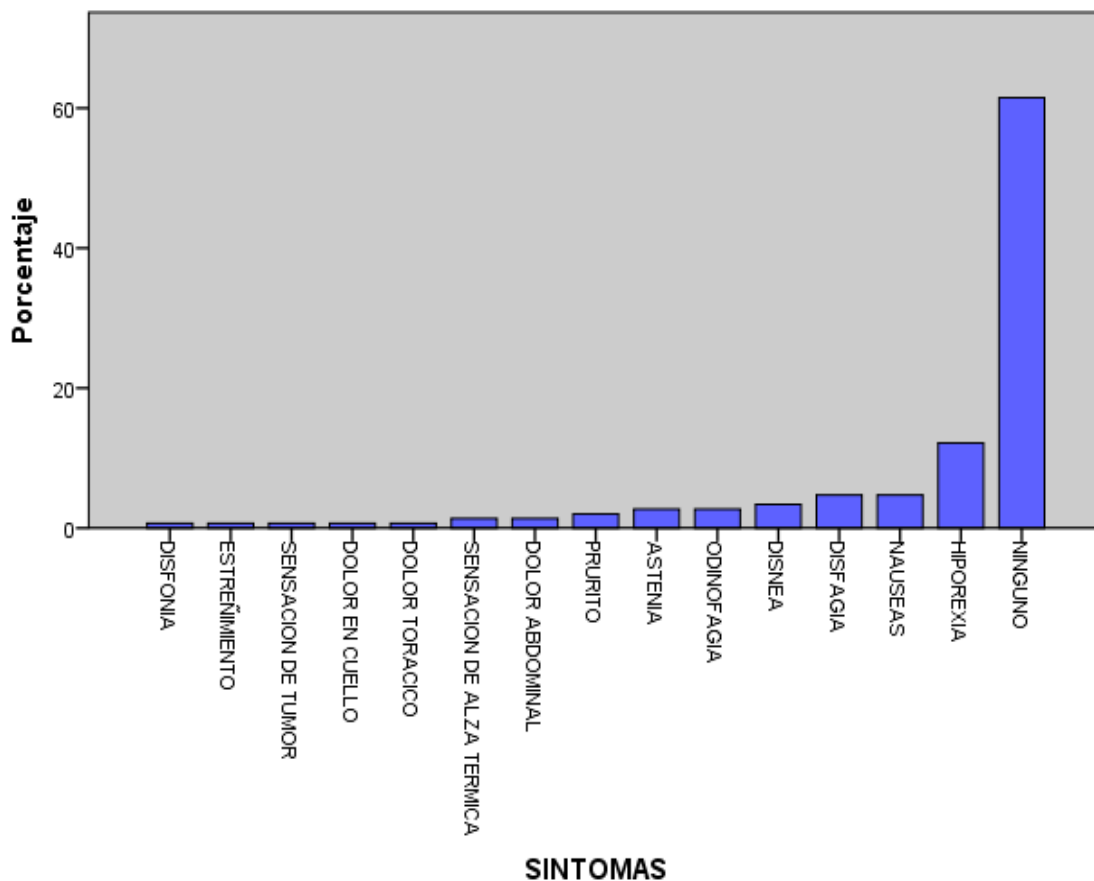
	DOLOR CERVICAL	9	3,4	6,1	36,5
	HIPOREXIA	10	3,8	6,8	43,2
	ASTENIA	11	4,1	7,4	50,7
	DISNEA	13	4,9	8,8	59,5
	DISFAGIA	15	5,6	10,1	69,6
	NINGUNO	22	8,3	14,9	84,5
	SENSACION DE ALZA TERMICA	23	8,6	15,5	100,0
	Total	148	55,6	100,0	
Perdidos	NO HAY HISTORIA CLINICA	56	21,1		
	DATOS INCOMPLETOS	62	23,3		
	Total	118	44,4		
Total		266	100,0		



**FIGURA N°15: Síntomas principales presentado por los pacientes**

**TABLA N°16: Síntomas secundarios presentado por los pacientes**

SINTOMAS		NÚMERO DE PACIENTES			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SINTOMAS	DISFONIA	1	,4	,7	,7
	ESTREÑIMIENTO	1	,4	,7	1,4
	SENSACION DE TUMOR	1	,4	,7	2,0
	DOLOR EN CUELLO	1	,4	,7	2,7
	DOLOR TORACICO	1	,4	,7	3,4
	SENSACION DE ALZA TERMICA	2	,8	1,4	4,7
	DOLOR ABDOMINAL	2	,8	1,4	6,1
	PRURITO	3	1,1	2,0	8,1
	ASTENIA	4	1,5	2,7	10,8
	ODINOFAGIA	4	1,5	2,7	13,5
	DISNEA	5	1,9	3,4	16,9
	DISFAGIA	7	2,6	4,7	21,6
	NAUSEAS	7	2,6	4,7	26,4
	HIPOREXIA	18	6,8	12,2	38,5
	NINGUNO	91	34,2	61,5	100,0
	Total	148	55,6	100,0	
Perdidos	NO HAY HISTORIA CLINICA	56	21,1		
	DATOS INCOMPLETOS	62	23,3		
	Total	118	44,4		
Total		266	100,0		

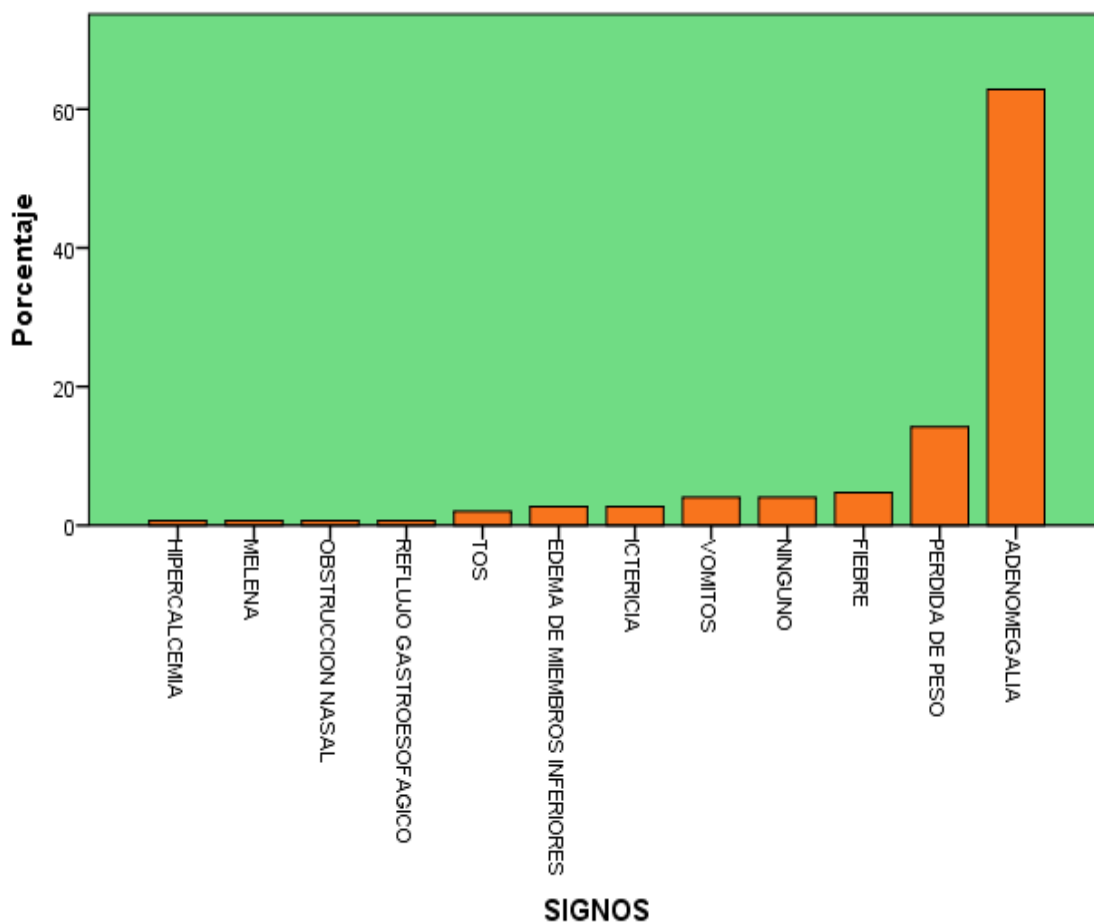


Tesis publicada con autorización del autor.  
No olvide citar esta tesis

**FIGURA N°16: Síntomas secundarios presentado por los pacientes**

**TABLA N°17: Signos principales presentado por los pacientes**

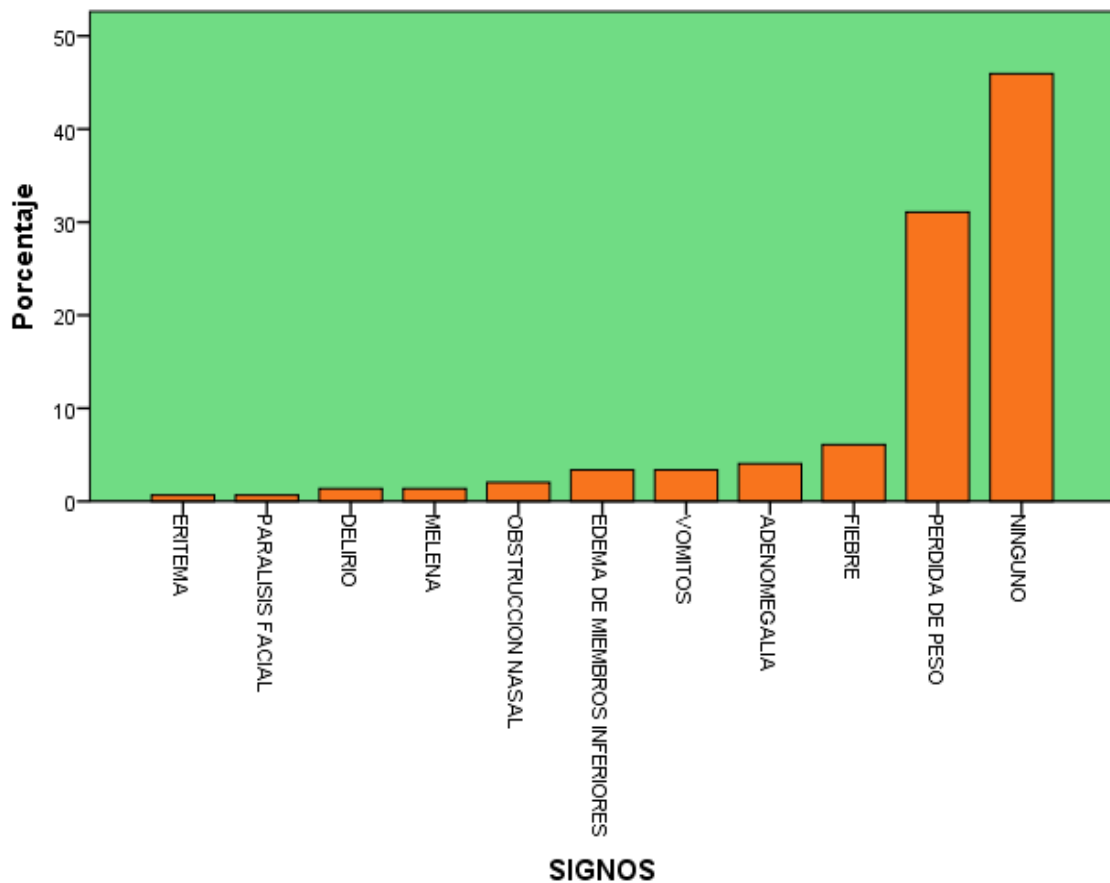
SIGNOS	Frecuencia	NÚMERO DE PACIENTES		
		Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
HIPERCALCEMIA	1	,4	,7	,7
MELENA	1	,4	,7	1,4
OBSTRUCCION NASAL	1	,4	,7	2,0
REFLUJO GASTROESOFAGICO	1	,4	,7	2,7
TOS	3	1,1	2,0	4,7
EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES	4	1,5	2,7	7,4
ICTERICIA	4	1,5	2,7	10,1
VOMITOS	6	2,3	4,1	14,2
NINGUNO	6	2,3	4,1	18,2
FIEBRE	7	2,6	4,7	23,0
PERDIDA DE PESO	21	7,9	14,2	37,2
ADENOMEGALIA	93	35,0	62,8	100,0
Total	148	55,6	100,0	
Perdidos				
NO HAY HISTORIA CLINICA	56	21,1		
DATOS INCOMPLETOS	62	23,3		
Total	118	44,4		
Total	266	100,0		



Tesis publicada en la revista científica "Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Friburgo". No olvide citar esta tesis.

**TABLA N°18: Signos secundarios presentado por los pacientes**

SIGNOS		NÚMERO DE PACIENTES			Porcentaje acumulado
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	
SIGNOS	ERITEMA	1	,4	,7	,7
	PARALISIS FACIAL	1	,4	,7	1,4
	DELIRIO	2	,8	1,4	2,7
	MELENA	2	,8	1,4	4,1
	OBSTRUCCION NASAL	3	1,1	2,0	6,1
	EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES	5	1,9	3,4	9,5
	VOMITOS	5	1,9	3,4	12,8
	ADENOMEGALIA	6	2,3	4,1	16,9
	FIEBRE	9	3,4	6,1	23,0
	PERDIDA DE PESO	46	17,3	31,1	54,1
	NINGUNO	68	25,6	45,9	100,0
	Total	148	55,6	100,0	
	Perdidos	NO HAY HISTORIA CLINICA	56	21,1	
DATOS INCOMPLETOS		62	23,3		
Total		118	44,4		
Total		266	100,0		



**FIGURA N°18: Signos secundarios presentado por los pacientes**

Tesis publicada con autorización del autor  
No olvide citar esta tesis

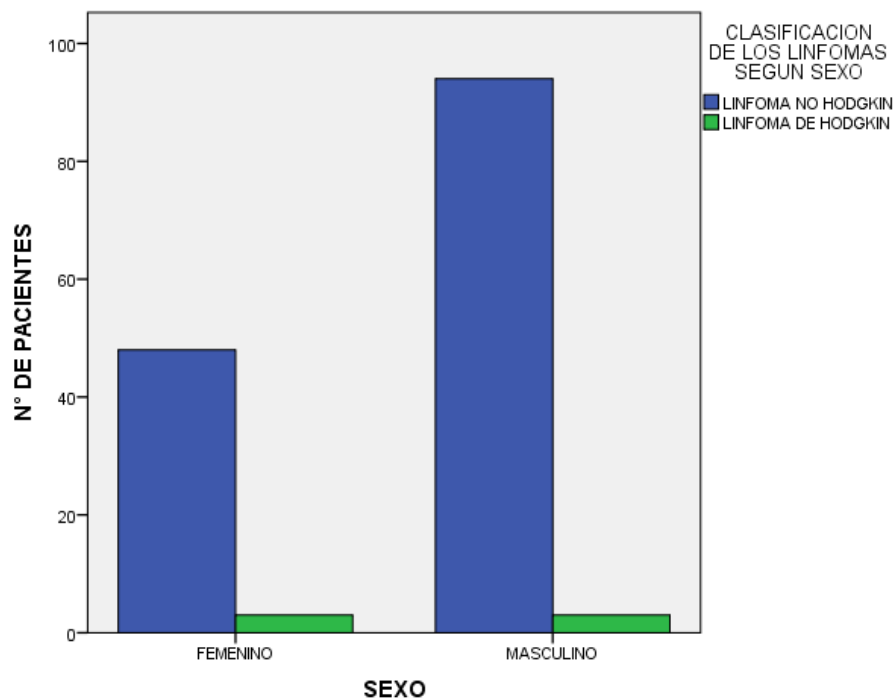
**UNFV**

Según el estudio, los linfomas se clasificaron en dos grandes grupos, siendo los Linfomas no Hodgkin los que se presentaron en 142 pacientes (95,9%) y los Linfomas de Hodgkin con 6 pacientes (4,1%) siendo estos últimos minoría. Los linfomas se presentaron en mayor frecuencia en el sexo masculino, siendo estos un total de 97 pacientes (65,5%), las cuales 94 pacientes (63,5%) presentaron Linfoma no Hodgkin y 3 pacientes (2%) presentaron Linfoma de Hodgkin; mientras que, en el sexo femenino fueron 51 los pacientes con diagnóstico de linfoma, las cuales 48 pacientes (32,4%) presentaron Linfoma no Hodgkin y 3 pacientes (2%) presentaron Linfoma de Hodgkin. (Ver TABLA N°19 y FIGURA N°19).

Según el estudio, también se evidenció, que el mayor número de casos diagnosticados de Linfoma no Hodgkin fue en el intervalo de 60-70 años con 47 pacientes (31,8%), mientras que para el caso de Linfoma de Hodgkin fue en el intervalo de 70-80 años con 3 pacientes (2%); en contraste, el menor número de pacientes con diagnóstico de Linfoma no Hodgkin se dio en el intervalo de 1-10 años con 3 pacientes (2%), mientras que en el caso de Linfoma de Hodgkin se dio en los intervalos de 1-10 años, 10-20 años, 30-40 años, 60-70 años, 80-90 años, sin ningún paciente (0%) (Ver TABLA N°20 y FIGURA N°20).

**TABLA N°19: Clasificación de los Linfomas según sexo**

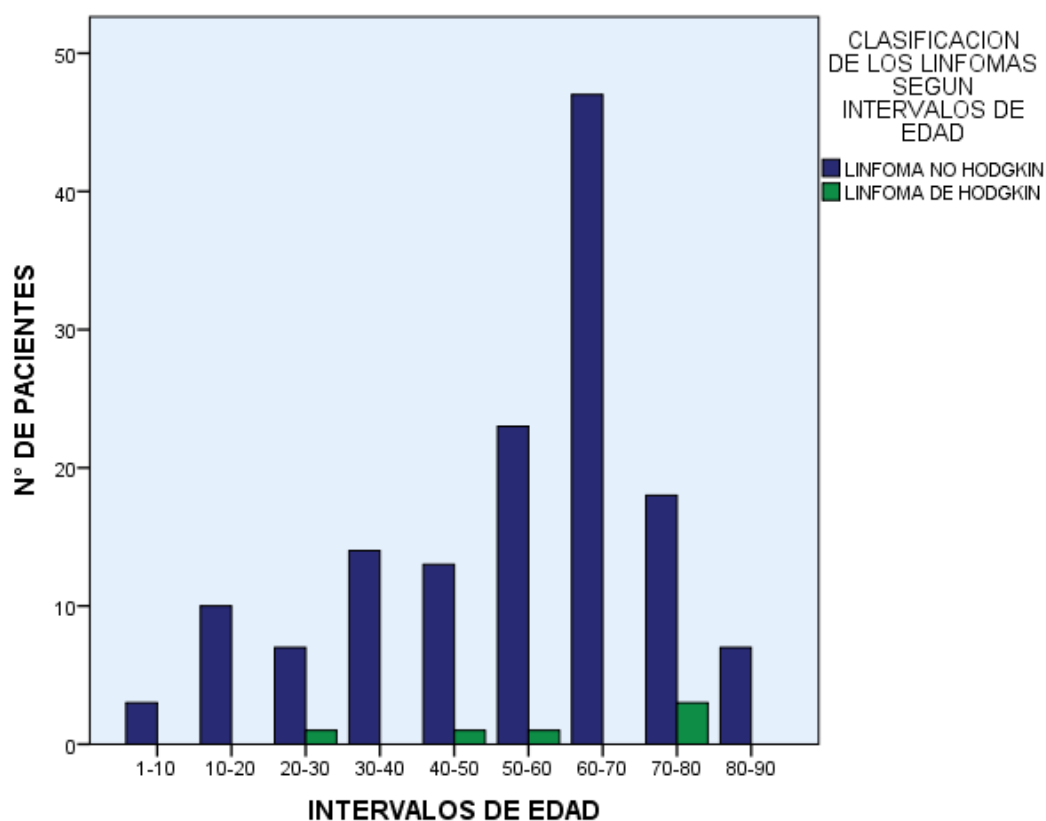
		NÚMERO DE PACIENTES SEGÚN TIPO DE LINFOMA			
		LINFOMA NO HODGKIN	LINFOMA DE HODGKIN	TOTAL	
SEXO	FEMENINO	Recuento	48	3	51
		% del total	32,4%	2,0%	34,5%
	MASCULINO	Recuento	94	3	97
		% del total	63,5%	2,0%	65,5%
Total		Recuento	142	6	148
		% del total	95,9%	4,1%	100,0%



**FIGURA N°19: Clasificación de los Linfomas según sexo**

**TABLA N°20: Clasificación de los Linfomas según intervalos de edad**

		NÚMERO DE PACIENTES SEGÚN TIPO DE LINFOMA			
		LINFOMA NO HODGKIN	LINFOMA DE HODGKIN	TOTAL	
INTERVALOS DE EDAD	1-10	Recuento	3	0	3
		% del total	2,0%	0,0%	2,0%
	10-20	Recuento	10	0	10
		% del total	6,8%	0,0%	6,8%
	20-30	Recuento	7	1	8
		% del total	4,7%	0,7%	5,4%
	30-40	Recuento	14	0	14
		% del total	9,5%	0,0%	9,5%
	40-50	Recuento	13	1	14
		% del total	8,8%	0,7%	9,5%
	50-60	Recuento	23	1	24
		% del total	15,5%	0,7%	16,2%
	60-70	Recuento	47	0	47
		% del total	31,8%	0,0%	31,8%
	70-80	Recuento	18	3	21
		% del total	12,2%	2,0%	14,2%
	80-90	Recuento	7	0	7
		% del total	4,7%	0,0%	4,7%
	Total	Recuento	142	6	148
		% del total	95,9%	4,1%	100,0%



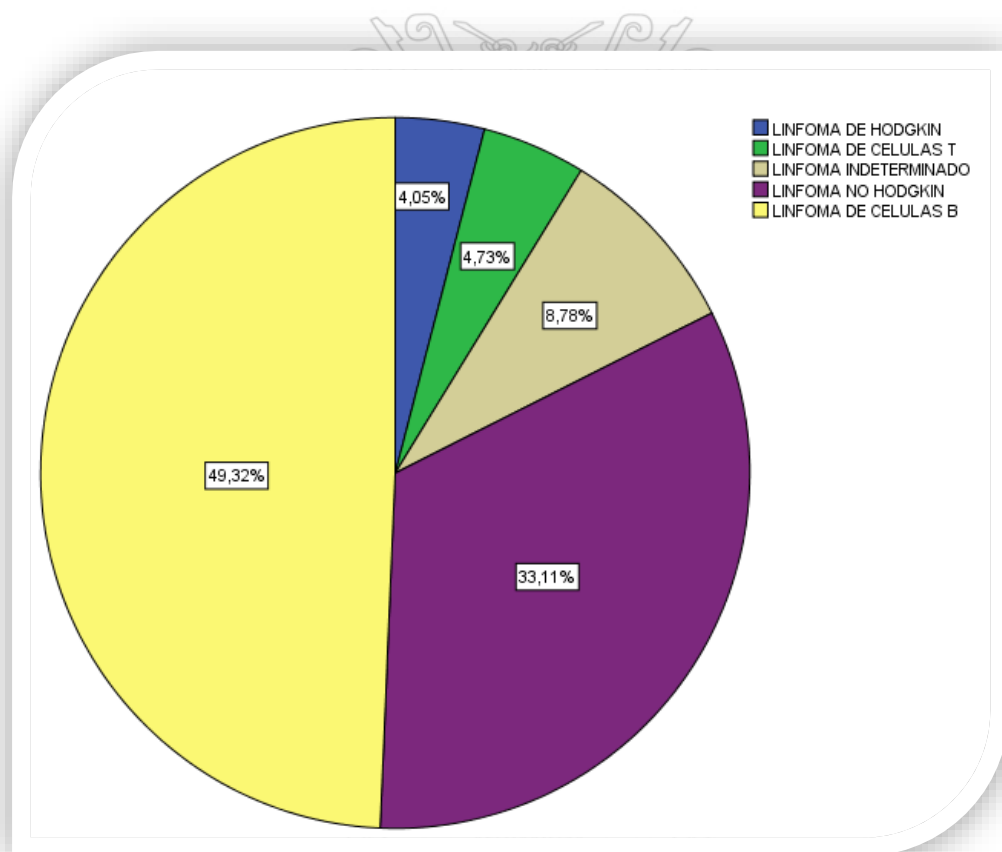
**FIGURA N°20: Clasificación de los Linfomas según intervalos de edad**

Desde otra perspectiva, se evidenció mediante el estudio inmunohistoquímico, que 73 pacientes (49,3%) tenían diagnóstico de Linfoma de células B, 49 pacientes (33,1%) tenían diagnóstico de Linfoma no Hodgkin sin ninguna otra especificación, mientras que 13 pacientes (4,7%) tenían diagnóstico de Linfoma indeterminado, sin definir la estirpe celular B o T, sólo 7 pacientes (4,7%) tenían diagnóstico de Linfoma de células T y finalmente 6 pacientes (4,1%) tenían diagnóstico de Linfoma de Hodgkin. (Ver TABLA N°21 y FIGURA N°21).

**TABLA N°21: Clasificación de los Linfomas según inmunohistoquímica**

CLASIFICACIÓN SEGÚN IHQ	NÚMERO DE PACIENTES			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
LINFOMA DE HODGKIN	6	2,3	4,1	4,1
LINFOMA DE CELULAS T	7	2,6	4,7	8,8

	LINFOMA INDETERMINADO	13	4,9	8,8	17,6
	LINFOMA NO HODGKIN	49	18,4	33,1	50,7
	LINFOMA DE CELULAS B	73	27,4	49,3	100,0
	Total	148	55,6	100,0	
Perdidos	NO HAY HISTORIA CLINICA	56	21,1		
	DATOS INCOMPLETOS	62	23,3		
	Total	118	44,4		
Total		266	100,0		



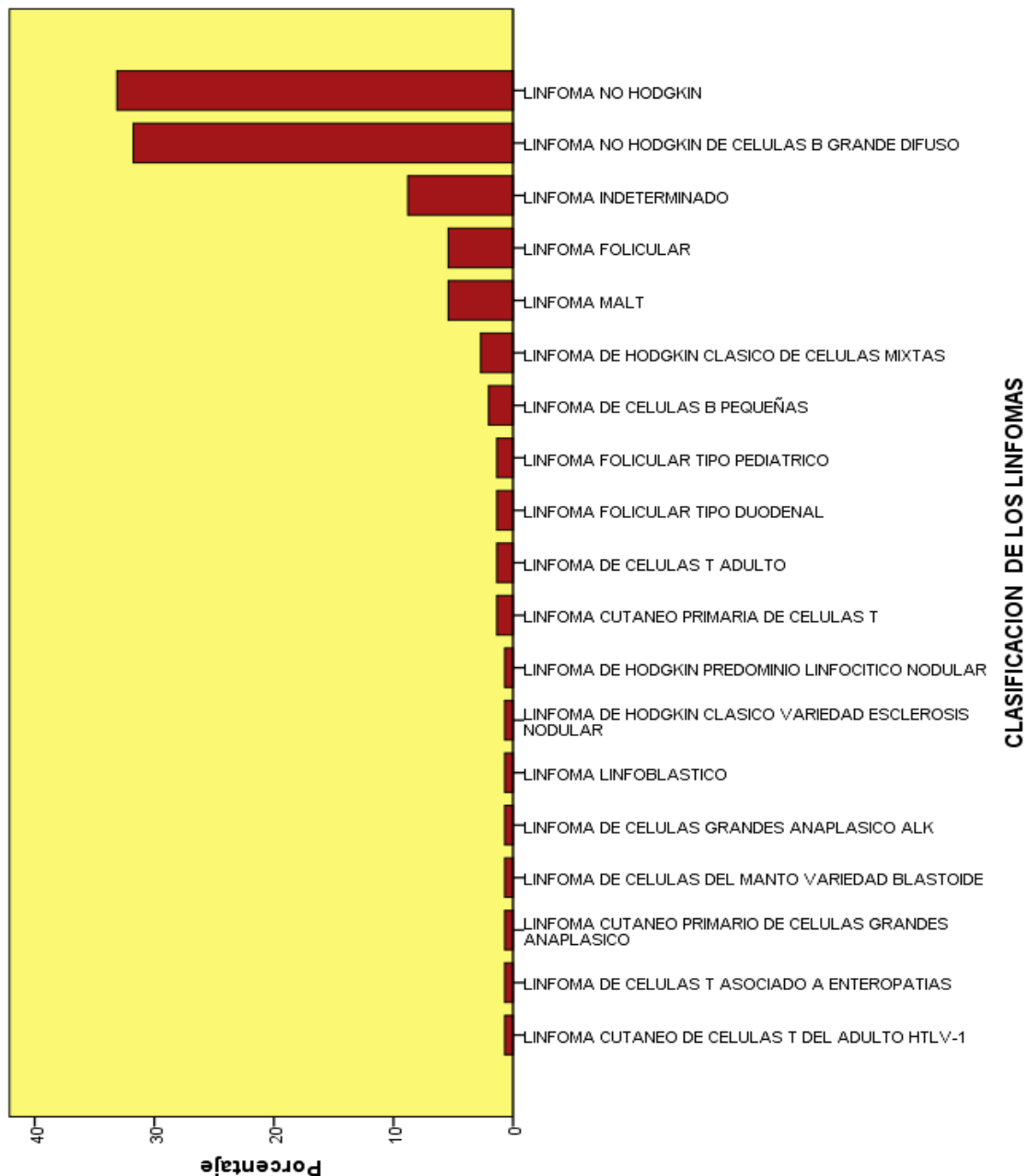
**FIGURA N°21: Clasificación de los Linfomas según inmunohistoquímica**

Desde otro punto de vista, se evidenció que, mediante el estudio de anatomía patológica, 49 pacientes (33,1%) tuvieron diagnóstico de Linfoma no Hodgkin, seguido de 47 pacientes (31,8%) quienes tuvieron diagnóstico de Linfoma no Hodgkin de células B grande difuso; habiendo un gran margen de diferencia, se tuvieron 13 pacientes (8,8%)

con diagnóstico de Linfoma indeterminado, 8 pacientes (5,4%) con diagnóstico de Linfoma MALT y Linfoma folicular cada uno (Ver TABLA N°22 y FIGURA N°22).

**TABLA N°22: Clasificación de los Linfomas según anatomía patológica**

CLASIFICACIÓN ANATOMO-PATOLÓGICA	Frecuencia	NÚMERO DE PACIENTES		
		Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
LINFOMA CUTANEO DE CELULAS T DEL ADULTO HTLV-1	1	,4	,7	,7
LINFOMA DE CELULAS T ASOCIADO A ENTEROPATIAS	1	,4	,7	1,4
LINFOMA CUTANEO PRIMARIO DE CELULAS GRANDES ANAPLASICO	1	,4	,7	2,0
LINFOMA DE CELULAS DEL MANTO VARIEDAD BLASTOIDE	1	,4	,7	2,7
LINFOMA DE CELULAS GRANDES ANAPLASICO ALK	1	,4	,7	3,4
LINFOMA LINFOBLASTICO	1	,4	,7	4,1
LINFOMA DE HODGKIN CLASICO VARIEDAD ESCLEROSIS NODULAR	1	,4	,7	4,7
LINFOMA DE HODGKIN PREDOMINIO LINFOCITICO NODULAR	1	,4	,7	5,4
LINFOMA CUTANEO PRIMARIA DE CELULAS T	2	,8	1,4	6,8
LINFOMA DE CELULAS T ADULTO	2	,8	1,4	8,1
LINFOMA FOLICULAR TIPO DUODENAL	2	,8	1,4	9,5
LINFOMA FOLICULAR TIPO PEDIATRICO	2	,8	1,4	10,8
LINFOMA DE CELULAS B PEQUEÑAS	3	1,1	2,0	12,8
LINFOMA DE HODGKIN CLASICO DE CELULAS MIXTAS	4	1,5	2,7	15,5
LINFOMA MALT	8	3,0	5,4	20,9
LINFOMA FOLICULAR	8	3,0	5,4	26,4
LINFOMA INDETERMINADO	13	4,9	8,8	35,1
LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS B GRANDE DIFUSO	47	17,7	31,8	66,9
LINFOMA NO HODGKIN	49	18,4	33,1	100,0
Total	148	55,6	100,0	
Perdidos	NO HAY HISTORIA CLINICA	56	21,1	
	DATOS INCOMPLETOS	62	23,3	
	Total	118	44,4	
Total	266	100,0		



**FIGURA N°22: Clasificación de los Linfomas según anatomía patológica**

En relación a la localización primaria de los Linfomas, se evidenció que 127 pacientes (85,8%) tenían localización primaria ganglionar, mientras que 21 pacientes (14,2%) tenían localización primaria extraganglionar. En relación a esto, resultó que 12 pacientes (8,1%) tenían localización extraganglionar en el estómago, siendo éste el lugar de mayor

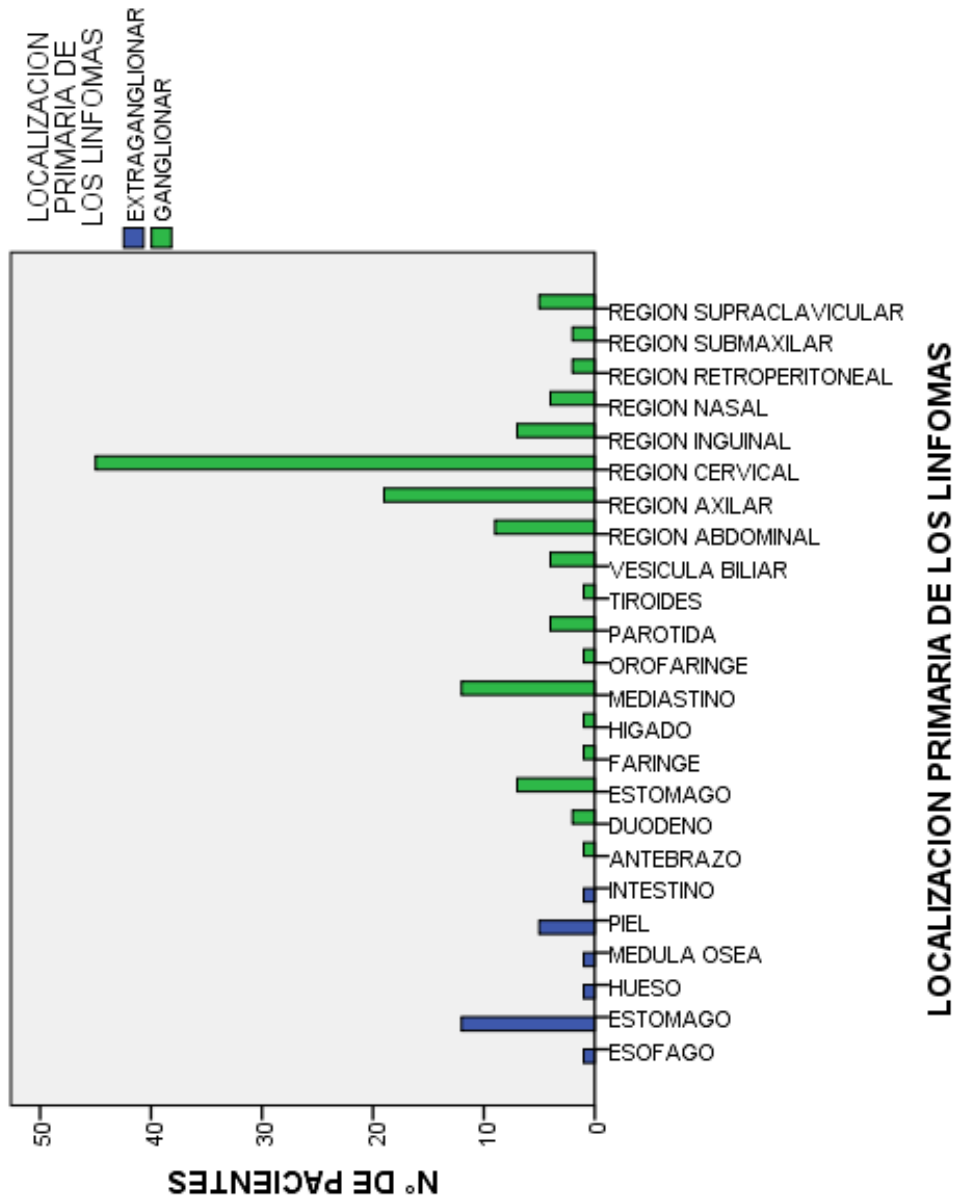
Tesis publicada con autorización del autor  
 predisposición; en contraste, en la localización ganglionar, se evidenció que 45 pacientes  
 No olvide citar esta tesis

(30,4%) tenían localización en la región cervical, seguido de 19 pacientes (12,8%) que tenían localización axilar, seguido de 12 pacientes (8,1%) que tenían localización mediastinal, (Ver TABLA N°23 y FIGURA N°23).

**FIGURA N°23: Localización primaria de los linfomas**

		NÚMERO DE PACIENTES SEGÚN LOCALIZACION			
			Extraganglionar	Ganglionar	TOTAL
LOCALIZACION PRIMARIA DE LOS LINFOMAS	ESOFAGO	Recuento	1	0	1
		% del total	0,7%	0,0%	0,7%
	ESTOMAGO	Recuento	12	0	12
		% del total	8,1%	0,0%	8,1%
	HUESO	Recuento	1	0	1
		% del total	0,7%	0,0%	0,7%
	MEDULA OSEA	Recuento	1	0	1
		% del total	0,7%	0,0%	0,7%
	PIEL	Recuento	5	0	5
		% del total	3,4%	0,0%	3,4%
	INTESTINO	Recuento	1	0	1
		% del total	0,7%	0,0%	0,7%
	ANTEBRAZO	Recuento	0	1	1
		% del total	0,0%	0,7%	0,7%
	DUODENO	Recuento	0	2	2
		% del total	0,0%	1,4%	1,4%
	ESTOMAGO	Recuento	0	7	7
		% del total	0,0%	4,7%	4,7%
	FARINGE	Recuento	0	1	1
		% del total	0,0%	0,7%	0,7%
	HIGADO	Recuento	0	1	1
		% del total	0,0%	0,7%	0,7%
	MEDIASTINO	Recuento	0	12	12
		% del total	0,0%	8,1%	8,1%
	OROFARINGE	Recuento	0	1	1
		% del total	0,0%	0,7%	0,7%
	PAROTIDA	Recuento	0	4	4
		% del total	0,0%	2,7%	2,7%
	TIROIDES	Recuento	0	1	1
		% del total	0,0%	0,7%	0,7%
VESICULA BILIAR	Recuento	0	4	4	
	% del total	0,0%	2,7%	2,7%	
REGION ABDOMINAL	Recuento	0	9	9	
	% del total	0,0%	6,1%	6,1%	
REGION AXILAR	Recuento	0	19	19	
	% del total	0,0%	12,8%	12,8%	
REGION CERVICAL	Recuento	0	45	45	
	% del total	0,0%	30,4%	30,4%	
REGION INGUINAL	Recuento	0	7	7	
	% del total	0,0%	4,7%	4,7%	
REGION NASAL	Recuento	0	4	4	
	% del total	0,0%	2,7%	2,7%	
REGION RETROPERITONEAL	Recuento	0	2	2	
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%	
	Recuento	0	2	2	

	REGION SUBMAXILAR	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
	REGION SUPRACLAVICULAR	Recuento	0	5	5
		% del total	0,0%	3,4%	3,4%
Total		Recuento	21	127	148
		% del total	14,2%	85,8%	100,0%



**FIGURA N°23: Localización primaria de los linfomas**

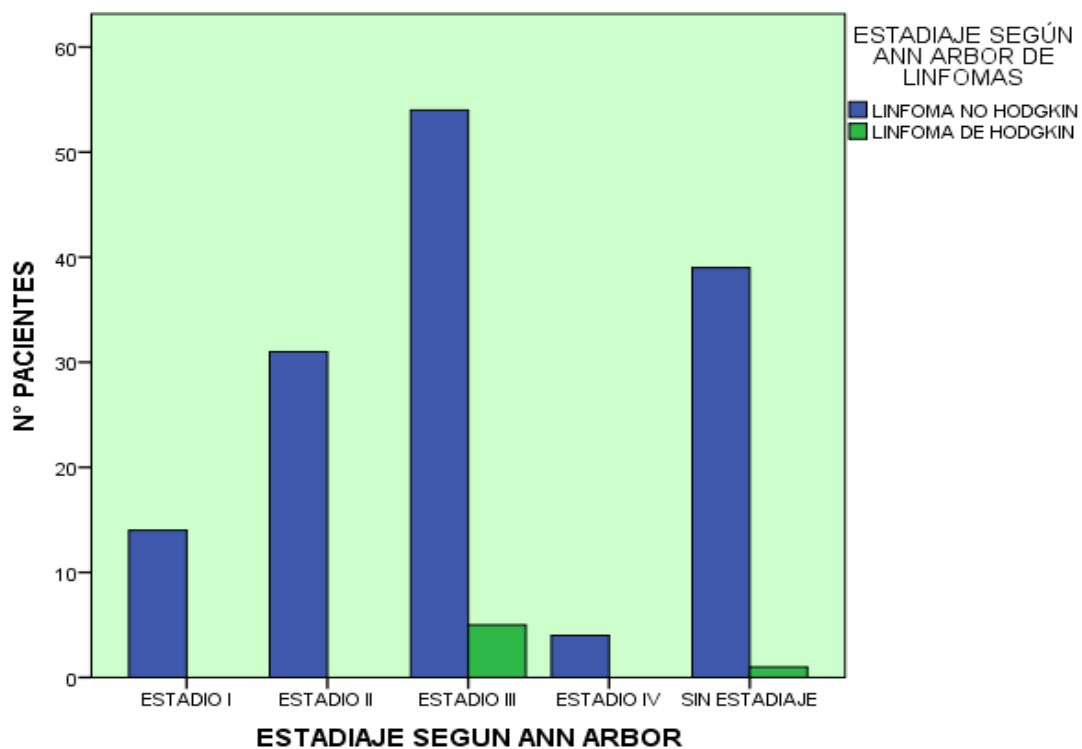
De un total de 148 pacientes en la cual se pudo obtener los datos, se pudo realizar el estadiaje de 108 pacientes (63%) según Ann Arbor, 59 pacientes (39,9%) se encontraban

en el estadio III de la enfermedad, mientras que 31 pacientes (20,9%) se encontraban en el estadio II de la enfermedad. No olvide citar esta tesis

el estadio II, 14 pacientes (9,5%) se encontraban en el estadio I y 4 pacientes (2,7%) se encontraban en el estadio IV, en contraste a esto, 40 pacientes no tenían estadiaje alguno. Dentro del grupo de pacientes de estadio III de la enfermedad, 5 pacientes (3,4%) eran Linfomas de Hodgkin y 54 pacientes (36,5%) eran Linfomas no Hodgkin (Ver TABLA N°24 y FIGURA N°24).

**TABLA N°24: Estadiaje Según Ann Arbor de Linfomas**

ESTADIAJE SEGUN ANN ARBOR	ESTADIO		NÚMERO DE PACIENTES		TOTAL
			LINFOMA NO HODGKIN	LINFOMA DE HODGKIN	
	ESTADIO I	Recuento	14	0	14
		% del total	9,5%	0,0%	9,5%
	ESTADIO II	Recuento	31	0	31
		% del total	20,9%	0,0%	20,9%
	ESTADIO III	Recuento	54	5	59
		% del total	36,5%	3,4%	39,9%
	ESTADIO IV	Recuento	4	0	4
		% del total	2,7%	0,0%	2,7%
	SIN ESTADIAJE	Recuento	39	1	40
		% del total	26,4%	0,7%	27,0%
Total	Recuento	142	6	148	
	% del total	95,9%	4,1%	100,0%	



De un total de 148 pacientes en la cual se pudo obtener los datos, 91 pacientes (61,5%) recibieron tratamiento específico, de las cuales 1 paciente (0,7%) recibió radioterapia, a 4 pacientes (2,7%), 3 pacientes (2,1%) recibieron quimioterapia combinada con cirugía, 3 pacientes (2,1%) recibieron quimioterapia combinada con radioterapia y 80 pacientes (54,1%) recibieron quimioterapia sola. (Ver TABLA N°25 y FIGURA N°25)

En razón a los pacientes con diagnóstico de Linfoma de Hodgkin que recibieron tratamiento específico, 2 pacientes (1,4%) recibieron bleomicina, vincristina, doxorubicina, prednisona, 2 pacientes (1,4%) recibieron doxorubicina, bleomicina, vinblastina, dacarbazina. En comparación con los pacientes que tuvieron diagnóstico de Linfoma no Hodgkin, 39 pacientes (26,4%) recibieron ciclofosfamida, vincristina, doxorubicina, prednisona, siguiéndole en frecuencia, 18 pacientes (12,2%) recibieron el esquema de tratamiento compuesto por ciclofosfamida, vincristina, doxorubicina, prednisona, rituximab. (Ver TABLA N°25 y FIGURA N°25)

**TABLA N°25: Tratamiento recibido por los pacientes en función del tipo de Linfoma**

		NÚMERO DE PACIENTES SEGÚN TIPO DE LINFOMA			
		LINFOMA NO HODGKIN	LINFOMA DE HODGKIN	Total	
TRATAMIENTO RECIBIDO	BLEOMICINA, VINCRISTINA, DOXORRUBICINA, PREDNISONA	Recuento	0	2	2
		% del total	0,0%	1,4%	1,4%
	CICLOFOSFAMIDA, TALIDOMIDA, DEXAMETASONA	Recuento	1	0	1
		% del total	0,7%	0,0%	0,7%
	CICLOFOSFAMIDA, VINCRISTINA, DEXAMETASONA	Recuento	1	0	1
		% del total	0,7%	0,0%	0,7%
	CICLOFOSFAMIDA, VINCRISTINA, DOXORRUBICINA	Recuento	3	0	3
		% del total	2,0%	0,0%	2,0%
	CICLOFOSFAMIDA, VINCRISTINA, DOXORRUBICINA, ETOPOSIDO	Recuento	1	0	1
		% del total	0,7%	0,0%	0,7%
	CICLOFOSFAMIDA, VINCRISTINA, DOXORRUBICINA, PREDNISONA	Recuento	39	1	40
		% del total	26,4%	0,7%	27,0%
	CICLOFOSFAMIDA, VINCRISTINA, DOXORRUBICINA, PREDNISONA + CIRUGIA	Recuento	2	0	2
		% del total	1,4%	0,0%	1,4%
	Recuento	1	0	1	

CICLOFOSFAMIDA, VINCRISTINA, DOXORRUBICINA, PREDNISONA + RADIOTERAPIA	% del total	0,7%	0,0%	0,7%
CICLOFOSFAMIDA, VINCRISTINA, DOXORRUBICINA, PREDNISONA, ETOPOSIDO	Recuento	2	0	2
	% del total	1,4%	0,0%	1,4%
CICLOFOSFAMIDA, VINCRISTINA, DOXORRUBICINA, PREDNISONA, RITUXIMAB	Recuento	18	0	18
	% del total	12,2%	0,0%	12,2%
CICLOFOSFAMIDA, VINCRISTINA, DOXORRUBICINA, PREDNISONA, RITUXIMAB + RADIOTERAPIA	Recuento	2	0	2
	% del total	1,4%	0,0%	1,4%
CICLOFOSFAMIDA, VINCRISTINA, METOTREXATE, PREDNISONA	Recuento	1	0	1
	% del total	0,7%	0,0%	0,7%
CICLOFOSFAMIDA, VINCRISTINA, PREDNISONA	Recuento	5	0	5
	% del total	3,4%	0,0%	3,4%
DOXORRUBICINA, BLEOMICINA, VINBLASTINA, DACARBAZINA	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
GENCITABINA, OXIPLATINO	Recuento	2	0	2
	% del total	1,4%	0,0%	1,4%
VINCRISTINA, DOXORRUBICINA + CIRUGIA	Recuento	1	0	1
	% del total	0,7%	0,0%	0,7%
VINCRISTINA, DOXORRUBICINA, PREDNISONA	Recuento	1	1	2
	% del total	0,7%	0,7%	1,4%
CIRUGIA	Recuento	4	0	4
	% del total	2,7%	0,0%	2,7%
RADIOTERAPIA	Recuento	1	0	1
	% del total	0,7%	0,0%	0,7%
SIN TRATAMIENTO	Recuento	57	0	57
	% del total	38,5%	0,0%	38,5%
Total	Recuento	142	6	148
	% del total	95,9%	4,1%	100,0%





**FIGURA N°25: Tratamiento recibido por los pacientes en función del tipo de Linfoma**

En función al pronóstico de sobrevida de los pacientes que recibieron tratamiento específico, 70 pacientes (47,3%) tuvieron un tiempo conocido de sobrevida, 21 pacientes

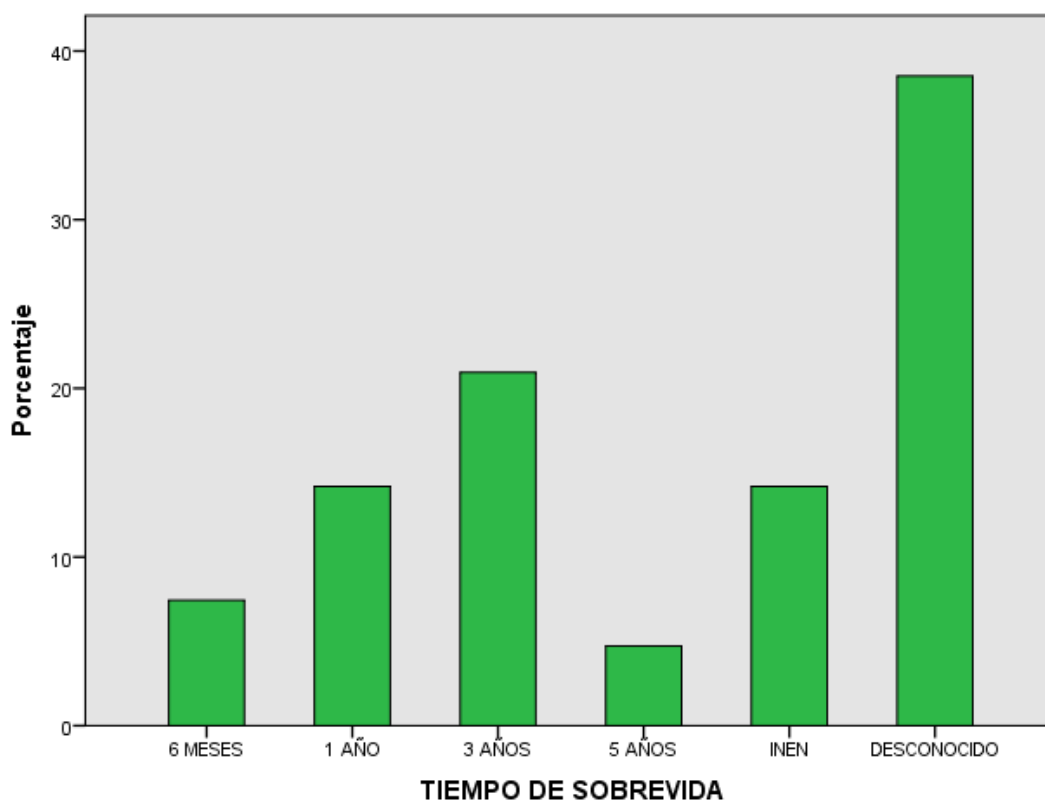
(7,9%) fueron transferidos al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) y

Tesis publicada con autorización del autor  
No olvide citar esta tesis

57 pacientes se desconoce su tiempo de sobrevida y/o dato alguno de transferencia a otro centro de salud. En función a los datos obtenidos, se observó que 31 pacientes (11,7%) tuvieron un tiempo de sobrevida de 3 años, mientras que 21 (7,9%) pacientes tuvieron un tiempo de sobrevida de 1 año, seguido de 11 pacientes (4,1%) que tuvieron un tiempo de sobrevida de 6 meses y finalmente 7 pacientes (2,6%) tuvieron un tiempo de sobrevida de 5 años, las cuales fueron independientes al año que fueron diagnosticados (Ver TABLA N°26 y FIGURA N°26)

**TABLA N°26: pronóstico de sobrevida posterior al tratamiento**

		NÚMERO DE PACIENTES			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
TIEMPO DE SOBREVIDA	6 MESES	11	4,1	7,4	7,4
	1 AÑO	21	7,9	14,2	21,6
	3 AÑOS	31	11,7	20,9	42,6
	5 AÑOS	7	2,6	4,7	47,3
	INEN	21	7,9	14,2	61,5
	DESCONOCIDO	57	21,4	38,5	100,0
	Total	148	55,6	100,0	
Perdidos	DATOS INCOMPLETOS	62	23,3		
	NO HAY HISTORIA CLINICA	56	21,1		
	Total	118	44,4		
Total		266	100,0		



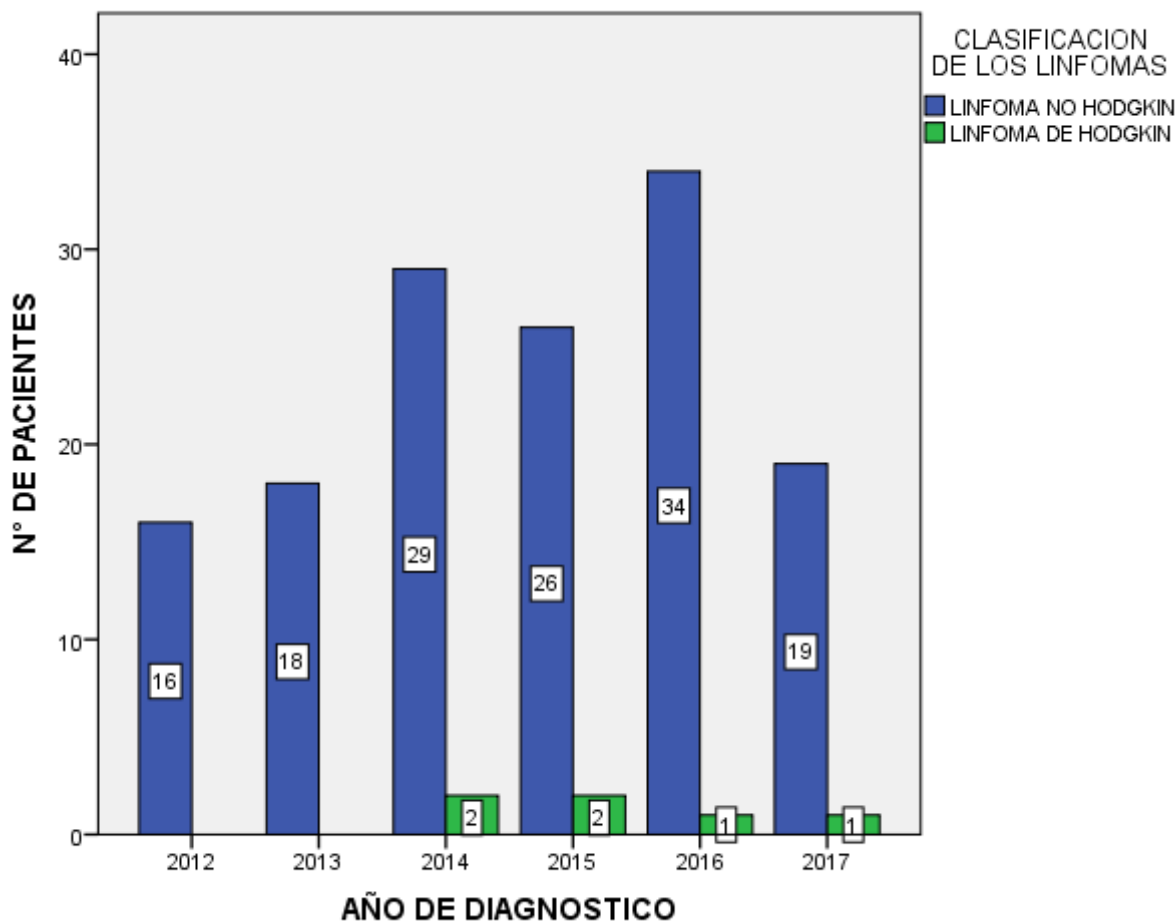
**FIGURA N°26: pronóstico de sobrevida posterior al tratamiento**

Finalmente, en función al año en la cual fueron diagnosticados los pacientes con Linfomas, 16 pacientes (10,8%) tuvieron diagnóstico anatómico-patológico de Linfoma en el año 2012, 18 pacientes (12,2%) en el año 2013, 31 pacientes (20,9%) en el año 2014, 28 pacientes (18,9%) en el año 2015, 35 pacientes (23,6%) en el año 2016 y 20 pacientes (13,5%) en el año 2017. Se evidenció que en el año 2014 y en el año 2015 se presentaron 2 pacientes (1,4%) con diagnóstico de Linfoma de Hodgkin cada uno. (Ver TABLA N°27 y FIGURA N°27)

**TABLA N°27: Clasificación de los Linfomas según año**

AÑO DE DIAGNOSTICO	NÚMERO DE PACIENTES SEGÚN TIPO DE LINFOMA		
	LINFOMA NO HODGKIN	LINFOMA DE HODGKIN	TOTAL (%)
2012	16 (10,8%)	0 (0%)	16 (10,8%)
2013	18 (12,2%)	0 (0%)	18 (12,2%)

2014	29 (19,5%)	2 (1,4%)	31 (20,9%)
2015	26 (17,5%)	2(1,4%)	28 (18,9%)
2016	34 (22,9%)	1 (0,7%)	35 (23,6%)
2017	19 (12,8%)	1(0,7%)	20 (13,5%)
Total	142 (95,8%)	6 (4,2%)	148 (100%)



**FIGURA N°27: Clasificación de los Linfomas según año**

#### 4. DISCUSION

En comparación al reporte que presenta Ramos W.(2013) en “Análisis de la situación cáncer en el Perú 2013” en la cual se observa que la cantidad de pacientes con diagnóstico de tumor benigno y/o maligno reportados por la DIRESA ESTE fueron 2021 para el periodo 2006-2011, en el presente estudio se demuestra que la cantidad de pacientes que presentan algún tipo de diagnóstico de tumor benigno y/o maligno tuvo un incremento, registrándose un total de 6479 pacientes para el periodo 2012-2017, ya sea porque la cantidad de pacientes se incrementó, hay una mayor opción de ingresar a

los servicios de salud o hay una mayor capacidad de diagnosticar. En otro apartado, se explica sobre el método de diagnóstico y tamizaje, siendo la histología del tumor primario la más usada en el periodo 2010-2012 con un 57,4%, manteniéndose una proporción similar en nuestro estudio, teniendo un diagnóstico histopatológico de linfomas en 148 pacientes las cuales representaron el 55,6% del total de linfomas.

En comparación a los datos registrados por el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (2016) para el periodo 2010-2012 en las cuales hubo 2907 casos nuevos de linfoma no Hodgkin entre los residentes de Lima Metropolitana, representando estos el 4,8% de todas las neoplasias malignas, en el presente estudio se registró que los pacientes con diagnóstico de linfoma eran 4,1% del total, siendo 266 los pacientes en el periodo 2012-2017, localizándose en 8° lugar dentro de los tumores benignos y malignos registrados y 4° lugar dentro de los tumores malignos; en otro apartado refieren la distribución que tiene en función del sexo, observándose que el 52,2% se presentó en el sexo masculino, siendo en el presente estudio el 65,5% con un total de 97 pacientes; mientras que en relación de los cánceres en función de edad, en el grupo de edad de 30-54 años, el cáncer más frecuente fue la de cáncer de estómago con un 9,8% seguido por los linfomas no Hodgkin con 7,8%, además que a la edad de 74 años hay un alto riesgo acumulado de desarrollar esta enfermedad y que posiblemente estaría en relación con la deficiencia del sistema inmune, siendo en el presente estudio la edad más frecuente de presentación de 60-70 años con 47 pacientes (17,7%), seguido por 50-60 años con 24 pacientes (9%) y 70-80 años con 21 pacientes (7,9%) compartiendo la misma posición que el autor.

En el presente trabajo se evaluaron las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con Linfomas en el periodo 2012-2017, que comparando con la investigación realizada por Padilla J. (2011) se observó que la relación hombres-mujeres de 1,5:1, con resultados similares registrados por Rocío del Castillo G. (2017) con un grupo etario más frecuente de 61-80 años (42,8%), las cuales tuvieron una semejanza con el nuestro, obteniéndose así en el estudio que la relación hombres-mujeres fue de 1,9:1; con un rango de 89 años, (mínimo 1 año y máximo 90 años) con una media de 55 años, una mediana de 61 años y medio y una moda de 70 años y una desviación estándar de 19,5. En contraste a lo obtenido, dichos resultados varían a lo registrado por Alegría E. (2012), ya que la mayoría de pacientes fueron mujeres (52,6%), con una mediana de 60 años y una moda de 48 años.

En relación al lugar de nacimiento de los pacientes, se manejan cifras similares a los registrados por Padilla J. (2011) y Rocío del Castillo G. (2017), registrándose así que el 69,6% de los pacientes nacieron en Lima, siendo seguidos por un 20,3% de pacientes que provienen de la sierra y 8,1% que provienen de otras ciudades de la costa distinta a Lima, siendo el distrito de Lima el que registra la mayor cantidad de pacientes con un 37,6% del total, siendo seguido por un amplio intervalo por ciudades de la sierra como Ayacucho, Huancayo, Cerro de Pasco, Apurímac con 3,4%, 2,7%, 2%, 2% respectivamente, registrándose después de estas dos ciudades de la costa como Ica y Callao con 2% cada uno.

Con respecto al lugar de procedencia de los pacientes, se manejan cifras variables según lo presentado por Padilla J. (2011) y Rocío del Castillo G. (2017), ya que el primer autor registra que el 90% procedía de Lima, siendo el 62% que procedían del Cono Norte de

Lima y que 4,44% procedía de la sierra y de la costa respectivamente, mientras que el segundo autor registra que el 80,2% procedía de Lima, siendo Lima Cercado y San Juan de Lurigancho lo más frecuentes, siendo seguidos por un 11,9% que procedía de la sierra; mientras que en el estudio presente, se observó que el 95,9% procedía de Lima, seguido por un 2% que provenía de la sierra y de la costa respectivamente, siendo San Juan de Lurigancho, El Agustino, Ate Vitarte, Santa Anita y Lima cercado los lugares más frecuentes de procedencia con 22,3%, 19,6%, 18,2% 10,8% y 10,1% respectivamente.

Otra variable considerada en el presente estudio fue la ocupación que tenían los pacientes, según la cual, 42,6% eran trabajadores independientes, seguido por 36,5% que eran trabajadores dependientes y que una minoría comprendían los estudiantes (4,5%), jubilados (3,8%) y desempleados (3,4%), siendo el ofició, profesión y/o ocupación más frecuente la de ama de casa con un 12,8%, siendo seguido por el trabajador informal (7,5%), vendedor ambulante (5,6%), comerciante (4,9%) y agricultor (3,4%); datos que se contrastan a los registrados por Padilla J. (2011) y se asemejan a los registrados por Rocío del Castillo G. (2017), ya que el primer autor cita que el 48,6% de los pacientes se encontraban desocupados, el 17,8% de los pacientes eran trabajadores independientes, mientras que los estudiantes eran un 13,1% y las amas de casa eran 7,5%, situación diferente a la presentada por el segundo autor, la cual registró que 29,4% de los pacientes eran amas de casa, 20,6% eran comerciantes y 15,1% eran desocupados.

En otro aspecto, se tomó la variable de grado de instrucción, ya que en gran medida el grado de conocimiento de los pacientes, nos orienta a una mejor descripción de los signos y síntomas que ellos presentan y nos orienta a un mejor diagnóstico y posterior

tratamiento, siendo así que en el presente estudio, el grado de instrucción de secundaria eran el 46,6% de los pacientes, dividiéndose en los que tenían secundaria incompleta con un 14,9% y secundaria sin otra especificación con un 23%, siguiendo por 31,1% de los pacientes que presentaban el grado de instrucción de primaria, dividiéndose en los que tenían primaria incompleta con un 12,8% y primaria sin otra especificación con un 9,5%, siendo sólo el 15,5% de los pacientes los que tenían el grado de estudios superiores, siendo el 6,8% los que tenían estudios superiores completos y finalmente un 6,8% eran analfabetos.

Otra variable considerada fueron los antecedentes, las cuales englobaron los médicos, familiares e infectocontagiosos en uno sólo ya que la mayoría de pacientes desconocen de los mismos o lo omiten al momento de brindar dicha información, recopilándose que un 51,4% de los pacientes refería no tener ningún antecedente, siguiéndole a esto, que 5,4% de los pacientes tenían tuberculosis, 4,1% tenían diabetes mellitus 2, 3,4% presentaban gastritis crónica, 2,7% presentaban hipertensión arterial, carcinoma ductal de mama y/o colecistitis crónica calculosa respectivamente, además las neoplasias malignas de ovario, estómago y colon se presentaron en 0,7% de los pacientes, mientras que en función de los antecedentes secundarios, se encontró datos similares, recopilándose que un 58,8% no tenían ningún antecedente de importancia, siguiéndole que 6,1% de los pacientes tenían anemia, 4,1% presentaban hipertensión arterial y/o gastritis crónica, mientras que un 2% presentaba enfermedad renal crónica, era multigesta y/o había sido cesareada, mientras que el síndrome mieloproliferativo y la neoplasia maligna de próstata se presentó en 0,7% de los pacientes. Estos datos presentan discordancia en función a lo presentado por Padilla J. (2011), en las cuales 10,28% de los pacientes en su estudio tenían antecedentes familiares de enfermedades

neoplásicas, y que las comorbilidades sistémicas más frecuentes fueron hipertensión arterial con 11,22%, seguida de diabetes y tuberculosis 3,74% respectivamente, mientras que los datos obtenidos también presentan discordancia en función a lo presentado por Alegría E. (2012) Grados J. y Rodríguez D. en la cual el antecedente familiar de cáncer se presentó en 15,8% de los pacientes, siendo el pulmonar, gástrico y de mama los más frecuentes.

Entre las características clínicas evaluadas de un total de 148 pacientes, se pudo obtener datos con respecto a sintomatología lo cual se dividió a estos en síntomas y signos y cada uno en principales y secundarios, teniéndose así a pacientes que sólo presentaron síntomas o sólo presentaron signo o ambos; entre los síntomas principales se evidenció que 15,5% presentaron sensación de alza térmica, seguido por 10,1% que presentaron disfagia, 8,8% disnea, 4,1% astenia y 3,8% hiporexia, además que 14,9% no presentó ningún síntoma, mientras que en los síntomas secundarios, la hiporexia predominó con un 12,2%, siendo seguido por las náuseas y disfagia con 4,7%, disnea con 3,4%, astenia y odinofagia con 2,7% cada uno, por otro lado, 61,5% de los pacientes no presentó ningún síntoma secundario. En función de los signos principales, la adenomegalia predominó en los pacientes con 62,8%, seguido por la pérdida de peso con 14,2%, fiebre con 4,7% y vómitos con 4,1%, mientras que 4,1% no presentó ningún signo principal; con respecto a los signos secundarios, 31,1% presentó pérdida de peso, seguido por 6,1% que presentó fiebre, 4,1% con adenomegalia y 1,9% con vómitos y/o edema de miembros inferiores, siendo así que un 45,9% no presentó signo secundario alguno. Según el trabajo realizado por Padilla J. (2011), concluye que el 40,5% de sus pacientes evaluados presentó baja de peso, 36,7% linfadenopatías, sólo un 2,53% fiebre, mientras que la compresión radicular y la hipercalcemia se presentó en 13,92%; datos

semejantes obtenidos en función a la pérdida de peso y las adenomegalias, mientras que presenta datos opuestos en función a la fiebre y sensación de alza térmica. Alegría E, Grados J. y Rodríguez D. (2012), presentan datos semejantes en su investigación, en las cuales registran que las linfadenopatías estaban presentes en 66,7% de sus pacientes, seguido de 51,8% que presentaba pérdida de peso y sudoración y sensación de masa en 25,4% de sus pacientes.

De los 266 pacientes que tenían diagnóstico de neoplasia maligna linfoproliferativa sugerente de Linfoma, 148 pacientes fueron quienes tenían diagnóstico anatómico patológico y por inmunohistoquímica confirmatorio, teniendo así que en el año 2016 se presentaron la mayor cantidad de casos con 35 pacientes (23,6%), seguido por el año 2014 con 31 pacientes (20,9%), el año 2015 con 28 pacientes (18,9%), mientras que en el año 2017 sólo hubieron 20 pacientes (13,5%) ya que el registro obtenido de ese año solo se pudo realizar hasta el 24 de octubre, por otro lado, los años con menor número de diagnóstico fueron el año 2013 con 18 pacientes (12,2%) y el año 2012 con 16 pacientes (10,8%); la distribución de los linfomas en función del sexo, se evidenció que 51 pacientes (34,5%) eran del sexo femenino, mientras que la mayoría, 97 pacientes (65,5%) eran del sexo masculino, evidenciándose que 148 pacientes (95,9%) tenían el diagnóstico de linfoma no Hodgkin, mientras que 6 pacientes (4,1%) tenían el diagnóstico de linfoma de Hodgkin, teniendo una distribución equitativa en ambos sexos, con 3 pacientes (2%); la distribución de los linfomas según intervalo de edad, la mayor cantidad de pacientes se encontraban en la edad de 60-70 años (31,8%), seguido por la edad de 50-60 años (16,2%) y por la edad de 70-8' años (14,2%). En función a lo anterior nombrado, Padilla J. (2011) presentó similares, ya que los pacientes con diagnóstico de linfoma no Hodgkin fueron 85,92%, mientras que los linfomas de

Hodgkin fueron 14,08%, Mozaffer R & Sadiqa S. (2008), en su revisión presentan datos similares a los obtenidos, ya que los linfomas no Hodgkin fueron 81,6%, siendo el sexo masculino el de mayor frecuencia. En contraste a lo obtenido Bo J. Koerner P., Spanos W., Paris Kj., Silverman Cl., Yashar C., et al.. (2005), en relación a los linfomas de Hodgkin, encontraron que 81% de los pacientes eran menores de 40 años, y que el 58% de los pacientes eran de sexo femenino, siendo el 88% de los pacientes de raza caucásica, la cual es factor por la cual varía bastante a la realidad presentada por la presente investigación, además que la sintomatología más frecuente fue la de tumoración cervical con un 64%, además que el 31% de los pacientes presentaron síntomas B (pérdida de peso, fiebre, sudoración nocturna), Ariad S., Lipshitz I., Benharroch D., Gopas J., Barchana M. (Año 2009) en su investigación que fue realizada en Israel, mencionan que el grupo etario con mayor frecuencia de proporción de linfoma de Hodgkin fue el de 20-24 años, estando en total discordancia con lo encontrado por la presente investigación en la cual fue en la edad de 70-80 años con 2% del total, seguido por la edad de 20-30 años, 40-50 años, 50-60 años con 0,7% del total de linfomas. Por otro lado, Alonso O, Alonso A., Miranda J. (2015), realizaron su investigación en Cuba en la ciudad de Villa Clara, en las cuales obtuvieron que el 64,9% de sus pacientes presentaron linfoma no Hodgkin, siendo el sexo masculino el de mayor frecuencia, además que la mayor frecuencia de pacientes se encontraba entre 30-40 años, el primer pico y el segundo pico entre los 60-70 años, presentando resultados similares al de la investigación.

De los 148 pacientes que tuvieron diagnóstico inmunohistoquímico, 73 pacientes (49,3%) tenían diagnóstico de Linfoma de células B, 49 pacientes (33,1%) tenían diagnóstico de Linfoma no Hodgkin, 13 pacientes (8,8%) tenían diagnóstico de Linfoma

indeterminado, en la cual no se definía si la estirpe era de células B o T, 7 pacientes (4,7%) eran Linfoma de células T y 6 pacientes (4,1%) eran Linfoma de Hodgkin, en otro acápite, se estableció los pacientes con diagnóstico anatomopatológico, en la cual 49 pacientes (33,1%) eran Linfoma no Hodgkin, 47 pacientes (31,8%) eran Linfoma no Hodgkin de células B grande difuso, 8 pacientes (5,4%) eran Linfoma MALT y/o Linfoma folicular, 4 pacientes (2,7%) eran Linfoma de Hodgkin clásico de células mixtas, dichos resultados son acordes a la distribución presentado por Steven H., Swerdlow, Campo E., et al. (2016) en *The 2016 revision of the World Health Organization classification of lymphoid neoplasms*, dichos datos también están acorde a los del INEN(2016) en Registro de Cáncer de Lima Metropolitana. Incidencia y Mortalidad 2010 – 2012.

De los 148 pacientes que se pudieron evaluar, se halló que, dentro de la localización primaria de los linfomas, 127 pacientes (85,8%) eran de localización ganglionar y 21 pacientes (14,2%) eran de localización extraganglionar, datos diferentes obtenido por los otros autores como Padilla J. (2011), Alegría E. (2012), Rocío del Castillo G. (2017), en las cuales la localización ganglionar fue de 55,11%, 50%, 65,9% respectivamente. Además, dentro de la localización ganglionar, la región cervical presentó 45 pacientes (30,3%) siendo la localización más frecuente, seguido de la región axilar con 19 pacientes (12,8%), mediastino con 12 pacientes (8,1%); mientras que en la localización extraganglionar, la mas frecuente fue en estomago con 12 pacientes (8,1%), en función de la localización extraganglionar, Padilla J. (2011) y Alegría E. (2012), presenta resultados acordes a este, en contraste a lo obtenido, Rocío del Castillo G. (2017), la región nasal con 27,9% fue la más frecuente, pero en relación a la localización

ganglionar, presenta resultados acordes a este, con 53% de sus pacientes que tenían localización en región cervical.

Del grupo de 148 pacientes en los que se pudo realizar el diagnóstico anatómico patológico, sólo en 108 pacientes (73%) se pudo realizar el estadiaje según Ann Arbor, resultando que la mayoría de los pacientes pertenecían al estadio III con un total de 59 pacientes (39,9%), seguido por 31 pacientes (20,9%) que pertenecían al estadio II, mientras que 14 pacientes (9,5%) pertenecían al estadio I y finalmente 4 pacientes (2,7%) pertenecían al estadio IV. Padilla J., Ulloa V. y Venegas D. (2011) en su investigación en el Hospital Cayetano Heredia sólo pudieron evaluar a 69 pacientes con estadiaje, en las cuales encontraron que el 43,49% pertenecían al estadio II, mientras que 44,92% de los pacientes estaban en los estadios III y IV, lo cual muestra resultados opuestos al presentado; Cabrera M., García H., Lois V., et. al. (2007) evaluaron a 682 en Chile, mediante el estadiaje Ann Arbor, en la cual encontraron que 33% se encontraban en estadio II, 31% se encontraban en estadio III, mientras que 30% se encontraban en estadio IV y sólo un 6% se encontraban en estadio I, dichos resultados son acordes al realizado, con excepción del estadio IV que en el presente caso sólo representa 2,7%; Alonso O, Alonso A., Miranda J. (2015) evaluaron en Villa Clara a 388 pacientes, en las cuales obtuvieron que 76,8% de los pacientes se encontraban en los estadios III y IV las cuales coinciden con los resultados presentados por Cabrera M, et al; mientras que Alegría E, Grados J. y Rodríguez D. (2012) pudieron evaluar sólo a 62 pacientes según la clasificación de Ann Arbor, presentándose 29 pacientes (46,8%) en estadio IV y 22 pacientes (35,5%) en estadio III, estando sólo 8 pacientes (12,9%) en estadio II y 3 pacientes (4,8%) en estadio I, presentando datos similares al presente, excepto que en el estadio IV existe un contraste. Bo J., Koerner P., Spanos W., Paris

Kj., Silverman Cl., Yashar C., et al. (2005), realizaron un estudio sobre los Linfoma de Hodgkin en adultos, en la cual encontraron que 44% de los pacientes se encontraban en estadio IIA, la cual el resultado muestra una oposición a lo encontrado ya que el estadio más frecuente era el III.

De un total de 148 pacientes a los cuales se les pudo haber brindado un tratamiento específico, sólo 91 pacientes (61,5%) lo recibieron, siendo un total de 40 pacientes (27%), los que recibieron el esquema CHOP (Ciclofosfamida, vincristina, doxorubicina, prednisona), recibiendo 39 pacientes con diagnóstico de LNH y 1 paciente con LH, siguiéndole en orden, 18 pacientes (12,2%) recibieron el esquema R-CHOP (Ciclofosfamida, vincristina, doxorubicina, prednisona, rituximab), siendo todos pacientes con diagnóstico de LNH, 5 pacientes (3,4%) recibieron el esquema CVP (Ciclofosfamida, vincristina, prednisona), siendo todos pacientes con LNH, por otro lado, 4 pacientes (2,7%) recibieron tratamiento quirúrgico, 3 pacientes (2%) recibieron CAV (Ciclofosfamida, vincristina, doxorubicina); mientras que para el Linfoma de Hodgkin, 2 pacientes (1,4%) recibieron el esquema BHOP (Bleomicina, vincristina, doxorubicina, prednisona) y 2 pacientes (1,4%) recibieron el esquema ABVD (Doxorubicina, bleomicina, vinblastina, dacarbazina). Padilla J., Ulloa V. y Venegas D. (2011) reportan que el 21,48% de sus pacientes recibieron el esquema CHOP, seguido de 12,39% de pacientes q recibieron el esquema CVP, seguido de 9,09% de pacientes que recibieron radioterapia y 9,08% de pacientes recibieron el esquema ABVD, lo cual denota que el esquema CHOP es el más usado para los LNH mientras que el ABVD es el más usado para los LH; Rocío del Castillo G. (2017), reportó que 66,4% de sus pacientes recibieron el esquema de tratamiento CHOP, seguido de un 22,4% con esquema CHOEP, mientras que 3,2% recibieron el esquema R-CHOP, las

cuales presentan valores similares a los encontrados en la investigación, diferenciándose que en nuestro caso el esquema CHOEP sólo se usó en 2 pacientes (1,4%). Alegría E, Grados J. y Rodríguez D. (2012), reportan datos similares a la presente investigación, siendo el esquema de quimioterapia más usado el CHOP con 62,3% para los LNH, seguido del esquema CVP en 29,2% de los pacientes; en otro ámbito, Bo J., Koerner P., Spanos W., Paris KJ., Silverman Cl., Yashar C., et al. (2005), reportan que el esquema más usado para los LH fue el de BHOP y ABVD las cuales están acordes a la investigación.

Otra característica evaluada fue el pronóstico de los pacientes posterior al tratamiento específico efectuado en ellos, en las cuales sólo se tomo de referencia el tiempo de sobrevida posterior al tratamiento, sin evaluarse la respuesta al tratamiento de estos, observándose que 31 pacientes (20,9%) tuvieron un tiempo de sobrevida de 3 años, seguido por 21 pacientes (14,2%) quienes tuvieron un tiempo de sobrevida y/o que fueron transferidos al INEN para un mejor manejo, en menor proporción, 11 pacientes (7,4%) sobrevivieron 6 meses posterior al tratamiento y 7 pacientes (4,7%) sobrevivieron 5 años; en contraste, hay un gran grupo de pacientes las cuales fueron perdidos durante su seguimiento y se desconoce estado alguno de ellos, siendo estos 57 pacientes (38,5%).

Finalmente, de los 266 pacientes evaluados, hubo 118 pacientes (44,4%) no evaluados, quienes tuvieron datos incompletos o no había su historia clínica en el departamento de Archivo, siendo estos 62 pacientes (23,3%) y 56 pacientes (21,1%) respectivamente.

## 5. CONCLUSIONES

- Los pacientes con linfomas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue presentaron características epidemiológicas y clínicas similares reportadas a la literatura nacional y mundial.
- Los pacientes con linfomas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue se presentaron con mayor frecuencia en el sexo masculino, además que el intervalo de edad de mayor presentación fue de los 60-70 años, las cuales tienen características similares a los reportados en la literatura mundial.
- Los pacientes con linfomas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue nacieron y procedieron en su mayoría del departamento de Lima, seguido de diferentes regiones de la sierra, las cuales poseen características similares a los reportados en la literatura nacional.
- La ocupación más frecuente en los pacientes con linfomas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue fueron los trabajadores independientes, siendo la más frecuente las amas de casa, las cuales presentan datos controversiales a los reportados por la literatura.
- El grado de instrucción de secundaria fue el más frecuente en los pacientes con linfomas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, siendo la categorización incompleta la más frecuente dentro de la misma.
- En función a los antecedentes, las enfermedades crónicas prevalecieron sobre las neoplasias malignas en los pacientes con linfomas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, las cuales contrastan con los encontrados en la literatura.
- Las adenomegalias, pérdida de peso y fiebre y/o sensación de alza térmica son las características clínicas más frecuentes encontradas en los pacientes con

linfomas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, las cuales van en conformidad con la literatura nacional e internacional.

- Los linfomas no Hodgkin prevalecieron sobre los linfomas de Hodgkin, siendo los más frecuentes en sus tipos el Linfoma de células B y dentro del subtipo el Linfoma no Hodgkin de células B grande difuso y el Linfoma de Hodgkin clásico, las cuales están en conformidad con la literatura.
- La localización ganglionar fue la más frecuente en los pacientes con linfomas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, siendo la región cervical la más frecuente dentro de esta, mientras que en la localización extraganglionar, la ubicación más frecuente fue la del estómago, la cual va en conformidad a la literatura.
- El estadio más frecuente de presentación fueron el estadio II, seguido del estadio III, las cuales se contrastan con la literatura
- El tratamiento específico más frecuente usado en los pacientes fue el CHOP para los linfomas no Hodgkin, mientras que para el linfoma de Hodgkin recibieron el esquema ABVD y BHOP, las cuales son las más usadas y van conforme a la literatura nacional e internacional.
- El tiempo de sobrevida más frecuente después de recibir tratamiento específico fue de 3 años.

## 6. RECOMENDACIONES

- Incluir a pacientes con diagnóstico histopatológico de linfoma de otros centros de salud distinto al Hospital Nacional Hipólito Unánue.
- Valorar el tiempo de supervivencia de los pacientes en función de la respuesta total o parcial al tratamiento recibido.
- Evaluar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes del Hospital Nacional Hipólito Unánue en el año 2017, ya que en el presente trabajo sólo se pudo realizar hasta el 24 de octubre del mismo año.
- Evaluar y comparar a los pacientes con linfomas del Hospital Nacional Hipólito Unánue en función a índices y tasas establecidos por el INEN.
- Evaluar y caracterizar a los pacientes con linfomas del Hospital Nacional Hipólito Unánue en función al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Nacional Cancer Institute. (2017). *NCI Dictionary of Cancer Terms*. Noviembre, 2017, de Nacional Cancer Institute Sitio web: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrid=45368>
2. American Cancer Society. (2017). *What is Hodgkin Lymphoma?*. Noviembre, 2017, de American Cancer Society Sitio web: <https://www.cancer.org/cancer/hodgkin-lymphoma/about/what-is-hodgkin-disease.html>
3. American Cancer Society. (2017). *What is Non-Hodgkin Lymphoma?*. Noviembre, 2017, de American Cancer Society Sitio web: <https://www.cancer.org/cancer/non-hodgkin-lymphoma/about/what-is-non-hodgkin-lymphoma.html>
4. Steven H., Swerdlow, Campo E., et al. (2016, Mayo 19 ). *The 2016 revision of the World Health Organization classification of lymphoid neoplasms*. BLOOD, VOLUMEN 127, NUMBER 20, pp. 2375- 2390. Recuperado de: <http://www.bloodjournal.org/content/bloodjournal/127/20/2375.full.pdf>
5. Ramos W. & Venegas D. (2013, Noviembre). *ANALISIS DE LA SITUACION DEL CANCER EN EL PERU 2013*. Ministerio de Salud, Dirección general de Epidemiología, Primera edición, pp. 15-105. Recuperado de: [http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis\\_cancer.pdf](http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf)
6. Padilla J., Ulloa V. Y Venegas D. (2011). *Características epidemiológicas, clínicas y patológicas de los linfomas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia del año 1998 al 2008*. Acta Médica Peruana, Volumen 28 (1), pp. 12-18. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n1/a03v28n1.pdf>

7. Instituto Nacional De Enfermedades Neoplásicas “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”. (2014, febrero). Registro de Cáncer de Lima Metropolitana. Incidencia y Mortalidad 2004 – 2005. *Instituto Nacional De Enfermedades Neoplásicas “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”*, Volumen 4, pp. 38-170. Recuperado de: [http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/banners\\_2014/Febrero/13022014\\_Libro\\_RCLM\\_04\\_05.pdf](http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/banners_2014/Febrero/13022014_Libro_RCLM_04_05.pdf)
8. Instituto Nacional De Enfermedades Neoplásicas “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”. (Lima 2016). Registro de Cáncer de Lima Metropolitana. Incidencia y Mortalidad 2010 – 2012. *Instituto Nacional De Enfermedades Neoplásicas “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”*, Volumen 5, pp. 25-135. Recuperado de: [http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/banners\\_2014/2016/Registro%20de%20C%C3%A1ncer%20Lima%20Metropolitana%202010%20-%202012\\_02092016.pdf](http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/banners_2014/2016/Registro%20de%20C%C3%A1ncer%20Lima%20Metropolitana%202010%20-%202012_02092016.pdf)
9. Instituto Nacional De Enfermedades Neoplásicas “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”. (Año 1995). Registro de Cáncer de Lima Metropolitana. *Acta Cancerologica*, Volumen 1, pp. 37-40. Recuperado de: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/acta.cancerol/v25n1/a9.pdf>
10. Pichardo R., Romero B., Ruiz O. (Año 2015). “Linfoma no Hodgkin en Lima, posible causa infecciosa o posible causa que aún se desconoce”. *Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma*, Volumen 1, pp. 63-64. Recuperado de: <http://aulavirtual1.urp.edu.pe/ojs/index.php/RFMH/article/view/238/176>
11. Serrano S, Sans-SAbrafén J, Besses C. (Año 2006). “Linfomas malignos no hodgkinianos. Bases citoevolutivas y funcionales. Clasificación y descripción de sus distintas variedades.”. *Hematología clínica*, 5º edición, pp. 428-473.

- Recuperado de : <http://booksmedicos.org/hematologia-clinica-5a-edicion-sans-sabrafen/>
12. Santisteban S. (Año 2006). “Cáncer en el Siglo XXI.”. *Acta Medica Peruana*, Volumen 23(2), pp.112-118. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v23n2/v23n2a11.pdf>
  13. Mozaffer R, Sadiqa S. (Año 2008). “Presentation, Staging and diagnosis of Lymphoma: A clinical perspective.”. *J Ayud Med Coll Abbottabad* , Volumen 20 (4), pp. 10-15. Recuperado de de de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19999217>
  14. Bo J., Koerner P., Spanos W., Paris Kj., Silverman Cl., Yashar C., et al.. (Año 2005). “Hodgkin’s Lymphoma in adults – clinical features.”. *J KY Medical Asociation*, Volumen 103, pp. 7-15. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15682982>
  15. Ariad S., Lipshitz I., Benharroch D., Gopas J., Barchana M. (Año 2009). “A Sharp Rise in the Incidence of Hodgkin’s Lymphoma in Young Adults in Israel.”. *IMAJ*, Volumen 11, pp.453–455. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19891230>
  16. Cabrera M., García H., Lois V., et. al. (Año 2007). “Linfoma de Hodgkin en Chile. Experiencia de 15 años del Programa Nacional de Cáncer del Adulto.”. *Revista Médica de Chile*, Volumen 135, pp. 341-350. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v135n3/art09.pdf>
  17. Solidoro A. (Año 2015, febrero). “Apuntes de cancerología”. Lima: *Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica, CONCYTEC*. pp. 357 – 420. Recuperado de: <http://booksmedicos.me/apuntes-de-cancerologia/>

18. Alonso O, Alonso A., Miranda J. (2015, enero-marzo). Caracterización clínico-epidemiológica de los linfomas en un período de cinco años en Villa Clara. *Medicentro Electrónica*, Volumen 19(1), pp. 13-20. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v19n1/mdc03115.pdf>
19. Alegría E, Grados J. y Rodríguez D. (2012, enero). Características clínicas de los linfomas no Hodgkin en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Revista Sociedad Peruana de Medicina Interna*, Volumen 25(1), pp. 26-30. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/236004581\\_Caracteristicas\\_Clinicas\\_de\\_los\\_Linfomas\\_no\\_Hodgkin\\_en\\_el\\_Hospital\\_Nacional\\_Arzobispo\\_Loayza](https://www.researchgate.net/publication/236004581_Caracteristicas_Clinicas_de_los_Linfomas_no_Hodgkin_en_el_Hospital_Nacional_Arzobispo_Loayza)
20. Rocío del Castillo G. (2017, enero). CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLOGÍAS y RESPUESTA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON LINFOMA NO HODGKIN, HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO 2004-2011, LIMA PERÚ. *Revista Médica Carrionica*, Volumen 4(1), pp. 1-21. Recuperado de: <http://cuerpomedico.hdosdemayo.gob.pe/index.php/revistamedicacarrionica/article/view/150/104>
21. Ron C., Ron A., Medina C., López F. (2015, abril-junio). Epidemiología de los linfomas del Centro Estatal de Cancerología de Nayarit. *Revista de Hematología Mexicana*, Volumen 16, Número 2, pp. 109-114. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/hematologia/re-2015/re152b.pdf>
22. Beltrán Br., De La Cruz J. (2017). CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SOBREVIVENCIA DE LOS PACIENTES CON LINFOMA DE CÉLULAS GRANDES B DIFUSO TRATADOS CON R-CHO. (Artículo Original). *Rev. Fac. Med. Hum.*, Volumen 17(2), pp. 28-31. Recuperado de: [82](http://v-</a></li></ol></div><div data-bbox=)

[beta.urp.edu.pe/pdf/id/9168/n/caracteristicas-clinicas-y-sobrevida-de-los-pacientes-con-lymphoma-de-celulas-grandes-b-difuso](http://beta.urp.edu.pe/pdf/id/9168/n/caracteristicas-clinicas-y-sobrevida-de-los-pacientes-con-lymphoma-de-celulas-grandes-b-difuso)

# ANEXOS

## TABLA 1

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS		OTROS	
I. DATOS GENERALES			
1. DATOS DE HISTORIA CLÍNICA:			
NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA:	_____	LOCALIZACIÓN PRIMARIA DEL TUMOR	_____
EDAD:	_____	GANGLIONAR	_____
SEXO:	_____	EXTRAGANGLIONAR	_____
LUGAR DE NACIMIENTO:	_____	3. ESTADIALE SEGÚN CLASIFICACIÓN ANN ARBOR	
LUGAR DE PROCEDENCIA:	_____	ESTADIO I ( ) ESTADIO II ( ) ESTADIO III ( ) ESTADIO IV ( )	
OCCUPACIÓN:	_____	NO TIENE ESTADIALE ( )	
GRADO DE INSTRUCCIÓN:	_____	GANGLIONAR ( )	EXTRAGANGLIONAR ( )
II. MANIFESTACIONES CLÍNICAS			
DOLOR	SI _____ NO _____	IV. TRATAMIENTO	SI _____
PERDIDA DE PESO	_____	QUIMIOTERAPIA	( )
SUDORACIÓN NOCTURNA	_____	RADIOTERAPIA	( )
HIPOREXIA	_____	CIRUGIA	( )
PRURITO	_____	TERAPIA COADYUVANTE	( )
ASTENIA	_____	OTROS	( )
ADENOMEGALIA	_____	NO RECIBIO TRATAMIENTO	( )
FIEBRE	_____	V. PRONÓSTICO DE SOBREVIVENCIA	SI _____ TIEMPO _____
HEMORRAGIA DIGESTIVA	_____	0-1 MES	( )
OTROS	_____	1-3 MESES	( )
III. ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO DE SUBTIPO HISTOLOGICO DE LINFOMAS			
1. CLASIFICACIÓN DE LA OMS DE NEOPLASIAS LINFOIDES MADURAS, HISTIOCITICAS Y DENDRITICA DEL AÑO 2014			
LINFOMA CUTANEO PRIMARIA DE CELULAS DE CELULAS GRANDES	_____	3-6 MESES	( )
ANAPLASICO	_____	6-12 MESES	( )
LINFOMA DE CELULAS DEL MANTO	_____	1-3 AÑOS	( )
LINFOMA DE CELULAS GRANDES ANAPLASICO ALK	_____	3-5 AÑOS	( )
LINFOMA DE CELULAS T DEL ADULTO	_____	SE DESCONOCE EL ESTADO DEL PACIENTE	( )
LINFOMA DE HODGKING CLASICO DE CELULAS MIXTAS	_____	TRANSFERENCIA AL INEN	( )
LINFOMA DE HODGKING CLASICO VARIEDAD ESCLEROSIS NODULAR	_____	VI. AÑO DE DIAGNOSTICO	
LINFOMA DE HODGKING PREDOMINIO LINFOCITICO NODULAR	_____	2012	( )
LINFOMA FOLICULAR	_____	2013	( )
LINFOMA INDETERMINADO	_____	2014	( )
LINFOMA LINFOBLASTICO	_____	2015	( )
LINFOMA MALT	_____	2016	( )
LINFOMA DE CELULAS B GRANDE DIFUSO	_____	2017	( )
LINFOMA DE CELULAS B PEQUEÑAS	_____		