



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO Y ANATOMOPATOLÓGICO DE
PACIENTES ADULTOS CON DIAGNÓSTICO DE LINFOMA EN EL
HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO, 2014-2017**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

LUPE MARIANELA BUSTAMANTE NUÑEZ

LUIS FERNANDO IDROGO HUARANGA

ASESOR

DR. JUAN ALBERTO LEGUÍA CERNA

CHICLAYO, PERÚ

2021



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO Y
ANATOMOPATOLÓGICO DE PACIENTES ADULTOS CON
DIAGNÓSTICO DE LINFOMA EN EL HOSPITAL NACIONAL
ALMANZOR AGUINAGA ASENJO, 2014-2017**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

LUPE MARIANELA BUSTAMANTE NUÑEZ

LUIS FERNANDO IDROGO HUARANGA

ASESOR

DR. JUAN ALBERTO LEGUÍA CERNA

CHICLAYO, PERÚ

2021

ÍNDICE

	Págs.
Portada	I
Índice	II
Resumen	III
Abstract	IV
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MATERIALES Y MÉTODOS	3
III. RESULTADOS	5
IV. DISCUSIÓN	9
V. CONCLUSIONES	13
VI. RECOMENDACIONES	14
VII. FUENTES DE INFORMACIÓN	15
ANEXOS	

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil epidemiológico, clínico y anatomopatológico de pacientes adultos con diagnóstico de linfoma en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 2014-2017. **Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal. El muestreo fue censal, se evaluaron a 140 pacientes. Se realizó análisis univariado (frecuencias absolutas, porcentajes, media, y desviación estándar) y análisis bivariado (prueba estadística Chi-cuadrado y la prueba exacta de Fisher) con nivel de significancia de $p < 0,05$. **Resultados:** El promedio de edad para el LH fue 43 años y 15,9 % del sexo masculino; en el LNH el promedio fue de 62 años y 95,8 % del sexo femenino. Región de procedencia predominante fue Lambayeque (52,1 %). El síntoma B más frecuente fue pérdida de peso (50,7 %). La localización más frecuente para LH fue ganglionar (10 %) y en el LNH fue extraganglionar (62,1 %). El 41,4 % se encuentra entre los estadios III-IV. El ECOG más frecuente fue el 1 (46,4 %). En los síntomas y signos generales, el 60,7 % corresponde a sensación de masa. De los hallazgos clínicos encontrados el 71,4 % fueron adenopatías. El linfoma más frecuente fue el LNH (90 %) con su inmunofenotipo celular B (75,7 %) y su patrón histológico más frecuente fue el difuso de células B grandes (52,9 %); y el LH (10 %) con su inmunofenotipo celular clásico (8,6 %) y su patrón histológico fue celularidad mixta (4,3 %). **Conclusiones:** EL sexo masculino predominó en el LH y femenino en el LNH, la mayoría presentó enfermedad avanzada, el tipo de linfoma más frecuente fue el LNH.

Palabras clave: Linfoma, Linfoma no Hodgkin, Enfermedad de Hodgkin, linfocitos B, Linfocitos T. (Fuente: DeCS-BIREME).

ABSTRACT

Objective: To describe the epidemiological, clinical and pathological profile of adult patients diagnosed with lymphoma at the Almanzor Aguinaga Asenjo National Hospital, 2014-2017. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study. Sampling was census. 140 patients were evaluated. Univariate analysis (absolute frequencies, percentages, mean, and standard deviation) and bivariate analysis (Chi-square statistical test and Fisher's exact test) with a significance level of $p < 0.05$ were performed. **Results:** The average age for LH was 43 years and 15.9 % of the male sex; while in NHL the average was 62 years and 95.8 % female. The region with the greatest origin was Lambayeque with 52.1 %. The symptom B with the highest percentage was weight loss (50.7 %). The most frequent location for LH was the lymph node (10 %) and in the NHL it was the extraganglionic (62.1 %). 41.4 % is between stages III-IV. The most frequent ECOG was 1 (46.4 %). In general symptoms and signs, 60.7 % corresponds to mass sensation. Of the clinical findings found, 71.4 % were adenopathies. The most frequent lymphoma was NHL (90 %) with its B cell immunophenotype (75.7 %) and its most frequent histological pattern was diffuse large B cells (52.9 %); and the LH (10 %) with its classic cellular immunophenotype (8.6 %) and its histological pattern was mixed cellularity (4.3 %). **Conclusions:** The male sex prevailed in the NHL and the female in the NHL, the majority presented advanced disease, the most frequent type of lymphoma was NHL.

Keywords: Lymphoma, Lymphoma non-Hodgkin, Hodgkin disease, B-Lymphocytes, T-Lymphocytes (Source: DeCS-BIREME).

I. INTRODUCCIÓN

Los linfomas son neoplasias del sistema linfático, a nivel mundial representan el 5 % de la incidencia de cáncer y aproximadamente el 4 % de todas las muertes por tumores malignos, afectan mayormente a población adulta. El 15 % son linfoma de Hodgkin (LH) y 85 % son Linfoma no Hodgkin (LNH), con diseminación ganglionar y extraganglionar respectivamente, siendo por esto, afectados por metástasis precozmente, su etiología sigue siendo desconocida (1,2). La Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (IARC) en su proyecto GLOBOCAN 2018 estimó una incidencia a nivel mundial de 2,8 (LNH) y 0,44 (LH) por cada 100 000 habitantes. En las últimas décadas, la incidencia ha aumentado de 2 a 3 % por año y de todas las muertes por cáncer, pertenecieron el 2,4 % a LNH y 0,5 % a LH (3,4).

En México, el linfoma pertenece a las diez primeras causas de mortalidad tanto en varón como en mujer (5). En Uruguay, la incidencia de LNH fue de 9,99 casos y del LNH de 3,58 por cada 100 000 habitantes (6).

En el Perú, estudios hechos en Lima en el 2010-2012, el LNH representó 4,8 % de todos los cánceres, con una mortalidad del 5,3 % del total de casos. Asimismo, fue el cuarto cáncer en frecuencia (7). En Trujillo, se reportó al LNH como la séptima neoplasia más frecuente de todos los casos con un 4,2 % y al LH con un 0,3 % (8).

El LH presenta 2 tipos histológicos: linfoma de Hodgkin de predominio linfocítico nodular o no clásico (5 %) y linfoma de Hodgkin clásico (95 %) conformado por los tipos: celularidad mixta, esclerosis nodular, depleción linfocítica y rico en linfocitos. Tres tipos celulares para el LNH: células B, T y NK. Para el estadiaje clínico se utilizó la clasificación de Ann Arbor con la modificación de Cotswolds que describe 4 estadios; el I, II, III IV y A o B (9,10), B cuando estén presentes los síntomas: pérdida de peso > 10 % durante 6 meses antes del diagnóstico, sudoración nocturna, fiebre >38 °C durante 1 a 2 semanas (11,12).

Se encontraron diferencias en los resultados de las características predominantes en el país, además hasta la fecha no se ha publicado el tipo de linfoma más frecuente en la región, así como sus subtipos; siendo esta neoplasia frecuente y causante de mortalidad en población adulta, decidimos plantearnos realizar esta investigación, para que así se desarrollen intervenciones con un mejor enfoque en la detección y diagnóstico precoz. Por tal motivo se tuvo como objetivo: describir el perfil epidemiológico, clínico y anatomopatológico de pacientes adultos con diagnóstico de linfoma en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 2014-2017.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo y diseño de investigación: cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.

Población: conformada por todos los pacientes adultos con diagnóstico de linfoma atendidos en consulta externa y hospitalización del Servicio de Oncología y Hematología del HNAAA, durante el periodo 2014-2017.

Unidad de análisis: historias clínicas de pacientes adultos con diagnóstico de Linfoma en consulta externa y hospitalización del Servicio de Oncología y Hematología del HNAAA, durante los años 2014-2017.

Muestra: Censal. Se obtuvieron 140 historias clínicas para la presente investigación. (Ver flujograma).

Criterios de inclusión: Pacientes cuya edad, al momento del diagnóstico, fue de 18 a más años, con diagnóstico anatomopatológico de linfoma Hodgkin y linfoma no Hodgkin atendidos en el HNAAA, 2014-2017.

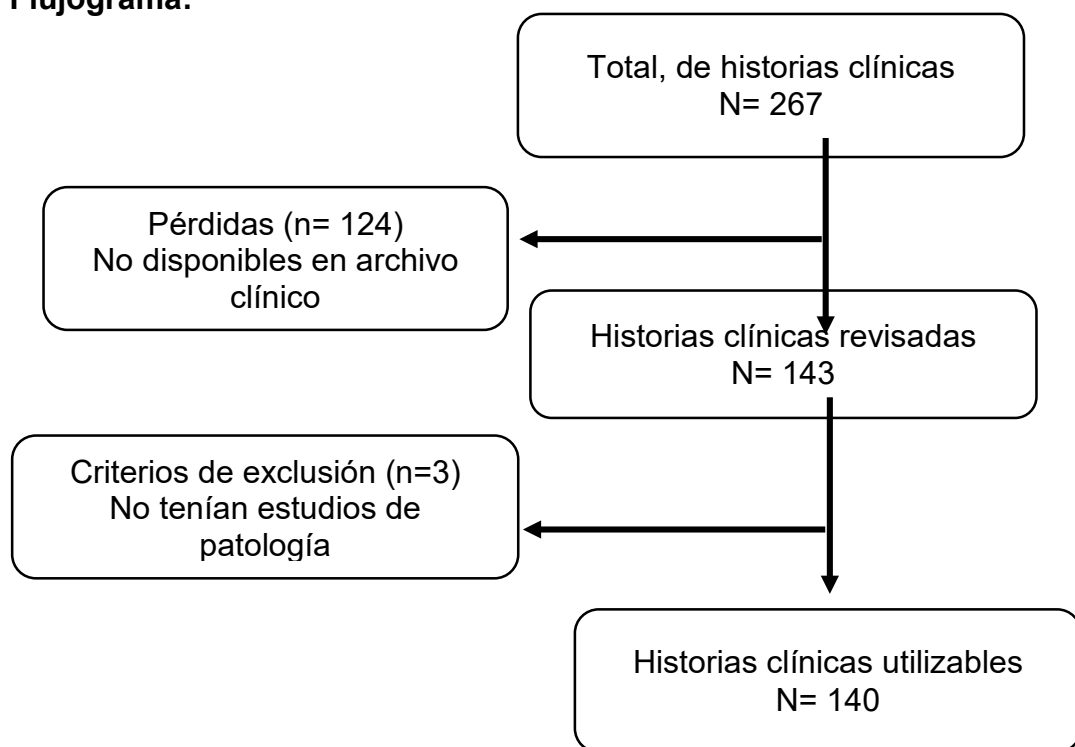
Criterios de exclusión: pacientes cuya historia clínica no esté disponible, o presenten datos incompletos.

Método: se utilizó una ficha de recolección de datos revisadas por tres expertos en el tema, dos oncólogos y un patólogo clínico, la cual consta de 15 preguntas divididas en tres partes: Características epidemiológicas del paciente compuestas por 7 preguntas; la dimensión características clínicas, compuesto de 6 preguntas y la dimensión características anatomopatológicas por 2 preguntas. Se realizó una prueba piloto, para ver si las preguntas planteadas en la ficha se encontraban en las historias clínicas. Los datos obtenidos fueron ingresados en Microsoft Excel 2016 para la construcción de una base de datos, la cual fue analizada en el programa estadístico SPSS versión 23. Para el análisis univariado se calcularon para variables cualitativas: frecuencias

absolutas y porcentajes; para variables cuantitativas, media y desviación estándar. Para el análisis bivariado de variables cualitativas y no paramétricas se utilizó la prueba estadística Chi-cuadrado con corrección de Yates y la prueba exacta de Fisher. Para el análisis bivariado entre variable cualitativa y cuantitativa para variables independientes se utilizó la prueba T students, ambos con nivel de significancia de $p < 0,05$.

Aspectos éticos: se obtuvo la aprobación del Comité de Investigación de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres, y también del Comité de Ética e Investigación del Hospital Nacional Almirante Arce. Se mantuvo la confidencialidad de los datos con la codificación de las historias clínicas, evitando así poner al descubierto la identidad de los pacientes de nuestro grupo de estudio. Como la investigación se efectivizó a través de la revisión de historias clínicas, no se mantuvo contacto con los pacientes y, por ende, no fue necesario la aplicación del Consentimiento Informado. Los autores no tienen conflictos de interés.

Flujograma:



III. RESULTADOS

Tabla 1. Características epidemiológicas de pacientes adultos con diagnóstico de linfoma en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA), 2014-2017.

		Tipo de Linfoma				p		
		Linfoma Hodgkin		Linfoma no Hodgkin				
		n=14	%=10	n=126	%=90			
Origen	Consulta externa	5	35,7%	49	38,9%	>0.05*		
	Hospitalización	9	64,3%	77	61,1%			
Edad (X±DE)		43	19	62	14	<0.05 [∞]		
Sexo*	Masculino	11	78,6%	58	46,0%	<0.05*		
	Femenino	3	21,4%	68	54,0%			
Ocupación	Trabajador dependiente	9	64,3%	53	42,1%	>0.05†		
	Trabajador independiente	3	21,4%	26	20,6%			
	Ama de casa	1	7,1%	41	32,5%			
	Jubilado	0	0,0 %	4	3,2%			
	Estudiante	1	7,1%	1	0,8%			
	Desempleado	0	0,0 %	1	0,8%			
	Grado de instrucción	Iletrado	0	0,0 %	3		2,4%	>0.05†
		Primaria incompleta	1	7,1%	18		14,3%	
		Primaria completa	2	14,3%	15		11,9%	
		Secundaria incompleta	0	0,0 %	11		8,7%	
Región de procedencia	Secundaria completa	5	35,7%	35	27,8%	>0.05†		
	Superior	6	42,9%	44	34,9%			
	Lambayeque	8	57,1%	65	51,6%			
	Cajamarca	3	21,4%	18	14,3%			
	Piura	2	14,3%	16	12,7%			
	La libertad	0	0,0 %	14	11,1%			
	Amazonas	1	7,1%	3	2,4%			
	San Martín	0	0,0 %	7	5,6%			
Tumbes	0	0,0 %	3	2,4%	>0.05*			
Antecedentes familiares de cáncer	No	12	85,7%	101	80,2%	>0.05*		
	Si	2	14,3%	25	19,8%			
Situación actual	Fallecido	0	0,0 %	8	6,3%	>0.05†		
	Vivo	14	100,0%	118	93,7%			

*Evaluado por prueba de chi-cuadrado con corrección de Yates

†Evaluado por prueba exacta de Fisher

∞Evaluado por prueba t student

De las 267 historias clínicas, fueron 140 historias disponibles, y de estas la mayoría de pacientes se encuentran vivos con un 84,3 % el LNH y 10 % el LH (ver tabla 1).

La relación es de 1:1,2 entre hombres y mujeres en el LNH, mientras en el LH, una relación de 4:1 entre hombres y mujeres. El sexo y la edad respecto al tipo de linfoma presenta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

Tabla 2. Características clínicas y anatomopatológicas de pacientes adultos con diagnóstico de linfoma en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. (HNAAA), 2014-2017.

		Tipo de Linfoma				p
		Linfoma Hodgkin		Linfoma no Hodgkin		
		n=14	%=10	n=126	%=90	
Síntomas B	No	6	42,9 %	53	42,06 %	>0.05*
	Si	8	57,1 %	73	57,94 %	
Localización	Ganglionar	14	100,0%	39	31,0%	<0.05*
	Extraganglionar	0	0 %	87	69,0%	
ECOG	0	4	28,6%	11	8,7%	>0.05†
	1	4	28,6%	61	48,4%	
	2	1	7,1%	16	12,7%	
	3	1	7,1%	5	4,0%	
	Sin ECOG	4	28,6%	33	26,2%	
Estadío clínico	I	0	0,0 %	17	13,5%	<0.05†
	II	3	21,4%	35	27,8%	
	III	6	42,9%	27	21,4%	
	IV	5	35,7%	20	15,9%	
	Sin estadiaje	0	0 %	27	21,4%	

*Evaluado por prueba de chi-cuadrado con corrección de Yates

†Evaluado por prueba exacta de Fisher

De los síntomas B, el más frecuente fue la pérdida de peso con un 50,7 %, seguido de fiebre con 18,6 % y sudoración nocturna con 11,4 %. La localización y el estadio clínico con respecto al tipo de Linfoma presentan diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$). Con estadiaje contaron el 80,7 % de todos los pacientes, siendo predominantes los con compromiso a distancia (III-IV) un 78,6 % para el LNH y 37,3 % para el LH (ver tabla 2).

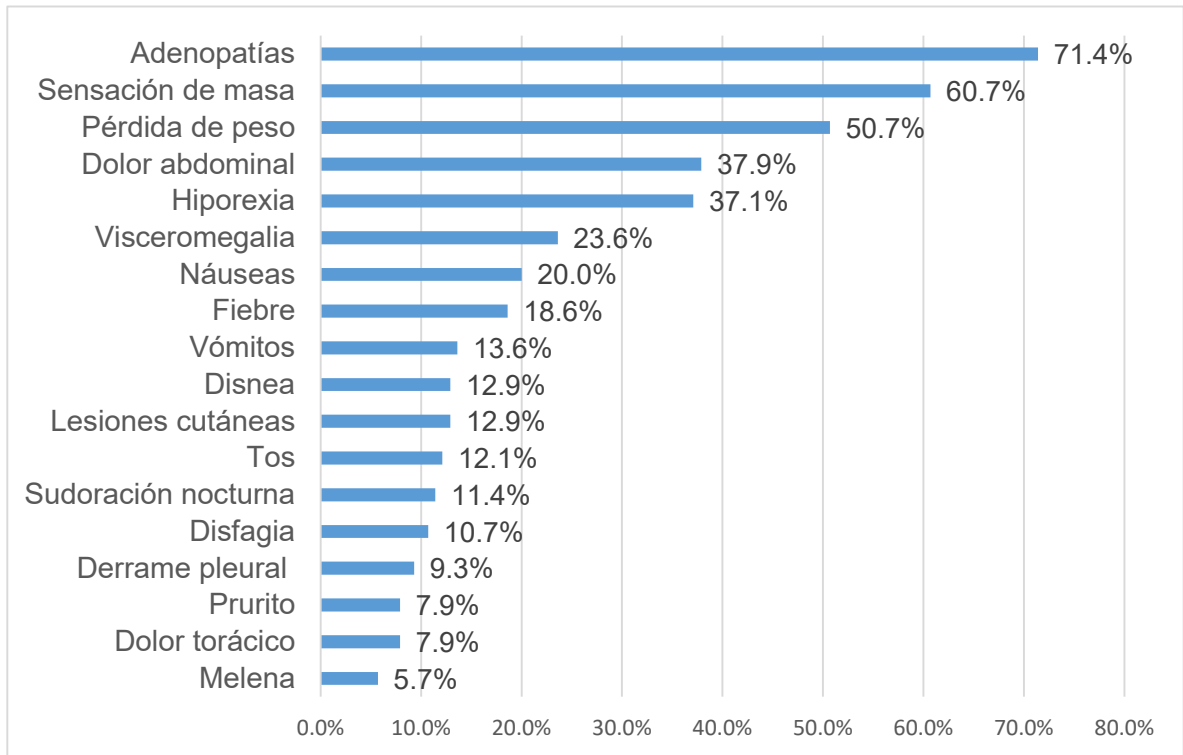


Figura 1. Síntomas, signos y hallazgos clínicos de pacientes adultos con diagnóstico de linfoma en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA), 2014-2017.

El hallazgo clínico más frecuente fue las adenopatías con un 71,4 %; y de los síntomas y signos, fue la sensación de masa con un 60,7 %, seguido del dolor abdominal con 37,9 % (ver figura 1).

Tabla 3. Características anatomopatológicas de pacientes adultos con diagnóstico de linfoma en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA), 2014-2017.

	n	%
Linfoma Hodgkin	14	10,0 %
Tipo celular		
Linfoma Hodgkin clásico	12	8,6 %
Linfoma Hodgkin no clásico	2	1,4 %
Subtipo celular		
Linfoma Hodgkin Celularidad mixta	6	4,3 %
Linfoma Hodgkin Esclerosis nodular	6	4,3 %
Linfoma Hodgkin Predominio linfocítico nodular	2	1,4 %
Linfoma no Hodgkin	126	90,0 %
Tipo celular		
Linfoma de células B	106	75,7 %
Linfoma de células T/NK	20	14,3 %
Subtipo celular		
Linfoma no Hodgkin difuso de células B grandes	74	52,9 %
Linfoma no Hodgkin folicular	12	8,6 %
Linfoma no Hodgkin MALT	9	6,4 %
Linfoma no Hodgkin Micosis Fungoide	9	6,4 %
Linfoma no Hodgkin extranodal de células T/NK, tipo nasal	4	2,9 %
Linfoma no Hodgkin leucemia linfocítica de células grandes	4	2,9 %
Linfoma no Hodgkin de la zona marginal ganglionar	3	2,1 %
Linfoma no Hodgkin anaplásico de células grandes	3	2,1 %
Linfoma no Hodgkin de Burkitt	2	1,4 %
Linfoma no Hodgkin de la zona marginal esplénica	2	1,4 %
Linfoma no Hodgkin de células del manto	2	1,4 %
Linfoma no Hodgkin Granulomatosis linfomatoide	1	0,7 %
Linfoma no Hodgkin leucemia linfocítica crónica	1	0,7 %

IV. DISCUSIÓN

En el presente trabajo se puede apreciar que el promedio de edad (52,5 años) es mayor que el encontrado por Padilla y col. en el cual es 44,78 años esto podría deberse a que el promedio de edad en nuestro estudio del LNH es mayor a comparación con el promedio edad de LNH del trabajo ya mencionado y también a la diferencia en el número de historias clínicas revisadas (13).

Para los pacientes con LNH la relación entre hombres y mujeres fue 1:1,2 similar a lo que se describe en otros estudios como en el Alegría E. y col. (14) que fue de 1:1,1; a diferencia de estudios realizados en Lima (13,15,16) y en el extranjero (17,18) donde tanto para el LNH y LH el porcentaje mayor fue para el sexo masculino.

Con respecto al grado de instrucción, el predominante fue el superior en ambos tipos de Linfoma a comparación del encontrado en los estudios de Ramón J. y Eugenio S. donde se obtuvo que el más frecuente perteneció a secundaria completa (11,15); y con respecto a la ocupación predominante en nuestro estudio fue trabajador dependiente el cual difiere con un estudio realizado en el Hospital Hipólito Unanue en el cual la mayoría fueron trabajadores independientes (15). Esto posiblemente debido a la cobertura de pacientes y tipo de seguro que presenta cada hospital, sin embargo, no se puede determinar una hipótesis de causalidad sin antes realizar un estudio dirigido a este objetivo.

También es importante resaltar que el porcentaje de los pacientes que si presentaron antecedentes familiares oncológicos (19,3 %) es mayor que en otros estudios, como el de Castillo R. y Alegría E. en los cuales fue de 16,6 % y 15,8 % respectivamente (14, 16), a diferencia del mayor porcentaje encontrado por un estudio realizado en el Hospital Arzobispo Loayza que fue de 33 % (11). Es posible que pueden existir otros posibles factores de riesgo

que pudieran tener mayor impacto, los cuales se pueden observar en las diferentes literaturas (11,14,16).

En el intervalo de los 4 años seleccionados para la recolección de datos, se obtuvo ningún fallecido para LH y 8 fallecidos para el LNH, estos datos son similares con las estadísticas realizadas por la GLOBOCAN 2018 donde hay una mayor mortalidad de los LNH (2,6 %) que los LH (0.3 %) del total de los diferentes tipos de cáncer (3).

El síntoma B más común en nuestros pacientes fue la baja de peso similar a lo que describen diferentes estudios realizados en Lima y Trujillo (11, 13, 14,24); sin embargo, en otros estudios como el de Hingorjo M. et al, el síntoma B más común fue la fiebre (17).

Estudios realizados en diferentes hospitales a nivel nacional (14,16) e internacional (17,18) tiene como resultado que los estadios clínicos más frecuentes son el III y IV, el cual resultó similar a nuestro estudio donde el estadio clínico más frecuente fluctúa entre el III y IV, los cuales sugieren enfermedad avanzada, esto difiere con los resultados de Eugenio S. y Padilla V. y col donde su estadio más frecuente oscilaba entre el I y II (11,13).

En la localización se puede observar una predominancia de los linfomas extraganglionares sobre los ganglionares en el LNH y el ganglionar sobre extraganglionar en el LH, lo cual es similar en lo señalado por la literatura, donde en el LH lo que predomina es la localización ganglionar y del LNH la extraganglionar (19,23); sin embargo también hay estudios que difieren con lo señalado como el de Alegría E. y col y Castillo R. donde la localización más frecuente en el LNH fue la ganglionar, esto es importante para el diagnóstico y futuro tratamiento (14,16).

Con relación al ECOG es llamativo el tipo I, ya que coincide con el trabajo de Brady E. y col. donde también presentó un elevado porcentaje del tipo I. (20),

es importante ya que nos permite decir que pacientes pueden recibir tratamiento (5,22).

El hallazgo clínico más frecuente en nuestro estudio fueron las adenopatías con un 71,4 %, dato que coincide con la investigación realizada por Shaid R. en Pakistán (21) y estudios hechos en Lima (13,14,15). Esto es explicable debido a que el linfoma es una neoplasia del tejido linfático y tienden a diseminarse a sitios ganglionares o extra ganglionares (22). Sin embargo, en nuestra investigación se registró a la sensación de masa (60,7 %) y la pérdida de peso (50,7 %) como los siguientes en frecuencia, mientras que Eugenio S., evidenció al dolor abdominal como el más frecuente y el segundo en frecuencia a las linfadenopatías (11).

Mediante resultados de anatomía patológica se puede evidenciar que los pacientes con Linfoma No Hodgkin representan el 90 % de todos los linfomas del presente estudio, un porcentaje mayor al encontrado por Padilla V. en Lima (57,8 %) (13) o por Shaid R. en Pakistán (75 %) (21), y la frecuencia del Linfoma Hodgkin fue relativamente mayor en las investigaciones descritas con un 14,08 % y 25 % (13,21) que la encontrada en nuestro estudio (10 %); el resultado obtenido por Ramón J. (15) fue de LNH (95,9 %) y LH (4,1 %)., el cual muestra similitud con nuestro estudio. Estas diferencias pueden deberse a la diferencia de población usada en los estudios descritos, la época de la investigación, puesto que la similar a la nuestra (15) fue realizada el 2018 en Lima y las otras muchos años antes (13,21).

El inmunofenotipo predominante en el Linfoma no Hodgkin es el tipo celular B (75,7 %) y el Linfoma no Hodgkin difuso de células B grandes (52,9 %) como el subtipo de linfoma más frecuente, resultados similares a los encontrados en estudios anteriores (11, 13,14,15,16,17,21). En los datos de Pakistán (17,21) el subtipo más frecuente de Linfoma Hodgkin fue el de celularidad mixta en promedio con un 82 %; a diferencia de nuestro estudio que se encontró en igual proporción a los subtipos de celularidad mixta (42,9

%) y esclerosis nodular (42,9 %), esto pudo haber ocurrido por el número reducido de historias clínicas encontradas (15 historias) de pacientes con este tipo de linfoma. Se obtuvo en nuestra investigación; 1 subtipo de Linfoma no Hodgkin, granulomatosis linfomatoide, el cual no ha sido evidenciado en investigaciones previas del país.

Una limitación de nuestro estudio, está relacionado al número pequeño de historias clínicas encontrado en el periodo 2014-2017, lo cual impide hacer una extrapolación de resultados para comparar con otras investigaciones realizadas en diferentes tiempos y lugares.

V. CONCLUSIONES

En conclusión, el sexo femenino predominó en el LNH y el masculino en el LH.

El síntoma B más frecuente fue la pérdida de peso y las formas ganglionares predominaron en el LH y las extraganglionares en el LNH. La mayoría presentó enfermedad avanzada.

El inmunofenotipo más común del LNH fue el B y el tipo histológico linfoma difuso de células B grandes.

Para el LH, el tipo celular clásico y los subtipos celularidad mixta y esclerosis nodular fueron los predominantes.

VI. RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar investigaciones que evalúen respuesta a tratamientos o adherencia en base al perfil predominante en la región, puesto que cada tratamiento es diferente de acuerdo a las características de los tipos y subtipos de Linfoma.

Ampliar el periodo de estudio, seleccionar Hospitales Minsa y Essalud para comparar ambas realidades, pudiéndose ser estos estudios de tipo descriptivo o analítico.

VII. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Alfonso G, Ardaiz M. Linfomas. Sociedad Argentina de Hematología. 2017; 1(1):447-570.
2. Roman E, Smith A. Epidemiology of lymphoma. Histopathology. 2011; 58(1):4-14, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2559.2010.03696.x>.
3. Bray F, Jacques F. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA CANCER J CLIN. 2018;68(1):394-424. DOI: 10.3322 / caac.21492.
4. Jamal A. Siegel R, Ward E, et al. Cancer statistics, 2009. CA Cancer J Clin 2009; 59(1):225-49. DOI: 10.3322 / caac.20006.
5. Medina F, Martínez R. Fundamentos de Oncología. 1°. Mexico: Facultad de estudios Superiores Zaragoza, UNAM; 2009. 556-63.
6. Muxi P. Experiencia latinoamericana en linfoma de Hodgkin: tratamiento en el Uruguay. I Jornada Latinoamericana de la SAH. 2016;20(1):103-6.
7. Meza P. Registro de Cáncer de Lima Metropolitana. Incidencia y Mortalidad 2010 - 2012, [Internet]. Inen [citado el 27 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://n9.cl/83ba>.
8. Burga AM (Servicio de Epidemiología y Estadística, IREN, Trujillo, Perú). Registro Hospitalario de cáncer: Informe octubre 2007 – diciembre 2013. [Internet] Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. [citado el 27 de octubre de 2019]. Disponible en: <http://www.irennorte.gob.pe/pdf/epidemiologia/informe-rhc-iren-norte-2007-2013.pdf>.
9. Universidad Católica de Chile. Tumores de tejidos linforreticulares y hematopoyéticos [Internet]. Manual de Patología general. [citado 30 de mayo de 2018]. Disponible en: http://publicacionesmedicina.uc.cl/PatologiaGeneral/Patol_099.html.
10. Sanjay M. Non-Hodgkin Lymphoma: Practice Essentials, Background, Pathophysiology. Medscape [Internet]. 2017 [citado 4 de junio de 2018];(1). Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/203399-overview#a3>.

11. Eugenio S. Clínica, epidemiología, inmunohistoquímica, tratamiento y pronósticos de los Linfomas no Hodgkin en pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, 2012-2016 [[Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]]. [Lima]: Universidad Mayor de San Marcos; 2017.
12. American Society of Clinical Oncology. Linfoma no Hodgkin - Estadios [Internet]. Cancer.Net. 2012 [citado 12 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/linfoma-no-hodgkin/estadios>.
13. Valdez JJP, Pérez VU, Ojeda DV. Características epidemiológicas, clínicas y patológicas de los linfomas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia del año 1998 al 2008. Acta Med Per. 2011;28(1):7
14. Alegría E, Grados J. Características clínicas de los linfomas no Hodgkin en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Rev Soc Peru Med Interna. 2012;25(1):26-30. DOI: <https://doi.org/10.36393/spmi.v25i1.317>.
15. Ramón J. Características epidemiológicas y clínicas de pacientes con Linfomas en el Hospital Nacional Hipólito Unánue en el periodo 2012 al 2017 [Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]. [Lima]: Universidad Nacional Federico Villareal; 2018.
16. Castillo R. Características clínicas, epidemiológicas y respuesta al tratamiento de pacientes con Linfoma no Hodgkin, Hospital Nacional Dos de Mayo 2004-2011. Rev Médica Carrionica. 2017;4(1):1-21.
17. Hingorjo M. Presentation, Staging And Diagnosis Of Lymphoma: A Clinical Perspective. Med Coll Abbottabad. Med Coll Abbottabad. 2008;20(4):100-3.
18. Alonso Dol. Caracterización clínico-epidemiológica de los linfomas en un período de cinco años en Villa Clara. Rev Villa Clara. 2015;19(1):8.
19. Kaseb H, Babiker HM. Cancer, Lymphoma, Hodgkin. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2018 [citado 30 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499969/>
20. Beltrán B, De La Cruz-Vargas JA. Características Clínicas Y Sobrevida De Los Pacientes Con Linfoma De Células Grandes B Difuso Tratados

Con R-CHOP. Rev Fac Med, Hum [Internet]. 2017 [citado 21 de octubre de 2019];17(2). Disponible en: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/829>. DOI 10.25176/RFMH.v17.n2.829

21. Shahid R. Immunohistochemical Profile of Hodgkin and Non-Hodgkin Lymphoma. J Coll Physicians Surg Pak. 2016;26(2):103-7
22. Eichenauer D, Engert A, Dile V. Hodgkin lymphoma: clinical manifestations, staging, and therapy. En: Hoffman R, Benz EJ, Silberstein LE, Heslop HE, Weitz JI, Anastasi J. Hematology basic principles and practice. 6th ed. Philadelphia: ELSEVIER; 2013. 1138-56.
23. Guerra A, Reboloso E. Linfoma no Hodgkin. Conceptos Generales. El residente. 2013;8(1):23-34.
24. Temoche R. Características clínico-epidemiológicas y laboratoriales de pacientes adultos hospitalizados con diagnóstico de novo de neoplasias hematológicas en el Hospital Belén de Trujillo periodo 2010-2014. [Tesis para optar el Grado de Bachiller en Medicina]. [Trujillo]: Universidad Nacional de Trujillo; 2014

ANEXOS

Anexo 1: Instrumento para la toma de datos

Ficha de recolección de datos

Tesis: “Perfil epidemiológico, clínico y anatomopatológico en pacientes adultos con diagnóstico de linfoma en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 2014-2017”

****N° de ficha-N° de historia clínica:** _____

1.- Origen: Consulta externa () Hospitalización ()

Características Epidemiológicas

2.- Edad: _____

3.- Sexo:

a.- Masculino () b.- Femenino ()

4- Grado de instrucción

a. Iltrado () e. Secundaria completa ()
b. Primaria incompleta () f. Superior ()
c. Primaria completa ()
d. Secundaria incompleta ()

5.- Ocupación:

a.- Trabajador dependiente () d.- Jubilado ()
b.-Trabajador independiente () e.- Estudiante ()
c.- Ama de casa () f.- Desempleado ()

6.- Región de procedencia

a.- Lambayeque () b.- Cajamarca () c.- Amazonas () d.- Otras ()

Especificar: _____

7.- Antecedentes familiares de cáncer:

a.- Sí () b.- No ()

Especificar: _____

Características Clínicas

8.- Estadío Clínico (Clasificación de Ann Arbor)

a.- I () A ()
b.- II () B ()
c.- III ()
d.- IV ()
e.- Sin estadiaje ()

9.- Localización

a.- Ganglionar () b.- Extraganglionar ()

10.- Síntomas B

a.- Fiebre >38°C durante 1-2 semanas Sí () No ()

b.- Sudoración nocturna Sí () No ()

c.- Pérdida de peso >10% durante 6 meses Sí () No ()

11.- Síntomas Generales

a) Dolor abdominal Sí () No ()

b) Sensación de masa Sí () No ()

c) Dolor torácico Sí () No ()

d) Hiporexia Sí () No ()

e) Disfagia Sí () No ()

f) Tos Sí () No ()

g) Disnea Sí () No ()

h) Prurito Sí () No ()

i) Náuseas Sí () No ()

j) Vómitos Sí () No ()

k) Lesiones cutáneas Sí () No ()

l) Melena Sí () No ()

12.- Hallazgos clínicos

a.- Adenopatías Sí () No ()

b.- Derrame pleural Sí () No ()

c.- Visceromegalia Sí () No ()

13.- ECOG: 0() 1() 2() 3() 4() 5() Sin ECOG ()

Características Anatomopatológicas

14.- Tipo celular de Linfoma Hodgkin:

a.- Linfoma Hodgkin clásico ()

b.- Linfoma Hodgkin no clásico ()

Subtipo: _____

15.- Tipo Celular de Linfoma no Hodgkin:

a.- Linfoma de células B ()

b.- Linfoma de células T ()

c.- Linfoma de células NK ()

Subtipo: _____

Paciente: Vivo () Muerto ()