

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
UNAN MANAGUA**

**Facultad Regional Multidisciplinaria Chontales.
FAREM-CHONTALES**



Tema: Características clínico-epidemiológicas de los pacientes con Linfoma no Hodgkin ingresados en el servicio de medicina interna del Hospital Regional Escuela Asunción Juigalpa en el período de diciembre 2016 a diciembre 2018.

Monografía para optar al título de Doctor en medicina y cirugía general

Autores

1. Br. Luz Esther Rocha Barillas
2. Br. Yesni Dayani Álvarez Morales

Tutor: Dr. Carlos Alvarado

Especialista en Medicina Interna

Asesor Metodológico: Msc. Yuber Lazo

Juigalpa, Chontales, Nicaragua, marzo 2019

Título

Características clínico-epidemiológicas de los pacientes con Linfoma no Hodgkin ingresados en el servicio de medicina interna del Hospital Regional Escuela Asunción Juigalpa en el período de diciembre 2016 a diciembre 2018.

Dedicatoria

El presente trabajo monográfico se lo dedicamos ante todo a Dios, por haber permitido llegar hasta este punto y lograr los objetivos propuestos, además de su infinita bondad y amor.

A las personas incondicionales de nuestra vida, que son nuestros padres, porque sin su apoyo en todo momento, esto no hubiese sido posible. Por los ejemplos de perseverancia que nos han infundado siempre y el valor mostrado para salir adelante.

Agradecimientos

Empezaremos agradeciendo a Dios, porque nos ha brindado vida y sus bendiciones nos colman cada día.

A nuestros padres, por su amor, trabajo y sacrificio, que nos apoyan en cada etapa de nuestra carrera, son el pilar fundamental y el esfuerzo que realizan nos ha llevado a concluir con éxito este ciclo.

A nuestro tutor clínico y asesor metodológico, quienes nos han guiado durante todo este proceso, que con su conocimiento, colaboración y enseñanza nos incentivan para la realización de este documento.

A nuestros docentes, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de estos años en la preparación de nuestra profesión.

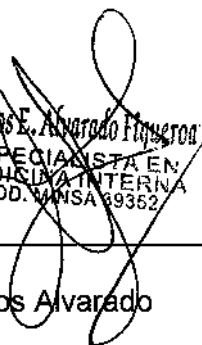
Al director del hospital donde realizamos el estudio, ya que nos permitió la revisión de los expedientes clínicos, necesario para la realización y culminación de este trabajo investigativo.

Carta Aval del tutor

En mi carácter de tutor clínico del presente informe monográfico, para optar el título de Doctor en medicina y cirugía general, con el tema titulado: Características clínico-epidemiológicas de los pacientes con Linfoma no Hodgkin ingresados en el servicio de medicina interna del Hospital Regional Escuela Asunción Juigalpa en el período de diciembre 2016 a diciembre 2018, elaborado por Br. Luz Esther Rocha Barillas y Br. Yesni Dayani Alvarez Morales, hago constar que los datos acá obtenidos son veraces y cumplen con las normas establecidas.

Doy fé, que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes de aprobación, para ser sometido a presentación y evaluación por parte del jurado examinador al que se le designe.

Se despide atentamente.


Dr. Carlos E. Alvarado Figueroa
ESPECIALISTA EN
MEDICINA INTERNA
COD. MMSA 69362

Dr. Carlos Alvarado

Especialista en Medicina Interna

Resumen

El Linfoma no Hodgkin, es una neoplasia hematológica muy poco estudiada en la actualidad, a pesar de considerarse una patología cuya frecuencia se encuentra en incremento en los últimos años alrededor de todo el mundo. El objetivo general de este estudio, es describir las características clínico epidemiológicas de los pacientes con Linfoma no Hodgkin ingresados en el servicio de medicina interna del Hospital Regional Escuela Asunción Juigalpa en el período de diciembre 2016 a diciembre 2018.

Se realizó una investigación descriptiva, durante el período de diciembre 2016 a diciembre 2018. El universo lo constituyeron 32 pacientes con Linfoma no Hodgkin ingresados en la sala de medicina interna del Hospital Regional Asunción Juigalpa. Para la obtención de la información se realizó una ficha de recolección de datos para la revisión de los expedientes clínicos, cuyas variables principales recogían: datos sociodemográficos, clínica, diagnóstico, tratamiento y complicaciones de los pacientes en estudio. El procesamiento de los datos se realizó en el programa SPS, utilizando frecuencias y porcentajes.

El estudio se realizó a 32 pacientes que corresponden al 100% de la población. Según los resultados obtenidos, en el 56.2% se encontró que eran del sexo masculino y la mayoría de los pacientes en estudio presentaron como principal manifestación clínica la fiebre en un 87.5%.

La hipótesis planteada en este estudio fue comprobada, ya que en la mayoría de los expedientes clínicos estaba registrada la información clínica epidemiológica que se requería para llevar a cabo esta investigación.

Indice

Capitulo I.....	3
1.1 Introducción	3
1.2 Planteamiento del problema	4
1.3 Justificación.....	5
1.4 Objetivo General	6
1.4.1 Objetivos específicos.....	6
Capitulo II	7
2.1 Marco Teórico	7
2.1.1 Marco referencial	7
2.1.2 Marco conceptual	9
2.1.2.1 Generalidades	9
2.1.2.2 Epidemiología	9
2.1.2.3 Patogenia	10
2.1.2.4 Clasificación.....	11
2.1.2.5 Causas y factores de riesgo	13
2.1.2.6 Signos y síntomas.....	14
2.1.2.7 Diagnóstico.....	15
2.1.2.8 Tratamiento	20
2.1.2.9 Complicaciones	24
2.1.3 Marco Legal	26
2.2 Hipótesis.....	28
Capitulo III.....	29
3.1 Diseño Metodológico	29
3.1.1 Tipo de estudio	29
3.1.2 Área de estudio	30
3.1.3 Universo	30
3.1.4 Muestra.....	30
3.1.5 Tipo de muestreo.....	31
3.1.6 Criterios de Inclusión	31
3.1.7 Criterios de Exclusión	31
3.1.8 Técnica y recolección de los datos.....	33
3.1.9 Operacionalización de variables.....	34

Capitulo IV	40
4.1 Análisis y discusión de resultados.....	40
Capitulo V	52
5.1 Conclusiones	52
5.2 Recomendaciones.....	53
5.3 Bibliografía	54
5.4 ANEXOS.....	57

Capítulo I

1.1 Introducción

El linfoma no Hodgkin abarca diversas neoplasias de origen linfoide que se desarrollan como consecuencia de la expansión clonal de una u otra línea linfoidea, como resultado de mecanismos patogénicos diferentes. Tienen rasgos diferenciales epidemiológicos, etiológicos, clínicos, biológicos y respuesta predecibles a los tratamientos actuales (Rodríguez, 2010).

Constituye la quinta causa de cáncer en incidencia y mortalidad en el hombre y la cuarta en mujeres. La enfermedad es frecuente en personas mayores de 45 años, y su prevalencia aumenta con la edad. Su etiología aún es desconocida, aunque algunos autores señalan que pueden estar asociados a infecciones, factores ambientales, deficiencias inmunológicas e inmunosupresión. La presentación clínica depende del sitio de localización, la historia natural del linfoma y la presencia o ausencia de síntomas B. El diagnóstico es básicamente histopatológico y el tratamiento es variable según la forma de presentación de la enfermedad (Soto, 2013).

En el hospital Asunción Juigalpa, desde el año 2016, se ha venido incrementando el número de pacientes que son ingresados a las salas de medicina interna con probable diagnóstico de Linfoma no Hodgkin, los cuáles se someten a una serie de estudios para confirmar el diagnóstico. Para el año 2018 los casos se seguían presentando, siendo relevante que algunos de estos eran jóvenes y la mayoría del sexo masculino, los cuáles presentaban las características clínicas sugestivas de esta patología que al final era diagnosticada. De esta manera, se plantea la necesidad de analizar las características clínico epidemiológicas de estos pacientes con Linfoma no Hodgkin, puesto que requieren una atención de calidad, desde el momento del diagnóstico y el tratamiento, para evitar posibles complicaciones secundarias a la enfermedad. A su vez se trata de brindar al lector, el medio necesario para conocer el comportamiento de la enfermedad y se puedan llevar a cabo más trabajos investigativos de esta u otra índole.

1.2 Planteamiento del problema

Según la sociedad española de oncología médica, el linfoma no Hodgkin ocupa el séptimo lugar en incidencia a nivel mundial, tanto en hombres como en mujeres y en todos los grupos de edad. Es una enfermedad inmunitaria que se presenta por cambios celulares malignos, los cuales se multiplican desplazando las células sanas y causando adenopatías en diferentes regiones del organismo. (Provencio, 2017).

En el Hospital Regional Escuela Asunción Juigalpa, a pesar de que los pacientes con linfoma no Hodgkin son ingresados con constante recurrencia a las salas de medicina interna, no se conoce el comportamiento de esta patología, ni se ha interesado en llevar a cabo ningún estudio investigativo que aborde las características clínico epidemiológicas de los individuos que padecen esta enfermedad, que una vez diagnosticada constituye un problema para la salud pública y la calidad de vida de los pacientes.

Apartir de la caracterización y delimitación del problema antes expuesto, se plantea la siguiente pregunta principal del presente estudio: ¿Cuáles son las características clínico epidemiológicas de los pacientes con Linfoma no Hodgkin ingresados en el servicio de medicina interna del Hospital Regional Escuela Asunción Juigalpa en el periodo de diciembre 2016 a diciembre 2018?

Las preguntas de sistematización correspondientes se presentan a continuación:

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes en estudio?
2. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de los pacientes en estudio?
3. ¿Cuáles son los medios diagnósticos y tratamiento utilizado en estos pacientes ingresados en el servicio de medicina interna durante el período en estudio?
4. ¿Cuáles son las complicaciones presentadas en los pacientes ingresados en el servicio de medicina interna durante el período en estudio?

1.3 Justificación

El linfoma no Hodgkin, es una neoplasia cuya frecuencia se encuentra en incremento en todo el mundo. Es causa de mortalidad y en los diferentes subtipos de la enfermedad, se han demostrado relación causa-efecto que pudiese facilitar el empleo de medidas preventivas, sin embargo, es un padecimiento que una vez diagnosticado requiere su manejo adecuado para evitar más repercusiones en la salud.

Actualmente, el Linfoma no Hodgkin es una de las patologías hematológicas más frecuentes en los jóvenes y adultos, que tiene diferentes modelos de comportamiento y respuestas al tratamiento, por lo que es indispensable un estudio exhaustivo de la base de la enfermedad para llegar a un diagnóstico definitivo, en busca del tratamiento y manejo del mismo.

Considerando que el Linfoma no Hodgkin es una enfermedad maligna que en los últimos años se ha venido incrementando en el hospital Asunción Juigalpa, es indispensable para el clínico tener una base del comportamiento de esta patología, en donde se muestren las características clínico epidemiológicas de los pacientes que cursan con dicha enfermedad y que además pueda servir como punto de partida para el estudio adecuado y manejo de los mismos.

Es importante destacar que el Linfoma no Hodgkin, es una patología que constituye un impacto para la salud pública, por el costo en el tratamiento que requiere y sobre todo, para los pacientes que la padecen, ya que si no se le da el manejo y seguimiento adecuado puede conllevar al deterioro de la salud e interferir en la calidad de vida de los mismos. Por otro lado, existen pocas investigaciones relacionadas a este trabajo investigativo, por lo que se decidió realizar este estudio, para que aporte de alguna manera, datos necesarios para un mejor control y atención de calidad a los pacientes diagnosticados con esta enfermedad y que a su vez, pueda servir de referencia para futuros trabajos de investigación.

1.4 Objetivo General

- Describir las características clínico epidemiológicas de los pacientes con Linfoma no Hodgkin ingresados en el servicio de medicina interna del Hospital Regional Escuela Asunción Juigalpa en el período de diciembre 2016 a diciembre 2018.

1.4.1 Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de los pacientes en estudio.
- Detallar las manifestaciones clínicas de los pacientes en estudio.
- Explicar medios diagnósticos y tratamiento utilizado en estos pacientes ingresados en el servicio de medicina interna durante el período en estudio.
- Analizar las complicaciones presentadas en los pacientes ingresados en el servicio de medicina interna durante el período en estudio.

Capítulo II

2.1 Marco Teórico

2.1.1 Marco referencial

Según un estudio realizado en el Hospital "Hermanos Ameijeiras" en Cuba sobre las características clínicas y epidemiológicas de los linfomas no hodgkinianos, se encontró que la relación de presentación en sexo femenino/masculino fue de 1/1. El grupo etario más afectado fue el de 55 a 74 años, la toma ganglionar predominó sobre la extra ganglionar con una mayor incidencia en la región cervical. Los síntomas generales se detectaron en el 27.9% de los pacientes (Hernandez, 2003).

Según estudios realizados en Perú en el año 2008 sobre características epidemiológicas, clínicas y patológicas del Linfoma no Hodgkin en el hospital Nacional Cayetano Heredia, se encontró que el promedio de edad fue de 44 a 60 años, la mayoría de sexo masculino. Los síntomas más frecuentes fueron los llamados síntomas B entre los que se incluyen la fiebre, pérdida de peso y sudoraciones nocturnas. Estas se acompañaron de la presencia de linfadenopatias en un 40 % respectivamente (Padilla, 2008).

En un estudio descriptivo retrospectivo realizado en el servicio de oncología médica del Hospital Loayza en Colombia, se identificó a 114 pacientes con el diagnóstico de Linfoma no Hodgkin, de los cuales el 52,6% son mujeres con edad promedio de 58 años. Entre las características clínicas observadas se encontraron linfadenopatias en un 66.7 %, pérdida de peso 51.8% y síntomas B un 57%, destacando que la mayoría de los pacientes presentó un estadio clínico avanzado (Alegria, 2012).

En el Hospital Celestino Hernández Rubao de Villa Clara en Cuba se realizó un estudio descriptivo y longitudinal entre enero 2006 y diciembre 2010 sobre caracterización clínica epidemiológica de los Linfomas en un periodo de 5 años en el cual se encontró que el Linfoma no Hodgkin predominó en el sexo masculino, en las $\frac{3}{4}$ partes de los pacientes, la localización principal fue ganglionar y la tercera parte de los pacientes fallecieron (Alonso, 2015).

Con base en el registro de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Linfoma no Hodgkin se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino con una tasa de incidencia mundial de 5.6/100,000 y una mortalidad 3.2/100,000, no así en mujeres, ya que se manifiesta en menor grado con respecto a los mencionados anteriormente, siendo: 4.1/100,000 respectivamente (OMS, 2015).

Por otro lado, en Nicaragua, en un estudio descriptivo retrospectivo, realizada por Bermúdez. titulado características clínicas y epidemiológicas del linfoma no Hodgkin en el servicio de hematología del Hospital escuela Dr. Roberto Calderón 2006, se descubrió que la mayoría de los pacientes con Linfoma no Hodgkin presentaban síntomas B (68%) y tenían aproximadamente de 2 a 4 años de padecer la enfermedad, además que no eran atendidos tempranamente debido a que los pacientes eran originarios de zonas geográficas alejadas por lo que tenían una mala evolución (Bermudez, 2006).

En un estudio realizado en el año 2008-2010 en el Hospital Roberto Calderón, Managua Nicaragua, sobre el Linfoma no Hodgkin se encontró que ésta patología ocupa el lugar número 14 de las primeras 98 causas de consulta en los últimos 4 años, los pacientes en su mayoría hombres, con un promedio de estancia intrahospitalaria de 7-9 días. Esta entidad neoplásica hematológica, se presentó con distintos grados de agresividad, por lo que se supuso distintos manejos terapéuticos y distintas probabilidades de recaída (Rizo, 2010).

Cabe destacar que no se han publicado muchos estudios de este tipo a nivel nacional y a nivel regional en la ciudad de Juigalpa no se encontró ninguna investigación de este tema, por lo que en este trabajo investigativo no se reflejan.

2.1.2 Marco conceptual

2.1.2.1 Generalidades

El Linfoma no Hodgkin es un grupo de trastornos caracterizado por la proliferación monoclonal maligna de células linfoides localizadas en ganglios linfáticos u otros órganos y sistemas. Surgen a partir de una lesión en el ADN de un linfocito progenitor. El daño al ADN es adquirido, más que heredado. El ADN alterado en un solo linfocito produce una transformación maligna que da como resultado la proliferación descontrolada y exagerada del linfocito. Estos linfocitos y las células formadas tienen una probabilidad mayor de lo normal de sobrevivir. La acumulación de esas células tiene como resultado masas tumorales que se ubican en los ganglios linfáticos y en otros lugares del cuerpo.

Según Caulo (2014), el Linfoma no Hodgkin suele aparecer en los ganglios linfáticos o en el tejido linfático que se encuentra en órganos tales como el estómago, los intestinos o la piel, es decir las células de linfoma pueden desarrollarse en uno o más lugares del cuerpo.

2.1.2.2 Epidemiología

La prevalencia aumenta con la edad y es 50% mayor en hombres que en mujeres, siendo más alta en América del Norte y Europa Occidental y más baja en el Este de Europa y Asia (Bermudez, 2006).

Según Guerra (2013), afirma que durante los últimos años, la incidencia ha ido en constante aumento en todos los grupos de edad y en ambos sexos, en alrededor de 3-5% por año. El LNH ocupa el sexto lugar de muerte por cáncer en el mundo. Cerca de 300,000 casos nuevos se producen cada año, lo que representa el 3% de los casos nuevos de cáncer.

El Linfoma no Hodgkin es uno de los cánceres más comunes en los Estados Unidos, representando alrededor de 4% de todos los cánceres. Los cálculos más recientes de la sociedad americana contra el cáncer, en cuanto al linfoma no Hodgkin, menciona que el riesgo promedio de un hombre de desarrollar linfoma no Hodgkin durante la vida es de 1 en 42 para una mujer el riesgo es de 1 en 54. Sin embargo, el riesgo de cada persona también se puede afectar por varios factores predisponentes (Falco, 2019).

De acuerdo a la epidemiología de los linfomas del centro estatal de carcerología de Nayarit, Mexico, se encontró que los linfomas no Hodgkin son más frecuentes en los adultos (75%), en comparación a los niños. Sin embargo en relación con el género, refleja que las mujeres tuvieron el mayor porcentaje de todos los casos que los hombres, con un promedio de edad al diagnóstico de 57.8 años.

El subtipo más frecuente de linfoma no hodgkin son los difusos de células B grandes, le sigue el linfoma difuso de células pequeñas, y luego presentaciones con linfoma folicular, predominando más en los hombres que en las mujeres (Guerrero, 2015).

Las tasas de incidencia entre 20 y 40 años son particularmente alta en los últimos años, en las áreas epidémicas del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) ya que se ha observado un incremento de este en la población afectada, multiplicándose por 100 el riesgo relativo en esta población (Medrano, 2014).

Los linfomas se pueden dividir en indolentes, que suelen crecer de manera lenta (los pacientes, con una edad media en el diagnóstico, suelen vivir una década) y agresivos, que crecen de forma rápida. En los mayores, la prognosis es pobre para los pacientes que son recurrentes o que son refractarios después de aplicar la quimioterapia estándar, que es de primera línea para esta enfermedad (Martinez, 2011).

2.1.2.3 Patogenia

La mayoría de los linfomas no Hodgkin se origina en los linfocitos B; el resto procede de linfocitos T ó linfocito natural killer. Pueden afectar a precursores o a células maduras. Se observa una superposición entre la leucemia y el linfoma no Hodgkin, porque ambos causan proliferación de linfocitos o sus precursores.

Hasta en el cincuenta por ciento de los niños y en alrededor del veinte por ciento de los adultos con algunos tipos de linfoma no Hodgkin, puede haber un cuadro similar a leucemia con linfocitosis periférica y compromiso de médula ósea. La diferenciación puede ser difícil, pero en general se considera que los pacientes con compromiso ganglionar más extenso; en

especial mediastínico, menor cantidad de células anormales circulantes y menos blastocitos en médula ósea tienen un linfoma (Portlock, 2017).

De acuerdo a Carrasco (2016), el proceso por el cual se genera una neoplasia linfoide obedece a una multitud de mecanismos, entre las que se encuentran las alteraciones genéticas, la supresión de la expresión de antígenos virales o del sistema HLA I, y la alteración funcional simultánea del sistema de vigilancia inmunológica.

Los estudios de citogenética y biología molecular de los LNH aportan una gran cantidad de información sobre el origen de las neoplasias y su comportamiento. Se suponen los siguientes mecanismos en el desarrollo de los LNH:

1. Una alteración genética que trastorne los mecanismos de regulación y limitación del crecimiento y produzca una rápida proliferación.
2. La expresión alterada de genes supresores de tumores, por ejemplo, el gen de la proteína p53 (gen supresor tumoral) se puede encontrar alterada en todos los tipos de linfomas.
3. El bloqueo de la muerte celular programada o apoptosis, tendrá como resultado una acumulación progresiva de las células.
4. Existen otras alteraciones moleculares, como las variaciones en la expresión de las moléculas de adhesión celular (CAM) que pueden influir en la diseminación y progresión del LNH (Labardini, 2010).

Rizo (2010), plantea que en la transformación neoplásica están involucrados una gran cantidad de mecanismos. A medida que se van conociendo los diferentes procesos que contribuyen a la formación de los linfomas se avanza en el entendimiento de su comportamiento.

2.1.2.4 Clasificación

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha identificado y asignado nombres (llamados “designaciones diagnósticas”) a más de 60 subtipos específicos de linfoma no

Hodgkin. La clasificación REAL/WHO [clasificación europea americana revisada de linfomas de la Organización Mundial de la Salud] categoriza los subtipos de linfoma no Hodgkin según las características de las células de linfoma, entre ellas, su apariencia, la presencia de proteínas en la superficie de las células y sus características genéticas (OMS, 2015).

Los especialistas clasifican además los subtipos de linfoma no Hodgkin según la progresión de la enfermedad, la cual puede ser rápida (agresiva) o lenta (de baja malignidad o “indolente”). El subtipo de linfoma no Hodgkin y el hecho de que sea agresivo o de baja malignidad son los factores que determinan el tratamiento adecuado, por lo que es muy importante obtener un diagnóstico acertado (Mendez, 2014).

Subtipos más comunes del Linfoma No Hodgkin

Agresivos

- Linfoma difuso de células B grandes
- Linfoma anaplasico de células grandes
- Linfoma de Burkitt
- Linfoma linfoblástico
- Linfoma periférico de células T
- Linfoma de células del manto

De baja Malignidad

- Linfoma folicular
- Linfoma cutáneo de células T
- Linfoma linfoplasmacítico
- Linfoma de células B de la zona marginal
- Linfoma de tejido linfoide asociado a las mucosas
- Linfoma linfocítico de células pequeña

2.1.2.5 Causas y factores de riesgo

Según Smith (2017), se desconoce la causa exacta del linfoma no Hodgkin, pero hay factores de riesgo que pueden aumentar la probabilidad de que una persona presente la enfermedad.

La inhibición del sistema inmunitario es uno de los factores de riesgo que se ha establecido más claramente en el linfoma no Hodgkin. Las personas con enfermedades autoinmunitarias, inmunodeficiencias adquiridas entre ellas la infección por el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) y los receptores de trasplantes de órganos tienen un riesgo elevado de presentar linfoma no Hodgkin. Además, los factores que inhiben el sistema inmunitario, tales como la exposición a sustancias químicas o los tratamientos para las enfermedades autoinmunitarias, pueden contribuir al desarrollo del linfoma no Hodgkin.

Varios factores laborales y ambientales también se han asociado al linfoma no Hodgkin. Las comunidades agrícolas tienen una mayor incidencia de linfoma no Hodgkin, y la agricultura se ha relacionado con la enfermedad en general y con sus principales subtipos. Esta observación ha provocado la investigación de sustancias químicas agrícolas, tales como pesticidas, disolventes, combustibles, aceites y otros agentes que posiblemente son carcinógenos. Algunos estudios sugieren que los ingredientes específicos de los herbicidas y pesticidas, como los organoclorados, los organofosforados y los fenoxiácidos, están relacionados con el linfoma (Rich, 2014).

De acuerdo con Kauffman (2016), la exposición a ciertos virus y bacterias también está asociada con el linfoma no Hodgkin. Se cree que la infección, ya sea con un virus o una bacteria, puede provocar una intensa proliferación de células linfoides, lo que aumenta la probabilidad de un evento causante de cáncer en una célula.

Se ofrecen algunos ejemplos a continuación.

- La infección por el virus de Epstein-Barr tal vez cumpla una función en el aumento del riesgo de linfoma no Hodgkin en personas cuyo sistema inmunitario está inhibido como resultado del trasplante de un órgano y su terapia correspondiente.

- El virus linfotrópico humano de células T, tipo 1 (HTLV-1, por sus siglas en inglés) se asocia con un tipo de linfoma de células T en pacientes de ciertas zonas geográficas del sur de Japón, el Caribe, América del Sur y África.
- La infección por el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) está asociada con el desarrollo de ciertos tipos de linfoma no Hodgkin. Por lo general, esto sucede en pacientes mayores.
- La bacteria *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) causa úlceras estomacales y se asocia con el desarrollo de linfoma de tejido linfoide asociado con las mucosas (MALT, por sus siglas en inglés) en la pared del estómago.

Otras afecciones, tales como el síndrome de Sjögren, y el síndrome de Klinefelter, pueden predisponer a las personas al desarrollo posterior del linfoma no Hodgkin. Estos trastornos heredados no son comunes, pero se está estudiando el concepto de genes predisponentes para determinar su función en los casos esporádicos de linfoma no Hodgkin en personas que, aparte de esto, son sanas (Zuñiga, 2017).

2.1.2.6 Signos y síntomas

Carrasco (2016), explica que el signo más común que se presenta en las primeras etapas del linfoma no Hodgkin es la inflamación indolora de uno o más ganglios linfáticos. La mayoría de los pacientes con linfoma no Hodgkin presentan agrandamiento de uno o más ganglios linfáticos en el cuello, la axila o la ingle.

Según Smith (2017), Ocasionalmente, la enfermedad comienza en otra zona del cuerpo, aparte de los ganglios linfáticos, por ejemplo, en un hueso, un pulmón, el tubo gastrointestinal o la piel. En tales circunstancias, es posible que los pacientes presenten síntomas asociados con esa zona específica.

Los síntomas comunes del linfoma no Hodgkin incluyen:

- Adenopatias no dolorosas
- Fiebre sin explicación
- Sudores nocturnos excesivos
- Fatiga persistente
- Anorexia
- Astenia
- Tos
- Dolor abdominal
- Sensación de distensión abdominal.
- Prurito en la piel.
- Hepatomegalia y esplenomegalia
- Rash cutáneo

Algunas personas no presentan síntomas y, en estos casos, es posible que la enfermedad sólo pueda detectarse durante un examen médico de rutina o mientras que el paciente recibe atención por otro problema no relacionado.

Los síntomas como fiebre, sudores nocturnos excesivos y pérdida de más del 10 por ciento del peso corporal en un periodo de seis meses se denominan a veces “síntomas B” y son importantes para el pronóstico y la estadificación de la enfermedad. Otros síntomas del linfoma no Hodgkin, no tienen la misma importancia para el pronóstico que los denominados síntomas B, por lo que muchas veces no son considerados como tal (Mendez, 2016).

2.1.2.7 Diagnóstico

Smith (2017), en su artículo de hematología plantea que: El diagnóstico acertado implica la determinación del subtipo específico de linfoma no Hodgkin y constituye uno de los aspectos más importantes de la atención médica de las personas con esta enfermedad.

Se recoge información completa sobre los antecedentes médicos del paciente y se hacen preguntas sobre la ausencia o presencia de síntomas B. El examen físico incluye la medición de todos los grupos de ganglios linfáticos accesibles, además del tamaño de órganos como el bazo y el hígado.

De acuerdo a Guerra (2013), el linfoma no Hodgkin suele diagnosticarse examinando una muestra de biopsia de ganglio linfático (en la cual se extrae un trozo de ganglio y se analiza al microscopio). La biopsia incluye pruebas llamadas “inmunofenotipificación” y “análisis citogenético”.

Puede ser difícil acertar el diagnóstico del subtipo específico de linfoma no Hodgkin del paciente, debido a que existen muchos subtipos y a que el enfoque de tratamiento y el pronóstico son específicos para cada uno, por lo que es necesario obtener un diagnóstico exacto, el cual generalmente se hace por medio de una biopsia (Smith, 2017).

El linfoma no Hodgkin puede presentarse en partes del cuerpo no vinculadas con los ganglios linfáticos, tales como el pulmón o un hueso. Cuando se detecta un linfoma exclusivamente fuera de los ganglios linfáticos, lo que se llama “linfoma extraganglionar primario”, la muestra para la biopsia se extrae de ese tejido afectado.

Según Abreu (2010), a veces, los hematopatólogos pueden determinar el subtipo de linfoma que tiene la persona con solo observar las células del ganglio linfático, pero por lo general se necesitan otros tipos de pruebas para confirmar el diagnóstico.

Entre las pruebas adicionales que pueden ser necesarias se incluyen:

- Inmunofenotipificación, en la cual se usa un colorante directamente sobre cortes muy finos de tejido para determinar cuáles son las proteínas o marcadores (antígenos) que se expresan en las células de linfoma. La inmunofenotipificación puede ofrecer indicios adicionales de que estas células son células de linfoma y, además, si son células B, células T o células citolíticas naturales.

- Citometría de flujo, una técnica similar a la inmunofenotipificación, en la cual se extraen células de la muestra de sangre o tejido de la biopsia y se las hace pasar a través de un aparato que detecta las proteínas o marcadores (antígenos) que se expresan en las células de linfoma.
- Análisis citogenético, en el cual se examinan las células en fase de división para ver si hay alguna anomalía cromosómica. La hibridación in situ con fluorescencia (FISH, por sus siglas en inglés) es un tipo de prueba de laboratorio que utiliza colorantes especiales para detectar cromosomas anormales en las células. Las anomalías cromosómicas constituyen aspectos importantes para la identificación de subtipos específicos de linfoma no Hodgkin y para escoger el enfoque de tratamiento más eficaz.
- Reacción en cadena de la polimerasa (PCR, por sus siglas en inglés), una técnica que se usa para ampliar cantidades mínimas de ADN o ARN con el fin de determinar el tipo específico de ADN o ARN. Este método se ha vuelto útil para detectar una concentración muy baja de célula residuales de linfoma, demasiado baja para verse con un microscopio. La técnica puede detectar la presencia de una sola célula de linfoma en 500,000 a 1 millón de células sanas. La prueba es un posible indicador de cuán bien responderá el paciente al tratamiento con terapias específicas (Abreu, 2010)

Estadificación

Smith (2017), afirma que se usan exámenes físicos, pruebas de imagenología y pruebas de laboratorio para determinar la extensión de la enfermedad. El uso de pruebas de imagenología para determinar la “etapa” de la enfermedad se llama “estadificación” la cual ofrece información importante para la planificación del tratamiento.

Las pruebas de imagenología pueden incluir:

- Radiografía de tórax

- Tomografía computarizada, que emplea un equipo especial de radiografía para tomar múltiples imágenes computarizadas del cuello, tórax, abdomen y pelvis (todas las áreas en las que hay ganglios linfáticos) para identificar las áreas afectadas por la enfermedad. Las tomografías computarizadas también pueden mostrar si están afectados los pulmones, el hígado y otros órganos, lo cual ofrece información útil para la estadificación. El procedimiento de tomografía computarizada muestra la ubicación del linfoma y puede medir el tamaño de la masa (Carrasco, 2016).
- Imágenes por resonancia magnética, una técnica que se emplea en casos selectos. Para las imágenes por resonancia magnética se usa un imán poderoso y ondas de radio conectados a una computadora para crear imágenes claras y detalladas de cortes transversales del cuerpo. Los “cortes” se pueden entonces mostrar en un monitor y guardar en un disco para análisis futuro.
- Tomografía por emisión de positrones con tomografía computarizada, la cual combina ambas técnicas en un solo aparato a fin de obtener información sobre la estructura y la función de las células y tejidos del cuerpo durante una sola sesión de imagenología. Ofrece una imagen más detallada de la ubicación del cáncer en el cuerpo que cualquier otra prueba (Carrasco, 2016).

Se usan pruebas de sangre o hemograma para:

- Determinar si hay células de linfoma en la sangre y si las proteínas especiales (llamadas “inmunoglobulinas”) producidas por los linfocitos son deficientes o anormales.
- Revisar los indicadores de la gravedad de la enfermedad examinando los niveles de proteínas en la sangre, los niveles de ácido úrico y la tasa de sedimentación eritrocítica.
- Evaluar las funciones renales y hepáticas
- Medir dos marcadores biológicos importantes, la deshidrogenasa láctica y la beta2-microglobulina, que son indicadores pronósticos útiles en varios subtipos de linfoma no Hodgkin (Smith, 2017).

La mayoría de los pacientes que reciben el diagnóstico de linfoma no Hodgkin se someten a una biopsia de médula ósea para confirmar que la enfermedad no se ha diseminado a la médula ósea y para evaluar el uso de terapias específicas, entre ellas la radioinmunoterapia (una combinación de radioterapia e inmunoterapia) (Smith, 2017).

Algunas de las pruebas están asociadas con subtipos específicos y no es necesario hacérselas a todos los pacientes con linfoma no Hodgkin. (Kauffman, 2016) Los ejemplos de pruebas para subtipos específicos incluyen:

- Una evaluación completa del tubo gastrointestinal (GI), incluyendo endoscopias superiores e inferiores, para pacientes que tienen una enfermedad que afecte el tubo gastrointestinal, como el linfoma de tejido linfoide asociado con las mucosas.
- Una colonoscopia para pacientes con linfoma de células del manto (es importante que todas las personas se hagan una colonoscopia de rutina a partir de los 50 años de edad, o antes si hay antecedentes familiares).
- Una ecografía abdominal.
- Una punción lumbar y/o una prueba de imágenes por resonancia magnética del cerebro o de la columna vertebral, que pueden ser necesarias para pacientes con ciertos subtipos o con síntomas que sugieran que el sistema nervioso central está afectado.

Etapas del Linfoma No Hodgking

De acuerdo a Labardini (2010), el Linfoma no Hodgkin presenta diferentes etapas que se presentan a continuación:

I: Afectación de un ganglio linfático de un grupo de ganglios adyacentes.

II: Afectación de dos o más regiones de ganglios linfáticos en el mismo lado del diafragma.

III: Afectación de dos o más regiones de ganglios linfáticos por arriba y por debajo del diafragma (por ejemplo; cuello, pecho y abdomen).

IV: Afectación de regiones de ganglios linfáticos en ambos lados del diafragma y de órganos, como los pulmones, el hígado y el hueso.

Características modificadoras

A: sin presencia de síntomas.

B: Presencia de fiebre, sudores excesivos, pérdida del más del diez por ciento del peso corporal en los seis meses anteriores sin hacer dieta.

X: Enfermedad voluminosa, que implica una masa ganglionar cuyo tamaño por lo general es superior a 10 cm o más de un tercio del diámetro del pecho según la radiografía.

E: Afectación de órganos o tejidos además del sistema linfático.

Las etapas y las características modificadoras dirigen el enfoque de tratamiento. Una vez que se hayan completado todas las pruebas de diagnóstico y estadificación, el médico evalúa la información, identifica el subtipo de linfoma no Hodgkin, determina las áreas del cuerpo que están afectadas y empieza a hablar sobre las opciones de tratamiento con el paciente (Zuñiga, 2017).

2.1.2.8 Tratamiento

Según Smith (2017), la terapia inicial y la intensidad del tratamiento indicado para el paciente se basan en el subtipo y en la etapa de la enfermedad. En general, la meta del tratamiento es destruir tantas células de linfoma como sea posible e inducir una “remisión completa”.

En el caso de los pacientes sin síntomas y con subtipos de linfoma no Hodgkin de baja malignidad, el tratamiento puede ser el enfoque de “observar y esperar”, lo que significa que se retrasa el tratamiento hasta que se presenten signos de progresión de la enfermedad. Se necesita una observación frecuente y cuidadosa para que pueda iniciarse un tratamiento eficaz si la enfermedad empieza a avanzar. Algunos pacientes tienen una enfermedad de larga duración y progresión lenta, mientras que otros tienen una enfermedad que evoluciona a tipos más agresivos de linfoma no Hodgkin que requieren tratamiento inmediato.

Por otro lado, Guerra (2013), expresa que en general, la quimioterapia y la radioterapia son las dos formas principales de tratamiento para el linfoma no Hodgkin. Si bien la radioterapia no suele ser la única ni la principal terapia curativa, es un tratamiento adicional importante en ciertos casos.

Tratamiento de los subtipos agresivos

El tratamiento para los subtipos de linfoma no Hodgkin de células B agresivo comienza en el momento del diagnóstico. Los pacientes con linfoma no Hodgkin de progresión rápida por lo general se tratan con una quimioterapia que consta de cuatro o más medicamentos. En la mayoría de los casos es la terapia de combinación llamada R-CHOP (rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina [hidroxidoxorubicina], Oncovin [vincristina] y prednisona). Esta quimioterapia intensiva con múltiples medicamentos puede ser muy eficaz en casos de linfoma agresivo y en algunos casos se ha curado la enfermedad (Smith, 2017).

La quimioterapia puede complementarse con radioterapia en casos selectos, por ejemplo, cuando se encuentran masas grandes de linfoma no Hodgkin durante el proceso de diagnóstico y estadificación.

Tratamientos de los subtipos de baja malignidad

Según Colina (2016), el manejo de los subtipos de linfoma de baja malignidad (indolente) al momento del diagnóstico inicial varía desde la observación con seguimiento atento (el enfoque de observar y esperar) hasta una terapia intensiva.

El manejo adecuado para un paciente en particular es sumamente individualizado y depende de factores que incluyen las siguientes características del paciente:

- Factores pronósticos
- La etapa de la enfermedad
- La edad y si tiene otros problemas medicos.

El tratamiento estándar para el linfoma no Hodgkin de baja malignidad incluye las siguientes opciones:

Para la enfermedad en etapa inicial:

- El enfoque de observar y esperar
- Radioterapia
- Rituximab con o sin quimioterapia

Para la enfermedad en etapa avanzada

- El enfoque de observar y esperar, en el caso de pacientes asintomáticos.
- Anticuerpos monoclonales (rituximab, obinutuzumab, ibritumomab tiuxetan marcado con itrio-90)
- Agentes alquilantes (ciclofosfamida, clorambucil, bendamustina)
- Quimioterapia de combinación (colina, 2016).

Anticuerpos Monoclonales

Los anticuerpos monoclonales son medicamentos inmunoterapéuticos especialmente diseñados para dirigirse a proteínas específicas (antígenos) en las células de cáncer. Una vez que el anticuerpo encuentra su objetivo y se adhiere a él, puede utilizar otras partes del sistema inmunitario para destruir la célula que contiene el antígeno.

Algunos anticuerpos monoclonales (conocidos como anticuerpos “desnudos”) funcionan por sí solos, mientras que a otros se les acopla un medicamento quimioterapéutico o se les adhiere un compuesto radiactivo, en cuyo caso se los llama “anticuerpos monoclonales conjugados” (conjugado anticuerpo-medicamento o ADC, por sus siglas en inglés). Estos anticuerpos circulan por el cuerpo hasta que se adhieren al antígeno objetivo y entonces descargan la sustancia tóxica en la célula de cáncer (Smith, 2017).

Méndez (2016), plantea que en las últimas dos décadas, la FDA ha aprobado varios anticuerpos monoclonales para el tratamiento del linfoma no Hodgkin, así como para varios otros tipos de cáncer.

Entre estos agentes se incluyen:

- Rituximab, que ha sido una adición importante a los programas tradicionales de farmacoterapia y está aprobado para el tratamiento de varios tipos de linfoma no

Hodgkin de células B, entre ellos, el linfoma folicular y el linfoma difuso de células B grandes.

- Alemtuzumab , un anticuerpo anti-CD52 que se usa para la terapia de algunos linfomas no Hodgkin, entre ellos, la macroglobulinemia de Waldenström.
- Brentuximab vedotina , que se dirige al CD30 y que descarga en la célula un medicamento quimioterapéutico llamado monometil auristatina E (MMAE, por sus siglas en inglés). La brentuximab vedotina se usa para el tratamiento del linfoma periférico de células T y del linfoma de Hodgkin.
- Ibritumomab tiuxetan marcado con itrio-90, que se adhiere al CD20 y descarga sustancias radiactivas en la célula para matarla. El ibritumomab tiuxetan marcado con itrio-90 se usa para el tratamiento del linfoma folicular.
- Obinutuzumab, que se dirige al CD20 y que se usa para algunos tipos de linfoma no Hodgkin, entre ellos, el linfoma folicular resistente al tratamiento.
- Ofatumumab, un anticuerpo anti-CD20 aprobado para la leucemia linfocítica crónica en casos de recaída o resistencia al tratamiento. Actualmente se está estudiando en combinación con otros fármacos para el tratamiento de la macroglobulinemia de Waldenström y otros tipos de linfoma no Hodgkin.

Entorno del tratamiento, puede que los pacientes necesiten recibir medicamentos durante largos períodos de tiempo, pero la mayor parte de la terapia puede administrarse en un entorno ambulatorio. La radioterapia, la quimioterapia o la inmunoterapia se pueden administrar en una clínica ambulatoria de un centro oncológico. A veces son necesarios breves períodos de hospitalización (Smith, 2017).

2.1.2.9 Complicaciones

El paciente diagnosticado con Linfoma no Hodgkin puede presentar un sin número de complicaciones, sin embargo aquí se plantean las mas frecuentes según algunos autores.

- Derrame pleural

El derrame pleural, se define como la acumulación anormal del líquido en el espacio pleural, no es una enfermedad, es el resultado del equilibrio entre la formación y reabsorción del líquido como manifestación de alguna condición que incluso puede amenazar la vida del paciente. Es una entidad a la cual el clínico se ve enfrentado con frecuencia, la mayoría secundaria a enfermedad pleural o pulmonar, pero también puede ser causada por enfermedades extrapulmonares, sistémicas o neoplásicas.

Se puede manifestar de manera rápida o insidiosa, con sintomatología diversa dependiendo de la cantidad de líquido y su naturaleza. Su presentación puede variar desde el individuo asintomático por completo o con solo dolor pleurítico, hasta la insuficiencia respiratoria aguda por acumulación rápida de líquido (Rendon, 2009).

- Ascitis

La ascitis definida como la presencia de fluido en la cavidad peritoneal, es un hallazgo observado en diversas entidades patológicas, principalmente en enfermedades hepáticas y oncológicas. Su patogénesis involucra varios factores como son: elevación de la presión hidrostática, disminución de la presión coloido-osmótica, aumento en la permeabilidad capilar y escape de líquido a la cavidad peritoneal.

La historia clínica de un paciente con ascitis incluye aumento del perímetro abdominal (manifestado por cambios en el tamaño del cinturón o la ropa), ganancia de peso en últimas fechas; alteraciones asociadas con la elevación del diafragma: síntomas de reflujo esofágico (reflujo ácido que empeora en posición de decúbito dorsal, sensación de acedía); síntomas del síndrome de compresión gástrica: distensión, náusea, saciedad temprana; disnea y ortopnea, secundaria al desplazamiento del diafragma hacia arriba y disminución de la capacidad ventilatoria. Los síntomas dependerán de la cantidad de líquido acumulado en el abdomen (Guillen, 2004).

- Síndrome de la vena cava superior

El síndrome de la vena cava superior, se presenta por una obstrucción de la vena cava superior que provoca un incremento de la presión venosa en vasos sanguíneos colaterales y conforme esta obstrucción avanza, se desarrolla un flujo sanguíneo colateral. Las neoplasias ocasionan 90% de los casos. La evolución clínica va a depender de la neoplasia subyacente y por lo general encontramos edema de cara, cuello, tórax, extremidades superiores y red venosa colateral, seguido de disnea (Riverol, 2017).

- Anemia

La anemia se define como la disminución de la hemoglobina en los glóbulos rojos o eritrocitos circulantes en la sangre, en relación con un valor establecido como adecuado por la Organización Mundial de la Salud según edad y sexo. Es considerada una enfermedad, aunque en algunos casos no es evidente la presencia de síntomas. Muchas personas con anemia no muestran señales o síntomas. Según progresa la enfermedad, pueden reconocerse varios síntomas y signos que resultan de una reducción en la capacidad para el transporte de oxígeno.

Los valores para considerar anemia han sido relacionados con la aparición de efectos adversos a la salud en una etapa de la vida y sexo, determinado por estudios realizados en diversas poblaciones del mundo (Rodríguez, 2007).

2.1.3 Marco Legal

Núñez (2014), presidente de la Asamblea general, establece la base legal asumida como país en la Constitución Política de Nicaragua y la Ley General de Salud número 423.

Constitución de Nicaragua: Arto 59, Los nicaraguenses tienen derecho por igual a la salud. El estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación.

Ley General de Salud: **Título I, Capítulo I, Arto 4** “corresponde al ministerio de salud como ente rector del sector, coordinar, supervisor, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar acciones de salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo preparado en disposiciones legales especiales”

Que la **ley No 423 “ley general de salud”** en su **artículo 1**, objeto de la ley, establece que la misma tiene por objeto “tutelar el derecho que tiene toda persona de disfrutar, conservar y recuperar su salud, en armonía con lo establecido en las disposiciones legales y normas especiales, y que para tal efecto regulará: a) los principios, derechos y obligaciones con relación a la salud”.

Arto 19 de la ley general de salud, establece que, para ejercer sus funciones, el MINSA desarrollará las siguientes actividades: elaborar las políticas, planes, programas, proyectos nacionales, y manuales en materia de salud pública en todos sus aspectos, promoción, protección de la salud, prevención y control de las enfermedades, financiamiento y aseguramiento.

Ley 392: Ley de promoción del desarrollo integral de la juventud y su reglamento.
Artículo 18. - De los servicios de salud: las instituciones de salud deben asegurar a las y los jóvenes servicios apropiados para disminuir los índices de jóvenes con enfermedades

inmunoprevenibles, con énfasis en prevención, tratamiento, orientación y asesoramiento apropiados a este grupo de edad.

Ley 290 en su artículo 25 inciso b) d) y e) establece que al ministerio de salud le corresponde; b) coordinar y dirigir la ejecución de la política de la salud del estado en material de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, d) organizar y dirigir los programas, servicios y acciones de salud de carácter preventivo y curativo y promover la participación de las organizaciones sociales en la defensa de la misma; y e) Dirigir y administrar el Sistema de supervisión y control de políticas y normas de salud.

En este estudio, los aspectos legales que se tomaron en cuenta, fue la realización de una carta dirigida al director del hospital Regional Escuela Asunción Juigalpa, en la cuál se solicitaba el permiso para acceder a la revisión de los expedientes clínicos, los cuales se encuentran en el área de estadísticas de este hospital. Se elaboró una ficha de recolección de datos para recopilar la información que nuestro estudio requería a través de los expedientes clínicos. Se cita además, la carta aval remitida, tanto del tutor clínico, como del asesor metodológico que hacen constar la aprobación del presente estudio de investigación.

2.2 Hipótesis

En más del 90% de los expedientes clínicos, se encontraron las características clínico epidemiológicas de los pacientes en estudio.

Capítulo III

3.1 Diseño Metodológico

3.1.1 Tipo de estudio

Sampieri, Fernández & Baptista (2006), define que el enfoque cuantitativo, “Usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías” (p.4). Según su medida, es una investigación con enfoque cuantitativo, porque se utilizan variables que se pueden medir numéricamente, a través de las frecuencias y porcentajes, para conocer la cantidad de pacientes con Linfoma no Hodgkin y las características clinico-epidemiológicas de los mismos.

(Pineda, Alvarado, & Canales, 1994), menciona que “los estudios retrospectivos son aquéllos en los que el investigador indaga sobre hechos ocurridos en el pasado” (p.81). Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, es un estudio retrospectivo, porque la información se registra o indaga sobre hechos ocurridos en el pasado, es decir los datos que se requieren de los pacientes con Linfoma no Hodgkin son correspondientes al periodo 2016-2018.

Según su alcance temporal, es de corte transversal, porque el estudio se realizó durante el período de diciembre 2016 - diciembre del año 2018. Estos estudios utilizan la recolección de datos en un solo momento y un tiempo único. (Sampieri, Fernandez, & Baptista, 2006)

Según (Sampieri, Fernandez, & Baptista, 2006) , “los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis” (p.4). Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre las variables a las que se refiere. Por lo tanto este estudio es descriptivo, porque se busca describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes en estudio.

3.1.2 Área de estudio

El estudio se realizó en el servicio de medicina interna del Hospital Regional Escuela Asunción Juigalpa, ubicado en el Kilómetro 141 carretera al Rama. Éste es un hospital de referencia para los municipios que conforman el SILAIS Chontales 14 en total siendo: Comalapa, Cuapa, Juigalpa, Acoyapa, Santo tomas, san Pedro del Lovago, La Libertad, Santo Domingo, Villa Sandino, El Coral, Muelle de los Bueyes, El Rama, El Ayote y Nueva Guinea. Cuenta con las 4 especialidades básicas: cirugía general, medicina interna, pediatría y ginecología, pero a su vez se complementa con más especialidades como Psiquiatría, Cirugía plástica, cardiología, dermatología, ortopedia, fisioterapia, ORL, patología, cirugía pediátrica, radiología. Así mismo, ofrece servicios de consulta externa en general y pediátrica, sala de emergencia y procedimientos informativos.

3.1.3 Universo

De acuerdo a (Pineda, Alvarado, & Canales, 1994), "El universo es el conjunto de individuos u objetos de los que se desea conocer algo en una investigación" (p.81). Por lo que nuestro universo en estudio estuvo conformada por 32 pacientes diagnosticados con Linfoma no Hodgkin, que estuvieron ingresados en las salas de medicina interna del hospital Regional Escuela Asunción Juigalpa durante el período en estudio.

3.1.4 Muestra

Según (Pineda, Alvarado, & Canales, 1994), "La muestra es un subconjunto o parte del universo en que se llevará a cabo la investigación con el fin posterior de generalizar los hallazgos al todo" (p.81). Sin embargo, plantea que cuando son poblaciones pequeñas en general se toman en su totalidad, siendo el caso de nuestro estudio, la cual estuvo conformada por todos los pacientes diagnosticados con Linfoma no Hodgkin, que estuvieron ingresados en el servicio de medicina interna del hospital Regional Escuela Asunción Juigalpa en el período descrito y que cumplan con los criterios de inclusión, siendo representativa en su totalidad.

3.1.5 Tipo de muestreo

De acuerdo a (Pineda, Alvarado, & Canales, 1994) , ``El muestreo no probabilístico se caracteriza porque el investigador selecciona la muestra siguiendo algunos criterios identificados para los fines el estudio. Por conveniencia porque consiste en seleccionar los casos que se encuentren disponibles o por comodidad para el investigador`` (p.81). Por lo tanto, este estudio es no probabilístico por conveniencia porque se seleccionaron todos los casos de Linfoma no Hodgkin que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos.

3.1.6 Criterios de Inclusión

-Pacientes con diagnóstico de Linfoma no Hodgkin ingresados en salas de medicina interna de mujeres y varones del HREAJ en el período de estudio.

-Pacientes con expediente clínico completo que incluya la información que dicho estudio requiere.

-Pacientes que cumplieron con estancia intrahospitalaria necesaria para estudiar y tratar la enfermedad de Linfoma no Hodgkin.

3.1.7 Criterios de Exclusión

-Pacientes ingresados en las salas de medicina interna en un período diferente al establecido en el estudio.

-Pacientes que fueron diagnosticados con la enfermedad y tratados en otro hospital o clínica privada.

-Pacientes con indicios de la enfermedad pero que se fugaron o decidieron abandonar al momento del ingreso hospitalario durante el período en estudio.

Variables

Datos socio demográficos

- Sexo
- Edad
- Ocupación
- Procedencia
- Escolaridad

Manifestaciones clínicas

- Fiebre
- Pérdida de peso
- Sudoraciones nocturnas
- Adenopatías cervicales, retroauriculares axilares e inguinales
- Visceromegalia

Diagnóstico

- Biopsia
- TAC
- Ultrasonido abdominal

Tratamiento

- Quimioterapia
- Anticuerpos monoclonales
- Radioterapia

Complicaciones

- Anemia
- Derrame pleural
- Ascitis
- Síndrome de la vena cava superior

3.1.8 Técnica y recolección de los datos

Se obtuvo mediante fuente secundaria a través de la revisión de expedientes clínicos de los pacientes con Linfoma no Hodgkin que estuvieron ingresados en las salas de medicina interna del Hospital Regional Escuela Asunción Juigalpa durante el período en estudio, recolectando la información a través de una ficha de recolección de datos como instrumento, la cuál se elaboró para llevar a cabo la revisión de expedientes clínicos, y contiene una serie de apartados con secciones múltiples que van dirigidas según las variables en estudio.

Procesamiento y análisis de la información

Los datos se procesaron en el programa estadístico SPSS 22 (Statistical Package for the Social Sciences), es un sistema amplio y flexible de análisis estadístico y gestión de información que es capaz de trabajar con datos procedentes de distintos formatos generando, desde sencillos gráficos de distribuciones hasta análisis estadísticos complejos que nos permitirán descubrir relaciones de dependencia e interdependencia, establecer clasificaciones de sujetos y variables, entre otros (Aldaiz, 2013), p.2.

Se procesó la información reflejándose en tablas de frecuencias y gráficos simples. La redacción del documento se realizó en formato Word 2013.

3.1.9 Operacionalización de variables

Objetivo general: Características clínico-epidemiológicas de los pacientes con Linfoma no Hodgkin ingresados en el servicio de medicina interna del Hospital Regional Escuela Asunción Juigalpa en el período de diciembre 2016 a diciembre 2018.

Objetivos específicos	Variable conceptual	Subvariables o dimensiones	Variable operativa	Técnica de recolección de datos e información
<p>Objetivo específico 1.</p> <p>Identificar las características sociodemográficas de los pacientes en estudio.</p>	<p>1.Características sociodemográficas</p>	<p>1.1Sexo 1.2Edad 1.3Ocupación 1.4Procedencia 1.5Escolaridad</p>	<p>1.1.1 Conjunto de caracteres que diferencian a los machos de las hembras en los organismos heterogaméticos.</p> <p>1.2.2 El periodo en años transcurridos desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta.</p> <p>1.3.3 Es un término Relacionado a una Actividad o</p>	<p>Expediente clínico.</p>

			<p>trabajo que se realiza.</p> <p>1.4.4 Es el origen de algo o el principio de donde nace o se deriva.</p> <p>1.5.5 Periodo de Tiempo en el que una persona dedica a estudiar hasta el nivel que alcance.</p>	
<p>Objetivo específico 2</p> <p>Detallar las manifestaciones clínicas de los pacientes en estudio.</p>	<p>2. Manifestaciones clínicas</p>	<p>2.1 Fiebre</p> <p>2.2 Pérdida de peso.</p> <p>2.3 Sudoración nocturna</p> <p>2.4. visceromegalia</p> <p>2.5 Adenopatías (cervicales, retro auriculares, axilares o inguinales).</p>	<p>2.1.1 Elevación de la temperatura mayor a 38 Grados.</p> <p>2.2.2 Es una disminución del peso corporal.</p> <p>2.3.3 síntoma que se caracteriza por un proceso de transpiración de las glándulas sudoríparas, que</p>	<p>Expediente clinico.</p>

			<p>se presenta en la noche.</p> <p>2.4.4 Es el aumento de tamaño de los órganos internos que se encuentran en el abdomen.</p> <p>2.5.5 Trastorno inespecífico de los ganglios linfáticos que se caracteriza por inflamación de los mismos.</p> <p>.</p>	
<p>Objetivo específico 3</p> <p>Explicar medios diagnósticos y tratamiento utilizado en estos pacientes ingresados</p>	<p>3. Medios diagnósticos y tratamiento</p>	<p>3.1 Biopsia</p> <p>3.2 Radiografía de tórax</p> <p>3.3 TAC</p> <p>3.4 Ultrasonido abdominal</p> <p>3.5 Quimioterapia</p> <p>3.6 Anticuerpos monoclonales</p> <p>3.7 Radioterapia</p>	<p>3.1.1 Examen microscópico de un trozo de tejido o una parte de líquido orgánico que se extrae de un ser vivo.</p> <p>3.2.2 Es el examen que genera imágenes, del corazón, los pulmones, las vías respiratorias, los</p>	<p>Expediente clinico.</p>

			<p>vasos sanguíneos y los huesos de la caja torácica.</p> <p>3.3.3 Es una prueba diagnóstica que permite obtener imágenes radiográficas del interior del organismo en forma de cortes transversales o, si es necesario, en forma de imágenes tridimensionales.</p> <p>3.4.4 Estudio por ondas sonoras que se utiliza para obtener imágenes de órganos dentro de la cavidad abdominal.</p> <p>3.5.5 Tratamiento médico de algunas enfermedades que consiste en la</p>	
--	--	--	--	--

			<p>aplicación de sustancias químicas al organismo.</p> <p>3.6.6 Son anticuerpos idénticos que son producido por un solo tipo de célula y que se utiliza como tratamiento ya que actúan de forma selectiva frente a células enfermas.</p> <p>3.7.7 Es un tratamiento del cáncer que usa altas dosis de radiación para destruir células cancerosas y reducir tumores.</p>	
<p>Objetivo específico 4</p> <p>Analizar las complicaciones presentadas en los</p>	4.complicaciones	<p>4.1Derrame pleural</p> <p>4.2Ascitis</p> <p>4.3S síndrome de la vena cava superior</p> <p>4.4Anemia</p>	<p>4.1.1 Es una acumulación del líquido adicional en el espacio entre los pulmones y la cavidad torácica.</p>	Expediente clinico.

<p>pacientes ingresados</p>			<p>4.2.2Acumulación de líquido seroso en la cavidad peritoneal.</p> <p>4.3.3Ocurre cuando la vena cava superior de una persona está parcialmente obstruida o comprimida.</p> <p>4.4.4Se caracteriza por la disminución anormal del número o tamaño de los glóbulos rojos que contiene la sangre, o de su nivel de hemoglobina.</p>	
---------------------------------	--	--	--	--

Capítulo IV

4.1 Análisis y discusión de resultados

De acuerdo a la información recolectada en los expedientes clínicos sobre las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con Linfoma no Hodgkin ingresados en el servicio de medicina interna del HERAJ durante el período de diciembre 2016 a diciembre 2018, se encontraron los siguientes resultados:

Tabla N °1: Edad de los pacientes diagnosticados con Linfoma no Hodgkin en la sala de medicina interna del HREAJ en el período 2016-2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 15 a 39	10	31.25	31.25	31.3
40 a 45	7	21.88	21.88	53.1
45 a mas	15	46.88	46.88	100.0
Total	32	100.0	100.0	

Fuente: Expediente clinico

Las edades correspondientes de los 32 pacientes en estudio que son el 100%, con diagnóstico de Linfoma no Hodgkin, tuvo un predominio en el grupo de 15 pacientes mayores de 45 años que equivale a un 46.8%; 10 pacientes entre 15 a 39 años que constituyen un 31.2% y 7 pacientes entre 40 a 45 años que representa el 21.8%, para completar el 100% de los pacientes en estudio. Este resultado, coincide con la literatura, ya que según Padilla (2008), el promedio de edad en la que se presenta esta patología varía de 44 a 60 años, planteando además que es una patología que se puede presentar en cualquier grupo de edad.

Tabla N ° 2: Sexo de los pacientes diagnosticados con Linfoma no Hodgkin en la sala de medicina interna del HREAJ en el período 2016-2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Femenino	14	43.75	43.75	43.8
Masculino	18	56.25	56.25	100.0
Total	32	100.0	100.0	

Fuente: Expediente clínico

De acuerdo a estos resultados, se muestra el sexo predominante en los pacientes con diagnóstico de Linfoma no Hodgkin, el cuál es equivalente a un 56.2% para el sexo masculino que corresponde a 18 pacientes y el otro 43.7% correspondiente al sexo femenino que fueron 14 pacientes, haciendo un total del 100% que representa a los 32 pacientes en estudio. Se demuestra entonces, que afecta a los hombres en un porcentaje un poco mayor en comparación con las mujeres. Alonso (2015), plantea que el Linfoma no Hodgkin predomina en el sexo masculino, en las $\frac{3}{4}$ partes de los pacientes, lo que coincide con este estudio.

Tabla N ° 3: Procedencia de los pacientes diagnosticados con Linfoma no Hodgkin en la sala de medicina interna del HREAJ en el período 2016-2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Urbano	23	71.88	71.88	71.9
Rural	9	28.13	28.13	100.0
Total	32	100.0	100.0	

Fuente: Expediente clínico

De acuerdo a la procedencia de los 32 pacientes en estudio (100%), diagnosticados con Linfoma no Hodgkin, se muestra que el 71.8% que equivale a 23 pacientes son del área urbana y el 28.1% que representa a 9 pacientes son del área rural. Esto de gran manera influye que los pacientes tengan acceso a los servicios de salud. Bermudez (2006), afirma que la evolución del paciente va depender en muchas ocasiones de la zona geográfica donde sea originario, puesto que hay algunos que no son atendidos por la lejanía y por ende tiene mala evolución.

Tabla N ° 4: Ocupación de los pacientes diagnosticados con Linfoma no Hodgkin en la sala de medicina interna del HREAJ en el período 2016-2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido ama de casa	9	28.13	28.13	28.1
Obrero	11	34.38	34.38	62.5
Estudiante	5	15.63	15.63	78.1
Professional	2	6.25	6.25	84.4
Agricultor	5	15.63	15.63	100.0
Total	32	100.0	100.0	

Fuente: Expediente clínico

Según la ocupación que desempeñan los 32 pacientes en estudio (100%), con diagnóstico de Linfoma no Hodgkin, se demuestra que 11 pacientes que equivalen a un 34.3% laboran como obreros, 9 pacientes que equivalen a un 28.1% son amas de casa, 2 pacientes que equivalen a un 6.2% son profesionales en función y 5 pacientes que constituyen el 15.6% realiza labores agrícolas. Según los resultados de este estudio, se contradice con la bibliografía consultada, en la cual Rich (2014), expresa que generalmente varios factores laborales y ambientales se han asociado al linfoma no Hodgkin y las comunidades agrícolas tienen una mayor incidencia.

Tabla N ° 5: Escolaridad de los pacientes diagnosticados con Linfoma no Hodgkin en la sala de medicina interna del HREAJ en el período 2016-2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Primaria	11	34.38	34.38	34.4
Secundaria	9	28.13	28.13	62.5
Universidad	6	18.75	18.75	81.3
Ninguna	6	18.75	18.75	100.0
Total	32	100.0	100.0	

Fuente: Expediente clínico

De acuerdo a estos resultados, se demuestra la escolaridad de los 32 pacientes diagnosticados con Linfoma no Hodgkin (100%), en el cual el 34.3% que equivalen a 11 pacientes tuvieron educación primaria, 9 pacientes que representan un 28.1% estudiaron la secundaria; 6 pacientes correspondientes a un 18.7% estudió la universidad y así mismo 6 pacientes que que equivale a un 18.7% no estudiaron. Según Bermudez (2006), podría relacionarse con el acceso a la educación que pueden tener acerca de la enfermedad que padecen.

Tabla N ° 6: Fiebre en los pacientes diagnosticados con Linfoma no Hodgkin en la sala de medicina interna del HREAJ en el período 2016-2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Si	28	87.50	87.50	87.5
No	4	12.50	12.50	100.0
Total	32	100.0	100.0	

Fuente: Expediente clínico

En cuánto a la fiebre como parte de las manifestaciones clínicas que se presentaron en los 32 pacientes en estudio (100%), con Linfoma no Hodgkin, de los cuáles 28 pacientes que equivalen a un 87.5% presentaron esta manifestación, mientras que 4 pacientes que constituyen el 12.5 % no lo presentaron. Encontrando entonces que, a como lo expresa Méndez (2016), la fiebre, es una de las principales manifestaciones que se presenta al inicio de la enfermedad y forma parte de los "síntomas B", clásicos de esta patología.

Tabla N ° 7: Pérdida de peso en los pacientes diagnosticados con Linfoma no Hodgkin en la sala de medicina interna del HREAJ en el período 2016-2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Si	25	78.13	78.13	78.1
No	7	21.88	21.88	100.0
Total	32	100.0	100.0	

Fuente: Expediente clínico

De acuerdo a los resultados obtenidos relacionado a pérdida de peso en los pacientes con Linfoma no Hodgkin, con un total de 32 pacientes en estudio (100%), se demuestra que 25 pacientes que constituye un 78.13% presentaron esta manifestación clínica y 7 pacientes que representan 21.88% no la presentaron. Concordando de esta manera con Méndez (2016), que plantea que la pérdida de peso es otra de las principales manifestaciones que se presentan durante el curso de la enfermedad y está incluida en la triada de los llamados "síntomas B".

Tabla N ° 8: Sudoraciones nocturnas en los pacientes con Linfoma no Hodgkin en la sala de medicina interna del HREAJ en el período 2016-2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	25	78.13	78.13	78.1
	No	7	21.88	21.88	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

Fuente: Expediente clínico

En relación a la manifestación clínica de sudoraciones nocturnas en los pacientes con Linfoma no Hodgkin, que son 32 en total del estudio (100%), se demuestra que se encontraron 25 pacientes que representan el 78.1% con este síntoma, en cambio 7 de estos que constituyen un 21.8% no la presentaron. Representando de igual forma, como lo expresa Méndez (2016), que es una de las principales manifestaciones clínicas que se presentan en la enfermedad, terminando de completar los denominados "síntomas B".

Tabla N ° 9: Visceromegalia en los pacientes con Linfoma no Hodgkin en la sala de medicina interna del HREAJ en el período 2016-2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	3	9.38	9.63	9.4
	No	29	90.63	90.63	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

Fuente: Expediente clínico

En cuánto al signo clínico de visceromegalia en los pacientes con Linfoma no Hodgkin, que fueron 32 en total del estudio (100%), la tabla muestra que el 90.6% que corresponde a 29 pacientes no presentaron esta manifestación, en cambio en la minoría de los 3 pacientes restantes que constituyeron el 9.4% si se presentó. Lo que se relaciona con lo planteado por Smith (2017), que afirma que este signo no siempre se presenta en los pacientes que se diagnostican con esta enfermedad.

Tabla N ° 10: Adenopatías en los pacientes con Linfoma no Hodgkin en la sala de medicina interna del HREAJ en el período 2016-2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Cervicales	18	56.25	56.25	56.3
Retroauriculares	2	6.25	6.25	62.5
Axilares	7	21.88	21.88	84.4
Inguinales	5	15.63	15.63	100.0
Total	32	100.0	100.0	

Fuente: Expediente clínico

De acuerdo a la localización de las adenopatías presentadas en los pacientes con Linfoma no Hodgkin, que fueron 32 en total del estudio que constituyeron el 100%, se refleja que 18 pacientes que equivalen a un 56.2% presentaron adenopatías cervicales, 2 pacientes que equivalen a un 6.2% fueron retroauriculares, 7 pacientes que constituyen a un 21.8% fueron axilares, 5 pacientes que representaron 15.6% se presentaron inguinales. Siendo entonces las adenopatías cervicales, las que se presentaron en mayor porcentaje, lo que coincide con Carrasco (2016), que explica que las adenopatías son el signo más común que se presenta en las primeras etapas del linfoma no Hodgkin y la mayoría de localización cervical.

Tabla N ° 11: Biopsia en los pacientes con Linfoma no Hodgkin en la sala de medicina interna del HREAJ en el período 2016-2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Si	31	96.88	96.88	96.9
No	1	3.13	3.13	100.0
Total	32	100.0	100.0	

Fuente: Expediente clínico

Respecto al diagnóstico de Linfoma no Hodgkin, en el total de 32 pacientes en estudio (100%), a 31 pacientes que equivalen al 96.88% se le realizó biopsia, y 1 paciente que constituye al 3.13% no se especifica que se le haya realizado; predominando notablemente que la biopsia fue el medio diagnóstico por el cual se confirmó la enfermedad. A como lo menciona Guerra (2013), el linfoma no Hodgkin, suele diagnosticarse examinando una muestra de biopsia de ganglio linfático. También se puede destacar que en el Hospital Asunción Juigalpa donde se llevó a cabo este estudio, es uno de los pocos medios con los que se cuenta para el diagnóstico de esta patología.

Tabla N °12: Radiografía en los pacientes con Linfoma no Hodgkin en la sala de medicina interna del HREAJ en el período 2016-2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Si	2	6.25	6.25	6.3
No	30	93.75	93.77	100.0
Total	32	100.0	100.0	

Fuente: Expediente clínico

En continuación de los exámenes complementarios que se le envían a los pacientes con Linfoma no Hodgkin que fueron 32 en total del estudio que representaron el 100%, se encontró que a 2 pacientes que corresponde a 6.25% se les realizó esta prueba imagenológica y 30 pacientes que concierne al 93.75% no se les envió este estudio. De acuerdo a Carrasco (2016), este examen radiológico no es una prueba en el que se pueda determinar esta patología, pero que nos puede orientar con la presencia de ganglios linfáticos agrandados, para la remisión de pruebas específicas.

Tabla N ° 13: Tomografía Axial Computarizada en los pacientes con Linfoma no Hodgkin en la sala de medicina interna del HREAJ en el período 2016-2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	14	43.75	43.75	43.8
	No	18	56.3	56.3	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

Fuente: Expediente clínico

De acuerdo a estos resultados, en los exámenes complementarios realizados en los pacientes con Linfoma no Hodgkin que fueron 32 en total del estudio (100%), se encontró que en 14 pacientes que corresponde el 43.8% de la población se llevó a cabo este estudio (TAC), en cambio a 18 pacientes que representan el 56.3% no se le realizó. Según Carrasco (2016) el procedimiento de tomografía computarizada muestra la ubicación del linfoma y puede medir el tamaño de la masa. Sin embargo, se puede mencionar que, en la unidad donde se realizó esta investigación no se cuenta con este tipo de estudio especial.

Tabla N° 14: Ultrasonido abdominal en los pacientes con Linfoma no Hodgkin en la sala de medicina interna del HREAJ en el período 2016-2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	6	18.75	18.75	18.8
	No	26	81.25	81.25	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

Fuente: Expediente clínico

En cuanto al ultrasonido abdominal representado en esta tabla de los 32 pacientes en total del estudio (100%), se identifica que 6 pacientes que corresponden a 18.75% se les realizó este estudio imagenológico, y 26 pacientes que corresponden a la mayoría con 81.25%, no se les hizo este examen. Según Smith (2017), este estudio complementario se realiza para examinar los ganglios linfáticos agrandados especialmente en el abdomen, por lo que generalmente se indican en estas situaciones o cuando el paciente presenta ascitis. Sin embargo, estas alteraciones no predominaron mucho en los pacientes en estudio, por lo que se cree que esa fue la razón por la que no se enviaron a todos los individuos que presentaron la enfermedad.

Tabla N° 15: Quimioterapia en los pacientes con Linfoma no Hodgkin en la sala de medicina interna del HREAJ en el período 2016-2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	28	87.50	87.50	87.5
	No	4	12.50	12.50	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

Fuente: Expediente clínico

En el tratamiento que se empleó en los pacientes con Linfoma no Hodgkin que fueron 32 en total del estudio (100%), reflejados en estos resultados, específica que 28 pacientes correspondiente a 87.50% si utilizaron quimioterapia, y en 4 pacientes no fue empleada. En general, Guerra (2013), explica que la quimioterapia, es una de las formas principales de tratamiento para el linfoma no Hodgkin; coincidiendo con este estudio ya que el mayor porcentaje de los pacientes fueron tratados con la misma.

Tabla N °16: Anticuerpos monoclonales en los pacientes con Linfoma no Hodgkin en la sala de medicina interna del HREAJ en el período 2016-2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	4	12.50	12.50	12.5
	No	28	87.50	87.50	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

Fuente: Expediente clínico

Según la terapia utilizada con anticuerpos monoclonales para tratar Linfoma no Hodgkin en los 32 pacientes en estudio (100%), se encontró que 4 personas con un porcentaje de 12.50% recibieron este tratamiento y 28 personas equivalente a 87.50% no lo recibieron. Smith (2017), plantea que los anticuerpos monoclonales, son medicamentos inmunoterapéuticos especialmente diseñados para el manejo de esta patología. Sin embargo, este resultado podría estar relacionado a que en el hospital Asunción Juigalpa, no se cuenta con todos los medicamentos que contempla este grupo.

Tabla N °17: Radioterapia en los pacientes con Linfoma no Hodgkin en la sala de medicina interna del HREAJ en el período 2016-2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No	32	100.0	100.0	100.0

Fuente: Expediente clínico

De acuerdo a los resultados que se obtuvieron de los 32 pacientes en estudio equivalentes al 100% no se trataron con Radioterapia. Según Guerra (2013), la radioterapia no suele ser la única ni la principal terapia curativa, pero es un tratamiento adicional importante en ciertos casos. Sin embargo, no se cuenta con esta terapia especial en el hospital donde se realizó este estudio.

Tabla N °18: Derrame pleural en los pacientes con Linfoma no Hodgkin en la sala de medicina interna del HREAJ en el período 2016-2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Si	4	12.50	12.50	12.5
No	28	87.50	87.50	100.0
Total	32	100.0	100.0	

Fuente: Expediente clínico

De acuerdo a las complicaciones presentadas en los pacientes en estudio con Linfoma no Hodgkin, siendo 32 en total del estudio (100%), se puede apreciar que 4 pacientes que equivalen al 12.50% presentaron como complicación derrame pleural, y 28 pacientes correspondiente a 87.50% no la presentaron. Por lo que como dice Rendon (2009), el derrame pleural, es una de las complicaciones que se presentan con baja incidencia.

Tabla N ° 19: Ascitis en los pacientes con Linfoma no Hodgkin en la sala de medicina interna del HREAJ en el período 2016-2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Si	4	12.50	12.50	12.5
No	28	87.50	87.50	100.0
Total	32	100.0	100.0	

Fuente: Expediente clínico

Otra de las complicaciones asociadas al Linfoma no Hodgkin según los resultados obtenidos en los 32 pacientes en estudio (100%), determina que 4 pacientes que representan un 12.50% presentaron como complicación ascitis, y 28 pacientes correspondiente a 87.50% predominantemente no la presentaron, lo que coincide con Guillen (2004), que expresa que no todos los pacientes van a presentar esta alteración, siendo de las que se presentan en un menor porcentaje en la mayoría de los pacientes.

Tabla N° 20: Síndrome de la vena cava superior en los pacientes con Linfoma no Hodgkin en la sala de medicina interna del HERAJ en el período 2016-2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Si	2	6.25	6.25	6.3
No	30	93.75	93.75	100.0
Total	32	100.0	100.0	

Fuente: Expediente clínico

Esta tabla, representa otra de las complicaciones que se pueden presentar en el Linfoma no Hodgkin, sin embargo en los pacientes en estudio que fueron 32 en total (100%), se demuestra que solamente 2 pacientes que corresponden al 6.25% presentaron este síndrome, mientras que los 30 restantes que constituyen un 93.75% no lo presentaron. Siendo ésta, una alteración un tanto insignificativa según estudios realizados por Riverol (2017), ya que expresa que es una complicación que se puede encontrar solamente alrededor de un 7% en la mayoría de los casos.

Tabla N°21: Anemia en los pacientes con Linfoma no Hodgkin en la sala de medicina interna del HERAJ en el período 2016-2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Si	11	34.38	34.38	34.4
No	21	65.63	65.63	100.0
Total	32	100.0	100.0	

Fuente: Expediente clínico

De acuerdo a estos resultados, en cuánto a anemia como complicación del Linfoma no Hodgkin en los 32 pacientes en estudio (100%), se evidencia que en 11 de ellos que constituyen un 34.3% se presentó dicha complicación, mientras que en 21 pacientes que equivalen a 65.6% no la presentaron. A pesar de estos resultados, si se comparan con las demás complicaciones mencionadas anteriormente, se puede observar que fue la que se presentó con mayor porcentaje, por lo que constituye la principal alteración que presentaron dichos pacientes. Rrodriguez (2007), expresa que generalmente los pacientes con esta enfermedad, presentan dicha complicación con más frecuencia, en comparación con las demás.

Después de haber realizado el análisis y discusión de resultados, es importante mencionar que la hipótesis planteada en la presente investigación, fue comprobada, ya que en más del 90% de los expedientes clínicos, se encontraron las características clínico epidemiológicas de los pacientes en estudio, lo cuál se pudo demostrar mediante los resultados anteriormente descritos, obtenidos en este trabajo monográfico.

Capítulo V

5.1 Conclusiones

Al finalizar con nuestra investigación, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

De acuerdo a las características sociodemográficas se identificó que la enfermedad predominó en los pacientes de 45 años a más en un 46.8%, la mayoría del sexo masculino en un 56.2%. En cuanto a la escolaridad imperó la educación primaria con un 34.3%, procedentes del área urbana en un 71.8%, ejerciendo la mayoría, labores de obreros en diferentes campos en un 34.3%.

Las manifestaciones que prevalecieron fueron especialmente la fiebre constituyendo un 87.5%, la pérdida de peso en un 78.1% al igual que en las sudoraciones nocturnas con 78.1% las cuáles se engloban dentro de una triada clásica denominada síntomas B, así como las adenopatías de localización cervical en un 56.2% respectivamente.

El principal medio diagnóstico utilizado en la mayoría de los pacientes fue la biopsia con un 96.8%, además de otros estudios complementarios que sustentaron el diagnóstico de esta patología. En cuanto al tratamiento, un 87.5% recibió quimioterapia, el restante 12.5% de los pacientes fueron tratados con anticuerpos monoclonales y ninguno de los pacientes recibió radioterapia.

La complicación que mayormente prevaleció fue la anemia en un 34.3%, mientras que las otras alteraciones planteadas, se presentaron en un mínimo porcentaje del total de los pacientes en estudio.

5.2 Recomendaciones

Después de haber obtenido los resultados de este estudio, se crea la necesidad de brindar las siguientes recomendaciones:

- Mejorar en cuánto a los datos registrados en el sistema de salud, sobre los pacientes que cursan con esta patología, para tener un acceso adecuado a la información completa que se requiera.
- Que se gestione el acceso al tratamiento completo que estos pacientes deben cumplir, para que se obtenga una adecuada mejoría, tanto en la salud, como en la calidad de vida de los individuos que cursan con esta patología.
- Que en las unidades de salud, realicen más trabajos investigativos a cerca de esta enfermedad, ya que su incidencia ha aumentado en los últimos años, tanto a nivel mundial, nacional y departamental.
- Mantener la educación permanente al personal de salud que corresponde, sobre la actualización de la enfermedad y el manejo apropiado de los pacientes que la padecen.
- Al personal de salud, para que brinden charlas educativas a los pacientes con esta enfermedad, de modo que puedan adquirir la información necesaria sobre su padecimiento.
- A los estudiantes en general, para que se interesen en realizar estudios investigativos desde cualquier perspectiva o índole, relacionado a esata patología.

5.3 Bibliografía

1. Abreu, D. (2010). Linfomas. *Oncologia*, 4-11.
2. Alegria, E. (2012). Características clínicas de los Linfomas No Hodgkin en el Hospital Loiza. *Rev Soc Med interna*, 26-30.
3. Alfonso. (2017). Linfomas. *sociedad Argentina de Hematología*, 3.
4. Alonso, O. (2015). Caracterización clínico epidemiológico de los linfomas. *Medicentro*, 13-20.
5. . *Revista alergia Mexico*, 2.
6. Carrasco. (2016). Linfomas. En C. Leandro, *La actualidad del Linfoma* (págs. 32-41). España: El español Org.
7. Caulo, C. (2014). Linfoma No Hodgkin. *Linfoma y Leucemia*, 8-12.
8. Codina, S. d. (2015). Linfomas de Hodgkin y no Hodgkin . *oncologia y Hematologia Pediatrica* , 345.
9. colina, T. (2016). Linfomas. *Sociedad de Oncologia*, 3-5.
10. Falco, M. (2019). Estadísticas importantes sobre el linfoma No Hodgkin. American cancer Society, 1.
11. G, A. (2016). Linfomas. *sociedad Argentina de Hematología*, 5-7.
12. Guerra, A. (2013). Linfomas No Hodgkin. *Medigraphic*, 23-24.
13. Guerra, J. (2013). Linfomas No Hodgkin. *Medigraphic*, 4-7.
14. Guerrero, C. (2015). Epidemiología de los linfomas de centro estatal de cancerología de Nayarit. *Hematologia Mexico*, 112.
15. Guillen, p. (2004). Ascitis en los pacientes oncológicos. *Clinica del dolor y cuidados paliativos*, 2.
16. Hernández, R. Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw-Hill. 5ª Edición.
17. Hernandez, C. (2003). presentación clínica de Linfoma No Hodgkiniano. *Revista cubana de Hematología, inmunología y hemoterapia*, 2-4.
18. Labardini, R. (2010). Linfoma No Hodgkin. *OncoGuia*, 5-8.
19. Martinez, Z. (2011). Linfoma No Hodgkin en Europa. *El Medico interactivo* , 1.
20. Medrano, H. (2014). Tumours of Haemtopoietic. *Cancer tipos de Linfomas*, 3.
21. Mendez, J. (2014). Linfomas. *Oncologia linfatica*, 12-16.

22. Mendez, J. (2016). Linfomas No Hodgkin. *Oncoguia*, 3-5.
23. Padilla, J. (2008). Características epidemiológicas, clínicas y patológicas del Linfoma No Hodgkin. *Scielo, Acta medica peruana*, 238-262.
24. Pineda, E., Alvarado, E. & Canales, F. (1994). *Universo y muestra*. Metodología de la investigación: Manual para el desarrollo del personal de salud. Washington: copyright. 2ª edición.
25. Portlock, C. (2017). Linfomas No Hodgkin. *Manual medico*, 4-6.
26. Provencio, M. (2017). Linfoma no Hodgkin. *Sociedad española de oncología médica*, 2-4.
27. R, B. (2006). *Características clínicas epidemiológicas del Linfoma No Hodgkin*. Managua: UNAN.
28. Ramiro, P. (2008). El intestino pieza clave. *Scielo*, 2.
29. Rendon, L. G. (2009). Derrame Pleural. La clínica y el Laboratorio, 2.
30. Riverol, O. L. (2017). Síndrome de la vena cava superior asociado a neoplasia. Departamento de oncología médica del Hospital Juárez de México, 1.
31. Rich, L. (2014). Linfomas No Hodgkin. *Linfomas y Leucemias*, 12-16.
32. Rizo, M. (2010). *Linfomas asociado a Cáncer*. Managua.
33. Rizo, M. J. (2010). *Evolución del Linfoma No Hodgkin*. Managua, Nicaragua: UNAN.
34. Rodríguez, D. (2010). *Linfomas*. Chile: Abreu.
35. Rodríguez, P. (2007). La Anemia. Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos, 4.
36. Smith. (2017). Linfomas No Hodgkin. *sociedad de leucemia y linfoma*, 14-16.
37. Smith, S. (2017). Linfomas No Hodgkin. *Sociedad de Linfomas y Leucemias*, 8-10.
38. Soto, A. G. (2013). Linfoma No Hodgkin. *Linfomas Hodgkin y No Hodgkin*, 4-7.
39. Zuñiga, P. (2017). Linfoma No Hodgkin. *instituto Nacional de oncología*, 4-9.

ANEXOS

5.4 ANEXOS



Ficha de recolección de datos

A continuación se presenta una serie de apartados que contienen la información que en este estudio se desea obtener, de acuerdo a nuestros objetivos planteados.

Tema general

Características clínico epidemiológicas de los pacientes con linfoma no Hodgkin ingresados en el servicio de medicina interna del hospital regional asunción Juigalpa en el periodo de diciembre 2016 a diciembre 2018.

1. Datos sociodemográficos

Edad:

- 15-30 ____
- 40-45 ____
- 45 ó mas ____

Sexo:

- Femenino __
- Masculino ____

Procedencia:

- Urbana ____
- Rural ____

Ocupación:

- Ama de casa ____
- Obrero __
- Agricultor ____
- Estudiante __
- Profesional __

Escolaridad:

- primaria __
- Secundaria __
- Universidad ____

2. Características clínicas

Los pacientes con Linfoma no Hodgkin presentaron las siguientes manifestaciones clínicas:

- Fiebre si_ no_
- Pérdida de peso si_ no_
- Sudoraciones nocturnas si_ no_
- Visceromegalia si_ no_

Las adenopatías se localizaron en las siguientes regiones:

- Adenopatías Cervicales _____
- Adenopatías retroauriculares _____
- Adenopatías axilares _____
- Adenopatías inguinales _____

3. Diagnóstico

El medio diagnóstico utilizado en los pacientes en estudio se presenta a continuación:

- Biopsia si__ no__

Dentro de los medios diagnósticos complementarios se encuentran:

- Radiografía de tórax si__ no __
- TAC si__ no __
- ultrasonido abdominal si__ no __

4. Tratamiento

En cuanto al tratamiento utilizado en estos pacientes se documentan los siguientes:

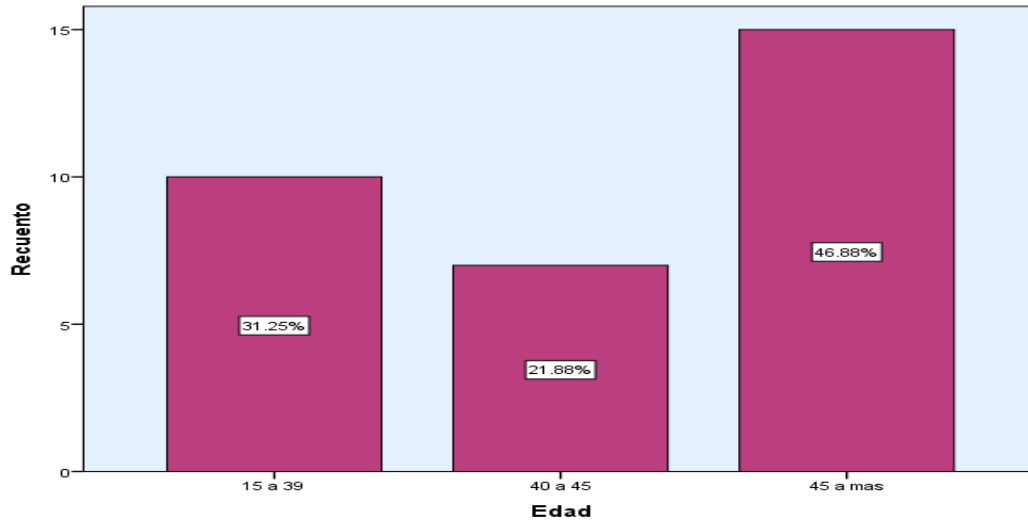
- Quimioterapia si__ no__
- Anticuerpos monoclonales si__ no__
- Radioterapia si __ no__

5. Complicaciones

Entre las complicaciones presentadas por los pacientes se encuentran:

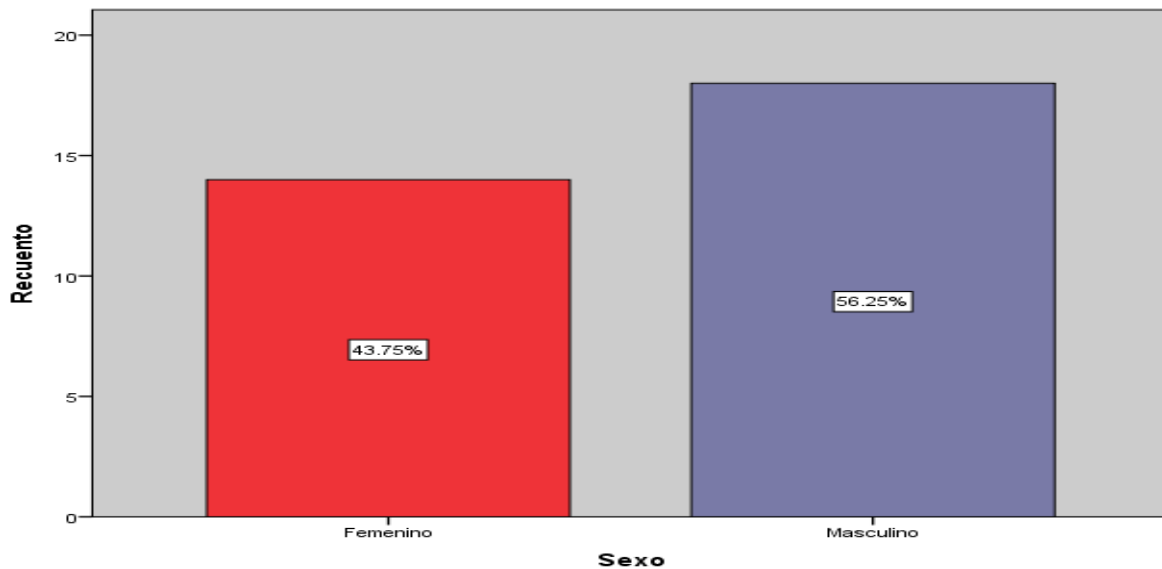
- Derrame pleural si__ no__
- Ascitis si__ no__
- Síndrome de vena cava superior si__ no__
- Anemia si__ no__

Grafica N °1: Edad de los pacientes diagnosticados con Linfoma no Hodgkin en la sala de medicina interna del HREAJ en el período 2016-2018.



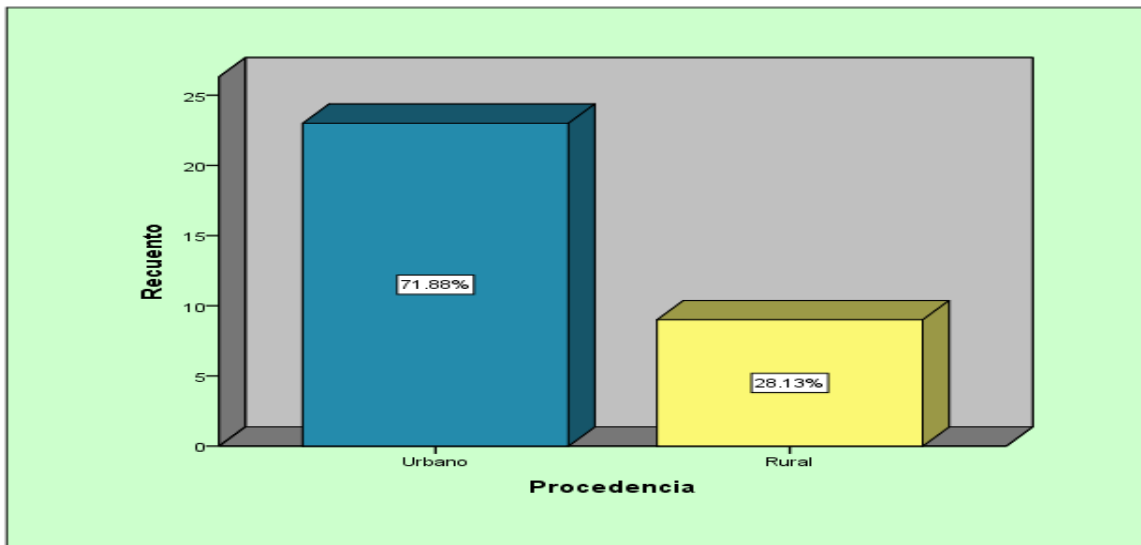
Fuente: Tabla N°1

Gráfica N ° 2: Sexo de los pacientes diagnosticados con Linfoma no Hodgkin en la sala de medicina interna del HREAJ en el período 2016-2018.



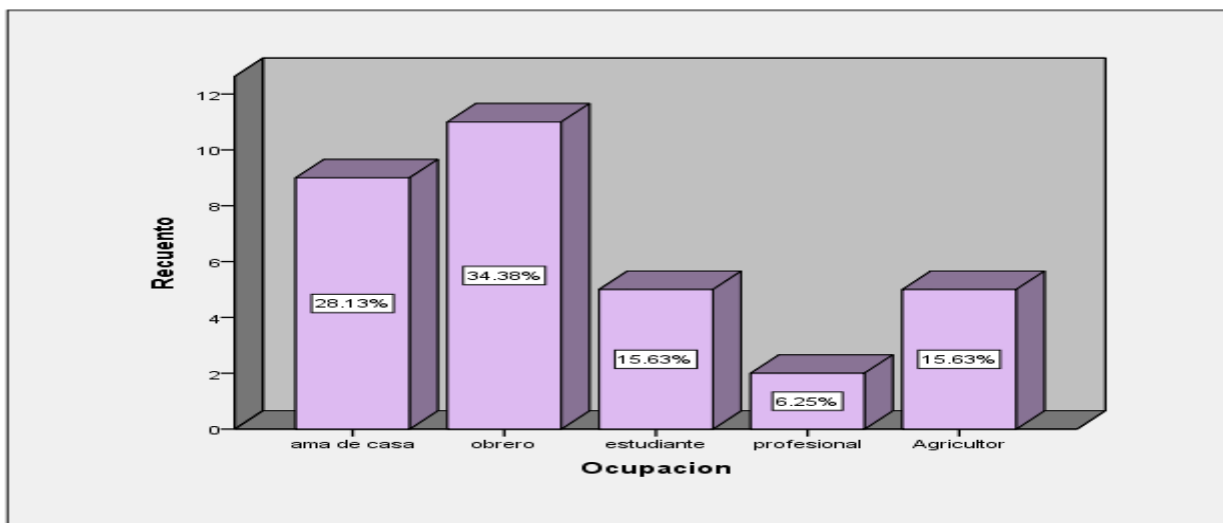
Fuente: Tabla N ° 2

Gráfica N ° 3: Procedencia de los pacientes diagnosticados con Linfoma no Hodgkin en la sala de medicina interna del HREAJ en el período 2016-2018.



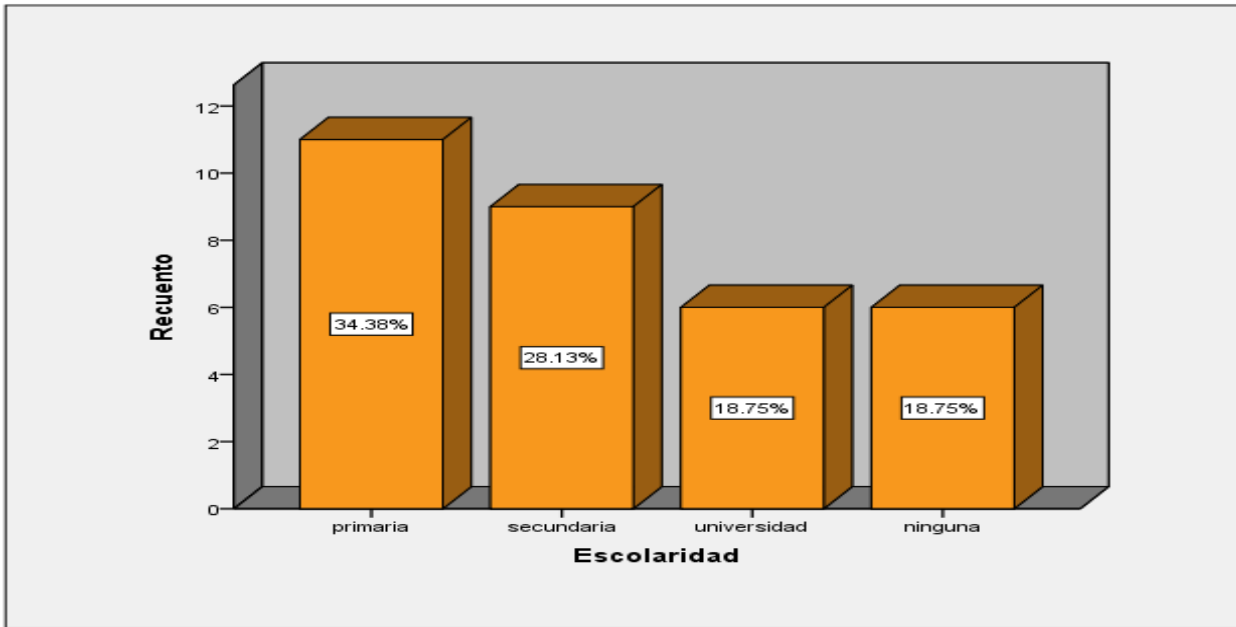
Fuente: Tabla N ° 3

Gráfica N ° 4: Ocupación de los pacientes diagnosticados con Linfoma no Hodgkin en la sala de medicina interna del HREAJ en el período 2016-2018.



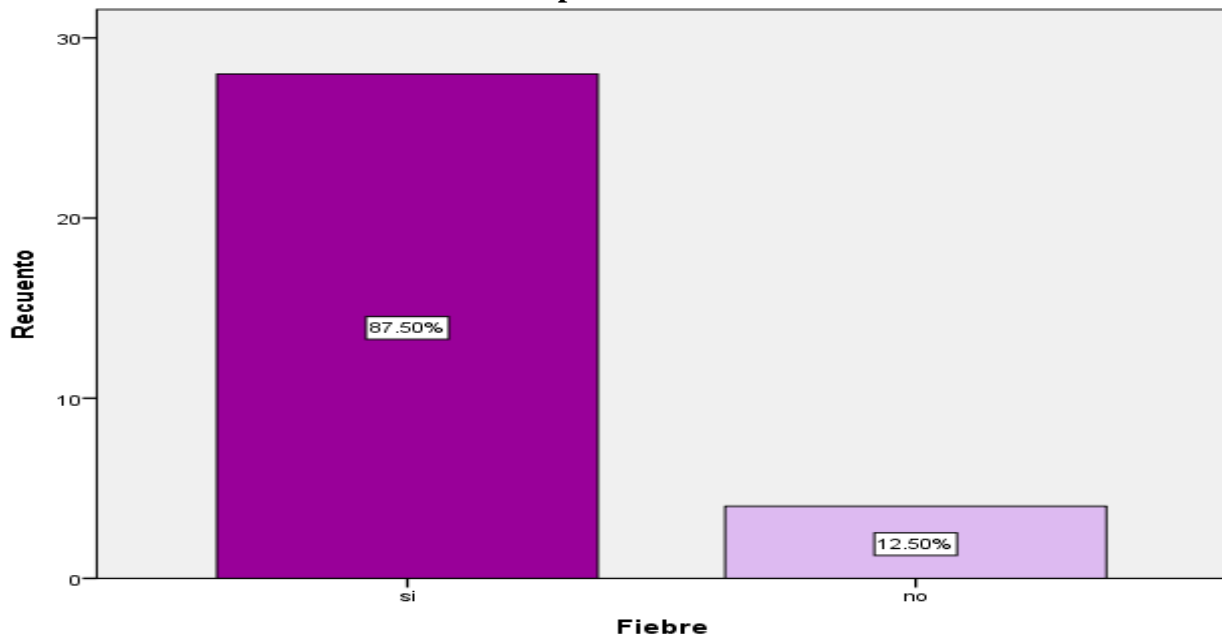
Fuente: Tabla N ° 4

Gráfica N° 5: Escolaridad de los pacientes diagnosticados con Linfoma no Hodgkin en la sala de medicina interna del HREAJ en el período 2016-2018.



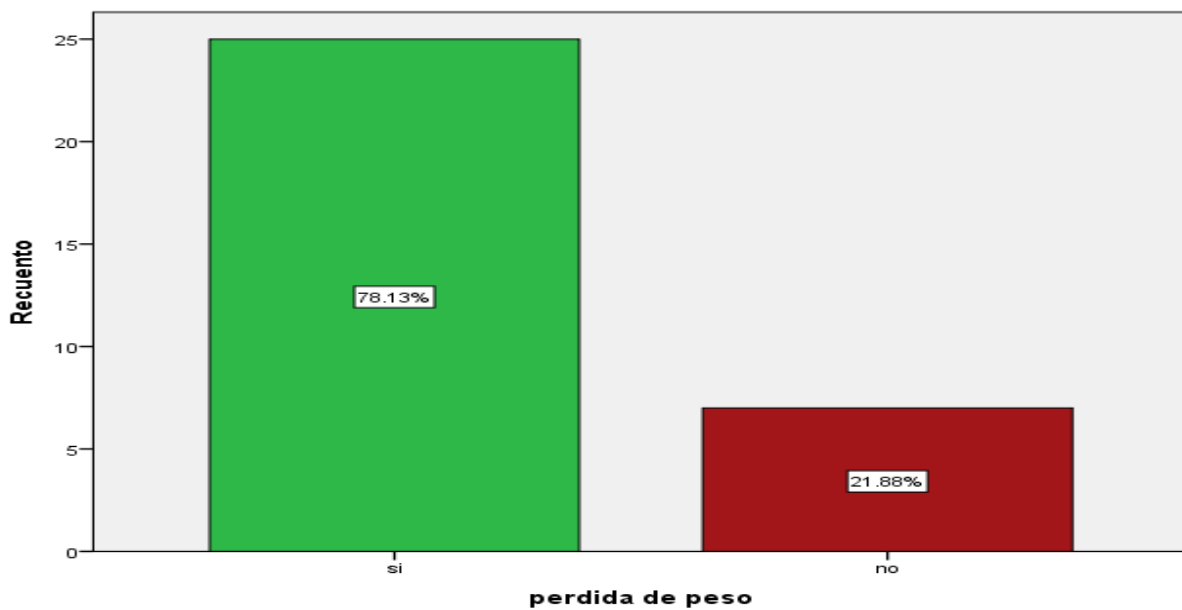
Fuente: Tabla N° 5

Gráfica N° 6: Fiebre en los pacientes diagnosticados con Linfoma no Hodgkin en la sala de medicina interna del HREAJ en el período 2016-2018.



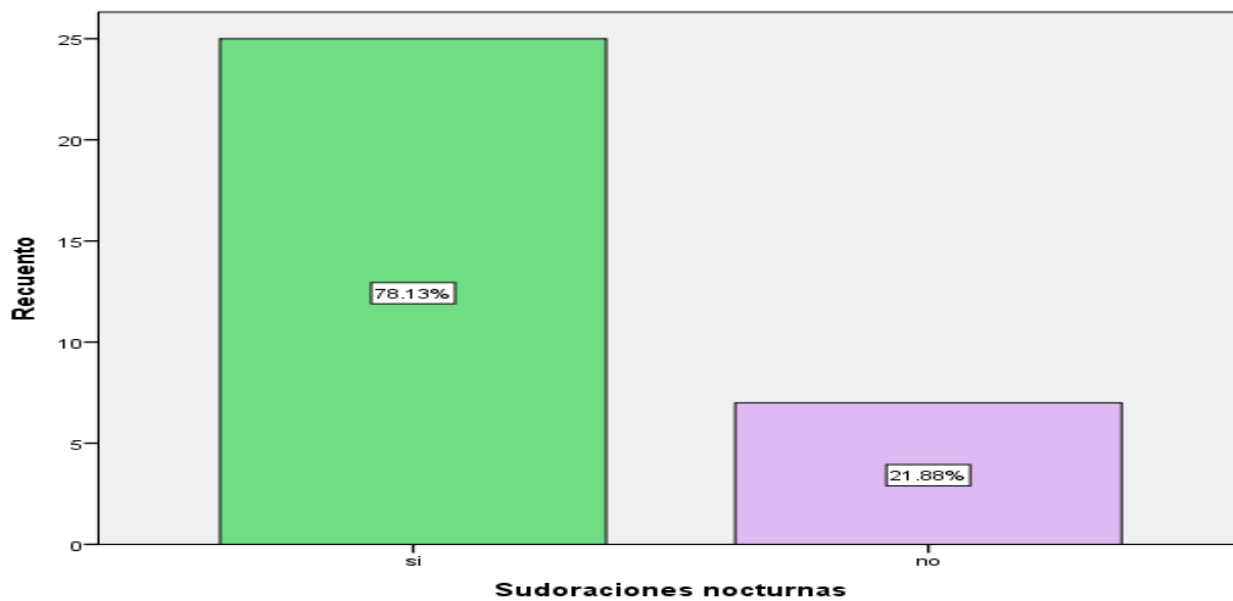
Fuente: Tabla N° 6

Gráfica N ° 7: Pérdida de peso en los pacientes diagnosticados con Linfoma no Hodgkin en la sala de medicina interna del HREAJ en el período 2016-2018.



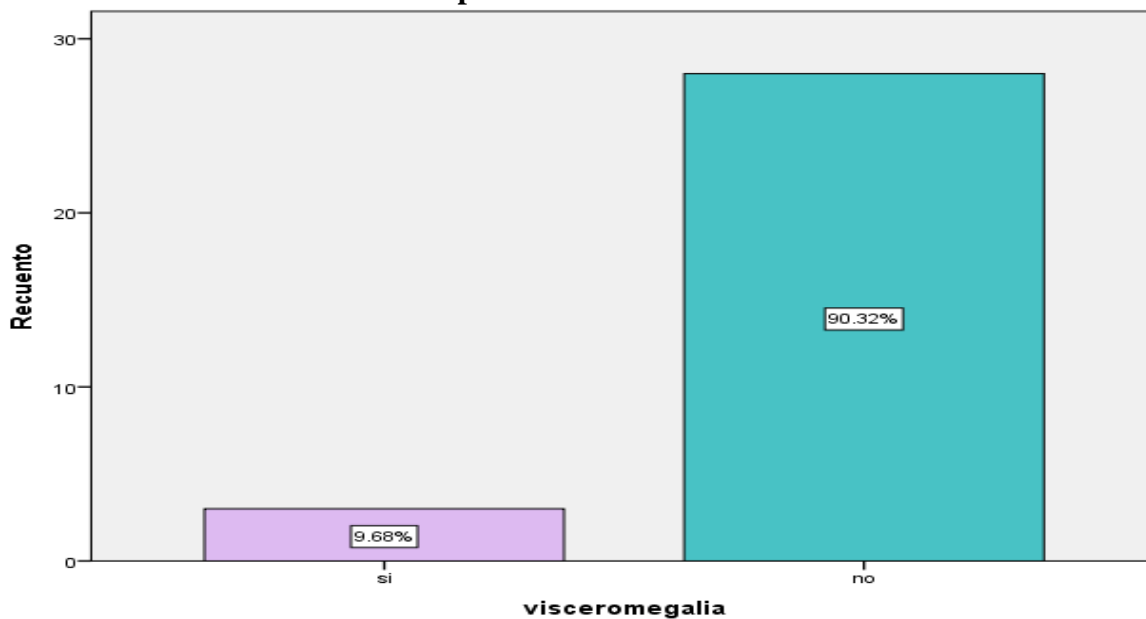
Fuente: Tabla N ° 7

Gráfica N ° 8: Sudoraciones nocturnas en los pacientes con Linfoma no Hodgkin en la sala de medicina interna del HREAJ en el período 2016-2018.



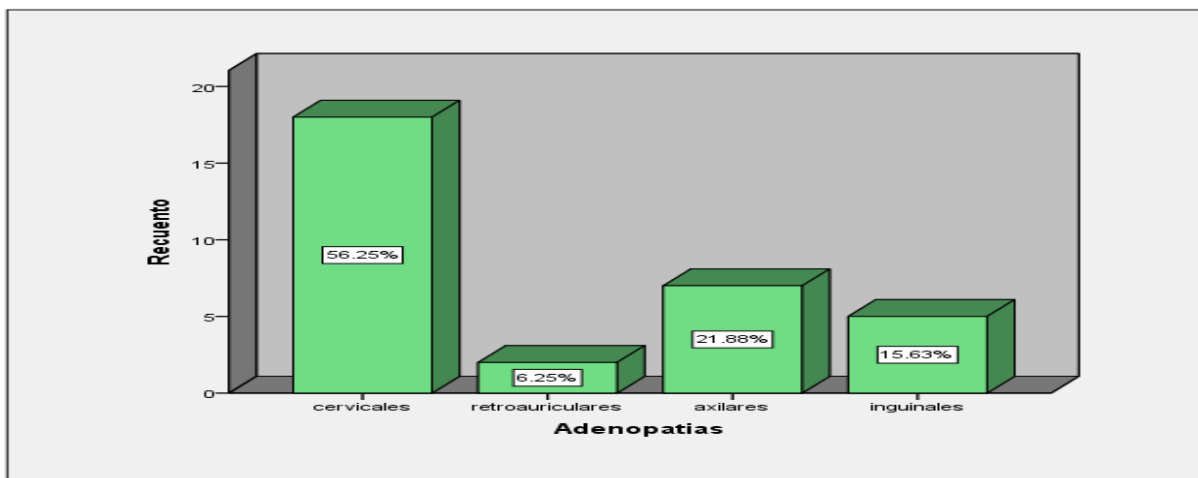
Fuente: Tabla N ° 8

Gráfica N ° 9: Visceromegalia en los pacientes con Linfoma no Hodgkin en la sala de medicina interna del HREAJ en el período 2016-2018.



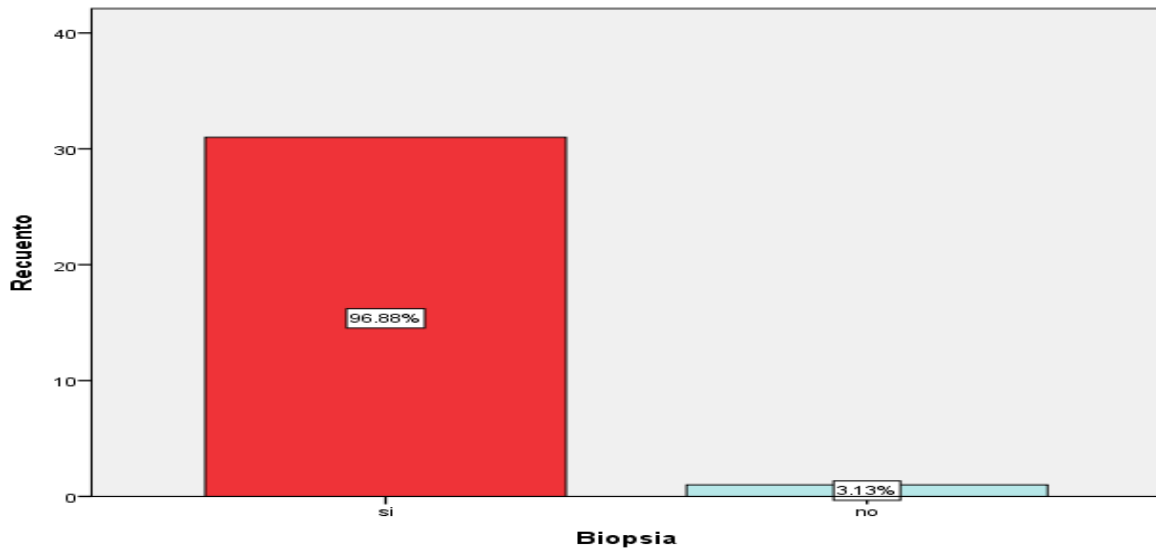
Fuente: Tabla N ° 9

Gráfica N ° 10: Adenopatias en los pacientes con Linfoma no Hodgkin en la sala de medicina interna del HREAJ en el período 2016-2018.



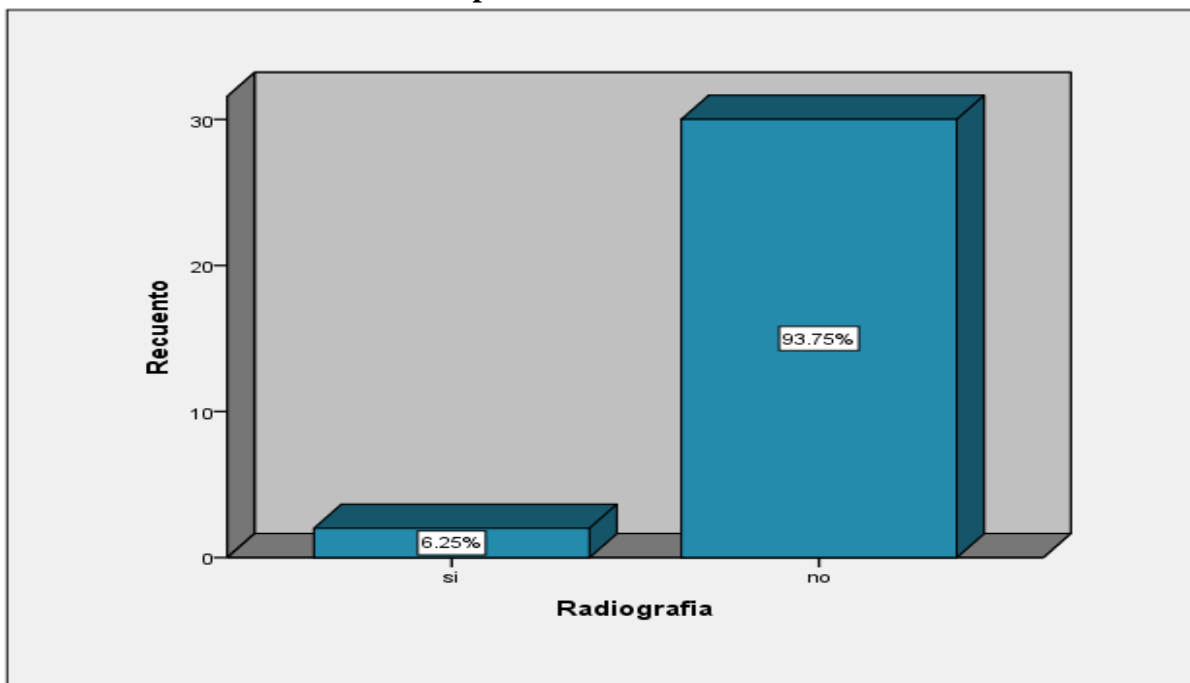
Fuente: Tabla N ° 10

Gráfica N ° 11: Biopsia en los pacientes con Linfoma no Hodgkin en la sala de medicina interna del HREAJ en el período 2016-2018.



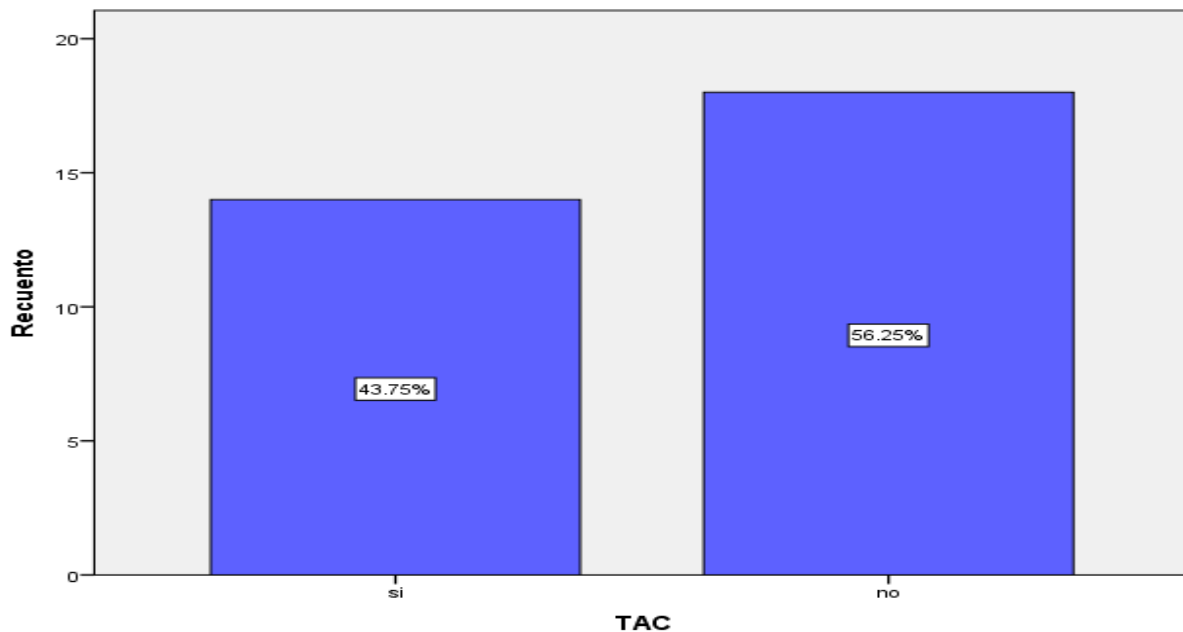
Fuente: Tabla N ° 11

Gráfica N ° 12: Radiografía en los pacientes con Linfoma no Hodgkin en la sala de medicina interna del HREAJ en el período 2016-2018.



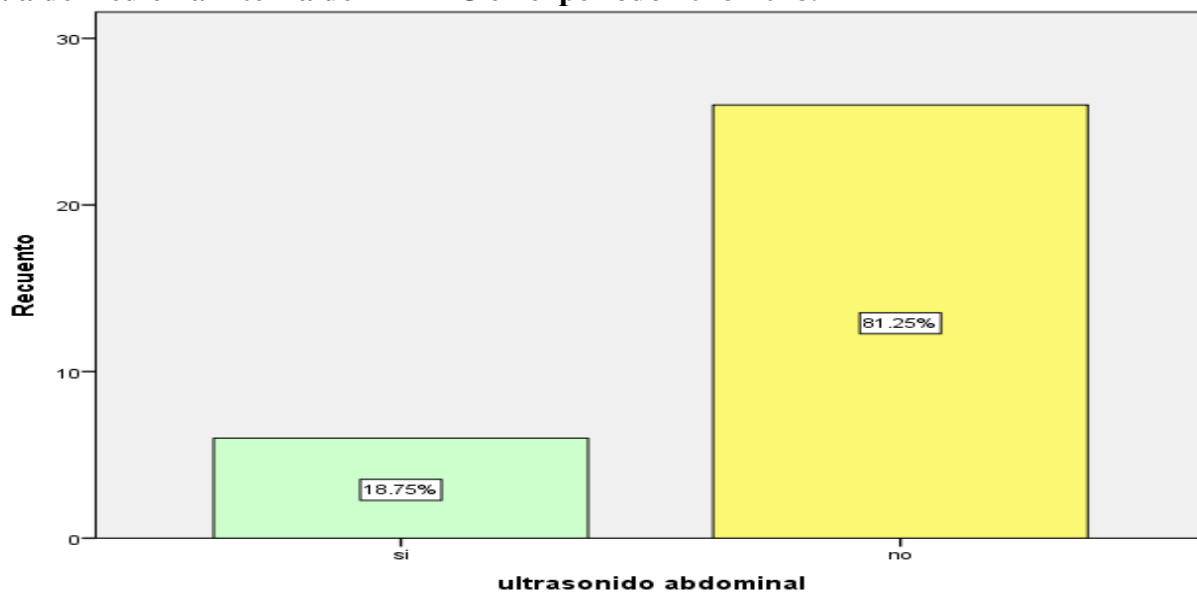
Fuente: Tabla N ° 12

Gráfica N ° 13: Tomografía Axial Computarizada en los pacientes con Linfoma no Hodgkin en la sala de medicina interna del HREAJ en el período 2016-2018.



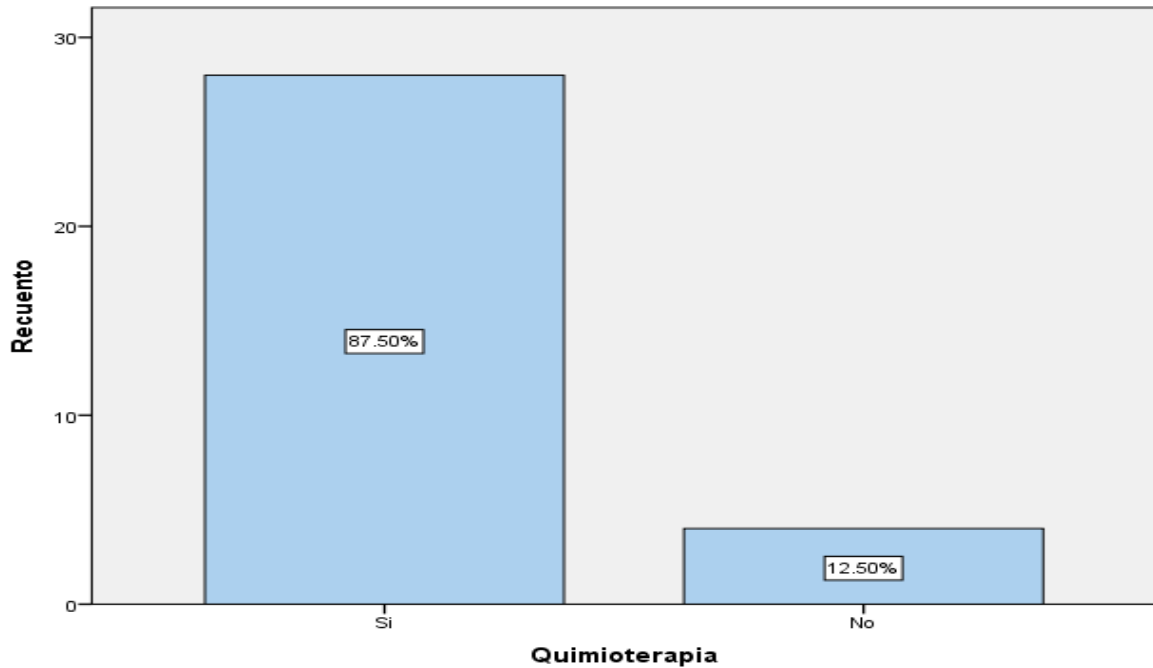
Fuente: Tabla N ° 13

Gráfica N ° 14: Ultrasonido abdominal en los pacientes con Linfoma no Hodgkin en la sala de medicina interna del HREAJ en el período 2016-2018.



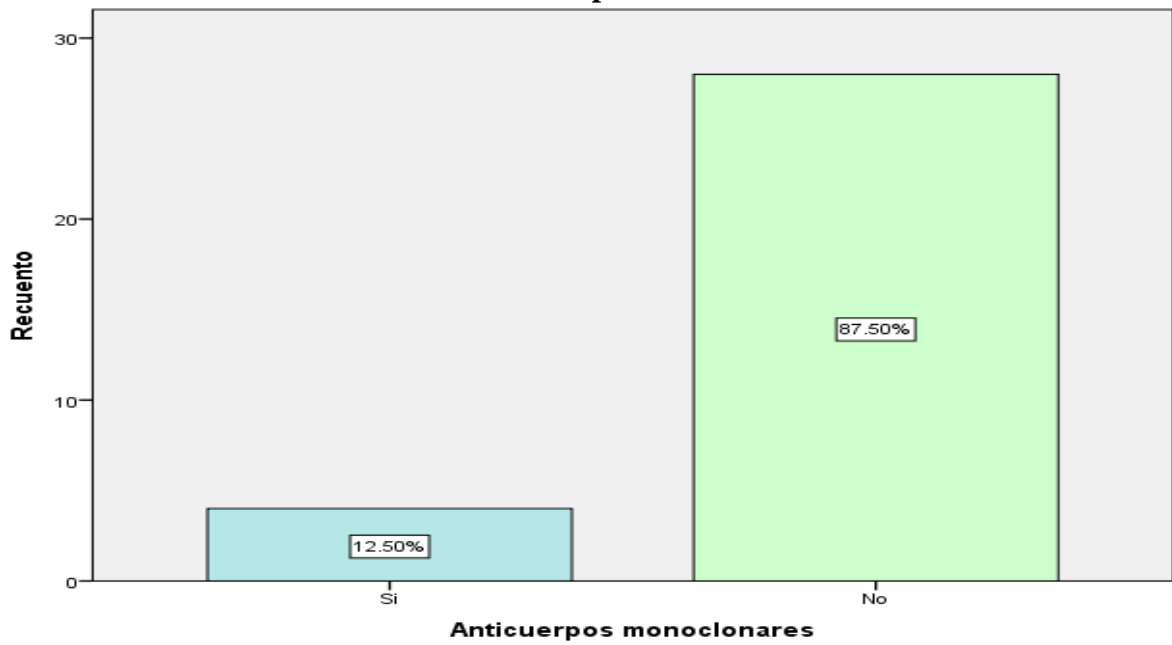
Fuente: Tabla N ° 14

Gráfica N° 15: Quimioterapia en los pacientes con Linfoma no Hodgkin en la sala de medicina interna del HREAJ en el período 2016-2018.



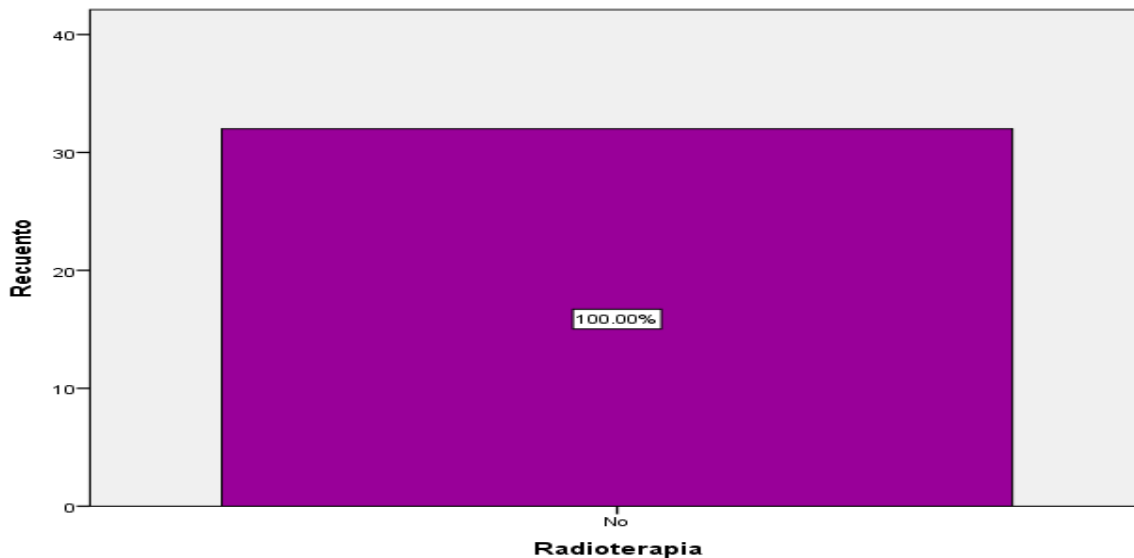
Fuente: Tabla N° 15

Gráfica N° 16: Anticuerpos monoclonales en los pacientes con Linfoma no Hodgkin en la sala de medicina interna del HREAJ en el período 2016-2018.



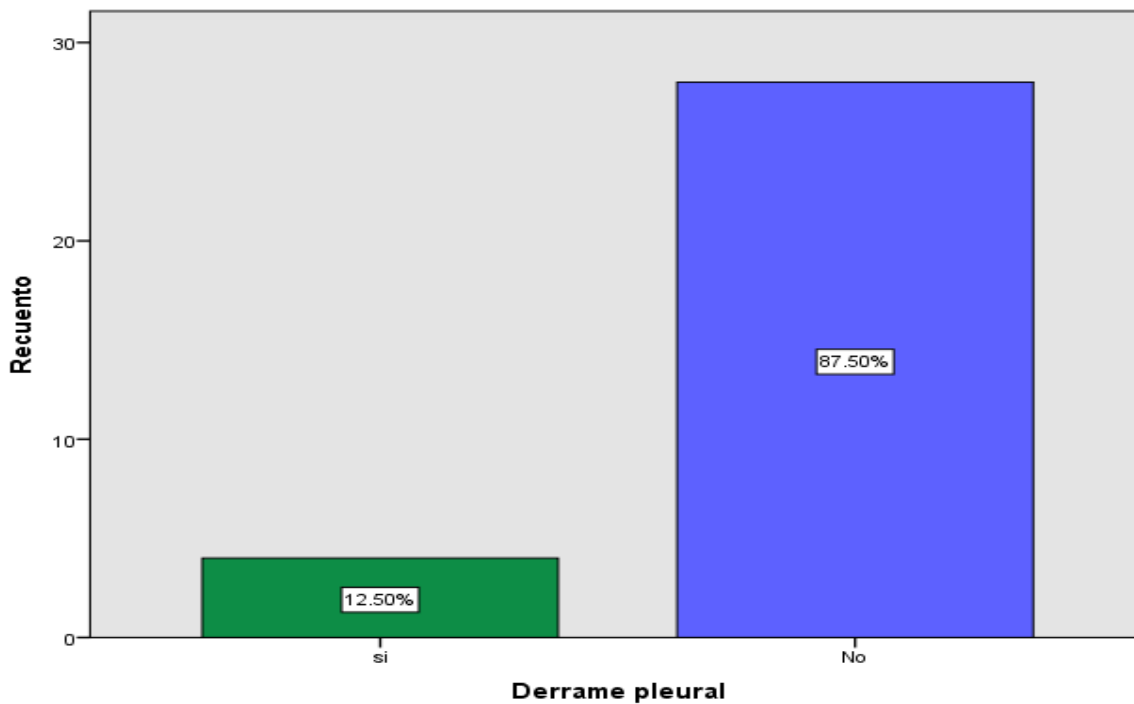
Fuente: Tabla N° 16

Gráfica N °17: Radioterapia en los pacientes con Linfoma no Hodgkin en la sala de medicina interna del HREAJ en el período 2016-2018.



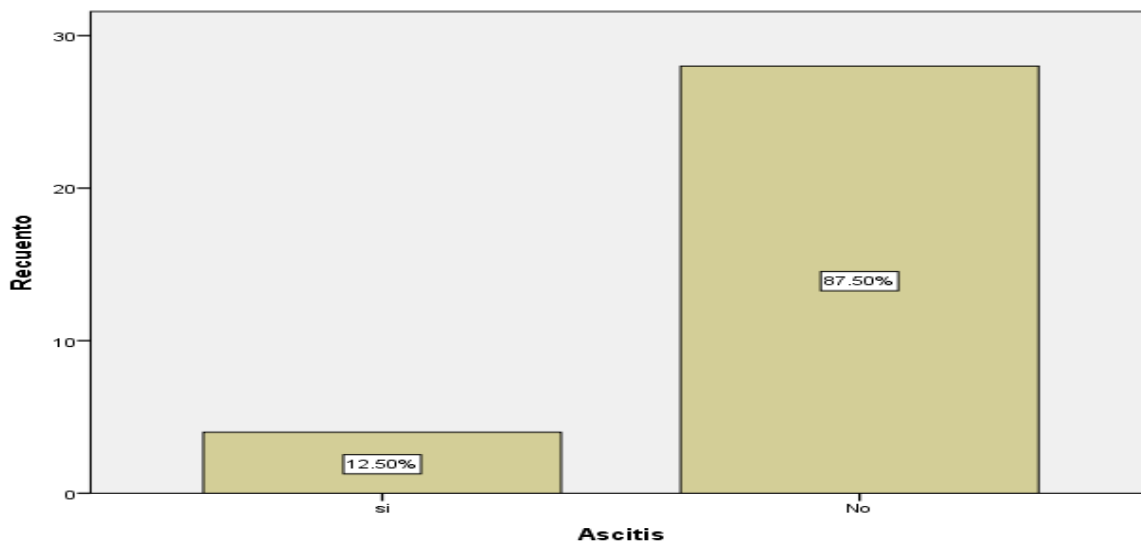
Fuente: Tabla N °17

Gráfica N °18: Derrame pleural en los pacientes con Linfoma no Hodgkin en la sala de medicina interna del HREAJ en el período 2016-2018.



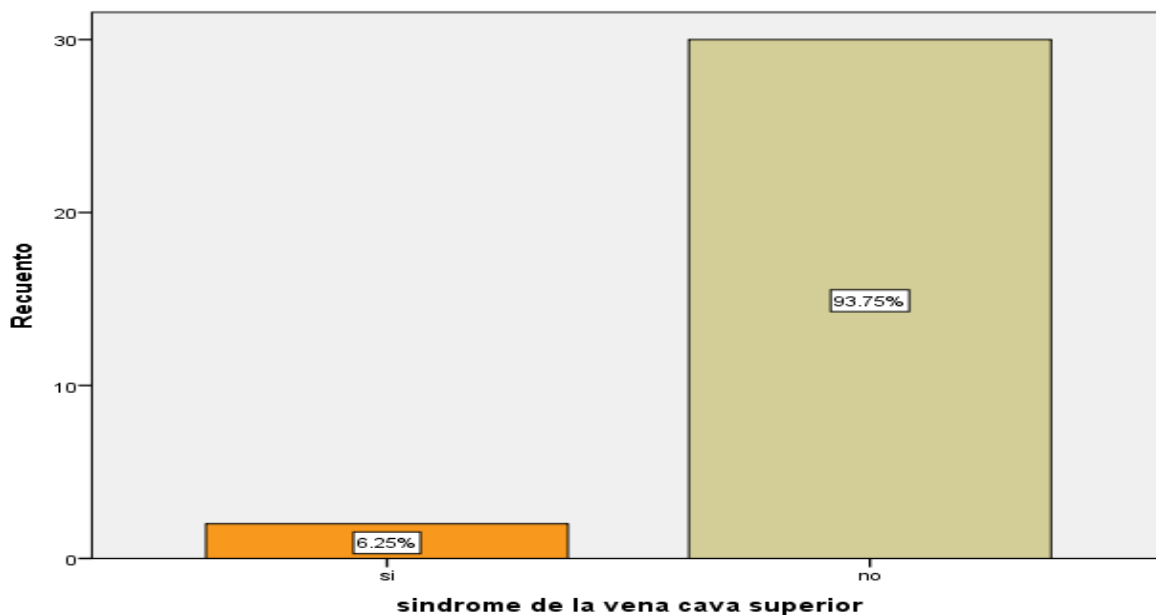
Fuente: Tabla N °18

Gráfica N ° 19: Ascitis en los pacientes con Linfoma no Hodgkin en la sala de medicina interna del HREAJ en el período 2016-2018.



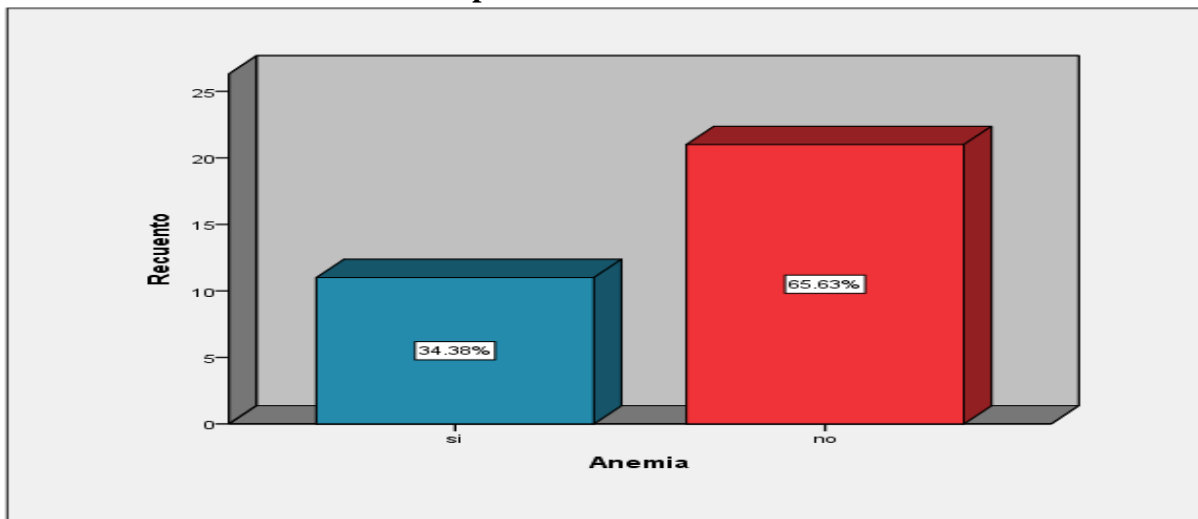
Fuente: Tabla N ° 19

Gráfica N° 20: Síndrome de la vena cava superior en los pacientes con Linfoma no Hodgkin en la sala de medicina interna del HERAJ en el período 2016-2018.



Fuente: Tabla N° 20

Gráfica N°21: Anemia en los pacientes con Linfoma no Hodgkin en la sala de medicina interna del HERAJ en el período 2016-2018.



Fuente: Tabla N°21

Cronograma de trabajo

Fecha	Actividades	Participantes	Observaciones
09-12-18	Delimitación del Tema. Realizar objetivos de la investigación. Buscar bibliografía del tema a investigar.	1. Luz Rocha 2. Yesni Alvarez	Se realizó la delimitación del tema, objetivo y se revisó bibliografía de acuerdo al tema para orientarnos.
10-12-18	Presentación del Tema a docente.	1.Luz Rocha 2.Yesni Alvarez	Aceptación de la delimitación del tema
14-12-18	Realizar Planteamiento del problema, antecedentes y justificación.	1.Luz Rocha 2.Yesni Alvarez	Se hace en tiempo y forma.
20-12-18	Marco teórico	1.Luz Rocha 2.Yesni Alvarez	Se recolecta la información.
07-01-19	Diseño Metodológico	1.Luz Rocha 2.Yesni Alvarez	
20-01-19	Operacionalización de variables	1.Luz Rocha 2.Yesni Alvarez	De acuerdo a los objetivos se realizó la operacionalización.
15 -02-19	Entrega para revision del protocolo	1. Luz Rocha 2. Yesni Alvarez	
19-02-19	Entrega de protocolo revisado	1.Luz Rocha 2.Yesni Alvarez	Se corrige el trabajo de acuerdo a las recomendaciones orientadas
20-02-19	Recolección de la Información	1.Luz Rocha 2.Yesni Alvarez	Por medio de la ficha de recolección de datos.

27-02-19	Realizar el procesamiento de análisis de la información recolectada	1.Luz Rocha 2.Yesni Alvarez	Se ingresó los datos en el programa SPSS 22.
04-03-19	Realizar informe que incluya los resultados del análisis de la información.	1.Luz Rocha 2.Yesni Alvarez	Análisis de graficas y tablas, de los datos adquiridos.
10-03-19	Redactar conclusiones, recomendaciones, bibliografía.	1.Luz Rocha 2.Yesni Alvarez	Se redactó de acuerdo a los objetivos y resultados obtenidos.
22-10-19	Presentar Investigación.	Luz Rocha 2.Yesni Alvarez	De acuerdo a las correcciones hechas en la predefensa.

Carta dirigida al director del hospital Asunción Juigalpa

Dr. José Francisco Ochoa Brizuela

Director

Hospital Regional Escuela Asunción Juigalpa

Sus manos:

Somos estudiantes de quinto año de la carrera de medicina, y en este año se nos pide la realización de la tesis monográfica por lo que se ha interesado en llevar a cabo un estudio el cuál lleva por tema: características clínico epidemiológicas de los pacientes con Linfoma no Hodgkin ingresados en el servicio de medicina interna del Hospital Regional Escuela Asunción Juigalpa en el periodo de diciembre 2016 a diciembre 2018, bajo la tutoría del Dr. Carlos Alvarado (médico internista). Por esta razón, solicitamos su autorización para recolectar toda la información que requiere dicho estudio a través de la revisión de expedientes clínicos en el área de estadísticas de éste hospital.

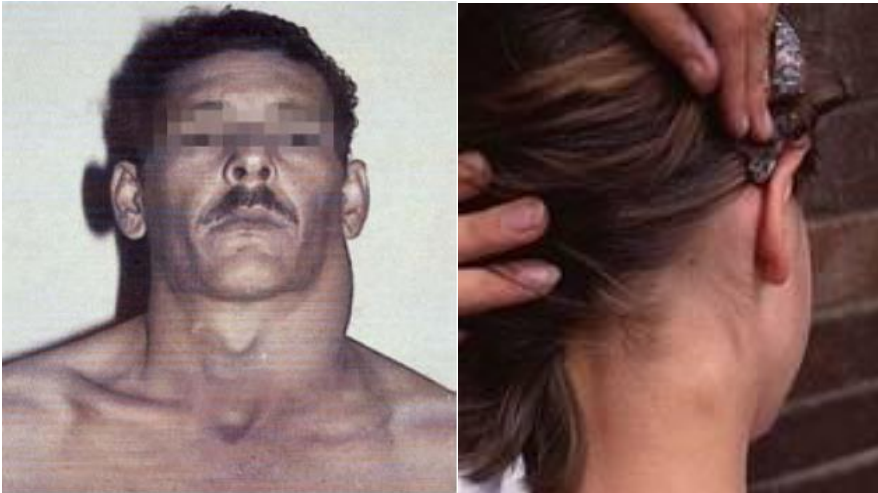
En espera de una respuesta positiva de su parte, nos despedimos deseándole éxitos en sus labores diarias.

Att. Estudiantes de quinto año de medicina

Br. Yesni Dayani Alvarez Morales

Br. Luz Esther Rocha Barillas

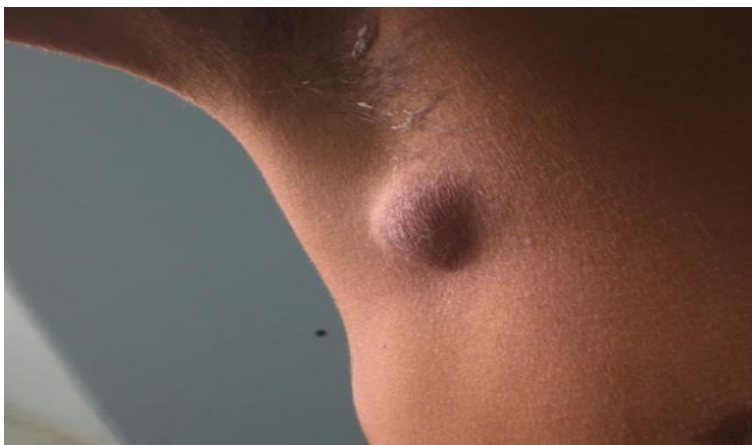




1. Pacientes con Linfoma no Hodgkin en la primera etapa diagnóstica.



2. Paciente con Linfoma No Hodgkin: Adenopatía cervical



3. Adenopatía axilar