UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE GRADUADOS

“TRABAJO DE TITULACIÓN EXAMEN COMPLEXIVO”

PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE ESPECIALIDAD

EN ONCO-HEMATOLOGIA

TEMA DE ESTUDIO DE CASO

“ENFERMEDAD DE HODGKIN DIAGNÓSTICO TEMPRANO Y TARDÍO EN PACIENTES ADULTOS Y SU IMPACTO EN EL TRATAMIENTO. ALGORITMO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO”

AUTOR:

VERÓNICA DEL ROCÍO VERA JURADO

TUTOR:

RITA MARIELA CHANG CRUZ

AÑO: 2016

GUAYAQUIL – ECUADOR

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIAS Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO: "ENFERMEDAD DE HODGKIN DIAGNÓSTICO TEMPRANO Y TARDÍO EN PACIENTES ADULTOS Y SU IMPACTO EN EL TRATAMIENTO. ALGORITMO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO"

AUTOR/ES: Verónica Vera Jurado	**REVISORES:**
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil	**FACULTAD:** Ciencias Medicas
PROGRAMA: Especialidad en Onco - Hematología	
FECHA DE PULICACIÓN:	**NO. DE PÁGS:**
ÁREA TEMÁTICA: Onco - Hematología	
PALABRAS CLAVES: Linfoma de Hodgkin, Algoritmo, Diagnóstico Temprano	

RESUMEN: Linfoma de Hodgkin es una neoplasia de células B, que afecta a los ganglios linfáticos periféricos y a otros órganos. Existe una mayor predisposición en jóvenes adultos entre los 15 a 40 años y mayores de 55 años. En este estudio de caso el objetivo general es la disminución de la morbimortalidad de esta enfermedad, a través de un diagnóstico y tratamiento precoz. Este estudio se realizó en el Instituto de SOLCA – Guayaquil, se utilizó como metodología cualitativa prospectivo; se recolecto datos estadísticos de los pacientes atendidos en el Servicio de Onco – Hematologia en el periodo 2015, analizándose varias categorías: sociodemográficas, clínicas, diagnostica, terapéutica y morbimortalidad. Con los principales resultados se demuestra que la mayoría de los pacientes tuvieron un Diagnóstico Temprano, las tres cuartas partes de ellos tenían Sintomatología B y una cuarta parte iniciaron tratamiento de Quimioterapia Convencional Completo con excelente respuesta terapéutica. Como conclusión relevante se diseña un Algoritmo Diagnóstico y Terapéutico para el abordaje de esta patología.

N° DE REGISTRO(en base de datos):	**N° DE CLASIFICACIÓN: Nº**	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web)		
ADJUNTO URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	**SI**	**NO**
CONTACTO CON AUTORES/ES:	**Teléfono:0987648730**	**E-mail:** verónica_vera_jurado@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCION:	**Nombre: SECRETARIA DE LA ESCUELA DE GRADUADOS**	
	Teléfono: 2288086	
	E-MAIL: egraduadosug@hotmail.com	

APROBACION DEL TUTOR

En mi calidad de tutor de la estudiante Verónica del Rocío Vera
Jurado, nombrado por el Decano de la Facultad de Ciencias Médicas, CERTIFICO: que he analizado el estudio de caso presentado como examen complexivo, como requisito para optar el grado académico de Especialista en Onco-hematología, titulado: "Enfermedad de Hodgkin Diagnóstico temprano y tardío en pacientes adultos y su impacto en el tratamiento, Algoritmo diagnóstico y terapéutico" lo cual cumple con los requisitos académicos, científicos y formales que demanda el reglamento de posgrado.

Atentamente

Rita Mariela Chang Cruz

TUTORA

DEDICATORIA

Dedico este Trabajo, a mi Padre Celestial,

ya que siempre me tenía en el hoyo de su mano,

guiándome y derramando de sus bendiciones en todo este camino.

AGRADECIMIENTO

A mis padres

A mis hermanos y hermanas

A mi hijo, razón de mi vida.

Verónica

DECLARACIÓN EXPRESA

"La responsabilidad del contenido de esta Tesis de Grado, me corresponden exclusivamente; y el patrimonio intelectual de la misma a la UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL"

Verónica Del Rocío Vera Jurado

ABREVIATURAS

ABMO: Aspirado de Biopsia de Medula Ósea

ABVD: Adriamicina / Bleomicina / Vinblastina /

Dacarbazina ADN: Ácido Desoxirribonucleico

ASCT: Autologous Stem Cell Transplant (Autotrasplante de Células

Madre) ASIS: Análisis situacional

BEACOPP Escalated: Bleomicina / Etopósido / Adriamicina / Ciclofosfamida / Vincristina / Procarbazina / Prednisona en dosis escalada

CDIU: Categorías, dimensiones, instrumentos, unidad de análisis.

CVID: Pacientes con Inmunodeficiencia Variable Común DHAP:

Dexametasona / Altas Dosis de Ara-C / Cisplatino

EBV: Virus de Epstein

Barr EEUU: Estados

Unidos. Gy: Gray (unidad)

HC: Historia Clínica

ICE: Ifosfamida / Carboplatino / Etopósido

IFRT: Involved-Field Radiation Therapy (Radioterapia en el Campo Afectado)

IGEV: Ifosfamida / Gemcitabina / Vinorelbina

ION: Instituto Oncológico

Nacional LH: Linfoma de Hodgkin

LNH: : Linfoma No Hodgkin

OMS: Organización Mundial de la Salud

PET-CT: Tomografía por emisión de

positrones QT: Quimioterapia

RT: Radioterapia

SOLCA: Sociedad de Lucha Contra el Cáncer.

TACM: Trasplante autologo de células madres.

TTC: Tiempo de la Quimioterapia Definitiva.

VID: Inmunodeficiencia Variable Común

VIH: Virus de la inmunodeficiencia

humana VS: Versus

VSG: Velocidad de Sedimentación Globular

Tabla de contenido

APROBACION DEL TUTOR ..... **¡Error! Marcador no definido.**

AGRADECIMIENTO ..... **V**

DECLARACIÓN EXPRESA..... **VI**

ABREVIATURAS..... **VII**

ABSTRACT..... **XV**

INTRODUCCIÓN **1**

2. DESARROLLO..... **3**

2.1MARCO TEORICO **3**

2.1.1. LINFOMA DE HODGKIN **3**

2.1.2 DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO. **7**

2.1.3 REFERENTES EMPIRICOS. **11**

2.2 MARCO METODOLOGICO **17**

2.2.1. METODOLOGIA **17**

2.2.2. MÉTODO..... **17**

TABLA DE CDIU **18**

2.2.3. CATEGORIA Y DIMENSIONES ANALITICAS..... **19**

2.2.4. INSTRUMENTOS **21**

2.2.5. UNIDADES DE ANÁLISIS..... **21**

2.2.5.1. ANTECEDENTES **21**

2.2.5.2. ASIS (ANÁLISIS SITUACIONAL) **22**

2.2.5.3. DESCRIPCIÓN DE CADA UNIDAD DE ANÁLISIS. **23**

2.2.6. GESTION DE DATOS **23**

2.2.7. CRITERIOS BIOÉTICOS..... **24**

2.2.8. RESULTADOS..... **24**

2.2.8. DISCUSION..... **26**

3. SOLUCIÓN PROPUESTA 30

3.1. DESCRIPCION DEL ALGORITMO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO DEL LINFOMA DE HODGKIN..... 31

4. CONCLUSIONES..... 32

5. RECOMENDACIONES..... 33

Bibliografía..... **¡Error! Marcador no definido.**

ANEXO 1. ÁRBOL DE PROBLEMAS 5

ANEXO 2. RECOLECCION DE DATOS ESTADISTICO DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE LINFOMA DE HODGKIN ATENDIDOS EN EL DEPARTAMIENTO DE ONCO – HEMATOLOGIA DEL INSTITUTO SOLCA GUAYAQUIL. 2015 6

ANEXO 3 9

CLASIFICACION HISTOPATOLOGICA SEGÚN LA OMS 9

ANEXO 4 10

FASES DEL LINFOMA DE HODGKIN 10

ANEXO 5 11

CATEGORÍAS DEL LINFOMA DE HODGKIN 11

ANEXO 6 12

HOJA DE PERMISO PARA CONSEGUIR EL ASIS DE LINFOMA DE HODGKIN 2015 EN SOLCA, DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA. 12

ANEXO 7: TABLA NO. 1 13

EDAD Y SEXO DE ADULTOS CON LH ATENDIDOS EN SERVICIO DE ONCO- HEMATOLOGÍA. 2015 13

GRAFICO QUE REPRESENTA LA EDAD EN ESTE ESTUDIO DE CASOS. 14

GRAFICO QUE REPRESENTA EL SEXO EN ESTE ESTUDIO. 14

ANEXO 8: TABLA NO. 2 15

SINTOMATOLOGÍA DE ADULTOS CON LH ATENDIDOS EN SERVICIO DE ONCO- HEMATOLOGÍA EN EL INSTITUTO SOLCA – GUAYAQUIL. 2015 15

Elaborado por Verónica Vera..... 15

ANEXO 9.- TABLA NO 3 16

FORMAS CLÍNICAS EN ADULTOS CON LH ATENDIDOS EN SERVICIO DE ONCO- HEMATOLOGÍA. 2015..... 16

GRAFICO QUE INDICA LAS FORMAS CLINICAS DEL LINFOMA DE HODGKIN. VER ANEXO 9. 16

ANEXO 10: TABLA NO. 4 17

DIAGNOSTICO HISTOPATOLÓGICO DEL LH EN ADULTOS ATENDIDOS EN SERVICIO DE ONCO- HEMATOLOGÍA EN EL INSTITUTO SOLCA – GUAYAQUIL. 2015 17

GRAFICO QUE REPRESENTA LA HISTOPATOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD..... 17

ANEXO 11: TABLA NO. 5 18

ESTADIO DEL LH EN ADULTOS ATENDIDOS EN SERVICIO DE ONCO- HEMATOLOGÍA EN EL INSTITUTO SOLCA – GUAYAQUIL. 2015 18

GRÁFICO QUE REPRESENTA EL ESTADIO DE LA ENFERMEDAD..... 18

ANEXO 12: TABLA NO. 6 19

DIAGNOSTICO TEMPRANO Y TARDIO DE ADULTOS CON LH ATENDIDOS EN SERVICIO DE ONCO- HEMATOLOGÍA EN EL INSTITUTO SOLCA – GUAYAQUIL. 2015 19

GRAFICO QUE REPRESENTA EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN, ANTES DE INICIAR TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA, ESTABLECIÉNDOSE DIAGNÓSTICO TEMPRANO Y TARDÍO. 19

ANEXO 13: TABLA NO. 7 20

PROTOCOLO TERAPÉUTICO EN ADULTOS CON LH ATENDIDOS EN SERVICIO DE ONCO- HEMATOLOGÍA EN EL INSTITUTO SOLCA – GUAYAQUIL. 2015 20

GRAFICO QUE REPRESENTA EL ESQUEMA TERAPÉUTICO UTILIZADO EN ESTA ENFERMEDAD..... 20

ANEXO 14: TABLA NO. 8 21

RESPUESTA TERAPEUTICA EN ADULTOS CON LH ATENDIDOS EN SERVICIO DE ONCO- HEMATOLOGÍA EN EL INSTITUTO SOLCA – GUAYAQUIL. 2015 21

GRAFICO QUE ESTÁ REPRESENTANDO LA RESPUESTA TERAPÉUTICA DE LA ENFERMEDAD..... 21

ANEXO 15: TABLA NO. 9 22

MORBILIDAD EN ADULTOS CON LH ATENDIDOS EN SERVICIO DE ONCO- HEMATOLOGÍA EN EL INSTITUTO SOLCA – GUAYAQUIL. 2015 22

GRAFICO QUE REPRESENTA LA MORBILIDAD. 22

ANEXO 16: TABLA NO. 10 23

MORTALIDAD EN ADULTOS CON LH ATENDIDOS EN SERVICIO DE ONCO- HEMATOLOGÍA EN EL INSTITUTO SOLCA – GUAYAQUIL. 2015 23

GRAFICO QUE REPRESENTA LA MORTALIDAD DE LA ENFERMEDAD..... 23

3. SOLUCIÓN PROPUESTA 24

25

RESUMEN

Linfoma de Hodgkin es una neoplasia de células B, que afecta a los ganglios linfáticos periféricos y a otros órganos. Existe una mayor predisposición en jóvenes adultos entre los 15 a 40 años y mayores de 55 años. En este estudio el objetivo general es la disminución de la morbimortalidad de esta enfermedad, a través de un diagnóstico y tratamiento precoz. El mismo se realizó en el Instituto de SOLCA –Guayaquil, se utilizó como metodología cualitativa prospectiva; se recolecto datos estadísticos de los pacientes atendidos en el Servicio de Onco – Hematología en el periodo 2015, analizándose varias categorías: sociodemográficas, clínicas, diagnóstica, terapéutica y morbimortalidad. Con los principales resultados se demuestra que la mayoría de los pacientes tuvieron un Diagnóstico Temprano, las tres cuartas partes de ellos tenían Sintomatología B y una cuarta parte iniciaron tratamiento de Quimioterapia Convencional Completa con excelente respuesta terapéutica. Como recomendación relevante se diseña un Algoritmo Diagnóstico y Terapéutico para el abordaje de esta patología.

Palabras claves:

Linfoma de Hodgkin, Algoritmo, Diagnóstico Temprano.

ABSTRACT

Hodgkin´s lymphoma is a cancer of B cells, which affects the peripheral lymph nodes and other organs. There is a greater willingness in young adults 15 to 40 years and older than 55 years. In This Case Study the overall objective is the reduction of morbidity and mortality of this disease through early diagnosis and treatment. This study was conducted at the Institute of SOLCA - Guayaquil, it was used as prospective qualitative methodology; statistical data of patients seen in the service I was collected Onco - Hematology in the 2015, analyzing categories: several sociodemographic, clinics, diagnostics, therapy and mortality. With other main results shows that the majority of patients had an Early Diagnosis, three quarters of them had Symptomatology B and a quarter Full Conventional chemotherapy began with excellent therapeutic response. In conclusion relevant for design an Algorithm for diagnostic and therapeutic approach of this pathology.

Keywords:
Hodgkin's lymphoma, Algorithm, Early Diagnosis.

INTRODUCCIÓN

El Linfoma de Hodgkin (LH) es un cáncer de células B que constituye casi el 11% de todos los linfomas, registrados en Estados Unidos. Se deduce que la incidencia y el número defunciones por este padecimiento en el 2016 son 8.500 y 1.120 respectivamente. Su distribución es bimodal ya que su incidencia es mayor en la adolescencia o hacia los 20 años y en mayores de 55 años. En varios países y regiones Europeas es de 2.5 casos por cada 100000 hombres y de 2.1 casos en mujeres. Sintomatología más frecuente es la presencia adenopatía no dolorosa, con presencia de Sintomatología B: fiebre y pérdida de peso inexplicable, sudoración nocturna profusa.

Se considera Diagnóstico temprano, al uso habitual de estudios tanto clínico como imagenológico, en un tiempo menor de 6 meses, además aquellas personas con factores de riesgo que no presentan sintomatología asociada, si pasado los seis meses, se obtiene un diagnóstico se considera Tardío, lo que induce consecuencias fatales como aumento de las complicaciones y morbimortalidad.

En la formulación del tema propuesto, en planteamiento del problema radica la falta de educación sanitaria de la población, la responsabilidad de los servicios de salud para la detección precoz del LH, desconocimiento del Historial Médico, hace que el diagnóstico tardío sea la principal causa de morbimortalidad para los que padecen esta enfermedad. Entre las principales causas determinantes tenemos: los factores de riesgo, edad, sexo, nivel socioeconómico que conllevan a que el diagnostico no se realice de forma inmediata, así este Diagnóstico Tardío trae como consecuencia efectos inmediatos como la falta de Control Médico, falta de medidas diagnósticas y aumento de los costos de los Servicios de Salud; también mencionamos efectos mediatos como perdida de oportunidad de diagnóstico temprano, Referencia de Servicios especializados, lo que ocasiona retraso en la terapéutica inicial, progresión de la enfermedad de base.

De esta manera nace la pregunta científica, ¿Cómo disminuir la morbimortalidad de la Enfermedad de Hodgkin, a través de un Algoritmo de

Diagnóstico y Terapéutico, en pacientes Adultos atendidos en el Servicio de Onco-hematología del Instituto SOLCA – Guayaquil?

La importancia de este estudio fue de actualizar los conocimientos sobre cómo se debe realizar un Tamizaje temprano en los pacientes con Linfoma de Hodgkin y con ello, determinar lo que con lleva a realizar un Tamizaje Tardío, valorar la respuesta de un tratamiento dependiendo del tiempo de su diagnóstico, observando si su respuesta terapéutica es desfavorable provocando así un aumento de la morbimortalidad. Este estudio es factible, puesto que se va a establecer un Algoritmo Diagnóstico y Terapéutico en la institución, para el abordaje en aquellos pacientes con alto riesgo de padecer LH, siendo viable la ejecución de este mismo, por no requerir ningún recurso económico, solo la colaboración del personal de Salud y de los pacientes.

El objetivo general del estudio es proponer un Algoritmo de Diagnóstico y Terapéutico de actuación frente al paciente, al valorar las condiciones funcionales en el Sistema de Salud en este tipo de Enfermedad en el ION SOLCA matriz Guayaquil. Son objetivos específicos ampliar los conocimientos teóricos y metodológicos actuales, con respecto a la enfermedad, comparar los factores sociodemográficos, clínicos, diagnostico, socioeconómico, y terapéutico en los pacientes con LH. Diseñar un Algoritmo de Diagnóstico y Terapéutico para el abordaje de los pacientes con LH en el ION SOLCA – Guayaquil, aplicar los resultados en el ION SOLCA matriz Guayaquil a fin de brindar datos importantes actualizados de lo que sucede en algunos de los pacientes.

La premisa de este estudio, es en base a los componentes teóricos y de las categorías analíticas de la Enfermedad de Hodgkin se construye un Algoritmo de Diagnóstico y Terapéutico precoz, y con ello disminuir la morbimortalidad en paciente del Servicio Onco-hematológico en SOLCA Guayaquil.

2. DESARROLLO

2.1. MARCO TEORICO

2.1.1. LINFOMA DE HODGKIN

El Linfoma de Hodgkin es una enfermedad poco frecuente en este tipo de patología linfoide de células B, está representada por el 11 % de todos los linfomas, se encuentra envolviendo los ganglios linfáticos periféricos y puede afectar a órganos distantes como el hígado, pulmón y médula ósea. Fue descrito por primera vez en 1939, descubierto por el Medico Inglés Thomas Hodgkin, Hasta la actualidad se han sido descritos más de 40 subtipos, los cuales hacen sus diferencias por el linaje de las células y por variaciones a nivel molecular. (Pinheiro, 2015)

Durante 170 años, se la llamó "Enfermedad de Hodgkin", a fines del Siglo XX, cambio oficialmente su nombre a "Linfoma de Hodgkin". Se evidencia que esta enfermedad era secuela de una lesión en el ADN de un linfocito, este Daño al ADN es adquirido, este ADN alterado en el linfocito, es la que desencadena un cambio neoplásico, la cual sino se trata, provoca una proliferación descontrolada de los linfocitos cancerosos, la cuales producen masas tumorales a nivel de ganglios linfáticos y otros lugares del cuerpo. El LH la característica principal es por la presencia de las "células de Reed-Sternberg", que son linfocitos B. La frecuencia con la cual se ven estas células y las variaciones ayudan a establecer el subtipo de la enfermedad del paciente. (DeGennaro, Leukemia & Lymphoma Society fighting blood cancers, 2014).

Esta patología es relativamente infrecuente, y se observan con mayor frecuencia en los jóvenes. La incidencia en varios países y regiones Europeas es de 2,5 casos por cada 100.000 habitantes en hombres y 2,1 casos en mujeres. Mientras en la población española se evidencia que cada año se producen unos 1150 casos nuevos. Se estima que este año se diagnosticará a

9,050 individuos (5,100 hombres y 3,950 mujeres) en los Estados Unidos. (Ver Anexo 1.)

Existen dos grupos etarios con mayor predisposición: entre los 15 y 40 años (en especial adultos jóvenes en la etapa de los 20 años de edad) y después de los 55 años de edad. En los países occidentales es rara la enfermedad en niños pequeños o ancianos, sólo el 5% de los casos se da en menores de 15 años y alrededor del 5% en mayores de 70 años. La enfermedad es más frecuente en hombres que en mujeres. No consta una asociación de factores familiares y socioeconómicos con el desarrollo de la enfermedad; se cree que en el caso de los adolescentes la enfermedad afecta más a personas que pertenecen a estratos de mayor nivel socioeconómico. (SEOM Avanzando Juntos, 2015)

Esta enfermedad en etapa temprana se puede curar alrededor del 90% de los casos, pero los jóvenes, pobres y negros tienen menos porcentaje de sobrevivir a la enfermedad que la raza blanca. En conclusión, los pacientes jóvenes con LH carecen de seguro médico y por ende aquellos son más propensos a no tener acceso a la atención médica después del diagnóstico. Los problemas encontrados tales como: el salario, los costos médicos, el cuidado de los hijos y el transporte impiden que estos pacientes jóvenes reciban la atención que necesitan, según la investigación.

Entre los factores de riesgos, se piensa que en el Occidente, el riesgo de LH clásico, en especial de Esclerosis Nodular, está asociado con factores indicativos como: familias de tamaño pequeño, relacionada a la exposición tardía a enfermedades comunes de la niñez o a factores ambientales. En los países en vías de desarrollo y zonas de pobreza, el LH clásico son de la variedad Celularidad Mixta y Depleción Linfocitaria, asociados en la gran mayoría de los casos al Virus de Epstein Barr. Pacientes con el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (HIV) y farmacológica ya sea por trasplante o tratamiento de enfermedades autoinmunes o inflamatorias), tiene alto riesgo de LH clásico, el riesgo está aumentando en aquellos pacientes que presentan

enfermedades autoinmunes como Artritis Reumatoide, Lupus Eritematoso Sistémico y Sarcoidosis.

La tasa de supervivencia al año es del 92 %, a los 5 años de 85 % y a los 10 años del 80 %. Más de 75% de los pacientes con diagnostico reciente de LH se curan con quimioterapia combinada o radioterapia. El LH es la principal causa de mortalidad durante los primeros 15 años de tratamiento. Cuando existe un tratamiento apropiado, más del 90% de las personas en Estadios I o II, tienen una supervivencia durante al menos 10 años. Si la enfermedad se ha diseminado, el tratamiento dado es más intenso, existiendo que el 90% de las personas con enfermedad avanzada sobreviven 5 años. Aquellos pacientes que sobreviven 15 años después del tratamiento tienen
mayor probabilidad de fallecer por causas diferentes al LH. En aquellas personas, cuya enfermedad reaparece al año posterior al tratamiento o que no responden a la terapia de primera línea tienen un pronóstico desalentador. (Instituto Nacional del Cancer , 2016)

LH clásica tiene cuatro subtipos:
La Esclerosis Nodular es el más común en los países en desarrollo, representa el 60 al 80% de los casos, con mayor frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes, tanto en varones y mujeres, puede afectar a cualquier persona de diferente edad, cuyo origen principal es en los ganglios linfáticos del cuello o el tórax. (American Cancer Asociation, 2016) (EUSALUD, 2015)

La Celularidad Mixta se encuentra representada por el 15% al 30%, se afecta con mayor frecuencia en adultos de edad avanzada (aunque puede ocurrir a cualquier edad), tanto en varones jóvenes y adultos mayores de 55 años, cuyo origen es en cualquier ganglio linfático, aunque con mayor frecuencia en la mitad superior del cuerpo, este se diagnostica por lo general en Estadio III o IV. El pronóstico es intermedio con una tasa de curación del 75%. (EUSALUD, 2015)

El de predominio linfocitario este subtipo representa el 5% de los casos, se da en varones menores de 30 años, se presenta en la mitad superior del cuerpo, y rara vez en más de unos cuantos ganglios linfáticos., suelen diagnosticarse en estadios tempranos con la enfermedad localizada, con afectación a los ganglios cervicales, presentando un pronóstico favorable. (EUSALUD, 2015)

La Depleción linfocitaria es la menos frecuente, constituyendo el 1% de los casos. Afecta a personas de edad avanzada, se diagnostica en etapa avanzada acompañándose de síntomas sistémicos., afecta a los ganglios linfáticos de abdomen, el bazo, el hígado y la médula ósea.. Con mayor frecuencia en varones. Se asocia a la edad, a individuos VIH+ y en países subdesarrollados. (EUSALUD, 2015) (Ver Anexo 3.)

Según la OMS, los clasifican en: clásico 95%, esclerosis nodular 40-75%, celularidad mixta 20-40%, depleción linfocitaria 5-15%, predominio linfocítico nodular 5%. (Sociedad Argentina de Hematologia, 2015)
(Ver Anexo 4.)

En el Cuadro Clínico, entre los síntomas más frecuentes: inflamación indolora de los ganglios linfáticos del cuello, las axilas o el área de la ingle las cuales persisten por varias semanas, fiebre que no desaparece y sin un causa definida; pérdida de peso inexplicable; sudoración nocturna profusa; prurito que en ocasiones puede ser intenso; fatiga; dolor en los ganglios linfáticos que aparece con la ingesta de alcohol.

Determinación del Estadio según los síntomas: Encontrándose que cada Estadio puede subdividirse en 2 categorías “A” y “B”. La categoría **A** es aquella en la cual una persona no ha tenido síntomas B, los que se enumeran a continuación. La categoría **B** significa que una persona ha tenido uno o más de los siguientes síntomas: Pérdida de peso inexplicable, mayor del 10 % del peso corporal original durante los 6 meses antes de llegar a un diagnóstico. Fiebre inexplicable, presentándose temperaturas mayores a 38 ºC (100.4 ºF), Sudoración nocturna profusa. En pocas ocasiones, se presenta sudoración profusa durante el día.

Las Fases del Linfoma de Hodgkin son:

La Fase I existe afectación evidente de una sola región de ganglios linfáticos o de un solo órgano, como un hueso. La Fase II existe afectación de dos o más regiones de ganglios linfáticos cercanas; por ejemplo, todas en el cuello y el pecho o todas en el abdomen y en el mismo lado del diafragma (un músculo delgado debajo de los pulmones). La Fase III existe afectación de varias regiones de ganglios linfáticos en el cuello, el pecho y el abdomen (en ambos lados del diafragma). La Fase IV existe afectación extendida de los ganglios linfáticos en ambos lados del diafragma y en otros órganos, como los pulmones, el hígado y los huesos. (DeGennaro, Leukemia & Lymphoma Society fighting blood cancers, 2014) (Ver Anexo .5)

Las categorías A, B, X Y E: La categoría A indica la ausencia de fiebre, sudoración excesiva y pérdida de peso. La categoría B indica que los pacientes tienen fiebre, sudoración excesiva y pérdida de peso. La categoría X indica una enfermedad con masa tumoral. La categoría E indica órganos afectados fuera del sistema linfático. Por ejemplo, la etapa IIB indica que el paciente tiene: Dos zonas cercanas de ganglios linfáticos con afectación por la enfermedad (por ejemplo, agrandamiento de ganglios linfáticos en el cuello y cerca de la clavícula, o en el cuello y la axila). Fiebre, sudoración excesiva y pérdida de peso. Los pacientes en la categoría B a menudo necesitan un tratamiento más agresivo. (DeGennaro, Leukemia & Lymphoma Society fighting blood cancers, 2014)

2.1.2 DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.

El objetivo principal del LH es curar este padecimiento, lo cual se lo haría a través de un Algoritmo diagnóstico y terapéutico, para con ello disminuir la morbimortalidad en esta enfermedad. Los esquemas terapéuticos con mayor eficacia y eficiencia son los que: funcionan de forma continuada y equitativa; los cuales se van a encontrar relacionados a programas de detección precoz; respetándose reglas de atención basadas

en datos de una orientación multidisciplinaria. Además, estos programas serán de gran ayuda para así tener una terapéutica adecuada, teniéndose en cuenta que se debe a una detección precoz, así logrando un alto poder de curación o buenas condiciones de supervivencia, con llevándose a una buena calidad de vida (como los linfomas en fase avanzada). (OMS, 2016)

En la actualidad, no se ha logrado realizar un diagnóstico de esta enfermedad en sus inicios, ya que no existen pruebas de detección temprana, y en algunos casos el hallazgo si se lo ha podido realizar de manera oportuna, a través de una de las formas de abordaje temprano tomándose en cuenta posibles síntomas, algunas personas son asintomáticas en la etapa inicial de este padecimiento. Los chequeos periódicos en las personas de alto riesgo, puede ser favorable para el diagnóstico temprano de esta enfermedad. (American Cancer Society, 2016)

Se han determinado Pruebas diagnósticas y de estatificación:
El efectuar una historia clínica principal en aquellos pacientes con antecedentes de : La evaluación de la sintomatología B (fiebre, sudoración, pérdida de peso mayor al 10% en los últimos 6 meses) y de síntomas inespecíficos: prurito, fatiga y dolor de las adenopatías con la ingestión de alcohol. Un minucioso examen físico, determinándose las adenomegalias, documentándose su tamaño y localización. La exploración del anillo de Waldeyer. La evaluación de organomegalias (como hígado y bazo). (Pavlovsky, 2014)

La realización de Exámenes de Laboratorio: Bioquímica Sanguínea: hemograma completo, eritrosedimentación, LDH, hepatograma, proteinograma, urea, creatinina. Serologías: HIV, Hepatitis A- B- C, Virus de Episten Barr (EBV) (Pavlovsky, 2014)
La realización de Estudios de Imágenes como: TAC con y sin contraste de Tórax, Abdomen y Pelvis. Se recomienda la realización de un PET/TC basal ya que mejora la estatificación, resultando con ello un cambio de tratamiento en un 10% de los casos. Biopsia de médula ósea (MO) en pacientes con

síntomas B o enfermedad en Estadio III-IV. No se requiere realizar biopsia de MO a aquellos pacientes que hubiesen sido estadificados con PET/TC. (Pavlovsky, 2014)

Recomienda previo a la administración de la Quimioterapia ABVD lo siguiente : Examen de funcional respiratorio (en especial mayores de 65 años). Ecocardiograma bidimensional (ver fracción de eyección). Test de embarazo en mujeres fértiles. Las vacunas contra el neumococo y la gripe en los meses previo al invierno. Si bien el ABVD no da esterilidad permanente, es recomienda considerar las opciones de preservación de la fertilidad con cada paciente. Se aconseja la utilización de métodos anticonceptivos durante el tratamiento. (Pavlovsky, 2014)

La base primordial para establecer de manera inmediata un diagnóstico es a través de un estudio patológico. Para determinar la extensión del tumor se debe realizar una serie de pruebas de imágenes, ya citadas anteriormente. La estatificación suele solicitar muchos recursos, que por ese motivo la mayor parte a terminar en un diagnóstico tardío, que a su vez es consecuencia del acceso deficiente a la atención, encontrándose en la mayoría de los casos a la enfermedad en un Estadio avanzado. Una vez que se ha llegado al diagnóstico y el grado de extensión del tumor, se debe de llegar a tomar una decisión sobre el tratamiento adecuado en cuanto al nivel socioeconómico. (OMS, 2016)

El oncólogo tiene la decisión de establecer en cada paciente, las posibilidades de curación, utilizando todos los datos extraídos de la Historia Clínica y de los estudios complementarios realizados, y con ellos establecer factores pronósticos de la Enfermedad. El tratamiento del LH se establecerá de acuerdo a cada paciente según pertenezcan a uno de estos tres grupos pronósticos:

Estadios iniciales de pronóstico favorable: Son aquellos pacientes en estadios I y II que no tienen factores pronósticos desfavorables referidos en el grupo 2; y estos van a representar el 20% de los casos, con una posibilidad de curación de un 95%.

Estadios iniciales de pronóstico desfavorable: Son aquellos pacientes con estadios I y II que presentan uno o más de los siguientes factores pronósticos:

Pacientes mayores de 50 años.

Pacientes con enfermedad en el mediastino mayor de 10 cm, con la afectación de 4 o más áreas ganglionares u órganos no linfáticos.

La Velocidad de Eritrosedimentacion (VSG) mayor de 50 mm.

La presencia de la sintomatología tipo B representando el 50% de los casos, con una posibilidad de curación del 90%.

Estadios avanzados: Son aquellos pacientes con estadio III o IV, que representan el 30% de todos los casos, con una posibilidad de curación del 80%. Reportado en el artículo realizado por Pavlosky et at, 2014; Además previo al iniciar el tratamiento de Quimioterapia se deben de valorar los siguientes factores pronósticos: Albúmina en sangre < 4 gr/dl; hemoglobina < 10,5 gr/dl; sexo varón, Estadio IV, edad ≥ 45 años, recuento de leucocitos ≥ 15.000/mm3, recuento de linfocitos < 600/mm3. Si presentan 3 o más de estos factores pueden requerir un tratamiento más intensivo. (Seom Avanzando Juntos, 2015)

Se determina que el LH es la gran mayoría curable, aun encontrándose en Estadios Avanzados. Más del 90% que se encuentran en Estadios I o II tienen una sobrevida de al menos 10 años. Si la enfermedad se encuentra en Estadio avanzado o diseminado, el tratamiento es más intenso, a pesar de ello el 90% sobreviven 5 años. Se establece que aquellos pacientes cuya

enfermedad hace recidiva al año después del tratamiento de primera línea tienen un mal pronóstico.

El tratamiento de Quimioterapia con o sin Radioterapia tiene una curación del 70 -80 % de los casos. En los Estadios IA, IIA, IB o IIB se tratan con el Esquema Convencional de tratamiento de Quimioterapia abreviado ABVD (Doxorrubicina, Bleomicina, Vinblastina y Dacarbazina), más Radioterapia o solamente con el tratamiento de Quimioterapia sola prolongada. Este tipo de tratamiento cura alrededor del 80% de los pacientes. En caso de estar ante una enfermedad mediastínica voluminosa, la quimioterapia puede ser de mayor duración o de un tipo diferente, además debe de recibir Radioterapia en forma sistemática. (Sociedad Chilena de Hematología, 2015)

La enfermedad en Estadio IIIA se trataria con quimioterapia Protocolo ABVD. En ocasiones, también se agrega irradiación de los campos comprometidos. Estos presentan una tasa de curación del 75-80% de los casos.

Cuando nos encontramos el Linfoma de Hodgkin en Estadio IIIB necesita la quimioterapia convencional Protocolo ABVD, en general sola pero a veces con irradiación de los campos afectados, teniendo una tasa de curación del 70 al 80%.

En la enfermedad estadio IVA y IVB, la quimioterapia combinada ABVD es el esquema convencional, con una tasa de curación del 70-80% de los casos; determinándose que el mayor del 50% permanece sin enfermedad a los 5 años. (Portlock, 2016)

2.1.3 REFERENTES EMPIRICOS.

Con respecto a la edad, se analizó el riesgo familiar de los pacientes de LH en parientes de primer grado 13.922 casos, en un periodo desde 1955 a 2009, en 5 países Europeos, por Kkarazmi et at, en Octubre del 2015, para la incidencia de esta enfermedad, con una respuesta general de 0.6 %, la edad

media de 30 años, el sexo masculino en un 0.3% y el femenino en un 0.2%. (Kharazmi E F. M., 2015)

En este estudio referente desarrollado en China, en el Hospital Universitario Thiaji,por Liu et at, en Octubre del 2015, en cuanto el sexo establece una alta incidencia en los varones jóvenes, con una Alta eficacia curativa óptima y supervivencia larga. Fue desarrollado durante 3 años, se valora las características clínicas de los pacientes, exámenes de laboratorio y eficacia a plazo corto. Fueron estudiados 223 pacientes, con una proporción de hombre mujer de 1.25:1 y en cuanto a la edad media de 40 años (3-84 años), con una supervivencia de 62 meses, una tasa global de supervivencia a 5 años de 92.8%.%. Este estudio señaló que LH se originó de los ganglios del mediastino. (Liu S, 2015)

De acuerdo a los síntomas se ha analizado en 560 casos con diagnóstico de LH en Australia, por Lilés et al, en Noviembre del 2015, valorándose tratamiento de primera línea ABVD, este es un estudio multicéntrico retrospectivo, entre Noviembre 1999 y Diciembre 2014, el resultado fue, la mediana de edad de 32 años (17-79 años), la Esclerosis Nodular siendo el subtipo más común 78%, la sintomatología B el 44%, la afectación a la Medula ósea el 11 %, la mediana del número de ciclos administrados 6 (3-8). Además 18 paciente tenían retraso de dosis, 21 % reducción de dosis y 11 % tenían ambas. La tasa de respuesta general se valora con el Pet SCAN en un 96 %. Con una respuesta de curación en estadio temprano (Etapa I-IIA) en un 89% y en enfermedad avanzada (Etapa II B, III, IV) en un 63 %. (Jalali A H. F., 2016)

En un estudio de casos, realizado por la Investigación de Dow y el Laboratorio de Referencia de Dow y el Laboratorio de la Universidad de Ciencias del Salud Dow, en Karachi, por Sharid et at, en Febrero del 2016, desde Enero 2009 a Septiembre 2013, en cuanto a la clínica se observó que estos casos fueron diagnosticados mediante pruebas de IHQ, se analizaron de acuerdo a la Clasificación de la OMS, se estudiaron 318 casos, 25 % de ellos con LH y 75 % con LNH, la Celularidad Mixta del LH fue la más común en 48 casos, fue mayor en el grupo de edad joven y la afectación de ganglios linfáticos primarios se reportó en 175, representando un 55 % y los de la

región cervical era el sitio más frecuente, el sitio nodal adicional más común fue el tracto gastrointestinal. (Shahid R, 2016)

De acuerdo al estudio Histopatológico se observó en un estudio retrospectivo, realizado en el Departamento de Patología y Hematología, Hospital Universitario de Benin Enseñanza, Nigeria, por Niger et at, en Octubre - Diciembre del 2014, se realizaron 821 biopsias de ganglios linfáticos, 56 casos con diagnóstico de LH (0.8%), con una incidencia bimodal de intervalo de 11-15 años y 21-25 años, con una edad media global de 23 años. En los 56 casos evaluados, 36 casos presentan Celular Mixta (64.3%) siendo este subtipo de patología la más frecuente. Con una baja frecuencia de los principios de la Enfermedad Etapa I-II , 9 casos en un 33.9% y alta frecuencia de finales de la Etapa III-IV 37 casos en un 66.1%. (Olu-Eddo AN O. C., 2011)

En cuanto al estadiaje, otro estudio de casos donde los pacientes con LH en estadio temprano, realizado en EEUU, por Even et al, en Marzo del 2014, que alcanzarían una remisión completa y se curan con tratamientos actuales, es decir, el uso de Rituximab y Brentuximab. El tratamiento actual es un Tratamiento de Modalidad Combinada, es decir la secuencia de la Radioterapia de Consolidación posterior a la Quimioterapia de Inducción ABVD, aunque la quimioterapia sola es viable. El número de ciclos de Quimioterapia (2 a 6) y la dosis recibida de radiación (20-30Gys) dependen mucho de los factores de riesgo clínico. Tiene una tasa de supervivencia específica de la enfermedad del 90 – 95 % para la etapa inicial del LH. En la actualidad la Radioterapia no debe ser recomendada en el LH en estadio temprano. El PET Scan es una examen tanto para el diagnóstico como el tratamiento del LH, también distinguen las células tumorales viables de fibrosis o necrosis en una masa residual después del tratamiento. (Evens AM K. L., 2014)

Con respecto al diagnóstico temprano, en un análisis observacional realizado en EEUU, por Parikh et at, en Octubre del 2015, para evaluar resultados en

pacientes con LH y con ello medir el tiempo a la Quimioterapia Definitiva, realizado en 1998 – 2011, estudiándose 56.457 pacientes en Estadio I-IV, con una mediana de edad de 39 años. La Mediana de TTC fue de 26 días, a partir del 80.3 % del Diagnóstico, con pacientes en TTC menor de 60 días 45.307 y tardío mayor de 60 días, eran 11.150 pacientes (19.7%). Demostrándose que los pacientes recibieron un tratamiento de Quimioterapia a una edad más temprana, en una etapa avanzada, con sintomatología B, tratados en el Centro Integral de Cáncer, en EEUU, la supervivencia global a 10 años 73.2 %, para los pacientes con principios TTC y 70.0 % para los que tienes fines de tratamiento. (Parikh, 2015).

En este artículo de revisión, en Reino Unido, por Remer et at, en Marzo del 2015, indica que el diagnóstico tardío; el tratamiento para LH, se encuentra asociado con altas tasas de supervivencia a largo plazo en un 80 %. Extended ha expuesto las toxicidades relacionadas con el tratamiento tardío, por lo cual existe el realizarse un enfoque personalizado, en relación con la biología del tumor, en pacientes de bajo riesgo, reducir la toxicidad y la intensificación al tratamiento y en los pacientes con un alto riesgo conseguir la reducción al fracaso al tratamiento, y eso se conseguiría en la estatificación y la existencia de factores clínicos. El uso del PET Scan es altamente predictivo en pacientes en Estadio avanzado tratados con ABVD. (Remer M, 2015)

Según la terapéutica, en un estudio de fase III de América del Norte Intergroup E2496 Trial por Ranjana y colaboradores, en el 2015, (combinación de quimioterapia con o sin radioterapia en el tratamiento de pacientes con LH) en comparación del protocolo ABVD con mecloretamina, doxorrubicina, vincristina, bleomicina, vinblastina, etopósido y prednisona (Stanford V), presentaron los resultados de un análisis de subgrupos planificado en pacientes con estadio I o II con linfoma de Hodgkin de mediastino. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a seis a ocho ciclos de ABVD cada 28 días o Stanford V una vez por semana durante 12 semanas. Dos a 3 semanas después de la finalización de la quimioterapia, todos los pacientes recibieron 36 Gy de radioterapia de campo relacionada

modificado (IFRT) al mediastino, hilio, y las regiones supraclaviculares. Los pacientes del grupo de Stanford V recibieron IFRT a sitios adicionales ≥ 5 cm al momento del diagnóstico. De 794 pacientes elegibles, 264 en estadio I o II enfermedad voluminosa, 135 recibieron ABVD, y 129 recibieron Stanford V, observando que la tasa de respuesta global fue del 83% con ABVD y el 88% con Stanford V. Con una mediana de seguimiento de 6,5 años, se demostró que las recaídas ocurrieron en <10% de los pacientes en cada brazo del análisis. Concluyeron, que para los pacientes con estadio I o II mediastínicos HL voluminosos, no se detectaron importantes diferencias estadísticamente significativas entre los dos regímenes, aunque el poder era limitado.

Según estudios realizados por varios autores en Hungría, por Illés et al, en el2015, se determinó que la respuesta terapéutica, las tasas de supervivencia y la incidencia de recaídas, tratados desde 1980 al 2014, obteniéndose como resultado el mejoramiento de respuesta al tratamiento, determinándose nuevas opciones de tratamiento y así se pueda ofrecer una mejor oportunidad de curación. Existe en este estudio, una supervivencia a largo plazo del 80 – 90%, sin embargo un 30 % presentaron recaída y solo la mitad se pudieron curar con un trasplante autólogo de células madres. Fueron analizados 715 paciente: 382 hombres y 333 mujeres, edad media 38 años, la frecuencia de paciente con recaídas se redujo de 24.87 a 8.04. EL TACM aumento en un 75 % en el 2000, la supervivencia global a los 5 años en el 2014 de 87.1%. (Illés Á, 2015).

En la Universidad Stanford de EEUU, por Roel et al, en Marzo del 2016, en el Departamento de Alergia e Inmunología, se demostró que pacientes con inmunodeficiencia variable (CVID), tienen un mayor riesgo de desarrollar LH, en cuanto a su incidencia y pronóstico no está claro, existiendo poca Literatura sobre ello. La Quimioterapia con lleva a un aumento del riesgo de complicaciones respiratorias. El Rituximab y Brentuximab que expresan CD 20 y CD30, son mejor tolerados por presentar efectos adversos mínimos. Esto se convierte en un gran atractivo para el tratamiento del LH en aquellos pacientes con comorbilidad importante. Se presentó un caso, una mujer de 25 años, con LH clásico asociado a CIV, con una remisión completa después del

uso de Rituximab seguido del Brentuximab. Estas dos drogas son seguras y eficaces en el LH asociado al CVID proporcionando una opción viable de tratamiento y potencialmente óptima para este tipo de población. (Rael E, 2016)

De acuerdo a la morbilidad, se observa que en el artículo del International Journal of Cancer, en EEUU, por Ferlay et at, en Octubre del 2015, reporta que la incidencia de cáncer y mortalidad en todo el mundo: Fuentes, métodos y patrones principales en GLOBOCAN 2012¨; las tasas de incidencia por cáncer para el año 2012, por sexo y por grupos de edad que se estiman para los 184 países y territorios del mundo que tiene una la población total mayor de 200.000. Se estima que unos 66.000 casos de linfoma de Hodgkin se produjeron en 2012 (0,5% de todos los cánceres). Las tasas de incidencia son altos en las regiones más desarrolladas (Norte América, Australia / Nueva Zelanda y Europa), también en Asia occidental, donde la tasas estandarizadas es superior a 2,0 en hombres y 1,5 en mujeres. Se encuentra por debajo de 0.5 la incidencia en el Este y el sudeste de Asia, donde la enfermedad es muy rara. (Ferlay & Soerjomataram, 2015)

En un estudio prospectivo realizado en un centro de atención médica de EEUU por Matamasar Matthew J y Ford Jennifer en Marzo del 2016, determinaron la causa de muerte de 746 adultos tratados en un ensayo de primera línea entre los años 1975 a 2000. Una puntuación de gravedad (grados 1-4, que van de leves a potencialmente mortal o incapacitante) fue asignado a las condiciones de la percepción subjetiva. Con una mediana de seguimiento de 22 años, 227 de los pacientes (30,4%) habían muerto, 107 (47,1%) de HL, 120 (52,9%) de otras causas, incluyendo los segundos cánceres primarios (SPMs) (n = 52) y la enfermedad cardiovascular (n = 27). Al otro lado de la duración del seguimiento, por todas las causas y el riesgo-SPM específica de la muerte se mantuvieron más altos de lo previsto por los datos normativos. Las causas más frecuentes de mortalidad en los supervivientes de HL incluyen una segunda neoplasia maligna primaria (SPM) y cardiovascular, pulmonar, y las enfermedades infecciosas.

2.2 MARCO METODOLOGICO

2.2.1. METODOLOGIA

El presente trabajo utilizó como metodología tipo cualitativa, ya que el abordaje del tema tiene como eje central la consideración de la realidad social como una construcción creativa por parte de los sujetos involucrados. La investigación de tipo cualitativo, además, está orientada al proceso, no a los resultados. No obstante, se puede afirmar que es generadora de teoría (Glaser y Strauss, 1980). Por otra parte, Rist (1977) señala que la metodología cualitativa alude a una forma de abordar el mundo empírico. Indica, como algunas de sus características, las siguientes: es inductiva: se desarrollan conceptos a partir de pautas de datos, y no desde hipótesis ya preconcebidas; se trata de un diseño flexible, en el que los interrogantes son el punto de partida que guía la investigación.

2.2.2. MÉTODO

El Estudio de casos se basa en un método de investigación, cuyo origen radica en la investigación médica y psicológica. Un caso, puede estar representado por una persona, organización, acontecimiento, programa de enseñanza, etc . Esto es útil, ya que se puede analizar, a través de este método un problema, determinar el método de análisis, y con ello establecer las diferentes alternativas o curso de acción del problema a resolver y con ello tomar decisiones objetivas y viables según Herbert at et.

El método de investigación se basó en un estudio de caso prospectivo, que previamente se realizó un protocolo de trabajo que permitió recolectar datos estadísticos de los pacientes quienes cumplían los requisitos de los parámetros del CDIU.

TABLA DE CDIU

CATEGORIAS	DIMENSIONES	INSTRUMENTOS	UNIDAD DE ANALISIS
Factor sociodemográfico	Edad Sexo (Ver Anexo 7)	Análisis Documental	HC Fichas
Factor clínico	Sintomatología (Ver Anexo 8) Clínica (Ver Anexo 9)	Análisis Documental	HC Fichas
Factor diagnostico	Histopatología (Ver Anexo 10) Estadiaje (Ver Anexo 11) Diagnóstico Temprano Diagnóstico Tardío(Ver Anexo 12)	Análisis Documental	HC Fichas
Factor terapéutico	Terapéutica (Ver Anexo 13)	Análisis Documental	HC Fichas

	Respuesta Terapéutica (Ver Anexo 14)		
Factor morbi-mortalidad	Morbilidad (Ver Anexo 15) Mortalidad (Ver Anexo 16)	Análisis Documental	HC Fichas

Elaborado por: Verónica Vera.

2.2.3. CATEGORIA Y DIMENSIONES ANALITICAS

Para efectos del desarrollo de este estudio de investigación se analizaron las categorías sociodemográficas, educacional, clínicas, anatomo-patológicas, diagnostica, terapéutica, morbimortalidad.

Categoría Sociodemográficas: son aquellas que proporcionarían algunas indicaciones de las condiciones de vida y de la posición que se ocupa en la sociedad, existiendo dimensiones como la edad, sexo, estado civil, etc, las cuales son propias de cualquier categoría social.

Dimensión de Edad.- La edad es una condición importante de una categoría social. Tiene una forma de presentación un oficio dado por gente joven que otro por gente mayor. Sin embargo, evaluar la edad a través de una encuesta, nos ayuda a tener una perfil del estado de un fenómeno en un momento determinado.

Dimensión Sexo.-Según la OMS dice que el sexo hace referencia a las características biológicas y fisiológicas, las cuales van a definir al hombre y mujer.

La Categoría Clínica, es aquella disciplina que estudia tanto los signos o síntomas de la enfermedad, tiene dos dimensiones: signos clínicos y sintomatología. Signos clínicos.- Se refiere a cualquier manifestación objetiva de una enfermedad o alteración de la salud. Sintomatología.- Se refiere a cualquier manifestación subjetiva de una enfermedad.

La Categoría de Diagnóstico, consiste en la afirmación o conclusión acerca de la causa de una enfermedad, situación o problema. Dimensión Anatomo-patológica diagnóstica, es aquella que se dedica al estudio, por medio de las técnicas morfológicas, de las causas y consecuencia de una enfermedad, con el fin último de llegar al diagnóstico correcto de biopsias, citologías, piezas quirúrgicas, etc. Dimensión Estadiaje.- El estadio abarca lo que es la extensión de su cáncer, corresponde a qué tan grande es el tumor y si se ha extendido. Esto ayuda a dar la gravedad y posibilidad de sobrevida, además opciones de tratamiento. Dimensión de Diagnóstico Temprano.-Es el método que necesita tanto de evaluación clínica como exploraciones complementarias, para concluir en un diagnóstico temprano de esta patología. Dimensión de Diagnóstico Tardío.-Que a pesar de los medios clínicos y complementarios llegamos a un diagnóstico tardío de una enfermedad.

La Categoría de Tratamiento, consiste en el conjunto de medios higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos, cuya finalidad es la curación o el alivio de los síntomas de una enfermedad. No se debe de confundir con la Dimensión Terapéutica que se ocupa de los medios empleados y de la forma de aplicarlos en el tratamiento de una enfermedad. Dimensión de Respuesta Terapéutica.- Consiste en la valoración a la respuesta del tratamiento establecido de una enfermedad.

Categoría Morbi-mortalidad.- La dimensión Morbilidad valora la proporción de las personas que se enferman en un sitio y tiempo determinado y la Dimensión Mortalidad, valora la proporción de personas que fallecen en un sitio y tiempo determinado.

Con respecto al estudio, realizado en la Institución, la categoría sociodemográfica valora la edad, sexo; se analizó la sintomatología, el estudio histopatológico - estadiaje del paciente con LH y se examinó su respuesta terapéutica, progresión de la enfermedad durante el tiempo que recibió el Protocolo de Tratamiento de Quimioterapia en la Institución.

2.2.4. INSTRUMENTOS

Para poder medir durante el trabajo, las dimensiones primarias se utilizó el Análisis Documental que consiste una forma de investigación técnica, un conjunto de operaciones intelectuales, que tienen como objetivo describir y representar los documentos, de una manera unificada sistémica para así facilitar su recuperación.

De este Análisis Documental, se recogieron los datos de los casos a través de una hoja de Ficha, que consiste en una forma para organizar la información documental usada en aquellos trabajos de investigación de cualquier tipo como datos o información médica. En la Ficha Medica se realizó la recolección de los datos estadísticos por medio de historias clínica, posteriormente fue recolectada en el programa Excell de Microsoft Windows XP. (Ver Anexo 2).

Además, se obtuvo los datos de investigación a nivel Mundial sobre esta enfermedad, en revista con artículos en Cochrane, Pubmed, Journal of Oncology, Medscape, American Cancer Society, Google y Google Académico.

2.2.5. UNIDADES DE ANÁLISIS.

2.2.5.1. ANTECEDENTES

La Sociedad de Lucha Contra el Cáncer SOLCA, es una Institución de derecho privado con el objetivo de atención pública, organizada con el propósito de generar la Campaña Nacional Contra el Cáncer en la República del Ecuador.

Los objetivos de SOLCA se desempeñan mediante una maniobra orientada a planes de enseñanza e investigación cancerológica con el fin de conseguir sus metas de: Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Paliación de las neoplasias.

S.O.L.C.A. desenvuelve su campaña por medio de una organización sanitaria constituida por Núcleos y Comités de amigos, que le permite ampliar su actividad en la mayor parte del país. Este estudio se lo realizó en el departamento de Estadística del ION SOLCA – Guayaquil; se encuentra localizado en el Norte en la Avenida Pedro Menéndez Gilbert. En esta institución se vienen realizando actividades de promoción para la prevención, diagnóstico y tratamiento oncológico. Su trayectoria es conocida y reconocida por prestar servicios completos tanto en su consulta externa como hospitalización a nivel nacional para pacientes oncológicos.

2.2.5.2. ASIS (ANÁLISIS SITUACIONAL)

El Análisis Situacional, se basa a un pensamiento transcendental, el cual es utilizado, mediante el vínculo de la empresa, en su argumento y su competitividad. SOLCA tiene por objeto establecer organizaciones, a través de varios núcleos en distintas provincias, las cuales van a permitir ampliar su actividad. Su trayectoria consiste en prestar un Servicio Completo en el Departamento de Oncología Clínica. Estos datos de patologías son registrados en el ASIS, que se encuentra en el Departamento de Estadística. Este Análisis Situacional, se realiza valorando el Número de Historia Clínica, Número de Casos de Linfomas, Número de pacientes, entre otros datos estadísticos.

El ASIS de SOLCA- Guayaquil durante el Año 2015, reportó 3786 casos nuevo de pacientes con diagnóstico de cáncer de diferentes patologías de los cuales con diagnostico patológico de LH fue de 54 casos nuevos, el número de ingresos en el ION fue 7134 pacientes siendo el número de fallecidos 254 casos: 189 (más de 48 horas) y 70 (menos de 48 horas); el número de fallecidos por LH fue 2 pacientes.

2.2.5.3. DESCRIPCIÓN DE CADA UNIDAD DE ANÁLISIS.

Como Unidades de Análisis se utilizaron el Universo, todos los Diagnósticos de Linfoma de Hodgkin, recolectados en el Año 2015, mediante la revisión de Historia Clínica y la recolección de los datos a través de una Ficha, determinándose el tiempo, la evolución y respuesta a tratamiento de esta Enfermedad.

Criterios de Inclusión: Adultos jóvenes entre 18 a 70 años; sexo masculino y femenino; histopatología positiva para LH; tratamiento recibido con QT y RDT; respuesta terapéutica al tratamiento recibido, fallecidos por LH.

Criterios de Exclusión: Pacientes menores de 18 años; aquellos pacientes con información incompleta en la historia clínica; pacientes que no habían iniciado tratamiento de QT, aquellos con sospecha pero sin resultados de histopatología.

2.2.6. GESTION DE DATOS

Los datos de la información obtenida de los sistemas estadísticos, Cochrane, sobre todo lo referente al Linfoma de Hogdkin, el marco teórico, referentes, diagnóstico y tratamientos, a partir de artículos de revista obtenidos de Pubmed, Journal of Oncology, Google y Google académico, American Cancer Society, Intramed, Medscape, entre otros.

Para la obtención de los datos primarios se utilizó una hoja de registro de datos de los pacientes, la cual se elaboró en el programa Excel de Microsoft Windows XP, donde se incluyó edad, sexo, convenios, instrucción, ocupación, tiempo de evolución, sintomatología, formas clínicas, complicaciones, diagnostico histopatológico, estatificación, compromiso a distancia, ABMO, protocolo terapéutico y respuesta al tratamiento para poder ingresar en una base de datos computarizada.

Los resultados fueron tabulados con las variables de estudio, elaborando histogramas y tablas de frecuencia, donde se incluyeron los posibles pacientes distribuidos por número de clase.

2.2.7. CRITERIOS BIOÉTICOS

En el presente estudio se utilizó los siguientes criterios bioéticos basándose sobre los cuatro principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Se escogieron las historias clínicas de Adultos atendidos en el Servicio de Onco-hematología con diagnostico histopatológico de Linfoma de Hodgkin y que habían recibido tratamiento en la Institución. Además, se solicitó al Departamento de Docencia e Investigación en SOLCA Guayaquil, para permitir la recolección de los datos requeridos de la Historia Clínica, en el Departamento de Estadística. (Ver Anexo 6.)

2.2.8. RESULTADOS

De acuerdo a los referentes descritos en el marco teórico, según estadísticas a nivel mundial, el Linfoma de Hodgkin es una patología infrecuente que afecta a jóvenes adultos, siendo más frecuente en varios países y en Europa de 2.5 casos por cada 100 mil habitantes en hombres y 2.1 en mujeres. Es predominante en los grupos etarios entre 15 a 40 años y después de los 50 años de edad. Esta enfermedad en etapa temprana se puede lograr tasas de curación del 90 por ciento de los casos, la histopatología más frecuente en el Occidente es la de tipo Esclerosis Nodular y en países vías de desarrollo el tipo más Celularidad Mixta y Depleción Linfocitaria. La supervivencia es alta a los 10 años cuando se diagnostica en Estadio I y II cuando se inicia tratamiento inmediato. Se debe poner énfasis cuando el paciente presenta Sintomatología B ya que la terapéutica es más agresiva de lo convencional.

En la actualidad, se carece de pruebas de detección temprana para el diagnóstico, por lo que es vital tomar en cuenta el abordaje clínico con exámenes complementarios dentro de los primeros seis meses que el paciente presenta clínica evidente, para así llegar a un diagnostico precoz con inicio de tratamiento convencional ABVD oportuno.

Los resultados de este estudio realizado en SOLCA Guayaquil del periodo 2015, fueron analizados 16 pacientes. Con respecto a la edad, una cuarta parte de los pacientes correspondieron al grupo etario entre los 31-40 años y un

grupo menor pertenece al grupo entre los 51 a 60 años. Se evaluó el sexo, determinándose que más de la mitad de los pacientes eran mujeres y el resto correspondía a hombres. (Ver Anexo 7.)

La sintomatología es evaluada a través de dos dimensiones: Sintomatología A, es aquella que no presenta sintomatología B, y en esta se caracteriza por pérdida de peso y fiebre inexplicable, sudoración nocturna profusa, teniéndose en cuenta estos parámetros, se encontró las tres cuartas partes se encontraban con Sintomatología B lo cual indicaría peor pronóstico y una cuarta parte de los pacientes con Sintomatología A. (Ver Anexo 8.) En cuanto a la clínica de los pacientes menos de la mitad de ellos presentaban Adenopatías Cervicales, una cuarta parte de los pacientes tenían poliadenopatías y menos de una cuarta parte de ellos con adenopatías inguinales. (Ver Anexo 9.)

La histopatología demostraba que casi las tres cuartas de los pacientes presentaban diagnóstico de Esclerosis Nodular y una cuarta parte de ellos con el subtipo de Celularidad Mixta. (Ver Anexo 10.) Se analizó el Estadiaje, hallándose que más de la mitad de los pacientes se encontraban en Estadio IV, un cuarto en Estadio III y menos de un cuarto de ellos en Estadio II. (Ver Anexo 11.)

En cuanto al tiempo de evolución, para llegar al Diagnóstico del Linfoma de Hodgkin, se encontró que casi las tres cuartas partes de los pacientes iniciaron el tratamiento de Quimioterapia antes de los 6 meses, existiendo con ello un Diagnóstico Temprano, y menos de la cuarta parte de los pacientes recibió el tratamiento después de los 6 meses, es decir, corresponde a un Diagnóstico Tardío y solo un menos de un cuarto de ellos no se determinó el tiempo de evolución para llegar al diagnóstico e iniciar de esta manera el tratamiento de quimioterapia. (Ver Anexo 12.)

Además, se determinó que menos de la mitad de los pacientes recibieron el tratamiento completo de Esquema de Quimioterapia Protocolo ABVD (Adriamicina, Bleomici10na, Vinblastina, Dacarbazina), seguidos de que un cuarto de los pacientes recibió un tratamiento incompleto y el resto de los

pacientes no recibieron ningún tratamiento. (Ver Anexo 13.) Al terminar todo el esquema de quimioterapia, se valora la respuesta terapéutica, a través del Estudio del PET Scan, de los cuales menos de la mitad de los pacientes tenían una excelente respuesta terapéutica, menos de un cuarto de ellos no completaban aun Esquema de tratamiento y la mitad de pacientes no se realizó este estudio complementario. (Ver Anexo 14.)

Como Conclusión de este estudio de casos, se determinaría que solo una décima parte representa la morbilidad de esta enfermedad en los pacientes atendidos en SOLCA durante el periodo 2015, tomando una pequeña muestra de pacientes que reunían las características de los criterios de inclusión con diagnostico reciente de LH (Ver Anexo 15.); y solo un cuarto de ellos fallecieron por esta enfermedad. (Ver Anexo 16.)

2.2.8. DISCUSION

Se observó que de los participantes en el estudio de casos, la edad donde más influyó la prevalencia del Linfoma de Hodgkin, oscila entre los 31 – 40 años. El intervalo de menor prevalencia oscila entre los 51-60 años. Sin embargo, según la literatura mundial de acuerdo a Olu Eddo An y colaboradores , en Nigeria, 2015; existe una incidencia bimodal de intervalo de edad media de 23 años, en un grupo etario de 11-15 y de 21-25 años, es un estudio retrospectivo realizado en Nigeria. En otro estudio de investigación por Kharazmi y otros, en 5 países Europeos, 2015; la edad media de presentación de LH es de 30 años. Se concluye que existe una mayor predisposición en este grupo etario de 21 a 40 años, porque la población joven adulta tiene más cultura, mayor acceso a los medios electrónicos, por lo que los pacientes buscan información de la enfermedad y síntomas, razón por la cual buscan prontamente atención médica.

Existe una mayor predisposición al sexo femenino y un menor grupo el masculino en relación de 3:1; sin embargo, Ferlay y colaboradores determinaron que en Asia occidental, en el 2015, donde la tasas

estandarizadas por esta enfermedad es superior a 2,0 en hombres y 1,5 en mujeres. Se concluye, en este estudio de caso, que existe mayor predisposición al sexo femenino puesto que las mujeres acuden de manera subsecuente a controles médicos, a tamizajes de prevención, a diferencia de los varones que acuden de manera tardía ya en condiciones de tener enfermedad avanzada, los varones suelen ser renuentes a acudir a citas médicas, no consta un conocimiento de promoción entre ellos para la atención primaria, ni las visitas periódicas para verificar su salud.

En cuanto al tiempo de presentación de la sintomatología, determinándose con ello un Diagnóstico temprano o tardío. En este estudio, se llega a un diagnóstico temprano en más de la mitad de los pacientes y una cuarta parte con diagnóstico tardío. Sin embargo, en la investigación realizada por Parikh y otros, en EEUU, 2015; determinaron que el tiempo de diagnóstico temprano es de 26 días en unos tres cuartos partes del grupo estudiado y una cuarta parte mayor de 26 días. Estableciéndose con ello, que en otros países en vías de desarrollo o en desarrollo existe mejor atención médica, y mayores recursos tanto económicos como físicos para con ello llegar a un pronto Diagnostico e iniciar un tratamiento inmediato de Quimioterapia.

En cuanto a la presentación de la sintomatología, se encontró que las tres cuartas partes se encontraban con Sintomatología B lo cual indicaría peor pronóstico y una cuarta parte de los pacientes con Sintomatología A; hallándose que más de la mitad de los pacientes se encontraban en Estadio IV. Sin embargo, en la investigación dada por Pariks y otros, EN eeuu, 2015; menos de la mitad presentaban Sintomatología B y el menos de la cuarta parte con compromiso medular, las tres cuartas partes de los casos con Variedad Esclerosis Nodular, con un promedio de supervivencia libre de progresión de más de la mitad en Estadio I y IIA y menos de la mitad en Estadio avanzado (IIB, III, IV). Se concluyó, que en este estudio el diagnóstico temprano pero con Enfermedad avanzada y mayor riesgo de progresión de la patología, esto se debe a factores socioeconómicos, medios

para recibir una atención médica oportuna y adecuada y con ello un tratamiento de quimioterapia eficaz y a tiempo.

De acuerdo a este estudio, menos de la mitad de los pacientes presentaban Adenopatías Cervicales, la histopatología demostraba que casi las tres cuartas de los pacientes presentaban diagnóstico de Esclerosis Nodular y una cuarta parte el subtipo de Celularidad Mixta. Se determinó en un estudio por Shahid y otros, en Karachi,2016; en la cual existía una mayor afectación a los ganglios linfáticos primarios, siendo en más de la mitad de los casos la región cervical el sitio más frecuente y siendo menos de la mitad de los casos de tipo Celularidad Mixta en el Occidente. Razón por la cual, se establece que en ambos estudios existe concordancia de la presentación de adenopatías cervicales, esto se debe como resultado de una alteración de los ganglios linfáticos, de carácter infeccioso, inflamatorio o tumoral, ya que es secundario a daño adquirido en linfocito B provocando cambios neoplásicos descontrolada. La esclerosis nodular es la forma más frecuente de LH ya que afecta a las mujeres jóvenes siendo los sitios más frecuentes a nivel de mediastínica y ganglios cervicales, sus características histológicas son bandas de colágeno grueso que separan grupos de células de Reed-Sternberg.

Se establece que casi la mitad de los pacientes completaron 6 ciclos del Protocolo ABVD, un cuarto de los pacientes recibieron Protocolo incompleto, otro cuarto no valorable porque aún no completaban tratamiento. Sin embargo, se analiza por Even y otros, en EEUU, 2014; determinándose en ensayos contemporáneos confirmando que el Esquema ABVD, las tasas de Respuesta Completa es más de la mitad de los casos, 5 años libres de Enfermedad en más de la mitad de los casos y la Supervivencia Global a los 5 años en casi todos los casos. Con ello queda demostrado que recibiendo el Protocolo completo ABVD en una forma precoz, que con lleva a mejor supervivencia global, se asume que completan el esquema establecido de tratamiento por tener todos los recursos por contar con la medicación

oncológica y el espacio físico adecuado para recibir eficazmente dicho tratamiento.

Se determinaría que solo una décima parte representa la morbilidad de esta patología en los pacientes atendidos en SOLCA en el 2015, tomando una pequeña muestra de aquellos que cumplían con los requisitos de inclusión con diagnostico reciente de LH; y solo un cuarto de ellos murieron por esta enfermedad. En un estudio de Estados Unidos realizado por Matthew y colaboradores, en el 2015, se encontró que solo un cuarto de los pacientes fallecieron por cáncer secundario asociado a la Radioterapia y la mas de la mitad los pacientes tenían patología que requerían hospitalización.

Se concluye que la tasa de morbimortalidad por el LH es muy baja, y que si se logra tener un abordaje adecuado con un diagnóstico temprano y por ende terapéutico, la tasa de curación y de remisión completa es alta. Y dentro de las líneas de investigación se observa que el uso del Rituximab más Brentuximab ha aumentado aún más la tasa de supervivencia y actualmente esta siendo utilizada en el campo de tratamiento durante la Quimioterapia, no es una novedad científica porque ya existe una pauta de diagnóstico y tratamiento establecidos.

Una de las limitaciones de este estudio, en la búsqueda de la información de los datos estadísticos mundiales fue difícil el acceso ya que mucho de los referentes necesitaban tener suscripción, otro de los inconvenientes fue durante la recolección de datos ya que para el obtener el ASIS estaba incompleta puesto que no había finalizado el mes tota y faltaba datos de información de la historia clínica.

3. SOLUCIÓN PROPUESTA

Antecedentes:

El Linfoma de Hodgkin es una patología poco frecuente siendo desconocida su causa, y por la presencia de las adenopatías se necesita un estudio de biopsia y otros exámenes complementarios para llegar a un pronto diagnóstico y por lo tanto a un inicio terapéutico inmediato.

Problema:

Es conocido, que en muchas ocasiones, la falta de detección temprana, desconocimiento de la enfermedad verus sintomatología, falta de atención preventiva y seguimiento médico, provoca que el diagnostico en ocasiones se realice de forma tardía ya en casos con enfermedad avanzada.

Objetivo general:

Reducir la morbimortalidad en los pacientes que asisten al servicio de Onco-Hematología en Solca.

Objetivo específico:

Establecer un Algoritmo diagnostico terapéutico en el servicio de Onco-Hematología en el ION Solca.

Crear unos lineamientos de un plan de intervención con base bioética.

Es factible la realización de este algoritmo, puesto que a través de los referentes teóricos y metodológicos permite la orientación al Equipo de Salud para el diagnóstico temprano de Enfermedad de Hodgkin, siendo viable su ejecución ya que no requiere de recursos económicos y se cuenta con el conocimiento pertinente para la ejecución del mismo.

3.1. DESCRIPCION DEL ALGORITMO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO DEL LINFOMA DE HODGKIN.

Se realiza para la disminución de la Morbimortalidad en el Linfoma de Hodgkin un Algoritmo Diagnóstico y Terapéutico, el cual inicia para aquellos pacientes con sospecha de LH, mediante el Abordaje de Diagnostico, el cual consiste primordialmente realizando una valoración médica, a través de la Historia Clínica y la Exploración Física. En cuanto al Cuadro Clínico, investigándose la presencia de adenopatías, el sitio de ubicación, tamaño, crecimiento y número, además de la presencia de Sintomatología B: Pérdida de peso y fiebre inexplicable, sudoración nocturna profusa. Posteriormente, se continua con la realización de Exámenes de Laboratorio de rutina: Biometría Hemática, Función Hepática, Velocidad de Eritrosedimentación, LDH y Estudio Complementarios imagenologicos: Radiografía de Tórax y TAC. Una Vez realizado un buen Historial Clínico, se realizara la Biopsia de la adenopatía o masa tumoral, si el resultado es negativo, pasara a control subsecuente en 6 meses; si el resultado es Positivo, se lo clasifica en cuanto a la patología y el Estadiaje de la Enfermedad, con ello iniciara tratamiento de Quimioterapia de Primera Línea: Si se encuentra en Estadio I-IIA con Pronóstico Favorable recibirá tratamiento ABVD (Adriamicina, Bleomicina, Vinblastina, Dacarbazina) de dos a tres ciclos, mas tratamiento de Radioterapia de 20 a 35 Gys en el campo afecto. En el Estadio I-IIA que poseen un con Pronostico no favorable recibirá tratamiento de Quimioterapia ABVD por 4 a 6 Ciclos más Radioterapia de 30 Gys en el campo afecto. En Estadio avanzados IIB a IV, y menos de 3 factores de riesgo, se aplicara tratamiento de Quimioterapia ABVD de 6 a 8 Ciclos, pero si paciente progresa la Enfermedad, iniciara tratamiento de Quimioterapia de Segunda Línea. (Ver Anexo 17.)

4. CONCLUSIONES

Los Criterios para concluir que los pacientes con Linfoma de Hodgkin se encuentran diagnosticados en Estadios Avanzados de la Enfermedad.

El pronóstico y sobrevida difieren totalmente a los que se muestran en los estadios tempranos, dentro de la descripción exacta de cómo utilizar el Algoritmo de Diagnóstico y Terapéutico, tiene que ver con todos los procedimientos clínicos, bioquímicos y técnicos para llegar a un diagnóstico temprano.

El uso del Algoritmo ayuda en gran manera a la toma de decisiones en realizar un diagnóstico en un estadio temprano dela enfermedad y un traamiento oportuno para mejorar la morbimortalidad en estos pacientes

5. RECOMENDACIONES

Informar al equipo de salud sobre el algoritmo diagnostico terapéutico utilizado para que sea aplicado en el momento de la consulta externa en aquellos pacientes con alta sospecha de LH. Es necesario tener un diagnóstico temprano ya que el pronóstico sea favorable en aquellas personas que inician terapia de manera inmediata. Además charlas médicas a la Comunidad sobre la atención médica oportuna.

Además, se debe establecer nuevos estudios, para mejorar la aplicación de las nuevas terapias, sobre esta Enfermedad y con ellos mejorar la aplicación de tratamiento quimioterapia, sin presentar efectos colaterales severos, como ocurre en la quimioterapia convencional.

Bibliografía

Alonso de Ozalla, C., & Alegre Amor, A. (2015). Manual del Medico Residente en Hematologia y Hemoterapia. España: Medicos S.A.

American Cancer Asociation. (2 de Febrero de 2016). *American Cancer Asociation.* Obtenido de http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002297-pdf.pdf

American Cancer Society. (2 de Febrero de 2016). *American Cancer Society*. Obtenido de http://www.cancer.org/espanol/cancer/enfermedaddehodgkin/guiadetallada/enfermedad-de-hodgkin-early-detection

at, C. e. (2014). Recommendations for Initial Evaluation, Staging, and Response Assessment of Hodgkin and Non-Hodgkin Lymphoma: The Lugano Classification. *JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY*, 10.1200.

at, C. e. (2014). Role of Imaging in the Staging and Response Assessment of Lymphoma: Consensus of the International Conference on Malignant Lymphomas Imaging Working Group. *Journal of Clinical Oncology*, 10.1200.

Barboza, O. (2015). INVESTIGACION EDUCATIVA Abriendo Puertas al Conocimiento. *CLACSO*.

Burns, J., & Sundar, H. (2015). Hodgkin Lymphoma. *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology*, Hodg1-MS30.

Cheson, B. D., & Fisher, R. I. (2014). Recommendations for Initial Evaluation, Staging, and Response Assessment of Hodgkin and Non-Hodgkin Lymphoma: The Lugano Classification. *Journal of Clinical Oncology*, 6-13.

DeGennaro, L. J. (2014). *Leukemia & Lymphoma Society fighting blood cancers.* Obtenido de https://www.lls.org/sites/default/files/file_assets/sp_hodgkinlymphoma.pd f

DeGennaro, L. J. (2014). Linfoma de Hodgkin. *Leukemia & Lymphoma Society fighting blood cancers.*, 6-13.

Eichenauer, D., & Engertl, A. (2014). Hodgkin's lymphoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology 25*, iii70 - iii75.

EUSALUD. (2 de Febrero de 2015). *EUSALUD*. Obtenido de http://eusalud.uninet.edu/misapuntes/index.php/Linfoma_de_Hodgkin

Evens AM, K. (2014). The role of FDG-PET in defining prognosis of Hodgkin lymphoma for early-stage disease. *PUBMED*, 3356-64.

Evens AM, K. L. (2014). The role of FDG-PET in defining prognosis of Hodgkin lymphoma for early-stage disease. *PUBMED*, 3356-64.

Ferlay, J., & Soerjomataram, I. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer*, 1-28.

Herdrich, K., & Weinberger, H. (s.f.).

Herdrich, K., & Weinberger, H. (2013). Selected Schedules in the therapy of malignant tumors. Part 1: Hematologic Malignancies. Baxter.

Herdrich, K., & Weinberger, H. (2013). Selected Schedules in the therapy of malignant tumors. Part 1: Hematologic Malignancies. *Baxter*.

Illés Á, J. Á. (2015). Opciones de tratamiento novedosos en recaída y refracter Hodgkin linfomas. *PUBMED*, 1824-1833.

Illés Á., J. (2015). Opciones de tratamiento novedosos en recaída y refracter Hodgkin linfomas. *PUBMED*, 1824-1833.

Instituto Nacional del Cancer . (8 de abril de 2016). Obtenido de http://www.cancer.gov/espanol/tipos/linfoma/pro/tratamiento-hodgkin-adultos-pdq

Jalali A, H. (2016). Hodgkin lymphoma: an Australian experience of ABVD chemotherapy in the modern era. *PUBMED*.

Jalali A, H. F. (2016). Hodgkin lymphoma: an Australian experience of ABVD chemotherapy in the modern era. *PUBMED*.

Kharazmi E, F. (2015). Risk of familial classical Hodgkin lymphoma by relationship, histology, age, and sex: a joint study from five Nordic countries. *PUBMED*, 1990-5.

Kharazmi E, F. M. (2015). Risk of familial classical Hodgkin lymphoma by relationship, histology, age, and sex: a joint study from five Nordic countries. *PUBMED*, 1990-5.

Liu S, M. J. (2015). Analysis of Clinical Characteristics and Prognostic Factors of 223 Newly Diagnosed Hodgkin's Lymphoma Patients. *PUBMED*, 1296-300.

Liu S., M. (2015). Analysis of Clinical Characteristics and Prognostic Factors of 223 Newly Diagnosed Hodgkin's Lymphoma Patients. *PUBMED*, 1296-300.

Matamasar, M., & Ford, J. (2015). Late Morbidity and Mortality in Patients with Hodgkin’s Lymphoma Treated During Adulthood. *Journal of the National Cancer Institute.*, 1-11.

Mauricio, D., & Vivianne, M. (2015). Guías Prácticas Clínicas para diagnóstico y tratamiento de linfoma de hodgkin. *Sociedad Chilena de Hematología SOCHIHEM*, 6.

Moskowitz , C., & Nademanee, A. (2015). Brentuximab vedotin as consolidation therapy after autologous stem-cell transplantation in patients with Hodgkin's lymphoma at risk of relapse or progression (AETHERA): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet*.

Olu-Eddo AN, O. (2011). Hodgkin lymphoma: clinicopathologic features in Benin City, Nigeria and update on its biology and classification. *PUBMED*, 440-4.

Olu-Eddo AN, O. C. (2011). Hodgkin lymphoma: clinicopathologic features in Benin City, Nigeria and update on its biology and classification. *PUBMED*, 440-4.

OMS. (2016). *OMS*. Obtenido de http://www.who.int/cancer/treatment/es/

Parikh, o. (2015). Impacto de los retrasos en el tratamiento definitivo en la supervivencia global: un estudio de base de datos naconal de cancer de los pacientes con opciones de tratamiento novedoso en recaida y refractario del linfoma de hodgkin. *PUBMED*.

Pavlovsky, A. (2014). Tratamiento del Linfoma de Hodgkin adaptado al resultado del PET. Evidencias actuales y perspectivas futuras PET-CT. Adaapted therapy in Hodgkin Lymphoma. Present evidence and future perspectives. *Revista de Hematologia Volumen 18 nº 3*, 234-239.

Pinheiro, P. (30 de Noviembre de 2015). *Md. Saùde*. Obtenido de http://www.mdsaude.com/es/2015/11/linfoma.html

Portlock, C. (2016). *Manual MSD para version profesional*. Obtenido de http://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/hematolog%C3%ADa-y-oncolog%C3%ADa/linfomas/linfoma-de-hodgkin

Prólogo de Oruam Barboza. (s.f.). INVESTIGACION EDUCATIVA Abriendo Puertas al Conocimiento. Uruguay.

Rael E, R. K. (2016). Treatment with rituximab and brentuximab vedotin in a patient of common variable immune deficiency-associated classic Hodgkin lymphoma. *PUBMED*, 4:7.

Rael, R. (2016). Treatment with rituximab and brentuximab vedotin in a patient of common variable immune deficiency-associated classic Hodgkin lymphoma. *PUBMED*, 4-7.

Ranjana, A., & Hong, F. (2015). Randomized Phase III Trial Comparing ABVD Plus Radiotherapy With the Stanford V Regimen in Patients With Stages I or II Locally Extensive, Bulky Mediastinal Hodgkin Lymphoma: A Subset Analysis of the North American Intergroup E2496 Trial. *American Society of Clinical Oncology*, 1936-1942.

Remer M, J. P. (2015). Risk- and response-adapted strategies for the management of Hodgkin lymphoma. *PUBMED*, 13.

Remer M., J. (2015). Risk- and response-adapted strategies for the management of Hodgkin lymphoma. *PUBMED*, 13.

Ruiz - Arguelles, G. J. (2015). Linfoma de Hodgkin. *Revista de Hematologia Mexicana*, S95.

Selected Schedules in the therapy of malignant tumors. Part 1: Hematologic Malignancies. (2013). Baxter.

SEOM Avanzando Juntos. (16 de marzo de 2015). Obtenido de http://www.seom.org/en/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/linfomas-y-mieloma/linfoma-hodgkin?showall=1

Seom Avanzando Juntos. (16 de Marzo de 2015). *Seom Avanzando Juntos*. Obtenido de http://www.seom.org/en/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/linfomas-y-mieloma/linfoma-hodgkin?start=8

Shahid R, G. R. (2016). Perfil inmunohistoquímico de Hodgkin y No Hodgkin. *PUBMED*, 103-7.

Shahid R., G. (2016). Perfil inmunohistoquímico de Hodgkin y No Hodgkin. . *PUBMED*, 103-7.

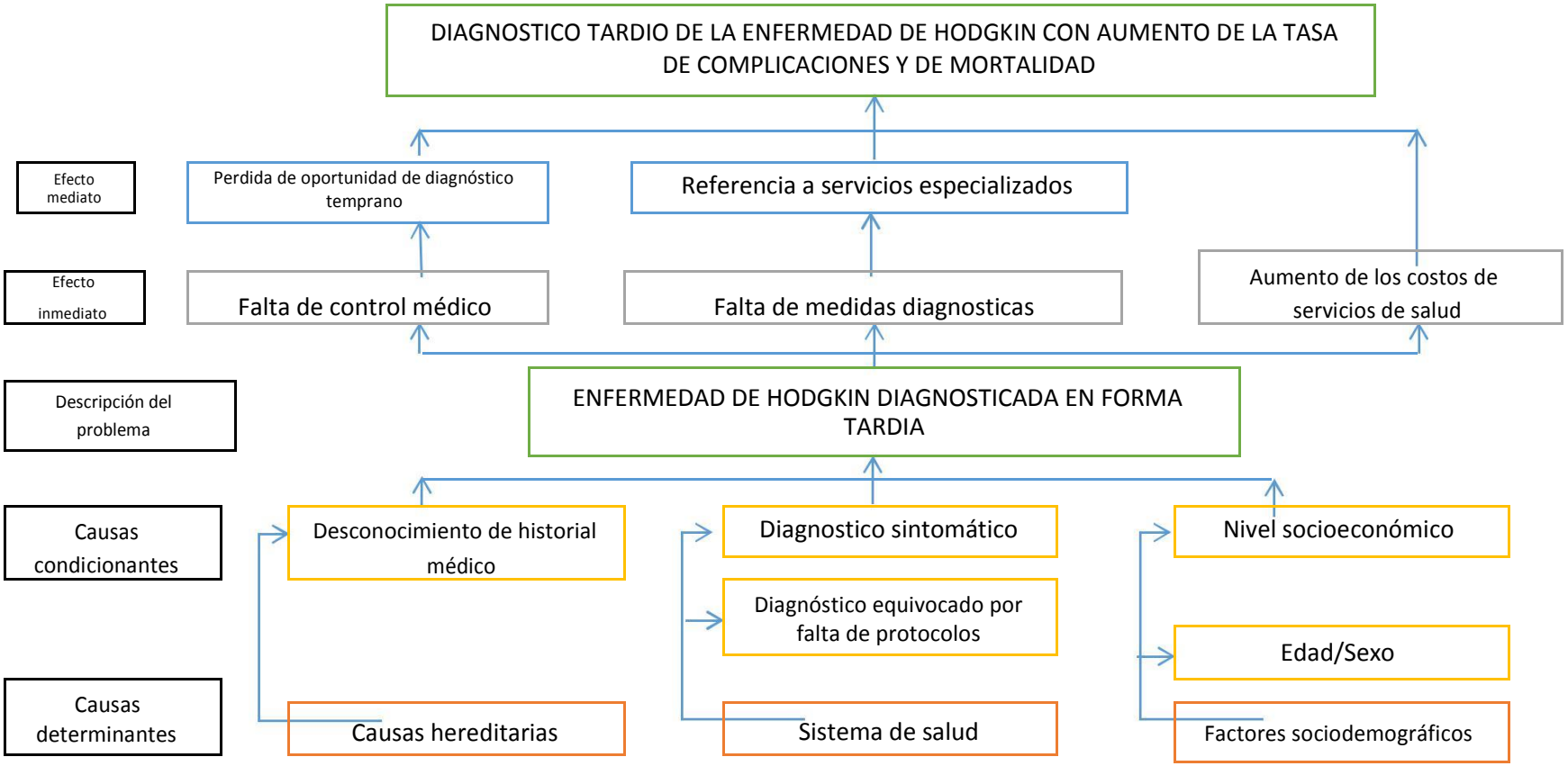
Sociedad Argentina de Hematologia. (2015). Guias de Diagnostico y Tratamiento. Argentina.

Sociedad Chilena de Hematología. (2015). *Sociedad Chilena de Hematología*. Obtenido de http://www.hematologia.org/bases/arch1300.pdf

SOCIEDAD LUCHA CONTRA EL CANCER. (2016). *SOCIEDAD LUCHA CONTRA EL CANCER*. Obtenido de http://www.solca.med.ec/

SOLCA. (2016). Obtenido de http://www.solca.med.ec/

ANEXO 1. ÁRBOL DE PROBLEMAS



Elaborado por: Verónica Vera

ANEXO 2. RECOLECCION DE DATOS ESTADISTICO DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE LINFOMA DE HODGKIN ATENDIDOS EN EL DEPARTAMIENTO DE ONCO – HEMATOLOGIA DEL INSTITUTO SOLCA GUAYAQUIL. 2015

HISTORIA CLINICA	NN	EDAD	SEXO	OCUPACION	INSTRUCCIÓN	CUADRO CLINICO	DX PATOLOGICO	ABMO	CONVENIO	SINTOMATOLOGIA	METASTASIS	ESTADIAJE	TTO QT INICIO	TTO DE QT TERMINO	ABANDONO TTO	RXT	PET SCAN		
20147287	AAPJ	80	FEMENINO	QQDD	NINGUNA	NODULO CERVICALES BILATERAL 6 MESES	ESCLEROSIS NODULAR	NO	GENERAL	B	HEPATICA	IV B	ABVD 04/2015		SI		NO		
20147676	DCMS	18	FEMENINO	ESTUDIANTE	SECUNDARIA	TUMOR CERVICALIZQ 2 MESES	ESCLEROSIS NODULAR	NO	MSP	B	NO	IIB	ABVD 02/2015	6 CICLOS 09/2015	NO		SIN ACTIVIDAD	OBSERVACION	
20147813	CLA	84	MASCULINO	AGRICULTOR	PRIMARIA	TUMOR SUBDIGASTRICO IZQ 4 MESES	CELULARIDAD MIXTA	NO	GENERAL	B	NO	IIB	NO QT						
20150190	AIAL	43	FEMENINO	QQDD	PRIMARIIA	TUMOR CERVICAL , DISNEA, DISFAGIA	ESCLEROSIS NODULAR	NO	MSP	B	NO	IIIB	ABVD 02/2015	6 CICLOS 09/2015	NO		SIN ACTIVIDAD	OBSERVACION	
20150217	VARM	38	FEMENINO	QQDD	PRIMARIA	ADENOPATIAS CERVICAL DERECHA 1 AÑO	ESCLEROSIS NODULAR	NO	MSP	A	NO	IIA	ABVD 05/2015	6 CICLOS 10/2015	NO	24 GYS 2/2016	SIN ACTIVIDAD	OBSERVACION	
20150395	AGRV	27	FEMENINO	ESTUDIANTE	SECUNDARIA	ADENOPATIAS CERVICALES	ESCLEROSIS NODULAR	NO	MSP	B	NO	IIIB	ABVD 3/2015	6 CICLOS 11/20	NO	NO	CON ACTIVIDAD	2DA LINEA QT 03/2016	BRENTUXIMAB +IGEP

						BILATERAL 1AÑO								15				
20150877	TVPJ	43	MASCULINO	JORNALERO	NINGUNA	POLIADENOPATIAS 2 MESES	VARIEDAD MIXTA	SI	MSP	B	HEPATICA	IVB	ABVD 4/2015	6 CICLOS 10/2015	NO	NO	SIN ACTIVIDAD	OBSERVACION	
20150889	OCKE	25	FEMENINO	ESTUDIANTE	SUPERIOR	POLIADENOPATIAS 3 MESES, DERRAME PLEURAL	ESCLEROSIS NODULAR	NO	MSP	B	PLEURAL	IVB	ABVD 4/2015	6 CICLOS 10/2015	NO	NO	SIN ACTIVIDAD	OBSERVACION	
20151121	PCAE	32	FEMENINA	QQDD	SECUNDARIA	ADENP BILATERALINGUINAL 3 MESES, DERRAME PLEURAL	ESCLEROSIS NODULAR	NO	MSP	B	PLEURAL	IVB	ABVD 12/2015	3CICLOS 10/2015	SI	NO		EN TTO AUN	
20151521	AASAR	27	MASCULINO	EMPLEADO	SECUNDARIA	ADENOP SUBMAXILAR DERECHA 7 MESES	ESCLEROSIS NODULAR	NO	IESS	A	NO	IIIA	ABVD 09/2015	5 CICLOS 2/2016	NO	NO		EN TTO AUN	
20151823	RTGE	18	FEMENINO	ESTUDIANTE	SECUNDARIA	ADENOAPTIAINGUINAL 5 MESES	VARIEDAD MIXTA	NO	GENERAL	A	NO	IIIA	NOTTO		SI			SE PIERDE	
88820152028	RMTJ	20	MASCULINO	ESTUDIANTE	PRIMARIA	ADENOPATCERVICALES 4 MESES	ESCLEROSIS NODULAR	SI	MSP	B	MEDULA	IVB	ABVD 8/2015	2CICLOS 11/2015	NO	NO		FALLECIDO 11/2015	
20152321	PCNA	35	FEMENINO	QQDD	SECUNDARIA	ADENOP CERVICALY SRPRACLAVICULAR 2 MESES	ESCLEROSIS NODULAR	NO	GENERAL	B	MEDULA	IVB	ABVD 8/2015	6 CICLOS 01/2016	NO	NO	AUN NO REALIZADO		
20152386	CCJI	39	FEMENINA	QQDD	PRIMARIA	ADENOP CERVICAL, MEDIASTINICA, ABDOMINA	CELULARIDAD MIXTA	NO	GENERAL	B	NO	IVB	NOTTO					FALLECIDO 06/2015	

						L												
20154113	FNMA	48	FEMENINA	QQDD	SECUNDARIA	ADENOPAXILARESDERECHA 4MESES	CELULARIDAD MIXTA	NO	MSP	B	NO	IVB	ABVD 11/2015	3 CICLOS 02/2016	NO	NO	AUNENTTO		
20154169	AOIH	52	MASCULINO	ESTUDIANTE	SECUNDARIA	ADENP INGUINAL DERECHA + HIV	ESCLEROSIS NODULAR	NO	MSP	B	NO	IVB	ABVD 08/2015	2 CICLOS 10/2015	NO	NO	ABANDONATTO		

Fuente: ASIS ION SOLCA – Guayaquil. 2015

Elaborado por Verónica Vera.

ANEXO 3

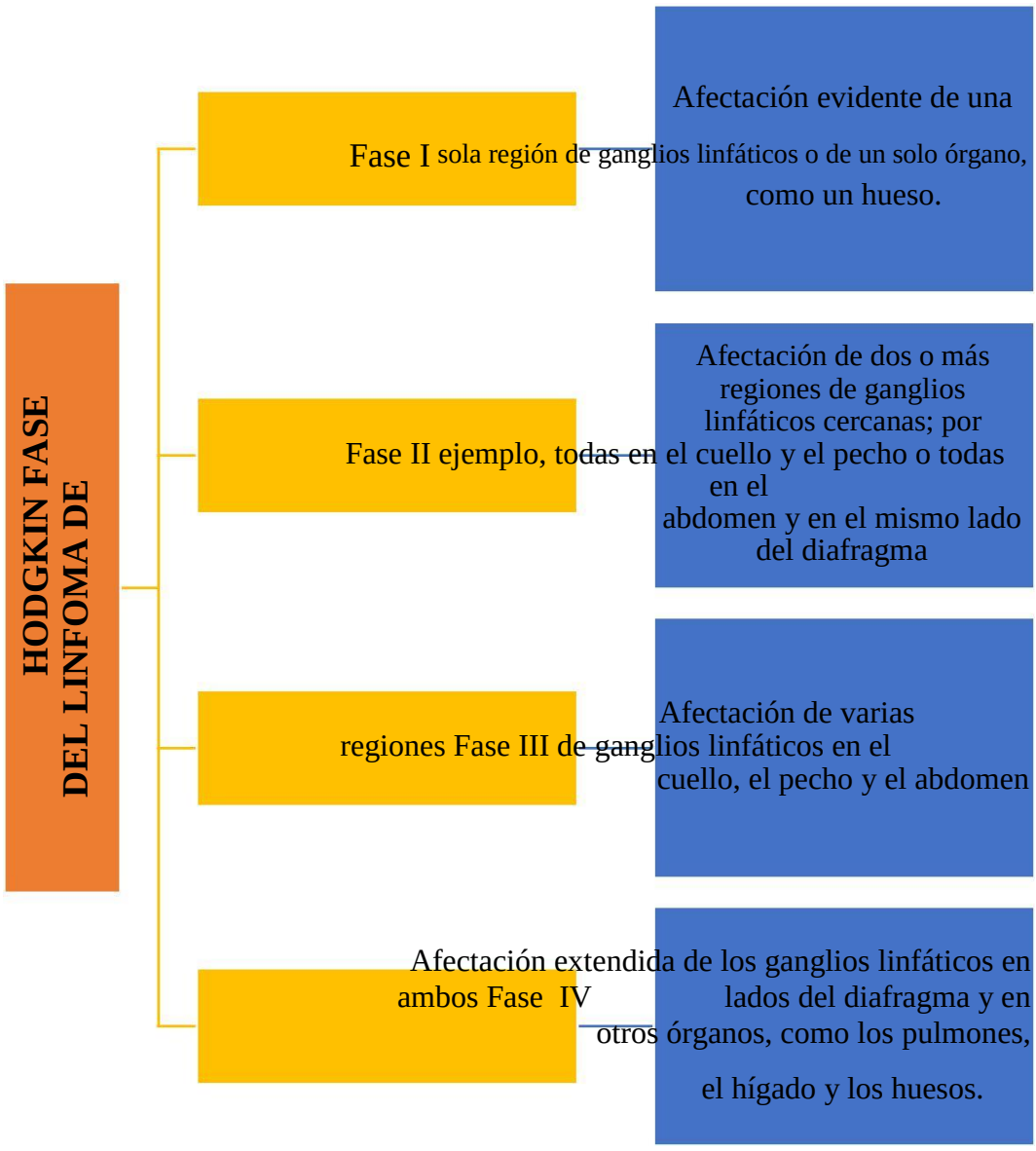
CLASIFICACION HISTOPATOLOGICA SEGÚN LA OMS

- Clásico 95%
  - Esclerosis nodular 40-75%
- Celularidad mixta 20-40%
  - Depleción linfocitaria 5-15%
- Rico en linfocitos 5-15%
  - Predominio linfocítico nodular 5%

Elaborado por Verónica Vera

ANEXO 4

FASES DEL LINFOMA DE HODGKIN



Elaborado por Verónica Vera

ANEXO 5

CATEGORÍAS DEL LINFOMA DE HODGKIN

Elaborado por Verónica Vera.

ANEXO 6

HOJA DE PERMISO PARA CONSEGUIR EL ASIS DE LINFOMA DE HODGKIN 2015 EN SOLCA, DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA.

SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CANCER DEL ECUADOR
MATRIZ GUAYAQUIL

Marzo, 10 del 2016

Doctor
Guido Panchana Eguez
Jefe Dpto. Docencia e Investigacion
Presente

De mis consideraciones:

Por medio de la presente me permito saludarlo, y a la vez solicitarle la revisión de Historias Clinicas del periodo 2015-2016, para la recopilación de datos estadísticos de mi tesis titulada "ENFERMEDAD DE HODGKIN: DIAGNÓSTICO TEMPRANO Y TARDÍO EN PACIENTES ADULTOS Y SU IMPACTO EN EL TRATAMIENTO. ALGORITMO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO" para la obtención de mi titulo de especialidad ONCO-HEMATOLOGÍA, siendo tutorizada en nuestra institución por la Dra. Glenda Ramos Martinez Jefe del Departamento Clínico.
Por la atencion que le brinde al presente, me suscribo de usted.

Atentamente,

Dra. Verónica Vera J.
ONCO-HEMATOLOGA
SOLCA
REG. SANT. 11399

Tutor de la Institución
Dra. Glenda Ramos
Jefe Dpto. Clínico
Dra. Glenda Ramos Martínez
JEFE DEL DPTO. CLÍNICO
SOLCA

Solicitante
Dra.Veronica Vera

Aprobado por:

Dr. Guido Panchana Eguez
Jefe Dpto. Docencia e Investigación

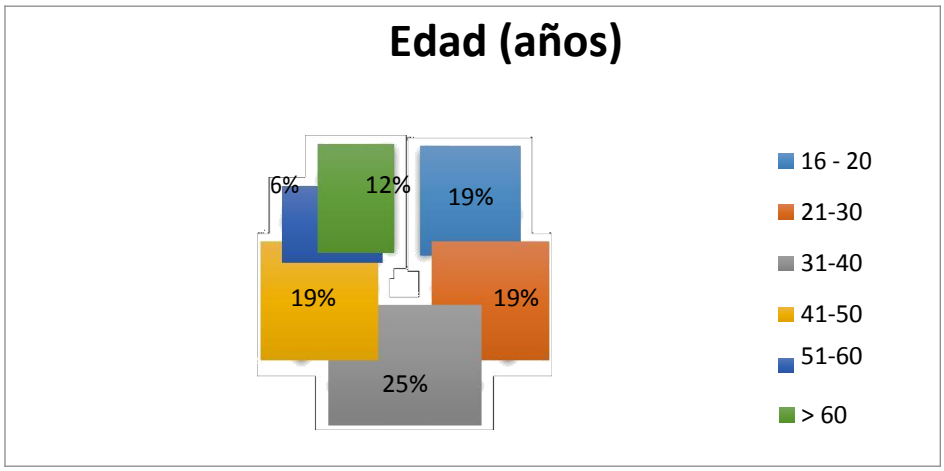
ANEXO 7: TABLA NO. 1

EDAD Y SEXO DE ADULTOS CON LH ATENDIDOS EN SERVICIO DE ONCO- HEMATOLOGÍA. 2015

Edad (años)	No. Casos	%
16 - 20	3	19
21-30	3	19
31-40	4	25
41-50	3	19
51-60	1	6
> 60	2	12
Total	16	100
Sexo	**No. Casos**	**%**
Femenino	11	69
Masculino	5	31
Total	16	100

Elaborado por: Verónica Vera.

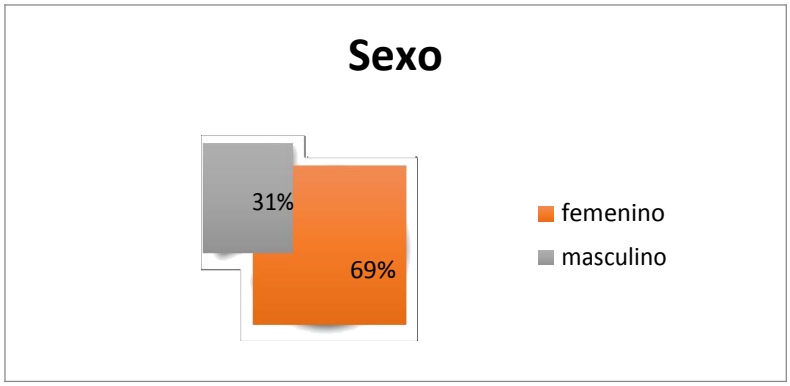
GRAFICO QUE REPRESENTA LA EDAD EN ESTE ESTUDIO DE CASOS.



Elaborado por Verónica Vera

De los 16 casos estudiados, con respecto a la edad una cuarta parte de los pacientes correspondieron al grupo etario entre 31-40 años de edad, y se observa que un grupo menor pertenece entre los 51-60 años.

GRAFICO QUE REPRESENTA EL SEXO EN ESTE ESTUDIO.



Elaborado por Verónica Vera

Se observa que más de la mitad de los pacientes eran mujeres y el resto correspondía a hombres el Linfoma de Hodgkin.

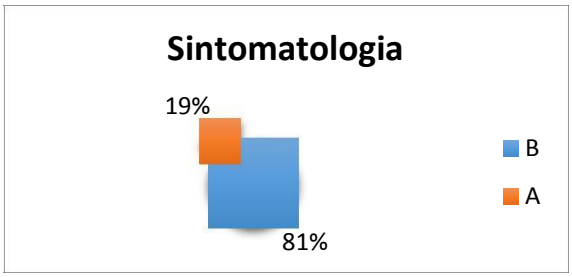
ANEXO 8: TABLA NO. 2

SINTOMATOLOGÍA DE ADULTOS CON LH ATENDIDOS EN SERVICIO DE ONCO- HEMATOLOGÍA EN EL INSTITUTO SOLCA – GUAYAQUIL. 2015

Sintomatología	No. Casos	%
A	3	19
B	13	81
Total	16	100

Elaborado por: Verónica Vera

GRAFICO QUE REPRESENTA LA SINTOMATOLOGÍA A O B, QUE AYUDARA CON EL ESTADIAJE DE LA ENFERMEDAD.



Elaborado por Verónica Vera

Se establece que de los 16 pacientes, las tres cuartas partes se encontraban con sintomatología B lo que indicaría peor pronóstico, y una cuarta parte de ellos con sintomatología A.

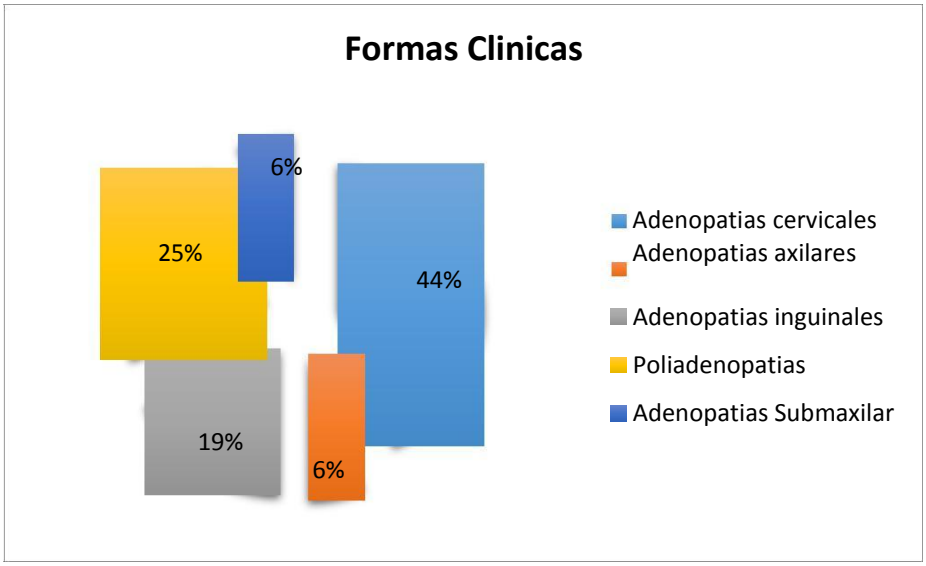
ANEXO 9.- TABLA NO 3

FORMAS CLÍNICAS EN ADULTOS CON LH ATENDIDOS EN SERVICIO DE ONCO- HEMATOLOGÍA. 2015

Formas clínicas	**No. Casos**	**%**
Adenopatías cervicales	7	44
Adenopatías axilares	1	6
Adenopatías inguinales	3	19
Poliadenopatias	4	25
Adenopatías Submaxilar	1	6
Total	16	100

Elaborado por: Verónica Vera

GRAFICO QUE INDICA LAS FORMAS CLINICAS DEL LINFOMA DE HODGKIN. VER ANEXO 9.



Elaborado por: Verónica Vera

Menos de la mitad de los pacientes, presentaban adenopatías cervicales, una cuarta parte de ellos poliadenopatias, y menos de una cuarta parte adenopatías inguinales.

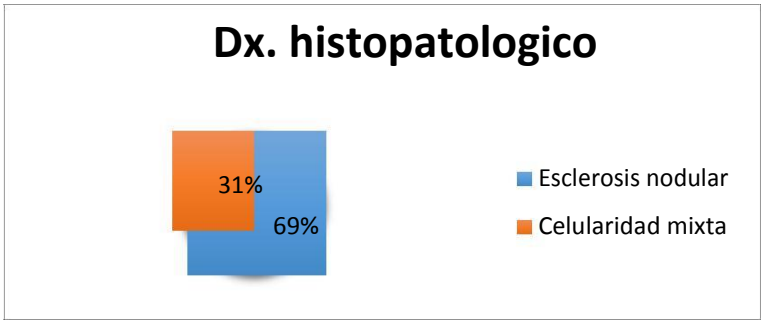
ANEXO 10: TABLA NO. 4

DIAGNOSTICO HISTOPATOLÓGICO DEL LH EN ADULTOS ATENDIDOS EN SERVICIO DE ONCO- HEMATOLOGÍA EN EL INSTITUTO SOLCA – GUAYAQUIL. 2015

Diagnostico histopatológico	No. Casos	%
Esclerosis nodular	11	69
Celularidad mixta	5	31

Elaborado por: Verónica Vera

GRAFICO QUE REPRESENTA LA HISTOPATOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD.



Elaborado por Verónica Vera

Demostraba que las tres cuartas partes de los pacientes, presentaban diagnóstico de esclerosis nodular, y una cuarta parte de ellos el subtipo de Celularidad Mixta.

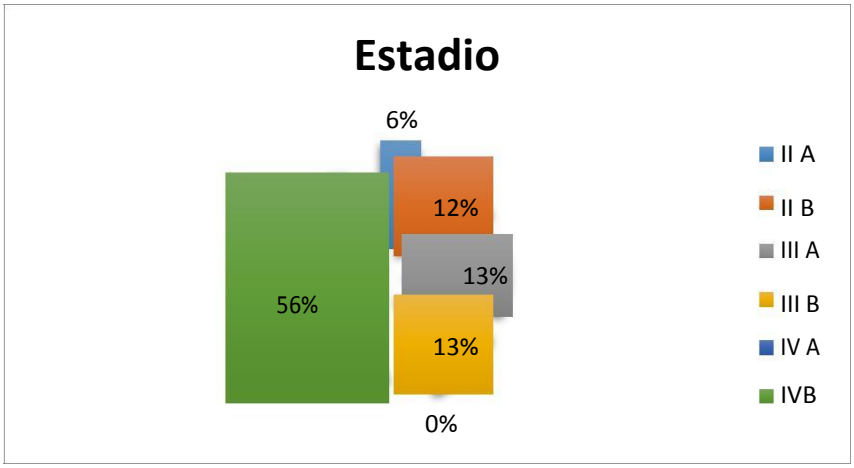
ANEXO 11: TABLA NO. 5

ESTADIO DEL LH EN ADULTOS ATENDIDOS EN SERVICIO DE ONCO- HEMATOLOGÍA EN EL INSTITUTO SOLCA – GUAYAQUIL. 2015

Estadio	II A	1	6
	II B	2	12
	III A	2	13
	III B	2	13
	IV A	0	0

Elaborado por: Verónica Vera

GRÁFICO QUE REPRESENTA EL ESTADIO DE LA ENFERMEDAD.



Elaborado por Verónica Vera

Hallándose, que más de la mitad de los pacientes se encontraban en Estadio IV, un cuarto de ellos en Estadio III, y menos de un cuarto de ellos en Estadio II.

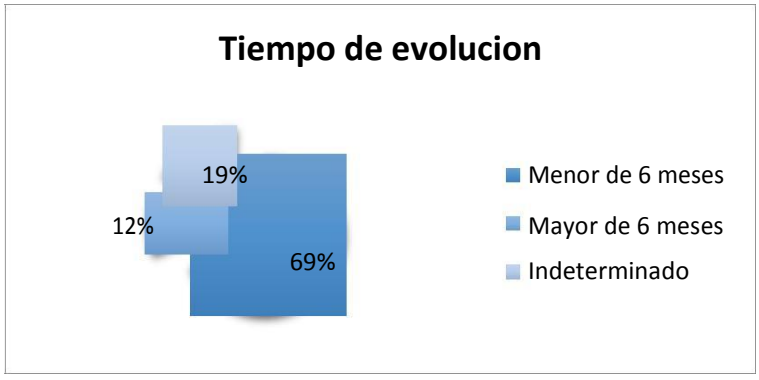
ANEXO 12: TABLA NO. 6

DIAGNOSTICO TEMPRANO Y TARDIO DE ADULTOS CON LH ATENDIDOS EN SERVICIO DE ONCO- HEMATOLOGÍA EN EL INSTITUTO SOLCA – GUAYAQUIL. 2015

Tiempo de evolución de síntomas	No. Casos	%
Menor de 6 meses	11	69
Mayor de 6 meses	2	12
Indeterminado	3	19
Total	16	100

Elaborado por: Verónica Vera

GRAFICO QUE REPRESENTA EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN, ANTES DE INICIAR TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA, ESTABLECIÉNDOSE DIAGNÓSTICO TEMPRANO Y TARDÍO.



Elaborado por Verónica Vera

Las tres cuartas partes de los pacientes se encontraron con un Diagnóstico Temprano, y menos de la cuarta parte de ellos se realizó un Diagnóstico tardío, y solo menos de la cuarta parte no se determinó el tiempo de evolución para llegar el diagnostico.

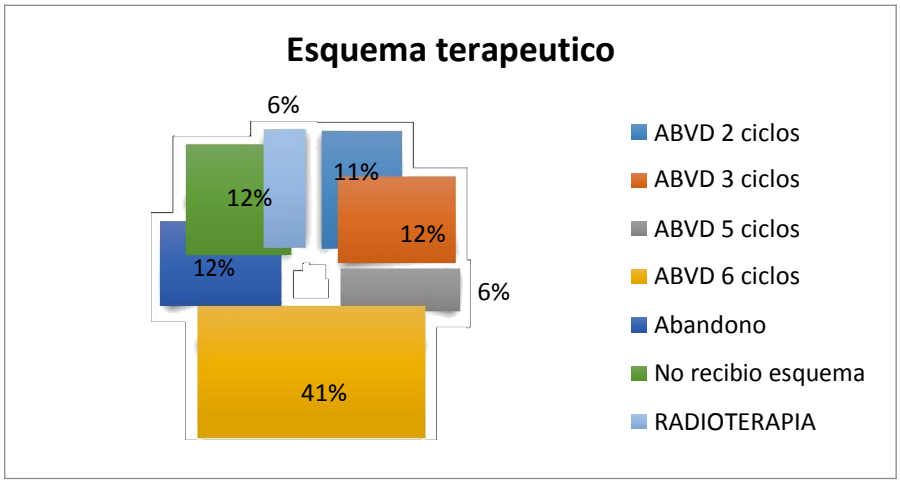
ANEXO 13: TABLA NO. 7

PROTOCOLO TERAPÉUTICO EN ADULTOS CON LH ATENDIDOS EN SERVICIO DE ONCO- HEMATOLOGÍA EN EL INSTITUTO SOLCA – GUAYAQUIL. 2015

Protocolo Terapéutico	No. Casos	%
ABVD 2 ciclos	2	11
ABVD 3 ciclos	2	12
ABVD 5 ciclos	1	6
ABVD 6 ciclos	7	41
Abandono	2	12
No recibió esquema	2	12
RADIOTERAPIA	1	6
Total	**17**	**100**

Elaborado por Verónica Vera

GRAFICO QUE REPRESENTA EL ESQUEMA TERAPÉUTICO UTILIZADO EN ESTA ENFERMEDAD.



Elaborado por Verónica Vera

Se determinó que menos de la mitad de los pacientes recibieron tratamiento completo de QT ABVD, un cuarto de ellos tratamiento incompleto, y el resto no recibieron ningún tratamiento.

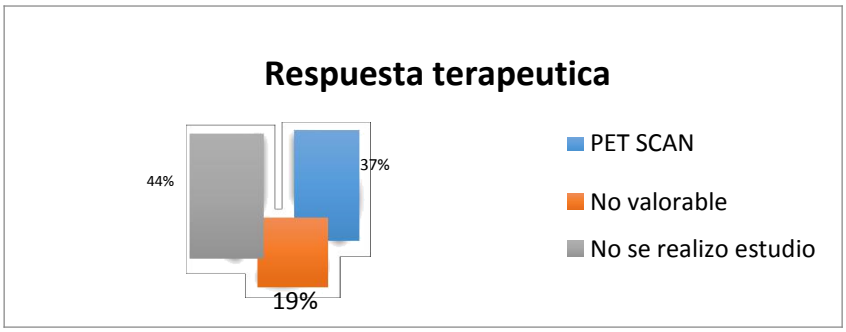
ANEXO 14: TABLA NO. 8

RESPUESTA TERAPEUTICA EN ADULTOS CON LH ATENDIDOS EN SERVICIO DE ONCO- HEMATOLOGÍA EN EL INSTITUTO SOLCA – GUAYAQUIL. 2015

Respuesta Terapéutica	No. Casos	%
PET SCAN	6	37
No valorable	3	19
No se realizó estudio	7	44
Total	16	100

Elaborado por: Verónica Vera

GRAFICO QUE ESTÁ REPRESENTANDO LA RESPUESTA TERAPÉUTICA DE LA ENFERMEDAD.



Elaborado por Verónica Vera

Menos de la mitad de los pacientes tuvieron una excelente respuesta terapéutica; menos de un cuarto de ellos no completaban aun el esquema de tratamiento, y la mitad de pacientes no se realizó este estudio complementario.

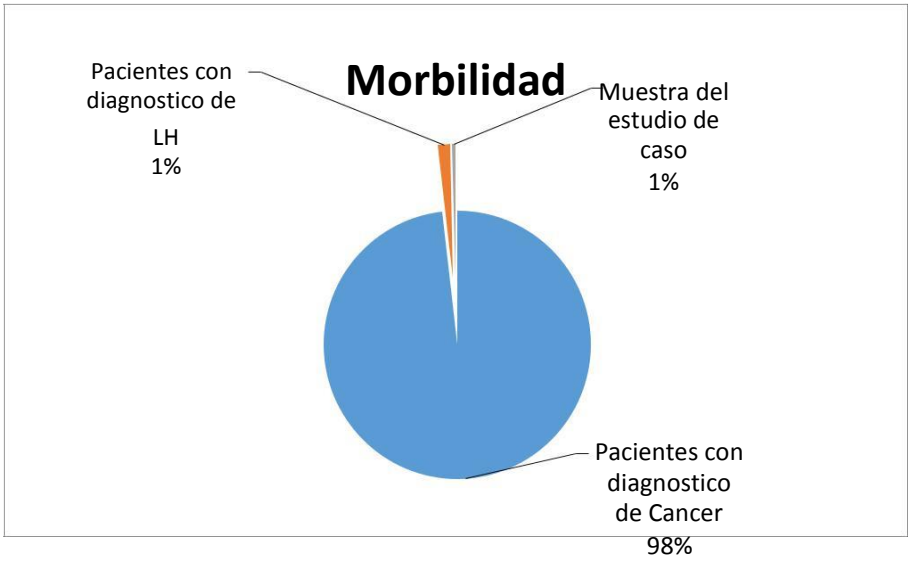
ANEXO 15: TABLA NO. 9

MORBILIDAD EN ADULTOS CON LH ATENDIDOS EN SERVICIO DE ONCO- HEMATOLOGÍA EN EL INSTITUTO SOLCA – GUAYAQUIL. 2015

Morbilidad	Numero de casos
Pacientes con diagnóstico de Cancer	3786
Pacientes con diagnóstico de LH	54
Muestra del estudio de caso	16

Elaborado por: Verónica Vera

GRAFICO QUE REPRESENTA LA MORBILIDAD.



Elaborado por: Verónica Vera

Con respecto a este gráfico, solo una décima parte representa la morbilidad de esta enfermedad en los pacientes atendidos en SOLCA durante el periodo 2015, tomando una pequeña muestra de pacientes con diagnostico reciente de LH.

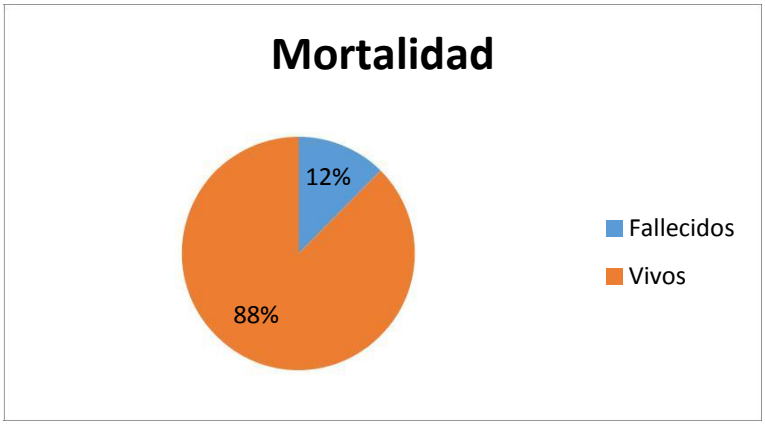
ANEXO 16: TABLA NO. 10

MORTALIDAD EN ADULTOS CON LH ATENDIDOS EN SERVICIO DE ONCO- HEMATOLOGÍA EN EL INSTITUTO SOLCA – GUAYAQUIL. 2015

Mortalidad	No. Casos	%
Fallecidos	2	15
Vivos	14	85
Total	**16**	**100**

Elaborado por: Verónica Vera

GRAFICO QUE REPRESENTA LA MORTALIDAD DE LA ENFERMEDAD.



Elaborado por Verónica Vera

Se determinó que solo una cuarta parte de los pacientes fallecieron por Linfoma de Hodgkin.

3. SOLUCIÓN PROPUESTA

Antecedentes:

El Linfoma de Hodgkin es una patología poco frecuente siendo desconocida su causa, y por la presencia de las adenopatías se necesita un estudio de biopsia y otros exámenes complementarios para llegar a un pronto diagnóstico y por lo tanto a un inicio terapéutico inmediato.

Problema:

Es conocido, que en muchas ocasiones, la falta de detección temprana, desconocimiento de la enfermedad vs. Sintomatología, falta de atención preventiva y seguimiento médico, provoca que el diagnostico en ocasiones se realice de forma tardía ya en casos con enfermedad avanzada.

Objetivo general:

Disminuir la morbimortalidad en pacientes que asisten al servicio de Onco-Hematología en el ION Solca.

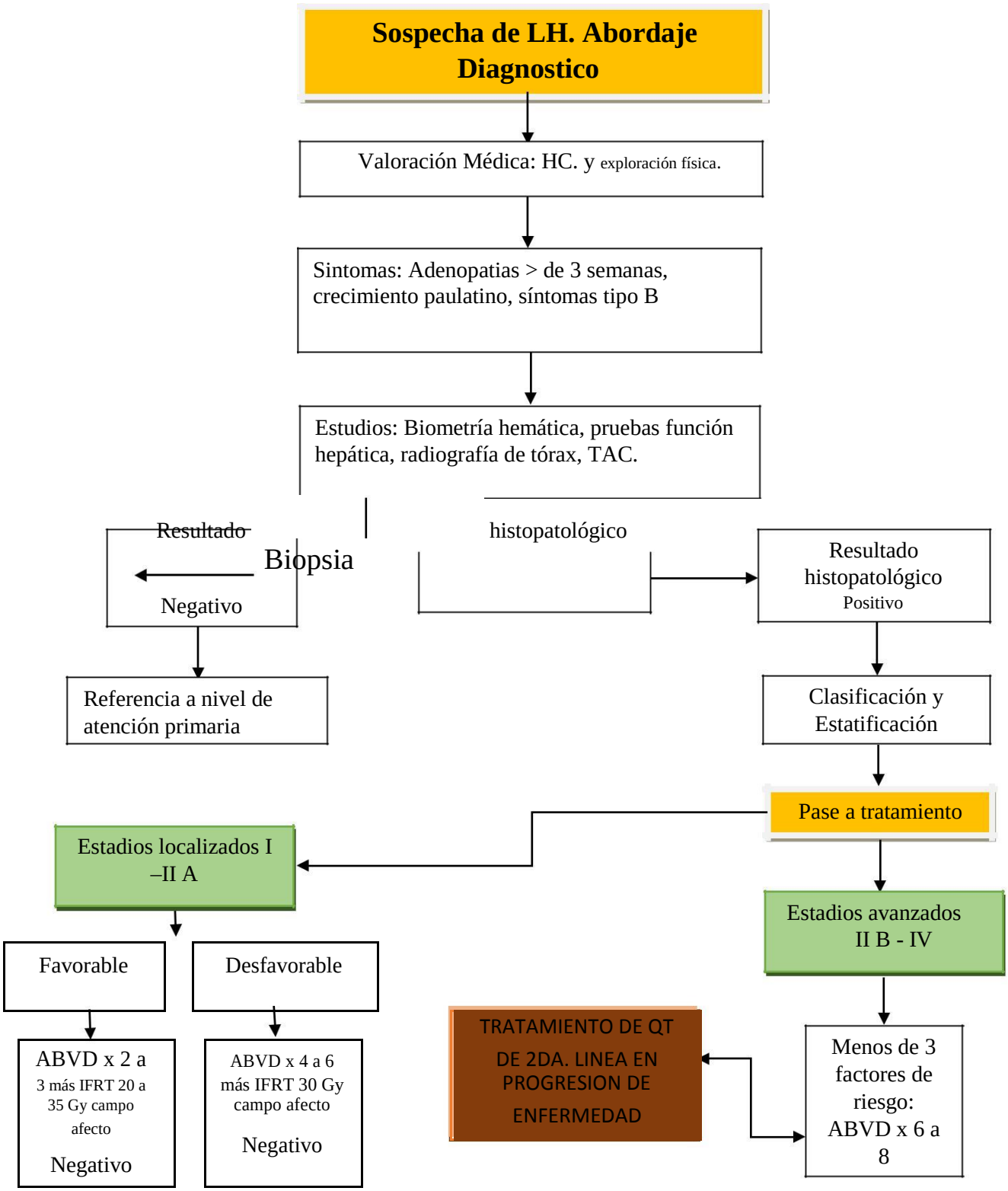
Objetivo específico:

Establecer un Algoritmo diagnostico terapéutico en el servicio de Onco-Hematología en el ION Solca.

Crear unos lineamientos de un plan de intervención con base bioética.

Es factible la realización de este algoritmo, puesto que a través de los referentes teóricos y metodológicos permite la orientación al Equipo de Salud para el diagnóstico temprano de Enfermedad de Hodgkin, siendo viable su ejecución ya que no requiere de recursos económicos y se cuenta con el conocimiento pertinente para la ejecución del mismo.

ANEXO 17: ALGORITMO DE DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO DEL LINFOMA DE HODGKIN.



Elaborado por: Verónica Vera

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS
CENTRO DE CÓMPUTO

A QUIEN INTERESE

Certifico que la **DRA. VERÓNICA DEL ROCÍO VERA JURADO**, ha presentado el Proyecto de trabajo: **"ENFERMEDAD DE HODGKIN DIAGNÓSTICO TEMPRANO Y TARDÍO EN PACIENTES ADULTOS Y SU IMPACTO EN EL TRATAMIENTO. ALGORITMO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO"**, con el fin de someterse a revisión previo a la obtención del **Grado de ESPECIALISTA EN ONCO-HEMATOLOGÍA**, la misma que ingresó al proceso de revisión de documentos, dando el siguiente resultado: La valoración de los contenidos emitidos por el **SISTEMA PLAGSCAN** refleja un **4.0 %** de similitud o coincidencias con otros trabajos. En el análisis se aplicaron los criterios de valoración establecidos y Directrices para la asignación, distribución y operación de la herramienta de prevención de coincidencias y/o plagio académico por la SENESCYT, correspondientes al criterio 4.2.2.- Criterios de valoración del porcentaje de similitud o plagio, en donde indica que: 1 a 10% no se considera plagio intencional, se puede omitir el reporte y pasar a calificación de trabajo de titulación y trabajos de Facultad.

Guayaquil 29 de abril del 2016

Atentamente,

29 Ab/16.

M.Sc. JORGE CAMPOVERDE MORI
DIRECTOR DEL CENTRO DE CÓMPUTO
FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS

Resultados del Análisis de los plagios del 2016-04-29 13:48 UTC

319 resultados de 60 fuentes, de ellos 60 fuentes son en línea.

Nivel del plagio: 4.0%/11.4%

- [0] (37 resultados, 2.1%/4.7%) de tumortratamiento.blogspot.com/feeds/posts/default
- [1] (21 resultados, 1.1%/2.9%) de docplayer.es/775997-Linfoma-de-hodgkin-zach-sobreviviente-de-linfor
- [2] (19 resultados, 1.1%/2.5%) de www.slideshare.net/doctorcitagea/unidad-...elle-vilar-zaldivar-silvia-eler
- [3] (19 resultados, 0.3%/1.6%) de documents.mx/documents/manual-cirugia-puc.html
- [4] (15 resultados, 0.1%/1.3%) de www.cigna.com/healthwellness/hw-en-espan...oma-de-hodgkin-infantil-
- [5] (16 resultados, 0.4%/1.5%) de www.enfermedadhodgkin.blogspot.com.ar/
- [6] (15 resultados, 0.1%/1.3%) de www.cancer.gov/espanol/tipos/linfoma/pro/tratamiento-hodgkin-infantil-
- [7] (12 resultados, 0.8%/1.3%) de www.seom.org/en/informacion-sobre-el-can...nfomas-y-mieloma/linfom
  (+ 1 documento con coincidencias exactas)
- [9] (15 resultados, 0.2%/1.3%) de www.cancer.gov/espanol/tipos/linfoma/pro/tratamiento-hodgkin-adultos
- [10] (14 resultados, 0.2%/1.1%) de www.cigna.com/healthwellness/hw-en-espan...a-de-hodgkin-en-adultc
- [11] (8 resultados, 0.3%/1.1%) de https://www.facebook.com/permalink.php?id=111212115580966&story_
- [12] (12 resultados, 0.2%/1.0%) de mauriciolema.webhost4life.com/ConferenciasMLM/page2/page31/files
- [13] (8 resultados, 0.0%1.0%) de https://www.saludmedica.com/tema/linfoma-de-hodgkin
- [14] (8 resultados, 0.2%/0.8%) de www.slideshare.net/tatianavalarezoguaman/linfoma-tipos-y-enfermada
- [15] (6 resultados, 0.2%/0.5%) de seom.org/seomcms/images/stories/recursos...es/zaragoza/congreso_s
- [16] (7 resultados, 0.1%/0.6%) de biblioteca.ucm.es/tesis/med/ucm-t26277.pdf
- [17] (4 resultados, 0.4%/0.5%) de https://www.clinicadam.com/salud/5/000580.html
- [18] (6 resultados, 0.3%/0.4%) de https://es.scribd.com/doc/302652011/Linfomas-de-Hodgkin-y-No-Hodgl
- [19] (5 resultados, 0.3%/0.4%) de www.researchgate.net/publication/2775572...in._Sociedad_Chilena_de_
- [20] (4 resultados, 0.0%0.3%) de apps.who.int/iris/bitstream/10665/79825/1/9789243501734_spa.pdf
- [21] (4 resultados, 0.1%/0.3%) de apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_...o=273v05nEsp.Congresoa1;
- [22] (3 resultados, 0.0%0.2%) de es.patents.com/us-6905688.html
- [23] (3 resultados, 0.1%/0.2%) de www.elsevier.es/es-revista-neurologia-29...al-sociedad-espanola-neuro
- [24] (2 resultados, 0.1%/0.3%) de www.cancer.org/espanol/cancer/enfermedad...-hodgkin-what-is-what-is
- [25] (2 resultados, 0.0%0.2%) de https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/infectiousmononucleosis.h
  (+ 1 documento con coincidencias exactas)
- [27] (2 resultados, 0.1%/0.1%) de www.elsevier.es/es-revista-revista-espan...patologos-espanoles-preval
- [28] (1 resultados, 0.2%) de www.slideshare.net/MCAA891/historia-clnica-de-exodoncia
- [29] (2 resultados, 0.0%0.2%) de https://www.mutual.cl/Portals/0/mspreven...IA_TRABAJADORES_EXPUI
- [30] (2 resultados, 0.1%/0.2%) de www.cancer.net/es/tipos-de-cáncer/linfoma-de-hodgkin/panorama-gen
- [31] (2 resultados, 0.0%0.2%) de www.fundacionareces.es/fundacionareces/c...acionAgendaEventos.do?
- [32] (1 resultados, 0.0%0.1%) de enfermedades.saludisima.com/bronquitis/
- [33] (2 resultados, 0.0%0.1%) de loquedicelagente.com/los-sintomas-de-cancer-de-linfoma/
- [34] (1 resultados, 0.0%0.2%) de https://es.wikipedia.org/wiki/Ficha_de_trabajo
- [35] (1 resultados, 0.0%0.2%) de https://mx.answers.yahoo.com/question/index?qid=20120128120512AA
- [36] (1 resultados, 0.0%0.1%) de www.conganat.org/10congreso/trabajo.asp?id_trabajo=1953
- [37] (1 resultados, 0.0%0.1%) de es.slideshare.net/liliachong/alteraciones-digestivas
- [38] (1 resultados, 0.0%0.2%) de www.terra.com/salud/articulo/html/sal7523.htm
- [39] (2 resultados, 0.0%0.1%) de docplayer.es/3007502-6g-lqirsurolihudwlyrv-ud0dutd-ohqd-deuhud.html
- [40] (2 resultados, 0.1%/0.1%) de https://enlineabc.wordpress.com/2014/06/...ulosis-evita-resistencia-a-lo
- [41] (1 resultados, 0.0%0.1%) de foro.enfemenino.com/forum/fitness2/__f13...tactenme-no-conozco-a-na

- [x] [42] (1 resultados, 0.1%) de enfoqueblanco.blogspot.com/2016/03/opciones-en-linfoma-de-hodgkin-y-lnh (+ 2 documentos con coincidencias exactas)
- [x] [45] (1 resultados, 0.0%0.1%) de www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/info...s/cuestionario_caso_por_
- [ ] [46] (1 resultados, 0.0%0.1%) de www.cigna.com/healthwellness/hw-en-espan...erivacion-gastrica-en-y-d
- [x] [47] (1 resultados, 0.0%0.1%) de www.cancer.gov/espanol/tipos/hueso
- [x] [48] (1 resultados, 0.0%0.1%) de www.ulima.edu.pe/tags/sexualidad
- [x] [49] (1 resultados, 0.0%0.1%) de https://es.scribd.com/doc/100325171/ARTICULACION-DEL-CODO
- [x] [50] (1 resultados, 0.0%0.1%) de https://es.scribd.com/doc/162586463/Protocolo-de-Vigilancia
- [x] [51] (1 resultados, 0.0%0.1%) de https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Melo_Moreno/publications
- [ ] [52] (1 resultados, 0.0%0.1%) de https://es.scribd.com/doc/269703467/PROTOCOLOS-DE-VIGILANCIA-M
- [x] [53] (1 resultados, 0.0%0.1%) de www.youtube.com/watch?v=gbXTceAzXrI
- [x] [54] (1 resultados, 0.0%0.1%) de www.scielo.cl/pdf/rchog/v76n4/art02.pdf
- [x] [55] (1 resultados, 0.0%0.1%) de rmedica.blogspot.com/
- [x] [56] (1 resultados, 0.0%0.1%) de www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/3751/1/Histopatologia-
- [ ] [57] (1 resultados, 0.0%0.1%) de www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-057920100
- [x] [58] (1 resultados, 0.0%0.1%) de www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262011000400002&script=sci_a
- [ ] [59] (1 resultados, 0.0%0.1%) de www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-743420120

Configuración

Directiva de data: *Comparar con fuentes de internet*
Sensibilidad: *Media*
Bibliografia: *Considerar Texto*
Deteción de citas: *Sólo destacado*
Lista blanca: --

Documento analizado

==========1/29==========

RESUMEN

Linfoma de Hodgkin es una neoplasia de células B, que afecta a los ganglios linfáticos periféricos y a otros órganos. Existe una mayor predisposición en jóvenes adultos entre los 15 a 40 años y mayores de 55 años. En este estudio el objetivo general es la disminución de la morbimortalidad de esta enfermedad, a través de un diagnóstico y tratamiento precoz. El mismo se realizó en el Instituto de SOLCA –Guayaquil, se utilizó como metodología cualitativa prospectiva; se recolecto datos estadísticos de los pacientes atendidos en el Servicio de Onco – Hematología en el periodo 2015, analizándose varias categorías: sociodemográficas, clínicas, diagnóstica, terapéutica y morbimortalidad. Con los principales resultados se demuestra que la mayoría de los pacientes tuvieron un Diagnóstico Temprano, las tres cuartas partes de ellos tenían Sintomatología B y una cuarta parte iniciaron tratamiento de Quimioterapia Convencional Completa con excelente respuesta terapéutica. Como recomendación relevante se diseña un Algoritmo Diagnóstico y Terapéutico para el abordaje de esta patología.

INTRODUCCIÓN

El Linfoma de Hodgkin (LH) es un cáncer de células B que constituye casi el 11% de todos los linfomas, registrados en Estados Unidos. Se deduce que la incidencia y el número defunciones por este padecimiento en el 2016 son 8.500 y 1.120 respectivamente. Su distribución es bimodal ya que su

SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CANCER DEL ECUADOR
MATRIZ GUAYAQUIL

Junio 9 del 2016

Doctor
Guido Panchana Eguez
Jefe Dpto. Docencia e Investigación
Presente

De mis consideraciones:

Por medio de la presente me permito saludarlo, y a la vez solicitarle la revisión de historias clínicas del período 2015- 2016, para la recopilación de datos estadísticos de mi tesis titulada: "Enfermedad de Hodgkin: Diagnóstico Temprano y Tardío en Pacientes Adultos y su Impacto en el Tratamiento. ALgorritmo Diagnóstico y Terapéutico", para la obtención de mi título de especialidad Onco-Hematología, siendo tutorizada en nuestra institución por la Dra. Glenda Ramos Martínez Jefe del Departamento Clínico.

Por la atención que le brinde al presente, me suscribo de usted.

Atentamente,

Dra. Glenda Ramos Martínez
Jefe Dpto. Clínico
Tutor de la Institución

Dra. Verónica Vera Jurado
Solicitante

Dr. Guido Panchana Eguez
Jefe Dpto. Docencia