



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

**“LINFOMA NO HODGKIN INTESTINAL COMO CAUSA DE
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico.

Autora: Escobar López Gabriela Silvana

Tutor: Dr. Yépez Yerovi Fabián Eduardo

Ambato – Ecuador

Octubre 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“LINFOMA NO HODGKIN INTESTINAL COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL” de Escobar López Gabriela Silvana estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, septiembre del 2016

EL TUTOR

.....

Dr. Yépez Yerovi, Fabián Eduardo

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación “**LINFOMA NO HODGKIN INTESTINAL COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, septiembre del 2016

LA AUTORA

.....
Escobar López, Gabriela Silvana

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este caso clínico o parte de él, un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi caso clínico con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este caso clínico, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando ésta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, septiembre del 2016

LA AUTORA

.....
Escobar López, Gabriela Silvana

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“LINFOMA NO HODGKIN INTESTINAL COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL”** de Escobar López Gabriela Silvana, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Octubre del 2016

Para constancia firman

PRESIDENTE

A 1er VOCAL

2do VOCAL

DEDICATORIA

A mi madre Pilar

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi padre Paco.

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A mis maestros.

Por su gran apoyo y motivación para la elaboración de este caso clínico; por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional, en especial al Dr. Fabián Yépez y Dr. Jorge Morales.

A mis amigos.

Que han sido un apoyo constante a lo largo de nuestra carrera; Verónica Moreno y Ana Gavilema.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, a la Universidad Técnica de Ambato, ya que las oportunidades que me ha brindado son incomparables. Además, me ha permitido tener experiencias y oportunidades que no las hubiera imaginado.

Debo agradecer de manera especial y sincera al Profesor Dr. Fabián Yépez por permitirme realizar bajo su dirección el caso clínico. Su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo del caso, sino también en mi formación como profesional.

A mi familia que me brinda su apoyo incondicional y me da la alegría y fuerza necesaria para seguir adelante.

Escobar López, Gabriela Silvana

ÍNDICE GENERAL

APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
RESUMEN	x
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	3
2.1. OBJETIVO GENERAL	3
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	3
III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN	4
3.1 Recopilación de información disponible.....	4
3.2 Recopilación de información disponible.....	4
IV. DESARROLLO	5
4.1 DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO	5
DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DEL CASO	7
4.2 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO:	22
4.2.1 RIESGO BIOLÓGICO:	22
4.2.2 MEDIO AMBIENTE	26
4.2.3 ESTILO DE VIDA	26
4.3 ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD	27
4.3.1 OPORTUNIDAD EN LA SOLICITUD DE LA CONSULTA:	27

4.3.2 ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD	27
4.3.3 CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN	28
4.3.4 OPORTUNIDADES EN LA REMISIÓN.....	29
4.3.5 TRAMITES ADMINISTRATIVOS.....	29
4.4 IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS	29
4.5 CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA	31
4.6 PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO	32
V. CONCLUSIONES.....	35
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
LINKOGRAFÍA	36
Referencias.....	36
VII. ANEXOS.....	39

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

**“LINFOMA NO HODGKIN INTESTINAL COMO CAUSA DE
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL”**

Autor: Escobar López, Gabriela Silvana

Tutor: Dr. Yépez Yerovi, Fabián Eduardo

Fecha: Septiembre 2016

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente sexo femenino, de 31 años de edad, con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial hace 4 meses sin tratamiento, con antecedentes patológicos familiares; hermana fallecida hace 3 meses con cáncer gástrico y lupus eritematoso sistémico; y madre hipertensa.

La paciente acude al servicio de emergencia con cuadro de dolor abdominal de un mes de evolución, el cual se intensifica hace 24 horas, ubicado en epigastrio, tipo cólico de gran intensidad que se irradia a flanco y fosa iliaca derecha, acompañado vomito de contenido alimentario por tres ocasiones y distensión abdominal, además refiere estreñimiento hace una semana.

En la revisión de aparatos y sistemas al interrogarla encontramos astenia y heces finas hace un mes aproximadamente, y pérdida de peso de 10 kg hace 8 meses.

Al examen físico paciente despierta, orientada, álgida, afebril, hidratada. Abdomen globoso, suave depresible doloroso a la palpación en epigastrio y fosa iliaca derecha, Mac Burney y Blumberg positivo.

En los exámenes de laboratorio llama la atención una hemoglobina de 6.9 g/dL y un hematocrito de 24.4%, MCV 54,4, MCH 15.4 y MCHC de 28.3.

Se decide el ingreso al servicio de cirugía con un diagnóstico de abdomen agudo y se realiza laparotomía exploratoria, en la cual se halla masa tumoral a nivel de íleon terminal a 45 cm de válvula iliocecal que ocluye la luz intestinal de 10 por 12 cm, además divertículo ileal a 50 cm de válvula iliocecal.

Se realiza resección del divertículo y tumor con criterio oncológico, con anastomosis termino terminal, y se envía muestra para examen histopatológico; el cual reporta linfoma intestinal no Hodgkin.

PALABRAS CLAVE: OBSTRUCCIÓN INTESTINAL, LINFOMA NO HODGKIN, LAPAROTOMÍA.

"AS INTESTINAL NON-HODGKIN LYMPHOMA CAUSE OF INTESTINAL OBSTRUCTION"

Author: Escobar López, Gabriela Silvana

Tutor: Dr. Yépez Yerovi, Fabian Eduardo

Date: September 2016

SUMMARY

For female patient, 31 years old, with personal pathological history of hypertension 4 months without treatment, family medical history is presented; deceased sister 3 months ago with gastric cancer and systemic lupus erythematosus; and hypertensive mother.

Patient comes to the emergency room with abdominal pain of a month of evolution, which intensifies 24 hours, located in epigastric cramping of great intensity that radiates flank and right iliac fossa, accompanied vomited food content three times and abdominal distention, constipation also relates a week ago.

In the review of instruments and systems are asthenia and fine lees for about a month, weight loss of 10 kg 8 months ago.

The patient consents physical examination oriented, algid, afebrile, hydrated. Abdomen globose, soft painful epigastric tenderness and right iliac fossa, Mac Burney and positive Bloomberg depressible.

In laboratory tests striking a hemoglobin of 6.9 g / dL and a hematocrit of 24.4%, 54.4 MCV, MCH MCHC 15.4 and 28.3.

The entry into service of surgery is decided with a diagnosis of acute abdomen and exploratory laparotomy was performed, in which tumor mass is at the level of terminal ileum 45 cm of ileocecal valve occluding the intestinal lumen 10 by 12 cm. And diverticulum ileal 50 cm of ileocecal valve.

Diverticulum and tumor resection is performed with oncologic criteria with terminal end anastomosis, and sample is sent for histopathological examination; which reports intestinal non-Hodgkin lymphom

KEYWORDS: BOWEL OBSTRUCTION, NON-HODGKIN LYMPHOMA, LAPAROTOMY.

I. INTRODUCCIÓN

El abdomen agudo se define como un síndrome caracterizado por dolor abdominal de instalación aguda, progresivo y potencialmente mortal; que ocasiona alteraciones locales y sistémicas que dependen de la etiología y su etapa evolutiva, por lo tanto, requieren de un diagnóstico y tratamiento oportunos y resolutivos en forma inmediata. (1).

Este se clasifica en:

1. Síndromes Inflamatorio Visceral
2. Síndrome Obstructivo
3. Síndrome Hemorrágico
4. Síndrome Mixto o Indefinido

El abdomen agudo obstructivo es un cuadro clínico-quirúrgico, cuya característica principal es la detención del tránsito intestinal, y puede ser mecánico o funcional.

La obstrucción mecánica del intestino delgado es el trastorno quirúrgico que se encuentra con mayor frecuencia en esta parte del cuerpo. Aunque este trastorno tiene causas muy diversas, las adherencias intra abdominales causadas por intervenciones quirúrgicas previas representan el 75% de los casos de obstrucción del intestino delgado, y tenemos causas menos frecuentes como: hernias, enfermedad de Crohn, invasión por neoplasias, entre otras. Dentro de la etiología infrecuente está el linfoma intestinal no Hodgkin, el cual es el tema del caso que se presenta.

El linfoma intestinal es un tumor de estirpe linfoide que afecta de manera exclusiva o primaria al tubo digestivo, sin prejuzgar su origen o extensión. Este término se aplica sólo a los linfomas no Hodgkinianos. Queda excluido de este epígrafe el linfoma de Hodgkin, ya que presenta características propias independientes de su localización y que es excepcionalmente escaso en el tubo digestivo. También se excluyen aquellos

casos en los que el intestino queda afectado de manera secundaria en el curso de un linfoma de otro origen.

Los linfomas intestinales afectan principalmente al intestino delgado, donde se localizan en un 65-75% de los casos. La distribución anatómica se relaciona en parte con el tipo de tumor.

Los linfomas MALT B (del inglés mucosa associated lymphoid tissue), son más frecuentes en el intestino delgado terminal, y los asociados a enfermedad celíaca y enfermedad inmunoproliferativa del intestino delgado (EIPID) prefieren localizaciones más proximales. Los linfomas intestinales pueden ser localizados o difusos, y son multicéntricos en aproximadamente el 20% de los casos.

La presentación clínica depende obviamente de la localización y del tipo. En general, los síntomas B son escasos y aparecen en enfermedad de alto grado, con extensión ganglionar y afectación medular.

Los linfomas MALT de intestino delgado se presentan con más frecuencia como cuadros suboclusivos u oclusivos o como síndrome general. La perforación como primera presentación es posible, pero es más frecuente observarla en el curso de la evolución.

La visión clásica del tratamiento de los linfomas intestinales ha sido predominantemente quirúrgica. No obstante, en el momento actual, el abordaje terapéutico sobrepasa en mucho a la mera escisión seguida de terapia de consolidación, y es obligado que el tratamiento sea multidisciplinario. (2)

La motivación para realizar el análisis de este caso clínico es la forma de presentación de la patología, además llama la atención el diagnóstico que se da en emergencia de la casa de salud donde fue atendida. Otro aspecto importante a tomar en cuenta es la rareza de la enfermedad.

II. OBJETIVOS

2.1.OBJETIVO GENERAL

- ✓ Analizar el cuadro clínico, diagnóstico y manejo del abdomen agudo obstructivo causado por un linfoma intestinal no Hodgkin.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar factores de riesgo para el desarrollo de linfoma no Hodgkin intestinal.
- ✓ Enunciar la epidemiología de linfoma no Hodgkin intestinal.
- ✓ Comparar el manejo y tratamiento de la literatura con el que se realizó en el caso.

III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN.

3.1 Recopilación de información disponible

La información que se requiere para el análisis de caso clínico fue obtenida de la historia clínica de la paciente, disponible en el hospital Provincial Docente Ambato, la cual fue analizada de forma detallada y permitió obtener varios datos de los cuales destacan: factores de riesgo, estilos de vida los cuales se obtuvieron de la nota de ingreso y hoja de emergencia. Para identificar el proceso por el que paso la paciente se utilizó las hojas de evolución, interconsultas, prescripciones médicas y exámenes tanto de imagen como de laboratorio.

El protocolo de operación permitió obtener datos del procedimiento quirúrgico y los hallazgos que se encontraron, además de la nota post quirúrgica y prescripción se obtuvo el posterior manejo que se le dio a la paciente.

3.2 Recopilación de información disponible

La recopilación de información no disponible se logró mediante entrevista directa a la paciente y familiares (madre y hermana), lo cual permitió aclarar varias dudas sobre todo de la forma de inicio del cuadro, antecedentes patológicos personales y familiares, así como hábitos y condición socioeconómica.

La bibliografía se obtuvo de artículos de revisión, guías y protocolos de manejo, revistas médicas, metaanálisis.

IV. DESARROLLO

4.1 DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

25/10/15

Paciente de 31 años, sexo femenino, afroecuatoriana, soltera, nacida el 7 de julio de 1984, en Santo Domingo y residente en Ambato hace 2 años, ocupación comerciante de mariscos, instrucción secundaria incompleta (cuarto curso), religión testigo de jehová, y el grupo sanguíneo se desconoce.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES (APP)

HIPERTENSIÓN ARTERIAL: Diagnosticada hace 4 meses sin tratamiento.

ANTECEDENTES GINECO - OBSTÉTRICOS

- ✓ Menarquia: 13 años
- ✓ Inicio de vida sexual activa: 17 años
- ✓ Enfermedades de transmisión sexual: no refiere
- ✓ Parejas sexuales: 4
- ✓ Pap test: normal hace 3 años.
- ✓ Fecha de última menstruación (FUM): 25/10 /15
- ✓ Ciclos menstruales: regulares cada 30 días.
- ✓ Gestas: 2
- ✓ Partos: 0
- ✓ Cesáreas: 2
- ✓ 1.- hace 3 años 8 meses por desproporción céfalo pélvica: femenino
- ✓ 2.- hace 2 años 4 meses por cesárea anterior: femenino.
- ✓ Hijos vivos: 2

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES (APF)

- ✓ Hermana: fallecida hace 3 meses con lupus eritematoso sistémico (LES) y Ca de estomago
- ✓ Madre: Hipertensión Arterial
- ✓ Padre: Hiperplasia prostática benigna.

HÁBITOS:

- ✓ Alimentación: Tres veces al día
- ✓ Micción: 5 veces al día
- ✓ Defecación: 1 vez al día
- ✓ Tabaco: no
- ✓ Alcohol: no
- ✓ Drogas: no

ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS

La paciente vive en un departamento prestado que cuenta con los servicios básicos: luz y agua potable, en el cual habitan 6 personas, tiene 2 habitaciones. Nivel socio económico bajo.

MOTIVO DE CONSULTA: Dolor abdominal

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente refiere que desde hace 1 mes presenta dolor abdominal tipo cólico ubicado en epigastrio el cual de irradia a flanco y fosa iliaca derecha, de leve intensidad, el cuadro se acompaña de nausea que llega al vomito 1 vez al día de contenido liquido escaso, color amarillento y constipación hace una semana.

Hace 24 horas aproximadamente el dolor abdominal se intensifica acompañándose de distención abdominal, y nausea que llega al vomito por 3 ocasiones liquido amarillento.

REVISIÓN DE APARATOS Y SISTEMAS:

- ✓ Astenia: hace aproximadamente 1 mes.
- ✓ Deposición: heces finas en poca cantidad hace 1 mes.
- ✓ Palidez: hace 6 meses aproximadamente.
- ✓ Pérdida de peso: Aproximadamente 10 Kg en 8 meses.

DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DEL CASO

INGRESO A EMERGENCIA

25/10/15 19:00

INFORMACIÓN HOJA 08

Antecedentes personales y familiares: FUM 25/10/2015

Enfermedad actual: Paciente acude porque hace más o menos 48 horas presenta dolor abdominal de moderada intensidad, localizado en fosa iliaca derecha, acompañado de vomito por dos ocasiones.

Signos vitales:

- ✓ Presión arterial: 110/70 mm Hg
- ✓ Frecuencia cardiaca: 72 lpm
- ✓ Frecuencia respiratoria: 26 rpm
- ✓ Temperatura axilar: 36.5
- ✓ Peso: 68 kg
- ✓ IMC: 30
- ✓ Escala de Glasgow: 15/15

Examen Físico: Vigil, orientada, afebril, hidratada, cardiopulmonar normal, abdomen suave depresible, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha, Mc Burney positivo.

- ✓ Solicitud de exámenes: BHCG negativa
- ✓ Diagnóstico de ingreso de Emergencia: Apendicitis aguda
- ✓ Plan de tratamiento: Ingreso a cirugía
- ✓ Medicamentos:
 - Lactato Ringer 1000cc IV cada 8 horas
 - Tramadol 50 mg IV lento y diluido STAT.
 - Ampicilina + Sulbactam 3gr IV STAT

BIOMETRÍA HEMÁTICA	
25/10/2015	
LEUCOCITOS	6.06
NEUTRÓFILOS	70.7 %
LINFOCITOS	23.2 %
EOSINÓFILOS	1.5 %
BASÓFILOS	0.1 %
MONOCITOS	4.5 %
ERITROCITOS	4.49
HEMOGLOBINA	6.9 g/dl
HEMATOCRITO	24.4 %
VCM	54.4 fl
HVM	15.4 pg
CHCM	28.3 g/dl
PLAQUETAS	3520000

TIEMPOS DE COAGULACIÓN	
25/10/2015	
TP	11 SEGUNDOS
TTP	27 SEGUNDOS
IRN	1.03

QUÍMICA SANGUÍNEA	
25/10/2015	
UREA	13.2 mg/dl
GLUCOSA	85.6 mg/dl
CREATININA	0.99 mg/dl
BUN	6

NOTA DE INGRESO A CIRUGÍA

25/10/15 15:00

Paciente de 31 años de edad, nacida en Santo Domingo y residente en Ambato, escolaridad primaria completa, soltera, comerciante.

APP: dolor abdominal de larga data.

APF: no refiere

Motivo de consulta: dolor abdominal

Enfermedad Actual: Paciente con cuadro de dolor abdominal de más o menos 24 horas de evolución, tipo cólico de gran intensidad.

Examen físico: Paciente vigil, consiente, orientada, afebril, doloroso a la palpación en epigastrio y fosa iliaca.

EMO: negativo

BH: 6000 leucocitos

Mc Burney (+)

Impresión diagnóstica: Abdomen agudo inflamatorio

PROTOCOLO DE OPERACIÓN

- ✓ Servicio: Cirugía
- ✓ Sala: Recuperación

Diagnósticos

- ✓ Pre-operatorio: Abdomen agudo
- ✓ Post-operatorio: abdomen agudo obstructivo+ tumor de ilion + divertículo ileal.

Operación:

- ✓ Proyectada: Laparotomía exploratoria (Emergencia)
- ✓ Realizada: Laparotomía exploratoria + resección de tumor y divertículo + anastomosis termino terminal.

Fecha de Operación: 25/10/2015

Hora de inicio: 22:45

Hora de terminación: 01:20

Tipo de anestesia: general

DIÉRESIS: Supra e infra umbilical medio

EXPOSICIÓN: Manual e instrumental

EXPOSICIÓN Y HALLAZGOS QUIRÚRGICOS

- Líquido inflamatorio de más o menos 300 CC.
- Masa tumoral a nivel de ileo terminal a 45 cm de la válvula iliocecal, que ocluye la luz intestinal de 12 por 10 cm, dura de bordes irregulares.
- Divertículo ileal a 50 cm de la válvula iliocecal.
- Presencia de adenopatías a nivel de mesenterio
- Presencia de adherencias en epiplón.
- Apéndice de características normales.

PROCEDIMIENTO OPERATORIO

- a) Asepsia y antisepsia.
- b) Colocación de campos estériles.
- c) Diéresis descrita.
- d) Profundización de la misma hasta planos profundos.
- e) Inspección manual de cavidad abdominal + hallazgo casual de masa tumoral a nivel de ileo.
- f) Clampeo de asa intestinal con delimitación de seguridad de 15 cm hacia proximal y 15 cm hacia distal de masa tumoral.
- g) Pinzamiento, sección y ligadura de ramos arteriales a nivel de mesenterio.
- h) Conformación de anastomosis intestinal termino terminal en 2 planos.
- i) Comprobación mediante maniobra manual de integridad de anastomosis.
- j) Rafia del mesenterio.
- k) Apendicectomía incidental.
- l) Lavado de cavidad abdominal.
- m) Inspección de útero y anexos.
- n) Cierre por planos.

SÍNTESIS: Por planos.

COMPLICACIONES DEL ACTO OPERATORIO: Ninguno

EXAMEN HISTOPATOLÓGICO: Si 2 muestras

- 1) Masa tumoral + divertículo
- 2) Apéndice

NOTA POSQUIRÚRGICA

26/10/15 1:45

Diagnósticos Pre-operatorio: Abdomen agudo

Diagnóstico Post-operatorio: abdomen agudo obstructivo + tumor de íleon + divertículo ileal.

Incisión: Media supra e infra umbilical

Procedimiento: Laparotomía exploratoria + resección de tumor y divertículo + anastomosis termino terminal.

Hallazgos:

- ✓ Líquido inflamatorio de más o menos 300 CC.
- ✓ Masa tumoral a nivel de íleo terminal a 45 cm de la válvula ileocecal, que ocluye la luz intestinal de 12 por 10 cm, dura de bordes irregulares.
- ✓ Divertículo ileal a 50 cm de la válvula ileocecal.
- ✓ Presencia de adenopatías a nivel de mesenterio
- ✓ Presencia de adherencias en epiplón.
- ✓ Apéndice de características normales.

Indicaciones:

- ✓ Nada por vía oral
- ✓ Control de signos vitales
- ✓ Control de ingesta excreta
- ✓ Lactato Ringer 1000 cc IV cada 8 horas
- ✓ Ampicilina + Sulbactam 1.5 g IV cada 6 horas
- ✓ Tramadol 100 mg IV lento y diluido cada 8 horas
- ✓ Sulfato de magnesio 1 ampolla IV cada día (QD)
- ✓ Gluconato de calcio 1 ampolla IV QD
- ✓ Complejo 3 cc IV QD
- ✓ Omeprazol 40 mg IV QD
- ✓ Biometría hemática de control a las 6 horas.

BIOMETRÍA HEMÁTICA	
25/10/2015	
LEUCOCITOS	6.06
NEUTRÓFILOS	70.7 %
LINFOCITOS	23.2 %
EOSINÓFILOS	1.5 %
BASÓFILOS	0.1 %
MONOCITOS	4.5 %
ERITROCITOS	4.49
HEMOGLOBINA	6.9 g/dl
HEMATOCRITO	24.4 %
VCM	54.4 fl
HVM	15.4 pg
CHCM	28.3 g/dl
PLAQUETAS	3520000

QUÍMICA SANGUÍNEA	
28/10/2015	
UREA	23.8 mg/dl
GLUCOSA	85.6 mg/dl
CREATININA	0.89 mg/dl
BUN	11
ACIDO URICO	5.5 mg/dl
TGO	12.2 U/L
TGP	8.4 U/L
CALCIO	7.17
SODIO	132 mg/dl
POTASIO	3.93 mg/dl
CLORO	96.3 mg/dl

BIOMETRÍA HEMÁTICA	
01/11/2015	
LEUCOCITOS	6.25
NEUTRÓFILOS	66.8 %
LINFOCITOS	25.4 %
EOSINÓFILOS	2.4 %
BASÓFILOS	0.1 %
MONOCITOS	5.3 %
ERITROCITOS	4.28
HEMOGLOBINA	6.9 g/dl
HEMATOCRITO	23.9 %
VCM	55.8 fl
HVM	16.1 pg
CHCM	28.9 g/dl
PLAQUETAS	277000

EVOLUCIONES

27/10/2015

S: Paciente refiere dolor en mesogastrio.

O: Abdomen suave depresible leve dolor en herida quirúrgica, apósitos secos.

A: paciente en regulares condiciones

P: indicaciones

Indicaciones:

- 1) Nada por vía oral 2/3
- 2) Control de signos vitales
- 3) Control de ingesta excreta
- 4) Lactato Ringer 1000 cc pasar 125 cc/hora

- 5) Ampicilina + Sulbactam 1.5 g IV cada 6/horas (1)
- 6) Tramadol 50 mg IV lento y diluido con solución salina al 0.9 % pasar en 30 minutos cada 8 horas.
- 7) Metoclopramida 10 mg IV cada 8 horas
- 8) Ácido ascórbico 1 g IV cada 12 horas
- 9) Sulfato de magnesio 1 ampolla IV cada día
- 10) Gluconato de calcio 1 ampolla IV cada día.
- 11) Complejo B 3 cc IV cada día
- 12) Omeprazol 40 mg IV cada día
- 13) Pendiente resultado de biometría hemática.

28/10/2015

S: Paciente asintomática al momento.

O: Abdomen suave depresible leve dolor a nivel de herida quirúrgica, apósitos secos.

A: paciente en regulares condiciones

P: indicaciones

Indicaciones:

- 1) Nada por vía oral 3/3
- 2) Control de signos vitales
- 3) Control de ingesta excreta
- 4) Lactato Ringer 1000 cc pasar 125 cc/hora
- 5) Ampicilina + Sulbactam 1.5 g IV cada 6/horas (2)
- 6) Tramadol 50 mg IV lento y diluido con solución salina al 0.9 % pasar en 30 minutos cada 8 horas.
- 7) Metoclopramida 10 mg IV cada 8 horas
- 8) Ácido ascórbico 1 g IV cada 12 horas
- 9) Sulfato de magnesio 1 ampolla IV cada día
- 10) Gluconato de calcio 1 ampolla IV cada día.
- 11) Complejo B 3 cc IV cada día
- 12) Omeprazol 40 mg IV cada día

- 13) Dextrosa en agua al 5 % 1000 cc + 20 cc de cloruro de sodio + 10 cc de cloruro de potasio pasar 100 ml hora.
- 14) Química sanguínea y biometría hemática de control.
- 15) Retirar apósitos de herida quirúrgica.
- 16) Curación cada día y PRN.
- 17) Interconsulta a hematología
- 18) Novedades

30/10/2015

S: Paciente no refiere molestias.

O: Paciente pálida, Abdomen presencia de herida de más o menos 15 cm supra e infra umbilical, con salida de líquido serohemático en moderada cantidad, ruidos hidroaéreos presentes.

A: paciente en regulares condiciones

P: indicaciones

Indicaciones:

- 1) Dieta líquida
- 2) Control de signos vitales
- 3) Ampicilina + Sulbactam 1.5 g IV cada 6/horas (2)
- 4) Tramadol 50 mg IV lento y diluido con solución salina al 0.9 % pasar en 30 minutos cada 8 horas.
- 5) Metoclopramida 10 mg IV cada 8 horas
- 6) Ácido ascórbico 1 g IV cada 12 horas
- 7) Sulfato de magnesio 1 ampolla IV cada día
- 8) Gluconato de calcio 1 ampolla IV cada día.
- 9) Complejo B 3 cc IV cada día
- 10) Omeprazol 40 mg IV cada día
- 11) Dextrosa en agua al 5 % 1000 cc + 20 cc de cloruro de sodio + 10 cc de cloruro de potasio pasar 100 ml hora.
- 12) Curación de herida quirúrgica cada día y PRN.

13) Pendiente interconsulta a hematología.

31/10/2015

S: Paciente refiere que no realiza la deposición.

O: Abdomen presencia de herida de más o menos 15 cm supra e infra umbilical, con secreción escasa, ruidos hidroaéreos presentes, leve dolor a la palpación.

A: paciente en regulares condiciones

P: indicaciones de cirugía y hematología

Indicaciones:

1. Dieta líquida
2. Control de signos vitales
3. Ampicilina + Sulbactam 1.5 g IV cada 6/horas (2)
4. Tramadol 50 mg IV lento y diluido con solución salina al 0.9 % pasar en 30 minutos cada 8 horas.
5. Metoclopramida 10 mg IV cada 8 horas
6. Ácido ascórbico 1 g IV cada 12 horas
7. Sulfato de magnesio 1 ampolla IV cada día
8. Gluconato de calcio 1 ampolla IV cada día.
9. Complejo B 3 cc IV cada día
10. Omeprazol 40 mg IV cada día
11. Dextrosa en agua al 5 % 1000 cc + 20 cc de cloruro de sodio + 10 cc de cloruro de potasio pasar 100 ml hora.
12. Curación de herida quirúrgica cada día y PRN.
13. Indicaciones de hematología
 - Solución Salina 0.9 % 250 cc + Fe sacarosa 300 mg IV pasar en 2 horas cada 2 días (2/5).
 - Eritropoyetina 2000 UI después de la infusión de Fe.

01/11/2015

S: Paciente refiere leve dolor a nivel de herida.

O: Abdomen suave depresible doloroso a la palpación profunda, presencia de herida de más o menos 15 cm supra e infra umbilical.

A: paciente en regulares condiciones

P: indicaciones

Indicaciones:

- 1) Dieta blanda
- 2) Control de signos vitales
- 3) Ampicilina + Sulbactam 1.5 g IV cada 6/horas (6)
- 4) Tramadol 50 mg IV lento y diluido con solución salina al 0.9 % pasar en 30 minutos cada 8 horas.
- 5) Metoclopramida 10 mg IV cada 8 horas
- 6) Ácido ascórbico 1 g IV cada 12 horas
- 7) Sulfato de magnesio 1 ampolla IV cada día
- 8) Gluconato de calcio 1 ampolla IV cada día.
- 9) Complejo B 3 cc IV cada día
- 10) Omeprazol 40 mg IV cada día
- 11) Dextrosa en agua al 5 % 1000 cc + 20 cc de cloruro de sodio + 10 cc de cloruro de potasio pasar 100 ml hora.
- 12) Curación de herida quirúrgica cada día y PRN.
- 13) Indicaciones de hematología
 - Solución Salina 0.9 % 250 cc + Fe sacarosa 300 mg IV pasar en 2 horas cada 2 días (2/5).
 - Eritropoyetina 2000 UI después de la infusión de Fe.

02/11/2015

S: Paciente no refiere molestias.

O: Abdomen suave depresible doloroso a la palpación en mesogastrio, presencia de herida de más o menos 15 cm supra e infra umbilical.

A: paciente en buenas condiciones.

P: indicaciones

Indicaciones:

1. Dieta blanda
2. Control de signos vitales
3. Ampicilina + Sulbactam 1.5 g IV cada 6/horas (6)
4. Paracetamol 500 mg PRN
5. Ibuprofeno 400 mg vía oral (VO) cada /8 horas.
6. Tramadol 50 mg IV lento y diluido con solución salina al 0.9 % pasar en 30 minutos cada 8 horas.
7. Metoclopramida 10 mg IV cada 8 horas
8. Ácido ascórbico 1 g IV cada 12 horas
9. Sulfato de magnesio 1 ampolla IV cada día
10. Gluconato de calcio 1 ampolla IV cada día.
11. Complejo B 3cc IV cada día
12. Omeprazol 40 mg IV cada día
13. Dextrosa en agua al 5 % 1000 cc + 20 cc de cloruro de sodio + 10 cc de cloruro de potasio pasar 100 ml hora.
14. Curación de herida quirúrgica cada día y PRN.
15. Química sanguínea y electrolitos.
16. Indicaciones de hematología
 - Solución Salina 0.9 % 250 cc + Fe sacarosa 300 mg IV pasar en 2 horas cada 2 días (2/5).
 - Eritropoyetina (EPO) 2000 UI después de la infusión de Fe.

03/11/2015

S: Paciente refiere 2 deposiciones.

O: Abdomen suave depresible doloroso a la palpación profunda, ruidos hidroaéreos presentes.

A: paciente en regulares condiciones

P: indicaciones

Indicaciones:

- 1) Dieta blanda
- 2) Control de signos vitales
- 3) Ampicilina + Sulbactam 1.5 g IV cada 6/horas (7)
- 4) Paracetamol 500 mg PRN
- 5) Ibuprofeno 400 mg IV VO cada /8 horas.
- 6) Lactato Ringer 1000 cc IV cada 12 horas
- 7) Metoclopramida 10 mg IV cada 8 horas
- 8) Ácido ascórbico 1 g IV cada 12 horas
- 9) Sulfato de magnesio 1 ampolla IV cada día
- 10) Gluconato de calcio 1 ampolla IV cada día.
- 11) Complejo B 3 cc IV cada día
- 12) Omeprazol 40 mg IV cada día
- 13) Curación de herida quirúrgica cada día.
- 14) Química sanguínea y electrolitos.
- 15) Indicaciones de hematología
 - Solución Salina 0.9 % 250 cc + Fe sacarosa 300 mg IV pasar en 2 horas cada 2 días (2/5).
 - Eritropoyetina 2000 UI después de la infusión de Fe.

04/11/2015

S: Paciente no refiere molestias.

O: Abdomen suave depresible doloroso a la palpación profunda, ruidos hidroaéreos presentes.

A: paciente en regulares condiciones

P: indicaciones

Indicaciones:

1. Dieta blanda
2. Control de signos vitales
3. Ampicilina + Sulbactam 1.5 g IV cada 6/horas (8)
4. Ibuprofeno 400 mg IV VO cada /8 horas.
5. Lactato Ringer 1000 cc IV cada 12 horas

6. Metoclopramida 10 mg IV cada 8 horas
7. Ácido ascórbico 1 g IV cada 12 horas
8. Sulfato de magnesio 1 ampolla IV cada día
9. Gluconato de calcio 1 ampolla IV cada día.
10. Complejo B 3 cc IV cada día
11. Omeprazol 40 mg IV cada día
12. Curación de herida quirúrgica cada día.
13. Indicaciones de hematología
 - Solución Salina 0.9 % 250 cc + Fe sacarosa 300 mg IV pasar en 2 horas cada 2 días (2/5).
 - Eritropoyetina 2000 UI después de la infusión de Fe.

05/11/2015

S: Paciente no refiere sintomatología.

O: Abdomen suave depresible no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes.

A: paciente que evoluciona de forma favorable.

P: Prealta

Indicaciones:

1. Dieta blanda
2. Control de signos vitales
3. Ampicilina + Sulbactam 1.5 g IV cada 6/horas (9)
4. Ibuprofeno 400 mg IV VO cada /8 horas.
5. Lactato Ringer 1000 cc IV cada 12 horas
6. Omeprazol 40 mg IV cada día
7. Curación de herida quirúrgica cada día.
8. Alta por hematología

06/11/2015

S: Paciente asintomatológica.

O: Abdomen suave depresible no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes, herida quirúrgica sin signos de infección.

A: paciente que evoluciona de forma favorable.

P: Alta

Indicaciones:

1) Alta por cirugía

- Control por consulta externa en un mes.
- Curación diaria de herida quirúrgica en centro de salud.
- Ibuprofeno 400 mg vía oral cada 8 horas.

06/12/2015

La paciente acude al control por consulta externa de cirugía, donde refirió que esta asintomática. La herida quirúrgica se encontraba en fase de cicatrización.

Además, entrega a cirujano el resultado del examen histopatológico el cual reporta un linfoma intestinal no Hodgkin, razón por la que facultativo decide enviar a la usuaria al hematólogo, para manejo por especialidad, pero paciente no acude.

4.2 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO:

Los cambios en el ADN relacionado con el linfoma no Hodgkin generalmente se adquieren después del nacimiento en vez de heredarse. Los cambios adquiridos pueden ser el resultado de la exposición a la radiación, a sustancias químicas que causan cáncer, o infecciones, aunque con frecuencia, estos cambios ocurren sin explicación aparente. (3)

4.2.1 RIESGO BIOLÓGICO:

Edad

En general, el envejecimiento es un fuerte factor de riesgo para desarrollar linfoma con la mayoría de los casos ocurriendo en personas de entre los 60 y 69 años de edad, o

mayores. (4) Sin embargo, algunos tipos de linfoma son más comunes en personas más jóvenes, como en el caso la paciente que tiene 31 años.

Incidencia según el sexo

En general, el riesgo de linfoma no Hodgkin es mayor en los hombres que en las mujeres, aunque existen ciertos tipos de linfoma no Hodgkin que son más comunes en las mujeres. Se desconocen las razones de este hecho.

Raza, grupo étnico, y geografía

En los Estados Unidos, las personas de raza blanca tienen más probabilidades de padecer linfoma no Hodgkin en comparación con las personas de la raza negra o las asiáticas americanas. (4)

Exposición a ciertos químicos

Algunos estudios han indicado que ciertos químicos, como el benceno y ciertos herbicidas e insecticidas (sustancias utilizadas para eliminar hierbas e insectos), pueden estar asociados con un mayor riesgo de linfoma no Hodgkin. Las investigaciones para aclarar estas posibles asociaciones todavía no han concluido.

Algunos medicamentos de quimioterapia que se utilizan para tratar otros cánceres pudieran aumentar el riesgo de linfoma no Hodgkin muchos años después. Por ejemplo, los pacientes que han recibido tratamiento contra la enfermedad de Hodgkin tienen un riesgo aumentado de padecer posteriormente linfoma no Hodgkin. No obstante, no está totalmente claro si esto está relacionado con la enfermedad en sí o si es un efecto del tratamiento. Sin embargo, la paciente no se ha expuesto a ninguno de estos productos.

Exposición a la radiación

Los estudios de sobrevivientes de las bombas atómicas y de los accidentes de reactores nucleares muestran que tienen un riesgo aumentado de diversos tipos de cáncer, incluyendo leucemia, cáncer de tiroides y linfoma no Hodgkin.

Los pacientes que hayan recibido radioterapia contra algunos otros cánceres, tal como enfermedad Hodgkin, tienen un riesgo ligeramente aumentado de padecer de linfoma no Hodgkin en etapas posteriores de sus vidas. Este riesgo es mayor en los pacientes

que reciben tanto radioterapia como quimioterapia. En el caso que se presenta la paciente niega haber estado en contacto con radiación.

Deficiencia del sistema inmunológico

Las personas con deficiencias en los sistemas inmunológicos tienen un riesgo aumentado de padecer linfoma no Hodgkin, los resultados del VIH fueron negativos, además niega consumir medicina inmunosupresora.

Enfermedades autoinmunes

Algunas enfermedades autoinmunes, tal como la artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, enfermedad de Sjogrens, esprúe celíaco entre otras, están asociadas con una tasa aumentada de linfoma no Hodgkin.

Un sistema inmunológico hiperactivo en enfermedades autoinmunes puede causar que los linfocitos crezcan y se dividan con más frecuencia de lo normal. Esto podría aumentar el riesgo de que se transformen en células de linfoma. La hermana de la paciente falleció con LES, por lo que sería importante investigar esta patología en esta paciente.

Ciertas infecciones

Algunos tipos de infecciones pueden aumentar el riesgo de linfoma no Hodgkin de maneras diferentes.

Algunos virus pueden afectar directamente al ADN de los linfocitos, lo que ayuda a transformarlos en células cancerosas. El virus del linfoma/leucemia de células T humanas (HTLV-1) y el virus de Epstein-Barr (EBV) parece funcionar de esta manera. La infección con el virus del linfoma leucemia de células T humanas (HTLV-1) aumenta el riesgo de que una persona desarrolle ciertos tipos de linfomas de células T. Este virus es más común en algunas zonas de Japón y en la región del Caribe, aunque se encuentra por todo el mundo. En los Estados Unidos, causa menos del 1% de los linfomas. El HTLV-1 se propaga por contacto sexual, por sangre contaminada, y se les puede transmitir a los niños a través de la leche materna de madres infectadas. (4)

La infección con el virus de Epstein-Barr es un factor de riesgo importante para el linfoma Burkitt en áreas de África donde este tipo de linfoma es común. En países

desarrollados, como los Estados Unidos, el virus de Epstein-Barr se asocia con más frecuencia a linfomas en pacientes también infectados con HIV, el virus que causa el SIDA. También ha sido asociado con el desarrollo de linfoma extranodal de células T asesinas naturales de tipo nasal, granulomatosis linfomatoide (una forma de linfoma de células B) y trastornos linfoproliferativos posteriores. (5)

El virus herpes humano tipo 8 también puede infectar a los linfocitos, causando un tipo de linfoma poco común llamado linfoma de efusión primaria. Este linfoma se presenta con más frecuencia en pacientes que han sido infectados con VIH . La infección con el HHV8 también está vinculada con otro cáncer, el sarcoma Kaposi. Por esta razón, el otro nombre que se le da a este virus es virus del herpes asociado con el sarcoma de Kaposi (KSHV). Estas patologías por lo general pasan desapercibidas por lo que es muy complicado asociarlo o no como un factor de riesgo.

Infecciones que debilitan el sistema inmunológico

La infección por el VIH es un factor de riesgo para ciertos tipos de linfoma no Hodgkin, tal como linfoma Burkitt y el linfoma difuso de células B grandes. Sin embargo, este no es un factor de riesgo para la paciente ya que es VIH negativo. (4) (5)

Infecciones que causan estimulación inmune crónica

Algunas infecciones prolongadas pueden aumentar el riesgo de una persona de padecer linfoma al forzar al sistema inmunológico de una persona a estar constantemente activado. A medida que se producen más linfocitos para combatir la infección, existe una probabilidad mayor de que ocurran errores genéticos, lo que pudiera llevar a linfoma.

Un tipo de bacteria, el *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), también ha sido relacionada con linfomas de tejido linfático asociado a la mucosa (linfoma MALT) del estómago. Este factor no se puede descartar debido a que no se han realizado las pruebas necesarias para confirmar o excluir la presencia de esta bacteria en la paciente. (4) (5)

La *Chlamydia Psittaci* es una bacteria que puede infectar tanto a humanos como a animales. En humanos, puede causar una infección pulmonar llamada psitacosis. El ADN de esta bacteria ha sido encontrado en biopsias de linfoma MALT en los tejidos que rodean el ojo (linfoma de los anexos oculares de la zona marginal). Esto es una

señal de infección. Un reciente estudio ha demostrado que tratar la infección con un antibiótico (doxiciclina) puede aliviar a este linfoma e incluso hacerlo desaparecer. La infección con la bacteria *Campylobacter jejuni* ha sido asociada con un tipo de linfoma MALT denominado enfermedad inmunoproliferativa del intestino delgado. Este tipo de linfoma, el cual a veces también se llama linfoma abdominal mediterráneo, ocurre usualmente en adultos jóvenes que viven en países del Mediterráneo oriental. Los antibióticos pueden ser útiles en el tratamiento de este linfoma, especialmente en etapas iniciales.

El virus de la hepatitis C (VHC) también puede causar infecciones prolongadas. La infección con HCV parece ser un factor de riesgo para ciertos tipos de linfoma. En el linfoma esplénico de la zona marginal, si la infección por HCV se trata exitosamente, es posible que el linfoma se alivie o incluso que desaparezca.

4.2.2 MEDIO AMBIENTE

En el mundo, el linfoma no Hodgkin es más común en países desarrollados, siendo Estados Unidos y Europa las áreas geográficas con las tasas más altas. Algunos tipos de linfoma que han sido vinculados con infecciones específicas (lo que se describe más adelante) son más comunes en ciertas partes del mundo. Sin embargo, no se cuenta con datos en el Ecuador que nos permitan diferenciar que áreas son las más afectadas por esta patología.

4.2.3 ESTILO DE VIDA

Peso corporal y alimentación

Algunos estudios han sugerido que el sobrepeso y la obesidad pueden aumentar su riesgo de linfoma no Hodgkin. Otros estudios han sugerido que el alto consumo de grasa y carnes puede aumentar su riesgo. Se necesitan más investigaciones para confirmar estos hallazgos. (4) La paciente presenta sobrepeso el cual es un potencial factor de riesgo para desarrollar esta patología.

En un estudio publicado el 2015 por la Agencia de Cáncer Británica de Columbia, se encontró que la actividad física de intensidad vigorosa se asoció con una reducción

significativa del riesgo de linfoma no Hodgkin (6), lamentablemente la paciente no realiza ninguna actividad física frecuente.

4.3 ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

4.3.1 OPORTUNIDAD EN LA SOLICITUD DE LA CONSULTA: La paciente acudió al Hospital Provincial Docente Ambato por 3 ocasiones.

La primera vez, fue 2 semanas previas a su ingreso, en la cual la paciente acude a triaje en el servicio de emergencia, donde tardan aproximadamente 15 minutos en atenderla, se interroga sobre dolor abdominal y se envía a casa con medicación que no específica, sin pedir valoración por servicio de cirugía, y el cuadro persiste.

La segunda ocasión la paciente acude a triaje donde se le abre una hoja 08 y el tiempo que requiere la atención es de 1 hora aproximadamente, se mantiene a usuaria en observación y se solicita valoración por cirugía, quienes deciden su ingreso con un diagnóstico de abdomen agudo, se le realiza laparotomía exploratoria.

Finalmente, la paciente acude a control postoperatorio en la consulta externa de cirugía después de un mes de la exéresis de tumor, con resultados de examen histopatológico el cual reporta linfoma intestinal no Hodgkin, razón por la cual el facultativo envía al hematólogo para que se realicen trámites de referencia a tercer nivel de atención, pero la paciente no acude, lo que impide lamentablemente el seguimiento, con todas las implicaciones a lo que esto conlleva.

4.3.2 ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Paciente vive en el cantón Ambato, parroquia Izamba, barrio héroes del Cenepa, en el sector existe un centro de salud cercano y la además paciente se encuentra a 20 minutos aproximadamente del HPDA, es decir la paciente tiene acceso al servicio de salud.

4.3.3 CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN

La paciente acudió por tres ocasiones para recibir atención hospitalaria:

1. La primera fue 2 semanas previas a su ingreso, por dolor abdominal ubicado en epigastrio de moderada intensidad, por lo que se acerca a al servicio de emergencia en donde es valorada en triaje por interno rotativo de medicina quien la interroga sobre el dolor, pero no la examina, ni solicita valoración por el servicio de cirugía, aquí se decide enviar al domicilio con analgésico, el cuadro persiste. El tiempo que tarda en ser atendida es 15 minutos y en la consulta 10 minutos aproximadamente.
2. La segunda ocasión que la paciente requirió atención, acudió nuevamente al servicio de emergencia al área de triaje, donde fue atendida por interno rotativo de medicina quien la interroga y decide que requiere abrir hoja 08, esto demora aproximadamente 20 minutos. Posterior paciente es atendida por médico residente en el servicio de emergencia, donde es valorada y se decide mantenerla en observación con un diagnóstico de apendicitis aguda, y se realiza exámenes de laboratorio, el tiempo que permanece en observación es de 3 horas aproximadamente, en el transcurso de este tiempo se pide valoración al servicio de cirugía, quienes deciden el ingreso de paciente por un abdomen agudo y se realiza laparotomía exploratoria, donde se encuentra tumor intestinal como hallazgo casual por lo que se realiza resección de tumor y divertículo ileal mas anastomosis termino terminal, en la intervención no hay complicaciones, y se envía muestra para examen histopatológico. La paciente permanece ocho días hospitalizada donde se mantiene con analgesia, antibiótico terapia y curación diaria de herida quirúrgica, además se realiza interconsulta a hematología debido a valores bajos de hemoglobina y hematocrito, para cual recibe tratamiento. Finalmente es dada de alta con una cita en un mes para control postquirúrgico en la consulta externa de cirugía.

3. La última vez que la paciente acudió a la casa de salud fue un mes posterior a la exéresis de tumor, cuando se encontraba asintomática y la herida quirúrgica en fase de cicatrización. Paciente acude con el resultado del examen histopatológico el cual reporta un linfoma intestinal no Hodgkin, razón por la que cirujano decide que el manejo lo debe realizar el hematólogo, para referir a la usuaria a atención por especialidad (oncología), Lastimosamente paciente no acude a realizarse los controles por lo que no se puede estadificar el linfoma y peor aún dar un pronóstico.

4.3.4 OPORTUNIDADES EN LA REMISIÓN.

Paciente que debía ser enviada a tercer nivel de atención para manejo por especialidad, sin embargo, nunca acudió a control con hematólogo, razón por la que esto no se pudo realizar.

4.3.5 TRAMITES ADMINISTRATIVOS

No se requirió ningún trámite administrativo

4.4 IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS

- ✓ Falta de apego al sistema de salud, debido a que la paciente presentó sintomatología y no acudió al centro de salud cercano a su domicilio, para ser valorada y enviada con referencia al control por la consulta externa del HPDA.
- ✓ La primera ocasión que la paciente acude a la casa de salud, se envía medicación para dolor abdominal pero no es examinada y mucho menos se solicita valoración por cirugía, tampoco se le indica que acuda a centro de salud cercano a su domicilio para que sea valorada y si requiriera que sea enviada al segundo nivel de atención con su respectiva hoja de referencia.
- ✓ La segunda vez que la paciente acude al hospital, no se le realiza una anamnesis adecuada: porque no se investigan varios puntos tales como:

- Fecha real del dolor, náusea y vómito
 - Características de las heces.
 - Constipación
 - Pérdida de peso
 - Astenia
- ✓ La paciente presenta toda la sintomatología de un abdomen agudo obstructivo, sin embargo, en emergencia dan un diagnóstico de apendicitis aguda.
- ✓ Para estar frente a un cuadro de apendicitis aguda, existen muchos puntos en contra:
- Tiempo de evolución del dolor (un mes)
 - No existía leucocitosis ni neutrofilia
 - La hemoglobina de la paciente de 6,9 mg/dl
 - Presencia de vómito
- ✓ La paciente acude a control de cirugía por consulta externa con el resultado del histopatológico el cual reporta linfoma intestinal no Hodgkin, se le explica a la paciente que debe ser tratada por hematología para que se realice referencia a tercer nivel, sin embargo, la paciente no acude a ningún control.
- ✓ La historia clínica de la paciente se encuentra extraviada, y si la usuaria acudiera nuevamente para que se le brinde atención médica, no se tendría ningún sustento del tratamiento que se le brindo.

4.5 CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

OPORTUNIDADES DE MEJORA:	ACCIONES DE MEJORA:
Valoración médica oportuna	<p>El área de emergencia, específicamente el triaje no debería ser atendido por un interno rotativo de medicina, ya que es una zona crítica que requiere un médico con experiencia para evitar diagnósticos y procedimientos erróneos.</p> <p>Además, el personal de emergencia sobre todo médicos residentes e internos rotativos deben recibir capacitaciones continuas sobre el diagnóstico y manejo de abdomen agudo debido que es una patología muy frecuente y que además requiere un tratamiento eficaz.</p>
Tratar enfermedades de base	<p>El nivel 1 de atención se debería encargar de realizar controles periódicos sobre patologías crónicas, ya que la paciente presenta hipertensión arterial, y en los controles que se debía realizar podía consultar sobre su dolor abdominal, y se lo hubiera estudiado.</p>
Manejo adecuado	<p>Se debería contar con protocolos y guías de manejo de abdomen agudo inflamatorio, debido a que es una patología que requiere un manejo oportuno.</p>
Implementar un sistema informático del historial clínico.	<p>Crear un sistema operativo en el que se pueda ingresar la historia clínica de los pacientes con todos los procedimientos que se realizan, esto permitirá, atender de forma eficaz y eficiente al paciente y evitar que se pierdan datos importantes como es el caso de la usuaria.</p>

Seguimiento a pacientes	El hospital debería contar con un sistema de seguimiento a pacientes, esto evitaría que los pacientes por diversas causas no acudan a los controles médicos.

4.6 PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO

El tratamiento que se pudo haber dado son en primer lugar medidas generales de manejo de obstrucción intestinal.

- ✓ La aspiración nasogástrica
- ✓ Líquidos por vía intravenosa
- ✓ Sondaje vesical para control de ingesta excreta.
- ✓ Antibióticos por vía intravenosa si sospecha isquemia intestinal, (por ejemplo, una cefalosporina de 3ª generación, tales como cefotetán 2 g IV antes de la exploración quirúrgica.
- ✓ El reemplazo de electrolitos debe guiarse por los resultados de Na y K.

El tratamiento de la obstrucción intestinal aguda debe proceder simultáneamente con el diagnóstico. Un cirujano siempre debe estar involucrado. (7)

LAS MEDIDAS ESPECÍFICAS

La obstrucción completa del intestino delgado es tratada preferentemente con laparotomía temprana, aunque la cirugía puede retrasarse 2 o 3 h para mejorar el estado líquido y la producción de orina en un paciente deshidratado. La lesión infractora se elimina siempre que sea posible.

Es frecuente que este tumor se diagnostique a raíz de una laparotomía, por lo que, en algunos casos, tras el estudio de la muestra quirúrgica y de la extensión, podemos encontrarnos ante estadios I y II en los que se ha extirpado completamente el tumor. El punto de vista clásico era que, de no haber enfermedad residual detectable, se había obtenido un tratamiento adecuado con la resección. En la actualidad, ante histologías muy favorables, se recomienda completar el tratamiento quirúrgico con radioterapia (20-25 Gy totales). Si se trata de histología agresiva, se recomienda asociar quimioterapia seguida de radioterapia. Esto se debe a que la aplicación de radioterapia local puede ir seguida de hasta un 60% de recidivas fuera del campo radiado. En estos casos, los regímenes más comúnmente usados se basan en combinaciones de ciclofosfamida, vincristina, procarbazona, prednisona, doxorubicina, bleomicina y metotrexato. No es posible, dado el corto número de pacientes y la variabilidad de las pautas sugeridas, indicar un tratamiento basado en la evidencia. La mejor recomendación que se puede hacer es que estos pacientes queden incluidos en ensayos clínicos multicéntricos que permitan consolidar resultados y conocimientos. En casos en los que la resección completa no sea posible o en otros más avanzados, en general se indica quimioterapia con regímenes que incluyan antraciclina. A veces se complementa con radioterapia. (2)

Una revisión sistemática de la literatura se llevó a cabo de acuerdo con las recomendaciones de la Colaboración Cochrane. Los linfomas gastrointestinales primitivos (LGIP) son tumores poco frecuentes, aunque los análisis han demostrado un aumento de las tendencias temporales. El papel de la cirugía en el tratamiento de enfermedades linfoproliferativas ha cambiado en los últimos 40 años. Hoy en día su gestión se centra en tratamientos sistémicos como la quimioterapia / radioterapia. La cirugía se limita a indicaciones muy seleccionadas, siempre discutidos en un entorno multidisciplinar. El objetivo de esta revisión sistemática fue evaluar el papel real de la cirugía en el tratamiento de LGIP. Los resultados analizados fueron la supervivencia global (SG) y la supervivencia libre de enfermedad (SLE). En este momento hay una prueba controlada aleatorizada y 4 estudios prospectivos controlados no aleatorizados que comparaban el tratamiento quirúrgico versus tratamiento médico para LGIP. Se analizaron 701, divididos en dos grupos: 318 que se sometieron a cirugía sola o asociada a la quimioterapia y / o radioterapia (grupo quirúrgico) frente a 383 que

fueron tratados con quimioterapia y / o radioterapia (grupo médico). A pesar de la SG a 10 años entre los grupos quirúrgicos y médicos no mostraron diferencias relevantes, la SSE fue significativamente mejor en el grupo médico ($p = 0,00001$). De acuerdo con una tendencia se observó que la tasa de recurrencia, fue menor en el grupo médico (6,06 vs. 8,57%); y una mayor mortalidad fue revelado en el grupo quirúrgico (4,51% vs. 1,50%). La quimioterapia confirma su papel principal en la gestión de LGIP como parte del tratamiento sistémico en el grupo médico. La cirugía es el tratamiento de elección en el caso de LGIP aguda complicada, aunque no hay evidencia en la literatura con respecto a la utilidad de la cirugía preventiva. (8)

Los linfomas gastrointestinales primitivos constituyen un evento patológico raro, puede implicar cualquier parte del tubo gastrointestinal, y, normalmente, de la variedad no Hodgkin. No presentan síntomas característicos en comparación con lo que se pueden encontrar en otras lesiones gastrointestinales si neoplásica o inflamatoria. Radiológicamente y por vía endoscópica que no evidencian ningún aspecto particular, de modo que puedan ser confundidos con otras enfermedades (úlceras gastroduodenales, tumores benignos, tumores malignos epiteliales). Para tales formas primitivas, el tratamiento quirúrgico radical constituye el primer tratamiento y, sin duda, la forma fundamental, con la que la radioterapia y la quimioterapia pueden estar asociados. (9)

V. CONCLUSIONES

- 1) La paciente presenta factores de riesgo para el desarrollo de linfoma, tales como; obesidad, ya posee un índice de masa corporal de 30, otro dato importante es el antecedente patológico familiar de su hermana la cual tenía lupus eritematoso sistémico y falleció con cáncer gástrico.
- 2) La ciudad de Ambato no cuenta con ningún registro epidemiológico sobre linfomas y peor aún sobre aquellos que afectan al tracto gastrointestinal, sin embargo tomando como referencia a la ciudad de Quito, los linfomas no Hodgkin se registra en un 82 % del total de linfomas.
- 3) Según la literatura el diagnóstico no fue adecuado, sin embargo el tratamiento quirúrgico fue acertado, ya que la cirugía se realizó con criterio oncológico, lastimosamente el seguimiento no fue posible debido a que la paciente no acudió a los controles posteriores, esto impidió que se realice el estadiaje del tumor y se decida tratamiento adicional con radioterapia o quimioterapia.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LINKOGRAFÍA

1. American Cancer Society. American Cancer Society. [Online].; 2014 [cited 2016 septiembre 1. Available from:
<http://www.cancer.org/espanol/cancer/linfomanohodgkin/guiadetallada/linfoma-no-hodgkin-causes-what-causes>.(3)
2. American Cancer Society. American Cancer Society. [Online].; 2016 [cited 2016 Septiembre 01. Available from:
<http://www.cancer.org/espanol/cancer/linfomanohodgkin/guiadetallada/linfoma-no-hodgkin-causes-risk-factors>.(4)
3. Ansari P. MSD Manual. [Online].; 2014 [cited 2016 septiembre 02. Available from: <http://www.msmanuals.com/en-gb/professional/gastrointestinal-disorders/acute-abdomen-and-surgical-gastroenterology/intestinal-obstruction>.(7)
4. control de investigacion del cancer. Pub Med. [Online].; 2015 [cited 2016 septiembre 5. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25934832?report=abstract>.(6)
5. F T. pub med. [Online].; 2013 [cited 2016 septiembre 6. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7046973>. (9)
6. Montalvo E. medigraphic. [Online].; 2010 [cited 2016 mayo 15. Available from:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/trauma/tm-2008/tm083d.pdf>.(1)
7. Murrieta H. isradiology. [Online].; 2009 [cited 2016 septiembre 1. Available from: http://isradiology.org/gorad/revistas/rev_mex/anrx091_08.pdf.(5)
8. R. C. PubMed. [Online].; 2011 [cited 2016 septiembre 1. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22059926?report=abstract>.(8)
9. Román ALS. elsevier. [Online].; 2014 [cited 2016 septiembre 3. Available from:
<http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/booktemplate/9788475927220/files/Capitulo28.pdf>.(2)

10 SOLCA. solcaquito. [Online].; 2010 [cited 2016 09 10. Available from:
 . [\(http://www.solcaquito.org.ec/index.php/publicaciones/epidemiologia/cancer-en-quito-2006-2010\)](http://www.solcaquito.org.ec/index.php/publicaciones/epidemiologia/cancer-en-quito-2006-2010).(10)

CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASE DE DATOS UTA

1. PROQUEST. Callejo A. Proquest. [Online].; 2016 [cited 2016 septiembre 3. Available from:
<http://search.proquest.com/docview/1768506759/B3A2D360DA684DD7PQ/4?accountid=36765>
2. PROQUEST. Mural M. Proquest. [Online].; 2014 [cited 2016 septiembre 3. Available from:
<http://search.proquest.com/docview/1638547757/B3A2D360DA684DD7PQ/1?accountid=36765>
3. SCOPUS. Parsons S. . Scopus . [Online].; 2014 [cited 2016 septiembre 3. Available from: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84954348819&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sid=62ED9D4C79F14EB04542FC26B0F8025C.wsnAw8kcdt7IPYLO0V48gA%3a140&sot=aff&sdt=a&sl=53&s=AF-ID%28%22The+Leukemia+%26amp%3b+Lymphoma+Society%22+60074147%29&relpos=0&citeCnt=1&searchTerm=>
4. SCOPUS. Breslau E. . Scopus . [Online].; 2015 [cited 2016 septiembre 3. Available from:
<https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84920019324&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sid=62ED9D4C79F14EB04542FC26B0F8025C.wsnAw8kcdt7IPYLO0V48gA%3a140&sot=aff&sdt=a&sl=53&s=AF->

[ID%28%22The+Leukemia+%26amp%3b+Lymphoma+Society%22+60074147%29&relpos=3&citeCnt=1&searchTerm=](#)

5. SCOPUS. Weisberg E. . Scopus . [Online].; 2015 [cited 2016 septiembre 5.

Available from:

[https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-](https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84946761782&origin=resultslist&sort=plf-)

[84946761782&origin=resultslist&sort=plf-](#)

[f&src=s&sid=62ED9D4C79F14EB04542FC26B0F8025C.wsnAw8kcdt7IPY](#)

[LO0V48gA%3a140&sot=aff&sdt=a&sl=53&s=AF-](#)

[ID%28%22The+Leukemia+%26amp%3b+Lymphoma+Society%22+600741](#)

[47%29&relpos=1&citeCnt=3&searchTerm=](#)

VII. ANEXOS

Imagen 1



Imagen 2

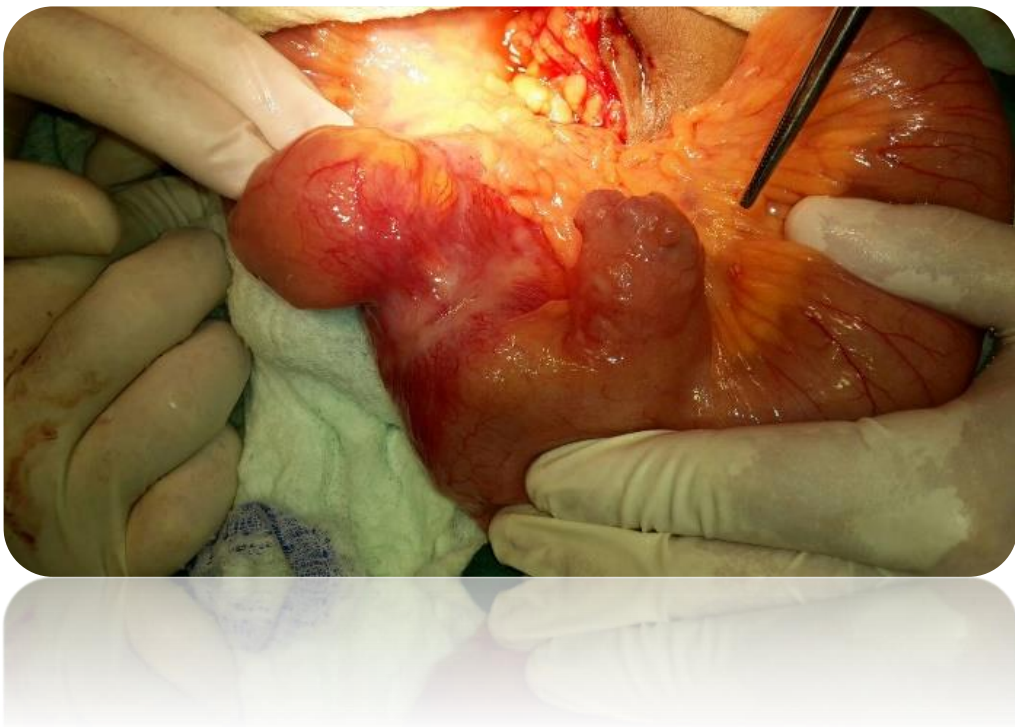


Imagen 3

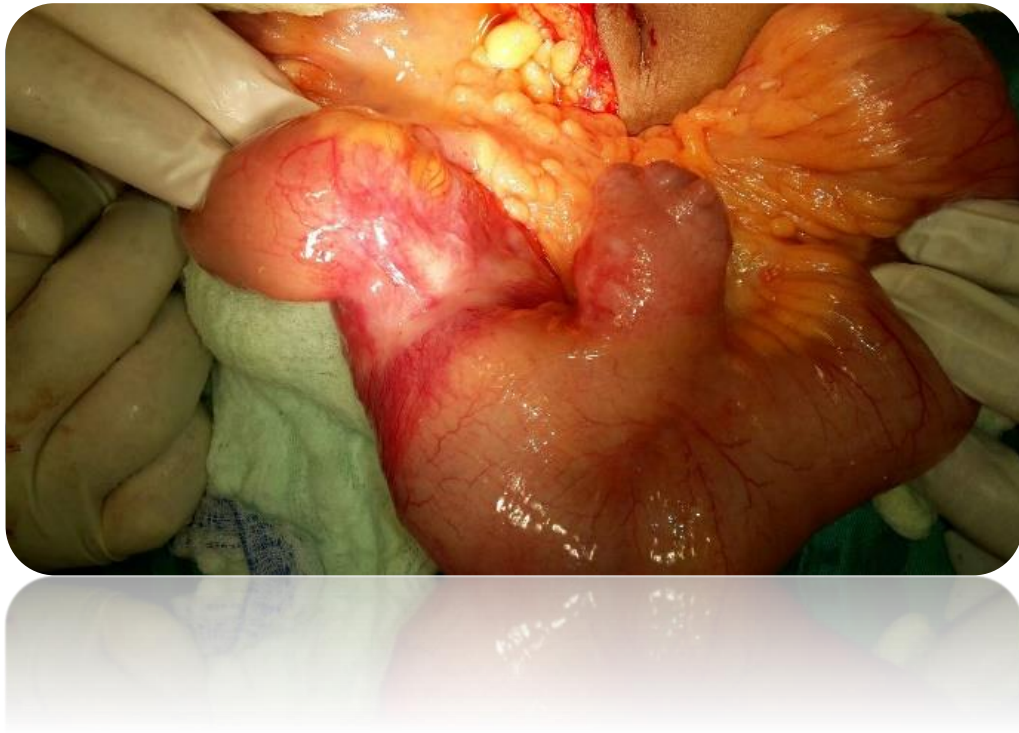


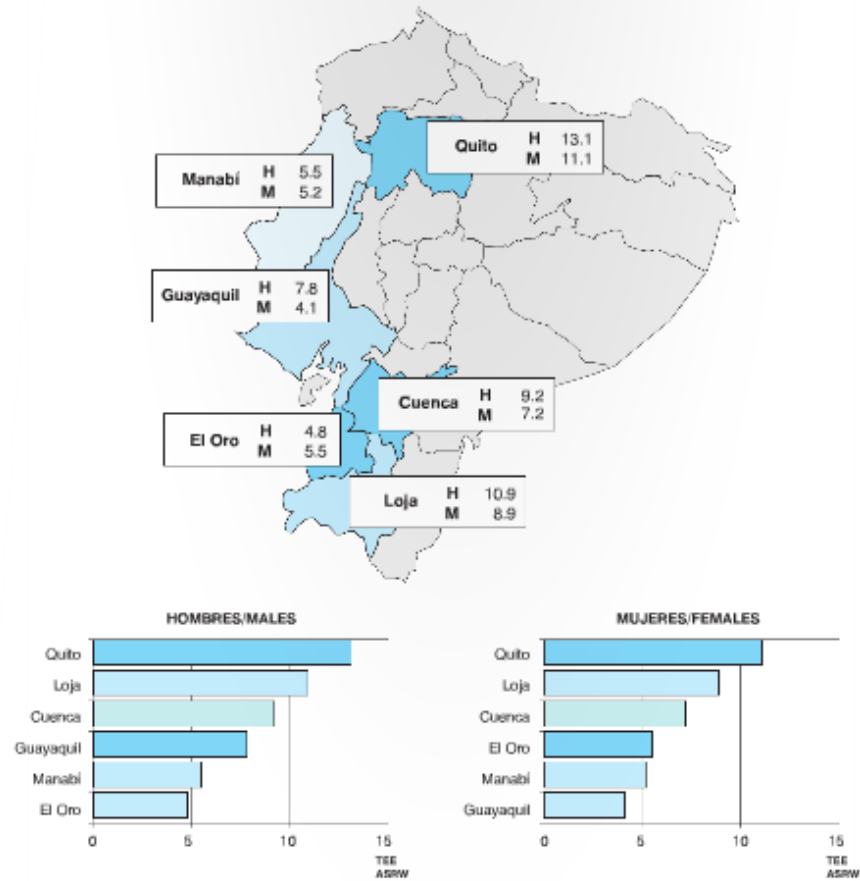
Imagen 1, 2, 3: Masa tumoral a nivel de ilio terminal a 45 cm de la válvula ileocecal, cortesía del Dr. Fabián Yépez.



GRÁFICO / FIGURE 119

LINFOMAS

TASAS DE INCIDENCIA ESTANDARIZADA EN REGISTROS DE CÁNCER DEL ECUADOR
LYMPHOMAS. STANDARDIZED INCIDENCE RATE IN ECUADOR CANCER REGISTRIES



REGISTRO REGISTRY	HOMBRES / MALES			MUJERES / FEMALES		
	No de casos Cases	Tasa cruda Crude Rate	Tasa Estandarizada A.S.R. World	No de casos Cases	Tasa cruda Crude Rate	Tasa Estandarizada A.S.R. World
Ciudad de Quito (2006-2010)	438	11,5	13,1	448	11,1	11,1
Cantón Cuenca (2006-2009)	73	8,2	9,2	74	7,7	7,2
Ciudad de Guayaquil (2007-2008)	130	5,9	7,8	73	3,2	4,1
Ciudad de Loja (2006-2008)	29	10,8	10,9	24	8,2	8,9
Provincia del El Oro (2006-2009)	55	4,4	4,8	60	5,2	5,5
Provincia de Manabí (2006-2009)	133	4,9	5,5	119	4,6	5,2



TABLA / TABLE 47
LINFOMAS. NÚMERO DE CASOS POR EDAD Y AÑO DE DIAGNÓSTICO
TASAS CRUDAS Y ESTANDARIZADAS. RESIDENTES EN QUITO, 1986-2010. HOMBRES
LYMPHOMA. NUMBER OF CASES BY AGE AND DIAGNOSTIC YEAR
CRUDE AND STANDARDIZED RATES. QUITO RESIDENTS, 1986-2010. MALES



Edad	1986 1987 1988 1989 1990 1991 1992 1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 TOTAL																										
	6-4	3	-	-	1	-	1	1	3	1	1	1	1	-	2	2	1	1	5	2	-	1	2	1	1	3	35
5-9	2	2	4	2	2	1	-	1	2	4	2	-	-	3	4	4	1	-	2	3	2	1	1	1	3	48	
10-14	3	1	2	3	2	-	1	-	-	-	2	1	2	3	1	1	-	1	2	1	1	6	1	-	2	36	
15-19	3	1	-	1	3	-	2	3	-	3	-	1	5	2	7	2	4	3	-	3	-	5	1	4	1	54	
20-24	1	2	3	1	2	4	3	1	1	4	-	4	2	3	3	2	-	4	4	1	3	3	2	2	1	56	
25-29	5	-	3	2	-	3	2	3	-	1	7	3	1	2	4	1	1	3	1	1	1	3	2	2	4	55	
30-34	4	7	4	4	1	-	7	5	3	-	5	6	3	4	4	1	4	4	3	9	5	5	3	7	4	58	
35-39	2	-	2	2	2	-	2	1	-	6	5	1	4	2	3	3	6	6	6	4	3	5	3	4	4	76	
40-44	2	4	7	2	1	3	5	4	2	4	7	2	3	4	2	1	2	4	7	4	3	3	2	7	3	88	
45-49	1	3	4	5	1	3	3	1	4	2	6	1	3	2	7	4	4	7	11	4	4	4	1	4	5	94	
50-54	4	3	5	2	1	-	3	4	3	7	6	3	3	5	4	3	2	6	7	6	6	8	6	8	10	122	
55-59	1	4	2	1	1	1	5	4	4	5	5	2	7	3	-	4	3	4	7	9	16	8	10	5	9	115	
60-64	1	3	-	5	4	-	3	5	2	4	5	6	4	2	3	3	6	6	8	5	3	7	11	15	11	128	
65-69	4	1	2	2	3	4	3	3	4	4	4	3	7	7	5	5	4	5	7	7	8	7	3	6	12	134	
70-74	2	1	3	3	1	-	2	2	4	5	3	7	6	5	4	7	2	11	7	8	7	3	9	15	12	153	
75+	4	2	3	7	1	2	5	7	4	10	11	10	11	12	13	9	11	11	15	8	18	14	13	14	234		
Dece./l/hab	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	2	-	1	3	-	-	-	-	-	1	81
Total/ab	42	35	42	45	26	23	44	44	36	52	78	53	83	82	82	85	83	79	86	82	74	86	79	95	184	1487	
Td /dtr	8.4	8.3	7.8	8.2	6.4	6.2	7.3	8.2	8.7	11.4	8.5	8.8	9.5	8.4	8	8.1	8.3	12.1	11.3	16.1	13.8	12.1	13.3	13.3			
TDE /ASRM	14.5	8.9	14.1	11	11.6	5.3	16.4	18.2	8.9	11.4	12.9	18.2	12.1	16.8	16.4	8.6	18.2	11.9	16.1	12.1	11.8	13.8	14.4	14.3	15		

TABLA / TABLE 48
LINFOMAS. NÚMERO DE CASOS POR EDAD Y AÑO DE DIAGNÓSTICO
TASAS CRUDAS Y ESTANDARIZADAS. RESIDENTES EN QUITO, 1986-2010. MUJERES
LYMPHOMA. NUMBER OF CASES BY AGE AND DIAGNOSTIC YEAR
CRUDE AND STANDARDIZED RATES. QUITO RESIDENTS, 1986-2010. FEMALES



Edad	1986 1987 1988 1989 1990 1991 1992 1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 TOTAL																									
	6-4	3	-	-	-	1	-	-	1	1	-	2	1	1	3	-	3	1	1	-	-	3	1	-	3	1
5-9	1	1	1	2	-	2	1	1	-	3	2	-	-	-	3	-	1	2	1	1	1	1	-	1	1	25
10-14	2	1	1	1	2	-	-	1	2	2	2	-	-	-	2	5	-	1	1	1	-	-	-	-	-	26
15-19	3	-	1	1	1	2	-	-	1	1	1	-	2	1	8	2	2	2	3	2	-	5	1	4	2	43
20-24	-	2	1	-	-	1	2	3	2	3	1	-	3	-	1	1	1	3	6	-	-	1	3	2	3	38
25-29	-	5	2	2	1	4	1	1	2	4	1	3	3	3	2	1	2	2	4	1	2	3	1	2	7	58
30-34	2	1	2	6	3	1	1	-	2	3	-	1	2	4	2	2	3	3	1	1	2	3	4	2	4	58
35-39	2	3	1	3	2	-	5	-	-	7	5	4	-	3	3	7	2	2	-	4	4	7	3	6	1	74
40-44	1	2	1	-	3	2	6	3	3	7	3	4	1	5	3	2	4	3	1	-	6	5	5	6	3	73
45-49	7	1	1	-	2	3	2	7	2	1	2	4	5	1	2	4	4	5	2	10	4	8	5	5	14	105
50-54	2	1	3	3	2	1	2	2	1	2	3	6	5	5	7	7	2	7	7	5	8	6	8	10	10	103
55-59	1	2	4	1	1	5	5	2	4	4	3	7	3	7	2	2	6	6	5	8	6	3	3	6	11	112
60-64	2	2	2	2	2	2	3	3	3	-	6	8	3	4	7	-	10	7	9	6	3	12	10	9	12	125
65-69	5	1	2	2	2	4	2	1	4	3	2	5	8	5	6	3	6	6	7	6	7	8	7	3	9	120
70-74	2	3	1	2	5	4	6	5	4	3	2	3	6	6	1	3	7	7	7	6	5	5	7	13	17	158
75+	2	5	5	2	2	5	5	5	4	12	14	10	10	11	7	10	12	13	20	15	18	26	18	21	258	
Dece./l/hab	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2	-	-	-	8
Total/ab	35	33	29	27	29	36	41	41	41	48	46	57	53	56	52	56	68	66	61	77	79	77	88	100	147	1494
Td /dtr	6.5	5.3	4.9	4.5	5	6.1	6.7	6.6	6.4	7.1	6.9	8.4	7.7	7.9	7.3	7.7	8.3	8.8	8.7	9.9	8.3	8.6	14.8	12.5	12.8	
TDE /ASRM	8.3	6.3	6.2	5.3	6.6	8	8.6	9	7.8	7.4	7.3	10.1	9	9.1	7.8	9	10.6	9.5	9.3	16	9.4	9.5	16.7	12.7	12.8	



TABLA / TABLE 49
LINFOMAS. INDICADORES PRINCIPALES POR PERÍODOS
RESIDENTES EN QUITO, 1986-2010
LYMPHOMA. MAIN INDICATORS BY PERIODS. QUITO RESIDENTS, 1986-2010

INDICADORES / INDICATORS	HOMBRES / MALES					MUJERES / FEMALES				
	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010
UBICACIÓN RANK	4	3	3	3	3	8	7	5	5	5
FRECUENCIA RELATIVA (%) RELATIVE FREQUENCY	7.7	7	8.4	7.1	7.2	4.4	4.9	5.5	5.5	6.0
PROMEDIO DE CASOS POR AÑO AVERAGE CASES PER YEAR	38	40	62	72	86	30	41	53	67	90
PROMEDIO DE MUERTES POR AÑO AVERAGE DEATHS PER YEAR	11	13	29	35	43	8	12	24	33	40
TASA DE INCIDENCIA CRUDA RATE INCIDENCE CRUDE	7.3	7.0	9.7	10.2	11.5	6.3	6.6	7.7	8.8	11.1
TASA DE INCIDENCIA ESTANDARIZADA A.S.R.W. INCIDENCE	9.4	9.3	11.4	11.6	13.1	6.6	8.1	8.8	9.5	11.1
TASA DE MORTALIDAD CRUDA RATE MORTALITY CRUDE	2.0	2.3	4.6	5.0	5.7	1.4	1.9	3.4	4.3	4.9
TASA DE MORTALIDAD ESTANDARIZADA A.S.R.W. MORTALITY	2.6	3.3	5.4	5.8	6.4	1.9	2.5	3.9	4.7	4.9
TASA ACUMULADA 0-74 (%) CUMULATIVE RATE 0-74	1.0	1.0	1.2	1.2	1.5	0.7	0.9	1.0	1.1	1.2
RAZÓN HOMBRE / MUJER MALE / FEMALE RATIO	1.3/1	1.0/1	1.2/1	1.1/1	1.0/1					
RAZÓN MORTALIDAD / INCIDENCIA (%) MORTALITY / INCIDENCE RATIO	28.0	33.2	46.3	48.9	49.4	26.3	29.8	45.2	48.8	44.9
% DE VERIFICACIÓN HISTOLÓGICA % OF HISTOLOGICAL VERIFICATION	89.9	95.0	93.2	98.6	96.3	93.4	88.8	87.3	97.9	98.3
% SÓLO CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN % DEATH CERTIFICATE ONLY	0.0	0.0	0.0	0.6	0.7	0.0	0.0	0.0	0.6	1.3

GRÁFICO / FIGURE 106
LINFOMAS. TASAS DE INCIDENCIA POR INSTRUCCIÓN Y SEXO. RESIDENTES EN QUITO, 2010
LYMPHOMA. INCIDENCE RATES BY EDUCATION LEVEL AND SEX. QUITO RESIDENTS, 2010

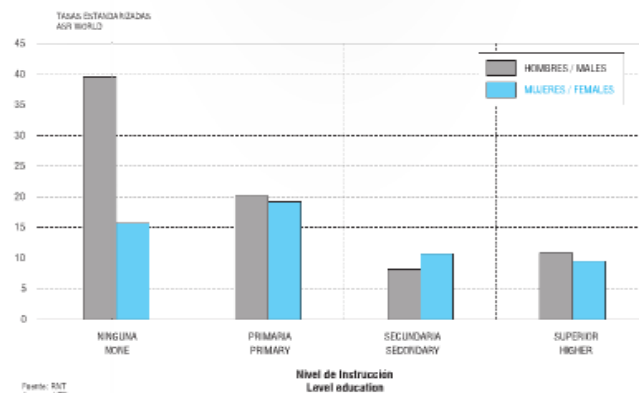




GRÁFICO / FIGURE 107
LINFOMA. MORFOLOGÍA. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010
LYMNHOMAS. MORPHOLOGY. QUITO RESIDENTS. 2006-2010

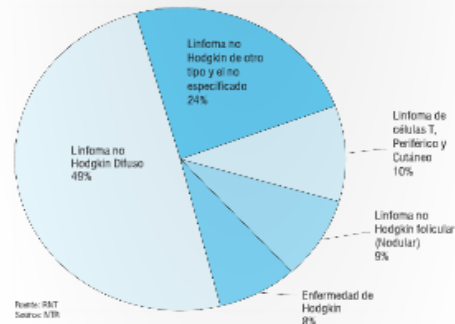


GRÁFICO / FIGURE 108
LINFOMA. DISTRIBUCIÓN POR LOCALIZACIÓN. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010
LYMNHOMAS. DISTRIBUTION BY SITES. QUITO RESIDENTS. 2006-2010

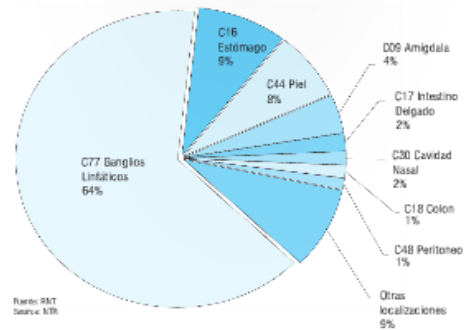


GRÁFICO / FIGURE 109
LINFOMAS. ESTADIAJE TNM. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010. HOMBRES
LYMNHOMAS. STAGE TNM. QUITO RESIDENTS. 2006-2010. MALES

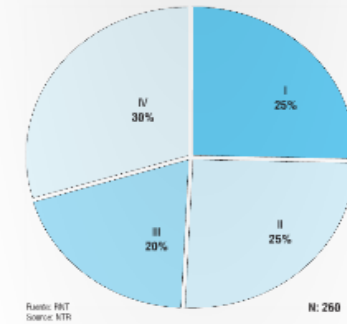


GRÁFICO / FIGURE 110
LINFOMAS. ESTADIAJE TNM. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010. MUJERES
LYMNHOMAS. STAGE TNM. QUITO RESIDENTS. 2006-2010. FEMALES

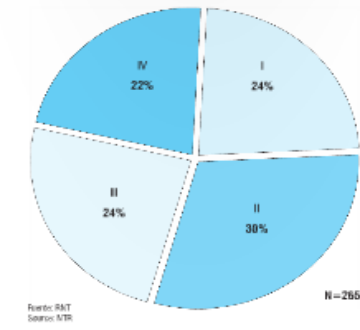




GRÁFICO / FIGURE 111
LINFOMA HODGKIN. TASAS DE INCIDENCIA POR EDAD Y SEXO. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010
HODGKIN LYMPH. INCIDENCE RATES BY AGE AND SEX. QUITO RESIDENTS. 2006-2010

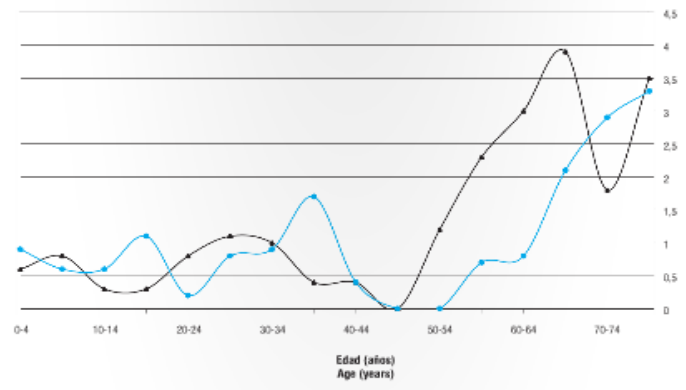


GRÁFICO / FIGURE 112
HODGKIN. TENDENCIA DE LA INCIDENCIA POR SEXO. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010
HODGKIN. INCIDENCE TREND BY SEX. QUITO RESIDENTS. 1986-2010

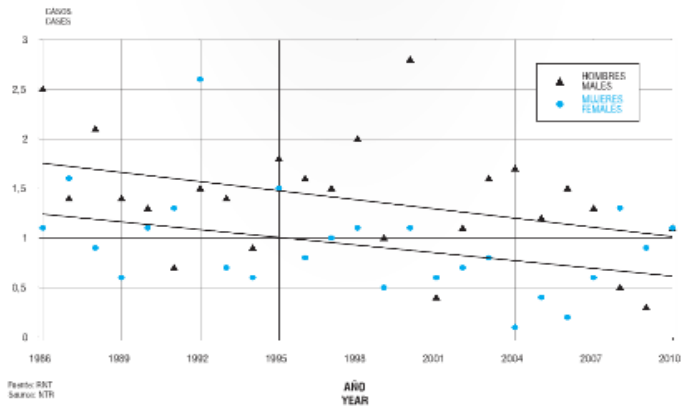
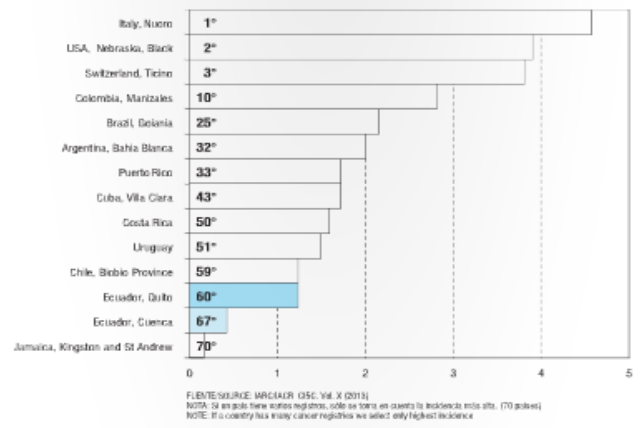
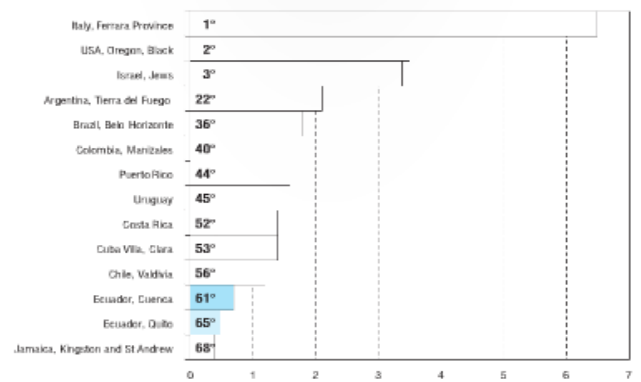


GRÁFICO / FIGURE 113
HODGKIN. INCIDENCIAS MÁS ALTAS EN EL MUNDO Y LATINOAMÉRICA. HOMBRES
HODGKIN. HIGHEST INCIDENCE RATES IN THE WORLD AND LATINAMERICA. MALES



FUENTE/SOURCE: IARC/AICR. OSC, Vol. X (2013)
 NOTA: Si un país tiene varias regiones, solo se toma en cuenta la incidencia más alta. (70 países)
 NOTE: If a country has many cancer registries we select only highest incidence.

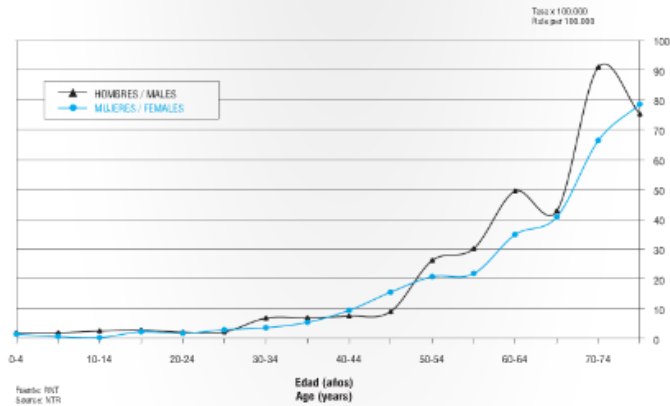
GRÁFICO / FIGURE 114
HODGKIN. INCIDENCIAS MÁS ALTAS EN EL MUNDO Y LATINOAMÉRICA. MUJERES
HODGKIN. HIGHEST INCIDENCE RATES IN THE WORLD AND LATINAMERICA. FEMALES



FUENTE/SOURCE: IARC/AICR. OSC, Vol. X (2013)
 NOTA: Si un país tiene varias regiones, solo se toma en cuenta la incidencia más alta. (70 países)
 NOTE: If a country has many cancer registries we select only highest incidence.

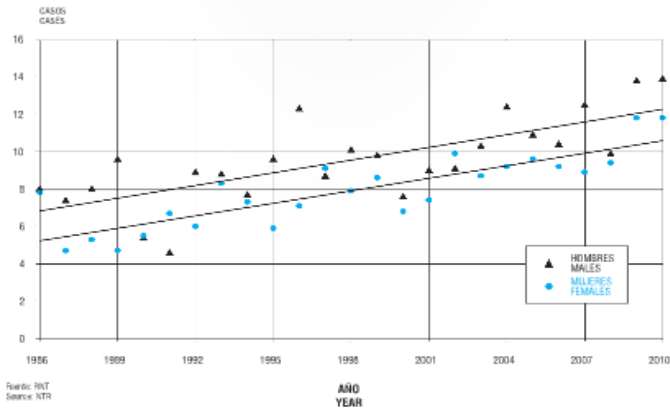


GRÁFICO / FIGURE 115
LINFOMA NO HODGKIN. TASAS DE INCIDENCIA POR EDAD Y SEXO. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010
NO HODGKIN LYMPH. INCIDENCE RATES BY AGE AND SEX. QUITO RESIDENTS. 2006-2010



Fuente: RNT
 Source: NTR

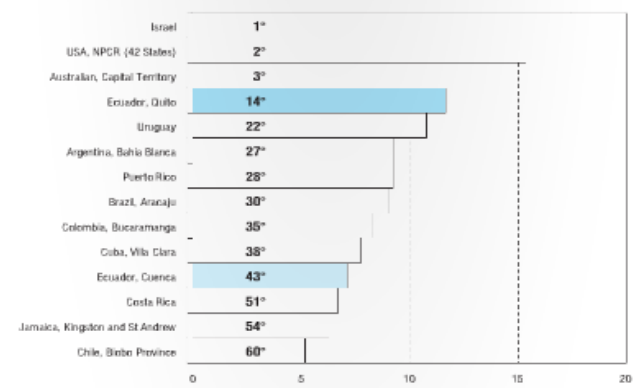
GRÁFICO / FIGURE 116
LINFOMAS NO HODGKIN. TENDENCIA DE LA INCIDENCIA POR SEXO. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010
NO HODGKIN LYMPHOMA. INCIDENCE TREND BY SEX. QUITO RESIDENTS. 1986-2010



Fuente: RNT
 Source: NTR

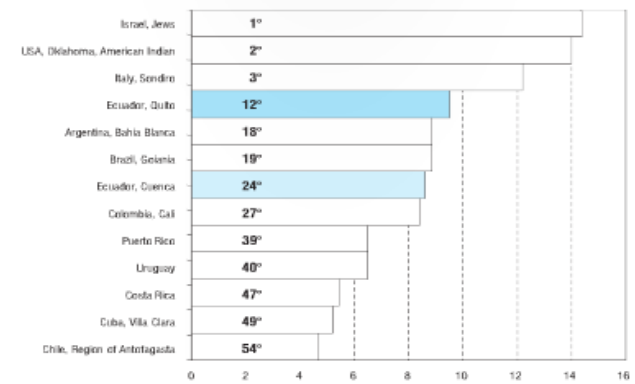


GRÁFICO / FIGURE 117
LINFOMA NO HODGKIN. INCIDENCIAS MÁS ALTAS EN EL MUNDO Y LATINOAMÉRICA. HOMBRES
NO HODGKIN. Lymphoma HIGHEST INCIDENCE RATES IN THE WORLD AND LATINAMERICA. MALES



FUENTE/SOURCE: IARC/IACR. CISC. Vol. X (2013)
 NOTA: Si un país tiene varios registros, solo se toma en cuenta la incidencia más alta. (70 países)
 NOTE: If a country has many cancer registries we select only highest incidence

GRÁFICO / FIGURE 118
LINFOMA NO HODGKIN. INCIDENCIAS MÁS ALTAS EN EL MUNDO Y LATINOAMÉRICA. MUJERES
NO HODGKIN. LYMPHOMA HIGHEST INCIDENCE RATES IN THE WORLD AND LATINAMERICA. FEMALES



FUENTE/SOURCE: IARC/IACR. CISC. Vol. X (2013)
 NOTA: Si un país tiene varios registros, solo se toma en cuenta la incidencia más alta. (70 países)
 NOTE: If a country has many cancer registries we select only highest incidence

