

María Sobeida Leticia Blazquez Morales¹, Arturo Tlapa Pale², María del Carmen Gogeochea Trejo³, Evangelina Montes Villaseñor⁴, Lilia Mendoza Longoria⁵.

¹Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Veracruzana, Xalapa. Veracruz, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3763-9337> Contacto: sobeida_blazquez@hotmail.com

²Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Veracruzana Xalapa. Veracruz, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4818-9581> Contacto: arturotlapale@gmail.com

³Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Veracruzana Xalapa. Veracruz, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2646-4079> Contacto: cgogeochea@uv.mx

⁴Centro Estatal de Cancerología del Estado de Veracruz, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0355-6138> Contacto: Montes Villaseñor

⁵Universidad Autónoma del Estado de Nuevo León. Monterrey, Nuevo León, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5422-8965> Contacto: lmmlongoria@hotmail.com

DOI: 10.31052/1853.1180.v27.n1.34707

@Universidad Nacional de Córdoba



Trabajo recibido: 3 de septiembre de 2021.

Aprobado: 6 de diciembre de 2021.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN A NIÑOS Y ADOLESCENTES CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA EN UN CENTRO ONCOLÓGICO: CALIDAD EN LA ATENCIÓN ONCOLÓGICA

QUALITY OF CARE OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA AT AN ONCOLOGY CENTER: QUALITY IN ONCOLOGY CARE

QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA EM UM CENTRO ONCOLÓGICO: QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA

Resumen

Introducción: La Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) es el cáncer más frecuente en niños y adolescentes, tiene altas tasas de mortalidad que la convierten en un problema de salud pública en México y en el mundo. Mediante el Modelo de calidad de Donabedian con sus tres enfoques de evaluación: estructura, proceso y resultado, valorándolos a través de los calificativos de excelente, suficiente e insuficiente se pueden identificar los valores porcentuales del comportamiento de calidad de la atención de este tipo de pacientes, favoreciendo identificar de manera más fácil áreas de oportunidad.

Objetivo: Identificar la calidad de la atención que se ofrece a pacientes menores de 18 años con LLA en un centro oncológico del estado de Veracruz según los enfoques del Modelo de calidad de Donabedian (estructura, proceso y resultado).

Métodos: estudio observacional, descriptivo y transversal. Población de estudio menores de 18 años con LLA, sus acompañantes, prestadores de servicio del área de Oncopediatría y servicios relacionados. Se emplearon

cinco instrumentos de recolección de datos, validados previo a su aplicación.

Resultados: Estructura 67% de excelencia, 20% de suficiencia y 13% de insuficiencia; Proceso 88% de excelencia, 11% de suficiencia y 1% de insuficiencia; de Resultado se obtuvo 76% de excelencia, 17% de suficiencia y 7 de insuficiencia. La calidad de la atención global presentó 77% de excelencia, 16% de suficiencia y 7% de insuficiencia.

Conclusión: La calidad de la atención fue mayoritariamente excelente, sin embargo, se detectaron áreas de oportunidad, que deben ser consideradas en las intervenciones sanitarias para mejorar la calidad de la atención prestada y la sobrevida de estos pacientes.

Palabras claves: LLA infantil; calidad de la atención; estructura; proceso; resultado.

Abstract

Introduction: Acute Lymphoblastic Leukemia (ALL) is the most frequent cancer in children and adolescents, it presents high mortality rates which make it a public health problem in Mexico and in the world. Using Donabedian's Quality Model three components approach for evaluating the quality of care: structure, process and outcomes and assessing using excellent, sufficient, and insufficient qualifications, it is possible to identify the percentage values of behavior in the quality of care of this kind of patients, enabling an easier identification of opportunity areas.

Objective: To determine quality of attention offered to patients under 18 with ALL at an oncology center in the state of Veracruz according to Donabedian's Quality Model approaches (structure, process and outcome).

Methods: Observational, descriptive and cross sectional study. Study population children under 18 with ALL, their companions, service providers from oncology-pediatrics area and related services. Five data collection instruments were used, previously validated. RESULTS: Structure: 67% of excellence, 20% of sufficiency and 13% of insufficiency; Process: 88% of excellence, 11% of sufficiency, and 1% of insufficiency; Result: 76% of excellence, 17% sufficiency and 7% of insufficiency. Global quality of care showed: 77% of excellence, 16% of sufficiency and 7% of insufficiency.

Conclusion: Quality of care was mainly excellent; however, areas of opportunity were seen and must be considered in health interventions to improve the quality of care offered and the patients' survival.

Key words: Childhood ALL; quality of care; structure, process, outcome.

Resumo

Introdução: A Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) é o câncer mais frequente em crianças e adolescentes, possui altas taxas de mortalidade que o tornam um problema de saúde pública no México e no mundo. Através do Modelo de Qualidade Donabedian com suas três abordagens de avaliação: estrutura, processo e resultado, avaliando-os através dos qualificadores de excelente, suficiente e insuficiente, podem ser identificados os valores percentuais do comportamento da qualidade do atendimento desse tipo de paciente, favorecendo mais facilmente a identificação de áreas de oportunidade.

Objetivo: Identificar a qualidade do atendimento oferecido aos pacientes menores de 18 anos com LLA em um centro oncológico do estado de Veracruz segundo as abordagens do Modelo Donabediano de Qualidade (estrutura, processo e resultado).

Métodos: Estudo observacional, descritivo e transversal. População do estudo menor de 18 anos com LLA, seus acompanhantes, prestadores de serviço na área de Oncologia Pediátrica e serviços afins. Foram utilizados cinco instrumentos de coleta de dados, validados antes de sua aplicação.

Resultados: Estrutura 67% de excelência, 20% de suficiência e 13% de insuficiência;

Proceso 88% de excelência, 11% de suficiência e 1% de insuficiência; Como resultado, obteve-se 76% de excelência, 17% de suficiência e 7 de insuficiência. A qualidade do atendimento global apresentou 77% de excelência, 16% de suficiência e 7% de insuficiência.

Conclusão: A qualidade do atendimento foi, em sua maioria, excelente, no entanto, foram detectadas áreas de oportunidade, que devem ser consideradas nas intervenções de saúde para melhorar a qualidade da assistência prestada e a sobrevida desses pacientes.

Palavras-chave: LAL infantil; Qualidade do cuidado; estrutura; processar; resultado.

Introducción

El tipo de cáncer más frecuente en niños y adolescentes es la Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) (1). La mortalidad es alta en estas poblaciones y se debe a que el cáncer es diagnosticado en etapas avanzadas. En México, el 75% de los casos detectados es avanzado, esto desencadena un incremento en el lapso de uso del tratamiento, costo, y disminuye la probabilidad de sobrevida (2). Por esta necesidad, en México se generó el Programa gubernamental de Cáncer en la Infancia y adolescencia, sus metas son promover la detección y diagnóstico temprano, ofrecer tratamientos oportunos, accesibles, ayudando a incrementar la sobrevida y mejorar tasas de mortalidad (3).

El programa promueve la calidad de la atención, misma que Donabedian define “como aquellos logros de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente” (4). Este autor propuso tres enfoques para evaluar la calidad de la atención de manera multidimensional: estructura (recursos materiales como organizativos de la institución); proceso (toda actividad que se genera al paciente) (5) y resultado (los cambios en la salud de los pacientes incluyendo su satisfacción) (6). Aguirre-Gas (7) empleando el Modelo de Donabedian propuso calificativos para evaluar la calidad de atención: Excelente, Suficiente e Insuficiente (E.S.I.).

En México la calidad de la atención se evalúa de manera muy general a través de programas de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), pero se realiza parcialmente sólo en el enfoque de resultado desde la percepción del usuario, y no en la mejora de salud del paciente como debería hacerse de acuerdo con las definiciones de calidad (cambios en la salud del paciente). El enfoque de estructura se evalúa con la acreditación de unidades médicas, básicamente en cuanto la existencia de recursos humanos, físicos y financieros. Sin embargo, no se estudia el objeto primario de evaluación en calidad que es el proceso. Diversos estudios en torno al cáncer de niños y adolescentes se han centrado en relacionar a los enfoques de estructura y resultado (8,9), pero poco se conoce en relacionar a la estructura con proceso, y proceso con resultado.

La evaluación de calidad de la atención (en otras poblaciones y patologías) que emplean el modelo Donabedian usan calificativos de bueno, malo y regular; concluyen dándole mayor valor a uno de estos calificativos, centrándose más en la obtención del mejor calificativo (10). Un aspecto importante que poco se contempla al analizar calidad en servicios de salud, es la satisfacción de los prestadores de servicio, que puede indicar como se encuentra la calidad organizacional de la unidad médica. Hasta el momento no se ha publicado alguna evaluación multidimensional de calidad de atención en pacientes con LLA, pocos estudios consideran el uso de los tres enfoques de Donabedian o los estudian de manera separada aún cuando se ha comprobado que no se deben evaluarse así (5,10). El objetivo de este artículo fue identificar la calidad de la atención que se ofrece a pacientes menores de 18 años con LLA en un centro oncológico del estado de Veracruz según los enfoques del Modelo de calidad de Donabedian (estructura, proceso y resultado). El principal aporte de este estudio fue generar un marco teórico metodológico para medir calidad de la atención desde la convergencia de Donabedian y Aguirre-Gas, con el fin de encontrar áreas de oportunidad para mejorar la calidad de la atención a la salud de estos pacientes.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal. Se llevó a cabo en un Centro oncológico ubicado en el estado de Veracruz, perteneciente a la Secretaría de Salud, es un hospital oncológico de tercer nivel. La población de estudio fue menores de 18 años con LLA que estuvieran en la segunda fase del tratamiento; acompañantes de los pacientes; prestadores de servicio del área de oncopediatria que tuvieran mínimo un mes laborando en el área; y servicios relacionados con la atención de estos pacientes. Para pacientes y personal de salud se realizó un censo.

Las variables del estudio fueron:

Variable estructura

1) Lista de cotejo para evaluar la variable estructura, elaborada y adaptada de acuerdo con las cédulas de evaluación para la Acreditación, para Fondos Catastróficos en atención hospitalaria para menores de 18 años (11). Además de contemplar también la NOM-037-SSA (17), organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica. Estuvo dividido en tres apartados: Recursos humanos, servicios de apoyo y recursos materiales.

Variable proceso

2) Lista de cotejo para evaluar la variable proceso adaptada de acuerdo con el protocolo de diagnóstico y tratamiento empleado en el área de Oncopediatria del CECan, para pacientes con LLA-Alto riesgo. Estuvo dividido en dos apartados: diagnóstico y tratamiento.

Variable resultado

3) Cuestionario para evaluar la variable resultado y el indicador satisfacción de los usuarios, elaborado exprofeso (12). Constó de seis apartados: relación interpersonal de enfermería con los usuarios, relación interpersonal de los médicos con los usuarios, cuarto de hospitalización, recursos humanos y materiales, apoyo otorgado por trabajo social y procesos administrativos. Fue validado en población mexicana y por el estadístico Alfa de Cronbach con valor de 0.884 (confiabilidad aceptable).

4) Cuestionario para evaluar la variable resultado y el indicador satisfacción de los prestadores de servicios, elaborado exprofeso con base en instrumentos establecidos (13,14). Permitió evaluar la relación laboral, calidad dentro de su trabajo, así como el trabajo en equipo. Fue validado por el estadístico Alfa de Cronbach con un valor de 0.849.

5) Cédula para evaluar la variable resultado y el indicador respuesta al tratamiento, elaborada exprofeso basada en los datos de los parámetros de la biometría hemática completa (15), resultado del cultivo de líquido cefalorraquídeo, valor de blastos (16). Fue validada por un panel de expertos.

Variable Calidad de la atención

Se obtuvo mediante el promedio de los porcentajes globales del sistema calificativo E.S.I. de las variables anteriores, estructura, proceso y resultado. El porcentaje ESI global y final, nos indicó el valor de la calidad de la atención.

La recolección de datos consistió en la aplicación de los instrumentos en una sola ocasión; se llevó a cabo de la siguiente manera, inicialmente, se aplicó la lista de cotejo para evaluar la variable estructura, a través de la visita a las diversas áreas o servicios del hospital oncológico relacionados con la atención de LLA infantil. Al llegar al área o servicio determinado se llenaba la lista de cotejo, este proceso se realizó sucesivamente hasta cubrir todas las áreas o servicios incluidos en la atención de estos pacientes.

Segundo, cada día se revisaba la lista de pacientes del área de hospitalización pediátrica, se identificaban a los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, y se les invitaba a participar en el estudio explicándoles en qué consistía el mismo. Si aceptaban participar, firmaban el consentimiento informado (padre o tutor) y el asentimiento informado (pacientes menores de edad), posteriormente se aplicaba el cuestionario de satisfacción de los usuarios. Tercero, se procedía a identificar el expediente clínico de los pacientes, del cual se tomaba la información para llenar la lista de cotejo de la variable proceso y la

cédula de evaluación de la respuesta al tratamiento. Cuarto, se identificaban a los prestadores de servicio considerando los diferentes turnos de atención, invitándolos a participar en el estudio, si aceptaban firmaban el consentimiento informado, y posteriormente, se les aplicaba el cuestionario de satisfacción de prestadores de servicio.

Los resultados se analizaron mediante el software SPSS versión 22. Se definió del sistema calificativo E.S.I. la escala de medición para analizar los datos en cada una de las variables y sus respectivos indicadores, con el fin de obtener cifras porcentuales; las cuales se obtuvieron de acuerdo con las medias aritméticas. Se realizó estadística inferencial para la medición del indicador respuesta al tratamiento. Se realizó la prueba T student para muestras relacionadas o pareadas, como muestras relacionadas se comparó el valor del parámetro clínico obtenido al diagnóstico (VCDx) y el valor del parámetro clínico al final de la etapa de inducción (VCIn). Para esta evaluación se plantearon las siguientes hipótesis: H0: VCDx es igual a VCIn; H1: VCDx es diferente a VCIn. Se obtuvo del resultado de la diferencia de las muestras pareadas, la media aritmética, la desviación estándar, la media de error estándar, el 95% de intervalo de confianza de la diferencia, el valor de t, grados de libertad (gl) y la significancia estadística bilateral (<0.05).

El protocolo de este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto de Ciencias de la Salud con número de folio 018/2019 y por el Comité de Investigación del CECan con número de registro C.I./2019/07.

Resultados

Del total de pacientes encuestados (n=42), 26 (62%) fueron mujeres y 16 (38%) hombres. De acuerdo con la edad, predominó el grupo entre 0 a 5 años con 22 (52%), y en menor frecuencia los que tenían entre 12 a 14 años con 3 (7%). De los acompañantes (n=42), 36 (86%) eran mujeres y 6 (14%) hombres. De acuerdo con el grupo de edad, la mayoría se encontró en el grupo de más de 41 años con 11 (26%), el grupo de 18 a 20 años fue el de menor predominio con 2 (5%). El tipo de acompañante con mayor frecuencia fueron las madres con 34 (80%), seguido por los padres con 4 (10%) y por abuelas con 4 (10%). Respecto a los prestadores de servicio (n=74), se obtuvo que 54 (73%) fueron mujeres y 20 (27%) hombres. De acuerdo con el grupo de edad, predominaron los de más de 41 años con 29 (40%) y el grupo de edad con menor frecuencia fueron los de 18 a 20 años y de 21 a 25 años ambos con 2 (3%). Del tipo de prestadores de servicio (n=74) que se encuestó, enfermería fue el de mayor predominio con 39 (53%), médicos con 11 (15%) y otros con 24 (32%) fueron químicos, psicólogas y personal administrativo. En cuanto a la escolaridad se observó que la mayoría tenía nivel universitario 47 (63%) y el de menor predominio fue para secundaria con 4 (5%), es de resaltar que se obtuvo un 13 (18%) para especialidad.

Variable Estructura

En lo que respecta a la variable estructura, del primer apartado recursos humanos (n=13) la existencia de profesionales de la salud especializados mostró un 10 (76%) de excelencia, 2 (16%) de suficiencia y solo 1 (8%) de insuficiencia. Del segundo apartado servicios de apoyo (n=11), la evaluación de la existencia y funcionamiento de estos servicios resultó 7 (66%) de excelencia, 2 (17%) de suficiencia y 2 (17%) de insuficiencia. Del tercer apartado recursos materiales (n=14), la evaluación de la infraestructura, los inmuebles, equipos, mobiliario e instrumental y el sistema de materiales mostró que 8 (57%) obtuvieron excelencia, 4 (28%) suficiencia y 2 (14%) insuficiencia. De acuerdo con la evaluación de la variable estructura, se obtuvo que el promedio global (conforme a sus tres indicadores) resultando una excelencia de 67%, suficiencia de 20% e insuficiencia de 13%, ver tabla 1.

Tabla N° 1: Evaluación de la variable estructura

Indicador: recursos humanos n=13 (%)		
Excelencia 10 (76)	Suficiencia 2 (16)	Insuficiencia 1 (8)
<ul style="list-style-type: none"> ● Oncólogos Peditras ● Infectólogo Peditra ● Psicólogo ● Médico Intensivista Peditra ● Nutriólogo ● Radiólogo ● Radioterapeuta ● Físico ● Enfermera Especialistas Pediatría ● Hematólogo 	<ul style="list-style-type: none"> ● Cardiólogo Peditra ● Neurólogo Peditra 	<ul style="list-style-type: none"> ● Anestesiólogo ● Peditra
Indicador: servicios de apoyo n=11 (%)		
Excelencia 7 (66)	Suficiencia 2 (17)	Insuficiencia 2 (17)
<ul style="list-style-type: none"> ● Departamento de nutrición. ● Registro de uso de desinfectantes. ● Capacitación al personal de limpieza. ● Programa de sanitización de áreas críticas ● Departamento de enseñanza y capacitación. ● Concepto de seguridad en cada servicio. ● Comités técnicos médicos 	<ul style="list-style-type: none"> ● Departamento de trabajo social. ● Departamento de psicología. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Inhaloterapia. ● Cuidados paliativos.
Indicador: recursos materiales n=14 (%)		
Excelencia 8 (58)	Suficiencia 4 (28)	Insuficiencia 2 (14)
<ul style="list-style-type: none"> ● Banco de sangre ● Laboratorio de análisis clínicos ● Medicina nuclear ● Hospitalización ● Unidad quirúrgica ● Central de equipos y esterilización ● Cocina ● Casa de máquinas 	<ul style="list-style-type: none"> ● Laboratorio de anatomía patológica ● Imagenología y radioterapia ● Recuperación ● Terapia intensiva pediátrica 	<ul style="list-style-type: none"> ● Farmacia ● Área de quimioterapia
Promedio global de la variable estructura (%)		
Excelencia	Suficiencia	Insuficiencia
67	20	13

Variable proceso

En lo que se refiere a la variable proceso, la evaluación del primer indicador diagnóstico implicó el cumplimiento en la realización de estudios. Se observó que a la mayoría de los pacientes se les reportó la realización de biometría hemática completa con 41 (98%), aspirado y biopsia de médula ósea 40 (95%), estudio de Fracción de Eyección del Ventriculo Izquierdo (FEVI) 40 (98%) e Inmunofenotipo 40 (95%). Se detectaron porcentajes de no realización para radiografía de tórax con 21 (50%) e índice de ADN en 17 (41%) y diagnóstico final con 2 (5%). El diagnóstico final resultó ser clasificado como de alto riesgo para los 42 pacientes. La evaluación global de este indicador obtuvo un 34 (81%) de excelencia, 8 (19%) de suficiencia y 0 (0%) de insuficiencia. El segundo indicador de la variable proceso fue el tratamiento. Resultó que la distribución de pacientes de acuerdo a cada etapa del tratamiento 35 (83%) estaban en la etapa de mantenimiento, 4 (10%) en la etapa de consolidación, 2 (5%) en la etapa de intensificación y 1 (2%) en la etapa de inducción a la remisión, y ningún paciente estuvo en la primera etapa ventana de esteroides. Se observó que las etapas inducción a la remisión, consolidación e intensificación presentaron excelencia del 100% (42), la etapa de mantenimiento mostró excelencia de 89% (37) y la etapa de ventana de esteroides presentó excelencia de 86% (36), sin embargo, también una insuficiencia de 2% (1). La evaluación global de este indicador obtuvo una excelencia de 95%, suficiencia de 4% y una insuficiencia de 1%. En lo que respecta a la evaluación global de la variable proceso, conforme a los indicadores diagnóstico y tratamiento, presentó una excelencia en 88%, suficiencia con 11% e insuficiencia de 1%, ver tabla 2.

Tabla N° 2: Evaluación de la variable proceso

Indicador: diagnóstico		
Cumplimiento de la realización de estudios para el diagnóstico de LLA		
Estudios/evaluaciones	n=42 (%)	
Si		
No		
Biometría Hemática Completa	41 (98)	1 (2)
Aspirado y biopsia de médula ósea	40 (95)	2 (5)
Radiografía de tórax	21 (50)	21 (50)
Líquido Cefalorraquídeo	37 (88)	5 (12)
FEVI*	41 (98)	1 (2)
Índice de ADN	25 (59)	17 (41)
Inmunofenotipo	40 (95)	2 (5)
Biología molecular	36 (86)	6 (14)
Diagnóstico final	40 (95)	2 (5)
Promedio global del indicador diagnóstico n=42 (%)		
Excelencia	Suficiencia	Insuficiencia
34 (81)	8 (19)	0
Indicador: Tratamiento		
Evaluación de cada etapa del tratamiento		
n=42		

Etapas del tratamiento	Excelencia	Suficiencia	Insuficiencia
Ventana de esteroides	36 (86)	5 (12)	1 (2)
Inducción a la remisión	42 (100)	0	0
Consolidación	42 (100)	0	0
Intensificación	42 (100)	0	0
Mantenimiento	37 (89)	5 (11)	0
Promedio global del indicador tratamiento (%)			
Excelencia		Suficiencia	Insuficiencia
95		4	1
Promedio global de la variable proceso (%)			
Excelencia	Suficiencia	Insuficiencia	
88	11	1	

Variable resultado

Indicador: satisfacción de los usuarios

En cuanto a la variable resultado, el primer indicador satisfacción de los usuarios, demostró para la evaluación de la relación interpersonal con enfermería, un promedio de excelencia con 89%, suficiencia en 11%, y 0% de insuficiencia. La evaluación de la relación interpersonal con el personal médico se observó una excelencia con 96%, suficiencia con 3% e insuficiencia con 1%. La evaluación del cuarto de hospitalización obtuvo una excelencia del 90% y suficiencia de 10%. La evaluación de los recursos humanos y materiales mostró una excelencia de 87%, una suficiencia de 12% y una insuficiencia de 1%. La evaluación del apoyo otorgado por trabajo social, se observó una excelencia del 95%, una suficiencia del 4% y una insuficiencia del 3%. El último apartado evaluado fueron procesos administrativos, el promedio fue una excelencia de 97%, una suficiencia de 2% y una insuficiencia de 1%. La evaluación global del indicador satisfacción de los usuarios presentó una excelencia de 92%, suficiencia de 2% e insuficiencia de 1%, ver tabla 3.

Tabla N° 3: Evaluación de la variable resultado, indicador: satisfacción del usuario

Indicador: Satisfacción del usuario (%)			
Relación interpersonal de enfermería con los usuarios			
Criterio	Excelencia	Suficiencia	Insuficiencia
Se dirigen al paciente por su nombre	98	2	0
Son afectuosos y compasivos	83	17	0
Responden necesidades del paciente	90	10	0
Realizan lavado de mano antes de tener contacto con el paciente	76	24	0
Enfatizan la importancia de tener orden y limpieza en la cama de hospitalización	98	2	0
Promedio	89	11	0
Relación interpersonal de médicos con los usuarios			
Se dirigen al paciente por su nombre	98	2	0
Son afectuosos y amigables	90	9	1
Realizan lavado de mano antes de tener contacto con el paciente	98	2	0
Describen los procesos a realizar en su visita médica	98	2	0
Responde las preguntas detenidamente	95	4	1
Informan del estado de salud del paciente	98	2	0
Informan los planes y procesos a realizar	95	2	3
Promedio	96	3	1
Cuarto de hospitalización			
Limpio y confortable	88	12	0
Tranquilo para descansar	88	12	0
Realizan limpieza diaria	98	2	0
Cuentan con material para aseo de manos (jabón y toallas desechables)	88	12	0
Promedio	90	10	0
Recursos humanos y materiales			
Realización a tiempo de estudios de laboratorio e imagen	95	5	0
Obtención de medicamentos a tiempo	74	24	2
Presencia de personal de salud en todo momento	93	7	0
Promedio	87	12	1
Apoyo otorgado por trabajo social			

Explican lineamientos e invitan a leer el reglamento del hospital	98	2	0
Favorecen las necesidades del paciente	90	7	3
Orientan en trámites administrativos	98	2	0
Promedio	95	4	1
Procesos administrativos			
Jefe de servicio atiende cuando se requiere	98	2	0
Secretaria de jefatura del área atiende amable y eficiente	100	0	0
Satisfacción de cuidados por parte del personal	98	2	0
Orientación del personal-cuidados paciente	100	0	0
Participación del acompañante en la atención del paciente	100	0	0
Orientación del personal de salud para vigilar y orientar la seguridad del paciente	100	0	0
Satisfacción del apoyo psicológico	90	5	5
Participación de grupo de apoyo para padres	98	2	0
Satisfacción de actividades educativas y recreativas en hospitalización	90	10	0
Recomendación del servicio a familiares o amigos que lo requieran	98	2	0
Promedio	97	2	1
Promedio global del indicador	92	7	1

Indicador: prestadores de servicio

El segundo indicador de la variable resultado fue satisfacción de los prestadores de servicio. El promedio de suficiencia resultó en excelencia del 54%, suficiencia del 38% e insuficiencia del 8%, ver tabla 4.

Tabla N° 4: Evaluación de la variable resultado, indicador: satisfacción de los prestadores de servicio

Indicador: Satisfacción del prestador del servicio (%)			
Criterio	Excelencia	Suficiencia	Insuficiencia
Existe trabajo en equipo	59	38	3
Las decisiones se toman con base en información confiable	50	47	3
Las decisiones se toman oportunamente	39	56	5
Entienden su rol dentro del equipo de trabajo	73	24	3
Conocen sus funciones específicas	68	29	3
Existe calidad en su servicio	51	46	3
Sienten la necesidad de cambios	59	38	3
Exigen calidad entre otros	55	41	4
Revisan personalmente la calidad de su trabajo	64	36	0
Se toma enserio a la calidad	58	35	7
Espacio físico laboral suficiente	15	47	38
Se identifica a los pacientes	73	25	2
Satisfacción del trabajo realizado	72	22	6
Relación laboral cordial	47	44	9
Calidad es gratificada	16	51	33
Participación de los buenos resultados	54	43	3
Funcionarios más elogiados que criticados o corregidos	16	65	19
Responsabilidad de éxitos y fracasos	66	33	1
Empeño en su trabajo	91	9	0
Promedio global del indicador	54	38	8

Variable: respuesta al tratamiento

El tercer indicador de la variable resultado fue la evaluación de la respuesta del tratamiento (tabla 5) implicó la evaluación de blastos al final de la ventana de esteroides (primera etapa de tratamiento) y al final de la inducción a la remisión (segunda etapa del tratamiento). Los porcentajes obtenidos fueron: 83% de excelencia (indica respuesta rápida al tratamiento), 7% de suficiencia y 10% de insuficiencia (indica respuesta lenta).

Tabla N° 5: Evaluación del indicador respuesta al tratamiento

Criterio	N=42		
	Excelencia	Suficiencia	Insuficiencia
Valor de blastos al final de ventana de esteroide y al final de la inducción a la remisión	35	3	4
Porcentaje	83	7	10

En cuanto a la respuesta al tratamiento (tabla 6), también se encontraron diferencias significativas ($\text{sig.} \leq .05$) en los siguientes parámetros clínicos: Eritrocitos: resultó una diferencia de medias de -0.70 ($t=-4.11$, $gl=41$, $\text{sig.}=.001$); Hemoglobina: obtuvo una diferencia de medias de -2.30 ($t=-4.87$, $gl=41$, $\text{sig.}=.001$); Volumen Globular Medio (VGM): adquirió una diferencia de medias de -4.37 ($t=-2.60$, $gl=41$, $\text{sig.}=.013$); Leucocitos: obtuvieron una diferencia de medias de 16.17 ($t=2.12$, $gl=41$, $\text{sig.}=.039$); Neutrófilos: adquirió una diferencia de medias de -32.83 ($t=-7.16$, $gl=41$, $\text{sig.}=.001$); Blastos: obtuvieron una diferencia de medias de 32.5 ($t=6.95$, $gl=41$, $\text{sig.}=.001$); y Plaquetas: adquirió una diferencia de medias de -77.76 ($t=-4.56$, $gl=41$, $\text{sig.}=.001$). Por tanto, podemos deducir que la administración del tratamiento de las primeras dos fases mejora notoria y significativamente los valores clínicos.

En lo que respecta a la evaluación de la variable resultado, se encontró un promedio global (de sus tres indicadores) un 76% de excelencia, una suficiencia de 17% y una insuficiencia de 7%.

Tabla N° 6: Evaluación de la variable resultado del tratamiento: evaluación de valores clínicos (prueba T para muestras pareadas)

Muestras pareadas (parejas) VDX*-VFI†	Media	Desviación estándar	Diferencias pareadas				t‡	gl¶	Sig.** (bilateral)
			Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia					
				Inferior	Superior				
1 Eritrocitos	-0.70	1.10	.17	-1.04	-0.35	-4.11	41	.00††	
2 Hemoglobina	-2.30	3.05	.47	-3.25	-1.34	-4.87	41	.00††	
3 CMHG ‡	-1.73	8.73	1.34	-4.45	.98	-1.28	41	.20	
4 VGM§	-4.37	10.90	1.68	-7.77	-0.97	-2.60	41	.01††	
5 Leucocitos	16.17	49.27	7.60	.82	31.53	2.12	41	.03††	
6 Neutrófilos	32.83	29.68	4.58	-42.08	-23.58	-7.16	41	.00††	
7 Basófilos	.02	.71	.11	-.19	.24	.21	41	.83	
8 Linfocitos	7.40	33.63	5.19	-3.07	17.88	1.42	41	.16	
9 Monocitos	-2.26	13.97	2.15	-6.61	2.09	-1.04	41	.30	
10 Segmentados	.16	1.08	.16	-.17	.503	1.00	41	.32	
11 Bandas	-.28	3.16	.48	-1.27	.70	-.58	41	.56	
12 Blastos	32.57	30.37	4.68	23.10	42.03	6.95	41	.00††	
13 Plaquetas	77.76	110.46	17.04	-112.18	-43.34	-4.56	41	.00††	

*VD=Valor diagnóstico; †VFI= valor al final de la etapa inducción (etapa 2 del tratamiento), ‡CMHG= Concentración Media de Hemoglobina Globular; §VGM= Volumen Globular Medio y ||t= valor de la prueba T student; ¶gl= grados de libertad y **Sig.=significancia estadística bilateral. Signo negativo en la media indica aumento de valor del VD al FI, signo positivo en la media indica disminución de valores del VD al FI. ††Valores que indican que son menores a <0.005, de los cuales se concluye que hay diferencia significativa entre el valor del parámetro del diagnóstico y el valor del parámetro al final del tratamiento.

Variable calidad de la atención

La evaluación global de la calidad de la atención (tabla 7) resultó con una excelencia del 77%, una suficiencia de 16% y una insuficiencia del 7%. De acuerdo con estos datos se puede comentar que la calidad de la atención en el centro oncológico estudiado es excelente, sin embargo, no es una excelencia del 100%, es imprescindible tomar en cuenta los porcentajes obtenidos en suficiencia y principalmente en insuficiencia, ya que son áreas

de oportunidad de mejora.

Tabla N° 7: Evaluación de la variable Calidad de la atención

Variables	Porcentaje (%)		
	Excelencia	Suficiencia	Insuficiencia
Estructura	67	20	13
Proceso	88	11	1
Resultado	76	17	7
Promedio global	77	16	7

Discusión

A partir de los hallazgos reportados en el presente estudio, se observó que la calidad de la atención de pacientes menores de 18 años con LLA del centro oncológico estudiado tiene un alto porcentaje de excelencia de acuerdo con los calificativos E.S.I. en cuanto al comportamiento de los enfoques estructura, proceso y resultado. En relación con la revisión de la literatura, no se encontró algún estudio que evaluara la calidad de la atención en estas poblaciones. Sin embargo, se detectó relación con dos investigaciones (8,9); en donde evaluaron la estructura y parte del resultado, pero no se llevó a cabo la evaluación completa del enfoque resultado y no se realizó la estimación del enfoque proceso.

En esta investigación se observó que la estructura hospitalaria tuvo un alto porcentaje de excelencia, porque resultó tener un buen equipo multidisciplinario, algo diferente se reportó en una investigación en donde mencionan baja disponibilidad de recursos humanos (9). Igualmente, se detectó en esta investigación que se contaba con gran cantidad de servicios de apoyo, con los cuales se brindó una atención integral a excepción de cuidados paliativos (servicio inexistente); algo diferente se reportó en una investigación donde observaron la falta del servicio de inhaloterapia y radioterapia (9). Se reportó en el presente estudio una buena infraestructura, equipos y materiales. La principal deficiencia se debió al desabasto de medicamentos y al área de preparación de quimioterapias, en otra investigación se reportó algo diferente, al identificar una buena disponibilidad de medicamentos (9).

Respecto al proceso, en esta investigación se observó un alto porcentaje de excelencia debido a una buena respuesta de aplicación de la primera dosis de quimioterapia después de tener el diagnóstico definitivo (de 0-1 día). Sin embargo, no se ha reportado el número específico de días a considerar como buena respuesta, pero se especifica que entre más rápido se inicie el tratamiento mejor pronóstico de vida se obtiene (18). No obstante, si se compara el procedimiento que se sigue en este centro oncológico con guías internacionales, se puede apreciar que falta contemplar la evaluación de enfermedad mínima residual (por citometría de flujo). Prueba que brinda información sobre posibles recaídas (es decir, la reaparición del cáncer después de un periodo de remisión) y ello conlleve a mejorar la vigilancia al paciente (16). En cuanto al diagnóstico esta investigación reportó cumplimiento con lo establecido por la Guía de Práctica Clínica de diagnóstico y tratamiento de LLA en menores de 18 años (19). Como deficiencias del proceso se puede considerar el llenado incompleto del formato de atención de pacientes con LLA y la escasa de evaluación de la primera etapa del tratamiento (ventana de esteroides); aun cuando se ha reportado que la evaluación de esta etapa es favorable, porque indica si un paciente puede generar recaída (20).

En cuanto al resultado, se obtuvo en el presente estudio un alto porcentaje de excelencia,

debido a que los acompañantes de los pacientes establecieron de acuerdo con su percepción estar satisfechos con el servicio que les brindaron. Se ha reportado en alguna otra investigación que los valores positivos de satisfacción se asocian a que las personas califican de esta manera por agradecimiento al servicio recibido (8). Como deficiencias en torno a la satisfacción de los usuarios expresaron que no siempre se les dio el medicamento cuando lo requirieron y que la educación escolar básica que se les ofreció a los pacientes fue muy deficiente.

Respecto a la percepción de los prestadores de servicio, se obtuvo en esta investigación un alto porcentaje de excelencia. Como deficiencias, se observó que la calidad no es gratificada y que el espacio físico laboral es insuficiente. En otros estudios se ha reportado mayormente insatisfacción e igualmente poca gratificación (13,21).

En torno al comportamiento de valores clínicos hematológicos en esta investigación, se puede deducir que la administración del tratamiento en las primeras dos fases presentó mejoría notoria y significativa de los valores clínicos. Esto es similar a lo reportado en otra investigación (15). De acuerdo con la respuesta al tratamiento se obtuvo un porcentaje alto de excelencia, lo que indicó buena respuesta, equivalente a lo reportado en otras dos investigaciones (15,20). Asimismo, se cumplió con reportar los valores de blastos, para evaluar la disminución de estos como un indicador favorable de buen pronóstico y que es necesario realizar a todo paciente (15).

Conclusión

Evaluar la calidad de la atención de manera multidimensional implica contemplar los tres enfoques de Donabedian, y que el empleo de los calificativos E.S.I. favorece el detectar áreas de mejora y oportunidad, las cuales pueden ser consideradas por las autoridades del centro oncológico, con el fin de mejorar la calidad de atención ya esto pueda verse reflejado en mejorar salud del paciente.

Relevancia para políticas e intervenciones sanitarias

Esta investigación ha permitido demostrar que con el uso de los tres enfoques de Donabedian (estructura, proceso y resultado) y el empleo de los calificativos excelente, suficiente e insuficiente se logra identificar de manera más fácil áreas de oportunidad, las cuales deben ser consideradas en las intervenciones sanitarias para mejorar la calidad de la atención y la sobrevida de los pacientes.

Relevancia para la investigación en salud

Es fundamental considerar en investigaciones futuras el realizar una evaluación integral de calidad de la atención incluyendo los tres enfoques propuestos por Donabedian.

Declaración de conflictos de interés: No hubo conflicto de interés durante la realización de la investigación.

Financiamiento: financiado por el Departamento de Sistemas de Salud del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana

Referencias bibliográficas

1. Cancer.org.¿Qué causa la leucemia linfocítica aguda? [Internet]. 2018 [citado 13 mayo 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/leucemia-linfocitica-aguda/causas-riesgos-prevencion/que-lo-causa.html>
2. Cancer.org.¿Qué causa la leucemia linfocítica aguda? [Internet]. 2018 [citado 13 mayo 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/leucemia-linfocitica-aguda/causas-riesgos-prevencion/que-lo-causa.html>
3. Secretaría de Salud. Programa de Cáncer en la Infancia y la Adolescencia. Ciudad de México: Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia; 2019. pp.

- 70–75.
4. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment: Explorations in quality assessment and monitoring. 1.ª ed. Michigan: Health Administration Press. Ann Arbor.; 1980.
 5. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1.ª ed. Michigan: The Milbank Memorial Fund Quarterly; 1966.
 6. Donabedian A. The quality of medical care: how can it be assessed. 1.ª ed. Michigan: JAMA; 1988.
 7. Aguirre-Gas H. Evaluación y garantía de calidad de la atención médica. Salud Pub Mex [Internet]. 12 de noviembre de 1991 [citado 22 de enero de 2021];33(6):623-9. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5460>
 8. Miranda-Lora AL, Villasís-Keever MA, Reyes-López A, Ruíz-Cano J, Escamilla-Núñez A, Dorantes-Acosta E, et al. Satisfacción con la atención médica que reciben niños y adolescentes con leucemia linfoblástica aguda: experiencia en México con pacientes afiliados al Seguro Popular. Bol Med Hosp Infant Mex. 2012;69(1665-1146):233–244.
 9. Miranda-Lora AL, Klünder-Klünder M, Ruíz-Cano J, Reyes-López A, Dorantes-Acosta E, Zapata-Tarrés M, et al. Estructura hospitalaria y su relación con la sobrevivencia de pacientes pediátricos con leucemia linfoblástica aguda. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 2001;69(3):205-211.
 10. López S, Vertíz J, Jarillo E, Garrido F, Villa B. El Sistema Integral de Calidad en Salud: una mirada crítica. [Internet]. 1.ª ed. Cuernavaca, Morelos: INSO; 2014 [citado 15 abril 2020]. Disponible en: https://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/150707_Si-Calidad.pdf
 11. Secretaría de Salud. Cédulas para la Acreditación. Ciudad de México: Dirección General de Calidad y Educación en Salud; 2018.
 12. Morales-Gutiérrez C. Percepción de la calidad de la atención hospitalaria por el usuario. Prueba de campo Junio – Agosto del 2013. [Especialidad Pediatría]. UNAM; 2014.
 13. Bozo ML, Reyes H, San Martín M. Evaluación del grado de satisfacción del usuario interno del consultorio municipal Santa Cruz [Ingeniería]. Universidad Academia de Humanismo Cristiano; 2005.

14. Fuentes I. Estructura Familiar y satisfacción laboral de los médicos residentes en medicina familiar de la Unidad de Medicina Familiar N. 64, Tequesquahuac del 2011-2012. [Especialidad Medicina Familiar]. Universidad Autónoma del Estado de México; 2013.
15. Dorantes-Acosta E, Zapata-Tarrés M, Miranda-Lora A, Medina-Sansón A, Reyes-López A, Peña del Castillo H, et al. Comparación de las características clínicas al diagnóstico de niños con leucemia linfoblástica aguda afiliados al Seguro Popular, con respecto al desenlace. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 2012; 69(3): 190-196.
16. Vizcaino M, Lopera JE, Martínez L, De los Reyes I, Linares A. Guía de atención integral para la detección oportuna, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de leucemia linfóide aguda en niños, niñas y adolescentes. Revista Colombiana de Cancerología. 2016; 20 (1): 17-27.
17. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA3-2016, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica. México: Diario Oficial de la Federación. 2016.
18. Organización Panamericana de la Salud. Diagnóstico temprano del cáncer en la niñez. Washington, D.C.: PAHO. 2014.
19. Secretaría de Salud. Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico oportuno de la leucemia aguda en pediatría en primer y segundo nivel de atención. CENETEC. 2017. Disponible en: <http://www.centec-difusion.com/CMGPC/55-061/ER.pdf>
20. Rendón-García H, Tamayo-Pedraza G, y Covarrubias-Espinoza G. Ventana de esteroide en niños con Leucemia Linfoblástica Aguda evaluada por factores pronósticos. Bol Clin Hosp Infant Edo Son. 2017; 34(2).
21. Pavón-León P, Gogeaescoechea-Trejo MC, Blázquez-Morales MSL, Blázquez-Domínguez CR. Satisfacción del personal de salud en un hospital universitario. Salud en Tabasco [Internet]. 2011; 17 (1-2): 13-21. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa>