



**Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila
Facultad de Ciencias Médicas “Dr. José Assef Yara”**

XXXII FÓRUM NACIONAL DE ESTUDIANTES DE CIENCIAS MÉDICAS, VILLA CLARA 2020

Calidad de la atención al paciente oncogeriátrico en el Servicio Provincial de Oncología de Ciego de Ávila

AUTORES

Daimaris González-Pino

Estudiante de 5to año de Medicina. Alumno Ayudante de Cardiología

Sara Rodríguez-García

Estudiante de 4to año de Medicina. Alumno Ayudante de Medicina General Integral

Elianet Pérez-Cabezas

Estudiante de 6to año de Medicina.

TUTORES

Dr. Jose Manuel González-Cendán

Especialista de 1er Grado en Medicina Interna. MCs. Longevidad Satisfactoria. Profesor Auxiliar.

**CIEGO DE ÁVILA, 2019
“AÑO 61 DE LA REVOLUCIÓN”**

ÍNDICE

Contenido

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	1
Problema científico.....	3
Justificación del estudio.....	3
MARCO TEÓRICO	4
OBJETIVOS	10
HIPÓTESIS	11
MATERIALES Y MÉTODOS	12
Contexto y clasificación	12
Universo y Muestra.....	12
Métodos de obtención de información.....	13
Principales variables de medición de respuesta	13
Definición operacional de las variables	14
Métodos de procesamiento de la información y técnicas a utilizar	17
Aspectos éticos	18
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	18
CONCLUSIONES	26
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
ANEXOS	30

RESUMEN

Introducción: La calidad aplicada a los servicios de salud **Objetivo:** Evaluar la calidad de la atención al paciente oncogeriátrico en el servicio de Oncología del Hospital Provincial Dr. Antonio Luaces Iraola. **Materiales y Métodos:** Se realizó una investigación evaluativa, descriptiva transversal en el Servicio de Oncología del Hospital Provincial Dr. Antonio Luaces Iraola de Ciego de Ávila en el período comprendido entre marzo y diciembre de 2018, en la que se sumió la Metodología de la Investigación en Ciencias de la Salud de Artilles Visbal y colaboradores se revisaron las Historias Clínicas así como la aplicación de la guía de evaluación, para determinar la calidad de la atención recibida. **Resultados:** Al evaluar la información recogida se encontró que hubo fallas en la atención psicológica ($p=0,07$), en la orientación y ayuda del trabajador social ($p=0,76$), en el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento ($p=0,86$). Por otra parte la población estudiada evaluó de adecuada la atención recibida y el 48,2% de inadecuada, por lo que al aplicar χ^2 no se observó diferencia significativa ($p < 0,005$). **Conclusiones:** En el estudio predominó el grupo de edad entre 60 y 70 años, el sexo masculino, los pacientes autónomos y el estadio de la enfermedad III. Hubo satisfacción con la información ofrecida por el médico, la actuación ética de los profesionales y personal de enfermería, confort de la habitación. La insatisfacción estuvo presente en la valoración psicológica, la orientación y ayuda del trabajador social y el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento. A pesar que la calidad de la atención recibida fue evaluada de adecuada, no se constataron diferencias significativas. **Palabras clave:** Calidad de la Atención de Salud, geriatría, oncología.

INTRODUCCIÓN

La calidad aplicada a los servicios de salud en los últimos años ha despertado cada vez más importancia; ello no implica que históricamente estos servicios no hayan estado en pos de la excelencia, sino que ya no se trata exclusivamente de poseer calidad técnica o intrínseca, sino de producir actos de calidad y que esta sea percibida por el usuario.¹ Dicho concepto se basa en la satisfacción de la población, la excelencia profesional, la eficiencia en el uso de los recursos, en ofrecer atención con un riesgo mínimo para los pacientes y en la evaluación del impacto final de las acciones en términos de ganancia en salud para los ciudadanos^{1,2}.

La definición del término calidad, mundialmente aceptada hoy en la norma NC-ISO 9000 es el grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos. De acuerdo con esta definición, el doble carácter de la calidad entre lo

objetivo y lo subjetivo, base de la apreciación también imprime matices a la definición y percepción de la misma².

En salud su definición adquiere diversas dimensiones y la expresión máxima se materializa en el acceso, la cobertura universal, la equidad e integralidad, lo cual, sin duda, se significa en indicadores que traducen bienestar y calidad de vida en la población³. De ahí que la medición de la calidad y la eficiencia de un servicio de salud sea una tarea compleja que requiere de una operacionalización cuantitativa que permita comparaciones en el tiempo y en el espacio y la determinación de patrones que consientan la identificación de fallos o logros⁴.

Algunas organizaciones internacionales se han dedicado a promover la calidad, entre las que se encuentran la Joint Comission, la Agencia de Acreditación de Canadá, Planetree y la Sociedad Internacional de Calidad en Salud (Isqua). Por otra parte, países como Japón, Qatar, España, México, Chile, Colombia, Estados Unidos, entre otros, implementan programas de calidad en salud. En el caso de Cuba el Ministerio de Salud Pública implementa la Estrategia de Gestión de la Calidad en el Sistema Nacional de Salud, la cual fue actualizada para el período 2016-2020 cuyos resultados más importantes se enfocan, entre otros, a la certificación de evaluación de Sistemas de Gestión de calidad en las instituciones.^{5,6}

En tal sentido en el Servicio Provincial de Oncología de Ciego de Ávila se viene realizando un Proyecto Institucional sobre evaluación de la atención integral al paciente oncológico geriátrico, teniendo en cuenta que el cáncer en la actualidad constituye un problema de salud y se estima un rápido crecimiento de esta afección en los próximos años, principalmente a causa del envejecimiento de la población, que de acuerdo a las últimas estimaciones emitidas en el año 2018 por la Organización Mundial de la Salud, para 2020 el número de personas de 60 años o más será superior al de niños menores de cinco años y para 2050 el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%⁷.

Por otra parte, el cáncer en Cuba constituye la segunda causa de morbilidad general; es el indicador de mayor impacto en la esperanza de vida al nacer. Cada

año se diagnostican más de 27 mil nuevos casos⁸. En Ciego de Ávila el 70.1% de los diagnósticos de cáncer fue en pacientes mayores de 65 años⁹.

La relación del envejecimiento y el cáncer se debe a que, desde un punto de vista biológico el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que conlleva a un aumento del riesgo de la enfermedad⁷, por lo que el trabajo conjunto y coordinado se vuelve imprescindible para garantizar la consecución del plan de cuidados a pacientes multimórbidos y la calidad de la atención¹⁰⁻¹³.

Problema científico

¿Cómo mejorar la calidad de la atención al paciente oncogeriátrico en el servicio de Oncología del Hospital Provincial General Docente Antonio Luaces Iraola?

Justificación del estudio

La presente investigación se realiza teniendo en cuenta lo que plantea el Anexo a la Resolución Ministerial No. 145/2007: “Programa para el perfeccionamiento continuo de la calidad de los servicios hospitalarios”, que tiene como objetivo general mejorar continuamente la Calidad de los servicios hospitalarios en busca de la excelencia; dentro de los objetivos específicos el objetivo tres sugiere evaluar la satisfacción de los pacientes y familiares relacionado con la actividad hospitalaria, y el objetivo seis realizar investigaciones necesarias sobre Calidad para mejorar y perfeccionar la atención que brinda la institución¹⁴.

Por otra parte, en la literatura revisada de Cuba y Ciego de Ávila no se encontraron estudios sobre el tema, por lo que este estudio es relevante en la medida que aporta elementos e indicadores que puedan favorecer la mejora de la atención al paciente oncológico geriátrico, así como constituye la base para estudios futuros y para la creación de una herramienta de evaluación integral al adulto mayor con cáncer inexistente en el Servicio de Oncología del Hospital Provincial General Docente Antonio Luaces Iraola.

MARCO TEÓRICO

El concepto de Oncología Geriátrica data de la década de los ochenta del pasado siglo y fue introducido por el trabajo pionero de Rosemary Yancik, Paul Carbone y Jerry Yates. Durante ese periodo, la mayoría de los estudios realizados fueron de índole retrospectivo, en un intento de caracterizar a los pacientes ancianos con cáncer y de describir cómo toleraban los regímenes de tratamiento oncológico, así como de identificar la mejor manera de integrar el quehacer geriátrico en el cuidado de este tipo de pacientes¹².

El cáncer, por su elevada frecuencia en las personas de más de 65 años de edad, genera un impacto en lo social y en los indicadores de salud. Conscientes del relevante papel que está tomando la Oncogeriatría en el entorno actual por el aumento de las enfermedades oncoproliferativas, el incremento de la expectativa de vida y la transición de las causas de mortalidad (de las enfermedades cardiovasculares a las oncológicas), se impone elevar la calidad de la atención al

paciente oncogeriátrico y en este empeño las políticas gubernamentales y locales juegan un papel esencial¹⁵.

El factor de riesgo que más se asocia al desarrollo de cáncer es la edad. Cuantos más años se vive, mayor es la probabilidad de ser diagnosticado con esta enfermedad. Cinco son los principios y pasos a seguir como punto de partida para una toma de decisiones y manejo adecuado a las personas más vulnerables. En primer lugar, valorar las preferencias de la persona (y familia/cuidadores) para priorizar los objetivos de salud a conseguir, hacer la mejor elección de tratamiento posible y a su vez, permitir la participación de la persona en el plan de intervención. Hay que considerar que estos pacientes tienen prioridades diversas, todas válidas y respetables, siendo el mantenimiento de la autonomía el objetivo principal seguido del control de los síntomas¹⁶.

En segundo lugar, la interpretación y aplicación de la evidencia para conseguir los resultados esperados, en coherencia con los objetivos del paciente. La dificultad de este paso recae en la limitación de la evidencia de tratamientos para el cáncer en pacientes con múltiples condiciones crónicas y que frecuentemente no incluyen resultados que interesan a estos pacientes (estado funcional, control de síntomas). Un tercer paso sería la estimación del pronóstico o “estado del envejecimiento”.¹⁷

En pacientes con cáncer y multimorbilidad, la supervivencia es menor y su estimación supone un mayor reto¹⁸. A parte del pronóstico vital, no se pueden olvidar aquellos otros datos que interesan a los pacientes como el estado funcional, la autonomía y la calidad de vida. Otro aspecto consiste en considerar la factibilidad del tratamiento, ya que muchos factores intervienen en la adherencia en pacientes con multimorbilidad, deterioro cognitivo y/o funcional, inadecuado soporte familiar, alteraciones del estado de ánimo, limitaciones económicas o de cobertura sanitaria o disponibilidad de transporte¹⁷.

La polifarmacia y las interacciones farmacológicas pueden limitar la factibilidad de nuevos tratamientos potenciales para el cáncer. Cada fármaco adicional en estos pacientes multiplica las posibilidades de interacciones, efectos adversos y prescripción en cascada.

El quinto paso sería optimizar el tratamiento e implementar de forma coordinada el plan de cuidados por parte de todos los profesionales implicados. Este paso responde a las preguntas “¿se beneficiaría esta persona de una valoración geriátrica integral o de coordinación de cuidados? ¿Cómo puede el equipo interdisciplinario optimizar el plan asistencial?”. El trabajo conjunto y coordinado de todos los profesionales (de atención primaria, geriatría, terapias, farmacia, trabajo social, psicólogos) se vuelve imprescindible para garantizar la consecución del plan de cuidados de pacientes multimórbidos¹⁹.

Otro elemento esencial en esta temática es la valoración geriátrica integral (VGI). Es una herramienta que permite evidenciar los problemas de salud que claramente podrían interferir en la toma de decisiones en cuanto a las opciones terapéuticas. En particular, los tratamientos del cáncer pueden generar deterioro en las habilidades funcionales del individuo. Estas últimas representan dominios cruciales en términos de calidad de vida y supervivencia¹⁸.

La pobre calidad de vida y la dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) en el momento del diagnóstico, se asocian a una menor supervivencia. Se ha demostrado, de forma más o menos constante, una asociación entre la presencia de depresión, dependencia en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), comorbilidad, deterioro cognitivo y la ya mencionada dependencia en AIVD, independientemente de las puntuaciones en las herramientas clásicas de evaluación de la función en oncología^{19,20}.

Hay que destacar que, cuando se comparan las herramientas de evaluación funcional clásicas en oncología (ECOG PS y Karnofsky Performance Status [KPS]) con aquellas de uso frecuente en la evaluación geriátrica, se observa que las primeras pueden sobrestimar la funcionalidad. Sin embargo, aunque las escalas geriátricas de funcionalidad agregan información a la evaluación de los pacientes mayores con cáncer, no existen recomendaciones estandarizadas en cuanto al umbral para predecir riesgo cuando se utilizan, umbral (o punto de corte) que sí está bien descrito para el ECOG PS y el KPS^{19,20}.

La preocupación principal en Oncogeriatría es la implementación del régimen de tratamiento o paliación más efectivo con un riesgo de toxicidad aceptable. Aunque la meta final es el control de la neoplasia, debe tenerse muy en cuenta la variabilidad del estado funcional y de salud del paciente anciano. Por un lado, los pacientes pueden ser infra tratados debido al miedo del médico involucrado en relación con su susceptibilidad a la toxicidad asociada al tratamiento; por otro, los protocolos de tratamiento estándar pueden llevar al incremento de la toxicidad y al sobre tratamiento en algunos de estos pacientes. A fin de cuentas, el estado funcional óptimo representa un desenlace crítico en los pacientes ancianos²⁰.

La existencia de una asociación entre el tratamiento oncológico y la instalación de deterioro funcional no está aún clara. Se sabe que la fatiga asociada al tratamiento podría facilitar la presencia de deterioro funcional y que la dependencia funcional parece más frecuente en pacientes que se sometieron a una cirugía oncológica o a radioterapia, además de a quimioterapia. No obstante, en poblaciones de ancianos que viven en la comunidad, la funcionalidad parece conservarse razonablemente bien, a pesar de haberse instalado un tratamiento oncológico. A pesar de que muchos de los estudios en relación con la tolerancia de los pacientes ancianos a los tratamientos oncológicos están basados en ensayos en los que esta población está infrarrepresentada, impresiona el hecho de que los pacientes estudiados obtienen un beneficio similar al de sus homólogos más jóvenes, con un nivel de toxicidad semejante o ligeramente mayor, aunque sin considerar el deterioro funcional^{11,21}.

En un estudio en el que se comparó distintos desenlaces después de la administración de diferentes esquemas de quimioterapia en pacientes mayores de 70 años con cáncer de mama metastásico y un grupo de sujetos más jóvenes, se encontró que los índices de respuesta, el tiempo para progresión de la enfermedad, la supervivencia y los efectos tóxicos se presentaron en frecuencias similares en ambos grupos. No obstante, algunos estudios han demostrado que, a pesar de presentar toxicidad hematológica en alrededor de la mitad de los casos, los pacientes ancianos generalmente continúan los esquemas de quimioterapia y

mantienen su calidad de vida después de recibir quimioterapia en rangos similares a la que tenían antes de iniciar el tratamiento^{11,22}.

Ante la dificultad de predecir la aparición de toxicidad en este grupo de pacientes, en años recientes se han propuesto nuevos instrumentos que intentan estimar la aparición de toxicidad severa. Uno de ellos es el Chemotherapy Risk Assessment Score for High Age Patients (CRASH), que clasifica a los pacientes en cuatro grupos de riesgo (bajo, intermedio bajo, intermedio-alto y alto) de presentar toxicidad en general, hematológica y no hematológica. Resulta importante destacar que entre los parámetros utilizados para obtener la puntuación total del CRASH se encuentran múltiples herramientas de uso común en la VGI, como las AIVD medidas por la escala de Lawton, el estado cognitivo medido a través de la Mini-Mental State Examination (MMSE) y el estado nutricional valorado con el Mini Nutritional Assessment (MNA), así como el tipo de quimioterapia que se emplea, entre otros^{14,23}.

Las escalas de evaluación funcional también han incluido herramientas de estimación de riesgo quirúrgico en pacientes ancianos con procesos oncológicos. A través del desarrollo de la Preoperative Assessment of Cancer in the Elderly (PACE), se encontró que el pobre estado de salud, entendido como la presencia de discapacidad, fatiga y pobre desempeño físico, se asocia a un aumento del riesgo de complicaciones posquirúrgicas. En el estudio piloto para el desarrollo de dicha herramienta, dos componentes de la PACE (el desempeño físico y la puntuación en la escala de las ABVD), se asociaron a complicaciones durante el primer mes del postoperatorio¹⁴.

En el contexto de la ginecología oncológica, un estudio piloto recientemente publicado encontró que las mujeres ancianas que cumplen los criterios de fragilidad y que se someten a un procedimiento quirúrgico mayor, presentan más frecuentemente complicaciones durante los primeros 30 días después de la cirugía. Lo anterior hace evidente el intento de sistematizar la evaluación de los ancianos con cáncer, con el fin de predecir mejor sus desenlaces cuando se someten a tratamientos oncológicos^{15,23,24}.

No existe una forma estandarizada en cuanto a los contenidos de la evaluación geriátrica en pacientes oncológicos. Los elementos generalmente son los mismos que los de una VGI habitual y entre ellos están la evaluación de la funcionalidad, los aspectos nutricios y psicosociales, la comorbilidad, la expectativa de vida y la cognición, entre otros.²⁵ La evaluación sistemática de todos los pacientes ancianos con patologías neoplásicas impone grandes dificultades logísticas, por lo que, en los últimos años, gran parte de la investigación en esta área se ha enfocado en el desarrollo de herramientas de cribado que permitan identificar a aquellos pacientes que se beneficiarían de una evaluación completa. Entre estas herramientas se encuentran el SAOP2, la Vulnerable Elders Survey (VES13), el G8 y el Triage Risk Stratification Tool (TRST)^{23,24}.

Si bien la VGI es capaz de describir con mayor detalle las características de los pacientes y de detectar problemas de salud relevantes en ellos, poco sabemos de cómo modifica el pronóstico y por tanto, su papel definitivo en la medicina oncológica²³.

Si el propósito de la VGI en pacientes oncológicos es exclusivamente la detección de problemas de salud y de riesgos, entonces la formulación de herramientas que incluyan las variables geriátricas involucradas y que puedan incluirse en la evaluación oncológica habitual resultaría suficiente. Sin embargo, este acercamiento reduce la VGI a una especie de cribado multidimensional. En cambio, si el propósito es individualizar el tratamiento, probablemente también se requiera la implementación tanto del proceso como de los resultados en el cuidado de los pacientes ancianos con cáncer. Con el propósito de agilizar la inclusión y la aplicación de la VGI en el campo de la oncología, algunos autores proponen el uso de la funcionalidad, en forma de dicotomía, para seleccionar a los pacientes como aptos o no aptos para recibir tratamientos oncológicos. La cuantificación y la dicotomización de cada parámetro potencialmente utilizable en la toma de decisiones es una opción, pero acarrea consigo la determinación de puntos de corte que seguramente variarían entre los distintos tipos de cáncer, estadios y regímenes de tratamiento^{24,25}.

La utilización de una evaluación en dos pasos también ha sido propuesta con el fin de optimizar el uso del tiempo y otros recursos. Además de las herramientas de cribado previamente citadas, algunos autores proponen emplear como clasificador en la toma de decisiones el síndrome de fragilidad²⁰. La fragilidad se ha asociado a pesar de que muchos de los estudios en relación con la tolerancia de los pacientes ancianos a los tratamientos oncológicos están basados en ensayos en los que esta población está infrarrepresentada²⁷⁻³⁰.

OBJETIVOS

General

Evaluar la calidad de la atención al paciente oncogeriátrico en el servicio de Oncología del Hospital Provincial Dr. Antonio Luaces Iraola.

Específicos

1. Caracterizar a los pacientes oncogeriátricos según algunas variables:
 - Edad
 - Sexo
 - Autonomía
 - Estadio de la enfermedad
2. Elaborar una guía de evaluación de la calidad de la atención al paciente oncogeriátrico.

3. Determinar el nivel de satisfacción del paciente oncogeriátrico.
4. Evaluar la calidad de la atención al paciente oncogeriátrico.

HIPÓTESIS

La evaluación de la atención al paciente oncogeriátrico podrá contribuir a la mejora de la calidad de la asistencia prestada en el servicio de Oncología, en una concepción de transformación basada en la opinión de los pacientes y familiares.

MATERIALES Y MÉTODOS

Contexto y clasificación

Se realizó una investigación evaluativa, descriptiva transversal en el Servicio de Oncología del Hospital Provincial Dr. Antonio Luaces Iraola de Ciego de Ávila en el período comprendido entre marzo y diciembre de 2018, en la que se sumió la Metodología de la Investigación en Ciencias de la Salud de Artilles Visbal y colaboradores (2008)³¹.

Universo y Muestra

El universo de estudio estuvo constituido por los 56 pacientes atendidos en el servicio de Oncología del Hospital Provincial General Docente Dr. Antonio Luaces Iraola de Ciego de Ávila en el periodo de estudio, que cumplieron con los criterios siguientes:

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 60 años con diagnóstico confirmado de enfermedad oncológica mediante la histopatología, que dieron su consentimiento (Anexo 1) y que precisan ingreso para tratamiento con quimioterapia parenteral.

- Pacientes que tenían comprometida su autonomía, pero sus cuidadores dieron el consentimiento para participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Pacientes mayores de 60 años con diagnóstico confirmado de enfermedad oncológica mediante la histopatología, pero tributarios de tratamiento ambulatorio.

Criterios de salida:

- Pacientes que deseen abandonar la investigación

Procedimientos

La investigación se desarrolló en tres fases:

Fase 1. Se caracterizaron los pacientes oncogeriátricos del Servicio de Oncología en el Hospital Provincial General Docente Dr. Antonio Luaces Iraola de acuerdo a los criterios de inclusión. (Anexo 2).

Fase 2. Se diseñó por los autores y tutor una guía de evaluación de calidad de la atención tomando elementos de investigaciones que abordan el tema ³², y adaptándola a las condiciones del Servicio de Oncología del Hospital Provincial General Docente Dr. Antonio Luaces Iraola. (Anexo3)

Fase 3. Se evaluó la atención integral al paciente oncogeriátrico.

Métodos de obtención de información

Para la obtención de la información se revisaron las Historias Clínicas de los pacientes a fin de determinar el estadio de la enfermedad y otros datos de interés para la investigación, así como la aplicación de la guía de evaluación, para determinar la calidad de la atención recibida.

Principales variables de medición de respuesta

Variable Independiente: guía para evaluar la calidad de la atención al paciente oncogeriátrico.

Variable dependiente: calidad de la atención integral al paciente oncogeriátrico.

Definición operacional de las variables

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	60-65 66-70 71-75 76-80 + 80	Según años cumplidos.	Número y por ciento según grupos de edades
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Según sexo biológico.	Número y por ciento según sexo
Nivel de autonomía (Anexo 4)	Cualitativa Nominal dicotómica	Con autonomía Sin autonomía	Según compromiso de las funciones básicas y mentales para la toma de decisiones	Número y por ciento según grupos de pertenencia
Estadio de la enfermedad	Cualitativo ordinal politómica	Estadio 0 Estadio I Estadio II Estadio III Estadio IV	Según TNM*	Número y por ciento según grupos de pertenencia

Nivel de satisfacción de la atención integral recibida	Cualitativa ordinal dicotómica	Satisfecho Insatisfecho	Satisfacción del paciente según ítem **	Número y porcentaje
Calidad de la atención	Cualitativa ordinal dicotómica	Adecuado Inadecuado	Adecuado: respuesta afirmativa de 8- 10 ítems. Inadecuado: respuesta afirmativa a menos de 8 ítems	Número y porcentaje

*El estadio responde al TNM y varía según el tipo histológico:

- T: extensión del tumor primario. Determina el tamaño tumoral y su relación con estructuras vecinas.
- N: estado de los ganglios linfáticos regionales.
- M: presencia o ausencia de metástasis a distancia.

Tumor primario (T)

TX: No se puede evaluar el tumor primario

T0: No evidencia de lesión primaria

Tis: Carcinoma in situ

T1, T2, T3, T4 Según el aumento de tamaño y/o extensión local del tumor primario

Ganglios linfáticos regionales (N)

No: hay evidencia de enfermedad en los ganglios linfáticos

N1, N2, N3: Según la afectación creciente de los ganglios linfáticos regionales

Nx: Ganglios linfáticos no accesibles a la evaluación clínica

Metástasis a distancia (M)

M0: No evidencia de metástasis

M1: Metástasis a distancia

Mx: No es posible evaluar las metástasis a distancia

****Evaluación de la calidad de la atención al paciente oncogeriátrico.**

Para evaluar la calidad de la atención, se estableció un sistema de puntaje con valor máximo de 10 puntos, según resultados de la guía aplicada al paciente, como se presenta a continuación:

Pregunta(ítem)	Respuesta	Puntaje
¿Ha recibido información del médico de asistencia sobre su enfermedad?	Sí	10 puntos
	No	0 puntos
¿Durante su tratamiento el personal médico y paramédico ha actuado con ética y privacidad?	Sí	10 puntos
	No	0 puntos
¿El personal de enfermería acude de inmediato ante cualquier evento?	Sí	10 puntos
	No	0 puntos
¿Recibe los tratamientos en una habitación confortable?	Sí	10 puntos
	No	0 puntos
¿Satisfecho con la calidad de los alimentos?	Sí	10 puntos
	No	0 puntos
¿Ha recibido asistencia a su salud mental por un psicólogo?	Sí	10 puntos
	No	0 puntos

¿Le ha proporcionado la trabajadora social orientación y ayuda para resolver sus problemas?	Sí	10 puntos
	No	0 puntos
¿Qué tiempo transcurrió entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento?	Menos 30 días	10 puntos
	Más de 30 días	0 puntos
¿Le explican la evolución de su enfermedad durante los ingresos?	Sí	10 puntos
	No	0 puntos
¿La evaluación en las consultas las realiza un equipo multidisciplinario?	Sí	10 puntos
	No	0 puntos

Cada pregunta tiene un valor de 10 puntos. El cuestionario tiene un valor total de 100 puntos. Si responde afirmativamente entre 8 y 10 ítems (80-100 puntos), habrá un nivel de satisfacción adecuado a la atención integral. Si responde afirmativamente menos de 8 ítems (70 puntos o menos), habrá un nivel de satisfacción inadecuado sobre la atención integral al paciente oncogeriátrico.

Métodos de procesamiento de la información y técnicas a utilizar

Para el tratamiento estadístico descriptivo e inferencial, los indicadores considerados anteriormente de forma individual fueron reagrupados, y transformados en dos categorías satisfecho e insatisfecho y la calidad de atención en adecuada e inadecuada, atendiendo al cruzamiento y a los test estadísticos entre la variable dependiente, calidad de la atención y los 10 ítems citados anteriormente.

Por el programa, SPSS 20.0, se ejecutó análisis descriptivos con frecuencias absolutas y relativas, con cruzamiento de las variables en tablas de contingencias 2x2, con test de Chi-cuadrado (χ^2) y adoptando nivel de significación estadística de $p\text{-valor} < 0,05$.

Aspectos éticos

El Proyecto tuvo la aprobación del Comité de Ética en Investigaciones con seres humanos del Hospital Provincial General Docente Dr. Antonio Luaces Iraola y el Comité Científico respectivamente.

Para la realización de este estudio se tuvieron en cuenta los principios éticos que rigen las investigaciones biomédicas (Declaración de Helsinki) y que se aplican en Cuba (Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia). Para la participación de los pacientes en el estudio se solicitará al paciente o su cuidador (en caso de déficit cognitivo del enfermo), su consentimiento para participar en el estudio. (Anexo 1)

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Distribución de pacientes oncogeriátricos según edad. Servicio de Oncología. Hospital Provincial General Docente Dr. Antonio Luaces Iraola. Año 2018.

Edad	No	%
60-65	22	39,2
66-70	15	27,0
71-75	11	19,6
76-80	8	14,2
>80	0	0

Total	56	100
--------------	-----------	------------

Fuente: Historia Clínica y Guía de evaluación.

En el estudio predominó el grupo etario de 60-65 años con 22 pacientes (39,2%), seguido de los gerontes con edades comprendidas entre 66-70 años (15 pacientes), representando el 27% de la muestra. Estos datos no coinciden con lo encontrado en el Anuario Estadístico, edición de 2018, donde la mayor presentación de la enfermedad tiene lugar en edades comprendidas entre 65 y 75 años.³³ Sin embargo, los datos obtenidos en este estudio sí coinciden con lo reportado en el Anuario de Ciego de Ávila⁹.

Tabla 2. Pacientes oncogeriátricos según sexo.

Sexo	No	%
Femenino	18	32,1
Masculino	38	66,9
Total	56	100

Fuente: Historia Clínica y Guía de evaluación.

En la tabla 2 se observa predominio del sexo masculino (38 pacientes), lo que representa el 66,9% de los casos estudiados, resultados que coinciden con lo reportado en el Anuario Estadístico de Salud de Cuba³³ y Ciego de Ávila⁹.

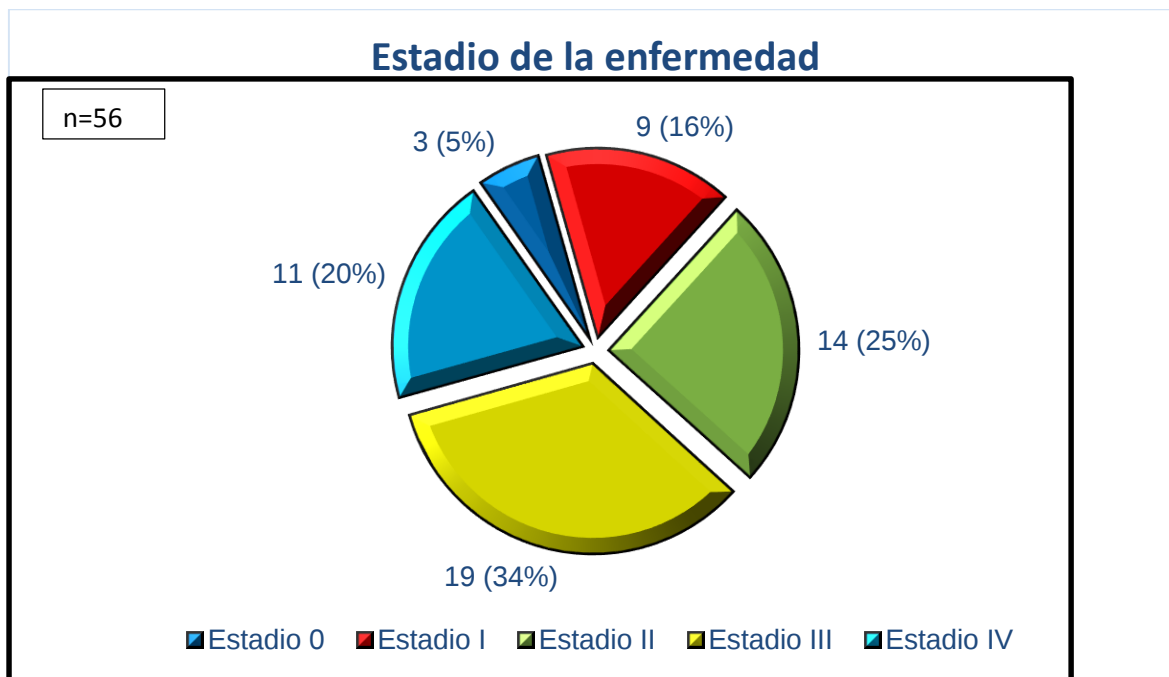
Tabla 3. Pacientes oncogeriátricos según autonomía

Autonomía	No	%
Con Autonomía	54	96,4
Sin autonomía	2	3,6
Total	56	100

Fuente: Historia Clínica y Guía de evaluación.

Como se puede observar en la tabla 3, el 96,4% de los adultos mayores incluidos en la investigación conservan su validismo e independencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, tras la aplicación de la escala de evaluación geriátrica (Anexo 4). El resultado es destacable, teniendo en cuenta el grado de deterioro que producen las enfermedades malignas en el organismo del anciano. Este comportamiento pudiera estar atribuido al hecho de que en la muestra de estudio la mayoría de los casos diagnosticados son adultos mayores jóvenes, con menos deterioro fisiológico a causa de la senectud. Se considera, además, que la variedad histológica y el TNM, así como la prontitud en el diagnóstico y la implementación de una terapia oncoespecífica adecuada, influyeron positivamente en este resultado que coincide con un estudio realizado por Campo Torregroza y colaboradores en 2018. Estos autores estudiaron la autonomía del adulto mayor institucionalizado, utilizando la misma escala de evaluación^{34,35}.

Gráfico 1. Pacientes oncogeriátricos según estadio de la enfermedad.



Fuente: Historia Clínica y Guía de evaluación.

En el gráfico se representa el estadio de la enfermedad de los 56 pacientes estudiados. Más de la mitad de los casos clasificaron en estadios avanzados de su enfermedad oncológica, sobre todo el grupo III, con 19 pacientes para un 34% de representatividad.

El diagnóstico tardío del cáncer va en detrimento de la calidad de la atención brindada. Las deficiencias en la Atención Primaria o Secundaria de salud para la correcta aplicación del método clínico a fin de establecer un diagnóstico rápido y certero que conduzca a la pronta instauración del tratamiento específico, es uno de los factores que más negativamente influye en el resultado obtenido. Cuando la enfermedad se diagnostica en un estadio avanzado, se mutilan las posibilidades de alcanzar una mayor supervivencia con calidad de vida. Los profesionales vinculados a la labor asistencial y administrativa deben alcanzar mayor percepción sobre el impacto negativo del cáncer en el plano individual, familiar y social para de esta forma eliminar las barreras que impiden la fluidez diagnóstica que esta enfermedad exige.

Tabla 4. Pacientes oncogeriátricos según nivel de satisfacción por ítems.

Ítems	Satisfecho		Insatisfecho		p
	No	%	No	%	
1 Información ofrecida por el médico de asistencia sobre la enfermedad.	56	100	0	0	0,00
2 Actuación ética de los profesionales involucrados con el tratamiento.	56	100	0	0	0,00
3 Rápido actuar del personal de enfermería ante eventualidades de cualquier índole.	56	100	0	0	0,00
4 Habitación confortable para recibir el tratamiento.	56	100	0	0	0,00
5 Buena calidad de los alimentos ofrecidos.	54	96,3	2	3,7	0,00
6 Valoración psicológica.	21	37,5	35	62,5	0,07
7 Orientación y ayuda del trabajador social.	2	3,7	54	96,3	0,76
8 Tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento menor de 30 días.	28	50	29	51,7	0,86
9 Información sobre la evolución de su enfermedad durante los ingresos.	55	98,2	1	1,8	0,00
10 Evaluación en las consultas por un equipo multidisciplinario	52	92,9	4	7,1	0,00

Fuente: Guía de evaluación.

En la tabla 4 se muestra el nivel de satisfacción de los pacientes oncogeriatricos, tras aplicar la Guía de evaluación. El 100% de los pacientes quedaron satisfechos con la información ofrecida por el médico de asistencia sobre su enfermedad; con la actitud ética de los profesionales involucrados; con la actuación pronta y eficaz del personal de enfermería ante las eventualidades presentadas por los pacientes, y el confort del sitio para recibir el tratamiento. En este último cabe destacar que, pese a las limitaciones de recursos materiales las condiciones estructurales e higiénico-sanitarias del lugar son apreciadas para los pacientes, con significación con valores de $p=0,000$.

La calidad de los alimentos ofrecidos (ítem 5), fue calificada de buena por 54 pacientes (96,3%). Aunque solo dos adultos mayores (3,7%) calificaron de forma negativa la calidad de los alimentos, se deben buscar soluciones para mejorar este indicador evaluativo teniendo en cuenta que se trata de ancianos que sufren una enfermedad potencialmente letal y merecen un servicio de excelencia en todos los órdenes, con significación con valores de $p=0,000$.

Al observar los resultados obtenidos por la guía de evaluación, se concluye que hubo fallas en la atención psicológica (ítem 6), pues 35 pacientes (62,5%) no fueron evaluados por estos profesionales con significación con valores de $p=0,07$. El cáncer tiene una enorme connotación psicosocial y genera un impacto emocional negativo en la población geriátrica. La íntima relación que existe entre las actitudes de las personas mayores y su estado de salud, pone de manifiesto que hay mucho que hacer desde el punto de vista psicológico.

Las manifestaciones del cáncer en este grupo etario se asocian a sufrimiento, sentimientos de frustración, dificultades en las relaciones interpersonales, minusvalía, incertidumbre, pérdida del rol social, soledad, inactividad, insatisfacción con las actividades cotidianas y aislamiento. Se producen además afectaciones a la autonomía, control, imagen corporal y la autoestima. La superposición de todos estos eventos promueve la necesidad de una participación directa de la Psicología de la Salud. Es preciso señalar también que la enfermedad oncológica requiere de tratamientos invasivos, mutilantes y prolongados, que deben ser complementados con una óptima atención psicológica a pacientes y familiares.

La enfermedad oncológica genera una experiencia de sufrimiento y vulnerabilidad, pudiendo afectar la calidad de vida y la supervivencia del paciente. Las metas tradicionales del cuidado comprenden la curación de la enfermedad, la prolongación de la supervivencia y la paliación de los síntomas. En los ancianos hace falta añadir la extensión de la supervivencia activa, es decir, la supervivencia sin pérdida o reducción de la independencia funcional, que representa la peor amenaza a la calidad de vida de los adultos mayores. En resumen, la inserción del psicólogo en

los grupos multidisciplinarios de atención al paciente geriátrico con cáncer, garantiza una atención integral de calidad.

La literatura revisada para esta investigación refiere que más del 30% de los casos diagnosticados con cáncer después de los 60 años de edad, precisan atención psicológica especializada. Se necesitan herramientas sencillas, de fácil aplicación en las consultas médicas y adecuadas para detectar el malestar emocional y los problemas de salud mental que pueden sufrir estas personas. Ante la alta frecuencia de problemas de salud mental que presentan las personas que padecen cáncer, la asistencia psicológica específica que se ofrece es muy deficitaria, por lo que muchos pacientes que podrían necesitar una ayuda o un tratamiento psicológico específico no lo reciben; probablemente ni siquiera son detectados. Ni la falta de formación de los médicos en temas psicológicos ni la falta de tiempo justifica que estos pacientes queden sin evaluar y tratar^{36,37}.

Referente a la orientación y ayuda del trabajador social del Hospital (ítem 7), los dos pacientes con problemas sociales (3,7% de la muestra), recibieron la atención debida, con un valor de significación de $p=0,76$.

En el ítem ocho se aprecia que medió un tiempo superior a 30 días entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento para el 50% de la muestra estudiada (28 pacientes) con un valor de significación de $p=0,86$. Esta variable influye directamente en el TNM. El resultado aquí obtenido pudiera tributar a las irregularidades con los medios diagnósticos necesarios para realizar el estudio de extensión del cáncer, entre otras insuficiencias que sugieren una investigación causal más profunda, lo cual no es objetivo de este trabajo.

Borrego y colaboradores realizaron un estudio donde más del 90% de los pacientes se diagnosticaron a los seis meses o más de haber presentado los primeros síntomas de la enfermedad. Esos autores sugieren que los factores relacionados con los enfermos fueron las principales causas de demora en el diagnóstico de la enfermedad, sin dejar de tener en consideración los problemas institucionales y de causa médica³⁸, aspectos no descartables en esta investigación, y que exigirían realizar un estudio en esa dirección.

Según la Organización Mundial de la Salud, las estrategias de mejoramiento del diagnóstico temprano se pueden incorporar fácilmente en los sistemas de salud, a su vez, un diagnóstico temprano eficaz puede facilitar la detección del cáncer en una fase más precoz³⁹.

En relación a la información que reciben los pacientes oncogeriatricos sobre la evolución de su enfermedad durante los ingresos (ítem 9), 55 pacientes que representan el 98,2 % de la muestra en estudio están satisfechos con este particular y solo un paciente (1,8%) se mostró inconforme con un valor de significación de $p=0,00$. La medicina moderna aboga por la práctica del consentimiento informado. La idiosincrasia protectora del cubano actúa muchas veces como una barrera comunicacional entre el médico y el paciente. En incontables casos la familia es partidaria y defensora de ocultarle al enfermo su condición clínica, sobre todo si se trata de un anciano. Esta pudiera ser la explicación más aceptada para este resultado.

El 92,9% (52 pacientes) refirieron ser evaluados por un equipo multidisciplinario, en cumplimiento a lo establecido en el Servicio de Oncología con un valor de significación de $p=0,00$. Cuatro pacientes (7,1%) se sienten insatisfechos al ser excluidos de esta atención. El resultado se debe a que estos pacientes fueron remitidos de otros centros hospitalarios para recibir la quimioterapia, por tanto, tenían evaluación multidisciplinaria previa.

La literatura examinada refleja que, en el orden administrativo, la evaluación de la calidad es una disciplina en los servicios de salud que está cobrando importancia creciente, dadas las ventajas y beneficios que derivan de su aplicación para avanzar en la conducción y mejora continua de los programas y políticas públicas. Garantiza además una adecuada gestión de los servicios de salud, en tanto aporta información y conocimientos valiosos para orientar la toma de decisiones⁴⁰

. Hasta donde se revisó, los estudios sobre calidad de la atención al paciente anciano con cáncer, proceden desde la atención de enfermería^{41,42}, por lo que esta investigación constituye un referente no solo para Ciego de Ávila, sino para todo el país.

Tabla 5. Evaluación de la calidad de la atención al paciente oncogeriátrico.

Fuente: Guía de evaluación. $p=0,053$

En este estudio el 51,7% de la población estudiada evaluó de adecuada la atención recibida y el 48,2% de inadecuada, por lo que al aplicar χ^2 no se observó diferencia significativa ($p < 0,005$).

Este resultado es atribuible sobre todo a la deficitaria atención psicológica y al diagnóstico tardío de la enfermedad. Por otra parte, la intervención de los

Calidad de la atención	No	%
Adecuada	29	51,8
Inadecuada	27	48,2
Total	56	100

trabajadores sociales pudiera tener un diapasón más amplio y no solo limitada a los ancianos con riesgo social. Trabajar por un servicio de excelencia es una prioridad inaplazable si se conoce que la “calidad” se define como el conjunto de características que reúne un producto, bien o servicio, capaz de satisfacer las necesidades de la persona que lo recibe. La calidad de la prestación de los servicios de salud adquiere cada vez más importancia, pues es un medidor del estado de satisfacción de la población, de la excelencia profesional, de la eficiencia en el uso de los recursos, y de la evaluación del impacto final de las acciones en términos de ganancia en salud para los ciudadanos^{4,43}. Esto se respalda en la Resolución Ministerial No.145/2007 del Ministerio de Salud Pública de Cuba¹⁴.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos demuestran revelan que en el estudio predominó el grupo de edad entre 60 y 70 años, el sexo masculino, los pacientes oncogeriátricos autónomos y el estadio de la enfermedad III de la enfermedad. En relación al nivel

de satisfacción, hubo satisfacción total con la información ofrecida por el médico de asistencia sobre la enfermedad, la actuación ética de los profesionales involucrados con el tratamiento, el rápido actuar del personal de enfermería ante eventualidades de cualquier índole y el confort de la habitación para recibir el tratamiento. Más de la tercera parte de los pacientes oncogeriatricos se sienten satisfechos con la calidad de los alimentos recibidos, la información sobre la evolución de su enfermedad durante el ingreso y de las consultas por el equipo multidisciplinario. La insatisfacción estuvo presente en la valoración psicológica, la orientación y ayuda del trabajador social y el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento menor de 30 días. A pesar que la calidad de la atención recibida fue evaluada de adecuada, no se constataron diferencias significativas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mariela Forrellat Barrio. Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. Rev Cubana Hematol, InmunolHemot[Internet].2014[citado 12 Feb 2019];30(2):179-

183. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892014000200011
2. Chirino Ramadán DM, González Ybarzábal JE. Calidad. Una necesidad en los servicios de salud. GacMédEspirit[Internet]. 2012[citado 12 Feb 2019];14(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/181/124>
3. Mejías SY, Morales SI, Fernández VA. Calidad. Una mirada desde los Sistemas de Salud. INFODIR[Internet]. 2017[citado 12 Feb 2019]; 13 (25):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/infodir/ifu-2017/ifu1725m.pdf>
4. Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Evaluación de Servicios de Salud. Bibliodir [Internet]. 2017 Nov [citado Día Mes Año];3(11):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2017/11/bibliodirnoviembre-2017.pdf>
5. Oficina Nacional de Normalización. Norma Cubana Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y vocabulario. NCISO 9000:2015. 3ra Ed. La Habana: ONN; 2015.
6. Ministerio de Salud Pública. Objetivos de trabajo y actividades principales. La Habana: MINSAP; 2017.
7. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. Datos y cifras[Internet]. feb 2018[citado 23 Mar 2019]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
8. Camacho R. Cáncer En Cuba[Internet].2016[citado 23 Jul 2018]. [aprox. 7 p.]. Disponible en: www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/rolando_camacho.pdf
9. Dirección Provincial de Salud. Departamento de Estadísticas. Informe Estadístico Anual 2017[Internet]. Ciego de Ávila: DPS; edición 2018[citado 23 Feb 2019]. [aprox. 65 p.]. Disponible en: <http://archivos.cav.sld.cu/index.php?P=DownloadFile&Id=46>
10. Extermann M, Hurria A. Comprehensive geriatric assessment for older patients with cancer. J ClinOncol 2011; 25:1824-31.

https://www.oncoconferences.ch/mm/Weiterfuehrende_Literatur_Joerg_Beyer_5.pdf

11. Extermann M, Boler I, Reich RR. Predicting the risk of chemotherapy toxicity in older patients: the Chemotherapy Risk Assessment Scale for High-Age Patients (CRASH) score. Cancer[Internet].2014[citado 23 Jul 2018]; 118:3377-86. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/cncr.26646>

12. Girre V, Falcou MC, Gisselbrecht M. Does a geriatric oncology consultation modify the cancer treatment plan for elderly patients? J Gerontol A BiolSciMedSci [Internet].2015[citado 23 Jul 2018];63:724-30. Disponible en: <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/63/7/724/763348>

13. Kellen E, Bulens P, Deckx L. Identifying an accurate pre-screening tool in geriatric oncology. CritRevOncolHematol[Internet]. 2010[citado 23 Jul 2018]; 75:243-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1040842809002479>

14. Anexo a la Resolución Ministerial No. 145/2007: Programa para el perfeccionamiento continuo de la calidad de los servicios hospitalarios. Ministerio de Salud Pública;2007.

15. Valori R, Rey JF, Atkin WS, Bretthauer M, Senore C, Hoff G, et al. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First Edition -Quality assurance in endoscopy in colorectal cancer screening and diagnosis. Endoscopy[Internet]. 2016[citado 24 Jul 2018];44(Suppl. 3): SE88-105. Disponible en: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0032-1325997>

16. Segnan N, Patnick J, Von Karsa L. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. 1st ed. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities[Internet]. 2011[citado 24 Jul 2018].Disponible en: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0032-1325997>

ANEXOS

ANEXO 1. Consentimiento informado

Yo: _____

Vecino de: _____

He recibido suficiente información sobre la investigación que se realiza en el Hospital Provincial de Ciego de Ávila, para identificar los factores de riesgo asociados a la polifarmacia. Estoy dispuesto a participar en este estudio, responderé con honestidad todas las preguntas que me sean realizadas.

El Dr. _____ me explicó que todos mis datos son confidenciales y que mi nombre no será revelado.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme por decisión propia cuando lo desee, sin necesidad de expresar los motivos y sin que esto repercuta en la atención médica.

Para conocer cualquier información adicional acerca de la investigación y mis derechos como participante, puedo dirigirme al médico que me está atendiendo.

Para que así conste, firmo en la fecha _____.

Firma del paciente o cuidador

Firma del Investigador

ANEXO 2. ENCUESTA

HC:

Edad:

1. ☐ 60-65 años
2. ☐ 66-70 años
3. ☐ 71-75 años
4. ☐ 76-80 años
5. ☐ más de 80 años

Sexo:

1. ☐ Femenino
2. ☐ Masculino

Nivel Escolar:

1. ☐ Analfabeto
2. ☐ Primaria
3. ☐ Secundaria
4. ☐ Preuniversitario
5. ☐ Universitario

Condición socio-económica:

1. ☐ Buena
2. ☐ Mala

Nivel de Autonomía:

1. ☐ Autónomo
2. ☐ No autónomo

Estadio de la enfermedad:

1. ☐ Estadio 0
2. ☐ Estadio I
3. ☐ Estadio II
4. ☐ Estadio III
5. ☐ Estadio IV

ANEXO 3. CUESTIONARIO

¿Ha recibido suficiente información del médico de asistencia sobre su enfermedad?

- 1. ☐ Sí
- 2. ☐ No

¿Durante su tratamiento el personal médico y paramédico ha actuado con profesionalidad y dedicación?

- 1. ☐ Sí
- 2. ☐ No

¿El personal de enfermería acude con prontitud ante cualquier evento?

- 1. ☐ Sí
- 2. ☐ No

¿Recibe los tratamientos en una habitación confortable?

- 1. ☐ Sí
- 2. ☐ No

¿Recibe los alimentos a una temperatura adecuada?

- 1. ☐ Sí
- 2. ☐ No

¿Ha recibido asistencia a su salud mental por un psicólogo?

- 1. ☐ Sí
- 2. ☐ No

¿Le ha proporcionado la trabajadora social orientación y ayuda para resolver sus problemas?

- 1. ☐ Sí
- 2. ☐ No

¿Hubo tardanza entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento?

1. __Sí

2. __No

¿Le explican la evolución de su enfermedad durante los ingresos?

1. __Sí

2. __No

¿La evaluación en las consultas las realiza un equipo multidisciplinario?

1. __Sí

2. __No