

ARTÍCULO ORIGINAL

# Abandono de tratamiento en pacientes pediátricos con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda

*Abandonment of treatment in pediatric patients diagnosed with acute lymphoblastic leukemia*

Francis Andrea Vásquez Triminio<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0009-0001-1436-0360>, Ligia Dolores Fú Carrasco<sup>2</sup>  <https://orcid.org/0009-0002-1418-2290>, Rolando Aguilera Lagos<sup>3</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-2751-1244>.

<sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Posgrado de Pediatría; Tegucigalpa, Honduras.

<sup>2</sup>Secretaría de Salud, Hospital Escuela, Departamento de Hemato-oncología pediátrica; Tegucigalpa, Honduras.

<sup>3</sup>Secretaría de Salud, Hospital Escuela, Departamento de Emergencia pediátrica; Tegucigalpa, Honduras.

**RESUMEN.** **Introducción:** El abandono del tratamiento anti-neoplásico es la interrupción del contacto con el personal de salud por treinta días o más después de haber iniciado la terapia. **Objetivo:** Determinar la proporción de abandono del tratamiento de los pacientes pediátricos con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda. **Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo llevado a cabo en Consulta Externa, Hemato-Oncología Pediátrica, Hospital Escuela, período junio 2010 a junio 2020. Se consideraron 690 expedientes de pacientes pediátricos con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda; seleccionando aleatoriamente una muestra de 124 expedientes. Utilizando el programa estadístico Epi Info 7, un nivel de confianza 95%, prevalencia 23%, error tipo II 6.7%. No fue excluido ningún expediente. Para el análisis se determinó estadística descriptiva, test exacto de Fisher y cálculo de proporción de abandono de tratamiento. El protocolo fue aprobado por el comité de ética. **Resultados:** Edad promedio 8.9 años (+/-9.0, rango 1.5 a 18 años); sexo masculino 50.8% (63/124). Abandonaron el tratamiento 4.0% (5/124; IC95%: 1.32-9.16). Las principales causas de abandono fueron migración de los padres a otro país 2.4% (3/124), por enfermedad de la madre 0.8% (1/124) y en un caso se desconoce la causa. **Discusión:** La proporción de abandono del tratamiento de los pacientes pediátricos con leucemia linfoblástica aguda fue 4.0%, baja si se compara con lo reportado en la literatura, siendo la principal causa de abandono la migración de los padres a otro país.

**Palabras clave:** Leucemia, Neoplasias, Pediatría, Quimioterapia.

## INTRODUCCIÓN

La leucemia linfoblástica aguda (LLA) es la neoplasia maligna más común en niños en todo el mundo;<sup>1,2</sup> representa una cuarta parte de todos los tipos de cáncer diagnosticados en la infancia;<sup>3,4</sup> y el 75% al 80% de las leucemias en la edad pediátrica.<sup>5</sup> Se presenta en el 26% de los niños de 0-14 años;<sup>6</sup> con altas tasas de supervivencia a 5 años para países de altos ingresos de hasta 80%,<sup>6,7</sup> comparado con las bajas tasas reportadas en los países de bajos y medianos ingresos estimadas en 20% al 30%.<sup>7</sup> En la actualidad la quimioterapia es el tratamiento estándar, específicamente en casos de reciente diagnóstico; el manejo suele tener tres fases: inducción, consolidación y mantenimiento, con uso de múltiples fármacos y de intensidad variable.<sup>6</sup> En los países de ingresos bajos y medianos algunos factores como el diagnóstico tardío, la toxicidad y el abandono del tratamiento contribuyen a tasas más altas de mortalidad por cáncer infantil.<sup>7,8</sup>

El abandono del tratamiento en niños con cáncer implica la imposibilidad de iniciar o completar la terapia curativa y se define como la suspensión del tratamiento durante cuatro semanas o más de forma consecutiva;<sup>4,8,9</sup> también se puede definir como la interrupción del contacto con el personal de salud por un período mayor a 30 días luego de haber iniciado la terapia.<sup>10</sup> Las tasas de abandono en los países en desarrollo varían desde 0.5% a 50%;<sup>10</sup> y en los países de bajos y medianos ingresos se calcula hasta en 60%.<sup>11</sup> En Europa, el abandono es prácticamente desconocido; en América Latina, según la Organización Panamericana de Salud (OPS), en el año 2015 se reportó una tasa de abandono del tratamiento superior al 6%;<sup>8</sup> con un reporte llevado a cabo en Recife, Brasil, en una institución de recursos limitados, en donde se reportó una tasa de abandono del 0.5%, con una supervivencia del 63%;<sup>12</sup> mientras que en El

Recibido: 25-05-2023 Aceptado: 03-02-2025 Primera vez publicado en línea: 04-04-2025  
Dirigir correspondencia a: Francis Andrea Vásquez Triminio  
Correo electrónico: andrea\_92triminio@yahoo.com

**DECLARACIÓN DE RELACIONES Y ACTIVIDADES FINANCIERAS Y NO FINANCIERAS:** Ninguna.

**DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS:** Ninguna.

**Forma de citar:** Vásquez-Triminio FA, Fú-Carrasco LD, Aguilera-Lagos R. Abandono de tratamiento en pacientes pediátricos con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda. Rev Méd Honduras. 2025; 93 (1): 13-18. DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v93i1.20267>

© 2025 Autor(es). Artículo de acceso abierto bajo la licencia <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es> 

Salvador, entre 1994 y 1996, se reportó que las dos principales causas de falla del tratamiento en los pacientes con LLA eran el abandono 21% y la toxicidad en 13.7%; informando además que el riesgo de morir por abandono del tratamiento era tres veces mayor que el causado por la progresión de la enfermedad.<sup>12</sup> En Honduras se reportó en el 2003 que una de las principales causas de falla del tratamiento en los pacientes con LLA era el abandono de tratamiento en un 23%, además de las muertes por toxicidad del 20%.<sup>13</sup>

El problema del abandono es complejo y multifactorial, involucra factores como el nivel socioeconómico bajo, edad joven, bajo nivel educativo de los padres y mayor tiempo de viaje al centro de tratamiento, los cuales suelen estar ubicados en grandes ciudades y en consecuencia no necesariamente cerca del paciente, demostrando que constituye una barrera para la adhesión y/o abandono del tratamiento, por consiguiente, esta problemática debe ser abordada de manera multidisciplinaria, con énfasis en la familia y no solo en el paciente;<sup>10</sup> la disminución de la tasa de abandono terapéutico para LLA finalmente implica menor riesgo de recaída o muerte y por lo tanto aumento de la tasa de sobrevida.<sup>1,14</sup> El objetivo de este estudio fue determinar la proporción de abandono del tratamiento de los pacientes pediátricos con diagnóstico de LLA manejados en la Consulta Externa del Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica del Hospital Escuela, en el período comprendido de junio 2010 a junio 2020.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo llevado a cabo en la Consulta Externa del Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica del Hospital Escuela en el período comprendido de junio 2010 a junio 2020. Se revisaron 690 expedientes de pacientes pediátricos con diagnóstico de LLA; la muestra fue calculada con el programa estadístico Epi Info 7, con un nivel de confianza del 95%, prevalencia del 23% y error tipo II del 6.7%, resultando 124 expedientes, seleccionados de forma aleatoria del listado de pacientes solicitados a la Unidad de Gestión de la Información del Hospital Escuela de pacientes pediátricos con diagnóstico de LLA en el período del estudio.

Se definió abandono como la interrupción del contacto con el personal de salud por un período mayor a 30 días luego de haber iniciado la terapia y consignado en el expediente. La información fue recolectada por el investigador principal mediante el llenado de un instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación, previa validación. El instrumento estaba conformado por variables sociodemográficas, clínicas y causas de abandono del tratamiento consignado en el expediente.

Para el análisis se diseñó una base de datos con el programa estadístico Epi-info versión 7.5.1.2 para Windows. Luego se procedió a digitar la información recolectada. Se realizó un análisis univariado y bivariado de la información, para lo cual se construyeron tablas de frecuencias y porcentajes, y se determinaron medidas de tendencia central y de dispersión; también se determinó el valor de  $p$  utilizando la distribución de Chi cuadrado, aplicando el método de Pearson o la prueba exacta

de Fisher según el caso para muestras que no cumplieron el requisito de distribución normal con valor de  $p \leq 0.05$ .

La proporción de abandono de tratamiento se determinó con el número total de pacientes que abandonaron el tratamiento/número total de pacientes incluidos en este estudio multiplicado por 100. También se calculó intervalo de confianza (IC95%) para la proporción de abandono de tratamiento.

El protocolo fue sometido a dictamen por el Comité de Ética en Investigación Biomédica (CEIB) de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. El investigador principal recibió un certificado del curso en línea Conducta Responsable en la Investigación de la plataforma The Global Health Network disponible en <https://www.theglobalhealthnetwork.org>.

## RESULTADOS

Se revisaron 124 expedientes, encontrándose que la media para la edad fue 8.9 años (+/- 9.0, rango 1.5 a 18 años). El grupo más frecuente fue 6-12 años 55.6% (69/124). El sexo fue masculino en un 50.8% (63/124). El departamento de procedencia fue Francisco Morazán 40.3% (50/124) y del ambiente rural 55.6% (69/124). El nivel de escolaridad del paciente fue primaria 55.6% (69/124) (**Cuadro 1**). La media del tiempo desde

**Cuadro 1.** Características sociodemográficas en pacientes pediátricos con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda que abandonaron el tratamiento, Hospital Escuela, 2010-2020, n=124.

Características Sociodemográficas	n	(%)
<b>Edad (años)</b>		
1-2	9	(7.3)
3-5	19	(15.3)
6-12	69	(55.6)
13-18	27	(21.8)
<b>Sexo</b>		
Masculino	63	(50.8)
Femenino	61	(49.2)
<b>Departamento de procedencia</b>		
Francisco Morazán	50	(40.3)
El Paraíso	14	(11.3)
Comayagua	12	(9.7)
Olancho	12	(9.7)
Choluteca	11	(8.9)
Intibucá	7	(5.6)
Valle	5	(4.0)
La Paz	5	(4.0)
Atlántida	3	(2.4)
Gracias a Dios	2	(1.6)
Islas de la Bahía	1	(0.8)
Colón	1	(0.8)
Copán	1	(0.8)
<b>Ambiente</b>		
Rural	69	(55.6)
Urbano	55	(44.4)
<b>Nivel de escolaridad</b>		
Ninguna	14	(11.3)
Preescolar	14	(11.3)
Primaria	69	(55.6)
Secundaria	27	(21.8)

**Cuadro 2.** Características clínicas en pacientes pediátricos con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda que abandonaron tratamiento, Hospital Escuela, 2010-2020, n=124.

Características clínicas	n	(%)
<b>Tiempo desde el diagnóstico LLA (años)</b>		
1-2	16	(12.9)
3-5	59	(47.6)
>5	49	(39.5)
<b>Clasificación de riesgo</b>		
Bajo	10	(8.1)
Intermedio	84	(67.7)
Alto	30	(24.2)
<b>Fase de tratamiento</b>		
Inducción	11	(8.9)
Consolidación	7	(5.6)
Mantenimiento	21	(16.9)
Paliativo	9	(7.3)
Vigilancia	76	(61.3)
<b>Quimioterapia</b>		
Sí	120	(96.8)
No	4	(3.2)
<b>Profilaxis del SNC</b>		
Sí	98	(79.0)
No	26	(21.0)
<b>Condición actual</b>		
Vivo	102	(82.3)
Fallecido	3	(2.4)
Desconoce	19	(15.3)

**Cuadro 3.** Razones de abandono del tratamiento en pacientes pediátricos con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda, Hospital Escuela, período 2010-2020, n=124.

Razones	Abandono				IC95%	
	Sí		No			
	n=5	(%)	n=119	(%)		
Migración de los padres	3	(2.4)	0	(0.0)	0.50-6.90	
Enfermedad de la madre	1	(0.8)	0	(0.0)	0.02-4.41	
Desconocida	1	(0.8)	0	(0.0)	0.02-4.41	
Ninguna causa	0	(0.0)	119	(95.9)	90.8-98.6	

el diagnóstico fue 5.5 años (+/-3.6; rango 1.1 a 16 años); siendo más frecuente 3-5 años 47.6% (59/124). Según la clasificación del riesgo, fue intermedio 67.7% (84/124). Al momento de la recolección estaban en fase de vigilancia el 61.3% (76/124). Recibieron profilaxis del sistema nervioso central (SNC) 79.0% (98/124). Fallecieron 2.4% (3/124) (**Cuadro 2**).

La media del tiempo en minutos que tarda en llegar desde su casa al hospital fue 2.28 horas (+/-2.38 horas, rango 10 minutos-19 horas). El responsable/tutor del paciente era la madre 96.0% (119/124). El nivel de escolaridad materno era primaria completa 44.4% (55/124). La ocupación ama de casa 83.9% (104/124). El ingreso familiar <8,000 lempiras 62.1% (77/124); la religión fue católica 44.4% (55/124), eran mestizos 100.0% (124/124); y el total de pacientes que abandonaron el tratamiento fue 4.0% (5/124; IC95%: 1.32-9.16).

Entre las causas de abandono se encontró la migración de los padres a otro país en 2.4% (3/124; IC95%: 0.50-6.90),

enfermedad de la madre 0.8% (1/124; IC95%: 0.02-4.41) y un caso en que se desconoce la causa; también se encontró que la distancia de la casa al hospital era ≥1 hora en 71.0% (5/124); aunque no se encontró asociación estadística entre distancia de la casa al hospital y abandono de tratamiento (<1 hora 0/36; ≥1 hora 5/83) ( $p=0.320$ ) (**Cuadro 3**). Tampoco se encontró diferencia entre abandono de tratamiento y escolaridad del responsable ( $p=0.950$ ), ocupación del responsable ( $p=1.000$ ) o ingreso del hogar ( $p=0.582$ ); sin embargo, sí se encontró una probable diferencia estadística entre abandono de tratamiento y religión ( $p=0.038$ ). No obstante, no fue posible concluir al respecto (**Cuadro 4**).

**Cuadro 4.** Factores relacionados al abandono del tratamiento en pacientes pediátricos con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda, Hospital Escuela, 2010-2020, n=124.

Causas asociadas	Abandono		Valor de p
	Sí n=5 (%)	No n=119 (%)	
<b>Escolaridad del responsable</b>			0.950***
Analfabeta	0 (0.0)	14 (11.8)	
Primaria incompleta	1 (20.0)	21 (17.6)	
Primaria completa	3 (60.0)	52 (43.7)	
Secundaria incompleta	0 (0.0)	7 (6.0)	
Secundaria completa	1 (20.0)	17 (14.0)	
Universidad incompleta	0 (0.0)	3 (2.5)	
Universidad completa	0 (0.0)	5 (4.2)	
<b>Ocupación del responsable</b>			1.000***
Ama de casa	5 (100.0)	99 (83.2)	
Agricultor	0 (0.0)	4 (3.3)	
Maestro	0 (0.0)	2 (1.7)	
Aseadora	0 (0.0)	2 (1.7)	
Comerciante	0 (0.0)	2 (1.7)	
Cocinera	0 (0.0)	2 (1.7)	
Secretaria	0 (0.0)	2 (1.7)	
Otras*	0 (0.0)	6 (5.0)	
<b>Ingreso del hogar (Lempiras)</b>			0.582**
< 8,000	5 (100.0)	94 (79.0)	
≥ 8,000	0 (0.0)	25 (21.0)	
<b>Religión</b>			0.038***
Evangélica	0 (0.0)	53 (44.5)	
Católica	5 (100.0)	50 (42.0)	
Ninguno	0 (0.0)	16 (13.5)	
<b>Etnia</b>			
Mestiza	5 (100.0)	119 (100.0)	
<b>Migración de los padres</b>			0.000**
Sí	3 (60.0)	0 (0.0)	
No	1 (20.0)	119 (100.0)	
Desconocida	1 (20.0)	0 (0.0)	
<b>Distancia casa-hospital (horas)</b>			0.320**
<1	0 (0.0)	36 (30.2)	
≥ 1	5 (100.0)	83 (69.8)	

\*Otras: Obrero (1), Perito mercantil (1), Abogado (1), Enfermera (1), Consejero (1)

\*\*Valor de p determinado con distribución de Chi-cuadrado aplicando el método de Fisher.

\*\*\*Método de Pearson.

## DISCUSIÓN

En este estudio la proporción de abandono de tratamiento de los pacientes pediátricos con diagnóstico de LLA fue del 4.0% (IC95%: 1.32-9.16), siendo la principal causa el antecedente de migración de los padres a otro país; porcentaje bajo si se compara con lo reportado por Roy Moulik N. *et al*; quien reporta tasa de abandono de pacientes pediátricos con LLA del 18.4%;<sup>15</sup> aunque levemente elevada si se compara con el estudio llevado a cabo por Cai J. *et al*; quienes reportaron una tasa de abandono del 3.2%;<sup>4</sup> y con el estudio de Abdelmabood S. *et al*; que incluyó el seguimiento de 214 pacientes diagnosticados con LLA, reportando abandono del 6.5% específicamente por pérdida de contacto con el paciente o familiar.<sup>2</sup>

Entre las principales causas de abandono de tratamiento se encontró la migración de los padres a otro país, aunque, no se encontró asociación estadística entre la variable abandono y la distancia para llegar al hospital ( $p>0.05$ ); no obstante, la literatura refiere como principal causa de abandono la toxicidad de la terapia que a su vez aumenta el riesgo de muerte del paciente con LLA;<sup>16</sup> sin embargo, esta causa no pudo ser determinada en este estudio, aunque sí se reportó el fallecimiento del 2.4% de los pacientes, baja si se compara con la supervivencia reportada para los países de altos ingresos que supera el 80%;<sup>17</sup> y en los de bajos ingresos del 20% al 30%;<sup>7</sup> aunque los pacientes fallecidos en este estudio ninguno habían abandonado el tratamiento.

Así también, en una revisión sistemática llevada a cabo por Mansell & Pursell del 2018 sobre abandono de tratamiento en niños con cáncer, reportaron que en el 56% de los pacientes que habían abandonado el tratamiento, los padres no dieron ninguna razón, seguido por causas financieras (32%), transporte (23%) y falta de apoyo social (12%), entre otras causas de menor frecuencia;<sup>18</sup> sin embargo, estas causas no fueron encontradas entre los hallazgos de este estudio.

De los pacientes que abandonaron el tratamiento, la mayoría estaba en fase de inducción 60.0% (3/5); este hallazgo es mayor a lo referido en la literatura por Alam A, que reporta que el 29.2% de los niños incluidos en su estudio abandonaron el tratamiento durante la fase de inducción;<sup>3</sup> así también es mayor a lo reportado por Siddiqui D; quien encontró que el 11.0% de los pacientes incluidos en su estudio se marcharon en la fase de inducción del tratamiento;<sup>9</sup> sin embargo, es importante destacar que el 40.0% de los pacientes que abandonaron la terapia en nuestro estudio estaban en la fase de mantenimiento. Además, se encontró que en promedio los pacientes incluidos en este estudio tenían 8 años; de predominio masculino, procedente del ambiente rural y de familias con bajo nivel de escolaridad y socioeconómico; lo que no coincide con el perfil sociodemográfico reportado en el estudio de Medina *et al*, con respecto a la edad reportó mayor frecuencia en pacientes de 1-6 años y el 58.1% eran femenino;<sup>19</sup> sin embargo, nuestros hallazgos están de acuerdo a los reportado por Alam A. *et al*; respecto a que la mayoría de los niños con LLA estaban en edad escolar

y del sexo masculino, vivían en zonas rurales, eran de bajo nivel socioeconómico y de escolaridad;<sup>3</sup> similar también a los reportado por Hazarika M. *et al*; con respecto a la edad 7.4 años y mayor proporción en varones y de bajo nivel socioeconómico y habitante del área rural.<sup>20</sup>

En relación al responsable/tutor del paciente en este estudio se encontró que era la madre; de ocupación ama de casa y con bajo nivel de escolaridad (primaria completa) en casi la mitad de los casos y bajo nivel socioeconómico; sin embargo, no se encontró diferencia estadística entre estas y la variable dependiente (abandono de tratamiento); lo que no coincide con lo reportado por Susanah S *et al*, específicamente, en lo referente a que estos autores encontraron significancia estadística entre abandono de tratamiento con el grado de educación materna; pero la edad de los padres, número de miembros en la familia, ubicación de la casa de familia, distancia al hospital, modo de transporte y tipo de cáncer no se relacionó significativamente con el abandono de tratamiento;<sup>21</sup> similar a los hallazgos de este estudio.

El tiempo de diagnóstico de LLA en estos pacientes fue de 3-5 años en casi la mitad de los casos, clasificados como riesgo intermedio en dos tercios y en tratamiento con quimioterapia en casi la totalidad de los casos. Según Abdelmabood S y colaboradores, los pacientes con LLA presentan diferentes características clínicas y fases del tratamiento, y reportaron que la mayoría de los pacientes incluidos en su estudio tenían riesgo estándar,<sup>2</sup> al igual que los hallazgos de este estudio. Sin embargo, ellos reportan el fallecimiento de la mayoría de los pacientes durante la fase de inducción, aunque este dato no corresponde a los hallazgos de este estudio debido a que se presentaron 3 fallecimientos, uno en cada fase de tratamiento, con un porcentaje de fallecidos del 2.4%.

Entre las fortalezas de este estudio está que es el primero a nivel nacional que reporta la proporción de incidencia de abandono del tratamiento de los pacientes pediátricos con diagnóstico de LLA manejado en una institución terciaria.

Entre las limitantes está la dificultad para la recolección de los datos por la pandemia Covid-19. Todos los expedientes seleccionados tenían información completa; no se excluyó ningún expediente.

En conclusión, la proporción de abandono del tratamiento de los pacientes pediátricos con diagnóstico de LLA manejados en la Consulta Externa del Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica del Hospital Escuela en el período del estudio fue del 4.0%, baja si se compara con la literatura, siendo la principal causa de abandono la migración de los padres; los autores recomiendan continuar con esta línea de investigación, específicamente el diseño de estudios prospectivos para determinar los factores asociados al riesgo de abandono del tratamiento en estos pacientes y que permita el diseño e implementación de estrategias de abordaje para disminuir el riesgo de abandono de tratamiento que conlleva esta causa en el manejo de este grupo de pacientes.

## CONTRIBUCIONES

Todos los autores contribuyeron al desarrollo de este estudio y del artículo de acuerdo con los criterios de autoría para esta revista. FAVT, LDPC, RAL participaron en el diseño del estudio, FAVT realizó la recolección y análisis de los datos. FAVT estuvo a cargo del financiamiento y la administración del proyecto. Todos los autores revisaron la redacción y aprobaron el manuscrito.

## DETALLES DE LOS AUTORES

Francis Andrea Vásquez Triminio, Pediatra; andrea\_92triminio@yahoo.com  
 Ligia Dolores Fú Carrasco, Pediatra con Subespecialidad en Hemato-oncología Pediátrica; ligiafcarrasco@gmail.com  
 Rolando Aguilera Lagos, Pediatra, Epidemiólogo; rolandoaguileralagos@gmail.com

## REFERENCIAS

1. Lambert G, Alos N, Bernier P, Laverdiere C, Drummond K, Dahan-Oliel N, et al. Patient and Parent Experiences with Group Telerehabilitation for Child Survivors of Acute Lymphoblastic Leukemia. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [consultado 15 ene 2023];18(7):3610. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33807179>
2. Abdelmabood S, Fouda AE, Boujettif F, Mansour A. Treatment outcomes of children with acute lymphoblastic leukemia in a middle-income developing country: high mortalities, early relapses, and poor survival. *J Pediatr* [Internet]. 2020 [consultado 12 dic 2022];96(1):108-16. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30240631>
3. Alam A, Kumar A. Prevalence, predictors, causes of treatment refusal and abandonment in children with acute lymphoblastic leukaemia over 18 years in North India. Treatment phase affecting factors: A step towards better focussed counselling. *Cancer Epidemiol* [Internet]. 2018 [consultado 04 abr 2022]; 57:53-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30316108>
4. Cai J, Yu J, Zhu X, Hu S, Zhu Y, Jiang H, et al. Treatment abandonment in childhood acute lymphoblastic leukaemia in China: a retrospective cohort study of the Chinese Children's Cancer Group. *Arch Dis Child* [Internet]. 2019 [consultado 21 dic 2021];104(6):522-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30705079>
5. Lan BN, Castor A, Wiebe T, Toporski J, Moell C, Hagander L. Adherence to childhood cancer treatment: a prospective cohort study from Northern Vietnam. *BMJ Open* [Internet]. 2019 [consultado 21 dic 2021];9(8):e026863. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31383696>
6. Wang W, Dong Y, Ji M, Zhang X, Cai J. Health utility of children with acute lymphoblastic leukemia in China. *Front Public Health* [Internet]. 2023 [consultado 08 may 2023]; 10:1069336. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36684921>
7. Mirutse MK, Tolla MT, Memirie ST, Palm MT, Hailu D, Abdi KA, et al. The magnitude and perceived reasons for childhood cancer treatment abandonment in Ethiopia: from health care providers' perspective. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2022 [consultado 08 may 2023];22(1):1014. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35941600>
8. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Abandono del Tratamiento en Oncología Pediátrica. Situación en América Latina y El Caribe. [Internet]. Washington, D.C.: OPS;2022 [consultado 08 may 2023]. Disponible de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56412>
9. Siddiqui DE, Ashraf MS, Iftikhar S, Belgaumi AF. Predictors of treatment abandonment for patients with pediatric cancer at Indus Children Cancer Hospital, Karachi, Pakistan. *Pediatr Blood Cancer* [Internet]. 2018 [consultado 28 jun 2022];65(2). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28960700>
10. Samudio A, Figueiredo D, Torres R, Mattio I, Servin J, Alcaraz E, et al. Estrategias para prevenir el abandono de tratamiento en niños con cáncer en un país en vías de desarrollo. *Pediatr* [Internet]. 2013 [consultado 28 jun 2022];40(2):119-23. Disponible en: <https://www.revistaspp.org/index.php/pediatrica/article/view/96>
11. Álvarez E, Seppa M, Rivas S, Fuentes L, Valverde P, Antillon-Klussmann F, et al. Improvement in treatment abandonment in pediatric patients with cancer in Guatemala. *Pediatr Blood Cancer* [Internet]. 2017 [consultado 28 jun 2022];64(10). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28423236>
12. Piñeros M, Pardo C, Otero J, Suárez A, Vizcaíno M, Álvarez VH, et al. Protocolo de vigilancia en salud pública de las leucemias agudas pediátricas. *Rev Colomb Cancerol*. [Internet]. 2007 [citado 28 jun 2022]; 1(4):219-27. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-493086>
13. Metzger ML, Howard SC, Fu LC, Pena A, Stefan R, Hancock ML, et al. Outcome of childhood acute lymphoblastic leukaemia in resource-poor countries. *Lancet* [Internet]. 2003 [consultado 28 jun 2022];362(9385):706-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12957095>
14. Rodríguez M. Prevención del abandono del tratamiento oncológico de niños y niñas y adolescentes pacientes de Solca. Guayaquil, Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; [Internet]. 2014 [consultado 16 may 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/1698>
15. Roy Moulik N, Kulkarni KP, Kumar A. Tracking children with acute lymphoblastic leukemia who abandoned therapy: Experience, challenges, parental perspectives, and impact of treatment subsidies and intensified counseling. *Pediatr Hematol Oncol* [Internet]. 2016 [consultado 16 may 2022];33(5):327-37. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27645371>
16. Abboud MR, Ghanem K, Muwakkit S. Acute lymphoblastic leukemia in low and middle-income countries: disease characteristics and treatment results. *Curr Opin Oncol* [Internet]. 2014 [consultado 12 may 2022];26(6):650-5. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25202926>
17. Suárez A, Pina M, Nichols-Vinuza DX, Lopera J, Rengifo L, Mesa M, et al. A strategy to improve treatment-related mortality and abandonment of therapy for childhood ALL in a developing country reveals the impact of treatment delays. *Pediatr Blood Cancer* [Internet]. 2015 [consultado 12 may 2022];62(8):1395-402. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25808195>
18. Mansell R, Pursell E. Treatment abandonment in children with cancer in Sub-Saharan Africa: Systematic literature review and meta-analysis. *J Adv Nurs* [Internet]. 2018 [consultado 12 may 2022];74(4):800-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29023923>
19. Medina RA, Sauceda LM, Fú L, Rodríguez G. Factores asociados a recaídas en Leucemia Linfoblástica Aguda Tratados en Niños del Hospital Escuela. *Archivos de Medicina* [Internet]. 2020 [consultado 12 may 2022];16(24):1-7. Disponible en: <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/factores-asociados-a-recaídas-en-leucemia-linfoblástica-aguda-tratados-en-niños-del-hospital-escuela.pdf>
20. Hazarika M, Mishra R, Saikia BJ, Bhuyan C, Nyuthe CW, Sarma A, et al. Causes of Treatment Abandonment of Pediatric Cancer Patients - Experience in a Regional Cancer Centre in North East India. *Asian Pac J Cancer Prev* [Internet]. 2019 [consultado 12 may 2022];20(4):1133-7. Disponible en:

en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31030486>

21. Susanah S, Modjaningrat IF, Sari NM, Suryawan N. Parental Factors Contribute to Childhood Cancer Abandonment Treatment During COVID-19. *Glob Pediatr Health* [Internet]. 2022 [consultado 8 may 2023];9:2333794X221109767. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35832653>

**ABSTRACT.** **Introduction:** Withdrawal from antineoplastic treatment is the discontinuation of contact with healthcare personnel for thirty days or more after initiation of therapy. **Objective:** To determine the proportion of treatment abandonment in paediatric patients diagnosed with acute lymphoblastic leukaemia. **Methods:** Retrospective descriptive study carried out in Outpatient Paediatric Haemato-Oncology, Hospital Escuela, period June 2010 to June 2020. We considered 690 paediatric patient records with a diagnosis of acute lymphoblastic leukaemia; randomly selecting a sample of 124 records. Using the statistical programme Epi Info 7, 95% confidence level, prevalence 23%, type II error 6.7%. No files were excluded. For the analysis, descriptive statistics, Fisher's exact test and calculation of the proportion of treatment abandonment were used. The protocol was approved by the ethics committee. **Results:** Mean age 8.9 years (+/-9.0, range 1.5 to 18 years); sex male 50.8% (63/124). Treatment dropout was 4.0% (5/124; 95%CI: 1.32-9.16). The main causes of dropout were parental migration to another country 2.4% (3/124), mother's illness 0.8% (1/124) and in one case the cause was unknown. **Discussion:** The proportion of treatment dropout in paediatric patients with acute lymphoblastic leukaemia was 4.0%, low compared to the literature, and the main cause of dropout was due to parental migration to another country 2.4% (3/124), mother's illness 0.8% (1/124) and in one case the cause was unknown. **Discussion:** The dropout rate of paediatric patients with acute lymphoblastic leukaemia was 4.0%, low compared to the literature, with the main cause of dropout being parental migration to another country.

**Keywords:** Chemotherapy, Leukemia, Neoplasms, Pediatrics.