

MARZO DE 2021

INDICADORES Y ESTÁNDARES PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD A PACIENTES CON **CÁNCER DE PRÓSTATA AVANZADO**

INDICADORES Y ESTÁNDARES PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD A PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA AVANZADO

Copyright © 2021, Sociedad Española de Calidad Asistencial

Fecha de publicación: Marzo 2021

ISBN: 978-84-09-29433-6

EQUIPO DE TRABAJO

Dirección y organización del estudio

Emilio Ignacio García. Gestión Sanitaria y Calidad Asistencial, Universidad de Cádiz

José Joaquín Mira. Departamento de Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández de Elche

Manel Santià Vila. Dirección de Calidad y Seguridad Clínica, Hospital Clínic de Barcelona

Irene Carrillo Murcia. Departamento de Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández de Elche

Equipo de Expertos

Raquel Álvarez García. Servicio de Enfermería Gestora de Casos, Hospital Vall d'Hebron. Representante de la Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO)

Alfonso Gómez de Iturriaga. Servicio de Oncología Radioterápica, Hospital Universitario Cruces. Coordinador del Grupo de Tumores Urológicos (URONCOR) - Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR)

Estela Moreno Martínez. Servicio de Farmacia, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Coordinadora del Grupo de Farmacia Oncológica (GEDEFO) - Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)

Antonio Prieto González. Urología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Presidente de la Asociación Nacional de Cáncer de Próstata. ANCAP

Miguel Rodrigo Aliaga. Servicio de Urología del Hospital General Universitario de Castellón. Coordinador del Grupo de Urología Oncológica (GUO) - Asociación Española de Urología (AEU)

ÍNDICE

Índice de abreviaturas	5
Propósito del estudio	6
Objetivo general	6
Objetivos específicos	6
Alcance	6
Método	7
Fases del estudio	7
Resultados	8
Hitos del proceso de atención al paciente con cáncer de próstata avanzado	8
Criterios y estándares para una atención segura y de calidad al paciente con cáncer de próstata avanzado	9
Indicadores para una atención segura y de calidad al paciente con cáncer de próstata avanzado	23

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AEU, Asociación Española de Urología
CPHS, Cáncer de próstata hormonosensible
CPHSm, Cáncer de próstata hormonosensible con metástasis
CPRC, Cáncer de próstata resistente a la castración
CPRCm, Cáncer de próstata resistente a la castración con metástasis
CP, Cáncer de próstata
CT, Comité de tumores
DEXA, Densitometría ósea
DMO, Densidad mineral ósea
ECG, Electrocardiograma
FRAX, Riesgo de fractura por fragilidad ósea
GEDEFO, Grupo de Farmacia Oncológica
GO, Gammagrafía ósea
GPC, Guías de práctica clínica
GUO, Grupo de Urología Oncológica
Hb, Hemoglobina
HdD, Hospital de Día
LDH, Lactato deshidrogenasa
M0, Cáncer sin propagación a órganos o tejidos distantes
M1, Metástasis (propagación del cáncer a órganos o tejidos distantes)
NGI, Técnicas de imagen de nueva generación
PADES, Programa de Atención Domiciliaria Equipos de Apoyo
PET, Tomografía por emisión de positrones
PET PSMA, Tomografía por emisión de positrones del antígeno prostático específico de membrana
PET TC, Tomografía por emisión de positrones, Tomografía computarizada
PSA, Antígeno prostático específico
PSADT, Tiempo de doblaje del antígeno prostático específico
PROM, Medida de resultado informada por el paciente
RM, Resonancia magnética
RT, Radioterapia
SBRT, Radioterapia estereotáctica del cuerpo
SECA, Sociedad Española de Calidad Asistencial
SEEO, Sociedad Española de Enfermería Oncológica
SEFH, Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria
SEOR, Sociedad Española de Oncología Radioterápica
SNS, Sistema Nacional de Salud
SRE, Eventos relacionados con el esqueleto
TA, Tensión arterial
TC, Tomografía computarizada
TCAE, Técnico en cuidados auxiliares de enfermería
TDA, Terapia de deprivación androgénica
UCA, Universidad de Cádiz
UHdD, Unidad de Hospitalización de Día
UMH, Universidad Miguel Hernández de Elche
URONCOR, Grupo de Tumores Urológicos

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

La Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA), con la colaboración de las universidades Miguel Hernández de Elche (UMH) y de Cádiz (UCA) y el patrocinio de Astellas, ha liderado el presente estudio, en el que han participado expertos del Sistema Nacional de Salud (SNS), con la finalidad de definir un conjunto de criterios y estándares de calidad para una adecuada atención al paciente con cáncer de próstata avanzado.

Durante la realización de este estudio se pulsó la opinión de los profesionales implicados directamente en la atención a pacientes con cáncer de próstata avanzado acerca de las perspectivas actuales y futuras de esta atención, abarcando el análisis de fortalezas y necesidades organizacionales, modelo de atención, abordajes terapéuticos, atención integrada y previsión de la demanda. La información recogida sirvió para delimitar el alcance y enfoque del estudio. Este análisis se estructuró para establecer prioridades a juicio del conjunto de especialidades implicadas abordando cuestiones de máxima prioridad en el contexto clínico, organizacional y profesional.

Este estudio buscó contribuir a la mejora de la calidad asistencial y la seguridad clínica en la atención a pacientes con cáncer de próstata avanzado.

Objetivo general

Establecer las bases para una atención integrada al paciente con cáncer de próstata avanzado a partir de la identificación de los hitos clave en el proceso y del establecimiento de estándares de calidad y seguridad clínica.

Objetivos específicos

1. Identificar los hitos clave en el proceso asistencial a dichos pacientes, así como las barreras a la calidad y seguridad y los fallos y errores que ocurren en la práctica clínica con más frecuencia.
2. Definir estándares de calidad y seguridad clínica en el proceso de atención integrada al paciente con cefalea.

Alcance

En este estudio se define *cáncer de próstata avanzado* como aquel cáncer sensible al tratamiento hormonal (CPHS) que ha desarrollado metástasis (M1) a distancia (ganglios linfáticos, huesos, hígado o pulmones); o bien aquel cáncer de próstata que se ha hecho resistente a la castración (CPRC) bien con metástasis (M1) o bien sin que se hayan detectado aún su existencia mediante pruebas de imagen (M0). A pesar de que el cáncer de próstata en este estadio se considera no curable, existen opciones terapéuticas para el control de su crecimiento y síntomas¹⁻².

Queda excluido, por tanto, del objeto de este estudio el cáncer de próstata localmente avanzado (incluido cN1) que se caracteriza por la existencia de afectación extracapsular y/o ganglios linfáticos loco-regionales, y el cual puede ser sometido a tratamiento con intención curativa¹.

1. Urology Care Foundation. Advanced Prostate Cancer [website] [consultado el 14 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.urologyhealth.org/urology-a-z/a/_advanced-prostate-cancer

2. Cancer Research UK. What is advanced prostate cancer? [website] [consultado el 14 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/prostate-cancer/advanced-cancer/about-advanced-cancer>

MÉTODO

Estudio de investigación cualitativa basado en la técnica de conferencia de consenso con participación de profesionales con más de 15 años de experiencia profesional, pertenecientes a diferentes servicios de salud autonómicos y con perfiles complementarios (Enfermería, Urología, Oncología Radioterápica y Farmacia Hospitalaria).

La técnica empleada consiste en la conducción de una conferencia científica con el propósito de elaborar recomendaciones o resolver problemas relacionados con la práctica clínica. Las principales ventajas de esta técnica son su buen funcionamiento con grupos heterogéneos, lo que permite obtener perspectivas muy diversas, y su capacidad para promover el consenso sobre el tema de discusión³⁻⁴.

El periodo del estudio estuvo comprendido entre diciembre de 2020 y marzo de 2021.

Fases del estudio

El 3 de diciembre de 2020 se celebró una sesión de trabajo online en la que se constituyó el Equipo de Expertos tomando en consideración diferentes especialidades involucradas en el proceso de atención al paciente con cáncer de próstata avanzado. Este equipo estuvo integrado por cinco expertos con experiencia clínica en la atención al paciente con cáncer de próstata (dos urólogos, un oncólogo radioterápico, una enfermera oncológica y una farmacéutica hospitalaria) y cuatro especialistas en calidad asistencial y en el manejo de técnicas cualitativas. Durante esta primera sesión de trabajo, los expertos identificaron y consensuaron los hitos clave en el proceso asistencial al paciente con cáncer de próstata avanzado y las principales barreras a una atención segura y de calidad.

En la siguiente fase del estudio, el Equipo de Expertos elaboró un primer borrador de fichas descriptivas para cada uno de los hitos previamente identificados a partir de la consulta de fuentes especializadas y el trabajo grupal. La estructura de las fichas estuvo integrada por las siguientes categorías de información: (1) descripción del subproceso, (2) profesionales implicados (¿quién interviene?), (3) actividades propias del subproceso (¿qué actividades o intervenciones contempla?), (4) barreras a la calidad y seguridad, fuentes de fallos y errores habituales, (5) estándares para una atención adecuada y segura (con especificación de criterio, estándar y fuentes de información) (tabla 1).

Tabla 1. Definición de las categorías de información descriptivas de cada hito

Categoría de información	Definición
Hito	Subproceso que reúne elementos relevantes y finalidad concreta integrado en la ruta asistencial del paciente con cáncer de próstata avanzado.
Descripción	Caracterización del hito correspondiente.
Quién interviene	Profesionales responsables que intervienen en el subproceso que se describe.
Qué actividades o intervenciones contempla	Enunciado de las funciones y acciones relevantes en el curso del subproceso relevantes para la atención al paciente con cáncer de próstata avanzado.
Barreras a la calidad y seguridad, habituales fuentes de fallos y errores	Dificultades y posibles problemas de calidad o seguridad que pueden entorpecer el adecuado cumplimiento de un hito.
Evidencias	Fuentes de la literatura científica que justifican la descripción del hito y la definición de sus criterios y estándares.

El contenido de las fichas fue sometido a dos rondas de consenso consecutivas hasta alcanzar acuerdo entre los miembros del Equipo de Expertos.

3 Asua J. Entre el consenso y la evidencia científica. *Gac Sanit.* 2005;19:65-70.

4 Matillon Y, Ardila E, Durieux P, Pasquier J. Las conferencias de consenso. Un análisis crítico. *Acta Med Colomb.* 1994;19:97-103.

RESULTADOS

Hitos del proceso de atención al paciente con cáncer de próstata avanzado

En la primera fase del estudio se identificaron seis hitos clave en el proceso de atención integrada al paciente con cáncer de próstata avanzado (figura 1):

1. Diagnóstico. Posibles vías:
 - 1.1. Diagnóstico de CPHSm de novo por elevación de PSA y/o tacto rectal sospechoso.
 - 1.2. Diagnóstico de CPHSm por recurrencia tras tratamiento del tumor primario.
 - 1.3. Diagnóstico histológico de cáncer de próstata por hallazgo de metástasis (sintomáticas o no) en pruebas de imagen.
 - 1.4. Diagnóstico de CPRC (M1 o M0)
2. Comité de tumores.
3. Tratamientos y cuidados.
4. Hospitalización.
5. Hospital de día.
6. Seguimiento.

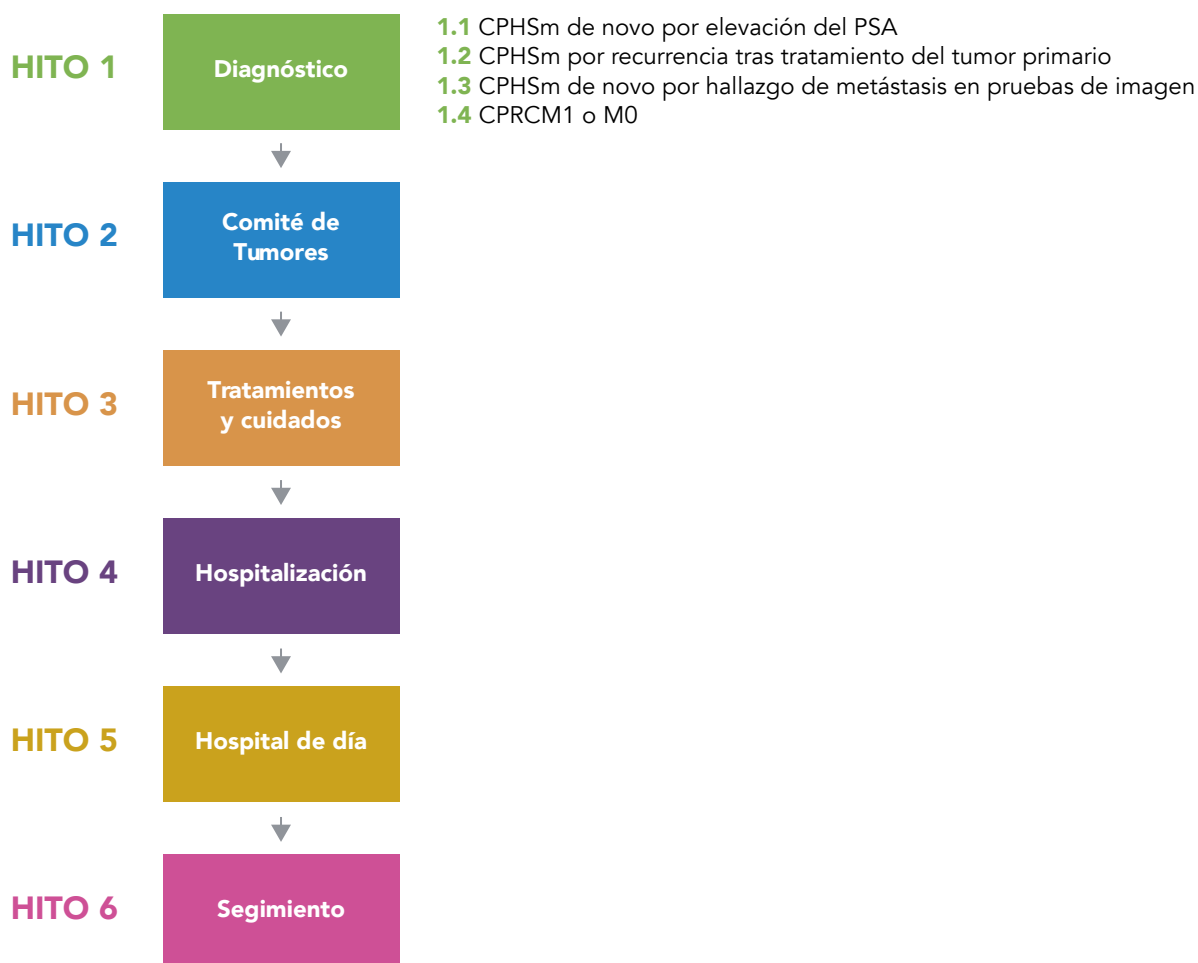


Figura 1. Hitos clave en el proceso de atención al paciente con cáncer de próstata avanzado

Crterios y estándares para una atención segura y de calidad al paciente con cáncer de próstata avanzado

Se consensaron 116 criterios y estándares de calidad. La tabla 2 recoge la distribución y clasificación de estos criterios y estándares en un conjunto de subcategorías vinculadas con una atención segura y de calidad. Las subcategorías con mayor presencia fueron: adecuación terapéutica (n = 29), seguridad del paciente (n = 16), capacidad de respuesta (n = 15), estructura (n = 13), adecuación del seguimiento (n = 11), atención centrada en el paciente (experiencia de pacientes, alfabetización en salud y calidad de la información) (n = 10) y formación continuada (n = 10).

Tabla 2. Clasificación de criterios y estándares en subcategorías vinculadas a una atención segura y de calidad al paciente con cáncer de próstata avanzado

Hito	Hito 1		Hito 2		Hito 3		Hito 4		Hito 5		Hito 6		Total
	Calidad	Seguridad	Calidad	Seguridad	Calidad	Seguridad	Calidad	Seguridad	Calidad	Seguridad	Calidad	Seguridad	
Estructura	2	-	2	2	-	1	-	1	1	1	2	1	13
Capacidad de respuesta	6	1	1	2	3	-	-	-	-	-	2	-	15
Accesibilidad	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	2
Gestión por procesos	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Continuidad asistencial, atención integrada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Adecuación diagnóstica	2	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
Adecuación terapéutica	-	-	2	-	14	2	3	1	2	1	4	-	29
Adecuación del seguimiento	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	1	11
Atención centrada en la persona; Experiencia de pacientes; Alfabetización en salud; Calidad de la información	1	1	-	-	2	1	1	-	2	-	-	2	10
Seguridad del paciente	-	2	-	1	-	6	-	2	-	3	-	2	16
Trabajo en equipo multidisciplinar	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	2
Formación continuada	-	-	-	-	1	2	2	-	2	2	1	-	10
Investigación e innovación	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Total	11	7	6	6	21	13	7	4	7	8	20	6	116
Total hito	18		12		34		11		15		26		

A continuación, se presentan, en el orden establecido, las fichas correspondientes a cada uno de los seis hitos identificados en el proceso de atención al paciente con cáncer de próstata avanzado.

HITO 1. Diagnóstico

- 1.1. Diagnóstico de cáncer de próstata metastásico (CPHSm) de novo por elevación de PSA
- 1.2. Diagnóstico de cáncer de próstata metastásico (CPHSm) por recurrencia tras tratamiento del tumor primario
- 1.3. Diagnóstico histológico de cáncer de próstata de novo ante la presencia de metástasis (sintomáticas o no) en pruebas de imagen
- 1.4. Diagnóstico de CPRC (M1 o M0)

<p>Descripción</p>	<p>Confirmación de la sospecha y diagnóstico de cáncer de próstata.</p> <p>1.1. Diagnóstico de CPHSm por elevación de PSA</p> <p>Identificación cierta del cáncer de próstata metastásico, tanto a nivel histológico como a nivel radiológico.</p> <p>1.2. Diagnóstico de CPHSm por recurrencia tras tratamiento del tumor primario</p> <p>Identificación cierta de metástasis tras haber recibido previamente tratamiento local sobre la próstata (cirugía o RT).</p> <p>1.3. Diagnóstico histológico de cáncer de próstata de novo ante el hallazgo de metástasis (sintomáticas o no) en pruebas de imagen</p> <p>Confirmación histológica de cáncer de próstata tras la identificación de metástasis en las pruebas de imagen convencionales (TC, GO, RM).</p> <p>1.4. Diagnóstico de CPRC (M1 o M0)</p> <p>Cumplimiento de los criterios diagnósticos de CPRC bien por progresión bioquímica o bien por progresión radiológica.</p>
<p>QUIÉN interviene</p>	<p>1.1. Diagnóstico de CPHSm por elevación de PSA</p> <p>Medicina de atención primaria, Anatomía Patológica, Urología, Oncología médica, Oncología radioterápica, Radiología, Medicina Nuclear, Comité de Tumores.</p> <p>1.2. Diagnóstico de CPHSm por recurrencia tras tratamiento del tumor primario</p> <p>Urología, Oncología radioterápica, Radiología, Medicina Nuclear.</p> <p>1.3. Diagnóstico histológico de cáncer de próstata de novo ante el hallazgo de metástasis (sintomáticas o no) en pruebas de imagen</p> <p>Medicina de atención primaria, Anatomía Patológica, Urología, Oncología médica, Oncología radioterápica, Radiología, Medicina Nuclear, Comité de Tumores.</p> <p>1.4. Diagnóstico de CPRC (M1 o M0)</p> <p>Urología, Oncología médica, Oncología radioterápica, Radiología, Medicina Nuclear, Comité de Tumores.</p>
<p>QUÉ actividades o intervenciones contempla</p>	<p>Análisis sangre (PSA, Hb, fosfatasa alcalina, LDH, etc.) (en 1.1., 1.2., 1.3. y 1.4.).</p> <p>Estudios de imagen para estadificar la enfermedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TC toraco-abdomino-pélvico y gammagrafía ósea (en 1.1., 1.2., 1.3. y 1.4.). - Técnicas de imagen de nueva generación (NGI) como el PET PSMA, PET colina, RM de cuerpo entero (en 1.1., 1.2., 1.3. y 1.4.). - Resonancia magnética pélvica (en 1.1, 1.2, 1.3. y 1.4.). - Biopsia prostática de fusión vía transrectal o transperineal (en 1.1. y 1.3.).

BARRERAS A LA CALIDAD Y SEGURIDAD, HABITUALES FUENTES DE FALLOS Y ERRORES	Posibles demoras en el diagnóstico.		
	Ausencia de estándar de tiempos máximos (PSA elevado-biopsia-resultado). Incumplimiento del tiempo estimado como óptimo < 15 días desde PSA elevado hasta biopsia. Ausencia de la figura de la enfermera (gestora de caso o de enlace) encargada del diagnóstico rápido de cáncer de próstata (estándar 2-3 semanas paciente diagnosticado y citado) que contribuye a garantizar los tiempos máximos de diagnóstico.		
	Ausencia de disponibilidad o demora en la realización de las técnicas diagnósticas recomendadas por las guías de práctica clínica (GPC) para el diagnóstico de las metástasis (GO, TC, RM, PET PSMA, etc.), con el consiguiente retraso diagnóstico.		
	Posibles retrasos en la realización de la RM multiparamétrica de próstata previa a la biopsia o retrasos en la realización de la misma biopsia.		
	Ausencia de una consulta especializada de cáncer de próstata localizado.		
	Ausencia de adecuación a las recomendaciones de las GPC por parte del urólogo u oncólogo radioterápico.		
	Obstáculos administrativos y burocráticos que interfieren en la agilidad de las derivaciones desde atención primaria a atención especializada.		
	Déficit de recursos humanos para afrontar el conjunto de actividades previsto realizar o que deben ser realizadas conforme a las guías.		
ESTÁNDARES PARA UNA ADECUADA ATENCIÓN	CRITERIO (definición operativa)	Estándar	Fuente de información
	ESTRUCTURA. Disponer de consulta especializada de cáncer de próstata avanzado.	Dicotómico (sí)	Visita instalaciones
	ESTRUCTURA. Figura de la enfermera gestora de casos instaurada en los centros que traten pacientes con cáncer de próstata avanzado.	Dicotómico (sí)	Relación de Puestos de Trabajo (RPT)
	ADECUACIÓN DIAGNÓSTICA. Pacientes con sospecha de cáncer de próstata a los que se realiza resonancia magnética previa a la biopsia.	≥ 90%	Historia clínica
	ADECUACIÓN DIAGNÓSTICA. Pacientes a los que se realiza estudios de extensión del tumor (TC, RM, GO).	≥ 90%	Historia clínica
	CAPACIDAD DE RESPUESTA. Tiempo transcurrido desde la detección de PSA elevado hasta el diagnóstico de cáncer de próstata avanzado (biopsia y visita al especialista incluidas).	≤ 6 semanas	Historia clínica
	CAPACIDAD DE RESPUESTA. Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de cáncer de próstata de riesgo intermedio-alto hasta la realización de las técnicas de imagen de estadificación basal (TC y GO).	≤ 2 semanas	Historia clínica
	CAPACIDAD DE RESPUESTA. Tiempo transcurrido desde la indicación/solicitud hasta la realización de la prueba de imagen diagnóstica.	≤ 2 semanas	Historia clínica
	CAPACIDAD DE RESPUESTA. Tiempo transcurrido desde la detección de metástasis hasta la realización de la biopsia de próstata (en 1.3.)	≤ 3 semanas	Historia clínica
	CAPACIDAD DE RESPUESTA. Tiempo transcurrido desde la realización de la prueba de imagen hasta la presentación del paciente en el CT (en 1.1., 1.2. y 1.4.).	≤ 2 semanas	Historia clínica, actas del CT
	CAPACIDAD DE RESPUESTA. Tiempo transcurrido desde la realización de la biopsia prostática hasta la presentación del paciente en el CT (en 1.3.).	≤ 2 semanas	Historia clínica
EXPERIENCIA DE PACIENTES. Pacientes a los que se informa del itinerario esperable: pasos que tiene que dar, qué puede esperar de cada prueba, tiempos hasta llegar al diagnóstico e inicio del tratamiento.	≥ 70%	Encuesta de satisfacción	

	CRITERIO (definición operativa)	Estándar	Fuente de información
ESTÁNDARES PARA UNA ATENCIÓN SEGURA	CAPACIDAD DE RESPUESTA. Disponer de circuito diagnóstico rápido cáncer próstata.	Dicotómico (sí)	Evidencia documental
	ADECUACIÓN DIAGNÓSTICA, CALIDAD DEL REGISTRO. Documentación de la estadificación del tumor una vez realizadas pruebas de imagen: M0, M1a, M1b, M1c.	≥ 90%	Historia clínica
	ADECUACIÓN DIAGNÓSTICA, CALIDAD DEL REGISTRO. Identificación y registro de tumor de tipología hormonosensible en los casos constatados.	≥ 90%	Historia clínica
	ADECUACIÓN DIAGNÓSTICA, CALIDAD DEL REGISTRO. Identificación y registro de tumor de tipología resistente a la castración en los casos constatados.	≥ 90%	Historia clínica
	ALFABETIZACIÓN EN SALUD. Disponer de documentación con información clara y completa sobre las indicaciones que han de seguir los pacientes en la preparación de la biopsia.	Dicotómico (sí)	Documentación para el paciente disponible en Servicio
	SEGURIDAD DEL PACIENTE. Disponer de documentación con información clara y completa sobre las complicaciones derivadas de la biopsia y las indicaciones a seguir en cada caso.	Dicotómico (sí)	Documentación para el paciente disponible en Servicio
	SEGURIDAD DEL PACIENTE. Documentación clara y completa sobre las consecuencias de realizar un PSA en un paciente con intención de hacer un cribado de cáncer de próstata. Explicar riesgo de sobrediagnóstico y sobretratamiento.	Dicotómico (sí)	Documentación para el paciente disponible en Servicio
EVIDENCIAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cancer Council from Australia. Prostate cancer [website] [consultado el 8 de marzo de 2021]. Disponible en: http://www.cancer.org.au/about-cancer/types-of-cancer/prostate-cancer.html ▪ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidades asistenciales del área del cáncer: Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad. Madrid, 2013. ▪ Mottet N, Cornford P, van den Bergh RCN, Briers E, De Santis M, Fanti S, Gillissen S, Grummet J, Henry AM, Lam TB, Mason MD, van der Kwast TH, van der Poel HG, Rouvière O, Schoots IG, Tilki D, Wiegel T. Prostate Cancer EAU 2021 Guidelines. EAU Guidelines Office, Arnhem, The Netherlands. Disponible en: https://uroweb.org/guideline/prostate-cancer/ 		

HITO 2. Comité de Tumores (CT)			
Descripción	La decisión terapéutica debe ser adoptada mediante un comité de tumores o unidad multidisciplinaria en la que participen profesionales especialistas en el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de próstata. El objetivo principal del Comité de tumores es la toma de decisión basada en guías de práctica clínica o protocolos específicos con el fin de garantizar la mejor opción terapéutica posible.		
QUIÉN interviene	Anatomía Patológica, Urología, Oncología Médica, Medicina Nuclear, Oncología Radioterápica, Radiología, Enfermería y otros integrados en el CT.		
QUÉ actividades o intervenciones contempla	Análisis de cada caso, presentado por médico que se ha hecho cargo del estudio del paciente, debate de la situación clínica y de las alternativas terapéuticas, planificación de la intervención con cada paciente.		
BARRERAS A LA CALIDAD Y SEGURIDAD, HABITUALES FUENTES DE FALLOS Y ERRORES	Inexistencia de CT activo.		
	Ausencia de multidisciplinariedad del CT. No siempre están representadas todas las especialidades implicadas en el proceso asistencial del paciente con cáncer de próstata avanzado.		
	No existe reserva de tiempo y la asistencia al CT es irregular.		
	No todos los casos se consideran subsidiarios de ser presentados en CT.		
	No se dispone de infraestructura para analizar la información clínica del paciente durante la sesión del CT.		
ESTÁNDARES PARA UNA ADECUADA ATENCIÓN	CRITERIO (definición operativa)	Estándar	Fuente de información
	ESTRUCTURA. Participación de enfermera gestora de casos en el CT.	Dicotómico (sí)	Documento de composición del CT
	ESTRUCTURA. Unidad/Comité Específico de Patología Prostática	Dicotómico (sí)	Especialista responsable de la Unidad
	CAPACIDAD DE RESPUESTA. Pacientes con cáncer de próstata avanzado con indicación de cualquier tipo de tratamiento, bien de novo, bien adyuvante o de rescate (quimioterapia, nuevos agentes hormonales orales, radiofármacos, RT, SBRT) y cuyo inicio de tratamiento no se demora más de 3 semanas.	≥ 90%	Historia clínica
	GESTIÓN DEL PROCESO. Envío de la convocatoria y acta de la reunión del CT en tiempo y forma.	≥ 90%	Registros de envío Actas de CT
	ADECUACIÓN TERAPÉUTICA. Establecimiento de Plan terapéutico individual con participación multidisciplinaria.	≥ 95%	Actas de CT Historia clínica
	ADECUACIÓN TERAPÉUTICA. CT multidisciplinario (con representación de todas las especialidades implicadas en el manejo del paciente con cáncer de próstata).	Dicotómico (sí)	Documento de composición del CT

	CRITERIO (definición operativa)	Estándar	Fuente de información
ESTÁNDARES PARA UNA ATENCIÓN SEGURA	ESTRUCTURA. Apoyo administrativo específico que facilite la elaboración de actas, citas de pacientes y registros.	Dicotómico (sí)	Responsable del CT
	ESTRUCTURA. Espacios físicos adecuados para realizar reuniones con acceso a la historia clínica, con acceso a imagen de radiología e informes de pruebas (Anatomía Patológica, Analítica, etc.) y con posibilidad de registrar las decisiones del comité en episodio específico de comité.	Dicotómico (sí)	Responsable del CT
	CAPACIDAD DE RESPUESTA. Pacientes con retraso en la intervención por documentación incompleta o no facilitada por el personal implicado.	≤ 5%	Historia clínica Actas del CT
	CAPACIDAD DE RESPUESTA. Pacientes con retraso en el inicio de un tratamiento oncológico por demora en la valoración de la idoneidad de un tratamiento por parte de los comités asesores de las instituciones sanitarias superiores.	≤ 5%	Farmacia hospitalaria, historia clínica
	TRABAJO EN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR. Registro de la intervención consensuada para el conocimiento de todo el equipo.	Dicotómico (sí)	Historia clínica Actas del CT
	SEGURIDAD DEL PACIENTE. Presentar en el CT todos los casos de cáncer de próstata avanzado de nuevo diagnóstico.	≥ 90%	Historia clínica
EVIDENCIAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Departamento de Salud, Gobierno Vasco, Osakidetza. Plan Oncológico de Euskadi 2018-2023. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2018. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/plan_oncologico_2018_2023/es_def/adjuntos/plan-oncologico-euskadi-2018-2023.pdf ▪ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidades asistenciales del área del cáncer: Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad. Madrid, 2013. ▪ McMullen L. Oncology nurse navigators and the continuum of cancer care. Semin Oncol Nurs. 2013;29(2):105–17. ▪ Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR). Indicadores de calidad en Oncología Radioterápica. SEOR;2018. Disponible en: https://seor.es/wp-content/uploads/2018/11/Indicadores-Calidad-SEOR-octubre-2018b.pdf 		

HITO 4. Hospitalización			
Descripción	Ingreso de un paciente con patología aguda o crónica reagudizada en una unidad de enfermería organizada y dotada para prestar asistencia y cuidados intermedios y no críticos las 24 horas del día a pacientes, y en la que el paciente permanece por más de 24 horas para recibir un tratamiento programado.		
QUIÉN interviene	<p>Especialista responsable del tratamiento (Urología, Oncología médica, Oncología Radioterápica, Medicina Interna, Medicina Nuclear).</p> <p>Profesionales de enfermería con adecuada formación en la atención a los pacientes oncológicos, enfermería gestora de casos.</p> <p>Auxiliares de enfermería o TCAE.</p> <p>Psicooncología (en coordinación con otras unidades asistenciales de oncología y dependientes de los correspondientes servicios hospitalarios).</p> <p>Trabajadores sociales (en coordinación con otras unidades asistenciales de Oncología).</p> <p>Auxiliares administrativos y celadores.</p> <p>Nutrición.</p> <p>Servicio de Rehabilitación.</p> <p>Farmacia Hospitalaria.</p>		
QUÉ actividades o intervenciones contempla	<ul style="list-style-type: none"> - Procedimientos diagnósticos que no pueden llevarse a cabo o no conviene realizarlos ambulatoriamente. - Administración de quimioterapia o tratamientos sistémicos, cuya complejidad o duración no permita su administración en el hospital de día. - Resolución episodios de toxicidad grave, inherentes al tratamiento. - Atención de pacientes con episodios intercurrentes relacionados con la enfermedad neoplásica, que precisen ser atendidos ingresados y que correspondan a competencias de otras especialidades. - Descompensación en pacientes en situación avanzada, en tratamiento activo y con tratamientos de soporte, y cuyo ajuste terapéutico no pueda llevarse a cabo en su domicilio, o que, por las características de la enfermedad y la situación, requieran tratamiento hospitalario específico y no posean indicación de ingreso en unidades de cuidados paliativos. - Tratamiento de complicaciones derivadas del tratamiento (p. ej., neutropenia febril) o complicaciones de la enfermedad (p. ej., dolor mal controlado por metástasis óseas). 		
BARRERAS A LA CALIDAD Y SEGURIDAD, HABITUALES FUENTES DE FALLOS Y ERRORES	Falta de información al paciente en el preingreso (ajuste de expectativas, curso del proceso terapéutico, evolución, etc.). Información como proceso, no un acto puntual.		
	Fallos organizativos. Falta de concordancia y uniformidad en la información proporcionada al paciente por parte de los especialistas implicados en su proceso asistencial y aislado.		
ESTÁNDARES PARA UNA ADECUADA ATENCIÓN	CRITERIO (definición operativa)	Estándar	Fuente de información
	ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA. Asignar a cada paciente un médico referente durante la hospitalización desde el momento del ingreso.	Dicotómico (sí)	Protocolo de ingreso
	CALIDAD DE LA ATENCIÓN. Planes de formación continua al personal de hospitalización que maneja a los pacientes con cáncer de próstata (curas, actualización tratamientos, etc.).	Dicotómico (sí)	Documentación de la Unidad de Formación del centro

	CRITERIO (definición operativa)	Estándar	Fuente de información
ESTÁNDARES PARA UNA ADECUADA ATENCIÓN	ADECUACIÓN TERAPÉUTICA. Pacientes que reciben plan terapéutico con las indicaciones y recomendaciones precisas.	≥ 90%	Historia clínica
	ADECUACIÓN TERAPÉUTICA. Servicios de apoyo psicosocial en las plantas de hospitalización oncológicas.	Dicotómico (sí)	Visita instalaciones
	ADECUACIÓN TERAPÉUTICA. Servicios de rehabilitación/fisioterapia en las plantas de hospitalización oncológicas.	Dicotómico (sí)	Visita instalaciones
	FORMACIÓN CONTINUADA. Personal de hospitalización (enfermeras, TCAE, celadores, nutricionistas, etc.) con conocimientos sobre el manejo del paciente oncológico con cáncer de próstata.	Dicotómico (sí)	Protocolos internos del centro Documentación de la Unidad de Formación del centro
	TRABAJO EN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR. Circuitos de comunicación entre el personal médico de hospitalización con el resto de profesionales implicados en la asistencia al paciente con cáncer de próstata avanzado.	Dicotómico (sí)	Protocolos internos del centro
	ADECUACIÓN TERAPÉUTICA. Conciliación al ingreso y alta. Adecuación de la medicación.	≥ 90%	Historia clínica
	SEGURIDAD DEL PACIENTE. Suspensiones del procedimiento terapéutico por deficiencias achacables a la organización.	≤ 3%	Historia clínica
	SEGURIDAD DEL PACIENTE. Suspensiones del procedimiento terapéutico por deficiencias achacables a la responsabilidad de los profesionales implicados en la transmisión de la información al paciente.	≤ 3%	Historia clínica
	ESTRUCTURA. Figura de enfermera gestora de casos de cáncer de próstata o enfermera con formación avanzada en cáncer de próstata.	Dicotómico (sí)	Dirección de Enfermería Protocolos internos del centro
EVIDENCIAS	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidades asistenciales del área del cáncer: Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad. Madrid, 2013. 		

HITO 5. Hospital de día			
Descripción	<p>La Unidad de Hospitalización de Día (UHdD) se define como una organización de profesionales sanitarios, que ofrece asistencia multidisciplinaria a procesos mediante HdD, y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones adecuadas de calidad y eficiencia, para realizar esta actividad.</p> <p>Los Hospitales de Día Onco-Hematológicos constituyen estructuras asistenciales complejas, cuyo alcance sobrepasa con mucho la mera administración de quimioterapia intravenosa en régimen ambulatorio. La organización de sus actividades, que incluyen, además, extracciones de sangre, mantenimiento de catéteres, realización de curas y otros actos asistenciales tales como toracentesis, paracentesis, punciones lumbares, etc., viene determinada tanto por las especiales características de los pacientes atendidos en estas unidades como por los condicionantes clínicos y logísticos impuestos por el proceso de indicación y administración de los tratamientos y realización de los procedimientos terapéuticos.</p>		
QUIÉN interviene	Enfermería, Urología, Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Medicina Nuclear, Farmacia, TCAE, Celadores, Personal Administrativo		
QUÉ actividades o intervenciones contempla	<p>Información del tratamiento. Refuerzo educación sanitaria sobre el manejo toxicidades y motivos re-consulta.</p> <p>Extracción de analíticas y algunas pruebas complementarias previas a la administración del tratamiento.</p> <p>Administración de fármacos intravenosos (quimioterapia, fármacos adyuvantes, terapia dirigida al hueso, etc.).</p> <p>Control y vigilancia del paciente durante y tras la administración del tratamiento. Monitorización efectos adversos. Detección toxicidades.</p> <p>Mantenimiento de catéteres, realización de curas y otros actos asistenciales tales como toracentesis, paracentesis, punciones lumbares.</p> <p>Eventual citación del paciente para nueva administración.</p> <p>Acompañamiento/apoyo psicológico.</p>		
BARRERAS A LA CALIDAD Y SEGURIDAD, HABITUALES FUENTES DE FALLOS Y ERRORES	Necesidad de enfermeras con formación/experiencia específica en oncología (no existe especialidad).		
	Falta de incorporación de tecnología para la seguridad en la preparación y trazabilidad farmacológica (bombas de seguridad, códigos de barra, etiqueta paciente, etc.).		
	En muchos centros, ausencia de la figura de psico-oncólogo/a.		
	Necesidad de adaptar la información a la edad y el nivel sociocultural del paciente.		
	Ausencia de hospital de día o no disponible para algunas especialidades.		
ESTÁNDARES PARA UNA ADECUADA ATENCIÓN	CRITERIO (definición operativa)	Estándar	Fuente de información
	ADECUACIÓN TERAPÉUTICA. Pacientes que reciben plan terapéutico con las indicaciones y recomendaciones precisas.	≥ 90%	Historia clínica
	ADECUACIÓN TERAPÉUTICA. Revisión de las potenciales interacciones farmacológicas previa a la prescripción, bien por parte del facultativo responsable, bien asesorado por Farmacia Hospitalaria.	≥ 90%	Historia clínica
	CALIDAD DE LA INFORMACION. Documentación informativa sobre las recomendaciones a seguir y teléfonos de contacto proporcionada al paciente en las visitas de enfermería.	Dicotómico (sí)	Documentación para el paciente disponible en Hospital de Día

	CRITERIO (definición operativa)	Estándar	Fuente de información
ESTÁNDARES PARA UNA ADECUADA ATENCIÓN	CALIDAD DE LA INFORMACIÓN. Suspensiones del procedimiento terapéutico por deficiencias achacables a la responsabilidad de los profesionales implicados en la transmisión de la información al paciente.	≤ 3%	Historia clínica
	ESTRUCTURA. Consultas de enfermería o enfermeras con formación avanzada del cáncer de próstata.	Dicotómico (sí)	Dirección de Enfermería Protocolos internos del centro
	FORMACIÓN CONTINUADA. Planes de formación continua a los profesionales vinculados al hospital de día sobre los pacientes con cáncer de próstata.	Dicotómico (sí)	Documentación de la Unidad de Formación del centro Protocolos internos del centro
	FORMACIÓN CONTINUADA. Guía de acogida para los profesionales de nueva incorporación para proporcionarles los conocimientos necesarios sobre funcionamiento del servicio, circuitos, protocolos unidad.	Dicotómico (sí)	Documento plan de acogida Protocolos internos del centro
	ADECUACIÓN TERAPÉUTICA. Los centros de atención oncológica dispondrán de protocolos clínicos sobre la administración de los tratamientos oncológicos y el manejo de las complicaciones que serán actualizados/revisados periódicamente.	Dicotómico (sí)	Protocolos internos del centro
	SEGURIDAD DEL PACIENTE. Sistema de trazabilidad integral de administración de citotóxicos.	Dicotómico (sí)	Documento de trazabilidad
	SEGURIDAD DEL PACIENTE. Pacientes que experimentan reacciones adversas secundarias a la toxicidad del tratamiento o secundarias a interacciones farmacológicas por deficiencias achacables a la responsabilidad de los profesionales implicados en los ítems de seguridad del paciente.	≤ 3%	Historia clínica Sistema de notificación de incidentes de seguridad
	SEGURIDAD DEL PACIENTE. Medicación de emergencia ante una reacción adversa en stock.	Dicotómico (sí)	Revisión de Farmacia de la Unidad
	ESTRUCTURA. Disponibilidad en el hospital de día del teléfono de emergencia de los especialistas responsables.	Dicotómico (sí)	Registro en el que consten los teléfonos de emergencia de los especialistas responsables
FORMACIÓN CONTINUADA. El personal enfermero que administre tratamientos oncológicos tendrá formación sobre la administración y manejo de los tratamientos oncológicos y, también, conocimientos sobre el paciente oncológico con cáncer de próstata.	Dicotómico (sí)	Documentación de la Unidad de Formación del centro Protocolos internos del centro	

	CRITERIO (definición operativa)	Estándar	Fuente de información
ESTÁNDARES PARA UNA ADECUADA ATENCIÓN	FORMACIÓN CONTINUADA. Plan de acogida a los profesionales de nueva incorporación (enfermería, TCAE, etc.) que les proporcione los conocimientos necesarios sobre el paciente con cáncer de próstata avanzado.	Dicotómico (sí)	Documento plan de acogida Protocolos internos del centro
	ACCESIBILIDAD. Documentación informativa sobre recomendaciones a seguir y teléfonos de contacto que se facilitará a los pacientes en las visitas con la enfermera de la consulta.	Dicotómico (sí)	Documentación para el paciente disponible en Hospital de Día
EVIDENCIAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eu Marcela DF, Eu Sylvia GN, Eu Juan Carlos LC, Eu Aracely TM. Enfermería oncológica: estándares de seguridad en el manejo del paciente oncológico. Rev médica Clín Las Condes. 2013;24(4):694–704. ▪ Gómez-Baraza C, Agustín-Fernández MJ, Palomo-Jiménez PI, Real-Campaña JM, Abad-Sazatornil R. Seguridad en la administración intravenosa de medicamentos mediante bombas de infusión inteligente. Farm Hosp. 2014;38(4):276-82. doi: 10.7399/fh.2014.38.4.1116 ▪ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidades asistenciales del área del cáncer: Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad. Madrid, 2013. ▪ Ministerio de Sanidad y Política Social. Hospital de Día: Estándares y Recomendaciones. Informes, Estudios e Investigación, 2009. Madrid, 2009. Recuperado de: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UnidadHospitalDia.pdf ▪ Neuss MN, Polovich M, McNiff K, Esper P, Gilmore TR, LeFebvre KB, et al. 2013 updated American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society chemotherapy administration safety standards including standards for the safe administration and management of oral chemotherapy. J Oncol Pract. 2013;9(2 Suppl):5s–13s. 		

HITO 6. Seguimiento			
Descripción	Proceso de control y vigilancia post tratamiento para monitorizar el estado de salud del paciente. El seguimiento de los pacientes con cáncer de próstata con metástasis es de crucial importancia. Debe realizarse como mínimo cada 3 meses.		
QUIÉN interviene	Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Urología, Medicina Nuclear, Enfermería, Farmacia Hospitalaria, Cuidados Paliativos, Comité de Tumores, Endocrinología, Reumatología, Psicooncología y Medicina de atención primaria.		
QUÉ actividades o intervenciones contempla	<p>Historia de la enfermedad.</p> <p>Valoración estado del paciente.</p> <p>Análisis sanguíneos (PSA, Fosfatasa alcalina, LDH, hemoglobina, función renal y hepática, glucemia y metabolismo lipídico, testosterona, etc.).</p> <p>Evaluación de riesgo de fracturas osteoporóticas (FRAX-score).</p> <p>Prestar atención a los síntomas asociados al síndrome metabólico causado por la supresión de andrógenos.</p> <p>Pruebas de imagen convencionales (TC, GO o RM).</p> <p>Pruebas de imagen de nueva generación (PET TC, RM cuerpo entero, etc.).</p> <p>Cuestionarios de calidad de vida, dolor, fatiga, etc.</p> <p>ECG, TA, pulso, peso.</p> <p>Control síntomas derivados tratamiento o propia enfermedad.</p> <p>Tratamiento de soporte.</p> <p>Monitorización y evolución de los efectos adversos.</p> <p>Detección precoz recidiva.</p>		
BARRERAS A LA CALIDAD Y SEGURIDAD, HABITUALES FUENTES DE FALLOS Y ERRORES	Fallos en la atención integrada (falta de coordinación atención primaria-especializada). Parte del seguimiento se podría hacer desde los centros de salud.		
	Sobrecarga asistencial / imposibilidad de cumplir el esquema temporal de seguimiento por falta de recursos humanos.		
	Demora en la realización de pruebas de imagen por parte de los servicios de Radiología y Medicina Nuclear.		
	Ausencia de consulta especializada en cáncer de próstata avanzado y metastásico.		
	Falta de comunicación y protocolos coordinados entre las especiales que tratar activamente la enfermedad oncológica y otras especialidades relevantes en el seguimiento de los pacientes (farmacia hospitalaria, endocrinología, reumatología).		
ESTÁNDARES PARA UNA ADECUADA ATENCIÓN	CRITERIO (definición operativa)	Estándar	Fuente de información
	ESTRUCTURA. Consulta especializada de cáncer de próstata avanzado y metastásico.	Dicotómico (sí)	Visita instalaciones
	ESTRUCTURA. Consulta especializada de enfermería oncológica.	Dicotómico (sí)	Visita instalaciones
	ADECUACIÓN DEL SEGUIMIENTO. Seguimiento con analítica (PSA, testosterona, etc.) y realización de pruebas de imagen con una cadencia programada en función de la fase de enfermedad del paciente.	≥ 90%	Historia clínica
	ADECUACIÓN DEL SEGUIMIENTO. En pacientes con enfermedad avanzada hormonosensible realizar estudios de extensión de enfermedad si se objetiva progresión bioquímica de la enfermedad.	≥ 95%	Historia clínica
	ADECUACIÓN DEL SEGUIMIENTO. En pacientes con enfermedad avanzada resistente a castración realizar estudios de extensión de enfermedad de forma periódica a pesar de que no exista elevación del PSA. Especial atención con pacientes que desarrollan progresión clínica.	≥ 80%	Historia clínica
	ADECUACIÓN DEL SEGUIMIENTO. Realizar una estrategia de seguimiento individualizada en función de: la fase de enfermedad (resistente o sensible al tratamiento hormonal), síntomas previos, factores pronósticos y tipo de tratamiento administrado.	≥ 80%	Historia clínica

	CRITERIO (definición operativa)	Estándar	Fuente de información
ESTÁNDARES PARA UNA ADECUADA ATENCIÓN	ADECUACIÓN DEL SEGUIMIENTO. Pacientes con cáncer de próstata avanzado que realizan seguimiento y cuidados por una consulta enfermería con formación avanzada en cáncer de próstata.	≥ 90%	Historia clínica
	ADECUACIÓN DEL SEGUIMIENTO. En CPHSm controles de seguimiento con PSA sérico, hemograma y bioquímica cada 3-6 meses.	≥ 90%	Historia clínica
	ADECUACIÓN DEL SEGUIMIENTO. En CPHSm realización de pruebas de imagen convencionales (TC y GO) en cuanto el paciente cumple criterios de CPRC. (Si el diagnóstico inicial de las metástasis se realizó mediante PET TC, realizar seguimiento con PET TC).	≥ 90%	Historia clínica
	ADECUACIÓN DEL SEGUIMIENTO. En CPRCm realización de controles de seguimiento con PSA sérico, hemograma y bioquímica cada 3 meses.	≥ 90%	Historia clínica
	ADECUACIÓN DEL SEGUIMIENTO. En CPRCm realización de pruebas de imagen convencionales (TC y GO) en cuanto se duplica el PSA. (Si el diagnóstico inicial de las metástasis se realizó mediante PET TC, realizar seguimiento con PET TC).	≥ 90%	Historia clínica
	ADECUACIÓN DEL SEGUIMIENTO. En CPHSm1b monitorización de la Densidad Mineral Ósea (DMO) mediante Densitometría ósea (DEXA) cada 12-24 meses.	≥ 75%	Historia clínica
	CAPACIDAD DE RESPUESTA. Disponer de circuitos para derivación al Programa de Atención Domiciliaria Equipos de Apoyo (PADES).	Dicotómico (sí)	Protocolos internos del centro
	CAPACIDAD DE RESPUESTA. Disponibilidad de las pruebas de imagen en tiempo y forma.	Dicotómico (sí)	Historia clínica
	ADECUACIÓN TERAPÉUTICA. Atención psicológica especializada en oncología (psico-oncólogos) en los centros de atención oncológica y/o circuitos para su derivación.	Dicotómico (sí)	Documento acreditativo
	ADECUACIÓN TERAPÉUTICA. Atención social en los centros de atención oncológica y/o circuitos para su derivación.	Dicotómico (sí)	Documento acreditativo
	ADECUACIÓN TERAPÉUTICA. Disponer de equipos de cuidados paliativos y/o circuitos para su derivación.	Dicotómico (sí)	Protocolos internos del centro
	ADECUACIÓN TERAPÉUTICA. Atención nutricional (nutricionistas o Servicio de Nutrición) para pacientes con cáncer de próstata avanzado y/o circuitos para su derivación.	Dicotómico (sí)	Relación de Puestos de Trabajo (RPT)
	FORMACIÓN CONTINUADA. Planes de formación continuada para los profesionales de atención primaria del paciente oncológico con cáncer de próstata.	Dicotómico (sí)	Documentación de la Unidad de Formación del centro
	CONTINUIDAD ASISTENCIAL, ATENCIÓN INTEGRADA. Coordinación adecuada entre consulta de enfermería y del especialista.	Dicotómico (sí)	Documento acreditativo

	CRITERIO (definición operativa)	Estándar	Fuente de información
ESTÁNDARES PARA UNA ATENCIÓN SEGURA	ESTRUCTURA. Disponer de red de información compartida de la historia clínica entre nivel hospitalario y atención primaria.	Dicotómico (sí)	Sistema de información compartido
	ADECUACIÓN DEL SEGUIMIENTO. Realizar una vigilancia de la salud ósea (densitometrías) y tratamiento con agentes protectores del hueso (bifosfonatos o denosumab) en pacientes con metástasis óseas.	≥ 85%	Historia clínica
	SEGURIDAD DEL PACIENTE. Checklist de ítems a evaluar en cada visita (de enfermería y del especialista).	Dicotómico (sí)	Registros checklist Historia clínica
	SEGURIDAD DEL PACIENTE. Checklist para monitorizar los Efectos Adversos específicos de cada fármaco o tratamiento.	Dicotómico (sí)	Registros checklist Historia clínica
	ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE. Disponibilidad de cuestionarios para medir la calidad de vida reportada por el paciente (PROM).	Dicotómico (sí)	Cuestionarios para la medición de la calidad de vida
	ALFABETIZACIÓN EN SALUD. Documentación informativa para pacientes con metástasis óseas vertebrales sobre el riesgo de compresión medular y signos de alarma habituales para un diagnóstico y tratamiento precoz de esta urgencia oncológica.	Dicotómico (sí)	Documentación para el paciente disponible en Servicio
EVIDENCIAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidades asistenciales del área del cáncer: Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad. Madrid, 2013. ▪ Mottet N, Cornford P, van den Bergh RCN, Briers E, De Santis M, Fanti S, Gillessen S, Grummet J, Henry AM, Lam TB, Mason MD, van der Kwast TH, van der Poel HG, Rouvière O, Schoots IG, Tilki D, Wiegel T. Prostate Cancer EAU 2021 Guidelines. EAU Guidelines Office, Arnhem, The Netherlands. Disponible en: https://uroweb.org/guideline/prostate-cancer/ 		

Indicadores para una atención segura y de calidad al paciente con cáncer de próstata avanzado

A continuación, se detalla la fórmula para el cálculo de los indicadores que corresponden con los criterios definidos previamente con un estándar numérico.

HITO 1. Diagnóstico	
INDICADOR PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD (fórmula)	Estándar
(N.º de pacientes con sospecha de cáncer de próstata a los que se realiza resonancia magnética previa a la biopsia/N.º de pacientes con sospecha de cáncer de próstata)*100	≥ 90%
(N.º de pacientes con cáncer de próstata a los que se realiza estudios de extensión del tumor (TC, RM, GO)/N.º de pacientes con cáncer de próstata)*100	≥ 90%
Promedio de tiempo transcurrido desde la detección de PSA elevado hasta el diagnóstico de cáncer de próstata avanzado (biopsia y visita al especialista incluidas)	≤ 6 semanas
Promedio de tiempo transcurrido desde el diagnóstico de cáncer de próstata de riesgo intermedio-alto hasta la realización de las técnicas de imagen de estadificación basal (TC y GO)	≤ 2 semanas
Promedio de tiempo transcurrido desde la indicación/solicitud hasta la realización de la prueba de imagen diagnóstica	≤ 2 semanas
Promedio de tiempo transcurrido desde la detección de PSA elevado hasta el diagnóstico de cáncer de próstata avanzado (biopsia y visita al especialista incluidas)	≤ 3 semanas
Promedio de tiempo transcurrido desde la realización de la prueba de imagen hasta la presentación del paciente en el CT (en 1.1., 1.2. y 1.4.).	≤ 2 semanas
Promedio de tiempo transcurrido desde la realización de la prueba de imagen diagnóstica de metástasis hasta la presentación del paciente en el CT (en 1.3.).	≤ 2 semanas
(N.º de pacientes con cáncer de próstata a los que se informa del itinerario esperable: pasos que tiene que dar, qué puede esperar de cada prueba, tiempos hasta llegar al diagnóstico e inicio de tratamiento/N.º de pacientes con cáncer de próstata)*100	≥ 70%
INDICADOR PARA UNA ATENCIÓN SEGURA (fórmula)	Estándar
(N.º de pacientes con cáncer de próstata en cuya historia clínica se ha documentado la estadificación del tumor tras la realización de pruebas de imagen: M0, M1a, M1b, M1c/N.º de pacientes con cáncer de próstata a los que se ha realizado pruebas de imagen)*100	≥ 90%
(N.º de pacientes en los que se identifica y registra tumor de tipología hormonosensible/N.º de pacientes con CPHS constatado)*100	≥ 90%
(N.º de pacientes en los que se identifica y registra tumor de tipología resistente a la castración/N.º de pacientes con CPRC constatado)*100	≥ 90%

HITO 2. Comité de Tumores	
INDICADOR PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD (fórmula)	Estándar
(N.º de pacientes con cáncer de próstata avanzado con indicación de cualquier tipo de tratamiento, bien de novo, bien adyuvante o de rescate (quimioterapia, nuevos agentes hormonales orales, radiofármacos, RT, SBRT) y cuyo inicio de tratamiento no se demora más de 3 semanas/N.º de pacientes con cáncer de próstata avanzado con indicación de cualquier tipo de tratamiento, bien de novo, bien adyuvante o de rescate (quimioterapia, nuevos agentes hormonales orales, radiofármacos, RT, SBRT))*100	≥ 90%
(N.º de sesiones del CT en las que el envío de la convocatoria y acta se efectúa en tiempo y forma/N.º de sesiones del CT celebradas)*100	≥ 90%
(N.º de pacientes con cáncer de próstata avanzado para los que se ha establecido plan terapéutico individual con participación multidisciplinar en el CT/N.º de pacientes con cáncer de próstata cuyo caso ha sido presentado al CT)*100	≥ 95%
INDICADOR PARA UNA ATENCIÓN SEGURA (fórmula)	Estándar
(N.º de pacientes con cáncer de próstata con retraso en la intervención por documentación incompleta o no facilitada por el personal implicado/N.º de pacientes con cáncer de próstata sometidos a intervención)*100	≤ 5%
(N.º de pacientes con cáncer de próstata avanzado con retraso en el inicio de un tratamiento oncológico por demora en la valoración de la idoneidad de un tratamiento por parte de los comités asesores de las instituciones sanitarias superiores/N.º de pacientes con cáncer de próstata avanzado con prescripción de tratamiento oncológico)*100	≤ 5%
(N.º de pacientes con cáncer de próstata avanzado de nuevo diagnóstico cuyo caso ha sido presentado en CT/N.º de pacientes con cáncer de próstata avanzado de nuevo diagnóstico)*100	≥ 90%
HITO 3. Tratamientos y cuidados	
INDICADOR PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD (fórmula)	Estándar
(N.º de pacientes con cáncer de próstata avanzado para los que se ha efectuado la planificación terapéutica en el seno del CT multidisciplinar/N.º de pacientes con cáncer de próstata avanzado sometidos a CT)*100	≥ 90 %
(N.º de pacientes con cáncer de próstata avanzado con cumplimiento del plan terapéutico adoptado en el CT/N.º de pacientes con cáncer de próstata avanzado para quienes se estableció un plan terapéutico en CT)*100	≥ 90%
(N.º de pacientes con cáncer de próstata de riesgo alto o intermedio con expectativa de vida mayor de 5-10 años que reciben tratamiento radical (cirugía o RT asociada a hormonas)/N.º de pacientes con cáncer de próstata de riesgo alto o intermedio con expectativa de vida mayor de 5-10 años)*100	≥ 90%
(N.º de pacientes con CPHSm que reciben tratamientos sistémicos asociados a la TDA, bien docetaxel o Antiandrógenos de segunda generación (Apalutamida, Enzalutamida o Abiraterona)/N.º de pacientes con CPHSm)*100	≥ 90%
(N.º de pacientes con CPHSm con baja carga de enfermedad (< 3 lesiones óseas) a los que se les ofrece tratamiento con RT de la próstata/N.º de pacientes con CPHSm con baja carga de enfermedad (< 3 lesiones óseas))*100	≥ 80%
(N.º de pacientes fit para tratamiento, diagnosticados de CPRC M0 de alto riesgo (PSADT < 10 meses) que reciben tratamiento con Antiandrógenos de segunda generación (Apalutamida, Enzalutamida o Darolutamida)/N.º de pacientes fit para tratamiento, diagnosticados de CPRC M0 de alto riesgo (PSADT < 10 meses))*100	≥ 80%
(N.º de pacientes fit para tratamiento, diagnosticados de CPRC M1 y que reciben tratamiento con Abiraterona, Enzalutamida, docetaxel o radio 223/N.º de pacientes fit para tratamiento, diagnosticados de CPRC M1)*100	≥ 90%
(N.º de pacientes con cáncer de próstata que reciben tratamiento con Vitamina D y calcio, además de agentes antirresortivos a bajas dosis para prevenir la pérdida de densidad mineral ósea/N.º de pacientes con cáncer de próstata)*100	≥ 75%

(N.º de pacientes con CPRC y metástasis óseas en tratamiento con Vitamina D y calcio, además de agentes antirresortivos a altas dosis para prevenir el desarrollo de eventos relacionados con el esqueleto (SER)/N.º de pacientes con CPRC y metástasis)*100	≥ 75%
Promedio de tiempo transcurrido desde la indicación de atención psicológica especializada en oncología hasta primera consulta	≤ 3 semanas
Promedio de tiempo transcurrido desde la indicación de atención social hasta primera consulta	≤ 2 semanas
Promedio de tiempo transcurrido desde la derivación al Servicio de Rehabilitación hasta primera consulta	≤ 4 semanas
(N.º de pacientes con cáncer de próstata avanzado que participan en la toma de decisiones sobre su tratamiento/N.º de pacientes con cáncer de próstata avanzado en tratamiento)*100	≥ 90%
INDICADOR PARA UNA ATENCIÓN SEGURA (fórmula)	Estándar
(N.º de pacientes con cáncer de próstata avanzado y otras condiciones de salud que presentan sintomatología achacable a interacciones medicamentosas debida a la falta de conciliación farmacológica/N.º de pacientes con cáncer de próstata avanzado y otras condiciones de salud que siguen tratamiento farmacológico se haya producido o no transición a otro nivel asistencial)*100	≤ 5%
(N.º de pacientes con cáncer de próstata avanzado que experimentan reacciones adversas a medicamentos/N.º de pacientes con cáncer de próstata avanzado en tratamiento)*100	≤ 5%
(N.º de pacientes con cáncer de próstata avanzado a los que se realiza valoración basal y monitorización de la salud ósea con anterioridad a la indicación de tratamiento con agentes protectores de hueso (bifosfonatos o denosumab) y tratamientos de soporte (Calcio, vitamina D, etc.)/N.º de pacientes con cáncer de próstata avanzado bajo tratamiento con agentes protectores de hueso y tratamientos de soporte)*100	≥ 85%
(N.º de pacientes con cáncer de próstata avanzado en los que la prescripción farmacológica se realiza en función de la condición física, comorbilidad y polimedicación/N.º de pacientes con cáncer de próstata avanzado bajo tratamiento)*100	≥ 90%
HITO 4. Hospitalización	
INDICADOR PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD (fórmula)	Estándar
(N.º de pacientes con cáncer de próstata avanzado que reciben plan terapéutico con indicaciones y recomendaciones precisas/N.º pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata avanzado)*100	≥ 90%
INDICADOR PARA UNA ATENCIÓN SEGURA (fórmula)	Estándar
(N.º de suspensiones del procedimiento terapéutico por deficiencias achacables a la organización/N.º de procedimientos terapéuticos planificados)*100	≤ 3%
(N.º de suspensiones del procedimiento terapéutico por deficiencias achacables a la responsabilidad de los profesionales implicados en la transmisión de la información al paciente/N.º de procedimientos terapéuticos planificados)*100	≤ 3%
HITO 5. Hospital de día	
INDICADOR PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD (fórmula)	Estándar
(N.º de pacientes con cáncer de próstata avanzado que reciben plan terapéutico con indicaciones y recomendaciones precisas/N.º pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata avanzado)*100	≥ 90%
(N.º de pacientes con cáncer de próstata avanzada para los que se ha realizado una revisión de posibles interacciones farmacológicas con anterioridad a la prescripción (ya sea por parte del facultativo responsable o con asesoramiento de Farmacia Hospitalaria)/N.º de pacientes con cáncer de próstata avanzada en tratamiento)*100	≥ 90%
(N.º de suspensiones del procedimiento terapéutico por deficiencias achacables a la responsabilidad de los profesionales implicados en la transmisión de la información al paciente/N.º de procedimientos terapéuticos planificados)*100	≤ 3%

INDICADOR PARA UNA ATENCIÓN SEGURA (fórmula)	Estándar
(N.º de pacientes con cáncer de próstata avanzado que experimentan reacciones adversas secundarias a la toxicidad del tratamiento o a interacciones farmacológicas por deficiencias achacables a la responsabilidad de los profesionales implicados en los ítems de seguridad al paciente/N.º de pacientes con cáncer de próstata avanzado en tratamiento)*100	≤ 3%
HITO 6. Seguimiento	
INDICADOR PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD (fórmula)	Estándar
(N.º de pacientes con cáncer de próstata avanzado en seguimiento a los que se realiza analítica (PSA, testosterona, etc.) y pruebas de imagen con una cadencia programada en función de la fase de enfermedad/N.º de pacientes con cáncer de próstata avanzado en seguimiento)*100	≥ 90%
(N.º de pacientes con cáncer de próstata avanzado hormonosensible y progresión bioquímica a los que se realiza estudios de extensión de la enfermedad/N.º de pacientes con cáncer de próstata hormonosensible y progresión bioquímica de la enfermedad)*	≥ 95%
(N.º de pacientes con enfermedad avanzada resistente a la castración a los que se realiza estudios de extensión de la enfermedad de forma periódica con independencia de los niveles de PSA/N.º de pacientes con enfermedad avanzada resistente a la castración en seguimiento)*100	≥ 80%
(N.º de pacientes con cáncer de próstata avanzado para los que se define una estrategia de seguimiento individualizada en función de la fase de enfermedad -resistente o sensible al tratamiento hormonal-, síntomas previos, factores pronósticos y tipo de tratamiento administrado/N.º de pacientes con cáncer de próstata avanzado en seguimiento)*100	≥ 80%
(N.º de pacientes con cáncer de próstata avanzado que reciben seguimiento y cuidados en consulta de enfermería con formación avanzada en cáncer de próstata/N.º de pacientes con cáncer de próstata avanzado en seguimiento)*100	≥ 90%
(N.º de pacientes con cáncer de próstata hormonosensible metastásico a los que se realizan controles de seguimiento con determinación de PSA sérico, hemograma y bioquímica cada 3-6 meses/N.º de pacientes con cáncer de próstata avanzado hormonosensible)*100	≥ 90%
(N.º de pacientes con cáncer de próstata hormonosensible metastásico que cumplen criterios de cáncer de próstata resistente a la castración a los que se realiza seguimiento con pruebas de imagen convencionales (TC y GO)/N.º de pacientes con cáncer de próstata hormonosensible metastásico que cumplen criterios de cáncer de próstata resistente a la castración y están en seguimiento)*100 (N.º de pacientes con cáncer de próstata hormonosensible metastásico en los que el diagnóstico inicial de metástasis se realizó mediante PET TC y que son sometidos a esta misma prueba en el seguimiento/N.º de pacientes con cáncer de próstata hormonosensible metastásico que están en seguimiento)*100	≥ 90%
(N.º de pacientes con cáncer de próstata resistente a la castración metastásico a los que se realiza controles de seguimiento con determinación de PSA sérico, hemograma y bioquímica cada 3 meses/N.º de pacientes con cáncer de próstata resistente a la castración metastásico en seguimiento)*100	≥ 90%
(N.º de pacientes con cáncer de próstata resistente a la castración metastásico con niveles duplicados de PSA a los que se realiza seguimiento con pruebas de imagen convencionales (TC y GO)/N.º de pacientes con cáncer de próstata resistente a la castración metastásico con niveles duplicados de PSA y están en seguimiento)*100 (N.º de pacientes con cáncer de próstata resistente a la castración metastásico con niveles duplicados de PSA en los que el diagnóstico inicial de metástasis se realizó mediante PET TC y que son sometidos a esta misma prueba en el seguimiento/N.º de pacientes con cáncer de próstata resistente a la castración metastásico con niveles duplicados de PSA que están en seguimiento)*100	≥ 90%
(N.º de pacientes con cáncer de próstata hormonosensible m1b en los que se monitoriza la densidad mineral ósea mediante DEXA cada 12-24 meses/N.º de pacientes con cáncer de próstata hormonosensible m1b en seguimiento)*100	≥ 75%
INDICADOR PARA UNA ATENCIÓN SEGURA (fórmula)	Estándar
(N.º de pacientes con cáncer de próstata avanzado y metástasis óseas a los que se realiza vigilancia de la salud ósea mediante densitometría y se indica tratamiento con agentes protectores del hueso (bifosfonatos o denosumab)/N.º de pacientes con cáncer de próstata avanzado y metástasis óseas)*100	≥ 85%

