

*Proyecto*



Abordaje integrado multidisciplinar  
de los pacientes con cáncer de vejiga  
localmente avanzado o metastásico

Con el aval de:



Con el aval científico de:



Con el aval científico de:



Con el aval científico de:



Declarado de interés científico sanitario por:



Con el aval científico de:



Abordaje integrado multidisciplinar  
de los pacientes con cáncer de vejiga  
localmente avanzado o metastásico

## ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| <b>1. RESUMEN EJECUTIVO</b> .....   | 6  |
| <b>2. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA</b> .....   | 12 |
| 2.1 Objetivos .....   | 12 |
| 2.2 Metodología .....   | 12 |
| <b>3. RECORRIDO DEL PACIENTE EN EL PROCESO ASISTENCIAL ÓPTIMO</b> .....                     | 18 |
| <b>4. ANÁLISIS DEL PROCESO ASISTENCIAL ÓPTIMO</b> .....                                     | 20 |
| 4.1 Aspectos de gestión .....   | 20 |
| 4.2 Aspectos clínicos .....   | 25 |
| 4.3 Aspectos humanísticos y de calidad de vida.....   | 32 |
| <b>5. LÍNEAS DE ACTUACIÓN Y ACCIONES PARA LA OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL</b> ..... | 38 |
| 5.1 Líneas de actuación y acciones .....  | 38 |
| 5.2 Priorización de las acciones .....  | 45 |
| <b>6. INDICADORES</b> .....   | 50 |
| <b>7. ANEXOS</b> .....  | 54 |
| 7.1 Resultado de la priorización de las acciones.....                                       | 54 |
| 7.2 Fichas técnicas de los indicadores definidos del proceso.....                           | 60 |
| <b>8. REFERENCIAS</b> .....   | 72 |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|   |    |
|---|----|
| <b>Figura 1.</b> Metodología de trabajo Proyecto VeLA.....  | 13 |
| <b>Figura 2.</b> Instrucciones de la priorización de acciones .....   | 16 |
| <b>Figura 3.</b> Recorrido óptimo del paciente con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico .....                         | 18 |
| <b>Figura 4.</b> Flujograma del paciente con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico:<br>Derivación y diagnóstico .....  | 26 |
| <b>Figura 5.</b> Flujograma del paciente con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico:<br>Tratamiento y seguimiento ..... | 28 |
| <b>Figura 6.</b> Resultado priorización de acciones .....   | 45 |

## ÍNDICE DE TABLAS

|   |    |
|---|----|
| <b>Tabla 1.</b> Miembros del Comité Asesor .....  | 14 |
| <b>Tabla 2.</b> Miembros del Panel de Expertos .....  | 14 |
| <b>Tabla 3.</b> Líneas de actuación identificadas para la optimización del proceso asistencial.....   | 38 |
| <b>Tabla 4.</b> Acciones definidas en la Línea 1 .....  | 39 |
| <b>Tabla 5.</b> Acciones identificadas en la Línea 2 .....  | 40 |
| <b>Tabla 6.</b> Acciones definidas en la Línea 3 .....  | 40 |
| <b>Tabla 7.</b> Acciones definidas en la Línea 4.....   | 41 |
| <b>Tabla 8.</b> Acciones definidas en la Línea 5.....   | 41 |
| <b>Tabla 9.</b> Acciones definidas en la Línea 6.....   | 42 |
| <b>Tabla 10.</b> Acciones definidas en la Línea 7 .....   | 43 |
| <b>Tabla 11.</b> Acciones definidas en la Línea 8.....  | 43 |
| <b>Tabla 12.</b> Acciones identificadas de la línea 9 de actuación.....   | 44 |
| <b>Tabla 13.</b> Listado de la priorización de acciones con mayor impacto y factibilidad.....   | 46 |
| <b>Tabla 14.</b> Indicadores para la evaluación de la implementación del proceso asistencial óptimo del paciente con anemia asociada a ERC..... | 50 |
| <b>Tabla 15.</b> Listado de las acciones en orden de prioridad.....   | 54 |
| <b>Tabla 16.</b> Modelo de ficha técnica para los indicadores definidos del proceso .....   | 60 |
| <b>Tabla 17.</b> Ficha técnica correspondiente al Indicador 1 .....   | 61 |
| <b>Tabla 18.</b> Ficha técnica correspondiente al Indicador 2.....  | 61 |
| <b>Tabla 19.</b> Ficha técnica correspondiente al Indicador 3.....  | 62 |
| <b>Tabla 20.</b> Ficha técnica correspondiente al Indicador 4.....  | 62 |
| <b>Tabla 21.</b> Ficha técnica correspondiente al Indicador 5.....  | 63 |
| <b>Tabla 22.</b> Ficha técnica correspondiente al Indicador 6.....  | 63 |
| <b>Tabla 23.</b> Ficha técnica correspondiente al Indicador 7.....  | 64 |
| <b>Tabla 24.</b> Ficha técnica correspondiente al Indicador 8.....  | 64 |
| <b>Tabla 25.</b> Ficha técnica correspondiente al Indicador 9.....  | 65 |
| <b>Tabla 26.</b> Ficha técnica correspondiente al Indicador 10 .....  | 65 |
| <b>Tabla 27.</b> Ficha técnica correspondiente al Indicador 11 .....  | 66 |
| <b>Tabla 28.</b> Ficha técnica correspondiente al Indicador 12 .....  | 66 |
| <b>Tabla 29.</b> Ficha técnica correspondiente al Indicador 13 .....  | 67 |
| <b>Tabla 30.</b> Ficha técnica correspondiente al Indicador 14 .....  | 67 |
| <b>Tabla 31.</b> Ficha técnica correspondiente al Indicador 15 .....  | 68 |
| <b>Tabla 32.</b> Ficha técnica correspondiente al Indicador 16 .....  | 68 |
| <b>Tabla 33.</b> Ficha técnica correspondiente al Indicador 17 .....  | 69 |

## ABREVIATURAS

|              |  |
|--------------|--|
| <b>AAPP</b>  | Asociaciones de Pacientes                                |
| <b>AEU</b>   | Asociación Europea de Urología                           |
| <b>ASCO</b>  | Sociedad Americana de Oncología Clínica                  |
| <b>ASTRO</b> | Sociedad Americana de Radio-Oncología                    |
| <b>AUA</b>   | Asociación Urológica Americana                           |
| <b>CA</b>    | Comité Asesor  |
| <b>CCAA</b>  | Comunidades Autónomas                                    |
| <b>EECC</b>  | Ensayos Clínicos   |
| <b>GEPAC</b> | Grupo Español de Pacientes con Cáncer                    |
| <b>HC</b>    | Historia Clínica   |
| <b>HCE</b>   | Historia Clínica Electrónica                             |
| <b>HPV</b>   | Virus del Papiloma Humano                                |
| <b>ICHOM</b> | International Consortium for Health Outcomes Measurement |
| <b>NCCN</b>  | National Comprehensive Cancer Network                    |
| <b>PE</b>    | Panel de Expertos  |
| <b>PREMs</b> | Patient Reported Experience Measures                     |
| <b>PROMs</b> | Patient Reported Outcomes Measures                       |
| <b>RTU</b>   | Resección transuretral                                   |
| <b>SEAP</b>  | Sociedad Española de Anatomía Patológica                 |
| <b>SEOM</b>  | Sociedad Europea de Oncología Médica                     |
| <b>SNS</b>   | Sistema Nacional de Salud                                |
| <b>SSCC</b>  | Sociedades Científicas                                   |
| <b>SUO</b>   | Sociedad de Urología Oncológica                          |
| <b>TAC</b>   | Tomografía Axial Computarizada                           |
| <b>TICs</b>  | Tecnologías de la Información y la Comunicación          |

# **RESUMEN EJECUTIVO**



## 1. RESUMEN EJECUTIVO

El cáncer de vejiga es uno de los cánceres más frecuentes, en 2022 fue el 5º cáncer con mayor incidencia en España. Afecta mayoritariamente a hombres mayores de 65 años. Sin embargo, la tasa de mortalidad es de 3,5 por 100.000 habitantes, relativamente baja respecto a otros cánceres [1, 2].

El carcinoma urotelial es el cáncer de vejiga más común, representa el 90% de los casos y afecta a las células uroteliales [3]. Según la clasificación TNM, el cáncer de vejiga a partir de los estadios T4 y/o afectación ganglionar se conoce como cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico [4, 5].

El principal factor de riesgo se asocia al tabaquismo, el cual contribuye al 50% de los casos [6].

La sintomatología asociada suele ser la hematuria, disuria, sensación errónea de llenado, aumento de micciones diarias y flujos débiles de orina, la cual puede ser común a otras patologías como infecciones o cálculos renales [3, 7].

Para el diagnóstico del cáncer de vejiga, la prueba por excelencia es la cistoscopia, que permite observar el interior de la vejiga. En caso de detectar anomalías, se procede a realizar una resección transuretral (RTU). Durante la confirmación diagnóstica, se llevan a cabo otra serie de pruebas como análisis de sangre, análisis citológico de orina y pruebas de imagen [7, 8, 9, 10].

El tratamiento en las etapas avanzadas de la enfermedad se debe adaptar a la situación clínica, las necesidades y características de cada paciente, así como su situación a lo largo del proceso asistencial. No obstante, en líneas generales, las principales opciones de tratamiento son quimioterapia, inmunoterapia e incluso radioterapia y cirugía paliativa. Los ensayos clínicos (EECC) son también una opción terapéutica muy relevante para estos pacientes.

Actualmente, España no cuenta con documentos, guías o protocolos para el manejo del cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico a nivel nacional elaborados desde el SNS, pero sí desde las Sociedades Científicas (SSCC) y algunas Comunidades Autónomas [11, 12, 13].

Dado que es fundamental promover cambios hacia un manejo de excelencia de la enfermedad que permita mejorar la calidad de vida y la asistencia de los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico, nace con este propósito el presente estudio "Abordaje integrado multidisciplinar de los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico".

El objetivo del estudio ha sido definir los aspectos clave para el abordaje del paciente con cáncer de vejiga en estadios avanzados, incorporando aspectos de gestión, clínicos y humanísticos y de calidad de vida.

Para el desarrollo del estudio, se contó con la participación de un Comité Asesor compuesto por 6 profesionales y un Panel de Expertos compuesto por 9 profesionales, con experiencia de trabajo en el marco general del cáncer de vejiga y, concretamente, en el cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico, desde distintas perspectivas dentro del SNS (Oncología Médica, Enfermería Oncológica, Farmacia Hospitalaria, Calidad Asistencial, Anatomía Patológica, Cuidados Paliativos, Geriátrica, Psicooncología, Oncología Radioterápica, Gestión Sanitaria y Asociaciones de Pacientes).

A continuación, se presentan los principales aspectos clave que se han identificado para la implantación del proceso asistencial del paciente con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico tras el análisis realizado:

**1. Disponer de los recursos necesarios, tecnológicos, humanos y de gestión, para ofrecer un abordaje integral e integrado de los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico.**

Desde el ámbito de gestión, se debe potenciar la existencia de equipos multidisciplinares que garanticen un abordaje integral y holístico, y la definición de protocolos y estrategias de trabajo consensuadas entre los profesionales involucrados en el abordaje de los pacientes. Además de los Comités de Tumores y de las unidades multidisciplinares, otro elemento clave para garantizar una buena coordinación, continuidad y calidad asistencial es la enfermera gestora de casos, que es la guía del paciente y figura de enlace con el servicio de oncología a lo largo del proceso.

La participación de Enfermería Oncológica en el recorrido del paciente es fundamental como figura encargada del proceso de información y formación del paciente. Asimismo, se debe reforzar el papel del farmacéutico oncológico como referente del medicamento dentro del equipo asistencial.

Es fundamental asegurar el acceso equitativo, para todos los pacientes que lo necesiten, a otros profesionales y/o servicios transversales asociados al manejo de la patología como Psicooncología, Oncogeriatría, Cuidados Paliativos, Trabajo Social, Nutrición o Especialistas en Ejercicio Físico Oncológico.

**2. Definir y medir indicadores de calidad asistencial, resultados en salud y calidad de vida que permitan identificar e implementar acciones de mejora en la atención del paciente con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico.**

Se debe impulsar la definición y el seguimiento de indicadores de calidad asistencial, calidad de vida y experiencia del paciente, resultados en salud, de proceso, etc. específicos para el proceso asistencial del paciente con cáncer de vejiga. Para ello, se propone disponer de un cuadro de mandos adaptado a los objetivos y situación de cada organización sanitaria.

Con el objetivo de automatizar la obtención de resultados, y que la recogida y evaluación de indicadores sea ágil, se debe impulsar el desarrollo de herramientas integrables con los sistemas de información existentes a través de la aplicación de las TICs.

**3. Impulsar la formación de los profesionales sanitarios para una atención integral del paciente con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico.**

Los centros hospitalarios deben ofrecer programas de formación dirigidos a los profesionales sanitarios sobre técnicas y habilidades de comunicación con el paciente.

Es necesario impulsar sesiones multidisciplinares de actualización sobre innovación en cáncer de vejiga entre los profesionales sanitarios que intervienen en el abordaje de estos pacientes, ya que se perciben diferencias en el grado de actualización sobre innovaciones terapéuticas en función del perfil profesional, servicio y centro hospitalario.

Fomentar la sensibilización de los profesionales respecto a la importancia de una valoración integral y el valor de los profesionales de ámbitos transversales para los pacientes tras la confirmación diagnóstica y durante el seguimiento.

#### **4. Reforzar la visibilidad del cáncer de vejiga a nivel de sociedad, autoridades sanitarias, pacientes y profesionales sanitarios como una patología de alta prevalencia y de gran impacto en los pacientes que la padecen.**

Las actividades de concienciación, prevención y sensibilización sobre el cáncer de vejiga se consideran prioritarias. Deben incluir la prevención primaria, los factores de riesgo (tabaquismo), la importancia del diagnóstico precoz, así como las principales repercusiones sobre la calidad de vida de los pacientes.

Las AAPP son una pieza clave en este aspecto y deben ser reconocidas ya que pueden contribuir a mejorar el conocimiento y concienciación sobre la enfermedad en la sociedad. Además, deben ser un punto de referencia informativo y de encuentro para los pacientes que padecen esta patología y sus familiares.

#### **5. Optimizar el abordaje clínico del cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico durante las etapas de diagnóstico, derivación, tratamiento y seguimiento.**

Para ello, sería conveniente desarrollar e implementar procedimientos adaptables a la situación de cada centro hospitalario que permitan homogeneizar los criterios de sospecha y derivación específicos, reduciendo los tiempos de espera y fomentando el diagnóstico temprano.

Asimismo, el uso de las TICs y los sistemas de información pueden contribuir a esta optimización mediante la implantación de sistemas de alerta en la historia clínica que faciliten la sospecha y detección de la enfermedad de forma precoz desde Atención Primaria, evitando retrasos en la derivación a Urología.

Además, se recomienda desarrollar protocolos de tratamiento consensuados con un enfoque multidisciplinar en el que participen todos los profesionales sanitarios involucrados en el manejo de los pacientes.

Sería deseable que las unidades de Cuidados Paliativos se incorporaran en etapas tempranas de la enfermedad ya que se ha demostrado que pueden tener un impacto positivo en el control de síntomas y mejora de la continuidad asistencial.

Adicionalmente se debería contar con protocolos específicos consensuados entre niveles asistenciales para el manejo de los largos supervivientes.

#### **6. Fomentar el acceso rápido a la innovación terapéutica y garantizar la equidad.**

Para ello, se considera clave impulsar estrategias que permitan reducir los tiempos de aprobación de los fármacos y definir criterios homogéneos de inclusión en las guías farmacoterapéuticas con carácter general, siendo adaptables a las situaciones concretas de cada centro garantizando la equidad a nivel nacional.

Asimismo, es necesario promover estudios de investigación con el objetivo de mejorar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico. En esta línea, se deben impulsar iniciativas para la concienciación de las instituciones públicas sobre la importancia de la investigación y de su financiación.

Para mejorar la equidad en el acceso a los EECC se recomienda definir protocolos de derivación a centros de referencia con EECC disponibles, reduciendo así las posibles barreras burocráticas actuales.

Para situar al paciente en el centro del proceso y fomentar la toma de decisiones compartida, es necesario ofrecer la información sobre las condiciones de acceso a la innovación y a los EECC, así como la disponibilidad y naturaleza de los mismos.

#### **7. Impulsar iniciativas relacionadas con la humanización de la asistencia sanitaria específicas para los pacientes con cáncer de vejiga.**

En este sentido, se ha identificado como prioritario coordinar las visitas presenciales de los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico a los distintos servicios o unidades asistenciales del hospital y potenciar el uso de herramientas digitales para reducir tiempos de espera y desplazamientos al hospital, así como incluir a familiares y cuidadores de los pacientes en los circuitos asistenciales, de manera que tengan acceso a todos los recursos sanitarios necesarios.

Por otro lado, es clave fomentar una relación profesional-paciente cercana basada en la honestidad y confianza mutua, teniendo en cuenta la dignidad y la privacidad del paciente. La accesibilidad durante todo el proceso a los profesionales sanitarios, por ejemplo, a través de canales de comunicación directos, puede ser positiva para esta relación.

#### **8. Fomentar la toma de decisiones compartidas a través de la información y formación al paciente sobre el cáncer de vejiga, pronóstico y alternativas terapéuticas disponibles para optimizar el manejo de la enfermedad.**

Los profesionales sanitarios, de manera consensuada y conjunta, deben ofrecer a los pacientes materiales de información y educación sobre su enfermedad, los principales síntomas y su manejo. Es imprescindible informar al paciente sobre las alternativas terapéuticas disponibles, con el objetivo de promover la toma de decisiones compartidas y con ello la individualización del tratamiento.

Las AAPP y SSCC en el ámbito de la vejiga pueden ser agentes de referencia para la difusión de información veraz y fiable a pacientes y familiares.

Finalmente, es relevante que se disponga de herramientas para evaluar el conocimiento adquirido por el paciente sobre la información y formación proporcionada y así mejorar la identificación de necesidades y la resolución de dudas que puedan surgir.





**OBJETIVOS Y  
METODOLOGÍA**

## 2. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

### 2.1 OBJETIVOS

El principal objetivo de este proyecto ha sido la elaboración de un documento de consenso a nivel nacional que defina los aspectos clave para el abordaje integrado multidisciplinar excelente de los pacientes con cáncer de vejiga y que pueda ser implementado en los hospitales con el impulso de los servicios regionales de salud.

Para la consecución de este objetivo general, se plantearon los siguientes objetivos específicos:

**Analizar el recorrido actual y establecer un consenso sobre el recorrido óptimo del paciente** con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico desde una perspectiva integral y multidisciplinar.

**Identificar la situación actual, necesidades y áreas de mejora** del proceso asistencial del paciente con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico.

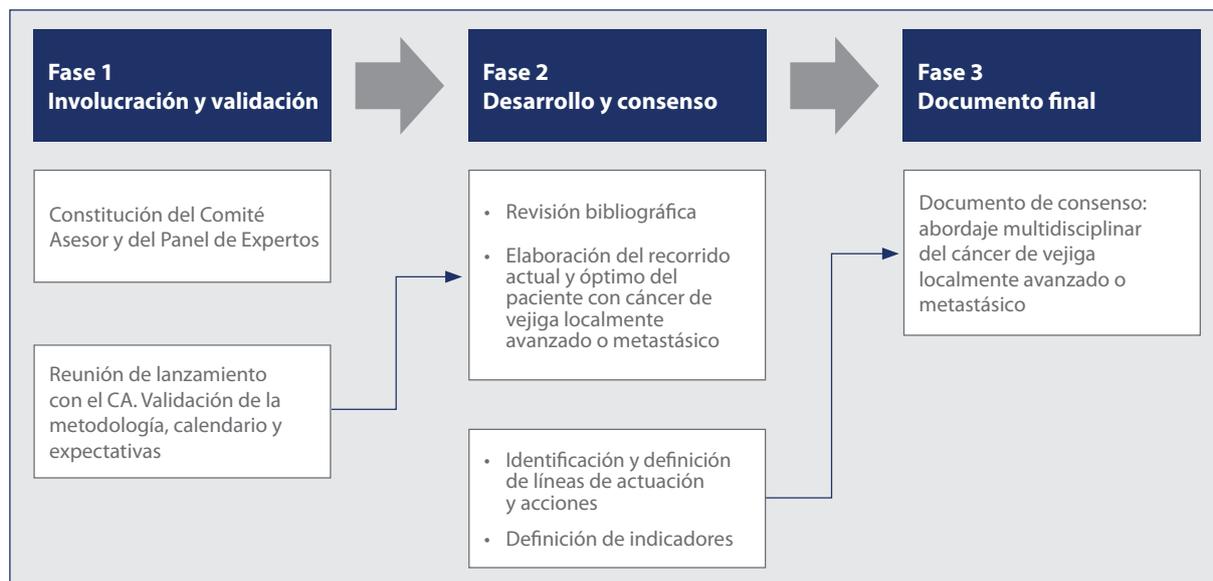
**Definir y priorizar líneas de actuación y acciones concretas** para la implantación del proceso asistencial óptimo.

**Elaborar una propuesta de indicadores** en cada etapa del proceso que permita valorar la implantación del proceso asistencial óptimo.

### 2.2 METODOLOGÍA

El proyecto ha sido elaborado siguiendo una metodología de trabajo desarrollada en tres fases: involucración de participantes y validación de la metodología, desarrollo y consenso, y una última fase de elaboración del documento final (Figura 1).

Figura 1. Metodología de trabajo: Proyecto VeLA



### 2.2.1 Fase 1. Involucración y análisis

En esta primera fase se constituyeron el Comité Asesor y el Panel de Expertos del proyecto. Posteriormente se realizó una reunión de lanzamiento con el Comité Asesor con la finalidad de revisar los objetivos, el alcance, los factores clave de éxito y metodología a seguir.

Los integrantes del Comité Asesor (Tabla 1) y el Panel de Expertos (Tabla 2) configuran un grupo de trabajo multidisciplinar con experiencia de trabajo en el marco del cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico desde distintas perspectivas dentro del SNS (Oncología Médica, Enfermería Oncológica, Farmacia Hospitalaria, Calidad Asistencial, Anatomía Patológica, Cuidados Paliativos, Geriátrica, Psicooncología, Oncología Radioterápica, Gestión Sanitaria y Asociaciones de Pacientes).

Las funciones del Comité Asesor (CA) fueron: participar en la reunión de lanzamiento, realizar una entrevista individual y participar en tres talleres de trabajo. Finalmente, han sido responsables de revisar y validar el presente informe.

Por otro lado, las funciones del Panel de Expertos (PE) fueron: completar y enriquecer el proyecto desde su visión y experiencia en el marco del cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico a través de entrevistas individuales.

Tabla 1. Miembros del Comité Asesor

| COMITÉ ASESOR                        |  |
|--------------------------------------|--|
| <b>Bernárdez Ferrán, Beatriz</b>     | Farmacia Hospitalaria. Unidad de Farmacia Oncológica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (A Coruña).  |
| <b>Martínez Cortés, Marcos</b>       | Gerencia. Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC).   |
| <b>Pérez-Valderrama, Begoña</b>      | Oncología Médica. Coordinadora de la Unidad de Tumores Genitourinarios y Ginecológicos. H.U. Virgen del Rocío (Sevilla).   |
| <b>Rodríguez Zabala, Mónica</b>      | Enfermería Oncológica. Unidad de Tumores Torácicos, Genitourinarios y Cutáneos. Hospital Clínico San Carlos (Madrid).  |
| <b>Sánchez Antolín, Gloria</b>       | Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria de la Gerencia Regional de Salud (exdirectora). Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León.          |
| <b>Torras Boatella, Maria Glòria</b> | Vicepresidencia de la Sociedad Catalana de Calidad Asistencial. Gerencia Territorial Metropolitana Sud. Hospital Universitario de Bellvitge. Instituto Catalán de Salud. |

Tabla 2. Miembros del Panel de Expertos

| PANEL DE EXPERTOS                       |   |
|---|---|
| <b>Acón Royo, M<sup>a</sup> Dolores</b> | Gerencia. Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada. Servicio Andaluz de Salud.  |
| <b>Algaba Arrea, Ferrán</b>             | Anatomía Patológica. Fundació Puigvert. Coordinador Nacional del Grupo de Uropatología de la Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP). |
| <b>Cuadros Margarit, Roser</b>          | Cuidados Paliativos. Instituto Catalán de Oncología (Barcelona).  |
| <b>Domínguez García, Arturo</b>         | Urología. Hospital Universitari Parc Taulí de Sabadell (Barcelona).   |
| <b>Durán Alonso, Juan Carlos</b>        | Geriatría. Dirección Médica. Hospital San Juan Grande (Cádiz).  |
| <b>Fernández de Pablos, Noelia</b>      | Psicología. Servicio de Salud Mental. Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid).  |
| <b>Gómez de Iturriaga Piña, Alfonso</b> | Oncología Radioterápica. Hospital Quirón Salud (Bizkaia).   |
| <b>Láinez Milagro, Nuria</b>            | Oncología Médica. Hospital Universitario de Navarra (Navarra).  |
| <b>Letélliez Fernández, Javier</b>      | Farmacia Hospitalaria. Gerencia. Unidad de Farmacia Oncohematológica. Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid).                         |
| <b>Serra López, Jorgina</b>             | Enfermería Oncológica. Hospital de Sant Pau (Barcelona).  |

### 2.2.2 Fase 2. Desarrollo y consenso

En esta segunda fase del proyecto se elaboró el recorrido del paciente con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico, identificando la situación actual, los puntos críticos de buena práctica, las necesidades y expectativas de los profesionales sanitarios y posibles áreas de mejora desde una perspectiva de aspectos de gestión, clínicos y humanísticos y de calidad de vida.

Para ello, se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- Análisis bibliográfico.
- Elaboración de los guiones para las entrevistas, específicos de cada perfil.
- Entrevistas individuales con el CA para analizar el recorrido del paciente e identificar necesidades y áreas de mejora.
- Análisis y elaboración del recorrido óptimo del paciente y de las necesidades y áreas de mejora identificadas según la información obtenida en la revisión bibliográfica y las entrevistas.
- Primer taller telemático con el CA para consensuar y validar el recorrido óptimo y las necesidades de mejora identificadas.

Después, también en esta segunda fase, se definieron y priorizaron las acciones de cada una de las líneas de actuación, dirigidas a la implementación del recorrido asistencial óptimo del paciente con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico.

Para ello, se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- Entrevistas individuales con el PE para ampliar y complementar el trabajo realizado.
- Identificación de las líneas de actuación y las acciones dirigidas a implementar el recorrido asistencial óptimo del paciente con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico.
- En el segundo taller con el CA, se consensuaron las líneas de actuación y las acciones identificadas.

Finalmente, se priorizaron las acciones identificadas por cada línea de actuación, según impacto y factibilidad (Figura 3), y se definió un set de indicadores para la valoración y el seguimiento del proceso asistencial.

Las actividades que se realizaron fueron las siguientes:

- Priorización de las acciones definidas mediante un formulario individual donde cada integrante del CA procedió a puntuar las acciones en una escala del 1 al 5, en función de su impacto y su factibilidad (Figura 2). Identificación de los indicadores para valorar la implementación del recorrido definido. Se realizó un análisis estadístico de las puntuaciones agregadas.

- Valoración individual de los indicadores propuestos por parte de los miembros del CA.
- Consenso y validación de la priorización de las acciones y del set de indicadores propuesto a través de un tercer taller con el CA.

Figura 2. Instrucciones de la priorización de acciones

| <b>IMPACTO</b><br>Escala 1-5  | <b>FACTIBILIDAD</b><br>Escala 1-5  | <b>OBSERVACIONES</b>  |
|---|--|---|
| <p><i>Impacto:</i> valorar cada acción en función del grado de impacto que tendría en la optimización del proceso asistencial del paciente con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico.</p>  <p>Muy poco impacto    1 2 3 4 5    Muy alto impacto</p> <p>Valoración de 1 a 5, donde 1 es muy bajo impacto y 5 muy alto impacto.</p> | <p><i>Factibilidad:</i> valorar cada acción en función del grado de visibilidad en su ejecución según la existencia o no de barreras para su desarrollo a diferentes niveles (organización y recursos).</p>  <p>Muy poca factibilidad    1 2 3 4 5    Muy alta factibilidad</p> <p>Valoración del 1 al 5, donde 1 es baja factibilidad (alta dificultad de ejecución), y 5 es alta factibilidad (baja dificultad de ejecución).</p> | <p><i>Observaciones:</i> Podrá aportar comentarios y observaciones aclaratorias sobre cada una de las acciones planteadas y añadir propuestas de mejora si considera necesario.</p>  |

### 2.2.3 Fase 3. Documento final

En la tercera y última fase se elaboró el presente documento que es el informe sobre el “Abordaje multidisciplinar del cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico”, que ha sido revisado y validado por el CA.



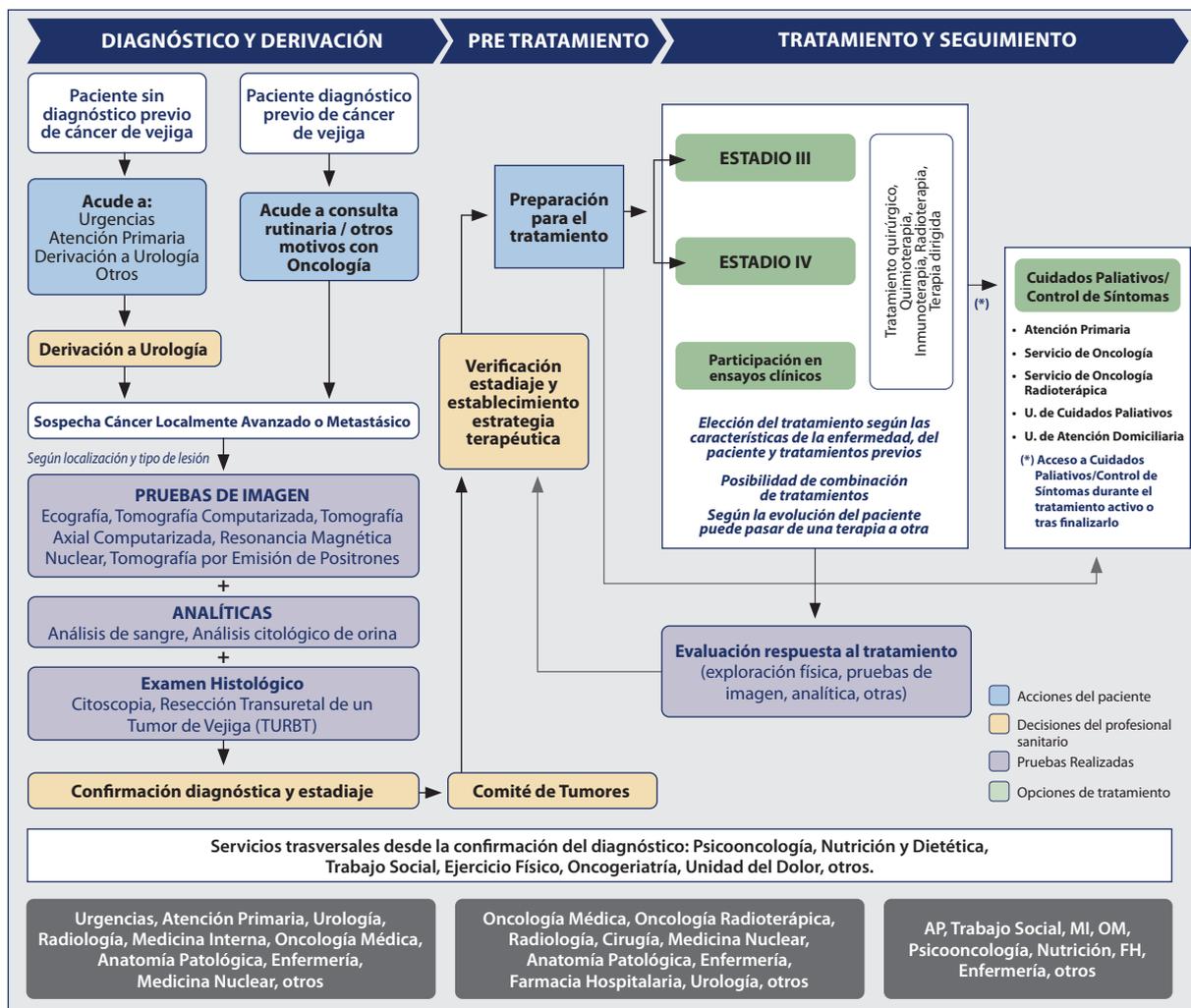
**RECORRIDO  
DEL PACIENTE  
EN EL PROCESO  
ASISTENCIAL  
ÓPTIMO**

### 3. RECORRIDO DEL PACIENTE EN EL PROCESO ASISTENCIAL ÓPTIMO

El flujograma que se observa a continuación (Figura 3) es el resultado del análisis del proceso asistencial de las personas que padecen cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico, elaborado a partir de una revisión bibliográfica y de las consideraciones de los expertos.

Este flujograma representa el recorrido del paciente con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico dividido en tres etapas diferentes: diagnóstico y derivación, pre-tratamiento, y tratamiento y seguimiento. El recorrido refleja de manera general las diferentes acciones que se llevan a cabo, los momentos de toma de decisiones, las pruebas que se realizan y las diferentes opciones de tratamiento habituales.

Figura 3. Recorrido óptimo del paciente con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico



Para el desarrollo y validación de este flujograma se han tenido en cuenta los aspectos de gestión, clínicos y humanísticos y de calidad de vida. Se trata del proceso asistencial que se considera óptimo y, por lo tanto, no representa necesariamente la realidad de todos los centros hospitalarios.

**ANÁLISIS  
DEL PROCESO  
ASISTENCIAL  
ÓPTIMO**



## 4. ANÁLISIS DEL PROCESO ASISTENCIAL ÓPTIMO

Como se ha comentado anteriormente, durante el análisis del proceso asistencial del paciente con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico desde una visión integral y multidisciplinar, se ha revisado la situación actual y se han identificado las necesidades y posibles áreas de mejora desde las perspectivas de gestión, clínica y humanística y de calidad de vida de los pacientes.

Para este análisis se ha tenido en consideración el resultado de la revisión bibliográfica, la opinión, experiencia y consideraciones del CA y del PE (de ahora en adelante "expertos") y la visión de los pacientes representados por GEPAC.

### 4.1 ASPECTOS DE GESTIÓN

#### Situación actual

En 2022 se diagnosticaron 22.295 nuevos casos de cáncer de vejiga en España, siendo el 5º cáncer con mayor incidencia en el país. De estos, más del 80% son varones, y la gran mayoría de los pacientes son mayores de 65 años [1, 2]. La tasa de mortalidad del cáncer de vejiga es de 3,5 por 100.000 habitantes, relativamente baja respecto a otros cánceres [1].

El carcinoma urotelial es el cáncer de vejiga más común, representa el 90% de los casos y afecta a las células uroteliales [3]. El cáncer de vejiga se puede clasificar como no músculo-invasivo y músculo-invasivo, dependiendo de si solo afecta a la capa interna de la vejiga o se expande hacia las capas musculares [14, 15]. Si se tiene en cuenta la clasificación TNM, la enfermedad músculo-invasiva, se corresponde a un estadio T2 o superior. Concretamente, el cáncer de vejiga a partir de los estadios T4 y/o afectación ganglionar se conoce como cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico [4, 5].

Aunque se desconoce la totalidad de las causas por las cuales se desarrolla un cáncer de vejiga, el principal factor de riesgo se asocia al tabaquismo, el cual contribuye al 50% de los casos [6]. Otros factores a considerar son la edad, los antecedentes familiares y la exposición ocupacional de aminas aromáticas, hidrocarburos aromáticos policíclicos e hidrocarburos clorados, además de la ingesta insuficiente de líquidos o la infección por HPV (Virus del Papiloma Humano) [6, 5, 16].

Desde una perspectiva de gestión y planificación sanitaria, se han identificado documentos estratégicos como Planes de Salud, Planes Oncológicos y Planes de Cuidados Paliativos [17, 18], así como procesos asistenciales tanto a nivel nacional como a nivel autonómico, que incluyen el cáncer de vejiga. No obstante, los expertos consideran que no son suficientes ni específicos para poder abordar de manera completa y multidisciplinar el cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico.

A nivel nacional destaca la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud, actualizada en 2021 [18], que se enmarca en la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril y de la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del SNS. Este documento recoge 5 líneas estratégicas: promoción de la salud y prevención en cáncer, atención sanitaria, atención sanitaria a la infancia y adolescencia, datos e información de cáncer e investigación. Entre los objetivos de la primera línea estratégica (promoción de la salud y prevención en cáncer) se encuentra un objetivo específico que hace referencia al cáncer de vejiga: el establecimiento de canales de diagnóstico rápido entre atención primaria y atención hospitalaria ante signos o síntomas de sospecha de patología oncológica de los tipos tumorales más frecuentes. Este objetivo además va ligado a dos indicadores concretos que miden el tiempo de derivación desde atención primaria a atención hospitalaria y el tiempo desde la primera visita en atención hospitalaria hasta el diagnóstico o ausencia de la patología oncológica. Adicionalmente existen otros indicadores que aplican al cáncer de vejiga que hacen referencia a los tiempos desde el diagnóstico hasta el inicio efectivo del tratamiento.

A nivel regional, en algunas Comunidades Autónomas (CCAA) se han identificado procesos asistenciales y otros documentos de interés sobre el cáncer de vejiga, sin embargo, en muchas ocasiones se detecta la necesidad de promover su revisión y actualización. Las CCAA que han publicado algunos documentos de referencia en esta línea son Castilla y León (Cáncer de vejiga. Guía para la gestión integrada de procesos asistenciales relacionados con el cáncer: "PROYECTO ONCOGUÍAS") [13] y Galicia (Circuito asistencial rápido para pacientes con *sospeita de cancro de vexiga*, 2016) [12]. Ninguna de ellas se centra en el proceso asistencial y estrategia para el manejo de los pacientes en estadios más avanzados ni son documentos del todo actualizados, es por ello, por lo que se señala la necesidad de promover la elaboración, revisión y actualización de estos documentos.

A nivel hospitalario, según los expertos, muchos centros cuentan con guías y/o protocolos de práctica clínica para cáncer de vejiga elaborados por parte de los servicios del propio hospital a través de la adaptación de las guías de práctica clínica de las SSCC y el consenso entre los diferentes especialistas que participan en el abordaje de esta patología. En general, todos estos documentos son propios y de uso exclusivo a nivel hospitalario.

A nivel internacional, los documentos de referencia son las Guías Clínicas Europeas de la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO), la Asociación Europea de Urología (AEU) y de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) compartidas con el Grupo Español de Oncología Genitourinaria (SOGUG por sus siglas en inglés) [19, 20, 21, 22]. También destacan las Guías Americanas de la Asociación Urológica Americana (AUA), la Sociedad Americana de Radio-Oncología (ASTRO), la Sociedad de Urología Oncológica (SUO) y las Guías elaboradas por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) [6, 23].

Actualmente, los expertos han identificado una gran heterogeneidad respecto a la organización sanitaria y los recursos dirigidos a la atención del cáncer de vejiga entre las diferentes CCAA y/o centros sanitarios, especialmente en lo relativo a los estadios más avanzados de la enfermedad, dificultando garantizar un abordaje homogéneo y de calidad para los pacientes.

Por otro lado, de manera general, no se cuentan con indicadores específicos para el cáncer de vejiga, ni se miden resultados en salud, calidad de vida o la experiencia del paciente en el marco del sistema sanitario.

Adicionalmente, se perciben ciertas ineficiencias en el sistema sanitario junto con una escasez de recursos humanos para el manejo de estos pacientes, lo que conduce a una elevada carga asistencial generalizada de los profesionales sanitarios que participan en la atención de los pacientes y dificulta la atención óptima al paciente.

Los servicios transversales como Psicooncología, Nutrición, Especialistas en Ejercicio Físico, Trabajo Social, Geriatría, etc. son recursos clave para garantizar un abordaje integral y de calidad a estos pacientes. En ocasiones, estos recursos no están disponibles en los centros donde se atienden los pacientes con cáncer de vejiga y éstos deben desplazarse a otros centros de referencia; también son las AAPP o centros privados los que pueden proveer de estos servicios transversales.

A nivel organizacional, los centros hospitalarios no suelen contar con Unidades Multidisciplinares de Cáncer de Vejiga o de Tumores Genitourinarios, sin embargo, la existencia de Comités de Tumores Genitourinarios es más frecuente. Estos comités son un sistema útil para dar respuesta a la necesidad de atención multidisciplinar de la patología, que es imprescindible para garantizar una atención de calidad. Específicamente, los Comités de Tumores contribuyen a asegurar la coordinación entre los profesionales sanitarios y la continuidad y calidad asistencial de todo el proceso [18].

El empleo de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs) se ha visto fomentado durante los últimos años, especialmente tras el contexto de la COVID-19. Estas herramientas representan una oportunidad para optimizar la atención y el manejo de los pacientes. Entre estas herramientas destaca la atención telemática, que, si bien los expertos coinciden en su valor potencial para la optimización de los circuitos asistenciales y el manejo de los pacientes, su uso no se puede generalizar y debe responder a las preferencias y necesidades de los pacientes.

Según los expertos, existe una falta de coordinación entre los profesionales sanitarios, especialmente entre los profesionales de diferentes niveles asistenciales, principalmente, debido a la falta de comunicación, al uso de sistemas de Historias Clínicas independientes y a las dificultades para compartir información entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria. A nivel intrahospitalario, aunque la comunicación es mejorable y varía en los diferentes centros, en general, es más sencilla ya que los sistemas de información son comunes y por lo tanto la información es fácilmente compartida entre todos los profesionales sanitarios que participan en la atención del paciente.

La formación y actualización de los profesionales sanitarios, especialmente entre los especialistas de Atención Primaria, es crítica para asegurar un manejo óptimo y evitar retrasos en el diagnóstico y en la derivación de los pacientes. Debido a la falta de recursos y formación interna del sistema sanitario, esta formación depende muchas veces de intereses del sector privado.

Afortunadamente, en la mayoría de los casos el cáncer de vejiga se diagnostica en fases precoces y potencialmente curables [15], pero la carga de éste en sus estadios más avanzados se considera que está infraestimada y tiene una visibilidad limitada tanto a nivel social como por parte de las autoridades sanitarias, con respecto tanto a la enfermedad como a las necesidades de los pacientes que la padecen. En los últimos

años, desde AAPP, SSCC y compañías farmacéuticas se han fomentado iniciativas dirigidas a incrementar la visibilidad del cáncer de vejiga [1, 24, 25, 26]. El objetivo de estas iniciativas es disminuir la incidencia y la mortalidad por cáncer de vejiga y aumentar la calidad de vida de los pacientes, potenciando las medidas de prevención y favoreciendo su detección y tratamiento precoz.

### **Características clave de un proceso asistencial óptimo de cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico**

Los expertos, en línea con los documentos de referencia en el marco del cáncer de vejiga y el cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico, han identificado una serie de características clave que debe contener un proceso asistencial óptimo para estos pacientes. Según sus consideraciones, el proceso asistencial debe estar centrado en el paciente y sus familiares y cuidadores, orientado a resultados en salud y calidad de vida y ser adaptable a las diferentes casuísticas de cada organización sanitaria.

A continuación, se muestran las características clave que debe incorporar el proceso asistencial:

- Integrar criterios consensuados para el diagnóstico rápido, derivación o seguimiento compartido de los pacientes con cáncer de vejiga, y así facilitar la coordinación entre los agentes implicados en el proceso.
- Contar con un Comité de Tumores que permita dar un enfoque multidisciplinar a la planificación integral del tratamiento oncológico.
- Promover la individualización del tratamiento de acuerdo con las necesidades, características y preferencias del paciente, fomentando la toma de decisiones compartida y con el objetivo de mejorar su calidad de vida.
- Estar orientado a obtener resultados en salud y resultados en calidad de vida.
- Estar estructurado y acompañado de indicadores medibles, de manera que sea adaptable a cada una de las realidades organizativas de los distintos centros y áreas sanitarias.
- Incluir recomendaciones concretas y contener la descripción de las tareas y actividades a realizar para cada perfil profesional durante cada fase del proceso.
- Asegurar la calidad asistencial para lo que es necesario que su implantación se dote con los recursos materiales y humanos necesarios.

### **Necesidades y áreas de mejora en los Aspectos de Gestión**

1. Definir **procesos asistenciales integrados específicos para cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico** en particular, o cáncer de vejiga en general, implantables en las CCAA y que incluyan objetivos específicos y un sistema de monitorización y seguimiento, contando con la participación de profesionales sanitarios, SSCC y pacientes.

2. Desarrollar **protocolos comunes y canales de comunicación para la mejora de la coordinación entre servicios y niveles asistenciales para optimizar el proceso asistencial** desde la derivación, el diagnóstico y el seguimiento de los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado.
3. Promover el **trabajo multidisciplinar** en el abordaje del paciente con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico, involucrando a los profesionales que deben formar parte del proceso. Para ello se debe potenciar la creación de **Comités de Tumores Multidisciplinares** a nivel hospitalario y fomentar que todos los pacientes sean evaluados en los mismos. Las especialidades que suelen estar presentes en los Comités de Tumores son: Oncología Médica, Urología, Oncología Radioterápica, Anatomía Patológica, Medicina Nuclear, Radiología, Enfermería Oncológica y Farmacia Oncológica.
4. Establecer **indicadores de resultados en salud, de calidad de vida y de experiencia del paciente** para cada fase del proceso asistencial, adaptables a los objetivos y situación de cada organización sanitaria. Y con ello, poder potenciar el desarrollo de herramientas comunes y homogeneizadas integrables en todos los sistemas de información a nivel nacional para facilitar la implementación y el seguimiento de los indicadores definidos.
5. Facilitar el acceso de los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico a otros profesionales asociados a la patología como **Psicooncología, Oncogeriatría, Trabajo Social, Nutrición, Especialistas en Ejercicio Físico Oncológico, etc.** con el objetivo de ofrecer al paciente un abordaje holístico y dar respuesta a sus necesidades.
6. Potenciar la visibilidad del cáncer de vejiga, impulsando **programas o actividades de educación sanitaria, concienciación y sensibilización** (por ejemplo, campañas de sensibilización antitabaco), dirigidos a la población general, autoridades, profesionales sanitarios y pacientes.
7. Potenciar la **formación** en cáncer de vejiga entre los profesionales sanitarios implicados en el proceso asistencial y dar respuesta a sus necesidades, principalmente entre los especialistas de Atención Primaria.
8. Implementar la **figura de gestor de casos** que fomente la coordinación y que agilice la citación de pruebas diagnósticas, garantizando la continuidad asistencial de los pacientes a lo largo del proceso asistencial.
9. Disponer de los **recursos necesarios** a nivel hospitalario, humanos y materiales, para un abordaje óptimo de los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico.

## 4.2 ASPECTOS CLÍNICOS

### 4.2.1 Diagnóstico y derivación

#### Situación actual

De manera habitual, la sospecha diagnóstica y la derivación al Servicio de Urología se realiza principalmente en Atención Primaria, aunque en determinadas ocasiones la derivación a Urología se puede realizar desde Urgencias o Medicina Interna cuando hay sospecha de cáncer de vejiga.

En general, la sospecha de cáncer de vejiga se produce con la aparición de hematuria (sangre en orina) y de molestias al orinar (disuria), dificultando la sospecha de cáncer ya que estos síntomas son compartidos con otras patologías benignas como infecciones o cálculos renales. Cuando se detecta un cáncer de vejiga *de novo* en estadios más avanzados, la sintomatología más frecuente es dolor perineal intenso, la obstrucción durante la micción, la anuria, y la pérdida de apetito y de peso [3, 7]. En general, se considera que existe cierta falta de sospecha en estadios precoces, tanto por parte de profesionales sanitarios como de pacientes. Esta falta de sospecha ante síntomas leves puede deberse, en parte, a la falta de visibilidad del cáncer de vejiga.

Ante una sospecha de cáncer de vejiga, el paciente es derivado habitualmente al servicio de Urología donde, según los expertos, de manera general se llevan a cabo las siguientes pruebas diagnósticas: ecografía, cistoscopia y análisis citológico de orina. A posteriori, en caso de sospecha neoplásica vesical, se solicita un uro-TAC previo a la resección transuretral (RTU). En aquellos casos de pacientes con sospecha de tumores infiltrantes se recomienda realizar un TAC-toracoabdominal (Figura 4).

En algunos centros, ante la confirmación de cáncer de vejiga en el examen histológico, el caso del paciente es presentado al Comité de Tumores, donde se determinan las pruebas de extensión necesarias y el tratamiento más adecuado. Posteriormente, en función del resultado de las pruebas, el paciente pasa a consulta y seguimiento con Urología. En caso de que tras las pruebas se identifique la necesidad de tratamiento sistémico, el paciente es derivado a Oncología, y su caso vuelve a ser evaluado por el Comité de Tumores, para establecer el tratamiento y los siguientes pasos.

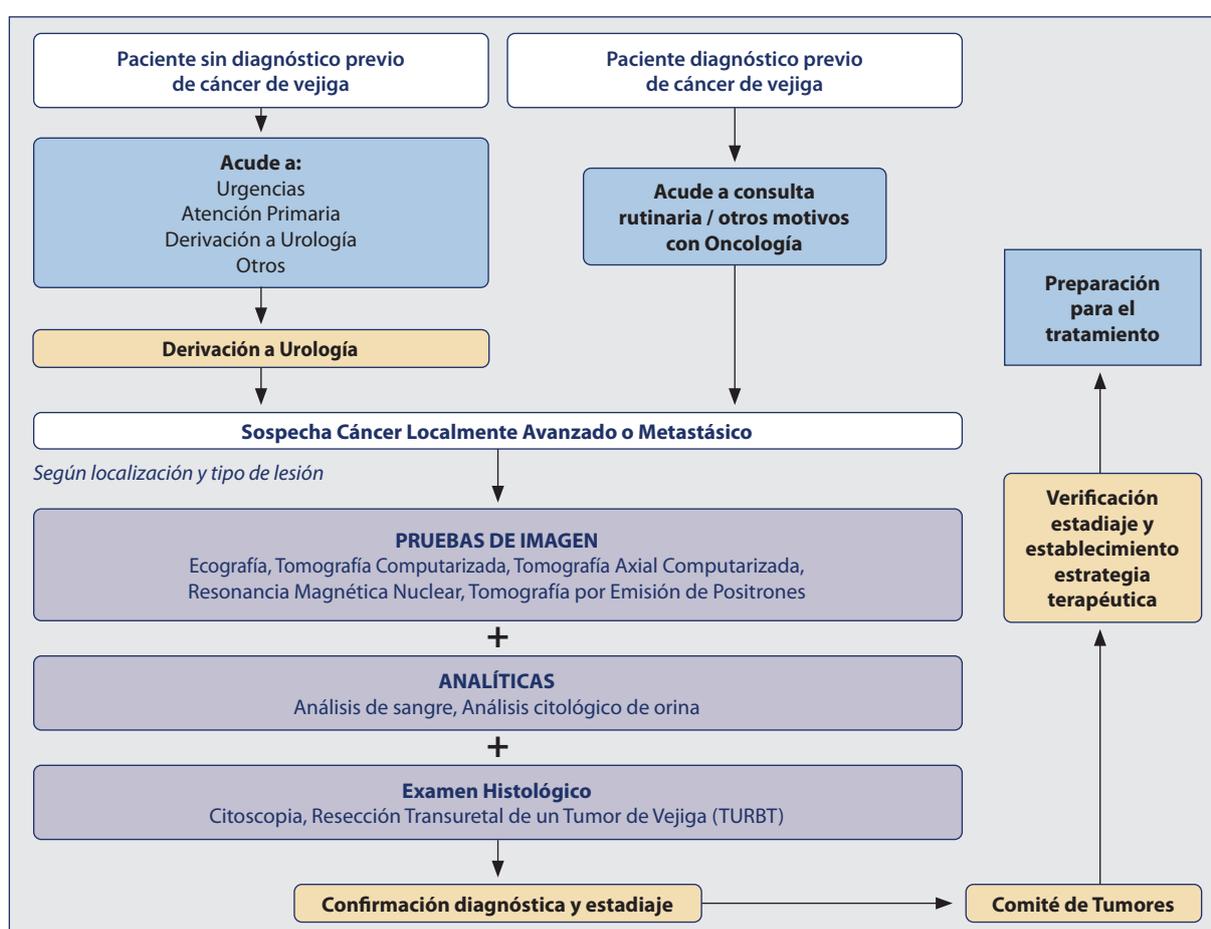
El porcentaje de pacientes con diagnóstico inicial de cáncer de vejiga localizado es aproximadamente del 75% sobre el total de pacientes diagnosticados, el 25% restante corresponde a pacientes con cáncer localmente avanzado o metastásico. Además, se estima que el 50% de los pacientes con tumores localizados progresan a estados localmente avanzados o metastásicos [27].

En los protocolos y circuitos analizados no se identifican circuitos específicos de derivación desde Atención Primaria a Urología ante una sospecha de cáncer de vejiga. Los expertos indican que la falta de procedimientos que incluyan los criterios de derivación al servicio de Urología, y la elevada carga asistencial de los profesionales sanitarios que participan en el proceso diagnóstico y de derivación, propician retrasos en la derivación de los

pacientes y, como consecuencia, puede conducir a posibles demoras en el diagnóstico y a un empeoramiento de la calidad de vida del paciente. En el caso del cáncer de vejiga, estos retrasos son vitales ya que un retraso de 3 meses en el diagnóstico puede duplicar las posibilidades de morir [28].

Frecuentemente, tras la derivación al servicio de Urología, debido a la sobrecarga asistencial de estos servicios puede haber demoras en la citación de primeras consultas, en la realización de pruebas y en la comunicación de los resultados de las pruebas diagnósticas como la RTU. Los tiempos de espera se incrementan en el caso de no disponer de los recursos necesarios en el propio centro.

Figura 4. Flujograma del paciente con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico: derivación y diagnóstico



La existencia de la figura Enfermería de Enlace o Gestora de Casos para estos pacientes es una herramienta útil que mejora la comunicación y coordinación entre los profesionales y permite agilizar el proceso diagnóstico, ya que contribuye a mitigar barreras y facilitar el diagnóstico adecuado en tiempo y forma para todos los pacientes [18].

Asimismo, actualmente es habitual que los centros cuenten con circuitos rápidos para la solicitud de pruebas diagnósticas en pacientes con sospecha de patología oncológica. Además, según los expertos, se están empezando a emplear herramientas de interconsulta entre niveles asistenciales y entre especialidades, las cuales contribuyen a la mejora de la coordinación y agilización de este proceso.

Por otro lado, existe una heterogeneidad importante en cuanto a la existencia de Comités de Tumores para estos pacientes. En general, en los hospitales que cuentan con un Comité de Tumores para pacientes con cáncer de vejiga, éste suele ser de ámbito más general, por ejemplo, para tumores Genitourinarios, pero no todos los centros que atienden pacientes con cáncer de vejiga cuentan con un Comité de Tumores específico definido y, cuando existe, no todos los pacientes son evaluados para el establecimiento de la estrategia terapéutica.

Adicionalmente, tras la confirmación del diagnóstico, se recomienda una valoración integral del paciente (nutricional, psicológica, social, etc.) que, en términos generales, no se está llevando a cabo.

## Necesidades y áreas de mejora en los Aspectos Clínicos del Diagnóstico

1. Impulsar la **implicación y la coordinación** de todos los profesionales sanitarios involucrados en el diagnóstico y abordaje del paciente con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico, fomentando la realización de una **valoración integral** (nutricional, psicológica, social, etc.) del paciente.
2. Desarrollar un **procedimiento que incluya los criterios de diagnóstico y derivación específicos para cáncer de vejiga**, implantable en las CCAA con el fin de optimizar la derivación y fomentar un diagnóstico temprano.
3. Incorporar la figura de **Enfermería de Enlace** entre niveles asistenciales para garantizar la continuidad asistencial del paciente y optimizar recursos.
4. Disponer de **herramientas de diagnóstico y sistemas de alertas en la historia clínica electrónica** (HCE) que faciliten la detección de la enfermedad de forma precoz desde Atención Primaria.
5. Promover la **accesibilidad a los profesionales sanitarios** para los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico durante la fase de diagnóstico y derivación.
6. Reducir los **tiempos de espera** en el diagnóstico del cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico.

### 4.2.2 Tratamiento y seguimiento

#### Situación actual

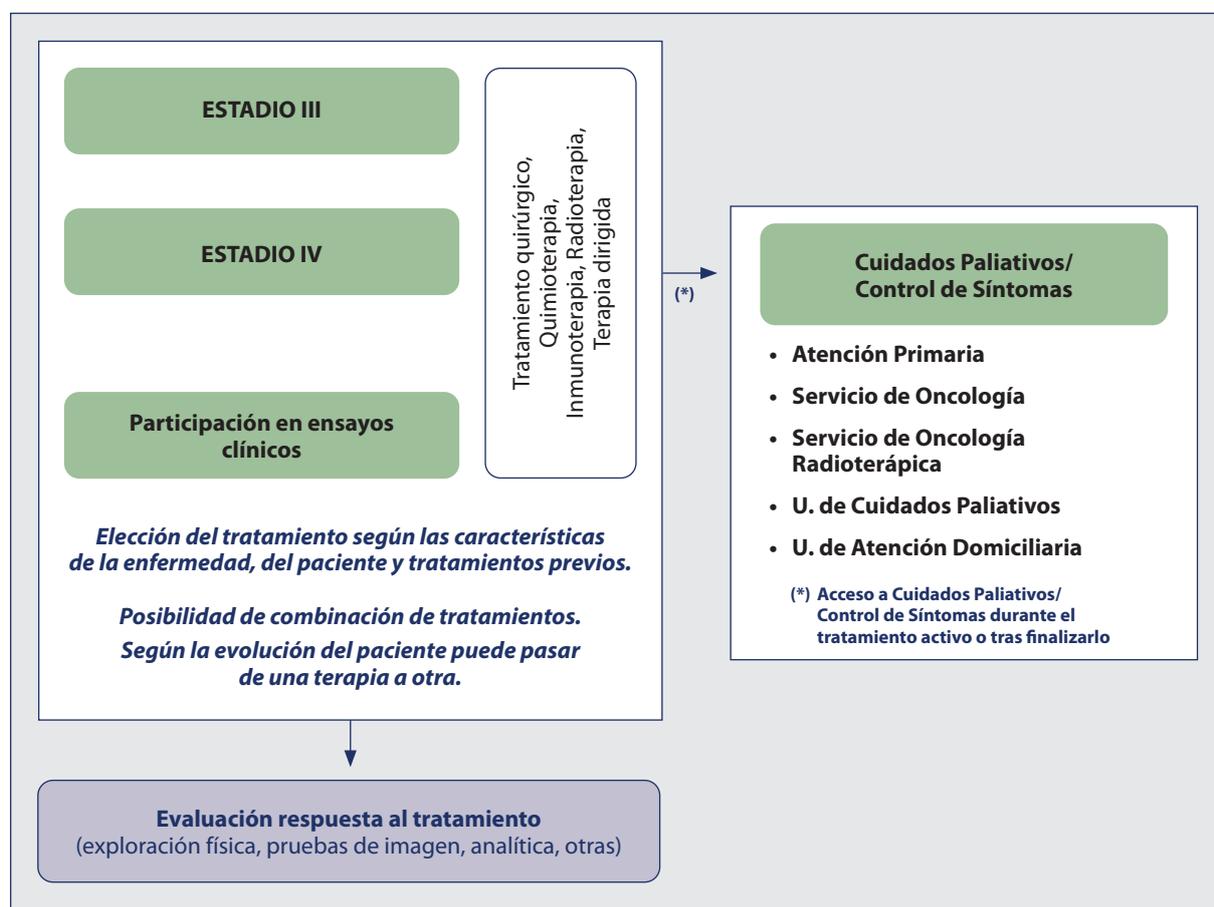
Para el establecimiento de la estrategia terapéutica, la implicación del paciente mediante la toma de decisiones compartida se considera clave para que pase a ser un agente activo, responsable y protagonista de su proceso de salud [29, 30]. En términos generales, la opinión del paciente, de sus familiares y cuidadores y la situación psicosocial se tienen cada vez más en cuenta. Sin embargo, los expertos consideran que esta toma de decisiones compartida debería fomentarse o reforzarse con el objetivo de poder individualizar y adaptar el tratamiento del cáncer de vejiga a su situación clínica, características o preferencias.

La capacitación y formación de los pacientes es clave para promover su rol activo y su empoderamiento. En muchos centros hospitalarios, tras el paso por el Comité de Tumores y el establecimiento de la estrategia terapéutica, los pacientes tienen una cita de educación para la salud con Enfermería Oncológica para prepararse de cara al inicio del tratamiento.

Actualmente, según los expertos, la figura de Geriátrica está aportando un gran valor en estas primeras etapas de definición de la estrategia terapéutica en determinados perfiles de pacientes a través de una valoración integral. Esta valoración integral y completa del paciente, incluyendo aspectos como una valoración funcional, cognitiva, social, nutricional, comorbilidades, polimedicación, síndromes geriátricos, etc., permite cuantificar el estado de fragilidad del paciente mediante índices de fragilidad [31]. Esta valoración es clave para el establecimiento de la mejor estrategia terapéutica para el paciente frágil mejorando su estado de salud global y los resultados de los tratamientos oncológicos.

En general, los hospitales cuentan con algoritmos o protocolos internos de tratamiento para el cáncer de vejiga que incluye el cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico. Estos protocolos suelen estar consensuados, teniendo en cuenta la evidencia científica disponible, por los diferentes profesionales implicados como son los servicios de Urología, Oncología Médica, Oncología Radioterápica y Farmacia Hospitalaria. En algunos casos, estos protocolos son aprobados por la Comisión de Farmacia y Terapéutica del hospital.

Figura 5. Flujograma del paciente con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico: tratamiento y seguimiento



En los últimos años, gracias a los avances en el campo de la investigación, han aparecido nuevas alternativas terapéuticas para los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico, como la llegada de la inmunoterapia o las terapias dirigidas. Estos avances, además de aumentar las opciones de tratamiento, suponen un cambio importante en los algoritmos farmacoterapéuticos y en el papel de los profesionales implicados.

Actualmente, tanto a nivel estatal como regional, los tiempos de espera hasta la aprobación y acceso a los nuevos tratamientos son largos. Además, en ocasiones se detectan barreras administrativas para la incorporación de las innovaciones terapéuticas a los algoritmos farmacoterapéuticos, así como limitaciones para su prescripción. Adicionalmente, pueden existir otras barreras debidas a la falta de concienciación y conocimiento por parte de los profesionales sanitarios involucrados sobre las posibilidades que ofrecen las nuevas opciones terapéuticas, por ejemplo, los tratamientos combinados radio-quimioterapia y radio-inmunoterapia.

Estas barreras, que pueden existir tanto a nivel regional como en algunos centros, conllevan diferencias en la incorporación de las innovaciones terapéuticas a la práctica clínica y, por tanto, producen inequidades en el abordaje de los pacientes en función de su lugar de residencia.

Según los expertos, un punto clave para paliar estas inequidades son las alianzas entre los centros con menor nivel de especialización y los hospitales de referencia de tercer nivel que permitan a los primeros contar con todas las alternativas terapéuticas y diagnósticas más avanzadas.

Los ensayos clínicos (EECC) son una alternativa terapéutica prioritaria en algunos centros hospitalarios para los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico, siempre que éstos cumplan con los criterios de inclusión. Según los expertos, el conocimiento con el que cuentan los profesionales sanitarios sobre los EECC activos es muy variable y depende, de una forma importante, del servicio al que pertenezcan o el centro en el que se encuentren.

Actualmente, existen plataformas destinadas al personal sanitario que permiten buscar los EECC activos que mejor se ajusten a cada paciente a nivel nacional, lo que puede fomentar y agilizar las derivaciones a los centros en los que se lleven a cabo estos EECC y así ofrecer las mismas oportunidades a los pacientes independientemente de su código postal. Sin embargo, los expertos indican que la información de estas plataformas no siempre está actualizada y, en muchas ocasiones, el conocimiento sobre los EECC activos acaba dependiendo de las relaciones personales entre profesionales.

En algunos centros, los *Data Managers* participan en el Comité de Tumores, de manera que ayudan a conocer los EECC disponibles, a identificar posibles candidatos y, en su caso, facilitar la inclusión de los pacientes en el Ensayo Clínico adecuado.

En algunos centros o regiones se han detectado barreras, principalmente burocráticas, para la derivación de pacientes candidatos a ensayos entre centros hospitalarios, incluso dentro de la misma CCAA. Esta derivación, al igual que se ha comentado antes con respecto al conocimiento sobre los ensayos clínicos, se basa muchas veces, en las relaciones entre profesionales sanitarios. Los expertos indican que el trabajo en red entre centros hospitalarios facilita las derivaciones de los pacientes para ser incluidos en EECC.

En cuanto al seguimiento, los expertos consideran que es mejorable ya que, habitualmente, no se realiza un seguimiento conjunto entre todos los profesionales que participan en el manejo del paciente. Por un lado, existe una falta de comunicación y coordinación entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria para el seguimiento de los pacientes a lo largo del proceso asistencial. Por otro lado, los expertos consideran necesaria una mayor coordinación entre los recursos asistenciales disponibles y más apoyo de los servicios transversales, como pueden ser Psicooncología, Nutrición, Geriátrica, Unidad del Dolor, Fisioterapia, Enfermería de estomas, etc., que son fundamentales en la mejora del abordaje y de la calidad de vida de los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico. Actualmente, y de manera general, estos servicios no se están incorporando a la práctica asistencial de forma rutinaria.

Los expertos recalcan la importancia de contar con la figura de Gestor de Casos como guía del paciente durante todo el proceso asistencial, ya que facilita la coordinación entre los profesionales y asegura la continuidad asistencial de los pacientes.

Como se ha comentado anteriormente, la figura de Geriátrica puede ser muy relevante durante el tratamiento y seguimiento para aquellos pacientes frágiles, ya que permiten ajustar los tratamientos y mejorar los resultados en salud para este tipo de pacientes.

Durante esta etapa, el papel de la Enfermería Oncológica como responsable del proceso de información y formación del paciente es clave. Además, estos profesionales participan en el seguimiento de forma coordinada con Oncología Médica y actúan como figura de enlace entre el paciente y el servicio, para el manejo de posibles toxicidades.

Durante el tratamiento, cabe resaltar también la figura del Farmacéutico Hospitalario especializado en Oncología, que está presente en la validación de los tratamientos parenterales y es responsable de su preparación. Sin embargo, su papel en la atención directa al paciente, en la formación e información al paciente sobre la medicación, así como en la conciliación de la medicación, la identificación de posibles interacciones de los tratamientos oncológicos con la medicación habitual y con otros tratamientos complementarios, no está tan extendido.

Al igual que en otros puntos del proceso, el seguimiento también se ve afectado por la alta carga asistencial de los profesionales sanitarios. Esta situación es especialmente preocupante, en algunos casos, en los servicios de Radiología, ya que se traduce en retrasos en las pruebas de imagen para el seguimiento de la enfermedad. Por otro lado, la sobrecarga de los servicios de Oncología Médica repercute directamente en el tiempo en consulta para cada paciente, de manera que este tiempo limitado impide realizar un abordaje óptimo de los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico y resolver todas sus dudas e incertidumbres.

En general, según los expertos, los pacientes en estos estadios sienten miedo a la potencial pérdida del bienestar corporal y de confianza en su salud. Específicamente, tienen que enfrentarse a pérdidas en la capacidad física y las funciones corporales, pueden sufrir pérdidas en la esfera sexual y reproductiva, junto con un sentimiento de culpabilidad, lo que puede resultar en un deterioro de la autoestima [28]. Adicionalmente, pueden tener que hacer frente a un descenso de la capacidad cognitiva como consecuencia de los tratamientos quimioterápicos.

Las Unidades de Cuidados Paliativos tienen un papel muy importante para estos pacientes, y los expertos están de acuerdo en que tendría un impacto positivo su participación en etapas más precoces de la enfermedad para la paliación de síntomas y mejorar la continuidad asistencial. Las guías ASCO recomiendan que tras el diagnóstico de una enfermedad oncológica avanzada o metastásica, el paciente sea derivado a la Unidad de Cuidados Paliativos en un margen de 8 semanas tras el diagnóstico [32]. No obstante, la escasez de recursos destinados a estas unidades y la percepción, tanto por parte de profesionales sanitarios como de la sociedad en general, de que los Cuidados Paliativos están asociados a etapas de final de vida del paciente, hace que sea difícil dar respuesta a estas recomendaciones. Actualmente, en general, el control de síntomas durante el tratamiento oncológico activo lo lleva a cabo Oncología Médica.

Las Unidades de Cuidados Paliativos, están integradas por médicos procedentes de diferentes especialidades (Oncología Médica, Medicina Interna, Atención Primaria, Oncología Radioterápica o Geriátrica), Enfermería y, en ocasiones, Psicología y Trabajo Social. Habitualmente, los servicios de Cuidados Paliativos se pueden prestar tanto a nivel hospitalario como en el domicilio del paciente, existiendo diferentes fórmulas organizativas. En algunas regiones estas Unidades de Asistencia Domiciliaria dependen de los servicios hospitalarios, pero frecuentemente dependen de Atención Primaria.

Por lo tanto, es imprescindible garantizar a las personas con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico un estudio completo de la enfermedad, una información adecuada sobre las diferentes posibilidades terapéuticas, un tratamiento integral y un seguimiento adecuado, aumentando así las posibilidades de supervivencia y mejorando su calidad de vida.

## Necesidades y áreas de mejora de los Aspectos Clínicos en Tratamiento y Seguimiento

1. Fomentar desde las instituciones públicas el **apoyo y la financiación** para el desarrollo de estudios de investigación enfocados en la mejora del diagnóstico, tratamiento, seguimiento etc., de los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico.
2. Desarrollar protocolos **formalizados de tratamiento con un enfoque multidisciplinar** en el que participen los profesionales sanitarios involucrados en el manejo de los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico (Urología, Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Anatomía Patológica, Medicina Nuclear, Farmacia Hospitalaria, etc.).
3. Fomentar la **equidad y el acceso rápido a la innovación terapéutica** para los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico y garantizar el **acceso temprano a los fármacos**, reduciendo los tiempos de aprobación y la simplificación de los procesos administrativos hasta su inclusión en la guía farmacoterapéutica.
4. Favorecer la **equidad de acceso a los EECC** para los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico, facilitando la **derivación de pacientes** entre centros (dentro de la misma y de otras CCAA) e impulsar el desarrollo de herramientas que permitan tanto a profesionales sanitarios como a pacientes conocer los **EECC abiertos a nivel nacional**.

5. Fomentar **accesos prioritarios** a pruebas complementarias para pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzados o metastásicos.
6. Desarrollar **competencias enfocadas a la Enfermería y a la Farmacia Oncológicas** impulsando su incorporación a los equipos multidisciplinares que abordan el cáncer de vejiga desde etapas más tempranas del proceso y reforzar el papel del farmacéutico oncológico como **referente del medicamento** dentro del equipo.
7. Potenciar la **formación en innovaciones terapéuticas** en cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico entre los profesionales sanitarios.
8. Facilitar el acceso de los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico a otros profesionales sanitarios (Psicooncología, Trabajo Social, Nutrición, etc.) de acuerdo con sus necesidades y fomentando un **abordaje holístico** de los pacientes.
9. Favorecer la **incorporación temprana de Cuidados Paliativos/Control de Síntomas** en pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico y facilitar el **acceso a la asistencia domiciliaria** en los cuidados de final de la vida de los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico.
10. Desarrollar protocolos consensuados de abordaje de los pacientes con cáncer de vejiga en el caso de **largos supervivientes**.
11. Incorporar la **figura de Oncogeriatría** para garantizar un abordaje asistencial de calidad, ya que la incidencia del cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico en pacientes de edad avanzada es alta.

### 4.3 ASPECTOS HUMANÍSTICOS Y DE CALIDAD DE VIDA

Humanizar la asistencia sanitaria es ir más allá de la enfermedad, es desarrollar una parte complementaria a la atención médico-científica y hacer al paciente protagonista de su enfermedad, poniéndole en el centro del sistema, garantizando la equidad y la calidad en el acceso a la atención sanitaria. [29]

En los últimos años, es creciente la necesidad y el interés por la humanización en la asistencia sanitaria, de manera que se han desarrollado planes, programas e iniciativas a nivel nacional y autonómico para impulsarla. A nivel nacional desde el Ministerio y a nivel autonómico desde las Consejerías de Sanidad de las diferentes CCAA, se han creado direcciones y subdirecciones generales dedicadas a la humanización de la asistencia sanitaria y se han desarrollado planes estratégicos y proyectos relacionados con la humanización [33, 34, 35]. Sin embargo, en el marco del cáncer de vejiga o cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico no se ha identificado ninguna iniciativa específica relacionada con la humanización de la asistencia sanitaria tanto a nivel estatal como regional.

Los expertos consideran clave impulsar acciones para mejorar la experiencia del paciente en el entorno hospitalario o centros sanitarios, fomentar la participación del paciente en la toma de decisiones compartidas, desarrollar programas de información y formación a pacientes, impulsar las terapias domiciliarias, evaluar y considerar el estado emocional, y medir la calidad de vida de los pacientes.

En relación con la mejora de la experiencia del paciente, los departamentos de humanización de los propios centros hospitalarios han desarrollado acciones encaminadas a mejorar la accesibilidad y el acondicionamiento de las instalaciones de los centros sanitarios pudiendo contribuir a una mejora en la experiencia de los pacientes, ya que, de forma general, se trata de pacientes que permanecen mucho tiempo en el entorno sanitario.

En este ámbito, es crítico fomentar la atención al estado emocional de los pacientes ya que, según un estudio para recoger la opinión de los pacientes con cáncer de vejiga, las personas que padecen cáncer de vejiga se sienten desfavorecidas y viven con un sentimiento de autoestigma, vergüenza y autoinculpación por la propia enfermedad, un sentimiento que es más intenso entre los pacientes más jóvenes [28]. Esta situación tiene un gran impacto en la salud mental, a menudo llevando a la depresión y/o la ansiedad.

Adicionalmente, se debe prestar especial atención a los cuidadores de los pacientes con cáncer de vejiga, que también se ven afectados por el entorno que les rodea, experimentando cambios en su persona y en sus actividades cotidianas, así como un impacto en la salud mental. Se estima que, en España, cerca del 31% de los pacientes con cáncer de vejiga y del 62% de los cuidadores, son diagnosticados con depresión y ansiedad [28].

Esta situación emocional puede variar a lo largo de la enfermedad, por lo que es importante contar con apoyo psicológico y emocional tanto de profesionales como del entorno familiar a lo largo de todo el proceso. [28].

Otro aspecto muy relevante para la mejora de la experiencia del paciente es la relación con los profesionales sanitarios. En España, el 69% de los pacientes consideran un reto mejorar la relación y el trato con el profesional sanitario durante el proceso, principalmente en el apoyo y asesoramiento [28]. Para ello, los pacientes consideran que es importante contar con acceso directo a los profesionales sanitarios involucrados en su abordaje, por ejemplo, a través de herramientas informáticas de comunicación que permitan dar respuesta a las dudas y necesidades que puedan surgir y así ofrecer una atención de calidad.

Asimismo, la implicación del paciente en la toma de decisiones compartida, favoreciendo su autonomía y haciéndoles más responsables y protagonistas de su proceso de salud es otro de los puntos clave, según los expertos, para esta humanización del proceso [29, 30]. Actualmente, se percibe un cambio de tendencia y los expertos afirman que cada vez el paciente participa de forma más activa en el proceso, si bien es necesario continuar fomentando su involucración y participación. Para ello, es clave la formación y educación de los pacientes sobre la enfermedad, el manejo y el abordaje terapéutico, adaptando la información a la realidad sociocultural y capacidades de los pacientes. Es importante que esta información se facilite desde fases iniciales del proceso asistencial y de manera continuada. En general, esta formación la lleva a cabo principalmente Enfermería Oncológica, pudiendo estar involucrados Oncología Médica y Farmacia Oncológica en función del centro hospitalario.

Por otro lado, las AAPP tienen un papel fundamental en la mejora del abordaje de los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico, siendo claves en el proceso de formación y apoyo al paciente, familiares y cuidadores.

Lógicamente, la enfermedad se traduce en un impacto negativo significativo sobre la calidad de vida del paciente, especialmente en estadios avanzados [36]. Para mitigar en la medida de lo posible este impacto, según la evidencia científica y la opinión de los expertos, es importante trabajar en el control del cáncer y sus síntomas, mejorar el proceso asistencial evitando retrasos en el diagnóstico, reduciendo los tiempos de espera para la realización de pruebas de diagnóstico o seguimiento y asegurar la continuidad asistencial, ya que son aspectos que están muy relacionados con una disminución en la calidad de vida en los pacientes. Actualmente, en la práctica clínica no se está valorando la calidad de vida de los pacientes de forma sistematizada. Aunque no existen PROMs y PREMs específicos para cáncer de vejiga, se han identificado indicadores relacionados con la calidad de vida que podrían ser de utilidad, como por ejemplo en la iniciativa de ICHOM (International Consortium for Health Outcomes Measurement) [37], institución sin ánimo de lucro, que está impulsando proyectos colaborativos internacionales para determinar indicadores de resultados en salud y calidad de vida en diferentes patologías.

Finalmente, es clave resaltar la humanización de los equipos profesionales sanitarios, ya que habitualmente no suele haber estudios que promuevan acciones en esta línea y este punto es muy relevante para el abordaje y humanización de los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico. Los expertos recomiendan la necesidad de enfatizar la humanización de los profesionales sanitarios como vehículo para el bienestar, la calidad de vida y el óptimo desempeño profesional. La mejora en la calidad de vida de los profesionales sanitarios puede tener repercusiones en la mejora de la calidad de la atención y, por lo tanto, en la salud general de los pacientes y, también en el funcionamiento adecuado del sistema sanitario y la implantación de las políticas de salud [38].

## Necesidades y áreas de mejora en Aspectos Humanísticos y de Calidad de Vida

1. Impulsar la **formación y educación** a los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico sobre su enfermedad, las alternativas terapéuticas disponibles y su manejo, incluyendo recomendaciones sobre higiene, nutrición, ejercicio físico, los profesionales que participan en su atención y el rol que desempeñan, etc., dotándoles de recursos que les faciliten el manejo de su propia enfermedad y fomentando la **toma de decisiones compartida**.
2. Impulsar la **involucración de las AAPP** en el proceso asistencial de los pacientes de cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico y fomentar el desarrollo de **cursos de formación desde las AAPP** dirigido a los pacientes, completando así el proceso de información y formación proporcionado desde los centros sanitarios, ya que en ocasiones este está limitado por la alta carga asistencial.
3. Establecer **canales de comunicación directos** entre los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico y los profesionales sanitarios involucrados en su manejo.

4. Fomentar la **involucración y atención a los familiares y cuidadores** de los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico.
5. Potenciar el uso de **herramientas digitales** con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico, disminuyendo tiempos de espera y desplazamientos a los centros sanitarios.
6. Desarrollar protocolos consensuados de cara a **homogeneizar el proceso de información y formación** a los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico a nivel nacional.
7. Definir e implementar **indicadores de calidad de vida** específicos de cáncer de vejiga en general y cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico en particular, con el objetivo de establecer un proceso asistencial centrado en el paciente.
8. Aumentar la visibilidad sobre las **necesidades de los pacientes** con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico entre los profesionales sanitarios involucrados.
9. **Acondicionar** espacios para la atención de los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico, como el hospital de día o las consultas de oncología ya que los pacientes permanecen mucho tiempo en estos espacios.





**LÍNEAS DE  
ACTUACIÓN Y  
ACCIONES PARA  
LA OPTIMIZACIÓN  
DEL PROCESO  
ASISTENCIAL**

## 5. LÍNEAS DE ACTUACIÓN Y ACCIONES PARA LA OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL

### 5.1 LÍNEAS DE ACTUACIÓN Y ACCIONES

Tras el análisis de información realizado a partir de la revisión de la bibliografía, las entrevistas con los expertos, la identificación de necesidades y áreas de mejora y, las consideraciones en los talleres de trabajo, se identificaron 9 líneas de actuación para la optimización del proceso asistencial del paciente con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico (Tabla 3. Líneas de actuación identificadas para la optimización del proceso asistencial).

Tabla 3. Líneas de actuación identificadas para la optimización del proceso asistencial

|                |  |
|----------------|--|
| <b>Línea 1</b> | Disponer los recursos necesarios para ofrecer un abordaje integral e integrado de los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico.  |
| <b>Línea 2</b> | Evaluar indicadores que permitan identificar e implementar acciones de mejora en la atención del paciente con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico.  |
| <b>Línea 3</b> | Impulsar la formación de los profesionales sanitarios para una atención integral del paciente con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico.  |
| <b>Línea 4</b> | Reforzar la visibilidad del cáncer de vejiga como una patología de alta prevalencia y con un gran impacto en los pacientes que la padecen a nivel de sociedad, autoridades sanitarias, pacientes y profesionales sanitarios. |
| <b>Línea 5</b> | Mejorar el abordaje durante las etapas de diagnóstico, derivación, tratamiento y seguimiento de los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico.  |
| <b>Línea 6</b> | Favorecer un rápido acceso a la innovación terapéutica y garantizar la equidad.  |
| <b>Línea 7</b> | Favorecer la equidad en el acceso a los EEC y promover un conocimiento adecuado de los mismos.   |
| <b>Línea 8</b> | Impulsar iniciativas relacionadas con la humanización de la asistencia sanitaria específicas para los pacientes con cáncer de vejiga.  |
| <b>Línea 9</b> | Fomentar la toma de decisiones compartidas a través de la información y formación al paciente sobre el cáncer de vejiga, pronóstico y alternativas terapéuticas disponibles para optimizar el manejo de la enfermedad.       |

Para cada línea de actuación identificada se han definido acciones concretas para su ejecución. En total se han definido 48 acciones para la optimización del proceso asistencial del paciente con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico.

Tabla 4. Acciones definidas en la Línea 1 de actuación

| <b>Línea 1. Disponer de los recursos necesarios para ofrecer un abordaje integral e integrado de los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico.</b> |   |
|--|---|
| 1.1  | Potenciar la existencia de <b>equipos de trabajo multidisciplinarios</b> entre los profesionales involucrados en el abordaje del paciente con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico para definir estrategias de trabajo comunes y consensuadas.  |
| 1.2  | Disponer de servicios transversales como <b>Psicooncología, Oncogeriatría, Trabajo Social, Unidad del Dolor, Nutrición y Especialistas en Ejercicio Físico Oncológico</b> con el objetivo de ofrecer al paciente un abordaje multidisciplinar y holístico y dar respuesta a sus necesidades.  |
| 1.3  | Disponer de <b>Comités de Tumores Genitourinarios Multidisciplinarios</b> en los que se presenten y discutan los casos de pacientes con cáncer de vejiga con el fin de establecer la estrategia terapéutica óptima para los pacientes (Urología, Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Anatomía Patológica, Farmacia Oncológica, Enfermería Oncológica, Medicina Nuclear, Oncogeriatría, otros). |
| 1.4  | Impulsar la implementación de una figura de <b>Gestor de Casos</b> para los pacientes con cáncer de vejiga, compartida o no con otras patologías según necesidades.   |
| 1.5  | Disponer de <b>Enfermería Oncológica</b> e incluirla en el circuito de atención al paciente mediante consultas específicas.   |
| 1.6  | Reforzar el <b>papel del Farmacéutico Oncológico</b> como referente de todos los aspectos relacionados con el medicamento dentro del equipo multidisciplinar, para el paciente con cáncer de vejiga desde el inicio del proceso.  |
| 1.7  | Definir y establecer las <b>competencias de cada uno de los profesionales sanitarios involucrados</b> en el abordaje de los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico.   |
| 1.8  | Definir <b>protocolos y/o procedimientos</b> para el paciente con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico desde una perspectiva integral y multidisciplinar entre los profesionales sanitarios involucrados.   |
| 1.9  | Establecer <b>herramientas de interconsultas presenciales y no presenciales (e-consulta)</b> (principalmente entre niveles asistenciales) que queden reflejadas en los sistemas informáticos permitiendo así una comunicación más directa y fluida entre los profesionales sanitarios, mejorando el abordaje del paciente.  |

Tabla 5. Acciones identificadas en la Línea 2 de actuación

| <b>Línea 2. Evaluar indicadores que permitan identificar e implementar acciones de mejora en la atención del paciente con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico.</b> |  |
|---|--|
| 2.1   | Definir indicadores de <b>calidad asistencial, calidad de vida del paciente, experiencia del paciente, resultados en salud, accesibilidad, de proceso, etc.</b> para pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico adaptados a los objetivos y realidad de cada organización sanitaria. |
| 2.2   | <b>Implementar el proceso para la recogida de los indicadores definidos y un cuadro de mando</b> que permita evaluar el proceso asistencial del paciente con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico desde las diferentes dimensiones.  |
| 2.3   | Impulsar el desarrollo de herramientas eficaces e integrables a los sistemas de información existentes través de la aplicación de TICs que permitan, de forma ágil, la <b>recogida y evaluación de indicadores y cuadros de mando.</b>   |

Tabla 6. Acciones definidas en la Línea 3 de actuación

| <b>Línea 3. Impulsar la formación de los profesionales sanitarios para una atención integral del paciente con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico.</b> |   |
|---|---|
| 3.1   | Disponer de un programa de <b>formación en técnicas y habilidades de comunicación</b> para todos los profesionales sanitarios para una mejora de la relación con los pacientes.   |
| 3.2   | Planificar <b>sesiones multidisciplinares de actualización en innovaciones terapéuticas</b> en cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico entre los profesionales sanitarios que intervienen en el abordaje de estos pacientes.   |
| 3.3   | Desarrollar programas para la <b>coordinación y actualización de Atención Primaria</b> en aspectos relacionados con el diagnóstico precoz, signos y síntomas de alerta, criterios de derivación, seguimiento y soporte paliativo de los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico. |
| 3.4   | Impulsar la <b>sensibilización de los profesionales en ámbitos transversales como la higiene, la nutrición, el ejercicio físico, etc.</b> que influyen en el abordaje integral de los pacientes.  |
| 3.5   | Impulsar la <b>formación de los profesionales en metodologías de participación de pacientes</b> como <b>los grupos focales de pacientes, sesiones informales</b> por ejemplo a través de <i>design thinking</i> .   |

Tabla 7. Acciones definidas en la Línea 4 de actuación

| Línea 4. Reforzar la visibilidad del cáncer de vejiga como una patología de alta prevalencia y con un gran impacto en los pacientes que la padecen; a nivel de sociedad, autoridades sanitarias, pacientes y profesionales sanitarios. |  |
|--|--|
| 4.1  | Realizar <b>programas o campañas de concienciación, prevención y sensibilización</b> en el ámbito del cáncer de vejiga, dirigidos a la población general y profesionales sanitarios sobre: prevención primaria, factores de riesgo (principalmente el tabaquismo) y la importancia del diagnóstico precoz. |
| 4.2  | Fomentar la <b>participación en las Asociaciones de Pacientes (AAPP)</b> para que sirvan de punto de encuentro entre pacientes que padecen esta patología y sus familiares, favoreciendo un mayor conocimiento y concienciación sobre la enfermedad.   |

Tabla 8. Acciones definidas en la Línea 5 de actuación

| Línea 5. Mejorar el abordaje durante las etapas de diagnóstico, derivación, tratamiento y seguimiento de los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico. |  |
|--|--|
| 5.1  | Implantar herramientas de <b>diagnóstico y sistemas de alertas en la HC</b> que faciliten la detección de la enfermedad de forma precoz desde AP, evitando retrasos en la derivación a Urología y posibles progresiones de la enfermedad.          |
| 5.2  | Desarrollar e implementar protocolos/procedimientos que permitan homogeneizar los <b>criterios de diagnóstico y derivación específicos para cáncer de vejiga</b> con el objetivo de optimizar la derivación y fomentar un diagnóstico temprano.    |
| 5.3  | Desarrollar un <b>circuito rápido de diagnóstico adaptable</b> a la situación de cada centro, estableciendo agendas específicas que permitan la priorización en la planificación de pruebas diagnósticas y en la confirmación de resultados.       |
| 5.4  | Promover que en los protocolos de cada centro se incluya una <b>valoración nutricional, psicológica y social</b> desde los servicios competentes tras la confirmación del diagnóstico de cáncer de vejiga.   |
| 5.5  | Establecer una primera <b>consulta de educación para la salud</b> con Enfermería Oncológica tras la confirmación del diagnóstico de cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico.  |
| 5.6  | Desarrollar <b>guías clínicas consensuadas de tratamiento</b> con un enfoque multidisciplinar en el que participen los profesionales sanitarios involucrados en el manejo de los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico. |

| <b>Línea 5. Mejorar el abordaje durante las etapas de diagnóstico, derivación, tratamiento y seguimiento de los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico.</b> |  |
|---|--|
| 5.7   | Incorporar la figura de <b>Cuidados Paliativos/Control de Síntomas</b> durante todo el recorrido del paciente con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico.  |
| 5.8   | Incorporar la <b>figura de Oncogeriatría</b> que permita un abordaje asistencial de calidad para los pacientes de edad avanzada.   |
| 5.9   | Promover la accesibilidad a la <b>asistencia domiciliaria en los cuidados del final de vida</b> en los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico.   |
| 5.10  | Promover <b>iniciativas innovadoras en gestión que mejoren la eficiencia del sistema</b> y que permitan así que los profesionales sanitarios cuenten con el <b>tiempo adecuado para la atención integral óptima de los pacientes</b> con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico. |

Tabla 9. Acciones definidas en la Línea 6 de actuación

| <b>Línea 6. Favorecer un rápido acceso a la innovación terapéutica y garantizar la equidad.</b> |  |
|---|--|
| 6.1   | Mejorar el <b>acceso a medicamentos recién aprobados</b> que no estén incluidos en las guías farmacoterapéuticas reduciendo, en la medida de lo posible, el tiempo de financiación y simplificando los procesos administrativos.                     |
| 6.2   | <b>Definir y homogeneizar los criterios de inclusión de las innovaciones terapéuticas</b> en las guías farmacoterapéuticas con carácter general, siendo adaptables a las situaciones concretas de cada centro garantizando equidad a nivel nacional. |
| 6.3   | Impulsar el desarrollo de <b>programas de concienciación dirigidos a las instituciones públicas</b> para fomentar la financiación y el desarrollo de estudios de investigación.  |
| 6.4   | Promover <b>estudios de investigación</b> enfocados en la mejora del <b>diagnóstico, tratamiento y seguimiento</b> de los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico.  |

Tabla 10. Acciones definidas en la Línea 7 de actuación

| <b>Línea 7. Favorecer la equidad en el acceso a los EECC y promover un conocimiento adecuado de los mismos.</b> |   |
|---|---|
| 7.1   | <b>Promover el desarrollo y/o utilización de herramientas de registro sistemático y actualizado</b> que permita conocer a los profesionales sanitarios y pacientes los EECC en cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico en reclutamiento activo y los centros donde se desarrollan. |
| 7.2   | Definir <b>protocolos de derivación</b> a centros con EECC disponibles para pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico que son candidatos y no disponen de estos EECC en sus centros de origen.   |
| 7.3   | Disponer de los medios necesarios para <b>facilitar el desplazamiento a los pacientes</b> con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico candidatos a participar en un EECC activo en otro centro.  |
| 7.4   | <b>Disponer y ofrecer a los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico información</b> sobre las condiciones de acceso a los EECC, así como la disponibilidad y naturaleza de los mismos.   |

Tabla 11. Acciones definidas en la Línea 8 de actuación

| <b>Línea 8. Impulsar iniciativas relacionadas con la humanización de la asistencia sanitaria específicas para los pacientes con cáncer de vejiga.</b> |   |
|---|---|
| 8.1   | Incorporar la experiencia del paciente en el rediseño <b>del proceso asistencial</b> para la identificación de acciones o áreas de mejora desde la perspectiva del paciente.  |
| 8.2   | Realizar actividades para mejorar la <b>experiencia del paciente a lo largo de su enfermedad tanto en el ámbito sanitario como en su vida diaria</b> (actividades en grupo con otros pacientes, talleres de trabajo, programa de paciente experto, etc.). |
| 8.3   | Fomentar una <b>relación profesional-paciente</b> basada en la honestidad y la confianza mutua, teniendo en cuenta la dignidad y la privacidad del paciente.  |
| 8.4   | Promover la <b>accesibilidad a los profesionales sanitarios</b> de los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico durante todo el recorrido del paciente.   |

| <b>Línea 8. Impulsar iniciativas relacionadas con la humanización de la asistencia sanitaria específicas para los pacientes con cáncer de vejiga.</b> |  |
|---|--|
| <b>8.5</b>  | <b>Coordinar las visitas presenciales de los pacientes</b> con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico a los distintos servicios o unidades asistenciales del hospital para reducir desplazamientos y conciliar su vida diaria. |
| <b>8.6</b>  | <b>Acondicionar espacios</b> para la atención de los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico y sus familiares, como el hospital de día, consultas de Oncología, salas de espera, etc.                             |
| <b>8.7</b>  | Elaborar y realizar una <b>encuesta de satisfacción a pacientes</b> con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico para identificar e implementar acciones de mejora en su asistencia sanitaria.                                   |

Tabla 12. Acciones identificadas de la Línea 9 de actuación

| <b>Línea 9. Fomentar la toma de decisiones compartida a través de la información y formación al paciente sobre el cáncer de vejiga, pronóstico y alternativas terapéuticas disponibles para optimizar el manejo de la enfermedad.</b> |  |
|---|--|
| <b>9.1</b>  | Disponer, para ofrecer al paciente, de <b>materiales de información y educación consensuados</b> entre todos los profesionales sanitarios, sobre el cáncer de vejiga y su manejo, que incluyan información sobre AAPPY SSCC de referencia para la búsqueda de información veraz y fiable además de otros recursos de apoyo que estas puedan ofrecer. |
| <b>9.2</b>  | Desarrollar <b>cursos de formación validados desde las AAPP</b> dirigidos a los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico completando el proceso de información y formación.  |
| <b>9.3</b>  | Fomentar la <b>individualización del tratamiento del cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico</b> mediante la toma de decisiones compartidas con el paciente, ofreciéndole información sobre las alternativas terapéuticas disponibles y teniendo en cuenta su situación individual.   |
| <b>9.4</b>  | Disponer de herramientas para <b>evaluar el conocimiento adquirido</b> por el paciente sobre la información y formación proporcionada, orientadas a la identificación de necesidades y a la resolución de dudas.   |

## 5.2 PRIORIZACIÓN DE LAS ACCIONES

Para la priorización de las acciones, se establecieron 4 rangos, de acuerdo con la media aritmética de la puntuación otorgada:

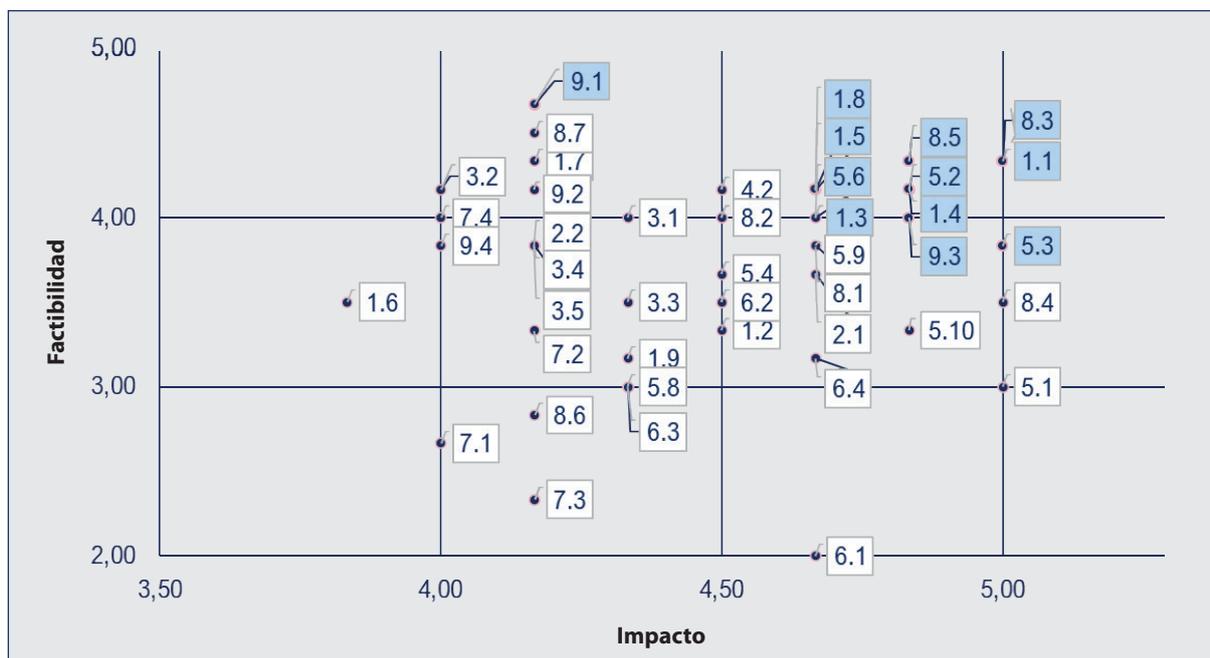
- alto: puntuaciones  $\geq 4$
- medio-alto: puntuaciones  $< 4$  y  $\geq 3$
- medio-bajo: puntuaciones  $< 3$  y  $\geq 2$
- bajo: puntuaciones  $< 2$  y  $\geq 1$

En este sentido, la mayoría de las acciones han sido categorizadas en los rangos de impacto y/o factibilidad alta o medio-alta. A continuación, se presentan los resultados según las categorías obtenidas.

De las 48 acciones, 21 (44%) han sido categorizadas con un impacto y factibilidad altos, 21 acciones (44%) con un impacto alto y factibilidad medio-alta y 5 acciones (10%) con un impacto alto y factibilidad medio-baja. Por último, una acción (2%) ha sido categorizada con un impacto medio-alto y factibilidad medio-alta.

A continuación, se presenta una gráfica de puntos de dispersión (Figura 6. Resultado priorización de acciones) que refleja el resultado de la priorización. Resaltadas en azul se incluyen las 12 acciones con mayor impacto y factibilidad. Adicionalmente, en el anexo se incluye el detalle de priorización de las acciones según la puntuación obtenida.

Figura 6. Resultado priorización de acciones



En la siguiente tabla se indican las 12 acciones que tienen un mayor impacto y factibilidad (Tabla 13. Listado de la priorización de acciones con mayor impacto (I) y factibilidad (F)) para la optimización del proceso asistencial, junto con la puntuación obtenida en impacto y factibilidad de cada una de las acciones en una escala del 1 al 5.

Tabla 13. Listado de la priorización de acciones con mayor impacto (I) y factibilidad (F)

| Orden | Nº  | Acción   | I    | F    |
|-------|-----|--|------|------|
| 1     | 1.1 | Potenciar la existencia de equipos de trabajo multidisciplinares entre los profesionales involucrados en el abordaje del paciente con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico para definir estrategias de trabajo comunes y consensuadas.                                   | 5,00 | 4,33 |
| 2     | 8.3 | Fomentar una relación profesional-paciente basada en la honestidad y confianza mutua, teniendo en cuenta la dignidad y la privacidad del paciente.   | 5,00 | 4,33 |
| 3     | 8.5 | Coordinar visitas presenciales de los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico a los servicios o unidades asistenciales del hospital para reducir desplazamientos y conciliar su vida diaria.  | 4,83 | 4,33 |
| 4     | 5.2 | Desarrollar e implementar protocolos/procedimientos que permitan homogeneizar los criterios de diagnóstico y derivación específicos para cáncer de vejiga con el objetivo de optimizar la derivación y fomentar un diagnóstico temprano.   | 4,83 | 4,17 |
| 5     | 1.4 | Impulsar la implementación de una figura de gestor de casos para los pacientes con cáncer de vejiga.   | 4,83 | 4,17 |
| 6     | 5.3 | Desarrollar un circuito rápido de diagnóstico adaptable a la situación de cada centro, estableciendo agendas específicas que permitan la priorización en la planificación de pruebas diagnósticas y confirmación de resultados.  | 5,00 | 3,83 |
| 7     | 9.3 | Fomentar la individualización del tratamiento del cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico mediante la toma de decisiones compartidas con el paciente ofreciéndole información sobre las alternativas terapéuticas disponibles y teniendo en cuenta su situación individual. | 4,83 | 4,00 |
| 8     | 1.8 | Definir protocolos y/o procedimientos para el paciente con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico desde una perspectiva integral y multidisciplinar entre los profesionales sanitarios involucrados.   | 4,67 | 4,17 |

| Orden | Nº  | Acción   | I    | F    |
|-------|-----|--|------|------|
| 9     | 1.5 | Disponer de Enfermería Oncológica e incluirla en el circuito de atención al paciente mediante consultas específicas.   | 4,67 | 4,17 |
| 10    | 9.1 | Disponer de, y ofrecer al paciente, materiales de información y educación consensuados entre todos los profesionales sanitarios sobre qué es el cáncer de vejiga en todos sus estadios, factores de riesgo (tabaco como principal causa), sintomatología, importancia de la detección temprana, manejo de la enfermedad, competencias de cada uno de los profesionales involucrados, efectos secundarios de los tratamientos, etc. | 4,17 | 4,67 |
| 11    | 1.3 | Disponer de Comités de Tumores Genitourinarios Multidisciplinares en los que se presenten y discutan los casos de pacientes con cáncer de vejiga con el fin de establecer la estrategia terapéutica óptima para los pacientes (Urología, Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Anatomía Patológica, Farmacia Oncológica, Enfermería Oncológica, Medicina Nuclear, Oncogeriatría, otros).                                      | 4,67 | 4,00 |
| 12    | 5.6 | Desarrollar guías clínicas consensuadas de tratamiento con un enfoque multidisciplinar en el que participen los profesionales sanitarios involucrados en el manejo de los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico.  | 4,67 | 4,00 |





# **INDICADORES**



## 6. INDICADORES

Tras la identificación de las líneas de actuación y las correspondientes acciones, se han propuesto 17 indicadores (Tabla 14. Indicadores para la evaluación de la implementación del proceso asistencial óptimo del paciente con anemia asociada a ERC) con el objetivo de facilitar y evaluar la implementación del proceso asistencial del paciente con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico.

La definición de los indicadores se ha realizado teniendo en cuenta las líneas de actuación y de acción definidas, las valoraciones individuales por parte del CA y las consideraciones aportadas en el tercer taller de trabajo.

Para cada indicador se ha elaborado una ficha descriptiva en la que aparece tipo de indicador, fórmula, profesional responsable de medición, periodicidad de medición, fuente de información y estándar (ver anexo).

Tabla 14. Indicadores para la evaluación de la implementación del proceso asistencial óptimo del paciente con anemia asociada a ERC

| Nº | Indicador  |
|----|--|
| 1  | Se dispone de un <b>cuadro de mandos</b> con indicadores de calidad asistencial y resultados en salud orientados a evaluar el proceso asistencial del paciente con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico.   |
| 2  | Se dispone de herramientas en la <b>Historia Clínica Electrónica</b> que permitan el seguimiento compartido entre los diferentes niveles y servicios implicados de los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico.   |
| 3  | Se dispone de un <b>Comité de Tumores Multidisciplinar</b> en el que se presentan los pacientes con cáncer de vejiga. Este comité es recomendable que esté conformado por: Urología, Oncología Médica, Anatomía Patológica, Oncología Radioterápica, Enfermería, Farmacia Hospitalaria, Radiología y Medicina Nuclear. |
| 4  | Se dispone de un protocolo consensuado de <b>diagnóstico y derivación rápida</b> desde Atención Primaria a Atención Hospitalaria para los pacientes con sospecha en cáncer de vejiga.  |
| 5  | Se dispone de un protocolo consensuado para la <b>derivación a Cuidados Paliativos/ Control de Síntomas</b> que incluya la participación de estos desde etapas más tempranas del recorrido.  |
| 6  | Se dispone de un protocolo consensuado para la <b>derivación a los servicios transversales</b> (Nutrición, Psicooncología, Trabajo Social, etc.) en el propio centro hospitalario o centro de referencia.  |
| 7  | Se dispone de un protocolo actualizado para <b>informar al paciente sobre las alternativas terapéuticas disponibles</b> para el cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico.  |

| N° | Indicador  |
|----|--|
| 8  | Se dispone de <b>guía clínica consensuada de tratamiento</b> en pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico.  |
| 9  | Se dispone de una <b>consulta específica de Enfermería Oncológica</b> para la valoración integral y educación en salud.  |
| 10 | Se dispone de un <b>Farmacéutico Oncológico</b> especializado y formado en la atención al paciente con cáncer de vejiga y que participe en el Comité de Tumores.   |
| 11 | <b>N° actividades realizadas anualmente para mejorar la experiencia del paciente a lo largo de su enfermedad y en el ámbito de su vida diaria</b> (actividades en grupo con otros pacientes, talleres y programa de paciente experto). |
| 12 | <b>N° de actividades de formación para profesionales sanitarios anuales</b> realizadas sobre el manejo del cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico.   |
| 13 | <b>Porcentaje (%) de pacientes</b> diagnosticados con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico que <b>han recibido el proceso de educación y formación en su primera consulta con Enfermería Oncológica.</b>                 |
| 14 | <b>Porcentaje (%) de pacientes</b> con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico que tras la confirmación diagnóstica son <b>presentados en el Comité de Tumores.</b>   |
| 15 | <b>Tiempo medio de espera</b> del paciente desde la <b>1ª visita en Atención Hospitalaria hasta la presentación del caso en el Comité de Tumores.</b>  |
| 16 | <b>Tiempo medio de espera</b> desde la solicitud de <b>derivación por Atención Primaria hasta su valoración por el especialista en Atención Hospitalaria.</b>  |
| 17 | <b>Tiempo medio</b> entre la <b>presentación del caso en el Comité de Tumores y el inicio del tratamiento.</b>   |



**ANEXOS**



## 7. ANEXOS

### 7.1 RESULTADO DE LA PRIORIZACIÓN DE LAS ACCIONES

Tabla 15. Listado de las acciones en orden de prioridad

| Alto $\geq 4$ | Medio-alto $< 4$ y $\geq 3$ | Medio-bajo $< 3$ y $\geq 2$  | Bajo $< 2$ y $\geq 1$ |              |
|---------------|-----------------------------|--|-----------------------|--------------|
|               |                             |  |                       |              |
| Orden         | Nº                          | Acción   | Impacto               | Factibilidad |
| 1             | 8.3                         | Fomentar una relación profesional-paciente basada en la honestidad y confianza mutua, teniendo en cuenta la dignidad y la privacidad del paciente.   | 5,00                  | 4,33         |
| 2             | 1.1                         | Potenciar la existencia de equipos de trabajo multidisciplinares entre los profesionales involucrados en el abordaje del paciente con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico para definir estrategias de trabajo comunes y consensuadas. | 5,00                  | 4,33         |
| 3             | 8.5                         | Coordinar las visitas presenciales de los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico a los distintos servicios o unidades asistenciales del hospital para reducir desplazamientos y conciliar su vida diaria.                  | 4,83                  | 4,33         |
| 4             | 5.2                         | Desarrollar e implementar protocolos/procedimientos que permitan homogeneizar los criterios de diagnóstico y derivación específicos para cáncer de vejiga con el objetivo de optimizar la derivación y fomentar un diagnóstico temprano.             | 4,83                  | 4,17         |
| 5             | 1.4                         | Impulsar la implementación de una figura de gestor de casos para los pacientes con cáncer de vejiga.   | 4,83                  | 4,17         |
| 6             | 5.3                         | Desarrollar un circuito rápido de diagnóstico adaptable a la situación de cada centro, estableciendo agendas específicas que permitan la priorización en la planificación de pruebas diagnósticas y en la confirmación de resultados.                | 5,00                  | 3,83         |

| Orden | Nº  | Acción   | Impacto | Factibilidad |
|-------|-----|--|---------|--------------|
| 7     | 9.3 | Fomentar la individualización del tratamiento del cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico mediante la toma de decisiones compartidas con el paciente ofreciéndole información sobre las alternativas terapéuticas disponibles y teniendo en cuenta su situación individual.   | 4,83    | 4,00         |
| 8     | 1.8 | Definir protocolos y/o procedimientos para el paciente con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico desde una perspectiva integral y multidisciplinar entre los profesionales sanitarios involucrados.   | 4,67    | 4,17         |
| 9     | 1.5 | Disponer de Enfermería Oncológica e incluirla en el circuito de atención al paciente mediante consultas específicas.   | 4,67    | 4,17         |
| 10    | 9.1 | Disponer de, y ofrecer al paciente, materiales de información y educación consensuados entre todos los profesionales sanitarios sobre qué es el cáncer de vejiga en todos sus estadios, factores de riesgo (tabaco como principal causa), sintomatología, importancia de la detección temprana, manejo de la enfermedad, competencias de cada uno de los profesionales involucrados, efectos secundarios de los tratamientos, etc. | 4,17    | 4,67         |
| 11    | 1.3 | Disponer de Comités de Tumores genitourinarios multidisciplinares en el que se presenten y discutan los casos de pacientes con cáncer de vejiga con el fin de establecer la estrategia terapéutica óptima para los pacientes (Urología, Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Anatomía Patológica, Farmacia Oncológica, Enfermería Oncológica, Medicina Nuclear, Oncogeriatría, otros).                                       | 4,67    | 4,00         |
| 12    | 5.6 | Desarrollar guías clínicas consensuadas de tratamiento con un enfoque multidisciplinar en el que participen los profesionales sanitarios involucrados en el manejo de los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico.  | 4,67    | 4,00         |
| 13    | 8.7 | Elaborar y realizar una encuesta de satisfacción a pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico para identificar e implementar acciones de mejora en su asistencia sanitaria.  | 4,17    | 4,50         |

| Orden | Nº  | Acción  | Impacto | Factibilidad |
|-------|-----|---|---------|--------------|
| 14    | 4.1 | Realizar programas o campañas de concienciación, prevención y sensibilización en el ámbito del cáncer de vejiga, dirigidos a la población general y profesionales sanitarios sobre: prevención primaria, factores de riesgo (principalmente el tabaquismo) y la importancia del diagnóstico precoz. | 4,50    | 4,17         |
| 15    | 4.2 | Fomentar la participación en las Asociaciones de Pacientes (AAPP) y su "prescripción" para que sirvan de punto de encuentro entre pacientes que padecen esta patología y sus familiares, favoreciendo un mayor conocimiento y concienciación sobre la enfermedad.                                   | 4,50    | 4,17         |
| 16    | 8.4 | Promover la accesibilidad a los profesionales sanitarios de los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico durante todo el recorrido del paciente.  | 5,00    | 3,50         |
| 17    | 5.9 | Promover la accesibilidad a la asistencia domiciliaria en los cuidados del final de vida en los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico.   | 4,67    | 3,83         |
| 18    | 8.1 | Incorporar la experiencia del paciente en el rediseño del proceso asistencial para la identificación de acciones o áreas de mejora desde la perspectiva del paciente.   | 4,67    | 3,83         |
| 19    | 5.5 | Establecer una primera consulta de educación para la salud con Enfermería Oncológica tras la confirmación del diagnóstico de cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico.  | 4,50    | 4,00         |
| 20    | 8.2 | Realizar actividades para mejorar la experiencia del paciente a lo largo de su enfermedad tanto en el ámbito sanitario como en su vida diaria (actividades en grupo con otros pacientes, talleres de trabajo, programa de paciente experto, etc.).  | 4,50    | 4,00         |
| 21    | 1.7 | Definir y establecer las competencias de cada uno de los profesionales sanitarios involucrados en el abordaje de los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico.  | 4,17    | 4,33         |

| Orden | Nº   | Acción  | Impacto | Factibilidad |
|-------|------|---|---------|--------------|
| 22    | 2.1  | Definir indicadores de calidad asistencial, calidad de vida del paciente, experiencia del paciente, resultados en salud, accesibilidad, de proceso, etc. para pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico adaptados a los objetivos y realidad de cada organización sanitaria. | 4,67    | 3,67         |
| 23    | 3.1  | Disponer de un programa de formación en técnicas y habilidades de comunicación para todos los profesionales sanitarios para una mejora de la relación con los pacientes.  | 4,33    | 4,00         |
| 24    | 9.2  | Desarrollar cursos de formación validados desde las AAPP dirigidos a los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico completando el proceso de información y formación.  | 4,17    | 4,17         |
| 25    | 5.10 | Promover iniciativas innovadoras en gestión que mejoren la eficiencia del sistema y que permitan así que los profesionales sanitarios cuenten con el tiempo adecuado para la atención integral óptima de los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico.                      | 4,83    | 3,33         |
| 26    | 5.1  | Implantar herramientas de diagnóstico y sistemas de alertas en la HC que faciliten la detección de la enfermedad de forma precoz desde AP, evitando retrasos en la derivación a Urología y posibles progresiones de la enfermedad.  | 5,00    | 3,00         |
| 27    | 5.4  | Promover que los protocolos de cada centro incluyan una valoración nutricional, psicológica y social desde los servicios competentes tras la confirmación del diagnóstico de cáncer de vejiga.  | 4,50    | 3,67         |
| 28    | 3.2  | Planificar sesiones multidisciplinarias de actualización en innovaciones terapéuticas en cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico entre los profesionales sanitarios que intervienen en el abordaje de estos pacientes.   | 4,00    | 4,17         |
| 29    | 5.7  | Incorporar la figura de Cuidados Paliativos/Control de Síntomas durante todo el recorrido del paciente en los procesos asistenciales de cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico.   | 4,50    | 3,50         |

| Orden | Nº  | Acción  | Impacto | Factibilidad |
|-------|-----|---|---------|--------------|
| 30    | 6.2 | Definir y homogeneizar los criterios de inclusión de las innovaciones terapéuticas en las guías farmacoterapéuticas con carácter general, siendo adaptables a las situaciones concretas de cada centro garantizando equidad a nivel nacional.   | 4,50    | 3,50         |
| 31    | 2.2 | Implementar el proceso para la recogida de los indicadores definidos y un cuadro de mando que permita evaluar el proceso asistencial del paciente con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico desde las diferentes dimensiones.  | 4,17    | 3,83         |
| 32    | 3.4 | Impulsar la sensibilización de los profesionales en ámbitos transversales como la higiene, la nutrición, el ejercicio físico, etc. que influyen en el abordaje integral de los pacientes.   | 4,17    | 3,83         |
| 33    | 3.5 | Impulsar la formación de los profesionales en metodologías de participación de pacientes como los grupos focales de pacientes, sesiones informales, por ejemplo a través de <i>design thinking</i> .  | 4,17    | 3,83         |
| 34    | 7.4 | Disponer y ofrecer a los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico información sobre las condiciones de acceso a los EECC, así como la disponibilidad y naturaleza de los mismos.  | 4,00    | 4,00         |
| 35    | 6.4 | Promover estudios de investigación enfocados en la mejora del diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico.   | 4,67    | 3,17         |
| 36    | 1.2 | Disponer de servicios transversales como Psicooncología, Oncogeriatría, Trabajo Social, Unidad del Dolor, Nutrición y Especialistas en Ejercicio Físico Oncológico con el objetivo de ofrecer al paciente un abordaje multidisciplinar y holístico y dar respuesta a sus necesidades. | 4,50    | 3,33         |
| 37    | 3.3 | Desarrollar programas para la coordinación y actualización de AP en aspectos relacionados con el diagnóstico precoz, signos y síntomas de alerta, criterios de derivación, seguimiento y soporte paliativo de los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico.   | 4,33    | 3,50         |

| Orden | Nº  | Acción  | Impacto | Factibilidad |
|-------|-----|---|---------|--------------|
| 38    | 9.4 | Disponer de herramientas para evaluar el conocimiento adquirido por el paciente sobre la información y formación proporcionada, orientadas a la identificación de necesidades y a la resolución de dudas.   | 4,00    | 3,83         |
| 39    | 1.9 | Establecer herramientas de interconsultas presenciales y no presenciales (e-consulta) (principalmente entre niveles asistenciales) que queden reflejadas en los sistemas informáticos permitiendo así una comunicación más directa y fluida entre los profesionales sanitarios, mejorando el abordaje del paciente. | 4,33    | 3,17         |
| 40    | 7.2 | Definir protocolos de derivación a centros con EECC disponibles para pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico que son candidatos y no disponen de estos EECC en sus centros de origen.  | 4,17    | 3,33         |
| 41    | 5.8 | Incorporar la figura de Oncogeriatría que permita un abordaje asistencial de calidad para los pacientes de avanzada edad.   | 4,33    | 3,00         |
| 42    | 6.3 | Impulsar el desarrollo de programas de concienciación dirigido a las instituciones públicas para fomentar la financiación y el desarrollo de estudios de investigación.   | 4,33    | 3,00         |
| 43    | 1.6 | Reforzar el papel del farmacéutico oncológico como referente de todos los aspectos relacionados con el medicamento dentro del equipo multidisciplinar, para el paciente con cáncer de vejiga desde el inicio del proceso.   | 3,83    | 3,50         |
| 44    | 6.1 | Mejorar el acceso a medicamentos recién aprobados que no estén incluidos en las guías farmacoterapéuticas reduciendo, en la medida de lo posible, el tiempo de financiación y simplificando los procesos administrativos.   | 4,67    | 2,00         |
| 45    | 8.6 | Acondicionar espacios para la atención de los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico y sus familiares, como el Hospital de Día, consultas de Oncología, salas de espera, etc.   | 4,17    | 2,83         |

| Orden | Nº  | Acción  | Impacto | Factibilidad |
|-------|-----|---|---------|--------------|
| 46    | 7.1 | Elaborar e implementar herramientas de registro sistemático y actualizado que permita conocer a los profesionales sanitarios y pacientes los EECC en cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico en reclutamiento activo y los centros donde se desarrollan. | 4,00    | 2,67         |
| 47    | 2.3 | Impulsar el desarrollo de herramientas eficaces e integrables a los sistemas de información existentes través de la aplicación de TICs que permitan, de forma ágil, la recogida y evaluación de indicadores y cuadros de mando.                                     | 4,17    | 2,33         |
| 48    | 7.3 | Disponer de los medios necesarios para facilitar el desplazamiento a los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico candidatos a participar en un EECC activo en otro centro.   | 4,17    | 2,33         |

## 7.2 FICHAS TÉCNICAS DE LOS INDICADORES DEFINIDOS DEL PROCESO

Tabla 16. Modelo de ficha técnica para los indicadores definidos del proceso

| INDICADOR                        | DESCRIPCIÓN  |
|----------------------------------|--|
| Tipo de indicador                | Nombre que recibirá el indicador. Debe describir de forma resumida la actividad asistencial o suceso que valora  |
| Fórmula                          | Explicación detallada de los componentes de la definición y su proceso de cálculo. Debe permitir que cualquier persona que aplique el indicador recoja y valore los mismos conceptos |
| Profesional responsable medición | Asignación del indicador según sea de estructura, de proceso o de resultado  |
| Periodicidad                     | Se incluye aquella dimensión de calidad que evalúa el indicador. Ej.: accesibilidad, seguridad, efectividad, eficiencia, eficacia, satisfacción, calidad de vida, etc                |
| Fuente de información            | Explicación de por qué es útil el indicador para valorar el proceso o resultado  |
| Estándar                         | Descripción detallada de los criterios de inclusión y exclusión en el numerador y denominador  |

Tabla 17. Ficha técnica correspondiente al Indicador 1

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <b>INDICADOR 1</b>               | <b>Se dispone de un cuadro de mandos con indicadores de calidad asistencial y resultados en salud orientados a evaluar el proceso asistencial del paciente con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico</b> |
| Tipo de indicador                | Estructural   |
| Fórmula                          | Sí/No   |
| Profesional responsable medición | Oncología Médica, Farmacia Hospitalaria, Enfermería, Atención Primaria  |
| Periodicidad                     | Semestral/Anual   |
| Fuente de información            | Sistemas de información sanitaria   |
| Estándar                         | Cuadro de mandos definido   |

Tabla 18. Ficha técnica correspondiente al Indicador 2

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <b>INDICADOR 2</b>               | <b>Se dispone de herramientas en la Historia Clínica Electrónica que permitan el seguimiento compartido entre los diferentes niveles y servicios implicados de los pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico</b> |
| Tipo de indicador                | Estructural   |
| Fórmula                          | Sí/No   |
| Profesional responsable medición | Gerencia  |
| Periodicidad                     | Semestral/Anual   |
| Fuente de información            | Sistemas de información sanitaria   |
| Estándar                         | Tener desarrollada e implementada la Historia Clínica Electrónica (HCE)   |

Tabla 19. Ficha técnica correspondiente al Indicador 3

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <b>INDICADOR 3</b>               | Se dispone de un <b>Comité de Tumores Multidisciplinar</b> en el que se presentan los pacientes con cáncer de vejiga. Este comité es recomendable que esté conformado por: Urología, Oncología Médica, Anatomía Patológica, Oncología Radioterápica, Enfermería, Farmacia Hospitalaria, Radiología y Medicina Nuclear |
| Tipo de indicador                | Estructural   |
| Fórmula                          | Sí/No   |
| Profesional responsable medición | Oncología Médica, Urología, Anatomía Patológica, Oncología Radioterápica, Enfermería, Farmacia Hospitalaria, Radiología, Medicina Nuclear   |
| Periodicidad                     | Semestral/Anual   |
| Fuente de información            | Recursos humanos y de organización  |
| Estándar                         | Contar con agenda específica y realizar actas de las reuniones  |

Tabla 20. Ficha técnica correspondiente al Indicador 4

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <b>INDICADOR 4</b>               | Se dispone de un protocolo consensuado de <b>diagnóstico y derivación rápida</b> desde Atención Primaria a Atención Hospitalaria para los pacientes con sospecha en cáncer de vejiga |
| Tipo de indicador                | Proceso  |
| Fórmula                          | Sí/No  |
| Profesional responsable medición | Oncología Médica, Urología, Atención Primaria, Medicina Interna, Urgencias   |
| Periodicidad                     | Semestral/Anual  |
| Fuente de información            | Unidad de Calidad, Registro de Protocolos del centro o servicio  |
| Estándar                         | Protocolo desarrollado y validado por el departamento de calidad <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico</li> <li>• Derivación</li> </ul>                               |

Tabla 21. Ficha técnica correspondiente al Indicador 5

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <b>INDICADOR 5</b>               | Se dispone de un protocolo consensuado para la <b>derivación a Cuidados Paliativos/Control de Síntomas</b> que incluya la participación de estos desde etapas más tempranas del recorrido |
| Tipo de indicador                | Proceso   |
| Fórmula                          | Sí/No   |
| Profesional responsable medición | Oncología, Geriátrica, Cuidados Paliativos  |
| Periodicidad                     | Semestral/Anual   |
| Fuente de información            | Unidad de Calidad, Registro de Protocolos del centro o servicio   |
| Estándar                         | Protocolo desarrollado y validado por el departamento de calidad <ul style="list-style-type: none"> <li>• Derivación Cuidados Paliativos/Control de Síntomas</li> </ul>                   |

Tabla 22. Ficha técnica correspondiente al Indicador 6

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <b>INDICADOR 6</b>               | Se dispone de un protocolo consensuado para la <b>derivación a los servicios transversales</b> (Nutrición, Psicooncología, Trabajo Social, etc.) en el propio centro hospitalario o al centro de referencia                         |
| Tipo de indicador                | Proceso   |
| Fórmula                          | Sí/No   |
| Profesional responsable medición | Oncología, Nutrición, Psicooncología, Trabajo Social, Fisioterapia  |
| Periodicidad                     | Semestral/Anual   |
| Fuente de información            | Unidad de Calidad, Registro de Protocolos del centro o servicio   |
| Estándar                         | Protocolo desarrollado y validado por el departamento de calidad <ul style="list-style-type: none"> <li>• Derivación Nutrición</li> <li>• Derivación Psicooncología</li> <li>• Derivación Trabajo Social</li> <li>• Etc.</li> </ul> |

Tabla 23. Ficha técnica correspondiente al Indicador 7

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <b>INDICADOR 7</b>               | Se dispone de un protocolo actualizado para <b>informar al paciente sobre las alternativas terapéuticas disponibles</b> para el cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico |
| Tipo de indicador                | Proceso  |
| Fórmula                          | Sí/No  |
| Profesional responsable medición | Oncología, Enfermería, Farmacia Hospitalaria   |
| Periodicidad                     | Semestral/Anual  |
| Fuente de información            | Unidad de Calidad, Registro de Protocolos del centro o servicio  |
| Estándar                         | Protocolo actualizado desarrollado y validado por el departamento de calidad<br>• Información al paciente sobre alternativas terapéuticas  |

Tabla 24. Ficha técnica correspondiente al Indicador 8

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <b>INDICADOR 8</b>               | Se dispone de <b>guía clínica consensuada de tratamiento</b> en pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico |
| Tipo de indicador                | Proceso  |
| Fórmula                          | Sí/No  |
| Profesional responsable medición | Oncología Médica, Urología, Farmacia Hospitalaria, Oncología Radioterápica   |
| Periodicidad                     | Semestral/Anual  |
| Fuente de información            | Unidad de Calidad, Registro de Protocolos del centro o servicio  |
| Estándar                         | Guía clínica de tratamiento desarrollada y validada por el departamento de calidad   |

Tabla 25. Ficha técnica correspondiente al Indicador 9

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <b>INDICADOR 9</b>               | Se dispone de una <b>consulta específica de Enfermería Oncológica</b> para la valoración integral y educación en salud |
| Tipo de indicador                | Estructural  |
| Fórmula                          | Sí/No  |
| Profesional responsable medición | Gerencia, Enfermería   |
| Periodicidad                     | Semestral/Anual  |
| Fuente de información            | Recursos estructurales   |
| Estándar                         | Visualización del espacio físico y contar con agenda específica  |

Tabla 26. Ficha técnica correspondiente al Indicador 10

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <b>INDICADOR 10</b>              | Se dispone de un <b>Farmacéutico Oncológico</b> especializado y formado en la atención al paciente con cáncer de vejiga y que participe en el Comité de Tumores |
| Tipo de indicador                | Estructural   |
| Fórmula                          | Sí/No   |
| Profesional responsable medición | Farmacia Hospitalaria   |
| Periodicidad                     | Semestral/Anual   |
| Fuente de información            | Recursos humanos  |
| Estándar                         | Composición del Comité de Tumores   |

Tabla 27. Ficha técnica correspondiente al Indicador 11

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <b>INDICADOR 11</b>              | <b>Nº actividades realizadas anualmente para mejorar la experiencia del paciente a lo largo de su enfermedad y en el ámbito de su vida diaria</b> (actividades en grupo con otros pacientes, talleres y programa de paciente experto) |
| Tipo de indicador                | Proceso   |
| Fórmula                          | Nº actividades realizadas para mejorar la experiencia del paciente a lo largo de su enfermedad y en el ámbito de su vida diaria   |
| Profesional responsable medición | Oncología Médica, Psicooncología, Enfermería, Farmacia Hospitalaria Geriátrica, AAPP  |
| Periodicidad                     | Anual   |
| Fuente de información            | Servicio responsable  |
| Estándar                         | Al menos 1 actividad desarrollada anualmente  |

Tabla 28. Ficha técnica correspondiente al Indicador 12

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <b>INDICADOR 12</b>              | <b>Nº de actividades de formación para profesionales sanitarios anuales</b> realizadas sobre el manejo del cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico |
| Tipo de indicador                | Proceso   |
| Fórmula                          | Nº de actividades de formación para profesionales sanitarios realizadas sobre el manejo del cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico                |
| Profesional responsable medición | Gerencia, Oncología, Enfermería, Farmacia Hospitalaria  |
| Periodicidad                     | Anual   |
| Fuente de información            | Servicio responsable  |
| Estándar                         | Al menos 1 actividad desarrollada anualmente  |

Tabla 29. Ficha técnica correspondiente al Indicador 13

| <b>INDICADOR 13</b>              | <b>% de pacientes diagnosticados con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico que han recibido el proceso de educación y formación en su primera consulta con Enfermería Oncológica</b>  |
|----------------------------------|--|
| Tipo de indicador                | Resultado  |
| Fórmula                          | <p><b>Fórmula: (a/b)*100</b></p> <p><b>a</b>= N° de pacientes diagnosticados con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico que han recibido el proceso de educación y formación en su primera consulta con Enfermería Oncológica</p> <p><b>b</b>=Total de pacientes diagnosticados con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico</p> |
| Profesional responsable medición | Enfermería   |
| Periodicidad                     | Semestral/Anual  |
| Fuente de información            | Auditoría de Historias Clínicas Hospitalarias  |
| Estándar                         | ≥ 80%  |

Tabla 30. Ficha técnica correspondiente al Indicador 14

| <b>INDICADOR 14</b>              | <b>% de pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico que tras la confirmación diagnóstica son presentados en el Comité de Tumores</b>   |
|----------------------------------|---|
| Tipo de indicador                | Resultado   |
| Fórmula                          | <p><b>Fórmula: (a/b)*100</b></p> <p><b>a</b>= N° de pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico que tras la confirmación diagnóstica son presentados en el Comité de Tumores</p> <p><b>b</b>=Total de pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado o metastásico</p> |
| Profesional responsable medición | Oncología Médica, Urología, Anatomía Patológica   |
| Periodicidad                     | Semestral/Anual   |
| Fuente de información            | Auditoría de Historias Clínicas Hospitalarias   |
| Estándar                         | ≥ 90%   |

Tabla 31. Ficha técnica correspondiente al Indicador 15

| <b>INDICADOR 15</b>              | <b>Tiempo medio de espera del paciente desde la 1ª visita en Atención Hospitalaria hasta la presentación del caso en el Comité de Tumores</b>   |
|----------------------------------|---|
| Tipo de indicador                | Resultado   |
| Fórmula                          | <p><b>Fórmula:</b> <math>a_1 + \dots + a_n / n</math></p> <p><b>a</b>= Tiempo total de espera de los pacientes desde la 1ª visita en Atención Hospitalaria hasta la presentación del caso en el Comité de Tumores</p> <p><b>n</b>=Total de pacientes con 1ª visita en Atención Hospitalaria y presentados sus casos en el Comité de Tumores</p> |
| Profesional responsable medición | Urología, Oncología Médica, Anatomía Patológica, Radiología, Medicina Nuclear   |
| Periodicidad                     | Semestral/Anual   |
| Fuente de información            | Auditoría de Historias Clínicas Hospitalarias   |
| Estándar                         | < 30 días   |

Tabla 32. Ficha técnica correspondiente al Indicador 16

| <b>INDICADOR 16</b>              | <b>Tiempo medio de espera desde la solicitud de derivación por Atención Primaria hasta su valoración por el especialista en Atención Hospitalaria</b>  |
|----------------------------------|--|
| Tipo de indicador                | Resultado  |
| Fórmula                          | <p><b>Fórmula:</b> <math>a_1 + \dots + a_n / n</math></p> <p><b>a</b>= Tiempo total de espera de los pacientes desde la solicitud de derivación por Atención Primaria hasta su valoración por el especialista en Atención Hospitalaria</p> <p><b>n</b>=Total de pacientes derivados por Atención Primaria y valorados por el especialista en Atención Hospitalaria</p> |
| Profesional responsable medición | Atención Primaria, Urología  |
| Periodicidad                     | Semestral/Anual  |
| Fuente de información            | Auditoría de Historias Clínicas Hospitalarias  |
| Estándar                         | < 7 días   |

Tabla 33. Ficha técnica correspondiente al Indicador 17

|   |   |
|---|---|
| <b>INDICADOR 17</b>                     | <b>Tiempo medio</b> entre la <b>presentación del caso en el Comité de Tumores y el inicio del tratamiento</b>   |
| <b>Tipo de indicador</b>                | Resultado   |
| <b>Fórmula</b>                          | <p><b>Fórmula:</b> <math>a_1 + \dots + a_n / n</math></p> <p><b>a</b>= Tiempo que transcurre entre la presentación del caso en el Comité de Tumores y el inicio del tratamiento del total de pacientes</p> <p><b>n</b>=Total de pacientes presentados sus casos en el Comité de Tumores y que inician tratamiento</p> |
| <b>Profesional responsable medición</b> | Oncología, Oncología Radioterápica, Farmacia Hospitalaria   |
| <b>Periodicidad</b>                     | Semestral/Anual   |
| <b>Fuente de información</b>            | Auditoría de Historias Clínicas Hospitalarias   |
| <b>Estándar</b>                         | < 1 semana tratamiento sistémico (< 4 semanas tratamiento radioterápico)  |



# REFERENCIAS



## 8. REFERENCIAS

1. «Global Cancer Observatory,» 2020. Available at: <https://gco.iarc.fr> (Accessed: 11 July 2023).
2. Las Cifras del Cáncer en España 2023 -SEOM. Available at: [https://seom.org/images/Las\\_cifras\\_del\\_Cancer\\_en\\_Espana\\_2023.pdf](https://seom.org/images/Las_cifras_del_Cancer_en_Espana_2023.pdf) (Accessed: 11 July 2023).
3. ¿Qué es el cáncer de vejiga? American Cancer Society. Available at: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-vejiga/acerca/que-es-cancer-de-vejiga.html> (Accessed: 11 July 2023).
4. D. Brierly, J., K. Gospodarowicz, M. and Wittekind, C. TNM Classification of Malignant Tumours, 8th Edition. Wiley-Blackwell.
5. Omorphos NP, Piedad JCP, Vasdev N. Guideline of guidelines: Muscle-invasive bladder cancer. Turk J Urol. 2021 Feb;47(Supp. 1):S71-S78. doi: 10.5152/tud.2020.20337. Epub 2020 Sep 21. PMID: 32966207; PMCID: PMC8057355.
6. S. S. Chang, B. H. Bochner, R. Chou y R. Dreicer, «TRATAMIENTO DE CÁNCER DE VEJIGA MÚSULO INVASIVO Y NO METASTÁSICO: GUÍA DE AUA/ASCO/ASTRO/SUO» 2019.
7. Sociedad Española de Oncología Médica (2023) Cáncer de Vejiga, SEOM. Available at: [Cancerdevejiga.seom.org](http://Cancerdevejiga.seom.org) (Accessed: 12 July 2023).
8. «Cancer.Net,» Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica (ASCO), Mayo 2019. Available at: <https://www.cancer.net/> (Accessed: 12 July 2023).
9. Farling KB. Bladder cancer: Risk factors, diagnosis, and management. Nurse Pract. 2017 Mar 7;42(3):26-33. doi: 10.1097/01.NPR.0000512251.61454.5c. PMID: 28169964.
10. Martínez Rodríguez RH, Buisan Rueda O, Ibarz L. Bladder cancer: Present and future. Med Clin (Barc). 2017 Nov 22;149(10):449-455. English, Spanish. doi: 10.1016/j.medcli.2017.06.009. Epub 2017 Jul 21. PMID: 28736063.
11. Powles T, Bellmunt J, Comperat E, De Santis M, Huddart R, Loriot Y, Necchi A, Valderrama BP, Ravaud
12. A, Shariat SF, Szabados B, van der Heijden MS, Gillissen S; ESMO Guidelines Committee. Electronic address: [clinicalguidelines@esmo.org](mailto:clinicalguidelines@esmo.org). Bladder cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2022 Mar;33(3):244-258. doi: 10.1016/j.annonc.2021.11.012. Epub 2021 Nov 30. PMID: 34861372.

13. Servizo Galego de Saúde. Circuito asistencial Rápido Para Pacientes con sospeita de cancro de vexiga, SERGAS. Available at: [https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/875/V%C3%ADa%20r%C3%A1pida%20c.vexiga\\_DEFINITIVO.pdf](https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/875/V%C3%ADa%20r%C3%A1pida%20c.vexiga_DEFINITIVO.pdf) (Accessed: 12 July 2023).
14. Junta de Castilla y León. Gestión de Procesos Oncológicos (Oncoguías)-Cáncer de Vejiga, Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. Available at: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/mejora-practicas-clinicas/gestion-procesos-oncologicos-oncoguias> (Accessed: 12 July 2023).
15. González Del Alba A, De Velasco G, Lainez N, Maroto P, Morales-Barrera R, Muñoz-Langa J, Pérez-Valderrama B, Basterretxea L, Caballero C, Vazquez S. SEOM clinical guideline for treatment of muscle-invasive and metastatic urothelial bladder cancer (2018). *Clin Transl Oncol*. 2019 Jan;21(1):64-74. doi: 10.1007/s12094-018-02001-x. Epub 2018 Dec 18. PMID: 30565086; PMCID: PMC6339669.
16. Bladder cancer: diagnosis and management of bladder cancer: © NICE (2015) Bladder cancer: diagnosis and management of bladder cancer. *BJU Int*. 2017 Dec;120(6):755-765. doi: 10.1111/bju.14045. PMID: 29168333.
17. Lotan, Y. (2021), Metabolic syndrome and bladder cancer. *BJU Int*, 128: 1-2. <https://doi.org/10.1111/bju.15322>.
18. I manual de Cuidados Paliativos de Extremadura (2019) PALIEX - Cuidados Paliativos - I Manual de Cuidados Paliativos de Extremadura. Available at: <https://saludextremadura.ses.es/paliex/detalle-contenido-estructurado/1251116> (Accessed: 12 July 2023).
19. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud - Ministerio de Sanidad (2021). Available at: [https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/cancer/docs/ESTRATEGIA\\_EN\\_CANCER\\_DEL\\_SNS.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/cancer/docs/ESTRATEGIA_EN_CANCER_DEL_SNS.pdf) (Accessed: 12 July 2023).
20. Witjes JA, Bruins HM, Cathomas R, Compérat EM, Cowan NC, Gakis G, Hernández V, Linares Espinós E, Lorch A, Neuzillet Y, Rouanne M, Thalmann GN, Veskimäe E, Ribal MJ, van der Heijden AG. European Association of Urology Guidelines on Muscle-invasive and Metastatic Bladder Cancer: Summary of the 2020 Guidelines. *Eur Urol*. 2021 Jan;79(1):82-104. doi: 10.1016/j.eururo.2020.03.055. Epub 2020 Apr 29. PMID: 32360052.
21. Babjuk M, Burger M, Compérat EM, Gontero P, Mostafid AH, Palou J, van Rhijn BWG, Rouprêt M, Shariat SF, Sylvester R, Zigeuner R, Capoun O, Cohen D, Escrig JLD, Hernández V, Peyronnet B, Seisen T, Soukup V. European Association of Urology Guidelines on Non-muscle-invasive Bladder Cancer (TaT1 and Carcinoma In Situ) - 2019 Update. *Eur Urol*. 2019 Nov;76(5):639-657. doi: 10.1016/j.eururo.2019.08.016. Epub 2019 Aug 20. PMID: 31443960.

22. Powles T, Bellmunt J, Comperat E, De Santis M, Huddart R, Loriot Y, Necchi A, Valderrama BP, Ravaud A, Shariat SF, Szabados B, van der Heijden MS, Gillissen S; ESMO Guidelines Committee. Electronic address: clinicalguidelines@esmo.org. Bladder cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2022 Mar;33(3):244-258. doi: 10.1016/j.annonc.2021.11.012. Epub 2021 Nov 30. PMID: 34861372.
23. Valderrama BP, González-Del-Alba A, Morales-Barrera R, Peláez Fernández I, Vázquez S, Caballero Díaz C, Domènech M, Fernández Calvo O, Gómez de Liaño Lista A, Arranz Arijá JÁ. SEOM-SOGUG clinical guideline for localized muscle invasive and advanced bladder cancer (2021). *Clin Transl Oncol.* 2022 Apr;24(4):613-624. doi: 10.1007/s12094-022-02815-w. Epub 2022 Mar 26. PMID: 35347572; PMCID: PMC8986688.
24. Flaig TW, Spiess PE, Abern M, Agarwal N, Bangs R, Boorjian SA, Buyyounouski MK, Chan K, Chang S, Friedlander T, Greenberg RE, Guru KA, Herr HW, Hoffman-Censits J, Kishan A, Kundu S, Lele SM, Mamtani R, Margulis V, Mian OY, Michalski J, Montgomery JS, Nandagopal L, Pagliaro LC, Parikh M, Patterson A, Plimack ER, Pohar KS, Preston MA, Richards K, Sexton WJ, Siefker-Radtke AO, Tollefson M, Tward J, Wright JL, Dwyer MA, Cassara CJ, Gurski LA. NCCN Guidelines® Insights: Bladder Cancer, Version 2.2022. *J Natl Compr Canc Netw.* 2022 Aug;20(8):866-878. doi: 10.6004/jnccn.2022.0041. PMID: 35948037.
25. Las Cifras del Cáncer en España 2022 - SEOM Sociedad Española de Oncología Médica. Available at: [https://seom.org/images/LAS\\_CIFRAS\\_DEL\\_CANCER\\_EN\\_ESPANA\\_2022.pdf](https://seom.org/images/LAS_CIFRAS_DEL_CANCER_EN_ESPANA_2022.pdf) (Accessed: 12 July 2023).
26. «Roche,» mayo 2022. Available at: [https://www.roche.es/es\\_es/comunicacion/actualidad/2022/mayo/la-campana--esegrandesconocido-ayuda-a-visibilizar-el-cancer-de-.html](https://www.roche.es/es_es/comunicacion/actualidad/2022/mayo/la-campana--esegrandesconocido-ayuda-a-visibilizar-el-cancer-de-.html) (Accessed: 12 July 2023).
27. «Merck,» 2022. Available at: <https://www.merckgroup.com/es-es/conversaciones-cancer-vejiga.html> (Accessed: 12 July 2023).
28. Dobruch, J.; Oszczudłowski, M. Bladder Cancer: Current Challenges and Future Directions. *Medicina* 2021, 57, 749. Available at: <https://doi.org/10.3390/medicina57080749> (Accessed: 12 July 2023).
29. Astellas (2022) Disease Disadvantage: Facing Bladder Cancer, Media Resources | Astellas Established Markets Commercial (EST-C) | Pharma. Available at: [https://www.astellas.com/eu/system/files/bladder\\_cancer\\_research\\_infographic.pdf](https://www.astellas.com/eu/system/files/bladder_cancer_research_infographic.pdf) (Accessed: 12 July 2023).
30. Análisis de Situación de los aspectos humanísticos de la atención sanitaria en España. Fundación Humans. Available at: <https://fundacionhumans.com/wp-content/uploads/2017/10/analisis-aspectos-humanisticos-atencion-sanitaria-espana.pdf> (Accessed: 12 July 2023).
31. Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Lyddiatt A, Thomson R, Trevena L. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Apr 12;4(4):CD001431. doi: 10.1002/14651858.CD001431.pub5. PMID: 28402085; PMCID: PMC6478132.

32. J. Amblàs-Novellas, J. Carles Martori, N. Molist Brunet y R. Oller, «Índice frágil-VIG: diseño y evaluación de un índice de fragilidad basado en la Valoración Integral Geriátrica,» ELSEVIER, 2017.
33. Smith CB, Phillips T, Smith TJ. Using the New ASCO Clinical Practice Guideline for Palliative Care Concurrent With Oncology Care Using the TEAM Approach. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2017;37:714-723. doi: 10.1200/EDBK\_175474. PMID: 28561696.
34. II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022-2025 (2022) Comunidad de Madrid. Available at: <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/50581> (Accessed: 12 July 2023).
35. Plan de humanización. Junta de Andalucía. Available at: [https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Plan%20Humanización%20SSPA\\_v12042021.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Plan%20Humanización%20SSPA_v12042021.pdf) (Accessed: 12 July 2023).
36. Consellería de Sanidade - Servizo Galego de Saúde. Estratexia de Humanización da Asistencia Sanitaria. Available at: <https://www.sergas.es/Humanizacion/estratexia-de-humanizacion?idioma=es> (Accessed: 12 July 2023).
37. Mina S, Pardo Munevar CA, Osorio D, García-Perdomo HA. Life quality evaluation in patients with bladder cancer: A systematic review. *Actas Urol Esp (Engl Ed)*. 2019 May;43(4):198-204. English, Spanish. doi: 10.1016/j.acuro.2018.07.006. Epub 2019 Jan 30. PMID: 30711312.
38. Patient-centered outcome measures. ICHOM Connect Site Wide Activity RSS. Available at: <https://connect.ichom.org/patient-centered-outcome-measures/> (Accessed: 12 July 2023).
39. Suazo I, Pérez-Fuentes MDC, Molero Jurado MDM, Martos Martínez Á, Simón Márquez MDM, Barragán Martín AB, Sisto M, Gázquez Linares JJ. Moral Sensitivity, Empathy and Prosocial Behavior: Implications for Humanization of Nursing Care. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Nov 30;17(23):8914. doi: 10.3390/ijerph17238914. PMID: 33266232; PMCID: PMC7730362.



