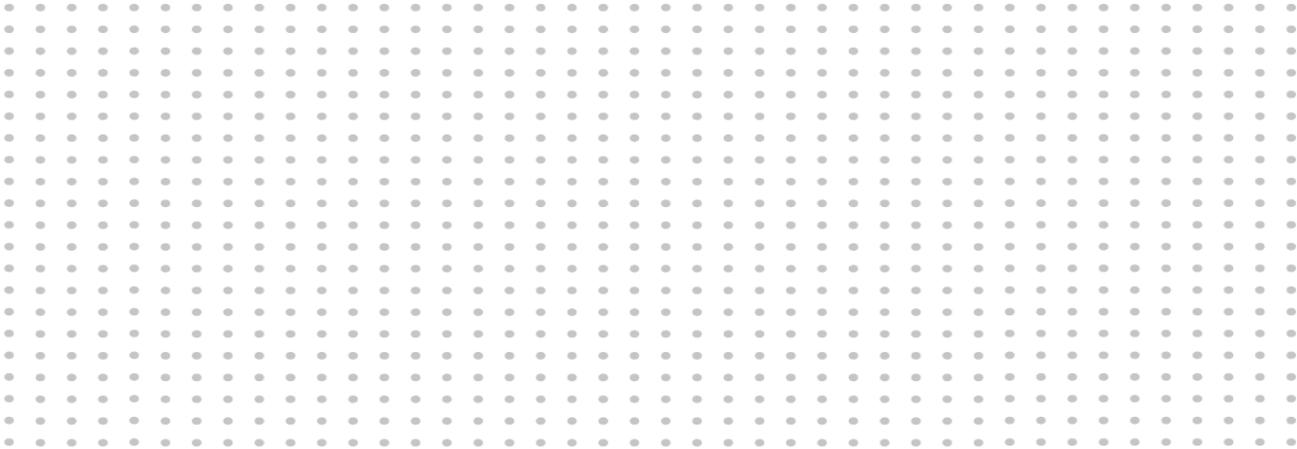


Resumen Ejecutivo
Guía de Práctica Clínica
Cáncer Vesical en Personas de 15 años y más

Aprobada por Resolución Exenta N°654 de fecha 05 junio 2025



VERSIÓN COMPLETA de la Guía de Práctica Clínica de Cáncer Vesical en personas de 15 años y más en:
<https://diprece.minsal.cl/garantias-explicitas-en-salud-auge-o-ges>

MINISTERIO DE SALUD. RESUMEN EJECUTIVO GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA Cáncer Vesical en Personas de 15 años y más.
“Con esta nueva versión se deja sin efecto la GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA Cáncer Vesical en Personas de 15 años y más. Año 2017”.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de disseminación y capacitación. Prohibida su venta.

Fecha de Publicación: 2024

Índice

Recomendaciones de la guía	3
1. Descripción y epidemiología del problema o condición de salud.....	5
Descripción del problema de salud	5
Clasificación	5
Factores de riesgo	6
Epidemiología del problema de salud	6
2. Objetivo y alcances de la guía de práctica clínica	7
Objetivo general	7
Objetivos específicos	7
Tipo de personas y escenario clínico	7
Usuarios de la guía	7
3. Métodos.....	8
Priorización de preguntas clínicas	8
4. Elaboración de recomendaciones.....	10
5. Cómo interpretar las recomendaciones	11
Certeza de la evidencia.....	12
6. Equipo elaborador	13
Panel de coordinación	13
Panel de expertos.....	14
Responsables de la búsqueda y síntesis de evidencia.....	15
Diseño, edición, desarrollo y mantenimiento plataforma web	15
Declaración de potenciales conflictos de interés	15
7. Financiamiento de la guía	16
8. Referencias	17

Recomendaciones de la guía

RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN	CERTEZA EN LA EVIDENCIA
RECOMENDACIONES: DIAGNÓSTICO		
1. En personas con cáncer de vejiga músculo invasor, el Ministerio de Salud sugiere realizar etapificación con tomografía computarizada de tórax abdomen y pelvis (TAC-TAP) por sobre tomografía por emisión de positrones-tomografía computada (PET-CT).	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕ ○ ○ ○ ○
RECOMENDACIONES: TRATAMIENTO		
2. En personas con cáncer de vejiga músculo invasor etapa IV que progresaron tras una primera línea de quimioterapia basada en platino, el Ministerio de Salud sugiere usar anti PD1-PDL1 por sobre usar quimioterapia de segunda línea.	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕ ○ ○ ○ ○
3. En personas con cáncer de vejiga músculo invasor localizado cisplatino elegible, el Ministerio de Salud sugiere usar quimioterapia neoadyuvante por sobre no realizar.	CONDICIONAL	MODERADA ⊕ ⊕ ⊕ ○ ○
4. En personas con cáncer de vejiga no músculo invasor de riesgo bajo o intermedio de recurrencia intravesical y/o progresión tumoral, el Ministerio de Salud sugiere usar quimioterapia intravesical inmediata única por sobre no realizar.	CONDICIONAL	BAJA ⊕ ⊕ ○ ○ ○
5. En personas con cáncer de vejiga urotelial no músculo invasor de alto riesgo de recurrencia intravesical y/o progresión tumoral, el Ministerio de salud sugiere usar BCG dosis completa y por 3 años por sobre a BCG dosis no completa y/o por menos de 3 años.	CONDICIONAL	BAJA ⊕ ⊕ ○ ○ ○
6. En personas con cáncer de vejiga etapa IV tratados con quimioterapia en primera línea y que no progresaron durante el tratamiento, el Ministerio de Salud sugiere usar inmunoterapia de mantención en comparación a no usar.	CONDICIONAL	BAJA ⊕ ⊕ ○ ○ ○
7. En personas con cáncer de vejiga músculo invasor sometidos a cistectomía radical con un alto riesgo de recidiva post operatoria, el Ministerio de Salud sugiere usar terapia sistémica adyuvante por sobre la observación.	CONDICIONAL	BAJA ⊕ ⊕ ○ ○ ○

Las recomendaciones fueron formuladas durante el año 2023-2024 utilizando metodología GRADE.

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) constituyen una herramienta esencial en el ámbito de la atención médica al ofrecer recomendaciones fundamentadas en una minuciosa revisión sistemática de la evidencia científica disponible, por lo que se encuentran respaldadas por una evaluación ponderada de los riesgos y beneficios de las intervenciones médicas alternativas, jugando un papel crucial para proporcionar una base sólida para la toma de decisiones clínicamente informadas.

Sin perjuicio de lo anterior, las GPC no se encuentran ligadas intrínsecamente a un régimen de garantías específicas ni a los mecanismos de coberturas financieras determinadas en las leyes y reglamentos de nuestro país, por lo que únicamente se centran en optimizar la atención de salud a nivel individual y colectivo según corresponda.

1. Descripción y epidemiología del problema o condición de salud

Descripción del problema de salud

El cáncer de vejiga es un tumor maligno se origina habitualmente en las células uroteliales que revisten el interior de la vejiga. Aunque se da con mayor frecuencia en la vejiga, este mismo tipo de cáncer puede presentarse en cualquier parte de las vías urinarias (1). La hematuria es el signo más común; presentándose en alrededor del 85% de los casos. Así también, el orinar frecuentemente (polaquiuria) y el dolor o ardor al orinar (disuria) pueden ser también síntomas en esta patología (2,3). El dolor pélvico y pérdida de peso pueden presentarse en tumores en etapa más avanzada (4). La hematuria es el signo más común; presentándose en alrededor del 85% de los casos. Así también, el orinar frecuentemente (polaquiuria) y el dolor o ardor al orinar (disuria) pueden ser también síntomas en esta patología (2,3). El dolor pélvico y pérdida de peso pueden presentarse en tumores en etapa más avanzada (4).

Clasificación

Desde el punto de vista histológico, el cáncer de vejiga urinaria se clasifica en (5,6):

- Carcinoma urotelial (tipo predominante)
- Carcinoma de células escamosas
- Adenocarcinoma
- Carcinoma de células pequeñas de vejiga

El cáncer vesical se clasifica según su capacidad de invasión en (7):

- Cáncer de vejiga no músculo invasor (CVNMI) (75% aprox.), siendo el 50% de bajo grado histológico
- Cáncer de vejiga músculo invasor (CVMI) (25% aprox.), todos ellos de alto grado histológico

Desde el punto de vista morfológico se pueden clasificar en (7):

- Papilares: es el predominante, especialmente en CVNMI
- Sésiles
- Mixtos

Factores de riesgo

- Consumo de tabaco: existe una asociación entre el cáncer de vejiga y el consumo de tabaco (8).
- Exposición ocupacional: se ha detectado un mayor riesgo de desarrollar cáncer de vejiga en trabajadores de la industria tabacalera y de tinturas. En general, la exposición ocupacional a carcinógenos representa entre el 5% y el 6% del riesgo atribuible al cáncer de vejiga (8,9).
- Arsénico en el agua potable: esta es una causa reconocida para el cáncer de vejiga, siendo el caso en Antofagasta. Se ha detectado RR de 2,7 (IC del 95%: 1,2–4,1) para 10 mg/L y 5,8 (IC del 95%: 2,9–8,7) para 140 mg/L (8).
- Sexo: la incidencia de cáncer de vejiga es cuatro veces mayor en hombres que en mujeres; sin embargo, las mujeres generalmente presentan enfermedades más avanzadas y de peor pronóstico (5).

Epidemiología del problema de salud

A nivel mundial, la tasa de incidencia estandarizada por edad es de 9,5 en hombres y 2,4 por cada 100,000 habitantes en mujeres. Por otro lado, la tasa de mortalidad estandarizada por edad se sitúa en 3,3 por cada 100,000 habitantes en hombres y 0,86 por cada 100,000 habitantes en mujeres (9). Con respecto a la sobrevivencia relativa a 5 años es de 77,9% (10)

Con respecto a los datos nacionales, la tasa ajustada de incidencia de cáncer de vejiga urinaria en hombres es 8,2 y en mujeres es 3,1 por 100.000 habitantes (11). Es destacable que, la región de mayor incidencia a nivel nacional es Antofagasta con tasas de incidencias ajustadas de 33,8 y 16,2 por 100.000 habitantes, para hombres y mujeres, respectivamente (11). Asimismo, la tasa ajustada de egresos hospitalarios es 15 por 100.000 hombres y 4,6 por 100.000 mujeres, siendo el 9° y 14° del ranking de egresos según tipo de neoplasias malignas, respectivamente (11). Con respecto a la mortalidad por cáncer de vejiga, la tasa ajustada de mortalidad es 3,4 y 1,2 por 100.000 hombres y mujeres, respectivamente. Para ambos sexos la tasa estandarizada es de 2,1 por 100.000 habitantes (11). En lo relativo a la mortalidad prematura, el porcentaje de fallecidos por cáncer de vejiga urinaria previo a cumplir los 80 años, en hombre es 64,8%, en mujeres es 56,8%, y en ambos sexos 62%. Asimismo, la tasa ajustada de Años de Vida Potencial Perdidos (AVPP) en hombres es 28,6 y en mujeres 12,4 por 100.000 habitantes, considerando para ambos sexos una tasa de 20,2 (11).

2. Objetivo y alcances de la guía de práctica clínica

Objetivo general

Generar recomendaciones, basadas en la mejor evidencia disponible, para el manejo clínico de personas de 15 años y más con cáncer vesical.

Objetivos específicos

Entregar recomendaciones para el tratamiento clínico de personas de 15 años y más con cáncer vesical.

Tipo de personas y escenario clínico

Personas de 15 años y más con diagnóstico de cáncer vesical tanto en el sector público como privado de salud.

Usuarios de la guía

Equipos clínicos del sistema público y privado que estén capacitados para el abordaje de este problema de salud.

3. Métodos

Para la elaboración de esta Guía se constituyó un equipo elaborador compuesto por: responsables temáticos, metodólogos, responsables de la búsqueda y síntesis de evidencia, expertos clínicos, representantes de asociaciones de pacientes, representantes de la Comisión Nacional de Cáncer, referentes del Ministerio de Salud, del Fondo Nacional de Salud (FONASA), del Instituto de Salud Pública (ISP) y Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST), quienes realizaron su declaración de conflictos de interés y confidencialidad. Las reuniones se desarrollaron de manera telemática en modalidad sincrónica y fueron guiadas por los coordinadores metodológicos en el desarrollo de los juicios respecto de los dominios de la tabla de la Evidencia a la Decisión (EtD). Se discutió cada juicio de manera abierta y se llegó a conclusión mediante consenso, y cuando esto no fue logrado en una primera instancia, se realizó votación a través de herramienta de la plataforma utilizada para la reunión telemática.

- Ver más detalle en [Equipo Elaborador y declaración de potenciales conflicto de intereses](#)

Para cada una de las preguntas de la guía se realizó una búsqueda electrónica amplia de revisiones sistemáticas y estudios aleatorizados en las bases de datos Cochrane database of systematic reviews (CDSR); PubMed; EMBASE desde su fecha de inicio hasta el año 2024. No se aplicaron restricciones en base al idioma o estado de publicación. Dos revisores de manera independiente realizaron la selección de los títulos y los resúmenes, la evaluación del texto completo y la extracción de datos. Un tercer miembro del equipo resolvió cualquier discrepancia entre los distintos revisores. Adicionalmente se realizó una búsqueda de estudios de valores y preferencias de las personas.

Priorización de preguntas clínicas

En un primer paso, se actualizaron dos recomendaciones mediante una búsqueda de evidencia científica. A continuación, el equipo elaborador redactó 42 preguntas potenciales, definiendo claramente la población, intervención y comparación, utilizando el software GRADEpro GDT. Tras una revisión y eliminación de duplicados, se priorizaron 5 preguntas. Finalmente, para la actualización de esta Guía de Práctica Clínica se consideraron 7 preguntas.

Guía de Práctica Clínica Cáncer Vesical en Personas de 15 años y más

Preguntas clínicas priorizadas por el panel
1. ¿Debería usarse PET-CT versus TAC para etapificar en personas cáncer de vejiga músculo invasor?
2. ¿Debería usarse anticuerpos anti PD1-PDL1 versus quimioterapia de segunda línea en personas con cáncer de vejiga músculo invasor etapa IV que progresaron tras una primera línea de quimioterapia basado en platino?
3. ¿Debería usarse quimioterapia neoadyuvante versus no usar en personas con cáncer de vejiga urotelial músculo invasor localizado cisplatino elegibles?
4. ¿Debería usarse quimioterapia intravesical inmediata única versus no usar en personas con cáncer de vejiga no músculo invasor con riesgo bajo o intermedio de recurrencia intravesical y/o progresión tumoral?
5. ¿Debería usarse BCG dosis completa y por 3 años versus BCG dosis no completa y/o por menos de 3 años en personas con cáncer de vejiga urotelial no músculo invasor con intención curativa con alto riesgo de recurrencia y/o progresión tumoral?
6. ¿Debería usarse inmunoterapia de mantención versus no usar en personas con cáncer de vejiga etapa IV tratados con quimioterapia en primera línea y que no progresaron durante el tratamiento?
7. ¿Debería usarse terapia sistema adyuvante (inmunoterapia o quimioterapia) versus observación en personas con cáncer de vejiga músculo invasor sometidos a cistectomía radical con un alto riesgo de recidiva post operatoria?

En el proceso de elaboración de recomendaciones, para una mejor comprensión o delimitación de la incertidumbre, se precisaron algunas preguntas por consenso del panel.

4. Elaboración de recomendaciones

Las recomendaciones de esta Guía fueron elaboradas de acuerdo con el sistema “*Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation*” (GRADE) (12,13) Para cada una de las preguntas seleccionadas, se realizó la búsqueda y la síntesis de evidencia respecto de:

1. Efectos deseables e indeseables de la intervención versus comparación: La síntesis de evidencia se realizó con el formato de Tabla de Resumen de Hallazgos GRADE (Summary of Findings - SoF) cuando fue posible.
2. Valores y preferencias de las personas respecto a la intervención versus comparación.
3. Costos de la intervención y comparación.
4. Impacto presupuestario de la intervención versus comparación cuando fue necesario.

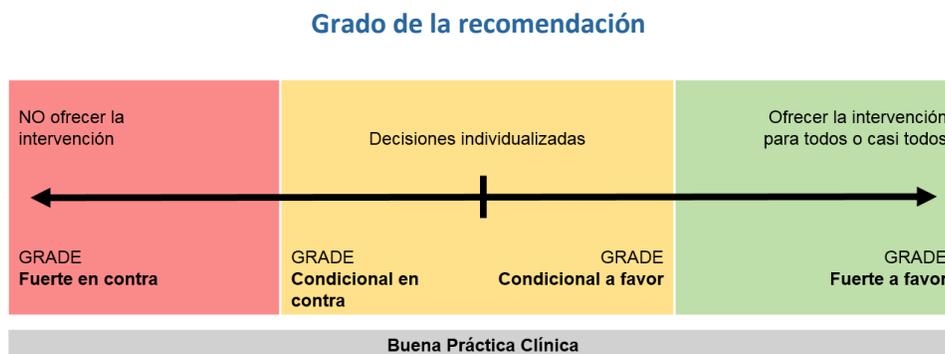
Ver más detalle en [Recomendaciones GRADE](#)

El grupo elaborador formuló las recomendaciones considerando su experiencia clínica, la evidencia respecto a los desenlaces de interés (por ejemplo: mortalidad, días de hospitalización, calidad de vida, etc.), los valores y preferencias de las personas, la viabilidad de implementación, y el uso de recursos.

Para mayor detalle consultar [Guía de Práctica Clínica Cáncer Vesical en Personas de 15 años y más](#)

5. Cómo interpretar las recomendaciones

El sistema GRADE distingue el grado de la recomendación y certeza de la evidencia sobre la cual se realiza la recomendación.



Las recomendaciones fuertes y condicionales deben interpretarse de la siguiente manera:

FUERTE: Indican que existe una alternativa claramente superior, por lo que seguir la recomendación es la conducta más apropiada en TODAS o CASI TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS O CASOS. Salvo casos muy justificados, la gran mayoría de las personas deberían recibir el curso de acción recomendado. Este tipo de recomendación puede ser **Fuerte a Favor** o **Fuerte en Contra** de la intervención.

CONDICIONAL: Seguir la recomendación es la conducta más adecuada en la MAYORÍA DE LOS CASOS, pero se requiere considerar y entender la evidencia de efectos, valores y preferencias, costos y disponibilidad de recursos en que se sustenta la recomendación. Estas recomendaciones se generan cuando existe incertidumbre respecto de cuál alternativa resulta mejor, por lo tanto, distintas opciones pueden ser adecuadas para distintas personas o circunstancias. Para aplicar una recomendación condicional puede ser importante conversar con la persona los potenciales beneficios y riesgos de la intervención propuesta, y tomar una decisión en conjunto que sea coherente con las preferencias de cada persona.

Este tipo de recomendación puede ser **Condicional a Favor** o **Condicional en Contra** de la intervención.

BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: Son recomendaciones excepcionales relacionadas con intervenciones que corresponden a estándares mínimos y necesarios para la atención en salud para las cuales no es necesario

realizar una búsqueda de evidencia.

Estas recomendaciones estarán categorizadas como **Buenas Prácticas Clínicas**.

Certeza de la evidencia

El concepto de certeza de la evidencia se refiere a la confianza que se tiene en que los estimadores del efecto son apropiados para apoyar una recomendación determinada. El sistema GRADE propone cuatro niveles de certeza en la evidencia:

Certeza	Definición
Alta ⊕⊕⊕⊕	Tenemos alta confianza en que el valor verdadero de una variable se encuentra en un determinado rango o por sobre cierto umbral.
Moderada ⊕⊕⊕○	Tenemos una confianza moderada en que el valor verdadero de una variable se encuentra en un determinado rango o por sobre cierto umbral.
Baja ⊕⊕○○	Tenemos poca confianza en que el valor verdadero de una variable se encuentra en un determinado rango o por sobre cierto umbral.
Muy baja ⊕○○○	Tenemos muy poca confianza en que el valor verdadero de una variable se encuentra en un determinado rango o por sobre cierto umbral. Existe considerable incertidumbre respecto al efecto de la intervención

Ver más detalle en [Manual metodológico Desarrollo de Guías de Práctica Clínica](#).

6. Equipo elaborador

El equipo elaborador que ha participado de la presente elaboración es responsable, según sus competencias, del conjunto de las preguntas y recomendaciones formuladas.

Panel de coordinación

Coordinación	<p>Clínica: Rodrigo Pinochet Fuenzalida. Médico Cirujano, especialista en Urología. Sociedad Chilena de Urología. Clínica Alemana de Santiago.</p>
	<p>Temática: Francisca Plaza Parrochia. Profesional Departamento Agencia Nacional de Prevención y Control del Cáncer. División de Control y Prevención de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.</p> <p>Gina Merino Pereira. Profesional Departamento Agencia Nacional de Prevención y Control del Cáncer. División de Control y Prevención de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud</p>
Metodólogos	<p>Coordinadora: Fabiola Aedo Bahamondes. Profesional Unidad de Evidencia Clínica. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.</p>
	<p>Apoyo: Patricia Kraemer Gómez. Profesional Unidad de Evidencia Clínica. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.</p>

Panel de expertos

Rodrigo Pinochet Fuenzalida	Médico cirujano, especialista en Urología. Sociedad Chilena de Urología. Clínica Alemana de Santiago.
Mario Fernández Arancibia	Médico cirujano, especialista en Urología. Sociedad Chilena de Urología. Clínica Alemana de Santiago.
Diego Reyes Osorio	Médico cirujano, especialista en Urología. Sociedad Chilena de Urología. Clínica Bupa Santiago.
Carolina Ibañez Cáceres	Médico Cirujano, Especialista en Oncología Médica. Sociedad Chilena de Oncología Médica. Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.
Tomás Olmedo	Médico cirujano, especialista en Urología. Sociedad Chilena de Urología. Hospital Clínico Universidad de Chile y Hospital San José.
Augusto León García-Huidobro	Médico Cirujano, Especialista en Radioterapia. Clínica Santa María.
Esther Rodríguez De Vásquez	Médico cirujano especialista en oncología. Hospital Clínico del Sur de Concepción.
Denisse Vásquez Muñoz	Químico farmacéutico. Hospital Félix Bulnes.
Ángela Estay Rodríguez	Médico Cirujano, Especialista en Oncología Médica. Centro Oncológico del Norte. Representante Comisión Nacional del Cáncer.
Víctor Hugo Flores	Ingeniero Comercial. Fundación la voz de los pacientes. Representante asociación de pacientes.
Álvaro Vidal Faune	Médico cirujano, especialista en Urología. Sociedad Chilena de Urología. Fundación Arturo López Pérez. Representante asociación de pacientes.
Sandra Rojas Rivas	Químico farmacéutico. Representante CENABAST.
Verónica Medina Urrutia	Enfermera. Representante FONASA.
Carmen Gloria Lobos Saldias	Químico farmacéutico. Representante ISP.
Claudia Arroyo	Enfermera. Representante Subsecretaría de Redes Asistenciales

Responsables de la búsqueda y síntesis de evidencia

Fabiola Aedo Bahamondes¹ Patricia Kraemer Gómez¹	Búsqueda y revisión de evidencia de los efectos clínicos, beneficios y riesgos de las intervenciones, como contraparte de Minsal.
Fundación Epistemonikos²	Búsqueda de evidencia de los efectos clínicos, beneficios y riesgos de las intervenciones.
Catherine de la Puente²	Costos en Chile de las intervenciones, informes sobre evaluaciones económicas de las intervenciones.

¹ Departamento Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud

² La búsqueda de evidencia de tres recomendaciones fue externalizada por el Ministerio de Salud a través de licitación pública y adjudicada a la empresa señalada.

Diseño, edición, desarrollo y mantención plataforma web

Miguel Contreras Torrejón	Ingeniero en Informática. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.
----------------------------------	--

Declaración de potenciales conflictos de interés

Todos los integrantes del equipo elaborador realizaron declaraciones de potenciales conflictos de interés.

- Dr. Diego Reyes: Expositor en actividades científicas organizadas por Janssen.
- Dr. Mario Fernández: Conferencista de Grunenthal (07/2023; fármaco: BCG) y Tecnofarma (05/2024; fármaco: Enfortumab verotin)
- Dr. Tomás Olmedo: Pagos a congresos de laboratorio Janssen
- Dra. Carolina Ibáñez: Ha realizado charlas remuneradas a los laboratorios AstraZeneca, Merck Sharp & Dhome, Roche y Janssen. Ha viajado a congresos financiados por Roche y AstraZeneca. Ha sido advisory boards de AstraZeneca, Roche, Janssen y Merck Sharp & Dhome.
- Dr. Álvaro Vidal: Ha participado en el lanzamiento de Balversa (Erdafitinib) de Johnson & Johnson.
- Denisse Vásquez: Capacitación de uso de riesgo compartido de Atezolizumab y Bevacizumab en Hepatocarcinoma, Laboratorio Roche.

7. Financiamiento de la guía

El desarrollo de esta guía de práctica clínica fue financiado íntegramente por el Ministerio de Salud.

8. Referencias

1. Ley Chile - Decreto 72 01-OCT-2022 MINISTERIO DE SALUD, SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA - Biblioteca del Congreso Nacional [Internet]. [cited 2024 Aug 11]. Available from: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1182186>
2. Babjuk M, Burger M, Capoun O, Cohen D, Compérat EM, Dominguez Escrig JL, et al. European Association of Urology Guidelines on Non-muscle-invasive Bladder Cancer (Ta, T1, and Carcinoma in Situ). *Eur Urol* [Internet]. 2022;81(1):75–94. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34511303>
3. Cancer Center Clínica Universidad de Navarra. <https://cancercenter.cun.es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-vejiga>. Cancer de vejiga: causas, síntomas y tratamiento.
4. CANCER DE VEJIGA - USC urólogos [Internet]. [cited 2024 Aug 11]. Available from: <https://urologosquiron.com/que-es-cancer/cancer-de-vejiga/>
5. Lobo N, Afferi L, Moschini M, Mostafid H, Porten S, Psutka SP, et al. Epidemiology, Screening, and Prevention of Bladder Cancer. *Eur Urol Oncol* [Internet]. 2022;5(6):628–39. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36333236>
6. NIH. ¿Qué es el cáncer de vejiga? [Internet]. [cited 2024 Aug 11]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/vejiga>
7. Kamat AM, Hahn NM, Efstathiou JA, Lerner SP, Malmström PU, Choi W, et al. Bladder cancer. *The Lancet* [Internet]. 2016;388(10061):2796–810. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673616305128>
8. Cumberbatch MGK, Jubber I, Black PC, Esperto F, Figueroa JD, Kamat AM, et al. Epidemiology of Bladder Cancer: A Systematic Review and Contemporary Update of Risk Factors in 2018. *Eur Urol* [Internet]. 2018;74(6):784–95. Available from: https://eprints.whiterose.ac.uk/137764/8/Epidemiology_2018_Review_.pdf
9. Babjuk M BMCEGPMAPJ et al. European Association of Urology Guidelines. European Association of Urology Guidelines Office. 2020;
10. National Cancer Institute Surveillance Epidemiology and End Results. <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/urinb.html>. Bladder Cancer — Cancer Stat Facts.
11. Departamento Epidemiología MINSAL. <http://epi.minsal.cl/mortalidad-incidencia-y-sobrevida-de-cancer/>. Mortalidad, Incidencia y Sobrevida de Cáncer - EPI.

12. Guyatt G, Oxman AD, Vist G, Kunz R, Falck-Ytter Y, Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ Journals*. 2008;336(1):924–6.
13. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction—GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol*. 2011 Apr;64(4):383–94.