





El riesgo conductual total disminuyó en el GI desde 28,42 (pre-test) al 23,82 (post-test) ( $p < 0,001$ ); en el GC se produjo un cambio menor.

Se realizaron regresiones logísticas, utilizando como variables dependientes las conductas en el post-test y controlando las variables de persona y la historia familiar de cáncer, con el objetivo de identificar qué variables explican la modificación del riesgo, además de la pertenencia al grupo de intervención.

En la tabla III se incluyen las odds ratio y los intervalos de confianza al 95% de las variables que mejor explican la variabilidad pre-test/post-test en las conductas de riesgo estudiadas. Al inicio del programa las variables que redujeron el riesgo conductual total de forma signifi-

cativa fueron: pertenecer al grupo de intervención, ser mujer, el tener mayor edad, poseer estudios universitarios y obtener mayor puntuación en la calidad de la intervención; si añadimos los determinantes de la conducta además influyen la mejor actitud y la mayor autoeficacia al inicio del programa.

En la regresión lineal múltiple con la variable dependiente RCT en el post-test, controlando el RCT al inicio, la pertenencia al grupo de estudio y las variables de persona y características del programa de intervención, la contribución de la pertenencia al GI sigue siendo significativa ( $p < 0,001$ ), aportando un coeficiente beta no estandarizado de  $-3,231$ , lo que representa una reducción aproximada del 5% del RCT.

Tabla III: Odds ratio e intervalos de confianza de las variables que mejor explican la variabilidad pre-post en las conductas de riesgo cancerígeno.

Conductas	Variables						
	Grupo de intervención	Comunidad Autónoma	Sexo femenino	Edad	Estudios	Usuario Internet	Puntuación calidad intervención
Fumar	0,674** [0,522-0,870]				0,511*,# [0,354-0,738]		
Beber más de lo aconsejado	0,508* [0,354-0,729]		0,235* [0,163-0,339]	0,974** [0,956-0,993]			
Alimentarse con riesgo	0,635* [0,515-0,783]	2,301**,† [1,371-3,863]**,†	0,535* [0,430-0,666]	0,965* [0,954-0,977]			0,918** [0,872-0,966]
Peso de riesgo	0,709* [0,552-0,911]	0,746***,†† [0,566-0,981]	0,460* [0,347-0,610]	1,029* [1,014-1,044]	0,488*,## [0,342-0,698]		
Exposición al sol con riesgo	0,389* [0,283-0,534]		0,516* [0,378-0,705]	0,967* [0,951-0,983]	0,564***,## [0,363-0,876]		0,892** [0,831-0,958]
Trabajo de riesgo sin protección			0,258* [0,121-0,548]			3,189*** [1,074-9,469]	

\* $P < 0,001$ ; \*\*  $P < 0,01$ ; \*\*\* $P < 0,05$   
 †Galicia vs Asturias; ††Cantabria vs Asturias.  
 #Universitarios vs secundarios; ## Universitarios vs primarios

**DISCUSIÓN:** Nosotros encontramos cambios significativos en 5 de las 6 conductas de riesgo y en el Riesgo Conductual Total. Los mayores efectos se encontraron en conductas como la exposición al sol, consumo de alcohol y nutrición, que disminuyó el riesgo entre un 67% y un 30%, respectivamente. El único estudio de intervención comparable que hemos encontrado también muestra efectos sobre 3 conductas de prevención primaria del cáncer<sup>1</sup>. Prochaska encontró efectos sobre el consumo de tabaco, dieta y exposición solar después de 24 meses de seguimiento en intervenciones sobre pacientes en atención primaria. Los porcentajes obtenidos fueron similares a los nuestros, pero no incluían a familiares de pacientes con cáncer, por lo que los resultados no son totalmente comparables. Esta intervención tenía un gran impacto sobre la exposición solar como encontramos nosotros.

Hemos hallado reducciones en nuestro GC como otros autores, probablemente debido al efecto educacional que puede tener el hecho de rellenar el cuestionario. Pero el análisis multivariante clarifica el efecto de la intervención educativa.

En nuestro estudio encontramos que la autoeficacia influyó en varias conductas (dieta y exposición solar); en diferentes estudios se mostró también como uno de los mejores predictores de conductas, por esta razón las intervenciones deberán ir encaminadas a remover barreras y proveer herramientas que incrementen la autoeficacia. El RCT disminuyó en el grupo de intervención aproximadamente un 5%, reducción que fue significativa en el análisis de regresión. Otros factores que influyeron fueron características demográficas como la mayor edad, ser mujer y tener estudios universitarios que también fueron encontrados en otros estudios<sup>5</sup>.

**CONCLUSIÓN:** Una intervención educativa protocolizada y basada en el modelo psicosocial A.S.E. ha logrado reducir significativamente y de forma clínicamente relevante el riesgo conductual de cáncer asociado a 5 de las 6 conductas de prevención primaria, incluidas en el Código Europeo contra el cáncer, en familiares de pacientes con cáncer.

Este trabajo ha sido financiado por los Proyectos de Investigación FIS (01/0311) y FICYT (FC-02-PC-SPV01-14).

**Autores:**

M<sup>a</sup> Luisa López<sup>1</sup>, José M. Iglesias<sup>1,4</sup>, M<sup>a</sup> Olivo del Valle<sup>1</sup>; Ángel Comas<sup>1,4</sup>, José M. Fernández<sup>1</sup>, Hein de Vries<sup>2</sup>; Alberto Lana<sup>1</sup>, Juan B. García<sup>1</sup>, Santiago López<sup>3</sup>, Antonio Cueto<sup>1</sup> y Grupo FAPACAN<sup>5</sup>.

1. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Oviedo.
2. Departamento de Educación y Promoción de la Salud. Universidad de Maastricht. Holanda.
3. Departamento de Enfermería Comunitaria. Universidad de Cantabria.
4. Medicina Familiar y Comunitaria.
5. Grupo FAPACAN

**Bibliografía:**

1. Doll R, Peto R. The causes of cancer: quantitative estimates avoidable risk of cancer in the United States. *J Natl Cancer Inst.* 1981;1191-1308.

2. Boyle P, Autier P, Bartelink H, Baselga J, Boffetta P, Burn J, Burns, et al. European Code Against Cancer and scientific justification: Third version (2003). *Annals of Oncology* 2003; 14: 973-1005.
3. Comas A, Cueto A, García Casas J, García E, García M F, López M L, López S, Del Valle O. Actitud hacia la prevención primaria del CÁNCER: Validación de una escala. Oviedo: Publicaciones de la Universidad de Oviedo; 2002.
4. Prochaska JO, Velicer WF, Redding C et al (2005) Stage-based expert systems to guide a population of primary care patients to quit smoking, eat healthier, prevent skin cancer, and receive regular mammograms. *Prev Med* 41(2), 406-416.
5. Brunswick N, Wardle J, Jarvis MJ (2001) Public awareness of warning signs for cancer in Britain. *Cancer Causes Control* 12(1):33-37.

# Revisión a los clásicos

## CÓMO DISPONER DE MEJOR INFORMACIÓN EN MENOR TIEMPO

Crowley P (1989). *Promoting pulmonary maturity*. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC, eds. *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford: Oxford University Press, pp 746-762.

Brownfoot Fiona C, Crowther Caroline A, Middleton Philippa. *Diferentes corticosteroides y regímenes para acelerar la maduración pulmonar fetal en mujeres con riesgo de parto prematuro (Revisión Cochrane traducida)*. En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

### EXPOSICIÓN:

El primero de los estudios (Crowley, 1989) consiste en una revisión sistemática de siete ensayos clínicos (EC) que evalúan el efecto de la administración de un curso de tratamiento corto y barato con corticosteroides en mujeres gestantes con amenaza de parto prematuro. El primero de estos EC se publicó en el año 1972. Dado que no se publicó ninguna revisión sistemática de estos ensayos hasta 1989, la mayoría de obstetras no conocía que el tratamiento era tan efectivo. Como resultado, decenas de miles de recién nacidos prematuros probablemente padecieron y murieron innecesariamente. La primera revisión, no estructurada, realizada por Crowley acerca de los corticosteroides prenatales se realizó a sugerencia del profesor Dennis Hawkins en 1980. La Dra. Anne Anderson le sugirió que la usara como base para un metanálisis anterior en 1981. Su trabajo en la National Perinatal Epidemiology Unit de 1980 a 1981 fue financiado por el National Maternity Hospital, Dublín, a sugerencia del entonces Máster, Dr. Dermot MacDonald. Esta revisión se publicó por primera vez de forma estructurada en la Base de Datos de Oxford de Ensayos Perinatales, en 1989.

La última actualización de la revisión Crowley (Brownfoot, 2008) concluye lo siguiente: Las pruebas de esta nueva revisión apoyan el uso continuado de un ciclo único de corticosteroides prenatales para acelerar la maduración del pulmón fetal en mujeres con riesgo de parto prematuro. El tratamiento con corticosteroides prenatales reduce el riesgo de muerte neonatal, síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia cerebroyventricular, enterocolitis necrotizante, morbilidad infecciosa, necesidad de asistencia respiratoria e ingreso a unidades de cuidados intensivos neonatales. Los resultados de los 21 estudios incluidos en esta revisión actualizada categóricamente apoyan la conclusión de la revisión anterior (Crowley 1995)<sup>1</sup> acerca

de que el tratamiento con corticosteroides prenatales reduce la muerte neonatal, el síndrome de dificultad respiratoria (SDR) y la hemorragia cerebroyventricular en los neonatos prematuros.

### COMENTARIO:

La revisión de Crowley es sólo uno de los múltiples ejemplos de los costes humanos resultantes de la incapacidad de realizar revisiones sistemáticas actualizadas de los EC relacionados con la atención sanitaria.

Archie Cochrane se refirió en 1987 a la revisión presentada como la piedra angular en la historia de los ensayos clínicos y sugirió que otras especialidades deberían copiar el método utilizado.

Archie Cochrane es conocido, sobre todo, por su publicación "Efectividad y eficiencia: reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios"<sup>2</sup>, publicado en 1972. En el mismo sugiere que, como los recursos son siempre limitados, deberían ser utilizados para proveer de manera equitativa los cuidados de salud que han probado ser efectivos en investigaciones con diseños adecuados. En particular refuerza la importancia de utilizar los resultados de los ensayos clínicos aleatorios, ya que considera que aportan la información más fiable que otras posibles fuentes de evidencias. La seminal importancia de estas sencillas propuestas fue inmediatamente reconocida por los profesionales de la salud.

En 1979 apuntó la necesidad de disponer de un catálogo periódicamente actualizado, por especialidades o subespecialidades de todos los ensayos clínicos controlados relevantes. Este reto fue el inicio de la Oxford Database of Perinatal Trials, y la inspiración para la aparición, años más tarde, de la colaboración Cochrane.

Los principios de la Colaboración Cochrane incluyen la promoción de una buena comunicación, una toma de decisiones abierta y el trabajo en equipo, así como la minimización de los obstáculos que reducen las contribuciones y la estimulación de la diversidad. Estos objetivos no pueden ser alcanzados sin la cooperación entre las personas, dejando de lado el interés propio y trabajando juntos para proporcionar evidencias con las que mejorar la asistencia sanitaria. La Colaboración Cochrane prepara revisiones sistemáticas e intenta actualizarlas regularmente con las últimas evidencias científicas. Por estas razones, e inspiradas en el espíritu colaborativo que la alentó, consideramos el comentado trabajo como la referencia más adecuada para cerrar esta etapa del Notas de Evaluación.

#### Autora:

Carmen Natal Ramos, Técnica de Salud Unidad de Análisis y Programas. SESPA.

#### Bibliografía:

1. Crowley P. Update in the antenatal steroid meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 1991(173): 322-335.
2. *Effectiveness and efficiency: random reflections on health services*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972.

# Selección de Informes de las Agencias de EvTs

DESARROLLO DE UN SISTEMA DE CONOCIMIENTO COMPARTIDO PARA LA EVALUACIÓN EN RED DE LA INNOVACIÓN TECNOLÓGICA EN MEDICINA

**INTRODUCCIÓN:** Es una realidad que los progresos en sanidad han producido un enorme beneficio social en los países de nuestro entorno en los últimos treinta años. Sin embargo, estos avances han generado grandes expectativas sociales, y un cierto convencimiento de que la moderna medicina ofrece posibilidades casi ilimitadas de solucionar los grandes problemas sanitarios de una sociedad cada vez más exigente, que sitúan a la sanidad moderna en una encrucijada en la que los crecientes costes y la exigencia social de proporcionar soluciones rápidas a los problemas de salud están sometiendo al sistema a una gran tensión. En este contexto, el fomento de la innovación y la evaluación rigurosa de la misma orientada hacia la mejora de la atención al usuario forma parte de la responsabilidad de los financiadores y proveedores del Sistema Nacional de Salud.

**OBJETIVOS:** El objetivo general es impulsar la innovación –de alto valor añadido– que se genera en el hospital y su entorno y aquella que procede del exterior, diseñando e implantando una sistematización en red de todo el proceso de innovación; desde su concepción y evaluación, hasta la gestión del conocimiento generado en el proceso y la introducción de la innovación en el sector sanitario.

Los objetivos específicos: a) creación de un sistema de gestión de la propiedad intelectual/industrial y transferencia de tecnología; b) creación de un sistema de gestión eficiente de ensayos clínicos que agilice el proceso de innovación y potencie la realización de estudios farmacológicos fase 1 y fase 2; c) creación de una sistemática de evaluación de innovaciones desarrolladas en el hospital (innovaciones out) o que procedan de su exterior (innovaciones in); d) desarrollo de instrumentos y procesos para la captura de información (derivada de todo el proceso sistematizado en red), su evolución a conocimiento y su gestión.

Los sistemas sanitarios que no apuesten por la innovación en los procesos de atención están abocados al fracaso

**METODOLOGÍA:** Diseño e impulso de una estructura transversal, multiespecialidad (clínica) y multidisciplinar (diferentes perfiles profesionales que incluyen evaluadores, farmacéuticos, especialistas en gestión y administración de empresas, expertos en sistemas de información, expertos en gestión del conocimiento, expertos en gestión de ensayos clínicos, bioingenieros) en el Hospital Clínico de Barcelona (HCB) y su entorno para catalizar la innovación a partir de los conocimientos clínicos y los resultados de la investigación biomédica.

Se han utilizado diferentes metodologías, técnicas y actividades que incluyen: revisiones sistemáticas (Center for Review and Dissemination, hasta febrero de 2008; PubMED, hasta enero de 2008; NLM Gateway Results, hasta febrero de 2008; ISI Web of Knowledge, hasta enero de 2008; Times cited de ISI Web of Knowledge realizada en diciembre de 2007) y revisiones no sistemáticas; estudios transversales a través de cuestionarios diseñados específicamente para obtener información; entrevistas cara a cara; sesiones de brainstorming; asistencia a cursos y congresos; y visita a centros de referencia en las actividades desarrolladas.

**RESULTADOS:** Se ha creado y puesto en marcha el Comité de Innovación y Nuevas Tecnologías (CINTEC), presidido por la dirección general del centro y compuesto por los líderes de las diferentes áreas clínicas, enfermería, infraestructuras, sistemas de información y directivos del hospital. El CINTEC ha llevado a cabo cuatro reuniones y su creación ha supuesto el punto de inflexión para la puesta en marcha del sistema de desarrollo de conocimiento para la gestión y evaluación de innovaciones en la institución. A su vez, se ha creado el grupo de trabajo del CINTEC (CINTEC-GT), encargado de dar soporte y elaborar y ejecutar los procesos e información necesarios para una adecuada gestión y evaluación de la innovación enfocada a proyectos clínicos y de investigación biomédica.

La instauración e impulso de un sistema de transferencia de tecnología en el HCB ha permitido pasar de un sistema atomizado en la gestión de la innovación generada en el entorno de este hospital, donde no se tenía información global sobre la actividad en innovación ni quién y cómo se gestionaba la innovación, a un sistema centralizado donde identifican y monitorizan todas las innovaciones y se gestiona su transferencia. Este sistema ha permitido pasar de cuatro patentes solicitadas en el año 2006 a la solicitud de 21 patentes en el periodo 2007-2008 en diferentes áreas tecnológicas (con predominio de la biotecnología); en diciembre 2008 se estaban gestionando 26 proyectos «vivos».

A su vez, se han llevado a cabo tres acuerdos de licencias de producto con retorno económico a través de royalties sobre ventas y un acuerdo de «venta». Se ha creado una empresa spin-off, un acuerdo de participación en una compañía en el área renal y se está negociando la participación en otra. Por último, se ha empezado a crear una red de contactos para la captación de fondos (business angels y capital riesgo), así como relaciones con instituciones públicas para intercambiar y transferir el conocimiento generado en todo el proceso. La introducción de un sistema profesionalizado de gestión de ensayos clínicos (EC) ha permitido la creación de una unidad de investigación de nuevas terapias (Inter Unit) de prueba de concepto, en pacientes (no voluntarios sanos) para EC con fármacos fase 1 y 2.

Asimismo, se ha diseñado el sistema organizativo y trabajado en los procedimientos normalizados de trabajo (PNT) para alcanzar la eficiencia en la gestión de EC. En lo referente a la evaluación de la innovación, se han desarrollado instrumentos para evaluar la innovación producida en el centro y objeto de transferencia (out) como para aquella que quiere introducirse en el HCB desde otros contextos (out); y se ha diseñado la metodología para llevar a cabo un plan estratégico de tecnología innovadora que se adecue a las necesidades y prioridades del HCB y, a la vez, del sistema sanitario catalán. La revisión sistemática efectuada muestra que aunque existe alguna experiencia previa, no es hasta el año 1990 cuando empiezan a aparecer publicaciones sobre experiencias concretas de Evaluación de Tecnología Sanitaria (ETS) en los hospitales; y es a partir del año 2000 cuando empieza el movimiento de descentralización de la ETS hacia los hospitales universitarios de alta tecnología alrededor del mundo. El éxito de esta descentralización depende de varios factores, entre los que cabe destacar la alineación de la misión de la unidad de ETS con los objetivos generales del sistema sanitario y con los del hospital, así como el claro soporte explícito y continuado de los directivos del centro. El modelo ideal de una unidad de ETS en el hospital propuesto abarca tanto el soporte a una evaluación proactiva de innovaciones out, como también una actitud proactiva en el avistamiento, evaluación y gestión de tecnologías emergentes que nutran la estrategia en planificación tecnológica del hospital, así como el soporte documentado a la toma de decisiones en la introducción de innovaciones in en el centro.

Por último, la transferencia de conocimiento necesaria al sistema sanitario y a la sociedad pasa por incluir a la unidad de ETS en redes nacionales e internacionales de evaluación. También se han diseñado y producido dos plataformas tecnológicas, el portal del investigador y la plataforma de conocimiento compartido, que representan las bases para fomentar el intercambio y la transferencia de información y conocimiento entre los profesionales sanitarios e investigadores que trabajan en la institución. Finalmente, se ha empezado a trabajar en la creación de una «cultura de la innovación» a través de la organización de cursos, jornadas, y el trabajo directo en diversos proyectos con los profesionales del centro.

**CONCLUSIONES:** Los sistemas sanitarios que no apuesten por la innovación en los procesos de atención, de manera que éstos se adapten más a las necesidades de los ciudadanos del siglo XXI, están abocados al fracaso. La apuesta por la innovación debe considerar en su definición tanto la identificación y transferencia de tecnologías producidas en el propio sistema sanitario, como aquellas que provienen de otros entornos. No obstante, la apuesta también debe considerar el valor real añadido que representan estas innovaciones, de manera que se potencien e impulsen las que van a suponer verdaderos incrementos en la mejora de la calidad de la atención sanitaria; a la vez que se frene la adopción y difusión



- Así como no hay quórum de expertos en cuanto a la idoneidad de los métodos, sino más bien se concluye que se necesita una cadena de métodos adaptados, lo mismo pasa con las respuestas que da la disciplina actualmente: muy probablemente el problema está en que hay más preguntas que respuestas.

- No obstante, la necesidad de invertir mejor los recursos destinados a la investigación es patente y por tanto la necesidad de avanzar en esta disciplina es clara.

- El modelo que se presenta en este documento es un primer paso, en consonancia con otros grupos internacionales, por aplicar este tipo de evaluación en el contexto catalán y español.

**Referencia:** Adam P, Permanyer-Miralda G. ¿Es la investigación biomédica una buena inversión social? La evaluación del impacto social de la investigación médica. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2009.

## CONTRIBUCIONES AL DEBATE SOBRE LA EVALUACIÓN DEL IMPACTO SOCIAL DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD Y AL DESAFÍO DE LA CONTRIBUCIÓN

**PROPÓSITO:** A medida que las sociedades democráticas avanzan hacia la adopción e implementación de la cultura de la evaluación, la preocupación de las organizaciones relacionadas con la investigación en relación con la adecuación de sus planes de investigación y la financiación de mismos es cada vez mayor. Aunque el gasto en investigación de salud es bien conocido en los países de la OCDE, se conoce menos a qué proyectos se destinan los fondos. E

Los esfuerzos para evaluar el impacto social de la integración en salud han de ser coordinados

incluso se incrementa la necesidad de conocer los beneficios, así como de disponer de herramientas para poder planificar mejor la agenda de investigación. Canadá y Estados Unidos han sido probablemente los países que han liderado la búsqueda de métodos adecuados de medida de resultado en salud, social y económico de la investigación, aunque no son los únicos.

Las aproximaciones disponibles y validadas actualmente pueden concretarse en dos: "top-down", muy populares entre los economistas, que se basan en la aplicación de técnicas econométricas a modelos lógicos y casuales y "bottom-up", representadas por estudio de casos combinados con revisión por pares y métodos cuantitativos de análisis.

En el seno de las XXIX jornadas de Economía de la Salud, celebradas en Málaga en junio de 2009, se desarrolló una mesa redonda cuyo objetivo fue discutir la aportación de ambas aproximaciones así como de la reciente iniciativa de la Canadian Academy of Health Sciences (CAHS) de integración de las mismas, con un enfoque específico en cómo atribuir las mejoras sociales a investigaciones específicas. La mesa fue organizada y coordinada por Paula Adam, de la Agencia de Evaluación de Tecnologías e Investigación Médica de Cataluña (AATRMC), en colaboración con Gaietà Permanyer-Miralda, de la Unidad de Epidemiología del Hospital Vall d'Hebrón, y participaron en la misma Stephen Hanney (Health Economics Research Group, Universidad de Brunel, UK), Jorge Mestre-Ferrandiz (Office of Health Economics, UK) y Cyril Frank (Canadian Academy of Health Sciences y Universidad de Calgary, Canadá).

**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:** Los expertos expresaron su apoyo a cualquier iniciativa en el sentido de investigar el impacto de la investigación en España. No sólo en el sentido de estudiar el propio impacto, sino también en las acciones para el empoderamiento y la capacidad de construcción. Además, los expertos sugieren que los esfuerzos en España deben ser coordinados y ofrecen su apoyo a cualquier iniciativa que se desarrolle en esta dirección.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

Los expertos expresaron su apoyo a cualquier iniciativa en el sentido de investigar el impacto de la investigación en España. No sólo en el sentido de estudiar el propio impacto, sino también en las acciones para el empoderamiento y la capacidad de construcción. Además, los expertos sugieren que los esfuerzos en España deben ser coordinados y ofrecen su apoyo a cualquier iniciativa que se desarrolle en esta dirección.

**Referencia:** Adam P, Frank C, Hanney S, Mestre-Ferrandiz J, Permanyer-Miralda G. Contributions to the debate on the assessment of the social impact of health research and on the challenge of attribution. Summary report of the experts table in Malaga. Barcelona: Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research. Catalan Health Service. Department of Health. Government of Catalonia; 2009.

## ESTRATEGIAS PARA TRASLADAR EL CONOCIMIENTO BASADO EN LA EVIDENCIA A LA PRÁCTICA PARA PROFESIONALES DE LA REHABILITACIÓN. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

**INTRODUCCIÓN:** Aunque existe una motivación en los profesionales para el uso de prácticas clínicas basadas en la evidencia, se encuentra una distancia entre la evidencia científica y su aplicación en la práctica clínica. El reconocimiento de este dilema ha permitido el desarrollo en el interés de la transferencia del conocimiento (KT), entendida como el intercambio, síntesis y aplicación ética del conocimiento en el contexto del complejo sistema de interacciones entre investigadores y usuarios.

Los rehabilitadores necesitan actualizar sus conocimientos sobre las mejores prácticas, considerando que la adherencia a guías clínicas puede mejorar significativamente los resultados en los pacientes. Sin embargo, el conocimiento sobre los beneficios de las intervenciones depende de las posibilidades de la transferencia del conocimiento para estos profesionales.

**OBJETIVOS:** Examinar la efectividad de las intervenciones (simples y multicomponentes) de transferencia del conocimiento para mejorar conocimientos, actitudes y prácticas en los especialistas en rehabilitación.

**MÉTODOS:** Revisión sistemática para identificar estudios de evaluación de las intervenciones de transferencia del conocimiento destinadas a terapias ocupacionales y fisioterapeutas.

Fuentes de información: cuatro bases de datos electrónicas (MEDLINE; CINAHL, AMED, EBM Reviews) y tres bases de datos específicas de rehabilitación y KT (PEDro, Occupational Therapy SEEKER y Research an Development Resource Base).

Periodo: desde origen hasta Junio de 2008. Criterios de selección: se incluyeron ensayos clínicos aleatorios y estudios observacionales en inglés y francés. La selección fue realizada por dos investigadores independientes.

- **BioInitiative report GR Gezondheidsraad (The Health Council of the Netherlands)**  
<http://www.gr.nl>

- **Indications de la radiographie du crâne et/ou du massif facial HAS Haute Autorité de santé/ French National Authority for Health**  
<http://www.has-sante.fr>

- **Procédures de radiothérapie extern HAS Haute Autorité de santé/French National Authority for Health**  
<http://www.has-sante.fr>

- **Detection of adverse events in administrative databases KCE Belgian Health Care Knowledge Centre**  
<http://kce.fgov.be>

- **Fatigue Syndrome: diagnosis, treatment and organisation of care KCE Belgian Health Care Knowledge Centre**  
<http://kce.fgov.be>

- **Aging in the Community: Summary of Evidence-Based Analyses MAS Medical Advisory Secretariat**  
[http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/pub\\_mn.html](http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/pub_mn.html)

- **Intra-gastric balloons for the temporary management of morbid obesity MSAC Medical Services Advisory Committee**  
<http://www.msac.gov.au/>

- **MRI for staging of rectal carcinoma MSAC Medical Services Advisory Committee**  
<http://www.msac.gov.au/>

- **The clinical effectiveness and cost-effectiveness of central venous catheters treated with anti-infective agents in preventing bloodstream infections: a systematic review and economic evaluation NETSCC, HTA-NIHR Coordinating Centre for Health Technology Assessment**  
<http://www.hta.ac.uk>

- **The clinical effectiveness of diabetes education models for Type 2 diabetes: a systematic review NETSCC, HTA-NIHR Coordinating Centre for Health Technology Assessment**  
<http://www.hta.ac.uk>

- **Determining the most clinically and cost-effective way of implementing digital mammography services for breast screening in NHSScotland NHS QIS - Quality Improvement Scotland**  
<http://www.nhshealthquality.org>

- **Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos OSTEBA Basque Office for Health Technology Assessment**  
<http://www1.euskadi.net/buscadorsan/osteba/infveva.apl>

- Análisis epidemiológico de la información recogida por los registros hospitalarios del cáncer en la CAPV. Identificación de posibles mejoras en cuanto a la retroinformación y a la difusión de los resultados.  
OSTEBA Basque Office for Health Technology Assessment  
<http://www1.euskadi.net/buscadorsan/osteba/infjeva.apl>

- Consejo Genético en anomalías congénitas en la Comunidad Autónoma del País Vasco  
OSTEBA Basque Office for Health Technology Assessment  
<http://www1.euskadi.net/buscadorsan/osteba/infjeva.apl>

- Dementia - Etiology and Epidemiology SBU Swedish Council on Technology Assessment in Health Care  
<http://www.sbu.se/www/index.asp>

## AGENDA

XXX Jornadas de Economía de la Salud "Servicios sanitarios: ¿cuáles? ¿para quién? ¿cómo?". Valencia, 22 al 25 de junio de 2010  
<http://www.aes.es/Jornadas/>

III Congreso Clínico semFYC en Cardiovascular. Palacio Euskalduna de Bilbao. Días 4 y 5 de febrero de 2010  
<http://www.semfyce.es/congresoclinico2010>

16ª WONCA Europa 2010 "Medicina de Familia en el futuro - Mezcla de Salud y Culturas". Málaga, 6 al 9 de octubre de 2010  
<http://www.woncaeurope2010.org>

XXVIII Congreso SECA y I Congreso SÓGALCA. "El Ciudadano y la Seguridad: ejes de la Calidad". Santiago de Compostela, 19 al 22 de octubre de 2010  
<http://www.calidadasistencial.es>

## Ficha Técnica

EDITA:  
Servicio de Salud del Principado de Asturias

PROMUEVE:  
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

DISTRIBUYE:  
Unidad de Análisis y Programas Subdirección de Gestión Clínica y de Calidad  
Plaza del Carbayón 1 y 2  
33001 - Oviedo

REDACCIÓN:  
Elvira Muslera Canclini  
Carmen Natal Ramos  
Mª Dolores Martín Rodríguez  
Elena Blázquez Cimadevilla

DOCUMENTACIÓN:  
Teresa Méndez Morales

Tfno. 985 10 85 52  
Fax. 985 10 92 70  
E-mail: analisis.programas@sespa.princast.es

MAQUETACIÓN:  
Tresalia Comunicación

D.L.: As-1134/2001

Se evaluó la validez interna de los ensayos clínicos mediante la escala PEDRo y para los estudios observacionales se consideraron los siguientes criterios: selección y representatividad de la muestra, descripción adecuada de la intervención y de la medida de resultado, confianza en los resultados del estudio y seguimiento adecuado.

**RESULTADOS:** Se identificaron 3104 referencias potencialmente relevantes. Los dos revisores seleccionaron 12 estudios que cumplen criterios, 4 ensayos clínicos, 5 estudios antes-después y 3 series de casos. De los 12 estudios, 7 eran aplicables a fisioterapeutas y 5 a terapeutas ocupacionales.

La participación en intervenciones activas de transferencia del conocimiento mejoraron los conocimientos y prácticas de los fisioterapeutas comparado con estrategias de diseminación pasivas, pero estas mejoras no se tradujeron en modificación de actitudes hacia las mejores prácticas. Con relación a los terapeutas ocupacionales no se encontró ninguna intervención con componentes múltiples; se hallaron estudios con una sola intervención que sugieren una efectividad limitada para todos los resultados medidos.

Los clínicos necesitan utilizar los resultados de la investigación para mejorar los resultados en los pacientes

**CONCLUSIONES:** Los autores concluyen que por primera vez en la historia de la rehabilitación se dispone de evidencias sustanciales en cuanto a la efectividad e ineffectividad de los tratamientos. Los clínicos necesitan utilizar estos resultados para mejorar los resultados en los pacientes.

Aunque esta revisión sugiere que las intervenciones activas con múltiples componentes para la transferencia del conocimiento mejoran el conocimiento y la práctica en fisioterapia, se necesitan más investigaciones para comprender el impacto de las intervenciones en terapia ocupacional. También se necesita investigación en cuanto a cuáles son las mejores estrategias de transferencia del conocimiento en relación con los resultados en los pacientes.

**Referencia:** Anita Menon, Nicol Corner-Bitensky, Monica Kastner, K Ann Mc Kibbon, Sharon Straus. Estrategias para trasladar el conocimiento basado en la evidencia a la práctica para profesionales de la rehabilitación. Una revisión sistemática. *J Rehabil Med* 2009;41:1024-1032.

**MANUAL PARA LA CREACIÓN DE RECURSOS PARA LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS O MANUAL PARA DAR CABIDA A LA EvTS**

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:** El Handbook on Health Technology Assessment Capacity Building tiene por objeto ser una herramienta de orientación práctica y de apoyo a las organizaciones para la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (EvTS), especialmente en aquellas donde esta disciplina no está instaurada o está en vías de hacerlo. Este manual es el resultado del trabajo de un grupo de profesionales que

son miembros del Work Package 8 (WP 8) y es coordinado por la AATRM (Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research).

**CONTENIDO:** El manual consta de siete capítulos específicos, otro acerca de retos y futuro y un capítulo final sobre conclusiones.

El capítulo primero versa sobre los antecedentes generales, objetivos, desarrollo y estructura de la guía. El segundo introduce conceptos de desarrollo a nivel nacional: compromisos de los políticos, organización adecuada de profesionales, fondos de inversión suficientes. El capítulo tercero se dedica a los aspectos centrales a considerar antes de la ejecución de un proyecto de EvTS. El capítulo cuarto resume la colaboración a nivel nacional de todas las instituciones (académicas, gubernamentales, asociaciones de profesionales, los hospitales, industrias y asociaciones de pacientes) y la internacional (con las universidades y organismos gubernamentales). El quinto se refiere a las infraestructuras pertinentes para una organización de EvTS; considera a los recursos humanos como un elemento central y una de las mayores dificultades es la de reunir personas capaces de trabajar en este área (formación y estrategias de contratación de personal). El capítulo sexto presenta el proceso de trabajo de evaluación de tecnologías sanitarias (identificación de las tecnologías a

Los aspectos relacionados con la comunicación y difusión son muy importantes para la visibilidad adecuada de la organización y sus productos en los sistemas de asistencia médica

evaluar, establecimiento de prioridades y evaluación). El capítulo séptimo da un enfoque a aspectos relacionados con la comunicación y difusión, que son muy importantes para la visibilidad adecuada de la organización, y sus productos en los sistemas de asistencia

médica. Todas las acciones y estrategias deben ser consideradas y realizadas como un plan integrado que tiene que ser abordado al principio del desarrollo del proyecto y no al final del informe.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

En cuanto a los desafíos y futuro hay que considerar que los avances en la ciencia, las expectativas crecientes de vida y el envejecimiento de la población son razones de peso para el incremento del coste y la complejidad en las actuaciones de salud; se requerirá una dirección más fuerte, una evaluación independiente que refleje la dinámica de la tecnología y las decisiones de asistencia médica precisarán mayor claridad y transparencia.

Los Ministerios de Salud Nacionales, la Comisión Europea y la Organización de la Salud han propuesto la Health Technology Assessment (HTA) como una estrategia indispensable que se adapta apropiadamente para hacer frente a la afluencia de nuevas tecnologías y gastos crecientes.

**Referencia:** EUnetHTA Work Package 8. EUnetHTA Handbook on Health Technology Assessment Capacity Building. Barcelona (Spain): Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research. Catalan Health Service. Department of Health Autonomous Government of Catalonia; 2008.