

el impacto económico y social en las familias de niños con cáncer a través del soporte multidisciplinario, entre otros, en CP.

La cooperación internacional a países latinoamericanos ha ido en progresivo aumento; en 2015 esta colaboración chilena aumentó de 5 a 11%. Gracias al Fondo Chile, una iniciativa conjunta del gobierno de Chile -a través de la Agencia Chilena de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AGCID)- y el Programa de Naciones Unidas para el desarrollo (PNUD Chile), FNH obtuvo los fondos para desarrollar un proyecto que beneficiará a los niños con cáncer de los países vecinos: Perú, Bolivia, Paraguay y Colombia. Estos fondos surgen de una iniciativa inédita que permite fortalecer a las organizaciones de la sociedad civil y compartir su experiencia con otros países que así lo requieran.

Bajo el título "Implementación de un Programa de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor para niños enfermos de cáncer de países de Latinoamérica", este proyecto busca entregar herramientas teórico-prácticas a equipos de oncología pediátrica de los cuatro países participantes, con el fin de favorecer la implementación de un programa de CP para niños en seis unidades de oncología, para mejorar su calidad de vida y disminuir el impacto económico y emocional en las familias. En forma secundaria, se espera contribuir a la generación de políticas públicas que aborden esta materia.

Este proyecto incluye tres etapas para su desarrollo; la primera es la formación de capital humano, para lo cual se llevó a cabo el curso de capacitación en CP dirigido a 11 profesionales: médicos, enfermeras y los 'pasantes' provenientes de seis unidades oncológicas, quienes participaron en clases con contenidos de CP, entregados por los principales especialistas provenientes de la salud pública y academia de nuestro país. Las principales temáticas abordadas fueron aspectos médicos, tratamiento,

uso de fármacos, aspectos psicosociales, terapias alternativas y proceso de duelo. Este curso, patrocinado por el Ministerio de Salud y acreditado por la Universidad de Chile, consideró pasantías clínicas en unidades de oncología de hospitales públicos y una clínica privada, con la posibilidad de realizar visitas domiciliarias a pacientes en CP. La segunda etapa contó con el patrocinio del Ministerio de Salud y la acreditación de la Universidad de Chile. La segunda etapa iniciada en julio, incluyó la capacitación de capital humano en cada país (equipo completo de oncología local), y se espera como producto la formulación e implementación del Programa de CP y Alivio del Dolor local. Una tercera etapa incluye el involucramiento de la Sociedad Civil y gestiones tendientes a transformar este programa en una política pública a nivel nacional. Adicionalmente, se capacitará a los padres de cada Centro como estrategia de empoderamiento en el cuidado de sus hijos y soporte emocional en esta dura etapa. Se facilitará la creación de un Manual para padres en cuidados paliativos, entre otras acciones.

Chile ha sido reconocido como un país en vías de desarrollo con resultados de país desarrollado en el cáncer infantil. Entre los factores que favorecen estos resultados se reconoce una política pública eficaz y la acción de las organizaciones de la sociedad civil y asociaciones de padres. Estas organizaciones, como FNH, complementan las acciones de los servicios públicos, donde se trata a 80% de los niños enfermos de cáncer del país. Esta estrategia colaborativa, que hemos considerado exitosa, es la que queremos replicar para incidir en la calidad de vida de niños enfermos de cáncer más allá de nuestras fronteras.

Marcela Zubieta, M Ped,⁽¹⁾

mzubieta@fnh.cl

Cecilia Prieto, MSc.^(1,2)

⁽¹⁾ Fundación Nuestros Hijos. Santiago, Chile.

⁽²⁾ Escuela de Trabajo Social, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

<http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i6.8038>

Referencias

1. Ramandeep SA, Eden T, Pizer B. The problem of treatment abandonment in children from developing countries with cancer. *Pediatric Blood Cancer* 2007;49(7):941-946. <http://doi.org/10.1002/bldc.200709411>
2. World Health Organization. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. World Wide Palliative Care Alliance & World Health Organization 2014. [consultado el 17 de mayo 2016] Disponible en: <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>
3. Gazley B, Brudney J. The Purpose (and Perils) of Government Nonprofit Partnership Nonprofit and Voluntary Sector. *Quarterly* 2007;36(3):389-415.
4. Magrat I, Steliarova-Foucher E, Epelman S, Ribeiro RC, Harif M, Li CK, et al. Paediatric cancer in low-income and middle-income countries. *Lancet Oncol* 2013;14(3):e104-16. [http://doi.org/10.1016/S1473-3099\(12\)72670-9](http://doi.org/10.1016/S1473-3099(12)72670-9)

Cursos virtuales de medicina basada en evidencias

Señor editor: La medicina basada en evidencias (MBE) es definida como el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia científica disponible para la toma de decisiones sobre los pacientes.¹ Este término ha cobrado popularidad en los últimos años y se ha posicionado como una de las tendencias más aceptadas para la práctica médica.

Para que un médico pueda realizar la MBE necesita reunir distintas competencias como la búsqueda bibliográfica, lectura crítica (tanto metodológica como estadística) de artículos científicos y razonamiento clínico para brindar al paciente el mejor cuidado de acuerdo con la evidencia encontrada.²

Lamentablemente, es posible que muchos médicos no desarrollen adecuadamente estas competencias debido a la escasez de capacitaciones al respecto. Este problema puede estar sucediendo en Latinoamérica, donde se han encontrado deficiencias en relación con la enseñanza de temas de investigación durante la formación médica.³

Una alternativa para afrontar este problema es el uso de cursos virtuales, a los cuales cualquier persona puede acceder mediante internet. Estos cursos hacen uso de herramientas audiovisuales como videoclases, audios y foros interactivos, entre otras. En la actualidad se han creado plataformas con el apoyo de prestigiosas universidades, que permiten el acceso a estos cursos.

Debido al potencial de los cursos virtuales para brindar a los médicos los conocimientos necesarios para aplicar la MBE, elaboramos una lista de éstos sobre el tema. Para ello, realizamos búsquedas sistemáticas en las plataformas web más populares de cursos virtuales (Coursera, EDX,

Future Learning, Canvas Network, UniMOOC, MiríadaX), así como en el buscador Google. Para ello, utilizamos los términos clave: *medicina basada en evidencia, evidencia médica, guías de práctica clínica, guías de manejo clínico, lectura crítica, búsqueda bibliográfica, búsqueda de evidencia, razonamiento clínico, revisiones sistemáticas, medicina personalizada*, y sus correspondientes traducciones al inglés.

Se hallaron 18 cursos que trataron sobre algún componente de la MBE, de los cuales nueve fueron respaldados por universidades de Estados Unidos y seis por universidades de Europa. Diez cursos utilizaron videoclases, mientras que los otros ocho cursos utilizaron solamente lec-

turas. Un curso presenta su contenido en castellano y otro posee subtítulos en este idioma. A excepción de un curso, los demás son brindados de forma gratuita; sin embargo, para obtener la certificación, en seis de ellos se debe pagar una cantidad promedio de 50 dólares (cuadro I).

Los cursos virtuales han demostrado ser herramientas útiles para facilitar la enseñanza de diversos temas, de manera masiva y a bajo costo, lo que representa grandes ventajas respecto de la enseñanza tradicional.⁴ Sin embargo, observamos que existe una barrera idiomática para que los médicos hispanohablantes puedan acceder a estos cursos de MBE. Por ello, resulta recomendable que las en-

Cuadro I
CURSOS VIRTUALES DE MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS ENCONTRADOS (N=18)

Plataforma	Título del curso	Institución	Idioma/Subtítulos en español	¿Posee videoclases?	Precio/Precio del certificado	Brinda certificado
Coursera	Case studies in personalized medicine	Vanderbilt University, EUA	Inglés/No	Sí	No/49 USD	Sí
Coursera	An introduction to evidence-based undergraduate STEM teaching	Vanderbilt University, EUA Wisconsin-Madison University, EUA Michigan State University, EUA	Inglés/No	Sí	No/No	No
Coursera	Design and interpretation of clinical trials	Johns Hopkins University, EUA	Inglés/No	Sí	No/No	No
Coursera	Understanding clinical research: behind the statistics	Universidad de Ciudad del Cabo, Sudáfrica	Inglés/No	Sí	No/29 USD	Sí
Coursera	Introduction to systematic review and meta-analysis	Johns Hopkins University, EUA	Inglés/No	Sí	No/49 USD	Sí
EDX	Introduction to applied biostatistics: statistics for medical research	Osaka University, Japón	Inglés/No	Sí	No/49 USD	Sí
EDX	Fundamentals of clinical trials	Harvard University, EUA	Inglés/No	Sí	No/No	No
EDX	Pragmatic randomized controlled trials in health care	Karolinska Institutet, Suecia	Inglés/No	Sí	No/No	Sí
UniMOOC	Innovación aplicada a la medicina: salud a la carta	Fundación Innovación Bankinter, España	Inglés/Sí	Sí	No/No	Sí
KTClearingHouse	Practising EBM	Canadian Institute of Health Research (CIHR), Canadá	Inglés/No	No	No/No	No
Medical Education & Evaluation	Evidenced-Based Medicine	University of Washington, EUA	Inglés/No	No	No/No	No
MclibraryDuke	Introduction to evidence-based practice	Duke University / EUA University of North Carolina, EUA	Inglés/No	No	No/No	No
Omerad	Evidence-based medicine course	Michigan State University, EUA	Inglés/No	No	No/No	No
Trams	Understanding evidence-based healthcare	Johns Hopkins University, EUA	Inglés/No	No	No/No	No
Astranova	Good clinical practice online training	Royal College of Physicians, Reino Unido	Inglés/No	No	No/69 £	Sí
PharmaLessons	Internacional good clinical practice training	Royal College of Physicians, Reino Unido	Inglés/No	No	No/55 €	Sí
Pupilum	Curso online de búsqueda bibliográfica y lectura crítica de artículos	Pupilum, España	Español e Inglés/No	No	75 €/No	Sí
Healthcare Improvement Scotland	Critical appraisal of medical literature online tutorial	Healthcare Improvement Scotland, Escocia	Inglés/No	Sí	No/No	No

tidades pertinentes hagan el esfuerzo por crear cursos virtuales en español o traducir los ya existentes sobre MBE. Asimismo, consideramos que las escuelas de medicina que tengan dificultad para implementar cursos sobre MBE podrían utilizar estos cursos virtuales con dicho fin.

Diego Urrunaga-Pastor, Est Med Hum,^(1,2)
diego_urrunaga@usmp.pe,
Alvaro Taype-Rondan, MC.⁽³⁾

⁽¹⁾ Facultad de Medicina Humana,
Universidad de San Martín de Porres. Lima, Perú.

⁽²⁾ Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina
de la Universidad de San Martín de Porres. Lima, Perú.

⁽³⁾ CRONICAS Centro de Excelencia
en Enfermedades Crónicas, Universidad Peruana
Cayetano Heredia. Lima, Perú.

<http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i6.7872>

Referencias

- Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992;268(17):2420-2425. <http://doi.org/d67x5v>
- Hopayian K. Práctica médica basada en la evidencia: ¿qué deberíamos enseñar y cómo deberíamos enseñarlo? *Evid Act Pract Ambul* 2013;16(3):82-83.
- Mayta-Tristán P, Cartagena-Klein R, Pereyra-Eliás R, Portillo A, Rodríguez-Morales AJ. Apreciación de estudiantes de medicina latinoamericanos sobre la capacitación universitaria en investigación científica. *Rev Med Chil* 2013;141(6):716-722. <http://doi.org/bmw7>
- Wiecha J, Heyden R, Sternthal E, Merialdi M. Learning in a Virtual world: experience with using second life for medical education. *J Med Internet Res* 2010;12(1):e1. <http://doi.org/fn2799>

Los criterios de elegibilidad actuales del Seguro Popular para recibir tratamiento para el virus de la hepatitis C

Señor editor: Pocas cosas han avanzado tanto como el tratamiento contra el virus de la hepatitis C (VHC). Se tienen antivirales de acción directa (AAD) con los que se obtienen respuestas virales sostenidas (RVS) mayores a 90%, pero el costo de estos medicamentos es prohibitivo para los sistemas de salud. Por ello, sociedades internacionales aconsejan

priorizar su uso en fibrosis avanzada (F3-F4), trasplante, coinfección por hepatitis B o VIH, manifestaciones extrahepáticas o en personas con riesgo de transmitir el VHC (con actividad sexual de riesgo, presos, usuarios de drogas, mujeres en edad fértil que deseen tener hijos, pacientes con hemodiálisis).^{1,2}

En México ya existen AAD, pero no están considerados en el protocolo técnico para VHC del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). Este protocolo ofrece terapia con PegIFN/RBV -con RVS de 30-40%- para los pacientes que no tengan alguna contraindicación como edad mayor a 50 años, cirrosis, enfermedad autoinmune, coinfección viral, enfermedad psiquiátrica (excepto depresión), obesidad mórbida, diabetes mellitus insulino-dependiente, citopenias significativas, insuficiencia cardíaca descompensada, enfermedad renal crónica, epilepsia, enfermedad pulmonar con limitación funcional o haber recibido tratamiento previo.

En México existen más de un millón de infectados por VHC; al año se diagnostican 14 700 casos y sólo se tratan 3 100. Al VHC se atribuye 36.6% de las cirrosis, 45% de los carcinomas hepatocelulares (CHC) y 31.8% de los trasplantes. Para 2030 habrá más de 1 200 000 personas infectadas. Adicionalmente, existirá un aumento en 55% de los casos de CHC,

cirrosis descompensada y muertes por hepatopatía.^{3,4}

Debido a esto, en este trabajo se investiga cuántos de los pacientes que son referidos al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, en México, para recibir tratamiento para el VHC por parte del FPGC son rechazados por tener alguna exclusión.

Se identificaron 129 pacientes que ingresaron al instituto entre agosto de 2011 y agosto de 2014 por VHC. El 58% (75/129) fueron mujeres, con edad promedio de 56 años (DE±15). El genotipo predominante fue 1b en 37% (48/129), seguido de 1a en 25%(25/129). La causa más frecuente por la cual se llegó al diagnóstico (34.9% [45/129]) fue por manifestaciones de cirrosis (cuadro I). La forma de transmisión más común fue transfusional en 50% (60/129), seguida de uso de drogas en 4.7% (6/129). El 53.5% (69/129) ya tenía cirrosis al ingresar al instituto; de éste, 69.6% (48/69) estaba descompensado. Sólo 46.5% (60/129) recibió tratamiento; 34.1% (44/129) lo hizo antes de ingresar al instituto. La principal razón por la cual los pacientes no recibieron tratamiento fue por tener cirrosis descompensada en 43.5% (30/69) (cuadro II). El tratamiento administrado fue pegIFN-RBV en 86.7% (52/60); sólo se logró RVS en 9.6% (5/52).

Cuadro I
CAUSA POR LA CUAL SE DIAGNOSTICÓ LA INFECCIÓN POR VIRUS DE LA HEPATITIS C (N=129). MÉXICO, 2011-2014

Causa	n (%)
Manifestaciones clínicas de cirrosis	45 (34.9)
Por escrutinio al donar sangre	29 (22.5)
Alteración de pruebas de función hepática	28 (21.7)
Manifestaciones extrahepáticas	6 (4.7)
Datos de daño hepático crónico por imagen	2 (1.6)
Datos de daño hepático crónico durante una cirugía	2 (1.6)
Hepatitis aguda	2 (1.6)
No especificado	15 (11.6)