

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

1. 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>
2. Hopayian K. Práctica médica basada en la evidencia: ¿qué deberíamos enseñar y cómo deberíamos enseñarlo? Evid Act Pract Ambul 2013;16(3):82-83.
3. 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>
4. 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)

Cuadro II
RAZONES POR LAS CUALES NO SE RECIBIÓ TRATAMIENTO
PARA VHC (N=69). MÉXICO, 2011-2014

Causa	n (%)
Cirrosis descompensada	30 (43.5)
Contraindicación distinta a descompensación	5 (7.2)
Motivos económicos	5 (7.2)
Serología positiva con viremia negativa	4 (5.8)
El paciente está en espera de nuevas opciones	3 (4.3)
El paciente no desea tratamiento	1 (1.4)
La infección se autolimitó	1 (1.4)
El paciente no acudió a seguimiento	10 (14.5)
No especificado	10 (14.5)

Al cotejar estos pacientes con los criterios del FPGC se encontró que 34.1% (44/129) sería excluido por tratamiento previo, 64.3% (83/129) por la edad, 53.5% (69/129) por tener cirrosis, 3.1% (4/129) por tener una contraindicación al interferón y 1.6% (2/129) por coinfección. Sólo 15.5% (20/129) podría entrar al programa.

La principal contraindicación para ingresar al programa fue padecer cirrosis. Al parecer, en comparación con otros países, en México se hace el diagnóstico en forma tardía.⁵ Si se espera tener un impacto en la morbilidad por VHC se necesita, primero, realizar escrutinio a poblaciones de riesgo para detectar casos oportunamente; segundo, ofrecer tratamientos eficaces (AAD) a un mayor número de pacientes. Si sólo se cambia PEG-IFN/RBV por AAD, pero sin aumentar el número de casos que se tratan, para 2030 se lograría un descenso de 10% en los casos de CHC, cirrosis descompensada o muerte. Si además se incrementa el porcentaje de pacientes tratados a 1.0% y 2.0% de los pacientes infectados, la reducción del mortalidad será de 20 y 50%, respectivamente.⁶

En resumen, actualmente los criterios del FPGC excluyen a 85.5% de los pacientes; lo anterior sugiere que además de implementar el uso de AAD, altamente eficaces, es nece-

sario ampliar los criterios que hacen a alguien elegible, de lo contrario, sólo se estará tratando a una mínima parte de la población infectada, con una disminución poco significativa de la morbilidad por VHC.

Carlos Moctezuma-Velázquez, MD,⁽¹⁾
 mocmocte@hotmail.com

Juan Francisco Sánchez-Ávila, MD,⁽¹⁾

Ignacio García-Juárez, MD,⁽¹⁾

Luis Federico Uscanga-Domínguez, MD,⁽¹⁾

David Kershenobich-Stalnikowitz, PhD.⁽²⁾

⁽¹⁾ Departamento de Gastroenterología,
 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición
 Salvador Zubirán, México.

⁽²⁾ Dirección general, Instituto Nacional de Ciencias
 Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México.

<http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i6.7865>

Referencias

1. European Association for Study of the Liver. EASL recommendations on treatment of hepatitis C 2015. *J Hepatol* 2015;63(1):199-236. <http://doi.org/bn9h>
2. AASLD/IDSA HCV Guidance Panel. Hepatitis C guidance: recommendations for testing, managing, and treating adults infected with hepatitis C virus. *Hepatology* 2015;62(3):932-954. <http://doi.org/bn9j>
3. Sarasvat V, Norris S, de Knejt RJ, Sánchez-Ávila JF, Sonderup M, Zuckerman E, et al. Historical epidemiology of hepatitis C virus in select countries – volumen 2. *J Viral Hepat* 2015;22(Suppl 1):6-25. <http://doi.org/bn9k>
4. Kershenobich D, Razavi HA, Sánchez-Ávila JF, Bessone F, Cohelho HS, Dagher L, et al. Trends and projections of hepatitis C virus epidemiology in Latin America. *Liver Int* 2011;31(Suppl 2):18-29. <http://doi.org/fs3fdg>

5. Poynard T, Deckmyn O, Munteanu M, Ngo Y, Drane F, Castille JM, et al. Awareness of the severity of liver disease reexamined using softwarecombined biomarkers of liver fibrosis and necroinflammatory activity. *BMJ Open* 2015;5:e010017. <http://doi.org/bn9m>

6. Gane E, Kershenobich D, Seguin-Devaux C, Kristian P, Aho I, Dalgard O, et al. Strategies to manage hepatitis C virus (HCV) infection disease burden - volume 2. *J Viral Hepat* 2015;22(Suppl 1):46-73. <http://doi.org/bn9n>

Cáncer colorrectal en Nuevo León: factores de riesgo, hallazgos clínicos y cambios en el desempeño físico de los pacientes a los 12 meses de postcirugía

Señor editor: En 2008 ocurrieron en México 3 275 muertes por cáncer colorrectal (CCR). De éstas, 798 (24.37%) correspondieron a los seis estados que forman la frontera norte de nuestro país. Nuevo León registró 135 muertes por CCR, lo cual representa 4.12 y 16.9% de los decesos ocurridos en México y en la frontera norte, respectivamente.¹ Por otro lado, son escasos e imprecisos en esta región de México otros datos epidemiológicos relacionados con el CCR. Por lo tanto, nosotros decidimos contribuir con este reporte al conocimiento epidemiológico del CCR en el noreste de México.

Dos de los objetivos de nuestro estudio fueron: 1) registrar y analizar los principales factores de riesgo y los hallazgos clínicos del CCR en una población representativa del estado de Nuevo León; 2) utilizando la escala de Karnofsky (KF),² registrar los cambios ocurridos en el desempeño físico de los pacientes 12 meses después de la extirpación quirúrgica de los tumores primarios. Por otro lado, se acepta universalmente que los factores de riesgo aquí analizados están relacionados con la incidencia del CCR;³ sin embargo, no se sabe con precisión si estos factores o los hallazgos clínicos aquí referidos también están relacionados con la evolución del desempeño físico de los