

casos como de egresos hospitalarios. Es importante citar que la región de la Araucanía presenta el PIB per cápita más bajo dentro del país, con los niveles más elevados de pobreza extrema y pobreza.<sup>3</sup>

El análisis de desigualdad realizado con los egresos hospitalarios, PIB e IDH, muestra consistentemente que en cada año existe una diferencia importante en el número de egresos hospitalarios, mayor en la región con menor PIB per capita y peor IDH. Por lo tanto, existe un efecto de la gradiente social sobre la presentación de esta enfermedad donde, si se pudieran igualar las condiciones socioeconómicas, podrían evitarse de 37 a 68 egresos.

El RAP% muestra que entre 80 y 100% de los egresos hospitalarios podrían ser evitados si fuera posible eliminar las múltiples exposiciones y vulnerabilidades asociadas con pertenecer a los diferentes grupos sociales.

La desigualdad encontrada en los análisis anteriores queda de manifiesto con el coeficiente de Gini al obtenerse un valor de 0.7, lo que significa que los egresos hospitalarios no se distribuyen homogéneamente entre las regiones.

La pérdida de 458.81 años de vida por el fallecimiento prematuro de sólo siete menores de edad es el impacto de esta enfermedad sobre la mortalidad en AVPP. Se ha de recordar que estas defunciones son muertes evitables, dado que es una enfermedad que tiene medidas de control, normas de diagnóstico y tratamiento.

Es necesario considerar el estudio de los contactos de pacientes, especialmente de los menores de edad, para ofrecer un diagnóstico y tratamiento precoz.

Finalmente, cada nueva infección refleja el fracaso de las medidas de prevención y control, y si es en

menores –dada la edad– las podemos proyectar como un fracaso actual.

Paulina Martínez Gallegos, Dra.<sup>(1)</sup>  
paulinamartinez@yahoo.com

<sup>(1)</sup> Universidad Diego Portales. Santiago, Chile

## Referencias

1. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Reglamento sobre notificación de enfermedades transmisibles de declaración obligatoria N° 158. Santiago, 22 de octubre de 2004. Publicado en el Diario Oficial de 10.05.05 Santiago, Chile [consultado el 19 agosto de 2015]. Disponible en: [http://www.google.cl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CBwQFjAAhUKEwiHoLbHILbHAAhWJEZAKHQ50AJY&url=http%3A%2F%2Fepi.minsal.cl%2Fepi%2Fhtml%2Fnormas%2FDECRETO158editado.pdf&ei=if7UVce3HomjwASE6IqwAw&usq=AFQjCNG-HHfZPNud9Row6zHL\\_rO3GfYjg&bvm=bv.99804247,d.Y2l](http://www.google.cl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CBwQFjAAhUKEwiHoLbHILbHAAhWJEZAKHQ50AJY&url=http%3A%2F%2Fepi.minsal.cl%2Fepi%2Fhtml%2Fnormas%2FDECRETO158editado.pdf&ei=if7UVce3HomjwASE6IqwAw&usq=AFQjCNG-HHfZPNud9Row6zHL_rO3GfYjg&bvm=bv.99804247,d.Y2l)
2. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Normas Técnicas de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles. 2000. Santiago, Chile [consultado el 19 julio de 2014]. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/public/enftransmisibles.pdf>
3. Martínez P. Caracterización de la mortalidad por Hidatidosis Humana. Chile, 2000-2010. Rev Chil Infect 2014; 31(1): 7-15.

## Puntos de corte y validación de una ecuación antropométrica para estimar la masa muscular, en el estudio de la sarcopenia en población mexicana

*Señor editor:* se estima que para el año 2050 los adultos mayores conformarán 28% de la población. Por primera vez, la Ensanut 2012 dedicó un módulo específico para caracterizar las condiciones y retos en salud de esta población.<sup>1</sup> Por su parte, el estado de Nuevo León obtuvo datos para el diagnóstico integral del estado nutricional de los adultos mayores en su Encuesta Estatal de Salud y Nutrición (EESN-NL 2011/2012).<sup>2</sup> Un padecimiento nutricional importante en este grupo

de edad es la sarcopenia o pérdida de masa muscular. Antes de establecer la prevalencia de sarcopenia en la EESN-NL fue necesario validar dos herramientas para su diagnóstico según los criterios del Grupo Europeo para el Estudio de la Sarcopenia en Adultos Mayores (EWGSOP, por sus siglas en inglés).

La primera herramienta a validar se realizó para evaluar la presencia de masa muscular baja. En particular, se emplearon dos índices basados en la medición de la masa muscular esquelética apendicular (MMEA) y la masa muscular esquelética total (MMET) usando la absorciometría dual de rayos X (DXA). La presencia de masa muscular baja se define menos 2 desviaciones estándar por debajo de la media de un grupo de referencia joven saludable.<sup>3</sup> Estos puntos de corte deben ser específicos para un grupo étnico y un estudio en una población del noroeste de México describió que eran inferiores comparados con poblaciones caucásicas.<sup>4</sup> Por lo tanto, nuestro equipo se propuso comprobar esta observación en una muestra de 436 jóvenes (18-39 años) pero del noreste de México.

La segunda herramienta a desarrollar y validar fue una ecuación antropométrica para estimar la MMEA en 251 adultos mayores (60-86 años). Las ecuaciones para estimar la composición corporal también deben ser específicas para una población. A la fecha, los investigadores mexicanos estaban limitados al uso de la ecuación de Baumgartner de Estados Unidos.<sup>3</sup>

Los resultados confirmaron que los puntos de corte de IMMEA e IMMET (hombres: 6.35 y 7.22 kg/m<sup>2</sup>; mujeres: 4.48 y 4.91 kg/m<sup>2</sup>, respectivamente) son inferiores a los observados en otras poblaciones ( $p < 0.001$ ), excepto en dos estudios de China para el IMMEA.

Por otra parte, la ecuación desarrollada ( $n=171$ ) y validada ( $n=84$ ) para estimar la MMEA resultó como sigue:  $MMEA \text{ kg} = 0.215 \times \text{circunferencia de pantorrilla (cm)} + 0.093 \times \text{fuerza de prensión de la mano (kg)} + 0.061 \times \text{peso (kg)} + 3.637 \times \text{sexo} + 0.112 \times \text{talla (cm)} - 16.449$ ; donde sexo: masculino =1; femenino =0. Con la aplicación de métodos estadísticos apropiados,<sup>5</sup> la ecuación mostró una exactitud grupal de 0.1 kg ( $p=0.458$ ) y precisión individual de  $\pm 2.5$  kg respecto al método de referencia DXA, por lo que resultó más precisa que la empleada por Baumgartner.<sup>3</sup> El nuevo algoritmo ( $R^2=0.92$ ; error estándar del estimador =1.25 kg) puede emplearse en sujetos dentro de un intervalo de IMC de 18.0 a 46.0.

Consideramos que con esta nueva ecuación para estimar la MMEA y los puntos de corte para baja masa muscular del IMMEA e IMMET, futuros estudios epidemiológicos podrán obtener estimaciones más confiables de la MMEA para un mejor entendimiento de la sarcopenia en adultos mayores mexicanos.

Erik Ramírez, PhD,<sup>(1)</sup>

erik.ramirez1@uanl.mx

María Cristina Enríquez-Reyna, MC,<sup>(1)</sup>

Gerardo Garza-Sepúlveda, PhD,<sup>(1)</sup>

Alexandra Tijerina-Sáenz, MSc,<sup>(1)</sup>

Esteban Ramos-Peña, PhD,<sup>(1)</sup>

Magaly Gómez de la Garza, MSP<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Universidad Autónoma de Nuevo León.  
Nuevo León, México

## Referencias

- Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.
- Secretaría de Educación de Nuevo León, Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Salud Pública y Nutrición, Facultad de Medicina, Sistema para Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Nuevo León, Cáritas de Monterrey.

ABP Encuesta Estatal de Salud y Nutrición – Nuevo León 2011/2012. Monterrey, N. L. México: Secretaría de Salud de Nuevo León, 2012.

3. Baumgartner RN, Koehler KM, Gallagher D, Romero L, Heymsfield SB, Ross RR, et al. Epidemiology of sarcopenia among the elderly in New Mexico. *Am J Epidemiol* 1998;147:755-763.

4. Alemán-Mateo H, Ruiz RE. Skeletal muscle mass indices in healthy young Mexican adults aged 20-40 years: Implications for diagnoses of sarcopenia in the elderly population. *Scientific World J* 2014;14:1-6.

5. Ramírez E, Valencia ME, Bourges H, Espinosa T, Moya-Camarena SY, Salazar G. Body composition prediction equations based on deuterium oxide dilution method in Mexican children: a national study. *Eur J Clin Nutr* 2012;66:1099-1103.

## Dermatosis en pacientes con VIH/sida en el Centro de Investigación de Enfermedades Infecciosas

*Señor editor:* Durante ocho años hemos visto diferencias en artículos internacionales en cuanto a la incidencia de varias dermatosis. Reportamos lo visto en 736 pacientes adultos, del Centro de Investigación de Enfermedades Infecciosas (CIENI), del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, en México, donde predominó el sexo masculino (relación 9:1). El rango de edad fue de 16-76 años (promedio 36.16 años).

En relación con el sarcoma de Kaposi epidémico (SKe), la terapia antirretroviral combinada ha disminuido su incidencia, pero aún se puede observar con altas cuentas de linfocitos CD4 y carga viral indetectable.<sup>1</sup>

Los brotes de sífilis se han reportado paralelamente a la pandemia por VIH. Todos nuestros casos fueron hombres que tienen sexo con hombres (HSH) (2.5%), cifra inferior a la reportada en Singapur (5.5%), China (5.7%) y Tailandia (12.5%).<sup>2</sup> En EUA, el virus del papiloma humano (VPH) reportó una seroprevalencia elevada en mujeres que viven con VIH (75%), mientras que un estudio

argentino reportó que 92.3% de los HSH que son VIH positivo también tenían infección por VPH. Nuestra población tuvo una incidencia menor (27.8%) y los condilomas perianales tuvieron incidencia de 2.7%.<sup>3</sup>

Nuestra incidencia de dermatofitosis es mayor que la reportada en otros países (21% vs 3.33-11.9% en India y 9.2% en China). Encontramos pocos casos de infección por *Candida* (2.44%), probablemente porque no incluimos lesiones en mucosas, a diferencia de la mayoría de reportes.<sup>4</sup> El molusco contagioso fue la infección viral más común en nuestros pacientes (18.75%).

En cualquier presentación clínica, las infecciones por herpesvirus son extremadamente frecuentes. La incidencia de herpes simple (1 y 2) fue de 7.2%, ocasionalmente con presentaciones atípicas o crónicas. En India se reporta una incidencia mayor (10%).

El herpes zóster puede ser parte del síndrome inflamatorio de reconstrucción inmune (SIRI), o de haber presentado la enfermedad más de una vez. También observamos pocos pacientes con neuralgia postherpética, aun cuando las manifestaciones clínicas sean llamativas. Vimos cuatro pacientes con escabiasis (0.54%), uno de la variedad noruega. Otros países reportan mayor incidencia (3-4%).<sup>5</sup> En cuanto a las dermatosis no infecciosas, 30% de los pacientes padecían xerosis e ictiosis (19-28%), cifra similar a las de otros países (20.92%).

La dermatitis seborreica estuvo presente en 19.97% de nuestros pacientes, y en EUA se reportó de 20-80%.<sup>1</sup> Otras enfermedades inflamatorias fueron: urticaria, alopecia areata y reacciones a medicamentos. La dermatitis papular pruriginosa (6%) es un diagnóstico amplio que incluye foliculitis infecciosa y no infecciosa, además de pápulas inespecíficas. Todas se ven en condiciones