
CARTAS AL EDITOR

Publicidad negativa en la alimentación de los niños mexicanos

Sr. Editor: Quienes atendemos a pacientes adultos somos testigos de las desgracias que la diabetes y la obesidad generan en nuestra población; más aún, las estadísticas son alarmantes, pues estudios recientes han demostrado que en escuelas urbanas de la Ciudad de México la prevalencia de obesidad y sobrepeso es de 42 a 48%,¹ a pesar de realizar esfuerzos para prevenir el problema que, evidentemente, no son suficientes. Todo esto nos hace reflexionar sobre la complejidad del problema que incluye múltiples variables. Un estudio reciente demostró que los alimentos promovidos en programas de televisión para niños fueron más altos en energía, azúcar, sodio, grasa total y grasa saturada en comparación con los anunciados en programas para audiencia general.² La regulación de alimentos que se pueden adquirir en las escuelas ha sido tema reciente en México y se han realizado reformas a los artículos 65 y 66 de la Ley General de Salud que obligan a practicar 30 minutos diarios de ejercicio y prohíben alimentos procesados altos en grasas y azúcares simples, sin embargo, en los comerciales de alimentos transmitidos durante los programas infantiles persisten las estrategias publicitarias para asociar el producto con emociones positivas y con promociones.² Recientemente se anunció por parte de la compañía PepsiCo que cancelará la venta de refrescos

con alto contenido de carbohidratos en las escuelas en el ámbito mundial en 2012. Parece ser que la industria ha tomado conciencia sobre el impacto que esto tiene en la sociedad, sin embargo, el consumo de refrescos no es el único problema; alimentos ricos en grasa y en carbohidratos son consumidos frecuentemente por niños de estratos socioeconómicos bajos de áreas urbanas de la Ciudad de México, razón por la que se ha mencionado que la obesidad es una enfermedad de la pobreza.³ Datos recientes demuestran que no sólo es la obesidad infantil un factor predisponente a deterioro de la glucosa de ayuno,⁴ sino también es necesario tomar en cuenta la historia familiar de obesidad y diabetes en los padres,⁴ lo que hace la situación más difícil al tener que establecer estrategias de detección en estos niños. La alimentación es una acción compleja regulada por mecanismos fisiológicos y psicológicos, donde la publicidad es uno de los componentes de este último aspecto.⁵ Los niños son el grupo social más sensible a los estragos de la publicidad y llegan a convertirse en dependientes del mercado.⁵ No debemos esperar para regular la publicidad y la venta de alimentos en las escuelas de cualquier nivel, aun cuando cada quien sea libre de elegir; precisamente, la población más susceptible son los niños, pues para formar un estilo de vida y un criterio reciben mayor información y ésta puede ser equivocada. Refiriéndonos a la influencia que tiene la publicidad sobre la elección del producto, está el hecho

de que la gran mayoría de los anuncios están diseñados para ser recibidos por una mente infantil, atrapándola por medio de imágenes que captan su atención, sobre todo de dibujos animados y personajes famosos y admirados. En el caso de la animación, hay que destacar que si los niños pequeños no tienen clara la frontera entre la programación y los anuncios, el alimento ofertado será como algo propio de la fantasía pero que sí es posible conseguir.⁵ El trabajo de Pérez-Salgado menciona claramente sus limitaciones, como el hecho de que la revisión sólo comprende programas de televisión abierta de la Ciudad de México y, aun cuando se transmite en el plano nacional, cuenta con filiales en diferentes estados, y esto hace que se desconozca la situación de diferentes localidades. Sin menospreciar las debilidades de este estudio, encontramos puntos importantes a tomar en cuenta, pues Pérez-Salgado propone algunas medidas como prohibir la publicidad de alto contenido energético en horarios infantiles. Nosotros consideramos que debe ser prohibida en cualquier horario, pues francamente no existe justificación para exponer a nuestra población a la publicidad de alimentos nocivos para la salud. Si llegamos a permitir que los niños y la población en general reciban información negativa acerca de la alimentación adecuada estaríamos contribuyendo con el desarrollo de una población enferma, y ninguna estrategia será suficiente para mejorar la calidad de vida cuando estos niños se conviertan en

adultos y desarrollen enfermedades crónicas y sufran complicaciones. El sector privado ha demostrado interés y tal vez la estrategia sea incluirlos en una restricción total en la publicidad de bebidas con alto contenido en carbohidratos y alimentos nocivos, y en la inclusión de bebidas y alimentos sanos dentro de las cooperativas de escuelas y demás espacios para la población en general pues, finalmente, el costo de las enfermedades lo paga la sociedad y no el sector privado, a pesar de ser éste parte fundamental del problema. Existen estrategias y programas para la prevención y tratamiento de la obesidad que son efectivos para lograr un cambio en este problema de salud pública. Debe ser obligatorio difundir medidas que eviten los malos hábitos alimenticios, así como mejorar el estilo de vida de la población al promover mayor actividad física y mejoras en la autoestima y la autoimagen y, de ser necesario, emplear terapias psicológicas adecuadas del tipo cognitivo-conductual,⁶ ya que promueven la adopción de nuevas respuestas y el reforzamiento de conductas positivas.

MA Martínez-Vázquez, Dr,⁽¹⁾
mamv90@yahoo.com
H Rodríguez-Hernández, MC,⁽²⁾
heriberto_rh@yahoo.com.mx

(1) Servicio de Gastroenterología,
Hospital Universitario Dr José E González.
Monterrey, Nuevo León, México.
(2) Unidad de Investigación Biomédica,
Instituto Mexicano del Seguro Social.
Durango, Durango, México.

Referencias

1. Perichart-Perera O, Balas-Nakash M, Schiffman-Selechnik E, Barbato-Dosal A, Vadillo-Ortega F. Obesity increases metabolic syndrome risk factors in school-aged children from an urban school in Mexico city. *J Am Diet Assoc* 2007;107:81-91.
2. Pérez-Salgado D, Rivera-Márquez JA, Ortiz-Hernández L. Publicidad de alimentos en la programación de la televisión mexicana: ¿los niños están más expuestos? *Salud Publica Mex* 2010;52:119-126.
3. Perichart-Perera O, Balas-Nakash M, Rodríguez-Cano A, Muñoz-Manrique C, Morgue-Urrea A, Vadillo-Ortega F. Correlates of dietary energy sources with cardiovascular disease risk

markers in Mexican school-age children. *J Am Diet Assoc* 2010;110(2):253-260.

4. Rodríguez-Morán M, Guerrero-Romero F, Aradillas-García C, Simental-Mendía LE, Monreal-Escalante E, de la Cruz Mendoza E. Obesity and family history of diabetes as risk factors of impaired fasting glucose: implications for the early detection of prediabetes. *Pediatr Diabetes* 2009;11:4.
5. Menéndez-García A, Franco-Díez FJ. Publicidad y alimentación: influencia de los anuncios gráficos en las pautas alimentarias de infancia y adolescencia. *Nutr Hosp* 2009;24:318-325.
6. Rodríguez-Hernández H, Morales-Amaya UA, Rosales-Valdéz R, Rodríguez-Morán M, Guerrero-Romero F. Adding Cognitive Behavioral Treatment to either low-carbohydrate or low-fat diets for weight reduction: differential short term effects. *Br J Nutr* 2009;102:1847-1853.

Pediatric hospitalizations for the novel influenza A H1N1/2009

Dear editor: The clinical characteristics of infection by the novel influenza virus A H1N1/2009 in adults have been spread since the beginning of the pandemic. Nevertheless, this has not occurred thus far in paediatric patients, even though this is an important age group due to medical complications and high rates of hospitalization, as well as its role in transmission, especially by school-age children.

We reviewed the medical files at the paediatric department of the Infectious Diseases Hospital, "National Medical Center La Raza, IMSS," for patients admitted from April to May 2009 with a hospitalization diagnosis of influenza or probable influenza.

During the process, we found 46 medical files with the diagnosis of influenza. In 34 cases, PCR was performed to detect RNA specific for the novel influenza virus A H1N1/2009.¹ We found 16 laboratory-confirmed influenza cases (47.05%). The median age was 30.5 months (range 6-180 months) and only two patients were under 1 year of age; 75% of the cases were under 60 months. Symptoms more frequently reported were cough (87.50%), fever (81.20%), rhinorrhea (75%) and respiratory distress (43.75%); the laboratory variants more

frequently reported were leucopenia and thrombocytopenia (both 25%), and 18.75% reported an increase in AST and DHL. Duration of hospitalization was 2 to 12 days (median, 5). Of the 16 laboratory-confirmed influenza cases, nine patients were previously healthy, two patients had hemato-oncology disease and five patients had diseases not considered a risk factor for influenza.

Though obesity is considered a risk factor for adults, only one hospitalized child was overweight and none were obese, while 10 children were eutrophic and five were malnourished. Four subjects had pneumonitis, one of those had lobar pneumonia and another had multifocal pneumonia. One patient with leukemia developed neutropenic colon and no co-infective microorganism was isolated. None of the patients needed ventilatory assistance using endotracheal intubation, and there were no deaths. All the patients were treated with oseltamivir, dosage according weight, with no adverse reactions by day 5.

After a significant search in PubMed, Scielo, Embase, Latinindex and Medigraphic, no case series were found of pediatric patients with influenza A H1N1/2009; ours is the first reported in Mexico. We observed that the operational definition of the influenza A H1N1/2009 profile was not specific whatsoever. The clinical characteristics considered are the same as those for other respiratory viruses: fever, cough and rhinorrhea. For adults, the operational definition for the clinical diagnosis of influenza or ILI (fever and cough) was not present in four laboratory-confirmed cases. The clinical diagnosis was a challenge, with the majority of cases requiring laboratory confirmation.

The differences between our series and others reported are:²⁻⁵

- Moderate severity and good resolution of clinical disease;
- Concentration of clinical cases in children under 5 years of age without risk factors.

In their epidemiological surveillance, the IMSS⁶ and the Health Department identified the 10 to 19 years age-group as having a higher incidence of influenza A H1N1/2009. Regarding hospitalization rates, children less than 1 year of age had a higher incidence. Our series has some differences as compared to the national trend, possibly because the hospital is a referral medical center.

The clinical features observed are not much different than those reported in the international literature; nevertheless, determining the risk factors for hospitalization and complications due to influenza A H1N1 is a research question that needs to be resolved so that the general physician (first contact) can make the best decision for the patient in terms of shorter follow-up, hospitalization for serious cases, and identifying which patients should be managed with oseltamivir.

Gustavo Sánchez-Huerta, MSc,⁽¹⁾
 Norma Matías-Juan, MC,⁽¹⁾
 Adela Domínguez-Basurto, MC,⁽²⁾
 Manuel Pacheco-Ruelas, MC,
 Rodolfo Norberto Jiménez-Juárez, MC.⁽¹⁾

(1) Hospital, Dr Daniel Méndez Hernández.
 (2) Fellow of Paediatric Department.

References

1. WHO information for laboratory diagnosis of pandemic (H1N1) 2009 virus in humans—update. 2009. (Accessed January 10, 2009). Available at: http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/WHO_Diagnostic_recommendationsH1N1_20090521.pdf.
2. Hackett S, Hill L, Patel J, Ratnaraja N, Ifeyinwa A, Farooqi M, et al. Clinical characteristics of paediatric H1N1 admissions in Birmingham, UK. *Lancet* 2009; 374: 605.
3. Koliou M, Soteriades ES, Toumasi MM, Demosthenous A, Hadjimetriou A. Epidemiological and clinical characteristics of influenza A(H1N1) infection in children: The first 45 cases in Cyprus, June-August 2009. *Eurosurveillance* 2009; 14: 1-3.
4. O’Riordan S, MB Chir, Barton M, Yau Y. Risk factors and outcomes among children admitted to hospital with pandemic H1N1 influenza. *CMAJ* 2009. DOI:10.1503/cmaj.091724.
5. Libster R, Bugna J, Coviello S, Hijano DR, Dunaiewsky M, Reynoso N, et al. Pediatric Hospitalizations Associated with 2009 Pandemic

Influenza A (H1N1) in Argentina. *NEJM* 2010; 362: 45-55.

6. Echevarría-Zuno S, Mejía-Arangur JM, Mar-Obeso AJ, Grajales-Muñiz C, Robles-Pérez E, González-León M, et al. Infection and death from influenza A H1N1 virus in Mexico: a retrospective analysis. *Lancet* 2009 DOI:10.1016/S0140-6736(09)61638-X

7. Secretary of Health. Situación Actual de la epidemia. Monografía en Internet. [Accessed February 8, 2010]. Available at: http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/influenza/situacion_actual_epidemia_030210.pdf.

Disposición a la donación de órganos en Chile

Señor Editor: Motivado por la tasa de donación de órganos chilena de 2008 de 7 donantes por cada millón de personas (dmp),¹ distante del óptimo internacional de 18 dmp., a contar de 2009, se busca superar dicha tasa mediante acciones de procuramiento,² coordinación y motivación de donantes. Por ello, se estudió la disposición de las personas a la donación al aplicar un cuestionario que incluyó

escalas³ nominales, ordinales y Thurstone.⁴ Este estudio fue piloteado con 10% de la muestra de individuos de entre 15 y 64 años, seleccionada aleatoriamente en 10 ciudades de Chile (n=204, 95% de confianza, 18.8% de varianza, 2.58% de error y Alfa de Cronbach de 0.777).⁵

Un 27.9% (n=57) está inscrito como donante. De éstos, 89.5% se manifiesta totalmente de acuerdo con donar órganos e igual porcentaje expresa estar decididamente dispuesto a donar. De los no inscritos (n=147), 69.4% está disponible para la donación y 55.8% está totalmente de acuerdo y de acuerdo con la opción “decididamente dispuesto a ser donante”. Un 63.2% expresa su intención de inscribirse como donante, por lo que queda 30.2% que “definitivamente no/probablemente no” e indiferentes a inscribirse. La prueba *t* de Student (53,761) ratifica la opción “quiere decididamente ser donante de órganos”, y con 95% de confianza no muestra dependencia entre querer decididamente ser donante y el sexo del entrevistado (cuadro I).

Cuadro I
 DISPOSICIÓN A DONAR ÓRGANOS. CHILE, 2008

		Estoy inscrito como donante de órganos			
		Sí	No	Total	%
Me gustaría ser donante de órganos	Td/D*	1	32	33	16,2
	Indiferente	5	13	18	8,8
	Ta/A‡	51	102	153	75,0
Total		57	147	204	
%		27,9	72,1		
		Estoy inscrito como donante de órganos			
		Sí	No	Total	%
Quiero decididamente ser donante de órganos	Td/D	1	43	44	21,6
	Indiferente	5	22	27	13,2
	Ta/A	51	82	133	65,2
Total		57	147	204	
%		27,9	72,1		
		No estoy inscrito como donante de órganos			
		Sí	No	Total	%
Me inscribiría como donante de órganos	Dn/ Pn§	42	42	84	28,6
	Indiferente	12	12	24	8,2
	Ds/Ps#	93	93	186	63,2
Total		147	147		
%		50	50		

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos, proveniente de la aplicación del instrumento de medición
 * Totalmente en desacuerdo/Desacuerdo § Definitivamente no/Probablemente no
 ‡ Totalmente de acuerdo/De acuerdo # Definitivamente sí/Probablemente sí

El 52.5% declara informar a sus familias la decisión de donar, mientras 24.5% no lo hace. De los primeros (n=107), 76.6% sus familias quieren decididamente ser donantes, 14.6% se manifestó indiferente y 8.4% no muestra acuerdo. Con 95% de confianza se ratifica que (n=133) 61.6% de las familias quieren decididamente ser donantes y que 76.8% está de acuerdo (cuadro II).

De quienes conocen una persona trasplantada (n=173), 63% señala "quiero decididamente ser donante". De quienes conocen una persona en lista de espera (n=178), 62.9% señala "totalmente de acuerdo" y "de acuerdo con decididamente ser donante". El 78.4% considera que la decisión debe ser tomada en forma personal y 21.6% señala se debe decidir en familia. Además, 57.8% está de acuer-

do con ampliar la decisión al colectivo familiar (cuadro II).

La dependencia entre "quiero decididamente ser donante" y las variables sexo 0,107; edad 19,589; estado civil 19,819 y nivel educacional 11, medida por ji cuadrada ratifica con 95% de confianza que la decisión de donar depende del intervalo de edad. Las personas entre 15 y 44 años muestran mayor propensión a donar y los dos últimos tramos entre 45 a 64 años muestran baja propensión; se confirma que no hay dependencia con el estado civil y el nivel educacional.

En síntesis, la disposición a donar órganos se manifiesta tanto entre quienes están inscritos como donantes como entre quienes no lo están; que la decisión de donación debe ser tomada en forma personal y que una familia informada

aumenta la posibilidad de la donación. Finalmente, se confirma que los donantes son potencialmente personas jóvenes.

Miguel Bustamante-Ubilla, Dr.⁽¹⁾
 Patricia Villarreal-Navarrete, Ing.⁽¹⁾
 Carolina Cisternas-Ramírez, Ing.⁽¹⁾

(1) Facultad de Ciencias Empresariales,
 Universidad de Talca, Chile.

Cuadro II
DECISIÓN FAMILIAR A LA DONACIÓN DE ÓRGANOS. CHILE, 2008

<i>Mi familia está informada de mi decisión de ser (o no ser) donante de órganos</i>				
	Td/D*	Indiferente	Ta/A‡	
	50	47	107	
	24,5	23	52,5	
<i>Mi familia está de acuerdo con mi decisión de ser (o no ser) donante de órganos</i>				
	Td/D	Indiferente	Ta/A	
	9	16	82	
	8,4	15	76	
<i>Mi familia está informada de mi decisión de ser donante de órganos</i>				
Quiero decididamente ser donante de órganos	Td/D	18	8	20
	Indiferente	8	14	5
	Ta/A	24	27	82
<i>Conozco una persona trasplantada</i>				
Quiero decididamente ser donante de órganos	Td/D	4	4	40
	Indiferente	3	3	24
	Ta/A	24	24	109
<i>Conozco una persona en lista de espera</i>				
Quiero decididamente ser donante de órganos	Td/D	4	4	40
	Indiferente	1	1	26
	Ta/A	21	21	112

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos, proveniente de la aplicación del instrumento de medición

* Totalmente en desacuerdo/Desacuerdo

‡ Totalmente de acuerdo/De acuerdo

Referencias

1. Memoria Anual 2008. Corporación Nacional del Trasplante. Disponible en: www.trasplante.cl
2. Gracia D. Trasplante de órganos, medio siglo de reflexión ética. *Nefrología* 2001;21:(supl 4):13-29.
3. Meliá JL, Pradilla JF, Marti N, Sancemi MD, Oliver A, Tomas JM. Estructura factorial, fiabilidad y validez del cuestionario de satisfacción S21/26: un instrumento con formato dicotómico orientado al trabajo profesional. *Revista de Psicología Universitas Tarraconenses* 1990; 12 (1/2): 25-39.
4. Cronbach-Lee J, Disigning evaluation of educational and social program. San Francisco: Jossey Bass, 1982.
5. Barbero MI. *Psicometría II: Métodos de Elaboración de Escalas*. Madrid: UNED, 1993.

Impacto de la disminución de las infecciones nosocomiales en neonatología

Sr. Editor: Las infecciones nosocomiales (IN) representan una importante causa de morbilidad y mortalidad en las unidades de cuidados intensivos neonatales.¹ La incidencia de IN en recién nacidos reportada en la literatura médica es muy variable (5.0 - 24.6%), donde las infecciones del torrente sanguíneo suelen ser las más frecuentes, seguidas de las neumonías.² Durante el período 2000-2005 la incidencia de IN en México era alrededor de 20%.

Con el propósito de conocer la epidemiología de las IN en recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Instituto Nacional de Pediatría, se recopilaron los datos de los pacientes hospitalizados

en la UCIN entre enero y diciembre de 2008. Todos los pacientes fueron monitorizados para detectar alguna IN. Se utilizaron las definiciones del Norma Oficial Mexicana (NOM 045 SSA2 2004) para vigilancia epidemiológica, prevención y control de las IN en México.³

Se registró la fecha de inicio, localización y tipo de infección adquirida. Se documentó además si la infección se asoció a un procedimiento hospitalario previo.

Durante el periodo de estudio comprendido, 318 pacientes ingresaron a la UCIN, de los cuales 37 presentaron alguna IN, en estos pacientes hubo 42 eventos de infección nosocomial durante el período. La tasa de IN fue de 11.6 infecciones por 100 pacientes. La media de estancia hospitalaria por la infección nosocomial fue de 25.4 días, con un rango de 4 a 115 días. Las infecciones del torrente sanguíneo fueron las más frecuentes, seguida por neumonía, tracto urinario, celulitis e infección del sitio quirúrgico.

De las infecciones del torrente sanguíneo, 30.4% se asociaron a catéter venoso central. De las neumonías, 63.6% fue en pacientes con antecedente de ventilación mecánica e intubación endotraqueal. De las vías urinarias, 50% fue por caracterización vesical. Los cinco principales patógenos detectados fueron

S. epidermidis, 10 (37.1%), *E. faecalis* 4 (14.8%), *E. coli* 3 (11.1%), hongos 2 (7.4%) y *S. hominis* 2 (7.4).

En los Estados Unidos, la incidencia de infecciones nosocomiales en unidades neonatales de cuidados intensivos se reportan entre 2 y 24.6%.⁴⁻⁵

En este estudio se encontró una incidencia de IN de 11.6%, lo que permite observar una disminución de la tasa de infección en el servicio en los últimos años.

El factor que contribuye a la disminución de IN es que en la UCIN la instalación y control de los catéteres es vigilada estrechamente por personal médico y de enfermería bajo la supervisión del Comité de Infecciones Nosocomiales. Además, la educación de médicos y enfermeras (en particular, higiene de las manos), así como limitar al máximo el uso de procedimientos invasivos, procurando además que la estancia hospitalaria de los pacientes sea sólo la estrictamente necesaria, ya que han tenido un impacto sobre las tasas de IN en neonatos.

Finalmente, conocer la epidemiología de las IN permite detectar los brotes infecciosos para aplicar un manejo adecuado y control de éstas al identificar los principales agentes patógenos y los factores de riesgo en cada unidad hospitalaria.

Napoleón González-Saldaña, MD, Ped,^(1,3)
 José Luis Castañeda-Narváez, MD, Ped,^(1,3)
 Patricia Saltigeral-Simental, MD, Ped,^(1,3)
 Miguel Ángel RodríguezWeber, MD, Ped,^(2,3)
 Carlos López-Candiani, MD, Ped, MSc,^(2,3)
 Aurora Rosas-Ruiz, L en Enf,⁽³⁾
 Elvira Solórzano-García, L en Enf,⁽³⁾
 Hilda Hernández-Orozco, MD, Ped, MSc,^(1,3)
 Hugo Juárez-Olguín, D en C.⁽⁴⁾
 juarezol@yahoo.com

- (1) Servicio de Infectología, Instituto Nacional de Pediatría (INP). México DF, México.
 (2) Servicio de Neonatología, INP. México DF, México.
 (3) Comité de Infecciones Nosocomiales, INP. México DF, México.
 (4) Laboratorio de Farmacología, INP. México DF, México.

Referencias

- Richards MJ, Edwards JR, Culver DH, Gaynes RP, National Nosocomial Infections Surveillance System. Nosocomial infections in pediatric intensive care units in the United States. *Pediatrics* 1999;103:1-7.
- Kumar PA, Ramji S, Prakash K, Thirupuram S. Neonatal nosocomial infection: profile and risk factors. *Indian Pediatr* 1996;34:297-302.
- Hemming VG, Overall JC Jr, Birtt MR. Nosocomial infections in a Newborn Intensive Care Unit. Results of forty one months of surveillance. *New Eng J Med* 1976;294:1310-1316.
- Stover BH, Shulman ST, Bratcher DF, Brady MT et al. Nosocomial infection rates in US children's hospital neonatal and pediatric intensive care units. *Am J Infect Control* 2001;29:152-157.
- Posfay-Barbe K, Zerr DM, Pittet D. Infection control in pediatrics. *Lancet* 2008;8:20-28.