

---

# 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%,<sup>1</sup> 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.<sup>2</sup> 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.<sup>2</sup> 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.<sup>3</sup> Datos recientes demuestran que no sólo es la obesidad infantil un factor predisponente a deterioro de la glucosa de ayuno,<sup>4</sup> sino también es necesario tomar en cuenta la historia familiar de obesidad y diabetes en los padres,<sup>4</sup> 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.<sup>5</sup> Los niños son el grupo social más sensible a los estragos de la publicidad y llegan a convertirse en dependientes del mercado.<sup>5</sup> 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.<sup>5</sup> 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,<sup>6</sup> ya que promueven la adopción de nuevas respuestas y el reforzamiento de conductas positivas.

MA Martínez-Vázquez, Dr,<sup>(1)</sup>  
mamv90@yahoo.com  
H Rodríguez-Hernández, MC,<sup>(2)</sup>  
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-Mendia 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-Moran 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.<sup>1</sup> 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:<sup>2-5</sup>

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