

CARTAS AL EDITOR

Retos del etiquetado frontal de alimentos para lograr la reducción del consumo de sodio (sal)

Señor editor: Diversas organizaciones han declarado la importancia de un Sistema de Etiquetado Frontal de Alimentos y Bebidas (SEFAB) adecuado para la población mexicana para abordar la problemática de enfermedades crónicas no transmisibles en el país. Consideramos relevante dejar constancia de que el término “sodio” podría representar una barrera para la comprensión del SEFAB en nuestra población, mientras que la palabra “sal” podría ser una opción más adecuada.

El consumo excesivo de sodio es un factor de riesgo para padecer hipertensión. La Organización Mundial de la Salud recomienda consumir menos de dos gramos de sodio al día, equivalente a cinco gramos de sal;¹ no obstante, en México el consumo de este nutriente excede esta cantidad (7-9 gramos de sal al día).

En México, desde el año 2015 se implementaron las Guías Diarias de Alimentación; sin embargo, hay estudios que demuestran que no cumplen con el propósito de orientar a consumidores mexicanos a hacer elecciones más saludables y que sistemas simples, como los de advertencias, podrían ser más efectivos,² y podrían ser aún más cuando la principal fuen-

te de sodio en la dieta en este país son los alimentos ultraprocesados.

Desarrollamos un estudio para investigar los conocimientos, actitudes y prácticas del consumo de sal, así como las preferencias ante un SEFAB en una muestra de 107 adultos de entre 18 y 60 años de Emiliano Zapata, Morelos. Se encontró que 63% desconocía cuáles eran los problemas de salud causados por un alto consumo de sal; 81% no sabía cuál era la cantidad recomendada de consumo de sal, mientras que 95% desconocía la relación entre sal y sodio. Respecto al SEFAB, 93% prefirió que los productos con un alto contenido de sodio contengan sellos de advertencias y 87% prefiere ver la palabra “sal” en lugar de “sodio” en este etiquetado, por su familiaridad con el término.

Si bien el uso del término “sal” pudiera mejorar la comprensión del SEFAB, una limitante podría consistir en que, en los alimentos y bebidas procesadas, no toda la sal es sodio y no todo el sodio es sal. Con el afán de superar esta limitante, se podrían implementar definiciones en las normas actuales para considerar en la regulación a todos aquellos ingredientes que contribuyen a aumentar los niveles de presión arterial por ser fuentes de sodio. Por ejemplo, acetato de sodio, ascorbato de sodio, lactato de sodio, citrato de sodio, benzoato de sodio, entre otras.

La implementación de un SEFAB oportuno y de fácil comprensión debería utilizar el término “sal” en lugar de sodio para que la población comprenda y tome decisiones informadas y así contribuya a la mejora de la salud y la prevención de complicaciones de la hipertensión arterial.

Jorge Vargas-Meza, LN, MSP⁽¹⁾
jorge.vargas@insp.mx
Andrea Pedroza-Tobías, LN, MSc, ⁽¹⁾
Ismael Campos-Nonato, MSc, PhD, ⁽¹⁾
Eduardo Nilson, Bsc, PhD, ⁽²⁾
Alejandra Jauregui, MSc, PhD, ⁽¹⁾
Simón Barquera, MSc, PhD, ⁽¹⁾

(1) Centro de Investigación de Nutrición y Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México.

(2) Coordinación General de Alimentación y Nutrición, Ministerio de Salud. Brasilia, Brasil.

<https://doi.org/10.21149/10593>

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Organización Mundial de la Salud. Ingesta de sodio en adultos y niños. Ginebra: OMS, 2013 [citado abril 2019]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85224/1/WHO_NMH_NHD_13.2_spa.pdf
- De la Cruz-Góngora V, Torres P, Contreras-Manzano A, Jáuregui de la Mota A, Mundo-Rosas V, Villalpando S, et al. Understanding and acceptability by Hispanic consumers of four front-of-pack food labels. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2017;14(1):1-12. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0482-2>

Síndrome de Guillain-Barré, brote epidémico en el Perú en junio de 2019

Señor editor: El síndrome de Guillain-Barré (SGB) consiste en un grupo de afecciones neuropáticas caracterizadas por debilidad progresiva y reflejos disminuidos o ausentes.¹ La incidencia de SGB es de 0.89 a 1.89 casos por 100 000 habitantes por año,² lo que hace que en el Perú se presenten en forma anual entre 300 a 600 casos. A partir de mediados de mayo 2019, se reportó un incremento inusual de casos de SGB que inició en el norte del país (Piura) y que posteriormente se fue presentando en otras regiones. Desde que se inició el brote, se han notificado 598 casos a nivel nacional, lo que representa casi siete veces más de lo informado durante el periodo no epidémico del año en curso.

El Centro Nacional de Epidemiología emitió la alerta epidemiológica sanitaria, la cual define el caso sospe-

choso y confirmado según los criterios de Brighton para la notificación diaria en los establecimientos de salud.

La caracterización inicial del brote mostró que, de los afectados, 57% eran hombres y de ellos más de la mitad (54%) tenía entre 30 y 59 años de edad, con un promedio de 40 años. En este brote se notificó que 55% presentó infección gastrointestinal cuatro semanas previas a la presencia de la enfermedad. El 94% presentó debilidad muscular; 56% la presentó de forma simétrica, 48% presentó dolor y 18% presentó ataxia. Los reflejos osteotendinosos (tricipital, patelar y aquileo) con hiporreflexia o sin respuesta están por encima de 70%.

Una característica especial fue que 68% presentó una progresión de parálisis a predominio ascendente y 32% de progresión descendente. La extensión, la progresión y la gravedad de los síntomas varían mucho entre los pacientes. Se han producido ocho defunciones asociadas con SGB, lo que da una tasa de letalidad de 1.2%. Estas defunciones

se caracterizaron por ser rápidamente progresivas (tres a cuatro días) y de un predominio descendente que comprometió la función respiratoria y las funciones vitales.

El Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas reportó que cerca de 70% de los pacientes ha tenido un patrón de neuropatía axonal motora relacionada con una recuperación más lenta y un mayor riesgo de discapacidad. Asimismo, el Instituto Nacional de Salud reportó tres casos de *Campylobacter jejuni* en pacientes con SGB. Aún se esperan los resultados finales de muestras, aislamientos y genotipificación de este agente etiológico.

El presente brote mostró cierto patrón de estacionalidad en relación con el ocurrido en 2018 en la zona norte del país, por lo que la identificación temprana para un tratamiento adecuado puede mejorar los síntomas y acortar su duración (más de 90% de los pacientes puede recuperarse completamente en un año después de la aparición de la enfermedad).³

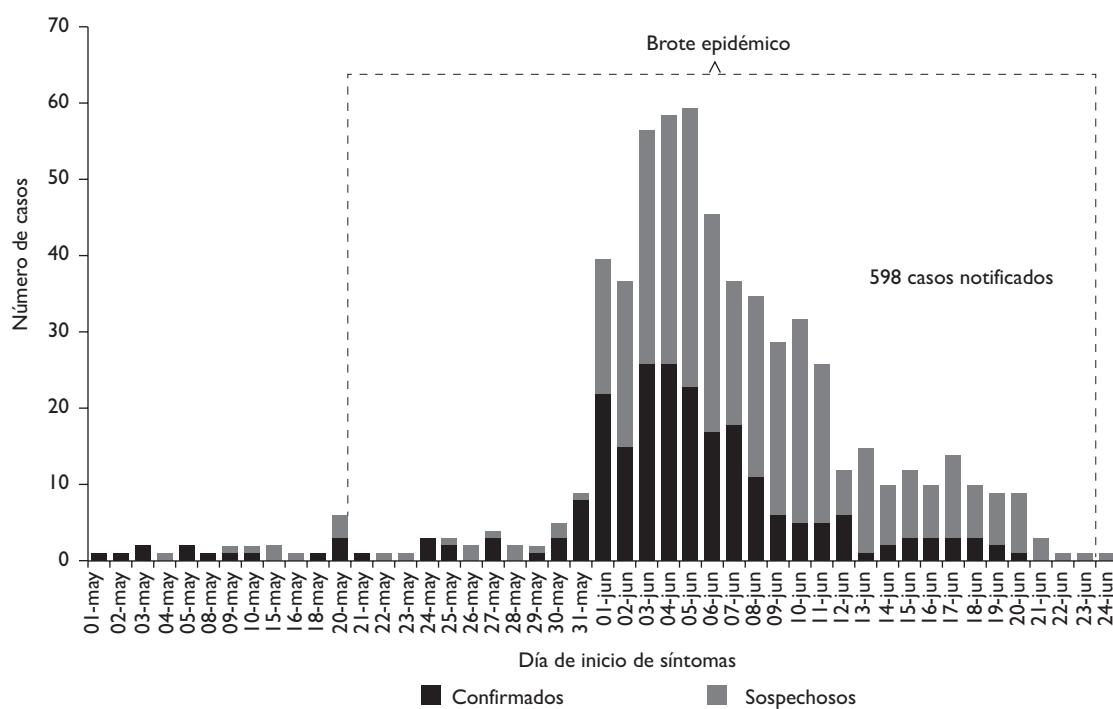


FIGURA I. BROTE EPIDÉMICO DE SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ EN EL PERÚ, MAYO-JUNIO DE 2019

Manuel J. Loayza-Alarico, D en SP,⁽¹⁻³⁾
mloayza@yahoo.com
Jhony A. De la Cruz-Vargas, D en M,^(1,2)
Maria del Socorro Alatrista, D en M.^(1,2)

(1) Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas,
Universidad Ricardo Palma. Perú.

(2) Facultad de Medicina Humana, Universidad
Ricardo Palma. Perú.

(3) Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y
Control de Enfermedades, Ministerio de Salud. Perú.

<https://doi.org/10.21149/10731>

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Walling A, Dickson G. Guillain-Barré syndrome. Am Fam Physician [internet]. 2013;87(3):191 [citado julio 20, 2019]. Disponible en: <https://www.aafp.org/afp/2013/0201/p191.pdf>
- Rebolledo-García D, González-Vargas P, Salgado-Calderón I. Síndrome de Guillain-Barré: viejos y nuevos conceptos. Med Int Mex. 2018;34(1):72-81. <https://doi.org/10.24245/mim.v34i1.1922>
- Díaz-Soto S, Chavez K, Chaca A, Alanya J, Tirado-Hurtado I. Outbreak of Guillain-Barre syndrome in Perú. eNeurologicalSci. 2019;14:89-90. <https://doi.org/10.1016/j.ensci.2019.02.001>

La salud de conductores de ciclotaxis en la Ciudad de México

Señor editor: Dado que conducir vehículos es una de las actividades más peligrosas en cuanto a padecimientos y factores de riesgos asociados con su ocupación,¹ se ha decidido estudiar las condiciones laborales y de salud de los conductores de transporte público de la Ciudad de México. Aquí se presentan los resultados de la investigación sobre los conductores de los ciclotaxis, también conocidos como bicitaxis, del Centro Histórico de esta ciudad.

Se tomaron muestras de sangre y medidas antropométricas, y se elaboró un cuestionario para obtener información sobre riesgos, exigencias, alimentación, estilos de vida, condiciones de salud, estrés y satisfacción en 110 conductores de los 122 que conforman el total de los operadores en el Centro Histórico de la ciudad.

Los participantes fueron, en su mayoría, hombres (91%) con promedio de 37 años de edad. El 69.1% informó tener sobrepeso u obesidad, 16.2% declaró tener alguna enfermedad —principalmente diabetes e hipertensión arterial—, 16% resultó positivo a la valoración de la escala de estrés, 49.1% tuvo presión arterial alta, 63.3% hipertrigliceridemia, 5% colesterol total elevado y 18.6% hiper glucemia. Además, los conductores tienen estilos de vida pocos saludables, mala alimentación, alto consumo de bebidas azucaradas y más de la mitad (57%) consume alcohol o fuma (50.5%) de manera regular.

En este sentido, y dado que conducir vehículos es una de las actividades laborales cuyas tareas tienen un fuerte impacto en la salud pública,² es necesario determinar el perfil patológico característico del grupo de los conductores de ciclotaxis expresado en las condiciones de salud-enfermedad y, especialmente, como causa de sobrepeso, de dislipidemias y de factores asociados con el síndrome metabólico. Lo anterior se hace con el fin de desarrollar modelos y políticas públicas que permitan disminuir los problemas de salud de este colectivo laboral, mejorar su calidad de vida y, a su vez, reducir los accidentes de tránsito y otras externalidades que generan.

Luis David Berrones-Sanz, PhD.⁽¹⁾
luis.berrones@uacm.edu.mx

⁽¹⁾ Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Ciudad de México, México.

<https://doi.org/10.21149/10448>

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Bigert C. Time trends in the incidence of myocardial infarction among professional drivers in Stockholm 1977-96. Occup Environ Med. 2004;61(12):987-91. <https://doi.org/10.1136/oem.2004.012781>
- Berrones-Sanz LD, Cano-Olivos P, Sánchez-Partida D, Martínez Flores JL. Lesiones, enfermeda-

des y accidentes de trabajo de los conductores del autotransporte de carga en México. Acta Universitaria. 2018;28(3):47-55. <https://doi.org/10.15174/au.2018.1946>

Propuesta de un cambio urgente de enfoque hacia la mercadotecnia social para prevenir la obesidad en las familias mexicanas

Señor editor: Una de las causas del incremento de obesidad en familias que viven con inseguridad alimentaria es la gran accesibilidad a alimentos industrializados de alta densidad energética. La estrategia mercadológica de la industria alimentaria se ha enfocado en identificar necesidades tanto fisiológicas como afectivas de los individuos y así ha logrado que se perciba un beneficio al consumir alimentos industrializados.

El cambio de enfoque que planteamos considera los principios de la mercadotecnia social para modificar el estilo de vida y prevenir el sobrepeso en las familias mexicanas. Se plantean, de inicio, tres conceptos provenientes del trabajo interdisciplinario de la Red para el Tratamiento y Prevención de la Obesidad.

- Hemos identificado una sobrevaloración de la saciedad y la alimentación en familias de nivel socioeconómico medio y bajo. Validamos un instrumento para medir la valoración de la alimentación y la saciedad, puntaje que se relacionó con experiencias de inseguridad alimentaria y con una mayor ingestión de carbohidratos.¹

Actualmente, para persuadir a la población mexicana a elegir alimentos saludables, se argumenta el beneficio en la salud. Sin embargo, este argumento no concuerda con las necesidades básicas de alimentación en familias de nivel socioeconómico medio y bajo, quienes, debido a su temor a sufrir

- hambre o carecer de alimentos, valoran más el apetito hedónico y la sensación de saciedad que la prevención de enfermedades.² Por lo anterior, recomendamos promover la conducta alimentaria saludable bajo el argumento del sabor y la saciedad.
- 2) La alimentación tradicional se ha sustituido por productos industrializados, por lo que se exhorta al retorno a la alimentación basada en la milpa. No obstante, aun cuando la alimentación tradicional satisface el placer y la saciedad en los mexicanos, la imagen percibida de estos alimentos es negativa, pues denota un bajo estatus (figura 1). Es recomendable repositionar la imagen de los alimentos tradicionales de acuerdo con el beneficio percibido de éstos por la población.
 - 3) Por último, recomendamos advertir el inconveniente del principal argumento que se ha utilizado intensamente en la promoción de salud: el exceso de peso. Existe

nueva evidencia que alerta sobre un problema creciente de la estigmatización social de la obesidad en países como México, lo que puede incrementar la incidencia de otros problemas de salud como trastornos alimentarios, depresión y ansiedad.³

En conclusión, la propuesta consiste en estudiar los verdaderos motivos del comportamiento en cada segmento poblacional y promover la conducta deseada argumentando los beneficios percibidos de dicha conducta. Las estrategias de mercadotecnia que han funcionado para la industria de los alimentos son efectivas y pueden ser bien utilizadas por los profesionales e instituciones de salud.

<https://doi.org/10.21149/10021>

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Caamaño MC, Parás P, Palacios JR, Rosado JL. Desarrollo y validación de escalas para medir el valor que las mujeres dan a la saciedad y a la alimentación: un factor crítico para el tratamiento de la obesidad. *Arch Latinoam Nutr*. 2018;68(2): 141-51.
2. Espinoza-Ortega C, Martínez-García G, Thomé-Orozco H, Ivonne Vizcarra-Bordi I. Motives for food choice of consumers in Central Mexico. *Br Food J*. 2016;118(11):2744-60. <https://doi.org/10.1108/BFJ-04-2016-0143>
3. Brewis A, SturtzSreetharan C, Wutich A. Obesity stigma as a globalizing health challenge. *Global Health*. 2018;14(1):20. <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0337-x>

Predictores de la satisfacción del servicio en el Hospital del Niño y Adolescente Morelense

Señor editor: Con la presente carta enviamos resultados de una encuesta sobre satisfacción con el servicio, realizada de octubre a diciembre de 2014 a usuarios del Hospital del Niño y Adolescente Morelense (HNAM), ubicado en Morelos, México. En los servicios de salud, la satisfacción y el compromiso se han señalado como un referente para explicar la lealtad.¹ Los pacientes o familiares evalúan la calidad del servicio por las interacciones con su proveedor de atención. A este respecto, se ha encontrado que brindar un trato adecuado² genera mayor confianza, mejora la comunicación médico-paciente e incrementa el cumplimiento de conductas saludables.³ A largo plazo, mejora la participación en la toma de decisiones y la percepción de beneficios obtenidos.^{4,5} Desde esta perspectiva, el compromiso se considera una motivación psicológica que permite un impacto directo en actitudes y conductas. Un individuo comprometido muestra un vínculo afectivo, además de que percibe beneficios adicionales como

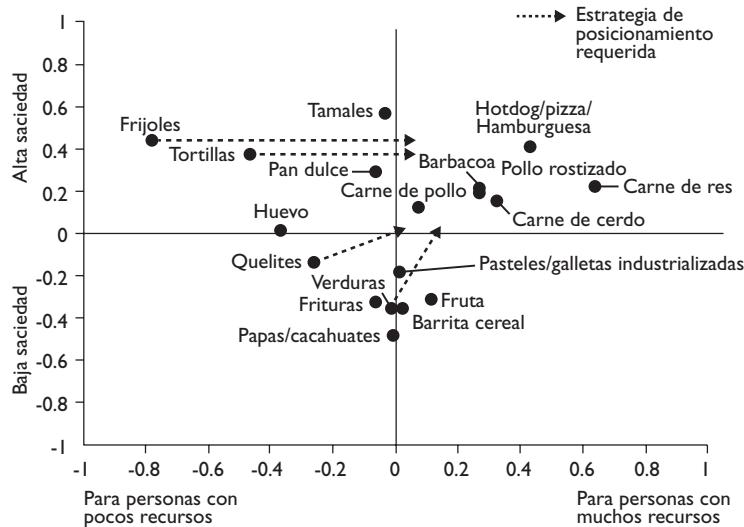


FIGURA 1. MAPA PERCEPTUAL DE IMAGEN DE LOS ALIMENTOS. LOS PUNTOS INDICAN EL PORCENTAJE DE PERSONAS QUE PERCIBIERON QUE EL ALIMENTO ERA PARA PERSONAS DE MUCHOS RECURSOS/BRINDAN ALTA SACIEDAD MENOS EL PORCENTAJE DE PERSONAS QUE PERCIBIERON EL PRODUCTO PARA PERSONAS DE POCOS RECURSOS/BRINDAN BAJA SACIEDAD. N=520 MUJERES DE UNA MUESTRA ALEATORIA

la confianza, la buena comunicación y el trato adecuado. Esto genera mayor satisfacción, lo que fortalece la relación entre médico y paciente.

Por ello, en esta investigación descriptiva y transversal, mediante una encuesta con buenos índices de fiabilidad ($\alpha \leq 0.90$), se buscó predecir la calidad asistencial por medio de la satisfacción con el servicio.

Se llevó a cabo un muestreo intencional en el que se aplicó la encuesta a 530 usuarios en la consulta externa del HNAM con estas características: edad de 18 a 40 años (82%), mujeres (84%), con escolaridad de secundaria o bachillerato (69%), casadas o en unión libre (81%) y amas de casa (61%). El 74.2% menciona no conocer la carta de los derechos del paciente; 34.5% gasta menos de 50 pesos para acudir al hospital y 70.8% cuenta con un ingreso menor a 3 000 pesos al mes. El 88% acude a consulta externa y 57.1% espera menos de 30 minutos para su consulta; 46.7% acude en más de cinco ocasiones y 28.5% ha requerido hospitalizar a su paciente durante 2014.

Al analizar las variables mediante correlación de Spearman, se encontraron relaciones bajas-moderadas significativas ($p < .05$) entre satisfacción y las variables estudiadas. Por ello, se realizó un análisis de regre-

sión lineal múltiple para conocer los predictores de la satisfacción. El modelo se realizó mediante el método "introducir" y se consideró el estadístico Durbin-Watson para asumir independencia en los residuos.

El modelo de regresión mostró buena capacidad predictiva ($R^2 = 0.691$) y un valor Durbin-Watson de 1.784. El cuadro I presenta las medidas de bondad y ajuste y los betas estandarizados para cada variable independiente. Se estimó el índice Pratt⁵ para conocer la importancia de cada variable y se observó que el "compromiso afectivo del usuario" es la que mayor capacidad predictiva reporta, con 36.3%. La "comunicación con el médico" obtiene 33.9% y le sigue la "confianza percibida por el usuario" con 18.1%. Los "beneficios percibidos por los usuarios" muestran 8.5% de importancia y el "tiempo de espera para consulta", 3.2%. El "compromiso afectivo" y la "comunicación con el médico" son las variables que explican la mayor parte de este porcentaje.

Este trabajo encuentra que el "compromiso afectivo hacia la institución" es la variable que muestra mayor impacto en la satisfacción de la calidad del servicio en el HNAM; además, repercute en la "comunicación con el médico", incrementa la "confianza" y

"beneficios percibidos de los usuarios", a pesar de que la consulta demore más tiempo del esperado. Todo esto es fundamental para que el usuario perciba una adecuada calidad en el servicio.

Agradecimientos

Se agradece al programa Sistema Integral de Calidad en Salud (Sicalidad) por el apoyo brindado para la realización de esta investigación, a través del Proyecto de Capacitación, Investigación y Foros Estatales de Calidad (CAP-DF-5).

Norma Betanzos-Díaz, D en Psic,⁽¹⁾
Francisco Paz-Rodríguez, D en Psic,⁽²⁾
fpaz@innn.edu.mx

(1) Universidad Autónoma del Estado de Morelos.
Cuernavaca, Morelos, México.

(2) Departamento de Neuropsicología y Grupos de Apoyo,
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.
Ciudad de México, México.

<https://doi.org/10.21149/10306>

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

I. Bustamante JC. Uso de variables mediadoras y moderadoras en la explicación de la lealtad del

**Cuadro I
SATISFACCIÓN CON EL SERVICIO DEL USUARIO, COEFICIENTES. HOSPITAL DEL NIÑO Y
ADOLESCENTE MORELENSE. CUERNAVACA, MÉXICO, 2018**

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados Beta	t	Sig.	Intervalo de confianza para B al 95.0%	
	B	Error estándar				Límite inferior	Límite superior
Constante	-.436	.238		-1.836	.067	-.903	.031
Comunicación con el médico	.332	.040	.322	8.249	.001	.253	.412
Compromiso afectivo	.441	.046	.346	9.496	.001	.350	.532
Confianza percibida	.208	.044	.184	4.771	.001	.123	.294
Tiempo de espera a consulta	-.001	.000	-.112	-4.288	.001	-.001	-.001
Beneficios percibidos	.085	.029	.100	2.929	.004	.028	.143

Variable dependiente: Satisfacción con el servicio

β : coeficiente beta

t: valor t de las variables de la ecuación

Sig.: significancia estadística

- consumidor en ambientes de servicios. *Estud Gerenciales.* 2015;31(136):299-309.
2. Puentes-Rosas E, Ruelas E, Martínez-Monroy T, Garrido-Latorre F. Trato adecuado: Respuesta del sistema mexicano de salud a las expectativas no médicas de sus usuarios. *Salud Pública Mex.* 2005;47:(Suppl. 1):S12-S21.
 3. Weng RH, Huang JA, Huang CY, Huang SC. Exploring the impact of customer relational benefit on relationship commitment in health service sectors. *Health Care Manage Rev.* 2010;35(4):312-23. <https://doi.org/10.1097/HMR.0b013e3181dc8257>
 4. Singh-Gaur S, Xu Y, Quazi A, Nandi S. Relational impact of service providers' interaction behavior in healthcare. *Manag Serv Qual An Int.* 2011;21(1):67-87. <https://doi.org/10.1108/0960452111100252>
 5. Serrano-del Rosal R, Loriente-Arín N. La anatomía de la satisfacción del paciente. *Salud Pública Mex.* 2008;50(2):162-72. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342008000200010>

Impacto del contacto piel con piel al nacer en la lactancia materna exclusiva y la regulación de los signos vitales

Señor editor: Enviamos estudio prospectivo aleatorizado a recién nacidos de un grupo poblacional de Nuevo León, México, sometidos al contacto piel con piel al nacimiento, los cuales tuvieron con esta práctica 4.5 más probabilidades de éxito en la lactancia materna exclusiva en las primeras 24 horas y 1.5 más probabilidades de vida a la semana de nacidos.

En el protocolo del estudio se informó a las madres de los pacientes en etapa prenatal el procedimiento a realizar y firmaron el consentimiento informado.

Se seleccionaron todos los nacimientos por parto durante septiembre y octubre de 2011. Los neonatos nacidos (70) se clasificaron aleatoriamente en dos grupos: grupo de estudio (36), que se dejó en contacto piel con piel al nacimiento, con cuidados del neonato y posterior alojamiento conjunto; y grupo control (34), que pasó a la cuna radiante, donde se realizó rutina de neonato, y después

a la incubadora. Se evaluó la lactancia a las 24 horas y a los siete días.

El estudio se realizó en el Hospital de Montemorelos, con selección aleatorizada mediante el software Research Randomizer.* Se realizó secuencia de sobres, en los que se indicaba si se realizaría contacto piel con piel o rutina en cuna; el pediatra a cargo de recibir al recién nacido tomó un sobre que revelaba el grupo.

Las características fueron evaluadas con *t* de Student y encontramos que los grupos son homogéneos sin diferencia significativa. El sexo se evaluó mediante ji cuadrada; no hubo diferencia significativa entre ambos grupos (grupo de estudio: 17 masculinos y 19 femeninos; grupo control: 17 masculinos y 17 femeninos).

Se comparó la frecuencia cardíaca y respiratoria a los 15, 30, 45 y 60 min; entre los grupos no hubo una diferencia estadísticamente significativa, con una *p* mayor de 0.05 en cada uno. A los 15 minutos, la temperatura fue de 36.4°, la cual es estadísticamente significativa (*p* 0.015); en el tiempo restante no hubo diferencias.

En el grupo de recién nacidos que se quedaron piel con piel con la madre durante una hora, 64% (23 de los 36) inició lactancia durante la primera hora. Se determinó que este contacto tiene algún impacto en la lactancia exclusiva, pues en las primeras 24 horas se encontró una significancia estadística de 0.001 en favor de este grupo de recién nacidos (cuadro I).

Al aplicar la fórmula de razón de momios, ésta dio como resultado que la madre a la que se le coloca piel con piel al recién nacido tiene 4.5 veces más probabilidades de estar dando seno materno en las primeras 24 horas.¹

También se realizó la fórmula de razón de momios, de la que se obtiene como resultado que, estadísticamente, la madre a la que se le coloca piel con piel al recién nacido tiene 1.5 veces más probabilidades de continuar con lactancia exclusiva a la semana de vida.²

Cuadro I COMPARACIÓN DE LACTANCIA EXCLUSIVA A LAS 24 HORAS DE VIDA, ENTRE GRUPO DE ESTUDIO Y GRUPO CONTROL. HOSPITAL DE MONTEMORELOS, NUEVO LEÓN, MÉXICO, 2011

Lactancia exclusiva en las 24 horas	Contacto piel con piel N= 36	Control N=34	P
Sí	33	24	0.001
No	3	10	

No se observó una diferencia significativa al comparar los grupos de frecuencia cardíaca y respiratoria, sin embargo, en relación con la temperatura, a los 15 min sí existe diferencia significativa (*p* 0.015) con en el grupo "contacto piel con piel"; este contacto no afecta negativamente en el control térmico del neonato. Además se observa una diferencia significativa en cuanto a la alimentación exclusiva entre el grupo de estudio y el control, pues existe mejor apego en el primer grupo.

Brenda Sagrario Rosas-Herrera, M Pediatr,⁽¹⁾
Julieta Rodríguez-de Ita, D en C Clín,⁽¹⁾
Jorge A Martínez-Cardona, M en Dir de Empresas.⁽²⁾
xorges@gmail.com

⁽¹⁾ Tecnológico de Monterrey. Nuevo León, México.
⁽²⁾ Multicéntricos de Especialidades Médicas, Tecnológico de Monterrey. Nuevo León, México.

<https://doi.org/10.21149/10477>

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Puig G, Sguassero Y. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants: RHL commentary. The WHO Reproductive Health Library. Ginebra: World Health Organization, 2007.
2. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016;issue 11, art. no.CD003519. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>