



ISSN: 1561-3194
Rev. Ciencias Médicas. Mayo.-jun, 2013; 17(3):25-37

ARTÍCULO ORIGINAL

Auriculoterapia en el tratamiento de la obesidad exógena en niños

Auriculotherapy on the treatment of exogenous obesity in children

Sandra Haydee Hernández García¹, Margarita Castillo González², Miguel Ángel Rodríguez Arencibia³, Miguel Ángel Rodríguez Hernández⁴, José Rafael Hernández Gómez⁵

¹Especialista de Segundo Grado en Pediatría. Máster en Medicina Tradicional y en Atención al Niño. Investigadora Agregada. Profesora Auxiliar. Hospital Provincial Pediátrico "Pepe Portilla". Pinar del Río.

Correo electrónico: marasan@princesa.pri.sld.cu

²Licenciada en Enfermería. Máster en Medicina Bioenergética y Natural. Hospital Provincial Pediátrico "Pepe Portilla". Pinar del Río.

Correo electrónico: margarita@princesa.pri.sld.cu

³Especialista de Segundo Grado en Cirugía. Máster en Medicina Bioenergética y Natural. Profesor Auxiliar y Consultante. Hospital Clínico Quirúrgico "León Cuervo Rubio". Pinar del Río. Correo electrónico: sandra@princesa.pri.sld.cu

⁴Diplomado en Medicina Tradicional y Natural. Policlínico Universitario "Hermanos Cruz". Pinar del Río. Correo electrónico: miguel@princesa.pri.sld.cu

⁵Especialista en Endocrinología. Máster en Atención Integral al niño. Profesora Auxiliar. Hospital Provincial Pediátrico Docente "Pepe Portilla". Pinar del Río.

Correo electrónico: jrhom@princesa.pri.sld.cu

Aprobado: 4 de marzo del 2013.

RESUMEN

Introducción: la epidemia de obesidad y sobrepeso se ha triplicado en menos de dos décadas y cada vez afecta a individuos más jóvenes.

Objetivo: evaluar el efecto de la auriculoterapia en el tratamiento de la obesidad exógena en niños de 5-18 años de la provincia de Pinar del Río, remitidos a la consulta de Medicina Tradicional y Natural del Policlínico de Especialidades

Pediátricas del Hospital Provincial Pediátrico Docente, "Pepe Portilla", de enero 2010 - junio 2011.

Material y métodos: se realizó una investigación cuasi-experimental, longitudinal, prospectiva. El universo estuvo constituido por 120 niños que acuden a la consulta. La muestra por decisión (n=100) fue subdividida en dos grupos de 50 niños cada uno. Al grupo I además del tratamiento dietético y el ejercicio se añadieron puntos auriculares; el Grupo II fue tratado con dieta y ejercicio. Se aplicó encuesta. Las variables fueron: edad, sexo, empleo de lactancia materna exclusiva, cumplimiento del esquema de alimentación complementaria, enfermedades predisponentes, hábitos dietéticos inadecuados, per cápita familiar y procedencia geográfica. Se utilizaron los métodos de la estadística descriptiva. Aplicándose la prueba Ji cuadrado con nivel de significación alfa 0,05%.

Resultados: hubo predominio del sexo femenino en los dos grupos (66 %), y predominio del grupo 5 a 11 años. Resultaron factores desencadenantes de la obesidad exógena: No lactancia materna exclusiva (83 %), familiares de primer orden obesos (70 %), y cumplimiento incorrecto del esquema de ablactación (62 %). Los malos hábitos nutricionales (95 %), procedencia urbana (68 %) y alto per cápita familiar (80 %) predispusieron a la ganancia exagerada de peso. Las complicaciones cardiovasculares fueron las principales (60 %). La respuesta buena al tratamiento fue más rápida en los tratados con auriculoterapia.

Conclusiones: la auriculoterapia resultó eficaz en el tratamiento de la obesidad exógena, y es aceptado por los niños y padres.

DeCS: Auriculoterapia, Obesidad/clasificación.

ABSTRACT

Introduction: the epidemic of obesity and overweight has been outnumbered by three in less than two decades affecting the youngest individuals.

Objective: to assess the effect of Auriculotherapy in the treatment of exogenous obesity in children from 5 to 18 years old in Pinar del Rio province who were referred to the Natural and Traditional Medicine Department at "Pepe Portilla" Children Provincial Hospital from January 2010-June 2011.

Material and methods: a quasi-experimental, longitudinal, prospective research was carried out having as a target group 120 children who attended to the hospital. The sample per-decision (n=100) was subdivided into two groups of 50 children each one. Group I, together with diet treatment and physical exercise, auricular points were added; Group II was treated with diet and physical exercise. A survey was also applied. The variables studied were: age, sex, full-time breastfeeding, and achievement of a complementary food scheme, predisposition towards diseases, poor food habits, and per capita family income along with geographical origin. Methods of descriptive statistics were used; applying chi square test with a level of significance of alpha 0, 05%.

Results: female sex prevailed in both groups (66%) and the group from 5 to 11 years old. Not full-time breastfeeding (83%), first-side obese families (70%) wrong achievement of food scheme (62%) were considered triggering factors of exogenous obesity. Poor food habits (95%), urban origin (68%) and higher per capita family income (80%) were predisposition factors towards the exaggerated weight increase. Cardiovascular complications were the most important (60%). There was a good response and the treatment was faster in those treated with Auriculotherapy.

Conclusions: Auriculotherapy resulted in an effective treatment for exogenous obesity and it is well-accepted by children and their parents.

INTRODUCCIÓN

Según la *Organización Mundial de la Salud* (OMS) existen en el mundo más de un billón de adultos con sobrepeso de los cuales aproximadamente 300 millones padecen obesidad y 17.6 millones de niños menores de cinco años tienen sobrepeso.¹⁻³

Hace mucho tiempo los ricos eran obesos, los pobres eran delgados y la preocupación era cómo alimentar a los desnutridos⁴. Actualmente, los ricos son delgados y los pobres son, además de desnutridos, obesos y la preocupación es ahora la obesidad.⁴ Ésta fue nombrada como epidemia mundial por la OMS en el año 1998.⁵⁻⁸ La epidemia de obesidad no se restringe a sociedades desarrolladas, de hecho, su aumento es con frecuencia más rápido en los países en vías de desarrollo, quienes enfrentan un doble reto junto con sus problemas de desnutrición. La epidemia de obesidad y sobrepeso se ha triplicado en menos de dos décadas.^{1, 9-12}

La mortalidad es un criterio a considerar para desarrollar guías en relación al peso corporal, pero no se puede restar importancia a la incidencia de enfermedades causadas por el exceso de peso; la enfermedad arterial coronaria, la apoplejía, la diabetes tipo 2 (la obesidad es el factor principal de riesgo para su desarrollo al atribuírsele 61% de la prevalencia), cáncer y osteoartritis contribuyen a un gran sufrimiento con deterioro importante en la calidad de vida aun cuando no sean causa de muerte inmediata.^{11,}

En Cuba, al comparar estudio provincial sobre crecimiento, desarrollo y estado nutricional de niños y adolescentes entre 0-19 años efectuado en Ciudad de La Habana en 1998, con otro similar realizado en 1993, se pudo conocer que durante esos 5 años se incrementó el porcentaje de individuos con exceso de peso para la talla en 1,4 veces y aquéllos con niveles elevados de adiposidad en 1,7 veces⁴, en Pinar del Río, Cuba, Fonte Medina y colaboradores observó, que el síndrome metabólico fue más frecuente en el sexo femenino en 58 % y en el grupo de 40-59 años de edad.⁵

Internacionalmente se trabaja en la elaboración de criterios y recomendaciones para la identificación y manejo de los adolescentes con sobrepeso.¹

En Cuba, con la elaboración del *Programa Nacional de atención a la Salud y Desarrollo del Adolescente*, existen las condiciones y es, además el momento idóneo para la implementación de un conjunto de procedimientos, que permitirán mejorar la calidad de la atención y el comportamiento de los indicadores de salud en este grupo poblacional.⁶ La niñez representa un período de gran vulnerabilidad en el cual el organismo es especialmente sensible a factores favorables y desfavorables del entorno y con un comportamiento variable ante los determinantes de la salud.^{11,12}

En los momentos actuales y al margen de las concepciones filosóficas, políticas, económicas y culturales, la tendencia mundial está dirigida al rescate de la Medicina Tradicional y Natural y por supuesto a la aceptación de sus tratamientos, que sitúan cada vez más a la medicina asiática y dentro de ellas a la medicina china en la

palestra universal.¹³ Estudiosos del tema han revisado los trabajos publicados sobre la acción de la acupuntura sobre la obesidad, y concuerdan que es efectiva en su tratamiento.¹⁴⁻¹⁷ Lourenço Haddad M y Silva Marcon S. demostraron la disminución del apetito con el uso de auriculoterapia.¹³

El microsistema de la oreja es una técnica útil, sencilla y aceptada por los niños que puede ser empleada en el tratamiento de la obesidad¹, pero que no se ha empleado en la Provincia de Pinar del Río, Cuba, en el tratamiento de la obesidad en niños, por lo que se realizó esta investigación con el objetivo de: evaluar el efecto de la auriculoterapia en el tratamiento de la obesidad exógena en niños de 5-18 años de la provincia de Pinar del Río, remitidos a la consulta de Medicina Tradicional y Natural del Policlínico de Especialidades Pediátricas del Hospital Provincial Pediátrico Docente, "Pepe Portilla", de enero 2010-junio 2011.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó estudio cuasi-experimental (de intervención), sobre la acción de la auriculoterapia en la obesidad exógena, en niños de 5- 18 años de edad, remitidos a la consulta de Medicina Tradicional y Natural (MTN) del Policlínico de Especialidades Pediátricas del Hospital Provincial Pediátrico Docente "Pepe Portilla" de Pinar del Río, Cuba, de enero 2010-junio 2011, previa evaluación por Endocrinología.

El universo estuvo conformado por 120 niñas y niños de todas las edades y color de la piel que acudieron a consulta de MTN diagnosticados como obesos según las normas cubanas de *Crecimiento y Desarrollo*, usándose peso para la edad, peso para la talla, índice de masa corporal y porcentaje de sobrepeso con respecto al peso ideal del paciente.

Se empleó técnica de muestreo intencional. No formaron parte de la muestra 20 niños por ser menores de cinco años. La selección de los grupos estudio y control, se realizó al azar, formándose dos grupos de 50 pacientes cada uno.

Al Grupo I (estudio o experimental), se le aplicó auriculoterapia en los puntos: hambre, *Shen Men* auricular, ansiolítico y estómago. Su elección se basó en la teoría tradicional china y la experiencia de los acupuntores; se colocaron semillas de mostaza fijadas con esparadrapo, indicándole a la mamá o familiar que le realizará presión diaria durante tres minutos en cada punto y antes de las comidas, a la semana se colocaron las semillas en la otra oreja. El número de sesiones a aplicar estuvo acorde con la respuesta terapéutica del paciente.

El grupo II (control) llevó tratamiento dietético orientado por la dietista de la consulta de endocrinología (evaluado cada tres meses o según las necesidades de cada caso), y ejercicios físicos. Tratamiento de base aplicado también al grupo I.

Ambos grupos de pacientes fueron valorados semanalmente en la consulta de MTN, evaluándose las co-morbilidades propias de la obesidad, la talla y el peso alcanzado en una balanza de pie debidamente calibrada y normalizada, además se tomó en cada consulta la tensión arterial con tensiómetro calibrado y normalizado.

Se establecieron parámetros de mejoría, basados en la disminución o no elevación del peso, clasificándolos como sigue:

Buena. Aquellos pacientes que alcanzaron el peso adecuado a su edad y talla, entre una y seis consultas.

Regular: Aquellos pacientes que no alcanzaron el peso adecuado a su edad y talla, hasta la novena consulta.

Mal: No existe disminución del peso, por lo que fue necesario revalorar tratamiento, después de la décima consulta.

Se confeccionó una encuesta para la obtención y recolección de los datos a investigar.

Mediante el interrogatorio de cada paciente o de la persona acompañante se obtuvo: la edad, género, empleo de lactancia materna exclusiva, cumplimiento del esquema de alimentación complementaria, enfermedades predisponentes, hábitos dietéticos inadecuados, per cápita familiar y procedencia geográfica. Se realizó el examen físico completo y la evaluación del peso y la talla. Los datos recogidos en el interrogatorio y el expediente clínico de cada enfermo fueron llevados a una base de datos automatizada para su ulterior procesamiento.

A cada enfermo se le indicó en su primera consulta la realización de un perfil lipídico para determinar la presencia o no de alteraciones de los lípidos no diagnosticados previamente y poder orientar el tratamiento dietético adecuado.

Se aplicó la prueba de independencia ji cuadrado simple o la mancomunada de Mantel-Haenszel para un estudio estratificado con un nivel de significación alfa 0.05 %.

RESULTADOS

Tanto en el grupo de estudio como en el control (tabla 1) había la misma proporción de mujeres 66 %, y en ambos grupos había un predominio del grupo de 5 a 11 años.

Se encontró para la edad por sexo $X^2 = 0,295$, $gl=1$, $p = 0,589$, y para los grupos $X^2 = 0,161$, $gl=1$, $p= 0,689$. En el grupo de estudio no se encontró asociación entre ambas variables ($X^2=0,08$, $p=0,77$, OR 1,19 (IC 95 %: 0,31 -4,59), mientras en el grupo control ($X^2= 0,24$, $p=0,62$, OR 1,25 (IC 95 %: 0,34 -5,39), el X^2 mancomunado de Mantel-Haenszel= $0,11$, $p=0,74$, que demuestra la homogeneidad de los grupos en cuanto a estos parámetros.

Tabla 1. Edad y sexo de los niños obesos. Consulta Medicina Tradicional y Natural. Hospital Provincial Pediátrico Pepe Portilla. 2011

Frecuencias absolutas						
	Grupo de estudio			Grupo control		
	masculino	femenino	Total	masculino	femenino	Total
5 -11	10	18	28	11	19	28
12 -18	7	15	22	6	14	22
Total	17	33	50	17	33	50

Frecuencias relativas porcentuales						
	Grupo de estudio			Grupo control		
	masculino	femenino	Total	masculino	femenino	Total
5 -11	20	36	56	22	38	60
12 -18	14	30	44	12	28	40
Total	34	66	100	34	66	100

Fuente: Base automatizada de datos.

Entre los factores desencadenantes de la obesidad exógena solamente las enfermedades predisponentes no se mostraron predominantes. El factor predominante fue la no lactancia materna exclusiva, y no menos importante fue el presentar alimentación complementaria incorrecta. La tenencia de familiares de primer orden obesos fue otro de los factores preponderantes.

Entre otros factores que pueden estar relacionados con la obesidad en el grupo predominaron los niños que provienen de familias con alto per cápita (80 %), con residencia urbana (68 %) y malos hábitos nutricionales (95 %). De todos ellos la lactancia materna no exclusiva, y pertenecer a una familia con otros familiares obesos fueron los factores significativos. (Tabla 2)

Tabla 2. Factores desencadenantes de la obesidad exógena. Consulta Medicina Tradicional y Natural.

Factores en 100 individuos	Frecuencia	X ²	p
No lactancia materna exclusiva	83	24.44	< 0.0001
Familiares de primer orden obesos	70	8.33	0.004
Cumplimiento incorrecto de la alimentación complementaria	62	2.92	0.09
Enfermedades predisponentes	27	11.17	0.0008

Entre las complicaciones de la obesidad exógena el 60 % de los niños poseía cardiovasculares, las más frecuentes detectadas. En orden decreciente estuvieron las psicosociales (50 %), las metabólicas (50 %), las ortopédicas (40 %), las del crecimiento (20 %) y otras (2 %).

La obtención de una respuesta buena o regular (tabla 3) al tratamiento con menos de 10 sesiones se obtuvo en el grupo I en el 94 % de los niños. Ninguno tuvo mala respuesta. En el grupo II, para estas mismas características de respuesta, solamente el 78 % de los niños necesitaron menos de 10 sesiones. Diferencia que resultó significativa ($X^2 = 5,32$, $gl=1$, $p = 0,02$)

Tabla 3. Respuesta al tratamiento según número de sesiones. Consulta de Medicina Tradicional y Natural.

Frecuencias absolutas

Respuesta al tratamiento	Número de sesiones					
	Grupo de estudio			Grupo control		
	1 a 9	≥ 10	Total	1 a 9	≥ 10	Total
Buena o regular	47	3	50	39	8	47
Mala	-	-	-	3	-	3
Total	34	13	50	42	8	50

Respuesta al tratamiento	Número de sesiones					
	Grupo de estudio			Grupo control		
	1 a 9	≥ 10	Total	1 a 9	≥ 10	Total
Buena o regular	94	6	100	78	16	94
Mala	-	-	-	6	-	6
Total	94	6	100	84	16	100

Fuente: Base automatizada de datos.

Es de destacar que se obtuvo reducción de peso en el 100 % de los niños del grupo estudio, sin tener en cuenta el número de sesiones, mientras que en el grupo control quedaron 3 niños en los que no se logró la reducción de peso, diferencia que no resultó significativa ($X^2_{\gamma}=1.37$; $p=0.24$)

DISCUSIÓN

La infancia es la época de la vida en la que se establecen patrones, hábitos y estilos de vida que condicionarán el comportamiento alimentario en la etapa adulta y la adquisición y mantenimiento de obesidad.^{1,6-8,12}

Según las últimas estimaciones de la *International Obesity Task Force* (IOTF) de 2004 uno de cada diez niños en edad escolar presenta sobrepeso, es decir, alrededor de 155 millones de niños en todo el mundo y son obesos el 2-3 % de los niños de edades comprendidas entre 5-17 años de edad, es decir, 30-45 millones de niños en todo el mundo.^{1, 2,8}

La obesidad infantil se distribuye de forma desigual entre las distintas regiones del mundo e incluso dentro de la población del mismo país, pero en general se incrementa rápidamente, llegando a presentar características epidémicas en algunas zonas.^{6, 8, 10,12}

Los problemas de salud que se pueden derivar del hecho de tener sobrepeso van mucho más allá de los que estamos acostumbrados a oír, como la diabetes o los problemas cardíacos; también puede afectar a las articulaciones, la respiración, el sueño, el estado de ánimo y los niveles de energía. O sea, que el sobrepeso puede repercutir negativamente sobre la calidad de vida global de una persona.^{2, 3,6}

El antecedente de obesidad entre sus familiares de primer orden, fue frecuente en esta serie, lo que concuerda con la literatura consultada.^{1, 2, 9,11} Opinan algunos investigadores, que con sólo un progenitor obeso existe una probabilidad de 40 % de tener un hijo obeso cifra que casi se duplica cuando son ambos los progenitores obesos,^{4, 6,10} hoy se conoce que la predisposición genética tiene un valor relevante, este problema es empeorado por los malos hábitos nutricionales usualmente también de carácter familiar.¹²

El autor³, describe que los niños con asma tienden a presentar un estilo de vida más sedentario y realizan menos actividad física que sus pares. Esto probablemente, es un problema multifactorial, siendo la obesidad una de las causas involucradas.^{4,6} Un porcentaje elevado de los niños estudiados incumplió el esquema de alimentación complementaria según propuesta vigente en Cuba y sólo el 17 % lactó hasta los 6 meses de edad como se prevé en las propuestas realizadas para la atención primaria de salud, estos dos aspectos están estrechamente vinculados con la posterior aparición de exceso de grasa corporal⁷, pues el niño alimentado a pecho no gana tan rápidamente de peso como los alimentados a "biberón"^{11,12}, además no suelen tomar alimentos sólidos tan precozmente,³ el niño amamantado controla mejor la cantidad de su ingesta porque se encuentra satisfecho antes, ya que la saciedad no sólo depende del volumen ingerido sino también del tipo y concentración del alimento, el niño lactado por la madre además, realiza más actividad física, trabaja más y permanece menos tiempo en la cuna, los alimentos introducidos precozmente aumentan la necesidad de agua y por ende la sed, lo que se expresará a través del llanto del pequeño después de la alimentación atribuyéndose erróneamente a hambre que impulsará a ofrecer más alimentos estableciendo un círculo vicioso que tiene como destino final la obesidad.³

Existe hoy en día gran disponibilidad de golosinas y bebidas gaseosas en los colegios, ambos alimentos ricos en carbohidratos. Muchos padres que envían a sus hijos al colegio con dinero, favorecen que éste sea gastado en este tipo de alimentos, en vez de prepararles en su casa una colación más sana y nutritiva, y de esta manera promover hábitos más saludables de alimentación.⁸ Por otra parte, los niños y adolescentes llevan una vida altamente sedentaria, por lo que el gasto energético está reducido.

Los estilos de vida y hábitos inadecuados como fumar, beber, no practicar ejercicios físicos, alto consumo de grasa, sal o azúcar, comienzan también desde la infancia y es muy difícil corregirlos posteriormente o demasiado tarde en muchos casos. Consecuencias de esos malos hábitos son la obesidad y la arteriosclerosis ya que, aunque se conoce que la carga genética juega un papel importante, también a ello se unen los llamados factores extrínsecos modificables.⁷

El crecimiento económico puede ser un elemento vital para la reducción de la pobreza; sin embargo, ello no es suficiente. Tanto o más importante que la cantidad o ritmo de la progresión económica, es su calidad.¹³ La obesidad extrema conduce a graves consecuencias para el aparato locomotor, cardiovascular y respiratorio. Tienen relevancia los problemas ortopédicos, pie plano, escoliosis, epifisiolisis.^{6, 7}

Son de interés las manifestaciones psicológicas dadas por la inaceptación social y la pobre imagen de sí mismos. La hipertensión arterial fue muy frecuente en los casos estudiados

Los niños y adolescentes que tienen colesterol alto o tensión alta o sobrepeso son justamente los que en la edad adulta tienen un mayor riesgo cardiovascular.¹⁰

La obesidad es sin duda la enfermedad nutricional de mayor importancia en la actualidad y constituye un factor de riesgo independiente para enfermedad cardiovascular y otras ECNTS como hipertensión arterial, diabetes tipo II, etc. ^{9,10}

La presencia de síndrome metabólico (SM) en la adolescencia, y de al menos algunos de sus componentes en preescolares y escolares prepúberes obesos, permite pronosticar la presencia de cardiopatía coronaria y otros problemas cardiovasculares en adultos cada vez más jóvenes. ^{4, 6,10}

Estimaciones de la OMS señalan que la erradicación de la obesidad reduciría en casi un 60% la prevalencia de diabetes tipo II, en un 20% la prevalencia de enfermedad coronaria y de accidente vascular encefálico y en casi un 30 % la prevalencia de hipertensión arterial. Estimaciones similares para el sedentarismo, muestran las reducciones de morbilidad y mortalidad que se lograrían con la practica de actividad física moderada en toda la población; reducción de 30 % de muertes por enfermedad coronaria, 25% por diabetes y cáncer de colon, 12 % por cáncer de mamas, 15% por accidente vascular cerebral isquémico y 10 % por fractura de cadera. ^{10,12}

La autora, encontró el Síndrome Metabólico en el 18,6 % de los sujetos con una frecuencia mayor en sujetos puberales (26,2 %) que en prepuberales (12,7 %).¹⁰

El momento apropiado para intervenir en la prevención precoz del daño, debería ser el período prenatal, idealmente preconcepcional y también en los primeros años de vida post-natal.¹²

La auriculoterapia es la técnica mediante la cual se diagnostican y se tratan distintas enfermedades, estimulando puntos ubicados en la oreja. Según la Medicina Tradicional China, su acción se explica por la conexión entre el pabellón auricular y los órganos internos mediante los meridianos. ^{16,17}

En el pabellón auricular se refleja la imagen de un feto orientado con la cabeza hacia abajo, a nivel de su lóbulo, mientras que el resto de puntos se hallan situados a lo largo del pabellón auricular.

Al perder una región corporal su equilibrio fisiológico (estado de salud), los puntos se alteran, llegando incluso en enfermedades prolongadas, a aparecer enrojecimientos o formaciones escamosas. En los puntos donde hay enfermedad, hay una resistencia eléctrica menor que la de la piel que los rodea, de allí que los detectores de puntos hagan otro sonido en dichos sitios. Ya que cada punto puede tener un diámetro de 0,1 a 0,3 mm, puede haber cientos de puntos.

El hecho de que los puntos auriculares sólo existan en situaciones de alteración patológica es la clave para poder ser utilizado como diagnósticos.

La autora opina que un factor que conspira contra la mejoría de los pacientes es la ansiedad por la comida, también los padres imponen al niño a un régimen alimentario que ellos no son capaces de cumplir, el niño quiere imitar lo que hacen sus padres, en el caso de los pacientes tratados con auriculoterapia este efecto es menor , pues se le ponen al paciente puntos de sedación que lo ayudan a controlar el hambre y a lograr un equilibrio en sus necesidades de alimentación, por tanto consideramos que lo mejor en estos casos es la combinación de tratamientos y el seguimiento por un equipo multidisciplinario, capaz de educar tanto a niños como a padres.

Afortunadamente, nunca es demasiado tarde para hacer cambios que permitan controlar eficazmente el peso y evitar los problemas de salud que este puede provocar. Esos cambios no tienen que ser radicales. Es necesario reducir las bebidas azucaradas, no repetir en las comidas y hacer más ejercicio, aunque solo sean de cinco a diez minutos al día. Lo importante es allanar el camino a los grandes cambios haciendo un cambio pequeño tras otro. ¡Y no temer pedir ayuda!

Para orientar las actividades de prevención precoz, es necesario considerar los factores que constituyen riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, los que operan y se hacen evidentes desde las primeras etapas de la vida: Obesidad en los padres; sobrepeso u obesidad materna pregestacional, gestacional y/o ganancia excesiva de peso durante el embarazo; bajo peso de nacimiento (desnutrición intrauterina); macrosomía del recién nacido (peso mayor a 4 Kg); lactancia materna exclusiva de insuficiente duración (< 4-6 meses); Incremento acelerado de peso del lactante mayor de 1 año o del preescolar (cruce de percentiles ascendentes); diabetes mellitus tipo II en padres y abuelos; diabetes gestacional en dicho embarazo y obesidad infantil.¹²

Se concuerda con el autor sobre la importancia de la intervención precoz, ante la presencia de uno o más de los factores de riesgo de ECNTS descritos, el niño(a) debería someterse además de su control de crecimiento regular, a una vigilancia dirigida, a fin de prevenir, detectar y/o corregir oportunamente desviaciones del crecimiento y en el caso de obesidad infantil, procederse de acuerdo a norma técnica de tratamiento.¹²

Especialmente importante es la promoción de lactancia materna y de prácticas adecuadas de alimentación para el niño(a), en el período de «destete». Existen múltiples evidencias que señalan, entre otros muchos beneficios de la lactancia materna exclusiva, su efecto protector en términos de desarrollo de obesidad y otras ECNTS.^{11, 12}

Existen evidencias de que el niño(a) hasta los tres o cinco años de edad puede espontáneamente adecuar su ingesta energética al gasto energético (incluido el gasto por crecimiento) si se le otorga libre acceso a una alimentación variada. Esta capacidad de mantener un balance energético se puede perder por la oferta excesiva de alimentos de muy alta densidad energética y de grandes porciones. La autorregulación energética también puede perderse cuando las señales internas que indican al niño(a) «qué, cuándo y cuánto» comer son repetidamente sobrepasadas por un adulto que impone al niño(a) no sólo sus propios horarios de alimentación, sino también un «qué» y «cuánto» comer.¹²

La restricción absoluta de algunos alimentos; el uso de alimentos como recompensa a conductas deseadas; el condicionar la entrega de alimentos que gustan más (ejemplo postre) a la ingesta previa de otro alimento que no prefiere (ejemplo algunas verduras o pescado); el obligar al niño(a) a tomarse hasta la última gota de la mamadera o a «limpiar el plato»; y otros patrones culturales que se dan en torno a la alimentación en esta etapa crítica, deben corregirse a través de un gran esfuerzo informativo, educacional y motivacional tanto de los equipos de salud como de la comunidad, incentivando por ejemplo la participación en grupos de pares o de autoayuda para el fomento de la lactancia materna y de la alimentación saludable en el hogar entre otros.

La auriculoterapia resultó un método terapéutico eficaz, para el tratamiento de la obesidad exógena en niños.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia. Nueva York: UNICEF; 2008: 164.
2. Romero Velarde E, Campollo Rivas O, Celis de la Rosa A, Vásquez Garibay EM, Castro-Hernández JF, Cruz Osorio RM. Factores de riesgo de dislipidemia en niños y adolescentes con obesidad. Salud Pública Méx [Internet]. 2007 Abr [citado 2011 Oct 22]; 49(2): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000200005&lng=es
3. Brockmann P, Caussade S, Holmgren L, Prado F, Reyes B, Viviani P. et al. Physical Activity and Obesity in Asthmatic Children. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2007 Oct [citado 2011 Oct 23] ; 78(5): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062007000500005&lng=es
4. Argote Parolis J, Fernández Terue T, Carvajal Martínez F, González Suárez RM, Licea Puig ME. Prevalencia y factores asociados al síndrome metabólico en niños y adolescentes obesos del municipio Marianao. Rev Cubana Endocrinol [Internet]. 2008 Dic [citado 2011 Oct 30]; 19(3): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532008000300002&lng=es
5. Fonte Medina N, Paz Paula E, Sanabria Negrín JG, Martínez Medina J R, Bencomo Fonte LM. Hipertensión arterial, hipertrigliceridemia y obesidad fundamentales componentes del síndrome metabólico. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2008 Jun [citado 2011 Oct 30]; 12(1): [aprox. 11 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942008000100011&lng=es
6. Valdés Martín S, Gómez Vasallo A, Báez Martínez JM. Obesidad en niños y adolescentes. En: Temas de Pediatría. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011: 349-51.
7. Guerra Cabrera C, Cabrera Romero A, Santana Carballosa I, González Hermida A, Almaguer Sabina P, Urra Coba T. Manejo práctico del sobrepeso y la obesidad en la infancia: ¿Una nueva batalla?. MediSur [revista en la Internet]. 2009 Feb [citado 2012 Ago 04]; 7(1): 61-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2009000100012&lng=es
8. Icart Isern MT, Icart Isern MC. La obesidad en el cine y su utilización en la docencia. Rev Med Cine [revista en la Internet]. 2010 marzo [citado el 2012 mayo 11]; 6(1): Disponible en: <http://revistamedicinacine.usal.es/index.php/es/vol6/num1/347>
9. Waitzberg DL, Ravacci GR, Raslan M. Desnutrición hospitalaria. Nutr. Hosp. [revista en la Internet]. 2011 Abr [citado 2012 Ago 04]; 26(2): 254-64. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112011000200003&lng=es
10. Tapia Ceballos L, López Sigüero JP, Jurado Ortiz A. Prevalencia del síndrome metabólico y sus componentes en niños y adolescentes con obesidad. Anales de

Pediatría. [Internet]. 2007 Oct [citado 12 Ago 2010]; 67(4): [aprox. 8 p.].
Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science?ob=PublicationURL&-hubEid=>

11. Basulto J, Bultó L, Chamorro M, Lafuente C, Martín E, Porta G. Análisis de un programa de pérdida de peso con sustitutos de comidas sobre el control del peso y de parámetros bioquímicos en pacientes con sobrepeso y obesidad grado I. Nutr. Hosp. [Internet]. 2008 Ago [citado 2012 Mayo 11]; 23(4): 388-394. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112008000500012&lng=es

12. Pizarro T. Intervención nutricional a través del ciclo vital para la prevención de obesidad y otras enfermedades crónicas no transmisibles. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2007 Feb [citado 2011 Nov 12]; 78(1): [aprox. 1 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062007000100011&lng=es

13. Vaca Torres JL. Efectividad de la auriculoterapia como tratamiento para el sobrepeso y la obesidad. Revisión sistemática de la literatura [tesis]. Colombia: Facultad de Medicina de la Universidad nacional de Colombia; 2011 [citado 2013 marzo 2]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/7244/1/598620.2012.pdf>

14. Lourenço Haddad M, Silva Marcon S. Acupuntura e apetite de trabalhadores obesos de um hospital universitário. Acta Paul Enferm [Internet]. 2011 [citado 2013 marzo 2]; 24(5):676-82. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000500013&lng=en

15. Walach H. Economy chased medicine: Monetarisisation of health—chance or threat for complementary medicine? Research in Complementary and Classical Natural Medicine. 2005 [citado 2011 Oct 08]; 12:188-9. Available from: http://www.europa-uni.de/de/forschung/institut/institut_intrag/institut/Texte/Editorial_Economy_chase_d_Medicine_2005.pdf

16. Pothmann R. Perspectivas de la acupuntura y técnicas relacionadas, y de la dietética y el tratamiento. Revista internacional de Acupuntura [Internet]. 2008 Jul-Sep. [citado 2011 Ago 17]; 2(3):[aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/279/279v2n3a13126009pdf001.pdf>

17. González Cabrera H. Milenaria Técnica Actual. Salud. 13 Sep. 2007; 351.

Dra. Sandra Haydee Hernández García. Especialista de Segundo Grado en Pediatría. Máster en Medicina Tradicional y en Atención al Niño. Profesora Auxiliar. Investigadora Agregada. Hospital Provincial Pediátrico Docente "Pepe Portilla". Pinar del Río. Correo electrónico: marasan@princesa.pri.sld.cu
