

# ACTUALIZACIONES EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA INFANTIL

---

**4º Grado de Enfermería**

**Autora: Nerea Baigorri Garetta**

**Tutora: Raquel Saenz Mendia**

**Convocatoria de defensa: Junio 2017**



# RESUMEN

---

**ANTECEDENTES:** La alimentación complementaria comprende un periodo entre los seis meses de edad hasta el año y medio. Es un periodo crítico ya que es la base de los hábitos y estilos de vida que imperarán en la vida adulta del niño. Durante las últimas décadas se han ido modificando las recomendaciones desde las pautas más tradicionales hasta la actualidad con la aparición de las nuevas tendencias. **OBJETIVOS:** Presentar las distintas fases de la alimentación complementaria infantil como precursora del desarrollo óptimo del niño en relación a la adopción de hábitos alimenticios saludables. **METODOLOGÍA:** Revisión bibliográfica en bases de datos, sociedades y revistas sanitarias nacionales e internacionales. **RESULTADOS:** Es más importante el cuándo que el cuánto y el cómo. El entorno, el vínculo con los padres, la cultura, el nivel socioeconómico son factores importantes a la hora de intervenir en la alimentación infantil. **CONCLUSIONES.** En la actualidad no hay base científica para establecer un orden rígido de la secuencia de introducción de los alimentos, los profesionales de enfermería deben incidir en los aspectos básicos siguiendo las recomendaciones internacionales adaptándolas a las necesidades propias de cada persona.

**PALABRAS CLAVE:** "alimentación complementaria", "nutrición", "niño", "sólidos".

# ABSTRACT

---

**BACKGROUND:** Complementary feeding comprises a period between six months of age to the year and a half. It is a critical period because it is the basis of the habits and lifestyles that will prevail in the adult life of the child. During the last decades, the recommendations have been modified from the most traditional patterns to the present with the emergence of new trends. **OBJECTIVES:** To present the different phases of complementary childhood feeding as a precursor to the optimal development of the child in relation to the adoption of healthy eating habits. **METHODOLOGY:** Bibliographic review in national and international databases, societies and health journals. **RESULTS:** The time of introduction is more important than the type of food or quantity. The environment, the relationship with the parents, the culture, the socioeconomic level are important factors in the intervention of children. **CONCLUSIONS:** There is no scientific basis for establishing a rigid order of the sequence of food introduction, at present. Nursing professionals must focus on the basic aspects following international recommendations adapting them to the needs of each person.

**KEY WORDS:** "complementary feeding", "nutrition", "child", "solids".



# ÍNDICE

---

1. INTRODUCCIÓN .....	1
1. OBJETIVOS .....	8
2. METODOLOGÍA.....	9
3. RESULTADOS .....	13
4. DISCUSIÓN.....	26
5. CONCLUSIONES .....	29
6. BIBLIOGRAFÍA.....	30
7. ANEXOS .....	33



# 1. INTRODUCCIÓN

Durante los primeros meses de vida la lactancia materna (LM), es considerada la mejor fuente de alimentación en el lactante. Sin embargo, a partir de los seis meses de edad, debido al rápido desarrollo del bebé, las necesidades nutricionales son altas y la leche materna no es suficiente para cubrir las. Es necesario entonces comenzar a introducir alimentos de forma complementaria a la lactancia para lograr el correcto desarrollo físico y cognitivo del niño. La alimentación complementaria (AC), comprende un periodo entre los seis meses de edad y el año y medio o dos en el que hay que prestar una atención especial. Durante este delicado periodo de transición, los niños pueden desarrollar sobrepeso o por el contrario una malnutrición lo que conllevaría la posible aparición de enfermedades <sup>(1,2)</sup>.

Durante el periodo de LM el bebé está en un periodo considerado de bajo riesgo nutricional por el efecto protector derivado de la LM. El periodo crítico y susceptible de desnutrición acontece durante la introducción alimentaria, especialmente si no se realiza correctamente el destete <sup>(3)</sup>.

La consecuencia en la edad adulta de un niño desnutrido es la baja estatura, el enlentecimiento del crecimiento y problemas para el rendimiento escolar y laboral. Un niño obeso por el contrario, está en riesgo de padecer patología cardiovascular, diabetes mellitus y problemas de salud mental, entre otros, en la edad adulta <sup>(2)</sup>. En éste periodo es susceptible de asumir los hábitos alimenticios saludables que perdurarán en la vida del niño cuando éste sea adulto <sup>(4)</sup>.

La alimentación complementaria, como su propio nombre indica, complementa pero no excluye el aporte nutricional y energético de la leche, necesario para el correcto desarrollo y crecimiento del niño <sup>(5)</sup>.

A partir de los seis meses, se pasa de un periodo de lactancia a un periodo llamado transicional hasta el año de edad, a partir de ahí se pasa al periodo de adulto modificado (Figura 1).



Figura1: Progresión de la alimentación en el primer año de vida  
Fuente: Elaboración propia basado en (6)

La transición de la lactancia materna a una alimentación sólida, es el paso de una alimentación común en todos los lugares del mundo a una alimentación propia del lugar donde hemos nacido, con sus sabores propios, su cultura, sus costumbres, su forma de prepararlos, etc. <sup>(7)</sup>.

El periodo de AC es un periodo óptimo para que los padres aprovechen a ofrecer al niño una gran variedad de alimentos, puesto que durante el primer año son receptivos a los 5 sabores (aunque tienen preferencia por el dulce y el salado). A partir de esa edad comienzan a volverse más selectivos, empezando a desarrollar preferencias y aversiones a ciertos alimentos <sup>(8)</sup>.

Las preferencias y las aversiones alimentarias crean unos hábitos relacionados con la dieta y la preparación de los alimentos, propia de cada lugar del mundo. Los hábitos son aprendizajes, y el aprendizaje se logra a través de las experiencias. Por ello es una etapa tan importante para el niño. Es la etapa en la cual va aprender hábitos que marcarán su vida adulta <sup>(6)</sup>.

El aprendizaje del proceso de alimentación infantil viene dado por diferentes características que varían sustancialmente de una persona a otra (Lartigue citado por Castrillon, et, al)<sup>(9)</sup>. Estas características hacen referencia a la actitud de los progenitores, el vínculo entre padres e hijo y factores culturales y psicosociales <sup>(9)</sup>.

Figura 2:

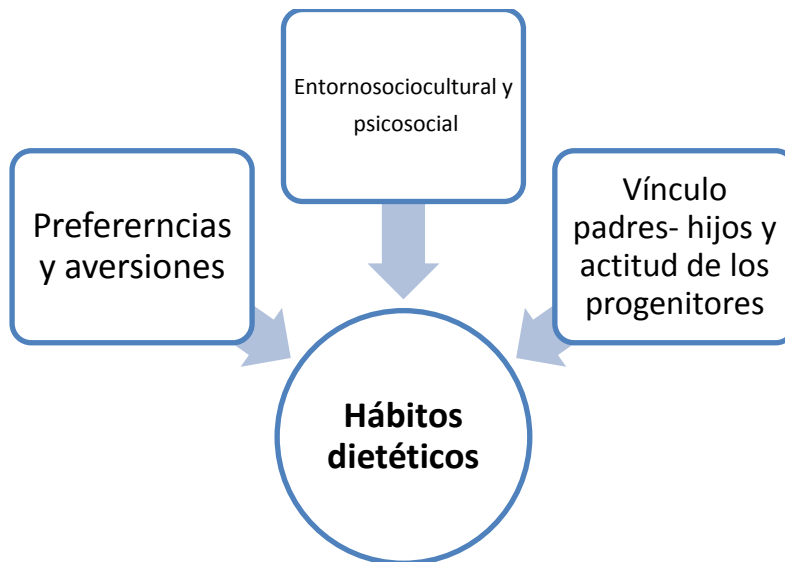


Figura 2: Influencias sobre la creación de hábitos dietéticos  
Fuente: Elaboración propia basada en (9)(6)



Si tenemos en cuenta a la persona desde un punto de vista holístico, para proporcionar unos cuidados de calidad, debemos conocer y adaptarnos a sus creencias, hábitos, religión, costumbres, nivel económico, social y educacional. Esta heterogeneidad de la sociedad en continuo cambio supone un reto para la enfermería, debiendo adaptar continuamente los cuidados a la persona.

En relación a ello, M. Leininger acuñó el término de Enfermería Transcultural. Propuso la teoría de la Universalidad y Diversidad del Cuidado Cultural y para ello diseñó el modelo del Sol Naciente. Leininger, teoriza sobre las diferencias y similitudes entre las personas de diferentes contextos socioculturales y la necesidad de enfermería de reconocer las características de las personas de diferentes entornos para propiciar un cuidado holístico y adecuado a la persona.

Siguiendo a este modelo, los profesionales de enfermería deben atender a las necesidades de alimentación del niño, amoldándose en la medida de lo posible a los distintos valores culturales y estilos de vida del niño y su familia. De esta forma, teniendo en cuenta el aspecto transcultural se humanizan los cuidados de enfermería. Sin embargo, en la práctica se atiende más a los aspectos biológicos que al entorno de la persona<sup>(10)</sup>.

## **MARCO CONCEPTUAL**

La nutrición es un pilar fundamental en la salud de las personas, por ello debe ocupar un lugar desatacado en los programas comunitarios. Ejemplo de ello son las recomendaciones de diversos organismos de la UE que otorgan a los requerimientos nutricionales en edades tempranas un papel determinante en la adopción de hábitos alimenticios posteriores<sup>(4)</sup>.

En las últimas décadas, los hábitos alimentarios han sido objeto de estudio por parte de las políticas de Salud Pública con la finalidad de reducir las enfermedades evitables responsables de muerte prematura como los problemas cardiovasculares en países desarrollados y desnutrición en los subdesarrollados<sup>(11)</sup>.

En este sentido, los gobiernos han ido desarrollando las recomendaciones para la introducción alimentaria que han cambiado a lo largo de las últimas décadas: en el año 1937, las recomendaciones de la Asociación Médica Americana eran comenzar a los cuatro meses. Sin embargo en la década de los 40, comenzó a adelantarse aún más.

En los años 60, se comenzó a investigar los efectos que tenía la introducción precoz en el niño. Como resultado, en 1980 la Asociación Americana de Pediatría (AAP) y en 1981 la Sociedad Europea de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica (ESPAGHAN),

proclamaron la necesidad de que la introducción fuese entre los cuatro y seis meses de edad<sup>(12)</sup>.

En el año 2002, la OMS desarrolló las bases de las recomendaciones sobre la alimentación complementaria, retrasando su comienzo a los seis meses de edad, para garantizar hasta ese momento la lactancia exclusiva. La OMS se basó en que a los seis meses el bebé ya ha desarrollado las funciones necesarias para nutrirse con alimentos sólidos: las funciones motoras orales como masticar y tragar, la función renal y la digestiva<sup>(5)</sup>.

En el año 2008, The European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) y The American Academy of Pediatrics (AAP), vuelven a recomendar la introducción entre los cuatro y seis meses de edad<sup>(13)</sup>.

Actualmente, las recomendaciones seguidas por los pediatras y enfermeros de pediatría son las de la Asociación Española de pediatría (EAP) junto con la ESPAGHAN del año 2008, y las últimas actualizaciones del 2010 y 2011.

En los últimos años paralelamente al método tradicional, está ganando en popularidad un método de alimentación alternativo al tradicional llamado en inglés “baby- led weaning” cuya traducción literal al castellano sería “destete del bebé”. Este método desarrollado en 2008 por Gill Rapley<sup>(14)</sup> se basa en que el bebé a los seis meses está capacitado para alimentarse por sí mismo desde el inicio de la alimentación complementaria, es decir, el bebé asume el control de su propia alimentación en contra de la introducción alimentaria tradicional que es mayoritariamente con cuchara y dirigida por los padres<sup>(15)</sup>. Por ello no son alimentados con puré ya que perderían la autonomía que buscan sino con “finger foods”, alimentos que pueden coger con las manos.

Los padres ofrecen al niño alimentos variados de la comida familiar con distintas formas, sabores y consistencias (al principio trozos más grandes puesto que no han desarrollado la motricidad fina) y el niño es el que elige lo que va a comer, cuanta cantidad y a qué velocidad<sup>(5)</sup>. Según diversos artículos los niños que autorregulan su comida responden mejor al hambre y a la saciedad que un niño que es alimentado por otros<sup>(16)</sup>, regulan mejor su apetito, además de fomentar una alimentación saludable y por tanto menor riesgo de sobrepeso. Sin embargo, otros estudios señalan que al estar ingiriendo desde tan bebés los alimentos de los adultos están en riesgo de consumir más azúcares, grasas y sal que los que comerían si se alimentasen con alimentos infantiles<sup>(17)</sup>.

Los programas de salud dirigidos tanto hacia el sobrepeso infantil como a la desnutrición se centran casi exclusivamente en la dieta, sin prestar atención a la interacción entre los progenitores y los niños. Teniendo en cuenta que estas primeras experiencias alimentarias crearán unos hábitos que se estabilizarán a lo largo de los años, es importante ayudar a las familias a establecer hábitos alimenticios saludables durante los primeros años de vida. El compromiso de los profesionales de la salud es de gran relevancia en éstos últimos años en los que los problemas derivados de la alimentación se han incrementado en la edad infantil <sup>(2)</sup>.



Figura 3

Fuente: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC). La nueva pirámide de alimentación saludable [internet]. 2016. [citado 5 Mayo 2017] Disponible en: <http://www.nutricioncomunitaria.org/es/noticia/guias-alimentarias-senc-2016>

Existen numerosos profesionales ligados a la nutrición en los primeros años de vida: pediatras, dietistas, nutricionistas, cuidadores de comedores escolares, enfermeras, maestros... En el ámbito de la salud enfermería tiene un importante papel en su abordaje en el seguimiento del estado nutricional del niño en el programa de atención infantil.

La primera enfermera moderna, Florence Nightingale, acuñó los primeros cuidados de enfermería como la ventilación, limpieza, ruido, calor, luz y dieta. Ya en su época escribía que un estado óptimo de salud se conseguía con la prevención de enfermedades por medio del control de los factores ambientales y una dieta adecuada.

Los cuidados relacionados con la alimentación infantil son: educar, informar y asesorar a los progenitores teniendo en cuenta al paciente desde un punto de vista holístico adaptado a la etapa del desarrollo infantil. Es decir, para proporcionar los cuidados nutricionales hay que atender a las necesidades sociales, afectivas y físicas del bebé y de los progenitores.

El papel de la enfermera es necesario para ayudar a establecer los hábitos en esta temprana edad puesto que perdurarán durante la edad adulta. Para ello necesita

habilidades de comunicación y capacidad docente sustentada en una formación científica<sup>(18)</sup>.

El aspecto afectivo de la alimentación infantil, cobra menor relevancia desde el ámbito sanitario, que el aspecto nutricional en sí mismo. Se constata una necesidad de consenso de información acerca de cómo prevenir y/o abordar los problemas no clínicos que pueden ir surgiendo (rechazo, saciarse precozmente, temores, etc.). Los padres no tienen claro que cambios son esperables en las transiciones alimentarias y cuáles deberían ser consultados con un profesional<sup>(9)</sup>.

## ELECCIÓN PERSONAL

La llegada de hijos entre varias parejas de mi entorno, junto con la expresión de sus inquietudes en relación al tema expuesto, pone de manifiesto la falta de un consenso sobre los consejos de la introducción de la alimentación complementaria que les proporcionaban los distintos profesionales en los Centros de Salud. Existe convicción sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, pero a partir de ahí se evidencia cierto desconcierto en cuanto a la secuencia de introducción de la AC y su papel como padres en la alimentación infantil. Esto me lleva a profundizar en el tema y a desarrollar el presente TFG.

## JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

A continuación se expone un cuadro resumen con los artículos de referencia extraídos de la revisión bibliográfica del presente trabajo. Sólo se mencionan los utilizados en el TFG. El total de los artículos completos se encuentran en ANEXOS.

Tabla 1: Artículos de referencia

Autor, país, año.	Objetivo	Diseño	Resultados
<b>Andrén, A, et. a EEUU y Europa 2015</b>	Identificar los factores sociodemográficos relacionados con la duración de la LM y la introducción precoz de los alimentos	Estudio prospectivo de cohorte	Lugar de residencia, hábito tabáquico, monoparentalidad, sexo masculino del bebé, madre joven y bajo nivel de estudios son los factores de riesgo.

<b>Brown A. Reino Unido 2016</b>	Constatar las diferentes características de las madres que eligen el método tradicional y las que eligen baby led- weaning.	Encuesta	Las madres que siguen la nueva tendencia tienen menos nivel de estrés y ansiedad.
<b>Walsh A, et.al Australia 2015</b>	Identificar las creencias y actitudes de las madres respecto a la AC y las recomendaciones internacionales	Estudio cualitativo	Unas introducían la AC por preocupación por el crecimiento. Otras veían un alivio en la AC y otras como una actividad divertida. La mayoría no esperan a los 6 meses.
<b>Marugán JM, et. Al. España 2012</b>	Conocer cómo introducen el gluten las familias españolas y si se adecuan a las recomendaciones de la ESPAGHAN	Estudio de cohortes retrospectivo	La introducción de cereales con gluten es de media a los 7,37 meses. El pan y las galletas son más tardíos. Los niños celíacos lo habían introducido después de los siete meses. Por lo que la introducción es más tardía que las recomendaciones.
<b>Méndez-Lozano S.M, et. al México 2011</b>	Determinar la influencia del estrés y la relación madre- hijo en la crianza y estado de nutrición del hijo	Estudio prospectivo transversal	El 12,5% de las madres de niños desnutridos muestran más estrés que los niños normopeso. En el 97% de los casos es debido a la escasa sensación de implicación del cónyuge. Estas madres interactúan menos con sus hijos.
<b>Sádoval L, et.al México 2016</b>	Conocer la influencia de la LM y la AC en la obesidad infantil	Estudio transversal analítico	Se objetiva una diferencia entre el tiempo de LM y el inicio de AC entre niños con y sin obesidad.

Fuente: Elaboración propia

# 1. OBJETIVOS

---

➤ **OBJETIVO PRINCIPAL:**

Presentar las distintas fases de la alimentación complementaria infantil como precursora del desarrollo óptimo del niño en relación a la adopción de hábitos alimenticios saludables.

➤ **OBJETIVOS SECUNDARIOS:**

1) Describir la secuencia de introducción de los alimentos desde el modelo tradicional y desde la nueva tendencia baby led weaning teniendo en cuenta las intolerancias alimentarias y alergias.

2) Relacionar la antropología de los cuidados con la alimentación y la función social y familiar que ésta conlleva.

3) Analizar el rol parental en la alimentación del lactante teniendo en cuenta el contexto y los aspectos sociodemográficos y culturales.

## 2. METODOLOGÍA

---

En relación a las características de los objetivos propuestos, la metodología utilizada para elaborar el presente TFG, es una revisión bibliográfica sobre el proceso de alimentación complementaria infantil.

### **CRONOGRAMA**

A continuación se redactan las actividades llevadas a cabo para la realización del TFG:

El TFG se lleva a cabo entre los meses de Noviembre del año 2016 hasta Mayo del 2017. En Octubre una vez asignado el tutor, se realiza una reflexión sobre la elección del tema (la justificación de la elección del tema se contempla en el apartado de la introducción) tras una revisión de la literatura. En Noviembre se comienza con la búsqueda bibliográfica que continuará hasta Febrero de 2017 y se redactan los objetivos iniciales y la metodología. En Diciembre se presenta el anteproyecto.

Entre Enero y Febrero se realiza un esquema del TFG y se lleva a cabo un cribado de los documentos tras lectura crítica siguiendo los criterios de inclusión y exclusión desarrollados en el siguiente apartado. Se comienza la redacción de la introducción. Entre los meses de Marzo y Mayo se redacta el cuerpo del trabajo y se realizan cambios en los objetivos iniciales.

En Junio se prepara la defensa oral.

### **BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA**

La búsqueda se ha realizado a través de internet en bases de datos (tanto en multidisciplinares como en especializadas), en sociedades y revistas sanitarias nacionales e internacionales. Además se han consultado buscadores de información.

- Bases de datos
  - Bases de datos multidisciplinares:
    - Organización Mundial de la Salud (OMS)
    - Web of Science
    - Science Direct
    - Dialnet Plus
    - Wiley Online Library
    - CSIC- IME
  - Bases de datos especializada en Ciencias de la Salud:
    - Pubmed

- Sociedades sanitarias
  - Sociedad española de pediatría (AEPED)
  - North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (NASPGHAN).
  - Sociedad Gallega de Pediatría en Atención Primaria
  
- Revistas científicas:
  - Journal of behaviour, health & social issues (Universidad Nacional Autónoma de México).
  
- Buscadores de información:
  - Google académico

**Palabras clave:**

- En inglés: complementary feeding, solid food, nutrition, baby led- weaning, infant.
- En castellano: alimentación complementaria, nutrición, niños, sólidos.  
Además de palabras utilizadas puntualmente para búsqueda de artículos más concretos: parents, breast feeding, obesity. Antropología, cultura, hábitos saludables, enfermería, padres.

El marcador booleano utilizado es AND o Y. Se truncan palabras \*

**Filtros o limitadores:**

- ✓ Acceso a texto completo,
- ✓ Idioma castellano o inglés
- ✓ Entre los años 2010 y 2017. En tres ocasiones debido a los escasos resultados se limita desde el año 2000.
- ✓ No se limita según tipo de estudio.

**Criterios de Inclusión:**

- Documentos que contemplen aspectos sobre la cultura, el contexto que rodea al niño, la actitud de los padres.
- La edad entre los sujetos de estudio entre los seis meses y dos años.
- Alimentación complementaria relacionada con alergias.
- Nuevas tendencias en alimentación infantil (Baby led weaning).
- Enfermería y hábitos saludables.



**Criterios de exclusión:**

- Documentos de contenido puramente nutricionales.
- Documentos de niños en edad preescolar o escolar.
- Documentos repetidos.
- Recomendaciones que no sean de organismos oficiales y de actualizaciones no recientes.

Se utiliza el gestor bibliográfico Mendeley y el estilo Vancouver para la citación.

A continuación, se ilustra en la Figura 4 los resultados de la búsqueda bibliográfica:

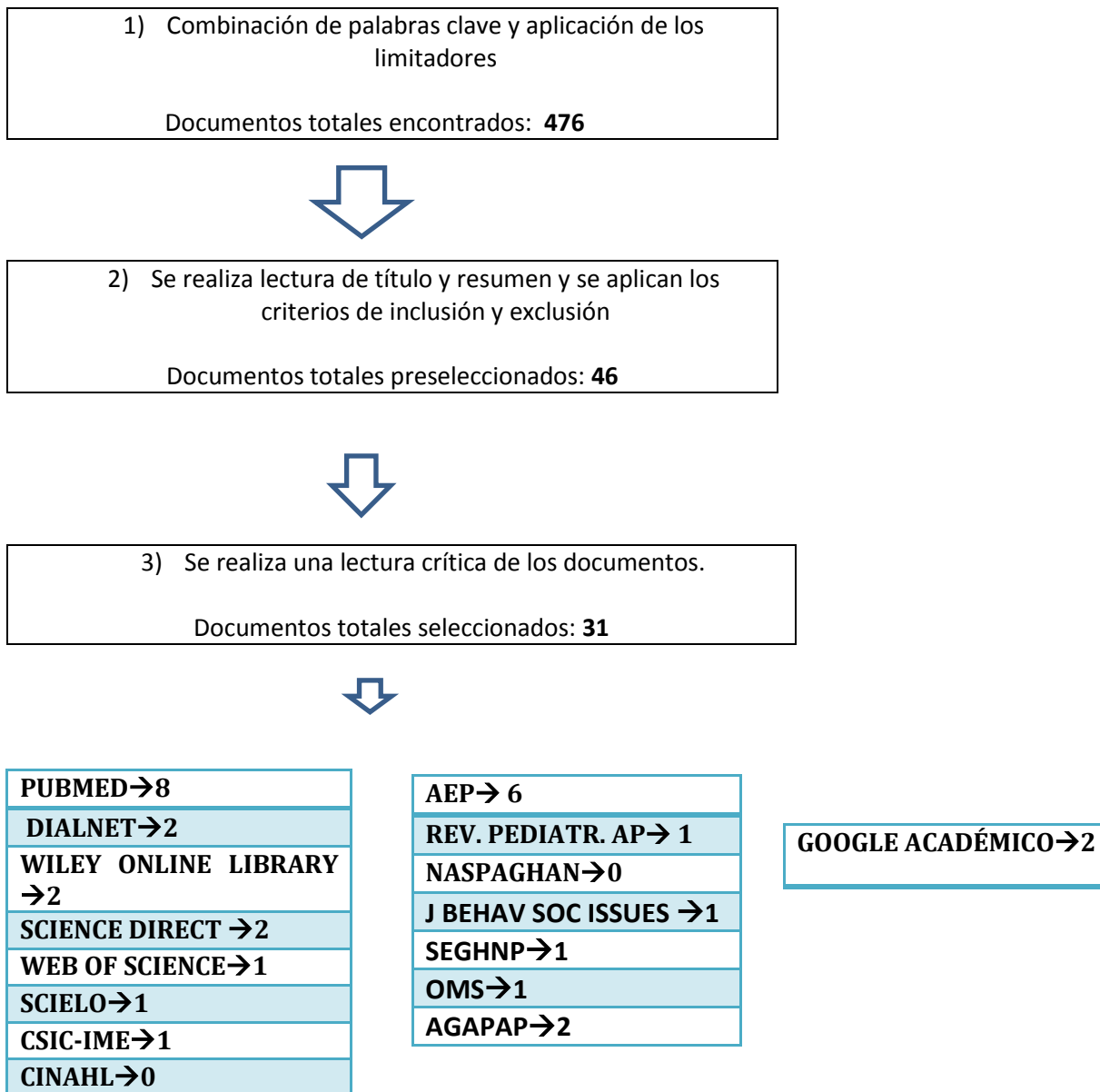


Figura 4: Proceso de selección de documentos  
Fuente: elaboración propia

Consultas bibliográficas: Se consultó cinco referencias bibliográficas de algunos de los documentos seleccionados. De los cuales se excluyeron todos menos un documento por antigüedad.

### 3. RESULTADOS

#### I. SECUENCIA DE INTRODUCCIÓN DE ALIMENTOS EN LA ETAPA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

A continuación se exponen las recomendaciones tradicionales siguiendo las guías más recientes de la Asociación Española de Pediatría (2010) y la Sociedad Española de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica (SEGHNP, 2011)<sup>(19,20)</sup>, como se recogen en la tabla1.

Tabla 2. Introducción AC infantil, últimas recomendaciones.

Meses	Alimentación complementaria a la LM	Cantidades y texturas
1		
2		
3		
4	Cereales SIN gluten no antes de los 4 meses	1º: 1-2 cucharadas/100ml 2º: 5-7 cucharadas/100ml
5	Fruta SIN azúcar, almíbar, edulcorante o miel.	1º en zumo. 2º Fruta fresca. Introducción de una en una Varias veces al día
6	Verduras (excepto remolacha, col y espinacas) Pollo.  Yogur y queso	Las verduras 1º en puré  El pollo cocido y triturado con verduras. Comenzar por 25-45g/día
7	Cereales con gluten. Tope fecha para introducción del cereal Cordero.	8-9 cucharadas /100 ml
8	Ternera	
9		
10	Yema cocida. Legumbres.  Pescado	Se añade al puré Legumbres 1-2 /semana. 1º sin piel.
11		
12	Clara cocida. Leche de vaca Miel Remolacha, col, espinacas	Alimentos en trozo

Fuente: Elaboración propia siguiendo a (19)(20)

### **Recomendaciones durante la alimentación complementaria:**

**Leche:** Consumir 500-600ml/día de leche entre los seis y doce meses aseguraría los requerimientos nutricionales a nivel de energía, calcio y ácidos grasos <sup>(11)</sup>.

A la proteína que proviene de la leche de continuación, hay que añadir la que proviene de papillas, carnes y pescados. Se observa como resultado un aporte excesivo a las recomendaciones. Vigilar el nivel de proteínas en los primeros meses de vida es importante puesto que un exceso en esta etapa puede acarrear tendencia a la obesidad en la edad adulta <sup>(21)</sup>.

Aunque la leche de vaca se introduce a los doce meses, hasta por lo menos los dos años no se debe introducir productos derivados de ésta como la leche condensada o la leche desnatada. En cambio el yogur natural y el queso sí pueden ser introducido al medio año de edad <sup>(20)</sup>.

**Cereales:** Los cereales son el primer alimento introducido dada su buena tolerancia. El gluten como se ve reflejado en la tabla 1, debe ser introducido después de los 4 meses y antes de los 7 meses. Para ir comprobando tolerancia, se aconsejan pequeñas y progresivas cantidades. Primero, comenzar con poca cantidad, 1-2 cucharadas por cada 100ml (tanto de leche materna como artificial) para pasar a los 8 meses a 5-7 cucharadas por cada 100ml. Se añaden al biberón o preferiblemente en papilla <sup>(19,6)</sup>.

**Frutas, verduras y hortalizas:** Para cubrir las recomendaciones nutricionales hay que consumir frutas y verduras cinco veces al día <sup>(17)</sup>. La mayoría se introducen a los seis meses comenzando preferiblemente por patata y zanahoria con una cucharadita de aceite de oliva en puré <sup>(14)</sup> algunas como la col, espinacas y remolachas se retrasan hasta los doce meses debido a que por su contenido en nitritos pueden causar metahemoglobinemia <sup>(11)</sup>. El melocotón y la fresa se introducirán más tarde que el resto de la fruta, a los doce meses <sup>(14)</sup>. La fruta tiene al principio mejor aceptación que la verdura debido a su dulzor <sup>(8)</sup>.

**Carne:** La cantidad de carne al principio es de 25-45g/día <sup>(14)</sup>. Se comienza por el pollo ya que es el más fácil de digerir, después cordero y por último la ternera <sup>(11)</sup>. Es interesante saber a la hora de cocinar que la fuente nutricional se encuentra en mayor cantidad en la parte magra que en la grasa. La parte grasa, vísceras y caldos no están recomendadas en lactantes <sup>(20)</sup>

El pescado se retrasa más que la carne por riesgo de alergias.

**Huevos:** Dos, tres veces semana<sup>(6)</sup> la yema a los diez meses se introduce al puré, la clara a los doce meses.<sup>(11)</sup> Para evitar la salmonelosis es importante cocinarlos bien<sup>(12)</sup>.

**Hierro:** Los niños sanos nacido a término tienen suficientes cantidades de hierro hasta los cuatro, seis meses. Puesto que la leche materna contiene poca cantidad de hierro, a esa edad se debería introducir la alimentación complementaria. Si la lactancia materna exclusiva se extendiera más de seis meses, se observaría una deficiencia en los niveles de hierro a los nueve meses.

Existe una correlación entre las necesidades elevadas de hierro con el aporte escaso. Según el Instituto de Medicina de EEUU, los niños en edad de alimentación complementaria, deben recibir 11mg/día de Hierro a través de carnes rojas o vegetales. A partir de los doce meses la cantidad necesaria baja a 7mg/día. Es importante prestar atención a la ferropenia puesto que puede producir desórdenes en el desarrollo psicomotor<sup>(20,21)</sup>, el rendimiento físico, sistema inmunológico, alteraciones en la termorregulación y ritmo del sueño, pausas de apnea.

En el año 2002 en España, se realizó un estudio en lactantes sanos de doce meses en el que reflejaba una prevalencia de déficit de hierro del 9,6%. Las consecuencias de los niveles bajos de hierro pone de manifiesto la necesidad de un abordaje preventivo desde enfermería en tres niveles: educación nutricional, diversificación alimentaria y composición de las comidas<sup>(22)</sup>.

**Sodio:** En niños con familiares con hipertensión arterial, una ingesta elevada de sodio en los primeros años de vida puede desarrollar una hipertensión en la edad adulta. No se recomienda añadir sal extra ni consumir alimentos precocinados, conservas, etc.<sup>(12)</sup>.

El suplemento de **flúor** se tendrá en cuenta siempre a partir de los seis meses a los tres años siempre que los niveles en las aguas de la zona sean menos de 0,3 mg/l<sup>(16)</sup>.

**Azúcar:** Se recomienda no añadir más azúcar a las comidas. Los bebés se acostumbran fácilmente a este sabor dulce<sup>(12)</sup>. El consumo de miel se retrasa al año puesto que se ha descubierto que puede producir botulismo.

En los últimos años se ha visto un incremento en el consumo de azúcares y edulcorantes lo que refleja un patrón inadecuado alimenticio en niños. Algunos autores defienden que el consumo de azúcares en la niñez puede llegar a afectar en la autorregulación de la comida y al acostumbramiento a esos sabores teniendo preferencia por sabores dulces en la ingesta.

El hecho de añadir al biberón zumos y otras bebidas azucaradas aumenta las probabilidades de desarrollar caries. Tampoco se recomienda añadir edulcorantes en sustitución de los azúcares en niños hasta los tres años <sup>(22)</sup>.

**Agua:** El niño amamantado recibe suficientes líquidos sin embargo los niños no amamantados requieren aporte de agua. Consideración que reviste especial atención en zonas calurosas <sup>(12)</sup>.

## II. NUEVAS TENDENCIAS: BABY LED-WEANING

Asistimos a una nueva forma de introducción de AC que se expone de manera comparada con la alimentación tradicional en la Tabla 3.

Tabla 3. Comparación tendencia baby led-weaning y tendencia tradicional

TRADICIONAL	NUEVA TENDENCIA
Primero purés progresando a alimentos cada vez más consistentes siguiendo el desarrollo de las habilidades motoras.	Directamente trozos que puedan agarrar por ellos mismos.
Se sientan en la mesa con sus padres y comen la misma comida a partir del año.	Mayor participación en comidas familiares.
El primer alimento introducido es el cereal.	El primer alimento introducido son vegetales, frutas y pan y tostadas.
Es más fácil la introducción de Hierro a través de cereales o carnes en puré.	Más difícil de introducir el Hierro.
	Madres más relajadas, menos estrés, menos focalizadas en la ganancia de peso del bebé.
	Las madres se lo toman como un divertimento: La cantidad de alimentos pueden no ser suficientes para las necesidades.
	No apto para prematuros.

Fuente: elaboración propia basada en (14)

El test Haizea – Llevant es una adaptación del Test de Denver a la población Española. Es el test de valoración de desarrollo psicomotor de referencia en los centros de Atención Primaria en Comunidades Autónomas como Galicia, Aragón, Navarra, País Vasco y Cataluña.

En la tabla 4 se presenta brevemente algunos de los hitos más relevantes para mostrar la concordancia entre el nivel madurativo de los órganos implicados en el proceso de alimentación y el desarrollo psicomotor. La tabla comienza a los seis meses ya que es cuando comenzamos la alimentación complementaria y destaco los ítems necesarios

para ir desarrollando una autonomía en la alimentación del lactante, especialmente importante para comprobar si el baby-led weaning puede dar resultados exitosos:

Tabla 4: logros psicomotores necesarios para la alimentación

<b>6m</b>	<p>Sentado con apoyo          Intenta alcanzar un objeto          Transfiere objeto de una mano a otra          Realiza la pinza digito palmar necesaria para coger objetos pequeños          Comienza a masticar</p>
<b>9m</b>	<p>Se sienta solo manteniéndose estable          Se lleva objetos a la boca          Sujeta el biberón          Come con los dedos</p>
<b>12m</b>	<p>Pinza índice- pulgar precisa          Come sólo          Bebe de vaso          Uso de cuchara</p>
<b>18m</b>	<p>Maneja correctamente una cuchara y el vaso</p>

Fuente: elaboración propia basado en (23)(24)

Entre las ventajas y desventajas de la nueva tendencia figuran las siguientes:

**Ventajas:**

- Al participar en las comidas familiares, mejora la socialización, el vínculo familiar y se incorpora a la dieta familiar.
- Promoción de la autonomía del bebé, desarrollando habilidades motoras tanto finas como gruesas.
- Aumenta el gusto por los hidratos de carbono complejos, sin embargo no conlleva el aumento del gusto por los azúcares.
- Al aprender a reconocer sensación de saciedad hay menos posibilidades de desarrollo de sobrepeso.
- Promueve estilos saludables, disminuye el consumo de preparados comerciales

**Desventajas:**

- Riesgo de baja ingestión de hierro por el tipo de alimento que se ofrece.
- Ingestión baja de alimentos, puede desembocar en un bajo peso.
- Riesgo de atragantamiento<sup>(25)</sup>.

### III. PROCESOS ALÉRGICOS RELACIONADOS CON LA ETAPA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

En los últimos años y concretamente en occidente se han incrementado las enfermedades alérgicas y autoinmunes en lactantes y niños. Se observa un pico al año de edad de 6-8% de prevalencia progresivamente en descenso hasta el final de la infancia.

Se ha llegado a la conclusión de que las causas podrían estar relacionadas además de con factores genéticos y antecedentes familiares, con el temprano contacto con factores ambientales vinculados a la alimentación como la LM o la introducción de los alimentos complementarios. Por ello, los primeros meses de vida son concebidos como periodos de máxima atención para prevención de desarrollo de alergias.

Los alimentos que provocan reacciones alérgicas en mayor proporción varían en función de la edad. En los dos primeros años, el periodo que nos interesa, son las proteínas de la leche de vaca seguido del huevo los que en mayor frecuencia suelen darse. En lactantes suele manifestarse con una dermatitis atópica moderada o grave.

Frecuentemente se ve una correlación entre la alergia al huevo en la niñez con la aparición de enfermedades en el adulto como enfermedad alérgica respiratoria, asma y rinitis <sup>(6, 26)</sup>.

En los últimos años, se recomendaba no introducir el huevo hasta los dos años en niños con antecedentes familiares de alergia, sin embargo como se expone en párrafos anteriores, éste se ha adelantado en las últimas recomendaciones a los diez, doce meses (eso sí, de forma fraccionada) debido a que las últimas revisiones indican que cuanto más se retrase la introducción del alimento potencialmente alérgico puede haber más posibilidades de desarrollo de la alergia.

Otro alimento considerado tradicionalmente como alérgico es el pescado. Sin embargo, está demostrado que consumir pescado antes del año reduce el riesgo de desarrollar enfermedad alérgica y de sensibilización alimentaria al mismo <sup>(27)</sup>.

Un estudio de cohorte con una muestra de 2073 niños <sup>(27)</sup>, demostró que la introducción después de los seis meses no se relaciona con menor riesgo de desarrollo de rinitis, asma, etc. pero sí se relaciona con mayor sensibilización a alimentos.

Por lo tanto, siguiendo a Bascuñán et, al de la escuela de nutrición de dietética y del instituto de nutrición y tecnología de los alimentos de la Universidad de Chile respectivamente nos dicen que hay “una ventana crítica” cuyo momento ideal es entre los cuatro y seis meses para la introducción de alimentos, ya que su exposición durante este periodo disminuye el riesgo de desarrollo de enfermedades alérgicas. La introducción antes del cuarto mes puede crear sensibilización alérgica a algunos



alérgenos alimentarios debido a la inmadurez de la mucosa intestinal del niño y más tarde del séptimo además de desarrollo de alergias, se relaciona con enfermedad celiaca y enfermedades autoinmunes<sup>(27)</sup>.

En relación con la enfermedad celiaca, las últimas recomendaciones de la ESPAGHAN del año 2008 son: introducción del gluten entre los cuatro y seis meses de edad, de forma progresiva y mientras aún está mamando el niño.

Existe fuerte evidencia sobre la relación entre la LM y la introducción al gluten; cuanto más tiempo amamante, menor riesgo de ser diagnosticado de celiaquía<sup>(28)</sup>. Así mismo, se observó con una alta evidencia que la introducción de gluten antes de los cuatro meses, tiene mayor riesgo de ser diagnosticado de celiaquía<sup>(28)</sup>. Sin embargo, no hay evidencia significativamente estadística sobre el aumento de probabilidad de diagnóstico de celiaquía si se introduce el gluten pasados los siete meses.

Centrándonos en nuestro entorno, se realizó un estudio de cohortes retrospectivo en las consultas de Atención Primaria de Castilla y León y Asturias para determinar si la población estaba siguiendo las recomendaciones de la ESPAGHAN (introducción posterior a los cuatro meses y antes de los siete meses). Los resultados demuestran que no está demasiado instaurada en los hogares. La mitad de los niños, siguen introduciendo a partir de los siete meses. Tan sólo el 13,9% lo introduce siguiendo las recomendaciones y haciéndolo coincidir con la LM. Los resultados de éste estudio indican que la población sigue teniendo dudas acerca de la introducción alimentaria<sup>(28)</sup>.

Sin embargo, por otro lado, un estudio multicéntrico prospectivo europeo llevado a cabo por la universidad de Laiden en Países Bajos<sup>(29)</sup> y uno múlticéntrico Italiano independiente<sup>(29)</sup>, llegaron a la conclusión de que bebés con alto riesgo de padecer celiaquía, ni con la ventana de introducción gradual de gluten entre la semana 16 y 24 ni con el factor "protector" de la LM se vio reflejado en una reducción del riesgo de enfermedad celiaca. Una hipótesis de estos estudios es si se podría extrapolar estos resultados en pacientes de riesgo al resto de población infantil.

Para determinar la tolerancia (relacionado con el factor biológico) y la aceptación (relacionado con el factor hedónico) al nuevo alimento, se deben esperar al menos tres días<sup>(25)</sup>.

## ALIMENTACIÓN, FUNCIÓN FAMILIAR Y SOCIAL

En palabras de Busdiecker et, al. “Las costumbres son normas de comportamiento que uno adquiere como miembro de un grupo social [...] Cada grupo cultural traspasa de generación en generación pautas alimentarias, mediante la educación alimentaria a los hijos”. Esta frase deja entrever la influencia que el entorno más cercano ejerce sobre algo tan básico como la alimentación. Según las investigaciones de algunos autores se están perdiendo hábitos alimentarios tradicionales al estar los niños en menor contacto con los abuelos<sup>(9)</sup>, minimizándose el valor intergeneracional en relación con la dieta que estas personas aportan. Además, se difumina el concepto de la comida como un acto de relación familiar, bien por horarios, por estar viendo mientras la televisión, etc. <sup>(6)</sup>.

Existe relación entre la interacción padres- hijos con el estado nutricional del hijo <sup>(3)</sup>. Los factores relacionados con los progenitores que afectan a la alimentación del niño y por tanto, a su desarrollo y salud son: pobres recursos conductuales relacionados con niveles bajos de estudios, un entorno familiar desorganizado, desórdenes afectivos y el estrés que supone para muchos padres la crianza. Los resultados del estudio ponen de manifiesto que el 12,5% de las madres de hijos desnutridos tenían estrés, la mayoría por sensación de escaso apoyo por parte de la pareja.

Se observó la diferencia entre los padres que no hacían caso a los niños durante la comida, trasmitían impaciencia y poco entusiasmo. Estos hijos presentaban desnutrición en comparación con los que estaban atentos al comportamiento del niño en la mesa, hacían referencias a los alimentos y demostraban positividad. Éstos últimos niños estaban mejor nutridos<sup>(3)</sup>.

En este periodo de edad, los niños adquieren los hábitos alimenticios considerados como aceptables en su entorno sociocultural<sup>(7)</sup>. Los niños criados por progenitores que inciden en una dieta sana establecen unos hábitos y patrones saludables en el niño perdurable en la edad adulta con preferencia por las verduras y frutas<sup>(2)</sup>. Sin embargo, los padres que no prestan atención a una dieta equilibrada, sus hijos son candidatos a seguir en el futuro dietas poco saludables <sup>(9)</sup>.

La investigación sobre la influencia de los padres en las conductas alimentarias de los niños y niñas está siendo primordial en los últimos años para la OMS y otras organizaciones vinculadas a la prevención de la obesidad con sus campañas preventivas como la International Obesity Task Force llevada a cabo por la International Association for the Study of Obesity <sup>(9)</sup>.

Puesto que el niño se desarrolla neuromuscularmente principalmente a través de la imitación, conviene durante la introducción alimentaria sentar al niño en la mesa para que observe los hábitos de alimentación de la familia. Por ejemplo, ante un alimento que el niño rechace, el padre debe probarlo para mejorar al menos la disposición a probarlo<sup>(9)</sup>.

El aprendizaje de las preferencias y aversiones puede ocurrir de forma no asociativa o asociativa. En la no asociativa está constatado que cuánto más se presenta un alimento a un niño más probabilidades hay de aceptación, se debe exponerlo entre ocho y quince veces. Pero disminuye si se sienten presionados a comerlos. En la asociativa el niño comienza a relacionar el momento de la alimentación con estar con sus padres; comienza a asociarlo a un proceso de socialización<sup>(7)</sup>.

Por ejemplo, en el caso de las verduras, hay evidencia tanto experimental como observacional de que la forma de introducción de las verduras puede incrementar la aceptación a través de: una exposición repetida, oferta de verduras variadas y la introducción de la verdura como primeros alimentos introducidos<sup>(8)</sup>. Pero lo más importante es no obligarles a comerlas, ya que si el niño se siente presionado, no las comerá y ese rechazo puede seguir estando presente ya en la edad adulta<sup>(30)</sup>.

Aunque la mayoría de los padres conocen las pautas para desarrollar unos hábitos alimenticios saludables, desconocen las consecuencias a corto y largo plazo de su no cumplimiento. En muchas ocasiones el niño rechaza la ingesta de alimentos nutritivos. Los padres acaban modificando la alimentación en base a las preferencias del niño, las cuales suelen ser de escaso valor nutricional, para que ingieran más cantidad.<sup>(9)</sup>

El niño marcará cuánto comer y los padres el qué, el cómo y el cuándo. El niño tiene de manera innata capacidad de autorregulación. Entre los seis y doce meses, tan sólo se destina de la ingesta total el 5% al crecimiento<sup>(30)</sup>. Por ello, se debe intentar evitar la tendencia de los padres a sobrealimentar, no atendiendo a las señas de saciedad y a los mecanismos de autorregulación<sup>(9, 19)</sup>.

Se tenderá a evitar que la actitud de los padres sea demasiado rígida y restringida, puesto que el resultado será al contrario de lo esperado teniendo consecuencias negativas en el niño<sup>(19)</sup>. De igual manera que se han ido desarrollando estilos de crianza, se han desarrollado estilos de alimentación. Se han descrito cuatro actitudes de los padres en relación a la interacción con su hijo durante la comida:

- Exigencia alto con una respuesta alta en calidez y afecto: estilo responsivo
- Exigencia baja con respuesta alta en calidez y afecto: estilo indulgente
- Exigencia alta con una respuesta baja en calidez y afecto: estilo controlador
- Exigencia baja con una respuesta baja en calidez y afecto: estilo no involucrado

Del estilo controlador se deriva una ingesta escasa y del estilo indulgente y no involucrado un aumento de la ingesta y por tanto de ganancia de peso. Del estilo responsivo no hay relaciones significativas<sup>(2)</sup>.

Es frecuente en los niños pequeños los problemas durante la comida (aproximadamente entre un 25-35%). Algunas estrategias que se pueden llevar a cabo para mejorar son: fijar rutinas (comer siempre en el mismo lugar y a la misma hora), que el niño esté bien sentado, cómodo y sin distracciones de televisión e ir instruyendo en los comportamientos adecuados en la mesa<sup>(2)</sup>.

Para que se propicie la enseñanza de los hábitos en la mesa, debe darse un clima de conexión emocional<sup>(9)</sup>. Éste vínculo entre el progenitor y el hijo, debe de establecerse para que el momento de la alimentación sea un proceso agradable para los dos en un ambiente adecuado. Se debe disfrutar de la experiencia con disponibilidad del máximo tiempo posible<sup>(19)</sup>. Es fundamental que exista ese apego, ya que constituye la base emocional necesaria para que el niño se relacione saludablemente con las personas, con el entorno y los alimentos<sup>(2,9)</sup>. La relación entre niños y cuidadores durante el primer año establece un vínculo emocional fundamental para el funcionamiento social saludable<sup>(2)</sup>.

De éste modo se fomenta la estimulación sensorial y psicosocial; se muestra todo tipo de consistencias, formas, sabores, temperaturas, texturas y colores y se mantiene la comunicación oral durante toda la comida<sup>(19)</sup>.

## **ALIMENTACIÓN, CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO Y CULTURAL**

Siguiendo la revisión bibliográfica, se encuentran autores que afirman que en la actualidad no hay suficiente base científica como para establecer unas pautas de inicio rígido referente a los alimentos por los que empezar, las cantidades y los tiempos. Sin embargo, sí tendría que tenerse en cuenta el entorno sociocultural y los factores geográficos y económicos de la familia del bebé, así como su peso, su sexo, su nivel de desarrollo y las características individuales del bebé<sup>(12,30)</sup>.

Como se ha descrito, esta etapa es susceptible de riesgo de desnutrición si los progenitores no realizan las prácticas adecuadas, en las que se asegure el aporte nutricional necesario. Un ejemplo de prácticas que pueden disminuir ese aporte nutricional son: obligar al niño a que siga comiendo cuando ya está saciado, distraer la atención cuando está comiendo y darle de comer cuando puede hacerlo por sí solo.<sup>(3)</sup>

Los factores que afectan a los cuidados infantiles propiciados por los progenitores relacionados con la alimentación son: el bajo índice de escolaridad, un entorno familiar desorganizado, padecer depresión y estrés relacionado con la crianza<sup>(3)</sup>.

La manera de alimentarse de las personas es influida por distintos aspectos como: el nivel socioeconómico y educacional, empleo y medios de comunicación. En el caso de las madres trabajadoras se observa un aumento de consumo de comida procesada por falta de tiempo<sup>(7)</sup>.

Aronsson et, al<sup>(11)</sup> comprueban que existen varios factores asociados a la introducción precoz, siendo el más determinante el país de residencia.

A continuación se exponen otros factores de riesgo que también influyen:

Los factores que más se han estudiado son los factores sociodemográficos como la baja edad maternal (<25 años), el bajo nivel de estudios (menos de 12 años) y bajo nivel socioeconómico<sup>(11)</sup>.

Las madres fumadoras introducen antes la alimentación complementaria que las que no lo son. Esto es un fuerte determinante como muestran los resultados de una revisión sistemática llevada a cabo por Aronsson en el año 2015.<sup>(11)</sup> Estas madres por un lado tienen menor consciencia del estado de salud y por otro pueden tener dificultades para producir la cantidad de leche necesaria<sup>(11)</sup>.

Otro factor observado fue que la monoparentalidad es un factor muy probable de corta duración de la LM y la precoz introducción alimentaria. Esto podría ser debido a la falta de apoyo y al acentuamiento del estrés<sup>(11)</sup>.

La figura 5 recoge los factores más comúnmente descritos en referencia a la introducción precoz expuesta en párrafos anteriores:

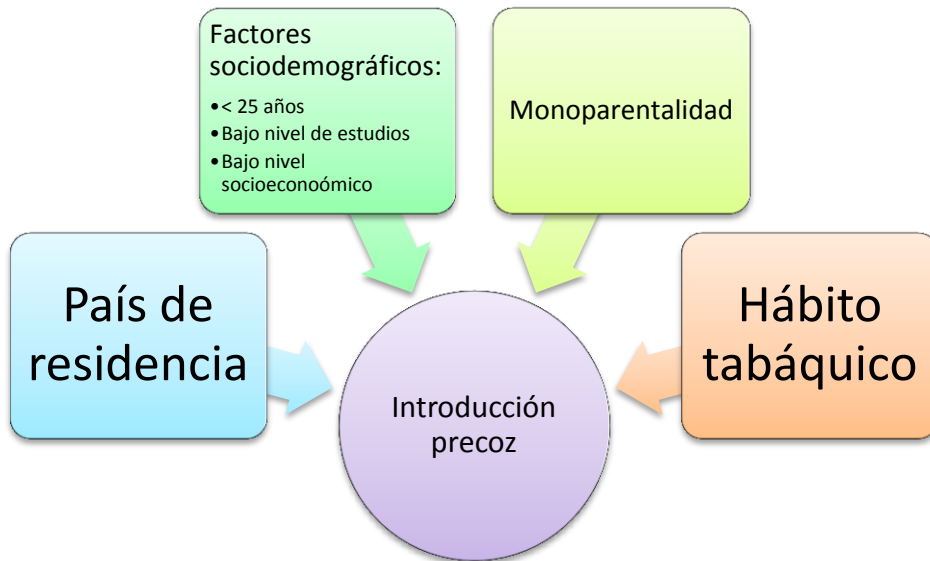


Figura 5. Resumen de los factores que condicionan la introducción precoz de la alimentación.

Fuente: elaboración propia basado en (11)

Un estudio cualitativo exploratorio llevado a cabo por Walsh en el año 2015,<sup>(31)</sup> evaluó a través de entrevistas semi estructuradas a 21 madres primerizas las creencias y motivaciones personales a introducir la alimentación temprana: varias madres percibían que los bebés amamantados eran más pequeños y que necesitaban del aporte extra de los alimentos o interpretaban en el bebé signos de estar teniendo hambre.

Otros padres sienten que el niño está preparado para comer puesto que muestra interés por la comida e intentan alcanzarla y agarrarla. Los padres no suelen ser conscientes de que esto es debido más por el interés que tienen por todo lo que les rodea pero no significa que realmente estén ya capacitados.

Analizando los comportamientos del bebé, se vio que en los que la introducción de la AC tuvo lugar a los cuatro meses, necesitaban ser estimulados y que se sacaban la comida de la boca empujando con la lengua. Sin embargo, los que esperaron, la transición fue más fácil y bien aceptada por el bebé.

Estos factores pueden ser utilizados por la enfermera de pediatría para abordar a los padres en las carencias de información que tienen. Por ejemplo, en los casos expuestos de que los padres deciden introducir los sólidos porque necesitan del aporte extra de los alimentos. En esta situación se aconseja para tranquilizar a los padres que las enfermeras de pediatría enseñen los estándares de crecimiento de la OMS<sup>(31)</sup>. Al

mismo tiempo se fomenta el mantenimiento de la lactancia materna todo el tiempo posible. Esta espera en la introducción a la alimentación sólida responde a los cánones que constatan que el inicio pasado los cuatro meses, sumado a una lactancia materna durante este mismo período, tiene un efecto protector sobre la obesidad.<sup>(32)</sup>

## 4. DISCUSIÓN

---

La alimentación complementaria tiene dos objetivos: por un lado satisfacer las necesidades nutricionales y por otro instaurar hábitos alimentarios saludables(6)

El objetivo principal cuando surgió ésta investigación fue elaborar unas recomendaciones detalladas y concretas sobre la alimentación debido a la diversidad de recomendaciones que se llevan a cabo en las consultas de enfermería pediátrica de los centros de Atención Primaria. Sin embargo, los resultados de la revisión conducen a otros resultados diferentes a los esperados. No existe una guía férrea que haya que cumplir con exactitud.

En las recomendaciones de los principales organismos (EAP, OMS, ESPGHAN) se constatan normas menos rígidas en comparación con anteriores décadas. Actualmente lo que se espera no es tanto el llevar a cabo todos los pasos sino incidir en los importantes. En un estudio a nivel de España de los Centros de Salud<sup>(28)</sup>, se constató que las familias todavía tienen dudas respecto a la introducción de la alimentación complementaria, puesto que no realizaban correctamente la introducción del gluten. Se recomienda que los profesionales de los centros de salud proporcionen menos pautas, pero más claras y concisas sobre los puntos más importantes que deben tener los padres en la introducción.

Siguiendo con la premisa de que no existe base científica para muchos de los consejos que se venían dando, surge en las últimas décadas la nueva tendencia en alimentación infantil: el baby led weaning o alimentación guiada por el bebé. Es un modo de alimentación que requiere de más implicación por parte de los padres o cuidadores, ya que tiene que estar estrechamente vigilado. Se debe requerir de tiempo, algo que no todo el mundo puede llevar a cabo, debido a que las bajas maternales sólo duran 16 semanas y con el trabajo es más difícil de poder llevar a cabo éste método.

Independientemente del estilo de alimentación que se decida llevar a cabo, los padres deben tener claros los puntos claves de la alimentación complementaria:

### **Introducción a partir de 4 meses:**

- Antes de ésta fecha el niño está más expuesto a desarrollar alergias alimenticias<sup>(27)</sup>.
- Introducción del gluten. La introducción del mismo tiene que ser entre el cuarto y sexto mes. Antes del cuarto mes hay mayor riesgo de desarrollar celiaquía. Además durante la introducción la madre debe seguir dándole el pecho puesto que se relaciona la LM como factor protector sobre el desarrollo de la celiaquía. Sin embargo, en los niños que ya están en riesgo



por sus antecedentes familiares, no se constató una reducción del riesgo debido a la influencia de la lactancia materna<sup>(28)</sup>.

Así mismo, cabe destacar que el retraso hasta los siete meses no aumenta el riesgo<sup>(29)</sup>. Por lo que se justifica la recomendación de los cuatro meses, pero no la de los siete meses. Aun así la ESPAGHAN lo recomienda de ésta forma.

Los factores que influyen en la alimentación precoz y pondrían en riesgo al niño de padecer alguna de las consecuencias anteriormente nombradas son el hábito tabáquico, país de residencia, monoparentalidad y factores sociodemográficos<sup>(11)</sup>. Por tanto, se relaciona la alimentación infantil en gran medida con los factores externos al niño.

### **Influencia parental**

Debido a los aspectos de la vida moderna, se están perdiendo los valores tradicionales de la alimentación. El valor intergeneracional que transmiten los abuelos a los nietos, el concepto de alimentación como un acto de relación y vínculo familiar, etc. En el momento de la alimentación se crea un vínculo especial y una confianza del bebé con sus progenitores que influye en la relación con el entorno de ese adulto que será el día de mañana. Es importante transmitir seguridad, afecto, tranquilidad durante el acto. Los problemas durante la comida, son frecuentes; fijar rutinas, horarios de comida, que el niño esté cómodo y bien sentado y evitar distracciones como la televisión puede ayudar a que tanto padres como hijo disfruten del momento.

Los padres tienen mucha influencia en el aprendizaje de los niños. Los niños que son criados y educados desde el inicio del aprendizaje en hábitos saludables e incidiendo en una dieta equilibrada, mantendrán estas costumbres en la edad adulta. Sin embargo, los que no inciden en una dieta sana desde pequeños, en la edad adulta tampoco la seguirán<sup>(9)</sup>.

Los padres deben saber que el niño tiene una capacidad de autorregulación y de saciedad con la comida. El peso es el aspecto es uno de los que más preocupan a los padres, con la habitual creencia de que cuanto más coman, más crecerán. Forzar a comer al niño cuando ya están saciados creará la respuesta contraria a la esperada, el niño aborrecerá ese alimento. El niño puede marcar por si solo cuanto come por esa capacidad innata que tiene de autorregulación.

### **Recomendaciones en la consulta de Enfermería Pediátrica en Atención Primaria**

Podemos valorar a través de los resultados la importancia del papel de la familia como del entorno en estos primeros meses. A pesar de ello, las conductas del profesional de la salud casi siempre van dirigidas a la dieta, en vez de tener en cuenta los aspectos que rodean al niño. Incluso algunos autores consideran más importante el entorno sociocultural del niño, el país de residencia, el estatus económico familiar, sus características, su nivel de desarrollo, sexo y su edad <sup>(12,30)</sup> que las recomendaciones dietéticas.

Debemos conseguir concienciar a los padres sobre los problemas derivados tanto de la desnutrición como de la obesidad y de los problemas que acarrearán tanto en la adolescencia como posiblemente en la edad adulta. Por ello es tan importante comenzar a intervenir desde la niñez. El programa de atención y seguimiento al niño sano que se sigue en Atención Primaria contempla la diversidad de familias y procura adaptar sus actuaciones de manera individual. Sin embargo, es necesario insistir en un modelo transcultural desde la consulta de Enfermería, que tenga en cuenta las preferencias, no sólo en grupos vulnerables o de otros ámbitos geográficos, sino la diversidad de estilos alimentarios existentes en una misma comunidad.

La promoción de unos hábitos saludables dirigidos a los padres hacen hincapié en incidir en el consumo de frutas y verduras y reducir el consumo de azúcares y grasas saturadas<sup>(2)</sup>. Durante el periodo crítico de la niñez, debemos como profesionales insistir en que tengan preferencia por las verduras ya que de primeras, los vegetales son los alimentos que comúnmente más disgustan a los niños y con los que más problemas tienen los padres a la hora de la comida <sup>(8)</sup>.

## 5. CONCLUSIONES

---

- ✓ El profesional sanitario no sólo debe aconsejar a las familias basándose en las recomendaciones puramente nutricionales, sino tener también en cuenta el entorno sociocultural de la familia, los factores económicos, la actitud de los progenitores y la calidad del vínculo madre- hijo.
- ✓ Actualmente no hay base científica sólida para justificar un orden rígido en la introducción de los alimentos, por ello, los organismos oficiales dan pinceladas de la que debería ser una buena base alimentaria. Es más importante resaltar el cuándo del inicio que el qué y cuánto.
- ✓ No se encuentran abundantes artículos sobre el papel que tiene la enfermera durante el periodo de alimentación complementaria.
- ✓ Es importante que el enfermero/a tenga capacidad de observación, comunicación y de empatía con los padres para entender cuáles son las necesidades que necesita cada niño e intervenir de la forma más acorde

## 6. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Alimentación complementaria. Disponible en : [http://www.who.int/nutrition/topics/complementary\\_feeding/es/](http://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/)
2. Black MM, Creed-Kanashiro HM. ¿Cómo alimentar a los niños?: La práctica de conductas alimentarias saludables desde la infancia. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2012 ;29(3):373–8. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342012000300013&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000300013&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
3. Cortés Moreno A, Méndez Lozano SM. Estrés parental, interacciones diádicas al comer y desnutrición en el periodo de alimentación complementaria. J Behav Heal Soc Issues . 2012;3(2):113. Disponible en: <http://132.248.204.69/rig/index.php/jbhsi/article/view/30321>
4. Pérez CV. Mesas redondas Nutrición infantil . Presentación. Rev Pediatría Atención Primaria. 2011;(20):19–23.
5. Daniels L, Heath AM, Williams SM, Cameron SL, Fleming EA, Taylor BJ, et al. Baby-Led Introduction to Solids ( BLISS ) study : a randomised controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding. BMC Pediatr . 2015;1–15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12887-015-0491-8>
6. Alonso A, Alonso M, Aparicio A, Aparicio M, Aranceta J, Arroba ML, et al. Manual de Nutrición Pediátrica. Madrid: 2007. 229-241 p.
7. Busdiecker B. S, Castillo D. C, Salas A. I. Cambios en los hábitos de alimentación durante la infancia: una visión antropológica. Rev Chil pediatría. 2000;71(1):5–11. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062000000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062000000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
8. Chambers L, Hetherington M, Cooke L, Coulthard H, Fewtrell M, Emmett P, et al. Reaching consensus on a “vegetables first” approach to complementary feeding. Nutr Bull. 2016;41(3):270–6.
9. Castrillón IC, Roldán OIG. Prácticas de alimentación de los padres y conductas alimentarias en niños: ¿Existe información suficiente para el abordaje de los problemas de alimentación? Rev Psicol Univ Antioquia. 2015;6(1):57–74. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/view/21617>
10. Mendoza TXI, González JS. Competencia Cultural. Una forma humanizada de ofrecer Cuidados de Enfermería. Vol. 15, Index de Enfermería. Fundación Index; 2006. 44-48 p. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-)

12962006000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es

11. Aronsson C, Uusitalo U, Vehik K, Yang J, Silvis K, Hummel S, Virtanen JMN. Age at first introduction to complementary foods is associated with sociodemographic factors in children with increased genetic risk of developing type 1 diabetes. 2015;11(4):803–14.
12. Rodríguez CC. La Alimentación Complementaria y el período de destete. *Pediatr Integral*. 2003; 7(4) :291–9.
13. Heinrich J, Koletzko B, Koletzko S. Timing and diversity of complementary food introduction for prevention of allergic diseases. How early and how much? *Expert Rev Clin Immunol*. 2014;10(6):701–4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1586/1744666X.2014.917049>
14. Cichero JAY. Introducing solid foods using baby-led weaning vs. spoon-feeding: A focus on oral development, nutrient intake and quality of research to bring balance to the debate. *Nutr Bull*. 2016;41(1):72–7.
15. Arden MA, Abbott RL. Experiences of baby-led weaning: Trust, control and renegotiation. *Matern Child Nutr*. 2015;11(4):829–44.
16. Morison BJ, Taylor RW, Haszard JJ, Schramm CJ, Williams Erickson L, Fangupo LJ, et al. How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6–8 months. *BMJ Open*. 2016;6(5). Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2015-010665>
17. Brown A. Differences in eating behaviour, well-being and personality between mothers following baby-led vs. traditional weaning styles. *Matern Child Nutr*. 2016;12(4):826–37.
18. De Torres Aured L, López-Pardo Martínez M, Maeso AD, De Torres Olson C. La enfermera de nutrición como educadora y formadora asistencial en atención primaria y en el ámbito hospitalario: Teoría y práctica. *Nutr Clin y Diet Hosp*. 2008;28(3):9–19.
19. Marugán JM, Monasterio L, Pavón M. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHP-AEP. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHP-AEP. 2010. 419 p.
20. Galiano MJ, Moreno-Villares JM. Nuevas tendencias en la introducción de la alimentación complementaria en lactantes. *An Pediatría Contin*. 2011;9(1):41–7. Disponible en: <http://www.apcontinuada.com/es/nuevas-tendencias-introduccion-alimentacion-complementaria/articulo/80000595/>
21. Gil Hernández A, Uauy Dagach R, Dalmau Serra J. Bases para una alimentación complementaria adecuada de los lactantes y los niños de corta edad. *An Pediatría*. 2006;65(5):481–95. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es/bases-una-alimentacion-complementaria->

- adecuada/articulo/13094263/
22. Moráis López A, Dalmau Serra J. Importancia de la ferropenia en el niño pequeño: repercusiones y prevención. *An Pediatr.* 2011;74(6):415.e1-415.e10. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es/importancia-ferropenia-el-nino-pequeno/articulo/S1695403311000907/>
  23. Asociación Galega de Pediatría en Atención Primaria. Anexo. Tabla de desarrollo Haizea-Llevant (0-5). 2016. Disponible en: <http://www.agapap.org/druagapap/search/node/haizea%20llevant>
  24. Asociación Galega de Pediatría en Atención Primaria. Anexo. Valoración Del Desarrollo Psicomotor. 2016.
  25. Romero-Velarde E, Villalpando-Carrión S, Pérez-Lizaur AB, Iracheta-Gerez M de la L, Alonso-Rivera CG, López-Navarrete GE, et al. Consenso para las prácticas de alimentación complementaria en lactantes sanos. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2016;73(5):338–56. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bmhix.2016.06.007>
  26. Plaza-Martin AM. [Food allergies in paediatrics: Current concepts]. *An Pediatr.* 2016 J;85(1):50.e1-5. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es/alergia-alimentaria-edad-pediatica-conceptos/articulo/S1695403316000278/>
  27. Gamboa KAB, Quezada MA. Potenciales intervenciones alimentarias en el manejo y prevención de la alergia en lactantes. *Nutr Hosp.* 2014;29(5):969–78.
  28. Marugán de Miguelsanz JM, Ochoa Sangrador C. [The suitability of the current recommendations for introducing gluten to the diet]. *An Pediatr.* 2013;79(2):88–94. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es/adecucion-los-habitos-introduccion-del/articulo/S1695403312005048/>
  29. Ribes Koninckx C. Introducción del gluten y riesgo de enfermedad celíaca. *An Pediatr* 2015;82(1):4–5. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es/introduccion-del-gluten-riesgo-enfermedad/articulo/S169540331400513X/>
  30. González C. *Mi niño no me come: consejos para prevenir y resolver el problema.* 3ª Ed: Madrid: Vivir mejor; 2005.
  31. Walsh A, Kearney L, Dennis N. Factors influencing first-time mothers' introduction of complementary foods: a qualitative exploration. *BMC Public Health.* 2015;15(1):939. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/15/939>
  32. Sandoval Jurado L, Jiménez Báez MV, Olivares Juárez S, de la Cruz Olvera T. Lactancia materna, alimentación complementaria y el riesgo de obesidad infantil. *Aten Primaria.* 2016;48(9):572–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.10.004>

## 7. ANEXOS

---

	<b>AUTOR/AÑO/PAÍS</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>DISEÑO</b>	<b>RESULTADOS</b>
<b>“Age at first introduction to complementary foods is associated with sociodemographic factors in children with increased genetic risk of developing Type 1 Diabetes”</b>	Aronsson, et al. EEUU y Europa 2015	Identificar las prácticas de alimentación y la introducción de la alimentación complementaria e investigar los factores sociodemográficos relacionados con la duración de la lactancia materna en lactantes con riesgo de desarrollar DM tipo 1	Estudio prospectivo de cohorte.  De 8667 niños con DM 1 y menores de 4 meses, fueron estudiados 6404 (74%) De 3 estados de EEUU y 3 países Europeos	Introducción leche de vaca a las 3 semanas. Vegetales, frutas y cereales de media se introdujeron a las 21,7 semanas, patatas a las 19,6 semanas. Cereales 21,7 semanas y gluten 26,1 semanas.  El país de residencia, fumar durante el embarazo, ser madre joven, padres solteros, bajo nivel estudios y sexo masculino son factores asociados a la introducción temprana de alimentos. Los que tienen familiares diabéticos, introducen los alimentos más tarde.
<b>“Differences in eating behaviour, well-being and personality between mothers following baby-led vs. traditional weaning styles”</b>	Amy Brown Reino Unido 2016	Constatar las diferentes características maternas entre las madres que eligen el método tradicional y el baby led- weaning	Cuestionarios dirigidos a madres de bebés de entre 6 y 12 meses	58,1%: baby led weaning 41,9%: tradicional.  Las madres sin síntomas de ansiedad introducen la alimentación más tarde. Las madres con un IMC alto o alto peso al nacer del bebé introdujeron antes que las



				<p>madres con menos IMC o un peso más bajo del bebé al nacer</p> <p>Las madres que siguen la nueva tendencia tienen menos niveles de ansiedad.</p>
<p><b>How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6– 8 months</b></p>	<p>Morison BJ, et al. Nueva Zelanda 2016</p>	<p>Comparar los alimentos, la nutrición y la comida en familia entre niños alimentados de forma tradicional y los alimentados según la tendencia baby led weaning</p>	<p>Estudio transversal. 51 niños entre 6 y 8 meses</p>	<p>Tradicional: 26 niños. 1º puré. 12% comen por sí solos a los 8 meses. El 33% de los alimentos ofrecidos los pueden coger. 42% lactancia materna</p> <p>Baby led weaning: 25 1º alimentos que pueden coger. El 50% comen por sí mismos. El 77% son alimentos para coger. 100% lactancia materna. Mayor ingesta de grasas y menos de Zinc, Vitamina b12, fibra y Calcio. Participa en la mesas con la familia y come alimentos parecidos a la familia.</p> <p>Azúcares, Sodio, frutas, verduras no diferencias entre grupos.</p>

<b>Is baby-led weaning feasible? When do babies first reach out for and eat finger foods?</b>	Wright, et al.  Reino Unido 2011	Determinar si a los seis meses los bebés pueden ser capaces de alimentarse por sí mismos.	Estudio de cohorte	602 buscaban la comida a los ocho meses, 340 ya lo hacían a los seis meses y 36 aún no a los ocho meses.
<b>Factors influencing first-time mothers' introduction of complementary foods: a qualitative exploration</b>	Walsh, et al  Australia 2015	Identificar las creencias conductuales de las madres respecto a la introducción de la alimentación, identificar sus fuentes de información y sus actitudes hacia las recomendaciones internacionales	Estudio cualitativo a través de entrevistas semiestructuradas. Muestra de 21 mujeres con hijos de entre seis y doce meses	Algunas estaban preocupadas por el crecimiento del bebé, especialmente si estaban lactando exclusivamente. Otras, la reducción de las demandas de la LM, lo perciben como "alivio" y "útil". Otras como una actividad divertida que podían disfrutar juntos. Otras no lo identificaron como algo ventajoso sino como la progresión natural en el desarrollo. La mayoría no habían esperado a los seis meses. Las madres que introducían los alimentos antes de las recomendaciones era debido a que el niño se empezaba a interesar por la comida.

<p><b>Adecuación de los hábitos de introducción del gluten a las recomendaciones actuales</b></p>	<p>Marugán, et al 2012 España</p>	<p>Conocer cómo introducen las familias en España el gluten y si se adecuan a las recomendaciones de la ESPGHAN 2008</p>	<p>Estudio de cohortes retrospectivo a través de encuestas en los centros de AP Niños entre doce y dieciocho meses</p>	<p>La introducción de cereales con gluten de media a los 7,37 meses. Pan y galletas más tardíamente. Los niños del estudio diagnosticados de celiaquía lo habían introducido después de los siete meses La ESPAGHAN recomienda introducción entre cuatro y seis meses por lo que es más tardía su introducción. Esto se asocia a edad materna mayor de 35 o antecedentes familiares de celiaquía.</p>
<p><b>Early Childhood Healthy and Obese Weight Status: Potentially Protective Benefits of Breastfeeding and Delaying Solid Foods</b></p>	<p>Moss, et al. 2013 EEUU</p>	<p>Conocer la relación entre la LM y el retraso de la introducción de los alimentos con la obesidad infantil</p>	<p>Estudio de cohorte longitudinal en niños a los nueve meses, a los dos y cuatro años.</p>	<p>El porcentaje de obesidad a los dos años era mayor en niños alimentados con sólidos antes de los cuatro meses que los alimentados a los cuatro o cinco meses o igual o más de seis meses. A los cuatro años se observa la misma tendencia.</p>

<p><b>Estrés parental, interacciones diádicas al comer y desnutrición en el periodo de alimentación complementaria.</b></p>	<p>Cortés-Moreno, et al. 2011 México</p>	<p>Constatar cómo influye el estrés de la crianza y la relación madre-hijo en el estado de nutrición del hijo.</p>	<p>Diseño prospectivo transversal con metodología observacional y encuesta</p> <p>Participaron 60 niños y sus progenitores, de entre seis y dieciocho meses.</p> <p>27 parejas venían de zona urbana y 33 de zona marginal</p> <p>Para medir el estrés se utilizó el Índice de estrés parental de Abidin</p>	<p>El 8,3% de las madres presentan un nivel de estrés elevado.</p> <p>El 12,5% de las madres de niños desnutridos mostraron estrés. Muestran más estrés que las madres de niños normopeso.</p> <p>El 75% de las madres de hijos normopeso y el 97,5% de las de desnutridos el estrés es debido a la escasa sensación de implicación por parte del cónyuge.</p> <p>Las madres de niños desnutridos mostraban falta de entusiasmo a la hora de interactuar con el niño.</p> <p>El afecto positivo en la interacción correlaciona un nivel de estrés bajo y la falta de entusiasmo con un nivel alto de estrés.</p> <p>No hay datos significativos entre la procedencia.</p>
---	--	--	--	---

<p><b>Infant and maternal predictors of early life feeding decisions: The timing of solid food introduction</b></p>	<p>Doub, et al. 2015 EEUU</p>	<p>Determinar cómo el estilo de alimentación de los progenitores y el temperamento infantil predicen la edad a la cual los niños comenzarán con alimentos sólidos</p>	<p>Estudio longitudinal 115 diadas</p>	<p>La edad media de introducción: 17,36 semanas. Las madres más jóvenes, con menos estudios introdujeron antes la alimentación.  La única variable infantil que nos da datos es el mayor nivel de desarrollo psicomotor a los 6 meses, fueron los que les introdujeron antes. Las madres con LME introducían más tarde que las artificiales y mixtas.</p>
<p><b>Lactancia materna, alimentación complementaria y el riesgo de obesidad infantil</b></p>	<p>Sandoval, et al. México 2016</p>	<p>Conocer la influencia de la LM y la alimentación complementaria en la obesidad infantil</p>	<p>Niños de dos a cuatro años pertenecientes al mismo centro de salud. 116 niños en total</p>	<p>Se objetiva una diferencia entre el tiempo de lactancia materna y el inicio de la alimentación complementaria entre los niños con y sin obesidad</p>
<p><b>Ritos de comensalidad y espacialidad. Un análisis antropológico de la alimentación”</b></p>	<p>Eduard Antonio. Maury Sintjago. 2010 Chile</p>	<p>Describir los códigos alimentarios y sus rituales</p>	<p>Método etnográfico</p>	<p>Los ritos de comensalidad de cara al público, es un cambio puntual en los ritos de la vida cotidiana, afianzan lazos y favorecen la cohesión social.</p>

