

Actualización en alimentación complementaria: unificación de las hojas informativas en la CAV

Elikadura osagarriari buruzko eguneratzea: eaen informazio orriak bateratzea

P. Oliver

Gastroenterólogo pediatra. Hospital de Mendaro, Gipuzkoa

La alimentación durante los 1.000 primeros días de vida (embarazo + 2 primeros años de vida) juega un papel primordial en el desarrollo del ser humano. Se trata de un periodo de máximo crecimiento y desarrollo de órganos por lo que diferentes factores van a influir en el desarrollo del organismo. Es un periodo crítico en el que actúan factores epigenéticos, es decir, factores no genéticos que influyen en el desarrollo de genes del desarrollo. La nutrición es uno de los factores epigenéticos más estudiados y cada vez hay más estudios que muestran que una adecuada alimentación puede prevenir el desarrollo de ciertas enfermedades y favorecer el desarrollo de una estado de salud en épocas posteriores de la vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define alimentación complementaria como el periodo de tiempo en el que se añaden a la lactancia materna otros alimentos (incluido fórmula artificial). Por su parte, la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas (ESPGHAN) define alimentación complementaria del lactante como cualquier alimento sólido o líquido que no sea lactancia materna ni fórmula adaptada. La definición de la OMS suele dar lugar a confusión al considerar la fórmula artificial como alimentación complementaria y la mayoría de estudios (al igual que la que utilizaremos en este escrito) considera más práctica y útil la definición de la ESPGHAN.

A continuación se muestra la evidencia hasta el momento de diferentes aspectos relacionados con la alimentación complementaria:

- **Edad de inicio de la alimentación complementaria:** tanto la OMS como la ESPGHAN aconsejan lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y a partir de entonces comenzar con alimentación complementaria. En el caso de que el niño tome lactancia artificial, la OMS considera que no existe ninguna razón nutricional diferente a los niños amamantados a la hora de introducir la alimentación complementaria. Por su parte, el comité de nutrición de la ESPGHAN considera que en los países industrializados no hay pruebas de que la introducción de alimentación complementaria a partir

de los 4 meses comporte desventajas con respecto a los 6 meses. Como medida de consenso se establece como recomendación general, tanto para los amamantados al pecho como para los que se alimenten con fórmula, iniciar la alimentación complementaria a los 6 meses, pudiéndose adelantar a los 4 o 5 meses según indicaciones de su pediatra. No obstante, debemos tener en cuenta que el adelanto de la introducción de la alimentación complementaria en un niño que siga una curva "justa" de peso, no siempre conlleva una mejoría de la curva ponderal. En ningún caso se debe iniciar la alimentación complementaria antes de los 4 meses (aumenta el riesgo de obesidad y el organismo no está preparado a nivel digestivo, renal y neuromuscular) ni después de los 6 meses (relacionado con carencia de energía, proteínas, minerales y vitaminas además de con el retraso del desarrollo de masticación y adquisición de nuevos sabores y texturas).

- **Pautas de inicio:** existen múltiples pautas para el inicio de alimentación complementaria, no habiendo ninguna evidencia de que sea más adecuado comenzar con un alimento antes que con otro. En determinadas circunstancias, como es el caso de los niños que reciben lactancia materna, se recomienda ofrecer de forma precoz alimentos ricos en hierro (carne junto al puré de verdura). Se deben tener en cuenta las circunstancias sociales y culturales de la familia, respetando sus hábitos, siempre y cuando no haya una transgresión dietética. Es deseable que no se den normas rígidas, sino que se den recomendaciones. Lo ideal es comenzar por un grupo de alimentos y si se tolera bien, dar un nuevo grupo en 1 o 2 semanas, y así sucesivamente. Siempre se deben dar pequeñas cantidades con aumento progresivo, sin una cronología rígida.
- **Gluten:** en los últimos años se ha dado la recomendación general de no introducir el gluten antes de los 4 meses ni después de los 7 meses. Esto se basaba en una serie de bibliografía con poca evidencia que mostraba que si se introducía el gluten en estas fechas, a la vez que se mantenía la

lactancia materna, disminuía el riesgo de enfermedad celiaca. Sin embargo, artículos recientes con muy buen rigor científico han mostrado que la introducción del gluten entre los 4 y 6 meses no protege de enfermedad celiaca, mientras que la introducción del gluten al año de edad no aumenta el riesgo de celiaquía. Además, se ha observado que la lactancia materna no es factor protector de enfermedad celiaca. Estos hechos han llevado a la ESPGHAN a recomendar la edad de introducción del gluten como cualquier grupo de alimentos, es decir, recomienda administrarlo entre los 4 y 12 meses, comenzando con pequeñas cantidades (no específica cantidad) y aumentándolo en cantidades progresivas. Hoy en día, siempre y cuando se comience con pequeñas cantidades, se puede iniciar directamente la toma de cereales con gluten (en lugar de sin gluten). Una posible excepción en la que se podría comenzar con cereales sin gluten sería el niño que empezara a tomar cereales de forma precoz (4 meses) y en cantidades altas, debido a posible debut de celiaca más severo por edad temprana.

- **Alergias:** cada vez hay más evidencia de que el retraso de introducción de alimentos más alérgicos, aumenta el desarrollo de alergias, incluso en individuos de riesgo. Además, puede tener consecuencias nutricionales. Clásicamente se ha introducido el pescado de forma tardía. Sin embargo, es un alimento rico en ácidos grasos poliinsaturados que intervienen en la función cognitiva, sistema inmune, metabolismo lipídico... En un momento tan crítico de maduración de órganos y crecimiento del organismo, debemos aprovechar este tipo de alimentos para un desarrollo óptimo. Parece que hay un periodo ventana idóneo (en torno a los 6 meses) en el que el contacto del sistema inmune con el alérgeno (junto a lactancia materna) induce tolerancia. En cambio, cuanto más tarde se introduzca un alimento, menor tolerancia y por tanto más alergia va a producir. También hay datos que muestran que el empleo de hidrolizados extensos de caseína y parcialmente

hidrolizados de suero, puede disminuir el riesgo de alergia posterior, concretamente el riesgo de dermatitis atópica. Sin embargo, de momento hay poca evidencia para recomendar su uso en la población general con el fin de disminuir el riesgo de alergia posterior incluso en individuos de no riesgo.

- **Leches de crecimiento:** en los últimos años, estamos asistiendo al aumento de consumo de fórmulas artificiales que se administran más allá del año de edad. Son las llamadas "leches de crecimiento", que se administran entre el año y los 3 años de edad, teniendo una presentación en polvo o líquida. No hay ninguna normativa específica aplicable a estas fórmulas por lo que nos encontramos grandes diferencias entre ellas. En general, tienen menos proteínas y sales y más calcio, vitamina D y ácidos grasos poliinsaturados. Son nutricionalmente más adecuadas que la leche de vaca para este periodo de vida, pero la decisión de darlas o no dependerá del tipo de paciente y la situación económica familiar. En general, en el niño que sigue una dieta variada y equilibrada no serían tan necesarias como en el niño mal alimentado. Además, hay muchos intereses comerciales en ellas e información un tanto confusa, por lo que debemos insistir en las familias en que lo importante es realizar una dieta sana, variada y equilibrada.
- **Leche de vaca:** no se debe administrar antes del año de edad, ya que puede producir déficit de hierro o ganancia de peso acelerada. La ESPGHAN aconseja que en caso de administrarla previo al año de vida sea en pequeños volúmenes y no como bebida principal (por ejemplo, yogur a los 9 meses). Debemos tener en cuenta que los llamados "yogures para bebés" tienen un etiquetado a veces confuso y en general no son 100% leche de continuación. Además, tiene más calorías, sacarosa, proteínas. El exceso de azúcar puede hacer reducir el umbral del sabor dulce en épocas precoces de la vida, requiriendo más azúcar posteriormente para endulzar sus comidas. Este hecho también ocurre con la introducción precoz de sal.

- **Proteínas:** las ingestas recomendadas de proteínas son entre 1-1,5 g/kg/día. Sin embargo, la ración proteica habitual es excesiva: los niños toman un exceso de lácteos, carnes, embutidos, salchichas,... Cada vez hay más evidencia de que la ingesta elevada de proteínas está relacionada con obesidad y síndrome metabólico en épocas posteriores de la vida, por lo que debemos aconsejar un consumo moderado de proteínas. Se debe además recomendar no ingerir más de medio litro de lácteos al día con el fin de no aumentar el consumo proteico.
- **Dietas vegetarianas:** debemos advertir del grave riesgo de dietas vegetarianas, ya que conllevan un alto riesgo de déficits nutricionales, retraso del crecimiento y retraso psicomotor. Así mismo, si el niño está recibiendo lactancia materna de una madre que sigue una dieta vegetariana, puede tener alteraciones de desarrollo cognitivo.
- **Agua para biberones:** si en el medio en el que se encuentra la familia hay un buen control sanitario del agua, puede preparar los biberones con agua del grifo sin necesidad de hervirla. En el caso de agua envasada, debe ser baja en sodio (menos de 25 mg/L de sodio en fórmula tipo I y menos de 50 mg/L en fórmula tipo II) sin necesidad de hervirla en nuestro medio (la OMS recomienda calentarla a 70°C en determinadas circunstancias por riesgo de contaminación del polvo de la fórmula, pero no nos parece una medida adecuada en nuestro medio por el bajo índice de contaminación del polvo de fórmulas que generen clínica digestiva).
- **Formas alternativas de alimentación complementaria:** cada vez están más en auge métodos alternativos de alimentación, como es el caso de "Baby led weaning". Consiste en la introducción de comidas sólidas a demanda en la dieta del niño. Se da a partir de los 6 meses, siempre y cuando el niño se mantenga en posición erguida sin ayuda. El lactante se sienta con el resto de la familia, y no se le da de comer, sino que se le ofrecen alimentos en la mesa y el se lleva la comida a la boca. Los defensores de este método afirman que fomenta

la independencia y confianza en si mismo, desarrolla y mejora coordinación ojo-mano y masticación, evita peleas a la hora de comer y actitudes melindrosas, permite al lactante descubrir sabores, texturas y olores y establece preferencia a medio plazo por comida más saludable y menor obesidad. Sin embargo, por el momento no hay estudios controlados randomizados con buena evidencia. Además, se desconoce el impacto sobre el desarrollo y crecimiento y si es un método seguro. La función del pediatra de atención primaria es conocer este método y aconsejar sobre los posibles riesgos y beneficios del mismo.

En resumen, sabemos que la única evidencia que hay sobre la alimentación en el lactante es que es aconsejable dar lactancia materna exclusiva durante 6 meses, que la alimentación complementaria se debe iniciar entre los 4-6 m, que no hay evidencia de que el retraso de ciertos alimentos reduzca el riesgo de alergia (incluso niños de riesgo), que el gluten se debe introducir igual que el resto de alimentos (sin fechas estrictas), que la leche de vaca no se debe dar antes de los 12 meses y que se deben evitar dietas vegetarianas. Sin embargo, desde hace muchos años disponemos en los diferentes centros de salud de múltiples hojas distintas con fechas estrictas de introducción de los diferentes alimentos, basadas en costumbres históricas, sociales o culturales, la mayoría sin ninguna evidencia que lo soporte. Este hecho genera mucha confusión entre los padres, ya que cada niño dispone de su hoja de recomendaciones de alimentación, que puede ser totalmente diferente a la de otro niño de su mismo vecindario, colegio,...

Es por ello que desde hace años se ha reclamado desde Atención Primaria la unificación de hojas informativas de alimentación del lactante. Hace ya 3 años, se realizó una exhaustiva revisión de la bibliografía y se comenzaron a elaborar unas hojas informativas unificadas

para toda la Comunidad Autónoma Vasca. Dichas hojas se han consensuado con Atención Primaria de las provincias de Araba, Bizkaia y Gipuzkoa, así como con el Grupo Vasco de Gastroenterología Infantil, formado por gastroenterólogos con gran experiencia en el campo de la nutrición pediátrica. Así mismo, se han dado sesiones informativas a pediatras y enfermeras de Atención Primaria, así como al personal de todos los hospitales-OSIS que disponen de Servicio de Pediatría en la Comunidad. Con el fin de que estas medidas establecidas no se vuelvan obsoletas, dichas hojas informativas son actualizadas de forma anual.

Se trata de dos hojas informativas (menores y mayores de 1 año), en castellano y euskera, en las que se dan unos consejos de introducción de alimentación de forma abierta, sin fechas estrictas. Están disponibles en Osabide AP, así como en la página web de AVPAP (sección documentos-digestivo).

A la hora de entregar las hojas informativas, es importante explicarlas detalladamente y aclarar las posibles dudas que puedan tener las familias. Y, sobre todo, se debe insistir en que no deben descuidar la alimentación a partir del año de vida y continuar con los buenos hábitos que adquirieron el primer año consistentes en una dieta rica en fruta y verdura.

Tal vez algunas familias necesitan que se les dé la información con fechas más estrictas y de forma rigurosa, debiéndonos adaptar a ello. Sin embargo, debemos cambiar de forma progresiva a estas nuevas recomendaciones, cuya aceptación está siendo muy buena por parte de las familias, enfermeras y pediatras, haciendo más partícipes a las familias en la toma de decisiones de la alimentación de sus hijos.

BIBLIOGRAFÍA

- Agostini C, Decsi T, et al. Complementary feeding: a comment by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2008; 46: 99-110.
- Michaelsen KF, Larnkjaer A, Lauritzen L, Molgaard C. Science base of complementary feeding practice in infancy. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2010; 13(3): 277-83.
- Norris J, Barriga K. Risk of celiac disease autoimmunity and timing of gluten introduction in the diet of infants at increased risk of disease. *JAMA.* 2005; 293(19): 2343-51.
- Akobeng AK, Ramanan AV, Buchan I, Heller RF. Effect of breast feeding on risk of coeliac disease: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Arch Dis Child.* 2006; 91: 39-43.
- Vriezinga SL, Auricchio R, et al. Randomized feeding intervention in infants at high risk for celiac disease. *N Engl J Med.* 2014; 371(14): 1304-15.
- Lionetti E, Castellana S. Introduction of gluten, HLA status and the risk of celiac disease in Children. *N Engl J Med.* 2014; 371(14): 1295-303.
- Szajewska H, Sahmir R, Chmielewska A, et al. Systematic review with meta-analysis: early infant feeding and coeliac disease-update 2015. *Aliment Pharmacol Ther.* 2015; 41(11): 1038-54.
- Szajewska H, Shamir R, Mearin L. Gluten introduction and the risk of coeliac disease: a position paper by the ESPGHAN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2016; 62(3): 507-13.
- Sansotta N, Piacentini GL. Timing of introduction of solid food and risk of allergic disease development: understanding the evidence. *Allergol Immunopathol (Madr).* 2013; 41(5): 337-45.
- Von Berg A, Koletzko S, et al. The effect of hydrolyzed cow's milk formula for allergy prevention in the first year of life: The German Infant Nutritional Intervention Study, a randomized double-blind trial. *J Allergy Clin Immunol.* 2003; 111(3): 533-40.
- Alexander DD, Cabana MD. Partially hydrolyzed 100% whey protein infant formula and reduced risk of atopic dermatitis: a meta-analysis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2010; 50(4): 422-30.
- Dalmau J, Moreno JM. Leches de crecimiento en la alimentación infantil. *Acta Pediatr Esp.* 2011; 69(9): 373-8.
- Weber M, Grote V, et al. Lower protein content in infant formula reduces BMI and obesity risk at school age: follow-up of a randomized trial. *Am J Clin Nutr.* 2014; 99(5): 1041-51.