

10 Cosas que deberías saber sobre... ...alimentación complementaria



E. Pérez Costa, D. Rodríguez Álvarez,
E. Ballesteros Moya, F. Campillo i López

Se considera alimentación complementaria (AC) a todo aquel alimento diferente de la leche materna o la leche de fórmula. Un sinónimo utilizado internacionalmente es el de "Beikost", que puede traducirse como: "más allá de". Durante los primeros 6 meses de vida, las necesidades nutricionales están totalmente cubiertas con lactancia materna o en su defecto con una fórmula adaptada

La introducción de alimentos distintos a la leche materna o adaptada debe hacerse de forma gradual, a partir de los 4-6 meses, en los niños con lactancia mixta o artificial y, a partir de los 6 meses, en los niños con lactancia materna exclusiva continuando, si se desea, con la lactancia materna a demanda hasta los 2 años

No existe evidencia sobre cuál debe ser el primer alimento a introducir diferente a la leche. Se debe individualizar cada caso en función de la situación de cada paciente y de las preferencias familiares. En los niños con lactancias familiares. En los niños con lactancia materna exclusiva, que inician AC a los 6 meses, se pueden introducir los cereales con gluten de entrada

La ESPGHAN recomendó introducir los cereales con gluten (trigo, avena, centeno o cebada) no antes de los 4 meses y no después de los 7 meses. En la actualidad, existen controversias sobre si la introducción del gluten en esta franja de edad, previene la aparición de enfermedad celíaca en individuos genéticamente predispuestos. Parece claro que la introducción debe ser antes de los 7 meses

Las frutas y verduras se ofrecerán normalmente maduras y trituradas en forma de papilla. En las últimas recomendaciones, no se aconseja retrasar las frutas potencialmente más alergénicas (kiwi, melocotón, fresas...), ya que no se ha demostrado que prevengan la alergia e, incluso, pueden mejorar la tolerancia. En cuanto a las verduras, ofrecer en forma de puré evitando, al inicio, las verduras de sabores fuertes (ajo, cebolla, espárragos...). Evitar las verduras con alto contenido en nitratos (espinacas, acelgas...) en los menores de 12 meses, por riesgo de metahemoglobinemia

Se recomienda la introducción de carne a partir de los 6 meses, debido a su alto contenido en hierro (ternera, vaca), mezclado con patatas o verduras. Es preferible evitar el consumo de las vísceras hasta los 12-15 meses por el alto aporte de grasas y se debe tener en cuenta que, a veces, contienen hormonas, tóxicos y parásitos. Evitar el consumo de caza en menores de 6 años, por el contenido en plomo, ya que puede producir daños neuronales

En cuanto al pescado, es preferible comenzar con pescado blanco (merluza, lenguado...) e introducir el pescado azul (salmón) a partir de los 12-15 meses, con un máximo de 1 vez por semana para evitar la acumulación de mercurio, que puede perjudicar el sistema nervioso en vías de desarrollo de los niños pequeños. Evitar el consumo de pez espada, cazón, tintorera y atún en menores de 3 años, así como el consumo de marisco por su contenido en cadmio

El huevo es uno de los alimentos considerados, clásicamente, potencialmente alergénico. Se recomienda la introducción del huevo entero cocido, de manera precoz, una vez iniciada la diversificación alimentaria (el huevo crudo tiene alto poder alergénico por la ovoalbúmina que contiene). No se ha demostrado que retrasando la introducción del huevo se prevenga la aparición de alergia y dermatitis atópica e incluso puede aumentarla, según algunos estudios

Se recomienda no introducir la leche entera de vaca hasta los 12 meses. Las leches de crecimiento permiten la transición entre la leche adaptada y la leche de vaca. A partir de los 6 meses, se debe asegurar un aporte de lácteos de 500 ml al día. Evitar la adición de miel en los menores de 12 meses, por el riesgo, con este último, de intoxicación por botulismo

Individualizar, en cada caso, según las costumbres familiares, estado nutricional y la maduración del niño. La introducción de la AC debe ser progresiva, dejando margen de 1-2 semanas entre la introducción de un alimento y otro para asegurar tolerancias y que el niño se acostumbre a los sabores. En los últimos años, se ha ido extendiendo el término "Baby-Led Weaning" (AC dirigida por el bebé). En función del desarrollo neurológico del lactante, utiliza sus propias manos, llevándose a la boca trocitos de alimentos blandos por sí solo en la cantidad que desee. Aunque tiene algún riesgo como el atragantamiento, parece que sería más fisiológico para el desarrollo del lactante, favorecer su autonomía y prevenir la obesidad

Para saber aún más...

1. Agostini C, Decsi T, Fewtrell M, et al. Complementary Feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2008; 46: 99-110.
2. Dalmau J, Martorell A, y Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Alergia a las proteínas de la leche de vaca: prevención primaria. Aspectos nutricionales. *An Pediatr (Barc).* 2008; 68: 295-300.
3. Perdomo Giraldo M, De Miguel Duran F. Alimentación complementaria en el lactante. *Pediatr Integral.* 2015; XIX: 260-7.
4. Sánchez-García S, Cipriani F, Ricci G. Food Allergy in childhood: phenotypes, prevention and treatment. *Pediatr Allergy Immunol.* 2015; 26: 711-9.



The Corner

A. Molina García, C. García Mauriño
Residentes hospital infantil universitario La Paz

8. Resident-attending conversation in the Emergency Department: Gastroenteritis

Resident: The chief complaint of this patient is vomiting and diarrhea. Linda is an 8 month unvaccinated female who presents to the ED today with fever, vomiting and diarrhea. Not known allergies and no past medical history. She vomits almost after every meal, non-bloody and non-bilious in nature. She was able to take some water this morning, but threw it up immediately after. They have been trying to give her juice to maintain hydration, but have noticed today she has had decreased wet diapers. She has not had any PO intake today, apart from the water in the morning. Her diarrhea alternates from liquid yellow stools to firm yellow ones (all non-bloody). She has around 3-4 stools a day. She has also had an intermittent cough and copious rhinorrhea. Her mom has noticed that she has “felt warm” over the last 2-3 days as well, but has had no temperatures recorded.

Attending: Is anyone in the family also sick? For how long has she been with these symptoms?

Resident: She has 3 sisters at home who have all had “a croupy cough” but no vomiting or diarrhea. She started this morning.

Attending: What about the physical exam?

Resident: She is active and a bit fussy. Her mucous membranes are tacky. In the cardiovascular exam tachycardia is present, but she has strong bilateral pulses and her capillary refill takes less than 3 seconds. Regarding HENT, her oropharynx is clear. Copious clear rhinorrhea is present, and I can see bilateral erythematous tympanic membranes, no pus seen behind either of them. The rest of the physical exam was unremarkable.

Attending: So what is your impression?

Resident: I think she is probably mildly dehydrated, but she is stable, so I would probably try to attempt PO challenge with zofran.

Attending: Ok I agree. Do you think we need any complementary tests?

Resident: Not really. Likely it is a viral gastroenteritis and the onset of her disease was only a few hours ago. I would wait.

KEY WORDS:

Chief complaint: motivo de consulta.

ED (Emergency Department): servicio de urgencias.

Non-bilious: no bilioso.

Decreased wet diapers: moja menos pañales.

PO intake (del latín “*per os*”, by mouth): tolerancia oral.

Croupy cough: tos perruna.

Fussy: irritable.

Mucous membranes are tacky: mucosas pastosas.

Capillary refill: relleno capilar.

HENT (Head, Ears, Nose, Throat): exploración craneal y ORL.

PO challenge with zofran: probar tolerancia oral tras antiemético.



PLAY AUDIO

se puede escuchar en
www.pediatriaintegral.es