



Mitos en alimentación infantil

J.M. Moreno Villares

Departamento de Pediatría, Clínica Universidad de Navarra



Resumen

La alimentación es un buen caldo de cultivo para el mito. Precisamente, por su relación directa con la salud. Y en la era de las tecnologías de la comunicación y la información, la población se ve abrumada por una cantidad de mensajes, pocas veces contrastados, muchos contraproducentes. La revisión de los aspectos controvertidos en la alimentación infantil se centrará exclusivamente en el periodo de lactante y de niño de corta edad (hasta su tercer año). Una de las razones para acotarlo a este periodo es el creciente conocimiento de la importancia de la alimentación en las primeras etapas de la vida (los 1.000 primeros días) en la salud futura. También, porque es el momento en el que se adquieren los hábitos alimentarios que perdurarán en el tiempo. La actitud de los padres frente a la alimentación de sus hijos adquiere un carácter clave. Probablemente, la introducción de la alimentación complementaria sea uno de los momentos sobre el que se generan más preguntas. Desde: cuál es el momento ideal, con qué alimento comenzar, la prevención de alergia o cuál es el consejo actual sobre la introducción del gluten en la alimentación del bebé, son algunos de los temas que se revisan en el artículo. La deficiencia en vitamina D o el exceso de proteínas de la dieta de los más pequeños, son también aspectos que merecen la pena ser revisados. La última parte del capítulo se centra en la conveniencia de adecuar los momentos de las comidas a los tiempos de actividad (crononutrición) y la importancia de hablar más de patrones alimentarios que de alimentos y nutrientes.

Abstract

Feeding has always been a good breeding stock for myths. And the reason is its relationship with health outcomes. In this era of communication and information technology, people are overwhelmed by countless messages, sometimes confusing and even malicious. A review of some of the most controversial aspects of infant and toddler nutrition will center the content of this paper. One of the reasons to restrict the review to such a period is the growing knowledge of the importance of nutrition during early life (the so called 1000 days) in long-term health. Besides, because this is the time for developing feeding habits that will prevail. Parents' attitude on infant feeding is a key point on achieving this target. The introduction of complementary feeding (weaning period) is likely to be the moment where a higher number of questions arise. Starting with the ideal time to begin with foods other than milk, following by which is the most convenient food to start with, how to prevent food allergy or gluten introduction, are common queries in the paediatrician's clinic. Vitamin D deficiency or the excess of protein intake are also questions that are worth being reviewed. The last part of the manuscript is dedicated to the convenience of adapting feeding schedule to activity (chrono-nutrition) and to the importance of talking about dietary patterns and not only about foods and nutrients.

Palabras clave: Lactancia; Alimentación complementaria; Mito; Vitamina D; Alergia; Patrón dietético.

Key words: Breastfeeding; Weaning; Myth; Vitamin D; Allergy; Dietary pattern.

Introducción

La cuarta acepción del término “mito” en el Diccionario de la Real Academia Española es: “persona o cosa a la que se atribuyen cualidades o excelencias que no tiene”. Y cuando

hablamos de alimentación, esos atributos pueden ser atributos positivos o negativos. Una actividad humana, como es la alimentación, influida por las tradiciones y la disponibilidad de alimentos, y sometida al influjo de modas y de

opiniones de todo calado, no se ve libre de esta amenaza. No lo ha estado nunca. ¿Qué ha cambiado entonces ahora?, ¿por qué se genera tanta preocupación en torno a la forma de alimentarnos, en especial, a la forma en cómo alimenta-

mos a nuestros hijos? Uno de los aspectos, sin duda, es la pérdida de referentes. ¿Es hoy el pediatra el referente para la alimentación del lactante y del niño pequeño? *Websites* comerciales, blogs, e-forums, libros escritos por periodistas, madres, otros profesionales, son con frecuencia el primer punto de contacto que buscan los padres de la generación que hemos llamado “*milenials*” o “generación Y”, nacidos entre 1980 y 1999, cuando quieren informarse sobre la alimentación de los más pequeños. En un estudio italiano publicado en 2012, usando con los buscadores convencionales: “alimentación complementaria” o “diversificación”; en las 5 primeras páginas de las 131 direcciones encontradas, ninguna hacía referencia a datos de agencias oficiales o sociedades científicas. El pediatra –en colaboración con otros profesionales de salud, en especial la enfermera de pediatría–, debe volver a ser el referente cualificado. No usar y no completar nuestros conocimientos actuales en nutrición para mejorar la salud de los niños representa un atentado a los derechos de los niños⁽¹⁾.

La revisión de los aspectos controvertidos en la alimentación infantil se centrará exclusivamente en el periodo de lactante y de niño de corta edad (hasta su tercer año).

¿Por qué tanto énfasis en los primeros años, si la alimentación es importante en todas las etapas de la vida?

Cierto. Alimentarse bien es importante toda la vida. De hecho, la mayoría de las recomendaciones sobre una dieta saludable se realizan para individuos mayores de 2 años⁽²⁾. Sin embargo, cada vez hay más evidencias de la importancia para la salud futura de la alimentación –y de otros hábitos saludables– de los primeros años de vida del individuo. Se entiende así que la alimentación infantil sea una ventana de oportunidad para mejorar la salud del mañana. La estrategia en torno a los 1.000 primeros días constituye un punto de inflexión para la mejora de la salud de las poblaciones, tanto en países de rentas altas –con riesgo elevado de exceso de peso–, como en países emergentes –con la doble carga de la desnutrición y el sobrepeso⁽³⁾– (Fig. 1).

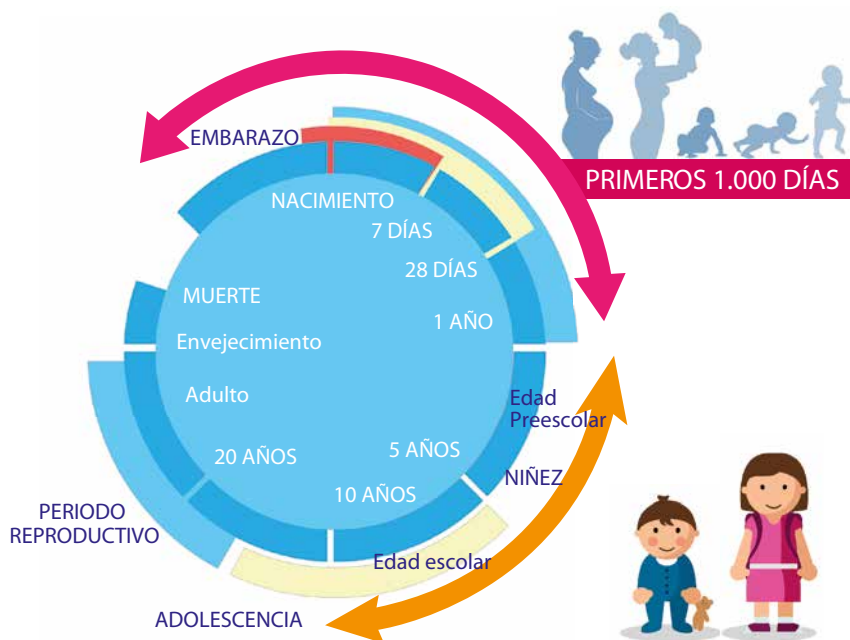


Figura 1. Periodos críticos del desarrollo. Los 1.000 primeros días abarcan el periodo comprendido entre la concepción y el final del 2º año.

Pero también, porque es en esta etapa cuando se adquieren los hábitos alimentarios que van a perdurar, con pocas variaciones, a lo largo de la vida. Es lo que denomino: “el valor de la coherencia”. En la última década, el interés ha pasado a centrarse en los patrones de alimentación más que en alimentos individuales, ya que engloban la ingesta de todos los alimentos y bebidas, así como los nutrientes y, por tanto, consideran también los posibles efectos acumulativos e interacciones entre ellos. En el estudio ANIBES, se identificaron cuatro patrones alimentarios principales en la alimentación de los adultos en España: el patrón ‘tradicional’, el patrón ‘mediterráneo’, el patrón ‘aperitivos’ y el patrón ‘lácteos y alimentos azucarados’ (<http://www.fen.org.es/anibes/index.php>). No están tan claramente definidos en los niños, pero existe una clara influencia en lo establecido en los primeros años de vida en la constitución del patrón alimentario⁽⁴⁾.

Desde un punto de vista antropológico, la alimentación de los primeros años se ha caracterizado, a lo largo del mayor tiempo de la historia de la humanidad, por los siguientes aspectos: dar de comer para calmar, comer con frecuencia, raciones grandes, preferencia por los alimentos favoritos y la obligación de terminar toda la comida. En una época de abundancia, esos men-

sajes tienen efectos negativos y llevan al exceso de peso. Por lo tanto, la actitud de los padres frente a la alimentación de sus hijos más pequeños, debe guiarse más por: la interpretación de las claves de hambre y saciedad de los niños, una oferta variada y amplia de alimentos, asociar los alimentos con los contextos y las consecuencias de comer (“*win-win*”) y el aprendizaje observacional (“un ejemplo vale más que mil palabras”)⁽⁵⁾.

Algunas puntualizaciones sobre la lactancia (pocas)

Ningún pediatra duda sobre los efectos beneficiosos de la lactancia, tanto para el niño como para la madre o para la sociedad. No hace falta abundar en el tema. Sin embargo, no viene mal hacer algunas precisiones. La decisión última sobre el amamantamiento la tiene la madre, bien asesorada por los profesionales que cuidan de ella y del niño, antes y después del parto. Nunca una decisión de una madre puede ser juzgada –en uno u otro sentido–. Se precisan estrategias de apoyo que consideren las circunstancias: personales, culturales, ideológicas y estructurales que rodean a la lactancia⁽⁶⁾. De forma interesante, se ha podido demostrar que los efectos de la lactancia sobre la ganancia de peso no son tan dependientes de la composi-

ción de la leche como del propio hecho del amamantamiento⁽⁷⁾. Los efectos positivos sobre el desarrollo cognitivo en lactantes con leche materna pueden verse influidos por los estilos parentales y se atenúan con el tiempo⁽⁸⁾. Por último, una puntualización sobre la lactancia materna a demanda, necesaria para establecer una buena lactancia en los primeros instantes, pero que puede ser contraproducente en el periodo de alimentación complementaria, en el que las actitudes parentales tienen mayor importancia, si cabe, que el propio alimento.

Controversias en alimentación complementaria

Todo un capítulo de este número está dedicado a la alimentación complementaria, por lo que solo se tratarán algunos de los aspectos controvertidos de esta etapa. No es de extrañar que la mayor parte de las preguntas –y de las controversias– tengan lugar en este momento. Para ponernos en contexto: se pasa de un periodo en el que un alimento de textura líquida –la leche– constituye la única forma de alimentación y es suficiente para cubrir las necesidades de todos los nutrientes, a otro instante (alrededor del año) en el que el niño casi puede incorporarse a la mesa familiar. Es decir, la exposición a una gran variedad de alimentos con texturas diversas. Si el aprendizaje en el ser humano es por repetición sobre una base de maduración de aptitudes y habilidades, se entiende fácilmente que sea un periodo donde puedan surgir las dudas y, en ocasiones, los problemas. Una buena reflexión: cuando unos padres nos plantean una preocupación sobre la alimentación de sus niños, es suficiente para la intervención activa del pediatra.

¿Nos aclaramos: desde cuándo se puede comenzar a introducir alimentos distintos de la leche?

Cuando hablamos para todo el mundo, el mensaje es claro: la Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses. Sin embargo, la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA), tras una revisión pormenorizada de la literatura, si bien afirma que la mayoría de lactantes no necesitan la

alimentación complementaria por razones nutricionales hasta alrededor de los seis meses –excepto algunos niños amamantados con riesgo de ferropenia–, no existen datos suficientes para determinar la edad precisa para su introducción en los lactantes europeos, señalando que esa edad estaría entre los 3-4 meses y alrededor de los 6⁽⁹⁾. No parece haber ninguna justificación para distinguir entre los alimentados con lactancia natural o los que reciben una fórmula infantil. Y si esta pregunta tiene difícil respuesta para el lactante sano, más difícil todavía es para el pretérmino. Lo más prudente es recomendar su introducción entre los 4 y 6 meses de edad corregida, aunque esta recomendación está basada en muy poca evidencia científica.

Por otro lado, en nuestro medio, es excepcional que más allá de los 6 meses de edad, todavía no se haya comenzado a ofrecer otros alimentos distintos de la leche. Se desaconseja demorar el inicio de la alimentación complementaria por encima de las 26 semanas de edad, ya que esto también puede aumentar el riesgo de problemas nutricionales, como el déficit de hierro. La introducción tardía, además de riesgos nutricionales, puede llevar a una peor aceptación de nuevas texturas y sabores, y una mayor posibilidad de alteración de las habilidades motoras orales.

¿Con qué debo comenzar?

Queda fuera de esta revisión el método con el que comenzar o, lo que es lo mismo, la guerra de siglas (PLW, *parent-led weaning* o método tradicional; BLW, *baby-led weaning* o alimentación dirigida por el bebé; BLISS, *Baby-Led Introduction to Solids*), dedicando esta parte a los mitos sobre el orden de introducción de los alimentos.

Las pautas varían mucho entre regiones y culturas. No se deben dar “instrucciones” rígidas. No hay alimentos mejores que otros para empezar, aunque se recomienda ofrecer, de manera prioritaria, alimentos ricos en hierro y zinc. Asimismo, se recomienda introducir los alimentos de uno en uno, con intervalos de unos días, para observar la tolerancia y la aceptación, y no añadirles sal, azúcar ni edulcorantes, para que el bebé se acostumbre a los sabores naturales de los alimentos⁽¹⁰⁾.

Pero ¿alguna directriz habrá?

Hay algunos puntos claros y sencillos, pero no tantos. Algunas son de carácter general, por ejemplo, limitar el consumo: de sal (hasta los 12 meses, menos de 1 g de sal al día, menos de 0,4 g de sodio; y entre 1 a 3 años: 2 g/día, 0,8 g de sodio) y de azúcar (menos del 5% del consumo calórico total como azúcares libres). Otras son más específicas: no consumir miel antes del año o leche de vaca antes de esa edad; por ejemplo, algunas van acompañadas de indicaciones de las autoridades sanitarias: evitar las espinacas, acelgas y borraja en el primer año de vida, o evitar el consumo de grandes pescados azules en los <10 años.

¿Se puede prevenir la alergia?

Si hay un tema en el que han variado más las recomendaciones, es sobre la prevención de la alergia alimentaria. Se ha pasado de recomendar su introducción tardía –en alguna guía incluso por encima de los dos años– a no hacer ninguna distinción entre alimentos potencialmente alergizantes –huevo, pescado, determinadas frutas– y el resto de los alimentos. Incluso algunos estudios recientes sugieren que existe una ventana de oportunidad para promover la tolerancia, y que puede ser distinta para cada alimento. Por ejemplo, a raíz de los estudios LEAP (*learning about peanut allergy*) y EAT (*enquiring about tolerance study*), entre otros, se sugiere que la introducción de cacahuets en el primer año de vida, disminuye el riesgo de alergia a los cacahuets. Los resultados son mucho más limitados para los frutos secos y las semillas⁽¹¹⁾.

Una variedad más amplia de alimentos en la diversificación en el primer año de vida, puede tener un efecto protector en el desarrollo de enfermedad alérgica, como el asma en niños.

Díganos algo del gluten

Hoy en día, se desconoce cuál es la mejor forma de introducir el gluten, con el objetivo de disminuir la incidencia de enfermedad celíaca. Hasta hace unos años, se pensaba que la mejor forma de introducir el gluten era junto a la lactancia materna, entre los 4 y 6 meses, pero actualmente no hay evidencia de que esto sea así. Están en marcha diversos

estudios para poder conocer cuál es la pauta más adecuada.

La recomendación actual es introducir el gluten entre los 4 y los 11 meses de edad, idealmente alrededor del 6º mes y en pequeñas cantidades al inicio⁽¹²⁾ (Tabla I).

Deficiencias y excesos

Se dispone tan solo de algunas encuestas de ámbito nacional sobre las ingestas medias de este grupo de edad y son mucho más escasos los datos sobre marcadores biológicos. En España, disponemos de dos estudios recientes transversales descriptivos, el ENALIA y el ALSALMA, ambos de 2013-2014. El estudio ENALIA se realizó en 1862 niños de 6 meses a 17 años, con un muestreo aleatorio, en el que destaca el bajo consumo de hidratos de carbono y el exceso del aporte de proteínas y grasas, especialmente saturadas, así como una ingesta elevada de colesterol y sodio. También, destaca la baja ingesta de vitamina D. En el estudio ALSALMA han participado 1.701 niños de 7 a 36 meses, reclutados por pediatras. Se demuestra que el 95,9% de los niños tiene una ingesta proteica superior al doble de las recomendaciones (RDA) y que porcentajes importantes no alcanzan la ingesta media estimada recomendada de: vitamina D, vitamina E, ácido fólico, calcio e iodo, por lo que están en riesgo de deficiencia. Se observa también que un mayor consumo diario de proteínas y de hidratos de carbono, y menor de grasas, se relaciona con un aumento del índice de masa corporal (IMC), independientemente del consumo energético. El panel sobre Productos Dietéticos, Nutrición y Alergias (NDA) de EFSA emitió en 2013, a petición de la Comisión Europea, un informe sobre

los requerimientos de nutrientes y las ingestas dietéticas de lactantes y niños pequeños en la Unión Europea. En él se señala que las ingestas de energía, proteínas, sal y potasio son elevadas, mientras que las de fibra son bajas. También señalaba el informe que, para algunos nutrientes (ácido alfa-linolénico, ácido docosahexaenoico, hierro, vitamina D y yodo), existe población en riesgo de ingestas insuficientes (<https://efsa.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.2903/j.efsa.2013.3408>).

Los datos reales de deficiencias son escasos. No existe deficiencia de yodo ni, por tanto, necesidad de suplementación. Solo existe un estudio publicado en 94 lactantes sanos de 12 meses, en el que se encontró una prevalencia de ferropenia del 9,6% y de anemia ferropénica del 4,3%. Solo parece ser necesaria la suplementación con hierro en el grupo de lactantes de riesgo: prematuros, bajo peso al nacimiento, gestaciones múltiples, lactancia materna exclusiva prolongada con escasa/tardía introducción de alimentos con hierro, entre otros⁽¹³⁾.

El nutriente que, sin embargo, concita mayor controversia es la vitamina D. Con los niveles de suficiencia vigentes (>20 mg/dl o 50 nmol/L de 25-OH-vitamina D), la prevalencia llega a casi el 40% en la población europea, aunque no específicamente referidos a lactantes y niños pequeños. Sin embargo, a la vista de los datos científicos disponibles no parece necesario modificar las recomendaciones actuales de 400 UI/día durante el primer año para todos los lactantes⁽¹⁴⁾.

¿Importa más cuándo y cómo que lo que se come?

La vida se ha organizado tradicionalmente en torno a los cambios ambientales; de los cuales, el binomio noche/día

es el más obvio. En esa regulación de las actividades a lo largo del día, tienen un lugar predominante los momentos de trabajo y descanso, así como el reparto de las comidas. Así, el organismo prima alimentarse en determinados momentos y restringir el acceso a la comida en otros. Aunque es indudable el interés que despierta la adecuación de algunos de nuestros hábitos a esos ciclos del organismo, existen muchos aspectos por conocer, en especial, en lo referente a su aplicabilidad práctica. Por ejemplo, la frase: “desayuna como un rey, come como un príncipe, cena como un mendigo”, como un consejo de buena alimentación, ¿se basa en algún dato científico?, ¿es aplicable también en la edad infantil?, ¿es cierto que hay alimentos que engordan más cuando se comen en la cena?

Se ha demostrado la influencia de los patrones circadianos en la alimentación en población infantil, en especial en lo referente a la omisión del desayuno y su relación con el sobrepeso. Saltarse el desayuno aumenta el riesgo de obesidad en adultos y sobrepeso, y adiposidad visceral en niños. Los datos en lactantes y niños pequeños son mucho más escasos. En el reciente estudio de Cheng, en 349 lactantes que comían preferentemente de día o preferentemente de noche, se observó que en estos últimos, la puntuación Z para el peso a los dos años era mayor y, por tanto, el riesgo de sobrepeso (OR: 2,78; IC 95%: 1,11-6,97; p = 0,029). Algunos patrones de alimentación en los primeros meses de vida (p. ej., lactancia materna exclusiva en los seis primeros meses), condicionan el patrón de alimentación posterior (en los lactantes amamantados es menos frecuente la incidencia de comedores nocturnos).

¿Alimentos buenos y alimentos malos?, ¿hábitos saludables o hábitos insanos?

Realmente no pueden categorizarse los alimentos en “buenos” y “malos”, aunque indudablemente comer algunos de ellos (verduras, frutas, cereal integral, semillas) sea más saludable que comer de otros (ultraprocesados). Algunos alimentos de consumo ordinario y tradicionalmente presentes en la

Tabla I. Recomendaciones de introducción del gluten

Se recomienda comenzar con pequeñas cantidades, aumentando gradualmente la cantidad a lo largo de las siguientes 4 a 6 semanas. Una pauta práctica puede ser la siguiente:

1ª semana	Una ración de alimento con gluten cada 3 días
2ª semana	Una ración cada dos días
3ª semana	Una ración diaria
4ª semana	En la frecuencia habitual (más de una vez al día)

Una ración: 5-6 cucharadas de cereales infantiles, media rebanada de pan, 2 o 3 piezas de pasta cocinada

Tabla II. La evidencia que está detrás de las recomendaciones dietéticas

Enfoque	Patrón alimentario	Alimentos	Nutrientes
Naturaleza de la evidencia	Relación entre los patrones de alimentación y los resultados en salud	Efectos de los alimentos sobre la salud	Mecanismo de acción sobre la salud

alimentación europea –p. ej.: la leche y los lácteos–, sufren un claro descrédito en esas fuentes de información “gris” (no procedente de datos científicos), mientras que se lo a otros (chía, quinua, soja y derivados, algunas algas) sin un suficiente fundamento científico.

Por otra parte, las recomendaciones dietéticas –ya sean guías, pirámides o platos– proporcionan los fundamentos para conseguir cumplir con las necesidades nutricionales y reducir el riesgo de padecer enfermedades crónicas. Sin embargo, los alimentos están constituidos por complejas combinaciones de nutrientes y otros compuestos que interactúan o actúan de forma sinérgica en el mismo alimento o con otros alimentos. Parece mucho más razonable –y en ese camino se mueve la investigación epidemiológica nutricional– hablar de patrones dietéticos o patrones de alimentación. Esta aproximación tiene en cuenta el efecto que la combinación de alimentos y la frecuencia de consumo tienen para la salud. La investigación sobre los efectos sobre la salud debe partir, sin embargo, de los alimentos individuales, mientras que el conocimiento de su composición en nutrientes permite ahondar en el conocimiento de la razón de esos efectos (Tabla II). Este conocimiento más completo permite también clasificar a los alimentos en esenciales (*core foods*) o en prescindibles (*discretionary foods*) y ayuda en la elaboración de políticas de salud y en herramientas para el etiquetado de los productos⁽¹⁵⁾.

La alimentación es un caldo de cultivo para el mito, en uno u otro sentido. Hay responsabilidades individuales que nos deberían llevar a comer de una forma más saludable, pero también hay responsabilidades públicas que deben favorecer que se consuma lo más saludable –no necesariamente en cantidades más grandes– y se limite lo menos saludable. Como señala el profesor Miguel Ángel Martínez Gonzá-

lez en su libro “Salud a ciencia cierta”: “la clave está en cuidar la salud con sabiduría y a ciencia cierta”.

Bibliografía

1. Caroli M, Mele RM, Tomaselli MA, Cammisa M, Longo F, Attolini E. Complementary feeding patterns in Europe with a special focus on Italy. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2012; 22: 813-8. doi: 10.1016/j.numecd.2012.07.007.
2. 2015–2020 Dietary Guidelines for Americans. En línea: <https://health.gov/dietaryguidelines/2015/> (consultado el 6 de marzo de 2020).
3. Bhutta ZA, Das JK, Rizvi A, Gaffey MF, Walker N, Horton S, et al. Lancet Nutrition Interventions Review Group, the Maternal and Child Nutrition Study Group. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? *Lancet*. 2013; 382: 452-77. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60996-4.
4. Scaglioni S, De Cosmi V, Ciappolino V, Parazzini F, Brambilla P, Agostoni C. Factors Influencing Children's Eating Behaviours. *Nutrients*. 2018; 10: 706. doi: 10.3390/nu10060706.
5. Birch LL. Learning to Eat: Behavioral and Psychological Aspects. *Nestle Nutr Inst Workshop Ser*. 2016; 85: 125-34. doi: 10.1159/000439503.
6. Thomson G, Ebisch-Burton K, Flacking R. Shame if you do–shame if you don't: women's experiences of infant feeding. *Matern Child Nutr*. 2015; 11: 33-46. doi: 10.1111/mcn.12148.
7. Li R, Magadia J, Fein SB, Grummer-Strawn LM. Risk of bottle-feeding for rapid weight gain during the first year of life. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2012; 166(5): 431-6. doi: 10.1001/archpediatrics.2011.1665.
8. Gibbs BG, Forste R. Breastfeeding, parenting, and early cognitive development. *J Pediatr*. 2014; 164: 487-93. doi: 10.1016/j.jpeds.2013.10.015.
9. EFSA Panel on Nutrition, Novel Foods and Food Allergens (NDA). Appropriate age range for introduction of complementary feeding into an infant's diet. *EFSA Journal*. 2019; 17: 5780.

10. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler Mis N, et al. Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2017; 64: 119-32.
11. Obbagy JE, English LK, Wong YP, Butte NF, Dewey KG, Fleischer DM, et al. Complementary feeding and food allergy, atopic dermatitis/eczema, asthma, and allergic rhinitis: a systematic review. *Am J Clin Nutr*. 2019; 109: 890S-934S. doi: 10.1093/ajcn/nqy220.
12. Szajewska H, Shamir R, Mearin L, Ribes-Koninckx C, Catassi C, Domellöf M, et al. Gluten Introduction and the Risk of Coeliac Disease: A Position Paper by the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2016; 62: 507-13. doi: 10.1097/MPG.0000000000001105. PubMed PMID: 26815017.
13. Moráis López A, Dalmau Serra J. Comité de Nutrición de la AEP. (Iron deficiency in infants and toddlers: impact on health and preventive strategies). *An Pediatr (Barc)*. 2011; 74: 415.e1-e10. doi: 10.1016/j.anpedi.2011.01.036.
14. Mimouni FB, Huber-Yaron A, Cohen S. Vitamin D requirements in infancy: a systematic review. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2017; 20: 232-6. doi: 10.1097/MCO.0000000000000368.
15. Tapsell LC, Neale EP, Satija A, Hu FB. Foods, Nutrients, and Dietary Patterns: Interconnections and Implications for Dietary Guidelines. *Adv Nutr*. 2016; 7: 445-54. doi: 10.3945/an.115.011718.

Bibliografía recomendada

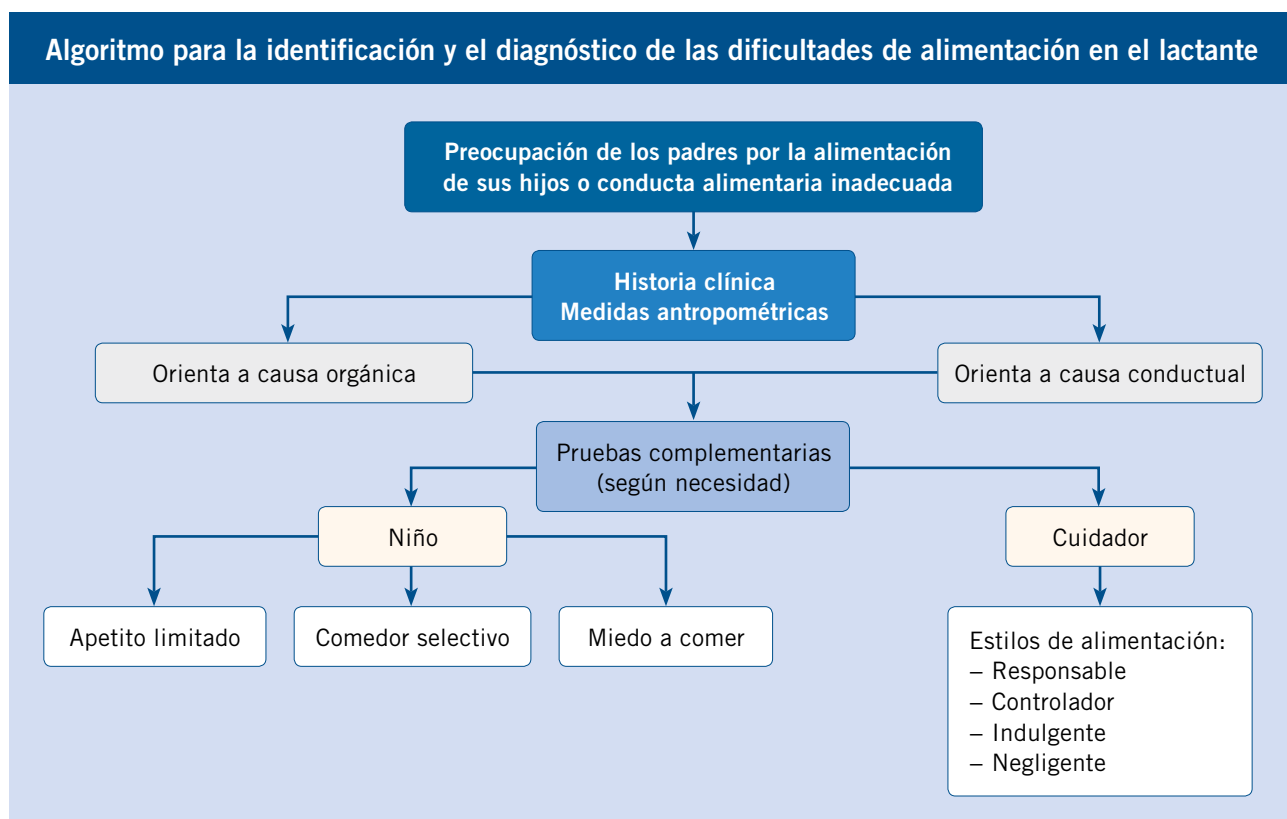
- Guideline: Counselling of Women to Improve Breastfeeding Practices. Geneva: World Health Organization; 2018.

En esta guía se revisa la evidencia disponible y se hacen recomendaciones para mejorar la práctica de la lactancia materna.

- Kerzner B, Milano K, MacLean WC Jr, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*. 2015; 135(2): 344-53. doi: 10.1542/peds.2014-1630.

Aunque muchos padres perciben que sus hijos tienen problemas para comer, son solo unos pocos los que tienen un verdadero trastorno de la conducta alimentaria. Tanto el patrón de conducta alimentaria de los hijos como la actitud de los padres frente a la alimentación, son objeto de revisión en este artículo.

- Gómez Fernández-Vegue M. Comité de Lactancia Materna y Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre alimentación complementaria, 2018. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacio_n_complementaria_nov2018_v3_final.pdf.
Guía actualizada de recomendaciones sobre alimentación complementaria elaboradas por los Comités de Lactancia Materna y de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría.
- Wang Y, Allen KJ, Koplin JJ. Dietary intervention for preventing food allergy in children. *Curr Opin Pediatr.* 2017; 29: 704-10. doi: 10.1097/MOP.0000000000000552.
La introducción en edades tempranas de alimentos alergizantes es una intervención prometedora para reducir el riesgo de alergia alimentaria en algunos niños de riesgo elevado.
- Pinto-Sánchez MI, Verdu EF, Liu E, Bercik P, Green PH, Murray JA, et al. Gluten Introduction to Infant Feeding and Risk of Celiac Disease: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pediatr.* 2016; 168: 132-43.e3. doi: 10.1016/j.jpeds.2015.09.032.
No hay datos suficientes que permitan recomendar la introducción precoz del gluten con una disminución del riesgo de padecer enfermedad celíaca, pero sí en que una incorporación tardía, se asocia a mayor riesgo.



Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en “on line” a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatruiintegral.es.
Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario “on-line”.