

V CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Evidencia científica en la Seguridad del Paciente: Asistencia sanitaria de calidad y promoción de salud"

PAUTAS SEGURAS PARA LA INTRODUCCIÓN DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA: QUÉ, CUÁNDO, CUÁNTO, CÓMO

Autor principal ERICA BEATRIZ HERVAS MUÑOZ

CoAutor 1

CoAutor 2

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería NeonatológicaPediátrica

Palabras clave alimentación mixta destete hipersensibilidad a los obesidad pediátrica

» **RESUMEN. Se recomienda utilizar estructura IMRAD (Introduction, Methods and Materials, Results, and Discussion — introducción, materiales y métodos, resultados y discusión)**

Durante los primeros meses de vida un bebé sólo necesita alimentarse de leche, preferentemente materna .Pero, ¿qué ocurre cuando comenzamos con la introducción de la Alimentación Complementaria?. ¿Quién decide lo que debe comer el niño?. Surgen multitud de dudas sobre qué alimentos debe tomar, cuáles debemos evitar, en qué momento hay que comenzar, cómo podemos prevenir la aparición de alergias,y, lo que para muchos padres es más importante: ¿cómo conseguir que el niño coma lo que necesita?.

» **ANTECEDENTES / OBJETIVOS. Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.**

La prevalencia a nivel mundial de trastornos de alimentación, obesidad, alergias alimentarias e incluso problemas de malnutrición infantil hacen prioritario pararse a pensar de dónde proviene el problema y qué medidas podemos tomar para minimizarlo. Los patrones de alimentación adquiridos durante los primeros años son importantes en el crecimiento y desarrollo del niño y pueden afectar a las preferencias alimentarias en etapas posteriores. El objetivo de los profesionales sanitarios ha de ser dotar a padres y cuidadores de las herramientas necesarias para conseguir establecer unas pautas de alimentación saludables que aportarán importantes beneficios a largo plazo.

En la presente revisión bibliográfica procederemos a analizar y resumir la literatura revisada sobre alimentación desde el nacimiento hasta los 2 años de edad. Compararemos los distintos planteamientos relativos a la alimentación del niño buscando evidencias científicas, con el fin de extraer conclusiones que puedan servir de orientación sobre el tipo y las técnicas de alimentación más adecuadas para el niño.

» **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO. Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.**

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

Durante los 6 primeros meses de vida el mejor alimento para el niño es la lactancia materna (LM) exclusiva y a demanda, y, en su defecto, la leche de fórmula. A partir de éste momento surgen brechas de energía y nutrientes que deben ser llenados por otros alimentos. Hasta la edad preescolar, el niño atraviesa una etapa en su alimentación denominada periodo transicional. El término alimentación complementaria (AC) o beikost se refiere al proceso de inicio de la introducción de alimentos diferentes a la leche en la dieta del lactante.(1) Pero, ¿qué alimentos introducir?, ¿cuándo?, ¿en qué cantidad? y, ¿cuál es el método idóneo para su introducción?.

CALENDARIO DE INTRODUCCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

La preocupación por la correcta alimentación de lactantes y niños pequeños está presente desde la antigüedad y los consejos han ido variando a lo largo de la historia. En los últimos años, continuamos encontrando gran disparidad en las recomendaciones de unos profesionales a otros. Tras analizar las recomendaciones elaboradas por los distintos comités de expertos, observamos que es muy difícil dar, con base científica, unas recomendaciones detalladas sobre alimentación infantil. Los distintos comités han sido extremadamente cautos y sus conclusiones son muy inespecíficas.

Casi todos los documentos consultados coinciden en que el mejor alimento para el niño hasta los 6 meses es la leche materna en exclusiva y a demanda.¹ Aconsejan prolongar la LM hasta el año (AAP) o los 2 años (OMS, AEPED) y después continuar hasta que quieran la madre y el hijo. En general el beikost no debe introducirse antes de los 3 meses ni después de los 6. Puede posponerse su introducción hasta los 7-8 meses en niños alimentados con LM exclusiva. Según la Asociación Americana de Pediatría (AAP) la fecha de introducción de AC no debe basarse sólo en criterios de edad, sino de desarrollo neurológico del bebé. A los 6 meses, no más del 50% del aporte calórico debe proceder de la AC y el consumo de lácteos debe ser superior a 500 ml/día durante el primer año.(1,3)

Se recomienda posponer la introducción de alimentos potencialmente alergénicos, en especial en aquellos niños con antecedentes familiares de atopía. El gluten se ofrecerá pasados los 4 meses y existe controversia respecto al momento más idóneo para su introducción, con el fin de evitar la aparición de enfermedad celíaca. La Sociedad Española de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN) recomienda retrasarlo hasta los 7-8 meses porque considera que el aparato digestivo del lactante no está preparado para digerirlo antes. La AEPED aconseja ofrecerlo antes de los 7 meses. Frente a estas recomendaciones, los últimos estudios que se están llevando a cabo parecen indicar que el mantenimiento de la LM hasta el momento de la introducción del gluten podría disminuir los riesgos de sufrir celiaquía. Por ello, aconsejan introducir muy pequeñas cantidades de manera progresiva a los 4-5 meses.(5)

Los alimentos para los niños no deben llevar sal añadida y se deben evitar los alimentos ricos en nitratos hasta los 12 meses. Es muy importante que los cambios dietéticos se produzcan en intervalos de 8-15 días, ofreciendo los nuevos alimentos de uno en uno, en pequeñas cantidades y sin forzar al niño.(1,3,4)

Haciendo un resumen de los datos encontrados en la bibliografía revisada para éste trabajo, podemos establecer una serie de recomendaciones:

-6º Mes: papillas de cereales sin gluten. Pueden prepararse con leche materna extraída, agua o leche de continuación tipo II.

-7º Mes: papillas de frutas o verduras. No existen razones para pautar un orden determinado de introducción de estos dos tipos de alimentos. No es necesario añadir miel (riesgo de botulismo) ni edulcorantes a las papillas de frutas. Se recomienda empezar con las frutas menos alergénicas (manzana, pera, plátano, naranja). Se puede utilizar zumo de fruta natural.

- A mediados del 7º mes: carne en el puré de verduras. Comenzar con pollo, cordero y ternera, desechando las partes más grasas. Se recomienda que la consistencia del triturado sea gradualmente mayor para facilitar la transición del puré a los alimentos masticados a partir del año de vida.

leche entera y la ingesta diaria de lácteos no debe ser menor de 500 ml/día. No se debe ofrecer leche semidesnatada antes de los 2 años ni desnatada antes de los 5. Se pueden dar zumos naturales, pero nunca en biberón. Se puede añadir fruta de temporada, de una en una. El kiwi no se ofrecerá hasta los 2 años. Se pueden ofrecer legumbres enteras en pequeñas cantidades.

A partir del año de vida, el niño puede comer variado, adoptando progresivamente su dieta a la de los adultos utilizando poca sal y condimentos. Es aconsejable permitirle sentarse a compartir mesa con los mayores y, si lo pide, probar comida entera que sea apropiada.

-12-24 Meses. En esta etapa se puede comer prácticamente de todo, con diferentes texturas y proporciones cada vez mayores. Se deben evitar los frutos secos (riesgo de asfixia y alergias), los alimentos ricos en calorías vacías, el abuso de grasas de origen animal y los alimentos precocinados.

¿CUÁNTO NECESITA COMER UN NIÑO PARA ESTAR SANO?

En el niño los requerimientos energéticos son determinados de acuerdo a la cantidad necesaria de cada nutriente para mantener un satisfactorio crecimiento y desarrollo. Pueden variar cuantitativamente de un niño a otro en función de factores genéticos, etnia o edad gestacional. Las necesidades energéticas del lactante para el crecimiento durante el primer año son muy grandes e inversamente proporcionales a la edad del niño. Existe gran diversidad de criterios sobre cuántas calorías necesita un niño durante los dos primeros años de vida. Entre unos autores y otros encontramos diferencias de hasta un 28% en los requerimientos energéticos.(3,4)

Algunos autores afirman que conocer las necesidades calóricas de los niños puede ser útil para los científicos e investigadores o en casos muy especiales, pero son de poca utilidad para dar de comer a un niño sano. Otros consideran que una conducta alimentaria sana se ha de guiar por claves internas (hambre, saciedad), y no por claves externas. Incluso consideran que muchos problemas en la adolescencia y la edad adulta, como hacer dieta de forma obsesiva o comer compulsivamente, provienen de haber aprendido en la infancia a comer según claves externas.

¿CÓMO CONSEGUIR QUE UN NIÑO COMA?

La AC óptima depende, no solamente, del con qué se alimenta al niño; también depende del cómo, cuándo, dónde y quién lo alimenta.(1)

Diversos estudios concluyen que la aceptación de alimentos nuevos aumenta cuando las comidas se asocian a un contexto positivo.

En los últimos años está ganando cada vez más adeptos un movimiento que promueve ofrecer los alimentos directamente en trozos, dejando que el niño los manipule y sea el que guíe la introducción de la AC. El término Baby Led Weaning (BLW) fue acuñado por Gill Rapley, matrona, nutricionista y directora adjunta de la Iniciativa de Hospitales Amigos de los Niños de UNICEF en el Reino Unido. Se basa en el desarrollo neurológico del niño durante el primer año de vida, y considera que un niño puede iniciar la AC cuando alcance unas metas de desarrollo: sea capaz de sentarse sólo, pierda el reflejo de extrusión, sepa mostrar hambre y saciedad y muestre interés por la comida de los adultos.(2)

Mediante el BLW los padres ofrecen al niño una serie de alimentos saludables y adecuados a su edad después de realizar su toma habitual de leche. Es el niño el que regula su propia ingesta y decide qué alimento tomar y en qué cantidad. Se le permite manipular la comida y comer con autonomía.

Estudios realizados recientemente en el Reino Unido y Nueva Zelanda concluyen que los bebés que practican BLW tienden a elegir comidas más

» RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.

A pesar de que en la actualidad la sociedad dispone de mayor formación e información sobre alimentación, la obesidad, la malnutrición y los problemas de conducta alimentaria se han convertido en patologías prevalentes a nivel mundial. España se encuentra entre los primeros de Europa en obesidad infantil: un 26.2% de los niños españoles tiene sobrepeso y un 18.3% son obesos.

Frente a ésta cultura del exceso, encontramos que se han exacerbado por problemas económicos los casos de madres y niños malnutridos. Podemos afirmar que las pautas de alimentación de un niño durante sus primeros años de vida serán determinantes para su futura salud y estado nutricional.

En muchas ocasiones, el problema no es cuánto coman los niños, sino las expectativas de sus cuidadores sobre lo que deben comer. Permitir que el niño regule la ingesta en función de su hambre-saciedad parece favorecer a largo plazo el establecimiento de patrones de alimentación más saludables.(2)

Las recomendaciones de los comités y expertos en pediatría establecen una serie de pautas a seguir para alimentar correctamente a los niños durante sus primeros años. Aunque prácticamente existe consenso sobre el momento de introducción de determinados alimentos, con otros existe diversidad de opiniones (gluten). Se están realizando investigaciones sobre los beneficios a largo plazo de introducir determinados alimentos de un modo u otro, pero son estudios largos y costosos.

Por lo que respecta al BLW, es un método novedoso y poco conocido en nuestro país. Con los datos de que disponemos en la actualidad es arriesgado declarar que con el BLW se consigan beneficios respecto a otros métodos tradicionales. Tendremos que esperar las conclusiones de

» APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Con un calendario claro y conciso sobre qué alimentos se pueden ofrecer y en qué momento, se pueden evitar conductas que ponen en riesgo la salud de los niños. La introducción precoz de determinados alimentos puede predisponer al niño a sufrir alergias alimentarias y ocasionar problemas de atragantamiento. El conocimiento de nociones de nutrición facilitará el establecimiento de una dieta saludable y la prevención de

» PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.

Nos parece necesario fomentar y apoyar la realización de estudios sobre las pautas de alimentación de los niños durante sus primeros años. Las revisiones englobadas en el programa del niño sano son momentos óptimos para realizar entrevistas más exhaustivas sobre las pautas de alimentación del niño y poder desarrollar estudios prospectivos en todo el país.

» BIBLIOGRAFÍA.

1. WHO, UNICEF. La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de Medicina y otras ciencias de la salud. Ginebra: who; 2010.
2. Rapley G, Murkett T. El niño ya come solo. Consiga que su bebé disfrute de la buena comida. Barcelona: Medici; 2012.
3. Lázaro Almarza A, Martín Martínez B. Alimentación del lactante sano. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. [Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría (AEPED); 2010.
4. Rojas Montenegro C, Guerrero Lozano R. Nutrición clínica y Gastroenterología pediátrica. 1ª ed. Colombia: Editorial Médica Panamericana; 1999. Cap.3: 42-49.
5. Dreborg S. Dietary prevention of allergy, atopy, and allergic diseases. J Allergy Clin Immunol 2003; 111: 467-470