

GRP

GUÍA DE
RECOMENDACIONES
PRÁCTICAS en

Enfermería

**NUTRICIÓN
EN EL NIÑO SANO**

DE LA PRÁCTICA CENTRADA
EN LA ENFERMEDAD
A LA ATENCIÓN CENTRADA
EN LA PERSONA



Consejo General de Colegios Oficiales
de Enfermería de España



INSTITUTO ESPAÑOL
DE INVESTIGACIÓN
ENFERMERA

GRP

GUÍA DE RECOMENDACIONES PRÁCTICAS en Enfermería

NUTRICIÓN EN EL NIÑO SANO

DE LA PRÁCTICA CENTRADA EN LA ENFERMEDAD A LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

DIRECCIÓN DEL PROYECTO

Dr. Diego Ayuso Murillo
Secretario General. Consejo General de Enfermería de España

Dra. Guadalupe Fontán Vinagre
Coordinadora del Instituto de Investigación del Consejo General de Enfermería

COORDINACIÓN Y REVISIÓN INTERNA

Dra. Guadalupe Fontán Vinagre
Coordinadora del Instituto de Investigación del Consejo General de Enfermería

Dra. Silvia Domínguez Fernández
Enfermera colaboradora del Instituto de Investigación del Consejo General de Enfermería

REVISORA

Marilourdes de Torres Aured
Enfermera. Máster en Dietoterapia y Nutrición. Posgrado en Coaching de Salud (autoadaptado a Alimentación y Adiustramiento Nutricional). Vocal de Cuidados Nutricionales del Consejo General de Enfermería. Coordinadora del Comité Científico de AdENyD

AUTORAS

M.^a del Carmen García Jiménez
Matrona. Licenciada en Antropología. Universidad Autónoma de Madrid. Máster Universitario en Nutrición y Dietética. Universidad Nebrija. Miembro de la Junta Directiva de AdENyD

Ana M.^a Latorre Izquierdo
Enfermera especialista en Pediatría. Enfermera de Pediatría en el CS Amparo Poch. Zaragoza (Actur Oeste)

Esther Nieto García
Enfermera Familiar y Comunitaria. Antropóloga. CS Lucero. SERMAS. Profesora Asociada. Universidad Rey Juan Carlos. Dpto. de Especialidades Médicas y Salud Pública. Presidenta de la Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria (FAECAP)

Teresa Tolosana Lasheras
Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Creadora del blog osinteresa.com. Presidenta del Colegio de Enfermería de Zaragoza

.....
Fecha de edición: julio de 2025.

Cómo se debe referenciar esta publicación:

García Jiménez MC, Latorre Izquierdo AM, Nieto García E, Tolosana Lasheras T. Guía de recomendaciones prácticas en Enfermería. Nutrición en el niño sano. Fontán Vinagre G, Domínguez Fernández S. Coordinadoras. Madrid: IM&C; 2025.

Sumario

3

	Prólogo	5
	Introducción	7
1	Lactancia materna	11
2	Alimentación complementaria en la infancia	25
3	Dieta del niño a partir del año. Déficits y excesos nutricionales	39
4	Alergias e intolerancias	53
5	Hábitos saludables	69

©



**Consejo General de Colegios Oficiales
de Enfermería de España**

Sierra de Pajarejo, 13
28023 Madrid
Tel.: 91 334 55 20. Fax: 91 334 55 03
www.consejogeneralenfermeria.org

Coordinación editorial:



Alberto Alcocer 13, 1.º D
28036 Madrid
Tel.: 91 353 33 70 • Fax: 91 353 33 73
www.imc-sa.es • imc@imc-sa.es

ISBN: 978-84-19460-07-3
Depósito Legal: M-15709-2025

Ni el propietario del copyright, ni el coordinador editorial, ni los patrocinadores, ni las entidades que avalan esta obra pueden ser considerados legalmente responsables de la aparición de información inexacta, errónea o difamatoria, siendo los autores los responsables de la misma.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

Desde el Consejo General de Enfermería de España tenemos la satisfacción de presentaros esta *Guía de Recomendaciones Prácticas en Enfermería sobre Nutrición en el niño sano*, concebida específicamente para apoyar a las enfermeras generalistas y especialistas en su práctica asistencial. Esta obra nace de la experiencia, el conocimiento científico y el compromiso ético de un grupo de profesionales que han volcado su saber en una propuesta clara, actualizada y centrada en la promoción de la salud. Supone una herramienta práctica y basada en la evidencia que, sin duda, contribuirá a elevar los estándares de calidad en la atención enfermera.

La salud infantil constituye uno de los pilares fundamentales sobre los que se construye el bienestar presente y futuro de nuestra sociedad. En este contexto, la nutrición desempeña un papel insustituible como base del desarrollo físico, cognitivo y emocional del niño. Las enfermeras, como profesionales sanitarios de referencia en el ámbito comunitario, pediátrico y escolar, tienen una posición privilegiada para promover hábitos alimentarios saludables desde las primeras etapas de la vida.

Esta guía, elaborada por enfermeras expertas en nutrición, es una valiosa herramienta que refuerza el papel de nuestra profesión como garante de la salud infantil y del empoderamiento de las familias en el cuidado diario de sus hijos, siendo líderes y referentes en la promoción de la salud y la adquisición de hábitos de vida saludables.

Desde el Consejo defendemos que las enfermeras/os no sólo curan y cuidan, sino que también abordan procesos de educación sanitaria, fomentando la autonomía de la ciudadanía y empoderando su participación activa en procesos de salud/enfermedad. En ese sentido, este documento pone de manifiesto la capacidad transformadora de las enferme-

ras cuando se les dota de los medios y del reconocimiento necesario. Su contenido es también un ejemplo de cómo el trabajo colaborativo entre profesionales de distintas áreas puede generar recursos de gran valor para toda la comunidad enfermera.

Agradecemos y reconocemos el esfuerzo de las autoras y de todos los equipos que han hecho posible esta guía. Su labor refleja lo mejor de nuestra profesión: rigor, compromiso, humanidad y una vocación de servicio que trasciende lo asistencial para convertirse en motor de cambio social.

Invito a todas las enfermeras a hacer suyo este recurso, integrarlo en su práctica cotidiana y continuar siendo referentes del cuidado integral en todas las etapas de la vida.

Dr. Diego Ayuso Murillo
Secretario General.
Consejo General de Enfermería de España

Introducción

7

Marilourdes de Torres Aured

Enfermera. Máster en Dietoterapia y Nutrición. Posgrado en Coaching de Salud (autoadaptado a Alimentación y Adiestramiento Nutricional).

Vocal de Cuidados Nutricionales del Consejo General de Enfermería.

Coordinadora del Comité Científico de AdENyD

La nutrición de un recién nacido implica mucho más que determinar su alimentación desde el nacimiento y durante su desarrollo infantil. Va mucho más allá porque está altamente reconocido, y en ocasiones evidenciado, que la nutrición que se recibe desde la infancia es lo que sustenta la salud del adulto hasta la vejez (fundamentalmente con micronutrientes acumulativos en órganos o huesos, como las vitaminas liposolubles A, D, E, K y algunos minerales, como el calcio), además de sustentar su correcto desarrollo en los primeros 1.000 días de vida.

Desde el nacimiento, los seres vivos requieren una alimentación adecuada que garantice el aporte de nutrientes esenciales para la supervivencia y prevenga deficiencias nutricionales, las cuales, en el caso de un lactante, pueden derivar rápidamente en desnutrición con consecuencias potencialmente letales. Por eso es imprescindible conocer los diferentes términos que se utilizan alrededor de esta actividad, donde son tan importantes los conocimientos diferenciales, conceptos como nutrientes, antinutrientes o los grupos de alimentos.

La nutrición es el conjunto de procesos involuntarios e inconscientes mediante los cuales, tras la ingesta de nutrientes, el ser vivo utiliza, transforma e incorpora a sus propias estructuras una serie de sustancias que recibe del mundo exterior, normalmente en forma de alimentos¹. La alimentación es el conjunto de actividades y procesos por el que se introducen alimentos del exterior para aportar energía y sustancias nutritivas necesarias para el mantenimiento de la vida. Es un acto voluntario y consciente, por lo tanto, susceptible de educación².

En la síntesis de nutrientes, el intestino delgado es un órgano fundamental en el proceso de la digestión: se encarga de la absorción de los nutrientes procedentes de la alimentación de cada día. En caso de malabsorción, se pueden generar estados carenciales diversos.

Cuando hablamos de macronutrientes, nos referimos a:

- **Carbohidratos:**

- **De cadena larga (absorción lenta):** son polisacáridos, como el almidón, que durante la digestión se descomponen en monosacáridos absorbibles en el intestino delgado.
- **De cadena corta (absorción rápida):** son monosacáridos, como la glucosa, la fructosa y la galactosa. Estos son los únicos carbohidratos que pueden ser absorbidos directamente por el intestino delgado.

- **Lípidos o ácidos grasos:** son esenciales para el funcionamiento celular y se clasifican en saturados e insaturados.

- **Proteínas:** son moléculas grandes que, durante la digestión, se descomponen en aminoácidos (AA) que pueden ser absorbidos por el intestino. Las proteínas pueden ser de origen animal (generalmente de alto valor biológico) o vegetal, que en algunos casos contienen antinutrientes.

Cuando hablamos de micronutriente nos referimos a las vitaminas, que pueden ser hidrosolubles (B₁, B₂, B₃, B₅, B₆, B₈, B₁₂, C, H) o liposolubles (A, D, E, F, K). Y a los minerales, como sodio, potasio, calcio, fósforo, magnesio y azufre (macro), y cobre, yodo, hierro, manganeso, cromo, cobalto, zinc y selenio (micro).

Los antinutrientes son compuestos que de forma natural se hallan presentes en algunos alimentos, impidiendo que ciertos nutrientes de la dieta sean utilizados por el organismo humano. Identificamos algunos de ellos:

- En el huevo crudo: ovomucoide vs. albúmina; avidina vs. vitamina H o biotina.
- Tiaminasa del pescado crudo vs. B₁ o tiamina.
- AA limitante de legumbres vs. proteína (se contrarresta con la adición de arroz cocido).

- Ácido fítico de los cereales integrales vs. calcio lácteo (se convierte en fitato cálcico, que no es absorbible).
- Ácido oxálico de las hortalizas de hoja verde vs. hierro (se convierte en oxalato férrico, que no es absorbible).

En relación a los grupos de alimentos, podemos distinguir entre:

- **Alimentos plásticos:** contienen sustancias nutritivas necesarias para formar los tejidos de nuestro cuerpo. Son nutrientes plásticos las proteínas, que forman la estructura de nuestro organismo: los músculos, los huesos, las vísceras.
 - Proteicos: carne, pescado, huevos, embutidos, frutos secos, legumbres.
 - Lácteos: leche, yogur, quesos, postres lácteos.
- **Alimentos energéticos:** proporcionan la energía necesaria. Al ingerirlos, permiten que se puedan realizar todas las actividades diarias. Son nutrientes eminentemente energéticos las grasas y los hidratos de carbono.
 - Carbohidratos: arroz, cereales, pasta, pan, legumbres, frutos secos, dulces, repostería.
 - Grasos: aceite, grasas vegetales, mantequilla, margarina, nata, tocino, otras grasas.
- **Alimentos reguladores:** los nutrientes que permitirán al organismo utilizar correctamente los otros nutrientes ya citados y desarrollar sus funciones de modo adecuado.
 - Hortalizas: verduras cocinadas y/o ensaladas crudas.
 - Frutas: crudas y sus zumos, cocidas, asadas y en compota.
- **Fibras dietéticas:** componentes no digeribles de las plantas, como polisacáridos (celulosa, hemicelulosa, pectinas), oligosacáridos, lignina y otras sustancias asociadas. Son carbohidratos resistentes a la digestión por las enzimas del intestino delgado y pueden ser fermentados parcial o totalmente en el colon.

Entre las causas de las deficiencias nutricionales pueden estar la alimentación deficiente (por transporte defectuoso en el organismo o por aumento de excreción) o la malabsor-

ción (por disminución del aprovechamiento de nutrientes o por incremento de necesidades)³.

Una de las preocupaciones alimentarias de los progenitores en los niños que sufren de algún efecto secundario de alimentos es conocer y distinguir las alergias de las intolerancias o enfermedades autoinmunes. La tabla 1 puede servir de apoyo.

TABLA 1. COROLARIO DE ALERGIAS, INTOLERANCIAS Y ENFERMEDADES AUTOINMUNES

Alteración	¿Afecta al sistema inmunológico?	Riesgo genético	¿Daño permanente de tejidos?
Alergia	Sí	Sí	No
Intolerancia	No	Sí	No
Enfermedad autoinmune	Sí	Sí	Sí

Fuente: elaboración propia.

Todo este conocimiento estructural lo conocen las enfermeras y deben transmitirlo a los padres y madres de los infantes que atienden mediante el seguimiento continuado y acompañamiento que se hace a las familias. El acompañamiento es la herramienta principal para conseguir la adherencia a lo que supone el cuidado parental. Esto les ayuda a conocer las claves para “dar de comer” de manera consciente, así como para poder trabajar los futuros hábitos comportamentales con el hijo que crían a lo largo de todas las etapas, desde la lactancia hasta la masticación total sin atragantamiento⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. WHO Technical Report Series, No. 916. WHO. 2003.
2. World Health Organization. Improving early childhood development: WHO guideline. WHO. 2020.
3. Alianza másnutridos. Disponible en: <https://www.alianzamasnutridos.es/>
4. UNICEF. The State of the World's Children 2019: Children, food and nutrition. Growing well in a changing world. 2019.

1 Lactancia materna

11

M.^a del Carmen García Jiménez

Matrona. Licenciada en Antropología. Universidad Autónoma de Madrid.

Máster Universitario en Nutrición y Dietética. Universidad Nebrija.

Miembro de la Junta Directiva de AdENyD

¿Por qué es tan buena la lactancia para el recién nacido, la madre, el medio ambiente y la sociedad?

VENTAJAS PARA EL RECIÉN NACIDO

Se han publicado numerosas evidencias científicas que demuestran que la lactancia materna (LM): protege al niño frente a enfermedades tales como catarras, bronquiolitis, neumonía, diarreas, otitis, meningitis, infecciones de orina, enterocolitis necrotizante en prematuros, síndrome de muerte súbita del lactante, leucemias; promueve un correcto desarrollo dental; disminuye el riesgo de obesidad y de diabetes tipo 2; mejora el desarrollo neurológico, y no únicamente durante la propia etapa de lactancia, sino también en el futuro, en el que esta contribuye a una edad adulta más saludable, previniendo la aparición de intolerancias, alergias, asma, diabetes, obesidad y otras enfermedades metabólicas¹⁻⁴.

VENTAJAS PARA LA MADRE

Los beneficios de la LM también se extienden a la madre, con ella se favorece la involución uterina, disminuyendo los sangrados puerperales y, por lo tanto, el riesgo de anemia; ayuda a la pérdida de peso; disminuye el riesgo de padecer hipertensión o depresión posparto. Las mujeres que amamantan tienen un 32 % menos de riesgo de tener diabetes tipo 2, un 26 % menos de riesgo de tener cáncer de mama

y un 37 % menos de riesgo de tener cáncer de ovarios, en comparación con aquellas que no lactan o lo hacen por poco tiempo. A largo plazo, y gracias a los perfiles hormonales que se generan durante esta etapa, también ejerce un papel como factor protector frente a la osteoporosis y aumenta la duración de la anovulación posparto^{1, 2}.

VENTAJAS PARA LA SOCIEDAD Y EL MEDIO AMBIENTE

La LM, además, es buena para el medio ambiente y la sociedad, ya que no deja huella de carbono, se trata de un recurso renovable, producida por las madres y consumida por los bebés habitualmente de forma directa, sin necesidad de utilizar ningún tipo de dispositivo. Todo esto la hace más económica y sostenible. De una forma comprobada, contribuye a disminuir la morbimortalidad, por lo que supone también un descenso en el gasto sanitario para los países¹.

Características y tipos de leche

La composición de la leche materna varía de unos días a otros, dentro del mismo día e incluso a lo largo de la misma tetada, aunque en términos generales podemos afirmar que hay “tres tipos de leche”^{1, 5} (tabla 1):

TABLA 1. TIPOS DE LECHE MATERNA

Calostro	Leche de transición	Leche madura
<p>De 0 a 3 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Función principalmente protectora • Aspecto amarillento y cremoso • Efecto laxante 	<p>De 4 a 10 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ↑ grasas, lactosa y vitaminas hidrosolubles 	<p>A partir de 10-15 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ↑ de todos los nutrientes • Inmunoglobulinas, enzimas y hormonas que facilitan la digestión

Fuente: elaboración propia.

Los pilares básicos para una correcta lactancia materna que tanto profesionales como padres y madres han de conocer

El éxito de la LM está basado en tres puntos fundamentales^{5,6}:

INICIO PRECOZ

Comenzar de una manera precoz la alimentación, aprovechando la fase de alerta máxima que ocurre tras el nacimiento, tiene varias ventajas: comprobamos que el aparato digestivo funciona, está íntegro y permeable, empezamos a transmitirle a través del calostro las primeras defensas y los nutrientes necesarios para que el bebé pueda “fabricar” las suyas propias y conseguimos una eliminación precoz del meconio gracias al efecto laxante del calostro.

A DEMANDA

A demanda implica que el niño mame “cuanto quiera” y “cuando quiera”, con el objetivo de que vacíe al menos un pecho de manera completa. Esto nos ofrecerá una doble ventaja, ya que el bebé conseguirá un aporte nutricional completo, y la mama, al vaciarse, pondrá en marcha el reflejo hormonal necesario para volver a producir más leche⁷.

POSICIÓN Y AGARRE CORRECTO

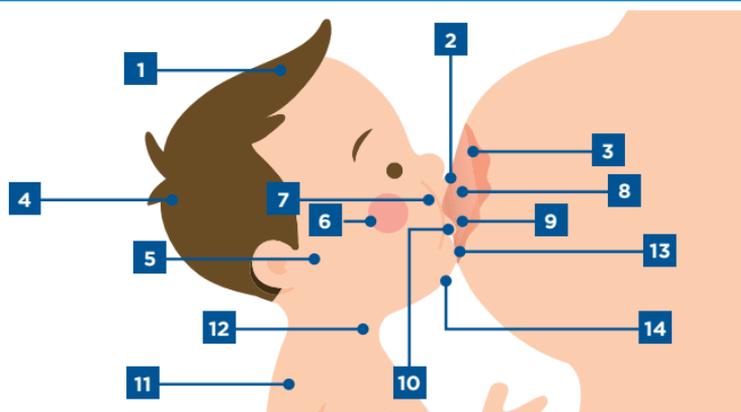
La leche pasa de la madre al niño mediante la combinación de una expulsión activa (reflejo de eyección) y una extracción activa por parte del bebé (la succión)^{8,9}.

Indicadores de un agarre correcto. Escala de Latch⁹ (figura 1):

- La cabeza del lactante quedará enfrentada y a la altura del pecho de la madre, mientras que los cuerpos estarán alineados y en paralelo.
- La boca debe estar bien abierta, cogiendo la mayor parte de la areola. Esta apertura es asimétrica, de modo que la parte superior de dicha areola es más visible que la parte inferior.

- Las mejillas han de estar redondeadas, no se deben apreciar hoyuelos.
- El lactante realizará la mayor fuerza con el maxilar inferior, esto origina un movimiento en la articulación de los maxilares que puede reflejarse en el movimiento de su oreja y en las sienes.
- Los labios están en eversión, hacia fuera, hecho que facilita la succión.
- Al principio, la succión se inicia de un modo rápido y aparentemente más superficial; una vez que aparece el reflejo de eyección láctea, el ritmo por parte del lactante disminuye y se hace más profundo, haciendo pausas puntuales. Se pueden observar habitualmente ciclos encadenados de 10-30 succiones.
- El pecho se ablanda progresivamente, pudiendo salir leche del otro pecho.
- La madre no debe sentir dolor, ni el pezón debe de salir deformado tras la toma.
- El bebé suelta el pecho espontáneamente al finalizar la toma.

FIGURA 1. INDICADORES DE UN AGARRE CORRECTO



(Continúa)

(Continuación)

FIGURA 1. INDICADORES DE UN AGARRE CORRECTO

1. La cabeza queda bien a la altura y enfrentada del pecho de la mamá.
2. La boca está abierta en su máxima amplitud posible.
3. La succión se inicia con un ritmo rápido para estimular la bajada de la leche, pero luego cobra un ritmo lento y profunda con pausas momentáneas.
4. La cabeza y el cuerpo del bebé están alineados.
5. La mandíbula inferior se mueve hacia arriba y abajo. La oreja y la sien también se mueven.
6. Las mejillas se ven redondeadas y sin hoyuelos.
7. No se escuchan chasquidos.
8. El pezón no se siente dolorido ni sale deformado con forma de barra labial al finalizar la toma.
9. La lengua envuelve el pezón por debajo.
10. Los labios están evertidos en “forma de pez”.
11. El cuerpo del bebé debe quedar bien en paralelo al cuerpo de la mamá, “barriga con barriga”.
12. Se puede oír cómo traga, pero no es excluyente de un agarre adecuado.
13. El pezón y la mayor parte de la areola quedan dentro de la boca del bebé.
14. La barbilla está rozando el pecho. La nariz puede estar rozando también, o no.

Fuente: adaptada de <https://tequieroamamantarnossepuedo.wordpress.com/2016/09/13/buen-agarre/>

Asesoramiento ante las dificultades que pueden aparecer durante la lactancia

A continuación, nos vamos a centrar en las dificultades que aparecen de manera más frecuente durante la LM^{10, 11}, siguiendo las recomendaciones dadas por la Guía de Práctica Clínica sobre LM editada en 2017 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Sistema Nacional de Salud (GPC del SNS) y los documentos sobre la LM publicados en 2012 por la Asociación Nacional de Pediatría, con una mayor evidencia científica para su solución^{5, 10, 12} (tabla 2).

TABLA 2. DIFICULTADES QUE PUEDEN APARECER DURANTE LA LACTANCIA

Dificultad	Características	Consejos
Ingurgitación mamaria producida por edematización glandular	<ul style="list-style-type: none"> • Suele aparecer a los 3-4 días tras el parto • Transitoria 4-16 horas máximo 24 horas 	<ul style="list-style-type: none"> • Calor local + masaje PIS → vaciamiento mamario → aplicación de frío¹³ • Ingestas no copiosas frecuentes • Menos evidencia: hojas de col verde frías en contacto con la mama, administración de oxitocina o ultrasonidos
Mastitis	<ul style="list-style-type: none"> • No infecciosa con sintomatología únicamente local • Infecciosa con clínica general y necesidad de antibioticoterapia 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar con la LM, corrigiendo posición y técnica de agarre para conseguir el correcto vaciamiento del lóbulo afectado • Previamente a la tetada, aplicar calor, y durante la misma, masajear la zona afectada • Administración de antiinflamatorios VO • Vigilar la aparición de absceso mamario
Grietas en el pezón	<ul style="list-style-type: none"> • Es preciso valorar la causa (mal agarre, uso inadecuada de sacaleches...)12, 14 	<ul style="list-style-type: none"> • Corregir la posición de agarre • Comenzar con el pecho que no tiene grieta o esta es más leve • Tomas frecuentes para evitar la ingurgitación • Para facilitar la cicatrización: aplicar sobre la grieta la propia leche, aceite de oliva virgen, pomadas o parches cicatrizantes

(Continúa)

(Continuación)

TABLA 2. DIFICULTADES QUE PUEDEN APARECER DURANTE LA LACTANCIA

Dificultad	Características	Consejos
Frenillo	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el grado (herramienta de Hazelbaker)¹⁵ 	<ul style="list-style-type: none"> • Buscar la posición más adecuada de agarre • Ejercicios específicos para disminuir la adherencia • En última instancia, frenotomía
Pezón unilateral doloroso	<ul style="list-style-type: none"> • Posible infección por <i>Candida albicans</i> • Descartar presencia de muguet • A los pocos días, el dolor evolucionará a ambos pechos 	<ul style="list-style-type: none"> • Airear bien la mama • Evitar el uso de discos absorbentes • Tratamiento local con crema antifúngica y jarabe vía oral para el lactante
Rechazo de una de las mamas	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar posible contractura del esternocleidomastoideo 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de calor local y masajes en el lado afectado varias veces al día en casos leves • Para casos más graves o que se sospeche otro tipo de lesiones traumatológicas, derivar a Pediatría

LM: lactancia materna; PIS: presión inversa suavizante; VO: vía oral.

Fuente: elaboración propia.

Recomendaciones para la nutrición de las madres durante la lactancia

- Incrementar el aporte calórico en unas 500 kcal/día, con una dieta completa, variada y equilibrada, repartida en unas cinco ingestas al día, rica en proteínas, fibra soluble y micronutrientes, como el calcio y vitamina D^{16, 17}.

- Aporte de líquidos suficientes como para que no aparezca la sensación de sed, esto estará en torno a los 2,5-3 l/día^{16, 17}.
- Evitar la automedicación y la fitoterapia (consultar compatibilidades con la LM en www.e-lactancia.org)^{16, 17}.
- Evitar el consumo de alcohol; el alcoholismo crónico es incompatible con LM. En caso de consumo ocasional, evitar dar el pecho, mínimo en las 3 horas siguientes a la ingesta, e incluso puede ser recomendable desechar la siguiente toma^{16, 17}.
- Evitar el consumo de tabaco y, si este se produce, que sea inmediatamente después de la toma; en padres fumadores no se recomienda practicar el colecho^{16, 17}.
- Evitar el consumo de alimentos o bebidas excitantes, como café, té, chocolate..., haciéndolo justo después de las tomas y en las menores cantidades posibles^{16, 17}.
- No se ha demostrado que existan alimentos que interfieran en la producción láctea ni en la inhibición de la misma^{16, 17}.
- En personas vegetarianas/veganos puede ser útil la suplementación de B₁₂ y ácido fólico^{16, 17}.
- En madres fumadoras puede ser necesario la suplementación de vitamina C^{16, 17}.
- En España se recomienda la suplementación con yodo o uso habitual de sal yodada, tanto durante el embarazo como en la LM^{16, 17}.
- Se ha demostrado que el sabor y el aroma de algunos alimentos pasa a la leche. No se recomienda retirarlos de la dieta porque contribuirán al estímulo del gusto en el lactante; solamente si algún alimento produjera molestias claras y repetidas en el niño o rechazo de la leche, se suprimiría^{16, 17}.

- En el caso de las drogas de abuso, son totalmente incompatibles con la LM, excepto la metadona, en dosis menores a 20 mg al día^{16, 17}.
- En relación a diferentes contaminantes ambientales, puede ser útil consultar el documento específico en relación a los mismos (<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201101-reducir-exposicion-contaminantes.pdf>).
- En cuanto al ejercicio físico durante la LM, no hay evidencias de que influya de manera negativa ni en la cantidad ni en la calidad de la leche. Se recomienda realizarlo inmediatamente tras la toma, ya que el sabor de la leche puede modificarse¹⁷.

Cuando la lactancia materna no es posible, contraindicaciones y otras opciones, los sucedáneos

Son muy pocas las contraindicaciones reales para no poder optar a la LM como alimento para el recién nacido^{18, 19}. De acuerdo a las recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría (AEPED) avaladas por los documentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), las contraindicaciones reales por parte materna son: infección materna por VIH en países desarrollados, virus de la leucemia humana linfotrópico de células T (tipo 1 y 2), consumo de drogas o fármacos incompatibles con la LM (quimioterapia, tratamientos con isótopos radiactivos...; para casos concretos conviene consultar la página www.e-lactancia.org), casos en los que la madre tenga prolactinoma que requiera tratamiento con bromocriptina o cabergolina, ya que esto inhibirá la propia LM, así como malformaciones reales mamarias o alteraciones hormonales específicas, negativa materna, absceso mamario en la mama afectada pudiendo continuar con la otra mama, tuberculosis bacilífera activa y no trata-

da, enfermedad orgánica o neurológica grave que pudiera suponer una incompatibilidad a nivel físico, seropositividad a retrovirus (HTLV-1 o HTLV-2), brucelosis no tratada o madre con lesión activa de herpes simple mamario.

En casos en que la madre tenga hepatitis A o B, se debe indicar previamente al inicio de la LM la profilaxis concreta, con la administración de gammaglobulina específica y la vacunación. Para la hepatitis C no tenemos posibilidad de profilaxis y debe de establecerse un consenso entre los progenitores y el personal sanitario, ya que existe un riesgo mínimo teórico de contagio.

Por parte del recién nacido nos podemos encontrar contraindicaciones como la galactosemia o la fenilcetonuria, ambas provocadas por déficits enzimáticos, siendo necesario en estos casos monitorizar las cifras, pudiéndose combinar LM con lactancia artificial de acuerdo a los niveles en sangre del lactante, siendo, por lo tanto, perfectamente compatible.

SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA

Los sucedáneos de la leche materna son productos alimenticios adecuados para sustituir total o parcialmente a la leche humana cuando esta no puede estar disponible por diferentes causas (contraindicaciones, conciliación laboral, deseo materno, etc.), cubriendo las necesidades nutricionales normales del lactante.

Definimos como sucedáneo de leche materna a todo alimento comercializado o presentado como sustitutivo parcial o total de dicha leche. Los sucedáneos se van a considerar completos desde el punto de vista nutricional, pero no pueden igualar el poder inmunológico ni digestivo de la leche de la madre, debiendo ser únicamente indicados en los pocos casos clínicos que lo justifiquen científicamente y que sean una contraindicación clara, haciendo siempre valoraciones lo más individualizadas posibles²⁰.

En 1981 fue publicado por la OMS y UNICEF el Código Internacional de Comercialización de sucedáneos de la LM.

Se trata de un conjunto de reglas destinadas a proteger la LM regulando ciertas prácticas, como la publicidad, el obsequio de muestras, regalos promocionales, etiquetado, etc.

En España, la comercialización de sucedáneos de leche materna está regulada por el Reglamento (UE) n.º 609/2013 de la Comisión Europea, relativo a los alimentos destinados a los lactantes y niños de corta edad, los alimentos para usos médicos especiales, y se complementa con el Reglamento Delegado UE 2016/127, que establece los requisitos específicos de composición e información aplicables a los preparados para lactantes y preparados de continuación. No se incluyen otro tipo de productos, como biberones, tetinas o chupetes, que sí están incluidos en el código.

Desde la implementación de dicho código, grandes empresas del sector asumen las normas para favorecer también desde estos ámbitos la LM, promoviendo únicamente el uso de dichos sucedáneos cuando esta no es posible.

El Comité de Nutrición de la Sociedad Europea de Gastroenterología Pediátrica, Hepatología y Nutrición (ESPGHAN) y el Comité Científico de Alimentación de la Comisión Europea son los encargados de recomendar y regular los contenidos de nutrientes que deben incluir los preparados de la leche humana.

Actualmente están comercializadas las fórmulas de inicio y las de continuación, además de las fórmulas de crecimiento, que se pueden utilizar a partir de los 12 meses y hasta los 3 años. Estas pueden venir ya preparadas en forma líquida o bien en polvo, teniendo que hacer en estos casos la dilución en agua. Para ello se seguirá siempre la misma fórmula, independientemente del tipo de leche o la marca: se disolverá un cacito raso de polvo por cada 30 cc de agua.

TIPOS DE SUCEDÁNEOS

- **Fórmulas de inicio o leche 1:** están diseñadas teniendo como referente la leche materna y se consideran adecua-

das para la fisiología del recién nacido. Estas satisfacen las necesidades del lactante durante los primeros 6 meses de vida. Como características más importantes cabe destacar que la lactosa debe ser el principal hidrato de carbono y que las sales minerales estarán en cantidad similar a la leche humana madura.

- **Fórmulas de continuación o leche 2:** indicadas para ser utilizadas desde los 6 meses hasta el año de vida. Se adaptan, en cuanto a los diferentes macro y micronutrientes, a las nuevas necesidades del lactante, siendo más ricas en hierro y calcio que las de inicio y fabricándose de acuerdo a la normativa europea en cuanto a las diferentes proporciones de nutrientes. Son adecuadas para ser introducidas como complemento a la alimentación complementaria y como relevo total o parcial de la LM.
- **Fórmulas de crecimiento o leche 3:** están diseñadas para servir de transición entre la leche de continuación o leche materna y la leche de vaca. Nutricionalmente están adaptadas para las nuevas necesidades del niño en esta etapa. Pueden ser utilizadas desde los 12 meses hasta los 3 años de vida.

También es posible encontrar las denominadas fórmulas especiales. Algunos ejemplos más utilizados son: leche antirregurgitación, leche antiestreñimiento, o fórmulas especiales a las que se les ha retirado algún nutriente concreto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Lactancia materna. OMS. 2024. [Consultado enero de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1
2. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia materna, el mejor inicio para ambos. AEP. 2017. [Consultado enero de 2025]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201701-lactancia-materna-mejor-ambos.pdf>
3. Meza-Salcedo R, Pérez-Valverde A. Beneficios de la lactancia materna. Odontología Sanmarquina. 2021;24(3):311-2.

4. Cortez-Flores C del R, Ortiz-Suarez HS, Jiménez-Ayala VG. Beneficios de la lactancia materna en niños. *MQRInvestigar*. 2023;7(4):3-16.
5. Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. AEP. 2012:10-1. [Consultado febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna>
6. Hospital Severo Ochoa. Importancia de la lactancia materna. Madrid: Hospital Severo Ochoa; 2016. [Consultado enero de 2025]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/severoochoa/sites/severoochoa/files/inline-files/Hospital%20Severo%20Ochoa%20-%20Lactancia%20Materna%20-%20Información%20adicional.pdf>
7. Asociación Española de Pediatría. Lactancia materna a demanda. 2019. [Consultado enero de 2025]. Disponible en: <https://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/lactancia-materna-demanda>
8. Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. AEP. 2012:10-1. [Consultado febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna>
9. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Anexo 8. Posibles herramientas estandarizadas para la observación de una toma. Escala de Latch. 2017. [Consultado febrero de 2025]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/01/gpc_560_lactancia_osteba_anexo_08.pdf
10. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. 2017. [Consultado febrero de 2025]. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/osteba_formacion_/es_def/adjuntos/Metodologia_GCP_Lactancia_Materna_140617.pdf
11. Martín-Ramos S, Domínguez-Aurrecoechea B, García Vera C, Lórente García Mauriño AM, Sánchez Almeida E, Solís-Sánchez G. Lactancia materna en España y factores relacionados con su instauración y mantenimiento: estudio LAyDI (PAPenRed). *Aten Primaria*. 2024;56(1):102772.
12. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de Salud, UNICEF. Consejería en lactancia materna: Curso de capacitación. Ginebra: OMS; 1993. [Consultado febrero de 2025]. Dispo-

nible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/64096/WHO_CDR_93.5_%28part1%29_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y

13. LactApp®. Presión inversa suavizante. 2019. [Consultado febrero de 2025]. Disponible en: <https://blog.lactapp.es/presion-inversa-suavizante/>
14. De la Hoz Cáceres D, Jiménez-García JF, Rosanía-Arroyo S, Vázquez-Munive M, Álvarez-Miño L. Revisión sistemática de las causas y tratamientos para las grietas en los pezones durante la lactancia materna. *Entramado*. 2019;15(2):218-28.
15. Bonilla I, Montoro D. Manejo de anquiloglosia. Servicio de Salud de Alicante. Departamento de Pediatría. 2017. [Consultado febrero de 2025]. Disponible en: <https://serviciopediatria.com/wp-content/uploads/2020/02/Protocolo-ANQUILOGLO-SIA.-SP-HGUA-2018.pdf>
16. Ares Segura S, Arena Ansótegui J, Díaz-Gómez NM; en representación del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. La importancia de la nutrición materna durante la lactancia, ¿necesitan las madres lactantes suplementos nutricionales? *An Pediatr (Barc)*. 2016;84(6):347.e1-7.
17. Preevid. Banco de preguntas. Lactancia materna y ejercicio físico. Murcia Salud. 2013. [Consultado febrero de 2025]. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/preevid/19548>
18. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Contraindicaciones de la lactancia materna. AEP. 2024. [Consultado enero de 2025]. Disponible en: <https://lactanciamaterna.aeped.es/contenido-app/contraindicaciones-de-la-lactancia-materna/>
19. Consejería de Salud y Consumo. Guía de Lactancia Materna. Mallorca: Gobierno de las Islas Baleares; 2009. [Consultado enero de 2025]. Disponible en: <http://portalsalut.caib.es>
20. Asociación Española de Pediatría. ¿Qué es el código internacional de comercialización de sucedáneos de leche materna? AEP. 2016. [Consultado enero de 2025]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201601-codigo-comercializacion-lm.pdf>

2 Alimentación complementaria en la infancia

25

Esther Nieto García

Enfermera Familiar y Comunitaria. Antropóloga. CS Lucero. SERMAS. Profesora Asociada. Universidad Rey Juan Carlos. Dpto. de Especialidades Médicas y Salud Pública. Presidenta de la Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria (FAECAP)

Introducción

La alimentación constituye una necesidad básica del ser humano y comienza desde el nacimiento, siendo la lactancia materna (LM) la forma fisiológica de iniciarla. En los casos en que no sea posible, se recurre a la fórmula artificial (FA). Ambas formas de alimentación favorecen el desarrollo de los sentidos del gusto, olfato y tacto, así como de la musculatura implicada en el proceso de succión y deglución.

El desarrollo de la alimentación en los 2 primeros años de vida sentará los pilares sobre los que se basará la salud del bebé en su etapa adulta. A nivel biológico se produce una programación inmunológica, metabólica, el desarrollo microbiológico, y a nivel de maduración sociocultural se inicia el desarrollo de habilidades cognitivas, motoras y socioemocionales.

La transición positiva hacia una alimentación saludable, con unos hábitos adecuados, fomentará infantes con un mejor rendimiento escolar y adultos con menor incidencia de enfermedades y competencias para tener una buena calidad de vida¹.

¿Qué es la alimentación complementaria?

La alimentación complementaria (AC) es el proceso de introducción de alimentos diferentes a la leche materna o de fórmula en la dieta del lactante con el objetivo de cubrir sus

necesidades nutricionales y de desarrollo. El paso de esta lactancia en exclusividad a la alimentación completa es un paso que genera gran inquietud en las madres y padres. Los profesionales hemos de trasladar mensajes claros para que esta situación de angustia sea menor y se sientan seguros en esta nueva etapa. Explicar cuándo el bebé está preparado para iniciar esta transición, cómo ha de prepararse la comida, qué alimentos son más recomendables o cuáles son las cantidades que ha de ingerir un bebé son parte de las dudas que tienen los progenitores en este periodo.

Este proceso va a realizarse mediante un incremento progresivo que permite aprender las diferentes texturas, sabores, aromas y aspectos². La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda mantener la LM exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y continuar con la lactancia hasta los 2 años o más, combinada con la AC, siempre atendiendo a la satisfacción tanto de la madre como del lactante³.

La introducción adecuada de la AC es esencial para prevenir deficiencias nutricionales y fomentar hábitos alimentarios saludables a largo plazo. La alimentación refleja nuestra cultura, por lo que debemos adaptar las recomendaciones nutricionales a cada familia y comunidad, considerando los determinantes de la salud. Esta adquisición de nuevos hábitos en familia favorece las relaciones de apego; el tiempo de la comida es un momento de encuentro y comunicación, donde progenitores, niños y niñas pueden relacionarse desde el principio y trabajar la educación alimentaria y favorecer la autonomía⁴.

¿Cuándo empezar la alimentación complementaria?

La evidencia científica actual respalda que la AC debe iniciarse entre los 4 y 6 meses de edad, dependiendo del desarrollo del lactante y de sus necesidades individuales^{3, 4}. La European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) y la Asociación Española de Pediatría (AEP) sugieren que el inicio no debe adelan-

tarse antes de las 17 semanas ni postergarse más allá de las 26 semanas, para evitar riesgos de deficiencias nutricionales y dificultades en la aceptación de nuevos alimentos³.

El momento adecuado para iniciar la AC también debe basarse en el desarrollo psicomotor del lactante. Algunos signos de preparación incluyen la capacidad de mantenerse sentado con apoyo, la desaparición del reflejo de extrusión (cuando el niño expulsa de forma automática los alimentos para no ahogarse) y el interés por los alimentos⁴. Iniciar la AC en el momento oportuno ayuda a garantizar una mejor adaptación a los nuevos sabores y texturas, y reduce el riesgo de aversión alimentaria (tabla 1).

TABLA 1. SIGNOS DE PREPARACIÓN PARA PODER COMENZAR LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

<p>Mantenerse sentado y sujeción de cabeza</p> 	<p>Coordinación para llevar objetos a la boca de forma consciente</p> 	<p>No reflejo de extrusión</p> 
---	--	---

Fuente: elaboración propia.

¿Cómo empezar la alimentación complementaria?

Los primeros alimentos deben ser introducidos progresivamente y con texturas adecuadas para el desarrollo del lactante. Se recomienda ofrecer los nuevos alimentos de uno en uno, con intervalos de 2 a 3 días, para identificar posibles reacciones adversas⁵. Además, se sugiere iniciar con texturas grumosas, semisólidas, trozos lo antes posible, una vez comprobado que el bebé traga bien los purés y no mantenga el reflejo de extrusión. Hemos de dejar los purés para consumo las mismas veces que los consume la familia⁶.

Dentro de la nueva alimentación se han de evitar los alimentos procesados y altamente procesados, por su alto contenido en azúcares y grasas saturadas. En alimentos etiquetados para bebés, se han de analizar los ingredientes de forma metódica⁷. De la misma forma, se han de evitar los *snacks*, las conservas, el uso de concentrados de caldo, sopas de polvo, carnes enlatadas..., por los mismos motivos (tabla 2).

TABLA 2. INGREDIENTES A EVITAR EN ALIMENTOS PROCESADOS Y ULTRAPROCESADOS

Categoría	Ingredientes a evitar
Azúcares añadidos (algunos de ellos)	<ul style="list-style-type: none"> • Jarabe de maíz con alta fructosa • Maltodextrina • Jarabe de glucosa • Sacarosa • Dextrosa • Zumo de fruta concentrado
Grasas trans y saturadas	<ul style="list-style-type: none"> • Manteca • Margarina • Aceites refinados (nabina, palma)
Harinas refinadas	<ul style="list-style-type: none"> • Harina blanca (no integral)
Aditivos artificiales	<ul style="list-style-type: none"> • Colorantes artificiales • Saborizantes artificiales • Conservantes (nitrito de sodio, BHA, BHT, TBHQ, galato de propilo, benzoato de sodio, bromato de potasio, propionato de calcio, sulfitos) • Potenciadores de sabor
Sodio en exceso	<ul style="list-style-type: none"> • Sal añadida

Fuente: elaboración propia.

El inicio de la alimentación ha de ser progresivo, adaptándonos a los horarios de los niños y facilitando principalmente las comidas en las primeras 8 horas del día (desayuno y comida), para ir rebajando las cantidades al final del día (merienda y cena)⁷.

Actualmente no hay una indicación con calendarios de inclusión por grupos de alimentación, como sucedía en recomendaciones anteriores. La recomendación es introducir de forma progresiva y variada todos los alimentos según la alimentación familiar, asegurando que los cinco sabores (dulce, salado, ácido, amargo y umami) estén presentes, con una adecuada proporción dentro de los diferentes grupos alimentarios y un seguimiento de los alimentos tolerados⁸.

La variedad proporciona al bebé un desarrollo del sentido del gusto⁹, reconociendo los diferentes sabores, adaptándose así a todos ellos de forma equilibrada y progresiva.

Uno de los principales riesgos durante esta primera etapa de la alimentación son las infecciones alimentarias. Para prevenirlas, es fundamental mantener una adecuada higiene de manos (tanto del adulto como del bebé), así como una correcta limpieza y desinfección de todos los utensilios y superficies que entren en contacto con los alimentos. Además, es esencial cocinar completamente los alimentos, especialmente los de origen animal, y evitar la contaminación cruzada entre alimentos crudos y cocinados. Igualmente, debe prestarse especial atención a la conservación adecuada de los alimentos, respetando la cadena de frío, los tiempos de almacenamiento y las condiciones de refrigeración, para impedir el crecimiento de microorganismos patógenos⁶.

FIGURA 1. PASOS PARA GARANTIZAR SEGURIDAD ALIMENTARIA



Lavar bien las manos antes de preparar y ofrecer alimentos



Conservar adecuadamente los alimentos preparados



Cocinar bien los alimentos, especialmente carnes y pescados



Utilizar utensilios y recipientes limpios



Evitar la contaminación cruzada entre alimentos crudos y cocinados

Fuente: elaboración propia a partir de la referencia: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/claves-seguridad-alimentaria>

INDICACIONES A PROGENITORES SOBRE EL ENTORNO EMOCIONAL Y PSICOSOCIAL

El entorno en el que se introduce la AC es fundamental para el desarrollo de hábitos alimentarios saludables. Se recomienda:

- Crear un ambiente relajado, sin distracciones, como televisores o móviles⁵.
- Compartir las comidas en familia para fomentar el aprendizaje por imitación⁶.
- Respetar las señales de hambre y saciedad del niño. Los progenitores son los responsables de indicar dónde, cuándo y qué ha de comer, pero las cantidades hemos de dejar que sea él o ella quien las regule⁶.
- Ser paciente con la aceptación de nuevos alimentos y volver a ofrecerlos en diferentes ocasiones de forma repetitiva ante negativas.
- Promover la autonomía del niño o niña, permitiéndole explorar la comida con las manos y fomentar el uso de cubiertos adaptados a su edad⁶. Hemos de evitar presionarle y permitirle el desorden propio de su edad, es una experiencia sensorial a su manera (aunque se manche, por ejemplo).
- Establecer unos horarios regulares, con un tiempo establecido para la duración de la comida.
- Promover la alimentación saludable en toda la familia, ser ejemplo a seguir.
- No hemos de utilizar la comida como parte de un premio o castigo, pues impide una relación positiva.
- Nunca debemos dejar al bebé sin supervisión mientras esté comiendo.

Los hábitos alimentarios adquiridos durante esta etapa pueden influir en la relación del niño con la comida en el futuro, por lo que es fundamental proporcionar una experiencia positiva y respetuosa.

¿Cómo introducir los diferentes grupos alimentarios?

La dieta mediterránea (DM) está definida como una dieta rica en verduras, frutas, pescados, escaso consumo de carnes rojas, más de carnes de aves, huevos y queso, cereales no refinados y legumbres¹⁰, donde la grasa principal es el aceite de oliva. La DM favorece el consumo de cercanía y siguiendo el calendario del huerto, siendo la indicada para la alimentación infantil.

LECHE Y DERIVADOS

La leche materna debe seguir siendo el principal alimento durante el primer año de vida, manteniendo un aporte a demanda por parte del lactante, tal y como venía siendo hasta los 6 meses; de forma general, podemos indicar que ha de realizar al menos 4 tomas al día. Cuando la



Fuente: Shutterstock.

madre no pueda ofrecer el pecho a demanda por motivos laborales o ausencias, se ha de favorecer la extracción de leche materna para esas tomas y la lactancia a demanda en las horas en las que se mantienen juntos madre y lactante.

En caso de utilizar leche de fórmula adaptada, se puede pasar a leche de continuación tipo 2 desde los 6 meses⁵, y se ofrecerá de la misma manera. La cantidad total al día recomendada es de unos 500 ml.

Se puede introducir yogur natural sin aditivos y quesos poco curados, pero de leches pasteurizadas, desde los 9 meses. Se recomienda no introducir leche de vaca como bebida principal antes del año debido a su bajo contenido en hierro, con riesgo de anemia³.

En relación a las bebidas vegetales, la de soja enriquecida en calcio y sin azúcares añadidos es la más parecida a nivel nutricional a la materna o de continuación y se puede utilizar de forma segura en pocas cantidades.

CEREALES

Pueden incluirse desde los 4-6 meses, dando prioridad a los cereales integrales y bajos en azúcares⁵. Ejemplos de cereales recomendados sin gluten incluyen la avena, el arroz integral y la quinoa. La introducción de cereales con gluten se incorpora fácilmente a la alimentación a través de pastas o pan preferentemente integrales, pues aportan más cantidad de vitaminas y fibra.

Para su preparación, se pueden cocinar en agua hasta que adquieran una textura suave y luego triturarlos, aplastarlos o facilitarlos en su forma.

Los cereales los consumimos de múltiples formas y se pueden mezclar con leche (LM o FA) o con frutas para introducirlos en el desayuno, merienda o cena, pudiendo incluirlos en la comida junto con caldos, verduras, o alimentos proteicos (por ejemplo, sopa, pasta)⁵.

El gluten puede introducirse de manera progresiva entre los 4 y 12 meses, sin evidencia de que su retraso prevenga la enfermedad celíaca³.



Fuente: Shutterstock.

En la figura 2 se presentan ejemplos de cereales con y sin gluten⁵:

FIGURA 2. CEREALES CON Y SIN GLUTEN



Cereales sin gluten

- Arroz
- Maíz
- Mijo
- Quinoa
- Amaranto



Cereales con gluten

- Trigo
- Cebada
- Centeno
- Avena*
- Espelta

*La avena no contiene gluten de forma natural, pero puede estar contaminada con gluten durante el procesamiento.

Si se decide por fórmulas preparadas para disolver los cereales en leche, estas no han de incluir azúcares añadidos.

Fuente: elaboración propia.

FRUTAS

Desde los 6 meses, pueden ofrecerse todo tipo de frutas, evitando las de alto riesgo de atragantamiento (figura 3), pero sí incluyendo las reconocidas como más alérgenas⁵.



Fuente: Shutterstock.

FIGURA 3. FRUTAS CON RIESGO DE ATRAGANTAMIENTO



Frutas peligrosas

Las que tienen formas redondeadas tipo bolita, que son resbaladizas como cerezas, uvas, arándanos y pasas.



Alternativa

Cortar en trozos pequeños y darlas de forma individual o mezcladas con otros alimentos (cereales, yogur...)

Fuente: elaboración propia.

Se recomienda priorizar la fruta en su forma natural en lugar de zumos, debido al alto contenido en azúcares libres⁶. Se desaconsejan los preparados a base de concentrados de frutas, pues tienen escaso contenido en fibra y alto en azúcares.

El consumo de frutas variadas ayuda a proporcionar los micronutrientes esenciales para el desarrollo infantil, incluyendo vitaminas A y C, hierro y fibra.

La fruta es fácilmente consumible de forma autónoma por el bebé, eligiendo piezas de temporada y maduras. Se ha de facilitar al niño o niña que agarre la fruta y la manipule libremente.

VERDURAS Y HORTALIZAS

Las verduras y hortalizas serán incluidas como base de la alimentación del lactante desde los 6 meses: zanahoria, calabacín, puerro, cebolla, judía tierna, calabaza, tomate, col, pimiento, boniato, setas, etc. Se pueden consumir tanto crudas o cocinadas, de forma conjunta o por separado, en trozos, chafada, caldos, purés...

Se recomienda cocinar la verdura al vapor, por ser la forma que pierde menos de sus propiedades y características organolépticas.

Entre las verduras, las mejores por su hierro son los guisantes, el brócoli y otras. En cambio, las de hoja verde grande (como acelga, espinaca o borraja) es mejor evitarlas, porque tienen muchos nitratos que pueden causar problemas. Si se comen, que sea menos del 20 % de lo que se come en el día⁶.



Fuente: Shutterstock.

CARNES, PESCADOS, HUEVOS Y LEGUMBRES

Este amplio grupo de alimentos suele estar excesivamente presente en la dieta diaria de los adultos en nuestro entorno y, por lo tanto, se aporta más de la cantidad de la necesaria en la alimentación infantil¹¹.

Las carnes, los pescados, los huevos y las legumbres pueden introducirse progresivamente a partir de los 6 meses. Lo más importante en relación a estos alimentos son las cantidades diarias recomendadas. La cantidad de proteína recomendada es de 11 g/día hasta los 12 meses y de



Fuente: Shutterstock.

13 g/día a partir de los 12 meses. Los diferentes alimentos proteicos varían en la cantidad de proteína que contienen, por lo que hemos de orientarnos con medidas sencillas: en carnes y pescados 10-20 g/día de producto fresco (a partir de 10 meses hasta 35 g) y de legumbre 30 g en crudo (60-70 g cocidos)⁵.

En relación al tipo de pescados, hemos de fomentar los pescados pequeños (sardina, boquerón, dorada, lubina, merluza, pescadilla, salmón, trucha...), ya que los pescados grandes tienen gran cantidad de mercurio (atún rojo, emperador, lucio, cazón, marrajo, mielgas, pintarroja y tintorera), y hasta los 10 años el organismo no es capaz de eliminarlo correctamente. Tampoco ha de ser tomado por las madres lactantes, dado que se pasa a la leche materna¹².

En relación a la carne, se priorizan las carnes de aves, se recomienda ofrecer carnes magras y evitar embutidos y productos procesados debido a su alto contenido en sal y grasas saturadas, y en menor medida la carne roja.

El huevo se puede introducir de forma completa, pero siempre bien cocinado. Se recomienda iniciar cocido y posteriormente en tortilla. La introducción temprana del huevo en niños de alto riesgo puede reducir el desarrollo de alergias³.

GRASAS

Se recomienda aceite de oliva virgen extra, en poca cantidad (1 cucharada al día) y servido en crudo para que no pierda sus propiedades y vitaminas. El tipo de cocinado en los bebés ha de ser preferentemente cocido, al vapor, plancha, horno, por lo que no precisa grandes cantidades.



Fuente: Shutterstock.

AGUA

A partir de los 6 meses se ha de facilitar agua al bebé de una forma natural. Con la LM a demanda la sensación de sed es menor, puesto que la supe con LM, pero se la hemos de ir ofreciendo para identificar las sensaciones de sed⁵. El agua ha de ser un agua potable que cumpla con todas las características organolépticas: sin olor, sin color, sin sabor; si no es así, el agua ha de ser hervida o sustituida por agua embotellada.



Fuente: Shutterstock.

CANTIDADES

Las cantidades que admite el bebé son muy pequeñas, pasa de 30 ml sobre los 6 meses a 180 ml a los 12 meses. Esto se produce de forma gradual, por lo que podemos dar entre 80-130 ml entre los 6-8 meses e ir aumentando hasta los 180 ml al cumplir el año¹³.

Evidencia científica según la OMS

Estudios recientes han demostrado que³:

- La lactancia materna ha de mantenerse hasta los 2 años o más.
- La introducción temprana de alimentos potencialmente alergénicos (4-6 meses) puede reducir el riesgo de alergias alimentarias³.
- Un retraso en la AC más allá de los 6 meses puede aumentar el riesgo de deficiencias de hierro y zinc³.
- La exposición temprana a una variedad de sabores y texturas puede mejorar la aceptación de alimentos en etapas posteriores⁶.
- La AC debe ser flexible y adaptada a las preferencias del niño, evitando la rigidez en los horarios y ofreciendo opciones variadas para fomentar una dieta equilibrada y variada.

Consideraciones finales

El proceso de introducción de la alimentación complementaria es un momento clave en la infancia que influye en el crecimiento y en la salud futura del niño. Un enfoque basado en la evidencia científica y en el respeto a las señales del lactante contribuirá a un desarrollo nutricional adecuado y a la adquisición de hábitos saludables y sociales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Maldonado Lozano J. La importancia de la nutrición en los primeros 1.000 días de la vida. *Acta Pediatr Esp.* 2018;76(3-4):e33-e40.
2. World Health Organization. WHO Guideline for Complementary Feeding of Infants and Young Children 6-23 Months of Age. Geneva: WHO; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081864>
3. Martínón N, Picáns R, Leis R. Recomendaciones de alimentación complementaria según los Comités de Nutrición de la AAP, ESPGHAN y AEP. *Acta Pediatr Esp.* 2020;78(3-4):48-53.

4. Moreno Villares JM, Moreno Aznar LA, Dalmau Serra J. Consenso sobre la alimentación de los niños de 6-24 meses de edad: estudio ARMONÍA. *Acta Pediatr Esp.* 2019;77(9-10):139-47.
5. Generalitat de Catalunya. La alimentación saludable en la primera infancia. Agencia de Salud Pública de Cataluña. 2022. Disponible en: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/educanaos/alimentacion_saludable_1infancia_2022.pdf
6. Gómez Fernández Vegue M. Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre la Alimentación Complementaria. AEP. 2018. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacio_n_complementaria_nov2018_v3_final.pdf
7. Moreno Villares JM, Esteve Cornejo C, Galiano Segovia MJ, Dalmau Serra J. La alimentación en el niño: ¿es importante también cuándo come? Los ritmos circadianos en la alimentación infantil. *Acta Pediatr Esp.* 2019;77(7-8):e130-e134.
8. Vázquez-Frias R, Ladino L, Bagés-Mesa MC, Hernández-Rosiles V, Ochoa-Ortiz E, Alomía M, et al. Consenso de alimentación complementaria de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica: COCO 2023. *Rev Gastroenterol Mex.* 2023;88(1):57-70. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090622001318>
9. Forestell CA. Flavor Perception and Preference Development in Human Infants. *Ann Nutr Metab.* 2017;70(suppl 3):17-25.
10. Hernando Requejo O, García de Quinto H. Mediterranean diet and cancer. *Nutr Hosp.* 2021;38(Spec No2):71-4. [Citado 23 de febrero de 2025]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112021000500017&lng=es
11. Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Informe del Consumo Alimentación en España 2022. Disponible en: https://www.mapa.gob.es/es/alimentacion/temas/consumo-tendencias/informe-consumo-2022-baja-res_tcm30-655390.pdf
12. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Recomendaciones de consumo de pescado por presencia de mercurio. 2023. Disponible en: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/seguridad_alimentaria/ampliacion/mercurio.htm
13. Romero-Velarde E, Villalpando-Carrión S, Pérez-Lizaur AB, Iracheta-Gerez ML, 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.

3 Dieta del niño a partir del año. Déficits y excesos nutricionales

39

Teresa Tolosana Lasheras

Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Creadora del blog osinteresa.com. Presidenta del Colegio de Enfermería de Zaragoza

Introducción

El momento del paso de la lactancia en exclusividad a la alimentación completa es un paso importante para las madres y los padres, en el que los profesionales hemos de transmitir mensajes claros y seguridad. Aspectos como indicaciones claras sobre cuándo estará preparado el bebé para iniciar esta transición, cómo ha de prepararse la comida, qué alimentos son más recomendables o cuáles son las cantidades que ha de ingerir un bebé, son dudas frecuentes que suelen tener los padres en este periodo.

Durante muchos años hemos puesto demasiadas normas en la alimentación durante los dos primeros años de vida, sin ninguna evidencia científica.

Lo malo de esto es que hemos conseguido familias muy preocupadas por ajustarse durante este periodo de tiempo a cánones muy rígidos, pasando en los años posteriores a una alimentación que deja mucho que desear.

El niño ya tiene 1 año de vida, desde los 6 meses hemos ido preparándolo para que la alimentación complementaria sea variada, nutritiva y saludable, también deberemos haberle ofrecido comida a trocitos para que se vaya acostumbrando a la textura y aprendiendo a mover en la boca los alimentos; si no lo ha hecho a esta edad, cosa muy frecuente por miedo a los atragantamientos, no habrá que extrañarse que a partir del año cueste más. Lo fundamental es que lleguemos al año de vida sin que el niño rechace la comida, ya que el mayor interés por la comida se produce, en general, entre

los 6 meses y el año, por eso es fundamental aprovechar esta etapa para su aprendizaje y este no se producirá si hay rechazo.

Alimentos a ofrecer

El único alimento que se ha excluido de la alimentación antes del año es la leche entera, que podrá pasar a formar parte de su dieta en función del aporte de lácteos que mantengamos en ese momento, como, por ejemplo, la continuidad de la lactancia materna.

Los demás alimentos, generalmente, se habrán probado con anterioridad, y pueden pasar a formar parte de su alimentación con el mismo menú que lleve la familia.

Por lo demás, los alimentos ya no tienen por qué llevar una preparación especial, y los niños pueden comer lo mismo que la familia, siempre y cuando la familia lleve una alimentación saludable¹.

TABLA 1. CALENDARIO ORIENTATIVO DE INCORPORACIÓN DE ALIMENTOS

Alimento	0-6 meses	6-12 meses	12-24 meses	> 2 años
Leche materna	■	■	■	■
Fórmulas adaptadas (en caso de no estar con LM)	■	■	■	■
Cereales, frutas, hortalizas, legumbres, huevo, carne, pollo, pescado, aceite de oliva	■	■	■	■
Leche entera, yogur, queso tierno, (pueden ofrecerse en pequeñas cantidades a partir de los 9 o 10 meses)	■	■	■	■

(Continúa)

(Continuación)

**TABLA 1. CALENDARIO ORIENTATIVO
DE INCORPORACIÓN DE ALIMENTOS**

Alimento	0-6 meses	6-12 meses	12-24 meses	> 2 años
Sólidos con riesgo de atragantamiento (frutos secos enteros, manzana o zanahoria cruda, etc. así como alimentos de doble textura, como uva, gajo de mandarina o naranja; platos de doble textura, como sopa de fideos, garbanzos con caldo, etc.)				Por encima de los 3 años
Alimentos superfluos (azúcares, miel, cacao, bollería, galletas, embutidos y charcutería)		Cuanto más tarde y en menor cantidad, mejor (siempre a partir de los 12 meses)		

LM: lactancia materna.

Fuente: elaboración propia adaptada de las recomendaciones para la alimentación en la primera infancia. Agencia de Salud de Catalunya 2022².

Proponemos consultar la guía de Alimentación Saludable en la primera infancia del año 2022 a través del QR



Por eso, como enfermeras debemos **no solo quedarnos en la alimentación del niño, debemos llegar a la alimentación de la familia**. Ya que tarde o temprano el niño comerá lo mismo que los padres y, si los padres no llevan una buena alimentación, tampoco la llevará el niño. Por supuesto respetando además las diferentes culturas de las familias y adaptándonos a sus costumbres³.

Como ya sabemos, las intolerancias no son menores cuando un alimento se ofrece tardíamente, por lo que al llegar al primer año de vida, un niño ha debido tener la oportunidad de probar la mayoría de los alimentos que en su familia o sociedad se consumen habitualmente⁴.

CANTIDADES Y PROPORCIÓN DE LOS DISTINTOS GRUPOS DE ALIMENTOS

El plato de Harvard o plato saludable

No solo la calidad es importante, también lo es la cantidad y proporción de los alimentos. En esta edad de primer año, este método es muy práctico para conseguir un equilibrio de los alimentos que incluimos en una comida infantil^{5,6}.

El apetito de un niño de 1 año puede disminuir, ya que su crecimiento se va a enlentecer, por lo que ofrecer primer plato, segundo plato y postre puede llevar a que el pequeño coma mucho de la parte del menú que más le guste y quedarse sin apetito para el resto.

El “Plato para Comer Saludable para Niños” es una guía visual para ayudar a educar y motivar a los niños a comer bien. De un vistazo, la imagen presenta ejemplos de las mejores opciones para comidas y *snacks* (tentempiés, meriendas, bocadillos, refrigerios, piscolabis) saludables y resalta la importancia de la actividad física como parte de la fórmula para mantenerse sano⁵.

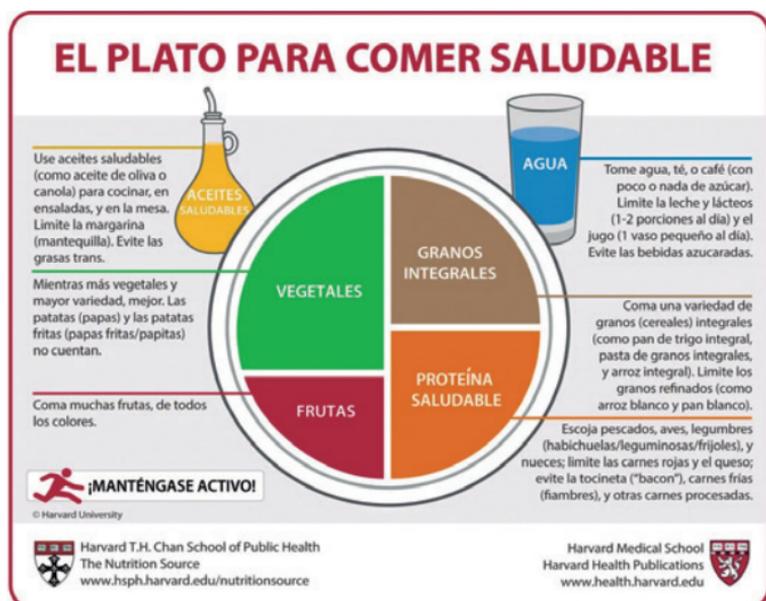
Importante a tener en cuenta que, según el último informe ALADINO (2024), el 40,6 % de los niños de entre 6 y 9 años tiene exceso de peso, con un 23,3 % de sobrepeso y un 17,3 % de obesidad⁷.

Con las crecientes tasas de obesidad infantil, la alimentación es un tema a abordar seriamente⁷.

Este problema de peso no solamente se produce por el aumento del consumo de golosinas, otra parte importante de la responsabilidad es que en la dieta infantil los platos ricos en hidratos de carbono, como las pastas, sustituyen a las ensaladas y verduras.

La representación en forma de raciones de plato hace que sea más sencillo ver las proporciones de los distintos grupos de alimentos y su clasificación entre hidratos de carbono, vegetales y proteínas (figura 1).

FIGURA 1. EL PLATO PARA COMER SALUDABLE



Fuente: Harvard Medical School. Derechos de autor © 2011 Universidad de Harvard. Para más información sobre El Plato para Comer Saludable, por favor, visite la Fuente de Nutrición, Departamento de Nutrición, Escuela de Salud Pública de Harvard, <http://www.thenutritionsource.org> y Publicaciones de Salud de Harvard, health.harvard.edu.

La propuesta del Plato de Harvard es dar mayor peso al grupo de vegetales, es decir, la mitad de la ración de lo que pongamos será verdura, hortaliza y fruta⁸.

También deberemos tener en cuenta su preparación, una patata cocida no tiene el mismo contenido calórico que una patata frita.

Cuanta más variedad, mejor. Las patatas no cuentan si son fritas (estas las consideraremos como un alimento ocasional); otra cosa son los guisos que llevan verduras o legumbres y, además, patatas.

Los tres grupos de alimentos

VEGETALES

Todo tipo de verduras pueden incorporarse a su alimentación, incluidas aquellas de hoja verde ancha, como las acelgas.

Conviene recordar que cuando se comparan los riesgos/beneficios de la exposición de nitratos por el consumo de hortalizas prevalecen los efectos beneficiosos reconocidos por su consumo⁹.

Las frutas enteras o en trozos son los mejores postres, pero no en zumo, al quitarle la fibra aumentamos su rapidez de absorción y concentramos los azúcares de la fruta.

PROTEÍNAS

De origen animal, carne, pescado, huevos.

Respecto a la proteína animal, es más recomendable el pescado que la carne, y más la carne de ave que la roja, limitando el consumo de carnes altamente procesadas (embutidos, beicon, salchichas...). Respecto al pescado, debe ofrecerse blanco y azul.

No podemos olvidarnos de las proteínas de origen vegetal: las legumbres, los frutos secos (que daremos molidos para evitar riesgos de atragantamientos), las semillas de lino y sésamo molidas y la levadura de cerveza son un buen condimento en purés o ensaladas.

En madres que estén dando el pecho, si bien no está prohibido, se recomienda restringir atún rojo, emperador y tiburón, por tener altas concentraciones de mercurio.

La idea de utilizar el método plato es precisamente esa, que la cantidad de proteínas que se les dé sean solo el 25 % de toda la comida que se ofrezca, controlando así la cantidad de proteína en la dieta de los niños.

HIDRATOS DE CARBONO

Fundamentalmente de absorción lenta: arroz, pasta, pan, patata.

Los granos integrales (trigo integral, arroz integral, quinoa, y productos hechos a partir de estos alimentos, como pasta integral y pan de trigo 100 % integral) tienen un menor índice glucémico al contener todas las partes del cereal, comparado con el arroz blanco, pan blanco, masa de pizza, pasta y otros granos refinados.

BEBIDAS

Para beber: agua. El agua debe ser la bebida principal a elegir. Es muy necesaria desde el momento en que el niño comienza a comer alimentación sólida. Muchas de las causas de estreñimiento cuando empezamos la alimentación complementaria es por la falta del aporte de agua.

A evitar bebidas azucaradas, como refrescos/soda, aguas de fruta y bebidas para deportistas, que proveen muchas calorías y ningún otro nutriente.

Con el tiempo, consumir bebidas azucaradas puede ocasionar aumento de peso y aumentar el riesgo de diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y otros problemas de salud. También las carbonatadas y/o conteniendo sodio, por ser también perjudiciales.

GRASAS

También es importante recordar que las grasas son una parte necesaria de nuestra dieta, y el tipo de grasa (la calidad) que consumimos es lo que más importa. Deberíamos elegir regularmente alimentos con grasas insaturadas que son saludables, como aguacate, pescado, nueces, semillas, y aceites vegetales saludables, como el de oliva virgen extra para cocinar, en ensaladas y verduras/vegetales, y en la mesa; y limitar los alimentos con alto contenido de grasa saturada (especialmente carne roja, pero no eliminar), y evitar las

grasas trans, que no son saludables (provenientes de aceites parcialmente hidrogenados).

LÁCTEOS

En nuestro plato, los lácteos se necesitan en menor cantidad de lo que se necesitaban antes del año de vida¹⁰.

Antes de esta edad, los alimentos diferentes a la leche complementaban las carencias del lácteo, y, como su nombre indica, hablábamos de “alimentación complementaria”. A partir del año, el aporte de este alimento deberá estar alrededor de medio litro al día.

La leche más recomendable sigue siendo la materna, la segunda opción será la leche de vaca entera.

Elija leche entera, yogur natural sin sabores ni azúcares añadidos, cantidades pequeñas de queso de calidad, como el queso fresco, el requesón o el queso semi de calidad, evitar tranchetes o quesitos, que son altamente procesados.

ALIMENTOS ADECUADOS

En cuanto a las leches, la recomendación general, siempre que el niño tenga una alimentación variada y equilibrada, es la leche de vaca. Los niños pequeños pueden obtener toda la nutrición que necesitan bebiendo leche de vaca, comiendo una variedad de alimentos sólidos, con especial importancia de los alimentos ricos en hierro.

Su consumo debe ser de alrededor de medio litro al día. Una cantidad excesiva de leche, entre otros problemas, quita el apetito al niño para que coma por el día otro tipo de alimentos. Recordemos que la leche no contiene hierro, un abuso de este alimento predispone a tener anemia.

Centrándonos en los niños de más de 1 año, habría que realizar una valoración individualizada y buscar las causas, ya que la más frecuente suele ser las tomas de leche materna en horario nocturno y no estamos de acuerdo en incluir este aspecto en niño sanos que no tienen necesidades especiales.

Problemas “añadidos” en la alimentación después del año

Otro de los retos con los que nos podemos encontrar es que los niños a partir de esta edad tienen que ser selectivos en la comida.

A partir de año, el niño puede presentar varias situaciones que interferirán en su apetito:

LA NEOFOBIA QUE SE PRESENTA A PARTIR DEL AÑO DE VIDA

La neofobia alimentaria, cuyo significado literal es “miedo a probar alimentos nuevos”, supone el rechazo a nuevos productos alimenticios. Este comportamiento está presente en las especies omnívoras; de hecho, se conoce como “el dilema del omnívoro”.

La neofobia alimentaria se considera una estrategia adaptativa muy eficiente para evitar el riesgo de ingerir alimentos nuevos (y desconocidos) que podrían ser potencialmente tóxicos. Sin embargo, los humanos presentan diversas estrategias para resolver ese dilema. Una de ellas implica observar e imitar las dietas de los demás¹¹.

La paciencia, la sociabilidad, observar cómo la familia o amiguitos comen ciertos alimentos ayudará a salvar estos celos.

No forzar, ni premiar, no dar alimentos alternativos con menor nivel nutritivo, comer en familia, tener paciencia sin entrar en los caprichos de alimentación, serán claves para que el pequeño aprenda a alimentarse correctamente.

CON EL PASO DEL TIEMPO ES NORMAL QUE EL APETITO DISMINUYA

Hemos que tener en cuenta que se enlentece su ritmo de crecimiento, por lo tanto, también disminuyen sus necesidades calóricas.

El apetito se adapta al lento crecimiento del niño, y solo el apetito del niño puede usarse como marcador de sus necesidades calóricas.

En un entorno como el nuestro, con una gran disponibilidad de alimentos, es un completo error obligar a un niño a comer más de lo que le pide su apetito. Hacerlo puede truncar su regulación natural del apetito-saciedad, además de favorecer una relación poco sana con la comida.

EVITAR DISTRACCIONES (PANTALLAS, JUGUETES)

Desde esta edad hay que educarlos para que la alimentación sea algo consciente, además de ser un momento muy importante para compartir y para disfrutar en familia.

Para ello, incluiremos al pequeño en la mesa, recordemos que los niños aprenden observando a sus mayores, padres o hermanos, además que disfrutará más de ese momento.

Así que acerca al niño a la mesa de forma segura, ya sea en el regazo o utilizando una silla apropiada (trona).

No existe la comida para niños diferenciada de la comida para adultos. Se puede combinar la textura o el tamaño de los bocados, pero la comida sirve para todas las edades.

Reforzando los logros. No utilizar los alimentos como premios o castigos, ni como consuelo o chantaje.

CAMBIOS DE RUTINAS, BÚSQUEDA DE ATENCIÓN

Los cambios de rutina pueden afectar mucho a los niños. El nacimiento de un hermano, empezar la guardería, disminución en las horas de atención de los padres por diversas razones, trabajo, enfermedad. Esos cambios que le producen malestar pueden influir en su apetito, forzarlo a comer en esos momentos solo empeorará la situación. La comprensión y el respeto serán nuestras mejores bazas, darle tiempo a asimilar el cambio, poco a poco irá recuperando el apetito.

Hacer lo contrario puede llevarnos a un “chantaje con la comida”; no es algo intencionado, pero los niños perciben enseguida con qué actitudes consiguen más atención, más premios.

Y sin duda, si ven que remoloneando con la comida consiguen estos beneficios, no hay duda que lo utilizarán.

Es fácil distinguir esta situación, son niños que comen muy mal en el hogar, pero que en el colegio y en la guardería comen mucho mejor.

¿QUÉ ES UN NIÑO MAL COMEDOR?

Muchas veces un niño no es mal comedor, simplemente no come lo que el adulto piensa que debería comer. Es importante diferenciar una situación de la otra¹².

Se considera que un niño es mal comedor cuando:

- Niños que solo comen lo que les gusta.
- Que solo comen triturado.
- Que se eternizan a la hora de comer.
- Que se levantan de la mesa sin terminar.
- Que cierran la boca y allí no entra nada.
- Escupen o hacen bolo.
- Solo comen con unas condiciones. Por ejemplo: si me lo da mamá, si te pones la blusa rosa, si la pajita es verde y al mismo tiempo jugamos al fútbol...
- Caprichos...

Debemos respetar el apetito del niño cuando come; si es razonablemente variado, pero poquitas cantidades, no es un niño mal comedor.

El niño no tiene ningún problema, lo tiene una sociedad que se ha empeñado en que todos los niños coman las mismas

cantidades. Los niños, al igual que los adultos, pueden tener necesidades y requerimientos nutricionales diferentes y gustos diferentes, de la misma manera que sus padres, no comerán las mismas cantidades de las mismas cosas. Si lo entendemos en los adultos, debemos entenderlo en los niños.

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

Por supuesto, mantendremos las precauciones con los alimentos que puedan producir atragantamientos, para evitar accidentes desagradables; incluso más que en meses anteriores, con el aumento de las habilidades motoras del bebé, aumentará el riesgo.

Cuidado pues con los frutos secos enteros, el hueso de las olivas, cereza, la miga de pan blandita, que al aplastarla puede transformarla en pequeñas pelotitas compactas.

Comer sentado es una buena manera de evitar un susto, la comida en la boca, mientras se corre, se salta, se juega, es peligrosa. Un movimiento brusco puede desplazarla hacia las vías respiratorias.

Los biberones a esta edad también pueden tener efectos indeseables. Los azúcares del alimento perjudican a la dentición que ya ha erupcionado y los reflujos hacia el oído, si se toma tumbado, pueden aumentar los problemas en este órgano.

CONCLUSIONES

- La comida no solamente consiste en alimentar a los niños, también es un momento de disfrute, de relajación, de compartir ese ratito alrededor de la mesa. La comida jamás ha de servir como premio o como castigo, nunca se debe usar como moneda de cambio.
- Recordar que no solo iniciamos la alimentación, iniciamos hábitos en torno a la comida. Un mal hábito o que no se pueda mantener en el tiempo, costará cambiarlo.

- No hay que correr ni tener prisa para que el niño coma más, esto es una carrera de fondo, un largo paseo que durará toda la vida, paciencia, constancia, perseverancia y que fluya la buena energía.
- Si el niño se siente atacado, forzado, acosado bajo un padre o una madre agobiados, angustiados, frustrados o enfadados, difícilmente conseguiremos nuestro objetivo. Hay que poner raciones pequeñas, apetecibles, que le entren por los ojos. Y de manera relajada, hay que variar los menús, ser original, intentar no centrar la atención en la comida y sí en la conversación y... disfrutar¹³.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez M. Recomendaciones de la Asociación Española de pediatría sobre la Alimentación complementaria, Comité de Lactancia materna, Comité de Nutrición. 2018. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacion_complementaria_nov2018_v3_final.pdf
2. Generalitat de Catalunya. Agència de Salut Pública de Catalunya. La alimentación saludable en la primera infancia. Barcelona: Departamento de Salud; 2023. Disponible en: [https://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/promocio/alimentacio-saludable/primera-infancia/index.html#googtrans\(cales\)](https://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/promocio/alimentacio-saludable/primera-infancia/index.html#googtrans(cales))
3. Baby Evolution. Recomendaciones para la alimentación después del año. 2020. Disponible en: <https://babyevolution.com.co/ser-padres/bebe-de-1-ano-en-adelante/recomendaciones-para-la-alimentacion-despues-del-ano/>
4. Sociedad Española de Inmunología Clínica, Alergología y Asma Pediátrica. La SEICAP recomienda la introducción precoz de alimentos para prevenir la alergia alimentaria. SEICAP. 2023. Disponible en: <https://seicap.es/la-seicap-recomienda-la-introduccion-precoz-de-alimentos-para-prevenir-la-alergia-alimentaria/>
5. Harvard School of Public Health. El plato para comer saludable para niños. Boston: Harvard School of Public Health; 2015. [Citado 23 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://nutritionsource.hsph.harvard.edu/el-plato-para-comer-saludable-para-ninos/>
6. Galán L. El blog de malas madres. 2019. Alimentación infantil: descubriendo el Plato de Harvard. [Citado 23 de febrero de 2020]. Dis-

ponible en: <https://clubdemalasmadres.com/descubriendo-alimentacion-infantil/>

7. Fundación ONCE. Obesidad infantil en España: Un problema creciente 2024 Disponible en: <https://www.discapnet.es/salud/sintomas/obesidad-infantil>
8. The Nutrición Source. El plato para comer saludable (en español). Disponible en: <https://nutritionsource.hsph.harvard.edu/healthy-eating-plate/translations/spanish/>
9. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Recomendaciones de consumo para la población infantil por la presencia de nitratos en hortalizas de hoja. Disponible en: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/para_el_consumidor/ampliacion/nitratos_hortalizas.htm
10. Asociación Española de Pediatría. Decálogo sobre la importancia de la leche en la alimentación infantil. AEP. 2019. Disponible en: <https://enfamilia.aeped.es/vida-sana/decalogo-sobre-importancia-leche-en-eta-pa-infantil#:~:text=variada%20y%20equilibrada-,La%20leche%20es%20un%20alimento%20b%3%A1sico%20dentro%20una%20dieta%20variada,los%2012%20meses%20de%20edad>
11. Maiz E, Iturbe I. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria desde las diferentes perspectivas psicológicas. Nutr Hosp. 2022 Aug 26;39(Spec No2):68-80. [Citado 19 de mayo de 2025]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112022000500011&lng=es
12. osinteresa.com. Cómo se llega a tener un hijo mal comedor en casa. 2016. [Citado 19 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://osinteresa.com/nino-mal-comedor/>
13. Ruiz G. El blog del pediatra. Plato de Harvard para niños. Instrucciones de uso. 2017. [Citado 23 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://pediatragabiruib.com/plato-harvard-nino-instrucciones/>

4 Alergias e intolerancias

53

Ana M.^a Latorre Izquierdo

Enfermera especialista en Pediatría. Enfermera de Pediatría en el CS Amparo Poch. Zaragoza (Actur Oeste)

Introducción

Los cambios en los estilos de vida, que están siendo mucho más notables en estos últimos años, han hecho que haya un aumento considerable de las reacciones adversas a determinados alimentos, siendo estas un problema importante en la edad pediátrica, ya que es en los primeros años de vida cuando suelen hacer su aparición, teniendo gran impacto en las costumbres familiares, las relaciones sociales y la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Las reacciones adversas a los alimentos las podemos englobar en dos grandes grupos: alergias alimentarias e intolerancias alimentarias.

La diferencia entre unas y otras es que en las alergias vamos a encontrar un mecanismo inmunológico subyacente, mientras que las intolerancias van a deberse a factores metabólicos, farmacológicos o idiosincráticos que no conllevan una respuesta inmune.

El papel de las enfermeras es clave en la detección temprana, la educación de las personas con alergias, la familia y la sociedad, en general, para la prevención de posibles complicaciones asociadas, así como en el manejo de las mismas^{1, 2}.

Es por ello que se hace imprescindible que las enfermeras conozcan las diferencias entre intolerancia y alergia, los métodos de diagnóstico, las manifestaciones clínicas y las intervenciones que se deben llevar a cabo para garantizar la seguridad de estos pacientes, así como un estado nutricional adecuado de los mismos.

Conceptos fundamentales

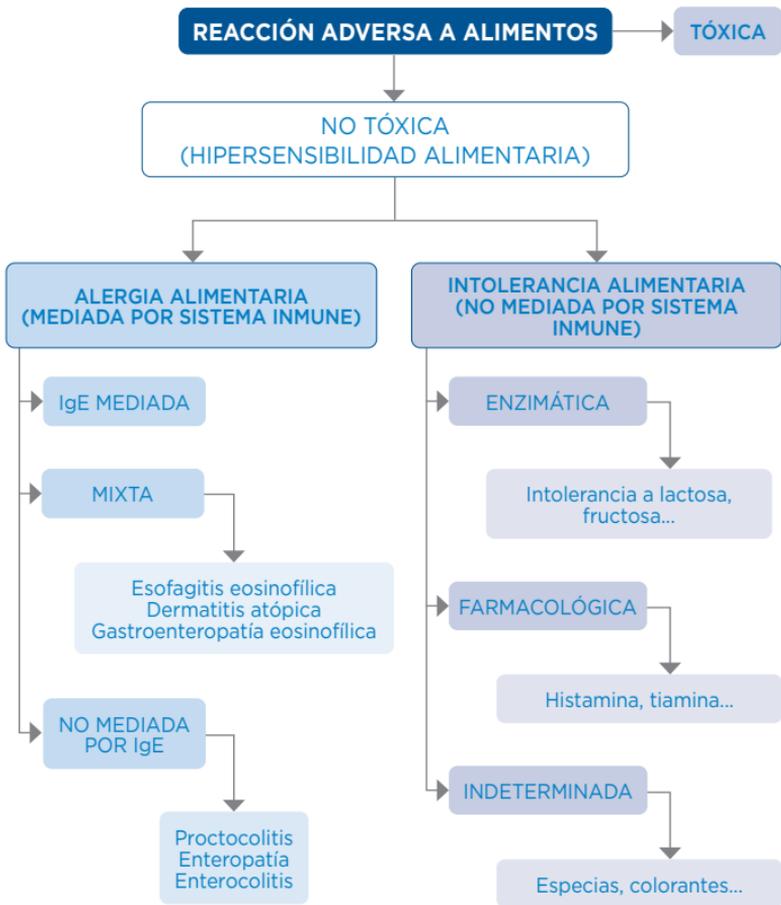
Si tomamos como referencia a la Academia Europea de Alergia e Inmunología Clínica (EAACI)¹ y las directrices que esta da, podemos definir reacción adversa a un alimento como la respuesta clínica anormal atribuida a la exposición a un alimento o aditivo alimentario. Dentro de las reacciones adversas se establecen dos grandes apartados³:

- **Reacciones alimentarias tóxicas:** derivan de la toxicidad general en humanos de ciertas sustancias que contaminan los alimentos o están presentes en ellos de forma natural y pueden afectar a cualquier individuo (pesticidas, bacterias toxígenas, parásitos, etc.).
- **Reacciones alimentarias no tóxicas o de hipersensibilidad:** dependen de una susceptibilidad individual y, por lo tanto, solo afectan a una parte de la población y se repiten siempre que se produce la exposición a este alimento.

En relación con el mecanismo patogénico, se dividen en (figura 1):

- **Alergia alimentaria:** reacción alimentaria no tóxica con mecanismo patogénico inmunológico demostrado. Las reacciones alérgicas alimentarias se subdividen en:
 - Alergia alimentaria mediada por inmunoglobulina E (IgE): afecta a individuos atópicos que presentan anticuerpos IgE, confirmados por pruebas *in vivo* o *in vitro*, específicos a alimentos, que se relacionan significativamente con los síntomas y/o con las pruebas de provocación o de exposición.
 - Alergia alimentaria no mediada por IgE: incluye las reacciones inmunológicas causadas por otras Ig específicas a alérgenos alimentarios diferentes a la IgE, inmunocomplejos alimentarios y las reacciones inmunológicas específicas frente a alimentos mediadas por células.

- También son posibles formas mixtas parcialmente mediadas por IgE y por células, así como con manifestaciones clínicas generalmente digestivas.
- **Intolerancia alimentaria:** reacción adversa a los alimentos que no involucra el sistema inmunológico. Pueden ser enzimáticas, farmacológicas o indefinidas.

FIGURA 1. CLASIFICACIÓN DE ALERGIAS


Fuente: elaboración propia basada en la clasificación de la Organización Mundial de Alergias.

Epidemiología y etiopatogenia

Los datos sobre la prevalencia de las reacciones adversas a los alimentos son poco precisos, ya que varían según los métodos empleados para su estudio, la población que estemos estudiando, la metodología que se emplee, la edad, el tipo de dieta, etc.

Aunque la prevalencia de las reacciones adversas a los alimentos está sobreestimada por la población general, y solo se confirma en un tercio o menos de los casos reales mediante pruebas diagnósticas, sí se ve una tendencia ascendente, al igual que en otras enfermedades alérgicas.

En cuanto a la edad, la alergia a los alimentos es más frecuente en los niños, sobre todo en los primeros años de vida, esto es debido a que es a esta edad (primeros 24 meses de vida) cuando se introducen en la dieta del niño la mayor parte de alimentos potencialmente alergénicos y se establecen los mecanismos de tolerancia inmunológica, afectando a un 6 % de niños menores de 3 años de edad y a un 2 % de los adultos, siendo la relación de alergia a los alimentos en niños y adultos de un adulto por cada 3,6 niños afectados.

En Europa, la alergia a los alimentos en población infantil se sitúa entre 0,3-7,5 % y, respecto al sexo, en los niños existe una mayor prevalencia de reacciones adversas por alimentos en el sexo masculino⁴.

En los niños menores de 4 años, la leche, el huevo y el pescado son los alimentos más reactivos. A partir de esa edad, los vegetales, los frutos secos, como la avellana, la nuez o los pistachos, y las frutas, como el melocotón o de hueso en general, son las alergias alimentarias más frecuentes y suelen perdurar en el tiempo. También sucede con el cacahuete, que, aunque botánicamente es una legumbre perteneciente a la misma familia que los guisantes y las lentejas, por su base alimenticia se le considera un fruto seco, con una estructura en su proteína similar a la que contienen los frutos

secos de cáscara. Por otra parte, en los niños es frecuente la presencia de alergia a varios alimentos a la vez^{4,5}.

La dermatitis atópica y la alergia alimentaria no mediada por IgE están estrechamente relacionadas, especialmente en el contexto de la “marcha alérgica”, donde diferentes manifestaciones atópicas se presentan sucesivamente a lo largo de la vida de un individuo. Los niños con alergia alimentaria no mediada por IgE tienen una mayor predisposición a desarrollar otras enfermedades alérgicas, incluyendo dermatitis atópica, asma y rinitis alérgica. Esta coexistencia es más común en pacientes con dermatitis atópica de inicio temprano, agresiva y persistente^{6,7}.

Hay otros factores que influyen y predisponen al desarrollo de una alergia alimentaria, como los antecedentes familiares de alergias y atopias, la introducción temprana o tardía de alimentos potencialmente alérgenos y/o la exposición a factores ambientales y de contaminación, así como la dieta, el tipo de parto y los microorganismos que intervienen tanto en el desarrollo intrauterino como en las primeras etapas de la vida del niño^{8,9}.

Otro factor a tener en cuenta es la zona geográfica, ya que las reacciones alérgicas varían según los distintos hábitos de consumo; así, en países donde el consumo de pescado es elevado, hay un mayor número de reacciones alérgicas al pescado que en las zonas geográficas donde el consumo es escaso o nulo.

Existen diversas posturas sobre la prevención de las alergias alimentarias. En la década de los 90 y a principios de los 2000 se recomendaba retrasar la ingesta de ciertos alimentos potencialmente alergénicos hasta alcanzar una mayor maduración del sistema inmunológico. Actualmente, la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN) destaca nuevos estudios que sugieren que, al contrario de lo que se recomendaba anteriormente, la introducción temprana (entre los 5-11 meses de edad) de dichos alimentos podría incluso proteger de padecer la alergia alimentaria. Dicha estrategia también se aplica al gluten y por los mismos motivos³.

Diferencia entre alergia alimentaria e intolerancia

En numerosas ocasiones se utilizan los términos intolerancia y alergia como sinónimo, pero hay que tener en cuenta que son términos que reflejan condiciones muy distintas que hay que saber diferenciar pese a poder tener sintomatología similar¹⁰. Saber diferenciarlas hace que podamos tratar mucho mejor al paciente pediátrico (figura 2).

Las intolerancias alimentarias, como, por ejemplo, la intolerancia a la lactosa o a la fructosa, provocan malestar y otros síntomas, generalmente digestivos, en el paciente y son debidos a que el organismo no es capaz de digerir de forma correcta un alimento determinado o a sustancias presentes en este, con efectos metabólicos. Los síntomas más comunes de la intolerancia alimentaria son síntomas digestivos, irritabilidad, nerviosismo y/o dolor de cabeza.

En el caso de las alergias, es habitual la clínica digestiva, pero puede aparecer también asociada o de forma aislada otro tipo de sintomatología respiratoria, cutánea o sistémica y grave, como el *shock* anafiláctico.

La respuesta del organismo frente a una alergia va a ser casi inmediata y se va a producir en los primeros minutos y hasta las 2 horas si son mediadas por IgE y entre las 2 y 48 horas si no son mediadas por IgE.

Saber distinguir entre alergia e intolerancia es crucial para evitar restricciones dietéticas innecesarias, y siempre teniendo en cuenta que las dietas de eliminación no supervisadas pueden comprometer el estado nutricional del niño, afectando a su crecimiento y desarrollo, por lo que es fundamental la intervención de un equipo multidisciplinar formado por pediatras, enfermeras pediátricas y/o de nutrición y alergólogos, para garantizar una alimentación equilibrada¹¹.

FIGURA 2. DIFERENCIAS ENTRE INTOLERANCIA Y ALERGIA

ALERGIA ALIMENTARIA

- Causada por respuesta inmune (Ige/no IgE)
- La sintomatología puede ser digestiva, respiratoria, cutánea, sistémica
- Respuesta más definida e inmediata
- Se debe evitar el consumo del alimento

INTOLERANCIA ALIMENTARIA

- No interviene el sistema inmune y hay problema enzimático o metabólico
- Sintomatología digestiva
- Síntomas difusos y con cronología variable
- Se pueden tolerar pequeñas cantidades del alimento

Fuente: elaboración propia.

Alergia alimentaria

La alergia alimentaria es una reacción alimentaria no tóxica con mecanismo patogénico inmunológico.

Se han descrito tres mecanismos relacionados con la fisiopatología de la alergia alimentaria: uno es mediado por IgE; otro, por células inmunológicas no IgE, y un tercero, con mecanismo mixto^{12, 13}.

Las manifestaciones clínicas de la alergia son diversas, según sea el mecanismo inmunológico de base o del órgano afectado.

Los síntomas que podemos encontrar en reacciones alérgicas provocadas por alimentos son variados y pueden afectar a diferentes órganos:

- **Urticaria y/o angioedema:** son los signos más frecuentes y su aparición suele ser brusca. Se acompañan de intenso prurito y afectan, sobre todo, a la piel que ha estado en contacto con el alimento. Puede producir también edema de partes blandas, siendo el edema de glotis el más peligroso.

- **Síntomas gastrointestinales agudos:** náuseas, vómitos, dolor abdominal o diarrea de presentación brusca tras la ingesta de un alimento y expulsión de heces en escopeta. Generalmente, en lactantes, es raro en el niño mayor.
- **Síndrome de alergia oral:** prurito oral u orofaríngeo tras la ingesta de ciertos alimentos. A veces precede a un cuadro más grave: la anafilaxia.
- **Dermatitis atópica:** sequedad, eritema e irritación de la piel. En esta entidad es frecuente encontrar hipersensibilidad IgE mediada frente a diversos alimentos e inhalantes, aunque no hay relación entre la gravedad de la dermatitis y la asociación a alimentos.
- **Asma bronquial:** en pacientes muy alérgicos a alimentos es posible el asma o síntomas faringo-conjuntivales tras la inhalación de productos volátiles, que se desprenden con mayor intensidad durante la manipulación o cocinado.
- **Anafilaxia:** hasta el 1 % de los pacientes sensibilizados a alimentos pueden presentarla. Se trata de una reacción alérgica muy grave y hay que sospecharla cuando existe afectación cutánea de aparición inmediata tras la ingesta de un alimento asociada a sintomatología respiratoria. A veces puede aparecer afectación multisistémica y derivar a *shock*, por lo que es necesario conocerla para tratarla antes de llegar a esta situación.

ALERGIA ALIMENTARIA MEDIADA POR IgE

Afecta a individuos atópicos que presentan anticuerpos IgE confirmados por pruebas *in vivo* o *in vitro*, específicos a alimentos que se relacionan significativamente con los síntomas y/o con las pruebas de provocación o de exposición.

Ante la sospecha de una reacción mediada por IgE, se debe realizar una buena historia clínica y valorar si ha existido más de un contacto con el alimento sospechoso seguido de la misma clínica. Realizaremos *prick test* o, en su defecto, el *prick by prick* o *prick-prick*¹⁴, que se realiza cuando no se

dispone de extractos comerciales estandarizados, y consiste en colocar un pequeño fragmento del alimento u otro alérgeno sospechoso sobre la piel y con una lanceta se atraviesa el alimento y la piel al mismo tiempo, o pinchar en primer lugar el alimento con la lanceta y luego la piel del paciente. Si es una fruta o verdura, se debe valorar la prueba de la piel y de la pulpa del alimento por separado. En el caso de alimentos de consistencia dura o en forma de polvo (frutos secos, harina, etc.), se trituran y/o se diluyen en solución salina, después se humedece la lanceta con el líquido extraído de la preparación y se hace la punción.

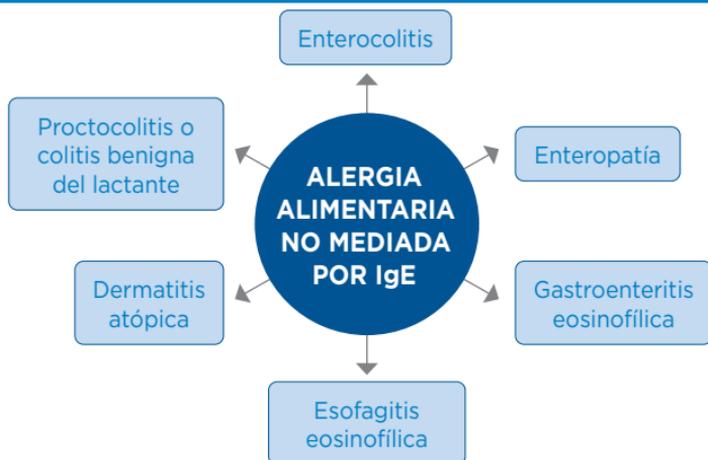
En la mayoría de los casos deberemos realizar una prueba de provocación controlada, y esta última no se realizará si la clínica es muy indicativa y se encuentran *prick test* positivos al alimento y solamente a ese alimento, sin encontrar valores de IgE para otros.

Recordemos que las alergias alimentarias mediadas por IgE más frecuentes en la infancia son la leche y el huevo, aunque no hay que despreciar las producidas por pescados, frutos secos y mariscos.

ALERGIA ALIMENTARIA NO MEDIADA POR IgE

Incluye las reacciones inmunológicas causadas por otras Ig específicas a alérgenos alimentarios diferentes a la IgE, inmunocomplejos alimentarios y las reacciones inmunológicas específicas frente a alimentos mediadas por células (figura 3).

Las enteropatías, enterocolitis y proctocolitis inducidas por proteínas alimentarias son cuadros digestivos que se inician generalmente en los primeros 6 meses de vida, son de carácter autolimitado y se resuelven espontáneamente en el primero o segundo año de edad. Los alimentos implicados con más frecuencia en nuestro medio son la leche, el pescado y el huevo, pero pueden producirse por otras proteínas alimentarias. Son reacciones tardías que se inician después de 1 hora de la ingestión del alimento¹⁵.

FIGURA 3. ALERGIA ALIMENTARIA NO MEDIADA POR IGE

Fuente: elaboración propia.

Ante una alergia alimentaria, surgirá la siguiente pregunta: Un niño alérgico a un alimento, ¿lo es también al resto de alimentos del mismo grupo?

La respuesta es que va a depender del tipo de alimento; así, los alérgicos a la leche de vaca habitualmente lo son también a las leches de otros mamíferos, tipo cabra y oveja, porque dichas leches comparten muchas proteínas, pero pueden tolerar otras leches, como la leche de burra o la de camella.

Tampoco es necesario retirar o no introducir la carne de ternera en estos niños, ya que la mayoría de ellos la toleran perfectamente cocinada en la forma habitual.

El niño alérgico al huevo de gallina suele ser también alérgico a huevos de otras aves.

Pescados y mariscos son familias absolutamente diferentes y no tienen por qué ser alérgicos a ambos grupos de alimentos; los alérgicos a pescados es frecuente que reaccionen a muchos de ellos porque la parvalbúmina es la proteína más comúnmente implicada en la alergia a pescados y la tienen

la mayoría de ellos, aunque también encontramos casos aislados de alergia a un solo tipo de pescado.

Entre los mariscos, hay familias muy diferenciadas; así, los moluscos, los cefalópodos y los crustáceos no comparten muchas de sus proteínas y, por lo tanto, deben ser estudiados separadamente.

En cuanto a los vegetales y los frutos secos, ahí sí encontramos verdaderas reactividades cruzadas entre distintas familias. Gran parte de la reactividad cruzada existente entre alimentos del reino vegetal es debida a proteínas comunes, como son la profilina y la proteína transportadora de lípidos (PTL), entre las más conocidas en la actualidad. Sin embargo, la profilina es la causante de reacciones habitualmente leves (prurito oral al comer diferentes frutas, por ejemplo). La PTL es una proteína termoestable y resistente a la luz y a la digestión, y causante de reacciones más graves, mientras que la profilina desaparece con la cocción o con el sol¹⁶.

Diagnóstico

Para realizar el diagnóstico de la alergia alimentaria se seguirán tres pasos fundamentales¹⁶:

- **Diagnóstico clínico:** mediante anamnesis exhaustiva, exploración física y complementaria. La historia clínica resulta de gran ayuda para identificar el alérgeno alimentario, mucho más en las reacciones mediadas por IgE, aunque en algunas ocasiones no resulta suficiente y se debe llagar a la prueba de provocación para la confirmación diagnóstica.
- **Exploración alergológica o diagnóstico patogénico:** en el que se realizarán pruebas cutáneas, como el *prick test*¹⁴, que es una prueba rápida, sencilla, de elevada especificidad y sensibilidad, de alta fiabilidad y de bajo coste, que resulta muy útil para confirmar una sospecha diagnóstica de alergia, al introducir en la epidermis, con una lanceta adecuada, un extracto del alérgeno sospechoso que desen-

cadenará la liberación de histamina de los mastocitos de la piel, provocando una pápula y eritema en la zona donde se realiza, generalmente en el antebrazo (figura 4). Esta puede ir complementada con una determinación de IgE sérica específica que es muy útil en Pediatría, sobre todo en lactantes menores de 12 meses en los que la sensibilización no se refleja claramente en la piel con el *prick test*.

- **Diagnóstico etiológico:** mediante la prueba de provocación de exposición controlada.

FIGURA 4. MATERIAL NECESARIO PARA LA REALIZACIÓN DE PRICK TEST



MATERIAL BÁSICO

- Extractos alergénicos
- Lancetas
- Controles



MATERIAL COMPLEMENTARIO

- Guantes
- Algodón y alcohol
- Cinta adhesiva
- Marcador para piel
- Hojas de registro de resultados
- Recipientes para recogida de material de contaminación biológica
- Papel secante



MATERIAL RCP

- Material para RCP (tubos de Guedel, ambú...)
- Fluidometría
- Fármacos: adrenalina, atropina, antihistamínicos, corticoides

RCP: resucitación cardiopulmonar.

Fuente: elaboración propia.

Tratamiento

Son varios los tipos de tratamiento, aunque se pueden llevar a cabo ante la alergia alimentaria:

- **Dieta de eliminación:** es la opción que hoy en día se usa para el tratamiento de la alergia alimentaria y consiste en la evitación del alérgeno hasta conseguir tolerancia. En la evolución natural de la alergia alimentaria, al periodo de sensibilización clínica le sigue otro de sensibilización asintomática hasta conseguir la tolerancia total con la desaparición de anticuerpos IgE específicos. No todos los alérgicos a alimentos alcanzan la tolerancia.
- **Dieta de sustitución:** en ocasiones se recurre a productos de sustitución especiales, como es el caso de la alergia a proteínas de leche de vaca en el lactante.
- **Comprobación periódica de la instauración de tolerancia:** es imprescindible para establecer si es necesario continuar con dieta exenta o si el alimento es tolerado para agregarlo en la dieta de forma segura, y se realiza cada 6-12 meses.
- **Hiposensibilización:** los tratamientos de inmunoterapia oral específica consisten en introducir el alimento por vía oral a dosis muy pequeñas que el paciente tolere, pero progresivamente crecientes, con las que se puede alcanzar la tolerancia, disminuyendo al mismo tiempo la IgE específica.
- **Inmunoterapia convencional:** la inmunoterapia ha sido probada con éxito en algunos tipos de alergia alimentaria a alimentos derivados de las plantas y ha tenido buenos resultados en el tratamiento de la esofagitis eosinofílica.

Papel de la enfermera ante las alergias e intolerancias alimentarias

- **Detección y prevención:**
 - Identificación de signos tempranos y educación a padres sobre la introducción segura de alimentos.
 - Promoción de la lactancia materna exclusiva.

- **Manejo en casos leves:**
 - Retirada del alimento desencadenante y monitoreo de síntomas.
 - Uso de antihistamínicos en caso de reacciones cutáneas leves.
- **Manejo en casos graves (anafilaxia):**
 - Administración de adrenalina intramuscular (epinefrina) en cara anterolateral del tercio medio del muslo como primera línea de tratamiento. La dosis es de 0,01 mg/kg con máximo de 0,5 mg cada 5-15 minutos¹⁷.
 - Soporte vital básico hasta el traslado del paciente en casos severos.
- **Educación y apoyo a la familia:**
 - Importancia de la lectura de etiquetas en alimentos para evitar alérgenos ocultos.
 - Uso correcto de autoinyectores de epinefrina.
 - Elaboración de planes de acción para emergencias en el hogar y en la escuela.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martorell-Aragonés A, Alonso-Lebrero E. Alergia alimentaria. *An Pediatr Cont.* 2008;6(1):50-60. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-alergia-alimentaria-S1696281808748455>
2. Ridao Redondo M. Alergias alimentarias mediadas y no mediadas por IgE. *Pediatr Integral.* 2023;27(2):91-100.
3. Ruiz Sánchez JG, Palma Milla S, Pelegrina Cortés B, López Plaza B, Bermejo López LM, Gómez-Candela C. Una visión global de las reacciones adversas a alimentos: alergia e intolerancia alimentaria. *Nutr Hosp.* 2018;35(Spec No4):102-8.
4. Macías Iglesias EM. Alergia a los alimentos. *Pediatr Integral.* 2018;XXII(2):87-93. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2018-03/alergia-a-los-alimentos/>

5. Nwaru BI, Hickstein L, Panesar SS, Roberts G, Muraro A, Sheikh A. EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines Group. Prevalence of common food allergies in Europe: a systematic review and meta-analysis. *Allergy*. 2014;69(8):992-1007.
6. Rojo Gutiérrez MI, Ballesteros González D, Ortiz Durán AK. Alergia alimentaria no mediada por IgE. *Rev Alerg Mex*. 2023;70(4):259-79. Disponible en: <https://revistaalergia.mx/ojs/index.php/ram/indexhttps://revistaalergia.mx/ojs/index.php/ram/index>
7. García Mérida MJ, Vegas Álvarez AM, Ruiz Chércoles E. Alergia alimentaria. *Formación Activa en Pediatría de Atención Primaria*. 2015;8(3):23-35. Disponible en: https://archivos.fapap.es/DetalleArticulo/_11urTLlmMtVrea6WrA0sG9_NtNSDUugWOQeYC-8f7uKaEwtZz2ZnaPa-iGbh9ajmE9iVjUVw9fYVY-DShw4glaA
8. Comité Nacional de Alergia. Alergia alimentaria en pediatría: recomendaciones para su diagnóstico y tratamiento. 2017. Disponible en: https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consensos_alergia-alimentaria-en-pediatría-recomendaciones-para-su-diagnostico-y-tratamiento-93.pdf
9. Rojas-Puell MJ, Runzer-Colmenares FM, Salazar-Gastelú D, Santa Cruz-De Lama F, Medina-Hernández A. Alergia alimentaria y su asociación con dermatitis atópica autorreportada en adultos jóvenes en Lima, Perú. *Rev Alerg Mex*. 2021;68(4):233-41.
10. Blasco Valero C, Muñoz Archidona C. El niño polisensibilizado a varios alimentos. *Protocolos Diagnósticos Terapéuticos en Pediatría*. AEP. 2019;2:259-70. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/18_polisensibilizacion_alimentos.pdf
11. Valls Arévalo Á. Diferencias entre alergia e intolerancia alimentaria: no son lo mismo. *Sociedad Valenciana de Pediatría*. 2021. Disponible en: <https://socvalped.com/patologias/alergia/2021/diferencias-entre-alergia-e-intolerancia-alimentaria-no-son-lo-mismo/>
12. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Alergias e intolerancias alimentarias. Disponible en: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/para_el_consumidor/ampliacion/alergias.htm
13. Dadán S, Daza Carreño W, Higuera Carrillo M. Dificultades de alimentación en pacientes con alergia alimentaria en gastroenterología pediátrica. *Pediatría*. 2022;55(1):11-7. Disponible en: <https://revista-pediatria.emnuvens.com.br/rp/article/view/306/333>
14. Alamar Martínez R, Sierra Talamantes C, Zaragoza Ninet V, Olaya Alamar V. Prick-test en el diagnóstico de alergia cutánea. *Enferm Dermatol*. 2012;(17):23-33.

15. Plaza-Martín AM. Alergia alimentaria en la edad pediátrica, conceptos actuales. *An Pediatr (Barc)*. 2016;85(1):50.e1-50.e5. Disponible en: https://www.analesdepediatria.org/es-alergia-alimentaria-edad-pediatica-conceptos-articulo-S1695403316000278?utm_source
16. Martín Armentia S, Armentia Medina A. Alergia alimentaria en la infancia. Recomendaciones para prevenir, diagnosticar y tratar. *Dieta Rev Iberoam Nutr*. 2019;29(1):11-7.
17. Asociación Española de Pediatría. Adrenalina. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2020. [Citado 27 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum/adrenalina>

5 Hábitos saludables

69

M.^a del Carmen García Jiménez*, Esther Nieto García** y Ana M.^a Latorre Izquierdo***

* *Matrona. Licenciada en Antropología. Universidad Autónoma de Madrid. Máster Universitario en Nutrición y Dietética. Universidad Nebrija. Miembro de la Junta Directiva de AdENyD*

** *Enfermera Familiar y Comunitaria. Antropóloga. CS Lucero. SERMAS. Profesora Asociada. Universidad Rey Juan Carlos. Dpto. de Especialidades Médicas y Salud Pública. Presidenta de la Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria (FAECAP)*

*** *Enfermera especialista en Pediatría. Enfermera de Pediatría en el CS Amparo Poch. Zaragoza (Actur Oeste)*

INFOGRAFÍA 1. POSTURAS Y POSICIONES PARA AMAMANTAR

M.^a del Carmen García Jiménez



(Continúa)

(Continuación)

INFOGRAFÍA 1. POSTURAS Y POSICIONES PARA AMAMANTAR

M.^a del Carmen García Jiménez



Posición de cuna cruzada



Posición invertida o de balón de rugby o fútbol americano



Posición de balón de rugby doble



Posición a caballito



Posición de mano de bailarina



Lactancia materna con portabebés

Postura a cuatro patas o posición boca arriba (consultar aquí)



Bibliografía recomendada de la infografía 1

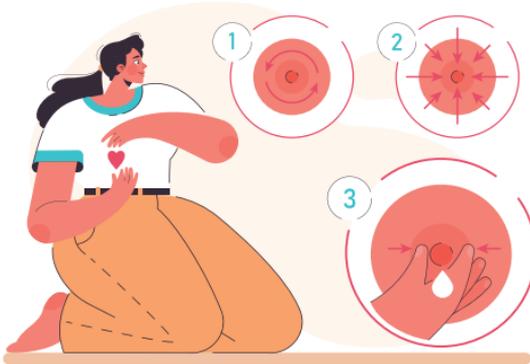
- Aplicaciones móviles gratuitas para el apoyo de la lactancia materna. <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/applactanciamaterna>; <https://lactapp.es/>
- Grupos de apoyo para la lactancia materna. Para localizar grupos de apoyo a la lactancia materna le recomendamos que visite el directorio de la página web de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia. Desde allí puede buscar por provincias y comunidades autónomas, así como dar de alta un nuevo grupo. Disponible en: <http://www.ihan.es/grupos-apoyo>
- Posiciones para amamantar. Healthy Children España. [Consultado febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/baby/breastfeeding/Paginas/Positio-ning-Your-Baby-For-Breastfeeding.aspx>
- Posturas y posiciones para amamantar. Asociación Alba Lactancia Materna. [Consultada febrero de 2025]. Disponible en: <https://al-balactanciamaterna.org/lactancia/claves-para-amamantar-con-exito/posturas-y-posiciones-para-amamantar/>

INFOGRAFÍA 2. BANCO DE LECHE MATERNA DOMICILIARIO

M.^a del Carmen García Jiménez

Recomendaciones sobre la extracción y conservación de la leche materna

Extracción manual. Técnica de Marmet



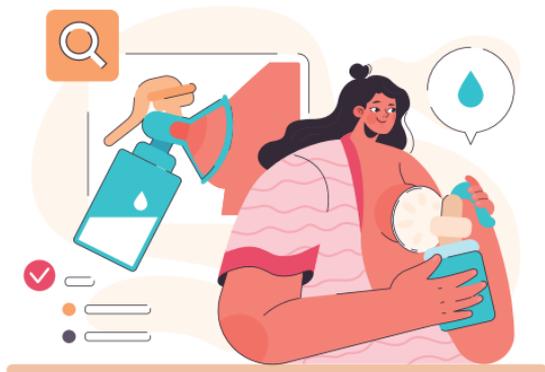
(Continúa)

(Continuación)

INFOGRAFÍA 2. BANCO DE LECHE MATERNA DOMICILIARIO

M.^a del Carmen García Jiménez

Extracción con sacaleches manual o eléctrico



Creación de un banco de leche



(Continúa)

(Continuación)

INFOGRAFÍA 2. BANCO DE LECHE MATERNA DOMICILIARIO

M.^a del Carmen García Jiménez

Conservación en congelador debidamente ordenado y con fecha de extracción en el envase. Cómo descongelar la leche materna.



Fuente: shutterstock.com

Otros enlaces de interés en relación a la extracción láctea:



TABLA 1. CADUCIDADES LÁCTEASM.^a del Carmen García Jiménez

Leche	Temperatura	Tiempo	Notas
A temperatura ambiente	19-26 °C	4-8 horas	El recipiente debe estar tapado
Bolsa térmica con acumuladores de frío	-5-4 °C	24 horas	Los acumuladores deben estar en contacto con los recipientes y la bolsa debe ser abierta solo lo imprescindible
Frigorífico	4 °C	3-5 días	Podría llegar a 8 días si las condiciones higiénicas de extracción fueron máximas
Compartimento congelador dentro del frigorífico	-15 °C	2 semanas	
Compartimento congelador en puerta separada	-18 °C	3-6 meses	
Arcón congelador	-20 °C	6-12 meses	

Fuente: <https://laligadelaleche.es/lactancia-materna/conservacion-y-manipulacion-de-leche-materna/>

Bibliografía recomendada de la infografía 2 y la tabla 1

- Conservación y almacenamiento de la leche materna. Asociación Nacional de Pediatría, en familia. [Consultada febrero 2025]. Disponible en: <https://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/conservacion-almacenamiento-leche-materna>; <https://www.aepap.org/sites/default/files/lactanciaytrabajo.pdf>

INFOGRAFÍA 3. CUÁNDO INICIAR LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Esther Nieto García

El bebé puede mantenerse sentado y sujetando erguida la cabeza de forma autónoma



El bebé es capaz de coordinar la mano para llevar objetos a la boca de forma consciente



El bebé no expulsa los alimentos de la boca sino que los mueve y es capaz de tragarlos



Fuente: elaboración propia.

INFOGRAFÍA 4. CUIDADOS EN LA PREPARACIÓN DE LOS ALIMENTOS

Esther Nieto García



Lavar bien las manos antes de preparar y ofrecer alimentos



Cocinar bien los alimentos, especialmente carnes y pescados



Evitar la contaminación cruzada entre alimentos crudos y cocinados



Conservar adecuadamente los alimentos preparados



Utilizar utensilios y recipientes limpios

Fuente: elaboración propia.

INFOGRAFÍA 5. GUÍA DE ALIMENTOS

Esther Nieto García



Cereales

- Pueden introducirse desde los 4-6 meses
- Priorizar cereales integrales y bajos en azúcares
- Sin gluten: avena, arroz integral, quinoa
- Con gluten: pastas o pan preferiblemente integrales (aportan más vitaminas y fibra)

Verdura

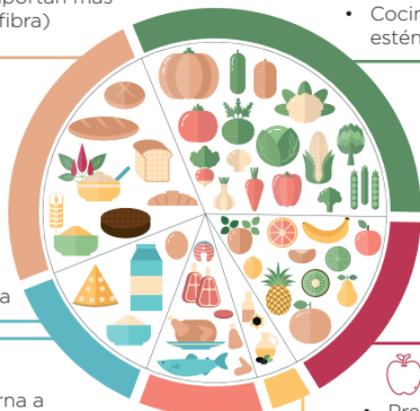


- Preferiblemente de temporada
- Evitar las de hoja verde grande (espinaca, acelga)
- Cocinarlas hasta que estén blandas



Huevo

- Bien cocinado siempre
- Iniciar en porciones pequeñas
- No más de 1 huevo al día



- Azúcares añadidos
- Sal
- Alimentos procesados
- Miel (antes del año)



Lácteos

- Leche materna a demanda o fórmula adaptada 500 ml/día
- Yogur natural sin azúcares añadidos
- Queso tierno desde los 9 meses



Fruta

- Preferiblemente de temporada
- Las redondas y pequeñas deben partirse para evitar atragantamientos
- Ofrecer variedad de colores y sabores



Carne

- No grasas y bien cocinada
- Iniciar con 15 g/ración
- A partir de los 10 meses, máximo 35 g/ración



Pescado

- Tanto blanco como azul (preferentemente pescado pequeño)
- Evitar: cazón, atún rojo, emperador, lucio
- Iniciar con 15 g/ración
- A partir de los 10 meses, máximo 35 g/ración



Agua

- Ofrecer agua de una forma natural
- Utilizar agua segura o hervida



Aceites

- Preferiblemente aceite de oliva virgen extra
- 1 cucharada al día
- Mejor añadirlo crudo



Frutos secos y semillas

- Cualquier variedad, pero siempre triturada para evitar riesgo de atragantamiento

INFOGRAFÍA 6. SIETE PUNTOS BÁSICOS PARA LA ADQUISICIÓN DE UNA BUENA ALIMENTACIÓN A PARTIR DEL PRIMER AÑO DE VIDA

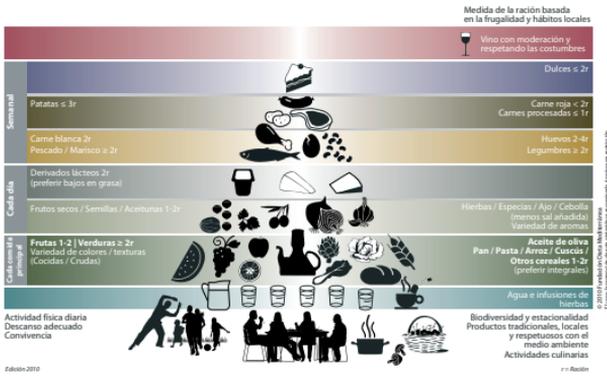
Esther Nieto García

1

El futuro de una buena alimentación está en la buena alimentación de la familia.

Conseguir un equilibrio en los distintos grupos de nutrientes es fundamental, un método sencillo es “el plato” saludable, aunque afortunadamente en España nos basamos en la pirámide de la dieta mediterránea, la dieta más estudiada del planeta y con más evidencia científica según recomienda la OMS, la EFSA y la AESAN.

2



Fundación
Dieta Mediterránea



3

Nunca forzar a comer, el mejor indicador de lo que tiene que comer un niño sano es su apetito.

4

Los padres deben asegurarse de dar buenos alimentos. La cantidad es cosa del pequeño.

5

La comida no es un premio, ni un castigo, ino se negocia con la alimentación!

6

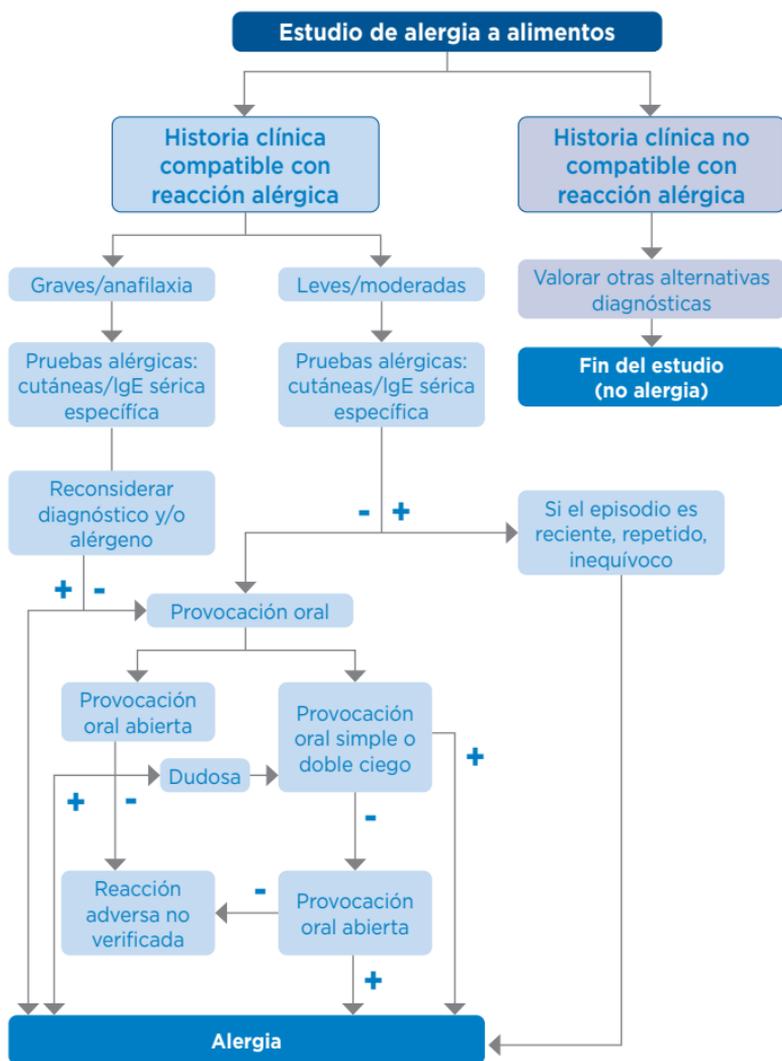
Eliminar pantallas en el momento de la comida; debe ser un rato agradable para compartir en familia.

7

Recordar que no solo iniciamos alimentación, iniciamos hábitos en torno a la comida. Un mal hábito o uno que no se pueda mantener en el tiempo costará cambiarlo.

INFOGRAFÍA 7. ALGORITMO DE DECISIÓN PARA ESTUDIOS DE ALERGIA A ALIMENTOS

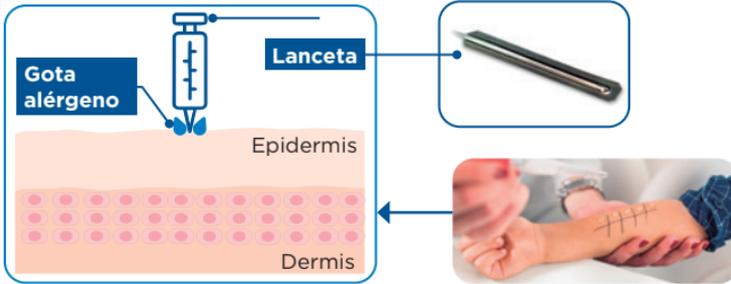
Ana M.^a Latorre Izquierdo



Fuente: adaptada de Martorell-Aragón A, Alonso-Lebrero E. Alergia alimentaria. An Pediatr Contin. 2008;6(1):1-11. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-alergia-alimentaria-S1696281808748455>

INFOGRAFÍA 8. REALIZACIÓN DE PRICK TEST

Ana M.^a Latorre Izquierdo



Comprobamos que disponemos de:

- Material básico para realizar las pruebas
- Medicación y material para posibles reacciones anafilácticas
- Personal médico

**NO REALIZAMOS
PRICK TEST**

+

- Explicar el procedimiento
- Comprobar que no tiene síntomas agudos
- Valorar el estado de la piel para detectar dermatografismo y evitar zonas lesionadas
- Realizar las pruebas en piel sana (antebrazo y, si no es posible, utilizar como alternativa la piel en la zona paravertebral de la espalda)
- Preguntar sobre la medicación que toma y comprobar que no hay ningún fármaco que pueda enmascarar el resultado

- Limpiar la piel con algodón o gasa y alcohol para retirar grasa de la piel y cremas
- Marcar la piel con un marcador de punta fina, preferentemente con números, al lado de donde se van a colocar las gotas de los extractos
- Depositar una gota del extracto alérgico en estudio sobre la piel marcada
- Separar las gotas entre sí 2 cm como mínimo, evitando la zona próxima a la muñeca unos 5 cm, por ser esta zona de la piel menos reactiva, y a la flexura del codo aproximadamente 3 cm, por ser esta zona de la piel más reactiva
- Puncionar a través del extracto con una lanceta con una punta de 1 mm y unas hombreras o topes laterales para que solo se introduzca la punta en las capas superficiales de la piel durante 1 segundo, en posición perpendicular a la piel con un ángulo de 90°
- Esperar 15-20 minutos para la lectura del resultado

Fuente: elaboración propia.

Con la colaboración de



Nestlé