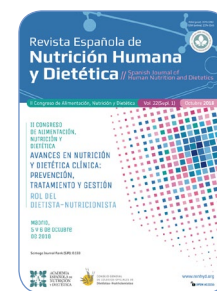


II CONGRESO DE ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

AVANCES EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CLÍNICA: PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y GESTIÓN

ROL DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA



www.renhyd.org



6 DE OCTUBRE DE 2018

EMBARAZO Y LACTANCIA

PONENCIA 2



Patrón de ingesta alimentaria en la primera infancia en una cohorte de lactantes del norte de España

**Laura Monje Pardo^{1,*}, Rosa Pardo Crespo², Elena Güemes², Reyes Mazas²,
Irene Castro², Carmen Rodríguez², Luis Fernández², M^a Jesús Cabero³**

¹Servicio de Nutrición Clínica y Dietética, Centro Médico de Asturias, Oviedo, España. ²Servicio de Pediatría, Atención Primaria, Santander, España. ³Servicio de Respiratorio Infantil, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.

*monjelaura@yahoo.es

La correcta alimentación durante los dos primeros años de vida adquiere gran relevancia para asegurar el crecimiento y mantener la salud en la fase adulta del individuo. Alrededor de los 4-6 meses de vida el lactante alcanza un desarrollo metabólico y funcional que le permite asimilar una dieta más variada que aporte los requerimientos nutricionales que la lactancia materna exclusiva no puede satisfacer^{1,2}. Se trata de un período de transición durante el cual el niño incorpora a su dieta nuevos alimentos, denominados como "alimentación complementaria" (AC) o Beikost³. Aquí se incluyen todos aquellos alimentos que toma el lactante o niño pequeño, distintos de la leche materna, como los zumos, papillas de cereales, purés de verduras, carnes, pescados, etc.⁴.

Existe una disparidad de criterios sobre las recomendaciones específicas para la alimentación de lactantes y niños

pequeños, aunque se han elaborado una serie de guías sobre cuál es el momento idóneo de la incorporación de la AC en la dieta del lactante⁵. Sin embargo, una AC óptima va a depender no sólo de con qué se alimenta al lactante, sino también por cómo, cuándo, dónde y quién alimenta al niño^{6,7}. Aunque hay recomendaciones sobre el momento del inicio, la forma de avance y la no necesidad de retrasar ciertos alimentos, sin embargo, no se ofrece un calendario específico para el orden de introducción de alimentos y la decisión se deja abierta, en manos de los profesionales. La forma habitual de introducir la AC es progresiva y empírica, incluyendo un nuevo alimento con intervalos de tiempo suficientes para que el niño los vaya aceptando y tolerando antes de introducir otro nuevo. Por tanto, el momento en el que se incorpora cada alimento (cereales, fruta, puré de

verduras, carne, etc.) puede variar en función de factores nutricionales, geográficos, económicos o sociales⁸.

Todos estos factores repercuten en la calidad de la AC y hacen que pueda ser de una calidad nutricional inferior a la de la leche materna, ofrecerse a edades demasiado tempranas o con demasiada frecuencia lo que contribuye al desplazamiento de la lactancia materna (LM) como fuente de nutrientes⁹. Incluso, la capacidad gástrica del lactante o niño pequeño puede alterar la cantidad de alimentos que puede consumir durante cada comida⁴.

Además, es importante considerar que el primer año de la vida de un niño constituye un período fundamental para instaurar unas prácticas alimentarias adecuadas. El aumento de la prevalencia de la obesidad en la infancia puede relacionarse con la ingesta inadecuada de ciertos tipos de nutrientes en las etapas tempranas de la vida, especialmente en cuanto a energía y proteínas¹⁰.

En este estudio hemos recogido variables antropométricas, ingesta de alimentos y lactancia materna, ingesta alimentaria por grupos de alimentos durante la alimentación complementaria, así como la ingesta calórica durante los primeros 18 meses de vida, con el objetivo de evaluar los patrones de alimentación de manera pormenorizada, así como las diferencias de consumo de alimentos entre los que toman LM y los que no. El objetivo del presente trabajo es evaluar la relación entre el tipo de lactancia materna y la cantidad y composición de la alimentación complementaria durante el primer año de vida.

Estudio longitudinal en el que han participado 246 niños sanos (116 mujeres), reclutados a los 6 meses de edad y seguidos hasta 18 meses, como parte de un estudio más grande en el norte de España. Se utilizaron cuestionarios alimentarios 24/72 horas registrando la ingesta diaria de alimentos (lactancia materna, fórmula, cereales, frutas, yogur, verduras y carne o pescado) a los 6, 9, 12, 15 y 18 meses de edad. Posteriormente hemos procedido a la conversión de dicho registro alimentario a ingesta calórica y por principios inmediatos.

El porcentaje de LM es del 45,5% (mayoritaria 60,7%) a los 6 meses, 26,2% (mayoritaria 49,1%) a los 9 meses y del 21,2% (mayoritaria 27%) a los 12 meses.

Los lactantes que toman LM toman significativamente menos cantidad de alimentos en todos los grupos de alimentos ($p < 0,001$ - $p = 0,009$) y de ingesta total ($p < 0,001$) a los 6 meses y se van atenuando en las siguientes revisiones de 9 y 12 meses.

Se constató que la ingesta de proteína fue más elevada de lo que marcan las IDRs (ingesta diaria recomendada) en niños de 1 a 3 años de edad. Los valores recomendados de ingesta proteica son 1,05g/kg de peso/día, y en nuestro estudio oscilaron entre 2,66g/kg de peso/día a los 12 meses, 3,53g/kg de peso/día a los 15 meses y 3,71g/kg de peso/día a los 18 meses.

Se observó que los niños con LM tomaron menos cantidad de todos o casi todos los grupos de alimentos que consta la AC de los 6 a los 12 meses; esto puede ser debido a que la LM produce algún mecanismo de saciedad que les induce a ingerir menor cantidad de alimentos en esta etapa, o porque las familias con más tendencia a ofrecer más cantidad de alimentos son los más tendentes al abandono precoz de la LM. Este hecho no se tiene en cuenta en la mayoría de los estudios que atribuyen a la LM menor riesgo de obesidad sin comparar el aporte calórico de la AC de los niños que toman pecho frente a los que toman fórmula.

Estos datos coinciden con las cifras de las encuestas nutricionales nacionales de la población, que extraen datos de ingesta de proteína elevados y de fibra valores muy inferiores a los recomendados, con las consecuencias a largo plazo que este hecho conlleva para la salud. Nuestro estudio constata que este hecho se produce desde edades tempranas.

Los lactados de pecho toman significativamente menos cantidad de todos los grupos de alimentos y de la ingesta global. La ingesta de proteína de los 12 a los 18 meses de edad es elevada y va aumentando con las edades, llegando a alcanzar cifras de más del doble y más del triple de lo que marcan las recomendaciones institucionales para este rango de edad. Por otro lado, este estudio constata que la ingesta de fibra es inferior en todas las edades estudiadas, manteniéndose la ingesta de hidratos de carbono y energía, que se adaptan en gran medida a los parámetros recomendados.



CONFLICTO DE INTERESES

Los autores expresan que no hay conflictos de interés al redactar el manuscrito.



REFERENCIAS

- (1) Caroli M, Mele RM, Tomaselli MA, Cammisa M, Longo F, Attolini E. Complementary feeding patterns in Europe with a special focus on Italy. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2012; 22(10): 813-8.
- (2) Qasem W, Fenton T, Friel J. Age of introduction of first complementary feeding for infants: a systematic review. *BMC Pediatr*. 2015; 15: 107.
- (3) Lázaro A. Diversificación alimentaria en pediatría. *An Pediatr*. 2001; 54(2): 150-2.
- (4) Daelmans B, Martines J, Saadeh R. Conclusions of the global consultation on complementary feeding. *Food Nutr Bull*. 2003; 24(1): 126-9.
- (5) Koletzko B. Early nutrition and its later consequences: new opportunities. *Adv Exp Med Biol*. 2005; 569: 1-12.
- (6) Engle PL, Bentley M, Pelto G. The role of care in nutrition programmes: current research and a research agenda. *Proc Nutr Soc*. 2000; 59(1): 25-35.

- (7) Pelto GH, Levitt E, Thairu L. Improving feeding practices: current patterns, common constraints, and the design of interventions. *Food Nutr Bull.* 2003; 24(1): 45-82.
- (8) Armstrong J, Abraham EC, Squair M, Brogan Y, Merewood A. Exclusive breastfeeding, complementary feeding, and food choices in UK infants. *J Hum Lact.* 2014; 30(2): 201-8.
- (9) Gil A, Uauy R, Dalmau J, Comité de Nutrición de la AEP. Bases para una alimentación complementaria adecuada de los lactantes y los niños de corta edad. *An Pediatr.* 2006; 65(5): 481-95.
- (10) von Kries R, Koletzko B, Sauerwald T, von Mutius E, Barnert D, Grunert V, et al. Breast feeding and obesity: cross sectional study. *BMJ.* 1999; 319(7203): 147-50.

II CONGRESO DE ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

