

Alimentación complementaria en niños y niñas de Argentina

Complementary Feeding in Infants in Argentina

Prof. Lic. Amore Melisa Lorena, Lic. Augustu Guillermina, Mgtr. De Nobili Lucía, Lic. Perez Silvana Carolina, Lic. Raspini Mariana, Mgtr. Zajarchuh Carolina, Lic. Schuldberg Jacqueline

Grupo de estudio Pediatría, Asociación Argentina de Licenciados en Nutrición (AALEN).
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Resumen

Introducción: la alimentación complementaria es el periodo durante el cual se introducen sólidos y líquidos como complemento a la lactancia materna o fórmula. El período de los primeros 1000 días constituye una etapa decisiva que condiciona el potencial de crecimiento, desarrollo físico y cognitivo de los niños/as. Una alimentación adecuada, durante los primeros meses de vida, favorecida por la lactancia materna y por una alimentación complementaria apropiada y oportuna requiere del compromiso de la familia y la sociedad. El objetivo de este documento es revisar la evidencia disponible y establecer recomendaciones basadas en la misma y en el criterio de los autores.

Materiales y método: se realizó una revisión y actualización bibliográfica que luego se analizó y discutió entre las autoras, logrando una información consensuada en relación al objetivo planteado. La revisión bibliográfica incluyó las bases electrónicas Google Scholar, PudMed y Medline. Se utilizaron las siguientes palabras clave: "alimentación complementaria", "bebés", "niño", "niña" en idioma castellano e inglés, entre septiembre 2021 y octubre 2023. Se consideraron artículos con diferente metodología, incluidos trabajos originales, revisiones sistemáticas, meta-análisis y recomendaciones de expertos. Se incluyeron únicamente publicaciones en humanos, de 0 a 1 año de edad. Se excluyeron reportes de casos individuales.

Resultados: la indicación de comienzo de la alimentación complementaria debe empezar con la evaluación nutricional, madurativa y desarrollo general para asegurarse que el niño/a está en condiciones de recibirla. Las necesidades nutricionales de los lactantes deben satisfacer las diferencias entre los nutrientes proporcionados por la leche materna y las necesidades totales de energía, proteínas, hierro, zinc y vitaminas liposolubles A y D. El método a implementar dependerá de cada grupo familiar y los alimentos seleccionados están relacionados con hábitos y costumbres de cada región del país.

Conclusión: la alimentación complementaria debe iniciarse a partir de los 6 meses de edad, ya que en esta etapa no se cubren nutrientes críticos como el hierro, zinc, y las vitaminas A y D, fundamentales para el desarrollo físico y cognitivo del niño/a. Este proceso se ve directamente favorecido por una lactancia materna adecuada y una alimentación complementaria oportuna, lo que requiere el compromiso tanto de la familia como de la sociedad. Además, durante esta etapa se desarrollan los hábitos alimentarios, un proceso complejo y multifactorial (biológico, psicológico, cultural y social) que influirá en las futuras preferencias alimentarias y la comensalidad. El profesional de la salud debe basarse en la evidencia actualizada para recomendar la incorporación de nuevos alimentos, considerando la maduración y el desarrollo neurofisiológico del niño/a. Existen distintos métodos válidos de introducción de alimentos siempre que se cubran los requerimientos de energía y nutrientes.

Palabras clave: alimentación complementaria; lactancia materna; desarrollo infantil; lactantes; hábitos alimentarios.

Abstract

Introduction: complementary feeding refers to the period during which solid and liquid foods are introduced to complement breast milk or infant formula. The first 1,000 days of life represent a critical window that influences a child's potential for physical and cognitive growth and development. An adequate diet during early life, supported by breastfeeding and appropriate and timely complementary feeding, requires the commitment of both the family and society. The aim of this document is to review the available evidence and establish recommendations based on that evidence and the authors' expertise.

Materials and method: a literature review and update were conducted and subsequently analyzed and discussed among the authors, achieving consensus-based information aligned with the proposed objective. The bibliographic search included the electronic databases Google Scholar, PubMed, and Medline. The keywords used were: "complementary feeding," "babies," "child," and "girl/boy" in both Spanish and English, between September 2021 and October 2023. Articles with different methodologies were considered, including original studies, systematic reviews, meta-analyses, and expert recommendations. Only publications on humans, aged 0 to 1 year, were included. Individual case reports were excluded.

Results: the recommendation to initiate complementary feeding must be based on a nutritional, maturational, and general developmental assessment to ensure the child is ready. Infants' nutritional needs should address the gap between the nutrients provided by breast milk and their total requirements for energy, protein, iron, zinc, and fat-soluble vitamins A and D. The method used will depend on each family, and food choices are closely linked to regional customs and habits.

Conclusion: complementary feeding should begin at 6 months of age, as critical nutrients such as iron, zinc, and vitamins A and D are not adequately supplied by breast milk alone at this stage, and are essential for physical and cognitive development. This process is positively influenced by adequate breastfeeding and timely complementary feeding, which require both family and societal engagement. Additionally, this stage is when eating habits begin to form—a complex, multifactorial process (biological, psychological, cultural, and social) that will affect future food preferences and eating behaviors. Health professionals should rely on updated scientific evidence when recommending the introduction of new foods, considering the child's neurophysiological maturation and development. Various valid methods of food introduction exist, provided that nutritional and energy requirements are met.

Keywords: complementary feeding; breast feeding; child development; infants; feeding behavior.



DIAETA es propiedad de la Asociación Argentina de Licenciados en Nutrición y mantiene la propiedad intelectual.

ISSN 0328-1310
ISSN 1852-7337 (En línea)

Contacto:
Jacqueline Schuldberg,
nutricionjs@gmail.com

Recibido: 02/01/2024. Envío de revisiones al autor: 15/04/2024. Recepción versión corregida: 13/03/25. Aceptado en su versión corregida: 02/08/2024

Declaración de conflicto de intereses: se declara que las autoras no tienen ningún conflicto de interés.

Fuente de financiamiento: los autores no recibieron honorarios profesionales por el tiempo dedicado a la producción de este trabajo.

Este es un artículo open access licenciado por Creative Commons Atribución/Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Licencia Pública Internacional — CC BY-NC-SA 4.0. Para conocer el alcance de esta licencia, visita <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/legalcode.es>



Indizada en LILACS, Scielo y EBSCO; catálogo del sistema LATINDEX. Incorporada al Núcleo Básico Revistas Científicas Argentinas, CONICET

Introducción

El período de los 1000 días desde la concepción y gestación hasta los primeros dos años de vida, constituye un período decisivo que condiciona el potencial de crecimiento y desarrollo físico y cognitivo. En esta etapa, se deben realizar acciones que favorezcan un adecuado estado de salud y nutrición para un crecimiento y un desarrollo saludables (1,2). Una alimentación adecuada, que cubra necesidades nutricionales y afectivas, en un ambiente físico y social sano durante este período puede resultar determinante para la expresión de su máximo potencial de crecimiento y desarrollo. Es importante resaltar que, en estos años, los niños/as dependen estrechamente de las decisiones de sus cuidadores adultos y la elección de los alimentos que éstos hagan para ellos. Las comidas que se ofrezcan con mayor frecuencia serán parte de los hábitos alimentarios del niño/a (1,3). Además de las preferencias innatas y aprendidas de experiencias individuales, también se adquieren preferencias por transmisión social. Las conductas alimentarias no consisten únicamente en actos reflejos destinados a saciar el hambre, sino que tienen un significado propio, condicionado por las experiencias previas, los recuerdos, los sentimientos, las emociones y el medioambiente. En esto radica la importancia de establecer patrones sanos de alimentación para generar beneficios a corto y largo plazo para el correcto desarrollo cognitivo, social y emocional de los niños/as y evitar el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles (1,3,4). La evidencia científica demuestra que es importante favorecer un patrón alimentario saludable para lograr beneficios en la salud en el niño/a y su entorno (4,5).

La alimentación complementaria (AC) se considera un proceso por el cual se ofrece al lactante alimentos sólidos o líquidos, distintos a la leche materna o fórmula infantil, como complemento y no como sustitución de ésta (6). En los últimos años, las recomendaciones han cambiado numerosas veces, siendo notablemente diferentes de

las recomendaciones recibidas por la generación anterior. Hoy en día, se enfrenta una transición nutricional caracterizada por un aumento en la ingesta de bebidas azucaradas y alimentos procesados altos en grasas saturadas, grasas trans, azúcares y sodio. Al mismo tiempo, este cambio presenta una disminución en la ingesta de frutas, verduras, cereales integrales y grasas mono y poliinsaturadas. Todo esto, junto con un estilo de vida más sedentario, ha provocado un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas y en los índices de malnutrición. Es por ello que es necesario impulsar cambios en la alimentación desde etapas tempranas de la vida para disminuir el riesgo de desarrollar estos padecimientos en la adultez y promover así una población más sana (6).

El objetivo principal de este documento es analizar la evidencia científica disponible sobre alimentación complementaria y establecer recomendaciones del grupo de estudio de la Asociación Argentina de Licenciados en Nutrición (AALEN) acerca de su indicación e implementación.

Materiales y método

Se realizó una revisión y actualización bibliográfica para luego analizar y discutir entre los integrantes del grupo de estudio de la AALEN, para concluir una información consensuada en relación al objetivo planteado.

La revisión bibliográfica incluyó las bases electrónicas *Google Scholar*, *PudMed* y *Medline*. Se utilizaron las siguientes palabras clave: “alimentación complementaria”, “bebes”, “niño”, “niña”, en idioma castellano e inglés, entre septiembre 2021 y octubre 2023. Se consideraron artículos con diferente metodología, incluidos trabajos originales, revisiones sistemáticas, meta-análisis y recomendaciones de expertos. Se incluyeron únicamente publicaciones en humanos, de 0 a 1 año de edad. Se excluyeron reportes de casos individuales.

Resultados

1. Inicio de la alimentación complementaria

Las distintas asociaciones científicas han establecido diversos indicadores a tener en cuenta para el inicio de la alimentación

complementaria. En la Tabla 1 se podrán ver las diferencias entre ellas (3,6-9).

a) ¿Cuándo y por qué empezar con la alimentación complementaria?

La mayoría de las organizaciones científicas nacionales como la Sociedad Argentina de Pe-

Tabla 1. Posición de diferentes asociaciones científicas sobre la alimentación complementaria.

	Guías Alimentarias Población Infantil -MSAL, Arg. (3)	Asociación Española de Pediatría (6)	Comité AAP- ESPGHAN y AEP (6,7)	LASPGHAN (COCO 2023) (8)	Guía de Alimentación Complementaria OMS, 2023 (9)
Inicio	6 meses	6 meses	Entre los 4 y 6 meses, según desarrollo.	6 meses. En prematuros, se recomienda iniciar a los 4 a 6 meses de EC según desarrollo.	6 meses mientras continúe lactancia materna
Tiempo inicio entre alimentos	s/d	alimentos fuente de hierro durante el 6º mes	s/d	Todos los días un nuevo alimento, sin más de tres días entre nuevas incorporaciones	s/d
Incorporación de nuevas texturas	s/d	Texturas grumosas antes 8 meses. A los 12 meses: alimentación familiar	s/d	Inicio con puré o papillas y progresar a texturas grumosas y sólidos blandos antes 10 meses	s/d
Introducción alimentos potencialmente alérgenos	6 meses: gluten, pescado, huevo entero, yogur sin agregado de azúcar, quesos	4-12 meses: gluten 6 meses: huevo 10-12 meses: pequeñas cantidades yogures y quesos 12 meses: leche de vaca	4-12 meses: gluten 6 meses: huevo, pescado y frutos secos 12 meses: leche de vaca	6 meses: huevo entero, maní y pescado. No especifica lácteos.	6 meses: huevos, pescado. Se deben consumir a diario alimentos de origen animal (carne, pescado o huevos) junto a verduras y frutas. Legumbres, nueces y semillas deben consumirse con frecuencia cuando la carne, el pescado o los huevos y verduras están limitados en la dieta.
Introducción de azúcar y sal	s/d	Evitar sal y alimentos salados; azúcar y derivados hasta los 2 años	s/d	2 años	No se deben consumir alimentos ricos en azúcares y sal
Otros	6 meses: legumbres Postres de leche industriales a los 2 años	≤12 meses: evitar jugos artificiales, espinaca y acelga	s/d	Infusiones: retrasar hasta los dos años	12 a 23 meses: leche materna, sino leche animal. Aunque aquellos que se alimentaron con fórmula tuvieron más hemoglobina y ferritina que los alimentados con leche animal.

AAP: American Academy of Pediatrics, ESPGHAN: Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica; AEP: Asociación Española de Pediatría; LASPGHAN: Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, OMS: Organización Mundial de la Salud; EC: edad corregida; s/d: sin datos

diatría, el Ministerio de Salud de la Nación (3) y a nivel internacional como la Sociedad Española de Pediatría (6), la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología Pediátrica (8), y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (9), coinciden en que los 6 meses debería ser la edad de introducción de alimentos diferentes a la alimentación láctea.

La leche materna, no obstante, debería seguir siendo la principal fuente nutritiva durante todo el primer año de vida. Durante el segundo año de vida, los alimentos familiares deberían convertirse gradualmente en la principal fuente nutritiva (10).

Por otra parte, el Comité de Nutrición de la Sociedad Europea de Gastroenterología Pediátrica, Hepatología y Nutrición (ESPGHAN) (7) señala que las funciones gastrointestinales y renales están suficientemente maduras alrededor de los 4 meses, por lo que la AC se puede introducir a partir de la "17 semana (principio de 5º mes) y no más tarde de la 26 semana (principio del 7º mes)" (7,8), valorando en cada niño/a de forma individual sus capacidades nutricionales y las características de su desarrollo neurológico. Es necesario tener en cuenta que el lactante a los 6 meses (11-13):

- ▶ Duplica el peso de nacimiento y se sienta sin tambalearse.
- ▶ Es capaz de realizar movimientos masticatorios hacia arriba y abajo con la mandíbula.
- ▶ La deglución comienza a ser somática.
- ▶ Mejora el control lingual y labial.
- ▶ Disminuye el reflejo de extrusión y protrusión.
- ▶ Comienza el crecimiento dental.
- ▶ Se encuentra en su etapa oral, disfrutando llevarse cosas a la boca y experimentar texturas, sabores, olores, temperaturas y consistencias.
- ▶ Maduró su sistema digestivo y renal para digerir alimentos y eliminar desechos.

b) ¿Qué alimentos incorporar? ¿Con cuánto iniciar?

Existen múltiples diferencias en la forma y edad de introducción de alimentos según el área geográfica o de residencia, la tradición cultural e, incluso, la situación socioeconómica. No existen bases científicas sobre las que establecer normas rígidas en cuanto al porqué, qué, cómo y cuándo deben introducirse determinados alimentos (10).

La forma habitual es ir complementando, de una en una, las tomas de leche que recibe el lactante con la introducción de los grupos nuevos de alimentos separando al menos tres días, para que el niño/a vaya aceptando los diferentes componentes y sabores de la dieta. Se les debe ofrecer alimentos con una variedad de sabores y texturas, incluidas las verduras de sabor amargo (10). La ventana de tiempo de incorporación de alimentos nuevos colabora en la adaptación del organismo y facilita la identificación del alimento causante de eventuales problemas que puedan presentarse (alergia o intolerancia). Es primordial informar a los padres que la alimentación es un proceso voluntario y consciente, y por tanto educable, ya que para que se establezcan buenos hábitos alimentarios se deben inculcar desde un primer momento (10).

Es importante cubrir los requerimientos aumentados de calcio, hierro y zinc. Este período es un momento crítico para establecer prácticas y comportamientos alimentarios que cubran requerimientos a lo largo del crecimiento. Las recomendaciones actuales varían mucho entre países, lo que refleja la mayor influencia de los factores culturales y los hábitos alimentarios (10,11).

Hay razones científicas para aconsejar que los alimentos ricos en hierro se introduzcan en primer lugar. Para prevenir el déficit de hierro entre 4 y 12 meses y sus consecuencias, se recomienda incluir alimentos que sean buenas fuentes de hierro, de mejor

biodisponibilidad. A partir del 6° mes, más del 90% del hierro que requieren los niños/as con leche materna (LM), debe encontrarse en la AC (11). La Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) en un informe de 2010 (14), considera que, a pesar que el riesgo de metahemoglobinemia es bajo a partir de los 4 meses, puede ser posible que algunos bebés consuman una cantidad de espinacas excesiva y que la cantidad de nitratos que aportan pueda a llegar a ser alta, sobre todo si el puré se almacena inapropiadamente o si hay una infección gastrointestinal bacteriana concomitante. La Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) (15) emitió en 2011 recomendaciones, añadiendo también las acelgas ya que, se constató que en España su nivel de nitratos es mayor que el de las espinacas. Por consiguiente, la EFSA y la AESAN recomiendan, por precaución, no incluir un porcentaje superior al 20% en la preparación que contenga acelga o espinaca

Se sugiere que existe un período crítico para la introducción de alimentos sólidos con grumos; no hacerlo entre los 9 y 10 meses de edad se asocia con un mayor riesgo de dificultades alimentarias y una menor ingesta de frutas y verduras en etapas posteriores.

c) Recomendaciones prácticas para los profesionales de la salud (16)

Los profesionales de la salud deben considerar las posibilidades económicas y la accesibilidad a los alimentos de las familias al hacer recomendaciones dietarias, además de garantizar la correcta preparación de los alimentos en términos de higiene. Algunos puntos a tener en cuenta para la AC:

- ▶ Las alergias alimentarias afectan entre el 4 y 6% de los niños/as y pueden ser causadas principalmente por ocho alimentos: huevos, leche, maní, frutos secos, pescado, mariscos, trigo y soja.

- ▶ La introducción temprana de alimentos potencialmente alérgenos, como maní y huevo, debe ser a los 6 meses de edad y no antes, para fomentar la inmunotolerancia y reducir el riesgo de desarrollar alergias.

d) ¿Cómo cubrir requerimientos y cuáles son las recomendaciones nutricionales hasta el año?

El número de comidas por día que necesita cada niño/a depende de la densidad energética (calorías por gramo) de las preparaciones que se le ofrezcan y de las cantidades que normalmente consume en cada comida. La alimentación debe ser ofrecida de acuerdo con los horarios y costumbres de las familias, pero también se debe tener en cuenta el apetito del niño/a (4). En la tabla 2 se muestran las necesidades de energía en los primeros 2 años de vida y la distribución de alimentos para satisfacerlas.

En cuanto a los macronutrientes (Tabla 3), la cantidad óptima actual de ingesta de grasas durante los primeros meses de vida sigue siendo incierta. La OMS (9) recomienda un rango de 30-45% de la ingesta total de energía diaria (aproximadamente 30 g/día, mientras que la EFSA (14) recomienda un 40% de las calorías totales en grasas entre los 6 a 11 meses y 35-40% de 12 a 24 meses. Las grasas saturadas deben limitarse a menos del 10% de la ingesta energética total y de los 6 a 12 meses de edad, la ingesta recomendada de ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga (AGPI-CL) es de 250 mg/día: 4,6 g/día de ácido linoleico, 0,5 g/día de ácido α -linolénico y 100 mg/día de ácido docosahexaenoico (DHA). Según el panel de la EFSA (14), la ingesta diaria recomendada de carbohidratos es del 45 al 55% entre los 6 y los 12 meses, seguido del 45 al 60% hasta los 36 meses de edad.

La ingesta diaria de proteínas es aproximadamente el 10% del total de calorías diarias, con una recomendación de 1,1 g/kg/día u 11 g/día para niños y 10 g/día para niñas de 7 a 12 meses.

Tabla 2. Necesidad de energía y estrategia de cobertura con alimentos según edades, hasta los 2 años de vida.

Edad	6-8 meses	9-11 meses	12-23 meses
Necesidad de energía (hcal)	615	686	894
Energía suministrada por leche materna o fórmula infantil (hcal)	413	379	346
Aportes por alimentos en alimentación complementaria (hcal)	200	300	550
% a cubrir con alimentos	33%	45%	60%
Número de comidas/día	2 a 3 comidas/día + 1 a 2 colaciones	3 a 4 comidas/día + 1 a 2 colaciones	3 a 4 comidas/día + 1 a 2 colaciones
Consistencia	Puré o papillas, picados finos, alimentos pisados con tenedor	Picados finos, en trozos.	Dieta familiar ajustada a la edad

Adaptado de Campoy C, et al. (7) y Cuadros-Mendoza CA, y col. (13)

Tabla 3. Distribución porcentual de macronutrientes en niños/as 1 a 3 años.

MACRONUTRIENTES	% del valor energético total
HIDRATOS DE CARBONO	45-65%
PROTEÍNAS	5-20%
GRASAS*	30-40%
n-6 ácido linoleico	5-10%
n-3 ácido α -linolénico	0,6-1,2%

(*) el consumo de grasas saturadas, ácidos grasos trans, y colesterol, debe ser lo más bajo posible. Institute of Medicine. National Academies Press (2005) (17)

No existen recomendaciones de ingesta diaria de fibra entre los 6 y los 12 meses de edad.

En cuanto a la ingesta de agua (Tabla 4), los lactantes deben beber alrededor de 0,8 L al día (11).

2. Métodos de alimentación complementaria

Existen distintos métodos de alimentación complementaria, el profesional de la salud y la familia definirán el apropiado para el lactante en esa etapa.

Tabla 4. Requerimiento hídrico por Kcal metabolizada (18)

<10 Kg: 100 ml/hg de peso/día
10-20 Kg: 1000 + 50 ml por cada Kg >10 hg
>20 Kg: 1500 + 20 ml por cada Kg >20 hg

a) Alimentación perceptiva.

Un enfoque de crianza perceptiva tiene como objetivo la interpretación adecuada de las señales de los lactantes y hace hincapié en el afecto positivo y en respuestas con altos niveles de calidez a través del reconocimiento verbal. La alimentación perceptiva como un proceso, implica reciprocidad entre el niño/a y el cuidador durante el proceso de alimentación. Las conductas de alimentación de los padres o responsables a cargo desempeñan un papel clave en la formación de preferencias alimentarias sobre los lactantes (6).

La alimentación perceptiva se basa en un proceso de tres pasos (6):

1. El niño indica que quiere comer a través de acciones motoras, expresiones faciales o vocalizaciones.

2. El cuidador reconoce las señales y responde con rapidez en una forma de apoyo emocional, dependiendo de la señal y etapa del desarrollo.
3. El niño experimenta una respuesta previsible a las señales (es decir, se tranquiliza, y el cuidador entiende cuándo necesita ser alimentado).

Esta práctica, manifiesta la importancia de que los cuidadores decidan cuándo empezar y cuándo dejar de alimentar al niño, con base en sus señales de hambre y saciedad. No todas las señales deben interpretarse de hambre para impedir que se confundan las conductas y sobrealimentar. El llanto, que debe ser interpretado como signo de hambre, generalmente se acompaña de señales adicionales: movimiento de la mano a la boca, balbuceo, búsqueda, ruidos/succión, respiración agitada, dedos apretados. A medida que los lactantes crecen y entran en la infancia, las señales de hambre también incluyen inclinarse hacia la comida, seguir visualmente los alimentos con los ojos, movimientos excitatorios de las extremidades, abrir la boca cuando la cuchara se acerca y pedir o señalar la comida.

Es importante que los cuidadores comprendan que los lactantes tienen una capacidad gástrica limitada a 30 g/kg de peso corporal de referencia, y por lo tanto, necesitan ser alimentados con porciones de tamaño apropiado a su edad y etapa de desarrollo, con la frecuencia necesaria para satisfacer sus necesidades nutricionales (19).

El niño/a debe tener su propio plato, de manera que el cuidador pueda saber si está recibiendo suficiente comida. Se puede emplear un utensilio, como ser una cuchara, o solamente la mano limpia; esto depende de la cultura. El utensilio debe ser el apropiado para la edad del niño. Muchas comunidades emplean cucharas pequeñas cuando el niño comienza a recibir sólidos. Más tarde, se

pueden emplear cucharas de mayor tamaño o tenedores.

Para una alimentación perceptiva del lactante y niño/a pequeño, tener en cuenta (20):

- ▶ Alimentar a los lactantes directamente y asistir a los niños/as mayores cuando comen por sí solos, respondiendo a sus signos de hambre y satisfacción.
- ▶ Alimentar despacio y pacientemente y animar a los niños/as a comer, pero sin forzarlos.
- ▶ Si los niños/as rechazan varios alimentos, experimentar con diversas combinaciones, sabores, texturas y métodos para animarlos a comer.
- ▶ Minimizar las distracciones durante las horas de comida si el niño/a pierde interés rápidamente.
- ▶ Recordar que los momentos de comer son periodos de aprendizaje y amor - hablar con los niños/as y mantener el contacto visual

Se han propuesto diferentes formas de alimentar, que promueven que el bebé guíe lo que quiere y puede comer. Todas las formas de dar de comer que respeten al bebé son adecuadas. Lo más importante es que la forma de alimentarlo acompañe su desarrollo, la masticación y la coordinación ojo-mano. Los adultos deben acompañarlos en este proceso.

Comer con las manos, tomar alimentos con los dedos o que él mismo tome la cuchara le ayudará a regular mejor la cantidad que quiere comer, así como saber cuándo ya no quiere más. Aprenderá a reconocer las señales de su cuerpo más rápido y comerá solo lo necesario para crecer bien (20,21).

b) Destete dirigido por el bebé o Baby lead weaning (BLW)

El método que es reconocido por su sigla en inglés, BLW, fue ideada por Gill Rapley, una

enfermera comunitaria, master y doctorado en alimentación infantil, que tras distintas consultas comenzó a detectar un patrón reiterado de problemas: muchas familias tenían dificultades para darle los primeros alimentos sólidos a sus hijos.

Este es un método que busca incorporar de a poco cada alimento sólido en la dieta del bebé, permitiendo que descubra colores, texturas, olores y sabores. Siendo el lactante quien manipule los alimentos y, de esta manera, poder lograr la autorregulación de la ingesta. Plantea como objetivo el desarrollo psicomotor temprano combinando alimentos sólidos con leche materna y/o leche de fórmula (10). A diferencia del método tradicional de papillas y cuchara, el BLW plantea que los bebés han desarrollado suficientes habilidades motoras para poder alimentarse por sí mismos, sin cuchara, con trozos enteros de alimentos, preferiblemente de la comida familiar. El bebé tiene un rol activo donde “dirige” y “controla” el proceso y decide qué va a comer, cuánto y con qué rapidez.

Los padres o tutores proporcionan trozos de alimentos blandos que los bebés pueden tomar con sus dedos, llevarlos a la boca y masticar. Las premisas del BLW son (6,8):

1. la supervisión familiar para evitar el riesgo de atragantamiento.
2. no comenzar antes de los 6 meses de edad.
3. requiere de una maduración a término para poder sentarse, mantener la cabeza erguida, que pueda llevarse los alimentos a la boca y que realice los movimientos orales necesarios para su troceado e ingestión.

El BLW se ha estudiado en niños/as nacidos a término, sanos y con un desarrollo psicomotor dentro de los parámetros estándares, tanto alimentados con lactancia materna como artificial. Con la información y precaución adecuadas, las familias podrían practicar

BLW de forma segura y eficaz. En niños/as prematuros se deberá valorar individualmente, atendiendo a la edad corregida de 6 meses. Es importante resaltar que no se recomienda en niños/as con fallo de medro, enfermedades neurológicas o motoras.

Recomendaciones básicas del BLW (6,8)

- ▶ Ofrecer los alimentos con forma alargada o de bastón. Esto facilita el agarre. Los trozos de comida deben ser suficientemente largos para que el lactante pueda agarrarlos y que todavía haya algo de comida que sobresalga de la parte superior del puño cerrado.
- ▶ El alimento debe estar suficientemente cocido y blando.
- ▶ Incluir al lactante en la mesa familiar, con alimentos iguales o similares al resto de la familia.
- ▶ Ofrecer tres o cuatro alimentos diferentes en una comida y comenzar con una porción de uno por vez.
- ▶ Ofrecer alimentos variados, preferentemente un alimento rico en energía y uno alto en hierro en cada comida: carne de vaca, pollo, cordero, cerdo, pescado, hígado (incluyendo paté); cereal de arroz infantil fortificado con hierro; legumbres: lentejas, judías blancas, humus, garbanzos, porotos (en pastas) y deben ser acompañados con alimentos ricos en vitamina C.
- ▶ Evitar ofrecer alimentos procesados, comida rápida o alimentos que tengan sal o azúcar añadida.

Recomendaciones de Seguridad (6,10):

- ▶ Asegurar que el lactante esté apoyado en una posición vertical y nunca se incline hacia atrás mientras está comiendo.
- ▶ En los primeros días que se inicia la alimentación complementaria, puede

sentarse en el regazo del adulto, de cara a la mesa.

- ▶ No dejar al lactante sin un adulto responsable al cuidado.
- ▶ No ofrecer alimentos de alto riesgo de atragantamiento como las verduras crudas (por ejemplo, zanahoria, apio, hojas de ensalada), manzana o durazno crudos, cerezas, uvas, bayas, tomates cherry, galletas de arroz, papas fritas, chips de maíz, frutos secos (maní, pistachos, nueces enteras), frutas desecadas (pasas, arándanos), cuerpos esféricos (legumbres, maíz) y caramelos, embutidos de carne procesada, salchichas, otros alimentos duros (alimentos que no se pueden aplastar contra el paladar de la boca con la lengua).

El riesgo de ahogamiento es considerado alto cuando se brindan estos alimentos sin adaptarlos a la capacidad de manejo del alimento por parte del lactante. Los mismos pueden ofrecerse en forma de pastas untables o preparaciones procesadas.

c) Introducción a los sólidos dirigida por bebés o Baby led introduction to solids (Bliss)

En 2015, en la Universidad de Otago (Nueva Zelanda), se desarrolló una modificación del BLW, el BLISS (10). El objetivo fue superar algunos puntos débiles del BLW. Las características fundamentales del enfoque BLISS son las siguientes (10):

- ▶ Ofrecer alimentos que el niño pueda manipular con sus manos y llevar a la boca por sí mismo.
- ▶ Incluir un alimento con alto contenido de hierro en cada comida.
- ▶ Incorporar un alimento con alta densidad energética en cada comida.
- ▶ Evitar alimentos que representen un riesgo de asfixia.

- ▶ Asegurarse de que los alimentos estén preparados de manera adecuada, teniendo en cuenta la edad y el nivel de desarrollo del bebé.

d) Alimentación complementaria basada en alimentos regionales

La cocina es una manifestación cultural que refleja la historia de cada región a través de sus sabores. Los alimentos tradicionales están profundamente arraigados en un territorio, con una rica historia y un conjunto de saberes, significados y prácticas asociados. Estos alimentos pueden ser autóctonos o de larga data, pero están integrados de manera dinámica al sistema agrícola local y a la cultura alimentaria regional, lo que implica reconocer su variabilidad dentro de un contexto histórico específico (22).

Una de las principales características de la gastronomía argentina es la diversidad de ingredientes, resultado de su destacada producción ganadera y agrícola, que varía entre las distintas regiones. Es fundamental conocer los alimentos regionales que se pueden ofrecer a los niños desde el inicio de la alimentación complementaria, promoviendo su consumo y aprovechando sus beneficios. En la Tabla 5 se muestran algunos alimentos tradicionales de las diferentes regiones de Argentina que se pueden introducir a partir del 6to mes.

3. Creencias y mitos acerca de la alimentación complementaria

Los mitos en la AC forman parte de la cultura y su utilización se transmite de generación en generación sin cuestionar su beneficio real. A muchos de los alimentos mencionados a continuación, se les han atribuido beneficios nutritivos y hasta curativos. El personal de salud debe estar capacitado e informado para poder guiar adecuadamente a los cuidadores

de niños/as y de esta manera erradicar estos mitos. A continuación, se describen algunos de los alimentos más comúnmente utilizados en AC basados en creencias y mitos.

Infusiones de hierbas (tés) y café

No se recomienda el consumo de infusiones de hierbas (tés) y café en lactantes, ya que pueden desplazar la leche materna, la fórmula láctea o los alimentos sólidos adecuados para esa edad. Algunas infusiones, como la de anís de estrella, pueden ser tóxicas y diuréticas,

aumentando el riesgo de deshidratación en los lactantes debido a su inmadurez renal. Hasta ahora, no se han encontrado beneficios para la salud en infusiones como manzanilla o hierbabuena, y su consumo a menudo incluye endulzantes que pueden ser perjudiciales (27).

Caldos

En la población latinoamericana, persiste el mito de que los caldos son nutritivos y que los nutrientes de los ingredientes con los que se elaboran, permanecen en el líquido. Sin

Tabla 5. Ejemplos de alimentos tradicionales de las diferentes regiones de Argentina que se pueden introducir a partir del 6to mes* de edad.

REGIÓN	ALIMENTOS
NOA	<p>Vegetales feculentos, legumbres y cereales: quinua, papa andina, oca (papa dulce), yacón, maíz, harina de maíz, habas, porotos, arvejas, amaranto, kully morado, harina de algarroba.</p> <p>Vegetales: tomate, pimienta, zapallitos, berenjenas, zuchinis, chaucha, arvejas*, choclo*, maní*, tomate de árbol, tomate chilito, zapallo.</p> <p>Frutas, frutas oleosas y frutos secos: quinotos, nísperos, duraznos, manzanas, peras, nueces, higos, cayotes, granadina, damascos, membrillos, ciruelas, mamón, mora, uvilla (silvestre), apache parecida a la tuna, uvas, aguaymanto, naranja, limón, arándanos*, tuna, cayote, aceitunas.</p> <p>Carnes: cordero, llama, pejerrey y trucha sin espinas.</p>
NEA	<p>Vegetales feculentos, legumbres y cereales: mandioca, almidón de mandioca, batata, maíz y harina de maíz, porotos, choclo.</p> <p>Vegetales: zapallo, acelga, lechuga.</p> <p>Frutas, frutas secas y oleosas: mamón, mora, nísperos, paltas, mango, maní, frutillas, naranja, mandarina, guayaba, palta, ananá, banana.</p> <p>Carnes: pescados de río sin espinas como surubí, dorado, pacú, boga; carne de cerdo, carne vacuna.</p>
CUYO	<p>Vegetales feculentos, legumbres y cereales: harina de algarroba, papa.</p> <p>Vegetales: tomate, cebolla, espárragos.</p> <p>Frutas, frutos secos y frutas oleosas: nueces, aceitunas, uvas, duraznos, damascos, ciruelas, manzanas, dátiles, melón, membrillo.</p> <p>Carnes: chivito, cordero.</p>
CENTRO	<p>Vegetales feculentos, legumbres y cereales: maíz, avena, soja, cebada, trigo, sorgo, alpiste, arroz.</p> <p>Vegetales: arveja, cebolla, ajo, berro, zapallo, tomate, pimientos.</p> <p>Frutas, frutos secos, semillas y frutas oleosas: frambuesas, frutillas, kiwi, naranja, mandarina, durazno, moras, girasol, nuez de pecan.</p> <p>Carnes: carne vacuna, porcina, chivito, cabrito, ave, pescados de mar y río sin espinas (merluza, lenguado, pescadilla, corvina, abadejo, dorado, boga, surubí).</p>
PATAGONIA	<p>Vegetales feculentos, legumbres y cereales: ñaco (harina de trigo tostada).</p> <p>Vegetales: espárragos, tomate, cebolla, ruibarbo.</p> <p>Frutas, frutas oleosas y frutas secas: piñón, frambuesas, moras, arándanos, cerezas, manzana, pera, uva, corinto, grosella, manzanita del diablo, zarzamora.</p> <p>Carnes: chivo, cordero, ciervo, pescados de mar sin espinas como centolla, centollón, merluza.</p>

*Todos los alimentos de la lista de forma esférica y/o duros pueden ser incorporados a partir del 6º mes triturados, molidos, cortados, para evitar riesgos de atragantamiento. Se deben retirar las semillas y/o carozos (23-26). NOA: noroeste argentino; NEA: noreste argentino.

embargo, los caldos no contienen hierro ni vitaminas como se cree. Es responsabilidad del personal de salud desmentir esta falsa creencia (27).

Cítricos.

No hay evidencia científica que justifique retrasar el consumo de cítricos hasta el año; pueden introducirse a partir de los seis meses. Pueden causar erupciones alrededor de la boca o en los glúteos, pero estas son resultado de la irritación del ácido, no de una alergia (27).

Endulzar o salar las papillas para agregar sabor

No se recomienda endulzar las preparaciones para que el niño/a pueda reconocer el sabor natural de los alimentos desde el inicio de la alimentación. (27)

Papillas industrializadas.

No son recomendadas, se debe comenzar con alimentos naturales (27).

Carne vacuna picada.

Otra controversia presentada es la introducción de carne picada. Un gran número de profesionales de la salud recomiendan su consumo a partir de los 5 años para prevenir el síndrome urémico hemolítico (SUH). Esta recomendación carece de sustento ya que no se encuentran evidencias sobre el retraso en su introducción. Organismos reconocidos como la Sociedad Argentina de Pediatría y el Ministerio de Salud de la Nación Argentina remarcan la importancia de llevar a cabo las correctas prácticas de higiene y manipulación de los alimentos para evitar consecuencias en la salud de todos los infantes. La correcta cocción de las carnes es una práctica segura para evitar enfermedades transmitidas por alimentos. Además, es importante tener en cuenta que en familias de bajos recursos, el uso de carne picada constituye un tipo de

corte más accesible y rendidor como fuente de alimentos de alta calidad nutricional. A continuación, se detallan algunos consejos para recomendar su incorporación considerando (28 29)

- ▶ Lavado de manos con agua y jabón antes de comer o manipular alimentos y después de tocar alimentos crudos, ir al baño o cambiar pañales.
- ▶ Evitar el contacto de alimentos crudos con alimentos cocidos o listos para consumir, así como los utensilios y superficies en contacto con los mismos, para evitar la contaminación cruzada.
- ▶ Cocción completa de las carnes. La bacteria que causa la enfermedad, *Escherichia coli*, muere por acción del calor - cocción- a más de 72°C (los guisados y hervidos resultan ser preparaciones seguras).

Yogur y síndrome urémico hemolítico (SUH) (30).

El SUH es una enfermedad renal grave provocada por una toxina producida por ciertas cepas de *Escherichia coli* que generan la toxina Shiga (STEC). Es importante destacar que la *E. coli* se desactiva a temperaturas superiores a 65°C. En la producción de yogur, se aplican dos tratamientos térmicos: primero, a 72°C durante 20 segundos al llegar la leche a la planta industrial; segundo, a 95°C durante 270 segundos después del acondicionamiento de la leche, antes de la fermentación. Estos procesos térmicos sucesivos aseguran la desactivación de cualquier microorganismo potencialmente patógeno, incluido la *Escherichia coli* que genera la toxina Shiga (STEC). Debido a los rigurosos procesos térmicos antes de la fermentación y al control microbiológico posterior, es improbable que el yogur sea una fuente de esta bacteria que causa el SUH. Investigaciones recientes no consideran al yogur como un medio de transmisión de STEC, a diferencia de la leche sin

pasteurizar. Además, la interrupción temporal de la cadena de frío del yogur no representa un riesgo para STEC, ya que el patógeno habría sido inactivado durante los tratamientos térmicos. Sin embargo, durante dicha interrupción podrían ocurrir fenómenos como la separación del suero o la disminución de la viabilidad de los cultivos probióticos. Es crucial mantener la integridad del envase y la cadena de frío para preservar la calidad del producto y evitar la contaminación cruzada con alimentos que puedan estar contaminados con STEC, como los jugos de carne.

Conclusión

Los primeros años de vida son cruciales para el crecimiento y desarrollo infantil y una alimentación adecuada es esencial. La alimentación complementaria, que introduce sólidos y líquidos junto a la lactancia materna o fórmula, debe comenzar preferiblemente alrededor de

los 6 meses, priorizando la lactancia exclusiva hasta el año.

La forma de introducir alimentos varía según el lugar de residencia, cultura y situación económica, siempre que se satisfagan los requerimientos de nutrientes. Existen métodos de alimentación complementaria como la alimentación perceptiva, BLW y BLISS, adaptados a cada familia.

Los profesionales de salud deben basar sus recomendaciones en bibliografía actualizada, considerando la maduración y desarrollo del niño/a. No se recomienda retrasar la introducción de alimentos por riesgo de alergias, salvo en casos específicos de alergias familiares. La leche de vaca no debe introducirse antes de los 12 meses, aunque se sugiere que derivados lácteos en pequeñas cantidades se pueden usar a partir de los 10 meses (3).

Finalmente, los profesionales de la salud deben brindar asesoría para prevenir enfermedades transmitidas por alimentos, promoviendo prácticas seguras y basadas en evidencia.

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Desarrollo Social de la Nación Argentina. Promotoras y promotores de una alimentación sana, segura y soberana. Cuadernillo de formación Módulo 1: Derecho a una alimentación sana, segura y soberana. Buenos Aires: Ministerio de Desarrollo Social, 2022.
2. Bove, MI. Sabores de la infancia I: orientaciones para un crecimiento saludable a partir de los 6 meses. Montevideo: UNICEF, 2019.
3. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Guía de práctica clínica sobre alimentación complementaria para niños y niñas menores de 2 años. Buenos Aires: Ministerio de Salud, 2021.
4. Cerruti, F., Bove, M., Vidiella, M., Dacal, G. El segundo tiempo. 33 meses en los que se define el partido: 33 ideas para jugarlo. Montevideo: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2008.
5. Snetselaar LG, de Jesus JM, DeSilva DM, Stoodly EE. Dietary Guidelines for Americans, 2020-2025: Understanding the Scientific Process, Guidelines, and Key Recommendations. *Nutr Today*. 2021; 56(6): 287-295.
6. Fernández-Vegue, Marta Gómez. Alimentación complementaria. Comité de Lactancia Materna y Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. 2018. (Revisado el 3 de agosto de 2025). Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacion_complementaria_nov2018_v3_final.pdf

Lic. Amore Melisa Lorena
 ID 0009-0000-9450-379X
 Centro Médico Alto Maipú, Mendoza,

Lic. Augustu Guillermina
 ID 0009-0004-3635-8634
 Hospital de Complejidad Creciente R. Favalaro. Santa Rosa. La Pampa

Mgr. De Nobili Lucía
 ID 0000-0001-9479-6684
 HIGA "Prof Dr Ramón Carrillo", Buenos Aires

Lic. Perez Silvana
 ID 0009-0004-3795-741X
 Docente Universidad ISALUD y UAI

Lic. Raspini Mariana
 ID Hospital Dr J.P.Garrahan, CABA
 0009-0008-2074-3844

Mgr. Zajarchuk Carolina
 ID 0009-0007-0235-9753
 Hospital Nivel III SAMIC Oberá

Lic. Schulberg Jacqueline
 ID 0009-0006-4288-116X
 Hospital Nivel III SAMIC Oberá

Como citar:
 Amore ML, y col. Alimentación complementaria en niños y niñas de Argentina. DIAETA (B.AIRES) 2025; 43: e2504305

7. Fewtrell, M, Bronsky, J, Campoy, C, Domellöf, M, Embleton, N, Mis, NF, Molgaard, C. Complementary feeding: a position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2017; 64(1): 119-132.
8. Vázquez-Frías R, Ladino L, Bagés-Mesa MC, Hernández-Rosiles V, Ochoa-Ortiz E, Alomía M, y col. Consenso de alimentación complementaria. *Rev Gastroenterol Mex.* 2023; 88(1): 57-70.
9. OMS/WHO Guidelines for complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age. 2023
10. Grupo de Gastroenterología Pediatría Zona Sur-Oeste de Madrid. Alimentación del lactante y del niño de corta edad. Guías conjuntas de Patología Digestiva Pediátrica Atención Primaria-Especializada. 2019. (Revisado el 3 de agosto de 2025). Disponible en: <https://www.ampap.es/wp-content/uploads/2019/04/Alimentacion-del-lactante-y-del-ni%C3%B1o-de-corta-edad.pdf>
11. Campoy, Cristina, et al. Complementary feeding in developed countries: the 3 Ws (when, what, and why?). *Ann Nutr Metab.* 2018; 73 (Suppl.1): 27-36.
12. Secretaría de Gobierno de Salud. 2da Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, ENNyS 2. Resumen ejecutivo. 2019.
13. Cuadros-Mendoza C, Vichido-Luna M, Montijo-Barrios E y col. Actualidades en alimentación complementaria. *Acta Pediatr Mex.* 2017; 38(3): 182-201.
14. EFSA Panel on Contaminants in the Food Chain (CONTAM); Scientific Opinion on possible health risks for infants and young children from the presence of nitrates in leafy vegetables. *EFSA Journal* 2010; 8(12): 1935. (Revisado el 3 de agosto de 2025). Disponible en: efsa.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.2903/j.efsa.2010.1935
15. Informe del Comité Científico de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) en relación a la evaluación del riesgo de la exposición de lactantes y niños de corta edad a nitratos por consumo de acelgas en España. 2011
16. Ministerio de Salud de Chile. Guía de alimentación de la niña y niño menor de 2 años y guía de alimentación hasta la adolescencia. 2015.
17. Institute of Medicine Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids (2002/2005) and RDI for Water, Potassium, Sodium, Chloride, and Sulfate (2005). The National Academies Press; 2005: 1357.
18. Lloyd LE, McDonald BE, Crampton EW. Energy value of foods. En: *Fundamentals of Nutrition*. 2nd ed. Freeman & Co., 1978. San Francisco. pp. 319-333
19. Organización Panamericana de la Salud. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Washington DC, 2003.
20. Organización Mundial de la Salud. Alimentación del lactante y del niño pequeño. 2023.
21. Healthy Eating Research (HER) Foundation. Pérez-Escamilla R, Segura-Pérez S, Lott M. Guías de alimentación para niños y niñas menores de dos años: Un enfoque en la crianza perceptiva. 2017.
22. Ministerio de Cultura y Ministerio de Desarrollo Social. Nuestros Alimentos Tradicionales. Seguridad alimentaria, identidad y diversidad cultural en la Argentina. Argentina, 2015.
23. Ministerio de Turismo gastronómico para sectores públicos. Plan CocinAR. Plan Estratégico de Turismo Gastronómico. 2da etapa cocinar 2018-2019.
24. INTA: Principales cultivos por provincia argentina y mes de siembra y cosecha. Argentina, 2014.
25. Ministerio de Desarrollo Social y Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca. Saberes y sabores de nuestro país, ingredientes de nuestra identidad. Argentina, 2015.
26. Ministerio de Cultura. Mapa de turismo gastronómico nacional- Sello CocinAR. Argentina, 2020
27. Romero-Velarde E, Villalpando-Carrión S, Pérez-Lizaur A y col. Consenso para las prácticas de alimentación complementaria en lactantes sanos. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México.* 2016; 73(5): 338-356.
28. Ministerio de la Salud de la Nación. ANMAT. Síndrome Urémico Hemolítico: todo lo que debes saber. (Revisada el 3 de agosto de 2025). Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/anmat/comunidad/sindrome-uremico-hemolitico-todo-lo-que-debes-saber>
29. Ministerio de Salud de la Nación. [Programa Salud Investiga]. Prevención del Síndrome Urémico Hemolítico (SUH) y otras enfermedades transmitidas por alimentos. Programa basado en educación comunitaria. Instructivo para educadores, para instituciones a cargo de su implementación y para la comunidad. Abril 2013
30. Vinderola G, Rivas M. Síndrome Urémico Hemolítico y yogur: entre la creencia popular y la evidencia científica. *Rev Chil Nutr.* 2020; 47(1): 148-52.