



Alimentación Complementaria: ¿Cuándo y cómo iniciarla?

Autor: Dra. Claudia Inostroza Orellana. Residente Medicina Familiar mención Niños, UCM.
Revisor: Dra. Francisca Rojas Morales. Docente Subdepartamento Medicina Familiar, UCM

Resumen:

La Alimentación Complementaria (AC) ha variado con los años en cuanto al momento en que se van introduciendo los distintos alimentos, así como la participación que adquiere el niño en su proceso de alimentación

Existen distintos métodos, pero su elección dependerá finalmente de que cumplan los hitos del desarrollo psicomotor, que no existan contraindicaciones y además la elección de los padres.

Es normal que mientras se incorporan alimentos, algunos niños experimenten rechazo siendo su principal causa la neofobia.

Introducción:

La AC es una instancia para crear hábitos de alimentación saludable y permitir el pleno desarrollo del niño, y así como sucede en el periodo de lactancia donde debemos aprender a reconocer signos de hambre y saciedad también debiésemos ser receptivos ante las señales del niño (1). Esto podría ser una instancia compleja para muchos padres quienes se angustian cuando el proceso no cumple sus propias expectativas. Ahí la importancia de acompañarlos y explicar que cada niño vivirá este proceso a su propio ritmo.

En este artículo se abordarán los hitos clave necesarios para iniciar la AC y revisar las distintas alternativas que hoy tenemos para ofrecer además de presentar algunos signos que nos permitan sospechar alteraciones de la conducta alimentaria para su manejo oportuno.

Desarrollo:

La AC es un proceso clave en el desarrollo del niño, donde la incorporación de alimentos va de la mano de los sistemas de crianza. Un estudio controlado aleatorizado que reunió a 229 madres con sus lactantes, y a quienes se les hizo una encuesta relacionada con la alimentación reveló que los hogares donde se prefería la calidad de la comida, se evitaban distractores a la hora de comer y se mantenían rutinas constantes, tenían más probabilidad de seguir una alimentación más saludable (2).

Respecto al inicio de la AC, existen distintas corrientes; la OMS recomienda mantener lactancia materna exclusiva (o en su defecto, fórmula láctea) hasta los 6 meses sin la incorporación de alimentos sólidos antes de los 180 días de vida. Por otro lado, la Asociación Americana y Europea de pediatría (AAP y ESPGHAN) sugieren también mantener la lactancia materna hasta los 6 meses, pero con incorporación de alimentos entre las 17 y 26 semanas de vida. Esta ventana de temporalidad también fue reportada por la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica en el 2023 (3,4). Respecto a este tema hay un metanálisis publicado en el 2022 que incluye 5 síntesis de evidencia y 4 revisiones sistemáticas en las cuales se evalúan los efectos de iniciar la AC a los 4-6 y 6 meses de vida. Se realizó una comparación evaluando crecimiento a los 12 meses, desarrollo de sobrepeso u obesidad a los 3 años y deficiencia de hierro, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos (3). Por lo tanto, si bien se podría iniciar entre los 4 y 6 meses, también es importante conocer el estado del niño y los logros alcanzados en su desarrollo psicomotor (DSM), siendo relevantes que: 1- logre sedestación con o sin apoyo, 2- reflejo de extrusión ausente, 3- inicio del saboreo, 4- coordinación



ojo, mano, boca, y 5-interés por la comida (5).

Una vez que el lactante cuenta con los hitos mencionados, se deben presentar las alternativas disponibles a los padres para su elección. Como sabemos, la alimentación tradicional ha tenido un rol protagónico durante mucho tiempo, pero en los últimos años se ha visto la incorporación del método Baby Lead Weaning (BLW) por parte de algunos los padres. Este método se caracteriza porque es el propio niño quien guía su alimentación, decidiendo entre los alimentos que le presentan sus padres, qué, cómo y cuánto comer, logrando manipular e interactuar con la comida antes de probarla. Para el BLW el niño debe estar sentado derecho al momento de comer y la comida debe ser presentada en trozos blandos (que se puedan deshacer al aplastarlos con la lengua contra el paladar), que no formen miga, con tamaño del largo del puño del bebé (6). A diferencia de lo que muchos pensarían, no aumenta el riesgo de asfixia, sin embargo, se debe explicar a los cuidadores que sí podría generar mayor cantidad de náuseas (7). Tampoco tiene contraindicación en prematuros mayores de 6 meses que hayan alcanzado un desarrollo psicomotor óptimo, pero no es recomendable en niños con fallo de medro, alteraciones neurológicas, alteraciones en el desarrollo orofacial o con dificultad para lograr una adecuada supervisión (niños institucionalizados) en quienes se recomienda el método tradicional o papilla (6,8).

Independiente del método elegido, todos los alimentos pueden ser incorporados desde el inicio. Estudios demuestran que no hay razón para dilatar la introducción del huevo ya que está establecido que su inicio precoz previene el desarrollo de alergias alimentarias (9), pero sí se debe esperar hasta los 3-4 años para frutos secos enteros o picados por el riesgo de asfixia, miel no antes del año por el riesgo de botulismo, y azúcares, edulcorantes y descremados no antes de los 2 años (1).

Respecto a los productos envasados como colados y picados que se comercializan en diferentes países, existe un estudio realizado en Nueva Zelanda en el año 2020 donde se analizaron 197 productos vendidos para estos fines. En un porcentaje no menor se encontró sal y azúcares añadidos, verduras preferentemente dulces y no inclusión de alérgenos alimentarios que como revisamos anteriormente debiesen ser parte de los alimentos desde un comienzo (10). Por eso se debe recomendar en primer lugar alimentos preparados en casa y usar alimentos envasados cuando no se cuenten con los elementos de higiene necesarios para la preparación, viajes o en niños con selectividad alimentaria donde no reciben otro tipo de comidas.

Finalmente, es importante mencionar, que en este proceso, podría ser frecuente que algunos niños presenten rechazo alimentario en alguna instancia, siendo la neofobia la causa fisiológica predominante. Habitualmente aparece entre los 6 y 18 meses y se caracteriza por una aversión a nuevos alimentos o texturas, principalmente verduras, que va disminuyendo frente a exposiciones repetidas al mismo alimento. Nunca será normal que los niños manifiesten disfagia, dolor al alimentarse, vómitos, diarreas sanguinolentas, mal incremento ponderal, aspiración o síntomas cardiorrespiratorios crónicos por lo que en estos casos se debe realizar un examen acucioso para pesquisar patologías orgánicas que lo expliquen (1).

Conclusión:

Existen distintos métodos de AC, por lo que si no existen contraindicaciones serán los padres quienes decidan, y el profesional quien realice la educación correspondiente.

Siempre se debe anticipar a los padres que cada niño seguirá su propio ritmo en la incorporación de nuevos alimentos y que podrían aparecer rechazos a alimentos nuevos que en general desaparecen con la exposición repetida del mismo alimento.

Desde un inicio se podrán incorporar todos los tipos de alimentos, a excepción de frutos secos, azúcares, miel, edulcorantes y descremados donde hay edades establecidas para ello.



Bibliografía:

1. Minsal. Guía de alimentación de la niña y niño menor de 2 años y guía de alimentación hasta la adolescencia; edición 2023.
2. Hernandez, E., Hohman, E. E., Ferrante, M. J., Anzman-Frasca, S., Paul, I. M., & Savage, J. S. Toddler dietary patterns from the INSIGHT randomized clinical trial comparing responsive parenting versus control: A latent class analysis. (2024). *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 32(1), 141–149. <https://doi.org/10.1002/oby.23900>
3. Verga, M. C., Scotese, I., Bergamini, M., Simeone, G., Cuomo, B., D'Antonio, G., Dello Iacono, I., Di Mauro, G., Leonardi, L., Miniello, V. L., Palma, F., Tezza, G., Vania, A., & Caroli, M. Timing of Complementary Feeding, Growth, and Risk of Non-Communicable Diseases: Systematic Review and Meta-Analysis. (2022). *Nutrients*, 14(3), 702. <https://doi.org/10.3390/nu14030702>
4. R.vazquez-frías et al. Consenso de alimentación complementaria de la sociedad latinoamericana de gastroenterología. Hepatología y nutrición pediátrica COCO 2023.
5. E. Guerra Vilches, M.P. Gonzalez Rodríguez. Alimentación en el niño hasta los 2 años; (2025) *Pediatr Integral* 2025; XXIX (2): 94 – 101
6. Fuentes V, Leonelli G, Weisstaub G ¿Qué se sabe actualmente sobre el método de alimentación guiado por el bebé – BLW? (2022) *Andes pediatr.* 2022;93(3):300-311. DOI: 10.32641/andespediatr.v93i3.4181
7. Białek-Dratwa, A., & Kowalski, O. Complementary Feeding Methods, Feeding Problems, Food Neophobia, and Picky Eating among Polish Children. (2023) *Children (Basel, Switzerland)*, 11(1), 45. <https://doi.org/10.3390/children11010045>
8. Gómez M. Recomendaciones de la AEP sobre alimentación complementaria. Comité de Lactancia Materna y Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría (2023)
9. Scarpone, R., Kimkool, P., Ierodiakonou, D., Leonardi-Bee, J., Garcia-Larsen, V., Perkin, M. R., & Boyle, R. J. Timing of Allergenic Food Introduction and Risk of Immunoglobulin E-Mediated Food Allergy: A Systematic Review and Meta-analysis. (2023) *JAMA pediatrics*, 177(5), 489–497. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2023.0142>
10. Padarath, S., Gerritsen, S., & Mackay, S. Nutritional Aspects of Commercially Available Complementary Foods in New Zealand Supermarkets. (2020) *Nutrients*, 12(10), 2980. <https://doi.org/10.3390/nu12102980>