



Sábado 15 de febrero de 2020

Mesa redonda:

**Flashes pediátricos. A vueltas con...**

**Moderadora:**

M.ª Dolores Cantarero Vallejo

Pediatra. CS Illescas. Toledo. Tesorera de la AEPap.

**Ponentes/monitores:**

■ **El *Helicobacter pylori***

Iván Carabaño Aguado

Sección de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Infantil. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

■ **La bronquiolitis**

Mar Duelo Marcos

Pediatra. CS Segovia. Madrid. Grupo de Vías respiratorias de la AEPap.

■ **La alimentación del niño de corta edad**

Victoria Martínez Rubio

Pediatra. CS Los Fresnos. Torrejón de Ardoz. Madrid.

Textos disponibles en  
[www.aepap.org](http://www.aepap.org)

**¿Cómo citar este artículo?**

Martínez Rubio V. A vueltas con la alimentación del niño de corta edad. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2020. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2020. p. 87-94.

## A vueltas con la alimentación del niño de corta edad

Victoria Martínez Rubio

Pediatra. CS Los Fresnos. Torrejón de Ardoz. Madrid.  
[victmrubio@gmail.com](mailto:victmrubio@gmail.com)

### RESUMEN

La nutrición es un campo de primordial importancia en la promoción y prevención de salud en los niños. Tener conocimientos actualizados sobre las recomendaciones que, sobre alimentación infantil, emiten periódicamente los organismos especializados y sociedades científicas, es una obligación para cualquier pediatra de Atención Primaria.

Las investigaciones en las que se basan las referidas recomendaciones no son fáciles de llevar a cabo y las conclusiones de estos estudios están siempre sometidas a un cierto grado de incertidumbre. Transmitir nuestros conocimientos sobre estos temas a los padres o cuidadores de nuestros pacientes, de forma que sean capaces de forma autónoma y responsable de tomar las decisiones más correctas posibles sobre cómo, cuándo y qué alimentos ofrecer a sus hijos, es también parte de nuestra función como pediatras.

En los últimos años hemos cambiado el modelo de recomendaciones nutricionales para los lactantes, pasando de instrucciones estrictas, ordenadas y exhaustivas, a un modelo de información abierta que tiende a respetar la iniciativa de los padres y las características individuales o familiares de los niños con mucha más flexibilidad. Este modelo a veces crea una cierta sensación de inseguridad en los padres e incluso en los profesionales, sobre todo si no se conocen las pruebas

científicas que permiten afirmar unas cosas y dudar sobre otras.

En esta revisión pretendemos repasar las principales cuestiones relacionadas con la alimentación de los niños en los primeros años de vida haciendo hincapié en la evidencia científica que hay detrás de cada una de ellas.

## INTRODUCCIÓN

---

La importancia de una adecuada nutrición a lo largo de la infancia es un tema que admite poca discusión y más aún entre los pediatras de Atención Primaria. Tampoco es ninguna novedad que las pautas y consejos que damos a nuestra población sobre este tema han sufrido en los últimos años cambios, a veces superficiales y a veces más de fondo, que pueden, si no se comprenden y explican de forma adecuada, hacer dudar a los padres, cuando no a nosotros mismos, de la fiabilidad de estos consejos.

Exceptuando algunos principios básicos, como la indicación de ofrecer siempre que sea posible lactancia materna desde el nacimiento, prácticamente todas las pautas relacionadas con la alimentación complementaria han sido o son cuestionadas y sometidas a discusión.

Los principales objetivos de esta reflexión son entender cuáles son los motivos de esta incertidumbre, qué evidencia científica tenemos disponible para cada una de las recomendaciones y cómo podemos hacer comprender a los cuidadores de nuestros niños esta situación y acompañarlos y asesorarles en las decisiones que vayan tomando respecto a la alimentación de sus hijos.

## LA INCERTIDUMBRE DE NUESTROS CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN INFANTIL

---

Una reciente revisión<sup>1</sup> analiza las causas que subyacen bajo las dudas y vaivenes referidos a este tema. El trabajo describe las dificultades de la investigación en nutrición, tales como descubrir relaciones causa-efecto a largo plazo, buscar consecuencias en salud multifac-

toriales no solo dependientes de la alimentación, etc. Respecto a los métodos de investigación resalta que, dadas las complicaciones de emprender ensayos clínicos aleatorizados (ECA), paradigma de la evidencia científica, se hacen con más frecuencia otros diseños como estudios de cohortes prospectivos, observacionales y de menor calidad científica; muchos se basan en encuestas que, como sabemos, están sujetas a múltiples sesgos. La mayoría de las investigaciones, además, miden resultados a corto plazo e indirectos, utilizando biomarcadores que no siempre han demostrado validez y fiabilidad. Otro factor que hay que considerar es la influencia que la industria alimentaria general y de alimentos infantiles en particular, ejerce sobre los investigadores y comités de nutrición. Se ha demostrado en múltiples ocasiones que los estudios sacan conclusiones diferentes y a veces opuestas según estén o no financiados por la industria. Es por todo ello que cada vez más, hay expertos que abogan por nuevos planteamientos en la investigación en nutrición capaces de minimizar todos estos inconvenientes<sup>2</sup>.

En cualquier caso y mientras no tengamos estudios más concluyentes, deberemos conocer siempre el grado de evidencia que acompaña las recomendaciones que damos a los padres o cuidadores y aplicar prudencia a la hora de transmitirlos.

## LAS RECOMENDACIONES SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

---

La recomendación sobre mantener lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida (LME-6) frente a la anterior recomendación de mantenerla hasta los 4-6 meses fue emitida por la OMS en 2001<sup>3</sup> y reafirmada en una revisión de la Cochrane en 2012<sup>4</sup>. En esta última se comparaban los beneficios de LME-6 con los de introducir otros alimentos líquidos o sólidos a partir de los 3-4 meses de vida, tanto en países desarrollados como en desarrollo, concluyendo entre otras cosas que “los lactantes que son amamantados exclusivamente durante seis meses experimentan menos morbilidad por infección gastrointestinal que aquellos que lo son solo parcialmente y no se han demostrado déficits en el crecimiento”.

No está de más recordar esta recomendación, más aún cuando algunos nuevos estudios sobre introducción de alimentación complementaria parecen contradecir o replantearse esta práctica. Una revisión publicada en 2019<sup>9</sup> revisa la evidencia disponible sobre la recomendación de mantener la LME durante seis meses y analiza las dudas de algunos autores sobre el posible déficit de aporte de hierro en estos lactantes, la relación con las alergias alimentarias y las situaciones de déficits nutricionales en las madres. El estudio concluye que no hay base sólida para cambiar esta recomendación, si bien admite que algunas de las situaciones que se dan en determinados lactantes pueden justificar individualizar la duración de la LME. En lo que respecta a la evidencia que soporta la recomendación de LME-6, veinte de los veintitrés estudios en los que se basa son observacionales y de moderada o baja calidad; los autores de los informes reconocen esta debilidad, pero dados los numerosos beneficios ya demostrados de la LM, explican que diseñar estudios experimentales privando a algunos lactantes de esta, es poco aceptable éticamente y por tanto consideran que debe mantenerse la vigencia de la recomendación.

## INTRODUCCIÓN DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

En un documento de 2017<sup>6</sup> la Sociedad Europea de Gastroenterología Pediátrica (ESPGHAN) analiza los hábitos de introducción de alimentación complementaria (AC) en Europa encontrando una gran diversidad: un 34% de niños reciben AC antes de los 4 meses en Italia, un 51% en el Reino Unido o un 16% antes de los 3 meses en Alemania. No tenemos datos fiables de lo que ocurre en nuestro país, pero según el informe del Comité de Lactancia Materna de la AEP de 2016 solo el 28,5% de los niños seguían con LME a los 6 meses de vida en 2012. La ESPGHAN propone promover la LM exclusiva hasta los 6 meses e introducir la AC no antes de los 4 meses, ni después de los 6. La aparente contradicción contenida en este enunciado puede entenderse diferenciando la recomendación poblacional (LME-6) de las situaciones individuales, que pueden permitir algunas modificaciones en determinadas circunstancias.

Todos los estudios disponibles hasta ahora confirman que el riñón y el aparato digestivo de los lactantes están suficientemente maduros a partir de los 4 meses para recibir nutrientes distintos de la leche. Sin embargo, es recomendable dejarse guiar por las adquisiciones del niño en cuanto a su desarrollo psicomotor para introducir nuevos alimentos (desaparición del reflejo de extrusión, sedestación más o menos completa, etc.), hechos que ocurren más cerca de los 6 meses y parecen estar relacionados con la maduración de los sistemas orgánicos implicados en la nutrición. Por otra parte, aunque las principales preocupaciones sobre los riesgos de una introducción demasiado precoz de AC (infecciones, alergias, enfermedad celíaca, diabetes y obesidad)<sup>8</sup>, no se confirman en ningún estudio cuando dicha introducción se hace después de los 4 meses, tampoco lo hacen las supuestas ventajas de dicho adelanto. Entre ellas está la disminución del riesgo de ferropenia, que puede ser obviado por otros métodos, tales como retrasar la ligadura del cordón o administrar hierro a los lactantes de bajo peso. Respecto a otros estudios que tratan de relacionar la introducción de AC con aumento o mejoría del tiempo de sueño de los lactantes<sup>9</sup>, los resultados no son concluyentes y su importancia clínica no parece justificar un cambio de recomendación.

En lo que se refiere a los lactantes alimentados con fórmula y la supuesta indicación en ellos de adelantar la introducción de AC, una revisión sistemática de 2018<sup>10</sup> llega a la conclusión de que el aporte de micronutrientes es mayor y más estable. Tampoco hay diferencias en cuanto al riesgo de aparición de alergias alimenticias según el tipo de lactancia, de modo que las recomendaciones son aplicables por igual en ambos grupos.

Los lactantes prematuros son considerados por la mayoría de los autores como un grupo especial desde el punto de vista de sus necesidades nutricionales, pero ningún organismo internacional ha emitido recomendaciones específicas para ellos. La mayoría de los estudios se centran en valorar, si la inmadurez propia de los prematuros influye en la edad en la que deben introducirse alimentos distintos de la leche, pero hasta

el momento no hay pruebas que demuestren que deben utilizarse criterios diferentes de los que se usan en niños nacidos a término<sup>11</sup>.

Por motivos sociales, familiares o laborales, los padres solicitan con frecuencia opinión o consejo sobre la idoneidad de introducir AC antes de los 6 meses. Deberíamos tener en cuenta todos los factores revisados hasta aquí y adaptarlos a las circunstancias específicas de cada niño, a la hora emitir nuestra recomendación sobre este tema.

### **EL PAPEL DE LOS CEREALES Y EL GLUTEN EN LA AC**

---

Los estudios clásicos en los que se recomienda introducir cereales como complemento a la leche materna o de fórmula, se basan en su papel como fuente de hierro y su eficacia demostrada para prevenir la anemia en los primeros años de vida<sup>12</sup>, en especial a partir de los 6 meses. Sin embargo, no hay pruebas de que introducirlos entre los 4 y los 6 meses tenga efectos perjudiciales en el estado nutricional de los niños, más allá de la posible interferencia con el mantenimiento de la LM. La mayoría de los estudios están llevados a cabo con cereales fortificados con hierro, sobre todo arroz y maíz. No existen aún estudios que valoren los resultados de introducir cereales no enriquecidos u ofrecidos en otras formas a los lactantes, respecto a la prevención de ferropenia.

Los cambios en las recomendaciones sobre cuál es la edad más adecuada para introducir el gluten en la alimentación de los lactantes, parten de unos estudios observacionales llevados a cabo en Suecia entre los años 2000 y 2013<sup>13</sup> en los que parecía relacionarse una introducción precoz del gluten, antes de los 6 meses, en niños que seguían con LM, con un efecto protector de la aparición de enfermedad celíaca (EC). Tras realizarse ensayos clínicos aleatorizados sobre el tema en 2014<sup>14,15</sup>, se concluye que no existen suficientes pruebas para mantener dicha recomendación. Un estudio de cohortes prospectivo realizado un año después<sup>16</sup> y una revisión sistemática de 2016<sup>17</sup> no encuentran relación entre la edad de introducción del gluten y la aparición de EC,

habiendo una cohorte de niños suecos en que parece relacionarse la cantidad de gluten introducido con el riesgo de desarrollar la enfermedad, de forma que se podría justificar, a falta de estudios experimentales más concluyentes, la recomendación de introducir el gluten de forma gradual. Una revisión sistemática de 2015<sup>18</sup> demuestra que la LM no ejerce ninguna protección sobre la aparición de EC y aunque estos resultados concuerdan con algún otro, los estudios son, como casi siempre observacionales, por lo que deben ser valorados con prudencia. Tampoco existe ningún estudio que demuestre que introducir el gluten mediante un tipo de cereal u otro modifique la incidencia de EC. Así que podemos concluir que, en este momento, no disponemos de recomendaciones nutricionales que parezcan modificar el riesgo de desarrollo de celiaquía.

### **INTRODUCCIÓN DE ALIMENTOS POTENCIALMENTE ALERGÉNICOS EN LA ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE**

---

Existen múltiples estudios que demuestran que la incidencia de alergia a alimentos (AA) se ha incrementado en los últimos años. Actualmente las cifras oscilan entre un 1-7% de niños con AA en los países de renta media y un 2-10% en los de renta alta.

Hace ya unos cuantos años que se demostró que, la recomendación de retrasar hasta el año de vida o más allá la introducción de alimentos con riesgo alergénico, no estaba sustentada por ninguna prueba científica<sup>19</sup>. A partir de entonces se han realizado múltiples estudios, muchos de ellos ECA de distinto nivel de calidad, para intentar demostrar cual es la mejor edad para incorporar a la dieta de los niños estos alimentos. La mayoría están hechos en países de renta elevada e incluyen huevo y cacahuete, los dos alimentos que con más frecuencia y persistencia causan AA en estos países. La evidencia obtenida<sup>20</sup> condujo a la recomendación provisional de que, los niños con alto riesgo de AA fuesen expuestos a alimentos potencialmente alergénicos entre los 4-6 meses, individualizando los casos y bajo supervisión de profesionales especializados. Estudios posteriores tienden a modificar esta recomendación hacia la introducción de estos alimentos

entre los 6 y los 11 meses de vida<sup>21</sup>. El Comité Asesor Científico sobre Nutrición del Reino Unido declara en 2018<sup>22</sup> que “existen pruebas de que retrasar la introducción de cacahuete o huevo más allá de los 6 a 12 meses de edad puede aumentar el riesgo de alergia a estos alimentos y la evidencia disponible indica que estos alimentos, junto con el gluten o el pescado pueden ser introducidos alrededor de los 6 meses.” También concluye que “no hay pruebas suficientes para demostrar que introducir huevo o cacahuete antes de los 6 meses reduzca el riesgo de AA más que introducirlos alrededor de los 6 meses”.

Algunos estudios recientes<sup>23</sup> sugerían que la LM podía proteger de la aparición de AA y que dicha protección estaría relacionada con la dieta materna. Sobre esta base se han publicado estudios en 2018 que concluyen que la composición en oligosacáridos de la LM está relacionada con la aparición de alergias en el primer año de vida y que dicha composición depende de la dieta materna. Estos hallazgos no están aun suficientemente demostrados ni explicados y requieren más estudios antes de sacar conclusiones.

En resumen, con lo que sabemos actualmente, los alimentos alergénicos pueden ser introducidos en los niños a partir de los 6 meses de edad, procurando no retrasarlos más allá de los 10-11 meses de vida.

## **INTRODUCCIÓN DE ZUMOS, SAL Y AZÚCAR**

La Asociación Americana de Pediatría estableció en 2017<sup>24</sup> que no hay indicación de introducir zumos de frutas en menores de 6 meses, porque pueden colaborar a disminuir la cantidad total de leche que toman los lactantes y es mejor evitarlos en menores de un año por su relación con la aparición de caries y el riesgo de malabsorción de hidratos de carbono, sobre todo si se consumen en gran cantidad. La ESPGHAN en ese mismo año hace una recomendación similar<sup>25</sup> y la amplía para todas las bebidas que contengan azúcares libres, evitando que su ingesta aporte más de un 5% de las calorías diarias en todos los niños mayores de 2 años y señalando que esta cantidad, debería ser menor en niños por debajo de esa edad<sup>26</sup>.

Algo similar ocurre con la ingesta de sal, que debe ser muy pequeña en lactantes. Por eso, en general es suficiente con la que aportan los alimentos naturales a los que no debe añadirseles sal.

## **INTRODUCCIÓN DE LECHE DE VACA, PESCADO Y VERDURAS DE HOJA VERDE**

La leche de vaca (LV) se recomienda a partir del año o un poco antes en la mayoría de los países desarrollados debido a su escaso aporte de hierro y al riesgo de sangrado intestinal que se ha asociado con su consumo en menores de 9 meses. La ESPGHAN apoya esta recomendación y aclara que, si se introduce antes de esa edad, debe ser en pequeñas cantidades y nunca como bebida principal<sup>6</sup>.

Tanto el pescado blanco, como el azul y el marisco se pueden introducir en cualquier momento a partir de los 6 meses. La única excepción son los pescados azules de gran tamaño como atún rojo, pez espada, tiburón y lucio que por su posible exceso de mercurio deben evitarse en menores de 3 años<sup>27</sup>.

Se recomienda por precaución no incluir acelgas, espinacas, ni borraja en los purés de los niños menores de un año. Esta recomendación se basa en que la cantidad de nitratos que contienen estas verduras puede llegar a ser alta, sobre todo si el puré se almacena inapropiadamente o si hay infección gastrointestinal bacteriana concomitante, pudiendo provocar metahemoglobinemia en los lactantes<sup>28</sup>.

## **NUEVAS TENDENCIAS EN LA FORMA DE INTRODUCCIÓN DE AC: *BABY-LED WEANING***

Hace ya más de 10 años que en algunos países como Nueva Zelanda, Reino Unido y Canadá surge un nuevo sistema de introducción de AC en los lactantes, caracterizado por dejar que sea el propio bebé con sus manos, el que se lleve a la boca los alimentos que sus cuidadores le ofrecen, sin utilizar cuchara ni alimentos triturados<sup>29</sup>. El propósito de este cambio sería dejar que el propio niño regule su ingesta en respuesta a su apetito y evitar así problemas de sobrealimentación y obesidad.

El método además favorece el retraso del inicio de la AC hasta al menos los 6 meses, ya que requiere que el lactante sea capaz de permanecer sentado y tenga las habilidades motoras mínimas que le permitan coger alimentos con la mano y llevárselos a la boca. Es también perfectamente compatible con el mantenimiento de la LM y parece que los niños que lo siguen tendrían una mejor relación con la comida al verse menos forzados a la ingesta de alimentos triturados.

Este *baby-led weaning* (BLW) o alimentación dirigida por el lactante, ha llegado hace unos años a nuestro medio y cada vez tenemos más padres que nos consultan y profesionales que lo promocionan. Quizá más comunes que el BLW puro son, en nuestro país y en otros de nuestro entorno, formas modificadas de este sistema, que tienden a favorecer la introducción precoz de sólidos en la dieta de los lactantes, pero en las que los padres seleccionan determinados alimentos (más ricos en hierro, de alto nivel calórico y bajo riesgo de asfixia) que pretenden disminuir los posibles riesgos asociados al sistema más estricto. Los pediatras de Atención Primaria cada vez vemos más formas mixtas, en las que se asocian formas clásicas de alimentación (con cuchara y triturados) en unas tomas y comida sólida en otras.

En lo que se refiere a la evidencia científica, aún hay pocos estudios sobre las ventajas e inconvenientes de este sistema; la mayoría de los trabajos incluyen muestras pequeñas y son de baja calidad. Los últimos confirman que, cuando se utiliza BLW modificado, la ingesta de hierro, calorías totales y otros micronutrientes y el riesgo de atragantamiento, son similares a los métodos tradicionales<sup>30</sup>. No obstante, persisten dudas aún sobre sus ventajas y beneficios en salud a medio y largo plazo y los riesgos reales de este sistema.

## CONCLUSIÓN

La LM exclusiva durante los primeros 6 meses de vida sigue siendo la mejor opción para la mayoría de los lactantes. La AC debería introducirse a partir de esa edad respetando el desarrollo psicomotor de los niños y como complemento de la leche materna. Todos los demás alimentos se irán introduciendo a partir de ese

momento, según las costumbres y preferencias de la familia, sin retrasar de forma específica ninguno de ellos, de modo que, aproximadamente al año de vida, la dieta de los niños sea similar a la del resto de la familia, fomentando dietas saludables para todos los integrantes de esta.

## NOTA DE LA AUTORA

Algunas de las referencias bibliográficas de esta revisión y una parte de su contenido están basadas en el siguiente trabajo: Aparicio Rodrigo M, Aizpurua Galdeano P, González Rodríguez M, Martínez Rubio V, Molina Arias M, Ochoa Sangrador C, et al. Comité de Pediatría Basada en la Evidencia de la AEPap/AEP. Actualización de la evidencia científica sobre alimentación del lactante 2019 (pendiente de publicación).

## BIBLIOGRAFÍA

- Rodríguez J. Recomendaciones nutricionales y evidencia científica: ¿hay más dudas que certezas? *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2019;21:69-75.
- Ludwig DS, Ebbeling CB, Heymsfield SB. Improving the quality of dietary research. *JAMA*. 2019 Aug 12 [en prensa].
- WHO. The optimal duration of exclusive breastfeeding: report of the expert consultation. [Fecha de acceso 8 dic 2019]. Disponible en [www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO\\_NHD\\_01.09/en/](http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO_NHD_01.09/en/)
- Kramer M, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; CD003517.
- Pérez-Escamilla R, Buccini GS, Segura-Pérez S, Piwoz E. Perspective: should exclusive breastfeeding still be recommended for 6 months? *Adv Nutr*. 2019;10:931-43.
- Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler Mis N, et al. Complementary fee-

- ding: a position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) committee on nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2017;64:119-32.
7. Nucci AM, Virtanen SM, Becker DJ. Infant feeding and timing of complementary foods in the development of type 1 diabetes. *Curr Diab Rep.* 2015;15:62.
  8. Pearce J, Taylor MA, Langley-Evans SC. Timing of the introduction of complementary feeding and risk of childhood obesity: a systematic review. *Int J Obes (Lond).* 2013;37:1295-306.
  9. Perkin MR, Bahnon HT, Logan K, Marrs T, Radulovic S, Craven J, et al. Association of early introduction of solids with infant sleep a secondary analysis of a randomized clinical trial. *JAMA Pediatr.* 2018;172:e180739.
  10. Campoy C, Campos D, Cerdó T, Diéguez E, García-Santos JA. Complementary feeding in developed countries: The 3 Ws (When, what, and why?). *Ann Nutr Metab.* 2018; 73 Suppl 1:27-36.
  11. Nutr A, Vissers KM, Feskens EJM, Van Goudoever JB, Janse AJ. The timing of initiating complementary feeding in preterm infants and its effect on overweight: a systematic review. *Ann Nutr Metab.* 2018;72:307-15.
  12. Gera T, Sachdev HS, Boy E. Effect of iron-fortified foods on hematologic and biological outcomes: systematic review of randomized controlled trials. *Am J Clin Nutr.* 2012;96:309-24.
  13. Ivarsson A, Myléus A, Norström F, van der Pals M, Rosén A, Högborg L, et al. Prevalence of childhood celiac disease and changes in infant feeding. *Pediatrics.* 2013; 131:e687-94.
  14. Vriezinga SL, Auricchio R, Bravi E, Castillejo G, Chmielewska A, Crespo Escobar P, et al. Randomized feeding intervention in infants at high risk for celiac disease. *N Engl J Med.* 2014;371:1304-15.
  15. Lionetti E, Castellaneta S, Francavilla R, Pulvirenti A, Tonutti E, Arnarri S, et al. Introduction of gluten, HLA status, and the risk of celiac disease in children. *N Engl J Med.* 2014;371:1295-303.
  16. Aronsson CA, Lee HS, Liu E, Uusitalo U, Hummel S, Yang J, et al. Age at gluten introduction and risk of celiac disease. *Pediatrics.* 2015;135:239-45.
  17. Szajewska H, Shamir R, Mearin L, Ribes-Koninckx C, Catassi C, Domellof M, et al. Gluten introduction and the risk of coeliac disease: A position paper by the european society for pediatric gastroenterology, hepatology, and nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2016;62:507-13.
  18. Szajewska H, Shamir R, Chmielewska A, Pieścik-Lech M, Auricchio R, Ivarsson A, et al. Systematic review with meta-analysis: early infant feeding and coeliac disease-update 2015. *Aliment Pharmacol Ther.* 2015;41:1038-54.
  19. Fleischer DM, Sicherer S, Greenhawt M, Campbell D, Chan E, Muraro A, et al. Consensus communication on early peanut introduction and the prevention of peanut allergy in high-risk infants. *Pediatr Dermatol.* 2016;33:103-6.
  20. Fleischer DM, Spergel JM, Assa'ad AH, Pongratic JA. Primary prevention of allergic disease through nutritional interventions. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2013;1:29-36.
  21. Greenhawt M, Fleischer DM, Chan ES, Venter C, Stukus D, Gupta R, et al. LEAPing through the looking glass: secondary analysis of the effect of skin test size and age of introduction on peanut tolerance after early peanut introduction. *Allergy.* 2017;72:1254-60.
  22. The Scientific Advisory Committee on Nutrition. Feeding in the first year of life 2018. [Fecha de acceso 8 dic 2019]. Disponible en [www.gov.uk/government/publications/feeding-in-the-first-year-of-life-sacn-report](http://www.gov.uk/government/publications/feeding-in-the-first-year-of-life-sacn-report)

23. Pitt TJ, Becker AB, Chan-Yeung M, Chan ES, A Watson WT, Chooniedass R, *et al.* Reduced risk of peanut sensitization following exposure through breast-feeding and early peanut introduction. *J Allergy Clin Immunol.* 2018;141:620-5.
24. Heyman MB, Abrams SA. Fruit juice in infants, children, and adolescents: current recommendations *Pediatrics.* 2017;139.pii: e20170967.
25. Fidler Mis N, Braegger C, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton ND, *et al.* Sugar in infants, children and adolescents: a position paper of the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2017;65:681-96.
26. Arana C, Rodríguez MF, Rebollar CG, Toledo BJ, Rubio VM. Grupo de Gastroenterología Pediátrica. Zona Sur-Oeste de Madrid. Alimentación del lactante y del niño de corta edad. Guías conjuntas de patología digestiva pediátrica Atención Primaria-Especializada. 2019;1-44.
27. Comité Científico de la AESAN. Recomendaciones de consumo de pescado para poblaciones sensibles debido a la presencia de mercurio. 2011. [Fecha de acceso 8 dic 2019]. Disponible en [www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/para\\_consumidor/Recomendaciones\\_mercurio.pdf](http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/para_consumidor/Recomendaciones_mercurio.pdf)
28. Comité Científico de la AESAN. Informe 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. [Fecha de acceso 8 dic 2019]. Disponible en [www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/seguridad\\_alimentaria/evaluacion\\_riesgos/informes\\_comite/NITRATOS\\_ACELGAS.pdf](http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/seguridad_alimentaria/evaluacion_riesgos/informes_comite/NITRATOS_ACELGAS.pdf)
29. Moreno JM, Galiano MJ, Dalmau J. Alimentación complementaria dirigida por el bebé ("baby-led weaning") ¿Es una aproximación válida a la introducción de nuevos alimentos en el lactante? *Acta Pediatr Esp.* 2013;71:99-103.
30. Rowan H, Lee M, Brown A. Differences in dietary composition between infants introduced to complementary foods using Baby-led weaning and traditional spoon feeding. *J Hum Nutr Diet.* 2019;32:11-20.