

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA SEGÚN LA ESPGHAN

Dr. Oscar Brunser

Profesor de Pediatría, U. de Chile
Representante en Chile, Nestlé Nutrition Institute



Esta es una publicación que establece la posición del Comité de Nutrición de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas (ESPGHAN), frente a la alimentación complementaria.

En el número de enero de 2017 del Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, órgano oficial de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas (ESPGHAN), el Comité de Nutrición publicó un artículo en que revisan los adelantos más recientes en relación con la alimentación complementaria. La referencia de esta publicación

es: Fewtrell M y cols. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2017; 64: 119-132. En la sección sobre crecimiento y composición corporal, en el párrafo donde se discute la ingesta de macronutrientes, el Comité manifiesta lo siguiente:

El consumo aumentado de alimentos complementarios densos en energía puede inducir incrementos de peso excesivos durante la infancia, lo que ha sido asociado a su vez con un riesgo dos o tres veces mayor de obesidad en la edad escolar y la niñez (1, 2). La revisión de la literatura efectuada por este grupo de ESPGHAN, que evalúa la cantidad y calidad de la ingesta de grasas entre los 6 y los 24 meses de edad, concluyó que la cantidad de lípidos en la alimentación no muestra asociaciones con posteriores efectos sobre la salud; sostiene además que las dietas con contenidos relativamente altos de grasa no parecen ser dañinas para la salud de los niños. También subrayó la necesidad de implementar investigaciones adicionales acerca de los efectos de la calidad de los lípidos sobre la salud en la edad pediátrica (3).

Una revisión sistemática de la ingesta de proteínas entre los 0 y los 18 años de edad y su relación con la salud, efectuada para las 5as Recomendaciones Nórdicas de Nutrición (4) y que incluyó la revisión de la literatura hasta 2011, concluyó que había evidencia convincente (grado 1) que demostraba que los niveles elevados de ingesta de proteína durante la infancia y la edad preescolar, estaban asociados con aumentos de la velocidad de crecimiento y del índice de masa corporal (IMC) en la niñez. Esto era más evidente cuando el porcentaje de energía proveniente de las proteínas (PE%) a los 12 meses de edad llegaba a 15 a 20%. **Se propuso entonces un límite superior de 15% para el PE% a los 12 meses**, teniendo como base que no hay riesgo de ingestas insatisfactorias cuando la alimentación incluye este nivel de proteínas, comparable al de la dieta promedio de los niños de los países nórdicos, durante sus primeros años de vida. Desde la publicación de esta primera revisión, la información proveniente de un seguimiento durante 6 años de los participantes del proyecto de Obesidad en la Niñez Europea, mostró que los lactantes randomizados para recibir durante el primer año de vida una fórmula infantil o una fórmula de seguimiento con un contenido de proteína más bajo que las fórmulas estándar tenían IMC más bajos. Al mismo tiempo, tenían un riesgo de desarrollar obesidad más bajo que aquellos lactantes que recibieron fórmulas con contenidos más altos de proteína (contenidos que eran más altos que los de la mayoría de las fórmulas empleadas en la actualidad). El efecto más intenso fue observado en los niños con los percentiles de IMC más altos, lo que sugiere que potencialmente intervienen también factores genéticos o metabólicos (5). Los resultados del seguimiento a lo largo del tiempo de los mellizos de la cohorte Gemini, también mostraron que existía una asociación positiva entre el PE% más bajo a los 21 meses y el promedio del aumento del peso corporal y del IMC entre los 21 meses y los 5 años de edad (6).

Un problema importante, con implicancias prácticas significativas, es la necesidad de aclarar si todas las fuentes de proteínas ejercen efectos similares sobre el crecimiento y la adiposidad en la edad pediátrica. La revisión de este aspecto por el grupo nórdico concluyó que había evidencia limitada o sugerente (grado 3), de que el consumo de proteína de origen animal, especialmente si era de origen lácteo, tenía una asociación positiva más intensa con el crecimiento en comparación con el consumo de proteínas de origen vegetal. Además, la asociación entre la ingesta de volúmenes más grandes de leche y los niveles aumentados de factor de crecimiento similar a la insulina (IGF por sus iniciales en inglés, insulin-like growth factor) circulante, reforzó esta observación (4). Esto es relevante para el contenido de proteínas de las fórmulas utilizadas frecuentemente durante la infancia en los países con altos niveles de ingresos. Hay creciente evidencia de que la ingesta de proteína por los lactantes de países con altos niveles de ingresos, generalmente excede las cantidades recomendadas y que esto puede estar relacionado causalmente con el riesgo aumentado de obesidad. Esta situación llevó a la European Food Safety Administration (EFSA), a emitir una opinión acerca de la composición de las fórmulas infantiles y de seguimiento (7). Este dictamen indica que el nivel mínimo de proteína de las fórmulas en base a leche de vaca, debería continuar siendo 1,8 g/100 kcal, pero que para las fórmulas de seguimiento, el límite superior debería disminuir de 3,0 a 2,5 g/100

nestlé pediatría

kcal. El nivel mínimo permitido por EFSA para las fórmulas infantiles todavía proporciona después de los 3 a 4 meses de edad, más proteína que la leche materna. En la actualidad están en curso estudios que evaluarán si el contenido de proteína de las fórmulas infantiles, que deberían ser utilizadas más allá de los 3 meses puede ser disminuido en forma segura, usando siempre proteínas de alta calidad. Aunque se requieren estudios adicionales y seguimientos más prolongados, los hallazgos de dos estudios (8, 9), sugieren que el uso de contenidos más bajos de proteína láctea de muy alta calidad, además de alimentos complementarios puede ser beneficioso en términos del aumento de peso y del consiguiente menor riesgo de obesidad.

Bibliografía

- 1.- Monteiro PO, Victora CG. Rapid growth in infancy and childhood and obesity in later life--a systematic review. *Obes Rev* 2005; 6: 143-54.
- 2.- Ong KK, Loos RJ. Rapid infancy weight gain and subsequent obesity: systematic reviews and hopeful suggestions. *Acta Paediatr* 2006; 95: 904-08.
- 3.- Agostoni C, Caroli M. Role of fats in the first two years of life as related to later development of NCDs. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2012; 22: 775-80.
- 4.- Hörnell A, Lagström H, Lande B, Thorsdottir I. Protein intake from 0 to 18 years of age and its relation to health: a systematic literature review for the 5th Nordic Nutrition Recommendations. *Food Nutr Res* 2013 May 23; 57.
- 5.- Weber M, Grote V, Closa-Monasterolo R, Escribano J, Langhendries JP, Dain E, Giovannini M, Verduci E, Gruszfeld D, Socha P, Koletzko B; European Childhood Obesity Trial Study Group.. Lower protein content in infant formula reduces BMI and obesity risk at school age: follow-up of a randomized trial. *Am J Clin Nutr* 2014; 99: 1041-51.
- 6.- Pimpin L, Jebb S, Johnson L, Wardle J, Ambrosini GL. Dietary protein intake is associated with body mass index and weight up to 5 y of age in a prospective cohort of twins. *Am J Clin Nutr* 2016; 103: 389-97.
- 7.- EFSA NDA Panel (EFSA panel on dietetic products, nutrition and allergies). Scientific opinion on the essential composition of infant and follow-on formulae. *EFSA J* 2014; 12: 3760.
- 8.- Inostroza J, Haschke F, Steenhout P, Grathwohl D, Nelson SE, Ziegler EE. Low-protein formula slows weight gain in infants of overweight mothers. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2014; 59:70-77.
- 9.- Ziegler EE, Fields DA, Chernausk SD, Steenhout P, Grathwohl D, Jeter JM, Nelson SE, Haschke F. Adequacy of Infant Formula With Protein Content of 1.6 g/100 kcal for Infants Between 3 and 12 Months. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2015; 61: 596-603.