



Alimentación complementaria segura y responsiva en pediatría

Safe and responsive complementary feeding in pediatrics

Héctor Hugo Bardellini Campoverde¹, Gissela Sánchez Fernández², Carlos Eduardo Ordoñez Sánchez³

RESUMEN

Introducción: En pediatría, la alimentación complementaria designa la transición en la que el lactante, manteniendo la leche materna o la fórmula como base nutricional, empieza a recibir alimentos de mayor diversidad, textura y densidad nutricional. Según la bibliografía revisada, este proceso no debe entenderse como una lista rígida de productos por edad, sino como una intervención clínica que integra madurez neurológica, seguridad alimentaria, aprendizaje oromotor, exposición sensorial y conducta alimentaria temprana. **Métodos:** Se realizó una revisión de literatura con orientación clínica pediátrica mediante búsqueda en bases biomédicas y revisión documental de guías, consensos, documentos de posición y reportes oficiales internacionales, regionales y nacionales. Se priorizaron publicaciones y documentos actualizados entre 2021 y 2026; se conservaron referencias previas cuando mantenían valor normativo directo. **Resultados:** Según la bibliografía revisada, el inicio alrededor de los 6 meses aparece como la referencia poblacional general más repetida en guías y documentos normativos. Algunos documentos europeos aceptan una ventana entre 4 y 6 meses en lactantes sanos nacidos a término, pero solo bajo condiciones acumulativas de madurez del desarrollo, seguridad oral y justificación clínica o nutricional. Las fuentes revisadas coinciden en recomendar que la leche materna o la fórmula se mantengan como soporte principal durante el primer año, que se prioricen hierro y densidad nutricional, que las texturas avancen según el desarrollo, que se practique alimentación responsiva, que se reduzcan riesgos mecánicos de atragantamiento y que se eviten miel antes del año, jugos, bebidas azucaradas y retrasos innecesarios de alimentos alergénicos ofrecidos en formas seguras. **Conclusiones:** A partir de las fuentes consultadas, la alimentación complementaria puede interpretarse como una intervención pediátrica integral. En Ecuador, su correcta aplicación tiene relevancia clínica y de salud pública por la coexistencia de anemia, desnutrición crónica infantil y exceso de peso en la primera infancia.

Palabras clave: fenómenos fisiológicos nutricionales del lactante; nutrición del lactante; hierro; conducta alimentaria; hipersensibilidad a los alimentos; seguridad alimentaria y nutricional.

1. Pediatra. Jefe del Departamento de Pediatría, Hospital Metropolitano, Quito, Ecuador.

2. Pediatra Hematóloga Oncóloga. Subjefe del Departamento de Pediatría y Subjefe del Servicio de Hematología-Oncología Pediátrica, Hospital Metropolitano, Quito, Ecuador.

3. Estudiante de Medicina, Universidad Internacional del Ecuador, Quito, Ecuador.

Héctor Hugo Bardellini Campoverde  <https://orcid.org/0009-0005-9293-5333>

Gissela Sánchez Fernández  <https://orcid.org/0000-0001-9660-2775>

Carlos Eduardo Ordoñez Sánchez  <https://orcid.org/0009-0005-7494-6354>

Correspondencia: hbardellini@yahoo.com

ABSTRACT

Introduction: In pediatrics, complementary feeding refers to the transition in which infants, while maintaining breast milk or formula as the nutritional basis, begin to receive foods with greater diversity, texture, and nutrient density. According to the reviewed bibliography, this process should not be understood as a rigid age-based list of foods, but rather as a clinical intervention involving neurological maturation, food safety, oral-motor learning, sensory exposure, and early feeding behavior. **Methods:** A clinically oriented literature review was conducted using biomedical databases and documentary review of international, regional, and national guidelines, consensus statements, position papers, and official reports. Publications and documents updated between 2021 and 2026 were prioritized; earlier references were retained when they had direct normative relevance. **Results:** According to the reviewed bibliography, introduction around 6 months of age appears as the most frequently stated general population reference in guidelines and normative documents. Some European documents accept a window between 4 and 6 months in healthy term infants, but only under cumulative conditions of developmental readiness, oral safety, and clinical or nutritional justification. The reviewed sources agree on recommending that breast milk or formula remain the main nutritional support during the first year, that iron and nutrient density be prioritized, that textures advance according to development, that responsive feeding be practiced, that mechanical choking hazards be reduced, and that honey before 12 months, fruit juices, sugar-sweetened beverages, and unnecessary delays in allergenic foods offered in safe forms be avoided. **Conclusions:** Based on the consulted sources, complementary feeding may be interpreted as a comprehensive pediatric intervention. In Ecuador, its appropriate implementation has clinical and public health relevance because anemia, chronic child undernutrition, and excess weight coexist in early childhood.

Keywords: complementary feeding; infant nutrition; iron; feeding behavior; food hypersensitivity; food and nutrition security.

Introducción

En pediatría, la alimentación complementaria corresponde al periodo en el que el lactante, sin abandonar la leche materna o la fórmula como eje nutricional del primer año, comienza a recibir alimentos distintos de la alimentación láctea exclusiva. Esta transición responde al aumento progresivo de requerimientos de energía, proteínas, hierro, zinc y otros nutrientes, así como a la maduración neurológica y oromotora que permite aprender a comer de manera cada vez más compleja. Según los documentos de la Organización Mundial de la Salud revisados para este artículo, el periodo de 6 a 23 meses constituye una etapa crítica de la nutrición infantil, porque en ese intervalo la calidad, frecuencia, densidad e inocuidad de los alimentos complementarios influyen sobre crecimiento, desarrollo y riesgo nutricional posterior¹⁻⁴.

La American Academy of Pediatrics recomienda lactancia materna exclusiva aproximadamente durante los primeros 6 meses, seguida de la introducción de alimentos complementarios mientras se mantiene la

lactancia⁵. Esta recomendación no debe interpretarse como una fecha aislada, sino como un marco clínico que exige valorar desarrollo, contexto nutricional, seguridad, capacidad familiar y continuidad de la alimentación láctea.

Según la bibliografía revisada, reducir la alimentación complementaria a una lista de alimentos o a una secuencia fija de papillas limita su verdadero alcance clínico. El proceso involucra estabilidad postural, control cefálico, coordinación oromotora, aceptación sensorial, progresión de texturas, prevención de atragantamiento, inocuidad alimentaria, densidad nutricional y construcción temprana de la conducta alimentaria. Por ello, la pregunta pediátrica no debe limitarse a cuándo empezar, sino también en qué condiciones, con qué alimentos, con qué textura, con qué supervisión y con qué objetivos nutricionales y conductuales^{1,2,6,8,10}.

En las fuentes consultadas, el inicio alrededor de los 6 meses concentra el mayor respaldo normativo y clínico como referencia poblacional. Sin embargo, algunos do-

cumentos europeos admiten una ventana entre 4 y 6 meses en lactantes sanos nacidos a término. Esta posibilidad requiere una interpretación prudente. No constituye una recomendación paralela ni equivalente al estándar poblacional, sino una opción restringida para situaciones seleccionadas, siempre que exista madurez del desarrollo, seguridad oral y una razón clínica o nutricional suficiente para no esperar hasta los 6 meses^{6,7}.

En América Latina, el consenso COCO 2023 de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica ofrece una aproximación regional que reconoce la importancia de adaptar las recomendaciones a contextos culturales, alimentarios y sanitarios específicos, sin apartarse de los principios centrales de seguridad, nutrición y desarrollo⁹.

En Ecuador, el tema adquiere especial importancia porque los reportes oficiales revisados describen coexistencia de anemia, desnutrición crónica infantil y exceso de peso en la primera infancia. Este escenario obliga a plantear la alimentación complementaria no solo como una transición fisiológica, sino como una intervención clínica y de salud pública capaz de influir en trayectorias nutricionales tempranas¹⁸⁻²¹.

Metodología

Búsqueda bibliográfica

Se realizó una revisión de literatura con orientación clínica pediátrica. La búsqueda principal se efectuó en PubMed y MEDLINE. De forma complementaria se revisaron documentos normativos, consensos y materiales institucionales de la Organización Mundial de la Salud, American Academy of Pediatrics, Centers for Disease Control and Prevention, European Food Safety Authority, European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, National Institute of Allergy and Infectious Diseases, Food and Drug Administration, Environmental Protection Agency y Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Para el contexto

ecuatoriano se incorporaron reportes oficiales del Instituto Nacional de Estadística y Censos^{1-7,9,11-13,18-21,27,29,30}.

Los términos de búsqueda en español e inglés incluyeron: alimentación complementaria, complementary feeding, infant feeding, alimentación responsiva, responsive feeding, hierro, iron, alimentos alergénicos, allergenic foods, food allergy prevention, choking, atragantamiento, food safety, seguridad alimentaria, infant nutrition, nutrición infantil, Latin America y Ecuador.

Criterios de selección

Se priorizaron guías, documentos de posición, consensos formales, revisiones sistemáticas, metaanálisis y reportes oficiales publicados o actualizados entre 2021 y 2026. Se conservaron referencias previas cuando mantenían relevancia normativa directa o valor clínico indispensable, en particular el documento de la European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition de 2017, la opinión científica de la European Food Safety Authority de 2019, las recomendaciones NIAID para prevención de alergia al maní, el informe clínico de la American Academy of Pediatrics sobre intervenciones nutricionales tempranas y la recomendación de la American Academy of Pediatrics sobre jugos^{6,7,26-28}.

Se excluyeron materiales sin trazabilidad editorial clara, textos de divulgación no científica sin respaldo institucional, duplicados y documentos cuya información estuviera representada con mayor solidez en una fuente primaria, guía o revisión sistemática.

Recuperación de la información y fuentes documentales

La información se obtuvo de artículos indexados, documentos normativos e informes oficiales. Se dio prioridad a fuentes primarias o de síntesis de alto nivel metodológico. Para la situación ecuatoriana se utilizaron documentos oficiales del Instituto Nacional de Estadística y Censos, por constituir la fuente nacional de referencia

para indicadores de nutrición poblacional, desnutrición crónica infantil y anemia¹⁸⁻²¹.

Evaluación de la calidad de los artículos seleccionados

La valoración de calidad se realizó de forma jerárquica y cualitativa. Se asignó mayor peso a guías normativas internacionales, documentos de posición de sociedades científicas, revisiones sistemáticas, metaanálisis, consensos regionales formales y reportes epidemiológicos oficiales. En un nivel complementario se incluyeron materiales clínico-educativos institucionales, útiles para traducir las recomendaciones a la práctica pediátrica cotidiana. La selección final privilegió coherencia entre fuentes, claridad metodológica, trazabilidad, aplicabilidad clínica y consistencia con la práctica pediátrica contemporánea.

Análisis de variabilidad, fiabilidad y validez

La variabilidad principal entre documentos se observó en tres dominios: edad exacta de inicio dentro de la ventana de 4 a 6 meses, estrategia de introducción de ciertos alimentos alergénicos y grado de detalle práctico de las recomendaciones. La fiabilidad se consideró mayor cuando hubo convergencia entre guías internacionales, revisiones sistemáticas, consensos regionales y reportes oficiales. La validez se juzgó de acuerdo con coherencia interna, respaldo documental, pertinencia clínica y aplicabilidad a lactantes sanos nacidos a término, sin extrapolar recomendaciones a grupos clínicos especiales no abordados directamente por esta revisión.

Número de documentos revisados

La selección final incluyó 30 referencias verificadas. Veintitrés correspondieron al periodo 2021-2026 y siete fueron referencias previas conservadas por su importancia normativa, clínica o regulatoria directa. La bibliografía final cumple el rango solicitado por la revista para artículos de revisión.

Resultados

La literatura final seleccionada quedó constituida por 30 referencias. Diecisiete correspondieron a artículos científicos indexados, revisiones sistemáticas, metaanálisis, informes clínicos o documentos de posición publicados en revistas biomédicas, y trece a documentos normativos, reportes institucionales oficiales o materiales técnicos de organismos sanitarios¹⁻³⁰.

Las fuentes revisadas cubrieron seis ejes principales: edad de inicio, criterios para un inicio selectivo entre 4 y 6 meses, continuidad de la alimentación láctea como base, hierro y densidad nutricional, seguridad mecánica y biológica, y conducta alimentaria responsiva.

Edad de inicio

En las guías y documentos normativos internacionales revisados, el inicio alrededor de los 6 meses se presenta como la referencia general más consistente. Esta recomendación se relaciona con la maduración fisiológica y neurológica del lactante, la necesidad de preservar los beneficios de la lactancia materna exclusiva durante los primeros meses y el aumento posterior de requerimientos nutricionales¹⁻⁵.

La principal diferencia entre documentos se relacionó con la admisión de una ventana selectiva entre 4 y 6 meses. ESPGHAN y EFSA aceptan que algunos lactantes sanos nacidos a término podrían iniciar alimentos complementarios dentro de ese intervalo, siempre que no sea antes de los 4 meses y que exista madurez suficiente^{6,7}. Según la interpretación de estas fuentes, esta posición no contradice el estándar general de los 6 meses, sino que introduce una posibilidad clínica limitada.

Criterios para inicio selectivo entre 4 y 6 meses

Dentro de la ventana selectiva, los criterios operativos más consistentes señalados o inferidos a partir de las fuentes revisadas fueron: lactante sano nacido a término

no, edad mínima cumplida, control cefálico adecuado, posibilidad de mantenerse sentado con apoyo, apertura oral frente al alimento, reducción del reflejo de protrusión lingual, interés funcional por el alimento, mantenimiento de leche materna o fórmula como base nutricional y existencia de una razón clínica o nutricional para no esperar hasta los 6 meses^{6,7,11,12}.

Ninguna de las fuentes normativas revisadas avaló transformar la ventana entre 4 y 6 meses en una conducta rutinaria. La disponibilidad de esa opción exige juicio clínico individualizado, no automatismo ni presión familiar o comercial.

Continuidad de leche materna o fórmula

Los documentos revisados coinciden en que la introducción de alimentos no debe confundirse con sustitución precoz de la alimentación láctea. Durante el primer año, leche materna o fórmula continúan siendo la base nutricional, mientras los alimentos complementarios se incorporan de manera progresiva para ampliar densidad nutricional, textura, aprendizaje oral y diversidad alimentaria¹⁻⁷.

Este punto tiene importancia práctica porque uno de los errores frecuentes es interpretar el inicio de la alimentación complementaria como desplazamiento de tomas lácteas, en especial durante las primeras semanas del proceso.

Hierro y densidad nutricional

En las fuentes consultadas, el hierro aparece como uno de los micronutrientes más vulnerables durante la transición. A partir del segundo semestre, las reservas prenatales disminuyen y la alimentación complementaria adquiere un papel relevante para prevenir deficiencia de hierro y anemia^{3,14,15}.

De acuerdo con las fuentes revisadas, la selección de alimentos complementarios debe priorizar adecuada densidad nutricional, especialmente fuentes de hierro y combinaciones alimentarias que favorezcan su aporte. En contextos con alta car-

ga de anemia, la consejería alimentaria no debe limitarse a la aceptación de papillas, sino orientar la calidad nutricional del patrón alimentario¹⁸⁻²¹.

Seguridad mecánica y biológica

Según los documentos consultados, la seguridad de la alimentación complementaria depende de preparación, textura, tamaño, forma, consistencia, postura y supervisión. El riesgo de atragantamiento no se define únicamente por el alimento en sí, sino por la presentación ofrecida al lactante^{11-13,17,30}.

Los documentos revisados identifican como formas de riesgo los alimentos redondos, duros, enteros, pegajosos o en trozos grandes. Por ello, el maní entero, frutos secos enteros, salchichas en rodajas, trozos grandes de carne o queso, huesos, espinas y cucharadas espesas de mantequillas de frutos secos deben evitarse o modificarse según edad y capacidad del niño^{13,30}.

En el plano biológico, las fuentes revisadas señalan que la miel antes de los 12 meses debe evitarse por riesgo de botulismo infantil. También recomiendan evitar jugos y bebidas azucaradas en lactantes, por su baja densidad nutricional, contenido de azúcares libres y potencial desplazamiento de alimentos más valiosos^{13,16,26}.

Alimentos alergénicos

Las revisiones recientes y documentos clínicos consultados señalan que no debería retrasarse injustificadamente la introducción de ciertos alimentos alergénicos frecuentes, especialmente maní o cacahuete y huevo, cuando se ofrecen en formas apropiadas para la edad y con criterio clínico^{22,23,25,27,28}.

Este principio debe distinguirse con claridad de la seguridad mecánica. Según las fuentes revisadas, el problema del maní entero en lactantes es el riesgo de atragantamiento, no una razón para retrasar la exposición a proteína de maní en formas seguras cuando está indicada^{27,28,30}.

Alimentación responsiva y aprendizaje de comer

La bibliografía consultada otorga relevancia creciente a la alimentación responsiva como dimensión clínica y conductual del proceso. Implica reconocer señales de hambre y saciedad, ofrecer alimentos adecuados sin coerción, sostener rutinas, permitir exploración supervisada y evitar prácticas que interfieran con la autorregulación, como presión excesiva, distracción permanente, premios, castigos o sustitución inmediata por alimentos hiperpalatables o extremadamente agradables al paladar mediante combinaciones específicas de grasa, azúcar, sodio y carbohidratos refinados que estimulan intensamente el sistema de recompensa del cerebro^{1,8,10,24}.

La conducta alimentaria temprana se forma durante interacciones repetidas entre niño, cuidador, alimento y contexto familiar. Por tanto, según la interpretación clínica de las fuentes revisadas, el objetivo de la alimentación complementaria no es solo lograr volumen ingerido, sino favorecer aprendizaje, seguridad, aceptación progresiva y relación saludable con la comida.

Contexto ecuatoriano

Los documentos oficiales ecuatorianos revisados describen persistencia de desnutrición crónica infantil, anemia y exceso de peso en menores de 5 años¹⁸⁻²¹. Esta coexistencia refuerza la necesidad de una consejería pediátrica que no se limite a cantidad, sino que integre calidad dietaria, hierro, textura, inocuidad, seguridad mecánica, alimentación responsiva y prevención temprana de patrones alimentarios de baja calidad.

Discusión

A partir de la bibliografía consultada, la alimentación complementaria puede interpretarse como una intervención pediátrica integral. No se trata de una etapa administrativa en la que se autorizan alimentos por edad, sino de un proceso clínico que ar-

ticula nutrición, desarrollo neurológico, seguridad alimentaria, aprendizaje oromotor, conducta alimentaria y contexto familiar.

Según las guías y documentos revisados, el inicio alrededor de los 6 meses continúa siendo el estándar poblacional más consistente¹⁻⁵. Esta recomendación debe mantenerse como referencia general en consejería pediátrica, especialmente porque protege la lactancia materna exclusiva durante los primeros meses y evita introducir alimentos cuando el lactante aún no posee madurez suficiente.

La ventana entre 4 y 6 meses requiere una interpretación precisa. ESPGHAN y EFSA no autorizan una introducción indiscriminada desde los 4 meses; más bien reconocen que algunos lactantes sanos nacidos a término podrían estar listos dentro de ese intervalo^{6,7}. En consecuencia, esta posibilidad debe reservarse para casos seleccionados y no debe convertirse en una práctica rutinaria impulsada por ansiedad familiar, presión social o simplificación comercial.

La madurez del desarrollo es central. De acuerdo con las fuentes consultadas, un lactante que no controla adecuadamente la cabeza, no logra estabilidad con apoyo, mantiene protrusión lingual marcada o no muestra apertura oral funcional no cumple condiciones para iniciar alimentación complementaria segura^{11,12}. La edad cronológica por sí sola no sustituye la valoración clínica.

Otro punto crítico es la continuidad de la leche materna o fórmula durante el primer año. Según las fuentes revisadas, introducir alimentos no significa desplazar la base láctea. En la práctica, esta distinción evita errores como reducir tomas en forma prematura, aumentar volúmenes de papilla sin densidad nutricional suficiente o usar alimentos de baja calidad como sustitutos de una fuente láctea adecuada¹⁻⁷.

El hierro merece énfasis particular. La bibliografía revisada describe al hierro como un micronutriente especialmente vulnerable durante el segundo semestre de vida. Un lactante puede “comer bien” en términos de volumen y, sin embargo, recibir una dieta insuficiente en micronutrientes críticos^{3,14,15}.

En Ecuador, donde los documentos oficiales reportan persistencia de anemia, la orientación pediátrica debe priorizar densidad nutricional y no solo tolerancia o saciedad¹⁸⁻²¹.

La seguridad alimentaria debe abordarse desde dos dimensiones complementarias: riesgo mecánico y riesgo biológico. El riesgo mecánico se relaciona con tamaño, forma y textura; el riesgo biológico con contaminación, preparación inadecuada, conservación deficiente o alimentos contraindicados^{11-13,30}. Esta diferenciación permite evitar confusiones frecuentes. Por ejemplo, según las fuentes revisadas, el maní entero debe evitarse por atragantamiento, mientras que la proteína de maní en presentación segura puede tener un papel en prevención de alergia en lactantes seleccionados^{27,28,30}.

La discusión sobre métodos de alimentación, incluida la alimentación dirigida por el niño, debe evitar polarizaciones. Según la bibliografía revisada, no es prudente afirmar que la cuchara sea siempre segura ni que la alimentación autónoma supervisada sea siempre riesgosa. Lo determinante es la selección del alimento, la textura, la presentación, la postura, la vigilancia adulta y la capacidad del niño^{17,30}.

La bibliografía consultada otorga relevancia creciente a la alimentación responsiva como dimensión clínica y conductual del proceso. Forzar, distraer, premiar o sustituir rápidamente alimentos rechazados puede modificar negativamente la experiencia de comer y dificultar la autorregulación.^{1,8,10,24} La alimentación complementaria debe enseñar al niño a comer, pero también debe enseñar al cuidador a interpretar señales, tolerar rechazos transitorios y sostener exposiciones repetidas sin coerción.

El consenso latinoamericano COCO 2023 es relevante porque aproxima la evidencia a las condiciones regionales⁹. En América Latina, las recomendaciones deben considerar disponibilidad de alimentos, seguridad del agua, higiene, refrigeración, prácticas familiares, costo y acceso a servicios de salud. Esta contextualización no debe debilitar la evidencia, sino hacerla aplicable.

Las limitaciones de esta revisión derivan de su diseño narrativo estructurado. No se realizó metaanálisis ni valoración cuantitativa formal de heterogeneidad. Algunas fuentes institucionales se usaron como apoyo operativo, aunque el núcleo argumental se construyó sobre guías, revisiones sistemáticas, consensos, documentos de posición y reportes oficiales. Según la valoración realizada, la convergencia de las fuentes permite proponer una lectura clínica prudente y aplicable.

Conclusiones

Según la bibliografía revisada, la alimentación complementaria no debe plantearse como una lista rígida de productos por edad, sino como una intervención clínica que integra madurez neurológica, seguridad alimentaria, densidad nutricional, aprendizaje sensorial y conducta alimentaria temprana.

Según las guías y documentos revisados, el inicio alrededor de los 6 meses permanece como la referencia poblacional general. La ventana entre 4 y 6 meses puede considerarse únicamente en lactantes sanos nacidos a término, nunca antes de los 4 meses, y solo cuando existan condiciones claras de desarrollo, seguridad oral, continuidad de leche materna o fórmula y justificación clínica o nutricional^{11-7,11,12}.

Durante el primer año, las fuentes consultadas recomiendan que leche materna o fórmula continúen como base nutricional. Los alimentos complementarios deben incorporarse progresivamente, priorizando hierro, densidad nutricional, textura segura, inocuidad y alimentación responsiva^{3,8,10,14,15,24}.

De acuerdo con las fuentes consultadas, la prevención de atragantamiento exige considerar forma, tamaño, textura, consistencia, postura y supervisión durante la alimentación. Las restricciones por riesgo mecánico deben distinguirse de las decisiones sobre introducción alérgica. Esta diferencia es esencial para evitar tanto riesgos de seguridad como retrasos alimentarios injustificados^{17,22,23,27,28,30}.

En Ecuador, según los documentos oficiales revisados, la correcta implementación de la alimentación complementaria tiene importancia clínica y de salud pública por la coexistencia de anemia, desnutrición crónica infantil y exceso de peso en la primera infancia¹⁸⁻²¹. La consejería pediátrica debe orientarse a calidad alimentaria, seguridad, desarrollo y conducta, no únicamente a cantidad o edad de introducción.

Contribución de los autores

- a. Concepción y diseño del trabajo: Héctor Hugo Bardellini Campoverde, Gissela Sánchez Fernández, Carlos Eduardo Ordoñez Sánchez.
- b. Recolección/obtención de información: Héctor Hugo Bardellini Campoverde, Gissela Sánchez Fernández, Carlos Eduardo Ordoñez Sánchez.
- c. Análisis e interpretación de datos: Héctor Hugo Bardellini Campoverde, Gissela Sánchez Fernández, Carlos Eduardo Ordoñez Sánchez.
- d. Redacción del artículo: Héctor Hugo Bardellini Campoverde.
- e. Revisión crítica del artículo: Héctor Hugo Bardellini Campoverde, Gissela Sánchez Fernández, Carlos Eduardo Ordoñez Sánchez.
- f. Aprobación de la versión final: Héctor Hugo Bardellini Campoverde, Gissela Sánchez Fernández, Carlos Eduardo Ordoñez Sánchez.
- g. Aporte de pacientes o material de estudio: no aplica.
- h. Obtención de financiamiento: no aplica.

- i. Asesoría estadística: no aplica.
- j. Asesoría técnica o administrativa: no aplica.
- k. Otras contribuciones: no aplica.

Responsabilidades éticas

El presente artículo corresponde a una revisión narrativa estructurada de literatura científica, guías, consensos y reportes oficiales. No incluyó intervención sobre seres humanos, animales de laboratorio, historias clínicas identificables, datos personales sensibles ni muestras biológicas. Por tanto, no requirió consentimiento informado ni aprobación de un comité de ética para investigación en seres humanos.

Los autores declaran que este artículo es original, no ha sido publicado previamente y no se encuentra sometido simultáneamente a evaluación en otra revista.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés personales, financieros, intelectuales, institucionales ni comerciales relacionados con el contenido de este artículo ni con la Revista Ecuatoriana de Pediatría o la Sociedad Ecuatoriana de Pediatría Filial Pichincha.

Financiamiento

El presente trabajo no recibió financiamiento externo.

Agradecimientos

Ninguno.

Bibliografía

1. World Health Organization. WHO guideline for complementary feeding of infants and young children 6-23 months of age [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2026 May 13]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081864>
2. World Health Organization. Infant and young child feeding [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2026 May 13]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
3. World Health Organization. Daily iron supplementation in children 6-23 months of age [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2026 May 13]. Available from: <https://www.who.int/tools/elena/interventions/iron-children-6to23>
4. World Health Organization. Complementary feeding [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2026 May 13]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/complementary-feeding>
5. Meek JY, Noble L. Policy statement: breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2022;150(1):e2022057988. doi:10.1542/peds.2022-057988
6. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler Mis N, Hojsak I, Hulst J, Indrio F, Lapillonne A, Molgaard C, Vora R, van Goudoever J. Complementary feeding: a position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2017;64(1):119-132. doi:10.1097/MPG.0000000000001454
7. EFSA Panel on Nutrition, Novel Foods and Food Allergens. Appropriate age range for introduction of complementary feeding into an infant's diet. *EFSA J*. 2019;17(9):e05780. doi:10.2903/j.efsa.2019.5780
8. Swanson WS, Ross ES, Matiz LA, Czerkies L, Huss LR, Smith-Simpson S, et al. Essential elements for learning to eat: guidance to support families with infants and young children. *Front Pediatr*. 2025;13:1493780. doi:10.3389/fped.2025.1493780
9. Vázquez-Frías R, Ladino L, Bagés-Mesa MC, Hernández-Rosiles V, Ochoa-Ortiz E, Alomía M, et al. Consenso de alimentación complementaria de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica: COCO 2023. *Rev Gastroenterol Mex*. 2023;88(1):57-70. doi:10.1016/j.rgmx.2022.11.001
10. Bergamini M, Simeone G, Verga MC, Doria M, Cuomo B, D'Antonio G, et al. Complementary feeding caregivers' practices and growth, risk of overweight/obesity, and other non-communicable diseases: a systematic review and meta-analysis. *Nutrients*. 2022;14(13):2646. doi:10.3390/nu14132646
11. Centers for Disease Control and Prevention. Foods and drinks for 6 to 24 month olds [Internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2025 [cited 2026 May 13]. Available from: <https://www.cdc.gov/infant-toddler-nutrition/foods-and-drinks/index.html>
12. Centers for Disease Control and Prevention. When, what, and how to introduce solid foods [Internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2025 [cited 2026 May 13]. Available from: <https://www.cdc.gov/infant-toddler-nutrition/foods-and-drinks/when-what-and-how-to-introduce-solid-foods.html>
13. Centers for Disease Control and Prevention. Foods and drinks to avoid or limit [Internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2025 [cited 2026 May 13]. Available from: <https://www.cdc.gov/infant-toddler-nutrition/foods-and-drinks/foods-and-drinks-to-avoid-or-limit.html>
14. Lutter CK, Grummer-Strawn L, Rogers L. Complementary feeding of infants and young children 6 to 23 months of age. *Nutr Rev*. 2021;79(8):825-846. doi:10.1093/nutrit/nuaa143
15. Miniello VL, Verga MC, Miniello A, Di Mauro C, Diaferio L, Francavilla R. Complementary feeding and iron status: "the unbearable lightness of being" infants. *Nutrients*. 2021;13(12):4201. doi:10.3390/nu13124201
16. HealthyChildren.org. Recommended drinks for children age 5 and younger [Internet]. Itasca (IL): American Academy of Pediatrics; 2023 [cited 2026 May 13]. Available from: <https://www.healthychildren.org/English/healthy-living/nutrition/Pages/recommended-drinks-for-young-children-ages-0-5.aspx>
17. Correia L, Sousa AR, Capitão C, Pedro AR. Complementary feeding approaches and risk of choking: a systematic review. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2024;79(5):934-942. doi:10.1002/jpn3.12298
18. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018: principales resultados [Internet]. Quito: Instituto Nacional de Estadística y Censos; 2020 [cited 2026 May 13]. Available from: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadísticas_Sociales/ENSANUT/ENSANUT_2018/Principales%20resultados%20ENSANUT_2018.pdf
19. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil (ENDI): presentación de resultados 2022-2023 [Internet]. Quito: Instituto Nacional de Estadística y Censos; 2023 [cited 2026 May 13]. Available from: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/ENDI/Presentacion_de_Resultados_ENDI_R1.pdf
20. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Boletín técnico Nro. 01-2023-ENDI [Internet]. Quito: Instituto Nacional de Estadística y Censos; 2023 [cited 2026 May 13]. Available from: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/ENDI/Boletin_tecnico_%20ENDI_R1.pdf

21. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Boletín técnico Nro. 02-2024-ENDI [Internet]. Quito: Instituto Nacional de Estadística y Censos; 2024 [cited 2026 May 13]. Available from: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/ENDI/R2/Boletin_tecnico_%20ENDI_R2.pdf
22. Soriano VX, Ciciulla D, Gell G, Wang Y, Peters RL, McWilliam V, et al. Complementary and allergenic food introduction in infants: an umbrella review. *Pediatrics*. 2023;151(2):e2022058380. doi:10.1542/peds.2022-058380
23. Kuper P, Hasenpusch C, Pröbstl S, Mattered U, Hornung C, Theurich M, et al. Timing of complementary feeding for early childhood allergy prevention: an overview of systematic reviews. *Clin Exp Allergy*. 2023;53(12):1243-1255. doi:10.1111/cea.14399
24. Di Prete A, Galloway AT, Farrow C, Bellagamba F, Addressi E. A systematic review of the relation between complementary feeding and children's development. *Curr Nutr Rep*. 2025;14(1):104. doi:10.1007/s13668-025-00692-7
25. Vassilopoulou E, Feketea G, Pagkalos I, Rallis D, Milani GP, Agostoni C, et al. Complementary feeding practices: recommendations of pediatricians for infants with and without allergy risk. *Nutrients*. 2024;16(2):239. doi:10.3390/nut16020239
26. Heyman MB, Abrams SA; Section on Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition; Committee on Nutrition. Fruit juice in infants, children, and adolescents: current recommendations. *Pediatrics*. 2017;139(6):e20170967. doi:10.1542/peds.2017-0967
27. Togias A, Cooper SF, Acebal ML, Assa'ad A, Baker JR Jr, Beck LA, et al. Addendum guidelines for the prevention of peanut allergy in the United States: report of the NIAID-sponsored expert panel. *J Allergy Clin Immunol*. 2017;139(1):29-44. doi:10.1016/j.jaci.2016.10.010
28. Greer FR, Sicherer SH, Burks AW; Committee on Nutrition; Section on Allergy and Immunology. The effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: the role of maternal

Para referenciar aplique esta cita:

Bardellini Campoverde H, Sánchez Fernández G, Ordoñez Sánchez CE. Alimentación complementaria segura y responsiva en pediatría. *REV-SEP* [Internet]. 24 de enero de 2026; 27(1):91-100. Disponible en: <https://rev-sep.ec/index.php/johs/article/view/367>