

Comportamiento alimentario del prematuro según el método de introducción de nuevos alimentos: un estudio transversal a través de encuesta a las familias

Alina Siri Schuchner (Autor de correspondencia)
Escuelas Universitarias Gimbernat-Cantabria, España ✉

Milagros Matarazzo Zinoni
Servicio de Salud Bucodental, Hospital Santa Cruz de Liencres, Cantabria, España ✉

<https://dx.doi.org/10.5209/rlog.94917>

Recibido 6 de marzo de 2024 • Primera revisión 22 de abril de 2024 • Aceptado 25 de junio de 2024

Resumen: La dificultad de consenso para las recomendaciones de la introducción de la alimentación complementaria es elevada en la prematuridad debido a la inmadurez de sus sistemas, problemas de alimentación desde el nacimiento, riesgos de desnutrición y falta de crecimiento. El método Baby-Led Weaning (BLW) muestra beneficios en distintas áreas de desarrollo. El objetivo es conocer si la introducción de nuevas texturas mediante el método BLW muestra mejores resultados en el comportamiento alimentario de los bebés prematuros. Se realiza un estudio transversal retrospectivo a través de cuestionario en el que familias con hijos prematuros contestan la subescala de valoración del comportamiento alimentario PediEAT. La herramienta permite agrupar por puntuaciones finales a niños con problemas de comportamiento alimentario muy preocupantes, preocupantes o nada preocupantes. Se recogen las variables: edad gestacional, peso al nacer, alimentación enteral, necesidad de soporte respiratorio, edad en la que consigue la alimentación oral independiente, edad de inicio de la alimentación complementaria, tipo de lactancia y herramienta utilizada. Se incluyen 168 cuestionarios. La edad media de los bebés es 14.60 meses y la edad gestacional media es 33.41 semanas. Existen diferencias significativas entre la puntuación de la subescala “Comportamientos alimentarios a la hora de comer” y las variables método de alimentación complementaria elegido y edad en la que consigue la alimentación oral independiente. Los resultados avalan que la introducción de la alimentación complementaria a través del método BLW puede ser recomendable para prevenir problemas del comportamiento alimentario en bebés prematuros.
Palabras clave: Alimentación; Destete; Nutrición infantil; Prematuridad.

ENG Feeding behavior of premature infants according to the method of introducing new foods: a cross-sectional study through a family survey

Abstract: Notable difficulty exists in reaching consensus in relation to recommendations for introducing complementary feeding in the premature infant due to the existence of acute and chronic conditions, the immaturity of the infant's systems, eating problems from birth, risk of undernourishment, and poor growth rates. The Baby-Led Weaning (BLW) method shows benefits in several developmental areas. The aim of this study is to establish if the introduction of complementary feeding through BLW improves the eating behaviour in preterm infants. We carry out an observational and retrospective study in which families of preterm infants answer the survey “Problematic Mealtime Behaviours” subscale of the PediEAT scale. This assessment tool sorts infants with feeding problems into groups displaying no concern, concern, or high concern. Other variables are also considered: gestational age, birth weight, enteral feeding, respiratory support, postmenstrual age at which independent oral feeding is achieved, the age at which complementary feeding is introduced, the type of infant nursing used (breast- or bottle-feeding). A total of 168 surveys are included. The mean corrected age is 14.60 months, and the mean gestational age is 33.41 weeks. Significant differences were found between the score obtained in the “Problematic Mealtime Behaviours” subscale and the variables complementary feeding method chosen and postmenstrual age at which independent oral feeding is achieved. The BLW method may be a better choice as a preventive step for feeding behaviour problems in preterm infants.

Keywords: Feeding behavior; Infant nutrition; Premature infant; Weaning.

Sumario: Introducción. Metodología. Análisis de datos. Resultados. Discusión. Limitaciones del estudio. Conclusiones. Bibliografía.

Cómo citar: Siri Schuchner, A. y Matarazzo Zinoni, Z. (2025). Comportamiento alimentario del prematuro según el método de introducción de nuevos alimentos: un estudio transversal a través de encuesta a las familias. *Revista de Investigación en Logopedia* 15(1), e94917, <https://dx.doi.org/10.5209/rlog.94917>

Introducción

La alimentación complementaria (AC) consiste en la introducción de diferentes alimentos que acompañan a la leche materna o las fórmulas lácteas infantiles en la dieta del lactante. La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003), la Sociedad Europea de Gastroenterología Pediátrica, Hepatología y Nutrición (ESPGHAN) (Cattaneo et al., 2011) y la Asociación Española de Pediatría (AEP) (Gómez Fernández-Vegue, 2018) recomiendan iniciar a los 6 meses el proceso de la AC, momento en el que el bebé suele comenzar a mostrar interés por la comida, mayoritariamente tiene control cefálico y de tronco, y suele ser capaz de llevarse objetos a la boca. Están descritos los inconvenientes de hacerlo antes o después de dicha edad. Una introducción anticipada puede provocar episodios de atragantamiento por una deficiente manipulación de los alimentos en la cavidad oral y conllevar alteraciones metabólicas (como anemia, diabetes, eczema atópico...). Una introducción tardía se asocia con conductas de evitación, rechazo e irritabilidad hacia los alimentos (Baldassarre et al., 2020).

En el bebé prematuro la introducción de la AC es todavía un ámbito sin protocolizar y con falta de consenso entre los profesionales sanitarios (Baldassarre et al., 2020; Hofstätter et al., 2021; Liotto et al., 2020). Las patologías agudas y crónicas, la inmadurez de los sistemas, los problemas de alimentación que se acarrean desde el nacimiento y los riesgos de desnutrición y falta de crecimiento, provocan que las guías planteadas para la introducción de la AC en el bebé a término no puedan generalizarse a esta población (Barachetti et al., 2017; Cherres Pacheco et al., 2023).

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) (2020) entre el 6-8% de los nacimientos en España son prematuros. En el año 2020 hubo un 6,75% de nacimientos pretérmino, siendo el 1,02% anterior a la semana 32 de edad gestacional (SEG), y el 5,73% entre las 32-36 SEG.

Los bebés pretérminos tienen un riesgo elevado de presentar alteraciones en el comportamiento alimentario durante la niñez. Pados y cols. (2021) precisa que el 42% de los niños prematuros menores de 4 años manifiestan negación a comer una cantidad y variedad apropiada de alimentos, y muestran estrés, llanto e irritabilidad durante las comidas. Hawdon y cols. (2000) asocia un patrón de succión alterado durante la lactancia con dificultades de alimentación en la infancia. En relación con el comportamiento alimentario, estas se manifiestan como irritabilidad durante las comidas, alimentación selectiva, rechazo de alimentos, miedo a probar nuevos alimentos y alteración de la respuesta a la saciedad (Johnson et al., 2016; Kamity et al., 2021; Komninou et al., 2019; Wardle et al., 2001).

A pesar de que en el sistema de salud en España el profesional de referencia para las familias es el pediatra de atención primaria y las recomendaciones en cuanto a la introducción a nuevos alimentos suelen ser realizadas por este profesional en las consultas de seguimiento, es el logopeda el profesional que se especializa en las dificultades de alimentación y las disfagias, desde su valoración sensoriomotora hasta la intervención basada en prevención y actuaciones centradas en la familia cuando se trata de infantes (Kamity et al., 2021).

La forma en que se alimenta a los niños pequeños puede tener un impacto en su comportamiento alimentario (Boswell, 2021). Los métodos para introducir la AC difieren esencialmente en la manera de presentar los alimentos y el papel que toma el adulto durante las comidas (Brown et al., 2017; Fernandes et al., 2023; Fu et al., 2018).

En los últimos años ha aumentado el interés por el método conocido como destete dirigido por el bebé (BLW en adelante, por sus siglas en inglés: *baby-led weaning*) (Brown et al., 2017; Fu et al., 2018). Consiste en una alimentación regulada y autodirigida por el bebé, a través de alimentos sólidos adaptados, ofrecidos en trozos de una consistencia blanda, sin triturarlos, que el bebé puede coger con las manos. El papel del cuidador es pasivo, pues se ocupa de decidir qué le ofrece, mientras que el bebé elige qué, cuánto y a qué velocidad comer. Este método pretende dotar de autonomía al lactante comiendo a su propio ritmo, favoreciendo la regulación de sus señales de hambre y saciedad, permitiendo tomar decisiones sobre qué y cuántos alimentos comer; exponerlo de forma temprana a una gran variedad de sabores, olores y texturas; y fomentar su desarrollo psicomotor (Fernandes et al., 2023; Fuentes Alfaro et al., 2022; Quintiliano-Scarpelli et al., 2021; Leis, 2017).

Se han evidenciado las múltiples ventajas que tiene el BLW en relación con la conducta alimentaria de los bebés, frente al método tradicional con cuchara (TSF en adelante, por sus siglas en inglés: *traditional spoon-feeding*). Las ventajas más consideradas del BLW son la tolerancia a la textura y el aprendizaje del sabor de los alimentos. Los bebés que lo practican manifiestan menos irritabilidad y evitación hacia la comida, una dieta más variada (Fu et al., 2018), más disfrute (Fernandes et al., 2023; Fu et al., 2018; Komninou et al., 2019) y mayor autorregulación de la saciedad (Boswell, 2021; Brown et al., 2017).

No se han publicado estudios que demuestren la efectividad del método BLW en los bebés prematuros sanos. Con este trabajo se desea conocer si la introducción de nuevas texturas mediante el método BLW muestra mejores resultados en el comportamiento alimentario de estos bebés.

Metodología

Estudio transversal a través de cuestionarios respondidos por adultos responsables de bebés sanos nacidos de forma prematura que en la actualidad hayan iniciado la AC.

Como criterios de inclusión, los adultos que responden los cuestionarios han de estar a cargo de bebés prematuros nacidos antes de la semana 36,6 de edad gestacional. Se excluyen aquellos cuestionarios referidos a bebés con una alteración neurológica o del desarrollo diagnosticada o en estudio.

El cuestionario completo se administró a través de un formulario de *Google Forms* entre el 22 de febrero de 2023 y el 28 de abril de 2023. Se distribuyó a través de asociaciones españolas de familias con hijos prematuros, de centros españoles de educación infantil y de las plataformas Meta entre grupos online específicos de familias con hijos prematuros.

El cuestionario no se publicó en grupos específicos de BLW, y el término BLW no fue incluido en el mismo. El cuestionario se compone de tres partes. Se adjunta en el Anexo 1. En la primera se incluye el consentimiento informado para la participación en el estudio, especificando la voluntariedad, anonimato y confidencialidad de los datos, así como el contacto con el investigador principal. En la segunda se recogen los datos sociodemográficos, del estado de salud y del ingreso hospitalario. Se indica a las familias que expongan la edad corregida (ECo) en el momento de respuesta al cuestionario, sexo, edad gestacional, peso al nacer, ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN), necesidad de alimentación enteral, necesidad de soporte respiratorio, edad postmenstrual (EPM) al momento de conseguir la alimentación oral independiente por succión, tipo de lactancia en la actualidad (materna, artificial o mixta), herramienta para la lactancia en la actualidad (pecho, biberón, ambas u otra), ECo de inicio de la AC, método de AC (TSF o BLW).

Para definir el método de AC que siguen los bebés que participan en el estudio, se adaptan los criterios definidos por Fu y cols. (2018). Los padres deben escoger entre cinco opciones que describen la forma de alimentar a los bebés. Por una parte, los que indican “alimentado con cuchara por el adulto” o “principalmente alimentado con cuchara por el adulto, a veces el bebé se alimenta a sí mismo” se clasifican como TSF. Por otra parte, los que seleccionan “alrededor de la mitad de la alimentación con cuchara por parte de un adulto, y la otra mitad el bebé se alimenta a sí mismo”, “principalmente el bebé se alimenta solo, a veces el adulto lo alimenta con cuchara” o “el bebé se alimenta a sí mismo” se enmarcan en el grupo BLW. En la tercera parte se valoraron las dificultades del comportamiento alimentario mediante de la subescala “Comportamientos problemáticos a la hora de comer” de la herramienta de evaluación *Pediatric Eating Assessment Tool* (PediEAT), en su versión en español. Es una herramienta que recoge la información de modo subjetivo, en la que las familias deben indicar la frecuencia con la que sus hijos manifiestan ciertas conductas en los momentos de alimentación entre seis opciones de respuesta (nunca, casi nunca, a veces, a menudo, casi siempre, siempre) (Pados et al., 2018; Thoyre et al., 2018).

La escala PediEAT es una herramienta de evaluación estructurada que cuenta con 78 ítems y se administra a los padres de niños entre 6 meses y 7 años que han empezado a comer alimentos sólidos. Los ítems se enmarcan en cuatro subescalas: síntomas fisiológicos (27 ítems), comportamientos problemáticos a la hora de comer (23 ítems), alimentación selectiva o restrictiva (15 ítems), y procesamiento oral (13 ítems) (Pados et al., 2018; Thoyre et al., 2018).

La subescala “Comportamientos problemáticos a la hora de comer” reúne 23 enunciados acerca de conductas de aceptación o rechazo de la comida (distracciones, tirar o escupir los alimentos, negación a comer), indicadores de estrés a la hora de comer (llanto, rabieta) y preferencias alimentarias (manera de presentar los alimentos, rechazo a texturas y olores) (Pados et al., 2018). En el estudio que define sus propiedades psicométricas (Thoyre et al., 2018) esta subescala muestra excelente consistencia interna (Alpha de Cronbach = 0.91), fuerte validez de constructo y de buena a excelente fiabilidad test-retest. También se ha validado la escala en español, demostrando una adecuada validez (Alpha de Cronbach = 0.92-0.83) (De Jesús & Cura, 2021).

A través de la subescala de “Comportamientos alimentarios a la hora de comer” de la herramienta PediEAT se puede determinar un nivel de preocupación a considerar por parte de los profesionales y familiares del niño relacionada con la conducta alimentaria. Este nivel de preocupación se define a través de la relación entre la puntuación alcanzada y los valores de referencia según los percentiles determinados. Los valores de referencia correspondientes se describen en grupos divididos cada tres meses. Para corregir el cuestionario, las opciones de respuesta corresponden con un valor numérico que se suma hasta obtener una puntuación final. La puntuación mínima es de 0 puntos, y la máxima de 115 puntos. Los puntajes bajos se relacionan con conductas alimentarias más adecuadas, por lo que están asociados a bajos niveles de preocupación, y los puntajes altos concretan más síntomas de alimentación problemática, por tanto, están asociados a altos niveles de preocupación. Los profesionales pueden utilizar esta puntuación para identificar el niño cuyo comportamiento está fuera del rango normal, y poder así llevar a cabo una derivación para el tratamiento temprano de los niños con problemas en el comportamiento alimentario (Pados et al., 2018). La relación entre la puntuación final obtenida y el nivel de preocupación asociado se resume en la Figura 1.

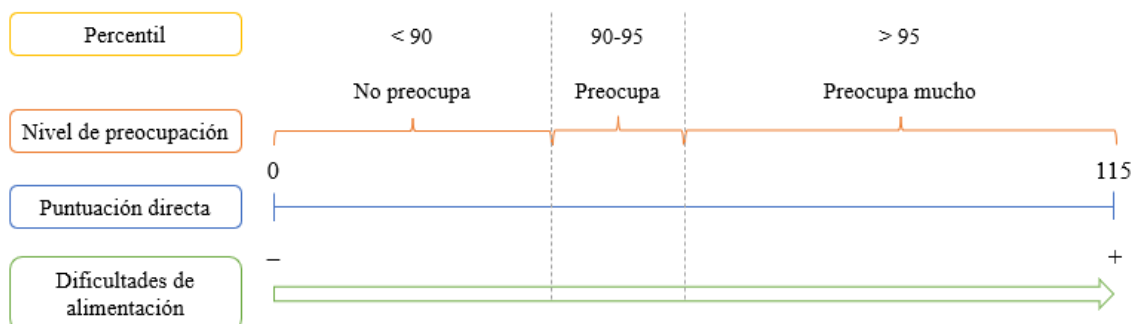


Figura 1. Relación de los valores de referencia de la escala PediEAT

Análisis de datos

Para el análisis estadístico, se utiliza el software de IBM, SPSS Statistics Multilingual (Statistical Program for Social Sciences software) en versión 19.0.1 como herramienta de análisis de datos. Se realiza un análisis descriptivo de la muestra obtenida. Se agrega prueba de Kolmogorov Smirnov para el análisis de normalidad para después realizar un análisis estadístico inferencial con prueba T-Student para muestras independientes, ANOVA y prueba Chi-cuadrado. Se realiza un doble análisis independiente por cada una de las investigadoras para verificar resultados.

Este estudio ha pasado el Comité Ético de Investigación en Cantabria con el expediente 2023.081 y las familias encuestadas han aceptado el consentimiento informado de participación.

Resultados

Se recogieron 186 respuestas del cuestionario y se descartaron 18 por no ajustarse a los criterios para la inclusión en el estudio. La muestra final se compone de 168 participantes. En el momento de la administración del cuestionario, la edad corregida media fue 14.60 meses (DE 3.08) y la edad gestacional media fue 33.41 SEG (DE 2.35). La EPM media al momento de conseguir la alimentación independiente oral por succión fue de 35.89 semanas (DE 4.97).

Los participantes obtuvieron en la subescala administrada una puntuación final media de 24.16 (DE 15.99), lo que se relaciona con un nivel de preocupación medio de “no preocupa”. En la muestra global, un 11.9% preocupa y un 11.3% preocupa mucho. Alrededor de 11 de cada 100 niños resultaron tener dificultades establecidas en el comportamiento alimentario con la necesidad de tratamiento directo, y aproximadamente 12 de cada 100 niños tenían posiblemente una dificultad que requiere de valoración específica. En general, 23 de cada 100 niños prematuros debería ser valorado por un especialista en alimentación a causa de los problemas de alimentación en la AC.

En concreto, al analizar cada ítem de forma individual, se puede observar que “casi nunca” fue la puntuación media en todos los ítems, excepto en el ítem 15 “Come mejor cuando lo entretienen” y en el ítem 17 “Necesita que la hora de comer sea tranquila”, en los que la puntuación media se acerca más a “a veces”.

En las Tablas 1, 2 y 3 se representan la muestra y resultados.

Tabla 1. Resumen de los datos sociodemográficos.

Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Media de puntuación en subescala PediEAT	Nivel de preocupación en subescala PediEAT (%)		
				No preocupa	Preocupa	Preocupa mucho
Sexo						
Femenino	73	43.5	23.59 (DE 15.83)	76.7	11	12.3
Masculino	95	56.5	24.60 (DE 16.17)	76.8	12.6	10.5
Prematuridad por semanas de edad gestacional (SEG)						
Prematuro extremo (<27+6)	13	7.7	24.00 (DE 13.5)	84.6	7.7	7.7
Gran prematuro (28-31+6)	15	8.9	25.00 (DE 20.41)	73.3	6.7	20.0
Prematuro moderado (32-33+6)	74	44.0	23.43 (DE 15.53)	79.7	10.8	9.5
Prematuro tardío (34-36)	66	39.3	24.82 (DE 16.15)	72.7	15.2	12.1
Peso al nacer						
Menos de 1000 gramos	13	7.7	30.54 (DE 15.31)	69.2	15.4	15.4
Entre 1000-1500 gramos	27	16.1	25.93 (DE 18.59)	70.4	14.8	14.8
Entre 1500-2500 gramos	102	60.7	22.12 (DE 13.34)	82.4	11.8	5.9
Entre 2500-4000 gramos	26	15.5	28.08 (DE 21.48)	64	8	28

Tabla 2. Resumen de historia clínica de ingreso hospitalario.

Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Media de puntuación en subescala PediEAT	Nivel de preocupación en subescala PediEAT (%)		
				No preocupa	Preocupa	Preocupa mucho
Ingreso en UCIN						
Si	117	69.6	23.89 (DE 16.07)	77.8	11.1	11.1
No	51	30.4	24.78 (DE 15.93)	74.5	13.7	11.8
Uso de sonda de alimentación						
Sonda orogástrica	13	7.7	30.23 (DE 17.81)	53.8	23.1	23.1
Sonda nasogástrica	74	44.0	22.99 (DE 16.83)	79.7	9.5	10.8

Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Media de puntuación en subescala PediEAT	Nivel de preocupación en subescala PediEAT (%)		
				No preocupa	Preocupa	Preocupa mucho
Ambas	12	7.1	25.67 (DE 14.13)	75	8.3	16.7
No usó sonda	69	41.2	20.91 (DE 11.86)	84.8	15.2	-
Uso de soporte respiratorio						
Invasivo (intubación)	10	6.0	25.3 (DE 19.7)	66.7	16.7	16.7
No invasivo (CPAP)	19	11.3	21.37 (DE 12.21)	78.9	21.1	-
No mecánico (oxigenoterapia)	27	16.1	28.7 (DE 18.54)	66.7	11.1	22.2
Varios	23	13.7	20.61 (DE 16.06)	87	-	13
No usó soporte respiratorio	87	51.8	22.81 (DE 14.73)	80.8	13.5	5.8

Tabla 3. Resumen de modelos de alimentación en los primeros 6 meses de vida.

Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Media de puntuación en subescala PediEAT	Nivel de preocupación en subescala PediEAT (%)		
				No preocupa	Preocupa	Preocupa mucho
Tipo de lactancia actual						
Lactancia materna	40	23.8	24.35 (DE 17.5)	77.5	10	12.5
Lactancia artificial	93	55.4	23.55 (DE 15.19)	76.3	15.1	8.6
Mixta	35	20.8	25.57 (DE 16.58)	77.1	5.7	17.1
Herramienta de lactancia						
Pecho materno	38	22.6	24.89 (DE 17.16)	76.3	10.5	13.2
Biberón	103	61.3	23.97 (DE 15.66)	76.7	12.6	10.7
Ambas	19	11.3	20.95 (DE 14.06)	84.2	10.5	5.3
Otra	8	4.8	30.75 (DE 19.4)	62.5	12.5	25
Edad corregida de inicio de la AC						
A los 4 meses o antes	19	11.3	23.32 (DE 11.23)	84.2	10.5	5.3
A los 5 meses	43	25.6	23.6 (DE 15.91)	69.8	23.3	7
A los 6 meses	73	43.5	24.18 (DE 17.6)	80.8	4.1	15.1
A los 7 meses	24	14.3	25.83 (DE 14.7)	70.8	16.7	12.5
A los 8 meses o después	9	5.4	24 (DE 16.62)	77.8	11.1	11.1

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre método de AC elegido y la puntuación final obtenida en la subescala de "Comportamientos problemáticos a la hora de comer" ($p = .001$). También se encontró significancia entre esta variable y el nivel de preocupación que indica la herramienta utilizada ($p = .002$) (Tabla 4), al presentar un nivel de preocupación "no preocupa" el 88.1% de los bebés que siguen el método BLW. Respecto a los bebés que se alimentan a través del TSF, un 17.8% representa el nivel de preocupación más alto.

Tabla 4. Comportamientos problemáticos a la hora de comer según el método de AC elegido.

	BLW		TSF		Total	
	n	%	n	%	n	%
No preocupa	74	88.1	55	65.5	129	76.8
Preocupa	6	7.1	14	16.7	20	11.9
Preocupa mucho	4	4.8	15	17.8	19	11.3
Total	84	50.0	84	50.0	168	100

Asimismo, resultó una relación significativa la puntuación final obtenida en el cuestionario con la EPM a la que los bebés lograron una alimentación oral independiente ($p = .014$). Se pudo observar que obtuvieron puntuaciones más bajas, que implican menores comportamientos problemáticos, aquellos bebés que lograron su alimentación oral independiente de forma más temprana.

No se relacionaron de forma significativa la presencia de comportamientos problemáticos con la EG de los bebés ($p > .05$), ni tampoco con la ECo al momento de responder al cuestionario ($p > .05$).

Tampoco fue significativa la relación entre el nivel de preocupación que define la subescala utilizada y el peso al nacer del pretérmino ($p > .05$). Se obtuvo un porcentaje de conductas adecuadas más alto en aquellos bebés nacidos entre 1500-2500 g, mientras que los que presentaron un menor peso al nacer (menos de 1000 g) fueron los que manifestaron mayores dificultades (30.8%).

No tuvo una relación significativa el ingreso en UCIN con la presencia de comportamientos problemáticos ni con la puntuación final del cuestionario ($p > .05$). En ambos casos, se pudo observar una alta frecuencia de comportamientos adecuados a la hora de comer, pues los porcentajes del nivel de preocupación “no preocupa” fueron elevados (ingreso en UCIN 77.8%, no ingreso en UCIN 74.5%).

No se encontraron diferencias significativas entre las conductas inadecuadas a la hora de comer y el uso de sonda ($p > .05$). Aunque la mayoría de los bebés que utilizaron sonda se alimentaron mediante una sonda nasogástrica, tan solo un 10.8% de esos bebés presentó un nivel de preocupación alto.

Tampoco con el uso de soporte respiratorio ($p > .05$), aunque se pudo observar un porcentaje mayor de comportamientos problemáticos en aquellos bebés que han utilizado oxigenoterapia (nivel “preocupa mucho” 22.2%).

No fue significativa la relación entre la edad de inicio de la AC y la puntuación final obtenida en el cuestionario ($p > .05$), tampoco con el nivel de preocupación ($p > 0.05$). Sin embargo, se observaron comportamientos más adecuados en aquellos bebés que iniciaron su AC a los 6 meses (“no preocupa” 80.8%, “preocupa” 4.1%, “preocupa mucho” 15.1%), mientras que aquellos que empezaron antes o después presentaron comportamientos problemáticos con más frecuencia. Destacaron los bebés que iniciaron la AC a los 5 meses (“no preocupa” 69.7%, “preocupa” 23.3%, “preocupa mucho” 7.0%) y a los 7 meses (“no preocupa” 70.8%, “preocupa” 16.7%, “preocupa mucho” 12.5%).

No hubo diferencias significativas entre tipo o herramienta de lactancia y la puntuación final obtenida o los comportamientos problemáticos ($p > 0.05$). En concreto, los resultados del nivel de preocupación fueron similares respecto a “no preocupa” (lactancia materna 77.5%, lactancia artificial 76.3%, lactancia mixta 77.1%). En cuanto a la herramienta de lactancia, manifestaron conductas adecuadas el 84.2% de bebés que utilizaron ambas (pecho y biberón). Aquellos que se alimentaron al pecho o con biberón presentaron un nivel “no preocupa” más bajo, en el 76.3% y 76.7% de los casos respectivamente.

Discusión

Pocas publicaciones tratan sobre el comportamiento alimentario de los bebés prematuros y los estudios no consideran el método de introducción de la AC (Johnson et al., 2016; Park et al., 2019). Este es el primer estudio que establece los factores que influyen en la conducta alimentaria de los bebés prematuros sanos. Este trabajo permite dar pasos hacia el consenso en las recomendaciones de inicio de la AC en el bebé prematuro desde los equipos de pediatría de atención primaria.

En líneas generales, cabe destacar la figura del logopeda y su papel en las dificultades de alimentación y del comportamiento alimentario (Barachetti et al., 2017; Kamity et al., 2021), pues, según los resultados obtenidos en este estudio, un 23.2% de los bebés nacidos de forma prematura necesitarán acompañamiento logopédico al inicio de su AC.

El BLW se relaciona con menores índices de alimentación selectiva, rechazo de alimentos, neofobia o irritabilidad durante las comidas (Brown et al., 2017; Brown & Lee, 2015; Fernandes et al., 2023). En este trabajo coincide que los bebés prematuros que inician la alimentación con BLW tienen menores comportamientos problemáticos a la hora de comer comparado con aquellos que inician con TSF.

En nuestra muestra, también se recogen diferencias estadísticamente significativas entre la EPM a la que los bebés lograron una alimentación oral independiente y la puntuación final obtenida en el cuestionario. El logopeda es el profesional sanitario que da soporte a los bebés y sus familias en la transición de la alimentación enteral a la alimentación oral, y posteriormente, la transición a la AC (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2014). Planteamos como abordaje desde prevención potenciar su presencia en las unidades neonatales buscando lograr la alimentación oral independiente con menores EPM para disminuir a largo plazo las dificultades en el comportamiento alimentario.

Aunque no hay significancia entre el peso al nacimiento y la manifestación de comportamientos problemáticos a la hora de comer, se recoge que aquellos bebés que nacen con un peso menor (entre 1000-1500 g o menos de 1000 g) desarrollan mayores dificultades. McGrath y cols. (2013) asocia estas alteraciones a las hospitalizaciones y manipulaciones a la que están sometidos al nacer, entre ellos el soporte respiratorio y la alimentación enteral, que se emplean con mayor frecuencia en los bebés con menor peso. Con este estudio no se aclara la influencia del soporte vital en el comportamiento alimentario.

Algunos autores reflejan que se debe tener en cuenta el inicio de la AC no solo por la edad cronológica, sino también por el nivel de neurodesarrollo (Barachetti et al., 2017). En este estudio se puede observar que la edad de inicio de la AC en la prematuridad coincide con la edad recomendada por los órganos expertos internacionales y nacionales (Cattaneo et al., 2011; Gómez Fernández-Vegue, 2018; World Health Organization, 2003), ya que el 43.5% de los participantes comenzaron su AC a los 6 meses de ECo.

Otros estudios relacionan las alteraciones del comportamiento alimentario con el tipo de lactancia. Sostienen que la exposición repetida a una amplia variedad de sabores, como sucede en la leche materna, pero no en las fórmulas lácteas infantiles, se relaciona con una tolerancia inicial más alta de los alimentos sólidos y con un riesgo más bajo de desarrollar una alimentación selectiva en la infancia (Pang et al., 2020; Steinberg et al., 2021). En este trabajo no podemos afirmar que la lactancia materna sea un factor protector frente a los comportamientos problemáticos. Un punto a considerar es que en la prematuridad todavía no se logran altas tasas de lactancia

materna exclusiva, debido a dificultades biológicas, psicológicas y socioculturales, entre otros (Dourado et al., 2022). Solo un 23.8% de los participantes hicieron lactancia materna en nuestra muestra.

Limitaciones del estudio

Cabe destacar que se considera únicamente la relación entre el método de AC elegido y el comportamiento alimentario, sin tener en cuenta que dichas conductas pueden estar influenciadas por factores fisiológicos (posible disfagia, pobres habilidades orales, alteraciones en la seguridad, dificultades en el procesamiento oral), conductuales (selectividad alimentaria, aversiones orales, hipersensibilidad oral) o sociales (habilidades y estrategias del cuidador, entorno). Estas variables podrían medirse si en la metodología de estudio se añade un logopeda para la valoración individual de cada participante.

No se han considerado variables de confusión como el nivel socioeconómico de la familia, la edad materna, la profesión de los padres, los cuidadores principales del bebé durante los días laborales y en tiempos de alimentación, la participación en sesiones de preparación al parto y la participación en escuelas de padres y cursos para la crianza impartidas tanto en centros públicos como privados, la compra y lectura de libros alrededor de la alimentación infantil, entre otros.

Hemos clasificado como alimentación a través de BLW cuando las familias marcaban “alrededor de la mitad de la alimentación con cuchara por parte de un adulto, y la otra mitad el bebé se alimenta a sí mismo” ya que nos parece difícil para una familia poder determinar la frecuencia real. Las familias difieren en número de tomas que ofrecen y esto también cambia según el día de la semana, situaciones personal, familiar y laboral, así como cuidadores a cargo del bebé. Esta opción se incluyó como BLW ya que las familias sí lo estaban teniendo en cuenta como modelo de introducción del alimento y su sensación no era que prevalecía la cuchara por sobre la alimentación por sí mismo.

Teniendo como referencia el marco de este estudio se sugiere, para futuras investigaciones: incluir lactantes con dificultades en el desarrollo y patologías frecuentes en la prematuridad; definir la repercusión que tienen los factores fisiológicos, conductuales y sociales en el comportamiento alimentario; conocer los niveles de preocupación y su manejo en las familias de lactantes pretérminos que inician la AC; determinar qué factores influyen en la elección de un método de AC concreto. También es necesario apostar por un estudio de seguimiento.

Conclusiones

La forma en que se introduce la alimentación complementaria puede tener un impacto en el comportamiento alimentario. La alimentación regulada y autodirigida por el bebé a través del método BLW disminuye los comportamientos alimentarios problemáticos en los bebés prematuros si los comparamos con bebés que se alimentan con método tradicional (TSF).

Declaración de la contribución por autoría

Alina Siri Schuchner: Conceptualización del artículo; Metodología; Realización de las estadísticas; Recogida de datos; Redacción primer documento; Revisión de la primera redacción del documento.

Milagros Matarazzo Zinoni: Conceptualización del artículo; Metodología; Realización de las estadísticas; Recogida de datos; Redacción primer documento; Revisión de la primera redacción del documento.

Bibliografía

- Baldassarre, M. E., Gianni, M. L., Di Mauro, A., Mosca, F., & Laforgia, N. (2020). Complementary feeding in preterm infants: Where do we stand? *Nutrients*, 12(5), 15-18. <https://doi.org/10.3390/nu12051259>
- Barachetti, R., Villa, E., & Barbarini, M. (2017). Weaning and complementary feeding in preterm infants: management, timing and health outcome. *Pediatrica Medica e Chirurgica*, 39(4), 115-119. <https://doi.org/10.4081/pmc.2017181>
- Boswell, N. (2021). Complementary Feeding Methods-A Review of the Benefits and Risks. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13). <https://doi.org/10.3390/ijerph18137165>
- Brown, A., Jones, S. W., & Rowan, H. (2017). Baby-led weaning: the evidence to date. *Current Nutrition Reports*, 6(2), 148-156. <https://doi.org/10.1007/s13668-017-0201-2>
- Brown, A., & Lee, M. D. (2015). Early influences on child satiety-responsiveness: the role of weaning style. *Pediatric Obesity*, 10(1), 57-66. <https://doi.org/10.1111/j.2047-6310.2013.00207.x>
- Cattaneo, A., Williams, C., Pallás-Alonso, C. R., Hernández-Aguilar, M. T., Lasarte-Velillas, J. J., Landa-Rivera, L., ... & Oudesluys-Murphy, A. M. (2011). ESPGHAN's 2008 recommendation for early introduction of complementary foods: how good is the evidence? *Maternal and Child Nutrition*, 7, 335-343. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2011.00363.x>
- Cherres Pacheco, J. I., Saltos Gutiérrez, L. Y., Villacres Herrera, L. R., & Villacres Herrera, A. I. (2023). Causas de parto pretérmino y complicaciones neonatales. *RECIAMUC*, 1, 265-272. <https://doi.org/10.26820/reciamuc/7>
- De Jesús, P., & Cura, I. (2021). Validación al español de la herramienta PEDI-EAT. *Universidad Autónoma de Nuevo León*.

- Dourado, F. A., Barreto, M. R. da S., Paixão, K. S. da, Menezes, L. V. P., & Steinberg, C. (2022). Introduction of complementary feeding in premature children. *Revista CEFAC*, 24(4), 1-7. <https://doi.org/10.1590/1982-0216/20222444122>
- Fernandes, C., Martins, F., Santos, A. F., Fernandes, M., & Veríssimo, M. (2023). Complementary Feeding Methods: Associations with Feeding and Emotional Responsiveness. *Children*, 10(3), 464. <https://doi.org/10.3390/children10030464>
- Fu, X. X., Conlon, C. A., Haszard, J. J., Beck, K. L., von Hurst, P. R., Taylor, R. W., & Heath, A. L. M. (2018). Food fussiness and early feeding characteristics of infants following Baby-Led Weaning and traditional spoon-feeding in New Zealand: An internet survey. *Appetite*, 130, 110-116. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.07.033>
- Fuentes Alfaro, V., Leonelli Neira, G., & Weisstaub, G. (2022). What is currently known about the baby-led weaning method-BLW? *Andes Pediátrica*, 93(3), 300-311. <https://doi.org/10.32641/andespediatr.v93i3.4181>
- Gómez, M. (2018). Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre alimentación complementaria. En *Asociación Española de Pediatría* (p. 23). https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacio_n_complementaria_nov2018_v3_final.pdf
- Hawdon, J. M., Beauregard, N., Slattery, J., & Kennedy, G. (2000). Identification of neonates at risk of developing feeding problems in infancy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 1(4), 235-239.
- Hofstätter, E., Köttstorfer, V., Stroicz, P., Schütz, S., Auer-Hackenberg, L., Brandner, J., & Wald, M. (2021). Introduction and feeding practices of solid food in preterm infants born in Salzburg! *BMC Pediatrics*, 21(56), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12887-021-02505-6>
- Instituto Nacional de Estadística. (2020). *Nacimientos por tipo de parto, tiempo de gestación y grupo de edad de la madre*. Nacimientos ocurridos en España. Extraído de <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=50430>
- Johnson, S., Matthews, R., Draper, E. S., Field, D. J., Manktelow, B. N., Marlow, N., Smith, L. K., & Boyle, E. M. (2016). Eating difficulties in children born late and moderately preterm at 2 y of age: a prospective population-based cohort study. *American Journal of Clinical Nutrition*, 103, 406-414. <https://doi.org/10.3945/ajcn.115.121061>
- Kamity, R., Kapavarapu, P. K., & Chandel, A. (2021). Feeding problems and long-term outcomes in preterm infants—A systematic approach to evaluation and management. *Children*, 8, <https://doi.org/10.3390/children8121158>
- Kominou, S., Halford, J. C. G., & Harrold, J. A. (2019). Differences in parental feeding styles and practices and toddler eating behaviour across complementary feeding methods: Managing expectations through consideration of effect size. *Appetite*, 137, 198-206. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.03.001>
- Leis, R. (2017). ¿Es el baby-led weaning un patrón recomendable? *Evidencia Pediátrica*, 13(27), 1-3.
- Liotto, N., Cresi, F., Beghetti, I., Roggero, P., Menis, C., Corvaglia, L., Mosca, F., & Aceti, A. (2020). Complementary feeding in preterm infants: A systematic review. *Nutrients*, 12(6), 1-13. <https://doi.org/10.3390/nu12061843>
- Mcgrath, J. M., Reyna, B. A., Tubbs-cooley, H. L., Best, A. M., Lewis, M., Cone, S., & Wetzel, P. A. (2013). Effects of the neonatal intensive care unit environment on preterm infant oral feeding. *Research and Reports in Neonatology*, 3, 15-20.
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2014). Unidades de Neonatología. Estándares y recomendaciones de calidad. *Informes, estudios e investigación*. <http://publicacionesoficiales.boe.es>
- Pados, B. F., Hill, R. R., Yamasaki, J. T., Litt, J. S., & Lee, C. S. (2021). Prevalence of problematic feeding in young children born prematurely: a meta-analysis. *BMC Pediatrics*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-021-02574-7>
- Pados, B. F., Thoyre, S. M., & Park, J. (2018). Age-based norm-reference values for the Pediatric Eating Assessment Tool. *Pediatric Research*, 84(2), 233-239. <https://doi.org/10.1038/s41390-018-0067-z>
- Pang, W. W., McCrickerd, K., Quah, P. L., Fogel A., Aris, I. M., Yuan, ... & Chong, Y. S. (2020). Is breastfeeding associated with later child eating behaviours? *Appetite*, 150:104653. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104653>
- Park, J., Thoyre, S. M., Pados, B. F., & Gregas, M. (2019). Symptoms of feeding problems in preterm-born children at 6 months to 7 years old. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 68(3), 416-421. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002229>
- Quintiliano-Scarpelli, D., Lehmann, N., Castillo, B., & Blanco, E. (2021). Infant feeding and information sources in Chilean families who reported baby-led weaning as a complementary feeding method. *Nutrients*, 13(8). <https://doi.org/10.3390/nu13082707>
- Steinberg, C., Menezes, L., & Nóbrega, A. C. (2021). Oral motor disorder and feeding difficulty during the introduction of complementary feeding in preterm infants. *Codas*, 33(1), 1-6.
- Thoyre, S. M., Pados, B. F., Park, J., Estrem, H., McComish, C., & Hodges, E. A. (2018). The Pediatric Eating Assessment Tool: Factor Structure and Psychometric Properties. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 66(2), 299-305. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001765>
- Wardle, J., Guthrie, C. A., Sanderson, S., & Rapoport, L. (2001). Development of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(7), 963-970.
- World Health Organization. (2003). Complementary feeding: report of the global consultation, and summary of guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. En *Encyclopedia of Human Nutrition*. World Health Organization. <https://doi.org/10.1016/B0-12-226694-3/02064-0>

Anexo I: Cuestionario

¿CÓMO ES EL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO DE SU HIJO/A?

A continuación, va a participar en un estudio sobre el comportamiento alimentario en niños pequeños. Esta encuesta está destinada a los cuidadores principales de **bebés prematuros (menores de 37 semanas al nacimiento)** sanos que a día de hoy han comenzado la alimentación complementaria.

El tiempo de realización del cuestionario será de **menos de 10 minutos**. Las respuestas dadas serán totalmente **anónimas**, por lo que le agradeceremos la mayor sinceridad posible. Recuerde que no existen respuestas correctas o incorrectas, por lo que puede sentirse libre de seleccionar la opción que más se ajuste a su situación actual.

La participación en el estudio es voluntaria y confidencial. No será posible identificarle a través de los datos que pudiera generar este estudio. Además, ninguno de los datos obtenidos a través del cuestionario se divulgará de forma que no sea necesaria para el análisis de los resultados. En caso de que no desee seguir realizando la encuesta, puede abandonarla en cualquier momento.

Muchas gracias por su colaboración y participación.

¿Da su consentimiento para participar en el estudio?

- Sí
- No

Relación con el niño/a

- Madre
- Padre
- Otra:

Sexo de su niño/a

- Masculino
- Femenino

¿Cuál es la edad de su niño/a actual? Si es prematuro/a, indique la edad corregida

- Menos de 6 meses
- Entre 6-11 meses
- 12 meses
- 13 meses
- 14 meses
- 15 meses
- 16 meses
- 17 meses
- 18 meses
- Más de 18 meses

¿Cuántas fueron las semanas de gestación desde la concepción hasta el nacimiento?

- Menos de 28 semanas de gestación
- 29 semanas de gestación
- 30 semanas de gestación
- 31 semanas de gestación
- 32 semanas de gestación
- 33 semanas de gestación
- 34 semanas de gestación
- 35 semanas de gestación
- 36 semanas de gestación
- 37 semanas de gestación
- Más de 37 semanas de gestación

¿Cuál fue el peso de su bebé al nacer?

- Menos de 1000g
- Entre 1000g - 1500g
- Entre 1500g - 2500g
- Entre 2500g - 4000g

- Más de 4000g

¿Estuvo su bebé ingresado en la UCIN?

- Si
- No

¿Usó su bebé una sonda para alimentarse durante el ingreso en la UCIN?

- Usó una sonda orogástrica
- Usó una sonda nasogástrica
- No usó sonda
- No estuvo ingresado en la UCIN

¿A qué edad postmenstrual (EPM) consiguió su bebé una alimentación oral independiente? Es posible que lo marque tu informe de alta

¿Usó su bebé soporte respiratorio durante su ingreso en la UCIN?

- Usó ventilación mecánica invasiva (intubación)
- Usó ventilación mecánica no invasiva (CPAP)
- Usó ventilación no mecánica (oxigenoterapia o gafitas)
- No usó soporte respiratorio
- No estuvo ingresado en la UCIN

¿Tiene su bebé alguna alteración neurológica o del desarrollo diagnosticada o en estudio?

¿Qué tipo de lactancia tiene su niño/a en la actualidad?

- Lactancia materna (leche materna)
- Lactancia artificial (leche de fórmula infantil)
- Mixta

¿Qué herramienta para la lactancia usa su niño/a en la actualidad?

- Pecho
- Biberón
- Ambas
- Otro:

¿A qué edad se introdujeron los primeros alimentos diferentes de la leche en la dieta de su bebé? Si es prematuro/a, indique la edad corregida de inicio de la alimentación complementaria

- A los 4 meses o antes
- A los 5 meses
- A los 6 meses
- A los 7 meses
- A los 8 meses o después

Indique el método de alimentación que sigue su niño/a actualmente

- Alimentado con cuchara por el adulto
- Principalmente alimentado con cuchara por el adulto, a veces el bebé se alimenta a sí mismo
- Alrededor de la mitad de la alimentación con cuchara por parte de un adulto, y la otra mitad el bebé se alimenta a sí mismo
- Principalmente el bebé se alimenta solo, a veces el adulto lo alimenta con cuchara
- El bebé se alimenta a sí mismo