



## Documento Informativo:

# Alimentación en niños con síndrome de Down

**Manuel Moreno Villares**

Edición: Octubre 2022

*Director médico de la Clínica Universidad de Navarra en Madrid  
Especialista en Pediatría. Dedicación preferencial en gastroenterología infantil.*

## Introducción

Como en todos los demás aspectos que tiene que ver con la maduración y el desarrollo, cada niño tiene su propio tempo. Para muchas familias de niños con síndrome de Down su alimentación es un problema menor o, al menos, no distinto del que tiene o han tenido con alguno de sus hermanos. Sin embargo, el porcentaje de niños con síndrome de Down con problemas para alimentarse o beber es superior al promedio, sobre todo en las edades más tempranas. Son varios los factores que contribuyen a que aparezcan esas dificultades: una cavidad oral pequeña, con un tono disminuido de los músculos de la cara, junto con una lengua que suele protruir fuera de la boca no tanto porque sea de mayor tamaño, sino por su dificultad para asentarse en una boca más pequeña y con un paladar ojival y por su menor tono muscular. Además, suele haber un retraso en la aparición de los dientes. Muchas veces son niños que respiran habitualmente por la boca, pues el tamaño de las fosas nasales es también pequeño. Coordinar succionar, tragar y respirar mientras se come, no es sencillo. Estas dificultades condicionan, además, la capacidad de desarrollar las habilidades oromotoras necesarias para el progreso de la alimentación e incluso del lenguaje.

A la vista de lo expuesto anteriormente, se entiende que la mayor parte de problemas con la alimentación ocurran en el primer año (periodo de lactancia, introducción de la alimentación complementaria). En edades posteriores la preocupación se desplaza hacia una ganancia excesiva de peso y el riesgo de obesidad, que comentaremos brevemente.

Además un porcentaje variable de niños con síndrome de Down tienen otros factores de riesgo nutricional como puede ser la existencia de una cardiopatía congénita, reflujo gastroesofágico, estreñimiento o una enfermedad celíaca. Algunos de estos aspectos se tratan de una forma específica en otros capítulos.

## La alimentación en el lactante y en el niño de corta edad

Las recomendaciones para la alimentación en el lactante no difieren de las del resto de niños de su edad, ni en la forma ni en la cantidad de alimentos a ofrecer. Es decir, se recomienda la lactancia materna, si es posible de forma exclusiva, hasta los seis meses de edad, que puede mantenerse, acompañada de una alimentación complementaria adecuada, hasta los dos años o más.

## **Periodo de lactancia exclusiva (nacimiento a los 4-6 meses)**

La lactancia materna confiere ventajas tanto para el niño como para la madre, y facilita el establecimiento del vínculo entre ambos. En la lactancia natural los esfuerzos que realiza el recién nacido para la succión son mayores que con el uso del biberón. Este esfuerzo va a ayudarle a fortalecer toda la musculatura facial, va a mejorar la oclusión -el cierre de sus labios- y la coordinación boca-lengua. Por sus características de tono muscular bajo, es posible que conseguir estimular la succión lleve un poco más de tiempo. Los bebés con síndrome de Down suelen estar más adormilados, especialmente durante las primeras semanas. Es importante darle tiempo y dejarle cuanto necesite. Sobre todo al principio, hay que animarlo a prenderse al pecho y a comer cada 3-4 horas. Después, al igual que el resto de los bebés, se aconseja dar de mamar a demanda. Existen consultoras de lactancia materna que pueden ayudar a los padres si se presentan dificultades en el agarre.

Si no se ha podido o querido optar por la lactancia natural, la alternativa es el uso de una fórmula infantil con biberón. La tetina del biberón imita la forma y el funcionamiento de los pezones maternos. Debe elegirse la tetina adecuada en función de la edad del bebé. En cuanto a las cantidades a preparar, serán mayores a mayor edad, aunque no existe una norma fija válida para todos los niños. Inicialmente se recomienda ofrecer tomas cada 3 horas, para ir espaciándolas posteriormente.

## **Alimentación complementaria. Progresión en las texturas**

Si el niño crece adecuadamente puede mantenerse con lactancia exclusiva hasta los 6 meses. No es recomendable mantener la alimentación sólo con leche por encima de los 7 meses pues no se cubren las necesidades de todos los nutrientes y puede dificultarse la adquisición de las habilidades motoras necesarias para una buena progresión de una alimentación sin problemas.

La mayoría de niños no experimentan ningún problema con la introducción de nuevos alimentos y seguirán, por tanto, las mismas recomendaciones que para otros lactantes (figura 1), incluyendo la posibilidad de optar por métodos más participativos como la alimentación dirigida por el bebé (BLW, baby led weaning).

## Calendario orientativo de incorporación de alimentos

Alimento	0-6 meses	6-12 meses	12-36 meses	> 3 años
Leche materna	■	■	■	■
Fórmulas infantiles (en caso de no estar con LM)	■	■	■	■
Cereales, frutas, hortalizas, legumbres, huevo, carne, pollo, pescado, aceite de oliva	■	■	■	■
Leche entera, yogur, queso tierno (pueden ofrecerse en pequeñas cantidades a partir de los 9 o 10 meses)	■	■	■	■
Sólidos con riesgo de atragantamiento (frutos secos enteros, manzana o zanahoria cruda, etc)	■	■	■	■
Alimentos superfluos (azúcares, miel, cacao, bollería, galletas, embutidos y charcutería)	Cuanto más tarde y en menor cantidad mejor (siempre a partir de los 12 meses)			

Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre la alimentación complementaria, 2018.

No hay alimentos mejores que otros para empezar, aunque se recomienda ofrecer de manera prioritaria alimentos ricos en hierro y zinc. Asimismo, se recomienda introducir los alimentos de uno en uno, con intervalos de unos días, para observar la tolerancia y la aceptación y no añadirles sal, azúcar ni edulcorantes, para que el bebé se acostumbre a los sabores naturales de los alimentos.

En el momento actual, no hay evidencia de que retrasar la introducción de alimentos potencialmente alergénicos más allá de los 6 meses prevenga el desarrollo de alergia a los mismos.

Al iniciar la alimentación complementaria se puede ofrecer cereales en diversos formatos, siendo conveniente explorar los gustos y necesidades de cada familia y plantear alternativas, dando preferencia a las harinas integrales. Los cereales pueden introducirse en polvo disueltos en leche, o añadidos a purés, o en forma de arroz hervido y chafado, pan, pasta, tortas de maíz, quínoa, o avena, según edad y estado madurativo del lactante, y costumbres familiares. Existen además otras fuentes de hidratos de carbono complejos que aportan energía, como las patatas o el boniato.

En cuanto al gluten, a día de hoy se desconoce cuál es la mejor forma de introducir el gluten con el objetivo de disminuir la incidencia de enfermedad celíaca. La recomendación actual es introducir el gluten entre los 4 y los 11 meses de edad, idealmente alrededor del 6º mes y en pequeñas cantidades al inicio.

Se aconseja introducir progresivamente toda la variedad de frutas y verduras disponible, en cualquiera de las comidas diarias e ir variando también la forma de presentación (triturada, chafada, en pequeños trozos...). No hay unas frutas mejores que otras para comenzar.

Se recomienda evitar durante el primer año de vida las verduras de hoja verde con alto contenido en nitratos, como acelga, espinacas o borraja por el riesgo de metahemoglobinemia.

No debe añadirse sal a la alimentación complementaria de los bebés, aunque pueda parecer insípida. La leche materna tiene la cantidad necesaria y lo mismo ocurre con las fórmulas infantiles.

Se recomienda aumentar progresivamente la consistencia de los alimentos; y comenzar con texturas grumosas y semi-sólidas lo antes posible, nunca más tarde de los 8 - 9 meses. A los 12 meses el lactante ya puede consumir el mismo tipo de alimentos que el resto de la familia, aunque teniendo especial cuidado con los sólidos con riesgo de atragantamiento, como los frutos secos enteros, que deberán evitarse.

Algunos de los obstáculos de los que hablábamos al inicio de este artículo pueden dificultar la transición desde una alimentación láctea a una alimentación semisólida o entera. Es por ello que deben adecuarse los consejos a las características de cada niño para evitar la hipersensibilización oral que lleve al rechazo de la alimentación o en la progresión de las texturas. Existen ejercicios simples que pueden ayudar a mejorar la fuerza de los labios, la oclusión labial o el movimiento de la lengua al tiempo que hay que cuidar la educación de los aspectos sensoriales.

Si un lactante con síndrome de Dow manifiesta conductas de aversión o no somos capaces de avanzar en las texturas antes de los 9 o 10 meses será preciso contactar con un rehabilitador del área orofacial o un logopeda especializado en la deglución para trabajar estos aspectos.

Recordar que un crecimiento adecuado es la mejor señal de recibir una alimentación suficiente. A pesar de que existen gráficas específicas para personas con síndrome de Down, recomendamos usar los estándares de la Organización Mundial de la Salud, al menos en los primeros 5 años.

## **Actitud de los padres y de los niños durante las comidas**

En un porcentaje bastante alto, los problemas de alimentación en los niños están íntimamente relacionados con la actitud de ansiedad de los padres en las horas de la

comida. En muchos casos además y sin quererlo, por supuesto, son los propios padres los que pueden estar reforzando estas situaciones problemáticas. El marco físico-afectivo es muy importante para desarrollar las habilidades relacionadas con la alimentación y fomentar la autorregulación del hambre – saciedad. Obligar, presionar o premiar son estrategias que interfieren con la percepción del niño de su propia saciedad y pueden aumentar el riesgo de sobrepeso, de problemas en relación a la comida y de escasa variedad a la hora de comer. Estas estrategias están desaconsejadas, así como ofrecer comida al lactante/preescolar como consuelo emocional. Algunas pautas que nos pueden servir de ayuda se pueden ver en la tabla 1.

## **La alimentación en el niño mayor. La comida en familia**

El objetivo de la transición de la alimentación del lactante es incorporarlo lo antes posible a la comida familiar. Este objetivo debe conseguirse antes de los dos años de edad pero, como hemos visto en los apartados anteriores, exige de haber dado una serie de pasos en cada una de las etapas anteriores. La conducta alimentaria se aprende y se basa, sobre todo, en el refuerzo de las conductas positivas. El tiempo de las comidas debe ser un tiempo para disfrutar y verse libre de tensiones tanto como sea posible.

Si en los dos primeros años la relación con la comida ocurre fundamentalmente a través de un cuidador principal (la madre o el padre), poco a poco van interviniendo otros en esa acción. Los pares –compañeros de curso, hermanos- cada vez adquieren mayor importancia y de ahí que sea clave la función social de la comida.

La obesidad es un problema frecuente en personas con síndrome de Down, condicionada sobre todo porque en general presentan unas necesidades energéticas y nutricionales inferiores, pero también por su tendencia al sedentarismo y, en menos ocasiones, por tener una conducta alimentaria poco aconsejable. La pirámide de la alimentación saludable (figura 2), la distribución de las comidas (tres comidas principales y 1 o 2 tentempiés), así como una actividad física regular (al menos 60 minutos diarios de actividad física moderada a intensa) y una limitación del tiempo de pantallas (variable en función de la edad) son las claves para el desarrollo de hábitos de vida saludable y para prevenir la aparición de enfermedades crónicas en la vida adulta.

**Tabla 1. Recomendaciones sobre la actitud que deben mantener los padres respecto a la alimentación de los lactantes y niños pequeños (modificado de Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre la alimentación complementaria, 2018)**

- Respetar su ritmo de desarrollo y permitir cierta autonomía, según sus capacidades. Tolerar un cierto desorden apropiado para su edad (p. ej. no molestar al niño limpiándole después de cada bocado).
- No interpretar como permanente un rechazo inicial a un nuevo alimento. Seguir ofreciendo en los siguientes días o semanas sin presionar (pueden ser necesarias hasta 10 – 15 ocasiones para conseguir la aceptación). La exposición regular y gradual a los alimentos favorece su tolerancia y aceptación, a corto y largo plazo.
- No prefijar una cantidad de comida que se “tiene que tomar”. La cantidad es variable de unos niños a otros y según las circunstancias. Respetar los signos de hambre y saciedad. Los padres deciden dónde, cuándo y qué come el niño. El niño decide cuánto come. Obligar o coaccionar a un niño para qué coma aumenta la insatisfacción familiar y el riesgo de problemas con la comida a corto y largo plazo.
- Establecer rutinas puede ayudar:
  - ✓ Lugar: tranquilo, sin distracciones (TV, móviles). Cuando sea posible, sentar al niño frente a los otros miembros de la familia, para que pueda interactuar con ellos. Acercar al niño a la mesa de forma segura, ya sea en el regazo o utilizando una silla apropiada (trona).
  - ✓ Tiempo: un horario aproximado de comidas, con flexibilidad, puede ayudar a la anticipación y regulación del lactante. Como orientación 4 o 5 tomas al día.
  - ✓ Menú: seleccionar una dieta variada y sana. Servir raciones apropiadas a su edad y ritmo de crecimiento.
- Cuidar el “ambiente emocional”:
  - ✓ Ser paciente con el ritmo de adquisición de los nuevos logros.
  - ✓ Ante las situaciones negativas (no come, no le gusta, se porta mal) mantener una actitud neutra. Evitar enfadarse, no mostrar el enfado.
  - ✓ Una conducta muy controladora o exigente de los padres impide que el niño aprenda a autorregularse.
  - ✓ Evitar distracciones (pantallas, juguetes).

Disfrutar de la comida en familia, reforzando los logros. No utilizar los alimentos como premios o castigos, ni como consuelo o chantaje.

# Pirámide Naos

## Alimentación:

### Ocasionalmente

Hay productos que sólo deberían tomarse de forma ocasional, como bollos, dulces, refrescos, "chucherías" o patatas fritas y similares.

### Varias veces a la semana

Pescados blancos y azules, legumbres, huevos, carnes, embutidos, frutos secos, son alimentos importantes y pueden combinarse con otros, debiendo consumirse varias veces a la semana, aunque no todos los días.

### A diario

Alimentos como las frutas, verduras y hortalizas, cereales, productos lácteos, pan y aceite de oliva, deben ser la base de la dieta y consumirse a diario. También el arroz y la pasta pueden alternarse.

### Agua

El agua es fundamental en la nutrición, y deben beberse al menos entre 1 y 2 litros diarios de agua.

## Actividad física:

### Ocasionalmente

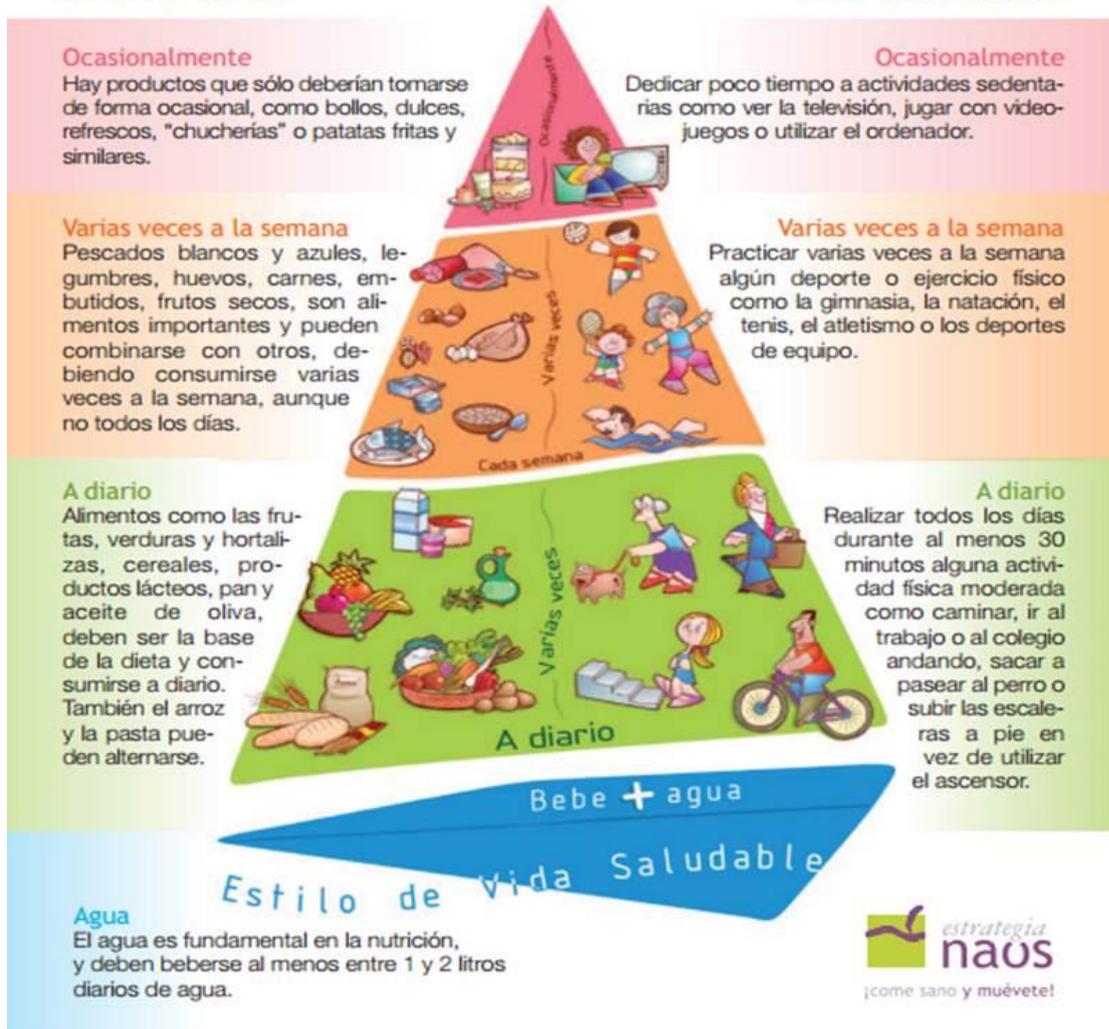
Dedicar poco tiempo a actividades sedentarias como ver la televisión, jugar con videojuegos o utilizar el ordenador.

### Varias veces a la semana

Practicar varias veces a la semana algún deporte o ejercicio físico como la gimnasia, la natación, el tenis, el atletismo o los deportes de equipo.

### A diario

Realizar todos los días durante al menos 30 minutos alguna actividad física moderada como caminar, ir al trabajo o al colegio andando, sacar a pasear al perro o subir las escaleras a pie en vez de utilizar el ascensor.



## La alimentación del niño en situaciones especiales

En algunas ocasiones en la alimentación del niño con síndrome de Down aparecen síntomas gastrointestinales (vómitos, estreñimiento, dificultad para ganar peso) que hacen obligada la visita a un gastroenterólogo infantil, con especial conocimiento en las dificultades para la deglución (disfagia), que determinará la necesidad de realizar alguna exploración complementaria o tratamiento.

Aunque se describe con más detalle en otro apartado, la enfermedad celíaca se presenta en niños con síndrome de Down con una frecuencia hasta 6-10 veces superior al resto de la población. El tratamiento es una dieta exenta en gluten de forma permanente.

Entre un 30 y un 40% de los recién nacidos con síndrome de Down presentan una cardiopatía congénita que obligará a una o varias cirugías en los primeros meses o años de vida. Son la principal causa de morbimortalidad y constituyen un verdadero reto nutricional. Con frecuencia estos niños precisarán de dietas hipercalóricas o incluso de técnicas de soporte nutricional (fundamentalmente nutrición enteral), cuya revisión se escapa a los objetivos de este artículo.

## Referencias

1. Breastfeeding a Baby with Down Syndrome: [https://www.ndscenter.org/wp-content/uploads/CDSS\\_breastfeeding\\_brochure.pdf](https://www.ndscenter.org/wp-content/uploads/CDSS_breastfeeding_brochure.pdf)

*Guía de la Asociación Canadiense de Síndrome de Down, dedicada exclusivamente a la lactancia materna.*

2. Guía de alimentación para bebés con Síndrome de Down. Down España, 2013. [https://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2014/09/153L\\_guiade.pdf](https://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2014/09/153L_guiade.pdf)

*Guía muy completa y de fácil lectura, dirigida a los padres, sobre todos los pasos en la alimentación del niño pequeño.*

3. Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre la alimentación complementaria, 2018. [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones\\_aep\\_sobre\\_alimentacion\\_complementaria\\_nov2018\\_v3\\_final.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacion_complementaria_nov2018_v3_final.pdf)

*Guía actualizada sobre la introducción de la alimentación complementaria elaborada por la Asociación Española de Pediatría.*

4. Germán Díaz M, Moreno Villares JM, Dalmau Serra J. Y ahora, si es preciso aumentar el contenido en energía y nutrientes en la alimentación de un lactante, ¿qué debo emplear? Acta Pediátrica Española 2014;72(9): 195-201 (<http://www.actapediatrica.com/index.php/secciones/nutricion-infantil/1032-y-ahora-si-es-preciso-aumentar-el-contenido-en-energia-y-nutrientes-en-la-alimentacion-de-un-lactante-que-debo-emplear#.XM8EQI4zaM9>)

*Artículo de revisión sobre las estrategias para aumentar la alimentación en un lactante con necesidades nutricionales especiales.*

5. ¡Comida Divertida! Campaña de prevención de la obesidad en niños con síndrome de Down. Fundación Down España 2011 (<http://www.sindromedown.net/Spoti/pdfs/guia.pdf>)

6. Recomendaciones de la alimentación del lactante de 6 a 12 meses. Consejería de Sanidad. Madrid. <http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/alimentacion-infantil>.

*Recomendaciones publicadas por la Consejería de Sanidad de Madrid para cada etapa, completadas con un ejemplo de menú diario y recomendaciones de raciones diarias*

7. Gráficas de crecimiento de la OMS. <https://www.who.int/childgrowth/standards/es/>



Fundación Síndrome de Down de Madrid  
Calle Caídos de la División Azul 15, 28016 Madrid  
[www.downmadrid.org](http://www.downmadrid.org)