

Alimentación complementaria

A l i m e n t a c i ó n c o m p l e m e n t a r i a

en el primer año de vida

e n e l p r i m e r a ñ o d e v i d a

Wilson Daza

Gastroenterólogo pediatra - Magíster en Nutrición Clínica
Director Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición
Pediátrica (Gastronutriped)
Miembro del Consejo Directivo del International Life Sciences
Institute (ILSI) Norandino
Director Posgrado de Gastroenterología Pediátrica y profesor
asistente Universidad El Bosque

Silvana Dadán

Magíster en Nutrición Clínica, *Fellow* Nutrición Pediátrica,
Diplomada en Grasas en Nutrición Humana
Coordinadora Nutrición Clínica (Gastronutriped)
Profesora asistente Posgrados de Pediatría y Gastroenterología
Pediátrica, Universidad El Bosque

El ritmo de introducción y el tipo de alimentos que se va incorporando durante el segundo semestre de vida, así como en general la alimentación en el primer año, resultan definitivos para la salud a esta edad y a posteriori, tal y como lo han demostrado estudios publicados recientemente.

Como profesionales a quienes las madres y la familia encomiendan la salud de sus hijos desde el mismo momento del nacimiento, tenemos el compromiso de conocer los beneficios de una adecuada alimentación en las primeras etapas de la vida y los riesgos de esta respecto a ciertas enfermedades, por ejemplo, alergias, trastornos gastrointestinales, desnutrición o sobrepeso.

Así mismo, los hábitos alimentarios apropiados pueden condicionar un estado nutricional óptimo.

“¿Qué debo darle de comer al bebé, cómo y cuándo?” son unas de las preguntas más

frecuentes y están entre las primeras de la consulta pediátrica.

Al comentar las recomendaciones, en ocasiones resultan objetadas por los acompañantes o por los mismos padres que no siempre son principiantes: “A mí me criaron así y aquí estoy”, “A los otros les di aquello o esto y están fuertes y ‘gordos’... Estas y otras afirmaciones y controversias requieren un fuerte soporte, paciencia y convencimiento por parte del profesional para proteger al niño y evitar que el verdadero “damnificado” sea el lactante.

¿Qué es la alimentación complementaria?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la alimentación complementaria como “el acto de recibir alimentos sólidos o líquidos (excepto medicamentos en gotas y jarabes) diferentes a la leche, durante el tiempo que el lactante está recibiendo leche materna o fórmula infantil”.

¿Cuándo iniciar la alimentación complementaria?

El inicio de los alimentos sólidos implica un período de transición entre la alimentación líquida (leche materna o fórmula infantil) y la alimentación característica del resto de la vida (principalmente sólida).

Resulta un proceso complejo y gradual, que, entre otras cosas, requiere de un tiempo prudente para que los sistemas neuromuscular, renal, digestivo e inmunológico del niño adquieran la madurez necesaria.

Las últimas recomendaciones de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (Espghan) (2008), la Sociedad Norteamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (Naspghan) y la Academia Americana de Pediatría (AAP) señalan que los lactantes estarían aptos para recibir alimentos diferentes a la leche entre las 16 y 27 semanas de vida. No obstante, se enfatiza en la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de edad.

De manera particular, hay que tener en cuenta la maduración física y de los diferentes sistemas para considerar si el bebé está en capacidad de iniciar con alimentos distintos a la leche. Para ello, deben valorarse los siguientes aspectos y observar la aparición de “señales”:

Sistema neuromuscular

Al nacer, el bebé sano ya tiene reflejos de succión y deglución. Sin embargo, la capacidad para deglutir alimentos semisólidos ofrecidos con cuchara alcanza su madurez entre el cuarto a sexto mes de vida posnatal. Así mismo, los niños poseen el reflejo de extrusión, que consiste en que el niño expulsa hacia afuera con la lengua los objetos y alimentos que se acercan a sus labios, este reflejo desaparece alrededor del cuarto mes. Otro factor que

facilita el suministro de alimentos semisólidos es el control del cuello (sostén de la cabeza) y del tronco (sentarse solo), que también aparece alrededor del cuarto mes.

El niño está listo para empezar a tomar otros alimentos cuando es capaz de mantenerse sentado con poco apoyo y se inclina hacia adelante al observar el alimento, mostrando interés, abre la boca fácilmente al rozar sus labios con una cuchara, no empuja con la lengua hacia afuera y puede desplazar el alimento hacia atrás y tragarlo.

Además, para iniciar con alimentos sólidos, es necesario que existan movimientos rítmicos de masticación, que se despliegan hacia los 7-9 meses de edad. Este es un punto fundamental, no solo en términos de “alimentación”, de promoción de la masticación y de la deglución, sino también para aspectos relacionados con la fonación y el lenguaje. Cuando se supera esta “ventana o etapa crítica”, aumenta la probabilidad de desarrollar dificultades para lograr que el niño adquiera estas habilidades.

Sistema gastrointestinal

Alrededor de los 4-6 meses de edad, el intestino adquiere un desarrollo suficiente para oficiar como “barrera” y en buena proporción evitar la entrada de alérgenos alimentarios. A su vez, cantidad y calidad de enzimas resultan suficientes; este aspecto, sumado al anterior, facilita la digestión y la absorción, protegiendo de intolerancias alimentarias (manifestadas, por ejemplo, con vómitos y diarreas).

Por otro lado, al comenzar la alimentación complementaria, se promueven cambios en la microbiota intestinal, específicamente, en las especies protectoras (bifidobacterias y lactobacilos) con una posible repercusión sobre el “sistema de barrera” e “inmunológico” más grande del que dispone el ser humano, ubicado a nivel intestinal.

Sistema renal

Cercano a los seis meses de edad, el riñón del lactante adquiere mayor idoneidad funcional, en términos de filtración y madurez, suficiente para manejar una carga de solutos más elevada, alcanzando cerca del 75-80% de la función del adulto hacia los 12 meses.

El inicio de la alimentación complementaria está mediado por los factores fisiológicos mencionados y, además, por factores nutricionales, socioeconómicos y culturales.

Otro condicionante de ese comienzo es el requerimiento nutricional, que cambia proporcionalmente al crecimiento del bebé. De manera característica, a partir del sexto mes de vida el bebé necesita mayor **aporte energético** y de **algunos nutrientes específicos** (por ejemplo: hierro, zinc, calcio y las vitaminas A, C y D); con la sola leche esas necesidades son imposibles de cubrir. Si el bebé no recibe cantidades adicionales de esos nutrientes, no podrá progresar apropiadamente en crecimiento y desarrollo.

Fases de la alimentación del niño

La alimentación de un niño se clasifica en tres etapas: lactancia, de transición y modificada del adulto.

Lactancia

Edad: primeros seis meses de vida.

Alimentación: láctea exclusivamente.

De transición

Edad: entre los 6 y 8 meses de vida.

Alimentación: se introducen alimentos diferentes a la leche y el tamaño de la “porción” va en aumento.

Modificada de adulto

Edad: entre los 8 y 24 meses de vida.

Alimentación: los niños manejan los mismos horarios de alimentación que los adultos. Pueden comer casi todos los alimentos, aunque varía

la “consistencia”. Cuando el niño consigue con sus dedos hacer el movimiento de pinza, debe fomentarse y promover que “tome” alimentos más sólidos y se los lleve a la boca.

Alrededor del año de edad, el niño es capaz de cerrar los labios, apretarlos contra el vaso y tomar líquido del recipiente que otra persona sostiene. **Durante el segundo año de vida, los niños ya pueden tomar líquido del recipiente sin necesidad de ayuda.**

Momentos clave durante el proceso de transición en la alimentación del bebé

A los seis meses van apareciendo las “señales” ya enumeradas que indican que es tiempo de iniciar con la alimentación complementaria. Para esto, se deben escoger alimentos frescos, higiénicos, fáciles de digerir por el niño (**suaves**), sin demasiada consistencia o que contengan partes sólidas que puedan atorar al bebé. Generalmente, se aconseja iniciar con compotas de frutas, purés-papillas de vegetales y papillas de cereales infantiles. No obstante, esta etapa es también crucial para introducir carnes, molidas o en puré, con el fin de colaborar con la cobertura de nutrientes críticos como hierro y zinc. Colombia no escapa al flagelo mundial del déficit de hierro y anemia propiamente dicha, principalmente manifiestas en los menores de dos años.

Hacia los siete meses, después de haber iniciado con alimentos blandos y suaves, el intestino ha adquirido mayor madurez y las papilas gustativas están más desarrolladas. Por lo tanto, el bebé está en capacidad de aceptar combinaciones de alimentos, con aumento progresivo de la consistencia, aunque de fácil digestión y que no le ocasionen intolerancias como diarrea, vómito, distensión y gases.

A esta edad se puede ampliar la gama de alimentos ofrecidos, tales como compotas de varias frutas mezcladas, purés de diferentes

vegetales mezclados, colados o purés de vegetales con carnes, papillas de distintos cereales infantiles mezclados, entre otros.

A los ocho meses de edad ya tienen movimientos de pinza (dedos pulgares e índice) y, por ende, pueden “asir” trozos de alimentos con sus dedos. Por ejemplo, trozos de frutas, trozos de pan, galletas. Esto incentivará el avance en la dentición, la masticación y la coordinación entre boca y movimientos de la mano (oral-motora). El bebé aprenderá a masticar y a pasar los alimentos más sólidos sin atorarse.

Hacia los 12 meses de edad, en su mayoría, los niños ya caminan o están próximos a hacerlo, están más focalizados en explorar el “mundo” y los objetos de alrededor que en la comida. Por lo tanto, los momentos dedicados a “alimentarlo” deben optimizarse para ofrecerles “alimentos realmente nutritivos” que colaboren con su crecimiento y desarrollo.

Hacia el año de edad, el bebé debe estar integrado a la mesa familiar, manejando el esquema y los horarios de comida de los adultos, con tres comidas principales y al menos 1 ó 2 refrigerios; si bien come de “todo”, la consistencia dependerá del nivel de desarrollo (triturado, molido o en puré, trozos pequeños), y se pondrá especial atención a la “calidad” de los alimentos que le brinden.

Objetivos de la alimentación complementaria

La alimentación complementaria persigue varios objetivos, entre ellos:

- Contribuir con el desarrollo del aparato digestivo.
- Suplementar nutrientes insuficientes.
- Enseñar a distinguir sabores, colores, texturas y temperaturas diferentes.
- Colaborar con la conformación de hábitos de alimentación saludable.
- Estimular el desarrollo psicosocial.

La alimentación complementaria debe reunir ciertas características.

Como en todo período de la vida, la alimentación complementaria también debe cumplir con las leyes fundamentales de la alimentación, conocidas como las reglas de oro del doctor Pedro Escudero, argentino pionero de la nutrición en América Latina.

Según estas leyes, la alimentación debe ser:

- *Completa*: debe incluir alimentos de todos los grupos (variedad).
- *Equilibrada*: debe proveer los nutrientes en proporciones y relación adecuadas (representados por sus alimentos-fuente).
- *Suficiente*: debe cubrir los requerimientos, tanto de calorías como de nutrientes.
- *Adecuada*: debe adaptarse a la etapa del desarrollo en que se encuentra el ser humano, haciendo especial énfasis en caracteres organolépticos, tales como olor, sabor, consistencia, textura, así como al grado de desarrollo de los diferentes sistemas.

“CESA” es el acróstico que el doctor Escudero pensó para expresar que “si la alimentación del niño no es CESA, el crecimiento del niño CESA”.

Introducción precoz de la alimentación complementaria

Cuando los alimentos diferentes a la leche (la leche materna –LM– y/o fórmulas infantiles –FI–) se introducen antes del cuarto mes o de la semana 17 de vida posnatal, pueden sobrevenir una serie de inconvenientes o aumentar ciertos riesgos, tales como:

A corto plazo,

- Se interfiere con la alimentación al pecho en perjuicio de esta (desplazamiento de LM).
- Aumento de enfermedades respiratorias.
- Daño renal por sobrecarga de nutrientes, particularmente proteínas y minerales que el niño

debe eliminar por esa vía, con el subsiguiente peligro de deshidratación porque se necesita agua adicional para excretar las sustancias de desecho.

- Desnutrición.
- Anemia y deficiencias nutricionales específicas por interferencias en la absorción de nutrientes presentes en la leche materna o por disminución en la ingesta de leche (LM o FI), que cubre por completo los requerimientos del niño en el primer semestre de vida.
- Alergias.

A largo plazo pueden ocurrir,

- Alergias.
- Hipertensión.
- Obesidad.
- Diabetes.
- Enfermedades intestinales, entre otras.

Introducción tardía de la alimentación complementaria

En el otro extremo, cuando la introducción de alimentos es posterior al sexto o séptimo mes de edad, se correlaciona con un impacto negativo a diferentes niveles:

- Deficiencias nutricionales específicas (relacionadas con micronutrientes, tales como hierro, vitamina A, entre otros).
- Crecimiento lento, especialmente con alteración de la longitud.
- Desnutrición.
- Trastornos alimentarios: vómitos, rechazo a los sólidos, alteraciones en la deglución, atoramiento por sólidos, que a largo plazo pueden derivar en trastornos como bulimia y anorexia o alteraciones que no se identifican con ninguno de estos extremos.
- Trastornos del lenguaje.

¿Qué cantidad?

El mejor método para calcular la cantidad de alimentos que debe y puede consumir el bebé es tener en cuenta su capacidad gástrica y su

saciedad (aproximadamente 30 cc/kg de peso). Inicialmente, se probará con cada nuevo alimento en pequeña proporción (alrededor de una cucharada sopera o menos) y, a medida que se lo expone al mismo alimento, el niño aceptará mayor cantidad. De esta forma, hacia el año de edad estará consumiendo alrededor de 250 ml, que corresponden a su capacidad gástrica.

Los alimentos se deben ofrecer con constancia y paciencia, propiciando un momento agradable, de nuevas experiencias y placer, mas no de lucha o de “coerción”. Cada bebé tiene sus propios requerimientos nutricionales y sigue su propio ritmo de crecimiento, por lo tanto, es incorrecto pretender que coman un “volumen estándar” a una edad específica o compararlo con otros bebés.

Según la OMS, acorde con su edad los niños deberían comer:

- 6 a 8 meses: 2-3 veces al día.
- 9 a 24 meses: 3-4 veces al día + 1 ó 2 refrigerios (trozos de frutas o pan, galletitas, tortas caseras).

¿Cómo empezar?

Los primeros alimentos que se brindan al bebé deben ser de fácil deglución, es decir, de consistencia blanda tipo compota, papillas o puré. Pueden ser macerados, machacados o troceados con un tenedor, y el mismo bebé termina de ablandarlos al presionarlos con la lengua contra el paladar. En realidad, este no es más que el primer experimento sensorial diferente al sabor de la leche y seguramente solo consumirá pequeñas porciones que se irán incrementando progresivamente concomitantes al agrado del bebé por los alimentos sólidos.

Los alimentos ofrecidos preferentemente deben prepararse en la casa, empleando alimentos naturales, frescos y/o cocidos, pero, también, el uso de ciertos alimentos industrializados diseñados específicamente para bebés puede ser

una opción eventual. Por otro lado, a medida que se acercan al año de edad, pueden consumir los mismos alimentos que se preparan para el resto de la familia, aunque adaptados a la capacidad y el desarrollo del niño. Cabe considerar el método de cocción y el tipo de aditivos (como la sal de mesa) usados para las preparaciones de niños mayores o de los adultos, porque no siempre serán la elección más saludable para los menores de 1-2 años.

En este orden de ideas, una serie de consejos prácticos puede resultar útil tanto al profesional de la salud como a los papás y cuidadores, facilitar el proceso, permitir que llegue a feliz término y obtener el mejor resultado: “lograr buenos hábitos alimentarios” (anexo 1).

Anexo 1
<p>Consejos prácticos</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Para recibir alimentos, el bebé debe estar sentado. ■ Ofrecer los alimentos dos horas después de tomar la leche. ■ Ofrecer los alimentos con cuchara y en vaso. Nunca con tenedor ni en biberones. ■ Evitar la monotonía: los alimentos deben ser variados, utilizando diferentes combinaciones, colores, sabores y texturas, y en preparaciones novedosas. ■ No adicionar sal, azúcar ni condimentos. ■ Ofrecer los alimentos con constancia y paciencia. ■ Generar un ambiente placentero, emocional (mirarlo, tocarlo, sonreírle, hablarle). ■ No distraer al bebé con juegos o convencerlo de comer con promesas, premios o castigos. ■ La oferta debe ser reiterada (10-12 veces) para que se logre la aceptación de los alimentos nuevos y se evite la neofobia. ■ Iniciar con pequeñas porciones e incrementar progresivamente a medida que el bebé vaya aceptando con agrado. ■ Respetar la saciedad del bebé. Nunca forzarlo. ■ Los nuevos alimentos se deben introducir de uno en uno, en pequeñas cantidades y con al menos cinco días de separación, para observar tolerancia e intolerancias. ■ Añadir una pequeña cantidad de aceite vegetal a los vegetales para aumentar su valor calórico, pero fundamentalmente para promover la cobertura de los ácidos grasos esenciales.

¿Qué tipo de alimentos se deben utilizar para la alimentación complementaria?

La principal razón por la que el bebé debe comenzar a comer alimentos diferentes a la leche, tal como ya se ha expresado, es de tipo nutricional. Las *necesidades de energía, proteínas, vitaminas y minerales se incrementan a partir del sexto mes de vida*, y, por esto, los alimentos seleccionados deben ser ricos en: calorías, proteínas, hierro, zinc, calcio, vitaminas A-C-D, entre otros. Los alimentos elegidos “complementarán” al alimento básico que continúa siendo la leche (al menos hasta el primer año de vida) y ayudarán con la cobertura de los requerimientos de los nutrientes.

Se deben utilizar alimentos con un valor nutricional adecuado, de fácil digestión, poco voluminosos, frescos e higiénicamente elaborados.

La elección de los alimentos depende de factores geográficos, hábitos culturales, disponibilidad, costumbres familiares y nivel socioeconómico de la familia, entre otros.

Así mismo, los alimentos escogidos deben carecer de sustancias tóxicas, aflatoxinas, hormonas y residuos de pesticidas.

Frutas y cereales

El Comité de Nutrición de la AAP recomienda los cereales infantiles enriquecidos con hierro y las frutas (en compota) como alimentos semisólidos de primera línea para dar inicio a esta labor.

Carnes

No obstante, el Comité de Nutrición de la Espghan enfatiza que al sexto mes o al menos a los seis meses y medio debe incorporarse la carne magra (sin grasa visible), preferentemente carne roja, en pequeñas porciones y con consistencia adecuada para el niño (molida, purés, licuados), para cubrir los principales nutrientes “límite” en

el niño que arriba al segundo semestre de vida posnatal, en particular hierro y zinc.

Gluten

La Espghan y la Naspghan recomiendan la introducción del gluten (trigo, avena, cebada y centeno son los cereales que conjuntamente con el agua conllevan a su formación) entre **el cuarto y séptimo mes de vida**, señalando que la inclusión debe ser gradual y que es ideal el acompañamiento paralelo con la leche materna. Al parecer la LM protege al lactante de desarrollar enfermedades autoinmunes, tales como diabetes mellitus 1, enfermedad celíaca y alergia al trigo, correlacionadas con la incorporación de cereales.

Los cereales no deben introducirse ni antes de los cuatro meses ni posterior a los siete. Casos en los que ha acontecido esa introducción precoz o tardía han demostrado el aumento en la susceptibilidad o en la incidencia de las enfermedades ya mencionadas.

Jugos

La AAP recomienda que los lactantes y niños(as) hasta los seis años de edad consuman como máximo seis onzas de jugo al día. Esto debido a hallazgos que certifican que beber cantidades superiores se asocia con un aumento en la ingesta energética, desplazamiento de la leche o de alimentos nutritivos, disminución en la ingesta de vitaminas y minerales, particularmente aquellos vinculados con la salud ósea, tales como calcio y vitamina D, incremento de la malabsorción y diarrea crónica, afectación de la talla y predisposición a la obesidad, entre otras desventajas.

Leche de vaca

La AAP, la Espghan y la Naspghan desaprueban la introducción de la leche de vaca durante el primer año de vida, primariamente por su impacto negativo sobre el estado nutricional de hierro en el lactante, entre otros aspectos.

Alimentos alergénicos

Según la Espghan, la Naspghan y la AAP, se carece de evidencia suficiente y convincente que valide la necesidad y las ventajas de restringir alimentos con potencial alergénico, tales como huevo, pescado, trigo, durante el primer año de vida en niños sanos o en los que tengan antecedentes familiares de alergias, como mecanismo de protección para el desarrollo de estas.

Por el contrario, al prohibirse alimentos como el huevo o el pescado pueden condicionarse carencias específicas y poner en peligro la cobertura de ciertos nutrientes como es el caso del ácido docosahexaenoico (LC-PUFA omega 3), cuya principal fuente es el pescado y que cumple funciones críticas a nivel del sistema nervioso y de la retina.

Hierro y zinc

La Espghan y la Naspghan indican en las recomendaciones más actuales (2008) que el 90% del hierro y el 90% del zinc que requiere el lactante se deben cubrir con los alimentos sólidos. Esto para evitar la deficiencia de hierro y la anemia ferropénica, así como el déficit de zinc respectivamente, problemáticas de grave impacto en el mundo y, en particular, en Colombia.

Sal y azúcar

La OMS, la Espghan y la Naspghan refuerzan el concepto manejado por la AAP de evitar la sal y el azúcar en las preparaciones, bebidas y jugos de los lactantes durante el primer año de vida. En este sentido, también estaría proscrita la utilización de otros endulzantes típicos de la cultura colombiana, tal como la “panela”, que aumenta el sabor dulce, las calorías “vacías” y la osmolaridad de la preparación y/o bebida.

Miel

Se recomienda evitarla durante el primer año de vida a menos de que se la haya sometido a un

tratamiento industrial especial (alta temperatura y alta presión) que conlleve a disminuir la probabilidad de supervivencia, por ejemplo, de la toxina botulínica (Espghan y Naspghan).

Alimentos peligrosos

La AAP considera que las nueces, maní, maíz pira y uvas pasas, entre otros, son alimentos peligrosos para los niños por debajo de los cuatro años de edad, dado el riesgo de ataramiento, broncoaspiración, o la probabilidad de que se introduzcan por curiosidad en las fosas nasales u oídos.

Dietas vegetarianas

La dieta vegetariana “estricta” está proscrita en los menores de 12 meses. Si por convicción los padres someten a sus hijos a este tipo de alimentación, esta debe ser “al menos” del tipo lactoovovegetariana e incluir mínimamente

500 ml de leche materna o fórmula infantil (Espghan y Naspghan). Otro factor relacionado es que este tipo de dieta aporta un alto contenido en fibra, que puede condicionar la disponibilidad de micronutrientes, así como de energía y ácidos grasos esenciales, y, consecuentemente, afectar el crecimiento y el desarrollo normal del niño.

El avance vertiginoso de la ciencia resalta la injerencia de la alimentación del niño en sus primeros 24 meses sobre la salud a corto, mediano y largo plazo. Por lo tanto, es fundamental que el profesional de la salud, en particular el responsable de orientar al niño, considere las implicaciones de una alimentación adecuada y la correcta progresión como mecanismo de promoción del crecimiento y del desarrollo, pero, a la vez, como método de prevención de diferentes entidades patológicas de tipo inmune, crónicas no transmisibles, alteraciones en el sistema nervioso, cáncer, entre otras.

Lecturas recomendadas

1. Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, Goulet O, Kolacek S, Koletzko B, et al. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2008;46(1):99-110.
2. Ballabriga A, Carrascosa A, editores. *Alimentación complementaria y período del destete. Nutrición en la infancia y adolescencia*. 2ª ed. Madrid: Ediciones Ergon S.A. p. 155-202.
3. Bourre JM. Effects of nutrients (in food) on the structure and function of the nervous system: update on dietary requirements for brain. Part 1: micronutrients. *J Nutr Health Aging* 2006;10(5):377-85.
4. Cooke L. The importance of exposure for healthy eating in childhood: a review. *J Hum Nutr Diet* 2007;20(4):294-301.
5. Greer F, Sicherer SH, Burks AW; American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition; American Academy of Pediatrics Section on Allergy and Immunology. Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods, and hydrolyzed formulas. *Pediatrics* 2008;121(1):183-91.
6. Dubois L, Farmer AP, Girard M, Peterson K. Preschool children's eating behaviours are related to dietary adequacy and body weight. *Eur J Clin Nutr* 2007;61(7):846-55.
7. Gil A, Uauy R, Dalmau J; Comité de Nutrición AEP. Bases para una alimentación complementaria adecuada de los lactantes y los niños de corta edad. *An Pediatr (Barc)* 2006;65(5):481-95.
8. Harrod-Wild K. Does childhood nutrition matter? *J Fam Health Care* 2007;17(3):89-91.
9. Krebs NF. Meat as an early complementary food for infants: implications for macro- and micronutrient intakes. *Nestle Nutr Workshop Ser Pediatr Program* 2007;60:221-9.
10. Krebs NF, Hambidge KM. Complementary feeding: clinically relevant factors affecting timing and composition. *Am J Clin Nutr* 2007;85(2):639S-645S.
11. Krebs NF. Food choices to meet nutritional needs of breast-fed infants and toddlers on mixed diets. *J Nutr* 2007;137(2):511S-517S.
12. Talvia S, Räsänen L, Lagström H, Pahlkala K, Viikari J, Rönnemaa T, et al. Longitudinal trends in consumption of vegetables and fruit in Finnish children in an atherosclerosis prevention study (STRIP). *Eur J Clin Nutr* 2006;60(2):172-80.
13. Van der Merwe J, Kluyts M, Bowley N, Marais D. Optimizing the introduction of complementary foods in the infant's diet: a unique challenge in developing countries. *Matern Child Nutr* 2007;3(4):259-70.

examen consultado

6. Según las últimas recomendaciones de la Espghan, la Naspghan y la AAP, ¿a qué edad los lactantes serían aptos para recibir alimentos diferentes a la leche?:

- A. entre las 16 y 27 semanas de vida posnatal
- B. al cuarto mes de vida
- C. al sexto mes de vida
- D. al primer año de vida
- E. B y C

7. La alimentación complementaria persigue alcanzar los siguientes objetivos:

- A. contribuir con el desarrollo del aparato digestivo
- B. suplementar nutrientes insuficientes
- C. enseñar a distinguir sabores, colores, texturas y temperaturas diferentes
- D. colaborar con el desarrollo de hábitos de alimentación saludable
- E. todas las anteriores

8. La introducción precoz de la alimentación complementaria a largo plazo podría producir:

- A. alergias, hipertensión
- B. obesidad, diabetes
- C. A y E
- D. enfermedades intestinales
- E. A, B y D

9. La AAP recomienda que los niños(as) menores de seis años de edad deben consumir como máximo seis onzas de jugo al día, dado que estos:

- A. desplazan la ingesta de leche
- B. aumentan el desarrollo de cuadros de malabsorción y diarrea crónica
- C. predisponen a la obesidad
- D. disminuyen la ingesta de vitaminas y minerales
- E. todas las anteriores

examen consultado

10. Si por alguna razón se implementa una dieta vegetariana en el primer año de vida, debemos recomendar:

- A. que se cumpla solo en las comidas principales
- B. que se suspenda la leche materna
- C. una ingesta mínima de 500 ml de leche materna o fórmula infantil
- D. una ingesta mínima de jugos de siete onzas al día
- E. ninguna de las anteriores