



TERESA  
TOLOSANA  
LASHERAS

Estudió enfermería en la Universidad de Zaragoza, de la que en estos momentos es profesora asociada.

Diplomada de Sanidad por la Escuela Nacional de Sanidad, Instituto Carlos III.

Desde el año 1985 trabaja en Atención primaria con población infantil. Compagina su trabajo en el Centro de Salud con numerosas charlas a padres, abuelos y cuidadores infantiles y también dirige el blog “osinteresa.com”.

Todo ello centrado en el asesoramiento sobre cuidados en la infancia.

En esta guía ofrecemos una manera diferente, mas relajada, cómoda y divertida de ofrecer los primeros alimentos a los niños.

Los objetivos son muy simples, aunque difieren de años de cultura, en algunas ocasiones demasiado estricta, sobre alimentación en el 1er año de vida.

#### 1º Cambiar el lenguaje.

Porque pensamos que cambiaría la actitud de nuestro niño ante la alimentación. La comida no se debe “meter”, ya sólo la palabra resulta agresiva, ni siquiera “introducir”. La comida se debería **ofrecer**.

#### 2º Respetar las diferentes necesidades de los bebés

Éstas se muestran a través de su instinto, que le ha permitido crecer estupendamente, sin ninguna interferencia hasta los seis meses. La prueba está en que ninguna mamá que da el pecho, sabe la cantidad de comida que ingiere su bebé.

#### 3º Comenzar con una alimentación complementaria...

Lo más sencilla y parecida posible a la del resto de la familia.

De esta forma, menos cosas tendremos que cambiar en un futuro próximo. Ningunos padres desean que su hijo con 3 años siga comiendo papillas.

#### 4º Y Lo más importante

Que el bebe disfrute de la comida e impedir así que llegue a ser un niño mal comedor.

MANUAL SOBRE CÓMO OFRECER UNA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA SALUDABLE

# MANUAL SOBRE *cómo ofrecer* UNA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA SALUDABLE



AFRICA  
ORENSANZ  
ÁLAVA

Enfermera de vocación, titulada en Enfermería Familiar y Comunitaria.

Con experiencia en UCI de adultos y posteriormente de neonatos, donde aprendió a humanizar los cuidados con calidad y evidencia científica.

Actualmente trabaja en el mundo rural de la atención primaria de Zaragoza, atendiendo a adultos y niños.

*“Durante estos meses, en las revisiones del niño sano he detectado muchas preocupaciones, dudas, inseguridades y miedos respecto a la forma adecuada de alimentar a sus pequeños.*

*De ahí que surgiera este manual para alimentar de forma saludable y con evidencia científica a los pequeños de la casa”.*

**MANUAL**  
**SOBRE** *cómo ofrecer*  
**UNA ALIMENTACIÓN**  
**COMPLEMENTARIA**  
**SALUDABLE**



África Orensanz Álava

Teresa Tolosana Lasheras



**AUTORES:**

África Orensanz Álava

Teresa Tolosana Lasheras

**DISEÑO GRÁFICO:**

P/cortesía de Alfonso Lafarga

**REVISOR EXTERNO:**

Cruz Bartolomé

**COLABORADORES:**

Inmaculada Morata Nogueras y David Anadón Gómez

**EDITA:**

Unidad Docente AFyC Sector Zaragoza 1

**DEPÓSITO LEGAL:**

Z 1832-2017



# índice



<b>1. Introducción</b> .....	06
<b>2. Objetivos de la Alimentación Complementaria</b> .....	11
<b>3. ¿Papilla o trocitos?</b> .....	12
<b>4. Baby Led Weaning (BLW)</b> .....	16
4.1 Qué es y en qué consiste .....	16
4.2 Beneficios del BLW .....	17
4.3 Antes de empezar .....	20
4.4 Señales de que el bebé está listo para comenzar.....	23
4.5 Posibles riesgos del BLW .....	24
4.6 ¿Los alimentos antes o después del pecho? .....	29
4.7 BWL y lactancia artificial .....	30
<b>5. Papillas</b> .....	31
<b>6. Orden de introducción de alimentos</b> .....	34
6.1 Pirámide de alimentación .....	35
<b>7. Anexo 1: Cómo actuar en caso de un atragantamiento</b> .....	52
<b>Bibliografía</b> .....	59

# 1 Introducción

Los dos primeros años de vida suponen un periodo fundamental en el desarrollo físico, psíquico y social del niño.

La manera de alimentarse va a repercutir directamente a la hora de conseguir un crecimiento, desarrollo y estado de salud óptimo.

Por ello, el alimento principal del lactante, durante sus primeros 12 meses de vida seguirá siendo la leche (leche materna o maternizada de fórmula).

El término de alimentación complementaria, hace referencia a su función de complementar al alimento básico, que seguirá siendo la leche materna o adaptada hasta aproximadamente el año de vida.

La alimentación complementaria irá tomando relevancia de manera gradual y adaptada al bebé tanto en cantidad como en diversidad a partir del segundo semestre de vida. Este será el momento, de suplementar los aportes de leche, con otro tipo de alimentos.

Al iniciar a alimentación complementaria, se debería actuar de la misma manera que con la lactancia materna, es decir, que los bebés decidan la cantidad que les parezca oportuna comer.

Cuando se da lactancia natural, las madres realmente no saben qué cantidad de leche han tomado sus bebés, pero han crecido y ganado peso de forma correcta gracias a su capacidad natural e instintiva de regulación. Ese instinto no se pierde a los seis meses.

Cuando se da lactancia natural, las madres realmente no saben la cantidad de leche que han tomado sus bebés, pero ganan peso correctamente, gracias a su capacidad natural e instintiva de regulación.

Entonces, no parece que tenga mucho sentido que los padres a partir de los seis meses, tengan que pesar la comida (100 grs de pescado, 80 grs de pechuga...).

A cambio, se deberá conseguir que el pequeño disfrute del momento de comer con la familia. Y evitar la tortura de intentar que tome “una cucharadita más” respetando su propio instinto.

Hace casi dos décadas, la OMS recomendaba introducir la alimentación complementaria alrededor de los 4-5 meses en forma de purés. <sup>(1)</sup>

Sin embargo, en el año 2002, la OMS cambió sus directrices sobre alimentación infantil a tenor de las últimas evidencias científicas, pasando de recomendar lactancia materna exclu-



siva hasta los 6 meses <sup>(2)</sup>, lo que implica un aumento en la edad recomendada para comenzar a ingerir alimentos distintos a la leche, pasando de los 4 a los 6 meses de edad. <sup>(3)</sup>

A pesar de estas recomendaciones vigentes desde hace más de una década, los datos de diferentes países nos muestran una discrepancia entre las directrices de la OMS y las prácticas habituales, evidenciando que estas recomendaciones todavía no se cumplen como debieran y que la alimentación complementaria suele introducirse antes de lo recomendado. <sup>(4)</sup>

Se debe recordar que la introducción precoz de los alimentos, antes de los 4 meses, aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades autoinmunes como la diabetes mellitus y alergias alimentarias. <sup>(5)(6)</sup>

Las razones más comunes que declaran las madres que introducen de forma precoz la alimentación complementaria son: <sup>(7)</sup>

- 1 El niño tiene hambre porque la leche no es suficiente para saciarle:  
Si el niño toma a demanda no puede tener hambre, lloran por muchos motivos distintos del hambre.
- 2 Para ayudar al niño a dormir mejor por las noches:  
Buena parte de culpa sobre ese mito la tiene el hecho de no entender los ciclos de sueño de los bebés y pensar que se despiertan porque tienen hambre.
- 3 Por consejo de un miembro de la familia o amigo.
- 4 Por la percepción de que el bebé es un “bebé grande” y entonces necesita algo más de leche: el peso del bebé no es un indicador de la edad de incorporación de la alimentación complementaria.

**En el año 2002, la OMS cambió sus directrices sobre alimentación infantil, aumentando la recomendación de lactancia materna exclusiva de 4 hasta los 6 meses.**

El momento exacto para empezar a ofrecer otro tipo de alimentos, debería depender de la disposición del bebé por conocer nuevos alimentos.

Pero en general han sido las circunstancias familiares, lo que ha marcado esta introducción.

Por ejemplo, es creencia muy general que un bebé a partir de los cuatro meses debería comer algo más que teta o biberón, y a partir de ahí nos encontramos a una madre intentando “meter” a su bebé algo que en esos momentos ni necesita, ni quiere.

O también esa recomendación para que el bebé duerma toda la noche de tirón y le dan una buena papilla de cereales en la cena que lo deje bien saciado.

Si la alimentación complementaria, comienza por razones diferentes al interés del niño por la comida, aunque se haga con toda la buena intención del mundo, se está cambiando el curso natural de las cosas.

Este instinto natural por la comida, comienza de forma natural a partir de los 5 o 6 meses. Los bebés experimentan una curiosidad muy intensa por la comida de los adultos, y más todavía de los hermanos que comparten mesa, si los hay.

Cuando el bebé vea comer a los adultos y **su expresión sea:**

### ¿Y no me vas a dar? ...

entonces es que **ha llegado el momento de la alimentación complementaria.**

Así como el momento idóneo de iniciar la transición parece determinarse a partir de los 5-6 meses, no pasa lo mismo con la manera de llevarla a cabo. Desde hace años se han publicado calendarios con pautas orientativas sobre el orden en que introducir los alimentos sin llegarse a un consenso; pautas que en ocasiones se han aplicado de manera demasiado rígida, llegando a un punto en que la alimentación de un bebé sano es muchísimo más rígida que la de un diabético, hipertenso, obeso.... desnaturalizando un proceso que debería ser flexible e individualizado según las necesidades de cada niño.



## Objetivos de la alimentación complementaria

2

Entre los objetivos que se persiguen con la introducción de la alimentación complementaria están:<sup>(8)</sup>

- 1 Promover un adecuado crecimiento y desarrollo neurológico, cognitivo, del tracto digestivo y el sistema neuromuscular.
- 2 Proveer nutrientes que son insuficientes en la leche materna, tales como: hierro, zinc, selenio, vitamina D.
- 3 Enseñar al niño a distinguir sabores, colores, texturas y temperaturas diferentes, así como a fomentar la aceptación de nuevos alimentos.
- 4 Promover y desarrollar hábitos de alimentación saludable.
- 5 Favorecer el desarrollo psicosocial, y la interrelación correcta entre padres e hijos.
- 6 Conducir a la integración de la dieta familiar.
- 7 Promover una alimentación complementaria que permita prevenir factores de riesgo para alergias, obesidad, desnutrición, hipertensión arterial, síndrome metabólico, entre otras.
- 8 Promover la alimentación sana en toda la familia, ya que será el futuro de la alimentación en el niño.



### 3 ¿Papilla o trocitos?

Cuando llega el inicio de la alimentación complementaria surge el siguiente dilema: **¿Papilla o trocitos?**



El miedo al atragantamiento es el mayor obstáculo para que los padres se animen a ofrecer alimentos en trocitos a su bebé, llamado método Baby Led Weaning, pero recientemente se ha publicado el primer ensayo clínico aleatorizado, realizado por la Academia Americana de Pediatría (AAP), en 206 familias con la intención de investigar sobre la seguridad del enfoque Baby Led Weaning (BLW) de alimentación complementaria.

Se comparó a bebés que siguen los enfoques convencionales de alimentación complementaria con bebés que siguen BLW, pero no por su cuenta, sino habiendo recibido asesoramiento por parte de profesionales sanitarios para minimizar el ries-

go de atragantamiento. Concluyeron que seguir el BLW con asesoramiento era una práctica tan segura como los enfoques convencionales de alimentación complementaria, ya que el número de niños que se atragantaron no difieren significativamente entre los grupos de bebés de cualquier edad durante el primer año de vida.<sup>(9)</sup>

Independientemente de esto, no tiene porqué ser un no rotundo a ninguna de las dos opciones, ni a lo primero ni a lo segundo. Ya que nuestra intención no es cerrar puertas u opciones, sino abrirlas. En la alimentación de los adultos las cremas de verduras, o los postres, donde la fruta está triturada, forman parte de nuestra cocina. **Y de eso se trata, que el pequeño comience a comer lo más parecido a lo que comen los adultos**, de esta forma será más fácil que lo haga en el futuro.

No hay que olvidar que la definición de “papilla de toda la vida” tiene la antigüedad que tiene la batidora en nuestros hogares y éstos contaron con corriente eléctrica para utilizarla.

El pediatra Carlos González que aborda estos temas de una manera muy lúdica pero con una lógica aplastante, suele comentar que no recuerda que comenzaron a darle la comida a él. Pero está seguro que no fueron papillas, ya que uno de sus recuerdos es cuando su madre tuvo su primera batidora, y él tenía siete años.<sup>(4)</sup>

Antiguamente no existían las batidoras, los cereales en caja, los potitos, los yogures para bebés, ni siquiera existían las leches de fórmula. ¿Estos avances han mejorado nuestra alimentación? No se puede culpar a ninguno de ellos de los problemas de sobrealimentación que se encuentran los profesionales en las consultas del niño sano a diario. Pero tampoco lo han mejorado, puesto que nuestros escolares y adolescentes, en general, no

Se trata de que el pequeño comience a comer lo más parecido a lo que comen los adultos, de esta forma será más fácil que lo haga en el futuro.



se alimentan bien, y una de las claras consecuencias de esto, es el aumento importantísimo de obesidad infantil (uno de cada dos o tres niños en España es obeso).<sup>(4)</sup>

La historia de nuestro país o, simplemente viajar en estos momentos a otras culturas, demuestra que afortunadamente las papillas no son imprescindibles para el desarrollo de los bebés. Afortunadamente, hay muchos niños que aceptan bien la alimentación con papillas y cuchara, pero otros muchos las rechazan casi desde el principio, o terminan por rechazarlas a las pocas semanas, cansados de degustar siempre la misma consistencia y textura.

Tener otras opciones de alimentación abre a los padres nuevas posibilidades sin tener que entrar en el “meter” a cualquier precio y como sea una papilla. Pero para ello hay que quitar miedos y desmitificar pautas que no tienen ninguna base científica consistente.

El primer y más importante miedo a la hora de ofrecer trocitos de alimento a un bebé suele ser el miedo a se atragante con un trozo de comida como ya hemos comentado.

Sólo contemplando como un bebé a partir de los seis meses coge un trozo, por ejemplo de patata cocida para metérselo en la boca, se observa que es un temor infundado.

El pequeño agarra el alimento con toda la mano, ya que no está preparado para hacerlo solo con los dedos (hacer la pinza). En este proceso de cogerlo y llevárselo a la boca, ese trozo de patata cocida estará totalmente triturado, y ninguna batiadora lo hará mejor.

A cambio vuestro bebé se divertirá mucho más y lo que es más importante aprenderá unas habilidades que no conseguirá, simplemente abriendo la boca para que le entre una cucharada de puré.

Una vez dentro de la boca, sobre el 6º mes comienzan a efectuar movimientos de masticación rítmica que son suficientes para triturar alimentos blandos.<sup>(4)</sup>

Comenzar con alimentos que den seguridad a los padres o cuidadores, es fácil, solo hace falta que sean blanditos o estén cocidos. Es un buen momento para aprovecharse y ofrecerle alimentos con texturas progresivamente más gruesas y variadas.<sup>(10)</sup>

Tanto si se decide comenzar por **los trocitos o también conocido como Baby Led Weaning (BLW)**<sup>(11)(12)(13)(14)(15)(16)(17)(18)</sup> como **las papillas** hay que tener en cuenta unas recomendaciones y conocer en qué consisten ambas opciones. Se vuelve a insistir que no tiene porqué ser un no rotundo ni a lo primero ni a lo segundo, se pueden alternar ambas formas. Se decida por el enfoque que se decida hay una **REGLA DE ORO: NUNCA SE DEBE FORZAR A QUE UN BEBÉ COMA más de lo que él quiere.**

El bebé se divertirá mucho más y aprenderá unas habilidades que no conseguirá abriendo la boca para que le entre una cucharada de puré.



## 4 Baby Led Weaning (BLW)

### 4.1 Qué es y en qué consiste el BLW

EL **BLW** también conocido como **alimentación autorregulada por el bebé o a demanda** es el inicio de la alimentación complementaria en forma de alimentos enteros, en lugar de triturados. <sup>(11)(12)(13)(14)(15)(16)(17)(18)</sup>

Se deben ofrecer en el tamaño y forma adecuada, para que sea el propio bebé, el que los coja con sus manos y se lo lleve a la boca en función de su apetito y preferencias.

El bebé adopta un papel activo en su alimentación, en lugar de esperar que sea el adulto el que introduce el alimento triturado en la boca con la ayuda de una cuchara.

El adulto no da de comer al niño, solo pone a su alcance alimentos sanos, apropiados y seguros y se los ofrece para que sea él, el que decida si se los lleva a la boca.

**EL BLW es el inicio de la alimentación complementaria, a demanda del bebé, con alimentos enteros, en lugar de triturados.**

Este método surgió hace unos años en el Reino Unido de la mano de la enfermera Gill Rapley, tras observar los problemas que surgían cuando se forzaba a los niños a comer papillas. Entonces desarrolló la teoría de una alimentación guiada por el bebé, iniciándose directamente con sólidos, llamándolo “baby-led weaning”. <sup>(11)</sup>

Su teoría consiste en que si el bebé era capaz de alimentarse a demanda durante el primer periodo de lactancia exclusiva

siguiendo sus instintos ¿por qué no continuar con una alimentación complementaria a demanda? En la gran mayoría, el proceso se ha comprobado que es mucho más pacífico y agradable tanto para el bebé como para la familia si es el niño el que decide cuándo empezar y es él el que se encarga de marcar el ritmo.

### 4.2 Beneficios del BLW

El **BLW** presenta **multitud de beneficios** al bebé que se deben tener en cuenta:

- Es un método natural y respetuoso con el desarrollo del bebé y con su necesidad de explorar y experimentar como parte de su aprendizaje.
- Fomenta la seguridad en sí mismo, aprenden a gestionar los trozos de comida mejor que si se les da de comer en la boca. Cuando se introduce un alimento en la boca de un bebé, se deposita al fondo del paladar, cuando lo hace él mismo lo deposita en la parte anterior de la boca, esto hace que tenga muchas más posibilidades de manejarlo.<sup>(4)</sup>
- Favorece que el bebé desarrolle una actitud positiva hacia la comida. Es el niño el que decide qué comer y qué dejar en el plato. Permitir que rechacen un alimento que no les atrae o sienten que no necesitan, o les parece poco seguro en ese momento, favorece que confíen en la comida y que sean más favorables a probar nuevos sabores y texturas, porque saben que pueden decidir dejarlo.
- Además, utilizando este enfoque habrá un único proceso de transición: de la lactancia exclusiva a la alimentación de la familia. Así se elude introducir un hábito de alimentación que sólo se podrá mantener unos meses y que por lo tanto habrá que cambiar en un periodo corto de tiempo. De esta manera, se evita que el bebé sufra y tener que afrontar otro destete más.

- Son muchos los estudios que han descrito los beneficios de participar en la comida familiar, ya que hace disfrutar al bebé de un momento agradable de socialización, le permite imitar conductas (como aprender a manejar la comida y los cubiertos o elegir las comidas más saludables).<sup>(4)</sup>
- El bebé disfruta porque es como un juego del que participa toda la familia. Como no se recurre a persuadir, engañar u obligar al bebé a comer, sino que se respeta su ritmo, no se generan batallas ni ratos estresantes para el niño y la familia.

El bebé disfruta porque es como un juego donde participa toda la familia. No hay que engañarle y obligar a comer, se debe respetar su ritmo.



- Contribuye al desarrollo de la musculatura orofacial que favorece una correcta masticación, del mismo modo mejora la coordinación óculo-manual, y promueve y estimula el desarrollo psicomotor del niño favoreciendo la prensión manual al agarrar los trozos de comida, la realización de la pinza es en torno a los 9 meses.<sup>(11)</sup>
- Aprenden a comer despacio, a mantener más rato la comida en la boca y a masticarla bien.
- En caso de lactancia materna, son más prolongadas, con todos los beneficios que ello implica.<sup>(4)</sup>
- Un estudio reciente realizado por la Universidad de Nottingham, según el cual los bebés alimentados a demanda desarrollan gustos por alimentos más sanos y presentan una menor prevalencia de obesidad ya que la alimentación basada en purés y papillas depende fundamentalmente del cuidador y siempre existe el riesgo de “cebar” al niño con aportes energéticos y proteicos excesivos para su edad y tamaño.<sup>(6)</sup>
- Mejora la transición a la alimentación sólida puesto que desde los 6-7 meses han empezado a trabajar la masticación con alimentos de distintos sabores y texturas.<sup>(4)(11)</sup>
- Además, fomenta el estilo de alimentación perceptiva, término utilizado en el contexto de prevención de la obesidad, mediante el cual se demostró que los niños que habían utilizado este planteamiento tenían significativamente menos peso de media en comparación con aquellos que habían seguido un enfoque tradicional dirigido por los padres y con cuchara.<sup>(4)</sup>

## 4.3 Antes de empezar

Antes de empezar con el BLW se debe tener en cuenta unas recomendaciones generales:

- Es importante que el bebé no tenga hambre ni sueño ya que al principio la comida sólo es un juego y su principal alimento sigue siendo la leche materna. No estará receptivo ni podrá concentrarse en explorar alimentos si está hambriento o cansado. Los horarios se irán haciendo más estables poco a poco, no conviene ser estrictos al principio, lo que hay que evitar es que la hora de la comida coincida con que el niño está cansado o somnoliento.
- Dejar que el bebé explore la comida y coma a su ritmo. Él decide cuándo empieza, cuándo termina y a qué velocidad come. No se debe distraer al bebé ni persuadir para que coma más cuando ya no tenga interés, puesto que para él es una experiencia fascinante descubrir la forma, el tamaño, el peso, la textura, consistencia, el sabor de las cosas.. y por tanto de los alimentos.
- Al principio es difícil cuantificar la cantidad de alimento que ingiere el niño porque la mayor parte de ellos los chupará y luego los tirará por falta de destreza o sencillamente para probar con otro nuevo, pero recordad que la leche sigue siendo el alimento principal y cubrirá todas sus necesidades energéticas. Estamos en esa fase de “vamos a jugar que aprendemos a comer”. Es un juego, nada justifica que sea una obligación
- El desarrollo de la función motora de la boca ocurre progresivamente entre los 6-9 meses a medida que el bebé va practicando.<sup>(11)</sup> Poco a poco el bebé será capaz de manejar trozos de comida más pequeños y con consistencias más complicadas de manejar, cuando eso ocurra es conveniente ir ofreciendo al bebé nuevos alimentos y

combinaciones sencillas. Ver Tabla 1 de desarrollo psicomotor.

- Como norma general, lo que come el resto de la familia, si es saludable será adecuado para que lo pueda comer un bebé. Otra regla de oro es: si un bebé no puede comer lo que comen sus padres seis días a la semana, lo primero que deben modificar esos padres es su alimentación.
- En las consultas de revisión del niño sano se observa que cuando esta regla no se produce, a los padres les cuesta interiorizar que lo fundamental en el proceso de aprendizaje de alimentación de un bebé es el ejemplo de alimentación que le ofrecen los padres. Lo más saludable para el bebé será empezar con ingredientes naturales, alimentos frescos de temporada y de la región, y cocinar con poca sal y evitar el azúcar, y los fritos.
- En una familia donde los padres comen de forma saludable, y comienzan a **comer lo que comen los adultos**, mucho antes, a masticar, a conocer texturas, sabores y olores, son más autónomos antes. El único problema es que esta manera de alimentar al bebé, que es la mejor para ellos, es “la peor” para los padres, al menos a corto plazo: la comida vuela, es manipulada, chafada y tirada y cada comida supone **un buen rato de recoger y limpiar**, cuando con el triturado y la cuchara solo se mancha la cuchara. Pero a cambio es infinitamente más divertida y os permitirá ir a cualquier sitio, cualquier hotel o restaurante sin tener que cargar con comida ya preparada.

Si un bebé no puede comer lo que comen sus padres seis días a la semana, lo primero que deben modificar esos padres es su alimentación





Además, el suelo se limpia y la ropa se lava, y no hay mancha que consiga borrar la sonrisa al ver que el bebé disfruta de la comida.

- Los trozos tienen que poder cogerlos con facilidad, trozos grandes pues si son muy pequeños no los podrá coger. Los trozos que más atraerán al bebé, serán los que estén en vuestro plato y si tiene un hermano mayor, la comida del hermano será el mejor manjar del mundo.

Recordad que a los 6 meses, los niños aún no hacen la pinza (unión del pulgar con el índice) por lo que los objetos, en este caso los alimentos, los cogen abriendo la mano entera para posteriormente cerrarla (Prensión palmar). Ver Tabla 1 de desarrollo psicomotor.

**Tabla 1.**

**Desarrollo psicomotor del lactante sano en relación con la alimentación <sup>(1)</sup>**

<b>Edad</b>	
<b>Recién nacido</b>	Reflejo de prensión, reflejo de succión, reflejo de extrusión...
<b>3 meses</b>	Se miran las manos y se las llevan a la boca sin demasiada coordinación. Reflejo de extrusión de la lengua, por el cual escupen fuera de la boca cualquier sólido que entre en contacto con la parte anterior de la boca; evita la llegada de alimentos sólidos a la garganta.
<b>4 meses</b>	Comienzan a manipular las manos para agarrar objetos que les interesan y se los llevan a la boca para explorar el tamaño, la forma, la textura y el sabor. Desaparece el reflejo de extrusión.
<b>6 meses</b>	Cogen objetos y se los llevan a la boca con precisión.
<b>6-9 meses</b>	Primero mordisquean trozos pequeños de comida con las encías y/o dientes. Luego empieza a mantenerla dentro de la boca, y aprende a moverla y masticarla. Se desarrollan los músculos masticatorios, el bebé empieza a coordinar lengua, mejillas y mandíbula.
<b>9 meses</b>	Aprende a usar la pinza.

#### 4.4 Señales de que el bebé está listo para comenzar

- 1 El bebé tiene una sedestación estable, es decir, que se sienta en la trona con la espalda recta, sin caerse a los lados o hacia atrás, si no es así, puede estar en brazos de uno de sus padres. La postura erguida es fundamental,

ya que en un niño recostado, por gravedad el alimento puede ir hacia la garganta sin control y producir un atragantamiento.

- 2 Que haya desaparecido el reflejo de extrusión. Este reflejo es aquel que se observa en los niños más pequeños al introducirles algo sólido sobre la lengua, ya sea un trozo de comida, un objeto o el propio chupete, estos sacan la lengua inmediatamente en un intento de expulsar todo aquello que pueda provocarles un atragantamiento. Este reflejo suele desaparecer en torno a los 6 meses.<sup>(19)</sup>
- 3 Que tenga autonomía con sus manos y una adecuada coordinación ojos-mano-boca. Debe ser él mismo el que se lleve el alimento a la boca, y eso no siempre sale a la primera, acertar no siempre es tan fácil en las primeras ocasiones. Ésta se suele alcanzar alrededor de los 6 meses. Ver Tabla 1 de desarrollo psicomotor.

## 4.5 Posibles riesgos del BLW

1. Aunque no ha sido demostrado, uno de los posibles riesgos, de este enfoque, puede ser una baja ingesta de hierro, por lo que es importante introducir alimentos ricos en ese mineral desde los 6 meses.

Pueden ofrecerse alimentos como la carne, vísceras, pescado y marisco, que además de aportar hierro de buena biodisponibilidad favorecen la absorción de las legumbres, cereales, verduras y la yema del huevo.

Además, es importante incorporar en las comidas frutas y verduras ricas en vitamina C para que mejoren su absorción. Y no consumir alimentos ricos en calcio en las comidas principales, ya que impide la correcta absorción del hierro.<sup>(4)(20)</sup>

2. Nunca los dejaremos solos cuando los están manipulando, ya que existe el riesgo de **atragantamiento**.



Se ha comprobado que los padres que eligen este enfoque de alimentación para sus hijos, reducen su preocupación sobre los atragantamientos al comprobar que su bebé sabe gestionar perfectamente solo los trozos de comida, si se le ofrecen de la forma adecuada.<sup>(21)</sup>

Parece haberse demostrado que si los bebés controlan lo que se llevan a la boca por ellos mismos, tienen menos riesgo de atragantarse que cuando son alimentos proporcionados por otra persona con una cuchara<sup>(11)(22)</sup>.

Esto se debe a que los bebés no son capaces de mover intencionadamente la comida hacia la garganta hasta después de haber desarrollado la habilidad de masticar.

Y no desarrollan la habilidad de masticar hasta después de haber aprendido la habilidad que les permite alcanzar y agarrar cosas.<sup>(11)(22)</sup>

La capacidad de agarrar objetos muy pequeños se desarrolla aún más tarde, así un bebé muy pequeño es incapaz de llevarse cosas pequeñas a la boca. Sin embargo, si se alimenta al bebé con la cuchara estamos instándole a que sorba la comida hasta el fondo de la boca, aumentando el riesgo de atragantamiento. <sup>(11)</sup>



Es importante diferenciar entre lo que es una arcada y lo que es un episodio de atragantamiento, dos mecanismos relacionados pero distintos:

- Las **arcadas** son movimientos espasmódicos que alejan de las vías respiratorias los trozos de comida demasiado grandes, empujándolos hacia la parte anterior de la lengua para expulsarlos fuera. <sup>(11)</sup>
- El **atragantamiento**, sin embargo, ocurre cuando la vía aérea queda parcial o totalmente bloqueada, lo cual activa el reflejo de la tos. <sup>(11)</sup>

El reflejo de la arcada es un mecanismo de seguridad que previene el atragantamiento.

En los bebés de 6 meses este reflejo se inicia en la zona anterior de la lengua, lejos de las vías respiratorias, asegurando que trozos de comida demasiado grandes no pasen de esta zona de la boca y permitiendo que solo la comida bien masticada alcance el fondo de la boca para ser tragada. <sup>(11)</sup> De esta manera, el bebé aprende a tratar la comida de un modo seguro, evitando aquellas acciones que han desencadenado la arcada como meterse mucha cantidad en la boca o llevarla demasiado atrás.

A medida que el bebé madura y se hace más hábil para masticar y controlar la comida dentro de la boca, el punto que desencadena el reflejo se va desplazando hacia la parte interna de la lengua, de forma que a los 8-9 meses, las arcadas se producen con mucha menos frecuencia y pierde efectividad como señal de alarma. <sup>(11)(4)</sup>

Ante un episodio de una arcada que es temporal y el bebé lo resuelve rápidamente: <sup>(9)</sup>

- NO ponerse nervioso y contar hasta diez.
- NO introducir el dedo en la boca del bebé ya que podríamos empujar el alimento hacia atrás y así producir un atragantamiento real.
- Tampoco pegarle en la espalda por el mismo motivo.

Si el bebé tose con fuerza, puede respirar, hablar, llorar o emitir sonidos normales no está ahogándose.

Para evitar atragantamientos, no se debe dejar al alcance del bebé alimentos peligrosos, sobre todo pequeños y duros, además deben retirarse los huesos de frutas y no permitir que nadie meta alimentos directamente a la boca del bebé. Es preferible dejarlos a su alcance o dárselos en la mano y que él los gestione.

Según las estadísticas de atragantamientos en bebés y niños pe-

queños, estos se producen en 50% por juguetes o pequeños objetos que se dejan a su alcance.<sup>(23)</sup>

El otro 50% se reparten entre frutos secos, huesos de oliva y cerezas.<sup>(23)</sup> Se debe tener presente que los bebés también se atragantan con los líquidos.

Hay estudios que demuestran que en los menores de 4 años, el tercer alimento con el que se producían más episodios de atragantamiento no mortales era con la leche de fórmula o materna.<sup>(4)</sup>

Se recomienda tener precaución con ciertos alimentos como:<sup>(4)(11)</sup>

- Los vegetales crudos (por ejemplo, la zanahoria cruda, el apio, hojas de ensalada)
- Manzana cruda
- Cerezas, uvas, tomates cherry, olivas, guisantes y maíz; en este caso se puede retirar el hueso y aplastar con el tenedor para disminuir el riesgo de atragantamiento.

Independientemente del sistema elegido de alimentación, se necesita hacer más esfuerzos para asegurar que los padres y cuidadores sepan cómo ofrecer alimentos seguros y entornos de alimentación seguros, y es esencial que se les enseñe a los padres cómo actuar ante un inevitable episodio de atragantamiento.

En realidad es reaprender lo que ya se ha hecho durante miles de años, pero que la cultura moderna ha borrado de nuestra memoria, no se está descubriendo nada nuevo.

**3.** No se recomienda a los niños con trastornos neuromusculares, retraso en el desarrollo, lesiones cerebrales y otras condiciones médicas primarias y secundarias que afecten a la coordinación neuromuscular involucrada en el proceso de tragar no deberían seguir el BLW.

## 4.6 ¿Los alimentos antes o después del pecho?

En general se suele recomendar que durante los primeros meses de la diversificación alimentaria, se le ofrezcan los nuevos alimentos después de dar el pecho, para no crear ansiedad en el bebé si está excesivamente hambriento, así como para asegurar una adecuada ingesta de leche materna, que sigue siendo su principal fuente nutritiva.

Como cada niño es un mundo, cada familia también y dentro de una misma familia los días y circunstancias cambian, lo mejor es observar a vuestro bebé: si se inicia la comida familiar y está encantado de participar en ella, el pecho se podrá dar después, es más seguramente os empeñáis en darle el pecho y él querrá estar participando de la comida familiar, que sea el niño el que priorice que necesita en ese momento.

A partir del año, y sobre todo en los niños que se observa un rechazo generalizado, es recomendable ofrecer los alimentos sólidos antes del pecho, ya que los sólidos pasan a ser su principal fuente de energía a esta edad.





## 4.7 BWL y lactancia artificial

No es totalmente incompatible pero será mucho más difícil porque:

- Cuando los niños se alimentan mediante biberón, obtienen la leche con menos esfuerzo en comparación a los que maman. Así que los niños alimentados con leche de fórmula son más pasivos en el proceso de alimentación, suelen comer más de lo que necesitan realmente.<sup>(24)</sup>
- No ofrece las mismas variaciones de sabor que la leche materna.

Aún así, si los padres lo desean es posible utilizar el BLW, eso sí con mucha paciencia.

En definitiva, el BLW se desarrolla en el marco de la crianza respetuosa. En concreto, se respetan las señales de hambre y saciedad del bebé (elige lo que quiere llevarse a la boca, cuándo y a qué ritmo) y no se obliga ni coacciona nunca al niño para que coma.

Sin embargo, debe ser una alimentación controlada, de forma que los padres deben elegir qué ofrecer al bebé en cada momento.

Por motivos como este, el BLW es un marco de referencia para una "alimentación respetuosa".



## Papillas 5

Con las papillas, existe el riesgo de la cantidad de alimento que vamos a darle en un corto espacio de tiempo, es decir, que si le ofrece un gajo de mandarina al bebé significa estar dándole vueltas al gajito de mandarina bastante rato, en cambio, si se le da una papilla llevará el zumo de una naranja, media pera, medio plátano y hasta media manzana.

Desde la aparición de las batidoras y robots de cocina la comida infantil se tritura, y en ocasiones se tritura demasiado. Se consiguen purés y papillas muy suaves en cuanto a textura, sin ningún tropezón, a veces más cerca de la presentación líquida que de una presentación más densa, cuando lo ideal es que fuera semi-sólida. (8)(23)

Al utilizar varios alimentos juntos se impide al bebé que identifique el sabor real de cada alimento que contiene, y no permite a los padres, en el caso de que el puré no le guste, identificar qué alimento es.

Pero esto no es todo, es que por miedo a que el niño o niña se atragante con la comida, se alargan los triturados, a veces hasta edades demasiado avanzadas.

Es interesante tener en cuenta que un bebé que tiene 6 meses es muy capaz de coger las cosas y llevárselas a la boca, y además tienen completa curiosidad para hacerlo.<sup>(23)</sup>

De hecho, se ha demostrado que la exposición a una gran



variedad de alimentos durante el periodo de alimentación complementaria parece modular la aceptación de nuevos alimentos durante el primer año de vida. Sin embargo, una vez pasa del año o año y medio esa curiosidad desaparece en gran medida y entonces puede ser mucho más costoso lograr que prueben alimentos semi-sólidos y sólidos. <sup>(23)</sup>

**Preparar las papillas siempre con productos naturales, evitando los productos comerciales ya preparados, ni añadir sal ni grasas.**

Como su nombre indica, se debe tener cuidado porque es un inicio de la alimentación, y ha de ser progresiva.

Se sabe que ejercer un gran control sobre la ingesta de los hijos tiene un impacto negativo en las habilidades del niño para regular su ingesta calórica.

También, se debe tener en cuenta que al dar una papilla, se le tiene que dar de comer antes o después de que coma el resto de la familia, por lo que no participa del acto social de comer. Entonces, ¿Como se pretende que los niños coman si no ven comer al mismo tiempo a sus padres?

Al preparar una papilla se recomienda:

Introducir pequeñas cantidades de manera paulatina, el primer día con dos o tres cucharadas será suficiente.

Prepararla con productos naturales, evitando los productos comerciales ya preparados, ni añadir sal ni grasas.

En las verduras se puede añadir una cucharadita de aceite de oliva.

Para la papilla de cereales se puede preparar con un arroz cocido, sémola en sopa, fideos, espaguetis...etc.

Nunca se debe olvidar que la decisión entre introducir la alimentación en trocitos o en papilla, estará en manos del bebé ya que, 8 de cada 10 bebés rechazan la comida triturada. <sup>(23)</sup>

Si es así, será la razón fundamental para decidirse por introducir la alimentación de otra manera que a ellos les parece mucho más divertida y agradable, que es cogiéndola ellos mismos y poniéndose perdidos.

Empeñarse en que coman lo que no les apetece o no les gusta, es iniciar el camino a una situación que no desearemos en el futuro.

**Empeñarse en que coman lo que no les apetece o no les gusta, es iniciar el camino a una situación que no desearemos en el futuro.**



# 6 Orden de introducción de alimentos

No existe un **calendario único sobre el orden de introducir la alimentación complementaria** pero sí que hay suficientes evidencias para hacer algunas recomendaciones claras.

Los alimentos, para absorberse y para aprovechar mejor los nutrientes, deben ser comidos con otros alimentos de otros grupos, por lo que lo ideal sería que los bebés comieran varios alimentos cada vez que se sentaran a comer.

Como la idea es introducir los alimentos por grupos, relacionaremos la pirámide de alimentación, que es la recomendación más utilizada para guiar una alimentación saludable para toda la familia, con las “recomendaciones universales de la hoja clásica sobre alimentación complementaria a partir de los 6 meses”.<sup>(25)(26)(27)</sup>

La pirámide no contradice la hoja clásica pero el planteamiento es diferente, permite a los padres cierta libertad de acción, no es necesario hacer comidas especiales para los pequeños, sino simplemente ir incorporando alimentos paulatinamente para que los niños coman igual que el resto de la familia.

La mayoría de las guías de orden de introducción de los alimentos están obsoletas y son diferentes en cada consulta de pediatría.<sup>(23)</sup>

También es cierto que estas pautas sobre la edad de ofrecer cada alimento, a muchos padres les proporciona cierta seguridad, que no es ninguna tontería, así que respetando a todos los padres, relacionaremos la pirámide con los meses.

Pero los padres deben saber que los últimos estudios demuestran que parece razonable evitar seguir un calendario estricto de introducción de nuevos alimentos y dejarse guiar por los gustos del bebé y las costumbres familiares.<sup>(29)</sup>

## 6.1 Pirámide de alimentación

La pirámide se encuentra dividida en grupos nutricionales fundamentales y la proporción de su consumo semanal debe estar en relación con la altura en que esos alimentos se sitúan en la pirámide.

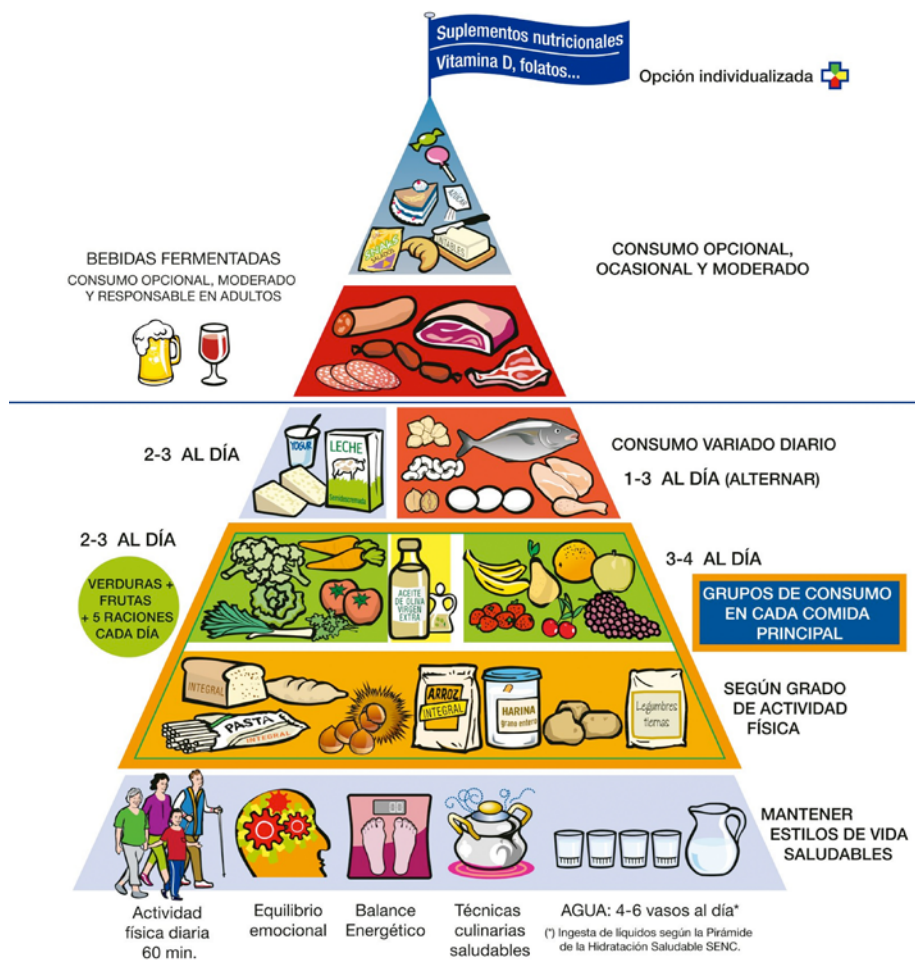
En la parte inferior se encuentran los alimentos que se debe consumir con más frecuencia según actividad física que se realiza, y en la punta de la pirámide aquellos de forma esporádica, es decir, en alguna ocasión especial pero no todos los días.

Además, como novedad desde el 2015 la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) ha incorporado en la base de la pirámide las actividades para mantener los estilos de vida saludables como la actividad física diaria, el equilibrio emocional, las técnicas culinarias saludables y el consumo de agua.





## Pirámide de la alimentación saludable



**FRACCIONAR LA INGESTA:**  
3 - 5 COMIDAS AL DÍA

**ALIMENTACIÓN TRADICIONAL**  
Variada, de cercanía  
Sostenible  
Equilibrada  
Confortable  
En compañía  
Con tiempo...

Fuente: Guía de la alimentación saludable. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria<sup>(27)</sup>

## La nueva Rueda de los Alimentos

Desde 2016, se cambió la forma de recomendar las porciones y la tradicional pirámide pasó a tener la forma de un plato o rueda<sup>(28)</sup>:



Fuente: La rueda de los alimentos: una herramienta didáctica para alimentarse mejor y más fácilmente<sup>(28)</sup>



**1 El primer grupo de la pirámide son los cereales, pan, pasta, arroz y patata.**



Fuente: Guía de la alimentación saludable. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria<sup>(27)</sup>

**Sobre las 25 semanas** se suele recomendar comenzar con el **cereal sin gluten** (arroz y maíz), no es necesario recurrir a ningún preparado comercial, se puede cocer un poco de arroz y sigue siendo un cereal sin gluten.<sup>(11)(23)</sup>

**Sobre las 26 semanas** es un buen momento para empezar con los **cereales con gluten**, no olvidar que el pan, la sémola, la pasta.. es un cereal con gluten que en casa se consumen de una forma u otra con mucha frecuencia y que cumplen la misma función que cualquier preparado comercial.<sup>(23)</sup>

En el momento que se empiezan con los cereales, se ofrece agua, ya que es habitual que tengan algo de sed.

Antes se recomendaba evitar el gluten antes de los 6 meses pero una reciente revisión sistemática y metaanálisis<sup>(30)</sup> concluye que no hay evidencia que soporte que la introducción temprana del gluten en la dieta del bebé incrementa el riesgo de enfermedad celíaca. Sin embargo, si la introducción es tardía si que podría estar asociada con un acentuamiento de la enfermedad celíaca.

Se recomienda que los cereales sean integrales (granos enteros más densos en nutrientes que los refinados). De hecho las actuales guías alimentarias de los distintos países hacen hincapié en incrementar la proporción de cereales con grano entero (integral) en detrimento de los cereales refinados, incluidas las

recomendaciones de la OMS y la organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) que recomienda el consumo de granos enteros para prevenir algunas enfermedades crónicas.<sup>(4)</sup>

Pero se debe saber que el hierro que contienen estos cereales no será asimilable debido a que se encuentra unido a los fitatos, que impiden su absorción. No se podrán tener en cuenta como fuente de hierro y calcio, por lo que se deberán buscar estos minerales en otros alimentos. Aunque no absorben el hierro y el calcio, no hay que olvidar las propiedades que presentan los cereales integrales: prevención de cáncer, antioxidante y anti-calcificación, en cambio los cereales refinados son alimentos de baja densidad nutricional. La decisión depende de los padres: ¿cereales vacíos de nutrientes o cereales llenos de nutrientes con algún antinutriente?

También es prudente limitar el consumo de arroz y sus derivados (bebidas de arroz, tortitas de arroz, cereales de niños a base de base de arroz) en bebés, especialmente si su origen no es español, por su sistema de cultivo proveniente de países con aguas contaminadas por arsénico. La Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC) incluye al arsénico en el Grupo 1 de sustancias que pueden producir cáncer con evidencias científicas.

En cambio, se han encontrado cifras menores de arsénico en el arroz cultivado en España.<sup>(31)</sup>

**Los niveles de arsénico se pueden reducir si:**

- Se deja el arroz a remojo previo<sup>(32)</sup>
- Se lava bien hasta que el agua queda clara<sup>(33)</sup>
- Si se cuece con más cantidad de agua de la necesaria y luego se desecha ese agua.

No olvidarnos de las patatas que las toleran muy bien cocidas y asadas.

Tradicionalmente sobre los 11 meses se comenzaba a ofrecer las legumbres. Como ocurre con el pescado y muchos otros alimentos, **si los padres lo desean los bebés pueden comer legumbres a partir de los 6 meses.** Eso sí, es importante acompañarlas de algún alimento rico en vitamina C para que su hierro se absorba mejor. Por ejemplo tomate, pimientos, brócoli... añadir un puñadito de lentejas/alubias/ garbanzos o guisantes en el puré de verduras 3 días a la semana. <sup>(6)</sup> y después se incluye una fruta como postre, mejor si es rica en vitamina C.

Una manera fácil y digestiva para empezar a ofrecer legumbres a los bebés de seis meses, es en forma de hamburguesas o albóndigas de legumbres al vapor.

**2 El segundo grupo de la pirámide se corresponde con la fruta que se puede iniciar sobre los 5 - 6 meses, la verdura y el aceite de oliva sobre los 6 meses.** <sup>(6)(23)</sup>

2-3 AL DÍA  
Verduras  
+ Frutas  
+ 5 raciones  
cada día



Fuente: Guía de la alimentación saludable. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria<sup>(27)</sup>

La fruta si se empieza con el BLW siempre se debe vigilar que no se atragante.

De nuevo el sentido común. Se debe partir trozos grandes y alargados para que él mismo sea capaz de agarrarlos con sus manitas. Hasta los 9 meses no hará la pinza con su pulgar y dedo índice, por lo que si se corta trozos pequeños no los podrá coger. Se recuerda que a estas edades, 5-7 meses, cogen

los objetos con la palma de la mano entera, de ahí que le facilite el trabajo si se preparan trozos grandes.

Si se realiza una papilla de frutas no hay que echarle azúcar, ni sacarina, ni miel, ni galletas: fruta fresca recién preparada. También se puede hacer cada fruta por separado. Hay recomendaciones de introducción de frutas como las siguientes: papilla de manzana (fresca o en compota), posteriormente otros 3-5 días de pera, a continuación el plátano y así sucesivamente. Cada fruta nueva que se introduzca se debe probar entre 3-5 días con esa misma fruta.

Recomendaciones tan preventivas no tienen mucho sentido ya que las reacciones alérgicas alimentarias en su inmensa mayoría son inmediatas: a los pocos segundos o minutos de haberla ingerido, a veces incluso con solo rozar los labios o la piel de la cara, presentan una reacción cutánea evidente, con ronchas (habones) o enrojecimiento (eritema) alrededor de la boca, picor de lengua, a veces inflamación de un párpado o de los labios (angioedema) e incluso vómito violento. En casos más extremos: tos y dificultad respiratoria (anafilaxia). En cualquiera de los casos expuestos debéis acudir al centro sanitario más cercano (Centro de Salud o Servicio de Urgencias).

#### Los alimentos que producen con más frecuencia alergias son:

- Proteína de la leche de vaca
- Huevo (fundamentalmente la clara)
- Melocotón, kiwi o fresa.

Actualmente las últimas recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría (AAP), de la Academia Europea de Alergia e Inmunología Clínica (EAACI), de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN) y de la Agencia Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) reconocen que no hay ninguna evidencia científica que

concluya que hay que demorar la introducción de alimentos potencialmente alergénicos, con el fin de prevenir alergias.<sup>(4)</sup>

Aunque, una pauta apropiada es la de no introducir ningún alimento nuevo en la cena, ya que si se produce cualquier tipo de reacción adversa puede coger a los padres durmiendo y, por ello, no ser conscientes.

Los zumos de frutas naturales no equivale a tomar una ración de fruta, además tanto la AAP<sup>(34)</sup>, como el Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría<sup>(35)</sup> y la Asociación Americana del corazón (AHA)<sup>(36)</sup> aconsejan limitar la ingesta de zumos en niños y adolescentes, ya que incrementa el riesgo de ganancia excesiva de peso y malnutrición. Es preferible consumir la fruta entera con su pulpa.

También se puede dar **todo tipo de verduras...**

**Como excepción y cuando su preparación sea en papilla, se evitarán verduras de hoja ancha** (acelgas, borrajas, cardos, espinacas, col, remolacha y nabo), recomendación de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria porque estas verduras tienen altas concentraciones de nitratos que en los menores de 12 meses si se consumen en grandes cantidades pueden provocar una enfermedad que podría ser grave llamada metahemoglobinemia que consiste en que las células no pueden transportar el oxígeno a los tejidos, lo que provoca cianosis o el conocido como "síndrome del niño azul", provocado por una falta de oxígeno a los tejidos. **Si se desea dar al pequeño este tipo de verduras se podría dar un par de trozos** y complementar con patata y calabacín por ejemplo<sup>(4)(6)</sup> En este grupo, también se encuentra el aceite de oliva que se puede añadir un poco sin problema.<sup>(23)</sup>

Muy importante conocer que tanto la fruta como las verdura y hortalizas son una buena fuente de vitamina C que incrementa la absorción del hierro.<sup>(4)</sup>

- Fruta: fresa, fresón, grosellas. kiwi, limón, mandarina, mango, melocotón, melón, naranja, papaya, pomelo, guayaba y lima
- Verduras y hortalizas: brócoli, coles de Bruselas, col lombarda, col rizada, repollo, coliflor, perejil, pimiento y tomate.



### 3 El siguiente grupo son los lácteos y derivados.

2-3  
AL DÍA



Fuente: Guía de la alimentación saludable. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria<sup>(27)</sup>

Sobre los 9 meses la alimentación complementaria empezará a tomar el relevo a la leche materna o de fórmula y el bebé, por si sólo, irá tomando cada vez más sólidos y menos leche de manera natural.

Entonces, si el bebé recibe leche natural o de fórmula seguirá siendo más completa para él, así que sería una tontería darle

un alimento de este grupo porque sus necesidades en este aspecto están cubiertas.

Aun así, si se desea sobre los 9 meses se le puede ofrecer queso fresco sin sal y algún yogur. <sup>(6)(19)(23)</sup>

Probar algún lácteo de vez en cuando no conlleva ningún problema, pero mejor no hacerlo en grandes cantidades. Las proteínas ya se encuentran en los alimentos ricos en hierro, y para darle un alimento derivado de la leche de vaca sin modificar, es preferible que tome el pecho o en su defecto un biberón de leche artificial, más adaptada al bebé, <sup>(4)(6)</sup>

También es importante recordar que **NO** se debe dar el yogur en lugar de la fruta para merendar. **La fruta es insustituible, debe tomar fruta todos los días.**

**A partir de los 12 meses, el niño ya puede tomar la leche de vaca, aunque idealmente a partir de los 18 meses.** <sup>(19)</sup>

#### 4 El cuarto grupo son las carnes, pescado, huevo y frutos secos

2-3  
AL DÍA



Fuente: Guía de la alimentación saludable. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria<sup>(27)</sup>

A partir de los 6 meses los bebés pueden comer cualquier tipo de carne por ser una fuente rica en hierro. <sup>(4)</sup>

La duda habitual suele ser en qué forma ofrecerles la carne

para que sean capaces de masticarla bien, porque muchos bebés a esa edad todavía no tienen dientes.

La forma más sencilla para empezar es ofrecérsela en formas blanditas como por ejemplo hamburguesas caseras que se pueden elaborar fácilmente con cualquier tipo de carne picada, albóndigas caseras, croquetas caseras al vapor o al horno.

También se puede ofrecer tiras de carne tal cual desde el principio, aunque es probable que las chupe en lugar de comerlas. Aunque el jugo contiene nutrientes, son insuficientes para aportar el hierro necesario en esta etapa de altas necesidades de este mineral. Por eso es mejor, al principio ofrecer en formas más blandas que sea capaz de masticar o aplastar contra el paladar y tragar.

Más adelante, a medida que el bebé va ganando habilidades a la hora de comer, se le ofrecerá de la misma forma que la consumimos los adultos.

Se inicia con carnes magras como el pollo, el pavo y el conejo. <sup>(6)</sup>

**Más adelante se continúa con la carne de ternera** porque al ser de un animal más grande, tiene más colágeno y la digestión puede ser un poco más difícil y posteriormente **la carne de cordero.** <sup>(6)</sup>

La carne de cerdo, por su parte, también puede ser indigesta y se recomienda el solomillo, por ser una carne más jugosa y sin nervios.

La forma de preparación a la plancha, al horno al vapor, evitando las frituras y los rebozados que dejaremos para alguna ocasión especial.

Se recomiendan las carnes frescas no procesadas, evitando la carne procesada (por ejemplo: salchichas) por el alto contenido



en sal y porque se relacionan con un aumento del riesgo de colorrectal<sup>(37)</sup>

Recordar que las salchichas aunque son blandas, son uno de los alimentos causantes de atragantamientos en niños.<sup>(4)</sup>

## Pescados

**Se pueden ofrecer pescados blancos:** pescadilla, merluza, lenguado y rape, que en proporción, se darán con más frecuencia que los **pescados azules**.<sup>(6)</sup>

**A partir de los 12 meses se puede dar el pescado azul** <sup>(6)</sup>



Los bebés pueden comer pescados tanto blancos como azules, y marisco desde los 6 meses

Los moluscos son una fuente excelente de hierro de alta biodisponibilidad, se pueden elaborar con ellos patés caseros para comer untado en pan sin sal y ofrecerlo a vuestro bebé por ejemplo.

Hay estudios que relacionan la inclusión de pescado antes de los 9 meses con el riesgo reducido de eccema en bebés al año de edad. Por lo tanto, los bebés pueden comer pescados tanto blancos como azules, y marisco desde los 6 meses, porque no hay motivo para demorar la introducción de alimentos alérgicos. Esta decisión dependerá de los padres, si se sienten más seguros introduciendo los grupos de alimentos según los meses de edad.<sup>(38)</sup>

La Agencia Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) recomienda evitar el emperador y el atún rojo durante los 3 primeros años por exceso de mercurio. Conviene que siga cenando leche por la noche para no retirar tomas. Recordad que el alimento fundamental durante los primeros 12 meses de vida es la leche.<sup>(11)</sup>

Poco a poco se irá acostumbrando a nuevos sabores y nuevas texturas. El paladar se educa y la masticación, también.<sup>(6)</sup>

## Huevos

Al igual que con el pescado y las legumbres, nuevos estudios llevados a cabo por las autoridades de referencia en pediatría y nutrición humana han revelado que incorporar el huevo sin separar la yema de la clara a partir de los 6 meses es lo más recomendable para prevenir alergias alimentarias.<sup>(39)</sup> Además, una completa revisión sistemática y meta análisis publicado en el año 2016 se muestra que la introducción temprana del huevo en la dieta del bebé está asociada con un menor riesgo de desarrollar alergia.

No obstante, para los padres que se sientan inseguros se puede introducir el huevo de forma gradual. Comenzando por la yema, ofreciendo al principio alrededor de un cuarto y aumentándola progresivamente hasta que se dé la yema entera. Posteriormente se añadirá la clara que debe estar cocida o en tortilla ya que el huevo cuajado se absorbe mejor y además evitamos la salmonelosis <sup>(23)</sup>

Las primeras tortillas que estén muy hechas, cuanto más cruda la clara más alérgica.<sup>(6)(23)</sup>

Los últimos estudios inciden en la necesidad de **limitar la cantidad de carne, pescado y huevo**, que son alimentos muy ricos en proteínas, como medida para controlar la obesidad infantil: a más proteínas, más riesgo de obesidad.<sup>(40)</sup>

En este grupo no se pueden olvidar **los frutos secos** por su tamaño y consistencia no se aconseja ofrecerlos enteros como pronto hasta los 3-4 años. Pueden introducirse antes en forma de pasta o manteca, untados en pan, ya que son una buena fuente de proteínas, grasa y hierro. Sin embargo, debido a su potencial alergénico, no suele hacerse antes del año. <sup>(6)</sup>

**5** Por último en la cúspide de la pirámide tenemos los alimentos poco recomendados.



Fuente: Guía de la alimentación saludable. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria<sup>(27)</sup>

- Las carnes grasas y embutidos no son recomendables de forma cotidiana y mucho menos, los chocolates, bollería, mantequillas... o sea, las grasas y azúcares refinados.
- Si los papás comen de estos alimentos solo alguna vez, de forma esporádica, no habrá problemas con el niño, no echará de menos lo que no vea hacer a los padres.

Hay que destacar los **casos especiales**, como niños prematuros, con retraso en el desarrollo o afectos de enfermedades neurológicas, alteraciones metabólicas o alergias alimentarias que será necesario individualizar el tipo de dieta.

**¡Recordad!:**

Se debe de echar poca sal a las comidas durante los primeros 12 meses, ni azúcar ya que son perjudiciales para el bebé.



Los alimentos excesivamente sazonados pueden dañar la función renal y el azúcar, además de aportar calorías vacías, puede ser perjudicial para los dientes incluso antes de su erupción.

Debe evitarse la comida preparada y procesada porque suele contener niveles elevados de sal, azúcar y otro componentes poco seguros como conservantes y aditivos.

Los alimentos preparados para bebés son caros y no aportan ningún nutriente mejor que el de los alimentos naturales. Además suelen tener azúcares añadidos y grasas por encima de lo recomendable, confiriéndoles un sabor dulzón lo que aumentará el riesgo de crear malos hábitos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda no ingerir más de 25 g, diarios de azúcar por persona y día, lo que equivale a unos 6 terrones, esto hace referencia a la alimentación de un adulto, luego en un niño, debería ser incluso menor. <sup>(40)</sup>

Además advierte que:

**“Gran parte” de los azúcares que se consumen actualmente están “escondidos” en alimentos elaborados que generalmente no se consideran dulces.**

Cualquier producto elaborado que se compra lo preparan para que al paladar le resulte agradable y sólo hay dos formas de hacerlo: **añadir azúcar o grasas.**<sup>(23)</sup>

El azúcar está presente en los productos más insospechados como los **potitos, mis primeros yogures, zumos de caja, batidos, cacao en polvo, cereales de caja, helados ketchup...** que no son más recomendables que puedan ser las chucherías.



Y además cuestan a la larga mucho dinero, que se puede utilizar de mejor manera.

Los bebés tampoco necesitan más bebidas que la leche materna o de fórmula y el agua, no son adecuados el café, el té ni las bebidas edulcoradas o con gas.<sup>(4)</sup>

El agua se empieza a ofrecer a la vez que los alimentos complementarios, y como todo lo demás se toma a demanda. No hay que forzar al niño a que se la beba si no quiere porque muchos alimentos ya llevan agua, principalmente la leche materna.

Se ofrece el agua en un vaso con asas al principio, evitando que lleven tetinas, más adelante se pasa a los vasos normales.

La miel es la alternativa natural al azúcar ya que endulza igualmente, pero puede contener esporas de *Clostridium Botulinum*, que pueden ser absorbidas por el intestino inmaduro del lactante, produciendo botulismo, y por eso se desaconseja su consumo en menores de 1 año.<sup>(15)</sup>

**Los alimentos integrales son más sanos** ya que están menos modificados (grano entero), se recomiendan por encima de los que provienen de harinas refinadas desde los seis meses.<sup>(15)</sup>

Y lo más importante, vamos a jugar a aprender a comer, ésta sería la mejor actitud durante el primer año de vida para que la alimentación complementaria sea un estímulo para el bebé, en vez de una tortura.

**¡NUNCA FORZAREMOS!**



# ANEXO 1:

## CÓMO ACTUAR EN CASO DE UN ATRAGANTAMIENTO<sup>(42)</sup>

Las últimas recomendaciones del 2015 de la European Resuscitation Council (ERC),<sup>(42)</sup> cuyo objetivo es preservar la vida humana mediante la reanimación de alta calidad a disposición de todos, indica que:

Hay que sospechar una obstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño (OVACE) causada por alimentos u objetos pequeños si presenta los siguientes síntomas:<sup>(4)(42)</sup>

- Incapacidad para llorar o hacer mucho ruido
- Tos débil e improductiva
- Sonidos suaves o chillones al inhalar
- Dificultad para respirar: las costillas y el pecho se retraen
- Color azulado de la piel
- Pérdida del conocimiento si la obstrucción no se alivia

Si el niño presenta alguno de los siguientes síntomas, la secuencia de actuación será la siguiente:<sup>(42)</sup>

### 1 Seguridad y petición de ayuda.

Debe aplicarse el principio de “no hacer daño”. Así, si el niño es capaz de respirar y toser, aunque lo haga con dificultad, se le debe animar para que mantenga estos esfuerzos espontáneos. No se debe intervenir en este momento porque, si se moviliza el cuerpo extraño, la situación puede empeorar y causar una obstrucción completa de la vía aérea.

2 Si el niño está **tosiendo de forma efectiva**, no es necesario hacer ninguna maniobra. Hay que animar al niño a que tosa y continuar vigilando su estado.

3 Si la **tos del niño está dejando de ser efectiva**, gritar para pedir ayuda inmediatamente y **se debe valorar su estado de consciencia**:

### Niño consciente con OVACE

1. Si el niño está consciente pero no tose o la tos no es efectiva, dar golpes en la espalda.
2. Si los golpes en la espalda no solucionan la OVACE, dar compresiones torácicas en los lactantes y compresiones abdominales en los niños. Estas maniobras crean una tos artificial, aumentando la presión intratorácica para desplazar el cuerpo extraño.
3. Si los golpes en la espalda no logran desplazar el cuerpo extraño y el niño todavía está consciente, administrar compresiones torácicas en el lactante y compresiones abdominales en los niños.



golpes en la espalda  
(interescapulares)



compresiones torácicas

### Maniobra de Heimlich en el lactante:

**Alternar 5 golpes interescapulares + 5 compresiones torácicas**

Fuente: Recomendaciones ERC 2015. Traducción oficial al castellano del CERP<sup>(42)</sup>





### Maniobra de Heimlich en niños:

#### Alternar 5 golpes interescapulares + 5 compresiones abdominales

Fuente: Recomendaciones ERC 2015. Traducción oficial al castellano del CERP<sup>(42)</sup>

No utilizar compresiones abdominales (maniobra de Heimlich) en el lactante.

Después de realizar las compresiones torácicas o abdominales, volver a evaluar al niño. Si el objeto no ha sido expulsado y/o persiste la situación de OVACE y el niño sigue estando consciente, se debe continuar con la secuencia de golpes en la espalda y compresiones (torácicas en el lactante y abdominales en el niño).

Llamar o mandar a alguien a pedir ayuda si todavía no se ha hecho, sin abandonar al niño.

Si el objeto es expulsado y/o la situación de OVACE se soluciona, se debe reevaluar al niño. Es posible que parte del objeto pueda permanecer en la vía respiratoria y causar complicacio-

nes. Si existe cualquier duda, se debe buscar asistencia médica. Las compresiones abdominales pueden causar lesiones internas y por tanto todos los niños que han sido tratados con compresiones abdominales deben ser explorados por un médico.

### Niño inconsciente con OVACE.

1. Si el niño con OVACE está inconsciente, se le debe colocar sobre una superficie plana dura.
2. Llamar o mandar a alguien para pedir ayuda, si todavía no se ha hecho, pero no abandonar al niño.
3. **Abrir la vía aérea.**

Abrir la boca y mirar si hay algún objeto. Si se ve, intentar eliminarlo con una maniobra de barrido con un dedo. No intentar introducir el dedo a ciegas o hacer intentos repetidos, porque se puede empujar el objeto más profundamente en la faringe y causar daño.

Abrir la vía aérea utilizando la maniobra frente-mentón y dar 5 ventilaciones de rescate. Comprobar la eficacia de cada ventilación. Si una ventilación no logra expandir el tórax, volver a colocar la cabeza antes de dar la siguiente ventilación.



Ventilación Boca a boca y nariz en el lactante



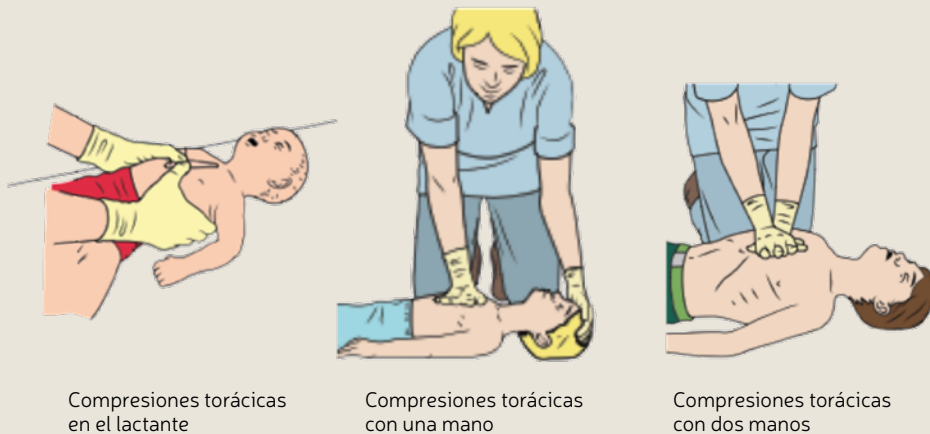
Ventilación boca a boca en el niño

Fuente: ERC: últimas recomendaciones 2015<sup>(42)</sup>

#### 4. Compresiones torácicas y RCP

Dar 5 respiraciones de rescate y si después no hay signos vitales (movimientos, tos, respiración espontánea) empezar a dar compresiones torácicas sin realizar ninguna valoración más de la circulación.

Seguir la secuencia de RCP para un solo reanimador durante un minuto o cinco ciclos de 15 compresiones y dos ventilaciones, antes de parar para llamar al servicio de emergencias (si nadie lo ha hecho todavía)



Fuente: ERC: últimas recomendaciones 2015 (46)

Las compresiones torácicas en los niños según edad o peso pueden ser con una mano o con dos como se muestra anteriormente.

Cuando la vía aérea esté abierta para dar la ventilación de rescate, mirar si hay algún cuerpo extraño en la boca.

Si se ve un objeto y está accesible, intentar sacarlo con una maniobra de barrido con un dedo.

Si parece que la obstrucción se ha solucionado, abrir nuevamente la vía aérea y dar respiraciones de rescate, si el niño no está respirando.

Si el niño recupera la consciencia y tiene respiraciones espontáneas adecuadas, colocarlo en posición lateral de seguridad y comprobar la respiración y el estado de consciencia mientras se espera la llegada de los servicios de emergencia.

#### En resumen, ante un OVACE:<sup>(42)</sup>

1. Valorar si la tos es efectiva o no: si es efectiva animar a toser
2. Valorar el nivel de consciencia
  - a. Consciente: alternar 5 golpes interescapulares con 5 compresiones (torácicas si es lactante o abdominales si es niño).
  - b. Inconsciente: RCP básica pediátrica

## Soporte vital básico pediátrico



Algoritmo de tratamiento de la obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño en el niño

Fuente: ERC Últimas recomendaciones 2015 <sup>(42)</sup>

## BIBLIOGRAFÍA

1. Infant and young child feeding [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009 [citado 4 dic 2017]. Infant and young child feeding. Model chapter for textbooks for medical students and allied health professional; [aprox. 112 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK148965/>
2. The optimal duration of exclusive breast feeding [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2001. [citado 4 dic 2017]. The optimal duration of exclusive breastfeeding: Report of an expert consultation; [aprox. 6 p.]. Disponible en: [http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO\\_NHD\\_01.09/en/](http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO_NHD_01.09/en/)
3. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003. [citado 4 dic 2017]. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child; [aprox. 40 p.]. Disponible en: [http://www.who.int/nutrition/publications/guiding\\_principles\\_compfeeding\\_breastfed.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/guiding_principles_compfeeding_breastfed.pdf)
4. Folgar L. Aprender a Comer solo. Córdoba: Arcopress; 2017.
5. Agostini C, Decsi T, Fewtrell M, Goulet O, Kolacek S, Koletzko B, et al. A Complementary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. J pediatr Gastr and Nutr 2008; 46: 99-110.
6. Lucía, mi pediatra [Internet blog]. Alicante: Lucía Galán Bertrand; 2017.[citado 2 oct 2017]. Alimentación complementaria; [aprox.4p.]. Disponible en: <http://www.luciamipediatra.com>
7. Tarrant RC, Younger KM, Shediran-Pereira, M.;White Mj, Kearney JM. Factors associated with weaning practices in term infants: A prospective observational study in Ireland. Br J Nutr. 2010;104:1544-1554.
8. Cuadros-Mendoza CA, Vichido-Luna MA, Montijo-Barrios E, Zárate-Mondragón F, Cadena-León JF, Cervantes-Bustamante R, Toro-Monjárez E, Ramírez-Mayans JA. Actualidades en alimentación complementaria. Acta Pediatr Mex. 2017; 38(3):182-201.
9. Pediatrics [Internet]. American Academy of Pediatrics: Fangupo LJ, Heath AM, William SM, Erickson Williams LW, Morison BJ, Fleming EA, et al.; 2016. [citado 2 oct 2017]. A babyled approach to eating solids and risk of choking; [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/138/4/e20160772.full.pdf>
10. Comer en la escuela infantil [Internet]. Asturias: Consejería de Sanidad y de Educación y Universidades de Asturias; 2011. [citado 2 oct 2017]. Comer en la escuela infantil. Recomendaciones de 0 a 3 años; [aprox. 4 p.]. Disponible en: [https://www.asturias.es/AsturSalud/Ficheros/AS\\_Salud%20Publica/AS\\_Promocion%20de%20la%20Salud/ESTRATEGIA%20NAOS/Comer%20en%20la%20Escuela%20Infantil%202011.pdf](https://www.asturias.es/AsturSalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Promocion%20de%20la%20Salud/ESTRATEGIA%20NAOS/Comer%20en%20la%20Escuela%20Infantil%202011.pdf)

11. Velasco Manrique M. Alimentación complementaria guiada por el bebé: respetando sus ritmos y apoyando su aprendizaje. *Med nat.* 2014; 8(2): 64-72.
12. Leis Trabazo R. ¿Es el baby-led weaning un patrón recomendable? *Evid Pediatr.* 2017;13:27.
13. Perdomo-Giraldi M, Durán FM. Alimentación complementaria en el lactante. *Pediatr Integral.* 2015;19(4):260-267.
14. En Familia [Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2014. [citado 5 dic 2017]. Alimentación complementaria dirigida por el bebé; [aprox.2 p.]. Disponible en: <http://enfamilia.aeped.es/vida-sana/alimentacion-complementaria-dirigida-por-bebe>
15. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, et al. Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *JPGN.* 2017;64:119-132.
16. Sonya L. Cameron, Anne-Louise M. Heath, and Rachael W. Taylor. How Feasible Is Baby-Led Weaning as an Approach to Infant Feeding? A Review of the Evidence. *Nutrients.* 2012; 4(11): 1575–1609.
17. Rapley G, Murkett T. Baby-Led Weaning: The Essential Guide to Introducing Solid Foods-and Helping Your Baby to Grow Up a Happy and Confident Eater Baby-Led Weaning: The Essential Guide to Introducing Solid Foods-and Helping Your Baby to Grow Up a Happy and Confident Eater. Reino Unido: experiment; 2010.
18. Cameron SL, Taylor RW, Heath AL. Development and pilot testing of Baby-Led Introduction to Solids-a version of Baby-Led Weaning modified to address concerns about iron deficiency, growth faltering and choking. *BMC Pediatr.* 2015; 26(15):99.
19. Guía práctica para padres [Internet]. Madrid: Asociación de Pediatría Española; 2013. [citado 2 oct 2017]. Guía práctica para padres. Desde el nacimiento hasta los 3 años; [aprox. 244p.]. Disponible en: [http://enfamilia.aeped.es/sites/enfamilia.aeped.es/files/guia\\_practica\\_padres\\_aep\\_1.pdf](http://enfamilia.aeped.es/sites/enfamilia.aeped.es/files/guia_practica_padres_aep_1.pdf)
20. Cameron SL, Taylor RW, Heath ALM. Parent-led or baby-led? Associations between complementary feeding practices and health-related behaviours in a survey of New Zealand families. *BMJ Open.* 2013; 3:1-9.
21. BMJ Open [Internet]. London: Cameron SL, Heath AL, Taylor RW; 2012. [citado 2 oct 2017]. Healthcare professional and mother's knowledge of, attitudes to, and experiences with, baby led-weaning: A content analysis study; [aprox. 10p.]. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/2/6/e001542.full.pdf>
22. Cameron SL, Heath ALM, Taylor RW. How feasible is baby-led weaning as an approach to infant feeding? A review of the evidence. *Nutrients.* 2012; 4:1575-1609.
23. Osinteresa.com -consejos de salud para bebés y niños-[Internet blog]. Zaragoza: Teresa Tolosana; 2017.[citado 2 oct 2017]. Como introducir la alimentación complementaria; [aprox.4p.]. Disponible en: <http://www.osinteresa.com/>
24. Disantis KI, Collins BN, Fisher JO, Dawey A. Do infants fed directly from the breast have improved appetite regulation and slower growth during early childhood compared with infants fed from a bottle? *Int Behav Nutr Phys Act.* 2011; 8:89.
25. Familia y Salud [Internet]. Sevilla: Asociación Española de pediatría en Atención Primaria; 2012. [citado 2 oct 2017]. Alimentación en el lactante: alimentación complementaria con sentido común; [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.familiaysalud.es/vivimos-sanos/alimentacion/alimentarse-cada-edad/alimentacion-en-el-lactante-alimentacion>
26. Familia y Salud [Internet]. Sevilla: Asociación Española de pediatría en Atención Primaria; 2016. [citado 2 oct 2017]. Diferencias interculturales en la introducción de la alimentación complementaria: todas son válidas para alimentar a un bebé; [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.familiaysalud.es/vivimos-sanos/alimentacion/vamos-comer-bien/diferencias-interculturales-en-la-introduccion-de-la>
27. Aranceta J, Arija V, Maiz E, Martínez de Victoria E, Ortega RM, Pérez-Rodrigo C, et al. Guías alimentarias para la población española. La nueva pirámide de la alimentación saludable. *Nutr Hosp* 2016; 33(Supl.8):1-48.
28. La rueda de los alimentos [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación; 2016. [citado 2 oct 2017]. La rueda de los alimentos: una herramienta didáctica para alimentarse mejor y más fácilmente; [aprox. 9 p.]. Disponible en: [http://www.nutricion.org/recursos\\_y\\_utilidades/PDF/RuedadelosAlimentos\\_InstruccionesUso.pdf](http://www.nutricion.org/recursos_y_utilidades/PDF/RuedadelosAlimentos_InstruccionesUso.pdf)
29. Alvisi P, Brusa S, Alboresi S, Amarri S, Bottua P, Cavagni G, et al. Recommendations on complementary feeding for healthy, full-term infants. *Ital J Pediatr.* 2015;41:36.
30. Pinto-Sanchez, MI, Verdu EF, Liu E, Vercik P, Green PH, Murray JA, et al. Gluten introduction to infant feeding and risk of celiac disease: Systematic review and meta-analysis. *J Pediatr.* 2016; 168:132-143.
31. Karagas MR, Punshon T, Sayarath V, Jackson PB, Folt CL, Cottingham KL. Association of Rice and Rice-Product Consumption With Arsenic Exposure Early in life. *JAMA pediatr.* 2016; 170(6): 609-616.
32. Hernández-Martínez R, Navarro-Blasco I. Survey of total mercury and arsenic content in infant cereals marketed in Spain and estimated dietary intake. *Food Control.* 2013; 30(2): 423-432.
33. Signes-Pastor AJ, Carey M, Carbonell-Barrachina AA, Moreno-Jimenez E, Green AJ, Meharg AA. Geographical variation in inorganic arsenic in paddy field samples and commercial rice from Iberian Peninsula. *Food Chem.* 2016; 202:356-363.



34. Committee on Nutrition. American Academy of Pediatrics: The use and misuse of fruit juice in pediatrics. *Pediatrics*. 2001; 107(5):1210-1213.
35. Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Consumo de zumos de frutas y de bebidas refrescantes por niños y adolescentes en España. Implicaciones para la salud de su mal uso y abuso. *AN Pediatr (Barc)*. 2003; 58(6):584-593.
36. Giddings SS, Dennison BA, Birch LL, Daniels SR, Gilman MW, Lichtenstein AH, et al. Dietary recommendations for children and adolescents: a guide for practitioners: consensus statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2005; 112(13): 2061-2075.
37. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Geneva, Switzerland: Organización Mundial de la Salud; 2015. [citado 2 oct 2017]. Carcinogenicidad del consumo de carne roja y de la carne procesada; [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://who.int/features/qa/cancer-red-meat/es/>
38. Alm B, Aberg N, Erdes L, Möllborg P, Petterson R, Norvenius SG. Early introduction of fish decreases the risk of eczema in infants. *Arch Dis Child*. 2009; 94(1):11-15.
39. Fleischer DM, Spergel JM, Assaad AH, Pongracic JA. Primary Prevention of Allergic Disease Through Nutritional Interventions. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2013; 1(1):29-36.
40. Gobierno de Aragón [Internet]. Aragón: Agencia Aragonesa de Seguridad Alimentaria; 2014. [citado 2 oct 2017]. Recomendaciones sobre el consumo de azúcar. Fuente: OMS; [aprox. 1p.]. Disponible en: [http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Departamentos/DesarrolloRuralSostenibilidad/AreasTematicas/SeguridadAgroalimentaria/AgenciaAragonesaSeguridadAlimentaria\\_AASA/DictámenesInformes/03\\_FAO\\_OMS/ci.98\\_Consumo\\_Azucar\\_Marzo\\_2014.detalleDepartamento?channelSelected=0](http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Departamentos/DesarrolloRuralSostenibilidad/AreasTematicas/SeguridadAgroalimentaria/AgenciaAragonesaSeguridadAlimentaria_AASA/DictámenesInformes/03_FAO_OMS/ci.98_Consumo_Azucar_Marzo_2014.detalleDepartamento?channelSelected=0)
41. sinazucar.org [Internet]. Madrid: Antonio R Estrada; 2016. [citado 2 oct 2017]. Revelando el azúcar libre de los alimentos; [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.sinazucar.org/>
42. Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar [Internet]. Madrid: Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar; 2015. [citado 2 oct 2017]. Recomendaciones para la Resucitación del 2015 del Consejo Europeo de Resucitación; [aprox. 101 p.]. Disponible en: <http://www.cerccp.org/noticias/noticias-del-cerccp/345-recomendaciones-erc-2015>



*Nuestro agradecimiento  
a todas las personas que han colaborado  
desinteresadamente  
de una forma u otra  
en la realización de este libro.*

*Y en especial a Telma, Darío y a sus padres,  
que con sus preciosas fotografías  
iluminan este libro.*