



Taller
CONTROL DEL LACTANTE
AMAMANTADO
EN ATENCIÓN PRIMARIA

Moderadora:

María Jesús Esparza Olcina
Pediatra, CS Barcelona, Móstoles, Madrid.

Ponentes/monitores:

■ Juan José Lasarte Velillas
Pediatra, CS de Zuera, Zaragoza.

■ María Teresa Hernández Aguilar
Pediatra, CS Fuente de San Luis, Valencia.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Hernández Aguilar MT. Alimentación complementaria. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2006. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006. p. 249-56.



Alimentación complementaria

María Teresa Hernández Aguilar
Pediatra, CS Fuente de San Luis, Valencia.
hernandez_teragu@gva.es

INTRODUCCIÓN

Se entiende por alimentación complementaria la oferta de alimentos o líquidos a los lactantes para complementar la leche materna.

La edad a la que se inicia esta alimentación es una etapa especialmente sensible en el desarrollo del lactante ya que, como señala la guía para la alimentación del lactante y niño pequeño para la Región Europea, de la OMS/UNICEF¹, los primeros 2 ó 3 años de la vida son los más cruciales para un desarrollo físico y mental normales, y los problemas derivados de una nutrición inadecuada en esta etapa de la vida afectan no sólo al desarrollo físico, sino también al sistema inmunitario y al desarrollo intelectual y emocional.

Por otra parte, las madres, los padres y otros dispensadores de atención necesitan tener acceso a información objetiva, coherente y completa acerca de las prácticas apropiadas de alimentación, libre de toda influencia comercial. En particular, deben estar informados acerca del período recomendado de lactancia natural exclusiva y continua; el momento de introducción de los alimentos complementarios; qué tipos de alimentos tienen que utilizar; en qué cantidad y con qué frecuencia y cómo darlos de forma inocua².

El inicio de la alimentación complementaria supone para los lactantes la entrada en un mundo de sabores, olores y consistencias nuevos.

Sin embargo, a través de la leche materna el lactante amamantado ha tenido conocimiento de los aromas de la alimentación de su madre, por lo que aceptará fácilmente esos alimentos, pero no aquellos que no forman parte de la dieta materna habitual.

En este documento intentaremos hacer un breve resumen de las últimas recomendaciones y los fundamentos que subyacen bajo sus respuestas, así como los diversos y numerosos mitos que aún existen y que siguen propagándose, a menudo desde el mismo sistema sanitario, sin base científica alguna.

PERÍODO RECOMENDADO DE LACTANCIA NATURAL EXCLUSIVA Y CONTINUA^{3,7}, Y MOMENTO DE INTRODUCCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

La OMS y la Asociación Española de Pediatría (AEP) (Comité de Lactancia) recomiendan ofrecer leche materna exclusiva desde el nacimiento hasta alrededor de los 6 meses (y al menos durante los 4 primeros meses) e introducir la alimentación complementaria a partir de entonces (6 meses o 26 semanas) mientras se continúa el amamantamiento frecuente y a demanda hasta los 2 años o más.

Fundamento

La leche materna es el mejor alimento para los bebés y les proporciona todos los nutrientes que necesitan durante los primeros 6 meses además de servir a las necesidades únicas del lactante humano. La leche humana contiene sustancias inmunes y bioactivas que están ausentes de las fórmulas comerciales y que confieren al lactante protección frente a infecciones bacterianas y víricas y ayudan a la adaptación y la maduración intestinal del lactante. Una revisión Cochrane reciente reconoce la ausencia de beneficio, para la mayoría de los lactantes amamantados, de la introducción de otros alimentos en la dieta antes de los 6 meses y el riesgo aumentado de infecciones gastrointestinales⁷. Otros estudios apuntan a la probabilidad de la protección fren-

te a diversas enfermedades a corto y largo plazo y a que el lactante autorregula su ingesta energética por lo que la introducción temprana de otros alimentos desplaza la ingesta de leche materna pero no aumenta la ración calórica. La mayoría de los lactantes sanos alimentados con leche materna rara vez presentan déficit clínico de micronutrientes cuando son amamantados en exclusiva hasta el sexto mes de vida y, sin embargo, el consumo de otros alimentos puede disminuir significativamente la biodisponibilidad del zinc y el hierro presentes en la leche materna^{8,9,10}.

Alrededor de los 6 meses, la leche materna puede no cubrir las necesidades de energía y de algunos nutrientes en su totalidad para la mayoría de los lactantes, quienes, por otra parte, han alcanzado a esta edad un grado de maduración suficiente y están preparados para la introducción de otros alimentos:

- **Maduración digestiva:** la función digestiva de la mayoría de los lactantes de 6 meses es suficientemente madura para digerir la mayor parte de los almidones (cocidos o hidrolizados), las proteínas y la grasa de la dieta no láctea (la amilasa pancreática a los 4 meses es baja o casi ausente).
- **Maduración renal:** a los 6 meses la filtración glomerular es del 60-80% de la del adulto y las capacidades de concentración y de excreción de sodio, fosfatos e hidrogeniones son mayores que al nacimiento, aunque aún limitadas entre los 6 y los 12 meses.
- **Desarrollo psicomotor:** hacia los 5 meses el bebé empieza a llevarse objetos a la boca; a los 6 meses el lactante inicia los movimientos de masticación, desaparece el reflejo de extrusión lingual y es capaz de llevar hacia atrás el bolo alimenticio para su deglución; hacia los 8 meses la mayoría se sientan sin apoyo y tienen suficiente flexibilidad lingual para tragar alimentos más espesos; hacia los 10 meses pueden beber con una taza, manejar una cuchara y coger alimentos con sus dedos.

- **Maduración inmune:** la introducción de alimentación complementaria supone la exposición a nuevos antígenos y cambios en la flora digestiva con repercusión en el equilibrio inmunológico intestinal. Es un momento de gran influencia sobre el patrón de inmunorespuesta, y los factores específicos tolerogénicos y protectores del intestino que aporta la leche humana pueden modular y prevenir la aparición de alergias y reacciones adversas.

¿QUÉ CANTIDAD Y CON QUÉ FRECUENCIA?⁴

Es conveniente recordar que la capacidad gástrica del lactante es pequeña (aproximadamente 30 ml/kg de peso) por lo que es importante ofrecer alimentos de alta densidad energética y con una cantidad elevada de micronutrientes, en tomas pequeñas y frecuentes.

Teniendo en cuenta (para el cálculo de las cantidades de alimentación complementaria en el lactante en Europa a partir de los 6 meses) las necesidades de energía a esta edad (son menores en los lactantes amamantados, ver tabla I), el aporte medio energético de la leche materna (entre 75 y 85 kcal/día), la ingesta media de leche materna (764 g/día) y la densidad calórica media de la alimentación complementaria, las necesidades estimadas de energía procuradas por la alimentación complementaria son¹:

Tabla I. Necesidades calóricas (OMS/UNICEF 1998)

Grupo etario (meses)	kcal/día	kcal/ kg/día
6-8	682	83
9-11	830	89
12-23	1.092	86

- 130 kcal/día entre los 6-8 meses.
- 300 kcal/día entre los 9 y 11 meses.
- 580 kcal/día entre los 12 y 23 meses.

Se recomienda comenzar con raciones pequeñas, aumentando la cantidad a medida que el niño crece, mientras se continúa ofreciendo el pecho con frecuencia. El número apropiado de comidas depende de la densidad energética de éstas y la cantidad que consuma en cada una de ellas. Como norma general para el lactante sano amamantado de nuestro medio, se aconseja:

- 2 a 3 comidas por día entre los 6 y 8 meses,
- 3 ó 4 comidas entre los 9 y 11 meses,
- 3 ó 4 comidas y 2 "aperitivos nutritivos" (pequeñas cantidades de alimentos a comer entre comidas, fáciles de preparar y que puedan comer por sí solos: pieza de fruta, pan con queso...) durante todo el segundo año.

Para la mayoría de los lactantes amamantados, entre 6 y 12 meses, la introducción lenta y progresiva de pequeñas cantidades de otros alimentos sin forzar y en el momento en que están "listos" para aceptarlos (el bebé suele mostrar su interés por los alimentos que se presentan en la mesa familiar) no interfiere con las tomas de pecho, siempre que no se fuerce al lactante a comerlos cuando está muy hambriento o claramente muestra señal de querer el pecho.

Durante todo el primer año, la leche materna debe ser el principal alimento y es importante tener presente que la misión de la alimentación complementaria es ofrecer energía y nutrientes adicionales para complementar a la leche materna, pero no para sustituirla.

¿QUÉ ALIMENTOS?

Una oferta variada de alimentos de elevada calidad nutricional ofrece mayor seguridad de alcanzar las necesidades requeridas. Además, los lactantes suelen ajustar su ingesta manteniendo el aporte calórico diario relativamente constante y, si se les ofrece variedad, son capaces de seleccionar una dieta nutricionalmente adecuada.

Las experiencias gustativas prenatales (a través del líquido amniótico) y posnatales tempranas (leche materna) condicionadas por la dieta materna influyen sobre las preferencias en sabores y olores en el bebé y determinan en parte su actitud de aceptación o rechazo hacia nuevos alimentos, olores y sabores¹¹. Los lactantes amamantados suelen aceptar mejor los nuevos alimentos ya que se han acostumbrado a todo un rango de olores y sabores procedentes de la dieta de su madre a través de la leche materna. Esto mismo les puede llevar a rechazar alimentos como las papillas de cereales industriales cuyo sabor y aroma (vainilla, vainillina y otros) están ausente en la dieta de sus madres. Por otra parte, parece que el lactante tiene una preferencia innata por el dulce desde el nacimiento y tampoco precisa aprender a que le guste el sabor salado, pero hay suficiente evidencia para demostrar que la preferencia por el resto de los alimentos está fuertemente influida por el aprendizaje y la experiencia: los lactantes desarrollan sus preferencias en relación con la frecuencia de exposición.

Alimentos de origen vegetal

Para asegurar el aporte de vitaminas, minerales y otras sustancias protectoras presentes en los vegetales, es necesario combinar la mayor variedad posible de verduras en la dieta y los suplementos vitamínicos no pueden reemplazarlas.

Cereales

Para preparar una papilla que se pueda comer con cuchara son necesarios unos 7-8 g por cada 100 ml. Las papillas industriales precisan mayor cantidad para espesar cuanto mayor cantidad de sacarosa contienen.

Por otra parte, muchas de ellas contienen saborizantes, como la vainillina o la vainilla, aromas a los que los niños amamantados no están acostumbrados y que suelen rechazar. Además, los niños amamantados no precisan leche para la preparación de éstos, por lo que es preferible prepararlos con agua, caldo o frutas y ofrecer después de la toma de pecho, o preparar con leche materna extraída, aunque en pocos minutos la amilasa presente en ésta la fluidificará.

Algunos autores relacionan la introducción temprana de gluten (antes de los 4 meses) con la aparición de diabetes tipo I y enfermedad celíaca en sujetos con riesgo genético para la enfermedad. Como prevención, la normativa ESPGHAN¹² desaconseja el empleo de papillas que contengan gluten hasta los 6 meses, utilizando un solo cereal (arroz, maíz, soja, todos ellos sin gluten) o una mezcla de ellos. Una revisión sistemática de la evidencia disponible en la actualidad observó la disminución del riesgo de desarrollo de enfermedad celíaca cuanto mayor es el tiempo de lactancia y cuando el gluten se introduce en lactantes que están siendo amamantados¹³. A partir de los 6 meses no hay razón aparente para retrasar su introducción en la dieta del lactante.

Patatas, legumbres, verduras y frutas

Aportan fundamentalmente carbohidratos, muy pequeñas cantidades de proteínas aunque de calidad relativamente buena, vitaminas, minerales y fibra, junto con otras sustancias no nutrientes como los antioxidantes.

Los zumos de frutas recién exprimidas conservan muchos de sus nutrientes, pero deben ofrecerse en pequeñas cantidades a los lactantes para evitar desplazar a la leche materna. La vitamina C se pierde por oxidación exponencialmente con el tiempo transcurrido tras exprimir la fruta, por lo que deben consumirse enseguida. Por otra parte, los zumos tienen un alto potencial cariogénico (ácidos y dulces) por lo que debe desaconsejarse su consumo entre comidas. Tampoco se aconseja el consumo de bebidas edulcoradas con manitol o sorbitol. El consumo excesivo de zumos entre comidas ha sido relacionado por algunos autores con la obesidad infantil.

La miel puede contener esporas de *Clostridium Botulinum*, que pueden ser absorbidas a través del intestino inmaduro del lactante por lo que se desaconseja su consumo en menores de 1 año.

Algunos grupos provenientes de países del Este y Latinoamérica acostumbran a ofrecer a los niños té (negro, verde o de hierbas como la manzanilla). Éstos

contienen taninos y otros compuestos que limitan la absorción de hierro y, además, la costumbre frecuente de añadirles sacarosa aumenta el riesgo de caries y puede limitar el consumo de alimentos con mayor densidad de nutrientes.

Alimentos de origen animal

Los alimentos de origen animal son ricos en proteínas, vitamina A, hierro y folatos fácilmente absorbibles. La carne y el pescado son las mejores fuentes de cinc y los productos lácteos son ricos en calcio. La carne, el pescado y el marisco son fuentes del hierro que mejor se absorbe, la forma hem, y además mejoran la absorción del hierro no hem presente en la comida. El riesgo potencial de transmisión de enfermedades por priones ha desaconsejado el uso de vísceras, en general, en la alimentación, en nuestro medio.

La **carne** debe ofrecerse desde el sexto mes, debiendo desaconsejarse la práctica relativamente frecuente de dar el caldo de cocción (y tirar la carne cocida) ya que éste no tiene ningún valor nutritivo. Puede ser difícil de comer para los niños pequeños por lo que se aconseja ofrecerla picada, troceada o en puré. Una pequeña cantidad añadida a una dieta vegetal potencia la absorción y el aprovechamiento de proteínas y minerales.

Los **pescados y mariscos** son una excelente fuente de proteínas de alto valor biológico, y los ácidos grasos presentes en el pescado azul tienen una gran proporción de poliinsaturados de cadena larga omega 3, importantes para el desarrollo neuronal. Además, son una buena fuente de hierro y cinc y los pescados de mar, de yodo.

Los **huevos** son una fuente excelente de proteínas de la mejor calidad biológica y lípidos ricos en fosfolípidos con una alta proporción de ácidos grasos poliinsaturados/saturados. Deben consumirse siempre cocidos por el riesgo de transmisión de Salmonella y para facilitar la digestibilidad de la albúmina de la clara. Aunque la yema del huevo es rica en hierro, éste está unido a fosfoproteínas y albúmina y su biodisponibilidad no es buena, por lo que no puede considerarse una buena fuente de este nutriente.

Leche y derivados: mientras la madre siga ofreciendo al niño leche materna entre 4 y 5 veces al día, el niño no precisa otro tipo de aporte de lácteo.

Ofrecer al lactante leche de vaca descremada o semidescremada disminuye la densidad calórica de la dieta y oferta un exceso de calorías en forma proteica que puede ser perjudicial (en la leche desnatada las proteínas constituyen un 35% del aporte energético mientras que sólo constituyen un 5% de las calorías en la leche materna). Por ello, esta práctica no se recomienda; no debe utilizarse leche semidescremada antes de los 2 años y leche descremada antes de los 5.

Las leches fermentadas son una excelente fuente de calcio, proteínas, fósforo y riboflavina y tienen una proporción reducida de lactosa. Los efectos beneficiosos que se les atribuyen están por demostrar (antibacterianos, potenciadores inmunitarios, antitumorales, anticolesterol...) pero parece que al menos dos de ellos, el yogur y el kéfir, potencian la absorción del hierro.

Los quesos duros contienen de media 1/3 de proteína, 1/3 de grasa y 1/3 de agua y son una buena fuente de calcio, sodio y vitamina A y, en menor cuantía, de vitamina B. Se pueden introducir en la dieta en trocitos a partir de los 9 meses.

¿CÓMO OFRECERLOS? ALIMENTAR DE FORMA RECEPTIVA¹⁴

Afirmaciones como “mi niño no me come”, “no le gusta nada” y otras por el estilo generan angustia, incertidumbre y dudas y constituyen un motivo de consulta reiterado al pediatra de Atención Primaria. Las recomendaciones internacionales vigentes reconocen que los comportamientos del cuidador durante la instauración de la alimentación complementaria son esenciales en el establecimiento de unos hábitos alimentarios adecuados y en la prevención de futuros problemas de relación con la comida (obesidad, anorexia, fobias...). Así, se recomienda alimentar al lactante y al niño pequeño aplicando los principios de cuidado psicosocial adecuados y se establecen normas de alimentación receptiva (intermedia entre “forzar” y “pasar”):

- Dar de comer al lactante y ayudar al niño más mayorcito que come por sí solo, atendiendo sus señales de hambre y saciedad.
- Dar de comer despacio y con paciencia y animar al niño a comer pero no forzar la alimentación.
- Si el niño rechaza muchos alimentos, experimentar con diferentes combinaciones de comida, sabores y texturas y métodos para animarle a comer.
- Minimizar las distracciones durante las comidas si el niño pierde el interés con facilidad.
- Recordar que el tiempo de la comida es un período de aprendizaje y amor, y hablar con el niño durante la comida estableciendo contacto visual.
- Es importante recordar que los niños comen despacio y necesitan que se les dedique tiempo extra, atención y ánimo y que los adultos que les ayudan deben armarse de paciencia. Siempre deben estar supervisados mientras comen.

¿ANTES O DESPUES DEL PECHO?

Aunque no se ha demostrado que la ingesta calórica total varíe al ofrecer los alimentos antes o después de las tomas de pecho, en general se suele recomendar que, hasta los 12 meses, se ofrezcan los nuevos alimentos después o entre tomas de pecho para no crear ansiedad en el lactante cuando está excesivamente hambriento, lo que podría inducirle a rechazos innecesarios. A partir del año, y sobre todo en los niños en los que se observa un rechazo generalizado de otros alimentos, es recomendable ofrecer los alimentos sólidos antes del pecho y asegurarse de que no existe un déficit nutricional que condicione una disminución del apetito (déficit de cinc o hierro).

Es importante que los niños sean expuestos de forma repetida a nuevos alimentos durante el período de alimentación complementaria y explicar a los padres que el rechazo inicial es normal. Se ha sugerido que se

precisan un mínimo de 10 "pruebas" con un claro aumento en la aceptación del nuevo alimento a partir de las 12 a 15 pruebas. Así, los alimentos deben ser ofrecidos repetidamente ya que los que primero son rechazados serán aceptados después.

Durante las enfermedades intercurrentes se recomienda¹⁴ aumentar la ingesta de fluidos, ofrecer el pecho con más frecuencia y animar al niño a comer sus comidas favoritas, blandas, variadas y apetitosas. Después de la enfermedad ofrecer más comida de lo habitual y animar al niño a que coma.

PREPARACIÓN Y ALMACENAJE SEGURO DE LOS ALIMENTOS

Es conveniente explicar las prácticas de higiene y manejo adecuado de los alimentos sobre todo entre determinados grupos sociales o colectivos más desfavorecidos:

- a) Limpieza de las manos del cuidador y del niño antes de preparar u ofrecer la comida.
- b) Almacenar en refrigerador o alimentar inmediatamente después de la preparación.
- c) Utilizar utensilios limpios para la preparación y la alimentación.
- d) Evitar el uso de biberones para ofrecer los alimentos complementarios.

CONSISTENCIA Y TEXTURA DE LOS ALIMENTOS

La maduración neuromuscular del lactante no le permite pasar directamente del pecho a los alimentos de la mesa familiar. Por ello son necesarios alimentos de "transición", especialmente adaptados para esta primera etapa, hasta que, aproximadamente al año, el niño es capaz de alimentarse en la mesa familiar, con alimentos de consistencia no muy dura (como frutos secos o zanahoria cruda que no deben probar hasta los 3 a 5 años, por el riesgo

de atragantamiento). Se aconseja aumentar gradualmente la consistencia y variedad de los alimentos a medida que el niño crece, adaptándose a los requerimientos y habilidades del niño y estimulando la adquisición de habilidades motoras esenciales como el masticado y el contacto con nuevos sabores.

No se debe añadir sal o azúcar a las comidas antes del año de vida y sólo en pequeñas cantidades durante el segundo año. La sal debe ser yodada. Se puede cocinar para toda la familia y sazonar después de haber retirado la porción para el lactante o niño pequeño.

Algunos alimentos como las sopas son bien aceptados por los lactantes pero la capacidad limitada de su estómago y la escasa densidad en nutrientes de estos alimentos hacen que sea imposible que los coman en la cantidad suficiente para cubrir sus requerimientos. Por ello los lactantes y los niños pequeños deben comer preferiblemente purés (añadir patata o arroz o cereales para espesar y añadir pequeñas cantidades de huevo, legumbres, carne o pescado). Para mejorar la calidad nutricional de estos alimentos se aconseja: cocinar los vegetales con poca agua, a ser posible en olla a presión (para disminuir el tiempo de cocción y la pérdida de nutrientes), reemplazar el agua por leche y añadir una cucharadita de aceite por cada 100 g de comida.

GUÍA PRÁCTICA DE INTRODUCCIÓN DE ALIMENTOS

6-7 meses

- **Estadio inicial:** al inicio tienen suficiente con una o dos cucharadas. Puede que al principio al lactante le cueste coger el alimento o no sepa moverlo hasta el final de su boca y se le caiga o lo escupa, esto es normal. Lo mejor es ofrecer purés de un solo alimento, sin azúcar ni sal ni especias como: patata cocida o arroz o cereales sin gluten diluidos con un poco de leche materna o con agua, una o dos veces al día y siempre después del pecho.

- **Segundo estadio:** una vez que el niño aprende a comer con cuchara se introducen nuevos sabores y mayor variedad de alimentos, en forma de purés aplastados y semisólidos, que además le ayudarán a desarrollar su habilidad motora. El niño está listo para esta etapa cuando es capaz de mantenerse sentado solo y de transferir objetos de una mano a otra. Para mejorar su aceptación suele ser útil ofrecer el alimento nuevo junto con uno conocido que al bebé le guste. Es preferible ofrecer inicialmente sabores salados (sin sal añadida) y es importante no ofrecer alimentos excesivamente dulces.

8-11 meses

La mayoría de los lactantes a esta edad son capaces de comer alimentos blandos que pueden coger por sí mismos, llevárselos a la boca (migas de pan, arroz inflado, zanahoria cocida, trocitos de patata...) y masticarlos.

- Los vegetales deben cocerse para ablandarlos y las carnes trocearse y triturarse en puré no muy fino. Se deben ofrecer alimentos para comer por sí solos (zanahoria cocida, pera, pan) con cada comida y el pan puede untarse con mantequilla o margarina o aceite. Los alimentos con azúcar añadido como las galletas, pasteles o bizcochos deben desaconsejarse. Los derivados lácteos sin azúcar añadido pueden estar presentes en la dieta desde los 9 meses (yogur, kéfir, queso). La lactancia materna debe continuar ofreciéndose a demanda y si se ofrecen otros líquidos es preferible ofrecerlos en taza o vaso. Los lactantes amamantados no precisan tomar derivados lácteos.

12-23 meses

La mayoría de los niños son capaces de comer casi los mismos tipos de comida que los demás adultos de su casa, teniendo en cuenta que precisan alimentos con alta densidad nutricional y que en esta etapa es tan necesario darle de comer como estimularle para que se autoalimente. La leche materna sigue siendo una parte

importante de la dieta y debe ser preferiblemente el principal líquido aportado durante todo el segundo año o más. Los alimentos pueden estar troceados o aplastados y la carne picada. Es importante ofrecer alimentos que puedan llevarse a la boca con las manos como trozos de pan, cereales, queso, frutas o verduras blandas. Se

deben evitar alimentos que supongan riesgo de atragantamiento por consistencia o forma: frutos secos, uvas, zanahoria cruda, piel de salchicha o calamar, caramelos... Se debe evitar la oferta de alimentos ricos en calorías vacías (excesivamente grasos). Tampoco se debe añadir sal a las comidas.

Bibliografía

1. Michaelsen KM, Weaver L, Branca F, Robertson A. Feeding and nutrition of infants and young children. Guidelines for the WHO European Region, with emphasis on the former Soviet countries. WHO regional publications. European series; No. 87. Copenhagen: WHO; 2000. Updated reprint 2003.
2. 55 ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. Punto 13.10 del orden del día provisional 55/15. 16 de abril de 2002.
3. OMS. Nutrición del lactante y del niño pequeño. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Informe de la Secretaría. 55 ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD A55/15. Punto 13.10 del orden del día provisional 16 de abril de 2002.
4. WHO. Complementary feeding: family foods for breastfed children. Geneva: Department of Nutrition for Health and Development and Department of Child and Adolescent Health and Development, World Health Organization; 2000.
5. Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de lactancia materna de la AEP. *An Pediatr (Barc)*. 2005;63:340-56.
6. Daelmans B, Martines J, Saadeh R, Guest Editors. Special issue based on a WHO Expert Consultation on complementary feeding. *Food and Nutrition Bulletin*, vol 24 n°1. UN University Press; 2003.
7. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software.
8. Dewey KG. Nutrition, growth and complementary feeding of the breastfed infant. *Pediatr Clin North Am*. 2001;48:87-104.
9. WHO. De Onís M, Garza C, Onyango AW, Martorell R, Guest Editors. WHO Child Growth Standards. *Acta Paediatr*. 2006;95 (Suppl 450):S1-104.
10. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*. 2001;285:413-20.
11. Mennella JA, Jagnow CP, Beauchamp GK. Prenatal and postnatal flavor learning by human infants. *Pediatrics*. 2001;107:e88. [Fecha de consulta 11/06/2006]. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/107/6/e88>
12. ESPGHAN committee on Nutrition. Guidelines on infant nutrition. III: Recommendations for infant feeding. *Acta Paediatr Scand Suppl*. 1982;302:1-27.
13. Akobeng AK, Ramanan AV, Buchan I, Heller RF. Effect of breast feeding on risk of coeliac disease: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Arch Dis Child*. 2006;91:39-43.
14. Pan American Health Organization, Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed Child. Pan American Health Organization, World Health Organization. Washington DC: 2002.