

Supervisión del crecimiento y alimentación en el primer año de vida

JJ. Lasarte Velillas^a, MT. Hernández Aguilar^b

^aCS de Zuera, Zaragoza.

^bCS Fuente de San Luis, Valencia.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2007;9 Supl 2:S77-90

Juan José Lasarte Velillas, jjlasarte@comz.org

Resumen

El control del crecimiento y las recomendaciones acerca de la alimentación son dos de las principales actividades que se realizan en los programas de atención al niño en Atención Primaria. En la primera parte de este artículo se revisan los patrones normales de crecimiento de los niños amamantados desde el momento del nacimiento y sus márgenes de variabilidad. Su conocimiento ayuda a detectar precozmente una alteración del crecimiento como consecuencia de alguna enfermedad o de una mala alimentación y evita actuaciones incorrectas. Asimismo, se explica el manejo adecuado de las situaciones que afectan al crecimiento del lactante amamantado.

La segunda parte del artículo revisa la actualidad en lo referente a la alimentación complementaria. Dado que una nutrición adecuada durante los dos primeros años de la vida es crucial para asegurar un crecimiento y un desarrollo óptimos y prevenir enfermedades a corto y largo plazo, la introducción de nuevos alimentos en la dieta del lactante amamantado comprende conceptos fundamentales que han sido objeto de revisiones científicas recientes y de recomendaciones europeas e internacionales. En este documento se resumen brevemente las anteriores y los fundamentos que subyacen bajo sus propuestas, 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.

Palabras clave: Lactancia materna, Crecimiento y desarrollo, Nutrición infantil, Destete.

Abstract

Both child growth follow-up and feeding and nutrition issues are main activities in the Child Health and Development Supervision Program in Primary Care Pediatrics. In the first part of this article, normal growth parameters and their variability for the breastfed child are reviewed.

Its knowledge will enable the clinician to detect pathologic deviations from normality due to feeding problems or underlying illness and also to prevent overzealous however incorrect measures. Adequate management of certain situations which compromise breastfed infant growth and development are then tackled.

In the second part of the article appropriate complementary feeding issues are dealt with. Because adequate nutrition during the first two years of life are crucial to ensure optimal growth and development and to prevent early and late disease, the introduction of new foods in the diet of the breastfed infant are very important issues which have resulted in recent scien-

tific evidence reviews and European and international recommendations. The article summarizes these and also tries to dismantle certain frequent myths still present in popular knowledge and in the recommendations given by some health workers.

Key words: *Breastfeeding, Growth and development, Infant nutrition physiology, Weaning.*

Introducción

La ganancia de peso de los niños alimentados al pecho es distinta de aquellos alimentados con leche artificial. Desde abril de 2006 están disponibles las gráficas de crecimiento del estudio multicéntrico de la OMS, elaboradas a partir de una gran muestra de niños de diferentes etnias óptimamente alimentados (www.who.int/childgrowth/en/). La principal novedad de estas gráficas es que tienen un enfoque preceptivo, no sólo descriptivo. Este estudio demuestra que todos los niños de cualquier parte del mundo pueden alcanzar estatura, peso y desarrollo similares si se les proporciona una alimentación adecuada, una buena atención de salud y un entorno saludable. Es decir, nos proporcionan información acerca de "cómo debe crecer un niño".

Una escasa ganancia ponderal es un síntoma inespecífico que puede obedecer a muchas enfermedades distintas, aunque frecuentemente tan sólo se trata de una variación de la normalidad. Para el seguimiento es mejor utilizar el incremento de peso durante un período que el peso puntual en un momento determinado.

El control del peso debería realizarse siempre en la consulta ya que es un parámetro fiable que nos sirve para valorar si la ingesta de leche por parte del bebé es adecuada. Otros métodos propuestos para comprobar la cantidad de leche que la madre produce, como la doble pesada y el "biberón de prueba", no resultan útiles¹ y la extracción de leche requiere entrenamiento y paciencia por lo que puede que las primeras veces la madre no extraiga una cantidad significativa. Tras el período de recién nacido no tiene sentido el peso semanal, salvo en algunos casos con el objeto de reforzar la confianza de la madre.

Lactante que gana poco peso y retraso del crecimiento

Es habitual que los recién nacidos pierdan un 5-10% del peso de nacimiento y en algunos casos un poco más.

Aunque varios autores aportan límites distintos, en general, puede hablarse de un retraso de crecimiento si el recién nacido continúa perdiendo peso pasado el décimo día de vida², no ha recuperado el peso del nacimiento a las 2 semanas³

o está por debajo del P10 de incremento de peso al mes de vida². La ganancia de peso durante el primer año es^{4,5}: 20 g/día (0-6 semanas), 113-227 g/semana (hasta los 4 meses), 85-142 g/semana (4-6 meses), 42-85 g/semana (6-12 meses). En niños mayores, hablamos de retraso del crecimiento si el incremento de peso es menor de dos desviaciones estándar (DS) durante dos meses (niños menores de 6 meses) o durante tres meses (niños entre 6-12 meses) y la relación peso/talla está por debajo del percentil 5⁶.

Las características de las micciones (y menos las deposiciones) y la percepción de "crecida" por parte de la madre⁷ también son signos valiosos en los primeros días, pero más adelante su utilidad es limitada.

Es fundamental diferenciar dos situaciones bien distintas, cuyos casos extremos son^{2,8}:

- Lactante bien alimentado que gana poco peso: los pechos tienen un buen funcionamiento (pechos llenos y con buena eyección), las tomas son frecuentes y largas, el bebé moja más de 5-6 pañales al día con una orina pálida y diluida, sus deposiciones son normales, está alerta y feliz y responde al entorno.

- Lactante que está tomando poca leche y/o con retraso del crecimiento: el pecho está blando, la madre no se ha notado "la crecida", las tomas son escasas y cortas (a veces están continuamente pegados al pecho y nunca parecen satisfechos), el bebé moja pocos pañales con orina fuerte, las deposiciones son escasas y está apático, con llanto débil... Estos bebés pueden presentar una deshidratación hipernatrémica, por lo que es necesario realizar un seguimiento estrecho cada 24 horas. En la tabla I se especifican las causas del retraso del crecimiento^{2,9}.

Pautas que se deberían seguir:

- a) Realizar una valoración precoz del recién nacido (RN). Tras el alta hospitalaria todos los RN deberían ser visitados por un pediatra en las 48 horas siguientes¹⁰. Un niño "buencito" que duerme mucho puede que esté demasiado débil para mamar y esté perdiendo peso. A veces, un niño que mama mucho es posible que esté mal colocado.
- b) Valoración adecuada de la ganancia de peso y control hasta que el niño recupera el peso del nacimiento y estamos seguros de que todo marcha bien.

- c) Control clínico del niño
 - Explorar al RN para descartar patología (tabla I). Estado general.
 - Micciones (unos 5-6 pañales a partir del 4.º-5.º día).
- Deposiciones (normalmente un bebé hace más de 3/día en las primeras semanas y las deposiciones típicas tienen que aparecer en 5-7 días. A partir del segundo mes es muy frecuente

Tabla I. Etiología del retraso del crecimiento

Causas maternas

- Escasa producción
 - Enfermedad (desnutrición, deshidratación, shock)
 - Anatómica (agenesia, traumatismos, cirugía)
 - Hormonal (hipotiroidismo, déficit congénito de prolactina, retención de restos placentarios, síndrome de Sheehan)
 - Nutricional (desnutrición o deshidratación grave)
 - Farmacológica -anticonceptivos (estrógenos), levodopa, ergotóxicos, bromocriptina, cabergolina, plantas-
- Alteración del reflejo de eyección
 - Fatiga, dolor, estrés, aversión a la lactancia...
 - Tabaco
 - Alcohol
 - Medicamentos (opiáceos)

Causas infantiles

- Escasa ingesta
 - Tomas infrecuentes o cortas
 - Vaciado defectuoso por problemas de técnica (retraso en el comienzo, postura, agarre, succión, chupetes) u otras causas (anestesia, anoxia, prematuro, bajo peso, trisomías, alteración del SNC, hipotiroidismo, enfermedades neuromusculares)
 - Problema anatómico o alteración de la deglución (macrogllosia, labio leporino, frenillo sublingual, micrognatía, atresia coanas, disfagia tras la intubación...)
- Aumento de las pérdidas
 - Vómitos/diarrea -estenosis hipertrófica de píloro, catárticos (madre), alergia-
 - Malabsorción
 - Infección
 - Enfermedad (galactosemia, fenilcetonuria, fibrosis quística...)
- Aumento de las necesidades
 - Cardiopatía
 - Bajo peso
 - Hiperactividad (café, té, cola, alteración del SNC)

que no hagan deposiciones nada más que una vez cada varios días; las heces son blandas, típicas del lactante) (tabla II).

- d) Investigar las tomas:
- Problemas madre/pecho (tabla I).
 - Observación de una toma¹¹ (posición, chupetes, reflejo de eyección...) (tabla III).
 - Frecuencia y duración de las tomas.

tema del llanto. En muchos casos será conveniente establecer un control semanal hasta que la madre se sienta segura.

Cuando hay un problema de técnica de lactancia, lo esencial es conseguir una técnica adecuada. Las tomas, al menos ocho diarias al principio, deben prolongarse hasta que el bebé se suelte espontáneamente. Si el niño está utilizando chupetes, tetinas o pezoneras, deberían retirarse. Si el bebé está tomando suplementos, también deberían ir reduciéndose poco a poco y asegurarse de que no se ofrecen con tetina.

A veces un problema de técnica origina un síndrome de posición inadecuada¹²: un niño mal colocado produce grietas en el

Actuación

Sí todo va bien y la ganancia de peso es adecuada, es preciso tranquilizar a la madre, reforzar su confianza, explicarle cómo funciona la lactancia y qué es lo normal. Puede ser necesario abordar el

	1.º	2.ª	3.ª	4.ª	5.ª	6.ª
Micciones	1	2	3	4	5	6 (hasta 8)
Deposiciones	1	2	2	3	3	4 (hasta 12)

Posición correcta del bebé al pecho	Signos de buen agarre
- Cabeza y cuerpo en línea recta	- El mentón toca el pecho
- La cara mira hacia el pecho; la nariz frente al pezón	- La boca está muy abierta
- Madre y bebé muy juntos	- Labios evertidos
- Apoyo a las nalgas, no sólo a la cabeza y el cuerpo	- Mejillas redondas o aplanadas contra el pecho
	- Más aréola visible por encima de la boca
	- El pecho se ve redondeado

pezón y extrae leche menos eficazmente; extrae sólo la leche de inicio, que contiene más lactosa y menos grasa, por lo que necesita estar mucho rato agarrado al pecho. Esta lactosa es fermentada por las bacterias intestinales, produce distensión abdominal y origina molestias al bebé. Como el bebé tiene que ingerir gran cantidad de leche es fácil que vomite frecuentemente y los pechos de su madre suelen sufrir ingurgitación debido a la gran cantidad de leche que tienen que producir.

En caso de niños dormilones que no maman con fuerza debe recomendarse el reposo materno y lactancia "intensiva": es conveniente que la madre dedique todas sus energías a la lactancia, que guarde reposo, con el bebé siempre a su lado, para estar disponible para él de forma continua y despertar al niño, si éste no lo hace, para que realice unas ocho tomas o más diarias. Es muy importante obtener ayuda del padre u otros familiares para las tareas domésticas.

Puede ser útil exprimir leche en la boca del niño¹³: mientras el bebé está agarrado, la madre aprieta el pecho por su base y cambia cada cierto tiempo la posición de la mano. De esta manera se "fuerza" la salida de la leche cuando el bebé mama con poco vigor.

También debe recomendarse la extracción de leche de forma manual o con sacaleches. Si sale leche pero el niño no se la toma y sigue perdiendo peso, probablemente el bebé tiene alguna enfermedad que hay que investigar. Si sale leche, el niño la toma y engorda, probablemente existe algún problema de técnica que habrá que solucionar o, simplemente, es un niño pequeñito que chupa con poca fuerza y que necesita más tiempo para obtener suficiente leche por sí mismo.

Es muy normal que no salga nada o salga poco las primeras veces que la madre intenta extraerse ya que sacarse leche requiere paciencia y entrenamiento. También puede haber una hipogalactia verdadera (hipotiroidismo...) aunque ésta es muy infrecuente. En cualquier caso, mientras el niño no obtiene la leche que necesita, hay que darle leche artificial, preferiblemente hidrolizado¹⁴, con vasito, cuchara o jeringuilla, ya que hay que asegurar una ganancia correcta de peso. Cuando se hayan resuelto los problemas, podrá retirarse este suplemento. Algunos niños tienen alguna patología grave (SNC, prematuridad, anoxia, síndrome de Down...) con hipotonía importante y/o alteraciones de la succión (disfunción motora oral); en estos casos, ade-

más de lo ya comentado, puede ayudar el mantener al niño más vertical, utilizar una mochilita para tener las dos manos más libres o sujetar el mentón con la mano que sujeta el pecho (posición de bailarina)². Puede ser necesario el control cada 24 horas hasta que se comprueba que todo va bien y la ganancia del niño es la adecuada.

Si todo se hace correctamente, los galactogogos no suelen ser necesarios. Pueden utilizarse (metoclopramida 10 mg/8 h, sulpiride 50 mg/8 h o domperidona 20 mg/6 h) para acelerar el proceso, lo que suele tranquilizar mucho a la madre y a la familia, pero hay que tener en cuenta que por sí solos no resuelven el problema, de manera que constituyen un recurso secundario y no deberían administrarse como medida aislada ya que lo fundamental es que el bebé succione adecuadamente.

Cuando se ha introducido un suplemento de leche artificial hay que ir quitándolo, poco a poco, al tiempo que la madre se extrae leche para ir estimulando la producción y con un control de peso cada 2-3 días. En cualquier caso, los suplementos deberían ofrecerse con vaso, cuchara o suplementador para evitar las interferencias de la succión con tetina.

Alimentación complementaria

Definición: se entiende por alimentación complementaria la oferta de alimentos o líquidos a los lactantes para complementar la leche materna, no para sustituirla.

Momento de introducción de la alimentación complementaria

Las guías más recientes de la Unión Europea¹⁵, la OMS¹⁶ y la AEP (Comité de Lactancia)¹⁷ recomiendan ofrecer leche materna exclusiva desde el nacimiento hasta alrededor de los 6 meses e introducir la alimentación complementaria a partir de entonces (6 meses o 26 semanas) mientras continúa el amamantamiento frecuente y a demanda hasta los 2 años o más. Algunos niños pueden precisar, por necesidades específicas, la introducción de alimentos complementarios antes de los 6 meses y otros pueden rechazar la alimentación complementaria hasta los 8 meses¹⁵.

Se aconseja esperar hasta los 6 meses o 26 semanas porque la introducción más temprana de nuevos alimentos no ofrece beneficios¹⁸, no aumenta la ingesta calórica¹⁹ y puede condicionar un aumento de morbilidad e interferir con la absorción de nutrientes esenciales de la leche humana como el hierro y el cinc²⁰. Los sistemas digestivos, renal e inmune

no tienen la suficiente madurez y el desarrollo psicomotor hasta los 6 meses no es idóneo para introducir los nuevos alimentos (tabla IV).

Modo de introducción

Recordar que estos alimentos complementan, no sustituyen, la leche materna. Para ello se aconseja ofrecerlos después de las tomas de pecho durante el primer año de vida, atendiendo a las señales de apetito y satisfacción e intro-

duciendo sabores y texturas secuencial y progresivamente con intervalo de varios días a fin de detectar posibles intolerancias y dar tiempo al niño a acostumbrarse. La introducción lenta y progresiva de pequeñas cantidades de alimentos, sin forzar y en el momento en que el bebé muestra interés, contribuye a su aceptación, siempre que no se fuerce a comer al lactante muy hambriento o cuando claramente quiere el pecho.

Tabla IV. Maduración del lactante y alimentación complementaria

Desarrollo psicomotor	
6 meses	Puede llevarse cosas a la boca, inicia los movimientos de masticación, desaparece el reflejo de extrusión lingual y es capaz de llevar hacia atrás el bolo alimenticio para su deglución
8 meses	Se sienta sin apoyo, tiene suficiente flexibilidad lingual para tragar alimentos más espesos
10 meses	Puede beber con una taza, manejar una cuchara y coger alimentos con sus dedos. Puede comer alimentos grumosos.
12 meses	La mayoría puede consumir alimentos sólidos
Maduración digestiva	
Amilasa pancreática	Insuficiente a los 4 meses. A los 6 meses suficientemente madura para digerir almidones cocidos
Pancreasas y lipasas Barrera intestinal	A los 6 meses suficiente madurez para digerir proteínas y grasas no lácteas Los factores inmunomoduladores y tolerogénicas y la sIgA de la leche humana evitan el paso de antígenos e inducen maduración inmunológica más temprana
Maduración renal	
Función glomerular	A los 6 meses alcanza el 60% de la función adulta
Función tubular	Capacidad limitada para el manejo del sodio, fosfatos e hidrogeniones entre los 6 y los 12 meses

La consistencia y la variedad de los alimentos pueden aumentarse gradualmente de acuerdo con el desarrollo neuromuscular. Purés y papillas a los 6 meses, alimentos más espesos a los 8 meses, alimentos grumosos a los 10 meses y sólidos a los 12 meses, taza y cuchara desde los 10 meses.

Cantidad

Teniendo en cuenta las necesidades de energía en los lactantes europeos amamantados (menores que en los no amamantados)²¹, el aporte medio energético de la leche materna (75 kcal/100 cc), la ingesta media de leche materna (764 g/día)¹⁸ y la densidad calórica media de la alimentación complementaria en Europa, las necesidades estimadas de energía procuradas por la alimentación complementaria pueden verse en la tabla V²². Aunque no existen reglas fijas para el número apropiado de comidas, puede ser útil seguir las recomendaciones de la OMS (tabla V)¹⁶.

Qué y cuándo

Conviene recordar algunos hechos a la hora de seleccionar los nuevos alimentos:

- Una oferta variada de alimentos de elevada calidad nutricional ofrece mayor seguridad de alcanzar las necesidades nutricionales¹⁵.
- Las experiencias gustativas prenatales (líquido amniótico) y posnatales tempranas (leche materna) condicionadas por la dieta materna influyen sobre las preferencias en sabores y olores en el bebé¹⁸. La lactancia materna ofrece una adaptación más gradual y suelen aceptar mejor los nuevos alimentos de la dieta materna y rechazar los ausentes, como la vainilla de las papillas de cereales.
- El lactante tiene una preferencia innata por el dulce desde el nacimiento y no precisa aprender a que le guste el sabor salado, pero la preferencia por el resto de los alimentos está fuertemente influida por el aprendizaje y la experiencia:

Tabla V. Cantidad y raciones que hay que ofrecer durante la introducción de la alimentación complementaria

Edad (meses)	kcal/día	Número de raciones
6-8	130	2 ó 3
9-11	300	3 ó 4
12-24	580	3 ó 4 + 2 "aperitivos"

los lactantes desarrollan sus preferencias en relación con la frecuencia de exposición¹⁶.

- A los 6 meses los depósitos de hierro y cinc de muchos lactantes pueden estar deplecionados.
- 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. Una revisión sistemática de la evidencia observó la disminución del riesgo de desarrollo de enfermedad celíaca a mayor tiempo de lactancia y cuando el gluten se introdujo junto con la lactancia materna²³.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, las últimas recomendaciones europeas aconsejan¹⁵:

- Introducir en primer lugar alimentos ricos en hierro y cinc con buena biodisponibilidad (carnes, pescados, huevos o alimentos enriquecidos) y después otros como las frutas o los cereales.
- A partir de los 6 meses no hay razón aparente para retrasar la introducción de gluten, pescados o huevos en la dieta del lactante sano sin antecedentes alérgicos familiares.

- El lactante que recibe cuatro tomas de leche materna al día no precisa otros productos lácteos.
- Evitar alimentos excesivamente dulces o con sacarosa añadida (algunas papillas de cereales).

Puesto que se recomienda mantener la lactancia materna hasta los 2 años o más y la leche materna sigue teniendo propiedades nutritivas y calóricas hasta que se produce el destete natural, el pediatra debería dar todo su apoyo a las madres que siguen estas recomendaciones. Una vez que el niño ha cumplido el año, se puede aconsejar que se ofrezcan los alimentos antes de las tomas del pecho procurando que el lactante se adapte progresivamente a las costumbres y gustos familiares.

Guía práctica de introducción de alimentos

Edad: 6-7 meses

- Estadio inicial: al inicio son suficientes una o dos cucharadas. Es normal que al principio al lactante le cueste tomar el alimento o no sepa moverlo hasta el final de su boca y se le caiga o lo escupa. Ofrecer purés de un solo alimento, sin azúcar ni sal, como patata cocida o arroz 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, introducir nuevos sabores y mayor variedad de alimentos en forma de papilla o purés. El niño está listo para esta etapa cuando es capaz de mantenerse sentado solo y transferir objetos de una mano a otra. 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 no ofrecer alimentos demasiado dulces.

Edad: 8-11 meses

- La mayoría de los lactantes a esta edad pueden comer alimentos blandos que pueden coger por sí mismos, llevarlos a la boca (migas de pan, arroz, zanahoria o patata cocida...) y masticarlos.
- Cocer vegetales para ablandarlos y triturar o trocear las carnes en puré no muy fino. Ofrecer alimentos para comer por sí solos (zanahoria cocida, pera o pan) con cada comida; el pan puede untarse con mantequilla, margarina o aceite. Las sopas son bien aceptadas por los lactantes pero la capacidad limitada de su es-

tómago y la escasa densidad en nutrientes de estos alimentos hacen imposible que los coman en la cantidad suficiente para cubrir sus requerimientos. Es preferible ofrecer purés. Los alimentos con azúcar añadido, como algunas papillas de cereales, galletas, pasteles o bizcochos, deben desaconsejarse. La lactancia materna debe continuar ofreciéndose a demanda y otros líquidos es preferible ofrecerlos en taza o vaso. Los lactantes amamantados no precisan tomar derivados lácteos.

Edad: 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 lle-

vase 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 su consistencia o su forma (frutos secos, uvas, zanahoria cruda, piel de salchicha o calamar, caramelos...), así como la oferta de alimentos ricos en calorías vacías (excesivamente grasos). Tampoco se debe añadir sal a las comidas.

Alimentar de forma perceptiva²¹

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...). Se recomienda alimentar al lactante y al niño pequeño aplicando los principios de normas de alimentación perceptiva (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 animarlo 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 los ayudan deben armarse de paciencia. Siempre deben estar supervisados mientras comen.

Bibliografía

1. González C. El recién nacido. En: González C, editor. Manual práctico de lactancia materna. 1 ed. Barcelona: ACPAM; 2004. p. 27-48.

2. Crecimiento normal, retraso del crecimiento y obesidad en el lactante amamantado. En: Lawrence RA, editor. La lactancia materna, una guía para la profesión médica. 4 ed. Madrid: Mosby; 1999. p. 373-401.

3. Powers NG. How to assess slow growth in the breastfed infant. Birth to 3 months. *Pediatr Clin North Am.* 2001;48:345-63.
4. Dewey KG, Peerson JM, Brown KH, Krebs NF, Michaelsen KF, Persson LA, et al. Growth of breast-fed infants deviates from current reference data: a pooled analysis of US, Canadian, and European data sets. World Health Organization Working Group on Infant Growth. *Pediatrics.* 1995;96:495-503.
5. Cohen RJ, Brown KH, Canahuati J, Rivera LL, Dewey KG. Effects of age of introduction of complementary foods on infant breast milk intake, total energy intake, and growth: a randomised intervention study in Honduras. *Lancet.* 1994;344:288-93.
6. Fomon SJ, Nelson SE. Tamaño y crecimiento. En: Fomon SJ, editor. *Nutrición del lactante.* 1 ed. Madrid: Mosby/Doyma; 1995. p. 36-83.
7. Pérez-Escamilla R, Chapman DJ. Validity and public health implications of maternal perception of the onset of lactation: an international analytical overview. *J Nutr.* 2001;131:S3021-4.
8. WHO. Not enough milk. Update 1996;21. [Fecha de consulta 1/2/2007.] Disponible en www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/not_milk.pdf (traducción no oficial en español en www.aeped.es/pdf-docs/lecheinsuficiente.pdf).
9. Landa L. Hipogalactia. En: Comité de Lactancia Materna de la AEP, editor. *Lactancia materna: guía para profesionales.* 1 ed. Madrid: Ergon; 2004. p. 258-61.
10. 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 Esp Pediatr.* 2005;63:340-56.
11. Consejería en Lactancia Materna: curso de capacitación. WHO/CDR/93.4. UNICEF/NUT/ 93.2.
12. González Rodríguez CJ. Síndrome de la posición inadecuada al mamar. *An Esp Pediatr.* 1996; 45:527-9.
13. Newman J. Breast compression. [Consultado el 1/2/2007.] Disponible en www.bflrc.com/newman/breastfeeding/compres2.htm
14. Food allergen avoidance in the prevention of food allergy in infants and children. *Pediatrics.* 2003;111:1662-71.
15. EUNUTNET. Infant and young child feeding: standard recommendations for the European Union. 2006. [Consultado el 16/3/2007.] Disponible en www.burlo.trieste.it/old_site/Burlo%20English%20version/Activities/research_develop.htm
16. 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.
17. 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.
18. Special Issue Based on a World Health Organization Expert Consultation on Complementary Feeding Guest Editors: Bernadette Daelmans, Jose Martines and Randa Saadeh. *Food and Nutrition Bulletin*, vol. 24, no. 1. Japan: United Nations University Press; 2003.
19. Dewey KG. Nutrition, growth and complementary feeding of the breastfed infant. *Pediatr Clin North Am.* 2001;48:87-104.
20. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software; 2002.
21. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Principios de orientación para la alimentación complementaria

ria del niño amamantado. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2003. [Consultado el 16/3/2007.] Disponible en www.paho.org/Spanish/AD/FCH/NU/Guiding_Principles_CF.pdf

22. 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.

23. 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. *Arc Dis Child*. 2006;91:39-43.

