

Alimentación del niño sano de 0 a 2 años

Dra. Rosebel de Oliveira
Pediatra. Neonatóloga.
Secretaria Comité de Lactancia. Soc. Uruguaya de Pediatría



- *La recomendación mundial en alimentación infantil es ofrecer leche humana en forma exclusiva durante los primeros 6 meses de vida e iniciar la alimentación complementaria segura, inocua, adecuada y oportuna a dicha edad manteniendo la lactancia materna hasta los 2 años o más.*
- *Esta norma permite promover un crecimiento y desarrollo infantil óptimo para que el niño logre expresar sus máximas potencialidades genéticas.* ^(1, 2)

Introducción

La nutrición durante el período de embarazo y primeros años de vida es fundamental para el desarrollo del máximo potencial genético del niño. Este período tiene una acción de “*programación*” en el desarrollo, el crecimiento y la salud del individuo para toda su vida, estableciéndose las bases firmes para lograr una vida sana, útil y productiva en la edad adulta.⁽³⁾

Esta etapa es una “*ventana crítica*” del desarrollo, pues acciones realizadas en este período pueden tener consecuencias para toda la vida; por ejemplo: una nutrición inadecuada en el período fetal y primeros años de vida, no sólo ocasiona alteraciones del crecimiento, del desarrollo cognitivo y produce una mayor morbimortalidad, sino que conducirá a alteraciones profundas a largo plazo que alterará la capacidad de trabajo, se afectará la salud reproductiva y existirá una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles del adulto (enfermedades cardiovasculares, sobrepeso, obesidad, diabetes, enfermedades autoinmunes, patología ósea, alergias, ciertos tipos de cáncer, etc.), así como aumentará la mortalidad.^(4, 5)

Se podría decir que el bebé es “*programado*” en los primeros meses de vida para tener una óptima salud o no, en relación al tipo de alimentación que recibe. Un saludable inicio lo beneficiará para toda su vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2006, presentó el nuevo patrón de crecimiento infantil,

donde se confirma que todos los niños de 0 a 5 años crecen y se desarrollan dentro de la misma gama, si reciben una alimentación óptima, viven en un ambiente social y físico sano y reciben cuidados en salud y síquicos adecuados, independientemente de la raza, etnia o cultura. El nuevo patrón demuestra que las diferencias en el crecimiento infantil hasta los cinco años dependen más de la nutrición, de las prácticas de alimentación, el medio ambiente y la atención sanitaria que de los factores genéticos o étnicos.^(6, 7, 8)

De lo señalado surge la importancia de conocer y promocionar la forma óptima de alimentación de los niños en sus primeros años de vida.

Alimentación en el primer semestre

Para el primer semestre de vida la recomendación mundial es ***lactancia materna exclusiva***.

Lactancia materna exclusiva

La evidencia científica (OMS 2001)⁽¹⁾ que respalda la recomendación de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses señala que la introducción de alimentación complementaria antes de los 6 meses:

- lleva a una pérdida neta de nutrientes,
- incrementa la morbilidad y
- no se acompaña de una ventaja en el crecimiento de los niños.

A partir del año 2001 terminó el debate sobre la duración de la lactancia materna exclusiva.^(1,9)

Aún en condiciones óptimas, la introducción de alimentos complementarios antes de los 6 meses no mejora el crecimiento, tiende a desplazar a la leche materna y el niño se enferma más. Esperar a los 6 meses para introducir otros alimentos otorga beneficios potenciales que superan riesgos potenciales.

No se debe ofrecer al bebé otro alimento que no sea leche humana. No ofrecer jugos, ni té, ni agua, ni otras leches ni cualquier otro alimento en los primeros 6 meses de vida.

La leche humana (LH) es la mejor opción de alimentación del lactante por su calidad, cantidad y biodisponibilidad de nutrientes. La LH no es solo un alimento, es considerado un tejido vivo. Se caracteriza por ser un fluido complejo que contiene compuestos bioactivos como enzimas, hormonas, anticuerpos, factores inmunológicos, prebióticos, poliamidas, nucleótidos, oligosacáridos, células vivas (neutrófilos, linfocitos, células madre) además de proteínas de alto valor biológico, lactosa, grasas, vitaminas y minerales.^(10, 11, 12, 13)

La leche humana cubre todos los requerimientos energéticos y las necesidades nutricionales durante el primer semestre de vida siendo inimitable, insuperable e inigualable. La lactancia ofrece al niño beneficios desde el primer momento del nacimiento que se prolongan por muchos años.

Entre los beneficios para el niño se destaca el menor riesgo de presentar:

- enfermedades infecciosas (diarreas, otitis, neumopatías, meningitis),
- muerte súbita del lactante,
- enfermedades atópicas,
- asma,
- enfermedad inflamatoria intestinal (Crohn, colitis ulcerosa),
- leucemia infantil,
- diabetes 1,
- diabetes 2,
- sobrepeso,
- obesidad.

También se ha señalado en los niños amamantados una mayor agudeza sensorial, una organización biocronológica y del estado de alerta más adecuado, un patrón afectivo-emocional más equilibrado y armónico. Presentan también un mayor desarrollo sicomotor, una mejor capacidad de aprendizaje, menos trastornos del lenguaje y un mayor coeficiente intelectual.^(12, 13, 14)

Pero no todos son beneficios para el niño, también **la madre se beneficia** al amamantar, con evidencia de protección para el cáncer de ovario y de mama, diabetes 2, ayudando también a fortalecer el vínculo madre-niño.⁽¹³⁾

Para **la sociedad** también se destacan beneficios económicos y ambientales al descender los costos en salud de los

gobiernos o familias y disminuye el ausentismo laboral materno vinculado a las enfermedades de los hijos.⁽¹³⁾

Para lograr una lactancia exitosa es importante poner en contacto al recién nacido con su madre inmediatamente después del parto, iniciar la lactancia en la primera hora post parto, brindarle una alimentación a libre demanda con mamadas frecuentes evitando el uso de otros líquidos y tetinas.⁽¹⁵⁾

La lactancia materna exclusiva (LME) con mamadas frecuentes es capital para estimular la producción óptima de leche, especialmente en las primeras horas de vida. La producción de leche no es estática, se adapta a las demandas del niño, a mayor demanda, mayor producción.

Alimentación en el segundo semestre y segundo año de vida

La recomendación mundial a partir de los 6 meses de vida y por lo menos hasta los 2 años es **lactancia materna más alimentación complementaria**.

Lactancia materna más alimentación complementaria

A los 6 meses de vida la lactancia materna exclusiva no alcanza para cubrir los requerimientos nutricionales y energéticos, y el lactante está preparado para recibir otros alimentos. La alimentación complementaria se define como: *“el proceso que comienza cuando la leche materna sola ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los lactantes, y por ende otros alimentos y líquidos son necesarios además de la leche humana”*. Esta es ofrecida al niño junto a la lactancia materna, siendo un alimento que complementa la leche humana. El rango de edad óptimo para la alimentación complementaria es de los 6 a los 24 meses, si bien la lactancia más allá de los 24 meses puede continuarse, existiendo evidencia de que sigue siendo beneficioso para el niño y para la madre.^(14, 16, 17)

La leche humana a partir de los 6 meses sigue siendo un alimento de alta calidad energética, es fácil de digerir por sus enzimas que contribuyen a la digestión y absorción de otros alimentos, además sigue ofreciendo protección frente a agentes infecciosos (reduce morbilidad y severidad de las infecciones), continúa fortaleciendo el vínculo madre-niño y los niños que mantienen la lactancia tienen un patrón de crecimiento diferente.⁽¹⁰⁾

El lactante está preparado a los 6 meses para iniciar la alimentación complementaria desde el punto de vista digestivo, renal y neurológico.

La alimentación complementaria debe ser segura, inocua, adecuada y oportuna.^(16, 17, 18)

- **Segura e inocua:** implica desarrollar buenas prácticas de higiene en la preparación y conservación de los alimentos. Servirlos con utensilios limpios y enseguida de su preparación. Evitar el uso de biberones, pues es

difícil mantenerlos limpios. La incidencia más elevada de enfermedades diarreicas ocurre durante el segundo semestre de vida, los biberones son una ruta importante de transmisión de patógenos y la contaminación de los alimentos es causa de diarrea infantil.

- **Oportuna:** debe de iniciarse a los 6 meses, cuando las necesidades de energía, proteínas y micronutrientes sobrepasan lo que puede proporcionar la lactancia natural exclusiva.
- **Adecuada:** debe proporcionar energía, proteínas y micronutrientes suficientes para satisfacer las necesidades nutricionales de un niño en crecimiento. Es importante ofrecer una información precisa y apoyo a la familia, difundir técnicas caseras y comunitarias para aumentar la densidad calórica del alimento, la biodisponibilidad y el contenido de micronutrientes respondiendo a los valores culturales, las costumbres, la accesibilidad y el costo de los alimentos.

Recomendaciones para la alimentación complementaria

- Alimentar a los lactantes directamente y a los mayores asistirlos cuando ya coman solos.
- Alimentar despacio y con paciencia, animarlos a comer sin forzarlos.
- Alimentar en el mismo lugar.
- Emplear utensilios que identifique como propios.
- Si hay rechazo (neofobia) probar con combinaciones de sabores, texturas (repetir oportunidades para que las acepten: 8-10 exposiciones es la media para la aceptación de un nuevo alimento).
- Minimizar distracciones.
- Son momentos de aprendizaje y amor, hablar con ellos y mantener el contacto visual.
- No asociar a reproches, castigos ni tampoco a premios.

Cantidad

Comenzar con cantidades pequeñas e ir aumentando a medida que el niño crece mientras se mantiene la lactancia materna. Se asume una capacidad gástrica de 30 ml/kg. La energía necesaria de los **alimentos complementarios** entre los 6 y 8 meses es de 200 kcal/día (615 kcal/día es la energía total), entre los 9 y 11 meses de 300 kcal/día y entre los 12 y 24 meses de 550 kcal/día. Estos cálculos

se realizaron basados en una ingesta promedio de leche materna según edad (OMS). La densidad energética de los alimentos complementarios tiene que ser de 1.07 a 1.46 kcal/g, con una densidad energética mínima de 0.8 kcal/g. En el segundo año de vida la leche humana aporta aprox. el 40% de la energía total que necesita el niño^(16, 18) (ver Tabla 1).

Consistencia

Aumentar la consistencia y la variedad a medida que el niño crece. Se inicia la alimentación complementaria con una papilla, puré suave que apenas deslice en el plato, puede ser papa, polenta, arroz o fideos bien cocidos, combinados con zapallo, calabaza o zanahoria sin sal con el agregado de aceite vegetal. A la semana se debe agregar una cucharada colmada de carne no grasa y cocida (vaca, cerdo, cordero, pollo) o menudos. La fruta de estación, madura y pisada se puede ofrecer unas horas luego de la comida. A los 8 meses pueden consumir alimentos con sus dedos. El puré puede contener algunos grumos y la carne puede ser picada en trozos pequeños. Evitar alimentos cuya consistencia o forma implique un riesgo de bloqueo de la vía aérea (uvas enteras, nueces, maní, etc.) A los 12 meses puede comer alimentos sólidos, igual al resto de la familia.^(16, 18)

Frecuencia

Entre los 6 y 8 meses se recomienda 2 a 3 comidas, y entre los 9 y 11 meses 3 a 4 comidas, para integrarse a la mesa familiar a los 12 meses de vida. Luego del año debe recibir 3-4 comidas al día además de 1 o 2 meriendas nutritivas (una fruta, un trozo de pan, queso). Las meriendas se definen como alimentos entre comidas, generalmente los niños las consumen por sí mismos.^(16, 18)

Variedad

Se debe tener en cuenta la disponibilidad de los alimentos en el hogar y en la comunidad, pero se debe asegurar que cubran las necesidades nutricionales. La seguridad en la preparación y también las actitudes, creencias y conductas de quienes están a cargo del niño son elementos a tener en cuenta.

El rechazo a nuevos alimentos puede ser normal y a través de una reiteración en la oferta se va a estimular la aceptación. Se favorece su introducción al prestar atención al

Tabla 1

Requerimientos energéticos del niño ^(17,18)			
Edad	6-8 meses	9-11 meses	12-24 meses
Necesidad de energía total kcal/día	615	686	894
Energía que aporta la leche humana	415	386	344
Energía de alimentación complementaria	200	300	550
% de energía de la alimentación complementaria	33%	45%	60%
Nº de comidas	2-3 y 1-2 meriendas	3-4 y 1-2 meriendas	3-4 y 1-2 meriendas

sabor, textura, olor, color y variedad de los alimentos. Se aconseja introducir un nuevo alimento por vez, luego de 2 días introducir un 2º alimento, y así sucesivamente.

Se recomienda acompañar las comidas con agua sobre el final, para calmar la sed y en cantidades de entre 50 y 100 ml.⁽¹⁹⁾

Deben de extremarse las medidas de higiene para evitar la contaminación de los alimentos en su preparación y conservación.

Las frutas y verduras ricas en vitamina A deben consumirse diariamente.

Debe consumirse carne, aves, pescado o huevo diariamente.

Ofrecer dietas con un contenido adecuado de grasas, para proveer ácidos grasos esenciales, además facilita la absorción de vitaminas liposolubles y mejora la densidad energética y las cualidades sensoriales de la dieta.^(16, 20)

En el carné de salud del niño (MSP) que se entrega a todo recién nacido, se detalla el esquema de alimentación del lactante y la variedad de alimentos que se ofrecen a partir de los 6 meses⁽²⁰⁾ (ver Figura 1).

Evitar

- Bebidas o jugos con bajo valor nutritivo.
- Colorantes: tartrazina, amarillo crepúsculo.
- Alimentos con preservantes (nitritos): embutidos.
- Caldos, jugos.
- El agregado de sal.

Vitamina D, hierro

Es necesario indicar vitamina D, 400 UI/día desde el nacimiento hasta los 12 meses. Si es posible la exposición solar: 30 min/semana vestido con pañal, 2 h/semana vestido sin gorro, se puede prescindir de la vitamina D en los meses de verano.

A partir de los 4 meses para los lactantes de término se recomienda suplementar con hierro elemental 2 mg/Kg/día hasta los 2 años de vida. Para la prevención de la deficiencia de hierro en el lactante se recomienda el clampeo tardío del cordón umbilical durante el parto (1 a 3 minutos), así se asegura el pasaje de unos 80-100 ml de sangre de la placenta al recién nacido.^(20, 21, 22, 23, 24, 25)

Sucedáneos de la leche materna.

Alimentación complementaria industrial

En aquellas situaciones en que no es posible la lactancia materna, está justificado indicar un sucedáneo de la leche humana. Se debe elegir la opción más adecuada, teniendo en cuenta la edad del niño, las condiciones socioeconómicas y la disponibilidad del producto. Se acompañará de cuidadosa explicación de la preparación, condiciones de higiene, conservación, reconstitución, medidas y tipo de agua.⁽¹⁰⁾

Para el primer semestre se indican preparados para lactantes industriales de inicio. Son preparadas en base a

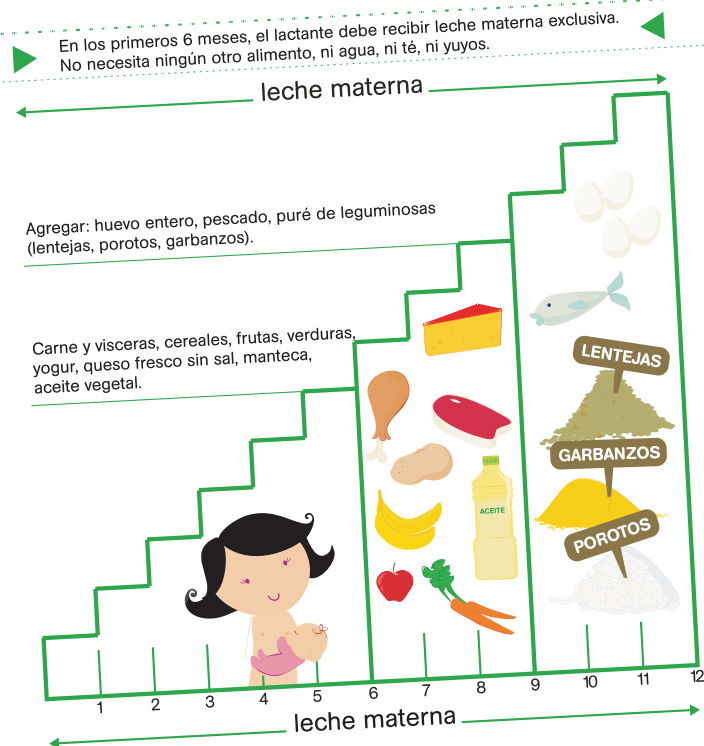
Cuadro 1

Buenas prácticas de alimentación en los consultorios⁽²¹⁾

1. La institución cuenta con una política explícita que promueve, protege y apoya las buenas prácticas de Alimentación del Lactante y del Niño/a Pequeño/a y ésta es sistemáticamente puesta en conocimiento de todo el personal y es accesible a los usuarios.
2. El equipo de salud está capacitado para instrumentar esta política.
3. En la atención de la mujer embarazada, el equipo de salud:
 - facilita y promueve los controles;
 - la suplementa con hierro;
 - la orienta para mejorar su alimentación;
 - incluye sistemáticamente el examen de mamas en la consulta obstétrica, y lo registra en el carné de control de la embarazada.
 - difunde el derecho de ser acompañada por quien ella elija durante el parto.
4. El equipo de salud promueve entre las mujeres embarazadas:
 - los beneficios de la lactancia materna y la importancia de la libre demanda;
 - los beneficios del contacto piel a piel y el valor de prender el bebé al pecho lo antes posible después del parto;
 - la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y el inicio de la alimentación complementaria;
 - las adecuadas técnicas de lactancia, incluyendo la extracción manual y la conservación de la leche.
5. El equipo de salud:
 - promueve y facilita la concurrencia del niño/a a los controles;
 - permite la participación del padre, madre y/o referente familiar en la consulta del niño/a,
 - jerarquiza que la familia comprenda la evolución del crecimiento de su niño/a.
6. El equipo de salud observa directamente la técnica de amamantamiento durante los primeros controles del niño/a; tiene las habilidades y destrezas para detectar los factores de riesgo y actúa en consecuencia.
7. El equipo de salud,
 - Promueve y estimula entre las madres de los lactantes:
 - la lactancia a libre demanda;
 - la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses;
 - la introducción oportuna de la alimentación complementaria;
 - la prolongación de la lactancia hasta los dos años de vida del niño/a.
 - Está en conocimiento de las escasas razones aceptables para prescribir otro alimento o bebida que no sea la leche materna a los menores de 6 meses.
8. El equipo de salud asesora a la mujer sobre técnicas de extracción y conservación de la leche y sobre los recursos necesarios para resolver la separación temporal de su bebé.
9. El Consultorio promueve la introducción de alimentos complementarios adecuados e inoocuos a partir de los 6 meses.
10. El consultorio cuenta con un sistema propio de apoyo y promoción de la lactancia materna.
11. El Consultorio respeta y el equipo de salud conoce y aplica el Código de Comercialización de Sucedaños de la Leche Materna.

Figura 1

Alimentación en el 1º año



*La vitamina D se debe dar:

- A todos los lactantes desde abril a noviembre.
- A los prematuros o de raza negra durante todo el año.
- La dosis recomendada es de 200 a 400 UI / día.

El hierro se debe dar:

- En los niños prematuros, gemelares y/o bajo peso al nacer, a partir del primer mes de vida.
- En los niños de término alimentados con pecho exclusivo o con leche de vaca a partir del 4º mes de vida.
- En todos los casos, si no reciben alimentos fortificados con hierro, se prolongará el aporte suplementario de hierro hasta los 24 meses.

A partir del año se integra a la mesa familiar evitando comidas con salsas picantes, embutidos, frituras y bebidas gaseosas. Incorporar remolacha, frutilla, kiwi, tomate y rabanito.

* Basado en recomendaciones del Programa Nacional de Nutrición - MSP y Sociedad Uruguaya de Pediatría.

Reproducción del Esquema de alimentación en el Carné de salud del niño/a, Ministerio de Salud de Uruguay

proteína de leche de vaca modificada, existiendo en el mercado varios productos disponibles (*Similar Advance, Nan, Sancar*). Si se administra un preparado industrial en forma exclusiva no se requiere el aporte de vitamina D ni de hierro.

Para el segundo semestre se encuentran los preparados industriales de seguimiento. Si no es posible obtener estos productos industriales, la segunda opción es indicar un preparado artesanal de leche de vaca fluida, diluida, (3/4 partes de leche entera y 5% de azúcar) para disminuir la concentración de proteínas y de sodio, agregando sacarosa para mantener el valor calórico adecuado. No se recomienda la leche de vaca fluida entera antes de los 12 meses de vida.

Los alimentos complementarios procesados industrialmente también son una opción para algunas mujeres que tienen medios para comprarlos e instalaciones para prepararlos y ofrecerlos sin peligro. Estos alimentos deben seguir las normas FAO/OMS del Codex alimentarius.^(2, 16)

“Buenas prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño”

El MSP y especialmente el Programa Nacional de la Niñez con el motivo de mejorar la calidad de la atención

de salud de la embarazada e implementar políticas de adecuada alimentación del lactante y niño pequeño, (para lograr cumplir el compromiso asumido por el país ante la ONU, de los Objetivos de Desarrollo del Milenio), con el apoyo del PNUD y de UNICEF, lanzaron la estrategia “Buenas prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño” (BPA), para ser implementada en todos los servicios de salud del país que asisten a embarazadas y niños.^(21, 27)

Las “Buenas prácticas” es una propuesta para ser desarrollada en maternidades y consultorios. Su cumplimiento permitirá cambiar rutinas institucionales y asegurará un crecimiento y desarrollo infantil óptimo. Su cumplimiento forma parte de las metas asistenciales sugeridas por el MSP para los servicios de salud. En el documento Estrategia mundial⁽²⁾ de la OMS se asegura que -las prácticas de alimentación inapropiadas y sus consecuencias han demostrado ser grandes obstáculos al desarrollo socioeconómico sostenible y a la reducción de la pobreza-, las Instituciones que cumplan las “Buenas prácticas” luego de recibir la evaluación externa acreditarán como Servicio que cumple las BPA y recibirán el reconocimiento público por parte del MSP, UNICEF y el PNUD. Se adjuntan las 11 buenas prácticas de alimentación (*ver Cuadro 1*).

Bibliografía

1. OMS. Consulta de expertos sobre la duración óptima de la lactancia materna exclusiva. Conclusión y recomendaciones. Ginebra, 28-30 marzo 2001.
2. OMS. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. 54ª Asamblea Mundial de la Salud. 18 mayo 2001.
3. Koletzko B. Early nutrition and its later consequences: new opportunities. Springer. The Netherlands. 2005.
4. Symonds M E, Budge H, et al. Experimental evidence for long term programming effects of early diet. In Early nutrition and its later consequences: new opportunities. Advances in experimental medicine and biology. Vol 569. Springer. The Netherlands. 2005. 24-32.
5. Bateson P, Barker D, et al. Development plasticity and human health. Nature 2004;430:419-421.
6. OMS. Departamento de nutrición para la salud y el desarrollo. Patrones de crecimiento infantil de la OMS. 2006.
7. WHO Multicentre Growth Referente Study Group. Enrolment and baseline characteristics in the WHO MGRS. Acta Paediatrica 2006;Suppl 450:7-15.
8. WHO Multicentre Growth Referente Study Group. Complementary feeding in the WHO MGRS. Acta Paediatrica 2006;Suppl 450:25-37.
9. RED URUGUAYA DE APOYO A LA NUTRICIÓN Y DESARROLLO INFANTIL. Evidencias científicas que respaldan la recomendación de lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes. Montevideo, 2001.
10. American Academy of Pediatrics. Policy Statement. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 2005;115:496-506.
11. Lawrence RA, Lawrence RM. Bioquímica de la leche humana. En: Lactancia materna. Una guía para la profesión médica. 6 ed. Madrid. Elsevier. 2007. 111-182.
12. Lawrence RA, Lawrence RM. Factores de resistencia del huésped e importancia inmunológica de la leche humana. En: Lactancia materna. Una guía para la profesión médica. 6 ed. Madrid. Elsevier. 2007. 183-229.
13. León-Cava N, Lutter CH. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia. OPS. Programa de Alimentación y Nutrición. Washington. 2002.
14. Lucas MJ, Girona MA, Barreiro L y Martínez L. Nutrición y alimentación en los primeros años de vida. 2008. Udelar. Montevideo.
15. Norma Nacional de lactancia materna. MSP DIGESA. Montevideo 2009.
16. OPS. OMS. Unidad de nutrición salud de la familia y comunidad. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. 2003.
17. Buenas prácticas de alimentación del niño/a de 6 a 24 meses. Cooperazione Italiana. UNDP UNICEF. 2006. Andicor. Uruguay.
18. Bove I, Cerruti F. 33 meses en los que se juega el partido: 33 ideas para jugarlo. UNICEF/RUANDI. Tradinco. Montevideo. 2009.
19. Cerruti F, Bove I. Los primeros olores de la cocina de mica. UNICEF/RUANDI. Tradinco. Montevideo. 2009.
20. Carné de salud del niño. MSP. 2007.
21. Buenas prácticas de alimentación del lactante y del niño/a pequeño/a. MSP DIGESA. Programa Nacional de Salud de la Niñez. 2008. Del Est Sot. Uruguay.
22. Ceriani JM, Cernadas MD, et al. The effect of timing of cord clamping on neonatal venous hematocrit values and clinical outcome at term: A randomized, controlled trial. Pediatrics 2006;117(4):779-786.
23. Chaparro CM, Neufeld LM, et al. Effect of timing of umbilical cord clamping on iron status in Mexican infants: a randomised controlled trial. The Lancet 2006;367:1997-2007.
24. Lozoff B, De Andraca I, et al. Behavioral and developmental effects of preventive iron-deficiency anemia in healthy full-term infants. Pediatrics 2003;112:846-854.
25. Guías para la prevención de la deficiencia de hierro. MSP DIGESA. Montevideo 2007.
26. Buenas prácticas de alimentación del lactante y del niño/a pequeño/a en maternidades y consultorios. Cooperazione Italiana. IMM. MSP UNDP UNICEF. 2006. Andicor. Uruguay.