



TEXTURAS EVOLUTIVAS EN LA INTRODUCCIÓN DE NUEVOS ALIMENTOS

Realización
ACADEMIA & GE-NutPedia



ACADEMIA
ESPAÑOLA DE
NUTRICIÓN
Y DIETÉTICA

Grupos de especialización
GE-NutPedia



ACADEMIA
ESPAÑOLA DE
NUTRICIÓN
Y DIETÉTICA



CON EL APOYO DE:



CGD-NE
Consejo General de
Dietistas - Nutricionistas
de España

Editores

Brunner O*
Fuentes MJ*
Ortigosa B
López AM.

Coordinadora

Olga Brunner

TEXTURAS EVOLUTIVAS EN LA INTRODUCCIÓN DE NUEVOS ALIMENTOS

Tras la primera publicación de este documento, este permanecerá abierto para ser revisado cada dos años. Usando tanto las aportaciones de D-N y TSD como una nueva revisión bibliográfica.

Para evitar que las críticas constructivas se pierdan por las redes sociales, os pedimos que las enviéis directamente a: nutpedia@academianutricion.org para tenerlas en consideración.

* Estos autores han trabajado a igual carga editora.

** La imagen de portada ha sido escogida con la intención de presentar diferentes texturas de una forma divertida. Siendo conscientes que los arándanos se deben ofrecer: partidos o triturados, debido a su forma esférica pequeña y su riesgo de atragantamiento.



RESUMEN

Debido al debate actual existente entre si es mejor alimentar al bebé a base de papillas o por el contrario, empezar la alimentación complementaria directamente con BLW, se crea este documento, cuya finalidad es encontrar las texturas más adecuadas en cada momento, atendiendo a diferentes factores, como son: el desarrollo digestivo, el ritmo de dentición, las habilidades psicomotoras y la prevención de asfixia o atragantamiento. Teniendo como base la evidencia científica más actual encontrada y primando el principio de precaución. En dicho texto, además de evaluar las texturas más adecuadas, también comentamos cómo llevar a cabo cada una de ellas.

La finalidad de este documento es encontrar las texturas más adecuadas en cada momento, atendiendo a diferentes factores



INTRODUCCIÓN

El periodo de la alimentación complementaria o *beikost*, es un periodo de adaptación a los nuevos alimentos de una forma progresiva y lenta. A través del cual, el bebé pasará de alimentarse únicamente de leche materna a conseguir alimentarse como el resto de la familia, siguiendo su propio ritmo. Lo más adecuado, es que durante esta etapa se complementa el pecho con los nuevos alimentos, y no al contrario, hasta que se produzca un destete paulatino recomendado a partir de los 2 años, o hasta que la madre y bebé lo deseen, tal y como aconseja la OMS. Le ofreceremos alimentos especialmente seleccionados de entre los principales grupos y adaptados a las diferentes texturas (líquidas, semilíquidas y sólidas) de forma diaria y en cantidad adecuada a su edad. Debemos tener en cuenta, que aunque a partir del año se ofrezca la misma comida que al resto de la familia (siempre que esta sea saludable, salubre y de sabores suaves), las texturas deben seguir estando adaptadas al ritmo de dentición, el fortalecimiento de la mandíbula y el desarrollo psicomotor, que permitirá manipular los distintos utensilios de la vajilla y los alimentos para comer con las manos. La introducción de alimentos es un gran paso en la evolución y autonomía del bebé, que se debe realizar sin prisas, ni nervios, dejando fuera pautas antiguas y sin prestar atención a las modas pasajeras. Por eso es importante conocer y observar mucho al bebé ya que será este el que dé las pistas de si está preparado para comer una textura u otra.

Uno de los objetivos de este artículo, es analizar si el método BLW (Baby Led Weaning) y si la propuesta de texturas y consistencias que fomenta, es adecuada para todos los bebés o no. Y si lo son, determinar a qué edades se debe potenciar una u otra.

Para elaborar nuestras recomendaciones y tablas, nos hemos basado en la evidencia científica más actual encontrada, aunque no es un tema que se haya investigado en profundidad. Uno de estos estudios es el de Carruth, el cual demuestra que no todos los bebés están preparados para comer al mismo momento, aunque alrededor de una fecha aproximada, un gran número lo puede estar. Por eso, estas tablas, hacen referencia a bebés sanos nacidos a término y con un correcto crecimiento. Pero, para no discriminar al colectivo de bebés más vulnerables (prematuros y con retraso en el crecimiento) hemos decidido crear otra tabla, donde también se aplicará la evidencia científica, el principio de precaución y el sentido común para dar unas recomendaciones más concretas a este colectivo. La encontrarás en posteriores publicaciones.



DESARROLLO DEL CONTENIDO

Uno de los objetivos de la OMS para el 2025 es conseguir que la lactancia materna sea exclusiva hasta los 6 meses y alargarla hasta los 2 años o más. Indican esta fecha, porque la mayoría de los bebés suelen estar preparados para comer (psicomotora y digestivamente) y por tanto pueden usar tanto las técnicas del BLW (Baby Led Weaning) o “finger foods” o las convencionales de cuchara y purés. Esta también es una fecha en que coincide que las necesidades de crecimiento y desarrollo están aumentadas, siendo insuficientes los micronutrientes aportados a través de la leche como la vitamina D, hierro, yodo, DHA... La lactancia materna puede aportar el 50% de las necesidades del bebé hasta el primer año de edad e incluso 1/3 hasta los 24 meses. Pero hay otros organismos oficiales como la Sociedad Europea y Norteamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN Y NASPGHAN) que adelantan la fecha entre la semana 17 y la 26, porque consideran que la mayoría de bebés ya están suficientemente desarrollados a nivel de maduración renal, inmunológica, gastrointestinal y neurológica. Desde la Academia Española de Nutrición y Dietética y aplicando el principio de precaución, te recomendamos que antes de aconsejar a un padre una textura o un tipo de alimento, te asegures que cumple con los requisitos, por los cuales el bebé está preparado para comerla, independientemente si está en la semana 17 o a los 6-7 meses. Por suerte todos los organismos oficiales coinciden que esta introducción de alimentos nunca debe ser antes de los 4 meses ni posterior a los 7 meses.

A continuación te ofrecemos una serie de tablas, como pruebas o guías que te ayuden a identificar si un bebé está preparado para comer y digerir los alimentos adecuadamente, así como a escoger la textura más óptima según su ritmo de maduración.

EVOLUCIÓN DIGESTIVA

Al igual que otros órganos, el aparato digestivo está inmaduro en el momento del nacimiento y va madurando hasta los 3 años, edad que se equipara más a las características fisiológicas del aparato digestivo del adulto. Esta tabla 1, te puede servir de guía, para escoger el mejor alimento y potenciar su biodisponibilidad para que sea correctamente digerido y asimilado. Y para ello, habrá que modificar la textura a partir de distintas técnicas culinarias y correctas combinaciones. De este modo, ayudaremos a que el bebé tenga un correcto desarrollo. En la siguiente tabla, se reflejan algunos de los datos más significativos de la fisiología digestiva que te ayudarán a entender mejor el proceso de alimentación en este rango de edad.

TABLA 1. Evolución digestiva del bebé de los 4 a 36 meses

Meses	Desarrollo
4 a 6 meses	<p>Digestión de las grasas: ⁽¹⁻⁴⁾ El bebé tiene un aporte calórico del 50% que proviene de consumir un 6,6g de grasa láctea /kg peso/día.</p>
	<p>Lipasa lingual: niveles óptimos para hidrolizar en el estómago los triglicéridos de cadena corta y media. Se mantiene activa pese a la acidez estomacal.</p>
	<p>Lipasa gástrica o Esterasa gástrica: Niveles óptimos para hidrolizar los triglicéridos de cadena media y larga.</p>
	<p>Lipasa pancreática: 100% aprox. respecto al adulto. Esta enzima es importante, porque las anteriores lipasas se inactivan en el duodeno.</p>
	<p>Lipasas de la leche materna (lipoproteín lipasa y lipasa estimulada por ácidos biliares): estas enzimas se mantienen estables a pH de 3,5 y no son hidrolizadas por las enzimas proteolíticas intestinales, por lo que los lactantes podrán digerir mejor las grasas frente a los bebés alimentados con fórmula. Este beneficio se reduce del 90-95% al 70% si se consume leche materna congelada y calentada al baño maría a < 100°C.</p>
	<p>Sales biliares: menor capacidad para concentrarlas en la vesícula que en un adulto. Presenta un 50% las sales tauroconjugadas y un 5% las glicinoconjugadas. Su “pool” biliar es 50% menor que el adulto, siendo su secreción, reabsorción de sales biliares intestinal y captación hepática, deficitaria. Presenta una concentración duodenal de 1-2 mMol/l cuando se necesitan 2-5 mMol/l para formar micelas y solubilizar correctamente las grasas, además de un pH 7-8. Entre los 2-7 meses se establece el modelo conjugado con la glicina. A pesar de todo esto, el lactante no presenta problemas relacionados con este déficit fisiológico de la secreción biliar.</p>
	<p>Interacción calcio-grasas: la alta ingesta de calcio de los bebés interfiere en la absorción de las grasas, esto no pasará en bebés más grandes.</p>

> Sigue Tabla 1

4 a 6 meses	Digestión de los hidratos de carbono: ^(2,3,5,6)
	<p>La absorción de monosacáridos: es capaz de absorber entre el 50-60% ya desde el nacimiento.</p> <p>Amilasa salival o Alfa amilasa: deficitaria hasta los 6 meses, pero toleran cantidades de 5,5-6g/Kg peso/día de almidón al inicio y que se podrán incrementar progresivamente. Los polímeros del arroz o maíz se hidrolizan mejor, por eso se suele iniciar con cereales bajos en gluten como estos. Para hacer su función necesita un pH óptimo es 6,9 por lo que se inactiva (pH 4) en el estómago.</p> <p>Amilasa pancreática: tiene niveles bajos e inicia su actividad a los 4 meses, pero cuanto más almidones consuma más aumentará. Esta limitación se compensa con la amilasa lingual y enzimas intestinales.</p> <p>Glucoamilasa (maltasa), Glucoamilasa-maltasa, Isomaltasa: enzimas intestinales. Tienen valores similares a la de niños grandes o adultos por lo que obtiene bien glucosa a partir de almidón-amilopectina, almidón-amilosa y maltodextrinas.</p> <p>Amilasa de la leche materna: resiste a la acidez del estómago y actúa en el intestino. Su actividad es similar a la amilasa salival y a la pancreática a esta edad. Permite obtener maltosa, maltotriosa y poca glucosa.</p> <p>Lactasa: suficiente para la digestión de los hidratos de carbono, su concentración es mayor que en el resto de la vida. Pueden hidrolizar hasta 60g/día, pero un 40% no se absorberá y será fermentado en el colon.</p> <p>Sacarasa: niveles similares al adulto (al nacer era 70%) por lo que obtiene bien glucosa-fructosa a partir de sacarosa.</p> <p>Trehalosa: Valores de adulto, por lo que obtiene bien la glucosa a partir de trehalosa.</p>
4 a 6 meses	Digestión de las proteínas: ^(2-4,7)
	<p>Pepsina: es muy baja durante el primer año de vida y necesita un pH óptimo igual que el adulto 1,5 a 4 para actuar. Pero parece ser que no es un problema ya que las secreciones pancreáticas son suficientes para hidrolizarlas.</p> <p>Ácido clorhídrico: tiene un 50% del valor adulto. A los 3 meses ya tiene 1 mEq/H/Kg (valor mínimo para un adulto) y a los 6 meses, 2 mEq/H/Kg. Entre los 4-6 meses alcanza los valores del adulto.</p> <p>Gastrina: valores normales o elevados.</p> <p>Peptidasas: comparables o superiores a los adultos.</p> <p>Sistemas de transporte de aminoácidos de membrana: tiene unas concentraciones más altas que en el resto de la vida.</p>

> Sigue Tabla 1

4 a 6 meses	Otros datos de interés: (3, 5, 6, 8-10, 17)
	<p>Factor intrínseco: a partir de los 6 meses comienza absorber la B12 apropiadamente, antes no, ya que nacen sin FI y luego va en aumento hasta valores al 100% del adulto para asegurar la absorción de B₁₂.</p> <p>El RGE (Reflujo gastroesofágico): es un proceso fisiológico normal que presentan el 50% de los bebés y que desaparece espontáneamente entre los 6- 12 meses. Importante tenerlo en cuenta, por si se tiene que espesar aún más las texturas.</p> <p>Enteroquinasa: 50% aprox. de los valores del año de vida.</p> <p>Tripsina: niveles adecuados, similares al de un niño de 2 años.</p> <p>Péptidos regulatorios: produce una respuesta neuroendocrina madura que le permite alimentarse con leche desde el nacimiento.</p> <p>El peristaltismo: 1/3 parte que la del adulto.</p> <p>Los cólicos y diarreas postprandiales: deberían haber cesado.</p> <p>Inmunidad digestiva: es capaz de sintetizar células plasmáticas en la lámina del tubo digestivo como las IgAs que predominan en un 85% y van en aumento hasta los 2 años y su relación con IgM y IgG es de 20:3:1. El resto de IgM y IgG en una proporción de 20:3:1. Importante tenerlo en cuenta, para la elección de alimentos alergénicos.</p> <p>Microbiota: con la introducción de alimentos distintos a la leche materna, la flora bacteriana se modifica, las bifidobacterias continúan siendo predominantes, pero aumentan la enterobacterias (klebsiella, enterobacter y E.Coli), así como otras bacterias. La relación bacterias anaerobias: aerobias es de 100:1. Importante escoger alimentos prebióticos para fomentar un correcto equilibrio microbiano.</p> <p>La filtración glomerular: es inmadura durante el primer año. A los 3 meses tienen 60 - 70 ml /min/ 1.73m². Según las guías KDIGO 2013, equivale a un estadio 2 ERC (ligero descenso de FG), ya que los valores normales son > 90 ml /min/ 1.73m². Por eso es importante no introducir ni la sal ni el azúcar u otros endulzantes antes del año, para evitar platos osmolarmente altos que carguen al riñón.</p>
6 a 11 meses (2,4,5,11)	Amilasa salival o Alfa amilasa: va aumentando con la edad.
	<p>Amilasa pancreática: va en aumento hasta los 13 años.</p> <p>Quimotripsina: a los 6 meses sus niveles ya son adecuados (al nacer ya tenía el 50% del valor adulto).</p> <p>Lipasa pancreática: alcanza los niveles de un adulto.</p> <p>Sales biliares: a los 8 meses tiene una correcta reabsorción.</p>

> Sigue Tabla 1

<p>12 meses (2-5,9,12)</p>	<p>Pepsina gástrica: ya no es tan baja como al inicio, por lo que la digestión de las proteínas es más eficiente.</p>
	<p>La capacidad del estómago: es de 300 ml para la mayoría de los bebés, aunque se puede personalizar aplicando 30 ml/Kg peso.</p>
	<p>Tolerancia del almidón: al 99% unos 170g/día.</p>
	<p>Sales biliares: la concentración continúa siendo baja en comparación a la de un niño mayor o adulto.</p>
	<p>Filtración glomerular: aumenta 100 – 110 ml / min/ 1.73m².</p>
	<p>El RGE (Reflujo gastroesofágico): desaparece totalmente entre los 12-24 meses^(29,30), a no ser que esté ligado a una patología.</p>
	<p>Amilasa pancreática: va en aumento hasta los 13 años.</p>
<p>24-36 meses (2, 4, 5, 13)</p>	<p>Amilasa pancreática: va en aumento hasta los 13 años.</p>
	<p>Pepsina gástrica: alcanza los valores de adulto.</p>
	<p>IgAs: valores adecuados, por lo que son más eficientes a luchar contra antígenos o microbios de la misma manera se reduce el riesgo de sensibilización y autoinmunización ante agentes ambientales.</p>
	<p>RGE (Reflujo gastroesofágico): a los 24 meses desaparece totalmente.</p>
<p>> 36 meses (2,3,5,11,14)</p>	<p>Tripsina, quimotripsina, carbopeptidasa y enteroquinasa: alcanzaran los valores del adulto.</p>
	<p>Ácido estomacal: posee valores del adulto.</p>
	<p>Células inmunológicas: migración hacia el tubo digestivo completa.</p>
	<p>Amilasa pancreática: continuará en aumento hasta los 13 años.</p>

RITMO DE DENTICIÓN

Ofrecer una textura u otra también está relacionado con la aparición de los dientes, ya que la función de estos, es preparar los alimentos para facilitar la digestión. Cuanto más triturado esté el alimento más posibilidad de ponerse en contacto con la amilasa o lipasa salival de la boca para iniciar la digestión de una forma óptima. Tanto si les ha salido algún diente como si no, esta función masticatoria la asumen sus encías. Pero estas no permiten cortar alimentos, solo moler. Por este motivo, los alimentos para comer con las manos deben ser muy blandos o bien, que se pueda reblandecer a medida que los van chupando. También hay que tener en cuenta, que la aparición de los dientes está relacionada con el crecimiento y con la lactancia materna, ya que esta influye en la erupción temprana de los dientes pudiendo suponer una ventaja evolutiva⁽⁴⁵⁾, lo que nos da una pista más de si el bebé está del todo preparado para asimilar las texturas de la tabla 4.

Te mostramos esta tabla de ritmo de dentición para que puedas hacer unas recomendaciones más personalizadas a cada bebé.

TABLA 2. Ritmo de dentición ^(47,48)		
Edad	Clase	Funcionalidad
4 - 6 meses	Encías	Hasta la salida de los primeros dientes, morder con sus duras encías, aunque de forma ineficiente. Si el bebé es capaz de comer a trozos deben ser muy blandos, fáciles de masticar y que se deshagan en la boca. Dependiendo de la textura que se ofrezca se desarrollará con más o menos velocidad esta respuesta de masticar con las encías.
6 - 10 meses	Incisivos (8 unid.)	Ya puede cortar alimentos de forma más eficiente, por lo que puede cortar alimentos blandos y semiblandos, además de continuar con purés y alimentos fáciles de masticar y que se deshagan en la boca.
12 meses	La mayoría tiene 6 y 8 unidades	Si no es el caso de tu paciente, mejor que lo consulte con el pediatra ya que hay varias causas. A priori no es preocupante, sobre todo si van apareciendo en orden.
14 meses	Los premolares (4 unid.)	Sirven para moler los alimentos un poco más duros. Como aún no tienen el segundo molar es mejor evitar los muy duros, sobre todo aquellos pequeños y redondos por riesgo de asfixia.
18 meses	Los caninos (4 unid.)	Sirven para desgarrar alimentos cómo hincarle el diente a un bocadillo o desgarrar un trozo de jamón...
2 a 3 años	Los molares (4 unid.)	Son más grandes que los anteriores y también sirven para triturar los alimentos, facilitará la molienda y la emulsión con la ptialina.
3 años	Dentición completa con 20 unidades de dientes de leche. Ya son bastante eficientes comiendo, pero los alimentos con riesgo de atragantamiento o asfixia es mejor esperar hasta los 4 años. O bien modificar la textura p.e.: moler los frutos secos y las semillas.	

ADQUISICIÓN DE LAS HABILIDADES PSICOMOTORAS

Existe gran variedad de edades para alcanzar los hitos motores, perfectamente compatibles con un normal crecimiento, pero gran parte de los niños los desarrollan alrededor de un momento determinado, esto lo demostró Carruth, quién diseñó un estudio transversal, en forma de encuesta telefónica, donde los cuidadores informaban periódicamente de la evolución de los hitos de maduración, las habilidades para la autoalimentación, el número de dientes y la ingesta de energía y nutrientes. El seguimiento se realizó a 3022 niños, con edades comprendidas entre los 4 y los 24 meses de edad. Las edades en las que se mostraron los hitos en el desarrollo y la erupción de los dientes se encontraba dentro del rango de edad esperado, dichos datos podemos verlos en la tabla 3⁽¹⁸⁾. Aunque siempre debemos adaptarnos a la evolución del bebé concreto, apoyarnos en los estudios científicos es fundamental para guiarnos y conocer el progreso de la población general.

TABLA 3. Adquisición de las habilidades psicomotoras en lactantes de 4 a 24 meses según el Estudio Carruth 2004 (Modificada de 18, 19)

	4-6 m	7-8 m	9-11 m	12-14 m	15-18 m	19-24 m
Sujeción de la comida con la mano	68%	96%	98%	NR	NR	NR
Retirar la comida de la cuchara con los labios sin derramar mucho	NR	77%	88%	90%	96%	97%
Uso de la cuchara sin derramar mucho	NR	5%	11%	29%	64%	88%
Uso de taza con asas y tapa sin ayuda	NR	42%	70%	91%	96%	99%
Uso de un vaso normal de 100 ml	NR	R	10%	14%	34%	57%
Come alimentos que necesitan masticarse	NR	53%	87%	95%	99%	99%

Hay que tener en cuenta que según el estudio Carruth, en la mayoría de casos existe una correlación entre el aumento de consumo de energía y nutrientes y el desarrollo temprano a alimentarse (7 a 14 meses), aunque en todos los casos el aporte fue adecuado. Las habilidades de autoabastecimiento se consiguen entre los 15 y 18 meses, independientemente del método con el que empezaran a comer.

TEXTURAS EVOLUTIVAS

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente mostrado y basándonos en las recomendaciones de organismos oficiales y la evidencia científica, proponemos la siguiente tabla evolutiva, donde comenzaremos por los purés espesos e iremos cambiando texturas hasta alcanzar la alimentación del resto de la familia.

TABLA 4. Texturas evolutivas en bebés que están preparados para comer		
Edad	Capacidad y desarrollo motor ^(6, 17, 18, 20, 21)	Texturas ^(17, 19, 21-30)
4 - 6 meses	<p>Puede abrir la boca ante una cuchara, antes de que se inicie la alimentación complementaria.</p> <p>Regulación total de la ingesta.</p> <p>1/3 de los bebés, se sientan con algo de apoyo.</p> <p>95% puede sentarse con la cabeza estable.</p> <p>Intenta agarrar los alimentos solos pero cierra las manos antes o después de tiempo.</p> <p>5 meses: Inicio del movimiento de masticación. Es capaz de sujetar la cuchara pero no para autoalimentarse.</p>	<p>Líquido.</p> <p>Semilíquido: en caso de ser necesario por necesitar requerimientos especiales o estar preparado, puede tolerar puré fino</p>
6 meses	<p>Disminuye el reflejo de extrusión.</p> <p>Puede mover los alimentos de un lado a otro de la boca (desde la introducción de los sólidos grumosos).</p> <p>Puede morder, disolver y masticar alimentos suaves.</p> <p>Comienza a masticar de forma vertical pequeños trozos de alimentos.</p> <p>50% puede sentarse sin apoyo.</p> <p>La mayoría suele alcanzar, tomar y sostener alimentos de un tamaño adecuado a sus manos o bien un biberón o taza.</p> <p>Si se ofrecen trocitos suaves grandes, muchos de los bebés cerrarán la boca a esta edad.</p> <p>6-8 meses. Puede succionar líquido de una taza.</p> <p>Entre 6 a 12 meses. El reflejo de cerrar la boca como una mordaza va disminuyendo.</p> <p>Antes de los 7 meses, necesita la ayuda de los padres para que limpie la cuchara haciendo un movimiento de inclinación hacia arriba, aunque si lo hace solo no derrama mucho.</p> <p>Distingue bien los sabores agradables (dulce, ácido) y desagradables (amargo, salado).</p>	<p>Líquido.</p> <p>Semisólido:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Puré espeso pero fino (mayoritariamente). - Puré espeso pero suave granuloso - Puré espeso con algún grumo (alguno al día o semana): para potenciar su función motora y favorecer que pierdan el reflejo de cerrar la boca como una mordaza tolerando antes otras texturas. <p>Dejar experimentar con la comida, para fomentar la autonomía comiendo y perder la neofobia.</p>

> Sigue Tabla 4

<p>7 meses</p>	<p>Entre 7 a 8 meses, el 77% puede cerrar los labios superiores para limpiar la cuchara sin derramar mucho. Aparecen los primeros incisivos. Comienza a masticar y hacer movimientos de masticación giratorios. Capacidad de sentarse sin apoyo permitiendo mayor movimiento de brazos para alcanzar alimentos con los dedos o la cuchara. Puede dar uno o dos tragos de una taza sostenida por el padre. 95% puede sentarse sin apoyo. Puede pasar la cuchara o alimento de una mano a otra.</p>	<p>Igual que en 6 meses pero cambiando las frecuencias. Semisólido: - Purés espeso finos ocasionales - Puré muy espeso con suaves grumos (a diario) Sólido: Finger foods blandos, alguno al día o a la semana Experimentar con la comida.</p>
<p>8 meses</p>	<p>Entre 8-12 meses, puede cortar alimentos un poco más duros (cuando los incisivos centrales han salido). Intenta comer con cuchara torpemente. Comienza a beber de una taza cerrada. Puede alimentarse con sus manos. Puede enfrentarse a masa con sólidos más duros. Puede adelantar la cabeza rápidamente para comer lo que se le ofrece en cuchara.</p>	<p>Igual que en 7 meses. Sólidos: - Triturado, molido, con grumos, chafado, finamente picado. - Finger foods. - Legumbres sin piel, o pasadas por el chino. Experimentar con la comida.</p>
<p>9 meses</p>	<p>Inicio del agarre de pinza con el dedo índice y el pulgar. Entre 9-11 meses, el 97% de los bebés se sienta sin apoyo. Interés claro por alimentarse por sí mismo. Logra coger la cuchara por sí solo sin derramar mucho. 9-10 meses: puede beber en taza sostenida por ellos solos.</p>	<p>Igual que en 8 meses. Se abre la ventana para iniciar la alimentación a trozos blandos y así no tener problemas futuros con la comida y la textura. Experimentar con la comida.</p>
<p>10 meses</p>	<p>Usan sus dedos en forma de pinza de forma precisa. Limpieza de la cuchara con los labios.</p>	<p>Igual que en el mes 9. Experimentar con la comida.</p>

> Sigue Tabla 4

11-12 meses	<p>Empieza a beber de una taza abierta. Se alimentan por sí mismos. Reconocen la comida por la vista el olfato y el sabor. Puede hacer frente a la mayoría de las texturas, pero no es totalmente maduro para masticar. Mastica y realiza los movimientos masticatorios correctamente. A final de año y hasta los 2 años mejora su motricidad fina para coger cosas con los dedos, así, primero comerán con las manos, luego con los dedos y finalmente con los utensilios.</p>	<p>Igual que en el mes 10. Se puede iniciar la comida en familia adaptada. Algunos platos a la semana. Experimentar con la comida.</p>
1 año	<p>Es capaz de sostener la taza solo y beber 4 a 5 sorbos. De 1 a 4 años, va aceptando todo tipo de texturas pero de forma progresiva, ya que su masticación no es 100% eficiente. 91% de los niños usan una taza con asas y tapa sin ayuda. Los bebés que toleran los grumos a los 6 meses, a los 12 mastican con eficacia.</p>	<p>Comida en familia adaptada. Ofrecer todas las texturas de forma progresiva, sin olvidar las iniciales, para que no pierda la costumbre de comer cualquier textura. Experimentar con texturas y alimentos nuevos.</p>
14-15 meses	<p>Los bebés imitan la conducta alimentaria y se animarán a probar alimentos nuevos si un adulto lo intenta en primer lugar. 64% de los niños usan la cuchara sin derramar mucho. 34% beben en un vaso normal de 100 ml.</p>	
1-2 años	<p>Imita a los padres comiendo de forma más efectiva respecto al 6 mes que eran muy pobres.</p>	
2 años	<p>Imita a los padres y lo que hacen los demás niños que lo rodean. Tolera la mayoría de alimentos familiares, siempre que se le haya enseñado a comer correctamente una dieta variada y sana. 97% de los bebés saben limpiar la cuchara con el labio superior. Las preferencias a esta edad predicen las preferencias a lo largo de la vida.</p>	
3 a 4 años	<p>El niño cambia sus preferencias alimentarias para asemejarse a otros compañeros de clase. A los 4 años ya no hay peligro de atragantamiento. Es tan hábil masticando como un adulto, aunque siempre hay que vigilar que coman sentados y no de pie o jugando, ya que un mal gesto o tropiezo puede hacer que se atragante independientemente de la textura del alimento.</p>	

NOTAS DE LA TABLA:

- Todas las edades y rangos de este cuadro, son orientativas. Dependen de las habilidades innatas del bebé y de la interacción con el entorno⁽¹⁷⁾, ya que hay bebés que están preparados para comer antes de los 6 meses y otros que tardan algo más. Para apoyar a los bebés a que se desarrollen eficazmente, las texturas de los alimentos se deben modificar y adaptar a las necesidades individuales de cada bebé.
- Tenemos indicios de que el bebé está preparado para comer, cuando⁽²⁸⁾:
 - Tiene alrededor de 6 meses de edad.
 - Se sienta con apoyo y mantiene la cabeza erguida.
 - Ha desaparecido el reflejo de extrusión.
 - Abre la boca cuando se le ofrece con una cuchara.
 - Gira la cara, en sentido de negación, si no quiere comida.
- Estimular el desarrollo de una masticación eficiente y completa durante los primeros años de vida, aportará muchos beneficios tanto en el momento actual como en la edad adulta, influirá en el proceso de saciedad y la mejor absorción de nutrientes⁽³¹⁾.
- Tal y como apuntan Le Révérend, et al.⁽³²⁾, Larsson, tras estudiar dos poblaciones de niños, en las cuales a unos se les administra pan duro para roer a partir de los 6 meses y a los otros se les alimenta con alimentos blandos durante 1 o 2 años, llega a la conclusión que existe correlación entre la consistencia de los alimentos y el desarrollo de la cavidad oral. Dicho resultado también lo apoya la comunidad de ortodoncia, quienes sugieren que los alimentos más blandos impiden el desarrollo muscular y óseo, y por lo tanto son responsables de muchas de las atrofias.
- Para que la aceptación de las nuevas texturas sea buena, es importante que estén adaptadas a la capacidad de masticación del niño, así como exponer tempranamente y permitir que manipulen dichas texturas. Respecto al crecimiento orofacial, debemos tener en cuenta, que no finaliza hasta los 18 años de edad, si ofrecemos diversas texturas durante el destete y no sólo purés, ayudamos a que dicho crecimiento se desarrolle con mayor facilidad^(25, 31).
- Las estadísticas que salen en la tabla son del estudio Carruth pero hay que tener en cuenta que: en el caso de que un niño, presente retraso en la dentición o en el desarrollo psicomotor, no sería fiable atender a estas estadísticas y deberíamos prestar especial atención a las texturas y vajillas que se le presentan para que sean adecuadas a su propio ritmo de desarrollo.

¿CÓMO COCINAR O PRESENTAR LAS DISTINTAS TEXTURAS?

Los sistemas culinarios que a continuación se explican, únicamente hacen referencia a cómo conseguir cada textura evolutiva, no tienen en cuenta que sean buenas combinaciones para potenciar la digestibilidad y absorción de nutrientes, o cómo cocinar los alimentos para que haya la mínima pérdida nutricional posible y que al mismo tiempo sean salubres y con la mínima o nula contaminación posible. Estas variantes se desarrollarán en posteriores ediciones.

HERRAMIENTAS CULINARIAS

Para preparar la comida del bebé se pueden utilizar distintos instrumentos como son: batidora, picadora, molinillo de café, pasapurés con distintas cuchillas para variar la textura, tamiz, colador, mortero, gasas de algodón, platos y tenedor.

TEXTURAS EVOLUTIVAS

Líquido: leche materna, leche de fórmula, agua de baja mineralización y otros líquidos sanos como caldos, zumos de frutas naturales con su fibra, aguas vitaminadas con frutas y verduras, batidos caseros nada o poco dulces (a partir del año)... Las infusiones o sueros fisiológicos solo usar en ocasiones clínicas y bajo supervisión.

Semilíquido: en la mezcla se usa más líquido (leche materna o de fórmula, agua de la cocción, caldo, zumo natural) que alimento sólido. Se cocina, si es preciso, se tritura finamente y se pasa por una gasa de algodón y se exprime con las manos limpias o se pasa por un colador de agujeros finos y se chafa con un mortero. P.e.: leche materna con alguna cucharada de puré de fruta o de cereal precocinado.

Semisólido:

- Puré espeso pero suave: se elimina el líquido sobrante de haber cocinado la mezcla y se tritura la mezcla hasta que quede muy fino. Si lo agarras con una cuchara y la mueves el contenido no se cae con facilidad. Normalmente se consigue con tubérculos o frutas no granulosas como el boniato, patata, plátano...

- Puré espeso pero suave granuloso: igual que la textura anterior, pero escogiendo alimentos que por su naturaleza ya nos dé esta textura granulosa, como sería el caso de triturar una manzana en lugar de un plátano. Si necesitas espesar la textura de frutas trituradas se puede añadir papillas de cereal bien cocido y triturado. O bien poner el puré en un colador para que filtre el líquido sobrante dando unos golpecitos contra el cuenco.

- Puré muy espeso pero suave con algún grumo⁽²⁹⁾: el procedimiento es el mismo que el anterior, pero se reserva una parte para ser triturada bastante y la otra parte se tritura finamente para que quede más cremoso. A continuación, se mezclan ambos en el mismo recipiente. También puedes reservar un poco de la mezcla y machacarla con el mortero o tenedor y luego mezclar con el puré fino⁽²³⁾ o bien reservar la carne o pescado y desmenuzar lo o picar lo por separado para luego mezclarlo con el puré espeso pero fino. Si lo agarras con una cuchara y la giras no se debe caer el contenido, debe ser una textura agradable que no se quede encallada en el cuello.

Finger foods, son alimentos blandos que se pueden agarrar con las manos: alimentos al vapor o de consistencia suave o madura, cortados de forma alargada o de triángulo y lo suficientemente grandes para que el bebé los pueda agarrar y comer sin tener que abrir la mano⁽³²⁾, como p.e.: un arbolito de brócoli al vapor, una tiras de tofu, plátano pelado dejando la piel abajo para que el agarre sea mejor⁽³²⁾, pan sin sal, triángulos de queso fresco (antes año) y semicurado (>12 meses)... o bien recetas que se haya adaptado para comerse con las manos, cocinadas a la plancha o al horno, p.e.: hamburguesas, croquetas, bolas, empanadillas, palitos, bocadillos... todos ellos caseros y con ingredientes sanos, teniendo en cuenta tanto versiones vegetales como animales.

Trocitos: carne, pescado o huevo o tofu cocido que esté blando y cortarlo en tamaños de como mínimo 1,3 cm para evitar problemas de atragantamiento o bien desmenuzado con las manos⁽²³⁾.

Comida en familia adaptada: significa que todos los miembros de la familia comen lo mismo pero que se cambian algunos condimentos como especias, cantidad de sal o salsa o bien que al plato del bebé simplemente se le aplica alguna técnica culinaria como: chafar, triturar, picar, desmenuzar, cortar... para facilitar la masticación del bebé⁽²⁸⁷⁾. Los niños pequeños en sus inicios se cansan de masticar y no pasa nada si empiezan comiendo trocitos y luego se les ayuda aplicando alguna de las técnicas propuestas.

Experimentar con los alimentos: significa que durante la comida o fuera de ella, se le ofrecen alimentos al niño para que vea que tienen distinto olor, color, forma, textura, consistencia y sabor. Los bebés los toman como si fuese un juguete nuevo que lo lamen (por lo que tiene que estar limpio y no ser un alimento de riesgo como un huevo), muerden, lo tiran al suelo para ver que ruido hace... y así se fomenta el aprendizaje de comer, aprenden a controlar su fuerza para no chafar, a ponerse trozos de tamaño adecuado a su boca...

Experimentar con texturas y alimentos nuevos: esto significa que los padres pueden ofrecerle alimentos modificando la temperatura (p. e.: granizado de solo fruta congelada) o bien texturas como gelatinas suaves con base de frutas o leches o texturas más cremosas como algunas natillas caseras con base de aguacate y plátano.

ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES

- Por precaución los padres deben vigilar aquellos **alimentos que tienen más riesgo de aspiración y asfixia**. En etapas más tempranas se debe excluir aquellos alimentos que puedan causar riesgo de atragantamiento, e informar a los padres de las técnicas de emergencias por si se encontrasen en la situación (aunque de una forma no alarmante). Así evitaremos todo aquello que tenga forma redondeada u ovalada, pequeña y/o dura que pueda obstruir las vías respiratorias, algunos ejemplos son: salchichas, manzana, zanahoria, hojas de lechuga o brotes y apio crudos, cerezas, uvas, bayas, tomates cherry sin partir por la mitad, guisantes, granada, maíz entero, frutos secos enteros o mal triturados, pasas, patatas fritas, palomitas (por sus pieles), biscotes, pan tostado, caramelos⁽³³⁾, mini-gelatinas tipo golosina y otros alimentos que vengan en envases que se tengan que estrujar y succionar pe.: purés, yogures... si se da es mejor vaciar el contenido en una cuchara para evitar riesgo de asfixia por aspiración^(34, 35) ...
- Hay que evitar alargar los purés, papillas o potitos más allá de los 10 meses. Ya que se considera una **ventana crítica** en la introducción de los alimentos. Si por comodidad de los padres, no se ofrecen ya alimentos sólidos a trocitos el lactante tendrá más problemas en aprender a comer de todo y de cualquier textura^(23, 27).
- Vigilar con las texturas viscosas, porque el bebé tarda más en deglutirlas y aunque su composición nutricional sea adecuada, los aportes pueden ser insuficientes. Un ejemplo serían los guisos de consistencia más líquida. Por lo que es importante ofrecer una viscosidad adecuada para que el bebé sea capaz de comer más cantidad⁽²⁷⁾. Se les puede añadir algún tipo de espesante natural como maicena, kudzu, agar... O triturando parte de las verduras, tubérculos, cereales o legumbres para espesar el plato.



CONCLUSIONES

Existe gran variedad de edades para alcanzar los hitos motores; relacionados con el acto de comer, perfectamente compatible con un normal desarrollo⁽¹⁸⁾. Por lo que hay que alentar a los padres que observen mucho a sus hijos ya que será el bebé, el que les dé pistas, de que está preparado para saltar de una textura a otra. Y para saberlo la única forma es: probando y observando con mucha cautela y sentido común.

Para que la aceptación de las nuevas texturas sea buena, es importante que estén adaptadas a la capacidad de masticación del niño, así como exponer tempranamente y permitir que manipulen dichas texturas^(25, 31). La introducción de la alimentación complementaria debe ser lenta, progresiva y coherente con la erupción de los dientes y la capacidad para masticar⁽¹⁸⁾. El cambio progresivo de textura, aún cuando no hayan salido los dientes, fomenta el endurecimiento de las encías y el desarrollo de la cavidad oral^(20, 31).

Estimular el desarrollo de una masticación eficiente y completa durante los primeros años de vida, aportará muchos beneficios tanto en el momento actual como en la edad adulta, influirá en el proceso de saciedad y mejora la absorción de nutrientes⁽³¹⁾.

Para desarrollar el crecimiento óptimo del niño, es muy recomendable aumentar gradualmente la consistencia de los alimentos, incluso cuando esto requiera más tiempo por parte de los cuidadores⁽²³⁾. Sin olvidar que los trocitos y grumos debería producirse antes de la ventana de edad crítica de 10 meses para evitar el riesgo latente de dificultad alimentaria asociada con la introducción tardía^(23,23).

Después de analizar varias guías de introducción de alimentos y sobre el BLW la mayoría no aconseja confiar en este método para bebés prematuros o con retraso en el desarrollo⁽³⁶⁾. En estos casos no aconsejamos seguir la tabla 4.

Probar y observar con mucha cautela y sentido común, las pistas para saltar de una textura a otra



BIBLIOGRAFÍA

1. Macías S, Rodríguez S, Ronayne de Ferrer P. Leche materna: composición y factores condicionantes de la lactancia. Arch Argent Pediatr 2006; 104(5):423-430
2. Rojas C, Guerrero R. Nutrición clínica y gastroenterología pediátrica. Bogotá-Colombia. Ed. Panamericana; 1999 p.26
3. Carmuega E. Aspectos fisiológicos de la alimentación en el primer año de vida. [Internet] Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. [Consultado 25-01-2017] Disponible en: http://www.fmed.uba.ar/depto/alim_n_sano/Boletin_CESNI_fisiologia_lactante%5B1%5D.pdf
4. Gil A. Tratado de nutrición.. Nutrición humana en el estado de salud. 2ª ed. Vol. 3 Editorial Médica Panamericana, S.A.; 2010. p. 208-211
5. Noguera R. Manual de Pediatría. Costa Rica: 2009.
6. Moro M, Málaga S, Madero L. Cruz. Tratado de Pediatría. 11ª ed. 2014. Madrid: AEP. Editorial Médica Panamericana, S.A.;2014
7. Cilleruelo ML, Fernández S. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHP-AEP. [Internet]. 2ª ed. Madrid. Ediciones Ergon; 2010. p. 85-96 Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/gastritis.pdf>
8. Clínica Dam [internet]. Madrid: 12 enero 2017 [Consultado 16 febrero 2017]. Disponible en: <https://www.clinicadam.com/salud/5/001155.html>
9. Leal de la Rosa J, Marta García M. Patología digestiva y muerte súbita del lactante. En: Izquierdo I/ AEPED. Libro blanco de la muerte súbita infantil. 3 ed. Madrid. Ediciones Ergon; 2013. p. 171-79
10. Gorostidi M, Santamaría R, Alcázar R, Fernández-Fresnedo G, M. Galcerán J, Marián Goicoechea M, et al.Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica Nefrología 2014;34(3):302-16
11. Posada A, Gómez JF, Ramírez H. El niño sano. Editorial Médica Panamericana, S.A.; 2006. p. 274
12. OMS.La alimentación del lactante y del niño pequeño. Alimentación complementaria.[Internet] OMS;2009. [Consultado 16 febrero 2009] Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/La-alimentacion-del-lactante--capitulo-modelo-para-libros-de-texto.pdf>
13. González C, Carmen Frontela C, Peso P, López R, Martínez C. Empleo de fórmulas infantiles antiregurgitación en lactantes. Efecto sobre la disposición del mineral. Rev Chil Nutr. 2011; 4 (38): p. 482-490.
14. Montenegro R, Guerrero L. Nutrición Clínica y Gastroenterología Pediátrica. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 1999. p. 24-25.
15. Martín V, M.a R. Molina MR, Gómez C. Duración de la lactancia materna, erupción de los primeros dientes temporales y desarrollo antropométrico alcanzado a los dos años de vida. Nutr Hosp. 2006; 21(3): 362-368 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112006000300012
16. Torres M. Desarrollo de la dentición. La dentición primaria. Ortodoncia.ws [Internet] 2009. [Consultado 12 enero 2017]; Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art23.asp>
17. Infant & toddler forum. Developmental stages in infant and toddler feeding. Feeding young children: practical advice from experts. [Internet] 2014 [Consultado 24-01-2017] Disponible en: <http://www.infantandtoddlerforum.org>
18. Carruth BR, Ziegler PJ, Gordon A, Hendricks K. Developmental milestones and self-feeding behaviors in infants and toddlers. J Am Diet Assoc. 2004;104 (1 Suppl 1):S51-6. [Internet] [Consultado 13-02-2017] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/14702018>
19. Espín Jaime B, Martínez Rubio A. El paso de la teta a la mesa sin guión escrito. Baby led weaning: ¿ventajas?, ¿riesgos? En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2016. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2016. p. 59-66.

20. Berger. Los primeros dos años: el desarrollo biosocial. Psicología del desarrollo. 9ª ed. Estados Unidos: Panamericana; 2012
21. M. Bueno, A Sarriá, J.M Pérez-González. Alimentación Complementaria. En: Bueno O, Bueno-Lozano M. Nutrición en pediatría. 3ª ed. Madrid: Ediciones Ergon; 2007. p. 173-178
22. Red Europea para la Nutrición Pública Saludable: Trabajo en red, Monitorización, Intervención y Formación (EUNUTNET). Alimentación de los lactantes y niños pequeños: Normas recomendadas para la Unión Europea. [Internet] 2005-2006. [Consultado 10-11-2016] Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/2-alimentacionlactantes_normas_recomendadasue.pdf
23. Abeshu MA, Lelisa A, Geleta B. Complementary Feeding: Review of Recommendations, Feeding Practices, and Adequacy of Homemade Complementary Food Preparations in Developing Countries – Lessons from ethiopia. [Internet] *Frontiers in Nutrition*. 2016;3:41 [Consultado 15-12-2016] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27800479>
24. Organización Mundial de la Salud (OMS). Guiding principles for feeding non-breastfed 6 – 24 months of age. [Internet] 2005 [Consultado 15-12-2016] Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/guidingprin_nonbreastfed_child.pdf
25. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alimentación del lactante y del niño pequeño. [Internet] 2010. [Consultado 10-12-2016] Disponible en: <http://www.slan.org.ve/libros/La-alimentaci%C3%B3n-del-lactante-y-del-ni%C3%B1o-pequeno.pdf>
26. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Guía de la nutrición en familia. [Internet] 2006 [Consultado 10-12-2016] Disponible en: <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/009/y5740s/y5740s.pdf>
27. Setton D, Fernández A. Alimentación complementaria en los dos primeros años de vida. En: Piazza N. *Nutrición Pediátrica*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ed. Panamericana; 2014. p.135-140
28. Best start meilleur départ. Feeding your baby. From six months to one year. [Internet] 2015 [Consultado 13-02-2017] Disponible en: https://www.beststart.org/resources/nutrition/pdf/BSRC_FeedingYourBaby_2015.pdf
29. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Los primeros olores de mi cocina. [Internet] 2008 [Consultado 10-12-2016]. Disponible en: https://www.unicef.org/uruguay/spanish/los_primeros_olores.pdf
30. Daniels L, Heath AM, Williams SM, Cameron S, Fleming EA, Taylor BJ, “et al”. Baby-Led Introduction to SolidS (BLISS) study: a randomised controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding. [Internet] 2015 [Consultado 13-02-2017] *BMC Pediatr*; 15: 179 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4643507/>
31. Le Révérend BJ, Edelson LR, Loret C. Anatomical, functional, physiological and behavioural aspects of the development of mastication in early childhood. [Internet] 2014 [Consultado 13-01-2017] *British Journal of Nutrition*,111, 403–414. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24063732>
32. Cameron SL, Heath AM, Taylor RW. How Feasible Is Baby-Led Weaning as an Approach to Infant Feeding? A Review of the Evidence [Internet] *Fecha* [Consultado 13-02-2017] *Nutrients*. 4:11 Disponible en: <http://www.mdpi.com/2072-6643/4/11/1575>
33. Cameron SL, Taylor RW, Heath AM. 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. [Internet] 2015 [Consultado 13-02-2017] *BMC Pediatr*;15:99 Disponible en: <http://bmcpedia-tr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-015-0422-8>
34. Folgar, L. Baby Led Weaning. Teoría y práctica [Curso on-line] *ClassOnLive*. *FassThink*. [18-12-2016]
35. Instituto Nacional de Vigencia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). Resolución 79980 de 2015. [Internet] 09-10-2015 [Consultado 13-02-2017] Disponible en: https://normativa.colpensiones.gov.co/colpens/docs/pdf/resolucion_superindustria_79980_2015.pdf
36. Dodds R. Baby-led weaning is associated with less parental control of children’s eating and lower Body Mass Index Perspective [Internet]. London: NCT’s; March 2013. [Consultado 12 febrero 2017]. Disponible en: https://www.nct.org.uk/sites/default/files/related_documents/Dodds%20Baby-led%20weaning%20is%20associated%20with%20less%20parental%20control%20of%20children's%20eating%20and%20lower%20BMI%20p14-15%20Mar13.pdf



ACADEMIA
ESPAÑOLA DE
NUTRICIÓN
Y DIETÉTICA

Grupos de especialización
GE-NutPedia



ACADEMIA
ESPAÑOLA DE
NUTRICIÓN
Y DIETÉTICA



CON EL APOYO DE:



CGD-NE
Consejo General de
Dietistas - Nutricionistas
de España