

EL CONSEJO ALIMENTARIO EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE PEDIATRÍA

Consellería de Sanidade. Dirección Xeral de Saúde Pública, Santiago de Compostela. Galicia, España.

Resumen: El equipo de Atención Primaria debe actuar como motor de la promoción de la salud familiar. El consejo alimentario constituye uno de los pilares fundamentales del plan de cuidados en la infancia. Por lo tanto, es necesario comprender las relaciones entre las distintas prácticas alimentarias, el aporte adecuado de nutrientes, y las repercusiones en el estado de salud presente y futuro. La finalidad es establecer recomendaciones apropiadas en cada etapa del desarrollo, donde los hábitos alimentarios se adquieren y se consolidan. El profesional de la salud debe combinar la educación sanitaria con el consejo individualizado proporcionando apoyo, motivación y, en ocasiones, pautas de modificación del comportamiento. Las distintas intervenciones deben ser siempre objeto de un ajuste personalizado.

Palabras clave: consejo alimentario, alimentación infantil, nutrición infantil, alimentación complementaria.

THE FOOD COUNCIL IN PRIMARY CARE OF PEDIATRY

Abstract: Primary Care team must act as an engine for the promotion of family health. The food council is one of the fundamental pillars of the childhood care plan. Therefore, it is necessary to understand the relationships between different food practices, the adequate supply of nutrients, and the repercussions on the present and future state of health. The purpose is to establish appropriate recommendations at each stage of development, where eating habits are acquired and consolidated. The health professional must combine health education with individualized advice providing support, motivation and, sometimes, behavior modification guidelines. Different interventions must always be subject to a personalized adjustment.

Keywords: food advice, infant feeding, childhood nutrition, complementary feeding.

EL CONSEJO ALIMENTARIO EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE PEDIATRÍA

O CONSELHO ALIMENTAR EM PEDIATRIA DE CUIDADOS PRIMÁRIOS PEDIÁTRICOS

Resumo: A equipa de Cuidados Primários deve atuar como um motor para a promoção da saúde familiar. O conselho alimentar constitui um dos pilares fundamentais do plano de cuidados na infância. Por este motivo, é necessário entender as relações entre as diferentes práticas alimentares, o fornecimento adequado de nutrientes e as repercussões no estado da saúde atual e futuro. O objetivo é estabelecer recomendações apropriadas em cada etapa do desenvolvimento em que são adquiridos e consolidados os hábitos alimentares. O profissional de saúde deve combinar a educação a nível de saúde com um aconselhamento individualizado, assim como proporcionar apoio, motivação e, às vezes, diretrizes para modificação de comportamento. As diferentes intervenções devem estar sempre sujeitas a um ajuste personalizado.

Palavras-chave: conselho alimentar, alimentação infantil, alimentação complementar, nutrição infantil.

EL CONSEJO ALIMENTARIO EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE PEDIATRÍA

INTRODUCCIÓN

El patrón alimentario actual es el resultado de condicionantes sociales y culturales que a lo largo de la historia determinaron la tradición y la cultura gastronómica. Dicho patrimonio implica a la salud e identifica al hecho alimentario como pilar fundamental de un óptimo estado nutricional a lo largo de la vida y, en particular, en los períodos críticos del desarrollo.

La educación para la salud desde la infancia constituye una de las herramientas más eficaces de los servicios de atención primaria de salud. El objetivo es consolidar hábitos y permitir elaborar estrategias antes de que los marcadores biológicos se vean alterados. El ámbito familiar es el modelo de referencia en la primera etapa de la vida y más tarde, el entorno escolar debe ser también objeto de intervención educativa pues influye de forma decisiva en la adquisición del propio patrón alimentario.

Además de la alfabetización en salud, son necesarias políticas alimentarias que garanticen un ambiente saludable y sostenible donde el niño crece y se desarrolla. Su abordaje debería pasar por la creación de espacios protectores de la salud, donde las opciones más fáciles sean también las más saludables, independientemente de las circunstancias individuales.

1. BASES PARA EL CONSEJO ALIMENTARIO

El profesional de la salud debe combinar la educación sanitaria con el consejo individualizado proporcionando orientación y apoyo. Las distintas intervenciones deben ser siempre objeto de un ajuste personalizado^{1,2}. Ver Tabla 1. Bases para emitir el consejo alimentario.

EL CONSEJO ALIMENTARIO EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE PEDIATRÍA

Tabla 1. Bases para emitir el consejo alimentario

Tabla 1. Bases para emitir el consejo alimentario	
Determinantes	Intervenciones propuestas
<p>Individuo</p> <ol style="list-style-type: none"> Estado nutricional perinatal. Patrón de crecimiento y maduración. Duración de la lactancia materna (LM) Introducción y modelo de alimentación complementaria (AC). Patrón alimentario en los 2 primeros años de vida: <ul style="list-style-type: none"> Tipo de dieta. Aporte de macronutrientes, vitaminas y minerales y elementos "bioactivos". Uso de suplementos en el primer año. Actitudes ante el alimento. 	<ol style="list-style-type: none"> Registrar: <ul style="list-style-type: none"> Historia clínica y alimentaria Historia y hábitos alimentarios del menor. Desarrollo de preferencias y aversiones. Horarios y distribución de comidas. Patrón familiar e individual de consumo. Estimación media de ingesta proteica, grasa, sal. Valorar: <ul style="list-style-type: none"> Patrón alimentario, en particular: <ul style="list-style-type: none"> Antes del ingreso en la escuela Antes de la revisión de los 6 años Antes de la pubertad Antes de abandonar los controles pediátricos establecidos para valorar factores de riesgo relacionados con problemas nutricionales y de salud en la edad adulta (síndrome metabólico, obesidad y diabetes tipo 2, etc.). Aconsejar y modificar en función de lo valorado: <ol style="list-style-type: none"> Si sólo son necesarios ajustes puntuales y modificaciones sencillas: <ul style="list-style-type: none"> Consejo alimentario en revisiones habituales. Si se percibe una necesidad de cambio (sobrepeso, riesgo obesidad, rechazo de muchos alimentos, patrón alimentario inadecuado): <ul style="list-style-type: none"> Cita a los 3 meses para reajustar las pautas. Cita a los 6 meses para continuar y unificar los diferentes aspectos de Educación para la Salud en los controles periódicos. Si hay patología establecida: <ul style="list-style-type: none"> Coordinación con Atención especializada La población infantil debe ser parte activa. Es necesario un protocolo de actuación consensuado, ofreciendo pautas y estableciendo compromisos para el cambio de conducta.
<p>Entorno alimentario familiar</p> <p>Actitud de la familia frente al hecho alimentario:</p> <ol style="list-style-type: none"> Modelo educativo de los adultos. Hábitos familiares y culturales. Oferta alimentaria en el hogar. 	<ol style="list-style-type: none"> Registrar y valorar el patrón educativo familiar (Ver anexo I) Cómo: Modelo de supervisión (control estricto/ permisivo/ negligente) Actitudes, prejuicios, mitos y creencias en torno a la alimentación. Quién: Padres, cuidadores, familiares con control en la oferta alimentaria. Cuáles: Otros determinantes como los aspectos sociales y económicos. Aconsejar y modificar en función de lo valorado: Reforzar el papel educativo familiar. Implicar a la familia en un modelo integral de Educación para la Salud.

EL CONSEJO ALIMENTARIO EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE PEDIATRÍA

Entorno alimentario escolar	<p>Actitud del centro educativo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modelo de promoción de la salud. 2. Supervisión oferta escolar. 3. Uso del comedor y cafetería escolar. 4. Promoción de alimentos y bebidas en el Centro 5. Adaptación y conciliación 	<p>1. Registrar y valorar:</p> <p>Menú escolar. Oferta cafetería escolar. Normas del centro (en cuanto a oferta desde el hogar, fuentes de agua...)</p> <p>2. Aconsejar y modificar en función de lo valorado:</p> <p>Insistir en la responsabilidad de la familia sobre el control de alimentos. Establecer modelo de colaboración con el centro educativo.</p>
Entorno social	<p>Normas sociales de la comunidad.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Uso de redes sociales. 2. Publicidad de alimentos y bebidas. 3. Situaciones de inclusión, desigualdad, familia desestructurada, riesgo pobreza. 	<p>1. Registra y valorar:</p> <p>Determinantes específicos de la Comunidad Situaciones de desigualdad, riesgo pobreza</p> <p>2. Aconsejar en función de:</p> <p>Trabajo coordinado con servicios sociales Recursos comunitarios (Atención social, mapa de activos)</p>

EL CONSEJO ALIMENTARIO EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE PEDIATRÍA

2. EL CONSEJO ALIMENTARIO EN LAS DIFERENTES ETAPAS

2.1. La etapa de 0 a 12 meses

Durante el periodo «de plasticidad», conocido como los «1.000 días de vida», una correcta alimentación resulta vital para la salud presente y futura del lactante. La dieta de la madre durante el embarazo; la duración de la LM y la introducción de la AC así como la contribución porcentual de los macronutrientes, son factores determinantes de proceso del crecimiento y desarrollo^{3,4,5}. Por ejemplo, se ha relacionado la excesiva ingesta de proteínas con relación a la grasa durante los 3 primeros años de vida con el posterior desarrollo de sobrepeso. Esto contrasta con la composición de la leche materna (alta en grasas y baja en proteínas) y con el hecho de que no se aconseja la restricción de las grasas antes de los 3 años^{6,7,8,9}. De la misma forma, se ha relacionado otros nutrientes, como los oligosáridos de la leche humana, con un menor riesgo para el desarrollo de la obesidad infantil^{10,11}, aunque de momento la evidencia es insuficiente^{12,2}. Ver Tabla 2. Resumen: Objetivos y posibles riesgos nutricionales en la etapa de 0 a 12 meses.

Tabla 2. Resumen: Objetivos y posibles riesgos nutricionales en la etapa de 0 a 12 meses

Tabla II. Resumen: Objetivos y posibles riesgos nutricionales en la etapa de 0 a 12 meses
<p>Características</p> <p>Período clave para el crecimiento y maduración de los tejidos y órganos.</p> <p>La alimentación es determinante principal para el desarrollo óptimo y los nutrientes inducen y modulan dicho patrón.</p>
<p>Objetivos</p> <p>Permitir un adecuado crecimiento y desarrollo. Cubrir los requerimientos nutricionales del lactante.</p> <p>Promocionar la lactancia materna. Garantizar un aporte adecuado de nutrientes.</p>
<p>Riesgos nutricionales</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Abandono de la lactancia materna. 2. Introducción precoz de alimentación complementaria. 3. Sobrealimentación. 4. Desordenes del comportamiento alimentario. 5. Contribución porcentual inadecuada de macronutrientes.
<p>Recomendaciones a la familia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mantener la lactancia materna al menos hasta los 6 meses de forma exclusiva, hasta los 12 meses con alimentación complementaria y continuar hasta los 24 meses siempre que la madre y el bebé lo deseen. 2. Establecer prácticas adecuadas de alimentación con biberón. 3. No introducir otros alimentos distintos a la leche antes del 4º mes. 4. No espesar con cereales de forma precoz. 5. Comenzar la alimentación complementaria a los 6 meses (siempre en función del equipo pediatría y de los requerimientos individuales). 6. Proporcionar gran variedad de alimentos saludables y texturas. 7. Al final de este período, evitar el uso de productos ultraprocesados. 8. Mantener un elevado consumo de frutas y vegetales. 9. Estimular la manipulación de alimentos por parte del lactante siempre y cuando su desarrollo lo permita y bajo la supervisión de un adulto. 10. Fomentar la LM al menos durante el primer año de vida y evitar la introducción de zumos de frutas en este período. Si se ofreciera, hacerlo en cantidades pequeñas y adecuadas al desarrollo del lactante.

EL CONSEJO ALIMENTARIO EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE PEDIATRÍA

2.1.1. *Lactancia Materna (LM).*

Es el método óptimo de alimentación infantil, por sus ventajas nutricionales, emocionales e inmunológicas. Entre los objetivos del consejo alimentario sobre LM desde la Atención Primaria, el comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría ha identificado los siguientes:

1. Cumplir las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de United Nations Children's Fund (UNICEF) (Derechos de la infancia y apoyo a la LM).
2. Impulsar actividades de promoción y apoyo en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna.
3. Proteger el derecho de niño al ser amamantado y de su madre a ser apoyada en esta actividad.
4. Liderar la promoción y defensa de la LM entre profesionales y sociedad. Ver Tabla 3. Intervenciones de valoración e intervención para fomentar la lactancia materna.

Tabla 3. Intervenciones de valoración e intervención para fomentar la lactancia materna.

EL CONSEJO ALIMENTARIO EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE PEDIATRÍA

Tabla III. Intervenciones de valoración e intervención para fomentar la lactancia materna.	Nivel de evidencia
Valoración del inicio, la exclusividad y la duración de la LM (desde embarazo a dos años)	
Recomendación 1: Valorar el proceso de lactancia mediante herramientas validadas y fiables en el curso del embarazo y en momentos clave de la lactogénesis, incluyendo: 1. Durante la Etapa I (1º 24 horas después del parto y antes del alta), para fomentar el inicio de la LM 2. Durante la transición entre Etapa I a Etapa II (de 2 a 8 días postparto) para lograr un aumento en el volumen de leche materna. 3. Durante la Etapa II y III (a partir del 9º día) para mantener la producción de leche mientras continúa la lactancia materna	IV
Intervenciones para fomentar el inicio de la LM y la continuación (desde el parto a la primera hora de vida, o cuando la madre y el bebé estén clínicamente estables) hasta los dos años de vida	
Recomendación 2.1: Facilitar el contacto piel con piel inmediatamente tras el parto o cuando la madre y el bebé estén clínicamente estables.	1a
Recomendación 2.2: Fomentar el inicio temprano de la LM a través de intervenciones natales multicomponentes como: Educación prenatal Asistencia inmediata postparto a pie de cama	1a
Recomendación 2.3: Apoyar a la díada lactante (madre y bebé) para lograr que la colocación, agarre y transferencia sean efectivos	1a
Recomendación 2.4: Apoyar la LM basada en señales del bebé mediante estrategias basadas en la <ul style="list-style-type: none"> • Educación y el apoyo. • Reconocimiento de las necesidades de la persona lactante 	1a. 1b
Recomendación 2.5: Enseñar cómo se realiza la extracción manual antes del alta	1a. V
Recomendación 2.6: Implantar intervenciones individualizadas de autoeficacia durante todo el período neonatal para mejorar la confianza en la LM, mediante: <ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento individualizado antes del alta • Seguimiento tras el alta 	1a. 1b
Recomendación 2.7: Ofrecer asistencia individualizada para fomentar o mejorar la producción de leche materna, cuando proceda.	1a. V
Recomendación 2.8 Ofrecer servicios de apoyo proactivo y continuado a la LM para abordar las necesidades nutricionales de la díada lactante.	1a
Recomendación 2.9: Facilitar la toma de decisiones respecto al uso del chupete	1a
Recomendación 2.10: Ofrecer formación sobre LM durante el período perinatal y mientras dure la LM: En distintos entornos; Mediante distintos enfoques, incluidos aquéllos adaptados a las necesidades de poblaciones vulnerables	1a
Recomendación 2.11: Incluir a los miembros de la familia en la formación y apoyo a la LM.	1a

Fuente: *Guías práctica clínica RNAO. Asociación Profesional de enfermeras de Ontario, Canadá* ¹³.

5. Basar el consejo en la Medicina Basada en la Evidencia.

EL CONSEJO ALIMENTARIO EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE PEDIATRÍA

2.1.2. La alimentación complementaria (AC)

Es un proceso gradual por el cual se ofrecen alimentos sólidos o líquidos a los lactantes, siempre como complemento de la leche y nunca como sustitución de ésta. El momento adecuado, alrededor de los 6 meses, se establece en función de los beneficios de salud, de distintos aspectos nutricionales y del desarrollo individual. Después de esta edad, la LM en exclusiva (LME) ya no es suficiente para garantizar los requerimientos nutricionales, aunque se mantenga la LM a demanda, durante todo el tiempo que la madre y el bebé deseen. No hay evidencia convincente de que la introducción de AC antes del 6º mes se asocie con efectos beneficiosos para la salud. Se desaconseja demorar el inicio de la AC por encima de las 26 semanas de edad, ya que puede aumentar el riesgo de problemas nutricionales, de alergias y de intolerancias alimentarias¹⁴. Solo de forma individualizada podría valorarse una dieta más diversificada antes de los 6 meses, pero esto no implica que se acepte como norma general. Aún en estos casos, no se debe iniciar la AC antes del 4º mes, ya que es necesaria la maduración de los diferentes órganos para permitir la deglución de forma segura y evitar ciertas complicaciones. Ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** y

Edad en meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	>12 m
LECHE MATERNA/ARTIFICIAL													
Lactancia materna*	x	x	x	x	x	x							
* Recomendable lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. Recomendable continuar lactancia materna hasta los 24 meses.													
Leche inicio													
Leche continuación													
CEREALES													
Cereales sin gluten*						x	x	x					
* Recomendable la introducción a partir de los 6 meses. Se podría introducir a los 4 meses según la indicación del pediatra (IP).													
Cereales con gluten**						x	x	x	x	x	x		
** Recomendable la introducción después del 6º mes. Recomendable no demorarla por encima de los 11 meses. Se podría introducir a los 4 meses según indicación de pediatra (IP) ²³ .													
FRUTAS, HORTALIZAS Y LEGUMBRES													
Frutas* y verduras						x	x	x					
* Recomendable la introducción después de los 6º mes. Variedades según patrón familiar. Introducir al final las variedades con hueso (melocotón...) y los trozos enteros de frutas duras (manzanas, zanahoria...) ²⁴													
Verduras ricas en nitratos**													x
** Verduras con tendencia elevada para acumular nitratos: Espinaca, acelga, remolacha, lechuga, rabanitos. Verduras con tendencia media o baja a acumular nitratos (y por lo tanto de inicio más recomendable): judías verdes, zanahorias, calabaza, cebolleta, endivia ²⁵ .													
Legumbres***										x	x	x	
*** Aunque podrían ofrecerse antes, parece prudente el comienzo alrededor de los 10 meses de edad. No es recomendable introducir después del primer año.													
LECHE Y DERIVADOS LÁCTEOS													

EL CONSEJO ALIMENTARIO EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE PEDIATRÍA

Tabla 4. Recomendaciones de organismos y sociedades científicas en cuanto a la duración de la Lactancia Materna

Tabla IV. Recomendaciones de organismos y sociedades científicas en cuanto a la duración de la Lactancia Materna ¹⁵		
Organismo / Sociedad	Lactancia materna exclusiva (LME)	Alimentación complementaria (AC)
World Health Organization (WHO) ¹⁶	LME los primeros 6 meses de vida.	Todos los lactantes deberían comenzar a recibir otros alimentos a partir de los 6 primeros meses.
American Academy of Pediatrics (AAP) ^{17,18,19}	LME para los primeros 6 meses de vida, con continuación de LM hasta un año o más, hasta que la madre y el bebé lo deseen.	No disponemos de evidencia convincente para afirmar que el retraso en la AC tenga un efecto protector significativo sobre el desarrollo de enfermedad atópica
European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI) ²⁰	LME para los primeros 4-6 meses de vida.	Introducción de AC después de los 4 meses, independientemente de su herencia atópica.
European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) ²¹	LME al menos los 4 primeros meses (17 semanas, inicio del 5º mes de vida). La LME durante los 6 primeros meses se considera un objetivo deseable.	La AC no debe introducirse antes de los 4 meses ni retrasarse después de los 6.
European Food Safety Authority (EFSA) ²²	LME es nutricionalmente adecuada hasta 6 meses para la mayoría de los bebés. Algunos pueden necesitar AC (además de la LM) antes de los 6 meses (pero no antes de los 4) para proporcionar un óptimo crecimiento y desarrollo**	La introducción de la AC en los niños sanos y a término entre los 4 y los 6 meses de edad es segura y no supone riesgo de efectos adversos para la salud

EL CONSEJO ALIMENTARIO EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE PEDIATRÍA

Tabla 5. Propuesta orientativa de calendario para la introducción de alimentos.

Edad en meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	>12 m
LECHE MATERNA/ARTIFICIAL													
Lactancia materna*	x	x	x	x	x	x							
* Recomendable lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. Recomendable continuar lactancia materna hasta los 24 meses.													
Leche inicio													
Leche continuación													
CEREALES													
Cereales sin gluten*						x	x	x					
* Recomendable la introducción a partir de los 6 meses. Se podría introducir a los 4 meses según la indicación del pediatra (IP).													
Cereales con gluten**						x	x	x	x	x	x		
** Recomendable la introducción después del 6º mes. Recomendable no demorarla por encima de los 11 meses. Se podría introducir a los 4 meses según indicación de pediatra (IP) ²³ .													
FRUTAS, HORTALIZAS Y LEGUMBRES													
Frutas* y verduras						x	x	x					
* Recomendable la introducción después de los 6º mes. Variedades según patrón familiar. Introducir al final las variedades con hueso (melocotón...) y los trozos enteros de frutas duras (manzanas, zanahoria...) ²⁴													
Verduras ricas en nitratos**													x
** Verduras con tendencia elevada para acumular nitratos: Espinaca, acelga, remolacha, lechuga, rabanitos. Verduras con tendencia media o baja a acumular nitratos (y por lo tanto de inicio más recomendable): judías verdes, zanahorias, calabaza, cebolleta, endivia ²⁵ .													
Legumbres***										x	x	x	
*** Aunque podrían ofrecerse antes, parece prudente el comienzo alrededor de los 10 meses de edad. No es recomendable introducir después del primer año.													
LECHE Y DERIVADOS LÁCTEOS													
Yogur, queso fresco*													x
* Recomendable a partir del año. Pueden introducirse pequeñas cantidades a partir del 10º mes.													
Leche de vaca**													x
** Introducción a partir del primer año de vida.													
CARNES, PESCADOS Y HUEVOS													
Carnes (ave, ternera, cerdo...)*							x	x	x				
* Por su elevado contenido en hierro y zinc, conviene no atrasar la introducción más allá del 9º mes de vida ²⁶ .													
Pescado**								x	x				
** Comenzar con pescado blanco. Pasar gradualmente al azul en semanas posteriores. Evitar especies de gran tamaño (pez espada, atún, etc) ^{27,28} .													
Huevo***									x	x			
*** Comenzar por la yema. Introducir después la clara cuajada en su totalidad.													

EL CONSEJO ALIMENTARIO EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE PEDIATRÍA

Fuente: Elaboración propia, según información facilitada por la Asociación Española de Pediatría.

Nota : Color más saturado: El alimento puede introducirse en la dieta. Color menos saturado: Valorar en casos individuales, pero no como norma general. Aspas: Indican el momento más conveniente de todo el periodo.

2.2. La etapa de 12 a 36 meses

La incorporación paulatina a la mesa familiar, aún con limitaciones sustanciales, el respeto a las señales de hambre y saciedad, la elevada densidad nutricional de la dieta y la adquisición de los hábitos y horarios regulares se han valorado como determinantes de un óptimo patrón alimentario capaz de satisfacer los elevados requerimientos nutricionales en esta etapa ²⁹. Por el contrario, el uso y abuso de productos de merienda, con frecuencia ultraprocesados y derivados de cereales; los productos derivados de lácteos como quesitos en porciones, las bebidas azucaradas con sabor a fruta ^{30,31} y otros productos de pastelería industrial pueden sustituir a alimentos más adecuados en la dieta y favorecer hábitos insanos. Es preciso mencionar estas pautas inadecuadas a la familia, dado que suelen ser interpretados por ésta como “muestras de cariño” y/o premios, así como recordar a los padres el contenido excesivo en sal y azúcar. Ver Tabla 6. Resumen: Objetivos y posibles riesgos nutricionales en la etapa de 12 a 36 meses.

Tabla 6. Resumen: Objetivos y posibles riesgos nutricionales en la etapa de 12 a 36 meses

EL CONSEJO ALIMENTARIO EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE PEDIATRÍA

Tabla VI. Resumen: Objetivos y posibles riesgos nutricionales en la etapa de 12 a 36 meses

Características

1. Etapa de transición entre el periodo de crecimiento rápido del lactante y el periodo de crecimiento estable del escolar.
2. Crecimiento lineal sostenido, con incremento regular del peso. Período madurativo para funciones psicomotoras como el lenguaje o la marcha.
3. Las funciones digestivas adquieren un grado de madurez suficiente como para que la alimentación se asemeje a la del niño mayor, aunque con ciertas modificaciones

Objetivos

1. Adquirir hábitos alimentarios adecuados.
2. Favorecer la incorporación paulatina a la mesa familiar
3. Asesorar a los padres en cuanto a cambios y necesidades energéticas del niño.

Riesgos nutricionales

Interpretación incorrecta de la familia ante las señales de hambre y saciedad. Sensación de “pérdida de apetito” por parte de los padres.

Riesgo de:

- Sobrealimentación, en particular riesgo de sobreingesta proteica y energética.
- Ingesta insuficiente de vitamina D, folatos, calcio, hierro y yodo.
- Adquisición de hábitos alimentarios inadecuados.

Recomendaciones

1. Respetar las señales de hambre y saciedad.
2. Establecer hábitos y horarios correctos
3. No premiar ni castigar.
4. Recordar la conveniencia de un patrón familiar saludable (período de alta demanda nutricional).

2.3. La etapa preescolar y escolar

Desde el equipo de Pediatría debe promoverse un modelo de actuación para establecer un horario, una distribución adecuada de comidas a lo largo del día y para adecuarse a los objetivos nutricionales de la población de referencia^{32,33,34}. Ver Tabla 7. Objetivos y posibles riesgos nutricionales en la etapa preescolar y escolar.

Además, existe consenso a que dicho modelo se enfoque a:

- Distribuir el aporte energético diario de forma adecuada entre todas las comidas del día. Tabla VIII.
- Aumentar el consumo de alimentos de origen vegetal.
- Evitar alimentos densos en energía y baja densidad nutricional³⁵. La Organización Mundial de la Salud³⁶ recomienda que adultos y niños reduzcan el consumo diario de azúcares. El aporte de energía procedente del azúcar no debe superar el 10 % del valor calórico total diario y si se desciende a un 5% se obtienen beneficios añadidos. Por lo tanto, para un valor calórico total de 2.000 kcal/día, esto supondría unos 25-50 g diarios (5 %-10 %, respectivamente). Por otra parte, la Asociación Americana para el Corazón (AHA)³⁷ identificó recientemente un límite superior de 25 g de aporte diario de azúcar en la infancia. Independientemente del aporte energético recomendado. Aconseja también evitar los azúcares en los menores de 2 años, excepto los contenidos de forma natural en la leche y en la fruta.
Con respecto a la ingesta de sodio en la infancia, existe consenso al afirmar que es excesiva, debido en parte al consumo elevado de alimentos procesados y ultraprocesados³⁸ por parte de la población infantil. Recientemente, el Institute of Medicine revisó las Dietary Reference Intakes (DRI) para este elemento³⁹ Tabla IX
- Garantizar las carencias selectivas de nutrientes (calcio, hierro...).
- Prevenir la obesidad infantil^{40,41,42}. Tabla X. Figura 1.

EL CONSEJO ALIMENTARIO EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE PEDIATRÍA

Tabla 7. *Objetivos y posibles riesgos nutricionales en la etapa preescolar y escolar*

Tabla VII. Objetivos y posibles riesgos nutricionales en la etapa preescolar y escolar

Características

Crecimiento lento y estable (se enlentece la velocidad de crecimiento y la ganancia de peso).
 Pérdida porcentual de masa grasa y agua corporal a favor de la masa muscular y del depósito mineral óseo.
 Crecimiento importante de las extremidades inferiores.
 Adquisición progresiva de la madurez biológica, psicológica y social.
 Aumento de la movilidad, la autonomía, la independencia y la curiosidad por el medio.

Objetivos

Mantener un control periódico de los cambios en la composición corporal.
 Instar a la familia a adquirir un hábito saludable capaz de reducir el riesgo de enfermedades a corto, medio y largo plazo^{43,44}.

Riesgos nutricionales

Dieta monótona.
 Adquisición de hábitos alimentarios inadecuados debido a:

- Sobrealimentación.
- Exceso de alimentos ultraprocesados, azúcares, grasas y sal.
- Creencias erróneas de la familia, influencia de publicaciones pseudocientíficas, etc.

Obesidad infantil.

Recomendaciones

Fomentar un patrón alimentario familiar saludable:

- Mantener una actitud familiar firme, ni demasiado estricta ni demasiado permisiva.
- Favorecer las comidas en familia, sin el uso de televisor ni otras pantallas móviles
- Evitar premios y castigos con los alimentos.
- Fomentar la incorporación del niño a la mesa familiar y la participación activa en su alimentación.
- Establecer horarios regulares. Evitar las comidas y los tentempiés entre horas.

Aconsejar la supervisión de los adultos en cuanto a las influencias externas (escuela, publicidad...)⁴⁵.
 Estimular el desarrollo familiar de habilidades culinarias
 Ofrecer menús con ingredientes y sabores naturales. Evitar el uso de saborizantes y salsas comerciales. Ofrecer salsas a base de vegetales frescos.
 Aconsejar las preparaciones sencillas: cocción en agua o en vapor, horno...
 Evitar alimentos densos en energía y limitados en nutrientes: gratinados, rebozados y/o precocinados comerciales.
 Limitar el uso de zumos naturales en favor de la fruta entera.
 Evitar el uso habitual de zumos y bebidas refrescantes comerciales.

EL CONSEJO ALIMENTARIO EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE PEDIATRÍA

Tabla 8. Propuesta para el reparto de aporte energético entre las comidas del día

Tabla VIII. Propuesta para el reparto de aporte energético entre las comidas del día								
Edad (años)	Aporte diario recomendado de energía (Kcal)*		Contribución porcentual (Kcal/día) en el desayuno, comida y cena					
	Niños y niñas		Desayuno (25 %)		Comida (35 %) (Rango: 30-40 %)		Cena (20 %)	
2-3	1.250		312,5		437 (375-500)		250	
4-5	1.700		425		595 (510-680)		340	
6-9	2.000		500		700 (600-800)		400	
10-12	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer
	2.450	2.300	612,5	575	857 (735-980)	805 (690-920)	490	460
13-15	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer
	2.750	2.500	687,5	625	962 (825-1.100)	875 (750-1.000)	550	500
16-19	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer
	3.000	2.300	750	575	1.050 (900-1.200)	805 (690-920)	600	460

Fuente: Elaboración propia, en función del aporte de energía y nutrientes recomendado para la población española

Tabla 9. Recomendaciones de ingesta de sodio en la infancia

Tabla IX. Recomendaciones de ingesta de sodio en la infancia		
Grupo de edad	Aporte adecuado (mg/día)	Recomendaciones basadas en la prevención de enfermedades crónicas
0-6 meses	110	
7-12m	370	
1-3 años	800	Reducir el aporte si es superior a 1.200
4-8 años	1.000	Reducir el aporte si es superior a 1.500
9-13 años	1.200	Reducir el aporte si es superior a 1.800
14-18 años	1.500	Reducir el aporte si es superior a 2.300

Fuente: Institute of Medicine, 2018³⁹.

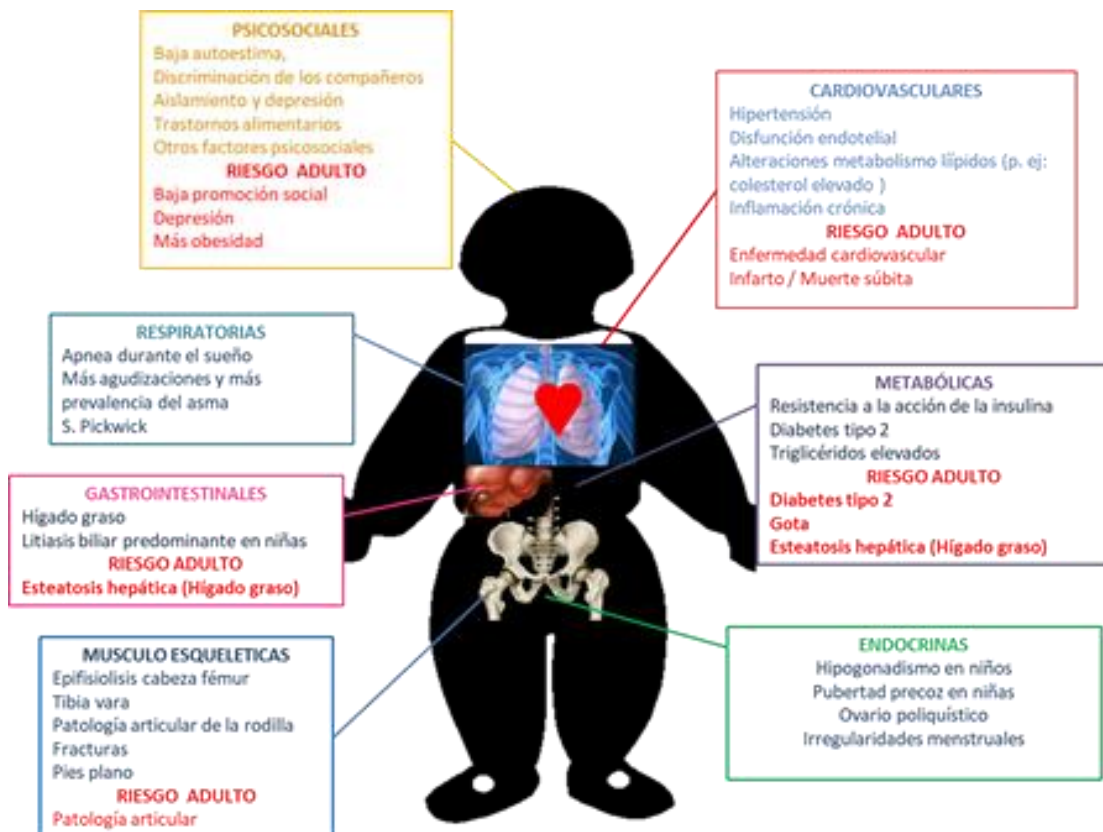
EL CONSEJO ALIMENTARIO EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE PEDIATRÍA

Tabla 10. Consejo alimentario para prevenir el sobrepeso en la edad infantil

Tabla X. Consejo alimentario para prevenir el sobrepeso en la edad infantil	
1.	Mantener horarios regulares para la ingesta de alimentos.
2.	Evitar tomar alimentos a cualquier momento y en cualquier lugar.
3.	Distribuir las comidas de forma regular a lo largo del día.
4.	Ofrecer raciones adecuadas de alimento. No invitar a repetir si la comida se considera suficiente.
5.	Fomentar el consumo de platos de “cuchara” con legumbres, hortalizas y cereales y las preparaciones al vapor o al horno.
6.	Incentivar la práctica del desayuno completo.
7.	Recordar que el agua es SIEMPRE la bebida de elección en la infancia.
8.	Combinar alimentos saludables que tomen con desagrado con preparaciones bien aceptadas y a la inversa.
9.	Limitar el consumo habitual de platos y preparaciones densos en energía (precocinados, fritos, rebozados...).
10.	Limitar el excesivo aporte calórico de las meriendas y “picoteos”.
11.	Evitar el consumo habitual de preparados ultraprocesados (dulces, salsas comerciales, aliños...).
12.	Evitar los alimentos “superfluos”, valorando las necesidades reales de los niños y las niñas.
13.	Evitar las bebidas y refrescos azucarados.

Fuente: Institute of Medicine, 2018 ⁴⁰

Figura 1. Complicaciones de la obesidad infantil. Fuente: Modificado de Ebbeling ⁴⁶



EL CONSEJO ALIMENTARIO EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE PEDIATRÍA

2.4. La adolescencia

Dados los importantes cambios en la composición corporal y el inicio de la pubertad, la adolescencia es un período identificado como de riesgo nutricional, debido a los elevados requerimientos nutricionales del adolescente y a la mayor vulnerabilidad en cuanto a lo personal y social.

En este momento es tiempo de afianzar hábitos saludables y de la Educación para la salud en la escuela con medidas que fomenten el consumo responsable y el aprendizaje de habilidades.

Tabla 11. Objetivos y posibles riesgos nutricionales en la adolescencia

Tabla XI. Objetivos y posibles riesgos nutricionales en la adolescencia
Características Importantes cambios en la composición corporal (ganancia del 50% del peso, 20% de talla y el 50% de la masa esquelética adulta) Período de alta demanda nutricional: Aumento en las necesidades de energía, proteínas, vitaminas (en particular tiamina, riboflavina e niacina) y minerales como hierro, calcio y zinc. Inicio de la pubertad: transformaciones rápidas e importantes en el fenotipo, sistema neuroendocrino y maduración psíquica y social, con influencia en la conducta y los estilos de vida.
Objetivos Prestar atención a los cambios psicológicos y sociales que confluyen y repercuten en el modelo alimentario. Adaptar y modular la ingesta a la alta demanda nutricional y a los condicionantes del estilo de vida del adolescente.
Riesgos nutricionales Grupo vulnerable para las enfermedades nutricionales, tanto por exceso como por defecto de nutrientes, debido a los altos requerimientos para el crecimiento, a su peculiar estilo de vida, de su patrón de actividad física y de sedentarismo, particularmente en las adolescentes ⁴⁷
Recomendaciones <ul style="list-style-type: none">• Integrar al adolescente en un modelo alimentario saludable• Fomentar la Educación para la salud en la escuela.• Favorecer el pensamiento crítico del adolescente, la capacidad de reflexión y análisis ante la publicidad de alimentos• Prevenir desórdenes del comportamiento alimentario.• Consejo individualizado debido a las amplias variaciones individuales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Service. The Supplemental Nutrition Assistance Program Education (SNAP-Ed) (2016). Evaluation Framework: Nutrition, Physical Activity, and Obesity Prevention Indicators: Interpretive Guide to the SNAP-Ed Evaluation Framework. Recuperado de: <https://snaped.fns.usda.gov/>.
2. Sargent GM, Pilotto LS y Baur LA (2011). Components of primary care interventions to treat childhood overweight and obesity: a systematic review of effect. *Obesity Reviews*; 12(501): e219-e235. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-789X.2010.00777.x/abstract>
3. Andrea S, Anater L, Diane J Catellier L, Burton A y Levine S (2016). The Feeding Infants and Toddlers Study (FITS) 2016: Study Design and Methods. *The Journal of Nutrition. Supplement: Feeding Infants and Toddlers Study (FITS)*. Recuperado de: https://academic.oup.com/jn/article-abstract/148/suppl_3/1516S/5026328.
4. Guang W, Nuyt AM y Weiler H (2018). Association between vitamin D supplementation during pregnancy and offspring growth, morbidity, and mortality. a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr*. doi:10.1001/jamapediatrics. 0302.
5. Horta BL, Loret de Mola C y Victora CG. (2015). Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Suppl*. 2015;104:30–7.
6. Rolland-Cachera F, Scaglioni S. (2011). Role Of Nutrients In Promoting Adiposity Development. *European Childhood Obesity Group*. Recuperado de: ebook.ecog-obesity.eu/chapter-nutrition-food-choices-eating-behavior/role-nutrients-promotingadiposity-development.
7. Michaelsen KF y Greer FR (2014). Protein needs early in life and long-term health. *Am J Clin Nutr*; 99(3):718S-22S. doi: 10.3945/ajcn.113.072603.
8. Switkowski K, Jacques P, Must A, Fleisch E y Oken E. (2019) Associations of protein intake in early childhood with body composition, height, and insulin-like growth factor I in mid-childhood and early adolescence. *Am J Clin Nutr* ;109:1154–1163. Recuperado de: <https://academic.oup.com/ajcn/article-abstract/109/4/1154/5380581>
9. Dalmau JL, Peña-Quintana A, Moráis V y Martínez V. (2015) Análisis cuantitativo de la ingesta de nutrientes en niños menores de 3 años. Estudio ALSALMA. *Anales de Pediatría*; 82(4): 213-288. DOI: 10.1016/j.anpedi.2014.09.017.
10. Maessen S, Derraik J, Binia A y Cutfield W. (2019). Perspective: Human Milk Oligosaccharides: Fuel for Childhood Obesity Prevention?, *Advances in Nutrition*. <https://doi.org/10.1093/advances/nmz093>

EL CONSEJO ALIMENTARIO EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE PEDIATRÍA

11. Woo Baidal J, Locks L, Cheng E, Blake-Lamb T, Perkins M, Taveras E. (2016). Risk Factors for Childhood Obesity in the First 1,000 Days: A Systematic Review. *Am J Prev Med*, 50 (6): 761-779.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.11.012>
12. U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Service. The Supplemental Nutrition Assistance Program Education (SNAP-Ed). (2016). Evaluation Framework: Nutrition, Physical Activity, and Obesity Prevention Indicators: Interpretive Guide to the SNAP-Ed Evaluation Framework. Recuperado de <https://snaped.fns.usda.gov/>.
13. Register Nurses' Association of Ontario. (2018). Breastfeeding-Promoting and Supporting the Initiation, Exclusivity and Continuation of Breastfeeding for Newborns, Infants, and Young Children. 3rd ed. Toronto, (ON): Registered Nurses Association of Ontario.
14. Comité de Lactancia materna y Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. (2018). Recomendaciones de la asociación española de pediatría sobre alimentación complementaria. Recuperado de: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacion_complementaria.
15. Ferraro V, Zanconato S, Carraro S. (2019). Timing of Food Introduction and the Risk of Food Allergy. *Nutrients*, 11,113; doi:10.3390/nu11051131
16. World Health Organization (WHO) and United Nations Children's Fund (UNICEF) (2019). Increasing commitment to breastfeeding through funding and improved policies and programmes. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326049/WHO-NMH-NHD-19.22-eng.pdf?ua=1>
17. Greer F.R, Sicherer, S, Burks A, American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition y American Academy of Pediatrics Section on Allergy and Immunology. (2008). Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: The role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods, and hydrolyzed formulas. *Pediatrics* (121): 183–191.
18. Greer F, Sicherer S y Burks, A.W. (2019). Committee on Nutrition, Section on Allergy and Immunology. The Effects of Early Nutritional Interventions on the Development of Atopic Disease in Infants and Children: The Role of Maternal Dietary Restriction, Breastfeeding, Hydrolyzed Formulas, and Timing of Introduction of Allergenic Complementary Foods. *Pediatrics*, 143, e20190281.
19. Eidelman A. (2012) Breastfeeding and the use of human milk: An analysis of the American Academy of Pediatrics Breastfeeding Policy Statement. *Breastfeed. Med. Off. J. Acad. Breastfeed. Med.*, 7, 323–324.
20. Muraro A, Halken S, Arshad S, Beyer K, Dubois A, Eigenmann P, Grimshaw K et al. (2014) EAACI food allergy and anaphylaxis guidelines. Primary prevention of food allergy. *Allergy*, 69, 590–601.

EL CONSEJO ALIMENTARIO EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE PEDIATRÍA

21. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler N, Hojsak I, Hulst J et al. (2017) Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2017, 64, 119–132.
22. EFSA NDA Panel (EFSA Panel on Nutrition, Novel Foods and Food Allergens). Castenmiller J, Henauw S, Hirsch-Ernst K, Kearney J, Knutsen HK, Maciuk A, Mangelsdorf I, McArdle HJ, Naska A, Pelaez C, Pentieva K, Siani A, Thies F, Tsabouri S, Vinceti M, Bresson J, Fewtrell M, Kersting M, Przyrembel H, Dumas C, Titz A and Turck D. (2019) Scientific Opinion on the appropriate age range for introduction of complementary feeding into an infant's diet. *EFSA Journal*;17(9):5780, 241 pp. <https://doi.org/10.2903/j.efsa.2019.5780>
23. Szajewska H, Shamir R, Mearin L, Ribes-Koninckx C, Catassi C, Domellöf M, et al. (2016). Gluten. Introduction and the Risk of Coeliac Disease: A Position Paper by the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*; 62(3):507-13.
24. Heyman MB, Abrams SA, Sect GHN, Nutr C. (2017). Fruit Juice in Infants, Children, and Adolescents: Current Recommendations. *Pediatrics*; 139(6). pii: e20170967.
25. Basulto J, Manera M y Baladia E. (2014). Ingesta dietética de nitratos en bebés y niños españoles y riesgo de metahemoglobinemia. *Rev Pediatr Aten Primaria*; 16 (61). <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322014000100013>.
26. Domellöf M, Braegger C, Campoy C, Colomb V, Decsi T, Fewtrell M, Hojsak I, y ESPGHAN Committee on Nutrition. (2014). Iron requirements of infants and toddlers. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*;58(1):119-29. doi: 10.1097/MPG.000000000000206.
27. Gil-Campos M, Dalmau-Serra J y Comité de Nutrición de la Asociación española de Pediatría. (2010). Importancia del ácido Docosahexaenoico (DHA): funciones y recomendaciones para su ingesta en la infancia. *Anales de pediatría* 73(3):142.
28. Agencia Española de Consumo, Seguridad alimentaria y Nutrición. (2019). Recomendaciones de consumo de pescado debido a la presencia de mercurio para poblaciones sensibles: mujeres embarazadas o en periodo de lactancia y población infantil. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, Recuperado en: http://www.aecosan.mssi.gob.es/AECOSAN/web/seguridad_alimentaria/ampliacion/mercurio.htm
29. Howard K, Tucker J, DeFrang R, Orth J y Wakefield S. (2018). Primary Care Obesity Prevention in 0-2 Year Olds Through Parent Nutritional Counseling: Evaluation of Child Behaviors and Parent Feeding Styles. *Pediatrics*; 141 (1 MeetingAbstract) 591.

EL CONSEJO ALIMENTARIO EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE PEDIATRÍA

30. Fidler N, Braegger C, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M y Embleton ND. (2017). Sugar in Infants, Children and Adolescents: A Position Paper of the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 65(6):681-96.
31. Heyman M, Abrams S, y section on Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition, Committee on Nutrition. (2017). Fruit Juice in Infants, Children, and Adolescents: Current Recommendations. *Pediatrics*; e20170967.N. Recuperado en: <https://doi.org/10.1542/peds.2017-0967>
32. Ortega R, Jiménez AI. Alimentación del preescolar y escolar. (2015). En: Montserrat Rivero Urgell [et al.] (coords.) y Cátedra Ordesa de Nutrición Infantil de la Universidad de Zaragoza. Libro blanco de la nutrición infantil en España. Prensas de la Universidad de Zaragoza, . p.115-122.
33. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. Objetivos nutricionales para la población española. Consenso de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria 2011. *Rev. Esp. Nutr. Comunitaria* 2011;17(4):178-199.
34. Cuervo M, Baladía E, Goñi I, Corbalán M, Manera M, Basulto J, Pérez Sabete I, Martínez A. (2010). Propuesta de ingestas dietéticas de referencia (IDR) para población española. FESNAD (Federación española de sociedades de nutrición, alimentación y dietética).
35. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos en población Infantil y Adolescente. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid.
36. Organización Mundial de la Salud. (2015). Directriz: Ingesta de azúcares para adultos y niños. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://apps.who.int/>.
37. Vos MB, Kaar JL, Welsh JA, Van Horn LV, Feig DI y Anderson CAM. (2017). Added sugars and cardiovascular disease risk in children: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*;135(19): e1017-e1034.
38. Monteiro CA, Cannon G, Moubarac JC y Bertazzi R. (2017). The UN Decade of Nutrition, the NOVA food classification and the trouble with ultra-processing. <http://doi.org/10.1017/S1368980017000234>.
39. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine 2019. Dietary Reference Intakes for Sodium and Potassium. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25353>
40. Organización Mundial de la Salud. (2016). Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://apps.who.int/>.
41. Colquitt JL, Loveman E, O'Malley C, Azevedo LB, Mead E, Al-Khudairy et al. (2016). Diet, physical activity, and behavioural interventions for the treatment of overweight or obesity in preschool children up to the age of 6 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD012105. DOI: 10.1002/14651858.CD012105.

EL CONSEJO ALIMENTARIO EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE PEDIATRÍA

42. Styne D, Arsalian S, Connor E, et al. (2017). Pediatric Obesity. Assessment, Treatment, and Prevention: An Endocrine Society. Clinical Practice Guideline et al. *J Clin Endocrinol Metab*, 2017; 102(3):709.
43. Medina Navarro M. (2016). Índice de masa corporal elevado en Pediatría y riesgo cardiovascular en el adulto. *Evid Pediatr*;12:57.
44. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. WHO, 2013. Disponible en <http://who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/>
45. Gomes AI, Barros L, Pereira AI y Roberto M. (2018). Effectiveness of a parental school-based intervention to improve young children's eating patterns: a pilot study *Public Health Nutrition*: 21(13), 2485–2496. doi:10.1017/S1368980018000952.
46. Ebbeling, Dorota B Pawlak, David S Ludwig. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure *Lancet* 2002, 360: 473–82
47. Patton G, Sawyer S, Santelli J, Ross D, Af fi R, Allen N, Arora M, Azzopardi P, Baldwin W et al. (2016). Our future: a *Lancet* commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet* 387: 2423–78. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00579-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00579-1).

EL CONSEJO ALIMENTARIO EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE PEDIATRÍA

RINSAD

La *Revista Infancia y Salud (RINSAD)*, ISSN: 2695-2785, surge de la colaboración entre administraciones Portugal, Galicia, Castilla y León, Extremadura y Andalucía dentro del proyecto [Interreg España-Portugal RISCAR](#) y tiene como objetivo la divulgación de artículos científicos relacionados con la salud infantil, aportando a los investigadores y profesionales de la materia una base científica donde conocer los avances en sus respectivos campos.

El proyecto RISCAR está cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) a través del Programa Interreg V-A España-Portugal (POCTEP) 2014-2020, con un presupuesto total de 649.699 €.

Revista fruto del proyecto [Interreg España - Portugal RISCAR](#) con la [Universidad de Cádiz](#) y el [Departamento Enfermería y Fisioterapia del Universidad de Cádiz](#).

Las obra publicadas en la revista RINSAD están bajo licencia de [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-ShareALike 4.0 Internacional](#).