

Alimentación complementaria en México al 2026: una reflexión y recomendaciones de la Academia Mexicana de Pediatría

Rodrigo Vázquez-Frias^{1,2,3*}, Mara Medeiros-Domingo^{1,2}, Horacio Márquez-González^{1,2},
Magali Reyes-Apodaca², Norma C. Ayuzo-del Valle^{1,4}, Alejandro Barrón-Balderas^{1,5},
Roberto G. Calva-Rodríguez^{1,6}, Magdalena Cerón-Rodríguez^{1,7}, Roberto Cervantes-Bustamante^{1,8},
Pedro Coello-Ramírez^{1,5}, José A. García-Aranda^{1,9}, Sara Guillen-López¹⁰, Vanessa Hernández-Rosiles⁹,
Alfredo Larrosa-Haro^{1,11}, Lizbeth López-Mejía¹⁰, José A. Madrazo-de la Garza¹, Reynaldo de J. Michel-Aceves¹,
Ericka Montijo-Barrios^{1,8}, Erika Ochoa-Ortiz¹², Carlos I. Oyervides-García^{1,13}, Salvador Villalpando-Carrión^{1,9},
Gerardo R. Zaragoza-Arévalo^{1,14} y Flora E. Zárate-Mondragón^{1,8}

¹Academia Mexicana de Pediatría, Ciudad de México; ²Dirección de Investigación, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Ciudad de México; ³Laboratorio de Investigación en Gastroenterología, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Ciudad de México; ⁴Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Tecnológico de Monterrey, Monterrey, N.L.; ⁵Servicio de Neumología, Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca; Guadalajara, Jal.; ⁶Servicio de Pediatría, Hospital de la Beneficencia Española, Puebla, Pue.; ⁷Clínica de Enfermedades Lisosomales, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Ciudad de México; ⁸Servicio de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México; ⁹Departamento de Gastroenterología y Nutrición, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Ciudad de México; ¹⁰Laboratorio de Errores Innatos del Metabolismo y Tamiz, Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México; ¹¹Instituto de Nutrición Humana, Departamento de Clínicas de la Reproducción Humana, Crecimiento y Desarrollo Infantil, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jal.; ¹²Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Tecnológico de Monterrey, Ciudad de México; ¹³Servicio de Gastroenterología, Hospital de Niño Federico Gómez Santos, Saltillo, Coah.; ¹⁴Coordinación de Enlace Hospitalario, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Ciudad de México. México

Resumen

El presente documento tiene como objetivo manifestar algunas reflexiones derivadas de una revisión narrativa sobre la evolución de las recomendaciones de la alimentación complementaria (AC) en el mundo y su práctica en México. A partir del análisis de consensos y guías internacionales, como las publicadas por la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica y la Organización Mundial de la Salud, miembros de la Academia Mexicana de Pediatría revisan los principales puntos de convergencia y controversia relacionados con el inicio, progresión y características de la AC durante los primeros dos años de vida. El documento destaca que este periodo es crítico para el crecimiento, desarrollo neurológico, maduración inmunitaria y establecimiento de hábitos alimentarios saludables a largo plazo. Asimismo, se enfatiza la relevancia de los primeros 1,000 días de vida y la necesidad de promover la lactancia materna, la diversidad alimentaria y la introducción oportuna de alimentos ricos en nutrientes esenciales. La revisión también aborda temas actuales como la introducción temprana de alimentos alergénicos, el papel de las diferentes texturas, la prevención de obesidad y alergias, así como la importancia de evitar bebidas azucaradas, ultraprocesados y dietas restrictivas sin supervisión especializada. Desde la perspectiva mexicana, se reconoce que las recomendaciones internacionales deben contextualizarse según las realidades epidemiológicas, culturales y sociales del país. Finalmente, la Academia Mexicana de Pediatría propone recomendaciones prácticas dirigidas a profesionales de la salud, con el fin de favorecer una AC perceptiva, segura y basada en evidencia científica, que contribuya al bienestar integral de las y los lactantes mexicanos.

*Correspondencia:

Rodrigo Vázquez-Frias
E-mail: rovafr@yahoo.com

Fecha de recepción: 01-05-2026
Fecha de aceptación: 01-06-2026
DOI: 10.24875/BMHIM.M26000047

Disponible en internet: 30-06-2026
Bol Med Hosp Infant Mex. 2026;83(3):141-150
www.bmhim.com

1665-1146/© 2026 Hospital Infantil de México Federico Gómez. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Palabras clave: Alimentación complementaria. Alimentación infantil. Lactancia materna. Alimentos alergénicos. Alimentación perceptiva. Primeros 1,000 días.

Complementary feeding in Mexico by 2026: a review and recommendations from the Academia Mexicana de Pediatría

Abstract

The present document aims to present a reflection derived from a narrative review on the evolution of complementary feeding (CF) recommendations worldwide and their application in Mexico. Based on the analysis of international guidelines and consensus statements, such as those published by European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, Latin American Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, and the World Health Organization, members of the Mexican Academy of Pediatrics review the main points of convergence and controversy related to the initiation, progression, and characteristics of CF during the first two years of life. The document highlights that this period is critical for growth, neurological development, immune maturation, and the establishment of healthy eating habits in the long term. Likewise, it emphasizes the relevance of the first 1000 days of life and the need to promote breastfeeding, dietary diversity, and the timely introduction of foods rich in essential nutrients. The review also addresses current topics such as the early introduction of allergenic foods, the role of different food textures, the prevention of obesity and allergies, as well as the importance of avoiding sugar-sweetened beverages, ultra-processed foods, and restrictive diets without specialized supervision. From the Mexican perspective, it is recognized that international recommendations must be contextualized according to the epidemiological, cultural, and social realities of the country. Finally, the Academia Mexicana de Pediatría proposes practical recommendations directed at healthcare professionals to promote responsive, safe, and evidence-based CF that contributes to the overall well-being of Mexican infants.

Keywords: Complementary feeding. Infant feeding. Breastfeeding. Allergenic foods. Responsive feeding. First 1000 days.

Introducción

En los últimos años en el mundo se han publicado diversas guías y consensos de alimentación, los cuales han sido motivo de debate en diversas sociedades pediátricas¹⁻⁵. Algunos esfuerzos locales como el consenso de alimentación complementaria (AC), con la participación de la Academia Mexicana de Pediatría y el Lineamiento Técnico Operativo para el Abordaje de la Desnutrición Aguda Infantil en México, se han difundido previamente⁶. Recientemente, las Guías Alimentarias Saludables y Sostenibles para la población mexicana 2025-2030 (GASSPM 2025-2030) se presentaron y publicaron casi de forma paralela con las nuevas Guías Alimentarias de los EE.UU.^{1,2}. La población mexicana, al igual que otros países, enfrenta problemas de malnutrición como desnutrición energética proteica, deficiencias de micronutrientes, sobrepeso y obesidad, agravados por el cambio climático y sus efectos en la salud y la seguridad alimentaria. Estas problemáticas están relacionadas con los sistemas alimentarios, la agricultura y otros factores sociales y ambientales, por lo que se requiere transformar la manera en que se producen y consumen los alimentos. Las GASSPM 2025-2030 en su versión más actualizada del 2025

buscan orientar políticas públicas y hábitos de alimentación para prevenir enfermedades, mejorar la nutrición y reducir el impacto ambiental. Su actualización fue realizada por expertos nacionales e internacionales, junto con instituciones gubernamentales, académicas y sociales, con base en evidencia científica reciente y en recomendaciones adaptadas a la cultura y contexto de la población mexicana¹.

En contraparte, el Gobierno de EE.UU. dio a conocer las Guías Alimentarias 2025-2030, un documento que replantea las prioridades de la política nutricional federal al enfatizar el consumo de alimentos naturales, promover una mayor ingesta de proteínas y desalentar el consumo de productos ultraprocesados y azúcares añadidos². Esta actualización responde a una preocupante realidad sanitaria que se presenta en ese país y a la cual México no es ajeno: las enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación siguen en aumento y constituyen la principal carga para el sistema de salud del país.

Uno de los rubros que más atención ha tenido en la población pediátrica tiene que ver con el periodo de los primeros 1,000 días de vida, que abarcan desde el embarazo hasta los dos años de edad y que representan una etapa crítica para el crecimiento y el desarrollo infantil⁷.

Durante este periodo, factores como la alimentación y el entorno pueden influir en el riesgo futuro de obesidad y otras enfermedades crónicas. Por ello, las intervenciones tempranas enfocadas en la salud materna e infantil, como la atención durante el embarazo, la promoción de la lactancia materna, la AC adecuada y hábitos familiares saludables son fundamentales para favorecer un desarrollo óptimo y prevenir enfermedades a largo plazo.

Actualmente se reconoce que este periodo de tiempo es fundamental para el desarrollo de la microbiota intestinal y del sistema inmunitario. Durante este periodo ocurre la colonización microbiana temprana, la cual influye de manera importante en el crecimiento, la salud y el riesgo de enfermedades futuras. La alimentación materna e infantil, así como estrategias nutricionales como la lactancia materna, la AC y el uso de probióticos y otros compuestos bioactivos, pueden modular positivamente la microbiota materno-neonatal en esta etapa crítica, favoreciendo beneficios para la salud a lo largo de la vida⁸.

Se realizó una revisión narrativa estructurada de la literatura científica sobre AC en lactantes y niños pequeños, enfocada en la evolución de las recomendaciones internacionales y su aplicabilidad en México. La búsqueda bibliográfica se efectuó entre enero y abril de 2026 en las bases de datos PubMed/MEDLINE, Scopus y Google Scholar, utilizando combinaciones de términos MeSH y palabras clave en inglés y español como “complementary feeding”, “infant feeding”, “breastfeeding”, “responsive feeding”, “allergenic foods”, “baby-led weaning”, “food allergy prevention”, “ultra-processed foods”, “alimentación complementaria” y “alimentación infantil”.

La estrategia de búsqueda identificó 620 publicaciones potencialmente relevantes. Posteriormente, se eliminaron 148 registros por duplicidad entre bases de datos. De los 472 artículos restantes, se realizó una revisión por título y resumen, excluyéndose 251 publicaciones por no corresponder a población pediátrica, enfocarse en nutrición especializada no relacionada con AC general, abordar enfermedades específicas sin aplicabilidad clínica amplia, corresponder a cartas al editor o reportes de opinión, o no contar con acceso al texto completo. Se evaluaron 221 artículos en texto completo, de los cuales 163 se excluyeron por presentar información redundante, baja relevancia clínica, metodologías limitadas o por no contribuir directamente a los objetivos del presente documento. Finalmente, se incluyeron 58 referencias para la elaboración de esta revisión narrativa y posicionamiento de la Academia Mexicana de Pediatría.

La selección final priorizó guías internacionales, consensos de sociedades científicas, revisiones sistemáticas, metaanálisis, estudios clínicos y documentos de posicionamiento elaborados por organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (ESPGHAN), la Latin American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (LASPGHAN), la American Academy of Pediatrics (AAP), la European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI) y otras organizaciones relacionadas con nutrición y alergia pediátrica. Posteriormente, la evidencia fue analizada críticamente por integrantes de la Academia Mexicana de Pediatría con el objetivo de generar recomendaciones prácticas contextualizadas a las realidades epidemiológicas, culturales y sociales de México.

Evolución de las recomendaciones de alimentación complementaria a nivel global

Muchas de las directrices de la nueva visión sobre la AC surgieron a partir de la publicación de la ESPGHAN en 2008⁹. A partir de ese documento comenzó a cuestionarse la recomendación de iniciar la AC exactamente a los 6 meses y se propuso un rango más flexible, estableciendo que no debía iniciarse antes de las 17 semanas ni después de las 26 semanas de vida. Además, se observó que no existe evidencia científica suficiente para retrasar la introducción de alimentos potencialmente alergénicos, como huevo o pescado, con el objetivo de prevenir alergias. También se destacó que, durante esta etapa, los alimentos complementarios deben aportar suficiente hierro, ya que la leche materna (LM) por sí sola no cubre completamente los requerimientos del lactante, y que la leche de vaca no debe utilizarse como bebida principal antes del primer año de vida. Finalmente, se recomendó introducir el gluten de manera gradual mientras durante la lactancia materna, debido a su posible efecto protector frente a la enfermedad celíaca, diabetes tipo 1 y alergia al trigo.

Nueve años después, la ESPGHAN publicó una actualización de sus recomendaciones sobre AC, en la que reafirmó que la lactancia materna exclusiva o predominante alrededor de los 6 meses continúa siendo el objetivo ideal; sin embargo, señaló que los alimentos complementarios no deben introducirse antes de los 4 meses ni retrasarse más allá de los 6 meses de vida⁴.

Además, destacó la importancia de ofrecer desde el inicio una variedad de sabores y texturas, incluyendo verduras de sabor amargo, así como mantener la lactancia materna durante la AC. También indicó que los alimentos potencialmente alergénicos pueden introducirse después de los 4 meses, mientras que en lactantes con alto riesgo de alergia al cacahuete se recomienda una introducción supervisada entre los 4 y 11 meses.

La actualización también reforzó la importancia de incluir alimentos ricos en hierro, como carnes o productos fortificados, evitar agregar azúcar o sal a las preparaciones y no utilizar leche de vaca como bebida principal antes del primer año de vida. Respecto al gluten, se señaló que puede introducirse entre los 4 y 12 meses, evitando grandes cantidades al inicio. Finalmente, la ESPGHAN advirtió que las dietas veganas en lactantes solo deben llevarse bajo supervisión médica y nutricional especializada para prevenir deficiencias graves.

Desde la perspectiva latinoamericana, las directrices sobre AC fueron adaptadas mediante el documento de consenso COCO 2023, desarrollado por el Grupo de Nutrición de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica³. Este consenso reconoció que, aunque muchas recomendaciones internacionales son aplicables, es necesario ajustarlas a las condiciones culturales, sociales y de salud propias de la región. En este documento se insistió sobre que la AC se debe entender como el proceso de introducir alimentos que complementan la lactancia materna o las fórmulas infantiles, y no solo como una guía sobre qué alimentos ofrecer. Para elaborar este consenso, expertos de distintos países latinoamericanos evaluaron y discutieron, mediante metodología Delphi, diversos aspectos clave de la AC, incorporando evidencia científica y datos regionales para generar recomendaciones adaptadas a la realidad de América Latina.

A finales de ese mismo año la OMS publicó un documento titulado *Alimentación complementaria de lactantes y niños pequeños de 6 a 23 meses de edad*, que sustituyó a los documentos previos de *Principios orientadores para la alimentación complementaria del niño amamantado* y *Principios orientadores para la alimentación de niños no amamantados de 6 a 24 meses de edad*⁵. Este documento, considerado controvertido, generó algunas reacciones dentro de las sociedades científicas a nivel mundial¹⁰⁻¹³. Aunque las sociedades coincidieron con la OMS en promover la lactancia materna, la diversidad alimentaria y la reducción de

alimentos ultraprocesados, expresaron preocupación sobre algunas recomendaciones y sobre el proceso de elaboración de la guía.

Uno de los principales puntos de controversia fue la recomendación de continuar la lactancia materna hasta los dos años o más⁵. Las sociedades señalaron que, aunque es algo deseable, no necesariamente resulta factible o adecuado en todos los contextos familiares y clínicos, y que la evidencia utilizada por la OMS era de muy baja certeza y que algunos estudios incluso mostraban asociaciones con mayor riesgo de bajo peso, desgaste nutricional y caries dentales¹⁰. Por ello, consideraron que la decisión de prolongar la lactancia debía individualizarse según el contexto familiar, social y nutricional de cada niño. Otro tema discutido fue el uso de leche de vaca después de los 6 meses. La OMS planteó que, en niños no amamantados, tanto las fórmulas infantiles como la leche de animales podían utilizarse entre los 6 y 11 meses⁵. Sin embargo, las sociedades científicas advirtieron que esta recomendación podría incrementar el riesgo de anemia por deficiencia de hierro y favorecer un exceso de consumo de proteínas, asociado posteriormente con sobrepeso y obesidad, especialmente en países con alta prevalencia de obesidad infantil. También destacaron que la guía no diferenciaba adecuadamente entre contextos de bajos y altos ingresos¹⁰.

Las organizaciones también cuestionaron que la OMS priorizara recomendaciones globales sin considerar suficientemente diferencias regionales, culturales y epidemiológicas. Desde la perspectiva de las sociedades pediátricas, las estrategias de AC deben adaptarse al entorno local, ya que los problemas nutricionales en países con desnutrición son distintos a los de regiones con obesidad y enfermedades metabólicas. Otro aspecto señalado fue la falta de participación amplia de expertos y actores externos durante el desarrollo de la guía. Las sociedades consideraron que no existió un proceso abierto de consulta internacional suficientemente robusto, lo que pudo limitar la discusión de temas importantes y favorecer algunas inconsistencias metodológicas¹⁰.

En respuesta al posicionamiento de las diversas sociedades científicas sobre la guía de AC de la OMS, el grupo desarrollador de la OMS defendió que sus recomendaciones están alineadas con políticas históricas del organismo y basadas en revisiones sistemáticas y consenso técnico¹¹. La OMS sostuvo que mantener la lactancia materna hasta los 2 años o más continúa siendo una recomendación sólida por sus beneficios nutricionales, inmunitarios y de salud pública, aun cuando parte de la evidencia disponible tenga baja

certeza. También aclaró que nunca recomendó «prohibir» las fórmulas infantiles entre los 6 y 11 meses, sino que consideró que la leche de animales puede ser una alternativa aceptable cuando las fórmulas no son necesarias o son inaccesibles. Respecto a las preocupaciones sobre obesidad y exceso de proteínas derivadas del uso de leche de vaca, la OMS argumentó que sus revisiones no encontraron diferencias significativas en peso, índice de masa corporal o adiposidad entre niños alimentados con fórmula y aquellos que recibieron leche de animales. Asimismo, defendió que no existe evidencia suficiente para recomendar la introducción de alimentos complementarios antes de los 6 meses con el objetivo de prevenir alergias alimentarias. La OMS también respondió a las críticas metodológicas señalando que el proceso de elaboración siguió los estándares habituales de la organización, sin consulta pública abierta, debido a preocupaciones sobre conflictos de interés y manejo de productos comerciales. Reafirmó además que la guía fue diseñada para ser aplicable tanto en países de bajos como de altos ingresos.

Las sociedades científicas emitieron una contrarréplica reconociendo las aclaraciones de la OMS, pero insistiendo en que la respuesta no abordó adecuadamente las modificaciones propuestas ni reconoció la necesidad de adaptar las recomendaciones según el contexto regional y epidemiológico¹². Las sociedades señalaron que las recomendaciones globales deben actualizarse conforme evoluciona la evidencia científica disponible. En particular, reiteraron su preocupación sobre el riesgo potencial de exceso proteico y adiposidad asociado al uso de leche de animales, especialmente en contextos urbanos y en transición nutricional. También enfatizaron que la prevención de alergias alimentarias sí cuenta con evidencia relevante, como la generada por los estudios EAT y PreventADALL, que favorece la introducción temprana de ciertos alimentos alergénicos entre los 4 y 6 meses^{14,15}. Finalmente, las sociedades concluyeron que alcanzar recomendaciones verdaderamente globales requiere incluir a todos los actores científicos relevantes, considerar toda la evidencia disponible y adaptar las recomendaciones a las distintas realidades nutricionales y sanitarias de las diferentes partes del mundo.

A pesar de las diferencias, hubo consenso en varios puntos clave: mantener la lactancia materna, introducir la AC alrededor de los 6 meses, promover alimentos ricos en hierro y proteínas de alta calidad, aumentar el consumo de frutas y verduras y evitar bebidas azucaradas y alimentos ultraprocesados. La OMS y todas las

sociedades coincidieron en que la AC debe ser perceptiva/responsiva y la importancia de establecer hábitos alimentarios saludables desde los primeros años de vida.

Puntos prácticos de recomendación de alimentación complementaria aplicables en México

Desde la Academia Mexicana de Pediatría consideramos que hay más puntos de convergencia entre todos los posicionamientos que de divergencia, pero coincidimos en que se deben de regionalizar incluso dentro de México y que, aunque las recomendaciones deberían de tener aplicabilidad universal, se deben contextualizar, incluso dentro de las diferentes realidades de México.

A continuación, presentamos algunos puntos prácticos que los profesionales de la pediatría, de primer contacto y todo profesional de la salud que se ve involucrado en la decisión o recomendación de la alimentación de las niñas y los niños de México, debe tomar en cuenta. La [figura 1](#) engloba algunas de las más representativas.

- Se recomienda ampliamente favorecer la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida; sin embargo, en algunos casos, la AC puede iniciarse a partir de los 4 meses, sin que esto implique suspender la lactancia materna, la cual debe mantenerse independientemente de la edad de inicio de la AC^{3,5,16}. Aunque el nivel de evidencia es bajo, existe una asociación en la que una mayor duración o cantidad de lactancia materna se relaciona con un menor riesgo de infecciones respiratorias y gastrointestinales moderadas a graves, otitis media, rinitis alérgica, asma, maloclusión dental, enfermedad inflamatoria intestinal, diabetes tipo 1, aumento acelerado de peso y crecimiento, obesidad, presión arterial sistólica elevada, leucemia infantil y mortalidad en lactantes.
- Aquellos niños que no reciban LM de forma exclusiva, deben recibir un sustituto adecuado de la LM. Se recomienda el uso de un sucedáneo de la LM, como una fórmula de inicio baja en proteínas que contenga ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga, evitando el consumo de leche de vaca como bebida principal durante los primeros 12 meses de vida, ya que su composición nutricional no cubre con los requerimientos del lactante y se ha asociado a efectos adversos en la salud como anemia^{3,4,9,10,17,18}.
- La AC no solo consiste en introducir alimentos al lactante, sino en hacerlo en el momento adecuado,

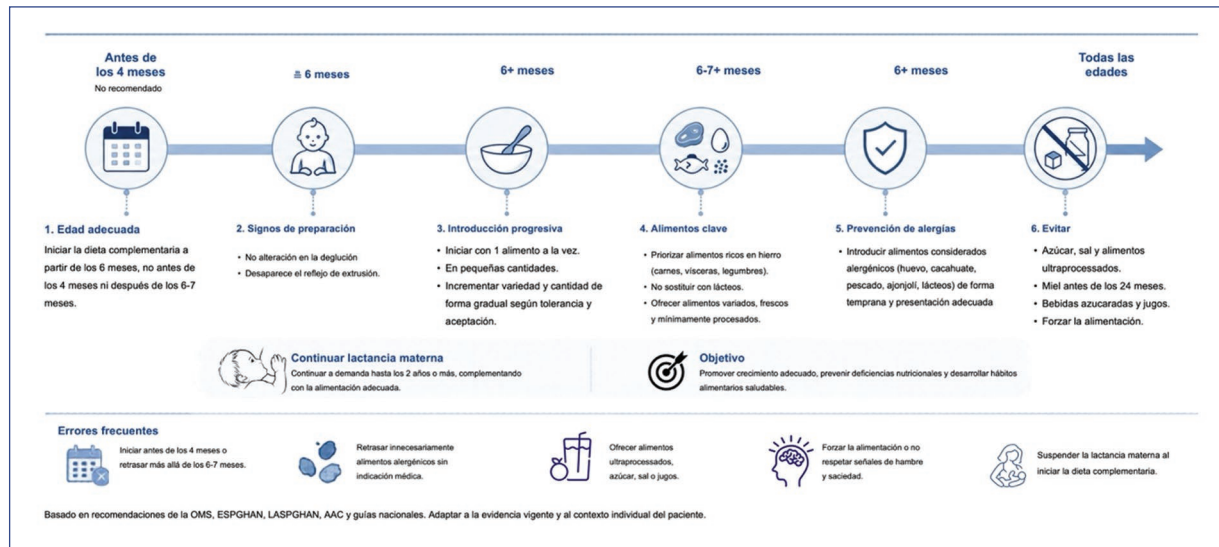


Figura 1. Recomendaciones para el inicio de la dieta complementaria.

- respetando sus señales de hambre y saciedad, considerando aspectos culturales y promoviendo el desarrollo de la masticación y futuros hábitos alimenticios, siempre con orientación basada en evidencia^{3,4}.
- La AC puede iniciarse en un rango de entre los 4 y los 6 meses de edad, basado en la mejor evidencia disponible al momento^{3,4}. En el caso de los pretérminos se sugiere iniciarlo entre los 4 y 6 meses de edad corregida¹⁹⁻²³.
 - Además de la edad, la seguridad para la deglución es la única condición que se debe tomar en cuenta para decidir el inicio de la AC. El peso no debe ser un indicador para empezar o retrasar el inicio de la AC^{3,4,24}.
 - Desde el inicio de la AC se deberá de favorecer que sea lo más diversa posible incluyendo de forma alternada la introducción de alimentos de diversos grupos: productos de origen animal, verduras, frutas, cereales y tubérculos, leguminosas y grasas^{3,4}.
 - Dentro de esta variedad están incluidos los alimentos que han sido considerados potencialmente alergénicos como huevo, pescado, trigo, soya, maíz, mariscos, etc., no se deberá de retrasar su introducción, ya que iniciarlos después del año de edad sí incrementa el riesgo de alergia. Incluso, deberá de hacerse de forma frecuente para intentar asegurar la adecuada tolerancia inmunitaria al alimento^{3,4,25-30}.
 - La AC en lactantes que reciben LM de forma exclusiva debe iniciarse y mantenerse con alimentos con alta biodisponibilidad de hierro, zinc, calcio, vitamina A y folato, tales como carnes rojas, vísceras y/o cereales infantiles fortificados sin azúcar añadida³⁻⁵.
 - Se puede introducir un nuevo alimento cada 1 a 3 días para verificar la adecuada aceptación de este^{3,4}. Retrasar la introducción de alimentos nuevos más allá de tres días no es útil para la identificación de reacciones alérgicas.
 - Desde el inicio de la AC se pueden ofrecer tres tiempos de comidas^{3,4}.
 - Promover la exposición diaria a verduras, ya que logra mayor aceptación de este grupo de alimentos a largo plazo^{3,4,31-35}. Se pueden llegar a requerir entre 8 y 10 exposiciones, incluso entre 10 y 15, para incrementar la aceptación³⁶.
 - Promover el uso de frutas y verduras de temporada, ya que permiten una mayor variedad y sabor a un menor costo¹.
 - Se recomienda la progresión de texturas de los alimentos de papillas, pures, machacados, pedazos finos a más grandes a lo largo del tiempo de la AC y de acuerdo con las habilidades oromotoras. La progresión de texturas es importante porque acompañan el desarrollo de habilidades orales como el control de lengua, mordida y lateralización, que a su vez pueden impactar en el desarrollo de la masticación que se ha relacionado con trastornos del lenguaje posteriores y en la aceptación de nuevos alimentos. La falta de progresión de texturas puede asociarse a dificultades alimentarias posteriormente. No existe un beneficio real de los enfoques de introducción de texturas de BLW (*Baby-Led Weaning* o destete guiado por el bebé) o BLISS (*Baby-Led Introduction to SolidS* o alimentación sólida guiada por el bebé)^{3,4,37-43}.

- Se pueden agregar especias a las comidas para darles sabor, idealmente después de que el lactante ya haya probado los alimentos en su sabor natural^{3,4,44}.
- El uso racional de sal en la preparación de los alimentos se considera aceptable (solo para las preparaciones) a partir de los 12 meses de edad^{3,4,45,46}. Aunque el uso moderado de sal está permitido a partir de los 12 meses de edad, se recomienda priorizar los sabores naturales de los alimentos y evitar alimentos procesados altos en sodio, con el fin de favorecer hábitos saludables desde etapas tempranas de la vida.
- Se desaconseja el uso de azúcar añadida a los alimentos o el uso de edulcorantes no calóricos durante los primeros dos años de edad^{3,4,47-56}.
- Se desaconseja la ingesta de jugos naturales e industrializados y bebidas con azúcares añadidos, en los primeros dos años de edad^{3,4,47-56}.
- La ingesta de agua natural potable puede considerarse desde el inicio de la AC^{3,4,57-59}.
- Se desaconseja la ingesta de bebidas con cafeína, té, infusiones, bebidas carbonatadas, bebidas vegetales (almendra, arroz, avena, coco, soya, etc.) en los primeros dos años de edad^{3,4,60-63}.
- Se desaconseja la AC bajo los esquemas vegano crudivegano y macrobiótico. En caso de que se considere bajo el esquema vegetariano deberá de estar bajo la supervisión de un profesional de la salud experta o experto en nutrición pediátrica^{3,4,64-67}.

Todas estas recomendaciones se basan en la mejor evidencia disponible hasta el momento y son susceptibles de verse modificadas con el surgimiento de nuevos estudios. Se requieren estudios realizados en nuestra población con el objetivo de aumentar la robustez de las recomendaciones. Siempre será deseable platicar con los cuidadores primarios de las y los lactantes en esta etapa tan fundamental de AC en los primeros dos años de edad.

La AC constituye una etapa crítica en el establecimiento de patrones de alimentación y mecanismos de autorregulación del apetito durante etapas tempranas de la vida. La evidencia actual sugiere que la exposición repetida a distintos sabores y texturas favorece una mayor aceptación alimentaria y podría influir en las preferencias dietéticas futuras⁶⁸.

Asimismo, las prácticas de alimentación responsiva, basadas en el reconocimiento de señales de hambre y saciedad, se han asociado con una mejor regulación energética y menor riesgo de sobrealimentación durante la infancia⁶⁹. Por el contrario, prácticas coercitivas o el uso de alimentos como recompensa podrían alterar los mecanismos fisiológicos de regulación del apetito y favorecer conductas alimentarias disfuncionales⁷⁰.

En el contexto actual, caracterizado por una elevada disponibilidad de productos ultraprocesados y bebidas azucaradas, la calidad de la AC adquiere especial relevancia. El consumo temprano de alimentos ultraprocesados se ha asociado con mayor densidad energética y peor calidad global de la dieta⁷¹.

La AC no debe entenderse únicamente como la introducción de alimentos sólidos, sino como una ventana crítica del desarrollo con implicaciones en la salud metabólica, la conducta alimentaria y la prevención de enfermedades crónicas a largo plazo. En este sentido, promover diversidad alimentaria, exposición temprana a alimentos frescos y prácticas de alimentación responsiva podría contribuir al establecimiento de patrones alimentarios más saludables durante la infancia³¹.

Representa además una ventana crítica para el desarrollo del sistema inmunitario y la maduración de la microbiota intestinal. La introducción oportuna de alimentos variados, ricos en fibra, frutas, verduras y proteínas de buena calidad favorece una mayor diversidad microbiana y la producción de metabolitos con efectos inmunomoduladores, contribuyendo al desarrollo de tolerancia oral y a la disminución del riesgo de enfermedades alérgicas, inflamatorias y metabólicas a largo plazo⁷².

En conclusión, la AC representa una etapa fundamental para el crecimiento, desarrollo y establecimiento de hábitos saludables en la infancia, especialmente dentro del contexto mexicano, donde coexisten problemas de desnutrición proteínico-energética, deficiencias de micronutrientes y obesidad. Más allá de la simple introducción de alimentos, este proceso implica considerar aspectos biológicos, culturales, familiares y sociales que permitan una alimentación adecuada, perceptiva y basada en evidencia científica. Así mismo, representa una ventana crítica del desarrollo, con implicaciones en la salud metabólica, la conducta alimentaria y la prevención de enfermedades crónica a largo plazo.

Las recomendaciones actuales coinciden en la importancia de mantener la lactancia materna, iniciar la AC alrededor de los 6 meses, promover una dieta variada y rica en nutrientes esenciales, así como evitar alimentos ultraprocesados, bebidas azucaradas y prácticas restrictivas sin supervisión profesional. Asimismo, se reconoce la necesidad de adaptar las estrategias de alimentación a las realidades regionales y culturales de México, priorizando siempre el bienestar integral del lactante y su familia. La exposición temprana y continua a distintos sabores, texturas y grupos de alimentos favorece no solo un adecuado estado nutricional, sino también el desarrollo de conductas alimentarias saludables que pueden perdurar

durante toda la vida. Finalmente, es indispensable que los profesionales de la salud mantengan una actualización constante y ofrezcan orientación individualizada, clara y sustentada en evidencia, con el fin de acompañar a las familias mexicanas en una etapa decisiva para la salud futura de niñas y niños.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

R. Vázquez-Frías: ha recibido honorarios por asesorías o conferencias, apoyo para acudir a congresos o apoyo a la investigación por parte de Abbott®, BioGaia®, Nestlé®, Opella® y Reckit®. V. Hernández-Rosiles: ha recibido honorarios por conferencias, apoyo para acudir a congresos por parte de Sanofi®, Carnot®, Abbott® y Nestlé®. A. Larrosa-Haro: ha recibido honorarios por asesorías o conferencias, apoyo para acudir a congresos por parte de Abbott® y Friesland Campina®. E. Montijo-Barrios: ha recibido honorarios por asesorías o conferencias, apoyo para acudir a congresos o apoyo a la investigación por parte de Abbott®, Reckit®, BioGaia®, Biocodex®, Opella® y Friso®. E. Ochoa-Ortiz: ha recibido honorarios por asesorías o conferencias, apoyo para acudir a congresos por parte de Abbott®, Danone®, Nestlé®, Nutricia® y Opella®. S. Villalpando-Carrión: ha recibido honorarios por asesoría o conferencias, apoyo para acudir a congresos de Nestlé®, Friso®, Reckit® y Sanulac®. F.E. Zárate-Mondragón: ha recibido honorarios por asesorías o conferencias por parte de Reckit®, Bомуca® y Stendhal/Nutricia®.

El resto de los autores declara no tener ningún conflicto de intereses que declarar.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales, historias clínicas ni muestras biológicas humanas, por lo que no requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no se utilizó ningún tipo de

inteligencia artificial generativa para la redacción ni la creación de contenido de este manuscrito.

Referencias

1. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Guías alimentarias saludables y sostenibles para la población mexicana 2025-2030. 2a ed. [Internet]. Ciudad de México: Gobierno de México, Secretaría de Salud; 2025 [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud>
2. U.S. Department of Health and Human Services, U.S. Department of Agriculture. Dietary Guidelines for Americans, 2025-2030 [Internet]. Washington (DC): U.S. Government Publishing Office; 2026 [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://www.dietaryguidelines.gov>
3. Vázquez-Frías R, Ladino L, Bagés-Mesa MC, Hernández-Rosiles V, Ochoa-Ortiz E, Alomía M, et al. Consensus on complementary feeding from the Latin American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition: COCO 2023. Rev Gastroenterol Mex (Engl Ed). 2023;88(1):57-70. doi: 10.1016/j.rgmxen.2023.01.005
4. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler Mis N, et al. 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(1):119-32. doi: 10.1097/MPG.0000000000001454
5. WHO Guideline for complementary feeding of infants and young children 6-23 months of age [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081864>
6. Secretaría de Salud (MX), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Lineamiento Técnico Operativo para el Abordaje de la Desnutrición Aguda Infantil en México [Internet]. Ciudad de México: Gobierno de México, Secretaría de Salud; 2024 [citado 15 abr 2026]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/986980/Lineamiento_DAI_V_FINAL_c.pdf
7. Estrada-Gutiérrez G, Zambrano E, Polo-Oteyza E, Cardona-Pérez A, Vadillo-Ortega F. Intervention during the first 1000 days in Mexico. Nutr Rev. 2020;78(Suppl 2):80-90. doi: 10.1093/nutrit/nuaa082
8. Samarra A, Flores E, Bernabeu M, Cabrera-Rubio R, Bäuerl C, Selma-Royo M, et al. Shaping microbiota during the first 1000 days of life. Adv Exp Med Biol. 2024;1449:1-28. doi: 10.1007/978-3-031-58572-2_1
9. Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, Goulet O, Kolacek S, Koletzko B, et al. ESPGHAN Committee on Nutrition: Complementary feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2008;46(1):99-110. doi: 10.1097/01.mpg.0000304464.60788.bd
10. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology & Nutrition (ESPGHAN); European Academy of Paediatrics (EAP); European Society for Paediatric Research (ESPR); European Academy for Allergy and Clinical Immunology (EAACI); Federation of International Societies for Paediatric Gastroenterology, Hepatology & Nutrition (FISPGHAN); Latin American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology & Nutrition (LASPGHAN); Pan Arab Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition (PASPGHAN); Asian Pan-Pacific Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (AAPSGHAN); North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (NASPGHAN); World Allergy Organization (WAO); Asia Pacific Academy of Pediatric Allergy, Respiratory & Immunology (APAPARI). World Health Organization (WHO) guideline on the complementary feeding of infants and young children aged 6-23 months 2023: a multisociety response. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2024;79(1):181-8. doi: 10.1002/jpn3.12248
11. Grummer-Strawn LM, Lutter CK, Siegfried N. Response to: World Health Organization (WHO) guideline on the complementary feeding of infants and young children aged 6-23 months 2023: a multisociety response. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2024;79:1084-6. doi: 10.1002/jpn3.12363
12. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology & Nutrition (ESPGHAN); European Academy of Paediatrics (EAP); European Society for Paediatric Research (ESPR); European Academy for Allergy and Clinical Immunology (EAACI); Federation of International Societies for Paediatric Gastroenterology, Hepatology & Nutrition (FISPGHAN); Latin American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology & Nutrition (LASPGHAN); Pan Arab Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition (PASPGHAN); Asian Pan-Pacific Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (AAPSGHAN); North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (NASPGHAN); World Allergy Organization (WAO); Asia Pacific Academy of Pediatric Allergy, Respiratory & Immunology (APAPARI). Response to: Grummer-Strawn LM, Lutter CK, Siegfried N, et al. Response to: World Health Organization (WHO) guideline on the complementary feeding of infants and young children aged 6-23 months 2023: A multisociety response. JPGN 2024. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2024;79(5):1087-9. doi: 10.1002/jpn3.12362

13. Spolidoro JVN, Ladino L, Ochoa-Ortiz E, Sandy NS, Encinas-Bravo Y, Rodríguez-Saldaña K, et al. Latin American Society of Pediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition's position on the World Health Organization guideline for complementary feeding of infants and young children 6-23 months of age. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2026;82(2):629-31. Doi: 10.1002/jpn.3.70294
14. Padhani ZA, Das JK, Siddiqui FA, Salam RA, Lassi ZS, Khan DSA, et al. Optimal timing of introduction of complementary feeding: a systematic review and meta-analysis. *Nutr Rev.* 2023;81(12):1501-24. doi: 10.1093/nutrit/nuad019
15. Halken S, Muraro A, de Silva D, Khaleva E, Angier E, Arasi S, et al. European Academy of Allergy and Clinical Immunology Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines Group. EAACI guideline: Preventing the development of food allergy in infants and young children (2020 update). *Pediatr Allergy Immunol.* 2021;32(5):843-58. doi: 10.1111/pai.13496
16. Patnode CD, Henrikson NB, Webber EM, Blasi PR, Senger CA, Guirguis-Blake JM. Breastfeeding and health outcomes for infants and children: a systematic review. *Pediatrics.* 2025;156(1):e2025071516. doi: 10.1542/peds.2025-071516
17. Prell C, Koletzko B. Breastfeeding and complementary feeding. *Dtsch Arztebl Int.* 2016;113(25):435-44. doi: 10.3238/arztebl.2016.0435
18. Guillén-López S, Vela-Amieva M. Desventajas de la introducción de la leche de vaca en el primer año de vida. *Acta Pediatr Mex.* 2010;31(3):123-8.
19. Chiale F, Maggiora E, Aceti A, Liotto N, Coscia A, Peila C, et al. Complementary feeding: recommendations for the introduction of allergenic foods and gluten in the preterm infant. *Nutrients.* 2021;13(7):2477. doi: 10.3390/nu13072477
20. Liotto N, Cresi F, Beghetti I, Roggero P, Menis C, Corvaglia L, et al. On Behalf Of The Study Group On Neonatal Nutrition And Gastroenterology-Italian Society Of Neonatology. Complementary feeding in preterm infants: a systematic review. *Nutrients.* 2020;12(6):1843. doi: 10.3390/nu12061843
21. Vissers KM, Feskens EJM, van Goudoever JB, Janse AJ. The timing of initiating complementary feeding in preterm infants and its effect on overweight: a systematic review. *Ann Nutr Metab.* 2018;72(4):307-15. doi: 10.1159/000488732
22. Gianni ML, Bezze E, Colombo L, Rossetti C, Pesenti N, Roggero P, et al. Complementary Feeding Practices in a Cohort of Italian Late Preterm Infants. *Nutrients.* 2018;10(12):1861. doi: 10.3390/nu10121861
23. Gupta S, Agarwal R, Aggarwal KC, Chellani H, Duggal A, Arya S, et al. Investigators of the CF trial. Complementary feeding at 4 versus 6 months of age for preterm infants born at less than 34 weeks of gestation: a randomised, open-label, multicentre trial. *Lancet Glob Health.* 2017;5(5):e501-e511. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30188-8
24. Patro-Golab B, Zalewski BM, Kolodziej M, Kouvénhoven S, Poston L, Godfrey KM, et al. Nutritional interventions or exposures in infants and children aged up to 3 years and their effects on subsequent risk of overweight, obesity and body fat: a systematic review of systematic reviews. *Obes Rev.* 2016;17(12):1245-57. doi: 10.1111/obr.12476. Epub 2016 Oct 17. Erratum in: *Obes Rev.* 2018;19(11):1620. doi: 10.1111/obr.12745
25. Greer FR, Sicherer SH, Burks AW. American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition; American Academy of Pediatrics Section on Allergy and Immunology. 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.* 2008;121(1):183-91. doi: 10.1542/peds.2007-3022
26. Sansotta N, Piacentini GL, Mazzei F, Minniti F, Boner AL, Peroni DG. Timing of introduction of solid food and risk of allergic disease development: understanding the evidence. *Allergol Immunopathol (Madr).* 2013;41(5):337-45. doi: 10.1016/j.aller.2012.08.012
27. de Silva D, Halken S, Singh C, Muraro A, Angier E, Arasi S, et al. European Academy of Allergy, Clinical Immunology Food Allergy, Anaphylaxis Guidelines Group. Preventing food allergy in infancy and childhood: Systematic review of randomised controlled trials. *Pediatr Allergy Immunol.* 2020;31(7):813-26. doi: 10.1111/pai.13273
28. Perkin MR, Logan K, Marrs T, Radulovic S, Craven J, Flohr C, et al. EAT Study Team. Enquiring About Tolerance (EAT) study: Feasibility of an early allergenic food introduction regimen. *J Allergy Clin Immunol.* 2016;137(5):1477-1486.e8. doi: 10.1016/j.jaci.2015.12.1322
29. Scarfone R, Kimkool P, Ierodiakonou D, Leonardi-Bee J, Garcia-Larsen V, Perkin MR, et al. Timing of allergenic food introduction and risk of immunoglobulin E-mediated food allergy: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2023;177(5):489-97. doi: 10.1001/jamapediatrics.2023.0142
30. Iglesia EGA, Fleischer DM, Abrams EM. Health Promotion of Early and Sustained Allergenic Food Introduction for the Prevention of Food Allergy. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2024;12(7):1670-83.e9. doi: 10.1016/j.jaip.2024.05.028
31. Nicklaus S. Complementary feeding strategies to facilitate acceptance of fruits and vegetables: a narrative review of the literature. *Int J Environ Res Public Health.* 2016;13(11):1160. doi: 10.3390/ijerph13111160
32. Harris G, Coulthard H. Early eating behaviours and food acceptance revisited: breastfeeding and introduction of complementary foods as predictive of food acceptance. *Curr Obes Rep.* 2016;5(1):113-20. doi: 10.1007/s13679-016-0202-2
33. Caton SJ, Blundell P, Ahern SM, Nekitsing C, Olsen A, Møller P, et al. Learning to eat vegetables in early life: the role of timing, age and individual eating traits. *PLoS One.* 2014;9(5):e97609. doi: 10.1371/journal.pone.0097609
34. Edwards KL, Thomas JM, Higgs S, Blissett J. Repeated exposure to models' positive facial expressions whilst eating a raw vegetable increases children's consumption of the modelled vegetable. *Eat Behav.* 2024;53:101872.
35. Rapson JP, von Hurst PR, Hetherington MM, Mazahery H, Conlon CA. Starting complementary feeding with vegetables only increases vegetable acceptance at 9 months: a randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr.* 2022;116(1):111-21. doi: 10.1093/ajcn/nqac080
36. Caton SJ, Blundell P, Ahern SM, Nekitsing C, Olsen A, Møller P, et al. Learning to eat vegetables in early life: the role of timing, age and individual eating traits. *PLoS One.* 2014;9(5):e97609. doi: 10.1371/journal.pone.0097609
37. Delaney AL, Staskiewicz S, Morris SE, Smith-Simpson S, Goday PS. A developmental texture framework for food texture progression: implications for feeding development, oral motor skills, and pediatric feeding disorder. *J Texture Stud.* 2025;56(3):e70026. doi: 10.1111/jtxs.70026
38. Sdravou K, Printza A, Emmanouilidou-Fotoulaki E, Michou E, Sotiriadou F, Fotoulaki M. Developmental feeding stages and their impact on child feeding behavior. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2023;77(6):769-78. doi: 10.1097/MPG.0000000000003892
39. Daniels L, Heath AL, Williams SM, Cameron SL, 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. *BMC Pediatr.* 2015;15:179. doi: 10.1186/s12887-015-0491-8
40. Daniels L, Taylor RW, Williams SM, Gibson RS, Samman S, Wheeler BJ, et al. Modified Version of Baby-Led Weaning does not result in lower zinc intake or status in infants: a randomized controlled trial. *J Acad Nutr Diet.* 2018;118(6):1006-16.e1. doi: 10.1016/j.jand.2018.02.005
41. Matzeller KL, Krebs NF, Tang M. Current evidence on nutrient intakes and infant growth: a narrative review of baby-led weaning vs. conventional weaning. *Nutrients.* 2024;16(17):2828. doi: 10.3390/nu16172828
42. Pearce J, Langley-Evans SC. Comparison of food and nutrient intake in infants aged 6-12 months, following baby-led or traditional weaning: a cross-sectional study. *J Hum Nutr Diet.* 2022;35(2):310-24. doi: 10.1111/jhn.12947
43. Cox AM, Taylor RW, Haszard JJ, Beck KL, von Hurst PR, Conlon CA, et al. Baby food pouches and Baby-Led Weaning: Associations with energy intake, eating behaviour and infant weight status. *Appetite.* 2024;192:107121. doi: 10.1016/j.appet.2023.107121
44. Hayes JE, Johnson SL. Sensory aspects of bitter and sweet tastes during early childhood. *Nutr Today.* 2017;52:s41-51. doi: 10.1097/NT.0000000000000201
45. Cribb VL, Warren JM, Emmett PM. Contribution of inappropriate complementary foods to the salt intake of 8-month-old infants. *Eur J Clin Nutr.* 2012;66(1):104-10. doi: 10.1038/ejcn.2011.137
46. Campbell KJ, Hendrie G, Nowson C, Grimes CA, Riley M, Lioret S, et al. Sources and correlates of sodium consumption in the first 2 years of life. *J Acad Nutr Diet.* 2014;114(10):1525-32.e2.
47. Rousham EK, Goudet S, Markey O, Griffiths P, Boxer B, Carroll C, et al. Unhealthy food and beverage consumption in children and risk of overweight and obesity: a systematic review and meta-analysis. *Adv Nutr.* 2022;13(5):1669-96. doi: 10.1093/advances/nmac032
48. Jardi C, Aranda N, Bedmar C, Ribot B, Elias I, Aparicio E, et al. Grupo investigador DeFensas. Ingesta de azúcares libres y exceso de peso en edades tempranas. [Consumption of free sugars and excess weight in infants. A longitudinal study]. *An Pediatr.* 2019;90(3):165-72. Spanish. doi: 10.1016/j.anpedi.2018.03.018
49. Kong KL, Burgess B, Morris KS, Faith MS, Paluch RA. High intake of added sugars is linked to rapid weight gain in infancy, breastfeeding ≥12 months may protect against this: a preliminary investigation. *Pediatr Obes.* 2021;16(3):e12728. doi: 10.1111/jipo.12728
50. Bailey RL, Jun S, Eldridge AL. The 2016 Feeding Infants and Toddlers Study (FITS): dietary intakes and practices of children in the United States from birth to 48 months. *Nestle Nutr Inst Workshop Ser.* 2019;91:99-109. doi: 10.1159/000500000
51. Fidler Mis N, Braegger C, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton ND, et al. ESPGHAN Committee on Nutrition: 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.* 2017;65(6):681-96. doi: 10.1097/MPG.0000000000001733
52. Vos MB, Kaar JL, Welsh JA, van Horn LV, Feig DI, Anderson CAM, Patel MJ, et al. American Heart Association Nutrition Committee of the Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health; Council on Clinical Cardiology; Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Epidemiology and Prevention; Council on Functional Genomics and Translational Biology; and Council on Hypertension. Added Sugars and Cardiovascular Disease Risk in Children: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation.* 2017;135(19):e1017-e1034. doi: 10.1161/CIR.0000000000000439

53. Gupta P, Shah D, Kumar P, Bedi N, Mittal HG, Mishra K, et al. Pediatric And Adolescent Nutrition Society (Nutrition Chapter) Of Indian Academy Of Pediatrics. Indian Academy of Pediatrics Guidelines on the Fast and Junk Foods, Sugar Sweetened Beverages, Fruit Juices, and Energy Drinks. *Indian Pediatr*. 2019;56(10):849-63.
54. Rodríguez-Ramírez S, Muñoz-Espinosa A, Rivera JA, González-Castell D, González de Cosío T. Mexican children under 2 years of age consume food groups high in energy and low in micronutrients. *J Nutr*. 2016;146(9):1916S-23S. doi: 10.3945/jn.115.220145
55. Park S, Pan L, Sherry B, Li R. The association of sugar-sweetened beverage intake during infancy with sugar-sweetened beverage intake at 6 years of age. *Pediatrics*. 2014;134 Suppl 1(Suppl 1):S56-62. doi: 10.1542/peds.2014-0646J
56. Reid AE, Chauhan BF, Rabbani R, Lys J, Copstein L, Mann A, et al. Early exposure to nonnutritive sweeteners and long-term metabolic health: a systematic review. *Pediatrics*. 2016;137(3):e20153603. doi: 10.1542/peds.2015-3603
57. Institute of Medicine (IOM). En: Dietary reference intakes for water, potassium, sodium, chloride and sulfate. Washington, DC: The National Academies Press; 2005. pp. 73-187. doi: 10.17226/10925
58. Gupta N, Gehri M, Stettler N. Early introduction of water and complementary feeding and nutritional status of children in northern Senegal. *Public Health Nutr*. 2007;10(11):1299-304. doi: 10.1017/S1368980007696384
59. Enneman A, Campos R, Hernández L, Palma AV, Vossenaar M, Solomons NW. Contribution of complementary foods to the total daily water needs of urban Guatemalan infants. *J Hum Nutr Diet*. 2010;23(5):520-8. doi: 10.1111/j.1365-277X.2010.01044.x
60. Vázquez-Frias R, Icaza-Chávez ME, Ruiz-Castillo MA, Amieva-Balmori M, Argüello-Arévalo GA, Carmona-Sánchez RI, et al. Technical opinion of the Asociación Mexicana de Gastroenterología on soy plant-based beverages. *Rev Gastroenterol Mex (Engl Ed)*. 2020;85(4):461-71. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rgmx.2020.07.005
61. Zaida F, Bureau F, Guyot S, Sedki A, Lekouch N, Arhan P, et al. Iron availability and consumption of tea, vervain and mint during weaning in Morocco. *Ann Nutr Metab*. 2006;50(3):237-41. doi: 10.1159/000091680
62. Merritt RJ, Fleet SE, Fifi A, Jump C, Schwartz S, Sentongo T, et al. NASPGHAN Committee on Nutrition. North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition Position Paper: Plant-based Milks. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2020;71(2):276-81. doi: 10.1097/MPG.0000000000002799
63. Verduci E, D'Elia S, Cerrato L, Comberlati P, Calvani M, Palazzo S, et al. Cow's milk substitutes for children: nutritional aspects of milk from different mammalian species, special formula and plant-based beverages. *Nutrients*. 2019;11(8):1739. doi: 10.3390/nu11081739
64. Mangels AR, Messina V. Considerations in planning vegan diets: infants. *J Am Diet Assoc*. 2001;101(6):670-7. doi: 10.1016/S0002-8223(01)00169-9
65. Baroni L, Goggi S, Battaglini R, Berveglieri M, Fasan I, Filippin D, et al. Vegan nutrition for mothers and children: practical tools for healthcare providers. *Nutrients*. 2018;11(1):5. doi: 10.3390/nu11010005
66. Redecilla Ferreiro S, Morás López A, Moreno Villares JM; en representación del Comité de Nutrición y Lactancia Materna de la AEP; Autores. [Position paper on vegetarian diets in infants and children. Committee on Nutrition and Breastfeeding of the Spanish Paediatric Association]. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2020;92(5):306.e1-306.e6. Spanish. doi: 10.1016/j.anpedi.2019.10.013
67. Menal-Puey S, Martínez-Biarge M, Marques-Lopes I. Developing a food exchange system for meal planning in vegan children and adolescents. *Nutrients*. 2018;11(1):43. doi: 10.3390/nu11010043
68. Birch LL, Doub AE. Learning to eat: birth to age 2 y. *Am J Clin Nutr*. 2014;99(3):723S-8S. doi: 10.3945/ajcn.113.069047
69. DiSantis KI, Hodges EA, Johnson SL, Fisher JO. The role of responsive feeding in overweight during infancy and toddlerhood: a systematic review. *Int J Obes (Lond)*. 2011;35(4):480-92. doi: 10.1038/ijo.2011.3
70. Ventura AK, Birch LL. Does parenting affect children's eating and weight status? *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2008;5:15. doi: 10.1186/1479-5868-5-15
71. Pagliai G, Dinu M, Madarena MP, Bonaccio M, Iacoviello L, Sofi F. Consumption of ultra-processed foods and health status: a systematic review and meta-analysis. *Br J Nutr*. 2021;125(3):308-18. doi: 10.1017/S0007114520002688
72. Al Nabhani Z, Dulauroy S, Marques R, Cousu C, Al Bounny S, Déjardin F, et al. A weaning reaction to microbiota is required for resistance to immunopathologies in the adult. *Immunity*. 2019;50(5). doi:10.1016/j.immuni.2019.02.014