

**ACTA DE JUNTA DE ACLARACIONES CORRESPONDIENTE A LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL No. LPN-103T00000-002-2023 RELATIVA A LA "CONTRATACIÓN DEL SERVICIO SUBROGADO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS PARA LA RED HOSPITALARIA DE SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ"**

EN LA CIUDAD DE XALAPA, VERACRUZ, SIENDO LAS **09:00 HORAS** DEL DÍA **19 DE ABRIL DE 2023**, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LOS PUNTOS **10, 10.1, 10.2, 10.3, 10.4, 10.5, 10.6 Y 10.7** DE LAS BASES DE LICITACIÓN Y CON FUNDAMENTO EN LO PREVISTO POR EL ARTÍCULO 40 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS, ADMINISTRACIÓN Y ENAJENACIÓN DE BIENES MUEBLES DEL ESTADO DE VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE, SE REUNIERON EN LA SALA DE JUNTAS DE LA SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES DE SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ, SITA EN SOCONUSCO N° 31, COLONIA AGUACATAL, C.P. 91130, EN LA CIUDAD DE XALAPA, VER., LOS **C.C. LIC. FACUNDO VALDIVIA CADENA**, SUBDIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES; **C.P.A. VERÓNICA RAMÓN CORTINA**, JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ADQUISICIONES; **M.A.P. SILVIA LIZETTE LÓPEZ ELÍAS**, REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA; **C.P. JAN BOLAÑOS MARTÍNEZ**; REPRESENTANTE DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES; **LIC. JOSÉ LUIS LÓPEZ**, REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN JURÍDICA; **C. LUZ H. PIZAÑA HERNÁNDEZ**, COTIZADORA ADSCRITA AL DEPARTAMENTO DE ADQUISICIONES, TODOS SERVIDORES PÚBLICOS DE SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ E INTEGRANTES DE LA COMISIÓN DE LICITACIÓN, ASÍ MISMO, SE CUENTA CON LA PRESENCIA DE LA **LIC. ESMERALDA SOLANO LANDA** Y EL **M.S.I. KARLO POMMIER GRANILLO**, REPRESENTANTES DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN LA SECRETARÍA DE SALUD Y EN EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ; DESIGNADOS MEDIANTE OFICIO NÚMERO **OIC/SS-SESVER/FI/1196/2023** Y LAS EMPRESAS PARTICIPANTES: **CAFÉ BERSA S. DE R.L. DE C.V.**, REPRESENTADA POR LA **C. ELVIRA VALLE PÉREZ**, **PRODUCTOS SEREL, S.A. DE C.V.**, REPRESENTADA POR LA **C. MARIANA GUADALUPE TEOBAL GALLARDO** Y LA PERSONA FÍSICA **BIANEY ROMERO BARAJAS**, REPRESENTADA POR EL **C. EDSON PACHECO SANDOVAL**; A EFECTO DE LLEVAR A CABO EL ACTO DE JUNTA DE ACLARACIONES DE LA **LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL No. LPN-103T00000-002-2023 RELATIVA A LA "CONTRATACIÓN DEL SERVICIO SUBROGADO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS PARA LA RED HOSPITALARIA DE SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ"** -----

EL ACTO DE JUNTA DE ACLARACIONES SE CELEBRÓ BAJO EL SIGUIENTE ORDEN DEL DÍA: -----

1.- PRESENTACIÓN DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS-----





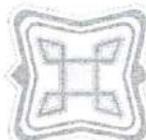
- 2.- PRESENTACIÓN DE LAS EMPRESAS LICITANTES. -----  
-----
- 3.- ACLARACIONES Y/O MODIFICACIONES A LAS BASES DE LA LICITACIÓN. -----  
-----
- 4.- RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS DE LAS EMPRESAS PARTICIPANTES. -----  
-----
- 5.- CIERRE DEL ACTA Y FIRMA DE LA MISMA, POR TODOS LOS PARTICIPANTES EN EL EVENTO. -----  
-----

----- **-HECHOS-** -----

- 1.- EN DESAHOGO DEL PUNTO NÚMERO UNO DEL ORDEN DEL DÍA, SE PROCEDE A LA PRESENTACIÓN DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS. -----  
-----

**POR SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ**

NOMBRE	CARGO
LIC. FACUNDO VALDIVIA CADENA	SUBDIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES
C.P.A. VERÓNICA RAMÓN CORTINA	JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ADQUISICIONES
M.A.P. SILVIA LIZETTE LÓPEZ ELÍAS	REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
C.P. JAN BOLAÑOS MARTÍNEZ	REPRESENTANTE DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES
LIC. JOSÉ LUIS LÓPEZ	REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN JURÍDICA
C. LUZ H. PIZAÑA HERNÁNDEZ	COTIZADOR ADSCRITO AL DEPARTAMENTO DE ADQUISICIONES



**POR EL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL**

<b>LIC. ESMERALDA SOLANO LANDA</b>	REPRESENTANTES DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN LA SECRETARÍA DE SALUD Y EN EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
<b>M.S.I. KARLO POMMIER GRANILLO</b>	

2 EN DESAHOGO DEL PUNTO NÚMERO DOS DEL ORDEN DEL DÍA, SE PROCEDE A LA PRESENTACIÓN DE LAS EMPRESAS PARTICIPANTES, ASÍ COMO DE LOS REPRESENTANTES QUE ASISTEN A ESTE ACTO. -----

**POR LOS LICITANTES**

<b>EMPRESA</b>	<b>NOMBRE DEL REPRESENTANTE</b>
<b>CAFÉ BERSA, S. DE R.L. DE C.V.</b>	<b>C. ELVIRA VALLE PÉREZ</b>
<b>PRODUCTOS SEREL, S.A. DE C.V.</b>	<b>C. MARIANA GUADALUPE TEOBAL GALLARDO</b>
<b>BIANEY ROMERO BARAJAS</b>	<b>C. EDSON PACHECO SANDOVAL</b>

3.- EN DESAHOGO DEL PUNTO NÚMERO TRES DEL ORDEN DEL DÍA, SE PROCEDE A HACER DEL CONOCIMIENTO DE LOS PARTICIPANTES QUE NO HAY **ACLARACIONES Y/O MODIFICACIONES** A LA CONVOCATORIA Y A LAS BASES, REALIZADAS POR LA CONVOCANTE. -----

4.- EN DESAHOGO DEL PUNTO NÚMERO CUATRO DEL ORDEN DEL DÍA, SE PROCEDE A DAR RESPUESTA A LAS PREGUNTAS REALIZADAS EN TIEMPO Y FORMA POR LAS EMPRESAS PARTICIPANTES. -----

**CAFÉ BERSA, S. DE R.L. DE C.V.**

A). - DE CARÁCTER ADMINISTRATIVO Y LEGAL

<b>PREGUNTAS</b>	<b>RESPUESTAS</b>
<p><b>PREGUNTA 1</b> <b>REFERENCIA:</b> PAGINA 26 11.2.30 DEBERÁ PRESENTAR DOCUMENTO QUE AVALE QUE REALIZO EL ÚLTIMO PAGO MENSUAL DE IMPUESTOS. <b>PREGUNTA:</b> ESTIMADA CONVOCANTE , SOLICITAMOS AMABLEMENTE NOS ACLARE QUE PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE PUNTO TENEMOS QUE PRESENTAR LA ULTIMA DECLARACION PROVISIONAL A LA QUE ESTAMOS OBLIGADOS Y SU COMPROBANTE DE PAGO.</p>	<p><b>ES CORRECTA SU APRECIACIÓN.</b></p>





<p><b>PREGUNTA 2</b></p> <p><b>REFERENCIA:</b> PAGINA 27 11.2.38 CON LA FINALIDAD DE AGILIZAR EL PROCESO DE RECEPCIÓN Y APERTURA DE PROPUESTAS, EL ANALISIS Y EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA, LOS PARTICIPANTES DEBERÁ ENTREGAR EN FORMA IMPRESA Y EN ARCHIVO ELECTRÓNICO, EN CD O MEMORIA USB, EN FORMATO EXCEL, LETRA VERDANA, TAMAÑO NO. 10, SIN CELDAS COMBINADAS DEBIENDO VERIFICAR QUE NO CONTENGA VIRUS, LA ENTREGA DEL ARCHIVO ELECTRÓNICO SERÁ DE MANERA OBLIGATORIA, POR LO QUE LA OMISIÓN A ESTA INSTRUCCIÓN SERÁ MOTIVO DE DESCALIFICACIÓN.</p> <p><b>PREGUNTA:</b> ESTIMADA CONVOCANTE, ENTENDEMOS QUE LA PRESENTACION EN FORMATO EXCEL Y EN ARCHIVO ELECTRONICO, EN CD O MEMORIA USB, UNICAMENTE SE REFIERE AL PUNTO 11.2.6 (ANEXO N.2) ¿ES CORRECTA NUESTRA APRECIACIÓN?</p>	<p><b>ES CORRECTA SU APRECIACIÓN</b></p>
<p><b>PREGUNTA 3</b></p> <p><b>REFERENCIA:</b> PAGINA 5 PUNTO 1.-DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS SERVICIOS A CONTRATAR LOS LICITANTES PODRÁN PRESENTAR PROPUESTA PARA CADA UNA DE LAS ZONAS QUE DESEEN PARTICIPAR, CONTENIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO "A", CON APEGO A LOS LINEAMIENTOS DE ESTAS BASES; PUDIÉNDOSE ADJUDICAR EL SERVICIO DE ACUERDO A LA PROPUESTA PRESENTADA POR CADA UNO DE ELLOS. PARA LO CUAL DEBERÁN INTEGRAR UNA CARPETA POR ZONA EN LA QUE PARTICIPE CON COPIA DE LOS REQUISITOS PRESENTADOS EN LAS BASES.</p> <p><b>PREGUNTA:</b> ESTIMADA CONVOCANTE, CON EL FIN DE UN MEJOR MANEJO DE LA INFORMACION, SOLICITAMOS AMABLEMENTE CONSIDERAR LA PRESENTACIÓN DE LOS REQUISITOS SOLICITADOS EN EL NUMERAL 11.2 SOBRE DE LA PROPUESTA TÉCNICA; UNA SOLA VEZ POR LA TOTALIDAD DE LAS PARTIDAS QUE SE DESEE PARTICIPAR A EXCEPCIÓN DE LOS NUMERALES 11.2.6, 11.2.10, 11.2.13,11.2.15,11.2.16,11.2.19,11.2.20,11.2.22.,¿ACEPTA NUESTRA PROPUESTA?</p>	<p><b>APEGARSE AL PUNTO 1.-DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS SERVICIOS A CONTRATAR DE LAS BASES DE LA LICITACIÓN.</b></p>

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*

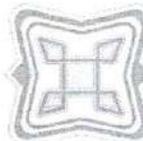
*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten marks]*

*[Handwritten marks]*



*[Faint watermark text]*

**PREGUNTA 4**

**REFERENCIA:**

PAGINA 27

PUNTO 11.3 PROPUESTA ECONÓMICA DEBERÁ CONTENER LO SIGUIENTE:

11.3.5 CON LA FINALIDAD DE AGILIZAR EL PROCESO DE RECEPCIÓN Y APERTURA DE PROPUESTAS, EL ANALISIS Y EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA ECONÓMICA, LOS PARTICIPANTES DEBERÁ ENTREGAR EN FORMA IMPRESA Y EN ARCHIVO ELECTRÓNICO, EN CD O MEMORIA USB, EN FORMATO EXCEL, LETRA VERDANA, TAMAÑO NO. 10, SIN CELDAS COMBINADAS DEBIENDO VERIFICAR QUE NO CONTENGA VIRUS, LA ENTREGA DEL ARCHIVO ELECTRÓNICO SERÁ DE MANERA OBLIGATORIA, POR LO QUE LA OMISIÓN A ESTA INSTRUCCIÓN SERÁ MOTIVO DE DESCALIFICACIÓN.

EN CASO DE EXISTIR DIFERENCIAS ENTRE EL ARCHIVO EN ELECTRÓNICO Y LO PRESENTADO EN PAPEL, SE DARÁ PREFERENCIA AL DOCUMENTO IMPRESO.

**PREGUNTA:**

ENTENDEMOS QUE LA PRESENTACION EN FORMATO EXCEL Y EN ARCHIVO ELECTRONICO, EN CD O MEMORIA USB, UNICAMENTE SE REFIERE AL PUNTO 11.3.35 (ANEXO N.9) ¿ES CORRECTA NUESTRA APRECIACIÓN?

**ES CORRECTA SU APRECIACIÓN, SIN EMBARGO SE HACE LA ACLARACIÓN QUE EL PUNTO CORRECTO ES EL 11.3.5**

B). - DE CARÁCTER TÉCNICO

PREGUNTAS	RESPUESTAS
<p><b>PREGUNTA 1</b></p> <p><b>REFERENCIA:</b> PÁGINA 20 11.2.6 ESCRITO DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA EN HOJA MEMBRETADA EN EL QUE DEBERÁ DETALLAR TODAS LAS ZONAS OFERTADAS EN APEGO AL ANEXO TÉCNICO, DEBIENDO COTIZAR LA TOTALIDAD DE LAS UNIDADES HOSPITALARIAS EN LAS QUE DESEA PRESTAR EL SERVICIO CONFORME A LOS REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS TÉCNICOS, "A Y B", UTILIZANDO PARA TAL EFECTO EL ANEXO No. 2.</p> <p><b>PREGUNTA:</b> ESTIMADA CONVOCANTE DE ACUERDO AL FORMATO ANEXO 2, SOLICITAMOS ACLARAR CUAL ES EL VALOR CONSIDERANDO PARA EL PARAMETRO NUMERO DE ZONA.</p>	<p><b>APEGARSE AL PUNTO 11.2.6 DE LAS BASES DE LA LICITACIÓN.</b></p>



<p><b>PREGUNTA 2</b> <b>REFERENCIA:</b> PAGINA 10. 11.2.10 EL LICITANTE DEBERÁ CONTAR CON AL MENOS UNA UNIDAD MÓVIL PARA TRANSPORTE Y DISTRIBUCIÓN DE LAS DIETAS, POR CADA UNIDAD MÉDICA QUE ASÍ LO REQUIERA, Y COMPROBAR CON FOTOGRAFÍAS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE (LOS) VEHÍCULO(S) Y EQUIPO(S) DE TRANSPORTACIÓN O DISTRIBUCIÓN DE DIETAS (RECIPIENTES TÉRMICOS TRANSPARENTES CON TAPA, CONTENEDORES ISOTÉRMICOS, TRANSPORTADORES DE RECIPIENTES TÉRMICOS), DISPONIBLES PARA OTORGAR EL SERVICIO DE ESTE PROCESO LICITATORIO.</p> <p><b>PREGUNTA:</b> ESTIMADA CONVOCANTE, SOLICITAMOS AMABLEMENTE NOS ACLARE CUALES SON LAS UNIDADES MEDICAS QUE REQUIEREN UNIDAD DE TRANSPORTE.</p>	<p><b>APEGARSE AL PUNTO 11.2.10 DE LAS BASES DE LA LICITACIÓN.</b></p>
<p><b>PREGUNTA 3</b> <b>REFERENCIA:</b> PAGINA 22 11.2.16 ORGANIGRAMA DE LA PLANTILLA DE PERSONAL QUE PROPONDRÁ LA EMPRESA PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, ANEXANDO ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA Y FOTOGRAFÍA DE LA DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA DE ESTUDIOS PARA LOS LICENCIADOS EN NUTRICIÓN Y/O LICENCIADOS EN GASTRONOMÍA (TÍTULO PROFESIONAL, LA CÉDULA PROFESIONAL Y/O ESTUDIOS DE POSTGRADO). ASIMISMO, DEBERÁN PRESENTAR DE LOS COCINEROS Y AUXILIARES DE COCINA SUS CERTIFICADOS DE ESTUDIOS DE EDUCACIÓN BÁSICA, MEDIA SUPERIOR O SUPERIOR EN ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA Y FOTOCOPIA, CONFORME A LO SOLICITADO EN LOS PUNTOS 3.1 Y 3.2.</p> <p><b>PREGUNTA:</b> ENTENDEMOS QUE SE DEBERÁ DE PRESENTAR 1 REPRESENTANTE POR ZONA, PARA EL TURNO MATUTINO, VESPERTINO Y JORNADA ACUMULADA EN LAS POSICIONES DE GASTRONOMO, NUTRIOLOGO, COCINERO Y AUXILIAR DE COCINA, ¿ES CORRECTA NUESTRA APRECIACIÓN?</p>	<p><b>APEGARSE AL PUNTO 11.2.16 Y A LO SOLICITADO EN LOS PUNTOS 3.1 Y 3.2. DE LAS BASES DE LA LICITACIÓN.</b></p>
<p><b>PREGUNTA 4</b> <b>REFERENCIA:</b> PAGINA 22 11.2.16 ORGANIGRAMA DE LA PLANTILLA DE PERSONAL QUE PROPONDRÁ LA EMPRESA PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, ANEXANDO ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA Y FOTOGRAFÍA DE LA DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA DE ESTUDIOS PARA LOS LICENCIADOS EN NUTRICIÓN Y/O LICENCIADOS EN GASTRONOMÍA (TÍTULO PROFESIONAL, LA CÉDULA PROFESIONAL Y/O ESTUDIOS DE POSTGRADO). ASIMISMO, DEBERÁN PRESENTAR DE LOS COCINEROS Y AUXILIARES DE COCINA SUS CERTIFICADOS DE ESTUDIOS DE</p>	<p><b>APEGARSE AL PUNTO 11.2.16 DE LAS BASES DE LA LICITACIÓN.</b></p>





<p>EDUCACIÓN BÁSICA, MEDIA SUPERIOR O SUPERIOR EN ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA Y FOTOCOPIA, CONFORME A LO SOLICITADO EN LOS PUNTOS 3.1 Y 3.2.</p> <p><b>PREGUNTA:</b> ENTENDEMOS QUE PARA CUBRIR EL PRESENTE PUNTO SE PODRA PRESENTAR ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA DE LA DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA YA QUE ESTOS SON DOCUMENTOS QUE COMPRUEBAN LA AUTENTICIDAD DEL REQUERIMIENTO POR LO QUE NO ES NECESARIO PRESENTAR LA FOTOGRAFÍA, ¿ SE ACEPTA NUESTRA PROPUESTA?</p>	
<p><b>PREGUNTA 5</b></p> <p><b>REFERENCIA:</b> PAGINA 5 PUNTO 1.-DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS SERVICIOS A CONTRATAR</p> <p>1.1 LOS LICITANTES DEBERÁN OFERTAR EL 100% DE LOS TIPOS DE DIETAS POR ZONA, GARANTIZANDO EL SERVICIO HASTA POR EL VOLUMEN MÁXIMO REQUERIDO POR ZONA, ADMITIÉNDOSE UNA SOLA PROPUESTA POR LICITANTE, MISMA QUE DEBERÁ SUJETARSE ESTRICTAMENTE AL REQUERIMIENTO SOLICITADO EN EL ANEXO TÉCNICO Y ANEXOS TÉCNICOS "A" Y "B", NO SE TOMARÁN EN CONSIDERACIÓN LAS ZONAS QUE SE OFERTEN PARCIALMENTE.</p> <p>LOS LICITANTES PODRÁN PRESENTAR PROPUESTA PARA CADA UNA DE LAS ZONAS QUE DESEEN PARTICIPAR, CONTENIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO "A", CON APEGO A LOS LINEAMIENTOS DE ESTAS BASES; PUDIÉNDOSE ADJUDICAR EL SERVICIO DE ACUERDO A LA PROPUESTA PRESENTADA POR CADA UNO DE ELLOS. PARA LO CUAL DEBERÁN INTEGRAR UNA CARPETA POR ZONA EN LA QUE PARTICIPE CON COPIA DE LOS REQUISITOS PRESENTADOS EN LAS BASES.</p> <p><b>PREGUNTA:</b> ESTIMADA CONVOCANTE, SOLICITAMOS AMABLEMENTE QUE PARA UN MEJOR MANEJO DE LA INFORMACIÓN CONSIDERE LA PRESENTACIÓN DEL MINUTARIO DIETETICO UNA SOLA VEZ POR EL TOTAL DE PARTIDAS QUE SE DESEE PARTICIPAR, ¿ACEPTA NUESTRA PROPUESTA?</p>	<p><b>SE ACEPTA QUE SOLO ENTREGUEN UN TANTO IMPRESO DE MINUTARIO COMPLETO, CON EL CÁLCULO DE TODAS LAS DIETAS DE LOS ANEXOS A Y B, PARA LAS 4 ZONAS.</b></p>
<p><b>PREGUNTA 6</b></p> <p><b>REFERENCIA:</b> PAGINA 5 PUNTO 1.-DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS SERVICIOS A CONTRATAR</p> <p><b>PREGUNTA:</b> ESTIMADA CONVOCANTE, ENTENDEMOS QUE LA DIETA 2. NORMAL PSIQUIÁTRICO SERÁ INTEGRADA ÚNICAMENTE EN LA ZONA CENTRO A, EXCLUYENDOLA DE LAS ZONAS: ZONA CENTRO B, ZONA NORTE Y ZONA</p>	<p><b>ES CORRECTO, SOLO LA ZONA CENTRO A, YA QUE ES DONDE SE ENCUENTRAN EL INSTITUTO VERACRUZANO DE SALUD MENTAL DE XALAPA Y EL HOSPITAL DE SALUD MENTAL DE ORIZABA</b></p>





<p>SUR, ¿ES CORRECTA NUESTRA APRECIACIÓN?</p>	<p><b>DR. VÍCTOR M. CONCHA VÁSQUEZ.</b></p>
<p><b>PREGUNTA 7</b></p> <p><b>REFERENCIA:</b> PAGINA 48 ANEXO TÉCNICO "LISTADO DE ALIMENTOS PERMITIDOS Y PROHIBIDOS DE ACUERDO A LOS DIFERENTES TIPOS DE DIETAS, LAS PORCIONES Y/O RACIONES DEBERAN APEGARSE AL SISTEMA MEXICANO DE EQUIVALENTES":</p> <p>11. HIPOHIDROCARBONADA DEFINICIÓN: DIETA BAJA EN HIDRATOS DE CARBONO, QUE BUSCA EL CONTROL DE GLUCOSA EN SANGRE. ALIMENTOS PERMITIDOS: LECHE Y DERIVADOS: LECHE DESCREMADA EN POLVO O LÍQUIDA, YOGURT DESCREMADO NATURAL. CARNES MAGRAS: POLLO, TERNERA, RES, PESCADO, CERDO (SIN GRASAS), QUESO PANELA, QUESO DE HEBRA, QUESO FRESCO, REQUESÓN, HUEVO, ATÚN EN AGUA. LEGUMINOSAS: FRIJOL, LENTEJAS, SOYA, ALUBIAS. PAN Y SUSTITUTOS: PAN DE CENTENO, INTEGRAL, TOSTADO, TORTILLA DE MAÍZ, BRAN FLAKES, ALL BRAN, ARROZ, GALLETAS MARÍAS, AVENA, SOPA DE PASTA. GRASAS Y SUSTITUTOS: ACEITE VEGETAL, MARGARINA. AZUCARES: GELATINA DIETÉTICA Y SUSTITUTOS DE AZÚCAR COMO SPLENDA O STEVIA. NO SE DEBE UTILIZAR AZUCARES REFINADOS VERDURAS: ACELGAS, APIO, BERROS, CALABACITAS, COL, COLIFLOR, COLINABO, CHAYOTE, EJOTES, ESPINACAS, FLOR DE CALABAZA, LECHUGA, NABO, NOPALES, RABANITOS, TOMATE VERDE Y ROJO, VERDOLAGAS, QUELITES, BETABEL Y CEBOLLA. FRUTAS: FRESAS, LIMÓN DULCE, TUNA, GUANÁBANA, CHABACANO, JÍCAMA, LIMÓN, MANDARINA, NANCHE, NARANJA EN GAJOS, TORONJA, ZARZAMORA, GRANADA ROJA, GUAYABA, MANZANA, PARA, PERÓN Y CIRUELA FRESCA.</p> <p>ALIMENTOS PROHIBIDOS: LECHE Y DERIVADOS: LECHE ENTERA Y CON SABORIZANTES, CONCENTRADOS, CONDENSADOS, EVAPORADOS, YOGURT DE SABOR E INDUSTRIALIZADOS. CARNE: EMBUTIDOS, CERDO, QUESO MANCHEGO Y FUERTES. LEGUMINOSAS: CHÍCHARO SECO Y HABAS. PAN Y SUSTITUTOS: PAN DULCE, GALLETAS RELLENAS DE CHOCOLATE, TORTILLAS DE HARINA, CEREALES INDUSTRIALIZADOS COMO HOJUELAS DE MAÍZ AZUCARADAS, ETC. VERDURAS: HABAS Y CHÍCHAROS VERDES, CAMOTE, ELOTE TIERNO, PAPA Y YUCA.</p>	<p><b>LA MANZANA ES ALIMENTO PERMITIDO.</b></p>



FRUTAS: FRESAS, ZAPOTE, PLÁTANO MACHO Y ROATÁN, TEJOCOTE, CAÑA DE AZÚCAR, JUGOS Y NÉCTARES DE NARANJA, DURAZNO, MANZANA, PIÑA, MELÓN, PAPAYA, SANDÍA Y MANGO.

AZÚCARES: TODAS.

RECOMENDACIONES:

A) DEBERÁ REALIZAR VARIAS COMIDAS PEQUEÑAS, CINCO O SEIS, PERO MUY NUTRITIVAS DURANTE EL DÍA.

B) PREFIERA ALIMENTOS DE BAJO ÍNDICE GLUCÉMICO Y EVITE LOS DE ALTO COMO: PLÁTANO, JUGOS DE FRUTA, MANGO, ETC.

C) ELIMINAR EL CONSUMO DE PRODUCTOS REFINADOS. PRODUCTOS INDUSTRIALIZADOS, PROCESADOS Y ULTRAPROCESADOS, HARINAS Y AZUCARES REFINADAS

D) PREFIERA CEREALES INTEGRALES

E) EVITAR EL CONSUMO DE ALCOHOL.

**PREGUNTA:**

ESTIMADA CONVOCANTE, DE ACUERDO AL LISTADO DE ALIMENTOS PERMITIDOS Y PROHIBIDOS

PARA LOS DIFERENTES TIPOS DE DIETAS, ENTENDEMOS QUE LA MANZANA ES UN ALIMENTO PERMITIDO PARA LA DIETA HIPOHIDROCARBONADA, ¿ES CORRECTA NUESTRA APRECIACIÓN?

**PREGUNTA 8**

**REFERENCIA:**

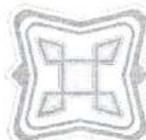
PAGINA 23

11.2.20. EL LICITANTE PRESENTARÁ CARTA COMPROMISO MANIFESTANDO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE DE SER ADJUDICADO ENTREGARÁ EVIDENCIA DE QUE CUENTA CON UNIDADES IDÓNEAS CONFORME (CERRADAS, LIMPIAS, HERMÉTICAS Y DESINFECTADAS) A LAS PRESENTES BASES PARA LLEVAR A CABO EL SERVICIO, ACREDITANDO LA PROPIEDAD Y POSESIÓN CON FOTOCOPIA LEGIBLE Y ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA POR FEDATARIO PÚBLICO (PARA COTEJO) DE LAS FACTURAS DE SUS UNIDADES DE TRANSPORTE CON LAS QUE CUENTA O DEL CONTRATO DE ARRENDAMIENTO DE LAS UNIDADES NECESARIAS PARA LA OPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO CON LOS QUE ACREDITE QUE CUENTA CON LA POSESIÓN, USO, GOCE Y DISFRUTE DE DICHS VEHÍCULOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, PARA CUMPLIR EN TIEMPO Y FORMA EN LA ENTREGA DE LOS ALIMENTOS, ANEXANDO FOTOGRAFÍAS Y COPIAS LEGIBLES DE LAS RESPECTIVAS TARJETAS DE CIRCULACIÓN. (ANEXO 5)

**PREGUNTA:**

ESTIMADA CONVOCANTE, SOLICITAMOS AMABLEMENTE NOS ACLARE CUALES SON LAS UNIDADES MEDICAS QUE REQUIEREN UNIDAD DE TRANSPORTE.

**APEGARSE AL PUNTO  
11.2.20 DE LAS BASES  
DE LA LICITACIÓN.**



<p><b><u>PREGUNTA 9</u></b></p> <p><b>REFERENCIA:</b> PAGINA 23 11.2.21 FOTOCOPIA LEGIBLE Y ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA PARA COTEJO DE LOS CERTIFICADOS DE FUMIGACIÓN MENSUAL DE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES CORRESPONDIENTES A SUS INSTALACIONES, EQUIPAMIENTO Y VEHÍCULOS.</p> <p><b>PREGUNTA:</b> ESTIMADA CONVOCANTE, EN CASO DE CONTAR CON VEHICULOS DE RECIENTE ADQUISICIÓN O RENTA , SOLICITAMOS PRESENTAR LOS CERTIFICADOS DE FUMIGACIÓN MENSUAL APARTIR DE LA FECHA DE ADQUISICIÓN O RENTA, LOS CUALES SERÍAN INFERIOR A LOS SEIS MESES SOLICITADOS,¿ACEPTA NUESTRA PROPUESTA?</p>	<p><b>ES CORRECTA SU APRECIACIÓN.</b></p>
<p><b><u>PREGUNTA 10</u></b></p> <p><b>REFERENCIA:</b> PAGINA 21 Y 22/ PUNTOS 11.2.13 Y PUNTO 11.2.19.</p> <p><b>PREGUNTA:</b> ESTIMADA CONVOCANTE, CONFORME A LO SOLICITADO EN EL PUNTO 11.2.13, ENTENDEMOS QUE LOS ANALISIS SE DEBERAN DE PRESENTAR UNA VEZ ADJUDICADOS, ¿ES CORRECTA NUESTRA APRECIACIÓN?</p>	<p><b>APEGARSE A LOS PUNTOS 11.2.13 Y PUNTO 11.2.19. DE LAS BASES DE LICITACIÓN.</b></p>
<p><b><u>PREGUNTA 11</u></b></p> <p><b>REFERENCIA:</b> PAGINA 21 11.2.12 EL LICITANTE DEBERÁ PRESENTAR UN PROGRAMA DE MICROBIOLOGÍA DURANTE SU SERVICIO CONTEMPLANDO; ALIMENTOS, AGUA, SUPERFICIES VIVAS E INERTES, VEHÍCULOS DE TRANSPORTE, APEGÁNDOSE A LAS NORMAS VIGENTES PUBLICADAS EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN Y EXAMEN MÉDICO ANTES DE CONTRATAR A LOS EMPLEADOS.</p> <p><b>PREGUNTA:</b> ESTIMADA CONVOCANTE, SERIA TAN AMABLE DE ACLARARNOS CON QUE FRECUENCIA SE DEBEN DE PROGRAMAR LOS ANALISIS DE ALIMENTOS, AGUA, SUPERFICIES VIVAS E INERTES, VEHÍCULOS DE TRANSPORTE.</p>	<p><b>APEGARSE AL PUNTO 11.2.12 DE LAS BASES DE LICITACIÓN.</b></p>
<p><b><u>PREGUNTA 12</u></b></p> <p><b>REFERENCIA:</b> PAGINA 25 11.2.24 CARTA DONDE EL LICITANTE MANIFIESTE BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE EL SERVICIO DE ALIMENTACIÓN OFERTADO CUMPLE CON LAS NORMAS QUE SE DESCRIBEN A CONTINUACIÓN, ADJUNTANDO AL PRESENTE FOTOCOPIA SIMPLE LEGIBLE Y ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA PARA COTEJO DE LAS CERTIFICACIONES QUE ACREDITAN SU CUMPLIMIENTO DE CONFORMIDAD CON LO SIGUIENTE:</p>	<p><b>APEGARSE AL PUNTO 11.2.24 DE LAS BASES DE LICITACIÓN.</b></p>



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



<p>1. ANÁLISIS MICROBIOLÓGICOS Y FÍSICO-QUÍMICOS DE ALIMENTOS QUE CUENTEN Y CUMPLAN CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: MESOFÍLICOS AEROBIOS, E. COLI, SALMONELLA, STAPHYLOCOCCUS AUREUS, HUMEDAD, GRASA Y PROTEÍNA, PRESENTÁNDOLOS SIN DESVIACIONES A SU NORMA CORRESPONDIENTE.</p> <p><b>PREGUNTA:</b> ENTENDEMOS QUE, PARA DAR CUMPLIMIENTO A ESTE PUNTO, PODEMOS DE PRESENTAR RESULTADOS DE UN ALIMENTO COCIDO, UN ALIMENTO CRUDO(ENSALADA), UN AGUA PREPARADA Y UN POSTRE?</p>	
<p><b>PREGUNTA 13</b></p> <p><b>REFERENCIA:</b> PAGINA 25 11.2.24 CARTA DONDE EL LICITANTE MANIFIESTE BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE EL SERVICIO DE ALIMENTACIÓN OFERTADO CUMPLE CON LAS NORMAS QUE SE DESCRIBEN A CONTINUACIÓN, ADJUNTANDO AL PRESENTE FOTOCOPIA SIMPLE LEGIBLE Y ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA PARA COTEJO DE LAS CERTIFICACIONES QUE ACREDITAN SU CUMPLIMIENTO DE CONFORMIDAD CON LO SIGUIENTE: 2. ANÁLISIS MICROBIOLÓGICOS DE SUPERFICIES INERTES, PRESENTÁNDOLOS SIN DESVIACIONES A SU NORMA CORRESPONDIENTE.</p> <p><b>PREGUNTA:</b> ENTENDEMOS QUE PARA DAR CUMPLIMIENTO A ESTE PUNTO, DEBEMOS DE PRESENTAR RESULTADOS DE 1 CUCHARON, 1 TABLA DE CORTE, 1 MESA DE TRABAJO, 1 JARRA DE PLÁSTICO, 1 TARA DE PLÁSTICO, ¿ES CORRECTA NUESTRA APRECIACIÓN?</p>	<p><b>APEGARSE AL PUNTO 11.2.24 DE LAS BASES DE LICITACIÓN.</b></p>
<p><b>PREGUNTA 14</b></p> <p><b>REFERENCIA:</b> PAGINA 25 11.2.24 CARTA DONDE EL LICITANTE MANIFIESTE BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE EL SERVICIO DE ALIMENTACIÓN OFERTADO CUMPLE CON LAS NORMAS QUE SE DESCRIBEN A CONTINUACIÓN, ADJUNTANDO AL PRESENTE FOTOCOPIA SIMPLE LEGIBLE Y ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA PARA COTEJO DE LAS CERTIFICACIONES QUE ACREDITAN SU CUMPLIMIENTO DE CONFORMIDAD CON LO SIGUIENTE: 3. ANÁLISIS MICROBIOLÓGICOS Y FÍSICO-QUÍMICOS DE AGUA Y HIELO QUE MÍNIMO CUENTEN Y CUMPLAN CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: COLIFORMES TOTALES, COLOR, OLORES Y SABOR PRESENTÁNDOLOS SIN DESVIACIONES A SU NORMA CORRESPONDIENTE.</p> <p><b>PREGUNTA:</b> ENTENDEMOS QUE PARA DAR CUMPLIMIENTO A ESTE PUNTO SE DEBE PRESENTAR ÚNICAMENTE 1 ANÁLISIS DE AGUA Y 1 ANÁLISIS DE HIELO, ¿ES CORRECTA NUESTRA APRECIACIÓN?</p>	<p><b>APEGARSE AL PUNTO 11.2.24 DE LAS BASES DE LICITACIÓN.</b></p>





**PREGUNTA 15**

**REFERENCIA:**

PAGINA 25

11.2.24 CARTA DONDE EL LICITANTE MANIFIESTE BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE EL SERVICIO DE ALIMENTACIÓN OFERTADO CUMPLE CON LAS NORMAS QUE SE DESCRIBEN A CONTINUACIÓN, ADJUNTANDO AL PRESENTE FOTOCOPIA SIMPLE LEGIBLE Y ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA PARA COTEJO DE LAS CERTIFICACIONES QUE ACREDITAN SU CUMPLIMIENTO DE CONFORMIDAD CON LO SIGUIENTE:

4. EVIDENCIA DE QUE CUENTA CON UN PLAN (LAY OUT, BARRERAS FÍSICAS, SERVICIO CONTRATADO) PARA EL CONTROL DE PLAGAS Y ERRADICACIÓN DE FAUNA NOCIVA A SUS INSTALACIONES, UNIDADES HOSPITALARIA Y/O INSTITUCIÓN GUBERNAMENTAL.

**PREGUNTA:**

ENTENDEMOS QUE PARA DAR CUMPLIMIENTO A ESTE PUNTO SE PUEDE PRESENTAR UN PLAN (LAY OUT, BARRERAS FÍSICAS, SERVICIO CONTRATADO) DE ALGUNA UNIDAD HOSPITALARIA DONDE LA EMPRESA PRESTA SU SERVICIO, ¿ES CORRECTA NUESTRA APRECIACIÓN?

**APEGARSE AL PUNTO 11.2.24 DE LAS BASES DE LICITACIÓN.**

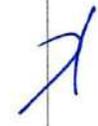
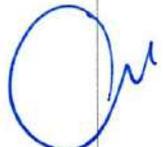
**PRODUCTOS SEREL, S.A. DE C.V.**

**B) CARÁCTER TÉCNICO:**

PREGUNTAS	RESPUESTAS
<p><b>PREGUNTA 1, PÁGINA 9, PUNTO 4, NUMERAL 4.1 Y 4.2.</b></p> <p>TODA VEZ QUE, EN LOS NUMERALES DE REFERENCIA NO SE CONSIDERA LA DIETA BLANDA, SOLICITAMOS A LA CONVOCANTE, NOS INDIQUE SI EL DESARROLLO DE ESTE TIPO DE DIETA SE DEBERÁ REALIZAR PARA 15 DÍAS O PARA 30 DÍAS. FAVOR DE CONFIRMAR.</p>	<p><b>DEBE REALIZAR PARA 15 DÍAS.</b></p>
<p><b>PREGUNTA 2, PÁGINA 10, PUNTO 4.7, PRIMERA VIÑETA (SERVICIOS A PLANTA).</b></p> <p>SOLICITAMOS AMABLEMENTE A LA CONVOCANTE, NOS INDIQUE EL APARTADO ESPECÍFICO DE LA NOM-251-SSA1-2009, QUE ESTABLECE LAS DISPOSICIONES SANITARIAS QUE DEBE CUMPLIR EL LICITANTE ADJUDICADO, CON RELACIÓN A LOS "SERVICIOS A PLANTA".</p>	<p><b>APEGARSE AL PUNTO 4.7 DE LAS BASES DE LICITACIÓN.</b></p>



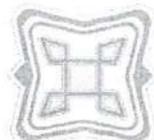
PREGUNTAS	RESPUESTAS
<p><b>PREGUNTA 3, PÁGINA 11, PUNTO 4.7, VIÑETA 9.</b></p> <p>SOLICITAMOS AMABLEMENTE A LA CONVOCANTE, CONFIRME QUE EL LICITANTE ADJUDICADO DEBERÁ REALIZAR LA FUMIGACIÓN MENSUAL SOLICITADA, ÚNICAMENTE EN LOS LUGARES DESIGNADOS PARA PREPARAR Y SERVIR ALIMENTOS. FAVOR DE CONFIRMAR.</p>	<p><b>APEGARSE AL PUNTO 4.7, VIÑETA 9. DE LAS BASES DE LICITACIÓN.</b></p>
<p><b>PREGUNTA 4, PÁGINA 15, PUNTO 5.</b></p> <p>SOLICITAMOS A LA CONVOCANTE, ESTANDARICE LOS PARÁMETROS APLICABLES PARA QUE UNA DIETA SEA CONSIDERADA COMO INCOMPLETA, TODA VEZ QUE, AL DEJAR ABIERTA LA VALORACIÓN DE CADA NUTRIÓLOGO SE ESTARÍAN APLICANDO 53 CRITERIOS DIFERENTES. FAVOR DE PRECISAR.</p>	<p><b>INCOMPLETA ES QUE NO CUMPLA CON LO REQUERIDO POR EL SERVICIO DE NUTRICIÓN (NUTRIÓLOGO RESPONSABLE DE LA UNIDAD) Y QUE NO CUMPLA CON EL REQUERIMIENTO DEL PORCENTAJE DE HIDRATOS DE CARBONO, PROTEÍNAS Y LÍPIDOS, ASÍ COMO, EL CALÓRICO QUE DEBE CONTENER EL TIPO DE DIETA QUE HAYAN SOLICITADO.</b></p>
<p><b>PREGUNTA 5, PÁGINAS 21 Y 22, PUNTO 11.2.13 Y 11.2.19.</b></p> <p>DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL NUMERAL 11.2.13, ENTENDEMOS QUE LOS LICITANTES NO DEBEN PRESENTAR ANÁLISIS CLÍNICOS.</p> <p>¿ES CORRECTA NUESTRA APRECIACIÓN?</p>	<p><b>APEGARSE A LOS PUNTOS 11.2.13 Y 11.2.19 DE LAS BASES DE LICITACIÓN.</b></p>
<p><b>PREGUNTA 6, PÁGINA 22, PUNTO 11.2.16 Y PÁGINAS 78 Y 79 Y FORMATOS.</b></p> <p>EN LOS FORMATOS DE LAS PÁGINAS 78 Y 79, SE INDICA QUE LOS COCINEROS Y AUXILIARES DE COCINA DEBEN CONTAR CON ESTUDIOS DE SECUNDARIA.</p> <p>DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL PUNTO 11.2.16, ENTENDEMOS QUE DICHS PERFILES LOS PODEMOS ACREDITAR CON SUS CERTIFICADOS DE EDUCACIÓN BÁSICA (PRIMARIA O SECUNDARIA), MEDIA SUPERIOR O SUPERIOR. FAVOR DE CONFIRMAR.</p>	<p><b>APEGARSE AL PUNTO 11.2.16 DE LAS BASES DE LICITACIÓN.</b></p>

PREGUNTAS	RESPUESTAS
<p><b>PREGUNTA 7, PÁGINA 22, NUMERAL 11.2.18.</b></p> <p>LA CONVOCANTE SOLICITA QUE LOS LICITANTES, PRESENTEN UNA CARTA COMPROMISO EN LA QUE MANIFIESTEN QUE EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADOS Y NO SE CUENTE CON INSTALACIONES EN LA ZONA DONDE SE UBIQUEN LAS UNIDADES HOSPITALARIAS Y DICHAS UNIDADES HOSPITALARIAS CUENTEN CON UN ESPACIO ASIGNADO PARA EL ÁREA DE COCINA, SE PODRÁN HACER USO DE ELLAS SIEMPRE QUE SE RÉALICEN MANTENIMIENTOS Y ADECUACIONES PARA QUE LAS INSTALACIONES ESTÉN EN ÓPTIMAS CONDICIONES.</p> <p>ENTENDEMOS QUE EL ÚNICO MANTENIMIENTO QUE EL LICITANTE ADJUDICADO DEBE BRINDAR A DICHAS INSTALACIONES ES EL PREVENTIVO Y CORRECTIVO A LOS EQUIPOS Y UTENSILIOS QUE SE ENCUENTREN DENTRO DE LA INSTALACIÓN DE LA COCINA Y SEAN UTILIZADOS PARA LA PREPARACIÓN Y SERVICIO DE ALIMENTOS, ASÍ COMO, LAS ADECUACIONES QUE NO IMPLIQUEN MODIFICACIONES A LA INFRAESTRUCTURA DEL HOSPITAL, LAS CUALES SON LAS SIGUIENTES:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• COLOCACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ILUMINACIÓN Y VENTILACIÓN ADECUADAS</li><li>• MOSQUITEROS EN PUERTAS Y VENTANAS</li><li>• COLOCACIÓN DE VIDRIOS DONDE SE REQUIERA</li><li>• DESAZOLVE DE COLADERAS Y DRENAJE</li><li>• COLOCACIÓN DE MOBILIARIO Y EQUIPAMIENTO NECESARIO, PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO</li><li>• MANTENIMIENTO DE FREGADEROS PARA EVITAR DESPERDICIO DE AGUA</li><li>• LOCKERS PARA GUARDAR MOCHILAS, BOLSAS O ZAPATOS DEL PERSONAL DE LA EMPRESA</li><li>• ÁREA DE INSUMOS DE SERVICIO DE LIMPIEZA, DONDE SE UBIQUEN BIEN COLOCADOS ESCOBAS, TRAPEADORES Y RECOGEDORES</li><li>• EL PAGO DEL GAS, SERVICIO DE AGUA Y LUZ CORRESPONDE POR SU CUENTA (EL COSTO DE ESTOS SERVICIOS SERÁ DETERMINADO POR EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES, CON LA PROBABILIDAD DE QUE ESTE COSTO SEA DEDUCIDO DE LA FACTURA MENSUAL O EL COSTO DE LAS DIETAS).</li><li>• DEBE SUMINISTRAR EL AGUA PURIFICADA PARA LA ELABORACIÓN DE ALIMENTOS</li><li>• SUMINISTRO DE EXTINTOR Y SEÑALÉTICA</li></ul> <p>¿ES CORRECTA NUESTRA APRECIACIÓN?</p> <p>FAVOR DE CONFIRMAR</p>	<p><b>APEGARSE AL PUNTO 11.2.18 DE LAS BASES DE LICITACIÓN.</b></p>  



Handwritten signatures and marks at the bottom of the page.

PREGUNTAS	RESPUESTAS
<p><b>PREGUNTA 8, PÁGINA 23, PUNTO 11.2.22.</b></p> <p>SOLICITAMOS A LA CONVOCANTE, PRECISE A LOS LICITANTES, SI TAMBIÉN SE DEBEN PRESENTAR LAS FACTURAS DE LOS CÁRNICOS Y EMBUTIDOS SOLICITADOS, ACOMPAÑADAS DE SU AVISO DE MOVILIZACIÓN Y HOJAS DE TRABAJO RESPECTIVAMENTE.</p> <p>FAVOR DE ACLARAR.</p>	<p><b>APEGARSE AL PUNTO 11.2.22 DE LAS BASES DE LICITACIÓN.</b></p>
<p><b>PREGUNTA 9, PÁGINAS 24 Y 25, PUNTO 11.2.24, VIÑETAS 1º, 2º, 3º Y 5º.</b></p> <p>SOLICITAMOS RESPETUOSAMENTE A LA CONVOCANTE, PERMITA QUE LOS LICITANTES <b>PRESENTEN SUS CERTIFICADOS EXPEDIDOS CON LAS NORMAS MEXICANAS VIGENTES</b>, YA QUE, <b>TODAS LAS "NORMAS INMEDIATAS ANTERIORES"</b> MENCIONADAS EN ESTÁS VIÑETAS HAN SIDO <b>DEROGADAS O CANCELADAS</b>. FAVOR DE CONFIRMAR.</p>	<p><b>APEGARSE AL PUNTO 11.2.24 DE LAS BASES DE LICITACIÓN.</b></p>
<p><b>PREGUNTA 10, PÁGINA 26, PUNTO 11.2.30.</b></p> <p>LA CONVOCANTE SOLICITA QUE, LOS LICITANTES PRESENTEN EL DOCUMENTO QUE AVALE QUE REALIZÓ EL ÚLTIMO PAGO MENSUAL DE IMPUESTOS.</p> <p>ENTENDEMOS QUE LOS LICITANTES QUE NO CUENTEN CON DOMICILIO FISCAL EN EL ESTADO DE VERACRUZ, DEBEN PRESENTAR LA DECLARACIÓN PROVISIONAL DE MARZO 2023. ¿ES CORRECTA NUESTRA APRECIACIÓN?</p>	<p><b>ES CORRECTA SU APRECIACIÓN.</b></p>
<p><b>PREGUNTA 11, PÁGINA 31, PUNTO 11.2.31.</b></p> <p>LA CONVOCANTE SOLICITA QUE, LOS LICITANTES PRESENTEN AL MENOS DOS ESCRITOS DE OPINIÓN POSITIVA DEL CUMPLIMIENTO EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ALIMENTOS O SIMILARES REALIZADAS EN INSTITUCIONES PÚBLICAS O PRIVADAS, QUE AVALEN LA EXPERIENCIA CON LA QUE CUENTAN.</p> <p>ENTENDEMOS QUE DICHS ESCRITOS SE REFIEREN A LAS CARTAS DE SATISFACCIÓN O CUMPLIMIENTO TOTAL DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES O CANCELACIONES DE FIANZA, OTORGADAS POR LAS UNIDADES HOSPITALARIAS O INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES A LAS QUE HAYA BRINDADO SERVICIO O AFIANZADORAS; Y, ÉSTAS DEBEN CORRESPONDER A LOS CONTRATOS PRESENTADOS EN EL NUMERAL 11.2.9, DE LAS BASES DE LA LICITACIÓN.</p>	<p><b>NO ES CORRECTO, LOS ESCRITOS DE OPINIÓN DEBEN PRESENTARSE DE MANERA INDEPENDIENTE A LOS CONTRATOS PRESENTADOS</b></p>



PREGUNTAS	RESPUESTAS						
<p>¿ES CORRECTA NUESTRA APRECIACIÓN?</p> <p><b>PREGUNTA 12, PÁGINA 40, ANEXO TÉCNICO, TABLA DE TIPO DE DIETA. 2. NORMAL PSIQUIÁTRICO Y 4. COLACIÓN.</b></p> <p>LA CONVOCANTE SOLICITA EN EL ANEXO TÉCNICO, UN VALOR CALÓRICO DIARIO <b>EXACTO</b> PARA LOS TIPOS DE DIETAS <b>2. NORMAL PSIQUIÁTRICO (2500 KCAL)</b> Y PARA EL TIPO DE DIETA <b>4. COLACIÓN (600 KCAL)</b>.</p> <p>SOLICITAMOS ATENTAMENTE A LA CONVOCANTE NOS PERMITA QUE, PARA ESTOS DOS TIPOS DE DIETAS SE CONSIDERE UN MARGEN DE <b>+/-10% DE KCAL</b>.</p> <p>EN CASO DE SER NEGATIVA SU RESPUESTA LE SOLICITAMOS, NOS INDIQUE CUÁL ES EL RANGO (MÍNIMO Y MÁXIMO) PERMITIDO DE VALOR CALÓRICO DIARIO PARA ESTOS DOS TIPOS DE DIETAS.</p> <p>FAVOR DE CONSIDERAR.</p>	<p><b>DEBE SER EL VALOR SOLICITADO, CON BASE A LOS PORCENTAJES DE MACRONUTRIMENTOS (HIDRATOS DE CARBONO, PROTEÍNAS Y LÍPIDOS), EL VALOR CALÓRICO TOTAL DEBE ESTAR ACORDE A LO SOLICITADO.</b></p>						
<p><b>PREGUNTA 13, PÁGINA 40, ANEXO TÉCNICO, RECUADRO, PÁGINA 43, LISTADO DE ALIMENTOS PERMITIDOS Y PROHIBIDOS Y PÁGINA 69 PROPUESTA ECONÓMICA.</b></p> <p>SOLICITAMOS ATENTAMENTE A LA CONVOCANTE NOS INDIQUE, CUAL ES EL <b>NOMBRE CORRECTO</b> DE LA SIGUIENTE DIETA QUE DEBEMOS COTIZAR EN NUESTRAS PROPUESTAS TÉCNICA Y ECONÓMICA, YA QUE EN DICHS APARTADOS DE LAS BASES LAS MENCIONAN CON DISTINTOS NOMBRES.</p> <table border="1" data-bbox="191 1262 1084 1560"> <thead> <tr> <th data-bbox="191 1262 493 1381">NOMBRE EN EL ANEXO TÉCNICO</th> <th data-bbox="493 1262 797 1381">LISTADO DE ALIMENTOS PERMITIDOS Y PROHIBIDOS</th> <th data-bbox="797 1262 1084 1381">DE Y NOMBRE EN PROPUESTA ECONÓMICA (S)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="191 1381 493 1560">2. NORMAL PSIQUIÁTRICO</td> <td data-bbox="493 1381 797 1560">2.- NORMAL PSIQUIÁTRICO</td> <td data-bbox="797 1381 1084 1560">2. NORMAL PARA PACIENTE PSIQUIÁTRICO (EXCLUSIVO EN UNIDAD DE SALUD MENTAL):</td> </tr> </tbody> </table> <p>FAVOR DE ACLARAR.</p>	NOMBRE EN EL ANEXO TÉCNICO	LISTADO DE ALIMENTOS PERMITIDOS Y PROHIBIDOS	DE Y NOMBRE EN PROPUESTA ECONÓMICA (S)	2. NORMAL PSIQUIÁTRICO	2.- NORMAL PSIQUIÁTRICO	2. NORMAL PARA PACIENTE PSIQUIÁTRICO (EXCLUSIVO EN UNIDAD DE SALUD MENTAL):	<p><b>NORMAL PARA PACIENTE PSIQUIÁTRICO (EXCLUSIVO EN UNIDAD DE SALUD MENTAL)</b></p>
NOMBRE EN EL ANEXO TÉCNICO	LISTADO DE ALIMENTOS PERMITIDOS Y PROHIBIDOS	DE Y NOMBRE EN PROPUESTA ECONÓMICA (S)					
2. NORMAL PSIQUIÁTRICO	2.- NORMAL PSIQUIÁTRICO	2. NORMAL PARA PACIENTE PSIQUIÁTRICO (EXCLUSIVO EN UNIDAD DE SALUD MENTAL):					
<p><b>PREGUNTA 14, PÁGINA 42, ANEXO TÉCNICO, TABLA DE TIPO DE DIETA. 14. COMPLEMENTARIA.</b></p> <p>LA CONVOCANTE SOLICITA EN EL ANEXO TÉCNICO, UN VALOR CALÓRICO DIARIO PARA LOS DIFERENTES TIPOS DE DIETAS, SIN EMBARGO, PARA LA</p>	<p><b>SE ENTREGARÁ EN ANEXO A TODOS LOS PARTICIPANTES CON LAS NUEVAS DISPOSICIONES DE</b></p>						



PREGUNTAS	RESPUESTAS
<p><b>DIETA 14. COMPLEMENTARIA, NO ESPECÍFICA NINGÚN VALOR.</b></p> <p>SOLICITAMOS ATENTAMENTE A LA CONVOCANTE, NOS INDIQUE EL VALOR CALÓRICO DIARIO PERMITIDO, Y ADMITA QUE, CONSIDERE UN MARGEN DE +/-10% DE KCAL AL VALOR QUE ESTABLEZCAN PARA ESTA DIETA.</p> <p>FAVOR DE CONSIDERAR.</p>	<p><b>ACUERDO AL CONCENSO DE LATINOAMERICA EN LA ALIMENTACIÓN DE LOS MENORES DE EDAD.</b></p> <p><b>PRESENTAR EJEMPLO PARA 15 DÍAS.</b></p> <p><a href="http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-consenso-alimentacion-complementaria-sociedad-latinoamericana-articulo-S0375090622001318">http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-consenso-alimentacion-complementaria-sociedad-latinoamericana-articulo-S0375090622001318</a></p>
<p><b>PREGUNTA 15, PÁGINA 42, ANEXO TÉCNICO, TABLA DE TIPO DE DIETA. 15. PAPILLAS Y PICADOS FINOS.</b></p> <p>LA CONVOCANTE MENCIONA QUE PARA EL TIPO DE DIETA <b>15. PAPILLAS Y PICADOS FINOS</b>, LAS ESPECIFICACIONES, SERÁN DE ACUERDO CON LO SOLICITADO POR EL NUTRIÓLOGO DE LA UNIDAD HOSPITALARIA.</p> <p>POR LO ANTERIOR, ENTENDEMOS QUE, DE ACUERDO CON ESTE PÁRRAFO, NO SE DEBEN PRESENTAR MENÚS PARA ESTA DIETA. ¿ES CORRECTA NUESTRA APRECIACIÓN?</p>	<p><b>SE ENTREGARÁ EN ANEXO A TODOS LOS PARTICIPANTES CON LAS NUEVAS DISPOSICIONES DE ACUERDO AL CONCENSO DE LATINOAMERICA EN LA ALIMENTACIÓN DE LOS MENORES DE EDAD.</b></p> <p><b>PRESENTAR EJEMPLO PARA 15 DÍAS.</b></p> <p><a href="http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-consenso-alimentacion-complementaria-sociedad-latinoamericana-articulo-S0375090622001318">http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-consenso-alimentacion-complementaria-sociedad-latinoamericana-articulo-S0375090622001318</a></p>
<p><b>PREGUNTA 17, PÁGINA 51, ANEXO TÉCNICO, NUMERAL 14 COMPLEMENTARIA AY B.</b></p>	<p><b>SE ENTREGARÁ EN ANEXO A TODOS LOS PARTICIPANTES CON LAS NUEVAS DISPOSICIONES DE ACUERDO AL</b></p>



PREGUNTAS	RESPUESTAS
<p>DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN ESTE APARTADO DE LAS BASES, SE DEBEN ELIMINAR LAS KCAL ESTABLECIDAS PARA LAS <b>DIETAS COMPLEMENTARIAS A (250 KCAL) Y B (500 KCAL)</b>, TODA VEZ QUE, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL RECUADRO DE LA PÁGINA 51 <b>LA INGESTA DE ALIMENTOS ES EXCLUSIVAMENTE POR LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA.</b></p> <p>FAVOR DE CONFIRMAR.</p>	<p><b>CONSENSO DE LATINOAMERICA EN LA ALIMENTACIÓN DE LOS MENORES DE EDAD.</b></p> <p>PRESENTAR EJEMPLO PARA 15 DÍAS.</p> <p><a href="http://www.revistagas-troenterologiamexico.org/es-consenso-alimentacion-complementaria-sociedad-latinoamericana-articulo-S0375090622001318">http://www.revistagas-troenterologiamexico.org/es-consenso-alimentacion-complementaria-sociedad-latinoamericana-articulo-S0375090622001318</a></p>
<p><b>PREGUNTA 18, PÁGINA 51, ANEXO TÉCNICO, NUMERAL 14 COMPLEMENTARIA A Y B.</b></p> <p>ENTENDEMOS QUE NO SE DEBEN PRESENTAR MENÚS DE LAS <b>DIETAS COMPLEMENTARIAS A Y B</b>, TODA VEZ QUE, LA INGESTA DE ALIMENTOS ES EXCLUSIVAMENTE POR LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA.</p> <p>FAVOR DE CONFIRMAR.</p>	<p><b>SE ENTREGARÁ EN ANEXO A TODOS LOS PARTICIPANTES CON LAS NUEVAS DISPOSICIONES DE ACUERDO AL CONSENSO DE LATINOAMERICA EN LA ALIMENTACIÓN DE LOS MENORES DE EDAD.</b></p> <p>PRESENTAR EJEMPLO PARA 15 DÍAS.</p> <p><a href="http://www.revistagas-troenterologiamexico.org/es-consenso-alimentacion-complementaria-sociedad-latinoamericana-articulo-S0375090622001318">http://www.revistagas-troenterologiamexico.org/es-consenso-alimentacion-complementaria-sociedad-latinoamericana-articulo-S0375090622001318</a></p>



**BIANEY ROMERO BARAJAS**

A). - DE CARÁCTER ADMINISTRATIVO Y LEGAL

PREGUNTAS	RESPUESTAS
11.2.9 PRESENTAR ORIGINAL DE CURRÍCULUM EMPRESARIAL CON LISTADO DE CLIENTES PARA DEMOSTRAR SU EXPERIENCIA Y CAPACIDAD. ¿ESPECÍFICAMENTE TIENE QUE SER DEL ESTADO DE VERACRUZ?	<b>NO, PUEDE SER DE CUALQUIER ESTADO DE LA REPÚBLICA MEXICANA.</b>
11.2.32 EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN PRESENTAR AL MENOS DOS ESCRITOS DE PRESTACIÓN POSITIVA. ¿TIENE QUE SER DEL ESTADO DE VERACRUZ?	<b>NO, PUEDE SER DE CUALQUIER ESTADO DE LA REPÚBLICA MEXICANA, SIN EMBARGO SE HACE LA ACLARACIÓN QUE EL PUNTO CORRECTO ES EL 11.2.31</b>

B). - DE CARÁCTER TÉCNICO

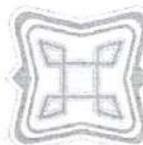
PREGUNTAS	RESPUESTAS
SOBRE EL ANEXO TÉCNICO RENGLÓN TIPO DE DIETAS 1 NORMAL. ¿SE REFIERE A LA DIETA NORMAL PARA EL PERSONAL?	<b>ES CORRECTO, SE REFIERE A MENÚ PARA EL PERSONAL DE LA UNIDAD QUE TIENE DERECHO A ALIMENTOS.</b>
SOBRE EL ANEXO TÉCNICO RENGLÓN TIPO DE DIETAS 3 NORMAL. ¿SE REFIERE A LA DIETA NORMAL PARA PACIENTES?	<b>ES CORRECTO, SE REFIERE A MENÚ PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS.</b>

CONCLUYE LA ETAPA DE PREGUNTAS Y RESPUESTAS PRESENTADAS EN TIEMPO Y FORMA.-----

**SE HACE CONSTAR QUE LA RESPUESTAS ANTES MENCIONADAS NO SON LIMITATIVAS PARA LOS DEMÁS PARTICIPANTES.**-----

RESPECTO A LAS PREGUNTAS, RESPUESTAS Y ACLARACIONES, LOS REPRESENTANTES DE LAS EMPRESAS QUE SE ENCUENTRAN PRESENTES, MANIFIESTAN NO TENER OBJECCIÓN ALGUNA, ACEPTANDO LOS ACUERDOS TOMADOS EN EL DESARROLLO DE LA PRESENTE JUNTA DE ACLARACIONES, FIRMANDO DE CONFORMIDAD.-----

CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 40 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS, ADMINISTRACIÓN Y ENAJENACIÓN DE BIENES MUEBLES DEL ESTADO DE VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE, ESTA ACTA FORMA PARTE



INTEGRAL DE LAS BASES. -----

PARA EFECTOS DE LA NOTIFICACIÓN, A PARTIR DE ESTA FECHA SE PONE A DISPOSICIÓN DE LOS LICITANTES QUE NO HAYAN ASISTIDO A ESTE ACTO, COPIA DE ESTA ACTA EN EL DEPARTAMENTO DE ADQUISICIONES, EN DONDE SE FIJARÁ COPIA DE LA CARÁTULA DEL ACTA O UN EJEMPLAR O EL AVISO DEL LUGAR DONDE SE ENCUENTRA DISPONIBLE, SIENDO DE LA EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD DE LOS LICITANTES, ACUDIR A ENTERARSE DE SU CONTENIDO Y OBTENER COPIA DE LA MISMA. ESTE PROCEDIMIENTO SUSTITUYE A LA NOTIFICACIÓN PERSONAL. LA INFORMACIÓN TAMBIÉN ESTARÁ DISPONIBLE EN LA DIRECCIÓN ELECTRÓNICA: <https://www.ssaver.gob.mx/adquisiciones/licitaciones-2023/> -----

SE INFORMA A TODOS LOS INTERESADOS EN PARTICIPAR, **DEBERÁN APEGARSE A LO ESTABLECIDO EN LAS BASES DE PARTICIPACIÓN ASÍ COMO EN LOS ARTÍCULOS 26 FRACCIÓN I, 27 FRACCIÓN I Y DEMÁS RELATIVOS DE LA LEY NÚMERO 539 DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS, ADMINISTRACIÓN Y ENAJENACIÓN DE BIENES MUEBLES DEL ESTADO DE VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE.**-----

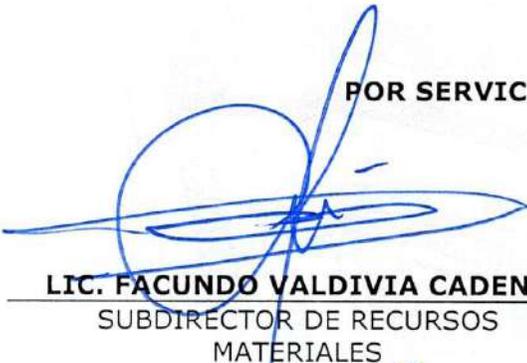
**SE REITERA A LOS PARTICIPANTES QUE DEBERÁN PRESENTAR EN SU PROPUESTA TÉCNICA EL ACUSE DEBIDAMENTE SELLADO EN ORIGINAL Y COPIA DEL ESCRITO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN EL QUE EL LICITANTE MANIFIESTE QUE NO DESEMPEÑA EMPLEO, CARGO O COMISIÓN EN EL SERVICIO PÚBLICO O, EN SU CASO, QUE A PESAR DE DESEMPEÑARLO, CON LA FORMALIZACIÓN DEL CONTRATO CORRESPONDIENTE, NO SE GENERA UN CONFLICTO DE INTERÉS, EL CUAL EL LICITANTE DEBIÓ HABER PRESENTADO AL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN LA SECRETARÍA DE SALUD Y EN EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ PREVIO AL ACTO DE PRESENTACIÓN Y APERTURA DE PROPOSICIONES. EN CASO DE QUE SEA PERSONA MORAL, DICHAS MANIFESTACIONES DEBERÁN PRESENTARSE RESPECTO A LOS SOCIOS O ACCIONISTAS QUE EJERZAN CONTROL SOBRE LA SOCIEDAD. ANEXO 07, SOLICITADO EN EL DOCUMENTO 11.2.25 DE LAS BASES DE LICITACIÓN.**-----

FINALMENTE SE LES RECUERDA QUE EL ACTO DE PRESENTACIÓN Y APERTURA DE PROPOSICIONES TÉCNICAS Y ECONÓMICAS SE LLEVARÁ A CABO EL DÍA 24 DE ABRIL DE 2023, A LAS 09:00 HORAS, EN LA SALA DE JUNTAS DE LA SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES, SITA EN SOCONUSCO NO. 31, COL. AGUACATAL, C.P. 91130 DE ESTA CIUDAD DE XALAPA, VERACRUZ.- -----



5.- EN DESAHOGO DEL PUNTO NÚMERO CINCO Y NO HABIENDO OTRO ASUNTO QUE TRATAR, SE DA POR CONCLUIDA LA PRESENTE ACTA SIENDO LAS **DIEZ HORAS CON CUARENTA MINUTOS** DEL DÍA DE SU INICIO, FIRMANDO AL MARGEN Y AL CALCE A ENTERA SATISFACCIÓN LOS QUE EN ELLA INTERVINIERON, LA FALTA DE FIRMAS DE ALGUNOS DE LOS PARTICIPANTES EN ESTE ACTO NO INVALIDA EL CONTENIDO DE LA MISMA. -----

**POR SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ**

  
**LIC. FACUNDO VALDIVIA CADENA**  
SUBDIRECTOR DE RECURSOS  
MATERIALES

  
**C.P.A. VERÓNICA RAMÓN CORTINA**  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ADQUISICIONES

  
**M.A.P. SILVIA LIZETTE LÓPEZ ELÍAS**  
REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN DE  
ATENCIÓN MÉDICA

  
**C.P. JAN BOLAÑOS MARTÍNEZ**  
REPRESENTANTE DEL DEPARTAMENTO DE  
SERVICIOS GENERALES

  
**LIC. JOSÉ LUIS LÓPEZ**  
REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN  
JURÍDICA

  
**C. LUZ H. PIZANA HERNÁNDEZ**  
COTIZADOR ADSCRITO AL DEPARTAMENTO  
DE ADQUISICIONES





**POR EL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL**

**LIC. ESMERALDA SOLANO LANDA**

REPRESENTANTE DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN LA SECRETARÍA DE SALUD Y EN EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ

**M.S.I. KARLO POMMIER GRANILLO**

REPRESENTANTE DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN LA SECRETARÍA DE SALUD Y EN EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ

**POR LOS LICITANTES**

EMPRESA	NOMBRE DEL REPRESENTANTE	FIRMA
CAFÉ BERSA, S. DE R.L. DE C.V.	C. ELVIRA VALLE PÉREZ	
PRODUCTOS SEREL, S.A. DE C.V.	C. MARIANA GUADALUPE TEOBAL GALLARDO	
BIANEY ROMERO BARAJAS	C. EDSON PACHECO SANDOVAL	

ESTAS FIRMAS CORRESPONDEN A LA JUNTA DE ACLARACIONES LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL No. LPN-103T00000-002-2023 RELATIVA A LA "CONTRATACIÓN DEL SERVICIO SUBROGADO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS PARA LA RED HOSPITALARIA DE SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ"



Número actual

Articles in press

Números anteriores

Suplementos

Lo más leído

Apartados

Resumen

Palabras clave

Abstract

Keywords

Introducción

GUÍAS Y CONSENSOS

DOI: 10.1016/j.rgmx.2022.11.001

Open Access

Este artículo ha recibido

25522

Visitas

(Actualización diaria de datos)

# Consenso de alimentación complementaria de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica: COCO 2023

Consensus on complementary feeding from the Latin American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition: COCO 2023



Under a Creative Commons license

R. Vázquez-Frias<sup>a,b</sup>, L. Ladino<sup>b,c</sup>, M.C. Bagés-Mesa<sup>b,c</sup>, V. Hernández-Rosiles<sup>a,b</sup>, Ochoa-Ortiz<sup>b,d</sup>, M. Alomía<sup>e</sup>, R. Bejarano<sup>f</sup>, C. Boggio-Marzet<sup>g</sup>, M.C. Bojórquez-Ramos<sup>h</sup>, E. Colindres-Campos<sup>i</sup>, G. Fernández<sup>j</sup>, E. García-Bacallao<sup>k</sup>, I. González-Cerda<sup>l</sup>, A. Guisande<sup>m</sup>, C. Guzmán<sup>n</sup>, F. Moraga-Mardones<sup>o</sup>, J. Palacios-Rosales<sup>p</sup>, N.E. Ramírez-Rodríguez<sup>q</sup>, J. Roda<sup>r</sup>, M.C. Sanabria<sup>s</sup>, F. Sánchez-Valverde<sup>t</sup>, R.J. Santiago<sup>u</sup>, N. Sepúlveda-Valbuena<sup>v</sup>, J. Spolidoro<sup>w</sup>, P. Valdivieso-Falcón<sup>x</sup>, N. Villalobos-Palencia<sup>y</sup>, B. Koletzko<sup>z</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Gastroenterología y Nutrición, Instituto Nacional de Salud Hospital Infantil de México Federico Gómez, Ciudad de México, México

<sup>b</sup> Grupo de Nutrición, Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, SLAGHNP/LASPGHAN

<sup>c</sup> Facultad de Medicina, Grupo de Nutrición, Genética y Metabolismo, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia

<sup>d</sup> Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Departamento de Nutrición, Ciudad de México, México

<sup>e</sup> Posgrado de pediatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador

<sup>f</sup> Servicio de Gastroenterología y Nutrición, Hospital de Especialidades Pediátricas, Ciudad de Panamá, Panamá

g Grupo de Trabajo en Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, Hospital General de Agudos Dr. I. Pirovano, Buenos Aires, Argentina

h Universidad del Valle de Atemajac, Campus Guadalajara, Jalisco, México

i Departamento de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras

j Departamento de Gastroenterología, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, Santo Domingo, República Dominicana

k Sección de Pediatría, Instituto de Gastroenterología, Universidad de Ciencias Médicas, La Habana, Cuba

l Servicio de Pediatría, Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Managua, Nicaragua

m Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay

n Hospital La Católica, San José, Costa Rica

o Unidad de Nutrición, Servicio de Pediatría, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile

p Facultad de Medicina, Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala, Guatemala

q Facultad de Medicina, Departamento de Medicina y Salud Mental, Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, Bolivia

r Gastroenterología e Nutrição Pediátrica, Hospital Pediátrico-Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

s Cátedra y Servicio de Pediatría, Hospital de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, Asunción, Paraguay

t Sección de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, Hospital Universitario de Navarra, NAVARRA BIOMED, Pamplona, Navarra, España

u Departamento de Pediatría y Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición, Hospital Universitario de Valera Dr. Pedro Emilio Carrillo, Universidad de Los Andes, Valera, Venezuela

v Departamento de Nutrición y Bioquímica, Facultad de Ciencias, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

w Escuela de Medicina, Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil

x Departamento de Pediatría, Servicio subespecialidades pediátricas, Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima, Perú

y Gastroenterología pediátrica, Santa Tecla, La Libertad, El Salvador

z Departamento de Pediatría, Medical Centre of LMU Munich, Ludwig Maximilian University of Munich, Dr. von Hauner Children's Hospital, München, Alemania

Información del artículo

Resumen

Texto completo

Bibliografía

Descargar PDF

Estadísticas

RESUMEN

La alimentación complementaria (AC) se define como la alimentación de los lactantes que complementa a la lactancia materna o en su defecto, a la lactancia con un sucedáneo de la leche materna, y es un proceso que va más allá de simplemente una guía sobre qué y cómo introducir los alimentos. La información brindada por parte de los profesionales de la salud debe ser actualizada y basada en evidencia. Existen diferentes guías o documentos de posición a nivel internacional, que, aunque la mayoría de las recomendaciones pueden ser aplicables, hay algunas otras que requieren una regionalización o adecuación a las condiciones y realidad de cada zona. El grupo de trabajo de Nutrición de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología

Handwritten signatures and marks in blue and green ink, including a large signature at the top right and a circled mark at the bottom right.

y Nutrición Pediátrica convocó a un grupo de expertos, representantes de cada uno de los países que conforman la sociedad, con el objetivo de desarrollar un consenso sobre la AC, que incorporó cuando así fue posible, información local que se adapte a la realidad de la región. El objetivo de este documento es mostrar los resultados de dicho trabajo. A través de metodología Delphi, se evaluaron, discutieron y votaron un total de 34 declaraciones o enunciados con respecto a aspectos relevantes de la AC.

Palabras clave:

Alimentación complementaria      Leche materna      Perceptiva      Latinoamérica  
Nutrición      Nutrición infantil

ABSTRACT

Complementary feeding (CF) is defined as the feeding of infants that complements breastfeeding, or alternatively, feeding with a breast milk substitute, and is a process that is more than simply a guide as to what and how to introduce foods. The information provided by healthcare professionals must be up-to-date and evidence-based. Most of the recommendations that appear in the different international guidelines and position papers are widely applicable, but some must be regionalized or adapted to fit the conditions and reality of each geographic zone. The Nutrition Working Group of the Latin American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (LASPGHAN) summoned a group of experts from each of the society's member countries, to develop a consensus on CF, incorporating, whenever possible, local information adapted to the reality of the region. The aim of the present document is to show the results of that endeavor. Utilizing the Delphi method, a total of 34 statements on relevant aspects of CF were evaluated, discussed, and voted upon.

Keywords:

Complementary feeding      Breast milk      Perceptive      Latin America  
Nutrition      Infant nutrition

TEXTO COMPLETO

Introducción

La alimentación complementaria (AC), definida como la alimentación de los lactantes que complementa a la lactancia materna o en su defecto, a la lactancia con un sucedáneo de la leche

*(Handwritten signatures and initials in blue ink)*

materna, es un proceso que va más allá de simplemente una guía sobre qué y cómo introducir los alimentos. Es un proceso en el que se tienen que tomar en cuenta diversos aspectos, tales como el momento correcto de la introducción de alimentos, favorecer una AC perceptiva (crear un ambiente correcto, considerar aspectos sensoriales, interpretar las señales de hambre y saciedad), los aspectos culturales y, la percepción de los padres y/o cuidadores. Implica también una progresión en el cambio de texturas para promover los movimientos de la lengua, labios y mandíbula, con la finalidad de asegurar el correcto desarrollo de los órganos involucrados en la masticación, el habla y la pronunciación. Además, es un periodo muy importante de establecimiento de preferencias alimentarias que perdurarán en etapas posteriores<sup>1</sup>. Es importante analizar cada uno de los factores para llevar a cabo un proceso de alimentación adecuado y satisfactorio para cada lactante, sus padres y/o cuidadores. La información brindada por parte de los profesionales de la salud debe ser actualizada y basada en evidencia. Existen diferentes guías o documentos de posición a nivel internacional, que, aunque la mayoría de las recomendaciones pueden ser aplicables, hay algunas otras que requieren una regionalización o adecuación a las condiciones y realidad de cada zona<sup>2,3</sup>. En una encuesta reciente en un grupo de profesionales de salud de Latinoamérica, se mostró que los conocimientos sobre AC aún son incompletos e insuficientes<sup>4</sup>. Es por lo anterior, que el grupo de trabajo de Nutrición de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (LASPGHAN, por sus siglas en inglés, *Latin American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition*) convocó a un grupo de expertos, representantes de cada uno de los países que conforman la sociedad, con el objetivo de desarrollar un consenso sobre AC, que incorporó cuando así fue posible, información local que se adapte a la realidad de la región. El objetivo de este documento es mostrar los resultados de dicho trabajo.

## Material y métodos

Desde el grupo de trabajo de nutrición de la LASPGHAN se convocó a un grupo de especialistas expertos, representantes de cada uno de los países que la conforman, incluidos España y Portugal. Se formaron 5 subgrupos de trabajo para abordar los diferentes tópicos de la AC, los cuales fueron coordinados por miembros del grupo de trabajo de nutrición de LASPGHAN (RVF, LLM, MCBM, VHR y EO) y quienes fungieron como facilitadores. Cada uno de los participantes fue asignado de forma aleatoria a uno de los 5 subgrupos de trabajo. Los facilitadores elaboraron una serie de declaraciones acorde con los diferentes tópicos y posteriormente buscaron la evidencia que diera soporte a dichas declaraciones. Se realizó una búsqueda inicial de información en las siguientes bases de datos: *CENTRAL (The Cochrane Central Register of Controlled Trials)*, *MEDLINE (PubMed)*, *EMBASE (Ovid)*, que comprendan un período entre el 1 de enero de 1990 al 31 octubre del 2019. Los criterios de búsqueda bibliográfica (*Keywords*), para ello, los términos MeSH que se utilizaron fueron: «*breastfeeding*», «*bottle feeding*», «*complementary feeding*», «*dietary sucrose*», «*dietary sugars*», «*feeding behaviors*», «*feeding methods*», «*honey*», «*immune*».

tolerance», «infant feeding», «infant food», «infant formula», «infant nutrition», «meals», «micronutrients», «responsive feeding», «sugar-sweetened beverages», «toddler feeding», «water requirements», «weaning» y sus equivalentes en español. Se identificaron todas las publicaciones en inglés y español (artículos originales, consensos, guías, revisiones sistemáticas y metaanálisis), y publicaciones que los coordinadores consideraron relevantes y se compartieron con todo el grupo. Dentro de cada subgrupo se analizó la información correspondiente y se trabajó en la adecuación y perfeccionamiento de los diferentes enunciados o declaraciones. Se realizó una primera reunión de trabajo de forma presencial en el congreso de la LASPGHAN, realizado en noviembre de 2019, donde se tuvo la primera presentación de las declaraciones, y se contó con la participación de un asesor externo, experto en el tema (BK). Cada subgrupo trabajó extrayendo la información que diera soporte a las diferentes declaraciones a través de la generación de cuadros de evidencia, cuando así fuera posible. Luego, se realizó una segunda reunión virtual donde se presentaron las declaraciones finales y se mostró el sustento para cada uno de ellos. Todos los participantes asistentes tuvieron la oportunidad de emitir comentarios y cuestionamientos sobre las diferentes declaraciones. Posteriormente, se procedió a evaluar cada una de las declaraciones mediante un proceso Delphi, de voto anónimo (con posibilidad de escribir comentarios), vía electrónica, para determinar el nivel de acuerdo en los enunciados/declaraciones; cada enunciado o declaración fue evaluado acorde con la escala Likert de 3 puntos: a) de acuerdo, b) en desacuerdo y c) abstención. En las votaciones participaron únicamente los representantes de cada uno de los países; los coordinadores/facilitadores no participaron en la votación. Después de una primera vuelta de votación, se presentaron los resultados en una reunión de trabajo virtual, donde los participantes emitieron sus comentarios con respecto a los enunciados presentados. Aquellos enunciados para los que existió consenso ( $\geq 75\%$  de acuerdo) fueron aceptados; aquellos para los que no hubiera existido consenso (menos del 75% de acuerdo) serían revalorados para su eliminación o bien, para ser reformulados por los miembros de la mesa de trabajo que los elaboró y fueron sometidos para una segunda ronda de votación anónima y así sucesivamente, cuantas veces fuera necesario. Los coordinadores/facilitadores de cada mesa elaboraron de forma analítica y sintética la parte correspondiente del manuscrito.

## Resultados

Participaron 21 representantes de países miembros de LASPGHAN: Argentina, Bolivia, República Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, España, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Portugal, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. El 90.5% (19) de los participantes representantes fueron médicos, la mitad de los cuales cuentan con una formación en gastroenterología y nutrición pediátrica; el resto fueron nutricionistas (licenciadas en nutrición como su formación troncal) con formación en nutrición pediátrica. Se elaboraron un total de 34 declaraciones, después de una única ronda de votación y

discusión, fueron incluidas las 33 declaraciones, con un porcentaje mayor al 75% de consenso, con las que se realizó el presente documento.

El proceso de AC va más allá de la simple selección del momento de inicio de la misma o la elección del primer alimento. A pesar de que existan nuevas corrientes o enfoques sobre introducción de texturas, éstas solo representan un solo punto de todos los aspectos importantes a tomar en cuenta. La figura 1 destaca los más importantes de todo el proceso de la AC.

Declaración 1. En los lactantes sanos de la región Iberoamericana se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de edad (acuerdo 100%)

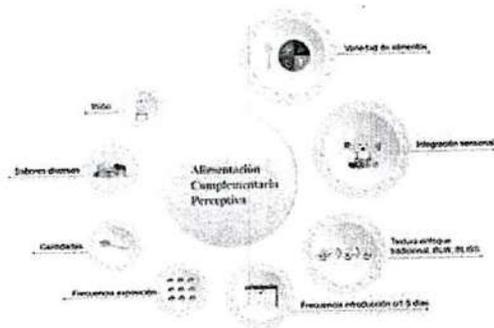


Figura 1.

Componentes de la alimentación complementaria perceptiva.

(0,2MB).

La leche materna es la mejor opción de alimentación por sus beneficios a corto y largo plazo<sup>5,6</sup>; tiene un impacto positivo en la supervivencia de los lactantes, no solo por el aporte energético y de nutrientes sino por los factores inmunológicos protectores<sup>7</sup>. En una revisión sistemática se muestra que haber recibido algún tiempo de lactancia materna disminuye en un 65% las gastroenteritis y en un 36% el síndrome de muerte súbita; la lactancia materna exclusiva por 3 meses disminuye en un 50% la otitis media y en un 40% la dermatitis atópica; así mismo el aporte de leche materna por lo menos 3 meses reduce en un 40% la posibilidad de desarrollar asma, y en un 20% la posibilidad de obesidad y diabetes; también la lactancia materna durante 4 meses reduce un 70% de las enfermedades respiratorias y hasta los 6 meses, reduce el 20% de posibilidad de desarrollar leucemia aguda<sup>8</sup>. La lactancia materna exclusiva tiene influencia en aspectos claves como el crecimiento físico, el desarrollo neurológico, la aceptación de sabores, la disminución del riesgo alérgico, la mal oclusión dental y el vínculo afectivo<sup>9</sup>.

Declaración 2. La alimentación complementaria debe promoverse y explicarse bajo el esquema de alimentación perceptiva (acuerdo 100%)

*[Firma manuscrita]*

*[Firma manuscrita]*

Diversos documentos y estudios resaltan la reciprocidad entre el niño y el cuidador que implica el proceso de alimentación<sup>10</sup>. La AC perceptiva se basa en las señales de hambre y saciedad emitidas por el niño, el reconocimiento de las mismas y la respuesta acertada del cuidador, y finalmente la reacción predecible del niño. Es importante que los cuidadores comprendan que los lactantes tienen una capacidad gástrica limitada y por lo tanto necesitan ser alimentados con porciones y volúmenes apropiados a su edad y etapa de desarrollo, con la frecuencia necesaria para satisfacer sus necesidades nutricionales<sup>11</sup>.

Declaración 3. En los lactantes sanos de la región Iberoamericana que son alimentados de forma exclusiva con leche materna, se recomienda el inicio de la alimentación complementaria a los 6 meses de edad (*acuerdo 100%*)

A partir de los 6 meses se torna difícil cubrir los requerimientos nutricionales exclusivamente con leche materna, en especial energía, hierro y zinc<sup>12</sup>; además la mayoría de los lactantes ha alcanzado el desarrollo suficiente que les permite recibir otros alimentos y en zonas geográficas donde las condiciones ambientales son poco favorables, la lactancia materna exclusiva durante este período ayuda a reducir la exposición a enfermedades infecciosas o transmitidas por alimentos<sup>2,13</sup>. La interrupción prematura o poco aporte de leche materna, puede contribuir a un aporte insuficiente de nutrientes y energía que llevaría a un riesgo elevado de desnutrición en caso de ofrecer alimentos de baja calidad nutricional y en cantidades no adecuadas, antes de tiempo<sup>14,15</sup>. Una revisión sistemática<sup>16</sup> muestra que la intervención educativa mejora las prácticas de AC en cuanto a duración de lactancia materna exclusiva, edad de introducción de alimentos complementarios y hábitos de higiene asociados.

Declaración 4. El establecimiento de la alimentación complementaria no supone la suspensión de la leche materna, la cual debe mantenerse al menos hasta los primeros 2 años de edad (*acuerdo 72.5%, abstención 9.5%*)

La leche materna puede aportar la mitad o más de los requerimientos de energía del niño de 6 a 12 meses y un tercio de los requerimientos de energía, además de otros nutrientes en niños de 12 a 24 meses<sup>13,17</sup>. La leche materna continúa aportando nutrientes de mejor calidad que los que pueden ofrecer los alimentos complementarios, así como factores protectores. La leche materna es una fuente clave para la obtención de energía y nutrientes durante la enfermedad y reduce la mortalidad entre los niños desnutridos<sup>18</sup>. Asimismo, durante el período de los 6 a los 24 meses se establecen la mayor parte de los hábitos, preferencias y aversiones alimentarias que condicionarán en gran medida el tipo de alimentación futura<sup>19,20</sup>.

Declaración 5. En lactantes alimentados con fórmula infantil (parcial o totalmente) se puede iniciar la alimentación complementaria a partir de los 4 meses de edad (*acuerdo 85.7%, en desacuerdo 4.7%, abstención 9.5%*)

Actualmente el único parámetro para decidir el inicio de la AC en un lactante que no tiene problema de seguridad en la deglución es la edad. Existe una ventana de tiempo para el inicio de esta, entre los 4 y 6 meses de edad<sup>23</sup>. Contrario a lo que previamente se refería, la supuesta inmadurez gastrointestinal, renal, dental, etc., adicional al hito del desarrollo de sentarse sin ayuda, no son una limitante para decidir el inicio de la AC, ya que existe ausencia de evidencia que pruebe esto y lo cual ha sido reafirmado de forma reciente por la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA)<sup>21</sup>. Los riesgos de la introducción precoz, antes de los 4 meses, de los alimentos complementarios podrían incluir: posibilidad de atragantamiento, aumento de gastroenteritis aguda e infecciones del tracto respiratorio superior, interferencia con la biodisponibilidad de hierro y cinc de la leche materna, y sustitución de tomas de leche por otros alimentos menos nutritivos (sustitutos inadecuados de la leche materna)<sup>22</sup>.

Declaración 6. El peso de los lactantes no debe de ser un indicador para empezar o retrasar la alimentación complementaria (*acuerdo 95.2%, abstención 4.7%*)

La introducción de la AC en lactantes con bajo peso o exceso de peso no debe ser diferente de las recomendaciones del lactante sano; aunque la disponibilidad de información científica sobre este punto es escasa o nula. No hay evidencia consistente de una asociación entre el inicio de la AC y el riesgo posterior de sobrepeso y obesidad, por lo que no se tiene que retrasar el inicio de la misma para tener un efecto protector<sup>23</sup>. En nuestro contexto social, se recomienda la introducción de los alimentos complementarios a partir de los 6 meses, siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses.

Declaración 7. El inicio de la alimentación complementaria en el pretérmino puede realizarse entre los 4 y 6 meses de edad corregida (*acuerdo 90.5%, en desacuerdo 4.7%, abstención 4.7%*)

Existen guías que indican que el pretérmino está preparado para empezar este proceso cuando ha perdido el reflejo de extrusión, acepta la cuchara (disminuye hipersensibilidad oral), y su alimentación ya está cubriendo los requerimientos específicos<sup>24</sup>. El retraso en la introducción de la AC podría afectar el crecimiento y el neurodesarrollo, y una introducción precoz puede aumentar el riesgo de infección e ingreso hospitalario<sup>25,26</sup>. En función de la evidencia limitada disponible, lo recomendado sería esperar a los 6 meses de edad corregida, y se desaconseja introducir la AC antes de los 4 meses de edad corregida<sup>27,28</sup>. No hay evidencia de los efectos de la introducción de alimentos complementarios a los 4 o 6 meses de edad corregida, sobre el peso, la talla y el perímetro cefálico<sup>21</sup>.

Declaración 8. La alimentación complementaria en lactantes que reciben leche materna de forma exclusiva debe iniciarse y mantenerse con alimentos con alta biodisponibilidad de hierro, cinc,

calcio, vitamina A y folato, tales como: carnes rojas, vísceras y/o cereales infantiles fortificados sin azúcar añadida (*acuerdo 100%*)

Diferentes estudios han evaluado los efectos de utilizar carne y cereales infantiles fortificados como alimentos complementarios sobre los parámetros bioquímicos, antropométricos y del desarrollo en lactantes con lactancia materna exclusiva<sup>29-32</sup>. La recomendación es aportar entre 0.9 y 1.3 mg/kg/día de hierro, primero con alimentos fuente y de no ser posible, con alimentos fortificados, antes de iniciar la suplementación, especialmente para niños entre los 6 y 12 meses de edad que han recibido lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. En lugares donde los alimentos de origen animal fuente de hierro, cinc, calcio, vitamina A y folato son escasos o no están disponibles, es necesario ofrecer alimentos complementarios fortificados con hierro<sup>13</sup> ya que difícilmente se puede cubrir el requerimiento si no se utilizan<sup>2</sup>.

Declaración 9. En el pretérmino la alimentación complementaria debe de incluir todos los grupos  alimentos, dando preferencia a los alimentos con mayor densidad energética, proteica y con aporte suficiente de hierro (*acuerdo 100%*)

La OMS describe un buen alimento complementario como aquel que es buena fuente de energía, proteína y micronutrientes como hierro, cinc, calcio, vitamina A y folato. Así mismo, menciona la necesidad de incluir alimentos de origen animal fuentes de hierro y cinc, y utilizar alimentos fortificados como alternativa para llenar las brechas críticas. Los alimentos fuente de hierro y los fortificados, deben preferirse antes que la suplementación con hierro<sup>13</sup>. Los niños pretérminos tienen requerimientos mayores de energía, proteína y hierro comparados con los niños nacidos a término<sup>33,34</sup>. Por lo que, además de ofrecer una AC variada al igual que en todos los niños, se debe lograr cubrir los mayores requerimientos de energía y de estos nutrientes<sup>33</sup>.

Declaración 10. Un alimento nuevo puede introducirse cada día, sin retrasar la introducción de los alimentos nuevos más allá de cada 3 días (*acuerdo 95.2%, abstención 4.7%*)

La Academia Americana de Pediatría (AAP) menciona que los nuevos alimentos deben introducirse solos y durante varios días para identificar reacciones adversas<sup>3</sup>. No obstante, las reacciones adversas pueden presentarse de forma inmediata (horas, días) o de forma tardía (semanas)<sup>35</sup>, por lo que un alimento nuevo puede introducirse cada día o bien, cada 2 o 3 días, pero idealmente no más allá de este tiempo, ya que el número de alimentos nuevos que se lograría alcanzar durante el primer mes de iniciada la AC puede ser insuficiente para lograr una dieta diversa y por ende, una alimentación mínimamente aceptable<sup>36</sup>.

Declaración 11. La alimentación complementaria debe ser variada, incluyendo desde el inicio alimentos de todos los grupos y asegurándose que los 5 sabores básicos están presentes. Cuatro

semanas después del inicio de la alimentación complementaria, deberán de haberse incorporado al menos 2 alimentos de cada grupo (*acuerdo 100%*)

La OMS ha establecido el indicador de dieta mínima aceptable para niños entre 6 y 23 meses de edad, el cual está compuesto por la frecuencia diaria de comidas y la diversidad alimentaria diaria que hace referencia a recibir como mínimo 5 de los 8 grupos de alimentos: 1) leche materna; 2) granos, raíces, tubérculos; 3) frutas y verduras ricas en vitamina A; 4) carnes, pescados y aves; 5) legumbres, nueces y semillas; 6) huevos; 7) otras frutas y verduras; y 8) productos lácteos<sup>36</sup>. En concordancia también con lo estipulado por la AAP, la progresión de alimentos de los 4 grupos: granos, carnes, frutas y verduras, puede ser alcanzada razonablemente durante el primer mes de iniciada la AC<sup>3</sup>.

El número de alimentos depende del número de exposiciones que se haga con cada alimento. Si se quiere exponer al niño 3 días consecutivos a cada alimento como lo enmarcaba la AAP<sup>37</sup> y se introduce al menos un alimento diferente de cada grupo, durante las primeras 2 semanas del inicio de la AC se estarán reconociendo los cuatro grupos de alimentos, por lo que hacia los 6 y 1/2 meses de edad, el lactante podrá tener en su plato todos los grupos de alimentos, tal como lo enmarca la Universidad de Harvard en su plato de la alimentación saludable para niños, el cual incluye 4 principales grupos de alimentos: verduras, frutas, cereales y proteínas<sup>38</sup>; y al mes de iniciada la AC, se habrán incorporado al menos 2 a 3 alimentos de cada grupo, para poder garantizar así, una alimentación sana<sup>13</sup>.

La programación del sabor o preferencias alimentarias inicia desde el embarazo con la alimentación de la madre y el transporte placentario hasta el feto<sup>39</sup>. Posteriormente, por medio de la leche materna y subsecuentemente, con la introducción de los alimentos complementarios donde ocurre la exposición directa a alimentos con diferentes sabores: dulce, salado, ácido, amargo y umami<sup>40</sup>. Estos sabores deben ser alcanzados durante las primeras dos semanas de iniciada la AC conservando las características de un buen alimento complementario OMS<sup>13</sup>. Por ejemplo, verduras: brócoli (predominio del sabor amargo) y tomate (predominio del sabor umami); frutas: fresa (frutilla) y mango (predominio de los sabores ácido y dulce respectivamente y dependiendo del grado de maduración); cereales: cereal infantil fortificado de arroz y trigo (sabor neutro o salado principalmente); proteínas: hígado de pollo o res (amargo) y huevo (salado principalmente o neutro) y grasas: aguacate (sabor neutro) y nueces (sabor neutro o salado).

Declaración 12. En lactantes sanos alimentados con fórmula infantil la alimentación complementaria se puede iniciar con cualquier grupo de alimentos, pero a las 2 semanas de haber iniciado, se debe haber ofrecido al menos un alimento de cada grupo (*acuerdo 100%*)

Mientras la necesidad en niños con lactancia materna exclusiva es cubrir la brecha de hierro y cinc<sup>13</sup>; en niños alimentados con sucedáneos de la leche materna o fórmula infantil, estos nutrientes son cubiertos casi que su totalidad por la fórmula<sup>41</sup>. Aunado a esto, no existe evidencia científica que soporte a un alimento o grupo de alimentos como mejor opción para el inicio de la AC, pues ello depende del aspecto cultural, religioso y de la situación socio económica de la familia<sup>3</sup>.

Declaración 13. Desde el inicio de la alimentación complementaria se pueden ofrecer 3 tiempos de comidas, pudiendo agregar posteriormente uno o dos refrigerios (*acuerdo 95.2%, abstención 4.7%*)

La transición en el número de comidas ocurre de forma gradual durante este período de crecimiento<sup>13</sup>. El número apropiado de comidas a ofrecer dependerán del apetito del niño, de la cantidad de alimentos consumidos en cada tiempo, del requerimiento energético, así como de la densidad energética, la cual se sugiere que sea mínima 0.8 kcal/g asumiendo una capacidad gástrica de 30 g/kg de peso corporal/día; se recomiendan 4 comidas si la densidad es de 0.8 kcal/g y 3 comidas con una densidad de 1 kcal/g de los alimentos. La densidad energética se alcanza cuando se incluye mayor diversidad de alimentos<sup>12,13,42</sup>. Los refrigerios por su parte se definen como alimentos consumidos entre las comidas principales<sup>3</sup>. Si el niño recibe pocas comidas o con densidad menor a la recomendada no recibirá la cantidad de alimentos suficientes para cubrir sus necesidades energéticas<sup>13</sup>.

Declaración 14. Se deberá promover la exposición diaria a verduras y frutas, ya que se logra mayor aceptación de estos grupos de alimentos a largo plazo (*acuerdo 100%*)

Los primeros sabores que experimenta el lactante son a través de la alimentación de la madre por medio del líquido amniótico y posteriormente a través de la leche materna, los lactantes que se encuentran alimentados con fórmula a menudo reciben un solo tipo y esto limita la experiencia a diferentes sabores, a pesar de la falta de variedad de sabor en las fórmulas, éstas varían en su sabor de acuerdo con el tipo, marca, composición y procesamiento. Se ha demostrado que los lactantes desarrollan preferencias de sabor que reflejan el tipo de fórmula con la que son alimentados<sup>43,44</sup>.

A pesar de que los niños nacen con una predisposición biológica para preferir los sabores dulces y evitar los sabores amargos como las verduras de hoja verde oscura, se presentan oportunidades de exposiciones repetidas y variadas antes del inicio de AC para aprender a disfrutar los sabores de los alimentos a los cuales se enfrentará el lactante durante este proceso<sup>43</sup>. Sin embargo, el desarrollo de las preferencias alimentarias inicia principalmente cuando los lactantes descubren los primeros sólidos, estas experiencias contribuyen a formar las conexiones cerebrales

involucradas en el placer de los alimentos y en el control del consumo de estos, es probable que estos procesos de aprendizaje tengan un impacto a largo plazo, por lo que es apremiante establecer preferencias a verduras y frutas cuando los lactantes están aprendiendo a comer<sup>45</sup>. Las características sensoriales (textura, sabor y olor) y variedad de verduras y frutas son factores importantes en su aceptación, la textura es la característica que requiere mayor adaptación, esto debido a las habilidades orales limitadas propias de la edad<sup>45</sup>. Por lo anterior, se sugiere una introducción frecuente, oportuna y variada de los alimentos complementarios respecto a sabores y texturas para una mejor aceptación de verduras y frutas<sup>43,46,47</sup>.

Declaración 15. Los lactantes sanos alimentados con leche materna requieren alrededor de 10 exposiciones a un alimento (particularmente verduras) para tener reacciones positivas y aceptación a largo plazo. En lactantes con mayor sensibilidad a sabores y texturas o alimentados con fórmula, se pueden requerir entre 10 y 15 exposiciones a verduras y frutas para su aceptación a corto y largo plazo (*acuerdo 100%*)

La exposición repetida a los alimentos es uno de los principales factores determinantes para su aceptación, debido a que se utilizan diferentes estímulos (auditivos, visuales, olfativos y táctiles), incrementando la familiaridad de los mismos y reduciendo las reacciones de neofobia. El efecto a la exposición repetida es lo suficientemente fuerte para incrementar la aceptación de los alimentos previamente identificados como rechazados, entre 8 y 10 exposiciones, incluso pueden ser necesarias entre 10 y 15 exposiciones para incrementar el gusto<sup>43,45,47,48</sup>. Varios estudios han encontrado que las exposiciones diarias a verduras durante el periodo de AC aumentan la ingesta, el gusto y el ritmo de alimentación<sup>49</sup>, al igual que una mayor aceptación a nuevos alimentos en lactantes que reciben una gran variedad de verduras al inicio de la AC, incluidas las verduras ofrecidas durante el mes siguiente, aumentando la ingesta y el gusto por estas mismas hasta por 6 años<sup>50,51</sup>. A pesar de la eficacia de la exposición de los alimentos para lograr su aceptación, los padres a menudo ofrecen un número limitado de repeticiones (<5), antes de que decidan que no le agrada al lactante. Este mecanismo de exposición repetida y en diferentes momentos y con el sabor original es completamente efectivo para incrementar la aceptación de los alimentos y el gusto por los mismos<sup>43,48,51</sup>.

Declaración 16. La cantidad de alimentos por tiempo de comida durante el periodo de alimentación complementaria es aproximadamente entre 3 y 4 cucharadas para los lactantes de 6 a 8 meses de edad, entre 4 y 8 cucharadas para los lactantes de 9 a 11 meses de edad y entre 8 y 12 cucharadas para los lactantes entre los 12 y 23 meses de edad (*acuerdo 95.2%, abstención 4.7%*)

En el entendido de que una cucharada equivale aproximadamente a 15 g. La cantidad de alimentos que se requiere se incrementa de forma gradual mes a mes, a medida que el niño tiene mayor edad y que la ingesta de leche se reduce. Esta cantidad dependerá de la densidad

energética (kcal/ml o g) del alimento ofrecido. Se recomienda que los alimentos complementarios proporcionen una densidad energética de 0.8 a 1 kcal/g<sup>13,52</sup>. En la práctica, las personas que alimentan a los niños no medirán la densidad energética de las comidas ofrecidas, por lo tanto, se recomienda que la cantidad de comida ofrecida se base en los principios de AC perceptiva, atendiendo a las señales de hambre y saciedad<sup>42</sup>.

Declaración 17. Se recomienda iniciar con purés/papillas y progresar a texturas grumosas y sólidos blandos antes de los 10 meses de edad para disminuir el riesgo de aversión a texturas (acuerdo 100%)

Se sugiere que existe una ventana crítica de tiempo antes de los 10 meses para la introducción de texturas grumosas<sup>12</sup>, ya que se ha observado que los lactantes a los cuales se les introducen grumos después de los 10 meses de edad se muestran más selectivos en etapas posteriores y pueden presentar mayores problemas de alimentación, observándose también ingestas menores de verduras y frutas<sup>2,46,52,53</sup>. Los lactantes a los cuales se les introduce alimentos en textura grumosa después de los 9 meses de edad presentan de forma significativa, mayores problemas de alimentación a los 7 años. Ante ello, es de suma importancia que como profesionales de la salud se aliente a la progresión de las papillas o purés a alimentos con grumos antes de los 10 meses de edad<sup>53</sup>, debido a que es fundamental para el desarrollo y por razones nutricionales, ofrecer alimentos en la textura correcta<sup>2</sup>.

Declaración 18. Los enfoques de introducción de texturas BLW (*Baby-Led Weaning* o destete guiado por el bebé) o BLISS (*Baby-Led Introduction to Solids* o alimentación sólida guiada por el bebé) deben ser asesorados por un profesional de la nutrición o médico pediatra capacitado. Los padres deberán tener pleno conocimiento de los riesgos que pueden conllevar (acuerdo 95.2%, abstención 4.7%)

Este enfoque debe asesorarse por profesional médico o de nutrición capacitado con la finalidad de brindar recomendaciones individualizadas respecto a la ingesta de macro y micronutrientes, debido a que el profesional deberá abordar las posibles inquietudes respecto al estado del hierro, periodos de atragantamiento y falla en el crecimiento por ingesta inadecuada de energía<sup>54-56</sup>.

Declaración 19. Una vez iniciada la alimentación complementaria, se deben introducir todos los alimentos, incluidos los considerados potencialmente alergénicos, como son: el huevo, el pescado, el trigo, el maní o cacahuate, la soja o soya, el maíz, los mariscos y los derivados lácteos, independientemente de la historia de atopia familiar (acuerdo 85.7%, en desacuerdo 4.5%, abstención 9.5%)

Declaración 20. La introducción de huevo cocido (sin necesidad de separar clara y yema), pescado y maní (cacahuate), puede realizarse a partir de los 4 meses de edad en aquellos lactantes en los

cuales se haya considerado el inicio de la AC (*acuerdo 76.2%, en desacuerdo 14.3%, abstención 9.5%*)

Declaración 21. La exposición a los alimentos considerados potencialmente alergénicos no solo debe realizarse de forma oportuna sino frecuente, al menos 2 veces a la semana, con la finalidad de inducir y mantener tolerancia inmunológica (*acuerdo 85.7%, abstención 14.3%*)

Declaración 22. En lactantes con alergia, no se debe retrasar la introducción de los alimentos considerados potencialmente alergénicos (*acuerdo 76.2%, en desacuerdo 9.5%, abstención 14.3%*)

No existe evidencia convincente de que el retraso en la introducción de alimentos proteja para el desarrollo de alergias alimentarias; esto incluye alimentos considerados altamente alergénicos: pescado, huevo, etc.<sup>2,57-60</sup>. Estudios recientes sugieren que la exposición vía oral a alérgenos alimentarios, entre los 3 y 6 meses reduce el riesgo de alergia alimentaria<sup>61</sup>. Sin embargo, la evidencia es poca aún, la mayoría de ella de baja a moderada certeza del efecto. Lo que sí se sabe es que no hay un incremento en el riesgo de alergia alimentaria, por lo que podría considerarse su introducción en este período. Ninguno de los estudios ha sido realizado en población latinoamericana. El objetivo de proteger la lactancia materna y con esto la recomendación de mantenerla de forma exclusiva los primeros 6 meses de vida, puede seguir siendo razonable<sup>62,63</sup>. Adicionalmente, la introducción de la AC no necesariamente propicia el destete, como se muestra en el estudio «EAT», en el que se evidenció que la introducción de alimentos entre los 3 y 6 meses no afectó el índice de alimentación con leche materna los 6 y 9 meses de edad<sup>64</sup>. Respecto a los derivados lácteos, estos deben considerarse como alimentos equivalentes a otros alimentos de origen animal, y de ninguna forma deben compararse y/o reemplazar a la leche materna o en su defecto a la fórmula infantil.

Declaración 23. Se desaconseja la alimentación complementaria bajo los esquemas vegano crudivegano y macrobiótico (*acuerdo 100%*)

No se recomienda iniciar AC bajo un sistema vegano, crudivegano o macrobiótico, fundamentalmente porque en estos regímenes podrían darse deficiencia de hierro, cinc, calcio, vitamina B2, vitamina B12, vitamina D, vitamina A, omega 3 y proteínas<sup>3,65,66</sup>. No se identificaron estudios de seguridad para dietas de crudiveganos, macrobiotos o frutívoros, por lo cual estas prácticas no se recomiendan en el lactante. Existe una escasez de datos sobre el impacto a medio y a largo plazo de eliminar los productos de origen animal en la dieta de los niños, en especial en la de los más pequeños. Sin embargo, en los últimos años se han publicado herramientas (tablas de intercambios de alimentos, recomendaciones de suplementación) que facilitan el cumplimiento de una dieta vegana/vegetariana disminuyendo el riesgo de deficiencias<sup>67</sup>. Si un padre elige para su hijo(a) una dieta vegana, debe hacerse con regularidad supervisión dietética

médica y experta y las madres deben recibir y seguir los consejos nutricionales. Los lactantes que no puedan recibir lactancia materna deberían recibir una fórmula a base de soya.

Declaración 24. En la situación que los cuidadores soliciten asesoría para implementar un esquema de alimentación complementaria vegetariana, esta debe realizarse bajo estricta supervisión de un profesional médico y de nutrición capacitado (*acuerdo 100%*)

Las dietas veganas con los suplementos apropiados traducen un crecimiento y desarrollo adecuados. La supervisión médica y dietética periódica debe ser prioritaria. Los lactantes por su parte deben recibir suministro de vitamina B12, vitamina D, hierro, cinc, ácido fólico, omega-3 ácidos grasos de cadena larga polinsaturados, proteínas y calcio. Los riesgos de no seguir los consejos son graves, incluidos los daños cognitivos irreversibles por deficiencia de vitamina B12 y muerte<sup>3,67-69</sup>.

Declaración 25. La ingesta de agua natural potable puede considerarse desde el inicio de la alimentación complementaria (*acuerdo 100%*)

La ingesta adecuada de agua para lactantes de 6 a 12 meses es de 800 ml/día y está calculada con relación al aporte de agua por leche materna en un volumen promedio de 600 ml/día adicional al agua presente en alimentos complementarios<sup>70</sup>. Es así que los lactantes alimentados adecuadamente con leche materna no requieren aporte adicional de agua. No obstante, podrían verse beneficiados de su introducción en la formación de hábitos sin impactar negativamente su estado nutricional<sup>71</sup>.

En lactantes no alimentados con leche materna, la carga renal de solutos es mayor, contribuyendo así a mayores pérdidas urinarias. De acuerdo con estimaciones matemáticas de la potencial carga renal por solutos de los alimentos complementarios, se debe incluir agua como parte de un adecuado patrón dietario de lactantes no alimentados con leche materna con el fin de cuidar el estado de hidratación y homeostasis renal<sup>30</sup>.

Declaración 26. La cantidad diaria de agua natural potable durante el periodo de alimentación complementaria es aproximadamente entre 60 y 150 ml para los lactantes de 6 a 8 meses de edad, entre 240 y 300 ml para los lactantes de 9 a 11 meses de edad y entre 450 y 600 ml para los lactantes entre los 12 y 23 meses de edad (*acuerdo 81%, abstención 19%*)

El requerimiento de líquidos para lactantes no amamantados dependerá de la carga renal de solutos de los alimentos complementarios, estimando entre 470 y 500 ml/día para lactantes entre 6 y 9 meses, 450 y 530 ml/día para lactantes de 9 a 12 meses y entre 340 y 470 ml/día para aquellos entre 12 y 24 meses de edad. Estos líquidos podrían aportarse a partir de agua u otras bebidas o alimentos<sup>30</sup>. En un estudio realizado en Guatemala en lactantes entre 7 y 12 meses, alimentados con leche materna, se encontró que cubrían la ingestión recomendada de líquidos

(797 ml/día) principalmente por leche materna, seguida por agua en bebidas, sopas y caldos, posteriormente en menor proporción por el agua contenida en los alimentos sólidos y semisólidos y, únicamente por un porcentaje menor al 5%, proveniente de agua, alrededor de 30 ml al día. Los autores hacen énfasis de la necesidad de tener alimentos complementarios de alta densidad nutricional y menor volumen para no desplazar el aporte por leche materna<sup>72</sup>. Esto podría conducir a poder aumentar el volumen de agua, un nutrimento esencial y poco estudiado en esta etapa de la vida.

Declaración 27. Se desaconseja el uso de azúcar añadida a los alimentos durante los primeros dos años de edad (acuerdo 100%)

La preferencia innata por el sabor dulce se ha descrito en humanos incluso antes del nacimiento<sup>73</sup>; la leche materna tiene una intensidad de dulzor similar a la de una solución de azúcar al 2.12%, provocando materna respuesta hedónica y favoreciendo mayor ingestión de esta<sup>74</sup>. Asimismo, desde muy temprano aprendemos a relacionar el dulzor de la leche materna con el cariño y crianza<sup>75</sup>. La exposición frecuente a alimentos complementarios con azúcar puede incrementar la preferencia por el dulzor e impactar en su elección de alimentos, así como el riesgo de caries dentales<sup>76</sup>, riesgo de exceso de peso<sup>77</sup> y enfermedades crónicas no transmisibles<sup>78</sup>. En una cohorte de Porto Alegre, Brasil, de familias de bajo ingreso se determinó la incidencia de caries dentales a los 38 meses de edad de acuerdo con 3 patrones dietarios, encontrando mayor incidencia en aquellos que recibieron alimentos dulces (dulces, galletas y bebidas azucaradas) a los 6 y 12 meses y siendo mayor el riesgo entre más ingerían. Estos resultados se mantuvieron aún eliminando las bebidas azucaradas<sup>76</sup>. Así mismo, alrededor del 40% de los niños ingieren azúcar libre y azúcar natural a los 12 meses de edad, lo cual se asocia con mayor riesgo de exceso de peso a los 30 meses de edad<sup>77</sup>.

Declaración 28. Dada la potencial contaminación con esporas de *Clostridioides botulinum* en la miel de abeja, se desaconseja su ingesta en los lactantes menores de 2 años de edad (acuerdo 100%)

El botulismo infantil es causado por esporas de *Clostridioides botulinum* (*C. botulinum*) que colonizan el tracto gastrointestinal y producen la toxina botulínica, responsable del bloqueo de funciones motoras voluntarias y autonómicas<sup>79</sup>. Los menores de 12 meses son particularmente susceptibles, posiblemente por su microbiota<sup>80</sup>. La principal fuente de esporas de *C. botulinum* se encuentran en el ambiente (polvo y tierra) y son responsables de la contaminación de la miel. En 59.2% de los casos de botulismo infantil que se han descrito en Europa<sup>80</sup> se ha reportado ingestión de miel. Es por esto que se desaconseja su ingestión en menores de 12 meses. Siguiendo la misma línea de recomendaciones sobre azúcar añadida, en que la introducción

temprana favorece mayor ingestión a largo plazo y su impacto sobre el estado nutricional, no se recomienda introducir miel de abeja en los primeros 24 meses de edad<sup>77</sup>.

Declaración 29. En los primeros 2 años de edad, se desaconseja la ingesta de jugos naturales e industrializados y bebidas con azúcares añadidos (acuerdo 100%)

Las bebidas azucaradas, específicamente jugos, representan un grupo de alimentos complementarios que son ofrecidos a lactantes con gran frecuencia. En México, de acuerdo con la encuesta nacional de salud de 2012, más del 35% de los lactantes entre 6 a 23 meses ingerían bebidas azucaradas<sup>81</sup>. Este tipo de prácticas se ha relacionado con mayor ingestión de estas bebidas en edad preescolar y escolar<sup>82</sup>, caries dentales<sup>83</sup>, riesgo de sobrepeso u obesidad<sup>84</sup>, mayor adiposidad<sup>85</sup> y enfermedades cardiovasculares<sup>78</sup>. En niños de 6 años que ingieren al menos una bebida azucarada al día han sido expuestos a estas bebidas alguna vez antes de los 12 meses<sup>82</sup>. La prevalencia de obesidad a los 6 años es el doble entre aquellos niños que han ingerido bebidas azucaradas en el primer año y a su vez, aquellos lactantes que ingieren bebidas azucaradas tenían mayor puntuación Z de IMC/edad<sup>82</sup>. Lactantes de 12 meses cuya ingestión de jugos es mayor o igual a 480 ml, presentaban mayor ingestión de bebidas azucaradas y mayor puntuación Z de IMC/edad en edad preescolar y escolar<sup>85</sup>. Es la recomendación de esta guía, al igual que de la OMS<sup>86</sup>, la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica<sup>87</sup> y la Asociación Americana del Corazón<sup>78</sup> evitar la exposición a alimentos con azúcar y bebidas azucaradas en los menores de 2 años.

Declaración 30. Se desaconseja la ingesta de bebidas con cafeína, té, infusiones, bebidas carbonatadas, bebidas vegetales (almendra, avena, arroz, soja o soya y coco, entre otras), bebidas con edulcorantes y caldos en los primeros 2 años de edad. Las sopas están permitidas considerando una preparación que aporte como mínimo 3/4 de alimentos sólidos (acuerdo 90.5%, en desacuerdo 9.5%)

Las bebidas de bajo valor nutricional se deben evitar en la AC, ya que pueden desplazar otros alimentos de mejor y mayor densidad nutricional. Adicionalmente, las bebidas como el té y el café, por su contenido de polifenoles pueden interferir con la absorción de otros nutrientes críticos como el hierro<sup>88</sup>. Las bebidas vegetales no son sustitutos adecuados de la leche materna, ni de fórmulas infantiles, ni de la leche de vaca, y su composición nutricional puede ser inadecuada en relación con aporte proteico, azúcar añadida, calcio y vitamina D, por lo que puede incrementar el riesgo de desnutrición, anemia, desórdenes electrolíticos y otras deficiencias nutricionales<sup>89,90</sup>. El uso de bebidas vegetales de arroz se debe evitar particularmente por su probable contenido de arsénico. No se recomienda el uso de alimentos y bebidas con edulcorantes no calóricos ya que la evidencia científica es incierta e insuficiente para emitir una recomendación basada en evidencia<sup>91</sup>. Las sopas contribuyen al aporte de líquidos diarios, sin

embargo, puede afectar la densidad energética y nutricional de los alimentos complementarios por lo que se debe buscar mayor concentración de sólidos que líquidos<sup>30,70</sup>.

Declaración 31. 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 (acuerdo 95.2%, abstención 4.5%)

Poco se ha estudiado sobre el requerimiento de sodio de lactantes y su necesidad en alimentos complementarios. La ingesta adecuada recomendada para lactantes de 7 a 12 meses por el Instituto de Medicina o (IOM, por sus siglas en inglés: *Institute of Medicine*) es de 370 mg/día<sup>70</sup>. Este requerimiento es cubierto con la ingestión adecuada promedio de leche materna o fórmula infantil, así como el sodio contenido en los alimentos complementarios por lo que es totalmente innecesario adicionar sal a las preparaciones. El uso inadecuado de ciertos alimentos complementarios ricos en sodio (productos de panificación, quesos y cereales de desayuno) pueden contribuir a una ingesta excesiva de dicho mineral. La mayoría de los lactantes de 8 a 12 meses de edad, exceden la ingesta adecuada de 400 mg/día por leche de vaca como principal bebida y 3 porciones de pan al día<sup>92</sup>. La ingesta temprana de sal favorece las preferencias alimentarias por este sabor<sup>40</sup>. Por dicha razón, es importante que los lactantes conozcan el sabor original de los alimentos previo a estar sazonado con sal u otros condimentos. Asimismo, existe evidencia que el exceso de sodio desde esta primera etapa de la vida puede también impactar en la presión sanguínea y el riesgo cardiovascular a largo plazo<sup>93</sup>. A partir del año de edad, la ingesta adecuada de sodio recomendada es de 1 g al día<sup>70</sup>, permitiendo así adicionar sal en las preparaciones de alimentos. De igual forma, la mayoría de los alimentos ya tuvieron que haber sido introducidos y conocidos por el lactante en su presentación y sabor original. La leche materna contiene yodo; sin embargo, su concentración puede variar dependiendo la ingestión y las reservas maternas. Concentraciones de 150 a 180 mg/l en leche materna, indican suficiencia de yodo madre-hijo<sup>94</sup>. Los lactantes reciben del 40-45% del requerimiento de yodo por leche materna<sup>95,96</sup>. Durante el período de AC, el aporte de leche materna más el de los alimentos complementarios son indispensables para prevenir deficiencias<sup>97</sup>. El contenido de yodo en frutas y vegetales depende del contenido de yodo en la tierra, el uso de fertilizantes y las prácticas de riego. Esto, a su vez, afecta el contenido de yodo en productos de origen animal<sup>98</sup>. La OMS recomienda que en los lactantes de 6 a 23 meses de edad en países o regiones donde el uso de sal yodada no sea común (< 90% hogares) y/o la mediana poblacional de yodo urinario materno sea < 100 µg/l, se mantenga la leche materna siempre que la madre esté suplementada con yodo, ya que es más eficiente la suplementación a la madre que al lactante<sup>99</sup>, conjunto con la ingesta de alimentos complementarios fortificados con yodo<sup>100</sup>. Para lactantes no alimentados con leche materna, la fortificación de fórmulas ayuda a cubrir el requerimiento de yodo, y al igual que en zonas con adecuada eficacia de los programas de sal yodada, no es necesaria la suplementación adicional<sup>101</sup>.

Declaración 32. Durante la preparación de los alimentos se pueden utilizar especias para condimentar preferiblemente después de que el lactante haya estado expuesto a los alimentos en su sabor original (*acuerdo 81%, en desacuerdo 9.5%, abstención 9.5%*)

Los alimentos complementarios no solo deben cubrir requerimientos nutricionales, sino que deben ofrecer una variedad de texturas, sabores y temperaturas que permitan al lactante experimentar diversas sensaciones y respuestas. La preferencia innata por los sabores dulces y salados<sup>73</sup> puede verse moldeado por estas experiencias de sabores en las que se ofrezcan sabores umami, amargo y ácido. El uso de condimentos aporta a estas experiencias y pueden ser usados una vez que el lactante haya sido expuesto al sabor original de los alimentos complementarios. La seguridad en la ingestión de hinojo (en forma de aceite y/o té) en niños, particularmente lactantes, ha sido sujeto a discusión por su contenido de estragol, su efecto genotóxico carcinógeno y la falta de evidencia para este grupo de edad<sup>102</sup>. Si bien, algunos estudios sugieren que el contenido de estragol en té de hinojo o en alimentos con esencia de dicho alimento pueden superar las dosis máximas permitidas, también se han descritos modelos donde se cree que la extracción y absorción del estragol es alrededor de 2.5% (en comparación al 25-35% propuesto por EFSA en 2009) y que sería prácticamente imposible superar la dosis máxima. Es recomendación de esta guía, por seguridad, evitar el té y aceite de hinojo en los primeros dos años de vida; esto no contradice la posibilidad de introducir el alimento.

## Suplementación con vitaminas

Dado que una AC variada supone que se cubre el aporte de vitaminas y minerales que se requiere, no se considera necesario la suplementación de vitaminas durante el tiempo de AC, a menos que se demuestre una deficiencia de alguna de ellas secundaria a un estado patológico que así lo amerite.

Declaración 33. Los lactantes que reciben lactancia materna exclusiva pueden recibir suplementación diaria con 400 UI de vitamina D3 durante los primeros 12 meses de edad. Nota: En el caso que se cuente con exámenes bioquímicos de algún nutriente con resultados en valores normales, no se deberá iniciar la suplementación o bien, deberá suspenderse (*acuerdo 95.2%, abstención 4.7%*)

La deficiencia de vitamina D es común a nivel mundial, favoreciendo el raquitismo y osteomalacia que tienen un impacto sustancial en la salud, crecimiento y desarrollo de los lactantes, niños y adolescentes. Aun cuando la leche materna es la mejor opción para la alimentación de los lactantes, su nivel de vitamina D es bajo y los niños alimentados exclusivamente con leche materna están en riesgo de deficiencia de vitamina D. La suplementación de vitamina D a los lactantes a dosis 400 UI/día incrementa los niveles de 25-OH vitamina D y reduce su incidencia de deficiencia<sup>103</sup>. Así mismo, la deficiencia de vitamina D se ha incrementado en los lactantes.

debido a cambios en el estilo de vida, hábitos en el vestir y el uso de preparaciones tópicas de protección solar.

Para mantener una adecuada concentración sérica de vitamina D todo lactante alimentado con leche materna de manera exclusiva o parcial, deberá recibir una suplementación diaria oral de vitamina D3 iniciando desde los primeros días de vida y continuarse hasta que el lactante haya sido destetado e ingiera al menos 1 l/día de fórmula infantil fortificada con vitamina D<sup>104-106</sup>. Considerando que, en promedio, con 950 ml de sucedáneo de la leche materna, se cubre el 85% de vitamina D.

En cuanto a la suplementación de hierro, no se alcanzó consenso, por lo que hasta el momento se tendrá que continuar de la forma en que se hace habitualmente. Dada la relevancia de este tópico, se deberá de realizar un análisis más profundo del mismo y se emitirá una recomendación en otro documento hecho de forma expresa para este punto.

## Adopción y adaptación de este consenso

Desde el grupo de trabajo de nutrición de la LASPGHAN invitamos a todos los profesionales de la salud a adoptar estas pautas de AC y enseñando las recomendaciones de AC a los padres y/o cuidadores de los niños de la región basados en la mejor evidencia disponible hasta el momento. Además, a sabiendas de que existen algunas diferencias entre diferentes países, incluso dentro de diferentes regiones de un solo país, es que invitamos a hacer adaptaciones de este consenso para hacerlo aplicable a la población que cada uno de nosotros, como profesionales de la salud, atendemos.

## Conclusiones

La AC se debe de implementar bajo un esquema de alimentación perceptiva. El tiempo de inicio de la AC comprende un rango entre los 4 y los 6 meses, favoreciendo en el caso de los niños que reciben leche materna de forma exclusiva hasta los 6 meses. Desde el inicio de la AC se debe de favorecer una alimentación diversa que incluya los diferentes grupos de alimentos y con alimentos que estén disponibles en la región y de temporada. La AC no es diferente en los niños con o sin riesgo de alergias o incluso con otros diagnósticos de alergias. Se requieren de estudios realizados en la región con el objetivo de aumentar la robustez de las recomendaciones consensuadas.

## Responsabilidades éticas

Debido a que esto es un documento de consenso basado en la mejor evidencia científica publicada, y no se trata de un estudio de investigación sobre pacientes, no aplicó el solicitar a los

pacientes el consentimiento informado para recibir el tratamiento para participar en la investigación. No se realizó experimento alguno en animales y/o humanos.

Dada la naturaleza descriptiva del documento y al ser un documento de posición de la asociación, no se requirió de la autorización de ningún comité de ética.

Los autores declaran que este artículo no contiene información personal que permita identificar a los pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

- [1] L. Ladino Meléndez, R. Vázquez Frias, M.C. Bagés Mesa, *et al.*  
Alimentación complementaria.  
Manual de Nutrición Pediátrica de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, pp. 125-134
- [2] M. Fewtrell, J. Bronsky, C. Campoy, *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, 64 (2017), pp. 119-132  
<http://dx.doi.org/10.1097/mpg.0000000000001454> | [Medline](#)
- [3] American Academy of Pediatrics. Complementary Feeding. En: Kleinman RE, Greer F, editors. Pediatric Nutrition. 8th ed. Itasca, IL: AAP 2019;163-86.
- [4] L. Ladino, R. Vázquez-Frias, L. Montealegre, *et al.*  
E-1500: Survey on feeding practices in the first 1,500 days of life, recommended by healthcare professionals in Latin America.  
Rev Gastroenterol Mex (Engl Ed), 87 (2022), pp. 439-446  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmxen.2021.02.003> | [Medline](#)
- [5] E. Verduci, G. Banderali, S. Barberi, *et al.*  
Epigenetic effects of human breast milk.  
Nutrients, 6 (2014), pp. 1711-1724  
<http://dx.doi.org/10.3390/nu6041711> | [Medline](#)
- [6] C. Agostoni, C. Braegger, T. Decsi, *et al.*  
Breast-feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition.  
J Pediatr Gastroenterol Nutr, 49 (2009), pp. 112-125  
<http://dx.doi.org/10.1097/MPG.0b013e318191e05> | [Medline](#)
- [7] Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. Rev Chil Pediatr. 2017;88. DOI: 10.4067/S0370-41062017000100001.
- [8] M.S. Kramer, R. Kakuma.  
The optimal duration of exclusive breastfeeding: A systematic review.  
Adv Exp Med Biol, 554 (2004), pp. 63-77  
[http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4757-4242-8\\_7](http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4757-4242-8_7) | [Medline](#)
- [9] C.G. Victora, R. Balh, A. Barros, *et al.*

Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect.

Lancet, 387 (2016), pp. 475-490

[http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)01024-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(15)01024-7) | [Medline](#)

- [10] M.E. Bentley, H.M. Wasser, H.M. Creed-Kanashiro.  
Responsive feeding and child undernutrition in low- and middle-income countries.  
J Nutr, 141 (2011), pp. 502-507  
<http://dx.doi.org/10.3945/jn.110.130005> | [Medline](#)
- [11] R. Pérez-Escamilla, S. Segura-Pérez, M. Lott.  
Guías de alimentación para niñas y niños menores de dos años: Un enfoque de crianza perceptiva.  
Durham, NC: Healthy Eating Research, (2017), pp. 1-72
- [12] Organización Panamericana de la Salud, Organización mundial de la salud. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Washington DC, 2003: 1-38; [consultado 16 Ene 2022]. Disponible en:  
[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49259/CA\\_guiding\\_principles\\_spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49259/CA_guiding_principles_spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- [13] Organización Mundial de la Salud. Organización panamericana de la salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes y otras ciencias de la salud. Washington DC. OPS 2010: 1-120; [consultado 21 Jun 2022]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44310/9789275330944\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44310/9789275330944_spa.pdf?sequence=1)
- [14] A.I. Jiménez-Ortega, R.M. Martínez-García, M. Velasco-Rodríguez-Belvis, *et al.*  
De lactante a niño: alimentación en diferentes etapas.  
Nutr Hosp, 34 (2017), pp. 3-7  
<http://dx.doi.org/10.20960/nh.1563>
- [15] H.A. Smith, G.E. Becker.  
Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants.  
Cochrane Database of Syst Rev, (2016), pp. 8  
<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd006462.pub4>
- [16] D. Arikpo, E.S. Edet, M.T. Chibuzor, *et al.*  
Educational interventions for improving primary caregiver complementary feeding practices for children aged 24 months and under.  
Cochrane Database Syst Rev, 5 (2018), pp. CD011768  
<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd011768.pub2> | [Medline](#)
- [17] K.G. Dewey, K.H. Brown.  
Update on technical issues concerning complementary feeding of young children in developing countries and implications for intervention programs.  
Food Nutr Bull, 24 (2003), pp. 5-28  
<http://dx.doi.org/10.1177/156482650302400102> | [Medline](#)
- [18] C. Arana Cañedo- Argüelles, M. Fernández-Rodríguez, C. García-Rebollar, *et al.*  
Alimentación del lactante y del niño de corta edad Guías conjuntas de Patología Digestiva Pediátrica Atención Primaria-Especializada.  
Grupo de Gastroenterología Pediátrica.  
Zona Sur-Oeste de Madrid, (2019), pp. 1-44
- [19] E.M. Vázquez-Garibay, E. Romero-Velarde, A. Larrosa, *et al.*  
Recomendaciones para la alimentación del niño durante los primeros 23 meses de vida. Pediatría de México, 14 (2012), pp. 25-42
- [20] C. Castillo-Durán, P.V. Balboa-Cardemil, C. Torrejón-Silva, *et al.*

Alimentación normal del niño menor de 2 años: Recomendaciones de la Rama de Nutrición de la Sociedad Chilena de Pediatría 2013.

Rev Chil Pediatr, 84 (2013), pp. 565-572

[21] EFSA Panel on Nutrition..

Appropriate age range for introduction of complementary feeding into an infant's diet.

EFSA J., 17 (2019), pp. e05780

<http://dx.doi.org/10.2903/j.efsa.2019.5780> | Medline

[22] L.P.M. Pluymen, A.H. Wijga, U. Gehring, *et al.*

Early introduction of complementary foods and childhood overweight in breastfed and formula-fed infants in the Netherlands: The PIAMA birth cohort study.

Eur J Nutr, 57 (2018), pp. 1985-1993

<http://dx.doi.org/10.1007/s00394-018-1639-8> | Medline

[23] B. Patro-Gofąb, B.M. Zalewski, M. Kołodziej, *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, 17 (2016), pp. 1245-1257

<http://dx.doi.org/10.1111/obr.12476>

[24] S. Braid, E.M. Harvey, J. Bernstein, *et al.*

Early introduction of complementary foods in preterm infants.

J Pediatr Gastroenterol Nutr, 60 (2015), pp. 811-818

<http://dx.doi.org/10.1097/mpg.0000000000000695> | Medline

[25] M.A. Quigley, C. Carson, A. Sacker, *et al.*

Exclusive breastfeeding duration and infant infection.

Eur J Clin Nutr, 70 (2016), pp. 1420-1427

<http://dx.doi.org/10.1038/ejcn.2016.135> | Medline

[26] K.M. Vissers, E.J.M. Feskens, J.B. van Goudoever, *et al.*

The timing of initiating complementary feeding in preterm infants and its effect on overweight: A systematic review.

Ann Nutr Metab, 72 (2018), pp. 307-315

<http://dx.doi.org/10.1159/000488732> | Medline

[27] M.L. Gianni, E. Bezze, L. Colombo, *et al.*

Complementary Feeding Practices in a Cohort of Italian Late Preterm Infants.

Nutrients, 10 (2018), pp. 1861

<http://dx.doi.org/10.3390/nu10121861> | Medline

[28] S. Gupta, R. Agarwal, K.C. Aggarwal, *et al.*

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, 5 (2017), pp. e501-e511

[http://dx.doi.org/10.1016/s2214-109x\(17\)30074-8](http://dx.doi.org/10.1016/s2214-109x(17)30074-8) | Medline

[29] R.J. Cohen, K.H. Brown, K.G. Dewey, *et al.*

Effects of age of introduction of complementary foods on infant breast milk intake, total energy intake, and growth: A randomised intervention study in Honduras.

Lancet, 344 (1994), pp. 288-293

[http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(94\)91337-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(94)91337-4) | [Medline](#)

- [30] K.G. Dewey, R.J. Cohen, N.C. Rollins.  
WHO technical background paper: Feeding of nonbreastfed children from 6 to 24 months of age in developing countries.  
Food Nutr Bull, 25 (2004), pp. 377-402  
<http://dx.doi.org/10.1177/156482650402500407> | [Medline](#)
- [31] N.F. Krebs, J.E. Westcott, N. Butler, *et al.*  
Meat as a first complementary food for breastfed infants: Feasibility and impact on zinc intake and status.  
Pediatr Gastroenterol Nutr, 42 (2006), pp. 207-214  
<http://dx.doi.org/10.1097/01.mpg.0000189346.25172.fd>
- [32] G.A. Olaya, M. Lawson, M. Fewtrell.  
Iron status at age 6 months in Colombian infants exclusively breast-fed for 4 to 5 versus 6 months.  
J Pediatr Gastroenterol Nutr, 64 (2017), pp. 465-471  
<http://dx.doi.org/10.1097/mpg.0000000000001301> | [Medline](#)
- [33] B. Koletzko, B. Poindexter, R. Uauy.  
Nutritional Care of Preterm Infants.  
Scientific Basis and Practical Guidelines. World Review of Nutrition and Dietetics, (2014), pp. 110
- [34] C. Agostoni, G. Buonocore, V.P. Carnielli, *et al.*  
Enteral nutrient supply for preterm infants: Commentary from the European Society of Paediatric Gastroenterology. Hepatology and Nutrition Committee on Nutrition.  
J Pediatr Gastroenterol Nutr, 50 (2010), pp. 85-91  
<http://dx.doi.org/10.1097/mpg.0b013e3181adaee0> | [Medline](#)
- [35] S. Koletzko, B. Niggeman, A. Arato, *et al.*  
Diagnostic approach and management of cow's-milk protein allergy in infants and children: ESPGHAN GI Committee practical guidelines.  
J Pediatr Gastroenterol Nutr, 55 (2012), pp. 221-229  
<http://dx.doi.org/10.1097/mpg.0b013e318259482>
- [36] United Nations Children's Fund (UNICEF). Fed to Fail: The crisis of children's diets in early life, 2021 Child Nutrition Report. 2021;1-70; [consultado 21 Jun 2022]. Disponible en: <https://data.unicef.org/resources/fed-to-fail-2021-child-nutrition-report/>
- [37] American Academy of Pediatrics. Complementary Feeding. In: Kleinman RE, Greer F. Pediatric Nutrition. 7<sup>th</sup> ed. Elk Grove Village, IL: AAP; 2014: 123-34. <https://ebooks.aappublications.org/content/pediatric-nutrition-7th-edition.tab-info>
- [38] Chan TH. Harvard School of Public Health. [consultado 23 Mar 2021] Disponible en: <https://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/kids-healthy-eating-plate/>
- [39] Ventura Ak, J. Worobey.  
Early influences on the development of food preferences.  
Curr Biol, 23 (2013), pp. R401-R408  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.cub.2013.02.037> | [Medline](#)
- [40] C. Schwartz, S. Issanchou, S. Nicklaus.  
Developmental changes in the acceptance of the five basic tastes in the first year of life.  
Br J Nutr, 102 (2009), pp. 1375-1385  
<http://dx.doi.org/10.1017/s0007114509990286> | [Medline](#)

- [41] U.S. Department of Agriculture (USDA). Agriculture Research Service. FoodData Central. [consultado 23 Mar 2021]. Disponible en: [https://fdc.nal.usda.gov/docs/Foundation\\_Foods\\_Documentation\\_Apr2021.pdf](https://fdc.nal.usda.gov/docs/Foundation_Foods_Documentation_Apr2021.pdf)
- [42] Organización Panamericana de la salud. Principios de orientación para la alimentación del niño no amamantado entre los 6 y 24 meses de edad. Washington, DC. OPS 2007: 1-42; [consultado 16 Ene 2022]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/96355/9789275327951\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/96355/9789275327951_spa.pdf?sequence=1)
- [43] C.A. Forestell.  
Flavor perception and preference development in human infants.  
Ann Nutr Metab, 70 (2017), pp. 17-25  
<http://dx.doi.org/10.1159/000478759> | [Medline](#)
- [44] J.A. Mennela, C.A. Forestell, L.K. Morgan, *et al.*  
Early milk feeding influences taste acceptance and liking during infancy.  
Am J Clin Nutr, 90 (2009), pp. 780S-788S  
<http://dx.doi.org/10.3945/ajcn.2009.27462o> | [Medline](#)
- [45] S. Nicklaus.  
Complementary feeding strategies to facilitate acceptance of fruits and vegetables: A narrative review of the literature.  
Int J Environ Res Public Health, 13 (2016), pp. 1160  
<http://dx.doi.org/10.3390/ijerph13111160> | [Medline](#)
- [46] G. Harris, H. Coulthard.  
Early eating behaviours and food acceptance revisited: Breastfeeding and introduction of complementary foods as predictive of food acceptance.  
Curr Obes Rep, 5 (2016), pp. 113-120  
<http://dx.doi.org/10.1007/s13679-016-0202-2> | [Medline](#)
- [47] S.J. Caton, P. Blundell, S.M. Ahern, *et al.*  
Learning to eat vegetables in early life: the role of timing, age and individual eating traits.  
PLoS One, 9 (2014), pp. e97609  
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0097609> | [Medline](#)
- [48] E. Remy, S. Issanchou, C. Chabanet, *et al.*  
Repeated exposure of infants at complementary feeding to a vegetable puree increases acceptance as effectively as flavor-flavor learning and more effectively than flavor-nutrient learning.  
J Nutr, 143 (2013), pp. 1194-1200  
<http://dx.doi.org/10.3945/jn.113.175646> | [Medline](#)
- [49] M.M. Hetherington, C. Schwartz, J. Madrelle, *et al.*  
A step-by-step introduction to vegetables at the beginning of complementary feeding. The effects of early and repeated exposure.  
Appetite, 84 (2015), pp. 280-290  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2014.10.014> | [Medline](#)
- [50] A. Maier-Nöth.  
Early development of food preferences and healthy eating habits in infants and young children.  
Nestle Nutr Inst Workshop Ser, 91 (2019), pp. 11-20  
<http://dx.doi.org/10.1159/000493674> | [Medline](#)
- [51] A. Maier-Nöth, B. Schaal, P. Leathwood, *et al.*

The lasting influences of early food-related variety experience: A longitudinal study of vegetable acceptance from 5 months to 6 years in two populations.

PLoS One, 11 (2016), pp. 1-17

<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0151356>

[52] J. Warren.

An update on complementary feeding.

Nurs Child Young People, 30 (2018), pp. 38-47

<http://dx.doi.org/10.7748/ncyp.2018.e1032> | [Medline](#)

[53] H. Coulthard, G. Harris, P. Emmett.

Delayed introduction of lumpy foods to children during the complementary feeding period affects child's food acceptance and feeding at 7 years of age.

Matern Child Nutr, 5 (2009), pp. 75-85

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1740-8709.2008.00153.x> | [Medline](#)

[54] L. Daniels, A.-L. Heath, S.M. Williams, *et al.*

Baby-Led Introduction to SolidS (BLISS) study: A randomised controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding.

BMC Pediatr, 15 (2015), pp. 179

<http://dx.doi.org/10.1186/s12887-015-0491-8> | [Medline](#)

[55] S.L. Cameron, A.L. Mary-Heath, R. Waring-Taylor.

Healthcare professionals' and mothers' knowledge of, attitudes to and experiences with, Baby-Led Weaning: A content analysis study.

BMJ Open, 2 (2012), pp. e001542

<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001542>

[56] E. D'Andrea, K. Jenkins, M. Mathews, *et al.*

Baby-led weaning: A preliminary investigation.

Can J Diet Pract Res, 77 (2016), pp. 72-77

<http://dx.doi.org/10.3148/cjdp-2015-045> | [Medline](#)

[57] C. Agostoni, T. Decsi, M. Fewtrell, *et al.*

Complementary feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition.

J Pediatr Gastroenterol Nutr, 46 (2008), pp. 99-110

<http://dx.doi.org/10.1097/01.mpg.0000304464.60788.bd> | [Medline](#)

[58] F.R. Greer, S.H. Sicherer, A.W. Burks, *et al.*

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 (2008), pp. 183-191

<http://dx.doi.org/10.1542/peds.2007-3022> | [Medline](#)

[59] K.E.C. Grimshaw, K. Allen, C.A. Edwards, *et al.*

Infant feeding and allergy prevention: A review of current knowledge and recommendations. A EuroPrevall state of the art paper.

Allergy, 64 (2009), pp. 1407-1416

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1398-9995.2009.02172.x> | [Medline](#)

[60] N. Sansotta, G.L. Piacentini, F. Mazzei, *et al.*

Timing of introduction of solid food and risk of allergic disease development: Understanding the evidence.

Allergol Immunopathol (Madr), 41 (2013), pp. 337-345

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aller.2012.08.012> | [Medline](#)

- [61] D. de Silva, S. Halken, C. Singh, *et al.*  
Preventing food allergy in infancy and childhood: Systematic review of randomised controlled trials.  
*Pediatr Allergy Immunol*, 31 (2020), pp. 813-826  
<http://dx.doi.org/10.1111/pai.13273> | [Medline](#)
- [62] World Health Organization (WHO). Breastfeeding. [consultado 23 Mar 2021]. Disponible en: [https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_2)
- [63] World Health Organization (WHO). Complementary Feeding. [consultado 23 Mar 2021]. Disponible en: [https://www.who.int/health-topics/complementary-feeding#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/complementary-feeding#tab=tab_1)
- [64] M.R. Perkin, K. Logan, T. Marris, *et al.*  
Enquiring About Tolerance (EAT) study: Feasibility of an early allergenic food introduction regimen.  
*J Allergy Clin Immunol*, 137 (2016), pp. 1477-1486  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jaci.2015.12.1322>
- [65] A.R. Mangels, V. Messina.  
Considerations in planning vegan diets: Infants.  
*J Am Diet Assoc*, 101 (2001), pp. 670-677  
[http://dx.doi.org/10.1016/s0002-8223\(01\)00169-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0002-8223(01)00169-9)
- [66] L. Baroni, S. Goggi, R. Battaglini, *et al.*  
Vegan nutrition for mothers and children: Practical tools for healthcare providers.  
*Nutrients*, 11 (2018), pp. 5  
<http://dx.doi.org/10.3390/nu11010005> | [Medline](#)
- [67] S. Redecilla-Ferreiro, A. Morais-López, J.M. Moreno-Villares, *et al.*  
Recomendaciones del Comité de Nutrición y Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría sobre las dietas vegetarianas.  
*An Pediatr (Barc)*, 92 (2020), pp. 306.e1-306.e6  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.10.013>
- [68] S. Menal-Puey, M. Martínez-Biarge, I. Marques-Lopes.  
Developing a food exchange system for meal planning in vegan children and adolescents.  
*Nutrients*, 11 (2018), pp. 43  
<http://dx.doi.org/10.3390/nu11010043> | [Medline](#)
- [69] W.J. Craig, A.R. Mangels, American Dietetic Association.  
Position of the American Dietetic Association: vegetarian diets.  
*J Am Diet Assoc*, 109 (2009), pp. 1266-1282  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jada.2009.05.027> | [Medline](#)
- [70] Institute of Medicine (IOM).  
Dietary reference intakes for water, potassium, sodium, chloride and sulfate, The National Academies Press, (2005), pp. 638  
<http://dx.doi.org/10.17226/10925>
- [71] N. Gupta, M. Gehri, N. Stettler.  
Early introduction of water and complementary feeding and nutritional status of children in northern Senegal.  
*Public Health Nutr*, 10 (2007), pp. 1299-1304  
<http://dx.doi.org/10.1017/s1368980007696384> | [Medline](#)
- [72] A. Enneman, R. Campos, L. Hernandez, *et al.*  
Contribution of complementary foods to the total daily water needs of urban Guatemalan infants.

J Hum Nutr Diet, 23 (2010), pp. 520-528

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-277x.2010.01044.x> | [Medline](#)

[73] J.E. Hayes, S.L. Johnson.

Sensory aspects of bitter and sweet tastes during early childhood.

Nutr Today, 52 (2017), pp. s41-s51

<http://dx.doi.org/10.1097/NT.0000000000000201>

[74] M.R. McDaniel, E. Barker, C.L. Lederer.

Sensory characterization of human milk.

J Dairy Sci, 72 (1989), pp. 1149-1158

[http://dx.doi.org/10.3168/jds.s0022-0302\(89\)79218-3](http://dx.doi.org/10.3168/jds.s0022-0302(89)79218-3) | [Medline](#)

[75] S.L. Johnson, J.E. Hayes.

Developmental readiness, caregiver and child feeding behaviors, and sensory science as a framework for feeding young children.

Nutr Today, 52 (2017), pp. S30-S40

<http://dx.doi.org/10.1097/NT.0000000000000200>

[76] B.W. Chaffee, C.A. Feldens, P.H. Rodrigues, *et al.*

Feeding practices in infancy associated with caries incidence in early childhood.

Community Dent Oral Epidemiol, 43 (2015), pp. 338-348

<http://dx.doi.org/10.1111/cdoe.12158>

[77] C. Jardí, N. Aranda, C. Bedmar, *et al.*

Consumption of free sugars and excess weight in infants. A longitudinal study.

An Pediatr (Barc), 90 (2019), pp. 165-172

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.03.018>

[78] M.B. Vos, J.L. Kaar, J.A. Welsh, *et al.*

Added sugars and cardiovascular disease risk in children: A scientific statement from the American Heart Association.

Circulation, 135 (2017), pp. e1017-e1034

<http://dx.doi.org/10.1161/cir.0000000000000439>

[79] M.G. Tanzi, M.P. Gabay.

Association between honey consumption and infant botulism.

Pharmacotherapy, 22 (2002), pp. 1479-1483

<http://dx.doi.org/10.1592/phco.22.16.1479.33696>

[80] P. Aureli, G. Franciosa, L. Fenicia.

Infant botulism and honey in Europe: A commentary.

Pediatr Infect Dis J, 21 (2002), pp. 866-868

<http://dx.doi.org/10.1097/00006454-200209000-00016> | [Medline](#)

[81] S. Rodríguez-Ramírez, A. Muñoz-Espinosa, J.A. Rivera, *et al.*

Mexican children under 2 years of age consume food groups high in energy and low in micronutrients.

J Nutr, 146 (2016), pp. 1916S-1923S

<http://dx.doi.org/10.3945/jn.115.220145> | [Medline](#)

[82] S. Park, L. Pan, B. Sherry, *et al.*

The association of sugar-sweetened beverage intake during infancy with sugar-sweetened beverage intake at 6 years of age.

Pediatrics, 134 (2014), pp. S56-S62

<http://dx.doi.org/10.1542/peds.2014-0646j> | [Medline](#)

[83] E. Bernabé, H. Ballantyne, C. Longbottom, *et al.*

Early introduction of sugar-sweetened beverages and caries trajectories from age 12 to 48 months.

J Dental Res, 99 (2020), pp. 898-906

<http://dx.doi.org/10.1177/0022034520917398>

[84] L. Pan, R. Li, S. Park, *et al.*

A longitudinal analysis of sugar-sweetened beverage intake in infancy and obesity at 6 years.

Pediatrics, 134 (2014), pp. S29-S35

<http://dx.doi.org/10.1542/peds.2014-0646f> | [Medline](#)

[85] K.R. Sonnevile, M.W. Long, S.L. Rifas-Shiman, *et al.*

Juice and water intake in infancy and later beverage intake and adiposity: Could juice be a gateway drink?.

Obesity (Silver Spring), 23 (2015), pp. 170-176

<http://dx.doi.org/10.1002/oby.20927> | [Medline](#)

[86] World Health Organization (WHO). Guideline: sugars intake for adults and children. Geneva: World Health Organization; 2015;

[consultado 21 Jun 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25905159/>

[87] N. Fidler Mis, C. Braegger, J. Bronsky, *et al.*

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 (2017), pp. 681-696

<http://dx.doi.org/10.1097/mpg.0000000000001733> | [Medline](#)

[88] F. Zaida, F. Bureau, S. Guyot, *et al.*

Iron availability and consumption of tea, vervain and mint during weaning in Morocco.

Ann Nutr Metab, 50 (2006), pp. 237-241

<http://dx.doi.org/10.1159/000091680> | [Medline](#)

[89] R.J. Merritt, S.E. Fleet, A. Fifi, *et al.*

North American Society for Pediatric Gastroenterology Hepatology, and Nutrition Position Paper: Plant-based Milks.

J Pediatr Gastroenterol Nutr, 71 (2020), pp. 276-281

<http://dx.doi.org/10.1097/mpg.0000000000002799>

[90] R. Vázquez-Frias, M.E. Icaza-Chávez, M.A. Ruiz-Castillo, *et al.*

Technical opinion of the Asociación Mexicana de Gastroenterología on soy plant-based beverages.

Rev Gastroenterol Mex (Engl Ed), 85 (2020), pp. 461-471

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2020.07.005> | [Medline](#)

[91] A.E. Reid, B.F. Chauhan, R. Rabbani, *et al.*

Early exposure to nonnutritive sweeteners and long-term metabolic health: A systematic review.

Pediatrics, 137 (2016), pp. e20153603

<http://dx.doi.org/10.1542/peds.2015-3603>

[92] V.L. Cribb, J.M. Warren, P.M. Emmett.

Contribution of inappropriate complementary foods to the salt intake of 8-month-old infants.

Eur J Clin Nutr, 66 (2012), pp. 104-110

<http://dx.doi.org/10.1038/ejcn.2011.137> | [Medline](#)

[93] N.E. Emmerik, F. de Jong, R.M. van Elburg.

Dietary intake of sodium during infancy and the cardiovascular consequences later in life: A scoping review.

Ann Nutr Metab, 76 (2020), pp. 114-121

<http://dx.doi.org/10.1159/000507354> | [Medline](#)

[94] W. Fisher, J. Wang, N.I. George, *et al.*

Dietary iodine sufficiency and moderate insufficiency in the lactating mother and nursing infant: A computational perspective.

PLoS One, 11 (2016), pp. e0149300

<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0149300> | [Medline](#)

[95] P. Laurberg, S.L. Andersen.

Keep an eye on iodine and the thyroid and save the brain.

Horm Res Paediatr, 81 (2014), pp. 361-362

<http://dx.doi.org/10.1159/000360700> | [Medline](#)

[96] U. Alexy, C. Drossard, M. Kersting, *et al.*

Iodine intake in the youngest: Impact of commercial complementary food.

Eur J Clin Nutr, 63 (2009), pp. 1368-1370

<http://dx.doi.org/10.1038/ejcn.2009.62> | [Medline](#)

[97] R. Fallah, L. Du, L.E. Braverman, M. Segura-Harrison, *et al.*

Iodine Nutrition in weaning infants in the United States.

Thyroid, 29 (2019), pp. 573-576

<http://dx.doi.org/10.1089/thy.2018.0102>

[98] Institute of Medicine (IOM), Food and Nutrition Board.

Dietary Reference Intakes for Vitamin A, Vitamin K, Arsenic, Boron, Chromium, Copper, Iodine, Iron, Manganese, Molybdenum, Nickel, Silicon, Vanadium and Zinc, National Academy Press, (2001), pp. 772 <http://dx.doi.org/10.17226/10026>

[99] R.R. Bouhouch, S. Bouhouch, M. Cherkaoui, *et al.*

Direct iodine supplementation of infants versus supplementation of their breastfeeding mothers: A double-blind, randomised, placebo-controlled trial.

Lancet Diabetes Endocrinol, 2 (2014), pp. 197-209

[http://dx.doi.org/10.1016/s2213-8587\(13\)70155-4](http://dx.doi.org/10.1016/s2213-8587(13)70155-4) | [Medline](#)

[100] M. Andersson, B. de Benoist, F. Delange, *et al.*

Prevention and control of iodine deficiency in pregnant and lactating women and in children less than 2-years-old: Conclusions and recommendations of the Technical Consultation.

Public Health Nutr, 10 (2007), pp. 1606-1611

<http://dx.doi.org/10.1017/s1368980007361004> | [Medline](#)

[101] P.R. Trumbo.

FDA regulations regarding iodine addition to foods and labeling of foods containing added iodine.

Am J Clin Nutr, 104 (2016), pp. 864S-867S

<http://dx.doi.org/10.3945/ajcn.115.110338> | [Medline](#)

[102] Committee on Herbal Medicinal Products (HMPC) assessment report on *Foeniculum vulgare miller subsp. Vulgare var. Dulce* (Miller)

thellung, fructus. European Medicines Agency Evaluation of Medicines for Human Use. [February 2008]; 1-3; [consultado 21 Jun 2022]. Disponible en: [https://www.ema.europa.eu/en/documents/herbal-summary/foeniculum-vulgare-miller-subsp-vulgare-var-](https://www.ema.europa.eu/en/documents/herbal-summary/foeniculum-vulgare-miller-subsp-vulgare-var-dulce-miller-thellung-fructus-fennel-fruit-sweet-hmpc_en.pdf)

[dulce-miller-thellung-fructus-fennel-fruit-sweet-hmpc\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/herbal-summary/foeniculum-vulgare-miller-subsp-vulgare-var-dulce-miller-thellung-fructus-fennel-fruit-sweet-hmpc_en.pdf)

[103] M.L. Tan, S.A. Abrams, D.A. Osborn.

Vitamin D supplementation for term breastfed infants to prevent vitamin D deficiency and improve bone health.

Cochrane Database Syst Rev, 12 (2020), pp. CD013046

<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD013046> | [Medline](#)

[104] C.L. Wagner, F.R. Greer, American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding; American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition.

Prevention of rickets and vitamin D deficiency in infants, children, and adolescents.

Pediatrics, 122 (2008), pp. 1142-1152

<http://dx.doi.org/10.1542/peds.2008-1862> | [Medline](#)

[105] A.I. Eidelman, R.J. Schanler, M. Johnston, et al.

Breastfeeding and the Use of Human Milk.

Pediatrics, 129 (2012), pp. e827

<http://dx.doi.org/10.1542/peds.2011-3552> | [Medline](#)

[106] N.H. Golden, S.A. Abrams, Committee on Nutrition.

Optimizing Bone Health in Children and Adolescents.

Pediatrics, 134 (2014), pp. e1229

<http://dx.doi.org/10.1542/peds.2014-2173> | [Medline](#)

Copyright © 2022. Asociación Mexicana de Gastroenterología

Suscríbase a la *newsletter*

Introduzca su email

**Contenido especial sobre COVID-19**

Impacto en la incidencia de perforación gastrointestinal durante la pandemia de COVID-19 en el área sanitaria Costa del Sol

Dos ataques de diarrea consecutivos en 15 pacientes de COVID-19, uno asociado con antibióticos posterior a uno viral

Posicionamiento de la Sociedad Latinoamericana de Disfagia para el manejo de la disfagia orofaríngea y

esofágica durante la  
pandemia COVID-19

Complicaciones intestinales  
graves en pacientes SARS-  
CoV-2 recibiendo manejo  
protocolizado

Ver más

### Herramientas

Imprimir

Enviar a un amigo

Exportar referencia

CrossMark

Mendeley

Estadísticas

*[Handwritten signature]*

Guía para autores 

### Publique en

Revista de Gastroenterología  
de México

Guía para autores

Envío de manuscritos

Ética editorial

Contactar

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



Revista de Gastroenterología de  
México se adhiere a los principios y

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

