



**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA  
HABANA**

FACULTAD DE TECNOLOGIA DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE NUTRICION

EVENTO VIRTUAL CIENTÍFICO CULTURAL  
"PROFESOR ANDUX in MEMORIAM" 2020.

**EL CRECIMIENTO, DESARROLLO Y  
MADURACIÓN EN LA ETAPA PRENATAL HASTA  
EL RECIÉN NACIDO.**

**Autores:** Daniela González Guerra<sup>1</sup>, Oriana Oramas Morales<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Licenciado en Nutrición. Profesor Instructor. Facultad de Tecnología de la Salud. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana. Cuba. Correo electrónico: danielag@nauta.cu

<sup>2</sup>Estudiante 4to año. Carrera. Licenciatura en Nutrición. Facultad de Tecnología de la Salud. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana. Cuba.

## **Resumen**

El crecimiento y el desarrollo son procesos dinámicos y esenciales de la ontogenia humana la cual comprende a todos los eventos que ocurren entre el comienzo y fin de la vida. La etapa prenatal se caracteriza por la complejidad, precisión e integración de los procesos que ocurren durante este período. Los principales acontecimientos son la fecundación, la implantación y la diferenciación. De manera continua deviene de la etapa anterior; el crecimiento postnatal en su inicio es muy rápido y fundamentalmente se manifiesta como de tipo hipertrófico. El conocimiento del estado somático del recién nacido permite evaluar la continuidad de los procesos de cambios tanto físicos como nutricionales que ocurren en esta etapa. En la evaluación del crecimiento fetal al nacer, existen 3 áreas importantes: por encima del límite superior normal, dentro del área normal y por debajo del límite inferior normal.(1) La nutrición de la mujer embarazada y lactante es indispensable en estas etapas ya que va a influir en la adecuada evolución del feto, así como su estado nutricional después de nacer.(3) Existen factores que influye en el retardo del crecimiento, desarrollo y maduración intrauterino; estos pueden ser: preconcepcionales como el nivel socioeconómico, la edad materna y los antecedentes obstétricos desfavorables y concepcionales como el aumento de peso durante la gestación, el hábito de fumar, el consumo de alcohol, consumo de drogas, hipertensión crónica y preclampsia, diabetes, infecciones, hemorragias y anemias. (1)

**Palabras claves:** Crecimiento, desarrollo, maduración, prenatal, postnatal, alimentación.

## **INTRODUCCIÓN**

El crecimiento es un proceso de incremento de la masa del ser vivo, que puede estar dado por el aumento de las dimensiones corporales, resultado del incremento de las células del organismo en número (HIPERPLASIA) y en tamaño (HIPERTROFIA), así como en las sustancias intercelulares o ACRECIMO.

Unido al crecimiento hay otro término que se debe considerar: la maduración, mucho más difícil de definir. Se entiende por maduración el proceso de adquisiciones progresivas de nuevas funciones y características que se inicia con la concepción y finaliza cuando el ser alcanza el estado adulto. La maduración es un proceso progresivo que conduce al organismo a un estado maduro definiendo el tiempo y el momento. La maduración varía con el sistema biológico considerado, por lo que puede ser ósea, dental sexual, somática y psicomotora.

El desarrollo es el proceso mediante el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de los fenómenos de maduración, diferenciación e integración de funciones. Es La diferenciación de las células a una línea especializada de función, el perfeccionamiento de las funciones de las células vivas, la evolución progresiva para el estado de función óptima y el incremento de la complejidad de las funciones del organismo, como las partes o el todo. (1)

El conocimiento de todos estos conceptos permitirá entender con mejor claridad las características del crecimiento, desarrollo y maduración de la etapa prenatal hasta el recién nacido.

## **DESARROLLO**

La ontogenia se inicia cuando las células sexuales masculinas de ambos padres se unen. Después de este momento acontecen muchas transformaciones, donde el crecimiento y el desarrollo son los fenómenos más importantes de las primeras etapas de la vida humana.

Existen 2 etapas principales que se pueden determinar en el curso ontogénico: -*Crecimiento prenatal*: Modificaciones ocurridas entre la concepción y el nacimiento. -*Crecimiento Posnatal*: Modificaciones ocurridas desde el nacimiento hasta la adultez.

### **CRECIMIENTO PRENATAL**

Cada 28 días, durante el período de fecundidad de la mujer, ocurre la maduración de un óvulo. Con la actividad sexual pueden penetrar células germinales masculinas y producirse la Fecundación, que da un huevo fertilizado: En este huevo ocurren rápidas divisiones celulares convirtiéndose en una masa celular (mórula) que llega al útero, se transforma en un embrión y se implanta. Posteriormente en el útero acontecen los procesos de crecimiento y diferenciación de las células que conducen a la formación de un feto.

#### **Estadios del crecimiento y desarrollo prenatal.**

Huevo fertilizado: Primeras 2 semanas después de la fertilización (período de rápida división celular y aumento de la complejidad)

Embrión: Entre la 2 y 8va semana de vida prenatal (período rápido de crecimiento y diferenciación celular y eventual organización de las células diferenciadas en tejidos, órganos y sistemas).

Feto: Desde la semana 9 hasta la 40 (período de rápido crecimiento en tamaño y masa, modificaciones en proporciones y desarrollo de la función en tejidos, órganos y sistemas).

**Período embrionario**: Se extiende desde la fecundación hasta las 12 semanas de vida intrauterina. Intensa multiplicación celular (hiperplasia), escaso aumento de tamaño del embrión. Es un período crítico del crecimiento (muy sensible a cierto tipo de factores adversos: radiaciones, drogas, alcohol enfermedades infecciosas como la rubiola) donde estos factores provocan alteraciones

en el desarrollo de los órganos y pueden producir malformaciones congénitas.

Este período no es muy sensitivo a la desnutrición materna.

**Período fetal:** Se extiende desde las 13 a la 40 semana: Combinación de los procesos de hiperplasia e hipertrofia aumentan el tamaño de los órganos ya formados. En este período, las carencias nutricionales y ciertas enfermedades (hipertensión materna) pueden afectar sensiblemente el crecimiento fetal.

Desde las 28 a 38 semanas el crecimiento fetal muy acelerado. A partir de este momento disminuye el ritmo de crecimiento. Posteriormente se manifiesta la aceleración del crecimiento posnatal.

Factores importantes que influyen en esta etapa:

- Edad de la madre
- Su estado nutricional
- Hábitos tóxicos
- Alteraciones funcionales
- Números de gestaciones.

### **CRECIMIENTO POSNATAL:**

En su inicio es muy rápido y se manifiesta de tipo hipertrófico.

Principales acontecimientos

- Crecimiento en tamaño, variaciones de forma y proporciones corporales.
- Variaciones en la composición del cuerpo.
- Desarrollo de las capacidades motoras.
- Perfección de todas las funciones del organismo.

### **Estado somático del recién nacido**

Los cambios de las proporciones y composición del cuerpo que venían produciéndose desde antes del nacimiento prosiguen su curso después de este momento.

- El nacimiento sucede en una etapa en que la ganancia de peso es más rápida que en otro momento de la vida del individuo.

- Ocurre una disminución de la velocidad de aumento del peso en las últimas semanas de la gestación. La explicación usual es que la placenta envejecida ya no es capaz de proveer a los crecientes requerimientos del feto. De tal manera, que, aunque el cuerpo continúa aumentando de peso, lo hace a velocidades más reducidas.
- La velocidad de crecimiento de la estatura a las 32 semanas de gestación es de 65 cm/año; en comparación con este valor o con el crecimiento durante el primer año de vida, el aumento de la de estatura de la pubertad aparece como insignificante.
- Comparado con el adulto, el recién nacido tiene la cabeza proporcionalmente grande y las piernas cortas; a pesar de esto, las extremidades inferiores están creciendo muy rápidamente, alrededor de 18 cm/año. La velocidad de crecimiento de la circunferencia cefálica es máxima durante los 3 últimos meses del embarazo.
- Al término del embarazo, la masa muscular (músculo estriado) representa el 25% del peso corporal. El potasio corporal se estima en el recién nacido de alrededor de 50mmol/Kg.
- El porcentaje de grasa es aproximadamente el 15% del peso del recién nacido, aunque hay variaciones considerables entre un niño y otro. La mayor parte de la grasa está almacenada en el tejido adiposo subcutáneo y al término del embarazo representa el 80% de toda la adiposidad corporal; solo un 2% está en sitios profundos. Por otra parte, la grasa parda, en una porción ínfima, se distribuye alrededor de las vísceras cervicales, torácicas y abdominales, a lo largo de los vasos sanguíneos y debajo de la grasa blanca de los hombros y el cuello.
- Al nacer no existen diferencias sexuales en la mayoría de las dimensiones corporales. En algunos estudios, pero no en otros, se observa mayores dimensiones del peso, talla y circunferencia cefálica en los neonatos masculinos. Las hembras tienden a tener mayor adiposidad.

#### **La curva de velocidad en el recién nacido:**

La curva de "razón" de crecimiento o curva de velocidad (cm /año; Kg /año, etc.) se evidencia de una forma diferente a la de distancia, ya que los datos son expresados en función del crecimiento ganado con cada intervalo de edad.

Durante los primeros 22 meses de vida (10 meses lunares de vida intrauterina y los 12 primeros meses de vida extrauterina), el nuevo ser desarrolla la mayor velocidad de crecimiento de toda su existencia. Ninguna otra vez se obtendrán valores como estos. Posterior a este momento, la velocidad va a descender, pero al nacimiento todavía tiene valores muy elevados que no se volverán a repetir. Concretamente, a los 4 meses de edad gestacional el feto desarrolla la máxima velocidad, creciendo en estatura a razón de 11 cm /mes (e/ 10 y 12 cm /mes).

A partir de este momento se produce una desaceleración que se prolonga hasta el momento del nacimiento, en que se presenta otra aceleración. Entre las 16 y 30 semanas la reducción se traduce en 3 cm /mes (36 cm /año).

El ser microscópico inicial alcanza alrededor de 75 cm de estatura en el primer año de vida. Sin embargo esta velocidad no se mantiene constante, presentando períodos de máxima aceleración y otros en los que el crecimiento transcurre de forma más lenta.

A medida que la gestación progresa, el porcentaje de aumento del peso corporal por día disminuye, en tanto que el incremento en gramos por día aumenta, como se refiere en la tabla.

Edad	Incrementos en gramos/día (aproximadamente)	Incrementos del peso corporal/día (%)
12 semanas de gestación	5	6.0
21 semanas de gestación	10	2.5

29 semanas de gestación	20	1.6
37 semanas de gestación	35	1.3
1 semanas de gestación	30-35	0.8
6 meses de vida postnatal	20	0.25

En el momento del nacimiento, la velocidad de crecimiento del peso es de 7 a 9 Kg /año, disminuye a 3.5 Kg /año al final del primer año y a 2.5 Kg /año al final del segundo año y se estabiliza en 2 Kg /año hasta los 5 años. Con el brote de crecimiento de la adolescencia hay una nueva aceleración de la velocidad del peso, que alcanza valores entre 7 y 8 Kg /año.

Las diferencias en la velocidad de crecimiento suponen mayores requerimientos nutricionales en ciertos períodos, que se manifiestan no solo por la necesidad de un mayor aporte proteico-energético, sino también por la demanda de una atención psicoafectiva individualizada que le permita al niño una integración social normal.

Cuanto más rápido crece el niño, mayor efecto adverso pueden tener sobre su crecimiento los factores nutricionales y las enfermedades infecciosas.



## **Evaluación del crecimiento fetal al nacer**

Para la evaluación del crecimiento fetal se toman las medidas del peso, longitud supina, perímetro cefálico, torácico, del brazo, etc. y se analiza si se encuentran dentro de los límites normales de acuerdo a la edad gestacional al nacer (estimada en semanas de amenorrea o edad postmenstrual), mediante gráficas de crecimiento.

La gráfica basada en los percentiles del peso del recién nacido para la edad gestacional, dada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), presenta 3 áreas importantes:

-Por encima del límite superior normal: percentil 90 (P90) se identifica un alto peso para edad gestacional (APEG), o también exceso de crecimiento intrauterino.

-Dentro del área normal, donde está el peso promedio para la edad gestacional: percentil 50 (P50) se encuentra el peso adecuado para edad gestacional (PAEG) o también, crecimiento intrauterino normal.

-Por debajo del límite inferior normal o percentil 10 (P10) se clasifica al recién nacido pequeño para edad gestacional (BPEG) o retardo del crecimiento intrauterino (RCI).

### **Retardo del crecimiento intrauterino.**

Hay retardo en el crecimiento intrauterino (RCI) cuando el peso del recién nacido es menor al que le correspondería para su edad gestacional; es decir está por debajo del límite inferior de la curva de crecimiento o percentil 10 (<P10).

### **Recién nacido a término, pre y postérmino. -**

Los recién nacidos se clasifican de acuerdo a la edad gestacional:

- Pretérmino: Antes de las 37 semanas de EG
- Término: Entre las 37 y la 41 semanas y 6 días
- Postérmino: Igual o mayor de las 42 semanas

Los recién nacidos se clasifican también según su crecimiento en peso intrauterino:

- Alto
- Adecuado

- Bajo

Hay 9 combinaciones si se consideran las 2 clasificaciones:

- Los niños pretérmino, con peso normal para su EG, tienen un crecimiento normal, pero son inmaduros. Están expuestos a una serie de problemas al nacimiento: falta de regulación de la temperatura, inmadurez de la deglución y de la respiración, dificultades en la alimentación, etc.

- Los niños a término cumplen sus funciones normales, pero pueden presentar retardo intrauterino y están expuesto a otras complicaciones: hipocalcemia, neumonías aspirativas, síndrome de hiperviscosidad sanguínea, etc. (1)

### **Nutrición en estados fisiológicos normales**

Para el correcto crecimiento, desarrollo y maduración de la etapa prenatal hasta el recién nacido, es de suma importancia la alimentación de la madre. Esta debe ser variada, balanceada, completa e inocua.

Dieta durante el embarazo y la lactancia:

La dieta durante el embarazo y la lactancia debe ser balanceada y cubrir las recomendaciones energéticas. Se debe prestar especial atención a las fuentes dietéticas de hierro y calcio.

Se debe tener en cuenta las necesidades nutricionales adicionales, propias de las adolescentes embarazadas, las embarazadas con diabetes, las que padecen diabetes gestacional y de las mujeres mientras lactan.

El incremento de las necesidades nutricionales durante el embarazo y la lactancia hacen necesaria la suplementación de vitaminas y minerales, especialmente ácido fólico, hierro y calcio, para proporcionar niveles adecuados de esos nutrientes, debido a la dificultad de ingerirlos mediante la dieta.

Embarazo:

La calidad de la dieta repercute en el estado nutricional previo al embarazo y constituye un factor fundamental que afecta la salud de la embarazada y el niño.

Incremento de peso:

Durante el embarazo se requiere de energía suplementaria para el crecimiento del feto, la placenta y los tejidos maternos asociados.

En poblaciones bien nutridas, el aumento de peso durante el embarazo suele ser de 12,5 kg y la mediana del peso al nacer es de 3,3 kg. El costo energético adicional medio de un embarazo en esas condiciones se ha calculado en 80.000 Kcal para un periodo de 9 meses, lo que hace que arroje una cifra aproximadamente de 285 Kcal / día.

**Proteína:**

En la embarazada con actividad normal se recomienda una adición de 9 g de proteínas al día, mientras que aquella con una actividad reducida se le adiciona 6 g al día, lo que representa alrededor del 12% de la ingesta de la energía total.

**Calcio:**

Se recomienda que la ingesta de calcio sea de 1200 mg al día durante el embarazo.

**Hierro:**

Los requerimientos de hierro durante todo el embarazo están alrededor de 1000 mg. En el primer trimestre son pequeños de 0,8 mg/día, pero crecen considerablemente durante el segundo y el tercer trimestre hasta alcanzar cifras de 6,3 mg/día. Parte de esos incrementos en los requerimientos puede ser cubierta por las reservas maternas y con un aumento en la absorción de hierro. Sin embargo, cuando la mujer inicia el embarazo con reservas bajas de hierro, o este se encuentra poco biodisponible en la dieta, es fundamental el uso de alimentos fortificados con hierro o preparaciones farmacológicas que suministran entre 30 y 60 mg al día.

**Ácido fólico:**

Durante el embarazo, las necesidades de folato suben considerablemente a cifras (500 ug/día) que no puede ser prácticamente cubierta con la dieta habitual, por lo que se recomienda un suplemento medicamentoso durante el embarazo.

**Otras vitaminas y minerales suplementarios:**

Siempre que la disponibilidad alimentaria lo permita, se debe estimular a la embarazada a consumir, a partir de fuentes alimentarias, las otras vitaminas y minerales adicionales necesarios. Para aquellas que no consumen una dieta adecuada o que pertenecen a grupos de gran riesgo, se indica desde el segundo trimestre la ingesta de las cantidades diarias de vitaminas y minerales que aparecen en las tablas de recomendación dietéticas.

Sodio:

Siempre que el embarazo transcurra sin complicaciones no se hace necesario una restricción de sodio a la dieta normal.

Alcohol:

Un consumo excesivo de alcohol durante el embarazo puede llevar a mal formaciones congénitas, alteraciones del crecimiento y efectos sobre el sistema nervioso central del feto. Esas anomalías se conocen como síndrome de alcoholismo fetal, lo que se recomienda la abstinencia total de alcohol durante el embarazo.

Se aconseja a la embarazada que evite o limite el consumo de alimentos y fármacos que contengan cafeína. El consumo de cafeína equivale a 2 o 3 tazas de café al día durante el embarazo.

Socioeconómicos y culturales:

Limitaciones de recursos económicos, la pérdida de seres queridos, la soledad, falta de apoyo familiar, la demencia y la institucionalización, se consideran factores adversos.

En pacientes institucionalizados, la mala nutrición constituye una de las primeras causas de morbilidad asociada y uno de los factores que predisponen para el desarrollo de otros procesos morbosos con riesgo aumentado de sufrir complicaciones y muerte. (3)

**Factores que intervienen en el crecimiento, maduración y desarrollo intrauterino:**

**Preconcepcionales:**

Nivel Socioeconómico: El bajo peso al nacer se asocia con la pobreza de los grupos socioeconómicos bajos.

Este factor está mediatizado por la desnutrición materna y poca ganancia de peso en el embarazo, así como la anemia, infección, etc.

Edad materna: Hay una asociación entre las edades extremas (menos de 15 años y mayores de 45 años) y el bajo peso al nacer. La edad óptima para la reproducción oscila entre 20 y 35 años. La edad materna se asocia a otros factores como nivel socioeconómico, educacional, estado civil y otros.

Antecedentes obstétricos desfavorables: Hay una tendencia a repetir en el embarazo actual el resultado del embarazo previo (especialmente en el inmediato anterior). Esto se observa en el nacimiento pretérmino. El riesgo del nacimiento de un niño de bajo peso es de 2 a 5 veces mayor en aquellas madres cuyo hijo anterior fue bajo peso.

### **Concepcionales**

Aumento de peso durante la gestación: Hay una correlación directa entre la ganancia neta de peso materno y el peso del recién nacido. Por cada kg de peso materno, el peso fetal se incrementa aproximadamente en 55g.

Hábito de fumar: Existe una asociación significativa entre el consumo de tabaco durante el embarazo y el bajo peso al nacer. Hay una disminución de 150 a 250 g del peso del recién nacido entre madres fumadoras, de diferentes grupos de edad, clase social y etnia.

Consumo de alcohol: Las madres con gran consumo de alcohol durante el embarazo pueden tener recién nacidos con un síndrome alcohólico fetal, caracterizado por retardo en el crecimiento intrauterino y defectos congénitos. Las madres moderadamente bebedoras tienen mayor riesgo de tener recién nacidos con bajo peso al nacer.

Consumo de drogas. Hay efectos negativos del consumo de drogas durante el embarazo, aumentando el número de malformaciones congénitas y el bajo peso al nacimiento.

Hipertensión crónica y preclampsia. La hipertensión arterial (HTA) es la que con más frecuencia se asocia con el RCI. A mayor presión diastólica (> 90 mm Hg), mayor proporción de RCI. Hay un 30% del RCI asociado a la patología hipertensiva.

Diabetes. Las embarazadas con diabetes con compromiso vascular, frecuentemente tienen fetos con retardo en el crecimiento.

Infecciones. Infecciones virales como la rubéola y el citomegalovirus producen retardo en el crecimiento intrauterino por destrucción celular e inhibición de las mitosis.

Hemorragias y anemias. Las hemorragias genitales escasas y reiteradas, especialmente alrededor de la segunda mitad de la gestación y la anemia crónica materna no tratadas, aumentan la tasa de los recién nacidos pequeños para su edad gestacional. (1)

## **CONCLUSIONES**

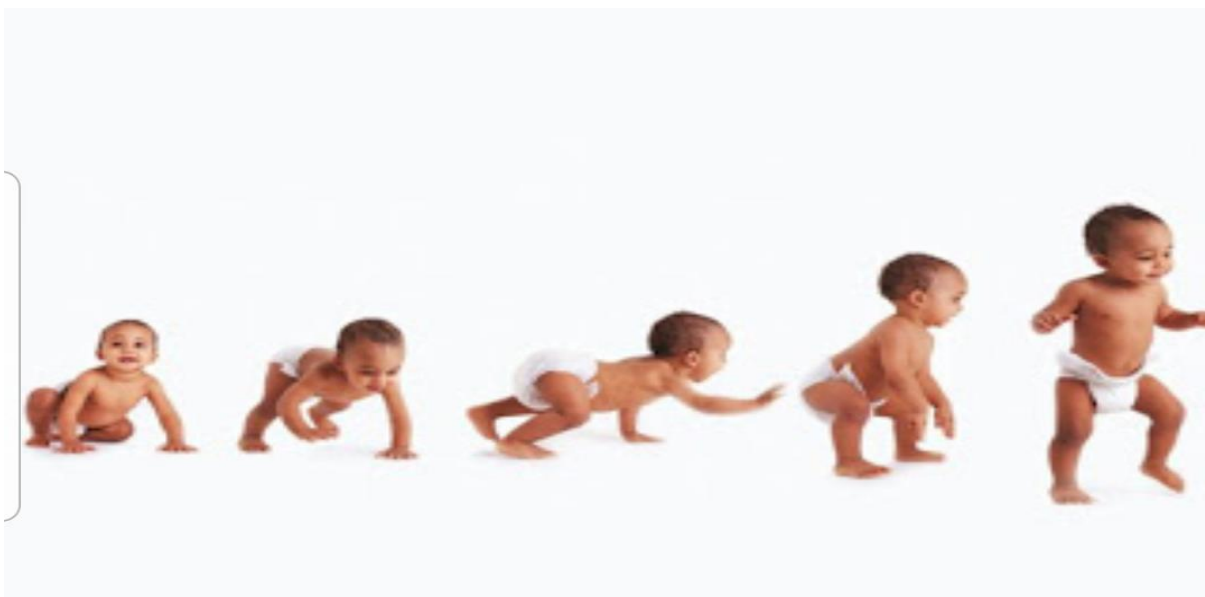
Se ha logrado caracterizar el crecimiento, desarrollo y maduración en la etapa prenatal hasta el recién nacido. Estos indicadores merecen una gran atención debido a los riesgos que se presentan en dichas etapas, por lo que es necesario la evaluación periódica del crecimiento del niño porque esta ofrece la posibilidad de observar cómo ante una variación positiva de las condiciones de salud y nutrición, mejoran los parámetros de su crecimiento. (1)

La nutrición durante las primeras etapas del desarrollo es de gran importancia para el individuo, pero también para su propia familia y para el futuro de la comunidad. (2)

## **Referencias Bibliográficas**

1. Libro de texto: Crecimiento, maduración y desarrollo. Prof. María Elena Díaz Sánchez, MSc., PhD. Investigadora Titular del Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos Profesora Auxiliar de Nutrición de la Facultad de Medicina "Calixto García".
2. Proyecto de vida saludable jardín infantil mar y cielo. 2013.
3. Manual de dietoterapia. M. González Isabel, P. Concepción Delia, G. Perez Troadillo.

## Anexos





# Guías para niñas y niños cubanos hasta 2 años de edad. **Alimentarias**

**1. El mejor comienzo de la vida, es alimentar a las niñas y niños nada más que con leche materna durante los primeros 6 meses.** Continuar amamantándolos frecuentemente hasta los 2 años, es lo más beneficioso.

**2. La lactancia materna es un acto de amor.** El apoyo familiar, en un ambiente de paz y armonía es esencial.

**3. Complemente la leche materna a partir de los 6 meses, dándole a la niña o niño en forma progresiva, una alimentación variada.** Incluya alimentos de los 7 grupos básicos.

**4. Los alimentos naturales son más saludables y nutritivos. Ofrézcalos sin adicionar azúcar ni sal.** Cree buenos hábitos alimentarios desde etapas tempranas de la vida.

**5. Para prevenir la anemia en los niños y niñas, procure darles a partir de los 6 meses de nacido carnes rojas o pollo frecuentemente, y además después de los 8 meses hígado y pescado.** Un niño sin anemia aprende más y es físicamente más activo.



**6. Después del año de edad, niñas y niños pueden comer todos los alimentos que consume el resto de la familia.** Coma con ellos cuando las comidas coincidan con su horario de alimentación.

**7. Para prevenir enfermedades en niñas y niños, ponga en práctica cuidados higiénicos en el manejo de alimentos.** Consérvelos de forma segura; hierva el agua. Mantenga las manos y todos los utensilios muy limpios.



**8. El cariño, un "alimento" importante y necesario.** Alimente a su niña o niño despacio y pacientemente, animelo a comer sin forzarlo, en un ambiente agradable y sin distracciones. Recuerde que este momento es de aprendizaje.

**"Una alimentación saludable desde la más temprana edad"**

## GUÍAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA PARA NIÑAS Y NIÑOS HASTA 1 AÑO DE EDAD.

<b>0-6 meses</b>	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (No agua ni jugos)
<b>6 meses</b>	Lactancia materna. Jugos de frutas no cítricas o frutas majadas en purés (guayaba, mamey, fruta bomba, plátano, tamarindo, melón, mango) Puré de frutas y vegetales en conservas (compotas fortificadas) Purés de viandas y vegetales (papa, plátano, malanga, boniato, yuca, zanahoria, calabaza, acelgas, habichuela, chayote. Carne de pollo y otras aves
<b>7 meses</b>	Lactancia materna. Cereales fortificados sin gluten: arroz, maíz Leguminosas*, lentejas, frijoles negros, colorados, bayos, chícharos Oleaginosas: aceites vegetales de maní, soya, girasol. Yema de huevo cocinada. Carnes: res, carnero, conejo (*condimentadas con especias naturales)
<b>8 meses</b>	Lactancia materna. Carnes: pescado, hígado (1 vez por semana) Cereales con gluten: trigo (pan, galletas, pastas alimenticias: coditos, espaguetis, fideos), avena. Jugos y purés de piña, tomate y frutas cítricas: naranja, limón, lima, toronja, mandarina
<b>9 meses</b>	Lactancia materna. Otras carnes: cerdo desgrasado Frutas y vegetales en trocitos. Helados sin clara. Postres: arroz con leche, natilla, flan, pudín sin clara de huevo, harina de maíz con dulce (con bajos contenidos de azúcar)
<b>10 meses</b>	Lactancia materna. Mantequilla, judías, garbanzos
<b>11 meses</b>	Lactancia materna. Queso crema, gelatina
<b>12 meses</b>	Lactancia materna. Huevo completo, Otros quesos, chocolate Remolacha, aguacate, pepino, col, coliflor, espinaca, quimbombó Alimentos fritos (con moderación)