

DECLARACIÓN DE CONSENSO.

Consumo de bebidas saludables en niños y adolescentes en edad escolar

Recomendaciones de las principales organizaciones nacionales de salud y nutrición

**Healthy
Eating
Research**

Enero de 2025



Consumo de bebidas saludables en niños y adolescentes en edad escolar

Recomendaciones de organizaciones nacionales clave para la salud y la nutrición

Enero de 2025

INTRODUCCIÓN

Los patrones alimentarios consisten en las elecciones de alimentos y bebidas que una persona hace a lo largo de su vida, lo cual tiene un impacto significativo en la salud de un individuo. Aunque la mayoría de las recomendaciones alimentarias se centran principalmente en los alimentos y nutrientes necesarios para alcanzar un patrón alimentario saludable, las pruebas científicas que demuestran cuanto contribuyen las opciones de bebidas a la salud han aumentado en volumen y fuerza en las últimas décadas. Al mismo tiempo, la proliferación de nuevas bebidas en el mercado ha creado confusión sobre los beneficios y riesgos para la salud de cada una de ellas. Muchas de estas nuevas bebidas contienen azúcares

añadidos que pueden contribuir al riesgo de sufrir sobrepeso, obesidad, y enfermedades crónicas relacionadas con la dieta, como las caries y la diabetes de tipo 2, cuando se consumen en exceso. También han aumentado las bebidas que contienen edulcorantes, cafeína u otros ingredientes con supuestos beneficios para la salud. Además, los datos de consumo nacional indican la necesidad de mejorar la ingesta de bebidas de los niños y adolescentes, incluso entre diversos grupos raciales y étnicos. Por lo tanto, es esencial tratar el consumo de bebidas para mejorar los patrones alimentarios y la nutrición, la salud y el bienestar generales de los niños y adolescentes, así como para abordar las desigualdades en materia de salud y nutrición.

ANTECEDENTES

En 2019, Healthy Eating Research (HER) publicó recomendaciones de bebidas basadas en la evidencia para niños pequeños, desde el nacimiento hasta los 5 años, con el objetivo de proporcionar directrices completas y coherentes a los proveedores de atención médica y los profesionales de salud pública, y para fomentar que los padres y otros cuidadores elijan bebidas más saludables. Estas recomendaciones fueron elaboradas mediante un proceso de consenso que involucró a un panel de expertos representantes de las cuatro organizaciones principales de salud y nutrición a nivel nacional: la Academy of Nutrition and Dietetics (Academia de Nutrición y Dietética, AND, por sus siglas en inglés), la American Academy of Pediatric Dentistry (Academia Americana de Odontología Pediátrica, AAPD, por sus siglas en inglés), la American Academy of Pediatrics (Academia Americana de Pediatría, AAP, por sus siglas en inglés) y la American Heart Association (Asociación Americana del Corazón, AHA, por sus siglas en inglés). La *declaración de consenso* y el *informe técnico* (que detalla las evidencias científicas en las que se basan las recomendaciones) que se produjeron han dado lugar a cambios en las prácticas organizativas, las políticas y las orientaciones para el cuidado de la salud con el fin de reducir el consumo de bebidas azucaradas y mejorar la ingesta de bebidas de los niños pequeños. También hay varios materiales disponibles para los consumidores en HealthyDrinksHealthyKids.org.

Aunque muchos organismos autorizados han emitido recomendaciones sobre la ingesta de bebidas saludables en niños y adolescentes en edad escolar, existen importantes lagunas. Estas recomendaciones no han sido exhaustivas en cuanto a los tipos de bebidas analizados, y muchos tipos de bebidas más recientes y cada vez más populares no se han tenido en cuenta en absoluto. También hay incoherencias en ciertos aspectos de las recomendaciones, por ejemplo, en las cantidades recomendadas que se deben consumir o limitar, lo que contribuye a la confusión entre los profesionales de atención médica, otros profesionales, los padres y cuidadores, y los niños y adolescentes.

Dada la importancia del consumo de bebidas a lo largo de toda la vida, sobre todo en la infancia y la adolescencia, HER convocó a las mismas cuatro organizaciones nacionales de salud y nutrición para elaborar recomendaciones exhaustivas basadas en la evidencia sobre el consumo de bebidas en niños y adolescentes de 5 a 18 años. Las recomendaciones que se produjeron se centran en el consumo de bebidas en el contexto de una dieta completa, con el objetivo de lograr un patrón alimentario y de crecimiento saludable, tal y como recomiendan las Dietary Guidelines for Americans (Guías alimentarias para los estadounidenses, DGA, por sus siglas en inglés).¹

DEFINICIONES^a



Jugo 100 % de fruta

Bebida elaborada a partir de la extracción o el prensado del líquido natural que se encuentra en frutas o verduras; jugo 100 % de fruta significa que todo lo que contiene el envase procede de una fruta o verdura, sin azúcares añadidos ni ingredientes artificiales. Las bebidas elaboradas a partir de jugo 100 % de fruta diluido con agua (sin otros ingredientes agregados) también se incluyen en esta categoría.



Leche pasteurizada sola

Leche de vaca y otras leches de origen animal que han sido calentadas a una cierta temperatura y por un tiempo determinado para eliminar los agentes patógenos que puedan encontrarse en la leche cruda, y a las que no se han añadido endulzantes calóricos, edulcorantes ni saborizantes. Las variedades más comunes son la leche entera (también conocida como leche con vitamina D), reducida en grasa (2 %), baja en grasa (1 %) y desgrasada (sin grasa).



Bebidas con cafeína y otros estimulantes

Bebidas que contienen cafeína, un estimulante legal que es ligeramente adictivo, u otros estimulantes, como la taurina, que suele encontrarse en las bebidas energéticas. Algunos ejemplos son el café, el té, las bebidas energéticas y los tragos energéticos.



Leches vegetales alternativas

Bebidas no lácteas derivadas de ingredientes de origen vegetal, como cereales (p. ej., arroz, avena), frutos secos/semillas, legumbres o mezclas de estos ingredientes y, a menudo, enriquecidas con nutrientes que se encuentran en la leche de vaca. Muchas vienen en variedades con y sin endulzantes; las variedades con endulzantes suelen contener azúcares añadidos o edulcorantes.



Bebidas con edulcorantes

Bebidas que contienen cualquiera de los seis edulcorantes de alta intensidad aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA, por sus siglas en inglés) como aditivos alimentarios (sacarina, aspartamo, acesulfamo-K, sucralosa, neotamo y advantamo) o los tres edulcorantes adicionales de alta intensidad de origen vegetal o frutal generalmente reconocidos como seguros y, por lo tanto, permitidos para su uso en el suministro de alimentos (los glucósidos de esteviol, la fruta del monje y la taumatina). Los edulcorantes (endulzantes sin azúcar, NSS, por sus siglas en inglés) también se conocen como edulcorantes dietéticos, edulcorantes no nutritivos, edulcorantes sin calorías o bajos en calorías, o edulcorantes artificiales.



Bebidas azucaradas

Líquidos a los que se añade cualquier forma de azúcar. Algunos ejemplos son las bebidas deportivas, refrescos/sodas, bebidas energéticas, bebidas frutales, bebidas con sabor a frutas, frutadas, aguas frescas, aguas azucaradas, horchata, y café y té azucarados.



Agua potable sola

Agua potable sin endulzantes ni saborizantes y fluorada. No todas las fuentes de agua sola contienen fluoruro de manera natural, pero debe utilizarse el agua fluorada cuando esté disponible. Algunos ejemplos son el agua corriente, el agua de pozo o el agua embotellada o carbonatada (es decir, con gas) sin endulzantes.



Leche saborizada endulzada

Leche de vaca pasteurizada a la que se le agregan edulzantes o saborizantes con el objetivo principal de aumentar su palatabilidad. Algunos ejemplos son la leche chocolatada o de fresa.

^a Muchas bebidas del mercado pueden pertenecer a más de una de estas categorías.

MÉTODOS

Para elaborar las recomendaciones basadas en evidencias se utilizó un proceso de varios pasos:

- 1 HER convocó a un Comité Asesor Científico (SAC, por sus siglas en inglés) en 2023 y a un panel de expertos formado por representantes de cuatro organizaciones nacionales de salud y nutrición en 2024.
- 2 El consultor principal de la investigación llevó a cabo una revisión exhaustiva de aproximadamente 50 documentos fuente e informes originales de 20 organismos autorizados nacionales e internacionales sobre las recomendaciones y orientaciones para el consumo de bebidas entre niños y adolescentes de 5 a 18 años.
- 3 El equipo de investigación llevó a cabo revisiones estructuradas de la literatura sobre las bebidas para las que no existían recomendaciones o estas eran incompletas o incongruentes.
- 4 HER y los presidentes del panel de expertos organizaron reuniones virtuales del panel de expertos y del SAC para debatir las recomendaciones preliminares consensuadas basadas en la evidencia disponible recopilada en los pasos 2 y 3.
- 5 HER volvió a convocar al panel de expertos y a los miembros del SAC para desarrollar, revisar y acordar las recomendaciones finales consensuadas.

El panel de expertos estuvo conformado por dos representantes de cada una de las cuatro organizaciones nacionales de salud y nutrición, dos copresidentes con experiencia en consumo de bebidas en niños y adolescentes de 5 a 18 años, y un consultor de investigación con experiencia en nutrición y salud pública. HER también incorporó a sus filas a nueve personas con amplia experiencia en establecer pautas nutricionales, nutrición en la infancia y ciencias de la nutrición con el fin de asistir al SAC, quienes aportaron sus conocimientos en todo el proceso de consenso respecto de la metodología y los protocolos del panel. El SAC también se encargó de revisar las recomendaciones finales consensuadas para comprobar su exactitud y rigor científico. La lista de los miembros del panel de expertos y del SAC se encuentra en la sección de agradecimientos al final de este informe.

El panel de expertos y el SAC se reunieron de forma virtual aproximadamente durante los cinco meses que duró el proceso de elaboración de la declaración de consenso para debatir las brechas de conocimiento, acordar los términos y el contenido de la investigación, hacer revisiones de la literatura, revisar la evidencia y preparar las recomendaciones finales consensuadas. En concreto, durante este período, el panel se reunió dos veces como grupo completo, dos veces en grupos de trabajo específicos de bebidas y tres veces con el panel de expertos completo y el SAC. Entre cada reunión, también se recabó la opinión de los miembros del panel de expertos a través de encuestas Qualtrics sobre los puntos de decisión clave. Todos los miembros del panel de expertos y el SAC revisaron el borrador final de las recomendaciones y los fundamentos respaldatorios, y se hicieron las mejoras necesarias para lograr un consenso. Para más información sobre el proceso de consenso y la metodología, consulte el [informe técnico](#).

RESUMEN DE LOS HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES CLAVE DEL PANEL

Las siguientes recomendaciones pretenden dar respaldo a un enfoque hacia la nutrición que considera el curso de la vida, en el cual se reconoce que los niños y adolescentes tienen diversas necesidades de hidratación, calorías y nutrientes según la edad y los patrones de crecimiento, desarrollo físico y actividad física, aspectos que evolucionan rápidamente durante esta etapa de la vida.¹ El panel de expertos utilizó la [Tabla de periodicidad de la AAP](#) de las Recomendaciones para la atención médica pediátrica preventiva,² que se basa en la etapa de desarrollo y no en la edad, así como las necesidades calóricas y nutricionales establecidas por las DGA para establecer los subgrupos de edad utilizados en las recomendaciones.¹

El panel de expertos reconoce que algunas bebidas, como el agua, la leche y el jugo 100 % de fruta (con moderación) contribuyen a satisfacer las necesidades diarias de hidratación y, a menudo, aportan nutrientes beneficiosos, como vitaminas, minerales y flúor, que pueden ayudar a los niños y adolescentes a cumplir las recomendaciones diarias de nutrientes y grupos









de alimentos dentro de un patrón alimentario saludable. Por lo tanto, el consumo de estas bebidas debe considerarse en el contexto de toda la dieta. Sin embargo, muchas bebidas del mercado aportan “calorías discrecionales” y posiblemente no añadan ningún beneficio nutricional a la dieta. Estas bebidas suelen contener azúcares añadidos, que aportan un exceso de calorías a la dieta, edulcorantes (NSS) o estimulantes, que pueden ser perjudiciales si se consumen en grandes cantidades.

Los azúcares añadidos —azúcares que se añaden durante el procesamiento o la preparación de alimentos y bebidas— son especialmente preocupantes en las dietas de los estadounidenses, ya que abundan en el suministro de alimentos y existe evidencia sólida que relaciona su consumo excesivo con resultados negativos para la salud, como un mayor riesgo de padecer caries, sobrepeso y obesidad, así como enfermedades crónicas relacionadas con la dieta.³ Según las DGA, aproximadamente el 85 % de las calorías que una persona consume cada día son necesarias para cumplir las recomendaciones alimentarias

y nutricionales; esto deja solo una pequeña cantidad (un 15 %) para alimentos y bebidas discretionales, incluidos los azúcares añadidos.¹ Las DGA recomiendan que los niños y adolescentes limiten los azúcares añadidos a menos de un 10 % de las calorías diarias (lo que equivale a 200 calorías o 50 gramos de azúcares añadidos en una dieta de 2,000 calorías diarias). La AHA recomienda límites aún más bajos de no más de 6 cucharaditas de azúcar añadido por día (equivalente a 25 gramos de azúcares añadidos o 100 calorías) y no más de 8 onzas de bebidas azucaradas a la semana para niños y adolescentes debido a la relación entre el consumo excesivo de azúcar añadido y los efectos negativos sobre la salud cardiovascular.⁴

El panel de expertos tuvo en cuenta todos estos principios, así como las recomendaciones actuales basadas en la evidencia y las últimas investigaciones a la hora de elaborar las siguientes recomendaciones. En la Tabla 1 se ofrece un resumen de las recomendaciones para el consumo de bebidas saludables en niños y adolescentes de 5 a 18 años. Todas las recomendaciones, los fundamentos completos y las evidencias se presentan en el [informe técnico](#).

Tabla 1. Recomendaciones para el consumo de bebidas saludables, de 5 a 18 años

	De 5 a 8 años	De 9 a 13 años	De 14 a 18 años
Necesidades totales de hidratación*	40 fl oz de bebidas por día en total (alrededor de 5 tazas)	De 54 a 61 fl oz de bebidas por día en total (alrededor de 6,75 a 7,6 tazas)	De 61 a 88 fl oz de bebidas por día en total (alrededor de 7,6 a 11 tazas)
 Agua potable sola**	De 16 a 40 fl oz por día (de 2 a 5 tazas)	De 22 a 61 fl oz por día (de 2,75 a 7,6 tazas)	De 29 a 88 fl oz por día (de 3,6 a 11 tazas)
 Leche pasteurizada sola	hasta 20 fl oz por día (equivalente a 2,5 tazas/día)	hasta 24 fl oz por día (equivalente a 3 tazas/día)	hasta 24 fl oz por día (equivalente a 3 tazas/día)
 Jugo 100 % de fruta	<De 4 a 6 fl oz por día (de ½ a ¾ taza/día)	<De 6 a 8 fl oz por día (de ¾ a 1 taza/día)	<8 fl oz por día (1 taza/día)
 Leches vegetales alternativas	Solo se recomienda cuando se indique por motivos médicos (p. ej., alergia a la proteína de la leche) o para cumplir pautas alimentarias específicas (p. ej., veganismo). Elija alternativas similares a la leche desde el punto de vista nutricional, como la leche de soya enriquecida y sin endulzantes. Evite las leches vegetales alternativas que contengan azúcar añadido o edulcorantes.		
 Leche saborizada endulzada	Evite o limite su consumo debido a la elevada cantidad de azúcares añadidos por porción		
 Bebidas azucaradas	No se recomiendan		
 Bebidas con edulcorantes	No se recomiendan		
 Bebidas con cafeína y otros estimulantes	No se recomiendan		

* Las necesidades totales de hidratación representan el volumen total de líquidos diarios consumidos en forma de bebidas; las cantidades se basan en la ingesta media para evitar la deshidratación y no deben considerarse máximas ni mínimas. Las necesidades totales de hidratación varían para cada individuo en función del sexo, la edad y el peso, y variarán día a día en función de otros factores como el clima y la actividad física. El agua potable sola es la bebida recomendada por excelencia para satisfacer las necesidades de hidratación.

**Los rangos de agua potable sola se determinan utilizando las cantidades de las necesidades totales de hidratación menos las cantidades máximas recomendadas de leche y jugo 100 % de fruta. Las necesidades individuales varían día a día; para tener más información, consulte la sección sobre agua potable sola.

Nota sobre las conversiones de unidades: 1 taza = 8 onzas líquidas (fl oz) = 237 mililitros (ml)

BEBIDAS RECOMENDADAS COMO PARTE DE UNA DIETA SALUDABLE



Agua potable sola y necesidades totales de hidratación

Recomendaciones del panel de expertos

Se recomienda agua potable sola como parte de una dieta saludable para niños y adolescentes, de 5 a 18 años. Esta debe ser la bebida principal para satisfacer las necesidades de hidratación. La cantidad específica requerida por cada individuo variará día a día en función del clima y el nivel de actividad física, así como del volumen de líquidos consumidos a través de otros alimentos y bebidas.

Al considerar la ingesta total de bebidas necesaria para satisfacer las necesidades de hidratación, los datos sugieren que los siguientes volúmenes totales de líquidos (que incluyen todas las bebidas: agua, leche, jugo) satisfarán las necesidades diarias de hidratación de la mayoría de los niños y adolescentes. El panel de expertos utilizó estas estimaciones de las necesidades totales de hidratación con el fin de determinar los rangos de agua potable sola. Los siguientes rangos de agua potable sola se determinan utilizando las cantidades de las necesidades totales de hidratación menos las cantidades máximas recomendadas de leche y jugo 100 % de fruta.

	De 5 a 8 años	De 9 a 13 años		De 14 a 18 años	
Necesidades totales de hidratación	40 fl oz por día (5 tazas o 1.183 ml) No hay diferencias entre sexos.	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
		54 fl oz (6,75 tazas o 1.597 ml)	61 fl oz (7,6 tazas o 1.804 ml)	61 fl oz (7,6 tazas o 1.804 ml)	88 fl oz (11 tazas o 2.602 ml)
Agua potable sola	De 16 a 40 fl oz por día (de 2 a 5 tazas o de 473 a 1.183 ml) No hay diferencias entre sexos.	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
		De 22 a 54 fl oz (de 2,75 a 6,75 tazas o de 651 a 1.597 ml)	De 29 a 61 fl oz (de 3,6 a 7,6 tazas o de 858 a 1.804 ml)	De 29 a 61 fl oz (de 3,6 a 7,6 tazas o de 858 a 1.804 ml)	De 56 a 88 fl oz (de 7 a 11 tazas o de 1.656 a 2.602 ml)

El agua fluorada es la forma preferida de agua sola debido a sus beneficios sustanciales para la salud bucodental; sin embargo, no todas las comunidades o individuos tienen acceso al agua fluorada. En este caso, el panel de expertos sigue recomendando el consumo de agua sola para alcanzar los objetivos de ingesta diaria de agua, y los proveedores de atención médica deberían comentar las fuentes alternativas de flúor con los pacientes y sus familias.

Fundamento

El agua es esencial para la vida. Las necesidades individuales de líquidos varían día a día debido a las diferencias en la actividad física, el clima y la ingesta de otros alimentos y bebidas que contengan agua. Un cuerpo humano sano es capaz de compensar cierto grado de hiperhidratación y deshidratación a corto plazo, lo que permite mantener una hidratación normal dentro de un rango de ingestas de agua. Un día de ingesta escasa posiblemente no conduzca a la deshidratación; sin embargo, un patrón continuado de consumo insuficiente de líquidos comprometerá la salud.

Debido a esta variación en las necesidades totales de agua de un individuo y a la falta de evidencias que indiquen requisitos específicos, el panel de expertos utilizó la ingesta adecuada (AI, por sus siglas en inglés)^b para el agua total establecida por el Comité de Ingesta Alimentaria de Referencia y el Panel de Ingesta Alimentaria de Referencia para Electrolitos y Agua convocados por las Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina para orientar el desarrollo de esta recomendación.⁵ La ingesta adecuada de agua total incluye el agua que se bebe y el contenido de agua en las bebidas y los alimentos, y se basa en la mediana

^b La ingesta adecuada es el nivel promedio de ingesta diaria recomendado de acuerdo con aproximaciones o estimaciones observadas o determinadas de manera experimental en cuanto a la ingesta de nutrientes por n grupo (o grupos) de personas aparentemente sanas, que se suponen adecuadas; se utiliza cuando no puede establecerse una ración diaria recomendada (RDA, por sus siglas en inglés).

de la ingesta total de agua que arrojan los datos de la Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición III de EE. UU. Las cantidades recomendadas proporcionadas por el panel de ingesta total de líquidos para una hidratación adecuada solo incluyen la proporción de líquidos que proceden del consumo diario de bebidas, incluida el agua. Sin embargo, estas cantidades recomendadas no deben interpretarse como un máximo o un mínimo, sino que son una estimación de las necesidades diarias de líquidos procedentes de las bebidas para evitar la deshidratación en la mayoría de los niños y adolescentes.

El agua debe ser la bebida principal que se consuma para satisfacer estas necesidades diarias de hidratación; sin embargo, la cantidad específica de agua que consume una persona puede ajustarse en función de la cantidad total de otras bebidas (p. ej., la leche, el jugo 100 % de fruta) consumidas en un día determinado, así como de otros factores como el clima y la actividad física. El panel de expertos calculó los rangos correspondientes al agua potable sola con el objetivo de tomar en cuenta a una persona que no beba ninguna otra bebida en un día (es decir, el extremo superior del rango), así como a una persona que consuma las cantidades máximas recomendadas de leche y jugo 100 % de fruta (es decir, el extremo inferior del rango). El informe técnico contiene varias situaciones hipotéticas adicionales sobre cómo puede ajustarse la ingesta de agua en función de otras bebidas consumidas en un día determinado (consulte el **Apéndice F** del informe técnico).

A la hora de considerar los tipos de agua, el panel de expertos recomienda consumir agua para potable sin endulzantes, sin saborizantes y fluorada. El panel de expertos recomienda que toda el agua que consuman los niños y adolescentes sea fluorada, sobre la base de la evidencia que demuestra su papel en la prevención de caries y el respaldo a una salud bucodental óptima. Aunque se prefiere el agua fluorada por sus beneficios para la salud bucodental, no todas las personas tienen acceso a ella. En este caso, el panel de expertos sigue recomendando el consumo de agua potable sola para alcanzar los objetivos de ingesta diaria de agua, y los proveedores de atención médica deberían comentar las fuentes alternativas de flúor con los pacientes y sus familias.

Entre los ejemplos de agua potable sola se incluyen el agua corriente, el agua de pozo, o el agua embotellada o carbonatada (es decir, con gas) sola. El agua corriente es la fuente de agua preferida, ya que suele ser fácil de conseguir, conveniente, asequible y respetuosa con el medioambiente; además, en muchos lugares está fluorada. El agua embotellada no comparte ninguna de estas características y solo debe comprarse cuando el agua del grifo no sea segura para beber. En el informe técnico encontrará más información sobre el impacto medioambiental del agua embotellada y sobre cómo instalar filtros para hacer más agradable el agua del grifo.

Aunque el agua carbonatada sola puede estar bien para los niños y adolescentes en cantidades limitadas, el agua saborizada, carbonatada o no, no se recomienda debido a que su pH es más bajo, lo que repercute negativamente en la salud bucodental. Las investigaciones indican que el consumo frecuente de bebidas con un pH inferior a 4,0 puede llegar a ser perjudicial para la dentadura y provocar la erosión del esmalte de la superficie del diente.⁶ La mayoría de las aguas saborizadas (incluida el agua carbonatada saborizada) tienen un pH en el rango de 3,0 a 3,8 debido a que se le agregan ácidos (p. ej., ácido cítrico, ácido málico, ácido fosfórico) y otros saborizantes naturales o artificiales. Por el contrario, el agua potable sola tiene un pH de ~7, considerado neutro, y el agua carbonatada sola suele tener un pH entre 5,5 y 6,8 (varía según la marca).⁷



Leche pasteurizada sola

Recomendaciones del panel de expertos

Se recomienda leche pasteurizada sola como parte de una dieta saludable para niños y adolescentes de 5 a 18 años

	De 5 a 8 años	De 9 a 13 años	De 14 a 18 años
Leche pasteurizada sola	Hasta 20 fl oz por día (equivalente a 2,5 tazas/día)	Hasta 24 fl oz por día (equivalente a 3 tazas/día)	Hasta 24 fl oz por día (equivalente a 3 tazas/día)

Estas recomendaciones están en consonancia con las recomendaciones de las DGA para las porciones diarias de lácteos. Las DGA incluyen toda la leche en fluida, en polvo o evaporada, entre ellos los productos sin lactosa y con lactosa reducida y las bebidas de soya fortificadas (leche de soya)^c, el suero de leche, el yogur, el kéfir y los quesos^d en el grupo de los lácteos. Un equivalente de taza del grupo de los lácteos equivale a una taza (u 8 onzas líquidas) de leche. Por lo tanto, no es necesario que las recomendaciones del panel de expertos se cumplan consumiendo leche solamente.

Fundamento

El grupo de los lácteos es una fuente importante de varios nutrientes esenciales en la dieta de los niños y adolescentes, como el calcio, el fósforo, las vitaminas A y D, las vitaminas del grupo B y las proteínas.^{1,8} La leche, por su parte, aporta tres nutrientes con impacto en la salud pública debido a su baja ingesta: potasio, calcio y vitamina D, lo que la convierte en una bebida importante en la dieta de los niños y adolescentes. Sin embargo, a medida que los niños crecen, los datos nacionales de vigilancia muestran que el consumo de lácteos, especialmente de leche, disminuye, lo que conduce a una ingesta inadecuada de estos nutrientes clave.⁹ Si a un niño no le gusta la leche, otros alimentos del grupo de los lácteos (p. ej., el yogur solo pasteurizado y sin endulzantes o el queso) pueden satisfacer las necesidades diarias de nutrientes. Si una persona es alérgica a la leche o sigue una dieta vegana, las PBMA fortificadas pueden ser una opción adecuada (consulte la sección **Leches vegetales alternativas** del informe técnico).

El panel de expertos reconoce que la función de los productos lácteos enteros en los patrones alimentarios saludables ha generado controversia en los últimos años debido a evidencias que sugieren que la grasa saturada de los lácteos posiblemente no esté asociada con resultados adversos para la salud (p. ej., enfermedades del corazón) como se pensaba anteriormente.¹⁰ Sin embargo, en ausencia de pruebas concluyentes que justifiquen apartarse de las recomendaciones existentes, el panel de expertos recomienda la leche sin grasa (desgrasada) o baja en grasa (1 %) dada su densidad nutricional y su contenido más bajo de calorías y grasas saturadas, teniendo en cuenta las evidencias que sugieren que las dietas bajas en grasas saturadas producen mejores resultados de salud.¹¹ El consumo de productos lácteos ricos en grasas saturadas puede contribuir a un exceso de calorías en la dieta, lo que sigue siendo preocupante debido a la elevada prevalencia de niños y adolescentes con sobrepeso u obesidad en EE. UU. No obstante, puede haber situaciones en las que sea apropiado consumir un mayor contenido de grasa de la leche (2 % o entera). Por lo tanto, al asesorar a los niños y adolescentes y a sus familias, los proveedores de atención médica deben recomendar el tipo de leche que mejor se adapte a las necesidades nutricionales de cada individuo.

A la hora de tomar decisiones nutricionales, las personas deben considerar las opciones más ricas en nutrientes del grupo de los lácteos, como la leche pasteurizada sola, sin grasa (desgrasada) y baja en grasa (1 %), el yogur y el queso. En caso de intolerancia a la lactosa, elija productos lácteos sin lactosa y bajos en lactosa sin endulzantes; en caso de alergia a los lácteos, deben considerarse las bebidas y el yogur de soya sin aditivos, fortificados y sin endulzar, u otras leches vegetales alternativas (PBMA) que cumplan las normas nutricionales mínimas (consulte la sección **Leches vegetales alternativas** del informe técnico). Si selecciona alimentos en lugar de bebidas para cumplir las recomendaciones con respecto a los lácteos, deberá aumentar el consumo de agua para satisfacer las necesidades diarias de hidratación.

^c Las recomendaciones del panel de expertos contemplan las leches vegetales alternativas (PBMA, por sus siglas en inglés) por separado, incluidas las bebidas de soya enriquecidas; consulte esa sección de la declaración de consenso para obtener más información.

^d Nota: La crema, la crema agria y el queso crema no se incluyen en la recomendación para el grupo de los lácteos debido a su bajo contenido de calcio.

BEBIDAS QUE SE DEBEN LIMITAR COMO PARTE DE UNA DIETA SALUDABLE



Jugo 100 % de fruta

Recomendaciones del panel de expertos

Los jugos 100 % de fruta y verduras pueden formar parte de una dieta saludable en niños y adolescentes, pero su consumo debe ser limitado. Las siguientes recomendaciones se consideran límites máximos para las porciones diarias de jugo 100 % de fruta, y no requisitos mínimos.

	De 5 a 8 años	De 9 a 13 años	De 14 a 18 años
Jugo 100 % de fruta	<De 4 a 6 fl oz por día (de ½ a ¾ taza/día)	<De 6 a 8 fl oz por día (de ¾ a 1 taza/día)	<8 fl oz por día (1 taza/día)

Estos límites se extienden al jugo 100 % vegetal, así como a las mezclas de jugo de frutas y verduras.

Fundamento

El grupo de las frutas, según la definición de las DGA, incluye tanto la fruta entera como el jugo 100 % de fruta; sin embargo, el jugo 100 % de fruta tiene menos contenido de fibra alimentaria y más calorías que la fruta entera. Además, las investigaciones han demostrado que el consumo de calorías en forma líquida no contribuye a la saciedad (la sensación de estar lleno) de la misma manera que el consumo de alimentos sólidos y, por lo tanto, este puede estar asociado a una ingesta excesiva de calorías.¹² Comer frutas y verduras enteras también es importante para fomentar la variedad en la dieta.

La fibra es un nutriente que suscita preocupación de salud pública de niños y adolescentes porque se consume poco. Por lo tanto, lo ideal es que los niños y adolescentes cubran sus necesidades diarias de fruta comiendo principalmente frutas y verduras frescas, enlatadas o congeladas, sin azúcares añadidos ni edulcorantes, ya que muchas de ellas son buenas fuentes de fibra alimentaria.

Las recomendaciones de jugo 100 % de fruta son los límites máximos de las porciones diarias (no los requisitos mínimos). Estas cantidades se determinaron contemplando aproximadamente un tercio del total de las recomendaciones diarias de fruta en forma de jugo 100 % de fruta (consulte el informe técnico para conocer las porciones diarias de fruta que se recomiendan para diferentes edades y niveles de calorías). Si una familia opta por diluir el jugo 100 % de fruta con agua, la cantidad de jugo servida diariamente (antes de la dilución) no debe superar los límites recomendados.

Aunque el jugo 100 % de fruta no es necesario en la dieta, el panel de expertos reconoce que algunas familias pueden tener dificultades para acceder a frutas o verduras enteras por diversas razones, como el costo, la falta de proximidad a los distribuidores de productos alimenticios y la estacionalidad. En esos casos, el jugo 100 % de fruta puede ayudar a cumplir las recomendaciones diarias de fruta o verdura y lograr un patrón alimentario saludable.



Leches vegetales alternativas (PBMA)

Recomendaciones del panel de expertos

Las PBMA solo se recomiendan en niños y adolescentes cuando tienen indicación médica (p. ej., por alergia a la proteína de la leche, galactosemia), o para cumplir pautas nutricionales específicas (p. ej., el veganismo). En estos casos, se recomienda la leche de soya fortificada o leches vegetales alternativas que sean parecidas a la leche de vaca desde el punto de vista nutricional en reemplazo de la leche de vaca. Al igual que con la leche de vaca, deben evitarse las leches vegetales alternativas que contengan azúcares añadidos o edulcorantes.

Fundamento

Las PBMA no se recomiendan para el consumo exclusivo en reemplazo de la leche de vaca en niños y adolescentes sanos, a menos tengan indicación médica (p. ej., por alergia a la proteína de la leche, galactosemia) o para satisfacer preferencias alimentarias específicas (p. ej., hábitos alimentarios culturales, patrones alimentarios veganos o vegetarianos, o por consideraciones medioambientales), ya que estos productos no son equivalentes a la leche de vaca desde el punto de vista nutricional. Los productos lácteos son los más adecuados para satisfacer las necesidades nutricionales de niños y adolescentes y se prefieren por sobre los productos vegetales, ya que estos últimos tienen perfiles nutricionales variados e incompletos.

En caso de intolerancia a la lactosa, deben utilizarse versiones de productos lácteos con bajo contenido en lactosa o sin lactosa como alternativa a los lácteos para niños y adolescentes, en lugar de PBMA. En el caso de los hábitos alimentarios culturales que no suelen incluir la cantidad recomendada de leche de vaca (o tantos productos lácteos como las dietas típicas de EE. UU.) o si se trata de personas que siguen un patrón alimentario vegano, se recomienda la leche de soya fortificada o PBMA que sean parecidas a la leche de vaca desde el punto de vista nutricional como reemplazo a la leche de vaca. En todos estos casos, el panel de expertos recomienda consultar con un proveedor de atención médica, como un pediatra o un nutricionista registrado, para asegurarse de que la ingesta de los nutrientes que se obtienen habitualmente de la leche de vaca pueda tenerse en cuenta en la planificación de la dieta.

Excepto en el caso de la leche de soya fortificada con calcio y vitaminas A y D, las DGA no incluyen las leches vegetales alternativas como parte del grupo de los lácteos porque su contenido nutricional total no es similar al de los alimentos lácteos (consulte el **Apéndice H** del informe técnico). Otros productos de origen vegetal que se venden como “leches” (p. ej., leche de arroz, almendra, coco, avena, cáñamo) suelen estar enriquecidos con calcio y posiblemente con otros nutrientes para alcanzar niveles similares a los de la leche de vaca; no obstante, se desconoce si la biodisponibilidad de estos nutrientes agregados es comparable a la de sus homólogos presentes de forma natural en la leche de vaca. Por lo tanto, el panel de expertos está de acuerdo con las DGA 2020–2025 que establecen que las leches vegetales alternativas, excepto la de soya, en general no son un buen sustituto para cumplir las recomendaciones diarias de lácteos.

Cuando elija una alternativa de leche vegetal como sustituto de la leche de vaca, es importante asegurarse de que se cumplan los requisitos nutricionales. Como mínimo, deben tenerse en cuenta nutrientes como las proteínas, el calcio, la vitamina D y el potasio. En la tabla 2 se muestran los requisitos para las leches vegetales alternativas permitidas en los programas federales de nutrición infantil;¹³ actualmente, solo la leche de soya y algunas leches proteicas de guisantes cumplen estos requisitos. Es importante evitar las leches vegetales alternativas con azúcares añadidos; las endulzadas, que predominan y no aportan ningún beneficio nutricional a la dieta.

Tabla 2: Necesidades de nutrientes de las PBMA como sustituto de la leche de vaca en los programas federales de nutrición infantil

Principales nutrientes en la leche de vaca por taza (8 fl oz)	
Proteínas	8 g
Calcio	276 mg
Vitamina A	500 IU
Vitamina D	100 IU
Magnesio	24 mg
Fósforo	222 mg
Potasio	349 mg
Riboflavina	0,44 mg
Vitamina B-12	1,1 mcg

Las proteínas, el calcio, la vitamina D y el potasio son los nutrientes más importantes que se deben tener en cuenta al elegir la leche vegetal alternativa como sustituto de la leche de vaca.



Leche saborizada endulzada

Recomendaciones del panel de expertos

Los niños y adolescentes deben evitar o limitar el consumo de leche saborizada con azúcares añadidos (p. ej., la leche chocolatada o de fresa), ya que estas bebidas contribuyen a una ingesta excesiva de azúcares añadidos.

Fundamento

Las leches endulzadas, más conocidas como leches saborizadas (p. ej., la leche chocolatada o de fresa), no se recomiendan en la dieta de niños y adolescentes porque contribuyen a una ingesta excesiva de azúcares añadidos. Muchas familias no son conscientes de que un vaso de 8 onzas líquidas de leche chocolatada baja en grasa^e, por ejemplo, puede contener hasta 20 gramos (o 5 cucharaditas) de azúcar añadida,¹⁴ una cantidad mayor de lo que contiene una bebida deportiva (~14 gramos de azúcar añadida cada 8 onzas líquidas) y comparable a la cantidad de azúcar añadida que se encuentra en el mismo volumen de un refresco normal (~25 gramos por cada 8 onzas líquidas).¹ La leche saborizada y los productos lácteos también se endulzan cada vez más con edulcorantes, los cuales que no se recomiendan para niños y adolescentes (consulte la sección **Bebidas con edulcorantes** del informe técnico).

Para cumplir las recomendaciones de lácteos, se recomienda consumir leche pasteurizada sola como parte de una dieta saludable. Si no se tolera bien la leche sola (p. ej., por intolerancia a la lactosa), deben considerarse los productos lácteos bajos en lactosa o sin lactosa. Si un niño o adolescente no acepta el sabor de la leche sola, deben considerarse otras fuentes de productos lácteos (p. ej., el yogur sin azúcar, el queso) antes de pasar a la leche saborizada. Se desaconseja suministrar a los niños leche saborizada endulzada para satisfacer las necesidades diarias de lácteos. La AHA recomienda que los niños y adolescentes no consuman más de 6 cucharaditas de azúcar añadido por día (equivalente a 25 gramos de azúcares añadidos, o 100 calorías), y no más de 8 onzas líquidas de bebidas azucaradas a la semana.⁴ Una taza de leche saborizada puede alcanzar o incluso superar estas recomendaciones diarias de azúcares añadidos. De modo que los niños y adolescentes deben evitar el consumo de leche saborizada endulzada y limitar el consumo cuando no sea posible evitarlo, ya que existen alternativas para cumplir las recomendaciones diarias de productos lácteos.

El panel de expertos reconoce que el Programa Nacional de Almuerzos Escolares y el Programa de Desayunos Escolares permiten servir leche saborizada como parte de las comidas reembolsables. Las recientes actualizaciones de las normas nutricionales para comidas escolares limitan los azúcares añadidos en la leche saborizada a no más de 10 gramos de azúcar por porción de 8 onzas líquidas en las escuelas primarias y a no más de 15 gramos por porción de 12 onzas líquidas en las escuelas medias y secundarias^f, lo que puede servir como una estrategia de reducción del azúcar muy útil. Sin embargo, debido al rápido crecimiento y desarrollo de los niños y adolescentes, no hay mucho espacio para las calorías discrecionales en la dieta, e incluso con estos nuevos límites, los alumnos corren el riesgo de superar los límites diarios de azúcares añadidos solo con la leche saborizada si la eligen tanto en el desayuno como en el almuerzo escolar. Aunque los proveedores de atención médica y los padres pueden promover la elección de opciones de leche sola, las investigaciones demuestran que los niños optan con más frecuencia por la leche saborizada en lugar de leche sola cuando se les ofrece en la escuela, lo que pone de relieve una importante oportunidad política de mejorar aún más el entorno alimentario escolar.¹⁵ También será importante garantizar que los límites del azúcar en las comidas escolares no den lugar a un mayor aumento del uso de edulcorantes en la leche endulzada a medida que los fabricantes buscan mantener los perfiles de dulzor y sabor de los productos.

^e La leche con chocolate lista para beber Turkey Hill 1% contiene 20 gramos de azúcar añadido por cada 8 onzas líquidas.

^f Esta política entrará en vigor el 1 de julio de 2025.

BEBIDAS NO RECOMENDADAS COMO PARTE DE UNA DIETA SALUDABLE



Bebidas azucaradas (SSB)

Recomendaciones del panel de expertos

No se recomiendan las bebidas azucaradas (SSB, por sus siglas en inglés), tales como refrescos/sodas, bebidas deportivas, bebidas energéticas, bebidas frutales, bebidas con sabor a frutas, frutadas, aguas frescas, aguas endulzadas, horchata, y café y té endulzados, como parte de una dieta saludable para niños y adolescentes.

Fundamento

El consumo de SSB se relaciona con efectos negativos sobre la ingesta alimentaria general y los resultados de salud, como caries, sobrepeso y obesidad, enfermedades cardiovasculares y diabetes de tipo 2. Además, las SSB son la mayor fuente de azúcares añadidos en las dietas de niños y adolescentes americanos, y su aporte con vistas a lograr un patrón alimentario saludable es muy reducido.¹⁶ Según las DGA 2020–2025, un patrón alimentario saludable debería limitar los azúcares añadidos a menos del 10 % de las calorías diarias.¹ En una dieta de 2000 calorías, esto supone aproximadamente 200 calorías o 12 cucharaditas de azúcar añadido. Sin embargo, entre 2017 y 2018, la ingesta media diaria de azúcares añadidos fue de 17 cucharaditas en niños y adolescentes (de 2 a 19 años).¹⁷

Los azúcares añadidos predominan en el suministro de alimentos de Estados Unidos. Se agregan durante la producción de alimentos y bebidas e incluyen azúcares procedentes de jarabes y miel, jugos concentrados de frutas o verduras, y alimentos envasados como endulzantes.¹⁶ Las principales fuentes de azúcares añadidas en las dietas de EE. UU. son las SSB, los postres y los bocadillos dulces, pero las azúcares añadidas se encuentran en muchos productos inesperados, como los panes, los cereales, el yogur, los aderezos para ensaladas y las salsas de tomate.¹⁷ Reducir el consumo de bebidas azucaradas es una estrategia sencilla para disminuir las azúcares añadidas en las dietas de niños y adolescentes y puede contribuir a mejorar la calidad general de la dieta.



Bebidas con edulcorantes (NSS)

Recomendaciones del panel de expertos

No se recomienda el consumo de NSS como parte de una dieta saludable para niños y adolescentes.

Los NSS incluyen los seis endulzantes de alta intensidad aprobados por la FDA como aditivos alimentarios (la sacarina, el aspartamo, el acesulfamo-K, la sucralosa, el neotamo y el advantamo) y tres endulzantes de alta intensidad generalmente reconocidos como seguros y, por lo tanto, permitidos para su uso en el suministro de alimentos (los glucósidos de esteviol, la fruta del monje y la taumatina).⁹ Los edulcorantes también se conocen como edulcorante dietéticos, edulcorantes no nutritivos, edulcorantes sin o bajos en calorías, o edulcorantes artificiales.

Fundamento

El uso de los NSS ha aumentado en el suministro de alimentos como resultado de los esfuerzos para disminuir los azúcares añadidos en alimentos y bebidas. A pesar de que los NSS están aprobados por la FDA para su uso en el suministro de alimentos en EE. UU., hay nuevas evidencias que sugieren posibles efectos indeseables a partir del uso de edulcorantes en adultos a largo plazo, incluido un mayor riesgo de diabetes de tipo 2, enfermedades cardiovasculares y mortalidad.¹⁸ También hay nuevas evidencias de efectos indeseables de su uso a más corto plazo, por ejemplo, en el microbioma intestinal.¹⁹ Las DGA 2020, que son la edición vigente en el momento de la publicación de este informe, afirma que sigue habiendo dudas sobre la eficacia de sustituir los azúcares añadidos por edulcorantes bajos en calorías o sin calorías como estrategia de control del peso a largo plazo.¹ Más recientemente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) desaconsejó el uso de los edulcorantes para controlar el peso corporal tanto en niños como en adultos, afirmando que las evidencias demuestran que

⁹ Los alcoholes de azúcar y los azúcares bajos en calorías no se consideran edulcorantes; sin embargo, estas sustancias se utilizan cada vez más como endulzantes en el suministro de alimentos y se tratan con más detalle en el informe técnico.

el uso de los edulcorantes no confiere ningún beneficio a largo plazo en la reducción de la grasa corporal.¹⁸ La orientación de la OMS también sugiere que los edulcorantes no deberían utilizarse para reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles entre adultos.

A pesar de las nuevas investigaciones en adultos, faltan evidencias sobre la seguridad y el impacto del consumo de edulcorantes en la salud de niños y adolescentes a largo plazo. En 2018, la AHA publicó un aviso científico en el que advertía contra el consumo prolongado de bebidas con edulcorantes por parte de niños y adolescentes (a los que se refieren como edulcorantes bajos en calorías) y afirman que "...se carece de pruebas sobre los posibles efectos adversos de las bebidas edulcoradas bajas en calorías en relación con los beneficios para la salud".^{8, 20} En 2019, la AAP también emitió una declaración de política sobre el uso de los NSS (a los que se refieren como edulcorantes no nutritivos) en niños, en la que afirmaba que es poco probable que el uso de los edulcorantes de forma aislada produzca una pérdida de peso sustancial y que existe faltan investigaciones sobre los efectos a largo plazo del uso de los edulcorantes en niños y adolescentes, por lo que se anima a los pediatras a conversar sobre los riesgos y beneficios de su uso potencial con los niños y sus familias.²¹

Este panel de expertos identificó escasas evidencias concluyentes sobre los efectos del consumo de bebidas con edulcorantes en la salud a corto y largo plazo, especialmente en el caso de niños y adolescentes, por lo que concluyó que es prudente adoptar un enfoque preventivo. Dado que la infancia y la adolescencia son períodos de desarrollo críticos en el curso de la vida, caracterizados por un rápido crecimiento y desarrollo físico, neurológico, cognitivo y social, junto con la falta de evidencias relativas a los impactos sobre la salud a corto y largo plazo del consumo de bebidas con edulcorantes entre niños y adolescentes, la opinión experta de este panel es que estas bebidas no son necesarias y deben evitarse. Además, no es obligatorio indicar la cantidad de edulcorantes en las etiquetas nutricionales, lo que dificulta que los consumidores midan con precisión la ingesta. Además, teniendo en cuenta el grado de dulzor de los edulcorantes, es razonable esperar que puedan contribuir a la preferencia por alimentos y bebidas de sabor dulce.



Bebidas con cafeína y otros estimulantes

Recomendaciones del panel de expertos

No se recomienda el consumo de bebidas con cafeína y otros estimulantes como parte de una dieta saludable para niños y adolescentes.

Fundamento

La cafeína no es necesaria para una nutrición adecuada, por lo que no se recomienda el consumo de bebidas con cafeína como parte de una dieta saludable para niños y adolescentes. Entre las fuentes habituales de cafeína se encuentran el café, los téis sin hierbas, las bebidas energéticas, los refrescos gasificados, los alimentos y bebidas con sabor a chocolate y café, y otras bebidas (p. ej., algunas aguas y jugos tienen cafeína agregada). El consumo de cafeína ha aumentado en la última década con la proliferación de bebidas energéticas en el mercado que contienen grandes cantidades de cafeína y azúcar añadido. Sin embargo, no es obligatorio indicar el contenido de cafeína en las etiquetas nutricionales, lo que dificulta la medición precisa de la ingesta a través de alimentos y bebidas. Con el aumento de la ingesta, se han incrementado los informes de casos de adolescentes que experimentan efectos adversos, y los eventos cardiovasculares se encuentran entre los más preocupantes. Las investigaciones recientes también demuestran importantes repercusiones negativas en la calidad y los patrones del sueño, la ingesta y los patrones alimentarios y la salud mental.

Existe incertidumbre sobre el nivel seguro de ingesta de cafeína en niños y adolescentes. La AAP sugiere que los niños menores de 12 años eviten por completo la cafeína, mientras que los adolescentes (de 13 a 18 años) limiten la ingesta a no más de 100 mg/día a través de alimentos y bebidas.²² Sin embargo, esta recomendación es difícil de poner en práctica dado que no es obligatorio indicar el contenido de cafeína en las etiquetas nutricionales. En la tabla 3 se incluyen los niveles de cafeína conocidos de algunas bebidas (la cantidad exacta

de cafeína varía según la marca), y es fácil ver lo rápido que puede superarse el límite de 100 mg/día.^{23, 24} Por ello, el panel de expertos recomienda un enfoque preventivo que consista en evitar la cafeína para todos los niños y adolescentes. Todos los niños y adolescentes deben evitar el consumo de bebidas energéticas, que pueden contener grandes cantidades de cafeína y azúcar en una sola porción, así como estimulantes adicionales.

El panel de expertos también revisó la literatura pertinente para analizar el impacto que tiene sobre la salud el consumo de bebidas con aditivos y suplementos —como prebióticos, probióticos o vitaminas y minerales agregados— durante la infancia y la adolescencia (de 5 a 18 años). No se dispone de evidencias suficientes para describir los efectos sobre la salud del consumo de bebidas con aditivos y suplementos en niños y adolescentes. Dada la escasez de evidencias, así como el hecho de que muchas de las bebidas con estos ingredientes también entran en otras categorías (p. ej., SSB, NSS, bebidas con cafeína), el panel de expertos determinó que las bebidas con aditivos y suplementos no debían constituir una categoría única a los fines de este informe.

Tabla 3: Contenido de cafeína de las bebidas

Cafeína en bebidas por taza (8 fl oz)	
Té helado embotellado	De 15 a 25 mg
Infusión de té negro o verde	55 mg en 1 bolsita de té
Limonada con cafeína	De 60 a 70 mg
Café	De 80 a 100 mg
Café o té descafeinado	De 2 a 15 mg
Bebidas energéticas	De 150 a 300 mg
Refrescos gasificados (cola normal)	De 35 a 40 mg

OTRAS CONSIDERACIONES AL ELEGIR BEBIDAS

El panel de expertos tuvo en cuenta varias cuestiones más a la hora de revisar la literatura y desarrollar las recomendaciones, entre ellas:

- un entorno de bebidas diverso y en constante cambio;
- los impactos del sistema alimentario, y de las bebidas en particular, en el cambio climático, incluidas las implicaciones medioambientales de los envases y recipientes de bebidas de un solo uso, así como las emisiones de gases de efecto invernadero derivadas de la producción de bebidas;
- las implicaciones de estas recomendaciones y las posibles adaptaciones necesarias para los distintos hábitos de alimentación, tradiciones y costumbres culturales o patrones alimentarios en EE. UU.;
- los ingresos o las consideraciones presupuestarias;
- el efecto nocivo acumulativo de los aditivos en las bebidas, que podrían comercializarse de forma falsa para ofrecer valor nutricional; y
- las oportunidades para que estas recomendaciones sirvan de base a los esfuerzos políticos, medioambientales y de los sistemas para mejorar la salud de los niños y adolescentes.

Encontrará más información sobre cada una de estas cuestiones en el informe técnico.

CONCLUSIÓN

Las bebidas son fundamentales para una hidratación adecuada y desempeñan un papel importante a la hora de lograr un patrón alimentario saludable y en el desarrollo de hábitos de nutrición saludables para toda la vida. A pesar de los esfuerzos por mejorar los patrones de ingesta de bebidas en niños y adolescentes, muchos siguen sin cumplir las recomendaciones, y persisten las disparidades en la ingesta según la raza, el grupo étnico y los ingresos. Las recomendaciones sobre bebidas presentadas por este grupo de expertos se basan en las mejores evidencias disponibles y, en algunos casos, en la opinión de expertos.

Un tema que surgió de manera recurrente a lo largo de las iniciativas de recopilación de información y revisión de la literatura que llevó a cabo el panel de expertos fue que la investigación y las evidencias sobre el impacto que tiene el consumo de la mayoría de las bebidas sobre la salud durante la infancia y la adolescencia son limitadas. Los estudios de alta calidad (definidos en esta iniciativa como ensayos controlados aleatorios, estudios cuasiexperimentales y estudios observacionales de cohortes prospectivos) son particularmente escasos, al igual que los datos longitudinales que permiten

examinar los impactos sobre la salud del consumo de bebidas a largo plazo. Además, la investigación sobre los patrones y comportamientos de consumo de bebidas y sus resultados asociados para la salud entre los diferentes grupos raciales y étnicos de EE. UU. es escasa. Estas recomendaciones adoptan un enfoque conservador debido a la escasez de evidencias y pueden cambiar con el tiempo a medida que surjan evidencias nuevas.

El objetivo de este panel de consenso es dar mensajes congruentes que los proveedores de atención médica, los profesionales de salud pública, los padres y cuidadores puedan emplear para mejorar los patrones de ingesta de bebidas en los niños y adolescentes. El nivel de colaboración y congruencia entre las principales organizaciones nacionales de salud y nutrición representadas en estas recomendaciones tiene la capacidad de lograr un cambio significativo y mejorar la salud y el bienestar de los niños de 5 a 18 años en todo EE. UU.

Cita sugerida (en español)

Lott M, Reed L, Deuman K, Story M, Cradock A, Patel AI. Consumo de bebidas saludables en niños y adolescentes en edad escolar: Recomendaciones de las principales organizaciones nacionales de salud y nutrición. Declaración de consenso. Durham, NC: Healthy Eating Research, 2025. Disponible en: <http://healthyeatingresearch.org>.

Esta “Declaración de consenso” se basa en el informe técnico completo de este panel de expertos. La lista completa de citas se incluye en el *informe técnico*.

Lott M, Reed L, Deuman K, Story M, Cradock A, Patel AI. Consumo de bebidas saludables en niños y adolescentes en edad escolar: Recomendaciones de las principales organizaciones nacionales de salud y nutrición. Informe científico-técnico. Durham, NC: Healthy Eating Research, 2025. Disponible en: <http://healthyeatingresearch.org>.

AGRADECIMIENTOS

El panel de expertos tuvo el respaldo de Healthy Eating Research, un programa nacional de la Fundación Robert Wood Johnson. Quisiéramos expresar nuestro agradecimiento y gratitud a las presidentes de nuestro panel (Anisha I. Patel, MD, MSHS, MSPH y Angie Cradock, ScD, MPE), la consultora principal de investigación (Kirsten Deuman, MPH, RDN), el equipo de apoyo de investigación (Elizabeth J. Trefney y Emily Fisher, MSGH) y a cada una de las cuatro organizaciones involucradas en este proyecto (en orden alfabético): la Academy of Nutrition and Dietetics (Academia de Nutrición y Dietética [la Academia]), la American Academy of Pediatric Dentistry (Academia Americana de Odontología Pediátrica, AAPD, por sus siglas en inglés), la American Academy of Pediatrics (Asociación Estadounidense de Pediatría, AAP, por sus siglas en inglés) y la American Heart Association (Asociación Americana del Corazón, AHA, por sus siglas en inglés). Además de designar a dos representantes para formar parte del panel de expertos, cada organización contribuyó con la participación de múltiples integrantes a lo largo del proyecto, entre los que se incluyen: directores ejecutivos/directores, presidentes de organizaciones y personal con experiencia tanto en contenidos como en comunicación.

También queremos dar las gracias a los miembros de nuestro Comité Asesor Científico (SAC), que observaron el proceso de elaboración de las directrices, revisaron y aportaron información a nuestra metodología y respondieron con prontitud y eficacia a las preguntas formuladas por el panel. Las numerosas personas enumeradas en el apartado de respaldo del panel fueron fundamentales para el éxito de este proyecto. Agradecemos su ayuda en las numerosas revisiones bibliográficas realizadas para este proyecto y por apoyar las reuniones del panel y de los grupos de trabajo. Por último, quisiéramos agradecer a Funke Ajenikoko, MPH, que representó a la Asociación Americana del Corazón como analista política sénior en el equipo de Investigación de Políticas durante parte de este proyecto, antes de asumir un nuevo cargo en una organización diferente.

Presidentes del panel de expertos

Angie L. Craddock, ScD, MPE, investigadora científica principal Facultad de Salud Pública T.H. Chan de Harvard

Anisha I. Patel, MD, MSHS, MSPH, profesora de pediatría, Universidad de Stanford

Miembros del panel de expertos

Academy of Nutrition and Dietetics

Alison Steiber, PhD, RDN, jefa de misión, responsable de Impacto y Estrategia, Academy of Nutrition and Dietetics, Chicago, IL

Lori J. Bechard, PhD, MEd, RDN, profesora asociada adjunta de Nutrición y Dietética, Universidad Johnson & Wales, Providence, RI

American Academy of Pediatric Dentistry

Jenny Ison Stigers, DMD, editora asociada, The Reference Manual of Pediatric Dentistry, AAPD, KY

Paul Casamassimo, DDS, MS, profesor emérito, División de Odontología Pediátrica, Universidad Estatal de Ohio, OH

American Academy of Pediatrics

Mark R. Corkins, MD, profesor y jefe de división de Gastroenterología Pediátrica, Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Tennessee y Hospital Le Bonheur Children's, Memphis, TN

Sarah E. Barlow, MD, MPH, profesora de pediatría, Facultad de Medicina de la Universidad de Texas Southwestern, Dallas

American Heart Association

Linda Van Horn, PhD, RDN, profesora y jefa de la división de Nutrición del Departamento de Medicina Preventiva, Facultad de Medicina Feinberg, Northwestern University de Chicago

Sally S. Wong, PhD, RD, CDN, FAHA, directora nacional sénior, American Heart Association, Oficina de Ciencia, Medicina y Salud

Miembros del Comité Asesor Científico

Allison Sylvestsky, PhD, profesora asociada y vicepresidenta del Departamento de Ciencias del Ejercicio y Nutrición, Escuela de Salud Pública del Instituto Milken, Universidad George Washington

Emily A. Callahan, MPH, RDN, fundadora y directora de EAC Health and Nutrition, LLC

Jim Krieger, MD, MPH, profesor clínico emérito, Facultad de Salud Pública de la Universidad de Washington, y director ejecutivo de Healthy Food America

Katrina Holt, MPH, MS, RD, FAND, profesora, Departamento de Pediatría, Universidad de Georgetown

Kimberly Montez, MD, MPH, FAAP, profesora asociada adjunta de Pediatría y Ciencias Sociales y Política Sanitaria, decana adjunta para la Justicia y la Pertenencia, Facultad de Medicina de la Universidad Wake Forest

Lorrene D. Ritchie, PhD, RD, directora del Nutrition Policy Institute y especialista en Nutrición de Extensión Cooperativa, División de Agricultura y Recursos Naturales Universidad de California

Stephen R. Daniels, MD, PhD, presidente del Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina de la Universidad de Colorado

Temitope Erinosh, PhD, profesora adjunta, Departamento de Ciencias de la Salud Aplicadas, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Indiana, Bloomington, Indiana

Vasanti Malik, ScD, profesora adjunta y presidente de investigación de Canadá en Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas, Departamento de Ciencias de la Nutrición, Facultad de Medicina Temerty, Universidad de Toronto

Coordinadores del panel

Mary Story, PhD, RD, directora, Healthy Eating Research y profesora, Salud Global y Medicina Familiar y Comunitaria, Universidad de Duke

Megan Elsener Lott, MPH, RDN, subdirectora, Healthy Eating Research, Duke Global Health Institute

Asistentes del panel

Alix Zuceth Durán Gómez, MD, coordinadora de investigación clínica adjunta, Universidad de Stanford

Elizabeth J. Trefney, coordinadora de investigación clínica, Universidad de Duke

Elizabeth R. Blackwood, MSLS, Biblioteca y Archivos del Centro Médico de la Universidad Duke

Emily Fisher, MSGH, estudiante graduada en pasantía de HER, Duke Global Health Institute

Erin Escobar, MPH, directora de investigación sénior, Healthy Eating Research, Duke Global Health Institute

Kirsten Deuman, MPH, RDN, consultora principal de investigación, RDNutrition, Policy & Research, LLC

Lauren Dawson, MPH, directora de comunicaciones, Healthy Eating Research, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Minnesota

Erin Escobar, MPH, analista de investigación sénior, Healthy Eating Research, Duke Global Health Institute

Senthil Ananthan, MPH, MBA, analista de investigación, Healthy Eating Research, Duke Global Health Institute

Viviane Richard, MSc, investigadora estudiante visitante, Universidad de Stanford, Estudiante de doctorado, Hospitales Universitarios de Ginebra y Universidad de Ginebra, Suiza

Vivien Needham, asistente de programa, Healthy Eating Research, Duke Global Health Institute

REFERENCIAS

- 1 Departamento de Agricultura de los EE. UU. y Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Dietary Guidelines for Americans, 2020-2025. 9.ª edición. Diciembre de 2020. Disponible en [DietaryGuidelines.gov](https://www.dietaryguidelines.gov).
- 2 Bright Futures/American Academy of Pediatrics. Recommendations for Preventive Pediatric Health Care. Junio de 2024. Disponible en https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity_schedule.pdf.
- 3 American Heart Association. Added Sugars. Publicado el 2 de noviembre de 2021. <https://www.heart.org/en/healthy-living/healthy-eating/eat-smart/sugar/added-sugars>.
- 4 Vos MB, Kaar JL, Welsh JA, et al. Added Sugars and Cardiovascular Disease Risk in Children: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2017;135(19):e1017-e1034.
- 5 Institute of Medicine. Dietary Reference Intakes for Water, Potassium, Sodium, Chloride, and Sulfate. Washington, DC: The National Academies Press, 2005. <https://doi.org/10.17226/10925>.
- 6 Reddy A, Norris DF, Momeni SS, Waldo B, Ruby JD. The pH of beverages in the United States. *J Am Dent Assoc*. 2016 abr;147(4):255-63.
- 7 Morgado M, Ascenso C, Carmo J, Mendes JJ, Manso AC. pH analysis of still and carbonated bottled water: Potential influence on dental erosion. *Clin Exp Dent Res*. 2022 abr;8(2):552-560.
- 8 Lott M, Callahan E, Welker Duffy E, Story M, Daniels S. Healthy Beverage Consumption in Early Childhood: Recommendations from Key National Health and Nutrition Organizations. Informe científico-técnico. Durham, NC: Healthy Eating Research, 2019. Disponible en: <http://thehealthyeatingresearch.org>.
- 9 Cifelli CJ, Fulgoni K, Fulgoni VL 3rd, Hess JM. Disparity in Dairy Servings Intake by Ethnicity and Age in NHANES 2015-2018. *Curr Dev Nutr*. 2022;7(2):100010. Publicado el 22 de diciembre de 2022.
- 10 Dehghan M, Mente A, Rangarajan S, et al. Association of dairy intake with cardiovascular disease and mortality in 21 countries from five continents (PURE): a prospective cohort study. *Lancet*. 2018;392(10161):2288-2297.
- 11 Krauss RM, Kris-Etherton PM. Public health guidelines should recommend reducing saturated fat consumption as much as possible: Debate Consensus. *Am J Clin Nutr*. 2020;112(1):25-26.
- 12 Wolf A, Bray GA, Popkin BM. A short history of beverages and how our body treats them. *Obes Rev*. 2008;9(2):151-164.
- 13 U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Service. Final Rule: Fluid Milk Substitutions in the School Nutrition Programs. 12 de septiembre de 2008. <https://www.fns.usda.gov/cn/fr-091208>
- 14 USDA FoodData Central. Chocolate milk, ready to drink, low fat. 2022. <https://fdc.nal.usda.gov/fdc-app.html#/food-details/2340850/nutrients>
- 15 Departamento de Agricultura de los EE.UU., Servicio de Alimentos y Nutrición, Oficina de Apoyo a las Políticas, Estudio sobre Nutrición Escolar y Costo de las Comidas, informe final, volumen 4: Student Participation, Satisfaction, Plate Waste, and Dietary Intakes by Mary Kay Fox, Elizabeth Gearan, Charlotte Cabili, Dallas Dotter, Katherine Niland, Liana Washburn, Nora Paxton, Lauren Olsho, Lindsay LeClair y Vinh Tran. Responsable del proyecto: John Endahl. Alexandria, VA: Abril del 2019. Disponible en <https://fnis-prod.azureedge.us/sites/default/files/resource-files/SNMCS-Volume4.pdf>
- 16 CDC. Get the Facts: Added Sugars. Nutrition. Publicado el 14 de mayo de 2024. <https://www.cdc.gov/nutrition/php/data-research/added-sugars.html>
- 17 Ricciuto L, Fulgoni VL 3rd, Gaine PC, Scott MO, DiFrancesco L. Sources of Added Sugars Intake Among the U.S. Population: Analysis by Selected Sociodemographic Factors Using the National Health and Nutrition Examination Survey 2011-18. *Front Nutr*. 2021;8:687643.
- 18 Use of non-sugar sweeteners: WHO guideline. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023. Disponible en <https://www.who.int/publications/item/9789240073616>
- 19 Soni S. The Mechanistic Impacts of Non-Caloric Artificial Sweeteners on the Gut Microbiome and Metabolic Health. Universidad Johns Hopkins, 2023. Disponible en <https://jscholarship.library.jhu.edu/item/c9d75884-f8b3-4f34-bd7a-d3e9702ae2f4>
- 20 Johnson RK, Lichtenstein AH, Anderson CAM, et al. Low-Calorie Sweetened Beverages and Cardiometabolic Health: A Science Advisory From the American Heart Association. *Circulation*. 2018;138(9):e126-e140.
- 21 Baker-Smith CM, de Ferranti SD, Cochran WJ; Comité de Nutrición, Sección de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición. The Use of Nonnutritive Sweeteners in Children. *Pediatrics*. 2019;144(5):e20192765.
- 22 Schering S. Children should avoid drinks with sugar, caffeine. Publicado el 1 de diciembre de 2023. <https://publications.aap.org/aapnews/news/27276/Children-should-avoid-drinks-with-sugar-caffeine>
- 23 Center for Science in the Public Interest. Caffeine chart. Center for Science in the Public Interest. Publicado el 16 de febrero de 2022. <https://www.cspinet.org/caffeine-chart>
- 24 FDA. Spilling the Beans: How Much Caffeine is Too Much? U.S. Food and Drug Administration. Publicado el 7 de septiembre de 2023. <https://www.fda.gov/consumers/consumer-updates/spilling-beans-how-much-caffeine-too-much>

Acerca de Healthy Eating Research

La Investigación sobre Alimentación Saludable (HER) es un programa nacional de la Fundación Robert Wood Johnson. La Universidad de Duke, con la dirección de la Dra. Mary Story PhD, RD, directora del programa, y la Dra. Megal Lott, MPH, RDN, subdirectora, presta la asistencia y dirección técnicas. El programa HER apoya investigaciones para identificar, analizar y evaluar estrategias ambientales y de políticas que puedan fomentar la alimentación saludable entre los niños y prevenir la obesidad infantil. Se pone especial énfasis en la investigación de proyectos que beneficien a niños y adolescentes y sus familias, especialmente entre grupos de poblaciones de minorías étnicas y raciales y de bajos ingresos que están en mayor riesgo de tener una salud y un bienestar deficientes, así como de sufrir disparidades de salud relacionadas con la nutrición. Para más información, visite www.healthyeatingresearch.org; también puede seguir la investigación HER en X en @HERResearch, o bien en Instagram en @HealthyEatingResearch.

Acerca de la Fundación Robert Wood Johnson

RWJF es una iniciativa de filantropía líder a nivel nacional dedicada a dar pasos audaces para transformar la salud a lo largo de nuestra vida. A través del financiamiento, la convocatoria, el activismo y la creación de evidencias, trabajamos codo con codo con las comunidades, los profesionales y las instituciones para alcanzar más rápidamente la equidad sanitaria y allanar juntos el camino hacia un futuro en el que la salud deje de ser un privilegio para convertirse en un derecho. Para más información, visite www.rwjf.org.

rwjf robert wood johnson
foundation