



JOINT FAO/WHO FOOD STANDARDS PROGRAMME

CODEX COMMITTEE ON NUTRITION AND FOODS FOR SPECIAL DIETARY USES

Thirty-eighth Session

Hamburg, Germany, 5 – 9 December 2016

REVIEW OF THE STANDARD FOR FOLLOW-UP FORMULA

Comments of Chile, Mexico and ESPGHAN

CHILE

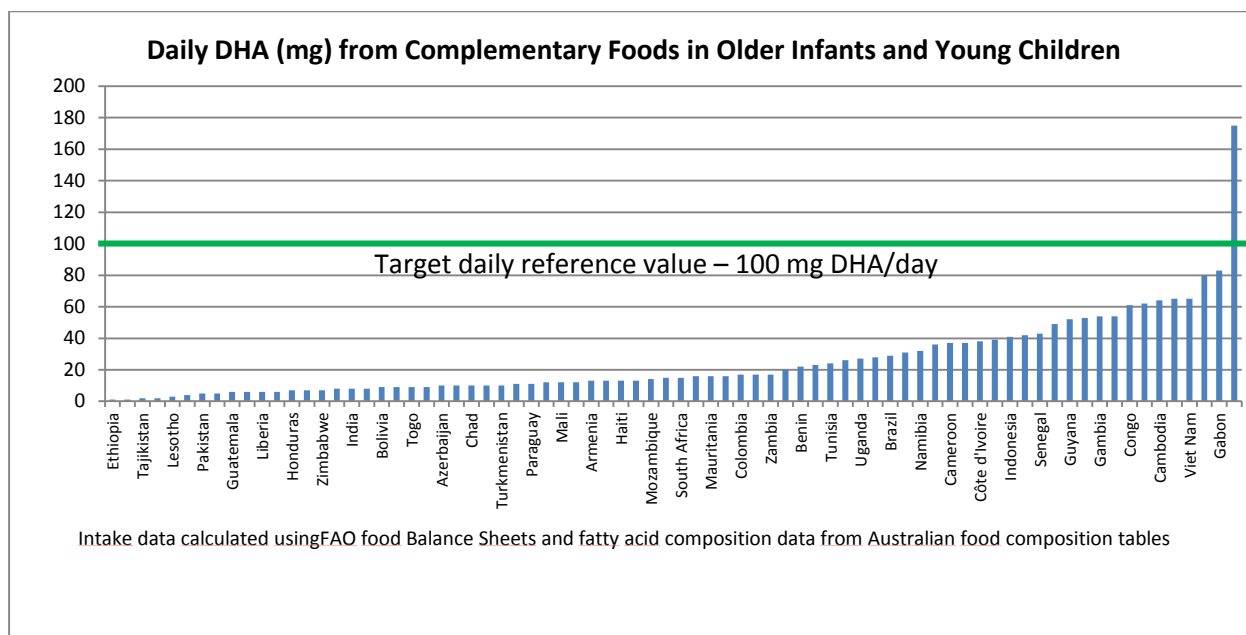
ENGLISH

Recommendation 5 on DHA

- As pointed out by some countries during the consultation process, the intake of DHA is considered widely inadequate (6 to 36 months of age). Almost all developed and developing countries are failing to meet conservative recommendations of 100 mg/day for DHA intake by older infants and young children (EFSA, 2013 and Forsyth et al., 2016). This was recently confirmed by Forsyth (see below a graphical representation of the data extracted from this publication).
- A minimum level of 100 mg DHA per day is necessary in follow-up formula (FUF) and corresponds to 0.3% of total fatty acids proposed in recommendation 5. This level is also consistent with the estimated requirements set by FAO/WHO in report 91.
- “Convincing” level of evidence: FAO/WHO Report 91 for a “critical role in retinal and brain development” for DHA in infants aged 0-24 months. EFSA positive opinion for DHA (min 0.3% total fatty acid) and visual development in infants 0-12 months (EFSA, 2009) and for DHA (min 100 mg DHA/day) and normal brain development from 0-24 months (EFSA, 2014b).
- DHA is supported by a history of safe use. It has been specifically added to formula since more than 20 years. Interestingly, formula containing cod liver oil was introduced in 1919 for the prevention of rickets due to vitamin D content. Coincidentally, this resulted in the addition of a significant amount of DHA (and ARA). In addition, it is also historical knowledge that cod liver oil was given to children still in the 70s in Europe.
- The limited conversion from ALA to DHA does not meet metabolic demand (Brenna 2016): conversion estimated to be only 0.2 mg/day based on the mean intake of ALA reported for developing countries (Michaelsen et al., 2011) and an average conversion rate of 0.47% as reported by Pawlosky et al. (2006).

Proposal:

Setting a minimum level in this Codex Standard. This is an important regulatory guidance for national Authorities wishing to assure efficacious levels of DHA and ARA in FUF. This is the best way to ensure that the Codex Alimentarius purposes “to develop harmonised international food standards, which protect consumer health and promote fair practices in food trade” are met.



References

Brenna TJ. 2016. Nutr Rev 74:329-336.

EFSA, 2009. EFSA Journal 941:1-14.

EFSA, 2010. EFSA Journal 8:1461-1568. doi:10.2903/j.efsa.2010.1461.

EFSA Journal 2013;11(10):3408 doi: 10.2903/j.efsa.2013.3408

Forsyth S, Gautier S, Salem N Jr. Ann Nutr Metab. 2016;69(1):64-74.

EFSA, 2014a. EFSA Journal 12(7):3760, 106 pp. doi:10.2903/j.efsa.2014.3760.

EFSA, 2014b. EFSA Journal 12(10):3840, 8 pp. doi:10.2903/j.efsa.2014.3840.

Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2010. Fats and fatty acids in human nutrition. Report of an expert consultation. FAO Food and Nutrition Paper 91.

Michaelsen KF, Dewey KG, Perez-Exposito AB, et al. 2011. Maternal Child Nutr 7 (Suppl. 2):124–140.

Pawlosky RJ, Lin YH, Llanos A, et al. 2006. Pediatr Res 60: 327–333.

ESPAÑOL

Recomendación 5 sobre DHA

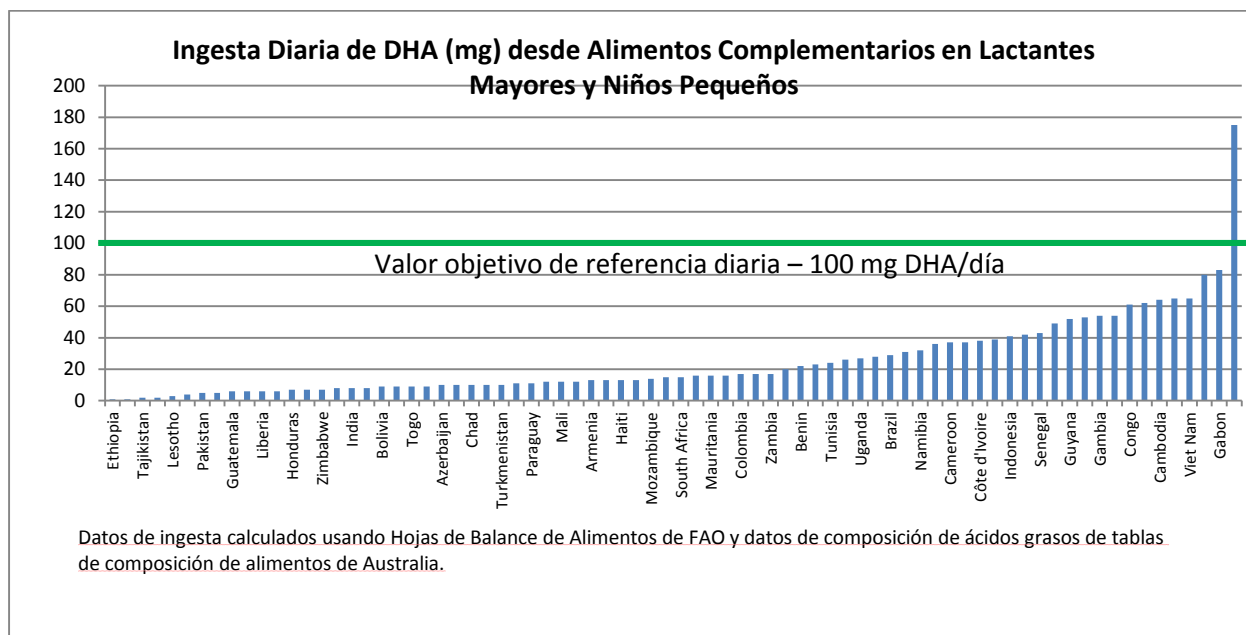
- De acuerdo a lo indicado por algunos países durante el proceso de consulta, la ingesta de DHA se considera ampliamente inadecuada (6 a 36 meses de edad). Casi todos los países desarrollados y en desarrollo no consiguen alcanzar recomendaciones conservadoras de ingesta de 100 mg/día en lactantes mayores y niños pequeños (EFSA, 2013 y Forsyth et al., 2016). Esto fue recientemente confirmado por Forsyth (ver más abajo una representación gráfica de los datos extraídos de esta publicación).
- Un nivel mínimo de 100 mg de DHA es necesario en las fórmulas de seguimiento (FUF) y corresponde a 0.3% del total de ácidos grasos propuesto en la recomendación 5. Este nivel es también consistente con el requerimiento establecido por FAO/OMS in el informe 91.
- Evidencia de nivel “Convinciente”: El Reporte FAO/OMS 91 debido a un “rol crítico en el desarrollo de la retina y el cerebro” del DHA en lactantes de 0-24 meses. La opinión positiva de EFSA sobre DHA (min 0.3% de ácidos grasos totales) y el desarrollo visual en lactantes de 0-12 meses (EFSA, 2009) y para DHA (min 100 mg DHA/día) y el desarrollo cerebral normal de 0-24 meses (EFSA, 2014b).
- El DHA está soportado por una larga historia de uso seguro. Ha sido agregado específicamente a fórmulas por más de 20 años. Es interesante notar que ya en 1919 se introdujeron fórmulas que contenían aceite de hígado de bacalao debido a su contenido de vitamina D, para prevenir el raquitismo. Esto resultó en la adición coincidente de una cantidad significativa de DHA (y ARA). Adicionalmente, es

también conocimiento histórico que el aceite de hígado de bacalao se le suministró a niños en Europa hasta los 70s.

- La limitada conversión de ALA a DHA no satisface la demanda metabólica (Brenna 2016): se estima dicha conversión en sólo 0.2 mg/día, basado en la ingesta promedio de ALA reportada en los países en desarrollo (Michaelsen et al., 2011) y una conversión promedio de 0.47% según lo reportado por Pawlosky et al. (2006).

Propuesta:

Establecer un nivel mínimo en esta Recomendación de Codex. Esto es una guía regulatoria muy importante para las autoridades nacionales que desean asegurar niveles eficaces de DHA y ARA en las fórmulas de seguimiento. Esta es la mejor manera de asegurar que los propósitos de Codex Alimentarius de “desarrollar estándares internacionales armonizados que protejan la salud del consumidor y promuevan prácticas justas en el comercio de alimentos” se cumplan.



Bibliografía

Brenna TJ. 2016. Nutr Rev 74:329-336.

EFSA, 2009. EFSA Journal 941:1-14.

EFSA, 2010. EFSA Journal 8:1461-1568. doi:10.2903/j.efsa.2010.1461.

EFSA Journal 2013;11(10):3408 doi: 10.2903/j.efsa.2013.3408

Forsyth S, Gautier S, Salem N Jr. Ann Nutr Metab. 2016;69(1):64-74.

EFSA, 2014a. EFSA Journal 12(7):3760, 106 pp. doi:10.2903/j.efsa.2014.3760.

EFSA, 2014b. EFSA Journal 12(10):3840, 8 pp. doi:10.2903/j.efsa.2014.3840.

Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2010. Fats and fatty acids in human nutrition. Report of an expert consultation. FAO Food and Nutrition Paper 91.

Michaelsen KF, Dewey KG, Perez-Exposito AB, et al. 2011. Maternal Child Nutr 7 (Suppl. 2):124–140.

Pawlosky RJ, Lin YH, Llanos A, et al. 2006. Pediatr Res 60: 327–333.

MEXICO

México agradece la oportunidad de realizar comentarios al documento **CX/NFSDU 16/38/6**, sobre la **Revisión de la Norma para Preparados Complementarios (CODEX STAN 156-1987)**, preparado por un grupo de trabajo electrónico (GTE) dirigido por Nueva Zelanda con la colaboración de Francia e Indonesia, correspondiente al **Tema 5** de la Agenda de la próxima reunión del CCNFSDU.

COMPOSICIÓN ESENCIAL DE LOS PREPARADOS COMPLEMENTARIOS PARA LACTANTES DE MÁS EDAD (6-12 MESES)

Recomendación 1:**Proteínas**

México reitera su apoyo a la posición de mantener el límite mínimo en **1.8 g/100 kcal** y el límite máximo de **3.0 g/100 kcal**, acorde a lo establecido en la Norma para Preparados para Lactantes y Preparados para Usos Medicinales Especiales destinados a los Lactantes CODEX STAN 72-1981.

Dado que el valor de proteína es uno de los parámetros más importantes de la composición, continuamos revisando la información científica relacionada con las opciones propuestas dentro del GTE y las consideraciones que se han tomado en cuenta para proponer los diferentes valores.

Recomendación 2:**Vitamina K**

México apoya el valor mínimo propuesto de **4 µg/100 kcal**, que se alinea a los valores de composición la Norma para Preparados para Lactantes y Preparados para Usos Medicinales Especiales destinados a los Lactantes CODEX STAN 72-1981.

Recomendación 3:**Vitamina C**

México apoya el valor mínimo propuesto de **10 mg/100 kcal**, que se alinea a los valores de composición la Norma para Preparados para Lactantes y Preparados para Usos Medicinales Especiales destinados a los Lactantes CODEX STAN 72-1981.

Recomendación 4:**Zinc**

México apoya el valor NSR propuesto de **1.5 mg/100 kcal**, que se alinea a los valores de composición la Norma para Preparados para Lactantes y Preparados para Usos Medicinales Especiales destinados a los Lactantes CODEX STAN 72-1981. Respecto al pie de página 20, continuamos revisando la información científica disponible para evaluar la pertinencia de su inclusión.

Recomendación 5:**Ácido docosahexaenoico²⁰⁾**

México está a favor del establecimiento de un valor mínimo fijado en **0.3% de ácidos grasos**, ya que lo consideramos importante para guiar la adición voluntaria. Adicionalmente, el establecimiento de un valor mínimo tiene como propósito de asegurar que el producto contiene la cantidad mínima suficiente para alcanzar el efecto deseado y así favorecer la disminución de prácticas desleales en el etiquetado.

Adicionalmente apoyamos el mantenimiento de la nota 20

Recomendación 6:

México sugiere eliminar el numeral 3.3.2.4 y una nueva redacción para el numeral 3.3.2.5 como sigue:

[La inocuidad e idoneidad de la adición de determinadas cepas de cultivos en su nivel de uso, deberán haber sido demostradas mediante evidencia científica generalmente reconocida. Cuando se añadan con el fin de aportar beneficios a la salud, el producto final listo para el consumo deberá contener cantidades suficientes de bacterias viables para lograr el efecto deseado.]

Adicionalmente, convendría verificar la pertinencia de hablar específicamente de probióticos, dado que podría ser un nombre genérico para las cepas que, sin ser necesariamente productoras de ácido láctico, aportan beneficios a la salud, según la consideración del punto en discusión.

PARA NIÑOS PEQUEÑOS (12-36 MESES)**COMENTARIOS GENERALES****Recomendación 7:**

México apoya la presencia de dos secciones, tal como lo recomienda el GTE.

Recomendación 8:

México está a favor de la Opción 1. Dicha preferencia está en consonancia con la postura que hemos estado apoyando sobre la alineación de esta norma con la Norma para preparados para lactantes, dado que consideramos que la norma para lactantes es una referencia adecuada como un punto de partida para el establecimiento de valores mínimos, máximos y notas de pie asociadas

REQUISITOS SOBRE LA COMPOSICIÓN ESENCIAL DE LOS PREPARADOS COMPLEMENTARIOS PARA NIÑOS PEQUEÑOS (12-36 MESES)**Recomendación 9:****Densidad energética**

Consideramos que el rango de 60 a 70 kcal / 100 ml es apropiado.

Recomendación 10:**Carbohidratos, proteínas y grasas**

México está de acuerdo en que se establezca el límite máximo en 12 g/100 kcal de carbohidratos

En cuanto al establecimiento de niveles mínimos de proteínas y grasas, es necesario llevar a cabo una evaluación integral para saber la contribución que cada uno tendrá en la composición final.

Recomendación 11:**Calidad de proteína**

Estamos a favor de utilizar como referencia para la calidad de las proteínas un valor que no sea inferior al 85 % de la calidad de la caseína

Recomendación 12:**Ácido alfa-linolénico**

Se apoya la recomendación del GTE de establecer un requisito para este ácido graso así como valor el mínimo de 50 mg por cada 100 kcal. Además proponemos que dado que el ácido linoleico es un ácido esencial al igual que el α -linolénico y que guardan relación en su metabolismo, sugerimos se incluya en la composición esencial y el establecimiento de un mínimo de 300 mg por cada 100 kcal.

Recomendación 13:**Aceites y grasas hidrogenadas**

México está a favor de la recomendación sobre no utilizar aceites y grasas hidrogenados comercialmente.

Recomendación 14:**Sacarosa y fructosa**

México solicita una aclaración para el caso de la frase de sacarosa y fructosa, sobre la necesidad de dejar la frase, "a menos que sean necesarias como fuente de carbohidratos" ya que podría quedar muy ambiguo. En la reunión pasada del Comité se discutió sobre este punto pero sigue sin quedar claro en qué casos esto aplicaría.

Sobre el porcentaje de lactosa estamos de acuerdo con el valor propuesto de 50% de carbohidratos totales.

Recomendación 15:**Hierro y Vitamina C**

México está a favor de las recomendaciones para hierro en sus límites máximo y mínimo. Asimismo apoyamos los valores propuestos para vitamina C en su límite mínimo y el NSR.

Recomendación 16:**Calcio, riboflavina y vitamina B12**

México considera que Calcio, riboflavina y vitamina B12 deben agregarse en la composición esencial, así como en los valores propuestos.

Recomendación 16:**Zinc**

México considera que el zinc debe ser parte de la composición esencial de este producto.

Recomendación 17:**Vitamina A**

México está de acuerdo en que se establezcan valores mínimos y máximos para vitamina A conforme a lo propuesto.

Recomendación 18:**Vitamina D**

México está de acuerdo en que se establezcan valores mínimos y máximos para vitamina D conforme a lo propuesto.

Recomendación 19:**Sodio**

México está de acuerdo en que se establezca un valor máximo para sodio, conforme a lo propuesto.

ÁMBITO DE APLICACIÓN Y ETIQUETADO**Recomendación 20:**

México está de acuerdo en separar las disposiciones para el producto de 6-12 meses del producto de 12 a 36 meses. De acuerdo a lo definido para el producto de 6-12 y a la alineación del enfoque seguido para alinearlo al producto de 0 a 6 meses descrito en el STAN 72, consideramos que incluso debería considerarse su inclusión como una parte de esa norma.

Recomendación 21:

México considera importante que en las secciones de alcance, etiquetado y definiciones de los productos se reflejen las resoluciones aplicables de la Organización Mundial de la Salud, en las que reiteradamente se indica que cualquier producto que compita con la leche materna debe considerarse un sucedáneo de leche materna. En consecuencia consideramos que las definiciones tanto del producto de 6-12 meses y 12-36 meses deben revisarse y proponemos la siguiente redacción:

PRODUCTO DE 6-12 MESES

Fórmulas para lactantes mayores: sucedáneo de la leche materna especialmente fabricado para satisfacer, las necesidades nutrimentales de los lactantes mayores de manera preponderante después de la introducción oportuna de la alimentación complementaria.

PRODUCTO PARA 12-36 MESES

Producto lácteo para niños de corta edad: se entiende por el producto fabricado especialmente a ser utilizado como una parte líquida de la dieta diversificada de los niños pequeños.

ESPGHAN - European Society of Paediatric, Gastroenterology, Hepatology and Nutrition**Comment on CRD 2, Review of the standard for Follow-Up Formula****Here: Proposed ranges of Macronutrient Contents in Follow-Up Formula for Young Children**

ESPGHAN congratulates the chairs of the eWG on excellent work and leadership moving the development of the draft standard forward in a very effective way.

CRD 2 proposes in recommendation 10 to limit the maximum level of available (digestible) carbohydrates either to 12 g/100 kcal or 12.5 g/100 kcal.

ESPGHAN strongly supports that in the interest of child health, glycaemic load, sweet taste and sugar contents should be strictly limited in Follow-Up Formula for Young Children. ESPGHAN supports the proposal of the International Expert Group coordinated by the Nutrition Association of Thailand and the Early Nutrition Academy that the addition of sugars other than lactose must not exceed 10 % of total available (digestible) carbohydrates (1).

However, if the maximum amount of sugars other than lactose is limited accordingly, ESPGHAN proposes to set the maximum amount of total carbohydrates at 14 g/100 kcal, as it was recommended by the International Expert Group coordinated by the Nutrition Association of Thailand and the Early Nutrition Academy (1) and which would be in line with the Codex standards for infant formula (2).

Reasoning:

The European Food Safety Authority is currently considering to reduce the minimum protein requirement in follow-up formulas for infants to 1.6 g/100 kcal, which appears sufficient to safely cover the needs of protein of older infants.

The average daily protein intake of breastfed infants at age 6 months has been estimated as 0.95 g/kg bodyweight (3). Population reference intakes for dietary protein intake per day calculated to meet the needs of basically all infants in the population with an adequate safety margin have been considered as 1.31 g protein/kg bodyweight at age 6 months and 1.14 g/kg at 12 months by WHO/FAO/UNU (4) and by EFSA (5). Recent recommendations by some other bodies have set slightly lower dietary reference values of protein of 1.1-1.2 g/kg at 6 months [reviewed in (5)]. To safely cover total protein needs at a daily energy intake of 80 kcal/kg, a protein supply of 1.31 g at 6 months would result in a protein density of 1.64 g protein/100 kcal, while a protein supply of 1.14 g at 12 months would result in a protein density of 1.43 g protein/100 kcal. Accordingly, it has been recommended to set the minimum content of cow's milk protein in FUF for young children at 1.60 g/100 kcal, based on a good protein quality with an adequate content of bioavailable essential amino acids (1).

High infant milk protein intakes during the first year of life that markedly exceed metabolic requirements were shown to lead to excessive weight gain which can increase the risk of later obesity and associated diseases (6-13). A correlation of the intake of protein at age two years, but not of carbohydrates and fat, to BMI and skinfold thickness at 8 years was first reported in French children in 1995 (14). Subsequently several other studies replicated a relationship between protein intake in toddlers and later BMI or obesity risk (reviewed in (15)). The "Early Protein Hypothesis" tried to explain these observations and proposed that high early protein intakes would increase plasma concentrations of insulin-releasing amino acids, stimulate the secretion of, the growth factors insulin and insulin-like growth factor-1 (IGF-1), enhance weight gain, body fat deposition, as well as the later risk of obesity, adiposity and associated diseases (16, 17). This hypothesis has been confirmed in infants receiving protein intakes markedly exceeding needs, as traditionally provided with many infant, follow-up and toddler formulae. Such intakes were shown to enhance weight gain in several studies. In one large, double blind randomized trial, reducing protein content of infant formula from 11.7 to 7.1 E% and thus to levels more similar to the about 5-6 E% typically found in human milk, and of the subsequently provided follow-on formula (from 17.6 to 8.8 E%) normalized early growth up to 2 years of age, compared to previously breastfed infants (7). This reduction of dietary protein also attenuated plasma concentrations of essential amino acids, insulin and IGF-1 secretion, and appeared to enhance fat oxidation (18, 19). At the age of 6 years obesity prevalence was markedly reduced (adjusted relative risk for school age obesity 0.35, 95% Confidence Interval 0.15, 0.82, P=0.016) (20). Thus, improving early feeding can have a much more powerful effect on preventing later obesity than most other preventive strategies evaluated in children (21).

There is no scientific reason to limit the total carbohydrate level in follow-up formula for young children to 12 or 12.5 g/100 kcal, but it would reduce the options for reducing protein content. The table below shows that at a maximum limit of total carbohydrate of 12 and 12.5 g/100 kcal, respectively, the minimum protein content currently considered by EFSA could only be achieved with 5.05 or 4.85 g fat/100 kcal respectively (or about 7.5 g fat/100 ml approximating twice the fat content of whole cows' milk). If a maximum carbohydrate content of 14 g/100 kcal is stipulated, the fat content under these circumstances can be limited to 4.15 g/100 kcal which is more reasonable and feasible.

	G/100 KCAL	E%	G/100 KCAL	E%	G/100 KCAL	E%
CHO	12	48	12,5	50	14	56
PROT	1,6	6,4	1,6	6,4	1,6	6,4
FAT	5,05	45,45	4,85	43,65	4,15	37,35
TOTAL		99,85		100,05		99,75

We wish to point out that 14 g carbohydrate/100 kcal or 56 E% is well within the range of desirable carbohydrate intakes recommended for toddlers of 35-60 E%, as recommended for example by EFSA (22).

References:

1. Suthuvoravut U, Abiodun P, Chomtho S, Chongviriyaphan N, Cruchet S, Davies P, et al. Composition of Follow-Up Formula for Young Children Aged 12-36 Months: Recommendations of an International Expert Group Coordinated by the Nutrition Association of Thailand and the Early Nutrition Academy. *Ann Nutr Metab.* 2015;67(2):119-32
2. Codex-Alimentarius-Commission. Standard for infant formula and formulas for special medical purposes intended for infants. Codex Stan 72 – 1981 Rome: Codex-Alimentarius-Commission; 2007. p. 1-21.
3. Fomon SJ. Requirements and recommended dietary intakes of protein during infancy. *Pediatr Res.* 1991;30(5):391-5.
4. WHO/FAO/UNU. Protein and amino acid requirements in human nutrition. Report of a Joint WHO/FAO/UNU Expert Consultation. Geneva: WHO; 2007. 284 p.
5. EFSA-Panel-on-Dietetic-Products -N-a-A. Scientific opinion on dietary reference values for protein. *EFSA Journal.* 2012;10.
6. Koletzko B, von Kries R, Closa R, Escribano J, Scaglioni S, Giovannini M, et al. Can infant feeding choices modulate later obesity risk? *Am J Clin Nutr.* 2009;89(5):1502S-8S.
7. Koletzko B, von Kries R, Closa R, Escribano J, Scaglioni S, Giovannini M, et al. Lower protein in infant formula is associated with lower weight up to age 2 y: a randomized clinical trial. *Am J Clin Nutr.* 2009;89(6):1836-45.
8. Koletzko B, Brands B, Poston L, Godfrey K, Demmelmair H, Project f-t-E. Early programming of long-term health *Proc Nutr Soc.* 2012:in press.
9. Oddy WH. Infant feeding and obesity risk in the child. *Breastfeed Rev.* 2012;20(2):7-12.
10. Lonnerdal B, Chen CL. Effects of formula protein level and ratio on infant growth, plasma amino acids and serum trace elements. II. Follow-up formula. *Acta Paediatr Scand.* 1990;79(3):266-73.
11. Ohlund I, Hernell O, Hornell A, Stenlund H, Lind T. BMI at 4 years of age is associated with previous and current protein intake and with paternal BMI. *Eur J Clin Nutr.* 2010;64(2):138-45.
12. Hoppe C, Molgaard C, Thomsen BL, Juul A, Michaelsen KF. Protein intake at 9 mo of age is associated with body size but not with body fat in 10-y-old Danish children. *Am J Clin Nutr.* 2004;79(3):494-501.
13. Koletzko B, Demmelmair H, Grote V, Prell C, Weber M. High protein intake in young children and increased weight gain and obesity risk. *Am J Clin Nutr.* 2016;103(2):303-4.
14. Rolland-Cachera MF, Deheeger M, Akrouf M, Bellisle F. Influence of macronutrients on adiposity development: a follow up study of nutrition and growth from 10 months to 8 years of age. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 1995;19(8):573-8.
15. Koletzko B, von Kries R, Monasterolo RC, Subias JE, Scaglioni S, Giovannini M, et al. Infant feeding and later obesity risk. *Adv Exp Med Biol.* 2009;646:15-29.

16. Koletzko B, Brands B, Chourdakis M, Cramer S, Grote V, Hellmuth C, et al. The Power of Programming and The Early Nutrition Project: opportunities for health promotion by nutrition during the first thousand days of life and beyond. *Ann Nutr Metab* 2014;64:141–50.
17. Koletzko B, Broekaert I, Demmelmair H, Franke J, Hannibal I, Oberle D, et al. Protein intake in the first year of life: a risk factor for later obesity? The E.U. childhood obesity project. *Adv Exp Med Biol*. 2005;569:69-79.
18. Socha P, Grote V, Gruszfeld D, Janas R, Demmelmair H, Closa-Monasterolo R, et al. Milk protein intake, the metabolic-endocrine response, and growth in infancy: data from a randomized clinical trial. *Am J Clin Nutr*. 2011;94(6 Suppl):1776S-84S.
19. Kirchberg FF, Harder U, Weber M, Grote V, Demmelmair H, Peissner W, et al. Dietary protein intake affects amino acid and acylcarnitine metabolism in infants aged 6 months. *J Clin Endocrinol Metab*. 2015;100(1):149-58.
20. Weber M, Grote V, Closa-Monasterolo R, Escribano J, Langhendries JP, Dain E, et al. Lower protein content in infant formula reduces BMI and obesity risk at school age: follow-up of a randomized trial. *Am J Clin Nutr*. 2014;99(5):1041-51.
21. Waters E, de Silva-Sanigorski A, Hall BJ, Brown T, Campbell KJ, Gao Y, et al. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011(12):CD001871.
22. EFSA-Panel-on-Dietetic-Products. Scientific Opinion on nutrient requirements and dietary intakes of infants and young children in the European Union. *EFSA Journal* 2013;11(10):3408.