



Universidad
Zaragoza



Universidad de Zaragoza
Escuela de Enfermería de Huesca

Grado en Enfermería

Curso Académico 2017 / 2018

TRABAJO FIN DE GRADO

**Baby Led Weaning: Un enfoque de alimentación
complementaria dirigida por el bebé.
Revisión bibliográfica.**

Autor/a: Loreto Zaragoza Molinés

Director: Carmen Tosat Mancho

INDICE

1. RESUMEN.....	2
2. DEFINICIONES Y SIGLAS	4
3. INTRODUCCIÓN.....	5
4. OBJETIVOS.....	6
5. METODOLOGÍA	6
6. DESARROLLO	7
Lactancia materna e introducción de sólidos.....	8
Conducta alimentaria	8
Riesgo de sobrepeso-obesidad.....	10
Ingesta de Energía.....	10
Ingesta de Hierro.....	11
Atragantamiento/asfixia y náuseas.....	12
BLW estricto, renegociación y enfoque mixto de AC.....	13
7. CONCLUSIONES.....	14
8. BIBLIOGRAFÍA.....	15
9. ANEXOS.....	18
ANEXO 1: DESARROLLO DEL BEBÉ E INTRODUCCIÓN DE SÓLIDOS.....	18
ANEXO 2: TABLA DE BÚSQUEDA.....	19
ANEXO 3: TABLA DE ARTÍCULOS INCLUIDOS EN LA REVISIÓN.....	20
ANEXO 4: VERSIÓN MODIFICADA BLISS.....	27

1. RESUMEN

Importancia: La alimentación complementaria se introduce tradicionalmente mediante purés administrados por un adulto. Pero el interés por un enfoque alternativo, el Baby Led Weaning (BLW), es creciente. Las recomendaciones sobre el “cuándo” han variado, sin plantear si el “cómo” debería cambiar en consecuencia. La atención de enfermería, continua y frecuente en los primeros meses de vida, tiene un papel muy importante requiriendo evidencia actualizada en que basar sus recomendaciones.

Objetivos: Analizar la evidencia existente respecto al BLW y las aportaciones de esta respecto a sus riesgos y beneficios.

Metodología: Consulta en PubMed, IBECs-BVS, Fundación Index-CUIDEN y La Biblioteca Cochrane Plus mediante los términos baby led weaning, evidence y alimentación complementaria y los DecS destete, lactante y alimentación mixta. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión a los resultados se analizaron 13 artículos.

Conclusiones: Las percepciones maternas difieren notablemente de las de los profesionales sanitarios que perciben mayor riesgo de asfixia e ingesta deficiente de energía y hierro. La evidencia hallada no los sugiere mayores en BLW y apoya relaciones beneficiosas del método con la lactancia materna, un menor riesgo de sobrepeso y ciertas conductas alimentarias. Esto va ligado a la necesidad de intervención profesional educativa y la flexibilidad, a favor de las necesidades y preferencias individuales, en las recomendaciones. En cualquier caso, la investigación encontrada es escasa y presenta limitaciones que, en futuros análisis, deberían evitarse a fin de lograr resultados de mayor calidad.

Palabras clave: Baby Led Weaning - Alimentación Complementaria - Lactante - Destete - Alimentación mixta

ABSTRACT

Importance: Complementary feeding is traditionally introduced through purees supplied by an adult. But the interest in an alternative approach, the Baby Led Weaning (BLW), is becoming more relevant. The recommendations about when this should be introduced have changed not having taken into account if the way this must be done should change accordingly. The continuous and frequent nursing care plays a very important role in the first months of life requiring updated evidence on which to base its recommendations.

Objectives: Analyze the existing evidence regarding the BLW and its contributions towards the risks and benefits.

Methods: Search in PubMed, IBECS-BVS, Fundación Index-CUIDEN and La Biblioteca Cochrane Plus using the terms baby led weaning, evidence and alimentación complementaria and the DecS destete, lactante and alimentación mixta. 13 articles were analyzed after applying the inclusion and exclusion criteria to the results.

Conclusions: Maternal perceptions differ from those of health professionals who perceive a greater risk of asphyxia and a lack of energy and iron intake. The evidence found suggests these risks are not bigger in BLW and supports benefit relationships of this method with breastfeeding, a lower risk of overweight and certain eating behaviors. This is linked to the need of professional educational intervention and to the flexibility in the recommendations in favour of individual needs and preferences. Anyway, there is very little research on this topic and with limitations that should be eradicated in the next analysis in order to achieve better results.

Keywords: Baby Led Weaning – Complementary Feeding - Infant - Weaning - Mixed Feeding

2. DEFINICIONES Y SIGLAS

Capacidad de respuesta/sensibilidad a la saciedad: Capacidad de regular la ingesta de alimentos en relación con la saciedad (1).

Respuesta/sensibilidad a los alimentos: Deseo del niño de comer en respuesta a estímulos alimentarios independientemente del hambre (1).

Disfrute de la comida: Refleja un estilo de alimentación positivo y el placer de comer (1).

Irritabilidad/exigencia ante la comida, ser "quisquilloso" con la comida: Se define por las elecciones de alimentos exigentes y limitadas (1).

Asfixia/Atragantamiento/Sofocación: Un trozo de comida bloquea parcial o completamente las vías respiratorias, afecta a la respiración (2).

Náuseas: Reflejo que cierra desde la garganta y empuja la lengua hacia la parte frontal de la boca (2).

BLW: Baby Led Weaning

BL: Baby Led = Guiado por el bebé

AC: Alimentación Complementaria

ACT: Alimentación Complementaria Tradicional

3. INTRODUCCIÓN

La alimentación durante la infancia, periodo de continua formación y aprendizaje, tendrá un gran impacto a largo plazo. La incorporación de alimentos sólidos en la dieta, periodo de destete o introducción de la AC representa una gran oportunidad para la adquisición de hábitos, preferencias y otras habilidades en relación con la comida. El destete es el periodo en que, progresivamente, los niños introducen alimentos diferentes de la leche en su dieta, reduciendo la ingesta de esta, a fin de nutrirse de una forma cada vez más autónoma y completa y adquirir el modelo de dieta familiar (3).

Hasta la fecha predomina la introducción tradicional de la AC mediante alimentos triturados administrados por un adulto (1,4,5). Sin embargo, el interés por un enfoque alternativo es creciente: El BLW de traducción literal "Destete guiado por el bebé". Mediante este los bebés a quienes se les ofrecen alimentos completos, teniendo la lactancia como base de la alimentación, se autoalimentan en su totalidad eligiendo ellos mismos qué, cuánto y a qué velocidad comer (1,2,5-9). Se hace hincapié en un mínimo control parental y compartir las comidas familiares en espacio, tiempo y contenido (1,5,6). En realidad, este enfoque que se presenta como novedoso, es probablemente lo que se llevó a cabo durante milenios atrás (5).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), desde 2002, así como otras asociaciones a nivel nacional y europeo recomiendan no introducir alimentos sólidos hasta los 6 meses: la lactancia materna exclusiva cubre hasta entonces los requerimientos nutricionales para la mayoría de bebés en condiciones normales (10-13). El desarrollo del bebé (ANEXO 1) hará innecesarias modificaciones importantes de textura o que alguien le dé de comer, algo que era una necesidad en bebés a los 4 meses (5,6,9). En cualquier caso la elección del momento de iniciar AC debe ser individualizada atendiendo a los signos percibidos de desarrollo e interés por la comida (3,9). A pesar de esta modificación se ha prestado poca atención a si el asesoramiento sobre el "cómo" también debería cambiar en consecuencia (6).

Enfermería con su atención de elevada frecuencia y continuidad en los primeros meses de vida es una fuente principal de información profesional, de gran valor para padres que afrontan lo desconocido entre consejos diversos y confusos. Esto hace necesaria, teniendo como objetivo una práctica basada en la evidencia, una base de conocimientos que permita guiar hacia la toma de decisiones informadas, adecuadas a las preferencias y necesidades individuales y seguras por parte de los padres.

4. OBJETIVOS

El objetivo principal es localizar y analizar la evidencia existente respecto al BLW. Dentro de este objetivo se incluyen otros más específicos como:

- Valorar los principales riesgos percibidos que limitan su aplicación y/o soporte educativo por parte de los profesionales de la salud.
- Exponer las ventajas a corto y largo plazo de un enfoque guiado por el bebé BL de AC.

5. METODOLOGÍA

Se revisó la literatura consultando PubMed, Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS)-Biblioteca Virtual en Salud (BVS), Fundación Index-CUIDEN y La Biblioteca Cochrane Plus.

Se realizó una primera búsqueda libre en todos ellos utilizando los términos "Baby Led Weaning" ya que, probablemente por ser un concepto reciente, no existen DeCS ni MeSH adecuados. A fin de ampliar resultados se añadió "evidence" en el caso de PubMed y se hicieron varias búsquedas en el resto de buscadores utilizando "alimentación complementaria" y los DeCS: destete, lactante y alimentación mixta (ANEXO 2). Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión (Tabla 1) a los resultados de las búsquedas se incluyeron finalmente para su análisis 14 artículos (ANEXO 3).

De los artículos incluidos 4 analizan resultados de un único ensayo controlado aleatorio que desarrolló una versión modificada de BLW mediante intervención educativa: Baby Led Introduction to SolidS (BLISS). (ANEXO 4)

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión (Elaboración propia)

Criterios de Inclusión	<ul style="list-style-type: none">✓ Publicación: Los últimos 5 años (2013 incluido)✓ Edad: Desde el nacimiento hasta los 24 meses de vida✓ Tema principal de análisis: Enfoque BL de AC o recomendaciones actuales de AC con mención a BLW✓ Recién nacidos y lactantes sanos y nacidos a término✓ Recomendaciones de enfermería en AC✓ Disponible texto completo
Criterios de Exclusión	<ul style="list-style-type: none">× Análisis centrado en relación con características o factores maternos× Poblaciones sociodemográficamente muy diferentes de la nuestra o con características muy específicas× Análisis en relación a dietas, alimentos, macro o micronutrientes concretos

6. DESARROLLO

Madres, que eligen iniciar AC mediante BLW, y profesionales coinciden en la percepción de aspectos positivos, como la posibilidad de compartir comidas familiares, menor control paterno y el desarrollo de una adecuada autorregulación según el apetito, habilidades motoras y relaciones y elecciones de alimentación saludables a largo plazo (5,7,9,14,15).

Para las madres era predominantemente favorable viéndolo como natural, placentero y menos estresante que la ACT que se percibía como desagradable y forzada para el bebé no beneficiando sus relaciones futuras con la comida (7,9,14,15). Esto contrasta con sensaciones de ansiedad, confusión y otras emociones negativas informadas por madres que siguen ACT (1,14).

En los profesionales sobresale la preocupación por un mayor riesgo percibido de atragantamiento, ingesta insuficiente de energía y posible deficiencia de hierro (5,7,9,16,17). Esto y la falta de conocimiento, relacionadas en muchos casos, impiden que los padres reciban soporte profesional y hace que tengan su fuente principal de información en amigos o internet y redes sociales (5,7). En consecuencia a un conocimiento deficiente y confuso sus dificultades y preocupaciones pueden exacerbarse influidas además por reacciones negativas externas (9,14).

Lactancia materna e introducción de sólidos

En varios estudios el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses fue significativamente mayor en grupos siguiendo un enfoque BL frente a ACT (2,4,5,17). Además, era percibida como fuente fundamental de nutrientes hasta el año de vida y la continuidad, sin introducción de leche de fórmula, evaluada a los 6-8 meses también fue mayor (14,15,17). Esto es consecuente con la OMS que la recomienda hasta al menos los 2 años de edad (15,18).

La introducción de AC, guiada por la orientación de la OMS, fue además individualizada y guiada por el bebé según signos percibidos de preparación tanto de desarrollo (sentarse sin apoyo, agarrar objetos y llevar comida a su boca) como de interés por la comida (3,14).

La asociación BLW-lactancia podría ser bidireccional y, en cualquier caso, beneficiosa: potencialmente las madres lactantes pueden ser más propensas a un enfoque BL y este ser protector o alentador de la lactancia (5,17). El fundamento principal de este beneficio es la asociación de la autorregulación de la ingesta según apetito, que se da durante la lactancia, con un menor riesgo de sobrepeso (5,15,17). Uno de los principios del BLW es dar continuidad a esta autorregulación (15).

Conducta alimentaria

El elemento principal de BLW, la autoalimentación del bebé, alentaría de forma natural a un estilo de alimentación receptiva con bajo control parental, que responda a las señales de hambre y saciedad del niño y evite el establecimiento de aversiones (5,19).

Madres usando BLW expresaron alto grado de confianza en la capacidad del bebé para dirigir su ingesta en función de su apetito y en el desarrollo progresivo de habilidades de autoalimentación (14,15). Este fue percibido y es un hecho de relación probada con las experiencias y oportunidades de aprendizaje (14,15). Esta conducta materna poco controladora y relajada tenía como objetivo, y se ha observado su asociación, el logro de resultados de mayor autocontrol y autorregulación según apetito por el bebé, aprendizaje muy importante ya que la carencia de estas habilidades se relaciona con mayor riesgo de obesidad (1,5,9,14,15,19).

El establecimiento de hábitos y preferencias alimentarias saludables es otra expectativa ante BLW. Existe evidencia de que ocurre en la infancia para extenderse hasta la edad adulta influido por la experiencia de la comida aprendida (1,14). La exposición repetida a nuevos y variados alimentos es la base para superar la neofobia (rechazo a ellos) y, durante el destete, resulta en una mayor propensión a aceptar nuevos sabores más adelante (9,14,20). Influyen también las relaciones sabor/alimento-consecuencias de la ingesta, la presentación de alimentos completos desde el inicio de BLW evita que estas se creen de forma errónea como puede ocurrir al inicio de ACT con los purés, y permite por tanto un aprendizaje temprano y más estable (1).

Diversos análisis concluyen en bebés siguiendo un enfoque BL: mayor autocontrol de su alimentación, mayor sensibilidad a la saciedad, menor exigencia, menor sensibilidad y mayor disfrute ante los alimentos, es decir, una influencia positiva en las actitudes hacia la comida y el control del apetito (4,5,15). Además, favorecen una conducta parental relajada evitando repercusiones negativas en el estilo de alimentación del niño (4,5,15).

La participación de los bebés en las comidas familiares es destacable en bebés siguiendo enfoques BL, significativamente mayor que en grupos ACT (5,7,14,17). Los episodios de alimentación podrían ser de mayor duración y por tanto menor velocidad, asociadas al aumento de los signos fisiológicos de saciedad, y favorecer la sensibilidad a esta (1). Existe evidencia que sugiere mejoría en la ingesta dietética, el bienestar psicosocial y aumento de patrones de alimentación saludables y percentiles de peso normales en niños y adolescentes (7,14). Diversas fuentes y pautas de alimentación, entre ellas las de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), lo apoyan como medio para crear hábitos alimentarios saludables (3,7,11,17).

Algunas de estas asociaciones de BLW con conductas alimentarias saludables, incluso protectoras a largo plazo, se dieron independientemente del enfoque de AC ante estilos de alimentación receptiva (1,5).

Sin embargo, ante los resultados y las relaciones de BLW con la lactancia materna, el momento de introducción de AC y un estilo de alimentación receptivo, parece evidente que proporciona un entorno durante el desarrollo de patrones de alimentación que promueve la ingesta de acuerdo con el apetito: mayor sensibilidad a la saciedad y menor sensibilidad e irritabilidad ante los alimentos (1,14).

Riesgo de sobrepeso-obesidad

Respecto al impacto sobre el peso destacan dos elementos:

- Una introducción temprana de AC, antes de los 4 meses, es un posible factor de riesgo de sobrepeso, sugiriéndose más débil entre los 4-6 meses (5). Como se ha expuesto anteriormente el BLW se asocia con un inicio posterior de AC.
- En cuanto al estilo y las conductas de alimentación: La ACT implica una alimentación dependiente del cuidador que puede, por tanto, ir más allá de la saciedad del bebé lo cual está estrechamente relacionado, en los dos primeros años de vida, con mayor riesgo de obesidad (5,9). El BLW, sin embargo, fomenta la autoalimentación y autorregulación por el bebé: estas reducen en la lactancia el riesgo de obesidad y se asocian en BLW con menor sensibilidad a los alimentos y mayor sensibilidad a la saciedad, relacionadas a la inversa con mayor riesgo de sobrepeso infantil (1,5,15).

Los datos son diversos probablemente debido a las limitaciones de los mismos: Estudios concluyen diferencias significativas que apoyan la influencia beneficiosa de BLW (1,5) y otros, como el ensayo BLISS, no encuentran diferencias significativas (4).

Ingesta de Energía

La preocupación por una deficiencia energética plantea que el bebé no tenga las habilidades o motivación suficientes para satisfacer sus necesidades, o que los alimentos ofrecidos sean de baja densidad calórica (5,17). Algunas familias que practican BLW, con esta preocupación al inicio, valoran un desarrollo progresivo de habilidades de autoalimentación y una evolución saludable (4,14,15).

Además, ante la mayor probabilidad de consumo de alimentos familiares preocupa que, según el patrón alimentario familiar, pudiese tener un impacto negativo en el bebé y no cubrir sus requerimientos nutricionales (5,14,17). En muchos casos las familias modificaron su dieta para adecuarla a las necesidades del bebé pero esto no necesariamente ocurre (5,9,14).

Los datos son escasos debido, probablemente, a la dificultad de medir con precisión la ingesta real frente a la comida ofrecida (5). La mayoría provienen del ensayo BLISS que no encontró diferencias significativas respecto a la ingesta de energía, macro y micronutrientes, ni datos de crecimiento deficiente, aunque sí una mayor variedad en la oferta de alimentos de alta energía en BLISS (4,5,8).

Un enfoque BL no lleva implícita una ingesta saludable ni suficientemente nutritiva pero:

- La lactancia se plantea como fuente energética principal hasta el desarrollo suficiente de habilidades (en torno a los 8 meses)
- A los 12 meses, en la dieta deben predominar los alimentos familiares por lo que el énfasis debería dirigirse a que la familia adopte cuanto antes comportamientos alimentarios saludables (9,14,17).

Ingesta de Hierro

A partir de los 6 meses el hierro es un nutriente crítico y requiere un gran aporte mediante AC (7,17,20). La recomendación generalizada son los cereales infantiles fortificados con hierro, cuya introducción en bebés BLW es significativamente más tardía y menos probable sugiriendo una ingesta de hierro inferior (5,17). Sin embargo, la biodisponibilidad de hierro en ellos es baja en contraste con la de otros alimentos como la carne (20).

Ni los datos del estudio piloto ni del ensayo aleatorizado BLISS muestran diferencias significativas para la oferta de hierro, pero sí mayor variedad de alimentos ricos en él y su oferta más veces al día en el grupo BLISS (4,5,8).

Por todo esto, se sugieren factibles y eficaces las intervenciones que promueven la ingesta de carne roja y otras fuentes de hierro (8,20).

Atragantamiento/asfixia y náuseas

El mayor riesgo de atragantamiento percibido en BLW se asocia con la ingesta de alimentos completos cuando el bebé está aprendiendo a masticar y tragar (5,17). Sin embargo se sugiere que, a los 6 meses, existe un reflejo nauseoso protector que se desencadena por estímulos más distales de las vías respiratorias que en los adultos (7). Así los bebés BLW podrían presentar náuseas más frecuentes al inicio, pero aprender más temprano a mantener los alimentos sólidos lejos de sus vías respiratorias (7). Además, la existencia de un periodo crítico (a los 6-8 meses) de introducción de alimentos y variación de texturas apoya la hipótesis de que fuera de él la aceptación sería más tardía y complicada (19).

La actitud de algunas madres preocupadas es cautelosa al principio pero finalmente reconocen episodios aislados como parte natural del aprendizaje sin expresar preocupación o mayor riesgo percibido (5,7,9,14).

Los resultados del ensayo clínico BLISS (Tabla 2) sugieren que los enfoques BL podrían ser tan seguros como ACT y, aunque esto no debe extrapolarse a versiones no modificadas de BLW, tampoco otros estudios encontraron diferencias significativas (2,4,5,16,17).

Tabla 2. Resultados ensayo BLISS: Riesgo de asfixia (Elaboración Propia - Fuentes: (2,4,16))

	Grupo BLISS	Grupo ACT	Ambos
Nº de niños que presentó un episodio de asfixia			35% entre 6-8 meses: 51% resueltos por el bebé sin ayuda 6-8 y 12-24 meses: No diferencias significativas
Presentaron náuseas	6 meses: Significativamente más bebés y con mayor frecuencia	8 meses: Con mayor frecuencia	La mayoría: Autoalimentándose En general: No diferencias significativas
Alimentos con riesgo de asfixia ofrecidos			7 meses: 52% al menos uno 12 meses: 94% al menos uno No diferencias significativas
Supervisión alimentación por un adulto	11 meses: doble de probabilidad que grupo ACT		6-8 meses: 71-79%, sin diferencias entre grupos

Destaca una elevada oferta de alimentos con riesgo de asfixia en ambos grupos así como la gran variedad de alimentos y líquidos con que los bebés pueden atragantarse, diferentes según el enfoque de AC (2,5,16,17). Esto hace evidente la necesidad de intervención educativa para garantizar alimentos y entornos seguros de alimentación (2,17). En caso de padres que siguen enfoques BL parece apropiado incluir los consejos probados en el estudio BLISS, dada la significativamente menor oferta de alimentos con riesgo de asfixia ofrecidos al grupo BLISS vs BLW en el estudio piloto (2,8).

BLW estricto, renegociación y enfoque mixto de AC

Muchas madres autodefinidas como BLW se desviaron en la práctica del principio clave de BLW, autoalimentación del bebé, combinando BLW-ACT (7,15). La introducción de alimentos con cuchara se relacionó con:

- Las habilidades de autoalimentación del bebé: Cuando la consistencia de los alimentos familiares no se apropiaba a ellas y/o consideraban que su bebé necesitaba ayuda mientras estas se perfeccionaban (15).
- El desorden y la suciedad consecuentes de la autoalimentación: Fue uno de los aspectos más destacados como negativos por las madres, manifestando que podía ser especialmente problemático fuera de su casa o si el bebé no comía con ellas (14,15). Esto muestra las influencias de un contexto social en que el BLW entra en desacuerdo, las madres no reciben apoyo y se ven en la necesidad de realizar modificaciones (7,15). Aunque no siempre, muchas encontraron otras formas de adaptarse y el problema perdió importancia conforme el niño mejoró sus habilidades (14). Cabe destacar que las influencias del entorno también actuaron en el sentido contrario: madres que no sintiéndose cómodas con el enfoque se definieron como tal (7).

Ante esta situación, de enfoque mixto según las necesidades, se plantea que tal vez la rigidez del consejo respecto a AC genere dificultades para los padres (9).

Así a pesar de que una apuesta por favorecer la autonomía del lactante y su participación más activa podría contribuir a normalizar la situación, convertir el BLW en una alternativa estrictamente excluyente de la alimentación con cuchara tal vez lleve a las mismas rigideces y problemas (9). Por tanto parece apropiado sugerir que podría ser más beneficioso discutir las prácticas de alimentación infantil con continuidad en lugar de "etiquetar" una práctica de forma estricta (3,7).

7. CONCLUSIONES

Las percepciones maternas, predominantemente positivas, difieren notablemente de las de los profesionales sanitarios que perciben mayor riesgo de asfixia e ingesta deficiente de energía y hierro. La evidencia analizada no sugiere que estos riesgos sean mayores que en la ACT. Además, apoya la relación de BLW con aspectos cuyo impacto positivo si está comprobado como la lactancia materna, conductas alimentarias beneficiosas y, en consecuencia, un menor riesgo de sobrepeso. Esto se asocia a:

- Necesidad de intervención educativa por parte de los profesionales sanitarios para asegurar prácticas seguras y beneficiosas. Tal vez los recursos del ensayo aleatorizado BLISS, cuyos resultados sugieren eficaces y factibles, pueden ser útiles y dar seguridad ante recomendaciones sobre enfoques BL.

- Una imprescindible base de conocimientos, fundamentada en evidencia científica actualizada, que permita dar recomendaciones adaptadas a las necesidades y preferencias individuales. Ante la renegociación del enfoque o práctica de un enfoque mixto, observada con frecuencia, huir de la rigidez actual en pautas de AC es apropiado para lograr un modelo de destete factible, potenciando sus beneficios y minimizando los riesgos.

La investigación encontrada es escasa y presenta limitaciones. Destacan las relacionadas con la selección de muestras y la recogida de datos. Probablemente, la más relevante sea la ausencia de una definición de investigación de BLW, que lleva a que los criterios para definir a los participantes como tal difieran entre estudios. El establecimiento de esta definición es primordial para próximas investigaciones, seguido del análisis de muestras representativas y mediciones más precisas, a fin de lograr evidencia de mayor calidad.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Brown A, Lee MD. Early influences on child satiety-responsiveness: The role of weaning style. *Pediatr Obes* [Internet]. 2015 [Citado 7 Abr 2018];10(1):57–66. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.2047-6310.2013.00207.x>
2. Fangupo LJ, Heath A-LM, Williams SM, Erickson Williams LW, Morison BJ, Fleming EA, et al. A Baby-Led Approach to Eating Solids and Risk of Choking. *Pediatrics* [Internet]. 2016 [Citado 7 Abr 2018];138(4):1-7. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2016-0772>
3. Alvisi P, Brusa S, Alboresi S, Amarri S, Bottau P, Cavagni G, et al. Recommendations on complementary feeding for healthy, full-term infants. *Ital J Pediatr* [Internet]. 2015 [Citado 7 Abr 2018];41(1):1–9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4464122/>
4. Taylor RW, Williams SM, Fangupo LJ, Wheeler BJ, Taylor BJ, Daniels L, et al. Effect of a baby-led approach to complementary feeding on infant growth and overweight: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatr* [Internet]. 2017 [Citado 7 Abr 2018];171(9):838–46. Disponible en: https://byebypurees.com/wp-content/uploads/2017/09/34.-Effect_of_a_baby-led_approach_to.pdf
5. Brown A, Jones SW, Rowan H. Baby-Led Weaning: The Evidence to Date. *Curr Nutr Rep* [Internet]. 2017 [Citado 7 Abr 2018];6(2):148–56. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s13668-017-0201-2>
6. Daniels L, Heath ALM, Williams SM, Cameron SL, Fleming EA, Taylor BJ, et al. Baby-Led Introduction to Solids (BLISS) study: A randomised controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding. *BMC Pediatr* [Internet]. 2015 [Citado 7 Abr 2018];15(1):1–15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12887-015-0491-8>

7. D'Andrea E, Jenkins K, Mathews M, Roebbothan B. Baby-led Weaning: A Preliminary Investigation. *Can J Diet Pract Res* [Internet]. 2016 [Citado 7 Abr 2018];77(2):72-7. Available from: <http://dcjournal.ca/doi/10.3148/cjdpr-2015-045>
8. Cameron SL, Taylor RW, Heath ALM. Development and pilot testing of Baby-Led Introduction to SolidS - a version of Baby-Led Weaning modified to address concerns about iron deficiency, growth faltering and choking. *BMC Pediatr* [Internet]. 2015 [Citado 7 Abr 2018];15(1):1-11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12887-015-0422-8>
9. Moreno JM, Galiano MJ, Dalmau J. Alimentación complementaria dirigida por el bebé ("baby-led weaning"). ¿Es una aproximación válida a la introducción de nuevos alimentos en el lactante?. *Acta Pediatr Esp* [Internet]. 2013 [Citado 7 Abr 2018];71(4):99-103. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/286953814_Baby-led_weaning_a_valid_approach_to_complementary_feeding
10. Alimentación del lactante y del niño pequeño [Internet]. Organización Mundial de la Salud. [Citado 7 Abr 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>
11. AEPAP. Programa de Salud Infantil: Alimentación de 6 a 24 meses [Internet]. 2009 [Citado 7 Abr 2018]. p.317-23. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/alimentacion_6-24m.pdf
12. Alonso J, Baeza M, Dalmau J, Diaz M, de la Calle T, Cornellà J, et al. Asociación Española de Pediatría (AEP): Guía práctica para padres desde el nacimiento hasta los 3 años [Internet]. 2014 [Citado 7 Abr 2018]. p.42-54. Disponible en: http://enfamilia.aeped.es/sites/enfamilia.aeped.es/files/guia_practica_padres_aep_1.pdf
13. Cattaneo a, Fallon M, Kewitz G, Mikiel-Kostyra K, Robertson A.. Alimentación de los lactantes y de los niños pequeños: Normas recomendadas por la Unión Europea [Internet]. 2008 [Citado 7 Abr 2018]. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/2-alimentacionlactantes_normas_recomendadasue.pdf

14. Brown A, Lee M. An exploration of experiences of mothers following a baby-led weaning style: Developmental readiness for complementary foods. *Matern Child Nutr* [Internet]. 2013 [Citado 7 Abr 2018];9(2):233–43. Disponible en: <https://cronfa.swan.ac.uk/Record/cronfa10348>
15. Abbott RL, Arden MA. Experiences of baby - led weaning : trust, control and renegotiation. *Matern Child Nutr* [Internet]. 2014 [Citado 7 Abr 2018];11(4):829–44. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/mcn.12106>
16. Díaz AI, Molina M. La alimentación complementaria a demanda con soporte parental educativo no incrementa el riesgo de sofocación. *Evid Pediatr* [Internet]. 2017 [Citado 7 Abr 2018];13:1-4. Disponible en: http://archivos.evidenciasenpediatria.es/files/41-12999-RUTA/AVC_19.pdf<https://goo.gl/vWPQYk>
17. Morison BJ, Taylor RW, Haszard JJ, Schramm CJ, Erickson LW, Fangupo LJ, et al. How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6-8 months. *BMJ Open* [Internet]. 2016 [Citado 7 Abr 2018];6(5):1-11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4861100/>
18. 10 datos sobre la lactancia materna [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2017 [Citado 7 Abr 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>
19. La Orden E, Segoviano MC, Verges C. Alimentación complementaria: Qué, cuándo y cómo. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2016 [Citado 7 Abr 2018];18(1):31-5. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v18n69/15_revision1.pdf
20. Borja C, Iglesias M, Ortega A, Galdón S, Garrigós Á. Actualizando la evidencia sobre las recomendaciones de enfermería en la "alimentación complementaria". *Enf Integr* [Internet]. 2016 [Citado 7 Abr 2018];114:57-62. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6126219>

9. ANEXOS

ANEXO 1: DESARROLLO DEL BEBÉ E INTRODUCCIÓN DE SÓLIDOS

Fuentes: (5-7,19,20)

Es importante que la introducción de alimentos sólidos vaya acompañada de un suficiente desarrollo madurativo de diferentes órganos así como de una coordinación neuromuscular acorde: en torno a los 6 meses de edad la maduración de órganos y sistemas como el psicomotor, gastrointestinal, renal e inmunológico, necesarios para metabolizar apropiadamente los alimentos no lácteos de una manera segura y efectiva, alcanzan el nivel de desarrollo apropiado. Hasta entonces, el bebé no necesita ni puede comer otros alimentos diferentes de la leche.

La maduración digestiva, tanto a nivel motor como enzimático, y la renal para manejar los metabolitos, especialmente proteínas y minerales, no se adquieren hasta los 6 meses.

A nivel motor: sobre el quinto o sexto mes el bebé adquiere la habilidad de mantenerse sentado prácticamente sin apoyo, así como de poder controlar las extremidades, principalmente sus manos y dedos, lo que le permite agarrar y llevar con precisión el alimento a la boca. En torno a esta edad, se desarrollan también las habilidades motoras orales (masticación y deglución) desapareciendo a su vez el reflejo de extrusión, que permite introducir alimentos sólidos en la boca.

Erróneamente se perciben como señales de necesidad de introducción de AC actitudes infantiles de irritabilidad cuando lo importante es, más allá del incremento de las necesidades nutricionales, prestar atención a los signos que indican que el lactante puede empezar a recibir alimentos sólidos:

- Coordinación motora entre ojos, manos y boca.
- Tono axial y sostén cefálico
- Muestras de interés/desinterés por la comida: gestos como abrir la boca, inclinarse hacia la comida o viceversa, girar la cabeza, etc.

Un bebé que no es capaz de llevarse por sí mismo comida a la boca no está preparado para comerla, por lo que resulta innecesario obligarle a comer.

ANEXO 2: TABLA DE BÚSQUEDA

Elaboración propia

Base de datos	Términos de búsqueda y operadores booleanos	Limitadores	Resultados	Artículos descartados	Artículos incluidos
PubMed	Baby Led Weaning	Publication Dates: 5 years Species: Humans Ages: Infant: Birth-23 months	36	25	9
PubMed	Baby Led Weaning AND Evidence	Publication Dates: 5 years	13	12 (2 ya incluidos)	1
IBECS - BVS	Baby Led Weaning		2	0	2
IBECS - BVS	Destete (DeCS) AND Lactante (DeCS)		15	15	0
IBECS - BVS	Alimentación Mixta (DeCS) AND Lactante (DeCS)		5	5	0
IBECS - BVS	Alimentación Complementaria AND Lactante (DeCS)		22	22 (1 ya incluido)	0
Index - CUIDEN	Baby Led Weaning		5	5	0
Index - CUIDEN	Destete (DeCS) AND Lactante (DeCS)		27	27	0
Index - CUIDEN	Alimentación Mixta (DeCS) AND Lactante (DeCS)		6	6	0
Index - CUIDEN	Alimentación Complementaria		49	48	1
La Biblioteca Crochrane Plus	Baby Led Weaning		0	0	0
La Biblioteca Crochrane Plus	Destete (DeCS)		4	4	0
La Biblioteca Crochrane Plus	Alimentación Mixta (DeCS)		6	6	0
La Biblioteca Crochrane Plus	Alimentación Complementaria		5	4	1

ANEXO 3: TABLA DE ARTÍCULOS INCLUIDOS EN LA REVISIÓN

Elaboración propia. Fuentes incluidas en la tabla.

Páginas | 20-26

Título y fecha de publicación	Tipo de artículo	Objetivos	Fuente de datos de análisis	Principales aportaciones
Recommendations on complementary feeding for healthy, full-term infants (2015) (3)	Artículo de revisión	Proporcionar sugerencias sobre modos de destete tratando de "desmedicalizar" esta etapa natural de la vida de un bebé	58 publicaciones entre 2001 y 20015	La AC debe iniciarse según habilidades e interés percibidos en el bebé, idealmente a los 6 meses y hasta entonces lactancia exclusiva. Recomendable compartir horarios de comidas familiares, satisfacer la curiosidad y peticiones del bebé y alentar la capacidad de autorregulación. Probables beneficios de síntesis BLW y ACT.
Development and pilot testing of Baby-Led Introduction to SolidS-a version of Baby-Led Weaning modified to address concerns about iron deficiency, growth faltering and choking (2015) (8)	Estudio Piloto	Desarrollar una versión modificada del BLW: BLISS Determinar en qué medida los seguidores del BLISS ofrecen alimentos que aumentan la ingesta de hierro y energía y reducen el riesgo de asfixia	Muestra y grupos de estudio autoseleccionados: 23 familias con bebés de 5 meses, grupos BLW n=9 y BLISS n=14	Entre 6-9 meses: No diferencias significativas en cuanto a episodios de asfixia y arcadas y cantidades ofrecidas de hierro y energía. Oferta de alimentos grupo BLISS: mayor variedad de alto contenido en hierro y energía, más veces al día ricos en hierro y menor n° con riesgo de asfixia. Estos resultados pudieron ser consecuencia de la intervención BLISS.
Effect of a Baby-Led Approach to Complementary Feeding on Infant Growth and Overweight (2017) (4)	Ensayo Clínico Aleatorizado	Determinar si existen diferencias, como resultado primario, en el Índice de Masa Corporal (IMC) y, como secundarios, en la autorregulación de la energía, los comportamientos alimentarios y la ingesta de energía a los 12 y 24 meses entre lactantes siguiendo un enfoque de alimentación complementaria tradicional vs guiado por el bebé.	Muestra de 206 madres: BLISS n=105 y ACT n=101	No diferencias significativas para el IMC, la ingesta de energía, la deficiencia de hierro y los eventos de asfixia. Lactancia exclusiva hasta los 6 meses: 64,6% BLISS-18,1% ACT Preocupación materna sobre ingesta suficiente. Calificación de madres sobre bebés: actitud positiva, menores sensibilidad y exigencia ante los alimentos y mayor autocontrol de la alimentación en BLISS. Un enfoque guiado por el bebé podría mejorar las actitudes hacia la comida.

<p>A Baby-Led Approach to Eating Solids and Risk of Choking (2016) (2)</p>	<p>Ensayo Clínico Aleatorizado</p>	<p>Determinar si el enfoque BLISS alteró el riesgo de asfixia y arcadas en los bebés en comparación con la alimentación tradicional con cuchara.</p>	<p>Muestra de 206 madres: BLISS n=105 y ACT n=101</p>	<p>No diferencias significativas para el nº de niños que presentaron un episodio de asfixia y cantidad de alimentos con riesgo de asfixia ofrecidos (alta en ambos grupos). Incidencia de episodios de náuseas: significativamente mayor en BLISS a los 6 meses y ACT a los 8, mayoría durante episodios de autoalimentación con alimentos completos. Supervisión de la alimentación por un adulto: 6-8 meses sin diferencias significativas y 11 meses doble de probabilidad en BLISS. No se concluye mayor riesgo de asfixia en enfoques BL pero los resultados no son extrapolables a versiones no modificadas de BLW. Gran necesidad de intervención educativa en cualquier enfoque de AC para garantizar alimentos y entornos seguros de alimentación.</p>
<p>How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6-8 months (2016) (17)</p>	<p>Estudio transversal comunitario</p>	<p>Determinar si existen diferencias en la ingesta de nutrientes y la ingesta de alimentos (particularmente con riesgo de asfixia, alto contenido en hierro y que contienen azúcares agregados o sal) entre lactantes BLW y ACT. Describir las "comidas familiares" que se ofrecen a los bebés en cada uno de los métodos.</p>	<p>Familias con bebés de 6-8 meses seleccionadas de 3 estudios: Muestra de 51 participantes autodefinidos como: BLW n=25 (Completo(c) n=18, parcial(p) n=7), ACT n=26</p>	<p>Asociación existente BLW-comportamientos relacionados con la salud: - Mayor duración de lactancia materna exclusiva y posterior introducción de AC: Hasta los 6 meses 44% BLWc-0% ACT - Mayor participación en horarios de comidas familiares y probabilidad de tomar similares o iguales alimentos. No diferencias significativas: Oferta de alimentos con riesgo de asfixia (elevada: al 69% del total) e ingesta de energía. Los datos sugieren que la ingesta de hierro en bebés BLW podría ser menor.</p>

<p>Baby-Led Weaning: A preliminary Investigation (2016) (7)</p>	<p>Estudio cualitativo transversal basado en autoinformación</p>	<p>Describir las prácticas comunes de BLW en Newfoundland and Labrador (Canadá). Comparar el conocimiento y percepciones sobre BLW entre madres que lo llevan a cabo con sus bebés y profesionales de la salud.</p>	<p>Muestreo de conveniencia: 65 madres siguiendo BLW 33 profesionales de la salud (18 dietistas, 8 enfermeras, 3 especialistas en lactancia, 2 médicos, 1 terapeuta ocupacional y 1 fisioterapeuta)</p>	<p>Principal fuente de conocimiento BLW: Madres un amigo o internet y profesionales otro profesional. Ventajas BLW según 80% encuestados: Motiva el desarrollo de habilidades motoras finas y orales y fomenta la participación en las comidas familiares (informada por el 100% de las madres) Madres sobre BLW: Posibilidad de desarrollo de hábitos y actitudes saludables hacia los alimentos y predominio de aspectos positivos. Al inicio 45,2% preocupadas por riesgo de asfixia tranquilizándose con la práctica (4,6% informaron incidentes de este tipo). Madres que se identifican BLW pueden desviarse de él. Profesionales sobre BLW: 81,8% habían oído hablar de ello, 48,5% lo apoyarían, 18,2% no y 33,3% indecisos. Principales preocupaciones: riesgo de asfixia, baja ingesta de energía y hierro.</p>
<p>Experiences of baby-led weaning: trust, control, and renegotiation (2014) (15)</p>	<p>Estudio cualitativo transversal basado en autoinformación</p>	<p>Investigar las experiencias informadas de la madre y el bebé utilizando un enfoque BLW, comprender mejor los beneficios y desafíos del enfoque y las creencias que sustentan estas experiencias.</p>	<p>Muestra autoseleccionada: 15 madres que habían intentado llevar a cabo un enfoque BLW (incluso si fue parcial o decidieron finalmente cambiarlo) con un bebé entre 9 y 15 meses de edad.</p>	<p>Alto grado de confianza en la capacidad del bebé para dirigir su ingesta, con bajo control parental, y en el progresivo desarrollo de habilidades de autoalimentación. Buscaban en BLW el desarrollo de una relación saludable de su hijo con la comida y percibieron en él la regulación de la ingesta según hambre/saciedad. Preocupación de disminución progresiva por suficiencia nutricional. Percepción de la lactancia como fuente importante hasta el año de vida. Visión sobre la ACT: forzada con consecuencias no saludables. En ocasiones enfoque mixto BLW-ACT por limitaciones de autoalimentación del bebé e influencias del contexto social.</p>

<p>Early influences on child satiety-responsiveness: the role of weaning style (2013) (1)</p>	<p>Estudio cualitativo longitudinal basado en autoinformación</p>	<p>Examinar si los destetados mediante ACT presentan diferencias en la conducta alimentaria durante el segundo año de vida en comparación con los destetados mediante BLW. Explorar el papel del control materno, la duración de la lactancia materna y el momento de introducción a los alimentos sólidos.</p>	<p>Seguimiento 18-24 meses de vida a muestra autoseleccionada: 298 madres, BLW n=163 y ACT n=135.</p>	<p>BLW proporciona un entorno protector frente a la obesidad, promoviendo la ingesta según apetito, durante el desarrollo de patrones de alimentación. Este entorno y BLW de forma independiente se asocian a: menor sensibilidad/respuesta a los alimentos y mayor sensibilidad a la saciedad, ambos relacionados a la inversa con riesgo de sobrepeso infantil. Peso: ACT significativamente mayor y BLW menor propensión a percentiles >85.</p>
<p>An exploration of experiences of mothers following a baby-led weaning style: developmental readiness for complementary foods (2013) (14)</p>	<p>Estudio cualitativo transversal basado en autoinformación</p>	<p>Examinar las actitudes y razones de madres que siguen BLW incluidas las decisiones de introducir alimentos complementarios, el progreso durante este periodo y el equilibrio sólidos-lactancia. Examinar experiencias maternas tanto positivas como negativas de usar este enfoque y considerar como puede potencialmente tener resultados a largo plazo para la salud de los bebés.</p>	<p>Autoinforme retrospectivo referido a 6-12 meses de edad del bebé. Muestra autoseleccionada: 36 madres, con un bebé de entre 12-18 meses, que siguen BLW.</p>	<p>Inicio de AC mayoritariamente guiado por signos percibidos de preparación del bebé. BLW percibido como natural, placentero y poco estresante. Buscaban con BLW el desarrollo de comportamientos y preferencias alimentarias saludables a largo plazo. Los niños compartieron los horarios y alimentos de comidas familiares. Modificaciones en la dieta familiar a favor de las necesidades del bebé. Preocupación no significativa y de disminución progresiva por la suficiencia nutricional de la ingesta, valoraron evolución saludable. Las percepciones negativas (desorden y riesgo de atragantamiento) se incentivaron por falta de conocimiento e influencias externas y se redujeron progresivamente.</p>

<p>Baby-Led Weaning: The Evidence to Date (2017) (5)</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>	<p>Establecer la evidencia que respalda el enfoque dirigido por el bebé hasta el momento, identificar las limitaciones y explorar la necesidad de futuras investigaciones en esta área.</p>	<p>Búsqueda en Web of Science, PubMed, Medline y Google Scholar: 18 artículos publicados entre 2012 y 2016.</p>	<p>Relación positiva bidireccional BLW-lactancia materna: madres lactantes propensas a BLW y BLW protector/alentador de la lactancia. El principio BLW de autoalimentación promueve alimentación receptiva con bajo control parental que se evidencia en las experiencias. Menor restricción y ansiedad parental se asocian a conductas alimentarias positivas en los bebés. Padres y profesionales perciben impacto positivo BLW-conducta alimentaria, pero los segundos dan prioridad a los riesgos percibidos. Influencia sobre el peso: Se sugiere mayor peso en bebés ACT. Mayor participación e ingesta de comidas familiares con cierto riesgo de alimentación inadecuada, la dieta familiar no siempre se modifica. Ingesta de energía y nutrientes: Datos escasos e imprecisos, percepción positiva materna. Preocupaciones diversas en los profesionales sanitarios que dificultan la obtención de consejo profesional por los padres.</p>
<p>Alimentación complementaria dirigida por el bebé ("baby-led weaning"). ¿Es una aproximación válida a la introducción de nuevos alimentos en el lactante? (2013) (9)</p>	<p>Artículo de revisión</p>	<p>Revisar fundamentos, beneficios y riesgos del Baby-Led Weaning.</p>	<p>24 publicaciones entre 1990 y 2012</p>	<p>El 57% de un grupo de familias BLW no modificó el menú familiar. Se sugiere menor ansiedad parental en BLW frente a ACT resultando una práctica menos restrictiva y de menor presión sobre el bebé. La ACT es más dependiente del cuidador: Mayor intrusismo y posible alimentación más allá de la saciedad. Diferencias notables en la actitud hacia BLW de madres y profesionales: Coincidencias en aspectos positivos pero, para los segundos, mayor relevancia de los riesgos. La rigidez del consejo alimentario para lactantes ha podido contribuir a dificultades crecientes para los padres en la transición alimentaria o destete.</p>

<p>Alimentación complementaria: qué, cuándo y cómo (2016) (19)</p>	<p>Artículo de revisión</p>	<p>Abordar las controversias existentes acerca del cuándo, el cómo y el orden de introducción de los alimentos distintos de la leche.</p>	<p>33 publicaciones entre 2006 y 2015</p>	<p>Existencia de un periodo crítico de introducción de alimentos y texturas, entre los 6-8 meses, siendo fuera de este hipotéticamente más complicada y tardía la aceptación. Las madres que eligen BLW suelen ser poco controladoras y de carácter relajado, esta relación podría ser bidireccional.</p>
<p>Actualizando la evidencia sobre las recomendaciones de enfermería en la "alimentación complementaria" (2016) (20)</p>	<p>Artículo de revisión</p>	<p>Revisar la evidencia científica existente en la actualidad sobre la alimentación complementaria</p>	<p>32 publicaciones entre 1999 y 2015</p>	<p>La mayoría de preferencias alimentarias se adquieren a través de la experiencia: la introducción de dulces como primeros alimentos predispondrá a este sabor y aumentará el rechazo a alimentos nuevos dificultando la introducción de una dieta variada y saludable. En los cereales fortificados con hierro la biodisponibilidad/absorción de este es baja en contraste con otros alimentos ricos en hierro (carnes, aves de corral, huevo y pescado) que deberían priorizarse por este motivo.</p>
<p>La alimentación complementaria a demanda con soporte parental educativo no incrementa el riesgo de sofocación (2017) (16)</p>	<p>Revisión crítica</p>	<p>Analizar críticamente un artículo que evalúa el riesgo de sofocación en bebés siguiendo un enfoque BL vs ACT</p>	<p>Ensayo clínico aleatorizado BLISS</p>	<p>El riesgo de arcadas y sofocación es motivo de preocupación habitual. Un enfoque BL de AC no parece incrementar los episodios de atragantamiento. Es preocupante el gran número de niños que recibe alimentos con riesgo de sofocación. Parece que BLW supervisado podría ser un método seguro.</p>

ANEXO 4: VERSIÓN MODIFICADA BLISS

Fuentes: (2,4,6,8)

Los participantes del estudio asignados al grupo BLISS reciben asistencia adicional, para apoyo y asesoramiento individualizado desde antes del nacimiento del bebé hasta los 9 meses de edad por un equipo multidisciplinar: consultor de lactancia, dietista, pediatra y terapeuta del habla y el lenguaje. La intervención tiene tres componentes clave:

1. Servicio profesional de asesoría de lactancia.
2. Consejo BLISS: Información sobre el momento de introducción, fomento de alimentación receptiva y oferta de recursos que expliquen cómo seguir BLISS y recetas apropiadas a la edad.
3. Recursos BLISS: Información sobre el estudio, libros de recetas, listas de alimentos cotidianos e información de seguridad. Estos recursos siguen la filosofía BLW a la vez que abordan las tres preocupaciones clave expresadas por profesionales de la salud: riesgo de asfixia, deficiencia de hierro y retraso en el crecimiento por ingesta energética insuficiente.

En particular, los recursos alientan a los padres a:

- Probar los alimentos antes de ofrecérselos al bebé para asegurarse de que son lo suficientemente blandos para aplastarse entre la lengua y el paladar o son lo suficientemente grandes y fibrosos como para que las piezas pequeñas no se desprendan cuando se succionan y mastican (ej. tiras de carne).
- Evitar ofrecer alimentos que formen una miga en la boca.
- Asegurarse de que los alimentos que se ofrecen son al menos tan grandes como el puño del niño, en al menos un extremo.
- Asegurarse de que el bebé esté siempre sentado en posición vertical cuando está comiendo, sin inclinarse hacia atrás.
- Supervisar siempre al niño cuando esté comiendo.
- Nunca poner alimentos enteros en la boca del bebé; el bebé debe hacerlo a su propio ritmo y bajo su propio control.

Se anima a los padres a ofrecer tres tipos de alimentos en cada comida:

1. Un alimento rico en hierro (carne roja, cereal infantil fortificado).
2. Un alimento rico en energía.
3. Un alimento como una fruta o un vegetal.

BLISS in a nutshell

1. Start by offering foods that are adult finger-shaped.

Your baby will find food easier to grasp if it is a stick or finger size and shape. Pieces of food should be long enough so that your baby can hold it and there is still some of the food sticking out the top of their closed fist. Check the food is cooked enough by trying a piece yourself – you should be able to squash it on the roof of your mouth with your tongue – if you can't then cook it a bit longer and test again.

2. Always include your baby at meal times just as you would other family members.

Talk to them as they explore and eat their food and have some eye contact. Don't feel you must talk to your baby about everything they eat or make eye contact all the time.



3. Offer a variety of foods from the resources including one energy rich food and one high iron food at each meal. Wherever possible, offer your baby the same foods that the rest of the family is eating, so that he feels part of what is going on. Offer three or four different foods at a meal (e.g carrot, beef strip, cheese stick) and start with one piece of each food. You can always offer your baby "seconds". Loading up your baby's highchair with all sorts of foods will overwhelm him and there may be a lot of waste.



Image credit: 1) Todd Fable Images, https://www.flickr.com/photos/todd_fable/88888344/; 2) Steve Herring, <https://www.flickr.com/photos/steveherring/1179573446/>; 3) Gal, <https://www.flickr.com/photos/gal/3446403558/>; 4) Steve Herring, <https://www.flickr.com/photos/steveherring/1082747014/>; used under CC BY 2.0

4. Avoid hurrying your baby.

Allow her to decide the pace. In particular, don't be tempted to 'help' her by putting things in her mouth for her.



5. Avoid offering 'fast' foods or foods that have added salt or sugar.

6. Always follow the basic safety rules

- Ensure that your baby is supported in an upright position – never leaning back – while he is eating. In the early days you can sit him on your lap, facing the table.
- Don't leave your baby alone with food. Ever!
- DON'T offer foods such as peanuts, popcorn, whole grapes or any food in a coin shape – she may choke.

DON'T Expect:

- Your baby to eat any food on the first few occasions. Once he has discovered that these new toys taste nice, he will begin to suck, chew, and later, to swallow.
- A young baby to eat a whole piece of food at first as she won't yet have developed the ability to get at food inside her fist.
- A young baby to have a perfectly "balanced" diet. There may be times when you think she is being a fussy or picky eater. Try to relax and allow your baby to explore foods, as they become more familiar with food and eating their acceptance of new tastes and texture will increase.

Image credit: 1) Gal, <https://www.flickr.com/photos/gal/3446403558/>; 2) Steve Herring, <https://www.flickr.com/photos/steveherring/1082747014/>; used under CC BY 2.0

Offer your baby food when she's happy and content – following a milk feed for babies until 8-9 months. In the early days it can be tricky coordinating a suitable time for the family meal and when your baby is awake and content. Don't expect this to fall into place immediately but as you progress you'll find a routine that suits all of you.



Babies enjoy variety. Offer different foods or you can serve the same foods in different shapes or forms.

You may find yourself thinking "eat more" or "please eat some veges". It's normal for a parent to want the best for their child but resist putting food in your baby's mouth. Babies are very good at regulating their own appetite so will eat as much as they need. As long as you continue to offer healthy nutritious foods your baby, in time, will learn healthy eating patterns.



Do try rejected foods again later. Sometimes it can take up to ten attempts (at different meals) before your baby accepts a new food.



Department of Human Nutrition, Department of Medicine and Department of Women's and Children's Health
University of Otago
P. O. Box 56, Dunedin
Email: bliss@otago.ac.nz Phone: (03) 471 6063

version 23.7.2013

