



UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA
FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

**BABY LED WEANING: INFORMACIÓN QUE TIENEN LOS PEDIATRAS
SOBRE EL MÉTODO Y SU RECOMENDACIÓN**

Tesista: Verónica Andrea Fiorentini

Tutores de tesis: Lic. Ma. Belén Agustini, Lic. Nicolás Nocino

Título a obtener: Licenciada en Nutrición

Licenciatura en Nutrición

Marzo 2021

ACRÓNIMOS

AAP: Academia Americana de Pediatría

AC: Alimentación complementaria

ACO: Alimentación complementaria oportuna

BLISS: Baby Introduction to Solids

BLW: Baby Led Weaning

Kcal: kilocalorías

LM: Leche materna

OMS: Organización Mundial de la salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

SAP: Sociedad Argentina de Pediatría

Unicef: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

RESUMEN

Objetivos: Conocer cuál es la información que tienen los profesionales de la salud sobre el método BLW.

Material y métodos: Estudio no experimental, descriptivo, de corte transversal, hecho en base a una encuesta de 16 preguntas.

Resultados: De 133 pediatras encuestados, el 90% recomienda el inicio de la AC a partir de los 6 meses. Ningún profesional encuestado recomienda que la AC deba comenzar a los 4 meses. El 44% encuestado manifestó no recomendar el método BLW, el 56% sí lo hace. El 97% de los pediatras hace una recomendación de alimentos desaconsejados antes del primer año de vida. Sólo el 3% no realiza recomendaciones. El 47% respondió que no existen incidencias entre el BLW y casos de ahogamiento, el 17% respondió que sí existe y el 36% no sabe. El 53%, manifestó que no existe una incidencia entre el método de alimentación complementaria BLW y casos de déficit de nutrientes, el 35% respondió que no sabe si existe incidencia y el 12% del total asegura que sí hay incidencia. De la totalidad de encuestados el 4%, manifestó hacer interconsultas con nutricionistas diariamente y el 24%, asegura nunca realizar interconsultas con nutricionistas.

Conclusión: A pesar de que la mayoría de los pediatras encuestados, manifestaron obtener buenos resultados al implementar el método, los pediatras que no lo recomiendan, respondieron que se debe a falta de reconocimiento oficial del mismo. Es esencial el respaldo oficial del método, para así disipar cualquier duda que los profesionales puedan tener. Que sea un proceso respetuoso y dónde primen las necesidades individuales del bebé y el acompañamiento de su familia y demás profesionales de la salud, para garantizar que su desarrollo genere su máximo potencial genético.

Palabras Claves: Alimentación complementaria – Baby-Led Weaning – BLW – Alimentación dirigida por el bebé – Alimentación autorregulada por el bebé – Alimentación respetada - Nutrición infantil – Nutrición en primera infancia

PRÓLOGO

Durante estos años, pude afirmar no sólo mi vocación, sino también el papel como profesionales que tenemos en esta sociedad.

Pilares en cuanto a salud y brindando herramientas esenciales para que, tanto a nivel individual como a nivel poblacional, podamos garantizar, que cada individuo y su entorno, puedan gozar de hábitos alimentarios saludables respetando en cada caso, su idiosincrasia.

Principalmente debemos, como profesionales de la salud, recibir capacitaciones que nos permitan poder brindar la mejor atención para los tiempos que vivimos.

El tema que elegí para el desarrollo de esta tesis, el método para el inicio de la alimentación complementaria Baby Led Weaning, es un claro ejemplo de cómo los profesionales de la salud, debemos estar actualizados constantemente respecto a los avances científicos, para así poder brindarles a nuestros consultantes y sus familias, las mejores recomendaciones.

AGRADECIMIENTOS

En primera instancia quiero agradecer a la universidad y al grupo de docentes que durante estos cuatro años me acompañaron al transitar este camino, de manera directa o indirecta, al brindarme las herramientas para poder lograr los objetivos que fui planteándome en este proceso y que hoy culminan con la finalización de esta etapa tan esperada.

Agradecer también a la Sociedad Argentina de Pediatría, que tan amablemente colaboraron en la distribución de la encuesta, también agradecerles por la invitación para discutir este tema que elegí, junto con el comité de nutrición.

Gracias a mis tutores, Lic. Ma. Belén Agustini y Lic. Nicolás Nocino, por sus aportes en el proceso de la elaboración de esta tesis, en el análisis meticuloso, las críticas constructivas y las recomendaciones y, sobre todo, la paciencia y la vocación que me transmitieron.

Por último, quiero agradecer a mis hijos, **Valent** y **Joako**; y a mi marido **Nacho**, por la paciencia y el apoyo durante estos años, no podría haberlo logrado sin ellos; a mi familia, por ser incondicionales y la motivación que me dieron, que me mantuvo siempre con los brazos en alto; a mis amigos, por creer en mí y en mis expectativas.

Este viaje no podría haber sido mejor.

Vero

ÍNDICE

ACRÓNIMOS	1
RESUMEN	2
PRÓLOGO	3
AGRADECIMIENTOS	4
INTRODUCCIÓN	6
JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	9
PLANTEO DEL PROBLEMA	9
OBJETIVOS	9
HIPÓTESIS	9
MARCO TEÓRICO	10
Antecedentes	10
MARCO CONCEPTUAL	28
Desarrollo del sujeto	28
Introducción de la alimentación complementaria	33
Ventajas y desventajas del método	47
Posturas sobre la implementación de la alimentación complementaria	50
Relación entre métodos	52
Baby led Weaning en Argentina	53
MARCO METODOLÓGICO	55
Área de estudio	55
Tipo de estudio	55
Universo	55
Criterios de inclusión	55
Criterios de exclusión	55
Población objetivo	55
Muestra	56
Variables	56
Técnicas de recolección de datos	57
Instrumentos	57
RESULTADOS	58
CONCLUSIÓN	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXO	70
Encuesta	70

INTRODUCCIÓN

El desarrollo del sujeto en los primeros años de vida es de suma importancia para desarrollar su máximo potencial genético. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, garantizando cubrir los requerimientos nutricionales del bebé. Pasado este tiempo, son necesarios otros nutrientes para suplir las demandas nutricionales de los niños y niñas, debido a su alto ritmo de crecimiento.

La Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) recomienda el comienzo de la alimentación complementaria a partir de los 6 meses, entendida como cualquier alimento diferente a la leche materna o de fórmula infantil, para complementar y no sustituir, la lactancia materna. Tanto la OMS, como otros organismos internacionales coinciden en estas recomendaciones.

Hay muchas teorías de cómo iniciar la alimentación complementaria. En nuestro país, las recomendaciones oficiales sostienen que sea mediante la incorporación de papillas, conocidos también como alimentos de transición, para pasar paulatinamente a los alimentos sólidos, siempre observando las señales que el niño o la niña manifiesten de acuerdo con su desarrollo físico, motor y cognitivo, con el fin de que se incorpore a la mesa familiar en el transcurso del primer año de vida.

Hace algunos años, en redes sociales y de la mano de Gill Rapley¹, una enfermera, partera y puericultora, autora de varios libros; aparece un nuevo método para iniciar la alimentación complementaria, llamado “Baby - Led Weaning” (BLW) conocido también como “alimentación autorregulada” o “alimentación complementaria a demanda”. Este método propone observar las señales de desarrollo que van mostrando que el niño está listo y preparado tanto física como cognitivamente para incorporarse de una manera activa a la mesa familiar. Introducir los alimentos sólidos, en una primera instancia, sin necesidad de utilizar cuchara. Se trata de un abordaje respetuoso, una alimentación a demanda de las necesidades del bebé. Brindándole la posibilidad de saborear los alimentos, conocer sus colores, sus texturas y cubriendo las necesidades de los nutrientes considerados críticos en estos meses de edad, estando siempre en contacto con los bebés

¹ Biografía disponible en: <http://www.rapleyweaning.com/biography.php>

para evitar posibles atragantamientos, ofreciendo los alimentos de manera que sean ellos los que controlan su ingesta, atendiendo al que, al cómo y al cuándo comer. El método Baby-Led modificado, conocido como Baby Introduction to SolidS (BLISS) se trata de ofrecer los alimentos respetando las señales de hambre y saciedad como establece el método BLW, ofreciendo los alimentos de las texturas y formas adecuadas al desarrollo que muestre el bebé, pero hace hincapié en los alimentos ricos en hierro y energía, para garantizar que se cubran en cada comida.

En la actualidad, los distintos métodos, el conocimiento de cada uno y la posibilidad de elegir cual se adapte mejor a las necesidades y posibilidades de cada familia, sabiendo que no presentan riesgo alguno, siempre que se preste atención a las señales de desarrollo del bebé, se respete la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses inclusive y se busque el acompañamiento del profesional capacitado; puedan lograr entonces transitar este camino de la mejor manera, para crear buenos hábitos alimentarios y lograr homogeneizar el momento de la alimentación incorporando al niño a la mesa familiar.

Es imperioso que los distintos profesionales de la salud, que acompañan a las familias en el inicio de la alimentación complementaria, estén preparados para hacerlo desde el respeto y sobre todo con información actualizada, garantizando el adecuado crecimiento del niño, respetando su autonomía.

En España, las recomendaciones oficiales nombran los distintos métodos y detallan los puntos para tener en cuenta para implementarlos correctamente, atendiendo a las características que debe mostrar el niño para considerarlo apto para el inicio de la alimentación complementaria, de qué manera se va a comenzar, con qué alimentos, de qué forma presentarlos, con qué frecuencia y cuáles no deben faltar para cubrir los nutrientes considerados de riesgo.

En Argentina, no hay recomendaciones oficiales; sí existen blogs, páginas en diferentes plataformas como Instagram o Facebook, distintos pediatras, puericultoras, nutricionistas, comparten sus experiencias y recetas en las redes. En el mes de septiembre del 2020, se creó la primera “Escuela virtual Argentina de Baby-Led Weaning”², que brinda una actualización en alimentación complementaria y Baby Led Weaning. Sabrina Critzmann,

² Escuela Argentina de BLW. Enlace: <https://www.instagram.com/escuelaargentina.deblw/>

Médica Pediatra (MN 148279) y puericultora; y Naida Porreca, Medica Cirujana (UNR-MP 18929) son sus directoras.

Este trabajo busca indagar sobre el conocimiento que tienen los pediatras de Rosario sobre el método de alimentación complementaria BLW, si el mismo es recomendado o no; y por qué.

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El método BLW, es una manera de introducir la alimentación complementaria autorregulada por el bebé. Debido a la falta de posicionamiento oficial sobre el tema, tanto médicos pediatras, nutricionistas, como cuidadores no lo consideran una opción para el inicio de la alimentación complementaria, no permitiendo que los niños lo adopten y mejoren tanto sus habilidades psicomotrices como así también, se familiaricen con las diferentes texturas, colores y sabores de cada alimento, que los ayudará a formar correctos hábitos alimentarios y favorecer sus aptitudes cognitivas.

PLANTEO DEL PROBLEMA

¿La falta de posicionamiento oficial sobre el método Baby-Led Weaning condicionan las recomendaciones de los pediatras para el inicio de la alimentación complementaria?

OBJETIVOS

❖ Objetivo general

- Conocer cuál es la información que tienen los profesionales de la salud sobre el método BLW.

❖ Objetivos específicos

- Conocer si el método BLW es recomendado.
- Investigar los riesgos que presenta la implementación del método BLW.
- Indagar si los pediatras realizan interconsultas o derivaciones a los Licenciados en Nutrición

HIPÓTESIS

La falta de posicionamiento oficial sobre el método Baby-Led Weaning condiciona las recomendaciones de los pediatras sobre los diferentes métodos para el inicio de la alimentación complementaria.

MARCO TEÓRICO

Antecedentes

Experiencias de madres con alimentación complementaria: enfoques convencionales y liderados por bebés

Objetivo. Los comportamientos alimentarios de por vida se forman en la infancia con la introducción de alimentos sólidos (alimentación complementaria). Un enfoque convencional de la alimentación complementaria, que incluye la alimentación con cuchara de alimentos en puré, ha sido durante mucho tiempo el estándar. El destete dirigido por el bebé es un enfoque contemporáneo mediante el cual se anima al bebé a elegir qué y cuánto comer. Las madres navegan por las decisiones sobre qué y cómo introducir alimentos a su bebé de diversas maneras. Este estudio se propuso explorar los enfoques de alimentación complementaria de las mujeres.

Métodos. Un estudio cualitativo que utilizó foto voces y grupos focales generó datos que proporcionaron información sobre las experiencias vividas por las mujeres sobre la alimentación complementaria. Se tomaron muestras deliberadamente de trece mujeres y los datos se analizaron de acuerdo con la fenomenología descriptiva.

Resultados. De los datos surgieron tres temas recurrentes. Los enfoques de las mujeres hacia la alimentación complementaria fueron mediados por la "confianza", la "conveniencia" y la toma de decisiones que estaban "basadas en valores versus prácticas". La confianza se manifiesta de diversas formas, incluida la confianza en el bebé, la confianza en los propios instintos de la mujer y la tensión entre las presiones sociales y la confianza en uno mismo.

Conclusiones. También se observaron diferencias entre las mujeres que siguieron un enfoque convencional versus un enfoque dirigido por bebés en las percepciones de conveniencia y el proceso de toma de decisiones. Este estudio proporciona información sobre cómo y por qué las mujeres eligen determinadas prácticas de alimentación y puede utilizarse para equipar mejor a los profesionales de la salud para que trabajen con las nuevas madres en la provisión de apoyo alimentario realista y matizado.³

³ Swanepoel, L, Henderson, J, Maher, J. Mothers' experiences with complementary feeding: Conventional and baby-led approaches. *Nutr Diet*. 2020; 77: 373– 381. Obtenido de: <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12566>

Diferencias en la composición dietética entre lactantes y niños introducidos a los alimentos complementarios que utilizan el destete dirigido por bebés y la alimentación con cuchara tradicional

Antecedentes: El destete dirigido por el bebé (BLW) es un método para introducir alimentos sólidos a los bebés, que se centra en los alimentos familiares de autoalimentación infantil. BLW ha ganado popularidad durante los últimos 10 años; sin embargo, aunque la investigación está comenzando a basarse en la seguridad y el impacto del método, la investigación que examina la ingesta es escasa. Esto es importante porque los proveedores de atención médica han expresado su preocupación con respecto a la suficiencia de nutrientes y energía de BLW. El presente estudio tuvo como objetivo investigar la exposición a diferentes tipos de alimentos con base en diferentes enfoques de destete.

Métodos: Ciento ochenta padres completaron un retiro de 24 horas de los alimentos que se les dieron a sus bebés de 6 a 12 meses. Los encuestados se dividieron en los que siguieron BLW estricto, BLW suelto y alimentación tradicional con cuchara. Se examinaron los retiros del mercado para determinar el número de veces que en 24 h los lactantes recibieron diferentes tipos de alimentos, incluidos los que contienen hierro. Luego, los resultados se compararon entre diferentes grupos de destete y grupos de edad.

Resultados: Se encontraron varias diferencias significativas entre la frecuencia de alimentos consumidos por los diferentes grupos de destete y edad: en el grupo de edad más joven, los lactantes BLW estrictos tenían más probabilidades de estar expuestos a verduras ($P = 0,000$) y proteínas ($P = 0,002$) que bebés tradicionalmente destetados, mientras que, en todos los grupos de edad, el grupo tradicionalmente destetado tuvo la mayor exposición a las comidas compuestas. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en la exposición informada a alimentos que contienen hierro entre los grupos de destete a cualquier edad. La edad materna, la educación y el método de alimentación con leche se controlaron a lo largo de los análisis.

Conclusiones: Los hallazgos se suman a un creciente cuerpo de evidencia que sugiere que un enfoque BLW puede ser seguro y suficiente.⁴

El método Baby-Led Weaning en el contexto de una alimentación complementaria: una revisión.

Objetivo: Revisar los hallazgos científicos sobre el método de destete dirigido por bebés (BLW) en el contexto de la alimentación complementaria.

Fuentes de datos: Dos examinadores independientes realizaron búsquedas en la base de datos del Sistema de recuperación y análisis de literatura médica en línea (MEDLINE) / PubMed en agosto de 2016. No se definió un período de tiempo para las fechas de publicación. Se utilizaron los siguientes descriptores: "destete dirigido por el bebé" O "dirigido por el bebé" O "BLW". Los criterios de inclusión fueron: estudios originales que estaban disponibles en inglés y que abordaban el método BLW. Los criterios de exclusión fueron: referencias en otros idiomas, artículos de opinión y revisiones de la literatura, editoriales y publicaciones que no detallaran el tema pretendido. De las 97 referencias identificadas, 13 se incluyeron en la síntesis descriptiva.

Síntesis de datos: el grupo de bebés BLW, en comparación con el grupo de alimentación tradicional, era menos propenso a tener sobrepeso, era menos exigente con los alimentos y comía los mismos alimentos que la familia. El número de episodios de asfixia no difirió entre los grupos. Las madres que optaron por la implementación de BLW tenían niveles más altos de escolaridad, ocupaban puestos gerenciales en el trabajo y tenían más probabilidades de haber amamantado hasta el sexto mes de vida del niño. Se expresaron inquietudes sobre los desórdenes que se producían durante las comidas, el desperdicio de alimentos y la asfixia, pero la mayoría de las madres recomendaron adoptar el método. Los profesionales de la salud dudaban en indicar este método.

Conclusiones: BLW fue recomendado por madres que siguieron el método con sus propios hijos. Sin embargo, se han informado preocupaciones que, junto con los temores

⁴ Rowan H., Lee M., Brown A. Differences in dietary composition between infants introduced to complementary foods using Babyled weaning and traditional spoon feeding. J Hum Nutr Diet. 2019; 32, 11–20 Obtenido de: <https://doi.org/10.1111/jhn.12616>

de los profesionales sobre la incapacidad de los bebés para alimentarse por sí mismos, reflejan una falta de conocimiento sobre el método.⁵

¿Es el enfoque del destete liderado por bebés una opción efectiva para introducir primeros alimentos? Una revisión de la literatura

Objetivo: Analizar la eficacia del Baby-Led Weaning (BLW), el riesgo de atragantamiento, deficiencia de hierro y zinc, retraso del crecimiento relacionado con BLW y conocimiento sobre BLW en madres y profesionales de la salud.

Método: La estrategia de búsqueda involucró las bases de datos Science Direct y Google Scholar en 2013-2018. Se analizaron nueve artículos relacionados con la investigación sobre BLW.

Resultados: La evidencia en estos artículos muestra que BLW es bueno para la autorregulación en el infante; el riesgo de asfixia, deficiencia de hierro y zinc y retraso del crecimiento es bajo en BLW con el programa Baby-Led Introduction to SolidS (BLISS), y las madres prefieren escuchar a otra madre que practique BLW en lugar de profesionales de la salud.

Conclusión: BLW es útil para hacer que los bebés sean independientes mediante un proceso de autoalimentación. El estudio longitudinal a largo plazo es necesario para explorar más sobre BLW de acuerdo con su adecuación nutricional, ingesta, patrones de alimentación, preferencia de alimentos, seguridad y tendencia de crecimiento.⁶

⁵ Arantes, A., Neves, F. S., Campos, A., & Pereira Netto, M. The baby-led weaning method (blw) in the context of complementary feeding: a review. método baby-led weaning (blw) no contexto da alimentação complementar: uma revisão. Revista paulista de pediatria : orgao oficial da Sociedade de Pediatria de Sao Paulo, 2019; 36(3), 353–363. Obtenido de: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2018;36;3;00001>

⁶ Utami AF, Wanda D. Is the baby-led weaning approach an effective choice for introducing first foods? A literature review. Enfermería Clínica. 2019 Sep;29 Suppl 2:87-95. DOI: 10.1016/j.enfcli.2019.04.014. Obtenido de: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.014>

¿Cómo orientan los pediatras de atención primaria la alimentación complementaria?

Objetivos: evaluar las actitudes de los pediatras de Atención Primaria de nuestro medio sobre la alimentación complementaria y revisar las publicaciones relacionadas con la modalidad baby-led weaning.

Material y método: estudio descriptivo mediante la elaboración de una encuesta con 36 preguntas relacionadas con la alimentación complementaria y conocimientos sobre baby-led-weaning. Su distribución se realizó mediante correo electrónico a través de la lista de correo de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.

Resultados: se analizaron los datos de 579 encuestas. El 95,3% de los pediatras emplean una hoja informativa, en un 28,6% de elaboración propia. La edad a la que recomiendan el inicio de la alimentación complementaria es en el 60,6% de los casos los seis meses, en el 24,9% los cinco meses y en el 10,7% los cuatro meses, siendo el cereal el alimento preferido para iniciarla en el 39,4% de los casos. El 61,1% aconsejan iniciar la alimentación complementaria con cuchara, el 21,4% con biberón y un 17,4% no especifica cómo hacerlo. El 54,6% aconseja la masticación tan pronto como el niño tiene interés y hasta un 10,7% no la recomienda hasta que el niño no tenga el año de edad. El 79,4% conoce la modalidad baby-led-weaning, el 45,3% la recomienda en ocasiones y un 6,6% siempre. Las principales razones para no indicarlo son la falta de información (67,2%), la escasa evidencia científica (10,6%) y el temor a que el niño presente atragantamientos (10,6%).

Conclusiones: hay gran variabilidad en los consejos sobre alimentación complementaria entre los pediatras encuestados. La técnica más usada sigue siendo en nuestro medio la tradicional. Cada vez son más los pediatras que conocen la técnica del baby-led-weaning, pero pocos los que se sienten preparados para aconsejarla siempre.⁷

⁷ Martínez Rubio, Ana, Cantarero Vallejo, M^a Dolores, & Espín Jaime, Beatriz. (2018). ¿Cómo orientan los pediatras de Atención Primaria la alimentación complementaria?. *Pediatría Atención Primaria*, 20(77), 35-44. Recuperado en 09 de febrero de 2021, obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000100006&lng=es&tlng=es.

Impacto de una versión modificada del destete liderado por bebés en la ingesta de alimentos y nutrientes para lactantes: el ensayo controlado aleatorizado de BLISS

A pesar del creciente interés internacional en el destete dirigido por bebés (BLW), no sabemos casi nada sobre la ingesta de alimentos y nutrientes en los bebés siguiendo los enfoques dirigidos por bebés para la alimentación infantil. El objetivo de este artículo fue determinar el impacto del BLW modificado (es decir, Introducción a SolidS dirigida por el bebé; BLISS) en la ingesta de alimentos y nutrientes a los 7-24 meses de edad. Doscientas seis mujeres reclutadas al final del embarazo se asignaron al azar a los grupos Control (n = 101) o BLISS (n = 105). Todos los participantes recibieron cuidado de niño sano estándar. Las participantes de BLISS también recibieron apoyo de consultoras de lactancia durante seis meses y sesiones educativas sobre BLISS (5.5, 7 y 9 meses). Se recopilaron registros de dieta ponderada de tres días para los bebés (7, 12 y 24 meses). En comparación con el grupo de control, los bebés BLISS consumieron más sodio (diferencia porcentual, IC del 95%: 35%, 19% a 54%) y grasa (6%, 1% a 11%) a los 7 meses, y menos grasa saturada (- 7%, -14% a -0,4%) a los 12 meses. No se observaron diferencias aparentes a los 24 meses de edad, pero la mayoría de los lactantes de ambos grupos tenían ingestas excesivas de sodio (68% de los niños) y azúcares añadidos (75% de los niños). En general, BLISS parece dar como resultado una dieta que es tan nutricionalmente adecuada como la alimentación tradicional con cuchara, y puede abordar algunas inquietudes sobre la idoneidad nutricional del BLW sin modificar. Sin embargo, los bebés BLISS y Control tenían ingestas elevadas de sodio y azúcares añadidos a los 24 meses que son preocupantes.⁸

Impacto de una versión modificada del destete llevado por bebé en la ingesta y el estado de hierro: una prueba controlada aleatorizada

Objetivo: determinar la ingesta de hierro y el estado de los bebés después de una versión del destete dirigido por el bebé (BLW) modificada para prevenir la deficiencia de hierro

⁸ Williams Erickson L., et al. Impact of a Modified Version of Baby-Led Weaning on Infant Food and Nutrient Intakes: The BLISS Randomized Controlled Trial. *Nutrients*. 2018 Jun 7;10(6):740. doi: 10.3390/nu10060740. PMID: 29880769; PMCID: PMC6024590.) Obtenido de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29880769/>

(Baby-Led Introduction to Solids; BLISS) en comparación con los de los bebés que siguen la alimentación tradicional con cuchara.

Diseño, participantes e intervención: este ensayo controlado aleatorio incluyó a 206 participantes asignados a grupos de control (n = 101) o BLISS (n = 105). Ambos grupos recibieron atención estándar de partería y "niño sano". Los participantes de BLISS recibieron ocho visitas adicionales (desde antes del nacimiento hasta los 9 meses) que proporcionaron educación y apoyo sobre el enfoque de BLISS para la alimentación complementaria (es decir, BLW modificado para aumentar la ingesta de hierro). El resultado principal del estudio BLISS (crecimiento) se informó anteriormente. Este documento informa los resultados secundarios clave preespecificados, la ingesta de hierro y el estado del hierro.

Medidas de resultado: La ingesta de hierro y los modificadores clave de la absorción se evaluaron utilizando registros pesados de dieta de 3 días a los 7 y 12 meses. Se recogió una muestra de sangre por punción venosa a los 12 meses para determinar las concentraciones plasmáticas de ferritina, hemoglobina, receptor soluble de transferrina, proteína C reactiva y glucoproteína ácida α_1 ; y se calculó el hierro corporal.

Resultados: Las diferencias en la mediana de la ingesta de hierro en la dieta entre los grupos de control y BLISS no fueron significativas a los 7 (diferencia 0,6 mg / día; IC del 95%: -1,0 a 2,3) o 12 (-0,1 mg / día; -1,6 a 1,4) meses de edad. Del mismo modo, no hubo diferencias significativas en la concentración de ferritina plasmática (diferencia -2,6 μ g / L; IC del 95%: -10,9 a 5,8), hierro corporal (0,04 mg / kg; -1,1 a 1,2) o la prevalencia de reservas de hierro agotadas, al principio deficiencia funcional de hierro o anemia ferropénica (todas $p \geq 0,65$) a los 12 meses de edad.

Conclusiones: Un enfoque de alimentación complementaria dirigido por bebés no parece aumentar el riesgo de deficiencia de hierro en los bebés cuando se aconseja a sus padres que ofrezcan alimentos con "alto contenido de hierro" en cada comida.⁹

⁹ Daniels L., et al. Impact of a modified version of baby-led weaning on iron intake and status: a randomised controlled trial. BMJ Open. 2018 Jun 27;8(6):e019036. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019036. PMID: 29950456; PMCID: PMC6020950.) Obtenido de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29950456/>

Baby-led weaning vs. Spoon feeding. Impacto nutricional y riesgo de ahogo. Revisión sistemática.

Introducción: Baby-Led Weaning (BLW) es un método alternativo para la introducción de la alimentación complementaria en el cual se ofrece al niño alimentos de fácil masticado que formen parte de la dieta de los padres. El hecho que la alimentación sea controlada por el niño permitiría una mejor autorregulación y el consecuente desarrollo de hábitos alimentarios saludables. Considerando la actual epidemia de sobrepeso y obesidad, ¿podría este método favorecer un peso más adecuado en nuestros niños? ¿Cuáles son sus riesgos?

Objetivos: Evaluar la literatura disponible con respecto a BLW vs. el método tradicional, en términos de impacto nutricional y riesgo de ahogo en niños sanos mayores de 6 meses.

Metodología: Se utilizaron las bases de datos MEDLINE, LILACS y COCHRANE y la literatura gris a través de Scholar Google. Además, se revisó la bibliografía al final de cada artículo y se contactaron expertos en el tema. Se utilizaron las palabras “Baby-Led Weaning”, “Spoon Feeding”, “risk of choking” y “weight”.

Resultados: Se hallaron 22 artículos con la estrategia planteada de los cuales 9 se relacionaban con nuestro interrogante. Se incluyeron 6 artículos en total: una revisión sistemática, un ensayo clínico controlado aleatorizado y 4 estudios de corte transversal, de calidad metodológica variable. Se descartaron un ECA que se encuentra en proceso y 2 artículos que

resultaron inaccesibles. 4 artículos sugieren que el BLW previene la obesidad, aunque 2 afirman que se asocia a mayor riesgo de bajo peso. 3 artículos consideran que los niños que realizan BLW están más expuestos a alimentos con riesgo de ahogo. Sin embargo, en un ensayo clínico no se hallaron diferencias entre uno y otro grupo.

Conclusión: En un mundo donde los índices de obesidad se encuentran en aumento, BLW se presenta como un método alternativo de introducción de alimentación complementaria que favorece un peso más saludable, con mínimos riesgos. Sin embargo, se requiere un estudio de mayor calidad metodológica para probar esta hipótesis.¹⁰

¹⁰ Conte Grand M.et al. Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan [Internet] 2017. Publicación N° 342: Obtenido de: https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/files_resumenes-trabajos-libres-conarpe-2017_1506640090.pdf

Efecto de un enfoque baby-led para la alimentación complementaria sobre el crecimiento y sobrepeso infantil: un ensayo clínico aleatorizado

Importancia: Se proponen enfoques dirigidos por bebés para la alimentación complementaria, que promueven la autoalimentación de todos los alimentos no líquidos para mejorar la autorregulación energética y reducir el riesgo de obesidad. Sin embargo, hasta la fecha, ningún ensayo clínico aleatorizado ha estudiado esta propuesta.

Objetivo: Determinar si un enfoque de alimentación complementaria dirigido por un bebé da como resultado un índice de masa corporal (IMC) más bajo que la alimentación con cuchara tradicional.

Diseño, entorno y participantes: el ensayo clínico aleatorio de 2 años de Introducción a los sólidos dirigido por un bebé (BLISS) reclutó a 206 mujeres (168 [81,6%] de ascendencia europea; 85 [41,3%] primíparas) al final del embarazo desde el 19 de diciembre de 2012, hasta el 17 de marzo de 2014, como parte de una intervención comunitaria en Dunedin, Nueva Zelanda. Las mujeres fueron asignadas al azar a una condición de control (n = 101) o la intervención BLISS (n = 105) después de la estratificación por paridad y educación. Todos los resultados fueron recopilados por personal cegado a la asignación al azar del grupo y ningún participante se retiró debido a un evento adverso. Los datos se analizaron según la intención de tratar.

Intervenciones: Las madres del grupo BLISS recibieron apoyo de un consultor de lactancia (≥ 5 contactos) para extender la lactancia materna exclusiva y retrasar la introducción de alimentos complementarios hasta los 6 meses de edad y 3 contactos personalizados cara a cara (a los 5,5, 7,0 y 9,0 meses).

Resultados y medidas principales: El resultado primario fue la puntuación z del IMC (a los 12 y 24 meses). Los resultados secundarios incluyeron la autorregulación energética y los comportamientos alimentarios evaluados con cuestionarios a los 6, 12 y 24 meses y la ingesta energética evaluada con registros de dieta ponderada de 3 días a los 7, 12 y 24 meses.

Resultados: Entre los 206 participantes (edad media [DE], 31,3 [5,6] años), 166 estaban disponibles para el análisis a los 24 meses (retención, 80,5%). La puntuación z media (DE) del IMC no fue significativamente diferente a los 12 meses (grupo de control, 0,20 [0,89]; grupo BLISS, 0,44 [1,13]; diferencia ajustada, 0,21; IC del 95%, -0,07 a 0,48) ni a los 24 meses (grupo de control, 0,24 [1,01]; grupo BLISS, 0,39 [1,04]; diferencia

ajustada, 0,16; IC del 95%, -0,13 a 0,45). A los 24 meses, 5 de 78 bebés (6,4%) tenían sobrepeso ($\text{IMC} \geq$ percentil 95) en el grupo de control en comparación con 9 de 87 (10,3%) en el grupo BLISS (riesgo relativo, 1,8; IC del 95%, 0,6-5,7). Se observó una menor capacidad de respuesta a la saciedad en los bebés BLISS a los 24 meses (diferencia ajustada, -0,24; IC del 95%, -0,41 a -0,07). Los padres también informaron menos irritabilidad por la comida (diferencia ajustada, -0,33; IC del 95%, -0,51 a -0,14) y un mayor disfrute de la comida (diferencia ajustada, 0,25; IC del 95%, 0,07 a 0,43) a los 12 meses en los bebés BLISS. Las diferencias estimadas en la ingesta energética fueron 55 kJ (IC del 95%, -284 a 395 kJ) a los 12 meses y 143 kJ (IC del 95%, -241 a 526 kJ) a los 24 meses.

Conclusiones y relevancia: Un enfoque de la alimentación complementaria dirigido por el bebé no resultó en un IMC más apropiado que la alimentación con cuchara tradicional, aunque se informó que los niños tenían menos inquietud por la comida. La investigación adicional debería determinar si estos hallazgos se aplican a las personas que utilizan el destete dirigido por bebés sin modificar.¹¹

¿Cuán diferentes son el destete dirigido por bebés y la alimentación complementaria convencional? Un estudio transversal de lactantes de 6 a 8 meses

Objetivos: comparar la ingesta de alimentos, nutrientes y "comidas familiares" de los bebés después del destete dirigido por el bebé (BLW) con las de los bebés que siguen un enfoque más tradicional de alimentación con cuchara (TSF) para la alimentación complementaria

Diseño del estudio y participantes: estudio transversal de la ingesta dietética y los comportamientos alimentarios en 51 lactantes de la misma edad y sexo (n = 25 BLW, 26 TSF) de 6 a 8 meses de edad.

Métodos: Los padres completaron un cuestionario y pesaron los registros de dieta (WDR) en 1 a 3 días no consecutivos, para investigar la ingesta de alimentos y nutrientes, el grado

¹¹ Taylor RW., et al. Effect of a Baby-Led Approach to Complementary Feeding on Infant Growth and Overweight: A Randomized Clinical Trial. JAMA Pediatr. 2017 Sep 1;171(9):838-846. doi: 10.1001/jamapediatrics.2017.1284. PMID: 28692728; PMCID: PMC5710413.)Obtenido de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30074671/>

en que los bebés se alimentaban por sí mismos o alimentados por los padres y la participación del bebé en la “comida familiar”

Resultados: Los bebés BLW tenían más probabilidades que los bebés TSF de haberse alimentado ellos mismos con la totalidad o la mayor parte de sus alimentos al comenzar la alimentación complementaria (67% vs 8%, $p < 0,001$). Aunque no hubo una diferencia estadísticamente significativa en el gran número de bebés que consumieron alimentos que se cree que presentan un riesgo de asfixia durante el WDR (78% vs 58%, $p = 0,172$), el IC fue amplio, por lo que no podemos descartar una mayor probabilidad con BLW (OR, IC del 95%: 2,57; 0,63 a 10,44). No se observaron diferencias en la ingesta de energía, pero los lactantes BLW parecieron consumir más grasas totales (48% vs 42% de energía, $p < 0,001$) y saturadas (22% vs 18% de energía, $p < 0,001$) y menos hierro (1,6 vs 3,6 mg, $p < 0,001$), zinc (3,0 frente a 3,7 mg, $p = 0,001$) y vitamina B12 (0,2 frente a 0,5 μg , $p < 0,001$) que los lactantes con TSF. Los bebés BLW tenían más probabilidades de comer con su familia en el almuerzo y en la cena (ambos $p \leq 0,020$).

Conclusiones: Los bebés que siguieron BLW tenían ingestas de energía similares a las de los que siguieron TSF y comían comidas familiares con más regularidad, pero parecían tener ingestas más altas de grasas y grasas saturadas y menores ingestas de hierro, zinc y vitamina B12. A una alta proporción de ambos grupos se les ofrecieron alimentos que se pensaba que presentaban un riesgo de asfixia.¹²

¿Están justificados los alimentos tipo papilla para lactantes de seis meses? ¿qué nos dice la evidencia?

Discusiones y conclusiones. En los últimos años, la mayor parte de la investigación en torno al período de alimentación complementaria se ha centrado en el momento de la introducción de nuevos alimentos, en función de los requisitos nutricionales percibidos, el desarrollo del intestino y el sistema inmunológico y, más recientemente, el riesgo de alergia. El desarrollo de las habilidades motoras orales del bebé se ha ignorado en gran medida, con el resultado de que el énfasis se ha puesto en los alimentos en sí mismos y la aceptación de nuevos sabores, en lugar de hacer coincidir la consistencia de los primeros

¹² Morison, B. J., et al. How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6-8 months. 2016. BMJ open, 6(5), e010665. Obtenido de: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010665>

alimentos con las habilidades alimentarias actuales del bebé. Una búsqueda en la literatura no reveló evidencia que apoye el uso rutinario de alimentos en puré para bebés de seis meses con un desarrollo normal y saludable.

Más bien, la investigación disponible sugiere que la insistencia en los purés al comienzo del destete puede tener consecuencias negativas:

- Los purés pueden ser más difíciles de manejar para los bebés que comienzan a ser capaces de masticar que los alimentos masticables. También pueden impedir el desarrollo de habilidades motoras orales más avanzadas.
- Hacer puré reduce la oportunidad de que los bebés aprendan a reconocer los alimentos por su apariencia y a confiar en su capacidad para hacerlo. Esto puede llevar a la desconfianza, tanto con alimentos previamente experimentados, con los mismos alimentos en otros formatos, como con alimentos nuevos, contribuyendo potencialmente a la neofobia y a los quisquillosos. También reduce las oportunidades para que los padres modelen las elecciones de alimentación que desean que tomen sus hijos.
- Hacer puré priva a los bebés de la oportunidad de experimentar diferentes texturas y puede causar distorsión de los sabores. Cualquiera de estos efectos puede afectar el disfrute de las comidas, ya sea en el momento o cuando finalmente se introduzcan los alimentos masticables.
- El uso excesivo de purés puede tener implicaciones para la salud, tanto en la infancia como más tarde. Los alimentos que se pueden tragar rápidamente pueden contribuir a un aumento de peso excesivo y una digestión menos eficiente, mientras que la falta persistente de movimientos de masticación puede contribuir a un crecimiento facial deficiente y, por lo tanto, a resultados adversos para la salud dental, respiratoria y auditiva.

Quizás más preocupante es la posibilidad de que el uso rutinario de purés en la infancia haya distorsionado nuestro aprendizaje sobre la alimentación de los bebés. Por ejemplo, aunque no se reconoce en general, la investigación sobre el desarrollo temprano de las preferencias alimentarias se ha centrado en las reacciones de los lactantes a los alimentos en puré, más que en sus respuestas a los alimentos en sí. Por lo tanto, Coulthard et al (2014), al encontrar que los bebés a los que se les introdujeron alimentos sólidos después de cinco meses y medio comieron menos puré nuevo que aquellos que habían comenzado con sólidos antes de esta edad, concluyeron que los bebés aceptan menos alimentos

nuevos cuando el inicio del destete ocurre a los seis meses o después que cuando ocurre antes. Una explicación alternativa puede ser que los bebés de seis meses simplemente aceptan menos que los bebés más pequeños los alimentos nuevos presentados como purés. De manera similar, el trabajo de Delaney (2010) plantea interrogantes sobre la precisión de nuestra comprensión del desarrollo normal de las habilidades orales-motoras, ya que la mayor parte de lo que sabemos se ha acumulado al estudiar a los bebés que están siendo, o han recibido, puré alimentos.

En resumen, si los purés no son necesarios, e incluso pueden ser dañinos, debemos reevaluar urgentemente su uso rutinario para los bebés que no los necesitan.¹³

¿Está justificada la alimentación con cuchara para lactantes de seis meses? ¿qué nos dice la evidencia?

Discusiones y conclusiones. Existe evidencia de que las actitudes hacia la comida y la alimentación se establecen, en gran medida, durante la infancia (Kelder et al, 1994; Ashcroft et al, 2008; Nicklaus, 2009), y que los dos primeros años pueden ser críticos en este sentido (Skinner et al, 2002). Y, sin embargo, parece que no se ha tenido en cuenta el posible impacto de la forma en que se alimenta a la mayoría de los lactantes una vez que comienza la alimentación complementaria. En cambio, la alimentación con cuchara se acepta como una característica normal de la infancia, hasta el punto en que las habilidades asociadas con el uso de la cuchara se describen como fundamentales para comer. Una búsqueda en la literatura revela que faltan pruebas que apoyen este punto de vista.

Por el contrario, parece que:

- ☐ los bebés de seis meses son capaces de alimentarse sin necesidad de cubiertos;
- ☐ una cuchara no es la herramienta más adecuada para manejar los alimentos;
- ☐ las cucharas son herramientas culturalmente específicas que no se utilizan en todas las sociedades;

¹³ Gill Rapley, PhD - Journal of Health Visiting in June 2016, copyright © MA Healthcare. Obtenido de: <http://www.magonlinelibrary.com/toc/johv/current>

- la alimentación con cuchara permite al cuidador asumir el control de la ingesta del bebé, con el consiguiente riesgo de sobrealimentación;
- la alimentación con cuchara permite al cuidador asumir el control del proceso de alimentación, con el consiguiente riesgo de conflicto a la hora de comer;
- la alimentación con cuchara requiere que el bebé aprenda habilidades complejas que no están en consonancia con su desarrollo físico espontáneo;
- la alimentación con cuchara puede prevenir o retrasar la adquisición de habilidades alternativas, tanto orales como motoras finas;
- la alimentación con cuchara mitiga las comidas compartidas.

Una conclusión ineludible es que la alimentación con cuchara persiste debido a las ventajas que tiene para el cuidador. De hecho, estas ventajas parecen impedirnos abordar las dificultades que presenta la alimentación con cuchara y, en cambio, nos llevan a buscar soluciones en otros lugares. Esto lo ilustra ampliamente Chatoor (2012), quien cita a una madre que se enfrentó al problema de 'negociar' con su hija de nueve meses sobre cuál de ellos sostendría la cuchara dándole la cuchara al infante. Desafortunadamente, el niño tardó tres meses en dominar su uso y no aumentó de peso durante ese tiempo. La conclusión de Chatoor es que la alimentación con cuchara por parte del niño no era apropiada, no que la alimentación con cuchara per se pudiera haber sido el problema.

Claramente, se necesita más investigación para determinar si es preferible permitir que los bebés se alimenten solos a alimentarlos con cuchara. Cooke (2014, p.26) lamenta el hecho de que un ensayo a gran escala (de destete dirigido por bebés) es poco probable, dada "la probabilidad muy remota de obtener el consentimiento de las madres para ser aleatorizadas a una intervención de alimentación infantil en gran parte no probada" (mi énfasis). Irónicamente, las palabras "no probado" e "intervención" describen con mayor precisión la actividad compleja y culturalmente definida de la alimentación con cuchara que la habilidad de desarrollo espontáneo de la autoalimentación. Evidencia, sin duda, de que necesitamos repensar urgentemente nuestro enfoque de la alimentación infantil.¹⁴

¹⁴ Gill Rapley, PhD - Journal of Health Visiting in August 2016, copyright © MA Healthcare - Obtenido de: <http://www.magonlinelibrary.com/toc/johv/current>

Estudio de introducción a los sólidos (baby-led): una prueba aleatorizada y controlada de un enfoque de baby-led para la alimentación complementaria

Antecedentes: en 2002, la Organización Mundial de la Salud recomendó que la edad de inicio de la alimentación complementaria se cambiara de 4 a 6 meses a 6 meses. Aunque este cambio de edad ha generado un debate sustancial, sorprendentemente se ha prestado poca atención a si también se deberían cambiar los consejos sobre cómo introducir alimentos complementarios. Se ha propuesto que, a los 6 meses de edad, la mayoría de los bebés habrán desarrollado suficientes habilidades motoras para poder alimentarse por sí mismos en lugar de tener que ser alimentados con cuchara por un adulto. Esto tiene el potencial de predisponer a los bebés a un mejor crecimiento al fomentar una mejor autorregulación energética; sin embargo, no se han realizado ensayos controlados aleatorios para determinar los beneficios y riesgos de un enfoque de alimentación complementaria "dirigido por bebés". Esto es de particular interés dado el uso generalizado del "destete dirigido por el bebé" por parte de los padres a nivel internacional.

Métodos / diseño: el estudio Baby-Led Introduction to SolidS (BLISS) tiene como objetivo evaluar la eficacia y aceptabilidad de una versión modificada de Baby-Led Weaning que ha sido alterada para abordar posibles preocupaciones con el nivel de hierro, asfixia y retraso del crecimiento. El estudio BLISS reclutará a 200 familias de Dunedin, Nueva Zelanda, que se reservarán en el único hospital de maternidad de la región. Los padres serán asignados al azar a un grupo de intervención (BLISS) o de control para una intervención de 12 meses con seguimiento adicional a los 24 meses de edad. Ambos grupos recibirán el cuidado infantil sano estándar que se brinda a todos los padres en Nueva Zelanda. El grupo de intervención recibirá contactos adicionales con los padres (n = 8) para apoyo y educación sobre BLISS desde antes del nacimiento hasta los 12 meses de edad. Los resultados de interés incluyen el índice de masa corporal a los 12 meses de edad (resultado primario), la autorregulación de la energía, la ingesta y el estado de hierro y zinc, la calidad de la dieta, la asfixia, el retraso del crecimiento y la aceptabilidad de los padres.

Discusión: Se espera que este estudio proporcione información sobre la viabilidad de un enfoque de alimentación complementaria dirigido por bebés y la medida en que este método de alimentación afecta el peso corporal del lactante, la calidad de la dieta y el nivel de hierro y zinc. Los resultados de este estudio proporcionarán información

importante para los profesionales de la salud, los padres y los responsables de las políticas de salud.¹⁵

Conocimientos, actitudes y experiencias de profesionales de la salud y madres con el destete liderado por bebés: un estudio de análisis de contenido

Objetivo: El destete dirigido por el bebé (BLW, por sus siglas en inglés) es un enfoque alternativo para introducir alimentos complementarios a los bebés que enfatiza la alimentación del bebé por sí mismo en lugar de la alimentación con cuchara de un adulto. Aquí examinamos el conocimiento, las actitudes y las experiencias de los profesionales de la salud y las madres con BLW.

Diseño, entorno y participantes: Los profesionales de la salud (n = 31) y las madres que habían utilizado BLW (n = 20) completaron una entrevista semiestructurada utilizando uno de los dos horarios de entrevistas personalizados que examinaron sus conocimientos, actitudes y experiencias con BLW. Las notas de las entrevistas y las transcripciones se analizaron mediante el análisis de contenido para identificar subcategorías y extraer citas ilustrativas.

Resultados: Los profesionales de la salud tenían una experiencia directa limitada con BLW y las principales preocupaciones planteadas fueron el potencial de un mayor riesgo de asfixia, deficiencia de hierro y una ingesta energética inadecuada. Aunque sugirieron una serie de posibles beneficios de BLW (mayor oportunidad para compartir las comidas familiares, menos batallas a la hora de comer, conductas alimentarias más saludables, mayor comodidad y posibles ventajas para el desarrollo), la mayoría se sintió reacia a recomendar BLW debido a su preocupación por el posible aumento del riesgo de asfixia. Por el contrario, las madres que habían utilizado este estilo de alimentación no informaron de mayores preocupaciones con BLW. Consideraron que BLW era una forma más saludable, más conveniente y menos estresante de introducir alimentos complementarios a su bebé y recomendaron este enfoque de alimentación a otras madres. Aunque las

¹⁵ Daniels L., et al. Baby-Led Introduction to SolidS (BLISS) study: a randomised controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding. BMC Pediatr. 2015 Nov 12;15:179. doi: 10.1186/s12887-015-0491-8. PMID: 26563757; PMCID: PMC4643507. Obtenido de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26563757/>

madres no informaron estar preocupadas por la asfixia, el 30% informó al menos un episodio de asfixia, más comúnmente con manzana cruda.

Conclusiones: Dada la falta de investigación sobre BLW, se necesita más trabajo para determinar si las preocupaciones expresadas por los profesionales de la salud y los posibles beneficios descritos por las madres son válidas. El estudio actual sugiere que existe un desajuste entre el conocimiento, las actitudes y las experiencias de los profesionales de la salud y las madres con respecto al BLW.¹⁶

Los antecedentes que se utilizaron en este trabajo plantean la importancia del método BLW con respecto a la relación que tienen los niños y niñas al estar por primera vez frente a los alimentos en su estado natural, pudiendo ser ellos mismos quienes regulen su hambre y saciedad, teniendo la oportunidad de conocer tanto textura como sabor de los alimentos ofrecidos, garantizando que el aporte de macro y micronutrientes cubra las recomendaciones necesarias.

Se estableció que existen beneficios en favor del método BLW comparados con el tradicional utilizando purés, ya que no serían los niños quienes regulen qué y cuánto comer, sino quien sostenga la cuchara. Se observó una mejor relación con el alimento, mejor aceptación a largo plazo.

Respecto al riesgo por asfixia, para evitar cualquier inconveniente, es necesario respetar la edad y desarrollo del bebé y, sobre todo, sea cual sea el método elegido para el inicio de la AC, se recomienda mantener atención plena durante el momento de la comida, dejando que sean los niños y niñas los protagonistas, pero estar atentos en todo momento.

Al modificarse la edad para el inicio de la AC una vez cumplidos los 6 meses, es de esperarse que el método para éste también sea evaluado, brindando la opción a los padres de elegir qué método utilizar.

¹⁶ Cameron SL, Heath AM, Taylor RW. Healthcare professionals' and mothers' knowledge of, attitudes to and experiences with, Baby-Led Weaning: a content analysis study BMJ Open 2012; 2:e001542. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001542. Obtenido de: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001542>

Los datos estudiados muestran que tanto el método BLW como BLISS, son utilizados entre madres y recomendados por ellas, pero la falta de conocimiento por parte de los profesionales hace que no lo recomienden, por tal motivo es necesario que éstos se capaciten para realizar las recomendaciones de todos los métodos con los que se puede iniciar la AC y el seguimiento de las familias que elijan utilizar el método BLW o BLISS, tanto como el tradicional.

MARCO CONCEPTUAL

Desarrollo del sujeto

Crecimiento y desarrollo del niño durante el primer año de vida

La nutrición adecuada durante los primeros dos años de vida es fundamental para el desarrollo pleno del potencial de cada ser humano. Esta etapa se caracteriza por su rápida velocidad de crecimiento, que impone mayores requerimientos de energía y nutrientes y colocan en riesgo nutricional a los lactantes que se ven expuestos a malas prácticas de alimentación. Actualmente se reconoce que el periodo que comprende del nacimiento a los dos años es una ventana crítica para la promoción de un crecimiento y desarrollo óptimos, y un buen estado de salud.¹⁷

El crecimiento y el desarrollo, aunque pudieran considerarse un binomio, son dos fenómenos diferentes que no siempre evolucionan de manera sincrónica. Están influidos por factores genéticos, neuroendocrinos, ambientales, psicológicos, culturales y socioeconómicos relacionados con el grupo de pertenencia.

El desarrollo individual en el niño y el adolescente o adquisición de funciones o perfeccionamiento de ellas, por diferenciación o integración, sean biológicas, psicológicas o sociales, se miden a través de funciones, unas intangibles relacionadas con procesos cognitivos y otras observables a manera de comportamientos y socialización.¹⁸

El niño, desde el nacimiento, ya cuenta con una secuencia bien definida de acciones o conductas reflejas, denominadas por Piaget: esquemas. Los esquemas son conjuntos de acciones físicas, operaciones mentales, conceptos o teorías con los cuales organizamos y adquirimos información sobre el mundo. La dirección del desarrollo en general es

¹⁷ Romero-Velarde. et al. “Consenso para las prácticas de alimentación complementaria en lactantes sanos” [Internet] Publicado por Masson Doyma Mexico ´ S.A Bol Med Hosp Infant Mex. 2016;73(5):338-356. p. 332. Obtenido de: (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

¹⁸ R Martínez y Martínez. Pediatría. Salud y enfermedad del niño y del adolescente. Manual Moderno. 8.va Edición. 2017. Cap. 4. p. 69

cefalocaudal; es decir, en los primeros meses se desarrollan las funciones neuromusculares de la cabeza y luego las del tronco superior, inferior y extremidades. Tiene un ritmo de crecimiento rápido en los dos primeros años. Presenta tipos de crecimiento diferentes para algunos sistemas u órganos. En la etapa posnatal podemos considerar cinco tipos de curvas de crecimiento, que son las curvas de tipo general, neural, genital, linfática y suprarrenal.¹⁹

Desarrollo físico

Durante el tercer trimestre el feto deglute líquido amniótico, y éste estimula el crecimiento y maduración del recubrimiento del intestino. Al nacimiento, el aparato digestivo del recién nacido sano es lo bastante maduro para digerir grasas, proteínas y azúcares simples, y absorber grasas y aminoácidos.

Después del nacimiento y en el transcurso de las primeras etapas de la lactancia, la coordinación del peristaltismo dentro del tracto gastrointestinal mejora. La madurez del peristaltismo y la tasa de paso se relacionan con algunas formas de malestar gastrointestinal en los recién nacidos. Tales trastornos no interfieren con la capacidad gastrointestinal para absorber los nutrientes y no suelen obstaculizar el crecimiento.²⁰

Hacia los 2 meses de edad, la aparición de sonrisas voluntarias, la gama de control motor y social y la participación cognitiva del lactante aumentan de forma espectacular. Se establecen las rutinas. Entre los 3 y 4 meses de edad, la velocidad de crecimiento disminuye hasta alrededor de 20 g/día. Ceden los reflejos precoces que limitaban el movimiento voluntario. La desaparición del reflejo cervical tónico asimétrico permite que el lactante comience a examinar y manipular con ambas manos los objetos situados en la línea media. La desaparición del reflejo de prensión precoz permite al lactante sostener los objetos y soltarlos de forma voluntaria. Una vez que el lactante es capaz de mantener

¹⁹ R Martínez y Martínez. Pediatría. Salud y enfermedad del niño y del adolescente. Manual Moderno. 8va Edición. 2017. p. 72

²⁰ Judith E Brown. Nutrición en las diferentes etapas de la vida. Quinta edición. McGRAW-HILL Interamericana Editores. 2014. p. 230

estable la cabeza mientras está sentado, le será posible examinar los objetos con un movimiento horizontal de la mirada. Podrá comenzar a comer con cuchara.

Con el logro de la sedestación, el aumento de la movilidad y las nuevas habilidades para explorar el mundo de su alrededor, los lactantes de 6 a 12 meses muestran avances en la comprensión cognitiva y la comunicación. La capacidad para sentarse sin soporte y la de girar sentado, les proporcionan más oportunidades para manipular varios objetos al mismo tiempo y experimentar con nuevas combinaciones de ellos. Estas exploraciones se ven facilitadas por la emergencia de la prensión con el pulgar (hacia los 8-9 meses) y una eficaz presión con pinza hacia los 12 meses de edad. Se produce la erupción de los dientes, que suele comenzar con los incisivos centrales inferiores. El desarrollo de los dientes también refleja la maduración esquelética y la edad ósea.

Desarrollo cognitivo

El lactante de 6 meses ha descubierto sus manos y pronto aprenderá a manipular objetos. Al principio, el niño se lo lleva todo a la boca. Con el paso del tiempo, agarra los nuevos objetos, los inspecciona, los pasa de una mano a otra, los entrechoca, los deja caer y después se los lleva a la boca. Cada acción representa una idea no verbal sobre la finalidad de las cosas. El placer, la persistencia y la energía con la que el lactante se enfrenta a esos retos sugieren la existencia de un impulso intrínseco o una motivación de maestría.²¹

Desarrollo de las habilidades de alimentación del recién nacido

Los recién nacidos nacen con reflejos que los preparan para alimentarse de manera exitosa. Estos reflejos incluyen búsqueda, abertura de la boca, giro de la cabeza, acoplamiento, deglución y coordinación entre respiración y deglución. Además, nacen con mecanismos de regulación de la ingesta de alimentos que se ajustan con el tiempo de acuerdo con el desarrollo. En la infancia temprana, la autorregulación de la alimentación está mediada por el placer de la sensación de saciedad. Las preferencias inherentes se dirigen a la búsqueda del sabor dulce, que también constituye una sensación placentera.

²¹ Judith E Brown. Nutrición en las diferentes etapas de la vida. Quinta edición. McGRAW-HILL Interamericana Editores. 2017. Cap. 8. p. 238

Los reflejos disminuyen después de las primeras 4 a 6 semanas, y los recién nacidos aprenden a manifestar de manera voluntaria señales de deseos y necesidades.

Varios modelos ayudan a valorar la preparación de un recién nacido que se alimenta al seno materno para comenzar a comer con cuchara alrededor de los seis meses de edad. El modelo de desarrollo se basa en la búsqueda de signos de preparación, como la aptitud para mover la lengua de un lado al otro sin mover la cabeza. El recién nacido debe ser capaz de mantener la cabeza erguida y sentarse con poco apoyo antes de comenzar a alimentarse con cuchara. Los modelos basados en la edad cronológica, así como en señales del niño, se consideran obsoletos. Diversas prácticas de alimentación les resultan saludables. La aptitud de los padres para leer las señales de hambre, saciedad, cansancio e incomodidad del pequeño influyen en la evolución de las habilidades de alimentación.²²

Al inicio de la alimentación tradicional de los lactantes se ofrece alimentos en forma de purés con cuchara, progresando luego a semi sólidos de diferentes texturas, ofreciendo luego alimentos que el niño pueda tomar con su mano y llevarse a la boca. Una tendencia creciente es ofrecer alimentos para que el niño pueda manipular y alimentarse por su cuenta desde el inicio, sin practicar la etapa del alimento en forma de puré con cuchara. El BLW representa una alimentación complementaria guiada por el propio lactante, donde el niño debe tener las pautas madurativas para poder realizar este modo de alimentación y de esta manera el bebé podría tener una mejor regulación de su propia ingesta.

En el método modificado BLISS, se destaca un foco especial en la elección de alimentos a ofrecer ricos en hierro y energía, y en limitar la introducción de alimentos que puedan condicionar un riesgo de atragantamiento, que son puntos de debate o controversia del BLW. No hay evidencia suficiente para indicar el estilo de alimentación con cuchara, por sobre alimentándose por su cuenta con trozos, o viceversa. Se debe estimular a los padres a practicar una alimentación responsable, acorde a la maduración y desarrollo del niño, a ser sensibles a las señales que brinde el niño, en un ambiente relajado y como una

²² Judith E Brown. Nutrición en las diferentes etapas de la vida. Quinta edición. McGRAW-HILL Interamericana Editores. 2017. Cap. 8. p. 238

experiencia compartida más allá de simplemente aportarle un alimento. En la práctica cotidiana, muchas familias combinan de manera natural y espontánea, pautas de ambas modalidades sin proponerse objetivamente seguir un tipo de alimentación, o el otro.²³

Señales que el recién nacido produce

- Observar la comida que se abre antes de comerla.
- Apretar los puños o alcanzar la cuchara como manifestación de hambre.
- Mostrar irritación si el ritmo de la comida es demasiado lento o si la persona que lo alimenta se detiene a intervalos periódicos.
- Comenzar a jugar con la comida o la cuchara conforme comienza a saciarse.
- Disminuir el ritmo de la alimentación o alejarse de los alimentos cuando desea dejar de comer.
- Dejar de comer o alejar los alimentos después de comer lo suficiente.²⁴

Textura de los alimentos y desarrollo

“Dicen que los dedos se hicieron antes que los tenedores; y las manos, antes que los cuchillos.” Jonathan Swift

Los lactantes pasan de deglutir sólo líquidos a alimentos en forma de papilla a los seis meses de edad. Antes, sólo mueven líquidos del frente de la boca a la parte posterior de la misma. La boca es bastante sensible a la textura. Si se dan demasiado pronto alimentos con grumos suaves se produce una sensación desagradable de atragantamiento. A los 6 a 8 meses están listos para recibir alimentos con textura grumosa pero suave para desencadenar movimientos de mascado y mandibulares. Estos movimientos simulan la masticación. A los 8 a 10 meses, los lactantes pueden masticar y deglutir alimentos machacados suaves sin atragantarse. Es importante ofrecerles alimentos que no requieran

²³ Dra. M. Virginia Desantadina - Noticias Metropolitanas XXXI; agosto 2020:78; p. 18. Obtenido de: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/nutricion-infantil/documentos/recomendaciones-aep-sobre-alimentacion>

²⁴ Judith E Brown. Nutrición en las diferentes etapas de la vida. Quinta edición. McGRAW-HILL Interamericana Editores. 2014. Cap. 8. p. 239

mucho masticado porque los lactantes no desarrollan habilidades maduras de masticación hasta la edad preescolar.

Los que se consideran primeros alimentos saludables varían entre diferentes culturas y grupos étnicos. Sin importar los alimentos que se ofrezcan por primera vez, la programación y el espaciado de dichos alimentos se utilizan para identificar cualquier reacción negativa. Casi siempre se recomienda a los padres de lactantes de seis meses agregar sólo un nuevo alimento a la vez y ofrecerlo durante 2 o 3 días. El contenido de nutrientes de los alimentos caseros varía en gran medida y depende del modo en que se preparan y almacenan. La adición de sal y azúcar a los alimentos que se preparan en casa es un ejemplo de las variables que disminuyen la calidad nutricional.²⁵

Introducción de la alimentación complementaria

Períodos de la alimentación infantil

Se definen tres periodos en la alimentación del lactante:

- Período de lactancia exclusiva. Comprende los 4-6 primeros meses de la vida, durante los cuales el alimento del bebé debe ser solo leche. Preferencia absoluta la leche de mujer y, en su defecto, a la leche de fórmula de inicio para lactantes.
- Período transicional. Desde los 4-6 meses de vida, hasta cumplir un año. En él se inicia la diversificación alimentaria o alimentación complementaria, introduciendo alimentos distintos de la leche, materna o de fórmula.
- Período de adulto modificado. Desde los 12 hasta los 24 meses. En este periodo el niño va adoptando una alimentación progresivamente más parecida a la de los adultos.²⁶

La Academia Americana de Pediatría (AAP) y la OMS han declarado que la lactancia materna y la administración de leche humana deben ser la práctica normal en la alimentación y nutrición de los lactantes. La lactancia materna ha documentado ventajas

²⁵ Judith E Brown. Nutrición en las diferentes etapas de la vida. Quinta edición. McGRAW-HILL Interamericana Editores. 2014. Cap. 8. p. 242-243

²⁶ Manual Práctico de Nutrición en Pediatría. Ergon C/ Arboleda, 1 - 28220 Majadahonda (Madrid) 2007. Cap. 4. p. 55

médicas y en el neurodesarrollo a corto y largo plazo y escasas contraindicaciones. Por tanto, la decisión de alimentar con leche materna debería ser un asunto de salud pública, no sólo una elección de estilo de vida. La AAP y la OMS recomiendan que los lactantes sean alimentados exclusivamente con leche materna durante 6 meses. La nutrición de los primeros años desempeña una función importante en el origen de enfermedades de la edad adulta como la diabetes tipo 2, la hipertensión, la obesidad y el síndrome metabólico; por tanto, en el período neonatal deberían establecerse prácticas adecuadas de alimentación para llevarlas a cabo de forma continua desde la infancia y la adolescencia hasta la edad adulta. La lactancia materna debería continuarse tras la introducción de la alimentación complementaria durante 1 año o más, según decidan tanto la madre como el lactante.²⁷

Lactancia materna exclusiva

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud.

La leche materna (LM) es el alimento primordial en la mayoría de los niños, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), sugiere que se dé LM de manera complementaria con otros alimentos hasta los dos años de vida. Su composición incluye inmunoglobulinas, minerales y vitaminas; la cantidad de proteínas es de 1.2 g/dl con una proporción de caseína y suero para el calostro de 10 % y 90 % y de leche madura del 30 % y 70 %.

Los lípidos proporcionan aproximadamente del 40 al 50 % de la energía y contienen lactosa como hidratos de carbono, los cuales incrementan la absorción de calcio. Contiene hierro en menor cantidad que la leche de vaca, pero es mucho más biodisponible.²⁸

²⁷ Kliegman, Stanton, Ste Geme, Schor. Nelson “Tratado de pediatría”. 20ª Edición. Editorial Elsevier. 2016. Parte VI; Cap 44; p300

²⁸ Nutrición clínica en pediatría: avances y prácticas. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia (Sede Bogotá). Facultad de Medicina. Grupo Académico de Nutrición Humana - (Colección Salud pública y nutrición humana). 2015. Cap. 2. p. 21

La etapa de lactante se extiende desde el momento del nacimiento hasta los dos años. A lo largo de este periodo, el niño va a comenzar su alimentación con la ingesta exclusiva de leche, ya que su inmadurez solo le permite la utilización de sus reflejos primarios de succión y deglución. Posteriormente, en las siguientes etapas, podrá incorporar los alimentos semilíquidos y después los sólidos. A lo largo de estos dos años se van a producir fenómenos madurativos importantes que afectan al sistema nervioso, al aparato digestivo y al aparato excretor, por lo que la alimentación debe ser la adecuada a cada edad y etapa madurativa. Debe ir adaptándose a nuevos sabores y texturas y familiarizarse con la forma de presentación de la comida de los adultos. Se deberá facilitarle una nutrición correcta y, además, la capacidad de aprendizaje en la adquisición de habilidades motoras y sensoriales para que evolucione paulatinamente y al final del segundo año de vida sea capaz de aceptar sin problemas la comida del adulto.²⁹

Alimentación en el primer año de vida

Durante el primer año de vida, los niños constituyen una población muy vulnerable, su alimentación depende totalmente de la decisión de los adultos, influenciados por los profesionales de la salud, medios de comunicación masivos e industria alimentaria.

Hasta principios del siglo pasado, los lactantes eran alimentados con el seno materno exclusivamente y por largos periodos de tiempo. La introducción de alimentos ocurría muy tarde. Fue alrededor de 1920 cuando, en ciertas ocasiones, se ofrecían alimentos sólidos antes del año. En 1937, la Junta sobre Alimentos de la Asociación Médica Americana recomendó la inclusión de verduras y frutas trituradas a partir de los 4 meses, con el propósito de ofrecer al lactante una dieta más diversificada. Con las décadas de 1970 y 1980, vino la preocupación del así designado «dilema del niño destetado», en aquellos países en vías de desarrollo. Tal preocupación se debía al riesgo de contraer una infección por parte de alimentos complementarios contaminados.³⁰

²⁹ Manual Práctico de Nutrición en Pediatría. Ergon C/ Arboleda, 1 - 28220 Majadahonda (Madrid) 2007. Cap. 4. p. 41

³⁰ Nutrición clínica en pediatría: avances y prácticas. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia (Sede Bogotá). Facultad de Medicina. Grupo Académico de Nutrición Humana - (Colección Salud pública y nutrición humana). 2015. Cap. 2. p. 26 - 27

La introducción oportuna de los alimentos complementarios (los alimentos sólidos y líquidos que no son leche materna o artificial, también llamados *beikost*) durante la lactancia es necesaria para permitir la transición desde la alimentación láctea a otros alimentos de mesa y es importante por razones nutricionales y relacionadas con el desarrollo. La capacidad de la lactancia materna para cumplir los requerimientos de macro- y micronutrientes se convierte en limitante conforme aumenta la edad del lactante.³¹

Una alimentación perceptiva, llamada también alimentación responsable, deriva de conductas de crianza perceptiva, con padres sensibles a las interacciones que realizan con el lactante y atentos las señales que el niño expresa. En el caso de la alimentación, se focaliza en responder a las señales de apetito y saciedad.³²

Los cuidadores de la salud, como la industria alimentaria, tienen una gran responsabilidad al dar una orientación alimentaria actualizada, acerca de la alimentación óptima en los primeros años de la vida. Las anormalidades que acarrea una mala nutrición en esta etapa de la vida pueden ser irreversibles. Comer es una función vital del organismo y tiene como fin satisfacer las necesidades biológicas que permitan un adecuado funcionamiento del organismo. Desarrollar esta función es una cuestión de maduración y aprendizaje; cuyo objetivo debe ser permitirle al individuo un desarrollo y crecimiento óptimo, mediante la fomentación de hábitos de alimentación correctos en un ambiente familiar agradable.³³

³¹ Kliegman, Stanton, Ste Geme, Schor. Nelson “Tratado de pediatría”. 20ª Edición. Editorial Elsevier. 2016. Parte VI; Cap 44; p304

³² Dra. M. Virginia Desantadina - Noticias Metropolitanas XXXI; agosto 2020:78; p. 17. Obtenido de: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/nutricion-infantil/documentos/recomendaciones-aep-sobre-alimentacion>

³³ Nutrición clínica en pediatría: avances y prácticas. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia (Sede Bogotá). Facultad de Medicina. Grupo Académico de Nutrición Humana -- (Colección Salud pública y nutrición humana). 2015. Cap. 2. p. 31

Introducción de alimentos sólidos

Los recién nacidos comienzan con alimentos ofrecidos en cuchara en porciones pequeñas de 1 a 2 cucharadas por comida, con 1 a 2 comidas por día. El propósito de la provisión de alimentos con cuchara para niños de 4 a 6 meses es la estimulación del desarrollo de los músculos de la boca, no tanto por necesidades nutricionales, que se cubren con la leche materna. Si el recién nacido alcanza las características del desarrollo que se muestran en la **Ilustración 1**, tal vez sólo requiera pocos días de práctica para comenzar a comer con cuchara y aprender a consumir una cucharada de alimento blando como comida. La alimentación con cuchara implica dos nuevas experiencias para el recién nacido: una cuchara no se siente suave y cálida en la boca como el seno materno y el alimento, sin importar cuál se elija, no se siente como la leche materna en la lengua. Al principio, el bebé trata de succionar el alimento de una cuchara como si fuera un líquido, por lo que algunos alimentos se le saldrán de la boca.³⁴

³⁴ Judith E Brown. Nutrición en las diferentes etapas de la vida. Quinta edición. MCGRAW-HILL Interamericana Editores. 2014. Cap. 8. p. 239-240

CUADRO 8-8 Desarrollo de las habilidades de alimentación del recién nacido		
Edad cronológica	Características del desarrollo	Habilidades para alimentarse
Del nacimiento al primer mes	La visión es borrosa; escucha con claridad La cabeza tiene mayor proporción respecto a la fuerza muscular del cuello y la parte superior del cuerpo	Reflejos de amamantamiento y succión Alimentaciones frecuentes (8 a 12) cada 24 horas Sólo tolera líquidos ligeros
1-3 meses	No es posible separar el movimiento de la lengua de los movimientos de la cabeza Surge el control de la cabeza Sonríe y se ríe Junta las manos	El volumen aumenta a más de 180 a 240 ml por alimentación, de modo que la cantidad de tomas por día disminuye entre 4 y 8 cada 24 horas El patrón de succión permite la fácil deglución de líquidos ligeros Aprende a reconocer el biberón (si se le alimenta con él)
4-6 meses	Es capaz de mover la lengua de un lado al otro Trabaja con el equilibrio cuando se sienta con estabilidad Babeo incontrolado La desaparición de los reflejos del recién nacido permite movimientos más voluntarios Dentición y erupción de incisivos centrales superiores e inferiores	Se interesa en masticar, morder y conocer nuevos sabores No deglute con facilidad alimentos grumosos, pero sí en forma de papilla 180 a 240 ml por alimentación y 4 a 5 tomas por día (puede variar si se le amamanta) Sostiene el biberón (si se le alimenta con él)
7-9 meses	Empieza a usar las manos, con movimiento de tenaza y capacidad para soltar Se sienta de manera estable e independiente Gatea con manos y rodillas Comienza a usar sonidos, como “mamá” y “papá”	Capaz de comer por sí mismo con las manos Surge la aptitud para masticar y morder Expresa hambre y saciedad con claridad Prefiere el biberón, pero muestra poca pérdida para sostener una taza abierta
10-12 meses	Jala objetos para ponerse de pie, surge la aptitud para levantarse por sí mismo Disfruta cuando hace sonidos como si fueran palabras Capaz de recoger pequeños objetos, por ejemplo, pasas Capaz de golpear juguetes con las dos manos Establece rutinas consistentes respecto a la hora de dormir, el cambio de pañales Ya no suele babear	Le gusta comer por sí mismo con las manos Surge la aptitud para comer por sí mismo con cuchara Bebe de una taza abierta, lo mismo que de un biberón Utiliza las partes superior e inferior de los labios para limpiar la comida de la cuchara Disfruta los alimentos picados, los que se mastican con facilidad o los que están en trozos Se sienta para comer Disfruta los alimentos en la mesa incluso si aún ingiere algunos alimentos para bebé

ILUSTRACIÓN 1 “DESARROLLO DE LAS HABILIDADES DE ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO” (BROWN, 2014)

Aporte energético

La introducción de nuevos alimentos debe hacerse progresivamente para valorar la aparición de reacciones adversas y para que el niño se acostumbre al cambio de sabores y texturas. La sal y los azúcares que contienen los alimentos son suficientes y no se debe añadir más. El agua es indispensable. Al introducir alimentos triturados hay que empezar por una cantidad pequeña, ya que es normal que tarde días o semanas en aceptarlos. A

esta edad se le puede incorporar activamente a las comidas familiares y permitir que coma y beba solo. El niño no debe ser forzado a comer, ni premiado con alimentos.³⁵

La necesidad promedio de energía en los lactantes durante los primeros seis meses de vida es de 108 cal/kg de peso, con base en el crecimiento en lactantes alimentados al seno materno. De los 6 a los 12 meses de edad, la necesidad energética promedio es de 98 cal/kg. Las recomendaciones de consumo de proteínas del nacimiento a los seis meses son, en promedio, de 2.2 g de proteína/kg de peso corporal, y de los 6 a 12 meses, de 1.6 g de proteína/kg de peso corporal. No existe una cantidad específica de consumo recomendado de grasas para recién nacidos; no se aconseja la restricción de éstas. La leche materna proporciona 55% de sus calorías provenientes de la grasa. Los recién nacidos usan las grasas para proveer energía al hígado, cerebro y músculos, inclusive al corazón, es una fuente concentrada de calorías, para respaldar sus necesidades calóricas elevadas.³⁶

Textura

La consistencia óptima de los alimentos complementarios de inicio es la semisólida. Cuando es más viscosa, el tiempo en deglutirlo es mayor y, el volumen es menor, por lo que los aportes pueden resultar insuficientes, aunque los nutrientes que la compongan sean adecuados. Existe una ventana crítica para la incorporación de los sólidos a partir de los 10 meses. La continuidad solo con la papilla por la facilidad y el menor tiempo en alimentar a los niños no debe entorpecer el aprendizaje de la alimentación.

Los alimentos se definen como transicionales cuando están en especial diseñados para cubrir los requerimientos del niño pequeño y, familiares, cuando son consumidos por la familia.

³⁵ Manual Práctico de Nutrición en Pediatría. Ergon C/ Arboleda, 1 - 28220 Majadahonda (Madrid) 2007. Cap. 4. p. 55

³⁶ Judith E Brown. Nutrición en las diferentes etapas de la vida. Quinta edición. McGRAW-HILL Interamericana Editores. 2014. Cap. 8. p. 232.

Usar alimentos diluidos impide cubrir las recomendaciones energéticas, ya que no es posible compensarlo con el aumento del volumen por los límites de 30 ml/kg de peso de la capacidad gástrica del lactante.

Alimentación perceptiva

La alimentación cumple una función fundante en la socialización y en la construcción de significados sobre la vida y el mundo.

Los niños van enriqueciendo su universo de significados a medida que se les va ofreciendo nuevos alimentos y se les permite tomar contacto con sus olores, texturas, colores y formas. El aprendizaje de la alimentación complementaria es una etapa trascendente, ya que se inicia un vínculo con la comida que acompañará la vida. Por esto debe cuidarse el entorno, libre de distracciones, sin televisión ni aparatos, con disponibilidad del tiempo suficiente para que el niño experimente con todos sus sentidos que puede tocar y ensuciarse, ver, oler, saborear y oír. La elección del horario debe quedar supeditada a la posibilidad del cumplimiento de estos cuidados y luego mantenerse para desarrollar el hábito. Es conveniente anticiparse, y se advierte que un alimento nuevo puede requerir ofrecérselo hasta 15 veces para su aceptación.³⁷

Alimentación activa

Respetar su ritmo de desarrollo y permitir cierta autonomía, según sus capacidades y tolerar un cierto desorden apropiado para su edad. No interpretar como permanente un rechazo inicial a un nuevo alimento, seguir ofreciendo en los siguientes días o semanas sin presionar (pueden ser necesarias hasta 10-15 ocasiones para conseguir la aceptación). La exposición regular y gradual a los alimentos favorece su tolerancia y aceptación, a corto y largo plazo. La cantidad es variable de unos niños a otros y según las circunstancias, respetar los signos de hambre y saciedad. Los padres deciden dónde, cuándo y qué come el niño, pero el niño decide cuánto come. Establecer rutinas puede ayudar, un lugar tranquilo, un horario aproximado de comidas, la flexibilidad puede ayudar a la anticipación y regulación del lactante; seleccionar una dieta variada y sana;

³⁷ Setton, Débora. Nutrición en pediatría: bases para la práctica clínica en niños sanos y enfermos - 1ª ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Médica Panamericana, 2014. Cap. 3. p. 136-137

ser pacientes con el ritmo de adquisición de nuevos logros; mantener una actitud neutral ante situaciones negativas del tipo “no come”, “se porta mal”; evitar distracciones; disfrutar de la comida en familia, reforzando los logros. No utilizar los alimentos como premios o castigos, ni como consuelo o chantaje.³⁸

Alimentación complementaria

Se define, como alimento complementario a cualquier nutriente diferente de la leche materna contenido en alimentos sólidos o líquidos que se dan durante la alimentación complementaria. La diversificación alimentaria (beikost) tiene dos objetivos: satisfacer los requerimientos nutricionales en esta etapa de la vida y crear unos hábitos alimentarios saludables. Debe adaptarse a la evolución fisiológica del niño: a lo largo de esta etapa, el niño debe ser capaz de sentarse con alguna ayuda, de mantener bien el control de la cabeza y del cuello y de aceptar comida blanda administrada con una cuchara. El retraso en su introducción después de los seis meses puede dificultar la administración posterior de alimentos sólidos.³⁹

Actualmente se prefiere el término “oportuna” –en lugar de referirse a “destete” o “ablactación” utilizados en el pasado y que no son sinónimos– a raíz de la revalorización de la lactancia materna y de la necesidad de complementarla con otros alimentos para cubrir los requerimientos nutricionales alrededor del sexto mes de edad. El término “oportuna” hace referencia al momento óptimo para la introducción de alimentos complementarios.⁴⁰

³⁸ Dra. Marta Gómez Fernández-Vegue- Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre la Alimentación Complementaria. 2018. p. 14. Obtenido de: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/nutricion-infantil/documentos/recomendaciones-aep-sobre-alimentacion>

³⁹ Setton, Débora. Nutrición en pediatría: bases para la práctica clínica en niños sanos y enfermos - 1ª ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Médica Panamericana, 2014. Cap. 3. p. 136

⁴⁰ “Guías alimentarias para la población infantil” [Internet] 2006. p. 12. Obtenido de: https://www.sap.org.ar/docs/profesionales/PDF_Equipo_baja.pdf

Tradicionalmente el método más usado ha sido una introducción progresiva de las texturas, aunque más recientemente algunas madres y padres emplean otros métodos. En realidad, ningún método respetuoso con el bebé es mejor que otro.⁴¹

A los 6 meses, el lactante tiene buen sostén del tronco, puede mantenerse sentado, no expulsa el alimento por la pérdida del reflejo de protrusión lingual, presenta los movimientos laterales y de ascenso y descenso de la mandíbula, lleva los objetos a la boca, y demuestra sensación de hambre y saciedad. A esta edad también aumenta su capacidad gástrica y la actividad de enzimas digestivas para hidrolizar los almidones, alcanza el coeficiente óptimo de absorción de grasas, presenta un filtrado glomerular entre el 60 y el 80% del niño mayor y una inmunidad digestiva adecuada. Entre los siete y nueve meses, comienzan los movimientos de masticación rítmica, aun en ausencia de dientes, por lo que es conveniente añadir alimentos que requieren una masticación suave.⁴²

El tipo de alimento a aportar y en qué orden incorporar los diferentes alimentos, es muy variable, y múltiples factores como costumbres, accesibilidad, y disponibilidad entre otros, van a ser determinantes. No hay evidencia que un orden específico de incorporación de alimentos sea beneficioso. En el caso de lactantes que reciban alimentación vegetariana, si bien es posible cubrir los requerimientos de nutrientes, si el niño no recibe la cantidad necesaria de alimentos fuente y la suplementación de los que no se cubren con la alimentación, las consecuencias de las deficiencias pueden ser severas y graves. Los nutrientes críticos que deben asegurarse al lactante son: un adecuado aporte de vitamina B12, D, hierro, zinc, folatos, ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga, proteína, calcio y un adecuado aporte de energía. Con un estímulo sostenido, ante exposición reiterada a los alimentos saludables, a sabores naturales y diversos, se logra que el bebé los acepte y prefiera. Considerando los lineamientos de la Sociedad Argentina de Pediatría, se incorpora una vez que la ACO se ha iniciado, a partir del 6to mes de vida. Se aconseja limitar el aporte de grandes cantidades de gluten durante las primeras semanas de su introducción y durante el primer año de vida. Los alimentos

⁴¹ Judith E Brown. Nutrición en las diferentes etapas de la vida. Quinta edición. McGRAW-HILL Interamericana Editores. 2014. Cap. 8. p. 239-240

⁴² Setton, Débora. Nutrición en pediatría: bases para la práctica clínica en niños sanos y enfermos - 1ª ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Médica Panamericana, 2014. Cap. 3. p. 136

potencialmente alergénicos, deben incorporarse en el proceso de ACO sin restringirlos ni demorar su introducción. No se ha demostrado que demorar su incorporación sea una medida preventiva para reducir el riesgo de alergia alimentaria.⁴³

La AC debe aportar macros y micronutrientes adicionales a los de la lactancia para cubrir las recomendaciones del niño a partir de los 6 meses. La energía que debe aportar la AC es la diferencia entre la energía requerida para la edad y la aportada por la LM, por lo tanto, dependerá de la edad y del consumo de leche materna.⁴⁴

Tabla 6. Calorías que deben ser aportadas por los alimentos complementarios por día de acuerdo la edad.

Edad	Requerimiento Cal/día	Leche materna Cal/día	Alimentos complement. Cal/día
6-8 m	682	413	269
9-11 m	830	379	451
12-23 m	1.092	346	746

Estos cálculos deben ser tomados como una guía, teniendo en cuenta en primer lugar que los alimentos complementarios siempre producen un cierto grado de desplazamiento en el volumen de la ingesta de leche materna, por lo que si los cálculos se basan en niños que no tienen lactancia exclusiva pueden tener margen de error.

ILUSTRACIÓN 2 "GUÍAS DE ALIMENTACIÓN PARA NIÑOS SANOS DE 0 A 2 AÑOS"(SAP, 2001)

Un buen alimento complementario es aquel que:

- Es rico en energía, proteína y micronutrientes (en particular hierro, zinc, calcio, vitamina A y folato).
- No es picante ni salado.
- El niño puede comerlo con facilidad.
- Es del gusto del niño.
- Está disponible en forma local y es asequible.

Algunos aspectos por considerar:

⁴³ Dra. M. Virginia Desantadina - Noticias Metropolitanas XXXI; agosto 2020:78; p. 18. Obtenido de: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/nutricion-infantil/documentos/recomendaciones-aep-sobre-alimentacion>

⁴⁴ Sociedad Argentina de Pediatría "Guías de alimentación para niños sanos de 0 a 2 años" [Internet] 2001. p.37. Obtenido de: https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/alim_0a2.pdf

- La principal recomendación es la alimentación variada.
- La alimentación monótona puede inducir a hiporexia.
- El pediatra debe conocer la calidad nutricional de los alimentos regionales y las creencias de las madres al respecto.⁴⁵

Influencias durante la introducción de la alimentación complementaria

Hay dos estrategias principales al introducir la alimentación complementaria: la exposición repetida a cada alimento (al menos 8-10 veces) y la oferta de una amplia variedad de alimentos, tanto en sabor como en textura. Es importante que los cuidadores no se guíen únicamente por las reacciones faciales del niño a la hora de comer, sino por su disposición a seguir tomando el alimento (alimentación perceptiva). Nunca se forzará la ingesta, se respetará el temperamento del niño. El momento de exposición a diferentes texturas es importante. Los niños a los que se les introducen los alimentos semisólidos o grumosos después de los 9 meses comen menos grupos de alimentos y tienen más problemas de alimentación a los 7 años, comparados con aquellos a los que se les introducen entre los 6 y los 9 meses.⁴⁶

Alimentación dirigida por el lactante o Baby Led Weaning

Tradicionalmente la introducción de alimentos en la dieta del lactante se ha realizado de forma progresiva, dejando un intervalo de tiempo entre alimento y alimento y mediante cuchara; progresando desde puré suave, como la textura de los primeros alimentos, a alimentos picados, poco triturados y sólidos masticables a medida que se desarrollan las habilidades motoras orales, y la alimentación familiar definitiva a los 12 meses de vida. Aunque en la mayoría de los países los bebés contactan por primera vez con alimentos sólidos mediante la alimentación con cuchara, a partir de los seis meses, la mayoría de los bebés han desarrollado suficientes habilidades motoras para poder alimentarse por sí mismos. Por eso, cada vez es más popular el método alternativo surgido en Nueva

⁴⁵ Comité de Nutrición de la ESPGHAN (Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas). 2016. p. 119-124. DOI: 10.1097/MPG.0000000000001454

⁴⁶ Alimentación del lactante y del niño de corta edad. Guías conjuntas de Patología Digestiva Pediátrica Atención Primaria-Especializada. 2019- p. 14. Obtenido de: <http://www.ampap.es/wp-content/uploads/2019/04/Alimentacion-del-lactante-y-del-ni%C3%B1o-de-corta-edad.pdf>

Zelanda, Reino Unido y Canadá, que promueve la auto- alimentación del bebé, alimentación dirigida por el bebé o BLW (término acuñado por Rapley en 2005), en el que el bebé no es alimentado con cuchara, sino que se alimenta por sí mismo con trozos enteros de alimentos, preferiblemente de la comida familiar. El bebé “dirige” y “controla” el proceso, y decide qué va a comer, cuánto y con qué rapidez.⁴⁷

El BLW es una forma de ofrecer la AC en la que al bebé se le permite “dirigir” el proceso desde el principio. Los padres deciden qué ofrecen (y es su responsabilidad ofrecer comida sana, segura y variada), pero el bebé agarra por sí mismo la comida que se pone a su alcance; decidiendo qué elige comer y cuánta cantidad.

A raíz de las recomendaciones de la OMS en el año 2002 de iniciar la AC a los 6 meses, padres y profesionales comienzan a cuestionar la necesidad de los triturados. Pese a tener un origen empírico, hay cada vez más trabajos metodológicamente serios que han estudiado su aplicabilidad, riesgos y resultados a medio y largo plazo.⁴⁸

Los padres proporcionan trozos de alimentos blandos que los bebés pueden tener una alimentación con los dedos en contraposición con la alimentación con cuchara tradicional. En ambos enfoques es necesaria la supervisión familiar para evitar el riesgo de atragantamiento, pero además el BLW estricto no puede ser puesto en práctica antes de los seis meses, ya que precisa que el lactante pueda mantenerse sentado sin ayuda, agarre los alimentos con la mano, los lleve a la boca y realice los movimientos orales necesarios para su troceado e ingestión.⁴⁹

Para poner en práctica este método es necesario el bebé se sienta a la mesa con la familia en las comidas. Se le ofrece la misma comida (sana) que, al resto, en trozos de alimentos de consistencia blanda y apropiados a su desarrollo psicomotor (grandes al principio,

⁴⁷ Alimentación del lactante y del niño de corta edad. Guías conjuntas de Patología Digestiva Pediátrica Atención Primaria-Especializada. 2019- p. 19

⁴⁸ Dra. Marta Gómez Fernández-Vegue - 2018 - Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre la Alimentación Complementaria. p. 15. Obtenido de: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/nutricion-infantil/documentos/recomendaciones-aep-sobre-alimentacion>

⁴⁹ Alimentación del lactante y del niño de corta edad. Guías conjuntas de Patología Digestiva Pediátrica Atención Primaria-Especializada. 2019- p. 19. Obtenido de: <http://www.ampap.es/wp-content/uploads/2019/04/Alimentacion-del-lactante-y-del-ni%C3%B1o-de-corta-edad.pdf>

posteriormente pequeños). El bebé se alimenta por sí solo desde el principio; al comienzo con las manos y posteriormente con cubiertos. A partir del momento en que se inicia el BLW el aporte de leche (materna o artificial) continúa siendo a demanda, sin relación con los momentos familiares de la comida.⁵⁰

En 2015, la Universidad de Otago (Nueva Zelanda) desarrolló una versión de BLW modificada llamada introducción de sólidos guiada por el bebé “Baby-Led Introduction to SolidS (BLISS)” para abordar las principales preocupaciones que genera el BLW.

Las características esenciales de este BLW modificado son:

- Ofrecer alimentos que el niño sea capaz de coger con sus manos y dirigir a la boca.
- Ofrecer un alimento con alto contenido en hierro en cada comida.
- Ofrecer un alimento de “alta energía” en cada comida.
- Evitar alimentos que puedan suponer un riesgo de asfixia.
- Asegurarse de que los alimentos que se ofrecen están preparados de manera adecuada para la edad y el desarrollo del bebé.

Alimentos posiblemente alérgenos

A pesar de que históricamente se ha intentado reducir el desarrollo de enfermedades alérgicas eliminando o retrasando la introducción de determinados alimentos que pueden ser considerados altamente alergénicos, no se ha encontrado evidencia para dar recomendaciones específicas en la introducción de los alimentos potencialmente alergénicos a partir de los 6 meses de edad con el fin de prevenir la enfermedad alérgica en los niños de alto riesgo.⁵¹

⁵⁰ Dra. Marta Gómez Fernández-Vegue - Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre la Alimentación Complementaria, 2018. p. 16. Obtenido de: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/nutricion-infantil/documentos/recomendaciones-aep-sobre-alimentacion>

⁵¹ Alimentación del lactante y del niño de corta edad. Guías conjuntas de Patología Digestiva Pediátrica Atención Primaria-Especializada. 2019- p. 6 y 19. Obtenido de: <http://www.ampap.es/wp-content/uploads/2019/04/Alimentacion-del-lactante-y-del-ni%C3%B1o-de-corta-edad.pdf>

A falta de más estudios que aclaren cuál es la mejor estrategia para la prevención de alergias, se recomienda el seguimiento de las pautas de la OMS: mantenimiento de la lactancia materna e introducción progresiva de los distintos alimentos alrededor del sexto mes (nunca, antes del cuarto mes), de uno en uno, según las costumbres familiares, para diversificar la dieta del lactante y mejorar su aporte nutricional. Hoy en día se desconoce cuál es la mejor forma de introducir el gluten con el objetivo de disminuir la incidencia de enfermedad celíaca. La recomendación actual es introducir el gluten entre los 4 y los 11 meses de edad, idealmente alrededor del sexto mes, y en pequeñas cantidades al inicio.

Se aconseja introducir progresivamente toda la variedad de frutas y verduras disponible, en cualquiera de las comidas diarias, e ir variando también la forma de presentación (triturada, chafada, en pequeños trozos...). No hay unas frutas mejores que otras para comenzar, la decisión dependerá de los gustos de la familia. Se recomienda evitar durante el primer año de vida las verduras de hoja verde con alto contenido en nitratos, como la acelga o la espinaca, por el riesgo de metahemoglobinemia. En el caso de introducirlas en la alimentación, deben representar menos del 20% del contenido total del plato.⁵²

Ventajas y desventajas del método

Con respecto a la alimentación complementaria tradicional, la introducción de sólidos siguiendo los principios del BLW podría aportar algunas ventajas, pero también son posibles algunos inconvenientes. Cuando el BLW se analiza en contextos en los que los padres han recibido una información básica, no se han encontrado diferencias en estado nutricional, ingesta de hierro o atragantamientos. Hasta la fecha existen pocos datos sobre el efecto a largo plazo (obesidad, alteración del comportamiento alimentario, etc.) de este método de alimentación. No obstante, todavía faltan estudios que puedan ayudar a comprender mejor el proceso de la alimentación complementaria y cuál es la forma idónea

⁵² Dra. Marta Gómez Fernández-Vegue Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre la Alimentación Complementaria; 2018 p. 8, 9 y 17. Obtenido de: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/nutricion-infantil/documentos/recomendaciones-aep-sobre-alimentacion>

de llevarla a cabo. Hoy en día, lo ideal es transmitir a los padres lo que sí se sabe y que cada familia dentro de sus preferencias y contextos pueda decidir cómo comenzar.⁵³

Ventajas de la introducción de sólidos siguiendo los principios del BLW

Las familias que optan por BLW suelen esperar a los 6 meses para comenzar la AC, en contraposición a las que optan por el método tradicional, que suelen empezar antes. Favorece el mantenimiento de la LM. En un estudio aleatorizado se ha observado un incremento de la duración media de la LM en el grupo BLW. Favorece la alimentación perceptiva y basada en las señales de hambre y saciedad del niño y la preferencia por la comida sana y variada a medio y largo plazo, aunque esto depende de la dieta familiar. Aumento de la satisfacción familiar, disminución de la percepción de “mal comedor”. No se han encontrado diferencias en las calorías totales ingeridas entre uno y otro método.

Posibles inconvenientes

Una preocupación es la ingesta de hierro. Hay trabajos que no encuentran diferencias en la ingesta de hierro cuando se instruye a los padres en su importancia y en ofrecer diariamente comidas ricas en hierro: carne cocida en tiras o picada en forma de hamburguesas, bolas o palitos, yema de huevo, tortas de lentejas o judías blancas cocidas, palitos de tofu, hummus. Respecto al atragantamiento, siguiendo unas normas básicas de seguridad, no hay diferencias en el riesgo de atragantamiento. A todas las familias, independientemente del método utilizado, se les debe educar en la prevención de atragantamientos.

Normas de seguridad

Al principio se debe ofrecer comida tipo “finger food” o en palitos. Así, el bebé puede agarrar la comida con su puño y comer lo que sobresale. Cuando la habilidad motora mejora, se pueden ofrecer comidas seguras cortadas en pequeños trozos.

⁵³ Dra. Marta Gómez Fernández-Vegue Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre la Alimentación Complementaria; 2018 p. 8, 9 y 17. Obtenido de: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/nutricion-infantil/documentos/recomendaciones-aep-sobre-alimentacion>

Para comer el bebé debe estar erguido, nunca recostado. Debe estar sentado en una trona o en su defecto en el regazo de su cuidador. Nunca se puede dejar a un bebé que está comiendo sin supervisión. No se deben ofrecer comidas con alto riesgo de atragantamiento, como frutos secos enteros, palomitas de maíz, uvas enteras, salchichas cortadas transversalmente, etc. También hay que evitar algunos vegetales y frutas duros, como la manzana y zanahoria crudas. Comida insana o poco variada. Se ha postulado que, al compartir la mesa familiar, los lactantes puedan estar expuestos a una dieta poco sana. Independientemente del método utilizado, la presencia de alimentos poco sanos en el hogar predispone a su consumo por el niño.⁵⁴

Nutrientes críticos durante el inicio de la alimentación complementaria

Hay nutrientes que son críticos para el adecuado crecimiento del lactante, por la baja disponibilidad en algunos alimentos complementarios, y aun en la leche humana, de acuerdo con la dieta de la madre o su estado nutricional. La vitamina D depende de la exposición solar; la vitamina B12 es deficitaria en las dietas vegetarianas; las A y C dependen de la dieta; y el calcio, tiamina, vitamina B6 y ácido fólico pueden tener problemas de nutrientes, dependiendo del nivel de referencia para algunas poblaciones.

Los aportes de provitamina A (carotenos) pueden aumentarse con la cocción, que favorece su liberación por la matriz de la planta.

El hierro y el zinc son deficitarios aun en poblaciones sin carencias. Estos minerales son micronutrientes que están presentes en las carnes de diferentes especies.⁵⁵

La deficiencia de hierro y la anemia por carencia de este nutriente es un problema de salud mundial, que involucra necesariamente las formas de alimentación. La necesidad de hierro durante el primer año de vida es de un 1 mg diario absorbido. En la AC, al menos en la comida principal, se deberá ofrecer una porción de carne roja, hígado de res, hígado de pollo, pollo o pescado, por ser alimentos ricos en hierro. Si se dan cereales o

⁵⁴ Dra. Marta Gómez Fernández-Vegue - Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre la Alimentación Complementaria; 2018 p. 16, 17. Obtenido de: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/nutricion-infantil/documentos/recomendaciones-aep-sobre-alimentacion>

⁵⁵ Setton, Débora. Nutrición en pediatría: bases para la práctica clínica en niños sanos y enfermos - 1ª ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Médica Panamericana, 2014. Cap. 3. p. 138

leguminosas, el menú deberá incluir verduras o frutas que contengan un alto contenido de vitamina C, con el fin de mejorar la biodisponibilidad del hierro.

Zinc. A pesar de que las reservas hepáticas del lactante subsidien el consumo de la leche materna durante varios meses, se necesitan alimentos complementarios altos en contenido de zinc, como la carne, y deben introducirse a los seis meses para prevenir deficiencia de zinc y sus consecuencias, como retardo en el crecimiento.⁵⁶

Se debe promover la continuidad de la lactancia; cuando no es posible, la recomendación es consumir 500 ml/día de lácteos. El exceso de aporte de lácteos desplaza otros alimentos, y el calcio compite con la absorción del hierro.⁵⁷

La mineralización ósea con calcio requiere vitamina D, o formas precursoras de esta vitamina como el colecalfiferol. La vitamina D se recomienda para todos los lactantes poco después del nacimiento en una dosis de 400 UI diarias como complemento diario de vitamina D para lactantes que se alimentan de manera exclusiva o parcial con leche materna.⁵⁸

Posturas sobre la implementación de la alimentación complementaria

La Organización Panamericana de la Salud en su publicación “La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud”⁵⁹ recomienda que después de los 6 meses de edad, para el lactante alimentado con el pecho materno, se torna progresivamente más

⁵⁶ Nutrición clínica en pediatría: avances y prácticas. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia (Sede Bogotá). Facultad de Medicina. Grupo Académico de Nutrición Humana -- (Colección Salud pública y nutrición humana); 2015. Cap. 2. p. 28

⁵⁷ Comité de Nutrición de la ESPGHAN (Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas); 2016. p. 119-124

⁵⁸ Judith E Brown. Nutrición en las diferentes etapas de la vida. Quinta edición. McGRAW-HILL Interamericana Editores; 2014. Cap. 8. p. 232

⁵⁹ Organización Panamericana de la Salud “La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud” 2010. p 20. Obtenido de: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/TYCF_model_SP_web.pdf

difícil cubrir sus requerimientos solamente con la leche de su madre. Aproximadamente a los 6 meses, la mayoría de los lactantes ha alcanzado el desarrollo suficiente que les permite recibir otros alimentos. La lactancia materna debería continuar junto con la alimentación complementaria hasta los dos años de edad o más y debe ser administrada a demanda, tan frecuentemente como el niño lo desee.

La OMS, define la AC como el proceso que inicia cuando la leche materna ya no alcanza a satisfacer las necesidades nutricionales del lactante en cuanto a micronutrientes (calcio, hierro, zinc), siendo necesaria la introducción de otros alimentos; y sugiere iniciarla a partir de los 6 meses de edad (OMS, 2019)

Las Guías de Alimentación complementaria segura y saludable⁶⁰ establecen que la consistencia más apropiada de la comida del bebé depende de la edad y del desarrollo neuromuscular. Al inicio de los 6 meses, éste puede comer alimentos sólidos o semisólidos, en forma de puré, papilla, desmenuzados o picado . Los cuidadores de las niñas y los niños deben considerar la capacidad gástrica limitada. La cantidad se incrementa de manera gradual, mes a mes, a medida que la niña o el niño crece y se desarrolla.

Las recomendaciones sobre la alimentación complementaria indican que se debe comenzar a los seis meses de edad con cantidades pequeñas de alimentos y aumentar la cantidad conforme crece el niño, mientras se mantiene la lactancia materna. Aumentar la consistencia y la variedad de los alimentos gradualmente conforme crece el niño, adaptándose a los requisitos y habilidades de los niños.⁶¹

La consistencia más apropiada de la comida del lactante o niño pequeño depende de la edad y del desarrollo neuromuscular. Al inicio de los 6 meses, el lactante puede comer alimentos sólidos o semisólidos, en forma de puré o aplastados. A la edad de 8 meses, la

⁶⁰ Guía de alimentación complementaria segura y saludable. Gobierno de Santa Fe. 2019. p.16 Obtenido de: <https://www.assal.gov.ar/guia-alimentacion-complementaria/materiales/Guia%20Alimentacion%20Complementaria%20-%20Proyecto.pdf>

⁶¹ Organización Panamericana de la Salud “La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud” 2010. p. 19. Punto 5 y 6. Obtenido de: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/IYCF_model_SP_web.pdf

mayoría de los lactantes también pueden comer algunos alimentos que son levantados con los dedos. A los 12 meses, la mayoría de los niños pueden comer los mismos alimentos consumidos por el resto de la familia. Los alimentos complementarios deben ser lo suficientemente espesos para mantenerse en la cuchara y que no se escurran hacia fuera. Cuando el niño come alimentos espesos o sólidos, resulta más fácil el darles mayor suministro de kcal e incluir una variedad de ingredientes ricos en nutrientes, como ser alimentos de origen animal.⁶²

Es muy importante recordar que la introducción de otros alimentos no debe demorarse más allá de los 6 meses, porque es cuando los niños necesitan más cantidad de alimentos y es cuando están listos para aprender a comer. Las preparaciones líquidas (sopas, caldos, jugos) no contienen suficientes elementos nutritivos porque tienen mayor cantidad de agua. Continúe amamantando a su bebé. Es recomendable amamantar primero y después ofrecer alimentos distintos a la leche.⁶³

Relación entre métodos

La cronología de introducción de los distintos alimentos que constituyen la AC tiene más que ver con tradiciones culturales y con la disponibilidad de alimentos que con razones fisiológicas o hitos del desarrollo. A los 4-5 meses, los niños aproximan los labios al borde de una taza y pueden alimentarse más rápidamente que con un biberón. La masticación también se inicia alrededor de los 6 meses, y pueden comer una galleta. Pueden comer solos desde los 9-10 meses, aunque el uso de la cuchara se adquiere, como media, a los 15 meses.

Permitir que los lactantes mayores de 6 meses puedan llevarse algunos alimentos a la boca no es una novedad, y muchas sociedades pediátricas ya los contemplan en sus recomendaciones sobre la introducción de la AC. Lo que realmente marca la diferencia –

⁶² Organización Panamericana de la Salud, op. cit. 2010, pg. 23. Obtenido de: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/IYCF_model_SP_web.pdf

⁶³ Guías Alimentarias para la población Infantil. 2009. p. 24. Obtenido de: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000308cnt-A05.%20Guas%20Alimentarias%20-%20Familia.pdf>

su radicalidad— es que el BLW sólo considera la alimentación que el niño pueda llevarse a la boca, señalando como obsoletos los alimentos triturados o el empleo de la cuchara. Los padres deciden qué ofrecer, y el niño cuánto y a qué ritmo.⁶⁴

Baby led Weaning en Argentina

En la actualidad, no existen recomendaciones oficiales sobre la aplicación del método guiado por el bebé conocido como Baby Led Weaning o el método modificado BLISS.

Se hace referencia a lo que se conoce como alimentación perceptiva, que implica reciprocidad entre la niña o el niño y su cuidador durante el proceso de alimentación. Se basa en los siguientes pasos: la niña o el niño muestran señales de hambre o saciedad a través de acciones motoras, expresiones faciales o vocalizaciones; el cuidador reconoce las señales y responde rápidamente de manera cálida y apropiada para la etapa de su desarrollo y experimenta una respuesta predecible ante la señal emitida. En otras palabras, la alimentación perceptiva hace hincapié en la importancia de que los cuidadores estén atentos cuándo empezar y cuándo dejar de alimentar a la niña o el niño, con base en sus señales de hambre y saciedad. Además, cobra importancia la interpretación de las diversas demandas de las niñas y los niños a las que se suele responder exclusivamente con alimentos (por ejemplo, malestar por calor, frío, dolores, etc.) pudiendo esto contribuir con el riesgo de exceso de peso en edades futuras y alterar su capacidad para aprender a autorregular adecuadamente la ingesta de alimentos.⁶⁵

⁶⁴ J.M. Moreno Villares et al. “Alimentación complementaria dirigida por el bebé («baby-led weaning»). ¿Es una aproximación válida a la introducción de nuevos alimentos en el lactante?” Acta Pediátrica Esp. 2013; 71(4): p. 100-101. Obtenido de:

https://www.researchgate.net/profile/Jaime_Dalmau/publication/286953814_Baby-led_weaning_a_valid_approach_to_complementary_feeding/links/58a2d145a6fdccf5e9748e8b/Baby-led-weaning-a-valid-approach-to-complementary-feeding.pdf

⁶⁵ Guía de alimentación complementaria segura y saludable. Gobierno de Santa Fe. 2019. p.14. Obtenido de: <https://www.assal.gov.ar/guia-alimentacion-complementaria/materiales/Guia%20Alimentacion%20Complementaria%20-%20Proyecto.pdf>

Existen grupos en redes sociales formados por madres y padres que utilizan el método, por ejemplo, en Facebook⁶⁶ donde comparten sus experiencias personales, libros, recetas, consejos. Un grupo de pediatras y puericultoras, desarrollaron una plataforma en Instagram donde también comparten información, charlas, cursos, tanto para padres como para profesionales de la salud.

En el mes de septiembre del 2020, se dio inicio a la primera FORMACIÓN EN ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y BLW a cargo de Sabrina Criztman, una médica pediatra; a través de la red social Instagram⁶⁷ y de una página web donde se puede acceder al curso, tanto profesionales de la salud como estudiantes.

No existe otro dato oficial sobre las organizaciones nacionales que respalden o fomenten la implementación del método. Lo que es innegable, es la existencia de diferentes métodos de inicio de la alimentación complementaria que se utilizan entre las familias. Es necesaria la intervención oficial sobre todos los métodos ya que son divulgados por medio de redes sociales, donde se comparte la información de una manera informal. El método BLW y BLISS se aplica, con el especial cuidado que estos métodos requieren, al igual que el tradicional. Se deben estandarizar los métodos, para que, junto al tradicional, las familias puedan tener todas las opciones a la hora de elegir entre los distintos métodos.

⁶⁶ Grupo en Facebook, formado principalmente por madres y padres de Argentina, que utilizan y socializan el método de introducción a los alimentos sólidos Baby-Led Weaning Enlace: <https://www.facebook.com/groups/blwargentina>

⁶⁷ Escuela Argentina de BLW Codirectoras [@sabrina.pediatriaypuericultura](https://www.instagram.com/sabrina.pediatriaypuericultura) y [@docnayblw](https://www.instagram.com/docnayblw) Enlace: <https://www.instagram.com/escuelaargentina.deblw/>

MARCO METODOLÓGICO

Área de estudio

La investigación se realizó a través de los datos relevados de una encuesta distribuida por correo electrónico dirigida a un grupo de pediatras de la ciudad de Rosario.

Tipo de estudio

Estudio no experimental; descriptivo; de corte transversal; hecho en base a una encuesta relacionada con alimentación complementaria y conocimientos sobre Baby-Led-Weaning dirigida hacia un grupo de pediatras de la ciudad de Rosario, cuya distribución fue efectuada por correo electrónico.

Universo

Pediatras de la ciudad de Rosario, Santa Fe. Se realizaron 133 encuestas, se analizaron la totalidad de éstas.

Criterios de inclusión

Pediatras activos de la ciudad de Rosario.

Criterios de exclusión

- Profesionales que no estén activos al momento de realizar la encuesta.
- Profesionales que no sean pediatras.
- Profesionales que no sean de la ciudad de Rosario.

Población objetivo

Se cuestiona sobre la edad en la que se recomienda el inicio de la alimentación complementaria; el conocimiento y la implementación del método de alimentación complementaria Baby Led Weaning, los motivos por los que no se recomienda, los resultados obtenidos de los que sí lo hacen; posibles riesgos y las posibles recomendaciones sobre los alimentos desaconsejados antes del primer año de vida.

Muestra

La muestra coincide con la población.

Variables

- Dependiente: Recomendación de la edad de inicio de la AC.

Se categorizará en:

- **A los 4 meses:** El inicio de la alimentación complementaria fue a partir de los 4 meses
- **A los 5 meses:** El inicio de la alimentación complementaria fue a partir de los 5 meses
- **A los 6 meses:** El inicio de la alimentación complementaria fue a partir de los 6 meses
- Después de los 6 meses: El inicio de la alimentación complementaria fue después de los 6 meses.

- Dependiente: Recomendación del método BLW

Se categorizará en:

- **No:** el método no fue recomendado. Razón por la cual no se recomendó.
- **Si:** Cuáles fueron los resultados obtenidos en cuanto a crecimiento, desarrollo y habilidades del bebé.

- Dependiente: Recomendaciones sobre los alimentos desaconsejados antes del primer año de vida

Se categorizará en:

- **Si:** Hace alguna recomendación sobre los alimentos desaconsejados antes del primer año de vida.
- **No:** No realiza recomendaciones respecto a los alimentos desaconsejados antes del primer año de vida.

- Dependiente: Relación método BLW e incidencia de ahogamiento

Se categorizará en:

- **Si:** hace referencia a la recomendación a las familias sobre los alimentos que se desaconsejan antes del primer año de vida.
- **No:** hace referencia a que no se mencionan a las familias los riesgos de los alimentos desaconsejados para menores de un año.
- **No sabe:** desconocimiento sobre sobre el método y casos de ahogamiento.

- Dependiente: Método BLW y su relación con déficit de macronutrientes

Se categorizará en:

- **Si:** hace referencia a la relación que existe entre el método BLW y el déficit de macronutrientes
- **No:** hace referencia a que no existe relación entre el método y el déficit de macronutrientes.
- **No sabe:** desconocimiento de la relación.

Técnicas de recolección de datos

Encuesta con 16 preguntas que será distribuida a través del correo electrónico a pediatras de la ciudad de Rosario.

Instrumentos

- La encuesta se elaboró a través de un formulario electrónico

<https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=cMO77mJX5EutNBLCvWYfPRMLccb5JUIOlu9xThtWvz9UOTdDUFhYNzBFWDNUQjBDNjhPNzBGTTMzNC4u>

- Planilla en Excel con los datos recolectados

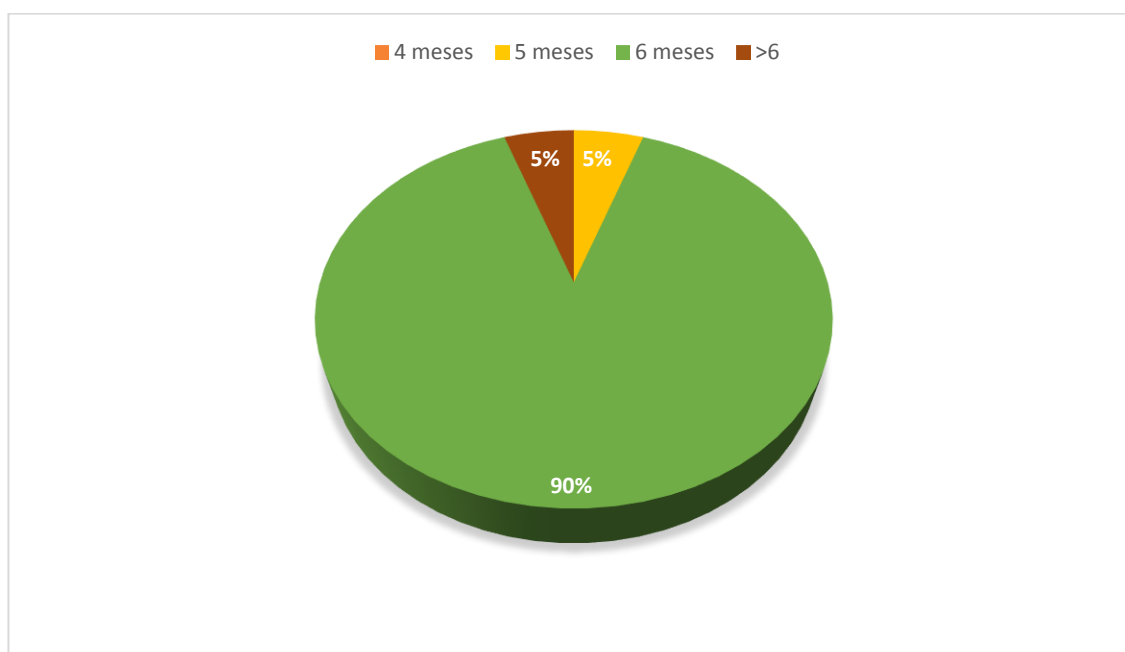
https://drive.google.com/file/d/1rZwQM8sfA2TPFwjopUICzpP_7Dq9eLf/view?usp=sharing

RESULTADOS

A continuación, se detallan los resultados obtenidos del análisis de las 133 respuestas realizadas a los profesionales pediatras pertenecientes a la Sociedad Argentina de Pediatría con sede Rosario.

Los resultados se obtuvieron a través de un formulario elaborado específicamente para esta investigación y en colaboración con el comité de nutrición de la SAP, con el fin de utilizarlos como base para el desarrollo de un curso sobre el método de alimentación complementaria BLW.

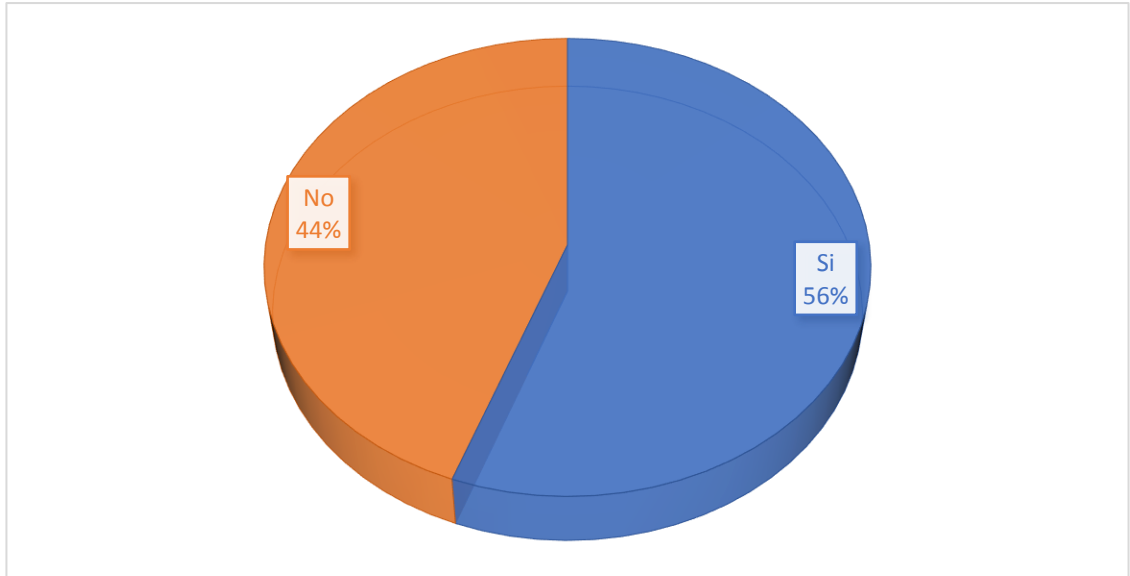
Gráfico N°1: “**Recomendación de la edad para el inicio de la AC**”



Esta pregunta buscó conocer cuándo es la edad recomendada para el inicio de la alimentación complementaria. La encuesta arrojó que, del total de pediatras encuestados, el 90% (n=119) recomienda el inicio de la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad, mientras que 7 pediatras de los 133 encuestados, lo recomienda después de los 6 meses. Ningún profesional encuestado recomienda que la alimentación

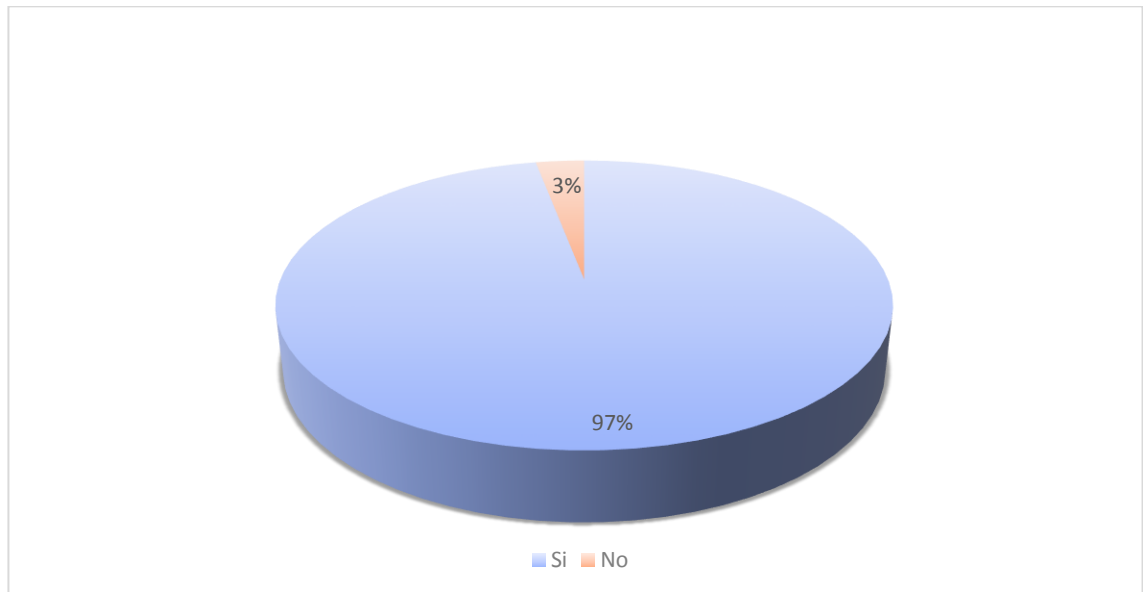
complementaria deba comenzar a los 4 meses; y el 5% restante, 7 pediatras, recomiendan que pueda empezar a los 5 meses de edad.

Gráfico N°2: “**Recomendación del método BLW**”



Del total de pediatras encuestados, el 44% (n=59) manifiesta no recomendar el método BLW, mientras que el 56% (n=74) el total, sí lo hace.

Gráfico N°3: **“Recomendaciones sobre alimentos desaconsejados antes del primer año”**

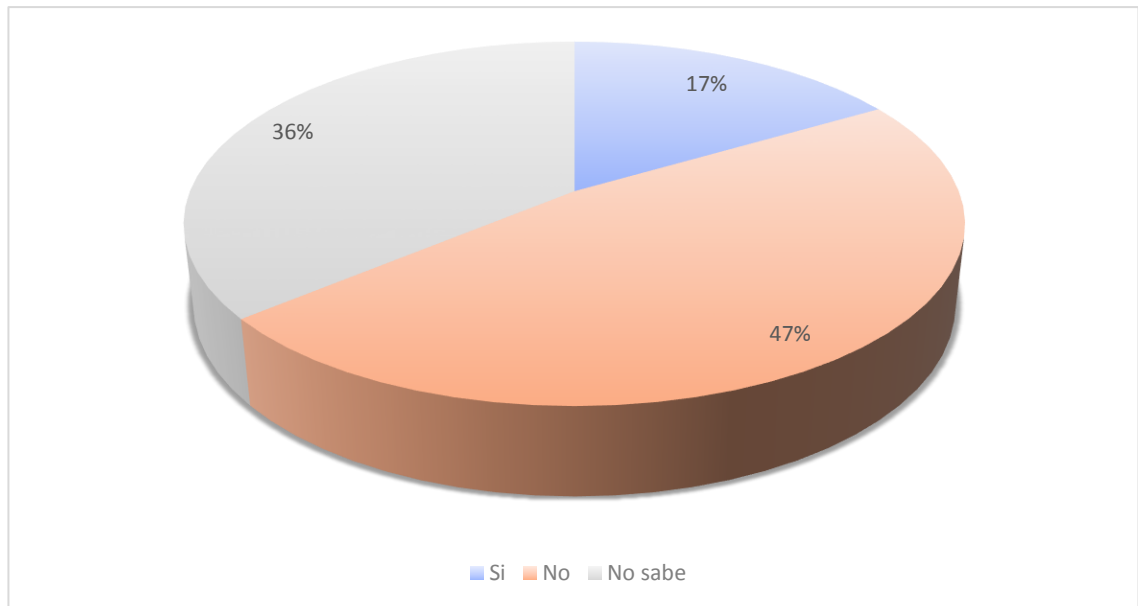


Con respecto a los alimentos que se desaconsejan antes del primer año de vida, la encuesta arrojó que 97% (n=129) de los pediatras encuestados hacen una recomendación de alimentos desaconsejados, detallando cuales son.

Algunos de estos alimentos son los alimentos que tienen forma esférica, la miel, los alimentos potencialmente alergenicos, la sal y el azúcar agregados, la carne picada, la leche de vaca, los alimentos ultraprocesados.

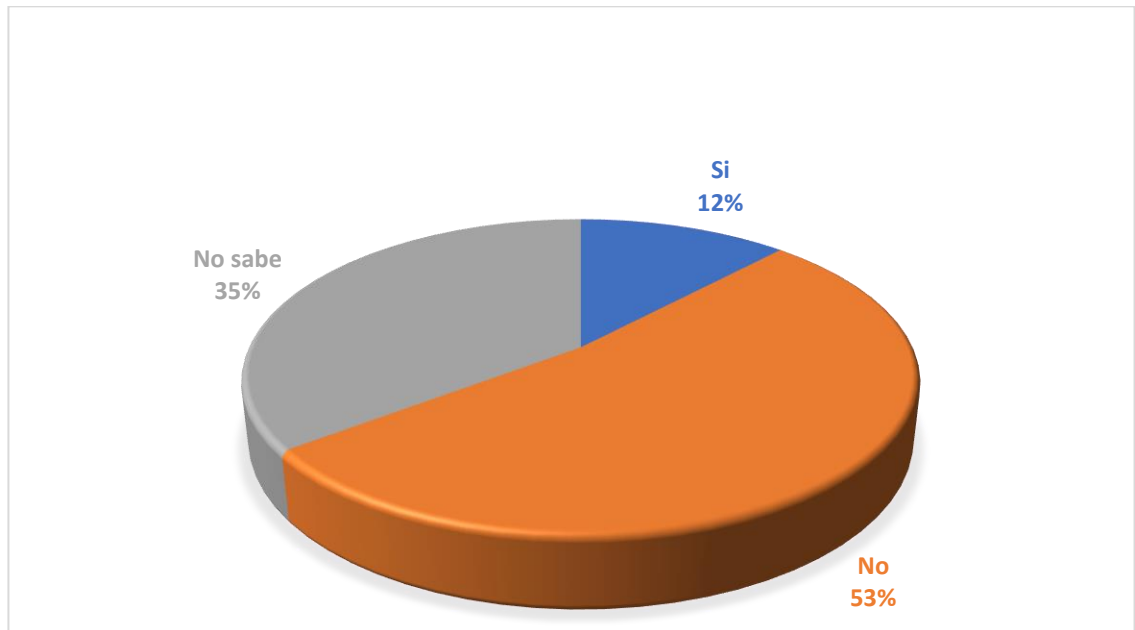
Solo el 3% (n=4) de los encuestados manifiesta no realizar recomendaciones.

Gráfico N°4: “Conocimiento sobre la incidencia del BLW en casos de ahogamiento”



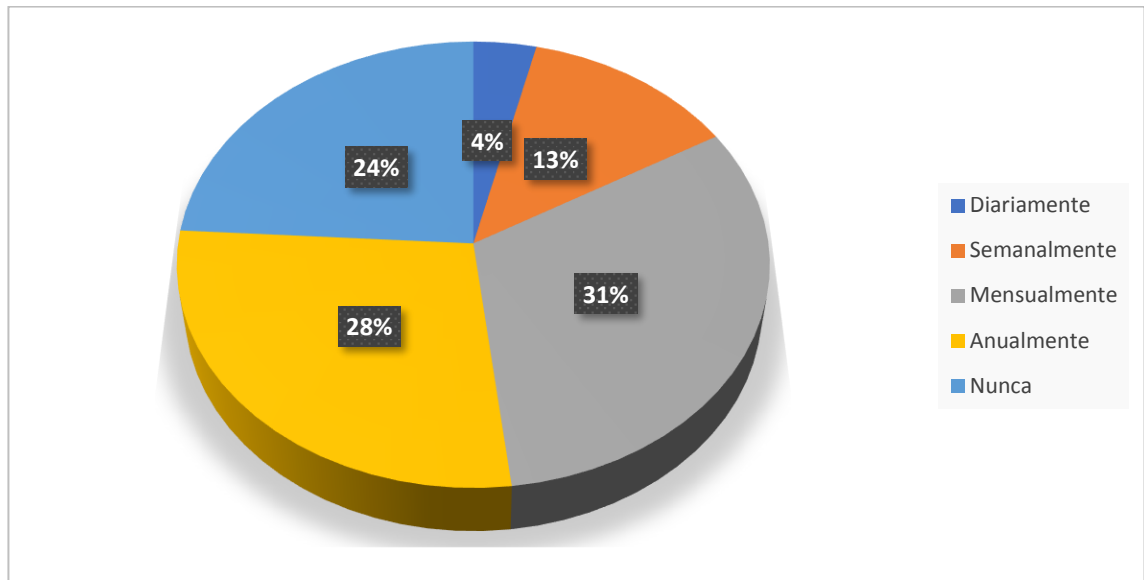
Respecto de si el método BLW tiene mayor incidencia en casos de ahogamiento, el 47% (n=63) de los pediatras encuestados respondieron que no existen incidencias del método BLW en casos de ahogamiento, el 17% (n=22) afirman que existe incidencia en casos de ahogamiento y el 36% (n=48) del total encuestado, no saben si el método BLW incide en casos de ahogamiento.

Gráfico N°5: “**Conocimiento sobre la incidencia del BLW en casos déficit de nutrientes**”



De los 133 pediatras encuestados, el 53% (n=70) manifiestan que no existe una incidencia entre el método de alimentación complementaria BLW y casos de déficit de nutrientes, el 35% (n=47) de los profesionales encuestados, respondieron no saber si existe incidencia entre el método BLW y casos de déficit de nutrientes, mientras que el 12% (n=16) aseguran que sí hay incidencia.

Gráfico N°6: “Se realizan interconsultas con nutricionistas”



De la totalidad de encuestados el 4% (n=5) manifiestan hacer interconsultas con nutricionistas diariamente; el 13% (n=17) lo hace semanalmente; el 32% (n=42) deriva a un nutricionista de manera mensual; el 28% (n=38) lo hace anualmente; mientras que el 24% (n=32) aseguran nunca realizar interconsultas con nutricionistas.

CONCLUSIÓN

Esta investigación concluye sobre el conocimiento que tienen los pediatras de la ciudad de Rosario sobre el método de alimentación complementaria BLW, según los objetivos que se plantearon, que de los 133 pediatras encuestados, 7 de ellos recomiendan que la edad para el inicio de la AC sea a partir de los 5 meses, 119 pediatras, el 89% de los encuestados, recomiendan que sea a partir de los 6 meses, 7 pediatras recomiendan que el inicio de la AC sea después de los 6 meses.

Respecto al método recomendado para el inicio de la AC, 37% de los encuestados, 60 pediatras, recomiendan el método BLW, 10 pediatras recomiendan el método BLISS y el 45% de los encuestados, 74 pediatras, recomiendan un método combinado para el inicio de la AC.

De los 133 pediatras encuestados, el 91%, 121 pediatras, conocen el método BLW, sólo 39 de ellos realizaron algún curso, 19 pediatras escucharon del método a través de algún colega, el 35% escuchó del método por la web, sólo 8 pediatras escucharon del método mediante medios de comunicación y 24 pediatras respondieron que conocieron el método BLW fue por otros medios.

Respecto a si recibieron alguna capacitación, 36 pediatras sí lo hicieron, mientras que los 97 pediatras restantes, el 73% encuestado, manifestó no haber realizado ninguna capacitación.

Sobre si los pediatras realizan alguna recomendación sobre alimentos desaconsejados antes del primer año de vida, el 97% de los encuestados respondieron que sí realizan tales recomendaciones. Mencionan tener una lista de dichos alimentos, en los que incluyen: miel, chocolate, sal y azúcar agregada, alimentos con forma esférica, carne picada y ultraprocesados.

Cuando se encuestó sobre el conocimiento respecto a si existe incidencia entre el método BLW y casos de ahogamiento, 36% de los pediatras encuestados, no saben de la existencia de tal incidencia, 47% respondió que no hay incidencia, mientras que el 17% respondió que sí la hay.

En cuanto al conocimiento sobre la incidencia del BLW sobre el déficit de nutrientes, 35% de los pediatras encuestados no saben si existe tal incidencia, el 53% respondió que no existe incidencia y el 12% respondió que sí existe.

Del total de pediatras encuestados, el 4% realiza interconsultas con Nutricionistas a diario, el 13% las realiza semanalmente, el 31% realiza interconsultas de manera mensual, el 28% las realiza anualmente y el 24% del total encuestado, manifestó no realizar interconsultas con Nutricionistas

La mayoría de los pediatras, 121 del total encuestado, conocen el método para el inicio de la AC BLW, sólo 74 pediatras lo recomiendan. Por otro lado, el 96% del total no realizó ninguna capacitación. A pesar de que la mayoría de los pediatras encuestados, manifestaron obtener buenos resultados al implementar el método, los pediatras que no lo recomiendan, respondieron que se debe a falta de reconocimiento oficial del mismo

Para concluir, se mantiene la hipótesis planteada, que los pediatras de la ciudad de Rosario no recomiendan el método BLW para el inicio de la alimentación complementaria por falta de reconocimiento oficial, a pesar de ser un porcentaje mayor de pediatras los que no lo recomiendan, comparados con los que sí, se sigue observando cierta desconfianza en el método, a pesar de existir evidencia científica que lo respalda y garantiza su implementación.

Los pediatras que recomiendan el método BLW para el inicio de la AC, 74% del total encuestado, manifiestan que los beneficios observados al implementar este método son buenos, mencionan mejoras en la motricidad fina, mayor incorporación y variedad de alimentos, mayor aceptación, autorregulación en cuanto a la sensación de hambre y la saciedad, al igual que los que combinan el método clásico (papilla) y el BLW, respondieron que se observan resultados favorables.

Es esencial el respaldo oficial del método, para así disipar cualquier duda que los profesionales puedan tener. Poder acceder a capacitaciones y cursos, para disponer de herramientas que serán esenciales a la hora de acompañar y guiar a las familias en este proceso tan importante de inicio en la alimentación. Que sea un proceso respetuoso y dónde primen las necesidades individuales del bebé y el acompañamiento de su familia y demás profesionales de la salud, para garantizar que su desarrollo genere su máximo potencial genético.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alimentación del lactante y del niño de corta edad. Guías conjuntas de Patología Digestiva Pediátrica Atención Primaria-Especializada. 2019. Obtenido de: <http://www.ampap.es/wp-content/uploads/2019/04/Alimentacion-del-lactante-y-del-ni%C3%B1o-de-corta-edad.pdf>
- Arantes ALAE, Neves FS, Campos AAL, Pereira Netto M. THE BABY-LED WEANING METHOD (BLW) IN THE CONTEXT OF COMPLEMENTARY FEEDING: A REVIEW. Rev Paul Pediatr. 2018 Jul-Sep;36(3):353-363. doi: 10.1590/1984-0462/2018;36;3;00001. Epub 2018 Jul 10. PMID: 29995141; PMCID: PMC6202902
- Cameron SL, Heath AL, Taylor RW. Healthcare professionals' and mothers' knowledge of, attitudes to and experiences with, Baby-Led Weaning: a content analysis study. BMJ Open. 2012 Nov 26;2(6):e001542. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001542. PMID: 23183112; PMCID: PMC3532980
- Comité de Nutrición de la ESPGHAN (Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas). 2016. DOI: 10.1097/MPG.0000000000001454
- Conte Grand M.et al. Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan [Internet] 2017. Publicación N° 342: Obtenido de: https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/files_resumenes-trabajos-libres-conarpe-2017_1506640090.pdf
- Daniels L, Heath AL, Williams SM, Cameron SL, Fleming EA, Taylor BJ, Wheeler BJ, Gibson RS, Taylor RW. Baby-Led Introduction to SolidS (BLISS) study: a randomised controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding. BMC Pediatr. 2015 Nov 12;15:179. doi: 10.1186/s12887-015-0491-8. PMID: 26563757; PMCID: PMC4643507. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26563757/>
- Dra. M. Virginia Desantadina - Noticias Metropolitanas XXXI; agosto 2020:78. Obtenido de: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/nutricion-infantil/documentos/recomendaciones-aep-sobre-alimentacion>

- Gill Rapley, PhD - *Journal of Health Visiting in June 2016*, copyright © MA Healthcare <http://www.magonlinelibrary.com/toc/johv/current>
- Gill Rapley, PhD - *Journal of Health Visiting in August 2016*, copyright © MA Healthcare - <http://www.magonlinelibrary.com/toc/johv/current>
- “Guías alimentarias para la población infantil” [Internet] 2006. Obtenido de: https://www.sap.org.ar/docs/profesionales/PDF_Equipo_baja.pdf
- Guía de alimentación complementaria segura y saludable. Gobierno de Santa Fe. 2019. Obtenido de: <https://www.assal.gov.ar/guia-alimentacion-complementaria/materiales/Guia%20Alimentacion%20Complementaria%20-%20Proyecto.pdf>
- Guías Alimentarias para la población Infantil. 2009. Obtenido de: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000308cnt-A05.%20Guas%20Alimentarias%20-%20Familia.pdf>
- J.M. Moreno Villares et al. “Alimentación complementaria dirigida por el bebé («baby-led weaning»). ¿Es una aproximación válida a la introducción de nuevos alimentos en el lactante?” *Acta Pediátrica Esp.* 2013; 71(4). Obtenido de: https://www.researchgate.net/profile/Jaime_Dalmau/publication/286953814_Baby-led_weaning_a_valid_approach_to_complementary_feeding/links/58a2d145a6fdccf5e9748e8b/Baby-led-weaning-a-valid-approach-to-complementary-feeding.pdf
- Judith E Brown. Nutrición en las diferentes etapas de la vida. Quinta edición. McGRAW-HILL Interamericana Editores. 2014.
- Kliegman, Stanton, Ste Geme, Schor. Nelson “Tratado de pediatría”. 20ª Edición. Editorial Elsevier. 2016.
- Manual Práctico de Nutrición en Pediatría. Ergon C/ Arboleda, 1 - 28220 Majadahonda (Madrid) 2007.

- Martínez Rubio A, Cantarero Vallejo MD, Espín Jaime B. ¿Cómo orientan los pediatras de Atención Primaria la alimentación complementaria? Rev Pediatr Aten Primaria. 2018;20:35-44.
- Morison BJ, Taylor RW, Haszard JJ, et al. How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6–8 months. BMJ Open 2016;6:e010665. doi:10.1136/bmjopen-2015-010665
- Nutrición clínica en pediatría: avances y prácticas. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia (Sede Bogotá). Facultad de Medicina, 2015. Grupo Académico de Nutrición Humana -- (Colección Salud pública y nutrición humana).
- Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
- Organización Panamericana de la Salud “La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud” 2010. Obtenido de: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/IYCF_model_SP_web.pdf
- R Martínez y Martínez. Pediatría. Salud y enfermedad del niño y del adolescente. Manual Moderno. 8va Edición. 2017.
- Romero-Velarde. et al. “Consenso para las prácticas de alimentación complementaria en lactantes sanos” [Internet] Publicado por Masson Doyma Mexico ´ S.A Bol Med Hosp Infant Mex. 2016;73(5):338-356. Obtenido de: (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).
- Rowan H., Lee M., Brown A. Differences in dietary composition between infants introduced to complementary foods using Babyled weaning and traditional spoon feeding. J Hum Nutr Diet. 32, 11–20. 2019. Obtenido de: <https://doi.org/10.1111/jhn.12616>
- Setton, Débora. Nutrición en pediatría: bases para la práctica clínica en niños sanos y enfermos - 1ª ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Médica Panamericana, 2014.

- Sociedad Argentina de Pediatría “Guías de alimentación para niños sanos de 0 a 2 años” [Internet] 2001. Obtenido de: https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/alim_0a2.pdf
- Swanepoel, L, Henderson, J, Maher, J. Mothers' experiences with complementary feeding: Conventional and baby-led approaches. *Nutr Diet*. 2020; 77: 373– 381. <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12566>
- Taylor RW, Williams SM, Fangupo LJ, Wheeler BJ, Taylor BJ, Daniels L, Fleming EA, McArthur J, Morison B, Erickson LW, Davies RS, Bacchus S, Cameron SL, Heath AM. Effect of a Baby-Led Approach to Complementary Feeding on Infant Growth and Overweight: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr*. 2017 Sep 1;171(9):838-846. doi: 10.1001/jamapediatrics.2017.1284. PMID: 28692728; PMCID: PMC5710413.) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30074671/>
- Utami AF, Wanda D. Is the baby-led weaning approach an effective choice for introducing first foods? A literature review. *Enferm Clin*. 2019 Sep;29 Suppl 2:87-95. English, Spanish. doi: 10.1016/j.enfcli.2019.04.014. Epub 2019 Jun 24. PMID: 31248733
- Williams Erickson L, Taylor RW, Haszard JJ, Fleming EA, Daniels L, Morison BJ, Leong C, Fangupo LJ, Wheeler BJ, Taylor BJ, Te Morenga L, McLean RM, Heath AM. Impact of a Modified Version of Baby-Led Weaning on Infant Food and Nutrient Intakes: The BLISS Randomized Controlled Trial. *Nutrients*. 2018 Jun 7;10(6):740. doi: 10.3390/nu10060740. PMID: 29880769; PMCID: PMC6024590.) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29880769/>

ANEXO

Encuesta

Conocimiento sobre el método de alimentación complementaria Baby-Led Weaning

Trabajo de investigación final para la obtención del título de Licenciada en Nutrición

* Obligatorio

1. Profesión/Especialidad *

2. Año en el que finalizó la especialidad *

3. ¿A que edad recomienda el inicio de la alimentación complementaria? *

- ☐ A los 4 meses
- ☐ A los 5 meses
- ☐ A los 6 meses
- ☐ Después de los 6 meses

4. ¿Qué método de alimentación complementaria recomienda habitualmente? (Puede seleccionar varias opciones) *

- ☐ Papilla
- ☐ BLW
- ☐ BLISS
- ☐ Combinados

5. ¿Realiza alguna recomendación específica respecto a los alimentos desaconsejados antes del primer año de vida? *

- ☐ Si
- ☐ No

6. Si la respuesta anterior fue SI ¿Qué tipo de recomendaciones realiza? *

7. ¿Ha escuchado hablar del método Baby-Led Weaning? *

- ☐ Si
- ☐ No

8. Si la respuesta anterior fue SI, ¿Dónde escucho hablar del método BLW? *

- ☐ Web
- ☐ Medios de comunicación
- ☐ Cursos
- ☐ Otros colegas
- ☐ Otros

9. ¿Realizó alguna capacitación del método BLW? *

- ☐ Si
- ☐ No

10. ¿Dónde? *

11. ¿Recomienda el método BLW? *

- ☐ Si
- ☐ No

12. Si la respuesta anterior fue NO, ¿Cuáles son las razones por las que no recomienda el método BLW? *

13. Si la respuesta fue SI, ¿Cuáles fueron los resultados obtenidos respecto al crecimiento, desarrollo y habilidades del bebé? *

14. ¿Conoce si el método BLW está asociada con una mayor incidencia en casos de ahogamiento? *

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No sabe

15. ¿Conoce si el método BLW conlleva a la deficiencia de algún micronutriente? *

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No sabe

16. ¿Realiza interconsultas o derivaciones con Nutricionistas? *

- ☐ Diariamente
- ☐ Semanalmente
- ☐ Mensualmente
- ☐ Anualmente
- ☐ Nunca

Este contenido no está creado ni respaldado por Microsoft. Los datos que envíe se enviarán al propietario del formulario.

 Microsoft Forms