

EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA

Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores pruebas científicas

www.evidenciasenpediatria.es

Comentario Asociado

¿Es el *baby-led weaning* un patrón recomendable?

Leis Trabazo R

Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago. CiberObn. Santiago de Compostela. Grupo de Trabajo en Nutrición Pediátrica de la SEGHP. España.

Correspondencia: Rosaura Leis Trabazo, mariaosaura.leis@usc.es

Fecha de recepción: 24 de marzo de 2017 • Fecha de aceptación: 30 de marzo de 2017

Fecha de publicación del artículo: 5 de abril de 2017

Evid Pediatr. 2017;13:27.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Leis Trabazo R. ¿Es el *baby-led weaning* un patrón recomendable? Evid Pediatr. 2017;13:27.

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín de novedades en <http://www.evidenciasenpediatria.es>

Este artículo está disponible en: <http://www.evidenciasenpediatria.es/EnlaceArticulo?ref=2017;13:27>

©2005-17 • ISSN: 1885-7388

¿Es el *baby-led weaning* un patrón recomendable?

Leis Trabazo R

Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago. CiberObn. Santiago de Compostela. Grupo de Trabajo en Nutrición Pediátrica de la SEGHN. España.

Correspondencia: Rosaura Leis Trabazo, mariarosaura.leis@usc.es

En los últimos años se han multiplicado las investigaciones que ponen en evidencia el importante papel de la alimentación en los primeros mil días, incluyendo al feto y, por tanto, la alimentación de la mujer gestante, en la salud del niño a corto, medio y largo plazo. El tipo y forma de alimentación a lo largo de este periodo van a estar determinados fundamentalmente por el desarrollo y maduración del aparato digestivo, renal y del sistema nervioso central, y parece condicionar la alimentación en edades posteriores. Un momento crítico de este periodo es el destete o introducción de la alimentación complementaria, necesaria para cubrir los requerimientos nutricionales a partir de los 6 meses de vida, si bien la leche, en especial la materna, continúa siendo el alimento principal¹.

Tradicionalmente la introducción de alimentos en la dieta del lactante se realiza progresivamente, dejando un intervalo de tiempo entre alimento y alimento, y en textura puré¹. Sin embargo, desde que la Organización Mundial de la Salud en 2002 propuso retrasar este momento desde los cuatro a seis meses a los seis meses, hay una tendencia creciente a que el niño se autoalimente de la dieta familiar, *baby-led weaning* (BLW). Son los padres los que les proporcionan el alimento, pero son los niños los que deciden qué comen, cuánto y a qué velocidad. Así, la filosofía de “comer con los dedos” considera a los purés y comer con cuchara conductas obsoletas^{2,3}.

Estudios recientes demuestran que el BLW se adopta con más frecuencia entre mujeres que amamantan, de nivel educacional más elevado y aquellas que no se incorporan al trabajo fuera del hogar antes de los 12 meses posparto. Además, parece ser un fuerte predictor del destete a la edad recomendada. Los padres que siguen el BLW lo perciben como más saludable, más barato y que hace al niño más feliz. Sin embargo, muchos profesionales de la salud, si bien consideran que podría tener beneficios, como facilitar la autorregulación de la ingesta energética, la mejor aceptación de nuevos alimentos, ya que parece relacionarse con más tiempo de lactancia materna y por tanto exposición a mayor diversidad de sabores, y menor riesgo de desarrollo de obesidad y sus comorbilidades en el niño y en el adulto, creen que hay un mayor riesgo de asfixia y de aporte inadecuado de energía y micronutrientes, en especial

del hierro. Se observa también diferencias en el tipo de alimentos consumidos mediante uno y otro método. La alimentación con purés y cuchara supone un mayor consumo de cereales, enriquecidos en micronutrientes, disminuyendo el riesgo de déficits nutricionales. Es de destacar que este se vería incrementado en niños con necesidades especiales (prematuros, comedores caprichosos, retraso en la maduración, patologías, etc.)²⁻⁵.

Por otra parte, la reducción del riesgo de asfixia antropológicamente se busca con la premasticación de los alimentos previa al consumo por el lactante². Lo que sí parece claro es que 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 y los lleve a la boca y realice los movimientos orales necesarios para su troceado e ingestión. Aun así, hay determinados alimentos que, por su dureza, no deben ser ofertados y la familia tendría que hacer una dieta saludable para que el lactante la pudiera compartir con ellos. Son muchas las cuestiones pendientes todavía y se necesitan estudios bien diseñados, aleatorizados y con muestra suficiente³.

El artículo “La alimentación complementaria a demanda con soporte parental educativo no incrementa el riesgo de sofocación”⁶ de *Evidencias en Pediatría*, que evalúa el riesgo de asfixia y náusea en niños con *baby-led introduction to solids* (BLISS) es un ensayo aleatorizado y controlado en 206 niños sanos. Destaca el importante número de alimentos ofertados con riesgo de producir asfixia tanto en el grupo de purés como en el de BLISS. Los niños con BLISS con asesoramiento a los padres de cómo minimizar el riesgo de asfixia no presentan más episodios que los alimentados con técnicas tradicionales. Por todo ello, si bien son necesarios más estudios, la alimentación con los dedos, a partir de los seis meses, sin que el alimento sea colocado en la boca del niño, con este en una adecuada posición (sentado, con la espalda recta), bajo la vigilancia y control de un adulto y con adiestramiento de la familia en qué alimentos no deben ser ofertados, podría permitir disponer de las posibles ventajas de esta técnica sin aumentar el riesgo de sofocación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, Goulet O, Kolacek S, Kozletzko B, et al. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2008;46:99-110.
2. Cameron SL, Anne-Louise M. Heath AL.M, Taylor RW. How feasible is baby-led weaning as an approach to infant feeding? A review of the evidence. *Nutrients.* 2012;4:1575-609.
3. Cichero JA. Introducing solid foods using baby-led weaning vs. spoon-feeding: a focus on oral development, nutrient intake and quality of research to bring balance to the debate. *Nutrition Bulletin.* 2016;41:72-77.
4. Morison BJ, Taylor RW, Haszard JJ, Schramm CJ, Williams Erickson L, Fangupo LJ, et al. How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6-8 months. *BMJ Open.* 2016;6:e010665.
5. Daniels L, Heath ALM, Williams SM, Cameron SL, Fleming EA, Taylor BJ et al. Baby-Led Introduction to SolidS (BLISS) study: a randomised controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding. *BMC Pediatr.* 2015; 15:179.
6. Díaz Cirujano AI, Molina Arias M. La alimentación complementaria a demanda con soporte parental educativo no incrementa el riesgo de sofocación. *Evid Pediatr.* 2017; 13:19.