

Facultade de Enfermaría e Podoloxía



TRABALLO DE FIN DE GRAO EN ENFERMARÍA

Curso académico 2018/19

Eficacia del método alternativo en la introducción de la alimentación complementaria: revision sistemática.

Lorena López Couce

Director(es): María Sobrido Prieto

ÍNDICE

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS	3
ÍNDICE DE TABLAS	4
RESUMEN ESTRUCTURADO	5
STRUCTURED SUMMARY	6
RESUMO ESTRUCTURADO	7
1.- INTRODUCCIÓN	8
1.1.- La alimentación complementaria	8
1.2.- Baby-Led weaning	8
1.3.- El papel de la Enfermería	10
2.- OBJETIVOS	11
2.1.- Objetivo principal:	11
2.2.- Objetivos específicos:	11
3.- METODOLOGÍA	12
3.1.- Criterios de selección:	12
3.2.-Búsqueda bibliográfica:.....	12
3.2.1.- Búsqueda de revisiones sistemáticas	13
3.2.2.- Búsqueda de ensayos clínicos.....	13
3.4.- Selección de estudios:.....	14
3.5.- Evaluación de la calidad:.....	14
3.6.- Establecimiento de variables de estudio:	15
4.- RESULTADOS	17
4.1.- Resultados sobre peso e IMC	21
4.2.- Resultados sobre atragantamientos.....	22
4.3.- Resultados sobre calidad de la dieta.....	22
4.4.- Resultados sobre el nivel de hierro	23
4.5.- Resultados sobre la ingesta de nutrientes	23
5.- DISCUSIÓN	25
6.- CONCLUSIONES	28
BIBLIOGRAFÍA	30
ANEXOS.....	32
ANEXO I: Resultados de la búsqueda de RS	32
ANEXO II: Resultado de la búsqueda de ECAs.....	33

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

OMS	Organización Mundial de la Salud
LME	Lactancia Materna Exclusiva
AC	Alimentación complementaria
MT	Método tradicional
ECA	Ensayo clínico aleatorizado
RS	Revisión sistemática
BLW	Baby-Led Weaning

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DEL BLW.....	10
TABLA 2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	12
TABLA 3. BÚSQUEDA DE RS.....	13
TABLA 4. BÚSQUEDA DE ECAS.....	14
TABLA 5. EXTRACCIÓN DE RESULTADOS	19
TABLA 6. RESULTADOS DE CALIDAD DE LA DIETA	19
TABLA 7. RESULTADOS DE LA INGESTA DE NUTRIENTES.....	20

RESUMEN ESTRUCTURADO

Introducción: Baby-Led weaning parte de la nueva recomendación de la OMS que fomenta que los niños comiencen la introducción de la AC en el sexto mes de vida. Este método propone ofrecer alimentos sólidos en piezas preparadas previamente para que el lactante se alimente por sí mismo llevándose los trozos de comida a la boca y eliminando así la alimentación triturada con cuchara. De esta manera, el niño es capaz de regular el cuánto y con qué rapidez quiere comer, desarrollando, su autonomía y sensación de saciedad. Si bien en los últimos años ha habido un aumento considerable de familias que utilizan este método, existe todavía cierta variabilidad por parte de profesionales sanitarios a la hora de recomendarlo.

Objetivo: Conocer la eficacia de la introducción de la alimentación complementaria mediante el BLW.

Metodología: Se realizó una búsqueda sistemática de RS y ECAs en diferentes bases de datos (Medline, Cinahl y SCOPUS). La selección de artículos se hizo mediante la lectura del título, resumen y texto completo, escogiendo aquellos que cumplieran los criterios de selección. Para evaluar la calidad metodológica se uso la Declaración PRISMA para las RS y la Declaración CONSORT para los ECAs.

Resultados: Se encontraron un total de tres RS, dos fueron excluidas por no cumplir con los criterios de calidad y una por no ajustarse a los criterios de selección. El total de ECAs localizados fueron de 8, de los cuales uno fue excluido por ser el protocolo de un estudio y otro por no cumplir con la calidad metodológica. El total de estudios que cumplieran con los criterios de exclusion fue de 6 ECAs.

Conclusiones: El BLW no está ligado a un mayor riesgo de atragantamientos ni al déficit de hierro, pero mejora la calidad de la dieta a edades tempranas, siendo a los 24 meses mayor el aporte de frutas y vegetales que mediante el MT. En relación a la mejoría de la ingesta de nutrientes no hay resultados que indiquen que es más adecuada con un método u otro, pero si es adecuada. La asociación entre el BLW y un peso e IMC más adecuados necesita de mayor realización de estudios.

Palabras clave: complementary feeding, baby-led weaning, alimentación complementaria, método alternativo, eficacia.

STRUCTURED SUMMARY

Introduction: Baby-led weaning part of the WHO recommendation that encourages children to begin the introduction of AC not sixth month of life. This method has as obxectivo to provide solid food in previously prepared bred so that or neno pruned to nourish itself by lifting the anacos of food to mouth and, polo therefore, eliminating food crushed with culler. Deste xeito, or neno can regulate singing and with what velocidade quere comer, desenvolvendo súa autonomy and sentimento saciedade. Although there has been a considerable increase in the number of families who use this method in recent years, there is still some variation in health professionals at the time of recommending it.

Obxective: Cognating effectiveness of introducing complementary feeding through BLW.

Methodology: A systematic search of SR and RCTs was performed in different databases (Medline, Cinahl and SCOPUS). The selection of articles was done by reading the title, summary and full text, choosing those that met the selection criteria. To evaluate the methodological quality, the PRISMA Declaration was used for the SR and the CONSORT Declaration for the ECAs.

Results: A total of three SRs were found, two were excluded because they did not meet the quality criteria and one because they did not meet the selection criteria. The total number of localized RCTs was 8, of which one was excluded because it was the protocol of one study and another because it did not meet the metological quality. The total number of studies that met the exclusion criteria was 6 RCTs.

Conclusions: The BLW is not linked to an increased risk of choking or iron deficiency, but improves the quality of the diet at early ages, being at 24 months greater the contribution of fruits and vegetables than by MT. In relation to the improvement of nutrient intake, there are no results that indicate that it is more appropriate with one method or another, but if it is adequate. The association between the BLW and a more suitable weight and BMI requires more studies.

Key words: complementary feeding, baby-led weaning, alimentación complementaria, método alternativo, eficacia.

RESUMO ESTRUCTURADO

Introdución: Baby-led weaning parte da nova recomendación da OMS na que incentiva ós nenos a comezar a introdución da AC no sexto mes de vida. Este método ten como obxectivo proporcionar comida sólida en pezas preparadas previamente para que o neno poida alimentarse por si mesmo levándose os anacos de comida á boca e, polo tanto, eliminando a alimentación triturada con culler. Deste xeito, o neno pode regular cánto e con qué velocidade quere comer, desenvolvendo a súa autonomía e sentimento de saciedade. Aínda que houbo un aumento considerable de familias que usan este método nos últimos anos, aínda hai algunha variabilidade por profesionais sanitarios á hora de recomendalo.

Obxectivo: Coñecer a eficacia da introdución da alimentación complementaria a través da BLW.

Metodoloxía: Realizouse unha busca sistemática de RS e ECAs en diferentes bases de datos (Medline, Cinahl e SCOPUS). A selección de artigos fíxose lendo o título, resumo e texto completo, escollendo aqueles que cumprían os criterios de selección. Para avaliar a calidade metodolóxica, utilizouse a Declaración PRISMA para a RS ea Declaración de CONSORT para as ECA.

Resultados: Atopáronse un total de tres RS, dous foron excluídos porque non cumpriron os criterios de calidade e outro porque non cumpriu os criterios de selección. O número total de ECAs localizados foi de 8, dos cales un excluíuse porque era o protocolo dun estudo e outro porque non cumpriu a calidade metodolóxica. O número total de estudos que cumpriron os criterios de exclusión foi de 6 ECAs.

Conclusións: O BLW non está vinculado a un maior risco de atragantamento nin coa deficiencia de ferro, pero mellora a calidade da dieta nos primeiros meses, sendo ós 24 meses maior a inxesta de froitas e verduras que no MT. En relación á mellora da inxesta de nutrientes, non hai resultados que indiquen que é máis apropiado cun método ou outro, pero sí é adecuado. A asociación entre o BLW e un peso máis axeitado e IMC require máis estudos.

Palabras chave: complementary feeding, baby-led weaning, alimentación complementaria, método alternativo, eficacia.

1.- INTRODUCCIÓN

1.1.- La alimentación complementaria

El período entre el nacimiento y los dos años de edad es el momento clave para desarrollar hábitos de alimentación adecuados y la base para un crecimiento y desarrollo óptimos. La Organización Mundial de la Salud (OMS), describe la alimentación complementaria como “el proceso que comienza cuando la leche materna ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante por sí sola y, por tanto, se necesitan otros alimentos sólidos y/o líquidos, además de ésta”⁽¹⁾. La evidencia más reciente indica que la alimentación con lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses se asocia a una mayor protección contra enfermedades⁽²⁾. Es por esto, que la OMS aconseja desde el año 2002 que los lactantes deben recibir LME hasta los 6 meses, ya que ésta aporta al niño toda la energía y nutrientes necesarios hasta la fecha. Por ello, las recomendaciones de la OMS anteriores a éstas últimas que sugerían que la introducción a la alimentación complementaria debía iniciarse a los 4 meses quedan obsoletas, retrasando el inicio de la AC hasta el sexto mes de vida.

Dicho cambio en la edad de inicio, produjo una reconsideración en el modo en el que la AC se introduce. Por un lado, los métodos tradicionales proponen que la dieta del lactante se diversifique de forma lenta y progresiva mediante la introducción de alimentos sólidos triturados, administrados por un adulto que se van modificando en textura, consistencia y cantidad acorde a su edad, hasta alcanzar una dieta similar a la del adulto. Es decir, el MT, sugiere una introducción lenta de nuevos alimentos mediante purés y papillas con la participación de un adulto y mediante cuchara.

1.2.- Baby-Led weaning

Paralelamente a éste MT, ha comenzado a despuntar el método alternativo conocido como “Baby-Led weaning”, ideado en el año 2002 en el Reino Unido por Gill Rapley, enfermera pediátrica y matrona⁽³⁾, Esta técnica de introducción de la AC, cuya traducción al castellano sería “destete guiado por el bebé”, parte de la nueva recomendación de la OMS que fomenta la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses⁽²⁾⁽⁴⁾. Esta modificación, como hemos dicho anteriormente, supone que los niños comienzan la

Eficacia del método alternativo en la introducción de la alimentación complementaria: revisión sistemática

introducción de la AC alrededor del sexto mes de vida, por lo que sus habilidades motoras están más desarrolladas, así como la habilidad de tragar y masticar, por lo que pueden tener un papel más activo en su alimentación. Con esto como punto de partida, el método BLW propone ofrecer alimentos sólidos en piezas preparadas previamente para que el lactante se alimente por sí mismo con sus propias manos llevándose los trozos de comida a la boca y eliminando así la alimentación triturada con cuchara. De esta manera, el niño es capaz de regular el cuánto y con qué rapidez quiere comer, desarrollando, no sólo su autonomía, sino también la sensación de saciedad. Este método sugiere que

- dicha capacidad de ajustar la cantidad consumida de acuerdo a las necesidades fisiológicas puede reducir el riesgo de obesidad ya que, a diferencia del método tradicional con cuchara, es el adulto quien controla y quien considera cuál es la cantidad “suficiente”.
- la calidad de la dieta es mejor, puesto que la exposición temprana a una variedad de gustos y texturas diferentes promueve la aceptación de una gama más amplia de alimentos.

Una de las mayores preocupaciones e inconvenientes ante el BLW a los que se enfrentan los padres, y también muchos profesionales, es el riesgo potencial de atragantamiento y asfixia, ya que pueden ocurrir fácilmente en bebés que están aprendiendo a comer. Otra desventaja que se plantea ante el inicio de la AC con el uso del BLW es que puede asociarse con una deficiencia de los niveles de hierro, llegando a producirse una anemia. A partir del sexto mes del nacimiento los depósitos de hierro disminuyen y consigo deben aumentar sus aportes. En el MT, esta carencia se solventa con el consumo de los cereales infantiles, que aportan mucho hierro y es uno de los primeros alimentos con los que se inicia la AC con cuchara. Sin embargo, con el BLW se potencia en los primeros meses el consumo de frutas y verduras, que tienen poco hierro, pudiendo verse afectados los niveles de éste.

En los últimos años ha habido un aumento considerable de las familias que utilizan este método alternativo, despuntando notablemente y haciéndose cada vez más popular, pero existen todavía muchas reticencias por parte de los padres y profesionales de la salud a la hora de plantear o recomendar un inicio del BLW debido a los inconvenientes descritos anteriormente.

VENTAJAS	DESVENTAJAS
Reduce el riesgo de obesidad	Aumenta riesgo de atragantamiento y asfixia
Mejora la calidad de la dieta	Mayor deficiencia de hierro
	Ingesta de nutrientes insuficiente

Tabla 1. Características del BLW

Donde no cabe lugar para las discrepancias, es cuando se afirma que la forma en la que se introducen los alimentos y las prácticas alimentarias llevadas a cabo durante este período de adaptación, serán la base para la adquisición de los hábitos alimentarios, que determinarán la salud y la calidad de vida del futuro adulto.

1.3.- El papel de la Enfermería

En este sentido, los profesionales de Enfermería tienen uno de los papeles más importantes del ámbito sanitario cuando hablamos de AC, ya que son los responsables de iniciar y asentar las pautas de este proceso en el lactante. Esta práctica debe estar basada en la mayor evidencia científica posible pudiendo garantizar seguridad y eficiencia, por lo que es fundamental dar respuesta a todas aquellas incógnitas que rodean el uso del BLW.

2.- OBJETIVOS

2.1.- Objetivo principal:

Efectividad del método tradicional vs Baby-Led Weaning en la alimentación complementaria.

2.2.- Objetivos específicos:

- Identificar si el uso del método BLW mejora el riesgo de obesidad infantil.
- Conocer si el BLW mejora la calidad de la dieta de los niños.
- Establecer si con el método alternativo aumenta la deficiencia de Hierro y Zinc.
- Conocer si el riesgo de asfixia es mayor cuando se usa el método BLW.

3.- METODOLOGÍA

Para poder dar respuesta al objetivo planteado, se re realiza una revisión sistemática. Dicha revisión sistemática se realizó siguiendo la metodología indicada en el reglamento para la realización de trabajos fin grado⁽⁵⁾.

3.1.- Criterios de selección:

De la literatura existente en diferentes bases de datos y con diferentes criterios de inclusión:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	
Artículos	Revisiones sintemáticas y ensayos clínicos. Se ha incluido la literatura escrita en inglés, español y portugués. Se ha limitado la búsqueda a textos publicados desde 2012.
Intervención	Apoyo en lactancia materna exclusiva para retrasar el inicio de la AC hasta los 6 meses y en la introducción del método BLW.
Pacientes	Menores, de 1 a 24 meses, sanos y nacidos a término.

Tabla 2. Criterios de inclusión

3.2.-Búsqueda bibliográfica:

Con el objetivo de localizar la literatura existente sobre este tema, se ha realizado la búsqueda en septiembre de 2018. La búsqueda se realizó en dos fases claramente diferenciadas; búsqueda de revisiones sistemáticas y ensayos clínicos

3.2.1.- Búsqueda de revisiones sistemáticas

BASE DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	RESULTADOS
MEDLINE	(infant nutrition physiology[MeSH Terms] OR "Infant Nutritional Physiological Phenomena"[Mesh] OR EAT*[TITLE] OR "complementary feeding") AND (Baby-led OR baby led") Fecha de publicación: a partir del 2012. Idioma: inglés, español y portugués. Tipo de estudio: revisiones sistemáticas	3

Tabla 3. Búsqueda de RS

e3.2.2.- Búsqueda de ensayos clínicos

BASE DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	RESULTADO
MEDLINE	(infant nutrition physiology[MeSH Terms] OR "Infant Nutritional Physiological Phenomena"[Mesh] OR EAT*[TITLE] OR "complementary feeding") AND (Baby-led OR "baby led") AND (randomized OR "Clinical trial") Fecha de publicación: a partir del 2012 Idioma: Español, inglés y portugués.	8
CINAHL	(MH "Infant Nutritional Physiology") OR (MH "Infant Nutrition") OR "complementary feeding") AND (Baby-led OR baby led")	0

	<p>Fecha de publicación: a partir del 2012. Idioma: español, inglés y portugués. Tipo de publicación: ensayo clínico.</p>	
SCOPUS	<p>(Baby-led OR baby led") AND (EAT*[TITLE] OR "complementary feeding") AND (clinical trial")</p> <p>Fecha de publicación: a partir del 2008 Idioma: inglés, español y portugués.</p>	1

Tabla 4. Búsqueda de ECAs

Todos los resultados fueron descargados en un gestor de referencias (EndNote) con el fin de eliminar duplicados. El total de resultados obtenidos fue de 12.

3.4.- Selección de estudios:

Se procedió al análisis de las RS y las ECAs resultantes de la estrategia de búsqueda anterior. Se valoró tanto el título como el resumen realizando finalmente una lectura crítica de los documentos seleccionados. En el Anexo I y Anexo II se encuentran la selección de las RS y de las ECAs, respectivamente.

3.5.- Evaluación de la calidad:

Con el fin de valorar la calidad de los estudios, se han pasado los siguientes checklist:

- Para el caso de la revisiones sistemáticas, se han realizado lecturas críticas siguiendo la Declaración PRISMA⁽⁶⁾. Arantes A⁽⁷⁾, revisa la misma pregunta de estudio que se desarrolla en esta RS, pero de acuerdo a los principios de la Declaración Prisma no cumple algunos de los criterios de calidad fundamentales. La puntuación total fue de 11 sobre 27. Los mayores errores localizados se encontraban en el apartado 2, ya que no desarrolla un resumen estructurado

Eficacia del método alternativo en la introducción de la alimentación complementaria: revisión sistemática

adecuado impidiendo una buena presentación inicial del artículo, y 15, puesto que no refleja la evaluación del riesgo del sesgo, limitando la posibilidad de valorar si los resultados del estudio han sido interpretados confiablemente.

Dada la baja calidad metodológica del estudio (puntuación de 11 sobre 27) hemos decidido excluir este estudio.

En el caso de Cameron SL⁽⁹⁾, la puntuación total fue de 14 sobre 27. A pesar de que cumple más de la mitad de los ítems de la Declaración, hemos decidido excluir esta RS ya que no describe algunos principios básicos de calidad. Los mayores descuidos se encontraban en los ítems 2, ya que como en la primera RS al no presentar un adecuado resumen estructurado condiciona la buena presentancio del artículo, y 9, puesto que no especifica de ningún modo la forma en la que se han seleccionado los artículos.

- Para evaluar la calidad de los ECAs, se ha realizado una lectura crítica siguiendo la Declaración CONSORT⁽¹⁰⁾. Las puntuaciones se han valorado sobre un total de 34 items, siendo para Taylor RW⁽¹¹⁾ de 22, Fagunpo Lj⁽¹²⁾ de 20, Morison BJ⁽¹³⁾ de 18, Williams E⁽¹⁴⁾ de 23, Daniels L⁽¹⁵⁾ de 24 y para Dogan E⁽¹⁶⁾ de 25. En el caso de Leong C⁽¹⁶⁾, la puntuación total de la evaluación de la calidad fue de 15 sobre 43, por lo que ha sido excluído.

3.6.- Establecimiento de variables de estudio:

Para poder responder a nuestra pregunta de estudio y comprobar la efectividad del Baby-led weaning, hemos tenido en cuenta las siguientes variables:

- **Peso e IMC:** analizando si con la introducción de la alimentación complementaria con métodos alternativos el peso corporal (Kg) e IMC (Kg/m²) es más adecuado que con el método tradicional.
- **Atragantamientos:** analizando si el porcentaje de asfixia es mayor o menor cuando se usa el método Baby-Led o el método tradicional.
- **Variedad y preferencias en los alimentos:** pudiendo examinar la calidad de la dieta a través la adherencia a preferencias y variedad de alimentos por parte de los

Eficacia del método alternativo en la introducción de la alimentación complementaria: revisión sistemática

niños siendo más adecuadas en aquellos que han utilizado el método tradicional o el método alternativo.

- Niveles de hierro: considerando si los nivel de ingesta de hierro (mg/día) son mas convenientes con un método u otro.
- Ingesta de nutrientes: evaluando si el aporte de nutrientes en la dieta son más apropiados con el BLW o el MT.

4.- RESULTADOS

La búsqueda sistemática de ensayos clínicos en las diferentes bases de datos generó un total 9 artículos que, tras utilizar el gestor bibliográfico ENDNOTE para detectar duplicados, se acortó a 8. De estos 8, uno de ellos recogía el protocolo para la realización de los ensayos, por lo que fue descartado y los 7 restantes fueron evaluados mediante la Declaración Consort. Uno de los ensayos fue excluido debido a que no alcanzaba los criterios mínimos de calidad, por lo que han sido 6 los ECAs seleccionados para la realización de esta revisión sistemática.

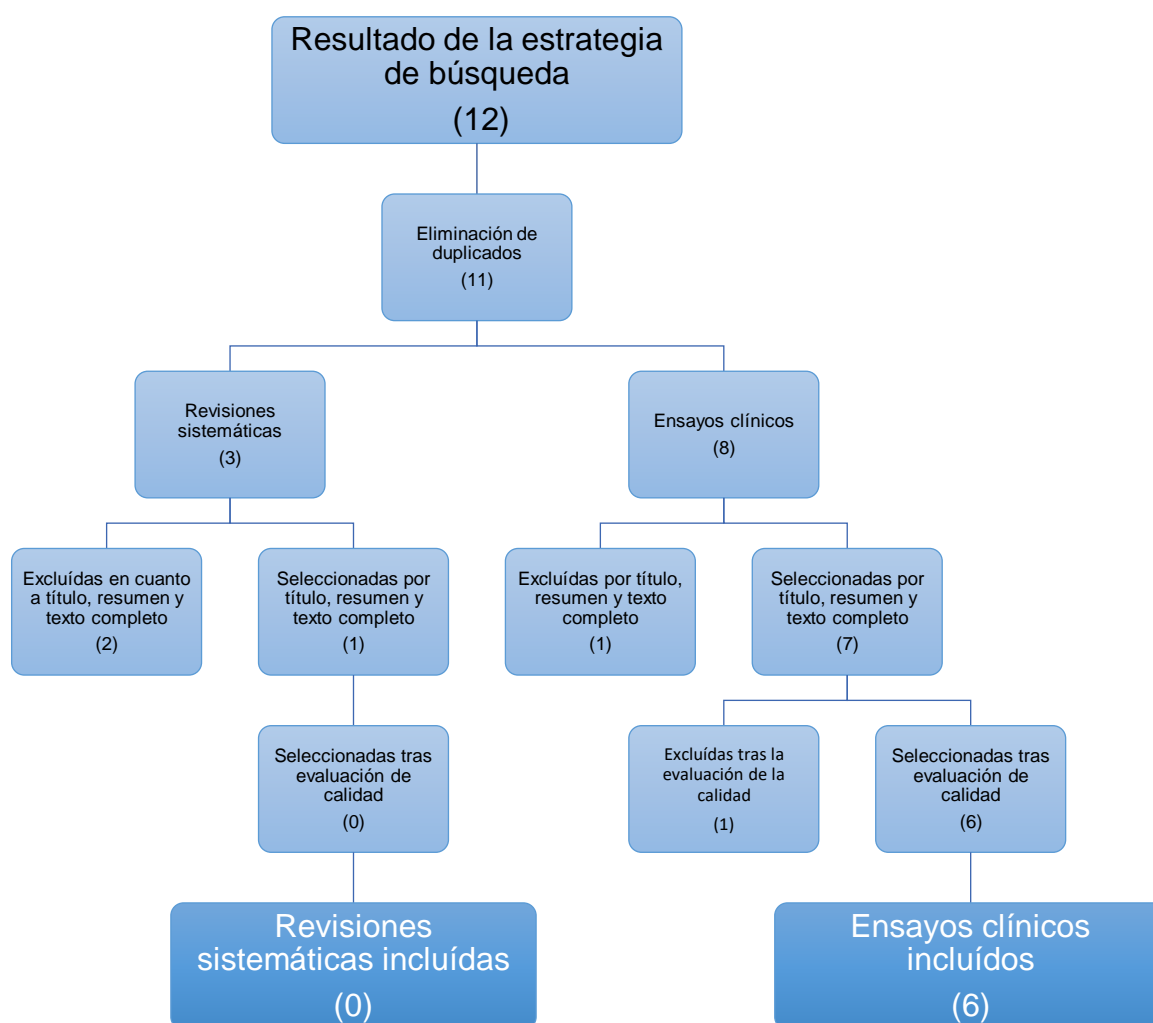


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios

	MUESTRA	TIEMPO EXPOSIC	INTERVENCIÓN		PESO E IMC	ASFIXIA Y ARCADAS	CALIDAD DIETA	HIERRO		INGESTA NUTRIENTES
Taylor RW⁽¹¹⁾	206 BLW=105 MT=101	De 0 a 24 meses	Prenatal - 5 meses de edad : ≥5 contactos educación en lactancia materna	5,5 h - 9 meses de edad: 3 contactos en educación BLW.	BLW:0,44[1,13] MT:0,20[0,89]	-	-	-		-
Fangupo LJ⁽¹²⁾	206 BLW=105 MT=101	De 0 a 24 meses	Prenatal - 5 meses de edad : ≥5 contactos educación en lactancia materna	5,5 h - 9 meses de edad: 3 contactos en educación BLW.	-	6 meses: RR:1,56 IC:1,13-2,17 7 meses: RR1,12 IC:0,79-1,59 8 meses: RR:0,60 IC:0,42-0,87 12 meses: RR:0,94 ICC:0,83-1,07	-	-		-
Morison BJ⁽¹³⁾	206 BLW=105 MT=101	De 0 a 24 meses	Prenatal - 5 meses de edad : ≥5 contactos educación en lactancia materna	5,5 h - 9 meses de edad: 3 contactos en educación BLW.	-	-	(Ver Tabla 6. Resultados de calidad de la dieta de Fangupo LJ(12)	-		-
Williams Erickson L⁽¹⁴⁾	206 BLW=105 MT=101	De 0 a 24 meses	Prenatal - 5 meses de edad : ≥5 contactos educación en lactancia materna	5,5 h - 9 meses de edad: 3 contactos en educación BLW.	-	-	-	-		(Ver Tabla 7. Resultados de la ingesta de nutrientes de Williams Erickson L(14)
Daniels L⁽¹⁵⁾	206 BLW=105 MT=101	De 0 a 24 meses	Prenatal - 5 meses de edad : ≥5 contactos educación en lactancia materna	5,5 h - 9 meses de edad: 3 contactos educación BLW.	-	-	-	7 meses BLW:4,2 mg/día MT:3,7mg/día	12 meses BLW:7,9 mg/día MT:8,5 mg/día	-

Dogan E⁽¹⁶⁾	280 BLW:142 MT:138	De 2 semanas a 12 meses	A partir de las 2 semanas: 4 contactos de grupo con apoyo en LME y alimentación rica en hierro.	5,5 A 11 meses: 6 visitas domiciliarias para apoyar y educar en BLW.	BLW 10,4 ± 0,9 MT 11,1 ± 0,5 (t=8,45, P=<0,001)	BLW n=2 MT n=3	-	BLW 7,97 ± 1,37 mg/día MT 7,90 ± 1,68 mg/día	-
-------------------------------	--------------------------	-------------------------	---	--	--	-------------------	---	---	---

Tabla 5. Extracción de resultados

VARIEDAD DE ALIMENTOS	7 MESES		12 MESES		24 MESES	
	MT	BLW	MT	BLW	MT	BLW
	Alimentos básicos	5,8 (2,9)	7,1 (2,4)	9,3 (2,5)	9,3 (2,5)	9,8 (2,4)
Alimentos no esenciales	0,5 (1,0)	1, (1,1)	2,3 (1,7)	2,2 (1,7)	4,9 (2,7)	4,0 (2,6)
Carne y otras proteínas	1,9 (1,7)	3,2 (1,8)	3,6 (1,6)	4,0 (1,7)	4,0 (1,6)	4,4 (1,8)
Frutas y vegetales	9,2 (4,1)	8,1 (3,7)	11,9 (4,4)	11,1 (5,1)	9,8 (4,2)	11,5 (4,1)
Variedad total	13,1 (6,1)	15,9 (5,4)	21,4 (5,8)	21,6 (6,0)	24,6 (6,4)	25,3 (6,8)

PREFERENCIA DE ALIMENTOS		12 MESES		24 MESES	
		MT	BLW	MT	BLW
		DIFERENTES GUSTOS	Dulce	4,5 (0,5)	4,5 (0,4)
Vegetales salados	4,1 (0,8)		4,2 (0,6)	-	-
Carne salada	4,4 (0,6)		4,5 (0,5)	-	-
Carne alta en proteínas	4,3(0,7)		4,5 (0,5)	-	-
Patatas fritas saladas	4,7(0,4)		4,6 (0,6)	-	-
Salado	4,4(0,8)		4,4 (0,8)	-	-
DIFERENTES TEXTURAS	Liso	4,6 (0,6)	4,6 (0,6)	-	-
	Lumpy	4,2 (0,5)	4,4 (0,4)	-	-
	Masticable	4,3 (0,5)	4,3 (0,5)	-	-
	Crujiente	4,6 (0,5)	4,5 (0,5)	-	-
PREFERENCIAS ALIMENTARIAS	Verduras	-	-	3,7 (3,1 4,1)	3,8 (3,2 4,2)
	Fruta	-	-	4,8 (4,4 4,9)	4,8 (4,4 4,9)
	Carne y pescado	-	-	4,2 (3,7 4,6)	4,3 (4,0 4,5)
	Postres	-	-	4,4 (3,8 4,8)	4,4 (4,0 4,8)

Tabla 6. Resultados de calidad de la dieta de Fangupo LJ(12)

	7 MESES		12 MESES		24 MESES	
	MT	BLW	MT	BLW	MT	BLW
Energía (kJ)	2831 (2728 - 2938)	2951 (2848 - 3057)	3373 (3179 - 3580)	3484 (3339- 3636)	4003 (3812 - 4202)	3982 (3806 - 4166)
Proteína (g)	16,3 (15,2-17,5)	17,7 (16,6-18,7)	28,5 (26,3- 30,9)	29,4 (27,5 -31,3)	37,0 (35,5 -38,6)	37,3 (35,9 -38,9)
Proteína (% de energía)	9,8 (9,4-10,2)	10,2 (9,8-10,5)	14,4 (13,7- 15,1)	14,3 (13,8 -14,9)	15,7 (15,2 -16,2)	15,9 (15,5 -16,4)
Grasa total (g)	33,2 (32,1-34,3)	35,0 /33,9 -36,1)	33,0 (31,0- 35,0)	33,9 (32,3 -35,5)	35,7 (34,2 -37,2)	35,1 (33,6 -36,7)
Grasas total (% kJ)	43,4 (42,2-4,6)	43,9 (42,7-45,0)	36,2 (35,0- 37,3)	36,0 (34,8 -37,2)	33,0 (32,0 -34,0)	32,6 (31,7 -33,6)
Geasas saturada (g)	14,8 (14,2-15,4)	15,5 (14,9-16,1)	15,3 (14,3- 16,3)	14,6(13,6 -15,7)	15,9 (15,0 -16,8)	15,8 (15,0 -16,7)
Grasa saturada (% de energía)	19,3 (18,6-20,0)	19,4 (18,8 -20,0)	16,8 (16,1- 17,4)	15,5 (14,6- 16,5)	14,7 (14,1 -15,3)	14,7 (14,2 -15,2)
Carbohidrato total (g)	78,0 (74,1-82,1)	79,9 (76,1- 83,8)	99 (92 -105)	102 (97 -108)	122 (114 -130)	14,7 (14,2 -15,2)
Carbohidrato total (% de energía)	46,8 (45,9-47,9)	46,0 (45,0- 47,0)	49,7 (48,4- 51,0)	49,9 (48,6- 51,1)	51,8 (50,5 -53,2)	52,3 (50,9 -53,8)
Azúcares añadidos (g)	0,9 (0,6-1,4)	1,2 (0,9 -1,6)	6,9 (5,7 -8,3)	5,8 (4,9 -7,0)	16,7 (14,4 -19,4)	14,2 (12,6 -16,1)
Azúcares añadidos (% de energía)	0,6 (0,4-0,8)	0,7 (0,5 -0,9)	3,5 (2,9 -4,2)	2,8 (2,4 -3,4)	7,1 (6,2 -8,1)	6,1 (5,4 -6,8)
Fibra dietética (g)	2,6 (2,2-3,2)	2,3(1,9 -2,8)	7,3 (6,5 -8,1)	7,4 (6,8 -8,0)	10,1 (9,3 -10,9)	10,7 (9,9 -11,5)
Vitamina C (mg)	59,1 (53,9-64,7)	54,1 (49,8- 58,7)	49,4 (44,5 -54,8)	49,6 (44,7- 55,0)	39,2 (35,5- 43,4)	43,0 (39,0- 47,4)
Vitamina B12 (µg)	0,5 (0,4-0,6)	0,6 (0,4- 0,7)	1,1 (1,0 -1,3)	1,2 (1,1 -1,4)	1,7 (1,5 -1,9)	1,7 (1,4 -1,9)
Calcio (mg)	399 (365-435)	418 (387- 451)	556 (502 -616)	562 (513 -615)	619 (562 -681)	610 (556 -670)
Sodio (mg)	223 (204-243)	301 (274- 330)	666 (613 -722)	711 (663 -762)	1123 (1047 - 1206)	1090 (1014- 1172)

Tabla 7. Resultados de la ingesta de nutrientes de Williams Erickson L(14)

Se seleccionaron un total de 6 estudios. A pesar de que 5 de ellos partían de la misma muestra, hemos decidido incluirlos puesto que cada uno de ellos estudia diferentes variables. En cualquier caso, la muestra total obtenida fue de 486. En todos los casos se incluyeron pacientes niños nacidos a término

4.1.- Resultados sobre peso e IMC

Se han encontrado un total de dos ensayos que estudiaban si el BLW producía una variación del peso e IMC en los niños cuyos padres optaban por ésta práctica para el inicio de la alimentación complementaria. Un total de 247 niños fueron expuestos al grupo de intervención. No hubo acuerdo entre ambos estudios a la hora de establecer si el BLW produce un peso e IMC más adecuado que el MT.

En el caso de Taylor RW⁽¹¹⁾, las intervenciones comenzaban durante el tercer trimestre de embarazo y finalizaban en el noveno mes. Durante la primera etapa (desde el embarazo hasta los 5 meses) las intervenciones se basaban en educación y apoyo en lactancia materna para prolongar la LME hasta los 6 meses, mientras que en la segunda, (desde los 5,5 meses hasta los 9) se enfocaban en educación y soporte para establecer criterios sobre BLW.

Por otro lado, Dogan E⁽¹⁶⁾ realizó dos tipos de intervenciones, al igual que Taylor RW⁽¹¹⁾, las primeras (entre las 2 semanas de vida y los 12 meses) se basaron en 4 contactos en grupo, con recomendaciones sobre la continuación de LME hasta los 6 meses y la elección de alimentos ricos en hierro, y la segunda (entre las 5,5 y los 11 meses) en 6 visitas domiciliarias proporcionando recursos y apoyo para seguir el BLW.

Según Taylor RW⁽¹¹⁾, un enfoque dirigido por el bebé no parece contribuir a un peso corporal más adecuado en relación al MT, sin embargo, Dogan E⁽¹⁶⁾ mostró que, el grupo de alimentación con cuchara ganó más peso que el grupo BLW a los 12 meses.

4.2.- Resultados sobre atragantamientos

La relación entre BLW y los atragantamientos fue evaluada en dos ensayos clínicos. En ambos casos se establece que no existe mayor riesgo de atragantamiento en el BLW

Fangupo LJ⁽¹²⁾, determinó el impacto de un enfoque dirigido por el bebé en la AC en relación al atragantamiento y las náuseas en un ensayo con una muestra total de 206 bebés. En este ensayo se midieron las frecuencias de asfixia y arcadas a los 6, 7, 8, 9 y 12 meses mediante cuestionario y/o calendario diario. En este estudio se recogieron un total de 8114 episodios de arcadas y 199 eventos de asfixia y no hubo diferencias significativas entre el grupo de intervención y el grupo de control en dichas situaciones. Fangupo LJ⁽¹²⁾, evidenció que los bebés que siguen el BLW no parecen ser más propensos a tener arcadas o episodios de asfixia.

Por otro lado, Dogan E⁽¹⁶⁾ estudió si en BLW producía más episodios de asfixia con una muestra total de 280 bebés (BLW=142 y MT=138) a través de un entrevista telefónica semanal entre los 6 y 12 meses, en la que se recopilaba información sobre eventos de náuseas o asfixia. El número de asfixia informada no fue diferente entre un grupo y otro, por lo que, Dogan E⁽¹⁶⁾ expone que una introducción de la AC a través de un enfoque dirigido por el bebé no provoca más eventos de atragantamiento que el método con cuchara.

4.3.- Resultados sobre calidad de la dieta

Tan sólo un ensayo estudiaba la relación entre el BLW y la calidad de la dieta de los niños. El grupo total de intervención fue de 105. Morrison BJ⁽¹³⁾ midió la variedad de la comida a los 7, 12 y 24 meses y las preferencias de comida a los 12 y 24 meses en relación a diferentes grupos de alimentos. Este estudio obtuvo hallazgos de que un enfoque dirigido por el bebé para la AC aumenta la variedad dietética y la exposición a alimentos más texturizados a una edad temprana, mientras que a los 24 meses la única diferencia es una mayor ingesta de frutas y verduras.

- La variedad de la comida:
 - A los 7 meses, la diversidad fue mayor en el grupo BLW en “alimentos básicos”, “no esenciales” y en “carnes y otras proteínas”, sin diferencia en la variedad de frutas y proteínas.
 - A los 12 meses, no había diferencias significativas en ningún grupo de alimento entre el grupo de control y el grupo de intervención.
 - A los 24 meses, el abanico de alimentos era mayor en “frutas y verduras”, no habiendo mayores diferencias significativas entre un grupo y otro.
- Las preferencias de comida:
 - A los 12 meses, el grupo BLW sólo tenía mayor preferencia por alimentos “con alto contenido proteico no salados” (plátano, yogurt, pasas, cereales...)
 - A los 24 meses, no hubo diferencias significativas en ninguno de los dos grupos.

4.4.- Resultados sobre el nivel de hierro

Se han encontrado dos ensayos que analizaban si los niveles de hierro variaban en relación al uso de BLW o MT. A pesar de que cada estudio midió los niveles en diferentes tramos de edad, en ninguno de ellos establece que exista una deficiencia de hierro con el uso del BLW

Daniels L⁽¹⁵⁾, analizó las ingestas de hierro en el grupo de control (n=101) y en el grupo de intervención (n=106) a los 7 y 12 meses de edad. La diferencias de hierro entre un grupo y otro no fueron significativas en ninguno de los períodos. Por otro lado, Dogan E⁽¹⁶⁾ midió el nivel de hierro tan sólo a los 12 meses de edad, donde tampoco se observaron diferencias considerables entre ambos grupos.

4.5.- Resultados sobre la ingesta de nutrientes

Se encontró un sólo ensayo sobre la ingesta de nutrientes en los bebés BLW. Williams Erickson L⁽¹⁴⁾, midió la ingesta de nutrientes en un muestra total de 206 a los 7, 12 y 24 meses. El grupo de intervención contó con un total de 105 participantes. Entre los hallazgos de Williams Erickson L⁽¹⁴⁾, se evidenció que a los 7 meses el grupo BLW

consumió más grasa total y a los 12 consumieron menos grasa saturada. Durante los 24 meses la ingesta fue muy similar en los dos grupos, destacando que ambos tuvieron un alto consumo de sodio y azúcares añadidos.

Todo esto, da como resultado que tanto el BLW como el MT proporcionan una dieta nutricionalmente adecuada.

5.- DISCUSIÓN

El objetivo de nuestra revisión fue identificar si existe evidencia científica que respalde el uso del BLW para la introducción de la AC. Para ello se han buscado ensayos que hayan estudiado tanto los beneficios como los inconvenientes que se le atribuyen comúnmente a un enfoque dirigido por el bebé para la AC.

El resultado de esta búsqueda ha sido de 8 ensayos clínicos ⁽¹¹⁻¹⁸⁾. De estos 8, sólo 6 ⁽¹¹⁻¹⁶⁾ cumplían los criterios de calidad, de los cuales 5⁽¹¹⁻¹⁵⁾ partían de la misma muestra. El abanico de resultados es escaso en comparación con lo extendida que está actualmente esta práctica de AC entre padres y madres. Por ello nos resulta sorprendente que a un método que está tan instaurado en la sociedad no le acompañen mayor número de estudios. El método con cuchara, puede resultar más cómodo para los padres gracias a la posibilidad que ofrece el mercado de conseguir “potitos”, purés y otros alimentos comerciales, a pesar de su elevado coste. Esta opción desaparece con el uso del BLW, cuya característica principal es ofrecer a los niños alimentos en trozos sin triturar. Quizás, la poca existencia de ensayos sobre este tema, puede deberse a una cultura ya muy instaurada, o incluso a un juego de intereses a favor del MT.

De los 6 estudios seleccionados, todos ellos tenían una buena calidad metodológica ya que cumplían los criterios mínimos de calidad que exige la Declaración Consort⁽¹⁰⁾. Pero más allá de la calidad metodológica, nos hemos encontrado que cada estudio analizaba una variable diferente, excepto Dogan E⁽¹⁶⁾. Por ello nos ha resultado muy complejo llegar a conclusiones definitivas con consistencia. En este sentido consideramos necesario que en próximos estudios, las variables analizadas sean más uniformes y completas. Se debe tener en cuenta que para estimar dicha eficacia sería necesario poder valorar cada una de esas variables de una misma muestra con el fin de obtener datos de mayor evidencia. Por otro lado, sería interesante establecer un mayor número de variables en futuros estudios ya que entre los existentes no se recogen peculiaridades muy importantes que se dan de forma habitual en la alimentación infantil: lactancia artificial, recién nacidos pretérmino...

- **Peso e IMC:** la literatura consultada no llega a consenso en relación a esta variable, ya que en un de los estudios no hay diferencias significativas en el peso y en el otro el grupo de control obtuvo cifras más elevadas. Dicha diferencia, puede deberse a que los niños a los que se les ofreció alimentación a través de cuchara

no mantuvieron la LME hasta los 6 meses, condición que favorece un menor riesgo de obesidad. Si bien en la relación del peso e IMC con el BLW no existe evidencia clara de que dicho método mejore el peso corporal, si se concluye que la irritabilidad de los niños hacia la comida es mayor con el MT y que aquellos que usan el BLW tiene un mayor disfrute de ella mejorando la actitud de los bebés hacia los alimentos. Otro punto que se sostiene tras el estudio de esta variable es que las familias que siguen un enfoque guiado por el bebé informaron que éstos tenían mayor control de la saciedad que aquellos que fueron alimentados con cuchara. Los padres cuyos hijos estaban en el grupo del MT tenían mucho más control en la introducción de alimentos alentando al niño a comer hasta que haya consumido una cantidad de alimento que el padre, en lugar del niño, considera que es "suficiente". Tanto la disminución de la irritabilidad como el mayor control de la saciedad son resultados secundarios del BLW que si podrían mejorar de forma indirecta los resultados de peso e IMC en los niños que utilizan el método alternativo, por lo que sería oportuno realizar nuevos estudios que incorporaran dichas suposiciones.

- Atragantamientos: este fenómeno es una de las mayores preocupaciones para los padres que se relacionan con el método alternativo, a pesar de ello los ensayos consultados no revelaron ninguna relación que asocie el BLW con un mayor riesgo de atragantamiento que los niños que fueron alimentados con cuchara. No obstante, Fangupo LJ⁽³⁰⁾ hace hincapié en el gran número de episodios de asfixia que se registraron en ambos grupos. Esto podría deberse a prácticas inseguras en la introducción de la AC, ya que en ambos grupos se le ofrecían a los niños alimentos con riesgo de asfixia. De los 129 episodios de asfixia el 23% fueron provocados por dichos alimentos, es decir, el riesgo de asfixia no dependería del método que se utilice sino del tipo de alimento que se le ofrece al niño. Dogan E⁽³⁰⁾, también recoge que los únicos incidentes registrados se produjeron cuando al bebé se le ofreció alimentos con riesgo de asfixia. En este punto sería importante realizar estudios que determinen qué alimentos son susceptibles de provocar atragantamientos o no y, de esta manera, poder ofrecer una buena educación sanitaria hacia los padres en relación a la prevención de la asfixia infantil durante el inicio de la AC. Sin embargo, y antes de llevar a cabo estos estudios, sería fundamental, en nuestra opinión, valorar las implicaciones éticas que conllevan este tipo de estudios,.

- Calidad de la dieta: el estudio consultado refiere que la calidad de la dieta es más adecuada en niños que se alimentan mediante el BLW en edades más tempranas (7 meses), pero que a los 24 meses la única diferencia es un mayor consumo de frutas y verduras en el grupo de intervención. Estos resultados pueden no ser consistentes ya que dichas consultas se realizaron a los 7, 12 y 24 meses y tan sólo a través del registro de los alimentos que cada niño consumía durante 3 días, los cuales resultan insuficientes para determinar cual es la dieta de un bebé. Por ello, es necesario realizar más estudios que evalúen si la calidad de la dieta es mayor cuando se expone a los niños al BLW.
- Déficit de hierro: la literatura existente no refiere que un uso del BLW provoque niveles de hierro inadecuados en los bebés. No obstante, en ambos estudios, a pesar de que no había casos de déficit de hierro, ninguno de los dos grupos alcanzaba los niveles recomendados por la OMS, por lo que sería interesante recomendar a los padres que ofrezcan a los niños alimentos ricos en hierro, tanto si inician la AC mediante el método con cuchara o el método alternativo BLW.
- Ingesta de nutrientes: en el estudio que evaluaba esta variable se encontraron pocas diferencias entre el grupo BLW y el grupo de control en el período de los 7 a los 24 meses, determinando que tanto un método como otro cubrían las necesidades de nutrientes necesarias. Sin embargo, se encontró que a los 24 meses más de la mitad de los niños (control=66% y BLW=70%) de ambos grupos tenían una ingesta excesiva de sodio y que los niveles de azúcar eran mucho mayores que los recomendados (control=80% y BLW=70%). La ingesta elevada de sodio está asociada a un aumento de la presión arterial en niño y adultos y se sugiere que los niños pueden desarrollar un gusto por los alimentos salados lo que conduce a ingestas altas de sodio durante toda la vida, elevando la posibilidad de sufrir hipertensión. Es por ello que, tanto para el método tradicional como el método alternativo, la ingesta de nutrientes está cubierta pero se debe fomentar un uso moderado de sodio y azúcar en ambos.

6.- CONCLUSIONES

BLW propone proporcionar al niño alimentos sólidos en trozos y que sea él mismo el que se lleve la comida a la boca sin intervención de un adulto, a diferencia del método tradicional, que incorpora los alimentos sólidos mediante purés y la participación de un adulto con cuchara. En contraste al MT, al BLW se le confieren beneficios como un peso e IMC más adecuados, mejor calidad dietética y una ingesta de nutrientes más adecuados. No obstante, también se le atribuyen desventajas como el déficit de hierro y un mayor riesgo de atragantamientos.

Dentro del papel de la enfermería en la atención integral del paciente se encuentra la educación nutricional a los padres desde el primer minuto de vida. Uno de los momentos críticos en esta atención integral es el período de la alimentación complementaria, donde se establecen las primeras pautas de alimentación que deben marcar hábitos adecuados y la base para un crecimiento y desarrollo óptimos.

Se ha realizado esta RS con el fin de conocer la eficacia que respalda este método alternativo, para ello se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de la literatura existente sobre el tema. El resultado han sido de 6 ECAs y se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- En cuanto al peso e IMC, no existe una evidencia clara de que el BLW favorezca un menor riesgo de sobrepeso, pero si se concluyó que éste método alternativo fomenta una mejor actitud de los niños hacia la comida disminuyendo su inquietud hacia los alimentos y siendo más sensibles a la saciedad en comparación con los niños que usan el método tradicional.
- Los bebés que utilizaron el BLW no tuvieron más episodios de atragantamiento que los niños que usaron el método con cuchara, evidenciando que el BLW no produce un riesgo de atragantamiento mayor que el método tradicional.
- La calidad de la dieta fue mejor en los bebés BLW en los primeros meses, mientras que a los 24 meses la única diferencia fue un consumo mayor de frutas y vegetales en el grupo de intervención.
- Los niveles de hierro no fueron diferentes en los grupos de control que en los de intervención, lo que refleja que el BLW no produce un déficit de hierro.

- La ingesta de nutrientes fue diferente en los primeros meses de la introducción de la AC, pero a los 24 meses, ambos grupos tenían un aporte similar, lo que supone que ambos métodos proporcionan una ingesta de nutrientes adecuado.

En definitiva, según los estudios analizados el BLW es un método de introducción de la AC tan eficaz como el método tradicional con cuchara. No obstante, resulta escaso el número total de ensayos realizados, por lo que sería importante realizar más estudios que respalden los resultados hallados para poder establecer de forma consistente que el BLW es un método seguro para el inicio de la AC.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS) [Web]. Alimentación complementaria. Ginebra: Who.int.; 26 de septiembre de 2018 [Acceso 28/10/2017] Disponible en: http://www.who.int/elena/titles/complementary_feeding/es/
2. Organización Mundial de la Salud (OMS) [Web]. Lactancia materna exclusiva. Ginebra: Who.int.; 2017 [Acceso 28/10/2018]. Disponible en: https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
3. Rapley G, Murkett T. El niño ya come solo. 1ªed. España: Ediciones MEDICI; 2012
4. Espín Jaime B, Martínez Rubio A. El paso de la teta a la mesa sin guiñón escrito. Baby led weaning: ¿ventajas?, ¿riesgos? En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2016. Madrid: Lúa Ediciones 3.0;2016. p.59-66.
5. Universidad de la Coruña (UDC) [Web]. Regulamento para a elaboración dos traballos de fin de grao na Facultade de Enfermería e Podoloxía. Ferrol: Facultad de Enfermería y Podología de Ferrol; 2017 [Acceso 30/10/2018]. Disponible en: https://www.udc.es/export/sites/udc/fep/galeria_down/traballofingrao/x02x_2017-07-28_MODIFICACIOxN_Regulamento_ aprobado_Xunta_TFG_F_Enfermarixa_e_Podoloxixa.pdf_2063069294.pdf
6. Hutton B, Catala-Lopez F, Moher D. [The PRISMA statement extension for systematic reviews incorporating network meta-analysis: PRISMA-NMA]. Med Clin (Barc). 2016;147(6):262-6.
7. Arantes A, 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;36(3):353-63.
8. Fallon A, Van der Putten D, Dring C, Moylett EH, Fealy G, Devane D. Baby-led compared with scheduled (or mixed) breastfeeding for successful breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev. 2014(7):Cd009067.
9. Cameron SL, Heath AL, Taylor RW. How feasible is Baby-led Weaning as an approach to infant feeding? A review of the evidence. Nutrients. 2012;4(11):1575-609.
10. Cobos-Carbó A, Augustovski F. CONSORT 2010 Declaration: Upted guideline for reporting parallel group randomised trials. Med Clin (Bar). 2011;137(5):213-215
11. Taylor RW, Williams SM, Fangupo LJ, Wheeler BJ, Taylor BJ, Daniels L, et al. Effect of a Baby-Led Approach to Complementary Feeding on Infant Growth and Overweight: A Randomized Clinical Trial. JAMA Pediatr. 2017;171(9):838-46.
12. Fangupo LJ, Heath AM, Williams SM, Erickson Williams LW, Morison BJ, Fleming EA, et al. A Baby-Led Approach to Eating Solids and Risk of Choking. Pediatrics. 2016;138(4).
13. Morison BJ, Heath AM, Haszard JJ, Hein K, Fleming EA, Daniels L, et al. Impact of a Modified Version of Baby-Led Weaning on Dietary Variety and Food Preferences in Infants. Nutrients. 2018;10(8).
14. Williams Erickson L, Taylor RW, Haszard JJ, Fleming EA, Daniels L, Morison BJ, et al. Impact of a Modified Version of Baby-Led Weaning on Infant Food and Nutrient Intakes: The BLISS Randomized Controlled Trial. Nutrients. 2018;10(6).
15. Daniels L, Taylor RW, Williams SM, Gibson RS, Samman S, Wheeler BJ, et al. Modified Version of Baby-Led Weaning Does Not Result in Lower Zinc Intake or Status in Infants: A Randomized Controlled Trial. J Acad Nutr Diet. 2018;118(6):1006-16.e1.
16. Dogan E, Yilmaz G, Caylan N, Turgut M, Gokcay G, Oguz MM. Baby-led complementary feeding: a randomized controlled study. Pediatr Int. 2018.

17. Leong C, Haszard JJ, Lawley B, Ota A, Taylor RW, Szymlek-Gay EA, et al. Mediation analysis as a means of identifying dietary components that affect the fecal microbiota of infants weaned by modified baby-led, compared to traditional, approaches. *Appl Environ Microbiol.* 2018.
18. Daniels L, Heath AL, Williams SM, Cameron SL, Fleming EA, Taylor BJ, et al. Baby-Led Introduction to Solids (BLISS) estudio: un ensayo controlado aleatorio de un enfoque dirigido por el bebé a la alimentación complementaria. *BMC Pediatr.* 2015; 15: 179.

ANEXOS

ANEXO I: Resultados de la búsqueda de RS

	TITULO	RESUMEN	TEXTO COMPLETO
Arantes A ⁽⁷⁾	✓	✓	✓
Fallon A ⁽⁸⁾	✗ (el objetivo es eficacia de la lactancia materna vs lactancia programada)		
Cameron SL ⁽⁹⁾	✓	✓	✓

ANEXO II: Resultado de la búsqueda de ECAs

	TITULO	RESUMEN	TEXTO COMPLETO
Taylor RW ⁽¹¹⁾	✓	✓	✓
Fangupo LJ ⁽¹²⁾	✓	✓	✓
Morison BJ ⁽¹³⁾	✓	✓	✓
Williams Erickson L ⁽¹⁴⁾	✓	✓	✓
Daniels L ⁽¹⁵⁾	✓	✓	✓
Dogan E ⁽¹⁶⁾	✓	✓	✓
Leong C ⁽¹⁶⁾	✓	✓	✓
Daniels L ⁽¹⁸⁾	✓	✓	✗ (Es el protocolo del estudio)