



Sábado 6 de febrero de 2016

Mesa redonda:
Mesa de dividendos

Conductora:

M.ª Dolores Cantarero Vallejo

Pediatra. CS Illescas. Toledo.

- El paso de la teta a la mesa sin guión escrito. *Baby led weaning*: ¿ventajas?, ¿riesgos?
- La ley del péndulo en torno a la leche en la dieta infantil
Ana Martínez Rubio

Pediatra. CS de Camas. Sevilla. Grupo de Gastroenterología y Nutrición de la AEPap.

Beatriz Espín Jaime

Pediatra. Unidad de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Espín Jaime B, Martínez Rubio A. El paso de la teta a la mesa sin guión escrito. *Baby led weaning*: ¿ventajas?, ¿riesgos? En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2016. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2016. p. 59-66.



Consejo de Formación Continua
de los Profesionales Sanitarios de
la Comunidad de Madrid

El paso de la teta a la mesa sin guión escrito. *Baby led weaning*: ¿ventajas?, ¿riesgos?

Beatriz Espín Jaime

Pediatra. Unidad de Gastroenterología Pediátrica.

Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla

espini@arrakis.es

Ana Martínez Rubio

Pediatra. CS de Camas. Sevilla. Grupo de Gastroenterología

y Nutrición de la AEPap

mrbiorama@gmail.com

RESUMEN

En los últimos años ha cobrado especial relevancia un método de introducción de la alimentación complementaria (AC) diferente al tradicional, denominado *baby-led-feeding* y que propone, en vez del uso de purés administrados con cuchara por los padres, el empleo de alimentos enteros que el lactante es capaz de coger y llevárselos a la boca. Frente a las ventajas que sus defensores destacan (participación más activa por parte del niño y mejor transición al manejo de texturas sólidas), se plantean dudas respecto a saber si puede conllevar un riesgo mayor de atragantamientos y déficits nutricionales.

Los pediatras deben conocer esta modalidad de alimentación para identificar aquellos niños en los que puede realizarse y dar respuesta a las preguntas de los padres sobre su eficacia y seguridad.

POSICIONAMIENTO A FAVOR. PREGUNTAS A RESOLVER

¿Qué es el *baby led weaning*?

Baby led weaning (BLW) es un término acuñado inicialmente en Reino Unido, que en español se ha traducido por "destete o alimentación complementaria (AC) dirigida por el bebé" y que propone la realización de la misma mediante el uso de alimentos enteros con un tamaño y una forma que permita al bebé cogerlos y llevárselos a la

boca (generalmente formas alargadas y estrechas: *finger foods*) como alternativa a alimentos triturados y purés administrados con cuchara por los padres. Se trata por tanto de una manera de introducir la AC diferente a la tradicional que otorga al lactante un papel mucho más activo, ya que si bien los padres deciden qué alimentos le ofrecen, realmente es el niño el que decide qué tomar de las opciones que le ofrecen, cuánto y a qué ritmo. Dado que la adquisición de habilidades para comer solo, en cantidades suficientes, no se podrá alcanzar probablemente hasta los 8 meses, la cobertura de las necesidades se deberá completar aún con la lactancia. Se sabe que la composición y sabor de la leche de mujer varía en función de los alimentos que toma actuando como vehículo perfecto para presentar al bebé alimentos que forman parte de la dieta materna. En este sentido, la lactancia materna (LM) se considera como la preparación más adecuada para el BLW ya que iniciaría la enseñanza que posteriormente a partir de los 6 meses se continuaría complementando y desarrollando con los alimentos sólidos, fundamentalmente en relación a la autorregulación y la presentación de diferentes sabores. De todas formas, si bien el escenario ideal es la LM exclusiva 6 meses, debe tenerse en cuenta que es igualmente factible llevar a cabo el BLW en niños alimentados con fórmulas para lactantes o con lactancia mixta^{1,2}.

Hacer que el lactante participe más activamente en su alimentación y conseguir que conozca y se integre lo antes posible en la comida familiar es la filosofía que subyace en esta técnica que rechaza la alimentación exclusiva y pasiva con cuchara por parte de los padres o a lo sumo la relega un pequeño porcentaje (<10% de la ingesta total)^{1,3}.

¿En qué se fundamenta el BLW?

El BLW tiene como principal fundamento basar la introducción de la AC en el desarrollo fisiológico de los bebés durante su primer año. Aunque generalmente se habla de los 6 meses como momento en el que puede llevarse a cabo, su inicio no depende tanto de alcanzar una edad límite como constatar que el bebé haya adquirido una serie de ítems en su desarrollo, fundamentalmente:

- La adquisición de la sedestación.
- El uso coordinado de las manos para explorar y manipular objetos junto con el interés por conocer sus características y la capacidad para discernir entre los tamaños y las propiedades físicas de los mismos.
- La adquisición de funciones motoras orales adecuadas para manejar trozos de comida y ser capaz de realizar movimientos masticatorios (subiendo y bajando la mandíbula) para romper los alimentos blandos y movilizar lateralmente su lengua para mover la comida alrededor de la boca y llevarla a la parte posterior con el fin de tragarla. Carruth publicó en 2004 un estudio cuyo objetivo era constatar a qué edades se adquieren estas habilidades necesarias para que el lactante sea capaz de alimentarse. Para ello analizó los datos de 3022 niños entre los 4 y 24 meses, obtenidos mediante encuesta a sus cuidadores, encontrando que el porcentaje de niños capaces de sujetar la comida con la mano y llevársela a la boca era del 68% a los 4-6 meses, del 96% a los 7-8 meses, y del 98% a los 9-11 meses⁴ (Tabla 1).

Tabla 1. Edades a las que se adquieren las habilidades necesarias para que el lactante sea capaz de alimentarse, según Carruth, 2004⁴

	4-6 m	7-8 m	9-11 m	12-14 m	15-18 m	19-24 m
El niño sujeta la comida con la mano	68%	96%	98%	NR	NR	NR
El niño come solo con cuchara sin derramar mucho	NR	5%	11%	29%	64%	88%
El niño bebe de una taza adaptada sin ayuda	NR	42%	70%	91%	96%	99%
El niño bebe de un vaso normal sin ayuda	NR	NR	10%	14%	34%	57%
El niño come alimentos que precisan masticación	NR	53%	87%	95%	99%	99%

NR: no recopilado

Una de las principales preocupaciones que genera el BLW son los atragantamientos, aunque, siempre que se cumplan unas simples reglas de seguridad, la probabilidad de que ocurran es m3nima, siendo considerados por las propias madres que efectúan el BLW como parte natural del aprendizaje de comer y manejar texturas nuevas¹.

¿Qu3 ventajas tiene el BLW?

Promoci3n de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses. Ningún estudio ha comparado directamente las tasas de lactancia en las mujeres que llevan a cabo el BLW con las que utilizan la AC convencional y solo existen algunos estudios observacionales que sitúan la duraci3n de LM exclusiva en torno a 18-32 semanas en mujeres que efectúan el BLW^{5,6}. No obstante, como ya se ha comentado anteriormente, la alimentaci3n con biber3n no ofrece la misma variaci3n de sabores que la LM y otorga al lactante un papel m3s pasivo en la regulaci3n de la cantidad de alimento que ingiere, circunstancias que el BLW trata de evitar en la medida de lo posible.

H3bitos de alimentaci3n saludables. Schwartz *et al.*, en 2011, resaltan que el establecimiento de h3bitos alimenticios saludables a temprana edad parece estar relacionado con pautas de alimentaci3n en respuesta a las seÑales del niÑo de saciedad y hambre⁷. Una alimentaci3n que no tenga en cuenta estos aspectos anularía seÑales reguladoras internas, haciendo que el niÑo perdiera la capacidad de responder con precisi3n a sus propias seÑales de hambre f3sica. Uno de los objetivos del BLW es precisamente conseguir que la alimentaci3n sea a demanda de las necesidades del niÑo, de tal forma que es indispensable que sepa mostrar hambre y saciedad con sus gestos (al acercarle comida el beb3 que tiene hambre abre la boca y mueve la cabeza hacia delante mientras que, si el beb3 est3 saciado, cierra la boca y aparta la cabeza), evitando en todo momento forzarlo a comer. En este sentido el BLW puede fomentar una mayor aceptaci3n de los alimentos con una variedad de texturas y sabores y resultar en un mayor consumo de alimentos m3s sanos, tales como verduras y alimentos no procesados.

Brown y Lee pusieron de manifiesto que las madres seguidoras del BLW son menos propensas a presionar a sus hijos a comer y a restringir alimentos que las que efectúan una AC tradicional⁸. Si dichos resultados son el reflejo de la t3cnica de alimentaci3n o de las caracter3sticas de las madres que deciden llevarla a cabo es algo que queda sin contestar. El estudio m3s completo que ha tratado de dilucidar este aspecto ha sido el publicado por Townsend *et al.*⁶. En 3l, 155 padres de niÑos entre 20 y 78 meses eran encuestados sobre el m3todo empleado para efectuar la introducci3n de alimentos y la situaci3n diet3tica y nutricional posterior. Noventa y dos de ellos refirieron haber realizado un BLW frente a 63 que emplearon una t3cnica tradicional con pur3s. El grupo alimentado con cuchara mostr3 mayor preferencia por alimentos dulces mientras que el grupo BLW lo hizo por el resto de las categor3as de alimentos y de forma significativa para los carbohidratos, a pesar de que no hubo diferencias entre los dos grupos en la frecuencia de exposici3n a los mismos. Dicha circunstancia abre la posibilidad de considerar no solo la frecuencia de exposici3n a los alimentos, sino tambi3n la textura y apariencia de los mismos, factores importantes a la hora de favorecer las preferencias, que est3n muy modificados y enmascarados en las papillas.

Fomentar y promover el desarrollo psicomotor del niÑo. Es uno de los aspectos mejor valorados como beneficiosos por parte de los profesionales ya que durante el BLW los padres le presentan al beb3 los alimentos por separado o de tal modo que pueda separarlos, agarrarlos con la mano y manejarlos por s3 mismo, permiti3ndole desarrollar las distintas habilidades que necesitar3 para comer (coordinaci3n 3culo-manual, masticaci3n, degluci3n, pinza, etc.)¹.

Mejor transici3n a la alimentaci3n s3lida. En los 3ltimos aÑos parece existir un aumento en el n3mero de padres que experimentan dificultades en la transici3n desde la alimentaci3n l3ctea a la AC resultando en un retraso en el momento de la introducci3n de alimentos no triturados. En muchas ocasiones se ha debido al temor de no conseguir que los niÑos comieran una cantidad determinada de alimentos o por malinterpretar las dificultades que pueden experimentar los niÑos al manejar comida

en trozos. Se considera que existe un periodo crítico para la introducción de alimentos no homogeneizados y que, superado este, se favorece la aparición de dificultades a la hora de avanzar en texturas y aptitudes masticatorias. Ese periodo ventana se sitúa en torno a los 7-9 meses de edad que es el momento de mayor desarrollo e implantación del BLW^{9,10}.

Prevención de la obesidad. Una alimentación basada solo en alimentos triturados y en papillas depende en gran medida del cuidador más que del propio niño, lo que en muchas ocasiones significa ir más allá de su saciedad y un exceso en el aporte calórico y/o proteico. BLW por el contrario otorga un papel mucho más activo al niño, favoreciendo que él mismo regule las cantidades de los alimentos que toma y desarrolle sensaciones de saciedad con las posibles implicaciones que puede tener para la prevención en el desarrollo de la obesidad, de modo similar a como se describe con la leche materna¹¹. En el estudio anterior⁶, además de analizar las preferencias dietéticas entre los bebés que practicaron el BLW y los alimentados con purés y papillas, se detallan datos sobre su desarrollo nutricional. Si bien la gran mayoría de los niños eran de un peso medio adecuado, los que recibieron el BLW presentaron un índice de masa corporal (IMC) menor que no era atribuible a diferencias en el peso al nacer; el IMC de los padres o el nivel socioeconómico y los que se alimentaron con cuchara tuvieron una mayor incidencia de obesidad.

POSICIONAMIENTO EN CONTRA. PREGUNTAS A RESOLVER

¿Estamos los profesionales preparados para aconsejar y orientar adecuadamente este tipo de destete?

La introducción de la AC ha sido foco del interés pediátrico desde los comienzos del siglo XX. Se empezaron a proponer cambios en las pautas de alimentación de los bebés a medida que se descubría la fisiopatología de algunas enfermedades. Antes, la alimentación era dirigida por la familia dependiendo de su experiencia, pero, sobre

todo, de la disponibilidad de alimentos que tenían a su alcance.

Es decir, el enfoque médico de la AC casi siempre parte de la enfermedad. Para prevenir alguna enfermedad a unos pocos se cambiaban las costumbres de todos. Y el tiempo no siempre ha confirmado que ello fuera efectivo.

Además, los pediatras hemos cometido (sin saberlo) otros errores que han comenzado a hacerse evidentes con la aparición de la obesidad como preocupación de salud pública:

- Las recomendaciones de grupos de expertos, como la ESPGHAN o la OMS, que eran bastante "generales", cada profesional las convertía en una "lista" muy concreta. El resultado era una gran variabilidad en la práctica clínica y la consiguiente confusión entre la población.
- Lo habitual es insistir en los tiempos, tipos de alimentos y cantidades, a lo largo del primer año de vida, pero, a partir del segundo, no se dan recomendaciones y se deja a la familia a merced de la oferta publicitaria.
- La AC se suele planificar "desde fuera", sin permitir la autorregulación del bebé.
- Tampoco se pone énfasis en las habilidades relacionadas con la alimentación.

Todo ello puede haber sido el "caldo de cultivo" para que algunas familias hayan "inventado" el BLW.

¿Qué deberíamos vigilar? ¿Hay algún riesgo?

Entre las preocupaciones de los sanitarios con respecto del modelo BLW se encuentran las relacionadas con la energía, con el equilibrio de nutrientes¹², especialmente en alguna subpoblación (niños nacidos prematuramente o con retraso psicomotor) y el temor al atragantamiento¹³.

Para responder a estas cuestiones, el equipo de Cameron¹⁴ ha dise1ado un estudio piloto en el que comparan familias que aplican libremente la filosofa del BLW con otro al que se ofrecen indicaciones concretas sobre los aspectos citados.

■ **¿Se cubrirán sus necesidades energéticas?** Algunos dudan que sea suficiente si el beb3 solo toma algunas verduras cocidas y frutas o peque1as porciones de alimentos que puede manejar con la mano, aunque se continúe ofreciendo leche (materna o de fórmula) a demanda. Otros profesionales temen que se dé a los ni1os alimentos con exceso de calorías (galletas, chocolate...) y el riesgo sea el contrario¹³. Será necesario hacer estudios de seguimiento.

■ **¿Puede existir un desequilibrio de nutrientes?** Los humanos somos necesariamente omnívoros. Por eso ningún alimento debe ser consumido en exceso, aunque sea percibido como sano y nutritivo. Entre los 6 y 8 meses, la aportación de energía procedente de la AC debería ser 1/5 del total y entre los 9 y los 11 meses ascender a la mitad¹⁵. El resto debe ser cubierto por la leche. Se recomienda iniciar la AC con alimentos ricos en hierro, como los cereales fortificados o la carne. Sin embargo, en el modelo que analizamos se suele comenzar con vegetales cocidos y fruta cruda. Habrá que supervisar el crecimiento y comprobar que la alimentaci3n es variada e incluye alimentos que aportan hierro.

■ **¿Existe riesgo de atragantamiento?** Es un temor lógico. En una revisi3n de Altkorn⁵ se describen accidentes con cacahuets, zanahorias, salchichas, caramelos y objetos inorgánicos. De ellos, la zanahoria es el único alimento aconsejado en el BLW, pero siempre se indica que sea cocida. Se recomienda evitar los frutos secos, semillas o alimentos crudos y duros. En el estudio piloto citado¹⁴, en ambos grupos se produjeron atragantamientos con manzana cruda. Quizá solo debamos aconsejar el BLW después de ofrecer un curso de primeros auxilios a la familia, o cuando menos, instrucciones claras sobre el manejo de los cuerpos extra1os en vías aéreas.

¿Se adapta el BLW a todos los ni1os y familias?

La introducci3n de la AC debe hacerse cuando los beb3s han adquirido ciertas habilidades relacionadas con la comida, ya citadas. Y puede haber ni1os que por haber nacido prematuramente o por padecer alguna enfermedad debilitante o cuadros neuromusculares, no hayan alcanzado dichos hitos de desarrollo a los 6 meses.

La tasa de prematuridad aumenta paulatinamente en todos los pa1ses occidentales y ronda el 8-10%, siendo mayor en clases socioecon3micamente desfavorecidas¹⁷. Con los beb3s prematuros se plantean varios interrogantes en relaci3n con la AC:

■ Su desarrollo motriz puede estar comprometido de forma leve a moderada hasta en un 40% de los casos, moderada en un 20% y un 5-10% pueden tener diversas formas de parálisis cerebral¹⁸. Como en todas las intervenciones sobre esta poblaci3n, debe aplicarse la edad corregida para valorar su capacidad. La mayoría de las escalas de valoraci3n se refieren a la motricidad global, incluyendo la sedestaci3n, la bipedestaci3n y la motricidad fina. El 50% de los menores de 1500 g han adquirido la sedestaci3n sin apoyo a los 7 meses de edad corregida y el 90% a los 9 meses de edad¹⁷. Por otra parte, un peque1o porcentaje puede tener también dificultades en la coordinaci3n succi3n-degluci3n o en la motricidad oral, especialmente si precisaron alimentaci3n por sonda, lo que supondrá una dificultad a1adida.

■ Su ritmo de crecimiento, suele ser menor, lo que es motivo de preocupaci3n tanto para la familia como para los profesionales. Pero también existe el temor a que el aumento rápido de peso traduzca un depósito de grasa visceral con el consiguiente riesgo cardiovascular en edades más tardías. Carecemos de tablas de crecimiento para beb3s prematuros. Mientras que la OMS confecciona unas tablas de referencia, sería aconsejable guiarse por las tablas internacionales, pero utilizando la edad corregida. En el documento PrevInfd⁶ se indica que, tras el alta y hasta 3 meses

después, la ganancia óptima de peso debería ser entre 25 y 30 g/día (175-210 g/semana) y entre los 3 y los 12 meses de 10 a 15 g/día (70-105 g/semana). Con respecto al incremento de longitud en el primer periodo, debería ser entre 0,7 y 1 cm semanales, bajando a 0,4 a 0,6 cm/semanales entre los 6 y 12 meses.

- Se debe propiciar que estos bebés reciban leche materna, no solo durante su ingreso sino también cuando son dados de alta y cualquier interferencia con la lactancia la puede poner en peligro, por ejemplo, la introducción precoz de los cereales (si se sustituye una toma de LM por una papilla de cereales).
- La crianza de los bebés prematuros suele estar rodeada de ansiedad en la familia debido a las dificultades que puedan haber surgido. Y esa preocupación referida a la alimentación suele contribuir a que los padres tengan actitudes sobreprotectoras y que se fomenten malos hábitos de comportamiento durante las comidas con persistencia de formas inmaduras de alimentar.

Un segundo grupo de niños para los que el BLW puede no ser adecuado son los que padecen enfermedades degenerativas o neurológicas o retraso psicomotor de otro origen. En todos ellos la AC deberá adaptarse a sus capacidades.

También plantean retos específicos los niños afectados de trastornos del espectro autista, quienes desde etapas muy tempranas pueden mostrar dificultades en la alimentación, rechazando ciertas texturas, sabores y olores o presentando comportamientos motrices diferentes que dificulten la interacción y la interpretación de sus señales por parte de la familia.

Tampoco se sabe si los bebés que se alimentan con fórmula artificial (FA) pueden adaptarse al BLW, pues la FA no cambia de sabor y es más probable que exista mayor control externo de la alimentación, dificultando que el bebé regule su propia ingesta.

Por tanto, estos grupos deberán recibir consejo y seguimiento cercanos.

La alimentación de las familias españolas, ¿es saludable para el destete dirigido por el bebé?

Según el estudio ALSALMA¹⁹ la alimentación infantil actual, ya desde las primeras etapas, muestra una tendencia al consumo excesivo de proteínas de origen animal, fundamentalmente de origen lácteo. Esto también se observa en la etapa adulta (encuesta ENIDE de la AESAN). El siguiente grupo de alimentos que más consume la población adulta es el de frutas y verduras, si bien solo el 43% toma hortalizas y verduras diariamente y además es menor el consumo a menor edad.

Las legumbres son incluidas en el menú 2-3 veces por semana por el 77% de la población y hay un 2% que no las toma nunca. Y solo el 37,8% consume fruta a diario.

En el lado contrario, se consumen unos 164 g de carnes al día. Un 85% consume aceite de oliva y solo un 35,5 % utiliza mantequilla.

Parece haber mayor adherencia a una dieta mediterránea en las personas de más edad y en las mujeres. Pero en los más jóvenes, los patrones de alimentación son menos saludables. Esto significa que es más probable que los padres actuales tengan para sí mismos hábitos nutricionales más deficientes.

Con respecto a las características de los progenitores, las publicaciones destacan que las madres que siguen el enfoque BLW es más probable que tengan mayor nivel de educación, que amamenten, que tengan baja de maternidad prolongada y sigan un modelo de alimentación "responsivo"¹. Por tanto, no sabemos si en las madres (y familias) que no reúnan estas características el BLW puede tener algún riesgo.

Asimismo, no sería adecuado el BLW en familias con estilos de alimentación coercitivos, controladores o negligentes.

¿Pueden los ni3os autoalimentarse con 3xito a partir de seis meses de edad y es seguro para ellos comer tan temprano alimentos de la familia no modificados?

Un tema que no suele abordarse al ofrecer consejos sobre la AC a las familias son los aspectos relacionados con la seguridad. En la gu3a canadiense¹⁵ existe un cap3tulo dedicado a la prevenci3n de enfermedades transmitidas por los alimentos y a la prevenci3n de los atragantamientos. Se debe evitar alimentar a los ni3os en movimiento (mientras corren o juegan), tumbados o dormidos, cuando viajan dentro de un veh3culo (porque no se le puede vigilar ni tampoco es posible parar inmediatamente si un ni3o se atraganta).

La alimentaci3n de los beb3s debe ser supervisada de cerca y a veces el modelo BLW parece en exceso laxo y, aunque recomienda que el beb3 coma al mismo tiempo que toda la familia, es importante que haya una persona adulta responsable.

En resumen: dadas las aparentes bondades del modelo BLW parece necesario proporcionar informaci3n clara a las familias sobre aspectos muy concretos como:

- Ofrecer a diario alimentos que aporten energ3a suficiente.
- Ofrecer a diario alimentos que aporten hierro.
- Continuar con lactancia a demanda.
- Vigilar de cerca al beb3.
- Diferenciar una arcada de un atragantamiento.
- Dar una lista clara de los alimentos que suponen riesgo de atragantamiento.
- Manejo r3pido y eficaz en caso de atragantamiento.
- Necesidad de adecuarlo a los beb3s con situaciones especiales.

BIBLIOGRAF3A

1. Cameron SL, Heath AM, Taylor RW. How feasible is baby-led weaning as an approach to infant feeding? A review of the evidence. *Nutrients*. 2012;4:1575-609.
2. Moreno JM, Galiano MJ, Dalmau J. Alimentaci3n complementaria dirigida por el beb3 ("baby-led weaning") ¿Es una aproximaci3n v3lida a la introducci3n de nuevos alimentos en el lactante? *Acta Pediatr Esp*. 2013; 71: 99-103.
3. Brown A, Lee M. A descriptive study investigating the use and nature of baby-led weaning in a UK sample of mothers. *Matern Child Nutr*. 2011; 7: 34-47.
4. Carruth BR, Ziegler PJ, Gordon A, Hendricks K. Developmental milestones and self-feeding behaviors in infants and toddlers. *J Am Diet Assoc*. 2004;104(1 Suppl 1):S51-6.
5. Brown A, Lee M. An exploration of experiences of mothers following a baby-led weaning style: developmental readiness for complementary foods. *Matern Child Nutr*. 2013;9:233-43.
6. Townsend E, Pitchford NJ. Baby knows best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a case-controlled sample. *BMJ Open*. 2012;2:e000298.
7. Schwartz C, Scholtens PA, Lalanne A, Weenen H, Nicklaus S. Development of healthy eating habits early in life. Review of recent evidence and selected guidelines. *Appetite*. 2011;57:796-807.
8. Brown A, Lee M. Maternal control of child feeding during the weaning period: Differences between mothers following a baby-led or standard weaning approach. *Matern Child Health*. 2011;15:1265-71.
9. Northstone K, Emmett P, Nethersole F; ALSPAC Study Team. The effect of age of introduction to

- lumpy solids on foods eaten and reported feeding difficulties at 6 and 15 months. *J Hum Nutr Diet.* 2001;14:43-54.
10. Coulthard H, Harris G, Emmett P. Delayed introduction of lumpy foods to children during the complementary feeding period affects child's food acceptance and feeding at 7 years of age. *Matern Child Nutr.* 2009;5:75-85.
 11. Brown A, Lee M. Breastfeeding during the first year promotes satiety responsiveness in children aged 18–24 months. *Pediatr Obes.* 2012;7:382-90.
 12. Duryea TK, Drutz JE, Motil KJ. Dietary recommendations for toddlers. [Fecha de acceso 28 dic 2015]. Disponible en www.uptodate.com/contents/dietary-recommendations-for-toddlers-preschool-and-school-age-children
 13. 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;2. pii: e001542.
 14. Cameron SL, Taylor RW, Heath AM. Development and pilot testing of baby-led introduction to solids – a version of baby-led weaning modified to address concerns about iron deficiency, growth faltering and choking. *BMC Pediatr.* 2015;15:99.
 15. Critch JN; Canadian Paediatric Society; Nutrition and Gastroenterology Committee. Nutrition for healthy term infants. Recommendations from six to 24 months. An overview. *Paediatr Child Health.* 2014;19:547-52.
 16. Altkorn R, Chen X, Milkovich S, Stool D, Rider G, Bailey CM, et al. Fatal and non-fatal food injuries among children (aged 0-14 year). *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2008;72:1041-6.
 17. Pallás Alonso CR, Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Actividades preventivas y de promoción de la salud para niños prematuros con una edad gestacional menor de 32 semanas o un peso inferior a 1500 g. Del alta hospitalaria a los siete años (2.ª parte). *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2012;14:249-63.
 18. Bos AF, Van Braeckel KN, Hitzert MM, Tanis JC, Roze E. Development of fine motor skills in preterm infants. *Dev Med Child Neurol.* 2013;55:S1-4.
 19. Dalmau J, Peña-Quintana L, Moráis A, Martínez V, Varea V, Martínez MJ, et al. Análisis cuantitativo de la ingesta de nutrientes en niños menores de 3 años. Estudio ALSALMA. *An Pediatr (Barc).* 2015;82:255-66.