



Baby led weaning, ¿seguro y eficaz? Una revisión narrativa

Marta Sánchez González^a, Pedro Gómez Piqueras^b

^aEnfermería. Hospital Universitario de Guadalajara. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Guadalajara. España • ^bCiencias de la Actividad Física y el Deporte. Facultad Educación. Universidad de Castilla-La Mancha. Albacete. España.

Publicado en Internet:
7-diciembre-2021

Pedro Gómez-Piqueras:
dr.pedro.gomez.piqueras@gmail.com

Resumen

Introducción: el *baby led weaning* (BLW) o destete dirigido por el bebé es una técnica de alimentación complementaria que se ha puesto de moda en los últimos años gracias principalmente a su difusión por internet. **Objetivo:** determinar si dos de las principales críticas recibidas por este método (riesgo de atragantamiento y déficits nutricionales) son reales en comparación con otras técnicas de alimentación complementaria.

Metodología: revisión narrativa de estudios de cohorte y diseños aleatorizados publicados en los últimos años en las bases de datos PubMed y Google Scholar.

Resultados: once trabajos (siete relacionados con el atragantamiento y cuatro vinculados con los déficits nutricionales) fueron incluidos y analizados en esta revisión.

Conclusiones: el BLW se presenta como una técnica de alimentación complementaria segura ya que no presenta más riesgo de atragantamiento que otras. En relación a su eficacia nutricional, no existe una evidencia sólida en relación a la exposición de alimentos ricos en hierro en niños que siguen el BLW con respecto a niños que siguen otra técnica.

Palabras clave:

- Alimentación complementaria
- Atragantamiento
- *Baby led weaning*
- Déficit nutricional
- Nutrición

Baby led weaning, safe and effective? A narrative review

Abstract

Introduction: the baby led weaning (BLW), or weaning directed by the baby, is a complementary feeding technique that has become fashionable in recent years thanks mainly to its diffusion on the internet. **Objective:** to determine if two of the main criticisms received by this method (risk of choking and nutritional deficits) are real compared to other complementary feeding techniques.

Methodology: narrative review of cohort studies and randomized designs published in recent years in the PubMed and Google Scholar databases.

Results: eleven works (seven related to choking and four related to nutritional deficits) were included and analyzed in this review.

Conclusions: the BLW is presented as a safe complementary feeding technique since it presents no more choking risk than others. Regarding their nutritional efficacy, there is no solid evidence regarding the exposure of iron-rich foods in children who follow the BLW with respect to children who follow another technique.

Key words:

- Baby led weaning
- Choking
- Complementary feeding
- Nutrition
- Nutritional deficit

INTRODUCCIÓN

Una nutrición adecuada durante los primeros meses de vida es un elemento fundamental para el desarrollo del niño^{1,2}. En algunos trabajos se mues-

tra una relación entre la alimentación durante los primeros 1000 días de vida y una vida saludable³.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras organizaciones internacionales y nacionales, incluidas la Asociación Española de Pediatría (AEP) y

Cómo citar este artículo: Sánchez González M, Gómez Piqueras P. *Baby led weaning, ¿seguro y eficaz? Una revisión narrativa*. Rev Pediatr Aten Primaria. 2021;23:e163-e171.

la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) recomiendan la alimentación exclusiva con lactancia materna durante los primeros seis meses de vida, continuando a partir de este momento con la lactancia materna a demanda junto con otros alimentos mientras que el niño y la madre lo deseen^{4,5}. El periodo de destete o de introducción a la alimentación complementaria es un momento crítico en el que el tipo y la forma de alimentación que toma el bebé están condicionados por su desarrollo y maduración⁶.

En la actualidad, existe evidencia científica suficiente que demuestra que, a partir de los seis meses de vida, los beneficios potenciales de introducir otro tipo de alimentos son superiores a los riesgos potenciales⁷. Esto es debido a que a partir de este momento la mayoría de los niños desarrollan algunas habilidades necesarias para la autoalimentación, tales como ser capaces de sentarse sin apoyo, llevarse la comida a la boca, masticar y tragar⁸.

La controversia en torno al tema de la alimentación en los primeros meses de vida, principalmente en Reino Unido y Nueva Zelanda, dio origen a nuevos métodos de alimentación complementaria como el *baby led weaning* (BLW)⁹.

El BLW se sustenta sobre una relación de confianza en el niño, y parte de la idea de que este sabe lo que necesita, cuando lo precisa, qué cantidad de alimento requiere y cómo de rápido lo debe tomar¹⁰. Al mismo tiempo, este enfoque facilita el reconocimiento de la comida real en términos de apariencia, textura y sabor¹¹.

Es importante subrayar que el BLW propone el uso de alimentos en su formato original pero presentados con un tamaño y forma que permita al niño cogerlos y llevárselos a la boca¹². Al mismo tiempo, esta alimentación debe ser a demanda según las necesidades del niño y sin forzarlo¹³.

Aunque esta técnica se ha popularizado durante los últimos años, a día de hoy todavía no existe un consenso sobre los beneficios y riesgos de la misma¹⁴. Como principales beneficios se ha descrito que el BLW mejora las relaciones familiares, promueve la autonomía, promueve el consumo de

alimentos saludables y el desarrollo de la motricidad del niño^{2,12,5}. Por el contrario, también son varios los riesgos que se han relacionado con esta técnica; por ejemplo, algunos de los más citados hacen referencia a posibles déficits nutricionales^{2,12} y riesgo de atragantamientos^{10,12}.

El esclarecimiento de estos puntos por parte de la comunidad científica debería de ser la base sobre la que los distintos profesionales de la salud se apoyasen antes de recomendar o desaconsejar cualquier estrategia relacionada con la salud.

Objetivos: evidenciar si el riesgo de atragantamiento y los déficits nutricionales son más frecuentes con la técnica del *baby led weaning* que con otros métodos tradicionales de alimentación.

METODOLOGÍA

Este trabajo es una revisión narrativa de los estudios existentes sobre la técnica de alimentación complementaria BLW en lo referente al riesgo de atragantamiento y a posibles déficits nutricionales. La revisión narrativa se define como un estudio bibliográfico en el que se recopila, analiza, sintetiza y discute la información publicada sobre un tema¹⁵. Conviene señalar que, a diferencia de lo que ocurre con otro tipo de revisiones, como la sistemática o el metaanálisis, que siguen con un mayor rigor el método científico, las conclusiones que se derivan de las revisiones narrativas están basadas en la opinión del autor y, por lo tanto, pueden presentar sesgos¹⁶. Las revisiones ofrecen al resto de profesionales un enfoque crítico sobre el estado de una cuestión concreta que pueden extrapolar de manera práctica y rápida a su día a día¹⁷. Desde un punto de vista ético, las revisiones son consideradas como estudios sin riesgo (Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial, 2013), por lo que este trabajo no tuvo que pasar el filtro de ningún comité ético ni solicitar algún permiso particular.

Estrategia de búsqueda

A través de una minuciosa estrategia de búsqueda se trató de llegar a todos los trabajos relevantes

publicados en las bases de datos electrónicas. Esta búsqueda fue realizada durante los meses de enero a marzo de 2020. Las bases de datos Medline y Google Scholar fueron exploradas, sin incluir restricciones relativas al año de publicación de los trabajos.

En la estrategia de búsqueda se utilizaron las siguientes palabras claves en inglés combinadas con diferentes marcadores booleanos: (“baby led weaning” OR “self-weaning” OR “auto weaning”) AND (“choking” OR “nutritional deficits”). Puesto que únicamente fueron revisados trabajos publicados en inglés o castellano, estos mismos marcadores también fueron utilizados en la base de Google Scholar en su versión en castellano (“baby led weaning” O “destete” O “alimentación autorregulada”) Y (“atragantamiento” O “déficits nutricionales”).

Las listas de referencias de los estudios identificados inicialmente también se utilizaron para encontrar otros trabajos relevantes. En el caso de no poder acceder a los artículos en su versión completa, esta fue solicitada a los autores de estos mediante correo electrónico.

Selección de estudios

Por ser los más adecuados para establecer relaciones causa-efecto y la eficacia de una intervención¹⁸, únicamente fueron incluidos estudios de cohorte y estudios aleatorizados que analizaran la relación entre el BLW y el riesgo de atragantamiento o los déficits nutricionales del niño. Aquellos estudios donde no se aplicase de manera clara la técnica de BLW fueron excluidos.

Extracción de datos

Como recomiendan algunos autores¹⁹, se creó una base de datos en Microsoft Excel para extraer los datos de los trabajos revisados en base a los criterios PICO (nombre autor/es, fecha publicación, objetivos, participantes, intervención, comparaciones, resultados y conclusiones). De esta manera se simplificó la tarea de filtrado y selección de estos.

Análisis de datos

Toda la información extraída de los estudios seleccionados fue analizada cualitativamente (revisión narrativa). Para el análisis de datos, tal y como suele hacerse en este tipo de revisiones donde no se utilizan métodos estadísticos, se han utilizado las palabras y el texto para resumir los hallazgos encontrados²⁰.

Los datos se analizaron con el objetivo de determinar si el riesgo de atragantamiento o de sufrir algún déficit nutricional es mayor en niños que utilizan la técnica del BLW, en comparación con aquellos que utilizan un tipo de alimentación complementaria más tradicional, como el uso de purés o potitos.

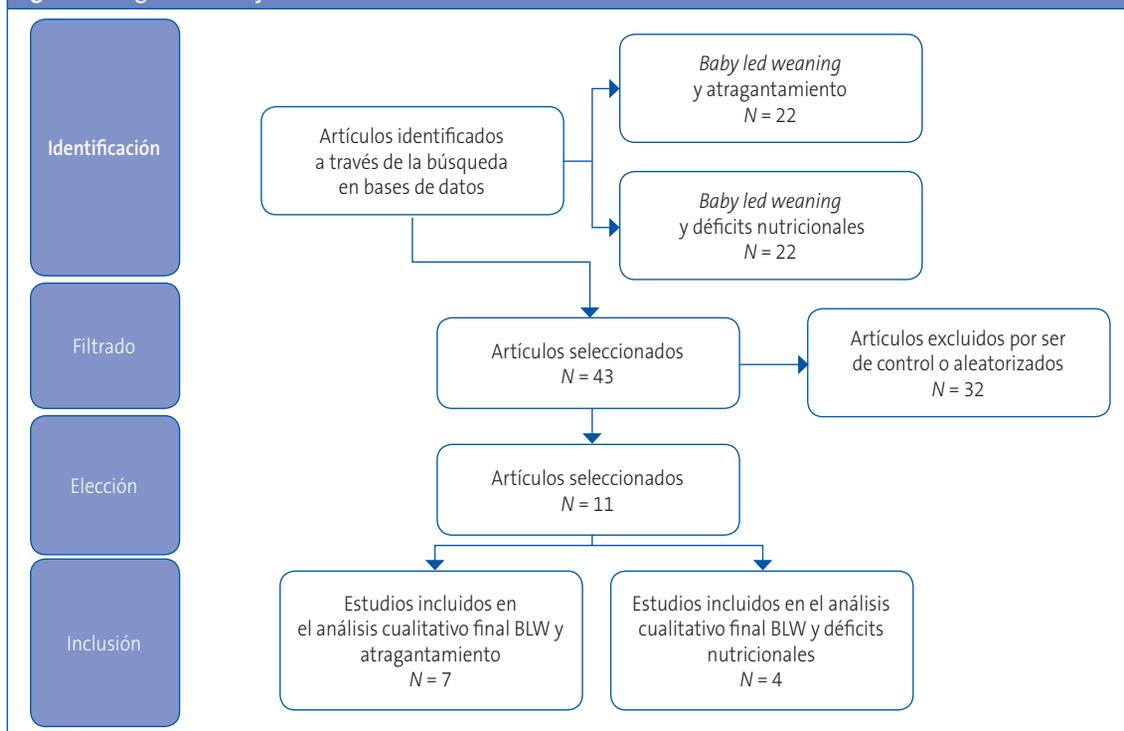
RESULTADOS

En la **Fig. 1** puede observarse el número de estudios seleccionados y el proceso de filtrado seguido desde la identificación de los mismos hasta su inclusión a través del diagrama de flujo correspondiente²¹.

Once estudios ($n = 11$) cumplieron los criterios de inclusión estipulados y fueron incluidos en esta revisión. De estos, siete ($n = 7$) se utilizaron para determinar la relación entre el BLW y el riesgo de atragantamiento (**Tabla 1**), y cuatro ($n = 4$) para esclarecer el posible vínculo entre el BLW y los déficits nutricionales (**Tabla 2**).

Todos los artículos incluidos fueron publicados en lengua inglesa y dentro del periodo (2012-2019). De estos once artículos, nueve de ellos fueron estudios de cohorte, y solo dos siguieron un diseño de muestreo aleatorizado. En el 100% de estos trabajos la intervención realizada consistió en pasar a los padres una entrevista/cuestionario sobre su experiencia con el BLW. Las muestras utilizadas fueron muy variadas, desde 23 familias en el estudio con menor muestra a las 1151 del estudio con una mayor n .

En relación con la procedencia de la muestra, en el 54 % de los estudios ($n = 6$) se analizaron familias de Nueva Zelanda, en el 27% ($n = 3$) familias del

Figura 1. Diagrama de flujo: selección de estudios analizados

Reino Unido, y en el 18% ($n = 2$) familias de otras zonas (concretamente EE. UU. y Turquía).

Baby led weaning y atragantamiento

Un total de 2621 familias y 31 profesionales de la salud participaron en los siete artículos seleccionados. Todas ellas tenían hijos de edad comprendida entre los seis meses y los tres años. La mayoría de los estudios ($n = 5$) utilizaron el cuestionario creado *ad hoc* como herramienta de intervención. Por otro lado, en los otros dos estudios se utilizó una entrevista abierta y semiestructurada. En la mayoría de los estudios se trató de comprobar si el riesgo de atragantamiento era mayor con el BLW que con otras versiones modificadas del mismo o con métodos de AC más tradicionales.

Según los datos encontrados, el miedo al atragantamiento y la consiguiente ansiedad generada en la mayoría de los padres ante la puesta en práctica de este método son un hecho demostrado²⁵. Algunos autores muestran que debido a este miedo, el

55% de las familias rechazan el BLW¹⁴. Este sentimiento de rechazo parece ser incluso más elevado entre los profesionales de la salud²⁶. Sin embargo, a medida que el método se pone en práctica y las personas implicadas comienzan a comprender mejor las reacciones de los niños, estos miedos comienzan a desaparecer²⁵.

En cualquier caso, los episodios de atragantamiento serios reportados son muy bajos. Así por ejemplo, el 94% de las familias estudiadas del Reino Unido señaló no haber experimentado nunca un caso importante de atragantamiento con esta técnica²⁷. En otro de los estudios incluidos²², tan solo uno de los 246 niños neozelandeses que realizaba BLW sufrió un episodio de este tipo. Estos porcentajes son más altos en otros trabajos donde se aportan cifras en torno al 12%^{24,25} o incluso cercanas al 32%¹⁴, pero hay que señalar que estos no diferencian entre atragantamiento grave o arcada. A la hora de comparar los atragantamientos sufridos en relación con la técnica de alimentación utilizada, la mayoría de estudios muestran que las

Tabla 1. Artículos seleccionados sobre BLW y riesgo de atragantamiento					
Autor/es	Participantes	Intervención	Comparación	Diseño	Resultados
Fu, Conlon, Haszard, 2018 ²²	876 familias de Nueva Zelanda con niños de 6 a 36 meses de edad	Cuestionario creado <i>ad hoc</i> y completado por los padres	Tres grupos: <ul style="list-style-type: none"> Alimentados tradicionalmente con cuchara BLW parcial BLW completo 	Cohorte	Riesgo de atragantamiento, peso y alergias alimentarias
Brown, 2017 ²³	1151 madres de EE. UU. con niños menores de 12 meses	Cuestionario creado <i>ad hoc</i> y completado por las madres	Tres grupos: <ul style="list-style-type: none"> Alimentados tradicionalmente con cuchara BLW parcial BLW completo 	Cohorte	Riesgo de atragantamiento
Fangupo, Heath, Williams, 2016 ²⁴	184 familias de Nueva Zelanda durante dos años	Cuestionario creado <i>ad hoc</i> y completado por los padres	Dos grupos: <ul style="list-style-type: none"> Control BLISS (versión modificada de BLW) 	Aleatorizado	Riesgo de atragantamiento o arcadas
Brown and Lee, 2013 ²⁵	36 madres del Reino Unido con hijos de entre 12 y 18 meses y que aplicaran el BLW	Entrevista semiestructurada	No	Cohorte	Experiencia, aportación de nutrientes y riesgo de atragantamiento
Cameron, Taylor and Heath, 2013 ¹⁴	199 familias de Nueva Zelanda con niños de 6 a 12 meses	Cuestionario completado por los padres	Cuatro grupos: <ul style="list-style-type: none"> Alimentados tradicionalmente con cuchara BLW parcial BLW completo Indefinidos 	Cohorte	Experiencia, adherencia, aportación de nutrientes y riesgo de atragantamiento
Cameron, Heath and Taylor, 2012 ²⁶	31 profesionales de la salud y 20 madres que utilizaban BLW (Nueva Zelanda)	Entrevista semiestructurada en hogar o lugar de trabajo	No	Cohorte	Experiencia con método
Townsend and Pitchford, 2012 ²⁷	155 familias del Reino Unido con niños de 20 a 78 meses	Cuestionario	Dos grupos: <ul style="list-style-type: none"> BLW Alimentados tradicionalmente con cuchara 	Cohorte	Preferencias, exposición y estilo BLW

BLW: *baby led weaning*.

probabilidades de sufrir uno de estos accidentes son similares, con independencia del tipo de AC seguida^{14,22-24}.

Baby led weaning y déficits nutricionales

El número de familias estudiadas en los cuatro artículos seleccionados para este apartado fue 502. El rango de edad de sus hijos, y por consiguiente de los sujetos analizados fue de 6 a 12 meses. La manera a través de la cual se trató de determinar si los

niños presentaban algún déficit nutricional con el BLW, fue mediante la valoración de su exposición a determinados alimentos (frecuencia y cantidad). En concreto puede observarse que todos los trabajos analizados pusieron un especial hincapié en la exposición de los niños a alimentos ricos en hierro. Dos de los estudios incluidos optaron por un enfoque más longitudinal (seguimiento de una intervención nutricional)^{29,30} mientras que los otros dos optaron por una valoración puntual a través del uso de un cuestionario^{28,31}.

Tabla 2. Artículos seleccionados sobre BLW y déficits nutricionales

Autor/es	Participantes	Intervención	Comparación	Diseño	Resultados
Rowan, Lee and Brown, 2019 ²⁸	178 madres y 2 padres del Reino Unido con niños de 6 a 12 meses	Cuestionario creado <i>ad hoc</i>	Tres grupos: <ul style="list-style-type: none"> • Alimentados tradicionalmente con cuchara • BLW parcial • BLW completo 	Cohorte	Exposición diferentes grupos de alimentos
Dogan, Yilmaz, Caylan, 2018 ²⁹	248 niños turcos de 5 a 6 meses de edad	Programa de alimentación guiado y supervisado durante 6 meses	Dos grupos: <ul style="list-style-type: none"> • Control (tradicional con cuchara) • BLW 	Aleatorizado	Adherencia, atragantamientos, aporte de hierro y energía
Morison, Taylor, Haszard, 2016 ³¹	51 familias de Nueva Zelanda con hijos de 6 a 8 meses	Cuestionario creado <i>ad hoc</i>	Tres grupos: <ul style="list-style-type: none"> • Alimentados tradicionalmente con cuchara • BLW parcial • BLW completo 	Cohorte	Tipo de alimentos y nutrientes aportados
Cameron, Taylor and Heath, 2015 ³⁰	23 familias de Nueva Zelanda con niños de 5 meses	Programa de alimentación guiado y supervisado durante 6 meses	Dos grupos: <ul style="list-style-type: none"> • BLW • BLISS (versión modificada de BLW) 	Cohorte	Adherencia, atragantamientos, aporte de hierro y energía

BLW: *baby led weaning*; BLISS: *baby led introduction to solids*.

En dos de los trabajos analizados, se pone de manifiesto que la exposición a vegetales y proteínas es superior en niños que utilizan el BLW frente a métodos de cuchara más tradicionales^{28,29}. En concreto para el hierro, en estos dos trabajos se muestra que no existieron diferencias de exposición a este mineral entre los diferentes métodos, lo cual no significa que la cantidad aportada sea la suficiente. Por el contrario, en otro de los trabajos incluidos, sí se señala que la exposición con BLW al hierro es menor, pero no a otros nutrientes³¹. Por último, el BLISS (variante modificada del BLW con énfasis en el aporte de hierro), aunque aumenta la exposición del niño a estos alimentos, no presenta una gran diferencia con respecto al BLW en este aspecto³⁰.

DISCUSIÓN

El objetivo principal de este trabajo, además de sintetizar los conocimientos actuales en relación con el BLW, consistió en comprobar si el riesgo de atragantamiento con esta técnica es mayor que con otras técnicas y determinar si los déficits nutricionales (especialmente vinculados con el hierro)

son mayores en el colectivo de niños alimentados a través de este nuevo método de alimentación complementaria.

La mayoría de padres que han probado o seguido el BLW tienen opiniones positivas en relación a este método debido a sus potenciales beneficios^{26,32}. Sin embargo, el desconocimiento alrededor de esta técnica y, sobre todo, la incapacidad de algunos padres para distinguir entre una arcada (situación normal de un niño cuando se introduce a los sólidos) y un atragantamiento (compromiso real de las vías aéreas)²³, provoca que el rechazo inicial a esta técnica sea a día de hoy significativo entre familias e incluso profesionales de la salud^{14,26}.

En relación con esto, Gill Rapley, la fundadora del método BLW, reconoce que las arcadas son más frecuentes con este método porque a los seis meses, momento en el que se inicia este tipo de alimentación complementaria, el reflejo de la arcada se encuentra en una posición más avanzada de la lengua que al año (momento en el que reflejo se desplaza a una posición más atrasada de la lengua). Esta autora sostiene que los atragantamientos, en contra de lo pensado, son más frecuentes en niños que utilizan la alimentación tradicional a

base de purés y potitos con cuchara, ya que estos aprenden a succionar la comida sin antes masticar y llevan de una manera más rápida la comida a la parte posterior de la lengua^{11,33,34}.

Comprender por qué y cómo los niños se atragantan es una importante intervención de salud pública. Aunque es cierto que determinados alimentos han sido señalados como más propensos a provocar atragantamientos (alimentos resbaladizos, pegajosos o con piel), la realidad es que en base a los trabajos analizados no parecen existir diferencias entre los eventos sufridos con esta técnica en comparación con métodos más tradicionales^{14,22-24}. El reducido número de casos importantes de atragantamientos reportados y la dificultad de los padres para diferenciar entre arcada y atragantamiento dificulta la comparación entre grupos de alimentación.

Por último, en relación con los atragantamientos, conviene señalar que algunos trabajos han mostrado que incluso el perfil psicológico de los padres (nivel de estrés y ansiedad) podría influir de manera directa con el riesgo de atragantamiento durante la alimentación de sus hijos³⁵.

Seguidamente y en lo que respecta a los supuestos déficits nutricionales, se debe remarcar que en general, aquellos niños alimentados a través del BLW suelen estar expuestos a una cantidad mayor de verduras. Esto podría ser debido a que desde el principio algunos de los alimentos recomendados desde los seis meses son el brócoli y la zanahoria cocidos³⁶. Por el contrario, las fórmulas comerciales alimentarias aportadas a los niños como alternativa en forma de potito o puré no suelen presentar un porcentaje significativo de verduras²⁸.

En relación con el hierro como objeto frecuente de debate, es sabido que a partir de los seis meses los niveles de este mineral en el niño empiezan a descender y por tanto sus requerimientos a través de la alimentación se ven aumentados³⁷. Se ha teorizado que debido a la menor ingesta inicial de alimentos en aquellos niños que comienzan con el BLW, estos podrían presentar déficits de hierro importantes los cuales no aparecerían en aquellos niños alimentados de una manera más tradicional

con fórmulas comerciales en forma de potito o puré³¹. Aunque algunos autores no han encontrado diferencia entre la exposición al hierro de los niños que siguen el BLW con respecto a aquellos que optan por una alimentación más tradicional^{28,29}, esta es una cuestión todavía difícil de esclarecer ya que también se pueden observar conclusiones opuestas en otros trabajos aquí analizados³¹. Pese a ello, conviene remarcar que el hecho de que puedan no existir diferencias en la exposición al hierro entre grupos, no significa que esta exposición sea suficiente²⁹.

A raíz de esta problemática, una nueva variante del BLW donde se hace especial atención en la cantidad de hierro aportado ha sido presentada en algunos trabajos bajo las siglas BLISS (*baby led introduction solids*)³⁸. Sin embargo, y aunque a día de hoy no se encuentran muchos estudios al respecto, tampoco parece presentar mejores niveles séricos de hierro con respecto a otras técnicas³⁰.

Limitaciones

Son varias las limitaciones que podemos encontrar en este trabajo y que deberían ser tenidas en cuenta a la hora de interpretar las conclusiones que aquí serán presentadas.

En primer lugar, como limitaciones a destacar en relación con los resultados obtenidos hay que señalar que estas son las mismas que presentan los trabajos revisados:

- Uso de cuestionarios subjetivos para determinar el número de atragantamientos o la exposición a determinados alimentos.
- Muestras pequeñas difíciles de extrapolar a toda la población.
- Número de casos de atragantamiento reducidos que dificultan la comparación estadística entre grupos.
- Desconocimiento por parte de los padres a la hora de diferenciar entre arcada y atragantamiento.
- Medición de exposición de alimentos, pero no medición de ingesta de alimentos.

En segundo lugar, como principales limitaciones del proceso de revisión aquí seguido podríamos mencionar la inclusión únicamente de trabajos en escritos en inglés o español, lo cual podría ser un sesgo de lenguaje.

CONCLUSIONES

- Aunque el número de trabajos científicos que han estudiado el BLW no es elevado, a tenor de los datos mostrados parecen concluir que es una técnica de alimentación complementaria segura, ya que la incidencia de atragantamientos presentada en los mismos es baja.
- El número de atragantamientos sufridos con la técnica del BLW y con otras técnicas de alimentación más tradicionales es similar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Velasco Manrique MV. Alimentación complementaria guiada por el bebé: Respetando sus ritmos y apoyando su aprendizaje. *Med Natur*. 2014;8:64-72.v
2. Romero-Velarde E, Villalpando-Carrión S, Pérez-Lizaur AB, Iracheta-Gerez M de la I, Alonso-Rivera CG, López-Navarrete GE, et al. Consenso para las prácticas de alimentación complementaria en lactantes sanos. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2016;73:338-56.
3. López Robles G, González Hernández N, Prado López I. Importancia de la nutrición: primeros 1,000 días de vida. *Acta Pediátrica Hondureña*. 2016;7:597-607.
4. World Health Organization. Infant and young feeding: model chapter for medical students and allied health professionals. Ginebra: World Health Organization; 2009.
5. Andries-Arantes AL, Neves FS, Atala A, Pereira M. The baby-led weaning method in the context of complementary feeding: a review. *Rev Paul Pediatr*. 2018;36: 353-63.
6. Trabazo I. ¿Es el baby-led weaning un patrón recomendable? *Evid Pediatr*. 2017;13:27.
7. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(8): CD003517.

- A día hoy no existe una evidencia sólida en relación con la exposición de alimentos ricos en hierro en niños que siguen el BLW con respecto a niños que siguen otra técnica.
- El hierro ingerido por los niños, con independencia de la técnica utilizada, no alcanza los valores mínimos sugeridos por la OMS.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no presentar conflicto de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

AEP: Asociación Española de Pediatría • **AEPap:** Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria • **BLW:** *baby led weaning* • **BLISS:** *baby led introduction solids* • **OMS:** Organización Mundial de la Salud.

8. Brown A, Jones SW, Rowan H. Baby-Led Weaning: The Evidence to Date. *Curr Nutr Rep*. 2017;6:148-56.
9. Cameron S, Heath A, Taylor R. How feasible is Baby-Led Weaning as an approach to infant feeding? A review of the evidence. *Nutrients*. 2012;4:1575-609.
10. Utami AF, Wanda D. Is the baby-led weaning approach an effective choice for introducing first foods? A literature review. *Enferm Clin*. 2019;29:87-95.
11. Rapley G. Baby-led Weaning: The theory and evidence behind the approach. *J Heal Visit*. 2015;3:144.
12. 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.
13. Schwartz C, Scholtens PAMJ, 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.
14. Cameron SL, Taylor RW, Heath ALM. Parent-led or baby-led? Associations between complementary feeding practices and health-related behaviours in a survey of New Zealand families. *BMJ Open*. 2013; 3:e003946.
15. Squires BP. Biomedical manuscripts: what editors want from authors and peer reviewers. *CMAJ*. 1989; 141:17-9.

16. Fortich Mesa N. ¿Revisión sistemática o revisión narrativa? *Rev Cienc Y Salud Virtual*. 2013;5:1-4.
17. Lang T. The value of systematic reviews as research activities in medical education. *Acad Med*. 2004;79:1067-72.
18. Davidson I, Hillier V. Comparison of Four Methods of Allocation for Clinical Trials with Small Sample Sizes. *Physiotherapy*. 2002;88:722-9.
19. Harris J, Quatman C, Manring M, Siston R, Flanigan D. How to Write a Systematic Review. *Am J Sports Med*. 2014;42:2761-8.
20. Conserve D, Teti M, Shin G, Iwelunmor J, Handler I, Maman S. A Systematic Review and Narrative Synthesis of Interventions for Parental Human Immunodeficiency Virus Disclosure. *Front public Heal*. 2017;5:187.
21. Shamseer I, Moher D, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (prisma-p) 2015: Elaboration and explanation. *BMJ*. 2015; 349:g7647.
22. Fu XX, Conlon CA, Haszard JJ, Beck KL, von Hurst PR, Taylor RW, et al. Food fussiness and early feeding characteristics of infants following Baby-Led Weaning and traditional spoon-feeding in New Zealand: An internet survey. *Appetite*. 2018;130:110-6.
23. Brown A. No difference in self-reported frequency of choking between infants introduced to solid foods using a baby-led weaning or traditional spoon-feeding approach. *J Hum Nutr Diet*. 2017;31:496-504.
24. Fangupo LJ, Heath ALM, Williams SM, Williams LWE, Morison BJ, Fleming EA, et al. A baby-led approach to eating solids and risk of choking. *Pediatrics*. 2016; 138:e20160772.
25. 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.
26. Cameron SL, Heath ALM, 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.
27. 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.
28. Rowan H, Lee M, Brown A. Differences in dietary composition between infants introduced to complementary foods using Baby-led weaning and traditional spoon feeding. *J Hum Nutr Diet*. 2019;32:11-20.
29. Dogan E, Yilmaz G, Caylan N, Turgut M, Gokcay G, Oguz MM. Baby-led complementary feeding: Randomized controlled study. *Pediatr Int*. 2018;60:1073-80.
30. Cameron SL, Taylor RW, Heath ALM. Development and pilot testing of Baby-Led Introduction to Solids - a version of Baby-Led Weaning modified to address concerns about iron deficiency, growth faltering and choking. *BMC Pediatr*. 2015;15:1-11.
31. Morison BJ, Taylor RW, Haszard JJ, Schramm CJ, Erickson LW, Fangupo LJ, et al. How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6-8 months. *BMJ Open*. 2016;6:e010665.
32. Arden MA, Abbott RL. Experiences of baby-led weaning: trust, control and renegotiation. *Matern Child Nutr*. 2015;11:829-44.
33. Rapley G, Forste R, Cameron S, Brown A, Wright C. Baby-Led Weaning: a new frontier? *ICAN*. 2015;7:77-85.
34. Rapley G. Baby-led weaning: transitioning to solid foods at the baby's own pace. *Community Pract*. 2011;84:20-3.
35. Brown A. Differences in eating behaviour, well-being and personality between mothers following baby-led vs. traditional weaning styles. *Matern Child Nutr*. 2016;12:826-37.
36. Rapley G, Murkett T. *Baby-led weaning: helping your baby to love good food*. Londres: Vermilion; 2008.
37. Ziegler EE, Nelson SE, Jeter JM. Iron stores of breastfed infants during the first year of life. *Nutrients*. 2014;6:2023-34.
38. Daniels I, 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.