



FACULTAD DE ENFERMERIA

**Incidencia de episodios de atragantamientos en el
Baby Led Weaning**

Incidence of choking episodes in Baby-Led Weaning

Autora: Leire González Domínguez

lgd137@alumnos.unican.es

Directora: Carolina Lechosa Muñiz

Curso académico 2024-2025

Santander, mayo 2025

Aviso responsabilidad Universidad de Cantabria

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros. La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.”

ÍNDICE	
RESUMEN.....	4
ABSTRAC.....	4
1. INTRODUCCIÓN.....	5
1.1. Objetivos	6
1.2. Metodología	6
1.3. Estrategia de búsqueda	7
1.4. Descripción de los capítulos.....	8
2. CAPITULO I. ALIMENTACION COMPLEMENTARIA (AC)	9
2.1. Introducción de los alimentos.....	11
3. CAPITULO II. EL BABY-LED WEANING Y OTROS METODOS DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA	13
3.1. Perfil de las familias que llevan a cabo el BLW	15
3.2. Comparación del BLW con otros Métodos de Alimentación Complementaria	17
3.3. Situación en España	20
3.4. Situación internacional	22
4. CAPITULO III. ATRAGANTAMIENTO EN EL BLW Y RECOMENDACIONES. PAPEL DE LA ENFERMERIA	23
4.1. Incidencia de atragantamientos	24
4.2. Recomendaciones y medidas preventivas para evitar el atragantamiento	26
4.3. Papel de la enfermería	28
5. CONCLUSION	30
6. BIBLIOGRAFÍA	31
7. ANEXOS	34
Anexo 1. Información clave para la iniciar la alimentación complementaria	34

RESUMEN

El Baby-Led Weaning es un método de alimentación complementaria en el cual se introducen los alimentos sólidos y los lactantes se alimentan por sí mismos, sin necesidad de purés. En este trabajo analiza el riesgo de atragantamiento durante la práctica del BLW y las recomendaciones existentes para prevenirlos.

Para ello, se revisaron estudios realizados los últimos cinco años y documentos de organismos oficiales. Los resultados muestran que a pesar de que el atragantamiento es una de las principales preocupaciones tanto de las familias como de los profesionales, no es más frecuente con el BLW que con el método tradicional. La mayoría de los episodios registrados son leves y evitables con medidas sencillas, como preparar los alimentos con la textura y forma adecuada y asegurar siempre la supervisión de un adulto.

Además, es de gran importancia la información que reciben los padres por parte de los profesionales de salud y conozcan la actuación en caso de un atragantamiento.

En conclusión, el BLW puede ser una opción segura si se lleva a cabo correctamente, con una buena preparación y teniendo en cuenta las recomendaciones actuales.

ABSTRACT

Baby-Led Weaning is a complementary feeding method in which solid foods are introduced, and infants feed themselves without the need for purees. This paper analyzes the risk of choking during the practice of BLW and the existing recommendations to prevent it.

In order to do that, studies from the last five years and documents from official health organizations were reviewed. The results show that, although choking is one of the main concerns for both families and healthcare professionals, it is not more frequent with BLW than with traditional feeding methods. Most reported episodes are mild and can be prevented with simple measures, such as preparing foods with the appropriate texture and shape and ensuring constant adult supervision.

In addition, the information provided to parents by healthcare professionals and their knowledge of how to act in the event of choking is extremely important.

In conclusion, BLW can be a safe option if carried out properly, with good preparation and adherence to current recommendations.

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que los lactantes sean alimentados exclusivamente con leche materna hasta los seis meses. Esto aporta múltiples beneficios tanto para el niño como para la madre. La leche materna es el alimento ideal para el lactante durante este periodo de tiempo, ya que contiene todos los nutrientes necesarios para su desarrollo y crecimiento, además de proporciona beneficios inmunológicos que le protegen contra numerosas enfermedades (1,2).

A partir de los seis meses se comienza a introducir alimentos sólidos que se conoce como alimentación complementaria, es un proceso esencial en la evolución nutricional de los lactantes. A esta edad, la leche materna o la de fórmula no pueden cubrir por completo las necesidades energéticas y nutricionales del lactante, lo que hace necesario el inicio de la introducción de otros alimentos. El objetivo de la alimentación complementaria es introducir una variedad de alimentos que complementen la lactancia y contribuyan a satisfacer las necesidades nutricionales del niño, favoreciendo su crecimiento y desarrollo óptimo (3).

El inicio de la alimentación complementaria debe realizarse de forma gradual y bien orientado, ya que una introducción inadecuada de alimentos puede conllevar riesgos de deficiencias nutricionales o de salud. En la actualidad, existen dos enfoques predominantes para la alimentación complementaria (AC). El primero es la AC tradicional, también conocida como Parent-Led Weaning (PLW) o Traditional Spoon-Feeding (TSF), que consiste en introducir alimentos en forma de purés, los cuales se van haciendo progresivamente más densos. En este método, es un adulto quien se encarga de administrar la papilla al lactante utilizando una cuchara (4,5).

La principal ventaja del enfoque tradicional es que permite un control preciso sobre los alimentos que se ofrecen y las ingestas que realiza el niño. Los purés pueden prepararse de manera individualizada, teniendo en cuenta las necesidades nutricionales del niño y sus preferencias. Además, este enfoque ofrece a los padres una mayor seguridad, ya que pueden asegurarse de que el lactante está recibiendo una cantidad adecuada de alimento en cada comida. A lo largo del tiempo, este método ha ido variando y ha sido adaptado para incluir una mayor variedad de alimentos, desde purés de frutas y verduras hasta carnes y cereales (1).

Por otro lado, se encuentra el Baby-Led Weaning (BLW) o destete dirigido por el bebé, fue desarrollado en 2008 por la enfermera británica Gill Rapley y en los últimos años ha ganado popularidad a nivel mundial (6). Es un método que promueve la introducción de alimentos sólidos que el propio lactante manipula con las manos. Estos alimentos se presentan en formas o tamaños que faciliten su manejo, lo que permite al lactante desarrollar autonomía y autorregular su apetito (4).

El BLW permite que el lactante consuma los mismos alimentos que el resto de la familia y establezca su propio ritmo en la comida. Además, otro de los que beneficios es que el lactante puede determinar la cantidad de alimento que ingiere en cada ocasión (6). Aunque no existen estudios que proporcionen datos exactos sobre la prevalencia del uso del BLW como método de alimentación complementaria, se sabe que su utilización ha aumentado de manera considerable en la última década (7).

Ambos métodos de alimentación complementaria presentan tanto beneficios como riesgos. En el caso del BLW, el riesgo principal que preocupa tanto a los padres como a los profesionales es el de atragantamiento. No obstante, este riesgo puede minimizarse mediante un adecuado asesoramiento profesional que oriente a los padres sobre las principales directrices que deben seguir y las técnicas adecuadas para actuar en caso de un atragantamiento grave, lo que contribuiría a reducir significativamente este riesgo (6,8).

En los últimos años ha aumentado el uso del BLW de forma notoria como método de alimentación complementaria en el mundo y una de las mayores preocupaciones que pueden surgir al usar este método y que en muchos casos hacen que se descarte como forma de introducción de alimentos es el atragantamiento. Por ello, desmentir o confirmar que este riesgo aumenta al implementar el BLW, en comparación con el resto de los métodos de alimentación complementaria, es interesante para poder beneficiarse de los beneficios que ofrece.

1.1. Objetivos

Objetivos generales

- Analizar la evidencia científica disponibles sobre la incidencia de atragantamientos en lactantes que practican el Baby Led Weaning en comparación con aquellos que practican la alimentación complementaria tradicional.

Objetivos específicos

- Describir las características del Baby Led Weaning.
- Comparar los distintos tipos de alimentación complementaria existentes.
- Describir el papel de la enfermería en la práctica del Baby Led Weaning.
- Describir la situación en España de la práctica del Baby Led Weaning.

1.2. Metodología

Se ha empleado una metodología basada en la búsqueda bibliográfica de artículos científicos en diversas bases de datos, en este caso, PubMed, Scopus y Dialnet, utilizando los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y los Medical Subject Headings (MeSH). Para llevar a cabo las búsquedas, se ha utilizado el operador booleano “AND”.

Tabla 1. DeCS, MeSH y palabras claves utilizadas para la búsqueda bibliográfica.

DeCS	MeSH
Atragantamiento	Gagging
Obstrucción de las Vías Aéreas	Airway Obstruction/Chocking
Planificación de Atención al Paciente	Patient Care Planning
España	Spain
Palabras clave	
Destete dirigido por el bebé	Baby-Led Weaning

Fuente: Elaboración propia

Criterios de inclusión

Los artículos que se han incluido para realizar la monografía han sido aquellos publicados a partir de 2019 que proporcionan evidencia científica relevante y actualizada sobre el campo de estudio. Además de artículos en cualquier idioma, accesibles a través de las bases de datos mencionadas o documentos de referencia.

Criterios de exclusión

Los artículos que no se han incluido son aquellos que tras la búsqueda no se correspondían con los objetivos fijados. Además, de artículos que no estén disponibles en las bases de datos analizadas o que sean de acceso restringido y no sean accesibles a través de internet.

1.3. Estrategia de búsqueda

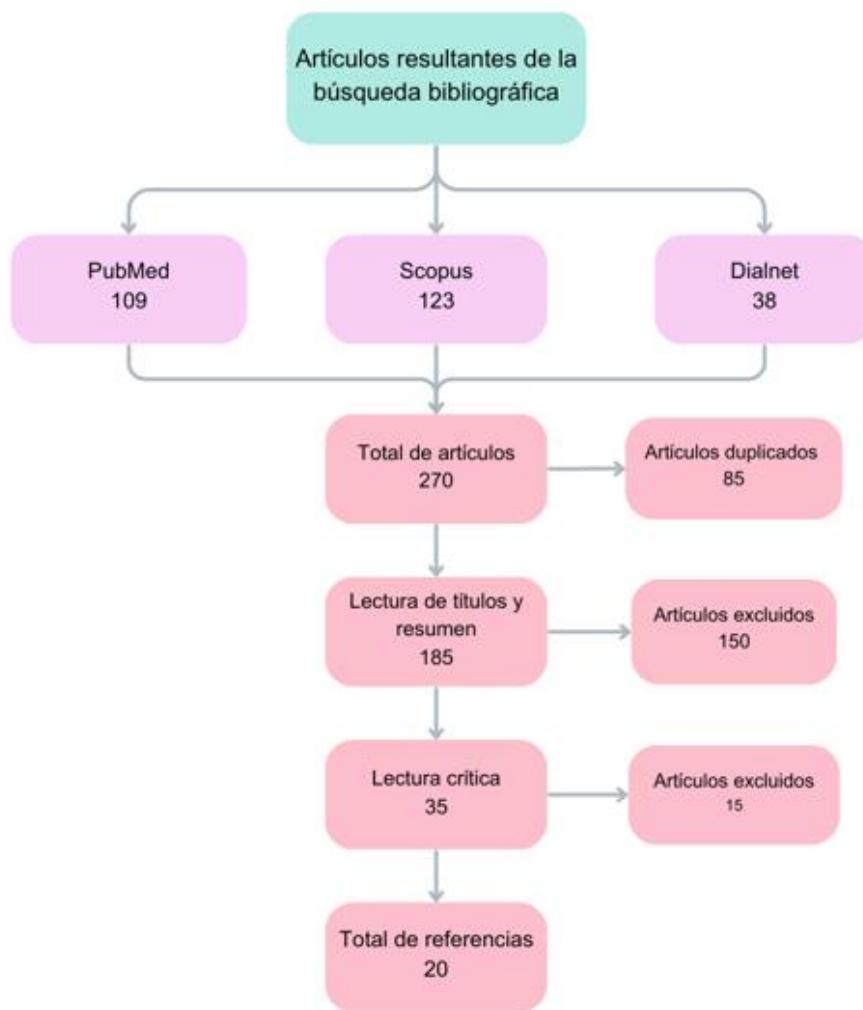
Para el Trabajo de Fin de Grado, realice una revisión bibliográfica mediante la búsqueda de artículos científicos en varias bases de datos utilizando distintas combinaciones de palabras clave. Los artículos obtenidos se introdujeron en Mendeley Reference Manager, donde se eliminaron los duplicados. Posteriormente, se aplicaron criterios de inclusión y exclusión para filtrar los artículos, y aquellos que no se ajustaban con el tema o los objetivos del trabajo fueron descartados tras leer sus resúmenes. Además, para asegurar que la información fuera relevante y actual, solo se incluyeron artículos publicados en los últimos cinco años. A lo largo del proceso, también se incorporaron documentos oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Asociación Española de Pediatría (AEP) y la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), lo que permitió complementar el análisis con las recomendaciones más recientes de estos organismos. Finalmente se han utilizado 24 artículos de los 270 artículos iniciales.

Tabla 2. Estrategia de búsqueda en las distintas bases de datos

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Resultados
Pubmed	Baby led weaning	109
	(Baby led weaning) AND (choking)	15
	(Baby led weaning) AND (airway)	9
	(Baby led weaning) AND (Nursing Care)	16
Scopus	Baby led weaning	123
	(Baby led weaning) AND (choking)	44
	(Baby led weaning) AND (Spain)	6
Dialnet	Baby led weaning	38

Fuente: Elaboración propia

Figura 1. Flujograma de la búsqueda de artículos



Fuente: Elaboración propia

1.4. Descripción de los capítulos

Capítulo I: Descripción de la alimentación complementaria y pautas para la introducción de los alimentos en el primer año de vida.

Capítulo II: Descripción del Baby-Led Weaning, perfil de las familias que usan este método, comparación con otros métodos de alimentación complementaria y situación del BLW en el mundo y en España.

Capítulo III: Diferencia entre atragantamiento y arcada, alimentos a evitar en la alimentación complementaria, analizar distintos estudios de incidencia de atragantamientos en los distintos métodos de AC y papel de la enfermería en la AC.

2. CAPITULO I. ALIMENTACION COMPLEMENTARIA (AC)

La alimentación complementaria es el proceso de introducción de alimentos sólidos o semisólidos en la dieta del lactante para cubrir las necesidades nutricionales necesarias que la leche materna no es capaz de cubrir. Este proceso generalmente se recomienda que se inicie alrededor de los 6 meses de edad, es el momento en el que los niños empiezan a necesitar más nutrientes que no son cubiertos únicamente por la leche. La alimentación complementaria puede continuar hasta los 23 meses, en muchos casos la lactancia materna sigue siendo una fuente importante de nutrición después de esta etapa (9).

El periodo en el que se comienza con la alimentación complementaria es crucial para el desarrollo de los niños. Es el momento en el que se empiezan a definir los gustos y patrones de alimentación a largo plazo, por lo que es un momento clave para el adquirir buenos hábitos alimentarios. Por ello, deben aprender a aceptar una variedad de alimentos lo que les permitirán establecer dichos hábitos y mantenerlos en el tiempo (1,5).

Durante este periodo, los lactantes son más vulnerables de sufrir carencias nutricionales esenciales por lo que se introducen de manera progresiva alimentos con gran variedad de nutrientes necesarios como proteínas, hierro, vitaminas y minerales. Todos estos nutrientes permiten que se produzca un adecuado físico y cognitivo del niño. Además, para asegurar que se realiza de forma correcta y segura la introducción de alimentos, todo el proceso debe ser supervisado y orientado por los profesionales de la salud(1,9).

Algunas de las consecuencias que pueden surgir en el lactante por una malnutrición del niño en los primeros años de vida o de las madres durante la gestación son retrasos en el crecimiento, aumento de la morbilidad y mortalidad, y retrasos en el desarrollo motor, cognitivo y socioemocional. Además, puede aumentar la probabilidad de padecer enfermedades no trasmisibles como diabetes o enfermedades cardiovasculares. Otras de las consecuencias que se pueden dar son la reducción de la capacidad reproductiva en las mujeres. Por ello cabe destacar la importancia de seguir las pautas dietéticas recomendadas por los profesionales de la salud(1,10,11).

En los primeros años de vida del lactante se produce el desarrollo cerebral, la adquisición del lenguaje y el desarrollo de los sentidos, como la visión y la audición, así como para el crecimiento de las funciones cognitivas superiores, por lo que llevar una alimentación adecuada durante esta etapa es esencial para asegurar un desarrollo saludable y un futuro óptimo para el niño (10,11).

En diversas ocasiones se podría considerar la introducción temprana de la AC como en lactante que presenta un riesgo alto de deficiencia de hierro o aquellos amamantados que no pueden recibir leche materna a partir de los 4-6 meses. Sin embargo, el estudio realizado por Obbagy JE et al. (1,11,12) determinó que la introducción temprana de alimentos (a los 4 meses) en vez de a los 6 meses no presentaba un beneficio significativo en los niveles de hierro en lactantes sanos nacidos a término que fueron alimentados exclusivamente con leche materna, fórmula fortificada con hierro o una combinación de ambas (1).

Además, la introducción temprana de alimentos puede llevar consigo diversos efectos negativos tanto en el momento como a largo plazo. A corto plazo, destaca el riesgo de atragantamiento debido a la inmadurez en el desarrollo, el aumento de gastroenteritis aguda e infecciones del tracto respiratorio superior y la interferencia con la absorción de nutrientes esenciales como el hierro y el zinc de la leche materna. A largo plazo, comenzar pronto la AC puede aumentar el riesgo de desarrollar obesidad o diabetes tipo I. Otra de las consecuencias que puede generar es la sustitución de tomas de leche materna por alimentos sólidos que tener menor cantidad de

nutrientes necesarios y provocar así un destete precoz. Por ello se debe valorar de forma minuciosa el momento en el que comenzar a introducir los alimentos (9).

Los principales requisitos que deben cumplirse para iniciar la alimentación complementaria incluyen:

- **Desarrollo gastrointestinal:** El sistema digestivo del lactante debe estar lo suficientemente maduro como para poder digerir de manera eficiente los almidones, proteínas y grasas presentes en los alimentos sólidos. A los seis meses, los lactantes han incrementado su capacidad de producción de enzimas digestivas, lo que les permite procesar mayor variedad de nutrientes (9,12).
- **Desarrollo renal:** La capacidad renal en los lactantes es limitada durante los primeros meses de vida. La filtración glomerular, que es esencial para la eliminación de desechos y el manejo de los solutos, alcanza entre el 60% y el 80% de la función renal de un adulto a los seis meses, lo que les permite manejar de manera más eficaz los solutos presentes en los alimentos sólidos (9,12).
- **Desarrollo psicomotor:** A los seis meses, los lactantes comienzan a llevar objetos a la boca y a realizar movimientos de masticación. Además, desaparece el reflejo de extrusión, mecanismo involuntario que expulsa los alimentos sólidos de la boca con la lengua, facilitando la aceptación y la deglución de alimentos no líquidos (9,12).

Las primeras habilidades motoras gruesas necesarias para alimentar a un lactante con cualquier método de alimentación (es decir, controlar la cabeza cuando se está sentado y disminuir el reflejo de extrusión de la lengua) se pueden observar entre los 3 y 4 meses de edad, mientras que las habilidades motoras gruesas necesarias específicas para alimentarse por sí solos con los dedos, llevando a cabo el BLW (por ejemplo, sentarse sin apoyo, tener coordinación ojos-mano-boca) se pueden observar más comúnmente entre los 5 y 7 meses (8).

- **Maduración inmunológica:** Aunque el lactante sigue beneficiándose de la protección inmunológica que le aporta la leche materna, comienza a desarrollar por sí mismo mayor capacidad para hacer frente a nuevos patógenos y alimentos, aunque sigue beneficiándose de la protección inmunológica que le proporciona la leche materna. Esta maduración permite una mayor tolerancia a los alimentos sólidos, reduciendo los riesgos de reacciones alérgicas y otros problemas relacionados con la ingesta de nuevos alimentos (9,12).

2.1. Introducción de los alimentos

La leche materna es la fuente fundamental para aportar energía y nutrientes a los niños en sus primeros años de vida, especialmente desde el nacimiento hasta los 23 meses. Desde los 6 hasta los 12 meses, la leche materna puede aportar más de la mitad de las necesidades nutricionales del lactante. Durante este periodo se comienza a introducir alimentos que junto con la leche permiten un crecimiento y desarrollo adecuados. A medida que el niño crece, sus necesidades aumentan, pero la leche materna puede continuar teniendo un papel importante pudiendo aportar hasta un tercio de las necesidades (13).

Uno de los beneficios de la lactancia materna es que reduce la mortalidad en niños malnutridos gracias a su composición. Cuenta con nutrientes esenciales, anticuerpos y factores bioactivos capaces de mejorar la salud de los niños fortaleciendo su sistema inmunológico. Por lo que la lactancia materna no se considera únicamente alimento, sino que es un protector efectivo de enfermedades durante los primeros años de vida de una persona, especialmente de aquellos niños que tienen algún problema de salud (1,13).

Durante el proceso de alimentación complementaria, es esencial seguir pautas claras sobre qué alimentos introducir y en qué orden, para garantizar una transición segura hacia la alimentación sólida (1,13).

El siguiente calendario orientativo proporciona una guía sobre la incorporación de alimentos durante los primeros años de vida según la Asociación Española de Pediatría (AEP) en función de la edad del niño, teniendo en cuenta las recomendaciones nutricionales para asegurar un crecimiento y desarrollo adecuados (9).

A partir de los seis meses, se comienza a introducir gradualmente alimentos, siempre bajo la supervisión y órdenes del personal sanitario. La leche materna o fórmula continúa siendo una fuente importante de nutrición en esta etapa, complementando la dieta con otros alimentos. Es esencial tener precaución con los alimentos que puedan representar un riesgo de atragantamiento, como los frutos secos enteros, manzana o zanahoria cruda (9).

En esta etapa se pueden comenzar a ofrecer cereales, dando preferencia a las harinas integrales; las verduras, evitando aquellas de hoja verde ricas en nitratos durante el primer año como las espinacas; las frutas, evitando ofrecerlas en forma de zumos; alimentos ricos en proteínas como huevos, legumbres, carnes o pecados y yogures naturales, leche entera o queso tierno a partir de los nueve meses (9,13).

Entre los 12 y los 24 meses, la dieta del niño debe aumentar, incorporando nuevos alimentos con distintas consistencias. Estos alimentos deben ofrecerse de forma gradual para evitar reacciones adversas. Es fundamental seguir evitando los alimentos sólidos que presenten riesgo de atragantamiento, como los ya mencionados y asegurarse de que los alimentos sean adecuados a la capacidad de masticación del niño. La leche materna puede seguir siendo parte de la dieta si así lo desea la madre, pero en esta etapa puede disminuir gradualmente (9).

A partir de los 2 años, los niños comienzan a consumir una dieta más similar a la de los adultos, pero adaptada a sus necesidades y capacidades. Se puede ofrecer una mayor variedad de alimentos sólidos, incluyendo aquellos que antes se evitaban, como los sólidos con riesgo de atragantamiento, pero siempre con la precaución precisa como seguir cortándolos o modificando su presentación. Es importante mantener el consumo de lácteos para garantizar un adecuado aporte de calcio y otros nutrientes esenciales (9).

Hay ciertos alimentos que deben evitarse hasta que el niño tenga al menos 1 año ya que presentan mayor riesgo de producir una reacción alérgica o problemas digestivos. Aunque es recomendable retrasar la introducción de estos alimentos lo más posible, se pueden ofrecer a partir de los 12 meses, pero siempre en pequeñas cantidades. A medida que el niño crece, es fundamental seguir ofreciendo una dieta equilibrada, priorizando alimentos frescos y nutritivos (9,14).

- **Miel:** La miel no debe ser introducida antes del primer año de vida debido al riesgo de botulismo infantil, una enfermedad bacteriana grave (14).
- **Sal:** Según el estudio Martín-Adrados et al (2024), realizado a un grupo de pediatras españoles, un 93,8% no recomiendan añadir sal a la alimentación de los lactantes durante el primer año de vida y seguir consumiéndola en la menor cantidad posible durante toda la vida (10).
- **Azúcares:** Se recomienda limitar al máximo el consumo de azúcares añadidos, ya que su ingesta excesiva puede contribuir al desarrollo de hábitos alimentarios poco saludables y aumentar el riesgo de enfermedades como la obesidad infantil y caries dentales. En lugar de azúcares refinados, es preferible ofrecer alimentos naturales y frescos, como frutas, que proporcionan azúcares de manera más saludable, acompañados de fibra y otros nutrientes esenciales (9,13,14).
- **Pescados:** Pescado de especies de gran tamaño, depredadoras y de vida larga, como el emperador, el pez espada, el cazón, la tintorera y el atún se deben restringir, debido al riesgo de presencia de contaminantes como el metilmercurio, que puede resultar perjudicial, particularmente en los niños pequeños (14).

Tabla 3. Calendario orientativo de incorporación de alimentos

Alimento	0-6 meses	6-12 meses	12-24 meses	>2 años
Leche materna				
Fórmulas adaptadas (en caso de no estar con LM)				
Cereales, frutas, hortalizas, legumbres, huevo, carne, pollo, pescado, aceite de oliva				
Leche entera, yogur, queso tierno (pueden ofrecerse en pequeñas cantidades a partir de los 9 o 10 meses)				
Sólidos con riesgo de atragantamiento (frutos secos enteros, manzana o zanahoria cruda, etc.)				Por encima de los 3 años
Alimentos superfluos (azúcares, miel, cacao, bollería, galletas, embutidos y charcutería)			Cuanto más tarde y en menor cantidad mejor (siempre a partir de los 12 meses)	

Fuente: Gómez Fernández-Vegue M. Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre la Alimentación Complementaria. 2018 Nov 9 [cited 2025 Jan 20]; Available from: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacion_complementaria_nov2018_v3_final.pdf (9).

3. CAPITULO II. EL BABY-LED WEANING Y OTROS METODOS DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

El Baby Led Weaning o destete dirigido por el bebé es una técnica que permite a los lactantes comenzar con la AC a través de alimentos sólidos que pueden manejar por sí mismos. Los niños a los seis meses generalmente desarrollan las habilidades motoras gruesas necesarias para usar este método de AC, comienzan a ser capaces de sostener objetos con las manos y llevarlos a la boca. Los alimentos se sirven con la textura y la forma adecuada para que sean capaces de cogerlos con las manos, promoviendo así la autorregulación del apetito desde una edad temprana ya que regulan ellos la cantidad de comida que ingieren. No existe un consenso para describir el BLW, muchos estudios determinan que se practica el BLW cuando menos del 10% de los alimentos del niño son purés (15,16).

Los alimentos ofrecidos en el BLW deben ser seguros para el niño, es decir, deben tener una textura que permita que el lactante los mastique o muerda con facilidad. Los alimentos deben cortarse en tamaños apropiados que puedan sostenerlos con las manos, pero sin correr el riesgo de que se atragante. Este enfoque promueve la independencia del lactante, ya que es él quien decide qué comer, cuándo comer y cuánto comer, lo que se considera una ventaja frente a los métodos tradicionales, en los cuales el adulto controla la cantidad de comida que ingiere (15,17).

1. Los beneficios del Baby Led Weaning son:

Uno de los principales beneficios del BLW es el **desarrollo de habilidades motoras**. A través de la manipulación de los alimentos, los lactantes mejoran su destreza en el agarre y la coordinación entre las manos y la boca. Esta exposición a los alimentos también fomenta la masticación desde temprana edad, lo que permite una mayor capacidad de masticación de alimentos sólidos más complejos a medida que el niño crece (3,17,18).

El BLW promueve la **autonomía** del lactante, ya que tiene control total sobre lo que ingiere. Este aspecto puede ser muy positivo, ya que les permite aprender a regular su apetito de manera natural y autónoma. En lugar de que el adulto determine cuánto comer, ellos son los que deciden la cantidad según sus necesidades y señales internas de hambre y saciedad (17).

Este tipo de **autorregulación** puede ayudar a prevenir problemas relacionados con el sobrepeso y la obesidad en el futuro, ya que el niño aprende a escuchar y responder a sus propias señales de hambre y saciedad desde una edad temprana (5).

Además, al explorar los alimentos y contribuir activamente en el proceso de alimentación, el BLW fomenta una relación positiva con la comida. Pudiendo resultar en una actitud más abierta y menos problemática hacia los alimentos a medida que el niño crece y evitando hábitos alimentarios poco saludables como la fobia a ciertos alimentos o la aversión a nuevos sabores y texturas (3,19).

Otra de las ventajas que presenta es que el lactante puede **participar en las comidas familiares**, lo que es beneficioso tanto desde el punto de vista nutricional como social. Los niños que siguen este enfoque tienen la oportunidad de interactuar con los demás miembros de la familia durante las comidas y permite que el lactante se exponga a una mayor variedad de alimento, lo que puede ayudar a reducir o **prevenir la selectividad** alimentaria en etapas posteriores. Además, estos niños suelen consumir menos alimentos procesados y más alimentos frescos y caseros ya que comen lo mismo que el resto de la familia (15,17)

En este estudio realizado por Utami et al. (2020) (20) a madres indonesas, las mujeres que utilizaron el método BLW observaron que sus hijos no se volvieron selectivos para comer. Este hallazgo cuadra con investigaciones previas que sugieren que el BLW previene que los niños se vuelvan exigentes, ya que al comer junto a su familiar y probar gran variedad de alimentos, se fomenta un entorno social positivo para la alimentación. Las madres expresaron que sus hijos aceptaban una variedad de alimentos, incluidas verduras, diferentes texturas y se adaptaban fácilmente a comer fuera de casa. Además, destacaron el hecho de que sus hijos comieran lentamente o dejaran la comida como una parte normal del proceso de alimentación infantil, sin preocupaciones sobre una dieta inadecuada (20).

2. Las desventajas del Baby Led Weaning:

El **atragantamiento** es uno de los principales riesgos que preocupan a los padres a la hora de elegir el BLW como método de AC para sus hijos. Al ofrecer alimentos sólidos en lugar de purés, se cree que el lactante no puede manejar adecuadamente el trozo de comida, lo que puede llevar a un atragantamiento. Sin embargo, este riesgo se puede reducir si se siguen ciertas precauciones, como cortar los alimentos en tamaños y formas que sean fáciles de manejar y masticar (6,8).

Otro riesgo potencial del BLW es la **desnutrición**, especialmente si no se ofrece una dieta equilibrada y variada. A diferencia de la alimentación con purés, que los padres controlan la cantidad de comida ingerida, el BLW depende únicamente de lo que el lactante consuma. Si no se seleccionan bien los alimentos, puede no obtener todos los nutrientes esenciales necesarios para su crecimiento y desarrollo adecuado. Además, existe la tendencia a ofrecer a los niños frutas y verduras en lugar de alimentos ricos en hierro, proteínas, grasas saludables u otros nutrientes esenciales (15,21).

Los padres se sintieron frustrados por el **desorden** y la **suciedad** que se generaban durante las comidas. La comida, al ser aplastada, desparramada o incluso lanzada al suelo por los niños, creaba una gran cantidad de limpieza extra. Además, la cantidad de alimentos que no se consumían y rechazaban aumentaba la sensación de desperdicio (2,15).

3.1. Perfil de las familias que llevan a cabo el BLW

Diversos estudios han revelado una serie de características comunes entre las familias, y más concreto las madres que suelen ser las cuidadoras principales, que llevan a cabo el BLW (11,21).

En primer lugar, las familias que usan el BLW generalmente tienen un nivel educativo y socioeconómico medio-alto, lo que puede estar relacionado con que sigan enfoques más alternativos y otorgando mayor importancia a la autonomía infantil. Además, las madres suelen reincorporarse al trabajo más tarde que aquellas que utilizan el PLW, lo que les permite poder dedicar el tiempo necesario para implementar el BLW, que es mayor debido a la supervisión constantes durante las comidas (11,21).

Tabla 4. Comparación de métodos de alimentación complementaria que llevan a cabo las familias neozelandesas según el nivel socioeconómico a los 6 meses y a los 8,4 meses (current).

Infant feeding practices by household food security status ($n = 604$ mothers).

Infant feeding practice	Household food security status ^a		
	Food secure ($n = 453$)	Moderately food insecure ($n = 105$)	Severely food insecure ($n = 46$)
Complementary feeding approach ^b —at around 6 months			
Traditional spoon-feeding	351 (77.5)	75 (71.4)	34 (73.9)
Partial baby-led weaning	41 (9.1)	14 (13.3)	11 (23.9)
Full baby-led weaning	61 (13.5)	16 (15.2)	1 (2.2)
Complementary feeding approach ^c —current ^d			
Traditional spoon-feeding	223 (49.3)	47 (44.8)	24 (52.2)
Partial baby-led weaning	107 (23.7)	27 (25.7)	10 (21.7)
Full baby-led weaning	122 (27.0)	31 (29.5)	12 (26.1)

Fuente: Katiforis J, Smith C, Haszard J, Styles S, Leong C, Taylor R, et al. Household food insecurity and novel complementary feeding methods in New Zealand families. *Matern Child Nutr [Internet]*. 2025 Aug 12 [cited 2025 May 2];21(1). Available from: <http://doi.org/10.1111/mcn.13715> (11).

Por otro lado, el comportamiento de las madres que siguen este enfoque es generalmente más relajado. A diferencia de las madres que usan el PLW, aquellas que practican el BLW tienen un menor control sobre los alimentos que ofrecen a sus hijos, permitiendo que exploren y elijan qué comer de forma independiente. Confian en la capacidad del niño para autorregularse y tomar decisiones relacionadas con su alimentación por lo que, de manera general, suelen tener una menor preocupación por el peso de su hijo (3).

Otra característica común entre estas madres es que suelen mantener una lactancia exclusiva hasta los seis meses, siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Asimismo, introducen los sólidos en torno a los seis meses, siguiendo de una forma más estricta las pautas recomendadas en cuanto al momento adecuado para comenzar con la AC. Por el contrario, las familias que optan por el método tradicional suelen iniciar la transición a comidas en casa en etapas anteriores en comparación con aquellas que siguen el BLW (11,16,21).

Tabla 5. Comparación de la franja de meses para la introducción de alimentos sólidos en lactantes mediante baby-led weaning y el método tradicional de alimentación complementaria.

	Tradicional		BLW		%
	Total	%	Total	%	
Es hora de la transición a los alimentos sólidos	6–8 meses	2	7.7	24	92.3
	9–12 meses	24	92.3	2	7.7
Transición a las comidas en casa	Sí	22	84.6	14	53.8
	No	4	15.4	12	46.2

Fuente: Arslan N, Kurtuncu M, Turhan PM. The effect of baby-led weaning and traditional complementary feeding trainings on baby development. J Pediatr Nurs [Internet]. 2023 Nov [cited 2025 Feb 12];73:196–203. Available from: <http://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.09.006> (16).

En el estudio realizado con familias polacas, el principal motivo para la implementación del método BLW por parte de las madres fue el deseo de fomentar la independencia del niño, ligado con un desarrollo psicomotor acelerado, así como por el interés de familiarizar al niño con una variedad de sabores y promover la diversidad sensorial. Otro motivo fue el deseo de fortalecer los lazos familiares mediante la práctica del BLW en la mesa familiar. Sin embargo, las madres expresaron ciertos inconvenientes a la hora de seguir este método, como el desorden, la necesidad de alimentar al niño, el desperdicio de alimentos, la falta de madurez del niño para este método y el tratamiento de la comida como un juego (2).

Las razones por las cuales algunos padres optan por no elegir el BLW como método de alimentación complementaria incluyen la preocupación de que el lactante pueda atragantarse (55,3%) o sea capaz de consumir la cantidad adecuada de alimentos (44,2%), la duda de que el lactante no cuente con las habilidades motoras necesarias para alimentarse de forma autónoma (27,6%) y la percepción de que el método de alimentación complementaria tradicional ya había funcionado adecuadamente en el pasado, lo que les lleva a pensar que no es necesario cambiar el enfoque (27,1%) (17).

3.2. Comparación del BLW con otros Métodos de Alimentación Complementaria

3.2.1. BLW vs. Método Tradicional

El método tradicional de introducción de alimentos sólidos generalmente implica la preparación de purés y papillas, los padres o cuidadores alimentan a los niños con una cuchara. Este enfoque pone en manos del cuidador el control sobre la cantidad de comida que el lactante consume, en lugar de permitirle tomar decisiones por sí mismo (1).

Diferencias clave:

- **Ingesta de nutrientes:** A través de la revisión narrativa llevada a cabo por Matzeller et al. (2024) (21), se identificó que diversos estudios observacionales no hallaron diferencias significativas en la ingesta energética absoluta entre lactantes alimentados mediante el método BLW y aquellos alimentados con el método tradicional, durante el período comprendido entre los 6 y los 12 meses de edad. No obstante, los resultados de los estudios revisados presentaron ciertas discrepancias. Por ejemplo, Rowan, Lee y Brown observaron que, entre los 6 y los 9 meses, los lactantes que seguían el enfoque BLW consumían una menor cantidad de energía en comparación con quienes eran alimentados de forma tradicional. En contraste, Cox reportó hallazgos opuestos, indicando que alrededor de los 8 meses, los niños alimentados con BLW presentaban una ingesta energética diaria superior a la de aquellos que seguían el método PLW (21).
- **Control de la alimentación:** En el BLW, el lactante tiene el control total sobre el acto de comer. Elige los alimentos que quiere comer y la cantidad que desea. Por el contrario, en el método tradicional, los padres o cuidadores controlan la cantidad de comida y la forma en que se presenta, lo que podría hacer que el niño no reconozca las señales de hambre o saciedad de la misma manera (20).
- **Desarrollo oral:** El BLW promueve el consumo de alimentos sólidos y trozos, lo que fomenta el desarrollo de habilidades orales como la masticación, la coordinación mano-ojo y la deglución de diferentes texturas. El método tradicional, al utilizar purés y papillas, limita la exposición a texturas, lo que puede retrasar el desarrollo de estas habilidades orales. Aunque no se han identificado estudios que analicen específicamente las diferencias en el desarrollo de estas habilidades, los estudios realizados sobre los episodios de atragantamiento permiten deducir que estas habilidades mejoran al practicarse el BLW (17).
- **Lactancia materna:** Los lactantes alimentados con el método BLW tienen más probabilidades de ser amamantados durante un período más largo en comparación con aquellos que siguen el método tradicional de comida complementaria. Además, los alimentados con BLW son más propensos a ser amamantados exclusivamente durante los primeros seis meses de vida, con una duración de la lactancia materna que varía entre 1 y 8 semanas adicionales en comparación con los alimentados con PLW (21).
- **Introducción de alimentos complementarios:** Los lactantes alimentados mediante BLW tienden a iniciar la introducción de alimentos sólidos más tarde que aquellos alimentados con PLW, con una diferencia de entre 1,1 y 4,4 semanas. Esta introducción tardía está relacionada con la mayor duración de la lactancia materna exclusiva en los que llevan a cabo BLW. Otra diferencia que existe es que los niños alimentados por BLW son más propensos a consumir alimentos de la familia en lugar de alimentos preparados comercialmente, que su consumo es más común en los alimentados con el método PLW (21).

- **Obesidad.** Hay diversos estudios en los que se ha analizado la prevalencia de obesidad y la diferencia de peso en niños alimentados mediante el método BLW y el método tradicional, Alpers et al. (2019) (17) no encontraron diferencia significativa entre ambos grupos. Sin embargo, Brown et al. (2015) (17,21) observó que los niños que seguían el método tradicional presentaban un peso significativamente mayor y eran más propensos a desarrollar obesidad en comparación con los alimentados con BLW. Por el contrario, los niños que practicaban el BLW mostraron una mayor tendencia a presentar bajo peso. Estos resultados sugieren que el tipo de alimentación complementaria podría influir en el desarrollo del peso corporal de los niños, aunque los hallazgos no fueron consistentes en todos los estudios (17,21).

Tabla 6. Diferencias clave entre el BLW y el PLW

Diferencias clave	BLW	Método tradicional
Ingesta de nutrientes	No hay diferencias significativas en la ingesta energética.	Similar en la ingesta energética, pero con algunas variaciones.
Control de la alimentación	El lactante tiene control total sobre los alimentos y la cantidad que consume.	Los padres controlan la cantidad y presentación de los alimentos.
Desarrollo oral	Promueve la masticación, coordinación mano-ojo y deglución de texturas con alimentos sólidos y trozos.	Limita la exposición a texturas debido a los purés y papillas.
Lactancia materna	Más probabilidades de ser amamantados por más tiempo.	Menos probabilidades de ser amamantados por más tiempo. Menor proporción de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.
Introducción de alimentos	Inicia la introducción de alimentos sólidos más tarde en comparación con el resto de los métodos de AC.	Introducción de alimentos sólidos (en forma de pures) más temprana, en promedio antes que los niños BLW.
Obesidad	Algunos estudios indican una tendencia a bajo peso en los lactantes alimentados con BLW.	Los lactantes alimentados con PLW son más propensos a la obesidad y mayor peso.

Fuente: Elaboración propia

3.2.2. BLW vs. Método BLISS (Baby-Led Introduction to Solids)

El método BLISS es una variante más estructurada del BLW. Aunque comparte muchas similitudes con el BLW, el enfoque BLISS se diferencia ya que ofrece alimentos nutritivos y seguros, y proporciona pautas concretas sobre la organización y orden que se debe de llevar para la introducción de alimentos (1).

En cada comida, se fomenta la introducción de un alimento rico en hierro como puede ser la carne roja o los cereales infantiles fortificados con hierro, un alimento rico en energía y un alimento rico en fibra como una fruta o verdura. Además, el método BLISS aporta también información sobre la forma de preparar los alimentos para reducir el riesgo de atragantamiento, pero que sean de un tamaño suficientemente grande para que el niño sea capaz de cogerlo con las manos (1).

Diferencias clave:

- **Enfoque en la seguridad y la nutrición:** A pesar de que ambos métodos promueven que el lactante sea el que controle su alimentación, el BLISS enfatiza la planificación nutricional. En el BLISS, los padres deben ofrecer una variedad de alimentos ricos en hierro y otros nutrientes esenciales desde el inicio, mientras que el BLW puede no destacar tanto la elección de alimentos específicos, aunque se recomienda ofrecer una dieta variada (1).

A pesar de seguir las pautas indicadas en el método BLISS, en el estudio transversal realizado por Morison et al. (2016), no se observaron diferencias significativas en la ingesta de energía entre los bebés que seguían el enfoque BLW (17).

- **Saciedad:** En el estudio de Taylor et al. (2017) hallaron que los bebés que siguieron el protocolo BLISS mostraron niveles más bajos de respuesta a la saciedad a los 24 meses en comparación con los del grupo de control, que llevan a cabo el BLW. Aunque se cree que este patrón de comportamiento alimentario aumenta el riesgo de obesidad, no se encontraron diferencias en el IMC promedio a los 12 o 24 meses entre ambos grupos (17).

Tabla 7. Diferencias claves entre el BLW y el BLISS

Diferencias clave	BLW	BLISS
Seguridad y nutrición	Menos énfasis en la planificación nutricional específica, aunque también se recomienda ofrecer una dieta variada.	Énfasis en la planificación nutricional, promoviendo una variedad de alimentos ricos en hierro, energía y fibra
Saciedad	Mayor respuesta a la saciedad a los 24 meses-	Menor respuesta a la saciedad, pero sin diferencias del IMC.

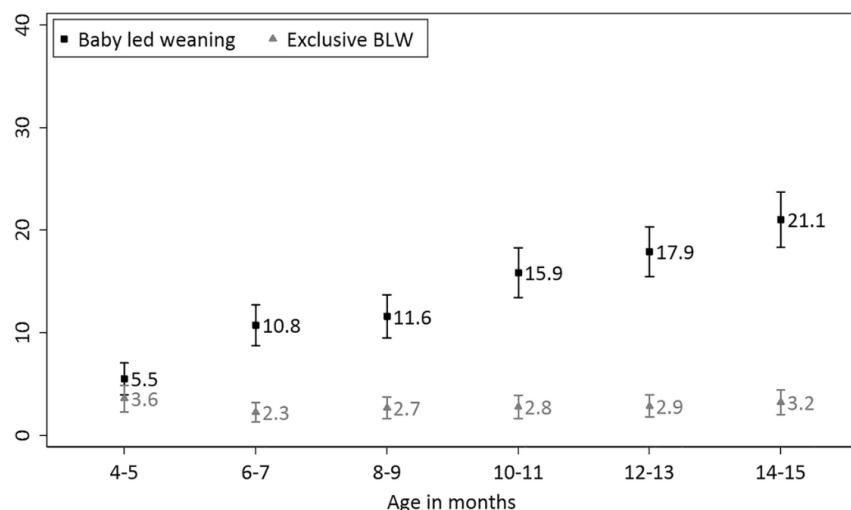
Fuente: Elaboración propia

3.3. Situación en España

En España, el BLW ha ido ganando popularidad en los últimos años como un enfoque alternativo y cada vez más utilizado para la introducción de alimentos en los lactantes. Sin embargo, su instauración no es sido universal, y su integración en las prácticas de alimentación infantil varía entre diferentes familias, profesionales de la salud y comunidades (10).

Actualmente, no se dispone de datos oficiales que permitan conocer de forma precisa el número de familias en España emplean el método BLW. Sin embargo, una investigación realizada en Galicia en el año 2016, Pérez-Rios et al. (2020), centrada en madres de esa comunidad autónoma, concluyó que alrededor del 14 % de las participantes declararon haber utilizado este tipo de AC (22). Aunque se trata de una estimación regional y limitada en el tiempo, estos resultados sugieren que el BLW ha comenzado a ganar aceptación en el territorio español ya que cada vez más familias españolas buscan alternativas a la tradicional alimentación complementaria. Este aumento de popularidad se debe a la mayor disponibilidad de recursos y guías en redes sociales, blogs, libros, e incluso a través de grupos de apoyo y formación en internet (10,15,18).

Gráfico 2. Prevalencia de lactantes alimentados con Baby Led Weaning estricto y no estricto en función de los meses de edad en Galicia en 2016.



Fuente: Pérez-Ríos M, Santiago-Pérez MI, Butler H, Mourino N, Malvar A, Hervada X. Baby-led weaning: prevalence and associated factors in Spain. Eur J Pediatr [Internet]. 2020 Jan 20 [cited 2024 Dec 26];179(6):849–53. Available from: <http://doi.org/10.1007/s00431-020-03579-7> (22)

El auge de las redes sociales ha jugado un papel crucial en la difusión del BLW en España. Familias que practican este enfoque comparten sus experiencias, recetas y consejos, lo que ha aumentado su visibilidad y ha motivado a otras familias a probarlo. Existen diversas cuentas en Instagram, grupos en Facebook y blogs especializados que ofrecen contenido relacionado con el BLW, lo que ha fomentado su popularización (10,15,18).

A pesar de la creciente popularidad del BLW, la aceptación por parte de los profesionales de la salud no es uniforme. A pesar de que muchos pediatras, nutricionistas y enfermeras defienden el BLW, algunos siguen siendo más cautelosos debido a las preocupaciones sobre la seguridad y los riesgos asociados (10).

La opinión del colectivo pediátrico en España respecto al método BLW se ha analizado en diferentes investigaciones recientes. En un estudio realizado por Martín-Adrados et al.(2024) (10), se exploraron tanto las percepciones profesionales como las recomendaciones clínicas en torno a la lactancia materna y la introducción de la alimentación complementaria. En cuanto al

BLW, el 62,35 % de los pediatras indicó que los progenitores muestran interés por este enfoque y buscan información al respecto, pero únicamente el 8,8 % de los profesionales lo recomendaron de manera activa. Por el contrario, el 67,2% continuaban promoviendo la introducción de alimentos a través de la alimentación tradicional. Otra investigación llevada a cabo por Arias-Ramos et al. (2022) (10,23) mostró que el 26 % de los pediatras encuestados apoyaban sistemáticamente el uso del método BLW, mientras que un 57 % optaba por sugerirlo solo en situaciones específicas, teniendo en cuenta tanto el desarrollo del lactante como las circunstancias particulares de la familia.

A pesar de estar bien informados sobre los beneficios del BLW muchos de los pediatras expresaban preocupación por el alto riesgo de que los lactantes no recibieran una variedad y cantidad adecuada de nutrientes. Además, una de las principales inquietudes era el riesgo de asfixia, señalado por el 82% de los profesionales que participaron en la encuesta. Como resultado de estas preocupaciones, solo un 7,9% de las familias en España usan el método BLW, lo que refleja una tendencia a seguir el PLW, a pesar de la información sobre el enfoque BLW y sus beneficios para los niños (10).

Dentro de este estudio realizado, se observó una clara diferencia en las opiniones entre los pediatras más jóvenes (de 29 a 55 años) y los de mayor edad (de 55 a 70 años). El grupo de pediatras más jóvenes evaluó de manera más positiva la frecuencia con la que los padres preguntan sobre el BLW, la recomendación activa de este método, el reconocimiento de no tener suficiente información sobre el tema, y la percepción de que el BLW mejora las habilidades psicomotoras y facilita la transición a los alimentos sólidos (10).

Por otro lado, los pediatras de mayor edad, entre 56 y 70 años, mostraron una preferencia más marcada por la alimentación complementaria tradicional, especialmente en la forma de purés. Además, este grupo mostró una mayor preocupación por el riesgo de que los lactantes no recibieran una variedad y cantidad adecuada de nutrientes (10).

En la tabla 8 se muestra los porcentajes de grupos de profesionales de la salud que recomiendan o no el BLW. Destacando los dietistas que el 79,3% lo recomiendan siempre.

Tabla 8: Sugerencia del método BLW en relación con la formación académica del profesional sanitario en España.

	Recomienda BLW [n (%)]		
	Nunca	A veces	Siempre
médico pediatra	8 (5.7)	86 (61.4)	46 (32.9)
Médico no pediatra (otras especialidades)	3 (23.1)	7 (53.8)	3 (23.1)
Enfermera pediátrica	0 (0.0)	11 (55.0)	9 (45.0)
Enfermera obstétrica/ginecóloga	0 (0.0)	9 (56.3)	7 (43.8)
Enfermera (otras especialidades)	21 (15.4)	63 (46.3)	52 (38.2)
Dietista/nutricionista	2 (6.9)	4 (13.8)	23 (79.3)
Farmacéutico	1 (14.3)	1 (14.3)	5 (71.4)

Fuente: San Mauro Martín I, Garicano Vilar E, Porro Guerra G, Camina Martín MA. Knowledge and attitudes towards baby-led-weaning by health professionals and parents: A cross-sectional study. Enfermería clínica (English Edition) [Internet]. 2022 May [cited 2024 Dec 26];32:S64–72. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.04.005> (24)

3.4. Situación internacional

El BLW ha generado un gran debate entre los profesionales de la salud a nivel mundial. Por un lado, aceptan los beneficios potenciales que puede aportar este método, pero por otro lado están presentes las preocupaciones que surgen con respecto a la seguridad y la falta de evidencia científica que lo respalde (7).

Una de las principales razones por la que los profesionales de la salud no recomiendan el BLW es la ausencia de estudios concluyentes que respalden sus beneficios y la seguridad de los lactantes a la hora de implantarlo. Si bien si que existen estudios que analizan y corroboran tanto los beneficios como la ausencia de grandes riesgos, todos ellos tienen alguna limitación. Debido a esto, muchos de los profesionales deciden apostar por recomendar un enfoque tradicional que está respaldado por la evidencia científica (17).

Los profesionales sanitarios son los encargados de dar la información a las familias sobre cómo y cuándo comenzar con la AC, por lo que su opinión y sus creencias pueden interferir a la hora de dar esta información. En un estudio de Sarreira-de-Oliveira et al. 2024 (7) en el cual se analizan otros estudios sobre el conocimiento y posición de los profesionales sanitarios acerca del BLW, la mayoría determinaron que conocían este método, pero muestran grandes preocupaciones por los riesgos que creen puede conllevar como es la asfixia, la ausencia de ganancia de peso o la falta de aporte nutricional adecuado. Una de las razones por las que se muestran reacios a la recomendación del BLW es por la falta de directrices e información que existen (1,7).

Por lo general, la orientación de los profesionales de la salud a las familias acerca de la AC es un aspecto crucial que enseñar durante ese periodo. El momento adecuado para iniciar la alimentación complementaria y las características de los alimentos introducidos son factores clave para el desarrollo saludable de los lactantes en todas partes del mundo. Una alimentación complementaria adecuada está estrechamente relacionada con el nivel educativo de los padres y cuidadores, sobre todo en aquellos países que tienen ingresos bajos o medios. Además, permite la prevención de enfermedades comunes en los lactantes, como la diarrea, mejorando así la salud infantil y reduciendo los riesgos asociados con la desnutrición (1).

En el estudio de Dratwa et al (2022) (2) realizado a familias polacas, se obtuvo que la principal fuente de información sobre el método BLW para las mujeres participantes fue Internet, seguida de amigos, libros, foros en internet para madres y literatura profesional. Otras investigaciones indican que únicamente el 20% de los padres obtienen información sobre el método BLW a través de profesionales de la salud, mientras que entre el 75% y el 80% restante de la información proviene de otras fuentes (17).

4. CAPITULO III. ATRAGANTAMIENTO EN EL BLW Y RECOMENDACIONES. PAPEL DE LA ENFERMERIA

Antes de abordar las recomendaciones preventivas, es crucial entender la diferencia entre atragantamiento y arcada (15).

El atragantamiento se refiere a una obstrucción de las vías respiratorias causada por los alimentos u otros objetos que bloquean el paso del aire, lo que puede causar dificultad respiratoria grave y, en algunos casos más grave, puede ser potencialmente mortal si no se trata rápidamente, esta situación requiere una actuación rápida. En el caso de las arcadas, son un reflejo normal que puede ocurrir cuando un lactante está aprendiendo a comer o en otras situaciones, no impiden el flujo de aire y generalmente no son peligrosas (15).

Por otro lado, las arcadas son una respuesta refleja natural en los lactantes cuando un trozo de alimento insuficientemente masticado se desplaza hacia la parte posterior de la boca. Este proceso provoca que comience a toser, haga arcadas y empuje el alimento hacia la parte frontal de la boca para poder expulsarlo. Aunque las arcadas pueden ser angustiosas para los padres, son parte del proceso natural de aprendizaje en la alimentación del lactante. Suelen ser ruidosas, pero no suponen un peligro inmediato para su salud como sucede en los atragantamientos, ya que el niño sigue siendo capaz de respirar y puede gestionar el reflejo generalmente sin ayuda. Además, el reflejo nauseoso desempeña un papel protector en el proceso de aprendizaje alimentario y durante el primer año de vida, este reflejo se desplaza hacia la zona de atrás de la boca (15).

Según G. Rapley, el desarrollo de la masticación en los lactantes se adapta a su nivel de habilidad de masticación y deglución que se desarrollan entre los 6 y los 9 meses. Si no se introducen alimentos con textura a los 10 meses, puede resultar más difícil para el lactante adaptarse a este tipo de alimentos. En cuanto a la fisiología del atragantamiento, se sabe que los lactantes desarrollan la capacidad de masticar antes de poder mantener la comida en la boca o empujarla hacia la parte posterior de la boca para tragárla. Los lactantes a los que se les enseña a comer con cuchara antes de que tengan la habilidad de morder y masticar, tienden a utilizar la succión para extraer la comida de la cuchara, lo que puede llevar la comida hacia la garganta, aumentando el riesgo de atragantamiento. En cambio, cuando se les ofrece un pedazo más grande de comida, este no se succiona hacia la parte posterior de la boca, sino que permanece en la parte delantera, donde el lactante puede masticarlo adecuadamente (15).

4.1. Incidencia de atragantamientos

A través de distintos ensayos clínicos realizados para comparar los episodios de atragantamiento y arcadas durante el primer año de vida, se han obtenido importantes resultados que permiten analizar la incidencia de dichos eventos en relación con los métodos de AC utilizados. El objetivo de estos estudios fue determinar si existían diferencias significativas entre distintos métodos de AC incluyendo también la diferente prevalencia de episodios de atragantamiento entre estos métodos (4,16,17).

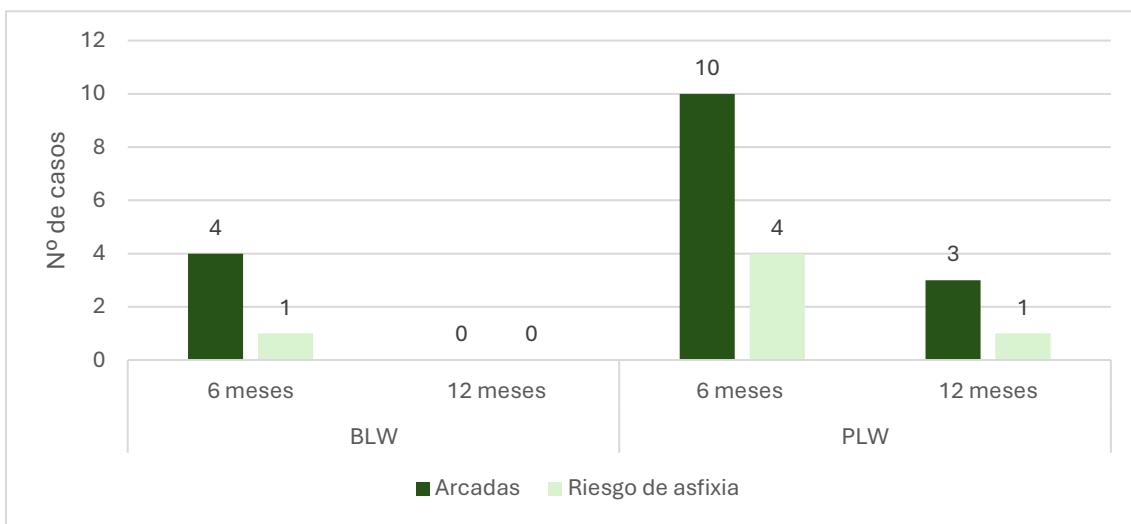
En uno de los ensayos analizados, Paiva et al (2023) se evaluaron los enfoques PLW, BLISS y el enfoque mixto. Los resultados indicaron que no hubo una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la incidencia de atragantamientos entre los tres grupos. En concreto, se observó que el 30,2% de los lactantes en el grupo PLW, el 22,2% en el grupo BLISS y el 26,2% en el grupo mixto experimentaron episodios de atragantamiento (4).

Además, se encontró que los episodios de atragantamiento se presentaron en el 80% de los lactantes durante su primer año de vida. De estos casos, el 54,5% se produjeron a los seis meses, mientras que el 45,5% se dieron entre los siete y los 12 meses. Es relevante destacar que el 34,2% de los episodios de atragantamiento estuvieron asociados con el consumo de frutas. Aunque el método BLW no fue comparado de manera directa con otros enfoques en este ensayo debido a la similitud con el método BLISS, podemos deducir que ambos presentarían resultados equivalentes en cuanto a la incidencia de atragantamientos, dado que las características de los alimentos y las prácticas de alimentación son muy semejantes (4).

Por otro lado, la literatura científica sugiere que los lactantes con menos exposición a alimentos sólidos tienen una mayor frecuencia de atragantamientos. En un estudio que incluyó a 1,151 lactantes, se observó que aquellos que seguían el enfoque tradicional de alimentación experimentaban más episodios de atragantamiento con alimentos sólidos y purés grumosos en comparación con aquellos que seguían el método BLW. Además, otro estudio evidenció que los que practicaban BLW tendían a atragantarse más a los seis meses, pero menos a medida que cumplían meses en comparación con los lactantes que llevaban a cabo el PLW. Lo que sugiere que la exposición temprana a alimentos sólidos podría mejorar las habilidades motoras orales del lactante y reducir el riesgo de atragantamiento con el tiempo (17).

En el estudio realizado por Arslan et al (2023) mediante un análisis comparativo entre los dos métodos de alimentación, TCF y BLW, se observaron diferencias en los episodios de arcadas y el riesgo de asfixia a los 6 y 12 meses. En relación con las arcadas, a los 6 meses, el grupo TCF presentó un 38,5% de los casos reportando este evento, mientras que en el grupo BLW tuvieron un 15,4% de incidencia. A los 12 meses, el número de arcadas disminuyó en ambos grupos con una reducción significativa en el grupo BLW, ya que no se reportaron arcadas en ese grupo. En cuanto al riesgo de asfixia, se observó que, a los 6 meses, el grupo TCF indicó un 15,4% de incidencias, mientras que en el grupo BLW solo un 3,8% de casos reportados. A los 12 meses, ambos grupos presentaron una reducción en el riesgo de asfixia, con el grupo BLW mostrando un 0% de casos de asfixia. Sin embargo, las diferencias en el riesgo de asfixia entre ambos grupos no fueron estadísticamente significativas sugiriendo que no hubo un cambio considerable en el riesgo de asfixia entre los grupos al final del estudio (16).

Gráfico 3. Comparación de los episodios de arcadas y de riesgo de asfixia a los seis y a los doce meses en lactantes que llevan a cabo el BLW y el PLW.



Fuente: Elaboración propia. Arslan N, Kurtuncu M, Turhan PM. The effect of baby-led weaning and traditional complementary feeding trainings on baby development. J Pediatr Nurs [Internet]. 2023 Nov [cited 2025 Feb 12];73:196–203. Available from: <http://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.09.006> (16)

Durante el primer año de vida, el reflejo nauseoso se desplaza gradualmente hacia la parte posterior de la boca, lo que explica por qué los lactantes de seis meses experimentan más arcadas que los de un año. Aunque muchos niños que siguen el método BLW parecen atragantarse al principio, suelen calmarse rápidamente, mientras que los padres tienden a sentirse más preocupados. En resumen, aunque los episodios de atragantamiento son comunes durante el proceso de introducción de alimentos, la supervisión adecuada, el conocimiento de los padres y la elección de alimentos apropiados pueden contribuir a una alimentación complementaria más segura y efectiva (15).

4.2. Recomendaciones y medidas preventivas para evitar el atragantamiento

Durante la alimentación, el riesgo de atragantamiento siempre está presente, pero este aumenta durante el periodo de la alimentación complementaria. Por ellos existen medidas claras y específicas para que los padres lleven a cabo y se minimice dicho riesgo al usar el Baby-Led Weaning. Todas las directrices se basan en los principios de seguridad alimentaria y desarrollo infantil (4,15).

La **supervisión directa y constante** es una de las medidas más importantes para prevenir el atragantamiento. Los padres deben asegurarse de estar siempre presentes cuando el lactante esté comiendo, manteniendo una distancia cercana y observando atentamente los signos de cualquier dificultad que nos pueda indicar un episodio de atragantamiento, pudiendo realizar una intervención oportuna y eficaz. Esta supervisión es crucial especialmente cuando se ofrecen alimentos por primera vez o cuando se introducen texturas nuevas (4,9).

Los alimentos deben **ofrecerse con un tamaño y textura adecuada**, cortados en trozos apropiados para cada edad, de manera que puedan ser manipulados fácilmente por sus manos y llevados a la boca sin riesgo. Una regla general es cortar los alimentos en tiras o bastones largos en lugar de en trozos pequeños, ya que esto permite que puedan agarrar el alimento con sus manos y lo lleve a la boca sin riesgo de atragantamiento. Es lo que denominan “fingerfoods”. Además, es fundamental que los alimentos sean lo suficientemente blandos como para que el lactante los pueda masticar y tragar sin esfuerzo excesivo, pero con una consistencia dura para que los puedan agarrar (18).

Se debe **introducir los sólidos de manera progresiva** y adaptada a sus habilidades. Comenzando con aquellos alimentos que sean más suaves y fáciles de manejar para poder introducir de forma gradual nuevos alimentos con distintas texturas y formas conforme desarrollen las habilidades necesarias. Alguno de los alimentos como aquellos que son más duros o difíciles de manejar se espera hasta que tenga aproximadamente un año para introducirlos (9,18).

Existen ciertos **alimentos que deben evitados** debido a su alta probabilidad de causar atragantamiento o asfixia (9,15). Estos incluyen:

- Uvas enteras, que deben ser cortadas en mitades o cuartos muy pequeños.
- Frutos secos enteros y semillas pequeñas.
- Alimentos con textura pegajosa con consistencia viscosa como el plátano, el melón o el aguacate.
- Alimentos duros como zanahorias crudas, manzanas crudas, caramelos o gomitas.
- Alimentos con piel gruesa o que sean difíciles de digerir, como tomates enteros sin pelar.

Es importante recordar a las familias que la aplicación de este método de alimentación complementaria requiere más tiempo, pero les aporta grandes beneficios. Por ello, los padres deben tener paciencia y permitir que se familiarice con los alimentos a su propio ritmo. Esto implica ofrecer una variedad de texturas y permitir que el lactante experimente la comida por sí mismo sin introducirle los alimentos directamente en la boca, sino que lo haga él solo, siempre bajo una vigilancia estricta. El niño debe estar sentado en una postura firme y estable mientras se alimenta, evitando inclinarse hacia atrás o hacia los lados (2).

Un estudio reciente destaca que, cuando las madres tienen conocimiento sobre los episodios de atragantamiento y son capaces de reconocerlos como parte normal del proceso de aprendizaje alimentario, esto puede mejorar significativamente la experiencia de la alimentación

complementaria. Este entendimiento no solo hace que el proceso sea más agradable y saludable para el niño, sino que también lo vuelve más seguro para ambos, padres e hijos (4).

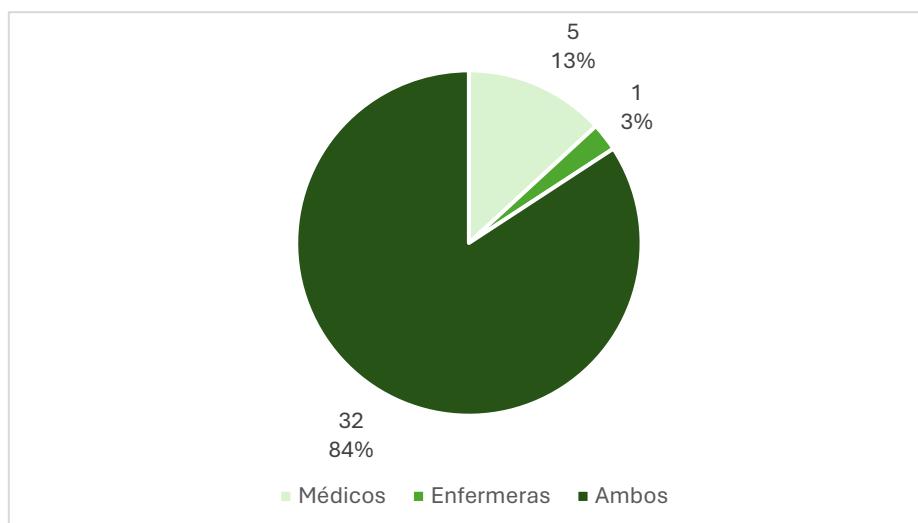
Un aspecto fundamental para garantizar la seguridad del lactante durante las comidas es que los padres y cuidadores estén preparados para actuar en caso de un atragantamiento. Esto incluye tener conocimientos básicos de primeros auxilios, específicamente sobre cómo realizar la maniobra de Heimlich o cómo proceder en caso de atragantamiento (23).

4.3. Papel de la enfermería

El papel de la enfermera en la alimentación complementaria es crucial para garantizar el bienestar y el desarrollo adecuado de los niños, especialmente en la transición de la lactancia exclusiva a la introducción de alimentos sólidos. Durante este proceso, los padres o cuidadores requieren apoyo y orientación para tomar decisiones informadas sobre las mejores prácticas alimentarias. La enfermera juega un rol clave en la educación de los padres, proporcionando información basada en evidencia sobre la variedad de métodos disponibles para la introducción de alimentos, como el método tradicional con purés y el método de BLW. Además, las enfermeras también deben estar capacitadas para identificar y gestionar los riesgos asociados, como el atragantamiento, que puede ocurrir durante este período (1).

La enfermera debe brindar orientación sobre las señales de preparación de los lactantes para introducir los alimentos sólidos, como el control de la cabeza y el cuello, la capacidad de sentarse con apoyo y el interés por los alimentos. El papel de la enfermera es fundamental para informar a los padres sobre las ventajas y los riesgos de este enfoque (9).

Gráfico 4. Profesional que informa sobre los distintos tipos de alimentación complementaria



Fuente: Elaboración propia. Arias-Ramos N, Andina-Díaz E, Granado-Soto M, Álvarez Rodríguez R, Liébana-Presa C. Baby-led weaning: Health professionals 'knowledge and attitudes and parents' experiences from Spain. A mixed methods approach. *Health Soc Care Community* [Internet]. 2021 Sep 17 [cited 2024 Dec 26];30(4):e1352–63. Available from: <https://doi.org/10.1111/hsc.13543> (23)

En cuanto a los riesgos del BLW, la profesional debe enseñar a los padres a ofrecer alimentos de forma segura, asegurándose de que los trozos sean adecuados para la edad del niño y evitando alimentos peligrosos que puedan obstruir las vías respiratorias. Además, debe explicar las medidas de seguridad necesarias, como la supervisión constante durante las comidas, las texturas correctas de los alimentos o la posición del lactante (9,14).

Otro aspecto clave es la formación en maniobras de primeros auxilios para casos de atragantamiento. Las enfermeras deben ser expertas en el manejo de emergencias, incluido el uso de técnicas como la maniobra de Heimlich y la reanimación cardiopulmonar (RCP). Enseñar a los padres cómo reconocer los signos de atragantamiento y cómo actuar adecuadamente en caso de emergencia puede salvar vidas. Las enfermeras pueden organizar talleres prácticos en los que los padres aprendan estas técnicas, asegurándose de que se sientan preparados y tranquilos en caso de que ocurra un accidente (4,23).

La información fundamental que debe proporcionarse a los familiares de los lactantes incluye orientaciones claras sobre la textura adecuada de los alimentos que deben ofrecerse, los requisitos que deben cumplirse para iniciar la alimentación complementaria y las principales medidas de seguridad a tener en cuenta, como la supervisión constante durante las comidas. Además, es esencial que las familias comprendan la diferencia entre las arcadas y una obstrucción parcial o total de la vía aérea, así como la correcta ejecución de la maniobra de Heimlich, de modo que puedan actuar adecuadamente en caso de un episodio de atragantamiento. Durante el estudio desarrollado por Pravia et al. (4), se brindó esta información a los familiares participantes mediante una hoja informativa (Anexo 1), la cual sirvió como una herramienta visual y práctica para facilitar la comprensión y aplicación de estos contenidos en el entorno doméstico (4).

Es importante señalar que, aunque el BLW puede ser beneficioso en términos de desarrollo y autonomía, no es adecuado para todos los lactantes. Las enfermeras deben estar atentas a las señales de que el niño podría no estar preparado para este método, como la falta de habilidades motoras o la incapacidad de controlar el movimiento de los alimentos. En estos casos, el método tradicional de purés o una combinación de ambos enfoques podría ser más adecuado (24).

5. CONCLUSION

El objetivo principal del trabajo ha sido analizar distintos artículos que estudian la incidencia de atragantamientos en lactantes que han llevado a cabo el BLW como método de alimentación complementaria, en comparación con los que han seguido otro método como el PLW. A través de una revisión bibliográfica estructurada, he buscado aportar una visión crítica y actualizada de los beneficios, riesgos y aplicaciones de este tipo de alimentación cada vez más popular entre la población.

Teniendo en cuenta las características del BLW, cabe destacar que es un método en el cual el lactante es el que se encarga de coger los alimentos del plato por lo que participa activamente, promoviendo a su vez su autonomía y autorregulación y el desarrollo de habilidades motoras tanto orales como de los miembros superiores. En comparación con el método de AC tradicional o el PLW, el BLW ofrece los alimentos sólidos con una textura y una forma adecuada para cada etapa del desarrollo, facilitando que los lactantes puedan cogerlo y comerlo de forma independiente. Algunos de los beneficios son que pueden probar distintos sabores y texturas, regularse ellos de forma independiente el apetito y favorecer el desarrollo de una relación positiva con la comida previniendo los trastornos de la conducta alimentaria en etapas más adultas (17,21).

La incidencia de los episodios de atragantamientos, teniendo en cuenta los estudios analizados, no es mayor en los lactantes que llevan a cabo el BLW con respecto a los que usan el método tradicional con purés. Algunos de los estudios resaltan la importancia de seguir todas las recomendaciones dadas de forma correcta para reducir el riesgo de atragantamiento, sumando así mayor importancia a la educación previa a los padres y cuidadores de los lactantes por parte del personal sanitario (4).

El papel de la enfermera es clave en la promoción de prácticas alimentarias seguras, en la educación de los padres y en la prevención de riesgos a la hora de introducir los alimentos sólidos en la dieta de los lactantes. Un acompañamiento cercano a las familias, aportando la información necesaria adaptada a cada situación, es esencial para reducir la sensación de inseguridad o temor, aclarar los conceptos necesarios y acompañar en todo el proceso cuando sea necesario para garantizar una experiencia positiva tanto para el lactante como para su entorno. Para poder llevar a cabo este acompañamiento y apoyo es esencial la formación continua del profesional con las novedades existentes (9,14).

Por último, en determinados estudios que se analiza la situación del BLW en España se ha destacado el creciente interés entre las familias para usar este método (4,24). A pesar de ello, todavía no existe un acuerdo entre los profesionales a la hora de recomendarlo a las familias. Algunos se muestran reacios a ello, teniendo una postura más cautelosa o incluso reticente y otros, generalmente los más jóvenes, siguen una tendencia positiva en cuanto a su recomendación (10,15,18).

Sin embargo, en muchos de los estudios analizados resaltan las limitaciones presentes, como puede ser el reducido tamaño muestral, la falta de ensayos clínicos aleatorizados y la diversidad de definiciones que utilizan para describir el BLW o los episodios de atragantamiento (4,16,17).

Además, se propone una adecuada formación a los profesionales sanitarios, en concreto a aquellos que trabajan en la atención primaria, promoviendo actividades formativas para los padres, aportando la información necesaria para llevar a cabo la alimentación complementaria mediante el BLW, como se puede ver en el (Anexo 1) (4,24).

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Capra ME, Decarolis NM, Monopoli D, Laudisio SR, Giudice A, Stanyevic B, et al. Complementary Feeding: Tradition, Innovation and Pitfalls. *Nutrients* [Internet]. 2024 Mar 1 [cited 2024 Dec 26];16(5). Available from: <https://doi.org/10.3390/nu16050737>
2. Białek-Dratwa A, Szczepańska E, Trzop P, Grot M, Grajek M, Kowalski O. Practical Implementation of the BLW Method During the Expansion of the Infant Diet-A Study Among Polish Children. *Front Nutr* [Internet]. 2022 May 24 [cited 2024 Dec 26];9:890843. Available from: <http://doi.org/10.3389/fnut.2022.890843>
3. Gomez MS, Novaes APT, da Silva JP, Guerra LM, de Fátima Possobon R. Baby-led weaning, an overview of the new approach to food introduction: Integrative literature review. *Revista Paulista de Pediatria* [Internet]. 2020 Jan 13 [cited 2024 Dec 26];38. Available from: <http://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018084>
4. Silveira de Paiva CS, Nunes LM, Bernardi JR, Moreira PR, Mariath AAS, Gomes E. Choking, gagging and complementary feeding methods in the first year of life: a randomized clinical trial. *J Pediatr (Rio J)* [Internet]. 2023 Jul 1 [cited 2024 Dec 26];99(6):574–81. Available from: <http://doi.org/10.1016/j.jped.2023.05.011>
5. Fernandes C, Martins F, Santos AF, Fernandes M, Veríssimo M. Complementary Feeding Methods: Associations with Feeding and Emotional Responsiveness. *Children (Basel)* [Internet]. 2023 Feb 26 [cited 2024 Dec 26];10(3). Available from: <http://doi.org/10.3390/children10030464>
6. Benito Ormeño AM, Marzal Latorre L, Lopez de la Manzanara Calvo M, Yaguarshungo Simbaña AS, Chueca Rodilla N. Baby Led Weaning: artículo monográfico. *Revista Sanitaria de Investigación*, ISSN-e 2660-7085, Vol 5, N° 8, 2024 [Internet]. 2024 Aug 25 [cited 2024 Dec 26]; Available from: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/baby-led-weaning-articulo-monografico/>
7. Sarreira-de-Oliveira P, Fernandes S, Ramalho R, Loureiro F. Health Professionals' Knowledge, Perceptions, and Attitudes Toward Baby-Led Weaning: Scoping Review. *SAGE Open Nurs* [Internet]. 2024 Sep 27 [cited 2024 Dec 26];10. Available from: <http://doi.org/10.1177/23779608241285417>
8. Correia L, Sousa AR, Capitão C, Pedro AR. Complementary feeding approaches and risk of choking: A systematic review. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* [Internet]. 2024 Mar 12 [cited 2024 Dec 26];79(5):934–42. Available from: <http://doi.org/10.1002/jpn3.12298>
9. Gómez Fernández-Vegue M. Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre la Alimentación Complementaria. 2018 Nov 9 [cited 2025 Jan 20]; Available from: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacion_complementaria_nov2018_v3_final.pdf

10. Martín-Adrados A, Fernández-Leal A, Martínez-Pérez J, Delgado-Ojeda J, Santamaría-Orleans A. Clinically Relevant Topics and New Tendencies in Childhood Nutrition during the First 2 Years of Life: A Survey among Primary Care Spanish Paediatricians. *Nutrients* [Internet]. 2024 Jul 5 [cited 2024 Dec 26];16(13). Available from: <http://doi.org/10.3390/nu16132146>
11. Katiforis J, Smith C, Haszard J, Styles S, Leong C, Taylor R, et al. Household food insecurity and novel complementary feeding methods in New Zealand families. *Matern Child Nutr* [Internet]. 2025 Aug 12 [cited 2025 May 2];21(1). Available from: <http://doi.org/10.1111/mcn.13715>
12. Ruiz Salvador I. Alimentación durante los primeros años de vida. NPunto [Internet]. 2023 Feb [cited 2025 Feb 17];VI:45–67. Available from: <http://www.analesdepediatria.org/>
13. Guideline for complementary feeding of infants and young children 6-23 months of age. OMS. 2023;76.
14. Hernández Aguilar MT. Control del Lactante Amamantado en Atención Primaria Alimentación complementaria. 2006 [cited 2025 Feb 17]; Available from: www.aepap.org
15. Bocquet A, Brancato S, Turck D, Chalumeau M, Darmaun D, De Luca A, et al. “Baby-led weaning” – Progress in infant feeding or risky trend? *Archives de Pediatrie* [Internet]. 2022 Oct 1 [cited 2024 Dec 26];29(7):516–25. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2022.08.012>.
16. Arslan N, Kurtuncu M, Turhan PM. The effect of baby-led weaning and traditional complementary feeding trainings on baby development. *J Pediatr Nurs* [Internet]. 2023 Nov [cited 2025 Feb 12];73:196–203. Available from: <http://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.09.006>
17. Boswell N. Complementary feeding methods—a review of the benefits and risks. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 Jul 4 [cited 2024 Dec 26];18(13). Available from: <http://doi.org/10.3390/ijerph18137165>
18. Jiménez Ramos I, Caballero Casanova Y, Ballarín Ferrer A, Navarro Calvo R, Navarro Torres M, Lorenzo Ramírez MD. Revisión sistemática: Baby-led weaning. *Revista Sanitaria de Investigación*, ISSN-e 2660-7085, Vol 2, Nº 5 (Mayo 2021), 2021 [Internet]. 2021 May 7 [cited 2024 Dec 26]; Available from: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/revision-sistematica-baby-led-weaning/>
19. Urkia-Susin I, Rada-Fernandez de Jauregui D, Orruño E, Maiz E, Martinez O. A quasi-experimental intervention protocol to characterize the factors that influence the acceptance of new foods by infants: mothers’ diet and weaning method. Dastatuz project. *BMC Public Health* [Internet]. 2021 May 13 [cited 2024 Dec 26];21(1). Available from: <http://doi.org/10.1186/S12889-021-10967-7>
20. Utami AF, Wanda D, Hayati H, Fowler C. “Becoming an independent feeder”: infant’s transition in solid food introduction through baby-led weaning. *BMC Proc*

- [Internet]. 2020 Dec 8 [cited 2024 Dec 26];14(Suppl 13):18. Available from: <http://doi.org/10.1186/s12919-020-00198-w>
21. Matzeller KL, Krebs NF, Tang M. Current Evidence on Nutrient Intakes and Infant Growth: A Narrative Review of Baby-Led Weaning vs. Conventional Weaning. *Nutrients* [Internet]. 2024 Aug 23 [cited 2024 Dec 26];16(17). Available from: <https://doi.org/10.3390/nu16172828>
 22. Pérez-Ríos M, Santiago-Pérez MI, Butler H, Mourino N, Malvar A, Hervada X. Baby-led weaning: prevalence and associated factors in Spain. *Eur J Pediatr* [Internet]. 2020 Jan 20 [cited 2024 Dec 26];179(6):849–53. Available from: <http://doi.org/10.1007/s00431-020-03579-7>
 23. Arias-Ramos N, Andina-Díaz E, Granado-Soto M, Álvarez Rodríguez R, Liébana-Presa C. Baby-led weaning: Health professionals ‘knowledge and attitudes and parents’ experiences from Spain. A mixed methods approach. *Health Soc Care Community* [Internet]. 2021 Sep 17 [cited 2024 Dec 26];30(4):e1352–63. Available from: <https://doi.org/10.1111/hsc.13543>
 24. San Mauro Martín I, Garicano Vilar E, Porro Guerra G, Camina Martín MA. Knowledge and attitudes towards baby-led-weaning by health professionals and parents: A cross-sectional study. *Enfermeria clinica (English Edition)* [Internet]. 2022 May [cited 2024 Dec 26];32:S64–72. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.04.005>

7. ANEXOS

Anexo 1. Información clave para la iniciar la alimentación complementaria

PREVENTING CHOKING IN FOOD INTRODUCTION

Guidelines for the identification and management of choking during the Complementary Food Introduction

CONSISTENCIES

They can occur with:

Liquid

Puree

Solid



SIGNS OF READINESS FOR FEEDING



6 months to live

Ability to sit without support

Cervical control

Holding objects with the hands

Interest in food

TAKING CARE



- Child well positioned and at the table
- No distractions
- Do not offer while the child is sleepy
- Offer food safely
- Supervise the child throughout the feeding

GAGGING



Protective reflex that returns a "poorly swallowed" food to the front of the mouth



It occurs in children and adults, but in children this reflex is triggered in a more anterior region, in the middle third of the tongue, unlike adults.



CHOKING



Partial or total obstruction of airflow, caused by the entry of a foreign body that can cause cyanosis or asphyxia

PARTIAL

There are reflex responses, the child coughs, makes some sounds and can still breathe, but with difficulty

TOTAL

There is no emission of sounds, coughing or crying. It can cause asphyxia, cardio-respiratory arrest and even death.

WHAT TO DO?

If you can see the food, remove from the child's mouth:

Place the index finger between the gum and the cheek, sliding to the bottom of the mouth; Bring the piece to the front by sweeping the roof of the mouth from back to front

Only perform the maneuver if you can see the food

HEIMLICH MANEUVER

1. Sit down and place the child on your leg, belly down and head towards your knee
2. Hold it from below, supporting the head with your hand
3. With the other hand, tap the child's back 5 times firmly, but not too hard

Repeat the process if necessary



Fuente: Silveira de Paiva CS, Nunes LM, Bernardi JR, Moreira PR, Mariath AAS, Gomes E. Choking, gagging and complementary feeding methods in the first year of life: a randomized clinical trial. J Pediatr (Rio J) [Internet]. 2023 Jul 1 [cited 2024 Dec 26];99(6):574–81. Available from: <http://doi.org/10.1016/j.jped.2023.05.011> (4)