



AEP

Asociación Española de Pediatría

CLM

Comité de Lactancia Materna



2018

RECOMENDACIONES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN EL LACTANTE AMAMANTADO

■ Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría



La alimentación complementaria (AC) se considera un proceso por el cual se ofrecen alimentos sólidos o líquidos distintos de la leche materna o fórmula adaptada, como complemento y no como sustitución de ésta. En los últimos años ha habido muchos cambios de recomendaciones, y especialmente en cuanto a los consejos que se dieron a la generación anterior. En este documento queremos resumir de forma general qué evidencia científica hay en el momento actual sobre AC, especialmente enfocada a bebés amamantados.

¿Cuándo comenzar?

¿Cuánto tiempo se recomienda mantener la lactancia materna de forma exclusiva?

Se recomienda mantener la lactancia materna (LM) de forma exclusiva durante los 6 primeros meses de edad y partir de ese momento, añadir de forma paulatina el resto de alimentos, manteniendo la LM a demanda todo el tiempo que madre e hijo deseen (*Fewtrell 2017, Smith 2016*).

¿Y si el bebé es prematuro?

En el caso de un bebé nacido prematuro, como norma general se utiliza la edad corregida para introducir otros alimentos distintos de la leche, individualizando según las necesidades y el desarrollo psicomotor. El objetivo general es esperar a los 6 meses de edad corregida (*Gupta 2017*), y se desaconseja introducir AC antes de los 4 meses de edad corregida.

¿Y si la madre se incorpora a trabajar y el bebé aún no tiene los 6 meses?

Hay mujeres que comienzan a trabajar antes de que el bebé cumpla 6 meses, y en ese caso es importante individualizar el consejo. No se deben introducir alimentos distintos de la leche materna o la fórmula antes del 4º mes (*Fewtrell 2017*). Cuando el bebé cumpla esa edad conviene preguntar si la madre tendrá que ausentarse y si han pensado qué van a hacer con la alimentación del bebé, explorando los deseos, miedos y dudas. Se pueden sugerir diversas opciones para que cada familia decida:

- Valorar acumular permisos remunerados y no remunerados para alargar el período de LM exclusiva.
- Valorar disponibilidad y aceptación del sacaleches.
- ¿Hay posibilidad de que se realicen tomas durante el horario de trabajo?
- Si el bebé tiene más de 17 semanas, valorar la introducción de AC no láctea en las tomas que no esté con su madre, manteniendo la LM frecuente y sin restricciones el resto del día y noche.

¿Por qué?

¿Por qué es importante esperar hasta alrededor de los 6 meses?

Para poder comer alimentos diferentes a la leche es conveniente que el organismo tenga la maduración necesaria, tanto a nivel neurológico como renal, gastrointestinal e inmune (*Naylor and Morrow 2011*).

Se considera que un bebé está preparado cuando adquiere las destrezas psicomotoras que permiten manejar y tragar de forma segura los alimentos. Como cualquier otro hito del desarrollo, no todos los niños lo van a adquirir al mismo tiempo, aunque en general estos cambios suelen ocurrir en torno al 6º mes. Se requiere:



¿Y si se comienza antes del 4º-5º mes?

Una introducción muy precoz de la AC puede conllevar riesgos a corto y largo plazo y no se recomienda (*Przyrembel 2012*). **Si antes de los 4-5 meses no hay disponible leche materna, se deberá utilizar únicamente fórmula de inicio (tipo 1), como sustituto.**

Riesgos de la introducción precoz (antes del 4º-5º mes) de la alimentación complementaria

A corto plazo	<ul style="list-style-type: none">• Posibilidad de atragantamiento• Aumento gastroenteritis agudas e infecciones del tracto respiratorio superior• Interferencia con la biodisponibilidad de hierro y zinc de la leche materna• Sustitución de tomas de leche por otros alimentos menos nutritivos
A largo plazo	<ul style="list-style-type: none">• Aumento de alergias alimentarias y de intolerancia al gluten• Aumento de obesidad, también en etapas posteriores de la infancia, especialmente en aquellos que dejan de tomar LM• Aumento de eccema atópico• Aumento de diabetes mellitus tipo 1• Mayor tasa de destete precoz, con los riesgos añadidos que esto conlleva

¿Por qué es importante la alimentación complementaria y no se debe retrasar?

Es excepcional que el inicio de la AC se retrase más allá del 7º mes. Sin embargo, puede suceder en niños que toman LM, que no han mostrado aún un interés activo por la comida y cuyas madres no trabajen fuera de casa y disponen de todo el tiempo para estar con el bebé.

No se recomienda esperar más allá del inicio del 7º mes, ya que esto también puede aumentar el riesgo de complicaciones.

Riesgos de la introducción tardía (más tarde del 7º mes) de la alimentación complementaria

- Carencias nutricionales, sobre todo de hierro y zinc
- Aumento del riesgo de alergias e intolerancias alimentarias
- Peor aceptación de nuevas texturas y sabores
- Mayor posibilidad de alteración de habilidades motoras orales

¿Qué alimentos utilizar y con qué secuencia?

Las pautas varían mucho entre regiones y culturas. No se deben dar "instrucciones" rígidas (*Dewey 2003*). No hay alimentos mejores que otros para empezar, aunque se recomienda ofrecer de manera prioritaria alimentos ricos en hierro y zinc. Asimismo, se recomienda introducir los alimentos de uno en uno, con intervalos de dos a tres días, para observar la tolerancia y aceptación y no añadirles sal, azúcar ni edulcorantes, para que el bebé se acostumbre a los sabores naturales de los alimentos (*Fewtrell 2017*).

Ofrecemos unas pautas generales, que cada familia deberá individualizar según sus gustos y necesidades:

Calendario orientativo de incorporación de alimentos

Alimentos	Edad de incorporación y duración aproximada			
	0 - 6 meses	6 - 12 meses	12 - 24 meses	≥ 3 años
Leche materna				
Leche adaptada (en niños que no toman leche materna)				
Cereales –pan, arroz, pasta, etc.– (con o sin gluten), frutas, hortalizas¹, legumbres, huevos, carne² y pescado³, aceite de oliva, frutos secos chafados o molidos. Se pueden ofrecer pequeñas cantidades de yogur y queso tierno a partir de los 9-10 meses.				
Leche entera*, yogur y queso tierno (en más cantidad) *En caso de que el niño no tome leche materna				
Sólidos con riesgo de atragantamiento (frutos secos enteros, palomitas, granos de uva enteros, manzana o zanahoria cruda)				

Adaptado de:
Manera, M; Salvador G. Recomendaciones para la alimentación en la primera infancia (de 0 a 3 años).
Barcelona 2016. Agencia de Salud Pública de Cataluña.

- Hortalizas:** hay que evitar las espinacas y las acelgas antes de los 12 meses (y si se utilizan, que no supongan más del 20% del contenido total del plato) por su contenido en nitratos. A partir del año y hasta los 3 años, es necesario que estas hortalizas no supongan más de una ración al día. Si el niño sufre una infección bacteriana gastrointestinal, se deben evitar estas dos hortalizas. Las espinacas y las acelgas cocinadas (enteras o en puré), como el resto de alimentos, se tienen que conservar en la nevera, o en el congelador si no se consumen el mismo día
- Carne:** los niños menores de 6 años no deberían consumir carne procedente de animales cazados con munición de plomo porque causa daños neuronales
- Pescado:** por su contenido en mercurio, en niños menores de 3 años, hay que evitar el consumo de pez espada o emperador, cazón, tintorera y atún (en niños de 3 a 12 años, limitarlo a 50 g/ semana o 100 g/2 semanas y no consumir ninguno más de la misma categoría la misma semana). Además, a causa de la presencia de cadmio, los niños deben evitar el consumo habitual de cabezas de gambas, langostinos y cigalas o el cuerpo de crustáceos parecidos al cangrejo.

¿Cuándo introducir los alimentos potencialmente alergénicos?

En el momento actual, no hay ninguna evidencia de que retrasar la introducción de alimentos potencialmente alergénicos (huevo, pescado, frutos secos, lácteos, legumbres, todo tipo de frutas) más allá de los 6 meses prevenga las manifestaciones alérgicas, tanto en niños de bajo como de alto riesgo. Al contrario de lo que se creía, algunos estudios señalan que retrasar su introducción puede aumentar el riesgo de alergia (*Palmer 2017*).

Por ello, de acuerdo con las recomendaciones actuales, **a partir del 6º mes** estos alimentos se pueden introducir (de uno en uno), lo que ayuda a diversificar la dieta del lactante y mejorar el aporte nutricional, así como disminuir el riesgo de alergias alimentarias.

Tampoco hay evidencias en el momento actual de que la introducción de alérgenos mientras

se mantiene la lactancia materna disminuya el riesgo de alergia (*Venter 2016*), ni de que modificar la dieta de la madre embarazada o lactante de modo preventivo tenga alguna utilidad.

¿Y el gluten? ¿Cuáles son las recomendaciones actuales?

A día de hoy se desconoce cuál es la mejor forma de introducir el gluten con el objetivo de disminuir la incidencia de enfermedad celíaca. Hasta hace unos años se pensaba que la mejor forma de introducir el gluten era junto a la LM, entre los 4 y 6 meses, pero actualmente no hay evidencia de que esto sea así. Están en marcha diversos estudios para poder conocer cuál es la pauta más adecuada.

La recomendación actual es no adelantar ni retrasar su introducción; pudiendo ser introducido entre los 4 y los 11 meses de edad (idealmente esperando a los 6 meses), y procurando no dar cantidades muy grandes de gluten al inicio (*Chmielewska 2017*).

Fruta y verdura

Se aconseja introducir progresivamente toda la variedad de frutas y verduras disponible, **en cualquiera de las comidas diarias**; e ir variando también la forma de presentación (con cuchara, chafada, en pequeños trozos,...). No hay unas frutas mejores que otras para comenzar, la decisión dependerá de los gustos de la familia. Únicamente tener en cuenta que las verduras de hoja verde con alto contenido en nitratos -acelga, espinaca- se deben evitar durante el primer año como plato principal (*Manera y Salvador 2016*).

El gusto por los diferentes sabores: dulce-salado-ácido-amargo, se forja desde temprana edad (*Forestell 2017*). Si acostumbramos al paladar a sabores ácidos como algunas frutas o amargos como algunas verduras, el consumo de éstas será mayor a lo largo de la vida.

Se desaconsejan activamente los zumos en menores de 1 año (*Heyman 2017*), ya que aumentan el riesgo de caries. Aunque sean caseros, aportan calorías "no nutritivas", contribuyendo a una ganancia inadecuada de peso (en algunos casos sobrepeso y en otros escasa ganancia ponderal).

Cereales

A partir de los 6 meses, se pueden ofrecer cereales en diversos formatos, siendo conveniente explorar los gustos y necesidades de cada familia y plantear alternativas, dando preferencia a las harinas integrales (*Manera y Salvador 2016*):

- Si la madre se extrae leche por otros motivos, se podrían añadir los cereales en polvo a la leche extraída para dar al niño en alguna de las tomas.
- También se pueden mezclar las harinas con frutas, verduras o agua. Es un error sustituir

una toma de pecho por fórmula con el único objetivo de “dar los cereales”, ya que puede condicionar un destete precoz innecesario.

- Se pueden dar cereales en forma de: arroz hervido y chafado, pan, pasta, arepas o tortas de maíz, quinoa, avena,... no siendo obligatorio el uso de cereales en polvo.

Existen además otras fuentes de hidratos de carbono complejos, como las patatas o el boniato.

Las papillas de cereales infantiles en polvo no son necesarias si se sigue una dieta rica en hierro. Si bien estos preparados están fortificados con hierro, su biodisponibilidad es mucho menor que el hierro hem de las carnes. Por otro lado, contienen una gran cantidad de azúcares libres (*Foterek 2016*) y tampoco está demostrado que disminuyan los despertares nocturnos (*Brown 2015*).

Alimentos ricos en proteínas

Carne, pollo, pescado, huevo, legumbres, gambas. Se pueden ofrecer en forma de puré, cocinados y desmigados o en pequeños trozos en lactantes más mayores. Ofrecer diariamente alimentos de este grupo, de forma variada, especialmente aquellos ricos en hierro.

Hierro

El hierro es un micronutriente cuyos depósitos se ven influenciados por el pinzamiento tardío del cordón, entre otros factores. A partir del 6º mes, los depósitos disminuyen y aumenta el riesgo de anemia ferropénica. La carne roja aporta hierro con muy buena biodisponibilidad. También son una buena opción la yema de huevo, los cereales enriquecidos con hierro, así como alimentos con hierro no-hem (guisantes, lentejas, alubias, frutos secos, brócoli, algunos tipos de pan) y deberían alternarse de modo que diariamente se ofrezcan alimentos ricos en este mineral.

Lácteos

Entre los 6 y 12 meses, la leche materna sigue siendo el alimento principal, por lo que se recomienda mantenerla a demanda, sin disminuir el número de tomas (*Dewey 2003*). La AC no es “sustitutiva”, sino “complementaria”. Si el lactante mayor de 6 meses realiza al menos 4-5 tomas de pecho al día no se precisan otras fuentes de lácteos. Si la madre trabaja fuera de casa, se puede ofrecer la AC las horas que esté fuera, y cuando regrese del trabajo continuar con el pecho frecuente y a demanda. Se puede ofrecer yogur natural o queso desde los 9 meses, aunque no es imprescindible; y leche de vaca entera a partir de los 12 meses de edad, pero hay que tener en cuenta que la leche materna sigue siendo el lácteo de primera elección y se recomienda por encima de cualquier otra leche, siempre que madre e hijo deseen, hasta los 2 años o más (*Manera y Salvador 2016*).

¿Cuánta cantidad hay que dar?

El alimento principal sigue siendo la leche materna, por lo que se deberá **ofrecer el pecho a demanda y con frecuencia, siempre que la madre esté con el bebé**. No se deben “sustituir” tomas de pecho por comida, sino añadir a la toma los otros alimentos como un extra o “complemento”.

Alimentación perceptiva

- Dar de comer u ofrecer comida según las capacidades motoras del lactante, respondiendo a sus signos de hambre y saciedad
- Alimentar despacio y con paciencia, sin forzar nunca
- Experimentar con diversas combinaciones, texturas y sabores
- Minimizar las distracciones (TV, pantallas). No “engañarle” para que coma.

La introducción a la alimentación complementaria es un proceso gradual. Inicialmente las porciones han de ser muy pequeñas y se aumentan progresivamente. **Los cuidadores deben ofrecer comida sana, nutritiva y segura y el lactante es el que decide cuánta cantidad come.** Al igual que ocurre durante el período de LM exclusiva, durante el período de AC es igualmente importante respetar las señales de hambre y saciedad del lactante. La OMS recomienda seguir los principios de la **alimentación perceptiva**, sin forzar a comer o distraer (*Dewey 2003*).

El apetito de los lactantes es diferente en cada niño y circunstancia. La expectativa de una cantidad concreta de ingesta puede frustrar a los padres y hacer que el momento de la comida se convierta en una lucha en vez de en un disfrute.

La mayoría de las calorías durante el primer año de vida provienen de la leche materna, por lo que no es tan importante la cantidad total de AC que ingieran, como su variedad, su disponibilidad y el establecimiento de los hábitos futuros.

¿Cómo ofrecer los alimentos?

Se recomienda aumentar progresivamente la consistencia de los alimentos; y **comenzar con grumos, texturas gruesas y sólidos lo antes posible, nunca más tarde de los 8-9 meses**. A los 12 meses el lactante ya puede consumir el mismo tipo de alimentos que el resto de la familia (*Dewey 2003*), aunque teniendo especial cuidado con los sólidos con riesgo de atragantamiento, como los frutos secos enteros, que deberán evitarse.

Se han descrito problemas de alimentación a largo plazo y un consumo escaso de frutas y verduras en niños en los que se introdujeron tardíamente las texturas gruesas (más tarde de los 9 meses), por ello, se recomienda comenzar con texturas gruesas y semisólidos lo antes posible, preferentemente a partir del 7º-8º mes (*Coulthard 2009*).

Baby-led weaning

¿Qué es?

El baby-led weaning (BLW) es una forma de ofrecer la AC en la que al bebé se le permite “dirigir” el proceso desde el principio (*Rapley 2011*). Los padres deciden qué ofrecen (y es su responsabilidad ofrecer comida sana, segura y variada), pero el bebé coge por sí mismo la comida que se pone a su alcance; decidiendo qué elige comer y cuánta cantidad.

¿Cuál es su origen?

Antes de la aparición de las batidoras eléctricas, los purés comerciales y los cereales en polvo se utilizaba un sistema similar al BLW. En la época que se recomendaba comenzar la AC precozmente, a los 3-4 meses, los triturados se hacían necesarios, ya que los bebés no adquieren la capacidad de comer por ellos mismos hasta aproximadamente los 6 meses de edad. Sin embargo, a raíz de las recomendaciones de la OMS en el año 2002 de iniciar la AC a los 6º meses, padres y profesionales comienzan a cuestionar la necesidad de los triturados (*Rapley 2016*). A pesar de tener un origen empírico hay cada vez más trabajos metodológicamente serios que han estudiado su aplicabilidad, riesgos y resultados a medio y largo plazo (*Brown 2017*).

¿Qué requisitos se necesitan?

- El bebé se sienta a la mesa con la familia en las comidas
- Se le ofrece la misma comida (sana) que al resto, en trozos de alimentos de consistencia blanda y apropiados a su desarrollo psicomotor (grandes al principio, posteriormente pequeños)
- El bebé se alimenta por sí solo desde el principio; al comienzo con las manos y posteriormente con cubiertos.
- A partir del momento en que se inicia el BLW el aporte de leche continúa siendo a demanda, sin relación con los momentos familiares de la comida.

¿Es válido para todos los bebés?

El BLW se ha estudiado en niños nacidos a término, sanos y con un desarrollo psicomotor normal. En niños prematuros se podría valorar individualmente pero siempre atendiendo a la edad corregida de 6 meses. No se recomienda en niños con fallo de medro, dificultades neurológicas o motoras.

¿Se pueden dar triturados si se aplica el baby-led weaning?

A pesar de que no hay consenso claro sobre la definición de BLW, la definición más clásica asume que es el bebé el único que coge los alimentos, sin que el adulto “le dé de comer”. Sin embargo, muchos padres optan por un BLW mixto, en el que combinan dejar que el bebé experimente por sí mismo con la comida a la vez que le ofrecen algún puré o papilla en alguna de las comidas.

¿Es razonable plantear este sistema de un modo general a la población?

Con la información y precaución adecuadas, la mayoría de familias pueden practicar BLW de forma segura y eficaz (*Cameron 2012*). Por ejemplo, en Reino Unido estos principios se han adoptado como recomendaciones oficiales.

¿Y si comparamos el baby-led weaning con el abordaje tradicional con purés?

La introducción de sólidos siguiendo los principios del BLW presenta ventajas relevantes:

- Generalmente el inicio de la AC ocurre en torno a los 5-6 meses; en comparación con el abordaje tradicional, en el que se tiende a comenzar antes.
- Favorece el mantenimiento de la LM. Independientemente de que las madres que dan pecho son más propensas a practicar el BLW; en un estudio aleatorizado se ha observado un incremento de la duración media de la LM en el grupo BLW.
- Favorece la alimentación perceptiva y basada en las señales de hambre y saciedad del niño, como recomienda la OMS. Esto potencia una relación sana con la comida.
- Favorece la preferencia por la comida sana y variada a medio y largo plazo.
- Se ha relacionado con una mejor autonomía y desarrollo psicomotor.
- La mayoría de familias se sienten muy satisfechas, ya que se disfruta de los momentos de comer en familia y disminuye la percepción a corto y medio plazo de que los niños son “malos comedores”.
- No se han encontrado diferencias en las calorías totales ingeridas entre uno y otro método. Sin embargo, existe disparidad en cuanto al efecto del BLW en el aumento de peso. Se ha relacionado con una disminución del riesgo de obesidad a largo plazo, por una autorregulación del apetito, pero estos datos se han obtenido de estudios observacionales y con alto riesgo de sesgos (autoselección de las familias, ya que aquellas con mejores hábitos son las que se decantan por el BLW). En un estudio aleatorizado (*Lakshman 2017*) los niños con BLW tenían un IMC ligeramente superior que el grupo control, que los autores atribuyen a un mayor disfrute de la comida.

- El BLW parece una buena estrategia para fomentar hábitos saludables desde la primera infancia, aunque hacen falta más estudios para determinar su efecto en el aumento de peso.

Principales objeciones

El hierro

Una preocupación es la ingesta de hierro. No existen diferencias cuando se instruye a los padres en su importancia y en ofrecer diariamente comidas ricas en hierro: carne cocida en tiras o picada en forma de hamburguesas, bolas o palitos; yema de huevo, tortas de lentejas o judías blancas cocidas, palitos de tofu, hummus,...

Atragantamientos

Siguiendo unas normas básicas de seguridad no hay diferencias en el riesgo de atragantamiento (Fangupo 2016). **A todas las familias, independientemente del método utilizado, se les debe educar en la prevención de atragantamientos.**

¿Cómo se debe ofrecer la comida si se realiza BLW?

Al principio se debe ofrecer la comida tipo "finger food" o en "palitos". Así el bebé puede agarrar la comida con su puño y comer lo que sobresale. Cuando la habilidad motora mejora, se pueden ofrecer comidas seguras cortadas en pequeños trozos.

Normas de seguridad

1. Para comer, el bebé debe estar erguido, nunca recostado. Debe estar sentado en una trona o en su defecto en el regazo del cuidador
2. NUNCA se puede dejar a un bebé que está comiendo sin supervisión
3. No se deben ofrecer comidas con alto riesgo de atragantamiento, como frutos secos enteros, palomitas de maíz, uvas enteras, salchichas cortadas transversalmente,.... También hay que evitar algunos vegetales y frutas duros, como la manzana y zanahoria crudas.

Bibliografía

1. Brown Amy, Harries Victoria. Infant Sleep and Night Feeding Patterns During Later Infancy: Association with Breastfeeding Frequency, Daytime Complementary Food Intake, and Infant Weight. Breastfeed Med [Internet]. 2015 Jun 9. Available from: <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/bfm.2014.0153?journalCode=bfm>
2. Brown A, Jones SW, Rowan H. Baby-Led Weaning: The Evidence to Date. Curr Nutr Rep. 2017 Jun 1;6(2):148-56. https://www.researchgate.net/publication/316581710_Baby-Led_Weaning_The_Evidence_to_Date
3. Cameron S, Heath A-L, Taylor R. How Feasible Is Baby-Led Weaning as an Approach to Infant Feeding? A Review of the Evidence. Nutrients. 2012 Nov 2;4(12):1575-609. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3509508/pdf/nutrients-04-01575.pdf>

4. Chmielewska A, Pie cik-Lech M, Shamir R, Szajewska H. Systematic review: Early infant feeding practices and the risk of wheat allergy. *J Paediatr Child Health* [Internet]. 2017 May. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpc.13562/abstract>
5. Coulthard H, Harris G, Emmett P. Delayed introduction of lumpy foods to children during the complementary feeding period affects child's food acceptance and feeding at 7 years of age. *Matern Child Nutr*. 2009 Jan;5(1):75-85. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1740-8709.2008.00153.x>
6. Dewey KG. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Wash DC Organ Panam Salud. 2003. http://www.aeped.es/sites/default/files/1-orientacion_para_la_ac.pdf
7. Fangupo LJ, Heath A-LM, Williams SM, Erickson Williams LW, Morison BJ, Fleming EA, et al. A Baby-Led Approach to Eating Solids and Risk of Choking. *Pediatrics*. 2016 Oct 1;138(4):e20160772-e20160772. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27647715>
8. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler Mis N, et al. Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2017 Jan;64(1):119-32. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28027215>
9. Forestell C, A, Flavor Perception and Preference Development in Human Infants. *Ann Nutr Metab* 2017;70(suppl 3):17-25. <https://www.karger.com/Article/FullText/478759>
10. Foterek, Kristina, et al. Commercial complementary food consumption is prospectively associated with added sugar intake in childhood. *British Journal of Nutrition* 115.11 (2016): 2067-2074. <https://www.cambridge.org/core/journals/british-journal-of-nutrition/article/div-classtitlecommercial-complementary-food-consumption-is-prospectively-associated-with-added-sugar-intake-in-childhooddiv/72BEAF285D3D988B0DCBC-5F5E88483DF>
11. Gupta, Shuchita et al. Complementary feeding at 4 versus 6 months of age for preterm infants born at less than 34 weeks of gestation: a randomised, open-label, multicentre trial. *The Lancet Global Health* 5.5 (2017): e501-e511. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5388893/>
12. Heyman MB, Abrams SA, Sect GHN, Nutr C. Fruit Juice in Infants, Children, and Adolescents: Current Recommendations. *PEDIATRICS* [Internet]. 2017 Jun 1 [cited 2017 Aug 16];139(6). Available from: <http://escholarship.org/uc/item/40q8484s>
13. Lakshman R, Clifton EA, Ong KK. Baby-Led Weaning—Safe and Effective but Not Preventive of Obesity. *JAMA Pediatr* [Internet]. 2017 Jul 10 [cited 2017 Aug 24]; Available

from: <http://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2634358>

14. Naylor, Audrey J., Ed.; Morrow, Ardythe L., Ed Developmental Readiness of Normal Full Term Infants to Progress from Exclusive Breastfeeding to the Introduction of Complementary Foods. Reviews of the Relevant Literature Concerning Infant Immunologic, Gastrointestinal, Oral Motor and Maternal Reproductive and Lactational Development. April 2001. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.562.8068&rep=rep1&type=pdf>

15. Palmer DJ, Prescott SL, Perkin MR. Early introduction of food reduces food allergy - Pro and Con. *Pediatr Allergy Immunol*. 2017 May 1;28(3):214-21. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/pai.12692>

16. Przyrembel H. Timing of Introduction of Complementary Food: Short- and Long-Term Health Consequences. *Ann Nutr Metab*. 2012;60(s2):8-20. <https://www.karger.com/Article/FullText/336287>

17. Rapley G. Baby-led weaning: transitioning to solid foods at the baby's own pace. *Community Pract Lond*. 2011;84(6):20-3. <https://byebyepurees.com/wp-content/uploads/2017/09/15.-Baby-led-weaning-transitioning-to-solid-foods-at-the-baby%E2%80%99s-own-pace.pdf>

18. Rapley G. Are puréed foods justified for infants of 6 months? What does the evidence tell us? *J Health Visit*. 2016 Jun 2;4(6):289-95. https://www.researchgate.net/publication/303976511_Are_pureed_foods_justified_for_infants_of_6_months_What_does_the_evidence_tell_us

19. Smith HA, Becker GE. Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2016 [cited 2017 Aug 10]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006462.pub4/abstract>

20. Venter C, Maslin K, Dean T, Arshad SH. Does concurrent breastfeeding alongside the introduction of solid food prevent the development of food allergy? *J Nutr Sci* [Internet]. 2016 [cited 2017 Aug 15];5. Available from: <http://www.journals.cambridge.org/abstract/S2048679016000318>