

Asociația Medicilor de Familie București



Repere în nutriția sugarului

Stimați colegi,

Ideea acestei broșuri s-a născut într-o noapte, în fața calculatorului.

Asociația Medicilor de Familie a avut ideea de a deschide un grup de discuții pe Yahoo, inițial pentru membrii cotizanți, grup care să permită o comunicare eficientă între colegi. Ulterior grupul s-a extins, mulți colegi din toată țara alăturându-ni-se. Printre sutele de mesaje primite pe grupul de discuții „Medicina Familiei Grup”, pe diverse teme de dezbatere, a apărut într-o seară întrebarea “unde se mai găsește vitamina D injectabilă pentru profilaxia rahitismului?”.

Am realizat că este posibil ca nu toți colegii noștri să fie informați corect și la zi cu privire la îngrijirea corectă a sugarului, și m-am decis să inițiez, împreună cu colegii mei din AMFB un nou proiect pentru colegii din specialitatea de Medicina Familiei din toată țara.

Am beneficiat în realizarea acestui proiect de ajutorul câtorva oameni minunați, cărora doresc să le mulțumesc.

Editurii Media Med Publicis, partenera noastră de cursă lungă în numeroase proiecte pe care deja le știți: Agenda Medicului de Familie (editată anual), Jurnalul Medicului de Familie (revista AMFB cu apariție trimestrială), Conferința de Neuropsihiatrie pentru Medicii de Familie. Vorbesc de un colectiv de tineri minunați care au înțeles că informația este extrem de utilă și că ea trebuie să ajungă rapid, constant și într-o calitate deosebită la toți colegii noștri;

Doamnelor doctor Rodica Nanu și Gina Palicari, bogate în experiență și mereu tinere, care ne-au fost întotdeauna alături, neprețuit, în demersurile noastre de a trata copilul drept O PERSOANĂ, și care au scris o mare parte a materialelor acestei broșuri;

Câtorva sponsori inimoși care au decis să stea lângă noi în demersul nostru de a veghea corect la câpătâiul copiilor pe care îi îngrijim: în primul rând firmei Nestlé, care a avut întotdeauna o grijă deosebită pentru calitatea îngrijirilor acordate copiilor, și care a ales să fie principalul sprijin în realizarea acestei broșuri. Firmei Vifor Internațional căreia îi mulțumim pentru că a înțeles importanța acestui proiect;

Și nu în ultimul rând, colegelor mele, Dr. Daniela Ștefănescu, “mamă” a 70 de sugari și a câtorva sute de copii de toate vârstele, alături de care am scris o bună parte din capitolele acestei broșuri, și Dr. Rodica Tănăsescu, Președinte al AMFB, care ne-a susținut enorm în derularea acestui proiect.

Dr. Sandra Adalgiza Alexiu
Medic primar MF
Coordonator



Repere în nutriția sugarului

Autori:

Sandra Adalgiza Alexiu - medic primar MF - coordonator

Gina Palicari - medic primar pediatru

Rodica Nanu - medic primar pediatru

Daniela Ștefănescu - medic primar MF

Florian Dogioiu - medic primar stomatologie generală

2008

Argument

Sandra Adalgiza Alexiu
Medic primar MF

Medicii de familie sunt medicii de primă linie, care îngrijesc – deopotrivă – pacienți cu diverse patologii și pacienți sănătoși cărora li se adresează diversele forme de profilaxie.

O specialitate grea și minunată – în același timp – prin care venim direct în contact cu marea majoritate a cetățenilor acestei țări.

Un segment esențial al activității noastre este Medicina Omului Sănătos, în care noi avem cumulat rolul de paznic, călăuză, sfetnic, prieten. Lângă noi se nasc pacienții noștri, lângă noi rămân pas cu pas de-a lungul vieții și tot de lângă noi pleacă în cele din urmă, ca dintr-o mare familie. Ne confruntăm cu caractere diferite, cu familii diverse, cu religii distincte, cu vieți liniștite sau tumultuoase, iar noi trebuie să învățăm să le fim alături și la bine și la rău.

Nu e ușor să faci asta astăzi, în condițiile devierii de la principii. Cel mai bun exemplu este încercarea de a asigura dreptul inalienabil al copilului de a beneficia de alimentația naturală, ca element al "Convenției asupra Drepturilor Copilului". P.M.Dunn spunea, de altfel, în 1980, că "declinul alimentației la sân a reprezentat unicul sau cel mai important eșec biologic și medical din istoria speciei umane".

În plus, suntem înconjurați de oameni cu prejudecăți, pentru care elemente legate de alimentația copiilor nu reprezintă o lecție care trebuie învățată temeinic, ori și aici, ca în orice alt domeniu din medicină, apar modificări și progrese care ar trebui însușite deopotrivă de medici și de pacienți. Încă mai sunt părinți și – din nefericire sunt și confrăți de-ai noștri – care mai consideră că e bine să ai o cutie de lapte praf în casă când ai un copil mic.

De nenumărate ori m-am confruntat în activitatea mea de la cabinet, cu mame, mătuși ori bunici pentru care consilierea în materie de alimentație este un subiect tabu, care nu are ce căuta într-un dialog între medic și pacient. Noi însă trebuie să încercăm cu fermitate și totuși cu blândețe să ne păstrăm funcția de sfătuitoari și să explicăm cu tact tuturor că, deși unele principii sunt vechi de când lumea, modul lor de aplicare evoluează odată cu noi.

Putem însă face acest lucru numai dacă, în afara propriilor talente de negociatori, deținem și informația cea mai pertinentă, cea mai recentă și mai potrivită.

Mai mult decât atât, este absolut necesar lucrul în echipă, o echipă amplă, în care să antrenăm, pe lângă medicul de familie și asistentul medical cu care acesta lucrează, și medicul pediatru, pe de o parte, și familia din care face parte micul nostru pacient, copilul prețios, o adevărată persoană, pe de altă parte. Această echipă trebuie să aibă un singur țel, acela de a crește un copil sănătos, iar nutriția copilului este elementul esențial în dezvoltarea lui armonioasă, încă din primele lui ore de existență extrauterină, dar chiar și intrauterină.

În 2003 s-a publicat în Monitorul Oficial Strategia Națională în domeniul promovării alăptării 2003-2012, document de o importanță capitală în promovarea alimentației la sân. Am găsit acolo un capitol distinct, în care am recunoscut toți pașii pe care i-am făcut până astăzi în activitatea noastră, dar și pași care încă mai sunt de făcut. Actul normativ prevede:

C. PROTECȚIA, PROMOVAREA ȘI MENȚINEREA ALĂPTĂRII LA NIVELUL MEDICINEI PRIMARE

Obiective operaționale și activități:

Obiectivul 1: Adoptarea unei atitudini profesioniste și responsabile în îngrijirea globală a mamei și copilului, în care alăptarea să se înscrie ca o prioritate - din 2003

Activități:

- a) adoptarea de către toți medicii de familie a unei politici de protecție, promovare și stimulare a alăptării: 2003 - 2007;
- b) asigurarea continuității supravegherii medicale pre- și postnatale, și abordarea integrată a mamei și copilului - din 2004;
- c) dezvoltarea competențelor necesare fiecărui membru al personalului medico-sanitar pentru punerea în practică a acestei politici - din 2004;
- d) informarea tuturor femeilor gravide, cu ocazia consultațiilor prenatale și a altor examinări medicale, despre avantajele alăptării - din 2003;
- e) învățarea gravidei să-și însușească procedurile corecte pentru alăptare - din 2003;
- f) familiarizarea asistentelor medicale din echipă, ca și a asistenților comunitari, cu "cei zece pași pentru promovarea alăptării" și dezvoltarea la acestea a unor atitudini și comportamente favorabile față de gravidă și mama care alăptează - din 2004;
- g) încurajarea și susținerea psihologică a tinerei mame în privința alăptării, în special în primele zile după ieșirea din maternitate sau în momente de criză - din 2004;
- h) dezvoltarea unei legături continue a personalului din asistența medicală primară, inclusiv a asistenților comunitari, cu mama care alăptează și declararea disponibilității de suport în orice moment - din 2004;
- i) responsabilitate în prescrierea de substitute de lapte matern și considerarea acestei posibilități ca excepție - din 2004.

Obiectivul 2: Asigurarea legăturii operative și a comunicării permanente cu maternitățile și secțiile de neonatologie și pediatrie - din 2003

Activități:

- a) medicul de familie va comunica prin scrisoare medicală sau telefon cu medicii specialiști, pentru a asigura continuitatea îngrijirii integrate a mamei și copilului - din 2003;
- b) medicul de familie va avea legături formalizate cu asistenții comunitari și va comunica de câte ori este necesar în interesul mamei și al copilului - din 2004;
- c) medicul de familie va avea, cel puțin, un telefon de contact și un telefon al centrului de permanență, la care se poate apela în afara programului - din 2004;
- d) medicul de familie va prelua în primele 24 - 48 de ore nou-născuții externai din maternități și sugarii externai din spitalele de pediatrie - din 2003;

Obiectivul 3: Creșterea ponderii serviciilor de consiliere și suport acordate atât gravidelor, pe durata sarcinii, mamelor, cât și întregii comunități: 2005 - 2012

Activități:

- a) acordarea, pentru medicii de familie, a unor stimulente per serviciu medical prin normele Contractului-cadru, pentru activitatea de consiliere și suport a gravidelor pe care le au pe lista de pacienți și a părinților - din 2005;
- b) identificarea unor familii/mame de sprijin pentru acordarea de suport femeilor care alăptează - inițierea de grupuri de sprijin de la mamă la mamă - 2005 - 2012;
- c) furnizarea de materiale informative, broșuri, pliante, pentru viitorii părinți - din 2005;
- d) munca în echipă cu personalul din subordine pentru abordarea integrată a mamei și a copilului - din 2005;
- e) abordarea unei atitudini pozitive, deschise față de obiceiurile culturale ale familiei, în special ale bunicilor, și convingerea acestora că laptele de mamă este singurul aliment și lichid de care are nevoie sugarul până la împlinirea vârstei de 6 luni și că alăptarea reprezintă nu numai modalitatea cea mai economică și mai adecvată de a hrăni sugarul, ci și cea mai bună ocazie pentru dezvoltarea legăturilor afective între mamă și copil - din 2005;
- f) efectuarea atât de către medic, cât și de către asistentă, de vizite la domiciliu și discutarea cu toți membri familiei pe tema alăptării (în acest sens se recomandă acordarea de puncte suplimentare per serviciu) - din 2005;
- g) medicul de familie va participa direct sau prin personalul din subordine la acțiuni educative de sprijinire a alăptării, organizate în școli/lice sau la întâlnirile importante din comunitate - din 2005.

Inițiativa "Spitalul prieten al copilului" se desfășoară în maternități, dar numai în colaborare strânsă cu medicul de familie (contribuție importantă la organizarea comitetelor de sprijin comunitar, continuarea politicii de promovare a alăptării prin încurajarea familiei și responsabilitate în prescrierea de substitute de lapte matern și considerarea acestei posibilități ca excepție).

Sunt relevante și concluziile publicate în "Statusul nutrițional al copiilor de până la 5 ani", studiu publicat în 2005 de IOMC sub egida UNICEF:

"Personalul medical oferă unele informații tinerei mame despre importanța alăptării pentru sănătatea copilului, dar un sfert dintre mame au spus că nu au primit astfel de informații de la personalul medical. Prevalența mamelor care au declarat că au primit acest tip de informații este similară în rural și urban, dar diferă în funcție de nivelul de educație a mamei și rangul copilului: cel mai puțin informate mame au un nivel educativ scăzut și/sau copii mulți, adică populația cu grad mai mare de risc(...) în acest caz, prevalența mamelor neinformate este cu atât mai mare cu cât nivelul de educație este mai scăzut. Nu se înregistrează variații importante în funcție de alte variabile analizate.

Ponderea copiilor alăptați este sub influența unei multitudini de factori. Câteva dintre barierele în calea promovării alăptării sunt reprezentate de: lipsa de informare a gravidelor și lăuzelor de către personalul medical, lipsa de sprijin pentru continuarea alăptării în comunitățile unde trăiesc femeile, continuarea distribuirii gratuite, de multe ori fără motive medicale, a laptelui-formulă pentru sugari. Pe de altă parte, campaniile agresive ale producătorilor și distribuitorilor de formule de lapte, în absența unui cadru juridic care să îngreudească ferm reclama făcută frecvent pentru substituenți de lapte matern, au contribuit la înțercarea timpurie a multor copii."

Tocmai văzând concluziile lucrării, ne-am gândit să încercăm să scriem împreună această broșură, pentru a trasa REPERE de urmat de către medicii de familie practicanți ai unei meserii moderne și adaptate nevoilor pacienților lor.



Glosar de termeni

Sandra Adalgiza Alexiu
Medic primar MF

Alăptare înseamnă hrănirea unui pui cu laptele speciei din care face parte (în cazul omului, hrănirea sugarului cu lapte matern).

Alăptat este acela care suga la sânul mamei, eventual al unei doici, sau este hrănit cu lapte matern colectat.

Alăptare exclusivă (cf OMS și UNICEF) = folosirea exclusivă a laptelui matern, fără adaos de lichide (apă, ceai, suc) sau solide, fără utilizarea tetinei sau suzetei (extrem de nocive pentru alimentația la sân) cu excepția vitaminelor, a suplimentelor minerale sau medicamentelor (care NU se administrează cu biberonul).

Alăptarea preponderentă/predominantă = hrănirea copilului la sân (sau cu laptele mamei colectat) + apă/ceai/suc fructe.

Alăptarea parțială = hrănirea sugarului cu lapte matern + un alt tip de lapte.

Alimentația cu substitute de lapte matern = hrănirea sugarului cu alt tip de lapte, fără alimente solide, după ce a fost înțărcat (alimentație cu un lapte diferit de cel matern).

Înțărirea = încetarea alăptării.

Alimentația cu biberonul = Hrănirea sugarului cu orice tip de lapte, inclusiv cel matern muls, cu biberonul (sau preparate cu vitamine - OMS).

Introducerea biberonului = Debutul alimentării copilului cu lapte diferit de cel matern.

Noțiunile folosite de școala română de pediatrie:

- **Alimentație naturală** = hrănirea sugarului cu lapte matern cu sau fără apă/ceai/suc de fructe; corespunde terminologiei OMS de alăptare exclusivă și alăptare preponderentă. Se referă la hrana oferită sugarului până la vârsta diversificării alimentației, adică 5-6 luni.
- **Alimentație mixtă** = hrănirea copilului cu lapte de mamă și cu alt lapte, până la vârsta de 5 - 6 luni (vârsta introducerii semisolidelor/solidelor); corespunde cu termenul OMS de alăptare parțială.
- **Alimentație artificială** = hrănirea sugarului numai cu alt lapte decât cel matern, până la vârsta de 5 - 6 luni (vârsta introducerii semisolidelor/solidelor); termenul este echivalent cu cel al OMS de alimentație cu substitute de lapte matern.

Alimentație diversificată/complementară = introducerea alimentelor "solide", diferite de lapte, în alimentația sugarului, inițial sub forma preparatelor fluide sau semisolide, proces care începe atunci când laptele mamei, singur, nu mai poate oferi cerințele nutriționale adecvate creșterii copilului.

Formula pentru sugari = Un substitut al laptelui matern fabricat industrial după standardele în vigoare, stabilite de Codex Alimentarius, care satisface necesitățile nutriționale ale sugarului, fiind adaptat caracteristicilor biologice ale acestuia.

Elemente generale de nutriție a sugarului

Avantajele alăptării

Sandra Adalgiza Alexiu
Medic primar MF

Alăptarea este primul drept al fiecărui copil adus pe lume. DREPTUL INALIENABIL AL COPILULUI DE A BENEFICIA DE LAPTELE MATERN este stipulat în Convenția asupra drepturilor copilului, la care România este semnatară.

Alimentația este crucială în primul an de viață, punând bazele dezvoltării armonioase ale corpului. Există extrem de puține situații în care se justifică interzicerea alăptării (de exemplu, singura contraindicație permanentă din partea sugarului este galactozemia congenitală). Laptele de mamă rămâne standardul de aur în alimentația sugarului.

În toate cazurile, se recomandă:

- Punerea cât mai precoce a sugarului la sân (de preferat în primele 30 minute după naștere).
- Generalizarea conceptului de ROOMING-IN în maternități.
- Recomandarea de tehnici corecte de alăptare prin grija personalului medical, în maternități și ulterior de către echipa medicului de familie.
- Suptul la cerere, nu după un orar prestabilit.
- Alăptarea exclusivă minimum patru luni, fără apă / ceai / altele.
- Durata optimă a alăptării exclusiv la sân este de 6 luni.
- Înțărirea după vârsta de doi ani.
- Confirmarea hipogalactiei materne numai după curba ponderală a sugarului și oligurie. Se vor combate intensiv „proba suptului” și alte semne invocate pentru calitatea laptelui.
- Evitarea biberonului, a suzetei, a mameloanelor de silicon utilizate pentru protecția mamelonului lăuzei. Mamelonul poate fi protejat cu creme speciale și cu o tehnică de alăptare însușită corect.

Există argumente incontestabile în favoarea alimentației naturale:

1. Avantaje pentru copil

- Creștere și dezvoltare optime, laptele de mamă având toate elementele nutritive necesare, în proporție ideală
- Biodisponibilitate maximă
- Transfer eficient de imunitate de la mamă la făt
- Incidență mult scăzută a proceselor maligne, a infecțiilor respiratorii și urinare, a manifestărilor alergice, a diabetului zaharat, a morții subite, a tulburărilor vizuale în copilărie
- Rol protector împotriva hipertensiunii și ateromatozei
- Conține precursorii eicosanoizilor, reglatori de bază ai funcțiilor celulare și tisulare
- Rol unic în perfecționarea funcțiilor neurologice și vizuale
- Asigură dezvoltarea florei intestinale, cu importante avantaje imunologice și protectoare
- Conferă cantități optime de minerale și oligoelemente
- Compoziția diferă de la un supt la altul și chiar în timpul aceluiași supt, ca o expresie a adaptabilității
- Efecte benefice afectiv-emoționale datorită contactului fizic nemijlocit, scăzând riscul de abuz asupra copilului și scăzând riscul de abuz asupra copilului și pe cel de abandon al acestuia.

2. Avantaje pentru mamă

- Efecte benefice afectiv-emoționale datorită contactului fizic nemijlocit, scăzând riscul de depresie postpartum
- Efect contraceptiv, în condițiile alăptării ritmice la cerere și a alimentației exclusiv la sân, în primele 6 luni
- Contribuie la spațierea nașterilor
- Scade riscul de cancer mamar și ovarian
- Scade incidența osteoporozei
- Scade riscul de mastită.

3. Avantaje pentru familie

- Dezvoltarea armonioasă a sugarului alimentat la sân constituie un liant afectiv pentru familie
- Evitarea costurilor mari ale alimentației artificiale
- Evitarea costurilor medicale prin scăderea riscurilor de îmbolnăvire a sugarului

- Confort sporit, scăzând costurile deplasărilor și ale unei alimentații ce implică asigurarea unor condiții specifice de sterilizare
- Cruciale în situații extreme (calamități naturale, război etc.).

4. Avantaje pentru societate

- Rezidă din sănătatea copiilor care înseamnă viitorul societății
- Costuri diminuate.

5. Avantaje pentru mediul înconjurător

- Economisirea energiei necesare preparării formulei de lapte
- Reducerea poluării, prin diminuarea ambalajelor, deșeurilor, detergenților, soluțiilor de sterilizare etc.

6. Avantaje generale

- Laptele de mamă este întotdeauna proaspăt și accesibil
- Nu implică pregătire prealabilă, fiind necesară doar igiena corectă
- Are temperatura ideală
- Este aseptice
- Nu produce alergii sau intoleranțe
- Are distribuție energetică optimă.

Variațiile în compoziția laptelui matern:

Ingrediente	Colostru (g)	Lapte de tranziție (g)	Lapte definitiv (g)
Apă	87	88	88
Proteine: la 100 mg			
• Cazeină	2,7	1,59	1,1
• Lactalbumină	1,2	0,51	0,4
• Lactoglobulină	1,5	0,8	0,6
Lipide la 100 mg	2,9	3,5	4,5
• Polinesaturate	7		8
• Colesterol	0,028	0,024	0,014
Glucide(lactoza) la 100 mg	6,7	6,4	7,1

Compoziția laptelui matern

Sandra Adalgiza Alexiu
Medic primar MF

Principii nutritive	Lapte matern	Note
Grăsimi	- Sursă energetică majoră - Furnizează 50-55% din totalul caloric 50% din acizii grași sunt nesaturați (40% mono-și 10% poli-) - Conține doi acizi grași cruciali: LINOLEIC și α-LINOLENIC, precursori ai ac. arahidonic și ai eicosanoidelor (mediatori chimici, reglatori, precursori de prostaglandine, leucotriene, tromboxani) - Cantitatea scade pe măsura creșterii copilului - Bogat în colesterol - absorbit aproape în totalitate - Conține lipază	- Cei mai importanți nutrienți - Absența colesterolului și a acizilor grași din lapte poate duce la afectarea inimii și a sistemului nervos central la vârsta adultă
Proteine	- Aminoacizii esențiali (AA) reprezintă 50% dintre AA laptelui matern, fiind furnizați în cantități și proporții optime - Raport albumină/cazeină 60/40 (90/40 în colostru) - Proteine ușor de absorbit și digerat - Conține lactoferină, taurină, glutamină, cazeină β, albumină, alfa-lactalbumină și lizozim - Bogat în factori de creștere - Conține proteine care induc somnul	Copiii nu sunt alergici la proteinele din laptele matern
Carbohidrați (glucide)	- Bogat în lactoză (40% din totalul energetic) - Bogat în oligozaharide	Lactoză și oligozaharidele favorizează dezvoltarea florei colice specifice sugarului alimentat la sân
Anticorpi	- Ac tip IgA secretor (colostrul furnizează 5-5,5 g/l zilnic) - Lactoferină - Lizozim - Complement seric - Lactoperoxidază - Celule vii	- Transfer de maximă eficiență de imunitate de la mamă la copil - Rol protector față de proteinele alimentare (rol antialergic)
Vitamine	Laptele de la sfârșitul suptului este bogat în vitamina K	Raport perfect adaptat nevoilor sugarului
Minerale	- Sarcină osmolară mică (98 mOsm/l) - Raport Ca/P ideal (2/1) - Cantități optime de Zn, Cu, Co, Se - Coeficient de absorbție a fierului de >50%	Biodisponibilitate mare
Enzime și hormoni	- Bogat în enzime digestive - lipază și amilază - Bogat în hormoni - tiroidieni, prolactina, oxitocina, etc - variază în funcție de dieta mamei	- Enzimele digestive sunt necesare pentru o bună digestie - Hormonii contribuie la echilibrul biochimic al copilului

Tehnici de alăptare

Daniela Ștefănescu
Medic primar MF

Din moși, strămoși, "Laptele și dragostea mamei sunt de neînlocuit!"

Care este superioritatea laptelui uman

Este un aliment caracteristic speciei, adecvat și echilibrat necesităților nutriționale ale nou-născutului și sugarului.

Asigură o toleranță digestivă bună.

Este un aliment "viu", proaspăt, tot timpul curat și steril.

Alimentația la sân este cel mai simplu, economic și fiziologic mod de alimentație.

Laptele de mamă conferă protecție antiinfecțioasă prin imunoglobuline. Alăptarea creează o legătură permanentă între mamă și copil cu satisfacții emoționale imense, contribuind la dezvoltarea normală neuropsihică și afectivă a copilului prin contactul vizual, auditiv, tactil și olfactiv reciproc.

Rezultatele imediate ale acestui mod de alimentație sunt relevate de starea de nutriție înfloritoare a copilului.

Alăptarea are costul cel mai scăzut.

Scade incidența cancerului de sân și de ovar, influențând pozitiv sănătatea mamei.

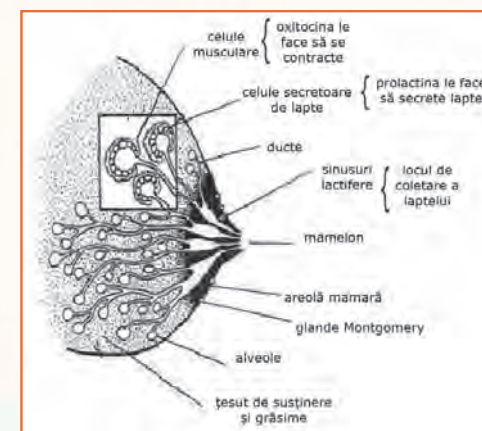
Spațiază nașterile.

Este de folos întregii societăți prin scăderea morbidității acute și cronice.

Apără mediul prin absența ambalajelor toxice/greu degradabile.

Puțină anatomie a sânelui

Grăsimea și țesutul de susținere dau forma și mărimea sânelui explicând în mare parte diferențele între sânii mari și cei mici. Se consideră că, indiferent de mărime, sânii conțin aceeași cantitate de țesut secretor, astfel încât mamele cu sâni mici pot alăpta



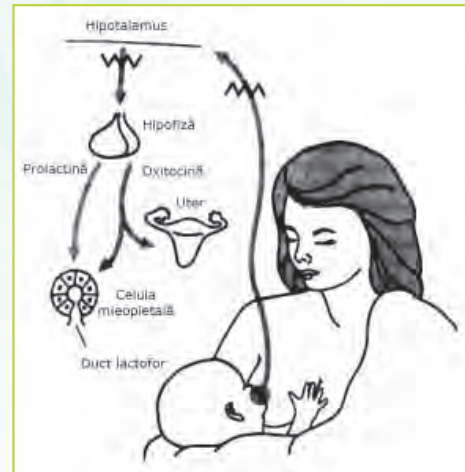
cu același succes ca și mamele cu sâni mari.

Puțină fiziologie a secreției lactate

Act reflex reglat de 2 hormoni, ocitocina (hipofiza posterioară) și prolactina (hipofiza anterioară) secretați ca răspuns la stimuli mecanoreceptori de la nivelul mamelonului și areolei mamare în timpul suptului.

Ocitocina asigură ejecția laptelui la masa în curs.

Prolactina asigură secreția de lapte pentru alăptarea următoare.



Pașii pentru o alăptare optimă

1. inițierea alăptării în prima oră de la naștere (obiectiv al maternității);
2. alăptare frecventă, inclusiv noaptea;
3. nou-născutul sugă – în mod obișnuit – de 8-12 ori pe zi, de fiecare dată timp de 10-20 min la fiecare sân; fiecare copil își stabilește pauzele și durata suptului în colaborare cu mama;
4. ideal, copilul să doarmă în aceeași cameră cu mama, astfel încât să se poată hrăni "la cerere";
5. alăptarea exclusivă până la vârsta de 6 luni fără adaosuri de ceai, sucuri etc.;
6. diversificarea alimentației la vârsta de 6 luni; OMS recomandă: nu înainte de 17 săptămâni, nici după 27 de săptămâni;
7. menținerea alimentației la sân până la vârsta de 2 ani și peste.

Poziții de alăptare

Pentru ca sugarul să apuce sânul și să sugă eficient, este absolut necesară o poziționare corectă în timpul alăptării.

Pașii necesari:

1. mama trebuie să se așeze într-o poziție cât mai confortabilă,
2. corpul copilului să fie apropiat de cel al mamei, aceasta susținându-l pe braț și antebraț cât mai comod pentru amândoi,
3. fața copilului trebuie să privească sânul mamei, cu nasul în dreptul mamelonului.
4. capul și corpul copilului trebuie să formeze o linie dreaptă având ca puncte de referință urechea, umărul și șoldul acestuia.



Poziția obișnuită



Poziția sub braț



Poziția cu brațul de
partea opusă
sânelui din
care alăptează



Poziția culcat

Prinderea sânelui

Buzele copilului se ating cu mamelonul.

Se așteaptă deschiderea largă a gurii. Se introduce în gura acestuia mamelonul și cea mai mare parte a areolei și a țesuturilor subiacente.

Sinusurile lactifere se află între limbă și palat.

Sânul este întins și formează o "tetină lungă" și ajunge până la nivelul luei, mamelonul reprezentând numai 1/3 din "tetina" formată.

Prin contracția limbii, copilul stoarce laptele din sinusurile lactifere în gură.



Evaluarea unei alăptări corecte:

1. gura larg deschisă
2. buza inferioară răsfrântă
3. bărbia atinge sânul
4. obraji plini, nu supt
5. se aude și se vede cum înghite

Atitudini în unele situații

- Mameloane plate sau ombilicate
 - prenatal - tracțiuni ale mameloanelor
 - postnatal - alăptare în "poziția sub braț"
 - protruzia mamelonului înainte de supt folosind pompe, seringi pentru aspirare sau - cel puțin - tracțiuni
- Sâni angorjați
 - înainte de supt - comprese calde pe sâni
 - masaj pe gâtul și spatele mamei
 - masaj ușor pe sâni
 - relaxarea psihică a mamei
 - după supt - comprese reci pe sâni.



Alimentația sugarului în primele 6 luni de viață

Sandra Adalgiza Alexiu
Medic primar MF

ALIMENTAȚIA NATURALĂ (alăptarea, adică hrănirea copilului numai cu laptele mamei până la vârsta diversificării alimentației, deci până la 5-6 luni de viață extrauterină)

- Alimentația ideală este alăptarea exclusivă, la cererea copilului, fără a se impune un orar al supturilor.
- Nu este necesară suplimentarea lichidiană (apă, ceaiuri) nici pe vreme caniculară (în această situație, aportul lichidian al mamei va fi mărit astfel încât laptele oferit copilului să acopere nevoia de apă a acestuia). Singura excepție este administrarea vitaminei D (sub formă de picături sau tabletă dizolvată în 4-5 ml de apă) și - eventual - a fluorurii de sodiu.
- Se va ține cont de faptul că laptele mamei se poate refrigera 24 de ore sau congela până la 6 luni (în cazul congelatoarelor cu ușă separată), astfel încât mamele care au lapte în exces să poată păstra - prin mulgere - rezerve de lapte. Laptele congelat se poate administra ca atare după încălzire la bain-marie sau înglobat în produse cu cereale după vârsta de 6 luni. Pentru congelare se vor folosi ca recipiente vase de metal smălțuit sau de ceramică, nu din material plastic. Decongelarea NU se va face în cuptor cu microunde!
- Argumente în favoarea promovării alimentației la sân:
 - calitățile nutriționale ale laptelui matern:
 - proporția optimă a nutrienților,
 - specificitatea umană a principiilor nutritive,
 - păstrarea procentului de proteine indiferent de alimentația sau starea de nutriție a mamei,
 - biodisponibilitatea mare a tuturor componentelor laptelui matern, inclusiv a vitaminelor și a sărurilor minerale,
 - prezența anticorpilor împotriva diferitelor infecții mai vechi sau foarte recente prin care a trecut mama copilului,
 - prezența factorilor de creștere.
 - legătura afectivă puternică între mamă și copil;

- dezvoltare intelectuală și emoțională mai bună;
- ritm optim al creșterii și dezvoltării;
- îmbolnăviri acute mai rare (infecții pulmonare, ale urechii, gastro-intestinale);
- echilibru psiho-afectiv, repere familiale și sociale mai clare.

În plus, nu este de neglijat că alăptarea necesită un efort mai mic al familiei, atât fizic, cât și material. Pe de altă parte, din punct de vedere ecologic, hrănirea la sân a copilului nu are nicio componentă poluantă, spre deosebire de folosirea laptelui-formulă.

- Idei de combătut de către medicul de familie:
 - contraindicațiile alăptării (de fapt sunt foarte rare: fenilcetonuria, intoleranța ereditară la lactoză, galactozemia congenitală, boli grave ale mamei, care necesită o atentă verificare medicală);
 - orice infecție acută a mamei, chiar tratată cu unele antibiotice **NU** constituie motiv de oprire a alăptării. Se vor prefera în general, antibiotice care se pot prescrie și copilului;
 - orice infecție acută a copilului alăptat, inclusiv enterocolita, se vindecă mai repede dacă se continuă alăptarea;
 - „diareea la sân”/”diareea postprandială” este o particularitate biologică, **NU** o boală;
 - hipogalactia se apreciază corect **NUMAI** urmărind curba ponderală (se va cântări săptămânal sugarul și se va ține seama că o creștere de 500 g **DE LA SCĂDEREA PONDERALĂ FIZIOLOGICĂ**, în prima lună de viață este perfect normală);
 - alimentația mamei care alăptează nu cere nimic ieșit din comun; ea are nevoie de același meniu echilibrat ca oricine, încercând să elimine numai alimente cunoscute ca având elemente toxice (alcoolul, băuturile cu componente „identice naturali”, mezelurile, brânza topită, **excesul** de fibre).

Alimentația cu substitute de lapte matern

- Se utilizează în cazul în care nu este posibilă sau nu este suficientă alimentația la sân:
 - copiii adoptați sau aflați în plasament;
 - copiii mamelor cu tbc activă, neoplasm, tratamente de lungă durată cu medicamente toxice pentru sugar;
 - copiii femeilor infectate cu HIV sau cu virusurile hepatitelor B sau C (în

medii cu nivel de trai foarte scăzut, UNICEF recomandă alăptarea inclusiv de către femeile purtătoare de hepatita B/C);

- copiii mamelor cu hipogalactie dovedită prin staționare/scădere ponderală timp de două săptămâni a sugarului care a fost cântărit pe același cântar.
- Se utilizează lapte - formulă pentru sugari:
 - compoziție asemănătoare cu cea a laptelui matern,
 - conținut acceptabil, la limita inferioară a nevoilor zilnice, în vitamina D și, în unele formule, fier;
 - prepararea ușoară (instant);
 - folosirea comodă (formulele pot fi oferite copilului la cerere, pot fi date copilului schimbându-le brusc între ele, nefiind nevoie de o perioadă de adaptare);
 - diversificarea alimentației începe – optim – tot la vârsta de 6 luni, ca și în cazul alăptării exclusive (OMS recomandă diversificarea alimentației copilului alăptat sau hrănit cu lapte-formulă nu mai devreme de 17 săptămâni, nu peste 27 de săptămâni);
 - există formule de lapte care se administrează la toate vârstele (de la naștere până la 12 luni și peste) sau formule de lapte diferențiate pe vârste (formula de tip 1, 2, 3, Junior etc.)
 - laptele praf formulă pentru sugari se poate introduce brusc, fără tatonarea toleranței digestive; poate fi nevoie doar de o perioadă de adaptare la noul gust, sugarii fiind foarte sensibili la gust;
 - când se adaugă formula de lapte pentru completarea alimentației la sân, se vor utiliza lingurița, seringă, lingura, cana, **NU** biberonul, pentru a evita așa numita ”confuzie a mamelonului”, precum și ablactarea.
- Numai în situații extreme poate fi luat în considerație laptele de vacă (nu se va recomanda laptele de capră, oaie, măgăriță pentru copilul mai mic de 12 luni) cu următoarele amendamente:
 - compoziția laptelui de vacă se impune a fi modificată prin mijloace casnice;
 - se va face corespunzător recoltarea laptelui (vacă sănătoasă, bine hrănită, nemuncită, mulgător sănătos și curat, loc de muls curat, vase foarte curate, transport în recipiente curate, rapid răcit, fără transvazări);
 - se va face corespunzător prepararea termică a laptelui (fierbere rapid după mulgere, 15 minute după primul clocot, preferabil în oală înaltă, îngustă și acoperită (pentru a evita oxidarea vitaminelor), la foc puternic, se agită în timpul fierberii (pentru omogenizare), se adaugă apa scăzută

sub formă de apă clocotită, se răcește rapid, se păstrează maximum 24 de ore la frigider; diluare (2/3 până la vârsta de 2 luni, apoi 3/4 până la 4-5 luni, după care – integral, în paralel cu diversificarea), zaharare cu 5g la suta de ml, sub formă de sirop de zahăr, adăugare de făină de orez instant în concentrație de 2g la 100 ml.;

- orar controlat al meselor;
- diversificarea alimentației după 17 săptămâni, astfel încât copilul să nu bea mai mult de 800 ml de lapte pe zi.
- Se vor păstra reguli stricte de igienă, încercând, pe cât posibil, să se respecte principiul laptelui steril. Biberoanele, tetinele, flacoanele de păstrare a laptelui se vor spăla bine cu detergenți neutri și perii speciale și se vor steriliza, prin fierbere sau în sterilizatoare.

Diversificarea alimentației

Principii

- La aproximativ 6 luni – pentru un sugar alimentat la sân sau cu o formulă de lapte (NU înainte de 17 săptămâni! NU după 27 săptămâni!).
- Medicul de familie va combate ferm diversificarea alimentației la sugarul alimentat la sân sau cu formulă de lapte, înainte de vârsta de 6 luni!!
- La 4-4 luni și jumătate – pentru un sugar alimentat cu lapte praf convențional integral sau lapte de vacă (situație de nedorit; de eliminat în zilele noastre, chiar în România).
- Sugarul trebuie să fie perfect sănătos.
- Noile alimente se vor introduce progresiv, înlocuind mesele de lapte.
- Alimentele noi vor fi date cu lingurița, în stare semisolidă, complet pasate câtă vreme sugarul nu are dinți. Ulterior se vor strivi cu furculița.
- Nu se introduc două alimente noi în aceeași zi, pentru a identifica, astfel, alimentul care a dus eventual la apariția unor semne de alergie sau de intoleranță.
- Se vor evita compromisurile pentru modificarea gustului (adăugarea de zahăr).
- Este interzis adaosul de sare până la 2 ani (imaturitatea funcțională a rinichiului pune în pericol viața când copilul sub doi ani se confruntă cu excesul de Na!).



Continuă să recomanzi ce-i mai bun: PROTECȚIE IMUNITARĂ

Laptele de mamă este cea mai bună dovadă de dragoste. Acesta îți asigură sugarului protecția și nutriția de care are atâta nevoie pentru a crește mare și sănătos.

Atunci când alimentația naturală nu mai este posibilă sau suficientă, continuă să recomanzi o nutriție sănătoasă și protecție imunitară cu **Nestlé NAN** cu **Bifidus BL** care s-a dovedit prin numeroase studii clinice că:

- Stimulează sistemul imunitar și
- Protejează sugarul de infecții digestive.

Nestlé NAN cu **Bifidus BL** îți asigură sugarului creșterea și dezvoltarea optimă prin conținutul său echilibrat de nutrienți:

Calciu – pentru oase și dinți sănătoși

Fier – pentru formarea globulelor roșii

Iod – pentru dezvoltarea mentală

Vitamine – pentru o dezvoltare sănătoasă și armonioasă

LC-PUFA – acizi grași polinesaturați cu lanț lung, care se găsesc și în laptele de mamă.



Notă importantă!
Organizația Mondială a Sănătății (OMS) recomandă ca femeile gravide și cele care lactează să fie informate despre avantajele și superioritatea alăptării. Ele trebuie să știe că laptele matern este cea mai bună hrană pentru nou-născuți și, de asemenea, cea mai bună cale de a-i proteja de boli. Mamele trebuie învățate cum să se pregătească pentru alăptare și cum să țină la locația, alimentația bine echilibrată având un rol deosebit atât în perioada sarcinii cât și după naștere. Datorită efectului negativ asupra lactației, trebuie evitată introducerea fără rost a alimentelor porțite la biberon sau a altor obiecte sau mâncăruri. De asemenea, mamele trebuie învățate asupra dificultăților de a reveni asupra deciziei de a nu alăpta. În cazul sugarilor cu greutate mică la naștere, mamele trebuie încurajate să nu renunțe la hrănirea cu lapte matern, chiar dacă alăptarea directă este impracticabilă. Dacă laptele matern nu este disponibil sau trebuie suplimentat, pentru sugarii cu greutate mică la naștere trebuie aleasă o formulă specială cu apartinut nutrițional adecvat. Această formulă trebuie folosită numai sub strictă supraveghere medicală. Utilizarea continuă a unei formule speciale trebuie evaluată de la caz la caz, urmărind evoluția sugarului. Familia trebuie să țină cont și de implicațiile sociale și financiare care pot apărea. De exemplu, dacă un sugar este hrănit în exclusivitate cu biberonul, va fi nevoie de cel puțin o cutie de lapte pe săptămână. Așadar, trebuie avută în vedere situația economică a familiei. Mamele trebuie să știe că alăptarea este nu numai cel mai bun, dar și cel mai puțin costisitor mod de alimentare a sugarului. Dacă o țară luată în considerare de a alege o formulă pentru sugarii cu greutate mică la naștere, mamele trebuie să fie bine informate asupra modului corect de preparare. Ele trebuie să știe că apa rafinată, biberonele sterilizate și prepararea în corectă a formulei pentru sugarii constituie trei dintre cele mai importante cauze de îmbolnăvire a nou-născuților.
* Vezi Codul internațional de comercializare a substituenților laptelui matern adoptat de Adunarea Mondială a Sănătății. Rezoluția AMS 34.22, mai 1981.

- Până la vârsta de 7-8 luni vor fi oferite sugarului cereale fără gluten (orez, porumb, tapioca). Făinurile care conțin gluten (grâu, orz, ovăz, secară) se vor introduce după această vârstă.
- Alimentul nou va fi propus, și nu impus, evitându-se în acest fel anorexia psihogenă.
- Se vor păstra aceleași reguli stricte de igienă ca și în cazul biberoanelor. Inclusiv aparatul folosit pentru pasare va fi bine spălat, apoi ținut câteva minute în apă clocotită.

Alimente permise

- LAPTE DE MAMĂ DACĂ EXISTĂ POSIBILITATEA SAU lapte-formulă ÎN CANTITATE DE MAXIMUM 900-1000 ml/zi;
- CARNE – după 6 luni: vită, găină, curcan, vițel, pui (fiartă, de preferat în oala cu presiune, care îi conservă mai bine proprietățile, pasată sau preparată la blender);
- PEȘTE – după 7-8 luni (poate fi alergizant): pește alb, slab, preferabil de apă curgătoare/de mare (nu de crescătorie); este nevoie de multă atenție la scoaterea oaselor;
- OU – după împlinirea a 6,5 luni-7 luni: numai gălbenuș de ou de găină fiert tare (albușul este alergizant!): un sfert pe zi în prima zi, apoi – la 2-3 zile -1/2 gălbenuș, apoi câte 2-3 gălbenușuri de ou de găină fierte tari pe săptămână (gălbenușul înglobat în piure de cartofi +/- carne, ceea ce favorizează absorbția fierului, +/- alte legume);
- SUPĂ DE LEGUME (de obicei – primul aliment introdus) se va prepara din toate legumele de sezon și din cele congelate; nu se vor folosi legume conservate cu conservanți, „la borcan/cutie”. Singura care se va îndepărta după fierbere va fi ceapa. Este oportună adăugarea de ulei (o linguriță de ulei de măsline/floarea soarelui, și – mai ales pentru copiii normo- sau subponderali – cereale fără gluten). După fierbere, legumele se pasează, apoi se mai dă un clocot (sau „blenderul” va fi foarte bine spălat, opărit, clătit cu apă rece); supă i se oferă copilului cu lingurița sau cu cana, NU cu biberonul, (chiar dacă a fost înțărcat!);
- FRUCTE crude, bine spălate, pasate, coapte sau fierte (compot fără adaos de zahăr), suc natural preparat în casă proaspăt; fructele cunoscute ca alergizante (zmeură, căpșuni, kiwi) vor fi încercate progresiv după vârsta de un an; bananele care ajung în țara noastră este bine să nu fie date sugarului până la vârsta de 9, chiar 12 luni; chiar și atunci ar fi de preferat să fie bine spălate în jet de apă, cojite, apoi stratul superficial să

fie cojit și el și doar miezul miezului să-i fie oferit copilului (concentrație mare de insecticide în stratul superficial al bananei decojite);

- CEREALE (instant sau nu): orez și alte făinuri fără gluten, până la 7-8 luni, apoi și cu gluten;
- LACTATE: brânza de vaci (cumpărată ambalată – microbiologic pură), iaurt, smântână, după 7 luni; scopul principal este cunoașterea altor gusturi; laptele mamei sau laptele-formulă îi asigură copilului necesarul lactat de calitate, astfel încât el nu are nevoie de alte preparate lactate, de fapt inferioare față de ceea ce primea;
- Preparat din comerț făcute anume pentru sugari/copii mici („borcănele”/cutii cu cereale +/- lapte, destinate acestor vârste) sunt recomandate, mai ales în perioade de deplasare când este foarte complicat să se prepare ceva proaspăt pentru sugar.

Alimente interzise

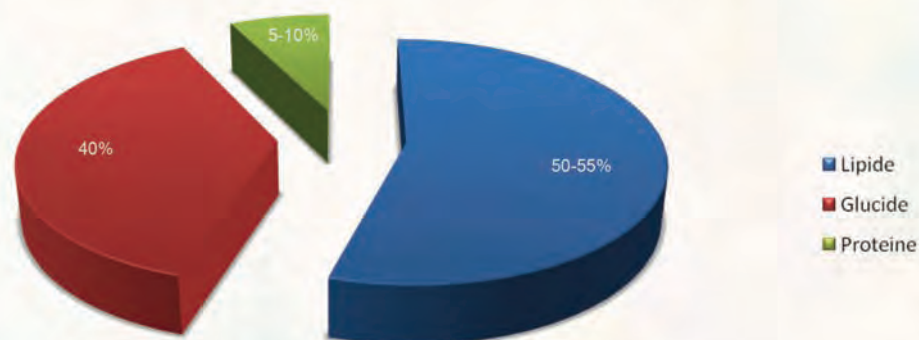
- SARE până la 1 – 2 ani (este suficient sodiu în legume, în telemea desărată, cașcaval)
- ALBUȘ DE OU deoarece este extrem de alergizant
- FRUCTE DE TIP BACE (fragi, zmeură, căpșuni, mure, kiwi) alergice
- MIERE până la 1 an, deoarece poate transmite botulismul
- FĂINĂ DE GRÂU și alte preparate cu gluten, până la vârsta de 7-8 luni
- BANANE până la vârsta de 9 luni
- CARNE DE PORC până la vârsta de 3 ani, prăjeli, grăsimi animale bogate în acizi grași saturați
- Alimentele bogate în celuloză (praz, fasole boabe, linte, năut ș.a.) pot fi oferite sugarului cu vârsta mai mare de 7-8 luni, dar cu multă prudență
- Alimentație de tip fast food (bogate în calorii și adaosuri chimice amelioratoare de gust, sărace în proteine, oligoelemente, vitamine) sunt total contraindicate în prima copilărie și de evitat cât mai mult în toată copilăria și adolescența, precum și de către adulți. Aceleași contraindicații le au supele-pulbere preparate din comerț, precum și derivatele industriale de vegetale uscate

N.B. Teama de colesterol este nejustificată în ceea ce privește alimentația sugarului mare și a copilului mic. Laptele integral și lactatele derivate din acesta, precum și gălbenușul de ou, toate bogate în colesterol, sunt de dat acestor copii întrucât ajută la maturarea celulei nervoase.

Orar de masă

- Nu va fi impus, ci adaptat fiecărui copil.
- În principiu, dimineața la trezire și seara la culcare, copilul va bea lapte. Este permisă o masă de lapte și peste zi.
- În jurul orei 10 se va da masa de fructe.
- În jurul prânzului se va oferi o masă consistentă, din legume, carne, cu adaos de crudități (inclusiv verdețuri care aduce un aport important de fier și vitamine), în măsura toleranței copilului, și triturată în funcție de vârstă și dentiție. Se pot păstra câteva lingurițe de fructe de la masa de dimineață, pentru desertul de prânz.
- În jurul orei 18 se dă masa de seară, cereale diverse sau alte preparate ușoare +/- fructe (nu grepfrut/portocală/mandarină) +/- lapte (sân/formulă).
- Alăptarea la cerere rămâne importantă la toate vârstele copilului mai mic de 24 luni.
- Nu i se va da mâncarea în fața televizorului; Academia Americană de Pediatrie recomandă ca, până la 2 ani, copilul să nu se uite NICIODATĂ la „micul ecran”, iar după această vârstă, doar 2 ore pe săptămână!
- Treptat, sugarul se va așeza – de preferință în scaun special – alături de părinți, la masă, cel puțin o dată pe zi pentru creșterea legăturii cu familia, pentru socializare.

Conținutul energetic al laptelui matern



Plan de alimentație pe etape de dezvoltare

JUNIOR

O bază solidă

Micul "adult" al familiei învață să meargă, să bea și să mănânce singur. Mai multe minerale și vitamine îi asigură energia necesară pentru a descoperi lumea din jurul său.

ETAPA 3

Gusturi și consistențe variate

Puiul tău a început să meargă de-a busilea și i-au apărut primii dințișori. Este timpul să încerci rețete mai complexe, ce pot conține bucăți pentru stimularea masticatiei.

ETAPA 2

Gusturi noi

Puiul tău stă în sezuț și apucă obiectele din jurul lui. De acum poți combina mai multe ingrediente cu textură fină și conținut redus de sare.

ETAPA 1

Alimentație de început

Puiul tău stă în sezuț sprijinit și își ține capul drept. Poți începe cu alimente simple, fără gluten, din ingrediente cu alergenitate redusă.



Ce-i mai bun pentru Bebé!

Nevoi nutriționale ale sugarului

Daniela Ștefănescu
Medic primar MF

Necesar nutrițional:

Necesități	Energetice	Apă	Proteine		Glucide	Lipide	
Vârsta			naturale	artificiale		animale	vegetale
Nou născut	80 Kcal/kg/zi	100 -150 ml/kg/zi	1,8 - 2,3 g/kg/zi	3 - 3,5 g/kg/zi	12g/kg/zi dar nu mai puțin de 3g/kg/zi	3,5 - 6 g/kg/zi dar nu mai puțin de 1,5 g/kg/zi	
1 - 3 luni	120 Kcal/kg/zi	140 -160 ml/kg/zi					
3 - 6 luni	110 Kcal/kg/zi	130 -155 ml/kg/zi					
6 -12 luni	100 Kcal/kg/zi	120 -135 ml/kg/zi	1,5 ÷2 kg/zi				

Necesar de vitamine:

Vitamine	Doza	Surse în alimentație
A	1000 ui/zi	lapte, untură de pește, ficat, varză, gălbenuș de ou, morcov, spanac, ardei
D*	400 - 800 ui /zi	ou, lapte, ulei de pește, ficat
E	0,6 mg/zi	legume verzi, orez, grâu
K	1 - 2 mg/zi	spanac, ficat de porc, urzici
B1	0,5 - 1 mg/zi	cereale, ouă, pește, ficat, carne
B2	0,6 - 1 mg/zi	lapte, ouă, mazăre, roșii, fasole, spanac
B6	1,5 - 1,8 mg/zi	cereale, pește, legume verzi, carne, gălbenuș de ou
B12	10 - 20 g/zi	creier, ficat, mușchi
C	30 - 60 mg/zi	fructe, lapte, legume

* suplimentare cu vitamina D, preparate orale, până la vârsta de 18 luni, și apoi numai în sezonul rece

Necesar de minerale:

Minerale		Doza	Surse în alimentație
Na		0,25 - 0,5 g/zi	Legume, fructe, carne, pește
Cl		0,3 - 0,5 g/zi	
K		50 - 80 mg/kg/zi	Legume, fructe, carne, pește, ouă, lapte
Ca	alimentat natural	45mg/ kg/zi	Lapte uman
	alimentat artificial	150mg/kg/zi	Lapte, ouă, pește, carne, zarzavaturi, fructe
P	0 - 6 luni	50 mg/zi	Lapte, pește, carne, gălbenuș de ou
	6 - 12 luni	350 mg/zi	Absorbția și eliminarea dependente de vitamina D
Fe*	la prematur	8 - 15 mg/zi	Carne, ficat, gălbenuș de ou, lapte, legume verzi, fructe
	la normomatur	5 - 9 mg/zi	
	> 4 luni	0,5 - 1 mg/zi	
Mg		13 mg/kg/zi	Fructe și vegetale
Cu		0,08 mg/kg/zi	Ficat, carne, pește, legume
Fluor	0 - 6 luni	0,2 - 0,5 mg/zi	Alimente vegetale, apa fluorizată
	> 6 luni	0.5 - 1,5 mg/zi	

* suplimentare cu preparate orale de fier

Alimentația cu formulă de lapte – avantaje și dezavantaje

Sandra Adalgiza Alexiu
Medic primar MF

Alimentația la sân este considerată cea mai bună opțiune nutrițională pentru copil. Cu toate acestea, alăptarea nu este întotdeauna posibilă, deoarece nu toate mamele aleg sau sunt capabile să-și alăpteze copiii. Din acest motiv, se recomandă folosirea formulelor de lapte ca alternativă nutritivă pentru alăptare, unele din aceste preparate fiind îmbogățite cu fier.

Fabricate în condiții sterile, formulele de lapte încearcă să suplinească lipsa laptelui matern utilizând o combinație complexă de proteine, carbohidrați, grăsimi, vitamine, săruri minerale, oligoelemente. Unele au adăos de pre- sau probiotice.

Există o serie de avantaje și dezavantaje ale alimentării copiilor cu formulă de lapte.

Printre avantaje, se menționează cele de mai jos:

- Permite mamelor să împărtășească această datorie cu partenerul de viață,

Juniorul tău va crește mare!

Vrei ca juniorul tău să crească mare și sănătos?
Atunci oferă-i NESTLÉ Lapte Junior 1+ (de la 1 an)
și NESTLÉ Lapte Junior 2+ (de la 2 ani).
2 mese de NESTLÉ Lapte Junior acoperă în mare parte necesarul zilnic de minerale și vitamine recomandate pentru copiii mici.

În plus, este bine să știi că probioticele **Bifidus BL**:

- Stimulează sistemul imunitar
- Ajută digestia

Infoline: 08008 637853 Internet: www.nestle.ro
E-mail: contact.nestle@ro.nestle.com

implicându-l în procesul complex al hrănirii copilășului.

- Oferă flexibilitate: copilul hrănit cu formulă poate fi lăsat în grija celorlalți aparținători (tată, bunici, bonă). Nu este necesar un spațiu retras necesar alăptării. În schimb, va fi necesară în permanență respectarea strictă a regulilor de igienă a alimentației.
- Digestia este mai lentă în cazul alimentației cu formulă de lapte, astfel încât frecvența meselor va fi mai mică.

Există și dezavantaje:

- Este necesară permanent respectarea indicațiilor de igienă a alimentației:
 1. apa de preparare trebuie să fie sterilă (microbiologic pură)
 2. biberoanele și tetinele trebuie să fie curățate și sterilizate
 3. formulele de lapte trebuie păstrate în cutii speciale, care să împiedice încălcarea lor bacteriană.
- După preparare, formula de lapte nu se va păstra mai mult de o oră în mediul ambiant, iar surplusul rămas după încheierea mesei va fi aruncat.
- Laptele poate fi încălzit înaintea oferirii; unii copii preferă laptele rece, deci se va respecta dorința copilului. Niciodată nu se va folosi cuptorul cu microunde pentru încălzirea laptelui. Se poate încălzi biberonul sub jet de apă fierbinte sau la bain-marie.
- Formula de lapte nu conține niciunul dintre anticorpii prezenți în laptele de mamă, astfel că nu îi este asigurată sugarului aceeași protecție împotriva infecțiilor, pe care i-o dă alimentația la sân.
- Nicio formulă de lapte nu poate imita complexitatea laptelui de mamă, în special în ceea ce privește biodisponibilitatea sau modificarea compoziției în funcție de nevoile sugarului și de diferitele momente din timpul unei alăptări.
- Formulele de lapte sunt preparate scumpe, iar laptele cu formule speciale (hipoalergenice sau pentru intoleranța la lactoză) sunt și mai scumpe decât produsele uzuale, dar se adresează unor situații speciale (alimente - medicamente).
- Laptele praf-formulă poate produce balonare și modificări în tranzitul sugarului.

Oricare ar fi opțiunea părinților, această alegere trebuie să fie făcută după consultarea medicului, după o foarte amănunțită informare în scopul luării unei decizii optime pentru întreaga familie.

Medicului de familie îi revine sarcina de a promova alăptarea în rândul gravidelor pe care le are în evidență. De altfel Contractul-Cadru prevede acest lucru: în cadrul supravegherii gravidei se va face și promovarea alimentației exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni și continuarea acesteia până la minimum 12 luni.

Ce spunem părinților...

Sandra Adalgiza Alexiu
Medic primar MF

Utilizați întotdeauna biberoane bine curățate și sterilizate.

Utilizați de preferință apă plată săracă în săruri minerale (de ex.: sodiu sub 1 mg/l) la prepararea formulei de lapte; apa de puț și – extrem de rar – apa de la chiuvetă pot conține nitriți, care nu sunt distruși de fierberea tradițională și pot determina intoxicații fatale copiilor până la vârsta de un an.

Spălați biberoanele bine înainte de sterilizare, cu detergent neutru și apă caldă; clătirea inițială și cea finală sunt bine de făcut cu apă rece. Sterilizarea dezinfectează, dar nu îndepărtează resturile rămase pe pereții vasului. Puteți utiliza sterilizarea în cuptorul cu microunde a biberoanelor și tetinelor, dar nu încălziți NICIODATĂ laptele sau alimentele copiilor în acest fel cel puțin până la vârsta de doi ani.

Schimbați tetinele des (lunar) având grijă să le curățați bine înainte de prima utilizare deoarece se livrează unse cu un ulei protector. Schimbați tetinele ori de câte ori este necesar în funcție de vârsta sugarului. Există mai multe forme, dimensiuni, cu un număr variabil de perforații, cu flux variabil, tetine cu orificii adaptate tipului de hrană astfel încât sugarul să beneficieze de condiții cât mai bune de hrănire. Spălați întotdeauna tetinele și biberoanele imediat după utilizare și uscați-le într-un vas special captușit cu o pânză curată pentru o bună scurgere a apei. Tetinele se deteriorează și capătă un miros dezagreabil dacă sunt lăsate închise și pline de resturi de lapte, iar degradarea acestora poate antrena numeroase infecții ale sugarului (de exemplu stomatite, diaree etc.).

Preparați întotdeauna o cantitate aproximativ egală cu nevoile sugarului. Laptele rămas nefolosit nu se mai poate da copilului. Preparați întotdeauna laptele înainte de utilizare, nu îl păstrați la rece mult timp; laptele-formulă își pierde calitățile dacă este păstrat mult timp nefolosit, și poate capăta un miros neplăcut, devenind chiar periculos pentru sugar.

Folosiți întotdeauna formula de lapte care vă este recomandată de medicul de familie sau de medicul pediatru. Este posibil ca sugarul dumneavoastră să aibă nevoie de tipuri speciale de lapte-formulă. Dacă sugarul nu tolerează laptele prescris, luați imediat legătura cu medicul dumneavoastră care vă va recomanda o altă soluție potrivită.

Nu trebuie să fiți îngrijorați dacă sugarul nu tolerează un anumit tip de formulă de lapte. Formulele de lapte sunt diferite ca gust, însă au compoziții asemănătoare. Copilul dumneavoastră are propria personalitate și își dezvoltă preferințele de la vârste foarte fragede, astfel încât nu trebuie să vă mire refuzarea unui anumit preparat.



UN BEBELUȘ LINIȘTIT ESTE UN BEBELUȘ FERICIT!

Laptele de mamă asigură confort digestiv sugarilor, aceștia având scaune mai moi și mai frecvente decât cei hrăniți cu formule de lapte.

Nestlé oferă mamelor care nu mai pot alăpta Lactogen cu Prebio™, un lapte cu prebiotice care ajută bebelușii să aibă scaune mai moi și mai frecvente, similare cu ale sugarilor alăptați.

Lactogen cu Prebio™ îi asigură puiului tău atât o creștere echilibrată cât și confort digestiv.



Notă importantă !

Organizația Mondială a Sănătății (OMS*) recomandă ca femeile gravide și cele care tocmai au devenit mame să fie informate despre avantajele și superioritatea alăptării. Ele trebuie să știe că laptele matern este cea mai bună hrană pentru nou-născut și, de asemenea, cea mai bună cale de a-l proteja de boli. Mamele trebuie învățate cum să se pregătească pentru alăptare și cum să întrețină lactația, alimentația bine echilibrată având un rol deosebit atât în perioada sarcinii cât și după naștere. Datorită efectului negativ asupra lactației, trebuie evitată introducerea fără rost a alimentației parțiale la biberon sau a altor băuturi sau mâncăruri. De asemenea, mamele trebuie avertizate asupra dificultăților de a reveni asupra deciziei de a nu alăpta.

* Vezi Codul internațional de comercializare a substituenților laptelui matern adoptat de Adunarea Mondială a Sănătății. Rezoluția AMS 34.22, mai 1981

Lungime/înălțime - vârstă - fete

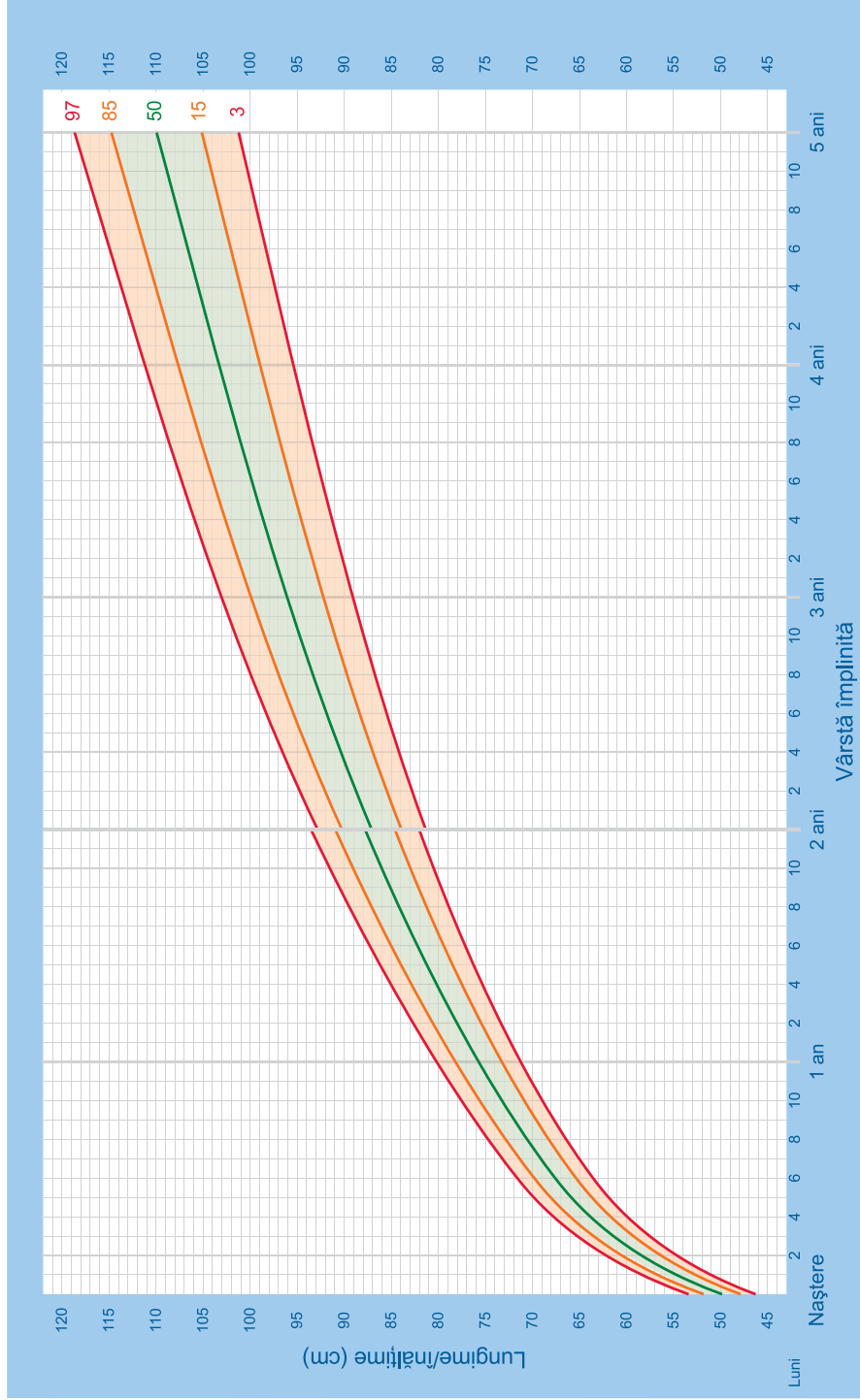
De la 0 la 5 ani (percentile)



WHO Child Growth Standards

Lungime/înălțime - vârstă - băieți

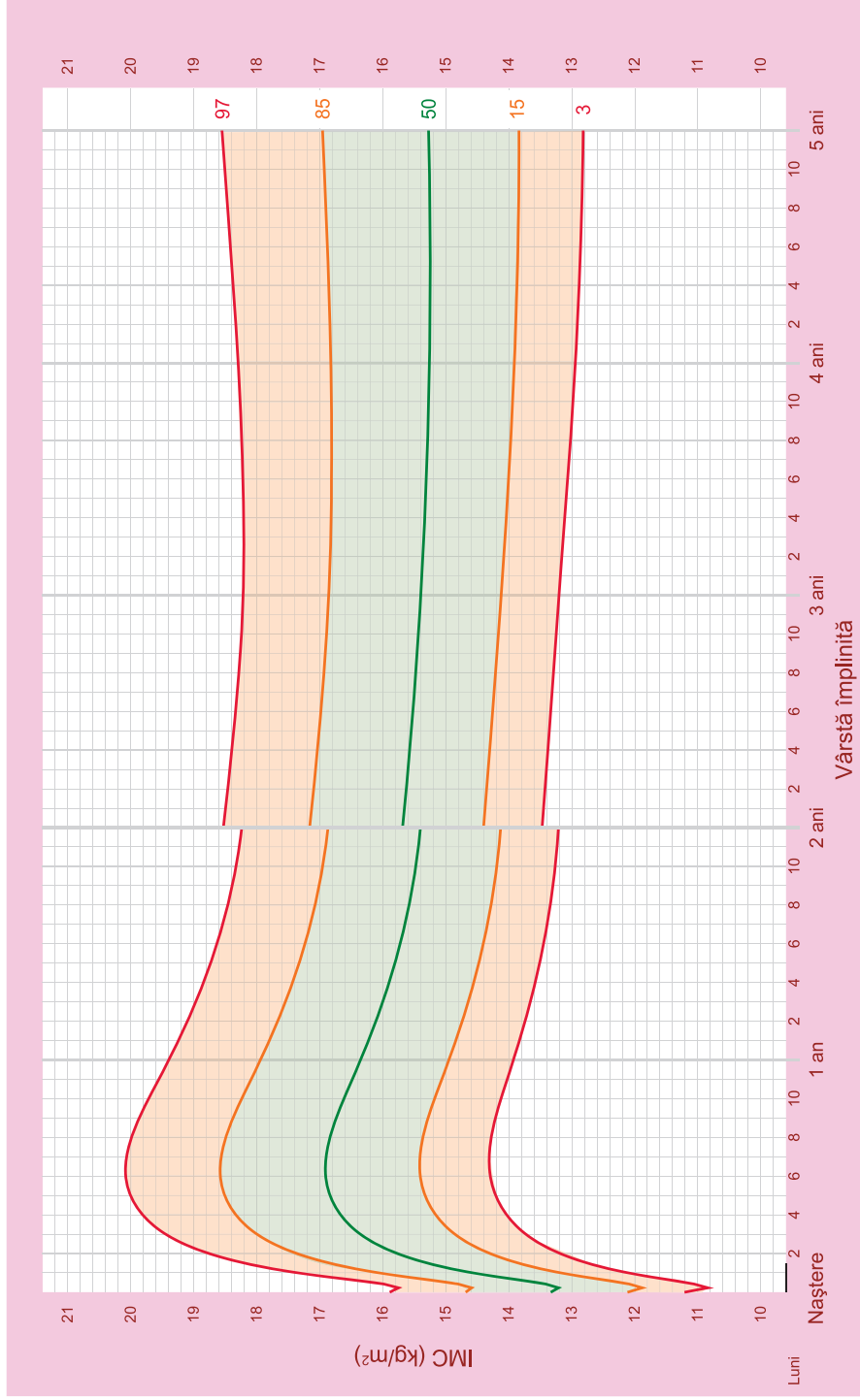
De la 0 la 5 ani (percentile)



WHO Child Growth Standards

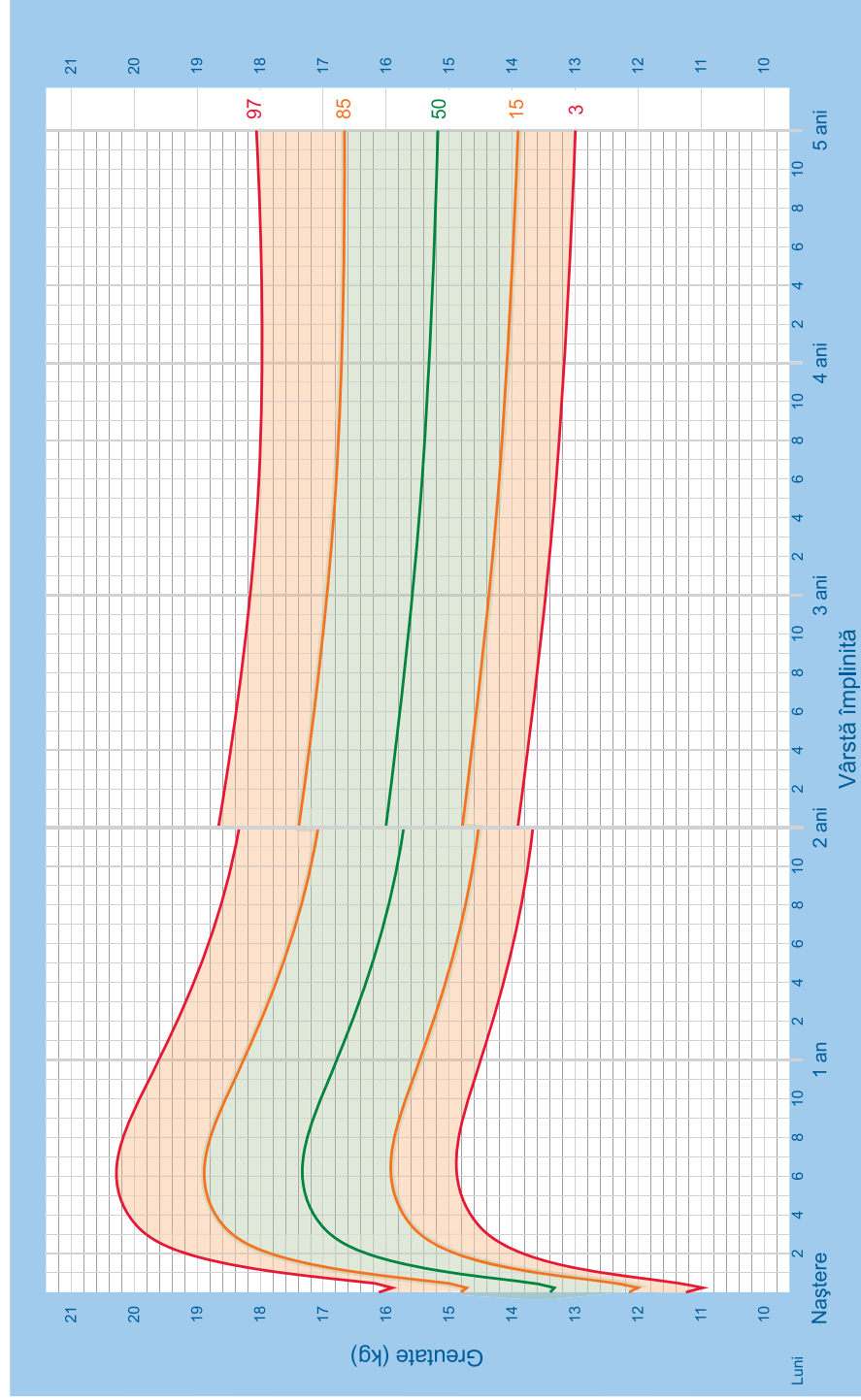
IMC / vârstă / fete

De la 0 la 5 ani (percentile)



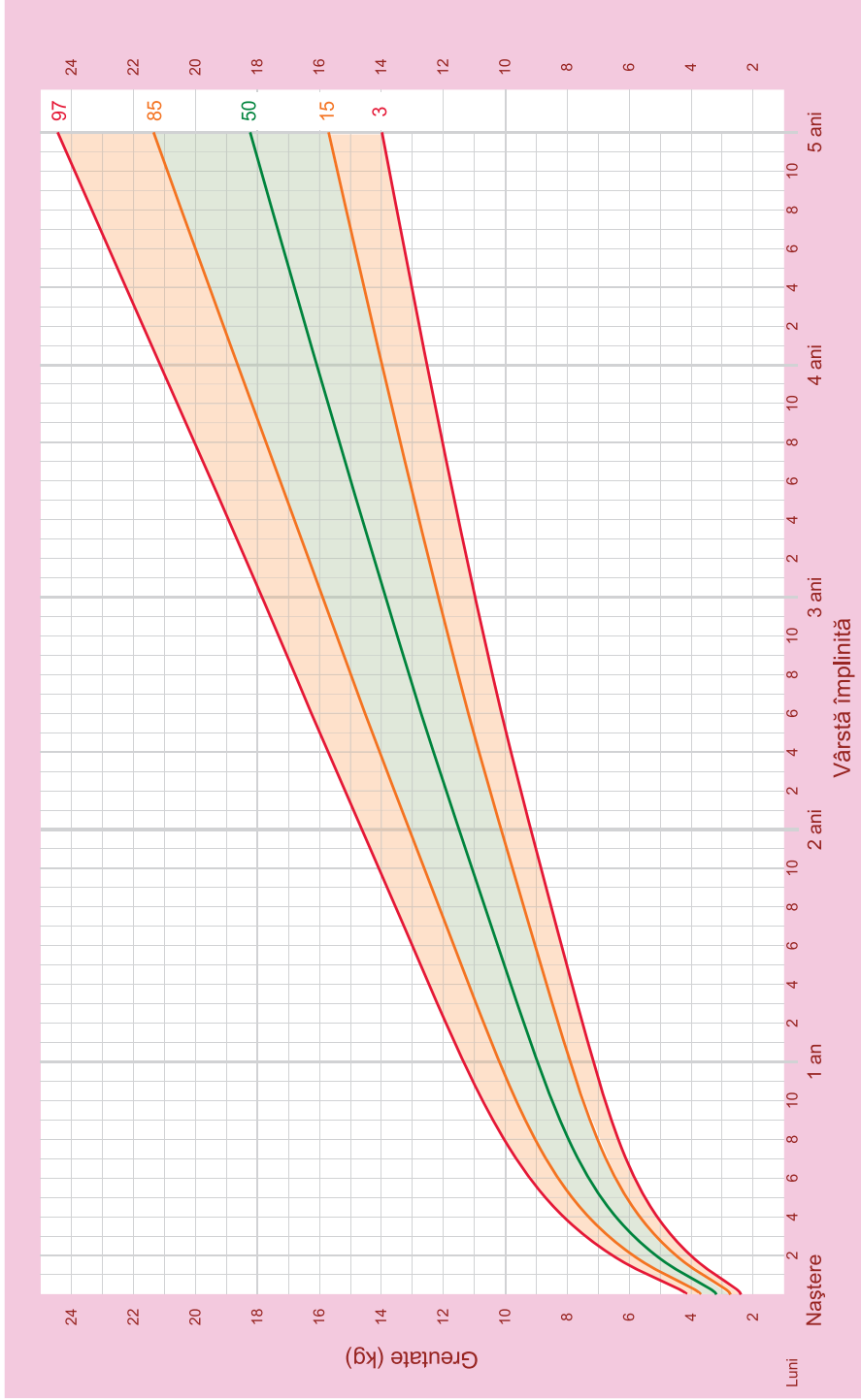
IMC / vârstă / băieți

De la 0 la 5 ani (percentile)



Greutate / vârstă / fete

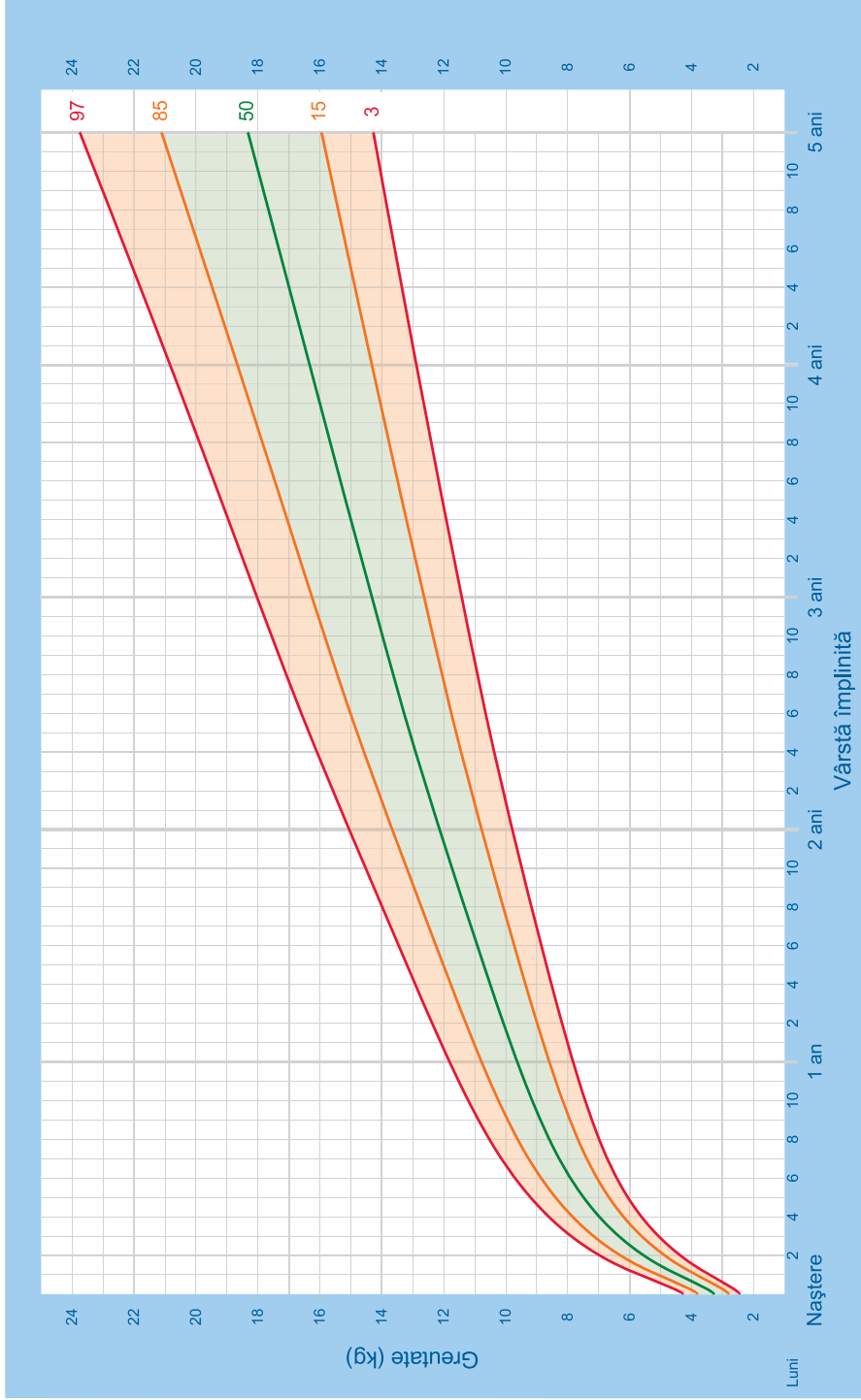
De la 0 la 5 ani (percentile)



WHO Child Growth Standards

Greutate / vârstă / băieți

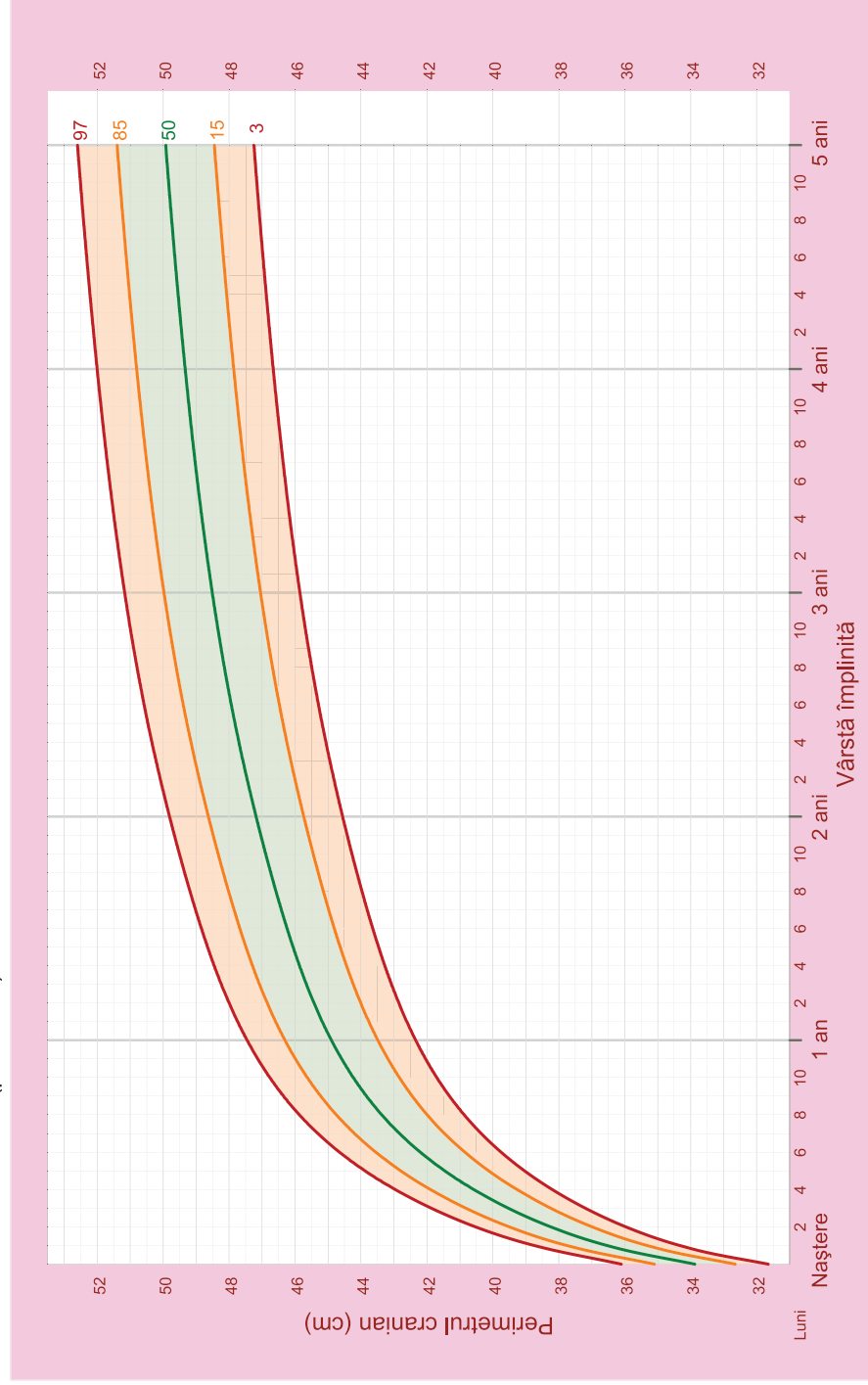
De la 0 la 5 ani (percentile)



WHO Child Growth Standards

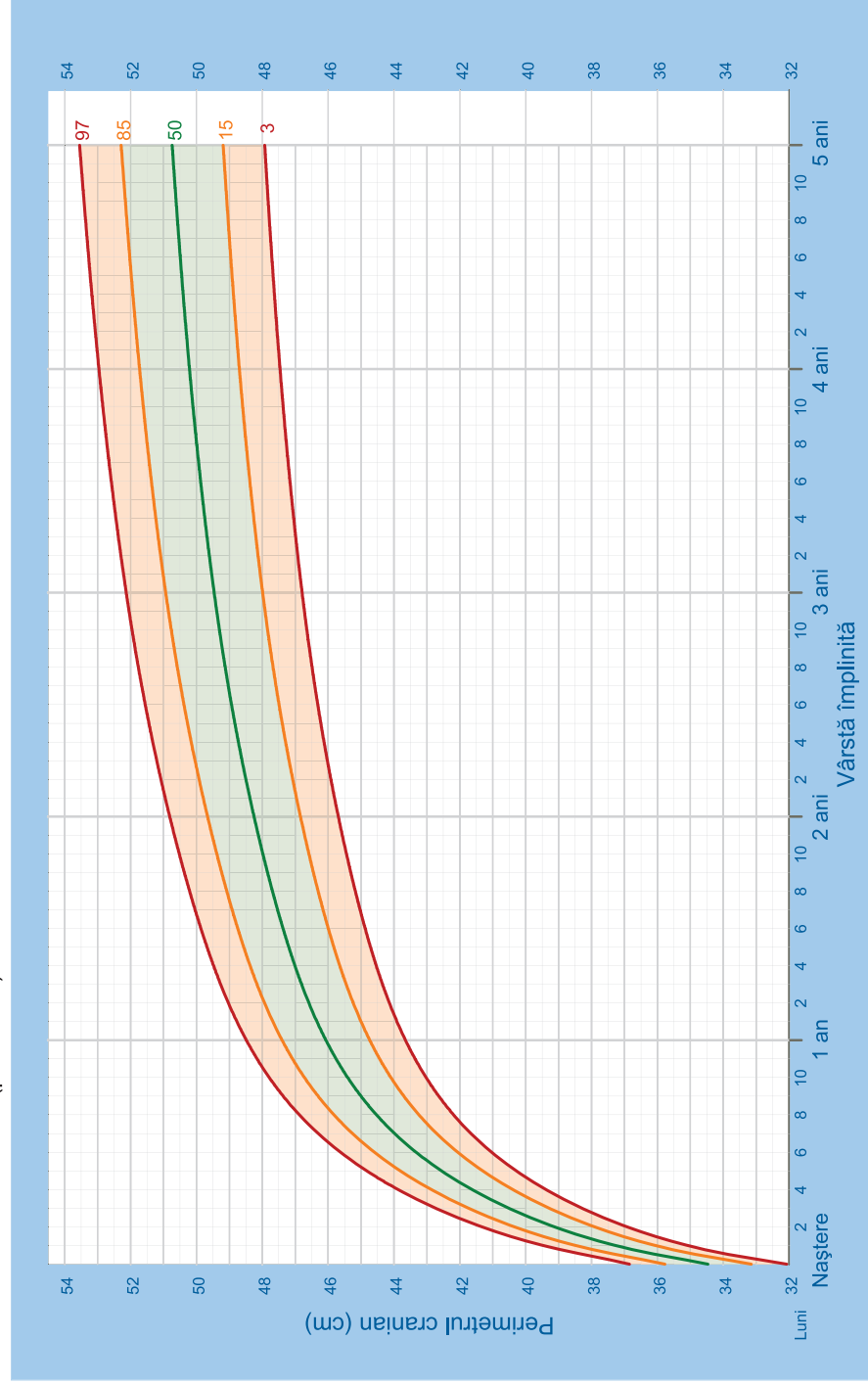
Perimetrul cranian / vârstă / fete

De la 0 la 5 ani (percentile)



Perimetrul cranian / vârstă / băieți

De la 0 la 5 ani (percentile)





Protejează-l de alergii în primii ani de viață. Puiul tău îți va mulțumi!

Alergiile au crescut semnificativ în ultimele decenii, devenind o problemă de sănătate publică. Simptomele unei alergii pot fi eczeme, probleme de digestie sau dificultăți respiratorii. La sugari și copii mici cel mai des întâlnite sunt alergiile la alimente, în timp ce sensibilizarea și alergiile la alergenii din aer apar mai târziu.

Pentru că nutriția din primii ani de viață este foarte importantă în prevenirea alergiilor, Nestlé vă recomandă cea mai avansată formulă Nestlé de lapte de continuare, Nan HA 2 IHA = hipolergenă.

Nan HA 2 conține proteine parțial hidrolizate care reduc cu 50% manifestările alergice în comparație cu formulele standard pentru sugari.

Eficiența Nan HA 2 este dovedită clinic:

-50% 50% mai puține manifestări alergice în timpul primilor 5 ani de viață la copiii cu risc alergic crescut*

-50% 50% mai puține manifestări alergice cutanate la foți copiii în primii doi ani de viață*

*Comparativ cu cei alimentați cu formule tradiționale de lapte

Notă importantă:

Organizația Mondială a Sănătății (OMS*) recomandă ca femeile gravide și cele care tocmai au devenit mame să fie informate despre avantajele și superioritatea alăptării. Ele trebuie să știe că laptele matern este cea mai bună hrană pentru nou-născut și, de asemenea, cea mai bună cale de a-l proteja de boli. Mamele trebuie învățate cum să se pregătească pentru alăptare și cum să întrețină lactația, alimentația bine echilibrată având un rol deosebit atât în perioada sarcinii cât și după naștere. Datorită efectului negativ asupra lactației, trebuie evitată introducerea fără rost a alimentației parțiale la biberon sau a altor băuturi sau mâncăruri. De asemenea, mamele trebuie avertizate asupra dificultăților de a reveni asupra deciziei de a nu alăpta.

* Vezi Codul internațional de comercializare a substituenților laptelui matern adoptat de Adunarea Mondială a Sănătății. Rezoluția AMS 34.22, mai 1981.



Diversificarea alimentației puiului tău trebuie să înceapă cu produse cu un conținut alergic scăzut. Fiecare produs nou trebuie introdus pe rând astfel încât să se poată observa orice eventuală alergie. Din alimentația sugarilor care provin din familii cu istoric alergic, ar trebui excluse în primele luni alimentele cu potențial alergic crescut (soia, grâu, ouă, laptele de vacă etc.)

Alături de laptele de mamă sau formula de lapte hipolergenă, puteți începe diversificarea cu Nestlé Orez cu Roșcove, cereale cu un conținut redus de alergenii, fără lapte, soia și fără gluten care îi asigură bebelușului un meniu nutritiv complet.

Profilaxia rahitismului carențial

Gina Palicari

Medic primar pediatru - Eurosanity

Importanța rahitismului carențial în perioada de creștere

În perioada de sugar și în primii 2-3 ani de viață rahitismul determină deformări osoase (unele ireversibile), favorizează infecții respiratorii repetate, adenoidita cronică, tulburări de ventilație pulmonară, pneumopatii frecvente și grave. Nu sunt de neglijat convulsiile hipocalcemice.

În perioada de preșcolar, școlar și de adolescent, modificările osoase au consecințe importante mai ales în ceea ce privește bazinul fetelor care pot avea dificultăți serioase la naștere.

Definiție

Rahitismul carențial este o tulburare a metabolismului fosfo-calcic determinată de hipovitaminoza D. Această boală de nutriție se manifestă prin deformări osoase, hipotonie musculară, adenoidită, tulburări respiratorii, spasmofilie, uneori hipotrofie staturo-ponderală.

Istoric

Rahitismul carențial este cunoscut încă din antichitate ca boală specifică a copilului. Prima descriere clinică amplă datează din 1650, făcută de medicul englez Glisson. În Anglia, țară cu industrializare rapidă, unde apare un abundent "smog", iar însorirea este redusă, rahitismul carențial era foarte răspândit. De aici derivă și denumirea de "morbus anglicus".

Frecvența rahitismului carențial a scăzut semnificativ odată cu suplimentarea – în numeroase țări - a alimentației cu vitamina D și cu profilaxia generalizată, prin administrarea sugarilor și copiilor mici, a acestei vitamine. De fapt, în cele mai multe țări, prevalența reală a rahitismului carențial nu este cunoscută.

Prevenirea rahitismului carențial

Perioada prenatală

Imediat ce diagnosticul de sarcină a fost stabilit, este foarte importantă respectarea – din toate punctele de vedere – a nevoilor copilului ce se va naște.

În profilaxia rahitismului carențial are un rol esențial, ca și pentru prevenirea

altor boli de nutriție, stilul de viață sănătos al mamei:

- expunere rațională la aer și soare,
- alimentație echilibrată, din care să nu lipsească sursele naturale de calciu (500 ml de lapte sau derivate care să aducă 1000-1200 mg de calciu pe zi) și de vitamina D (pește, unt, smântână),

■ în cazul în care gravida nu mănâncă lactate aducătoare de calciu, i se va suplimenta alimentația cu calciu medicamentos în doza de 1000mg/zi per os, bineînțeles numai la indicația medicului,

■ totodată, este utilă, mai ales în sezonul rece ("lunile cu litera R"), suplimentarea alimentației cu vitamina D (500-1000UI/zi) ca atare sau, preferabil, din preparate farmaceutice speciale pentru gravide, cu conținut echilibrat de vitamine și săruri minerale. Începând din luna a șaptea, suplimentarea fracționată per os cu vitamina D este indicată. În cazurile în care nu se poate conta pe acest aport zilnic, se va administra gravidei, per os, o doză stoss de 200 000 UI vitamina D la începutul lunii a VII-a de sarcină.

Perioada postnatală

Regimul de viață și alimentația sunt de importanță majoră, chiar dacă nu sunt suficiente.

- Este optimă hrănirea exclusiv la sân (fără apă, ceai, sucuri!) până la 6 luni.
- Întărcarea este recomandată după vârsta de un an (OMS indică "la doi ani și peste").
- Stilul de viață și alimentația mamei care alăptează este bine să fie echilibrate, ca și în perioada de sarcină, iar suplimentarea cu vitamina D să respecte aceleași doze ca și pentru gravide.

În profilaxia rahitismului carențial, precum și în multiple alte situații, laptele matern are avantaje mari:

- conține metaboliți activi ai vitaminei D, cu mare biodisponibilitate,
- asigură un raport calciu/fosfor optim pentru absorbția celor două minerale.
- asigură pH acid conținutului gastric și intestinal și este bogat în lactoză,

ATENȚIE !

- Dozele mai mari de 200 000UI pot fi nocive pentru făt.
- Doza stoss profilactică este preferabil să fie administrată în cabinetul medicului de familie.
- Este contraindicată administrarea parenterală care nu prezintă decât dezavantaje.

ambele caracteristici favorizând absorbția calciului și a vitaminei D. Subliniem însă că vitamina D din laptele mamei nu poate acoperi cantitativ nevoile zilnice ale copilului.

■ Când hrănirea la sân este imposibilă (copil adoptat, mamă cu boli cronice grave, alte situații care impun alt tip de alimentație), copilul va primi "formule de lapte". Se va ține seama de faptul că laptele de vacă, respectiv laptele praf tradițional integral, vor fi evitate categoric, cel puțin până la un an!

■ Diversificarea alimentației este oportună în a șasea lună de viață și, în niciun caz mai devreme de vârsta de 17 săptămâni și nu mai târziu de 27 de săptămâni. Nu se va abuza de făinoase, introducându-se, pe cât este posibil, alimente îmbogățite cu vitamina D sau, cel puțin, pe cele reputate a conține în mod natural o cantitate mai mare de coledcalciferol (de exemplu: peștele proaspăt, pescuit în mediu natural care este bogat în acizi grași polinesaturați și vitamina D și este util mai ales în alimentația copiilor cu vârsta mai mare de un an). Margarina, chiar cea cu adaos de vitamine A și D, este de evitat la sugar și copilul mic (are o concentrație mare de acizi grași saturați și de acizi grași în poziția trans) și de folosit rațional în hrana copilului mare. Prezența fibrelor în alimentația de diversificare este utilă, dar se va evita excesul.

■ Este deosebit de utilă înlesnirea mișcărilor active ale copilului încă din primele ore de viață (îmbrăcarea în scutec impermeabil gros și salopetă conferă mari avantaje).

■ Nou-născutul poate fi scos la aer chiar din primele zile de viață, desigur în funcție de greutatea la naștere și de temperatura ambiantă, știut fiind că sugarul sănătos suportă bine temperatura de -10 grade Celsius în zilele fără vânt puternic sau umezeală excesivă. Expunerea la aer favorabilă sănătății se face progresiv, începând cu 15-30 de minute (mai ales în sezonul rece) până la 3-4 ore, în anotimpul cald ajungând la 6, chiar 12 ore zilnic. Pentru copiii care merg fără sprijin, este foarte folositoare mișcarea în aer liber, cu capul acoperit când soarele este puternic.

■ Cura helio-marină este recomandată copilului peste un an, cu multe precauții (fără expunere la soare mai mult de 2-3 ore pe zi, cu capul acoperit, preferându-se primele ore ale zilei, cură optimă de 10 zile, fără administrare de vitamina D timp de câte 10 zile înainte și după cură, precum și în perioada șederii la mare). În același timp, se va ține seama de faptul că recomandarea de folosire a unguentelor care au rol de protecție solară ("fotoprotecție"/"ecran") este din ce în ce mai insistentă, mai ales în cazul copiilor cu nervi pigmentari. Aplicarea acestor pomezi împiedică formarea vitaminei D în piele, deci - în astfel de situații - copiilor cu vârsta între 12 și 18 luni li se va administra în continuare vitamina D

la mare, dar în doze mai mici (200–400 UI/zi sau 600 UI de două ori/săptămână) și nu se va suprima administrarea înainte și după cura helio-marină.

■ Baia/dușul zilnic, stropirile cu apă mai rece care încheie baie, fricțiunile cu prosop aspru, masajul și gimnastica (inițial pasivă, apoi activă) sunt factori de călire a organismului, de creștere a rezistenței la infecții, precum și de prevenire a rahitismului.

■ Condițiile de microclimat nu vor fi neglijate: copiii care locuiesc în camere neaerisite și întunecoase, ca și cei din mediu de fumători au mai frecvent rahitism asociat cu alte îmbolnăviri (diferite tulburări de nutriție, infecții respiratorii frecvente etc.).

Suplimentarea alimentației cu vitamina D

În zonele reci și temperate ale globului, inclusiv în țara noastră, administrarea vitaminei D este obligatorie în prevenirea rahitismului! Ea este utilă după prima săptămână de viață; inclusiv prematurii gavați beneficiază de acest aport. În plus, la vârsta de nou-născut, diagnosticul este foarte greu de stabilit: în afara unor semne biologice caracteristice (pe care nu le căutam decât ca excepție), singurele semne clinice (obligatoriu de căutat!) sunt cele revelatorii pentru hiperexcitabilitatea neuro-musculară.

Deficitul tranzitoriu de hidroxilare hepatică a vitaminei D nu este dovedit a fi prezent la copilul născut cu o greutate mai mare de 1500 g și, deci, nu constituie o contraindicație a începerii profilaxiei antirahitice din a 10–14a zi de viață.

Doza recomandată, de la vârsta de nou-născut până la 18 luni, este de 400–600 UI vitamina D zilnic. Creșterea la 1000–1500 UI/zi, pentru perioade limitate, este necesară în unele situații:

- sugarii mici ale căror mame nu au primit vitamina D profilactic în timpul sarcinii sau sunt subnutrite,
- prematurii și dismaturii, cel puțin în primele luni de viață,
- copiii cu pielea hiperpigmentată,
- sugarii mici (până la 3–4 luni) născuți în anotimpul rece,
- sugarii cu îmbolnăviri acute frecvente, precum și cei cu spitalizări dese/prelungite,
- copiii din medii poluate,
- copiii din condiții de mediu precare,
- copiii care – din diferite motive – se mișcă puțin în aer liber, ies puțin la soare, copiii cu tratament cronic anticonvulsivant (fenitoină, fenobarbital), cu cortizon,

- copiii cu un ritm de creștere rapid sau sugarii distrofici în perioada de recuperare. În astfel de situații se poate ajunge la o doză zilnică de până la 1500 UI/zi, dar nu mai mult de o lună, după care se reia doza de 400–600 UI.

În general, dozele mai mari de 1500 UI/zi sunt rezervate tratamentului de rahitism carențial!

Nou-născuților cu semne de rahitism carențial congenital, mai ales

prematurilor, vitamina D le va fi administrată în doze de 1000–1500 UI/zi de la bun început în asociere cu calciu, cel puțin în prima lună de viață.

Dupa vârsta de 18 luni, vitamina D va fi administrată (per os) numai în perioadele neînscrise ale anului, în lunile cu litera R în numele lor (din septembrie

până la sfârșitul lunii aprilie), până la vârsta de 13–14 ani: zilnic câte 400–600 UI vitamina D din soluție uleioasă sau capsule, de preferat din preparate care conțin și vitamina A.

Profilaxia stoss trebuie să rămână de excepție!

Prevenirea rahitismului cu doze stoss este rezervată exclusiv populațiilor marginale care scapă grav supravegherii medicale. De fapt, necomplianța populației ca fenomen majoritar, este socotită astăzi ca fiind un eșec al medicului în relaționarea cu familia. În astfel de cazuri se recurge la administrarea, în orice caz per os, a câte 200.000 UI de vitamina D în prima lună de viață și apoi la interval de 3–4 luni, în funcție de evoluția copilului, până la împlinirea vârstei de 18 luni.

De la vârsta de 18 luni până la 13–14 ani (limita este stabilită, pentru fiecare copil, în funcție de scăderea ritmului sau de creștere) este suficientă doza de 200.000 UI administrată la începutul iernii.

Și la aceste vârste stoss-profilaxia rămâne rezervată numai cazurilor de excepție; în orice caz, administrarea injectabilă este contraindicată, în afara unor situații bine codificate, de exemplu: malabsorbții și diarei cronice.

Mai ales la gravide nu se recomandă administrarea injectabilă. Experiența medicilor englezi de acum câteva decenii este grăitoare: injectarea a 600.000 UI vitamina D gravidelor a avut ca urmare înregistrarea la sugari a unei "epidemii"

de stenoză aortică. Ateromul adultului – modificarea fibrelor elastice – este demonstrat a fi datorat și dozelor crescute de vitamina D.

Dezavantajele administrării injectabile a vitaminei D sunt multiple:

- metabolismul vitaminei D administrate intramuscular nu este cel fiziologic: o parte din vitamină rămâne la locul injectiei, altă parte pornește spre zonele de activare pe care le solicită brusc; eliberarea vitaminei D este inegală, nerespectând cerințele homeostaziei; în plus, la copil există riscul hipocalcemiei reactive imediate deseori manifestată prin convulsii, precum și riscul intoxicației cu vitamina D, cu mult mai grav decât rahitismul carențial incipient;
- injectia intramusculară reprezintă o agresiune mai ales pentru copii.

Asocierea calciului în profilaxia rahitismului nu este necesară dacă alimentația copilului conține zilnic 500 ml lapte sau derivate conținătoare de calciu și copilul – mai ales cel mare – nu primește alimente bogate în chelatori de calciu (prezente adesea în preparatele alimentare industriale). Copiii care au tratament cronic anticonvulsivant sau cu corticoizi au nevoie de suplimentare cu calciu.

În cazurile care impun administrare de calciu, doza recomandată este de 350–1000 mg/zi pentru ca aportul de calciu elemental să fie suficient. Absorbția este superioară dacă administrarea se face în 2–3 doze zilnic, nu în doză unică.

Prevenirea rahitismului poate fi abordată și din punct de vedere al celor trei tipuri de profilaxie și anume **profilaxie primară, secundară, terțiară**.

- ▶ **Profilaxia primară** constă în informarea populației asupra nevoii de suplimentare cu vitamina D a alimentației oferite sugarului și copilului mic, inclusiv celor alăptați și recomandarea insistentă a acestei administrări. Academia Americană de Pediatrie și forurile de specialitate europene recomandă ferm această modalitate de prevenire a rahitismului carențial.
- ▶ **Profilaxia secundară** constă în administrarea de vitamina D în doze adecvate după diagnosticarea rahitismului carențial subclinic care evoluează spre rahitism clinic în absența introducerii vitaminei antirahitice.
- ▶ **Profilaxia terțiară** înseamnă tratarea copiilor cu **rahitism carențial** în scopul prevenirii complicațiilor ca hipocalcemia și convulsiile.

Concluzia este aceeași: profilaxia primară este esențială.

Aspecte importante:

- Suplimentarea alimentației cu vitamina D este obligatorie în țara noastră: lunile reci sunt numeroase, obiceiurile specifice încă românilor se manifestă și prin înfăolirea copiilor astfel încât contactul tegumentelor cu razele soarelui, chiar cu lumina, este redus.

- Toți copiii din țara noastră au nevoie de administrarea vitaminei D, însă fiecare copil are particularitățile sale, deci tratamentul profilactic trebuie să fie individualizat.
- Singura modalitate fiziologică de administrare profilactică (chiar și curativă) a vitaminei D este în doze fracționate. Numai în cazul familiilor necooperante, în ciuda tuturor încercărilor făcute, se poate folosi stoss-profilaxia.
- Pericolul supradozării vitaminei D este foarte frecvent. Excesul de vitamina D este grav! Acesta poate fi sursa hipercalcemiei care determină frecvent tulburări cerebrale importante. Manifestările clinice (anorexie constantă și serioasă, vărsături, poliurie, litiază renală care poate ajunge la nefrocalcinoză și insuficiență renală) și biochimice ale îmbolnăvirii impun tratament energic, inclusiv corticoterapie, în condiții de spitalizare. Erorile de recomandare a vitaminei D care pot conduce la acest accident sunt numeroase. Vom menționa câteva:
 - deseori, se uită dozajul de vitamina D pe o picătură a preparatului comercial folosit în mod curent și se recomandă câte 4–6 picături/zi dintr-un preparat care are 660 UI/picătură
 - în cazul copiilor hrăniți cu formulă de lapte, uneori se omite faptul că toate formulele au un adaos de vitamina D care trebuie luat în calcul când se recomandă suplimentarea cu preparat farmaceutic
 - în unele situații se recomandă doze terapeutice de vitamina D exagerându-se semnificația unor deformări osteo-articulare izolate care, de fapt, au altă explicație
 - se ignoră faptul că unii copii pot avea craniotabes persistent indus tocmai de supradozarea vitaminei D
 - se mai neglijează și faptul că pe o serie de preparate este înscris conținutul de vitamina D în unități de greutate și nu în UI; să ținem seama de faptul că 100.000 UI = 2,5 mg de vitamina D, deci 5 micrograme = 200 UI.

Adesea se uită că **ORICE COPIL ESTE O PERSOANĂ**, cu particularitățile sale, cu o serie de cerințe specifice, potrivite cu metabolismul și cu stilul de viață.

Să ne adaptăm nevoilor fiecăruia, cunoscând și argumentele acumulate prin cercetările recente în domeniu!

Prevenirea anemiei feriprive

Rodica Nanu

Medic primar pediatru - Medcover

Anemia microcitară hipocromă neregenerativă prin carența marțială este cea mai frecventă anemie a copilului.

Importanța problemei

Anemia carențială feriprivă afectează rezistența la infecții, scade performanțele psiho-afective ale copilului. În țara noastră, studii ale IOMC, pe eșantioane reprezentative pentru întreaga populație de sugari și copii școlari, desfășurate în perioada 1991-2004, demonstrează constant prevalența mult mai mare a anemiei prin carența de Fe decât în țări mai dezvoltate, motiv pentru care, de peste 10 ani, a fost instituit un program special de prevenire a acesteia.

Definiție

Anemia este o boală de nutriție caracterizată prin scăderea concentrației de hemoglobină (Hb) sub valoarea considerată normală în raport cu vârsta; pentru sugari, copii mici și preșcolari, normalul este situat la 11g/dl, pentru copiii mai mari de 5-6 ani – la 12g/dl.

Anemia feriprivă prin carența marțială este o anemie microcitară hipocromă neregenerativă, adică apărută prin defect de producere a hematiilor. Carența în Fe antrenează perturbarea sintezei Hb, în timp ce formarea hematiilor rămâne normală; astfel rezultă o anemie tipic hipocromă.

Istoric

Încă din anul 1500 î.C., în Papirus Ebers, cel mai vechi manuscris cunoscut, este descrisă o boală ce evoluează cu paloare, oboseală, dispnee și se ameliorează după hrănire cu "ierburi" verzi. Unele entități, de exemplu "cloroza", au fost descrise amănunțit în secolul al șaisprezecelea al erei noastre; tratamentul cu fier (Fe) a fost propus de Sydenham cu un veac mai târziu.

Prevenire

Profilaxia carenței marțiale în perioada prenatală:

- alimentația echilibrată a mamei este foarte importantă, ca și în prevenirea altor deficiențe ale nou-născutului; se recomandă să nu lipsească legumele verzi, fructele variate, cât mai colorate, ouăle, carnea;

- controlul sistematic al Hb, mai ales după a cincea lună de sarcină, contează mult în monitorizarea statusului Fe al mamei;
- suplimentarea alimentației mamei cu un preparat farmaceutic administrat din al doilea trimestru al sarcinii; dacă Hb mamei este peste 11g/dl – Fe 30-60 mg/zi a devenit practică obișnuită; în cazul în care Hb este sub 11g/dl, indiferent de vârsta sarcinii, se instituie tratamentul anemiei cu Fe în doza de 60-100 mg/zi, la care se adaugă și acid folic (0,4-5mg/zi, în funcție de vârsta sarcinii).

Profilaxia carenței marțiale în perioada postnatală

- ligaturarea târzie a cordonului ombilical, după încetarea pulsațiilor acestuia asigură transferul a 40-60 mg Fe;
- alăptarea precoce (din primele minute după naștere) și prelungită (exclusiv sân până la 17-27 săptămâni, înțarcare după 2 ani) favorizează creșterea capitalului de Fe al sugarului; în cazul în care hrănirea la sân este imposibilă, se va opta pentru o formulă de lapte cu conținut mai mare în Fe (0,8-1,2mg/100ml lapte reconstituit pentru sugarii născuți la termen și 1,2-1,5 mg/100ml lapte pentru prematurii cu vârsta mai mare de 4 luni), preferabil cu adaos de lactoferină plus sau minus taurină;
- diversificarea alimentației în a șasea lună de viață va fi făcută cu alimentele potrivite vârstei, din care legumele și fructele variate vor avea un loc important, alături de cerealele fortificate cu Fe; din a șaptea lună, alimentația va cuprinde carne, apoi gălbenuș de ou, alimente bogate în Fe; pentru alimentația copiilor cu vârsta mai mare de 18-24 luni, sunt – de asemenea – de dorit cereale și alte produse îmbogățite cu Fe;
- suplimentarea cu preparate farmaceutice este încă de mare însemnătate în țara noastră. Pentru prematuri, gemeni, dismaturi, copii ai mamelor cu anemie sau cu hemoragii importante la naștere, sugari cu tulburări digestive, cu infecții recurente, cu un ritm de creștere rapid este nevoie de începerea acestei suplimentări din a doua lună de viață; doza utilă este de 1-2mg / Kgcorp/zi Fe elemental, iar administrarea este necesară până la 12-18 luni; în funcție de particularitățile reactive ale copilului și ale modului de viață.

Pentru toți sugarii normoponderali, născuți la termen, este foarte importantă suplimentarea sistematică din a cincea lună de viață, în aceeași doză de 1-2 mg/Kgcorp, aproximativ 10-25 mg/zi, pe o perioadă de minimum 3 luni până la vârsta de 1-2 ani.

Se recomandă preparate farmaceutice condiționate ca sirop sau picături, niciodată drajeuri. Administrarea optimă este între supturi/mese sau înaintea unei mese, preferabil în doză unică, preparatul cu Fe fiind asociat cu 4-5 ml de suc de fruct/legumă sau cu vitamina C 50-100 mg. Această modalitate asigură o mai bună

absorbție a Fe.

Menționăm totuși că există, inclusiv în țara noastră, familii ai căror copii nu necesită suplimentare preventivă cu preparat marțial. Nu mai este nevoie de profilaxie dacă medicul familiei este convins că mama și sugarul nu au deficit de Fe:

- anamneza atestă că alimentația mamei/a familiei este echilibrată, bogată în legume variate care le include pe cele verzi și galbene, în ou, carne;
- Hb este minimum 12g/dl iar hematocritul minimum 35% atât pentru gravida și mama care alăptează, cât și pentru sugarul de 4-5 luni.

Aspecte practice importante

- Profilaxia anemiei carentiale a copilului este foarte importantă pe plan internațional, dar cu atât mai mult în țara noastră unde este dovedită, repetat, prevalența crescută.
- În diagnosticarea anemiei, paloarea tegumentelor și a mucoaselor este adesea înșelătoare. O falsă paloare au copiii cu pielea foarte albă constituțional. Conjunctivele sunt uneori hiperemiate (conjunctivite, iritații determinate de poluare) și nu se mai poate observa paloarea. O semnificație incomparabil mai mare o are paloarea lobului urechii și mai ales a palmelor, dar aceasta este evidentă când anemia este accentuată.
- Excesul de examene de laborator care necesită sânge venos, mai ales în primele luni de viață, este de natură să crească riscul de apariție a unei anemii hipocrome sau să o agraveze pe cea preexistentă. Nu trebuie uitat că 2 ml de sânge conțin 1 mg de Fe, adică o cantitate egală cu necesarul zilnic al sugarului de 6-12 luni.
- Numeroase familii au optat, mai ales în ultima vreme, pentru regimul vegetarian, pe care îl oferă inclusiv celor mici. Această alimentație nu poate asigura nevoile de Fe ale copilului, indiferent de vârsta sa, mai ales ale sugarului. Dacă familia nu poate fi convinsă asupra neajunsurilor acestei modalități de hrănire, se impune mărirea dozei profilactice de Fe la nivelul considerat maxim (25 mg/zi) și a duratei de administrare.
- În cazul alimentației ovo-lacto-vegetariene, situația este diferită. Nu este anemiantă o dietă echilibrată, bogată în principii nutritive provenite din vegetale foarte variate, la care se adaugă ouă și lactate, toate pregătite astfel încât să se favorizeze absorbția Fe alimentar. Experiența Institutului pentru Ocrotirea Mamei și Copilului "Alfred Rusescu" (în perioada 1996-2006) se înscrie în acest sens. Studiarea unei populații dintr-o comunitate care respectă de mai multe generații alimentația ovo-lacto-vegetariană a dovedit că prevalența anemiei carentiale este mult mai mică decât în populația generală (nu a depășit în niciun an 20% la toate grupele cu

vârsta de peste doi ani).

- În familiile cu un caz de talasemie, chiar minoră, este deosebit de oportună investigarea sugarului (hemograma din sânge capilar, cu frotiu pentru observarea aspectului hematiilor). În cazul în care copilul are semne de talasemie, nu se va suplimenta alimentația cu un preparat farmaceutic care conține Fe, ci cu acid folic (0,4-1mg/zi), iar diversificarea alimentației va fi atent supravegheată în sensul echilibrului alimentar și al prezenței alimentelor bogate în Fe, în combinații care să crească biodisponibilitatea (de ex.: gălbenuș de ou fiert tare+ piure de cartofi).
- Hemoragiile oculte sunt relative frecvente, adesea ignorate. Intoleranța la proteinele laptelui de vacă determină uneori semne minore, dar care nu trec neobservate dacă se acordă atenție unor manifestări ce pot fi provocate de această particularitate a unui sugar. Se înscriu erupțiile cutanate, predominant faciale, chiar discrete, apărute după hrănirea sugarului cu preparate ce conțin lapte de vacă, inclusiv formule de lapte pentru sugari.
- Preparatele farmaceutice cu Fe sunt deseori constipante. Acest efect secundar neplăcut poate fi amendat dacă medicamentul cu conținut marțial se administrează în 4-5 ml de suc de morcov crud, cunoscut ca laxativ. Începând de la 6-7 săptămâni se poate da – ca "laxativ" – suc de morcov, nu mai mult de 5 ml, fără a se considera începutul diversificării.

Să nu uităm!

- În țara noastră prevalența anemiei copilului este foarte mare.
- Dovada este adusă de studii pertinente ale Institutului pentru Ocrotirea Mamei și Copilului "Alfred Rusescu" (1991-2004) pentru vârsta mică, precum și pentru copiii de 6-7 ani.
- În plus, este cunoscut faptul că pentru fiecare copil cu anemie patentă, mai există – în aceeași populație – încă un copil cu anemie latentă, pusă în evidență cu ocazia unei îmbolnăviri acute sau sângerări.
- Carența marțială este o tulburare cronică de nutriție care deteriorează sănătatea fizică și psiho-afectivă a copilului.

Iată suficiente argumente în favoarea practicării prevenirii anemiei feriprive.

Indicații terapeutice

Tratamentul carentei latente de fier și a anemiei feriprive (carența de fier manifestă).

Profilaxia carentei de fier pentru a acoperi aportul zilnic recomandat femeilor în timpul sarcinii și alăptării, precum și la copii, adolescenți, femei fertile, adulți (ex. vegetarieni și vârstnici).

Doze și mod de administrare

Doza și durata tratamentului depind de severitatea carentei de fier. Copii până la 1 an: Anemie feriprivă: 10-20 picături/zi. Profilaxie: 2-4 picături/zi. Copii între 1-12 ani: Anemie feriprivă: 20-40 picături/zi. Profilaxie: 4-6 picături/zi. Copii peste 12 ani, adulți, femei care alăptează: Anemie feriprivă: 40-120 picături/zi. Profilaxie: 4-6 picături/zi. Gravide: Anemie feriprivă: 80-120 picături/zi. Profilaxie: 20-40 picături/zi. Prematuri: 1-2 picături/kg corp/zi. Doza zilnică poate fi divizată sau nu în mai multe doze. Ferrum Hausmann® trebuie administrat în timpul mesei sau imediat după masă. Ferrum Hausmann® poate fi amestecat cu sucuri de fructe și legume sau administrat cu biberonul. O ușoară colorație nu afectează nici gustul nici eficacitatea.

Contraindicații, atenționări și precauții speciale

Hipersensibilitatea la oricare dintre componentii produsului. Cazuri de supraîncărcare cu fier (ex: hemocromatoză, hemosideroză), tulburări în metabolismul fierului (anemia saturnină, anemia sideroacetică, talasemia, etc.) și alte anemii care nu sunt cauzate de carența de fier (ex: anemia hemolitică). Informație pentru diabetici: 0,01 unități de pâine/ml picături, soluție orală. În cazul anemiilor datorate infecțiilor sau afecțiunilor maligne fierul substituit este stocat în sistemul reticulo-endotelial, din care este mobilizat și utilizat numai după tratarea afecțiunilor primare.

Reacții adverse

Ocazional pot apărea iritații gastrointestinale: senzație de plenitudine gastrică, presiune în regiunea epigastriacă, greață, constipație sau diaree. O colorare în negru a fecalelor nu are semnificație clinică.

Interacțiuni cu alte produse medicamentoase, alte interacțiuni

Până în prezent nu au fost observate interacțiuni.

Pentru informații suplimentare contactați: Reprezentanța Vifor (International) Inc. Tel: 0264 449 556 Fax: 0264 550 230. E-mail: office@viforint.ro

Ferrum Hausmann®

Complex de hidroxid de fer(III)-polimaltoză

este +++ diFerit

Pentru copii

- ◆ Fierul de calitate elvetiană cu peste 25 ani de experiență internațională
- ◆ Fierul ideal pentru profilaxia anemiei feriprive
- ◆ Fierul preferat de copii⁽¹⁾



(1) Walter T et al. Tolerance and acceptability in infants of Iron Polymaltose complex. Dev. Med. 9, 2005, 429-431

Fluorul – pro sau contra?

FLORIAN DOGIOIU

Medic primar stomatologie generală

Fluorul

- este un halogen.
- este încorporat în substanțe pe care le utilizăm tot timpul, cum ar fi apa și pasta de dinți.
- intră în compoziția țesuturilor dure ale organismului (cartilaje, oase, dinți) și a fluorurii de sodiu.
- are un rol important în prevenirea cariei dentare prin înlocuirea grupării hidroxil din hidroxi-apatită, aceasta transformându-se în fluor-apatită, o substanță din compoziția smalțului dentar. Prin această transformare, smalțul devine mult mai rezistent la atacul cariogen, acid.
- inițiază demineralizarea dinților și se absoarbe pe suprafața smalțului acolo unde acesta e demineralizat. Prezența fluorului pe suprafața dintelui atrage ionii de calciu, rezultând formarea unei matrici mai solide.
- inhibă capacitatea bacteriilor de a forma acizi, implicit scade incidența cariilor dentare.

N.B.: Formarea dinților are loc până la vârsta de 15 ani. Transformarea hidroxi-apatitei în fluor-apatită se poate face numai în perioada de formare a dinților, deci după vârsta de 15 ani administrarea internă, sub formă de tablete cu fluor, nu mai are niciun efect asupra structurii, compoziției smalțului dentar.

Administrare

- **internă** (până la vârsta de 15 ani, sub forma de tablete cu fluor)
- **externă** (după vârsta de 15 ani).

Administrarea internă se face sub formă de tablete sau picături de Fluor începând cu vârsta de 2 săptămâni până la vârsta de 15 ani. Se recomandă dizolvarea tabletei într-o linguriță cu apă sau se va administra direct în gură, de preferat în timpul mesei sau cu 1 oră înainte sau după o masă ce conține lapte. Dacă se decide utilizarea tabletelor combinate care conțin și colecalciferol (Fluor-Vigantolletten), se va ține cont de doza de vitamină D administrată pentru profilaxia rahitismului, precum și de conținutul în colecalciferol al altor preparate de lapte sau vitamine administrate sugarului).

Dozele recomandate de fluor pentru țări ca România, unde apa nu este îmbogățită cu fluor, sunt:

- 0.25 mg/zi de la 2 săptămâni la 2 ani
 - 0.50 mg/zi până la vârsta de 3 ani
 - 0.75 mg/zi până la vârsta de 4 ani
 - 1 mg/zi până la vârsta de 14-15 ani.
- După vârsta de 12 luni, administrarea fluorului se face sub forma preparatelor simple de fluor (de exemplu Zymafluor, care se prezintă sub două forme: de 0,25 mg și de 1 mg fluor).
 - Trebuie avută în vedere posibilitatea unor surse adiționale de fluor (sare de bucătărie sau apă fluorurată) pentru a evita supradozarea, de aceea întotdeauna administrarea fluorului trebuie controlată și dozată de echipa formată din medicul de familie, pediatru și stomatolog.
 - Tabletele nu trebuie înghițite, ci lăsate să se dizolve lent în gura deoarece dinții preiau direct fluorul conținut în salivă. Administrarea Zymafluorului trebuie făcută în mod alternativ, pe partea stângă și apoi la următoarea tabletă pe partea dreaptă a cavității bucale, de preferat seara, după spălarea dinților, ceea ce permite menținerea unei concentrații crescute de fluor pe o perioadă mai mare de timp.

Aspecte practice importante:

- Administrarea internă a fluorurii (tablete și picături) obligă la respectarea riguroasă a continuității; uitarea repetată a administrării este nefavorabilă.
- Dozele de fluoruri recomandate mai sus pot fi scăzute, în unele cazuri chiar suprimate, dacă spălarea dinților se face corect cu pastă de dinți cu fluoruri (specială pentru copii), începută de la apariția primului dinte, repetată de două ori pe zi.
- Numeroase familii cu sugari sau copii mici își petrec luni sau ani în țări în care apa, uneori și sarea, sunt îmbogățite cu fluor; dozele provenite din preparatul farmaceutic vor fi strict individualizate.

Administrarea externă se face după vârsta de 15 ani prin următoarele metode:

- fluorizare locală (prin aplicare de lacuri sau geluri cu fluor)
- clătiri cu soluții cu fluor.

N.B. După ani de studii clinice aprofundate și temeinice, ADA (American Dental Association) a ajuns la concluzia că administrarea corectă a fluorului la copii nu determină niciun fel de reacții adverse și, datorită acestei administrări, incidența cariei dentare scade cu 80% !!! Dorim să încurajăm în acest fel administrarea corectă a fluorului la micuți.

Bibliografie selectivă

- *** ANEMIA.ORG, Prevention of iron Deficiency Best Option for Management of Anemia in Infants and children, Pediatr Nurs, 2003, 29, 127-123
- *** IOMC "Alfred Rusescu" Statusul nutrițional al copiilor în vârstă de până la 5 ani, Editura MarLink, București, 2006
- *** IOMC "Alfred Rusescu" Protocoale în îngrijirea copilului. Vol.I.Ed. a 2-a, Editura Coloana Infinitului, București, 1999
- *** Principii în alimentația copilului și a gravidei, editia a doua, București, Ed. Marlink, 2007
- "Les suppléments de vitamines D chez les nourissons allaités au sein – Recommandation de Santé Canada, 2004", <http://www.santecanada.ca/nutrition>
- Agenda medicului de familie 2006
- Agenda medicului de familie 2008
- American Academy of Pediatrics, Committee of Nutrition, Pediatric Nutrition Handbook, 4th ed. Elk Grove Village, vol. 1998, 15, 275,
- Angheliescu I., Costache L., Ganea L., Gurghian F. - Ghidul tinerelor mame, București, Ed. RoMedia, 2007
- Barrueto Jr., Wang-Flores Helena H., Howland Ann M., Hoffman R.S., Nelson L.S., Pediatrics, 2005, 116, 453-456
- Baza legislativa Indaco
- Brugnara C. Iron Deficiency and Erythropoiesis: New Diagnostic Approaches, Clin Chem, 2003, 49, 1573-1578
- Căpraru E., Căpraru H. - Mama și copilul, Ediția a VI-a (revizuită), 2007.
- Ciofu E. P., Ciofu C. (sub redacția) - Esențialul în pediatrie, 2002
- Davenport M.L., Uckun A., Caliloglu A.S., "Pediatrician Patterns of Prescribing Vitamin Supplementation for Infants: Do They Contribute to Rickets?", Pediatrics, 2004, 113, 179-180
- Gartner L.M., Greer E.R., and Section on Breastfeeding and Committee on Nutrition, "Prevention of rickets and vitamin D deficiency: New guidelines for vitamin D intake", Pediatrics, 2003, 111, 908-910
- Georgescu A. (coordonator) Compendiu de pediatrie, ed. all-a adaugita si revizuita, Ed. BIC ALL 2005, p.500-543 (autori capitol: Ioana Anca, Oana Racovitan
- Georgescu A., Ciofu E.P. - Ghiduri și protocoale în pediatrie: volum de ghiduri și rezumate, Amaltea 2008, Lucrare publicata la Conferinta Nationala de Pediatrie, 2008,
- Geormăneanu M., Walter-Roșianu A., Tulburările digestive și îmbolnăviri diareice la sugar și copil, Editura Medicală București 1987
- Greenbaum L.A. Micronutrient Mineral Deficiency Cap. 51, în Nelson Textbook of Pediatrics , Ed XVIII, Saunders/Elsevier, New York, 2007
- Greer E.R., Krebs Nancy F., "Optimizing Bone Health and Calcium Intakes of Infants, Children and Adolescents", Pediatrics, 2006, 117, 578-585
- Harrison, C.V., Handbook of paediatrics in developing countries, Ed.Oxford University Press Southern, Africa, Cape Town, sith edition, 2006
- http://dieta.romedic.ro/diete/Alaptarea_-_alimentatia_la_san_0718/Caracteristicile_laptelui_uman_01918.html
- http://dieta.romedic.ro/diete/Alimentatia_artificiala_-_formule_de_lapte_0611/Laptele_matern_v_formule_de_lapte_01839.html
- http://medic.pulsmedia.ro/article--util-hranirea_ideala_a_copii_in_primele_6_luni_de_viata--3234.html
- <http://www.medscape.com/viewarticle/582434?ssdmh=dm1.397213&src=nldne>
- http://www.presspro-medic.ro/article--Practic-Hranirea_cu_substitute_de_lapte_matern_a_copilului_cu_varsta_mai_mica_de_6_luni--4237.html
- http://www.presspro-medic.ro/article--Practic-Hranirea_ideala_a_copii_in_primele_6_luni_de_viata--3617.html
- http://www.presspro-medic.ro/article--Util-Diversificarea_alimentatiei_la_sugar-principii_si_metode--3200.html
- <http://www.sakura-center.ro/laptele-matern-de-ce-alimentatia-la-san-este-importanta>
- http://www.sfatulmedicului.ro/articole/Pediatrie/Alimentatia_naturala_a_sugarului_alaptarea_1465.html
- ILIESCU A., GAFAR M. - CARIOLOGIE și ODONTOTERAPIE RESTAURATOARE, Ed. Medicală, București, 2003
- Kliegman R.M., Stanton Bonita F., Jenson H.B. Behrman R.E. "Nelson Textbook of Pediatrics", 2007, P.V. Nutrition, Ch. 48 Rickets and Hypervitaminosis D, Saunders Book Company
- Kreiter S.R., Schwartz K.P., Kirkman H.N., Charlton P.A., Caliloglu A.S., Davenport M.L. "Nutritional rickets in African American breastfed infants", J.Pediatr.2000,137,153-157
- Lind T., Lönnerdal B., Persson L.-Å., Stenlund H., Tennefors Catharina, Hernell O., Effects of weaning cereals with different phytate contents on hemoglobin, iron stores and serum zinc: a randomized in infants from 6 to 12 mo of age, Am J Clin Nutr, 2003, 78, 168-175
- Ministerul Sănătății - Comitetul național de promovare a alăptării - Strategia în domeniul promovării alăptării (2003-2012)
- Pediatrics, 2004, 113, 71; www.pediatrics.org/cgi/content,
- Peng L.F., Serwint R. Janet, "A comparison of breastfed with nutritional rickets who present during and after the first year of life", Clin. Pediatr. (Phila), 2003, 42, 711-727
- ROMEDIC GHID MEDICAL ONLINE
- Spence J.T., Serwint R. Janet, "Secondary Prevention of Vitamin D-Deficiency Rickets",
- Stănescu A., Modele culturale în alimentație și anemia copilului, teză de doctorat susținută în mai 2006
- Ulrich Christina, Wu Ann, Armsby Carrie, Rieber Sarah, Wingerter Sarah, Brugnara C., Shapiro D., Bernstein H., Screening Healthy Infants for Iron Deficiency Using Reticulocyte Hemoglobin Content, JAMA, 2005, 294, 924-930
- UNICEF- Reprezentanta în România, Ministerul Sănătății Publice, Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului "Alfred Rusescu" - Alimentația copilului și gravidei; ghid practic pentru moașe și asistente, București, Ed. Marlink, 2007
- UNICEF-IOMC „Alfred Rusescu” - Programul Național de Supraveghere Nutrițională 1993-2000, Ed. MarLink, 2002
- UNICEF-IOMC „Alfred Rusescu” - Protocoale de diagnostic și îngrijiri în asistența primară - vol. 2, pg. 53-66, Ed. MarLink, 2003
- VALCEANU A. - ESTETICA ÎN MEDICINA DENTARĂ, Ed. Brumar, Timișoara, 2004 .
- ZARNEA L. - PEDODONTIE, Ed. Didactică și Pedagogică București, 1983

CUPRINS

Introducere.....	3
Argument.....	4
Glosar de termeni.....	8
Elemente generale de nutriție a sugarului.....	9
Avantajele alăptării.....	9
Compoziția laptelui matern	12
Tehnici de alăptare.....	13
Alimentația sugarului în primele 6 luni de viață	18
Nevoi nutriționale ale sugarului.....	27
Alimentația cu formulă de lapte - avantaje și dezavantaje.....	28
Ce spunem părinților	30
Evaluarea stării de nutriție	32
Profilaxia rahitismului carențial	41
Prevenirea anemiei feriprive	48
Fluorul-pro sau contra?	53
Bibliografie selectivă	55