

La lactancia materna es el mejor alimento para el niño



Nestlé®

NAN®

Comfort



Fórmula infantil diseñada para trastornos digestivos menores, en especial el cólico infantil.

Información exclusiva para profesionales de la salud.





Contenido

Cólico Infantil

3

Definición

Origen

El rol fundamental de la microbiota intestinal

Características de la fórmula infantil NAN Comfort de Nestlé

6

L reuteri se encuentra naturalmente presente en la leche materna y coloniza el intestino de los bebés. ^{14,15,16,17,18,19}

L reuteri mejora el proceso de maduración y adaptación del tracto digestivo y respalda el patrón de motilidad gástrica. ^{20,21}

NAN Comfort con *L reuteri* demostró reducir los cólicos y el tiempo de llanto durante los primeros meses de vida. ²²

NAN Comfort con *L reuteri* demostró ayudar a regular la digestión y el dolor abdominal. ^{24,25,26}

Bajo contenido de lactosa

12

El bajo contenido de lactosa mejora los síntomas del cólico infantil causado por la inmadurez funcional del tracto gastrointestinal. ^{27, 28,29}

El bajo contenido de lactosa mejora la tolerancia digestiva en los bebés con deficiencia secundaria de lactasa por diarrea aguda. ³⁰

Opti Pro® HA: Proteína de suero parcialmente hidrolizada

13

La proteína de suero parcialmente hidrolizada Opti Pro® HA no forma coágulos en el estómago. ³¹

La proteína de suero parcialmente hidrolizada Opti Pro® HA reduce el tiempo de vaciamiento gástrico. ³²

La proteína de suero parcialmente hidrolizada Opti Pro® HA promueve heces más blandas. ³³

La proteína del suero parcialmente hidrolizada Opti Pro® HA fomenta el desarrollo de un microbioma intestinal saludable con predominio de bifidobacterias. ^{34, 35}

La proteína de suero parcialmente hidrolizada Opti Pro® HA produce una incidencia significativamente menor de cólico infantil y síntomas gastrointestinales. ^{36, 37, 38}

Tabla de Información Nutricional

16

Referencias

18

Cólico Infantil

Definición

El cólico infantil es una condición relacionada con la inmadurez funcional del tracto gastrointestinal de los lactantes. Según los criterios de Roma III ¹, para hacer el diagnóstico de cólico infantil se requieren los siguientes criterios que pueden aparecer desde el nacimiento hasta los 4 meses de edad:

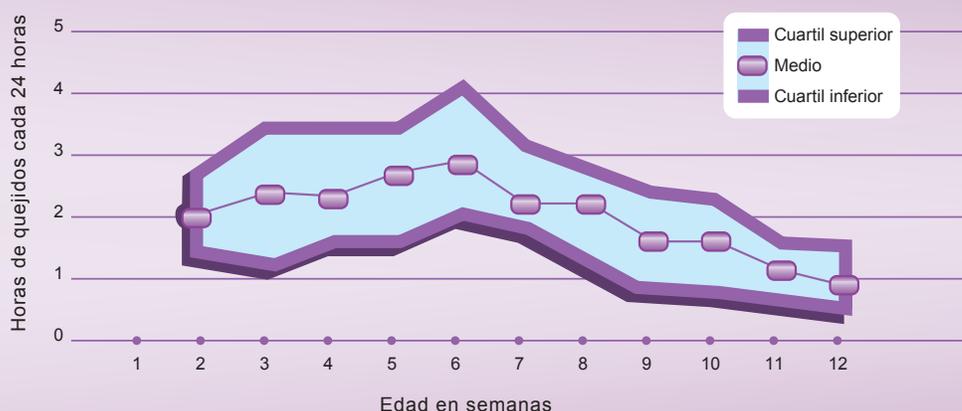
- Crisis de llanto o irritabilidad paroxísticas que comienzan y cesan sin causa aparente.
- Duración de 3 o más horas, ocurren más de 3 veces por semana, mínimo 1 vez por semana.
- No hay falla de crecimiento.

Estos lactantes habitualmente presentan otros síntomas gastrointestinales asociados como dificultades en las evacuaciones intestinales (disquezia o estreñimiento), diarrea y/o flatulencia.

Esta condición se da hasta en el 40% de los bebés –tanto los amamantados como los alimentados con fórmula infantil- durante los primeros 4 ó 5 meses de vida. ^{2, 3, 4, 5}

Como los bebés continúan creciendo sanos, no se considera una enfermedad; sin embargo, el llamado 'cólico de los tres meses' es una experiencia sumamente frustrante para los padres.

El cólico es un gran problema para los bebés y alcanza su pico alrededor de las 6 semanas de vida.⁵





Origen

La inmadurez funcional del tracto gastrointestinal aparece como el principal origen del cólico infantil.^{6, 7, 8, 9}

La causa del cólico infantil aún no se conoce por completo, pero está generalmente aceptado que su etiología es multifactorial. La observación de que el cólico infantil desaparece de forma natural después de los primeros 4 o 5 meses de vida respalda la hipótesis de una maduración retardada del sistema digestivo.

LA INMADUREZ FUNCIONAL CON FRECUENCIA AFECTA:

- La colonización bacteriana del intestino
- La motilidad intestinal
- El sistema inmunológico gastrointestinal y la barrera mucosa
- La actividad de las enzimas digestivas (especialmente la lactasa).

La deficiencia transitoria de lactasa determina más lactosa sin digerir, creando una fermentación colónica excesiva, que produce síntomas clínicos tales como flatulencia, dolor abdominal y diarrea.

El rol fundamental del microbioma intestinal

Un microbioma intestinal saludable constituye un factor clave para respaldar el proceso de maduración y adaptación de la función digestiva y para reducir el malestar gastrointestinal en la infancia.^{8,9,10, 11, 12,13, 14}

Cada vez se evidencia más que un microbioma intestinal saludable desempeña un rol fundamental en la modulación de la fisiología de la mucosa, la función de barrera y las respuestas inflamatorias. Los mecanismos específicos mediante los cuales las bacterias intestinales pueden reducir los malestares gastrointestinales, tales como la incidencia del cólico infantil, aún no se conocen en su totalidad.

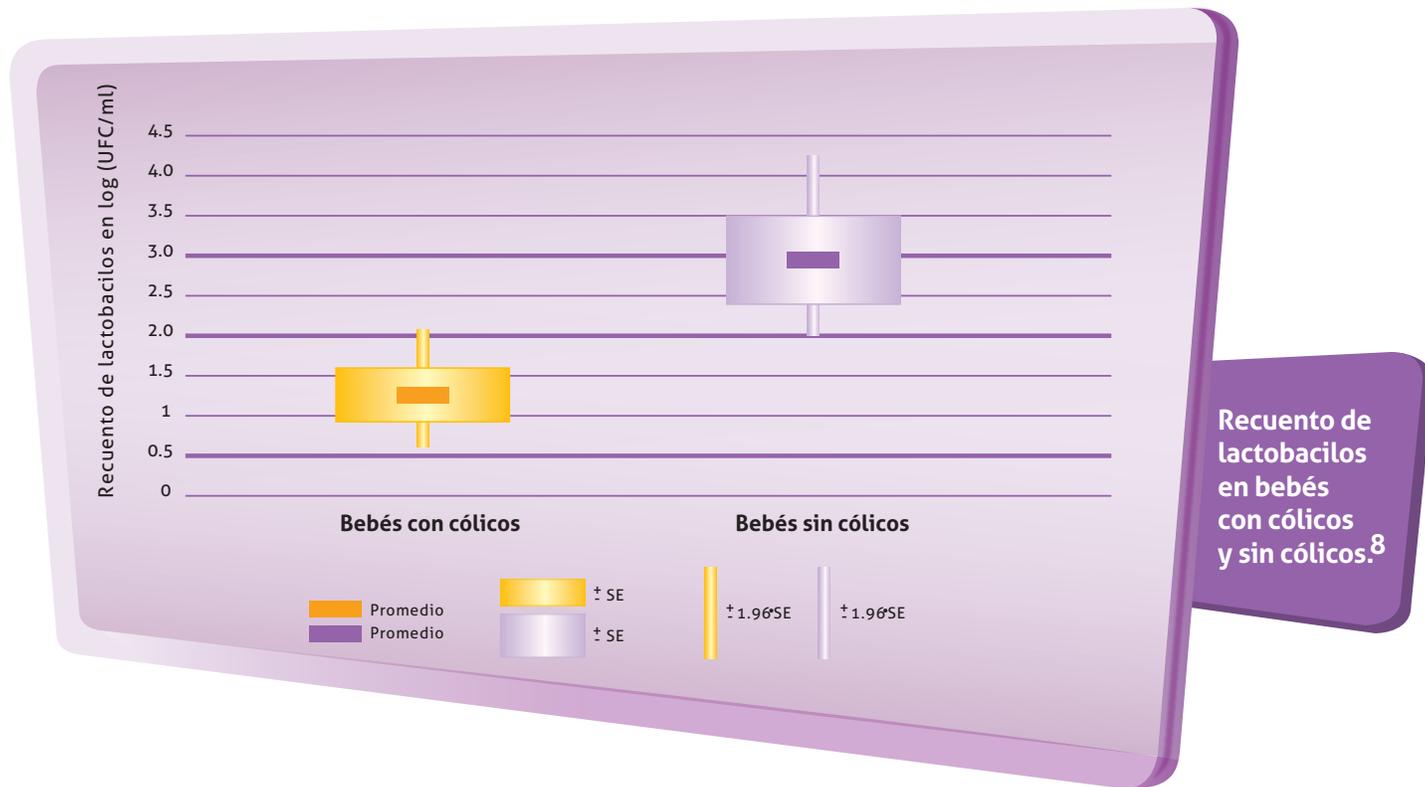
Los posibles mecanismos son los siguientes:

- **Influencia sobre la función motora del intestino a través de la capacidad de ciertas bacterias para activar receptores tipo peaje o tipo "toll" ubicados en las células epiteliales del intestino.**

- Modificación de la motilidad intestinal por parte de ácidos grasos de cadena corta producidos por ciertas bacterias.
- Ejecución de la función de barrera intestinal.
- Influencia sobre la duración del tránsito en el colon debido al mayor volumen de bacterias en las heces.

Se ha demostrado que las bifidobacterias y los lactobacilos saludables (también llamados “bacterias probióticas”), que predominan en los bebés amamantados exclusivamente con leche materna, poseen una influencia positiva sobre la función digestiva durante esta etapa de maduración y adaptación; de ahí surge el interés de incorporar tales bacterias probióticas en la alimentación de los bebés que no son amamantados.

No obstante, los efectos de las bacterias probióticas sobre la salud y el bienestar del intestino son específicos de la cepa, ya que poseen propiedades y ejercen funciones específicas en el intestino del bebé. Por lo tanto resulta crucial elegir la cepa probiótica que haya demostrado apropiadamente su eficacia.





Características de la fórmula infantil

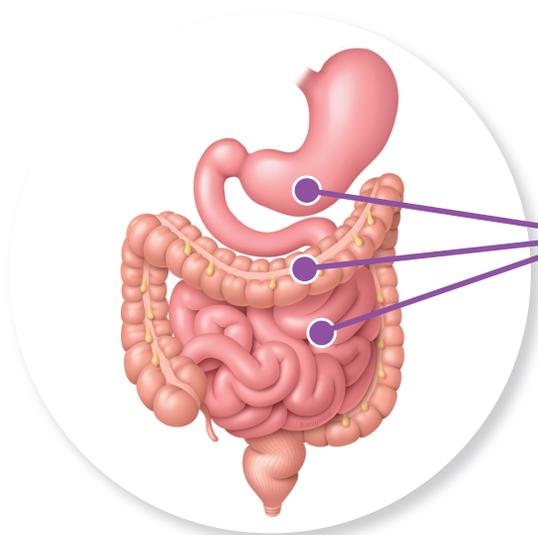
NAN Comfort de Nestlé



NAN Comfort contiene un exclusivo cultivo probiótico activo denominado *L reuteri*, presente naturalmente en la leche materna, que promueve un microbioma intestinal saludable en los lactantes favoreciendo el proceso de maduración del intestino.

Lactobacillus Reuteri

L reuteri se encuentra naturalmente presente en la leche materna y coloniza el intestino de los bebés.^{14,15,16,17,18, 19}



Probiótico Lcomfortis:

Probiótico *lactobacillus reuteri*, exclusivo de Nestlé.

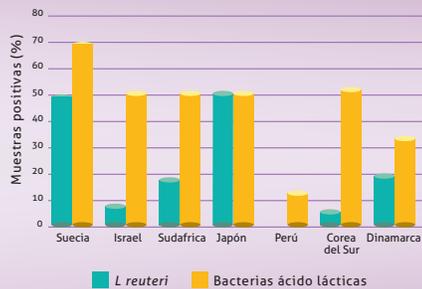


L reuteri (Lactobacillus reuteri) cuando se administra por vía oral es capaz de colonizar el intestino de los bebés y niños pequeños, siendo esto una condición previa para poder desempeñar sus efectos promotores sobre la salud:

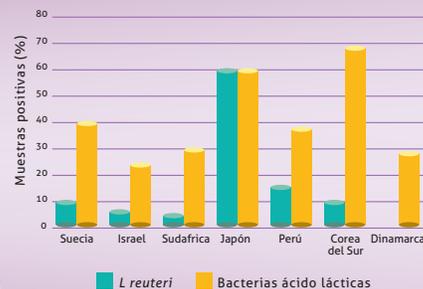
- *L reuteri* coloniza el intestino de recién nacidos y bebés amamantados y alimentados con fórmula infantil durante los primeros años de vida.
- *L reuteri* también ha demostrado mejorar la prevalencia de bacterias beneficiosas (lactobacilos) en el tracto digestivo.



L reuteri y lactobacilos en leche materna de seres humanos provenientes de áreas rurales de 7 países.¹⁵



L reuteri y lactobacilos en leche materna de seres humanos provenientes de áreas urbanas de 7 países.¹⁵

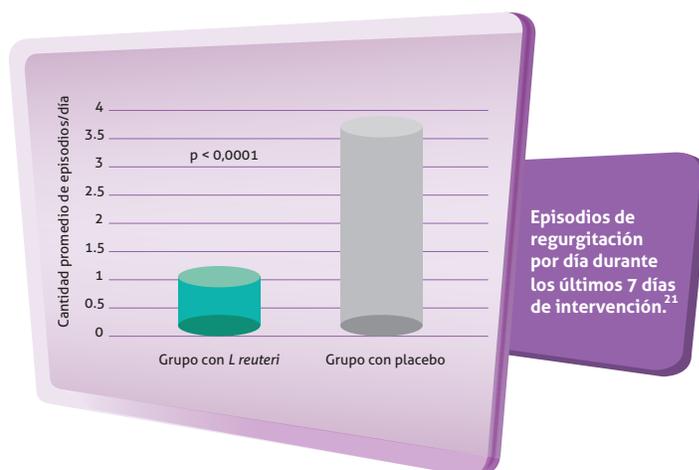
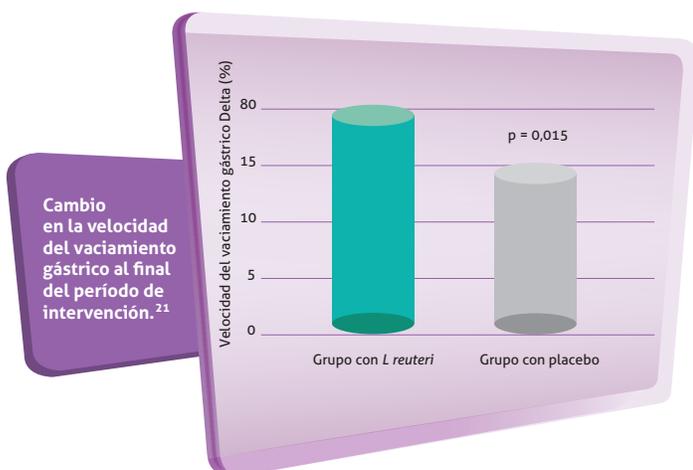
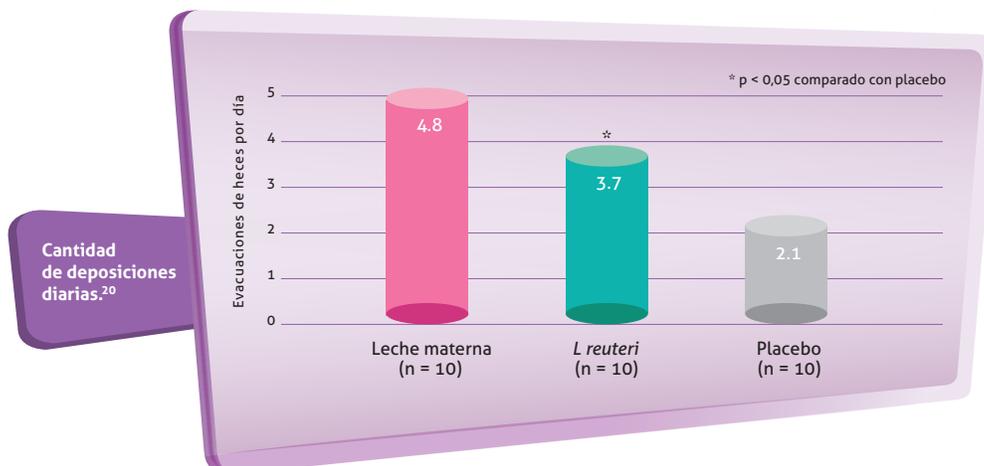


Lactobacillus Reuteri

L reuteri mejora el proceso de maduración y adaptación del tracto digestivo y respalda el patrón de motilidad gástrica.^{20,21}

Se ha demostrado que *L reuteri* incrementa significativamente la cantidad de deposiciones diarias en los bebés prematuros sanos alimentados con fórmula infantil en comparación con un placebo. Los movimientos intestinales en el grupo con *L reuteri* fueron comparables a los del grupo que fue amamantado, mostrando así una mayor maduración del tracto digestivo.

Se ha demostrado que *L reuteri* incrementa significativamente la velocidad del vaciamiento gástrico en los bebés prematuros y de término sanos alimentados con fórmula infantil en comparación con un placebo. La velocidad del vaciamiento gástrico en el grupo prematuro con *L reuteri* resultó cercana a la del grupo que fue amamantado, mostrando así una mayor maduración de la motilidad gástrica.



Lactobacillus Reuteri

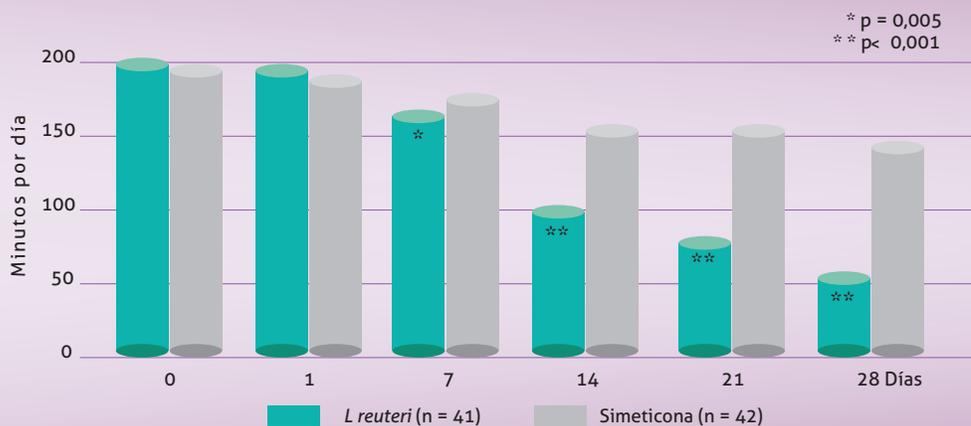
NAN Comfort con *L. reuteri* demostró reducir los cólicos y el tiempo de llanto durante los primeros meses de vida.²²

Se ha demostrado que *L. reuteri* reduce los cólicos y el excesivo tiempo de llanto dentro de la primera semana de su administración en comparación con el tratamiento estándar, cuando se suministró por vía oral a bebés nacidos a término, amamantados y con cólicos. Este efecto fue aún más pronunciado después de los 28 días, cuando el tiempo de llanto se redujo en un 65% en comparación con el tratamiento más indicado en la actualidad (simeticona).



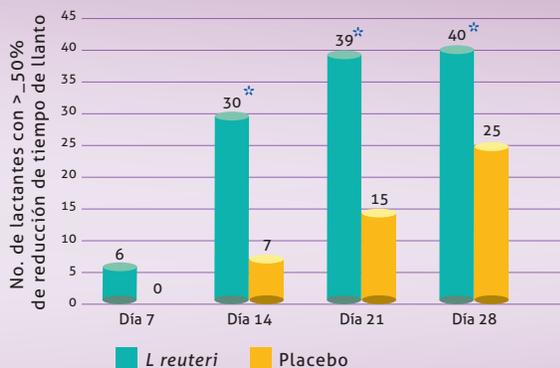
Los bebés prematuros tienden a llorar con mayor frecuencia como consecuencia de su inmadurez. Se ha demostrado que *L reuteri* reduce significativamente el tiempo de llanto promedio diario, en más del 60% en los bebés prematuros sanos alimentados con fórmula infantil, en comparación con un placebo. El tiempo de llanto promedio diario resultó aún menor en comparación con los bebés prematuros amamantados; sin embargo, esta diferencia no resultó estadísticamente significativa.

Tiempo de llanto promedio diario en bebés con cólicos que recibieron *L reuteri* o simeticona.²²



Este mismo hallazgo se obtuvieron en el último estudio realizado por Szjaewska y Cols publicado en el 2013, donde observaron reducción de más del 50% del tiempo de llanto diario en el 95% de los lactantes manejados con *Lactobacillus reuteri*²³.

Reducción en el llanto en lactantes suplementados con *L reuteri*²³



Szjaewska H. J. Pediatr. 2013 Feb; 162(2): 257-62

Lactobacillus Reuteri

NAN Comfort con *L reuteri* demostró ayudar a regular la digestión y el dolor abdominal.^{24,25,26}

L reuteri ayuda a regular la digestión²⁴

Los bebés prematuros resultan un buen modelo para evaluar los tratamientos preventivos para la constipación, dado que sus movimientos intestinales con frecuencia se ven afectados debido a la inmadurez de su motilidad intestinal.

L reuteri demostró reducir la constipación al incrementar significativamente la cantidad de deposiciones diarias en bebés prematuros sanos alimentados con biberón en comparación con un placebo. Los movimientos intestinales en el grupo con *L reuteri* fueron comparables a los del grupo que fue amamantado, mostrando así una mejoría en la función intestinal.

L reuteri alivia el dolor abdominal^{25,26}

L reuteri demostró reducir significativamente la frecuencia e intensidad del dolor abdominal funcional en los niños (un trastorno gastrointestinal común en los niños en edad escolar). No se observó ningún efecto en el grupo de control. Incluso seis semanas después de haber finalizado la suplementación con *L reuteri* este efecto positivo todavía era significativo.

Bajo contenido de lactosa

El bajo contenido de lactosa mejora los síntomas del cólico infantil causado por la inmadurez funcional del tracto gastrointestinal^{27,28,29}



Diversos estudios clínicos han demostrado el efecto positivo de un menor contenido de lactosa en el alimento con leche sobre los síntomas digestivos no específicos:

- Se ha demostrado que la reducción del contenido de lactosa en la leche ocasiona una significativa reducción de la fermentación colónica.
- La alimentación con una leche con menor contenido de lactosa también mostró reducir significativamente el tiempo de llanto promedio.
- Un bajo contenido de lactosa combinado con proteínas moderadamente hidrolizadas dan como resultado una disminución significativa de los síntomas de flatulencia.

El bajo contenido de lactosa mejora la tolerancia digestiva en lactantes con deficiencia secundaria de lactasa por diarrea aguda³⁰

Debido a la deficiencia secundaria de lactasa a menudo asociada a la diarrea, la fórmula de rutina para bebés con contenido de lactosa relativamente alto puede muchas veces no ser tolerada al comienzo de la etapa de realimentación.

Reiniciar la alimentación con una fórmula reducida en lactosa, no sólo lleva a una mejor tolerancia; sino también asegura un adecuado aumento de peso.

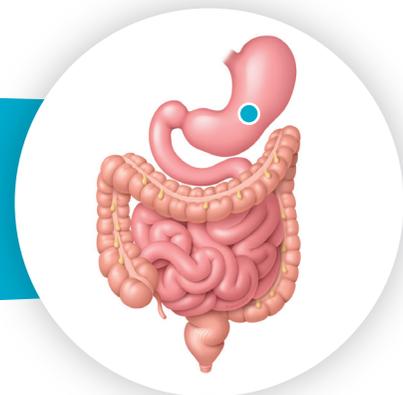
En base a lo recién mencionado, es de esperar que la nueva **NAN Comfort de Nestlé** sea mejor tolerada por los lactantes con deficiencia transitoria de lactasa que una fórmula estándar y, como consecuencia, sea capaz de reducir eficazmente los trastornos digestivos menores presentados en la infancia temprana.

Opti Pro® HA:

Proteína de suero parcialmente hidrolizada

NAN Comfort de Nestlé está compuesta por una combinación de proteínas del suero parcialmente hidrolizadas (Opti Pro® HA) con una concentración proteica más baja y más cercana a la de la leche materna. Este conjunto de proteínas específicas no sólo presenta la ventaja de ser hipoalergénico, sino que también se encuentra 'pre-digerido', y gracias a su menor concentración de proteína reduce la carga metabólica sobre los órganos inmaduros. Por otro lado, la proteína parcialmente hidrolizada favorece el desarrollo de un microbioma intestinal saludable con predominio de bifidobacterias. Estas propiedades únicas contribuyen a mejorar la tolerancia digestiva y alivian los síntomas del cólico infantil.

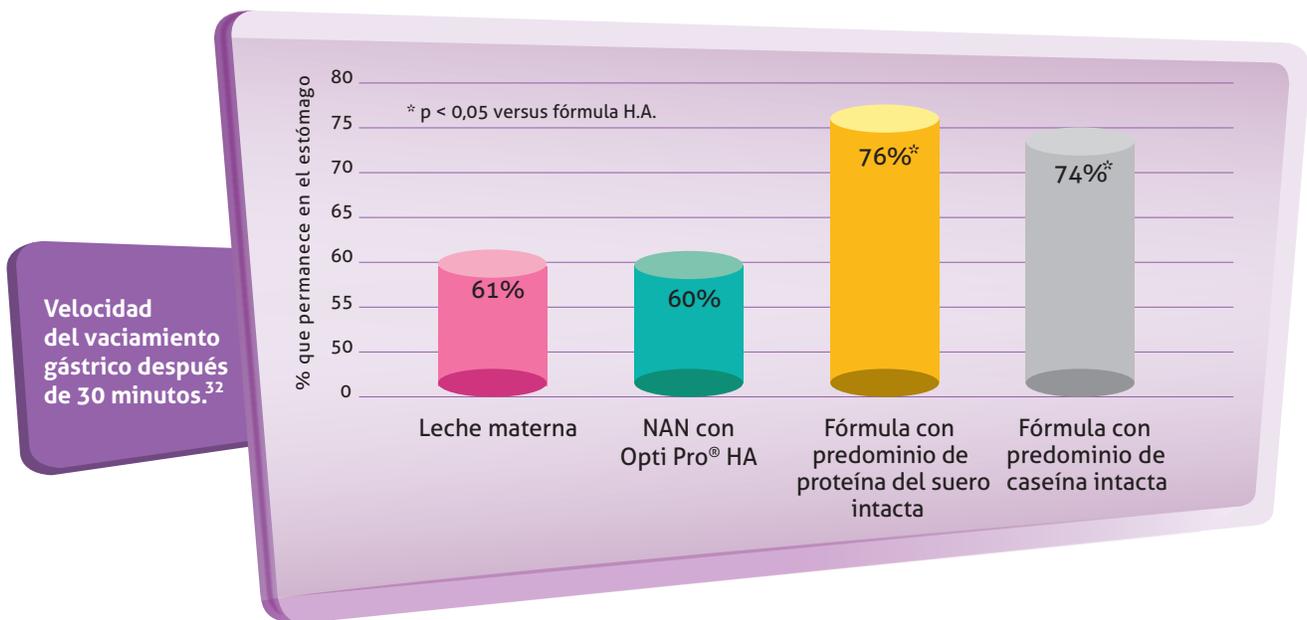
La proteína de suero parcialmente hidrolizada Opti Pro® HA no forma coágulos en el estómago³¹



La digestibilidad de las proteínas depende de la manera en la que precipitan en el estómago bajo la influencia del ácido gástrico. Cuanto más fino sea el coágulo, más fácil podrá ser digerido. La proteína de suero parcialmente hidrolizada casi no produce coágulo en condiciones ácidas.

La proteína de suero parcialmente hidrolizada Opti Pro® HA reduce el tiempo de vaciamiento gástrico³²

La hidrólisis es una forma de "pre-digestión" de la proteína. Una consecuencia de esta "predigestión" es la reducción del tiempo de vaciamiento gástrico después de alimentar con fórmula con proteína parcialmente hidrolizada en comparación con una fórmula que contiene proteínas no hidrolizadas. Se ha demostrado que una fórmula que contenía la proteína parcialmente hidrolizada Opti Pro® HA presentó un tiempo de vaciamiento gástrico similar al de la leche materna y significativamente menor a los que se presentaron con las fórmulas no hidrolizadas.



La proteína de suero parcialmente hidrolizada con Opti Pro® HA promueve heces más blandas.³³

En los consultorios clínicos los padres a menudo expresan su preocupación por las heces duras de sus niños y el correspondiente dolor durante la evacuación.

La utilización de Opti Pro® HA promueve heces más blandas. Diversos estudios clínicos han mostrado que las heces de bebés alimentados con una fórmula infantil a base de proteínas parcialmente hidrolizadas son más blandas que aquellas de bebés alimentados con una fórmula estándar.

La proteína del suero parcialmente hidrolizada Opti Pro® HA fomenta el desarrollo de un microbioma intestinal saludable con predominio de bifidobacterias.^{34,35}

Numerosos estudios demuestran que tanto la calidad como la cantidad de las proteínas de una fórmula infantil influyen en la colonización bacteriana del intestino del bebé. Por ejemplo, un alto porcentaje de proteína de suero combinado con un bajo contenido de proteína total (como es el caso en Opti Pro® HA) estimula la colonización del intestino por parte de bifidobacterias.

La proteína de suero parcialmente hidrolizada Opti Pro® HA produce una incidencia significativamente menor de cólico infantil y síntomas gastrointestinales. ^{36,37,38}

No debe descartarse que una de las causas del cólico infantil pudiera ser una sensibilización “oculta” a la proteína de leche de vaca. Evitar la proteína intacta de la leche de vaca en la alimentación puede prevenir el desarrollo de una alergia y, por ende, reducir la incidencia de los síntomas digestivos.

En diversos estudios clínicos realizados con bebés que presentaban mayor riesgo de alergias por su historia familiar, se mostró que la incidencia del cólico infantil y los síntomas gastrointestinales resultaron significativamente menor en el grupo de intervención que recibió una fórmula parcialmente hidrolizada (con Opti Pro® HA) en comparación con el grupo de control que recibió una fórmula estándar para bebés a base de proteínas intactas de leche de vaca.

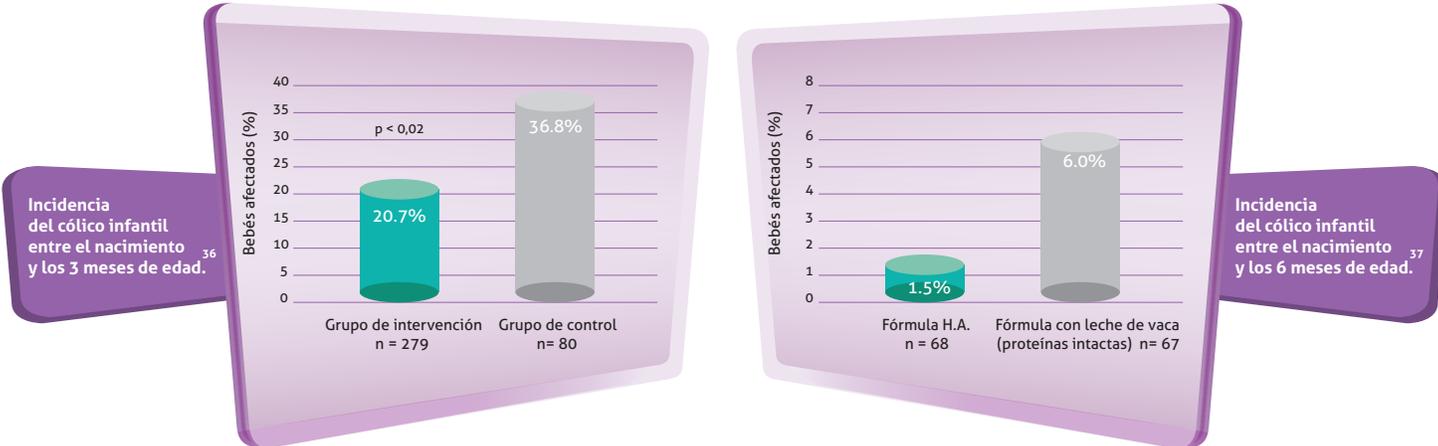




Tabla de Información Nutricional



INFORMACION NUTRICIONAL

INGREDIENTES: Maltodextrina, Lactosa, Aceite de girasol, Proteína de suero de leche de vaca parcialmente hidrolizado enzimáticamente, Aceite de coco, Aceite de canola, Oleína de palma, Cloruro de magnesio, Cloruro de potasio, Aceite de pescado, L-arginina, Fosfato de potasio, Aceite de Mortierella rico en ARA, Cloruro de sodio, L-histidina, Sales y esteres de colina, Vitamina C (Ascorbato de sodio), Taurina, Mio-inositol, Sulfato ferroso, L-carnitina, Sulfato de zinc, Vitamina E (D,L-alfa tocoferil acetato), Vitamina A (Acetato de retinol), Pantotenato de calcio, Nicotinamida, Ácido de citidina 5-monofosfato, Cultivo de probióticos *L reuteri*, Ácido de Uridina 5 monofosfato de sodio, Ácido de Adenosina 5 monofosfato, Vitamina D (Colecalciferol), Concentrado de tocoferoles mixtos (SIN/INS 307), Sulfato de Cobre, Ácido de Guanosina 5 Monofosfato de sodio, Carbonato de calcio, Vitamina B1 (Mononitrato de tiamina), Vitamina B2 (Riboflavina), Palmitato de ascorbilo (SIN/INS 304), Vitamina B6 (Piridoxina), Sulfato de manganeso, Selenato de sodio, Yoduro de potasio, Acido fólico, Vitamina K1 (floquinona), Biotina, Vitamina B12 (Cianocobalalanina). Contiene derivados de leche.

Osmolaridad (mOsm/L): 187 al 13,1%

Osmolalidad (mOsm/Kg de agua): 208

Carga renal (mOsm/100kcal): 14,2

COMPOSICIÓN MEDIA		Por 100 kcal	Por 100 g de polvo	Por onza (4,36 g de polvo + 30 ml de agua)	Por 100 ml
Valor energético	kcal/kJ	100 / 419	513/ 2.146	22 / 94	67/280
Carbohidratos disponibles de los cuales:	g	11,7	60	2,6	7,8
Azúcares totales	g	4,7	24	1,0	3,1
Lactosa	g	3,2	16,40	0,72	2,1
Fibra	g	0	0	0	0
Proteínas	g	1,9	9,80	0,43	1,3
Grasas Totales	g	5,1	26	1,10	3,4
Grasas saturadas	g	1,40	7,40	0,32	1,0
Grasas Trans	g	0,03	0,15	0,01	0,02
Grasas monoinsaturadas	g	2,30	11,90	0,52	1,6
Grasas poliinsaturadas de las cuales	g	0,94	4,80	0,21	0,63
- Ácido linoleico	g	0,80	4,10	0,18	0,54
- Ácido alfa-linolénico	mg	98	500	22	65
- DHA	mg	9,4	48	2,10	6,3
- ARA	mg	9,4	48	2,10	6,3
Colesterol	mg	2,9	15	0,65	2,0
Sodio	mg	39	200	8,7	26
Humedad	g	0,39	2,0		
Minerales (Cenizas)	g	0,46	2,40	0,10	0,31
Vitamina A	µg E.R.	99	510	22	67
Vitamina D	mcg	1,3	6,8	0,30	0,9
Vitamina E	mg TE	2,00	10	0,44	1,3
Vitamina K1	µg	8,60	44	1,90	5,8
Vitamina C	mg	13	69	3,00	9,0
Vitamina B1	mg	0,10	0,50	0,02	0,07
Vitamina B2	mg	0,18	0,90	0,04	0,12
Niacina (PP)	mg	1,10	5,40	0,24	0,7
Vitamina B6	mg	0,07	0,36	0,02	0,05
Acido fólico	µg	16	81	3,50	11
Acido pantoténico	mg	0,94	4,80	0,21	0,63
Vitamina B12	µg	0,21	1,10	0,05	0,14
Biotina	µg	2,10	11	0,48	1,4
Colina	mg	11	56	2,40	7,3
Inositol	mg	7,00	36	1,60	4,7
Taurina	mg	5,50	28	1,20	3,7
L-carnitina	mg	2,80	14	0,63	1,9
Calcio	mg	67	346	15	45
Fósforo	mg	37	192	8,40	25
Magnesio	mg	10	50	2,20	6,5
Potasio	mg	110	565	25	74
Cloruros	mg	75	382	17	50
Hierro	mg	1,00	5,20	0,23	0,68
Yodo	µg	14	73	3,20	10
Cobre	µg	82	420	18	55
Zinc	mg	1,00	5,00	0,22	0,65
Selenio	µg	3,10	16	0,70	2,1
Manganeso	µg	0,02	0,10	0,004	13
Nucleótidos	mg	2,9	15	0,65	2,0

1 Porción: 1 medida de NAN® Comfort (4,36 g de polvo) + 30 ml de agua / 1 litro: 131 g de polvo + 900 ml de agua.



Referencias

1. Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminiou J. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology* 2006;130 (5): 1519-26.
2. Wessel MA, Cobb JC, Jackson EB et al. Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called colic. *Pediatrics* 1954; 14: 421 - 34.
3. Wade S and Kilgour T. Infantile colic. *BMJ* 2001; 323 (7310): 437 - 40.
4. Lucas A, St James-Roberts I. Crying, fussing and colic behaviour in breast- and bottlefed infants. *Early Hum Dev* 1998; 53 (1): 9 - 18.
5. Brazelton TB. Crying in infancy. *Pediatrics* 1962; 29:579 - 88.
6. Heyman MB. Committee on Nutrition: Lactose intolerance in infants, children, and adolescents. *Pediatrics* 2006; 118 (3): 1279 - 86.
7. Roberts DM, Ostapchuk M, O'Brien JG. Infantile colic. *Am Fam Physician* 2004; 70 (4): 735 - 40.
8. Savino F, Cresi F, Pautasso S et al. Intestinal microflora in breastfed colicky and noncolicky infants. *Acta Paediatr* 2004; 93: 825 - 9.
9. Lothe L, Lindberg T, Jakobsson I. Macromolecular absorption in infants with infantile colic. *Acta Paediatr* 1990; 79 (4): 417 - 21.
10. Rakoff-Nahoum S, Paglino J, Eshani-Varzanneh. Recognition of commensal microflora by toll-like receptors is required for intestinal homeostasis. *Cell* 2004; 118(2):229 - 41.
11. Gupta SK. Is colic a gastrointestinal disorder? *Curr Opin Pediatr* 2002; 14(5):588 - 92.
12. Cherbut Ch. Motor effects of short-chain fatty acids and lactate in the gastrointestinal tract. *Proceedings of the Nutrition Society* 2003; 62:95 - 9.
13. Vorderholzer W. Pathophysiologie und Therapie des langsamen Kolontransports. www.diss.fu-berlin.de, 2007.
14. Savino F, Bailo E, Oggero R. Bacterial counts of intestinal *Lactobacillus* species in infants with colic. *Pediatr Allergy Immunol* 2005; 16:72 - 5.
15. Sinkiewicz G, Ljunggren L. Occurrence of *Lactobacillus reuteri* in human breast milk. *Microbial Ecology in Health and Disease* 2008; 20: 122 - 6.
16. Reuter G. The *Lactobacillus* and *Bifidobacterium* microflora of the human intestine: composition and succession. *Curr Issues Intest Microbiol* 2001; 2:43 - 53.
17. Abrahamsson T, Jakobsson T, Sinkiewicz G, Fredriksson M, Bjorksten B. Intestinal microbiota in infants supplemented with the probiotic bacterium *Lactobacillus reuteri*: PN1-17. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2005; 40(5):692.
18. Karvonen A, Casas I, Vesikari T. Safety and possible anti-diarrheal effect of the probiotic *Lactobacillus reuteri* after oral administration to neonates. *Clin Nutr* 2001; 20 (suppl 3):63, no 216.
19. Ruiz-Palacios G, Tuz F, Arteaga F, Guerrero ML, Dohnalek M, Hilty M. Tolerance and fecal colonization with *Lactobacillus reuteri* in children fed a beverage with a mixture of *Lactobacillus* spp.1090. *Pediatr Res* 1996; 39 (4), Suppl 2:184.
20. Indrio F, Riezzo G, Raimondi F, Bisceglia M, Cavallo I, Francavilla R. The effects of probiotics on feeding tolerances, bowel habits and gastrointestinal motility in preterm newborns. *J Pediatr* 2008; 152:801 - 6.

21. Indrio F, Riezzo G. Probiotics improve regurgitation and gastric emptying in formula-fed infants. Abstract at PAS, Baltimore, May 2009; submitted to J Pediatr 2009.
22. Savino F, Pelle E, Palumeri E, Oggero R, Miniero R. Lactobacillus reuteri (American Type culture collection strain 55730) versus Simethicone in the treatment of infantile colic: a prospective randomized study. Pediatrics 2007; 119: e124-e130.
23. Szaewska H, Gyrczuk E, Horvath A. Lactobacillus reuteri DSM 17938 for the management of infantile colic in breast-fed infants: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. J Pediatr. 2013;162 (2): 257-62
24. Indrio F, Riezzo G, Raimondi F, Bisceglia M, Cavallo L, Francavilla R. The effects of probiotics on feeding tolerances, bowel habits and gastrointestinal motility in preterm newborns. J Pediatr 2008; 152:801 - 6.
25. See MC, Birnbaum AH, Schechter CB, Goldenberg MM, Benkov KJ. Double-blind, placebo-controlled trial of famotidine in children with abdominal pain and dyspepsia: global and quantitative assessment. Dig Dis Sci 2001; 46(5):985 - 92.
26. Romano C, Ferrau V. Case-control study on the efficacy of *L reuteri* supplementation in the treatment of functional abdominal pain in childhood. Congresso Nazionale FIMP, 2007.
27. Barr RG, Watkins JB, Perman JA. Mucosal function and breath hydrogen excretion. Comparative studies in the clinical evaluation of children with non-specific abdominal complaints. Pediatrics 1981; 68: 526 - 33.
28. Kanabar D, Randhawa M, Clayton P. Improvement of symptoms in infant colic following reduction of lactose load with lactase. J Hum Nutr Diet 2001; 14 (5): 259 - 63.
29. Flittner L, Berseth C, Harris C, Vanderhoof J. Feeding commercial soy formula or partial hydrolysate, low-lactose formula resolves symptoms in fussy infants. Pediatric Research 2007; 62 (4): 520.
30. Woweries J, Dressler F. Re-feeding infants with acute enteritis with a hydrolyzed infant formula. Pädiatr Grenzgeb 1997; 36: 137 - 144. Original title (German): Realimentation bei akuter Säuglingsenteritis mit Hydrolysatnahrung.
31. Simulation of acid digestion phase under laboratory conditions using ready-to-feed formula (pH 4.5, incubated for 30 minutes at 37°C). Data on file, Nestlé Infant Nutrition, 2003.
32. Billeaud C, Guillet J, Sandler B. Gastric emptying in infants with or without gastroesophageal reflux according to the type of milk. Eur J Clin Nutr 1990; 44 (8): 577 - 83.
33. Zabransky S, Zabransky M. First clinical experiences with a hypoallergenic infant formula. Extracta Paediatrica 1987; 11 (1): 10 - 2.
34. Heine W, Radke M, Mohr C. Können Säuglingsnahrungen bifidogene Effekte erzeugen? Monatsschr Kinderheilkd 1998; 146: S21 - 5.
35. Zunin C, Foschini M, Gozio E, Bisicchia R. Colonizzazione batterica intestinale in neonati alimentati con una formula ipoallergenica (idrolisato di sieroproteine). Neonatologica 1991; 5: 158 - 67.
36. Marini A, Agosti M, Motta G, Mosca F. Effects of a dietary and environmental prevention programme on the incidence of allergic symptoms in high atopic risk infants: three years' follow-up. Acta Paediatr Suppl 1996; 414: 1 - 21.
37. Chandra RK, Singh G, Shridhara B. Effect of feeding whey hydrolysate, soy and conventional cow's milk formulae on the incidence of atopic disease in high risk infants. Ann Allergy 1989; 63 (2): 102 - 10.
38. Exl B-M, Deland U, Secretin MC, Preysch U, Wall M, Shmerling DH. Improved general health status in an unselected infant population following an allergen-reduced dietary intervention program: the ZUFF-STUDY-PROGRAMME. Part II: infant growth and health status to age 6 months. Eur J Nutr 2000; 39: 145 - 56.



Nestlé®

Nestlé, líder mundial en nutrición infantil.

Alternativas nutricionales de última generación para los primeros 3 años de vida



Nutrición, protección y prevención



Nutrición y protección



Nutrición y bienestar



Nutrición adecuada a precio alcanzable

Rutina



Manejo nutricional de los trastornos GI leves.



Manejo nutricional de alergia a la proteína de la leche de vaca y/o soja



Manejo nutricional de la diarrea crónica y/o mala absorción



Manejo nutricional del RGE



Manejo nutricional de la intolerancia a la lactosa y/o sacarosa



Manejo nutricional de Galactosemia intolerancia a la lactosa o vegetarianismo

Trastornos Gastrointestinales



Fortificador Leche Materna



Desde el nacimiento hasta los 1800 g de peso o alta del hospital.



Desde los 1800 g de peso hasta:
• 40 a 52 semanas postconcepción
• 9 meses de edad corregida o peso/longitud = percentil 25

Manejo nutricional de prematuros



Porque solo tú sabes como protegerlos

Alimentación Complementaria

NOTA IMPORTANTE: La Organización Mundial de la Salud (OMS*) ha recomendado que se informe a las mujeres embarazadas y a las que acaban de dar a luz de los beneficios y de la superioridad de la lactancia, sobre todo que la lactancia materna es el medio ideal de nutrir a su bebé y de protegerle contra las enfermedades. Las madres deberían ser aconsejadas sobre la manera de prepararse a la lactancia y a su mantenimiento, y sobre la importancia de una buena nutrición materna tanto durante el embarazo como después de dar a luz. Debería evitarse la introducción superflua de la alimentación parcial con mamadera u otros alimentos y bebidas, debido a su efecto negativo sobre la lactancia. Asimismo, debería advertirse a las madres de la dificultad de desistirse después de haber decidido no iniciar o interrumpir la lactancia. Antes de utilizar una fórmula infantil, las madres deberían ser informadas de las consecuencias sociales y económicas de dicha decisión; por ejemplo, si el bebé está alimentado exclusivamente con mamadera, necesitará más de una lata (400 grs) por semana; así pues, hay que tener en cuenta la situación familiar y económica. Habría que recordar a las madres que la leche materna no sólo es el mejor alimento para bebés sino que también es el más económico. Si se decide utilizar una fórmula infantil, es importante darles las instrucciones necesarias para su correcta utilización y llamarles la atención sobre el hecho de que el bebé puede enfermarse si no se hierva el agua, no se esteriliza la mamadera o no se reconstituye el producto correctamente.*Ver: Código Internacional sobre la comercialización de los sustitutos de la leche materna, adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud en su Resolución AMS 34.22, Mayo 1981.

Impreso en Colombia. Fecha de impresión julio 2013. Fecha caducidad julio 2014. NWHB224

La leche materna es el mejor alimento para el niño. Información Exclusiva para profesionales de la salud.