

Programul RO19 “Inițiative în sănătatea publică”

Proiectul RO19.04 “Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România”

2016

GHID DE PREVENȚIE

STILUL DE VIAȚĂ SĂNĂTOS ȘI ALTE INTERVENȚII PREVENTIVE PRIORITARE
PENTRU BOLI NETRANSMISIBILE, ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

Probleme de nutriție,
creștere și dezvoltare la copil:
alimentația 0-2 ani, tulburările
de creștere și dezvoltare

VOLUMUL

6



aliat



BUCUREȘTI, 2016

ISBN 978-973-0-22801-4

*Singurul mod de a-ți păstra sănătatea este sa mănânci ceea ce nu vrei,
să bei ceea ce nu-ți place și să faci ceea ce n-ai face.*

Mark Twain

COLECTIVUL DE ELABORARE A GHIDULUI

Colectiv CNSMF:

Mihaela Bucurenci
Doina Bunescu
Monica Bătăiosu
Mădalina Dumitrescu
Cristina Isar
Andrea Neculau
Iuliana Popa
Marius Mărginean

Colectiv INSP:

Magda Ciobanu
Adriana Gălan
Rodica Nicolescu
Silviu Rădulescu
Carmen Ungurean

Colectiv ALIAT:

Gabriela Bondoc
Eugen Hriscu
Andreea Ștefanache
Mihai Bădica

Programul RO19 “Inițiative în sănătatea publică”
Proiectul RO19.04 “Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția
bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România”

GHID DE PREVENȚIE

*Stilul de viață sănătos și alte intervenții preventive prioritare
pentru boli netransmisibile, în asistența medicală primară*

Vol. 6.

**Probleme de nutriție, creștere
și dezvoltare la copil:
alimentația 0-2 ani, tulburările
de creștere și dezvoltare**



alīrat



Proiectul

Ghidul a fost realizat în cadrul proiectului:

„Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile asociate stilului de viață în România” – Programul RO19 „Inițiative în sănătatea publică”

Promotor

Institutul Național de Sănătate Publică

Dr. Leonte Anastasievici 1-3, 050463, București

www.insp.gov.ro

Parteneri

Centrul Național de Studii pentru Medicina Familiei

Calea Moșilor 227, Sc. 1, Ap.3, Sector 2, 0208868 București

www.cnsmf.ro

ALIAT – Alianța pentru Lupta împotriva Alcoolismului și Toxicomaniilor

Str. Constantin F. Robescu nr.4, Sector 3, 030218 București

www.aliat-ong.ro

Disclaimer

Profesioniștii din domeniul sănătății primare sunt încurajați să ia în considerare recomandările acestui ghid atunci când iau decizii clinice în domeniul prevenției. Prezentele recomandări nu înlocuiesc judecata clinică și responsabilitatea profesioniștilor din domeniul sanitar de a lua decizii adecvate circumstanțelor fiecărui pacient, în consultare cu pacientul și / sau tutorele sau îngrijitorul lor.

Copyright



Centrul Național de Studii pentru Medicina Familiei, 2016

CUPRINS

CAPITOLUL 1. Alimentația sugarului și a copilului mic (0-23 luni)	1
1.1. Context. Importanța problemei	1
1.1.1. Obiectivele ghidului	2
1.1.2. Ce aduce nou acest ghid?	2
1.1.3. Care este populația la care se referă recomandările ghidului?	2
1.1.4. Cine aplică recomandările ghidului?	2
1.2. Alimentația în primele 6 luni de viață	3
1.2.1. Alăptarea	3
1.2.1.1. Beneficiile alăptării	3
1.2.1.2. Factori care influențează alăptarea	4
1.2.1.3. Alăptarea exclusivă	5
1.2.1.4. Inițierea alăptării	6
1.2.1.5. Frecvența și durata alăptării	6
1.2.1.6. Poziția corectă pentru alăptare	7
1.2.1.7. Semnele alăptării eficiente	7
1.2.1.8. Extragerea și păstrarea laptelui matern	9
1.2.1.9. Contraindicațiile medicale ale alăptării	10
1.2.1.10. Dificultăți în alăptare - probleme ale sânelui	11
1.2.1.11. Relactarea și sistemele de nutriție suplimentară	11
1.2.2. Formule de lapte pentru sugari	12
1.2.2.1. Prepararea formulei de lapte	12
1.2.2.2. Cantitatea de lapte formulă recomandată	13
1.2.2.3. Transportul laptelui formulă preparat	13
1.2.2.4. Utilizarea tetinelor și a biberonului	14
1.2.2.5. Utilizarea căniței	14
1.3. Alimentația copilului de la 6 la 23 luni	14
1.3.1. Alimentația complementară	14
1.3.1.1. Practici curente în România	15
1.3.1.2. Principiile directoare ale alimentației complementare	15
1.3.1.3. Principii directoare ale alimentației complementare la copiii alăptați	16
1.3.1.4. Principii directoare ale alimentației complementare la copiii nealăptați	16
1.3.1.5. Continuarea alăptării	17
1.3.1.6. Dieta minimă acceptabilă / Dieta minimă diversificată	17
1.3.1.7. Introducerea alimentelor complementare	18
1.3.1.8. Numărul meselor	19
1.3.1.9. Porția de alimente	20

1.3.1.10. Evaluarea practicilor în alimentația complementară	20
1.3.1.11. Prepararea și păstrarea alimentelor destinate sugarilor și copiilor sub 2 ani	21
1.3.1.12. Transportul și depozitarea alimentelor	21
1.3.1.13. Alergiile alimentare.....	21
1.4. Suplimentarea dietei copiilor cu micronutrienți și vitamine	22
1.4.1. Suplimentarea dietei cu fier	22
1.4.2. Suplimentarea dietei cu calciu	24
1.4.3. Suplimentarea dietei cu vitamina D	24
1.4.4. Suplimentarea dietei cu iod	25
1.4.5. Suplimentarea dietei cu vitamina A	25
CAPITOLUL 2. Alimentația femeilor în perioada de sarcină și alăptare	27
2.1. Dieta în timpul sarcinii și alăptării	27
2.2. Suplimentarea dietei femeilor în perioada de sarcină și alăptare	29
BIBLIOGRAFIE	32

CAPITOLUL 1.

ALIMENTAȚIA SUGARULUI ȘI A COPILULUI MIC (0-23 LUNI)

1.1. CONTEXT. IMPORTANȚA PROBLEMEI

În documentul elaborat de WHO/UNICEF - *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding* - (2003)⁵ cu privire la alimentația sugarilor, este consemnat ca o recomandare globală privind sănătatea publică faptul că, pentru a realiza o creștere și dezvoltare optimă și în deplină sănătate, sugarii ar trebui să fie alăptați exclusiv în primele șase luni de viață; apoi, pentru a răspunde nevoilor lor nutriționale în creștere, sugarii ar trebui să primească o alimentație complementară adecvată, în condiții de siguranță nutritivă, în timp ce se continuă alăptarea până la 2 ani și peste.^{5,6} Alăptarea exclusivă de la naștere la 6 luni este posibilă cu excepția câtorva situații medicale rare, specificate de către OMS și UNICEF.⁷ Prin urmare, practic, fiecare mamă poate alăpta.⁵



1.1.1. OBIECTIVELE GHIDULUI

Misiunea acestui document este de a contribui la nutriția optimă a copiilor până la împlinirea vârstei de 24 de luni și a femeilor în perioada de sarcină și alăptare. Ghidul oferă cunoștințe bazate pe dovezi cu privire la hrana copiilor și femeilor însărcinate sau care alăptează și recomandări clare pentru practica specialiștilor din asistența medicală primară, vizând activitățile de consiliere și suport pentru mame și familii.

1.1.2. CE ADUCE NOU ACEST GHID?

Ghidul construiește un continuum al practicilor alimentare sănătoase, punând în secvență etapele cheie ale parcursului nutrițional de-a lungul vieții, începând cu perioada de concepție până la vârsta adultă.

Astfel este pus în aplicare principiul de actualitate al "*ferestrei de oportunitate*" din primele 1000 zile de la concepție, perioadă în care practicile nutriționale își pun amprenta în mod decisiv asupra dezvoltării și sănătății ulterioare, pentru tot restul vieții (ceea ce ilustrează în mod concret conceptul de *prevenție primordială*).

Abordarea noastră se întemeiază pe principiile dezvoltate în mod consecvent în publicațiile OMS/UNICEF din 1990 până în prezent și propune atât cadrul conceptual cât și instrumentele care susțin interdependența critică între practicile nutriționale și creșterea și dezvoltarea copilului și necesitatea abordării lor integrate.

De asemenea, sunt oferite recomandări și sfaturi practice pentru modelarea comportamentelor în familie privind nutriția copilului, inclusiv adresarea miturilor și barierelor cel mai des întâlnite în practica curentă, în toate mediile sociale.

1.1.3. CARE ESTE POPULAȚIA LA CARE SE REFERĂ RECOMANDĂRILE GHIDULUI?

Recomandările conținute în ghid sunt relevante pentru copiii până la doi ani și pentru femeile care sunt însărcinate sau alăptează.

1.1.4. CINE APLICĂ RECOMANDĂRILE GHIDULUI?

Recomandările pot fi utilizate de către specialiștii din asistența medicală primară (medici de familie, moașe, asistente medicale generaliste, asistente comunitare, consilieri pentru alăptare, voluntari) și de către oricine dintre cei care se ocupă de sănătatea copiilor până la împlinirea vârstei de 24 de luni, de către gravide sau femei care alăptează precum și de către părinții acestor copii. Modul în care datele vor fi utilizate va depinde de cunoștințele, deprinderile și rolul fiecăruia precum și de locul în care este furnizată îngrijirea.

1.2. ALIMENTAȚIA ÎN PRIMELE 6 LUNI DE VIAȚĂ

În studiile citate de Child Young în "*Infant and Young Child Feeding*" (2011),⁸ au fost identificate dovezi clare conform cărora alăptarea exclusivă până la 6 luni și continuarea alăptării până la 12 luni este intervenția preventivă cu cel mai mare impact în reducerea mortalității infantile (13%), în timp ce alimentația complementară începută la 6 luni împreună cu continuarea alăptării s-a clasat a III-a (6%). S-a estimat că, cele două intervenții pot preveni aproape o cincime din mortalitatea copiilor sub cinci ani, în țările în curs de dezvoltare. Cel mai mare impact a fost legat de reducerea morbidității și mortalității prin diaree și pneumonie.⁸

1.2.1. ALĂPTAREA

Alăptarea reprezintă metoda prin care copilul primește lapte direct de la sânul mamei sau lapte muls. Având în vedere impactul benefic pe termen lung dovedit științific al alăptării, hrănirea copiilor cu lapte uman trebuie considerată o prioritate de sănătate publică și nu doar o alegere cu privire la stilul de viață.

1.2.1.1. Beneficiile alăptării

Alăptarea are efecte benefice nutriționale, fizice și psihologice la copii, care se regăsesc pe întreg parcursul vieții lor.



Se recomandă cu tărie educarea mamei cu privire la beneficiile alăptării. 1A

Laptele matern este un aliment natural perfect, totdeauna proaspăt, curat și disponibil 24 de ore/zi, în orice zonă geografică.

Colostrul este laptele matern pe care femeile îl produc în primele zile după naștere. Are consistență mai mare și o culoare gălbuie. El conține mai multe proteine decât laptele matur.

Laptele matur este laptele matern produs după câteva zile de la naștere. Treptat cantitatea de lapte crește și femeia simte sânii tari și grei.

Consistența și compoziția laptelui variază și pe parcursul unei alăptări. La început laptele este mai subțire, conține proteine, lactoză și alți nutrienți și satisface și setea copiilor pentru apă. De aceea, adăugarea de alte fluide pentru satisfacerea setei sugarului este inutilă și chiar dăunătoare, întrucât va influența cantitatea totală de lapte matern supt. La sfârșitul unei alăptări laptele are o consistență mai crescută și este mai bogat în lipide, conferind sațietate.

Dată fiind compoziția laptelui matern în factori protectori (cu concentrație mare în colostrum), alăptarea conferă beneficii reducând riscul pentru:

- infecții gastrointestinale^{9,10} și infecții respiratorii și ale urechii¹⁰
- boli cardiovasculare, inclusiv hipertensiune arterială (studii grad B)⁹;
- diabet zaharat tip 2¹⁰;
- atopie, astm, boala celiacă și tulburări ale lipidelor (valori ale colesterolului total și LDL colesterolului mai mici la vârsta de adult) (studii grad C)⁹;

- față de copiii care sunt hrăniți cu formulă de lapte, cei alăptați au un risc mai redus de a deveni obezi în copilărie, adolescență și maturitatea timpurie. (A)⁹

Alăptarea poate fi de asemenea un factor important în apropierea dintre mamă și copil, date fiind interacțiunea regulată, contactul pielii acestora în timpul alăptării și încurajarea reciprocă.

O meta-analiză citată de Lee, Amanda, et al. în "*Infant feeding guidelines: information for health workers*" (2012) a indicat scoruri mai mari la testele de inteligență la copiii care au fost alăptați timp de cel puțin 1 lună (diferența medie 4,9; 95% CI 2,97-6,92), față de cei care nu au fost alăptați sau au fost alăptați mai puțin de o lună. Acest efect benefic devine mai pronunțat la o durată mai mare de alăptare; sugarii prematuri hrăniți cel puțin o lună cu lapte matern înregistrează beneficii mai mari în privința scorului de inteligență măsurat la vârsta de 7-8 ani, comparativ cu cei hrăniți cu formula de lapte (aproximativ 7 unități IQ în plus). Același document arată că pe lângă beneficul adus copiilor, alăptarea asigură beneficii și mamelor: pe termen scurt (grăbește involuția uterină, reduce riscul de hemoragie; crește posibilitatea de recăpătare a greutatei corporale de dinainte de sarcină) și pe termen lung (reduce riscul de cancer ovarian și de sân¹⁰ și pe cel de a dezvolta diabet zaharat tip 2 în rândul femeilor cu istoric de diabet gestațional). O meta-analiză a studiilor epidemiologice din 30 de țări, citată în același document, a arătat un risc relativ de reducere a cancerului de sân de 4,3% (95% CI 2,9 - 5,8) pentru fiecare 12 luni de alăptare în plus, față de o scădere de 7,0% (95% CI 5,0 -9,0) pentru fiecare naștere.

Fără a fi considerată o metodă contraceptivă sigură, există dovezi care arată o probabilitate crescută ca mamele care practică alăptarea exclusivă să aibă o amenoree mai prelungită (iar probabilitatea de sarcină în timpul perioadelor de amenoree de lactație este la nivelul de 1,7% în primele 6 luni, dacă o femeie cu amenoree alăptează atât ziua cât și noaptea).⁹

Avantajele economice ale alăptării iau în considerare scăderea costurilor pentru asigurarea alimentației copiilor atât pentru familie cât și pentru societate, la care se adaugă diminuarea costurilor legate de scăderea incidenței și prevalenței cel puțin a bolilor diareice și respiratorii din perioada copilăriei. O analiză mai recentă din SUA, citată de Lee, Amanda, et al. în "*Infant feeding guidelines: information for health workers.*" (2012) a constatat că, dacă 90% din familii ar putea să respecte recomandările medicale de a alăpta exclusiv pentru 6 luni, s-ar economisi 13 miliarde dolari pe an și anual ar putea fi prevenite 911 decese.

Child, Young în "*Infant and Young Child Feeding*" (2011) citează rezultatele studiilor care au arătat rolul alăptării în reducerea riscurilor pentru: infecțiile tractului respirator inferior (cu 72%), infecțiile gastrointestinale (cu 64%), otita medie (cu 50%), astm (cu 42%), diabetul de tip 2 (cu 39%) sau de tip 1 (cu 19-27%), și riscul cu 27% mai mic pentru obezitate"; aceleași studii indică un risc de mortalitate post-neonatală cu 21% mai mic în rândul copiilor alăptați și reducerea riscului de a dezvolta anumite tipuri de cancer în copilărie, cum ar fi leucemia (cu 30% mai mic în cazul alăptării timp de 6 luni) sau limfoamele.⁸

1.2.1.2. Factori care influențează alăptarea

În literatura medicală studiată au fost identificate dovezi cu privire la prezența asocierilor pozitive sau negative cu alăptarea precum și insuficiența dovezilor, în unele cazuri în care să se poată afirma asocierea.

Ghidul Alimentația nou-născutului la termen sănătos, elaborat de Asociația de Neonatologie din România în 2009 definește **alăptarea eficientă** ca fiind situația de creștere și dezvoltare armonioasă, corespunzătoare curbelor de creștere și dezvoltare (ale copilului alimentat la sân).¹¹ Astfel o alăptare eficientă asigură secreția lactată și nutriția adecvată copilului.

Alăptarea ineficientă reprezintă situația în care creșterea și dezvoltarea copilului sunt necorespunzătoare vârstei acestuia.

Factori corelați cu alăptarea eficientă:

- contactul dintre pielea mamei și cea a nou născutului, imediat după naștere (grad A)^{9,12,13};
- alăptarea în prima oră după naștere (grad C)⁹;
- tatăl susținător al alăptării cu inițierea și durata alăptării (grad B)¹⁴;
- implementarea Inițiativei OMS de "spital prieten al copilului" cu rezultatele alăptării (grad B)⁹.

Factori corelați cu lipsa alăptării:

- nașterea prin cezariană, mai ales cu alăptarea exclusivă și mai puțin cu durata alăptării (grad D)⁹;
- distribuirea de pachete promoționale cu formule de lapte în maternități sau la externare (grad A)¹³;
- hrănirea nou-născuților înainte de inițierea alăptării (alimentație prealăptare) cu durata alăptării (grad C);
- suplimentarea cu alte fluide decât laptele matern (grad C)¹³;
- obezitatea mamei cu inițierea și probabil și cu durata alăptării (grad B)⁹;
- nivelul socio-economic și de educație scăzut al mamei (grad C)⁹, mediul rural⁴;
- vârsta sub 20 ani a mamei cu inițierea și durata alăptării (grad B)⁹;
- utilizarea suzetei înainte de 4 săptămâni cu durata alăptării (grad C)⁹;
- percepția că laptele este insuficient cu durata alăptării (grad D)⁹;
- depresia postnatală cu durata alăptării (grad C);
- prezența anchiloglosiei;
- părinții fumători (grad A)⁹;
- intenția de a lucra sau de a se întoarce la serviciu cu inițierea și durata alăptării (grad B).⁹

Asocieri indiferente:

- exercițiile fizice ale mamei în perioada postpartum (grad C).⁹

Au fost găsite insuficiente dovezi pentru asocieri ale rezultatelor alăptării cu: paritatea, mulsul laptelui (exprimarea mamelonului), prezența piercing-ului mamelonului în timpul alăptării, starea de sănătate sau genul copilului, susținerea socială - alta decât cea din partea tatălui.⁹

1.2.1.3. Alăptarea exclusivă

Alăptarea exclusivă înseamnă hrănirea copilului numai cu lapte matern direct de la sân sau cu lapte muls, fără alte lichide sau solide, nici măcar apă, cu excepția soluțiilor de rehidratare, picăturilor sau siropurilor conținând vitamine, suplimentelor de minerale sau medicamentelor recomandate de medici.¹⁵



**Se recomandă cu tărie alăptarea exclusivă, în primele 6 luni de viață (180 zile).
1A**

Beneficiile alăptării exclusive sunt descrise în ghiduri ale organizațiilor de profesioniști în domeniul sănătății care susțin alăptarea exclusivă în primele 6 luni de viață.^{5,9,11,12,16}

1.2.1.4. Inițierea alăptării



Se recomandă consilierea gravidei pentru inițierea alăptării în prima oră după naștere, punând copilul în contact piele pe piele (skin-to-skin) cu mama, pentru cel puțin o oră. 1A

După naștere, procedurile de rutină ale îngrijirii nou-născutului, prin care se separă mama de copil, ar trebui amânate cel puțin pentru prima oră (C)^{13,17} ca să se permită astfel celor doi, mamă și copil, să fie în contact neîntrerupt piele pe piele. (A)^{12,13,17} pentru cel puțin o oră. Mama va fi încurajată să recunoască momentul în care bebelușul este gata să sugă colostrum și va fi ajutată să îl alăpteze, dacă are nevoie. (A)^{12,13}



Alimentarea copiilor după naștere, cu orice alt fluid înaintea alăptării cu lapte matern, întârzie inițierea alăptării (grad C)⁹.

Într-un studiu caz-control din India s-a arătat avantajul consilierii mamelor (mai ales a mamelor primipare) înainte de naștere și la intervale regulate, pentru inițierea timpurie și alăptarea exclusivă; consilierea de grup a avut un impact mai mare decât consilierea individuală.¹⁸

1.2.1.5. Frecvența și durata alăptării



Pentru a asigura o alăptare eficace se recomandă a se explica mamei mecanismul de producere a laptelui matern. PP

Când un copil sugă la sân, impulsurile senzoriale de la nivelul mamelonului se transmit la creier, iar hipofiza secretă hormonii prolactină și oxitocină care, transportate prin sânge la sân, determină secreția laptelui, respectiv participă la ejecția acestuia. Cu cât un copil sugă mai mult, cu atât sânii produc mai mult lapte.¹⁹ Dacă producția de oxitocină este deficitară, atunci laptele nu poate fi eliberat din sân. Oxitocina determină contracții uterine ajutând la reducerea sângerării. Aceste contracții pot provoca uneori dureri locale puternice la nivelul uterului.



Se recomandă alăptarea la cererea copilului, nerestricționată ca frecvență și durată (alăptarea responsabilă). Numărul supturilor va fi de minim 8 / 24 ore în primele 8 săptămâni, inclusiv noaptea. 1A



Se recomandă încurajarea nerestricționării frecvenței și duratei alăptării și alăptarea copilului la fiecare 2 - 3 ore, luându-se în considerare variațiile de la un copil la altul, mai ales când acesta este sănătos. După alăptarea din primul sân se oferă cel de al doilea sân, când copilul pare nemulțumit¹³. 1A

Durata unui supt ar trebui să fie mai mică de 30 de minute. În primele 8 săptămâni sugarul trebuie alăptat de cel puțin 8 ori în 24 de ore, inclusiv noaptea, iar după 8 săptămâni de cel puțin 5-6 ori, inclusiv noaptea.²⁰



Medicul de familie va consilia mama pentru continuarea alăptării până la vârsta de cel puțin 12 luni, după care, încetarea alăptării este alegerea mamei și / sau copilului. 1C



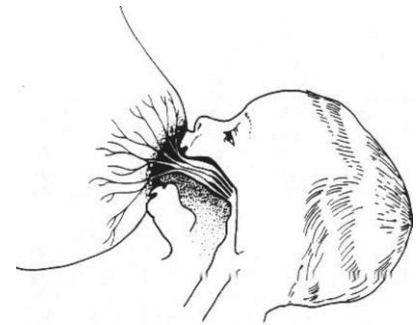
1.2.1.6. Poziția corectă pentru alăptare



se recomandă cu tărie monitorizarea eficienței alăptării prin observarea sistematică a tehnicii de alăptare și a semnelor de ineficiență a alăptării. 1A

Atașarea corectă la sân înseamnă ca:^{11,19}

- o mare parte a areolei mamare să se vadă deasupra buzei superioare a copilului,
- gura copilului să fie larg deschisă,
- buza inferioară a copilului să fie răsfrântă în afară,
- obrazul copilului să atingă sânul,
- capul și corpul copilului să fie aliniat,
- copilul să fie ținut aproape de corpul mamei,
- întreg corpul copilului să fie susținut.



Alte semne ale unei bune atașări la sân sunt: nasul copilului este liber; se aude când copilul înghite; brațele și mâinile copilului sunt relaxate; buzele sunt umede; prezintă satisfacție după alăptare, dă drumul la sân când este sătul; mama simte sânul golit.



Pentru o alăptare eficientă se recomandă ca toate mamele să fie învățate să atașeze corect copilul la sân. 1A

Când poziția pentru alăptare este corectă, plângerile de tipul durerilor, prezența leziunilor mamelonului, înroșirea sau angoria sânelui ar trebui să fie absente.⁹ Mama trebuie avertizată de acest lucru, iar dacă simptomele persistă și după corectarea poziției la sân, ar trebui luate în considerare alte cauze.

1.2.1.7. Semnele alăptării eficiente

Semnele majore ale alăptării eficiente sunt legate de creșterea în greutate și de gradul de hidratare. După primele 2 săptămâni creșterea în greutate a copilului poate fi de 500g până la 1000g sau mai mult, în fiecare lună.²⁰ La 10 zile - 2 săptămâni copilul ajunge la greutatea de la naștere și continuă cu o creștere de 30-40 g/zi sau 115 - 220 g/săptămână, până la 3 luni.

În condițiile unei alăptări eficiente, numărul minim de scutece ude în 24 de ore este de 6 iar urina este palidă.

Alte indicii pentru o *alăptare eficientă* sunt:

- copilul se hrănește de cel puțin 8 ori în 24 de ore,
- este mulțumit după supt (după 1-2 ore sugă din nou),
- înghite în timpul suptului,

- este alăptat la cerere
- el termină suptul.

Semnele certe ale aportului de lapte insuficient sunt: creșterea în greutate inadecvată și semnele aportului lichidian scăzut - mai puțin de 6 scutece ude/zi, cu cantități mici de urină concentrată (culoare intensă).

Semnele posibile ale unui aport de lapte insuficient sunt:

- bebelușul este nesatisfăcut la sfârșitul suptului: plânge frecvent, refuză sânul, mesele sunt lungi și dese,
- sugarul are scaune rare, de consistență crescută, verzui, în cantitate redusă,
- la începutul suptului nu apare laptele la stoarcerea sânului,
- lipsa măririi sânilor (în timpul sarcinii),
- lipsa afluxului de lapte (după naștere).



Se recomandă evaluarea eficienței alăptării prin măsurarea progresului greutății copilului și prin nr. de scutece ude pe zi. PP

Un aport scăzut de lapte matern poate fi cauzat de circumstanțe ale alăptării.²⁰

Cel mai frecvent este vorba de următoarele erori:

- inițierea alăptării este întârziată, iar producerea laptelui nu s-a ajustat la nevoile copilului;
- atașarea la sân este incorectă, astfel încât copilul sugă ineficient;
- alăptările sunt rare și copilul sugă insuficient;
- timpul de supt este prea scurt - copilul nu se simte confortabil (prea încălzit), graba și lipsa de răbdare a mamei, îndepărtarea copilului de la sân din diferite motive în timpul suptului - astfel cantitatea de lapte supt este insuficientă (mai ales partea de grasimi care se află în lapte în partea a doua a suptului);
- se utilizează biberoane sau suzete care înlocuiesc alăptarea și pot determina copilul să sugă mai puțin lapte. Modul de supt de la sân și din biberon este diferit și acest lucru poate crea confuzie copilului;
- oferirea de alte alimente sau fluide face copilul să sugă mai puțin lapte, iar producția de lapte va fi mai puțin stimulată prin supt;
- Prezența ankiloglosiei care ar trebui evaluată în continuare, la vizitele următoare.

Tabel 1: Motive pentru care alăptarea poate fi ineficientă

Factori ce țin de ALAPTARE	Factori PSIHOLÓGICI legați de MAMA	STAREA FIZICA A MAMEI	STAREA SUGARULUI
Inițiere întârziată Alăptat la ore fixe Alăptatul rar Lipsa alăptatului noaptea Alăptări scurte Atașare deficitară Biberoane, suzete Alte alimente/ lichide (apa/ceai)	Lipsa încrederii Îngrijorări, stres Neplăcerea de a alăpta Respingerea bebelușului Oboseala	Medicamente (contraceptive orale, diuretice) Sarcina Malnutriție severă Alcool/Fumat Retenția de placentă (f rar) Hipoplazie mamară (excepțional de rar)	Boală Anomalii anatomice
FRECVENT		RAR	

Sursa: World Health Organization. "Combined course on growth assessment and IYCF counselling." (2012)

Conform aprecierilor OMS aproximativ 97% dintre femei sunt fiziologic capabile să alăpteze cu succes, pe termen lung, indiferent de vârstă, mărimea sau forma sânilor.¹⁹

Prezentul Ghid propune profesioniștilor din asistența primară, un instrument dezvoltat de OMS¹⁹, deosebit de util pentru observarea și corectarea problemelor legate de tehnică de alăptare.



Se recomandă identificarea cauzelor unui aport scăzut de lapte înainte de orice intervenție de a adăuga suplimente alimentare sau de a sista alăptarea. PP

1.2.1.8. Extragerea și păstrarea laptelui matern

Pentru atingerea și menținerea unui regim de alăptare eficientă, este esențială evitarea oricărui contact al copilului cu orice formă de mamelon artificial (suzeta, tetina).



Medicul și asistenta vor consilia familia ÎMPOTRIVA utilizării de biberoane, tetine sau suzete și vor informa părinții despre impactul negativ al acestora asupra suptului. 1B

Chiar în situațiile obiective și/ sau tranzitorii în care hrănirea sugarului nu se poate face direct la sân, există alte mijloace alternative, care nu vor compromite comportamentul la sân al sugarului și succesul alăptării.



În cazul în care copilul nu sughe suficient lapte direct de la sân și sunt necesare suplimentări cu lapte se va administra laptele muls, cu cănița.²¹1B

Extragerea laptelui se face manual sau utilizând o pompă specială.



Se recomandă ca tuturor mamelor să li se arate modalitatea corectă de a exprima sânul manual și folosirea corectă a pompei pentru extragerea laptelui. PP



Toate mamele care doresc să stocheze laptele matern, mai puțin de 5 zile, trebuie atenționate că laptele ținut la frigider își păstrează mai multe caracteristici decât cel ținut la congelator. Laptele congelat trebuie dezghețat la frigider. Nu se va folosi cuptorul cu microunde în scopul decongelării sau încălzirii laptelui.

Mamele vor fi de asemenea avizate că laptele se poate păstra: până la 5 zile la frigider la 4 grade Celsius; până la 2 săptămâni în compartimentul congelator al frigiderului și până la 6 luni într-un congelator cu temperaturi la minus 18 grade Celsius. Sunt dovezi de grad C care arată că timpul optim de stocare a laptelui muls este de 96 de ore la 0-4 grade Celsius.⁹



Se recomandă ca, tuturor mamelor care doresc să stocheze și să utilizeze lapte muls să li se explice modul corect în care trebuie să o facă. 1A

1.2.1.9. Contraindicațiile medicale ale alăptării

În cazul copiilor cu nevoi nutriționale normale, contraindicațiile alăptării sunt legate de circumstanțe speciale ale mamei, care țin fie de necesitatea administrării unor medicamente, fie de prezența unor patologii infecțioase cu potențial de transmitere prin lapte.



Medicul poate contraindica alăptarea în următoarele situații²²:

- **copil cu galactozemie;**
- **mama cu infecții: infecție HIV, infecție TBC activă, infecție HTLV, infecție cu virus herpes simplex cu leziuni active la nivelul sânului (situații în care poate fi utilizat lapte muls);**
- **cât timp mama urmează chimio/radioterapie;**
- **dependența de droguri a mamei ;**
- **în timpul administrării unor tratamente medicamentoase mamei. 1B**

Decizia privind administrarea unui medicament mamelor care alăptează se ia evaluând următorii factori:

- necesitatea de a administra medicamentul mamei;
- efectul medicamentului asupra lactației;
- nivelul medicamentului în laptele matern;
- nivelul de absorbție al medicamentului din lapte, în tubul digestiv al copilului;
- efectele medicamentului asupra copilului;
- vârsta copilului (efectele maxime la sugari sub 2 luni, rareori până la 6 luni).

Un instrument util pentru informarea medicilor și permanent actualizat este [LactMed](http://toxnet.nlm.nih.gov) (<http://toxnet.nlm.nih.gov>), baza de date aparținând National Library of Medicine (SUA) care conține informații legate de medicamente / alte substanțe la care ar putea fi expuse mamele care alăptează. Sunt prezentate informații referitoare la concentrația probabilă a acestor substanțe în lapte și în sângele copilului și asupra potențialelor efecte adverse asupra copilului alăptat. Sunt oferite sugestii pentru înlocuirea unui medicament cu unul alternativ, cu mai puține efecte adverse. Datele provin din literatura de specialitate analizată critic, sunt validate și aduse la zi.

1.2.1.10. Dificultăți în alăptare - probleme ale sânului

Atunci când mama observă orice semne sau are simptome de stază a laptelui, i se recomandă să crească frecvența alăptării, să mulgă sânul până resimte golirea lui și să maseze ușor zona angorjată. (A)²¹, iar dacă în 24 de ore simptomele nu s-au ameliorat, să contacteze medicul, moașa, asistenta sau consilierul pentru alăptare.

Gestionarea eficientă a angorjării sânului se face prin: ajutarea mamei să îmbunătățească atașarea la sân; nerestricționarea alăptării; recunoașterea angorjării sânului și învățarea manevrei de exprimare manuală a acestuia când este angorjat și/sau utilizării eficiente a pompelor speciale, acolo unde acestea sunt accesibile; recunoașterea promptă a stazei laptelui prin autoexaminarea sânului, pentru identificarea zonelor tumefiate, dureroase sau cu roșeață.



Se recomandă intervenție imediată atunci când există semne de dificultate în alăptare: mameloane deteriorate, copil nemulțumit care plânge, semne sau simptome de stază a laptelui sau opinia mamei/familiei că laptele este insuficient. PP



Toate mamele care alăptează trebuie învățate să recunoască și să gestioneze problemele sânului legate de alăptare.²³(să prevină mastita) PP

1.2.1.11. Relactarea și sistemele de nutriție suplimentară

Relactarea este procesul de restabilire a lactației după ce aceasta a fost oprită.

Cauzele cele mai frecvente ale ablației, sunt: boala/medicații ale mamei, boala copilului, probleme ale sânilor (angorjare, durere, infecții) nerezolvate în timp util, sfaturi greșite primite de mamă, suplimentul cu lapte praf, folosirea biberonului.

Relactarea este un proces care se întemeiază pe mecanismele fiziologice ale lactației, având la bază stimularea mamelonară repetată pentru activarea zonelor hipotalamo - hipofizare responsabile de producerea oxitocinei și prolactinei. Pentru conducerea cu succes a acestui proces este adesea necesară colaborarea cu cadre instruite în acest sens.

În prezent există și în România (în marile orașe) servicii de consultanță pentru lactație furnizate de consultanți certificați de **International Lactation Consultant Association (ILCA)**, Un consultant în lactație certificat **ILCA** este un profesionist din domeniul sănătății, specializat în managementul clinic al alăptării.



În cazurile de întrerupere a alăptării în absența contraindicațiilor, medicii vor informa mamele asupra posibilităților de relactare.PP

Pentru a menține și dezvolta capacitatea de a alăpta există sisteme de nutriție suplimentară care permit administrarea de lapte formulă prin intermediul unui biberon cu tuburi cu supapă, atasat mamelonului, care permite actul suptului în condiții cât mai naturale.



În cazul în care există indicii temeinice privind insuficiența laptelui matern, medicii de familie pot informa mamele privind sistemele de nutriție suplimentară (pentru continuarea alăptării la sân exclusive sau mixte). PP

1.2.2 FORMULE DE LAPTE PENTRU SUGARI

Profesioniștii din sănătate au datoria de a promova în primul rând alăptarea, având în vedere beneficiile acesteia atât pentru copil cât și pentru mamă. În lipsa laptelui matern, ei trebuie să educe și să sprijine părinții cu privire la alimentația cu formulă de lapte. Formula de lapte pentru sugari adaptată fiecărei vârste, este suficientă din punct de vedere nutrițional până la 6 luni când începe alimentația complementară. Administrarea formulei se continuă până la cel puțin 12 luni sau, conform recomandărilor OMS și UNICEF regăsite în documentele OMS,²⁰ până la 2 ani și peste.

În situația în care, după informare și consiliere, mamele decid totuși să nu alăpteze, cadrele medicale trebuie să ofere părinților sfaturi de utilizare a formulei pentru sugari, singura alternativă adecvată care să acopere nevoile nutriționale ale acestuia și în condiții de siguranță.



Laptele formulă poate fi administrat numai la recomandarea și cu îndrumarea cadrelor medicale și numai în situațiile în care este singura soluție. 1A

Profesioniștii trebuie să cunoască faptul că laptele formulă trebuie reconstituit cu precizie și pregătit igienic și să demonstreze mamei prepararea formulelor și modalitatea de hrănire. Formulele bazate pe lapte de vacă sunt potrivite în primele 12 luni de viață, cu excepția cazului în care ele nu pot fi administrate din motive medicale, culturale sau religioase, situație în care pot fi utilizate formule speciale, sub supraveghere medicală.

Alimentația cu formulă de lapte de vacă este potrivită pentru sugarii sănătoși născuți la termen și se recomandă înaintea formulelor preparate din soia, lapte de capră sau formule speciale cum ar fi cea fără lactoză.



Medicul trebuie să prescrie formula de lapte în mod individualizat, în funcție de vârsta de gestație, vârsta cronologică, antecedentele heredofamiliale și particularitățile morfofuncționale și fiziologice ale fiecărui copil în parte. PP

Formulele de lapte sunt ambalate și etichetate conform standardelor. Pe etichete sunt inscripționate vârsta de la care poate fi introdus (formulele de început sunt utilizabile de la naștere, iar cele de continuare sunt utilizabile de la 6 luni), cantitatea și proveniența proteinelor, conținutul în nutrienți, modul de preparare și păstrare înainte și după deschiderea cutiei.

Doar profesioniștii ar trebui să demonstreze cum se prepară laptele formulă și doar celor care au nevoie să îl folosească. Mamele trebuie informate ce fel de lapte formulă este adecvat pentru copilul lor, care sunt costurile și riscurile nerespectării instrucțiunilor de preparare și depozitare.



Cadrele medicale vor consilia mamele și familiile IMPOTRIVA administrării oricărui lapte nonuman, în afara formulei, înaintea vârstei de 12 luni. 1A

1.2.2.1. Prepararea formulei de lapte



Se recomandă avertizarea mamei să prepare formula de lapte doar pentru o masă, respectând cu strictețe instrucțiunile înscrise pe ambalaj, în condiții de siguranță și să arunce cantitatea rămasă neconsumată și care a stat la temperatura camerei timp de peste o oră⁹. PP

Se vor citi întotdeauna instrucțiunile pentru a verifica cantitatea corectă de apă și de pulbere la masa respectivă. În sticla sterilizată se adaugă întâi apa fiartă anterior și răcită până la temperatura corpului, în cantitatea recomandată pentru masa respectivă, apoi pudra în cantitatea recomandată în instrucțiuni, pentru cantitatea de apă turnată deja în sticlă. Pentru a stabili cantitatea corectă de pudră, aceasta se va măsura cu lingura aflată în cutie. Se umple lingura de măsurare cu pudra și se nivelează cu dispozitivul de nivelare sau cu un cuțit sterilizat anterior. Formula care a stat la temperatura camerei mai mult de o oră, se aruncă. Formula care a fost, la temperatura camerei, timp de mai puțin de o oră, poate fi păstrată la frigider timp de până la maxim 24 de ore (într-un recipient steril). Reîncălzirea până la temperatura corpului se va face într-un recipient cu apă caldă, niciodată la cuptorul cu microunde.

Când posibilitățile de sterilizare sunt nesigure sau lipsesc, și este posibil accesul la produse sigure, gata de administrat, acestea se pot folosi pentru hrănire.

1.2.2.2. Cantitatea de lapte formulă recomandată



Se recomandă educarea mamei cu privire la cantitatea de lapte formulă oferită sugarului în 24 de ore. 1A

Cantitatea de lapte consumată de un copil într-o zi se modifică în timpul primului an de viață. În primele zile începe de la **30-60 ml/kgcorp/zi** și poate crește la aproximativ **150 ml/kgcorp/zi** în primele șase luni. Uneori poate ajunge la **200 ml/kgcorp/zi**, mai ales la prematuri. Către 12 luni, cantitatea se poate reduce la **100-90 ml/kgcorp/zi**, deoarece în această perioadă copilul mănâncă și alimente solide. Existența variațiilor individuale trebuie cunoscută de către părinți. Un număr de cel puțin 6 scutece udate pe zi poate fi un indicator că totul este în regulă.

Toți copiii trebuie monitorizați regulat. La cei hrăniți cu lapte formulă poate apărea o tendință la constipație, cu scaune mai puține decât la cei alăptați. Trebuie verificat modul de pregătire al formulei în situația unui scaun uscat, iar în cazul diareei trebuie întreruptă alimentarea cu formulă și oferită hrană de rehidratare.



1.2.2.3. Transportul laptelui formulă preparat



Se recomandă educarea părinților cu privire la modul de transport al formulelor de lapte. PP

Transportul formulelor de lapte deja preparate este nerecomandat, pentru că poate duce la dezvoltarea bacteriilor. Totuși, preparat și refrigerat la mai puțin de 5 grade Celsius, el poate fi transportat în condiții de frig, dacă se respectă celelalte condiții de manipulare și stocare.



Se recomandă educarea părinților cu privire la spălarea și utilizarea ustensilelor, în alimentația cu formule de lapte a sugarilor. PP

Sterilizarea echipamentelor utilizate la alimentația sugarului se poate face prin fierbere, cu aburi și chimic.

Înainte de sterilizare sticlele, tetinele, capacele, cuțitele se spală cu apă caldă și detergent de vase și cu o perie specială pentru sticle. Sterilizarea se realizează prin fierbere în apă timp de 5 minute. Ustensilele sterile se pot utiliza timp de 24 de ore. După 24 de ore se reia procedura de spălare și sterilizare, inclusiv a celor care au rămas nefolosite în acest interval.

Se poate folosi un dispozitiv de sterilizare cu abur care ridică automat temperatura apei. În el se introduc ustensilele curățate și spălate și se adaugă apa conform instrucțiunilor. Se pornește aparatul care se va opri automat îndată ce sterilizarea s-a realizat.

1.2.2.4. Utilizarea tetinelor și a biberonului



În cazul utilizării formulei pentru alăptare mixtă, se recomandă evitarea utilizării suzetei, tetinelor. Se va folosi cănița, lingurița sau sistemele de nutriție suplimentară. 1C

Dacă un copil s-a obișnuit să utilizeze o suzetă (supt inactiv) în timpul somnului, acesta nu ar trebui să fie oprit brusc în timpul primelor 26 de săptămâni.¹³

Pentru a se alimenta, un copil are nevoie de coordonarea suptului, înghițirii și respirației. Nou născutul prematur poate fi alimentat printr-un tub amplasat în stomac. Capacitatea de a suga și a înghiți este prezentă la 28 de săptămâni de sarcină, dar nu sunt pe deplin coordonate până la 32-34 săptămâni. Acest lucru înseamnă că nou-născuții prematuri, la mai puțin de 32 săptămâni de gestație, nu sunt, de obicei în măsură să se hrănească în mod eficient la sân sau cu biberonul.

1.2.2.5. Utilizarea căniței



Se recomandă mamelor, care utilizează formule de lapte pentru alimentația sugarilor, să folosească o căniță după vârsta de 6 luni și să renunțe la biberon după 12 luni de viață. PP

În zonele unde sursa de apă este nesigură este de preferat utilizarea căniței, pentru că biberoanele se curăță mai greu, indiferent dacă sugarul este alimentat cu lapte formulă sau lapte muls.

Cănițele se sterilizează până la vârsta de 12 luni.

Utilizarea căniței la copilul alimentat mixt (la sân și cu lapte formulă) se recomandă deoarece modul de supt din biberon este diferit de cel de la sân, poate induce confuzie copilului scurtând durata alăptării.

1.3. ALIMENTAȚIA COPILULUI DE LA 6 LA 23 LUNI

1.3.1. ALIMENTAȚIA COMPLEMENTARĂ

Alimentația complementară reprezintă introducerea unor alimente care fac trecerea de la alimentația exclusiv lactată la alimentația consistentă; termenul înlocuiește pe cel de alimentație diversificată.¹² Este definită ca demararea procesului de adăugare a alimentelor solide și lichide, împreună cu laptele matern, când acesta din urmă nu mai satisface suficient nevoile nutriționale ale sugarului.²⁰

1.3.1.1. Practici curente în România

Indicatorii utilizați de OMS pentru evaluarea practicilor din alimentația complementară au ca repere statutul de alăptat/nealăptat, vârsta, diversitatea, calitatea alimentelor și frecvența meselor, urmărind acoperirea nevoilor energetice precum și pe cea de micro și macronutrienți, în funcție de vârsta copilului.

Datele disponibile⁴ arată că în România:

- 97% dintre copii alăptați și 100% dintre cei nealăptați au primit alimente complementare în perioada de vârstă de 6-8 luni. (un lapte diferit de cel matern pentru cei alăptați, sau un aliment diferit de lapte pentru nealăptați);
- la grupa de vârstă între 6-12 luni nu mai mult de 1/3 au o dietă minimum diversificată (puțin peste 18% au consumat carne în ziua precedentă, iar ou numai 5,4%), cu valori mai mari în mediul rural; la grupa de vârstă 12-18 luni, 18% dintre copii nu au o dietă minimum diversificată (26% dintre copii au mâncat carne în ziua precedentă anchetei, iar ou, numai 14%). Un procent semnificativ se menține și la grupa de vârstă 18-24 de luni, unde 15% dintre copii nu au o dietă minimum diversificată;
- laptele de vacă, laptele formulă sau iaurtul cumpărat din magazine au constituit produsele lactate oferite cel mai des copiilor, față de iaurtul și brânza de vaci preparate în casă care sunt foarte rar utilizate în alimentația copiilor. Brânza, chiar și cea comercializată este foarte rar prezentă în dieta copiilor. Acest comportament este întâlnit și în mediul rural și în mediul urban;
- mai puțin de jumătate dintre copiii sub un an consumă alimente bogate în fier sau îmbogățite cu fier (carne, ou, lapte formulă, produse comercializate: pulberi cu cereale, cereale fortificate cu fier), procentul crescând la 65% peste 18 luni. S-au înregistrat diferențe între copii din mediul urban față de rural cu 15 puncte în favoarea celor din urban;



În jurul vârstei de 6 luni, se recomandă demararea procesului de adăugare a alimentelor solide, semisolide și lichide adecvate și sigure indiferent dacă sugarul este alăptat sau este hrănit cu formulă de lapte, în timp ce alăptarea sau hrănirea cu formula de lapte se continuă până la 12 luni și peste. 1A

În jurul vârstei de 6 luni, nevoia de energie și nutrienți a sugarului sănătos începe să depășească pe aceea oferită de laptele matern sau laptele formulă. Astfel că, laptele matern sau formula de lapte ca singur aliment, devine insuficient ca să asigure necesarul caloric și nutritiv al copilului. Dezvoltarea copilului la această vârstă permite introducerea altor alimente. Neintroducerea alimentelor complementare la vârsta de 6 luni sau/și introducerea lor necorespunzătoare poate afecta creșterea copilului.

1.3.1.2. Principiile directe ale alimentației complementare



Se recomandă respectarea principiilor directe ale alimentației complementare la copiii alăptați și nealăptați: continuarea alăptării sau a alimentării cu formule de lapte, responsivitatea, igienă, cantitate, consistență, conținut, varietatea alimentelor, numărul meselor, starea de sănătate a copilului și nevoia sa de suplimente nutritive, adaptate vârstei copilului. 1A

Documente ale OMS ("*World Health Organization Guiding principles for feeding non-breastfed children 6-24 months of age.*" (2005) și PAHO, WHO. "*Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child.*" Washington DC, PAHO and WHO, 2003 citate în World Health Organization. "*Essential nutrition actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition*" (2013) recomandă respectarea principiilor alimentației complementare pentru copiii alăptați și nealăptați.¹²

1.3.1.3. Principii directoare ale alimentației complementare la copiii alăptați

12,20,26

1. Alăptarea exclusivă (numai lapte matern) de la naștere până la vârsta de 6 luni și introducerea alimentelor complementare la vârsta de 6 luni (180 zile), în timp ce se continuă alăptarea.
2. Continuarea alăptării la cerere până la 2 ani și peste.
3. Alimentație responsabilă cu aplicarea principiilor îngrijirii psihosociale.
4. Igienă corespunzătoare și manipulare adecvată a alimentelor pentru prevenirea contaminării.
5. Alimentația complementară se începe la 6 luni cu cantități mici de alimente, porțiile crescând gradual pe măsură ce copilul înaintază în vârstă, menținând în același timp alăptarea la cerere.
6. Consistența alimentelor și varietatea lor va crește odată cu vârsta copilului și se adaptează la cerințele și abilitățile copilului.
7. Creșterea numărului de mese de alimente complementare zilnice, odată cu înaintarea în vârstă a copilului.
8. Ca să se asigure că nevoile nutritive ale copilului sunt îndeplinite, acesta va mânca alimente variate (diversificare adecvată).
9. În funcție de necesar, se vor oferi copilului suplimente de vitamine și minerale.
10. Se va crește frecvența alăptării în timpul îmbolnăvirilor și copilul va fi încurajat să mănânce alimente moi, variate, apetisante, preferate. În convalescență copilul va fi stimulat să mănânce mai des decât de obicei și mai mult până când greutatea copilului este recuperată.

1.3.1.4. Principii directoare ale alimentației complementare la copiii nealăptați¹²

1. Persoana care îngrijește copilul trebuie să se asigure că nevoile energetice sunt îndeplinite.
2. Consistența alimentelor și varietatea lor se cresc odată cu vârsta copilului și se adaptează la cerințele și abilitățile sugarului.
3. În mod normal, ar trebui ca mesele sugarilor sănătoși și nealăptați să fie furnizate de patru – cinci ori pe zi, la care se adaugă gustări nutritive suplimentare oferite o dată sau de două ori pe zi, după cum dorește copilul.
4. Pentru îndeplinirea nevoilor nutritive, este necesară o varietate de alimente.
5. Când este cazul, se vor utiliza alimentele fortificate sau suplimentele de vitamine și minerale (de preferință în amestec cu alimentele) care conțin fier.

6. Copiii nealăptați și copiii mici au nevoie în plus de cel puțin 400-600 ml de fluide/zi într-un climat temperat, și de 800-1200 ml / zi într-un climat cald.
7. Pentru prevenirea contaminării, este nevoie de igienă corespunzătoare și manipularea adecvată a alimentelor.
8. Alimentație responsabilă cu aplicarea principiilor îngrijirii psihosociale: răspunde nevoii de foame sau sațietate a sugarului cu dragoste și răbdare; nu se forțează copilul să mănânce; nu se întrerupe copilul în timpul mesei din lipsă de răbdare; nu se lasă copilul să facă ce vrea - dacă nu cere de mâncare, copilul este încurajat să mănânce (copilul poate avea apetitul redus datorită diferitelor boli sau deficiențe nutritive).
9. Se va crește consumul de lichide în timpul îmbolnăvirilor și copilul va fi încurajat să mănânce alimente moi, variate, apetisante, preferate. În convalescență copilul va fi stimulat să mănânce mai des decât de obicei și mai mult până când greutatea copilului este recuperată.

1.3.1.5. Continuarea alăptării



Se recomandă continuarea alăptării până la vârsta de cel puțin 12 luni, după care încetarea alăptării este alegerea mamei și/sau copilului. 1C

În studiile citate de Child Young în "*Infant and Young Child Feeding*" (2011),⁸ au fost identificate dovezi clare conform cărora alăptarea exclusivă până la 6 luni și continuarea alăptării până la 12 luni este intervenția preventivă cu cel mai mare impact în reducerea mortalității infantile (13%), în timp ce alimentația complementară începută la 6 luni împreună cu continuarea alăptării s-a clasat a III-a (6%). S-a estimat că, cele două intervenții pot preveni aproape o cincime din mortalitatea copiilor sub cinci ani, în țările în curs de dezvoltare. Cel mai mare impact a fost legat de reducerea morbidității și mortalității prin diaree și pneumonie.⁸

Orice cantitate de lapte non-uman (de vacă, capră, oaie) nemodificat este nerecomandată înainte de 12 luni din cauza diferențelor mari de conținut în proteine și electroliți față de laptele uman. Hrănirea copiilor cu lapte de vacă înainte de împlinirea vârstei de 12 luni este asociată cu o incidență crescută a deficitului de fier.(D) Cu toate acestea majoritatea sugarilor primesc lapte de vacă înainte de vârsta recomandată de 12 luni (D). Statusul economic scăzut a fost asociat cu introducerea laptelui de vacă nemodificat la copiii mai mici de 12 luni.(C)⁹

Laptele de vacă nu trebuie administrat ca o băutură principală pentru copii sub vârsta de 12 luni. Totuși, în cantități mici el poate fi administrat ca parte a alimentelor solide, cum ar fi crema tip șarlotă și cu cereale.

1.3.1.6. Dieta minimă acceptabilă / Dieta minimă diversificată



Pentru o creștere optimă a copilului între 6 - 23 luni se recomandă ca alimentația complementară să asigure zilnic hrană din cel puțin 4 grupe alimentare dintre următoarele 7 (respectiv 1.cereale, rădăcinoase, tuberculi; 2. pâstăioase, nuci; 3. produse lactate; 4. carne, pește, ficat de pasăre/alte organe; 5. ouă; 6. legume și fructe de culoare galbenă și portocalie; 7. alte fructe și legume) cu frecvența și cantitatea corespunzătoare vârstei (Dieta Minim Acceptabilă) 1A

În documentul OMS privind indicatorii de evaluare a practicilor de diversificare și metodologia de măsurare a lor se afirmă **că dieta minimum diversificată presupune consumul unor alimente din cel puțin 4 grupe alimentare diferite, dintre cele 7 grupe:**

1. cereale, rădăcinoase, tuberculi;
2. leguminoase/păstăioase, nuci;
3. produse lactate (lapte, iaurt, brânză);
4. carne, pește, ficat de pasăre/ alte organe;
5. ouă;
6. legume și fructe bogate în vitamina A (de culoare galbenă și portocalie);
7. alte fructe și legume;²⁷

Pentru o **Dietă Minim Acceptabilă** este necesară asigurarea nu numai a diversității ci și a cantității necesare creșterii și dezvoltării la fiecare etapă de vârstă, cantități asigurate prin frecvența, mărimea și consistența porțiilor primite de copil în perioada dintre 6 și 23 luni.

1.3.1.7. Introducerea alimentelor complementare

În jurul vârstei de 6 luni copilul și-a dublat greutatea de la naștere și devine mult mai activ, iar dezvoltarea sa arată că este pregătit pentru alte alimente decât lapte, sistemul său digestiv fiind suficient de matur ca să digere amidonul, proteinele și grăsimile.

În timpul hrănirii, copiii mici împing alimentele afară din gură, cu limba. Copiii între 6 luni și 9 luni pot ține în gură mai ușor alimente solide.²⁰



Se recomandă demararea alimentației complementare cu alimente care conțin fier, inclusiv cereale îmbogățite cu fier pentru sugari, carne pasată de pasăre sau soia, legume, fructe și produse lactate, cum ar fi iaurtul de casă cu grăsime integrală, crema de brânză. 2C

Introducerea de alimente solide la aproximativ 6 luni ar trebui să înceapă cu alimente care conțin fier, inclusiv cereale îmbogățite cu fier pentru sugari, carne pasată de pasăre sau soia, legume, fructe și produse lactate, cum ar fi iaurtul de casă cu grăsime integrală, crema de brânză. Nu există recomandări privind ordinea în care ar trebui introduse alimente sau numărul de noi alimente care pot fi introduse la un moment dat. Cel mai important factor de care se va ține seama se referă la conținutul de nutrienți: fier, zinc, grăsimi, proteine, vitamine și alte minerale esențiale. Astfel că hrana oferită trebuie să fie de densitate mare și să includă o varietate mare de alimente din fiecare grupă. Nu sunt necesare pauze, între alimentele nou introduse (pentru prevenirea eventualelor alergii).⁹



Se interzice consumul de sare la copiii până la 24 de luni și a mierii până la 12 luni. 1B

Un studiu australian descriptiv pe un număr de 295 de copii evaluați la 9 luni, respectiv la 18 luni a pus în evidență că sursele alimentare principale de sodiu pentru copiii mai mici de doi ani (pâine, brânză, cereale pentru micul dejun, supă și feluri de mâncare mixte, extracte de drojdie, carne prelucrată, precum și produse de panificație) sunt cele care contribuie la aportul mare de sare, ceea ce poate atenționa autoritățile competente în legătură cu rolul industriei alimentare în reducerea sării din alimentele consumate frecvent.²⁸

Mierea poate conține spori de *Clostridium botulinum* și nu ar trebui să fie administrată sugarilor cu vârsta sub 12 luni, direct sau prin ungerea tetinelor înainte de a fi oferite sugarilor⁹.



Se recomandă neintroducerea sucului de fructe la copii până la 6 luni și evitarea oferirii acestuia între 6 - 12 luni, iar după această vârstă doar în cantități limitate la 120 - 180 ml/zi și de preferință diluat cu apă și niciodată seara, înainte de culcare. 1B

Sucul de fructe nu trebuie oferit sugarilor și nu poate fi considerat un înlocuitor al fructelor, indiferent de vârsta copilului. Cel rezultat din stoarcerea fructelor conține într-adevăr mulți nutrienți, dar nu conține fibre.

Înainte de împlinirea vârstei de 6 luni, consumul de apă este de preferat sucului de fructe. Acesta nu oferă beneficii nutriționale sugarului și este nepotrivit pentru tratarea deshidratării sau diareei. Consumul exagerat al sucului de fructe a fost asociat în studiile citate de de Lee, Amanda, et al. în *"Infant feeding guidelines: information for health workers."* (2012), cu simptome gastrointestinale (diaree, flatulență, distensie abdominală) precum și cu tulburări ale creșterii în greutate sau obezitate, putând crește totodată riscul de carii și eroziuni dentare din cauza acidității. Copii trebuie încurajați să consume fructele întregi; consumul de sucuri de fructe trebuie limitat în conformitate cu recomandările pentru vârstă.

Ceaiul este o băutură preparată prin infuzarea frunzelor uscate sau zdobite ale plantei de ceai, în apă clocotită. În diferite culturi, ceaiul este oferit sugarilor, chiar înainte de primul supt la sân. Deoarece prin conținutul său, poate reduce disponibilitatea fierului și a altor minerale, iar zahărul adăugat adesea crește riscul de carii dentare, ceaiul nu este recomandat sugarilor. Beneficiile consumului de ceai la sugari sunt necunoscute.⁹



Se recomandă interzicerea oferirii de ceaiuri, cafea sau orice altfel de băuturi îndulcite cu zahăr (băuturi răcoritoare sau siropuri) sugarilor. 1B

1.3.1.8. Numărul meselor



În alimentația complementară a copilului se recomandă creșterea numărului de mese, odata cu creșterea în vârstă a acestuia. 1A

Numărul de mese depinde de cantitatea de energie necesară copilului, de cantitatea de alimente pe care le poate mânca la o masă și de densitatea energetică a alimentelor. Aportul energetic va trebui să acopere diferențele dintre necesarul energetic pentru vârstă și aportul energetic din lapte.

Numărul de mese zilnice la copilul alăptat ar trebui să fie de: 2-3 mese pe zi la 6-8 luni, 3-4 mese pe zi la 9-11 luni și 3-4 mese pe zi plus 1-2 gustări hrănitoare pe zi la 12-23 de luni. O gustare înseamnă alimente consumate între mese. Va fi încurajată autohrănirea cu alimente ușoare și comod de preparat. Dacă densitatea de energie sau cantitatea de alimente la o masă sunt scăzute atunci se va crește numărul meselor în cursul unei zile.²⁶

Minimum de mese pe zi este definit ca fiind: două la copiii alăptați, cu vârsta de 6-8 luni; 3 la copiii alăptați, cu vârsta de 9-23 luni și 4 la copiii nealăptați, cu vârsta de 6-23 luni.²⁷



Se recomandă ca la calcularea cantității de alimente necesare unui sugar să se ia în considerare aportul energetic necesar, capacitatea stomacului și densitatea de energie a alimentelor care urmează a fi consumate. 1A

Cantitatea de alimente pe care o poate mânca la o masă sugarul depinde de capacitatea stomacului. Se știe că, de obicei, aceasta este de 30ml/kgcorp de masă corporală.

La 8 kg un copil are o capacitate a stomacului de 240 de ml, cât o cană, aceasta fiind cantitatea totală pe care copilul respectiv o poate mânca la o masă.²⁰

1.3.1.9. Porția de alimente

Conform surselor citate în documentele OMS, copiii alăptați primesc la vârsta de 12-23 luni, în medie, 35% - 40% din necesarul de energie totală din laptele matern, restul de 60% - 65% fiind acoperit de alimente complementare.¹²

Porția pentru legume se referă la o cană de legume verzi crude, cu frunze (spanac, salata, etc.); sau o jumătate de cană de alte legume - fierte sau crude tocate (roșii, fasole, etc.); sau o jumătate de cană de suc de legume.



Porția pentru fructe se referă la o singură bucată de fruct (mere, kiwi, banană, etc); sau o jumătate de cană de fructe tocate, fierte sau conserve de fructe; sau o jumătate de cană de suc de la un fruct, fără adaos de arome artificiale.²⁹

Prepararea alimentelor semi-solide se realizează de obicei prin diluarea cu apă a piureurilor obținute prin pasarea unor alimente (carne, cereale, legume); frecvent diluarea este excesivă, ducând la obținerea unor preparate cu densitate energetică și concentrație de micro-nutrienți mult redusă. Aceasta este una dintre cele mai frecvente erori în alimentația complementară.



Se recomandă ca alimentele complementare să fie suficient de consistente încât să nu curgă din lingură. PP

1.3.1.10. Evaluarea practicilor în alimentația complementară

Cea mai bună oglindă a gradului de adecvare a alimentației complementare o constituie creșterea și dezvoltarea copilului în lungime și greutate, documentată prin curbele de creștere ale copilului în raport cu standardele propuse de OMS ca referință pentru copiii de aceeași vârstă/sex - scorurile Z și mai ales tendințele curbelor (v. *Capitolul 4 – Tulburări de creștere și dezvoltare la copil*)

Pentru a preveni situația în care deficiențele și erorile în alimentația complementară vor afecta vizibil procesul de creștere și dezvoltare se recomandă evaluarea periodică a practicilor alimentare la consultațiile jalon de supraveghere a copilului, utilizând chestionarul propus de OMS în acest sens profesioniștilor din asistența primară. (Evaluarea practicilor în alimentația complementară – anexa 2).



Se recomandă cu tărie monitorizarea statusului nutrițional al copilului prin evaluarea sistematică a alimentației complementare și a creșterii și dezvoltării copilului. 1A

1.3.1.11. Prepararea și păstrarea alimentelor destinate sugarii și copiilor sub 2 ani

OMS a publicat în 2012 un ghid ușor de utilizat care cuprinde un set de recomandări dietetice compatibile cu diferite culturi și modele de alimentare ale consumatorilor din diverse regiuni, bazate pe disponibilitatea alimentelor locale și la prețuri accesibile.



Se recomandă ca pregătirea, gătitul și servirea, precum și transportul și depozitarea alimentelor complementare să respecte condițiile de siguranță^{20,30} valabile pentru toate alimentele. 1C

Laptele nepasteurizat se va evita sau va fi fiert înainte de consum. Se vor evita alimente care conțin ouă crude sau lapte nepasteurizat.

Reîncălzirea alimentelor se va face în baie de abur sau prin fierbere. Se vor evita alimentele reîncălzite de mai multe ori.

1.3.1.12. Transportul și depozitarea alimentelor

Nu se cumpără și nu se consumă produse alimentare care au ambalaje defecte, sigilii necorespunzătoare sau care prezintă semne de deteriorare precum și conținutul cutiilor umflate, cu scurgeri sau cu miros neobișnuit

Cumpărarea produselor refrigerate sau congelate se face la finalul sesiunii de cumpărături pentru evitarea încălzirii sau dezghețării acestora. În acest scop se recomandă utilizarea, pe cât e posibil, a pungilor frigorifice.

Se va citi întotdeauna eticheta pentru instrucțiuni de păstrare a produselor alimentare cumpărate și se va verifica data de expirare a produselor alimentare ambalate înainte de a cumpăra sau/și consuma.

Depozitarea alimentelor se face în cutii speciale pentru alimente așezate în dulapuri curate, departe de produse chimice. Alimentele gata pentru consum (exemplu biscuiți, pâine) se vor depozita separat de cele care necesită pregătire prealabilă, chiar și numai prin spălare, pentru prevenirea contaminării încrucișate. În congelator, alimentele se păstrează în pungi sigilate complet, pentru a evita uscarea suprafeței acestora (uscarea afectează calitatea, nu și siguranța).

Alimentele gătite vor fi acoperite și așezate pe un raft mai sus decât cele nefierte, iar carnea crudă se va pune în recipienti închiși, așezați în așa fel încât să se prevină picurarea de suc de carne peste alte alimente.

Etajerele, rafturile, ușile frigiderului și congelatorului vor fi curățate cu regularitate, dar și de îndată ce apar scurgeri accidentale, iar temperatura optimă trebuie să fie de 5°C sau mai mică.

1.3.1.13. Alergiile alimentare

O barieră frecventă în desfășurarea corectă a procesului de diversificare a alimentației și a introducerii unora dintre cele mai valoroase alimente în dieta sugarii o constituie "teama" mamei față de alergia alimentară.

Alergiile alimentare pot avea efecte semnificative asupra morbidității și calității vieții și pot induce costuri suplimentare date de vizitele medicale și tratamentele efectuate. Ca atare, există o preocupare pentru reducerea riscului de a dezvolta alergii alimentare. Academia Americană de Alergie și Imunologie Clinică (EAACI) a elaborat recomandări bazate pe dovezi pentru prevenția primară a alergiilor alimentare⁴²:

- Toate mamele sunt sfătuite să aibă o dietă normală, fără restricții în timpul sarcinii și alăptării (B);
- Toți sugarii vor fi alăptați exclusiv timp de cel puțin 4-6 luni de viață (II-III, C);
- În cazul în care alăptarea este insuficientă sau nu este posibilă, copiilor cu risc ridicat la alergii li se poate recomanda o formulă de lapte hipoalergenică (cu un efect preventiv documentat pentru primele 4 luni). Ceilalți copii pot primi formulă standard (I, A-B);
- Nu este nevoie de a evita introducerea alimentelor complementare după 4 luni, iar în prezent, dovezile nu justifică recomandări cu privire la abținerea de a iniția sau de a încuraja expunerea la produsele alimentare potențial alergene - cum ar fi laptele de vacă, oul sau arahidele – (în funcție de practicile locale) dacă a început înțărirea, indiferent de ereditatea de atopie. (II-III, C);
- Nu există dovezi care să susțină utilizarea de prebiotice sau probiotice pentru prevenirea alergiilor alimentare;
- La un număr de 371 de copii care s-au prezentat cu reacții la alimente în serviciile de urgență din trei spitale, s-a constatat că la arahide și nuci/alune reacțiile au fost la fel de comune ca reacțiile la lapte și ou. Expunerea concomitentă la alergenii din aer pare să crească riscul de anafilaxie al alimentelor.⁵⁵ C;

1.4. SUPLIMENTAREA DIETEI COPIILOR CU MICRONUTRIENȚI ȘI VITAMINE

Micronutrienții sunt esențiali pentru creșterea, dezvoltarea și prevenirea bolilor la copiii mici. Suplimentarea hranei cu micronutrienți poate fi o intervenție eficientă în unele situații.³¹ Conform World Health Organization, "*Essential nutrition actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition.*" (2013), adăugarea de suplimente alimentare în hrana copiilor a fost propusă ca una dintre cele mai bune intervenții de nutriție disponibile pentru a asigura aportul de vitamine și minerale deficiente cum ar fi deficitul de fier, deoarece ar putea fi direcționate către grupurile vulnerabile, spre exemplu copiii care locuiesc în zone îndepărtate sau greu accesibile. Aceste suplimente de micronutrienți se pot găsi sub formă de pulbere, ambalate în plicuri mici, rezistente la temperatură și umiditate ceea ce le conferă valabilitate îndelungată precum și transport și păstrare în siguranță.¹²

1.4.1. SUPLIMENTAREA DIETEI CU FIER



Se recomandă administrarea de suplimente de fier, în doză de 2mg/kgcorp/zi, copiilor cu vârste între 6 și 23 de luni. Profilaxia va fi inițiată de la 2 luni pentru sugarii născuți cu greutate mică. 1A

Conform unui studiu descriptiv pe 2117 copii cu vârste între 0 și 24 de luni efectuat de Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului „Prof. Dr. Alfred Rusescu” (care a utilizat date din CSSDM), prevalența anemiei în rândul copiilor sub 5 ani era de 27% în România anilor 2010 și 2011³². Anuarul de statistică sanitară 2003-2010, din 16 județe ale țării, acoperind toate cele patru macroregiuni, a arătat că prevalența anemiei la copiii în vârstă de 6-12 luni este de 48%, mai scăzută față de anul de referință 1991 (52%); la copiii în vârstă de 12 luni este de 43,6%, mai mică decât în precedentele studii (48-54% în 1991 și 59,3% în 2004); la copiii în vârstă de 24 de luni s-a constatat aceeași evoluție favorabilă, prevalența anemiei fiind de 40,5% în 2010, față de 56,8% în 2004.³³

Sugarii au nevoi de fier mai mari față de alte grupe de vârstă, deoarece cresc foarte repede. Deși în mod normal se nasc cu depozite bune de fier, după 6 luni conținutul de fier din laptele matern nu mai este suficient pentru mulți dintre ei, iar alimentele complementare nefortificate au un conținut scăzut de fier. Așa apare deficitul de fier la această vârstă.

Sugarii cu greutate mică la naștere au depozite și mai mici de fier și sunt la risc mai mare de a dobândi deficit de fier, la o vârstă mai mică. În cazul în care dieta nu include alimente fortificate sau prevalența anemiei este de peste 40% la copiii în jurul vârstei de un an, se recomandă suplimente de fier în doză de 2mg/kgcorp/zi tuturor copiilor cu vârste între 6 luni și 23 de luni.¹²

Datele citate arată că prevalența anemiei la sugarii și copiii sub 2 ani din România face obligatorie intervenția de urgență în favoarea profilaxiei acesteia, prin alimentație complementară și suplimentare de fier.

O recenzie sistematică Cochrane citată de World Health Organization. "*Essential nutrition actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition.*" (2013) a arătat că administrarea **intermitentă** de suplimente de fier la copiii cu vârste de 6 - 23 luni, a crescut eficient concentrația hemoglobinei și a împiedicat apariția anemiei, comparativ cu administrarea de placebo sau neintervenția. Totuși, copiii cu administrare intermitentă a fierului au fost mai susceptibili de a fi anemici la finalul intervenției decât cei care au luat fier zilnic având rate de aderență mai mari.

Copiii **născuți prematur** ar fi de dorit să primească un supliment de fier elementar de 2 mg / kg corp pe zi începând cu vârsta de 2 luni, administrarea continuându-se până la 12 luni.³⁴ Suplimentarea se va face fie sub formă de medicament, fie prin alimente complementare fortificate. Sugarii prematuri hrăniți cu o formulă pentru prematuri (14,6 mg de fier per L) sau cu o formulă pentru sugari la termen (12,0 mg de fier per L) vor primi aproximativ 1.8-2.2 mg / kg pe zi de fier (presupunând un aport de lapte formulă de 150 ml / kg pe zi). În ciuda utilizării de formule care conțin fier, 14% dintre copiii prematuri prezintă deficit de fier între 4 și 8 luni.³⁵ Astfel, unii nou-născuții prematuri hrăniți cu lapte formulă ar putea avea nevoie de fier suplimentar³⁴ deși nu există dovezi suficiente pentru a face o recomandare generală în acest sens. Ar putea fi exceptată de la suplimentarea cu fier a nou-născuților prematuri, copiii care au primit transfuzii multiple.

Sugarilor identificați cu o concentrație a hemoglobinei mai mică de 11,0 mg / dl sau cu risc semnificativ de deficit de fier sau anemie ca mai sus, le trebuie măsurate în plus față de nivelul concentrației Hb și nivelul concentrației feritinei serice (SF), a proteinei C reactive (CRP) sau numărătoarea reticulocitelor (CHR), pentru a crește sensibilitatea și specificitatea diagnosticului.³⁶

Se consideră că o formulă de lapte concentrat conținând 12mg/l de fier elementar, poate fi administrată sugarilor.

1.4.2. SUPLIMENTAREA DIETEI CU CALCIU



Până la vârsta de 1 an, se recomandă asigurarea unui aport adecvat de calciu din laptele matern, lapte formulă și alimente complementare; se ia în considerare un aport necesar estimat de 200 mg de calciu/zi la copiii până la 6 luni, și de 260 mg zilnic la copiii între 6 și 12 luni de viață. Între 1 și 3 ani necesarul mediu estimat de calciu (EAR) este de 500mg/zi, iar rația alimentară recomandată (RDA) este de 700mg/zi. 1A

Administrarea de calciu nu este necesară în profilaxia rahitismului la copilul care primește minimum 400 ml de lapte pe zi.

Sunt insuficiente date pentru a stabili necesarul mediu estimat de calciu (EAR) pentru copiii până la vârsta de 12 luni, iar aportul adecvat de calciu (AI) a fost estimat pe datele disponibile.³⁷ Se consideră că nevoile de calciu sunt îndeplinite de laptele matern la această vârstă. Pentru acest lucru au fost luate în considerare aportul de lapte matern în primul an de viață și conținutul de calciu al acestuia precum și absorbția și excreția calciului la aceste vârste.

Estimarea aportului adecvat de calciu la copiii cu vârste între 6 și 12 luni ia în considerare și aportul suplimentar de calciu din alimentele solide. Astfel, pentru copii alimentați cu formulă de lapte, valoarea medie a aportului de calciu din alimentele solide a fost estimată la 140 mg/zi. Presupunând că aportul de alimente solide pentru copiii alăptați natural după 6 luni este același cu cel al copiilor hrăniți cu lapte formulă și ținând cont de faptul avem un consum de lapte de 600 ml/zi la această vârstă este, aportul de calciu din lapte ar fi de 120mg/zi.

Adăugând 140 mg de calciu/zi din alimentele solide la 120 mg Ca/zi din laptele matern rezultă un aport estimat de 260 mg de calciu/zi.

Peste vârsta de 1 an, până la 3 ani, retenția de calciu este de 142 mg/zi, ceea ce a făcut să se considere că un aport optim de 474 mg/zi la această vârstă asigură această nevoie.

Alimentele bogate în calciu sunt brânza și iaurtul care pot fi administrate în timpul gustărilor ca și legumele cu frunze verzi, fasolea și fructele cu coaja lemnoasă (nuci, alune de pădure).

1.4.3. SUPLIMENTAREA DIETEI CU VITAMINA D



Se recomandă suplimentarea dietei copiilor cu vârsta până la 1 an a cel puțin 400 UI/zi de vitamina D₃, iar a celor cu vârsta peste 1 an cu cel puțin 600 UI/zi de vitamina D₃. 1A



Doza de Vitamina D, recomandată în profilaxie, trebuie ajustată în funcție de particularitățile individuale ale copilului și de factorii de risc pentru rahitism identificați. 1B

Deficitul de vitamine la copiii alăptați poate fi atribuit deficitului acestora în dieta mamei. Îmbunătățirea dietei mamei și suplimentarea ei cu vitamine este mai eficace decât adăugarea de alimente complementare copilului.²⁶ Când expunerea la soare este redusă, copiii pot avea deficiență de vitamina D care ar putea fi prevenită prin administrare directă de vitamina D în picături copiilor.

Surse naturale de vitamina D din alimente sunt: uleiul de pește sau peștele gras (somon, macrou, hering, ulei de ficat de cod), ficatul, gălbenușul de ou și alimentele îmbogățite cu vitamina D (lapte, margarină, uleiuri vegetale, cereale pentru micul dejun).

Conform protocolului recomandat de IOMC (31), pentru evitarea apariției rahitismului la copil este important să se respecte următoarele principii:

- alăptarea exclusivă în primele 5-6 luni de viață;
- prelungirea alimentației la sân până după vârsta de un an, și chiar până la doi ani (recomandare OMS);
- alimentația sugarului cu „formule de lapte pentru sugari” în situația în care nu este posibilă alăptarea, cu evitarea laptelui de vacă și a laptelui praf industrial la sugarul până la vârsta de 12 luni;
- introducerea alimentelor complementare la sugar, cu precădere a alimentelor bogate în vitamina D (gălbenușul de ou, ficatul de vită, peștele) și cerealele îmbogățite în vitamina D și Fe, în detrimentul celor fără adaos;
- alimentația mamei care alăptează trebuie să includă alimente bogate în vitamina D;
- facilitarea mișcărilor active ale copilului, chiar din primele ore de viață (îmbrăcarea în salopetă conferă avantaje în acest sens);
- expunerea la aer din prima săptămână de viață, ținând cont de greutatea copilului și de temperatura ambiantă.

1.4.4. SUPLIMENTAREA DIETEI CU IOD



Se recomandă administrarea de suplimente cu iod în doză de 90pg/zi sau 200 mg/an¹² copiilor peste 6 luni atunci când lipsesc alimentele complementare fortificate cu iod. 2A

Aportul insuficient de iod poate pune în pericol dezvoltarea optimă a creierului fătului și al copilului mic. Când sarea iodată este inaccesibilă este nevoie de suplimente de iod pentru femeile gravide și pentru cele care alăptează. Copii cu vârsta mai mică de 6 luni primesc doza necesară de iod din laptele matern atunci când sunt alăptați exclusiv și când mama care alăptează a primit suplimentare cu iod în doză recomandată.

Pentru copii între 6 și 23 luni se recomandă 90 pg/zi ca un supliment cu administrare zilnică sau 200 mg/an într-o singură doză anuală, sub formă de ulei iodat, când alimentele complementare nu sunt fortificate cu iod.

1.4.5. SUPLIMENTAREA DIETEI CU VITAMINA A

OMS și UNICEF recomandă suplimentarea universală cu vitamina A ca o prioritate la copiii cu vârste între 6-59 luni, în țările cu un risc ridicat de deficiență. Astfel, în programul de prevenire a deficienței vitaminei A la copiii din aceste țări, se recomandă ca între 6 și 12 luni să se administreze oral o doză de 100 000 UI de vitamina A, la fiecare 4-6 luni, iar celor peste 12 luni o doză de 200000 UI la același interval.

În România s-a determinat existența unui deficit moderat în Vitamina A (valori scăzute ale retinolului seric la copii preșcolari).⁴¹ Acest deficit poate reflecta carențe în asigurarea surselor naturale de Vitamina A în alimentația complementară și ulterioară.

CAPITOLUL 2.

ALIMENTAȚIA FEMEILOR ÎN PERIOADA DE SARCINĂ ȘI ALĂPTARE

2.1. DIETA ÎN TIMPUL SARCINII ȘI ALĂPTĂRII

Creșterea corespunzătoare în greutate a mamei în timpul sarcinii este importantă pentru sănătatea copilului. Studii citate de Koletzko, Berthold, et al. "German national consensus recommendations on nutrition and lifestyle în pregnancy by the 'Healthy Start-Young Family Network'" *Ann Nutr Metab* 63.4 (2013):311-22, au arătat că greutatea corporală la începutul sarcinii pare să aibă un impact mai mare asupra stării de sănătate a mamei și copilului decât greutatea acumulată în timpul sarcinii. Femeile supraponderale au un risc crescut de diabet gestațional, hipertensiune arterială, naștere prematură și complicații în timpul sarcinii. Femeile supra și subponderale ar trebui să urmărească să ajungă la o greutate normală înainte de a rămâne gravide.



Se recomandă sfătuirea tuturor mamelor ca pe perioada sarcinii și alăptării să aibă o dietă normală, fără restricții.⁴² 1B



Se recomandă ca la începutul sarcinii, să se discute dieta și obiceiurile alimentare ale femeii cu scopul de a identifica și corecta oricare problemă pe care o are aceasta cu privire la dietă.⁴³ 1B

Sunt situații în care femeile gravide apreciază eronat nevoile lor energetice pe perioada sarcinii și cresc aportul energetic.⁴³ Există asocieri negative între obezitatea maternă și inițierea alăptării⁹

Studii citate de Koletzko, Berthold, et al.⁴³ au arătat că o dietă cu aport prea mare de energie poate avea efecte nefavorabile asupra creșterii în greutate a femeii în cursul sarcinii și asupra sănătății fătului.



Se recomandă luarea în considerare a suplimentării cu fier a dietei ovo-lacto-vegetariene (lapte, produse lactate și ouă) pentru a asigura un aport adecvat de fier în timpul sarcinii. 2C⁴³

Dieta ovo-lacto-vegetariană cu alimente adecvat alese (lapte degresat și produse lactate, ouă, legume și produse cerealiere) poate aduce un aport de nutrienți convenabil, dar necesită suplimentare cu vitamine, minerale (și acizi grași ω -3 dacă nu consumă pește). Consilierea femeii gravide care alege un regim ovo-lacto-vegetarian va avea în vedere aportul de micronutrienți și vitamine care trebuie completat atunci când este necesar.



Se recomandă consiliere specifică medicală și suplimentarea obligatorie cu micronutrienți și vitamine a gravidelor cu o dietă exclusiv pe baza de plante (vegan), chiar și cu alegerile atente de alimente, pentru că altfel se expune la riscuri grave de sănătate, în special pentru dezvoltarea sistemului nervos al copilului prin neacoperirea nevoilor nutritive ale mamei și copilului.⁴³ 2C

Dieta strict bazată doar pe plante (regim vegan) în timpul sarcinii duce la deficiențe ale aportului de energie, proteine, fier, calciu, iod, zinc, vitamine din grupul B (B2, B12) și de vitamina D. Pentru a acoperi nevoile nutritive ale mamei și copilului, femeile care aleg o dietă vegană au nevoie de consiliere calificată și suplimentarea dietei cu vitamine și minerale pentru reducerea riscurilor pentru propria sănătate și a copilului



Se recomandă abținerea de la consumul de alcool pe perioada sarcinii sau alăptării, fiind cea mai sigură opțiune. 1A

Pentru femeile care aleg să bea, să ofere consiliere cu privire la nivelul maxim de aport și momentul optim de alăptare în raport cu aportul.

Consumul de alcool în timpul sarcinii poate duce la malformații congenitale, întârziere de creștere și dezvoltare, efecte adverse asupra comportamentului ulterior al copilului (hiperactivitate, impulsivitate, comportament riscant, tulburări de dezvoltare mentală și socială și tulburările de maturitate socială). Pe baza datelor disponibile și a particularităților individuale, este dificil a prezice care este cantitatea de alcool fără risc.



Se recomandă abținerea de la fumat active sau pasiv în egală măsură pe perioada sarcinii 1A



Se recomandă suplimentarea aportului de apă în timpul alăptării cu cel puțin 0,75-1 litru peste consumul obișnuit, luându-se în considerare cantitatea de lapte eliberată din sân. ³⁰ 1C



Se recomandă ca în timpul sarcinii să se evite consumul alimentelor care pot conține listeria³⁰. 1A

Aceste alimente sunt în general refrigerate și gata pentru consum: brânzeturi moi (de exemplu camembert) dacă nu sunt fierte și servite fierbinți, bucăți de carne rece, salate, fructe de mare crude sau crude afumate, lapte și derivate nepasteurizate.³⁰

2.2. SUPLEMENTAREA DIETEI FEMEILOR ÎN PERIOADA DE SARCINĂ ȘI ALĂPTARE



Se recomandă suplimentarea dietei femeii cu acid folic, cu cel puțin o lună înainte de naștere. 1A

În timpul sarcinii, nevoile de acid folic cresc din cauza divizării rapide a celulelor produsului de concepție și a pierderilor urinare crescute. Odată cu închiderea tubului neural în ziua 28 de sarcină, dacă sarcina nu a fost descoperită, suplimentarea de acid folic nu va mai împiedica defectul de tub neural, dar va fi util la alte aspecte ale stării de sănătate a mamei și fătului.⁴⁴

Se recomandă administrarea zilnică de acid folic în doză conținând 0,4-0,8 mg (400-800 μg) pentru prevenirea defectelor de tub neural cu cel puțin o lună înainte de sarcină tuturor femeilor care au planificat să rămână gravide sau sunt capabile de o sarcină (A). Această doză se continuă în primele 2-3 luni de sarcină. Femeilor care au avut o sarcină cu afectare de tub neural sau au copii cu malformații, li se recomandă doze mai mari de acid folic.⁴⁵



Se recomandă suplimentarea dietei zilnice a femeii gravide cu fier, administrat oral și suplimentarea cu acid folic, ca parte a îngrijirii prenatale pentru a reduce riscul de greutate mica la naștere, anemia materne și a deficitului de fier.⁴⁴ 1B

Suplimentarea cu fier se face în administrare zilnică, în doză unică de 30-60 mg Fier elementar, pe toată perioada sarcinii adolescentelor și femeilor adulte, începând cât mai devreme posibil. Acolo unde anemia la femeile gravide reprezintă o gravă problemă de sănătate publică (40% sau peste), este de preferat o doză zilnică de 60 mg de fier elementar. Dacă o femeie este diagnosticată cu anemie într-un cadru clinic, ea ar trebui să fie tratată cu fier zilnic (120 mg fier elementar) și 0,4mg acid folic până la o valoare normală a hemoglobinei, după care se administrează doza standard pentru prevenirea recurenței anemiei. Suplimentele de fier se administrează chiar dacă acidul folic nu este disponibil.

Beneficiile screening-ului de rutină pentru anemia prin deficit de fier la gravidele asimptomatice depășesc daunele potențiale. (B)⁴⁵

O recenzie sistematică asupra screeningului și suplimentării de rutină cu fier în timpul sarcinii la femeile din țările dezvoltate, arată că, în ce privește rezultatele pentru sănătate ale femeilor și copiilor prin suplimentarea de rutină cu fier în timpul sarcinii pentru IDA (anemie prin deficit de fier), evidențele sunt neclare, dar ar putea crește indicii hematologici al mamei.⁴⁶

Sunt de continuat cercetări cu privire la efectele suplimentării cu alte vitamine și minerale pe lângă fier și acid folic asupra rezultatelor materne și neonatale; identificarea intensității sau frecvenței efectelor secundare precum și efectele intervenției asupra creșterii fetale și asupra bolilor cronice.⁴⁴



Se poate considera suplimentarea dietei femeii gravide cu 200 UI zilnic de vitamina D₃, când deficiența este argumentată, în administrare singură sau ca parte a unui supliment de multipli micronutrienți pentru a îmbunătăți concentrația serică maternă de vitamina D, beneficiul pentru alte rezultate

materne sau la naștere rămânând neclar³⁸ . 2C

Vitamina D, vitamină liposolubilă, are rol important în metabolismul osos prin reglarea homeostaziei calciului și fosforului. Vitamina D există în două forme de suplimente, ergocalciferol (vitamina D₂) și colecalciferol (vitamina D₃). Suplimentarea cu colecalciferol pare a fi mai eficientă în creșterea concentrațiilor serice de vitamina D decât cea cu ergocalciferol.

Deși sunt puține țări cu date disponibile cu privire la statusul de vitamina D la nivel populațional, sunt indicii că deficitul de vitamina D este o problemă de sănătate publică în multe state ale lumii, nivelul acestei vitamine fiind o preocupare de-a lungul vieții.

Deficitul de vitamină D este comun în timpul sarcinii și este asociat cu un risc crescut de pre-eclampsie, diabet gestațional, naștere prematură, copii mici pentru vârsta gestațională, rahitismul sugarilor, disfuncții imunitare, tulburări de implantare a placentei, hipertensiunea la mamă deși sunt mai puțin înțelese mecanismele patogene.

În surse citate de OMS³⁸ există controverse cu privire la nivelul optim al vitaminei D pentru gravide, evaluat prin determinarea concentrației 25-hidroxivitamină D - 25(OH)D, reprezentând vitamina D produsă subcutanat și cea obținută din alimente sau suplimente și care după unii cercetători este de 50 nmol/L (20 ng/ml), după alții > 75 nmol/L (30 ng/ml).

Din cauza dovezilor limitate disponibile în prezent pentru evaluarea directă a beneficiilor și riscurilor utilizării de vitamina D în timpul sarcinii, suplimentarea universală pentru îmbunătățirea sănătății materne și infantile, în timpul sarcinii, nu este recomandată în practica uzuală.

Conform OMS, sunt necesare studii privind suplimentarea cu vitamina D la femeile gravide, în special în ce privește: posibile asocieri între o creștere a concentrației materne de vitamina D și rezultate ale sănătății sugarilor precum și mecanismele de acțiune; izolarea efectului suplimentării cu vitamina D în timpul sarcinii prin studii controlate randomizate și o dimensiune adecvată a eșantionului pentru a identifica efecte adverse, doza cea mai eficientă și sigură, regimul de administrare (zilnic, intermitent, doză unică), momentul debutului suplimentării și beneficii sau prejudicii date de administrarea concomitentă cu alte vitamine și minerale; evaluarea statusului vitaminei D înainte de concepție și studii cu privire la monitorizarea pe termen scurt și lung a rezultatelor suplimentării asupra sănătății copiilor.



Se recomandă suplimentarea dietei femeilor gravide cu 1,5-2 grame de calciu elementar pe zi în zonele în care aportul de calciu este scăzut în rândul populației, pentru prevenirea pre-eclampsiei la femeile gravide, în special a celor cu risc ridicat de a dezvolta tulburări hipertensive în timpul sarcinii.^{12,47}
1A

Conform studiilor citate de documentele OMS cu privire la calciu⁴⁷, în timpul sarcinii absorbția calciului crește și nu este necesar un aport suplimentar dacă dieta asigură 1200 mg/zi de calciu. Un consum necorespunzător poate duce la paretezii, crampe musculare, creștere fetală redusă, greutate mică la naștere și mineralizare osoasă scăzută.

Principalele surse alimentare de calciu sunt laptele, produsele lactate, tofu și alimentele îmbogățite cu calciu.

Antiacidele utilizate în sarcină pentru pirozis precum și oricare supliment de vitamine și minerale administrate gravidelor ar trebui luate în considerare când se recomandă administrarea de calciu suplimentar pentru a reduce riscul de hipercalcemie, dar și interacțiunile calciului cu fierul. Astfel că administrarea celor două minerale este de preferat a se face în momente diferite ale zilei (fierul între mese, iar calciul în timpul mesei).

Doza recomandată este de 1,5-2g calciu elementar, zilnic, în doze fracționate, administrat de preferință în timpul mesei, de la 20 de săptămâni de sarcină până la naștere, tuturor femeilor, în special celor cu risc înalt de hipertensiune gestațională, în zonele în care aportul de calciu este scăzut.



Se poate recomanda suplimentarea dietei cu Iod la femeile gravide în zonele cu deficit mare de Iod și unde iodarea universală a sării nu este pusă în aplicare pe deplin. 2B

Din 1994, OMS și UNICEF recomandă iodarea universală a sării ca o strategie de siguranță, cost-eficientă și durabilă pentru a asigura aportul de Iod la toate persoanele. Cu toate acestea, în zonele cu deficiență severă de Iod, grupurilor vulnerabile – femei însărcinate și care alăptează și copiilor sub 2 ani - nu pot fi acoperite în mod corespunzător atunci când iodarea universală a sării nu este pusă în aplicare pe deplin, iar suplimentarea cu Iod poate fi necesară. Necesarul de Iod la femeia însărcinată și care alăptează crește, OMS recomandând un aport de Iod de 250 μg/zi.

BIBLIOGRAFIE

1. Humphreys, Gary, and Catherine Fiankan-Bokonga. "Europe's visible epidemic" *World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization* 91.8 (2013): 549.
2. Institutul Național de Sănătate Publică. Centrul Național de Evaluare și Promovare a Stării de Sănătate. *Raport Național de Sănătate a Copiilor și Tinerilor din România 2014*. <http://insp.gov.ro/sites/cnepss/sanatatea-copiilor/>
3. Sîrbu, D., et al. "Investigarea dietei unei colectivități de preșcolari pentru evaluarea riscului cariogen" *Secțiunea: Igiena Mediului*: 29.
4. Nanu, Michaela Iuliana, et al. "Evaluarea eficienței intervențiilor incluse în programele naționale privind nutriția copiilor sub 2 ani."
5. World Health Organization, and Unicef. "Global strategy for infant and young child feeding" (2003).
6. Pan American Health Organization. "Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child" (2003).
7. World Health Organization. "Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes" (2009).
8. Child, Young. "Infant and Young Child Feeding" *Nutrition* (2011).
9. Lee, Amanda, et al. "Infant feeding guidelines: information for health workers" (2012).
10. US Preventive Services Task Force. "Primary care interventions to promote breastfeeding: US Preventive Services Task Force recommendation statement" *Annals of internal medicine* 149.8 (2008): 560.
11. Alimentația nou-născutului la termen sănătos COLECȚIA GHIDURI CLINICE PENTRU NEONATOLOGIE Ghidul 02/Revizia 0 7-8.12.2009. Publicat de Asociația de Neonatologie din România
12. World Health Organization. "Essential nutrition actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition" (2013).
13. NICE clinical guideline 37 "Postnatal care" <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37>
14. Sherriff, Nigel, Valerie Hall, and Christina Panton. "Engaging and supporting fathers to promote breast feeding: A concept analysis" *Midwifery* 30.6 (2014): 667-677.
15. USAID, AED, and UNICEF IFPRI. "Indicators for Assessing Infant & Young Child feeding Practices" (2008).
16. NICE public health guidance 11 "Maternal and child nutrition" <https://www.nice.org.uk/guidance/ph11>
17. Chaparro, C. M., and C. Lutter. "Beyond survival: integrated delivery care practices for long-term maternal and infant nutrition, health and development.2.ed." *Washington DC: Pan American Health Organization* (2013).
18. Rai, Preeti Lata, et al. "Effect of counseling on breast feeding practices" *Indian Journal of Child Health* 1.2 (2014): 54-60.

19. World Health Organization. "Combined course on growth assessment and IYCF counselling" (2012).
20. World Health Organization. "Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals" (2009).
21. Demott, K., et al. "Routine postnatal care of women and their babies" London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners (2006).
22. Eidelman, Arthur I., et al. "Breastfeeding and the use of human milk" *Pediatrics* 129.3 (2012): e827-e841.
23. Amir, Lisa H. "ABM Clinical Protocol# 4: Mastitis, Revised March 2014" *Breastfeeding Medicine* 9.5 (2014): 239-243.
24. Pinelli, J., and A. J. Symington. "Non-nutritive sucking for promoting physiologic stability and nutrition în preterm infants" (2010).
25. Agostoni, Carlo, et al. "Scientific opinion on the appropriate age for introduction of complementary feeding of infants: EFSA panel on dietetic products, nutrition and allergies (NDA)" *The EFSA Journal* 7.12 (2009).
26. Dewey, Kathryn. "Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child" (2003).
27. World Health Organization. "Indicators for assessing infant and young child feeding practices: part 1: definitions: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington"
28. Campbell, Karen J., et al. "Sources and correlates of sodium consumption în the first 2 years of life." *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* 114.10 (2014): 1525-1532.
29. World Health Organization. "Complementary Feeding: Family Foods for Breastfed Children" (2000).
30. World Health Organization. "Promoting a healthy diet for the WHO Eastern Mediterranean Region: user-friendly guide" (2012).
31. Sănătății, Ministerul. "Protocoale pentru profilaxia anemiei și rahitismului la copil"
32. <http://data.worldbank.org/indicator/SH.ANM.CHLD.ZS>
33. Ardeleanu, O.S., Nanu, M., Moldovanu, F Nanu, "Anemia la sugar și copilul până la 2 ani" *PRACTICA MEDICALĂ – VOL. VIII, NR. 3(31)*. (2013).
34. Rigo, Jacques, and Jacques Senterre. "Nutritional needs of premature infants: current issues." *The Journal of pediatrics* 149.5 (2006): S80-S88.
35. Griffin, Ian J., et al. "Iron nutritional status în preterm infants fed formulas fortified with iron" *Archives of Disease în Childhood-Fetal and Neonatal Edition* 81.1 (1999): F45-F49.
36. Baker, Robert D., and Frank R. Greer. "Diagnosis and prevention of iron deficiency and iron-deficiency anemia în infants and young children (0–3 years of age)" *Pediatrics* 126.5 (2010): 1040-1050.
37. Del Valle, Heather B., et al., eds. "*Dietary reference intakes for calcium and vitamin D*". National Academies Press, 2011.
38. World Health Organization. "Guideline: vitamin D supplementation în pregnant women." (2012).

39. HG nr. 568/2002, republicată 2009, privind Iodarea universală a sării destinate consumului uman, hranei animalelor și utilizării în industria alimentară. MO, Partea I nr. 150 din 10 martie 2009
40. Ministerul Sănătății. Ordin 1324 din 18 oct. 2010 publicat în MO 799bis din 30 noiembrie 2010. Ghid diagnostic, terapeutic și de monitorizare al afecțiunilor produse prin deficit iodat (IDD)(2010)
41. World Health Organization. "Global prevalence of vitamin A deficiency în populations at risk 1995-2005: WHO global database on vitamin A deficiency" (2009).
42. Muraro, A., et al. "EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines. Primary prevention of food allergy" *Allergy* 69.5 (2014): 590-601.
43. Koletzko, Berthold, et al. "German national consensus recommendations on nutrition and lifestyle în pregnancy by the 'Healthy Start-Young Family Network'" *Ann Nutr Metab* 63.4 (2013): 311-22
44. Guideline, W.H.O. "Daily iron and folic acid supplementation în pregnant women" *Geneva: World Health Organization* (2012).
45. United States Preventive Services Task Force. (USPSTF) The Guide to Clinical Preventive Services. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (2014).
46. Cantor, Amy G., et al. "Routine Iron Supplementation and Screening for Iron Deficiency Anemia în Pregnancy: A Systematic Review for the US Preventive Services Task Force" *Annals of internal medicine* (2015).
47. World Health Organization. *Guideline: Calcium supplementation în pregnant women*. World Health Organization, 2013.
48. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/BrowseRec/Index?d=True&k=breastfeeding>
49. Zhang, Yuanting, Ewa Carlton, and Sara B. Fein. "The association of prenatal media marketing exposure recall with breastfeeding intentions, initiation, and duration" *Journal of Human Lactation* (2013): 0890334413487256.
50. Ordinul nr. 809 din 27 august 2003 al Ministrului Sănătății pentru adoptarea Strategiei în domeniul promovării alăptării, 2003-2012. 2003; www.cdep.ro/.../legis_pck.lista_anuala Ministerul Sănătății, Comitetul Național de Promovare a Alăptării - Strategia în Domeniul Promovării Alăptării 2003-2012 - ordinul 809/2003
51. CG37, NICE Guidance. "Routine Postnatal Care of Women and their Babies"
52. Renfrew, Mary J., et al. "Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies" *Cochrane Database Syst Rev* 5 (2012).
53. World Health Organization "Interventions on diet and physical activity: what works: summary report" (2009)
54. Bright futures: guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2008.
55. Vetander, M., et al. "Anaphylaxis and reactions to foods în children—a population-based case study of emergency department visits" *Clinical & Experimental Allergy* 42.4 (2012): 568-577.

Material realizat în cadrul proiectului RO19.04 “Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România” finanțat prin Mecanismul Financiar Norvegian 2009-2014, în cadrul Programului RO19 “Inițiativa în sănătatea publică”.
Iunie 2016, București

Conținutul acestui material nu reprezintă în mod necesar poziția oficială a Granturilor Norvegiene 2009-2014. Întreaga răspundere asupra corectitudinii și coerenței informațiilor prezentate revine inițiatorilor.

Pentru informații oficiale privind granturile norvegiene accesați
www.norwaygrants.org, www.norwaygrants.ro și www.initiativeinsanatate.ms.ro.

Material realizat în cadrul proiectului RO19.04 "Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România" finanțat prin Mecanismul Financiar Norvegian 2009-2014, în cadrul Programului RO19 "Inițiativa în sănătatea publică".
Iunie 2016, București

Conținutul acestui material nu reprezintă în mod necesar poziția oficială a Granturilor Norvegiene 2009-2014.
Întreaga răspundere asupra corectitudinii și coerenței informațiilor prezentate revine inițiatorilor.
Pentru informații oficiale privind granturile norvegiene accesați
www.norwaygrants.org, www.norwaygrants.ro și www.initiativeinsanatare.ms.ro.

www.cnsmf.ro
www.edu-cnsmf.ro
ghidurimedicale.ro
www.insp.gov.ro