

Avance en el tratamiento nutricional de la ALERGIA A LA PROTEÍNA DE LA LECHE DE VACA Y LOS TRASTORNOS DIGESTIVOS

Solución **sin lactosa y con HMO***, para el tratamiento eficaz de la **APLV****



SOLO PARA PROFESIONALES SANITARIOS

*Los oligosacáridos de la leche humana (HMO, en inglés) son idénticos desde el punto de vista estructural, pero no proceden de la leche humana. **Alergia a la proteína de leche de vaca

LA ÚNICA FÓRMULA EXTENSAMENTE HIDROLIZADA CON 2'FL Y LNnT *para lactantes con APLV y trastornos gastrointestinales graves*

En la APLV evitar las proteínas de la leche de vaca en la dieta permite el alivio de los síntomas, pero no es suficiente para favorecer la maduración del sistema inmunitario de los lactantes, exponiendo a los niños que la padecen a un mayor riesgo de infecciones y alergias en el futuro.¹⁻⁹

Inspirado en la
leche materna



Nutrición del sistema
inmunitario^{12,15-17}

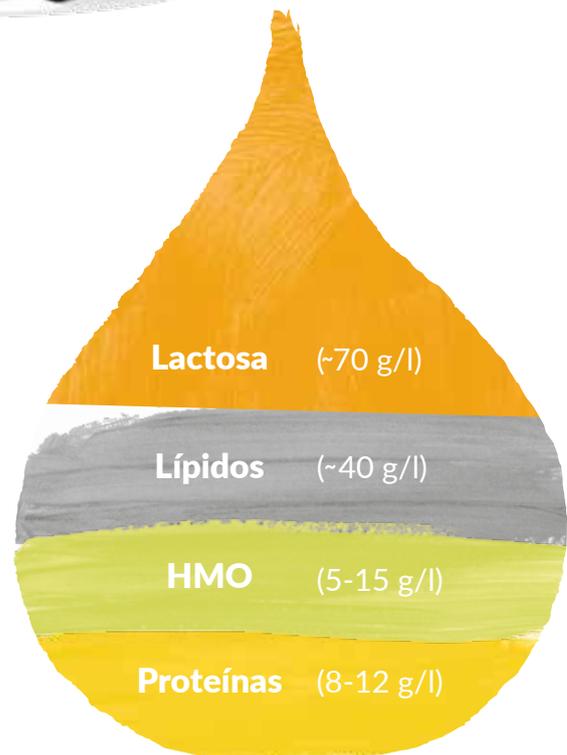
Alivio eficaz de los
síntomas^{16,22}

Inspirado en la leche materna

Alfaré®, junto con **Althéra®**, es la primera y única fórmula extensamente hidrolizada que contiene 2'Fucosil-lactosa (2'FL) y lacto-N-neotetraosa (LNnT), para nutrir el sistema inmunitario de los lactantes:^{10,11}

Los oligosacáridos de la leche humana (HMO) son el 3.º componente sólido más presente en la leche materna^{10,11}

- La 2'FL y la LNnT representan más del 30% de los HMO en la leche materna¹²
- Los 2'FL y LNnT presentes en **Alfaré®** no provienen de la leche materna, pero son estructuralmente idénticos a los que se encuentran en la leche materna



Nutrir el sistema inmunitario Y ALIVIAR LOS SÍNTOMAS DIGESTIVOS GRAVES Y DE LA APLV

Nutrición del sistema inmunitario

Los HMO son componentes bioactivos que favorecen el sistema inmunitario del bebé al:^{3,10-12}



Favorecer el crecimiento de bacterias beneficiosas en el intestino



Eliminar agentes patógenos



Promover la función de la barrera intestinal



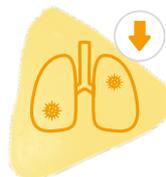
Guiar la maduración del sistema inmunitario

Los lactantes con APLV alimentados con una fórmula especial suplementada con HMO (2'FL y LNnT), presentaron menos infecciones y un menor uso de medicación:^{13,14}

Conclusiones provenientes del ensayo clínico que se resume a continuación.

Lactantes con APLV

(edad: 3,2 a 12 meses; duración media del ensayo: 8,8 meses)



-34 %

RRR de infecciones respiratorias de las vías bajas (p = NS)



-71 %

RRR de otitis (p = NS)



-42 %

reducción de la frecuencia de episodios de infecciones respiratorias de vías altas (p <0,05)

RRR = reducción del riesgo relativo
NS = no significativo

Alivio eficaz de los síntomas

Alfaré® está pensado para el tratamiento nutricional de la APLV y los trastornos digestivos graves y se ha demostrado que:

- Es hipoalergénico^{*15-19}
- Proporciona un alivio eficaz de los síntomas, reduciendo significativamente las puntuaciones de síntomas relacionados con la alergia a la leche de vaca (CoMiSS®) a valores similares a los de lactantes sanos (12,1 a 3,4; p <0,001)^{*16,20-22}

Alfaré® se diseñó para favorecer la recuperación intestinal:²³

- Contiene triglicéridos de cadena media que se absorben fácilmente, una osmolaridad muy baja (180 mOsm/l al 13,5%), y el 100 % de lactoproteínas séricas para mejorar la tolerancia.^{24,25}
- Sin lactosa con nucleótidos que favorecen la reparación tisular.^{26,27}



Para lactantes con APLV Y TRASTORNOS GASTROINTESTINALES GRAVES

INFORMACIÓN NUTRICIONAL		por 100 g de polvo	por 100 ml ¹
Valor energético	kJ/kcal	2107/ 503	284 / 68
Grasas (44% kcal)	g	25	3,4
de las cuales:			
- saturadas	g	12	1,6
- MCT	g	9,9	1,3
- monoinsaturadas	g	7,5	1,0
- poliinsaturadas	g	4,3	0,58
- ácido α -linolénico	mg	440	59
- DHA	mg	135	18
- ácido linoleico	mg	3400	459
- ARA	mg	135	18
Hidratos de carbono (44% kcal)	g	55	7,4
de los cuales			
- azúcares	g	2,0	0,27
- lactosa	g	<0,05	
Fibra alimentaria (1%)	g	1,1	0,15
- Lacto-/neotetraosa	g	0,37	0,05
- 2'-Fucosil-lactosa	g	0,74	0,10
Proteínas (9% kcal)	g	14	1,9
Sal (= Na (g) x 2,5)	g	0,62	0,084

Minerales		100 g	100 ml ¹	Vitaminas		100 g	100 ml ¹
Sodio	mg	250	34	A	μ g	500	67
Potasio	mg	620	84	D	μ g	12	1,6
Cloro	mg	450	61	E	mg	11	1,5
Calcio	mg	530	71	K	μ g	45	6,1
Fósforo	mg	350	47	C	mg	80	11
Magnesio	mg	60	8,1	B1	mg	0,51	0,069
Hierro	mg	5,2	0,70	B2	mg	1,0	0,13
Zinc	mg	5,0	0,67	Niacina	mg/mg NE	7,0/13	0,94/1,7
Cobre	mg	0,43	0,058	B6	mg	0,40	0,054
Manganeso	mg	0,068	0,0092	Ácido fólico	μ g	75	10
Flúor	mg	< 1,0		Folato	μ g DFE	125	17
Selenio	μ g	26	3,5	B12	μ g	1,4	0,19
Cromo	μ g	< 50		Biotina	μ g	12	1,6
Molibdeno	μ g	< 70		Ácido pantoténico	mg	3,3	0,45
Yodo	μ g	122	16				
Otros nutrientes							
Taurina	mg	40	5,4	Osmolaridad		(13,5%): 180 mOsm/l	
L-carnitina	mg	8,5	1,1	Caja de 6 botes de 400 g			
Colina	mg	145	20	Sabor Neutro			
Inositol	mg	35	4,7	CI: 504291			
Nucleótidos	mg	15	2,0	Contenido del cacillo: 4,5 g			



P/CHO/G/F:
12/43/45/0

CONCENTRACIÓN CALÓRICA:
0,68 kcal/ml (al 13,5%)

Nota: Use exclusivamente la medida incluida en el bote. Una menor proporción de polvo privaría a su hijo del alimento adecuado y una proporción mayor podría provocarle deshidratación.

¹ 100 ml = 13,5 g de polvo + 90 ml de agua
NE = Equivalentes de niacina
DFE = Equivalentes de Folato en la Dieta

(*) Según el Real Decreto 1205/2010 en las indicaciones que marca el Real Decreto 1030/2006

INFORMACIÓN IMPORTANTE: Debe animarse a las madres a que sigan con la lactancia incluso si sus hijos tienen alergia a la proteína de la leche de vaca. Con frecuencia, esto requiere asesoramiento nutricional cualificado para eliminar todas las fuentes de proteínas de leche de vaca de la dieta de la madre. Si se decide utilizar una leche artificial especialmente diseñada para lactantes, es importante dar instrucciones sobre los métodos de preparación adecuados, haciendo especial énfasis en evitar el uso de agua sin hervir, los biberones no esterilizados o las diluciones inadecuadas, ya que pueden dar lugar a la aparición de enfermedades. La leche artificial para bebés con fines médicos especiales debe utilizarse bajo supervisión médica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS: 1. Tanaka M and Nakayama J. Allergol Int 2017;66(4):515-522; 2. Crittenden RG and Bennett LE. J Am Coll Nutr 2005;24(suppl):582S-591S; 3. Francavilla R, et al. Pediatr Allergy Immunol 2012;23(5):420-427; 4. Azad MB, et al. Clin Exp Allergy 2015;45(3):632-643; 5. Jalonen T. J Allergy Clin Immunol 1991;88(5):737-742; 6. Thompson-Chagoyan OC, et al. Int Arch Allergy Immunol 2011;156(3):325-332; 7. Woicka-Kolejwa K, et al. Postepy Dermatol Alergol 2016;33(2):109-113; 8. Juntti H, et al. Acta Otolaryngol 1999;119(8):867-873; 9. Tikkanen S, et al. Acta Paediatr 2000; 89(10):1174-1180; 10. Bode L. Glycobiology 2012;22(9):1147-1162; 11. Donovan SM and Comstock SS. Ann Nutr Metab 2016;69(suppl 2):42-51; 12. Heine RG, et al. World Allergy Organ J 2017;10(1):41; 13. Vandenplas Y et al. Pediatric Allergy and Asthma Meeting 2019, Florence, Italy. 14. Vandenplas Y et al. EACCI Digital Congress. June 6-8, 2020. 15. Chauveau A, et al. Pediatr Allergy Immunol 2016;27(5):541-543; 16. Nowak-Węgrzyn A, et al. Nutrients 2019;11(7):E1447; 17. Nowak-Węgrzyn A, et al. Allergy 2019;74(8):1582-1584; 18. Nutten S, et al. Allergy 2019. doi: 10.1111/all.14098; 19. Niggemann B, et al. Pediatr Allergy Immunol 2008;19(4):348-354; 20. Vandenplas Y, et al. Acta Paediatr 2015;104(4):334-339; 21. Vandenplas Y, et al. Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr 2017;20(1):22-26; 22. Vandenplas Y, et al. PLoS One 2018;13(7):e0200603; 23. Milla PJ, et al. Resumen P0583 presentado en ESPGHAN. París, Francia, 2004; 24. Delplanque B, et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2015;61(1):8-17; 25. Mihatsch WA, et al. Acta Paediatr 2001;90(2):196-198; 26. Heine RG, et al. World Allergy Organ J 2017;10(1):41; 27. Carver JD. Acta Paediatr Suppl 1999;88(430):83-88;

© 2020 Nestlé. Todos los derechos reservados. Salvo que se indique lo contrario, todas las marcas comerciales son propiedad de Société des Produits Nestlé SA, Avenue Nestlé 55, 1800 Vevey, Suiza - Mayo de 2020.

SOLO PARA PROFESIONALES SANITARIOS