

Enfermedad celíaca Introducción del gluten durante la lactancia

Resumen de pruebas
Arapap. Zaragoza . 2013

¿No existen conflictos de interés ?







DEFINICIONES DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA



OMS: Periodo durante el cual se administran otros alimentos junto a la leche materna (incluyendo sucedáneos)



ESPGHAN: Cualquier alimento sólido ó líquido que no sea leche materna ó fórmula adaptada



¿CUANDO EMPEZAMOS?

- Gran disparidad
- Antes de los 4 meses: Italia 34%
Alemania 16%
Reino Unido 51%

ESPAÑA ??



Publicado en internet:
05 julio 2012
José Galbe Sánchez-Ventura:
jgalbo@salud.aragon.es

Original

Encuesta sobre las actitudes de los profesionales ante la lactancia materna

M. Sánchez-Erce^a, P. Traver Cabrera^b, J. Galbe Sánchez-Ventura^c

^aMIR-Pediatría. Hospital Miguel Servet. Zaragoza. España • ^bPediatra. CS Binéfar. Huesca. España

• ^cPediatra. CS Torrero La Paz. Zaragoza. España.

Introducción de alimentación complementaria

6 meses: 62,7%

4-6 meses: 33,4%

NS/NC: 3,9%

Alimentación complementaria

- A partir de los 6 meses (aprox.)
- No debe sustituir a la leche materna sino complementarla
- Introducción gradual, de uno en uno, sin forzar
- Después del pecho
- Empezar por los ricos en hierro
- Debe aportar <50% calorías totales en el primer año
- Mantener al menos 4 tomas diarias de pecho
- No está justificada la introducción de fórmulas para preparar papillas
- Destete voluntario: de forma gradual, una toma c/ 3 – 4 d

Papilla tradicional versus Alimentación a demanda



¿La fiera de mi niña ?



“Baby led weaning”





ANALES DE PEDIATRÍA

www.elsevier.es/anpediatr



ORIGINAL

Prevalencia de la lactancia materna durante el primer año de vida en Aragón. Estudio CALINA

L. Cuadrón Andrés^a, M.P. Samper Villagrasa^a, M.L. Álvarez Sauras^b,
J.J. Lasarte Velillas^{a,c}, G. Rodríguez Martínez^{a,b,*} y Grupo Colaborativo CALINA^d◇

^a Departamento de Pediatría, Radiología y Medicina Física, Universidad de Zaragoza, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

^b Grupo de Investigación GENUD (Growth, Exercise, Nutrition and Development), Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

^c Centro de Salud Torrerramona, Zaragoza, España

^d Instituto de Investigación Sanitaria Aragón, Aragón, España

Recibido el 4 de enero de 2013; aceptado el 12 de marzo de 2013

Disponible en Internet el 30 de abril de 2013

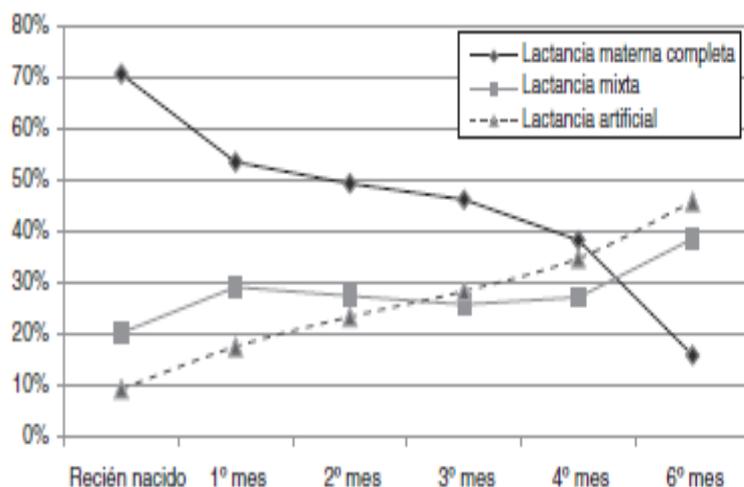


Figura 1 Representación porcentual del tipo de alimentación desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad.

Más de la mitad de los lactantes tomaban LM a los

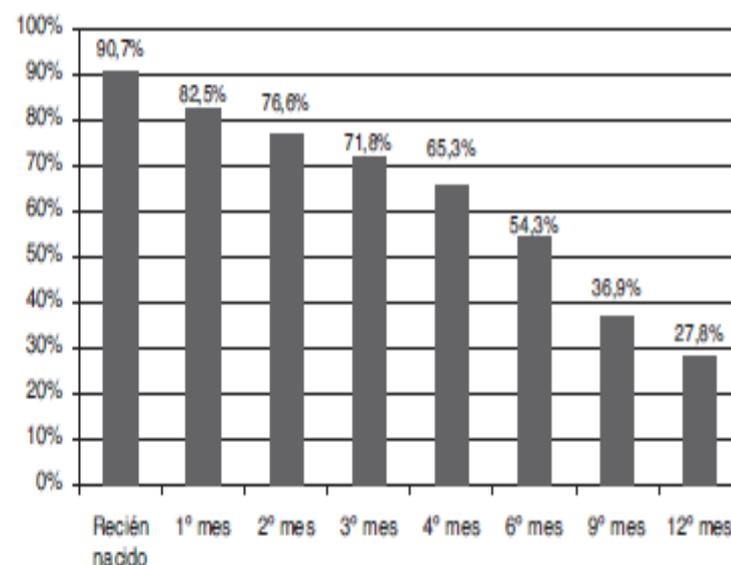


Figura 2 Prevalencia de lactancia materna (exclusiva + predominante + mixta) desde el nacimiento hasta los 12 meses de edad.

Núcleo clínico. Originales

¿Los niños amamantados de forma exclusiva durante
6 meses pesan menos que los de la población
de referencia aragonesa? Estudio de antropometría
comparada a los 6 meses de vida

J. Galbe Sánchez-Ventura^a, C. Fernández Espuelas^b,
M. Dieste Marcial^b, C. Bernal Alonso^c, MA. Checa Díez^d

^aPediatra.

^bMIR Pediatría.

^cEnfermera Pediatría.

^dMatrona de Atención Primaria.

CS Actur Norte, Zaragoza.

Galbe Sánchez-Ventura J, et al. ¿Los niños amamantados de forma exclusiva durante 6 meses pesan menos que los de la población de referencia aragonesa?

Tabla III. Población Actur, niños, amamantados (N= 33)

Estadístico	Peso 0 m	Talla 0 m	PC 0 m	Peso 6 m	Talla 6 m	PC 6 m
Media	3,40	50,51	35	7,926	67,83	44,05
DE	0,45	1,99	1,58	1,03	2,47	1,58
IC 95%	2,15	0,52	0,38	0,26	0,81	0,42

Tabla IV. Población Prader, Niños, Población de referencia (N= 161)

Estadístico	Peso 0 m	Talla 0 m	PC 0 m	Peso 6 m	Talla 6 m	PC 6 m
Media	3,25	50,51	34,68	8,14	67,82	43,98
DE	0,37	1,53	1,12	0,79	2,39	1,23
IC 95%	0,057	0,23	0,18	0,12	0,36	0,19

Tabla I. Población Actur, niñas, amamantadas (N= 34)

Estadístico	Peso 0 m	Talla 0 m	PC 0 m	Peso 6 m	Talla 6 m	PC 6 m
Media	3,293	49,94	34,5	7,463	66,11	42,75
DE +/-	0,44	1,59	1,54	1,01	1,66	1,71
IC 95% +/-	0,149	0,52	0,52	0,341	0,54	0,54

Tabla II. Población Prader, niñas, población de referencia (N= 161)

Estadístico	Peso 0 m	Talla 0 m	PC 0m	Peso 6 m	Talla 6 m	PC 6 m
Media	3,11	49,86	33,94	7,39	65,79	42,71
DE +/-	0,32	1,49	1,04	0,66	2,05	1,07
IC 95% +/-	0,049	0,23	0,16	0,10	0,33	0,16

Tabla V. *Intervalo de confianza IC 95% para la diferencia de medias en niñas a los seis meses*

Peso	- 0,23	+ 0,62
Talla	- 0,46	+ 1,01
PC	- 0,28	+ 0,30

Tabla VI. *Intervalo de confianza IC 95% para la diferencia de medias en niños a los seis meses*

Peso	- 0,12	+ 0,55
Talla	- 0,70	+ 0,72
PC	- 0,32	+ 0,46





[Intervention Review]

Optimal duration of exclusive breastfeeding

Michael S Kramer¹, Ritsuko Kakuma²

¹Departments of Pediatrics and Epidemiology, Biostatistics and Occupational Health, McGill University Faculty of Medicine, Montreal, Canada. ²Centre for International Mental Health, Melbourne School of Population Health, The University of Melbourne, Carlton, Australia

Contact address: Michael S Kramer, Departments of Pediatrics and Epidemiology, Biostatistics and Occupational Health, McGill University Faculty of Medicine, 2300 Tupper Street, Les Tourelles, Montreal, Quebec, H3H 1P3, Canada. michael.kramer@mcgill.ca

Editorial group: Cochrane Pregnancy and Childbirth Group.

Publication status and date: New search for studies and content updated (no change to conclusions), published in Issue 8, 2012.

Review content assessed as up-to-date: 17 June 2011.

Citation: Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 8. Art. No.: CD003517. DOI: 10.1002/14651858.CD003517.pub2.

Copyright © 2012 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

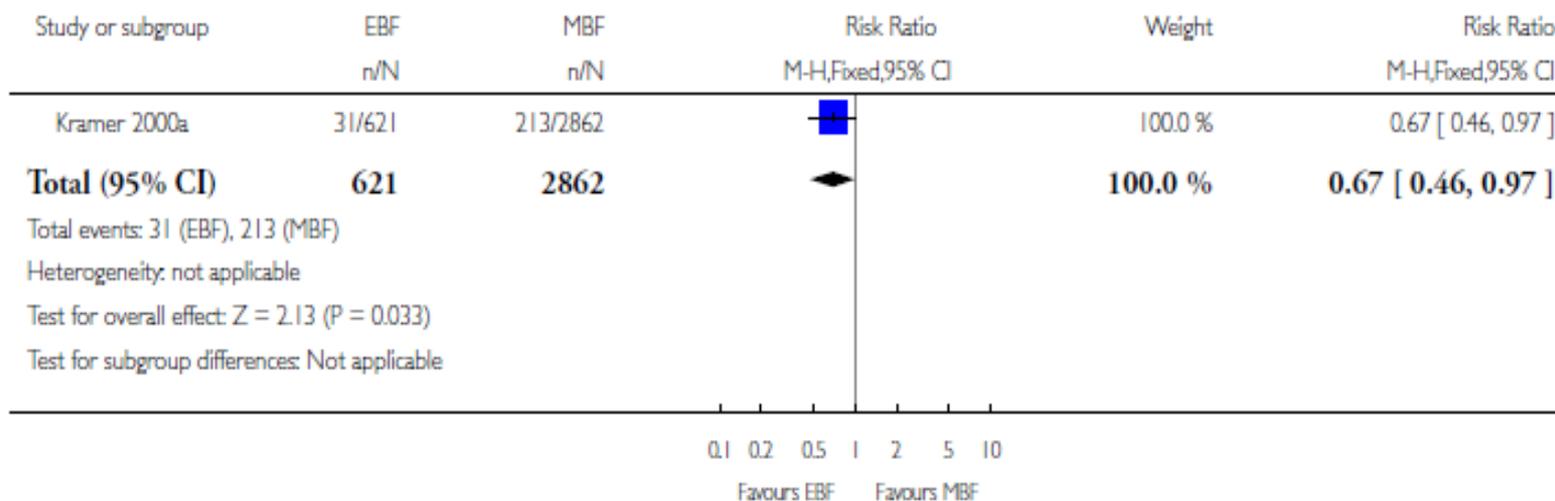
ABSTRACT

Analysis 4.39. Comparison 4 Exclusive breastfeeding for 6-7 months versus 3-4 months, developed countries, observational studies, Outcome 39 One or more episodes of gastrointestinal infection in first 12 months.

Review: Optimal duration of exclusive breastfeeding

Comparison: 4 Exclusive breastfeeding for 6-7 months versus 3-4 months, developed countries, observational studies

Outcome: 39 One or more episodes of gastrointestinal infection in first 12 months

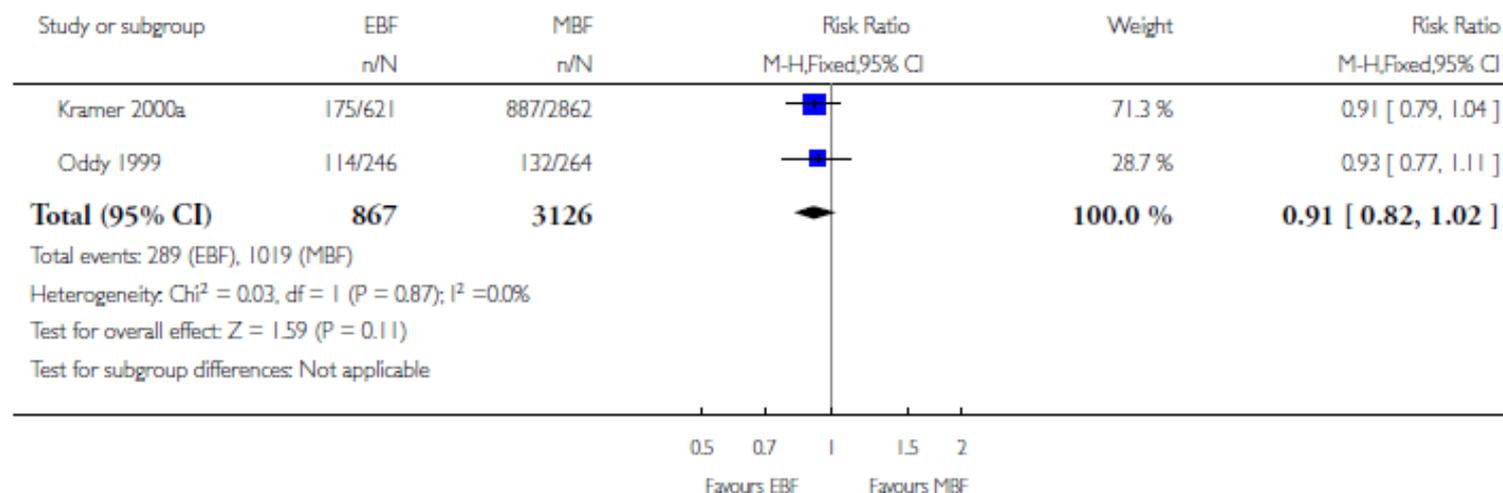


Analysis 4.42. Comparison 4 Exclusive breastfeeding for 6-7 months versus 3-4 months, developed countries, observational studies, Outcome 42 Two or more episodes of upper respiratory tract infection in first 12 months.

Review: Optimal duration of exclusive breastfeeding

Comparison: 4 Exclusive breastfeeding for 6-7 months versus 3-4 months, developed countries, observational studies

Outcome: 42 Two or more episodes of upper respiratory tract infection in first 12 months

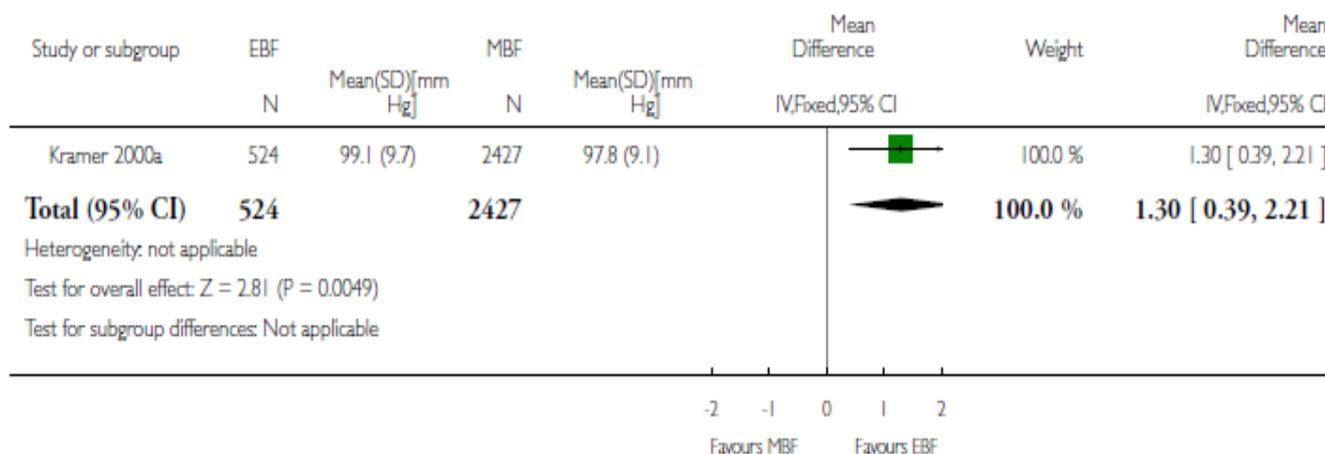


Analysis 4.61. Comparison 4 Exclusive breastfeeding for 6-7 months versus 3-4 months, developed countries, observational studies, Outcome 61 Systolic blood pressure at 6.5 years.

Review: Optimal duration of exclusive breastfeeding

Comparison: 4 Exclusive breastfeeding for 6-7 months versus 3-4 months, developed countries, observational studies

Outcome: 61 Systolic blood pressure at 6.5 years

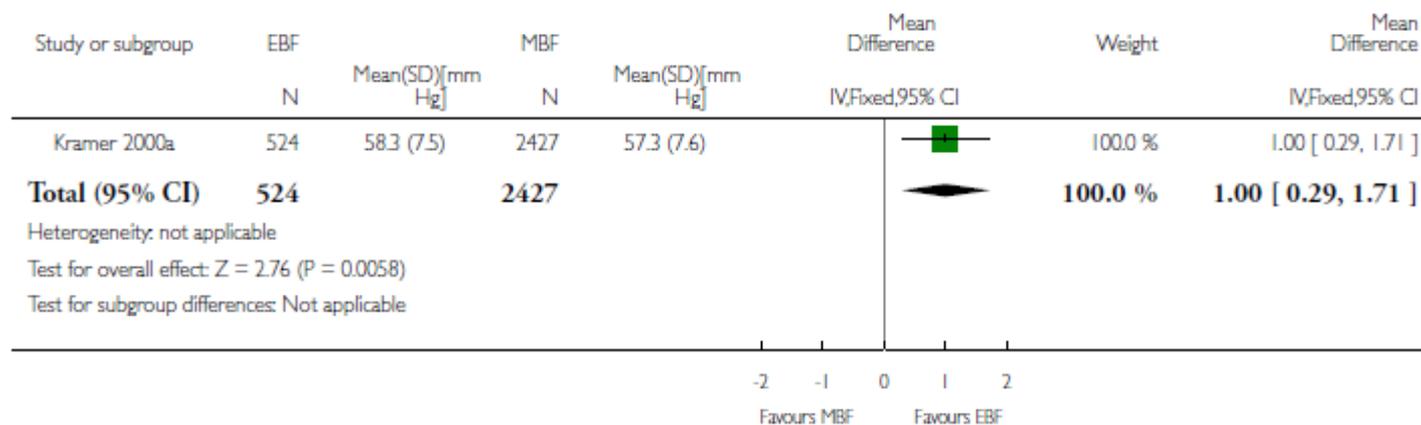


Analysis 4.62. Comparison 4 Exclusive breastfeeding for 6-7 months versus 3-4 months, developed countries, observational studies, Outcome 62 Diastolic blood pressure at 6.5 years (mm Hg).

Review: Optimal duration of exclusive breastfeeding

Comparison: 4 Exclusive breastfeeding for 6-7 months versus 3-4 months, developed countries, observational studies

Outcome: 62 Diastolic blood pressure at 6.5 years (mm Hg)

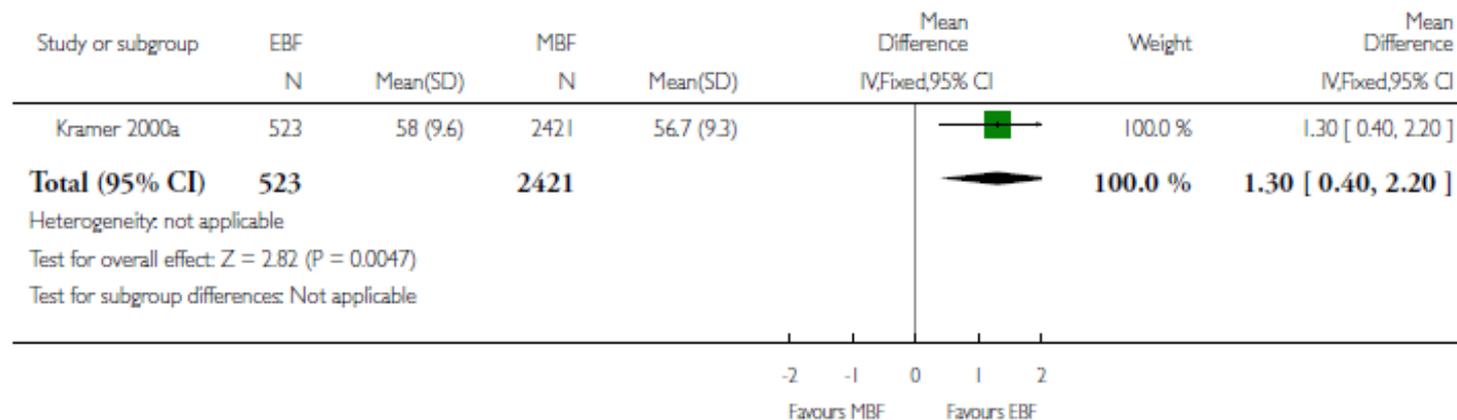


Analysis 4.77. Comparison 4 Exclusive breastfeeding for 6-7 months versus 3-4 months, developed countries, observational studies, Outcome 77 Wechsler cognitive ability test at 6.5 years: block designs.

Review: Optimal duration of exclusive breastfeeding

Comparison: 4 Exclusive breastfeeding for 6-7 months versus 3-4 months, developed countries, observational studies

Outcome: 77 Wechsler cognitive ability test at 6.5 years: block designs

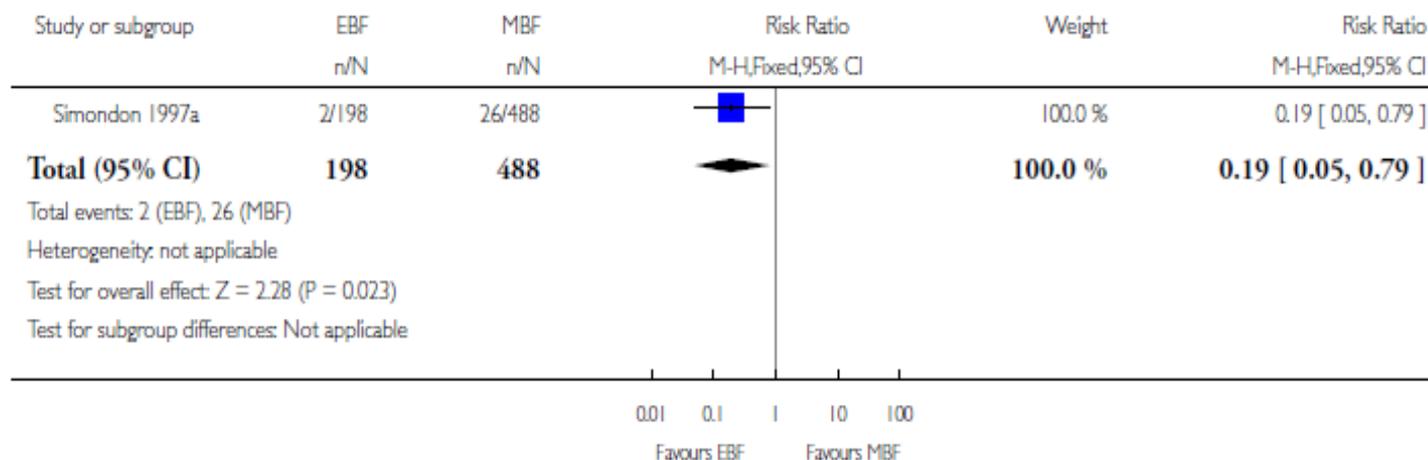


Analysis 2.21. Comparison 2 Exclusive breastfeeding for 6-7 versus 3-4 months, developing countries, observational studies, Outcome 21 Resumption of menses by 6-7 months postpartum.

Review: Optimal duration of exclusive breastfeeding

Comparison: 2 Exclusive breastfeeding for 6-7 versus 3-4 months, developing countries, observational studies

Outcome: 21 Resumption of menses by 6-7 months postpartum



¿Cual es la edad más adecuada para introducir el GL?





HLA 40% de la influencia genética

Genes HLA-Celiaquia 40% de la población

La mayoría consumen gluten

Celiaquia sólo 1%

Se requiere presencia de HLA DQ2/DQ8

relacionados con HLDR3 y HLDR4

Otros genes

Otros factores epigenéticos ??



Un estudio revela que los EC amamantados
tenían menos síntomas y más leves

D'Amico MA *et al. Clin Pediatr (Phila)* (2005) **44**: 249–258
Ivarsson A *et al. Acta Paediatr* (2000) **89**: 165–171



Ivarsson et al. Niños con EC menos probable LM
Cuando se introduce el GL

No se observó influencia del ritmo de introducción
Del GL (RIG) en 6 Ecs

Ivarsson A *et al. Am J Clin Nutr* (2002) **75**: 914–921

Lactancia Materna:

Menos Infecciones
Inmunomodulación
Captura de Ag por IgA
Otros Factores ?????





Gliadina cruza la barrera intestinal

Gliadina es reconocida por Cells presentadoras de Ag

Deaminación gliadina inicia reconocimiento de la gliadina por CT

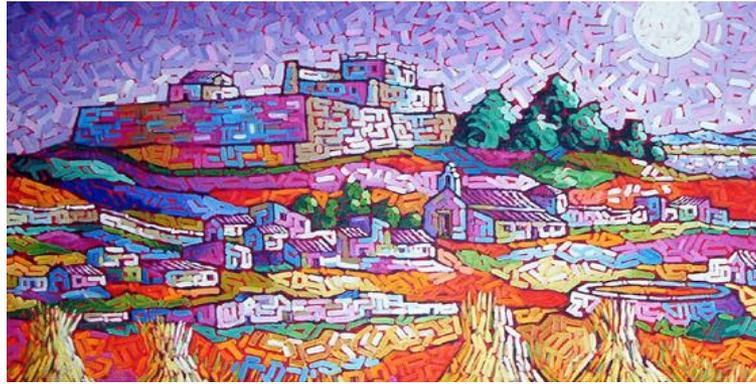
Inicia cascada autoinmune

¿Introducción tardía?

versus

¿Mayor cantidad de GL introducido?





Epidemiological Research Drives a Paradigm Shift in Complementary Feeding – The Celiac Disease Story and Lessons Learnt

*Katrina Nordyke, Cecilia Olsson, Olle Hernell and
Anneli Ivarsson*

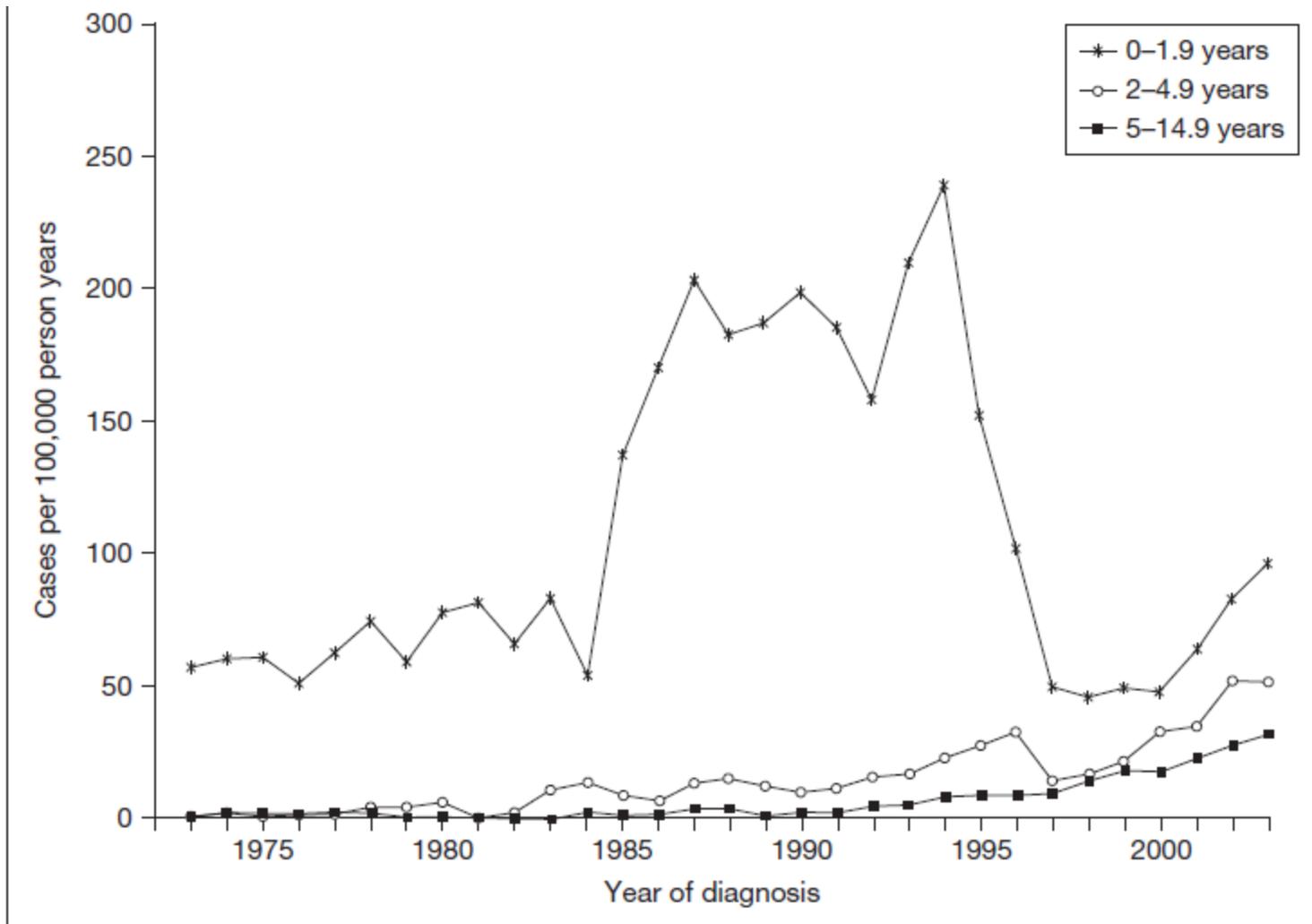


Fig. 1. Annual incidence rates of CD in children from 1973 to 2003. From Olsson et al. [3] with permission.

[Home](#)

[Project](#)

[Who we are](#)

[Links](#)

[Search](#)

[Contact](#)

[Newsletter](#)

[Flyers](#)

[Symposia LUMC \(Dutch\)](#)

PreventCD

PREVENTCD: An European scientific research project to prevent coeliac disease. The project studies the influence of the dietary history in the prevention of coeliac disease: possibilities of induction of tolerance for gluten in genetic predisposed children for coeliac disease.





The PreventCD study design: Towards new strategies for the prevention of coeliac disease

Hogen Esch CE
Rosén A
Auricchio R
Romanos J
Chmielewska A
Putter H
Ivarsson A
Szajewska H
Koning F
Wijmenga C
Troncone R
Mearin ML

For the PreventCD study group (Appendix)

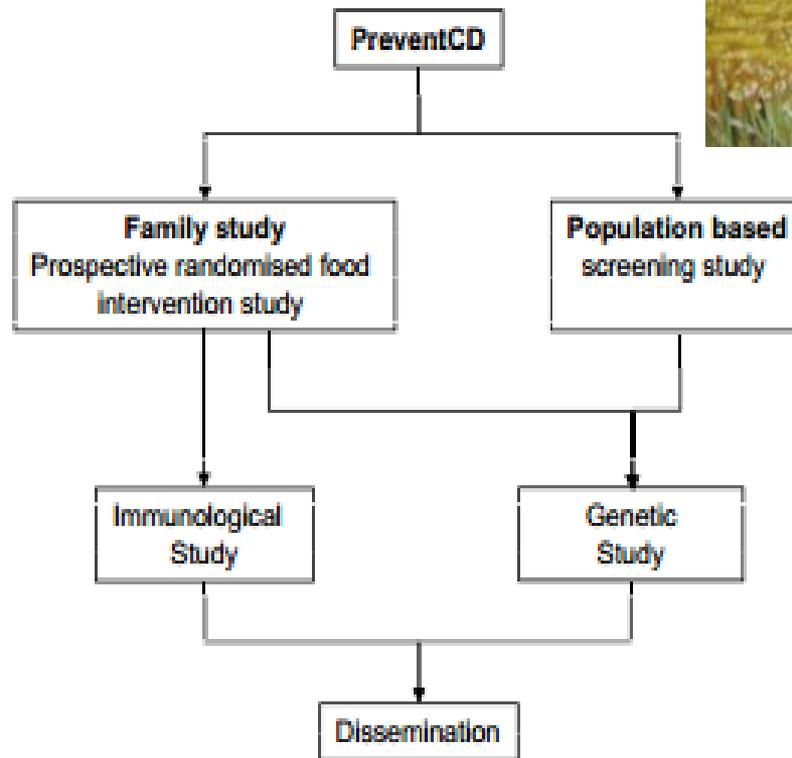


Figure 1. Flow chart of the European multicenter study *PreventCD*

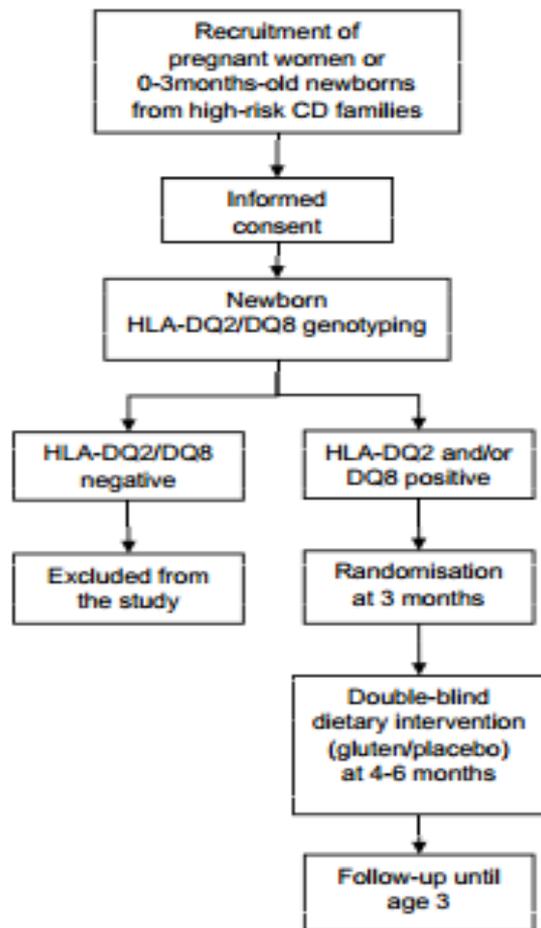
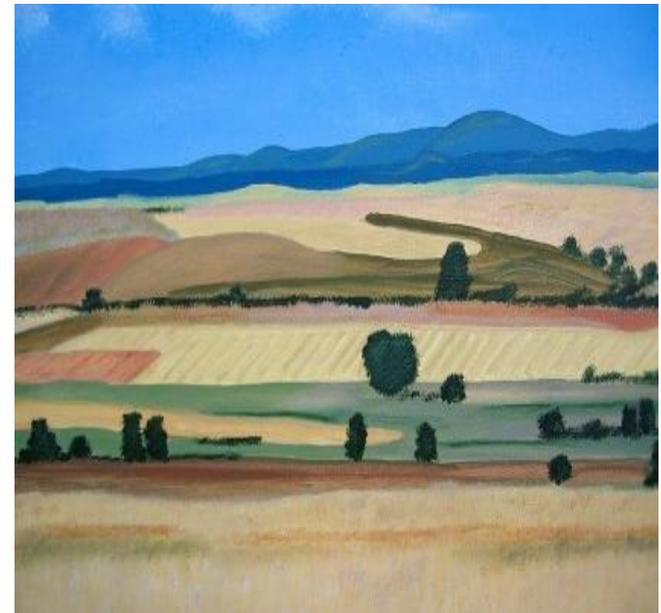


Figure 2. Flow chart of the PreventCD family study structure



PEDIATRICS®

OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

Prevalence of Childhood Celiac Disease and Changes in Infant Feeding

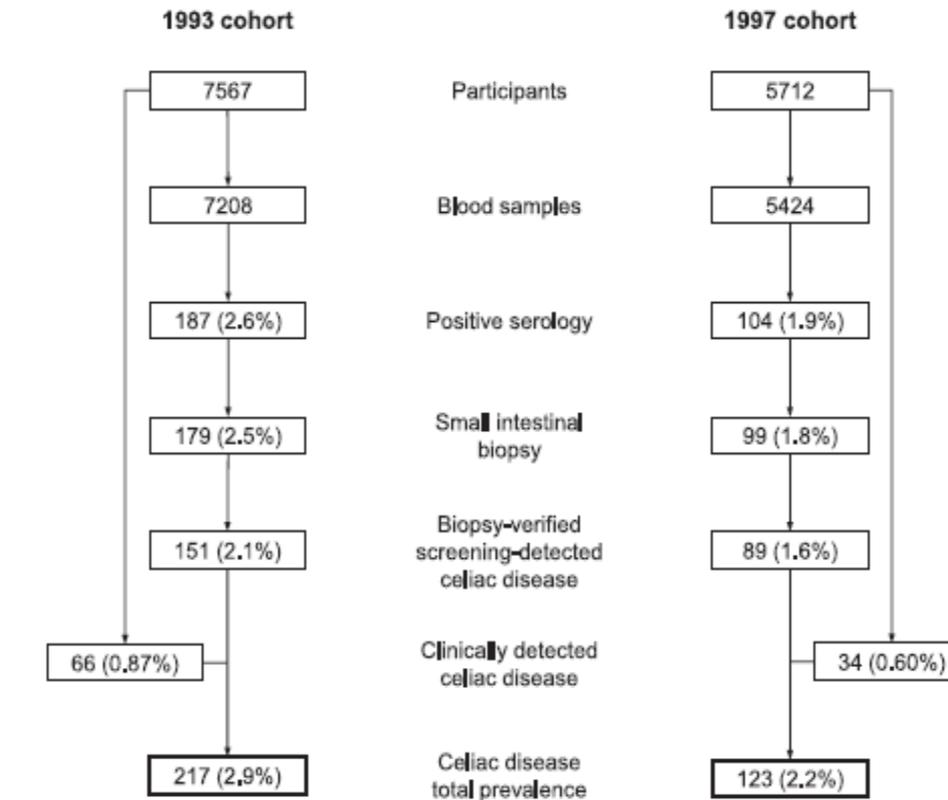
Anneli Ivarsson, Anna Myléus, Fredrik Norström, Maria van der Pals, Anna Rosén,
Lotta Högberg, Lars Danielsson, Britta Halvarsson, Solveig Hammarroth, Olle
Hernell, Eva Karlsson, Lars Stenhammar, Charlotta Webb, Olof Sandström and
Annelie Carlsson

Pediatrics 2013;131:e687; originally published online February 18, 2013;
DOI: 10.1542/peds.2012-1015

The online version of this article, along with updated information and services, is
located on the World Wide Web at:

<http://pediatrics.aappublications.org/content/131/3/e687.full.html>

Estudio de Cohortes



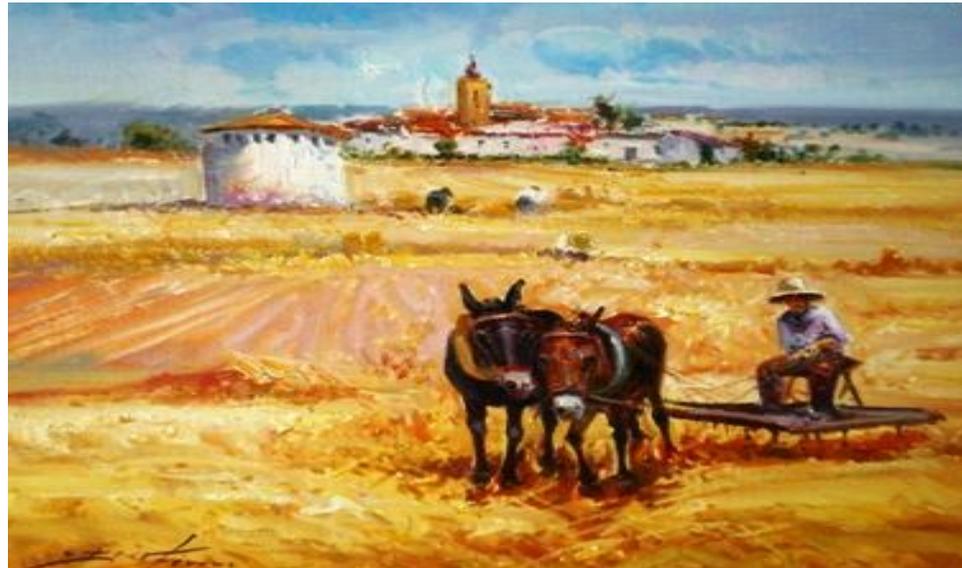


Bibliografía básica



Systematic review: early infant feeding and coeliac disease prevention

H. Szajewska^{*}, A. Chmielewska^{*}, M. Pieścik-Lech^{*}, A. Ivarsson[†], S. Kolacek[‡], S. Koletzko[§], M. L. Mearin[¶], R. Shamir^{**}, R. Auricchio^{††}, R. Troncone^{††} & On behalf of the PREVENTCD Study Group¹



ORIGINAL ARTICLE

Effect of breast feeding on risk of coeliac disease: a systematic review and meta-analysis of observational studies

A K Akobeng, A V Ramanan, I Buchan, R F Heller



Arch Dis Child 2006;91:39–43. doi: 10.1136/adc.2005.082016

See end of article for authors' affiliations

Correspondence to:
Dr A K Akobeng,
Department of Paediatric
Gastroenterology, Central
Manchester and
Manchester Children's
University Hospitals, Booth
Hall Children's Hospital,
Charlestown Road,
Blackley, Manchester M9
7AA, UK; tony.akobeng@
mmc.nhs.uk

Accepted 11 October 2005
Published Online First
15 November 2005

Background: Coeliac disease (CD) is a disorder that may depend on genetic, immunological, and environmental factors. Recent observational studies suggest that breast feeding may prevent the development of CD.

Aim: To evaluate articles that compared effects of breast feeding on risk of CD.

Methods: Systematic review and meta-analysis of observational studies published between 1966 and June 2004 that examined the association between breast feeding and the development of CD.

Results: Six case-control studies met the inclusion criteria. With the exception of one small study, all the included studies found an association between increasing duration of breast feeding and decreased risk of developing CD. Meta-analysis showed that the risk of CD was significantly reduced in infants who were breast feeding at the time of gluten introduction (pooled odds ratio 0.48, 95% CI 0.40 to 0.59) compared with infants who were not breast feeding during this period.

Conclusions: Breast feeding may offer protection against the development of CD. Breast feeding during the introduction of dietary gluten, and increasing duration of breast feeding were associated with reduced risk of developing CD. It is, however, not clear from the primary studies whether breast feeding delays the onset of symptoms or provides a permanent protection against the disease. Long term prospective cohort studies are required to investigate further the relation between breast feeding and CD.



The PreventCD study design: Towards new strategies for the prevention of coeliac disease

Hogen Esch CE
Rosén A
Auricchio R
Romanos J
Chmielewska A
Putter H
Ivarsson A
Szajewska H
Koning F
Wijmenga C
Troncone R
Mearin ML

For the PreventCD study group (Appendix)

PEDIATRICS®

OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

Prevalence of Childhood Celiac Disease and Changes in Infant Feeding

Anneli Ivarsson, Anna Myléus, Fredrik Norström, Maria van der Pals, Anna Rosén,
Lotta Högberg, Lars Danielsson, Britta Halvarsson, Solveig Hammarroth, Olle
Hernell, Eva Karlsson, Lars Stenhammar, Charlotta Webb, Olof Sandström and
Annelie Carlsson

Pediatrics 2013;131:e687; originally published online February 18, 2013;

DOI: 10.1542/peds.2012-1015

The online version of this article, along with updated information and services, is
located on the World Wide Web at:

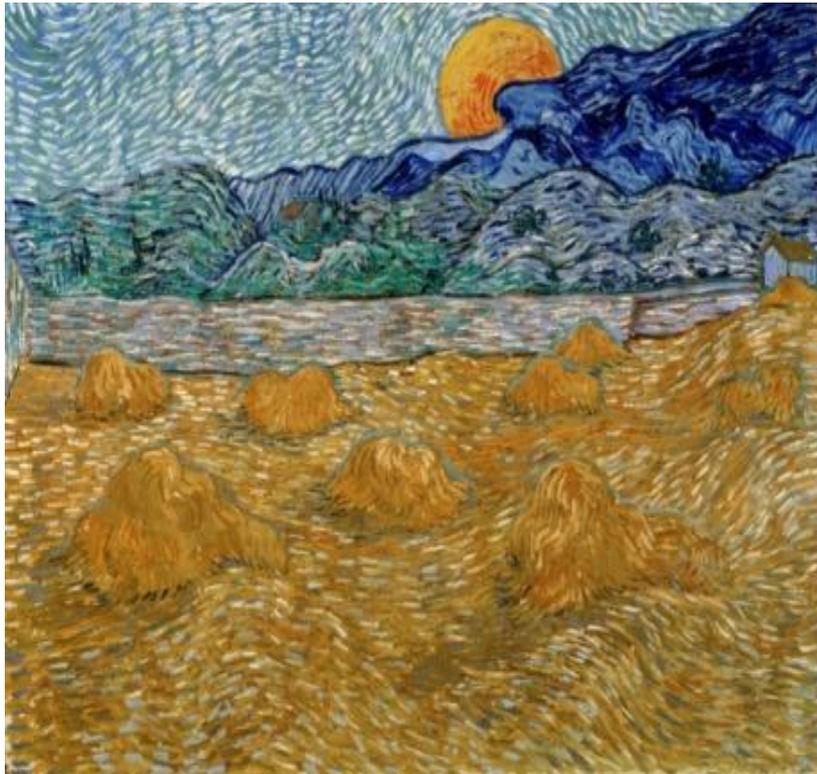
<http://pediatrics.aappublications.org/content/131/3/e687.full.html>



Preguntas clínicas realizadas



¿Disminuye la LM la incidencia de EC en menores de 2 a?



Duración de la LM y EC

Estudio	Referencia	Nº	LM-t	Effect Size	Efecto
Akobeng MA	Auriccio 1983	505	LM <30d o LA vs LM>30d	OR: 4,05 (2,2-7,27)	LM corta predispone
Akobeng MA	Ascher 1997	81	LM duracion Casos: 6,5 Controles 5m	NS	No efecto
Akobeng MA	Faith Magnusson 1996	336	LM duracion Casos: 2,5 Controles 4m	p<0,003	LM corta predispone
Akobeng MA	Grecco 1988	2150	LM<90 d	OR: 4,97 (3,5-6,9)	LM corta predispone
Akobeng MA	Ivarsson 2002	1272	LM ca: 5 m Co: 7 m	P<0,001	LM corta predispone
Akobeng MA	Peters 2001	280	LM > 2m LM < 2 m	OR:0,37 (0,21-0,64)	LM corta Predispone

Duración de la LM y EC-II

Referencia	Nº	LM-t	Effect Size	Efecto
Decker 2010	157 ca 862 cn	Ca: 5,18 m Cn: 5,25 m	OR: 1,99 (1,12-3,51)	No efecto
Norris 2005	1560 AR Autoinmunes 51 AI+	AI+ : 8,3 m AI-: 6,7 m	OR: 1,02 (0,99-1,05)	No efecto
Roberts 2008	90 ca 248 521 cn	No	NS	No efecto
Welander 2010	44 ca 9364 cn	No asociación LM edad Gli y EC	NS	No efecto
Ziegler 2003	1610 (27 AI+)	No Asociación	NS	No efecto

¿La introducción del GL mientras dura la lactancia materna disminuye la incidencia de EC en menores de 2 años?



Lactancia mientras introducción GL

Referencia	Autor	Diseño	OR	Efecto	Comentario
Akobeng 2006	Ascher	MA de Ca-Co	1,54 (0,27-10,56)	No Pr	Protección a largo??
	Faith- Magnusson		0,35 (0,17-0,66)	Si Pr	
	Ivarsson		0,5 (0,4-0,64)	Si Pr	
	Peters		0,46 (0,27-0,78)	Si Pr	
	Pooled		0,48 (0,4-0,59)	Si Pr	
Norris 2005		Prospe Observ	HR: 1,32 (0,76-2,28)	No Pr	Nº Pequeño Variables Subrrogadas

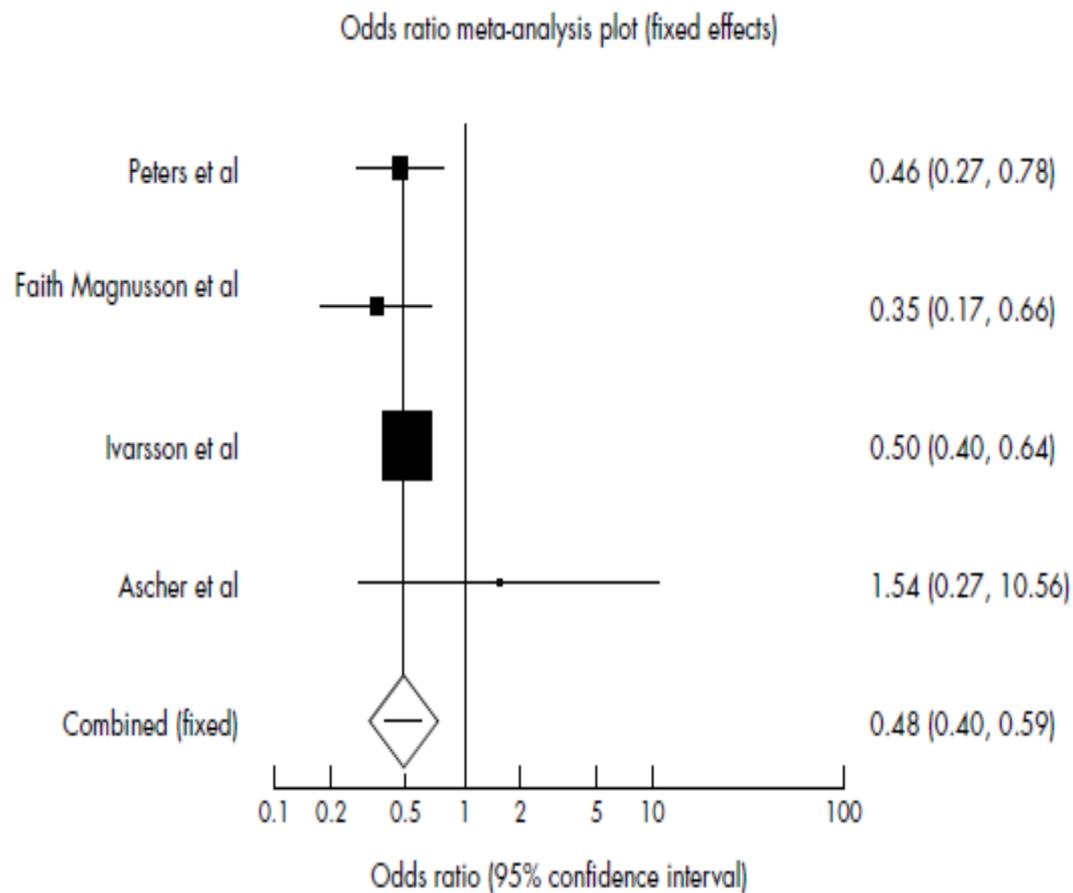


Figure 1 Odds ratios (95% CI) of effect of breast feeding at the time of gluten introduction on development of CD.

La introducción del GL entre los 4 y los 7 meses ¿disminuye la incidencia de EC en menores de 2 años?



Momento de de introducción del GL y EC I

Referencia	Edad	Medida	Effect Size	Efecto	Limitaciones
Faith M 1996	EC 6 meses (4-7m) vs 6.1 refe (6,4-10)	AOR	No efecto	No E	
Ivarsson 2002	1-4 m	AOR para LM y GLi	1	referencia	EC 5-6 m 82% vs 73%
Norris 2005	1-3 m	HR no A	2,94 (0,83-10,4)	Predispone	Pequeño nº en el que midió el resultado Uso variables SubR Cantidad GI no V Gli muy pronto en referencia cuando la mayoría >6m

Momento de de introducción del GL y EC II

Referencia	Edad	Medida	Effect Size	Efecto	Limitaciones
Peters 2001	>3m o <3m 3-4 m 4-5 m >5 m	AOR	0,72(0,29-1,79) 1 1,21 (0,4-3,68) 0,72(0,28-1,85)	No E	
Welander 2010	0-2 m 3-4 m 5-6m 7-8 m 9-10 m 11-12 m	OR no A	No Es 1 (0,3-3,3) 1 (referencia) 1,1 (0,6-2) No Es No Es	No E	
Ziegler 2003	< 3 m o = 3.1-6m >6m Desc	OR no A	2,3 (0,3-18,2) 1 0,7(0,3-1,8) 1 (0,3-2,6)	No E	Medición con Ac

La introducción gradual del GL ¿disminuye la incidencia de EC en menores de 2 años?



Introducción gradual del Gluten

Ivarsson A et al. Am J Clin Nutr 2002;75:914–21.

Estudio Ivarsson 2002

Casos EC. 627 vs 1254 Cn población de referencia

Introducción de GI en grandes cantidades vs pequeñas o medias

OR para desarrollar EC < 2 a: 1.5 (IC95% 1.1-2.1)

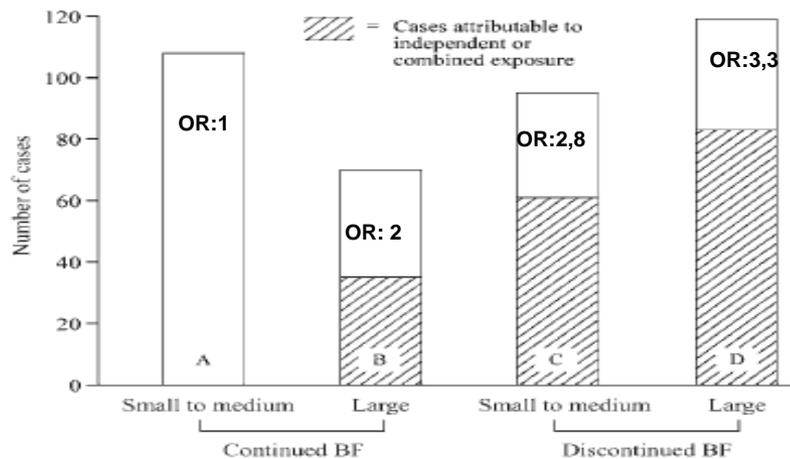


FIGURE 1. The number of celiac disease cases aged < 2 y with respect to breast-feeding (BF) status (continued or discontinued) at the time gluten-containing flour was introduced into their diets, the amount of flour given (small to medium or large amounts), and the number of cases attributable to the independent or combined effect of these exposures. Risk estimates were based on conditional logistic regression with 392 matched sets of cases and referents and were adjusted for the age of the infant at the time flour was introduced in the diet. The ORs (and 95% CIs) were as follows: A, 1.0; B, 2.0 (1.4, 3.0); C, 2.8 (1.9, 4.0); and D, 3.3 (2.3, 4.8).



Perlinfad · [las perlas de PrevInfad]



7 - junio - 2010

Controversias del nuevo documento de la ESPGHAN sobre lactancia materna.

Archivado en: [General](#) — perlinfad @ 7:51 am

Tags: [alimentación complementaria](#), [ESPGHAN](#), [lactancia materna](#)

Referencia original: Breast-feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2009 Jul;49(1):112-25.

http://journals.lww.com/jpgn/Fulltext/2009/07000/Breast_feeding__A_Commentary_by_the_ESPGHAN.18.aspx

El artículo publicado recientemente sobre el amamantamiento por el Comité de Nutrición de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición pediátrica (ESPGHAN) es importante por su influencia en las recomendaciones sobre la alimentación del lactante que realizan los pediatras europeos. Sin embargo, junto a una buena revisión de la evidencia y las recomendaciones más actuales, el artículo contiene una serie de afirmaciones e interpretaciones que, a juicio del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP), merecen un comentario detenido. Creemos que algunas de ellas no se ajustan a la evidencia científica más actual y pueden favorecer consejos inapropiados del pediatra que contribuyan a perpetuar e incluso ocasionar problemas a las madres que desean amamantar a sus hijos.

De entrada, el artículo falla en reconocer la lactancia natural como el patrón fisiológico indispensable para alcanzar un crecimiento y desarrollo óptimos. A pesar de que está reconocido por las autoridades sanitarias mundiales y europeas(1), ya desde el principio el Comité de Nutrición de la ESPGHAN no parece demasiado convencido de la importancia del amamantamiento para todos los lactantes. Y así, en una de las primeras frases del artículo puede leerse: "...los beneficios en salud derivados de la lactancia materna (LM) son mayores en países en desarrollo que en los desarrollados e inversamente proporcionales al nivel socioeconómico de la población...". Una verdad obvia que puede inducir al lector a pensar que para aquellas personas con un buen nivel de vida no es tan importante dar el pecho, o bien que la lactancia materna es una práctica deseable en países menos favorecidos, pero no tanto en países desarrollados. Está claro que cualquier perjuicio, por pequeño que sea, será más grave y evidente en un país en el que la tasa de morbi-mortalidad infantil sea alta, pero esto no significa que los lactantes de los países desarrollados deban ser expuestos a riesgos innecesarios aunque estos sean leves. De hecho, no son despreciables puesto que los niños no amamantados en países de alto poder adquisitivo tienen mayor riesgo de morbilidad infecciosa,

Páginas

- [¿Qué es Perlinfad?](#)

Blogroll



Internet
en la consulta:
una necesidad

- [AEPap](#)
- [El gipi](#)
- [PrevInfad](#)

Categorías:

- [Consejo](#)
- [cribado](#)
- [General](#)

Buscar:

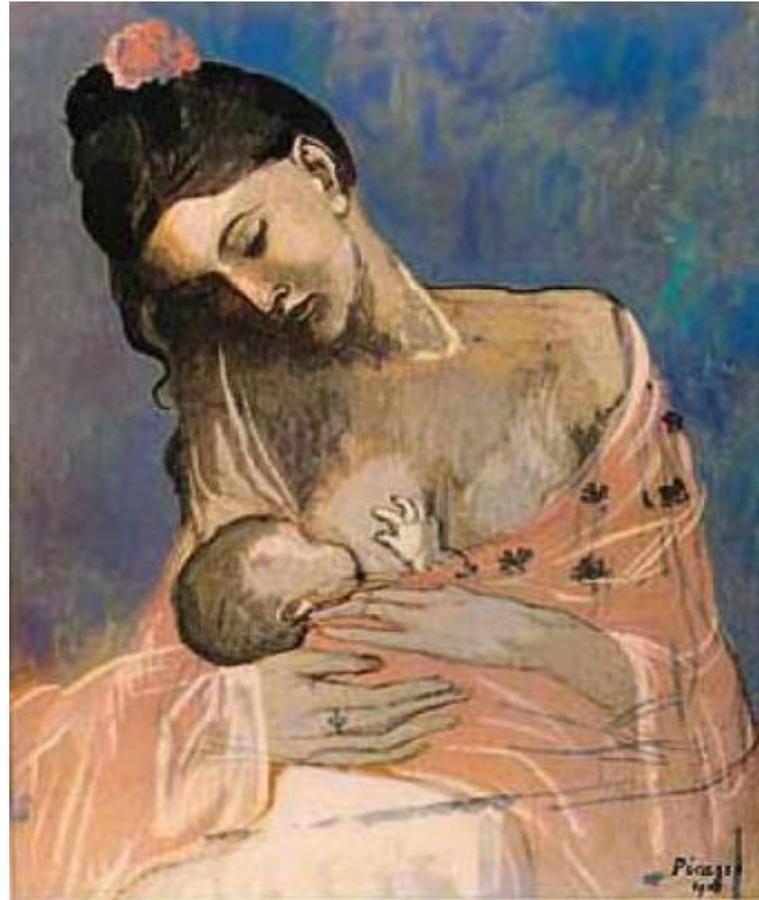
Buscar

Archivos:

- [enero 2013](#)

➤ [Seguir](#)

La Recomendación Principal



Calidad de la evidencia y Fuerza de la Recomendación (GRADE)

Intervención	Resultado	GRADE
LM de cualquier duración (LM)	Incidencia de EC (<2a)	Baja Débil a favor Se sugiere hacer
Tiempo de LM	Incidencia de EC (<2a)	Baja Débil a favor Se sugiere hacer
GI antes 4 m o después 6 m	Incidencia de EC (<2a)	Suficiente Débil en contra Se sugiere no hacer
Gli mientras dura la LM	Incidencia de EC (<2a)	Suficiente Débil a favor se sugiere hacer
GI gradual	Incidencia de EC (<2a)	Insuficiente para hacer ninguna recomendación



Perlinfad



Más adelante y en consonancia con anteriores publicaciones la ESPGHAN sigue recomendando introducir el GL entre los 4-6 m mientras aún amamanta sin considerar que las pruebas existentes son todavía débiles que quedan aspectos por aclarar y que hay evidencias más establecidas de los perjuicios que la introducción de la alimentación temprana tiene sobre el amamantamiento (abandono y todos los riesgos que esto conlleva)

Recomendaciones principales agencias

AgenciaHolanda	año	Pais	Recomendación
ESPGHAN	2008	Europa	No GL antes 4 y después 7 m GL mientras LM
Croacia	2010	Croacia	Más allá de los 4 m cumplidos mientras LM
Alemania 2011		Alemania	No antes de los 4 m y no más tarde de los 7 m Mientras LM
Israel	2009	Israel	ESPGHAN
Polonia	2007	Polonia	Desde 4 m cumoplidos hasta 6 m pequeñas C. mientras LM
Holanda	1999	Holanda	Tras 6 meses
USA (AAP)	2012	USA	4-6 meses mientras LM

Reflexiones finales

- .- No cambios las recomendaciones de la OMS
- .-Introducción del gluten y de la Aco a los 6 meses
- .-No antes de los 4 ni despues de los 7 meses
- .-Lactancia materna coincidente en mismas fechas
- .-Gradual en cantidad (pruebas insuficientes)
- .-Coincidencias con la estrategia “Baby Led Weaning”
- .-Resultados del estudio Prevent CD



Baby-led weaning es, método de alimentación complementaria y recetas para bebés.

Google Docs: [Acceso a los datos](#)

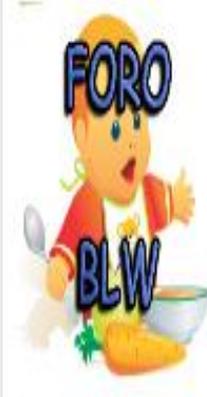
- [BLW](#)
- [Complementaria](#)
- [Lactancia materna](#)
- [Recetas](#)
- [Videos](#)



Pautas de introducción de la alimentación complementaria. Folleto.

©2013 • Carpieta. El folleto de introducción de alimentación complementaria de la Health Protection Unit de Irlanda es un buen ejemplo para el baby led weaning. El pediatra Carlos González, promotor de la alimentación infantil libre de suculos y el método baby led weaning saca partido como ejemplo en sus conferencias de las pautas de introducción de alimentos que (...)

conferencias de las pautas de introducción de alimentos que (...)



www.babyledweaning.es
 en Facebook

4125 personas lo siguen
www.babyledweaning.es

BLW - categorías destacadas

Entradas recientes en Baby-led weaning



Gracias por su atención



ESPGHAN Evidence Report 2010

	Positive likelihood ratio	Negative likelihood ratio	Odds ratio
EMA /IgA	31.8 (18.6-54.3)	0.067§ (0.038-0.118)	553 (218-1402)
Anti-TG2 /IgA	21.8§ (12.9-36.8)	0.060§ (0.040-0.090)	469§ (250-880)
Anti-DGP /IgG	13.6 (8.1-22.8)	0.061§ (0.017-0.221)	234 (100-546)
Anti-DGP /IgA	9.4 (6.8-13.1)	0.121§ (0.072-0.203)	86.1 (56-132)
AGA /IgA	7.3§ (4.5-11.8)	0.186§ (0.095-0.362)	40.6§ (14-117)



Predicció de MC pels anticossos

	Positive likelihood ratio	Negative likelihood ratio	Odds ratio
Point of care anti-TG2 /IgA	40.6 (21.3-77.4)	0.040 (0.025-0.064)	1384 (547-3294)

ESPGHAN Evidence Report 2010

Els Kits de test ràpid són sensibles i específics però no tenim treballs en que hagin estat realitzats i valorats per mans no expertes

Encara no és possible la quantificació



Podem obviar la biòpsia?

Table 1. The positive predictive value (PPV) for different cut-offs of IgA-tissue transglutaminase antibody (TGA) levels in 146 patients

TGA* cut-off		No. patients		PPV (%)
U/mL	×ULN	Coeliac disease	Not coeliac disease	
10	3.3	139	7	95
20	6.7	112	2	98
30	10	91	0	100
50	16.7	68	0	100
>100	>33	34	0	100

>10 vegades el cut-off

* TGA is expressed as U/mL and as multiples of the upper limit of normal (ULN).

Hill. Aliment Pharm Ther. 2008

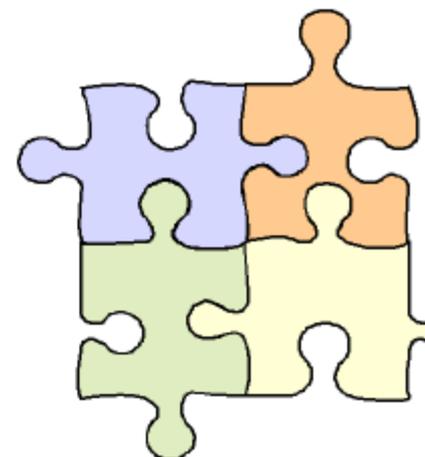
Dahlbom et al. JPGN. 2009



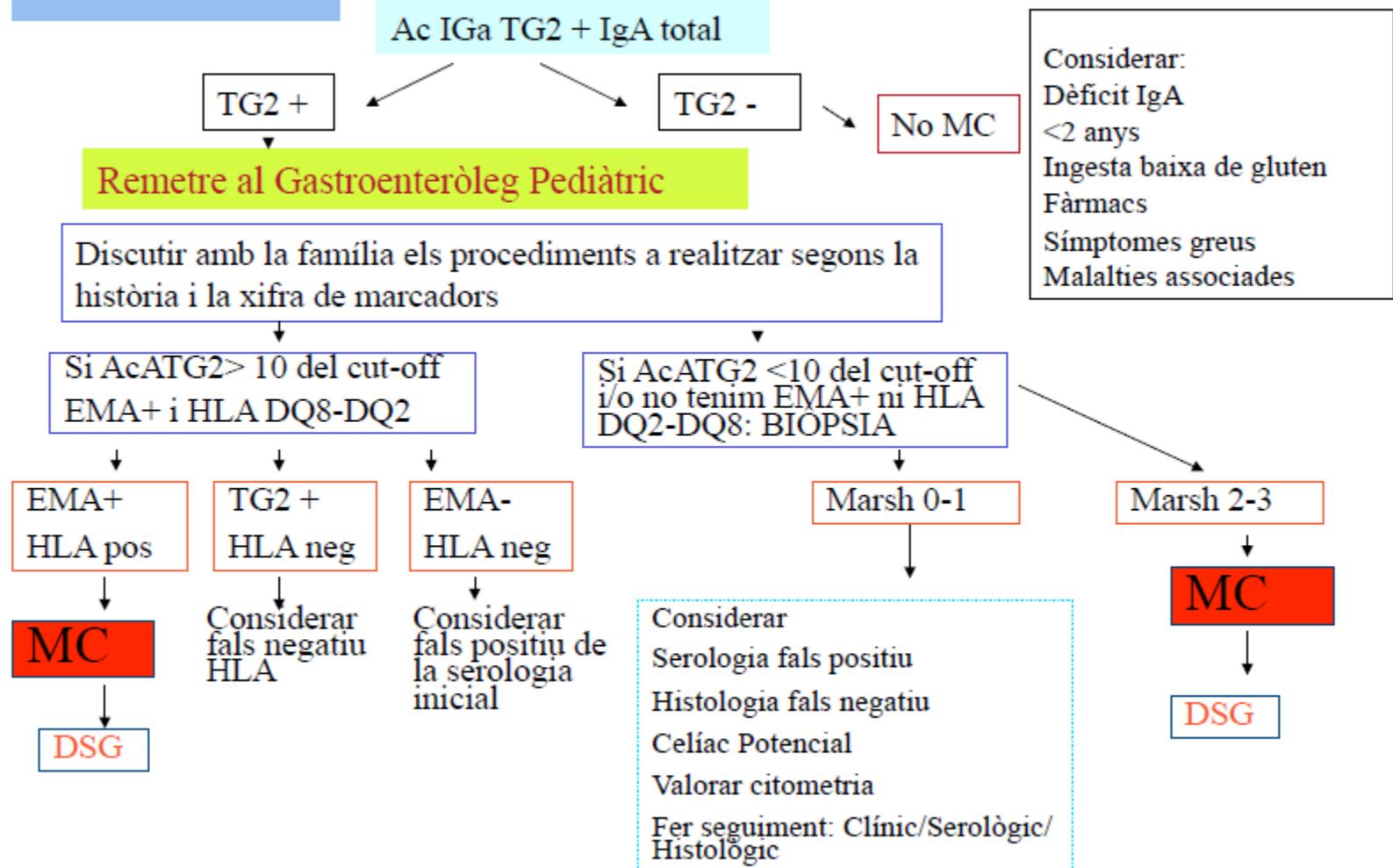
Es pot fer una predicció de la histologia amb la serologia?

■ ESPGHAN 2011

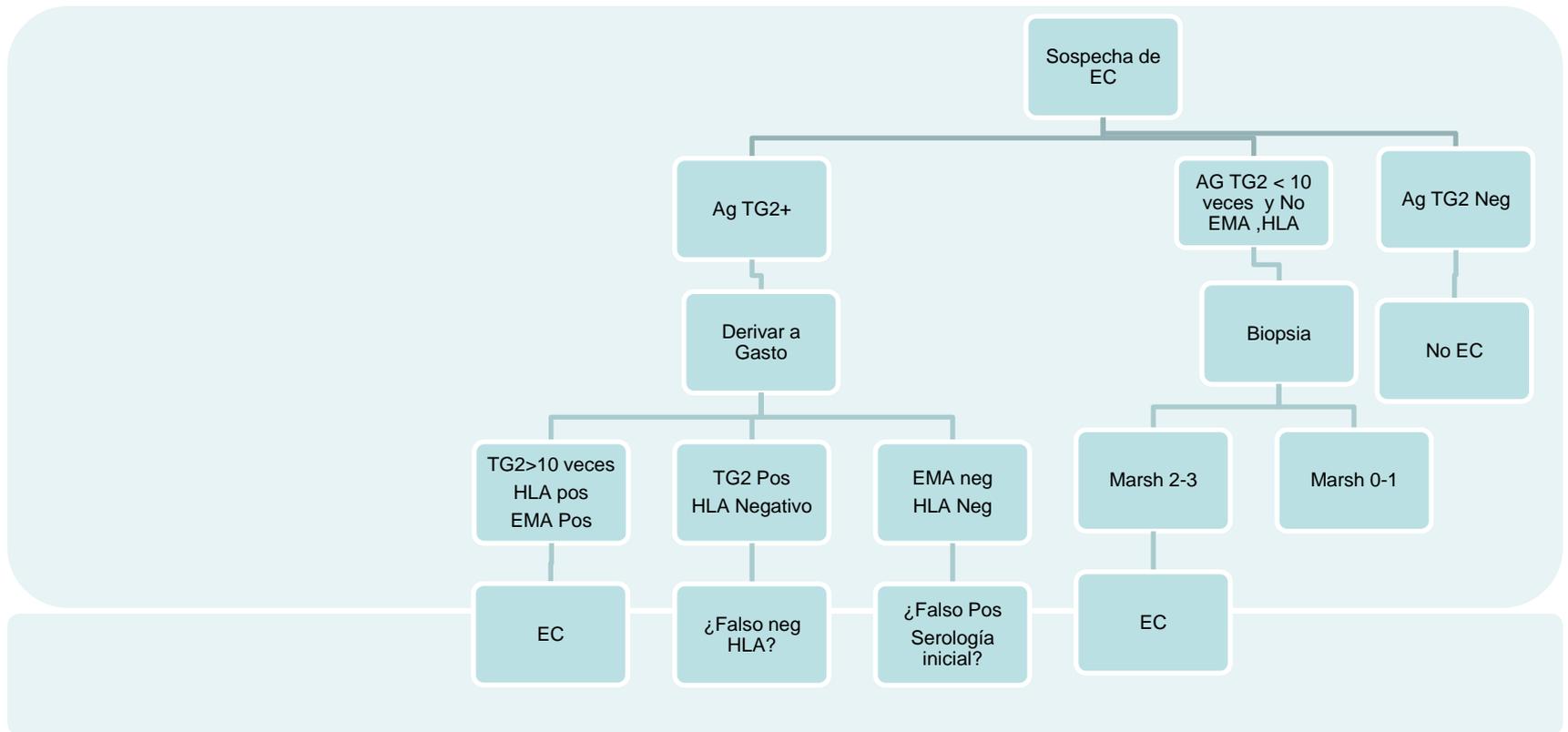
- Es pot obviar fer la biòpsia en cas de que es compleixin tots aquests requisits:
 - Simptomatologia típica de MC
 - Marcadors ATG2 >10 vegades el cut-off
 - EMA positius
 - HLADQ2 i/o DQ8 positiu



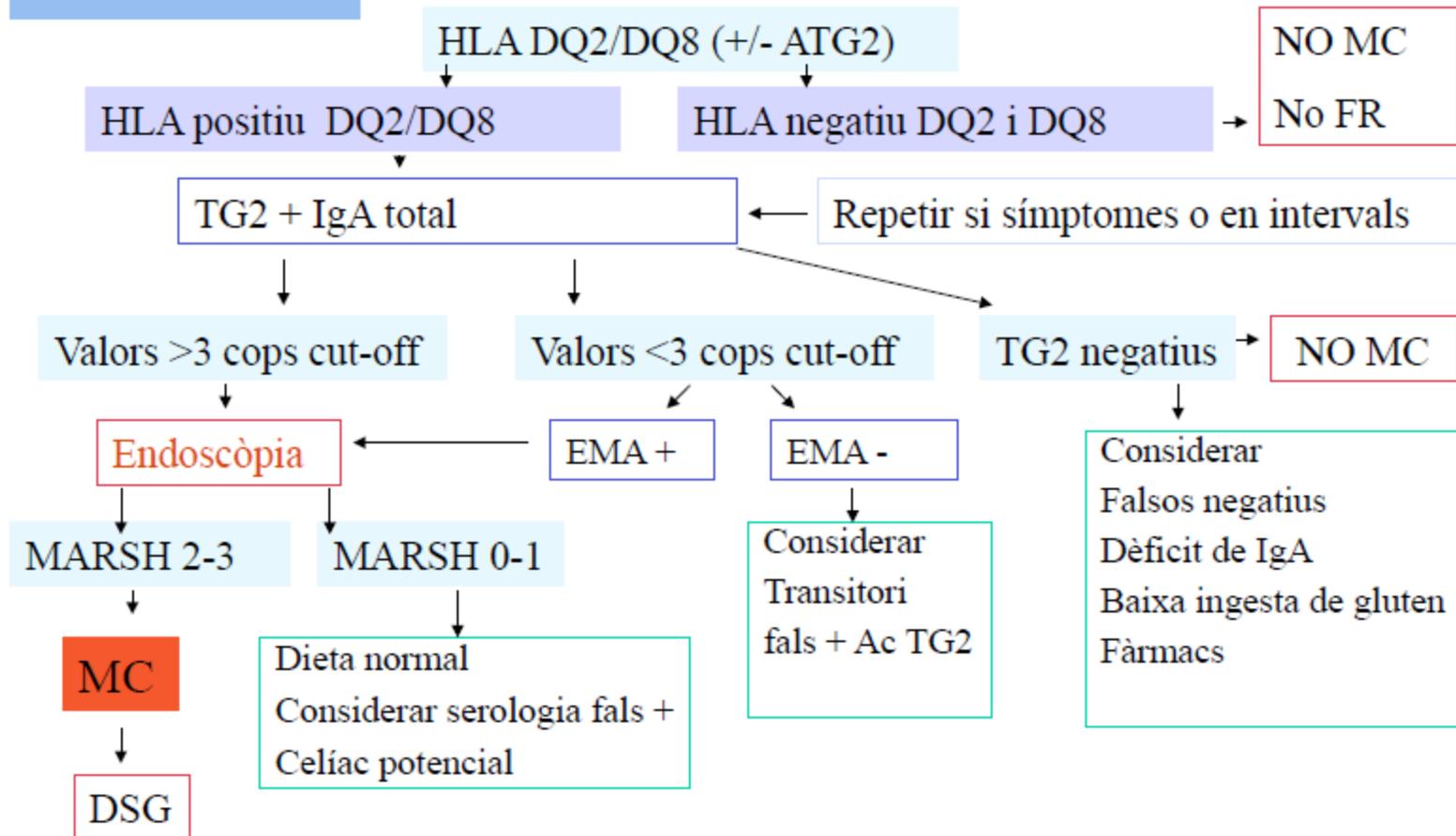
Algoritme: Pacients amb Síntomes de MC



Algoritmo I. Sospecha EC



Algoritme: Grups de risc de MC



Algoritmo II. Individuos de alto riesgo de EC. HLA DQ2/DQ8

