

---

## Annex 5. Lactància artificial

---

### Objectius

Establir les directrius per a una lactància artificial correcta.

### Destinataris

Equips d'atenció pediàtrica de l'atenció primària.

### Població diana

Famílies que no es decanten per la lactància materna o que no hi poden optar.

### Periodicitat

A demanda de les famílies que prefereixen la lactància artificial.

### Justificació

Els beneficis de la lactància materna per a l'infant són innegables, i per això els esforços educatius i d'acompanyament en el procés de lactància materna han de ser constants. L'Organització Mundial de la Salut i les organitzacions que promouen la salut infantil recomanen la lactància materna exclusiva fins als 6 mesos, complementada amb altres aliments fins als 2 anys.

La llet materna és la primera indicació i s'ha de promoure en circumstàncies diverses; tanmateix, en els casos de famílies que decideixen abandonar totalment o parcialment la lactància materna o que es veuen abocades a fer-ho, la llet de fórmula és l'opció que permet una nutrició acceptable. Per això, a les dones embarassades que, després de rebre informació sobre l'alletament, decideixin alimentar el bebè amb llet de fórmula se'ls ha de proporcionar individualment suport i informació sobre com fer-ho de manera segura i correcta.

Durant el primer any de vida del lactant no és recomanable la llet de vaca sense modificar, atès l'alt contingut proteic i perquè pot provocar microhemorràgies intestinals, que afavoreixen la pèrdua de ferro. A més, la composició no s'adapta a les necessitats del lactant ni a les limitacions metabòliques inherents.

És important valorar la situació física i anímica de la mare, ja que la lactància materna no és només un aspecte tècnic i postural del bebè. Per això és tan important promoure la lactància materna com no fomentar sentiments negatius o de culpa si es decideix no decantar-se per l'alletament matern. La situació inicial d'estrès provocada pel part, alguns mites encara estesos entre la població, l'escassa preparació del personal sanitari en aquesta matèria, la tornada a l'entorn laboral, les percepcions que el bebè queda amb gana, etc., són alguns dels factors que influeixen en la decisió.

### Com a suplementació de la lactància materna

Les recomanacions actuals no donen suport a la suplementació de manera rutinària: els nadons nascuts a terme sans no han de rebre suplement de llet artificial, solucions de glucosa, aigua, te ni camamilla. Però si la suplementació està indicada mèdicament, la llet extreta de la mateixa mare o provinent d'un banc de llet ha de ser el suplement d'elecció.

Alguns dels motius mèdicament admissibles per a la suplementació són el pes molt baix en néixer (< 1.500 g), l'edat gestacional baixa (< 32 setmanes), que l'infant sigui petit per a l'edat gestacional, amb hipoglucèmia potencialment greu, malalties maternes o infantils greus, pèrdua de pes superior al 8-10 % acompanyada de retard en la lactogènesi (més de cinc dies).

En aquests casos, sempre que sigui possible cal administrar la suplementació amb una xeringa, una cullereta, un tasset, etc. [annex 4, "Lactància materna"].

### Mètode d'alletament amb biberó

Per mantenir el vincle afectiu positiu, un bon mètode d'alletament amb biberó és practicar la criança fisiològica, similar a la de l'alletament matern directament del pit. D'aquesta manera almenys es promou l'estimulació i la interacció que proporciona la lactància natural, que tant facilita el desenvolupament psicomotor i saludable del nadó. Donar el biberó com si fos el pit implica tenir cura dels aspectes següents:

- Aliment a demanda: s'ha d'oferir el biberó quan l'infant faci senyals de gana i s'ha de retirar quan en mostri de no voler-ne més; no l'hi han de donar mai a la força.
- L'infant sempre ha d'estar en braços, l'han de mirar i s'ha d'afavorir el contacte pell amb pell tant com sigui possible, especialment durant les primeres setmanes. Els nadons no alletats continuen necessitant que els aguantin en braços durant les preses durant anys, i això suposa abraçades, carícies i intimitat.
- S'ha de canviar de costat a cada presa o fins i tot en la mateixa presa, alternativament.
- S'ha d'intentar que sigui només la mare qui doni el biberó; si això no és possible, que siguin només dues o tres persones, sempre les mateixes, qui s'ocupin de l'alimentació. Durant els primers anys de vida els nadons es poden vincular de manera segura just a quatre o cinc persones.
- Tot i l'alletament artificial, la mare pot utilitzar igualment el mugró per consolar. Però si la mare no vol, pot utilitzar el xumet, tenint també en compte que és ideal donar-l'hi sempre en braços.
- Una dosi extra de contacte pell amb pell serveix per potenciar en el nadó l'alliberament de les mateixes substàncies beneficioses que produeix la lactància materna. Això és especialment important per als nadons adoptats.

### Fórmules adaptades

Actualment, el Comitè de Nutrició de la Societat Europea de Gastroenterologia Pediàtrica, Hepatologia i Nutrició (ESPGHAN, per European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition) i el Comitè Científic d'Alimentació de la Comissió Europea s'encarreguen de recomanar i regular els continguts de nutrients que han d'incloure els preparats de llet de fórmula.

S'anomenen *fórmula d'inici* la que s'empra per substituir l'alimentació del lactant fins als 4-6 mesos i *fórmula de continuació* la que es dona a partir d'aquesta edat. Els hidrats de carboni aporten el 40-50 % de l'energia i la lactosa —igual que en la llet materna— n'ha de ser el component majoritari. Les recomanacions proteiques són de 2,2 g/kg en els primers 6 mesos i d'1,6 g/kg en el segon semestre. La relació entre seroproteïnes i caseïna ha de ser de 60-40 en els primers 6 mesos i de 20-80 en les fórmules de continuació. Les recomanacions relatives als greixos són de 4,4-6 g per cada 100 kcal; la proporció ha de ser del 40-55 % en les fórmules d'inici i del 35-55 % en les de continuació.

## Fórmules especials

### *Llet antirregurgitació*

Es tracta de llet de fórmula a la qual s'ha afegit un espessidor (farina de garrova, midó de blat de moro o d'arròs). Actualment no disposam de prou evidència que demostrï el benefici d'aquest tipus de llet en infants amb esofagitis per reflux, ja que no redueix els refluxos i pot allargar el temps d'aclariment esofàgic. D'altra banda, no se'n coneixen els efectes sobre la biodisponibilitat d'altres nutrients. En general és un tipus de llet que no ha demostrat modificacions sobre la història de la malaltia i que suposa riscos potencials. Per això, amb relació als productes lactis antirreflux i antirregurgitació el Comitè de Nutrició de l'ESPGHAN indica que les llets que contenen espessidors "només s'han d'utilitzar en nadons seleccionats, en què el guany ponderal resulti afectat per les pèrdues de nutrients associades a les regurgitacions"; a més les ha de prescriure i supervisar l'equip de pediatria.

### *Llet antirrestrenyiment*

Es tracta de fórmules que modifiquen els triglicèrids per obtenir un palmitat en posició preferent  $\beta$ . Tot i que les modificacions en la composició de les formulacions d'aquest tipus de llet tenen una base científica teòrica i podrien ser eficaces en determinats casos per solucionar molèsties digestives de caràcter *menor*, actualment no hi ha assaigs clínics que demostrin l'eficàcia d'aquestes fórmules.

### *Llet infantil i desenvolupament cognitiu*

Els àcids grassos poliinsaturats de cadena llarga (AGPCL) són els fosfolípids fonamentals del sistema nerviós central i de les cèl·lules fotorreceptores de la retina, per la qual cosa es considera que incloure'n en les fórmules podria ser avantatjós, sobretot per als nadons prematurs, però també per als nadons a terme. Hi ha estudis en els quals s'ha analitzat l'efecte de les fórmules amb AGPCL sobre la vista o sobre el desenvolupament cerebral, però només s'han demostrat beneficis menors sobre l'agudesia visual, ja que no s'han trobat diferències en el desenvolupament psicomotor dels infants alimentats amb fórmules amb AGPCL o amb fórmules sense; i, en els estudis que n'han trobades, els autors no han estat capaços de demostrar que es mantenen a llarg termini.

### *Llet infantil complementada amb nucleòtids*

L'efecte de la complementació de nucleòtids en la llet infantil s'ha estudiat sobretot en els camps del desenvolupament immunològic i en la protecció sobre les infeccions. Tot i que hi ha alguns estudis que afirmen que els alimentats amb llet infantil enriquida amb nucleòtids tenen una resposta més alta d'anticossos en comparació a la vacuna contra *Haemophilus influenzae* de tipus b i la diftèria, i una freqüència més baixa d'episodis de diarrea infecciosa, les limitacions metodològiques en el disseny dels estudis i els resultats contradictoris d'altres fan que la informació disponible sigui insuficient per fer una recomanació basada en aquest efecte.

### *Llet infantil amb efecte bifidogen*

Els oligosacàrids de la llet materna acompanyen —entre altres funcions— un paper en la resistència a la infecció intestinal, de manera indirecta actuant com un prebiòtic. La llet complementada amb oligosacàrids dona lloc a deposicions més blanques, depenent de la dosi.

Amb el mateix objectiu d'aconseguir una flora fecal similar a la dels nadons alletats hi ha la complementació de les fórmules infantils amb prebiòtics, habitualment cultius de bifidobacteris o lactobacils. Tot i que hi ha poca bibliografia sobre l'ús de prebiòtics i probiòtics en les fórmules per a lactants, sembla que no dificulten el creixement de l'infant, però no hi ha prou evidència que hi doni suport com a prevenció de la diarrea.

## Allèrgia a la proteïna de la llet de vaca

L'allèrgia a la proteïna de la llet de vaca (APLV) és l'allèrgia alimentària més freqüent en els lactants i, a més, afecta el 2,5 % de la població. Majoritàriament, els infants afectats adquireixen tolerància de manera espontània. L'allèrgia no mediada per IgE tendeix a resoldre's més precoçment en la infantesa, mentre que la mediada per IgE pot persistir fins a l'adolescència i més enllà.

Les manifestacions clíniques de l'APLV inclouen reaccions típicament intervengudes per IgE (urticària, angioedema i anafilaxi); reaccions mixtes (dermatitis atòpica, esofagitis eosinofílica), i reaccions no per IgE (proctocolitis i enterocolitis). El diagnòstic es basa en la història clínica acurada i proves de l'estil de la prova de la punxada (*prick test*) o determinacions d'IgE específica, i en alguns casos proves de provocació. En el cas de quadres no IgE mitjans, la història clínica és fonamental, i de vegades cal fer exploracions gastrointestinals.

El tractament consisteix a evitar l'APLV; per això s'utilitzen fórmules extensament hidrolitzades, fórmules de soja o fórmules elementals a base d'aminoàcids sintètics. La majoria dels infants amb APLV poden tolerar la fórmula derivada de la soja, però es desaconsella abans dels 6 mesos atès el risc augmentat de causar sensibilització. En canvi, fins al 5 % dels infants amb APLV poden no tolerar les fórmules extensament hidrolitzades; en aquests casos, les fórmules elementals a base d'aminoàcids podrien ser les d'elecció, igual que en els casos d'infants amb APLV amb símptomes aguts greus o en els casos dels que tenen múltiples al·lèrgies alimentàries. Les limitacions principals d'ambdós tipus de fórmula són l'alt cost i el mal gust. Són llets finançades amb uns criteris diagnòstics o d'autorització mèdica.

Les llets parcialment hidrolitzades no són hipoal·lèrgiques i no es recomanen per a infants amb APLV. Sembla que la suplementació amb prebiòtics o probiòtics ajuda a reduir el desenvolupament d'èczemes i possiblement en el tractament; però fan falta més estudis ben dissenyats per delimitar quin paper tenen.

## Preparació del biberó

La quantitat per administrar a cada infant varia depenent del moment i del procés de creixement i desenvolupament. Els pots de llet indiquen unes quantitats que corresponen a unes estadístiques de lactants en diferents etapes del creixement, però en la realitat assistencial hi ha casos de lactants en què el procés de creixement pot ser molt divers i diferent de les taules estadístiques normalitzades; per tant, s'han de tenir en compte només de manera orientativa, ja que fins i tot solen ser quantitats excessives per a la majoria dels lactants. Com a referència aproximada, les necessitats calòriques estan al voltant de 100 kcal/kg/dia; això representa uns 150 ml/kg/dia de llet (a més, també aporta les necessitats hídriques, que són de 135-150 ml/kg/dia).

La concentració ha de ser del 13 %, és a dir, 1 cassoleta per cada 30 ml d'aigua (1 cassoleta = 4,2-5 g de pols i 100 ml = 70 kcal). En la preparació dels biberons primer s'ha de posar aigua calenta i després la llet en pols adequada amb la cassoleta específica de cada envàs, de manera que s'eviti preparar biberons hipoconcentrats o hiperconcentrats.

Un altre detall que cal tenir en compte és que s'ha de valorar el contingut de minerals de l'aigua utilitzada per preparar els biberons, sobretot de sodi: en general s'han d'evitar concentracions hipertòniques, i per a la reconstitució correcta dels preparats comercialitzats a Espanya és preferible que el contingut de sodi a l'aigua de beguda sigui inferior a 25 mg/l en els primers 6 mesos de vida (ingesta adequada de sodi: 120 mg/dia).

Un costum que també pot derivar en un excés de minerals és bullir l'aigua durant molt de temps. Alguns autors recomanen que, si s'utilitza l'aigua potable de consum públic, es bulli durant un minut per eliminar la possibilitat d'infecció per *Cryptosporidium* i *Giardia*; però no s'ha de bullir més temps, ja que això afavoreix la concentració de sodi i pot resultar excessiva i inadequada (ha de ser de menys de 50 mg de sodi per litre). Aquesta mesura assegura la inactivació de bacteris, virus i protozous de la pròpia aigua quan no es embotellada o de la llet en pols.

Normes d'higiene per preparar el biberó:

- Rentar-se les mans abans de preparar el biberó.
- Els biberons i les tetines s'han de rentar amb aigua i sabó i s'han d'eixugar bé. Es pot utilitzar el rentaplats. No és imprescindible esterilitzar-los.
- Per evitar la possible proliferació bacteriana, s'ha de preparar el biberó just abans que s'hagi de prendre. A més, no s'ha de guardar la llet que no s'hagi consumit, sinó que s'ha de rebutjar qualsevol resta després de cada presa.
- Cal emprar tetines adequades a l'edat de l'infant. El forat no ha d'afavorir l'ennuegament per ser massa gros ni el sobreesforç per ser massa petit.
- Es pot encalenticar el biberó de diverses maneres: al bany maria o amb el microones, però sempre es pot preparar directament amb aigua calenta.
- S'ha de deixar refredar la fórmula ràpidament (abans de 30 minuts) i s'ha de consumir immediatament; cal prendre precaucions amb la temperatura per evitar el risc de cremades a la boca de l'infant.

### Contraindicacions de la lactància materna

*Guia de bones pràctiques en l'atenció de l'embaràs, del puerperi i del període neonatal a l'àrea de salut maternoinfantil de les Illes Balears*

- Infecció pel VIH: des de 2009, l'Organització Mundial de la Salut recomana la lactància materna fins als 12 mesos d'edat sempre que la mare seropositiva o l'infant estiguin prenent antirretrovirals durant aquest període. Així es redueix el risc de transmetre el virus i milloren les possibilitats de supervivència de l'infant.
- Infecció pel virus de la leucèmia humana de cèl·lules T (HTLV tipus I i II).
- Fàrmacs (molts pocs) i drogues contraindicades durant la lactància. Per a més informació, consulta el web <[www.e-lactancia.org](http://www.e-lactancia.org)>.
- Malalties neonatals: galactosèmia clàssica, dèficit de transferasa (el dèficit parcial de transferasa, el dèficit de galactocinasa i el dèficit d'epimerasa són compatibles amb la lactància materna si se'n fa un seguiment), i deficiència primària congènita de lactasa.

## Comercialització de sucedanis de la llet

L'any 1981, l'Organització Mundial de la Salut va promulgar un codi internacional sobre la comercialització de sucedanis de la llet materna a causa de la publicitat agressiva de les empreses productores, la qual cosa va provocar que als països industrialitzats disminuís el nombre de dones que optaven per la lactància materna. Algunes de les disposicions que recull són aquestes: es prohibeix donar mostres gratuïtes dels sucedanis, sobretot als centres sanitaris; no se'n poden exhibir cartells, calendaris ni propaganda, i es prohibeixen els termes *maternitzada* i *humanitzada* per comercialitzar aquests productes. A Espanya es va aprovar el Reial decret 72/1998, que recull la major part de les disposicions de l'Organització Mundial de la Salut, però que en general no s'aplica, sobretot pel que fa a la llet de continuació, als biberons i a les tetines.

## Bibliografia

- Agostoni C, Axelsson I, Braegger C, Goulet O, Koletzko B, Michaelsen KF et al. Probiotic bacteria in dietetic products for infants: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2004; 38: 365-74.
- ALOMAR CASTELL, Margalida. *Guia de bones pràctiques en l'atenció de l'embaràs, del puerperi i del període neonatal a l'àrea de salut maternoinfantil de les Illes Balears*. Palma: Direcció General de Salut Pública i Participació, 2017. Disponible en: <[www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST335ZI228847&id=228847](http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST335ZI228847&id=228847)> [Consulta: 1 juny 2018].
- Cilleruelo ML, Calvo C. Fórmulas adaptadas para lactantes y modificaciones actuales de éstas. *An Pediatr Contin*. 2004;2:325-38. Disponible en: <[www.apcontinuada.com/es/formulas-adaptadas-lactantes-modificaciones-actuales/articulo/80000088](http://www.apcontinuada.com/es/formulas-adaptadas-lactantes-modificaciones-actuales/articulo/80000088)> [Consulta: 1 juny 2018].
- CRIADO VEGA, Enrique; MERINO MOÍNA, Manuel. "Lactancia artificial y biberón" [en línia]. AEPap. <[www.familiaysalud.es/vivimos-sanos/alimentacion/alimentarse-cada-edad/lactancia-artificial-y-biberon](http://www.familiaysalud.es/vivimos-sanos/alimentacion/alimentarse-cada-edad/lactancia-artificial-y-biberon)> [Consulta: 1 juny 2018]
- ESPGHAN Committee on Nutrition, Agostoni C, Braegger C, Decsi T, Kolacek S, Mihatsch W et al. Supplementation of N-3 LCPUFA to the diet of children older than 2 years: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2011 Jul;53(1):2-10.
- ESPINAZO RAMOS, Óscar[et al.]. *Manual de enfermería pediátrica para atención primaria*. Madrid: Publimed, 2005.
- Gil-Campos M, Dalmau Serra J, Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Importancia del ácido docosahexaenoico (DHA): funciones y recomendaciones para su ingesta en la infancia. *An Pediatr (Barcelona)* 2010; 73 (3): 142.e1-142.e8. Disponible en: <[www.aeped.es/sites/default/files/documentos/s1695403310002122\\_s300\\_es.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/s1695403310002122_s300_es.pdf)> [Consulta: 1 juny 2018].
- Green Corkins K, Shurley T. What's in the Bottle? A Review of Infant Formulas. *Nutr Clin Pract*. 2016 Dec;31(6):723-729.
- Jardí Piñana C, Aranda Pons N, Bedmar Carretero C, Arija Val V. Composición nutricional de las leches infantiles. Nivel de cumplimiento en su fabricación y adecuación a las necesidades nutricionales; *An Pediatr*. 2015;83:417-29. Disponible en: <[www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403315001009](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403315001009)> [Consulta: 1 juny 2018].
- Jasani B, Simmer K, Patole SK, Rao SC. Long-chain polyunsaturated fatty acid supplementation in infants born at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 3. Art. No.: CD00037.
- Jullien S, González Rodríguez MP. Administrar leche artificial a los recién nacidos no mejora las tasas de lactancia materna. *Evid Pediatr*. 2013;9:66. Disponible en: <[archivos.evidenciasenpediatria.es/files/41-12101-RUTA/066AVC.pdf](http://archivos.evidenciasenpediatria.es/files/41-12101-RUTA/066AVC.pdf)> [Consulta: 1 juny 2018].
- MARTÍNEZ RUBIO, Ana; ESPÍN JAIME, Beatriz. "La ley del péndulo en torno a la leche en la dieta infantil". En: AEPap [ed.]. *13º Curso de Actualización Pediatría 2016*. Madrid: Lúa Ediciones, 2016. Disponible en: <[www.aepap.org/sites/default/files/1mr\\_3.3\\_la\\_ley\\_del\\_pendolo\\_en\\_torno\\_a\\_la\\_leche\\_en\\_dieta\\_infantil.pdf](http://www.aepap.org/sites/default/files/1mr_3.3_la_ley_del_pendolo_en_torno_a_la_leche_en_dieta_infantil.pdf)> [Consulta: 1 juny 2018].
- MORENO VILLARES, José Manuel; DALMAU SERRA, Jaime. "Reflexiones en nutrición infantil: mitos y realidades". En: AEPap [ed.]. *11º Curso de Actualización Pediatría 2014*. Madrid: Exlibris Ediciones, 2014. Disponible en: <[cursosaeapap.exlibrisediciones.com/files/49-238-fichero/Reflexiones%20en%20nutrici%C3%B3n%20infantil.pdf](http://cursosaeapap.exlibrisediciones.com/files/49-238-fichero/Reflexiones%20en%20nutrici%C3%B3n%20infantil.pdf)> [Consulta: 1 juny 2018].
- Moreno-Villares JM. Actualización en fórmulas infantiles. *An Pediatr Contin*. 2011;9:31-40. Disponible en: <[www.apcontinuada.com/es/pdf/80000594/S300](http://www.apcontinuada.com/es/pdf/80000594/S300)> [Consulta: 1 juny 2018].
- Neri-Almeida D, Peixoto de Mattos A, Medrado Ribeiro TC, Silva de Almeida Mendes P, Santos Valois S, Da Costa Ribeiro H Jr. Lack of effect of nucleotide-supplemented infant formula on the management of acute diarrhea in infants. *Nutr Res*. 2009 Apr;29(4):244-7.
- OLZA FERNÁNDEZ, Ibone; MARÍN GABRIEL, Miguel Ángel. "Neurobiología del vínculo maternofilial: aplicaciones para la lactancia materna y/o artificial". En: AEPap [ed.]. *11º Curso de Actualización Pediatría 2014*. Madrid: Exlibris Ediciones, 2014. Disponible en: <[cursosaeapap.exlibrisediciones.com/files/49-239-fichero/Neurobiolog%C3%ADa%20del%20v%C3%ADnculo.pdf](http://cursosaeapap.exlibrisediciones.com/files/49-239-fichero/Neurobiolog%C3%ADa%20del%20v%C3%ADnculo.pdf)> [Consulta: 1 juny 2018].

Parekh H, Bahna SL. Infant Formulas for Food Allergy Treatment and Prevention. *Pediatr Ann.* 2016 Apr;45(4):e150-6.

Radke M, Picaud JC, Loui A, Cambonie G, Faas D, Lafeber HN et al. Starter formula enriched in prebiotics and probiotics ensures normal growth of infants and promotes gut health: a randomized clinical trial. *Pediatr Res.* 2017 Apr;81(4):622-631. Disponible en: <[www.nature.com/articles/pr2016270.pdf](http://www.nature.com/articles/pr2016270.pdf)> [Consulta: 1 juny 2018].

Reial decret 867/2008, de 23 de maig, pel qual s'aprova la reglamentació tecnosanitària específica dels preparats per a lactants i dels preparats de continuació. *Butlletí Oficial de l'Estat. Suplement en llengua catalana al núm. 131.* 30/05/2008.

Singhal A, Kennedy K, Lanigan J, Clough H, Jenkins W, Elias-Jones A et al. Dietary nucleotides and early growth in formula fed infants: a randomized controlled trial. *Pediatrics.* 2010;126:e946-e953.

#### **Autors**

- Tolo Villalonga Mut, infermer del Centre de Salut Es Blanquer (Inca)
- Maribel Soteras Llompart, infermera del Centre de Salut Xaloc (Campos)

#### **Revisores**

- Mireia Cortada Gracia, pediatra del Centre de Salut Santa Maria
- Esperança Pascual Reus, infermera del Centre de Salut Santa Maria
- María Isabel Martín Delgado, pediatra del Centre de Salut Santa Ponça