

Protocolo Clínico #32 ABM: Manejo da Hiperlactação

Helen M. Johnson,¹ Anne Eglash,² Katrina B. Mitchell,³ Kathy Leeper,⁴ Christina M. Smillie,⁵
Lindsay Moore-Ostby,⁶ Nadine Manson,⁷ Liliansa Simon,⁸ e Academia de Medicina da Amamentação

Resumo

Um objetivo principal da Academia de Medicina da Amamentação (Academy of Breastfeeding Medicine – ABM) é o desenvolvimento de protocolos clínicos para manejo de condições médicas comuns que podem impactar no sucesso da amamentação. Esses protocolos servem apenas como guias para o cuidado de mães e bebês e não determinam uma linha exclusiva de tratamento ou servem como padrão de cuidado médico. Variações no tratamento podem ser adequadas de acordo com as necessidades individuais de cada paciente.

Introdução

O OBJETIVO DESTES PROTOCOLOS é revisar o diagnóstico de hiperlactação e descrever as recomendações de manejo. Ao longo deste protocolo, a qualidade da evidência está anotada entre parênteses, baseada nos Níveis de Evidência do *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine* 2011 (Níveis 1 a 5)¹.

Hiperlactação, também chamada de hipergalactia ou “oversupply” em inglês, é a produção de leite materno em excesso, em volume acima do necessário para o crescimento de um lactente saudável, baseado nos padrões internacionais. Não existe uma definição precisa para esse termo, então existe um amplo espectro de volumes relatados. Um bebê a termo consome, em média, 450-1.200 mL de leite diariamente (Nível 4),² e volumes de produção acima disso podem representar hiperlactação.

Múltiplos fatores regulam a homeostase da produção de leite (Níveis 3 e 4).^{3,4} Incluem os seguintes:

- Quantidade de tecido glandular mamário no seio
- Distensão alveolar no seio
- Grau e frequência do esvaziamento do leite
- Complexas vias neuroendócrinas

Além disso, a complexa sinalização da serotonina e possivelmente outros marcadores bioativos, devem mediar algumas das ações previamente atribuídas a uma única substância chamada de “Fator Inibidor da Lactação” (Nível 4).⁵

Pacientes com hiperlactação podem apresentar múltiplas complicações na amamentação, incluindo dor mamária, ductos obstruídos, e mastite. Duplas mãe/bebê estão em risco para desmame precoce e/ou ordenha exclusiva devido a dificuldades com a pega e/ou reflexo de ejeção exacerbado. Sinais e sintomas da mãe e do bebê em casos de hiperlactação estão resumidos na

Tabela 1. Se complicações médicas e/ou estresse psicológico acontecem, mulheres com hiperlactação podem ser aconselhadas a reduzir a sua produção de leite. Intervenções comportamentais, terapias com ervas/fitoterápicos, e prescrição de medicamentos tem sido usadas no manejo da hiperlactação, com taxas de sucesso e níveis de evidência variados. Como o efeito de cada intervenção varia de acordo com o indivíduo, determinar o melhor regime de tratamento, como a dose ou frequência de medicamentos, continua um desafio.

TABELA 1. SINAIS E SINTOMAS QUE PODEM ESTAR ASSOCIADOS COM HIPERLACTAÇÃO NA DUPLA MÃE/BEBÊ

<i>Sinais/sintomas maternos</i>	<i>Sinais/sintomas do lactente</i>
Aumento excessivo dos seios na gestação >2 num. de sutiã	Ganho de peso excessivo
Seios cheios frequente ou persistente	Dificuldade de realizar e manter uma pega profunda
Dor no seio ou mamilo	Agitação no seio
Vazamento abundante de leite	Engasgo, tosse, ou perda da pega durante a mamada
Ducto obstruído recorrente	Recusa de peito
Mastite recorrente	Apertar o mamilo/aréola
Bolhas no mamilo	Mamadas curtas
Vasoespasmos	Sintomas gastrointestinais (p. ex. golfar, gases, refluxo, ou fezes esverdeadas explosivas)

Diagnóstico Diferencial

Hiperlactação pode ser autoinduzida, iatrogênica ou idiopática.

- A hiperlactação autoinduzida acontece quando a mãe estimula sua produção de leite acima do que o bebê precisa.

¹Department of Surgery, Brody School of Medicine, East Carolina University, Greenville, North Carolina.

²Department of Family and Community Medicine, University of Wisconsin School of Medicine and Public Health, Madison, Wisconsin.

³Surgical Oncology, Ridley Tree Cancer Center at Sansum Clinic, Santa Barbara, California.

⁴MilkWorks Breastfeeding Center, Lincoln and Omaha, Nebraska.

⁵Breastfeeding Resources, Stratford, Connecticut.

⁶Internal Medicine and Pediatrics - Primary Care, HealthNet, Indianapolis, Indiana.

⁷Department of Family Medicine, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada.

⁸Department of Pediatrics, University of Maryland Medical Center, Baltimore, Maryland.

Pode acontecer com excesso de ordenha associada a amamentação. Mães podem temer não produzirem leite suficiente no futuro, podem desejar doar leite, ou podem entender mal que elas não precisam armazenar altos volumes de leite para o retorno ao trabalho. Mulheres que ordenham exclusivamente podem produzir mais leite que o lactente precisa. As mulheres também podem autoinduzir um maior volume de produção de leite que o necessário para o seu bebê através do uso de ervas/fitoterápicos e/ou medicações prescritas que podem aumentar a produção de leite.

- A hiperlactação iatrogênica ocorre quando o profissional da saúde contribui para o excesso de produção de leite. Profissionais também podem sugerir o uso de galactogogos (isto é, substâncias que aumentam a produção de leite) sem acompanhamento de perto e/ou orientação quanto ao término do tratamento. Além da Domperidona e da Metoclopramida, outras medicações como Metformina podem aumentar a produção de leite materno (Nível 4).⁶ Profissionais da saúde também podem orientar a ordenha associada à amamentação. Enquanto isso pode ser apropriado em algumas situações, também pode levar a excesso de produção persistente se não monitorado de perto.
- A hiperlactação idiopática é um termo reservado para mães que sofrem com altas taxas de produção de leite materno sem uma etiologia clara. É normal que mulheres saudáveis passem por um período de maior produção nas primeiras semanas após o parto, já que a produção de leite ainda não ajustou para a demanda do(s) bebê(s). Entretanto, se o excesso de produção persiste, hiperlactação idiopática representa um possibilidade de diagnóstico a se considerar.

Apesar da hiperprolactinemia ter sido sugerida como uma causa de hiperlactação, não há evidência que correlacione os níveis de prolactina com a taxa de produção de leite (Níveis 3 e 4).^{7,8} De fato, existem relatos que mulheres com história de adenoma de hipófise sofrem com baixa produção (Nível 4).⁹

Não existe consenso em relação a quão cedo no pós-parto um diagnóstico de hiperlactação pode ser feito. Hiperlactação pode ser diferenciada do ingurgitamento pela falta de edema intersticial e persistência de sintomas além de 1-2 semanas após o parto (Nível 4).¹⁰ Casos leves de hiperlactação podem não ser formalmente diagnosticados, já que eles podem resolver espontaneamente dentro de alguns meses, conforme os níveis de prolactina reduzem e a regulação da produção de leite passa de predominantemente hormonal para controle local (Nível 3).^{7,11}

Manejo

Princípios Gerais

Exames laboratoriais ou de imagem da hipófise não são recomendados no contexto da hiperlactação. Um algoritmo de manejo sugerido de hiperlactação está na Figura 1. Na ausência de dados de eficácia das diferentes intervenções, sugerimos utilizar estratégias de baixo risco e baixo custo antes de progredir para substâncias ou medicações com potencial de efeitos adversos (Nível 5). Especificamente, recomendamos o seguinte:

- Intervenções comportamentais e aconselhamento prévio para prevenir e tratar hiperlactação autoinduzida e iatrogênica.
- Para hiperlactação idiopática, primeira linha de tratamento deve ser “amamentação em blocos” sob supervisão de perto por um especialista em amamentação, como detalhado abaixo.
- Para casos persistentes de hiperlactação idiopática, que não respondem adequadamente a “amamentação em blocos”, tratamento com ervas ou medicamentos pode ser considerado. A seleção de segunda linha de tratamento deve

ser individualizada para cada dupla, baseado em fatores como número de semanas após o parto, potencial de efeitos adversos, potencial de interação medicamentosa, preferências do paciente, e crenças culturais.

- Agonistas da dopamina devem ser reservados para os casos mais refratários de hiperlactação idiopática, devido aos sérios riscos de reações e o potencial de cessar por completo a produção de leite.

Até que a taxa de produção de leite se normalize, as mães podem tentar usar posição recostada (*laid-back*) para amamentar, já que reduz o fluxo e mantém o bebê diretamente no seio. Para maximizar a quantidade de gordura no leite – particularmente se há preocupação em relação a desequilíbrio entre leite mais e menos gorduroso – as mães podem realizar massagem leve nos seios (Nível 3)¹² antes das mamadas e priorizar ordenha com as mãos em vez de utilizar a bomba extratora (Nível 2)¹³ quando é necessário realizar ordenha. Não existe evidência para recomendar uso de folhas de repolho ou enfaixamento compressivo de mamas na hiperlactação.

Intervenções Comportamentais

Prevenção de hiperlactação autoinduzida e iatrogênica. Para prevenir um cenário de hiperlactação iatrogênica ou autoinduzida, recomendamos aconselhamento a mães e famílias sobre o seguinte:

- Recomendações individualizadas, em vez de padronizadas, em relação à frequência e duração das mamadas e ordenhas.
- Evitar consumo desnecessário de galactogogos, incluindo alimentos tradicionais que contêm galactogogos (p. ex. chás de ervas, molhos curry com fenogrego, sopas com moringa) (Níveis 4 e 1).^{6,14,15}
- Percepção equivocada que o volume que bebês saudáveis a termo mamam irá aumentar muito após as 6 semanas iniciais de vida.
- Expectativas culturais a respeito de padrões normais de alimentação e sono dos bebês.
- Quantidades apropriadas de leite materno ordenhado guardado para momentos de emergência e/ou retorno ao trabalho, de acordo com as necessidades de cada dupla.
- Histórias anteriores de desafios com a amamentação, incluindo medo/ansiedade de produção de leite mais baixa que o desejado pela mãe.
- Interpretação inadequada de sinais de fome e irritabilidade como um sinal de baixa produção de leite.

Amamentação em blocos. A maioria dos casos de hiperlactação autoinduzida ou iatrogênica deve resolver com a remoção do estímulo externo, como o excesso de ordenhas e/ou uso de galactogogos. Duplas mãe/bebê que mantêm sinais e sintomas de hiperlactação ou aquelas que passam por hiperlactação idiopática, devem se beneficiar inicialmente de intervenção com amamentação em blocos.

Amamentação em blocos – mamadas ou ordenhas de um único seio por um período de tempo específico – pode reduzir o excesso de produção de leite por induzir mecanismos regulatórios autócrinos locais do seio. A literatura descreve diversas variações dessa técnica (Nível 4).^{16,17} Nós recomendamos mamadas ou ordenhas de apenas um seio por um período de 3 horas, alternando o seio a cada ciclo (Nível 5). Amamentação por blocos de tempo deve ser realizada durante o dia (p. ex. das 9-18h) e amamentação em livre demanda de ambos seios durante a noite (Nível 4).¹⁸ Se o seio contralateral fica muito cheio, a mãe pode ordenhar pequenos volumes para conforto. Se efetivo para a dupla, esses ciclos devem gerar uma melhora clínica em 24 a 48 horas.

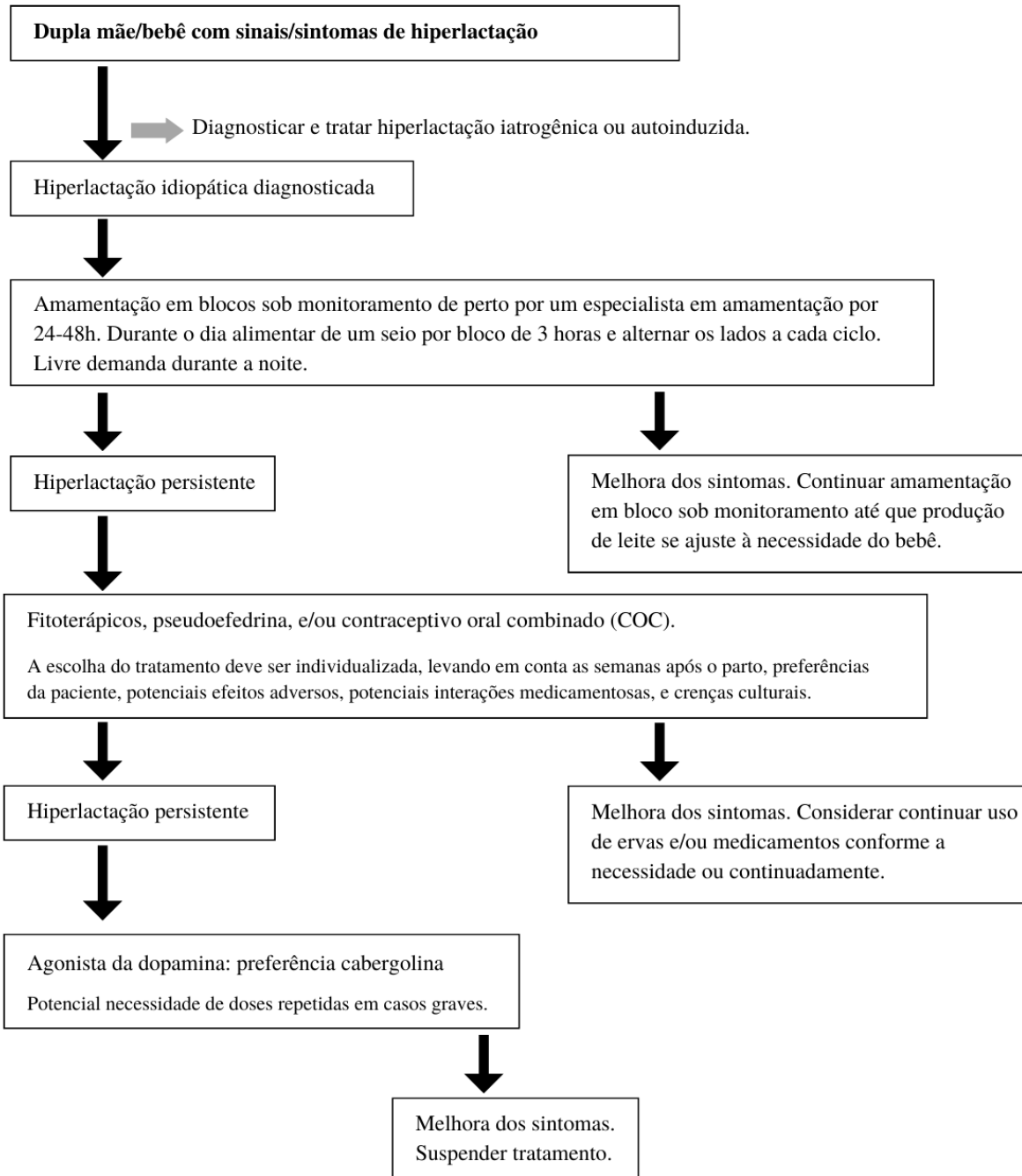


FIG. 1. Algoritmo para o diagnóstico e manejo de hiperlactação idiopática.

Devido ao risco de obstrução de ductos, mastite, ganho de peso inadequado pelo bebê, relutância do lactente em cooperar com o cronograma, ou queda muito acentuada da produção de leite, amamentação em blocos precisa ser monitorada muito de perto por um médico especializado no cuidado da amamentação. Devido às diferenças na resposta à amamentação em bloco, profissionais devem modificar as estratégias de acordo com cada dupla e acompanhar as pacientes durante o tempo da intervenção (Nível 4).¹⁹ Monitoramento de perto diário ou semanal individualizado pode ajudar a garantir crescimento adequado do bebê e reduzir risco de complicações maternas. Amamentação em blocos deve ser suspensa se a produção de leite cair para abaixo das necessidades do bebê.

Tratamentos Fitoterápicos/Herbais

Hortelã-pimenta (*peppermint*), sálvia, flores de jasmim e agnóstico (*Vitex agnus-castus*) tem sido usadas comumente para reduzir a produção de leite (Tabela 2).

- Não há literatura publicada sobre o uso de hortelã-pimenta (Nível 4)²⁰ no tratamento da hiperlactação. Evidência anedótica apoia o uso via oral ou aplicação tópica ao seio, mas o uso tópico pode gerar toxicidade (p. ex. apneia, fraqueza muscular) para o lactente (Nível 4).¹⁸
- Não há estudos científicos no impacto da sálvia (Nível 4)²¹ na produção de leite. Se uma dose de sálvia for ingerida, é

importante observar o efeito na produção de leite por 8-12 horas antes de repetir a dose (Nível 4).¹⁸

- Um estudo antigo mostrou que flores de jasmim colocadas no seio e substituídas a cada 24 horas por 5 dias mostrou um efeito similar a bromocriptina 2,5 mg 3x/dia na supressão da produção de leite (Nível 2).²²
- Agnocasto (*Vitex agnus-castus*) tem atividade fitohormonal – estrogênio e progesterona – e tem sido tradicionalmente utilizada para tratar condições ginecológicas. O efeito do agnocasto na produção de leite é controverso (Nível 1)²³ e existe algumas recomendações de evitar o uso durante a lactação devido à falta de dados de segurança (Nível 1).²⁴
- Outras ervas menos utilizadas, mas que costumam ser utilizadas regionalmente, incluem manjeriço, cominho, salsa (Nível 4).¹⁵

TABELA 2. TRATAMENTOS FITOTERÁPICOS MAIS COMUNS UTILIZADOS PARA MANEJO DE HIPERLACTAÇÃO

Erva	Dose/Administração	Efeitos adversos potenciais
Óleo de Hortelã-Pimenta (<i>Peppermint</i>)	Sem consenso	Azia, náusea, vômito
Sálvia	1-3g de folhas secas em uma xícara de água quente, ou uma dose do extrato de sálvia, conforme recomendar o fabricante	Náusea, vômito, tontura, chiado/sibilos, agitação, hipoglicemia, convulsões
Jasmim	Sem consenso	Reação alérgica
<i>Vitex agnus-castus</i> (agnocasto)	Sem consenso	Náusea, cefaleia, sintomas gastrointestinais, irregularidade menstrual, acne, prurido, exantema

Prescrição de Medicamentos

Pseudoefedrina é um descongestionante vendido sem necessidade de prescrição que pode reduzir a produção de leite, embora o mecanismo de ação segue desconhecido. Aljazaf et al. encontrou que uma dose de 60 mg era capaz de reduzir a produção de leite em 24% (Nível 2).²⁵ Nós recomendamos começar com uma dose de 30 mg uma vez e observar por 8-12 horas se a mãe e/ou o bebê apresentam efeitos adversos (Tabela 3); se nenhum efeito adverso nem redução da produção de leite for observada, a dose pode ser aumentada para 60 mg (Nível 5). As mães podem continuar tomando a cada 12 horas conforme a necessidade. A dupla precisa ser monitorada de perto: a maioria das mães vai precisar somente doses conforme a necessidade, pois de outra forma, tem risco alto de reduzir demais a produção. Entretanto, uma pequena parcela pode precisar de doses fixas de horário.

O uso de estrogênio pode reduzir significativamente a produção de leite materno em algumas mulheres (Nível 1),²⁶ particularmente em doses altas no pós-parto recente (Nível 4).²⁷ A Organização Mundial da Saúde não recomenda o uso de contraceptivos orais que contenham estrogênio em mulheres amamentando nas primeiras 6 semanas após o parto e adverte contra o uso nos primeiros 6 meses (Nível 4).²⁸ Para o tratamento de hiperlactação, nós recomendamos a prescrição de um

contraceptivo oral combinado (COC) que contenha 20-35 microgramas (µg) de estradiol, não antes de 6 semanas após o parto (Nível 5). A produção de leite pode reduzir significativamente dentro de 7 dias, momento em que o COC pode ser suspenso para prevenir mais redução (Nível 4).¹⁸ Para algumas mães, o uso contínuo de COC mantém a produção de leite em uma taxa adequada. Monitoramento de perto é essencial já que existe grande variabilidade nas respostas.

Se a hiperlactação se mantém, apesar de outras intervenções, agonistas da dopamina como bromocriptina e cabergolina podem ser utilizados. O perfil de efeitos colaterais mais ideal da cabergolina faz ela ser preferida sobre a bromocriptina em lactantes (Nível 4).^{29,30} Cabergolina é uma medicação de longa ação, com uma meia-vida de ~68 horas (Nível 4).²⁹ Nós recomendamos começar com uma dose única de 0,25 mg (Nível 5). Se a mãe não perceber redução na produção de leite em 72 horas, repetir a dose. Se essa dose baixa não produzir efeito, aumentar para 0,5 mg em 3 a 5 dias depois. Se a cabergolina não está disponível, pode ser usada a bromocriptina em uma dose de 0,25 mg uma vez ao dia por 3 dias (Nível 2).³¹

TABELA 3. TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS COMUMENTE PRESCRITOS PARA MANEJO DE HIPERLACTAÇÃO

Medicamento	Dose/Administração	Efeitos adversos potenciais
Pseudoefedrina	30-60mg 1-2x/dia	Tremores, insônia, irritabilidade, hipertensão, taquicardia, arritmia
Estrogênio	Contraceptivo oral combinado com 20-35 µg estradiol	Tromboembolismo venoso, embolia pulmonar
Cabergolina	0,25-0,5 mg a cada 3-5 dias conforme resposta	Cefaleia, náusea, humor deprimido, tontura, sonolência, nervosismo
Bromocriptina	2,5 mg/dia por 3 dias	AVC, convulsão, hipertensão grave, infarto miocárdio, psicose

Recomendações para Pesquisas Futuras

Como o conhecimento atual dos fatores fisiológicos associados com o controle endócrino e autócrino da lactação é amplamente baseado em estudos com bovinos e outros animais, mais pesquisa é necessária para determinar se vias semelhantes regulam a produção de leite humano. Existe uma necessidade especial de pesquisa na área de lactação humana em fatores que causam hiperlactação idiopática e o desenvolvimento de patologias críticas como gigantomastia. Terapias direcionadas, como a regulação para cima (*upregulation*) de fatores locais de inibição, podem ser identificados através de pesquisa translacional.

Além disso, como existem poucos dados sobre os métodos usados para manejo de hiperlactação, mais estudos são necessários para avaliar a eficácia relativa de diferentes estratégias de manejo de hiperlactação. Estudos prospectivos poderiam fornecer dados de alto nível sobre o efeito de terapias específicas na produção de leite. Séries de casos de mulheres tratadas com uma única terapia poderiam melhorar o nosso entendimento da gama natural de respostas ao tratamento assim como de efeitos adversos. Ensaios clínicos comparando diversas

abordagens de tratamento poderiam fornecer evidência na eficácia relativa. Além disso, estudos observacionais poderiam ser feitos para comparar diferentes doses de um único tratamento.

Bibliografia comentada

Para mais informações no manejo da hiperlactação, favor conferir os Dados Suplementares (*Supplementary Data*).

Declaração de Conflitos de Interesse

Não há nenhum conflito de interesse financeiro.

Informação de Financiamento

Não houve financiamento de nenhum tipo.

Material Suplementar

Favor conferir os Dados Suplementares (*Supplementary Data*).

Referências

1. OCEBM Levels of Evidence Working Group. The Oxford 2011 Levels of Evidence. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. Available at www.cebm.net/index.aspx?o=5653 (accessed May 15, 2019).
2. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession, 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier, 2016.
3. Stull MA, Pai V, Vomachka AJ, et al. Mammary gland homeostasis employs serotonergic regulation of epithelial tight junctions. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2007;104:16708–16713.
4. Collier RJ, Hernandez LL, Horseman ND. Serotonin as a homeostatic regulator of lactation. *Domest Anim Endocrinol* 2012;43:161–170.
5. Weaver SR, Hernandez LL. Autocrine-paracrine regulation of the mammary gland. *J Dairy Sci* 2016;99:842–853.
6. Brodribb W. ABM Clinical Protocol #9: Use of galactagogues in initiating or augmenting maternal milk production, second revision 2018. *Breastfeed Med* 2018;13:307–314.
7. Stuebe AM, Meltzer-Brody S, Pearson B, et al. Maternal neuroendocrine serum levels in exclusively breastfeeding mothers. *Breastfeed Med* 2015;10:197–202.
8. Saleem M, Martin H, Coates P. Prolactin biology and laboratory measurement: An update on physiology and current analytical issues. *Clin Biochem Rev* 2018;39:3–16.
9. Laws ER, Ezzat S, Asa SL, Rio LM, et al. Pituitary Disorders, Diagnosis and Treatment. West Sussex, UK: Wiley Blackwell, 2013, p. 236.
10. Berens P, Brodribb W. ABM Clinical Protocol #20: Engorgement, revised 2016. *Breastfeed Med* 2016;11:159–163.
11. Cox DB, Owens RA, Hartmann PE. Blood and milk prolactin and the rate of milk synthesis in women. *Exp Physiol* 1996;81:1007–1020.
12. Foda MI, Kawashima T, Nakamura S, Kobayashi M, Oku T. Composition of milk obtained from unmassaged versus massaged breasts of lactating mothers. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2004;38:484–487.
13. Mangel L, Ovental A, Batscha N, et al. Higher fat content in breastmilk expressed manually: A randomized trial. *Breastfeed Med* 2015;10:352–354.
14. Budzynska K, Gardner ZE, Dugoua JJ, Low Dog T, Gardiner P. Systematic review of breastfeeding and herbs. *Breastfeed Med* 2012;7:489–503.
15. Kabiri M, Kamalinejad M, Sohravand F, et al. Management of breast milk oversupply in traditional Persian medicine. *J Evid Based Complementary Altern Med* 2017;22:1044–1050.
16. Livingstone V. Too much of a good thing. Maternal and infant hyperlactation syndromes. *Can Fam Physician* 1996;42:89–99.
17. van Veldhuizen-Staas CG. Overabundant milk supply: An alternative way to intervene by full drainage and block feeding. *Int Breastfeed J* 2007;2:11.
18. Eglash A. Treatment of maternal hypergalactia. *Breastfeed Med* 2014;9:423–425.
19. Smillie CM, Campbell SH, Iwinski S. Hyperlactation: How left-brained ‘Rules’ for breastfeeding can wreak havoc with a natural process. *Newborn Infant Nurs Rev* 2005;5:49–58.
20. Drugs and Lactation Database (LactMed) [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US), 2006-.Peppermint. [Updated 2019]. Available at www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501851 (accessed June 4, 2019).
21. Drugs and Lactation Database (LactMed) [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US), 2006-.Sage. [Updated 2018]. Available at www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501816 (accessed June 4, 2019).
22. Shrivastav P, George K, Balasubramaniam N, et al. Suppression of puerperal lactation using jasmine flowers (*Jasminum sambac*). *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1988;28:68–71.
23. Dugoua JJ, Seely D, Perri D, et al. Safety and efficacy of chastetree (*Vitex agnus-castus*) during pregnancy and lactation. *Can J Clin Pharmacol* 2008;15:e74–e79.
24. Daniele C, Thompson Coon J, Pittler MH, et al. *Vitex agnus castus*: A systematic review of adverse events. *Drug Saf* 2005;28:319–332.
25. Aljazaf K, Hale TW, Ilett KF, et al. Pseudoephedrine: Effects on milk production in women and estimation of infant exposure via breastmilk. *Br J Clin Pharmacol* 2003;56:18–24.
26. Lopez LM, Grey TW, Stuebe AM, et al. Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation. *Cochrane Database Syst Rev* 2015:CD003988.
27. Berens P, Labbok M. ABM Clinical Protocol #13: Contraception during breastfeeding, revised 2015. *Breastfeed Med* 2015;10:3–12.
28. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use: Executive Summary, 5th ed. Geneva: World Health Organization, 2015.
29. Drugs and Lactation Database (LactMed) [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US), 2006-Cabergoline. [Updated 2018]. Available at www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501327 (accessed June 4, 2019).
30. Drugs and Lactation Database (LactMed) [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US), 2006-Bromocriptine. [Updated 2018]. Available at www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501306 (accessed June 4, 2019).
31. Peters F, Geisthovel F, Breckwoldt M. Serum prolactin levels in women with excessive milk production. Normalization by transitory prolactin inhibition. *Acta Endocrinol (Copenh)* 1985;109:463–466.

Os protocolos ABM expiram 5 anos a partir da data de publicação. O conteúdo deste protocolo está atualizado no momento da publicação. Revisões baseadas em evidências são feitas dentro de 5 anos ou antes se houver mudanças significativas na evidência.

Helen M. Johnson, MD, autora principal
Anne Eglash, MD, FABM
Katrina B. Mitchell, MD
Kathy Leeper, MD, FABM
Christina M. Smillie, MD, FABM
Lindsay Moore-Ostby, MD
Nadine Manson, MD, FABM
Liliana Simon, MD, FABM

Membros do Comitê de Protocolos da ABM:

Michal Young, MD, FABM, Chairperson
Larry Noble, MD, FABM, Translations Chairperson
Melissa Bartick, MD, MSc, FABM
Sarah Calhoun, MD
Megan Elliott-Rudder, MD
Lori Feldman-Winter, MD, MPH
Laura Rachael Kair, MD, FABM

Susan Lappin, MD
Ilse Larson, MD
Ruth A. Lawrence, MD, FABM
Yvonne Lefort, MD, FABM
Kathleen A. Marinelli, MD, FABM
Nicole Marshall, MD, MCR
Katrina Mitchell, MD, FABM
Catherine Murak, MD
Eliza Myers, MD
Sarah Reece-Stremtan, MD
Casey Rosen-Carole, MD, MPH, MEd
Susan Rothenberg, MD, IBCLC, FABM
Tricia Schmidt, MD
Tomoko Seo, MD, FABM
Natasha Sriraman, MD
Elizabeth K. Stehel, MD
Nancy Wight, MD
Adora Wonodi, MD

Tradução para Português-BR por:

Giovana M. Rorato, MD, IBCLC

Para correspondência: abm@bfmed.org