



Best Practice

Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals

La efectividad de las intervenciones en el cólico del lactante

Fuente de información

Este *Best Practice Information Sheet* es fruto de 2 revisiones sistemáticas^{1,2} y de un extracto de Evidencia Clínica³. Los estudios incluidos en las revisiones sistemáticas se detallan en los artículos referenciados al final de este *Best Practice Information Sheet*.

Antecedentes

No se conoce la causa del cólico del lactante y se ha llegado a sugerir que no existe como tal. Sea o no cierto, muchos padres, cuidadores y profesionales de la salud se enfrentan al hecho de cuidar a niños infelices que manifiestan síntomas asociados al cólico. El cólico del lactante normalmente afecta a los bebés en las primeras semanas de vida y se suele resolver por sí mismo antes de los 6 meses de edad. La prevalencia de estos cólicos se ha estimado en un 40% de los lactantes. En el Reino Unido, una de cada 6 familias consulta a su médico de familia o enfermera de atención primaria acerca de síntomas relacionados con estos cólicos que aparecen en su hijo. Aunque es transitorio, el cólico crea una considerable angustia en niños y cuidadores.

El llanto incesante, inconsolable y sin explicación, en un niño aparentemente sano, provoca un aumento del cansancio, la frustración y la preocupación en los padres que buscan de forma apremiante una manera de calmar a su hijo. En muchos casos las intervenciones realizadas surten poco efecto y es el simple hecho de esperar un tiempo a que desaparezcan los

Este Best Practice Information Sheet abarca:

- Síntomas del cólico
- Intervenciones farmacológicas
- Intervenciones dietéticas
- Intervenciones comportamentales
- Implicaciones para la práctica
- Recomendaciones

síntomas lo que acaba solucionando el problema.

Aunque la causa del cólico del lactante se desconozca, se han sugerido como posibles causas las alergias alimentarias, los problemas gastrointestinales, los factores ambientales y de comportamiento.

La idea de que el cólico del lactante no existe sugiere que es normal en los niños la presencia de ataques de llanto, desde el nacimiento hasta aproximadamente las 6 semanas de edad, cada vez más frecuentes y más duraderos, después de lo cual disminuyen. Otros autores han sugerido que muchos de los niños que padecen un cólico están, de hecho, simplemente hambrientos.

Grados de recomendación

Los siguientes grados de recomendación derivan de los Niveles de Efectividad establecidos por el Instituto Joanna Briggs:

Grado A: Efectividad demostrada para su aplicación.

Grado B: Grado de efectividad establecido que sugiere su aplicación.

Grado C: Grado de efectividad establecido que indica considerar la aplicación de sus resultados.

Grado D: Efectividad establecida con limitaciones.

Grado E: Efectividad no demostrada.

Definiciones y síntomas del cólico del lactante

El cólico del lactante está caracterizado por prolongados y repetitivos períodos de llanto y angustia en niños que, por lo demás, están sanos. Un criterio comúnmente utilizado para definir este tipo de cólicos es "la regla de tres" de Wessel, que plantea que el cólico del lactante conlleva un llanto que dura al menos 3 horas al día, durante al menos 3 días en una misma semana, durante al menos 3 semanas en los primeros 3 o 4 meses de vida. Un niño con un cólico puede que manifieste diversos síntomas: llanto excesivo, gritos elevados de tono, ataques de irritabilidad y angustia, rostro enrojecido, piernas erguidas, arqueamiento de la espalda, puños

apretados, ventoso y dificultad para tranquilizarse.

Objetivos

El propósito de este *Best Practice Information Sheet* es proporcionar una visión global sobre la efectividad de las intervenciones farmacológicas, dietéticas y de comportamiento hacia este tipo de cólicos según los resultados aportados por las revisiones sistemáticas identificadas^{1,2}.

La calidad de los estudios sobre las intervenciones en el cólico del lactante

Gran parte de la investigación realizada en torno a la efectividad de las intervenciones en el cólico del lactante ha sido criticada por su falta de rigor metodológico.

Los autores de una de las revisiones sistemáticas afirman que un tercio de los estudios identificados en su revisión (27 estudios) no reunían los criterios de calidad establecidos. La otra revisión sistemática identificó 22 estudios de entre los cuales sólo 5 reunían los 3 criterios principales de calidad establecidos: definiciones adecuadas del caso, doble-ciego adecuado y una correcta asignación aleatoria. Estos comentarios indican la necesidad de que surjan más investigaciones primarias de calidad para identificar las intervenciones efectivas respecto al cólico del lactante.

Intervenciones farmacológicas

Las intervenciones farmacológicas estudiadas incluyen tratamientos farmacológicos que actúan como relajantes sobre el músculo del intestino y reducen los espasmos, y otros que ayudan a la expulsión de aire.

Dimeticona

Nota aclaratoria: dimeticona también se conoce como simeticona (Simethicone) en los países de habla inglesa (Reino Unido, Australia, Estados Unidos...). La dimeticona reduce la superficie de tensión de las burbujas del tracto intestinal, lo que permite que el gas

sea expulsado con más facilidad. De los 3 ensayos que compararon la dimeticona con un placebo, sólo uno mostró un efecto positivo en los síntomas del cólico del lactante, pero este ensayo era de baja calidad metodológica, sin proporcionar ningún tipo de información sobre la definición adoptada para "cólico del lactante" en el estudio.

No se evidenció ningún beneficio al utilizar dimeticona para tratar el cólico del lactante en los otros 2 ensayos. No se comunicaron efectos adversos en ninguno de los ensayos revisados.

Medicamentos anticolinérgicos: dicitlomina/dicloverina

Estos medicamentos se utilizan para relajar el músculo de la pared intestinal con el fin de prevenir espasmos.

A pesar de los hallazgos obtenidos en la mejora de los síntomas del cólico, se produjeron efectos adversos en un pequeño número de niños tratados con estos medicamentos. La somnolencia, la diarrea y el estreñimiento fueron los efectos adversos más habituales, pero en algún caso específico se notificaron efectos adversos más graves, como apnea, ataques epilépticos y coma.

Los fabricantes de la dicitlomina han suprimido esta medicación como indicación de tratamiento del cólico del lactante y, por consiguiente, este tratamiento en la actualidad no es recomendable.

Metilescopolamina

La metilescopolamina es un relajante muscular que puede utilizarse para tratar la hipersensibilidad y las secreciones gástricas o intestinales. Durante su uso se produjo un empeoramiento de los síntomas en un 20% de los niños que recibieron este medicamento, mientras que ninguno de los niños que recibió placebo empeoró. Estos hechos pusieron de manifiesto que este medicamento no era efectivo en el tratamiento del cólico del lactante y que, de hecho, su uso en el tratamiento de estos cólicos era inseguro.

Intervenciones dietéticas

Muchas de las intervenciones dietéticas pretenden reducir o eliminar la leche de vaca de la dieta del niño que padece cólicos del lactante, o de la madre que da el pecho a su hijo. En algunas intervenciones se retiran también de la dieta de la madre todos los principales alérgenos, como el huevo, el trigo y los productos que contienen frutos secos.

Para alimentar a los bebés con biberón, los estudios han sustituido la leche de vaca por la caseína hidrolizada, el suero hidrolizado o la leche de soja en la fórmula de los preparados para determinar si una dieta hipoalérgica es efectiva en el tratamiento de los niños que padecen cólicos.

Otras intervenciones incluyen disminuir la cantidad de lactosa en la leche materna y en el preparado de la lactancia artificial añadiendo lactasa o enriqueciéndola con fibra, infusiones de hierbas o soluciones de sacarosa.

Dieta de la madre lactante sin leche de vaca frente a dieta con leche de vaca

En un pequeño ensayo clínico, la leche de vaca fue eliminada de la dieta de las madres que lactan.

Aunque al eliminar de la dieta la leche de vaca no se modificaron los síntomas del cólico del lactante, los días en los que las madres comieron fruta o chocolate, los síntomas de los cólicos en los niños fueron más frecuentes. Los investigadores también mencionaron que las madres lactantes con alteraciones atópicas (eccema, asma y rinitis alérgica) afirmaron que sus hijos padecían más cólicos cuando la leche de vaca formaba parte de su dieta.

Sin embargo, estos resultados no fueron estadísticamente significativos y, si se tiene en cuenta la definición del caso utilizada en el ensayo clínico, se deben considerar no concluyentes.

Suplemento de Lactase frente a placebo en la alimentación materna y en la alimentación con lactancia artificial en niños

No hay evidencia alguna de que añadir un suplemento de Lactase en la dieta del lactante (para reducir la cantidad de lactosa) sea efectivo en

el tratamiento del cólico, ya sea en niños alimentados por leche materna o por lactancia artificial. Los 3 ensayos encontrados que han examinado los efectos de Lactase en los síntomas del cólico utilizaron muestras pequeñas, que dieron lugar a unos resultados poco convincentes.

Dieta baja en alérgenos frente a dieta controlada en las madres lactantes

El efecto que produce una dieta baja en alérgenos en la madre lactante (p. ej., eliminando la leche, el huevo, los productos de trigo y los productos con frutos secos) en el cólico del lactante está todavía por demostrar. Un ensayo clínico examinó el efecto que producía la dieta baja en alérgenos en los síntomas del cólico, comparando los hallazgos con los síntomas de los niños lactantes de madres cuyas dietas incluían estos productos (los alérgenos). Este ensayo también comparaba las fórmulas bajas en alérgenos con fórmulas de leche adaptada de vaca para niños que se alimentaban con lactancia artificial (véase más adelante).

La duración diaria de los síntomas en los niños de madres con dieta hipoalérgica (y niños alimentados con biberones de fórmulas bajas en alérgenos) se redujo en más de un 25% durante un período de 8 días para el 61% de estos niños, frente a un 43% de los niños de madres del grupo de dieta controlada. No obstante, estos resultados deberían ser analizados estratificados por edad y método de alimentación. Pero también se puso de manifiesto que también se produce la situación inversa.

Sin embargo, podemos afirmar que los resultados han sido significativamente mejores en los niños lactantes de madres del grupo control.

Preparado bajo en alérgenos frente a preparado de leche adaptada de vaca en niños alimentados con biberón

Se han publicado distintos resultados obtenidos en ensayos clínicos que han utilizado el preparado de leche de fórmula baja en alérgenos, donde la caseína hidrolizada o el suero hidrolizado han sido sustituidos por leche adaptada de vaca.

En un ensayo se compara el preparado de leche de vaca baja en alérgenos (sustituto de la caseína hidrolizada) con el preparado de leche de vaca. Este estudio demostró mejorías claramente diferenciadas en la duración de los síntomas del cólico ocurridos en niños alimentados con el preparado bajo en alérgenos respecto a los niños pertenecientes al grupo control-dieta. La sustitución de la caseína hidrolizada por leche de vaca en el preparado de leche fue probada en un segundo ensayo, el cual también encontró mejorías significativas en los síntomas del cólico en niños alimentados con este preparado. Sin embargo, la falta de rigor metodológico en ambos ensayos clínicos sugiere que los resultados deberían ser aplicados con precaución.

Un tercer ensayo comparó el efecto que producía el preparado bajo en alérgenos (utilizando la caseína hidrolizada como sustituto de la leche de vaca) frente al que producía el preparado de leche de vaca. Los bebés alimentados con el preparado bajo en alérgenos lloraron una media de 63 min menos, cada día, respecto a los bebés alimentados con el preparado de leche de vaca.

Preparado a base de soja frente a preparado de leche de vaca para niños alimentados con lactancia artificial

En un estudio que probó la efectividad del preparado de soja en lugar del preparado de leche de vaca, se descubrió que reemplazar la leche de vaca por soja redujo el llanto de los niños con cólico. Un segundo ensayo proporcionó detalles insuficientes sobre los efectos de este tratamiento para establecer si era efectivo. Además, la muestra seleccionada abarcaba niños que

habían sido ingresados en el hospital por padecer síntomas de cólico. Aunque los resultados del primer ensayo sugieren que el preparado a base de soja es un tratamiento efectivo para el cólico del lactante, es necesario realizar estudios posteriores para confirmar estos resultados.

Hay un debate acerca de la sustitución de la leche de soja, porque se piensa que es más probable que los niños con alergia a la leche de vaca desarrollen una alergia a las proteínas de la soja.

Preparado rico en fibra frente a placebo para niños alimentados con lactancia artificial

El uso de preparados ricos en fibra como tratamiento efectivo para el cólico del lactante se basa en la teoría de que la patología del cólico se asemeja a la de un síndrome de colon irritable. Un ensayo examinó este tratamiento y descubrió que no había ninguna diferencia en el tiempo de llanto entre el grupo que recibía el preparado rico en fibra frente al grupo que recibía placebo.

Infusión de hierbas frente a placebo

Las infusiones de hierbas con manzanilla, verbena, regaliz, hinojo o menta balsámica han sido comparadas con una infusión placebo como tratamiento para los lactantes con cólico. Se les dio la infusión a los niños, hasta 3 veces al día, tras el comienzo de un episodio de cólico. Los niños a los que se les había dado la infusión de hierbas mostraron una clara mejoría después de 7 días de tratamiento. El cólico fue eliminado en un 57% de los niños del grupo experimental frente al 26% de niños pertenecientes al grupo placebo. Si bien estos resultados sugieren que la infusión de hierbas puede ser efectiva en el tratamiento del cólico, no se recomienda su uso como tratamiento.

Hay expertos que han expresado su preocupación respecto a la administración de infusiones, ya que puede reducir la ingesta de

leche y, como consecuencia negativa, puede afectar a la nutrición del niño. Aunque hay una evidencia inadecuada para concluir que las infusiones sean perjudiciales, algunos estudios de casos han demostrado que la elevada consumición de mezclas de infusiones puede causar efectos tóxicos en el niño lactante. Por último, cabe mencionar que consumir infusiones que contengan regaliz (*Glycyrrhiza glabra*) no está recomendado en las mujeres que dan el pecho.

Sacarosa frente a placebo

Hay escasa evidencia de que la solución de sacarosa pueda ser un tratamiento efectivo en niños lactantes que padecen cólicos. En 2 ensayos, los niños con cólicos respondieron positivamente a la sacarosa. El primer ensayo descubrió que esos efectos positivos fueron detectados en un 89% de los niños que habían recibido sacarosa frente a un 32% de los que habían recibido placebo. El segundo ensayo trataba de medir los efectos de la sacarosa en los niños que padecían cólicos y los que no los padecían. Este ensayo descubrió que ambos grupos respondieron positivamente a la sacarosa. Sin embargo, la sacarosa parece efectiva durante un corto período, ya que los niños mejoraron como promedio entre 3 y 30 min.

Intervenciones comportamentales

Muy pocas intervenciones comportamentales fueron efectivas en la reducción de síntomas del cólico.

En general, los estudios que han evaluado la intervención con modificaciones del comportamiento como tratamiento del cólico del lactante son de una calidad metodológica limitada y, por tanto, sus resultados deben ser estudiados cautelosamente.

Hay una clara necesidad de realizar investigación primaria de alta calidad enfocada a este área.

Aumentar el tiempo de llevar en brazos al lactante frente a los consejos generales

En un estudio que examinaba la efectividad de una intervención incrementando el tiempo de tener al lactante en los brazos. Las madres en el grupo tratado fueron aconsejadas para que mantuviesen a sus bebés en brazos al menos 3 h más al día, sin tener en cuenta si el niño estaba llorando o no. La intervención no mostró efectos sobre la frecuencia o duración del llanto de estos bebés respecto a los que eran mantenidos en brazos, como media, unas 2,5h menos cada día.

Simular paseos en cochecito frente a dar confianza y apoyo

Un ensayo evaluó una intervención que tenía como objetivo simular los paseos en cochecito como tratamiento para el cólico. A los padres en el grupo tratado se les pidió que simularan paseos en cochecito durante los episodios de cólico (más de 1h al día), y a los padres de ambos grupos se les dio apoyo y se mejoró su confianza en su habilidad para cuidar al lactante. La simulación de paseos en coche no redujo el tiempo de llanto en los bebés con cólico, y tampoco fue efectivo en la reducción de la ansiedad materna.

Consejos personalizados a los padres frente a dar confianza y apoyo

Una intervención que consistía en dar consejo personalizado a los padres se comparó con dar información general y estimular la confianza en los padres de lactantes con cólicos. Los consejos personalizados a los padres incluían aspectos sobre la respuesta rápida al llanto, la respuesta con dulzura, la utilización de movimientos consoladores, evitar la sobrestimulación, el uso del chupete, y las formas más eficaces de mantener al lactante en brazos. El resultado de este estudio indicaba que dar consejos personalizados a los padres de lactantes con cólicos

no era más efectivo que darles información general y estimular su confianza. Otro ensayo comparó a un grupo de padres que habían sido entrenados en técnicas de comunicación padre-bebé y consejos diarios, con un grupo control para identificar el efecto de este tipo de intervenciones sobre los síntomas del cólico del lactante en sus bebés. A pesar de que este ensayo clínico mostró mejoras en la sintomatología del cólico del lactante en los bebés de los padres del grupo intervención (un promedio mayor de 2,67h menos de llanto cada día frente a 0,17h menos), en muchos aspectos la calidad metodológica del ensayo era limitada.

Otra crítica más de esta intervención es el tiempo y el compromiso que se exigía a los padres.

Reducir la estimulación frente a la intervención empática

La disminución de la cantidad de estimulación a la cual era expuesto un bebé se evaluó en un ensayo clínico como una posible intervención para el tratamiento del cólico del lactante. Para ello, se aconsejó a las madres reducir las caricias, el tiempo que mantenían al bebé en brazos y el que dedicaban a jugar con sus bebés, así como disminuir el nivel de estimulación auditiva. Aunque hubo avances significativos aparentemente en los bebés (menores de 12 semanas) en el grupo de reducción de estímulos, la calidad de la muestra y sus sesgos potenciales eran tales que sus resultados deben ser tratados con cautela.

Reducir la estimulación e incrementar el tiempo que se mantiene al bebé en brazos frente a consejos generales

Un ensayo evaluó si una intervención que tenía como objetivo la reducción de estímulos y el aumento del tiempo que se mantenía al bebé con cólicos en brazos podría ser un tratamiento efectivo cuando se comparaba con una intervención que daba consejos generales a los padres.

Otras opciones de tratamiento

Intervención posiblemente útil	No tienen efectos	Posiblemente dañinas
<p>Intervenciones dietéticas Dieta baja en alérgenos para las madres que lactan. Leche con fórmula baja en alérgenos. Sustitución de la leche con fórmula por leche de soja. Solución de sacarosa (poco tiempo).</p> <p>Intervenciones en el comportamiento Aumento del tiempo que se mantiene en brazos al lactante Simulación de paseos en cochecito Consejos personalizados a los padres</p>	<p>Intervenciones terapéuticas Dimeticona.</p> <p>Intervenciones dietéticas La eliminación de la leche de vaca de la dieta de las madres lactantes. Suplementos de Lactase/leche baja en lactosa. Dieta rica en fibra.</p> <p>Intervenciones en el comportamiento Aumento del tiempo que se mantiene en brazos al lactante. Simulación de paseos en cochecito. Consejos personalizados a los padres.</p>	<p>Intervenciones terapéuticas Medicaciones anticolinérgicas. Metilescopolamina.</p> <p>Intervenciones dietéticas Infusiones de hierbas.</p>

Este estudio no encontró ningún efecto significativo sobre los síntomas del cólico del lactante en bebés que fueron mantenidos en brazos durante más tiempo y menos estimulados.

Dieta frente a tratamiento comportamental

Preparado de leche baja en alérgenos frente a consejos personalizados para aumentar la capacidad de respuesta de los padres

En un ensayo clínico se compararon 2 intervenciones; a un grupo de bebés con cólicos se les dio un preparado de leche hipoalérgica (caseína hidrolizada) como sustituto de la leche de vaca o la fórmula basada en soja; los padres del otro grupo recibieron consejos personalizados que incluyeron aspectos sobre cómo responder al llanto del bebé con alimentos, abrazos, ofrecimiento del chupete, estimulación o metiéndolo en la cuna. Los resultados de este ensayo clínico indicaron que la mejora de la respuesta de los padres que habían

recibido consejos personalizados era más efectiva, al reducir los síntomas del cólico del lactante, que el preparado bajo en alérgenos. Como media, los lactantes del grupo de consejos personalizados lloraron 2,1h al día menos frente a 1,2h al día menos de llanto en el grupo de lactantes que recibieron el tratamiento dietético.

Aplicación en la práctica

Los cuidadores de lactantes con cólicos necesitan tener la certeza de que sus hijos están sanos. Un examen físico y de la historia clínica del bebé debería permitir descartar otros problemas psicológicos. También hay que descartar otras posibles causas de llanto, como el hambre o el frío. Estas consultas deberían incluir cuestiones relativas a la dieta del bebé, los síntomas de reflujo, la calidad y la cantidad del sueño, las deposiciones y el patrón urinario, el bienestar general de los padres y la situación social del bebé. Durante la entrevista con los cuidadores, se les debe preguntar sobre su modo de reaccionar ante el llanto del bebé. Hay

que tener en cuenta que en muchos casos las intervenciones cuyo objetivo es tratar el cólico del lactante no son efectivas y el único recurso para los cuidadores es esperar hasta que los síntomas del cólico cesen, lo que normalmente ocurre cuando los bebés llegan a los 3 o 4 meses de edad. Los consejos de este tipo deberían considerarse antes de darlos, teniendo en cuenta el trastorno que un cólico del lactante puede causar en un hogar. En muchas ocasiones los padres y cuidadores han manifestado sentimientos de depresión, debilidad, insuficiencia e incompetencia, enfado, ansiedad, miedo, soledad y aislamiento social, cansancio extremo, conflictos de pareja y, en casos extremos, puede llevar al infanticidio. Estos artículos demuestran que los padres y cuidadores que expresan frustración y preocupación sobre el cólico del lactante no deberían ser tomados a la ligera, sino proporcionarles seguridad, apoyo y consejo que les permita estar capacitados para abordar este período.

Recomendaciones

Basándonos en los resultados de las 2 revisiones sistemáticas y en un ensayo clínico con asignación aleatoria adicional extraído de Evidencia Clínica, se proponen las siguientes recomendaciones para reducir el cólico del lactante:

- Las madres que lactan deben considerar el uso de una dieta donde los alérgenos, como la leche, el huevo, el trigo y los productos que contengan frutos secos, sean suprimidos (Grado C)
- Se debe eliminar la proteína de leche de vaca de la dieta de los niños alimentados con lactancia artificial, sustituirla por un preparado hipoalérgico (Grado C)

Otras opciones basadas en estudios de baja calidad metodológica son:

- Eliminar la proteína de leche de vaca de la dieta de los niños alimentados con lactancia artificial, sustituirla por un preparado a base de soja (Grado D)
- Proporcionar a los padres un entrenamiento que permita una mejor respuesta ante un niño que llora sin cesar (Grado D)
- Reducir la sobrestimulación, como los masajes y la estimulación auditiva de los lactantes (Grado D)

Versión original traducida al castellano por: Marta Susana Torres Magán

Traducción revisada por: Teresa Moreno Casbas y Lucía García Grande

Bajo la coordinación del Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia

Referencias

¹Garrison, Michelle M. & Christakis, Dimitri A. (2000). Early childhood: colic, child development and poisoning prevention: a systematic review of interventions for infant colic. *Pediatrics* 106(1):S184-190.

²Lucassen, P.L., Assendelft, W.J., van Eijk, J.T., van Geldrop, W.J., Knuistingh Neven (1998). Effectiveness of interventions for infantile colic: systematic review. *BMJ* 316(23 May):1563-1569.

³Wade, Sally & Kilgour, Teresa (2001). Infantile colic. *BMJ* 323 (25 August):437-440.

• The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery, Margaret Graham Building, Royal Adelaide Hospital, North Terrace, South Australia, 5000
<http://www.joannabriggs.edu.au>
ph: (+61 8) 8303 4880 fax: (+61 8) 8303 4881

Traducido y difundido por:



CENTRO COLABORADOR ESPAÑOL
DEL INSTITUTO JOANNA BRIGGS PARA
LOS CUIDADOS DE SALUD BASADOS EN LA EVIDENCIA

“The procedures described in Best Practice must only be used by people who have appropriate expertise in the field to which the procedure relates. The applicability of any information must be established before relying on it. While care has been taken to ensure that this edition of *Best Practice* summarises available research and expert consensus, any loss, damage, cost, expense or liability suffered or incurred as a result of reliance on these procedures (whether arising in contract, negligence or otherwise) is, to the extent permitted by law, excluded”.

Agradecimientos

This This information sheet was developed by Gaby Haddow, the Western Australian Centre Evidence Based Nursing and Midwifery, a collaborating centre of the Joanna Briggs Institute. Many thanks to the systematic review authors for giving permission for their work to be used and to the external reviewers: Christine Lock, Marian Miller and Leanda Verrier.

In addition this *Best Practice* Information Sheet has been peer reviewed by experts nominated by the Joanna Briggs Institute collaborating centres.