

Coordinación:

Dra. María José Galiano Segovia

Pediatra. Centro de Salud María Montessori. Leganés (Madrid)

Acta Pediatr Esp. 2017; 75(7-8): e144-e146

## Effect of minimal acupuncture for infantile colic: a multicentre, three-armed, single-blind randomised controlled trial (ACU-COL)

Landgren K, Hallström I.

Acupunct Med. 2017; 35(3): 171-179.



El llanto prolongado en el lactante constituye un problema importante en un 10-20% de las familias. Además del dolor en el niño, los padres sufren un gran estrés. Si la duración del llanto y/o malestar es superior a 3 horas al día durante más de 3 días a la semana, se define como cólico infantil (CI).

El papel de la acupuntura en el tratamiento del CI es controvertido, y las evidencias de su eficacia son escasas. En el tratamiento con acupuntura se emplean dos formas diferentes: un estilo de orientación neurofisiológica con dosis estandarizadas para todos los pacientes en un único punto, y otra forma, más cercana a la medicina tradicional china, más individualizada, que emplea diferentes puntos de punción en función de la sintomatología que describe el paciente.

En el estudio que nos ocupa, los autores realizaron un ensayo multicéntrico, de tres grupos, simple ciego, aleatorizado y controlado, con el objetivo de evaluar y comparar los efectos de dos tipos diferentes de acupuntura frente al no uso de esta técnica en los niños diagnosticados de CI, en centros de salud de la red pública de Suecia.

La captación de los participantes se realizó en 4 centros de salud de 4 ciudades de Suecia, en el periodo comprendido entre enero de 2013 y mayo de 2015. Los padres de 426 niños (entre 2 y 8 semanas de edad) sanos, con buena ganancia ponderal y que presentaban un llanto prolongado e intenso, solicitaron participar en el estudio. Durante 1 semana, los padres recogieron en un diario los tiempos de malestar, llanto y llanto extenuante (llanto tipo cólico), al mismo tiempo que recibían apoyo telefónico por parte de enfermeras pediátricas.

De los 426 lactantes, 157 cumplían los criterios de CI, y de ellos 147 participaron en el ensayo y 144 lo completaron. Los participantes fueron aleatoriamente distribuidos en tres grupos: A) mínima acupuntura (MA) estandarizada en un solo punto, LI4 (máximo de 5 sesiones), junto con una completa y cuidada atención sanitaria orientada al CI; B) MA semiestandarizada e individualizada, inspirada en la medicina tradicional china (máximo de 5 sesiones), junto con una completa y cuidada atención sanitaria orientada al CI, y C) atención sanitaria como única intervención.

La acupuntura era administrada por acupuntores con experiencia que habían recibido una preparación específica en acu-

puntura para el cólico. Los participantes de cada grupo acudían al centro de salud 2 veces a la semana durante 2 semanas. En estas visitas la enfermera recogía los datos que los padres referían en cuanto a las modificaciones del llanto, las características de las heces y el sueño, reforzaban la lactancia materna y continuaba dando soporte emocional y consejos a los padres. El estudio se completaba con una encuesta telefónica efectuada 6 días después de la última visita al centro de salud.

### Resultados

En todos los grupos, tratados con y sin acupuntura, se observó una mejora del cólico. Comparados con los niños del grupo que no recibió acupuntura (C), los de los grupos que sí la recibieron (A y B) registraron una reducción significativa en el tiempo que pasaban llorando desde el comienzo hasta la segunda semana de intervención ( $p=0,05$ ) y en el tiempo de cólico desde el comienzo del estudio hasta su conclusión ( $p=0,031$ ).

No se describieron efectos adversos sustanciales (un 8% presentó un llanto superior a 1 minuto de duración y muy pocos niños presentaron un mínimo sangrado), probablemente debido, en parte, a la alta experiencia de los acupuntores.

### Discusión

Los autores de este estudio plantean dudas acerca de la suficiencia de la dosis empleada: ¿resultó ser demasiado débil como consecuencia de no buscar la sensación «de qui» (sensación de acupuntura)? Otras cuestiones como la idoneidad del número de agujas empleado, el tiempo de estimulación y la adecuación de los intervalos entre sesiones aún quedan por resolver.

El estudio demostró que una MA provoca efectos terapéuticos, lo que apoya la recomendación de no utilizarla como placebo en trabajos de investigación.

Un hallazgo clínico relevante es el hecho de que muchos de los padres que inicialmente percibían el llanto y malestar de sus hijos como excesivo, relataban valores normales tras describir en un diario, detalladamente, las características del llanto y después de retirar las proteínas de vaca de la dieta de las madres lactantes y/o de la fórmula láctea. Los autores de este trabajo recomiendan estas dos medidas como primer paso en las intervenciones sobre niños con un llanto excesivo para evitar tratamientos innecesarios.

Del planteamiento del trabajo y de los datos obtenidos destaca la importancia del estrecho y continuo contacto de los padres con la enfermera pediátrica en los beneficios logrados. El apoyo emocional, los consejos y los cuidados que recibían tanto los padres como los niños en cada una de las visitas realizadas se ven reflejados en la mejoría que experimentó el grupo que no recibió acupuntura (C). ■■■

### Lo que aporta este estudio:

El llanto prolongado e intenso es un problema que causa sufrimiento en los niños y un gran estrés en los padres. El hecho de tenerlo en cuenta y recibir un consejo profesional adecuado alivia la situación de los niños y de sus padres. Además, el uso de formas de medicina no convencional (p. ej., la acupuntura), aplicada por manos expertas, puede resultar beneficioso en algunas patologías. El cólico del lactante es una de ellas. La MA se muestra como un tratamiento seguro, con efectos adversos muy escasos y leves, y podría aplicarse en los centros de salud de la red pública sanitaria.

**L. Carretero Carretero**

Pediatra. Centro de Salud «Santa Isabel». Leganés (Madrid)

## Mother-infant room-sharing and sleep outcomes in the INSIGHT study

Paul IM, Hohman EE, Loken E, Savage JS, Anzman-Frasca S, Carper P, et al.

Pediatrics. 2017; 140(1): e20170122.



La Academia Americana de Pediatría (AAP) recomendó, en noviembre de 2016, que los lactantes durmieran en la habitación de sus padres, en superficies separadas, idealmente durante todo el primer año, pero al menos los 6 primeros meses. El primer objetivo de dicha recomendación era minimizar el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) y otras patologías relacionadas con el sueño.

Teniendo en cuenta que el 90% de los SMSL se producen antes de los 6 meses, se cuestionan las recomendaciones de la AAP. Además, distintos estudios valoran la calidad del sueño de los niños, ya que un buen descanso es fundamental tanto para el niño como para sus padres. Un sueño inadecuado afecta a casi todas las esferas de la salud, incluida la regulación emocional, el estado de ánimo y el comportamiento.

Uno de los trabajos que cuestionan estas recomendaciones es el que publican Paul et al., en el que se reclutaron parejas de madre-recién nacido (RN) para participar en el estudio INSIGHT (Intervention Nurses Start Infants Growing on Healthy Trajectories), un ensayo para prevenir la obesidad, desde enero de 2012 hasta marzo de 2014. Los criterios mayores de inclusión eran RN a término, con un peso >2.500 kg, edad de las madres ≥20 años y que hablaran inglés. Las parejas eran asignadas aleatoriamente 2 semanas después del nacimiento a un grupo de crianza responsable o a un grupo control de seguridad. Los padres que compartían cama con sus RN eran exclu-

dos, porque el objetivo era comparar a los que dormían en una habitación independiente con los que compartían habitación pero no cama (según las indicaciones de la AAP). Las enfermeras del proyecto de investigación realizaban una visita al domicilio a las 3 y 4 semanas, y a los 4, 6 y 9 meses. Al cabo de 1 y 2 años, las visitas se efectuaban en el centro de investigación. El grupo de crianza responsable recibía unas guías para animar a los padres, en la visita de las 3 semanas, a mudar al niño a una habitación independiente a los 3 meses, y esto se reforzaba en la visita de los 4 meses. El grupo control de seguridad recibía educación respecto a la prevención del SMSL, lo cual incluía una observación directa del ambiente de sueño tras la visita de la enfermera, con un *feedback* individual para mejorar la seguridad en las primeras tres visitas domiciliarias.

Las madres rellenaban las encuestas sobre el sueño del lactante (en las que se valoraba el lugar donde éste dormía, las actividades realizadas antes de ir a dormir y los patrones de sueño), de forma *online* o enviadas por correo. También se valoraba la calidad del sueño materno.

### Resultados

De los 279 participantes, 259 (93%) permanecieron en el estudio hasta los 9 meses, pero 20 se excluyeron porque hacían colecho a los 4 y/o 9 meses, y otros 9 por no disponer de datos sobre el sueño. La muestra final estuvo constituida por 230 parejas madre-RN.

La mayoría de los lactantes (142; 62%) dormía en una habitación separada a los 4 meses, 62 (27%) empezaron a dormir solos entre los 4 y los 9 meses, y 26 (11%) compartían habitación a los 9 meses.

A los 4 meses no se encontraron diferencias significativas en la duración del sueño total o nocturno entre los niños que dormían solos o compartían habitación; sin embargo, la consolidación del sueño era mejor en los que dormían solos a los 4 meses. El número medio de despertares nocturnos era similar en los dos grupos a esa edad. Los que dormían solos hacían menos tomas por las noches. Además, los niños que compartían habitación también tenían el doble de probabilidades de ser alimentados para volver a dormir por la noche, comparados con los que dormían solos.

A los 9 meses se observaban diferencias significativas en la duración del sueño nocturno entre grupos. Los niños que dormían solos antes dormían más ( $627 \pm 67$  min) que los que lo hacían de forma más tardía ( $601 \pm 73$  min), y éstos, a su vez, más que los que compartían habitación ( $587 \pm 83$  min) a los 9 meses.

A los 12 meses de edad no se observaban diferencias entre grupos respecto a la duración del sueño nocturno o diario total. Sin embargo, a los 30 meses, los que dormían solos precoz y tardíamente, dormían 45 minutos más de media por la noche que los que compartían habitación a los 9 meses. La duración del sueño total diario era similar entre grupos a los 30 meses.

### Discusión

Estos análisis secundarios desde el estudio INSIGHT demuestran que compartir habitación padres-lactantes a los 4 y 9 meses se asocia a un menor sueño nocturno, una peor consolidación del sueño y unas prácticas de sueño inseguro previamente asociadas a la muerte relacionada con el sueño.

Compartir habitación también se asocia a un sueño inadecuado más tarde durante la infancia, lo cual resalta la impor-

tancia de desarrollar comportamientos saludables relativos al sueño durante los primeros meses de vida. El sueño de los lactantes repercute en el sueño de los padres. La fatiga se expresa como quejas somáticas, ansiedad, depresión, paranoia y accidentes o heridas no intencionadas. Se debería considerar la fatiga de los padres en cualquier guía relativa al sueño del lactante.

También compartir habitación se asocia a una transición por la noche a compartir cama, lo cual está claramente desaconsejado por la AAP.

### Conclusiones

A pesar de las limitaciones de este estudio, parece que el hecho de compartir habitación hasta la edad de 1 año, tal como recomienda la AAP, se asocia a peores datos en cuanto a la duración y consolidación del sueño, y a un mayor riesgo de compartir cama, que sí está relacionado con el SMSL. Por tanto, se sugiere que la AAP debería reconsiderar y revisar estas recomendaciones. ■

#### Lo que aporta este estudio:

Las prácticas de sueño saludable se establecen durante el periodo de lactancia y se fundamentan, por una parte, en garantizar un sueño seguro —evitar las prácticas con riesgo de sofocación, como el hecho de compartir cama— y, por otra, en facilitar periodos prolongados de sueño para el niño y sus padres. Esta cuestión aparentemente sencilla puede entrar en colisión con otras prácticas no refrendadas por las sociedades científicas pediátricas. El pediatra debe incorporar el consejo sobre los patrones de sueño de los niños durante toda la etapa infantil.

**M.J. Galiano Segovia**

Pediatra. Centro de Salud María Montessori. Leganés (Madrid)