
¿Qué actitud adoptaremos los pediatras respecto al uso del chupete en el lactante? Reflexiones y comentarios en relación con su potencial papel protector en el síndrome de muerte súbita del lactante

J. González de Dios^a, A. Balaguer Santamaría^b, J.L. Díaz-Rossello^c

^aDepartamento de Pediatría. Hospital Universitario San Juan. Universidad Miguel Hernández. Alicante (España).

^bUnidad de Neonatología y Servicio de Pediatría. Hospital Universitari Sant Joan. Universitat Rovira i Virgili. Reus-Tarragona (España).

^cCentro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano y Unidad de Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR). Organización Panamericana de Salud. Organización Mundial de la Salud. (Uruguay).

Rev Pediatr Aten Primaria. 2007;9 Supl 1:S21-6

Javier González de Dios, gonzalez_jav@gva.es

Términos clave en inglés: pacifiers; sudden infant death: prevention and control; case-control studies; meta-analysis

Términos clave en español: chupete; síndrome de muerte súbita del lactante: control y prevención; estudios de casos y controles; metaanálisis

Fecha de recepción: 14 de mayo de 2006

Fecha de aceptación: 15 de mayo de 2006

Cómo citar este artículo: González de Dios J, Balaguer A, Díaz-Rossello JL. ¿Qué actitud adoptaremos los pediatras respecto al uso del chupete en el lactante? Reflexiones y comentarios en relación con su potencial papel protector en el síndrome de muerte súbita del lactante. *Evid Pediatr.* 2006;2:15.

Dirección electrónica del artículo:

www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol2/2006_numero_2/2006_vol2_numero2.1.htm

El síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) se define como la muerte súbita de un lactante de menos de un año, cuya causa permanece inexplicada después de una minuciosa investigación del caso que incluya autopsia completa, examen del lugar del fallecimiento y revisión de la historia clínica^{1,2}. Permanece

como una de las causas de mortalidad más frecuentes en los primeros meses de vida, insólita en el período neonatal, elevada entre los 2-3 meses de vida y progresivamente menos frecuente hasta el año de edad.

Los factores que aumentan el riesgo de SMSL se han identificado mediante

la comparación de su frecuencia en los casos de muerte súbita con niños muy similares en los que la muerte no ocurrió. Los primeros factores de riesgo asociados de forma independiente con el SMSL, descritos en estudios de casos y controles, son: dormir en posición prona, dormir en una superficie blanda, sobrecalentamiento, tabaquismo materno durante la gestación, edad materna joven, prematuridad y/o bajo peso y sexo masculino. En 1992, en respuesta a los estudios epidemiológicos desarrollados en Europa y Australia, la American Academy of Pediatrics (AAP) recomendó la estrategia de la posición al dormir en lactantes (primero en posición prona y, después, claramente en posición supina)³ y auspició las campañas de "ponle a dormir boca arriba" (*Back to sleep*). Estas campañas fueron, posteriormente, implementadas exitosamente en los países en los que la SMSL permanecía como una de las primeras causas de muerte infantil. Desde entonces se han identificado más factores de riesgo y el grupo de trabajo sobre SMSL de la AAP (a través de la Task Force on Sudden Infant Death Syndrome) ha realizado sucesivas actualizaciones^{4,5}. Entre las 11 recomendaciones actuales de la AAP⁵, publicadas en noviembre de 2005, incluye la consideración de ofre-

cer el chupete a los lactantes menores de un año en el momento de dormir (tanto por la noche como en las siestas).

El papel potencialmente protector del chupete fue propuesto en 1979 por Cozzi et al⁶ y confirmado en los estudios iniciales de casos y controles sobre la relación entre el uso de chupete y el SMSL realizados en Nueva Zelanda en 1993⁷. Desde entonces sucesivos trabajos han estudiado la relación del uso del chupete y el SMSL: los siete estudios de casos y controles recogidos en el metaanálisis publicado en *Pediatrics* en noviembre de 2005⁸ (cinco de Europa, uno de Estados Unidos y el estudio inicial referido de Nueva Zelanda) y un estudio prospectivo realizado en los países escandinavos y cuyos datos no publicados se recogen en el artículo de revisión publicado en *Pediatrics* en mayo de 2006⁹. Todos los estudios referidos observan el "efecto protector" del chupete se obtiene en el sueño que se inicia usando chupete, mientras que sólo algunos, y en menor magnitud, lo detectan por el uso habitual. Es decir, si es usuario habitual, pero no lo utiliza esa noche, disminuiría o incluso desaparecería tal efecto protector. Actuaría de similar manera que un "cinturón de seguridad", que protege si se usa en el viaje del accidente, aunque, en este caso, quizá provea cierta protección por haberlo usa-

do antes¹⁰. Este hallazgo ha sido confirmado en estudios anteriores y posteriores a la recomendación de dormir en supino, por lo que sus resultados son más generalizables.

En un metaanálisis reciente, de Hauck *et al*⁸ se obtiene que el *odds ratio* (OR) para el uso habitual del chupete es 0,90 (intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 0,79-1,03) en el estudio univariante y de 0,71 (IC 95%: 0,59-0,85) en el estudio multivariante. Para el uso del chupete en la última noche, el OR es 0,47 (IC 95%: 0,40-0,55) en el estudio univariante y 0,39 (IC 95%: 0,31-0,50) en el estudio multivariante. Estimamos entonces que se podría prevenir un caso de SMSL por cada 2.733 (IC 95%: 2.416-3.334) lactantes que usan chupetes en el momento de dormir (número necesario de pacientes a tratar obtenido de la tasa de SMSL de Estados Unidos y de los datos de OR del uso del chupete en la última noche en el estudio multivariante). Mitchell *et al*⁹ obtiene resultados similares (incluye dos estudios no publicados) con OR = 0,83 (IC 95%: 0,75-0,93) para el uso habitual del chupete y OR = 0,48 (IC 95%: 0,43-0,54) para el uso del chupete en la última noche.

Esta asociación entre el uso del chupete y SMSL cumple los clásicos criterios de causalidad: hallazgos coherentes y

constantes, fuerte asociación, gradiente dosis-respuesta, plausibilidad biológica y la exposición realmente precede a la aparición del efecto adverso⁸.

Desde la aparición de los estudios de síntesis anteriores^{8,9} se han publicado otros dos que vuelven a corroborar estos hallazgos, uno realizado en Alemania¹¹ y otro en Estados Unidos¹². Este último artículo es motivo de una valoración crítica en el presente número de *Evidencias en Pediatría*, que ofrece un OR ajustado de 0,08 (IC 95%: 0,03-0,21), es decir, una reducción del riesgo de un 92% respecto a aquellos que no usaron chupete; y también se constató una tendencia hacia una mayor reducción del riesgo cuando el lactante estaba en un entorno adverso al dormir (en prono o lateral, con madre fumadora y/o sobre un colchón blando) usando chupete.

Se trata de la mejor evidencia posible y disponible, de la misma calidad que la que llevó a la recomendación "Ponle a dormir boca arriba". De acuerdo con los criterios de la recomendación de la US Preventive Service Task Force (basados en la coherencia de los hallazgos de los estudios disponibles y la probabilidad de que los efectos beneficiosos del chupete se puedan compensar con los potenciales efectos adversos de su uso) sería una recomendación de nivel B.

¿Cómo pasaremos estas evidencias a la práctica médica?

El éxito de la campaña “ponle a dormir boca arriba” ha supuesto un cambio de actitud eficaz, efectivo y eficiente en la disminución constatada de la incidencia de SMSL en los distintos países. ¿Qué situación diferente existe para promover el uso del chupete en los lactantes de menos de un año? Podemos considerar dos limitaciones al uso del chupete: desconocimiento del mecanismo de actuación y efectos perjudiciales asociados.

Empecemos por la menos conflictiva: desconocemos cómo actúa el chupete en la protección del SMSL. Se han postulado distintos mecanismos: podría evitar la posición de dormir en prono¹³, protegería la permeabilidad de la vía aérea superior⁶, disminuiría el reflujo gastroesofágico a través de la succión no nutritiva⁷ y disminuiría el umbral del despertar¹⁴.

Pero creemos que el mayor limitante es la posibilidad de efectos perjudiciales asociados. Estos efectos serían: la disminución de la duración de la lactancia materna, las infecciones asociadas, la maloclusión dental, el riesgo de accidentes, etc. La mayor preocupación se ha relacionado con la menor frecuencia y duración de la lactancia materna^{15,16}. Si bien los recientes ensayos clínicos alea-

torizados proporcionan resultados dispares y no concluyentes¹⁷⁻¹⁹, la recomendación de no usar chupete figura en todos los materiales de promoción de la lactancia materna y su difusión ha sido universal por organismos internacionales; y constituye uno de los diez pasos para una “Lactancia Exitosa”. Al estudiar los potenciales efectos de confusión también existen dudas de su potencial relación con la presencia de otitis media²⁰. Finalmente, los problemas de maloclusión sólo están descritos en relación con su utilización prolongada y nunca fueron asociados al uso controlado del chupete hasta los 6-12 meses de vida.

Existen dos niveles sucesivos en la incorporación a la práctica médica de estos nuevos conocimientos sobre el potencial factor protector del chupete en el SMSL:

- La primera etapa haría referencia a no ser taxativo en desaconsejar el uso del chupete. La evidencia para ello ya está disponible en la literatura desde hace varios años, como fue señalada en el año 2000 por uno de nosotros¹⁰ y ahora reconocida como consenso en todas las revisiones recientes^{5,8,9,21,22}.

- La segunda etapa sería la recomendación del uso del chupete y eso es aún motivo de discusión para algunos. Ya existen propuestas de racionalización de esta recomendación:

1. En niños con lactancia materna: ofrecer el chupete a partir de que se establezca claramente la lactancia materna (generalmente tras el primer mes de vida).
 2. En niños con lactancia adaptada: ofrecer el chupete desde el/los primeros días de vida, sobre todo porque se ha visto una relación mayor con SMSL en estas madres.
 3. No es necesario volver a colocar el chupete si se cae durante el sueño.
 4. No untar el chupete en soluciones dulces.
 5. Retirar el chupete al llegar el año de edad.
- Nuestra responsabilidad es evitar las muertes súbitas evitables y eso implica proteger de todos los factores conocidos²². Los médicos aconsejamos y los padres deben hacer una opción bien informada. Nuestro consejo debe recoger la mejor evidencia disponible y transmitir nuestras limitaciones en el conocimiento.
- Estamos reabriendo nuevamente un tema de controversia que hace años subyace sin discusión, a pesar de la creciente evidencia acumulada y que implica reconocer que desaconsejar el chupete en el primer año de vida no es recomendable.

Bibliografía

1. Willinger M, James LS, Catz C. Defining the sudden infant death syndrome (SIDS): deliberations of an expert panel convened by the National Institute of Child Health and Human Development. *Pediatr Pathol.* 1991;11:677-84.
2. Beckwith J. Defining the sudden infant death syndrome. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2003; 157: 286-90.
3. Katwinkel J, Brooks J, Yerterg D; American Academy of Pediatrics AAP, Task Force on Infant Positioning and SIDS: Positioning and SIDS. *Pediatrics.* 1992;89(6 Pt 1):1120-6.
4. American Academy of Pediatrics, Task Force on Infant Sleep Position and Sudden Infant Death Syndrome. Changing concepts of sudden infant death syndrome: implications for infant sleeping environment and sleep position. *Pediatrics.* 2000;105:650-6.
5. American Academy of Pediatrics, Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The changing concept of sudden infant death syndrome: diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics.* 2005;116:1245-55.
6. Cozzi F, Albani R, Cardi E. A common pathophysiology for sudden cot death and sleep

apnea: "the vacuum-glossoptosis syndrome". *Med Hypotheses*. 1979;5:329-38.

7. Mitchell EA, Taylor BJ, Ford RP, Stewart AW, Becroft DM, Thompson JM, et al. Dummies and the sudden infant death syndrome. *Arch Dis Child*. 1993;68:501-4.

8. Hauck FR, Omojokun OO, Siadaty MS. Do pacifiers reduce the risk of sudden infant death syndrome? A meta-analysis. *Pediatrics*. 2005; 116: e716-23.

9. Mitchell EA, Blair PS, L'Hoir MP. Should pacifiers be recommended to prevent sudden infant death syndrome? *Pediatrics*. 2006; 117: 1755-8.

10. Díaz-Rossello J, Conde-Agudelo A, Carolina Forteza A. Pacifiers: protection against sudden infant death syndrome. *Lancet*. 2000;355:1829.

11. Vennemann MM, Findeisen M, Butterfass-Bahloul T, Jorch G, Brinkmann B, Kopcke W, et al. Modifiable risk factors for SIDS in Germany: results of GeSID. *Acta Paediatr*. 2005;94:655-60.

12. Li DK, Willinger M, Petitti DB, Odouli R, Liu L, Hoffman HJ. Use of a dummy (pacifier) during sleep and risk of sudden infant death syndrome (SIDS): population based case-control study. *BMJ*. 2006;332:18-22.

13. Righard L. Sudden infant death syndrome and pacifiers: a proposed connection could be a bias. *Birth*. 1998;25:128-9.

14. Franco P, Scaillet S, Wermenbol V, Valente F, Groswasser J, Kahn A. The influence of a pacifier on infants' arousals from sleep. *J Pediatr*. 2000;136:775-9.

15. Victora CG, Behague DP, Barros FC, Olinto MT, Weiderpass E. Pacifier use and short breast-feeding duration: cause, consequence, or coincidence? *Pediatrics*. 1997;99:445-53.

16. Howard CR, Howard FM, Lanphear B, deBlicke EA, Eberly S, Lawrence RA. The effects of early pacifier use on breastfeeding duration. *Pediatrics*. 1999;103:e33.

17. Howard CR, Howard FM, Lanphear B, Eberly S, deBlicke EA, Oakes D, et al. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics*. 2003;111:511-8.

18. Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, Yang H, Jones P, Ciofani L, Jane F. Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2001;286:322-6.

19. Collins CT, Ryan P, Crowther CA, McPhee AJ, Paterson S, Hiller JE. Effect of bottles, cups, and dummies on breast feeding in preterm infants: a randomised controlled trial. *BMJ*. 2004; 329:193-8.

20. Niemela M, Pihakari O, Pokka T, Uhari M. Pacifier as a risk factor for acute otitis media: A randomized, controlled trial of parental counseling. *Pediatrics*. 2000;106:483-8.

21. Hauck FR. Pacifiers and sudden infant death syndrome: what should we recommend? *Pediatrics*. 2006;117:1811-2.

22. Alm B, Lagercrantz H, Wennergren G. Stop SIDS-sleeping solitary supine, sucking sooother, stopping smoking substitutes. *Acta Paediatr*. 2006;95:260-2.

