

Utilidad del uso del chupete para prevenir la muerte súbita

FERNANDO SÁNCHEZ-PERALES Y RAÚL SÁNCHEZ-GONZÁLEZ

Centro de Salud San Blas. Parla. Madrid. España.

fperales.gapm10@salud.madrid.org; rsanchez.gapm10@salud.madrid.org



Roger Ballabriga

Puntos clave

El uso habitual del chupete reduce el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), aunque el mecanismo de acción todavía es desconocido. El mayor efecto protector se consigue utilizándolo siempre en todos los períodos de sueño.

Para no interferir con la lactancia materna, se aconseja introducirlo a partir del mes de vida, una vez que está bien instaurada. En niños alimentados con lactancia artificial se recomienda desde el primer momento, ya que además hay un mayor riesgo de SMSL en estos lactantes.

Para evitar problemas bucodentales descritos con la utilización prolongada del chupete, habría que retirarlo al año de vida.

Es posible que su uso contrarreste los factores adversos ambientales relacionados con el SMSL, pero se necesitan más estudios para confirmarlo.

Los profesionales debemos ir recomendando su uso gradualmente, de forma que inicialmente indiquemos "no evitarlo" para, en una etapa final, recomendarlo activamente.

Hauck FR, Omojokun OO, Siadaty MS. Do pacifiers reduce the risk of sudden infant death syndrome? A meta-analysis. *Pediatrics*. 2005;116:716-23.

Resumen

El uso de chupete se asocia a un menor riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), pero hay reticencia a recomendar su uso por los posibles efectos secundarios. Este metaanálisis se realizó para cuantificar y evaluar el efecto protector del chupete contra el SMSL y poder hacer una recomendación sobre su uso.

Los autores seleccionaron 9 estudios de casos y controles, tras una búsqueda en Medline, de los que eliminan 2: uno porque un estudio posterior incluía a los mismos pacientes y otro porque el tiempo transcurrido desde la muerte y la entrevista a los padres era muy largo (7 años de media) y sólo incluía a lactantes hasta 4 meses de edad. Utilizaron el test de Breslow-Day para homogeneidad de *odds ratio* (OR), el de Cochran-Mantel-Ha-

enszel para la hipótesis nula de no efecto (OR = 1) y el de Mantel-Haenszel para la OR estimada. Sus recomendaciones se basan en la escala A-E del US Preventive Services Task Force (USPSTF).

La OR calculada para el uso habitual del chupete es 0,90 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,79-1,03) en el estudio univariante y 0,71 (IC del 95%, 0,59-0,85) en el multivariante. Para el uso del chupete en la última noche, las OR calculadas son 0,47 (IC del 95%, 0,40-0,55) para el estudio univariante y 0,39 (IC del 95%, 0,31-0,50) para el multivariante.

Como conclusión, demuestran una reducción del riesgo de SMSL cuando se usa chupete para dormir. Alentar su uso puede prevenir un caso de SMSL por cada 2.733 lactantes (IC del 95%, 2.416-3.334), basándose en las tasas de SMSL de Estados Unidos y en los datos obtenidos de este estudio. El chupete se debe ofrecer al dormir incluyendo siestas y sueño nocturno (recomendación B según USPSTF). Teniendo en cuenta los efectos adversos potenciales, los autores recomiendan el chupete hasta el año de vida, lo cual incluye los picos de riesgo de SMSL, y para niños amamantados, el chupete se debe introducir una vez que la lactancia materna se haya establecido adecuadamente.

Cambios en las recomendaciones para la prevención del síndrome de la muerte súbita del lactante

Desde que, en 1979, se propuso por primera vez el papel protector del chupete contra el SMSL¹, se han publicado distintos estudios de casos y controles que han investigado esta relación y han sido incluidos en este metaanálisis.

Los resultados obtenidos en dichos estudios provocaron la respuesta de la US Preventive Service Task Force (USPSTF), que, en sus recomendaciones de 2005², incluye la de utilizar el chupete cada vez que se ponga al bebé a dormir. Por tanto, la versión más actual de estas recomendaciones sería:

1. Dormir boca arriba: es preferible a la postura de lado, que es menos segura.
2. Dormir sobre superficie firme, evitando colchones blandos.
3. No poner almohadas o cualquier otro objeto blando en la cuna del lactante.
4. No fumar durante el embarazo, ya que el tabaquismo materno se ha destacado como el mayor factor de riesgo en los estudios epidemiológicos sobre el SMSL. El humo del tabaco ambiental se ha relacionado como factor de riesgo individual en algunos estudios, aunque separarlo del tabaquismo en el embarazo es complicado.
5. Dormir separado de la madre, aunque en un lugar próximo en la misma habitación de los padres.
6. Considerar ofrecer un chupete para dormir tanto en las siestas como en el sueño nocturno.
7. Evitar el abrigo excesivo para dormir, manteniendo una temperatura agradable en la habitación (la que permita a un adulto estar con ropa ligera).

8. No se recomiendan artículos comerciales (de venta en Estados Unidos) para evitar el riesgo de SMSL, tales como aparatos de sujeción para mantener la postura o los que evitan la reinhalación del aire espirado, ya que ninguno se ha demostrado lo suficientemente seguro y eficaz.

9. No se recomienda el uso general de monitores cardiorrespiratorios.

Este efecto protector ha sido ratificado en un estudio de casos y controles publicado con posterioridad a este metaanálisis³, e incluso se añade un efecto protector más amplio, referente a la supuesta capacidad del chupete para neutralizar el riesgo de los factores ambientales adversos.

En España, el Grupo de Trabajo de Prevención en la Infancia y Adolescencia (PrevInfad) de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, dedica uno de sus capítulos al SMSL y actualmente se encuentra revisando sus recomendaciones para incluir, probablemente, la del uso del chupete en cada período de sueño del lactante. Se pueden consultar *online* en: <http://www.aepap.org/previnfad/smsl.htm>

Limitaciones clínicas del metaanálisis

El estudio por sí sólo no puede despejar todas las dudas o controversias sobre el uso del chupete, pero aporta datos a favor de su recomendación. La mayor controversia está en relación con la posible interferencia del uso del chupete con la lactancia materna, así como la relación con otros efectos negativos (favorecedor de infecciones como otitis media, mala oclusión dental y otros) que han hecho que sea un utensilio casi aborrecido por muchos profesionales.

Se han propuesto algunos mecanismos para explicar el efecto protector del chupete contra el SMSL, aunque ninguno ha sido aceptado universalmente. Entre ellos se encuentran los siguientes⁴:

1. Disminución del umbral del despertar (o aumento de la sensibilidad al despertar) en lactantes que usan habitualmente el chupete. Este hecho es significativo porque la disminución de la capacidad de despertar ante sucesos amenazadores para la vida, como una apnea obstructiva, arritmia cardíaca o condiciones externas que favorecen la hipoxia y asfixia, se han implicado en el SMSL. Por tanto, el efecto del chupete de incrementar esa capacidad de respuesta puede beneficiar a esos lactantes que supuestamente no respondan adecuadamente a ese evento amenazador.
2. Otra teoría consiste en que el uso del chupete aumenta la habilidad de respirar por la boca si se obstruye la vía nasal.
3. De forma semejante, la retroposición de la lengua puede causar apnea obstructiva y asfixia. La succión de un chupete requiere una posición adelantada de la lengua, y disminuye por tanto el riesgo de obstrucción de la orofaringe.

El debate se encuentra en ver si tener un chupete en la boca tiene una función autonómica o mecánica sólo durante su uso o si utilizar frecuentemente el chupete produce un cambio adaptativo beneficioso incluso cuando el chupete no se encuentra en la boca. Se ha visto que el chupete durante el sueño se sale de la boca dentro de la primera hora en más del 80% de los lactantes y que el 78% de los períodos de uso del chupete son de menos de 15 min. Por ello, si los chupetes raramente permanecen en la boca de un lactante dormido durante un período prolongado, es posible que su uso habitual durante el día y al comienzo del sueño tenga un efecto adaptativo que continúa después de la caída del chupete. Sin embargo, los estudios analizados señalan que el uso del chupete la última noche ofrece una clara protección contra el SMSL, tanto en el análisis univariante (OR = 0,47; IC del 95%, 0,40-0,55) como en el multivariante (OR = 0,39; IC del 95%, 0,31-0,50), respecto a un uso habitual pero no en la noche de la muerte.

Limitaciones metodológicas

El principal inconveniente de este metaanálisis es que se ha realizado sobre estudios de casos y controles, que pueden presentar sesgos potencialmente importantes, como los de selección y de recuerdo. Pero dado el objeto de estudio, es imposible realizar ensayos clínicos, con lo cual los estudios de casos y controles bien diseñados representan la mayor evidencia científica disponible en este campo.

Los autores intentan minimizar el posible sesgo de recuerdo con la eliminación de uno de los estudios previamente seleccionados porque el lapso desde la muerte súbita del niño hasta que entrevistan a los padres era excesivamente largo (media, 7 años). Además, dicho estudio sólo incluía a lactantes que murieron en los primeros 4 meses de edad.

Un posible sesgo de selección es el hecho de que limitan los estudios seleccionados a los publicados en inglés y no señalan que revisen la "literatura gris".

Significado e implicación de los métodos utilizados

Parece claro que el mayor efecto protector del uso del chupete aparece la noche que se usa y que su utilización habitual no protege en la misma medida. Es decir, un niño usuario habitual del chupete perdería, o al menos disminuiría, su protección la noche que no lo use.

Como ya hemos comentado, en un estudio de casos y controles posterior³, que presenta resultados similares, introducen además la hipótesis de que el uso del chupete podría contrarrestar los efectos negativos de los ambientes desfavorables frente al SMSL, lo cual implicaría una mayor insistencia en la recomendación del uso del chupete, sobre todo si nuevos estudios confirman este resultado.

En este sentido, un análisis crítico reciente⁵ establecería dos niveles de incorporación de esta recomendación a nuestra práctica diaria.

El primer nivel sería no ser taxativo en desaconsejar el uso del chupete y en un segundo nivel, recomendar su uso con una serie de medidas racionalizadoras:

- En niños con lactancia materna: ofrecer el chupete tras el establecimiento satisfactorio de la lactancia, generalmente a partir del primer mes.
- Con lactancia artificial: ofrecer el chupete desde el primer día de vida, sobre todo por una mayor relación con el SMSL.
- No es necesario volver a colocarlo si se cae durante el sueño.
- No untarlo con soluciones dulces.
- Retirarlo al llegar al año de edad.

Estas mismas recomendaciones y con estos mismos matices son las que recoge la AAP en 2005².

Bibliografía



1. González de Dios J, Balaguer A, Díaz-Rosello JL. ¿Qué actitud adoptaremos los pediatras respecto al uso del chupete en el lactante? Reflexiones y comentarios con su potencial papel protector en el síndrome de muerte súbita del lactante. Evid Pediatr. 2006;2:15.
2. 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.
3. Li DK, Willinger M, Petitti DB, Oduuli 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.
4. Hauck FR, Omojokun OO, Siadaty MS. Do pacifiers reduce the risk of sudden infant death syndrome? A meta-analysis. Pediatrics. 2005;116:716-23.
5. Balaguer A, González de Dios J. Usar el chupete al dormir reduce el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante. Evid Pediatr. 2006;2:21.