

Chupetes ¿sí o no? ¿es conveniente que la madre ofrezca el chupete a su bebe? La respuesta es... a veces



Miguel Facal¹
Alberto J. Pérez
Losada²
Constantino Lagarón
Sanjurjo³

¹Profesor asociado de odontopediatría Facultad de Medicina y Odontología Universidad de Santiago de Compostela

²Médico pediatra de atención primaria Centro de Salud de Tui-Pontevedra Sergas

³Médico odontólogo Tutor clínico de odontopediatría de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Santiago de Compostela Coordinador del Área de Atención Primaria de Pontevedra

Correspondencia:
 Miguel Facal
 Marqués de Valladares 12,
 5º Dcha
 36201 Vigo. Pontevedra

Resumen

El bebé necesita succionar ya que eso le calma y le tranquiliza. El chupete es ideal para que satisfaga esa necesidad, siempre que reúna determinadas condiciones de seguridad e higiene, además previene la succión del pulgar, más difícil de erradicar. La persistencia del hábito tiene repercusiones tanto dentro como fuera de la esfera oro-facial.

Summary

The baby needs to suck because by doing so he feels calm and stays quiet. The pacifier is ideal in satisfying that necessity providing that it fulfils certain conditions of safety and hygiene; moreover it prevents the baby from sucking its thumb, which is more difficult to eradicate.

The persistence of the habit has repercussions both inside and outside the Orofacial sphere.

Para la erradicación del hábito se requiere de la participación y apoyo de padres y los profesionales relacionados con la Odontología.

Palabras clave: Succión no nutritiva. Chupete.

The eradication of the sucking habit requires the participation and help of both parents and professionals related to odontology.

Key words: Non nutritive sucking. Pacifier

Introducción

Desde el momento de su nacimiento el recién nacido presenta el denominado reflejo de succión, indispensable para su supervivencia y mediante el cual satisface sus necesidades nutritivas además de otras de orden psicológico.

Cuando mejillas y labios son estimulados, los bebés dirigen al estímulo sus movimientos, e intentan colocarlo en el interior de la boca. Este reflejo le permite al bebé sobrevivir, ya que es la forma en que captura el alimento desde los primeros momentos de nacido. Cuando el lactante madura, este reflejo va desapareciendo apareciendo en su lugar funciones motoras voluntarias, de tal forma que "la succión como *reflejo innato*, se convertirá a partir del cuarto mes en un *reflejo adquirido*"¹.

Los niños que maman del pecho realizan unos ejercicios musculares mucho mayores que cuando lactan

de un biberón, agotándose mucho más y necesitando en menor medida de la succión nutritiva.

En algunos casos la persistencia del hábito de succión no nutritiva más allá de determinada edad, supone la instauración de maloclusiones que en algunos casos requerirán la intervención del ortodoncista.

Instalación de hábito de succión

A lo largo de la historia existieron distintas escuelas de pensamiento respecto al análisis de los factores desencadenantes de la fijación de estos hábitos:

1. Teoría psicoanalista. Los primeros que lo intentaron fueron los psicoanalistas, basados en las teorías Freudianas, según el cual existe una primera etapa del desarrollo psico-sexual del ser humano

(Etapa Oral), en la que el niño se satisface así del instinto de succión. En caso de que tal patrón de conducta continúe en la segunda etapa se daría una fijación del hábito. Si este perdura algunos años más, estaríamos ante una regresión.

Tanto la fijación como la regresión son considerados síntomas de disturbios mentales. Freud aseguraba así, que si el niño se chupaba el dedo más allá de los 4 o 5 años, sería signo de algún trauma o frustración sufrido durante la infancia. Incluso podría representar una falta de cariño de sus padres².

2. Teoría del reaprendizaje neuromuscular. Posteriormente se enfrentan a estas teorías, las del reaprendizaje neuromuscular. Un equipo de investigación multidisciplinar de la Universidad de Alberta dirigidos por el Profesor Haryett demuestran que los niños que se chupan el pulgar no presentan ninguna diferencia psicológica con la muestra control. Esto demostraría que se trata de una conducta aprendida. El niño asocia chupar con la satisfacción que le produce saciar su apetito, bien estar general y otros placeres. De esta forma podría convertirse en un patrón adquirido³.

Aunque actualmente se le da mayor validez a estas teorías sobre las Psicoanalistas, ambas teorías no son incompatibles, por lo que clínicamente habrá que considerar el hábito de succión como un patrón de conducta de naturaleza multivariada.

Actualmente los pediatras consideran que la succión persistente del dedo o chupete, es la expresión de estrés emocional, ansiedad, frustración, inseguridad, etc.¹ a pesar de que los estudios más actuales continúan sin probar suficientemente la relación entre succión no nutritiva y alteraciones psicológicas en el niño⁴. Esa no es sin embargo la imagen que para los otros niños ofrecen quienes se chupan el dedo, ya que son considerados por el resto de sus compañeros de colegio como menos inteligentes, felices, atractivos, simpáticos y menos deseables como amigos⁵.

3. Factores locales como la erupción difícil de determinados dientes, pueden condicionar la presencia de este tipo de hábitos nocivos, ya que de ese modo alivian su dolor.

Tipo de lactancia recibida y su relación con el uso del chupete

La diferencia para el niño entre lactar del biberón o del pecho no están solo relacionadas con el tipo de

leche, que lógicamente es a favor de la lactancia natural, entre otras cosas por las inmunoglobulinas que de esta forma la madre consigue pasar al niño. Para nosotros como dentistas lo interesante no será el contenido (la leche), sino el continente. Es el aspecto funcional de la alimentación lo que nos interesa, ya que el niño realiza un ejercicio muscular específico a cada tipo de lactancia, y de ello se derivan repercusiones morfológicas sobre el desarrollo máxilo-facial.

Asimismo, tendrá repercusión sobre la succión no nutritiva puesto que cuando se alimentan exclusivamente con el biberón no necesita desarrollar tanta energía para extraer la leche, por lo que ha de completar con el chupeteo no nutritivo su completa satisfacción⁶.

El complejo y activo movimiento que se produce al lactar implica a todos los músculos de la lengua, los propulsores mandibulares (más particularmente a los pterigoideos laterales), los maseteros, orbiculares de los labios, y los bucinadores. Este trabajo muscular exige del bebé un esfuerzo importantísimo que consigue agotarlo. Debe efectuar una verdadera tracción del pecho mediante el cual estira la areola hasta doblar su longitud. Este movimiento puede llegar a ser doloroso para algunas mujeres, o hacerle daño si el niño no se adapta bien al pecho⁷.

Los biberones no cumplen en ningún caso este objetivo, ya que envían siempre el mismo flujo independientemente de la presión con la que el niño chupa⁶.

Lactancia natural o biberón

El patrón con el que el niño lacta del pecho o del biberón es totalmente diferente, incluso cuando la tetina del biberón es de diseño anatómico. Los biberones con tetinas "anatómicas" consiguen mejorar algo el sellado labial y la posición de la lengua, pero en ningún caso conseguirá la lengua actuar con la misma fisiología que cuando lacta del pecho⁸.

La propulsión de la pareja lengua-mandíbula es más débil en el caso del biberón. Los pterigoideos laterales y maseteros son menos solicitados. Una simple depresión intrabucal es suficiente para conseguir la eyección de la leche, que cae dentro de la boca sin esfuerzo durando menos la lactancia. El bebé se cansa menos.

El escaso esfuerzo muscular que le exige al bebé la utilización del biberón hace que su desarrollo morfogenético se encuentre desvalorizado. Además,

estos niños tienen un mayor riesgo de adquisición de malos hábitos de cara al futuro, como la persistencia de la succión no nutritiva o la instauración de respiración oral. La insatisfacción por falta de fatiga con la que se queda el niño tras la toma, hace que necesite el complemento del chupete o del dedo.

De todas formas esto es algo difícil de demostrar en la práctica ya que los trabajos en los que se intenta relacionar modo de lactar con la persistencia de ciertos hábitos y la futura oclusión se encuentran, con una serie de problemas como el hecho de que no siempre queda bien definido el modo en que el niño lactaba en su etapa de bebé, y en muchos estudios se incluyen en el mismo grupo niños que lactaron del pecho escasas semanas con otros que estuvieron el año entero mamando, o de niños que alternaban pecho y biberón con los que exclusivamente mamaron del pecho⁶.

¿Cuál es la oclusión normal en dentición temporal? ¿Se han de considerar maloclusiones las mordidas abiertas anteriores en los niños más pequeños?

Si ya es difícil de definir la oclusión normal en un niño preescolar, mucho más lo será en el caso del lactante, que está sufriendo continuos cambios. En estos casos resultan difíciles de definir los conceptos que diferencian la oclusión ideal de la oclusión normal y la maloclusión, dado que se trata de algo dinámico en estas edades. Lo que en un adulto o simplemente en un niño más mayor se consideraría maloclusión, no tiene por que considerarse de tal forma en uno pequeñito todavía en edad de chupetear, ya que estas "maloclusiones" ligeras se normalizan por sí solas pasada esa edad en muchísimos casos, al ser algo evolutivo⁹.

Los factores genéticos pero también los ambientales como los hábitos alimentarios y los de succión, condicionarán la forma de disponerse las arcadas dentales. a través de la musculatura, tejidos blandos, fuerzas periodontales y la relación postural del sistema estomatognático¹⁰.

Esta característica dinámica de las arcadas en dentición temporal hace que en algunas ocasiones solo tenga que pasar el tiempo para que se cierren ciertas mordidas abiertas anteriores^{11,12} o disminuya el resalte incisivo¹³. Incluso llegó a ser observada la corrección espontánea de algunas clases II molares

y caninas debidas al hábito del chupeteo cuando este hábito se abandonaba tempranamente siempre que se tratase de casos muy leves y achacándolo a un inexplicable incremento de la profundidad mandibular¹⁴.

Un estudio realizado desde la Facultad de Odontología de Santiago de Compostela demuestra como se normalizan resalte y sobremordida en los niños más pequeños, con el paso del tiempo¹⁵.

Es por ello que algunas "maloclusiones" en dentición temporal no habría que considerarlas como tales pues puede esperarse en algún caso una corrección espontánea siempre y cuando los hábitos responsables de ellas sean abandonados a tiempo¹⁶.

Normalmente no quedan secuelas cuando el hábito no se prolonga más allá del primer o segundo año de vida, pero sobrepasado ese tiempo existe una relación evidente entre la gravedad de las deformaciones y el tiempo que se mantiene el hábito¹⁷⁻¹⁹, sobre todo si el niño tiene predisposición esquelética a padecer el síndrome ortodóncico. Entonces podrán perpetuarse o incluso aumentar determinados aspectos maloclusivos como algunas clases canina II tempranas en períodos posteriores de dentición²⁰.

Los niños suelen abandonar el hábito de succión de manera espontánea entre los tres y los cuatro años como media. La gravedad de cualquier alteración oclusal puede aumentar en los niños que persisten en el hábito de succión a los 3,5-4 años de edad, no solamente por el hecho de la presión y dirección de las fuerzas de succión, sino por el importante auxilio de la musculatura que se establece²¹.

Implicaciones clínicas de la persistencia del hábito del chupete

Las consecuencias clínicas derivadas de la persistencia del hábito de succión que aparecerán con mas frecuencia son la mordida abierta con vestibulización de incisivos superiores, hipotonicidad de labio superior e interposición lingual. En el sector posterior se puede llegar a producir la mordida cruzada uni o bilateral (Figura 1). Estos efectos van a depender de una serie de factores como son:

- Tipo característico de succión: (frecuencia, intensidad, duración).
- Patrón dento-facial y oclusión inicial. Moyers asegura que una oclusión firme de clase I parece tolerar mejor las fuerzas que un esqueleto facial típico de clase II^{17,20,22}.



Figura 1.
Efectos sobre la oclusión de la persistencia del chupete. La mordida abierta es la consecuencia que con mayor frecuencia se producirá

Figura 2a.
Chupete ideal. No se puede desmontar en piezas y todo él es blando para no dañar al bebé

Figura 2b.
Chupete desmontable en piezas y de escudo rígido, menos recomendable

Figura 3.
El tipo de tetina del chupete (bola o anatómico) no es tan determinante como otros factores como tiempo de uso, intensidad de chupeteo, etc., para determinar la maloclusión

- Edad de interrupción del hábito:
- Forma y tamaño del chupete^{8,23-28}.

Las alteraciones que suelen producirse por el hábito de succión persistente se pueden clasificar en:

Alteraciones en el plano frontal: mordida abierta

Es la deformación que más frecuentemente se producirá por el hábito del chupeteo. Se evidencia antes por el uso del chupete que por la succión digital aunque cuando es provocada por el chupete tiende a normalizarse espontáneamente al desaparecer el hábito.

Peores consecuencias tendrá la mordida abierta originada por la succión digital. En este caso la mordida abierta está relacionada con el empuje de la lengua al tragar saliva con el dedo dentro de la boca. Se produce una inhibición de la erupción de los incisivos, mientras quedan libres los dientes posteriores,

unido a la reducción del crecimiento vertical de las zonas alveolares de los incisivos superiores.

Por tanto sería en un principio una mordida abierta de causa dentaria, que con el tiempo se convertirá también en esquelética²⁹.

Dado que las mordidas abiertas una vez establecidas son muy difíciles de corregir, es importante insistir en la prevención, intentando interrumpir el hábito de succión en la primera fase de dentición mixta, como está indicado³⁰.

Alteraciones en el plano sagital: resalte aumentado y distoclusión

En un principio, la presión sobre dientes y alveolo provoca el desplazamiento de los incisivos superiores hacia vestibular y la retroinclinación de los inferiores. Si el hábito permanece el efecto de la presión sobre la premaxila la hace crecer en sentido

Figura 4.
La tapa y tetina de un biberón adaptados como chupete improvisado, causaron la muerte de un bebé que se asfixió al soltarse dicha tetina



Figura 5.
El niño debería asociar el chupete exclusivamente con la hora de irse a dormir



Figura 6.
Agujerear o cortar el extremo de la bola puede ayudar a abandonar el hábito de su uso



anterior, quedando los dientes en una posición todavía más adelantada (Figura 7). En cuanto se han producido los cambios esqueléticos, estos permanecerían sin solucionarse espontáneamente²⁹.

Actualmente está admitido por la casi totalidad de los autores el hecho de que la succión prolongada es uno de los principales condicionantes de síndromes de clase II división primera^{8,28,31}.

Alteraciones el plano transversal: mordida cruzada lateral

En la dentición primaria la mordida cruzada lateral está más relacionada con el uso del chupete que con la succión digital. El efecto del chupete se limita a dos planos:

- Vertical: produciendo muy tempranamente la mordida abierta, antes incluso que si se trata de la succión digital.
- Transversal: favoreciendo la mordida cruzada posterior.

La tetina o el dedo se coloca en el techo de la parte anterior y media de la boca. Las fuerzas dirigidas contra el paladar producirán al tiempo que un excesivo desarrollo anterior del maxilar, un déficit de desarrollo lateral de la arcada superior, debiendo tener en cuenta además el desequilibrio muscular existente entre musculatura bucal y lingual durante el acto de succión, ya que al interponerse el chupete o dedo entre lengua y paladar, se le exige a la lengua que se dirija hacia abajo lejos del paladar, dejando de estimular el crecimiento transversal del paladar. Los músculos bucinadores y orbicular siguen ejerciendo presión desde vestibular de la arcada superior, sin que estas fuerzas sean contrarrestadas por la presión de la lengua desde dentro, con lo que la arcada superior se colapsa aún más en su parte posterior, favoreciendo el desarrollo de la Mordida Cruzada Posterior²³ (Figura 3).

Por otro lado, la postura baja de la lengua puede favorecer el ensanchamiento del arco inferior, aumentando la probabilidad de la mordida cruzada lateral³².

La disminución de la anchura bicarínica del arco superior es ya significativa desde los dos años de edad, mientras que el aumento de la anchura en la mandíbula es significativo al cabo del tercer año de persistencia del hábito³³.

No cabe esperar en ningún caso resolución espontánea de la mordida cruzada lateral, persistiendo si no se trata en períodos de dentición más avanzados^{18, 34-37}.

Alteraciones del patrón de deglución

La maduración de la deglución se retarda en los niños chupadores. La deglución infantil a modo de émbolo como cuando lactan, persiste sino del todo intercalándose con ciclos de deglución madura.

La incompetencia labial, interposición del labio inferior, la interposición lingual en reposo o durante la deglución, crean un peligro una vez que se han

instaurado a pesar de que se hubiese abandonado el hábito de succión, ya que serán los desencadenantes de tales deformaciones^{16,21,23,38}.

Los chupetes: “ventajas e inconvenientes de su utilización”

Hubo un tiempo en que los “expertos” desaconsejaban por completo la utilización de los chupetes. Eran los mismos que recomendaban no coger en brazos a un niño que lloraba. Afortunadamente para los bebés que nacen hoy día, los actuales padres hemos aprendido a tolerar un poco más las necesidades de los bebés, incluidas las de succionar.

El problema es cuando por una actitud negligente de algunos padres, el niño continúa con el chupete más allá de cierta edad pudiendo desencadenar en él graves consecuencias oclusales. Existe además una relación entre la persistencia del hábito del chupete con otros hábitos indeseables como ausencia de cepillado en el niño. Estos padres necesitan más información y motivación que el resto³⁹⁻⁴¹.

Es difícil encontrar datos sobre el origen del chupete en la historia, aunque probablemente en cualquier tiempo los bebés hayan utilizado para tal fin cualquiera sabe que tipo de objeto, ya que la necesidad de succionar es algo consustancial con el bebé¹.

La mayoría de los niños lo utilizan en sus primeros meses de vida, abandonándolo antes de que llegue a suponer un problema para él.

El chupete podría definirse como un artículo que el niño succiona pero del que no extrae ningún fluido. Pueden construirse con distintos materiales y diseños diferentes, aunque existe una serie de recomendaciones de distintos organismos sobre como deberían ser este tipo de objetos.

Recomendaciones sobre el tipo de chupete

OMS, UNICEF, Academia Americana de Pediatría, AENOR (Asociación Española de Normalización y Certificación) nos dan sus respectivas recomendaciones sobre chupetes, con el objeto de poder prevenir daños y accidentes incluso letales para el bebé, originados por chupetes mal diseñados^{42,43}.

Muchas de esas recomendaciones se repiten por uno y otro organismo, resultando ser casi siempre de

absoluta lógica. Las presentamos resumidas en las Tablas 1 y 2.

En los primeros días de vida, pasar constantemente del pecho al pezón artificial y viceversa es demasiado pedir para un bebé que aún está aprendiendo a mamar. Al intentar succionar el pecho del mismo modo que lo haría de una tetina o chupete se frustra fácilmente y lloran o rechazan el pecho. Cuando menos no sacan mucha leche y les cuesta aprender a mamar de forma eficaz.

Succionar un chupete también puede interferir con el suministro de leche materna, y en última instancia con el crecimiento del niño. Si el bebé satisface parte de sus necesidades de succión con un chupete, pasará menos tiempo estimulándole el pecho a la madre y se priva de la leche que se produce al final de la toma, alta en calorías y grasa esencial para el crecimiento.

Así pues no debería ofrecérsele el chupete al bebé hasta que la lactancia esté bien establecida al menos durante las dos o tres primeras semanas. Lo que se ofrece en su lugar esos primeros días es el propio pecho de la madre, que el niño sabe utilizar a modo de chupete para realizar succión no nutritiva. Es un chupeteo poco intenso que apenas produce un goteo de leche. De esta manera el bebé puede continuar durante tiempo succionando sin empacharse y sin tragar aire.

Las tetinas de los biberones no tienen este sistema de ajuste controlado por el bebé, y si este quisiera calmar su deseo de succión, continuaría mamando leche o aire durante los minutos en los que el niño únicamente hubiera pretendido calmarse, relajarse. El niño acabaría sobrealimentado, con gases y regurgitaciones. Aquí es donde el chupete puede satisfacer una necesidad importante.

En ninguna de las publicaciones de estos organismos se encuentra recomendación alguna en cuanto a la

-
- De una sola pieza
 - De material no tóxico
 - Tetina lisa y suave de tamaño adecuado para la edad del niño (< de 3,3 cm)
 - Dimensiones mínimas del escudo 4 x 4 cm
 - Escudo flexible para evitar traumatismos. Sobre todo a la hora del dormir
 - Escudo con orificios antiahogos.
 - Anilla para agarrarlo en caso de atragantamiento
 - Cadena con broche de seguridad para sujetarlo a la ropa
-

Tabla 1.
Características del chupete ideal

Tabla 2.
Cuidados y precauciones a tener en cuenta con el chupete

- Dejar que el bebé decida si usar el chupete y cuando hacerlo.
- No atar el chupete al cuello, brazo o mano del bebé. Implica riesgos.
- No atar el chupete a la cuna. Implica riesgos.
- Nunca utilizar la tetina de un biberón a modo de chupete, ya que podría salirse del marco con una succión fuerte, ser aspirado, y asfixiar al bebé.
- No impregnarlo en miel, zumos, azúcar, leche condensada, ni otras sustancias.
- Hervir el chupete antes de usarlo y lavarlo frecuentemente antes de que el bebé cumpla seis meses, para no exponerlo a los gérmenes.
- Después de esta edad el riesgo de infecciones por esta vía es menor, por lo que bastará con lavarlo con jabón y enjuagarlo con asiduidad o cuando cae al suelo.
- Cambiarlo cuando se deteriore (grietas, perforaciones, cambio de color, etc.) Cambiarlo cada dos meses aunque no presente signos de deterioro.
- La OMS y UNICEF en una declaración conjunta en 1989 recomiendan no ofrecerle el chupete al bebé hasta que pasen las primeras semanas y la lactancia esté bien instaurada⁴⁴ Chupetes y tetinas artificiales confunden al bebé y dificultan la lactancia materna, mientras este no ha aprendido a mamar.

forma que debe de tener la tetina del chupete (cereza, gota, o anatómico) (Figura 3). Ello se debe sin duda a que los estudios realizados al respecto no encuentran grandes diferencias entre unos y otros. Influyen más en los desarreglos oclusales que produce la persistencia del chupete, factores como el tamaño, el tiempo de utilización y sobre todo el tiempo que ha transcurrido desde que se abandona el hábito independientemente del tipo de chupete utilizado^{8,31,45}.

Los otros inconvenientes del chupete

Además de los problemas oclusales que induce la utilización persistente del chupete y que ya ha sido estudiado en el presente texto se pueden citar otros como son:

Posible acortamiento del período de lactancia materna

Debido a la denominada *confusión de pezón* ya que la succión de pecho y chupete tienen patrones diferentes, y puede interferir en la adquisición de la técnica oral necesaria para lactar del pecho. El bebé acaba llorando al verse con problemas para lactar del pecho, la madre terminará optando por suprimirle la lactancia natural e instaurar el biberón, incluso cuando se trata de madres muy motivadas hacia la lactancia natural⁴⁶.

Por otro lado, si el niño es capaz de satisfacer sus necesidades de succión con métodos no nutritivos, va a estimular menos tiempo el pezón a la madre, ésta producirá menor cantidad de leche, se reduce el tiem-

po que dura cada toma, de modo que el bebé deja sin tomar la leche del final rica en grasas y calorías:

- Menor estímulo al pezón:
 - Produce menor cantidad de leche.
 - Dura menos cada toma.

La leche obtenida por lo tanto pierde en cantidad y en calidad, dejando al niño más hambriento e irritable, lo que induce a los padres a introducir la lactancia artificial⁴⁷⁻⁴⁹. Este efecto está inducido tanto dedo como chupete.

En este sentido la OMS y UNICEF hacen conjuntamente una recomendación para que no se le ofrezcan al bebé ni chupete ni biberón en los primeros días, hasta que el bebé tenga bien instaurada la succión del pecho materno⁴⁴. Existen estudios recientes que han demostrado que solamente la utilización diaria del chupete conlleva a que el bebé abandone prematuramente el pecho, pero no ocurre así sin embargo cuando el chupete se le ofrece al recién de forma esporádica⁵⁰.

Algunos autores sin embargo no encontraron una relación significativa entre el hábito del chupete y la duración del período de lactancia natural^{51,52}, y otros que demostrarían esa relación cuando lo que usan es el chupete, pero no cuando chupan el dedo⁴⁶.

Chupete y riesgo de infecciones orales

Algunos estudios pretendieron relacionar el hábito de chupetear el chupete o el pulgar con determinados efectos adversos para la salud del niño, comprobándose que estos niños presentan infecciones más frecuentes⁵³. Cuando el chupete no se higieniza con-

venientemente, puede constituir una fuente de contaminación de diversos microorganismos, entre ellos *Lactobacilos* y *Cándida*, y de ese modo aumentar la probabilidad de caries en el niño⁵⁴.

Una forma de contagio bastante frecuente es cuando el adulto "limpia" el chupete que cayó al suelo en su propia boca, y después se lo pasa al niño⁵⁵.

En algunos casos de Candidiasis oral resistente al tratamiento antimicótico habitual, se demuestran en el chupete colonias de *Cándida Albicans*. El solo hecho de retirar el objeto contaminado es suficiente para que la lesión se cure sin necesidad de reiniciar el tratamiento⁵⁶.

Relación entre el uso del chupete y la otitis media aguda

Se ha relacionado en distintas publicaciones la utilización del chupete con el mayor riesgo de padecer otitis media. Esto ocurre si el niño presenta infección de vías respiratorias altas ya que la succión con las fosas nasales bloqueadas, hace aumentar el reflujo de las secreciones orofaríngeas al interior de la cavidad del oído medio⁵⁷⁻⁶⁰.

Reflujo gastro-esofágico

Se pudo demostrar que a corto plazo el uso del chupete en decúbito prono aumenta el reflujo gastro-esofágico posprandial, puesto que el chupeteo disminuye el tono del esfínter esofágico. Esto no pasa si el niño está sentado, por lo que es recomendable que el niño con tendencia a padecer el RGE, evite usar el chupete, o al menos solo lo tenga en postura sentado, lo que viene a ser difícil de conseguir^{61,62}.

Accidentes con el chupete

Pueden ser desde accidentes banales cuando el escudo de material rígido ocasiona heridas o laceraciones traumáticas, hasta resultar letal por asfixia cuando el bebé ha aspirado una parte del chupete, o por que le pueda estrangular el cordel con el que se lo sujetan a la ropa o a la cama. Casos así fueron objeto de publicación en revistas de *Pediatría Americanas* y *Europeas*^{63,64}. Entre ellas el caso de un niño de cinco meses que muere asfixiado por la tetina de un chupete desmontable en piezas comprado en Nueva York, aunque fabricado en España, en el año 1976⁶⁵, o el de una niña de tres semanas que murió asfixiada con la tetina de un biberón adaptada como chupete, ocurrido en Florida en 1985⁶⁶ (Figura 4).

Por ello se han desarrollado las recomendaciones de los diversos organismos en cuanto a como deberían estar contruidos los chupetes.

Contaminación química por Nitrosaminas

La presencia de nitrosaminas en algunas tetinas y chupetes así como en mordedores para bebés, han sido motivo de alerta por el potencial carcinogénico de esas sustancias, por lo que se han retirado del mercado y actualmente no se comercializan. La legislación comunitaria Europea contempla la prohibición de este tipo de productos en una normativa de 1993⁶⁷.

Hipersensibilidad al látex

El látex está presente en muchísimos objetos cotidianos como guantes, preservativos, globos, chupetes y tetinas, etc. Hace una década que se está experimentando un incremento de alergias al mismo. En el caso de los bebés es posible que la sensibilización al látex comience por culpa de los chupetes, y es algo que deberían tener en cuenta los profesionales sanitarios cuando se observan eccemas, urticarias o incluso anafilaxia en el lactante, pero sin embargo esta relación no ha podido ser confirmada por el momento⁶⁸.

Está demostrado que el látex de los chupetes no es el responsable de la muerte súbita, ya que el uso del chupete incluso la previene⁶⁹.

Relación del chupete con el cociente intelectual

Aunque difícil de demostrar algunos autores lo han intentado, para concluir que los niños que utilizaron chupete tienen un menor cociente intelectual que aquellos que no lo usaron. El efecto relajante del chupete haría que el niño pierda interés sobre el entorno que lo rodea y de esta forma se pierda la estimulación que estos le hubiesen provocado, al contrario que otros bebés irritables que demandan continuamente atención⁷⁰. Estas hipótesis no están aceptadas ampliamente. Si bien en algunos estudios se admite que el hábito del chupete es más frecuente entre las clases sociales bajas y con escaso nivel cultural, hábito materno de fumar en casa, etc por lo que también podría entenderse que esos otros condicionantes serían los que explicarían ese menor cociente intelectual, e incluso otros problemas que se quisieron relacionar con el hábito del chupete⁷¹. Lo que si es demostrable desde el punto de vista neurofisiológico es que durante la lactancia se pro-

duce un aumento de la amplitud del electroencefalograma (EEG) correspondiente a las áreas corticales posteriores, que es mayor cuando la lactancia es natural, pero no se demostró que el chupete alterase la actividad eléctrica cerebral⁷².

Las ventajas del chupete

Induce tranquilidad y calma al niño

Tanto los chupetes como la succión de consuelo al pecho tienen su lugar. Hay momentos en que éste puede sustituir al pecho de la madre, calmar la inquietud del bebé y restablecer la paz para todos. Cuando se utiliza juiciosamente el chupete es un arma valiosísima para toda la familia. La literatura inglesa se refiere a ellos entre otros nombres con el término “pacifier”, que significa pacificador, lo que indica muy bien cual es su principal función, tranquilizar al niño.

También los niños amamantados pueden requerir el chupete si la madre no tiene la posibilidad de ponerlo al pecho en un momento determinado.

- Los bebés necesitan succionar. Eso les calma y tranquiliza. El pecho de la madre no siempre está disponible. Los chupetes son un sustituto práctico. Si no lo tuviesen, chuparían cualquier otra cosa, y la ventaja del chupete es que se puede lavar y controlar.
- Los niños alimentados artificialmente no deben usar el biberón para satisfacer su necesidad de succión. Por ello el chupete está indicado en estos niños⁴⁷.
- El chupete calma al bebé con cólicos.
- El chupete reconforta al bebé demasiado alterado o nervioso para mamar.
- Las madres de gemelos pueden utilizar el chupete mientras el niño ha de esperar a que termine de mamar su hermano.

El chupete previene el hábito de chupar el pulgar

Es otra gran ventaja del chupete. Aunque las consecuencias clínicas de uno y otro hábito son muy parecidas, es deseable el chupete si ello evita el chupeteo del pulgar, ya que este es mucho más difícil de erradicar. El pulgar lo controla y decide el niño sobre él. Aunque hay quien encuentra una ventaja el que no se le cae de noche, ni lo pierde por el día, en realidad se convierte en una desventaja a la hora de

tener que erradicarlo, ya que los padres no pueden intervenir sobre él^{16,51,73}.

El chupete sirve para estimular el reflejo de succión en el recién nacido prematuro

El patrón con el que estos niños chupeteen es distinto al que utilizan los bebés nacidos a término⁷⁴.

En los hospitales utilizan chupetes con bebés prematuros para madurar en ellos el reflejo de succión, y ayudarles a asociar el reflejo de succión con la alimentación que reciben por sonda. De esta forma terminan de madurar en ellos el reflejo de succión. Los pediatras comprueban como en ellos es mejor el tránsito intestinal, y ganan peso más aprisa, sin saber explicar el por que ocurre así. El caso es que reciben antes el alta que si no lo hacen de esa forma^{75,76}.

Además se demuestra que la succión del chupete produce en estos niños una mejor saturación de oxígeno, y un mejor ritmo cardíaco, aunque los resultados no sean estadísticamente significativos^{77,78}.

Relación entre utilización de chupete y prevención de la muerte súbita del lactante

Existen por último estudios que relacionan el uso del chupete con una menor incidencia de la muerte súbita del bebé, que sufren algunos niños mientras duermen^{79,80}.

La explicación que se apunta a este hecho en publicaciones más recientes, está en que cuando el niño tiene el chupete, la lengua no se le puede caer hacia atrás obstruyéndole las vías aéreas, además de que la succión del chupete favorece el control de la respiración disminuyendo los períodos de apnea. Además se le une el hecho de que con el chupete el lactante no se suele colocar boca abajo para dormir, por la incomodidad que le produciría, hecho este de la postura que se relaciona también con la muerte súbita del lactante⁸¹.

Eliminación del hábito del chupete

Las recomendaciones de los distintos organismos y sociedades con respecto a la edad ideal para la retirada completa del chupete, existe mucha variación. La *Academia Americana de Pediatría* dice que se retire a partir del año de edad, aunque reconoce que

no hay que obsesionarse con ello y que las presiones y los castigos pueden ser contraproducentes al fortalecer el hábito⁸².

La Academia de Odontología General (Chicago 2001) recomienda dejar de utilizarlo coincidiendo con el momento en el que el niño está a punto de entrar en el jardín de infancia⁸³. Recomienda como táctica lo siguiente:

- Hablar con el niño y recordarle que ya es mayor, que ya va al cole.
- Ponerle metas. Por ejemplo, usar el chupete solo para dormir. Y premiarlo si lo consigue.
- No frustrarse por la falta de éxito, ya que empeora las cosas.

En principio el niño debería asociar el chupete con el momento de irse a dormir (Figura 5) y así evitar que lo utilice a otras horas del día. Para ello no deberían dejárselo sacar de su cama. Durante el sueño se le puede retirar de su boca para disminuir su uso.

Otra recomendación descrita es la de agujerear la bola del chupete o cortarle el extremo con una tijera⁸⁵. Con ello el niño sentirá cada vez menos placer y poco a poco tenderá a dejar de utilizarlo (Figura 6).

En última instancia, al igual que en el caso de la succión digital, la urgencia en abandonar el hábito del chupete estribará en las consecuencias que este esté produciendo en la oclusión del niño. Eliminar el hábito del chupete será siempre mucho más fácil que si se trata de eliminar el hábito de succión digital.

La mayoría de los niños lo abandona al año y medio o dos años, sin que le haya creado problemas.

Conclusiones

En el bebé es normal la succión no nutritiva, y sirve para calmarlo y tranquilizarlo. El chupete es ideal para que satisfaga esa necesidad, pero ha de requerir determinadas condiciones de seguridad e higiene.

El niño que mama tiene menos necesidades de realizar succiones no nutritivas (chupete o dedo) que aquellos alimentados exclusivamente con biberón.

Si la madre lo piensa alimentar al pecho es recomendable que le ofrezca el chupete una vez que el niño ya ha aprendido a mamar, para que no entorpezca con ese aprendizaje, puesto que al ser succiones de patrones muy distintos confunde al bebé. Mientras tanto el pecho de la madre puede cumplir esa función.

En principio no tendría que ser malo que el bebé utilice el chupete, ya que cumple en él una serie de efectos beneficiosos. El problema solo aparecerá cuando se instaure como hábito mas allá de una determinada edad.

Bibliografía

1. Illingworth RS. *The normal child*. 7ª ed. Edimburg: Logman Group, 1979;280.
2. Ayer WA, Gale EN. Psychology and thumb-sucking. *JADA* 1970;80:1335-7.
3. Haryett RD, Hansen FC, Davidson PO, Sandilands ML. Chronic thumb-sucking: The psychologis effects and the relative effectiveness of various methods of treatment. *Am J Orthod* 1967;53:569-84.
4. Friman PC, Larzerele R, Finney JW. Exploring the relationship between thumb-sucking and psychopathology. *J Pediatr Psychol* 1994;19:431-41.
5. Friman Pc, McPherson KM, Wazak WJ, Evans J. Influence of thumb sucking on peer social acceptance in first-grade children. *Pediatrics* 1993;91:784-6.
6. Raymond JL. A functional approach to the relationship between nursing and malocclusion. *Rev Orthop Dento Faciale* 2000;34:379-402.
7. Novak A, Smith WL, Eremberg A. Imaging evaluation of breast-feeding and bottle-feeding systems. *J Pediatr* 1995;126:130-4.
8. Turgeon O'Brian H, Lachapelle D, Gagnon PF, Larocque I, Maheu Rbert LF. Nutritive and nonnutritive sucking habits: a review. *ASDC J Dent Child* 1996;63:321-7.
9. Foster TD, Hamilton MC. Occlusion in the primary dentition. Study of Children at 2.1/2 to 3 years of age. *Brit Dent J* 1969;21:76-9.
10. Suárez D, Martín D. Biogénesis de la forma de arcada. *Rev Esp Ort* 1985;15:33-48.
11. Baca A, Baca P, Carreño J. Valoración de las necesidades de tratamiento ortodóncico en una muestra de 517 escolares de Albuñol (Granada). *Rev Esp Ort* 1989; 19:147-57.
12. Kerosuo H. Occlusion in the primary and early mixed dentition in group of Tanzanian and Finish children. *J Dent Child* 1990;57:293-8.
13. Vaello C. Estudio de la oclusión en dentición temporal en un grupo de preescolares de 3 a 6 años. *Rev Esp Ort* 1987;17:147-52.
14. Clinch LM: An analysis of serial models between three and eighth years of age. *Dent Rec* 1951;71:61-72.
15. Facal García M, De Nova García J, Suárez Quintanilla D, Fernández Quiroga N, Sieira Fernández MC. Estudio de la oclusión en dentición temporal de una población gallega. *Ortodoncia Española* 1998;38:25-33.

16. Popovich F; Thompson GW. Thumb and finger - sucking; its relation to malocclusion. *Am J Orthod* 1973;63: 148-55.
17. Bishara SE, Jakobsen JR, Vorhies B, Bayati P. Changes in dentofacial structures in untreated Class II division 1 and normal subjects: a longitudinal study. *Angle Orthod* 1997;67:55-66.
18. Warren JJ, Bishara SE. Duration of nutritive and nonnutritive sucking behaviors and their effects on the dental arches in the primary dentition. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2002;121:347-56.
19. Warren JJ, Bishara SE, Steinbock KL, Yonezu T, Nowak AJ. Effects of oral habits' duration on dental characteristics in the primary dentition. *J Am Dent Assoc* 2001; 132:685-93.
20. Baccetti T, Franchi L, Mc.Namara JA Jr, Tollaro I. Early dentofacial features of Class II malocclusion: A longitudinal study from the deciduous through the mixed dentition. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1997; 111:502-9.
21. Benkert KK. The effectiveness of orofacial myofunctional therapy in improving dental occlusion. *Int J Orofacial Myology* 1997;23:35-46.
22. Moyers RE. *Técnicas, materiales, instrumentos*. Mundi ed. Manual de Ortodoncia. Buenos Aires, 1976
23. De Nova García J, Planeéis del Pozo P, Martín Ferrer JM, Manzaneque López A, Barbería Leache E, Moreno González JP. Succión digital: factor etiológico de maloclusión. *Odontología Pediátrica* 1993;2:285-91.
24. Da Silva Filho OG, Gomes Gonsalves RJ, Maia FA. Sucking habits: Clinical management in dentistry. *J Clin Pediatr Dent* 1991;15:137-56.
25. Larsson E, Dahlin KG. The prevalence and the etiology of the initial dummy -and finger- sucking habit. *Am J Orthod* 1985;87:432-5.
26. Larsson E. Prevalence of crossbite among children with prolonged dummy -and finger- sucking habit *Swed Dent J* 1983;7:115-9.
27. Peterson J, Scheneider P. Oral Habits: A Behavioral Approach. *Pediatr Clin North Am* 1991;38:1290-6.
28. Jhonson E, Larson B. Thumb-sucking: Literature Review. *J ASDC Dent Child* 1993;60:385-91.
29. Larsson E. Artificial sucking habits: etiology, prevalence and effect on occlusion. *Int J Orofacial Myology* 1994; 20:10-21.
30. Fakuta O, Braham RL, Yokoi K, Kurosu K. Damage to the primary dentition resulting from thumb and finger (digit) sucking. *ASDC J Dent Child* 1996;63:403-7.
31. Adair SM, Milano M, Lorenzo I, Russell C. Effects of current and former pacifier use on the dentition of 24- to 59-month-old children. *Pediatr Dent* 1995 Nov-Dec;17(7):437-44.
32. Larsson E. Sucking, cheving, and feeding habits and the development of crossbite: a longitudinal study of girls from birth to 3 years of age. *Angle Orthod* 2001; 71:116:9.
33. Ogaard B, Larsson E, Lindsten R. The effect of sucking habits, cohort, sex intercanine arch widths, and breast or bottle feeding on posterior crossbite in Norwegian and Swedish 3- year- old children. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1994;106:161-6.
34. Cadena A, Hinojosa A. Maloclusiones en dentición primaria. *Rev ADM* 1990;47:107-11.
35. Belanger GK. *Razones e indicaciones de equilibrado en dentición primaria*. Quintessence (ed esp) 1993;6: 468-73.
36. De Salvador Planas C. Les pistes directes en composite: traitement fonctionnel des occlusions croisées. *Rev Orthop Dento Faciale* 1991;25:443-50.
37. Zhu JF, Crevoiser R, King DL, Henry R, Mills CM. Posterior crossbites in children. *Compend Contin Educ Dent* 1996;17:1051-4,1056-8
38. Larsson E. The effect of dummy-sucking on the occlusion: a review. *Eur J Orthod* 1986;8:127-30.
39. Paunio P, Rautava P, Sillanpaa M. The finnish Family Competence Study: the effects of living conditions on sucking habits in 3-year-old Finnish children and the association between these habits and dental occlusion. *Acta Odontol Scand* 1993;51:23-9.
40. Bayardo RE, Mejia JJ, Orozco S, Montoya. Etiology of oral habits. *ASDC J Dent Child* 1996;63:350-3.
41. Novak AJ, Warren JJ. Infant oral health and oral habits. *Pediatr Clin North Am* 2000;47:1043-66.
42. American Academy of Pediatrics: Thumbs, Fingers and Pacifiers. *Public education brochure* 2000.
43. Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR) BOE 136 de 07/06/2001 Sec. 3 Págs. 20210-20214 Normas para la seguridad de los chupetes.
44. Protección, Promoción y apoyo a la lactancia. Declaración conjunta OMS-UNICEF, 1989
45. Eisman D, Mender G. The development of the deciduous dentition under the influence of differently shaped pacifiers. *Fortschr Kieferorthop* 1992;53:349-53.
46. Aarts C, Hornell A, Kylberg E, Hofvander Y, Gebre-Medhin M. Breastfeeding patterns in relation to thumb sucking and pacifier use. *Pediatrics* 1999;104:50.
47. Victora CG, Behague DP, Barros FC, Olinto MT, Weiderpass E. Pacifier use and shortbreastfeeding duration: Cause consequence, or coincidence? *Pediatrics* 1997;44:445-53.
48. Hall RT, Mercer AM, Teasley SL, Mc Pherson DM, Simon SD, Santos SR, Meyers BM, Hipsh NE. A breast-feeding assessment score to evaluate the risk for cessation of breast feeding by 7 to 10 days of age. *J Pediatr* 2002; 141:659:64.
49. Levy SM, Slager SL, Warren JJ, Novak AJ. Associations pacifieruse, digit sucking, and child care attendance

- with cessation of breastfeeding. *J Fam Pract* 2002;51:165.
50. Vogel AM, Hutchinson BL, Mitchell EA. The impact of pacifier use on breastfeeding: a prospective cohort study. *J Paediatr Child Health* 2001;37:58-63.
 51. Zadik D, Stern N, Litner M. Thumb -a and pacifier-sucking habits. *Am J Orthod* 1977;71:197-201.
 52. Newman J. Breastfeeding problems associated with the early introduction of bottles and pacifiers. *J Hum Lact* 1990;6:59-63.
 53. North Stone K, Fleming P, Golding J. Socio demographic associations with digit and pacifier sucking at 15 months of age and possible associations with infant infection. The ALSPAC Study Team. Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood. *Early Human Dev* 2000;60:137-48.
 54. Oleila P, Niemela M, Uhari M, Larmas M. Risk factors for colonization of salivary lactobacilli and candida in children. *Acta Odontol Scand* 1997;55:5-13.
 55. Strazzeri Bönecker MJ. Cap. 2. Orientação. Hábitos nocivos. En: Strazzeri Bonecker eds. *Cuaderno de Odontopediatria, Abordagem Clínica*. São Paulo: Ed. Santos 2001;5-14.
 56. Abramovits W. Resistant oral candidiasis in an infant due to pacifier contamination. *Clin Pediatr* 1981;20:393.
 57. Jackson JM, Mouriño AP. Pacifier use and otitis media in infants twelve months of age younger. *Pediatr Dent* 1999;21:255-60.
 58. Watase S, Mouriño AP, Tipton GA. An analysis of malocclusion in children with otitis media. *Pediatr Dent* 1998;20:327-30.
 59. Niemela M, Uhari M, Hannuksela A. Pacifiers and dental structure as risk factors for otitis media. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1994;29:121-7.
 60. Niemela M, Uhari M, Mottonen M. A pacifier increases the risk of recurrent acute otitis media in children in day care centres. *Pediatrics* 1995;96:884-8.
 61. Orenstein S. Effect of nonnutritive sucking on infant gastroesophageal reflux. *Pediatr Res* 1988;24:38-40.
 62. Feranchak AP, Orenstein SR, Cohn JF. Behaviors associated with onset of gastroesophageal reflux episodes in infants. Prospective study using split-screen video and pH probe. *Clin Pediatr Phila* 1994;33:654-62.
 63. Scherz RG. *Premie Nipples: A Potential Aspiration Hazard* *Pediatrics* 1980;65:163-4.
 64. Simkiss D, Sheppard I. Airway obstruction by a child's pacifier-could flange design be safer? *Eur J Pediatr* 1998;157:252-4.
 65. Kravath RE. A lethal pacifier. Case report. *Pediatrics* 1976;8:853-5, o el de una niña
 66. Millunchick EW, Mc Artor D. Fatal Aspiration of a Makeshift Pacifier. *Pediatrics* 1986;77:369-70.
 67. Directiva 93/11CEE de la comisión de 15 de marzo de 1993 relativa a la cesión de N-nitrosaminas y de sustancias N-nitrosalables por las tetinas y chupetes de elastómeros o caucho. Diario Oficial nº L 093 de 17-04-1993 P. 0037-0038.
 68. Niggerman B, Kuling M, Bergmann R, Wahn U. Development of latex allergy in children up to 5 years of age. A retrospective analysis of risk factors. *Pediatr Allergy Immunol* 1998;9:36-9.
 69. Gutgesell C, Seubert S, Saternus K, Fuchs T. Natural rubber latex is not a cause of sudden infant death. *Int Arch Allergy Immunol* 1999;119:322-4.
 70. Gale G, Martín C. Breastfeeding, dummy use and adult intelligence. *Lancet* 1996;347:1072-5.
 71. Warren JJ, Levy SM, Nowak AJ, Tang S. Non nutritive sucking behaviors in preschool children: a longitudinal study. *Pediatr Dent* 2000;3:187-91.
 72. Lehtonen J, Hönönen Purhonen M, Partanen J, Saarikoski S, Launiala K. The effect of nursing on the brain activity of the newborn. *J Pediatr* 1998;132:646-51.
 73. Vadiakas G, Oulis C, Berdouses E. Profile of non-nutritive sucking habits in relation to nursing behavior in preschool children. *J Clin Pediatr Dent* 1998;22:133-6.
 74. Ludqvist C, Hafström M. Non nutritive sucking in full-term and pre-term infants studied at term conceptual age. *Acta Pediatr* 1999;88:1287-9.
 75. Nyqvist KH, Sjöden PO, Ewald U. The development of preterm infants' breastfeeding behavior. *Early Hum Dev* 1999;55:247-64.
 76. Premji SS, Paes B. Gastrointestinal function and growth in premature infants: is non-nutritive sucking vital? *J Perinatol* 2000;20:46-53.
 77. Pinelli J, Symington A. Non-nutritive sucking for promoting physiologic stability and nutrition in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2000, 2CD001071.
 78. Paludetto R, Robertson SS, Hack M, Shvpuri CR, Martin RJ. Transcutaneous Oxygen Tension During Nonnutritive Sucking in Preterm Infants. *Pediatrics* 1984;74:539-42.
 79. Mitchell E, Taylor B, Ford R, Stewart A, Becorft D, Thompson J. Dummies and the sudden infant death syndrome. *Arch Dis Child* 1993;68:501-4.
 80. L'Hoir MP, Engelberts AC, Van Well GT, Idema NK, Westers P, Mellenbergh GJ, Wolteers WH, Huber J. Dummy use, thumb sucking, mouth breathing and cot death. *Eur J Pediatr* 2000;159:542-3.
 81. Fleming P, Blair P, Pollard K, Ward Platt M, Leach C, Smith J. Pacifier use and sudden infant death syndrome: results from the CESDI/SUDI case control study. *Arch Dis Child* 1999;81:112-6.
 82. American Academy of Pediatrics: Thumbs, Fingers and Pacifiers. Public education brochure 2000.
 83. Academy of General Dentistry. www. Agd.org.