

Recomendaciones
sobre el uso del
chupete
para equipos de salud
padres y cuidadores

–2015–

Secretaría de Salud Comunitaria
Subsecretaría de Medicina Comunitaria, Maternidad e Infancia
Dirección Nacional de Maternidad e Infancia
Programa Nacional de Salud Bucodental

Ministerio de
Salud



Presidencia
de la Nación

AUTORIDADES NACIONALES

Presidenta de la Nación
Cristina Fernández de Kirchner

Ministro de Salud
Daniel Gustavo Gollán

Secretario de Salud Comunitaria
Nicolás Kreplak

Subsecretario de Medicina Comunitaria, Maternidad e Infancia
Sabrina Balaña

Directora Nacional de Maternidad e Infancia
Ana M. Speranza

Directora del Programa Nacional de Salud Bucal
María Belén César

DOCUMENTO ELABORADO Y REVISADO POR LOS SIGUIENTES PROFESIONALES
DE LA DIRECCIÓN NACIONAL DE MATERNIDAD E INFANCIA:

ELABORACIÓN:

Enrique O. Abeyá Gilardon
María Letizia Fasola
Guadalupe L. Mangialavori
Nancy Taglialegne

REVISIÓN:

Graciela Del Bene †
Silvana Folgueral
Virginia Orazi
Liliana Sapoznicoff
Mariela Tenisi
Mónica R. Waisman

AGRADECIMIENTOS:

Se agradece, por la revisión y valiosos aportes realizados, a las siguientes instituciones y expertos en la materia:

Sociedad Argentina de Pediatría (Grupo de Trabajo «Muerte Súbita e Inesperada del Lactante»; Comité de Estudios Fetoneonatales (C.E.F.E.N.).

Universidad Nacional de La Matanza, Escuela de Medicina.

Asociación Argentina de Odontología para Niños.

EXPERTOS CONSULTADOS:

Fanny Breitman
Silvia Fernandez Jonusas
Mirta Garategaray
Alejandro G. Jenik
Virginia López Casariego
Carla L Masoli
Roxana Montaferrer
Fabiana Olivera
Liliana Santón
Graciela Uriburu

Introducción

Sobre la base del saber popular y por transmisión intergeneracional –y, por lo mismo, muy arraigado en nuestra cultura– el chupete es muy usado en los niños pequeños, particularmente los bebés, como un medio para calmar la ansiedad infantil. En su forma actual, fue patentado en 1902 en los Estados Unidos de Norteamérica y ha mantenido el mismo diseño hasta el presente, con muy ligeras modificaciones. En inglés se lo conoce como “*pacifier*” o “*comforter*”; expresiones que aluden a su uso como tranquilizador de las emociones del bebé. En francés se lo llama “*tétine*”, en alusión a la forma y el objeto que reemplaza. En castellano, al igual que en portugués e italiano, alude a la acción de succión que desencadena.

Desde hace más de 2000 años se usan objetos de diferentes formas y diseños destinados a ser mordidos por el bebé junto a otros, como pequeños recipientes, para que éstos succionen sustancias endulzadas.¹ Desde la antigüedad se conoce la utilización de una pequeña bolsa rellena con algún alimento endulzado para que el niño succionara, como puede observarse en el óleo “*La Virgen del canario*” de Alberto Durero, de 1506.

Son conocidas las controversias alrededor del uso del chupete: se ha referido en la bibliografía su asociación con maloclusión y otros problemas odontológicos², su asociación con disminución y menor duración de la lactancia materna³, su relación con el desarrollo del niño⁴, su papel en la disminución del riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante⁵. No está claro el significado de su asociación con la otitis media aguda en los primeros 6 meses de vida⁶.

El uso del chupete es una decisión de la familia, razón por la cual es conveniente que ésta disponga de información adecuada. A tal efecto y para contribuir al apoyo que el equipo de salud brinda a las familias, se considera oportuno emitir este documento, así como delimitar las controversias que se establecen entre las distintas disciplinas cuando se recomienda unilateralmente tanto su uso como su rechazo. En este sentido la Dirección Nacional de Maternidad e



¹ Baby-bottle museum. [internet]. *The history of the feeding bottle*. <http://www.babybottle-museum.co.uk/articles.html>. Acceso: 11/06/2014

² Adair SM. *Pacifier use in children: a review of recent literature*. *Pediatr Dent* 2003; 25:449-58.

³ Victora CG, Behague DP, Barros FC, Olinto MT, Weiderpass E. *Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence?* *Pediatrics*. 1997; 99:445-53.

⁴ Frager R, Fadiman J. *Personality and personal growth*. 5th ed. New Jersey: Pearson Education; 2002.

⁵ Hauck FR, Omojokun OO, Siadaty MS. *Do pacifiers reduce the risk of sudden infant death syndrome? A meta-analysis*. *Pediatrics* 2005; 116:e716-23.

⁶ North K, Fleming P, Golding J, ALSPAC Study Team. *Pacifier use and morbidity in the first 6 months of life*. *Pediatrics*. 1999; 103(3):e34.

Infancia, en conjunto con el Programa Nacional de Salud Bucodental del Ministerio de Salud de la Nación han producido el presente documento a partir de la revisión bibliográfica y de la discusión entre sus profesionales, como fundamento técnico para la consejería del equipo de salud, incluyendo las recomendaciones dirigidas a los padres.

Succión y lactancia

La capacidad de succionar es innata en todos los mamíferos. Sin embargo, los patrones de succión difieren según la especie, al igual que las posiciones adoptadas para mamar. La especie humana lo desarrolla y ejercita *intra utero*, siendo éste uno de los procesos que integra la relación con la madre desde el nacimiento y contribuye a alcanzar la meta más importante, que es la obtención del alimento.

Diversos autores plantean que a las 16 semanas de gestación el feto esboza espontáneamente el movimiento de mamar. Incluso, a las 27 semanas algunos “chupan” su dedo dentro del útero. Por tanto, la boca del recién nacido está adaptada para la función primordial del amamantamiento, observándose las siguientes características anatomo-funcionales:⁷

- el maxilar superior presenta una prominencia con respecto al inferior;
- existe una relación distal entre ambas arcadas dentarias, lo que permite la succión;
- el bebé posee los reflejos de búsqueda, succión y deglución, fundamentales a la hora de alimentarse.

Tipos de succión: nutritiva y no nutritiva

Los bebés realizan dos tipos de succión: la nutritiva y la no nutritiva. En los bebés amamantados, ambos tipos de succión se alternan, estimulando o manejando el flujo de leche, que es variable en distintos momentos de la mamada.

La **succión nutritiva** es la que utilizan para alimentarse. Se trata de una succión lenta, profunda y rítmica que suele durar unos minutos y da paso a la succión no nutritiva.

La **succión no nutritiva** es más rápida y superficial. En los bebés amamantados cumple, entre otras, la función de estimular el reflejo de eyección. Se caracteriza por series de salvas de corta duración con pausas, donde las salvas son similares y ocurren a una frecuencia rápida. Es el tipo de succión que se ejercita por medio del uso del dedo, chupete u otros objetos. Se la considera “una práctica” para la succión nutritiva.

Durante la **succión nutritiva**, el niño comprime la areola y el pezón, elevando la mandíbula y la lengua. Los labios y las mejillas se contraen, quedando la leche en el dorso de la lengua. También hay un desplazamiento de la mandíbula hacia delante y atrás produciendo una presión negativa que empuja la leche al istmo de las fauces. Luego, la lengua se eleva contrayendo sus músculos extrínsecos y el milohioideo hasta llevarlos a la bucofaringe. Los músculos palatofaríngeos y palatoglosos, que componen los pilares de las fauces, se contraen e impiden el retorno de la leche a la cavidad oral. El paladar blando se eleva por acción de los músculos del velo del paladar, cerrando la comunicación nasofaríngea. A partir de entonces, comienza una serie de contracciones musculares que desplazan el bolo alimenticio hacia el esófago.

⁷ Anderson GC, McBride MR, Dahm J, Ellis MK, Vidyasagar D. *Development of sucking in term infants from birth to four hours postbirth*. Res Nurs Health. 1982;;5(1):21-7.

Como estos músculos (principalmente el orbicular de los labios, los mentonianos y digástricos) son ejercitados intensamente al succionar, su actividad constante provee una importante influencia sobre el crecimiento fisiológico de la mandíbula. El amamantamiento es el estímulo ideal para este mecanismo.

Estas praxias durante la lactancia, con la función incrementada de los músculos, evitan retrognatismos mandibulares, logrando así un progresivo equilibrio en la relación entre el maxilar superior y el inferior.⁸

Desarrollo del niño

Ya desde el nacimiento el bebé cuenta con la suficiente maduración neurológica como para interactuar con su madre a fin de satisfacer sus necesidades esenciales. La succión del pecho de la madre le permite alimentarse y saciar de esta manera una necesidad fisiológica primordial, pero también cumple una función emocional proporcionándole placer y calmando la ansiedad. El chupete aparece en la cultura como objeto alternativo de succión, buscando ejercitar la succión no nutritiva, aplacar la ansiedad e, indirectamente, producir el placer que tranquiliza al bebé.⁹

Esta etapa, llamada por el Psicoanálisis “etapa oral”, dura aproximadamente entre un año y un año y medio.

Para recorrer una niñez feliz y poder consolidarse luego como un adulto sano, el bebé requiere que todas sus etapas evolutivas se vayan desarrollando normalmente. El uso rutinario, permanente y prolongado del chupete produce alteraciones en la evolución emocional que luego pueden expresarse como alteraciones de la conducta alimentaria, trastornos en la conducta, etc.

Maloclusión. Disgnacias.

La lactancia materna, como hábito, estimula el crecimiento óseo de los maxilares propiciando la acción normal de los labios y la lengua. Los movimientos utilizados cuando el bebé es alimentado con biberón son diferentes.

Hábitos perniciosos de succión no nutritiva (por ejemplo, el uso del chupete) durante un tiempo prolongado, así como la ingesta a través de biberón, se han relacionado con maloclusiones dentarias tales como mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior. La primera es la maloclusión más frecuente y tiende a mejorar cuando se retira el objeto que la produce. La segunda, es una maloclusión más compleja y, si no es tratada a tiempo, puede repercutir sobre el crecimiento máxilofacial.

Diversos autores han relacionado de manera muy significativa el uso del chupete con la mordida cruzada posterior, especialmente si el hábito perdura más allá de los 36 meses o si la forma de chupete utilizado no es anatómica.¹⁰

Se considera que tal relación se debe a que la posición bucal del chupete conlleva un desplazamiento de la lengua sobre la mandíbula y una elongación de los músculos orbiculares y buccinador. Estos cambios provocan un aumento de la distancia mandibular transversal, así como una disminución de la distancia maxilar transversal. Asimismo, este tipo de mordida puede ser favorecedora del hábito respiratorio bucal ya que, al producirse un desequilibrio muscular, la cincha labioyugal se torna disfuncional.

⁸ Sumi S, Ruby N. *Risk and benefits of pacifiers*. American Family Physician 2009; 79: 681-5.

⁹ Sartorio SC, Silva IA. *The symbolic and utilitarian facets of pacifiers according to mothers*. Rev Saude Publica 2005;39(2):156-62.

¹⁰ Godoy D, Haller W, Casamayou M. *Prevención de las disgnacias desde el nacimiento*. Montevideo, Uruguay, 2001.

El uso del chupete en los niños prematuros

La cantidad de partos prematuros en el mundo ha aumentado, no sólo por el incremento de la población, sino como resultado de una mayor proporción de problemas maternos o del embarazo que generan partos antes de la culminación de aquél. En estos recién nacidos, la supervivencia con una adecuada calidad de vida en los diversos aspectos del desarrollo es una preocupación tanto de los padres como de los equipos de salud, siendo el proceso de la alimentación uno de los retos más relevantes.

La tarea de la alimentación oral del recién nacido de riesgo es compleja, ya que supone la integración y coordinación de múltiples sistemas. Apoyar el desarrollo de las capacidades de la alimentación oral es una tarea importante que debe ser abordada de manera integral.

El uso del chupete acelera la maduración del reflejo de succión, permitiendo lograr una succión organizada, que facilita una transición más rápida a la alimentación oral. Por otra parte, los bebés prematuros que usan chupete presentan un menor tiempo de tránsito intestinal y una mayor ganancia ponderal, que supone estancias más breves en la internación.¹¹ También hay experiencias positivas con el empleo del dedo enguantado del adulto cuidador como estímulo de la succión no nutritiva, que mejora la disposición para la alimentación oral, reduce la frecuencia de las señales de estrés y acorta el tiempo de la transición a la alimentación oral.^{12 13 14}

Si bien aún no están claros los mecanismos por los cuales la succión no nutritiva acelera el incremento de peso, podrían estar relacionados con la disminución del grado de actividad –con el consiguiente ahorro de energía– y con una mejor absorción de las grasas gracias a la lipasa lingual estimulada por la succión.¹⁵

Uso del chupete y Síndrome de Muerte Súbita del Lactante

El **Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL)** designa la muerte de lactantes que no puede ser explicada luego de una investigación exhaustiva, incluyendo autopsia según estándares internacionales, investigación de la escena de la muerte y revisión de la Historia Clínica.

Muerte súbita inesperada, en cambio, es un término más amplio que se utiliza para describir toda muerte súbita (incluye el término SMSL). Luego de la investigación pertinente (autopsia, escena de la muerte y análisis de la historia clínica) puede concluirse que la causa de esta muerte inesperada fue sofocamiento, asfixia, infección, aspiración, enfermedades metabólicas, lesiones (intencionales o no) u otras, o bien tratarse de un SMSL.

La muerte súbita inesperada es un problema de Salud Pública a nivel global. Nuestro país reporta anualmente las estadísticas vitales, que incluyen el número de muertes infantiles post-neonatales ocurridas

¹¹ Campos Z. *Problemas de la alimentación en lactantes. Segunda parte: fases oral y faríngea*. Acta Pediatr Costarric 2010; 22: 14-22.

¹² Moreira C, Cavalcante-Silva R, Miyaki M, Fujinaga C. *Effects of non-nutritive sucking stimulation with gloved finger on feeding transition in very low birth weight premature infants*. Rev. CEFAC. 2014;16(4):1187-92.

¹³ Medeiros AM, Oliveira AR, Fernandes AM et al. *Characterization of the transition technique from enteral tube feeding to breastfeeding in preterm newborns*. J Soc Bras Fonoaudiol 2011;23(1):57-65.

¹⁴ Sanches MTC. *Enfoque fonoaudiológico*. En: MR Carvalho, LAM Tavares. *Amamentação*. Bases científicas. 3a edición. Río de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

¹⁵ Harding CM, Law J, Pring T. *The use of non-nutritive sucking to promote functional sucking skills in premature infants: an exploratory trial*. Infant 2006; 2(6):238-43.

fuera de las instituciones de salud. De las 2.602 defunciones post-neonatales registradas en el año 2013, 574 corresponden a muertes domiciliarias. En 234 de estas últimas, la Causa Básica de Muerte correspondió a la categoría “Mal definidas”, lo cual equivale al 41% del total de las muertes post-neonatales ocurridas en domicilio. Dentro de esta categoría, “Mal definidas”, 174 (74%) corresponden a SMSL.¹⁶

Fisiopatología del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante

La convergencia de factores disparadores exógenos (la posición prona para dormir, el sobreabrigo, la obstrucción de la vía aérea), un período crítico del desarrollo y la disfunción o inmadurez cardiorrespiratoria o de los sistemas de despertares (vulnerabilidad intrínseca) conduciría a una falla en la respuesta protectora. El alcohol y la nicotina en los adultos convivientes tendrían efectos sobre el desarrollo de esta vulnerabilidad intrínseca.

La asociación de estos factores resulta en un proceso de asfixia, bradicardia, hipotensión, acidosis metabólica y *gasping* inefectivo que conducen a la muerte. Las anomalías en el tronco encefálico que incluyen al sistema serotoninérgico en el 70% de los niños que murieron por SMSL es el hallazgo más importante y específico asociado al SMSL en autopsias, y fue confirmado por varios estudios. Esta área del tronco encefálico desempeña un papel fundamental en la coordinación de varias funciones respiratorias, del despertar y autonómicas. Cuando existen disfuncionalidades en esta región, se pierde la respuesta normal a factores estresores que comúnmente ocurren durante el sueño.

No hay evidencia firme acerca de la contribución del factor hereditario al SMSL. Sin embargo, se ha observado que existen alteraciones genéticas que podrían aumentar la vulnerabilidad al SMSL.

Uso del chupete y efecto protector

Existe bibliografía que sugiere un efecto protector del chupete en los lactantes, para disminuir el riesgo de muerte súbita. Teniendo en cuenta la teoría multicausal, el uso de chupete sería beneficioso al facilitar microdespertares, modificar el control autonómico durante el sueño y mantener permeable la vía aérea. Una alternativa al chupete es la succión del propio pulgar. El pulgar, a diferencia del chupete, no se pierde durante la noche, ni se cae al suelo convirtiéndose en un objeto contaminado.

Por tratarse de un elemento protector del SMSL, el chupete debe ser utilizado en todos los momentos de sueño del bebé, incluso en los períodos de siesta, aun cuando no sea utilizado durante todo el período de sueño (ya que habitualmente cae de la boca del bebé).^{17 18}

El período de mayor ocurrencia de SMSL es durante el primer año de vida, con un máximo entre el 1º y 4º mes, coincidiendo con el período en el cual la necesidad fisiológica de succión del niño es mayor. Por ello, el uso del chupete debe recomendarse especialmente en este momento de la vida del niño y no prolongar su uso más allá del año, ya que a partir de ese momento tienen más peso las complicaciones de su uso (maloclusión y otitis media) que los beneficios.

¹⁶ Ministerio de Salud. Dirección de Estadística e Información de Salud. *Estadísticas vitales. Información Básica Año 2013*. Buenos Aires, 2014.

¹⁷ Kair LR, Kenron D, Etheredge K, Jaffe AC, Phillipi CA. *Pacifier restriction and exclusive breastfeeding*. Pediatrics. 2013;131(4): e1101-7.

¹⁸ Jenik AG, Vain NE, Gorestein AN, Jacobi NE. *Does the recommendation to use a pacifier influence the prevalence of breastfeeding?* J Pediatrics 2009;155:350-4.

Debe destacarse que el chupete no es el único factor que reduce el riesgo del SMSL, por lo cual su uso debe ir acompañado de otras acciones protectoras: poner al niño a dormir en posición supina; amamantar en forma exclusiva durante los primeros seis meses; realizar cohabitación y no colecho; no permitir humo de tabaco en hogares donde hay niños; no sobreabrigar al niño; no colocar objetos en la cuna del bebé (peluches, chichoneras, muñecos, almohadas, etc.); y asegurar inmunizaciones completas. Hay estudios que muestran que algunos de estos factores conllevan una disminución de hasta el 60% en la ocurrencia de muerte súbita. Vale aclarar que el riesgo asociado al colecho es el de la asfixia del niño cuando un adulto duerme con él, tanto en una cama como en un sillón, etc.

Estos factores son especialmente importantes en países donde un alto porcentaje de niños duermen en posición supina y en las cuales habría que enfatizar sobre la presencia de los factores mencionados (fundamentalmente el colecho).^{19 20} Las medidas aconsejadas son las que han logrado reducir la muerte súbita a un tercio de sus valores previos a las campañas.²¹

El equipo de salud debe tomar una postura clara en la recomendación de todos los factores enunciados; fundamentalmente, no realizar colecho.

Uso del chupete y lactancia materna

La lactancia materna es un factor protector de la salud general del niño como también un factor protector independiente frente al SMSL. La recomendación del Ministerio de Salud de la Nación, en consonancia con la OMS, el UNICEF y la Sociedad Argentina de Pediatría (la Academia Americana de Pediatría es de igual opinión), es que los niños sean alimentados exclusivamente al pecho (recibiendo sólo la leche de sus madres sin el agregado de otras leches, líquidos ni alimentos) durante los 6 primeros meses de vida (180 días) y que, a partir de ese momento, la lactancia continúe hasta los 2 años complementada con alimentos apropiados para la edad del niño.^{22 23}

En Argentina existe una buena proporción de inicio de la lactancia materna (95%) lo cual indica una elevada predisposición a la misma en los primeros días de vida. Sin embargo, la prevalencia desciende rápidamente antes del sexto mes de vida. Este rápido descenso de los indicadores puede deberse a la falta de respuesta que encuentran las madres frente a las dificultades que pudieran surgir tempranamente, ya que la gran mayoría de las razones de abandono no obedecen a situaciones que contraindiquen la lactancia materna. Antes del sexto mes, aproximadamente el 50% de las mujeres refiere haber abandonado la lactancia por haberse “*quedado sin leche*” lo cual permite suponer que, de haber mediado una técnica correcta de lactancia y un acompañamiento apropiado por parte del equipo de salud, la lactancia materna no se habría interrumpido prematuramente.^{24 25}

¹⁹ Mitchell EA. *Recommendations for sudden infant death syndrome prevention: a discussion document*. Arch Dis Child 2007; 92:155–9.

²⁰ Carpenter R, McGarvey C, Mitchell EA, et al. *Bed sharing when parents do not smoke: is there a risk of SIDS? An individual level analysis of five major case–control studies*. BMJ Open. 2013; 3:e002299.

²¹ Hauck FR, Tanabe KO. *International trends in sudden infant death syndrome: stabilization of rates requires further action*. Pediatrics. 2008; 122 (3): 660-6.

²² AAP. *Breastfeeding and the use of human milk*. Pediatrics 2012; 129(3), e827-e841.

²³ República Argentina. Ley N° 26.873, Lactancia Materna. Promoción y Concientización Pública (2008) y Decreto reglamentario N° 22 (2015).

²⁴ Ministerio de Salud. *La alimentación de los niños menores de dos años. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud –ENNyS–*. Buenos Aires: Ministerio de Salud, 2010.

La producción adecuada de leche y la continuidad de la lactancia dependen del adecuado drenaje de las mamas, a su vez relacionado con la intensidad y persistencia del estímulo producido por la succión del niño. La interferencia de ese estímulo por la introducción de succión no nutritiva mediante chupetes puede poner en riesgo la producción de leche a corto y largo plazo, generando un círculo vicioso con una reducción progresiva que puede terminar con la lactancia por completo o con la necesidad de la introducción de alimentación artificial.^{26 27} Adicionalmente, la succión realizada en una tetina es diferente a la requerida para obtener leche del pecho materno, por lo cual es probable que se genere la llamada “confusión de pezón” que podría interferir con la lactancia e incluso producir una mala técnica de prendida al pecho desencadenando problemas como grietas del pezón.²⁸

El uso de chupete ha sido identificado en diversos estudios como factor de influencia negativa para la duración de la lactancia materna exclusiva, y las madres que utilizan chupete tienden a amamantar menos veces por día.^{29 30} Sin embargo, los estudios observacionales no pueden confirmar la relación causa-efecto entre ambos factores ya que no permiten descartar la causalidad inversa, es decir, que aquellos niños con dificultad inicial en la lactancia materna sean más proclives a utilizar el chupete, o incluso que la introducción del chupete sea una forma de destetar al niño o que su uso esté asociado a una menor predisposición materna a amamantar.

Estudios aleatorizados (tanto para el uso de chupete como de biberones) no encontraron evidencia de que el chupete o las tetinas redujeran las tasas de lactancia materna a diferentes edades del niño cuando las madres estaban comprometidas y motivadas con la alimentación al pecho de sus hijos, recibían apoyo calificado para amamantar y la lactancia estaba establecida.^{18 31 32 33}

En vista de la evidencia científica a favor del uso del chupete para la reducción del riesgo de SMSL, y de la evidencia científica sobre los riesgos para la salud materno-infantil que conlleva la suspensión prematura de la lactancia materna, es necesario establecer una recomendación para el uso del chupete que no ponga en riesgo la alimentación a pecho en ninguna circunstancia. Por lo tanto,

²⁵ Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. *Situación de la lactancia materna en Argentina. Año 2011.*

²⁶ Aarts C, Hömell A, Kylberg E, Hofvander Y, Gebre-Medhin M. *Breastfeeding patterns in relation to thumb sucking and pacifier use.* Pediatrics. 1999;104(4).

²⁷ Victora CG, Behague DP, Barros FC, Olinto MT, Weiderpass E. *Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence?* Pediatrics. 1997;99:445-53.

²⁸ Neifert M, Lawrence R, Seacat J. *Nipple confusion: toward a formal definition.* J Pediatr 1995; 126:125-9.

²⁹ Osorio-Castaño JH, Botero-Ortiz BE. *Factors associated to the duration of exclusive breastfeeding.* Invest Educ Enferm. 2012;30(3):390-7.

³⁰ Howard CR, Howard FM, Lanphear B, deBlicke EA, Eberly S, Lawrence RA. *The effects of early pacifier use on breastfeeding duration.* Pediatrics 1999;103(3):e33.

³¹ Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, Yang H, Jones P, Ciofani L, Jané F. *Pacifier Use, Early Weaning, and Cry/Fuss Behavior: A Randomized Controlled Trial.* JAMA. 2001;286(3):322-6.

³² Jaafar SH, Jahanfar S, Angolkar M, Ho JJ. *Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding.* Cochrane Database Syst Rev. 2012 Jul 11;7:CD007202.

³³ Cronenwett L, Stukel T, Kearney M, Barrett J, Covington C, Del Monte K, Reinhardt R, Rippe L. *Single Daily Bottle Use in the Early Weeks Postpartum and Breast-Feeding Outcomes.* Pediatrics 1992;90(5):760-6.

**El uso del chupete debe recomendarse
cuando se cumplan las siguientes condiciones en relación a la alimentación:**

- 1. Lactancia materna establecida:** adecuada prendida al pecho evaluada por un profesional de salud; madre que puede identificar la bajada de la leche al poner el niño al pecho y amamanta sin molestias; y niño que aumenta de peso adecuadamente habiendo recuperado el peso del nacimiento.
- 2. No se utilice para retrasar la alimentación del niño:** Los profesionales de la salud deben educar a la madre a alimentar al niño a demanda, sin horarios fijos ni pautados; y jamás utilizar el chupete para espaciar las ingestas del niño.
- 3. Sólo se utilice en el momento del sueño:** de otro modo, el uso de chupete puede asociarse a menor cantidad de puestas al pecho durante el día.
- 4. Madre motivada para amamantar:** el equipo de salud debe brindar apoyo y motivación para la lactancia materna desde el embarazo, durante el puerperio y en la atención pediátrica hasta los dos años de edad. Así mismo debe estar disponible y dispuesto a evacuar dudas y colaborar en la identificación temprana de posibles abandonos innecesarios.

Características del chupete

- Para proteger la anatomía bucal el chupete recomendado debería:
 - a. ser de silicona ó látex
 - b. tener forma aplanada o anatómica (ver imagen)
 - c. respetar la relación tamaño del chupete y edad del niño.
- Por razones de seguridad el chupete recomendado debería:
 - a. ser de una sola pieza.
 - b. tener un escudo con dimensiones mínimas de 43 x 43 mm.
 - c. tener un escudo rígido o semirrígido, con la flexibilidad suficiente para evitar los traumatismos, pero sin aumentar el riesgo de aspiración.
 - d. poseer un anillo que permita tomarlo fácilmente en caso de atragantamiento.
 - e. ser sostenido con un broche de seguridad a la ropa (y no alrededor del cuello), mediante una cinta corta, menor a 22 cm, para evitar asfixia.
 - f. renovarse en caso de presentar deterioro.
- Por razones de higiene el chupete recomendado debería:
 - a. ser limpiado cada vez que el niño termina de usarlo, si se cae al piso o si se ensucia.
 - b. poseer agujeros antihongos.



Formas de chupete recomendadas

Recomendación para el equipo de salud sobre el uso del chupete

emitida por la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia
y el Programa Nacional de Salud Bucodental

Teniendo en cuenta todo lo presentado en el presente documento técnico, la recomendación de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia y del Programa Nacional de Salud Bucodental, a través de sus áreas técnicas es:

- 1.Recomendar el uso del chupete en todos los momentos de sueño a partir del momento en que se identifica que la lactancia materna está establecida y hasta el año de vida del niño.
- 2.Determinar que la lactancia materna está establecida cuando: hay una adecuada prendida al pecho evaluada por el equipo de salud; la madre amamanta sin molestias y puede identificar la bajada de la leche al poner el niño al pecho; el niño ha recuperado el peso del nacimiento y aumenta de peso adecuadamente.
- 3.Motivar activamente a las madres a amamantar a sus hijos y no utilizar el chupete para retrasar la alimentación o espaciar mamadas.
- 4.Nunca ofrecer el chupete con miel, azúcar ni otros edulcorantes ya que no sólo pueden predisponer a malos hábitos alimentarios sino que, además, pueden poner en riesgo la salud del niño al exponerlo a enfermedades como el botulismo.

Recomendación para los padres sobre el uso del chupete

emitida por la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia
y el Programa Nacional de Salud Bucodental

El llanto es la forma explícita en que los recién nacidos se comunican con sus padres y cuidadores para transmitirles sus necesidades. Un recién nacido llora por muchos motivos y es un trabajo diario distinguir el tipo de llanto para poder interpretar la necesidad del niño.

El niño puede llorar por hambre pero también por sueño, miedo, o por la necesidad de sentir la proximidad de su madre o cuidador. Si el niño llora por **hambre**, es porque se han pasado por alto otras señales tempranas como inquietud, movimientos de los ojos, la búsqueda del pecho mediante movimientos de la cabeza, el chasquido suave de la boca, llevar las manos a la línea media o la succión de su mano. Al observar estas señales, la madre debe ofrecer el pecho al niño, ya que las mismas son señales tempranas de hambre y su pronta atención evitará que el momento de la alimentación sea tenso y el niño esté irritable.

Es probable que el adulto que cuida al niño desestime el hambre si el niño comió recientemente, pero es importante recordar que los bebés **NO** tienen horarios fijos ni preestablecidos para comer y que la única señal válida es lo que el niño transmite y no lo que indica el reloj o la percepción del adulto.

Si el niño expresa hambre, debe ser amamantado sin demoras. Se recomienda el chupete para los momentos de sueño –para ayudar a disminuir el riesgo de Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL)– y no para calmar la sensación de hambre del bebé.

Cuando un niño llora y se descarta que sea por hambre, se deben evaluar las siguientes alternativas:

- Alzarlo, pasearlo, facilitar la expulsión de aire deglutido o de gases intestinales.
- Acunarlo, abrigarlo o desabrigarlo, cambiarle el pañal, etc.
- Ofrecerle el chupete al momento de dormir (siestas y noche) o cuando, luego de haber intentado otras alternativas para calmar al niño, las mismas fueron insuficientes.

Cuando se usa chupete es necesario recordar:

- Nunca utilizarlo con el objetivo de demorar el momento de alimentación del niño. Si el bebé tiene hambre, aliméntelo sin demoras.
- Nunca colgar el chupete con cintas o cadenas del cuello del niño, ya que provocan riesgo de asfixia.
- Nunca agregar al chupete miel ni azúcar (u otros endulzantes).
- Lavar los chupetes luego de cada uso con agua y jabón. En caso de que hubieran caído al piso o se hubieran ensuciado, el adulto no debería limpiarlo con su boca.
- Ofrecer chupetes en buenas condiciones, que no estén rotos ni con partes flojas.
- No permitir que el bebé comparta el chupete con otros niños.
- Hacia el año de vida es el momento de empezar a reducir su uso.

Recomendación para los padres sobre el sueño seguro del bebé

emitida por la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia

Para dormir, acueste al bebé apoyado sobre su espalda, boca arriba, en su cuna.

- Se recomienda cohabitar (compartir el mismo cuarto).
- No duerma con el bebé en la misma cama.
- Ofrezca chupete al bebé para dormir.
- No permita que se fume dentro de la casa, ni cerca del bebé.
- Evite el calor ambiental intenso y el exceso de abrigo.
- Utilice un colchón firme para acostar al niño.
- Acueste al niño sin almohada.
- Los brazos del bebé deben quedar por arriba de la ropa de cama.
- Los pies del bebé deben tocar la baranda o borde inferior de la cuna o moisés.
- Asegure que la cabeza del bebé quede descubierta.
- No debe haber objetos en la cuna (almohadas, peluches, colgantes, etc.).