

Aceptación del sabor de una nueva solución de rehidratación oral en niños sanos

B. Herranz Jordán*, P. Torres-Pardo Muñoz**

*Pediatra. **Enfermera
CS Las Rozas. Madrid.

Pap 2000: 2(8); 25-30

Resumen

Fundamento: Recientemente se dispone en España de una nueva solución de rehidratación oral que cuenta con varias ventajas: se adapta a las recomendaciones de la Sociedad Europea de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, está saboreada y se vende líquida.

Objetivo: El objetivo de nuestro estudio es determinar la aceptación del sabor de esta nueva solución de rehidratación, comparándola con otra en polvo clásica, en niños sanos.

Métodos: A 45 niños sanos mayores de 5 años se les ofrecieron a beber, a doble ciego, ambas soluciones de rehidratación. Puntuaron su sabor entre malo, regular y bueno.

Resultados: No se encontraron diferencias en la aceptación del sabor de ambas soluciones de rehidratación. Se observó una tendencia a valorar peor el sabor de ambas soluciones en los niños de mayor edad.

Palabras Clave: Soluciones de rehidratación oral.

Abstract

Background: A new oral rehydration solution is recently available in Spain. This solution has the advantage to follow the European Society of Paediatric Gastroenterology and Nutrition recommendations, to be flavored and to be liquid.

Objective: To determine the taste acceptance of this new rehydration solution, as compared with a traditional powdered solution, in healthy children.

Methods: A double blind study with 45 children older than five years old. These children were offered both rehydration solution and were asked to rate their taste as bad, acceptable or good.

Results: No difference on taste acceptance was found on either rehydration solution. There was a tendency among older children to rate poorly the taste of both rehydration solution.

Key Words: Oral rehydration solutions.

Introducción

Las Soluciones de Rehidratación Oral (SRO) son la terapia de elección para rehidratar, mantener la hidratación o

prevenir la deshidratación de la mayor parte de los niños con diarrea y/o vómitos^{1,2,3}. La rehidratación intravenosa debe reservarse para niños con deshidra-

tación severa, íleo paralítico, vómitos incoercibles, choque o alteración de la conciencia³.

En ocasiones no es posible rehidratar por vía oral por falta de colaboración del niño. Uno de los factores que determina de forma notable su colaboración es el sabor de las SRO. Esto es relativamente frecuente en pacientes que simplemente están en riesgo de deshidratación, o tras haber sido rehidratados, en la fase de mantenimiento. Con menos frecuencia, pero sin embargo con mucho más riesgo, las SRO son rechazadas por niños claramente deshidratados. En este caso surge el dilema de si dar al paciente agua sola (que es lo que suele demandar), bebidas diversas de poca o ninguna utilidad (cuando no perjudiciales), o forzar la situación hasta que la sed les obligue, tarde o temprano, a aceptar la SRO.

Otros impedimentos para la rehidratación oral son la capacitación de los padres, y la disponibilidad de tiempo, tanto de los padres, como del personal sanitario (la rehidratación intravenosa requiere generalmente menos dedicación que la oral).

En un trabajo previo⁴, se estudió la variabilidad en la composición y la aceptación del sabor de dos soluciones de rehidratación oral: una casera (limonada

alcalina) y otra comercial. Entre las conclusiones del mismo, se señalaba la ausencia, en el mercado español, de una SRO bien adaptada a las últimas recomendaciones de la European Society of Paediatric Gastroenterology and Nutrition (ESPGAN)¹. Asimismo, se indicaba que sería deseable disponer de una SRO que se pudiera adquirir ya líquida, para evitar errores de dilución, y que tuviera un sabor aceptable para los niños.

Recientemente ha sido comercializada en España una nueva SRO que se adapta a las recomendaciones de la ESPGAN, líquida y saboreada. El objeto de nuestro estudio es determinar la aceptación del sabor de esta nueva SRO en niños sanos de una consulta de pediatría de primaria.

Material y métodos

Previa información y consentimiento de los padres, se obtuvo una muestra de 45 niños sanos en una consulta de pediatría del Centro de Salud de Las Rozas (Madrid). Puesto que se trataba de pedirles su opinión sobre el sabor, sólo incluimos a los mayores de 5 años (la opinión de los menores de esa edad se consideró poco fiable).

Se les ofreció a beber dos SRO comerciales, una ya clásica, de gran difusión como SRO entre los pediatras españo-

les, que se vende en sobres de polvo para diluir en un litro de agua, y otra recientemente comercializada, de venta en envases de medio litro. Para evitar el uso de nombres comerciales, las denominamos "SRO clásica" y "SRO nueva". La composición química de ambas, y la aconsejada por la ESPGAN, puede verse en la Tabla I.

Dado que ambas SRO son incoloras, la prueba se realizó a doble ciego: la enfermera llenaba dos vasos, conociendo solamente ella el contenido de cada uno. El pediatra se los ofrecía a beber a cada

niño tantas veces como fueran necesarias para que se definiera claramente, puntuando su sabor entre tres opciones: malo, regular y bueno. Se intentó que todos dijeran cual de ambas SRO les resultaba de mejor sabor, lo cual ayudó a precisar opiniones iniciales intermedias, tales como "ambas están regular". En este ejemplo, la que le parecía al niño mejor de las dos se asignó a sabor bueno y la otra a sabor regular. El sabor que se denominó bueno incluyó por tanto a niños a los que más que bueno les pareció "aceptable". Para los fines del estudio

Tabla I. Composición química de las dos SRO utilizadas, y su comparación con los valores de referencia aconsejados por la ESPGAN¹.

	ESPGAN	SRO nueva	SRO clásica
Sodio (mEq/L)	60	60	50
Potasio (mEq/L)	20	20	20
Cloro (mEq/L)	No menos de 25	50	40
Bicarbonato (mEq/L)	–	–	–
Citrato (mEq/L)	10 ⁽¹⁾	10	–
Glucosa (mEq/L)	74 - 111 ⁽²⁾	89	110
Otros hidratos de	–	1,7	55
Carbono (mEq/L)		(dextrinomaltosa)	(sacarosa)
Valor energético	–	80	80
Osmolaridad (mM/L)	200 - 250	230	306

(1) Según la ESPGAN hay poca evidencia de que las bases sean beneficiosas, salvo en diarreas severas, pero aconsejan citrato a las dosis mencionadas, y no bicarbonato.

(2) La ESPGAN aconseja glucosa, pero considera que los polímeros de glucosa podrían ser una alternativa.

este grado de precisión es suficiente, porque lo realmente importante es saber si el paciente se tomaría la SRO, en caso de necesidad, sin poner demasiadas pegas, o la rechazaría por su mal sabor.

Ambas SRO se administraron a temperatura ambiente (unos 20° C).

La iniciativa, el diseño y el análisis de los resultados del estudio, han sido absolutamente independientes de los fabricantes de ambas SRO. El estudio estadístico fue realizado en la Unidad de Investigación y Docencia del Área Sanitaria. Las muestras de la SRO clásica nos las facilitó la Farmacia del Área Sanitaria, y las de la SRO nueva el laboratorio fabricante.

Resultados

De los 45 niños, 28 eran varones y 17

mujeres. La edad media fue de 9,2 años, con un rango de 6,0 a 14,1 años.

A 22 les gustó más la SRO nueva que la clásica, a otros 22 al contrario y sólo una niña las encontró absolutamente iguales ("de malas").

En la Tabla II puede verse el estudio estadístico. El notable solapamiento de los intervalos de confianza para cada nivel de sabor indica la falta de diferencias estadísticamente significativas entre ambas SRO.

Agrupando opiniones en sólo dos niveles (malo + regular frente a bueno, y malo frente a regular + bueno), también hubo solapamiento de los intervalos de confianza.

Se observó una tendencia a valorar peor el sabor de ambas SRO en los niños de mayor edad. Se definieron por

Tabla II. Composición de opiniones sobre el sabor de dos soluciones de rehidratación oral en 45 niños sanos mayores de 5 años.

Opinión	Tipo de SRO	%	Intervalo Confianza
Opinan que sabe mal	Clásica	20,0	9,3 a 31,7%
	Nueva	28,9	15,6 a 42,1%
Opinan que sabe regular	Clásica	55,6	41,0 a 70,1%
	Nueva	37,8	23,6 a 51,9%
Opinan que sabe bien	Clásica	24,4	11,9 a 37,0%
	Nueva	33,3	19,6 a 47,1%

sabor malo un 19% de los menores de 8 años, un 21% de los de 8 a 11 años y un 38% de los mayores de 11.

Discusión

Como se señaló en la introducción, la nueva SRO aporta tres ventajas:

La primera y más importante es que se adapta mejor que ninguna de las anteriores a las recomendaciones de la ESPGAN.

La segunda es que se vende ya líquida, lo que evita posibles errores de dilución (que son frecuentes)⁴, y variaciones en la concentración final de sales debidas al contenido del agua utilizada. Aunque ambos problemas habitualmente son de poca relevancia clínica, se han descrito errores de dilución que resultaron mortales⁵. Por tanto, en nuestro medio y para casi todos los supuestos, son preferibles las SRO líquidas. No obstante siguen siendo preferibles las SRO en polvo cuando por problemas de transporte o almacenaje se requiere poco peso o volumen.

Finalmente, la tercera posible ventaja es su sabor. Dado que la nueva SRO viene saboreada, y lo poco que gustan a

los niños otras SRO⁴, es probable que sea mejor aceptada. En el presente estudio no se pudo corroborar. No obstante, esperamos que éste haya sido un primer paso, y que en un futuro próximo los fabricantes de SRO intentarán mejorar el sabor de sus productos. Según la ESPGAN¹, la baja aceptabilidad de una SRO puede limitar su eficacia, si bien también alerta sobre el posible riesgo de sobreconsumo si la aceptabilidad mejorase. Utilizando una SRO con 60 mmol/L de sodio, como la propuesta por la ESPGAN, en vez de los 90 que propone la Organización Mundial de la Salud, se consigue mejorar el sabor y se minimiza el riesgo de hipernatremia por sobreconsumo.

La temperatura a la que se ofrece la SRO puede también modificar su aceptación. En general, los niños toman mejor las SRO frías, salvo algunos lactantes que pueden preferirlas si están a la temperatura habitual de sus biberones de leche.

Agradecimientos

Los autores agradecemos al Dr. Fernando Caballero la ayuda prestada en el estudio estadístico de los resultados.

Bibliografía

1. Recommendations for composition of oral rehydration solutions for the children of Europe. Report of an ESPGAN working group. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1992; 14: 113-5.

2. Santosham M, Keenan EM, Tulloch J, Broun D, Glass R. *Oral rehydration therapy for diarrhea: an example of reverse transfer of technology*. *Pediatrics* 1997;(http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/100/5/e10)

3. Jiménez J, Camps T, Montón JL. *Tratamiento de la diarrea aguda infantil*

en atención primaria. *Inf Ter Sist Nac Salud* 1998; 22: 109-16.

4. Herranz B, Franco A, Caballero F, Hernández R. *Variabilidad en la composición y aceptación del sabor de dos soluciones de rehidratación oral: limonada alcalina y Sueroral Hiposódico®*. *Pediatría Atención Primaria* 1999; 1: 59-72.

5. Rianza M, Mencía S, García MA y cols. *Deshidratación hipernatrémica fatal por la administración incorrecta de una solución de rehidratación oral*. *An Esp Pediatr* 1998; supl 122: 66

