

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN-MANAGUA**

HOSPITAL MILITAR ESCUELA “DR. ALEJANDRO DÁVILA BOLAÑOS”



TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO PEDIATRA

TEMA:

Conocimiento, actitudes y prácticas de los familiares de pacientes con estreñimiento en la consulta externa de gastroenterología pediátrica del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” en el periodo enero 2017 a septiembre 2018.

Autora:

Dra. Katherine Karina Díaz Gómez
Médico Residente de 3er año de Pediatría

Tutor:

Teniente Primero (CMM)
Dra. Ivania González Cerna
Pediatra Gastroenteróloga

Dedicatoria

A mi esposo que con fiel cariño apoya mis metas y anhelos.

Agradecimiento

A DIOS por su gran misericordia de cada día y constantes bendiciones

A mi esposo por su paciente espera y dedicación constante

A mis padres por su perseverancia y enseñanzas

A mi tutora Dra. González por sus sabias sugerencias

A mis maestros por su labor de enseñanza a través de los años.

En la práctica clínica diaria del pediatra general es muy común encontrar niños con constipación funcional, la cual a veces pasa desapercibida por los padres y hasta por el pediatra, con la consiguiente progresión de la enfermedad. Esta condición que es funcional puede ser evitada si existen buenos hábitos de alimentación, ingesta de agua y ejercicio físico en los niños. Muchas veces los niños no tienen hábitos adecuados ya que ellos reproducen los hábitos de la familia.

A partir de esta observación, la Dra. Katherine Díaz, se planteó investigar siguiendo el paradigma sistémico y antropocéntrico, con un enfoque mixto de la investigación. Se propuso investigar como son los conocimientos, actitudes y prácticas de los familiares de los pacientes que consultan por constipación funcional en el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”.

Con los resultados de la presente investigación, la Dra. Díaz, muestra que tenemos una gran tarea en la educación de los padres de nuestros pacientes, los cuales pueden experimentar una mejoría de su condición clínica con el hecho de la modificación de los hábitos en el hogar, además de tener una buena adherencia al tratamiento farmacológico en el caso de necesitarlo.

Estos resultados invitan a los pediatras a la revisión del tema, actualización y aplicación de la consejería, con el fin de brindar una mejor atención a los niños y obtener una mejoría más rápida de su enfermedad.

Felicito a la Dra. Díaz por su trabajo sistemático en la realización de esta investigación, que servirá para profundizar en el tema y continuar en la búsqueda de la excelencia.

Teniente Primero

Dra. Ivania González Cerda

Pediatra gastroenteróloga

Resumen

Con el objetivo de analizar los conocimientos, actitudes y prácticas de los familiares de pacientes con estreñimiento en la consulta externa de gastroenterología pediátrica del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” en el periodo enero 2017 a septiembre 2018, se realizó un estudio descriptivo, correlacional y analítico. Fueron analizados los datos sobre las características sociodemográficas y antecedentes clínicos, con el fin de estadificar conocimientos, actitudes y prácticas de los familiares de pacientes con estreñimiento. Los análisis estadísticos efectuados fueron: descriptivos y pruebas de Correlación no Paramétrica de Spearman. Del análisis y discusión de los resultados obtenidos, se alcanzaron las siguientes conclusiones: Las características sociodemográficas en el estreñimiento predomina el sexo masculino con una edad media de siete años, en pacientes de procedencia urbana y que han sido evaluados por un periodo mayor de 6 meses por gastroenterología. El 100% de los familiares conocen la importancia de las medidas no farmacológicas para control del estreñimiento y la mayoría de los familiares tienen buenos conocimientos sobre uso de laxantes. Las actitudes fueron favorables sobre la iniciativa brindada por los familiares sobre consumo de vasos de agua y alimentos ricos en fibra, pero presentan debilidad en incitar a un hábito defecatorio y adquirir laxantes. Las prácticas sobre estreñimiento indican que en su mayoría los pacientes presentan hábitos aceptables y control defecatorio. Se determina satisfactorio el grado de mejoría de la enfermedad según la mayoría de los familiares, encontrándose por tanto respuesta positiva al tratamiento y seguimiento por gastroenterología. Existe una relación significativa positiva entre el tiempo de seguimiento por gastroenterología y el control de la enfermedad, concluyendo que entre mayor tiempo de seguimiento mayor control de la enfermedad.

Indice

Dedicatoria	1
Agradecimiento	2
Opinión del tutor	3
Resumen.....	4
Introducción.....	7
Antecedentes	9
Justificación.....	12
Planteamiento del problema.....	14
Objetivos	15
Objetivo general:	15
Objetivos específicos:.....	15
Marco teórico	16
Causas de estreñimiento:.....	17
Diagnóstico:.....	17
Tratamiento:	19
• Dieta:.....	20
• Educación:	21
• Bioretroalimentación:	22
• Laxantes:	22
Hipótesis de investigación.....	23
Hipótesis de investigación:	23
Diseño metodológico.....	24
1. Tipo de estudio:	24
2. Área de estudio:.....	24
3. Universo y muestra:	24
• Universo.....	24
• Muestreo y tamaño de la muestra:.....	24
• Criterios de selección de la muestra:	24

4.	Matriz de operacionalización de las variables.....	26
5.	Métodos, Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Datos e Información.....	33
6.	Procedimientos para la Recolección de Datos e Información	33
7.	Plan de Tabulación y Análisis de Datos e Información	33
	Resultados	35
	Discusión de resultados	51
	Conclusiones.....	54
	Recomendaciones	55
	Bibliografía	56
	Anexos	58
1.	Instrumento de recolección de la información:.....	58

Introducción

El estreñimiento es un síntoma que traduce retención fecal, sea voluntaria o involuntaria, la cual es referida por los pacientes o sus familiares como disminución en la frecuencia de las evacuaciones, heces duras que en ocasiones generan dolor durante la evacuación, pujo excesivo, evacuación incompleta, tiempo prolongado para lograrla, o bien, imposibilidad de evacuar a pesar del esfuerzo (Velasco, 2005).

Representa del 3 al 5% de las consultas ambulatorias pediátricas y del 15 al 25% de las consultas especializadas en gastroenterología pediátrica. Las tasas de prevalencia oscilan a nivel mundial, probablemente por la variabilidad en los síntomas y signos según la edad de presentación (Madrazo, 2013).

La expulsión de heces muy voluminosas y duras, secundario al aumento de la capacidad del recto, se torna un evento muy traumático que el niño siempre trata de evitar, por lo que vuelve a retenerlas y se crea un círculo vicioso. Los síntomas relacionados son la impactación fecal con una disminución en la frecuencia de la defecación, el paso de heces masivas, dolor y distensión abdominal y la incontinencia por rebosamiento (encopresis) lo que causa impacto en la calidad de vida, ausentismo escolar, aislamiento y depresión en el niño. (De la Torre y Hernández, 2014)

El estreñimiento crónico con megarrecto e incontinencia precisa un programa terapéutico rígido. El objetivo inicial es mantener el recto vacío para disminuir el tamaño rectal, incrementar la sensibilidad rectal y evitar la incontinencia. Consta de tres fases: 1) educación dirigida hacia la dieta y crear un hábito defecatorio, 2) limpieza intestinal y 3) prevención de la reaccumulación de heces a través de los hábitos alimenticios (De la Torre y Hernández, 2014).

El tratamiento no farmacológico a través de los cambios en el hábito alimenticio y establecer un hábito defecatorio adecuado, representa del 40-50% de la tasa de

éxito del manejo de estos pacientes, siendo responsabilidad de los tutores la aplicación de estas actividades en el hogar. La respuesta terapéutica es buena, pero en los casos mal controlados un 50% de los niños recaen en los primeros 5 años tras el tratamiento inicial y entre un 30-50% presentan síntomas recurrentes a largo plazo (Daza, Mora y Dadon, 2005).

Para poder incidir en el cambio de los hábitos alimenticios y defecatorios de estos pacientes, es necesario identificar cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas que poseen sus familiares. Partiendo de estos datos, se podrían establecer programas educacionales y mejorar la consejería por parte del personal de salud. Por lo que, se realizó una investigación descriptiva analizando esta información.

Antecedentes

En Latinoamérica se han realizado estudios de impacto sobre estreñimiento en pediatría, entre los cuales podemos encontrar:

En el año 2010, se diseñó un estudio prospectivo, de carácter descriptivo para seleccionar niños menores de 12 años que presentaran estreñimiento funcional y/o encopresis. Los pacientes fueron de la consulta externa de un hospital en San José, Costa Rica, que venían referidos de los diferentes centros de atención periféricos del país. Se incluyeron a 91 pacientes durante un período de 6 meses. El 69% de los casos procedían de la meseta central, con una edad entre los 0 a 10 años (promedio de 4.3).

En dicho estudio, el 62% tenía antecedentes familiares de estreñimiento y 89% ingería una dieta inadecuada. La mayoría (83%) de los pacientes recibieron leche materna exclusiva por 1 mes y al final del segundo mes al 70% se le había introducido una fórmula láctea variable. El 53% de los pacientes presentó mejoría al corregir los factores dietéticos y mejorar los hábitos en el uso del sanitario. En un 22% de los casos no hubo respuesta adecuada y fueron referidos al especialista, siendo la mayoría incluidos en un estudio paralelo utilizando Cisapride como terapia básica. Se concluyó que los hábitos dietéticos familiares, al igual que la suspensión de la lactancia materna temprana con introducción de fórmulas lácteas y alimentos en forma inadecuada, fueron los principales factores asociados al desarrollo de estreñimiento. El estreñimiento puede manejarse con buenos resultados a nivel de atención primaria si se siguen programas educativos en la comunidad y un tratamiento ordenado (Rojas, Jiménez, Mora y Calzada, 1999).

En el año 2009 se realiza un estudio por la universidad de Guatemala, donde se incluyen pacientes pediátricos diagnosticados con estreñimiento funcional crónico, se estudia la terapia con polietilenglicol sin agregados de sales para tratar el estreñimiento en niños; es un laxante de acción hiperosmolar con escasos efectos

colaterales a dosis de 0.84 ± 0.27 g/kg/día y excelentes resultados. El estreñimiento es una entidad de manejo médico que amerita terapia continua, educación nutricional y conductual para la familia y para el paciente, encontrando mejoría en un 64% de los pacientes cuando la terapia farmacológica se combina con una adecuada técnica alimenticia brindada por los tutores (Delgadillo, 2009).

Encontrándose en esos estudios centroamericanos datos del manejo farmacológico y no farmacológico como una mezcla necesaria para poder realizar mejor control de los pacientes con estreñimiento, además establecen el impacto de más del 50% de mejoría en aquellos pacientes con cambios en el estilo de vida.

En el año 2015 se publicó un estudio en el Hospital Manuel de Jesús Rivera, en Managua, el cual se tituló: "Comportamiento Clínico de los pacientes con megarectosigmoides secundario a estreñimiento atendidos en el servicio de cirugía del Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera del 1 de Enero 2013 al 31 de Enero 2015", en el cual se encontró que la edad media de pacientes fue de 6 años con el rango de 1-5 años, predominio del sexo masculino y de procedencia urbana con un estado nutricional eutrófico en la mayoría de los casos.

Dentro de las principales características clínicas sobresalen el dolor abdominal y encopresis/manchado con masa abdominal palpable e impactación fecal. Para evaluar a los pacientes los medios diagnósticos utilizados fueron el colon por enema donde destaca el índice recto-pélvico con un rango más frecuente de 0.61- <0.8, con radiografía de columna lumbosacra para evaluar malformación de columna lumbosacra. El tratamiento indicado fue el manejo intestinal el cual se basa en el uso de dieta, limpieza intestinal con enemas y establecer un hábito defecatorio, con tratamiento quirúrgico en menor proporción de los casos.

La respuesta clínica fue considerada buena ya que a las 4 semanas de tratamiento la mayoría de los pacientes ya no presentaba manchado de la ropa interior y había desaparecido el dolor abdominal, se consideró de importancia que el manejo de estos pacientes con estreñimiento crónico es en más del 50%

médico, el cual se encuentra a la dependencia de los tutores, los cuales son los responsables del manejo dietario y establecimiento del hábito defecatorio, siendo el manejo quirúrgico necesario solo en 4 casos estudiados (Mendieta, 2015).

Justificación

El estreñimiento representa del 3 al 5% de las consultas ambulatorias pediátricas y del 15 al 25% de las consultas especializadas en gastroenterología pediátrica. En el Hospital Militar durante el periodo del 2013 al 2015, el estreñimiento representó el 4% al 6% de las consultas pediátricas.

La dificultad en la defecación es un problema frecuente en la consulta de pediatría y supone el 25-45% de las consultas de los especialistas en gastroenterología pediátrica. En la mayoría de los casos es funcional, sin embargo el pediatra debe tener presentes siempre los síntomas y/o signos que puedan indicar la presencia de causas, infrecuentes pero serias, de estreñimiento orgánico.

Estudios recientes demuestran que las recomendaciones emitidas por las guías clínicas disponibles están basadas en la experiencia personal y en consensos más que en la evidencia científica. Las medidas terapéuticas incluyen desimpactación y el tratamiento de mantenimiento consistente en cambios dietéticos, modificación de los hábitos higiénicos y el uso de laxantes. La adición de fibra en la dieta puede ayudar. La mayoría de los niños mejoran con estas medidas, que con frecuencia deben mantenerse durante varios meses y solamente el 50-70% de los niños con estreñimiento funcional consiguen una mejoría a largo plazo (Camarero & Rizo, 2011).

Las medidas terapéuticas son realizadas en el hogar durante un periodo de varios meses para obtener una mejoría a largo plazo, son estas responsabilidad de los padres los cuales mediante una formación adecuada dictada por el médico deben realizar los cambios necesarios en la alimentación, hábitos higiénicos y estilo de vida de los paciente pediátricos, con un adecuado manejo en el hogar de las medidas de cambio y un tratamiento con laxante de elección por el médico se consigue un porcentaje de mejoría de hasta el 40% a largo plazo, mejorando la calidad de vida del paciente y evitando las complicaciones asociadas al

estreñimiento crónico, tanto en el organismo como en el estado psicológico del paciente pediátrico (Camarero & Rizo, 2011)

Es por lo tanto importante la formación de los padres sobre el estreñimiento para que sean estos los que de forma temprana acudan a la consulta médica pediátrica, asegurando un tratamiento precoz y eficaz, disminuyendo las complicaciones y morbilidades asociadas al estreñimiento, además es importante la concientización de los padres sobre las complicaciones tanto físicas como psicológicas asociadas al estreñimiento de tal forma que se tornen comprometidos al tratamiento, permitiendo una mejor calidad de vida del paciente pediátrico afectado por esta patología.

Conveniencia: consideramos importante establecer los niveles de conocimientos, actitudes y prácticas de los familiares de los pacientes pediátricos sobre estreñimiento, para que una vez establecidos podamos identificar las deficiencias y fortalezas y de esta forma realizar un mejor abordaje de los mismos en la consulta médica diaria, asegurando una mejor calidad de vida y un tratamiento integral que incluya la formación del familiar involucrado en el cuidado del paciente pediátrico.

Implicación práctica: Los resultados de la presente investigación tendrán implicación práctica ya que los pediatras podrán orientar desde la primera consulta del paciente haciendo énfasis en los puntos que encontremos mayor debilidad.

Relevancia social: Los servicios médicos que presta el Hospital Militar incluyen atención a pacientes militares, asegurados propios y asegurados de otras empresas médicas previsionales que no cuentan con gastroenterólogo pediatra, por lo que es de relevancia social realizar este estudio, que beneficiará a pacientes de varias regiones del país.

Valor teórico: Con los resultados de este estudio, podremos proponer que se realicen videos informativos para dar a conocer a los familiares de los pacientes mientras esperan su consulta, incluyendo los datos que encontremos menor conocimiento por parte de ellos para mejorar la enfermedad en su familiar.

Planteamiento del problema

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de los familiares de pacientes con estreñimiento en la consulta externa de gastroenterología pediátrica del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” en el periodo de enero 2017 a septiembre 2018?

Objetivos

Objetivo general:

Analizar los conocimientos, actitudes y prácticas de los familiares de pacientes con estreñimiento en la consulta externa de gastroenterología pediátrica del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” en el periodo enero 2017 a septiembre 2018.

Objetivos específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de los pacientes.
2. Identificar los conocimientos de los familiares sobre estreñimiento de los pacientes.
3. Conocer las actitudes de los familiares sobre estreñimiento de los pacientes.
4. Caracterizar las prácticas de los familiares sobre estreñimiento de los pacientes.
5. Determinar el grado de mejoría de la enfermedad según la percepción de los familiares de los pacientes.
6. Establecer la correlación entre el tiempo de seguimiento por gastroenterología y la mejoría de la enfermedad.

Marco teórico

Los trastornos digestivos o gastrointestinales (GI) funcionales (TDF o TGIF) pediátricos, comprenden un conjunto de síntomas GI crónicos o recurrentes, no explicados por anomalías estructurales o bioquímicas, con interferencia importante en la calidad de vida del niño y su familia. Para definir los TDF solo pueden utilizarse síntomas, pues carecen de marcadores biológicos objetivos. Los pacientes se identifican por su pertenencia a algunos de los subgrupos sintomáticos, que se basan principalmente en opiniones de consenso, denominadas en su conjunto “Criterios de Roma”. En 2016 se ha publicado la última revisión de dichos criterios, cuarta para adultos y tercera para pediatría, que en nuestro caso se conocen como Criterios pediátricos Roma IV (Hyams y otros, 2016).

De acuerdo a estos criterios consideramos que el estreñimiento a menudo es el resultado de los intentos voluntarios repetidos de retención fecal por un niño que trata de evitar la defecación debido a los temores asociados a la misma, por ejemplo por experiencias dolorosas previas. Esta conducta retentiva conduce a una mayor absorción colónica de agua, creando heces más duras, con el consiguiente círculo vicioso. Los desencadenantes en los primeros años de vida pueden ser cambios en la dieta o el intento de instauración de la continencia fecal (Camarero y Rizo, 2011).

El estreñimiento es un síntoma que manifiesta una enfermedad subyacente o evidente. La detección de dicha enfermedad de forma oportuna es prioritario para dar un tratamiento adecuado; de lo contrario, el estreñimiento se hace crónico y se manifiestan otros signos y síntomas que traducen un estado complicado (Velasco, 2005).

Causas de estreñimiento:

La causa más frecuente del estreñimiento se le llama “funcional” debido a que tiene su origen en una disfunción de los mecanismos normales de la evacuación, que inicia con el vaciamiento incompleto del recto dejando un residuo de materia fecal que se va acumulando, y forma un bolo fecal de mayor tamaño, duro y difícil de evacuar perpetuándose este proceso. El acúmulo progresivo de materia fecal genera un crecimiento gradual del recto pudiendo llegar a adquirir dimensiones extremadamente grandes o megarrecto (Madrado, 2013).

Otras causas a considerar son el hipotiroidismo, diabetes, hiperparatiroidismo, fisuras anales, enfermedad de Hirschsprung, malformaciones anorrectales, meningocele, espina bífida, médula anclada, tumores en el hueco pélvico, entre muchas más (Madrado, 2013).

Raramente puede establecerse una causa orgánica del estreñimiento, en 90% de los casos corresponde al funcional. Aunque la fisiopatología en la infancia no es bien conocida, en la mayoría de los casos encontramos un antecedente de defecación dolorosa que marca el inicio del cuadro. Los factores que pueden asociarse con el estreñimiento funcional son, en los lactantes, el destete y el inicio de la ablactación; en el preescolar los problemas durante el entrenamiento del control de esfínteres; en los escolares el ingreso a la escuela, la retención de la evacuación por la prohibición para ir al baño, problemas emocionales y cambios de ambiente, así como la poca ingesta de fibra y agua en la dieta. En estos niños deben evaluarse los síntomas y signos de alarma para diferenciar entre estreñimiento funcional y estreñimiento secundario (De la Torre y Hernández, 2014).

Diagnóstico:

Con respecto al diagnóstico de estreñimiento se utilizan los criterios de ROMA IV, los cuales establecen las características clínicas a tomar en cuenta en el paciente.

De acuerdo a Hyams et al, (2016):

Debe incluir al menos dos de los siguientes durante al menos un mes:

1. Dos o menos deposiciones por semana.
2. Historia de retención fecal excesiva.
3. Historia de defecación dolorosa o de deposiciones duras.
4. Historia de deposiciones voluminosas.
5. Presencia de una gran masa fecal en el recto.

En niños continentales fecales, pueden usarse los siguientes criterios adicionales:

6. Al menos un episodio semanal de incontinencia.
7. Historia de deposiciones voluminosas que pueden obstruir el sanitario.

Se establece con una historia clínica completa y un examen físico general y sistemático. Se reservan las exploraciones complementarias para casos de fracaso de tratamiento o cuando la historia clínica y la exploración orienten hacia una posible causa orgánica. El interrogatorio es fundamental; además es importante establecer el significado del término “estreñimiento” para los familiares o el paciente ya que, en ocasiones, en los lactantes puede confundirse con disquezia del lactante. Se aconseja indagar en la historia psicosocial del niño recogiendo datos sobre posibles circunstancias desencadenantes como el inicio del entrenamiento del control de esfínteres, la muerte de algún familiar, el nacimiento de algún hermano, problemas escolares o cambio de escuela o actividades cotidianas. Si el niño va a la escuela es importante saber si allí utiliza el baño y si no, se debe indagar la causa; convivencia y relaciones con compañeros y la posibilidad de abuso sexual, así como la estructura familiar. Debe indagarse también la existencia de enuresis, infecciones urinarias y de medicaciones que favorezcan el estreñimiento (Camarero y Rizo, 2011).

No debe dejarse de lado la valoración nutricional, dentro de ella se realizará una historia dietética que nos informe sobre los hábitos alimenticios y la ingesta de fibra y, principalmente, de líquidos; bien por recordatorio de 24 horas o por frecuencia de alimentos. La mayoría de los niños con estreñimiento funcional tienen un peso normal o incluso sobrepeso, mientras que en el estreñimiento de causa orgánica se observa con más frecuencia desnutrición (Remes et al, 2011).

En la exploración física deben abarcarse el hábito externo, peso, talla y examen por órganos y sistemas, con la intención de descartar enfermedades asociadas. En el abdomen debe buscarse la presencia de masas palpables que correspondan a fecalomas y su localización (proximal, distal, difusa). En la región lumbosacra la presencia de malformaciones, áreas con aumento de volumen, zonas pilosas, fosita pilonidal y soluciones de continuidad que orientan hacia defectos del tubo neural o alteraciones de la médula espinal. La exploración del reflejo abdominal y cremastérico, la inervación de las extremidades inferiores y la sensibilidad de la región anal son necesarias para descartar enfermedades medulares. En el periné la inspección debe dirigirse a la búsqueda de alteraciones en la anatomía (Madrazo, 2013).

El tacto rectal debe hacerse a todos los lactantes y a niños mayores con estreñimiento refractario al tratamiento. Debe realizarse explicando previamente el procedimiento al paciente, ya que para muchos niños estreñidos supone una experiencia desagradable que debe efectuarse con fines diagnósticos y no repetirse en las visitas de seguimiento. Se recomienda hacer el tacto rectal sólo en la primera visita, para evaluar las características físicas del canal anal y su contenido, así como una palpación de la pelvis en búsqueda de alteraciones anatómicas o tumores. En el estreñimiento funcional el ámpula rectal es corta, dilatada y llena de heces (De la Torre, 2010).

Tratamiento:

Los objetivos del tratamiento deben estar encaminados a restaurar la confianza del niño en sí mismo, retornar al hábito defecatorio no doloroso con heces pastosas y lubricadas, eliminar la impactación fecal cuando exista, normalizar la dinámica familiar alterada en muchos casos, estimular hábitos de defecación regular y evitar las recidivas. Para ello es imprescindible una combinación de medidas en las que se incluyan la educación del niño y sus padres, la modificación del comportamiento, las medidas dietéticas y el tratamiento médico. Es importante el uso de un diario en el que se reflejen la frecuencia de la defecación, la consistencia de las evacuaciones, los episodios de incontinencia, la ingesta de

alimentos ricos en fibra, cantidad de agua consumida y el uso de medicamentos (Colin, 2009).

Las recomendaciones actuales son empíricas y basadas en la experiencia clínica, ya que los estudios bien diseñados que demuestran la eficacia de las diferentes modalidades de tratamiento son muy escasos. Los pacientes con estreñimiento funcional se benefician de manera extraordinaria con el “programa de rehabilitación intestinal” que tiene un éxito mayor a 90%. Este programa se basa en ensayar diariamente y bajo supervisión médica la cantidad de laxante que necesita cada paciente para obtener una evacuación diaria eficiente. (Madrado, 2013)

El programa inicia con un amplio y explícito comentario y explicación sobre el origen de este problema funcional y de cómo funciona el tratamiento a los padres y pacientes, pues de lo contrario no se tendrá éxito durante el programa. Debe además seguirse el principio psicológico de ignorar el fracaso y premiar el éxito, premiándose, inicialmente, más el intento que el logro de la defecación. Es importante saber que el estreñimiento es un largo proceso que repercute en la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares y que en muchas ocasiones ameritará apoyo psicológico (De la Torre, 2010).

- **Dieta:**

El aumento en el consumo de fibra y líquidos en la dieta es una medida habitual aunque escasamente documentada en la literatura; un poco más la importancia de la cantidad de agua ingerida diariamente. Por esta razón, la recomendación actual es realizar una dieta balanceada que incluya frutas, verduras y cereales. La Academia Americana de Pediatría recomienda una ingesta de fibra de 0.5 g/kg de peso hasta los 10 años de edad y la Fundación Americana de la Salud recomienda la relación edad (en años) + 5 -10 gramos hasta un máximo de 25-30 gramos. No existen datos en menores de 2 años de edad. En niños más pequeños las papillas de frutas, verduras y cereales aportarán la cantidad de fibra necesaria para formar un adecuado bolo fecal (Colin, 2009).

Estudios recientes orientados a aumentar la fibra de la dieta resultan en una mejoría clínica, sobre todo en aquellos niños que presentan un tránsito colónico lento. Así mismo, se recomienda el aumento de líquidos logrando por lo menos el requerimiento diario recomendado por Holliday-Segar. Es importante hacer hincapié en la importancia del agua en cantidad adecuada para tener un satisfactorio efecto de los laxantes osmóticos (Velasco, 2005).

La fibra dietética es la parte de los alimentos que su cuerpo no puede digerir. Otras partes de sus alimentos, tales como grasas, proteínas y carbohidratos, se descomponen y se absorben. La fibra pasa a través de su cuerpo casi sin modificarse. No proporciona calorías ni vitaminas. Pero proporciona una gran cantidad de beneficios para la salud. La fibra se divide en dos categorías: La fibra soluble se disuelve en agua y se encuentra en la avena, los guisantes, los frijoles, la cebada y muchas frutas. La fibra insoluble no se disuelve en agua y se encuentra en productos integrales, salvado, nueces y muchos vegetales. Todos los alimentos de origen vegetal contienen ambos tipos de fibra, algunos más de un tipo que del otro. Para obtener el mayor beneficio, se debe consumir una amplia variedad de alimentos altos en fibra. Un plan de alimentación alto en fibra debería proporcionar 25 a 35 gramos de fibra al día. Para obtener la mayor cantidad de beneficios para la salud (De la Torre, 2010).

- **Educación:**

La educación es un componente importante del tratamiento; es imprescindible explicar al niño (cuando su condición le permita comprender) y a sus familiares que el mecanismo de la incontinencia fecal es involuntario, producto de una retención fecal excesiva, que su resolución depende del tratamiento exitoso y también cómo funciona el tratamiento y los cambios conductuales que deben realizarse. La modificación en el comportamiento incluye incentivarlos a ir al baño después de cada tiempo de comida para aprovechar el reflejo gástrico y mantenerlos en el escusado, siempre cómodos, por al menos 10 minutos. Se evitarán los baños hostiles (sucios, mojados, con falta de higiene, etc.) (De la Torre y Hernández, 2014).

Después de unas semanas encontrarán su ritmo intestinal y su “hora” y será suficiente acudir al baño después de una o dos de las comidas principales. La mayoría de los niños estreñidos carecen del hábito de la defecación. En menores de 2-3 años no se aconseja crearlo hasta que se obtenga un patrón de defecación normal. Posteriormente será el momento de iniciar el establecimiento de dicho hábito. Por ello, en muchos casos es aconsejable que el niño continúe con el uso del pañal hasta que el estreñimiento haya desaparecido. El ejercicio físico ayuda, sobre todo en niños con sobrepeso (Madrazo, 2013).

- **Bioretroalimentación:**

Consiste en hacer consciente al niño de la mecánica anormal de la defecación, ya sea mediante manometría anorrectal o mediante electromiografía de superficie. El niño tiene la posibilidad, en cada sesión, de comparar su dinámica de la defecación con los patrones normales y practicar para replicarlos. Sin embargo, a largo plazo no existe diferencia entre los niños que reciben terapia convencional más biorretroalimentación y los que sólo reciben terapia convencional (Daza, Mora y Dadon, 2005).

- **Laxantes:**

Los tratamientos laxantes que ablanden las heces y aseguren la defecación indolora son una parte importante del tratamiento, y se continuarán durante meses a años. La mayoría de expertos están a favor de utilizar un laxante diario no estimulante, como polietilenglicol (de elección en mayores de 6 meses), lactulosa o sales de magnesio. Para niños preescolares, el tratamiento conductual utilizando recompensas con sus éxitos es a menudo útil. Hay datos inconsistentes respecto al papel de las proteínas de la leche de vaca (PLV) en el estreñimiento funcional. Se sugiere considerar un ensayo de dieta exenta en PLV durante 2-4 semanas en aquellos niños en los que falle el tratamiento laxante o exista una sintomatología sugestiva (Camarero y Rizo, 2011).

Hipótesis de investigación

Hipótesis de investigación:

Los familiares de los pacientes que acuden a consulta pediátrica del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” tienen buenos conocimientos, buenas actitudes y buenas prácticas sobre estreñimiento.

1. Tipo de estudio:

Corresponde a un estudio de acuerdo a su alcance de tipo descriptivo, de acuerdo al número de observaciones en el tiempo de corte transversal y de acuerdo al comportamiento de los datos de tipo cualitativo.

2. Área de estudio:

El área de estudio corresponde al Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, el cual se encuentra ubicado en el departamento de Managua, corresponde a un Hospital de referencia nacional que cuenta con la especialidad del área de pediatría, atendiendo a través de la consulta externa un aproximado de 900 pacientes pediátricos semanales a través del área de consulta externa.

3. Universo y muestra:

- **Universo**

El universo del presente estudio correspondió a todos los familiares de los pacientes que asistieron a consulta externa de gastroenterología pediátrica por estreñimiento en el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, en el período de enero 2017 a septiembre 2018.

- **Muestreo y tamaño de la muestra:**

El tamaño de la muestra en el presente estudio, se correspondió con el censo de todos los individuos disponibles para esta la población de estudio que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. El total de individuos incluidos en este estudio fue de 46 individuos, que cumplieron los criterios de inclusión.

- **Criterios de selección de la muestra:**

Dentro de los criterios de selección de la muestra tenemos:

✓ ***Criterios de inclusión:***

- Familiares de pacientes que asisten a consulta externa de gastroenterología pediátrica por estreñimiento.
- Familiares que deseen participar en el estudio.

✓ ***Criterios de exclusión:***

- Familiares de los pacientes que acudan a consulta provenientes de otras empresas médicas previsionales.
- Familiares que no deseen participar en el estudio.

4. Matriz de operacionalización de las variables

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Variable Operativa ó Indicador	Técnicas de Recolección de Datos e Información y Actores Participantes	Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
			Ficha de Recolección		
<p>Objetivo Especifico1: Describir las características sociodemográficas de los pacientes.</p>	Características socio demográficas	1.1 Edad	XXX	Cuantitativa discreta	
		1.2. Sexo	XXX	Cualitativa nominal (Dicot)	1. Femenino 2. Masculino
		1.3. Procedencia	XXX	Cualitativa nominal	1. Urbana 2. Rural
		1.4. Escolaridad	XXX	Cuantitativa	1. Analfabeta

		del familiar		ordinal	2.Primaria 3.Secundaria 4.Universidad
Objetivo Específico 2: Identificar los conocimientos sobre estreñimiento de los familiares de los pacientes.	Conocimientos sobre estreñimiento de los familiares de los pacientes.	2.1 Considera estreñimiento según evacuaciones semanales	XXX	Cualitativa nominal codificada	1.Dos o menos veces. 2.Tres a cinco veces. 3.Diario. 4.Ninguna.
		2.2 Conoce frecuencia	XXX	Dicotómica	1 Si 0 No
		2.3 Considera estreñimiento según la consistencia de las evacuaciones	XXX	Dicotómica	1.Bristol 1. 2.Bristol 2. 3.Bristol 3. 4.Bristol 4. 5.Bristol 5. 6.Bristol 6. 7.Bristol 7.
		2.4 Conoce consistencia	XXX	Dicotómica	1 Si 0 No
		2.5 Considera	XXX	Dicotómica	1 Si

		estreñimiento por el esfuerzo al evacuar			0 No
		2.6 Cuales alimentos son ricos en fibra	XXX	Dicotómica	1.Frutas. 2.Vegetales 3.Granos enteros 4.Carnes 5.Lácteos 6.Harinas
		2.7 Conoce alimentos ricos en fibra	XXX	Ordinal	1.Conoce 2.Conoce parcialmente 3.Desconoce
		2.8 Conoce ingesta adecuada de agua	XXX	Dicotómica	1 Si 0 No
		2.9 Considera que el estreñimiento siempre debe	XXX	Dicotómica	1 Si 0 No

		tratarse con laxantes			
		2.10 Considera que su niño debe mejorar la dieta	XXX	Dicotómica	1 Si 0 No
		2.11 Considera que su niño debe realizar ejercicio físico	XXX	Dicotómica	1 Si 0 No
Objetivo específico 3: Conocer las actitudes sobre estreñimiento de los familiares de los pacientes		3.1 Frecuencia a la semana que ofrece frutas, vegetales o granos enteros	XXX	Ordinal	1.Diario 2.Cuatro a seis días 3.Uno a tres días 4.Nunca
		3.2 Frecuencia al día que ofrece un vaso de agua	XXX	Ordinal	1.Ocho 2.Cinco a siete 3.Dos a cuatro 4.Una 5.Ninguna

		3.3 Veces al día que incentiva al niño a ir al baño	XXX	Ordinal	1.Tres 2.Dos 3.Una 4.Ninguna
		Adquiere mensualmente el tratamiento laxante	XXX	Dicotómica	1 Si 0 No
		Veces a la semana que incentiva ejercicio físico	XXX	Ordinal	1.Diario 2.Cuatro a seis días 3.Uno a tres días 4.Nunca
<u>Objetivo</u> <u>Específico 4:</u> Caracterizar las prácticas sobre estreñimiento de los familiares de los pacientes.		4.1 Frecuencia a la semana que el niño consume frutas, vegetales o granos enteros	XXX	Ordinal	1.Diario 2.Cuatro a seis días 3.Uno a tres días 4.Nunca
		4.2 Frecuencia al día que el niño	XXX	Ordinal	1.Ocho 2.Cinco a siete

		consume un vaso de agua			3.Dos a cuatro 4.Una 5.Ninguna
		4.3 Veces a la semana que evacúa el niño	XXX	Nominal codificada	1.Diario 2.Tres a seis 3.Dos o menos
		4.4 Consumo de laxante a diario	XXX	Dicotómica	1 Si 0 No
		4.5 Veces a la semana que el niño realiza ejercicio físico	XXX	Ordinal	1.Diario 2.Cuatro a seis días 3.Uno a tres días 4.Nunca
		4.6 Veces que ha usado enemas en los últimos 6 meses	XXX	Ordinal	1. Seis o más 2. Tres a cinco 3. Una o dos 4. Ninguna
<u>Objetivo específico 5:</u> Determinar el grado de mejoría		5.1 Como evalúa el estreñimiento de su hijo después de	XXX	Ordinal	1.Peor 2.Igual 3.Mejor

de la enfermedad según la percepción de los familiares de los pacientes		iniciar el tratamiento por Gastroenterología Pediátrica			
<u>Objetivo específico 6:</u> Establecer la correlación entre el tiempo de seguimiento por gastroenterología y la mejoría de la enfermedad		6.1 Tiempo de seguimiento por gastroenterología pediátrica	XXX	Nominal codificada	1. Menos de 6 meses 2. Más de 6 meses
		6.2 Como evalúa el estreñimiento después de iniciar tratamiento por Gastroenterología Pediátrica	XXX	Ordinal	1. Peor 2. Igual 3. Mejor

5. Métodos, Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Datos e Información

La unidad de análisis del presente estudio corresponde a la encuesta que se realizó a cada uno de los participantes, la cual representa una fuente de información primaria pues es llenada directamente por el personal de salud encargado del estudio.

Dicho instrumento contó con tres partes principales las cuales corresponden a (1) conocimientos de los familiares sobre el tratamiento no farmacológico del estreñimiento (2) actitudes de los familiares sobre tratamiento no farmacológico del estreñimiento (3) prácticas de los familiares sobre el tratamiento no farmacológico del estreñimiento. En cada uno de los incisos se contó con preguntas cerradas de opciones para disminuir en la medida de lo posible el sesgo estadístico.

En los anexos se puede ver el documento realizado.

6. Procedimientos para la Recolección de Datos e Información

La información fue recolectada a través del instrumento diseñado para tal fin, brindando una encuesta a uno de los familiares que acudió a consulta con el paciente pediátrico, de la misma manera se le explicó a los participantes que debían marcar con una “X” la casilla que consideraran más adecuada y posteriormente regresaron la encuesta al personal.

7. Plan de Tabulación y Análisis de Datos e Información

De los datos recolectados a partir de la ficha, se diseñó una base de datos correspondiente, utilizando el software estadístico SPSS, v. 23 para Windows. Una vez realizado el control de calidad de los datos registrados, se realizaron los análisis estadísticos pertinentes.

De acuerdo con la naturaleza de cada una de las variables (cuantitativas o cualitativas) y guiados por el compromiso que fue definido en cada uno de los objetivos específicos, se realizaron los análisis descriptivos correspondientes a las variables nominales y/o numéricas, entre ellos: (a) El análisis de frecuencia (b) las estadísticas descriptivas según cada caso. Además, se realizaron gráficos del tipo: (a) pastel o barras de manera univariadas para variables de categorías en un mismo plano cartesiano, (b) barras de manera univariadas para variables dicotómicas, que describen la respuesta de múltiples factores en un mismo plano cartesiano.

Se realizaron los análisis de contingencia pertinentes, (crosstab análisis), para todas aquellas variables no paramétricas, a las que se les aplicó la prueba de Correlación no Paramétrica de Spearman (Rho de Spearman), que se trata de una variante del coeficiente correlación de Pearson, donde se demuestra correlación lineal entre variables de categorías, determinándose la significancia entre ambos factores cuando $p \leq 0.05$.

Resultados

El sexo de los pacientes entrevistados fue femenino en un 34% (n=16), masculino en un 65.2% (n=30) (tabla 1). Con respecto a la edad de los pacientes entrevistados se encuentran valores de 1 año de edad 2.2% (n=1), 2 años de edad 2.2% (n=1), 3 años de edad 2.2% (n=1), 4 años de edad 4.3% (n=2), 5 años de edad 13% (n=6), 6 años de edad 13% (n=6), 7 años de edad 21.7%, (n=10), 8 años de edad 15.2% (n=7), 9 años de edad 13% (n=6), 10 años de edad 10.9% (n=5), 11 años 2.2% (n=1) (tabla 2).

Tabla 1. Sexo de los pacientes encuestados

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
FEMENINO	16	34.8	34.8	34.8
MASCULINO	30	65.2	65.2	100
Total	46	100	100	

Tabla 2. Edad de los pacientes

EDAD		
Edad	Frecuencia	Porcentaje
1	1	2.2
2	1	2.2
3	1	2.2
4	2	4.3
5	6	13.0
6	6	13.0
7	10	21.7
8	7	15.2
9	6	13.0
10	5	10.9
11	1	2.2
Total	46	100.0

La procedencia de los entrevistados fue de 93.5% urbana (n=43), 6.5% rural (n= 3) (gráfico 1). Con respecto a la escolaridad de los entrevistados se encontró 4.3% (n=2) analfabetos, 39.1% (n=18) con escolaridad primaria, 32.6% (n=15) con escolaridad secundaria y 23.9% (n=11) con escolaridad universitaria (gráfico 2).

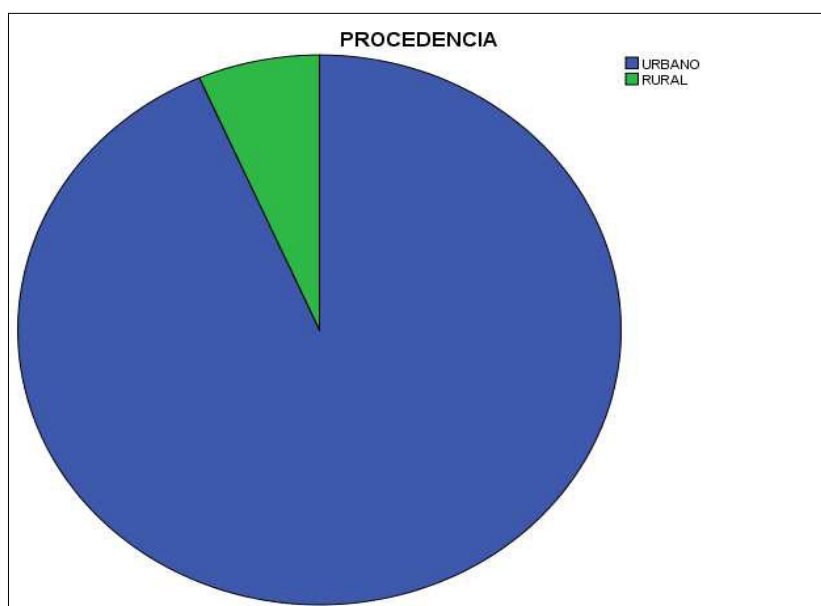


Gráfico 1. Procedencia de los pacientes.

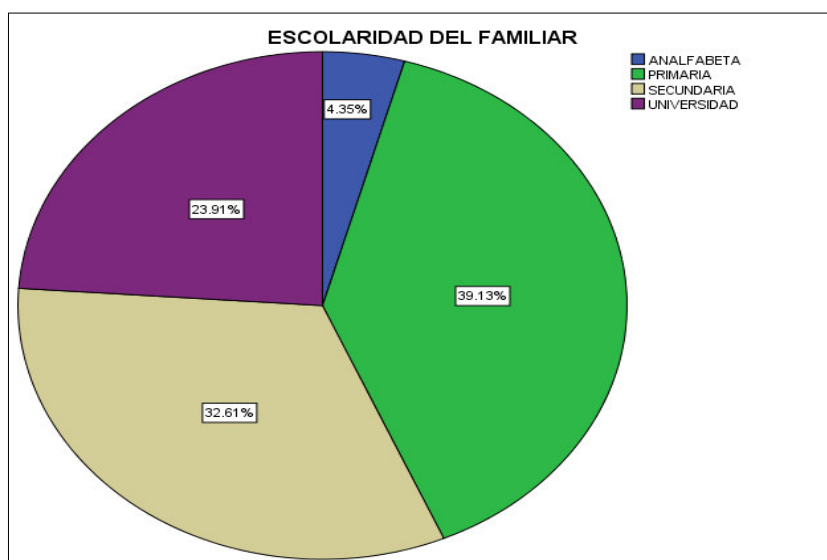


Gráfico 2. Escolaridad de los familiares de pacientes encuestados:

Según los datos recolectados podemos observar que el 63% (n=29) de los familiares conocen la frecuencia de deposiciones diarias de los pacientes, (gráfico 3), así como el 50% (n=23) no conoce la consistencia de las heces de los pacientes (gráfico 4). Con respecto a la frecuencia de ingesta de agua de los pacientes, el 37% (n=17) de los familiares conoce su ingesta, el 63% (n=29) no conoce (gráfico 5).

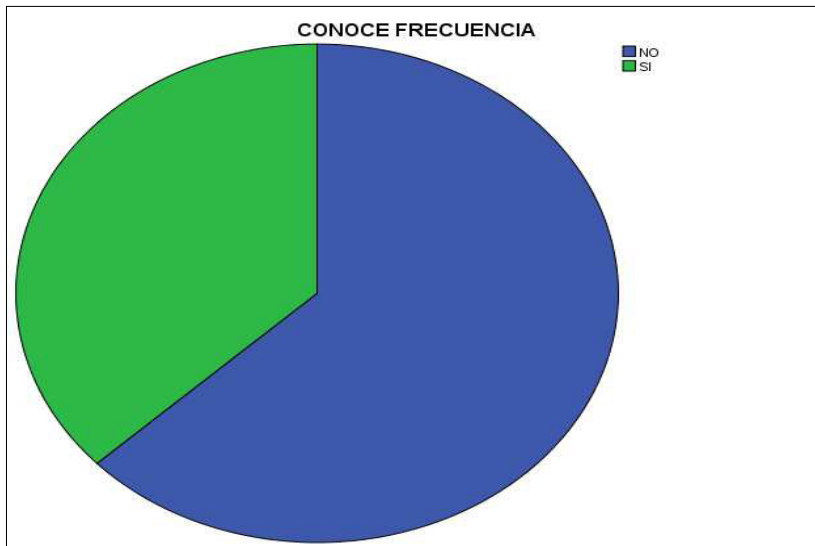


Gráfico 3. Conocimiento de los familiares de pacientes sobre frecuencia de deposiciones de sus hijos.

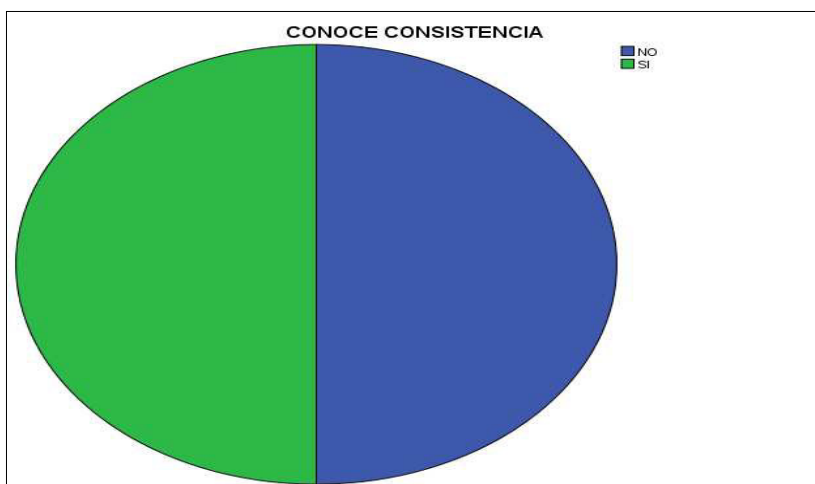


Gráfico 4. Conocimiento de los familiares de los pacientes sobre consistencia de las heces de sus hijos

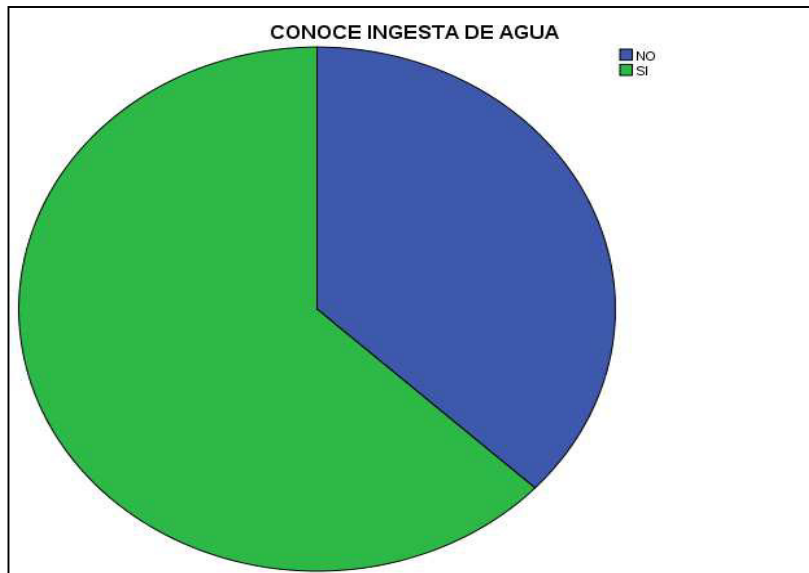


Gráfico 5. Conocimiento de los familiares de pacientes sobre la frecuencia de ingesta de agua de sus hijos

El 82.6% (n=38) de los familiares conocen sobre uso de laxantes para el tratamiento de estreñimiento (gráfico 6), y el 100% (n=46) de los familiares conoce sobre la importancia de mejorar la dieta de los pacientes con adecuada ingesta de fibra (gráfico 7). Por otro lado, el 100% (n=46) de los familiares conocen la importancia de realizar ejercicio físico para mejorar el estreñimiento (gráfico 8).

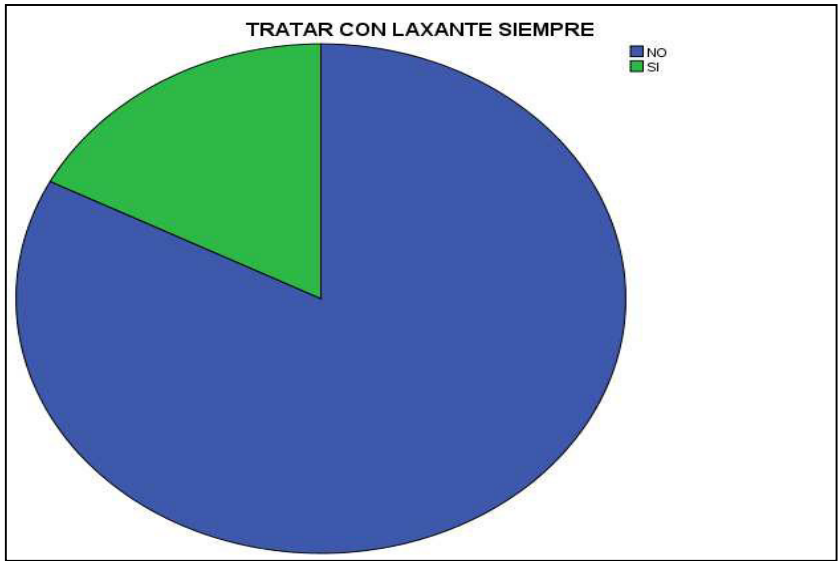


Gráfico 6. Conocimiento de los familiares de pacientes sobre uso de laxantes

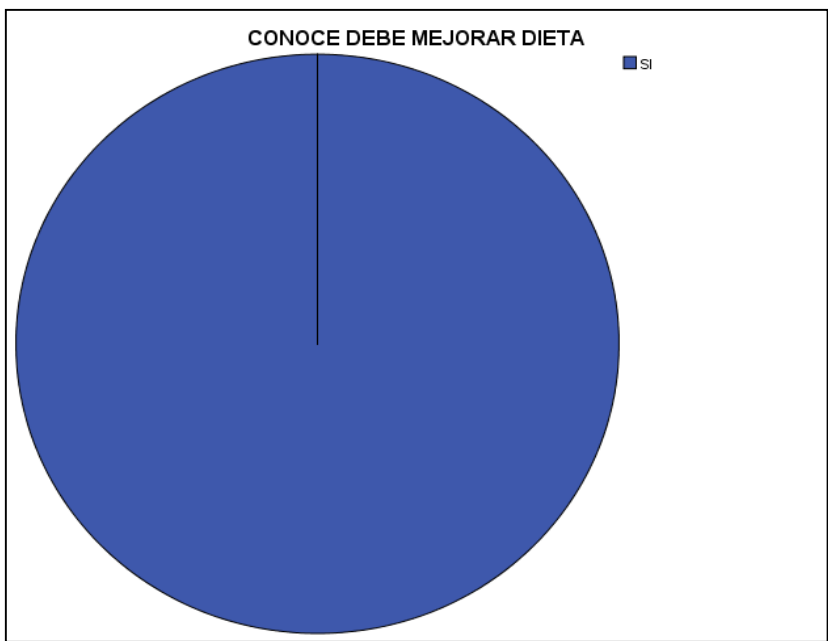


Gráfico 7. Conocimiento de los familiares de pacientes sobre mejorar dieta

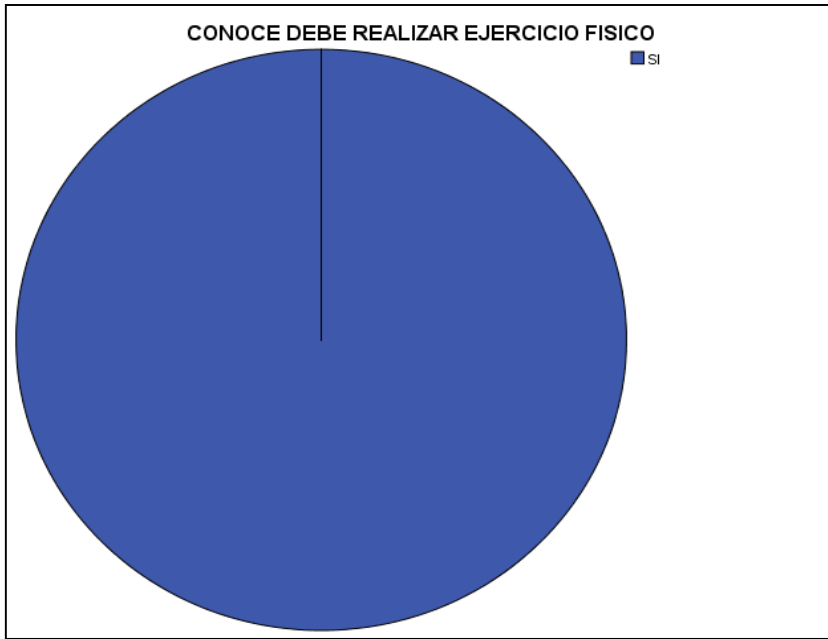


Gráfico 8. Conocimiento de los familiares de pacientes sobre frecuencia de realizar ejercicio físico de su hijo

Con respecto a los conocimientos sobre los alimentos ricos en fibra el 91.3% (n=42) de los familiares presentan conocimiento parcial, el 4.3% (n=2) tiene buenos conocimientos y el 4.3% (n=2) no conoce la información (gráfico 9).

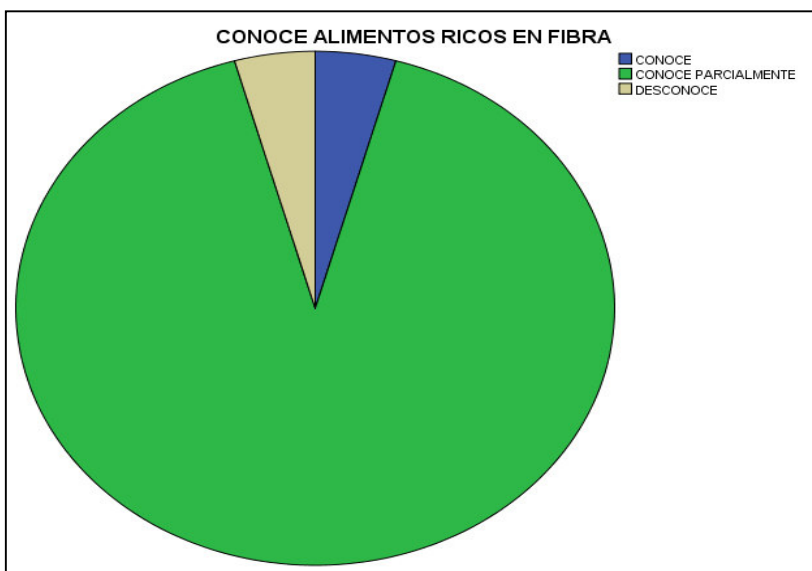


Gráfico 9. Conocimiento de los familiares de pacientes sobre alimentos ricos en fibra

Valorando la iniciativa con la que los familiares indican a los pacientes el consumo de fibra se encontró que el 50% (n=23) presenta iniciativa diaria, el 13% (n=6) de 4 a 6 días en la semana, el 34.8% (n=16) de 1 a 3 días a la semana y el 2.2% (n=1) nunca incitan a sus hijos a consumir fibra (gráfico 10), por otro lado, el 52.2% de los familiares incitan a sus hijos a consumir de 2 a 4 vasos de agua al día, el 32.6% (n=15) le indican de 5 a 7 vasos de agua y el 6.5% (n=3) les incitan consumir 8 vasos de agua al día a sus hijos (gráfico 11).

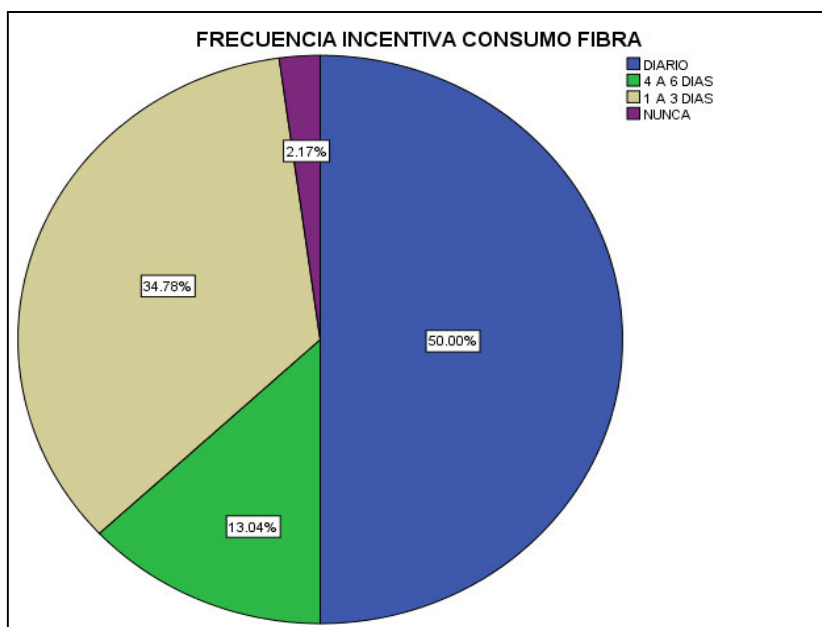


Gráfico 10. Frecuencia con la que los familiares dan iniciativa a consumir fibra a sus hijos

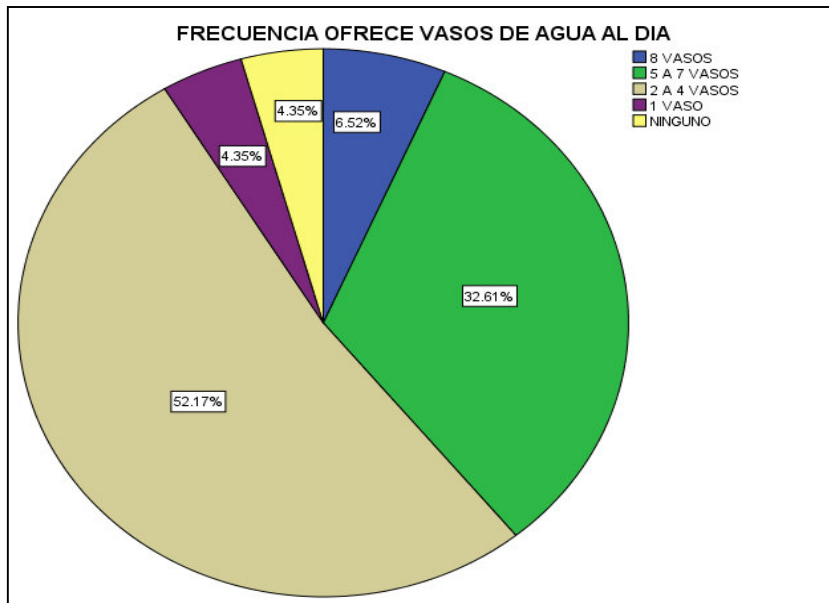


Gráfico 11. Frecuencia con la que los familiares ofrecen consumir vasos de agua a sus hijos

Con respecto a las veces en el día que los familiares incitan a evacuar al paciente el 65.2% (N=30) lo realizan 1 vez al día, el 17.4% (n=8) lo realizan 2 veces al día, el 10.9% (N=5) lo realizan 3 veces al día y el 6.5% (n=3) no incitan a sus hijos a evacuar en el día (gráfico 12), por otro lado el 78.3% (n=36) de los familiares adquieren mensualmente laxantes para sus hijos (gráfico 13).



Gráfico 12. Frecuencia con la que los familiares incentiva a evacuar en el día

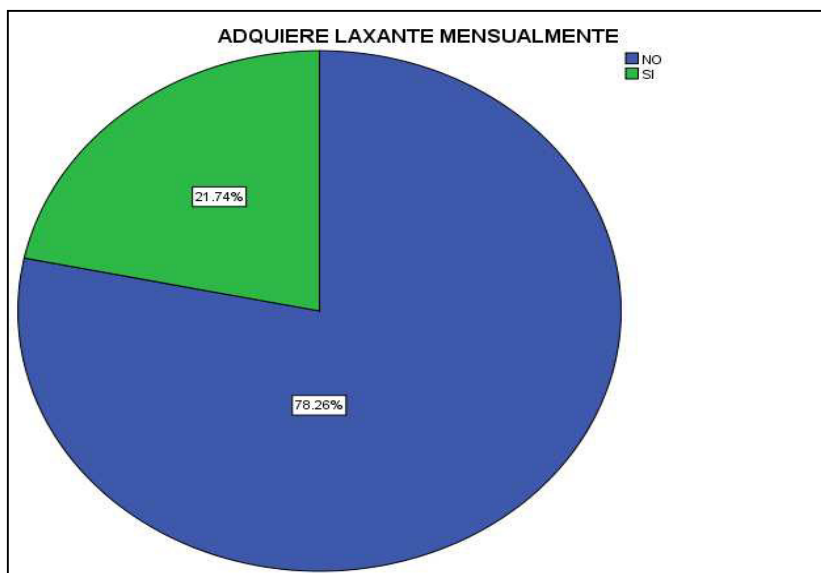


Gráfico 13. Adquiere mensualmente laxante para su hijo

Con respecto a la frecuencia con la que los familiares incitan a sus hijos a realizar ejercicio físico, el 54.3% (n=25) realizan esta acción diariamente, el 13% (n=6) realizan esta acción 4 a 6 días a la semana y el 2.2% (n=1) no incita a sus hijos a realizar ejercicio físico (gráfico 14).

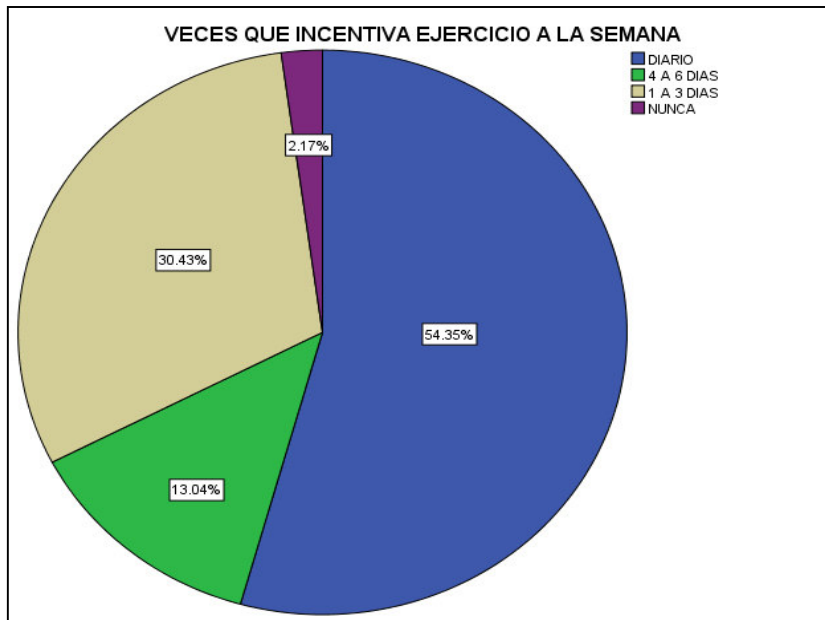


Gráfico 14. Frecuencia con la que incentiva a su hijo a realizar ejercicio en la semana

Valorando las prácticas de los familiares de los pacientes, se encontró que el 47.8% (n=22) de los pacientes consumen fibra diario, el 39.1% (n=18) de los pacientes consumen fibra de 1 a 3 días a la semana, el 10.9% (n=5) consumen fibra de 4 a 6 días a la semana y el 2.2% (n=1) no consume fibra nunca (gráfico 15), por otro lado, con respecto a la frecuencia de evacuaciones de los pacientes el 47.8% (n=22) presenta evacuaciones diarios, el 45.7% (n=21) presenta evacuaciones de 3 a 6 veces a la semana y el 6.5% (n=3) menos de 2 veces a la semana (gráfico 16).

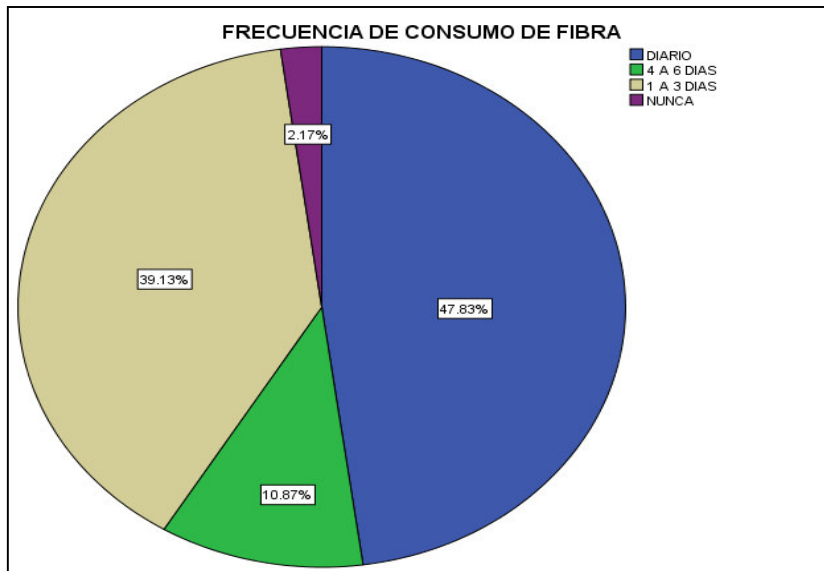


Gráfico 15. Frecuencia en la que incentiva a su hijo a consumir de fibra en la semana

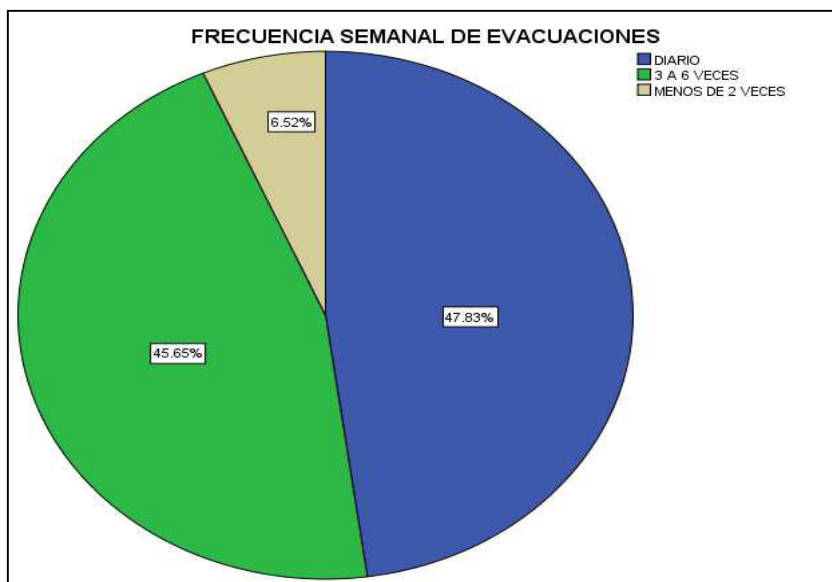


Gráfico 16. Frecuencia semanal con la que evacua su hijo

El 69.6% (n=32) de los pacientes no requiere de consumo de laxante diario, por otro lado el 30.4% (n=14) de los paciente si utiliza laxantes de forma diaria,

(gráfico 17), valorando la frecuencia con la que realizan ejercicio físico se encontró que el 54.3% (n=25) de los pacientes realiza ejercicio físico diario, e 34.8% (n=16) de los pacientes realiza ejercicio de 1 a 3 veces a la semana, el 6.5% (n=3) realiza ejercicio de 4 a 6 veces en la semana y el 4.3% (n=2) de los pacientes no realiza ejercicio nunca (gráfico 18).

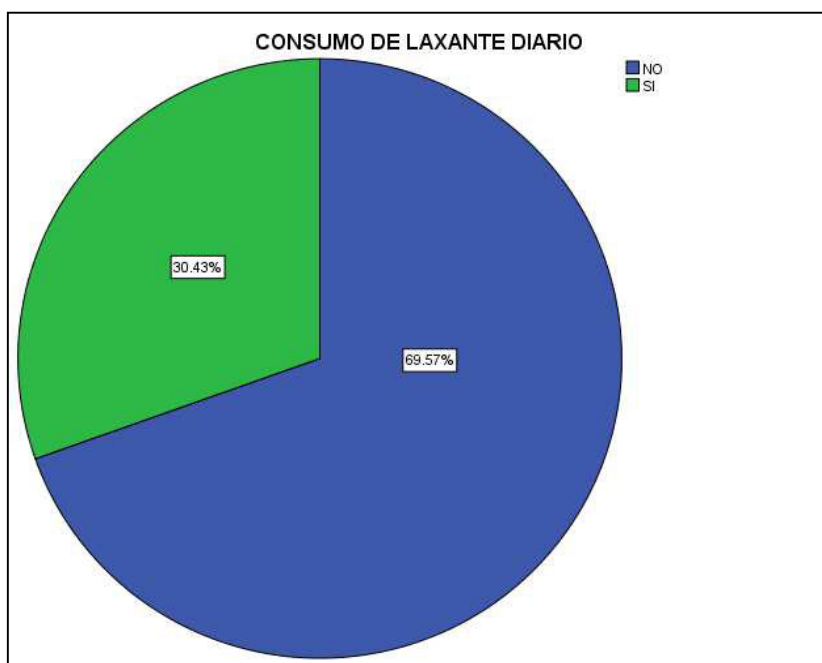


Gráfico 17. Consumo de laxante diario por los pacientes

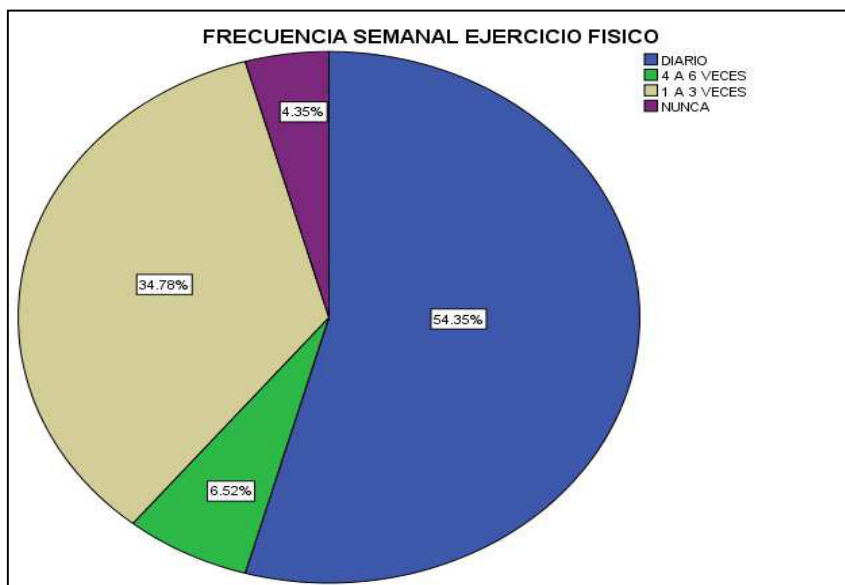


Gráfico 18. Frecuencia semanal en la que realizan ejercicio físico los pacientes

Con respecto al uso de enemas en los últimos 6 meses el 52.2% (n=24) de los pacientes no requirió de enemas en los últimos 6 meses, el 41.3% (n=19) de los pacientes requirió de enemas de 1 a 2 veces en 6 meses y el 6.5% (n=3) requirió de enemas durante 3 a 5 veces en 6 meses (gráfico 19), por otro lado, se encontró que el 91.3% (n=42) de los pacientes ha recibido seguimiento por gastroenterología pediátrica desde hace más de seis meses, y el 8.7% (n=4) de los pacientes ha recibido seguimiento por gastroenterología pediátrica menos de seis meses (gráfico 20).

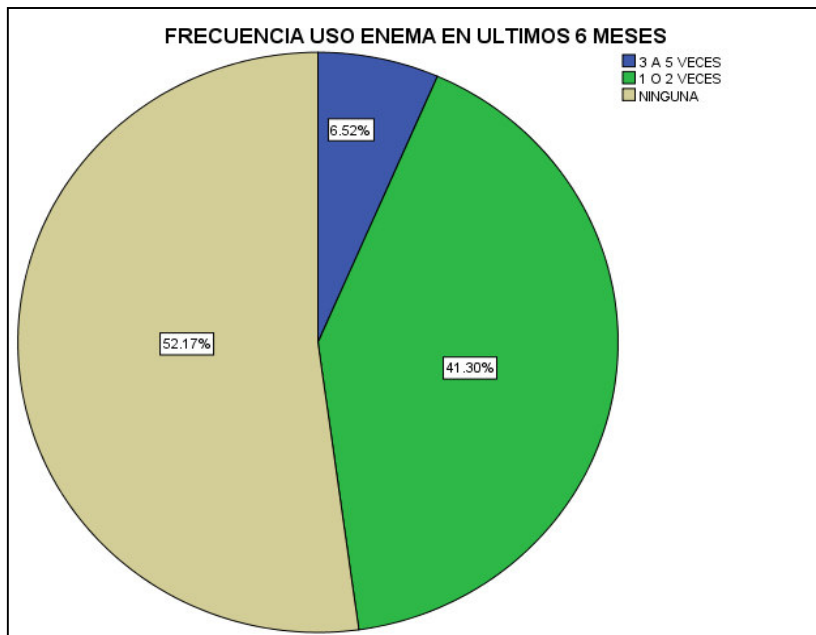


Gráfico 19. Frecuencia en la que ha utilizado enemas el paciente en los últimos 6 meses

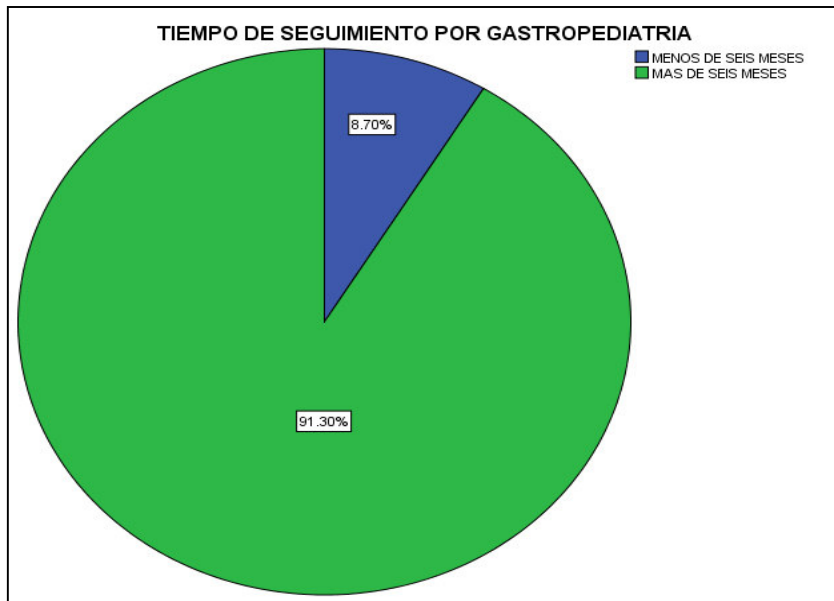


Gráfico 20. Tiempo que tiene de asistir a seguimiento por gastroenterología pediátrica el paciente

Valorando la respuesta al seguimiento por gastroenterología pediátrica el 82.6% (n=40) de los pacientes que llevan más de seis meses de seguimiento por el servicio presentan una mejor evolución al estreñimiento y el 8.70% (n=4) de los padres refieren que no han tenido ningún cambio aún con 6 meses de seguimiento (gráfico 21).

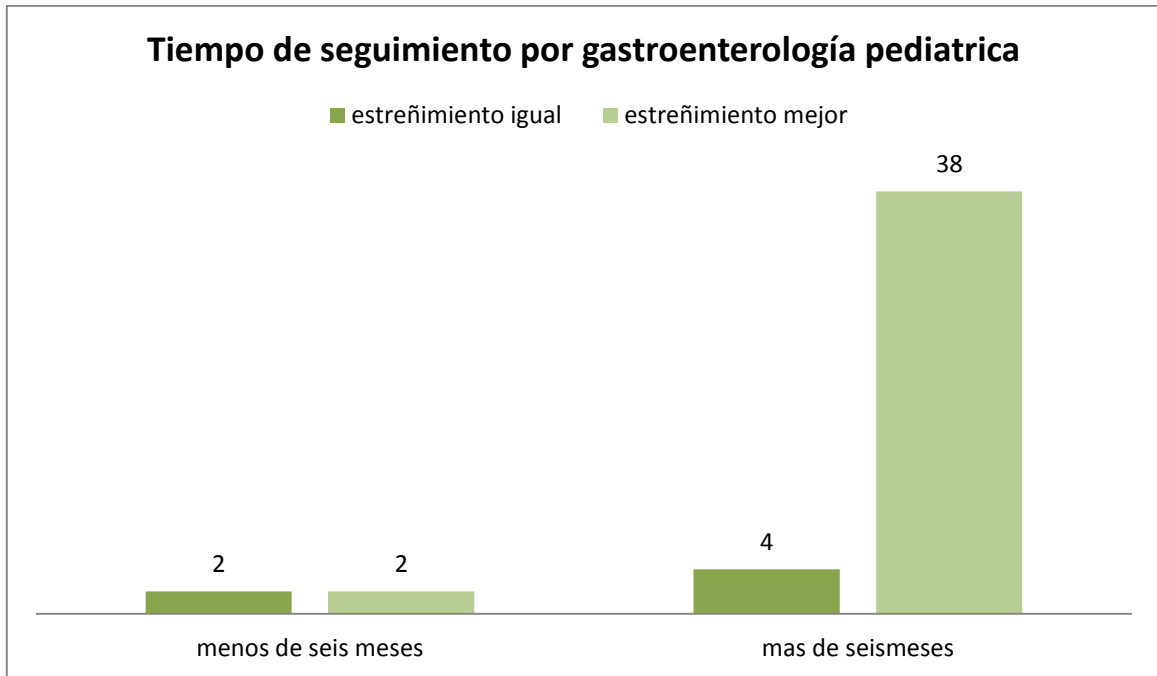


Gráfico 21. Evaluación del estreñimiento de su hijo desde su seguimiento por gastroenterología pediátrica

Se estableció la relación entre el tiempo de seguimiento por gastroenterología y la mejoría de la enfermedad mediante prueba de correlación de Spearman, la que resultó $p= 0.021$, que al ser menor que el nivel crítico de comparación 0.05 , indica que se obtuvo una respuesta estadística significativa. Por tanto, la prueba de correlación de Spearman, demostró que existe una correlación significativa entre el tiempo de seguimiento por gastroenterología y la mejoría de la enfermedad (tabla 3).

Tabla 3. Prueba de correlación de Spearman entre el tiempo de seguimiento por gastroenterología y la mejoría de la enfermedad

	Valor	Error estandarizado asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
R de Pearson	.339	.210	2.387	.021 ^c
Correlación de Spearman	.339	.210	2.387	.021^c
N de casos válidos	46			

Discusión de resultados

Según los resultados obtenidos en el presente estudio, el sexo predominante fue el masculino en un 65.2%, como era de esperarse de acuerdo a la distribución demográfica del país. Existen estudios que establecen que hay un pequeño predominio del sexo masculino en los preescolares (Daza, Mora y Dadon, 2005), pero hay otros en los cuales no se ha logrado establecer que exista predominio de un sexo sobre otro (Van den Berg, Benninga, & Di Lorenzo, 2006).

La procedencia de los pacientes fue en su mayoría urbana, lo cual se encuentra relacionado con la ubicación geográfica del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”.

La edad en promedio en el presente estudio estaba en la etapa preescolar, presentándose resultados similares en el estudio realizado en Hospital Manuel de Jesús Rivera en el año 2015, el cual encontró predominio en edades de 5 a 8 años (Mendieta, 2015). Con respecto a la escolaridad de los familiares fue en su mayoría primaria y secundaria, lo cual se encuentra en relación a la población que acude al centro hospitalario, en su mayoría asegurados, o sea trabajadores activos con un empleo formal.

Los familiares de los pacientes en estudio mostraron tener adecuados conocimientos sobre la importancia de las medidas no farmacológicas para control del estreñimiento como ejercicio diario y alimentación rica en fibra, estos cambios en el estilo de vida representan la primera línea de tratamiento (Defilippi, Salvador, & Larach, 2013). La educación forma parte de la terapia a las familias de estos pacientes haciendo énfasis en alimentación, pero también en la creación de un hábito defecatorio (Hyams, y otros, 2016).

La mayoría (más del 80%) de los familiares en el estudio tienen buenos conocimientos sobre uso de laxantes, se considera que esto se debe a que en su mayoría presentan seguimiento por gastroenterología pediátrica por más de

6 meses y por tanto han recibido consejería adecuada. Por lo tanto, se considera que los familiares presentaron buenos conocimientos sobre estreñimiento.

Valorando las actitudes de los familiares se considera que la iniciativa brindada por los familiares sobre consumo de vasos de agua y alimentos ricos en fibra fue favorable en más del 50%, lo que está de acuerdo a las guías de tratamiento mexicanas para estreñimiento representa el consumo óptimo para el control del estreñimiento en niños (De la Torre & Hernández, 2014).

Sin embargo con respecto a la iniciativa de evacuar de forma diaria se encontró que los familiares incitan a evacuar 1 vez al día a los pacientes en más del 50%, lo que se considera una actitud inadecuada ya que de acuerdo a las guías internacionales se debería realizar un hábito defecatorio de al menos 2 veces al día (Rojas, Jiménez, Mora, & Calzada, 1999), lo que representa una debilidad en las actitudes de los padres. La mayoría de los niños estreñidos carecen del hábito de la defecación. En menores de 2 a 3 años, no se aconseja crearlo hasta que se obtenga un patrón de defecación normal. Posteriormente será el momento de iniciar el establecimiento de dicho hábito. Por ello en muchos casos es aconsejable que el niño continúe con el uso del pañal, hasta que el estreñimiento haya desaparecido (Bautista, y otros, 2011)

Se observó también que el 78% de los familiares adquieren laxantes para sus hijos en cada cita, se considera, por lo tanto, que los familiares presentaron buenas actitudes, con debilidades solamente en el hábito defecatorio de los pacientes y el uso de laxantes.

Con respecto a las prácticas sobre estreñimiento se encontró que menos de la mitad de los pacientes incluyen fibra en su dieta a diario, similar a lo reportado en Perú donde más del 50% de los pacientes tenían ingesta inadecuada de agua, frutas y verduras (Aranda, Siancas, Ormeño, & Osada, 2016). Esto se considera inadecuado para el control del estreñimiento de acuerdo a las guías de tratamiento mexicanas, españolas y norteamericanas (De la Torre &

Hernández, 2014), (Asociación Española de Pediatría, 2010) y (Nicklas & Hayes, 2008).

Otro aspecto a considerar es la actividad física, la cual se ha descrito como factor protector contra el estreñimiento en adultos (Inan, Aydiner C, Aksu, Ayvaz, & Ayhan, 2007), con base en el conocimiento que el ejercicio tendría un efecto positivo en la motilidad intestinal. Desafortunadamente, la evidencia es limitada en población pediátrica. En el presente estudio se encontró que se cumple con actividad física en dos terceras partes de los pacientes, la actividad física regular debería continuar recomendándose como parte del tratamiento integral de la constipación.

La mayoría de los pacientes en estudio presentan evacuaciones diarias o de 3 a 6 veces a la semana, por lo tanto se consideran con hábitos aceptables y control defecatorio, probablemente debido a que en su mayoría se encuentran con seguimiento por gastroenterología, lo que concuerda con los resultados encontrando que más de la mitad de los pacientes no requieren de uso de laxantes diario ni uso de enemas durante los últimos 6 meses. Esto es parecido a lo reportado en Norteamérica, donde el 50% de los pacientes logran dejar de usar tratamiento luego de un seguimiento por 6 meses a un año (Hyams, y otros, 2016).

Con respecto a determinar el grado de mejoría de la enfermedad según la percepción de los familiares de los pacientes, la mayoría refieren mejoría de los pacientes, encontrándose por tanto respuesta positiva al tratamiento y seguimiento por gastroenterología.

Por otro lado en más del 60% de los pacientes se da seguimiento por gastroenterología desde hace más de 6 meses, la prueba de Spearman permitió demostrar que hay una relación positiva débil con significancia estadística entre el tiempo de seguimiento por gastroenterología y el control de la enfermedad.

Conclusiones

- El estreñimiento predomina en el sexo masculino, con una edad media de 7 años, en pacientes de procedencia urbana.
- El 100% de los familiares conocen la importancia de las medidas no farmacológicas para control del estreñimiento y la mayoría de los familiares tienen buenos conocimientos sobre uso de laxantes.
- Las actitudes fueron favorables sobre la iniciativa brindada por los familiares sobre consumo de vasos de agua y alimentos ricos en fibra, pero el incentivar a un hábito defecatorio y adquirir laxantes presentan debilidad.
- Las prácticas sobre estreñimiento indican que en su mayoría los pacientes presentan hábitos aceptables y control defecatorio.
- Se determina satisfactorio el grado de mejoría de la enfermedad según la mayoría de los familiares, encontrándose por tanto respuesta positiva al tratamiento.
- Existe una correlación estadísticamente significativa entre el tiempo de seguimiento por gastroenterología y el control de la enfermedad.

Recomendaciones

Al Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, que se elaboren medios visuales como panfletos y trípticos que puedan ser brindados a los pacientes en cada consulta informando sobre las medidas no farmacológicas para el tratamiento de esta entidad.

Al servicio de gastroenterología pediátrica continuar con la educación continua de los familiares para disminuir las complicaciones relacionadas al estreñimiento y permitir un control de los pacientes de forma positiva con menor uso de fármacos y mayor uso de métodos de cambio en el estilo de vida que permitan una mejor calidad de vida y desarrollo social de los pacientes.

A los familiares de los pacientes que asistan de forma periódica a sus citas de seguimiento para continuar el desarrollo de conocimientos adecuados y valoración de las prácticas diarias que realizan en el hogar.

Bibliografía

- Aranda, R., Siancas, H., Ormeño, A., & Osada, J. (2016). Factores asociados y respuesta al tratamiento en niños con constipación funcional. *Revista Mexicana de Pediatría*, 181-186.
- Asociación Española de Pediatría. (2010). Estreñimiento y encopresis. En *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica* (págs. 53-65). Madrid: Asociación Española de Pediatría.
- Bautista, A., Arguelles, F., Peña, L., Polanco, I., Sánchez, F., & Varea, V. (2011). Recomendaciones para el tratamiento del estreñimiento funcional. *Anales de Pediatría*, 1-7.
- Camarero, C., & Rizo, J. (2011). Diagnóstico y tratamiento del estreñimiento en niños. *Información terapéutica del sistema nacional de salud*, 35(1), 13-20.
- Catto, A. (2005). Constipation and toiletin issues in children. *Practice essentials pediatrics*, 242-246.
- Colin, L. (2009). Transanal rectosigmoid resection for severe intractable idiopathic constipation. *Journal of pediatric surgery*, 1285-1291.
- Daza, W., Mora, D., & Dadon, S. (2005). Estreñimiento cronico. *AEP*, 25-43.
- De la Torre, L. (2010). El niño con estreñimiento crónico severo en enfermedad de Hirschsprung. *Abordaje pediátrico*, 48-52.
- De la Torre, L., & Hernández, G. (2014). Estreñimiento funcional en pediatría. *Acta pediátrica de México*, 411-422.
- Defilippi, C., Salvador, V., & Larach, A. (2013). Diagnóstico y tratamiento de la constipación crónica. *Revista Médica Clínica Condes*, 277-286.
- Delgadillo, C. (2009). Estreñimiento funcional y su tratamiento. *Revista guatemalteca de pediatría*.

- Hyams, J., Di Lorenzo, C., Saps, M., Shulman, R., Staiano, A., & van Tilburg, M. (2016). Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child/Adolescent. *Gastroenterology*, 1464-1465.
- Inan, M., Aydiner C, T. B., Aksu, B., Ayvaz, S., & Ayhan, S. (2007). Factors associated with childhood constipation. *Journal of Paediatric Childhood Health*, 700-706.
- Madrazo, A. (2013). *Nutrición y gastroenterología pediátrica*. México: MacGrawHill.
- Mendieta, R. (2015). *Comportamiento Clínico de los pacientes con megarectosigmoides secundario a estreñimiento atendidos en el servicio de cirugía del Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera del 1 de Enero 2013 al 31 de Enero 2015*. Managua.
- Nicklas, T., & Hayes, D. (2008). American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: nutrition guidance for healthy children ages 2 to 11 years. *Journal of American Dietetic Association*, 1038-1047.
- Pallot D., P. M. (2014). Use of peristeen transanal colonic irrigation for bowel management in children. *Journal of pediatric surgery*, 269-272.
- Plass, V. d. (2000). Megarectum in constipation. *Arch Dis Child*, 52-53.
- Remes, J., Chávez, J., González, B., Heller, S., Montijo, E., Velasco, M., & Worona, L. (2011). Guías de diagnóstico y tratamiento del estreñimiento en México. Evaluación del estreñimiento en población pediátrica. *Revista de Gastroenterología de México*, 155-168.
- Rojas, J., Jiménez, C., Mora, A., & Calzada, A. (1999). Estreñimiento y encopresis: epidemiología y terapéutica actual. *Acta pediátrica costarricense*, 13(3), 45-47.
- Van den Berg, M., Benninga, M., & Di Lorenzo, C. (2006). Epidemiology of childhood constipation: a systematic review. *American Journal of Gastroenterology*, 2401-2409.
- Velasco, C. (2005). Actualización sobre estreñimiento crónico funcional en niños. *Colombia médica*, 55-61.

1. Instrumento de recolección de la información:

Encuesta:

I. DATOS GENERALES.

Marque con una "X", SOLO UNA DE LAS OPCIONES.

Edad del paciente ____ (años)

Sexo: 1) F ____; 2) M ____.

Procedencia: 1) Urbano __; 2) Rural ____;

Escolaridad del familiar: 1) Analfabeta ____; 2) Primaria ____; 3) Secundaria ____;
4) Universidad ____.

Tiempo de seguimiento por Gastroenterología: 1) Menos de 6 meses ____;
2) Más de 6 meses ____.

¿Cómo evalúa el estreñimiento de su hijo después de iniciar el tratamiento por Gastroenterología Pediátrica? 1) Peor ____; 2) Igual ____; 3) Mejor ____.

II. CONOCIMIENTOS SOBRE ESTREÑIMIENTO

Usted considera que su hijo tiene estreñimiento si evacúa a la semana:

2 o menos veces ____; 2) 3 a 5 veces ____; 3) Diario ____; 4) Ninguna ____.

Conoce frecuencia: 0) No __, 1) Si ____

Usted considera que su hijo tiene estreñimiento si la consistencia de las evacuaciones es:

Bolitas separadas como nueces (Bristol 1) ____;

Como salchicha pero llena de bultos (Bristol 2) ____;

Como salchicha pero con rajaduras en la superficie (Bristol 3) ____,

Como una salchicha suave y blanda (Bistol 4)____;

Pedazos blandos con bordes claros (Bristol 5)____,

Pedazos blandos con bordes deshechos, pastoso (Bristol 6)____;

Líquida (Bristol 7)_____

Conoce consistencia: 0) No____, 1) Si____

¿Usted considera que su hijo tiene estreñimiento porque hace mucho esfuerzo al evacuar?

0) No____, 1) Si____

¿A su parecer cuáles alimentos son ricos en fibra?

Frutas____; Vegetales____; Granos enteros____; Carnes____; Lácteos____,
Harinas_____

¿Conoce alimentos ricos en fibra?:

1) Conoce____, 2) conoce parcialmente____, 3) Desconoce____.

A su parecer cuántos vasos de agua debe ingerir su niño: _____

Conoce ingesta de agua: 0) No____, 1) Si____

¿Considera que el estreñimiento siempre debe tratarse con laxantes?

0) No____, 1) Si____

¿Considera que su niño para mejorar el estreñimiento debe mejorar la dieta?

0) No____, 1) Si____

¿Considera que su niño debe realizar ejercicio físico para mejorar el estreñimiento?

0) No___, 1) Si___

III. ACTITUDES HACIA EL ESTREÑIMIENTO

¿Con qué frecuencia a la semana le ofrece frutas, vegetales o granos enteros a su hijo?:

1) Diario___, 2) 4 a 6 días___, 3) 1 a 3 días___, 4) Nunca___.

¿Con qué frecuencia al día ofrece un vaso de agua a su hijo?:

1) 8 veces___, 2) 5 a 7 veces___, 3) 2 a 4 veces___, 4) 1 vez___, 5) ninguna___.

¿Cuántas veces al día usted incentiva a su hijo a ir al baño a evacuar?

1) 3 veces___, 2) 2 veces___, 3) 1 vez___, 4) ninguna___.

¿Adquiere usted mensualmente el tratamiento laxante para su hijo?

0) No___, 1) Si___

¿Cuantas veces a la semana usted incentiva a su hijo que realice ejercicio físico?

1) Diario___, 2) 4 a 6 días___, 3) 1 a 3 días___, 4) Nunca___.

IV. PRACTICAS PARA EL ESTREÑIMIENTO

¿Con qué frecuencia a la semana su hijo consume frutas, vegetales o granos enteros?:

1) Diario___, 2) 4 a 6 días___, 3) 1 a 3 días___, 4) Nunca___.

¿Con qué frecuencia al día su hijo consume un vaso de agua?:

1) 8 veces___, 2) 5 a 7 veces___, 3) 2 a 4 veces___, 4) 1 vez___, 5) ninguna___.

¿Cuántas veces a la semana evacúa su hijo?

1) Diario____; 2) 3 a 6 veces____; 3) 2 o menos veces____

¿Su hijo consume tratamiento laxante a diario?

0) No____, 1) Si____

¿Cuántas veces a la semana su hijo realiza ejercicio físico?:

1) Diario____; 2) 4 a 6 veces____, 3) 1 a 3 veces____, 4) Nunca____.

¿Cuántas veces en los últimos 6 meses, ha tenido que utilizar su hijo enemas evacuantes?

1) 6 o más veces ____; 2) 3 a 5 veces____; 3) 1 o 2 veces ____; 4) ninguna____.