UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA

# Trabajo de Investigación

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE

MÉDICO CIRUJANO

TEMA:

ESTREÑIMIENTO CRONICO Y SU RELACION CON EL SINDROME DE MALABSORCION EN NIÑOS MENORES DE 11 AÑOS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA HOSPITAL DR VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, ABRIL SEPTIEMBRE 2015

AUTOR:

CARBO LOPEZ NANCY JAQUELINE

GARCIA CAMPOS BETSY KATIUSKA

DIRECTOR

DR. FREDDY HINOSTROZA DUEÑAS, ESP

2015

# DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, Por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación.

A mis padres por ser los pilares fundamentales, por demostrarme siempre su cariño, amor y apoyo incondicional.

A mis hijos Manuel y Mateo que son el motor fundamental que inspiran mis días, por ser mi motivación y mi mayor felicidad.

A mis hermanos por estar presente, acompañándome, para poderme realizarme como profesional.

Desde el cielo, a ese ser maravilloso q ya no está pero desde allá ilumina cada uno de mis días.

“la dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer, alguien a quien amar y alguna cosa que esperar”

CARBO LOPEZ NANCY JAQUELINE

# DEDICATORIA

Dedico primero a Dios por ser luz que guio mi camino en busca de la meta

A mi Madre la Ing. Juana Ángela Campos Cedeño por su sacrificio, cariño y apoyo incondicional en todo momento.

A la Sra. Juana Adelaida Vergara Rodríguez por sus consejos brindados que permitieron ir superando los obstáculos que se presentaron durante mi carrera.

A mi esposo Lcdo. Gustavo David Zambrano Ponce por comprenderme en los momentos alegres y difíciles, brindándome su apoyo en mi formación como persona y profesional y mis hijas Daniela y Jeanile mis pequeñas princesas que con sus caritas risueñas y travesuras de niñas me alegran la vida y se convierten en el futuro y la esperanza de quien las quiere mucho

GARCIA CAMPOS BETSY KATIUSKA

# AGRADECIMIENTO

Agradecimiento sincero en primer lugar a Dios por permitirnos finalizar esta etapa de nuestras vidas, dotándonos de sabiduría y fortaleza para poder superar las adversidades presentadas en el camino.

A la Universidad Técnica de Manabí, y en especial a los catedráticos de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina, quienes aportaron con conocimientos y moldearon nuestro perfil profesional.

Al tribunal de tesis, Dr. Freddy Hinostroza Dueñas, Esp, Dra. Ingerbord Veliz Zevallos, Dr. Hoover Mendoza Mendoza, Dra. Nayvi Fernández por dedicarnos el tiempo, la guía para que la investigación avance de acuerdo a las normas exigidas.

A todas las personas que de una forma u otra prestaron su colaboración y permitieron cristalizar esta meta tan anhelada.

Al Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo por permitirnos la realización del presente Proyecto de Investigación.

LOS AUTORES

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Yo el DR. FREDDY HINOSTROZA DUEÑAS, ESP, tengo a bien certificar que el trabajo de investigación: "ESTREÑIMIENTO CRONICO Y SU RELACION CON EL SINDROME DE MALABSORCION EN NIÑOS MENORES DE 11 AÑOS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA HOSPITAL DR VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, ABRIL SEPTIEMBRE 2015" Ejecutada por: CARBO LÓPEZ NANCY JAQUELINE Y GARCÍA CAMPOS BETSY KATIUSKA, se encuentra concluida en su totalidad.

El presente trabajo es original de los autores y ha sido realizado bajo mi dirección y supervisión, habiendo cumplido con los requisitos reglamentarios exigidos para la elaboración de una tesis de grado previo a la obtención del título de Médico Cirujano. Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.

DR. FREDDY HINOSTROZA DUEÑAS, ESP
DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CERTIFICACIÓN DEL PRESIDENTE DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Certifico que el presente trabajo de investigación titulado "ESTREÑIMIENTO CRONICO Y SU RELACION CON EL SINDROME DE MALABSORCION EN NIÑOS MENORES DE 11 AÑOS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA HOSPITAL DR VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, ABRIL SEPTIEMBRE 2015" Ha sido estructurado bajo mi dirección y seguimiento, alcanzado mediante el esfuerzo, dedicación y perseverancia de las autoras CARBO LÓPEZ NANCY JAQUELINE Y GARCÍA CAMPOS BETSY KATIUSKA

Considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a la evaluación del jurado examinador del Honorable Consejo Directivo para continuar con el trámite correspondiente de ley.

.....

DRA INGERBORD VELIZ ZEVALLOS, Mgs
PRESIDENTA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

TEMA:

ESTREÑIMIENTO CRONICO Y SU RELACION CON EL SINDROME DE MALABSORCION EN NIÑOS MENORES DE 11 AÑOS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA HOSPITAL DR VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, ABRIL SEPTIEMBRE 2015"el Proyecto de Investigación ha sido sometido a consideración del Honorable Consejo Directivo, requisito previo a la obtención del Título de:

MÉDICO CIRUJANO

APROBADO

Ing. Karina Rocha Galecio MN
DECANA

Lcda. Miriam Barreto, Mgs.
PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE TITULACIÓN ESPECIAL FCS

Ab. Daniel Cadena Macías
ASESOR JURÍDICO (E)

Dr. Freddy Hinostroza Dueñas, Esp
DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Dra. Ingerbord Veliz Zevallos, Mgs
PRESIDENTA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Dr. Hoover Mendoza Mendoza
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dra. Nayvi Fernández Díaz
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

# DECLARACIÓN DE AUTORÍA

CARBO LÓPEZ NANCY JAQUELINE Y GARCÍA CAMPOS BETSY KATIUSKA, egresados de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina de la Universidad Técnica de Manabí, declaramos que:

El presente trabajo de investigación titulado "ESTREÑIMIENTO CRONICO Y SU RELACION CON EL SINDROME DE MALABSORCION EN NIÑOS MENORES DE 11 AÑOS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA HOSPITAL DR VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, ABRIL SEPTIEMBRE 2015" , es de nuestra completa autoría y ha sido realizado bajo absoluta responsabilidad, y con la supervisión del Director del trabajo de investigación, el DR. FREDDY HINOSTROZA DUEÑAS, ESP

Toda responsabilidad con respecto a las investigaciones con sus respectivos resultados, conclusiones y recomendaciones presentadas en este proyecto de investigación, pertenecen exclusivamente a los autores.

Yaqueline Carbo
.....
Carbo López Nancy Jaqueline

.....
García Campos Betsy Katiuska

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA ..... ii

DEDICATORIA ..... iii

AGRADECIMIENTO..……...iv

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN……...v

CERTIFICACIÓN DEL PRESIDENTE DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN……..vi

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR…..……..vii

DECLARACIÓN DE AUTORÍA..... viii

RESUMEN ..... xiii

SUMMARY ..... xiv

CAPÍTULO I..... 1

INTRODUCCIÓN ..... 1

JUSTIFICACIÓN……...3

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... 4

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA ..... 4

SUBPROBLEMAS..... 5

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA ..... 6

OBJETIVOS ..... 7

Objetivo general ..... 7

Objetivo específico..... 7

CAPÍTULO II ..... 8

MARCO TÉORICO..... 8

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES ..... 20

Variable dependiente..... 21

Variable independiente..... 26

CAPÍTULO III ..... 27

DISEÑO METODOLÓGICO ..... 27

Tipo de estudio ..... 27
Línea de la investigación ..... 27
Área de estudio ..... 27
Periodo ..... 27
Universo ..... 27
MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN ..... 27
Criterios de inclusión ..... 27
criterios de exclusión ..... 28
Métodos e instrumentos para la recolección de datos ..... 28
Instrumentos para la recolección de información ..... 28
Fuentes de datos ..... 28
Instrumentos de recolección de datos ..... 28
Talentos humanos ..... 28
Recursos físicos ..... 28
Recursos institucionales ..... 28
Recursos económicos ..... 28
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS ..... 30
Grafitabla N 1.- Edad y género de los niños menores de 11 años con estreñimiento crónico atendidos en la consulta externa de gastroenterologia pediatrica Hospital Dr Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, abril septiembre 2015 ..... 31
Grafitabla N 2.- Procedencia y raza de los niños menores de 11 años con estreñimiento crónico atendidos en la consulta externa de gastroenterologia pediatrica Hospital Dr Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, abril septiembre 2015.. … ..... 33
Grafitabla N 3.- Causas del estreñimiento crónico en los niños menores de 11 años atendidos e atendidos en la consulta externa de gastroenterologia pediatrica Hospital Dr Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, abril septiembre 2015 ..... 35
Grafitabla N 4.- Factores asociados al estreñimiento crónico en los niños menores de 11 años atendidos en la consulta externa de gastroenterologia pediatrica hospital dr Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, abril septiembre 2015 ..... 37
Grafitabla N 5.- Manifestaciones clínicas del estreñimiento crónico en los niños menores de 11 años atendidos en la consulta externa de gastroenterologia pediatrica hospital dr Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, abril septiembre 2015 ..... 339
Grafitabla 6.- Tratamiento del estreñimiento crónico en los niños menores de 11 años atendidos en la consulta externa de gastroenterologia pediatrica hospital dr Verdi Cevallos

Balda de Portoviejo, abril septiembre 2015……41

Grafitabla 7. Características de las heces fecales en los niños menores de 11 años con síndrome de malabsorción atendidos en la consulta externa de gastroenterologia pediatrica hospital dr Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, abril septiembre 2015……43

Grafitabla N 8.- Estado nutricional de los niños menores de 11 años con estreñimiento crónico atendidos en la consulta externa de gastroenterologia pediatrica Hospital Dr Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, abril septiembre 2015.....45

CAPÍTULO IV……..47

CONCLUSIONES……47

RECOMENDACIONES.....48

DIAGRAMA DE GANTT…….....49

CAPÍTULO V .....50

PROPUESTA……..50

JUSTIFICACIÓN .....50

OBJETIVOS DE LA PROPUESTA.....51

OBJETIVO GENERAL.....51

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....51

BENEFICIARIOS.....51

RESPONSABLES.....52

UBICACIÓN SECTORIAL Y FÍSICA.....52

FACTIBILIDAD.....52

ACTIVIDADES.....52

INFRAESTRUCTURA.....53

CRONOGRAMA DE CHARLAS EDUCIATIVAS.....53

FODA.....55

CAPITULO VI……62

BIBLIOGRAFÍA……..62

CAPÍTULO VII……...66

ANEXOS.....66

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....66

FOTOS ..... 70

TEMA

ESTREÑIMIENTO CRONICO Y SU RELACION CON EL SINDROME DE MALABSORCION EN NIÑOS MENORES DE 11 AÑOS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA HOSPITAL DR VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, ABRIL –SEPTIEMBRE 2015

# RESUMEN

El estreñimiento funcional es un problema común en pediatría con una prevalencia mundial estimada de 3%. En 17–40% de los niños el estreñimiento comienza en el 1er año de vida. Se asocia a veces con dolor al defecar, incontinencia fecal, dolor abdominal y causa estrés en el niño y la familia causando un tremendo impacto en los costos de salud, en base a esto se planteó un investigación para establecer la relación del estreñimiento crónico con el Síndrome de Malabsorción en niños menores de 11 años , siendo este tipo prospectivo, descriptivo , teniendo como universo y muestra los 74 usuarios , siendo la edad de mayor presentación de 2 a 3 años, género femenino ,raza mestiza , procedencia distrital urbana. Entre las causas de malabsorción predomino la retención fecal excesiva asociada a factores de riesgo como el inicio precoz de la lactancia artificial, mientras que la presencia de masas abdominales palpables y heces abundantes en el recto fueron las principales manifestaciones clínicas y se propuso actividades educativas dirigidas al manejo adecuado del estreñimiento crónico para evitar las futuras complicaciones.

Palabras claves: Estreñimiento crónico, Síndrome de Malabsorción, Incontinencia Fecal, Lactancia Artificial, Factores de Riesgo

# SUMMARY

Functional constipation is a common problem in children with an estimated global prevalence of 3%. In 17-40% of children constipation begins in the 1st year of life. It is sometimes associated with pain on defecation, fecal incontinence, abdominal pain and cause stress on the child and family causing a tremendous impact on health care costs, based on this a research arose chronic constipation in children under 11 related malabsorption syndrome, being this prospective, descriptive universe and sample taking as 74 users, with the greatest incidence of age 2-3 years old, female, mixed race, origin urban district. Among the causes of malabsorption predominance excessive fecal impaction associated risk factors such as early onset of artificial feeding, while the presence of palpable abdominal mass and abundant stool in the rectum were the main clinical and educational activities to be proposed adequate management of chronic constipation to prevent future complications..

Keywords: Chronic constipation, malabsorption syndrome, Fecal Incontinence, artificial feeding, Risk Factors

# CAPITULO I

## INTRODUCCIÓN

La constipación es una de las causas comunes de atención medica durante la infancia es un motivo de consulta frecuente consulta de pediatría general, con una proporción cambiante desde el 0,7% al 29,6%. Esta cifra aumenta en consultas de gastroenterología pediátrica hay grupos más susceptibles a este problema como son los niños con parálisis cerebral o autismo, donde el veintiséis coma cinco por ciento son constipados. ( Salces C, 2011)

En los niños los antecedentes familiares de estreñimiento condiciona su presentación entre el veintiocho al cincuenta por ciento, la etiología perjudica al menos del 10% de los niños siendo de tipo estreñimiento funcional ( Salces C, 2011)

Algunas causas de estreñimiento secundario pueden ser congénitas (como malformación anorectal, enfermedad de Hirschsprung, poco desarrollo del hueso sacro agenesia o defectos del tubo neural en el que no se cierra la columna vertebral y el conducto raquídeo antes del nacimiento y trastornos del metabolismo como la deficiencia de la hormona tiroidea e insulina. ( De la Torre Mondragón & Hernández Vez, 2013)

El Polietilenglicol es un polímero soluble en agua de elevado peso molecular que tiene la capacidad de conformar uniones del hidrógeno con varias moléculas de agua, al suministrarse por vía oral que su absorción a nivel intestinal facilite la motilidad disminuyendo el dolor que ocasiona el proceso defecatorio. ( Barrio Merino & Soria López, 2013)

En España en el 2011 se realizó un estudio el diagnóstico y tratamiento del estreñimiento en niños y se estableció que las medidas terapéuticas como las desimpactación y tratamiento de mantenimiento consistente en cambios dietéticos, rectificación de sus actividades cotidianas y el empleo de preparado osmótico, la

inclusión de alimentos ricos en fibra podrían mejorar la calidad de vida que presentan los niños debido a este ente patológico.

En Venezuela en el año 2010 se realizó un estudio sobre el estreñimiento crónico en niños que acudieron a la consulta de Gastroenterología del Hospital de Especialidades Pediátricas de Maracaibo desde enero de 2009 a enero de 2010 un total 2663 pacientes; de ellos 402 (el quince coma un porciento, tenían constipación crónica , con una edad media de 5 años ; y en el género femenino existió una proporción de cincuenta y cuatro porciento ( Barboza, 2010)

En Ecuador en el 2013 se realizó una investigación sobre el estreñimiento crónico en niños menores estableció que las carencias nutricionales que tradicionalmente han afectado a los niños con nivel socioeconómico bajo. El déficit calórico proteico se observa en los niños/as en cuyos hogares los padres tienen ingreso insuficiente para suplir sus necesidades diarias. (Albán Ortega & Bruno Zapata, 2013)

.

# JUSTIFICACIÓN

La proporción de niños con constipación crónica ha aumentado en los últimos decenios, fluctuando entre el 0,3- 28%, la cual se establece por la diversidad de criterios empleados al momento de su diagnóstico, de los cuales solo el 3% de todos los infantes son derivados al médico pediatra mientras que el 25% acuden al gastroenterólogo pediátrico con el antecedente de presentar bajo peso al nacer asociado a alteraciones del sistema nervioso central.

La importancia de este trabajo de investigación fue determinar la relación del estreñimiento crónico con el síndrome de malabsorción en los niños menores de 11 años con el objetivo de mejorar sus condiciones clínicas y nutricionales y evitar las futuras complicaciones.

Esta investigación fue factible de realizar porque contar con una institución que presta todas las facilidades para llevar a cabo el desarrollo del mismo, en lo institucional por que los miembros del equipo de salud de dicho hospital tienen la predisposición para colaborar en las acciones necesarias a realizar y también de los miembros del tribunal de tesis , en lo financiero porque contamos con los recursos económicos necesarios, en lo técnico se cuenta con el apoyo académico y legal porque esta abalizada por el reglamento interno de la entidad de salud

El beneficio de esta investigación fue para el hospital Dr. Verdi Cevallos Balda ya que se obtuvo una base de datos que permitió hacerles un seguimiento adecuado, continúo y a tiempo, con la concientización de los padres de familia o cuidadores de los niños con estreñimiento crónico y síndrome de malabsorción sobre las repercusiones económicas.

El impacto que origino fue el mejoramiento del área de consulta externa de gastroenterológica mediante implementación del protocolo estandarizado sobre el manejo del estreñimiento crónico y del síndrome de malabsorción complementado con la valoración nutricional y así brindar una mejor calidad de vida.

# PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estreñimiento funcional es una problemática de afectación mundial con una estimación del 3% de la población general, durante el primer año de vida de un 17–40% han tenido alguna manifestación clínica de estreñimiento asociado a dolor defecatorio , retención fecal y dolor abdominal que origina estrés tanto en el niño como en la familia.

En España en el 2013 se realizó una revisión realiza sistemática reciente sobre el uso de Polietilenglicol en niños con constipación funcional, los investigadores establecieron la presencia de siete estudios con una población de quinientos noventa y cuarto infantes , en los cuales examinaron la eficiencia del Polietilenglicol frente a líquidos sin función osmótica , concluyendo que el Polietilenglicol posee mejores efectos en relación a otras compuestos osmóticos , mientras que la lactulosa posee las misma características para el manejo del estreñimiento. ( Barrio Merino & Soria López, 2013)

La proporción de los procesos de una digestión inadecuada de la lactosa es diferente entre las naciones, etnias y comunidades. En los habitantes de países del norte de Europa es inferior de 1-3%, mientras que las otras naciones como Dinamarca, Inglaterra, países bajos y Suecia. Se establece en el 25%.

Ante esta problemática planteamos la siguiente pregunta:

¿Cómo se establecerá la relación del estreñimiento crónico con el síndrome de malabsorción en niños menores de 11 años atendidos en la consulta externa de Gastroenterología Pediátrica Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, Abril –Septiembre 2015?

## SUBPROBLEMAS

¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población en estudio?

¿Cuáles son las causas de malabsorción en lo niños menores de 11 años del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda?

¿Cuáles son los factores de riesgo y manifestaciones clínicas del estreñimiento crónico en niños con síndrome de malabsorción?

¿Cómo se implementaría un programa de charlas educativas sobre manejo del estreñimiento crónico en los niños menores de 11 años dirigido a los padres de familia y al personal de salud?

## DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Campo: Educativo

Área: Medicina

Aspecto: Estreñimiento crónico y su relación con el síndrome de malabsorción en niños menores de 11 años atendidos en la consulta externa de Gastroenterología Pediátrica Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.

Delimitación espacial: En el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda ubicado en la calle 12 de marzo y Rocafuerte del cantón Portoviejo.

Delimitación temporal: La presente investigación se desarrollara durante el periodo Abril –Septiembre 2015.

# OBJETIVOS

## OBJETIVO GENERAL

Identificar el estreñimiento crónico y su relación con el síndrome de malabsorción en niños menores de 11 años atendidos en la consulta externa de Gastroenterología Pediátrica Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, Abril –Septiembre 2015

## OBJETIVO ESPECÍFICO

Investigar las características sociodemográficas de la población en estudio.

Determinar las causas del Estreñimiento crónico en los niños menores de 11 años del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

Establecer los factores de riesgo y manifestaciones clínicas del estreñimiento crónico en niños con síndrome de malabsorción

Implementar una estrategia de intervención educativa sobre el manejo del estreñimiento crónico en los niños menores de 11 años dirigido a los padres de familia y al personal de salud.

# CAPITULO II

## MARCO TEORICO

Es una alteración del intestino que se basa en una excesiva retención de agua en el intestino grueso y el consiguiente endurecimiento de las heces, por lo cual se hace muy difícil su expulsión, los criterios de Iowa han sido ampliamente utilizados en los últimos años. Más recientemente un grupo de expertos propuso los denominados criterios Roma II que definen los trastornos de defecación del niño basados en los síntomas. ( Prieto Bozano , 2012)

Varios investigadores establecen que los parámetros que valoran los criterios Roma II son delimitados omiten a los infantes con constipación y la defecación involuntaria , en la última reunión de los gastroenterólogos pediatras en Paris establecieron que el estreñimiento crónico se caracteriza por la presencia dos o más de las siguientes ítems, durante más de 8 semanas(menos de 3 deposiciones por semana más de un episodio de incontinencia fecal por semana , material fecal excesiva en el recto, defecaciones de gran volumen que puede ocluir el inodoro y hábitos higiénicos defensivos por malas posturas. ( Prieto Bozano , 2012)

La proporción de niños con alteraciones en la defecación ha incrementado en el último decenio fluctuando entre el cero coma tres al veintiocho por ciento, establecidos por variabilidad de parámetros para llegar al diagnóstico.

Los niños con poco peso al nacimiento asociado a alteraciones del sistema nervioso son condicionantes para su presentación, el estreñimiento en niños afecta por igual a ambos sexos o es discretamente más frecuente en varones a diferencia de los adultos, en que es más usual en el género femenino. La incontinencia fecal es mucho más frecuente en varones en proporción ( Prieto Bozano , 2012)

La alteración funcional del intestino es de causa desconocida en el 95% de los casos. La etiología estructural de la constipación incluyen los defectos anatómico

trastornos anatómicos, alteraciones del sistema nervioso central, endocrinológicos y metabólicos ( Prieto Bozano , 2012)

La motilidad colónica se encuentra bajo la dependencia de una organización compleja, en la que el músculo liso es el efector terminal. El sistema nervioso intrínseco está representado por los plexos mioentéricos y submucosos Este sistema ejerce un efecto inhibidor permanente sobre la musculatura lisa. ( Salces C, 2011)

El SNC, por medio de las vías simpáticas y parasimpáticas, modula y controla los plexos intrínsecos. Los neuromediadores más importantes implicados en la transmisión de estos estímulos están representados por la acetilcolina (ACHE) y la noradrenalina.

El colon es recorrido por dos tipos de ondas de contracción las contracciones lentas de abrazo y pro pulsión del bolo fecal y las contracciones de masa que recorren en sentido oroanal todo el colon varias veces al día (al despertar y tras las comidas). El papel del colon es triple es mantener la flora bacteriana, reabsorber agua y regular el tránsito. La reabsorción de agua y sodio se realiza en el colon derecho. (Loening-Baucke, 2010)

El colon transverso asegura el transporte del bolo fecal, mientras que el colon izquierdo almacena las heces. La "charniere" rectosigmoidea es una zona particular, dotada de una actividad motora segmentaria local intensa; juega un papel de freno a la progresión de materia hacia el recto, lugar de paso y almacenaje temporal previo a la defecación.

El aparato esfinteriano está compuesto de dos entidades bien distintas: el esfínter interno y el externo. El primero o esfínter liso, es el responsable del 80% del tono del esfínter anal. Este tono es en gran parte de origen miógeno. El externo es estriado y permite la contracción voluntaria, por medio de impulsos sacros (S2-S4); es el esfínter de urgencias, el recto juega el papel de reservorio de heces. (Daza W, 2012)

Las propiedades viscoelásticas del músculo liso rectal le dan la capacidad de adaptación a un volumen importante. Los receptores parietales vehiculan la sensación de deseo de defecación a través de las fibras aferentes. La angulación anorrectal

mantenida por los músculos elevadores tiene una importancia capital y pueden ser considerados como un verdadero tercer esfínter.

Es la distensión rectal la que da origen a la sensación de deseo, que provoca la descarga de los tres reflejos locales de la defecación. La contracción rectal propulsora (reflejo anorrectal), seguida de la relajación del esfínter interno (reflejo anal inhibitorio, RAI), propulsa el contenido rectal hacia el canal anal donde analiza el contenido (sólido, líquido, gaseoso). (Albán Ortega & Bruno Zapata, 2013)

La contracción voluntaria del esfínter externo (reflejo anal excitador, RAE) permite mantener la continencia, hasta la desaparición del deseo de defecación. El RAI es de origen parietal, como testimonia su ausencia en la enfermedad de Hirschsprung. Es innato y está presente desde el nacimiento e incluso en el prematuro. En cambio, el RAE es adquirido y por lo tanto aprendido (Loening-Baucke, 2010)

La defecación se inicia con la sensación de deseo producida por la distensión de la pared rectal La transmisión del impulso nervioso, producida por esta distensión en sentido distal, a través de los plexos mioentéricos de la pared rectal, produce la relajación del esfínter anal interno (RAI). El incremento de la presión intraadominal desciende el suelo pélvico, aumentando la presión intrarrectal, que unido a la contracción colónica y a la relajación voluntaria del esfínter anal interno permite la expulsión de las heces y el vaciamiento fecal. ( Barboza, 2010)

Las alteraciones de la funcionalidad del intestino grueso están relacionado a problemas comportamentales y emocionales de los niños constipados pudiendo ser mínimos originado disfuncionalidad del intestino. En algunos casos puede relacionarse el comienzo del estreñimiento con algún factor desencadenante (inicio de la lactancia artificial, domicilio eventuales, escolaridad precoz, nuevo integrante de la familia, patología incapacitante y conflictos familiares. ( Prieto Bozano , 2012)

La movilización de la materia fecal deshidratada y compacta origina dolor defecatorio y lesiones anales que condicionan al niño a periodos de retención fecal para evitar esta dolencia. El condicionamiento congénito es uno de los factores que

permiten el establecimiento del estreñimiento crónico iniciándose en los primeros meses desde su nacimiento.

Las actitudes de retención de la materia fecal es la primordial etiología para el progreso y permanencia de la constipación en los infantes. El período de entrenamiento del control de la defecación es especialmente crítico, aunque algunos autores no encuentran asociación entre el desarrollo de estreñimiento y el tiempo, y las características de la defecación, cuando el infante con constipación manifiesta sensación de defecación, adopta una postura erecta con estiramiento de las piernas y contracción de la musculatura pélvica y glútea ( Prieto Bozano , 2012)

La constipación es más común entre los 2 y los 4 años de edad los cuales manifiestan un descenso de la continuidad de evacuaciones relacionadas a la incapacidad de contener la materia fecal, heces de gran tamaño y compactas, actitudes de retención y deposiciones con dolor doloroso. La incapacidad de retener la materia fecal es más común en el género masculino, siendo esporádico o diario durante las tardes y con la actividad física relacionándose a alteraciones de la conducta. ( Prieto Bozano , 2012)

Otros manifestaciones clínicas relacionada estreñimiento crónico son dolor abdominal, irritabilidad, inapetencia y prominencia del abdomen por acumulación de líquidos o gases distensión abdominal. ( Prieto Bozano , 2012)

El interrogatorio permite en un primer tiempo desglosar los diferentes componentes patogénicos más frecuentemente implicados y diferenciar el estreñimiento ocasional en el preescolar (fisura, cambio de régimen de vida, problemas familiares, hospitalización, etc.) del estreñimiento crónico. Los antecedentes familiares (enfermedad de Hirschsprung) deben ser investiga-dos, al igual que los antecedentes quirúrgicos del niño.

El régimen de vida y el modo de alimentación (harinas, espesantes, fibras), así como los tratamientos prescritos y la automedicación, deben ser precisados (antitusígenos, derivados opiáceos, atropínicos.).

En la medida de lo posible, se determinará la sintomatología, el comienzo de la aparición del estreñimiento y las circunstancias desencadenantes. Un estreñimiento de comienzo muy precoz debe hacer pensar en una causa orgánica.

El aspecto de las heces es importante, ya que las heces acintadas pueden hacer pensar en una estenosis del canal anal; la presencia o no de sangre; la existencia de abombamiento abdominal, de vómitos, alternancia de vómitos y diarrea, de dolores abdominales o astenia, así como la existencia o no de trastornos miccionales (enuresis, infección urinaria, disuria). ( Daza, 2013)

La información obtenida en la historia clínica y la exploración permiten hacer el diagnóstico de estreñimiento funcional sin necesidad de utilizar pruebas complementarias, una adecuada realización de la historia clínica en los niños permitirá llegar a un diagnóstico certero de este ente patológico basándose en la expulsión de sustancia viscosa y espesa de color verde oscuro, durabilidad de la constipación y situaciones que lo condicionaron semanas de gestación a su nacimiento, supresión de la lactancia materna, retiro de los pañales, precocidad de la escolaridad, episodios de infecciones intestinales, uso de fármacos y situaciones familiares. ( Salces C, 2011)

Las particularidades de la materia fecal en relación al volumen, densidad, deposiciones con dolor y presencia hematoquesia son parámetros primordiales para la diagnosis y el tratamiento, además se tomara en cuenta los patrones de alimentación de los infantes, consumo de hortalizas y líquidos, la observación de la prominencia del abdomen, actitudes ponderales, inapetencia anorexia, vómitos pueden sugerir la presencia de una enfermedad orgánica ( Salces C, 2011)

El tratamiento del estreñimiento crónico con frecuencia es un problema prolongado en él requiere meses y a veces años, se valorara los la probabilidad de la constipación establecen que solo el 61% de los infantes se solucionó entre los 6 y 12 meses, es indispensable indicar a los padres o cuidadores que el tratamiento podría ser prolongado. ( Salces C, 2011)

La educación dirigida a los niños y a los padres de las nociones de fisiología, lo más simple posible, detallando los mecanismos de la defecación con ayuda de esquemas, debe permitir desmitificar y desdramatizar la situación. Después de la instauración de un clima de confianza, es preciso insistir sobre la importancia de un tratamiento a largo plazo. El objetivo a seguir (desaparición del dolor, obtención de heces diarias, suprimir la fuga de heces) y la medidas terapéuticas deben ser expuestas, argumentadas y discutidas para adaptarlas al modo de vida del niño. Los consejos dietéticos e higiene son explicados a los padres, pero también al niño a fin de responsabilizarlo

La extracción manual de la materia fecal se la realizara con la utilización de elementos osmóticos, la asociación con la lactulosa y los sennósidos siguen utilizándose a pesar de que no existen evidencias científicas que avalen su uso, estudios sobre la aplicación del macrogol en la constipación establecieron una mejor efectividad que los con lactulosa o leche de magnesia y tiene la ventaja de ser un agente desimpactante efectivo ( Salces C, 2011)

Una alimentación que no incluya los componentes requeridos para la formación del bolo fecal contribuiría a la presentación del estreñimiento crónico, la importación de adicionar alimentos ricos en fibra se los relaciona con mejoría de la constipación en niños de 3-7 años con aportes de fibra mínimos recomendados para los niños (edad +5 g/ día). ( Salces C, 2011)

El consumo cotidiano de frutas, hortalizas y gramíneas son los elementos primordiales para el manejo de las alteraciones de la defecación en ciertas ocasiones se recomienda agregar los suplementos de fibra hasta conseguir que acepte los alimentos mencionados. ( Salces C, 2011)

La innovación de las actividades cotidianas como la perdida de la sensación rectal al momento de la defecación, en estos casos se recomendara incluir el habito de ir al inodoro a los treinta minutos posterior a la ingesta de alimentos y pretender la expulsión de la materia fecal, siendo recomendado en los momentos que el infantes se encuentra en la habitación y posee el tiempo necesario, evitando su estancia en el servicio higiénico más de 7-10 minutos. ( Salces C, 2011)

El registro diario de las heces y sus características ayuda a valorar los resultados del tratamiento y es un incentivo para el niño y la familia, indicándole a los cuidadores la importancia de continuar los hábitos higiénicos en la institución educativa. ( Salces C, 2011)

La medicación según el comité de estreñimiento de la sociedad norteamericana de gastroenterología pediátrica considera que el uso de medicación y modificación de los hábitos puede acortar el tiempo de tratamiento del estreñimiento funcional en los niños, la utilización de elementos oleosos y laxativos son confiable y efectivo en el tratamiento de larga duración. ( Salces C, 2011)

La dosificación debe ser regulada para obtener una evacuación diaria sin molestias de una a dos defecaciones. La durabilidad se realizara según las necesidades del infante hasta establecer que la defecación sea regular permitiendo el restablecimiento de la funcionalidad del intestino.

El tratamiento con biofeedback es un método efectivo para los niños con estreñimiento crónico de tipo funcional que no responden a las medidas terapéuticas convencionales, y no debe estar restringido sólo a aquellos pacientes con tránsito normal y anomalías del suelo pélvico. ( Barboza, 2010)

La Absorción intestinal de agua y electrolitos es realizada por el intestino delgado proximal (yeyuno) se estima que circulan a lo largo del día entre 8.000 y 9.000 cc de líquido, mientras que por las heces se excretan entre 100 y 200 cc. Aunque factores dietéticos pueden hacer variar el volumen final (por ejemplo con la dieta típica de un país subdesarrollado, como Senegal, los volúmenes medios de las heces pueden llegar a ser de 400 cc) la mayor parte del volumen procede de líquidos generados endógenamente, que son reciclados a través de complejos mecanismos de secreción y absorción, estrechamente regulados. ( Barboza, 2010)

El movimiento de los iones y del líquido (nótese que el resultado neto es la suma de fenómenos activos y pasivos de absorción y secreción) se produce por diversos mecanismos paracelulares (en este caso sobre todo pasivos, regulados por los

mecanismos físicos osmóticos) y transcelula res (en este caso activos y pasivos, regulados sobre todo a través de los mecanismos de transporte de los iones fundamentales, especialmente el sodio).

La complejidad de estos mecanismos trasciende claramente este capítulo, y basta señalar que están implicados muy diversos transportadores de sodio, cloro, bicarbonato y ácidos grasos de cadena corta; en unos casos independientes y en otros ligados a la absorción de otros nutrientes, como por ejemplo la glucosa o los aminoácidos. ( De la Torre Mondragón & Hernández Vez, 2013)

Estos mecanismos no sólo son complejos, sino que son variables a lo largo del tracto intestinal, que tiene activadas funciones relativamente específicas en cada tramo, así, la mucosa del yeyuno es fisiológicamente la más permeable, y la del colon la más impermeable; y los mecanismos de transporte de sodio ligados a glucosa son más activos en el yeyuno proximal, mientras que los transportadores de ácidos grasos de cadena corta son mucho más activos en el colon proximal. ( Barboza, 2010)

Todo el proceso está regulado por péptidos locales y sistémicos: hormonalmente, inmunológicamente (las citoquinas, por ejemplo, pueden modificar el transporte de electrolitos a través de la mucosa), y por la microbiota intestinal: las bacterias intestinales influyen directamente en varios mecanismos de absorción, e indirectamente a través de sus efectos metabólicos o reguladores de la situación inflamatoria de la mucosa. ( Daza, 2013)

Desde el punto de vista clínico, cabe destacar que ha y algunos reguladores de la absorción de agua y electrolitos con especial repercusión. Así, cabe citar que los glucocorticoides son (globalmente) fármacos que favorecen la absorción de sodio y agua, por lo que parte de sus efectos clínicos en las enfermedades inflamatorias intestinales se deben a un efecto neto favorecedor de la absorción de sodio.

Los opioides son los fármacos antidiarreicos más potentes: parte de su efecto se debe a que inhiben la secreción a la luz de iones y electrolitos. El racecadotrilo es un fármaco que se ha desarrollado como inhibidor de la degradación de las encefalinas,

análogos naturales de los opiáceos, y que tiene un efecto antidiarreico en diversas circunstancias patológicas precisamente al inhibir la hipersecreción de electrolitos y agua a la luz intestinal

Por el contrario, hay péptidos endógenos que tienen un efecto neto secretor, como el VIP y que pueden expresarse clínicamente como un síndrome diarreico con un balance muy negativo de líquidos; y el mecanismo fisiopatológico fundamental en muchas diarreas inducidas por gérmenes viene mediado por enterotoxinas que interfieren con los mecanismos de secreción intestinales. (Daza W, 2012)

El paradigma es el efecto de la toxina colérica, que bloquea la absorción de cloruro sódico y estimula la secreción de cloro, creando un balance de secreción de agua hacia la luz intestinal muy potente. Es precisamente el cólera el ejemplo clínicamente más relevante de la complejidad de los mecanismos de absorción y secreción intestinales, y de la importancia clínica que puede tener una buena base fisiopatológica. Aunque la toxina provoca un efecto neto de secreción, otros mecanismos de absorción de sodio (y por lo tanto de agua, que difundirá pasivamente siguiendo mecanismos osmóticos) siguen funcionando íntegramente durante la infección. (Albán Ortega & Bruno Zapata, 2013)

El Síndrome de malabsorción se considera como un fracaso del tracto gastrointestinal para absorber macronutrientes (carbohidratos, prótidos y lípidos), compuestos esenciales, y elementos iónicos , las modificaciones se observa tanto de la permeabilidad y de la capacidad de reabsorber, de algunos elementos que provienen de la circulación entre el intestino e hígado que contribuyen a la transformación de las los lípidos ( Daza, 2013)

La mucosa como parte de la histoarquitectura de la vellosidad, existen estructuras que actúan como enzimas o transportadores. Por ende, en la mucosa pueden hallarse alteraciones morfológicas y alteraciones funcionales. Las alteraciones morfológicas pueden ser inespecíficas y se agrupan la gran mayoría de enfermedades; su denominación deriva de la imposibilidad de diferenciarlas macroscópicamente o

microscópicamente. Pueden presentar un aplanamiento, bifurcación de las vellosidades como consecuencia de una alergia, enfermedad celíaca, medicamentos o por radiación

Sin embargo, en ocasiones se ven signos específicos, como cuando el patólogo observa un linfático bien dilatado, tal es el caso de una linfangiectasia intestinal; si se detectan vacuolas de grasa intraepiteliales, se hace el diagnóstico específico de abetalipoproteinemia, o si se advierte una vellosidad dentro del epitelio sin salir a la periferia, se trata de una vellosidad incluida, patología que se caracteriza por diarrea crónica desde el nacimiento ( Prieto Bozano , 2012)

Así mismo, si en la muestra histológica de mucosa intestinal se descubren macrófagos espumosos, ello corresponde con la enfermedad de Whipple. Si bien son entidades menos comunes, también son más específicas. Algunas enfermedades derivan de ciertos defectos en los transportadores o enzimas, tales como la acrodermatitis enteropática en el caso del zinc, la intolerancia a carbohidratos (lactosa y/o sacarosa) por deficiencias de disacaridasas (lactasa, sacarasa-isomaltasa) y malabsorción de vitaminas B12 y folatos, entre otras. ( Daza, 2013)

Los defectos anatómicas entidades como el intestino cortó por resección intestinal o malformaciones intestinales (intestino en cáscara de manzana), alteraciones en la superficie de absorción, estenosis, malrotación intestinal o enfermedad de Hirschsprung, promueven el sobrecrecimiento bacteriano y la desconjugación de las sales biliares ( Barboza, 2010)

Los componentes característicos de la incapacidad de absorber del intestino son las deposiciones prolongadas, prominencia abdominal y un retardo del crecimiento, de sus manifestaciones clínicas primordiales es común la observación de la distensión abdominal y datos de desnutrición, las deposiciones de más de 14 días son de tipo liquidas, además podrían ser disgregadas, pastosas, presencia de filamentos de grasa son sugestivas de la malabsorción ( Daza, 2013)

Las diversas enfermedades cursan con malabsorción impactando en la disponibilidad de los macronutrientes y/o micronutrientes, sus casusas se establecen

por su ubicación anatómico del tracto digestivo en el cual se encuentra afectada la absorción ( Daza, 2013)

En recién nacidos y lactantes se destacan patologías de nacimiento, tumoraciones, insuficiencia de moléculas de naturales proteica, movilizadores de sustancia alimenticia y estados de inmunosupresion. ( Daza, 2013)

En los niños de 3 a 5 años sus casusas son de origen infeccioso por microorganismo como las bacterias y parásitos, enfermedad autoinmune caracterizada por una inflamación crónica de la parte próxima del intestino delgado, posterior a procesos irritativos de intestino por automedicación.

La valoración integral y sistemática de los niños con este ente patológico es el elemento que permite llegar a un diagnóstico certero de la malabsorción basándonos en su característica clínicas y sus antecedentes familiares. ( Daza, 2013)

Las particularidades de las evacuaciones son relevantes al momento de la diagnosis son su olor desagradable con presencia de estrías de grasas y espuma en su superficie desde el nacimiento, en ciertas ocasiones son liquidas que pueden originar confusión con la orina, que originan la deshidratación teniendo la necesidad de diferenciarla con patologías congénitas o modificaciones de la secreción de electrolitos. Si son amarillas y en gran cantidad posterior a la ingesta de alimentos que posee gluten se pensaría en proceso inflamatorio del intestino. ( Daza, 2013)

Historia alimentaria incluirá los datos más relevantes relacionados con la historia alimentaria del niño frecuencia de ingesta de alimentos y mantenimiento diario en los infantes en los casos de presentación algún tipo de alteración se pensara en procesos inflamatorios o alérgicos del intestino. ( Daza, 2013)

El inicio de la ablactación, progreso y la calidad de los alimentos que se usan hasta el momento del diagnóstico, además se valorara la restricción dietaría por orden del personal de salud o los cuidadores que podrían contribuir con la desnutrición del enterocito y con la persistencia de la diarrea. ( Daza, 2013)

El historial familiar de patología durante el desarrollo fetal como los las interrupciones espontanea de los embarazos, Prematurez, porque pueden indicar algún suceso genético tal como un error innato del metabolismo ( Daza, 2013)

El estado nutricional se debe valorarse peso y talla, para establecer la presencia de alteraciones en el crecimiento, que podrían orientar la presencia de sete ente patológico, si su ritmo de crecimiento siempre ha acontecido por debajo de la normalidad para su edad y género, durante el primer semestre de vida se descartara la presencia de alteraciones congénitas y funcionales del intestino. ( Daza, 2013)

## VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACION

### VARIABLE DEPENDIENTE

Estreñimiento crónico

### VARIABLE INDEPENDIENTE

Síndrome de malabsorción

| VARIABLE DEPENDIENTE : ESTREÑIMIENTO CRONICO | | | |
|---|---|---|---|
| CONCEPTUALIZACION | DIMENSION | INDICADOR | ESCALA |
| Se define como un trastorno en la frecuencia de la defecación o en el tamaño o consistencia de las heces, relacionado con causas como los trastornos anatómicos (ano anterior, estenosis anal), neurológicos (parálisis cerebral, hipotonía, mielomeningocele, pseudoobstrucción intestinal, enfermedad de Hirschsprung), endocrinológicos (hipotiroidismo, diabetes insípida) y metabólicos (hipercalcemia, acidosis tubular renal). | Características sociodemográficas | Edad | 0-1 años<br>2 a 3 años<br>4 a 5 años<br>6 -9 años<br>10-11 años |
| | | Género | Masculino<br>Femenino |
| | | Procedencia | Urbana<br>Rural |
| | | Raza | Blanca<br>Mestiza<br>Negra |
| | Causas orgánicas | Trastornos anatómicos | Ano anterior<br>Estenosis anal |
| | | Neurológicos | Parálisis cerebral<br>Hipotonía |

| VARIABLE DEPENDIENTE : ESTREÑIMIENTO CRONICO | | | |
|---|---|---|---|
| CONCEPTUALIZACION | DIMENSION | INDICADOR | ESCALA |
| Se define como un trastorno en la frecuencia de la defecación o en el tamaño o consistencia de las heces, relacionado con causas como los trastornos anatómicos (ano anterior, estenosis anal), neurológicos (parálisis cerebral, hipotonía, mielomeningocele, pseudoobstrucción intestinal, enfermedad de Hirschsprung), endocrinológicos (hipotiroidismo, diabetes insípida) y metabólicos (hipercalcemia, acidosis tubular renal). | Causas orgánicas | Neurológicos | Mielomeningocele |
| | | | Pseudoobstrucción intestinal |
| | | | Enfermedad de Hirschsprung |
| | | Endocrinológicos | Hipotiroidismo |
| | | | diabetes insípida |
| | | Metabólicos | Hipercalcemia |
| | | | Acidosis tubular renal |
| | | | E.coli |

| VARIABLE DEPENDIENTE : ESTREÑIMIENTO CRONICO | | | |
|---|---|---|---|
| CONCEPTUALIZACION | DIMENSION | INDICADOR | ESCALA |
| Se define como un trastorno en la frecuencia de la defecación o en el tamaño o consistencia de las heces, relacionado con causas como los trastornos anatómicos (ano anterior, estenosis anal), neurológicos (parálisis cerebral, hipotonía, mielomeningocele, pseudoobstrucción intestinal, enfermedad de Hirschsprung), endocrinológicos (hipotiroidismo, diabetes insípida) y metabólicos (hipercalcemia, acidosis tubular renal). | Antecedentes | Factor Asociados | Inicio de la lactancia artificial |
| | | | Cambio de residencia |
| | | | Inicio escolaridad |
| | | | Nacimiento de un hermano |
| | | | Enfermedad aguda con reposo en cama |
| | | Manifestaciones clínicas | Incontinencia fecal |
| | | | Dolor abdominal |
| | | | Irritabilidad |
| | | | Anorexia |
| | | | Distensión abdominal |
| | | | Heces abundantes en recto |
| | | | Masa abdominal palpable |

| VARIABLE DEPENDIENTE : ESTREÑIMIENTO CRONICO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| CONCEPTUALIZACION | DIMENSION | INDICADOR | ESCALA | SUBESCALA |
| Se define como un trastorno en la frecuencia de la defecación o en el tamaño o consistencia de las heces, relacionado con causas como los trastornos anatómicos (ano anterior, estenosis anal), neurológicos (parálisis cerebral, hipotonía, mielomeningocele, pseudoobstrucción intestinal, enfermedad de Hirschsprung), endocrinológicos (hipotiroidismo, diabetes insípida) y metabólicos (hipercalcemia, acidosis tubular renal). | | Diagnóstico | Criterios Roma III | 2 deposiciones a la semana.<br><br>1 episodio encopresis/semana<br>.<br>Historia de retención fecal excesiva.<br><br>Historia movimientos intestinales dolorosos o intensos.<br><br>Presencia fecalomas en recto.<br><br>Historia de heces de gran tamaño.<br><br>Síntomas que alivian con deposiciones |
| | | | Exámenes complementarios | Rx simple de abdomen |

| VARIABLE DEPENDIENTE : ESTREÑIMIENTO CRONICO | | |
|---|---|---|
| Se define como un trastorno en la frecuencia de la defecación o en el tamaño o consistencia de las heces, relacionado con causas como los trastornos anatómicos (ano anterior, estenosis anal), neurológicos (parálisis cerebral, hipotonía, mielomeningocele, pseudoobstrucción intestinal, enfermedad de Hirschsprung), endocrinológicos (hipotiroidismo, diabetes insípida) y metabólicos (hipercalcemia, acidosis tubular renal). | Tratamiento | Desimpactación fecal<br><br>Modificación de hábitos<br><br>Farmacológico |

| VARIABLE INDEPENDIENTE : SINDROME DE MALABSORCION | | | |
|---|---|---|---|
| CONCEPTUALIZACION | DIMENSION | INDICADOR | ESCALA |
| Se define como un fracaso del tracto gastrointestinal para absorber macronutrientes (carbohidratos, proteínas y grasas), micronutrientes (vitaminas y minerales) y electrolitos (calcio, magnesio, entre otros). | Características de las heces fecales | Color | Amarillas |
| | | | Esteatorreicas |
| | | Olor | Fétido |
| | | | Suageneris |
| | | Antecedentes patológicos personales | Enfermedades perinatales |
| | | | Prematurez |
| | | Estado nutricional | Normal |
| | | | Obesos |
| | | | Desnutrido |

# CAPÍTULO III

# DISEÑO METODOLÓGICO

## TIPO DE ESTUDIO

Fue un estudio de tipo prospectivo porque se diseñó y comenzó a realizarse en el presente, pero los datos se analizaron transcurridos un determinado tiempo, en el futuro descriptivo y modalidad cualitativa porque permitió establecer las características de los niños de 11 años con estreñimiento crónico relacionados con el síndrome de malabsorción

## LINEAS DE INVESTIGACIÓN

Según la Comisión Académica de la Facultad de Ciencias de la Salud, entre las líneas de investigación vigentes desde el 2014-2015, el presente trabajo de investigación se encuentra en la línea de Salud de grupos vulnerables.

## AREA DE ESTUDIO

Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, consulta externa de gastroenterología pediátrica, de Portoviejo, Provincia de Manabí, País Ecuador.

## UNIVERSO y MUESTRA

El universo y la muestra lo conformaron los 74 menores de 11 años diagnosticados con estreñimiento crónico relacionado con el síndrome de malabsorción que acudieron a la consulta externa de gastroenterología pediátrica del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda

# MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se tomó en cuenta para la realización de este trabajo de investigación los menores de 11 años con estreñimiento crónico relacionado con el síndrome de malabsorción cuyos padres firmaron el consentimiento informado.

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyeron a los niños menores de 11 años con otras patologías gastroenterológica y los que no firmaron el consentimiento informado.

## METODOS E INSTRUMENTOS Y TECNICAS

Previa autorización de las autoridades de Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda; se usó una ficha de recolección en la cual se valoró las características sociodemográficas, causas, manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento del estreñimiento crónico de niños menores de 11 años

## PLAN DE ANALISIS Y TABULACION DE DATOS

La información obtenida fue procesada con ayuda del programa de Excel, la misma que se calificara en porcentajes para facilitar la tabulación. Para los datos cuantificados se emplearan grafitablas y cuadros estadísticos para interpretar y analizar los resultados de la investigación a fin de dar respuesta al problema y objetivos planteados.

Además se utilizó el programa anti-plagio para corroborar la autenticidad de la investigación

## RECURSOS

### INSTITUCIONALES

Universidad Técnica de Manabí, Facultad Ciencias de la Salud

Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda

### TALENTO HUMANO

Investigadores: Carbo López Nancy Jaqueline y García Campos Betsy Katiuska

Personal que labora en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda

Miembros del Tribunal del trabajo de titulación

Niños menores de 11 años

RECURSOS FÍSICOS

Papel bond

Bolígrafo

Lapiceros

Computadora

Internet

Dispositivo USB

Tinta de impresora

Cámara digital

Teléfono

Textos

Revistas

Tarjeta telefónica

Transporte

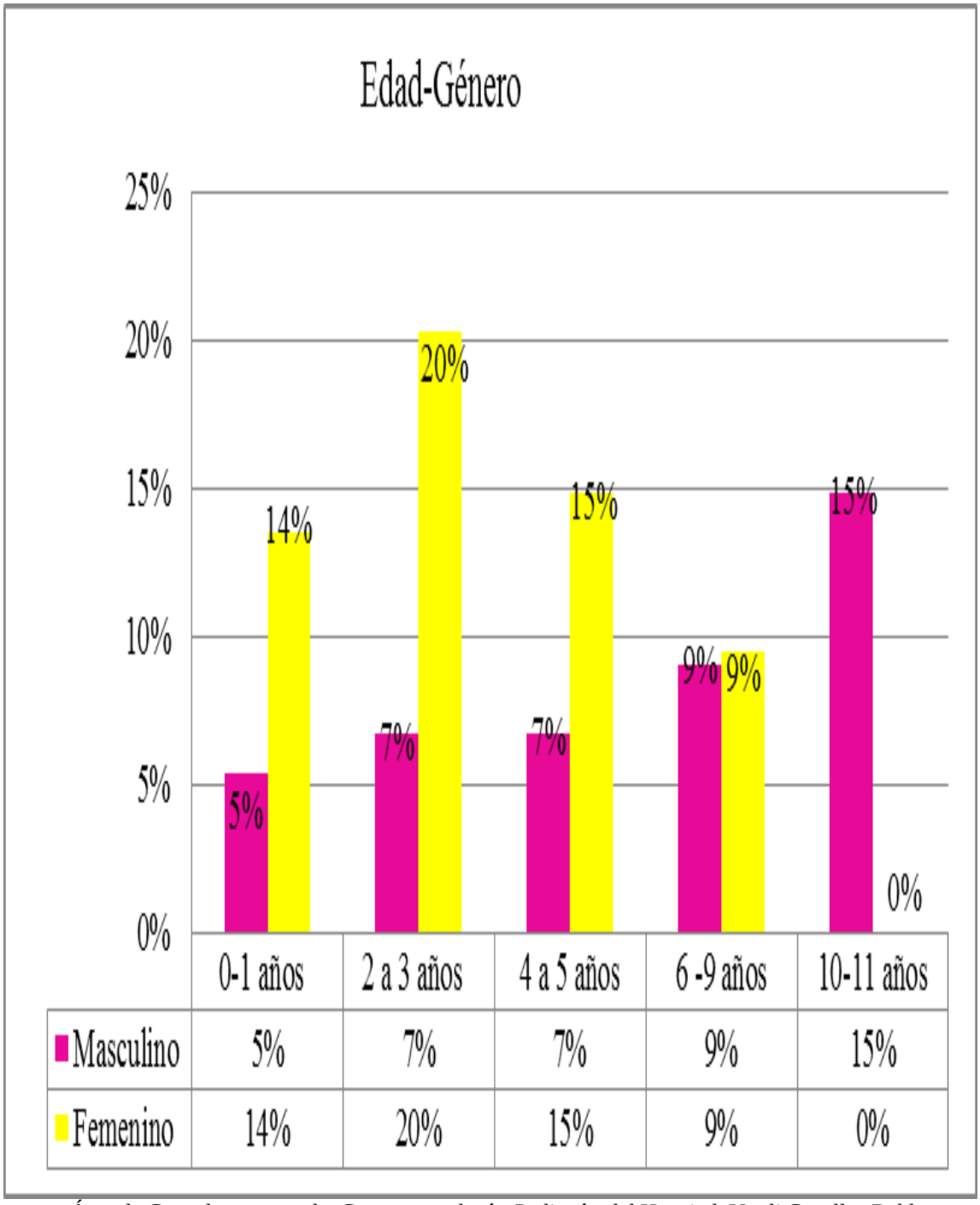
Recursos económicos

| | |
|---|---|
| Adquisición de material bibliográfico | 105.00 |
| Materiales de encuesta | 48.00 |
| Alimentación | 79.00 |
| Transporte | 220.00 |
| Desarrollo de trabajo de titulación e impresiones | 150.00 |
| Empastado y encuadernación | 100.00 |
| Gastos varios | 103.00 |
| El costo del estudio es de | $ 805.00 |

# PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

GRAFITABLA N º 1

EDAD Y GÉNERO DE LOS NIÑOS MENORES DE 11 AÑOS CON ESTREÑIMIENTO CRONICO



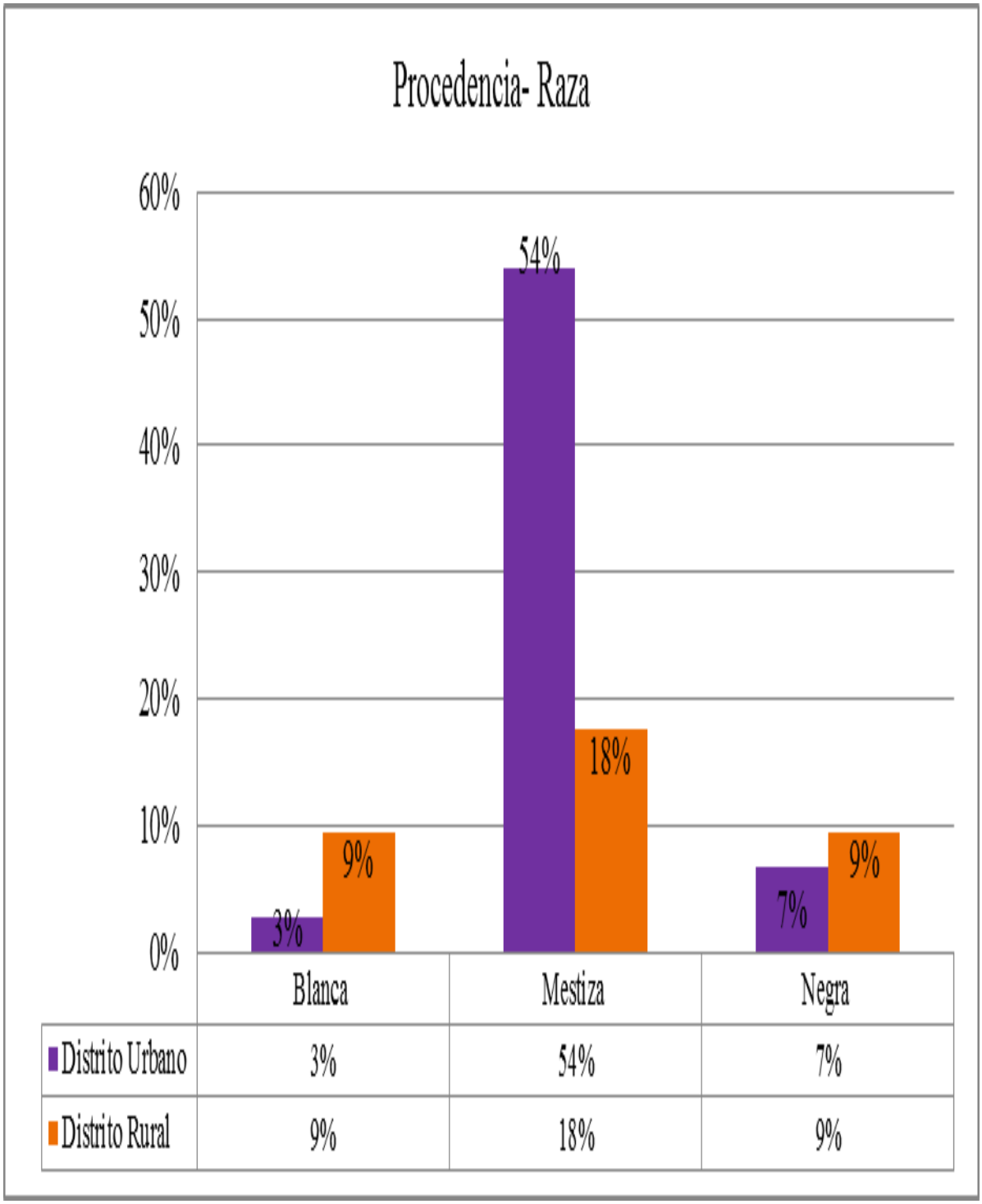

Fuente: Área de Consulta externa de Gastroenterología Pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: Carbo López Nancy Jaqueline - García Campos Betsy Katiuska

Análisis e Interpretación de los resultados N°1: Se analizó la relación existente entre la edad y el género en los menores de 11 años con estreñimiento crónico, determinándose el predominio de edad de mayor afectación entre los 2 a 3 años con el 27 %, seguido de los 4– 5 años con el 22% , asociado al género femenino en el 58% de los casos, lo que coincide parcialmente con publicaciones de ( Prieto Bozano , 2012) en la cual el estreñimiento crónico alcanza su máxima frecuencia entre los 2 y los 4 años de edad, mientras que su afectación por igual a ambos sexos o es discretamente más frecuente en varones a diferencia de los adultos, en que es más frecuente en mujeres.

GRAFITABLA N º 2

PROCEDENCIA Y RAZA DE LOS NIÑOS MENORES DE 11 AÑOS CON ESTREÑIMIENTO CRONICO



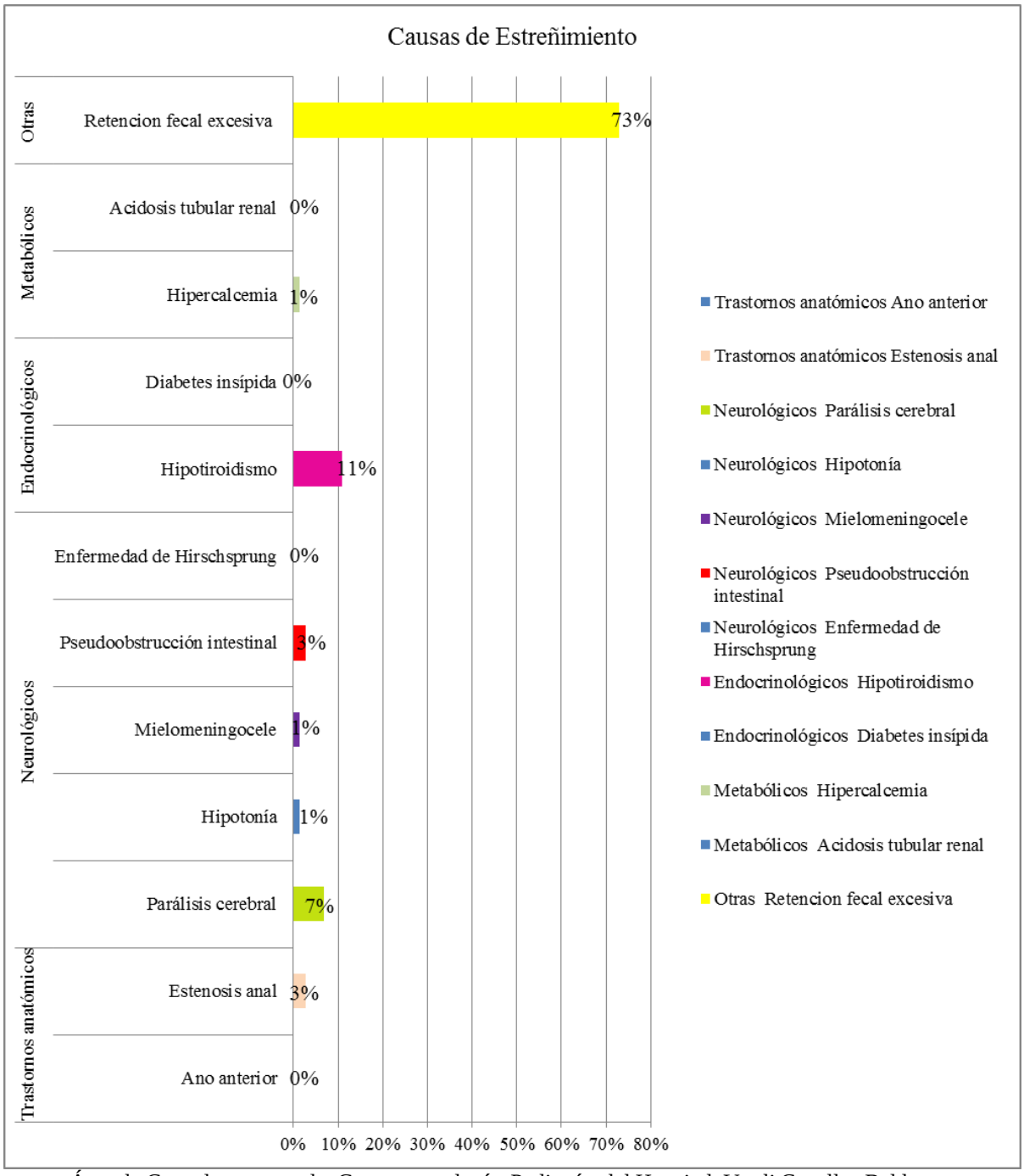

Fuente: Área de Consulta externa de Gastroenterología Pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: Carbo López Nancy Jaqueline - García Campos Betsy Katiuska

Análisis e Interpretación de los resultados N° 2: El análisis obtenido de la valoración entre la procedencia y la raza estableció que el 64 % de los usuarios eran de origen distrital urbano asociado a su raza mestiza que predomino el 72 % los cuales fueron factores de riesgo que contribuyeron a la presentación del estreñimiento crónico . En un estudio en niños y adolescentes franceses de (Martigne, 2012), se ha descrito la presencia de síntomas sugestivos del estreñimiento en el 10% de los pobladores de origen urbano.

GRAFITABLA N º 3

CAUSAS DEL ESTREÑIMIENTO CRONICO EN LOS NIÑOS MENORES DE 11 AÑOS



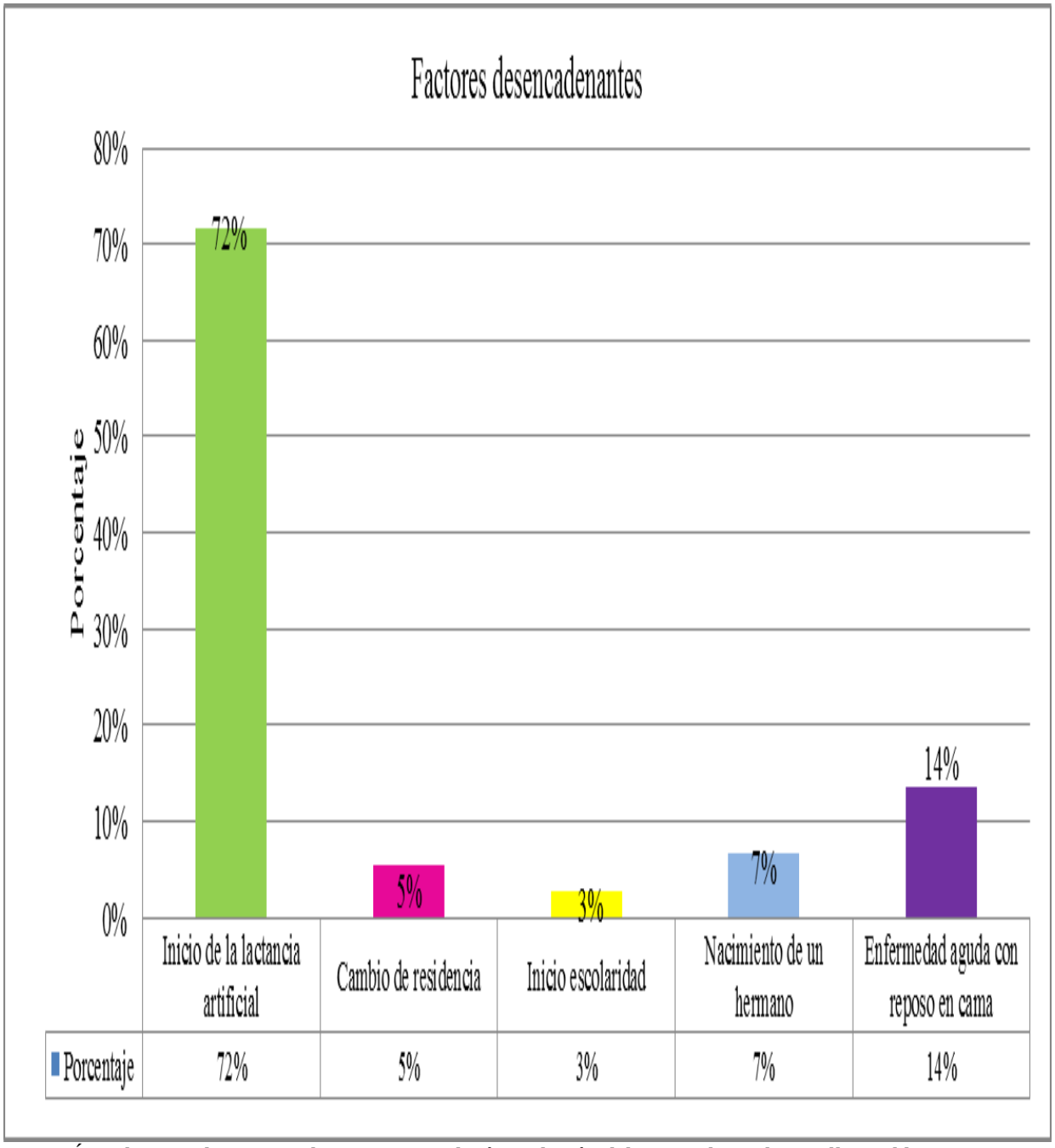

Fuente: Área de Consulta externa de Gastroenterología Pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: Carbo López Nancy Jaqueline - García Campos Betsy Katiuska

Análisis e Interpretación de los resultados N°3: Las causas que originaron el estreñimiento en el 73% fue la retención fecal excesiva como un mecanismo de defensa en los niños menores de 11 años, seguido de las alteraciones congénitas de tipo endocrinológico como el hipotiroidismo neonatal en el 11%, neurológicas como la parálisis cerebral en el 7% los cuales contribuyeron a la presentación de este cuadro clínico en el 51% de los casos. Contraponiéndose con las publicaciones de ( Prieto Bozano , 2012) en el cual el estreñimiento crónico es idiopático en más del 95% de los casos. Las causas orgánicas de estreñimiento incluyen trastornos anatómicos (ano anterior, estenosis anal), neurológicos (parálisis cerebral, hipotonía, mielomeningocele, pseudoobstrucción intestinal, enfermedad de Hirschsprung), endocrinológicos (hipotiroidismo, diabetes insípida) y metabólicos (hipercalcemia, acidosis tubular renal)

GRAFITABLA N º 4

FACTORES ASOCIADOS AL ESTREÑIMIENTO CRONICO EN LOS NIÑOS MENORES DE 11 AÑOS



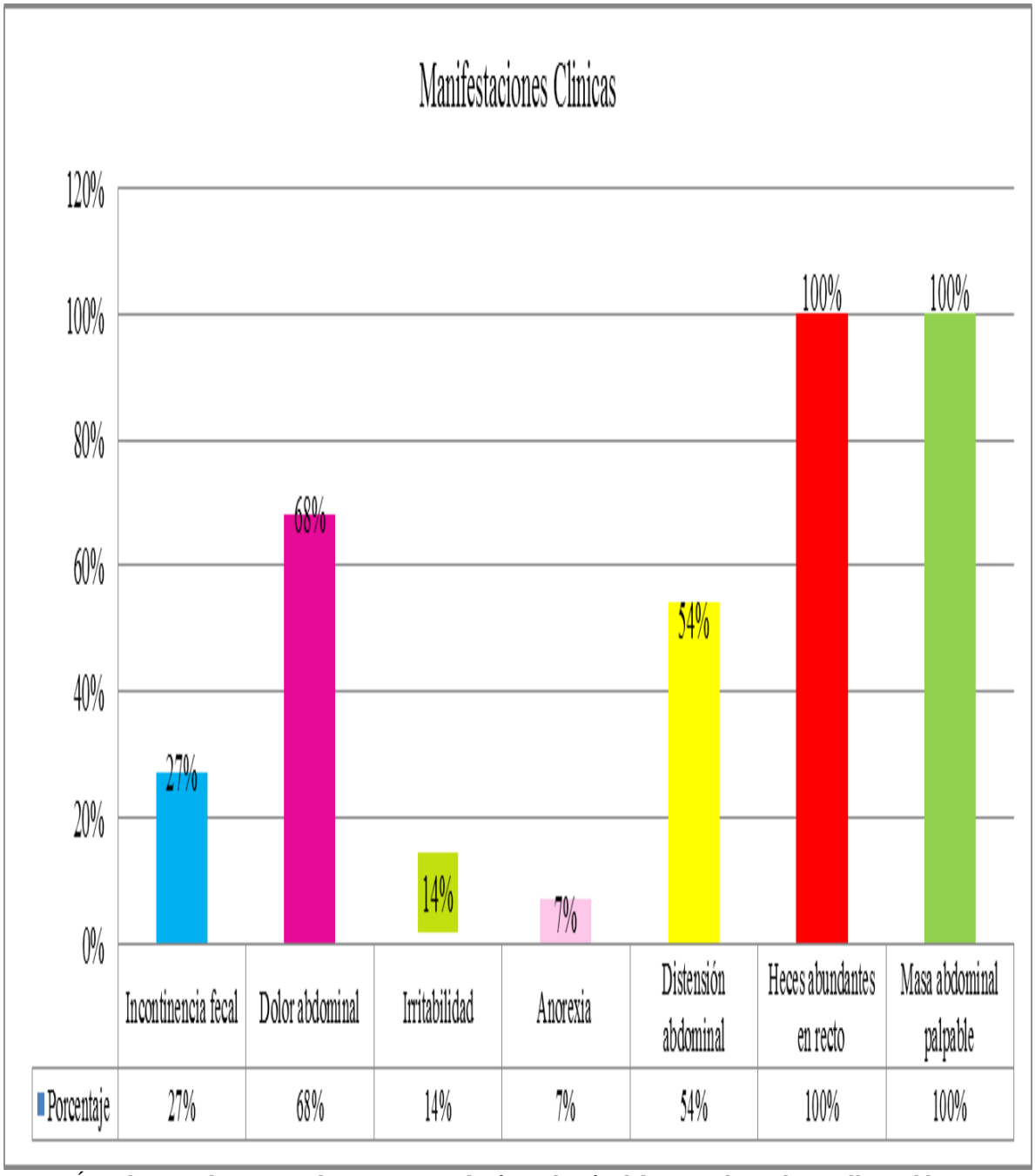

Fuente: Área de Consulta externa de Gastroenterología Pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: Carbo López Nancy Jaqueline - García Campos Betsy Katiuska

Análisis e Interpretación de los resultados N °4: Los factores asociados del estreñimiento crónico predomino el inicio precoz de la lactancia artificial en el 72%, seguido de las enfermedades aguda con reposo en cama en el 10%, nacimiento de un hermano en el 7% , lo que coincide con las con las publicaciones de ( Prieto Bozano , 2012) en el cual inicio precoz de la lactancia artificial con fórmulas de soya , cambio de residencia, inicio escolaridad, nacimiento de un hermano, enfermedad aguda con reposo en cama, problema familiar, fueron los condicionantes para la presentación del estreñimiento crónico en los niños menores de 11 años.

GRAFITABLA N º 5

MANIFESTACIONES CLINICAS DEL ESTREÑIMIENTO CRONICO EN LOS NIÑOS MENORES DE 11 AÑOS



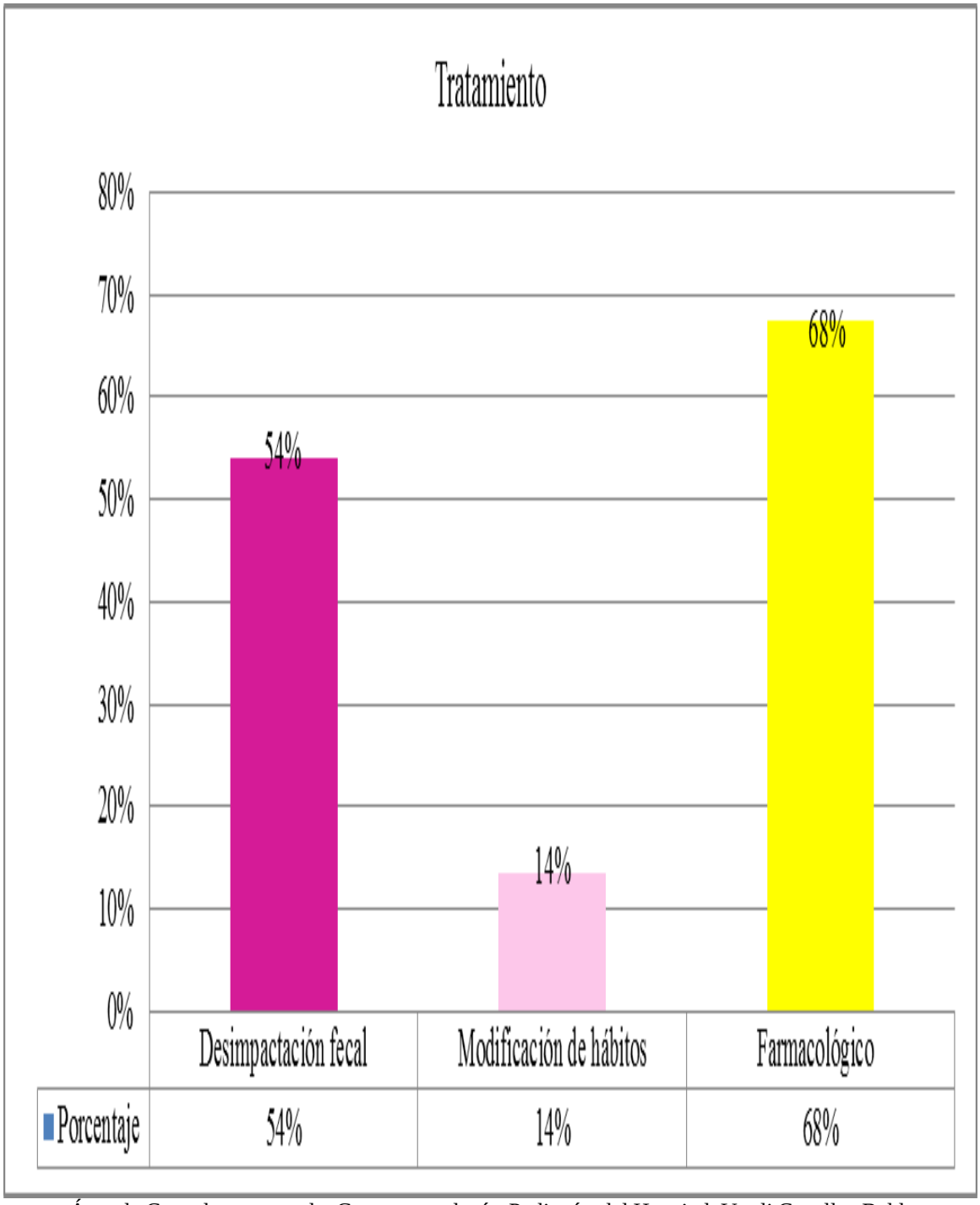

Fuente: Área de Consulta externa de Gastroenterología Pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: Carbo López Nancy Jaqueline - García Campos Betsy Katiuska

Análisis e Interpretación de los resultados N °5: En relación las manifestaciones clínicas de los niños con estreñimiento crónico se determinó que en el 100 % se observó las masas abdominales palpables y heces abundantes en el recto , seguido del dolor abdominal con el 68% , prominencia del abdomen en el 54% , lo que coincide con las publicaciones de ( Barboza, 2010) quien empleo los parámetros que valora los criterios de Roma III estableciendo que el cumplimiento de los por lo menos 2 siguientes ítems confirmaran el diagnóstico menos de dos excretas en 7 días , un suceso de defecaciones involuntarias, antecedente de actitudes de retención de materia fecal, cólico intestinal e existencia acumulación de heces en el ano.

GRAFITABLA N º 6

TRATAMIENTO DEL ESTREÑIMIENTO CRONICO EN LOS NIÑOS MENORES DE 11 AÑOS



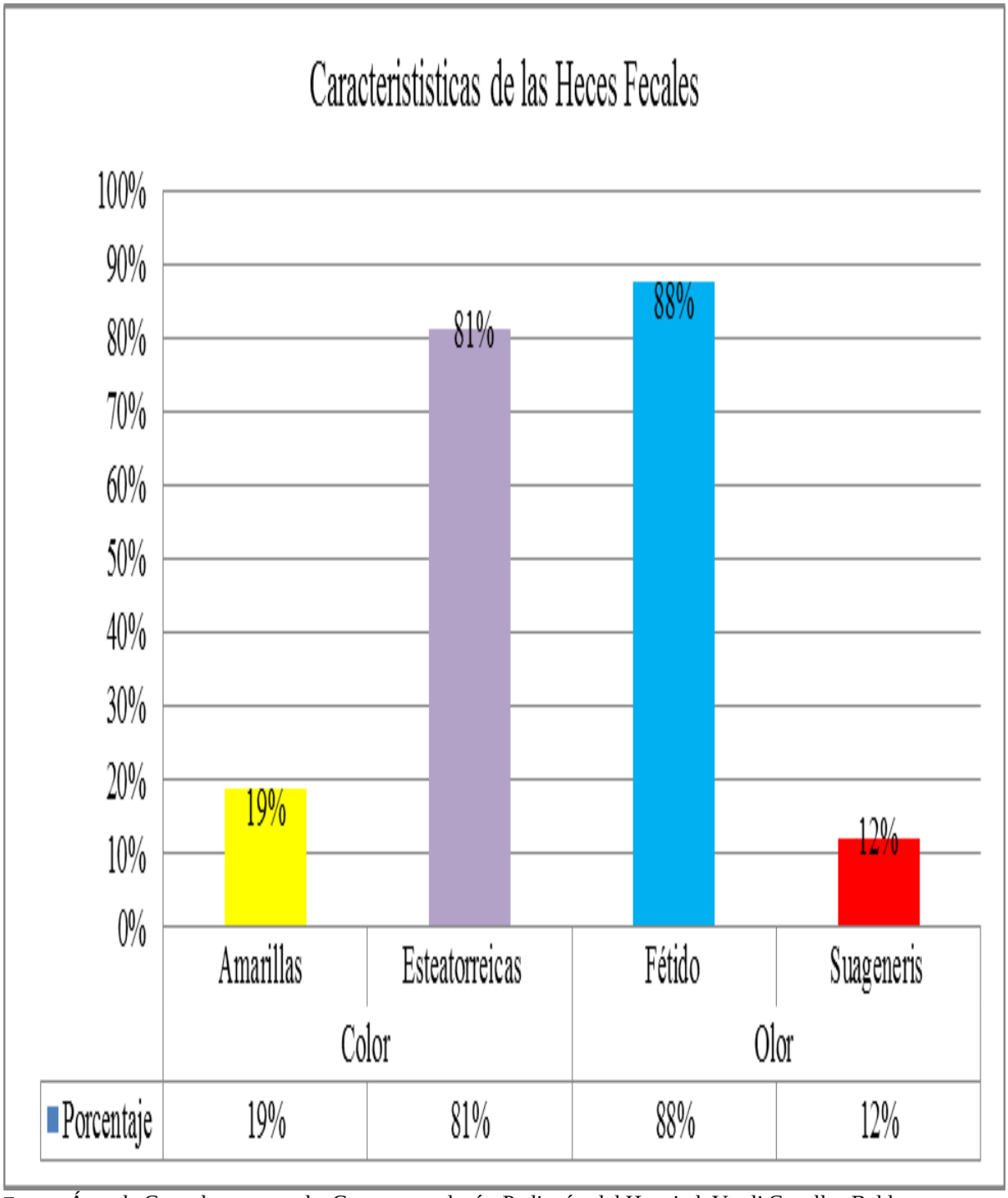

Fuente: Área de Consulta externa de Gastroenterología Pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: Carbo López Nancy Jaqueline - García Campos Betsy Katiuska

Análisis e Interpretación de los resultados N 6: El tratamiento adecuado del estreñimiento que se aplicó durante la investigación la desimpactación fecal en el 54% con la ayuda de enemas y lactulosa , seguido del tratamiento farmacológico con el 32% mientras que la modificación de los hábitos alimentarios le correspondió un menor porcentaje . Lo que coincide con las publicaciones de Camarero Salces(2013) en el cual la desimpactación fecal será el tratamiento de elección con enemas, supositorios rectales y agentes orales Actualmente se tiende a utilizar la vía oral más que la rectal. La lactulosa y los sennósidos siguen utilizándose a pesar de que no existen evidencias científicas que avalen, el polietilenglicol (PEG) en el tratamiento del EF ha concluido que los resultados obtenidos hasta ahora son tan buenos o mejores como los conseguidos con lactulosa o leche de magnesia y tiene la ventaja de ser un agente desimpactante efectivo

GRAFITABLA N º 7

CARACTERISTICAS DE LAS HECES FECALES EN LOS NIÑOS MENORES DE 11 AÑOS CON SINDROME DE MALABSORCION



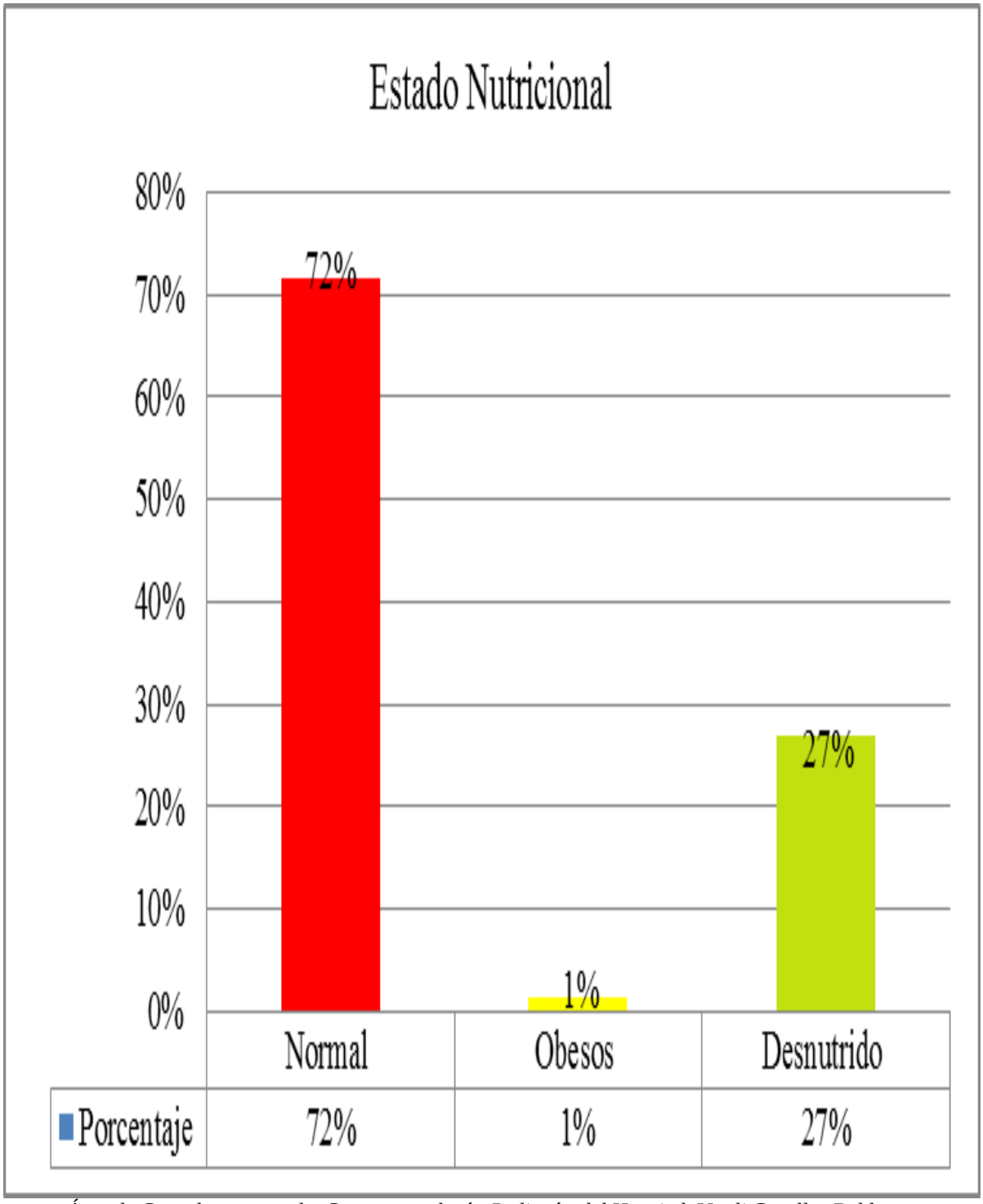

Fuente: Área de Consulta externa de Gastroenterología Pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: Carbo López Nancy Jaqueline - García Campos Betsy Katiuska

Análisis e Interpretación de los resultados N 7: En relación a las características de las Heces Fecales de los niños con Síndrome de malabsorción se determinó que tuvieron un color amarillo relaciona con la esteatorrea en el 81 %, asociado a un olor fétido en el 88% . Lo que coincide con las publicaciones de (Daza W, 2012) el cual estableció que en el las síndrome de malabsorción las deposiciones eran esteatorreicas y fétidas, presentadas desde el nacimiento siendo indicatorios de una inadecuada absorción de los carbohidratos y las grasas.

GRAFITABLA N º 8

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE 11 AÑOS CON SINDROME DE MALABSORCION




Fuente: Área de Consulta externa de Gastroenterología Pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: Carbo López Nancy Jaqueline - García Campos Betsy Katiuska

Análisis e Interpretación de los resultados N 9: En relación a valoración del estado nutricional se estableció que en el 72 % eran normales, seguidos de los desnutridos en el 27% mientras que a la obesidad le correspondió un menor porcentaje . Lo que coincide parcialmente con las publicaciones de ( Daza, 2013) en el cual la presencia de la desnutrición es Indicatorio de una alteración en la absorción de proteínas, grasas y carbohidratos.

# CAPÍTULO IV

# CONCLUSIONES

Una vez culminada la investigación concluimos de la siguiente manera:

El universo y muestra lo conformaron 74 niños menores de 11 años con estreñimiento crónico relacionado al síndrome de malabsorción , estableciéndose sus características sociodemográficas como : edad de mayor presentación fue de 2 a 3 años , género femenino , raza mestiza y procedencia distrital urbana.

Las causas de la malabsorción fueron la retención fecal excesiva como un mecanismo de defensa en los niños menores de 11 años, seguido de las alteraciones congénitas de tipo endocrinológico como el hipotiroidismo neonatal y neurológico como la parálisis cerebral.

Los factores asociados que sobresalieron fueron el inicio precoz de la lactancia artificial , seguido de las enfermedades aguda con reposo en cama , nacimiento de un hermano, mientras que las manifestaciones clínicas que predominaron son la presencia de masas abdominales palpables y heces abundantes en el recto, seguido del dolor abdominal y la distención abdominal .

Mediante la implementación de la estrategia de intervención educativa se logró dar a conocer a los padres de familia y al personal de salud sobre las medidas higiénicas y la modificación de los hábitos alimentarios ya establecidos consiguiéndose disminuir la incidencia de complicaciones originada por el estreñimiento crónico.

# RECOMENDACIONES

Una vez determinadas nuestras conclusiones, se recomienda lo siguiente:

A la Universidad Técnica de Manabí, en especial a la Facultad de Ciencias de la Salud en su Escuela de Medicina a través de sus estudiantes promover educación mediante campañas de salud para dar a conocimiento al personal de salud sobre el estreñimiento crónico relacionado con el síndrome de malabsorción.

Con el apoyo del Hospital Verdi Cevallos Balda y los médicos pediatras de esta institución se realizará un grupo de charlas sobre el estreñimiento crónico relacionado con el síndrome de malabsorción en los menores de 11 años de edad con el objetivo de disminuir la incidencia de esta patología que sean aplicadas en los hospitales de ministerio de salud pública.

A los hospitales fomentar la realizar de charlas en ciclos continuos dirigidos a los residentes y personal de salud sobre estreñimiento crónico para que sean derivados al especialista correspondiente

A las autoridades del hospital que continúen con el mejoramiento de la consulta externa mediante la utilización que equipamiento actualizado para el manejo de pacientes pediátricos.

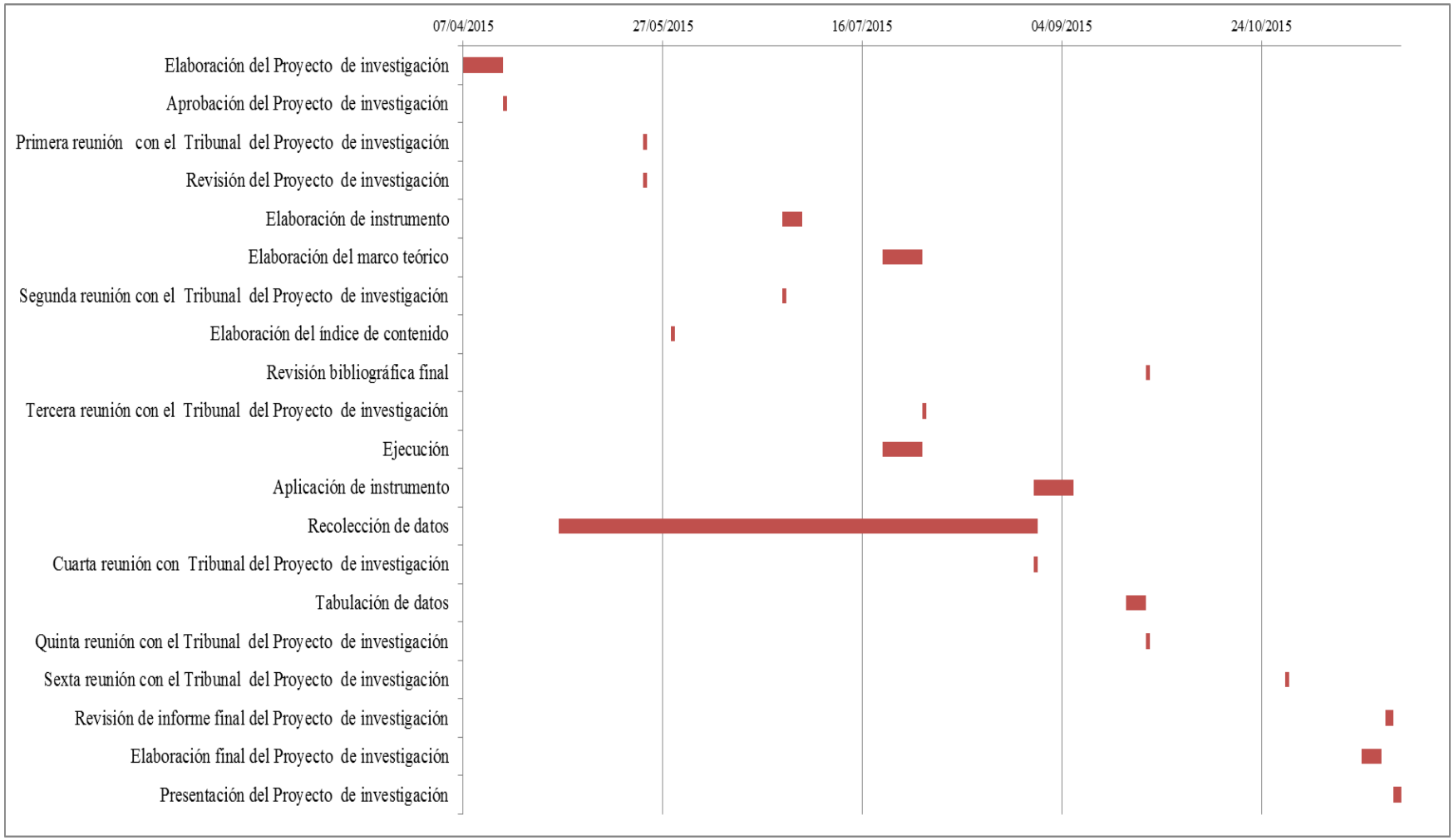
Recomendamos a los médicos pedíatras del Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo la implementación de los protocolos establecidos para el manejo del estreñimiento crónico.

Recomendamos a los padres de familia de los niños con trastornos gastrointestinales funcionales que asistan a los controles mensuales para observar la evolución de la enfermedad establecida.

PRESUPUESTO

| Actividad | Rubro |
|---|---|
| Adquisición de material bibliográfico | 135.00 |
| Materiales de encuesta | 78.00 |
| Alimentación | 109.00 |
| Transporte | 250.00 |
| Desarrollo de proyecto de investigación e impresiones | 180.00 |
| Empastado y encuadernación | 130.00 |
| Gastos varios | 133.00 |
| Total | $ 1150.00 |

DIAGRAMA DE GANNT



# CAPÍTULO V

## PROPUESTA

### TÍTULO

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE EL MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO CRÓNICO EN LOS NIÑOS MENORES DE 11 AÑOS DIRIGIDO A LOS PADRES DE FAMILIA Y AL PERSONAL DE SALUD.

### JUSTIFICACION

La prevalencia de estreñimiento crónico en niños ha aumentado en las últimas décadas, estimándose entre el 0,3- 28%. La gran amplitud del rango es debida a los distintos criterios diagnósticos utilizados y a las diferencias culturales. Se diagnostica estreñimiento en el 3% de todos los niños remitidos a un pediatra general6 y en el 25% de los remitidos a un gastroenterólogo pediátrico, es mayor en los niños de muy bajo peso al nacimiento y en los afectos de parálisis cerebral.

La prevalencia de la mala digestión de la lactosa varía ampliamente entre países, razas y poblaciones. En la población del norte de Europa se encuentra una prevalencia baja, de 1-3% en Dinamarca, Gran Bretaña, Holanda y Suecia. En EUA se encuentra una prevalencia del 25%. También se sabe que hay muy poca prevalencia en África central y medio-oriente.

De ahí la importancia de socializar la propuesta a los padres de familia y personal de salud sobre el manejo del estreñimiento crónico en los niños menores de 11 años atendidos en la consulta externa de gastroenterologia pediátrica del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda .

FUNDAMENTACION

El presente proyecto se fundamentara en la concientización de los padres de familia sobre las repercusiones del estreñimiento crónico en la función intestinal con el objetivo de mejorar su calidad de vida

## OBJETIVOS DE LA PROPUESTA

OBJETIVO GENERAL:

Diseñar una estrategia de intervención educativa sobre el manejo del estreñimiento crónico en los niños menores de 11 años dirigido a los padres de familia y personal de salud, año 2015

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Socializar el nivel de conocimiento que poseen los padres de familia y el personal de salud sobre las medidas preventivas para mejorar el estreñimiento crónico

Impartir información sobre el tema mediante la entrega de trípticos informativos y banner.

BENEFICIARIOS

Los pacientes son los beneficiados por que recibieron una mejor atención en los casos de estreñimiento crónico relacionado a la malabsorción mediante el uso de alimentos ricos en fibra

La familia de las pacientes también será beneficiada al evitar los gastos elevados que representa el estreñimiento crónico.

RESPONSABLES

Los responsables de llevar a cabo esta propuesta son los egresados de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Carrera de Medicina, Sra. Carbo López Nancy Jaqueline y Sra. García Campos Betsy Katiuska

UBICACION SECTORIAL Y FÍSICA

La propuesta se llevó a cabo en la instalación de la consulta externa de gastroenterologia pediátrica del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, en la cual se impartió una charla para la concientización a los padres de familia y personal de salud sobre las repercusiones del estreñimiento crónico asociado a la malabsorción en los niños de 11 años

Fuente: Google Map

FACTIBILIDAD

La propuesta resulta factible porque se busca implementar el uso de alimentos ricos en fibra en los niños con estreñimiento crónico

ACTIVIDADES

Elaboración de material didáctico

Realización de charla informativa

Entrega de trípticos

RECURSOS

HUMANOS:

Pediatra

Niños de 11 años

Investigadores

MATERIALES:

Trípticos

Diapositivas

Computadora

CRONOGRAMA DE LA PROPUESTA

INFRAESTRUCTURA

Instalaciones del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, consulta externa de gastroenterologia pediátrica

CRONOGRAMA DE CHARLAS EDUCATIVAS

| Actividades | Contenido | Lugar | Recursos | Responsables |
|---|---|---|---|---|
| Charlas educativas y entrega de trípticos | ¿Qué es el estreñimiento crónico?<br><br>¿Cuáles son las principales causas del estreñimiento crónico?<br><br>¿Cuáles son las repercusiones del síndrome de malabsorción? | Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda. | Diapositivas<br><br>Trípticos | Investigadores |

| Meses | JULIO/AGOSTO /2015 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Semanas | 2ª. SEMANA | | | | | 3ª. SEMANA | | | | | 4ª. SEMANA | | | | | 1ª. SEMANA | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Planteamiento de la propuesta | X | X | X | X | X | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reunión de Grupo. | | | | | | X | | X | | X | | | | | | | | | | |
| Elaboración de pasos. | | | | | | | | | | | | X | X | X | | | | | | |
| Aplicación y desarrollo de Propuesta. | | | | | | | | | | | | | | | X | X | X | | | |
| Socialización de la estrategia | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | X |

IMPACTO

Con esta propuesta se pretende difundir el beneficio del uso de los alimentos ricos en fibra

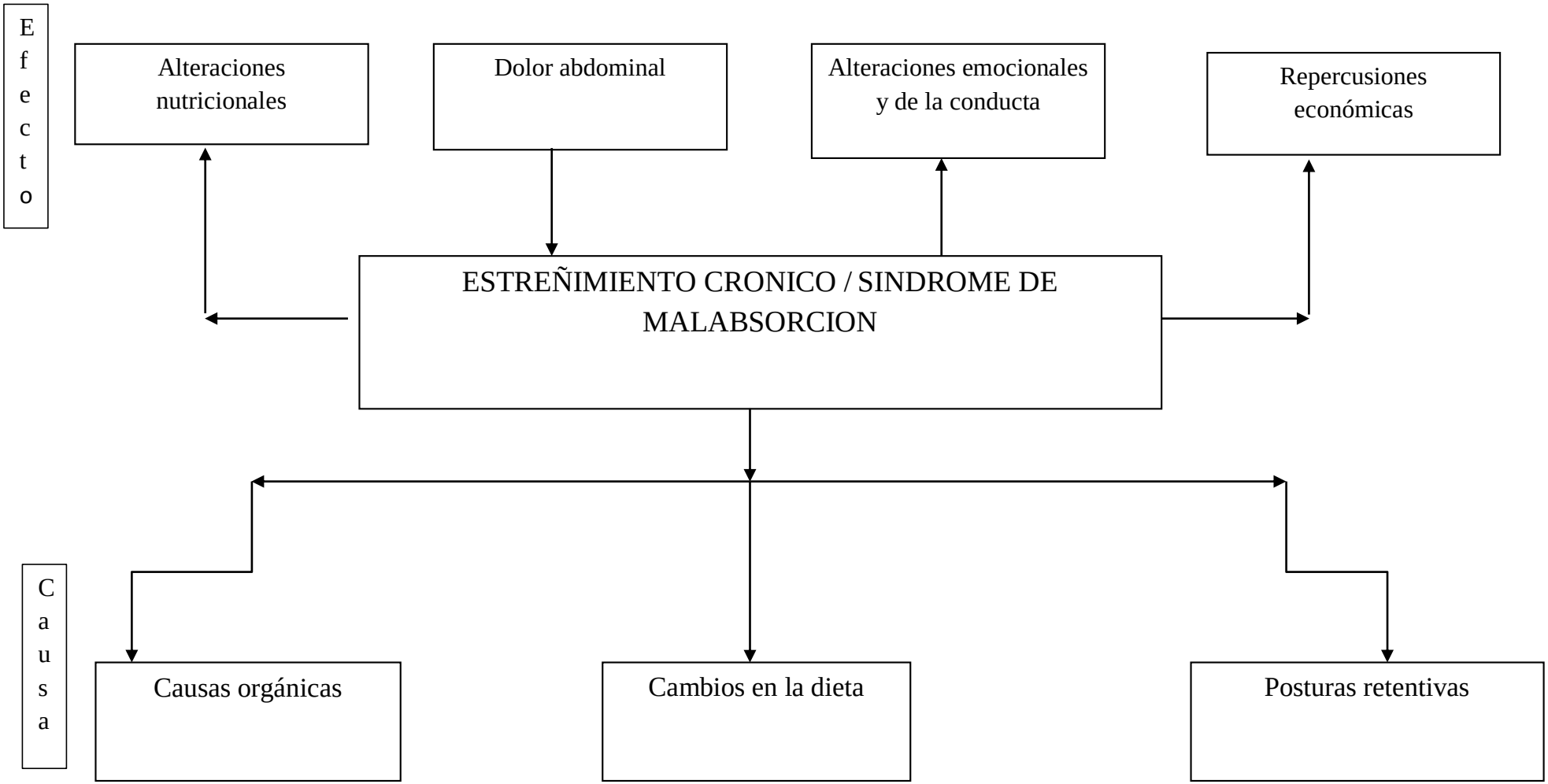
HOSPITAL PROVINCIAL Y DOCENTE "DR. VERDI CEVALLOS BALDA"

ANALISIS FODA

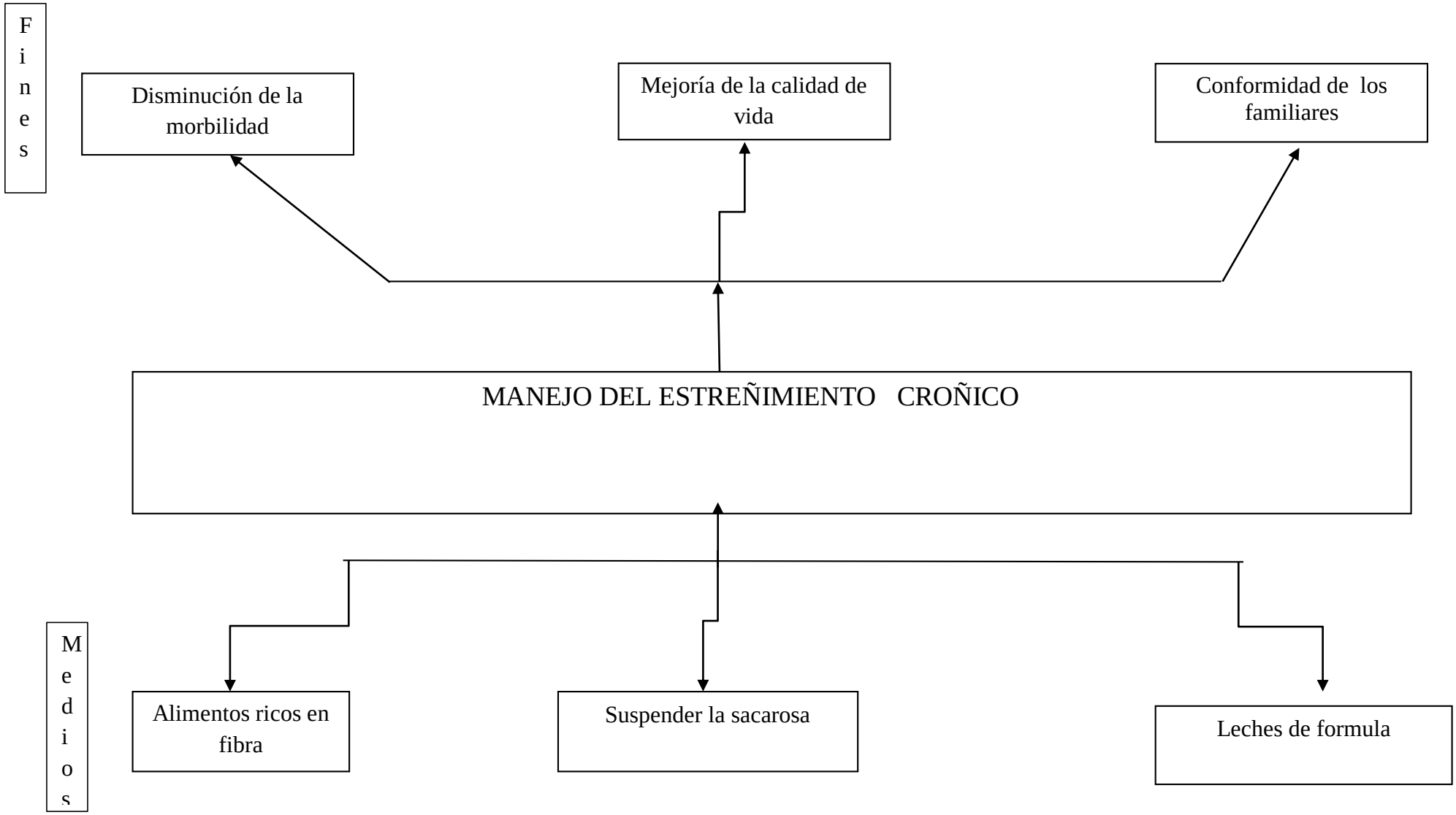
| | |
|---|---|
| F | Depender del MSP<br><br>Gratitud de servicios médicos<br><br>Cumplimiento de la atención por procesos normatizados<br>Talento humano capacitadita<br>Trabajo en equipo<br>Apoyo en los diversos procesos<br>Dotación parcial de equipamiento :Mamofragos y tomógrafos<br>Implementar una área informática |
| O | Decisión política gubernamental de incrementar el presupuesto para el área de salud Construcción de un moderno Hospital de especialidades<br>Elaborar plan de capacitación continua del personal de enfermería, para fortalecer su capacidad de respuesta a los requerimientos de los ciudadanos |
| D | Crecimiento no programado tanto del espacio físico, del personal y de los usuarios<br><br>Los empleados están cargados innecesariamente de trabajo en tarea manuales repetitivas. La información es redundante y muchas veces poco confiable.<br><br>Lenta toma de decisiones (Alta Burocracia).<br><br>Falta de investigación y desarrollo.<br><br>Poseer una estructura organizacional alta, con muchos niveles de jerarquía. |
| A | Usar la ampliación de horarios de médicos a 8 horas para fortaleces a los usuarios y familiares posterior a tratamiento dialítico<br><br>Coordinar con los jefes de las áreas de salud para usar el sistema de referencia y contra referencia a las diferentes unidades de salud aprovechando en uso de las ambulancias. |

Fuente: Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda

ARBOL DEL PROBLEMA



ARBOL DE OBJETIVOS



# MATRIZ DE INVOLUCRADOS

| GRUPOS | INTERESES | PERCEPCION | PROBLEMA RECIBIDOS |
|---|---|---|---|
| POBLACIÓN DE RIESGO | Manejo de estreñimiento crónico en los niños de 11 años asociados a la malabsorción | RECURSOS<br>Humanos y materiales<br><br>MANDATOS<br>Imprentar el protocolo sobre los alimentos ricos en fibra en el manejo del estreñimiento crónico en los niños de 11 años asociados a la malabsorción | Desconocimiento sobre el uso de alimentos ricos en fibra en el manejo del estreñimiento crónico en los niños de 11 años asociados a la malabsorción |
| PERSONAL DE SALUD | Manejo adecuado del estreñimiento crónico en los niños de 11 años asociados a la malabsorción parte del personal de los internos de medicina del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda | RECURSOS<br>Humanos y materiales<br><br>MANDATOS<br>Aplicación del protocolo para el manejo del estreñimiento crónico en los niños de 11 años asociados a la malabsorción | Falta de conocimiento |
| COMUNIDAD | Genero un ambiente de conocimiento en la comunidad | RECURSOS<br>Humanos y materiales<br><br>MANDATOS<br>Fomentar información en la comunidad sobre el estreñimiento crónico en los niños de 11 años asociados a la malabsorción | Privación de información |
| AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABÍ | Profundizar la temática sobre la aplicación de los alimentos ricos en fibra en el manejo del estreñimiento crónico en los niños de 11 años asociados a la malabsorción | RECURSOS<br>Humanos y materiales<br><br>MANDATOS<br>Complementar syllabus de pediatría con publicaciones actualizadas los alimentos ricos en fibra en el manejo del estreñimiento crónico en los niños de 11 años asociados a la malabsorción | Educación limitada |

| GRUPOS | INTERESES | PERCEPCION | PROBLEMA RECIBIDOS |
|---|---|---|---|
| INVESTIGADORES | Incrementar los conocimientos sobre la aplicación de los alimentos ricos en fibra en el manejo del estreñimiento crónico en los niños de 11 años asociados a la malabsorción | RECURSOS<br>Humanos y materiales<br><br>MANDATOS<br>Desarrollar y fortalecer conocimientos , destrezas y ejecución de proyectos de acción | Cambio constantes del personal de salud<br><br>Falta accesibilidad y dialogo con el personal directivo y administrativo<br><br>Relacionado con la falta de recursos |

# MATRIZ DE MARCO LÓGICO

| OBJETIVOS | INDICADORES | LINEAS DE BASES | METAS | FUENTES DE VERIFICACION |
|---|---|---|---|---|
| OBJETIVO GENERAL<br><br>Diseñar una estrategia de intervención educativa sobre el manejo del estreñimiento crónico en los niños menores de 11 años dirigido a los padres de familia y personal de salud, año 2015. | Se describirá la utilización de alimentos ricos en fibra para el manejo del estreñimiento crónico en los niños de 11 años | Dado que el mayor porcentaje de esta investigación se observara niños con estreñimiento crónico y se recomendara el apoyo inmediato a los familiares | Promover medidas educacionales para mejorar la atención de los niños de 11 años con estreñimiento crónicos y mejorar su calidad de vida. | Registros médicos diarios de los niños de 11 años con estreñimiento crónico relacionado a la malabsorción |

| OBJETIVOS | INDICADORES | LINEAS DE BASES | METAS | FUENTES DE VERIFICACION |
|---|---|---|---|---|
| OBJETIVOS ESPECIFCOS<br><br>Mejorar el nivel de conocimiento que poseen los padres de familia y el personal de salud sobre las medidas preventivas para mejorar el estreñimiento crónico | Se capacitara a los padres de familia y personal de salud sobre el uso de los alimentos ricos en fibra | Dado que el mayor porcentaje de esta investigación será el estreñimiento crónico | Concientizar al personal de salud sobre las consecuencias de un manejo inadecuado del estreñimiento crónico | Distribución de tríptico. |
| Socializar la información sobre el tema mediante la entrega de trípticos informativos y banner. | Se evaluó lo aprendido sobre los alimentos ricos en fibra empelados en el estreñimiento crónico | El Personal de salud brindo la información complementaria a los familiares | Se mejoró el conocimiento a los usuarios | Distribución de tríptico |

# BIBIOGRAFIA


Libros

Benninga MA, V. W. (2012). Childhood constipation: Is there new light in the tunnel. J Pediatr Gastroenterol Nutr, (págs. 39:448-464.).

Benninga MA, C. D. (2012). The Paris Consensus on Childhood Constipation Terminology (PACCT) . J Pediatr Gastroenterol Nutr, (págs. 40:273- 275).

Revistas

Anderson, C. (2012). Classification and clinical aspects of malabsorption: a general review. . Anales Nestlé, (págs. 44(2):11-25).

Balesaria S, P. R. (2012). Exploring possible mechanisms for primary bile acid malabsorption: evidence for different regulation of ileal bile acid transporter transcripts in chronic diarrhoea. Eur J Gastroent, (págs. 20(5):413-22.).

Bhutta ZA, G. F. (2012). Persistent and chronic diarrhea and malabsorption:. Commonwealth Association of Paediatric Gastroenterology and Nutrition., (págs. 2:S711-6.).

Castiglione F, D. G. (2012). Lactose malabsorption: clinical or breath test diagnosis. European Journal of Clinical Nutrition and Metabolism, (págs. 1-5.).

Corazziari E, C. S. (2012). Gastrointestinal transit time, frequency of defecation and anorectal manometry in healthy and constipated children. J Pediatr., (págs. 106: 379-382.).

Chung BD, P. U. (2012). Effect of increased fluid intake on stool output in normal healthy volunteers. J Clin Gastroenterol, (págs. 28:29-32.).

Dadan, W. (2013). Enfoques clínico y terapéutico en el síndrome de malabsorción. Nutricionistas & Dietistas , (págs. 2(2):17-20.).

Daza W, R. ,. (2012). Descriptive analysis of upper and lower gastrointestinal endoscopies in a pediatric hospital of Colombia. 3th World Congress of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition , (pág. 47).

Duerksen DR, F. G. (2012). Vitamin B12 malabsorption in patients with limited ileal resection. Nutrition., (págs. 22(11-12):1210-3.).

Hasler, W. (2012). Is constipation caused by a loss of colonic interstitial cells of Cajal. Gastroenterology, (págs. 125:262-265.).

Hyams W. Malabsorption. In: Wyllie R, H. J. (2012). Pediatric gastrointestinal and liver disease; pathology, diagnosis, management. Elsevier Saunders.

Loening-Baucke V, B. (2012). treatment for chronic constipation and encopresis in childhood. long-term outcome. Pediatrics., (págs. 96:105-110.).

Loening-Baucke V, M. E. (2012). (glucomannan) is beneficial in the treatment of childhood constipation. Pediatrics. , (págs. 113:259-264.).

Loening-Baucke, V. (2010). Modulation of abnormal defecation dynamics by biofeedback treatment in chronically constipated children with encopresis. J Pediatr, (págs. 116:214-222.).

Loening-Baucke, V. (2012). Prevalence, symptoms and outcome of constipation in infants and toddlers. J Pediatr, (págs. 146:359- 363).

Loening-Baucke, V. (2012). Chronic constipation in children. Gastroenterology, (págs. 105:1557-1564.).

Loening-Baucke, V. (2012). Constipation in children. Curr Opin Pediatr, (págs. 6:556-561.).

Nurko, S. (2011). Advances in the management of paediatric constipation. Curr Gastroenterol Rep., (págs. 2:234-240).

Pashankar DS, L.-B. ,. (2013). Safety of Polyethylene Glycol 3350 for the treatment of chronic constipation in children. Arch Pediatr Adolesc Med., (págs. 157:661-664.).

Pietzak Mm, T. D. (2012). Childhood malabsorption. Pediatr Rev, 24(6):195-206.

Rasquin-Weber A, H. P. (2012). Childhood functional gastrointestinal disorders. Gut. ., (págs. S60-68.).

Talusan-Soriano K, L. A. (2012). Malabsorption in childhood. Pediatr Rev , 17(4):135-42.

Van der Plas RN, B. M. (2013). Randomised trial of biofeedback training for encopresis. Arch Dis Child., (págs. 75:367-374.).

Van der Plas, R. (2013). Biofeedback training in treatment of childhood constipation: a randomised controlled study. (págs. 348:776-780). Lancet.

Voskuijl W, L. F. (2012). PEG 3350 (Transipeg) versus lactulose in the treatment of childhood functional constipation: a double blind, randomised, controlled, multicenter trial. Gut. ., (págs. 53:1590-1594.).

Voskuijl WP, H. H. (2012). Use of Rome II criteria in childhood defecation disorders: applicability in clinical and research practice. J Pediatr, (págs. 145:213- 217).

Youssef NN, P. J. (2012). Dose response of PEG 3350 for the treatment of childhood faecal impaction. J Pediatr, (págs. 141:410-414.).

Páginas de Internet

Albán Ortega, L., & Bruno Zapata, J. (2013). Estudio de estado nutricional e identificación de factores de la población escolar de la provincia de Loja, cantón Loja en el año 2013. Obtenido de http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/691/3/UTPL_Caraguay_Aguinsaca_Diana_Elizabeth_610X2086.pdf

Barboza, F. (2010). Evaluación y tratamiento del estreñimiento en niños. Obtenido de www.bioline.org.br/pdf?rc05023

Barrio Merino, A., & Soria López, M. (2013). Tratamiento del estreñimiento funcional con polietilenglicol. Nuevos fármacos. Obtenido de Pediatría Atención Primaria: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322010000100012&script=sci_arttext

Daza, W. (2013). Síndrome de malabsorción en pediatría: enfoque práctico y terapéutico. Obtenido de https://scp.com.co/precop/precop_files/modulo_8_vin_4/Sindrome_malabsorcion_pediatria.pdf

De la Torre Mondragón, L., & Hernández Vez, G. (2013). Estreñimiento funcional en pediatría. Obtenido de http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2014/apm145h.pdf

Callejas, D., & Costa, L. (enero de 2013). Síndrome diarreico por rotavirus en niños menoresde 5 años inmunizados y no de la ciudad de Maracaibo, estado Zulia Venezuela. Obtenido de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0075-52222013000100007&script=sci_arttext

Goldman, R. D., & Friedman, J. D. (18 de abril de 2009). Obtenido de https://pediatraldia.wordpress.com/category/uncategorized/

Prieto Bozano, G. (2012). Estreñimiento crónico. Obtenido de http://www.aepap.org/sites/default/files/estrenimiento.pdf

Salces C, C. (2011). Diagnóstico y tratamiento del estreñimiento en el niño. Obtenido de www.msssi.gob.es/biblioPublic/.../recursos.../vol35_1Estrenimiento.pdf

# ANEXOS

ANEXO# 1

FICHA PARA RECOLECTAR LA INFORMACION DEL PROYECTO DE INVESTIGACION: ESTREÑIMIENTO CRONICO Y SU RELACION CON EL SINDROME DE MALABSORCION EN NIÑOS MENORES DE 11 AÑOS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA HOSPITAL DR VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, ABRIL –SEPTIEMBRE 2015

OBJETIVO GENERAL

Identificar el estreñimiento crónico y su relación con el síndrome de malabsorción en niños menores de 11 años atendidos en la consulta externa de Gastroenterología Pediátrica Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, Abril –Septiembre 2015

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

EDAD

0-1 años ☐ 2 a 3 años ☐ 4 a 5 años ☐

6 -9 años ☐ 10-11 años ☐

GENERO

Masculino ☐ Femenino ☐

PROCEDENCIA

Urbana ☐ Rural ☐

RAZA

Blanca ☐ Mestiza ☐ Negra ☐

ESTREÑIMIENTO

CAUSAS ORGÁNICAS

TRASTORNOS ANATÓMICOS

Ano anterior ☐ Estenosis anal ☐

NEUROLÓGICOS

Parálisis cerebral ☐ Hipotonía ☐ Mielomeningocele ☐

Pseudoobstrucción intestinal ☐ Enfermedad de Hirschsprung ☐

ENDOCRINOLÓGICOS

Hipotiroidismo ☐ Diabetes insípida ☐

METABÓLICOS

Hipercalcemia ☐ Acidosis tubular renal ☐

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES

FACTOR ASOCIADOS

Inicio de la lactancia artificial ☐ Cambio de residencia ☐ Inicio escolaridad ☐

Nacimiento de un hermano ☐ Enfermedad aguda con reposo en cama ☐

MANIFESTACIONES CLINICAS

Incontinencia fecal ☐ Dolor abdominal ☐ Irritabilidad ☐

Anorexia ☐ Distensión abdominal ☐ Heces abundantes en recto ☐

Masa abdominal palpable ☐

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS ROMA III

2 deposiciones a la semana ☐

1 episodio encopresis/semana ☐

.
Historia de retención fecal excesiva ☐

Historia movimientos intestinales dolorosos ☐

Presencia fecalomas en recto ☐

Historia de heces de gran tamaño ☐

Síntomas que alivian con deposiciones

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Rx simple de abdomen

TRATAMIENTO

Desimpactación fecal Modificación de hábitos Farmacológico

SINDROME DE MALABSORCION

CARACTERÍSTICAS DE LAS HECES FECALES

COLOR

Amarillas Esteatorreicas

OLOR

Fétido Suageneris

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES

Enfermedades perinatales Prematurez

ESTADO NUTRICIONAL

Normal Obesos Desnutrido

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Instituciones: Universidad Técnica de Manabí, otras instituciones si fuera necesario
Egresados: Sra. Carbo López Nancy Jaqueline y Sra. García Campos Betsy Katiuska

Título: "Estreñimiento crónico y su relación con el síndrome de malabsorción en niños menores de 11 años atendidos en la consulta externa de Gastroenterología Pediátrica Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, Abril –Septiembre 2015"

El estreñimiento funcional es un problema común en pediatría con una prevalencia mundial estimada de 3%. En 17–40% de los niños el estreñimiento comienza en el 1er año de vida. Se asocia a veces con dolor al defecar, incontinencia fecal, dolor abdominal y causa estrés en el niño y la familia causando un tremendo impacto en los costos de salud.

Beneficios

Será para los menores de 11 años que presentaron estreñimiento crónico relacionado al síndrome de malabsorción.

Costo de incentivos
No se generara ningún gasto por que se cuenta con una institución de salud pública que brindar la atención integral incluido la realización de los exámenes y la valoración por médicos especialistas.

Riesgos e incomodidades
No existirán riesgo por participar en el estudio debido a que no se realizar ninguna prueba invasiva que ponga en riesgo a los menores 11 años con estreñimiento crónico.

Procedimientos
Si decide participar en el estudio, les aplicaremos un cuestionario a los padres de familia sobre el estreñimiento crónico relacionado al síndrome de malabsorción.

quienes firmaran el consentimiento informado, una vez que se concluya el cuestionario recibirá un tríptico. Este cuestionario durara 10 minutos.

Confidencialidad

Le podemos garantizar que la información que usted brinde es absolutamente confidencial, ninguna persona excepto los egresados Sra. Carbo López Nancy Jaqueline y Sra. García Campos Betsy Katiuska, quienes manejaran la información obtenida, la cual es anónima, pues cada entrevista será codificada, no se colocara nombres ni apellidos. Su nombre no será revelado en ninguna publicación ni presentación de resultados.

Usted puede hacer todas las preguntas que desee antes de decidir si desea participar o no, nosotros las responderemos gustosamente. Si, una vez que usted ha aceptado participar, luego se desanima o ya no desea continuar, puede hacerlo sin ninguna preocupación y la atención en la consulta o en otros servicios será siempre la misma y con la calidad a la que usted está acostumbrado/a

Derechos de Paciente:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, Sra. Carbo López Nancy Jaqueline y Sra. García Campos Betsy Katiuska a los teléfonos 0997069068 0996798435

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité Institucional de Ética de la Universidad Técnica de Manabí.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retírame del estudio en cualquier momento.

_____ _____

Participante Fecha:

Nombre:

C.I

_____ _____

Testigo Fecha:

Nombre:

C.I

# EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

FOTO N °1 REVISIÓN DE CARPETAS EN EL ÁREA DE ESTADÍSTICA HOSPITAL ESTADÍSTICA HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, EL DÍA 18 DE AGOSTO 2015

FOTO N °2 REVISIÓN DE CARPETAS EN EL ÁREA DE ESTADÍSTICA HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, EL DÍA 18 DE AGOSTO 2015

FOTO N °3 TABULACION DE LOS DATOS EN EL ÁREA DE ESTADÍSTICA HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, EL DÍA 20 DE AGOSTO 2015

FOTO N °4 TABULACION DE LOS DATOS EN EL ÁREA DE ESTADÍSTICA HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, EL DÍA 20 DE AGOSTO 2015

# SOCIALIZACION DE LA PROPUESTA

FOTO N °5 DISERTACION DE LA PROPUESTA SOBRE EL MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO CRONICO DIRIGIDO A LOS PADRES DE FAMILIA EL DÍA 05 DE ENERO 2016

FOTO N °6 ENTREGA DEL CUESTIONARIO AVALADO A LOS DIRIGIDO A LOS PADRES DE FAMILIA EL DÍA 05 DE ENERO 2016

FOTO N °7 ENTREGA DE TIPTICOS INFORMATIVOS A LOS PADRES DE FAMILIA EL DÍA 05 DE ENERO 2016

FOTO N °8 LAS INVESTIGADORAS Y EL DR CRISTHIAN PALACIOS GASTROENTEOLOGO PEDIATRICO HVCBP. EL 05 DE ENERO 2016