



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL GENERAL “DR GAUDENCIO GONZÁLEZ GARZA”
CENTRO MÉDICO NACIONAL “LA RAZA”**

**CONOCIMIENTO ACERCA DE CONSTIPACIÓN EN MÉDICOS DE UN
HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN LA CIUDAD DE MÉXICO.**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO EN LA SUBESPECIALIDAD DE
GASTROENTEROLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIATRIA.**

**PRESENTA
Dr. Francisco Cortés Espinosa.**

**TUTOR DE TESIS
Dra. Edith González Aguirre.**



CIUDAD DE MÉXICO, AGOSTO 2017.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

IDENTIFICACION DE INVESTIGADORES:

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Dra. Edith González Aguirre.

Medico No Familiar (Gastroenterología y nutrición pediátrica)

Adscrito al servicio de "Gastroenterología y nutrición pediátrica" de la UMAE Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza" del CMN La Raza IMSS.

Teléfono: 55 66 96 21 68.

E-mail: edit_glez@hotmail.com

INVESTIGADORES ASOCIADOS

Dr. Francisco Cortés Espinosa.

Residente de 2do. año de "Gastroenterología y nutrición pediátrica" de la UMAE Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza" del CMN La Raza IMSS.

Teléfono: 55 49 50 47 22

E-mail: pako_setroc@hotmail.com

Dra. María Teresa Ramos Cervantes
Directora de educación e investigación en salud
Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza”.
U.M.A.E “La Raza”

Dr. José Antonio Chávez Barrera
Jefe del Servicio de gastroenterología y nutrición pediátrica
Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza”
U.M.A.E “La Raza “

Dra. Edith González Aguirre.
Asesor de Tesis
Médico Adscrito al servicio de gastroenterología y nutrición pediátrica
Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza”
U.M.A.E “La Raza”

Dr. Francisco Cortés Espinosa.
Médico Residente de segundo año
Subespecialidad en gastroenterología y nutrición pediátrica.
Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza”
U.M.A.E “La Raza “

AGRADECIMIENTOS:

Agradezco a Dios por ser mi guía, mi fortaleza para lograr todas mis metas que me he propuesto en la vida.

Agradezco a mi madre Nelly y mi padre Alberto por haberme dado la vida y por sus luchas constantes de trabajo y esfuerzo, gracias por existir, los amo.

Agradezco a mis hermanos Verónica, José Alberto y Georgina por su paciencia y apoyo incondicional, por sus consejos de lucha y perseverancia, gracias hermanos por tanto cariño.

Agradezco a mis abuelos Soraida, Afrodisio, Francisco y Heriberta por ser un pilar importante en mi formación como ser humano, son mi inspiración.

Agradezco a mis sobrinos Alberto y Luciano, a mi cuñado Ricardo Augusto, y de igual manera a todos mis familiares por ser esa luz y esperanza en mi corazón y que de alguna manera celebran mi éxito.

Agradezco al Dr. José Antonio Chávez Barrera por ser mi maestro, y por todo su apoyo incondicional.

Agradezco a la Dra. Edith González Aguirre, por ser mi asesora de tesis, gracias por su sabiduría y apoyo para la realización de este trabajo.

Agradezco a mis compañeros de generación por ser parte de este camino y a todos los profesores que aportaron sus conocimientos y nos brindaron su apoyo.

Agradezco a mi persona por todo el esfuerzo, voluntad, esmero, ganas, perseverancia en alcanzar esta meta tan significativa, no fue fácil pero valió la pena.

Sinceramente de todo corazón, muchas gracias.

Att. Francisco Cortés Espinosa.

INDICE

	Páginas
1. Resumen	6
2. Introducción.....	8
3. Planteamiento del problema.....	16
4. Justificación.....	17
5. Hipótesis.....	18
6. Objetivos.....	19
7. Metodología.....	20
8. Resultados.....	25
9. Discusión.....	29
10. Conclusiones.....	33
11. Bibliografía.....	34
12. Anexos.....	36
13. Cronograma.....	38

RESUMEN

CONOCIMIENTO ACERCA DE CONSTIPACIÓN EN MÉDICOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

Introducción: El estreñimiento es una de las 10 principales causas de consulta en la práctica pediátrica y 25% de los motivos de consulta del gastroenterólogo pediatra, con una prevalencia que oscila entre 0.9% a 29.6% en la población general. Su etiología es multifactorial y su tratamiento puede ser complejo. El término estreñimiento es utilizado para referir múltiples síntomas como evacuaciones poco frecuentes, duras, esfuerzo excesivo y sensación de evacuación incompleta. Esta variabilidad resulta ser un factor confuso y puede condicionar discrepancias entre médicos y pacientes. Hoy en día son pocos los estudios realizados para determinar cuál es el nivel de conocimiento acerca de constipación entre los médicos, teniendo en cuenta que esta patología es muy frecuente en la práctica médica, y en estudios mundiales se ha demostrado una prevalencia muy alta en la población general, por lo cual consideramos importante que los médicos tengan conocimiento acerca de los criterios diagnósticos y el tratamiento de dicha patología.

Objetivo: Determinar el conocimiento que tienen acerca de la constipación los médicos en un hospital de tercer nivel en la ciudad de México.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional transversal, en los médicos de la UMAE, Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza" del Centro Médico Nacional "La Raza" del IMSS, aplicando a dichos médicos una encuesta que evaluó su nivel de conocimiento acerca de la definición, el abordaje diagnóstico y tratamiento de la constipación. Se aplicaron cuestionarios a un total de 48 médicos, los cuales se agruparon de la siguiente manera: residentes de Pediatría (22), médicos residentes de subespecialidades pediátricas (10), médicos de base (8), residentes de urgencias (8). Del género femenino 67% (32/48) y masculino 33% (16/48). La edad se dividió en 3 grupos: De 25 a 30 años 68.7% (33), de 31 a 35 años 14.5% (7) y mayores de 36 años 16.6% (8).

Resultados: En relación a los objetivos del estudio, sobre la definición del estreñimiento en base a síntomas, la mayoría lo definió como la sensación de pujo y necesidad de evacuar en el 52%(24), seguido de evacuaciones duras y en bolitas 26%(12). Al preguntar si consideraban que una persona que no evacua a diario, se definía como estreñida, el 65% respondió que sí. Acerca de los instrumentos de evaluación diagnóstica, el 71%(34/48) no tenían conocimiento preciso sobre un algoritmo para diagnosticar estreñimiento, del 29% restante (14/48), solo un 64.2%(9/14) tomaba en cuenta los criterios clínicos y radiológicos, un 28.5%(4/14) consideraba además necesario la realización de manometría anorectal y solo un 7.1% (1/14) consideraban importante la realización de toma biopsia colónica de espesor total para descartar la enfermedad de Hirschsprung. Cuando se les pregunto sobre la existencia de los criterios de ROMA IV, para el diagnóstico de estreñimiento funcional, solo un 25% afirmo tener conocimiento de dichos criterios. Sobre el tratamiento, la mayoría 27% (13/48) comentó que se requiere de uso exclusivamente de fibra, seguido de: laxantes, junto con tratamiento multidisciplinario en el que se incluye (médico pediatra, gastroenterólogo pediatra, nutriólogo y el psicólogo) con bioalimentación 10%(5/48), a la par otro 10% comento que se requiere de fibra, laxantes y tratamiento multidisciplinario. Solo el 2% (1/48) contesto que debe de tratarse al estreñimiento con medicina alternativa, donde se engloba a la herbolaria, acupuntura, homeopatía, yoga, etc. Por último se les pregunto a los médicos si estaban de acuerdo en realizar desimpactación fecal previo al inicio de tratamiento de mantenimiento, donde el 62%(30/48) comentó que si era necesario realizarla.

Conclusiones: Este estudio proporciona información valiosa sobre el conocimiento que tienen los médicos de un hospital del tercer nivel en la ciudad de México en relación con la definición, diagnóstico y tratamiento del estreñimiento crónico. Existen diferencias significativas en el nivel de conocimiento y los patrones de práctica entre los médicos de las diferentes especialidades y subespecialidades. La identificación de estas diferencias, puede ser útil para desarrollar materiales educativos para médicos sobre el diagnóstico y tratamiento del estreñimiento crónico en niños....

MARCO TEORICO.

El estreñimiento es una de las 10 principales causas de consulta en la práctica pediátrica y 25% de los motivos de consulta del gastroenterólogo pediatra, con una prevalencia que oscila entre 0.9% a 29.6% en la población general (1).

El estreñimiento (constipación) es un síntoma frecuente en pediatría que traduce la presencia de retención fecal, la cual es referida por los pacientes o sus familiares como disminución en la frecuencia de las evacuaciones, heces duras y en ocasiones con dolor, pujo excesivo, evacuación incompleta, tiempo prolongado para lograr la evacuación, imposibilidad de evacuar a pesar del esfuerzo o postura de retención (1)(8).

Tradicionalmente se define como menos de tres evacuaciones por semana; sin embargo, muchas personas que entran en esta definición, no se consideran estreñidas. Cuando se cuestiona a los pacientes con estreñimiento o a sus familiares (en pacientes pediátricos) acerca de esta definición, hasta 50% de los sujetos que se refieren estreñidos tienen discordancia en la definición comparada con la del médico (2).

De acuerdo con el Consenso Latinoamericano de Estreñimiento Crónico, éste se define como un trastorno funcional gastrointestinal con una evolución al menos de tres a seis meses, caracterizada por evacuaciones infrecuentes, dificultad en su paso y tiempo prolongado para lograr la deposición (2).

La consistencia de las evacuaciones evaluada mediante la Escala de Bristol para la Forma de las Heces (*Bristol Stool Form Scale*, BSFS), aporta una dimensión objetiva para la observación de la consistencia ya que se correlaciona bien con los tiempos de tránsito oro-fecal siendo más acelerado a mayor grado de Bristol (uno a siete). De esta forma, las evacuaciones de grado 1 (caprinas o en escíbalos) y grado 2 (caprinas pero apelotonadas), corresponden a estreñimiento (2).

En un estudio realizado en México en población abierta en 1041 sujetos se

encontró que 60% (n = 619) se consideraba estreñido si no evacuaba diariamente. El síntoma que mejor define al estreñimiento en la población general mexicana es la sensación de pujo o esfuerzo o ambas, para evacuar (47%), seguido de evacuaciones duras (26%) y frecuencia menor a la deseada (8%). Por lo tanto, la evidencia actual sugiere que el esfuerzo para defecar y la consistencia (forma) de las evacuaciones son más importantes (2) (8).

En general, la prevalencia del estreñimiento crónico depende de los criterios de definición, el tipo de estudio de investigación realizado y el método para la recolección de datos. Si se toma en cuenta la percepción del paciente respecto a esta condición la prevalencia se estima de manera general entre 1.9% y 27.2% (2) (8).

En México, Remes-Troche señaló en un estudio realizado en población abierta en seis estados de la república (Colima, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Tamaulipas y Veracruz) que 34% se definió como estreñido. Al contestar un cuestionario que incluía los criterios de Roma III, solamente 21.0% (IC95% 16.2% - 25.6%) cumplieron con los criterios para estreñimiento funcional, 18.26% (IC95% 14.5% - 22.6%) para SII con estreñimiento (SII-E) y 61.24% (IC95% 56.0% - 55.1%) realmente no tenía estreñimiento (2) (8).

En un análisis realizado por Schmulson y colaboradores con 324 voluntarios de una población universitaria al sur de la ciudad de México, mediante el Cuestionario Modular de Roma II validado para la población mexicana, se señaló la prevalencia de estreñimiento funcional en 18.8% (IC95% 14.7% - 23.5%) y de disineria del piso pélvico en 3.1% (IC95% 1.5% - 5.6%) (2).

Utilizando el mismo cuestionario de Roma II en un estudio en población abierta del Estado de Tlaxcala, basado en una muestra aleatoria de 500 hogares de todo el Estado, López-Colombo y colaboradores reportaron una prevalencia de estreñimiento funcional de 7.4% (IC95% 5.3% - 10.1%) y de disineria del piso pélvico de 2.0% (IC95% 1.0% - 3.6%) (2).

Con base en estos estudios, se realizó un meta-análisis determinando que la prevalencia estimada de estreñimiento funcional en población Mexicana es de 14.4% (IC95% 12.6% - 16.6%). La variabilidad en los datos de los estudios anteriores demuestra que la selección de la población de estudio, los criterios utilizados y la metodología del estudio, influyen sobre los resultados de la prevalencia (2).

Sin embargo, hoy en día, no existen estudios que determinen cual es la prevalencia estimada de estreñimiento funcional en la población pediátrica mexicana, por lo que sería conveniente realizar más estudios de investigación al respecto dado que esta patología se considera dentro de las 10 principales causas de consulta (1).

Con base en su etiología, el estreñimiento se clasifica en funcional o primario, cuando no existe una enfermedad subyacente que lo genere, el cual representa 90% a 95% de los casos y en secundario, el cual representa 5% a 10% restante y se debe a alguna condición mórbida subyacente que lo condiciona (1).

Factores asociados a estreñimiento funcional: Periodos críticos (lactancia, preescolar, escolar), adiestramiento inadecuado para control de esfínteres, fobia al inodoro, disminución del bolo fecal, rechazo al inodoro fuera de la casa, aporte de fibra natural y agua menor a la recomendación, regímenes dietéticos restrictivos, inhibición del reflejo de evacuación (prohibición para ir al baño) (1).

Dentro de las causas de estreñimiento secundario tenemos: Alteraciones de colon, recto y ano (atresia y estenosis anal, estenosis de colon, ano ectópico, fisuras, tumores, abscesos), alteraciones de la motilidad (enfermedad de Hirschsprung, displasia neuronal intestinal, pseudoobstrucción intestinal crónica, alteraciones musculares), alteraciones Neurológicas (mielomeningocele, tumores del cordón espinal, agenesia de sacro, diastematomelia, medulares adquiridas, infección, traumatismo, tumores), enfermedades Sistémicas (hipotiroidismo, hipercalcemia, hipopotasemia, hiperparatiroidismo, diabetes mellitus, diabetes insípida, panhipopituitarismo, parálisis cerebral, esclerodemia, amiloidosis,

enfermedad mixta de tejido conectivo, distrofia miotónica, esclerosis múltiple, enfermedad celiaca, fibrosis quística, acidosis tubular renal, alergia a proteína de la leche), psicógeno (abuso sexual, problemas psicológicos), medicamentos (metilfenidato, fenitoína, anticolinérgicos opiáceos, antihipertensivos, antiácidos, fenotiazidas, colesteramina, psicotrópicos, diuréticos (1)

El estreñimiento puede manifestarse en cualquier etapa de la edad pediátrica. El principal detonador para la retención fecal, independientemente de la edad, es la evacuación dolorosa causada por una masa fecal dura y voluminosa, lo que condiciona el desarrollo de un círculo vicioso de retención - heces voluminosas - defecación dolorosa – retención (1).

El abordaje diagnóstico del paciente con estreñimiento implica, de manera ineludible, la realización de una historia clínica completa y de un examen físico general y sistemático (1).

Los niños con estreñimiento crónico funcional, deben tener un examen físico normal. Para llegar al diagnóstico de estreñimiento funcional, principal causa en pediatría, será necesario descartar datos clínicos que sugieran un problema orgánico subyacente (1).

Es recomendable realizar una interconsulta con el especialista cuando exista: Falla de tratamiento (mala respuesta), evidencia de patología orgánica, enfermedad gastrointestinal, signos de alarma (1).

Datos potenciales de la alarma en el estreñimiento: Eliminación de meconio > 48 horas en un recién nacido de término, constipación a partir del primer mes de vida, antecedentes familiares de la enfermedad de Hirschsprung, sangre en las heces en ausencia de fisuras anales, falta de mejoría clínica, vómitos biliosos, distensión abdominal severa, glándula tiroides anormal, posición anormal del ano, ausencia de reflejo anal o cremastérico, disminución de la fuerza, tono y reflejo de las extremidades inferiores, mechones de pelo en la columna vertebral, desviación de la hendidura glútea, cicatrices anales (3).

A través del consenso de expertos se han publicado criterios diagnósticos para los trastornos funcionales gastrointestinales denominados criterios de Roma. En 2016 se publicaron los criterios de Roma IV que permiten la evaluación diagnóstica del estreñimiento funcional en niños menores y mayores de cuatro años de edad. La utilización de criterios diagnósticos para la definición de estreñimiento crónico o funcional (Roma), debería de facilitar el diagnóstico de esta condición (3).

Los criterios diagnósticos ROMA IV para el estreñimiento funcional debe incluir 2 o más de los siguientes criterios que ocurren al menos una vez por semana durante un mínimo de 1 mes y con criterios insuficientes para un diagnóstico de síndrome de colon irritable (3):

1. Dos o menos evacuaciones en el inodoro a la semana en un niño con una edad de desarrollo de al menos 4 años
2. Por lo menos 1 episodio de incontinencia fecal por semana.
3. Historia de postura de retención o retención voluntaria excesiva de heces.
4. Historia de los movimientos intestinales dolorosos o duros.
5. Presencia de una gran masa fecal en el recto.
6. Historia de evacuaciones de gran diámetro que pueden obstruir el inodoro.

Después de la evaluación apropiada, los síntomas no pueden ser completamente explicados por otra condición médica.

Los estudios auxiliares se reservan para los casos en los cuales el interrogatorio o la exploración física revelan datos de alarma y para pacientes refractarios a un tratamiento convencional adecuado (5).

El objetivo del tratamiento es promover evacuaciones suaves e indoloras previniendo la reacumulación de las heces, lo cual se logrará luego de un periodo suficientemente prolongado (seis meses o más) (5).

Desimpactación: puede realizarse por vía oral o rectal. Su elección será discutida y acordada con el paciente y sus familiares. Se deberá realizar sin

provocar dolor ni traumatismo al paciente (5).

Mantenimiento: Una vez que se logró la desimpactación, el tratamiento se enfoca a evitar la recurrencia y a mejorar la consistencia y regularidad de las evacuaciones. Esto se hace mediante la intervención dietética y manejo farmacológico (6).

Existen datos que sugieren que alrededor de 30% de los sujetos que presentan estreñimiento crónico buscan consulta médica. En Estados Unidos por ejemplo, el estreñimiento crónico es responsable de más de 2.5 millones de visitas médicas y de 92 000 hospitalizaciones al año. Si consideramos que 85% de estos pacientes se les prescribe un laxante en algún momento, los costos estimados para 1994, fueron de 840 millones de dólares (2).

En Latinoamérica existen pocos datos al respecto y una forma práctica de valorar el impacto del estreñimiento desde el punto de vista económico es cuantificando el consumo de medicamentos utilizados para este trastorno. Los datos provenientes de diversos países de la región, de la última mitad de la primera década del siglo XXI, determinaron que hasta 75% de las personas con estreñimiento crónico toma algún producto para aliviar esta afección, de ellos, 38% utiliza fibra o agentes formadores de bolo, 59% laxantes estimulantes o irritantes, 2% tegaserod, 1% antiespasmódicos y aproximadamente 0.18% otros procinéticos (2).

En México, Remes-Troche y colaboradores informaron 43.6% de personas en la población abierta que toman laxantes, tés para evacuar o suplementos de fibra, de los cuales sólo el 18% lo hacían porque se consideraban estreñidos (8).

El estreñimiento crónico compromete frecuentemente la calidad de vida del paciente, funcionamiento social y la capacidad para realizar sus actividades diarias. Las alteraciones en el área psicológica predominan sobre las alteraciones físicas. Su magnitud es comparable con aquellas reportadas en pacientes con alergias, alteraciones músculo-esqueléticas y enfermedad inflamatoria intestinal

(2).

La mala calidad de vida es un importante predictor de estreñimiento asociado con altos costos en servicios de salud. Las mujeres que buscan atención médica por padecer estreñimiento crónico tienen mayor morbilidad psicosocial y social, incluyendo ansiedad, depresión y mayor somatización (2). Por lo cual es importante realizar un oportuno abordaje diagnóstico de la constipación y dar un tratamiento adecuado, esto puede mejorar la calidad de vida de los pacientes en general, y en especial la de los pacientes pediátricos, población donde dicha patología es muy frecuente (2).

En México existen pocos datos sobre la calidad de vida de los pacientes con estreñimiento funcional-crónico. Sin embargo, un pequeño estudio prospectivo en pacientes con estreñimiento funcional (Roma I) que consultaron un centro de referencia en la ciudad de México, se evidenció que en comparación con los pacientes con estreñimiento crónico y tránsito colónico normal, aquellos con tránsito colónico prolongado presentaban menor calificación en la subescala del componente físico del SF-36, un instrumento genérico para medición de calidad de vida. Adicionalmente, la subescala del componente mental fue menor en aquellos con sobreposición de estreñimiento crónico y SII-E en comparación con el subgrupo que solo llenaba criterios para SII-E, sugiriendo que el retardo en el tránsito colónico puede comprometer la calidad de vida de dichos pacientes (2).

Se realizó un estudio para evaluar los tipos de conocimiento y práctica entre los proveedores médicos (850 médicos, entre los que se incluían pediatras, consultores pediátricos, médicos generales, médicos familiares y gastroenterólogos pediátricos) que trabajan en 5 regiones de Arabia Saudita con respecto a su enfoque de estreñimiento infantil. Se les preguntó de manera anónima sobre la definición, las causas, el diagnóstico y el manejo del estreñimiento. También se recopiló información sobre las preocupaciones de la familia con respecto al estreñimiento y la fuente de información relacionada con el estreñimiento. Entre los encuestados, el 61.2% sabían la definición Roma III de estreñimiento funcional, de los cuales la mayoría eran pediatras ($P > 0.05$). La

retención de heces fue la causa más común de estreñimiento. El examen rectal fue realizado por el 39% de los pediatras y el 78.6% de los gastropediatras. Los pediatras prescribieron lactulosa con mayor frecuencia. Los pediatras recomendaron desimpactación antes del tratamiento de mantenimiento con mayor frecuencia. 25% de las familias creían que el estreñimiento era causado por una estenosis y el 10% temía que fuera causada por una malignidad. En conclusión se determinó que existen diferencias significativas en los patrones de conocimiento y práctica con respecto al abordaje del estreñimiento pediátrico. La identificación de falta de conocimiento puede ser útil para desarrollar materiales educativos para mejorar el diagnóstico y tratamiento apropiado del estreñimiento infantil (7).

Otro estudio fue realizado para examinar de que forma los pediatras abordan el estreñimiento funcional y que tanto sus enfoques se adhieren estrechamente a las directrices formuladas por la NASPGHAN para el manejo del estreñimiento funcional. La evaluación de pediatras y residentes de pediatría se realizó a través de un cuestionario anónimo de opción múltiple desarrollado por pediatras y gastropediatras, en 7 instituciones académicas. El 84.3% informó que no estaba familiarizado con las pautas. Las intervenciones iniciales más comunes para el estreñimiento sin incontinencia fecal incluyeron líquidos (92.1%), fibra (89.5%), jugo (77.7%), intervenciones conductuales (71.2%), seguimiento (53.4%) y reducción de alimentos que causan estreñimiento (50.1%). Las intervenciones iniciales más comunes para el estreñimiento con incontinencia fecal incluyeron limpieza intestinal (73.4%), medicación de mantenimiento (70.0%), líquidos (67.9%), intervenciones conductuales (67.6%), fibra (66.1%) y seguimiento (57.8%). Los laxantes osmóticos fueron los más recetados como desimpactación (83.0%) y de medicamentos de mantenimiento (96.8%). Algunos individuos (39.7%) reportaron preocupación de que los osmóticos pudieran resultar en dependencia, adicción o desequilibrios electrolíticos, en comparación con estimulantes (73.0%). Se llegó a la conclusión que se necesita más educación sobre el tratamiento de estreñimiento funcional, incluyendo el uso de medicación (4)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Actualmente, debida a la transición epidemiológica que se vive a nivel mundial, la constipación cada vez es más frecuente en los niños mexicanos, y es una condición que a muy pocos les preocupa, ya que los pacientes se van adecuando a la poca defecación sin darle la importancia necesaria. Esto es preocupante debido a los efectos negativos que esta condición tiene en la salud y calidad de vida de los niños.

Por lo tanto, el fin de este estudio es determinar el nivel de conocimiento acerca de constipación funcional en los médicos de un hospital de tercer nivel en la ciudad de México, desde la definición del termino constipación, los métodos diagnósticos y el tratamiento de dicha patología.

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es nivel de conocimiento que tienen acerca de la constipación los médicos en un hospital de tercer nivel en la ciudad de México?

JUSTIFICACION:

El estreñimiento es una de las 10 principales causas de consulta en la práctica pediátrica y 25% de los motivos de consulta del gastroenterólogo pediatra, con una prevalencia que oscila entre 0.9% a 29.6% en la población general.

El estreñimiento crónico compromete frecuentemente la calidad de vida del paciente, funcionamiento social y la capacidad para realizar sus actividades diarias. Las alteraciones en el área psicológica predominan sobre las alteraciones físicas. Su magnitud es comparable con aquellas reportadas en pacientes con alergias, alteraciones músculo-esqueléticas y enfermedad inflamatoria intestinal. La mala calidad de vida es un importante predictor de estreñimiento asociado con altos costos en servicios de salud.

Hoy en día son pocos los estudios realizados para determinar cuál es el nivel de conocimiento acerca de constipación entre los médicos, teniendo en cuenta que esta patología es muy frecuente en la práctica médica, y en estudios mundiales se ha demostrado una prevalencia muy alta en la población general, por lo cual consideramos importante que los médicos tengan conocimiento acerca de los criterios diagnósticos y el tratamiento de dicha patología.

Dicho estudio planteado contribuirá a que los médicos actualicen sus conocimientos acerca de la constipación, desde como diagnosticarla hasta como tratarla. Así mismo, los resultados de dicho estudio ayudarán a crear una mayor conciencia sobre el riesgo a largo plazo que conlleva dicha condición y la importancia de tratarla a temprana edad.

HIPOTESIS:

No ameritó por ser un estudio descriptivo.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Determinar el conocimiento que tienen acerca de la constipación los médicos en un hospital de tercer nivel en la ciudad de México.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Determinar el conocimiento acerca de la definición de constipación en los médicos en un hospital de tercer nivel en la ciudad de México.
2. Determinar el conocimiento acerca del abordaje diagnóstico de constipación en los médicos en un hospital de tercer nivel en la ciudad de México.
3. Determinar el conocimiento acerca del tratamiento de constipación en los médicos en un hospital de tercer nivel en la ciudad de México.

DISEÑO METODOLÓGICO:

A. TIPO DE ESTUDIO:

- Diseño: Encuesta.
- Tipo de maniobra: Observacional.
- Por seguimiento: Transversal.
- Por recolección de datos: Prospectivo.
- Por el tipo de análisis: Descriptivo.

B. POBLACIÓN Y LUGAR DE ESTUDIO:

La población de estudio, serán los médicos de la UMAE, Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza" del Centro Médico Nacional "La Raza" del IMSS.

C. CRITERIOS DE SELECCIÓN:

1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- a. Médicos de todas las especialidades, subespecialidades y grados académicos de la UMAE, Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza" del Centro Médico Nacional "La Raza" del IMSS.
- b. Género masculino y femenino.

2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- a. Médicos que no decidan participar en el estudio.
- b. Médicos que se encuentren en rotaciones de campo fuera del hospital durante el periodo de tiempo que se lleven a cabo las encuestas.

3. CRITERIOS DE ELIMINACION:

- a) Encuestas incompletas.

D. DEFINICIÓN DE VARIABLES:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidades de medición
Edad	Tiempo que ha vivido el paciente entre el nacimiento y el momento actual.	Edad en años cumplidos en el momento de la recolección de datos.	Universal	Cuantitativa continua	Años
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.	A partir de la exploración física las características fenotípicas registradas en el expediente.	Universal	Cualitativa nominal	Masculino Femenino
Especialidad	Rama de una ciencia, arte o técnica a la que se dedica una persona.	Estudios cursados por un graduado en medicina en su período de postgrado	Independiente	Cualitativa Nominal	Pediatría Medicina interna Urgencias Cirugía
Grado de estudio	Distinción dada por alguna institución educativa, generalmente después de la terminación exitosa de algún programa de estudios	Distinciones de rango académico	Independiente	Cualitativa nominal	R1 R2 R3 R4 R5 R6
Constipación	Trastorno funcional gastrointestinal con una evolución al menos de tres a seis meses, caracterizada por evacuaciones infrecuentes, dificultad en su paso y tiempo prolongado para lograr la deposición	Definición de constipación a partir de criterios de Roma IV.	Independiente	Cualitativa Nominal	Constipación funcional Constipación patológica

Abordaje diagnóstico	Análisis que se realiza para determinar cualquier situación y cuáles son las tendencias.	Determinación que se realiza sobre la base de datos y hechos recogidos y ordenados sistemáticamente, que permiten juzgar mejor qué es lo que está pasando.	Independiente	Cualitativa continua	Oportuno. Tardío.
Tipo de tratamiento	Manejo de la constipación de forma multimodal, tratamiento dietético o tratamiento farmacológico	Tratamiento otorgado al sujeto de estudio de acuerdo a lo referido.	Dependiente	Cualitativa nominal	Tratamiento dietético. Tratamiento farmacológico
Respuesta al tratamiento	Respuesta favorable en la evolución clínica de la constipación al inicio del tratamiento.	Respuesta adecuada o sin respuesta.	Dependiente	Cualitativa nominal	Respuesta Parcial Respuesta Total Mala Respuesta
Calidad de vida	Concepto que hace alusión a varios niveles de la generalidad, desde el bienestar social o comunitario hasta ciertos aspectos específicos de carácter individual o grupal.	Calidad de vida buena o mala.	Dependiente	Cualitativa continua	Bienestar físico Bienestar material Bienestar social Bienestar emocional

E.- PROGRAMA DE TRABAJO

De los médicos que ingresen al estudio, para obtener el nivel de conocimiento acerca de la definición, diagnóstico y tratamiento de la constipación, se aplicará una encuesta prediseñada; formado por un determinado número de ítems que se valorarán con una escala específica y a las que se les otorgará un valor estimado.

F.- TAMAÑO DE MUESTRA

Se incluirán a todos los médicos de la UMAE, Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza” del Centro Médico Nacional “La Raza”, del IMSS en el periodo comprendido de junio a julio de 2017.

G.- ANALISIS ESTADISTICO

Los Información se concentrará en hojas elaboradas ex profeso, y se concentrará en hojas de cálculo Microsoft Excel para MAC 2017.

La estadística descriptiva se llevará a cabo mediante media, moda y mediana, la información se presentará en graficas de pastel y tablas de frecuencia.

H.- RECURSOS Y FACTIBILIDAD

RECURSOS HUMANO:

Médico residente de segundo año de la subespecialidad de gastroenterología pediátrica y nutrición.

RECURSOS MATERIALES:

Equipo de cómputo (computadora, impresora), hojas blancas, plumas, lápices.

I.- DIFUSION

El presente protocolo se utilizará con fines de titulación, a manera de tesis de posgrado de la subespecialidad de gastroenterología y nutrición pediátrica.

J.- ASPECTOS ÉTICOS

El protocolo se someterá para su aprobación al comité local de investigación en salud.

Para la clasificación, con base en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, título segundo, Artículo 17". Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en 3 categorías", y el estudio que llevara a cabo se considera ,con base a la fracción II, como una Investigación con riesgo mínimo.

Las medidas para su control serán, con base al artículo 18, que cita:- El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

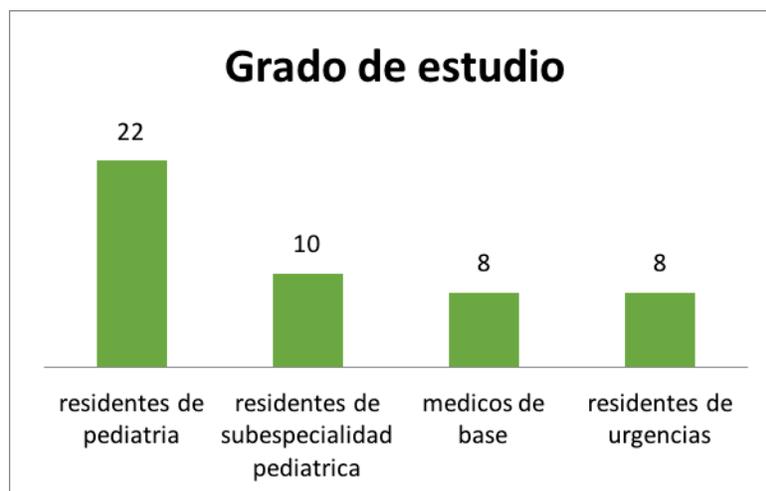
En caso de ameritar medidas de respuesta, ante cualquier suceso inesperado, según el artículo 19 señala, "Es responsabilidad de la institución de atención a la salud proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda".

Se solicitará consentimiento informado a cada sujeto previo a su aplicación, basados en el ARTICULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

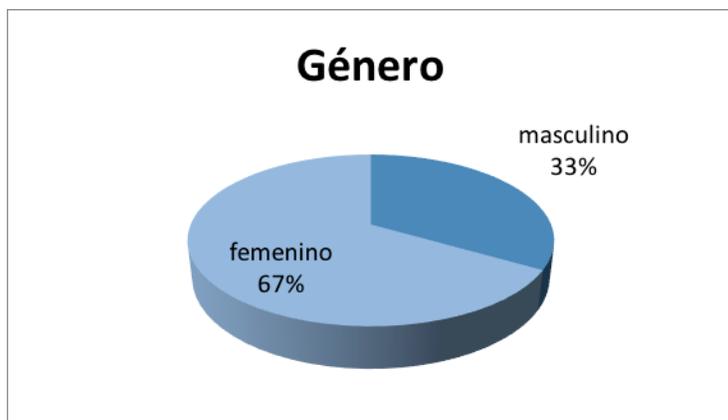
RESULTADOS:

Se realizó un estudio de corte transversal, con evaluación prospectiva en médicos de un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México, en el periodo comprendido Junio-Julio 2017. La evaluación consistió en aplicar un cuestionario para determinar el nivel de conocimiento que tienen los médicos sobre el estreñimiento. Se realizó un análisis con el programa SPSS considerando el género, grado de estudios, edad, tipo de especialidad. En todos los casos se mantuvo la confidencialidad de los individuos.

Los cuestionarios se aplicaron a un total de 48 médicos, los cuales se agruparon de la siguiente manera: residentes de Pediatría (22), médicos residentes de subespecialidades pediátricas (10), médicos de base (8), residentes de urgencias (8).



De acuerdo al género, femenino 67%(32/48) y masculino 33%(16/48).



La edad se dividió en 3 grupos:

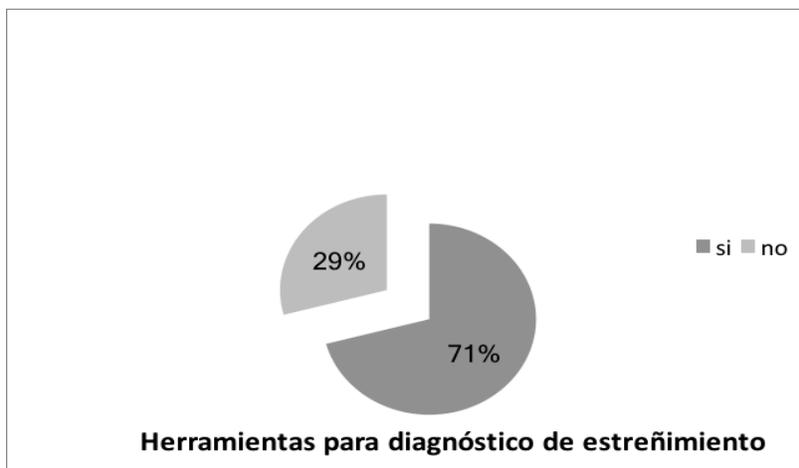
Edad	Número	Porcentaje
25-30años	33	68.7%
31-35años	7	14.5%
>36 años	8	16.6%

En relación a los objetivos del estudio sobre la definición del estreñimiento en base a síntomas, la mayoría lo definió como la sensación de pujo y necesidad de evacuar en el 52%(24). Seguido de evacuaciones duras y en bolitas 26%(12).

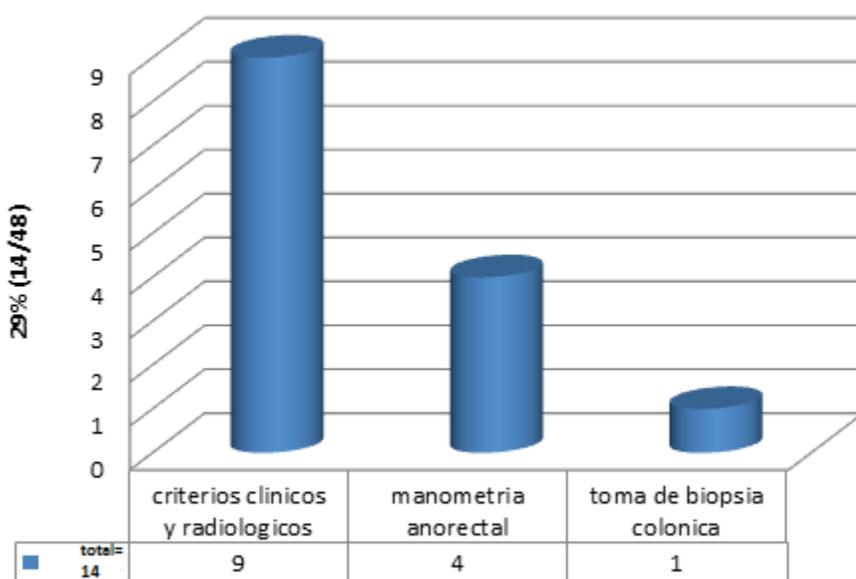
A demás se les pregunto si consideraban que una persona que no evacuaba diario, se definía como estreñida a lo cual el 65% respondió que sí.



Al determinar el conocimiento acerca de los instrumentos de evaluación diagnóstica sobre estreñimiento el 71% (34/48) de los médicos no tenían conocimiento preciso sobre un algoritmo para diagnosticar estreñimiento funcional.



El 29% de los médicos (14/48) conocen como evaluar al estreñimiento de manera global. De este 29%, solo un 64.2%(9/14) tomaba en cuenta los criterios clínicos y radiológicos, un 28.5%(4/14) consideraba a demás necesario la realización de manometría anorectal y solo un 7.1% (1/14) consideraban importante la realización de toma biopsia colonica de espesor total para el descartar la enfermedad de Hirshsprung.



Y finalmente cuando se les pregunto sobre la existencia de los criterios de ROMA IV, para el diagnóstico de estreñimiento funcional, solo un 25% afirmo tener conocimiento de dichos criterios.

Al evaluar el conocimiento sobre el tratamiento para estreñimiento funcional, la mayoría de los médicos, 27% (13/48) comentó que se requiere de uso exclusivamente de fibra, seguido de: laxantes, junto con tratamiento multidisciplinario en el que se incluye (médico pediatra, gastroenterólogo pediatra, nutriólogo y el psicólogo) con bioretroalimentación 10% (5/48), a la par otro 10% comentó que se requiere de fibra, laxantes y tratamiento multidisciplinario. Solo el 2% (1/48) contesto que debe de tratarse al estreñimiento con medicina alternativa, donde se engloba a la herbolaria, acupuntura, homeopatía, yoga, etc.

Tratamiento	número	porcentaje
fibra	13	27%
Laxante, tratamiento multidisciplinario, bioretroalimentación	5	10%
Fibra, laxante, tratamiento multidisciplinario	5	10%
Medicina alternativa	1	2%

Por último, se les preguntó a los médicos si estaban de acuerdo en realizar desimpactación fecal previo al inicio de tratamiento de mantenimiento, donde el 62%(30/48) comentó que si era necesario realizarla.

DISCUSIÓN:

Aunque existe diversos estudios previos respecto a la prevalencia del estreñimiento crónico en la población pediátrica en México, esta encuesta es el primer estudio que evalúa el grado de conocimiento acerca del estreñimiento en médicos de un hospital de tercer nivel en la ciudad de México. Se encuestaron a 48 médicos de varias especialidades y subespecialidades, y se observó que existían diferencias significativas en la práctica entre ellos en cuanto a la definición, la realización de exámenes rectales, la necesidad de pruebas diagnósticas adicionales, y el uso de laxante como parte del tratamiento.

En un análisis reciente realizado por Everhart y Ruhl, el estreñimiento fue el segundo diagnóstico ambulatorio más frecuente después de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Pudiendo argumentar que el estreñimiento no ha recibido la atención de salud pública que merece, especialmente en la población pediátrica. Van Ginkel et al mostraron que un tercio de los niños con estreñimiento continúan experimentándolo en la adolescencia y en la adultez.

En el presente estudio, se reportó que solo el 25% de los médicos participantes definían correctamente el estreñimiento si utilizaban una definición consistente en los criterios diagnósticos de Roma IV. Pocos médicos fueron capaces de definir el estreñimiento con facilidad, estos datos pueden explicarse por la falta de materiales educativos respecto a dicha patología.

El hecho de que existan varios síntomas que la población utiliza para describir el estreñimiento, resulta a veces ser un factor confuso y puede explicar la poca concordancia entre las definiciones utilizadas por los médicos. Por ejemplo, en nuestro estudio, de los seis síntomas de estreñimiento que se utilizaron, los médicos consideraban que el más característico es la sensación de pujo y/o esfuerzo para evacuar (52%), seguido de las evacuaciones duras o en bolitas

(26%); pero paradójicamente cuando se les realizó la pregunta específica: ¿usted considera que si no evacua diario es estreñimiento? El 65% respondió que sí.

Burgers et al demostraron que el examen rectal fue utilizado como una herramienta de diagnóstico estándar para la evaluación del estreñimiento en el 31% de los profesionales de la salud, cifra casi similar a la encontrada en nuestra encuesta. Según las guías de NICE, no se recomienda una radiografía abdominal para diagnosticar estreñimiento funcional en niños, aunque ocasionalmente una radiografía abdominal simple puede ser útil en la evaluación del estreñimiento de etiología incierta. Nuestro estudio mostró que el 28.5 % de los médicos utilizaron radiografías abdominales para diagnosticar estreñimiento funcional en niños. Este porcentaje podría explicarse por el desconocimiento de los participantes de las directrices de NICE o NASPGHAN.

Estas observaciones resultan trascendentales ya que el diagnóstico correcto debe apoyarse en los criterios previamente comentados, y es importante transmitir a los pacientes que acuden a consulta por estreñimiento cual es la frecuencia y consistencia normal de las evacuaciones, lo que permitirá a los pacientes comprender los síntomas, por lo tanto se evitarían importantes implicaciones económicas, ya que un porcentaje considerable de sujetos no tendrían que acudir a consulta, realizarse pruebas diagnósticas y recibir tratamiento médico.

El tratamiento del estreñimiento en la edad pediátrica se basa principalmente en la experiencia clínica y no en los ensayos clínicos publicados debido a la falta de estudios controlados aleatorios. Los objetivos del tratamiento de estreñimiento en niños son restaurar un patrón regular de defecación (heces blandas e indoloras) sin inconvenientes fecales y prevenir recaídas. Se han recomendado cuatro pasos importantes en el tratamiento del estreñimiento infantil: educación, desimpactación, prevención de la reaccumulación de heces y

seguimiento estrecho. Se recomienda la descompresión fecal antes del tratamiento de mantenimiento con laxantes orales y/o rectales para aumentar el éxito y reducir el número de episodios de incontinencia fecal. Nuestro estudio demuestra que la mayoría de los médicos (62%) recomienda la realización de desimpactación fecal antes del tratamiento de mantenimiento para el estreñimiento crónico. Esta es una cifra superior a la de Borowitz et al, que informó que el 45% de los médicos prescribieron desimpactación seguida de laxantes diarios. Burgers et al informaron que la desimpactación no se realizó de forma consistente antes del inicio de la terapia de mantenimiento, con un 20% siempre y un 47% realizando a veces una desimpactación. La decisión sobre qué laxante usar se basa en una combinación de seguridad, costo, elección del niño, facilidad de administración y preferencia del médico tratante. Nuestro estudio encontró que los laxantes múltiples se utilizaron solo en el 6% para el tratamiento del estreñimiento crónico.

Aunque la muestra es significativa y los estudios pudieran representar a la población médica de un hospital de tercer nivel, ya que se trató de incluir a médicos de todas las especialidades, existen algunas limitaciones que se deben reconocer. Probablemente la percepción en otros médicos de otras especialidades no evaluadas (como medicina interna, cirugía, etc.) puede ser diferente, por lo que en una evaluación futura se podrían incorporar a dichos médicos faltantes para poder tener mejor caracterizado el nivel de conocimiento acerca de estreñimiento en nuestro hospital.

Este cuestionario fue elaborado considerando preguntas y términos que comúnmente son empleados por los médicos durante la evaluación del estreñimiento, se utilizó considerando su aplicabilidad en la práctica clínica rutinaria, a diferencia de otros instrumentos más complejos que se utilizan con fines de investigación.

En resumen, en nuestro estudio de encuesta, los datos respaldan los hallazgos de estudios anteriores realizados en otras partes del mundo, que muestran amplias diferencias en el conocimiento y los enfoques diagnósticos y terapéuticos del estreñimiento en la edad pediátrica en médicos de distintas especialidades y subespecialidades. Esta encuesta puede motivar a investigadores de otros hospitales para evaluar el estado actual de conciencia y conocimiento del estreñimiento crónico y para formular recomendaciones para el manejo de dicha patología.

CONCLUSIONES:

Las siguientes conclusiones se extraen de este estudio:

Este estudio proporciona información valiosa sobre el conocimiento que tienen los médicos de un hospital del tercer nivel en la ciudad de México en relación con la definición, diagnóstico y tratamiento del estreñimiento crónico.

Existen diferencias significativas en el nivel de conocimiento y los patrones de práctica entre los médicos de las diferentes especialidades y subespecialidades respecto a la definición y la causa del estreñimiento, la realización del examen rectal, el uso de la terapia laxante y el tratamiento del estreñimiento en la edad pediátrica.

La identificación de diferencias en el conocimiento y la práctica por lo médicos, puede ser útil para los encargados de formular políticas que están a cargo de desarrollar materiales educativos para médicos sobre el diagnóstico y tratamiento del estreñimiento crónico en niños.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1.- Dr. José María Remes Troche, Dr. José Antonio Chávez Barrera, Dra. Beatriz González Ortíz, Dra. Solange Heller Rouassant, Dra. Ericka Montijo Barrios, Dra. María del Rosario Velasco Lavín, Dra. Liliana Beatriz Worona Dibner. Guías de diagnóstico y tratamiento del estreñimiento en México. Evaluación y tratamiento del estreñimiento en población pediátrica. Revista Gastroenterología Mexicana, Vol. 76, Núm. 2, 2011.

2.- Dr. José María Remes Troche, Dr. José Luis Tamayo de la Cuesta, Dr. Ricardo Raña Garibay, Dr. Francisco Huerta Iga, Dr. Edgardo Suarez Morán, Dr. Max Schmulson. Guías de diagnóstico y tratamiento del estreñimiento en México. Epidemiología (meta-análisis de la prevalencia), fisiopatología y clasificación. Revista de Gastroenterología Mexicana, Vol. 76, Núm. 2, 2011.

3.- Jeffrey S. Hyams, Carlo Di Lorenzo, Miguel Saps, Robert J. Shulman, Annamaria Staiano, Miranda van Tilburg. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child/ Adolescent. Gastroenterology 2016; 150:1456–1468.

4.- Christine H. Yang and Jaya Punati. Practice Patterns of Pediatricians and Trainees for the Management of Functional Constipation Compared With 2006 NASPGHAN Guidelines. JPGN Volume 60, Number 3, March 2015

5.- Tabbers MM, Di Lorenzo C, Berger MY, Faure C, Langendam MW, Nurko S, Staiano A, Vandenplas Y, Benninga. Recomendaciones de ESPGHAN y NASPGHAN basadas en evidencia para la evaluación y tratamiento del estreñimiento funcional en infantes y niños. MA. 2014 NASPGHAN y ESPGHAN.

6.- M.M. Tabbers, C. DiLorenzo, M.Y. Berger, C. Faure, M.W. Langendam, S. Nurko, A. Staiano, Y. Vandenplas, and M.A. Benninga. Evaluation and Treatment of Functional Constipation in Infants and Children: Evidence-Based Recommendations From ESPGHAN and NASPGHAN. JPGN Volume 58, Number 2, February 2014

7.- Mohammed Hasosah, Abdulwahab Telmesani, Ali Al-Binali, Ahmed Sarkhi, Sharifah Alghamdi, Khalid Alquair, Moath Alturaiki, Aziz Alanazi, Ashraf Alsahafi, Abdullah Alzaben, and Carlo Di Lorenzo. Knowledge and Practice Styles of Pediatricians in Saudi Arabia Regarding Childhood Constipation. JPGN Volume 57, Number 1, July 2013

8.- Remes Troche JM et al. ¿Qué se entiende por estreñimiento? Un estudio en población abierta. Revista de Gastroenterología Mexicana, Vol. 74, Núm. 4, 2009.

ANEXOS:

CUESTINARIO.

1.- ¿Cuál es la definición de constipación?

2.- ¿Cuál es el síntoma que usted considera que define mejor la constipación?

- A. Sensación de pujo y necesidad de evacuar.
- B. Evacuaciones duras y en bolitas.
- C. Evacuaciones incompletas.
- D. Menor frecuencia.
- E. Dolor.
- F. Cantidad escasa.

3.-¿Considera usted a una persona que no evacua diario como estreñida?

4.-¿Conoce los criterios de Roma IV para el diagnóstico de constipación funcional?

- A. Sí ¿Cuáles son?
- B. No

3.- En el abordaje diagnóstico de estreñimiento en los niños, ¿cuál de las siguientes intervenciones estaría recomendado realizar?

- A. Examen de tacto rectal.
- B. Radiografía de abdomen.
- C. Colon por enema.
- D. Ecografía transrectal.

5.- ¿Qué otros estudios de diagnósticos se debería de realizar en niños con estreñimiento para diagnosticar una posible etiología?

- A. Estudios de laboratorio para diagnosticar alergia a la proteína de leche de vaca, enfermedad celiaca, hipotiroidismo e hipercalcemia.
- B. Manometría anorectal o biopsia rectal por succión en el diagnóstico de enfermedad de Hirschsprung (HD).

- C. Colon por enema de bario para diagnosticar etiologías como enfermedad de Hirschsprung (HD)
- D. Todos los anteriores.

6.- ¿Cuál de los siguientes exámenes debe realizarse en niños con estreñimiento refractario para evaluar la fisiopatología y diagnosticar enfermedades de base?

- A. Manometría colónica
- B. Resonancia magnética de espina lumbar
- C. Biopsia colónica de grosor total
- D. Centellografía colónica

7.- ¿Cuál es el tratamiento en niños con estreñimiento?

- A. Fibra, líquidos y actividad física.
- B. Prebióticos y Probióticos.
- C. Laxantes.
- D. Terapia de Comportamiento y Bioretroalimentación.
- E. Tratamiento multidisciplinario (pediatra o gastroenterólogo pediatra, nutriólogo, psicólogo o psicoterapeuta)
- F. Medicina alternativa (incluyendo acupuntura, homeopatía, terapia de cuerpo-mente, manipulaciones musculo esqueléticas tales como manipulaciones osteopáticas y quiroprácticas y yoga)

8.- ¿Está usted de acuerdo en realizar desimpactación fecal previo al inicio de tratamiento de mantenimiento?

- A. Sí.
- B. No.

9.- ¿Cuál es el tratamiento farmacológico de mantenimiento más eficaz y seguro en la terapia de mantenimiento en niños con constipación?

10.- ¿Cuánto tiempo hay niños que permanecen bajo tratamiento médico?

CRONOGRAMA

	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Revisión bibliográfica									
Elaboración de protocolo									
Aprobación por el comité local de investigación									
Aplicación de encuestas									
Concentrado de información									
Resultados, conclusiones, discusión									
Publicación de tesis									

