



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA

**Fisura anal asociada a Constipación Funcional en pacientes
pediátricos atendidos en el servicio de hospitalización y consulta
externa de gastroenterología pediátrica en el Hospital General del
Norte de Guayaquil Los Ceibos en el periodo enero 2017 a enero
2021**

AUTORES:

**Cuadrado Correa Carlos Xavier
González Murillo María Gabriela**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
MÉDICO**

TUTOR

Dra. Marina Rocío Bran Orellana

**Guayaquil, Ecuador
3 de septiembre del 2021**



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Cuadrado Correa Carlos Xavier** y **González Murillo María Gabriela**, como requerimiento para la obtención del Título de Médico.

TUTOR(A)

MARINA ROCIO Firmado digitalmente por MARINA
ROCIO BRAN ORELLANA
BRAN ORELLANA Fecha: 2021.09.04 02:27:03 -05'00'

f. _____

Dra. Marina Rocío Bran Orellana

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez Juan Luis, Mgs.

Guayaquil, 3 de septiembre del año 2021



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Cuadrado Correa Carlos Xavier

DECLARO QUE:

El trabajo de titulación, **Fisura Anal asociada a Constipación Funcional en pacientes pediátricos atendidos en el servicio de hospitalización y consulta externa de gastroenterología pediátrica en el Hospital General Del Norte De Guayaquil Los Ceibos en el periodo enero 2017 a enero 2021**, previo a la obtención del Título de Médico, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría. En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 3 de septiembre del 2021.

AUTOR (A)

f. _____

Cuadrado Correa Carlos Xavier



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **González Murillo María Gabriela**

DECLARO QUE:

El trabajo de titulación, **Fisura Anal asociada a Constipación Funcional en pacientes pediátricos atendidos en el servicio de hospitalización y consulta externa de gastroenterología pediátrica en el Hospital General Del Norte De Guayaquil Los Ceibos en el periodo enero 2017 a enero 2021**, previo a la obtención del Título de Médico, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría. En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 3 de septiembre del 2021.

AUTOR (A)

f. _____

González Murillo María Gabriela



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Cuadrado Correa Carlos Xavier**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de titulación, **Fisura anal asociada a Constipación Funcional en pacientes pediátricos atendidos en el servicio de hospitalización y consulta externa de gastroenterología pediátrica en el Hospital General Del Norte De Guayaquil Los Ceibos en el periodo enero 2017 a enero 2021**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 3 de septiembre del 2021.

AUTOR (A)

f. _____

Cuadrado Correa Carlos Xavier



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **González Murillo María Gabriela**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de titulación, **Fisura anal asociada a Constipación Funcional en pacientes pediátricos atendidos en el servicio de hospitalización y consulta externa de gastroenterología pediátrica en el Hospital General Del Norte de Guayaquil Los Ceibos en el periodo enero 2017 a enero 2021**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 3 de septiembre del 2021.

AUTOR (A)

f. _____

González Murillo María Gabriela

REPORTE URKUND



Document Information

Analyzed document	3-3-3 septiembre tesis GONZALEZ Y CUADRADO.docx (D112048207)
Submitted	9/4/2021 7:42:00 AM
Submitted by	
Submitter email	carlos.cuadrado@cu.ucsg.edu.ec
Similarity	0%
Analysis address	marina.bran.ucsg@analysis.urkund.com

Sources included in the report

MARINA ROCIO
BRAN
ORELLANA

Firmado digitalmente por
MARINA ROCIO BRAN
ORELLANA
Fecha: 2021.09.04
01:12:11 -05'00'

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por la fortaleza que nos brindó en momentos difíciles, y por iluminar nuestro camino, pero, sobre todo, por mantenernos firmes en la carrera.

A nuestros padres, que han sido nuestro pilar y apoyo incondicional, por darnos la oportunidad de llegar a ser profesionales de la salud y guiarnos en nuestro andar.

A nuestros compañeros, por su motivación y hacer de este camino más ameno.

María Gabriela González Murillo

Carlos Xavier Cuadrado Correa

DEDICATORIA

A Zita y Alberto

Quiénes con su ejemplo, me enseñaron que, con esfuerzo y dedicación, todo es posible.

Que los valores pueden hacer de ti, una persona brillante.

Pero, sobre todo, que el estar presente, es el mejor regalo para los hijos.

A mi hijo

Por ser la motivación para alcanzar mis objetivos y la razón para seguir adelante.

A mi compañero de vida

Por haber sido mi aliento y el mejor colega, en este emocionante camino.

A mi hermano

Por nunca soltar mi mano a pesar de la distancia.

María Gabriela González Murillo

DEDICATORIA

A mi madre, por apoyarme en el progreso de mi carrera, y enseñarme que la constancia y la responsabilidad te llevan a cumplir tus metas, por regalarme sus noches al motivarme.

A mi esposa, por ser mi compañera de vida, por aconsejarme y darme fuerza para finalizar mi carrera universitaria.

Al Dr. Walter Egas y Dr. David Egas, por ser mis maestros, mis guías, pero sobre todo por enseñarme ayudar y sanar la enfermedad, más aún la importancia de darle amor a quien lo trae.

A mi hijo, por ser mi motivo de ser mejor cada día y llegar a ser una inspiración para él.

A TODOS ELLOS CON AMOR, GRACIAS.

Carlos Xavier Cuadrado Correa



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

(Dr. _____)

JURADO 1

f. _____

(Dr. _____)

JURADO 2

f. _____

(Dr. _____)

COORDINADOR DEL ÁREA

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	XV
ABSTRACT	XVI
INTRODUCCIÒN.....	2
OBJETIVOS	4
Objetivo general	4
Objetivos específicos.....	4
HIPÓTESIS	4
MARCO TEÓRICO.....	5
CAPITULO I: CONSTIPACIÓN FUNCIONAL.....	5
1. 1. DEFINICIÓN Y GENERALIDADES	5
1. 2. EPIDEMIOLOGÍA.....	6
1. 3. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CONSTIPACIÓN FUNCIONAL.....	7
1.4 PRESENTACIÓN CLÍNICA	8
1.5 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS ROMA IV.....	9
1.6 COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES.....	10
CAPITULO II: FISURA ANAL	12
2.1 DEFINICIÓN.....	12
2.2 EPIDEMIOLOGIA	13
2.3 ETIOPATOGENIA	13
2.4 FACTORES DE RIESGO	14
2.4 PRESENTACIÓN CLÍNICA	14
2.5 DIAGNÓSTICO	15
2. 6 TRATAMIENTO DE LA FISURA ANAL	16
2.7 ASOCIACIÓN ENTRE FISURA ANAL Y CONSTIPACIÓN FUNCIONAL (MARCO REFERENCIAL).....	17
MATERIALES Y MÉTODOS	18
TIPO DE ESTUDIO	18
ÁREA DE ESTUDIO.....	18
UNIVERSO Y MUESTRA DE ESTUDIO	18
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	18
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	19

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	19
RESULTADOS	22
DISCUSIÓN	24
CONCLUSIÓN	26
RECOMENDACIONES	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
ANEXOS	31
TABLAS.....	31
Tabla 1. Frecuencia de síntomas comunes en pacientes pediátricos diagnosticados con constipación funcional.....	31
Tabla 2. Meses de evolución del cuadro clínico de pacientes pediátricos con complicaciones asociadas a constipación funcional.....	31
Tabla 3. Complicaciones presentes en la población pediátrica asociadas a constipación funcional.	32
Tabla 4. Manifestaciones clínicas de la fisura anal en pacientes pediátricos con constipación funcional.	33
Tabla 5. Estadísticas descriptivas de la población pediátrica con constipación funcional.	33
Tabla 6. Tabla de distribución por sexo de pacientes pediátricos con constipación funcional complicados con fisura anal.	34
Tabla 7. Resultados Chi cuadrado aplicado a fisura anal en pacientes pediátricos con constipación funcional distribución por sexo.	34
Tabla 8. Tabla de distribución de las fisuras anales en pacientes pediátricos con constipación funcional según los grupos etarios.....	34
Tabla 9. Resultados Chi cuadrado. Tabla de distribución por grupos etarios de pacientes pediátricos con constipación funcional complicados con fisura anal.....	35
GRÁFICOS.....	36
Gráfico 1. Frecuencia de los síntomas comunes de constipación funcional en pacientes atendidos en la hospitalización y consulta externa de gastroenterología pediátrica del Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos.	36
Gráfico 2. Tiempo de evolución de la constipación funcional en pacientes atendidos en la hospitalización y consulta externa de gastroenterología pediátrica del Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos.	37
Gráfico 3. Complicaciones de la constipación funcional en pacientes atendidos en la hospitalización y consulta externa de gastroenterología pediátrica del Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos.	38

Gráfico 4. Comparación de frecuencias de los síntomas de fisura anal en pacientes atendidos en la hospitalización y consulta externa de gastroenterología pediátrica del Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos.	39
Gráfico 5. Frecuencia topográfica de las fisuras anales en pacientes atendidos en la hospitalización y consulta externa de gastroenterología pediátrica del Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos.	39
Gráfico 6. Fisuras anales según la distribución por sexo en pacientes atendidos en la hospitalización y consulta externa de gastroenterología pediátrica del Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos.	40
Gráfico 7. Distribución por edad de la población con constipación funcional pacientes atendidos en la hospitalización y consulta externa de gastroenterología pediátrica del Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos.	41
Gráfico 8. Distribución por sexo de las fisuras anales en pacientes atendidos en la hospitalización y consulta externa de gastroenterología pediátrica del Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos.....	42
Gráfico 9. Distribución de la fisura anal según los grupos etarios en pacientes atendidos en la hospitalización y consulta externa de gastroenterología pediátrica del Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos.	42

RESUMEN

Introducción: La constipación funcional forma parte de uno de los motivos más frecuentes de consulta pediátrica, con una prevalencia mundial del 3%. Se define como la dificultad persistente e incompleta de la defecación, sin evidencia de causa orgánica y cuyo cuadro clínico cumpla con los criterios Roma IV. En la mayoría de los casos, resulta en derivación del paciente a gastroenterología pediátrica, cuya prevalencia corresponde al 25%. El estreñimiento funcional puede llevar a una serie de complicaciones, tales como dolor abdominal recurrente, impactación fecal hasta fisuras anales.

Objetivo: Asociar la fisura anal como principal complicación no quirúrgica de constipación funcional en pacientes pediátricos en el Hospital General del Norte de Guayaquil en enero 2017 a diciembre del 2021.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, de cohorte transversal. Se evaluó a pacientes con diagnóstico de constipación funcional y fisura anal atendidos en la hospitalización y consulta externa del servicio de gastroenterología pediátrica en el Hospital General Del Norte de Guayaquil Los Ceibos en el periodo enero 2017 a enero 2021. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas en el sistema AS400.

Resultados: La principal complicación asociada a constipación funcional que se determinó fue la fisura anal con un 41% (38 casos) seguido por incontinencia e impactación fecal con un 22% (20 casos), por dolor abdominal recurrente (11.83%) e infección de vías urinarias y hemorroides con 2.15% (2 casos por cada complicación)

palabras claves: *fisura anal, constipación funcional, impactación fecal.*

ABSTRACT

Introduction: Constipation of non-organic characteristics has a worldwide prevalence of 3%; being very often a reason to consult the pediatric service. It is defined as the persistent and incomplete difficulty of defecation, without evidence of an organic cause and whose signs and symptoms are compatible with the Roma IV Criteria. In most cases the patient is referred to pediatric gastroenterology, with prevalence corresponds to 25%. Functional constipation can lead to a series of complications, such as recurrent abdominal pain, fecal impaction and anal fissures.

Objective: To associate anal fissure as the main non-surgical complication of functional constipation in pediatric patients at the General Hospital North of Guayaquil Los Ceibos in January 2017 to December 2021.

Methodology: A descriptive, observational, retrospective, cross-sectional cohort study was carried out. In which pediatric patients who were in hospital and who attended the outpatient consultation of the pediatric gastroenterology service at the General Hospital North of Guayaquil Los Ceibos were evaluated from January 2017 to January 2021. The data were obtained through the medical records on the AS400 system with a diagnosis of anal fissure and a history of functional constipation.

Results: The main complication associated with functional constipation was anal fissure in 41% of cases (38), followed in second place by defecatory incontinence and fecal impaction shared by 22% (20 cases), recurrent abdominal pain was reported in 11.83% (11 patients), while in the last compartment 2.15% (2 subjects each), hemorrhoids and urinary tract infection were found.

Key words: *anal fissure, functional constipation, fecal impaction*

INTRODUCCIÓN

La constipación funcional forma parte de uno de los motivos más frecuentes de consulta pediátrica, con una prevalencia mundial del 3%. (1) Se define como la dificultad persistente, infrecuente e incompleta de la defecación, sin evidencia de causa orgánica subyacente, y que cumple con los criterios diagnósticos Roma IV. (1) Se necesitan al menos 2 criterios, de los siguientes síntomas establecidos para poder establecer el diagnóstico: consistencia, frecuencia, diámetro de las heces, incontinencia o retención del bolo fecal. (2) En la mayoría de los casos, resulta en derivación del paciente a gastroenterología pediátrica, cuya prevalencia corresponde al 25%. (3)

En pacientes pediátricos, la constipación puede dividirse en dos categorías, funcional y secundaria a una causa orgánica. (4) La más frecuente es la constipación de tipo funcional, la cual corresponde al 90-95% de los casos. (5) Es originado por la retención voluntaria del material fecal al momento de la evacuación. (6) Sus desencadenantes pueden ser varios, dentro de los cuales destacan el inicio de la ablactación, el control de esfínteres en la edad preescolar, cambios de ambientes, problemas emocionales, dieta pobre en fibra y agua. (6) En ciertos casos, la constipación puede llevar a una serie de complicaciones, tales como náusea, dolor abdominal recurrente, incontinencia fecal, impactación fecal, hemorroides, eritema perianal y sangrado rectal por fisuras anales. (5) La manifestación de fisuras anales como consecuencia del paso de materia fecal dura, produce dolor y rechazo voluntario a la evacuación, estableciéndose así un círculo vicioso. (6)

La edad en la que suele presentarse varía entre los 36 meses hasta los 16 años, y en el 17 a 40% de los niños, se presenta en el primer año de vida. (7) Su pico de incidencia está relacionado con el control de esfínteres y con el inicio de la escolarización el cual se encuentra en los 2 y 4 años. (7)

En nuestro medio son escasos los estudios acerca de la epidemiología de la constipación funcional en niños ecuatorianos y sus complicaciones, sin embargo,

en un estudio realizado en dos escuelas de Quito, publicado en el año 2016, se obtuvo que, de 471 niños con una edad media de 12 años, 95 de ellos presentaron trastornos gastrointestinales funcionales. (8) Se presentó en el 25% de las niñas y en el 20.7% de los niños, en donde se encontraron trastornos funcionales de la defecación en el 12% de los niños. (8) Por otra parte, en un estudio realizado en un Hospital Pediátrico en Cali en el año 2013, se encontró que el 25% de los motivos de consulta de los niños eran por constipación funcional. (9) Acerca de la presentación de fisura anal como complicación de constipación funcional en niños, un estudio publicado en The Turkish Journal of Pediatrics del año 2018, señala que el porcentaje de fisuras anales en pacientes diagnosticados con constipación funcional es del 88%, demostrando una alta asociación entre estas dos condiciones. (5) Dentro de los pacientes pediátricos que presentan constipación, se estima que el 30% continuará con este problema hasta la pubertad y un 25% hasta la adultez, siendo susceptibles a complicaciones como hemorroides, fisura anal, diverticulosis y cáncer de colón. (2)

Por tal razón, es importante que dentro del tratamiento se establezca un enfoque que incluya educación del paciente y la familia, en donde se explique la posibilidad de que aparezca la constipación en momentos específicos, como en la incorporación de semisólidos o control de esfínteres en el ingreso escolar. De esa forma, la identificación temprana del estreñimiento y el tratamiento eficaz, pueden prevenir las complicaciones gastrointestinales, mejorar los resultados y la calidad de vida del paciente con constipación funcional.

El objetivo principal en el presente trabajo de titulación consiste en asociar la fisura anal como la principal complicación no quirúrgica de constipación funcional en pacientes pediátricos en el Hospital General del Norte de Guayaquil en el periodo enero 2017 a enero del 2021. El nivel de atención del Hospital seleccionado es de segundo nivel, y cuenta a su vez con varias especialidades de pediatría; una de ellas es el servicio de gastroenterología pediátrica, en donde se desarrolló el estudio. La Médico responsable del área de Pediatría, la Dra. Angélica Mosquera, fue quién autorizó la aprobación del estudio a nivel de la institución hospitalaria. Con un total de 93 pacientes se realizó un estudio transversal, retrospectivo,

observacional y descriptivo mediante la información obtenida de las historias clínicas que reposan en el sistema informativo de la AS400 de la institución, de pacientes atendidos en el periodo establecido y proporcionadas por el servicio de Estadística del Hospital. Se respetaron, además, las normas de Helsinki de la WMA “World Medical Association” el cual, es el principio ético para la realización de estudios científicos sobre el ser humano.

OBJETIVOS

Objetivo general

Asociar la fisura anal como la principal complicación no quirúrgica de constipación funcional en pacientes pediátricos en el Hospital General del Norte de Guayaquil en el periodo enero 2017 a enero del 2021.

Objetivos específicos

- Describir la presentación clínica de constipación funcional en pacientes pediátricos.
- Establecer las principales complicaciones de constipación funcional en el paciente pediátrico.
- Caracterizar la presentación clínica de fisuras anales en el paciente pediátrico.
- Determinar la incidencia de asociación de las fisuras anales con la constipación funcional en pacientes pediátricos.

HIPÓTESIS

La fisura anal es la principal complicación no quirúrgica de constipación funcional en pacientes pediátricos.

MARCO TEÓRICO

CAPITULO I: CONSTIPACIÓN FUNCIONAL

1. 1. DEFINICIÓN Y GENERALIDADES

La constipación se caracteriza por la escasa frecuencia o dificultad en las deposiciones, acompañado por lo general de esfuerzo excesivo, dolor o sensación de evacuación incompleta. (10) Según las guías de la Sociedad Norteamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (NASPGHAN) definen constipación “como retraso o dificultad en el momento de la evacuación, que se manifiesta por dos semanas o más y que es causa suficiente para ocasionar estrés en el paciente”. (9) El estreñimiento se define como funcional si no existe una etiología orgánica subyacente, que es el caso hasta en el 95% de los niños. (9) Normalmente, la constipación funcional resulta de la retención de heces en niños que desean evitar la defecación dolorosa. (10) Los niños con estreñimiento también experimentarán episodios recurrentes de incontinencia fecal debido al desbordamiento causado por la impactación fecal, o también conocida como encopresis. (10)

Existen diversas definiciones acerca de la constipación funcional, sin embargo, la más aceptada es elaborada por el comité de expertos de los criterios de Roma. (11) Los más recientes son los denominados criterios Roma IV, publicados en el año 2016. (12) Roma IV define el estreñimiento funcional por separado para niños menores y mayores de 4 años. (11) En estos parámetros se requieren la presencia de dos o más de los seis criterios establecidos que se basan en la frecuencia, incontinencia, posturas de retención, dolor, tamaño y consistencia de heces. (12) No obstante conocer la frecuencia fisiológica de las deposiciones en los distintos grupos de edad es de gran importancia para evitar un diagnóstico precoz. (13)

Conforme la edad avanza, las deposiciones disminuyen en frecuencia de acorde al nacimiento hasta que cumple menos del cuarto mes de edad, son 3 evacuaciones por día en niños alimentados con leche materna, y 2 deposiciones

en pediátricos alimentados fuera del seno materno. (13) De 6 a 12 meses, 2 veces por día; 1 a 3 años, más de un día y finalmente mayores de 3 años, realizan 1 defecación en todo el día. Es importante saber, sin embargo, los niños que se alimentan del seno de la madre pueden realizar sus necesidades por cada toma de leche y efectuar hasta una cantidad de 10 deposiciones al largo del día o también, expulsión del material fecal cada 72 horas en la semana, cumpliendo características como: heces blandas sin esfuerzo. (13)

1. 2. EPIDEMIOLOGÍA

Más del 90% de los estreñimientos que son diagnosticados en la edad infantil, se agrupan dentro de los trastornos funcionales y, solo en un 5 a 10% de los casos, se engloban dentro de las patologías de etiología orgánica. (7) La constipación funcional es un problema común en la infancia, y su prevalencia varía entre las regiones geográficas. (12) En América del Norte y del Sur, la prevalencia de los lactantes a adolescentes se encuentra entre el 10 y 23%, mientras que en Europa la prevalencia es entre 0.7 y 12%. (12) La prevalencia del estreñimiento en la edad pediátrica es variable. Se estima que la constipación afecta al 0,3 – 8 % dependiendo del rango de edad a nivel mundial. (14) 4000 niños que se investigaron que no han cumplido aún su segundo año de vida se presenció 2.9% de prevalencia, subiendo 5 veces más al cumplir los 2 años de su niñez. Demostrando la alternativa que es el control de esfínteres y la edad de escolaridad. (7) Por otra parte, en un metanálisis sobre la prevalencia mundial del estreñimiento funcional, utilizando los criterios de Roma III Y IV, según las estadísticas reflejó que del 0.5% a 32.2% tuvo una prevalencia de estreñimiento del 9.5% de características no orgánicas, también se encontró, un incremento en la prevalencia de constipación funcional en pacientes que experimentaron estrés de origen psicosocial. (12)

1. 3. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CONSTIPACIÓN FUNCIONAL

Dado que el desarrollo de constipación funcional en niños es originado por la retención voluntaria de materia fecal, ya sea por dolor o miedo evacuatorio, deben mencionarse los posibles y distintos periodos de riesgo en los que es más frecuente que empiece el estreñimiento. (13) Dentro de los cuales destacan tres momentos críticos: a) el cambio en la dieta. Precisamente el paso de la lactancia materna a artificial, la introducción de alimentación complementaria o leche de vaca; b) control de esfínteres durante la edad preescolar. (13) El control de los esfínteres a menudo se alcanza entre los 2-3 años, no obstante, la retirada precoz del pañal sin un patrón de defecación normal, indicadores madurativos y conductuales, pueden llevar al desarrollo de estreñimiento. (13) Para que un niño pueda dominar el uso del baño, debe desarrollar el interés y la capacidad de retener una evacuación intestinal hasta que esta pueda ser liberada en el inodoro. (13) Según la Academia Española de Pediatría (AAP) los padres y cuidadores deben evitar presionar a los niños a usar el baño, en lugar de eso, se recomienda estar atento a las señales que indiquen que el niño está listo para su desarrollo. (13) Los niños que son diagnosticados por trastornos de hiperactividad, alteraciones en el sensorio y/o autismo, poseen riesgos mayores de tener dificultades adicionales con la preparación para ir al baño. (13) c) el ingreso a la escuela, retención de evacuación por los reglamentos para ir al baño, desbalances emocionales y cambios de ambiente durante la edad escolar, sumando la obtención escasa de agua ingerida y alimentos muy pobres en fibra. (13)

1.4 PRESENTACIÓN CLÍNICA

La disminución en la emisión de heces es el motivo más frecuente por el cual los padres lleguen a la consulta, con antecedentes de un cuadro doloroso. (12) Los niños pueden debutar con dolor abdominal o presentarlo en el momento de la evacuación. En niños mayores, el síntoma de presentación de la constipación puede ser el dolor abdominal. En un estudio, el dolor abdominal inespecífico se ha reportado en el 33% de los niños con constipación. La defecación dolorosa ocurre cuando el niño se queja, o grita durante o como anticipación, observada en el 68% de niños con constipación.

Para evitar el dolor, la mayoría de los niños realizan posturas de retención, las cuales son malinterpretadas por los padres con la acción del niño de pujar para poder realizar la evacuación. No obstante, esta no es más que una maniobra para disminuir la salida de materia fecal, realizando contracciones constantes de la musculatura (glúteos) y el esfínter anal. Por otra parte, según la literatura, la incontinencia fecal o también llamada “escurrimiento fecal” es el escape de materia fecal debido a la constante presión que ejercen las heces contra el ano, perdiendo así su capacidad de contención. Es por lo general, un síntoma de estreñimiento prolongado, y puede dar origen a infecciones urinarias a repetición, un síntoma frecuente especialmente en niñas con constipación. (12)

1.5 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS ROMA IV

La constipación puede clasificarse en dos tipos: constipación de causa orgánica y constipación funcional. (1) según los criterios Roma IV, el estreñimiento funcional se puede definir y varía en los niños según la edad, en menores y mayores de cuatro años. (12)

En lactantes y niños menores de 4 años se considera estreñimiento funcional si cumplen durante un mes, al menos 2 de los siguientes criterios (11):

1. Dos o menos de dos deposiciones a la semana
2. Hábito retentivo para evitar la defecación
3. Antecedentes de deposiciones dolorosas o de consistencia dura
4. Deposiciones de gran diámetro
5. Material fecal voluminosa en recto a la exploración abdominal
6. Al menos un episodio semanal de incontinencia
7. Deposiciones tan voluminosas que pueden obstruir el váter

Los criterios 6 y 7, deben solo ser aplicados en niños que tengan la capacidad de controlar los esfínteres. (11)

En niños de 4 años o más, también deben cumplirse al menos dos de los siguientes criterios durante al menos 1 mes, y que, además, no cumplan con criterios de síndrome de intestino irritable, u alguna otra condición clínica luego de una exhaustiva evaluación médica (11):

1. Dos o menos de dos evacuaciones a la semana.
2. Al menos un episodio semanal de incontinencia fecal
3. Antecedente de posturas de retención.
4. Antecedentes de evacuaciones dolorosas o de consistencia dura.
5. Presencia de masa fecal en el recto.
6. Antecedente de heces de gran diámetro que obstruyen el inodoro.

1.6 COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES

El diagnóstico y tratamiento inapropiado de la constipación funcional puede resultar en el desarrollo de complicaciones gastrointestinales como: impactación fecal, fisura anal, dolor abdominal recurrente, hemorroides, anorexia o náuseas. (13)

a) Fisura Anal

Se define como la laceración de la unión mucocutánea anal. Por lo general es una lesión adquirida secundaria al paso contundente de heces duras relacionadas con el estreñimiento. Según tiempo de presentación, estas pueden clasificarse en agudas, que corresponde a un periodo de tiempo menor a 6 semanas; o crónicas, cuando su duración es 6 o más semanas. Usualmente se presentan como una simple laceración en el ano, como también pueden tener una apariencia triangular y estar acompañado de edema y tejido fibrótico. (13) En este caso puede estar asociado a una elevación externa y/o tejido extra dentro del canal anal denominado papilas hipertróficas. (13) Ocurren principalmente a lo largo de la línea media posterior y su presencia fuera de esta posición, podría sugerir otras condiciones o comorbilidades. (13)

b) Impactación Fecal

El acúmulo de heces duras y compactas en la porción distal del intestino grueso o recto con dificultad para su evacuación espontánea se conoce como impactación fecal. (14) Siendo la causa que se presenta con mayor incidencia en pacientes con estreñimiento de carácter funcional entre 30% llegando hasta un 75%. (13) Las manifestaciones clínicas suelen ser las mismas que en el estreñimiento crónico, como dolor abdominal recurrente y hasta anorexia. (13) En ciertas ocasiones pueden presentarse vómitos. Al examen físico se palpa una gran masa fecal. En estadios más avanzados, puede manifestarse saciedad precoz, que, junto a los vómitos, anorexia y dolor abdominal recurrente, pueden conducir a cierto grado de desnutrición. (13)

c) Incontinencia Fecal

El acúmulo de heces en el recto predispone a la formación de una masa fecal palpable en recto, la cual hará presión constante sobre el ano para su evacuación. Sin embargo, esta presión como consecuencia causará la pérdida de contención del ano y dará origen al rebosamiento fecal o también llamado “incontinencia fecal”, lo cual se presenta con frecuencia en niños mayores de 4 años. Los padres hacen referencia a esta complicación como “manchas de color café en el interior”. En este caso pueden estar asociados ciertos grados de incontinencia urinaria, pues la sobre dilatación del recto y zonas del sigmoides pueden ejercer presión sobre la vejiga urinaria. Además de ocasionar infecciones urinarias a repetición. (11)

d) Prolapso rectal

Al examen físico se puede observar como una roseta, mucosa rojiza, con un orificio central que se exterioriza al momento de la defecación y generalmente disminuye su tamaño de forma espontánea. La reducción puede ser realizada por el paciente al contraer los esfínteres. (13) El prolapso rectal es una consecuencia frecuente del estreñimiento, no es raro que se presente en niños, y aunque produzca una gran alarma en los padres, no es doloroso. (13)

CAPITULO II: FISURA ANAL

2.1 DEFINICIÓN

Las fisuras anales (FA) son lesiones que se producen por traumatismo del anodermo ocasionado por la dureza de las heces a través del canal anal. Se pueden presentar o clasificar como: primarias; cuando no hay patologías asociadas o secundaria producto de enfermedades que generan complicaciones a nivel del aparato digestivo, específicamente laceraciones a nivel del ano: enfermedad de Crohn o colitis ulcerativa, infecciones por VIH, Sífilis, tuberculosis, abscesos; entre otros. (15) También pueden dividirse según el tiempo de evolución, tanto en, agudas con una evolución menor de 6 semanas u 8 semanas; y/o Crónicas, mayor a 8 semanas. (18)

En la escritura médica se ha descrito la fisura anal como típica y atípica, haciendo hincapié a la región anatómica de donde se visualiza la lesión. La mayor parte de las FA, son ulceraciones típicas, es decir que se presenta en la línea posterior del ano y poca frecuencia en la línea anterior 10% en mujeres y 1% en varones. (15) Su causa se asocia al aumento de la presión o contracciones en la región anal que es dado por el estreñimiento, a diferencia de las FA atípicas que sus presentaciones no respetan la línea media y su clínica se aprecia comúnmente con enfermedades intestinales. (16, 17)

Las FA son patologías muy frecuentes según la asociación española de proctología; la definen como una ulcera que se extiende desde la línea pectínea hasta la región anal localizada en la región posterior del ano, dando relación típica de la lesión como resultado, sintomatología de: dolor, sangrado, retención voluntaria de las heces, entre otras, describiendo también una disminución de la calidad de vida del paciente. Ante un cuadro como este, se debe estudiar de manera exhaustiva la presentación mediante imágenes como la colonoscopia o realizar biopsia como último recurso, antes de comenzar con el tratamiento. (18)

2.2 EPIDEMIOLOGIA

La afectación se da principalmente en niños de mediana edad y con pocos meses del nacimiento, comparando varones y mujeres; se ha presentado que el sexo femenino tiene mayor probabilidad de desarrollar lesiones a nivel de anillo anal que en los varones; presentándose en ellas 4 veces más que en el sexo masculino. (18-19) Describiendo la ubicación, se visualiza en la línea media posterior con mayor frecuencia que la anterior. Según estudios realizados en Estados Unidos, los casos que se presentan por año son de 234,000 lo cual se considera que pueden ser mucha más las cifras, debido a que el cuadro clínico se asemeja a enfermedades hemorroidales. (19)

2.3 ETIOPATOGENIA

Las FA son la provocación de una isquemia a nivel del ano, comúnmente en la línea posterior, y esto es debido a que la zona en particular tiene menos irrigación que en las demás zonas anales, provocando una ulceración por deficiencia del flujo sanguíneo. (19) El dolor que se presenta en los pacientes; se describe por el aumento de las contracciones anales que se generan por la lesión, dando como resultado un círculo vicioso; porque el aumento de los espasmos, también, disminuye el flujo de sangre a la zona perianal dificultando la cicatrización, ocasionado lo que se conoce como hipertonia-espasmo-isquemia llevando a la cronicidad. (16,19) Se ha descrito que los pacientes que tienen fisuras anales presentan aumento de la presión anal dando a una predisposición a la formación de isquemia en la región ya descrita. (17)

Estudios manométricos han demostrado que 90% de los pacientes con FA presenta aumento de la presión media estando en reposo, consecuencia de la hipertonia del esfínter anal, que es inversamente proporcional al dolor.

La patogenia aún no se describe a ciencia cierta, debido que las heces duras por el paso a la evacuación generaban un traumatismo que provocaba la ulceración del ano, pero una vez corregida la base del problema, la recuperación no se daba o no había mejoría por parte del paciente. Según estudios 1 de cada 4 pacientes con FA presentan estreñimiento o 7% presentan diarrea. (15)

2.4 FACTORES DE RIESGO

La FA a nivel del infante tiene como principal causa el estreñimiento, descartando enfermedades de base o patologías subyacentes que pueden originar lesiones en la región del ano en los niños como la enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn y colitis ulcerativa) que se presenta 2 casos por cada 100,000 niños menores de 10 años. (17) Sin embargo, se describe que las ulceraciones, en su mayor parte son de presentación idiopáticas y que no tienen antecedentes, por lo tanto, puede haber factores que ayuden en la formación de FA, como: Dieta baja en fibra, como ocurre en los niños; partos vaginales y sexo anal en adultos. (16,18,20) La isquemia a nivel del ano es un factor importante en la cronicidad de las úlceras a nivel del anodermo; que es dada por ramas de la arteria rectal inferior y pudenda interna. Estudios han demostrado que pacientes que han padecido esta patología; el 85% presentan irrigación disminuida o ausencia por parte de ramas propias de las arterias ya descritas, y se correlaciona con el aumento de la presión a nivel del esfínter anal, dando a entender que a mayor presión menor flujo de sangre. (15)

2.4 PRESENTACIÓN CLÍNICA

El primer síntoma característico de la FA es el dolor; se encuentra en el 87% de los pacientes, que puede estar presente en el reposo, pero se exacerba después de la defecación, siendo muy común en las FA primaria y típicas en los pacientes con sensación de desgarramiento o un dolor insoportable que aparece en la evacuación. (15,18) Otro signo característico es el sangrado o hematoquecia que también lo describen como rectorragia que se encuentra en un 73% de los afectados (15). Sin embargo, el diagnóstico puede confundirse como enfermedad hemorroidal, con la cual comparte signos y síntomas. Pero la intensidad del dolor que estas enfermedades generan y como se exacerban, diferencia una de la otra. (17,18)

La magnitud que se genera después de la evacuación de las heces es muy sugestiva de fisura anal que puede extenderse horas una vez acabada la deposición. (19) A diferencia de la enfermedad hemorroidal que puede o no estar presente el dolor y más en la expulsión del contenido fecal, pero el sangrado que

se genera, si no se estudia bien el caso puede dar un diagnóstico erróneo de la patología. Es importante estudiar de manera exhaustiva un sangrado visible o sangre oculta en heces porque no son signos comunes de lesión en la región anal. (17, 19)

Al examen físico se recomienda al paciente tomar una posición de navaja, siempre con delicadeza, suelen estar alterados o poco colaboradores por el dolor que ocasiona la FA; se debe separar los glúteos suavemente y e intentar visualizar las características anatómicas y las lesiones presentes en la línea media posterior donde es el sitio común que se produce la ulceración. (18) Es frecuente no poder hacer una examinación completa por la sintomatología, y las maniobras por lo general no son muy útiles; razón por la cual no son frecuente usarlas, nos podemos ayudar con anestésicos locales, pero no siempre se necesita visualizar la lesión para confirmar el diagnóstico. (16, 17, 19) El prurito es un síntoma no tan característico de FA agudas sino más bien de las crónicas, la picazón que aparece en el ano puede generar controversia, pero se otorga a una evolución mayor de 6 semanas y puede estar presente en un 50% de los casos, con dolor de menor intensidad y un sangrado escaso o ausente. (15)

2.5 DIAGNÓSTICO

Hay que ayudarse con la clínica y la examinación física, si se consigue realizar de manera exitosa se podrá generar el diagnóstico específico, pero las maniobras exploratorias no siempre son el mejor resultado por la manifestación de dolor y pocas ocasiones el sangrado (importante si es sangrado difuso o sangre oculta en heces descartar otras patologías) del paciente suelen ser de mayor utilidad al momento de identificar la enfermedad. (16, 19) Es importante que el paciente simule la defecación para poder visualizar el anillo y exponer la fistula. (15)

Con una buena visualización al examen físico de las lesiones según sus características podemos identificar el tiempo en que se han formado, por lo general en FA agudas suelen ser desgarros de manera perpendicular que se la describe como pérdida de la continuidad en la superficie (corte de una hoja) sin embargo,

en las crónicas por la inflamación que se ha generado por más de 8 semanas y la constante fibrosis, cierta literatura describe que después de 6 semanas puede aparecer fibrosis en la lesión, formándose algo que se llama “pila centinela” que son los bordes de la lesión elevados y ubicados horizontalmente. (17) Las fisuras anales múltiples como también las de difícil solución y de clínica atípica, deben darnos indicios de patologías que como consecuencia provoquen ulceraciones del ano. En la Enfermedad inflamatoria intestinal las lesiones son un 50% menos dolorosas, y de difícil cicatrización, se diferencian una de la otra porque la colitis ulcerativa no tiene afectación perianal como la enfermedad de Crohn (15)

2. 6 TRATAMIENTO DE LA FISURA ANAL

El tratamiento de la fisura anal típica puede ser quirúrgico o clínico, comprobando una única lesión a nivel del esfínter anal interno, y descartando enfermedades subyacentes como: la colitis ulcerativa o enfermedad de Crohn. El abordaje de estos pacientes debe ser combinado con la clínica y medidas de soporte, sin embargo, el manejo médico ante un cuadro crónico de más de 6 semanas de evolución es menos eficaz, llevando a una resolución quirúrgica (esfinterotomía lateral interna) para su curación total. (21) La dieta alta en fibra ayuda en las deposiciones duras que agravan la situación de la fisura anal, además de haber sido partícipe de su formación, su efectividad se suma con medicamentos tópicos como anestésicos y vasodilatadores, también baños de asiento con agua tibia que ayudan en la relajación del ano aumentando el flujo sanguíneo en la mucosa lesionada. El analgésico que se utilizan es la lidocaína al 2% en la fisura anal, sin embargo, este anestésico tópico no resuelve el problema por sí solo, lo médicos lo asocian siempre con un vasodilatador como es el nifedipino en gel, que según estudios tiene mayor cicatrización y menos efectos adversos; también se puede combinar con nitroglicerina tópica, pero debido a sus efectos secundarios como es: dolor de cabeza e hipotensión, no es recomendable usarlo como tratamiento de la ulcera, por su prolongado uso (10 semanas o menos). (21)

2.7 ASOCIACIÓN ENTRE FISURA ANAL Y CONSTIPACIÓN FUNCIONAL (MARCO REFERENCIAL)

En un artículo realizado por Jabbar, muestra como resultado que, la mayor asociación de casos de fisura anal se obtuvo en niños con antecedentes de constipación, presentándose en el 96% de los casos (22).

En otro estudio realizado por Willemijn, se da a conocer que la sintomatología más predominante con un 94% es el dolor, acompañado de deposiciones duras, también en el mismo estudio expresa heces de gran diámetro con 66% como antecedente principal (24).

Según García, en su estudio de pacientes pediátricos con estreñimiento crónico, demostró que la patología más asociada fue la FA aguda (33%); como también se encontró enfermedad hemorroidal en el 28%. (2)

Por otra parte, Mohammed en su estudio con respecto a la presentación clínica de fisura anal en el paciente pediátrico, obtuvo que el principal síntoma de presentación fue dolor durante la defecación, presentándose en el 68% de los casos. Mientras que, según la localización de la fisura anal, se obtuvo que 45% de ellas se encontraban en la línea media posterior (23). Del mismo modo, ocurre en el estudio de García, en donde el dolor durante la defecación se presentó en el 67% de los casos. (2)

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio se trata de un trabajo de investigación de tipo retrospectivo con análisis descriptivo, de cohorte transversal, observacional. Es un estudio retrospectivo debido a que se utilizó una base de datos de historias clínicas digitales preexistentes en el sistema AS400, constituida por pacientes pediátricos con diagnóstico de Fisura Anal y antecedentes de Constipación Funcional, que han sido atendidos en el periodo de enero 2017 a enero 2021 en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos.

ÁREA DE ESTUDIO

Se realizó en la consulta externa y hospitalización del servicio de gastroenterología pediátrica del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos.

UNIVERSO Y MUESTRA DE ESTUDIO

Se solicitó una base de datos con las historias clínicas respectivas de aquellos pacientes con diagnóstico de Fisura Anal y Constipación Funcional en el Hospital General del Norte de Guayaquil en el periodo enero 2017 a enero 2021. El universo del estudio lo constituyen 1404 pacientes que tienen como diagnóstico Constipación, de los cuales se seleccionaron 93 pacientes que cumplían los criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Reúnen criterios diagnósticos de constipación funcional.
- Presentaron complicaciones asociadas a constipación funcional.
- Que sean atendidos en el Hospital General del Norte de Guayaquil.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyeron aquellos pacientes que no cumplen criterios diagnósticos de constipación funcional, además pacientes con diagnósticos de constipación, pero secundaria a una causa orgánica y que, aunque tengan diagnóstico por CIE 10 de constipación funcional, no han sido atendidos en el Hospital General del Norte de Guayaquil.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

	VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	RESULTADOS
	EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de la consulta o ingreso	Cuantitativa Discreta	Años de vida
	SEXO	Caracterización del ser humano según su anatomía, biológicas y genética	Categórica nominal	0: Masculino 1: Femenino
Constipación funcional	Deposiciones semanales	Número de evacuaciones por semana	Cuantitativa Discreta	Frecuencia semanal
	Cronicidad del cuadro de constipación	Período desde que inicio la sintomatología de estreñimiento hasta el momento de la consulta	Cuantitativa Discreta	Meses

Constipación funcional	Dolor defecatorio o Heces Duras	Percepción sensorial al momento de la evacuación	Variable categórica nominal dicotómica	0: No 1: Si
	Incontinencia defecatoria Actual	Escorrimento fecal debido a la presión constante que ejerce la materia fecal sobre el ano	Variable categórica nominal dicotómica	0: No 1: Si
	Posturas de retención	Actitudes retentivas que eviten la defecación.	Variable categórica nominal dicotómica	0: No 1: Si
	Heces de gran diámetro	Evacuaciones de gran tamaño capaces de obstruir el inodoro	Variable categórica nominal dicotómica	0: No 1: Si
	Masa Fecal en Recto	Presencia de masa fecal al palpar abdomen	Variable categórica nominal dicotómica	0: No 1: Si
	Complicaciones	Complicaciones más frecuentes de constipación funcional en pacientes pediátricos	Variable categórica nominal politómica	0.- Fisura anal 1.- Impactación fecal 2.- Incontinencia fecal 3.- Dolor abdominal recurrente 4.- Hemorroides 5.- Infección de vías urinarias

Fisura anal	Dolor Post Defecatorio	Percepción sensorial molesta posterior a evacuación	Variable categórica nominal dicotómica	0: No 1: Si
	Sangrado rectal	Pérdida de sangre desde el aparato circulatorio, provocado por ruptura de vasos sanguíneos.	Variable categórica nominal dicotómica	0: No 1: Si
Fisura anal	Prurito Anal	Sensación de picor en zona anal.	Variable Categórica nominal Dicotómica	0: No 1: Si
	Localización de Fisura anal	Ubicación de la lesión tomando de referencia la línea media	Variable categórica nominal Politómica	0: L. Media Posterior 1: L. Media anterior 2: Ambos Lados

RESULTADOS

De los 1404 pacientes diagnosticados con constipación, 93 pacientes tenían complicaciones asociadas a constipación funcional, que corresponde al 6,62%. De los 93 pacientes la principal complicación que se presentó en la población fue la fisura anal en el 41% de casos (38)

Se determinó con respecto a los síntomas de la constipación funcional mencionados por los criterios Roma IV, que el más frecuente del grupo de estudio fue defecación dolorosa o presencia de heces de consistencia dura en el 97,85% (91) de casos, seguida por la presencia de masa fecal en el recto en un 76,34% (71) y heces de un gran diámetro en un 58,06 (54), las manifestaciones menos frecuentes fueron las posturas de retención y la incontinencia defecatoria con un porcentaje aproximado del 35% (33 y 32 de casos respectivamente) por cada una (**Tabla 1 y Gráfico 1**).

Con respecto al tiempo de evolución del cuadro clínico de los 93 pacientes con complicaciones, se determinó que los pacientes presentaron constipación funcional de larga evolución con un promedio de 7,27 meses de duración, con una respectiva DE de 7,72, con un análisis ulterior de dicha información se pudo reconocer al momento del estudio que la mayoría (37%) de pacientes presentaban un cuadro clínico de 6 meses de evolución, seguido por aquellos con 3 meses (22%) y en tercer lugar de relevancia estaban aquellos con 1 año con dicha entidad (10,75%) (**Tabla 2 y Gráfico 2**).

En orden de frecuencia, la principal complicación que se presentó en la población fue la fisura anal en el 41% de casos (38), seguido por la incontinencia defecatoria e impactación fecal que comparten el 22% (20 casos), el dolor abdominal recurrente se reportó en el 11,83% (11 pacientes), mientras que en último lugar compartiendo el 2,15% (2 de cada uno), se encontraron las hemorroides y la infección de vías urinarias (**Tabla 3 y Gráfico 3**).

Se analizaron las características clínicas de presentación de las FA dentro de esta población, cuya topografía de presentación más frecuente fue la línea media posterior del ano en un 66% (25), seguido de la posición anterior en un 29% (11), mientras que aquellas lesiones que se presentaban en ambas localizaciones solo abarcaron el 5% (2) de casos (**Gráfico 4**). Con respecto a los síntomas característicos de esta complicación se encontraron de manera predominante el sangrado rectal y dolor post defecatorio con un 97% (37) y 92% (35) respectivamente, mientras que el prurito perianal solo se presentó en el 37% (14) de casos (**Tabla 4 y Gráfico 5**).

Se analizó la incidencia de la FA en pacientes con constipación y se determinó que, de los 1404 pacientes, solo el 6.62% (93 casos) presentó complicaciones asociadas al estreñimiento, y solo 2.7% presentó fisura anal en los últimos 4 años, lo que nos quiere decir que, por cada 100 pacientes con constipación funcional, 2.5 presenta FA típica.

Finalmente se determinó la distribución por sexo en los 93 pacientes que presentaron complicaciones asociadas a constipación funcional el 51,61% (48) fueron del sexo masculino, mientras que el 48,39% (45) correspondían al sexo femenino (**Gráfico 6**), la edad mínima de los individuos analizados fue de 2 años y con una edad máxima de 16, con un promedio de 8,13 y una desviación estándar (DE) de 3,64 con respecto a la media (**Tabla 5 y Gráfico 7**), analizando dicha distribución se clasificó 35 pacientes como pre escolares (2 a 6 años), 31 escolares (7 a 10 años) y 27 de ellos fueron adolescentes (11 a 19 años). Se determinó también la complicación más predominante que es fisura anal, según el sexo del paciente presentándose dicha complicación en el 36% (17) de hombres y el 47% (21) de mujeres (**Tabla 6 y Gráfico 8**), pero al momento de realizarse la prueba de Chi Cuadrado (1,21 vs crítico de 3,84) no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos ($p > 0,05$ "0,27") (**Tabla 7**). De igual forma se relacionó los grupos etarios con esta complicación, presentándose en el 40% (14) pre-escolares, 48% (15) escolares y 33% (9) adolescentes (**Tabla 8 y Gráfico 9**), sin embargo, a través de la prueba de Chi Cuadrado (1,37 vs crítico de 5,99) tampoco se encontraron diferencias significativas ($p > 0,05$ "0,50") (**Tabla 9**).

DISCUSIÓN

En el presente estudio constituido por 93 pacientes pediátricos con complicaciones asociadas a constipación funcional, la complicación más frecuente fue el desarrollo de fisuras anales, lo cual fue similar a otros estudios de revisión, sin embargo, en estos fueron subdivididos en patologías FA agudas y FA crónicas, estableciendo claras diferencias entre ambos, lo cual no se realizó en este estudio (**Cuadrado & González:** FA 41% vs **García & Ordaz:** FA agudas 33% y FA crónicas 31% vs **Sánchez et al:** FA agudas 38% y FA crónicas 30%), la principal diferencia es la incidencia de hemorroides que fue visiblemente superior en dichos estudios (**C&G:** 2,15% vs **G&O:** 28% vs **S:** 14%). (2,5)

Este estudio presentó similitudes de distribución con un estudio desarrollado en Sri Lanka en el año 2019, tanto en el tamaño de la población como la distribución por sexo del paciente (**C&G:** N= 93, M 52% F 48% vs **Willemijn et al:** N=89, M 49,7% F 50,3%), en el cual se describió como síntoma más frecuente la presencia de dolor defecatorio (**C&G:** 97,85% vs **W:** 94%), sin embargo la manifestación que ocupó el tercer lugar de frecuencia en esta investigación, fue el segundo más frecuente en dicho estudio (**C&G:** 58% vs **W:** 66%), el cual determinó el bajo peso y la residencia urbana de los infantes como factores de riesgo significativos para desarrollar constipación funcional, lo cual no fue considerado en el presente estudio. (24)

Otro estudio realizado en el Hospital San José Tec de Monterrey, México que fue seguido desde el 2004 hasta el 2016, presenta datos clínicos de los pacientes diagnosticados de constipación funcional, en donde igualmente el dolor y heces duras fue el síntoma más frecuente, sin embargo, fueron tomados como variables separadas, y su incidencia fue notablemente inferior a la reportada en la presente investigación (**C&G:** Dolor y Heces duras 98% vs **G&O:** Dolor 67% y Heces duras 50%), además en este Hospital de México, la prevalencia de la incontinencia defecatoria fue mayor. (**C&G:** 35% vs **G&O:** 49%). (2)

La sintomatología asociada a fisura anal de los resultados obtenidos es muy divergente con los presentados por el estudio del Hospital de Alkarama en el 2016, ya que el primer lugar de la presente investigación lo ocupó el sangrado rectal en el 97% de casos, mientras que este otro estudio fue segundo en el 54% de pacientes, lo mismo ocurrió con el dolor post defecatorio (**C&G** 92% vs **J**: 68%) y el prurito perianal (**C&G** 37% vs **J**: 6%). (22).

Este estudio coincide en el orden de presentación topográfica de las fisuras anales con un estudio sirio realizado en el 2016, sin embargo, difieren en la magnitud de presentación, predominando en la línea media posterior (**C&G**: 66 vs **Jabbar et al**: 54%), seguido de la posición anterior (**C&G**: 29 vs **J**: 6%) y finalizando con la localización bilateral (**C&G**: 5% vs **J**: 4%). (22)

Un estudio desarrollado en el Hospital José Carrasco de Cuenca, en donde se muestra grandes similitudes en la prevalencia de constipación funcional según los grupos etarios, predominando las edades escolares (**C&G**: 48% vs **Martínez & Palacios**: 66%) en relación a los adolescentes (**C&G**: 34% vs **M&P**: 33%), sin embargo, dicho estudio no incluyó edades pediátricas clasificadas como pre escolar, pero si clasificó la constipación según cronicidad, siendo predominante la crónica (82%) en comparación con la aguda (18%) (9).

CONCLUSIÓN

La complicación más frecuente de la constipación funcional es la presencia de fisura anal, seguido de la impactación fecal e incontinencia defecatoria, el dolor abdominal recurrente es menos frecuente mientras que las hemorroides o infecciones de vías urinarias son raras en su presentación.

La constipación funcional se presenta característicamente con dolor defecatorio y/o heces de consistencia dura, otros síntomas comunes son la presencia de masa fecal a nivel rectal o heces de gran diámetro, mientras que los menos frecuentes son la adopción de posturas para evitar la defecación o bien la incontinencia fecal.

La mayoría de las fisuras anales están ubicadas en la línea media posterior, la sintomatología en casi todos los casos será de sangrado rectal y dolor post defecatorio, mientras que el prurito perianal es poco frecuente.

Gran parte de los casos de constipación funcional pediátrica desarrolla fisuras anales, sin embargo, no existen diferencias significativas de su prevalencia según la distribución por sexo o grupos etarios en mayores de 2 años.

RECOMENDACIONES

Considerando la presentación temprana de complicaciones de la constipación, como la fisura anal, se recomienda reforzar el conocimiento acerca de los momentos críticos del estreñimiento en las distintas etapas pediátricas. Se recomienda también fomentar una mayor ingesta de líquidos y fibras en la alimentación de los niños como también el consumo de leche materna en infantes menores de 2 años, ya que la alimentación con fórmula provoca un mayor riesgo de estreñimiento.

Se deben realizar estudios longitudinales prospectivos con el objetivo de aumentar la cantidad de participantes en el estudio, debido a que la mayoría de los registros analizados en este estudio, carecían de información relevante útil para esta investigación. Además, este método de recolección de datos, a corto plazo permitirá obtener datos de mayor relevancia estadística, mientras que su desarrollo a largo plazo podrá determinar la cronicidad real del cuadro o sus manifestaciones clínicas asociados, además de identificar la aparición de otras posibles complicaciones no analizadas.

Se recomienda a futuro poder establecer una metodología estándar, o mayores referencias en las guías de manejo clínico nacional sobre esta patología, adaptado al medio, a fin de optimizar la realización de investigaciones posteriores sobre dicha temática.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Bigliard R., Zubiri C., Ditaranto A. Estreñimiento Funcional en pediatría, diagnóstico y tratamiento [Internet]. Sociedad Argentina De Pediatría; 2021[2021, febrero, 27]; Available from: https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_supl_constipacion_4-1pdf_1607108920.pdf
- 2.- Garcia O., Sanchez M., Ordaz L. Características manométricas en niños con estreñimiento crónico y patológico anorrectal adquirida. Gastroenterología [Publicación periódica en línea] 2019, Abril[Citado: 2021, febrero, 27]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292019000200008
3. - Dehghani S., Kulouee N., Honar N. Clinical Manifestations among Children with Chronic Functional Constipation [Internet]. Gastroenterohepatology; 2016. [Citado: 2021, febrero, 27]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4293798/pdf/MEJDD-7-31.pdf>
- 4.- Ramirez J., Cervantes R., Montijo E., Bacarreza D. Guía mexicana para el diagnóstico y el tratamiento de la constipación funcional crónica en los niños [Internet]. Acta pediátrica Mex; 2009 [Citado 2021 febrero, 27]. Disponible en: <http://189.203.43.34:8180/bitstream/20.500.12103/1876/1/actped2009Sup1.pdf>
- 5.- Sánchez M., García O., Calderón M. Frequency and findings of the acquired anorectal disease in the pediatric population with chronic constipation [Internet]. 2020, septiembre [Citado 2021, febrero, 27]; Disponible en: http://www.turkishjournalpediatrics.org/uploads/pdf_TJP_1895.pdf
- 6.- Monserrat J. Presentación de datos de alarma y criterios de Roma III en constipación crónica, en niños del instituto Nacional de Pediatría durante el periodo de enero 2009 a diciembre 2010 [Para obtener el diploma de especialista en gastroenterología y nutrición pediátrica]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2012. Disponible en: http://189.203.43.34:8180/bitstream/20.500.12103/3154/1/tesis2012_36.pdf
- 7.- Espinoza J. Constipacion en Pediatría [Publicación periódica en línea]. 2002 diciembre [Citado 2021 febrero 27]; 29(3). Diponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071775182002000300001&script=sci_arttext&tlng=n

- 8.- Jativa E., Velasco C., Koppen I. Prevalence of functional Gastrointestinal Disorders in Schoolchildren in Ecuador, Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition: 16 julio, 63(1) p 25-28. Disponible en: https://journals.lww.com/jpgn/Fulltext/2016/07000/Prevalence_of_Functional_Gastrointestinal.8.aspx
- 9.- Martinez M. Prevalencia de constipación crónica funcional y factores asociados en escolares y adolescentes atendidos en consulta de Gastroenterología pediátrica en el Hospital Jose Carracco Arteaga. Cuenca, 2017 [Tesis de título de especialista en pediatría]. Cuenca, Universidad de Cuenca; 2017
10. - Rowan A. Managing Functional Constipation in Children. Canadian Paediatric Society [Internet]. 2011 [Citado 30 junio 2021]. (10): 5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3225480/pdf/pch16661.pdf>
- 11.- Lopez J. Estreñimiento en el niño en estado Crítico [Tesis Doctoral]. Madrid. Universidad Complutense de Madrid; 2018.
- 12.- Diego M. Estreñimiento y encopresis. [Internet]. Salamanca: Pediatría Integral; 2019. [Citado 30 junio 2021]. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2019/xxiii08/05/n8-417-425_AmpMateos.pdf
- 13.- Bautista A., Castillejo G., Cenarro M., Coronel C., Espin B. Guía de estreñimiento en el niño [Internet]. Madrid. CEDRO, 2015 [Citado 1 junio 2021]. Disponible en: <https://www.seghnp.org/sites/default/files/2017-05/Guia%20de%20Estre%C3%B1imiento%20en%20el%20ni%C3%B1o.pdf>
- 14.- Daza W., Mora D., Dadan S. Estreñimiento crónico. 2019; 9(1): 25-43. Disponible en: <https://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2012/02/Estrenimiento-Cronico-en-el-nino-2010.pdf>
- 15.- Martinez J. Test Manométrico para selección de pacientes con fisuras anal crónica candidatos a tratamiento conservador. Universidad de Murcia. Departamento de cirugía, pediátrica, obstétrica y ginecológica. 2012.[Citado 30 junio 2021] disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/28431/1/Tesis.pdf>
- 16.- Arroyo A., Montes E., Calderón T., Blesa I. Tratamiento de fisura anal: algoritmo de actuación. Documento de la asociación española de

Coloproctología y la Sección de Coloproctología de la Asociación Española de Cirujanos. Cirugía Española. 2018; 96(8): 8.

- 17.- Salas E. Fisuras Anales. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXXII [Internet]. 2015 [Citado 30 junio 2021]; (615): 261-264. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc152g.pdf>
- 18.- Stewart D. Fisura anal: Manifestaciones Clínicas, diagnóstico y prevención [Internet]. UptoDate. 2019. [Citado 2020 febrero 27]. Disponible en: https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/anal-fissure-clinical-manifestations-diagnosis-prevention?search=fisuras%20anales&source=search_result&selectedTitle=2~91&usage_type=default&display_rank=2
- 19.- Bleday R. Fisura anal: Manejo médico [Internet]. UptoDate; 2020. [Citado 2021 febrero 27]. Disponible en: https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/anal-fissure-medical-management?search=fisuras%20anales&source=search_result&selectedTitle=1~91&usage_type=default&display_rank=1
- 20.- Higuchi L. presentación clínica y diagnóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal en niños [Internet]. UptoDate. 2020 [Citado 30 junio 2021] disponible en: https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/clinical-presentation-and-diagnosis-of-inflammatory-bowel-disease-in-children?search=enfermedad%20inflamatoria%20intestinal%20en%20ni%C3%B1os&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- 21.- Bleday R. Fisura anal: manejo médico [Internet]. Uptodate. 2020 [Citado 23 agosto 2020]. Disponible en: https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/anal-fissure-medical-management?search=tratamiento%20de%20la%20fisura%20anal%20&source=search_result&selectedTitle=1~92&usage_type=default&display_rank=1
- 22.- Jabbar M., Abed H., Abdulkareem B. A Review of Non-Operative Management of Anal Fissures in Pediatrics: A Study of 50 Cases at Alkarama Teaching Hospital [Internet]. 2017 [Citado 23 agosto 2021]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/234691982.pdf>
- 23.- Ali A; Kadium A; Mosa M. Anal Fissures in Pediatrics, and Its Non- Surgical Management, A Review Study [Internet]. 2021 [Citado 23 agosto 2021]. Disponible en: <https://medicopublication.com/index.php/ijfmt/article/view/15479/13876>
- 24.- Willemijn A; Hovenkamp A; Manjuri, N. Functional constipation in Infancy and early childhood: epidemiology, risk factors, and healthcare consultation [Internet]. BMC Pediatrics 2019 [Citado 23 agosto 2021]. Disponible en: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12887-019-1652-y.pdf>

ANEXOS

TABLAS

Tabla 1. Frecuencia de síntomas comunes en pacientes pediátricos diagnosticados con constipación funcional.

Frecuencia de Síntomas en Constipación Funcional		
SÍNTOMAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Defecación dolorosa/Heces duras	91	97,85%
Masa Fecal en Recto	71	76,34%
Heces de Gran diámetro	54	58,06%
Posturas de retención defecatoria	33	35,48%
Incontinencia Defecatoria	32	34,41%

Fuente: Base de datos Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos (Cuadrado & González 2021)

Tabla 2. Meses de evolución del cuadro clínico de pacientes pediátricos con complicaciones asociadas a constipación funcional.

CRONICIDAD DEL CUADRO		
MESES	CASOS	PORCENTAJE
1	15	16,13
2	2	2,15
3	20	21,51
4	1	1,08
5	1	1,08
6	34	36,56
12	10	10,75
24	9	9,68
48	1	1,08
TOTAL	93	100

Fuente: Base de datos Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos
(Cuadrado & González 2021)

Tabla 3. Complicaciones presentes en la población pediátrica asociadas a constipación funcional.

COMPLICACIONES DE CONSTIPACIÓN FUNCIONAL		
COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Fisura Anal	38	40,86%
Incontinencia Defecatoria	20	21,51%
Impactación Fecal	20	21,51%
Dolor Abdominal Recurrente	11	11,83%
Hemorroides	2	2,15%
Infección de Vías Urinarias	2	2,15%
TOTAL	93	100,00%

Fuente: Base de datos Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos
(Cuadrado & González 2021)

Tabla 4. Manifestaciones clínicas de la fisura anal en pacientes pediátricos con constipación funcional.

FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE LAS FISURAS ANALES		
SÍNTOMAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SANGRADO RECTAL	37	97,37%
DOLOR POST DEFECATORIO	35	92,11%
PRURITO PERIANAL	14	36,84%
UBICACIÓN DE LAS FISURAS ANALES		
LÍNEA MEDIA ANTERIOR	LÍNEA MEDIA POSTERIOR	AMBOS LADOS
25	11	2

Fuente: Base de datos Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos (Cuadrado & González 2021)

Tabla 5. Estadísticas descriptivas de la población pediátrica con constipación funcional.

ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS		
Sexo		
	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	48	51.61%
Femenino	45	48.39%
TOTAL	93	100%
DATOS CUANTITATIVOS		
	Media	DE
Edad	8,13	3,64
Cronicidad Cuadro	7,27	7,72
Evacuaciones/Semana	2,12	0,57

Fuente: Base de datos Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos
(Cuadrado & González 2021)

Tabla 6. Tabla de distribución por sexo de pacientes pediátricos con constipación funcional complicados con fisura anal.

DISTRIBUCION POR SEXO DEL PACIENTE			
Fisura Anal/SEXO	Masculino	Femenino	TOTAL
No	31	24	55
Si	17	21	38
TOTAL	48	45	93

Fuente: Base de datos Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos
(Cuadrado & González 2021)

Tabla 7. Resultados Chi cuadrado aplicado a fisura anal en pacientes pediátricos con constipación funcional distribución por sexo.

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR SEXO				
	<i>chi-sq</i>	<i>p-value</i>	<i>x-crit</i>	<i>sig</i>
Pearson's	1,21645335	0,27005781	3,84145882	no
Max likelihood	1,2183727	0,26968025	3,84145882	no

Fuente: Base de datos Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos.
(Cuadrado & González 2021)

Tabla 8. Tabla de distribución de las fisuras anales en pacientes pediátricos con constipación funcional según los grupos etarios.

FISURA ANAL SEGÚN GRUPOS ETARIOS				
Fisura Anal/Género	Pre-Escolar	Escolar	Adolescente	TOTAL
No	21	16	18	55
Si	14	15	9	38
TOTAL	35	31	27	93

Pre escolar: 2 a 6 años. **Escolar:** 7 a 10 años. **Adolescencia:** 11 a 19 años.
Fuente: Base de datos Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos.
(Cuadrado & González 2021)

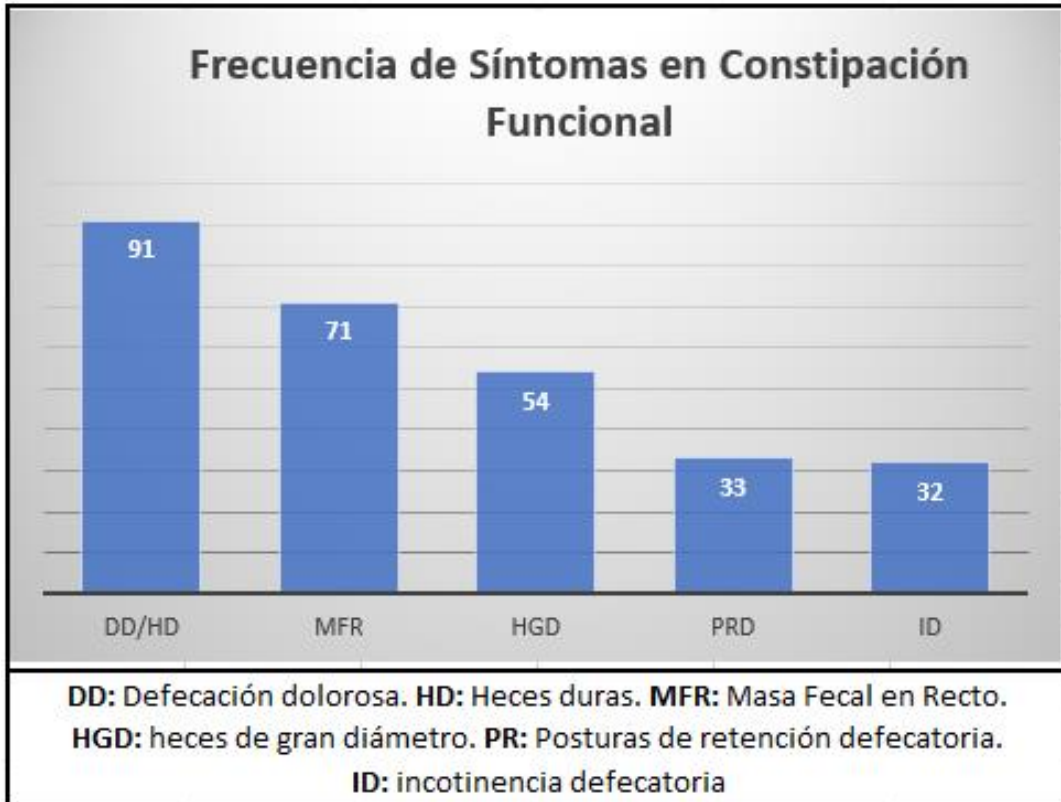
Tabla 9. Resultados Chi cuadrado. Tabla de distribución por grupos etarios de pacientes pediátricos con constipación funcional complicados con fisura anal.

CHI-SQUARE FISURA ANAL POR GRUPOS ETARIOS				
	<i>chi-sq</i>	<i>p-value</i>	<i>x-crit</i>	<i>sig</i>
Pearson's	1,37052632	0,50395759	5,99146455	no
Max likelihood	1,3748639	0,5028658	5,99146455	no

Fuente: Base de datos Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos.
(Cuadrado & González 2021)

GRÁFICOS

Gráfico 1. Frecuencia de los síntomas comunes de constipación funcional en pacientes atendidos en la hospitalización y consulta externa de gastroenterología pediátrica del Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos.



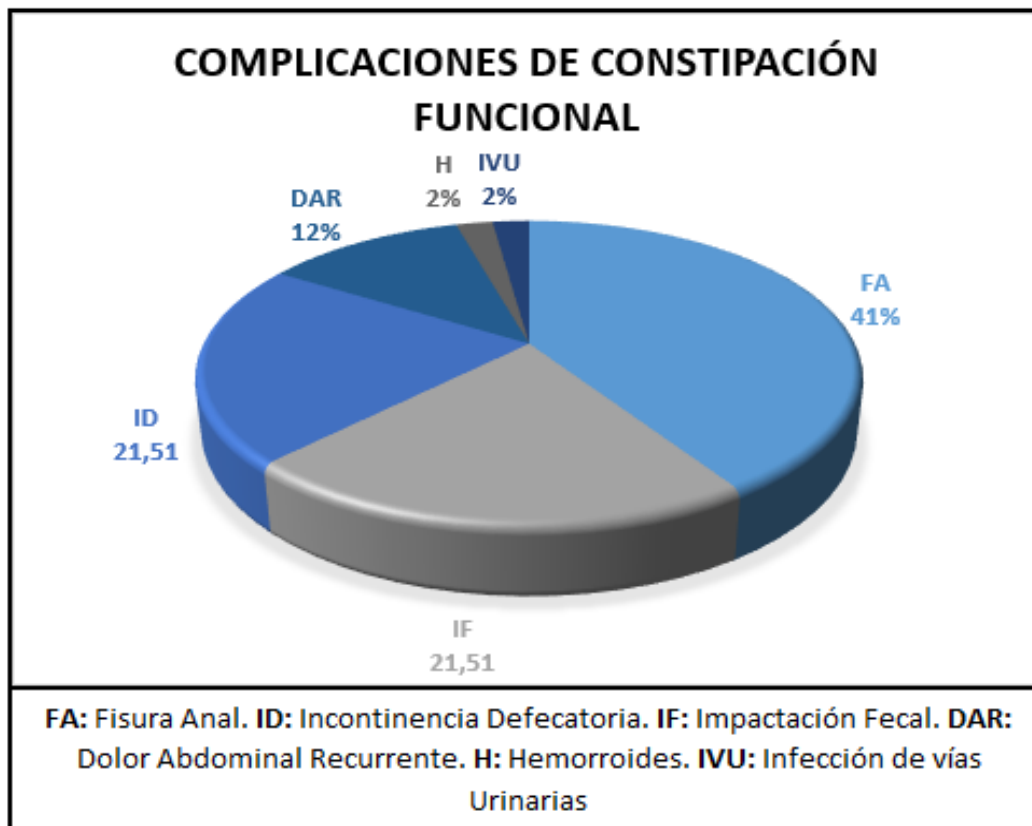
Fuente: Base de datos Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos
(Cuadrado & González 2021)

Gráfico 2. Tiempo de evolución de la constipación funcional en pacientes atendidos en la hospitalización y consulta externa de gastroenterología pediátrica del Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos.



Fuente: Base de datos Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos
(Cuadrado & González 2021)

Gráfico 3. Complicaciones de la constipación funcional en pacientes atendidos en la hospitalización y consulta externa de gastroenterología pediátrica del Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos.



Fuente: Base de datos Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos (Cuadrado & González 2021)

Gráfico 4. Comparación de frecuencias de los síntomas de fisura anal en pacientes atendidos en la hospitalización y consulta externa de gastroenterología pediátrica del Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos.



Fuente: Base de datos Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos (Cuadrado & González 2021)

Gráfico 5. Frecuencia topográfica de las fisuras anales en pacientes atendidos en la hospitalización y consulta externa de gastroenterología pediátrica del Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos.



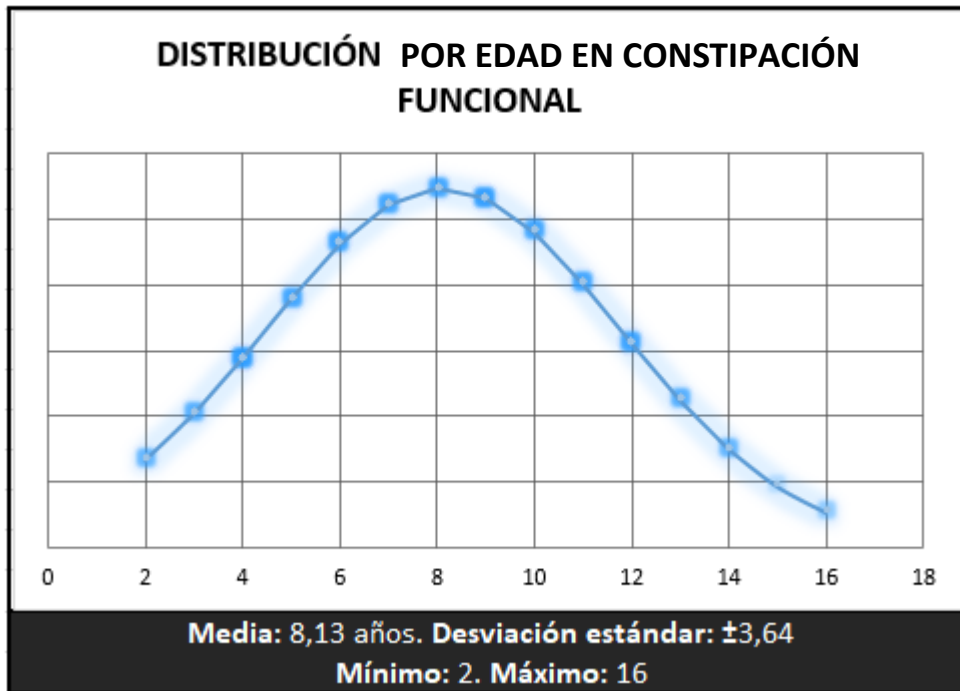
Fuente: Base de datos Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos (Cuadrado & González 2021)

Gráfico 6. Fisuras anales según la distribución por sexo en pacientes atendidos en la hospitalización y consulta externa de gastroenterología pediátrica del Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos.



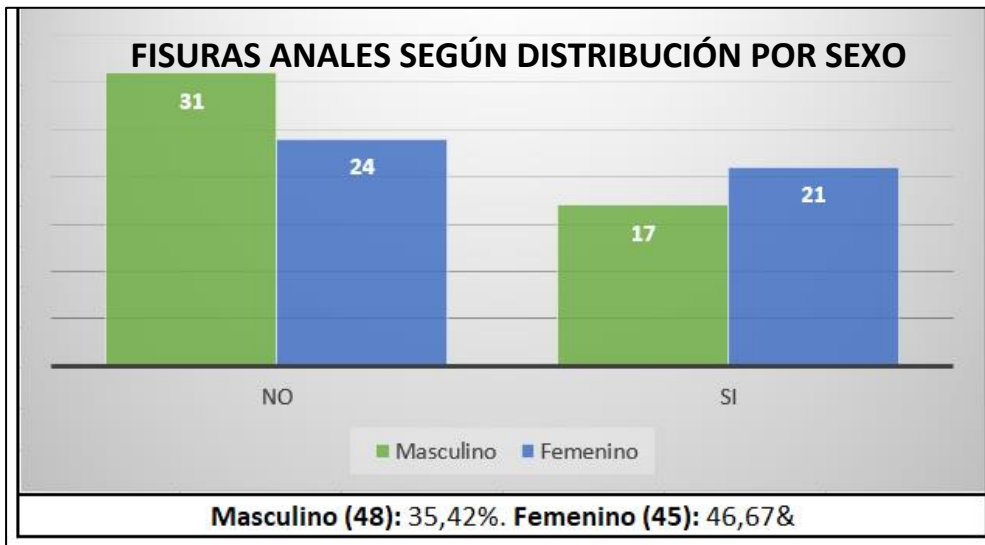
Fuente: Base de datos Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. (Cuadrado & González 2021).

Gráfico 7. Distribución por edad de la población con constipación funcional pacientes atendidos en la hospitalización y consulta externa de gastroenterología pediátrica del Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos.



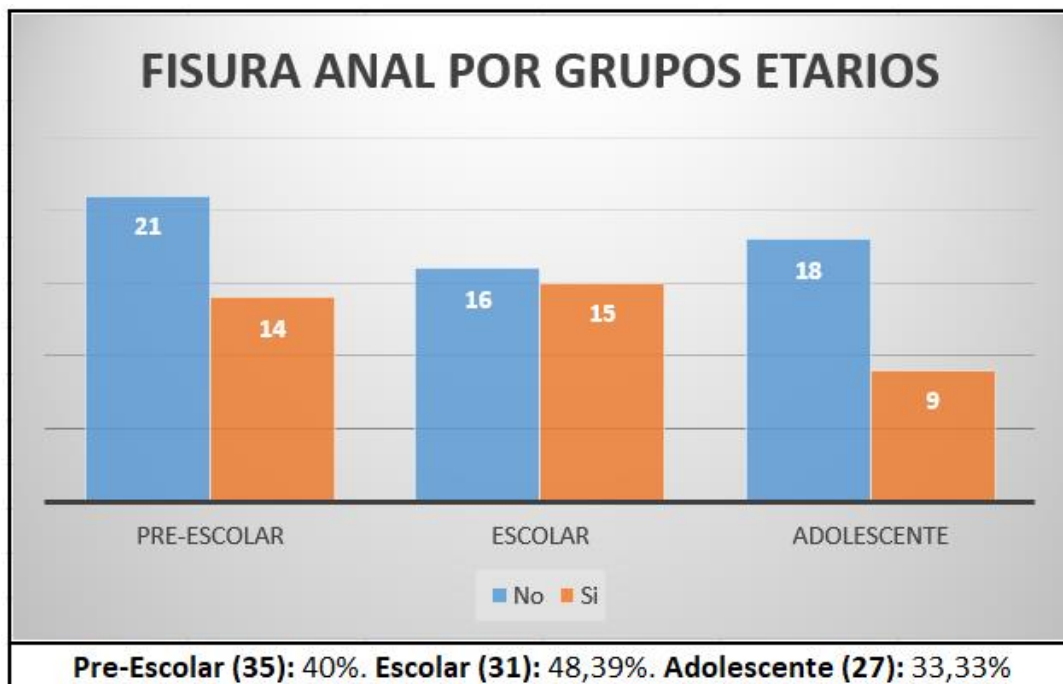
Fuente: Base de datos Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos (Cuadrado & González 2021)

Gráfico 8. Distribución por sexo de las fisuras anales en pacientes atendidos en la hospitalización y consulta externa de gastroenterología pediátrica del Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos.



Fuente: Base de datos Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos (Cuadrado & González 2021)

Gráfico 9. Distribución de la fisura anal según los grupos etarios en pacientes atendidos en la hospitalización y consulta externa de gastroenterología pediátrica del Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos.



Pre escolar: 2 a 6 años. **Escolar:** 7 a 10 años. **Adolescencia:** 11 a 19 años.

Fuente: Base de datos Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos (Cuadrado & González 2021)

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **María Gabriela González Murillo**, con C.I: 0931494504 autora del trabajo de titulación: **Fisura Anal asociada a Constipación Funcional en pacientes pediátricos atendidos en el servicio de hospitalización y consulta externa de gastroenterología pediátrica en el Hospital General Del Norte De Guayaquil Los Ceibos en el periodo enero 2017 a enero 2021, previo a la obtención del título de MÉDICO en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.**

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, al 30 del mes de septiembre del año 2021.

3 de septiembre del 2021



GONZÁLEZ MURILLO, MARÍA GABRIELA

C.I: 0931494504

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Carlos Xavier Cuadrado Correa**, con C.I: 0924316466 autora del trabajo de titulación: **Fisura Anal asociada a Constipación Funcional en pacientes pediátricos atendidos en el servicio de hospitalización y consulta externa de gastroenterología pediátrica en el Hospital General Del Norte De Guayaquil Los Ceibos en el periodo enero 2017 a enero 2021**, previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes. Guayaquil, al 30 del mes de septiembre del año 2021.

3 de septiembre del 2021



CUADRADO CORREA, CARLOS XAVIER

C.I: 0924316466

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN		
TEMA Y SUBTEMA:	Fisura Anal asociada a Constipación Funcional en pacientes pediátricos atendidos en el servicio de hospitalización y consulta externa de gastroenterología pediátrica en el Hospital General Del Norte De Guayaquil Los Ceibos en el periodo enero 2017 a enero 2021	
AUTOR(ES)	González Murillo, María Gabriela. Cuadrado Correa, Carlos Xavier.	
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Bran Orellana, Marina Rocio	
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil	
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas	
CARRERA:	Carrera de Medicina	
TITULO OBTENIDO:	Médico	
FECHA DE PUBLICACIÓN:	3 de septiembre del 2021	No. DE PÁGINAS: 60
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina Interna, Gastroenterología.	
PALABRAS CLAVE/ KEYWORDS:	fisura anal, constipación funcional, impactación fecal	
RESUMEN/ABSTRACT: La constipación funcional forma parte de uno de los motivos más frecuentes de consulta pediátrica, con una prevalencia mundial del 3%. Se define como la dificultad persistente e incompleta de la defecación, sin evidencia de causa orgánica y cuyo cuadro clínico cumpla con los criterios Roma IV. En la mayoría de los casos, resulta en derivación del paciente a gastroenterología pediátrica, cuya prevalencia corresponde al 25%. El estreñimiento funcional puede llevar a una serie de complicaciones, tales como dolor abdominal recurrente, impactación fecal hasta fisuras anales.		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/S:	Teléfono: + 593 982855715 + 593 980500958	E-mail: carlos.cuadrado@cu.ucsg.edu.ec maria.gonzalez45@cu.ucsg.edu.ec
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)	Nombre: Ayon Genkoung, Andrés Mauricio	
	Teléfono: +593997572784	
	E-mail: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA		
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):		
Nº. DE CLASIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		