

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA

Hospital Universitario

“Dr. José Eleuterio González”



TRASTORNOS FUNCIONALES GASTROINTESTINALES EN EL NIÑO Y SU
RELACIÓN CON HÁBITOS ALIMENTARIOS PATERNOS EN PACIENTES
PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. JOSÉ ELEUTERIO
GONZÁLEZ”

Por
DR. JARED EMIL OLIVÁN ROSAS

COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
PEDIATRÍA

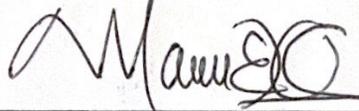
Diciembre 2023

TRASTORNOS FUNCIONALES GASTROINTESTINALES EN EL NIÑO Y SU RELACIÓN
CON HÁBITOS ALIMENTARIOS PATERNOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL
HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"

Aprobación de la tesis:



Dra. Idalia Aracely Cura Esquivel
Directora de la tesis



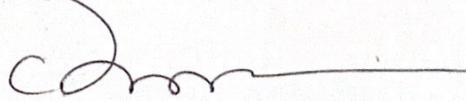
Dr. Manuel Enrique de la O Cavazos
Jefe del Departamento de Pediatría



Dra. Consuelo Treviño Garza
Jefe de Enseñanza del Departamento de Pediatría



Dr. Fernando García Rodríguez
Coordinador de Investigación del Departamento de Pediatría



Dr. Med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

**Agradezco a mis padres por ser mi fuente de inspiración y de fuerza para
crecer cada día.**

Agradezco a cada persona que ha estado en mi camino y me ha impulsado a
seguir adelante.

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I	Página
1. RESUMEN	8
Capítulo II	
2. INTRODUCCIÓN	10
Capítulo III	
3. HIPÓTESIS	14
Capítulo IV	
4. OBJETIVOS	14
Capítulo V	
5. JUSTIFICACIÓN	15
Capítulo VI	
6. MATERIAL Y MÉTODOS.	16
Capítulo VII	
7. RESULTADOS	20
Capítulo VIII	
8. DISCUSIÓN	28
Capítulo IX	
9. CONCLUSIÓN.	32

Capítulo X

10. BIBLIOGRAFÍA 33

CAPÍTULO XI

11. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO 36

INDICE DE TABLAS

Tablas	Página
TABLA 1	21
TABLA 2	22
TABLA 3	24
TABLA 4	26
TABLA 5	27

INDICE DE FIGURAS

Figura	Página
FIGURA 1.....	25

CAPÍTULO I - RESUMEN

Introducción: Los desórdenes funcionales gastrointestinales impactan a numerosos niños a nivel mundial durante su etapa escolar, afectando aproximadamente al 25% de la población infantil. La manera en que los padres llevan a cabo las prácticas alimentarias desempeña un papel esencial en la formación de las preferencias de sabor, los hábitos alimenticios, la nutrición y, en última instancia, el peso de los niños. Nuestro objetivo fue determinar la relación que existe entre los hábitos alimenticios de los cuidadores y la aparición de los trastornos gastrointestinales funcionales en los pacientes pediátricos.

Materiales y métodos: Estudio transversal, observacional, prospectivo y analítico, de pacientes pediátricos de 2 a 10 años que acuden a la consulta de Pediatría. Se recabó información del expediente clínico de donde se obtuvieron diagnósticos previos o actuales de trastornos gastrointestinales funcionales pediátricos hechos por los criterios de Roma IV (estreñimiento, síndrome de vómitos cíclicos, dolor abdominal funcional, dispepsia funcional, síndrome de intestino irritable, náuseas funcionales, síndrome de rumiación, migraña abdominal, incontinencia fecal retentiva). Se aplicó el cuestionario de prácticas de alimentación integral (CFPQ) a los cuidadores de pacientes pediátricos de 2 a 10 años que acudan a la consulta de pediatría del hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

Resultados: Se aplicó el cuestionario a 127 cuidadores de infantes que acudieron a la consulta de Pediatría. De estos, 48 pacientes (37.8%) presentaron un trastorno gastrointestinal funcional y 79 pacientes (62.2%) no lo presentaron. El estreñimiento funcional fue el más frecuente, el cual se diagnosticó en 23 de los pacientes (18.1%), seguido del síndrome de intestino irritable observado en 9 infantes (7.1%) La mediana de edad fue de 6 años (rango 5-8), siendo la misma para ambos grupos. En cuanto al sexo, 24 (50%) y 41 pacientes(51.8%) fueron hombres para los grupos con enfermedad gastrointestinal (GI) y sin enfermedad GI, respectivamente. Se realizó una comparación entre los dos grupos en las diferentes subescalas que conforman el CFPQ.. Los puntajes de subescala se calcularon como la media de los ítems contribuyentes, lo que resulta en puntajes

que van de 1 a 5, donde mayor puntuación representa un mayor uso de la práctica de alimentación. No se observó diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos con GI y sin enfermedad GI para ningún ítem de la escala.

Conclusión: Los patrones de alimentación de los padres no influyeron en la aparición de trastornos gastrointestinales funcionales de este grupo evaluado. Con el estudio no fue posible demostrar diferencia significativa entre los patrones de alimentación inculcados por los padres y la probabilidad de desarrollar trastornos gastrointestinales funcionales en los pacientes pediátricos.

CAPÍTULO II - INTRODUCCIÓN

El patrón alimenticio se aleja cada vez más de las recomendaciones actuales, ha habido un descenso en la ingesta de alimentos con alta densidad de nutrientes, tales como, frutas, vegetales y dieta baja en grasa, además de aumento en alimentos con alta densidad de energía bajo en nutrientes¹. La preferencia para el consumo de alimentos se desarrolla desde una etapa muy temprana de la vida; este desarrollo incluye la complicada interacción entre tendencias biológicas e influencias ambientales². El entender cómo se lleva a cabo este proceso en el consumo de dietas específicas tiene el potencial de beneficiar la salud de cada individuo por el resto de su vida³. Los padres son los principales cuidadores de la salud de los niños; por lo tanto, estos mismos toman decisiones sobre la comida que ellos comen; estas mismas decisiones están condicionadas por los recursos materiales, el conocimiento de los padres sobre hábitos saludables y su propia salud; además de las características de las comunidades donde viven⁴. Las prácticas de alimentación que realizan los padres juegan un papel muy importante y fundamental en el desarrollo de las preferencias de sabor, hábitos alimenticios, nutrición y eventual estado de peso de los niños⁵. La comida familiar y sus patrones con respecto a dónde, cuándo y con quién comen los niños, ayudan de una manera muy directa en la percepción del disfrute de la comida, de esta manera se predice la calidad de las dietas de los niños que influyen tanto en los hábitos de alimentación como en las preferencias del sabor; en una investigación con muestra de adolescentes y sus familias se encontró que el enfoque de alimentación saludable depende predominantemente del nivel socioeconómico⁶; se sugiere que el uso de alimentos dulces como premio al alimentarse con alimentos saludables puede alterar las preferencias del gusto, de esta manera alentando el gran contraste entre el gusto por la comida dulce y el disgusto por la comida sana⁵.

Existen pocos estudios con la relación que existe entre las conductas parentales que se ejecutan sobre los hábitos alimenticios de los niños y los trastornos funcionales gastrointestinales. Estos afectan a una gran cantidad de niños en la

etapa escolar mundialmente, aproximadamente 1 de cada 4 niños de la población general de acuerdo con un estudio realizado por el Departamento de Pediatría de la Universidad de Atenas en Grecia con una población de pacientes pediátricos escolares y adolescentes⁷.

El impacto de estos trastornos gastrointestinales es significativo en la actualidad debido a su alta prevalencia, siendo esta de hasta un 30% reportada en un estudio realizado en niños sanos de Cundinamarca en Colombia¹⁴; las teorías prometedoras que intentan explicar estos trastornos incluyen la somatización mediada por estrés, hipersensibilidad intestinal, alteración del microbiota intestinal⁸ y el estilo de vida/factores socioeconómicos⁹. El rol de la dieta como factor permanece desconocido¹⁰. La dieta como factor desencadenante y su relación con los trastornos funcionales sigue sin estar claro debido a la poca información que se tiene al respecto, además previos estudios enfocados en los hábitos alimenticios y estos trastornos en niños se han dirigido a las exacerbaciones de los síntomas⁷.

En un estudio que buscaba la prevalencia de los trastornos funcionales gastrointestinales en escolares mexicanos se encontró que está entre las condiciones crónicas más comunes en niños a nivel mundial; en esta investigación se utilizó la traducción al español del Questionnaire on Pediatric Gastrointestinal Symptoms - Rome III aplicada en pacientes pediátricos en donde de un total de 362 niños, el 27.3%, que corresponde a 99 escolares, cumplieron con los criterios para un trastorno funcional gastrointestinal de acuerdo con los criterios de Roma III; como resultados obtenidos en este estudio el estreñimiento funcional fue el desorden más común con una prevalencia reportada en hasta en 12.6% de la población, además, el intestino irritable fue el más acompañado con dolor como síntoma principal; en este mismo trabajo se menciona que no hay un predominio de sexo en la prevalencia de estos desórdenes¹¹.

Una manera de analizar las prácticas de alimentación es por medio de una herramienta llamada "Cuestionario de prácticas de alimentación integral (CFPQ); es única debido a que se centra en medir las prácticas de crianza relacionada con los alimentos que se habían relacionado con resultados saludables para los

niños, pero que no habían sido evaluado previamente en los cuestionarios de autoinforme de las prácticas de alimentación de los padres (por ejemplo, el conocimiento sobre nutrición de los padres). Existen estudios longitudinales que han proporcionado resultados mixtos con respecto a la variedad de prácticas de alimentación más estudiadas son la restricción y la presión para comer¹². Este cuestionario está diseñado para estudiar los diferentes aspectos en los métodos de alimentación de los niños, teniendo una alta utilidad a diferencia de otras herramientas. Fue diseñada en el 2007 por Musher-Eizemann et al. en América; el propósito de este mismo es recolectar la información relacionada a las interacciones dietéticas de los preescolares. Consta de 49 preguntas que estudian 12 diferentes aspectos (sub-escalas) de los métodos de alimentación:¹³ 1) control del hijo; 2) regulación emocional; 3) fomentar balance y variedad; 4) medio ambiente saludable; 5) alimento como recompensa; 6) involucramiento; 7) modelaje; 8) monitoreo; 9) presión para comer; 10) restricción por salud; 11) restricción por control de peso, y 12) enseñanza respecto a la nutrición¹⁵.

En algunos trabajos se ha demostrado que hábitos alimenticios específicos son más frecuentes en niños con trastornos gastrointestinales funcionales en comparación que en los grupos controles, específicamente el aumento de la ingesta de comida chatarra⁷.

Poco se ha investigado sobre los trastornos funcionales gastrointestinales en pacientes pediátricos y su relación con los hábitos alimenticios que los padres ejercen sobre los niños, a pesar de ser un diagnóstico muy frecuente en esta población.

Diversos estudios han probado que la predisposición genética a escoger sabores en específicos puede modificarse a través de una rutina, además de que los buenos hábitos alimenticios se transmiten de padres a hijos.

Al lograr identificar los diferentes factores que influyen las conductas de alimentación de los niños, es muy probable que se puedan usar a favor y disminuir de esta manera la prevalencia de trastornos alimenticios y sus comorbilidades.

No se han realizado estudios en población mexicana que hablen sobre las practicas alimenticias y su relación con los trastornos funcionales gastrointestinales, el determinar la prevalencia es relevante.

CAPÍTULO III - HIPÓTESIS

Hipótesis alterna (H1):

Los hábitos de conducta alimentaria de los padres influyen en los hábitos alimenticios de los niños y son un factor importante para desarrollar trastornos funcionales gastrointestinales.

Hipótesis nula (H0):

Los hábitos de conducta alimentaria de los padres no influyen en los hábitos alimenticios de los niños para desarrollar trastornos funcionales gastrointestinales.

CAPÍTULO IV - OBJETIVOS

Objetivo primario

- Evaluar la influencia de los cuidadores en los hábitos alimenticios de los niños que acuden a la consulta de nuestro hospital y valorar su relación con los trastornos gastrointestinales funcionales por medio del cuestionario.

Objetivos secundarios

- Prevalencia de los trastornos funcionales en nuestra población
- Determinar la relación entre los trastornos gastrointestinales funcionales y la clasificación por IMC de los pacientes.
- Identificar si existe relación entre el IMC del cuidador con los diagnósticos de trastorno funcional de los pacientes.
- Identificar si la edad del cuidador es un factor de riesgo para la presentación de los trastornos gastrointestinales funcionales en pacientes pediátricos.

CAPÍTULO V – JUSTIFICACIÓN

Diversos estudios han probado que la predisposición genética a escoger sabores en específicos puede modificarse a través de una rutina, además de que los buenos hábitos alimenticios se transmiten de padres a hijos.

Al lograr identificar los diferentes factores que influyen las conductas de alimentación de los niños, es muy probable que se puedan usar a favor y disminuir de esta manera la prevalencia de trastornos alimenticios y sus comorbilidades.

No se han realizado estudios en población mexicana. La relación entre los hábitos y la aparición de trastornos gastrointestinales funcionales no ha sido evaluado en nuestro medio por lo que se carece de suficiente información al respecto.

CAPÍTULO VI - MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Transversal, observacional, prospectivo y analítico.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Cuidadores de los pacientes pediátricos que tengan una edad de 2 a 10 años
- Ambos sexos
- Cuidadores de los pacientes pediátricos que acuden a la consulta de Pediatría General en la consulta #14 del Hospital Universitario “José Eleuterio González”
- Cuidadores que acuden con el cuidador que se encarga de su alimentación

Criterios de exclusión

- Cuidadores de los pacientes fuera del rango de edad de 2 a 10 años
- Pacientes con el expediente clínico incompleto
- Pacientes que no acuden con el cuidador que se encarga de su alimentación

Criterios de eliminación

- Datos incompletos

Metodología

Se aplicó el Cuestionario de prácticas de alimentación integral (CFPQ) a cuidadores de pacientes de 2 a 10 años que acudieron a la consulta de Pediatría del hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” en un periodo de periodo de 01 de noviembre 2022 a 01 abril 2023.

El CFPQ tiene 12 subescalas que miden diferentes aspectos de las prácticas de alimentación de los padres, con 49 elementos que contienen afirmaciones y preguntas que se responden en una escala de Likert de 5 puntos ya sea en desacuerdo o nunca, respectivamente.

Los puntajes de subescala se calcularon como la media de los ítems contribuyentes, lo que resulta en puntajes que van de 1 a 5, donde mayor puntuación representa un mayor uso de la práctica de alimentación.

Se aplicó la encuesta al grupo de pacientes descritos en los criterios de inclusión. Los datos obtenidos fueron evaluados y revisados por el investigador principal y coinvestigadores; se compararon diferentes variables en común de ambos grupos.

Con esta información se llenó una base de datos y se realizó un análisis estadístico de los resultados con el paquete SPss v24.

Los diagnósticos nutricionales de los padres se hicieron según su índice de masa corporal (IMC) obtenido por su peso y talla, se clasificaron en peso bajo cuando su IMC estaba por debajo de 18.4, normal cuando se encontraba entre 18.5 y 24.9, sobrepeso cuando se encontraba entre 25 y 25.9, obesidad grado 1 cuando se encontraba entre 30 y 34.9, obesidad grado 2 cuando se encontraba entre 35 y 39.9, y obesidad grado 3 cuando se encontraba entre 40 y 100.

Tamaño de la muestra

Debido a que se analizó la totalidad de los cuestionarios aplicados en un periodo de 6 meses a los padres de los pacientes de 2 a 10 años que acudieron a la consulta de Pediatría General, el estudio se consideró poblacional y no muestral, por lo no tanto, no requirió un cálculo del tamaño de la muestra.

Mecanismos de confidencialidad

La información de los cuidadores e hijos fue utilizada y revelada sólo para las actividades y operaciones relacionadas con el protocolo de investigación, así como en circunstancias limitadas, como cuando sea requerido por ley. El uso y revelación de datos sobre los padres de los pacientes se limitó al estándar del "mínimo necesario" y fue utilizado solo por los investigadores relacionados con el protocolo de investigación. Otros usos y revelaciones de la información de los pacientes, no ocurrió. El sujeto a quien se realizó la encuesta pudo ejercer sus

derechos bajo la política de confidencialidad sin temor a ser víctima de cualquier acto de intimidación ni represalias.

Variables

1. Diagnósticos de trastorno funcional gastrointestinal del paciente previo o actual, se consideraron los establecidos por los criterios Roma IV, síndrome de vómitos cíclicos, síndrome de rumiación, dispepsia funcional, síndrome de intestino irritable, estreñimiento funcional, incontinencia fecal no retentiva, dolor abdominal funcional, náuseas funcionales y migraña abdominal.
2. Edad: Se tomó la edad en años cumplidos, la cual se preguntó de forma directa a los cuidadores de los niños.
3. Sexo: Es el género al que pertenece el individuo, el cual se registró de acuerdo con la entrevista con sus cuidadores. Es una variable que fue medida de forma dicotómica como masculino o femenino.
4. Índice de masa corporal (IMC), también llamado índice de Quetelet: es una medida antropométrica de la grasa relativa o método indirecto. El cual fue medido por medio de la fórmula de Peso/Talla^2 ; para el cual se utilizaron las tablas de referencia para la edad y sexo en percentiles de la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta es una medida que se tiene como continua y se categoriza para obtener grupos como 1) Bajo peso, 2) Peso normal, 3) Sobrepeso, y 4) Obesidad. Para lo cual se realizará la estandarización al personal encargado de realizar las mediciones para la toma del peso y talla de los niños participantes del estudio. Percentiles 3 - 84 es normal, 85 - 94 es sobrepeso, > 95 será considerado como obesidad y >99 será considerado como obesidad severa.
5. Respuestas de cuestionario
6. Edad e IMC actual del cuidador principal: sea madre, padre o tutor, se obtuvieron peso y talla para obtener estos datos, IMC en los adultos según su índice de masa corporal (IMC) obtenido por su peso y talla, se

clasificaron en peso bajo cuando su IMC estaba por debajo de 18.4, normal cuando se encontraba entre 18.5 y 24.9, sobrepeso cuando se encontraba entre 25 y 25.9, obesidad grado 1 cuando se encontraba entre 30 y 34.9, obesidad grado 2 cuando se encontraba entre 35 y 39.9, y obesidad grado 3 cuando se encontraba entre 40 y 100.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó con el paquete SPSS v25. Se consideró como significancia estadística valor de p menor a 0.05. Para aquellas variables que así lo ameritaron, se realizó estadística descriptiva en donde se reportaron frecuencias absolutas y porcentajes para variables cualitativas, así como medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas. Se realizaron comparaciones mediante tablas cruzadas y se empleó la prueba exacta de Fisher o la prueba de Chi cuadrada. En la estadística inferencial se evaluó en primera instancia la distribución de los datos cuantitativos por la prueba Kolmogórov-Smirnov y dependiendo del resultado los datos fueron analizados por una prueba de T de student o bien por una prueba de U de Mann-Whitney. El diagrama de cajas y bigotes se realizó en R software.

CAPÍTULO VII – RESULTADOS

Se aplicó el cuestionario a 127 cuidadores de infantes que acudieron a la consulta de Pediatría. De estos, 48 (37.8%) presentaban una enfermedad gastrointestinal funcional y 79 (62.2%) no la presentaban. La mediana de edad fue de 6 años (5-8), siendo la misma para ambos grupos. Veinticuatro (50%) y 41 (51.8%) fueron hombres para los grupos con enfermedad gastrointestinal (GI) y sin enfermedad GI, respectivamente. La mediana del peso del grupo con enfermedad GI fue de 23.50 kg (16.5 - 29.92) y de 21 kg (18 - 29.50) para el grupo sin enfermedad GI. No se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos para las variables de edad y peso (Tabla 1).

En el diagnóstico nutricional del paciente pediátrico con presencia de enfermedad GI el más prevalente fue el peso normal 26 pacientes pediátricos (54.1%), seguido de 8 pacientes (16.6%) con obesidad severa. En el grupo sin enfermedad GI el más prevalente fue peso normal con 34 pacientes (43%). No hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos para la variable de diagnóstico nutricional del paciente pediátrico. La mediana de edad del cuidador fue de 35 años (31 - 40.75) para el grupo con enfermedad GI y de 37 años (32 - 43) para el grupo sin enfermedad GI; no hubo relevancia significativa entre las edades de los cuidadores de ambos grupos. La mediana de IMC del cuidador fue de 25.9 kg/m² (24.66 - 31.19) para el grupo con enfermedad GI y de 26.20 kg/m² (24.34 - 26.22) para el grupo sin enfermedad GI. Dentro del diagnóstico nutricional del cuidador, en el grupo con enfermedad GI el más prevalente fue sobrepeso con 26 cuidadores (54.16%), seguido de IMC normal con 13 cuidadores (27.08%). Mientras que para el grupo sin enfermedad GI el diagnóstico nutricional más frecuente fue sobrepeso con 40 cuidadores (50.63%), seguido de peso bajo con 27 cuidadores. No existieron diferencias estadísticamente significativas para las variables basales de estudio de los cuidadores.

Tabla 1. Características clínicas de 127 pacientes pediátricos clasificados en base a la presencia o no de enfermedad gastrointestinal funcional.

	Presencia de enfermedad gastrointestinal funcional		<i>p</i>
	Grupo 1 Sí (n=48)	Grupo 2 No (n=79)	
Edad (años)	6 (5-8)	6 (5-8)	0.557
Sexo masculino	24 (50 %)	41 (52 %)	0.836
Peso (kg)	23.50 (16.5-30)	21 (18-29.5)	0.968
Talla (m)	1.15 (0.20)	1.19 (0.19)	0.548
Diagnóstico nutricional			0.576
1	6 (12.50 %)	15 (18.98 %)	
2	26 (54.16 %)	34 (43.03 %)	
3	6 (12.50 %)	15 (18.98 %)	
4	2 (4.16 %)	5 (10.20 %)	
5	8 (16.66 %)	10 (12.65 %)	
Edad del cuidador (años)	35 (31-40.75)	37 (32-43)	0.434
Peso del cuidador (kg)	70 (60.25-80)	69 (60-80)	0.937
Talla del cuidador (m)	1.60 (1.54-1.67)	1.60 (1.55-1.66)	0.836
IMC del cuidador (kg/m ²)	25.90 (24.66-31.19)	26.20 (24.34-26.22)	0.792
Diagnóstico nutricional del cuidador			0.795
1	0 (0 %)	1 (1.26 %)	
2	13 (27.08 %)	27 (34.17 %)	
3	26 (54.16 %)	40 (50.63 %)	
4	6 (12.5 %)	9 (11.39 %)	
5	1 (2.08 %)	1 (1.26 %)	
6	2 (4.16 %)	1 (1.26 %)	

Los resultados se presentan en mediana (cuartil 25 -75) o frecuencia absoluta (porcentaje).

El diagnóstico clínico gastrointestinal más común fue el estreñimiento funcional, el cual se diagnosticó en 23 de los pacientes (18.1%), seguido del síndrome de intestino irritable observado en 9 infantes (7.1%) (Tabla 2).

Tabla 2. Trastornos gastrointestinales funcionales encontrados en 127 pacientes pediátricos.

Ninguno	79 (62.2%)
Estreñimiento	23 (18.1%)
Síndrome de vómitos cíclicos	2 (1.6%)
Dolor abdominal funcional	6 (4.7%)
Dispepsia funcional	8 (6.3%)
Síndrome de intestino irritable	9 (7.1%)

Los resultados se presentan en frecuencia absoluta (porcentaje).

Se realizó una comparación entre los dos grupos en los diferentes ítems que conforman el Cuestionario de prácticas de alimentación integral (CFPQ) (Tabla 3). En la Figura 1 se observa el diagrama de cajas y bigotes para cada ítem de la escala. En la subescala de "Monitoring" se observó una mediana de 11 puntos (9-12) y de 11 puntos (9 - 13) ($p= 0.612$) para el grupo con enfermedad G.I y sin enfermedad GI respectivamente. En el ítem de "Child Control" se observó una mediana de 12 puntos(10 - 14) y de 12 puntos (10 - 15) ($p= 0.679$) para el grupo con enfermedad GI y sin enfermedad GI respectivamente. En la subescala de "Emotion Regulation" se observó una mediana de 4 puntos (3 - 5) y de 4 puntos (3 - 6) ($p=0.152$) para el grupo con enfermedad G.I y sin enfermedad GI respectivamente. En la subescala de "Encourage balance/variability" se observó una mediana de 17 puntos (16 - 19.75) y de 17 puntos (16 - 19) ($p=0.688$) para el grupo con enfermedad GI y sin enfermedad GI respectivamente. En la subescala de "Healthy enviroment" se observó una mediana de 12 puntos (11 - 13) y de 12 puntos (11 - 13) ($p=0.772$) para el grupo con enfermedad GI y sin enfermedad GI respectivamente. En la subescala de "Involvement" se observó una mediana de 10 puntos (9 - 12) y de 10 puntos (9 - 12) ($p=0.920$) para el

grupo con enfermedad GI y sin enfermedad GI respectivamente. En la subescala de "Pressure to eat" se observó una mediana de 10 puntos (8 - 12.75) y de 11 puntos (9 - 13) ($p= 0.433$) para el grupo con enfermedad GI y sin enfermedad GI respectivamente. En la subescala de "Restriction for weight" se observó una mediana de 19 puntos (17 - 23) y de 20 puntos (17 - 23) ($p= 0.793$) para el grupo con enfermedad GI y sin enfermedad GI respectivamente. En la subescala de "Food as reward" se observó una mediana de 19 puntos (17 - 23) y de 20 puntos (17 - 23) ($p=0.617$) para el grupo con enfermedad GI y sin enfermedad GI respectivamente. En la subescala de "Restriction for health" se observó una mediana de 18 puntos (13.25 – 20) y de 18 puntos (15 – 19) ($p= 0.637$) para el grupo con enfermedad GI y sin enfermedad GI respectivamente. En la subescala de "Teaching" se observó una mediana de 11 puntos (10 – 12) y de 11 puntos (10 - 12) ($p= 0.655$) para el grupo con enfermedad GI y sin enfermedad GI respectivamente. En la subescala de "Modeling" se observó una mediana de 17 puntos (15 – 19) y de 16 puntos (15 – 19) ($p= 0.644$) para el grupo con enfermedad GI y sin enfermedad GI respectivamente. No se observó diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos para ninguna subescala de la encuesta aplicada.

En la Tabla 4 se representa una comparación entre el diagnóstico nutricional del paciente pediátrico y el diagnóstico de trastorno funcional gastrointestinal. No se observó diferencia estadísticamente significativa. En la Tabla 5 se realizó una comparación entre el diagnóstico nutricional del cuidador y diagnóstico de trastorno funcional gastrointestinal del infante. No se demostró una diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 3. Comparación de resultados entre grupo 1 y 2 para el Cuestionario de prácticas de alimentación integral en pacientes pediátricos (CFPQ).

Subescalas	Presencia de enfermedad gastrointestinal funcional		<i>p</i>
	Grupo 1 Sí (n=48)	Grupo 2 No (n=79)	
Monitoring	11 (9 - 12)	11 (9 - 13)	0.612
Child control	12 (10 - 14)	12 (10 - 15)	0.679
Emotion regulation	4 (3 - 5)	4 (3 - 6)	0.152
Encourage balance/var	17 (16 - 19.75)	17 (16 - 19)	0.688
Healthy environment	12 (11 - 13)	12 (11 - 13)	0.772
Involvement	10 (9 - 12)	10 (9 - 12)	0.920
Pressure to eat	10 (8 - 12.75)	11 (9 - 13)	0.433
Restriction for weight	19 (17 - 23)	20 (17 - 23)	0.793
Food as reward	7 (5.25 - 8)	7 (6 - 9)	0.617
Restriction for health	18 (13.25 - 20)	18 (15 - 19)	0.637
Teaching	11 (10 - 12)	11 (10 - 12)	0.655
Modeling	17 (15 - 19)	16 (15 - 19)	0.644

Todos los valores están expresados en mediana (cuartil 25 - 75).

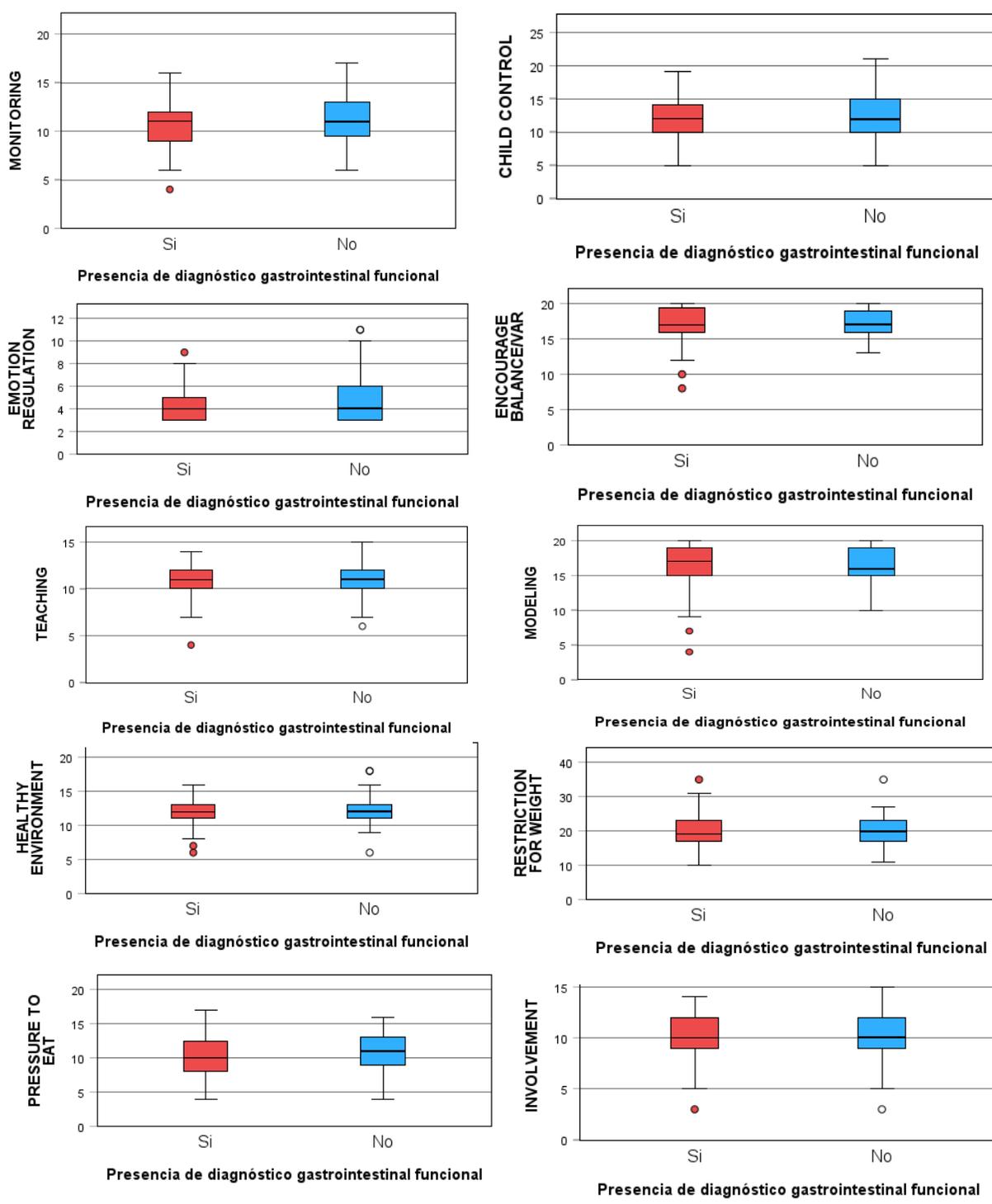


Figura 1. Diagrama de cajas y bigotes para cada subescala del Cuestionario de prácticas de alimentación integral (CFPQ) aplicado a 127 pacientes pediátricos con o sin la presencia de enfermedad gastrointestinal funcional.

Tabla 4. Comparación entre el diagnóstico nutricional y el diagnóstico de enfermedad funcional gastrointestinal en 127 pacientes pediátricos.

Diagnóstico gastrointestinal	Diagnóstico nutricional pediátrico				
	Peso bajo	Normal	Sobrepeso	Obesidad	Obesidad Severa
Ninguno	15(19%)	34 (43%)	15 (19%)	5 (6.3%)	10 (12.7%)
Estreñimiento	3 (13%)	11 (47%)	3 (13%)	1 (4.3%)	5 (21.7%)
Síndrome de vómitos cíclicos	1 (50%)	-	1 (50%)	-	-
Dolor abdominal funcional	1 (16.7%)	2 (33.3%)	2 (33.3%)	-	1 (16.7%)
Dispepsia funcional	-	6 (75%)	-	-	2 (25%)
Síndrome de intestino irritable	1(11.1%)	7 (77.8%)	-	1 (11.1%)	-

Los resultados se presentan en frecuencia absoluta (porcentaje).

En la Tabla 4 se representa una comparación entre el diagnóstico nutricional del paciente pediátrico y el diagnóstico de trastorno funcional gastrointestinal. No se observó diferencia estadísticamente significativa. En la Tabla 5 se realizó una comparación entre el diagnóstico nutricional del cuidador y diagnóstico de trastorno funcional gastrointestinal del paciente pediátrico. No se demostró una diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 5. Comparación entre el diagnóstico nutricional del cuidador y el diagnóstico de enfermedad funcional gastrointestinal de 127 pacientes pediátricos.

Diagnostico gastrointestinal	Diagnóstico nutricional del cuidador					
	Peso bajo	Normal	Sobrepeso	Obesidad 1	Obesidad 2	Obesidad 3
Ninguno	1 (1.3%)	27(34.2%)	40 (50.6%)	9 (11.4%)	1 (1.3%)	1 (1.3%)
Estreñimiento	-	7(30.4%)	10 (43.5%)	4 (17.4%)	1 (4.3%)	1 (4.3%)
Síndrome de vómitos cíclicos	-	-	2 (100%)	-	-	-
Dolor abdominal funcional	-	2 (33%)	3 (50%)	1 (16.7%)	-	-
Dispepsia funcional	-	3 (37.5%)	3 (37.5%)	1 (12.5%)	-	1 (12.5%)
Síndrome de intestino irritable	-	1 (11.1%)	8 (88.9%)	-	-	-

Los resultados se presentan en frecuencia absoluta (porcentaje).

CAPÍTULO VIII – DISCUSIÓN

En el estudio se encontró que, entre los pacientes que acudieron a la consulta de Pediatría fue frecuente la presencia de un diagnóstico de un trastorno gastrointestinal funcional ya que el diagnóstico fue hecho en el 37.8% de todas las encuestas recolectada, siendo el estreñimiento funcional el diagnóstico más frecuente con un 18% de pacientes pediátricos con este trastorno.

Según la literatura que aborda la población mexicana, se evidenció que hasta un 27.3% de la población presenta trastornos gastrointestinales, siendo el estreñimiento funcional el más común, con una prevalencia de hasta el 12.6% (11). Sin embargo, en nuestro estudio, el porcentaje de pacientes con trastornos gastrointestinales funcionales fue aún mayor, el estreñimiento funcional fue el más frecuente. Esta información no contrastó con estos reportados de otros países en en donde se reporta una prevalencia del 23.7% con predominio del estreñimiento funcional en un 11.7% (16).

El cuestionario de prácticas alimentarias es una herramienta efectiva para comprender de manera adecuada el desarrollo y la comprensión de los hábitos alimenticios implementados en los niños. Este cuestionario aborda diversos aspectos que pueden influir en el comportamiento y la rutina del paciente, permitiendo así una descripción integral de sus hábitos alimenticios (15). Al determinar y comprender estos factores podemos relacionarlos con la presencia de trastornos gastrointestinales funcionales.

En la subescala de Control del Niño, las preguntas se centraron en medir hasta qué punto los padres permiten que el niño tenga control sobre sus comportamientos alimentarios y las interacciones alimenticias entre padres e hijos. En esta subescala se explica que los niños continúan manteniendo el control sobre sus acciones, con una intervención limitada por parte de los padres. (17) Aunque los padres tienen cierta autoridad y desempeñan un papel crucial en

la elección de los alimentos para sus hijos, cuentan con conocimientos sobre qué alimentos son más beneficiosos para la salud. En nuestra evaluación, no se encontró diferencia significativa en los grupos.

En lo que respecta a la subescala de "Regulación de la Emoción", se examinó cómo los padres utilizan la comida para regular los estados emocionales de sus hijos. (17) No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos. Esto indica que, aunque el componente emocional desempeña un papel importante en la alimentación saludable de los niños, los padres no utilizaron esta estrategia para educar a sus hijos y por lo tanto no parece influir en la aparición de trastornos gastrointestinales funcionales. Esta observación puede vincularse directamente con la práctica de utilizar la "comida como recompensa", donde los padres intentan reconfortar al niño ofreciéndole alimentos que suelen ser dulces y comida chatarra, potencialmente generando síntomas en los pacientes con los diagnósticos previamente mencionados.

En la subescala denominada "Fomentar el Equilibrio y la Variedad", se indagó sobre la medida en que los padres promueven una ingesta de alimentos bien equilibrada, incluyendo el consumo de alimentos variados y opciones saludables (17). Aunque el grupo de control mostró un mayor apego a esta regulación, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos. Este aspecto puede estar relacionado con la subescala "Modelo", donde se puede observar el impacto de las conductas de los padres en los nuevos aprendizajes del niño. Esto resalta la importancia de incluir a toda la familia en la asesoría nutricional, involucrando tanto a padres como a hijos (17). Mejorar los conocimientos nutricionales dentro de la familia, especialmente entre aquellos que toman decisiones sobre qué preparar para comer, puede llevar a la elección de opciones más saludables. Aunque el grupo sin trastornos gastrointestinales mostró un mayor apego a esta práctica, no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos.

En la subescala "Ambiente Saludable", se examinó qué alimentos los padres ponen a disposición en el hogar (17). Se notó una adhesión significativa en el grupo sin enfermedades gastrointestinales, aunque no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos.

Al analizar la subescala "Comida como Recompensa", se evaluó cómo los padres utilizan la comida como recompensa por el comportamiento del niño. No se observó un patrón distintivo en ambos grupos, lo que indica la ausencia de diferencias significativas (17). Este comportamiento se debe corregir, ya que este tipo de incentivos pueden tener un impacto negativo en el peso de los niños y pueden contribuir a problemas de salud futuros.

En la subescala "Modelo", los cuidadores muestran de manera activa una alimentación saludable para el paciente, sirviendo como ejemplo en el hogar (17). No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos. Es importante recordar que la alimentación del niño a menudo depende de lo que los padres le proporcionan, por lo que se esperaba observar una marcada diferencia en este aspecto entre los dos grupos, lo que confirmaría la hipótesis. Sin embargo, aunque el apego fue ligeramente mayor en el grupo sin enfermedades gastrointestinales funcionales, la diferencia no fue significativa.

En la subescala de "Restricción por la Salud", los padres regulan la ingesta de alimentos de sus hijos con el propósito de limitar aquellos que son menos saludables, como dulces y alimentos poco nutritivos (17). Esto refleja la preocupación de los padres por evitar proporcionar alimentos que puedan afectar la salud de sus hijos. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en este aspecto, indicando que esta preocupación por la salud a través de la restricción alimentaria es compartida por ambos conjuntos de padres.

La subescala de "Presión" indagó hasta qué punto los padres presionan al niño para que consuma más alimentos por su bienestar (17). En el grupo sin enfermedades, se observó que intentaban que el niño completara su

alimentación hasta que llenara incitándolo a comer un poco más incluso después de que ya se había manifestado satisfecho. Sin embargo, esta observación no proporcionó información relevante para nuestro estudio, y, además, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en este aspecto.

En la subescala de "Enseñanza sobre nutrición", se evaluó cómo los padres emplean técnicas didácticas explícitas para promover el consumo de alimentos saludables (17). En esta sección de la encuesta, se evidenció que ambos grupos de cuidadores utilizan de manera similar técnicas para mejorar la alimentación saludable de sus hijos.

Por último, en la subescala de "Restricción para el control de Peso", los padres supervisaron la ingesta de alimentos de sus hijos con el objetivo de reducir o mantener su peso (17). Se observó un fuerte apego a esta práctica en el grupo de pacientes con enfermedades gastrointestinales. No obstante, no se encontraron diferencias significativas en esta subescala entre ambos grupos. Aunque hay un notable compromiso en el grupo afectado por enfermedades gastrointestinales, la falta de diferencia estadística sugiere que esta práctica puede ser compartida en cierta medida por ambos conjuntos de padres.

Como limitación en este estudio se observó que los grupos no presentaban el mismo número de pacientes debió a que la metodología del estudio no permitía realizar una adecuada distribución; no se da seguimiento a los pacientes encuestados y tampoco se corroboran diagnósticos previos, por lo que para futuros estudios se podría aplicar la encuesta solo en caso de que el paciente presente un trastorno GI. Este estudio sienta las bases para próximos estudios ya que se podría aplicar una estrategia de enseñanza a los cuidadores y evaluar si disminuye el riesgo de presentar trastornos GI después de la estrategia, todo esto en un estudio longitudinal; de esta manera se podría identificar si los hábitos alimenticios del cuidador se relacionan con la presencia de estos trastornos.

CAPÍTULO IX – CONCLUSIÓN

Es evidente que los problemas en los hábitos alimenticios son una realidad en nuestra población, desempeñando un papel crucial en el desarrollo de numerosas patologías actuales. A raíz de esta preocupación, en los últimos años se han implementado protocolos con el propósito de promover y establecer una alimentación adecuada en los niños, especialmente en los países en vía de desarrollo.

Las prácticas de alimentación enseñadas por los padres han experimentado cambios a lo largo de los años debido a las conductas alimentarias de sus hijos. Esto se debe a que los niños a menudo se resisten a consumir alimentos que cumplen con sus necesidades nutricionales, a pesar de que tanto los padres como los hijos son conscientes de la importancia de una alimentación adecuada. No obstante, puede existir un desconocimiento acerca de los efectos a corto y largo plazo que estas prácticas alimenticias puedan generar. Los trastornos gastrointestinales funcionales, al ser tan comunes en nuestra población y carecer de una causa identificada, continúan siendo un desafío para la atención médica. Es crucial poner atención especial a cualquier factor que pueda contribuir a su desarrollo, con el fin de implementar estrategias que ayuden a reducir la prevalencia de estas enfermedades.

En la población de estudio se evidenció que no hay diferencia significativa entre las prácticas de alimentación, sin embargo se logró determinar que existen otros factores a los que les podemos prestar atención como el diagnóstico nutricional del paciente y del cuidador. Las conductas de alimentación que practican los padres tienen una fuerte influencia en los hábitos alimenticios de los niños, Se debe dar educación en este ámbito para lograr disminuir lo más posible esto como factor de riesgo.

CAPÍTULO X – BIBLIOGRAFÍA

1. Backett-Milburn KC, Wills WJ, Roberts M-L, Lawton J. Food, eating and taste: Parents' perspectives on the making of the middle class teenager. *Soc Sci Med* [Internet]. 2010;71(7):1316–23. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.06.021>
2. Ventura AK, Worobey J. Early influences on the development of food preferences. *Curr Biol* [Internet]. 2013;23(9):R401–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cub.2013.02.037>
3. Yee AZH, Lwin MO, Ho SS. The influence of parental practices on child promotive and preventive food consumption behaviors: a systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act* [Internet]. 2017;14(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12966-017-0501-3>
4. Case A, Paxson C. Parental behavior and child health. *Health Aff (Millwood)* [Internet]. 2002;21(2):164–78. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.21.2.164>
5. Musher-Eizenman D, Holub S. Comprehensive feeding practices questionnaire: Validation of a new measure of parental feeding practices. *J Pediatr Psychol* [Internet]. 2007;32(8):960–72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/jpepsy/jsm037>
6. Backett-Milburn KC, Wills WJ, Gregory S, Lawton J. Making sense of eating, weight and risk in the early teenage years: Views and concerns of parents in poorer socio-economic circumstances. *Soc Sci Med* [Internet]. 2006;63(3):624–35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.02.011>
7. Chouliaras G, Kondyli C, Bouzios I, Spyropoulos N, Chrousos GP, Roma-Giannikou E. Dietary habits and abdominal pain-related functional gastrointestinal

disorders: A school-based, cross-sectional analysis in Greek children and adolescents. *J Neurogastroenterol Motil* [Internet]. 2019;25(1):113–22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5056/jnm17113>

8. Korterink J, Devanarayana NM, Rajindrajith S, Vlieger A, Benninga MA. Childhood functional abdominal pain: mechanisms and management. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2015;12(3):159–71. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/nrgastro.2015.21>

9. Bouzios I, Chouliaras G, Chrousos GP, Roma E, Gemou-Engesaeth V. Functional gastrointestinal disorders in Greek Children based on ROME III criteria: identifying the child at risk. *Neurogastroenterol Motil* [Internet]. 2017;29(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/nmo.12951>

10. van Tilburg MAL, Felix CT. Diet and functional abdominal pain in children and adolescents. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* [Internet]. 2013;57(2):141–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/mpg.0b013e31829ae5c5>

11. Dhroove G, Saps M, Garcia-Bueno C, Leyva Jiménez A, Rodríguez-Reynosa LL, Velasco-Benítez CA. Prevalencia de trastornos gastrointestinales funcionales en escolares mexicanos. *Rev Gastroenterol Mex* [Internet]. 2017;82(1):13–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2016.05.003>

12. Cristina Castrillón I, Giraldo Roldán OI. No title [Internet]. *Bvsalud.org*. Universidad de Antioquia; 2014 [citado el 9 de enero de 2024]. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922014000100005&lng=pt&tlng=es.

13. Doaei S, Kalantari N, Gholamalizadeh N, Rashidkhani M. Validating and investigating reliability of comprehensive feeding practices questionnaire. *Zahedan J Res Med Sci (ZJRMS)*. 2013;15(3):42–5.

14. Peralta-Palmezano JJ, Guerrero-Lozano R. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in school children and adolescents. *Korean J Gastroenterol* [Internet]. 2019;73(4):207. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4166/kjg.2019.73.4.207>

15. Flores Peña Y, Ángel García J, Trujillo Hernández PE, Ávila Alpírez H, Gutiérrez Valverde JM. Confirmatory factor analysis of the Comprehensive Feeding Practices Questionnaire in Mexican mothers of preschool children. *Nutr Hosp* [Internet]. 2021; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.03523>

16. Saps M, Moreno-Gomez JE, Ramírez-Hernández CR, Rosen JM, Velasco-Benitez CA. A nationwide study on the prevalence of functional gastrointestinal disorders in school-children. *Bol Med Hosp Infant Mex* [Internet]. 2017;74(6):407–12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bmhmx.2017.05.005>

17. Djazayeri A, Minaie M, Mirzaei K, Heshmat R, Movahedi A, Motlagh A, et al. Revising the comprehensive feeding practices questionnaire used in planning preventive overweight, obesity, and underweight programs for 2–5-year-old children. *Int J Prev Med* [Internet]. 2019;10(1):159. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4103/ijpvm.ijpvm_34_18

CAPÍTULO XI

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Jared Emil Oliván Rosas

Candidato para el Grado de
Especialista en Pediatría

Tesis: TRASTORNOS FUNCIONALES GASTROINTESTINALES EN EL NIÑO
Y SU RELACIÓN CON HÁBITOS ALIMENTARIOS PATERNOS EN
PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. JOSÉ
ELEUTERIO GONZÁLEZ”

Campo de estudio: Ciencias de la Salud

Biografía:

Datos personales: Nacido en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, el 275 de junio de 1996, hijo de Joaquín Emilio Oliván Rangel y Diana Isabel Rosas García.

Educación: En agosto 2013 inicia la Licenciatura de Médico Cirujano y Partero en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León finalizando en julio del 2019.

De agosto del 2019 a julio 2020 realizó su servicio social clínico en el Instituto Mexicano del Seguro Social en la Unidad de Medicina Familiar # 36.

En marzo del 2021 inició sus estudios de posgrado en el programa de Especialización en Pediatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

DR. med. FERNANDO FÉLIX MONTES TAPIA

Secretario Académico del Área Clínica
Facultad de Medicina y Hospital Universitario, UANL
Presente.-

Estimado Dr. Montes Tapia:

Por medio de la presente, hago constar que la tesis titulada **"TRASTORNOS FUNCIONALES GASTROINTESTINALES EN EL NIÑO Y SU RELACIÓN CON HÁBITOS ALIMENTARIOS PATERNOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"**, cuyo autor es el **DR. JARED EMIL OLIVAN ROSAS** del Curso de Especialidad en Pediatría, ha sido revisada por el programa Turnitin, encontrando un 29% de similitud.

Después de la interpretación de los datos, se ha llegado a la conclusión que no existe evidencia de plagio de la tesis.

Quedo a sus órdenes para cualquier duda o aclaración.

Atentamente,
"Alere Flammam Veritatis"
Monterrey, Nuevo León a 15 enero de 2024.

DR. FERNANDO GARCÍA RODRÍGUEZ

Coordinador de Investigación
Departamento de Pediatría

DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA
Av. Francisco I. Madero Pte. y Av. Gonzalitos
Col. Miras Centro C.P. 64460 Monterrey, N.L.
México Apartado 1-4459 Tel.: (81) 8348 5421
Tel. y Fax: 8346 9959



Departamento de Pediatría
Y ESPECIALIDADES, HOSPITAL UNIVERSITARIO, UANL

Tesis

INFORME DE ORIGINALIDAD

29%

INDICE DE SIMILITUD

18%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

19%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Autónoma de Nuevo León Trabajo del estudiante	18%
2	www.nutricionhospitalaria.org Fuente de Internet	1%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
4	www.sciencedirect.com Fuente de Internet	1%
5	archive.org Fuente de Internet	1%
6	www.nutrinfo.com.ar Fuente de Internet	<1%
7	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	<1%
8	issuu.com Fuente de Internet	<1%
9	www.coursehero.com Fuente de Internet	

<1 %

10

zaguan.unizar.es

Fuente de Internet

<1 %

11

patents.google.com

Fuente de Internet

<1 %

12

ri.uaemex.mx

Fuente de Internet

<1 %

13

docplayer.es

Fuente de Internet

<1 %

14

repositorio.tec.mx

Fuente de Internet

<1 %

15

Y. Mónica González, H. Francisca Corona.
"Dolor abdominal recurrente (DAR) o crónico
en niños y adolescentes", Revista Médica
Clínica Las Condes, 2011

Publicación

<1 %

16

www.researchgate.net

Fuente de Internet

<1 %

17

es.slideshare.net

Fuente de Internet

<1 %

18

repositorio.ucv.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

19

prezi.com

Fuente de Internet

<1 %

20	es.scribd.com Fuente de Internet	<1 %
21	www.clc.cl Fuente de Internet	<1 %
22	www.scribd.com Fuente de Internet	<1 %
23	J. Ángel-García, Y. Flores-Peña, P.M. Trejo-Ortiz, H. Avila-Alpirez, J.M. Gutiérrez-Valverde. "Metas maternas, prácticas y consumo de alimentos predictores del índice de masa corporal en preescolares", Enfermería Universitaria, 2020 Publicación	<1 %
24	ispcan.org Fuente de Internet	<1 %
25	www.diccionariosdigitales.com Fuente de Internet	<1 %
26	Revista Aepnya. "63 congreso Nacional de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente", Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, 2019 Publicación	<1 %
27	de.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
28	moam.info Fuente de Internet	<1 %

29	repositorio.furg.br Fuente de Internet	<1 %
30	repositorio.unap.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
31	revistas.pucsp.br Fuente de Internet	<1 %
32	scielo.sld.cu Fuente de Internet	<1 %
33	static.elsevier.es Fuente de Internet	<1 %
34	ww.idg.es Fuente de Internet	<1 %
35	www.actagastro.org Fuente de Internet	<1 %
36	www.paho.org Fuente de Internet	<1 %
37	www.sid.ir Fuente de Internet	<1 %
38	www.uanl.mx Fuente de Internet	<1 %
39	Ana María Rodes Carbonell. "Dispositivos electrónicos impresos sobre sustratos textiles mediante la técnica de flexografía", Universitat Politecnica de Valencia, 2022 Publicación	<1 %

40 Fernandes, A. W. "Outcomes of Inappropriate Prescribing of β -Blockers After an Acute Myocardial Infarction in a Medicaid Population", *The Annals of Pharmacotherapy*, 2005.
Publicación

41 Jessica L. Jáquez, Leslie Lascurain, Ana C. Falcon, Johann R. Montoya. "Obesidad, disbiosis y trastornos gastrointestinales funcionales en edades pediátricas", *NeuroGastroLATAM Reviews*, 2020
Publicación

42 Submitted to Universidad de San Martín de Porres
Trabajo del estudiante

43 cybertesis.unmsm.edu.pe
Fuente de Internet

44 eprints.uanl.mx
Fuente de Internet

45 revistas.unal.edu.co
Fuente de Internet

46 www.eufic.org
Fuente de Internet

47 www.med-estetica.com
Fuente de Internet

www.portaldel9.com.ar

48

Fuente de Internet

<1 %

49

www.scielo.cl

Fuente de Internet

<1 %

50

Carlos Alberto Velasco-Benítez, Claudia Jimena Ortiz-Rivera. "Trastornos gastrointestinales funcionales después de un episodio de dengue no grave sin signos de alarma", *Biomédica*, 2019

Publicación

<1 %

51

link.springer.com

Fuente de Internet

<1 %

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Activo