



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

**RELACION ENTRE BRUXISMO Y ENTEROBIASIS
VERMICULARIS EN NIÑOS DE 3 - 9 AÑOS QUE ACUDEN AL
CENTRO DE SALUD GENERALÍSIMO SAN MARTÍN - MARIANO
MELGAR. AREQUIPA. 2017**

**Tesis presentada por el bachiller:
EDUARDO PINAZO MONTES DE OCA
Para optar el Título Profesional de
Cirujano Dentista**

**AREQUIPA - PERÚ
2017**

DEDICATORIA

Dedico mi trabajo a dios, a mi señora madre y a mis abuelos Ramón y Susana, por su apoyo incondicional, por brindarme la oportunidad y las facilidades que me permiten lograr mis metas.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Alas Peruanas, Filial Arequipa, y su plana docente por permitirme lograr obtener mi título profesional.

A mi asesora de investigación docente de la Escuela Profesional de Estomatología, de la Universidad Alas Peruanas,

Al personal del centro de salud Generalísimo San Martín de Mariano Melgar. Arequipa, y a todas las personas implicadas en la realización de la investigación.

RESUMEN

A lo largo de los años se ha creado mucha controversia alrededor de la relación del bruxismo y la parasitosis. Actualmente se conoce que varios factores pueden estar envueltos en el mecanismo del bruxismo, por lo que se considera que tiene una etiología multifactorial. La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el bruxismo y la Enterobiasis Vermicularis en niños. Se efectuó un estudio transversal prospectivo, de campo y laboratorio, en el cual se evaluó 108 niños de 3 a 9 años que concurrieron al centro de salud Generalísimo San Martín del distrito de Mariano Melgar – Arequipa, durante un periodo de tres meses. La obtención de datos se realizó mediante la observación clínica directa y el estudio de laboratorio, utilizándose como instrumento la historia clínica. Los resultados determinaron que la prevalencia del bruxismo en los niños fue del 35.19%, fueron positivos a Enterobiasis Vermicularis el 17.59% del 100% de los casos evaluados. De 19 (17.59 %) casos positivos a Enterobiasis Vermicularis, 15 (13.89 %) presentaron bruxismo, por lo que se concluye que existe relación altamente significativa ($p < 0.01$) entre el bruxismo y la Enterobiasis Vermicularis.

Palabras clave: Bruxismo, Enterobiasis Vermicularis.

ABSTRACT

Over the years much controversy has been created around the relationship of bruxism and parasitism. Currently it is known that several factors may be involved in the mechanism of bruxism, so it is considered to have a multifactorial etiology.

The objective of the present investigation is to determine the relationship between bruxism and Enterobiasis Vermicularis in children. A prospective, field and laboratory cross-sectional study was carried out, in which 108 children aged 3 to 9 years were evaluated who attended the Generalísimo San Martín health center in the district of Mariano Melgar - Arequipa, during a period of three months. Data was obtained through direct clinical observation and laboratory study, using the clinical history as an instrument. The results determined that the prevalence of bruxism in children was 35.19%, positive for Enterobiasis Vermicularis in 17.59% of 100% of the cases evaluated. Of 19 (17.59%) positive cases of Enterobiasis Vermicularis, 15 (13.89%) presented bruxism, so it is concluded that there is a highly significant relationship ($p < 0.01$) between bruxism and Enterobiasis Vermicularis.

Keywords: Bruxism, Enterobiasis Vermicularis

INDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INDICE	
INDICE TABLAS	
INDICE DE GRAFICOS	
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1.Descripción de la realidad problemática.....	2
1.2. Formulación del problema.....	4
1.3.Objetivos de la investigación.....	4
1.3.1. Objetivo General.....	4
1.3.2. Objetivo Específicos.....	4
1.4.Justificación de la investigación.....	5
1.4.1.Importancia de la Investigación.....	5
1.4.2. Viabilidad de la Investigación.....	6
1.5.Limitaciones del estudio.....	8
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1.Antecedentes de la investigación.....	9
2.2.Bases teóricas.....	13
2.2.1. Bruxismo.....	13
2.2.1.1. Historia.....	14
2.2.1.2. Etiología.....	14
2.2.1.3. Efectos.....	18
2.2.1.4. Síntomas.....	19
2.2.1.5. Diagnóstico.....	20
2.2.1.6. Evolución.....	20
2.2.1.7. Incidencia.....	21
2.2.1.8. Prevención.....	21
2.2.1.9. Tratamiento.....	21
2.2.2. Enterobiasis Vermicularis u oxiurasis.....	22
2.2.1.1. Concepto.....	22
2.2.1.2. Biología.....	23

2.2.1.3. Clasificación.....	23
2.2.1.4. Historia.....	24
2.2.1.5. Síntomas.....	25
2.2.1.6. Diagnostico.....	25
2.2.1.7. Tratamiento.....	26
2.2.1.8. Prevención.....	26
2.2.1.9. Epidemiología.....	27
2.2.1.10. Prevalencia.....	27
2.2.1.11. Parasitología.....	28
2.3. Definición de términos básicos.....	30

CAPITULO III:HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Formulación de Hipótesis Principal y Derivadas.....	31
3.2. Variables: dimensiones e indicadores.....	32
3.2.1. Definición Conceptual.....	32
3.2.2. Definición Operacional.....	33
3.2.3. Matriz Operacional de Variables.....	33

CAPITULO IV:METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Diseño Metodológico.....	34
4.1.1. Tipo de Estudio.....	34
4.1.2. Diseño de la Investigación.....	34
4.2. Diseño Muestral.....	35
4.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	35
4.3.1. Técnica.....	35
4.3.2. Instrumento.....	36
4.3.3. Procedimientos para la recolección de datos.....	36
4.4. Técnicas del procesamiento de la información.....	38
4.5. Técnicas Estadísticas.....	38
4.6. Principios Éticos.....	39

CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1. Análisis descriptivo, tablas de frecuencia y gráficos.....	40
5.2. Análisis, Inferencias, Pruebas estadísticas.....	58
5.3. Comprobación de Hipótesis, técnicas estadísticas empleadas.....	58
5.4. Discusión.....	64
CONCLUSIONES.....	66
RECOMENDACIONES.....	67

FUENTES DE INFORMACIÓN.....	68
-----------------------------	----

ANEXOS

Anexo 1:Carta de Presentación	75
Anexo 2:Constancia de desarrollo de la Investigacion	76
Anexo 3:Consentimiento informado	77
anexo 4:Instrumento de recoleccion de datos.....	78
anexo 5: Matriz de consistencia	90
anexo 6: Fotografías.....	92

ÍNDICE TABLAS

Tabla 1: Distribución por Edad de los de los niños.....	40
Tabla 2: Distribución por sexo de los de los niños.....	42
Tabla 3: Prevalencia de Bruxismo.....	44
Tabla 4: Prevalencia de Enterobius Vermicularis.....	46
Tabla 5: Relación entre Bruxismo y Enterobiasis.....	48
Tabla 6: Relación entre sexo y Bruxismo.....	50
Tabla 7: Relación entre sexo y Enterobiasis.....	52
Tabla 8: Relación entre edad y Bruxismo.....	54
Tabla 9: Relación entre edad y Enterobiasis.....	56

ÍNDICE DE FIGURAS

Grafico 1: Distribución por Edad de los de los niño41
Grafico 2: Distribución por sexo de los de los niños.43
Grafico 3: Prevalencia de Bruxismo.....	45
Grafico 4: Prevalencia de Enterobius Vermicularis.....	47
Grafico 5: Relación entre Bruxismo y Enterobiasis.....	49
Grafico 6: Relación entre sexo y Bruxismo.....	51
Grafico 7: Relación entre sexo y Enterobiasis.....	53
Grafico 8: Relación entre edad y Bruxismo.....	55
Grafico 9: Relación entre edad y Enterobiasis.....	57

Introducción

Los estímulos intrínsecos o extrínsecos que rodean al ser humano producen una variedad de reacciones en el paciente que pueden inducirlo al desarrollo de comportamientos repetitivos, no siempre conscientes, pero si inadecuados, como el Bruxismo, que es considerado uno de los hábitos mas generalizados¹, que puede afectar a adultos y a niños.

A lo largo de los años se ha creado mucha controversia alrededor de la etiología del bruxismo y el apretamiento de los dientes, actualmente se considera que varios factores pueden estar envueltos en su mecanismo. Una etiología multifactorial², implica su importancia relativa.

Una revisión de la literatura pediátrica sobre el tema del bruxismo en niños es muy escasa. Algunos autores mencionan al bruxismo como sintomatología asociada a la parasitosis intestinal. En el Perú, la parasitosis intestinal tiene alta prevalencia, determinándose que uno de cada tres peruanos es portador de uno o más parásitos en el intestino³. La permanente consulta de los padres por el rechinar de los dientes de sus hijos, la escasa literatura en niños sobre el tema y la teoría actual de una etiología multifactorial del bruxismo, permitió el estudio sobre el bruxismo y la Enterobiasis Vermicularis.

El objetivo principal de la presente investigación fue determinar la relación entre el bruxismo y la Enterobiasis Vermicularis en niños de 3 - 9 años, que acudieron al Centro de Salud Generalísimo San Martín, en el periodo de Diciembre del 2016 a Febrero del 2017. Investigación no experimental, de campo, cuyos datos se obtuvieron directamente de la observación clínica, y del estudio de laboratorio.

Mediante el análisis e interpretación de los resultados, se concluyó que existe relación altamente significativa ($p < 0.01$) entre ambas variables, de 19 casos (17.59 %) positivos a Enterobiasis, 15 presentaron bruxismo (13.89 %).

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 .Descripción de la realidad problemática

A través de la historia de la humanidad, se ha hecho referencia al acto conocido hoy como Bruxismo, el cual se ha incrementado en el número de casos con el correr del tiempo debido a los diferentes estímulos a los cuales el hombre es sometido durante su desarrollo psicosocial⁴.

La prevalencia del bruxismo en niños es muy variada, reportándose en una población pediátrica de Hong Kong 8,5% y en niños americanos 38%; en Sudamérica se han encontrado porcentajes aún mayores, así en Brasil 43%² y según Delgado C. en Perú 69,8%, no encontrándose diferencias por sexo; pero sí, por edad; siendo más frecuente en jóvenes y disminuyendo en edades mayores⁵.

A lo largo de los años se ha creado mucha controversia alrededor de la etiología del bruxismo y el apretamiento de los dientes, actualmente se considera que varios factores pueden estar envueltos en el mecanismo del bruxismo. Una etiología multifactorial, implica su importancia relativa, por lo que varía para cada individuo². Como bien señala Gamboa M. et al⁶, existe una carencia de estudios controlados que traten de demostrar de una manera consistente y directa, la relación causa efecto entre el bruxismo y la causa específica que lo produce.

El bruxismo es un hallazgo muy común en niños. Las entrevistas con los padres de los niños, sugieren que bruxan entre el 20% y el 38%². A menudo, los padres se preocupan mucho por el rechinar de dientes de sus hijos durante el sueño y acuden a la consulta bastante disgustados, suelen

pedir consejo o tratamiento odontológico. Una revisión de la literatura pediátrica sobre el tema del bruxismo en niños es muy escasa. Algunos autores mencionan al bruxismo como sintomatología asociada con parasitosis intestinal. En el Perú, la parasitosis intestinal tiene alta prevalencia, determinándose que uno de cada tres peruanos es portador de uno o más parásitos en el intestino⁷. El *Enterobius Vermicularis* es un Helminto que genera infección intestinal, la cual se le conoce como oxiuriasis o Enterobiasis, es una infección cosmopolita, principalmente en países en desarrollo, afectando de manera especial a la población infantil. La situación en América Latina es poco alentadora con respecto a esta infección, los reportes indican que presenta una prevalencia entre 28% y 57.79%. Hay informes de prevalencias de infección por *Enterobius Vermicularis* entre el 6,1% y 58 % en Chile, 4% y 43,4 % en Argentina, del 42 % en Perú, 28 % en Cuba, 19,1 % en Venezuela y en algunas zonas del Brasil del 4 %⁸. El *Enterobius Vermicularis* es un tipo de parasito, que se desenvuelve en condiciones de hacinamiento; por ejemplo, en centros de cuidado de niños y colegios. Los infectados Clínicamente pueden ser asintomáticos o sintomáticos¹.

Diversos estudios señalan que los niños en edad preescolar, son más propensos a adquirir infecciones parasitarias como la Enterobiasis (oxiuriasis), debido a la práctica de hábitos higiénicos inadecuados. Otros estudios también señalan que el *Enterobius Vermicularis* disminuye los niveles de oligo-elementos tales como cobre, zinc y magnesio, cuyas deficiencias por lo común se encuentran asociadas estrechamente al deterioro del crecimiento y desarrollo pondoestatural, deterioro de la respuesta inmune y de la capacidad intelectual⁵.

Actualmente, en nuestro país es política del gobierno mejorar el estado nutricional de los niños, por lo que a través de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud se tiene como estrategia sanitaria la desparasitación masiva de la población, especialmente la de los niños. En nuestro medio se

efectúa tal trabajo pero no se conoce epidemiológicamente el número de casos específicos afectados por el *Enterobius vermiculares* y no se encuentra literatura que refiera si el bruxismo es una de sus manifestaciones.

1.2. Formulación del problema

¿Existe relación entre el bruxismo y la Enterobiasis Vermicularis, en niños de 3 - 9 que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín - Mariano Melgar Arequipa. 2017?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo General:

- ❖ Determinar la relación entre el bruxismo y la Enterobiasis Vermicularis, en niños de 3 - 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín – Mariano Melgar. Arequipa. 2017.

1.3.2 Objetivos Específicos:

- ❖ Determinar la Prevalencia del bruxismo en niños de 3 - 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín - Mariano Melgar. Arequipa. 2017.
- ❖ Determinar la Prevalencia de Enterobiasis Vermicularis en niños de 3 - 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín – Mariano Melgar. Arequipa. 2017.

- ❖ Determinar la relación de la edad y la prevalencia del Bruxismo en niños de 3 a 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín - Mariano Melgar. Arequipa. 2017.
- ❖ Determinar la relación de la edad y la prevalencia de la Enterobiasis Vermicularis en niños de 3 a 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín - Mariano Melgar. Arequipa. 2017.
- ❖ Determinar la relación del sexo y la prevalencia del Bruxismo en niños de 3 a 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín - Mariano Melgar. Arequipa. 2017.
- ❖ Determinar la relación del sexo y la prevalencia de la Enterobiasis Vermicularis en niños de 3 a 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín - Mariano Melgar. Arequipa. 2017.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Importancia de la investigación

En nuestro país como política de estado actualmente se efectúa la desparasitación de la población de menores recursos sin un estudio epidemiológico local que indique el número de casos positivos a parasitosis ni mucho menos a *Enterobius Vermiculares*, por lo que la presente investigación tiene relevancia epidemiológica y social acorde con el contexto actual.

La importancia de la investigación, también la da su originalidad, al no existir antecedentes nacionales ni locales sobre el tema. y ser escasa la bibliografía sobre bruxismo en niños.

La prevención es la piedra angular de la atención médica en el mundo actual⁹ acorde con ello los datos obtenidos en el presente estudio contribuirán con la prevención oportuna del bruxismo por Enterobiasis Vermicularis en la población infantil.

El presente trabajo también es de importancia, porque servirá de como base teórica y epidemiológica para futuras investigaciones.

1.4.2. Viabilidad de la investigación

El interés investigativo sobre la problemática planteada es una alternativa viable, ya que la población se encuentra al alcance del estudio y el investigador cuenta con la disponibilidad de recursos financieros, humanos, y materiales para el logro de los objetivos de la investigación.

Recursos:

A) Humanos:

Investigador: Eduardo Pinazo Montes de Oca.

Asesor: Mg. Odontopediatra Gloria E. Montes de Oca Aparicio

Colaboradores:

- Personal Asistencial del Centro de Salud Generalísimo San Martín.
- Pacientes Niños de 3 a 9 años, padres y/o tutores de los menores.

B) Financieros:

El presente trabajo de investigación fue financiado en su totalidad por el investigador.

C) Materiales:

- Ficha de recolección de datos
- Ficha de consentimiento Informado
- Historia clínica
- Orden de laboratorio y la ficha Instructiva para la obtención de muestra
- Espejo bucal
- Guantes
- Barbijo
- Gorro
- Mandilón
- Materiales de laboratorio: Microscopio Óptico, lamina portaobjetos
- Cinta Adhesiva
- Papel Kraft
- Material de escritorio

D) Institucionales:

Red de Salud Arequipa – Caylloma, Centro de Salud Generalísimo San Martín, Mariano Melgar; Ministerio de Salud.

1.5. Limitaciones del estudio

Las limitaciones de la investigación están orientadas al cumplimiento de los objetivos planteados y se reflejaron:

En el ámbito y población: La investigación se efectuó en una población que por la edad (3 a 9 años); es altamente dependiente de los padres, por lo que recurrimos a su disponibilidad para la obtención de las muestras.

En el aspecto teórico: La escasa bibliografía de trabajos similares nos limitó en los antecedentes y la discusión.

En el aspecto metodológico: Es un trabajo de investigación enmarcado dentro de los estudios relacionales. Por la intervención directa de la madre de familia en la obtención de la muestra, existieron algunos aspectos difíciles de controlar.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de la investigación

➤ Antecedentes Internacionales:

Hernández Aliaga, Manuel. ESTUDIO SOBRE EL BRUXISMO Y UNA NUEVA PRUEBA DE ESFUERZO. TESIS DOCTORAL. DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGÍA, ESTOMATOLOGÍA, RADIOLOGÍA Y MEDICINA FÍSICA. FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE MURCIA. 2010¹⁰. Tras el estudio de una muestra de 91 individuos estudiantes de odontología en Murcia - España, y comparada con estudios realizados por otros autores se llegó a las siguientes conclusiones. El bruxismo tiene una alta prevalencia de 73% en la población y afecta a los dos géneros. Los antecedentes familiares están presentes en el bruxismo. Los pacientes bruxistas presentan al menos un signo o síntoma relacionado con desórdenes témporomandibulares.

Strainjeri, Mirna; Silva, Ivana; Yanira, Monges; Morales, Miguel. PARASITOSIS INTESTINALES EN ALUMNOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA CARABOBO: BELÉN, MUNICIPIO CARLOS ARVELO; ESTADO CARABOBO. VENEZUELA. JUN. 2009¹¹. Las Parasitosis Intestinales afectan a las personas, especialmente en áreas tropicales y subtropicales, considerándose un problema de Salud Pública. Con una prevalencia global de 82,25% de parasitados, la Blastocystis Hominis predominó con 55,91%, Áscaris lumbricoides con 30,64%. Las parasitosis sobresalieron en el sexo masculino (44,62%) El 49,46% habitaban en domicilios formales; el 45,75% compartían habitación con menos de 3 personas y 65,59% consumía agua sin tratar. El 46,24 % de los escolares refirió prurito anal y 46,77% bruxismo. La mayoría de

los escolares masculinos resultaron parasitados, con alta prevalencia de protozoarios seguida de las helmintiasis, el consumo de agua sin tratar se consideró fuente de transmisión de las parasitosis.

Grenier Almeyda, Gustavo E.; Rodríguez Ortiz, Grisell ; Grenier Almeyda, Ernesto M. ; Almeyda González, Lourdes I. ; Sánchez Aedo, Roberto. FRECUENCIA POR PARASITOSIS INTESTINAL EN LA POBLACIÓN DEL BARRIO LOS COCOS, MUNICIPIO SUCRE, ESTADO ARAGUA, VENEZUELA. AÑOS 2005-2006¹².

Se estudiaron 320 pacientes (100% de la población) que asisten al consultorio médico de Los Cocos, municipio de Sucre, estado de Aragua, República Bolivariana de Venezuela, con el propósito de analizar la incidencia de parasitismo intestinal. Se procesaron las muestras de heces fecales mediante tres métodos coproparasitológicos en los que se demostró que de los 320 pacientes atendidos, 230 padecían enfermedades parasitarias con una tasa de incidencia de 71.9%, resultado que muestra un alto índice de infección por parásito, siendo la más afectada la población que comprende entre 15 y 19 años de edad con una tasa de 100 %, los de 1 a 4 años con una tasa de 84.4 % y los de 5 a 9 años con una tasa de 76.6 %. Los parásitos encontrados fueron: oxiuro en 75 pacientes, amebas en 50 pacientes, Giardia Lamblia en 33 pacientes, Áscaris Lumbricoides en 52 pacientes y Angiostrongiloides en 20 pacientes. No se encontraron pacientes poliparasitados.

Cazorla, Dalmiro J.; Acosta, María E.; Zárraga, Anavelín; Morales, Pedro. ESTUDIO CLÍNICO-EPIDEMIOLOGICO DE ENTEROBIASIS EN PREESCOLARES Y ESCOLARES DE TARATARA, ESTADO FALCÓN, VENEZUELA, 2006¹³. Durante Julio y Noviembre 2004, se realizó un estudio para determinar los perfiles clínicos y epidemiológicos de Enterobiasis en 100 preescolares (2-5 años) y escolares (6-12 años) de Taratara, Estado Falcón, Venezuela. El análisis de los resultados reveló una prevalencia global de 45%,

no detectándose diferencias estadísticamente significativas entre sexos ni edad. El prurito anal fue la manifestación clínica más frecuentemente observada, y la única significativamente asociada con la Enterobiasis.

➤ **Antecedentes Nacionales:**

Baldeón Sifuentes, Cindy; del Castillo López, César; Balarezo Razzeto, José A.; Evangelista Alva, Alexis; Sánchez Borjas, Pablo; Velásquez Sánchez, José I. BRUXISMO Y PARASITOSIS INTESTINAL EN NIÑOS DE 4 A 6 AÑOS DE EDAD EN LA BREA (TALARA, PIURA) PERÚ¹⁴. Estudio transversal, analítico donde el 65,22% de los niños tuvo bruxismo, este fue más frecuente en niños de 5 años de edad. El 30.4% de los niños tuvieron resultados positivos de parasitosis intestinal, siendo mayor el porcentaje de niñas afectadas. Los parásitos más frecuentes fueron: Giardia Lambria y Áscaris lumbricoides. No se encontró Enterobius Vermicularis. No se observó diferencias significativas entre parasitosis y tipo de parásito encontrado, según sexo.

Delgado Nava, Claudia C. RELACIÓN ENTRE EL BRUXISMO Y PARASITOSIS INTESTINAL EN NIÑOS PRE-ESCOLARES DE 4 A 6 AÑOS DE CEI N° 301 DEL DISTRITO DE BUENOS AIRES, PROVINCIA DE MORROPÓN. DEPARTAMENTO DE PIURA. LIMA: UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA. FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA. 2002⁵. En su estudio encontró que la prevalencia de bruxismo en los pre-escolares fue de 69 84% correspondiendo un 34,92% para el género masculino y un 34,92% para el femenino, y de parasitosis intestinal el 52.39%, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre dichas variables y las covariables edad y género.

Rodríguez, Jorge; Calderón, José. PARASITOSIS INTESTINAL EN PRE-ESCOLARES DE TARAPOTO. 1991¹⁵. Se realizaron exámenes de heces en 110 pre-escolares del Pueblo Joven " Nueve de Abril " Tarapoto. Se encontró

el 99.18 % de pre-escolares con parasitismo intestinal, sin diferencia en cuanto a sexo. Los parásitos más frecuentes fueron: *Ascaris lumbricoides* (68.18 %), *Trichuristrichuira* (43.64 %), *Enterobius Vermicularis* (28.18 %), *Hymenolepis nana* (20.91 %) y *Strongyloides stercoralis* (16.36 %). La monoparasitosis estuvo presente en 44.44% y biparasitosis en 41.67 %.

➤ **Antecedentes Locales:**

Marco Delgado, Manuel; Martínez, Elí. PREVALENCIA DE OXIURIASIS EN ESCOLARES DE AREQUIPA DURANTE 1994¹⁶. Se realizaron estudios a 122 escolares, se les aplicó en una oportunidad la prueba ara cada alumno. La prevalencia general de oxiurasis fue de 56,56%, con lig de Graham, anotando los datos en la ficha epidemiológica correspondiente pera predisposición en el sexo masculino (50,72%) que en el femenino (49,27%). Además, el 71,31 % presentó sintomatología, siendo el 52,87% casos positivos y 47,13% negativos para la prueba de Graham. Así mismo, el 94,26% de personas estudiadas duermen acompañadas, con índice de hacinamiento de 1,1 a más, en los que la prevalencia de infección por *Enterobiasis Vermicularis* fue de 58,26%.

Ticona Bayta, Larysa Joselyn. "DETERMINAR LA PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DEL PARASITISMO INTESTINAL EN ESCOLARES DEL DISTRITO DE CABANACONDE, PROVINCIA DE CAYLLOMA-AREQUIPA, 2015"¹⁷. Se analizaron 135 muestras coprológicas en los Laboratorios de Parasitología de la Facultad de Medicina de la UNSA mediante el método de Telemán modificado; se utilizó fichas epidemiológicas. Los resultados fueron procesados mediante el programa estadístico Statgraphics. La prevalencia de parasitismo intestinal fue 82,22%, destacando *Giardialamblia* con 19,26%, *Hymenolepis nana* 10,37%, *Entamoeba histolytica* 9,63%, *Enterobius Vermicularis* 1 ,48%; y dentro de los protozoos comensales *Entamoeba coli* y *blastocystis hominis* con 60%, *Endolimax nana* 19,26%, *Iodamoeba butschli* y *Chilomastixmesnilli* 9,63% y 7,41% respectivamente.

2.2. Bases teóricas:

2.2.1. Bruxismo:

El Bruxismo, es la actividad para funcional más relatada, según el Dorland's Illustrated Medical Dictionary¹⁸.

Según Pinkham el Bruxismo es el hábito de rechinar los dientes a menudo, mientras el niño duerme, no obstante algunos niños lo realizan de día¹⁹.

Para Okeson², es la hiperactividad muscular parafuncional (no funcional), que incluye el apretamiento o rechinamiento de los dientes (denominado bruxismo). Es una enfermedad generalizada cuyas secuelas en cada uno de los componentes del sistema gnático son muy perjudiciales y es una de las causas primordiales para la destrucción de parte o todo el aparato masticatorio. Donde uno de los más grandes factores que pueden influir en la actividad bruxística, es la tensión emocional².

Bezerra Da Silva⁹ considera el bruxismo como un hábito para funcional.

Según Antonio Rey Gil "Es importante considerar que la mayoría de los estudios utiliza como principal criterio para su definición los movimientos mandibulares y rechinamiento dentario"²⁰.Entretanto, vale recordar que las excitaciones del Sistema Nervioso Central generan reacciones musculares que pueden ser intensas, resultando en hiperactividad, incoordinada la interacción entre aumento de actividad y la incoordinación muscular, puede resultar en para función²⁰.

Echeverri & Sencherman⁴ definen el bruxismo como un acto compulsivo de apretar y rechinar los dientes, ya sea en forma consciente o inconsciente, causado por una combinación de problemas relacionados

con desarmonías oclusales y factores psíquicos de origen psicosomático.

2.2.1.1. Historia:

A través de la historia de la humanidad, se ha hecho referencia al acto conocido hoy como Bruxismo, el cual se ha incrementado con el correr del tiempo debido a los diferentes estímulos a los cuales el hombre es sometido durante su desarrollo psicosocial²¹.

Tal vez la primera referencia del bruxismo se encuentra en Mesopotamia. Entre los años 3,500 y 3,000 a.C. En Sumeria, sus habitantes desarrollaron una civilización avanzada. Muchos de sus escritos en forma de cuña (letras cuneiformes) en tabletas de barro han sobrevivido en las ruinas de la biblioteca real del rey Asirio. De la información que dan estas tabletas se obtiene el conocimiento actual de la medicina y odontología en Mesopotamia.

Desde entonces se han utilizado variedad de terminología para designar el rechinar dentario no funcional como: “Hábitos Oclusales Neuróticos” propuesto en 1928 por Thishler²¹. El término bruxomanie aparece por primera vez en 1907, derivado del francés sugerido por Marie y Pietkiewicz²².

2.2.1.2. Etiología:

Actualmente, se observa en la literatura controversias al respecto de su etiología, prevalencia, extensiones clínicas y formas de control, análisis de la evolución de estos estudios

demuestra que, durante mucho tiempo el Bruxismo ha sido considerado como una manifestación oral poco significativa, evaluaciones y relatos actuales, indican que esta manifestación puede estar asociada a numerosas condiciones clínicas²³.

En los primeros tiempos, los odontólogos estaban bastante convencidos de que el bruxismo estaba relacionado directamente con las interferencias oclusales. Por tanto, los tratamientos iban dirigidos a la corrección de las condiciones de la oclusión. Estudios posteriores no apoyaron el concepto de que los contactos oclusales prematuros provocarían episodios de bruxismo².

Un factor que parece influir en la actividad bruxista es el estrés emocional que se procesa durante el sueño. Los estudios iniciales que monitorizaron los niveles de actividad bruxista nocturna mostraban un patrón temporal fuertemente asociado con sucesos estresantes². Las situaciones breves de estrés en el entorno familiar o laboral también pueden exteriorizarse mediante el bruxismo².

Sobre la causa del bruxismo Mc Donald indica que este guarda relación con la anorexia nerviosa y la bulimia, y sostiene que la pérdida de estructura dentaria se asocia a las penurias de la enfermedad que predisponen al paciente a desarrollar el bruxismo²³.

El bruxismo es un hallazgo muy común en niños. Las entrevistas con los padres sugieren que los niños bruxan entre el 20% y 38%². A menudo, los padres oyen rechinar a sus hijos durante el sueño y se preocupan mucho; por lo que acuden a consulta bastante disgustados y suelen pedir consejo o tratamiento al odontólogo. Los datos sobre niños son muy

escasos. Se acepta generalmente que, aunque el bruxismo es habitual en niños, no suele asociarse a síntomas. Una revisión de la literatura pediátrica sobre el tema del bruxismo y de los Tratamientos Témporo mandibulares revela que no existe evidencia que pueda preocupar. Aunque los niños pequeños suelen mostrar desgastes en los dientes deciduos, esto raramente se asocia con dificultades para masticar o con quejas de disfunción masticatoria. En un estudio de 126 niños de 6 a 9 años que bruxaban, sólo 17 seguían rechinando los dientes 5 años después y no presentaban síntomas asociados². Este estudio concluyó que el bruxismo en niños es un fenómeno auto limitante que no está asociado a síntomas significativos y que no está relacionado con un riesgo mayor de bruxismo cuando alcanza la edad adulta².

Una etiología multifactorial implica que varios factores pueden estar envueltos en el mecanismo del bruxismo; su importancia relativa, por lo tanto, varía para cada individuo, esto implica, el identificar y establecer el potencial de estos factores, clasificados como factores de riesgo. A pesar de estas grandes modificaciones conceptuales, aún existe falta de criterios diagnósticos bien elaborados y de una exacta definición de bruxismo. De esta forma, a medida que, diferentes factores, estén presentes en la base etiológica del bruxismo, en general, envueltos al mismo tiempo, evaluaciones aisladas casi siempre son insuficientes para una definición diagnóstica y abordaje clínico más seguro⁵.

Bezerra da Silva sostiene que la tensión emocional crónica o ansiedad en ausencia de peligro físico, puede ser desencadenante de respuestas autónomas que contribuyen a

cuadros patológicos. Entre ellos la hipertensión, úlcera gástrica, cefalea tensional crónica y bruxismo. También cita que la literatura separa como otras causas principales del bruxismo a la maloclusión, hábitos orales, deficiencias temporomandibulares⁹.

Echeverri & Sencherman⁴ clasifica la etiología del bruxismo de acuerdo a tres factores muy importantes, que sólo ó en combinación pueden dar lugar a este tipo de actividad:

- Factores Psicológicos:
- Factores Externos:

Se encuentran relacionados a aspectos negativos dentro de los parámetros normales de oclusión:

- ✓ Contactos prematuros en los movimientos de cierre.
- ✓ Interferencias oclusales en movimientos excéntricos especialmente, contactos en balanza y restauraciones defectuosas que sean responsables de la pérdida de armonía en la relación oclusal normal.

- Factores Internos:

Se consideran algunas anomalías sistémicas como:

- ✓ Deficiencias nutricionales.
- ✓ Índices deficitarios de calcio.
- ✓ Hipovitaminosis.
- ✓ Disturbios gastrointestinales.
- ✓ Parasitismo.
- ✓ Alteraciones de la presión sanguínea.

2.2.1.3. Efectos:

El bruxismo como hábito para funcional puede afectar la articulación temporomandibular generando dolor y disfunción⁹:

Alteración de la función muscular que puede manifestarse con fatiga del músculo por mayor producción y acúmulo de ácido láctico, lo que causara irritabilidad del músculo y por consiguiente dolor, como acto reflejo de protección frente al dolor se alterara la posición mandibular.

Dolor en la región de la articulación temporomandibular: Los tejidos en la parte posterior de la articulación (zona bilaminar) son muy inervados y vascularizados y cuando la mandíbula se dirige en sentido posterior es posible que el cóndilo cause microtraumas. La respuesta inflamatoria causa dolor y limitación en los movimientos mandibulares.

Limitación de la apertura: La apertura bucal es confortable, cuando no es limitada por deficiencia temporomandibular, la máxima distancia interincisal en niños puede llegar hasta 40 mm a más, en niños menores de 10 años valores de 25 -34 son considerados como restricción severa y menor de 35 como moderada⁹.

Incoordinación mandibular: Durante la función masticación normal existe un mecanismo de autoprotección operando junto con la coordinación refleja, mecanismo inducido por el control táctil y por los propioceptores. Este mecanismo no opera durante el sueño y como resultado el sistema Estomatognático no está protegido.

Facetas de desgaste dental: El efecto del bruxismo sobre los dientes depende de varios factores tiempo, intensidad,

localización de los dientes, posición del diente en el arco, grado de dureza, y calcificación, altura y angulación cúspidea, movilidad de contactos proximales. El esmalte es la primera estructura en recibir las fuerzas del bruxismo, ocasionando las facetas de desgaste, las que ocurren por fricción.

Los efectos del bruxismo pueden también manifestarse como cefaleas matinales, disturbios del sueño con actividad muscular alterada y fluctuaciones de los niveles de oxígeno que pueden contribuir al aumento de los dolores orofaciales, presión sanguínea y temperatura intracraneana⁹.

2.2.1.4. Síntomas:

Los afectados raramente perciben que rechinan o presionan los dientes. Tampoco perciben los síntomas porque se producen en la mayoría de los casos de forma inconsciente durante la fase de sueño. Solo cuando rechinar los dientes que supera un punto determinado, pueden aparecer tensiones o endurecimiento de la musculatura facial. En ocasiones duelen los dientes, las articulaciones maxilares, la cara, las sienes y los oídos. En determinados casos el dolor se puede producir en toda la cabeza.

Si el rechinar de dientes se prolonga en el tiempo, las tensiones además, pasar a la zona de la nuca y los hombros. Si el bruxismo es leve, se pueden observar señales de desgaste (llamadas facetas esmeriladas o abrasiones) en los dientes. Si rechinar los dientes se convierte en un hábito marcado, los dientes pueden volverse sensibles o aflojarse. Las coronas

desgastadas se hace visibles; en el peor de los casos el diente se puede partir longitudinalmente¹.

2.2.1.5. Diagnóstico:

El dentista diagnostica bruxismo en adultos a partir de las consecuencias características visibles en la dentadura como las señales de desgaste en los dientes, desgaste de las coronas y el aumento de la musculatura de masticación. Si se evidencia este tipo de alteraciones, la enfermedad ya se encuentra en una fase avanzada².

Más favorable es que el cónyuge del afectado perciba el rechinar con los dientes durante la noche y se lo comunique al afectado. En este caso se puede actuar antes de que se produzcan lesiones en los dientes².

El dentista diagnostica bruxismo en niños a partir del desarrollo de la historia clínica o cuando el padre o la madre acuden a la consulta por el rechinar nocturno de dientes de su hijo, o clínicamente por el desgaste oclusal de las molares en infantes.

2.2.1.6. Evolución:

Si el bruxismo se prolonga en el tiempo, pueden producirse daños. Los daños odontológicos más serios se pueden prevenir si se logra controlar de forma consciente el bruxismo, controlar activamente el rechinar y presionar de los dientes. Llevar de forma consecuente una férula oclusal puede evitar los daños de la dentadura.

Especialmente al principio es difícil prestar suficiente atención a los movimientos de masticación y a la postura de las mandíbulas. Con el tiempo la mayoría de las personas se acostumbra a vigilar constantemente sus dientes¹.

2.2.1.7. Incidencia:

Rechinar o presionar los dientes (bruxismo) es un fenómeno muy extendido entre la población. Cada dos niños de doce años presentan daños en sus dientes debido al rechinar de dientes. Casi todos los adultos presentan señales de desgaste en los dientes producido por bruxismo anterior²⁰.

Aproximadamente el 80% de todas las personas con enfermedades del periodonto también tiende a padecer bruxismo, con todo, solo entre el 10 y 20% de los afectados son conscientes de su bruxismo²⁴. Presionar con los dientes se percibe con mayor frecuencia que rechinar los dientes.

2.2.1.8. Prevención:

El estrés psíquico, considerado uno de los factores desencadenantes del bruxismo se puede prevenir. Las técnicas de relajación permiten procesar el estrés²¹.

2.2.1.9. Tratamiento:

Dado que el bruxismo es de etiología multifactorial, para su tratamiento es importante y esencial reconocer todos los factores que inician esta condición. El tratamiento debe ir

dirigido a eliminar todos los factores etiológicos que influyen en este hábito disfuncional¹.

Para Echeverri & Sencherman⁴, el ajuste oclusal es una de las terapias oclusales que se han utilizado desde hace mucho tiempo, para obtener una armonía de los dientes y las arcadas como un todo.

Se puede definir como un procedimiento correctivo de los contactos interoclusales, tendientes a conseguir y mantener la centricidad mandibular.

Comprende básicamente⁴:

- El acoplamiento de los dientes anteriores⁴.
- El tallado selectivo en los dientes posteriores⁴.

2.2.2. Enterobiasis Vermicularis u oxiuriasis

2.2.2.1. Concepto:

La Enterobiasis es una infestación provocada por el *Enterobius Vermicularis*, denominado también *Oxyuris Vermicularis*, Pinworm the adworm, Parasitosis cosmopolita de tipo familiar, producida por el nematodo *Enterobius Vermicularis*²⁵.

Enterobius Vermicularis es un nematodo parásito del intestino grueso, que se localiza en el ciego y apéndice, cuyas hembras, de 1 cm de longitud aproximadamente, migran de noche a la región anal para poner huevos, las cuales después de poner 1000 huevos mueren, provocando un intenso prurito anal²⁶.

La enfermedad se conoce también como oxiurasis, en referencia a la familia Oxyuridae a la que pertenece el género Enterobius. Es uno de los parásitos intestinales más frecuentes. Conocido vulgarmente en Chile como “pidulle”, originando síntomas diversos entre los que destacan el prurito anal y manifestaciones nerviosas²⁷.

2.2.2.2. Biología:

Enterobius Vermicularis es un gusano pequeño de color blanquecino, delgado como un hilo; tienen dimorfismo sexual; el macho mide 0.5 cm de largo y la hembra 1 cm con un diámetro de 0.4 - 0.6 mm, respectivamente.

Su extremo anterior presenta una expansión cuticular, la cual se puede llenar con fluidos tisulares, sirviendo como órgano de fijación del verme. Su tubo digestivo se inicia en la boca, que presenta labios y se continúa con un esófago potente y el intestino. Su extremo posterior es aguzado, por este motivo se denomina oxyuris, que significa cola aguzada. El extremo posterior del macho está enrollado en sentido ventral y presenta una espícula. El extremo posterior de la hembra es recto y termina en una punta alargada fina²⁷.

2.2.2.3. Clasificación:

Pertenece al²⁷:

- Reino: Animalia
- Phylum: Nematoda
- Clase: Secernentea

- Orden: Ascaridoidea
- Familia: Oxyuridae
- Género: Oxyuris
- Especie: Vermicularis Especie: Gregorii

2.2.2.4. Historia:

Huevos de *Enterobius Vermicularis* han sido encontrados en coprolitos humanos de 7, 800 años a.C. de la Cueva del Peligro de Utah (EUA) ²⁷. En diferentes sitios arqueológicos se han hallado coprolitos con huevos del parásito; la mayoría provienen de EUA, dos sitios de Chile²⁷, y uno de cada uno de estos países: Perú, México, Alemania, Dinamarca y Argentina. También se han observado en una momia china de la dinastía Han²⁷. En los antiguos escritos de Hipócrates (430 a.C.) ya se hace mención al oxiuro.

La observación de oxiuros en material arqueológico, fuera del Nuevo Mundo, ha sido escasa por razones aún no conocidas. Se ha postulado la hipótesis de que el parásito no es originario de América y que llegó por tierra a través de Beringia (Unión de Asia y América, 18 000 000 de años atrás).

Los oxiuros pudieron seguir esta ruta, ya que no dependen, a diferencia del resto de los helmintos, de condiciones climáticas y características del suelo para mantener su ciclo vital. La sobrevivencia de los demás helmintos habría sido imposible por las frías temperaturas de las regiones del norte²⁷.

2.2.2.5. Síntomas:

Los síntomas de la infección por oxiuros incluyen:

- Dificultad para dormir debido al prurito que ocurre durante la noche.
- La sintomatología más característica es prurito anal (Picazón intensa alrededor del ano).
- Irritabilidad causada por la picazón y la interrupción del sueño.
- Irritación e infección de la piel alrededor del ano debido al rascado constante.
- Irritación o molestia vaginal en niñas pequeñas (en caso de que un oxiuro adulto entre en la vagina en vez del ano).
- Pérdida del apetito y de peso, poco común, pero puede ocurrir en infecciones severas²⁸.

2.2.2.6. Diagnóstico:

La mejor manera para diagnosticar esta infección es hacer la prueba de la cinta. El mejor momento para hacer esto es en la mañana antes del baño, ya que los oxiuros ponen sus huevos en la noche²⁸.

Para el diagnóstico parasitológico de la Enterobiasis humana se pueden emplear varios métodos para buscar, ya sean los adultos y/o larvas del verme o sus huevos. En este sentido, se puede recuperar los huevos en el material subungueal o en la

región perianal/perineal. En tanto que los estadios larvales y adultos de ambos sexos se pueden obtener después de aplicar tratamiento antihelmíntico, o de las hembras durante las noches en la región perianal/perineal²⁹.

2.2.2.7. Tratamiento:

Puede tratarse con Pamoato de Pirantel, Piperizina, Albendazol o más comúnmente, con Mebendazol. La prevención incluye ducharse diariamente y lavarse bien las manos después de defecar y antes de cada comida para evitar la reinfestación. Toda la ropa contaminada (pijamas, ropa de cama, ropa interior) debe lavarse diariamente. Se recomienda repetir el tratamiento a las dos semanas.

Es probable que más de un miembro de la familia esté infectado, así que a menudo se le hace tratamiento a todos en la casa. Generalmente se administra otra dosis después de 2 semanas. Esto elimina los huevos que eclosionaron desde el momento del tratamiento inicial³⁰.

2.2.2.8. Prevención:

- Limpiar la taza del baño diariamente.
- Mantener las uñas cortas y limpias. El paciente, al rascarse, puede recoger larvas de oxiuros bajo las uñas, favoreciendo la re inoculación y la dispersión del parásito en el entorno familiar y escolar si no se practica un buen lavado de manos y cepillado de las uñas.
- Lavar toda la ropa de cama dos veces por semana.

- Lavarse las manos antes de las comidas y después de usar el sanitario.
- Evitar rascarse la zona infectada alrededor del ano, hacerlo puede contaminarle los dedos y todo lo demás que toque.
- Mantener las manos y los dedos lejos de la boca y la nariz, a menos que estén recién lavados. Sea extremadamente cuidadoso cuando algún familiar esté en tratamiento por oxiuros²⁸.

2.2.2.9. Epidemiología:

El parásito afecta a todas las clases socioeconómicas de cualquier región del mundo. Sin embargo, es más común en climas templados y en malas condiciones higiénicas. Se registran anualmente 500 millones de infestaciones, el 50% de ellas en niños³⁰.

2.2.2.10. Prevalencia:

El Ministerio de Salud (MINSA), a través de la Dirección General de Epidemiología, reporta en estudios de Enterobiasis entre los años 1981 al 2001 manifiesta que en 3 estudios efectuados en la ciudad de Arequipa en una muestra promedio de 940 el 42% a 30 % de pobladores sufrió de Enterobiasis¹⁷. Actualmente el Perú no se tienen cifras precisas de prevalencia de parasitosis intestinal a nivel nacional, pero se puede afirmar que la prevalencia es alta ya que diversos estudios realizados en departamentos de la sierra y selva peruana muestran prevalencias mayores del 95%, mientras que la prevalencia de enteroparásitos patógenos varía entre 62.3% y 64%. Además,

dichos estudios muestran que son las áreas rurales y la población pediátrica las que presentan mayor prevalencia.

Está demostrado que existe una relación directa entre prevalencia de parasitosis intestinal e inadecuadas condiciones sanitarias, como carencia de agua potable y drenaje o un sistema deficiente de recolección de basura³¹.

2.2.2.11.Parasitología :

Examen para oxiuros:

También llamada, Prueba para Oxiuriasis; Prueba para Enterobiasis; Prueba de la cinta o Test de Graham.

La mejor manera para diagnosticar esta infección es hacer la prueba de la cinta. El mejor momento para hacer esta prueba es en la mañana antes del baño, ya que los oxiuros ponen sus huevos en la noche.

Una forma de detectar los oxiuros es alumbrar con una linterna el área anal. Los gusanos son muy pequeños, blancos y filiformes. Si no se ve ninguno, se recomienda inspeccionar durante 2 o 3 noches continuas³¹.

Condiciones de toma de muestra:

La muestra se recolecta durante la mañana, antes de levantarse de la cama y sin haberse higienizado previamente, durante varios días consecutivos. Cada muestra se guarda en

un mismo sobre y se conserva a temperatura ambiente hasta el momento de ser remitido al laboratorio²⁹.

Valor de referencia del Diagnóstico morfológico:

- Negativo= Ausencia de Oxiuros.
- Positivo = Presencia de huevos y/o adultos de Enterobius Vermicularis.

“Test de Graham” o “Búsqueda de Oxiuros”³²

Método de Graham (MG). Es usado desde 1941¹⁵, tiene tres partes principales: preparación, obtención de muestra y análisis por microscopía.

1^{ero}- Preparación: Se prepara la lámina porta objetos y la cinta engomada transparente o cinta adhesiva que se une a la mitad de un baja lenguas envuelto con papel craft.

2^{do}-Obtención de la muestra mediante toques en el borde anal con la cinta adhesiva transparente

3^{ero}- Análisis laboratorial por microscopía.

2.3. Definición de términos básicos

- **Bruxismo:** actividad para funcional más relatada¹⁸.

- **Enterobiasis Vermicularis:** es una infestación por el *Enterobius Vermicularis*, denominado también *Oxyuris Vermicularis*, Pinworm the Adworm, pparasitosis Cosmopolita de tipo familiar, producida por el nematodo *Enterobius Vermicularis*²⁸.

- **Atrición:** es un desgaste lento gradual y fisiológico del esmalte al contacto de diente con diente durante la función masticatoria¹⁹.

- **Para función:** Las para funciones orales son aquellos movimientos del sistema masticatorio que no tienen sentido útil, son involuntarios e incluso desconocidos por la propia persona⁹.

- **Hábitos orales:** Costumbre o practica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto que en un principio se hace en forma consiente y luego de modo inconsciente, suelen afectar: la respiración nasal, el habla y la deglución⁹.

- **Parasitosis:** Enfermedad causada por parásitos²⁸.

- **Nematodo:** nematodes y nematelmintos, son un filo de vermes pseudocelomados con más de 25.000 especies registradas²⁸.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Formulación de la Hipótesis principal y derivadas

3.1.1. Hipótesis Principal

Es probable que exista relación entre el Bruxismo y la Enterobiasis Vermicularis, en los niños de 3 a 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, Arequipa.

3.1.2. Hipótesis Derivadas:

- ❖ Es probable que exista alta Prevalencia del bruxismo en niños de 3 - 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín - Mariano Melgar. Arequipa.
- ❖ Es probable que exista alta Prevalencia de Enterobiasis Vermicularis, en niños de 3 - 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín – Mariano Melgar. Arequipa.
- ❖ Es probable que la edad se relacione con la prevalencia del Bruxismo en niños de 3 a 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín - Mariano Melgar. Arequipa.
- ❖ Es probable que la edad se relacione con la prevalencia de la Enterobiasis Vermicularis en niños de 3 a 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín - Mariano Melgar. Arequipa.

- ❖ Es probable que el sexo se relacione con la prevalencia del Bruxismo en niños de 3 a 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín - Mariano Melgar. Arequipa.
- ❖ Es probable que el sexo se relacione con la prevalencia de la Enterobiasis Vermicularis en niños de 3 a 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín - Mariano Melgar. Arequipa.

3.2. Variables; dimensiones e indicadores, definición conceptual y Operacional

Variables principales:

- Bruxismo
- Enterobiasis. Vermicularis (Oxiuriasis)

Variables secundarias:

- Edad
- Sexo

3.2.1. Definición conceptual:

Bruxismo: Es la hiperactividad muscular para funcional (no funcional), que incluye el apretamiento ó rechinamiento de los dientes¹⁸.

Enterobiasis Vermicularis: es una infestación provocada por el nematodo Enterobius Vermicularis, denominado también Oxyuris Vermicularis, pinworm the adworm, Parasitosis cosmopolita de tipo familiar²⁸.

3.2.2. Definición operacional:

Bruxismo: Se indagaron sobre los signos clínicos del bruxismo a través de la anamnesis de la historia clínica, como el rechinar nocturno de dientes y a través de la observación clínica se evaluó la atrición dentaria.

Enterobiasis Vermicularis (Oxiurasis): A través de la anamnesis se indago sobre el prurito anal que caracteriza a la Enterobiasis, Vermicularis, que permitió la sospecha diagnóstica, para la confirmación del diagnóstico se indicó como examen auxiliar de laboratorio la prueba del test de Graham.

3.2.3. Matriz Operacional de Variables

Variables Principales:

VARIABLE	INDICADORES	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE
Bruxismo	Presenta	Cualitativa	Nominal	Principal
	No presenta			
Enterobiasis Vermicularis	Presenta	Cualitativa	Nominal	Principal
	No presenta			

Variables Secundarias:

VARIABLE	INDICADORES	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE
Edad	Años	Cuantitativa	Razón	Secundaria
Sexo	Masculino	Cualitativa	Nominal	Secundaria
	Femenino			

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Diseño metodológico

4.1.1. Tipo de Estudio: No experimental

La presente investigación es de tipo no experimental, implica la observación de los hechos en su condición natural sin la intervención del investigador, para luego informar los resultados obtenidos.

4.1.2. Diseño de la investigación:

De acuerdo a la temporalidad: Transversal porque se realizó una medición de las variables.

De acuerdo a la recolección de datos: es de campo y laboratorial
De campo porque se obtuvieron los datos directamente de la observación clínica de la atrición dentaria en los niños, y laboratorial porque a través del Test de Graham. se analizaron en el laboratorio las muestras obtenidas.

De acuerdo al momento de recolección de datos: Prospectiva, los datos se obtuvieron conforme se desarrolló la investigación.

De acuerdo a la finalidad investigativa: Relacional, debido a que en este tipo de estudios se establecen relación entre las variables, determinándose si una variable está asociada con la otra.

4.2. Diseño muestral

La población estuvo constituida por 160 niños de 3 - 9 años que acudieron al Centro de Salud Generalísimo San Martín - Mariano Melgar. Arequipa, durante tres meses, Diciembre (2016) Enero y Febrero (2017).

La muestra fue de 108 niños de 3 - 9 años que acudieron al servicio de medicina del Centro de Salud Generalísimo San Martín - Mariano Melgar. Arequipa en el periodo de 3 meses y que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- Niños de 3 a 9 años.
- Niños de ambos sexos.
- Niños que tuvieron autorizado por escrito, el consentimiento informado de sus padres o apoderados.
- Niños que colaboraron con los procedimientos.

Criterios de exclusión:

- Padres y niños poco colaboradores.
- Niños con otras infecciones parasitarias que no sean por *Enterobius Vermicularis*.
- Niños con síndromes y otras patologías como: Síndrome de Down, Epilépticos, etc.
- Pacientes que no desearon participar en la Investigación.

4.3. Técnicas e instrumento de recolección de datos validez y confiabilidad

4.3.1. Técnica:

Las técnicas empleadas en la presente investigación fueron:

- Observación clínica directa, con el fin de confirmar o descartar la presencia de bruxismo.
- Estudio de laboratorio para determinar la presencia o ausencia del nematodo *Enterobius Vermicularis* en cualquiera de sus etapas.

4.3.2. Instrumento:

Los instrumentos que se utilizaron para recolectar la información fueron:

Historia clínica: Anamnesis y Odontograma (Validado por el MINSA). (Anexo 4).

Formato de solicitud de análisis: Test de Graham (Validado por el MINSA). (Anexo 4).

4.3.3. Procedimientos para la recolección de datos

Se solicitó autorización al Gerente de la Micro Red Generalísimo San Martín para el desarrollo de la presente investigación en el Centro de Salud Generalísimo San Martín del distrito de Mariano Melgar – Arequipa, a través de la carta emitida por la Coordinadora de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas – Filial Arequipa.

Una vez lograda la autorización, se coordinó con los servicios de Medicina, Odontología y Laboratorio Clínico, para que brindasen las facilidades para el desarrollo del trabajo de investigación.

En la atención diaria a la demanda en los servicios de Medicina se procedió a la selección de los pacientes que cumplían con los requisitos determinados en los criterios de inclusión de la investigación, habiendo informado previamente a los padres y/o tutores de los menores sobre el trabajo de investigación.

A los padres que aceptaron la participación de sus menores hijos, se les hizo firmar el consentimiento informado (Anexo 3), con lo cual comprometían la participación de sus hijos.

En la consulta médica se aplicó la historia clínica bajo el formato integral del niño y de la niña (Anexo 4 página 83), en el a través de la anamnesis se indago sobre la sintomatología que caracteriza al bruxismo y la Enterobiasis. Se obtuvieron datos como: el prurito anal, y el rechinar de dientes, con estos datos se trasladó al paciente al consultorio Odontológico donde se efectuó la inspección clínica odontológica para evaluar las características clínicas del Bruxismo como la atrición dentaria.

Con los datos obtenidos se formuló el diagnostico presuntivo de Enterobiasis Vermicularis.

A todo niño evaluado se le expidió una orden de análisis clínico de laboratorio para la realización del test de Graham, inmediatamente se procedió a explicar a los padres y/o tutores de los menores sobre la toma de muestra haciéndoles entrega de dos placas portaobjetos, un par de guantes y la hoja instructiva (Anexo 4 pagina 89) para la obtención de la muestra.

Una vez recogidas las muestras de test de Graham se efectuó el estudio laboratorial, que consistió en la observación microscópica para la detección del Enterobius Vermicularis en cualquiera de sus fases; para luego emitir el informe parasitológico correspondiente para el servicio de medicina donde se les informó de los resultados a los padres y/o tutores de los menores; en los casos positivos a Enterobiasis el médico emitió el tratamiento respectivo.

Finalmente se procedió a recolectar los datos registrados en su totalidad en las historias clínicas, para luego registrarlos en la matriz de recolección de datos para su análisis estadístico.

4.4. Técnicas de procesamiento de la información

La tabulación de datos (Anexo 4, página 78.) se llevó a cabo a partir de la confección de una matriz, en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2013, desde la cual se procesó la información.

La presentación de resultados se realizó a través de la elaboración de tablas Simples, tablas de doble entrada y sus respectivos gráficos de barras.

4.5. Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de información

El procesamiento de datos se realizó en el software SPSS 20.0 para lo cual se usaron los siguientes instrumentos estadísticos:

Distribución de frecuencias absolutas y porcentuales.

Test de Chi cuadrado (X^2), al nivel de 95%.

El nivel de significancia fue:

$P < 0.05$ que indica diferencia significativa.

$P < 0.01$ que indica diferencia altamente significativa.

$P > 0.05$ que indica no significancia.

4.6. Principios éticos:

Para el desarrollo de la presente investigación se cumplieron las normas de bioética establecidas en la Declaración Helsinki de la Asociación Médica Mundial³³, además se tomó en consideración los cuatro principios fundamentales de la bioética:

- Principio de autonomía: En salud, el consentimiento informado es la máxima expresión de este principio de autonomía, constituyendo un derecho del paciente y un deber del médico, pues las preferencias y los valores del enfermo son primordiales desde el punto de vista ético y suponen que el objetivo del médico es respetar esta autonomía porque se trata de la salud del paciente³³.
- Principio de beneficencia: Obligación de actuar en beneficio de otros, promoviendo sus legítimos intereses y suprimiendo prejuicios³³.
- Principio de no maleficencia: Abstenerse intencionadamente de realizar actos que puedan causar daño o perjudicar a otros, imperativo ético válido para todos, no sólo en el ámbito biomédico sino en todos los sectores de la vida humana³³.
- Principio de justicia: Tratar a cada uno como corresponda, con la finalidad de disminuir las situaciones de desigualdad ya sean ideológicas, sociales, culturales o económicas, etc³³.

CAPÍTULO V ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1. Análisis descriptivo, tablas de frecuencia, gráficos, dibujos y fotos:

Tabla N°1

Distribución de los niños que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín de acuerdo a la edad - Mariano Melgar. Arequipa 2017.

Edad de los Niños	N° de Casos	%
3 a 4 Años	50	46.30
5 a 7 Años	41	37.96
8 a 9 Años	17	15.74
Total	108	100.00

Interpretación:

Las edades de los niños motivo de la presente investigación fluctúa entre 3 a 9 años, 46.30% entre las edades de 3 a 4 años, 37.96% entre la edad de 5 a 7 años y niños con 8 a 9 años con una representación de 15.74%.

Grafico N°1 Edad del niño

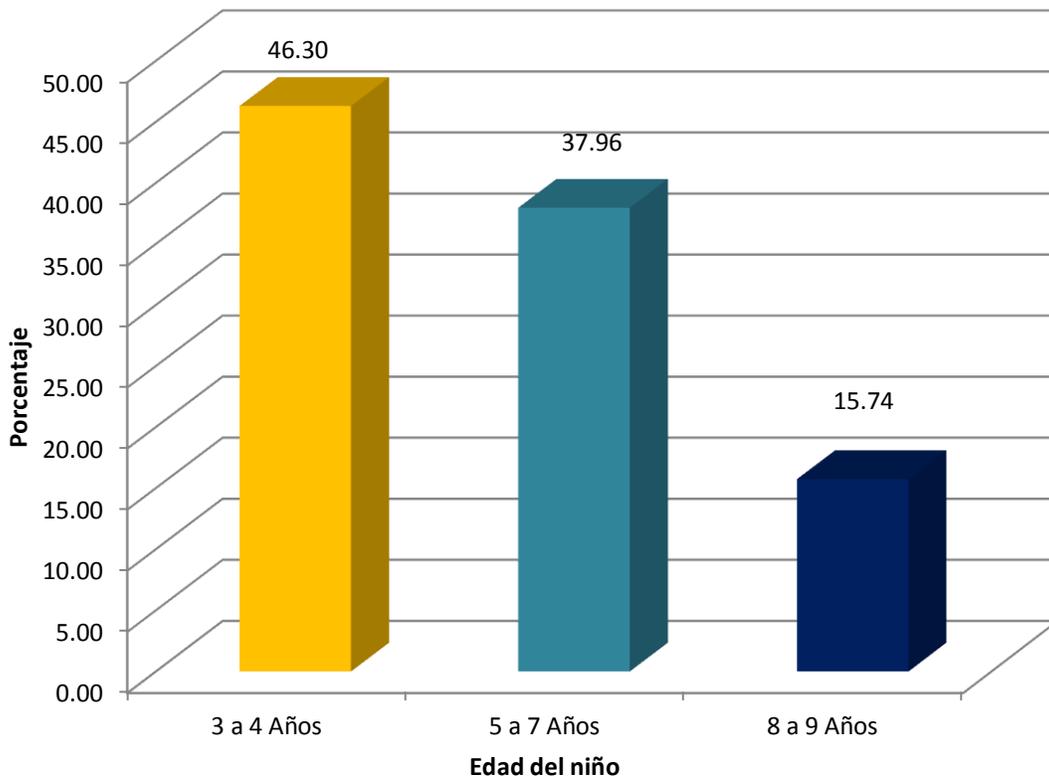


Tabla N°2

Distribución según el sexo de los de los niños que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín. Mariano Melgar. Arequipa 2017.

Sexo	N° de Casos	%
Femenino	61	56.48
Masculino	47	43.52
Total	108	100.00

Interpretación:

En la distribución según el sexo de los niños se evidencio el predominio del sexo femenino con un 56.48%, sobre el género masculino que registro el 43.52%.

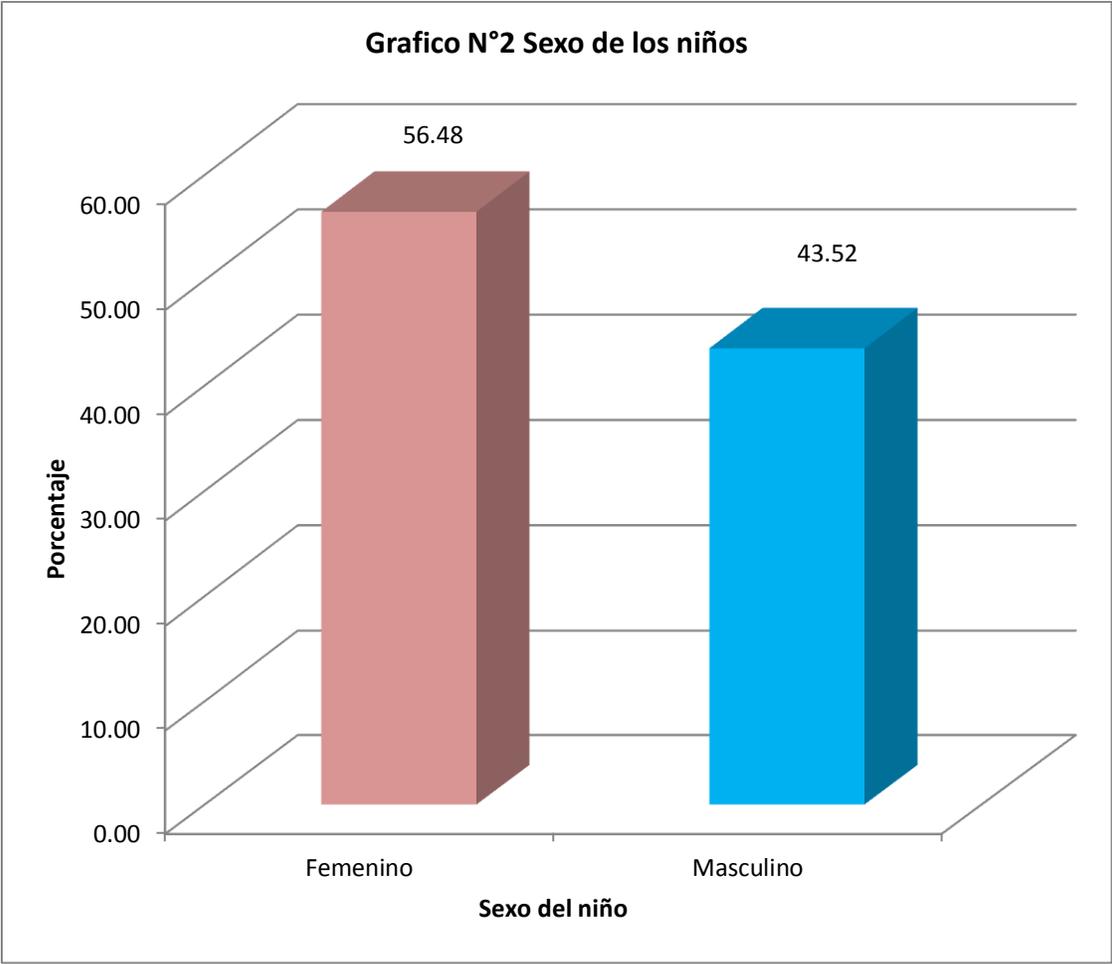


Tabla N°3

Prevalencia de Bruxismo en niños de 3 a 9 años. Centro de Salud Generalísimo San Martín. Mariano Melgar. Arequipa 2017.

Prevalencia de Bruxismo	N° Casos	%
Presente	38	35.19
Ausente	70	64.81
Total	108	100.00

Interpretación:

La presente tabla muestra que de 108 casos observados 38 presentaron bruxismo determinando una prevalencia de 35.19%, no presentaron bruxismo 64.81% de casos observados.

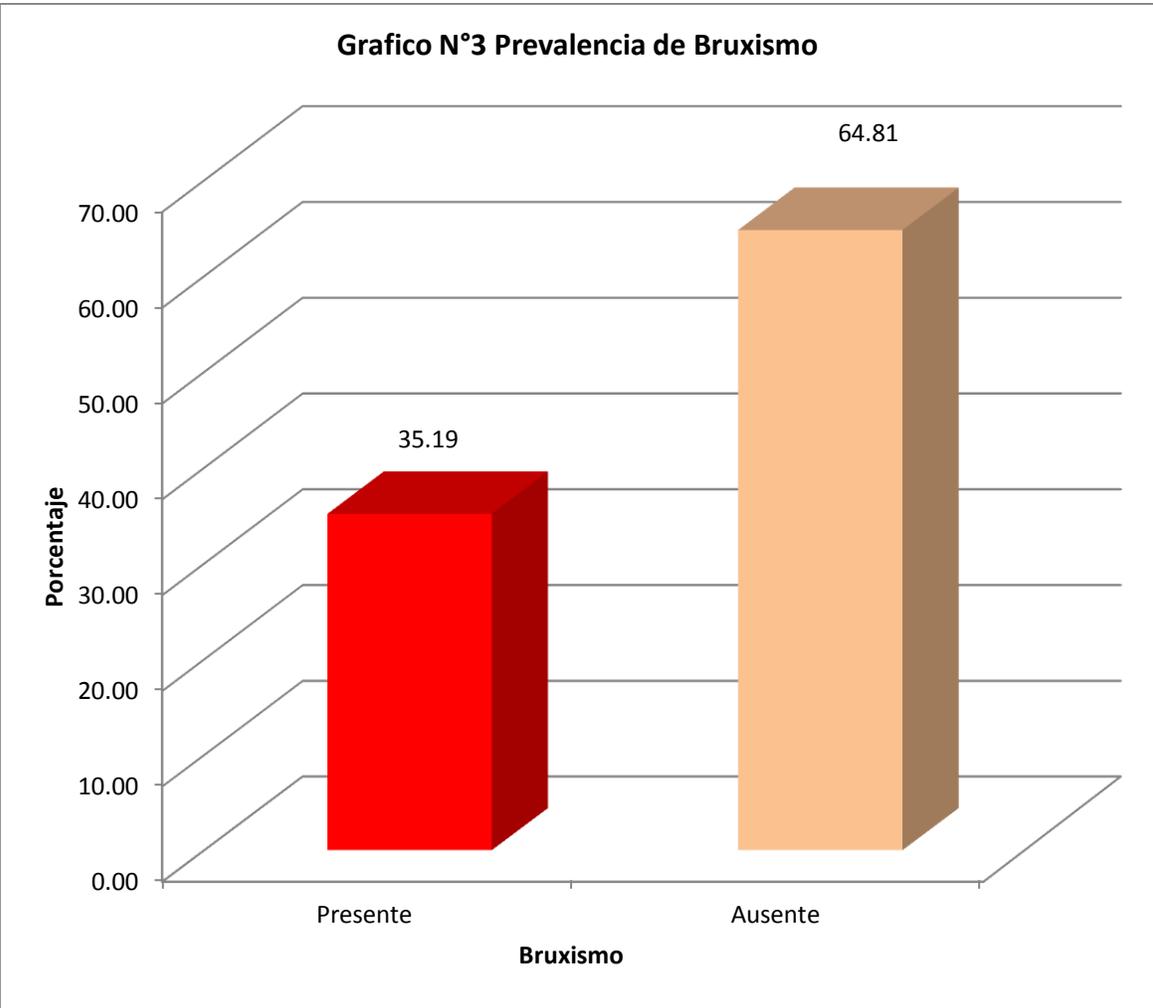


Tabla N°4

Prevalencia de Enterobius Vermicularis en niños de 3 a 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín. Mariano Melgar. Arequipa 2017.

Prevalencia de Enterobiasis	N° de Casos	%
Positivo	19	17.59
Negativo	89	82.41
Total	108	100.00

Interpretación:

La presente tabla y gráfico revelan que del 100% de los casos, solo el 17.59% fueron positivos a Enterobiasis Vermicularis.

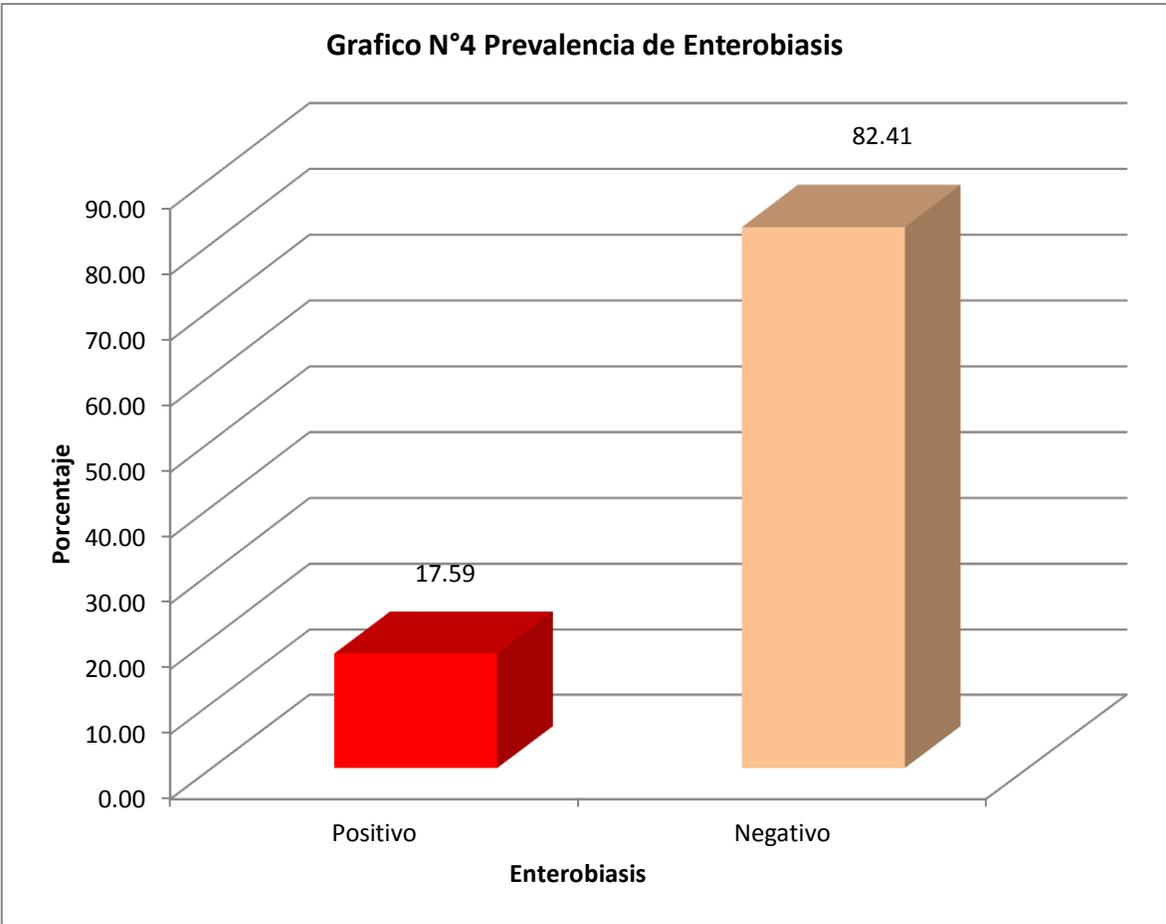


Tabla N°5

Relación entre Bruxismo y Enterobiasis Vermicularis en niños de 3 a 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín. Mariano Melgar. Arequipa 2017.

Enterobiasis	Bruxismo				Total	
	Presente		Ausente			
	N	%	N	%	N	%
Positivo	15	13.89	4	3.70	19	17.59
Negativo	23	21.30	66	61.11	89	82.41
Total	38	35.19	70	64.81	108	100.00
Test de Chi Cuadrado $X^2 = 19.36$ GL=1 P:0.0000 ($p < 0.01$)						

Interpretación:

Respecto a la relación del bruxismo y la presencia de Enterobiasis Vermicularis se encontró a través del Test de Chi cuadrado que existe relación altamente significativa ($p < 0.01$) entre ambas variables, de 19 (17.59 %) casos positivos a Enterobiasis, 15 (13.89 %) presentaron bruxismo.

Cabe resaltar que 23 (21.30 %) casos negativos a Enterobiasis presentaron bruxismo debido a factores etiológicos ajenos a la investigación.

Grafico N°5 Relacion Bruxismo y Enterobiasis

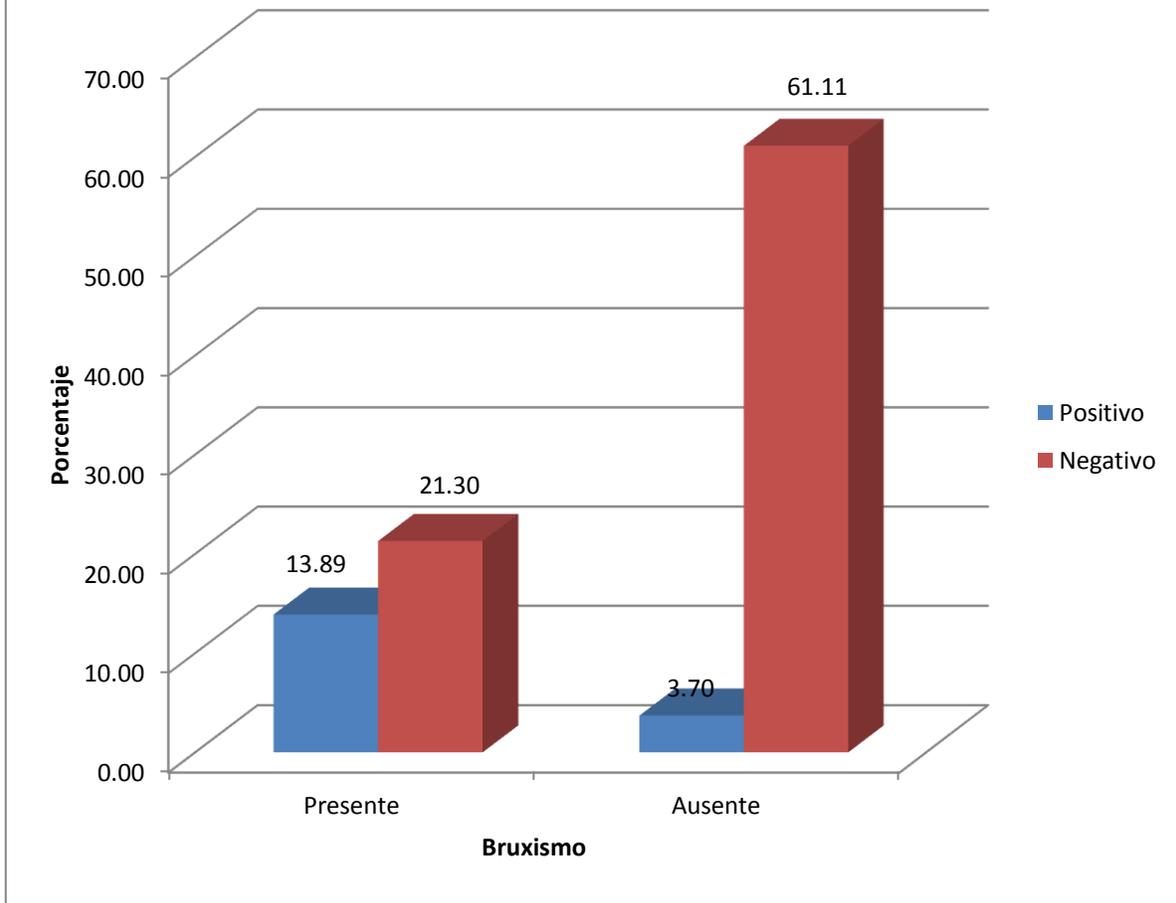


Tabla N°6

Relación entre Bruxismo y sexo en niños de 3 a 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín. Mariano Melgar. Arequipa 2017.

Sexo	Bruxismo				Total	
	Presente		Ausente			
	N°	%	N°	%	N°	%
Femenino	21	19.44	40	37.04	61	56.48
Masculino	17	15.74	30	27.78	47	43.52
Total	38	35.19	70	64.81	108	100.00
Test de Chi Cuadrado $X^2 = 0.035$						
GL=1 P:0.8508 ($p > 0.05$)						

Interpretación:

Se evidencia que el sexo de los niños no está relacionado significativamente con el bruxismo, tal como lo demuestra el test de chi cuadrado ($p > 0.05$).

Grafico N°6 Relacion Sexo Bruxismo

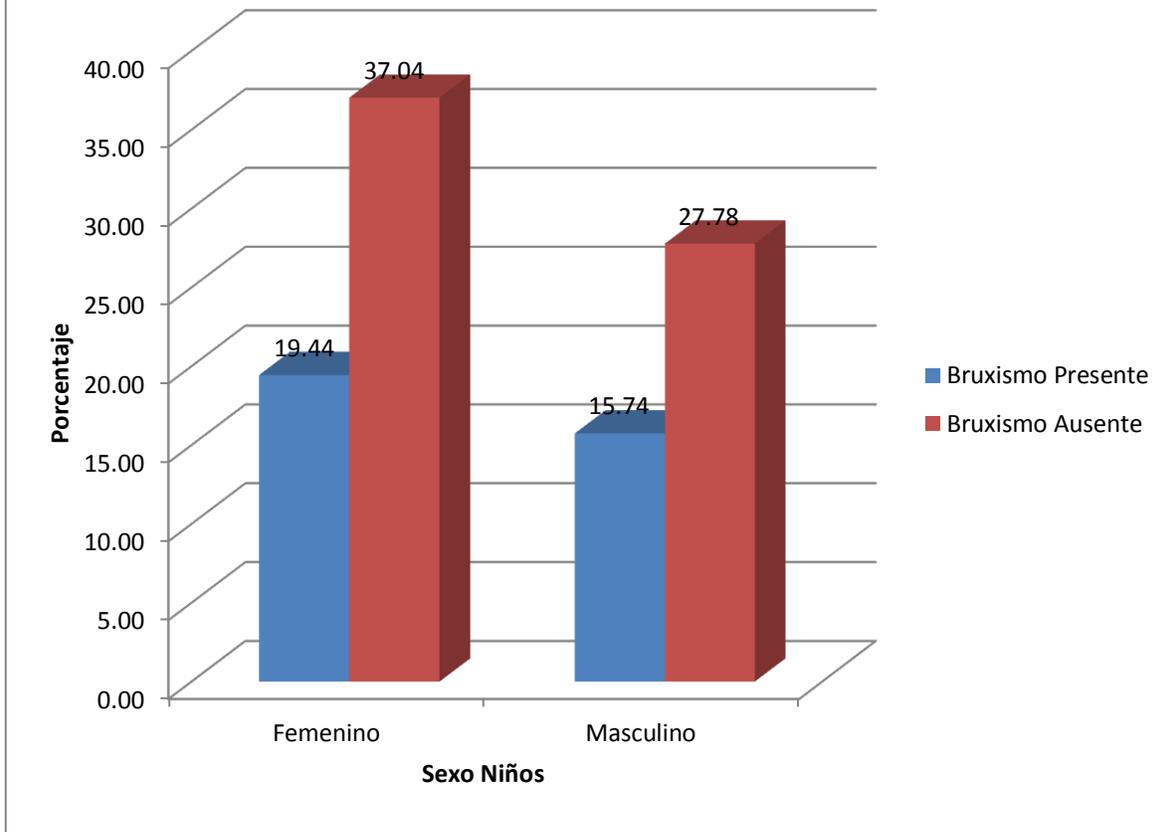


Tabla N°7

Relación entre Enterobiasis Vermicularis y sexo en niños de 3 a 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín. Mariano Melgar. Arequipa 2017.

Sexo	Enterobiasis				Total	
	Positivo		Negativo			
	N	%	N	%	N	%
Femenino	10	9.26	51	47.22	61	56.48
Masculino	9	8.33	38	35.19	47	43.52
Total	19	17.59	89	82.41	108	100.00
Test de Chi Cuadrado $X^2 = 0.139$ GL=1 P:0.7092 ($p > 0.05$)						

Interpretación:

Se encontró a través del test de chi cuadrado que la prevalencia de Enterobiasis Vermicularis no está relacionada con el sexo ($p > 0.05$).

Grafico N°7 Relacion Sexo Enterobiasis

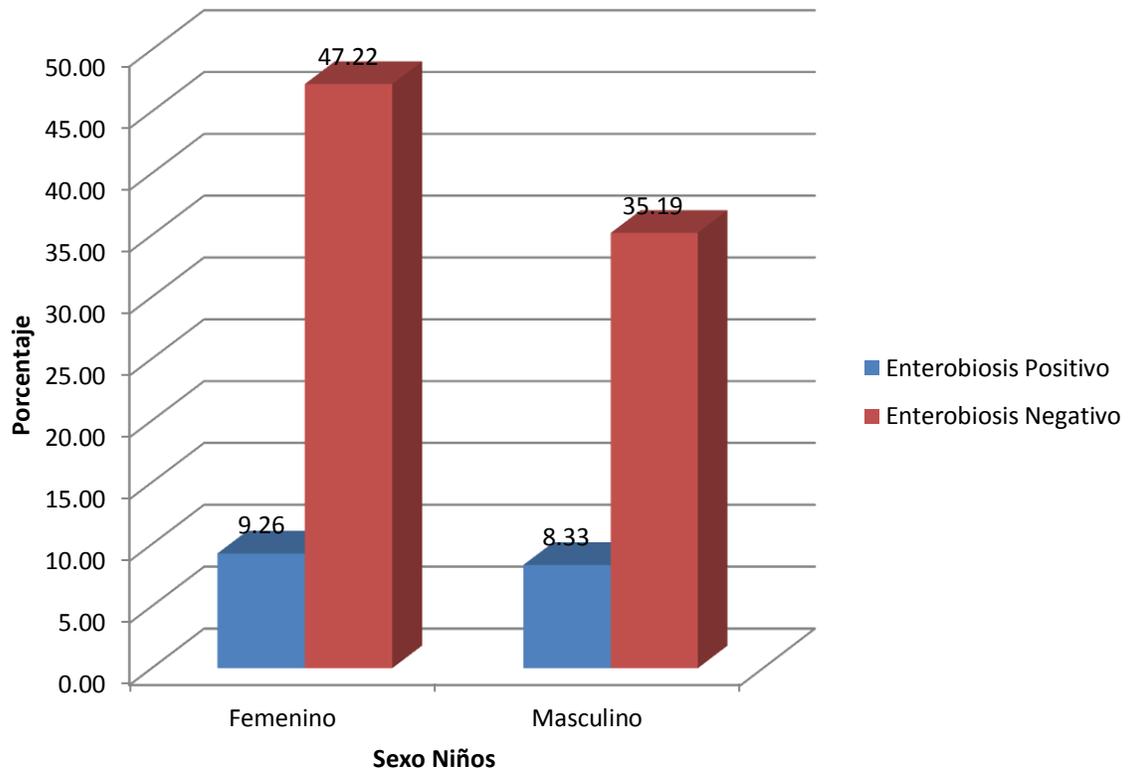


Tabla N°8

Relación entre Bruxismo y edad en niños de 3 a 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín. Mariano Melgar. Arequipa 2017.

Edad	Bruxismo				Total	
	Presente		Ausente			
	N	%	N	%	N	%
3 a 4 Años	17	15.74	33	30.56	50	46.30
5 a 7 Años	16	14.81	25	23.15	41	37.96
8 a 9 Años	5	4.63	12	11.11	17	15.74
Total	38	35.19	70	64.81	108	100.00
Test de Chi Cuadrado $X^2 = 0.544$ GL=2 P:0.7618 (p>0.05)						

Interpretación:

Se determinó con el test de chi cuadrado que el bruxismo no se encuentra relacionado significativamente con la edad de los niños (p>0.05).

Grafico N°8 Relacion Edad Bruxismo

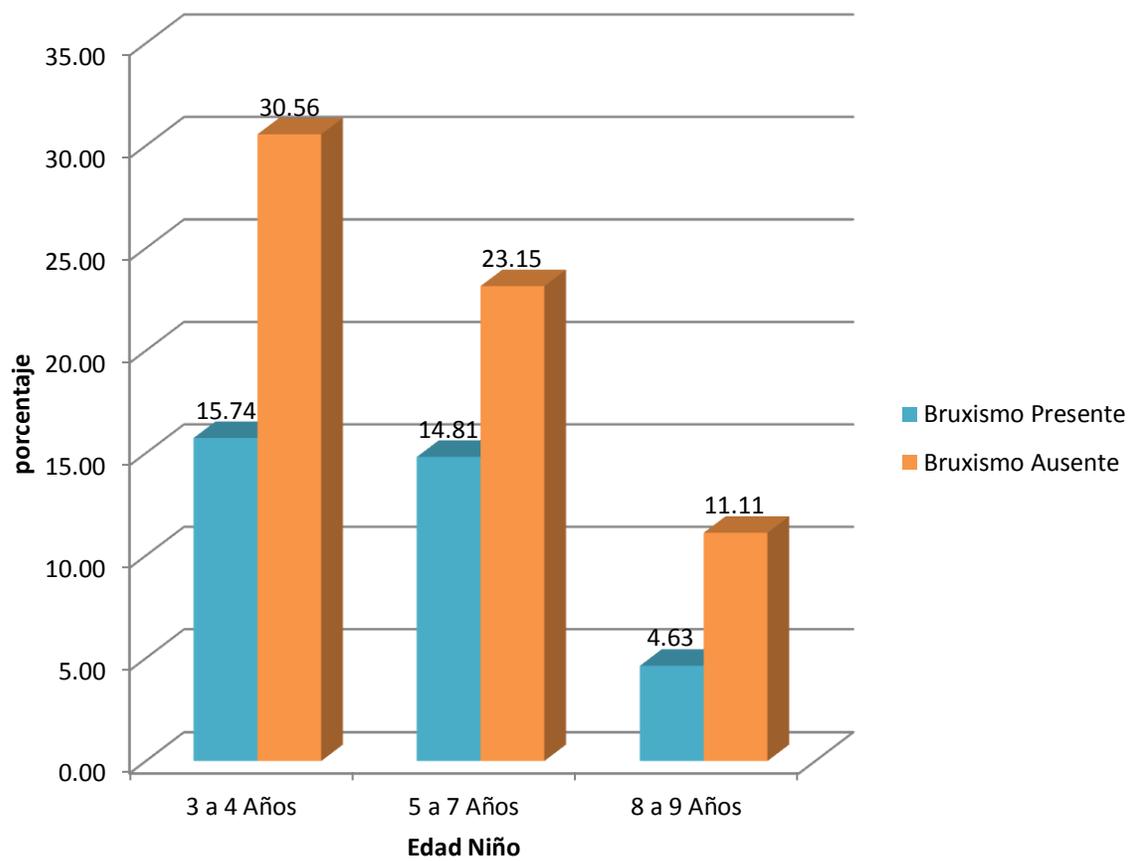


Tabla N°9

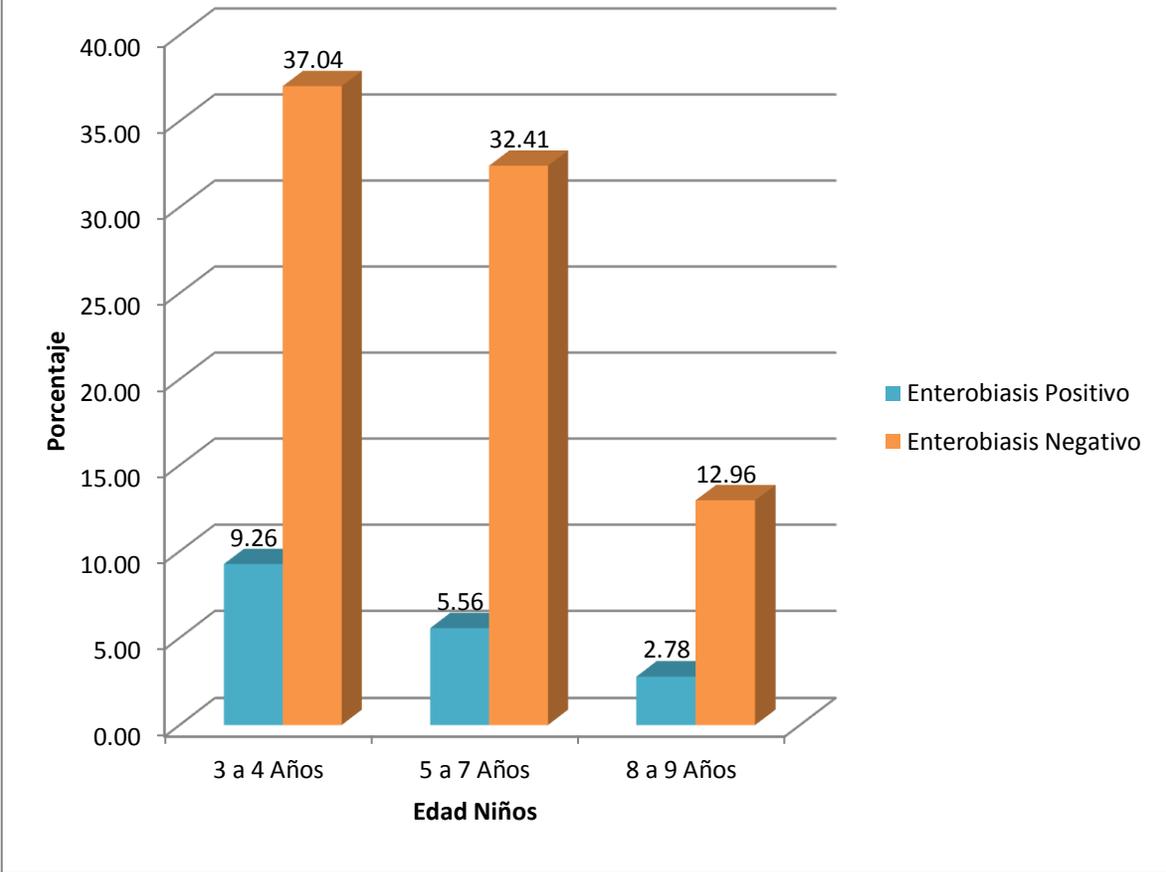
Relación entre Enterobiasis Vermicularis y edad en niños de 3 a 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín. Mariano Melgar. Arequipa 2017.

Edad	Enterobiasis				Total	
	Positivo		Negativo			
	N	%	N	%	N	%
3 a 4 Años	10	9.26	40	37.04	50	46.30
5 a 7 Años	6	5.56	35	32.41	41	37.96
8 a 9 Años	3	2.78	14	12.96	17	15.74
Total	19	17.59	89	82.41	108	100.00
Test de Chi Cuadrado	X ² = 0.447		GL=2		P:0.7995 (p>0.05)	

Interpretación:

Con el test de chi cuadrado se evidencia que la Enterobiasis Vermicularis no se encuentra relacionada significativamente con la edad de los niños (p>0.05).

Grafico N°9 Relacion Edad Enterobiasis



5.2. Análisis inferencias, pruebas estadísticas paramétricas, no paramétricas de correlación, regresión u otras:

La presente investigación no experimental descriptiva se realizó mediante pruebas estadísticas no paramétricas, con el empleo del Test de chi cuadrado (X^2) como medida inferencial.

5.3. Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas

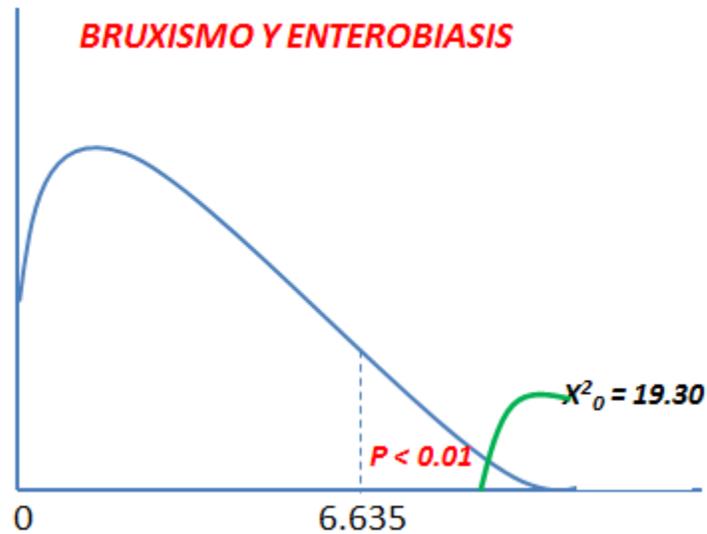
Se aplicó el Test de chi cuadrado (X^2):

1. Hipótesis general:

H_0 Es probable que no exista relación entre el Bruxismo y la Enterobiasis Vermicularis, en los niños de 3 a 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, Arequipa.

H_1 Es probable que exista relación entre el Bruxismo y la Enterobiasis Vermicularis, en los niños de 3 a 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, Arequipa.

- $\alpha = 0.01$
- $X^2_0 = \sum \frac{(O - e)^2}{e}$
- O = Valor observado.
- e = Valor esperado.
- Σ = Sumatoria.
- $X^2_0 = 19.36$



-
- **Conclusión:** Existe relación altamente significativa entre el bruxismo y la Enterobiasis

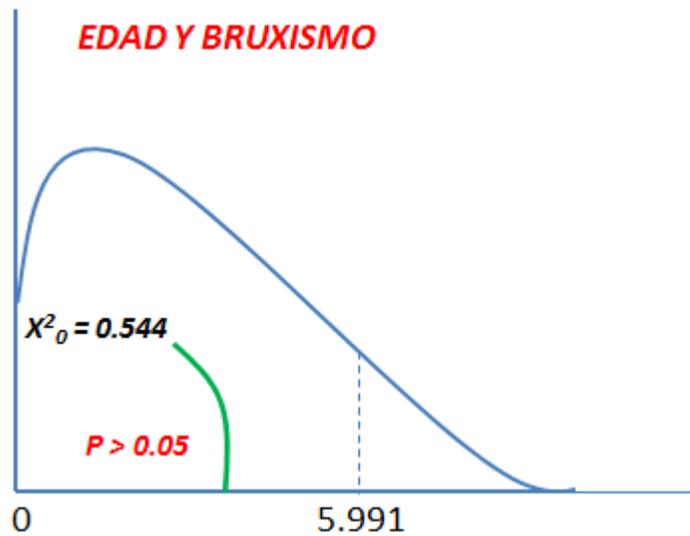
2. Hipótesis Derivada 1 :

H_0 Es probable que la prevalencia del bruxismo no se relacione con la edad en los niños de 3 a 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín - Mariano Melgar. Arequipa.

H_1 Es probable que la prevalencia del bruxismo se relacione con la edad en los niños de 3 a 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín - Mariano Melgar. Arequipa.

- $\alpha = 0.05$
- $X^2_0 = \frac{\sum (O - e)^2}{e}$
- O = Valor observado.
- e = Valor esperado.

- Σ = Sumatoria.
- $\chi^2_0 = 0.544$



- **Conclusión:** se determinó que la edad no influye significativamente en la prevalencia del bruxismo ($p > 0.05$).

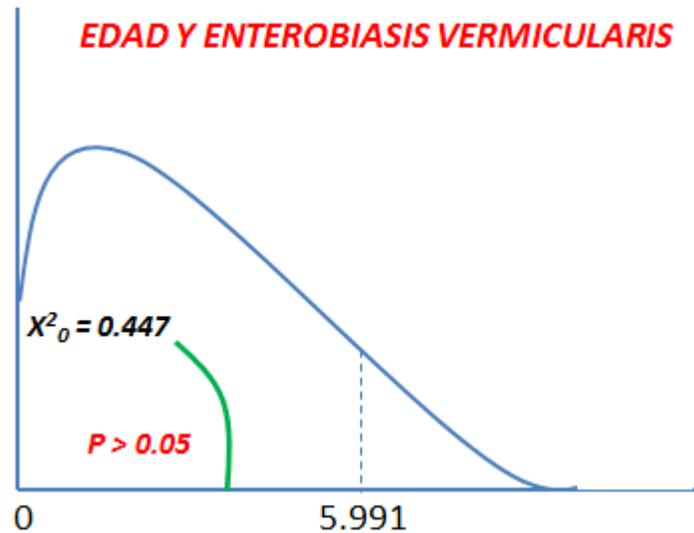
3. Hipótesis Derivada 2:

H_0 Es probable que la prevalencia de la Enterobiasis Vermicularis no se relacione con la edad de los niños de 3 a 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín - Mariano Melgar. Arequipa.

H_1 Es probable que la prevalencia de la Enterobiasis Vermicularis se relacione con la edad de los niños de 3 a 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín - Mariano Melgar. Arequipa.

- $\alpha = 0.05$
- $\chi^2_0 = \frac{\sum (O - e)^2}{e}$

- O = Valor observado.
- e = Valor esperado.
- Σ = Sumatoria.
- $\chi^2_0 = 0.544$



- **Conclusión:** se determinó que la edad no influye significativamente en la prevalencia de la Enterobiasis Vermicularis ($p > 0.05$).

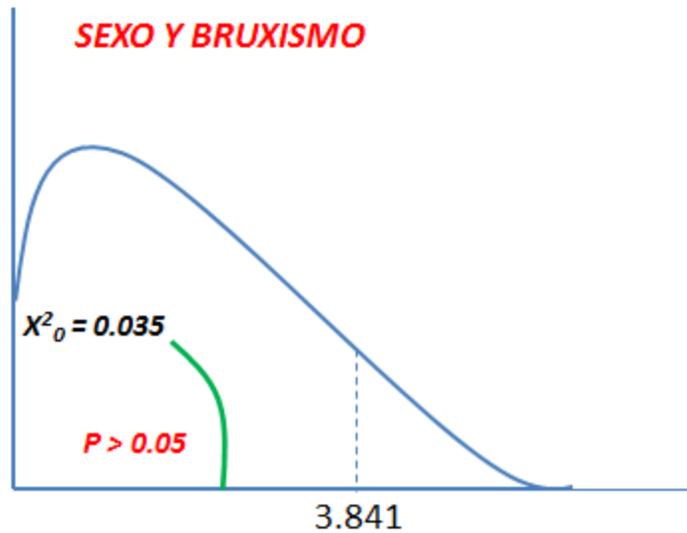
4. Hipótesis Derivada 3:

H_0 Es probable que la prevalencia del Bruxismo no se relacione con el sexo de los niños de 3 a 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín - Mariano Melgar. Arequipa.

H_1 Es probable que la prevalencia del Bruxismo se relacione con el sexo de los niños de 3 a 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín - Mariano Melgar. Arequipa.

- $\alpha = 0.05$
- $\chi^2_0 = \frac{\sum (O - e)^2}{e}$

- O = Valor observado.
- e = Valor esperado.
- Σ = Sumatoria.
- $\chi^2_0 = 0.035$



- **Conclusión:** se determinó que el sexo no influye significativamente en la prevalencia del Bruxismo ($p > 0.05$).

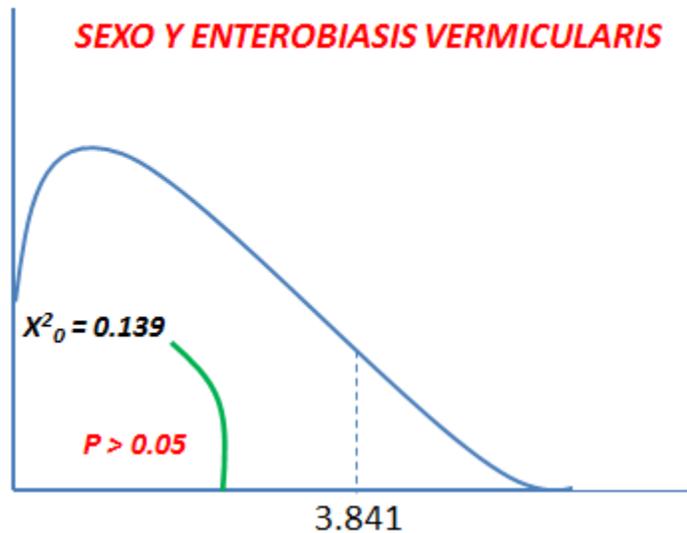
5. Hipótesis Derivada 4:

H_0 Es probable que la prevalencia de la Enterobiasis Vermicularis no se relacione con el sexo de los niños de 3 a 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín - Mariano Melgar. Arequipa.

H_1 Es probable que la prevalencia de la Enterobiasis Vermicularis se relacione con el sexo de los niños de 3 a 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín - Mariano Melgar. Arequipa.

- $\alpha = 0.05$

- $\chi^2_0 = \frac{\sum (O - e)^2}{e}$
- O = Valor observado.
- e = Valor esperado.
- Σ = Sumatoria.
- $\chi^2_0 = 0.139$



- **Conclusión:** se determinó que el sexo no influye significativamente en la prevalencia de la Enterobiasis Vermicularis ($p > 0.05$).

5.4. Discusión

Los estudios realizados para conocer la relación del Bruxismo con la Enterobiasis en el país son realmente pocos, y la literatura da escasa información del bruxismo en niños.

Deferimos de Baldeón C. et al. quien en su investigación transversal sobre Bruxismo y Parasitosis intestinal en niños de 4 a 6 años de edad en La Brea (Talara, Piura) Perú¹⁴ obtuvo como resultado una prevalencia de: bruxismo 65.22%, parasitosis 30.4%; recalando que dentro de las parasitosis no se encontró *Enterobius Vermicularis*. Los datos obtenidos en nuestra investigación difieren habiéndose obtenido una prevalencia de: bruxismo 30.19%, Enterobiasis 17.59%; cabe recalcar que se determinó mediante el test de chi cuadrado que existe una relación altamente significativa entre bruxismo y Enterobiasis.

Se difiere con Delgado C.⁵ sobre la prevalencia del bruxismo. En su estudio encontró que la prevalencia de bruxismo en los pre-escolares fue de 69.84% correspondiendo un 34.92% para el género masculino y un 34.92% para el femenino, y de parasitosis intestinal el 52.39%, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre dichas variables y las covariables edad y género. A diferencia de nuestro estudio en el que los resultados indican que se encontró una relación altamente significativa ($p < 0.01$) entre las variables de estudio; de 19 (17.59 %) casos positivos a Enterobiasis, 15 (13.89 %) presentaron bruxismo. Se coincide en que no se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables edad y género.

Se difiere de Grenier G. et al.¹² sobre la prevalencia de parasitosis intestinal en cuyos resultados, de 320 casos observados, 230 padecían enfermedades parasitarias 71.9%, resultado que muestra un alto índice de infección por parasitosis, siendo la más afectada la población que comprende entre 15 y 19

años de edad con una tasa de 100 %, los de 1 a 4 años con una tasa de 84.4 % y los de 5 a 9 años con una tasa de 76.6 %.; a diferencia de los datos obtenidos en la presente investigación en los que se encontró una prevalencia de Enterobiasis de 17.59%. Así mismo en nuestro estudio no existe relación significativa entre la Enterobiasis y la edad de la muestra. Diferencias que se deben probablemente a los grupos etarios y a la no especificidad de la infección por parásitos, se considera también a la diferencia del ámbito y el medio.

Se difiere de Marco D.¹⁶ quien en su investigación local sobre prevalencia de oxiuriasis en escolares de Arequipa durante 1994, obtuvo como resultado una prevalencia de oxiuriasis de 56,56%, a diferencia de los datos obtenidos en la presente investigación en los que se encontró una prevalencia de Enterobiasis de 17.59%. Esta variación en los resultados probablemente debido a las diferencias en cuanto a temporalidad, ámbito y grupo etario. Así mismo se concuerda en cuanto a los resultados de relación entre Enterobiasis y sexo de la muestra, en los que Marco D.¹⁶ obtuvo una disposición de: sexo masculino (50,72%), femenino (49,27%); frente a nuestros resultados de: sexo femenino (9.26%), masculino (8.33%); con los que se determinó que la prevalencia de Enterobiasis no está relacionada con el sexo.

Ticona L.¹⁷ en su investigación “Prevalencia y factores de riesgo del parasitismo intestinal en escolares del distrito de cabanaconde” en 2015 obtuvo como resultado una prevalencia de parasitismo intestinal de 82,22%, dentro este porcentaje un 1 ,48% para *Enterobius Vermicularis*; los datos de nuestra investigación difieren ampliamente con una prevalencia de Enterobiasis de 17.59%, tal vez debido a la diferencia del ámbito y temporalidad de las investigaciones.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Existe relación altamente significativa ($p < 0.01$) entre las variables, bruxismo y Enterobiasis Vermicularis, de 19 (17.59 %) casos que fueron positivos a Enterobiasis, 15 (13.89 %) presentaron bruxismo. Cabe resaltar que 23 (21.30 %) casos negativos a Enterobiasis presentaron bruxismo debido a factores etiológicos ajenos a la investigación.

SEGUNDA: La prevalencia del bruxismo en los niños de la investigación fue de 35.19%.

TERCERA: La prevalencia de la Enterobiasis Vermicularis fue 17.59%, de 108 casos evaluados.

CUARTA: La edad y el sexo de los niños no se relacionan significativamente con la prevalencia del bruxismo.

QUINTA: La edad y el sexo de los niños no se relacionan significativamente con la prevalencia de la Enterobiasis Vermicularis..

RECOMENDACIONES

PRIMERO.- Se recomienda que durante los estudios universitarios se forme a los profesionales no solo de salud, sino también a los de educación para ser partícipes de la prevención, al abordar al individuo como integrante de un núcleo familiar y unidad dentro de la sociedad que deben procurar la preservación y mejoramiento de la salud desde la niñez,

SEGUNDO.- Se sugiere la ejecución de nuevos estudios en que se investigue, la relación que guarda el grado de instrucción o nivel cultural de los padres con la presencia del el bruxismo y la Enterobiasis Vermicularis.

TERCERO.-Se hace necesario poner énfasis en las actividades preventivas de salud, a nivel de los centros educativos sobre los factores de riesgo, tanto biológicos, higiénicos, y conductuales para favorecer cambios de hábitos higiénicos en las familias de riesgo.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Acevedo A. E, Alvarado S. W, Rivas O. J. "Bruxismo: Investigación Documental" Tesis Doctoral. Universidad de El Salvador. 1ª ed. Abril. 2004. Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/7978/1/17100235.pdf>.
2. Okeson J. P. Tratamiento de Oclusión y Afecciones Temporomandibulares, Edición en español de la 7ª edición de la obra original en inglés Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion. DMD 2013. p. 190 - 241. Copyright © 2013 by Mosby, an imprint of Elsevier Inc. Disponible en: <https://www.freelibros.org/odontologia/tratamiento-de-occlusion-y-afecciones-temporomandibulares-7ma-edicion-jeffrey-p-okeson.html>.
3. Marcos L, Maco V, Terashima A, Samalvides F, Miranda E, Gotuzzo E. Parasitosis intestinal en poblaciones urbana y rural en Sandía, departamento de Puno, Perú. Parasitol Latinoam. 2003; 58(3):35-40. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/parasitol/v58n1-2/art06.pdf>.
4. Echeverri E, Sencherman G. Neurofisiología de la Oclusión. 7. ed. Bogotá: Monserrate. 1991.¹ Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/93503711/Neurofisiologia-de-La-Oclusion-Enrique-Echeverry>.
5. Delgado N. C. Relación entre el Bruxismo y Parasitosis Intestinal en niños pre-escolares de 4 a 6 años de C.E.I N° 301 del distrito de Buenos Aires, Provincia de Morropón. departamento de Piura. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Estomatología. 2002. Disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/CLAUDIACIRALUZDELGADONAVA.pdf>.

6. Gamboa M., Navone G., Orden A., Torres F., Castro L. & Oyhenart E. Socio-environmental conditions, intestinal parasitic infections and nutritional status in children from a suburban neighborhood of La Plata, Argentina. Acta Trópica. 118: 2011. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/58380/Documento_completo_.pdf-PDFA.pdf?sequence=3

7. Helminthos intestinales en el Perú: Análisis de la prevalencia (1981 – 2001) Peru-MINSA/OG-03/039. Serie de informes técnicos de Investigación Epidemiológica. 2003. p. 56. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_invepi/iepi06.pdf

8. Andrade S, Acosta A, Bojorge G, Vásquez L, González F, Alvarado B. Prevalencia de Enterobius vermicularis en niños de 3 meses a 6 años de un hogar infantil en Popayán. 2007. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/237763015> PREVALENCIA DE ENTEROBIUS VERMICULARIS EN NINOS DE 3 MESES A 6 ANOS DE UN HOGAR INFANTIL EN POPAYAN.

9. Bezerra Da Silva, Lea A. Tratado de Odontopediatría, Ed. AMOLCA. Colombia. 2015.

10. Hernández AM. Estudio sobre el bruxismo y una nueva prueba de esfuerzo. Tesis doctoral. Departamento de Dermatología, Estomatología, Radiología y Medicina Física. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Murcia. 2010. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/37380/TMHA.pdf;sequence=1>

11. Strainjeri M, Silva I, Monges Y, Morales M. Parasitosis intestinales en alumnos de la Unidad Educativa Carabobo: Belén, Municipio Carlos Arvelo; Estado Carabobo. Venezuela. Jun. 2009. Disponible en: www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690.
12. Grenier AG, Rodríguez OG, Grenier AE, Almeyda GL, Sánchez AR. Frecuencia por parasitosis intestinal en la población del barrio Los Cocos, municipio Sucre, estado Aragua, Venezuela. Años 2005-2006. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/micro/ei-2008/ei081b.pdf>
13. Cazorla DJ, Acosta ME, Zárraga A, Morales P. Estudio clínico-epidemiológico de enterobiasis en preescolares y escolares de Taratara, Estado Falcón, Venezuela. REV. Parasitología Latinoamericana. 61: 43 - 53, 2006. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-46482012000200003.
14. Baldeón SC, Del Castillo LC, Balarezo RJ, Evangelista AA, Sánchez BP, Velásquez SJ. Bruxismo y parasitosis intestinal en niños de 4 a 6 años de edad en La Brea (Talara, Piura) Perú. Revista Estomatológica Herediana. 2014. Disponible en: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Mis%20documentos/Downloads/2091-4165-1-PB.pdf>
15. Rodríguez J, Calderón J. Parasitosis intestinal en pre-escolares de Tarapoto. Rev. gastroenterología. Perú; 11(3): 153-60, sept.-dic. 1991. Disponible en: http://dev.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292006000400003&lng=es&nrm=iso

16. Marco D. M, Martínez E. Prevalencia de Oxiurasis en Escolares de Arequipa durante 1994. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa. 1994. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/parasitologia/v11_n1/pdf/a09v11n1.pdf
17. Ticona B.L. "Determinar la prevalencia y factores de riesgo del parasitismo intestinal en escolares del distrito de Cabanaconde, Provincia de Caylloma- Arequipa, 2015". Tesis de Biología. Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa. 2015. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/462>
18. Dorland's Illustrated Medical Dictionary, Disponible en: <https://www.amazon.es/Dorlands-Illustrated-Medical-Dictionary-32e/dp/1416062572>
19. Pinkham, J.R., B.S., DDS, MS. Odontología Pediátrica, México interamericana. McGRAW-HILL 2da edición 1996.
20. Nascimento M.R, Rey G, A. Bruxismo. Librería Servicio Médico / Medicina Dental N° Edición: 1. 2010. Disponible en: <http://www.libreriaserviciomedico.com/product/78251/bruxismo---nacimiento-macie>
21. Echeverri G. E, Sancherman G, Neurofisiología de la Oclusión. Editorial: Monserrate Edición: 2ª. Páginas: 329. Idioma: Español. 2011. booksmedicos.me/odontologia-neurofisiologia-de-la-oclusion. Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/7978/1/17100235.pdf>.

22. Marie & Pietkiewicz, apud Barrios, Bruxismo: Investigación Documental Universidad de El Salvador 1991. Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/7978/1/17100235.pdf>
23. McDonald E. R , Avery R.D, Dean A.J. Odontología para el niño y el adolescente, 9na edición, Editorial Amolca, 2014.
24. Eley M.B, Manson J. D, Soory Mena. Periodoncia. Anatomía de la sonrisa. 6^{ta} edición, Editorial: Elsevier España, 9 nov. 2011. Disponible en: <http://www.libreriaserviciomedico.com/product/183077/periodoncia----eley>
25. Oxiuros Medline Plus enciclopedia medica 12 oct. 2016. Disponible en: <http://medlineplus.gov> > Pagina Principal > Enciclopedia médica.
26. Entorribiasis (oxiuriasis)|Parasitología humana AccessMedicina. Mhmedical.com/content.aspx?aid=1115637435.
27. Werner Apt Baruch. PARASITOLOGIA HUMANA. Editor McGraw Hill. Interamerica Editores S.A. México. 2013. <https://es.scribd.com/document/324147723/Parasitologia-Humana-Werner>
28. Náquira C. Parasitosis II: Diagnóstico y tratamiento de las enteroparasitosis. La Revista Médica 1997; 3 (18/19):18-26. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2005000300004
29. Botero D. & Restrepo M. Parasitosis Humanas. 4^a Ed. Ediciones Rojo. Corporación Para Investigaciones Biológicas, Medellín, Colombia, 2003. Disponible en:

[https://parasitologiafarmaucv.files.wordpress.com/2016/07/botero -
parasitosishumanas.pdf](https://parasitologiafarmaucv.files.wordpress.com/2016/07/botero-_parasitosishumanas.pdf)

30. Vera A. D. Efectividad del tratamiento médico antiparasitario en niños de edad pre-escolar. Lima, Perú Rev. Peruana de epidemiología. Vol 14 N° Abril. 2010. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/2031/203119805010/>
31. Dalmiro J. C, Et Al Estudio clínico-epidemiológico de enterobiasis en preescolares y escolares de Taratara, Estado Falcón, Venezuela. Parasitol. latinoam. v.61 n.1-2 Santiago jun. 2006. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-77122006000100007
32. López, J. Pereira Boan, S. Ruiz Aliende y C. Marne Trapero Prueba de Graham y enterobiasis; resultados de 11 años. N. Báez 23 Rev Pediatr Aten Primaria vol.15 no.57 Madrid mar. 2013. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322013000100005> Servicio.
33. Asociación Médica Mundial. 2018. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos>

ANEXOS

Anexo 1: Carta de presentación

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Arequipa, 23 de noviembre del 2016

DR. CRISTIAN JESÚS GAMERO RENDÓN
GERENTE DE LA MICRO RED GENERALÍSIMO SAN MARTÍN
MARIANO MELGAR - AREQUIPA

ASUNTO: **Solicito Ingreso con Fines Investigativos.**

De mi mayor consideración:

Reciba el cordial saludo de las autoridades de la Universidad Alas Peruanas y en especial de la Escuela Profesional de Estomatología.

Por medio de la presente hacer de su conocimiento que el Sr. *Eduardo Pinazo Montes de Oca*, con DNI 73026877 egresado, y para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista se ha acogido a la modalidad de Tesis, por lo que, habiendo sido aprobado su Proyecto de Investigación por sus respectivos Asesores, solicito a su digno despacho permitirle el Ingreso a las Instalaciones de la mencionada Institución para la recolección de muestras, a partir del miércoles 24 de noviembre al 15 de enero del 2017 aproximadamente.

Agradeciendo anticipadamente la atención que le brinde al presente, hago propicia la ocasión para manifestarle sentimientos de mi alta consideración.

Atentamente,


Dra. María Luz Nieto Nieto
Coordinadora Académica
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA



Anexo 2: Constancia de desarrollo de la investigación



Gobierno Regional de Arequipa
Gerencia Regional de Salud Arequipa
Dirección Red de Salud Arequipa-Caylloma
Micro Red Generalísimo San Martín

CONSTANCIA

EL QUE SUSCRIBE GERENTE DE LA MICRO RED GENERALISIMO SAN MARTIN:

HACE CONSTAR QUE:

EL Sr. EDUARDO PINAZO MONTES DE OCA, bachiller de Estomatología, quien realizó la parte experimental de su estudio de Bruxismo y Enterobiasis Vermicularis, para la elaboración de su tesis de pregrado, en los meses de Diciembre 2016, Enero y Febrero del 2017, en el Centro de Salud Generalísimo San Martín, en la población de niños de 3 a 9 años de edad que acudieron al establecimiento

Durante el desarrollo de sus funciones ha demostrado conocimiento del cargo que se le ha encomendado, responsabilidad, eficiencia y buenas relaciones dentro del equipo de salud.

Se le expide la presente a solicitud del interesado para los fines que estime por conveniente.

Arequipa, 23 de marzo del 2017



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA - CAYLLOMA
MICRO RED GENERALISIMO SAN MARTIN
DR. CHINCHAY GUERRERO RENDON
MEDICO ODONTOLÓGICO
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD

Micro Red Generalísimo San Martín
Av. Argentina 1207 Alto San Martín - Mariano Melgar
450316 - 452808
email - microredgeneralisimo@hotmail.com

Anexo N°3

Consentimiento informado

Sr. Padre de familia mediante el presente documento se le informa que los resultados de los exámenes efectuados en su menor hijo serán tomados como datos para la investigación científica titulada Bruxismo y Enterobiasis Vermicularis en niños de 3 – 9 años que acuden al centro de salud Generalísimo San Martín – Mariano Melgar. Arequipa. 2017.

Por lo que se le solicita tenga a bien firmar el presente documento como consentimiento de la utilización del resultado de los exámenes realizados a su menor hijo.

Yoidentificado con DNIcon domicilio encon teléfono, Padre o tutor del menor, me comprometo a efectuar la toma de muestra y autorizo que los datos obtenidos en la evaluación medico odontológica de mi hijo sean empleados con fines de investigación científica.

Firma

Arequipa,.....de.....del 2017

Anexo N° 4: Instrumento de recolección de datos

Historia Clínica	Apellidos y Nombres	Grado de Instrucción		Edad	Sexo	E. Vermicularis		Bruxismo	
		Padre	Madre			Positivo	Negativo	Presenta	No Presenta
67231	Vargas Quispe Anyelina	Tecnico	Secundaria	7	F		X	X	
15694	Vargas Quispe Maria	Tecnico	Secundaria	9	F		X	X	
12521	Quenta Cari Matias Alexander	Tecnico	Secundaria	8	M		X		X
7794	Molinerio Ramos Paloma	superior	superior	7	F		X		X
19854	Charaya Durand Kiara Romina	superior	Secundaria	8	F	X		X	
2338	Cervantes Flores Leonard	Tecnico	Secundaria	7	M		X		X
10602	Ramos Pari Sheril	Secundaria	Secundaria	4	F		X		X
16282 - C	Luque Chambi Briyit	Secundaria	Secundaria	3	F		X		X
8928	Airan Merma Franz James	Tecnico	Tecnico	7	M		X		X
16074	Cahuana Castilla Fabyan	superior	Tecnico	3	M		X		X
10335	Romero Viera Claribeth	Tecnico	Secundaria	4	F	X			X
23488	Arratea Chiguay Joselin	Tecnico	Secundaria	4	F	X		X	
10992	Tamayo Enrriquez Rocio	superior	superior	5	F		X		X
14965	Suxo Castillo Angeli	Tecnico	Secundaria	3	F		X		X
9943	Ayra Merma Nicolle	Tecnico	Tecnico	5	F		X		X
9751	Cutire Salgua Junior Kalet	Tecnico	Secundaria	4	M		X	X	
19593	Ramires Denos Fabrizzio	superior	Tecnico	9	M		X		X
23484	Barrientos Hits Shantale	superior	superior	4	F		X		X

15226	Ccaso Quispe Vania	Secundaria	Secundaria	3	F		X		X
23500	Ramos Gallegos Alison	superior	superior	7	F		X	X	
17370	Flores Herrera Mavely	superior	superior	6	F		X		X
7790	Flores Herrera Angie	superior	superior	4	F		X		X
18053	Llanos Turpo Thais	Tecnico	Tecnico	3	F		X	X	
19751	Tintaya Prudencio Thaylor	superior	superior	5	M		X	X	
23521	Huanacho Youn Jhazmin	Tecnico	superior	4	F		X		X
15783	Alvarez Chañe Kerwin	Tecnico	Secundaria	7	M		X		X
15783	Alvarez Chañe Leila	Tecnico	Secundaria	10	F		X	X	
17556	Sucle Quispe Matias	Secundaria	Secundaria	7	M	X		X	
16292-B	Llosa Gonzales Ana	superior	superior	7	F		X		X
13585	Garabito Peralta Brandon	superior	superior	9	M		X	X	
14503	Tito Asto Jaseth	Tecnico	Tecnico	6	F		X	X	
10283	Cahuaya Neyra Milton	Tecnico	Tecnico	5	M	X		X	
12047	Mamani Yerva Glenda	Tecnico	Tecnico	7	F		X	X	
19084-C	Montesino Contreras Madeleine	Tecnico	Tecnico	7	F		X		X
16299	Cahuana Vargas Nayeli	Tecnico	Tecnico	8	F	X		X	
6075	Huallpa Vilca Sara	Tecnico	Secundaria	9	F		X		X
10732	Vargas Amesquita Greys	Tecnico	Secundaria	4	F		X		X
15091	Lopez Cahuana Brenda	superior	Tecnico	3	F		X		X
3380	Chaves Rodas Mariale	superior	Tecnico	9	F		X		X
9852	Espetia Montelice Tatiana	superior	superior	9	F		X		X
14460	Espetia Montelice Cesar	superior	superior	8	M		X		X
11014-B	Rojas Rivas Viviane	superior	superior	4	F		X		X
15556	Huaswaldo Mullisaca Xiomara	superior	Tecnico	3	F		X		X
5132	Vilca Anampa Neymar	Tecnico	Tecnico	9	M	X			X
18158	Obyanca Anampa Leonel	Tecnico	Tecnico	6	M	X		X	
18567	Sucle Quispe Shantal	Secundaria	Secundaria	2	F		X		X

3852	Villalobos Copara Josue	Tecnico	Tecnico	9	M		X		X
23638	Quispe Puma Adrian	superior	Tecnico	4	M		X		X
17427	Ranilla Llallaya Alexis	superior	Tecnico	5	M		X		X
20390	Guzman Coaguila Iris	superior	superior	8	F		X		X
20201	Silvera Rojas Abdel	Tecnico	superior	5	M		X		X
14604	Huanca Montes Mileide	Tecnico	Tecnico	3	F	X		X	
21130	Saca Llano Bryan David	Tecnico	Secundaria	3	M	X		X	
15918	Parillo Aroapaza Deymar	superior	superior	4	M		X		X
19340	Pocohuanca Urbano Ana	Tecnico	superior	4	F		X		X
19725	Pocohuanca Urbano Leidy	Tecnico	superior	7	F		X		X
8274	Rodriguez Blas Genesis	superior	Tecnico	7	F		X		X
1721	Huanca Cuevas Jhon	Tecnico	Secundaria	6	M		X	X	
7498	Ccama Cutipa Rodrigo	Tecnico	Secundaria	5	M		X		X
12333	Quispe Quispe Matias	Tecnico	Secundaria	3	M		X		X
12842	Arce Quispe Oliver	Tecnico	Secundaria	7	M		X		X
19015-A	Ayala Huarahuara Ricardo	Tecnico	Tecnico	7	M	X		X	
14632	Ayala Huarahuara Terry	Tecnico	Tecnico	3	M	X		X	
19092	Tito Aran Matias	superior	Secundaria	3	M		X		X
7488	Lope Quispe Lenin	Tecnico	Secundaria	5	M		X		X
19026	Newman Zeballos Aron	superior	superior	7	M		X		X
14512	Caceres Flores Adriano	superior	superior	5	M		X	X	
4519	Chambi Cari Cristal	superior	Tecnico	5	F		X		X
22711	Malaga Quispe Kimberly	superior	Tecnico	3	F		X		X
18982	Vilca Quispe Yenco	superior	Tecnico	5	M		X		X
6205	Aguilar Huaricapa Naomi	Tecnico	Tecnico	5	F	X		X	
23729	Soncco Llano Marely	Tecnico	Tecnico	7	F		X		X
5751	Valdivia Huaylla Anyie	Tecnico	Secundaria	6	F		X		X
16469	Anco Huamamni Nuria Luana	Secundaria	Secundaria	3	F		X		X

10324	Alvares Chiguay Yesica	Tecnico	Tecnico	5	F		X		X
21928	Buendia Luna Vlentino Andre	superior	superior	5	M		X	X	
13913	Caceres Vera Yuriana	Tecnico	Tecnico	4	F		X		X
13916	Huaman Ccacya Rodrigo Manuel	Tecnico	Secundaria	4	M	X			X
10716	Alvares Pineda Abigail	superior	superior	5	F		X	X	
12239	Bonifacio Mamani Yeico	Tecnico	Secundaria	4	M		X	X	
8272	Bolivar Benites Sebastian	superior	superior	5	M		X	X	
13721	Condori Laura Caleb Sebastian	Secundaria	Secundaria	5	M		X		X
151413	Anaya Torres Sahid Brisa	Tecnico	Tecnico	3	F		X	X	
15190	Apaza Febres Abigail	superior	superior	4	F		X		X
12517	Aliaga Mamani Dilan	Tecnico	Secundaria	4	M		X		X
11040	Calderon Huamani Dorean	Tecnico	Secundaria	4	M		X		X
9954	Calcina Zabala Mia	superior	superior	5	F	X		X	
15088	Luque Luque Abigail	superior	superior	4	F		X		X
14901	Huaman Mamani Dalezka	Tecnico	Tecnico	4	F		X	X	
14954	Lalachua Myta Aracely Emily	Tecnico	Secundaria	4	F	X		X	
12478	Huamani Cardenas Naylea Rarely	Secundaria	Secundaria	3	F	X	X	X	X
9373	Aguilar Atamani Alexis	Tecnico	Secundaria	4	M		X		X
16433	Aquino Cupara Cesar	Tecnico	Secundaria	4	M		X	X	
15482	Astoquilca Coaguila Jeremy	Tecnico	Tecnico	3	M		X		X
15903	Monrroy Flores Ariana	superior	superior	3	F		X	X	
16472	Arenas Zevallos Arantza	superior	superior	4	F		X	X	
13981	Apaza Sanches Allison	superior	superior	3	F		X		X
9945	Arapa Contreras Fatima Rosario	Tecnico	Tecnico	4	F	X		X	
12881	Chupa Morales Edwar	Secundaria	Secundaria	4	M	X		X	
14157	Merma Pechan Angieli Nicole	Secundaria	Secundaria	3	F	X			X
14808	Flores Montenegro Estefano	superior	superior	4	M		X	X	
14901	Huaman Mamani Dalezka	Tecnico	Tecnico	4	F		X		X

12892	Apaza Chite Zoe	superior	Tecnico	4	F		X		X
17144	Jose Abraham Valdivia Machaca	superior	Tecnico	6	M		X		X
17872	Anthony Panca Machaca	Tecnico	Tecnico	7	M		X		X
23685	Fernandez Espinilla Gabriel	superior	superior	8	M		X		X
23684	Fernandez Espinilla Elizabeth	superior	superior	9	F		X		X
18158	Olayunca Anampa Leonel	Tecnico	Secundaria	9	M		X		X

FORMATO DE ATENCION INTEGRAL DE LA NIÑA Y EL NIÑO

Establecimiento de Salud: _____ N° Historia Clínica: _____
 Cod. Afiliación SIS u otro seguro: _____

DATOS GENERALES

Apellidos: _____ Nombres: _____ Sexo: M F Edad: _____
 Lugar de Nacimiento: _____ Domicilio/Referencia: _____ F. Nac: _____
 CUI/DNI: _____ G.S.: _____ Rh: _____
 Grado de Instrucción: _____ Centro Educativo: _____ Teléfono Domicilio: _____
 Nombre y Apellidos de la Madre o Padre o Tutor: _____ Edad: _____ Identificación (DNI): _____ Cod. Afiliación: SIS () Otro ()
 Grado de Instrucción: _____ Ocupación: _____ Estado Civil: _____ Religión: _____
 Nombre y Apellidos de la Madre o Padre o Tutor: _____ Edad: _____ Identificación (DNI): _____ Cod. Afiliación: SIS () Otro ()
 Grado de Instrucción: _____ Ocupación: _____ Estado Civil: _____ Religión: _____

Antecedentes Personales:
1. Antecedentes Perinatales:
1.1 Embarazo: Normal Complicado
 Patología(s) durante la gestación: _____
 Control Prenatal: SI No
 N° CPN N° de embarazo
1.2 Parto:
 Parto Eutócico Complicado
 Complicaciones del parto: _____
Lugar del parto
 EESS Domicilio Consult. Parto
Atendido por:
 Profesional de Salud Técnico
 ACS Familiar
 Otro (especificar) _____
 III Vivienda / Saneamiento Basico
 Agua Potable Si No Especificar _____
 Desague Si No Especificar _____

1.3 Nacimiento
 Edad Gest. al nacer (sem): _____
 Peso al nacer (gr): _____
 Talla al nacer (cm): _____
 Perímetro cefálico: _____
Respiración y llanto al nacer:
 Fue inmediato Si No
 APGAR 1min 5m
 Reanimación Si No
 Rotología Neonatal Si No
 Especifique: _____
 Hospitalización Si No
 Tiempo de hospitalización: _____
2. Alimentación
 Primeros 6 meses: LME
 Mixta
 Artificial
 Inicio de la alimentación complementaria: _____
 Suplementación Fe Si
 (< 2 años) No

3. Patológicos

	Si	No
TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SODA / Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitalizaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusiones sang.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergia a medic.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especifique:		

Antecedentes Familiares

Quien	Si	No
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH-SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergia a medicinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violencia familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogadicción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepat.B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Padre(P), Madre(M), Hno(H)

Inmunizaciones	BCG	HVB	APO			Pentavalente			Rotavirus		Neumococo			Influenza		SPR		AMA	DPT		
			1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	1°	2°	3°	1°	2°	1°	R		1°	R	2°
Control de crecimiento y desarrollo	RN		Menor de 01 año											1 año				2 años			
	1°	2°	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	1°	2°	3°	4°	5°	6°	1°	2°
	3°	4°	3 años	1°	2°	3°	4°	4 años	1°	2°	3°	4°	5 años	6 años	7 años	8 años	9 años	10 años	11 años		
Tamizaje		<1a		1a	2a	3a	4a		5a	6a	7a	8a	9a	10a	11a						
Hipotiroidismo																					
Descarte de anemia	Dosaje de Hb o Hcto																				
Descarte de parasitosis	Examen seriado																				
	Test de Graham																				

APELLIDOS Y NOMBRES: _____ N° HCI: _____

EVALUACION DE LA ALIMENTACION DE LA NIÑA Y EL NIÑO																												
FECHA:																												
EDAD:	RN	1m	2m	3m	4m	5m	6m	7m	8m	9m	10m	11m	12m	14m	16m	18m	20m	22m	24m	27m	30m	33m	36m					
1. ¿El niño está recibiendo Lactancia Materna? (Explorar)																												
2. ¿La técnica de LM es adecuada? (Explorar y observar)																												
3. ¿La frecuencia de LM es adecuada? (Explorar y Evaluar)																												
4. ¿El niño recibe leche no materna? (Explorar)																												
5. ¿El niño recibe aguitas? (Explorar)																												
6. ¿En niño recibe algún otro alimento? (Explorar)																												
7. ¿La consistencia de la preparación es adecuada según la edad? (Explorar)																												
8. ¿La cantidad de alimento es adecuada según la edad? (Explorar)																												
9. ¿La frecuencia de la alimentación es adecuada según la edad? (Explorar)																												
10. ¿Consume alimentos de origen animal? (Explorar)																												
11. ¿Consume frutas y verduras? (Explorar)																												
12. ¿Añade aceite, mantequilla o margarina a la comida del niño?																												
13. ¿El niño recibe los alimentos en su propio plato?																												
14. ¿Añade sal yodada a la comida familiar?																												
15. ¿Su niña o niño está tomando suplementos de hierro?																												
16. ¿Su niña o niño ha recibido suplementos de Vitamina A?																												
17. ¿Su niña o niño está recibiendo multimicronutrientes?																												
18. ¿Es el niño beneficiario de algún programa de Apoyo Social? Si () No () Especificar:																												
CONSULTA																												
Fecha:	Hora:	Edad:																										
Descarte de signos de peligro: (marcar los hallazgos)			IDENTIFIQUE FACTORES DE RIESGO																									
MENOR DE 2 MESES : No quiere mamar ni succiona Convulsiones Fontanela abombada Enrojecimiento del ombligo se extiende a la piel Fiebre o temperatura baja Rigidez de nuca Pústulas muchas y extensas Letárgico o comatoso			DE 2 MESES A 4 AÑOS : No puede beber o tomar el pecho Convulsiones Letárgico o comatoso Vomita todo Estridor en reposo / tiraje subcostal			PARA TODAS LAS EDADES : Emaciación visible grave Piel vuelve muy lentamente Traumatismo / Quemaduras Envenenamiento Palidez palmar intenso			¿Quién cuida al niño? _____ ¿Participa el padre en el cuidado del niño? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿El niño recibe muestras de afecto? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique _____																			
ANAMNESIS																												
1. Motivo de consulta:																												
Tiempo de enfermedad: Forma de Inicio: Curso:																												
Examen Físico	Signos Vitales	Tº	PA	FC	FR	Peso	Talla	PC																				
Diagnóstico	1. Diagnóstico Nosológico Síndrómico					2. Condición del crecimiento y estado Nutricional					3. Condición del Desarrollo Psicomotor																	
	1.					Crecimiento adecuado					Riesgo para el desarrollo																	
	2.					Crecimiento inadecuado					Normal																	
	3.					Riesgo Nutricional Ganancia inadecuada de peso o talla					Devic del desarrollo según PB																	
Tratamiento	4. Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo.					Desnutrición					Trastorno del Desarrollo																	
	1.					Sobrepeso					Observaciones:																	
	2.					Obesidad																						
	3.					Acuerdos y compromisos negociados con la madre y/o cuidador del niño																						
Exámenes Auxiliares	Referencia (lugar y motivo)																											
Próxima cita:														Atendido por:														
Observación:														Firma y Sello							Colegio profesional DNI							
APELLIDOS Y NOMBRE:														Nº DE HISTORIA CLINICA														

CONSULTA												
Fecha:		Hora:			Edad:							
Descarte de signos de peligro: (marcar los hallazgos) <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> MENOR DE 2 MESES: No quiere mamar ni succiona <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Fontanela abombada <input type="checkbox"/> Enrojecimiento del ombligo se extiende a la piel <input type="checkbox"/> Fiebre o temperatura baja <input type="checkbox"/> Rigidez de nuca <input type="checkbox"/> Pústulas muchas y extensas <input type="checkbox"/> Letárgico o comatoso <input type="checkbox"/> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> DE 2 MESES A 4 AÑOS : No puede beber o tomar el pecho <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Letárgico o comatoso <input type="checkbox"/> Vomita todo <input type="checkbox"/> Estridor en reposo / tiraje subcostal <input type="checkbox"/> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> PARA TODAS LAS EDADES : Emaciación visible grave <input type="checkbox"/> Piel vuelve muy lentamente <input type="checkbox"/> Traumatismo / Quemaduras <input type="checkbox"/> Envenenamiento <input type="checkbox"/> Palidez palmar intenso <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table>										MENOR DE 2 MESES: No quiere mamar ni succiona <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Fontanela abombada <input type="checkbox"/> Enrojecimiento del ombligo se extiende a la piel <input type="checkbox"/> Fiebre o temperatura baja <input type="checkbox"/> Rigidez de nuca <input type="checkbox"/> Pústulas muchas y extensas <input type="checkbox"/> Letárgico o comatoso <input type="checkbox"/>	DE 2 MESES A 4 AÑOS : No puede beber o tomar el pecho <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Letárgico o comatoso <input type="checkbox"/> Vomita todo <input type="checkbox"/> Estridor en reposo / tiraje subcostal <input type="checkbox"/>	PARA TODAS LAS EDADES : Emaciación visible grave <input type="checkbox"/> Piel vuelve muy lentamente <input type="checkbox"/> Traumatismo / Quemaduras <input type="checkbox"/> Envenenamiento <input type="checkbox"/> Palidez palmar intenso <input type="checkbox"/>
MENOR DE 2 MESES: No quiere mamar ni succiona <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Fontanela abombada <input type="checkbox"/> Enrojecimiento del ombligo se extiende a la piel <input type="checkbox"/> Fiebre o temperatura baja <input type="checkbox"/> Rigidez de nuca <input type="checkbox"/> Pústulas muchas y extensas <input type="checkbox"/> Letárgico o comatoso <input type="checkbox"/>	DE 2 MESES A 4 AÑOS : No puede beber o tomar el pecho <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Letárgico o comatoso <input type="checkbox"/> Vomita todo <input type="checkbox"/> Estridor en reposo / tiraje subcostal <input type="checkbox"/>	PARA TODAS LAS EDADES : Emaciación visible grave <input type="checkbox"/> Piel vuelve muy lentamente <input type="checkbox"/> Traumatismo / Quemaduras <input type="checkbox"/> Envenenamiento <input type="checkbox"/> Palidez palmar intenso <input type="checkbox"/>										
								IDENTIFIQUE FACTORES DE RIESGO ¿Quién cuida al niño? <input type="checkbox"/> Participa el padre en el cuidado del niño? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El niño recibe muestras de afecto? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique: _____				
ANAMNESIS												
1. Motivo de consulta:												
Tiempo de enfermedad:		Forma de Inicio:			Curso:							
Examen Físico	Signos Vitales	T°	PA	FC	FR	Peso	Talla		PC			
Diagnóstico	1. Diagnóstico Nosológico o Síndrómico				2. Condición del crecimiento y estado Nutricional			3. Diagnóstico del Desarrollo Psicomotor				
	1. _____				Crecimiento Adecuado			Normal:				
	2. _____				Crecimiento Inadecuado			Riesgo de trastorno del desarrollo				
	3. _____				Riesgo Nutricional			Déficit del desarrollo según PB				
4. Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo				Ganancia inadecuada de peso o talla			Transitorio del desarrollo					
1. _____				Desnutrición			Observaciones:					
2. _____				Sobrepeso								
3. _____				Obesidad								
Tratamiento				Acuerdos y compromisos negociados con la madre y/o cuidador del niño								
Exámenes Auxiliares				Referencia (lugar y motivo)								
Próxima cita:				Atendido por:								
Observación:				Firma y Sello			Colegio profesional DNI					

CONSULTA												
Fecha:		Hora:			Edad:							
Descarte de signos de peligro: (marcar los hallazgos) <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> MENOR DE 2 MESES: No quiere mamar ni succiona <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Fontanela abombada <input type="checkbox"/> Enrojecimiento del ombligo se extiende a la piel <input type="checkbox"/> Fiebre o temperatura baja <input type="checkbox"/> Rigidez de nuca <input type="checkbox"/> Pústulas muchas y extensas <input type="checkbox"/> Letárgico o comatoso <input type="checkbox"/> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> DE 2 MESES A 4 AÑOS : No puede beber o tomar el pecho <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Letárgico o comatoso <input type="checkbox"/> Vomita todo <input type="checkbox"/> Estridor en reposo / tiraje subcostal <input type="checkbox"/> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> PARA TODAS LAS EDADES : Emaciación visible grave <input type="checkbox"/> Piel vuelve muy lentamente <input type="checkbox"/> Traumatismo / Quemaduras <input type="checkbox"/> Envenenamiento <input type="checkbox"/> Palidez palmar intenso <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table>										MENOR DE 2 MESES: No quiere mamar ni succiona <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Fontanela abombada <input type="checkbox"/> Enrojecimiento del ombligo se extiende a la piel <input type="checkbox"/> Fiebre o temperatura baja <input type="checkbox"/> Rigidez de nuca <input type="checkbox"/> Pústulas muchas y extensas <input type="checkbox"/> Letárgico o comatoso <input type="checkbox"/>	DE 2 MESES A 4 AÑOS : No puede beber o tomar el pecho <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Letárgico o comatoso <input type="checkbox"/> Vomita todo <input type="checkbox"/> Estridor en reposo / tiraje subcostal <input type="checkbox"/>	PARA TODAS LAS EDADES : Emaciación visible grave <input type="checkbox"/> Piel vuelve muy lentamente <input type="checkbox"/> Traumatismo / Quemaduras <input type="checkbox"/> Envenenamiento <input type="checkbox"/> Palidez palmar intenso <input type="checkbox"/>
MENOR DE 2 MESES: No quiere mamar ni succiona <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Fontanela abombada <input type="checkbox"/> Enrojecimiento del ombligo se extiende a la piel <input type="checkbox"/> Fiebre o temperatura baja <input type="checkbox"/> Rigidez de nuca <input type="checkbox"/> Pústulas muchas y extensas <input type="checkbox"/> Letárgico o comatoso <input type="checkbox"/>	DE 2 MESES A 4 AÑOS : No puede beber o tomar el pecho <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Letárgico o comatoso <input type="checkbox"/> Vomita todo <input type="checkbox"/> Estridor en reposo / tiraje subcostal <input type="checkbox"/>	PARA TODAS LAS EDADES : Emaciación visible grave <input type="checkbox"/> Piel vuelve muy lentamente <input type="checkbox"/> Traumatismo / Quemaduras <input type="checkbox"/> Envenenamiento <input type="checkbox"/> Palidez palmar intenso <input type="checkbox"/>										
								IDENTIFIQUE FACTORES DE RIESGO ¿Quién cuida al niño? <input type="checkbox"/> Participa el padre en el cuidado del niño? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El niño recibe muestras de afecto? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique: _____				
ANAMNESIS												
1. Motivo de consulta:												
Tiempo de enfermedad:		Forma de Inicio:			Curso:							
Examen Físico	Signos Vitales	T°	PA	FC	FR	Peso	Talla		PC			
Diagnóstico	1. Diagnóstico Nosológico o Síndrómico				2. Condición del crecimiento y estado Nutricional			3. Diagnóstico del Desarrollo Psicomotor				
	1. _____				Crecimiento Adecuado			Normal:				
	2. _____				Crecimiento Inadecuado			Riesgo de trastorno del desarrollo				
	3. _____				Riesgo Nutricional			Déficit del desarrollo según PB				
4. Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo				Ganancia inadecuada de peso o talla			Transitorio del desarrollo					
1. _____				Desnutrición			Observaciones:					
2. _____				Sobrepeso								
3. _____				Obesidad								
Tratamiento				Acuerdos y compromisos negociados con la madre y/o cuidador del niño								
Exámenes Auxiliares				Referencia (lugar y motivo)								
Próxima cita:				Atendido por:								
Observación:				Firma y Sello			Colegio profesional DNI					

FICHA DE CONTROL ESTOMATOLÓGICO
NIÑO, ADOLESCENTE, ADULTO, ADULTO MAYOR



H.C.

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)
 FECHA DE NACIMIENTO EDAD GRADO / SECCION
 CENTRO EDUCATIVO
 DOMICILIO (Localidad, Distrito y Provincia)
 EXAMEN Nº 1

FECHA	EXAMEN Nº 1		EXAMEN Nº 2	
	SANO	ENF.	SANO	ENF.
ENCIA	SANO	ENF.	SANO	ENF.
Labios	Sano	Enf.	Sano	Enf.
Carrillos	Sano	Enf.	Sano	Enf.
Paladar	Sano	Enf.	Sano	Enf.
Lengua	Sano	Enf.	Sano	Enf.
ATM	Normal	Alterada	Normal	Alterada
Oclusión	Normal	Alterada	Normal	Alterada
Cañadas				
Perdidas				
Extrac. Indic.				
Othuradas				
Índice de Caries				
Uso del cepillo	Hab.	Nunca	Hub.	Nunca
	Occas.	CPO-D	Occas.	CPO-D
	Piezas	C-I-S	Piezas	C-I-S
Detección de Placa blanda y calcificada	17-16		17-16	
	11-21		11-21	
	26-27		26-27	
	36-37		36-37	
	31-41		31-41	
	46-47		46-47	
Índices DI y CI - S				
Índice de HO - S				
Estado de Higiene	Buena	Regular	Buena	Regular
	Mala		Mala	

azul = Curación realizada
 rojo = Caries por tratar

X azul = Pieza extraída
 X rojo = Pieza por extraer

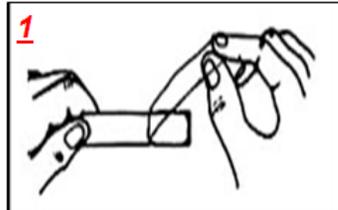
EXAMEN Nº 1
 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
 19 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
 24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
 25 24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

EXAMEN Nº 2
 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
 19 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
 24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
 25 24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

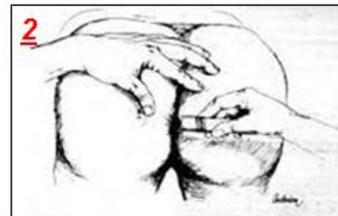
DIAGNOSTICO (S)
 OBSERVACIONES:
 ANTECEDENTES:
 Alergias: SI NO Anestesia: SI NO Penicilinas: SI NO
 Hemorragias: SI NO

Procedimiento de recogida de la muestra:

- Las muestras deben obtenerse en la mañana antes de salir de la cama y hacerse el aseo matinal, de preferencia entre 5 y 6 de la mañana.
- No aplicar talcos ni cremas la noche anterior de tomar las muestras.



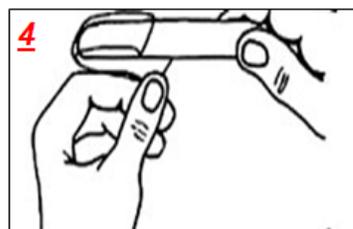
Recorte una cinta scotch que sea un poco mas delgada que la lamina de vidrio



Con la mano separe los pliegues de las nalgas para exponer la zona perianal.



Aplique la cinta scotch por su cara pegajosa sobre la piel vecina al orificio anal, sin introducir en el recto



Pegue la cinta sobre la placa de vidrio y guárdela. Repita el procedimiento durante 2 días seguidos, cada día con una placa diferente.

- La cinta scotch no debe venir con deposición, talco ni cremas.
- Cuando tenga la última muestra lleve las placas al Laboratorio.
- Si encuentra algún gusano pequeño (2-3 mm) en la zona anal, péguelo al scotch y éste a la placa.

Anexo 5: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: BRUXISMO Y ENTEROBIASIS VERMICULARIS EN NIÑOS DE 3 - 9 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD GENERALÍSIMO SAN MARTIN - MARIANO MELGAR. AREQUIPA. 2017

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>¿Existirá relación entre el bruxismo y la Enterobiasis Vermicularis, en niños de 3 - 9 que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín - Mariano Melgar Arequipa. 2016?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar la relación entre el bruxismo y la Enterobiasis Vermicularis, en niños de 3 - 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín – Mariano Melgar. Arequipa. 2017.</p> <p>Objetivos específico</p> <p>Determinar la Prevalencia del bruxismo en niños de 3 - 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín - Mariano Melgar. Arequipa. 2017.</p> <p>Determinar la Prevalencia de Enterobiasis Vermicularis, en niños de 3 - 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín – Mariano Melgar. Arequipa. 2017.</p>	<p>Hipótesis General:</p> <p>Es probable que exista relación entre el Bruxismo y la Enterobiasis Vermicularis, en los niños de 3 a 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, Arequipa.</p> <p>Hipótesis Derivadas:</p> <p>Es probable que exista alta Prevalencia del bruxismo en niños de 3 - 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín – Mariano Melgar. Arequipa.</p> <p>Es probable que exista alta la Prevalencia de Enterobiasis Vermicularis, en niños de 3 - 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín –</p>	<p>Variables Principales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bruxismo • Enterobiasis Vermicularis <p>Variable Secundarias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo 	<p>Tipo de Investigación:</p> <p>La investigación es de tipo no experimental, de corte transversal.</p> <p>De acuerdo a la recolección de datos: De campo y laboratorial</p> <p>De campo porque se obtuvieron los datos directamente de la observación de los niños, y laboratorial porque se analizaron las muestras obtenidas en el laboratorio de análisis clínico bajo la técnica de Graham.</p> <p>De acuerdo al</p>

	<p>Determinar la relación de la edad y la prevalencia del Bruxismo en niños de 3 a 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín - Mariano Melgar. Arequipa. 2017.</p> <p>Determinar la relación de la edad y la prevalencia de la Enterobiasis Vermicularis en niños de 3 a 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín - Mariano Melgar. Arequipa. 2017.</p> <p>Determinar la relación del sexo y la prevalencia del Bruxismo en niños de 3 a 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín - Mariano Melgar. Arequipa. 2017.</p> <p>Determinar la relación del sexo y la prevalencia de la Enterobiasis Vermicularis en niños de 3 a 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín - Mariano Melgar. Arequipa. 2017.</p>	<p>Mariano Melgar. Arequipa.</p> <p>Es probable que la edad se relacione con la prevalencia del Bruxismo en niños de 3 a 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín - Mariano Melgar. Arequipa.</p> <p>Es probable que la edad se relacione con la prevalencia de la Enterobiasis Vermicularis en niños de 3 a 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín - Mariano Melgar. Arequipa.</p> <p>Es probable que el sexo se relacione con la prevalencia del Bruxismo en niños de 3 a 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín - Mariano Melgar. Arequipa.</p> <p>Es probable que el sexo se relacione con la prevalencia de la Enterobiasis Vermicularis en niños de 3 a 9 años que acuden al Centro de Salud Generalísimo San Martín - Mariano Melgar. Arequipa.</p>		<p>momento de recolección de datos: Prospectiva: los datos se obtuvieron conforme se desarrolló la investigación</p> <p>De acuerdo a la finalidad investigativa: Relacional, debido a que en este tipo de estudios se establecen relación entre las variables, determinándose si una variable está asociada con la otra.</p>
--	---	--	--	--

Anexo 6: fotografías







