

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
COORDINACION GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACION**



**TRABAJO DE GRADUACION  
PARA OBTENER EL TITULO DE  
DOCTOR EN CIRUGIA DENTAL**

**TITULO:**

**“IDENTIFICACION DE LESIONES BUCALES COMO ELEMENTO  
DIAGNOSTICO EN LA DETECCION DE MALTRATO INFANTIL EN  
PACIENTES CON TRAUMA BUCAL (Hospital Nacional de Niños Benjamín  
Bloom, 2003)”**

**AUTORES:**

**ANA CECILIA APARICIO RAMIREZ  
LEDYS CANIZALES GUTIERREZ  
MARIA CECILIA MONGE FIGUEROA  
TIRSA SINAI YANES ACOSTA**

**DOCENTES DIRECTORES:**

**DRA. RITA ERNA ESPINOZA PADILLA  
DR. GUILLERMO ALFONSO AGUIRRE ESCOBAR  
DR. WILFRIDO CLARA MAJANO**

**CIUDAD UNIVERSITARIA, OCTUBRE 2004**

***AUTORIDADES***

***RECTORA***

DRA. MARIA ISABEL RODRIGUEZ

***VICE-RECTOR ACADEMICO***

ING. JOAQUIN ORLANDO MACHUCA

***VICE-RECTORA ADMINISTRATIVA***

DRA. CARMEN ELIZABETH RODRIGUEZ DE RIVAS

***DECANO***

DR. OSCAR RUBEN COTO DIMAS

***VICE-DECANO***

DR. GUILLERMO ALFONSO AGUIRRE

***SECRETARIA***

DRA. VILMA VICTORIA GONZALEZ DE VELASQUEZ

***DIRECTOR DE EDUCACION ODONTOLOGICA***

DR. JOSE BENJAMÍN LOPEZ GUILLEN

***JURADO EVALUADOR***

DR OSCAR ARMANDO GOMEZ LOPEZ

DRA. DORA ELENA SILVA DE JOYA

DRA. RITA ERNA ESPINOZA PADILLA

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios Todopoderoso, por darnos sabiduría y fortaleza para finalizar satisfactoriamente nuestros estudios universitarios.

A nuestros padres, por el apoyo, el esfuerzo y la fe depositada en nosotras en el transcurso de nuestra carrera.

A nuestros asesores, por guiarnos con sus conocimientos, y dedicarnos su valioso tiempo.

Finalmente, a todas las personas que colaboraron desinteresadamente en la realización de esta investigación.

## INDICE

	Página
RESUMEN -----	vii
1. INTRODUCCIÓN -----	viii
2. MARCO TEORICO -----	9
2.1 Maltrato Infantil -----	9
2.2 Odontología y Maltrato Infantil -----	13
2.3 Trauma Dentoalveolar y Maltrato Infantil -----	14
3. OBJETIVOS -----	17
3.1 Objetivo General -----	17
3.2 Objetivos Específicos -----	17
4. MATERIALES Y METODOS -----	18
4.1 Diseño de la Investigación -----	18
4.2 Población -----	18
4.3 Muestra -----	18
4.4 Variables e Indicadores -----	18
4.5 Materiales -----	19
4.6 Proceso de captación de la información -----	19
4.6.1 Recolección de los datos -----	19
4.6.2 Instrumento -----	20
4.7 Procesamiento y Análisis de Datos -----	20
4.7.1 Revisión de Instrumentos -----	20
4.7.2 Tabulación de Datos -----	20
4.7.3 Medición de Variables -----	20
4.7.4 Pruebas Estadísticas -----	20
4.8 Consideraciones Éticas -----	20
4.9 Limitaciones de la Investigación -----	21
5. RESULTADOS -----	22
6. DISCUSIÓN -----	30
7. CONCLUSIONES -----	36

8. SUGERENCIAS -----

37

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

ANEXOS

## RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo, de tipo descriptivo y corte transversal, con el objetivo de identificar a las lesiones bucales como elemento diagnóstico para detectar el Maltrato Infantil.

Se revisaron los expedientes de 191 pacientes de 0 a 12 años de edad, que consultaron por trauma bucal bajo el Sistema de Vigilancia de Lesiones de Causa Externa y fueron atendidos en el área de Consulta Externa y Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom del área Metropolitana de San Salvador.

La información se obtuvo a través de la revisión de expedientes clínicos, utilizándose el instrumento de recolección de datos, siendo las variables principales: el sexo, la edad, el tipo de lesión, el sitio anatómico afectado y el destino del paciente. Estos datos fueron procesados en forma automatizada mediante el sistema Epi info 2002.

Los resultados revelaron que la laceración fue la lesión predominante con un 77.6%; el sitio anatómico fue lengua con un 28% y labio inferior con un 25%; la edad más afectada fue la de 4 años 3 meses y en cuanto al sexo, se afectó el masculino; y sólo un 3.1% fue remitido al área de Odontología.

La laceración es la lesión característica en el maltrato infantil y fue la predominante en el estudio, por lo tanto, existe la probabilidad que en algunos casos estas lesiones tuviesen por origen el maltrato. Por lo que identificarlas constituye un elemento diagnóstico importante, en conjunto con otros aspectos para la detección de Maltrato Infantil.

## INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil es un problema social en aumento, que no debe limitarse a ser atendido por la profesión médica, legal, o de servicio social, es por ello que el odontólogo debe ser capaz de detectar, informar y brindar tratamiento a estos pacientes.

Actualmente el maltrato infantil constituye una causa importante en la etiología de las lesiones bucales en niños, sin embargo, es una situación que a menudo pasa inadvertida por la profesión odontológica, pese a que muchos niños maltratados presentan lesiones de cabeza y cuello, heridas en varias fases de cicatrización, laceraciones de frenillos, lesiones repetidas y otras cuya presentación clínica no es compatible con los antecedentes citados por los padres.

Existen diversos estudios sobre el tema en otros países, sin embargo, a nivel nacional no se cuenta con este tipo de información, por lo que esta investigación tiene como objetivo establecer si las lesiones bucales presentes en pacientes que consultaron por trauma bucal en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom (HNNBB) constituyen un elemento diagnóstico en la detección de maltrato infantil, brindando una herramienta a los profesionales de la salud para su identificación, y que el odontólogo mediante la realización de un examen clínico exhaustivo en combinación con una historia clínica detallada, sea capaz de establecer un diagnóstico acertado de las lesiones bucales asociadas a maltrato, a fin de poder evitar nuevos episodios de violencia que podrían llegar a causar la muerte del niño.

Las variables operacionales que se analizan a lo largo del estudio son género, edad, tipo de lesión, sitio anatómico afectado, porcentaje de remisiones de pacientes al área de odontología y porcentaje de pacientes con trauma bucal diagnosticados con maltrato infantil.

Las limitantes en el desarrollo de esta investigación las constituyen trabajar con expedientes y no mediante el examen clínico directo del paciente por parte del grupo investigador, además la hoja de lesiones bajo la que se ingresa a los pacientes no contiene un apartado específico para la cavidad bucal, y los diagnósticos de lesiones bucales no son realizados o verificados por un odontólogo.

## **2. MARCO TEORICO**

### **2.1 MALTRATO INFANTIL**

Algunas de las manifestaciones más destructivas de la violencia social y la desintegración familiar es el maltrato, negligencia y abandono infantil. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Maltrato Infantil se reconoce como: “ Todas las formas de maltrato físico o emocional, abuso sexual, negligencia o trato negligente u otro tipo de explotación comercial que resulte en un detrimento real o potencial para la salud, sobrevivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”.<sup>1</sup>

Actualmente la Asamblea Médica Mundial reconoce este flagelo como un problema universal de salud ya que el Maltrato Infantil no solo afecta profundamente la calidad de vida de sus víctimas, sino que se acompaña de altas tasas de morbilidad y mortalidad.<sup>2</sup>

Durante el año de 1874 se informó y documentó el primer caso de Maltrato Infantil que fue llevado a la Sociedad Americana de Prevención de la Crueldad de los Animales en Nueva York, que intercedió a su favor. En 1875 se fundó la Sociedad Americana de Prevención de Crueldad a los Niños<sup>3</sup>; y no fue sino hasta la primera mitad del siglo XX que los estudios y las instituciones destinadas a la protección se centraron en la temática infantil; ya en 1945-1955 los desarrollos científicos intentaban establecer una relación entre cierto tipo de lesiones y el maltrato.<sup>4</sup>

La importancia que tiene la familia en la formación de los sujetos, ha llevado a indagar las distintas formas en que el maltrato circula dentro de ella. Las acciones abusivas que se producen en el hogar han sido objeto de especial preocupación en las últimas décadas. En 1961 Henry Kempe, organizó un simposio interdisciplinario sobre el Síndrome del Niño Golpeado. Al año siguiente publicó la descripción completa de dicho síndrome y presentó los enfoques pediátricos, psicológicos, radiológicos y legales; igualmente aportó las primeras cifras de incidencia del fenómeno correspondientes a los Estados Unidos.<sup>5</sup>

A nivel nacional, la Unidad de Pediatría Social del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom (HNNBB), reportó un total de 314 casos de maltrato correspondiente a los meses de enero-diciembre de 2002.<sup>6</sup>

Existen diferentes tipos de maltrato y abandono infantil definidos de múltiples formas, y la mayoría de autores coinciden en las siguientes definiciones:

- **Maltrato físico:** Acción no accidental de algún adulto que provoca daño físico o enfermedad en el niño, que le coloca en grave riesgo de padecerle como consecuencia de alguna negligencia intencionada.
- **Abandono físico:** Situación en que las necesidades físicas básicas del menor, (alimentación, higiene, seguridad, atención médica, vestido, educación, vigilancia, etc.), no son atendidas adecuadamente por ningún adulto del grupo que convive con él.
- **Abuso sexual:** Cualquier contacto sexual entre un niño y un adulto o un niño mayor y cuyo propósito haya sido la gratificación sexual del atacante; incluye contacto de tipo físico o contacto de tipo no físico.
- **Maltrato emocional:** Conductas de los padres / madres o cuidadores tales como insultos, rechazos, amenazas, humillaciones, desprecios, burlas, críticas, aislamiento, atemorización que causen o puedan causar deterioro en el desarrollo emocional, social, o intelectual del niño.
- **Abandono emocional:** Situación en la que el niño no recibe el afecto, la estimulación, el apoyo y protección necesarios en cada estadio de su evolución y que inhibe su desarrollo óptimo. Existe una falta de respuesta por parte de los padres / madres o cuidadores a las expresiones emocionales del niño (llanto, sonrisa, etc) o a sus intentos de aproximación o interacción.
- **Síndrome de Münchhausen:** Los padres / madres o cuidadores someten al niño a continuas exploraciones médicas, suministros de medicamentos o ingresos hospitalarios, alegando síntomas ficticios o generados de manera activa por el adulto.
- **Maltrato por negligencia o descuido:** Se manifiesta por falta de control médico u odontológico, alimentación inadecuada, falta de vestuario o vestuario defectuoso, malformación de hábitos e inasistencia escolar, dentro de ese maltrato se incluye la poca vigilancia o vigilancia deficiente que da lugar a que ocurran accidentes.<sup>7,8</sup>

La incidencia del Maltrato Infantil está determinada por múltiples causas, conocidas como factores de riesgo: edad de la víctima, niños con discapacidades físicas o conductuales, edad de los padres, embarazo no deseado, historia de abuso o maltrato en la niñez de los padres, desconocimiento de las conductas normales en las etapas del desarrollo infantil, estrategias de disciplina, escolaridad de los padres, estrés, pobreza, tamaño de la familia, abuso de las sustancias prohibidas y tóxicas por parte de los padres, desempleo, etc.<sup>9,10</sup>

En las víctimas de Maltrato Infantil frecuentemente pueden observarse diferentes signos o indicadores físicos y de comportamiento entre los cuales están:

<b>Signos o indicadores físicos</b>	<i>Signos o indicadores del comportamiento</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contusiones, hematomas, equimosis en distintos estadios de curación.</li> <li>• Quemaduras, laceraciones, coágulos o abrasiones que no concuerdan con la causa alegada.</li> <li>• Mordiscos, desgarros.</li> <li>• Alopecia traumática.</li> <li>• Marcas de manos u objetos.</li> <li>• Fracturas múltiples en distintos estadios de evolución y sin explicación coherente.</li> <li>• Pérdida de piezas dentales por avulsión traumática o ausentes antes de su época normal de exfoliación.</li> <li>• Dientes fracturados, desviados o desvitalizados o con cambios de color.</li> <li>• Múltiples restos radiculares con historial poco claro.</li> <li>• Alteraciones en las oclusiones estética (desviación de la línea media y del mentón) y dinámica (limitaciones en los movimientos de la mandíbula).</li> <li>• Caries dentales extensas no tratadas así como enfermedades de tipo periodontal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios repentinos de conducta.</li> <li>• Comportamiento extremo (agresivo, retraído, sumiso, pasivo, hiperactivo, depresivo).</li> <li>• Asustadizo o temeroso.</li> <li>• Tendencias destructivas.</li> <li>• Alega temor a los padres.</li> <li>• Brinda razones poco creíbles de sus lesiones.</li> <li>• Uso de vestimenta inadecuada para el clima (ocultando las lesiones).</li> <li>• Demuestra baja autoestima.</li> <li>• Problemas de aprendizaje (bajo rendimiento académico)</li> <li>• Fugas crónicas.</li> <li>• Conflictos con la ley.</li> <li>• Relaciones interpersonales deficientes.</li> <li>• Temor a una persona particular.</li> <li>• Ausentismo escolar frecuente, relacionado con la aparición de la lesión.</li> </ul>

Al igual que en las víctimas de abuso infantil, los agresores presentan conductas comunes, entre las que se encuentran:

- Oculta lesiones del niño, brindando explicaciones poco coherentes.
- Tardanza del padre, madre o encargado en buscar ayuda médica que el niño requiera.

- Actitud despreocupada ante las necesidades del niño.
- Describe al niño como muy malo, diferente a los otros.
- Cree en el castigo severo como método de disciplina.
- Tiene expectativas irreales hacia el niño.
- Baja autoestima.
- Pobre control de impulsos asociados a estados de emoción violenta, consumo de alcohol y/o drogas.
- Inmadurez en el comportamiento.
- Repite patrones errados de crianza o experiencias traumáticas de abuso en la infancia.
- Castiga a sus hijos en público.
- Castiga a sus hijos por "difíciles o rebeldes".<sup>11</sup>

## 2.2 ODONTOLOGÍA Y MALTRATO INFANTIL

La Academia Americana de la Odontología Pediátrica, consciente de este problema, reconoce el papel importante que juega el Odontólogo en detectar a los niños víctimas de maltrato<sup>4</sup> a través de los traumatismos de la región orofacial, que con frecuencia son componentes del Maltrato Infantil. La evidencia reporta que del 50-60% de las lesiones físicas se comete en cabeza, cuello y boca y de estos más de la mitad de los casos notificados son ocasionados por Maltrato Infantil, siendo estas señales de alarma o pilotos de atención que pueden indicar una situación de riesgo o maltrato.<sup>12,13,14</sup>

Numerosos autores exponen una serie de indicadores que pueden ayudar al momento del examen clínico como sigue:

- Lesiones en tejidos blandos: contusiones y equimosis orofaciales y peribucales, laceración en labios y lengua, abrasiones de labio, mordedura humana, ruptura de frenillo labial superior y lingual, laceraciones en la mucosa bucal, encía, paladar blando y duro y en el piso de la boca.
- Lesiones en tejidos duros: pérdida de dientes por avulsión traumática, fracturas y luxación dentaria, lesión pulpar y/o periodontal, abscesos, granulomas, dientes desvitalizados, alteraciones en la oclusión estética (desviación de la línea media y mentón), y dinámica (limitación en el movimiento de la mandíbula) que hagan sospechar de fractura ósea, de maxilar y mandíbula mal consolidadas.<sup>3,12,13,14,15,16</sup>

Sin embargo, habría que considerar que estos por sí solos no son suficientes para demostrar la existencia de maltrato, sino, además se debe tomar en cuenta la frecuencia de las manifestaciones, cómo, dónde y con quién se producen. Según Needleman el 95% de los que producen la lesión son los padres y no los tutores.<sup>3</sup>

Es de suma importancia el interrogatorio completo, por ser de gran utilidad para fines diagnósticos y médico-legales. Una buena historia clínica es especialmente valiosa, dado que puede aumentar significativamente el índice de sospecha del clínico de que la etiología de la lesión deriva del maltrato, cuando se presenten algunas circunstancias como discrepancia entre la información de los padres o tutores y el tipo de lesión, demora por parte de éstos en la búsqueda de atención médica, baja autoestima y desarrollo mental inapropiado, la apariencia del niño y su comportamiento con los demás, etc.<sup>3,12</sup>

A pesar de la posición favorable del odontólogo para diagnosticar e intervenir en casos de Maltrato Infantil, se ha comprobado que éste deja de cumplir con frecuencia su deber profesional que como ente denunciante está obligado a reportar estos casos, como lo establece la Ley General de la Salud en su Decreto Ejecutivo N° 19161-S que incluye al Síndrome del Niño Agredido como una enfermedad de declaración obligatoria.<sup>17</sup>

## 2.3 TRAUMA DENTOALVEOLAR Y MALTRATO INFANTIL

Las lesiones dentarias pueden ser el resultado de abuso infantil, más de la mitad de los casos notificados de maltrato evidencian traumatismos bucofaciales y dentoalveolares. Muchos de estos niños presentan lesiones intrabucales, como fracturas de los dientes y maxilares.<sup>18</sup> Por tanto, es necesario catalogar estas lesiones en base a consideraciones anatómicas y terapéuticas al momento de evaluarlas, empleando para esta investigación clasificación de Andreassen.

### ***1-LESIONES DE LOS TEJIDOS DUROS DENTARIOS Y DE LA PULPA***

***Infracción del Esmalte:*** Fractura incompleta, sin pérdida de sustancia dentaria. Aparecen como líneas de ruptura en el esmalte, no cruzan el límite amelodentinario y son paralelas a la dirección de los prismas.

***Fractura de Esmalte (fractura coronaria no complicada):*** Fractura con pérdida de la sustancia dental confinada al esmalte.

***Fractura Esmalte-Dentina (fractura coronaria no complicada):*** Fractura con pérdida de la sustancia dental confinada al esmalte y dentina que no involucra pulpa.

***Fractura Coronaria Complicada:*** Fractura que involucra esmalte/dentina y que expone pulpa.

### ***2. LESIONES DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES***

***Concusión:*** Lesión de los tejidos de soporte del diente sin movilidad o desplazamiento anormal de éste, pero con evidente sensibilidad a la percusión.

***Subluxación:*** Lesión de las estructuras del soporte dental con anormal movilidad pero sin desplazamiento del diente.

***Luxación Extrusiva:*** Parcial desplazamiento del diente fuera de su alvéolo.

***Luxación Lateral:*** Desplazamiento del diente en otra dirección que la axial. Está acompañada por conminución o fractura del alvéolo.

***Luxación Intrusiva:*** Desplazamiento del diente dentro del hueso alveolar. Está acompañada por conminución o fractura del alvéolo.

***Avulsión:*** Desplazamiento completo del diente fuera de su alvéolo.

### ***3-LESIONES DE TEJIDOS DENTARIOS DUROS Y DE LA PULPA Y PROCESO***

#### ***ALVEOLAR***

***Fractura Corona-Raíz (complicada y no complicada):*** Fractura que involucra esmalte, dentina, cemento y puede o no exponer la pulpa.

***Fractura de Raíz:*** Fractura que involucra dentina, cemento, pulpa.

***Fractura de Maxilares y Pared Alveolar:*** Fractura del proceso alveolar que involucra al alvéolo.

***Fractura de Maxilares y Proceso Alveolar:*** Fractura del proceso alveolar que puede o no involucrar al alvéolo.

### ***4- LESIONES DE LA ENCIA O DE LA MUCOSA***

***Laceración:*** Herida superficial o profunda, producida por desgarramiento, o generalmente por objeto agudo .

***Contusión:*** Es un golpe generalmente producido por un objeto romo, sin rompimiento de la mucosa, causando una hemorragia de la submucosa .

***Abrasión:*** Herida superficial causada por el desgarramiento de la mucosa que deja una superficie áspera y sangrante.<sup>19</sup>

## **5. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Establecer si las lesiones bucales presentes en pacientes con trauma bucal en el HNNBB, constituyen un elemento diagnóstico en la detección de Maltrato Infantil.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Determinar el género y la edad más afectada con lesiones bucales en pacientes con trauma bucal en el HNNBB.
- Determinar el tipo de lesión y el sitio anatómico afectado con mayor frecuencia en pacientes con trauma bucal en el HNNBB.
- Determinar el porcentaje de remisiones al área de odontología de pacientes con trauma bucal en el HNNBB.
- Determinar el porcentaje de casos de pacientes que consultaron por trauma bucal en el HNNBB y que fueron diagnosticados con Maltrato Infantil.

## 4. MATERIALES Y METODOS

### 4.1 Diseño de la Investigación:

El diseño corresponde a un estudio retrospectivo de tipo descriptivo y corte transversal.

### 4.2 Población

La población en estudio la constituyeron niños menores de 12 años de edad de ambos géneros, reportados por el “Sistema de Vigilancia de Lesiones de Causa Externa” que presentaron lesiones únicamente en cavidad bucal durante el período de mayo 2002 – agosto 2003, atendidos en las áreas de Consulta Externa y Emergencia en el HNNBB.

### 4.3 Muestra

Todos los niños menores de 12 años que cumplían con el criterio de estudio.

### 4.4 Variables e indicadores

VARIABLES	INDICADORES
Género	Masculino Femenino
Edad	0-3 4-6 7-9 10-12
Tipo de lesión	Tejidos Duros: Fisura en esmalte, fractura coronaria de esmalte, fractura coronaria de esmalte-dentina, fractura coronaria complicada, fractura radicular, cambio de color (gris, amarillo).  Tejidos de Sostén: Concusión, Subluxación, Luxación extrusiva, luxación intrusiva, luxación lateral, lesión del hueso de sostén (fractura del proceso alveolar sin alvéolo, fractura del proceso alveolar con alvéolo).

#### Tejidos Blandos:

Abrasión, Contusión, Lesión por mordedura, fístula, laceración, desgarró, cicatriz, absceso, quemaduras.

Sitio Anatómico  
Afectado

Labio superior e inferior, comisura, carrillo derecho e izquierdo, mucosa alveolar, frenillo superior, inferior y lingual, encía, lengua, piso de la boca, paladar duro y blando, diente, ligamento periodontal, hueso alveolar, maxilar, mandíbula, No determinado.

Porcentaje de Remisiones al área de Odontología	0% - 25%
	> 25% - 50%
	> 50% - 75%
	> 75% - 100%

Porcentaje de Pacientes con trauma Diagnosticados con Maltrato Infantil	0% - 25%
	> 25% - 50%
	> 50% - 75%
	> 75% - 100%

#### 4.5 Materiales

La recopilación de la información no demandó examen clínico, debido a que los datos requeridos fueron extraídos de los expedientes que corresponden al “Sistema de Vigilancia de Lesiones de Causa Externa” de acuerdo a lo anterior los materiales y equipos que se utilizaron fueron: lápiz, lapiceros, borradores, papelería, computadora, diskete, Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS Inc.) versión 9.0 del Programa Epi Info 2002.

## **4.6 Proceso de captación de la información**

### **4.6.1 Recolección de los datos**

La recolección de los datos fue realizada en las instalaciones del HNNBB por los investigadores, cubriendo un número determinado de expedientes cuya información contenida en la hoja del “Sistema de Vigilancia de Lesiones de Causa Externa” fue vaciada en la guía de observación elaborada de acuerdo a las variables e indicadores en estudio.

### **4.6.2 Instrumento**

Consistió en una guía de observación, compuesta por los siguientes elementos: código de identificación, número del expediente, edad y sexo, fecha de nacimiento, fecha del evento, municipio donde ocurrió el evento, intencionalidad, atención previa, lugar donde ocurrió la lesión, actividad que estaba realizando, mecanismo de la lesión y destino del paciente.

La Guía incluyó además filas y columnas que correspondían al tipo de lesión y ubicación o sitio anatómico afectado respectivamente. (ver anexo)

## **4.7 Procesamiento y Análisis de Datos**

### **4.7.1 Revisión de Instrumentos**

Se verificó que los instrumentos contaran con la información completa.

### **4.7.2 Tabulación de Datos**

Los datos recabados en la Guía de Observación se vaciaron diariamente en la plantilla elaborada en el Programa CDC Atlanta, Georgia, Epi Info 2002 .

### **4.7.3 Medición de Variables**

<b>Variable</b>	<b>Método</b>
Género	Porcentaje
Edad	Media Aritmética
Tipo de Lesión	Tabla de Frecuencia
Sitio Anatómico	Tabla de Frecuencia
Remisiones al área de odontología	Porcentaje
Paciente con trauma bucal diagnosticados con maltrato	Porcentaje

#### **4.7.4 Pruebas Estadísticas**

La tabulación de los datos fue procesada a través del paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS Inc.) versión 9.0 del Programa Epi Info 2002.

#### **4.8 Consideraciones Éticas**

El tipo de investigación no ameritó examen clínico directo, por lo que no se puso en riesgo la salud, moral e identidad de los pacientes, gestionando únicamente los permisos correspondientes con las autoridades del HNNBB, para la obtención de la información necesaria a través de la revisión de expedientes clínicos.

#### **4.9 Limitaciones de la Investigación**

La principal limitante la constituyó la naturaleza retrospectiva del estudio que implica trabajar con expedientes y no mediante el examen clínico directo del paciente, además la hoja de lesiones bajo la que ingresaron los pacientes no contenía un apartado específico para cavidad bucal, y los diagnósticos de las lesiones en dicha área no fueron realizados o verificados por un odontólogo.

## 5. RESULTADOS

Se estudiaron los expedientes correspondientes a 191 pacientes, que consultaron por trauma bucal bajo el “Sistema de Vigilancia de Lesiones de Causa Externa” en las áreas de Emergencia y Consulta Externa del HNNBB.

Las lesiones bucales se encontraron en mayor proporción en el género masculino con un 65.6%.

Tabla I. Distribución según género de pacientes con trauma bucal atendidos en el HNNBB durante el periodo 2002–2003.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	65	33.9
Masculino	126	65.6
Total	191	100

La media de edad de los pacientes con lesiones bucales fue de 51 meses ( 4 años, 3 meses).

Tabla II. Edad en meses de pacientes con trauma bucal atendidos en el HNNBB durante el periodo 2002 – 2003.

Método Estadístico	Edad en meses
Media Aritmética	51.24
Mediana	47.30

No existe diferencia en la mediana de edad en meses en relación al género masculino con el femenino al momento de la consulta.

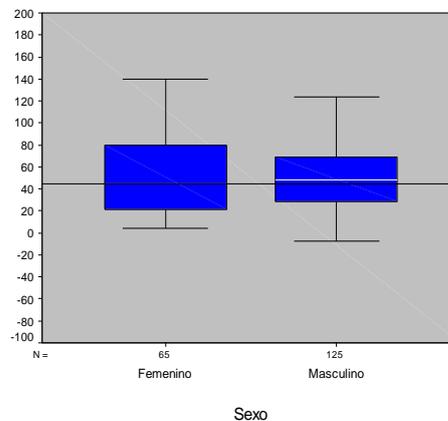


Gráfico 1. Edad en meses a la consulta según el sexo del paciente.

El departamento del país de donde provino el mayor número de casos por lesiones bucales fue San Salvador con un 89.3%.

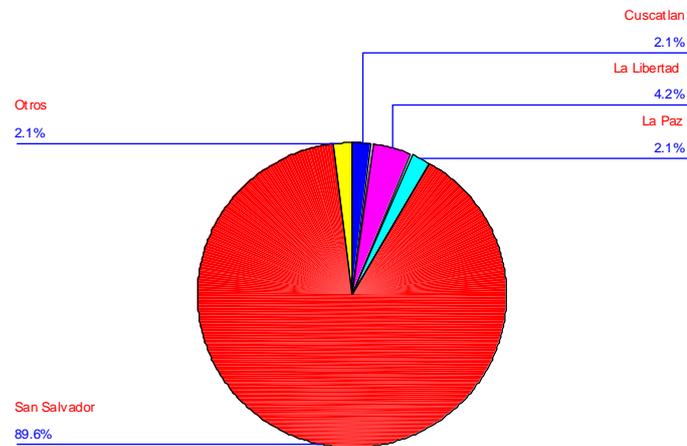


Gráfico 2. Distribución según departamento de procedencia de los pacientes con trauma bucal atendidos en el HNNBB durante el período de 2002-2003.

El 97.9% de los casos se reportó como no intencional.

Tabla III. Intencionalidad de la lesión en pacientes con trauma bucal atendidos en el HNNBB durante el periodo 2002-2003.

Intencionalidad	Frecuencia	Porcentaje
Intencional	2	1.0
No intencional	187	97.9
No se sabe	1	0.5
Otros	1	0.5
Total	191	100

El 36.5% de los pacientes atendidos si recibió atención previa a la consulta hospitalaria en el HNNBB.

Tabla IV. Atención previa a la consulta hospitalaria en pacientes con trauma bucal atendidos en el HNNBB durante el periodo 2002-2003.

Atención Previa	Frecuencia	%
No	121	63.5 %
Si	70	36.5 %
Total	191	100.0%

El expediente refirió que el 80.6% de los niños, al momento de la lesión se encontraban jugando.

Tabla V. Actividad realizada al momento de la lesión en pacientes con trauma bucal atendidos en el HNNBB durante el periodo 2002-2003.

Actividad	Frecuencia	%
Deporte	3	1.6
Estudiando	5	2.6
Jugando	154	80.6
No sabe	11	5.7
Otras	11	5.7
Viajando	7	3.7
Total	191	100.0

El lugar mas frecuente de ocurrencia de la lesión fue la casa con un 61%, la calle con 17% y la escuela con 8%.

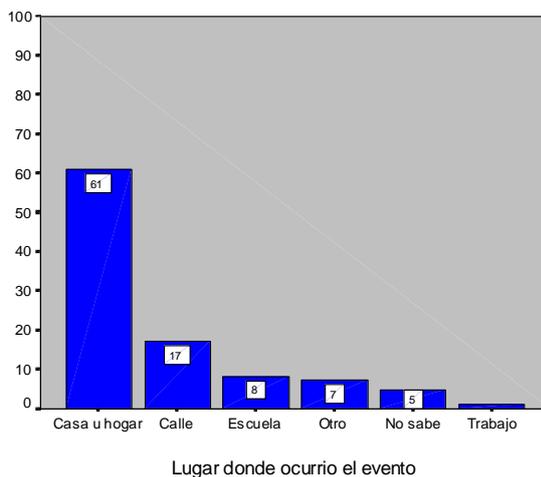


Gráfico 3. Distribución según lugar donde ocurrió el evento.

Del total de casos 103 (53.9%) ocurrieron en la casa jugando, 24 de ellos (12.6%) sucedieron en la calle jugando y 12 (6.3%) en la escuela realizando la misma actividad.

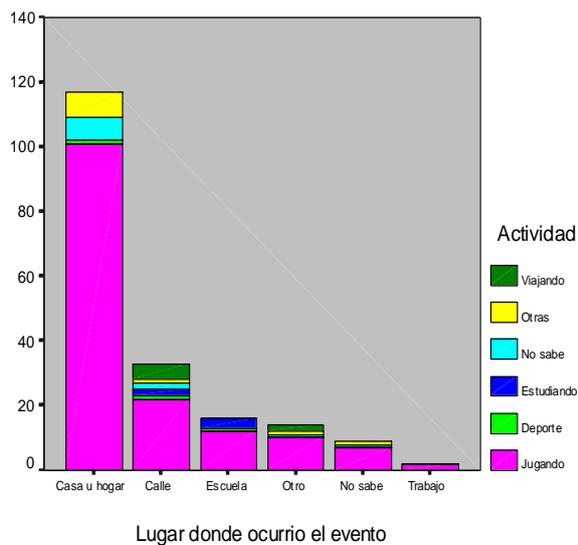


Gráfico 4. Relación entre lugar donde ocurrió el evento y actividad realizada al momento de la lesión.

El mecanismo más frecuente de lesión bucal fue la caída de su propia altura, representado por un 43%, seguido por caída de alguna altura con 28% y golpe con 18%

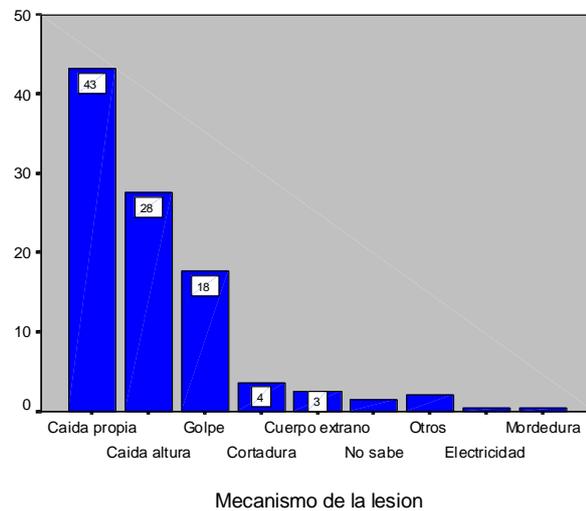


Gráfico 5. Distribución según el mecanismo de la lesión en pacientes con trauma bucal atendidos en el HNNBB durante el periodo 2002-2003.

De 56 casos (29.3%), el mecanismo que produjo la lesión fue caída de su propia altura, de los cuales todos ocurrieron en casa; 34 casos (17.8%) el mecanismo fue caída de alguna altura en casa; y 16 casos (8.4%) el mecanismo fue por golpe y ocurrieron en el mismo lugar.

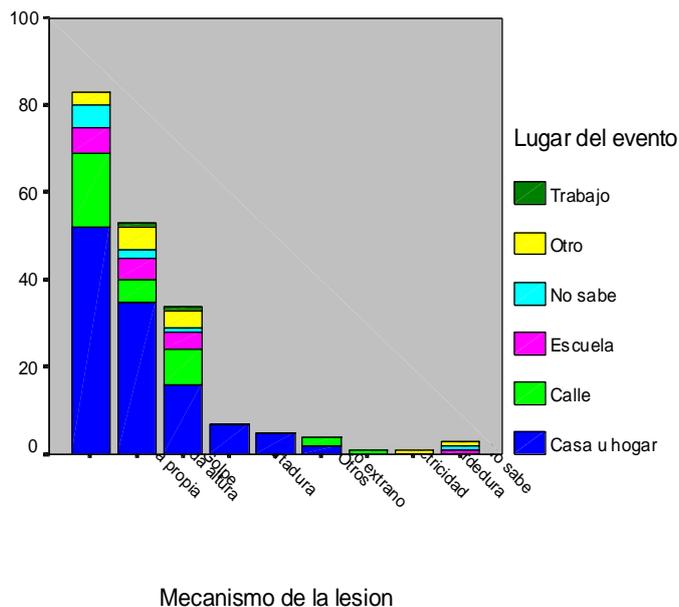


Gráfico 6. Relación entre mecanismo de la lesión y lugar donde ocurrió el evento.





El 93.2% de los pacientes recibió tratamiento ambulatorio y fue dado de alta; el 3.1 % recibió tratamiento ambulatorio y fue remitido a Odontología; y el 2.1% fue hospitalizado.

Tabla VII. Distribución según el destino del paciente con trauma bucal atendidos en el HNNBB durante el periodo de 2002-2003.

Destino	Frecuencia	%
Hospitalizado	4	2.1
Tx. ambulatorio y alta.	178	93.2
Tx ambula y referido a odontología.	6	3.1
Otros	3	1.6
Total	191	100

Ninguno de los pacientes con trauma bucal fue diagnosticado con Maltrato Infantil.

## 6. DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Para realizar la presente investigación fueron seleccionados 191 expedientes correspondientes a pacientes menores de 12 años que consultaron por trauma bucal bajo el “Sistema de Vigilancia de Lesiones de Causa Externa” y fueron atendidos en las áreas de Consulta Externa y Emergencia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom (HNNBB).

Es oportuno aclarar que nuestros resultados han sido comparados con estudios que se encuentran en la bibliografía relacionada con el tema, descubriéndose discrepancias y similitudes entre ellas.

Los resultados de la investigación evidenciaron que el género masculino presentó el mayor número de casos por lesiones difiriendo con el estudio realizado por la Unidad de Pediatría del HNNBB sobre Maltrato Infantil, correspondiente a los años 1989, 1990 y 1991 que cubrió un total de 770 casos referidos a los servicios de hospitalización, emergencia, especialidades y otros establecimientos de salud en el cual el 55% correspondía al género femenino y el 45% al masculino<sup>6</sup>; por su parte Needleman informa que el maltrato a los niños es causado en ambos géneros en igual proporción cuando se consideran todas las formas de maltrato, abandono o negligencia.

<sup>3</sup>

La edad promedio que presentó el mayor número de casos de lesiones bucales fue de 51 meses ( 4 años, 3 meses ) coincidiendo con lo planteado por Needleman, quien sostiene que diversas lesiones físicas ocurren por lo general en el grupo preescolar (desde el nacimiento a los 5 años) y el 70% de los casos fatales ocurren en esas edades. <sup>3</sup> Otro estudio realizado en Estados Unidos en el período de 1988-1997 evaluó 19.000 casos de lesiones graves en la infancia, indicando que cada dos de tres niños abusados eran menores de 1 año.<sup>12</sup>

Con respecto a la edad en meses del paciente en relación al género, se encontró que no existe diferencia en la mediana de edades entre el género masculino y femenino.

El departamento del país donde provino la mayoría de los casos fue San Salvador, probablemente se debe a que los pacientes que habitan en el interior no acuden al HNNBB debido a la distancia, capacidad económica, ignorancia, etc.

La mayoría de los casos refirieron ser no intencionales, no obstante si tomamos en cuenta que en muchas ocasiones los padres o tutores son los causantes de las lesiones y son ellos los que proporcionan los datos al clínico, esto supondría una información no muy confiable.<sup>3</sup>

Otro factor que alteraría el diagnóstico es que el conocimiento del profesional en relación al Maltrato Infantil sea una de sus asignaturas pendientes, por tanto la discriminación del origen de la lesión queda sujeta al criterio del clínico y no a bases científicas.

En cuanto a la atención médica recibida previa a la atención hospitalaria se encontró que aproximadamente dos terceras partes de la población estudiada no recibió atención. Needleman sugiere que cuando existe demora en la búsqueda de atención médica por las lesiones debemos sospechar, ya que los padres que maltratan a sus hijos a menudo quieren demorar la consulta o bien no acompañarlos para obtener atención médica u odontológica.<sup>3</sup>

El lugar más frecuente de ocurrencia de la lesión fue la casa, esto coincide con un estudio realizado en Villa Alemania (Quinta Región, Chile), donde el lugar más habitual de los accidentes resultó ser la casa, luego el colegio; sin embargo, otro estudio realizado por la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso (Chile), reporta el colegio como el lugar más frecuente de ocurrencia de traumatismos.<sup>20</sup>

Al analizar las variables actividad y lugar, se refirió que al momento de la lesión la mayoría de los niños se encontraban jugando en sus casas y una minoría estaba en la calle realizando la misma actividad.

El mecanismo más frecuente que ocasionó las lesiones bucales refirió ser la caída de su propia altura, seguida de la caída de alguna altura y una pequeña proporción por golpe; de todos ellos más de la mitad ocurrieron en casa. Estos datos coinciden con una investigación realizada en Valparaíso (Chile), que sostiene que las caídas en el hogar son las más frecuentes en los preescolares.<sup>20</sup> Así mismo, un estudio que realizó el Centro de Medicina Nacional de Washington indica que las causas más comunes de trauma son las caídas.<sup>21</sup>

El tipo de lesión que se presentó con mayor frecuencia fue la laceración con un 77.6%, concordando con Needleman quien sostiene que las lesiones de tejidos blandos más frecuentes de cabeza y cara son las laceraciones como lesiones únicas en el Maltrato Infantil.<sup>3</sup> Por tanto, siendo este tipo de lesión la que predomina en los pacientes con trauma bucal incluidos en nuestro estudio y es característica de Maltrato Infantil, podríamos suponer que existe alguna probabilidad que las lesiones encontradas tendrían como origen el maltrato. Este hallazgo es importante al momento de la revisión clínica del paciente debido a que, de encontrarse presente este tipo de lesiones debe sospecharse que el niño podría estar siendo objeto de maltrato.

Los sitios anatómicos más afectados fueron lengua con un 28%, labio inferior 25%, labio superior 20%, consideramos que nuestros resultados se acercan a los obtenidos en otras investigaciones sobre Maltrato Infantil, como la realizada por Odeneil apud Molina, que revela que las laceraciones del labio fueron las heridas más comunes de la cavidad bucal<sup>12</sup>; Cameron y Col. apud Needleman encontraron que las laceraciones en mucosa y parte del labio superior y frenillos, o la separación del labio del reborde alveolar y la encía ocurre en el 45% de los casos. Así mismo, Needleman reveló que las lesiones del labio superior y frenillo labial superior pueden considerarse como lesiones

características en los niños pequeños gravemente maltratados. En nuestra población la prevalencia de estas lesiones a nivel de labio supone un alto grado de sospecha de maltrato, por lo que debería ser de rigor indagar de manera exhaustiva todos aquellos casos que se presenten a la consulta con lesiones de esta naturaleza y que podrían estar siendo reportadas como lesiones no intencionales.

La combinación más frecuente entre sitios anatómicos involucrados fueron labio superior con otras estructuras (labio inferior, encía y frenillo superior, entre otras ); labio inferior con diente y la tercera combinación más frecuente fue diente con otras estructuras ( maxilares, carrillo derecho, labio superior, labio inferior ).

Estas combinaciones pueden deberse a diversos factores como clase esquelética y/o dental del niño, la dirección o magnitud del golpe o caída, el objeto que provocó la lesión o la combinación entre ellos.

Otro aspecto importante de los resultados obtenidos es lo referente al destino del paciente, la mayoría de éstos recibió tratamiento ambulatorio y fue dado de alta, y un mínimo porcentaje fue tratado ambulatoriamente y remitido a Odontología. Estos datos reflejan la limitada atención que se le atribuye a las lesiones bucales y sus posibles consecuencias, lo que lleva a suponer que probablemente el clínico no efectúa una exploración minuciosa de la cavidad bucal. Esta situación despierta cierto grado de preocupación debido a que se podrían escapar datos valiosos que permitan confirmar las sospechas de maltrato y otras lesiones que requieran atención odontológica.

Respecto a los pacientes que consultaron por trauma bucal ninguno de ellos fue diagnosticado con Maltrato Infantil, lo que podría deberse a la falta de trabajo interdisciplinario que incluya un odontólogo capacitado en la identificación de lesiones causadas por Maltrato Infantil durante la exploración del paciente y, al mismo tiempo, la hoja del “Sistema de Vigilancia de las Lesiones de Causa Externa” no recopila información detallada sobre lesiones a nivel de cavidad bucal.

La presencia de las lesiones encontradas durante la investigación acompañada de una serie de elementos como incongruencias en la historia de la lesión por parte de los padres o tutores, discrepancias entre lo narrado por éstos y la magnitud de la lesión, demora en la búsqueda de atención médica, comportamiento y apariencia del niño, cicatrices en diferentes estadios de evolución entre otros, son aspectos claves e indicativos que nos podrían ayudar a determinar con alto grado de confiabilidad casos de Maltrato Infantil.

Existen numerosos signos que alertan al odontólogo sobre un posible maltrato infantil y que por diversas razones pasan inadvertidos (se le presta poca atención, no se tiene suficiente conocimiento, etc.), por ello deben ser mejor evaluadas las lesiones presentes en el niño, aunque éstas en un primer momento puedan parecer sin importancia la situación puede cambiar al realizarse una anamnesis y una exploración mas profunda.

Una situación que a menudo pasa inadvertida son los repetidos ingresos del mismo paciente bajo el “Sistema de Vigilancia de Lesiones de Causa Externa”, lo cual puede ser indicativo de agresiones constantes, por ello es importante que el clínico responsable de atender estos pacientes los reporte al área respectiva con la finalidad de dar seguimiento y evaluar las posibles causas

La investigación reveló un caso en que el expediente indicaba “Pasar con Pediatría Social” por sospecha de Maltrato Infantil, no obstante, no fue encontrado en el momento de verificarlo en dicha área, dejando al descubierto el desinterés tanto como la falta de trabajo en conjunto entre las áreas responsables, lo que da lugar a que se repitan estos casos y no sean denunciados oportunamente, provocando secuelas físicas y emocionales irreversibles o en el peor de los casos, la muerte, o que continúen repitiéndose estos patrones de agresión, por lo que es deber de los profesionales de la salud aumentar la atención y ampliar los conocimientos sobre este tema, y trabajar interdisciplinariamente con el fin de diagnosticar los casos que se presenten de Maltrato Infantil<sup>12</sup>

Por tanto, aún cuando los datos obtenidos son altamente coincidentes no pueden considerarse concluyentes debido a que se obtuvieron a través de la revisión de expedientes y no del examen clínico directo al paciente; por lo que convendría realizar un estudio en este sentido para obtener datos más precisos.

## 7. CONCLUSIONES

- Al parecer las lesiones bucales no son consideradas como elemento diagnóstico en la detección de Maltrato Infantil.
- Del total de pacientes que consultaron por trauma bucal, ninguno fue diagnosticado con Maltrato Infantil.
- El género masculino en la edad promedio de 4 años 3 meses es el más afectado con lesiones bucales.
- La laceración es el tipo de lesión más frecuente en los pacientes que consultaron por trauma bucal y al mismo tiempo es la predominante en el Maltrato Infantil de acuerdo a lo reportado en otros estudios.
- La lengua y el labio inferior son los sitios anatómicos que se afectaron en mayor porcentaje.
- Las remisiones al área de Odontología son escasas dejando al descubierto la falta de atención que se le confiere a las lesiones bucales.

## 8. SUGERENCIAS

1. Al Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, implementar un modelo con enfoque interdisciplinario de los profesionales de la salud con el objetivo de realizar un examen clínico completo en el área de Consulta Externa y Emergencia donde sea evaluado cada elemento que contribuya a determinar casos de Maltrato Infantil, además, ampliar en la hoja del “Sistema de Vigilancia de Lesiones de Causa Externa” el apartado que corresponda a la exploración de la cavidad bucal. Consideramos que es de suma importancia la capacitación del personal que atiende a los pacientes en las áreas de Emergencia y Consulta Externa sobre la identificación de lesiones bucales asociadas al Maltrato Infantil.
2. A la facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, incluir en el plan curricular temas que ayuden a enriquecer el conocimiento sobre Maltrato Infantil para formar profesionales capaces de identificar este problema.
3. A los profesionales de la Odontología, ampliar sus conocimientos sobre las lesiones bucales que se presentan en niños maltratados, y mantener una actitud de alerta constante sobre este problema, permitiendo el reconocimiento de casos de maltrato y abandono cuando estos se presenten al consultorio.
4. Finalmente, concretar proyectos de investigación de naturaleza clínica prospectiva sobre este tema; ya que la información que se obtenga nos ayudará a respaldar las conclusiones obtenidas en el presente estudio ayudando a los profesionales en la identificación, abordaje y tratamiento de estos casos.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- 1.ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Injuries and violence prevention. OMS, 1999. [www.scielo.com.org](http://www.scielo.com.org).
- 2.BLANCO TAMAYO, I. ; ALVAREZ, S. ; et al. Maltrato Infantil Intrafamiliar en un área de salud de Santiago de Cuba.
- 3.NEEDLEMAN, H.L., Maltrato y Abandono Infantil. In Mc DONALD, R. , AVERY , D. Odontología Pediátrica y del Adolescente 5o. Edición, editorial Panamericana, Argentina, 1993, cap. 2 , p.33-38.
- 4.PINKHAM, J. R. La Importancia de la Ontología Pediátrica. In PINKHAM, J. R. CASAMASSIMO, et al. Odontología Pediátrica. Editorial Mc Gras Hill. México, 1991. Cap. 1 , p 7.
- 5.GROSMAN & MASTERMAN. Maltrato al menor, el lado oscuro de la escena familiar. Editorial S.R.E. Buenos Aires, 1992. p. 20-21
- 6.HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM, Unidad de Pediatría Social, Registro anual de Maltrato Infantil año 2002.
- 7.RODAS ,BELIA T. S , Boletín anual Olof Palme 1999 , p. 7.
- 8.¿Qué es el Maltrato? [www.um.es/~facpsi/maltrato/-13k](http://www.um.es/~facpsi/maltrato/-13k).
- 9.Maltrato Infantil y violencia intrafamiliar [www.11n.oea.org/Presentaciones del Director General/discurso maltrato infantil.htm-67k](http://www.11n.oea.org/Presentaciones_del_Director_General/discurso_maltrato_infantil.htm-67k)

10. BARRY AZOH, JOSE, Violencia de pareja y maltrato a menores en Nuevo León, México. [www.udel.edu/LASP/vol4-1Azoh.html](http://www.udel.edu/LASP/vol4-1Azoh.html).
11. OPS-OMS, Protocolo de Atención a la niñez maltratada [www.col.OPS-OMS.org/municipios/cali/11AtencionBucodental.htm-23k](http://www.col.OPS-OMS.org/municipios/cali/11AtencionBucodental.htm-23k).
12. MOLINA, A. M. Importancia de la Odontología en la Detección del Maltrato Infantil. Gaceta Dental. España, 2001.
13. CAVALCANTE, A. L. Quem mais agride são os pais. [www.pernambuco.com](http://www.pernambuco.com). Brasil, 2002.
14. ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA. Aspectos orales y dentales del abuso y negligencia del niño. Vol. 104. No. 2. Estados Unidos, Agosto, 1999.
15. STEVEN, W.K. , ET AL. Clinical guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect. Journal of the American Academy of Pediatric Dentistry Special Issue: Reference Manual, 2001-02, Vol. 23, No.7.
16. CHILD ABUSE AND NEGLECT: Implication for the Dental Profession, [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov).
17. COMITE INTERSECTORIAL DE SUPERVIVENCIA INFANTIL. Diagnostico Nacional sobre el Maltrato Infantil en El Salvador.
18. BAKLAND, L.K. Lesiones Traumáticas. In. INGLE, J.I.- TAINTOR, J.S. Endodoncia, 3ª Edición, México D.F. 1987. Cap. 16, p.34.
19. ANDREASEN, J.O. et al. Traumatic Dental Injuries, 1º. Edición, Editorial Munksgaard, Copenhagen, Dinamarca, 1999 p.64.

- 20 PROCURADURIA PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS.  
Diagnostico Nacional sobre el Maltrato Infantil en El Salvador, San Salvador, 1994.
21. GONZALEZ, M., et al. Prevalencia de traumatismos dentarios en escolares de educación básica municipalizada y privada de la Quinta Región, Valparaíso, Chile, 1995. Tesis (Cirugía Dental). Universidad de Valparaíso.
22. CANCINO, C., et al. Evaluación retrospectiva de la reposición de fragmentos en dientes anteriores permanentes con fractura coronaria, Valparaíso, Chile, 2000. Tesis (Cirugía Dental). Universidad de Valparaíso.
23. HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto et al, Metodología de la Investigación, 2°. Edición, editorial Esfuerzo, México, junio 1999, p. 501

# **ANEXOS**

DIGITO:

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM  
SISTEMA DE VIGILANCIA DE LESIONES DE CAUSA EXTERNA, MSPAS, CDC-NCIPC, OPS  
FORMATO DE HISTORIA CLINICA

N° EpiInfo:

TODO PACIENTE CON LESION DE CAUSA EXTERNA DEBE TENER LLENA ESTA HOJA

I- DATOS DE IDENTIFICACION

NOMBRE										REGISTRO						
EDAD	ANOS	MESES	DIAS	Fecha nacimiento En menores de 12 años	DIA	MES	AÑO	SEXO	MASC	FEM	Ocupación					
											Escolaridad					
DOMICILIO																
DEPTO			MUNICIPIO				DIRECCION									
LUGAR DONDE OCURRIÓ EL EVENTO																
DEPTO			MUNICIPIO				DIRECCION									
EVENTO Fecha y hora				DIA	MES	AÑO	HORA	HISTORIA Fecha y hora				DIA	MES	AÑO	HORA	
Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do			
ATENCIÓN PREVIA		SI	NO	DONDE:				TRANSPORTÓ:								
Dio los datos											¿Embarazada? (Si) (No) (No se sabe)					

II- DATOS GENERALES DEL EVENTO (Encierre en círculos), (Para cada agrupación de datos debe marcar una sola, la más grave)

<b>INTENCIONALIDAD</b> 1-No intencional (accidentes) 2-Autoinfligida intencional (suicidios o intentos) 3-Intencional (violencia, agresiones) 8-Otro _____ 9-No Sabe	<b>MECANISMO DE LA LESIÓN</b> (¿Cómo se produjo la Lesión?) 1-Accidente de tránsito 2-Agresión sexual 3-Caída a) Propia altura b) Alguna altura (_____ mts) 4-Golpe / fuerza contundente 5-Puñalada, cortadura 6-Disparo con arma de fuego 7-Fuego / calor 8-Estrangulación 9-Inmersión-ahogado 10-Intoxicación 11-Explosión 12- Mordadura 13-Contacto con electricidad 14- Desastre natural cuál _____ 15- Contacto con Cuerpo extraño 16- Abandono 17-Etnopracticas cuál _____ 98-Otro _____ 99-No se sabe	<b>OBJETO, SUJETO O SUSTANCIA QUE CAUSÓ LA LESIÓN</b> 1-Objeto contundente 2-Objeto cortante / punzante 3-Fuego / llama 4-Arma de fuego 5-Persona 6-Minas o Artefacto explosivo 7-Animal cuál _____ 8-Plaguicida cuál _____ 9-Pirotecnia 10-Líquido caliente 11-Químico/Fármaco cuál _____ 12-Aparato eléctrico cuál _____ 98-Otro _____ 99-No se sabe
<b>LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN</b> 1-Casa / hogar 2-Escuela / lugar de estudio / institución 3-Calle 4-Trabajo 8-Otro _____ 9. No se sabe		
<b>ACTIVIDAD QUE REALIZABA CUANDO SE LESIONÓ</b> 1-Trabajando 2-Estudiando 3-Practicando Deporte 4-Viajando 5-Recreación / descansando / jugando 8-Otra _____ 9-No se sabe		

III-DATOS ESPECIFICOS DEL EVENTO

<b>ACCIDENTE DE TRANSITO</b> <b>TIPO DE TRANSPORTE</b> 1-Peaton 2-Bicicleta 3-Motocicleta 4-Automóvil 5-Pick up 6-Camión / rastra 7-Autobús 8-Carreta / Animal 9-Taxi 10-Microbús 98-Otro _____ 99-No se sabe	<b>USUARIO</b> 1-Peaton 2-Conductor 3-Pasajero 8-Otro _____ 9-No se sabe	<b>UTILIZABA</b> 1-Cinturón (si) (no) (n/s) 2-Casco (si) (no) (n/s) 3-Porta...bebe (si) (no) (n/s)	<b>AGRESIONES</b> <b>RELACION DEL AGRESOR CON LA VICTIMA</b> 1-Pareja o ex pareja 2-Padres 3-Padrastro-Madrastra 4-Responsables 5-Amigos / conocidos 6-Desconocido 7-Autoridad 8-Otro _____ 9-No se sabe	<b>CONTEXTO</b> 1-Riña / pelea 2-Robo 3-Drogas 4-Agresión sexual 5-Pandillas 6-Bala perdida 7-Abuso de autoridad 8-Otro _____ 9-No se sabe	<b>AUTOINFLIGIDA</b> <b>FACTORES PRECIPITANTES</b> 1-Conflicto con la pareja o familia 2-Enfermedad física 3-Problema psicológico 4-Problemas financieros 5-Problemas con la justicia 6-Muerte familiar 7-Abuso sexual o físico 8-Embarazo no deseado 98-Otro _____ 99-No se sabe
--	---	---	--	---	--

IV- OTROS DATOS SOBRE EL EVENTO

<b>VICTIMA / lesionado</b> (Si el conductor es víctima anotar aquí) <b>USO DE ALCOHOL</b> 1- No hay sospecha o certeza 2- Si hay sospecha o certeza 3- No ha consumido 9- No se sabe	<b>USO DE DROGAS</b> 1- No hay sospecha o certeza 2- Si hay sospecha o certeza 3- No ha consumido 9- No se sabe	<b>AGRESOR (Otro actor)</b> (Si el conductor es agresor anotar aquí) <b>USO DE ALCOHOL</b> 0- No aplica 1- No hay sospecha o certeza 2- Si hay sospecha o certeza 3- No ha consumido 9- No se sabe	<b>USO DE DROGAS</b> 0- No aplica 1- No hay sospecha o certeza 2- Si hay sospecha o certeza 3- No ha consumido 9- No se sabe	<b>SEGÚN SEXO Y NÚMERO DE AGRESORES</b> 1-Masculino único 2-Femenino único 3-Múltiples 9-No se sabe
---	---	--	---	---

V-DATOS CLINICOS DEL EVENTO

<b>SITIO ANATÓMICO AFECTADO</b> (Puede anotar más de una) 1-Cabeza 2-Cuello 3-Ojos 4-Oídos 5-Nariz 6-Tórax 7-Espalda 8-Abdomen 9-Pelvis /genitales	10-Brazos 11-Antebrazos 12-Manos / dedos 13-Muslos 14-Piernas 15-Pies / dedos 16-Múltiples 98-Otro _____	<b>NATURALEZA DE LA LESIÓN</b> 1-Fractura 2-Esguince 3-Abrasión 4-Herida / golpe superficial 5-Herida profunda-penetrante 6-Quemadura 7-Contusión cerebral 8-Lesiones a órganos internos 9-Mordida 98-Otros _____ 99- no se sabe	<b>SEVERIDAD</b> 1-Sin Lesión aparente 2-Leve(Lesiones superficiales) 3-Moderada (suturas / fracturas) 4-Severa (Cirugía, Cuidados intensivos) <b>Diagnóstico:</b> <b>Médico:</b> <b>Digitador:</b>	<b>DESTINO DEL PACIENTE</b> 1-Tratado y enviado a casa 2-Hospitalizado 3-Muere en emergencia 4-Referido a otro hospital cual _____ 8-Otro _____ 9-No se sabe
--	---	---	--	--





# **PROTOCOLO DE INVESTIGACION**

## **PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**

### **TITULO:**

**“IDENTIFICACIÓN DE LESIONES BUCALES COMO ELEMENTO DIAGNOSTICO EN LA DETECCIÓN DE MALTRATO INFANTIL EN PACIENTES CON TRAUMA BUCAL (Hospital de Niños Benjamín Bloom, 2003 )”.**

### **INSTITUCIÓN:**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN ODONTOLÓGICA**

### **AUTORES:**

**ANA CECILI APARICIO RAMÍREZ  
LEDYS CANIZALES GUTIERREZ  
MARIA CECILIA MONGE FIGUEROA  
TIRSA SINAI YANES ACOSTA**

### **ASESORES:**

**DRA. RITA ERNA ESPINOZA DE AGUIRRE  
DR. GUILLERMO ALFONSO AGUIRRE  
DR. WILFRIDO CLARA MAJANO**

### **PLAZO PREVISTO DE FINALIZACION**

**DOCE MESES**

## INTRODUCCIÓN

El Maltrato Infantil es un problema que nos atañe a todos tanto por su magnitud, como por las secuelas que puede dejar en las víctimas.

Actualmente el odontólogo debe ser capaz de identificar los signos de maltrato que un niño pueda presentar, teniendo conocimiento de los diferentes tipos de abusos, así como de las diversas manifestaciones físicas y psicológicas que son características en los casos de Maltrato Infantil.

La literatura reporta que existen señales de alarma o pilotos de atención que pueden indicar una situación de riesgo o maltrato, siendo signos característicos del abuso heridas en varias fases de cicatrización, roturas de frenillos, lesiones repetidas y otras cuya presentación clínica no es compatible con los antecedentes citados por los padres.<sup>1,2</sup> Esto de acuerdo, a estudios realizados en otros países, ya que a nivel nacional no se cuenta con este tipo de información, por lo que esta investigación pretende establecer si las lesiones bucales presentes en pacientes que consultaron por trauma bucal constituyen un elemento diagnóstico asociado a Maltrato Infantil.

Las variables operacionales que se analizan en el estudio son género, edad, tipo de lesión, sitio anatómico afectado, porcentaje de remisiones de pacientes al área de odontología, y porcentaje de pacientes con trauma bucal diagnosticados con Maltrato Infantil.

Las limitantes en el desarrollo de esta investigación la constituyen el trabajar con expedientes clínicos cuyo diagnóstico no es realizado por un Odontólogo y no mediante el examen directo del paciente, además la hoja de lesiones bajo la cual ingresan los pacientes no contiene un apartado específico para cavidad bucal y los diagnósticos en dicha área no son realizados ni verificados por un Odontólogo.

## MARCO TEORICO

Algunas de las manifestaciones más destructivas de la violencia social y los conflictos familiares es el maltrato, negligencia y abandono de los niños. Según la Organización Mundial de la Salud ( OMS, 1999 ), el Maltrato Infantil se reconoce como: “ Todas las formas de maltrato físico o emocional, abuso sexual, negligencia o trato negligente u otro tipo de explotación comercial que resulte en un detrimento actual o potencial para la salud, sobrevivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”.<sup>3</sup>

La importancia que tiene la familia en la formación de los sujetos ha llevado a indagar las distintas formas en que el maltrato circula dentro de ella. Las acciones abusivas que se producen en el hogar han sido objeto de especial preocupación en las últimas décadas.<sup>4</sup>

Durante el año 1874 se informó y documentó el primer caso de Maltrato Infantil que fue llevado a la Sociedad Americana de Prevención de la Crueldad a los animales en New York, que intercedió a su favor. En el año 1875 se funda la Sociedad Americana de Prevención de la Crueldad a los niños<sup>3</sup> ; y no fue sino hasta la primera mitad del siglo XX que los estudios y las instituciones destinadas a la protección se centraron en la temática infantil; ya en 1945-1955 los desarrollos científicos intentaban establecer una relación entre cierto tipo de lesiones y el maltrato.<sup>5</sup>

En 1961 Henri Kempe, organizó un simposio interdisciplinario sobre el Síndrome del Niño Golpeado. Al año siguiente publicó la descripción completa de dicho síndrome y presentó los enfoques pediátricos, psicológicos, radiológicos y legales; igualmente aportó las primeras cifras de incidencia del fenómeno correspondientes a los Estados Unidos.<sup>4</sup>

Actualmente la Asamblea Medica Mundial reconoce este flagelo como un problema universal de salud, ya que el Maltrato Infantil no sólo afecta profundamente la calidad de vida de sus victimas, sino que se acompaña de altas tasas de morbilidad y mortalidad.<sup>6</sup>

La Unidad de Pediatría Social del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom (HNNBB), reportó un total de 314 casos de maltrato correspondiente a los meses de enero a diciembre de 2002.<sup>7</sup>

La Academia Americana de la Odontología Pediátrica, consciente de este problema, reconoce el papel importante que juega el Odontólogo en reconocer o sospechar a los niños victimas de maltrato<sup>8</sup>, a través de los traumatismos de la región orofacial que con frecuencia son componentes del Maltrato Infantil, ya que del 50 al 60% de las lesiones físicas se cometen en cabeza, cara, cuello y boca; y de éstas del 60 al 65% son ocasionadas por Maltrato Infantil.<sup>1,8,9</sup>

Estas son señales de alarma o pilotos de atención que pueden indicar una situación de riesgo o maltrato.

Numerosos autores exponen una serie de indicadores que pueden ayudar al momento del examen clínico, como sigue:

- Lesiones en tejidos blandos: contusiones y equimosis orofaciales y peribucales, laceración en labios y lengua, abrasiones de labio, mordedura humana, rotura del frenillo labial superior y lingual, laceraciones en la mucosa bucal, encía, paladar blando y duro y en el piso de la boca.
- Lesiones en tejidos duros: pérdida de dientes por avulsión traumática, fracturas y luxación dentaria, lesión pulpar y/o periodontal, abscesos, granulomas, dientes desvitalizados, alteraciones en la oclusión estética ( desviación de la línea media y mentón) y dinámica ( limitación en movimiento de la mandíbula ) que hagan sospechar de fractura ósea de maxilar y mandíbula mal consolidadas.<sup>1, 2, 8, 9,10, 11</sup>

Sin embargo, hay que tener en cuenta que estos por sí solos no son suficientes para demostrar la existencia de maltrato, sino que además se debe considerar la frecuencia de las manifestaciones, cómo, dónde, y con quien se producen. Según Needleman el 95% de quienes producen la lesión son los padres y no los tutores.<sup>2</sup>

Es de suma importancia el interrogatorio completo, porque es de máxima utilidad para fines diagnósticos y medicolegales. Una buena historia clínica es especialmente valiosa, dado que puede aumentar significativamente el índice de sospecha del clínico de que etiología de la lesión deriva de maltrato cuando se presenten algunas circunstancias tales como: discrepancia entre la información de los padres o tutores y el tipo de lesión, demora por parte de éstos en la búsqueda de atención médica, baja autoestima y desarrollo mental inapropiado, la apariencia del niño y su comportamiento con los demás, etc. <sup>1,2</sup>

A pesar de la posición favorable del Odontólogo para diagnosticar e intervenir en casos de Maltrato Infantil, se ha comprobado que éste deja de cumplir con demasiada frecuencia con su deber profesional que como ente denunciante está obligado a reportar estos casos, tal como lo establece la Ley General de la Salud en su Decreto Ejecutivo N°19161-S que incluye al Síndrome del Niño Agredido como una enfermedad de declaración obligatoria.<sup>12</sup>

## **JUSTIFICACIÓN**

El Maltrato Infantil a nivel mundial es considerado como un problema de salud pública, en el cual todos los profesionales que laboran en la asistencia médica y sanitaria desempeñan un papel importante para diagnosticar, intervenir y denunciar estos casos.

Actualmente el maltrato constituye una causa importante en la etiología de lesiones bucales en niños, ya que, aproximadamente entre el 50% y el 65% de los casos de Maltrato Infantil presentan lesiones en la región orofacial.<sup>1, 8, 9</sup> Debido a esto, el odontólogo tiene una posición favorable en la detección de este flagelo.

Esta investigación pretende establecer si las lesiones bucales constituyen un elemento diagnóstico en la detección de Maltrato Infantil, en aras de ayudarle al odontólogo como un medio diagnosticador y de denuncia, evitando que más casos pasen desapercibidos

## ***OBJETIVOS***

### **OBJETIVO GENERAL:**

Establecer si las lesiones bucales presentes en pacientes con trauma bucal en el HNNBB, constituyen un elemento diagnóstico en la detección de Maltrato Infantil.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Determinar el género y la edad más afectada con lesiones bucales en pacientes con trauma bucal en el HNNBB.
- Determinar el tipo de lesión y el sitio anatómico afectado con mayor frecuencia en pacientes trauma bucal en el HNNBB.
- Determinar el porcentaje de remisiones al área de odontología de pacientes con trauma bucal en el HNNBB.
- Determinar el porcentaje de casos de pacientes que consultaron por trauma bucal en el HNNBB y que fueron diagnosticados con Maltrato Infantil.

## MATERIALES Y METODOS

### 4.1 Diseño de la Investigación:

El diseño corresponderá a un estudio retrospectivo de tipo descriptivo y corte transversal.

### 4.2 Población

La población en estudio la constituirán niños menores de 12 años de edad de ambos sexos, reportados por el “Sistema de Vigilancia de Lesiones de Causa Externa” que presenten lesiones únicamente en cavidad bucal durante el período de mayo 2002 – agosto 2003, atendidos en las Areas de Consulta Externa y Emergencia en el HNNBB.

### 4.3 Muestra

Todos los niños menores de 12 años que cumplan con el criterio de estudio.

### 4.4 Variables e indicadores

VARIABLES	INDICADORES
Género	Masculino Femenino
Edad	0-3 4-6 7-9 10-12
Tipo de lesión	Tejidos Duros: Fisura en esmalte, fractura coronaria de esmalte, fractura coronaria de esmalte-dentina, fractura coronaria complicada, fractura radicular, cambio de color (gris, amarillo).  Tejidos de Sostén: Concusión, Subluxación, Luxación extrusiva, luxación intrusiva, luxación lateral, lesión del hueso de sostén (fractura del proceso alveolar sin alvéolo, fractura del proceso alveolar con alvéolo).

#### Tejidos Blandos:

Abrasión, Contusión, Lesión por mordedura, fístula, laceración, desgarró, cicatriz, absceso, quemaduras.

Sitio Anatómico  
Afectado

Labio superior e inferior, comisura, carrillo derecho e izquierdo, mucosa alveolar, frenillo superior, inferior y lingual, encía, lengua, piso de la boca, paladar duro y blando, diente, ligamento periodontal, hueso alveolar, maxilar, mandíbula, No determinado.

Porcentaje de Remisiones al área de Odontología	0% - 25%
	> 25% - 50%
	> 50% - 75%
	> 75% - 100%

Porcentaje de Pacientes con trauma Diagnosticados con Maltrato Infantil	0% - 25%
	> 25% - 50%
	> 50% - 75%
	> 75% - 100%

## 4.5 Materiales

La recopilación de la información no demandará examen clínico, debido a que los datos requeridos serán extraídos de los expedientes que correspondan al “Sistema de Vigilancia de Lesiones de Causa Externa” de acuerdo a lo anterior los materiales y equipos que se utilizarán serán: lápiz, lapiceros, borradores, papelería, computadora, diskette, programa Epi Info 2002.

## 4.6 Proceso de captación de la información

### 4.6.1 Recolección de los datos

La recolección de los datos será realizada en las instalaciones del HNNBB por los investigadores, cubriendo un número determinado de expedientes cuya información contenida en la hoja del “Sistema de Lesiones de Causa Externa” será vaciada en la guía de observación que se elaborará de acuerdo a las variables e indicadores en estudio.

#### **4.6.2 Instrumento**

Consistirá en una guía de observación, compuesta por: código de identificación, número del expediente, edad y sexo, fecha de nacimiento, fecha del evento, municipio donde ocurrió el evento, intencionalidad, atención previa, lugar donde ocurrió la lesión, actividad que estaba realizando, mecanismo de la lesión y destino del paciente.

La Guía incluirá además filas y columnas que corresponderán al tipo de lesión y ubicación o sitio anatómico afectado respectivamente.

#### **4.7 Procesamiento y Análisis de Datos**

##### **4.7.1 Revisión de Instrumentos**

Se verificará que los instrumentos cuenten con la información completa.

##### **4.7.2 Tabulación de Datos**

Los datos recabados en la Guía de Observación se vaciarán diariamente en la plantilla elaborada en el Programa CDC Atlanta, Georgia, Epi Info 2002 .

##### **4.7.3 Medición de Variables**

<b>Variable</b>	<b>Método</b>
Género	Porcentaje
Edad	Media Aritmética
Tipo de Lesión	Tabla de Frecuencia
Sitio Anatómico	Tabla de Frecuencia
Remisiones al área de odontología	Porcentaje
Paciente con trauma bucal diagnosticados con maltrato	Porcentaje

##### **4.7.4 Pruebas Estadísticas**

La tabulación de los datos será procesada a través del paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS Inc.) versión 9.0 del Programa Epi Info 2002.

#### **4.8 Consideraciones Éticas**

El tipo de investigación no ameritará examen clínico directo, por lo que no se pondrá en riesgo la salud, moral e identidad de los pacientes, gestionando únicamente los permisos correspondientes con las autoridades del HNNBB, para la obtención de la información necesaria.

#### **4.9 Limitaciones de la Investigación**

La principal limitante la constituirá el trabajar con expedientes y no mediante el examen clínico directo del paciente, además la hoja de lesiones bajo la que ingresan los pacientes no contiene un apartado específico para cavidad bucal, y los diagnósticos de las lesiones en dicha área no son realizados o verificados por un odontólogo.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

<b>FASES</b>	
_____ 2003 _____ / _____ 2004 _____	
Oct.	Sep. Oct. Nov. Dic. Ene. Feb. Mar. Abr. May. Jun. Jul. ago. Sep.
Planificación	X X X
Revisión de la literatura	X X X X X X
Entrega de Protocolo	X
Recolección de Datos	X X
Análisis e Interpretación	X
Redacción	X X
Primera Entrega	X
Revisión	X
Entrega Final	X
Presentación	X

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.MOLINA, A. M., Importancia de la Odontología en la detección del maltrato infantil. Gazeta Denta. España.2001
- 2.NEEDLEMAN, H. L. Maltrato y Abandono Infantil. Inc MC DONALD,R., AVERY, D. Odontología Pediátrica y del Adolescente . 5°. Edición, Editorial Panamericana. Argentina 1993. cap.2, p.33-38.
- 3.ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Injuries and violence prevention. OMS,1999.
- 4.GROSMAN & MASTERMAN. Maltrato al menor, el lado oscuro de la escena familiar. Editorial S.R.E. Buenos Aires, 1992, p. 20-21.
- 5.PINKHAM, J.R. La importancia de la Odontología Pediátrica. In PINKHAM, J.R.; CASAMASSIMO , et al. Odontología Pediátrica. Editorial Mc Graw Hill. México, 1991, cap. 1, p. 7
- 6.BLANCO TAMAYO, I. ; ALVAREZ, S.;et al. Maltrato Infantil Intrafamiliar en un área de Salud de Santiago de Cuba. Instituto de Ciencias Médicas.Cuba . Facultad No. 1, 2001.
- 7.PROCURADURÍA PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS . Diagnóstico Nacional sobre el Maltrato infantil en El Salvador. San Salvador, 1994.
- 8.CAVALCANTE,A.L. Quem mais agride sao os pais. Brasil, 2002
- 9.ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA. Aspectos Orales y Dentales del Abuso y Negligencia del Niño.vol.104. No.2. Estados Unidos. Agosto, 1999.
- 10.STEVEN, W. K., et al. Clinical Guideline on Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. Journal of the American Academy of Pediatric Dentistry Special issue: Reference Manual, 2001-02. vol.23, No. 7.
- 11.CHILD ABUSE AND NEGLECT : Implication for the dental profession, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
- 12.COMITE INTERSECTORIAL DE SUPERVIVENCIA INFANTIL. Diagnóstico Nacional sobre el Maltrato Infantil en El Salvador.