

**ASOCIACIÓN ENTRE PREVALENCIA DE TRAUMA DENTOALVEOLAR Y
SOSPECHA DE MALTRATO INFANTIL EN PREESCOLARES Y ESCOLARES**

**ASSOCIATION BETWEEN DENTOALVEOLAR TRAUMA PREVALENCE AND
DISSEDES CHILD MALTREATMENT IN PRESCOLARES AND ESCOLARES**

JUAN ANDRÉS ATENCIA ALVAREZ
SHYRLEY DÍAZ CARDENAS

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
CARTAGENA DE INDIAS D.T. Y C.

2020

**ASOCIACIÓN ENTRE PREVALENCIA DE TRAUMA DENTOALVEOLAR Y
SOSPECHA DE MALTRATO INFANTIL EN PREESCOLARES Y ESCOLARES**

Trabajo de grado para otorgar el título de odontólogo.

JUAN ANDRÉS ATENCIA ALVAREZ

Estudiante Universidad de Cartagena

ASESOR DISCIPLINARIO: SHYRLEY DÍAZ CÁRDENAS

Odontóloga. Universidad de Cartagena

Especialista en Salud Familiar

Maestría en Salud Pública

ASESOR METODOLÓGICO: DR. FARITH DAMIAN GONZALEZ MARTINEZ

Odontólogo – Universidad De Cartagena

Maestría en salud pública – Universidad Nacional

Doctorado en toxicología ambiental – Universidad De Cartagena

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CARTAGENA DE INDIAS D.T. Y C.

2020

NOTA DE ACEPTACIÓN

A mis padres, familiares y amigos que han estado de manera incondicional brindándome su apoyo y han sido motor de motivación para lograr mis metas.

AGRADECIMIENTOS

Inicialmente me encuentro agradecido con Dios por permitirme llevar a cabo este trabajo de grado a pesar de todos los inconvenientes durante el mismo, a mis padres, demás familiares y amigos que han estado de manera incondicional brindando su apoyo, gracias a ellos por depositar su confianza en mí y siempre ayudarme a seguir adelante, por compartir buenos y malos momentos vividos en este proceso.

Agradezco a la investigadora principal, la doctora Shyrley Díaz Cárdenas por toda la ayuda que nos brindaron, por toda la información suministrada para la organización de la investigación, las cuales han sido muy provechosas para poder avanzar en el trabajo de grado. También le doy las gracias al doctor Farith Gonzalez Martinez y al doctor Antonio Díaz Caballero por brindarme su apoyo y asesoría para poder lograr con éxito este proyecto.

CONTENIDO

	Pág
TABLA DE CONTENIDO	6
1. <u>RESUMEN</u>	9
2. <u>INTRODUCCIÓN</u>	11
3. <u>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u>	14
4. <u>OBJETIVOS</u>	17
4.1 <u>OBJETIVO GENERAL</u>	17
4.2 <u>OBJETIVOS ESPECIFICOS</u>	18
5. <u>MARCO TEÓRICO</u>	19
6. <u>METODOLOGÍA</u>	24
6.1. <u>CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN</u>	24
6.2. <u>CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN</u>	24
6.3. <u>VARIABLES</u>	25
6.4. <u>INSTRUMENTOS</u>	27
6.5. <u>ANÁLISIS ESTADÍSTICO</u>	29
6.6. <u>CONSIDERACIONES ETICAS</u>	30
7. <u>RESULTADOS</u>	30
8. <u>DISCUSIÓN</u>	36

9. <u>CONCLUSIONES</u>	40
10. <u>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</u>	41
<u>ANEXO</u>	43

LISTA DE CUADROS Y TABLAS.

	Pág.
Cuadro 1. Variables sociodemograficas de los niños	25
Cuadro 2 Variables sociodemograficas de los padres	25
Cuadro 3. Variables familiares	26
Cuadro 4. Variables clínicas bucales	26
Cuadro 5. Variables relacionadas con calidad de vida	27
<u>Tabla 1.</u>	31
<u>Tabla 2.</u>	34
<u>Tabla 3.</u>	35
<u>Tabla 4.</u>	36

RESUMEN

Antecedentes: diversos estudios abordan el tema de trauma dentoalveolar y maltrato infantil, la etiología, prevalencia, causas y factores pero muy pocos han sido los que han llegado a indagar y establecer la asociación entre trauma dentoalveolar y sospecha de maltrato infantil. **Objetivos:** establecer la relación entre Trauma Dentoalveolar (TDA) y maltrato infantil en individuos menores de 10 años de la ciudad de Cartagena. **Métodos:** se realizó un estudio descriptivo y observacional en 40 niños menores de 10 años que acuden a los centros de desarrollo integral del barrio Olaya Herrera de la ciudad de Cartagena y a sus proxys. Se recolectó la información a partir de una evaluación clínica que brindó información frente a trauma dentoalveolar (clasificación Andreassen y Andreassen) y una encuesta que evaluó variables sociodemográficas e incluyó el instrumento AIEPI Módulo maltrato infantil, previo consentimientos informados de los padres. Se realizó Estadística descriptiva a través de frecuencias y proporciones y prueba exacta de Fisher para significancia de las relaciones. **Resultados:** 55,55% de los niños presentaron TDA, 100% de estos casos ocurrieron en los incisivos superiores, correspondiente a fractura de esmalte (22,5% de los casos), seguido de luxación con un 12,5% y avulsión con un 7.5% de los casos, se halló en un 57,5% la presencia de sospecha de maltrato infantil, en donde prevaleció la negligencia o abandono (47,5%). Al someter las variables a prueba estadística de Fisher en la relación entre Presencia de trauma dentoalveolar y variables de maltrato se encontró significancia con la presencia con sospecha de maltrato $p=(0.014)$ y Negligencia o abandono $p=(0.012)$ y la presencia de TDA específicamente con la presencia de Lesiones de tejidos duros y la pulpa con sospecha de maltrato $p= (0.004)$ y negligencia o abandono $p= (0.004)$ **Conclusiones:** La presencia de TDA se encuentra relacionado con la presencia de sospecha de Maltrato específicamente Negligencia o Abandono. Esto obliga al odontólogo a indagar las causas de la presencia de TDA y

conductas de los padres frente a esta situación para lograr la protección integral de sus pacientes

PALABRAS CLAVES: maltrato a los niños, traumatismos de los dientes, violencia, prevalencia, dentición temporal. (DeCs)

INTRODUCCIÓN

Los traumatismos dentoalveolares son una lesión de extensión, intensidad variable de origen accidental o intencional causado por fuerzas que actúan sobre el órgano dentario y los tejidos que lo rodean, donde la integridad estructural de los dientes puede o no verse afectada y los dientes pueden estar parcial o totalmente desplazados de su posición habitual pudiendo ser observadas o diagnosticadas a simple vista o con radiografía. (1)

Se caracterizan porque no se rigen por un sólo mecanismo etiopatogénico, ni siguen un patrón predecible en cuanto a la intensidad o extensión. Para obtener buenos resultados terapéuticos se necesita un enfoque multidisciplinario, con la participación de todas las especialidades de la odontología (2) debido a esto es de vital importancia analizar el papel que desempeña la violencia como factor de riesgo y componente social del trauma dentoalveolar en infantes, lo cual es un aspecto imprescindible para que los odontólogos asuman un enfoque integral y una actitud comprometida y responsable ante evidencias clínicas de maltrato infantil.

Los niños pueden estar expuestos a múltiples tipos de maltrato que se manifiestan en la boca, por lo que los profesionales de la salud y en especial los odontólogos deben conocer cómo evaluar y abordar estas inquietudes. (3) El maltrato incluye abuso físico, sexual y negligencia por ellos es importante que todos los

¹ (Fernández Collazo ME) Características asociadas al trauma dentoalveolar en incisivos superiores. Rev Cuba Estomatol. junio de 2013;50(2):0-0.

² García Ballesta C, Pérez Lajarín L, Castejón Navas I. Prevalencia y etiología de los traumatismos dentales: Una revisión. RCOE. abril de 2003;8(2):131-41.

³ Núñez Ramos R, Díaz Díaz J, Mesa García S, Romance García AI, Marín Ferrer M. Manejo del traumatismo alvéolo-dentario infantil en el Servicio de Urgencias de un hospital terciario. Pediatría Aten Primaria. diciembre de 2013;15(60):307-13.

odontólogos estén atentos y estén bien informados sobre los signos y síntomas del abuso y la negligencia infantil y que sepan cómo responder. (4)

Baile Labrador D, Leyva Labrador D, Ribeaux Chibas D, García Collado D, Núñez García D. reportan que estudios realizados en varios países señalan que el Maltrato infantil es un problema multicausal, en el que intervienen las características del agresor, el agredido, el medio ambiente que les rodea y un estímulo disparador de la agresión. (5) La etiología del trauma dental en niños es múltiple y diversa, entre ellas podemos encontrar el maltrato infantil, que es un tema de frecuente noticia en los medios de comunicación de algunos países. (6) Actualmente se vive inmersos en un ambiente lleno de violencia, situación de la que desafortunadamente no escapan los niños. El maltrato infantil ha llegado a ser un problema que se incrementa en forma alarmante. (7) Aun cuando no se tienen cifras precisas de la magnitud del mismo, se infiere que su presencia es cada vez más evidente. Es un problema mundial, considerándose en algunos países una verdadera epidemia y en otros una pandemia. Afecta a personas de todas las edades, generalmente niños y mujeres, sin distinguir raza, religión y posición social. (8)

Núñez Ramos, R., Díaz Díaz, J., Mesa García, A. I., & Marín Ferrer reportaron que el trauma dental está presente en el 50% de los casos de maltrato infantil por lo que se debe tener un alto índice de sospecha e identificar lesiones asociadas (9),

⁴. García-Ballesta C, Pérez-Lajarín L, Castejón-Navas I. Prevalencia y etiología de los traumatismos dentales. Una revisión. RCOE 2003;8(2):131-141 (GM., 2010 [citado 24 de junio de 2019])

⁵ Labrador DYB, Labrador DYML, Chibas DAR, Collado DMG, García DAN. Violencia en infantes y traumatismos dentofaciales. Revisión bibliográfica. Rev Inf Científica [Internet]. 2010 [citado 24 de junio de 2019];66(2). Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/495>

⁶ García-Ballesta C, Pérez-Lajarín L, Castejón-Navas I. Prevalencia y etiología de los traumatismos dentales. Una revisión. RCOE 2003;8(2):131-141) (GM., 2010 [citado 24 de junio de 2019])

⁷. Naidoo S. Un perfil de las lesiones orofaciales en el abuso físico infantil en un hospital infantil. Abuso infantil Negligencia. 2000 ; 24 (4): 521 - 534

⁸García Ballesta C, Pérez Lajarín L, Castejón Navas I. Prevalencia y etiología de los traumatismos dentales: Una revisión. RCOE. abril de 2003;8(2):131-41.

⁹ Núñez Ramos R, Díaz Díaz J, Mesa García S, Romance García AI, Marín Ferrer M. Manejo del traumatismo alvéolo-dentario infantil en el Servicio de Urgencias de un hospital terciario. Pediatría Aten Primaria. diciembre de 2013;15(60):307-13.

otros autores como Medrano G. y Perona M. reportaron que el maltrato infantil se refleja en el estado de la salud oral de los pacientes pediátricos ya que el maltrato lo encontramos como negligencia, omisión y no solo acción (10), estos mismos aspectos han sido encontrados en reporte de otros autores que confirman que el trauma dentoalveolar es un indicador significativo del maltrato infantil, otros estudios realizados en varios países señalan que el maltrato infantil es un problema multicausal, en el que intervienen las características del agresor, el agredido, el medio ambiente que les rodea y un estímulo disparador de la agresión. (11)

A pesar de que varios estudios han estado indagando sobre la prevalencia, causas y factores del trauma dentoalveolar y el maltrato infantil muy pocos han sido los que han llegado a indagar y establecer la asociación entre trauma dentoalveolar y sospecha de maltrato infantil, y lo anterior es de suma importancia ya que así el odontólogo podrá identificar desde la consulta odontológica las características clínicas que nos lleven a determinar que estamos ante un trauma dentoalveolar en infantes causado por maltrato infantil, y así establecer estrategias adecuadas para su detección, donde el odontólogo jugaría un gran papel, si con un enfoque integral, clínico, epidemiológico y social tratara los traumatismos dentales en niños.

Esta propuesta investigativa tiene varios fines dentro del papel del odontólogo en el área de la salud, ya que a partir de este estudio se podrá establecer la **asociación entre prevalencia de trauma dentoalveolar y sospecha de maltrato infantil** en niños menores de 9 años de la ciudad de Cartagena.

¹⁰ García GM. Maltrato Infantil: una realidad muy cercana, ¿cómo debemos actuar los odontólogos? Rev Odontol PEDIÁTRICA [Internet]. 2010 [citado 24 de junio de 2019];9(01).

¹¹ García-Ballesta C, Pérez-Lajarín L, Castejón-Navas I. Prevalencia y etiología de los traumatismos dentales. Una revisión. RCOE 2003;8(2):131-141) (GM., 2010 [citado 24 de junio de 2019])

PLANTEAMIENTO PROBLEMA

Los traumatismos dentoalveolares son la segunda causa de atención odontopediátrica en el mundo después de la caries dental y una causa frecuente de consulta en los Servicios de Urgencia odontológicas y de hospitales en general (12). Estudios epidemiológicos realizados en diferentes países indican que los traumatismos dentoalveolares en niños están aumentando progresivamente y en forma verdaderamente alarmante en los últimos años(13) y entre las causas que los provocan, las actividades deportivas violentas, el grado de actividad emocional y el maltrato están adquiriendo un papel preponderante. Los traumatismos dentoalveolares son una lesión de extensión, intensidad variable de origen accidental o intencional causado por fuerzas que actúan sobre el órgano dentario y los tejidos que lo rodean, donde la integridad estructural de los dientes puede o no verse afectada y los dientes pueden estar parcial o totalmente desplazados de su posición habitual pudiendo ser observadas o diagnosticadas a simple vista o con radiografía.(14)

Se caracterizan porque no se rigen por un sólo mecanismo etiopatogénico, ni siguen un patrón predecible en cuanto a la intensidad o extensión. Para obtener buenos resultados terapéuticos se necesita un enfoque multidisciplinario, con la participación de todas las especialidades de la odontología (15) debido a esto es de vital importancia analizar el papel que desempeña la violencia como factor de riesgo y componente social del trauma dentoalveolar en infantes, lo cual es un aspecto imprescindible para que los odontólogos asuman un enfoque integral y

¹² Naidoo S. Un perfil de las lesiones orofaciales en el abuso físico infantil en un hospital infantil. Abuso infantil Negligencia. 2000 ; 24 (4): 521 - 534

¹³ . Yismai baile labrador, Yasmilda maría leyva labrador, Adisnubia ribeaux chibas, Marisel garcía collado, Angel núñez garcía. Violencia en infantes y traumatismos dentofaciales. revision bibliografica.

¹⁴ (Fernández Collazo ME) Características asociadas al trauma dentoalveolar en incisivos superiores. Rev Cuba Estomatol. junio de 2013;50(2):0-0.

¹⁵ García Ballesta C, Pérez Lajarín L, Castejón Navas I. Prevalencia y etiología de los traumatismos dentales: Una revisión. RCOE. abril de 2003;8(2):131-41.

una actitud comprometida y responsable ante evidencias clínicas de maltrato infantil.

Los niños pueden estar expuestos a múltiples tipos de maltrato que se manifiestan en la boca, por lo que los profesionales de la salud y en especial los odontólogos deben conocer cómo evaluar y abordar estas inquietudes.⁽¹⁶⁾ El maltrato incluye abuso físico, sexual y negligencia por ellos es importante que todos los odontólogos estén atentos y estén bien informados sobre los signos y síntomas del abuso y la negligencia infantil y que sepan cómo responder.⁽¹⁷⁾

Algunos autores creen que la cavidad oral puede ser un foco central para el abuso físico debido a su importancia en la comunicación y la nutrición (18). Las lesiones orales pueden ser infligidas con instrumentos tales como utensilios para comer o una botella durante la alimentación forzada, manos, dedos, líquidos hirviendo o sustancias cáusticas. Esta forma de abuso puede resultar en contusiones; quemaduras o laceraciones de la lengua, los labios, la mucosa bucal, el paladar blando y duro, la encía, la mucosa alveolar o el frenillo; dientes fracturados, desplazados o avulsionados; o huesos faciales y fracturas de mandíbula.⁽¹⁹⁾

Desde este enfoque Naidoo citó los labios como el sitio más común para las lesiones orales infligidas (54%) seguido de la mucosa oral, los dientes, la encía y la lengua.⁽²⁰⁾ Por otro lado, Andreassen mostró que el 50 % de los niños tenían por lo menos un diente lesionado antes de terminar los estudios primarios.⁽²¹⁾

¹⁶ Labrador DYB, Labrador DYML, Chibas DAR, Collado DMG, García DAN. Violencia en infantes y traumatismos dentofaciales. Revisión bibliográfica. Rev Inf Científica [Internet]. 2010 [citado 24 de junio de 2019];66(2).

¹⁷ Núñez Ramos R, Díaz Díaz J, Mesa García S, Romance García AI, Marín Ferrer M. Manejo del traumatismo alvéolo-dentario infantil en el Servicio de Urgencias de un hospital terciario. Pediatría Aten Primaria. diciembre de 2013;15(60):307-13.

¹⁸ García-Ballesta C, Pérez-Lajarín L, Castejón-Navas I. Prevalencia y etiología de los traumatismos dentales. Una revisión. RCOE 2003;8(2):131-141) (GM., 2010 [citado 24 de junio de 2019])

¹⁹ Jennings R. Boyette, MD. Facial Fractures in Children. 2014. Elsevier.

²⁰ Naidoo S. Un perfil de las lesiones orofaciales en el abuso físico infantil en un hospital infantil. Abuso infantil Negligencia. 2000 ; 24 (4): 521 - 534

²¹ Andreassen JO, Andreassen FM. Classification, etiology and epidemiology. textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth, 3rd edn. Copenhagen: Munksgaard; 1994

Baile Labrador D, Leyva Labrador D, Ribeaux Chibas D, García Collado D, Núñez García D. reportan que estudios realizados en varios países señalan que el Maltrato infantil es un problema multicausal, en el que intervienen las características del agresor, el agredido, el medio ambiente que les rodea y un estímulo disparador de la agresión. La etiología del trauma dental en niños es múltiple y diversa, entre ellas podemos encontrar el maltrato infantil, que es un tema de frecuente noticia en los medios de comunicación de algunos países. Actualmente se vive inmerso en un ambiente lleno de violencia, situación de la que desafortunadamente no escapan los niños(22). El maltrato infantil ha llegado a ser un problema que se incrementa en forma alarmante(23). Aun cuando no se tienen cifras precisas de la magnitud del mismo, se infiere que su presencia es cada vez más evidente. Es un problema mundial, considerándose en algunos países una verdadera epidemia y en otros una pandemia. Afecta a personas de todas las edades, generalmente niños y mujeres, sin distinguir raza, religión y posición social.(24)

Núñez Ramos, R., Díaz Díaz, J., Mesa García, A. I., & Marín Ferrer reportaron que el trauma dental está presente en el 50% de los casos de maltrato infantil por lo que se debe tener un alto índice de sospecha e identificar lesiones asociadas (25), otros autores como Medrano G. y Perona M. reportaron que el maltrato infantil se refleja en el estado de la salud oral de los pacientes pediátricos ya que el maltrato lo encontramos como negligencia, omisión y no solo

²² Labrador DYB, Labrador DYML, Chibas DAR, Collado DMG, García DAN. Violencia en infantes y traumatismos dentofaciales. Revisión bibliográfica. Rev Inf Científica [Internet]. 2010 [citado 24 de junio de 2019];66(2).

²³ Yismai baile labrador, Yasmilda maría leyva labrador, Adisnubia ribeaux chibas, Marisel garcía collado, Angel núñez garcía. Violencia en infantes y traumatismos dentofaciales. revision bibliografica.

²⁴ García-Ballesta C, Pérez-Lajarín L, Castejón-Navas I. Prevalencia y etiología de los traumatismos dentales. Una revisión. RCOE 2003;8(2):131-141) (GM., 2010 [citado 24 de junio de 2019])

²⁵ Núñez Ramos R, Díaz Díaz J, Mesa García S, Romance García AI, Marín Ferrer M. Manejo del traumatismo alvéolo-dentario infantil en el Servicio de Urgencias de un hospital terciario. Pediatría Aten Primaria. diciembre de 2013;15(60):307-13.

acción (26), estos mismos aspectos han sido encontrados en reporte de otros autores que confirman que el trauma dentoalveolar es un indicador significativo del maltrato infantil, otros estudios realizados en varios países señalan que el maltrato infantil es un problema multicausal, en el que intervienen las características del agresor, el agredido, el medio ambiente que les rodea y un estímulo disparador de la agresión.(27)

A pesar de que varios estudios han estado indagando sobre la prevalencia, causas y factores del trauma dentoalveolar y el maltrato infantil muy pocos han sido los que han llegado a indagar y establecer la asociación entre trauma dentoalveolar y sospecha de maltrato infantil, y lo anterior es de suma importancia ya que así el odontólogo podrá Identificar desde la consulta odontológica las características clínicas que lleven a determinar que se esta ante un trauma dentoalveolar en infantes causado por maltrato infantil, y así establecer estrategias adecuadas para su detección, donde el odontólogo jugaría un gran papel, si con un enfoque integral, clínico, epidemiológico y social tratara los traumatismos dentales en niños.

Esta propuesta investigativa tendría varios usos dentro del papel del odontólogo en el área de la salud, ya que este a partir de este estudio podrá determinar cuándo un trauma dentoalveolar es producto o no de maltrato infantil.

Desde esta perspectiva, se ha planeado el siguiente interrogante. ¿Existe asociación entre la presencia de traumas dentoalveolares y sospecha de maltrato infantil en niños menores de 5 años de la ciudad de Cartagena?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

²⁶ García GM. Maltrato Infantil: una realidad muy cercana, ¿cómo debemos actuar los odontólogos? Rev Odontol PEDIÁTRICA [Internet]. 2010 [citado 24 de junio de 2019];9(01).

²⁷ Pennebaker, J.W. & Susman, J.R. . (2013) . Childhood Trauma Questionnaire . Measurement Instrument Database for the Social Science.

Establecer la relación entre trauma dentoalveolar y maltrato infantil en individuos menores de 10 años de la ciudad de Cartagena.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas de los sujetos de estudio.
- Estimar la prevalencia de trauma dentoalveolar, tipos y factores relacionados a la causa del trauma dentoalveolar
- Identificar la presencia o no de posible sospecha de maltrato infantil y sus causas
- Relacionar la prevalencia de trauma dentoalveolar con la sospecha de maltrato infantil.

MARCO TEÓRICO

Los traumatismos dentoalveolares son una lesión de extensión, intensidad variable de origen accidental o intencional causado por fuerzas que actúan sobre el órgano dentario y los tejidos que lo rodean, donde la integridad estructural de los dientes puede o no verse afectada y los dientes pueden estar parcial o totalmente desplazados de su posición habitual pudiendo ser observadas o diagnosticadas a simple vista o con radiografía.(28)

Los traumatismos dentoalveolares son la segunda causa de atención odontopediátrica en el mundo después de la caries dental y una causa frecuente de consulta en los Servicios de Urgencia odontológicas y de hospitales en general (29). Se caracterizan porque no se rigen por un sólo mecanismo etiopatogénico, ni siguen un patrón predecible en cuanto a la intensidad o extensión. La etiología del trauma dental en niños es múltiple y diversa, entre ellas podemos encontrar el maltrato infantil, que es un tema de frecuente noticia en los medios de comunicación de algunos países.(30)

Estudios epidemiológicos realizados en diferentes países indican que los traumatismos dentoalveolares en niños están aumentando progresivamente y en forma verdaderamente alarmante en los últimos años(31) y entre las causas que los provocan, las actividades deportivas violentas, el grado de actividad emocional y el maltrato están adquiriendo un papel preponderante.(32)

²⁸ Fernández Collazo ME, Características asociadas al trauma dentoalveolar en incisivos superiores. Rev Cuba Estomatol. junio de 2013;50(2):0-0.

²⁹ Naidoo S. Un perfil de las lesiones orofaciales en el abuso físico infantil en un hospital infantil. Abuso infantil Negligencia. 2000 ; 24 (4): 521 - 534

³⁰ García Ballesta C, Pérez Lajarín L, Castejón Navas I. Prevalencia y etiología de los traumatismos dentales: Una revisión. RCOE. abril de 2003;8(2):131-41.

³¹ Yismai baile labrador, Yasmilda maría leyva labrador, Adisnubia ribeaux chibas, Marisel garcía collado, Angel núñez garcía. Violencia en infantes y traumatismos dentofaciales. revision bibliografica.

³² Fernández Collazo ME. Características asociadas al trauma dentoalveolar en incisivos superiores. Rev Cuba Estomatol. junio de 2013;50(2):0-0.

Para obtener buenos resultados terapéuticos se necesita un enfoque multidisciplinario, con la participación de todas las especialidades de la odontología(33) debido a esto es de vital importancia analizar el papel que desempeña la violencia como factor de riesgo y componente social del trauma dentoalveolar en infantes, lo cual es un aspecto imprescindible para que los odontólogos asuman un enfoque integral y una actitud comprometida y responsable ante evidencias clínicas de maltrato infantil.

Los niños pueden estar expuestos a múltiples tipos de maltrato que se manifiestan en la boca, por lo que los profesionales de la salud y en especial los odontólogos deben conocer cómo evaluar y abordar estas inquietudes.(34) El maltrato incluye abuso físico, sexual y negligencia por ellos es importante que todos los odontólogos estén atentos y estén bien informados sobre los signos y síntomas del abuso y la negligencia infantil y que sepan cómo responder.(35)

Algunos autores creen que la cavidad oral puede ser un foco central para el abuso físico debido a su importancia en la comunicación y la nutrición(36). Baile Labrador D, Leyva Labrador D, Ribeaux Chibas D, García Collado D, Núñez García D. reportan que estudios realizados en varios países señalan que el Maltrato infantil es un problema multicausal, en el que intervienen las

³³ García Ballesta C, Pérez Lajarín L, Castejón Navas I. Prevalencia y etiología de los traumatismos dentales: Una revisión. RCOE. abril de 2003;8(2):131-41.

³⁴ Labrador DYB, Labrador DYML, Chibas DAR, Collado DMG, García DAN. Violencia en infantes y traumatismos dentofaciales. Revisión bibliográfica. Rev Inf Científica [Internet]. 2010 [citado 24 de junio de 2019];66(2).

³⁵ Núñez Ramos R, Díaz Díaz J, Mesa García S, Romance García AI, Marín Ferrer M. Manejo del traumatismo alvéolo-dentario infantil en el Servicio de Urgencias de un hospital terciario. Pediatría Aten Primaria. diciembre de 2013;15(60):307-13.

³⁶ García-Ballesta C, Pérez-Lajarín L, Castejón-Navas I. Prevalencia y etiología de los traumatismos dentales. Una revisión. RCOE 2003;8(2):131-141) (GM., 2010 [citado 24 de junio de 2019])

características del agresor, el agredido, el medio ambiente que les rodea y un estímulo disparador de la agresión.(37)

Las lesiones orales pueden ser infligidas con instrumentos tales como utensilios para comer o una botella durante la alimentación forzada, manos, dedos, líquidos hirviendo o sustancias cáusticas. Esta forma de abuso puede resultar en contusiones; quemaduras o laceraciones de la lengua, los labios, la mucosa bucal, el paladar blando y duro, la encía, la mucosa alveolar o el frenillo; dientes fracturados, desplazados o avulsionados; o huesos faciales y fracturas de mandíbula.(38)

Desde este enfoque Naidoo citó los labios como el sitio más común para las lesiones orales infligidas (54%) seguido de la mucosa oral, los dientes, la encía y la lengua.(39) Por otro lado, Andreassen mostró que el 50 % de los niños tenían por lo menos un diente lesionado antes de terminar los estudios primarios.(40)

Baile Labrador D, Leyva Labrador D, Ribeaux Chibas D, García Collado D, Núñez García D. reportan que estudios realizados en varios países señalan que el Maltrato infantil es un problema multicausal, en el que intervienen las características del agresor, el agredido, el medio ambiente que les rodea y un estímulo disparador de la agresión.(41) El maltrato infantil ha llegado a ser un problema que se incrementa en forma alarmante.(42) Aun cuando no se tienen

³⁷ Labrador DYB, Labrador DYML, Chibas DAR, Collado DMG, García DAN. Violencia en infantes y traumatismos dentofaciales. Revisión bibliográfica. Rev Inf Científica [Internet]. 2010 [citado 24 de junio de 2019];66(2).

³⁸ Jennings R. Boyette, MD. Facial Fractures in Children. 2014. Elsevier.

³⁹ Naidoo S. Un perfil de las lesiones orofaciales en el abuso físico infantil en un hospital infantil. Abuso infantil Negligencia. 2000 ; 24 (4): 521 - 534

⁴⁰ Andreassen JO, Andreassen FM. Classification, etiology and epidemiology. textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth, 3rd edn. Copenhagen:Munksgaard; 1994

⁴¹ Labrador DYB, Labrador DYML, Chibas DAR, Collado DMG, García DAN. Violencia en infantes y traumatismos dentofaciales. Revisión bibliográfica. Rev Inf Científica [Internet]. 2010 [citado 24 de junio de 2019];66(2).

⁴² Yismai baile labrador, Yasmilda maría leyva labrador, Adisnubia ribeaux chibas, Marisel garcía collado, Angel núñez garcía. Violencia en infantes y traumatismos dentofaciales. revision bibliografica.

cifras precisas de la magnitud del mismo, se infiere que su presencia es cada vez más evidente. Es un problema mundial, considerándose en algunos países una verdadera epidemia y en otros una pandemia. Afecta a personas de todas las edades, generalmente niños y mujeres, sin distinguir raza, religión y posición social.(43) Actualmente se vive inmerso en un ambiente lleno de violencia, situación de la que desafortunadamente no escapan los niños.(44)

Núñez Ramos, R., Díaz Díaz, J., Mesa García, A. I., & Marín Ferrer reportaron que el trauma dental está presente en el 50% de los casos de maltrato infantil por lo que se debe tener un alto índice de sospecha e identificar lesiones asociadas (45), otros autores como Medrano G. y Perona M. reportaron que el maltrato infantil se refleja en el estado de la salud oral de los pacientes pediátricos ya que el maltrato lo encontramos como negligencia, omisión y no solo acción (46), estos mismos aspectos han sido encontrados en reporte de otros autores que confirman que el trauma dentoalveolar es un indicador significativo del maltrato infantil, otros estudios realizados en varios países señalan que el maltrato infantil es un problema multicausal, en el que intervienen las características del agresor, el agredido, el medio ambiente que les rodea y un estímulo disparador de la agresión.(47)

A pesar de que varios estudios han estado indagando sobre la prevalencia, causas y factores del trauma dentoalveolar y el maltrato infantil muy pocos han sido los que han llegado a indagar y establecer la asociación entre trauma

⁴³ García-Ballesta C, Pérez-Lajarín L, Castejón-Navas I. Prevalencia y etiología de los traumatismos dentales. Una revisión. RCOE 2003;8(2):131-141 (GM., 2010 [citado 24 de junio de 2019])

⁴⁴ Labrador DYB, Labrador DYML, Chibas DAR, Collado DMG, García DAN. Violencia en infantes y traumatismos dentofaciales. Revisión bibliográfica. Rev Inf Científica [Internet]. 2010 [citado 24 de junio de 2019];66(2).

⁴⁵ Núñez Ramos R, Díaz Díaz J, Mesa García S, Romance García AI, Marín Ferrer M. Manejo del traumatismo alvéolo-dentario infantil en el Servicio de Urgencias de un hospital terciario. Pediatría Aten Primaria. diciembre de 2013;15(60):307-13.

⁴⁶ García GM. Maltrato Infantil: una realidad muy cercana, ¿cómo debemos actuar los odontólogos? Rev Odontol PEDIÁTRICA [Internet]. 2010 [citado 24 de junio de 2019];9(01).

⁴⁷ Pennebaker, J.W. & Susman, J.R. . (2013) . Childhood Trauma Questionnaire . Measurement Instrument Database for the Social Science.

dentoalveolar y sospecha de maltrato infantil, por tal razón es de vital importancia que el odontólogo podrá Identificar desde la consulta odontológica las características clínicas que lleven a determinar que estamos ante un trauma dentoalveolar en infantes causado por maltrato infantil, y así establecer estrategias adecuadas para su detección, donde el odontólogo jugaría un gran papel, si con un enfoque integral, clínico, epidemiológico y social tratara los traumatismos dentales en niños.

METODOLOGÍA

Este descriptivo y observacional es basado en una población Universo la cual está constituida por niños que se encuentran en los centros de desarrollo integral (CDI) del barrio Olaya Herrera y sus proximidades de la ciudad de Cartagena pertenecientes a una Fundación de apoyo a preescolares y escolares correspondiente a 40 niños menores de 10 años, junto a los padres o tutores

Los criterios de inclusión:

Niños menores de 9 años que asistan a los centros de desarrollo integral en el barrio Olaya Herrera de la ciudad de Cartagena y a sus proxys.y que sus padres aceptaran participar en el estudio.

Los criterios de exclusión:

Niños que presentaban dientes con amelogénesis y cualquier otro trastorno del esmalte y padres o tutores que se negaron a participar en la investigación.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

El tamaño de la muestra son 40 Madres y/o tutores con niños de edades entre los 2 años y los 9 años. Una vez fue aprobado el estudio por las instancias institucionales, se inició la aplicación del instrumento y se obtuvieron 40 encuestas diligenciadas por la población objetivo, el investigador previamente capacitado, explicó los objetivos del estudio y el carácter voluntario, confidencial y anónimo de las respuestas; para realizar la aplicación de la encuesta fue necesario dirigirse a la fundación de la comunidad única Gustavo Martínez Caffyn, CDI MISIONERITOS Y FENACORE identificada con el NIT:800189920.5 de la ciudad de Cartagena ubicada en el barrio Olaya Herrera, una vez ubicados en la

institución se procedió a la recolección de información y aplicación de estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades bucodentales.

VARIABLES

A continuación, se presenta el cuadro de las variables medidas en el presente estudio.

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS NIÑOS		
Variables	Definición	Indicador
Sexo	Características Biológicas que distinguen al hombre de la mujer	Femenino y masculino
Edad	Edad cronológica de cada individuo	Años cumplidos

CUADRO N° 1 VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS NIÑOS

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICA DE LOS PADRES		
Edad de los padres	Edad cronológica de cada individuo	Años cumplidos
Sexo	Características Biológicas que distinguen al hombre de la mujer	Femenino y masculino
Nivel de escolaridad de los padres	Ultimo año cursado o aprobado y clasificado según la ley 115	Analfabeta, Primaria completa, primaria incompleta, Secundaria completa, secundaria incompleta, Técnico, Universitario, no sabe
Ingresos Socioeconómicos Familiares Mensuales	Sumatoria de los ingresos obtenidos entre el padre y la madre o todas las personas que trabajan en la familia	Variable continua(Monto total)

CUADRO N° 2 VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS PADRES

VARIABLES FAMILIARES			
Variables	Dimensión	Definición	Indicador

Composición Familiar	Número de miembro en la familia	Número de miembros que conviven bajo el mismo techo	2, 3, 4, más de 4.
	Número de hermanos	Número de hermanos que viven bajo el mismo techo	1, 2,3,4, más de 4
Tipo de familia		Clasificación de la Estructura familiar de acuerdo al parentesco entre los miembros	Familia extensa, nuclear, nuclear ampliada con pariente agregados o solo con agregados, binuclear, Monoparental
Características de la Vivienda	Tenencia de la vivienda	Características de propiedad de la vivienda	Propia, arrendada, familiar
	Tipo De Vivienda	Características físicas de la vivienda	Casa, apartamento, habitación, otro
	Número de cuartos	Número de cuartos donde duermen los miembros de la familia	1, 2, 3,4 etc.
	Número de miembros en un mismo cuarto	Número máximo de miembros en la familia que viven y duermen en un mismo cuarto	1, 2, 3, 4, más de 4

CUADRO N° 3 VARIABLES FAMILIARES

VARIABLES CLÍNICAS BUCALES			
Variable	Dimensión	Definición	Indicador
Traumatismo de los Dientes (Niños)	Prevalencia y Tipo de	Tipo de lesión	Clasificación de Andreasen 1.Lesiones de los tejidos dentales duros y la pulpa :fracturas de la corona y de la raíz 2. Lesiones de los tejidos duros dentales, la pulpa y el proceso alveolar

menores de 5 años)	lesión		3. Lesiones en los tejidos periodontales.
		Número de dientes afectados	1,2,3 4,etc

CUADRO N° 4 VARIABLES CLÍNICAS BUCALES.

VARIABLES RELACIONADAS CON CALIDAD DE VIDA		
Variables	Definición	Indicador
Clasificación del maltrato infantil	Clasificación del maltrato infantil en 5 tipos básicos según Brignotti	Clasificación de brignotti (1) Abuso emocional (2) Abuso físico (3) Abuso sexual (4) Negligencia física (5) Negligencia emocional

CUADRO N° 5 VARIABLES RELACIONADAS CON CALIDAD DE VIDA.

INSTRUMENTOS.

La participación en la investigación fue totalmente voluntaria, se explicó a las madres y/o tutores que participaron en ella, sobre la importancia que tiene el estudio para hacer un buen manejo ético. (Anexo 1)

Se realizó la recolección de la información a partir de dos instrumentos, que incluyeron preguntas de selección múltiple con única respuesta; el primer instrumento recolectó la información relacionada con las variables sociodemográficas en donde se analizaron variables como edad (preescolares 3 a 5 años y escolares de 6 a 9 años) y sexo del niño (masculino, femenino),

hacinamiento (más de dos personas en una misma habitación) tenencia y tipo de vivienda (propia, arrendada, familiar), tipo de unión conyugal de los padres (con pareja y sin pareja), estrato socioeconómico (bajo (estrato 3) y muy bajo(estrato 1 y 2)), ingresos económicos familiares (Menor o igual a un SMMLV, mayor a un SMMLV; el SMMLV en Colombia es \$828.116), horario laboral (menor o igual 8 horas diarias, más de 9 horas, no trabajan), escolaridad de los padres y cuidador (Baja escolaridad, < de 10 años de estudio; alta escolaridad \geq 10 años de estudio) variables relacionadas con la satisfacción y percepción con la salud bucal del niño, satisfacción con la atención recibida por parte del odontólogo, frecuencia de visita al odontólogo (una vez al año, cada seis meses, nunca), edad desde que se visita al odontólogo (1,2,3... años, nunca), educación recibida en salud bucal, las cuales contienen indicadores politómicos y dicotómicos que fueron diligenciados por los padres, y un segundo instrumento que consistió en una evaluación clínica que brindó información acerca si se encontraba o no frente a un trauma dentoalveolar, se utilizó un cuestionario previamente validado que incluyó preguntas estructuradas en las cuales se evaluaron tiempo (días, meses, años) y tipo de trauma (1. lesiones de tejidos duros y la pulpa: fractura del esmalte, fractura del esmalte y dentina, compromiso pulpar, fractura corono radicular, fractura radicular; 2. lesiones que envuelven los dientes y tejidos periodontales de soporte: luxación, avulsión; 3. lesiones en tejidos periodontales: laceración, contusión, abrasión)(14), forma en la que se actuó frente al trauma (No se le dio atención, tratamiento en casa, llevado a urgencias y/o consulta odontológica), dientes con trauma (Ninguno, dientes anterosuperiores, dientes anteroinferiores), descripción de cómo sucedió el trauma (mientras jugaba, golpe, pelea con otros niños, desconocen, congruencia o no en explicar), además de evaluar la presencia de caries (0,1,2,3,4,5... caries), la presencia de obturaciones (0,1,2,3...) y dientes extraídos (0, 1, 2, 3...), relaciones oclusales (mordida abierta anterior, mordida cruzada anterior, mordida cruzada posterior, aumento del overjet, diastemas, apiñamiento, otras), análisis funcional (Succión digital, succión labial, respiración oral, deglución atípica, onicofagia, otro) presencia o no de mal oclusiones, conducta de los padres

o cuidador durante la consulta (desespero, impaciencia, intolerancia, agresividad), todas las anteriores como posibles variables confusoras frente a TDA y presencia de Maltrato. Se indagó por la presencia de Sospecha y tipo de Maltrato infantil a partir del Módulo Maltrato Infantil de la Estrategia AIEPI (Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia) el cual radica en la presencia de un algoritmo al realizar una serie de preguntas para clasificar la presencia o no de maltrato y el tipo. Dentro de las preguntas que este contenía se referían a la actitud del niño en el momento de la atención odontológica, (temeroso, retraído, rechazo adulto, deprimido, evita contacto visual, conductas regresivas, desarrollo estancado, violencia intrafamiliar, familia caótica, cuidadores adictos), relatos del niño y de testigo sobre como ocurrieron las lesiones, como se castiga al niño cuando no obedece y otros factores de riesgo estipulados en el modulo para su clasificación para poder clasificar la presencia de sospecha de maltrato (Si hay sospecha, no hay sospecha) y una vez se sospeche se procede a clasificar en : maltrato físico muy grave, abuso sexual, maltrato físico, sospecha de abuso sexual, maltrato emocional, negligencia o abandono,).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Una vez fue recogida la información, la base de datos se digitalizó en una hoja de cálculo del programa Microsoft Office Excel, el análisis de la información se realizó con ayuda del programa estadístico STATA SE 14, en primera instancia con el fin de realizar un análisis individual de cada variable, se utilizaron pruebas estadísticas descriptivas realizando frecuencias, proporciones y media. Se estimaron medidas descriptivas a partir de ocurrencias de las variables familiares y demográficas, asumiendo intervalos de confianza del 95 %. La relación se evaluó mediante un análisis bivariado, aplicándose la prueba de Fisher para poner a prueba la significancia estadística a partir del programa estadístico STATA SE 14 ® para Windows.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La participación en la investigación fue es totalmente voluntaria, se explicó a las madres y/o tutores que participaron en ella, sobre la importancia que tiene el estudio para hacer un buen manejo ético.

De acuerdo a la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Protección Social de Colombia, este estudio se considera sin riesgo, por lo que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio y la información recolectada es de carácter confidencial por lo que no se dará a conocer la identidad de los participantes respetando así su dignidad, la protección de sus derechos y su bienestar.

RESULTADOS

Participaron 40 niños con sus padres o tutores, los niños estaban en etapa preescolar y escolar, comprendido entre las edades de 2 a 9 años siendo un 52,5% de ellos hombres y 47,5% mujeres, de los cuales el 32,5% se encontraban entre los 2 a 5 años, y el 67,5% correspondió a niños entre los 6 a 9 años de edad. Teniendo en cuenta el ambiente familiar y socio afectivo se observó que la mayoría conviven con ambos padres (62,5%), presentan alto nivel de escolaridad (83,7%), ingresos superiores a un SMMLV (60,0%), estrato socioeconómico muy bajo (estrato 1) (67,5).

Según las características familiares, se observa que el 48,7% cuenta con más de cinco miembros en la familia, más de la mitad de la muestra presentan 2 miembros por habitaciones en su casa (60,0%), y viven en viviendas no propias (40,0%), hallándose hacinamiento en un 92,5% de los casos.

Con relación a las características clínicas salud oral del niño se encontró satisfacción de la higiene bucal y atención del odontólogo de más de la mitad de la muestra, la gran mayoría presentaban al menos una lesión de caries dental (32,5%). (Ver tabla 1.)

TABLA 1. Características clínicas salud oral de los niños menores de 10 años de hogares infantiles del ICBF del barrio Olaya Herrera de la ciudad de Cartagena y a sus proxys.

Variables	Fcia (%)
Satisfecho con la salud bucal	
Sí	31 (77.50)
No	9 (22.50)
Satisfecho con el odontólogo	
Sí	35 (87.50)
No	5 (12.50)
Frecuencia de idas al odontólogo	

Una vez al año	13 (32.50)
Cada 6 meses	24 (60.00)
No va al odontólogo	3 (7.50)
Edad a la que por primera vez fue al odontólogo	
Menos del año	4 (10.00)
Más del año	34 (85.00)
Nunca ha ido	2 (5.00)
Lo han educado en salud bucal del niño	
Sí	35 (87.50)
No	5 (12.50)
Cariados	
0	15 (37.50)
1	13 (32.50)
2	6 (15.00)
3	1 (2.50)
4	3 (7.50)
6	1 (2.50)
8	1 (2.50)
Extraídos	
0	35 (87.50)
2	3 (7.50)
4	2 (5.00)
Obturados	
0	34 (85.00)
1	5 (12.50)
4	1 (2.50)

Se observó más de la mitad de los niños presentan TDA (55,5%), un 47,5% se comprometieron los dientes anterosuperiores el tipo de traumatismo que se presentó en mayor frecuencia fue lesiones de tejidos duros y la pulpa (30%), seguido de lesiones que envuelven los dientes, que incluye fractura de esmalte

(22,5%), seguido de compromiso pulpar (7,5%) y lesiones que envuelven los dientes de tejidos periodontales de soporte (17,5%), que incluye luxación con un 12,5% y avulsión con un 7,5%.

Se observó cambio de coloración en un 10% de los casos, siendo frecuente en un 10% los anterosuperiores, al igual que la presencia de fistula (1%) y dolor en un 92,5%, siendo un 12,5% de estos en los dientes anterosuperiores. El sangrado se observó solo en un 7,5% de los dientes anterosuperiores.

Con relación al análisis funcional se obtuvo mayor prevalencia de deglución atípica (52,5%)

En cuanto a trauma dentoalveolar se encontró con mayor frecuencia que estos se presentaron hace años (27,5%), seguido de días (15%) y meses (10%) de todos los casos, en un 22,5% el niño no recibió tratamiento alguno y el 37,5% no fue llevado a consulta odontológica al momento de sufrir el trauma. En más de la mitad de los casos el traumatismo se produjo mientras el niño jugaba (52,5%), seguido de accidentes (7,5%) o peleas con otros niños (2,5%). Se observó incongruencia para explicar un trauma significativo solo en un 5% e incongruencia entre lesión-edad del desarrollo del niño también en un 5%. En el 42,5% de la muestra se encontró que la consulta fue tardía y solo el 27,5% fue oportuno en la consulta.

Al evaluar posible presencia de maltrato se halla en un 57,5% la presencia de sospecha de maltrato infantil, en donde prevaleció la negligencia o abandono (47,5%), seguido de maltrato físico (10%) y negligencia dental (2,5%).

Al someter las variables a prueba estadística de fisher en la relación entre presencia de trauma dentoalveolar y Variables Sociodemográficas no se obtuvo ninguna significancia estadística. (Ver Tabla 2)

TABLA 2. Relación entre Presencia de trauma dentoalveolar y Variables Sociodemográficas de los niños menores de 10 años de hogares infantiles del ICBF del barrio Olaya Herrera de la ciudad de Cartagena y a sus proxys.

Variables sociodemográficas	Presencia de trauma dentoalveolar		
	Presencia Fcia(%)	Ausencia Fcia(%)	Valor p
Edad del niño			
2 años	7(53.85)	6(46.15)	0.906
3 años	14(51.85)	13(48.15)	
Sexo del niño			
Hombre	11(52.38)	10(47.62)	0.987
Mujer	10(52.63)	9(47.37)	
Hacinamiento			
No	20(54.05)	17(45.95)	0.489
Sí	1(33.33)	2(66.67)	
Unión de padres			
Padres sin Pareja	5(33.33)	10(66.67)	0.060
Con pareja	16(64.00)	9(36.00)	
Ingresos socioeconómicos			
Menor o igual a un SMMLV	6 (37.50)	10 (62.50)	0.121
Mayor a un SMMLV	15(62.50)	9 (37.50)	
Estrato socioeconómico			
1	16(59.26)	11(40.74)	0.217
2	5 (38.46)	8 (61.54)	
Nivel de Escolaridad de padre			
Alto nivel de escolaridad	17 (58.62)	12 (41.38)	0.208
Bajo nivel de escolaridad	4 (36.36)	7 (63.64)	
Nivel de Escolaridad de la madre			
Alto nivel de escolaridad	14 (50.00)	14 (50.00)	0.629
Bajo nivel de escolaridad	7 (58.33)	5 (41.67)	

Por otra parte cuanto a la relación entre Presencia de trauma dentoalveolar y variables de maltrato se encontró significancia estadística con la presencia con sospecha de maltrato $p= (0.014)$ y Negligencia o abandono $p= (0.012)$. (Tabla 3)

TABLA 3. Relación entre Presencia de trauma dentoalveolar y Variables de maltrato de los niños menores de 10 años de hogares infantiles del ICBF del barrio Olaya Herrera de la ciudad de Cartagena y a sus proxys.

Variables	Presencia de trauma dentoalveolar		
	Presencia Fcia(%)	Ausencia Fcia(%)	Valor p
Es tardía la consulta			
Si	14 (82.35)	3 (17.65)	0.000
No	7 (63.64)	4 (36.36)	
No aplica	0 (0.00)	12 (100.00)	
Sospecha de maltrato			
Si	16 (69.57)	7 (30.43)	0.012
No	5 (29.41)	12 (70.59)	
Tipo de maltrato			
Maltrato físico			
Si	1 (25.00)	3 (75.00)	0.246
No	20 (55.56)	16 (44.44)	
Negligencia o abandono			
Si	14 (73.68)	5 (26.32)	0.011
No	7 (33.33)	14 (66.67)	

Y en cuanto a la relación entre tipos de trauma dentoalveolar y Variables de maltrato se encontró significancia estadística con la presencia de Lesiones de tejidos duros y la pulpa con sospecha de maltrato $p= (0.004)$ y negligencia o abandono $p= (0.004)$ (Tabla 4).

TABLA 4. Relación entre tipos de trauma dentoalveolar y Variables de maltrato de los niños menores de 10 años de hogares infantiles del ICBF del barrio Olaya Herrera de la ciudad de Cartagena y a sus proxys.

Variables	Lesiones de tejidos duros y la pulpa			Lesiones que envuelven los dientes y tejidos periodontales de soporte		
	Presencia Ecia(%)	Ausencia Ecia(%)	Valor p	Presencia Ecia(%)	Ausencia Ecia(%)	Valor p
Sospecha de maltrato						
Si	11 (47.83)	12 (52.17)	0.004	4 (17.39)	19 (82.61)	0.983
No	1 (5.88)	16 (94.12)		3 (17.65)	14 (82.35)	
Tipo de maltrato						
Maltrato físico						
Si	0 (0.00)	4 (100.00)	0.168	1 (25.00)	3 (75.00)	0.677
No	12 (33.33)	24 (66.67)		6 (16.67)	30 (83.33)	
Negligencia o abandono						
Si	10 (52.63)	9 (47.37)	0.003	3 (15.79)	16 (84.21)	0.787
No	2 (9.52)	19 (90.48)		4 (19.05)	17 (80.95)	

DISCUSIÓN

El estudio realizado fue de tipo descriptivo y observacional con un enfoque cuantitativo, a pesar de que la mayoría de las variables sean cualitativas, y tuvo como finalidad establecer la relación entre trauma dentoalveolar y maltrato infantil en niños menores de 10 años que asisten a los centro de desarrollo integral de la ciudad de Cartagena.

Cabe resaltar que al realizar el estudio se presentaron algunas limitaciones como fueron la recolección de la muestra por cuanto los padres y/o tutores en las últimas jornadas de recolección de datos su asistencia era escasa y por esta razón no se logró recolectar información en muchos más niños. En la literatura científica son muy pocos los estudios que indaguen y relacionen la presencia de trauma dentoalveolar con sospecha de maltrato infantil desde la atención odontológica, lo cual es de vital importancia ya que así el odontólogo podrá identificar desde la consulta odontológica las características clínicas que lo lleven a determinar que se está ante un trauma dentoalveolar producto de maltrato infantil, y así establecer estrategias adecuadas para su detección, donde el odontólogo jugaría un gran papel, con un enfoque integral, clínico, epidemiológico y social podrá tratar los traumatismos dentales en niños.

Actualmente el odontólogo es un profesional que no solo debe enfocarse en hacer diagnósticos a nivel bucal, sino que también debe de indagar cuales son las causas de esos diagnósticos que se presentan en la población y más cuando la población corresponde a niños. Así el trauma dentoalveolar es una de las condiciones clínicas que se presenta en odontología y que muchas veces el odontólogo se limita a trabajar el trauma, solo a solucionar las fracturas, solucionar los problemas de las encías pero no a mirar la causa; una de las causas que ha sido relacionada con trauma dentoalveolar corresponde a la presencia de maltrato infantil. Así en este estudio se encontró que 52,5 % de los niños presentaron TDA reportándose el 100% de estos casos con sospecha de maltrato infantil, con una

significancia estadística en la relación entre el trauma dentoalveolar y negligencia o abandono como el tipo de maltrato que obtuvo mayor frecuencia. Esto coincide con el estudio realizado por Nuñez Ramos et al. (6), en donde reportaron que el trauma dental está presente en el 50% de los casos de maltrato y lo hallado por Medrano G y et al. (11) que confirman que el trauma dentoalveolar es un indicador significativo del maltrato infantil. La mayoría de las relaciones encontradas en la literatura entre la prevalencia de trauma dentoalveolar y sospecha de maltrato infantil coinciden en que la desatención del niño por parte de sus padres o cuidadores es considerada un tipo de maltrato infantil, ya que el niño puede estar expuesto a peligros que pongan en riesgo su salud, desarrollo y dignidad, hasta llegar al punto de poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder, por tanto al momento que el niño sufra un TDA este debe ser llevado lo más pronto posible a la atención odontológica y así velar por el bienestar del mismo.

Hoy en día la estrategia AIEPI busca implementar la detección de enfermedades prevalente en la infancia, como lo representa la presencia de Maltrato infantil, representado una herramienta valiosa para ser utilizada desde la consulta odontológica por su fácil manejo y aplicación. Al ser utilizada en este estudio se permite identificar que en un 57,5% del total de los niños presentaron sospecha de presencia de maltrato infantil, identificándose la negligencia o abandono y el maltrato físico como los tipos de maltratos más prevalentes, y relacionados con significancia estadística con la presencia de trauma dentoalveolar ($p=0.012$). Arellano T y et al., (9) en su estudio maltrato infantil familiar y su relación con el rendimiento académico en el área de personal social de los niños de 5 años de la I.E.I N 95 Santa Rosa Drec- Callao (9), con una muestra de 117 menores de 5 años encontró poco maltrato infantil, en la que los padres refieren rara vez pegarle o maltratar a los niños, el 10% relata de vez en cuando maltratar a los niños cuando no obedecen, 4 niños presentaron maltrato por negligencia en el hogar, relacionados a padres relativamente jóvenes y con ingresos mensuales

inferiores al SMMLV, los cuales a su vez refieren dejar al niño al cuidado del abuelo(a) teniendo en cuenta que muchas veces estos son adultos mayores y no pueden brindar la atención necesaria que merece el niño. Por tanto, la Academia Americana de odontología (10) concluye que tanto el maltrato como el abandono están relacionados con consecuencias negativas a corto y largo plazo en la salud mental y física del niño, en su capacidad de aprendizaje, en su rendimiento académico y en su desarrollo social y de comportamiento. Es probable que nuestra investigación se haya presentado mayor sospecha de maltrato infantil porque se realizó en un sector considerado vulnerables, en donde está dentro de sus costumbres la violencia y se desarrollan a diario en un entorno lleno de maltrato, los padres son muy descuidados, el maltrato es aceptado como algo normal, la negligencia se refleja en el entorno de su diario vivir, el descuido del niño se resalta, y los niños están la gran mayoría del tiempo solos.

Núñez y et al, en su estudio realizado entre septiembre de 2008 y agosto de 2010 encontró que acudieron a Urgencias del hospital universitario 12 de Octubre un total de 374 pacientes menores de 15 años que consultaron por trauma dental, representando el 0,4% de las urgencias atendidas en este periodo. El 63% de los pacientes fueron varones. La media de edad de estos pacientes fue de 4,45 años (preescolares), lo cual difiere con la edad promedio encontrada en nuestro estudio (6,1 años, escolares). En el 82,3% de los casos la dentición afecta era temporal (media de edad en este grupo de 3,43 años), mientras que en el 15% de los casos fue la definitiva (media de edad de 7,46 años) teniendo aquí coincidencia con el ciclo vital individual de la muestra. La caída o colisión casual fue la etiología encontrada en el 84,2% de los casos, seguida en frecuencia por los accidentes deportivos (2,7%) y el maltrato físico (0,3%), coincidiendo con nuestro estudio, en donde el maltrato también fue relacionado como una de la causa principal del trauma dentoalveolar. Pero esta diferencia significativa pudo deberse a que en ese estudio en un 12% no se recogió en la historia la etiología del trauma. El tipo de trauma más común fue la movilidad dentaria (32,4%), seguida de intrusión

(15,8%), fractura no complicada (15,5%) y avulsión (12,8%), mientras que en nuestro estudio la mayor prevalencia la obtuvo fractura de esmalte (22,5%), seguido de luxación (12,5%) y avulsión (7,5%). Los órganos dentarios lesionados con más frecuencia fueron los incisivos superiores (83,4%), seguidos de los incisivos inferiores (3,5%) coincidiendo con nuestro estudio en donde los resultados fueron muy similares, dientes anterosuperiores (95%) seguido de los anteroinferiores (5%)

Si bien esto no es un estudio de asociación, es un estudio donde relacionamos las coincidencias y representa evidencias sobre la importancia de indagar más allá de la boca de paciente para conocer las causas relacionadas con la presencia de TDA, Normalmente el odontólogo se concentra en solucionar clínicamente el problema Además el que sospechemos de la presencia de maltrato por negligencia puede ser una señal para indagar si el niño está presentando otro tipo de abuso o maltrato, y dirigir o remitir a las unidades competentes.

Es importante destacar que esta población es objeto de frecuentes intervenciones por parte del Departamento Odontología Preventiva y Social de la facultad de odontología de la universidad de Cartagena en busca de motivar, educar y tratar su salud bucodental y trabajar en el entorno su entorno social.

CONCLUSIÓN

En conclusión el trauma dentoalveolar encontrados en los niños que asisten a los centros de desarrollo integral del barrio Olaya Herrera de la ciudad de Cartagena y sus proxys. se encuentra relacionado con la sospecha de maltrato infantil, específicamente la presencia de Negligencia o Abandono, desde la consulta odontológica se puede establecer esa relación, por tanto el odontólogo debe indagar a profundidad cuales son las posibles causas para dar un manejo integral a este problema y trabajar en la protección de los niños.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández Collazo ME, Características asociadas al trauma dentoalveolar en incisivos superiores. Rev Cuba Estomatol. junio de 2013;50(2):0-0.
2. García Ballesta C, Pérez Lajarín L, Castejón Navas I. Prevalencia y etiología de los traumatismos dentales: Una revisión. RCOE. abril de 2003;8(2):131-41.
3. Núñez Ramos R, Díaz Díaz J, Mesa García S, Romance García AI, Marín Ferrer M. Manejo del traumatismo alvéolo-dentario infantil en el Servicio de Urgencias de un hospital terciario. Pediatría Aten Primaria. diciembre de 2012;15(60):307-13
4. García-Ballesta C, Pérez-Lajarín L, Castejón-Navas I. Prevalencia y etiología de los traumatismos dentales. Una revisión. RCOE 2003;8(2):131-141) (GM., 2010 [citado 24 de junio de 2019])
5. Naidoo S. Un perfil de las lesiones orofaciales en el abuso físico infantil en un hospital infantil. Abuso infantil Negligencia. 2000 ; 24 (4): 521 – 534
6. Núñez Ramos R, Díaz Díaz J, Mesa García S, Romance García AI, Marín Ferrer M. Manejo del traumatismo alvéolo-dentario infantil en el Servicio de Urgencias de un hospital terciario. Pediatría Aten Primaria. diciembre de 2013;15(60):307-13.
7. García GM. Maltrato Infantil: una realidad muy cercana, ¿cómo debemos actuar los odontólogos? Rev Odontol PEDIÁTRICA [Internet]. 2010 [citado 24 de junio de 2019];9(01).
8. Normas científicas técnicas y administrativas para la investigación en seres humanos. Resolución 008430. Ministerio de Salud. República de Colombia.1993. p. 53.
9. Arellano T, Llactahuaman G y Chipana E; El Maltrato Infantil Familiar Y Su Relación Con El Rendimiento Academico En El Área De Personal Social De

Los Niños De 5 Años De La I.E.I. N° 95 Santa Rosa Drec – Callao En El Año 2015; Tesis De Grado; LIMA – PERÚ. 2015.

10. American academy of pediatric dentistry. Guideline on fluoride therapy. Reference manual 2014-15. *Pediatr Dent* 2014; 34(6): 171-4.
11. Medrano García, Giannina; Perona Miguel de Priego, Guido Maltrato infantil: una realidad muy cercana, ¿Cómo dedemos actuar los odontólogos? Artículo de revisión. *Rev Odontol PEDIÁTRICA* Vol 9 N°1, Enero-Junio 2010.
12. Duarte Albarracín L. Prevalencia y caracterización del trauma dentoalveolar en niños y adolescentes atendidos por el servicio de salud oral en la Fundación HOMI Hospital de la Misericordia en el período febrero 2010-enero 2013.
13. Briceño G.D.; Durán Flórez M; Blanco G; Zorro Cerón s. Epidemiología de los casos de maltrato infantil en la organización sanitas en bogotá. *Rev.Medica.Sanitas* 18(1): 21-28, 2015. Volumen 18 • No. 1 • Enero/Marzo de 2015.
14. Libro clínico de atención integral a enfermedades prevalentes de la primera infancia, Bogotá D.C., Colombia: OPS, 2012 (Serie 3) 886 páginas. Tercera edición corregida y aumentada..
15. Fisher-Owens SA, Lukefahr JL, Tate AR, aap american academy of pediatrics, section on oral health committee on child abuse and neglect. oral and dental aspects of child abuse and neglect. *pediatrics*. 2017;140(2)
16. Naidoo S. Un perfil de las lesiones orofaciales en el abuso físico infantil en un hospital infantil. *Abuso infantil Negl* . 2000 ; 24 (4): 521 - 534
17. Andreasen JO, Andreasen FM. Classification, etiology and epidemiology. textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth, 3rd edn. Copenhagen: Munksgaard;

ANEXOS:

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INVESTIGACIÓN: PREVALENCIA DE TRAUMA DENTOALVEOLAR Y SOSPECHA DE MALTRATO INFANTIL.

Fecha: _____.

Entidad donde se realizará el estudio:

_____.

Yo, _____ en representación de _____ he sido invitado(a) a participar en el estudio: "PREVALENCIA DE TRAUMA DENTOALVEOLAR Y SOSPECHA DE MALTRATO INFANTIL.". Entiendo que mi participación consistirá en llevar a mi hijo a valoración diagnóstica y cumplir las citas asignadas para tal fin y seguir las recomendaciones que me sean dadas por el investigador y responder la encuesta de sobre traumatismo dentoalveolar y sospecha de maltrato infantil. He leído y entendido este documento de Consentimiento Informado o el mismo se me ha leído o explicado. Todas mis preguntas han sido contestadas claramente y he tenido el tiempo suficiente para pensar acerca de mi decisión. No tengo ninguna duda sobre mi participación y la de mi hijo, por lo que estoy de acuerdo en hacer parte de esta investigación. Cuando firme este documento de Consentimiento Informado recibiré una copia del mismo (partes 1 y 2).

Autorizo el uso y la divulgación de mi información a las entidades mencionadas en este Consentimiento Informado para los propósitos descritos anteriormente.

Acepto voluntariamente participar y sé que tengo el derecho de terminar mi participación en cualquier momento. Al firmar esta hoja de Consentimiento Informado no he renunciado a ninguno de mis derechos legales.

Firma _____.

Documento de identidad No. _____ de _____.

Huella



