

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Odontología

Escuela Profesional de Odontología



“ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LAS LESIONES DE CABEZA Y CUELLO A CONSECUENCIA DE AGRESIONES FÍSICAS ENCONTRADAS EN LA COMISARIA PNP DE LA FAMILIA AREQUIPA DEL 2012 AL 2016”.

Tesis presentada por la Bachiller:

Huamán Valdivia, Belinda Milagros

para optar el Título Profesional de:

Cirujana Dentista

Asesor:

Dr. Díaz Andrade, Carlos Javier

Arequipa – Perú

2019

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
URB. SAN JOSE S/N - UMACOLLO

DR EDWIN DELGADO ALVAREZ

BOLETA DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS Nro 120

Vista la solicitud que presenta don (ña HUAMÁN VALDIVIA, BELINDA sobre el dictamen de la Tesis titulada ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LESIONES DE CABEZA Y CUELLO A CONSECUENCIA DE AGRESIONES FÍSICAS ENCONTRADAS EN LA COMISARIA PNP DE LA FAMILIA AREQUIPA DEL 2012 AL 2016". y en concordancia con la Ley Universitaria 30220, y el Art. 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se nombra el JURADO DICTAMINADOR para que en el lapso de ocho a diez días, se sirvan evaluar el dictamen correspondiente

DRA RUTH ALVAREZ MONGE
MGTER MARIA DEL SOCORRO BARRIGA FLORES
DR EDWIN DELGADO ALVAREZ

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

DR. HERBERT GALLEGOS VARGAS
Decano de la Facultad de Odontología

Arequipa 07, 28 de NOVIEMBRE del 2018

INFORME

Sr Decano: Revisado el borrador de tesis se diligaron las siguientes observaciones:

- Mejorar o reformular el enunciado
- Mejorar la redacción en general y ortografía
- Colocar el año de redacción en los diferentes capítulos
- Aumentar un apéndice a la solicitud
- Aumentar discusión
- Mejorar conclusiones y sugerencias

es cuanto tengo por informar.

Mte.

Redigir las observaciones se del paso por señalamiento

14-12-18 Arequipa, 2018, 07 de Diciembre.

Se acepta el cambio de Enunciado de estudio Comparativo por retrospectivo

(5154) 382038 (5154) 252542 ucsm@ucsm.edu.pe http://www.ucsm.edu.pe

0012961

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
URB. SAN JOSE S/N - UMACOLLO

MGTER MARIA DEL SOCORRO BARRIGA FLORES

BOLETA DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS Nro 120

Vista la solicitud que presenta don (ña) **HUAMÁN VALDIVIA, BELINDA** sobre el dictamen de la Tesis titulada **ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LESIONES DE CABEZA Y CUELLO A CONSECUENCIA DE AGRESIONES FÍSICAS ENCONTRADAS EN LA COMISARIA PNP DE LA FAMILIA AREQUIPA DEL 2012 AL 2016**". y en concordancia con la Ley Universitaria 30220, y el Art. 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se nombra el JURADO DICTAMINADOR para que en el lapso de ocho a diez días, se sirvan evaluar el dictamen correspondiente

DRA RUTH ALVAREZ MONGE
MGTER MARIA DEL SOCORRO BARRIGA FLORES
DR EDWIN DELGADO ALVAREZ

Arequipa ,28 de NOVIEMBRE del 2018

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARÍA

Herbert Callegos Vargas
DR. HERBERT CALLEGOS VARGAS
Decano de la Facultad de Odontología

INFORME

Sr. Decano de la Facultad de Odontología:

Previo a su despacho procedo a informar acerca del presente borrador de tesis, el cual sugiero las sigtes correcciones: Revisión del formato, ortografía, Mejorar redacción, Dejar de cada grafico, imagen, etc el lugar de donde fue obtenido, Sobre las conclusiones y recomendaciones, revisar la redacción y los datos expuestos, sobre la bibliografía ordenar según formato de citación, y mejorar el título.

*Atte: *Herbert Callegos Vargas* 04/12/18*

Previo a su despacho Sr. Decano de la Facultad de Odontología, procedo a informar acerca del presente borrador de tesis el cual ha realizado las correcciones sugeridas, siendo momento de dar praxe para que continúe con el trámite correspondiente

*Atte: *Herbert Callegos Vargas**
Arequipa, 2018 / 12 / 04.

*Se aceptó el cambio de título de *Comparativo* a *estudios retrospectivos**

☎ (5154) 382038 📠 (5154) 252542 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe

0012407

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
URB. SAN JOSE S/N - UMACOLLO

DRA RUTH ALVAREZ MONGE

BOLETA DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS Nro 120

Vista la solicitud que presenta don (ña) **HUAMÁN VALDIVIA, BELINDA** sobre el dictamen de la Tesis titulada **ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LESIONES DE CABEZA Y CUELLO A CONSECUENCIA DE AGRESIONES FÍSICAS ENCONTRADAS EN LA COMISARIA PNP DE LA FAMILIA AREQUIPA DEL 2012 AL 2016**, y en concordancia con la Ley Universitaria 30220, y el Art. 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se nombra el JURADO DICTAMINADOR para que en el lapso de ocho a diez días, se sirvan evaluar el dictamen correspondiente

DRA RUTH ALVAREZ MONGE
MGTER MARIA DEL SOCORRO BARRIGA FLORES
DR EDWIN DELGADO ALVAREZ

Arequipa ,28 de NOVIEMBRE del 2018

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARÍA

Herbert Callegos Vargas
DR. HERBERT CALLEGOS VARGAS
Decano de la Facultad de Odontología

INFORME

05-12-2018: Se revisa el borrador de tesis, "Estudio Comparativo entre lesiones de cabeza y cuello a consecuencia de agresiones físicas encontradas en la comisaria PNP de la familia Arequipa del 2012 al 2016".

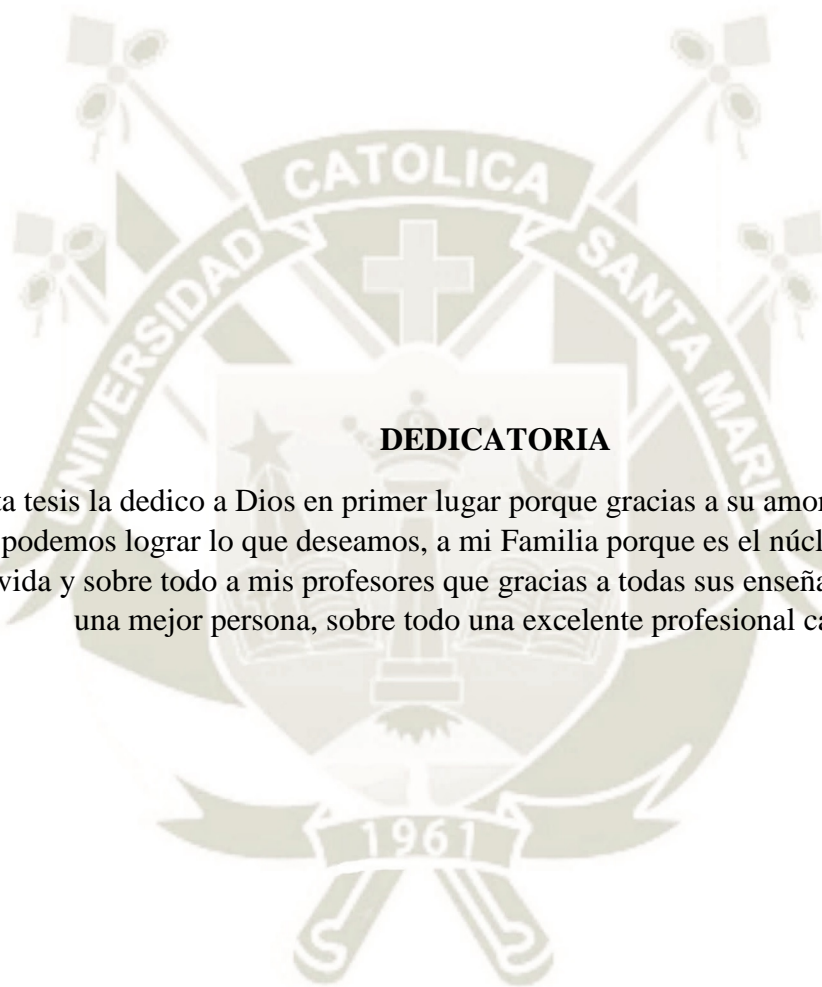
Se observa para su corrección: Resumen, objetivos y resultados.

17-12-2018: Se levantan las observaciones y se sugiere mejorar el Título, los objetivos y conclusiones.

Cambiar en el Título "Estudio comparativo" por "Estudio retrospectivo".

Hechas las correcciones pertinentes y levantadas las observaciones en cuanto a título, objetivos y conclusiones se da pase para su sustentación.

Arequipa, 2018 Diciembre 19.



DEDICATORIA

Esta tesis la dedico a Dios en primer lugar porque gracias a su amor infinito por sus hijos podemos lograr lo que deseamos, a mi Familia porque es el núcleo fundamental de mi vida y sobre todo a mis profesores que gracias a todas sus enseñanzas trato de ser una mejor persona, sobre todo una excelente profesional cada día.



EPIGRAFE

*"Si quieres ser respetado por los demás, lo mejor es respetarte a ti mismo.
Sólo por eso, sólo por el propio respeto que te tengas inspirarás a los otros
a respetarte."*

Fiódor Dostoyevski

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN

RESUMEN

ABSTRACT

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.1 Determinación del problema.....	2
1.2 Enunciado.....	2
1.3 Descripción	3
1.3.1. Área del conocimiento	3
1.3.2. Análisis u Operacionalización de variables	3
1.3.3 Interrogantes básicas	5
1.3.4 Tipo de investigación	5
1.3.5 Nivel de investigación.....	5
2. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	6
3. OBJETIVOS	6
4. MARCO TEÓRICO.....	7
4.1 Lesiones	7
4.1.1 Clasificación de las lesiones.....	8
4.1.1.1 Lesiones de cabeza y cuello en tejidos blandos	8
4.1.1.2 Lesiones de cabeza y cuello en tejidos duros.....	15
4.2 Agresión Física	25
4.2.1 Ubicación de la Lesión.....	25
4.2.2 Agente Ocasionador de la Lesión	25
4.3 Odontología Legal y Forense.....	28
4.3.1 Odontología legal.....	28
4.3.2 Odontología forense.....	29
4.4 Antecedentes Investigativos.....	31

CAPITULO II

PLANEAMIENTO OPERACIONAL

II.	PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	35
1.	TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	35
1.1	Técnica	35
1.2	Instrumentos	35
1.2.1.	Instrumentos documentales	35
1.3	Materiales	35
2.	CAMPO DE VERIFICACIÓN	35
2.1	Ámbito espacial	35
2.2	Temporalidad	35
2.3	Unidades de estudio	36
2.3.1	Criterios de inclusión	36
2.3.2	Criterios de exclusión	36
3.	ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	36
3.1	Organización	36
3.2	Recursos	37
3.2.1	Recursos humanos	37
3.2.2	Recursos físicos	37
3.2.3	Recursos económicos	37
4.	ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS	37
4.1	En el ámbito de sistematización	37
4.1.1	Clasificación	37
4.1.2	Recuento	37
4.1.3	Análisis de datos	37
4.1.4	Plan de tabulación	37
4.1.5	Graficación	37
4.2	El ámbito de estudio de los datos	38
4.2.1	Metodología de la interpretación	38
4.2.2	Modalidades interpretativas	38
4.2.3	Operaciones para la interpretación de cuadros	38
4.2.4	Niveles de interpretación	38
4.3	En el ámbito de la discusión	38
4.4	En el ámbito de conclusiones	38
4.5	En el ámbito de recomendaciones	38

CAPITULO III

RESULTADOS.....	39
DISCUSIÓN	58
CONCLUSIONES	59
RECOMENDACIONES	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
ANEXOS	66
ANEXO N° 1: MODELO DEL INSTRUMENTO.....	67
ANEXO N° 2: SOLICITUD DE RECOLECCION DE DATOS	69
ANEXO N° 3: CONSTANCIA DE AUTORIZACION DE LA COMISARIA DE LA FAMILIA AREQUIPA	70
ANEXO N° 4: FOLLETO INFORMATIVO DE LA COMISARIA PNP DE LA FAMILIA AREQUIPA	71



ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1 Distribución de Incidencia de Lesiones en Tejidos Blandos y Lesiones en Tejidos Duros desde el Año 2012 Al 2016.....	40
Cuadro N° 2 Distribución De Incidencia De Lesiones De Cabeza Y Cuello En Tejidos Blando Según El Año	42
Cuadro N° 3 Distribución De Incidencia De Lesiones De Cabeza Y Cuello En Tejidos Duros Según El Año	44
Cuadro N° 4 Distribución De Incidencia De Lesiones De Cabeza Y Cuello En Tejidos Blando Según Su Tipo De Lesión Desde El Año 2012 - 2016.....	46
Cuadro N° 5 Distribución De Incidencia De Lesiones De Cabeza Y Cuello En Tejidos Duros Según Su Tipo De Lesión Desde El Año 2012 – 2016.....	48
Cuadro N° 6 Comparación De La Incidencia De Los Tejidos Duros Y Tejidos Blandos	50
Cuadro N° 7 Incidencia De Acuerdo Al Tipo De Agente Agresor Que Lo Ocasiono La Lesión En Las Victimas Desde El Año 2012-2016.....	52
Cuadro N° 8 Incidencia De Las Lesiones De Acuerdo A La Ubicación En La Cabeza Y Cuello Desde El Año 2012- 2016	54
Cuadro N° 9 Incidencia De Las Lesiones De Acuerdo A La Ubicación En La Boca Desde El Año 2012- 2016.....	56

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1 Distribución de Incidencia de Lesiones en Tejidos Blandos y Lesiones en Tejidos Duros desde el Año 2012 Al 2016.....	41
Gráfico N° 2 Distribución De Incidencia De Lesiones De Cabeza Y Cuello En Tejidos Blando Según El Año	43
Gráfico N° 3 Distribución De Incidencia De Lesiones De Cabeza Y Cuello En Tejidos Duro Según El Año.....	45
Gráfico N° 4 Distribución De Incidencia De Lesiones De Cabeza Y Cuello En Tejidos Blando Según Su Tipo De Lesión Desde El Año 2012 – 2016	47
Gráfico N° 5 Distribución De Incidencia De Lesiones De Cabeza Y Cuello En Tejidos Duros Según Su Tipo De Lesión Desde El Año 2012 – 2016.....	49
Gráfico N° 6 Comparación De La Incidencia De Los Tejidos Duros Y Tejidos Blandos	51
Gráfico N° 7 Incidencia De Acuerdo Al Tipo De Agente Agresor Que Lo Ocasiono La Lesión En Las Víctimas Desde El Año 2012-2016.....	53
Gráfico N° 8 Incidencia De Las Lesiones De Acuerdo A La Ubicación En La Cabeza Y Cuello Desde El Año 2012- 2016	55
Gráfico N° 9 Incidencia De Las Lesiones De Acuerdo A La Ubicación En La Boca Desde El Año 2012- 2016.....	57

INTRODUCCIÓN

Las agresiones físicas son consideradas como una transgresión en las normas en las relaciones interpersonales. ¿Que estamos haciendo como sociedad para detener este incremento? ¿Que estamos haciendo como profesionales para evitarlo?

En opinión de varios expertos el nivel de violencia que se vive en el país, se inicia en casa, desde la formación que recibieron cuando niños demostrándolo con una conducta agresiva, afianzada por el ambiente que nos rodea. Con este trabajo de investigación queremos valorar, las consecuencias físicas de las agresiones, como son las lesiones en este caso de cabeza y cuello. Nuestro enfoque desde una perspectiva odontológica, recolectando la información de estos últimos años, de expedientes de la Comisaria de la Familia, dando como resultado los niveles de incidencia.

Comencemos con saber que significa la palabra lesión, proviene del latin laesiōn significa herida, se define como un cambio en la estructura de una parte del cuerpo, como consecuencia del daño externo. Se presentan con diferentes características como: los colores, las formas y dimensiones de las lesiones de acuerdo al grado ocasionado por el agente utilizado para causar el daño. En nuestro caso daremos la importancia solo a las lesiones que se presentaron en cabeza y cuello, tomando como guía a la clasificación de medicina legal, diversos libros de odontología legal y pagina web. Se prosiguió a la recolección de datos en el archivo de la Comisaria de Familia donde fueron revisados 2856 expedientes de los cuales 476 fueron de cabeza y cuello de lunes a viernes dos horas, en el mes de enero del 2018. Logrando como un hallazgo de esta investigación que la edad más vulnerabilidad oscila 19 a 34 años siendo cada vez menor la edad de las víctimas con la mayor incidencia.

La constante problemática social de casos por agresiones físicas, que son denunciados en las delegaciones policiales donde las mujeres presentan el mayor porcentaje de lesiones como consecuencia de la agresión por parte de su pareja, esposo o padres. En menor porcentaje se presentó en los casos en niños y hombres Donde el estudio de las lesiones sea una herramienta más en la odontología y porque no demostrar que le tomamos la debida importancia.

Con nuestra profesión buscamos que la persona esté en buen estado de salud, no solo priorizar el área más conocida de la odontológica que nos compete, sino también su integridad física y psicológica. Tenemos que ser un agente de cambio para la sociedad poniendo en práctica nuestra educación médica y moral por un bien común.



RESUMEN

En estos últimos años las víctimas han teniendo el valor de denunciar los diferentes tipos de violencia como son: psicológica, física, y sexual. Este estudio se ha evocado a las lesiones por agresiones físicas. De los casos documentados se evaluaron los de mayor incidencia que fue del sexo femenino, entre edades de 19 a 36 años. Este trabajo tuvo como objetivo la comparación de la incidencia de lesiones por agresiones físicas en cabeza y cuello. El Material y método: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo del registro documental de denuncia de violencia familiar de la Comisaria de Familia del 2012 al 2016.

De la documentación revisada en total fueron 2856 expedientes, de los cuales 476 son casos de lesiones de cabeza y cuello, dividiéndose así en 457 casos que representa 96.01% de lesiones en tejidos blandos y 19 casos de lesiones en tejidos duros con un 3.99%. En los casos de lesiones de tejidos blandos el año 2014 tubo la mayor incidencia con 24.73% y en lesiones de tejidos duros el año 2013 con un 26.31%. De los 457 casos de lesiones de tejido blando se distribuyó de siguiente manera 42.01% equimosis, 26.04% tumefacción ,17.51% excoriaciones y de los 19 casos en los tejidos duros 26.31% concusiones, 21.05% fractura mandibular tipo II o también llamada Lefort tipo II, 15.78% perdida del esmalte dental.

Podemos también decir que el agente con mayor incidencia encontrado en las denuncias es el agente contuso con un 74.8%, las lesiones por uña humana con un 11.9% y el agente contuso – cortante con 10.7%. En la ubicación de las lesiones en cabeza y cuello se presentaron en primer lugar en la boca con un 24.9%, en segundo lugar, la cabeza con un 22.6% y en tercer lugar lesione en mejilla, frente y mentón con 17.8%. Las lesiones ubicadas en boca se presentaron de la siguiente manera en primer lugar las lesiones en la mucosa bucal con un 43.8 % en segundo lugar están las lesiones en labios con 43.8%.

PALABRAS CLAVES: Lesiones, Tejidos Blandos y Tejidos Duros de la boca, Agresiones Físicas

ABSTRACT

In recent years, victims have had the courage to denounce the different types of violence such as: psychological, physical, and sexual. This study has been evoked to the injuries by physical aggressions. Of the documented cases, those with the highest incidence were evaluated, which was female, between the ages of 19 and 36 years. The objective of this work was to compare the incidence of injuries due to physical aggression in the head and neck. The Material and Method: a retrospective descriptive study of the documentary record of reporting family violence of the Family Commissioner from 2012 to 2016 was carried out.

Of the total documentation reviewed, there were 2856 records, of which 476 are cases of head and neck injuries, dividing into 457 cases representing 96.01% of soft tissue injuries and 19 cases of hard tissue injuries with 3.99%. In cases of soft tissue injuries, the year 2014 had the highest incidence with 24.73% and in hard tissue injuries in 2013 with 26.31%. Of the 457 cases of soft tissue injuries, 42.01% ecchymosis was distributed, 26.04% swelling, 17.51% excoriations and 19 cases in hard tissues 26.31% concussions, 21.05% mandibular fracture type II or also called Lefort type II, 15.78% loss of tooth enamel.

We can also say that the agent with the highest incidence found in the complaints is the blunt agent with 74.8%, the injuries by human nail with 11.9% and the blunt - cutting agent with 10.7%. In the location of the head and neck lesions, they presented first in the mouth with 24.9%, in the second place the head with 22.6% and in the third place it injured in the cheek, forehead and chin with 17.8%. Lesions located In the mouth, lesions on the buccal mucosa were presented in the first place, with 43.8%, secondly, lip lesions with 43.8%.

KEY WORDS: Injuries, Soft Tissues and Hard Tissue of the mouth, Physical Assaults



CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Determinación del problema

Podemos tener en mente diversas causas del incrementando de la violencia día con día, pero porque no pensar que el primer lugar donde adquirimos nuestros valores y los malos hábitos es la familia. Los niños y niñas vienen siendo educados con una mentalidad machista, con actitudes de faltarse el respeto con palabras soeces adquiriéndolas como un tipo de lenguaje natural, también donde el empujón o una cachetada es un juego común. Teniendo como consecuencia lo que vemos adultos maltratadores, que no pueden asumir una ruptura de las relaciones de pareja o no controlan los celos enfermizos tomando como excusa los estereotipos, que nos enseñan, sin prever el daño que ocasionan.

Los expertos opinan que las víctimas de una agresión se encuentran confundidas “Callan, Toleran y Consintiendo esta situación”. Es también una mala precepción que tenemos que las verdaderas agresiones físicas son las que presentan un hematoma o una fractura. Estas acciones anormales ocasionan a la sociedad una barrera, ante la defensa de un acto de maltrato físico sufrido y no denunciar las lesiones ocasionadas.

En algunos casos los médicos forenses se están olvidando de su rol fundamental, donde el informe minucioso del examen médico será, una prueba en contra del agresor que fácilmente se libran de una condena adecuada. Por eso es bueno que los profesionales de la salud en este caso los odontólogos sean conocedores de la parte forense y legal para no solo darle un a atención a las pacientes sino ser un medio de orientación cuando se presente una de víctima de agresiones físicas.

1.2 Enunciado

“ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LAS LESIONES DE CABEZA Y CUELLO A CONSECUENCIA DE AGRESIONES FÍSICAS ENCONTRADAS EN LA COMISARIA PNP DE LA FAMILIA AREQUIPA DEL 2012 AL 2016”.

1.3 Descripción

1.3.1. Área del conocimiento

- A. **Área general:** Ciencias de la Salud
- B. **Área Específica:** Odontología
- C. **Área de Especialidad :** Odontología Forense
- D. **Área Lineal:** Lesionología

1.3.2. Análisis u Operacionalización de variables

Variables	Indicadores	Sub indicadores
Lesiones de Cabeza y Cuello	Tejidos Blandos	<ul style="list-style-type: none"> - Tumefacción - Equimosis - Hematomas - Erosiones - Escoriaciones - Heridas <ul style="list-style-type: none"> • Heridas punzantes • Heridas contusas • Heridas cortantes • Herida corto punzantes • Heridas especiales
	Tejidos Duros	<p>Lesiones Dento Alveolares en los Tejidos de Soporte</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Concusión ○ Luxación ○ Avulsión ○ Fractura del hueso alveolar <p>Lesiones de Tejidos duros dentarios</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Fractura de esmalte b. Fractura coronaria c. Fracturas corona- radiculares d. Fracturas radiculares

		<p>Lesiones de la ATM</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Contusiones ○ Esguinces y subluxación ○ Luxaciones y dislocaciones ○ Fracturas de fosa mandibular <p>Fracturas</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fracturas en el Maxilar Superior <ul style="list-style-type: none"> - Lefort I o fractura horizontal - Lefort II o fractura piramidal - Lefort III o fractura transversal ○ Fractura en Maxilar Inferior <ul style="list-style-type: none"> - Fractura del Cóndilo mandibular - Fracturas del Cuerpo de la mandíbula - Fracturas del ángulo mandibular
<p>Agresión Físicas</p>	<p>Ubicación de la lesión</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cabeza ○ Ojos ○ Nariz ○ Orejas ○ Mejillas, Frente, Menton ○ Boca <ul style="list-style-type: none"> • Labios • Mucosa labial • Maxilar superior • Maxilar inferior • Lengua ○ Cuello
	<p>Agente de la lesión</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lesiones por arma blanca - Lesiones por arma de fuego - Otros

		<ul style="list-style-type: none"> • Agente contuso • Agente contuso – cortante • Uña humana • Mordedura humana • Agente constrictor
--	--	---

1.3.3 Interrogantes básicas

- A. ¿Cuál de las lesiones en cabeza y cuello presento mayor incidencia a consecuencia de agresiones físicas documentados en la comisaria PNP de la familia Arequipa del 2012 al 2016?
- B. ¿Cuál de las lesiones en tejidos blandos presento mayor incidencia a consecuencia de agresiones físicas documentados en la comisaria PNP de la familia Arequipa del 2012 al 2016?
- C. ¿Cuál de las lesiones en tejidos duros presento mayor incidencia a consecuencia de agresiones físicas documentados en la comisaria PNP de la familia Arequipa del 2012 al 2016?
- D. ¿Cuál es la ubicación de la lesión con mayor incidencia a consecuencia de agresiones físicas documentados en la comisaria PNP de la familia Arequipa del 2012 al 2016?
- E. ¿Cuál es el tipo de agente agresor con mayor incidencia a consecuencia de agresiones físicas documentados en la comisaria PNP de la familia Arequipa del 2012 al 2016?

1.3.4 Tipo de investigación

Documental

1.3.5 Nivel de investigación

- a. Retrospectivo
- b. Descriptiva

2. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

- **Originalidad**

El tema a investigar es original porque no ha sido tratado desde un enfoque odontológico de cabeza y cuello y los datos de la recolección son de estos 5 últimos años.

- **Relevancia científica**

En su relevancia científica se quiere dar un aporte más, de conocimientos en base de hechos concretos que aumente el interés en el estudio de este tema poco investigado en nuestra área.

- **Relevancia social**

Se podría considerar con una relevancia social ya que se busca tener otra posibilidad de estudio que contribuya a la ayuda en un análisis del porcentaje (disminuir o incrementar) con respecto a una sociedad igualitaria y libre de agresiones.

- **Viabilidad**

En vista que cuento con el material y asesoría necesaria para realizar este trabajo de investigación, es probable poder realizar este estudio. Y poder comparar tanto las lesiones en su localización y su nivel casos presentados.

- **Interés personal**

El Obtener mi título profesional como Cirujano Dentista y poner contribuir un con este tema en el análisis como sociedad que está informada y porque no que los mismos profesionales tengan más interés por sus pacientes que puedan estar sufriendo alguna agresión.

3. OBJETIVOS

- 1) Determinar la incidencia de lesiones en cabeza y cuello a consecuencia de agresiones físicas documentados en la comisaria PNP de la familia Arequipa del 2012 al 2016

- 2) Determinar la mayor incidencia de lesiones en tejidos blandos a consecuencia de agresiones físicas documentados en la comisaria PNP de la familia Arequipa del 2012 al 2016
- 3) Determinar la mayor incidencia de lesiones en tejidos duros a consecuencia de agresiones físicas documentados en la comisaria PNP de la familia Arequipa del 2012 al 2016
- 4) Identificar la ubicación de la lesión con mayor incidencia a consecuencia de agresiones físicas documentados en la comisaria PNP de la familia Arequipa del 2012 al 2016
- 5) Identificar el tipo de agente agresor con mayor incidencia a consecuencia de agresiones físicas documentados en la comisaria PNP de la familia Arequipa del 2012 al 2016

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Lesiones

Lesión es cualquier alteración somática (física) o psíquica, que, perturbe, amenace o inquiete la salud de quien la sufre, o simplemente, imite o menoscabe la integridad personal del afectado ya sea en lo orgánico (anatómico) funcional.

La reparación/restitución biológica de las lesiones (curación de lesiones) sigue un curso propio y variable, sujeto a la variabilidad biológica individual (capacidad de respuesta individual), puede evolucionar hacia:

1. Estabilización médico-legal de las lesiones que finalizan con **la curación real y *ad integrum* de la lesión**. Es el momento en el que se alcanza la sanación o curación de las lesiones y que al no quedar secuelas es el equivalente a la curación clínica.
2. Estabilización médico- legal de las lesiones que han evolucionado hacia la cronicidad con secuelas (18,19, 45).

Las lesiones personales se definen como cualquier daño en el cuerpo o en la salud del individuo, causadas interna o externamente por su agresor, utilizando elementos

físicos, químicos, biológicos y psicológicos, sin producir la muerte. El legislador ha querido proteger el bien jurídico de la vida y la integridad personal; por eso lo tipifica como delito cuando se ha vulnerado (22).

4.1.1 Clasificación de las lesiones

4.1.1.1 Lesiones de cabeza y cuello en tejidos blandos

A. Tumefacción: Aumento de volumen por extravasación de fluido linfático que infiltra el espacio intersticial. En su mecanismo de producción interviene la triple respuesta de Lewis que manifiesta por una vasoconstricción refleja en la piel del área afectada (línea blanca), seguida en pocos segundos por una vasodilatación compensatoria (línea roja) y, posteriormente, extravasación de líquidos y edema local; asimismo se produce liberación retrograda de sustancias proinflamatorias en las terminaciones nerviosas estimuladas (19). La piel lesionada aparece enrojecida e hipersensible a los estímulos dolorosos llamado hiperalgesia primaria o local, en esta área hay vasodilatación, el umbral para los estímulos dolorosos esta disminuido. Alrededor de la zona mencionada puede aparecer otra zona de hiperalgesia, llamada hiperalgesia secundaria, que se extiende más allá del área de vasodilatación. Se excluyen los edemas de causa patológica, por ejemplo, edema de origen patológico renal, cardiovascular, etc (17).

Tumefacción En El Dorso Nasal Y Labio Superior



Fuente: Guía médico legal de valoración integral de lesiones corporales 2014

B. Equimosis: Lesión contusa simple, que conserva la integridad de la piel, el trauma produce ruptura de capilares y vénulas, produciendo un infiltrado hemorrágico,

desgarro de filetes nerviosos y tumefacción que producen dolor en la zona afectada. Se caracteriza por el cambio de coloración en la piel, tumefacción y dolor. Frecuentemente, las equimosis, pueden presentar variadas formas, pudiendo representa la forma del agente causante, en estos casos es de importancia criminalística, describir las características de estas equimosis denominadas equimosis en patrón o figuradas (17).

Equimosis en la parte anterior del cuello



Fuente: Guía médico legal de valoración integral de lesiones corporales 2014

- Cronocromodiagnóstico de la equimosis

- Históricamente, la totalidad de una equimosis ha sido correlacionada en relación con el tiempo (Cronocromodiagnóstico) de producida la lesión.
- Una vez que la sangre infiltra a los tejidos, se produce una respuesta inflamatoria, para degradar y remover la sangre; los macrófagos, fagocitan a los eritrocitos y la hemoglobina es degradada. La hemoglobina es el cromóforo absorbedor dominante, y por ello determine el color de la piel. Esta apariencia varía (rojo, azul, púrpura, verde, amarillo) dependiendo de su estado oxidativo y profundidad dentro de la piel. Esta degradación bioquímica de la hemoglobina contenida en los glóbulos rojos (eritrocitos) produce los cambios de coloración que pueden ser observados en una equimosis.
- Autores clásicos describen este proceso evolutivo como el “espectro equimótico de Legrand du Saulle” de la siguiente forma (17).

CROMOFONO

AUTOR	Rojo oscuro	Negrusco	Azulado-violáceo	Verdoso	Amarillo	Desaparición
Vargas Alvarado	3 primeros días		4 – 6 días	7- 12 días	13 – 21 días	
Simonin	Recientes	2 – 3 días	3 – 6 días	7 – 12 días	12 -17 días	25 días
Bonnet	Pocas horas	0 -3 días	4 – 6 días	7 – 12 días	13 – 21 días	22 días
Tourdes	Pocas horas	2- 3 días	3 -6 días	12 -17 días	Mas de 17 días	

Fuente: Guía médico legal de valoración integral de lesiones corporales 2014

El desarrollo y evolución de la equimosis en términos de su apariencia, es extremadamente variable, entre individuos y en un mismo individuo, pudiendo ser esta evolución afectada por:

- Factores de la persona: edad, sexo, porcentaje de grasa corporal, diátesis hemorragia y color de piel.
- Factores a la producción de la lesión: magnitud de la fuerza empleada, tipo de arma.
- Subjetividad en la percepción de los colores por parte del examinador, agudeza visual del observador, longitud de onda de la luz que incide en la lesión

El color rojo de una equimosis se ha atribuido a una combinación de hemoglobina y hematina (17) .El color rojo oscuro o negro a la presencia de eritrocitos no oxigenados , el cambio de color verde a la biliverdina y el color amarillo a la presencia de bilirrubina (29,9,32,38). Basada en estos cambios de coloración de las equimosis diversos autores han tratado de encontrar una valoración certera que

se aproxime a la verdadera data evolutiva de la lesión, sin embargo todos los resultados han sido controversiales (4, 7, 37, 3, 15, 47,33).

En investigaciones realizadas a partir de la década de los noventa, se evidencio que lo señalado en los libros clásicos eran obsoletos e inverosímiles, de manera que a pesar de la gran variabilidad de los resultados en estudios, destacando los trabajos de langlois y gresham (25) , stephenson y bialas (39), munang,violáceo Leonard y mok (31), Hughes , ellis y langlois (21) , kinneary y sahrae (24) ,y la revisión sistemática realizada por maguire et al (38) , permiten concluir que, a pesar de comentarios en una variedad de libros de texto aún disponibles que siguen las descripciones de tratadistas clásicos , los únicos datos estadísticamente significativos y relevantes en la práctica clínica, son los referidos a que el hallazgo de color amarillo durante un examen inspección directa (no a partir de imágenes ni videos) de una equimosis , permite afirmar que esta tiene más de 18 a 24 horas; habiéndose demostrado que la presencia de los colores verde azul, violáceo y rojo pueden presentarse incluso desde el momento de producida la lesión y pueden persistir incluso hasta que ocurra la resolución completa de la lesión .

Las equimosis de la conjuntiva ocular no sufren estos cambios de coloración, en virtud de la relativa fácil oxigenación de esta región corporal, lo que no permite que la oxihemoglobina se descomponga, por lo que permanece de color rojizo hasta su reabsorción; las equimosis subungueales también tienen una evolución peculiar, ya que pueden permanecen hasta ser eliminadas junto con el crecimiento de la uña, pudiendo incluso tornarse de una tonalidad oscura (16, 30,44).

Importante: la equimosis en la región suborbitaria o periorbitaria (“ojos de mapache”), o en las apófisis mastoideas (signo de battle) es un signo orientador de fractura en la base del cráneo

C. Hematomas: Lesión contusa que se caracteriza por la extravasación sanguínea que se colecciona en planos superficiales o profundos, disecándolos. Estas lesiones pueden encontrarse en planos superficiales (piel) o planos profundos (tejido muscular, órganos parénquimas, etc.). Los ubicados en planos superficiales son sobre elevados y a la palpación pueden ser fluctuantes o a tensión. Tanto equimosis como hematomas no solo se producen debido a contusiones, también

las causan algunas enfermedades como la hemofilia, los purpura, el escorbuto (16, 30,44)

Hematoma suborbitario izquierdo



Fuente: Guía médico legal de valoración integral de lesiones corporales 2014

- E. **Erosiones:** Lesión contusa simple frecuentemente a nivel de mucosas, con compromiso del epitelio de revestimiento y que puede abarcar hasta corion papilar (23). Una raspadura en vida exuda suero que se refuerza formando una costra. Si la erosión es al tiempo o cortamente después de la muerte, la exudación es necesariamente de menor grado y la erosión toma un aspecto apergaminado amarillento conforme seca el exudado (46).

Equimosis y erosión de la mucosa bucal



Fuente: Guía médico legal de valoración integral de lesiones corporales 2014

- E. **Excoriaciones:** lesión contusa simple, que compromete la epidermis y parte de la dermis (costra amarillenta) pudiendo llegar a denudar la dermis papilar (costra sanguínea). Es generalmente ocasionado por contacto tangencial con superficies rugosas, arma blanca o de naturaleza biológica (uñas).

El proceso de reparación biológica en las excoriaciones inicia entre las 18 a 24 horas, cuando las células diferenciadas del epitelio inician la cobertura del área lesionada, a partir del tercer día, las excoriaciones empiezan a constrictarse, hipocrómica por la ausencia de melanina y presencia de nuevos capilares, la desaparición completa de dichas áreas ocurre en alrededor de 6 meses, sin dejar cicatriz (23).

Excoriaciones en mejillas y mentón



Fuente: Guía médico legal de valoración integral de lesiones corporales 2014

F. Heridas: el diccionario de términos médicos define a la herida como “la solución de continuidad en las partes blandas”. Desde un punto de vista simple, esto ocurre cuando la piel se abre por un efecto externo.

a) Heridas punzantes: son de forma oval, profundas, principalmente, y cuando afectan una cavidad se les denomina penetrantes; tienen un trayecto, y pueden presentar orificio de salida cuando son producidas por objetos cilíndricos con filo en su punta, como el picahielos y las agujas (40).

Características de las heridas punzantes:

- Orificio(s) de entrada puntiforme, ovalado o angulado con rodete erosivo
- Dirección , trayecto o canal de penetración
- Puede ser de trayecto penetrante o perforante
- En ocasiones dibuja el agente punzante (23).

- b) Heridas contusas:** es una solución de continuidad de la piel, ocasionada por agentes contusos que comprometen la epidermis y la dermis, pudiendo llegar, inclusive a planos anatómicos, más profundos.

Característica de las heridas contusas:

- Bordes invertidos e irregulares.
- Paredes y lecho regular.
- No existencia de puentes dérmicos.

Presenta en sus extremos, una cola de entrada corta y profunda, y una cola de salida superficial y larga (1).

- c) Heridas cortantes:** también denominadas incisivas, son producidas por instrumentos con filo de borde fino. Dentro de este grupo se encuentran las heridas de vacilación por intentos de suicidio, y que normalmente se encuentran en la cara anterior de las muñecas.

Características de las heridas cortantes

- Ser heridas con bordes nítidos, lineales
- Unidos en sus extremos por las llamadas colas,
- La de entrada es corta y profunda
- La de salida, también llamada cola de ratón, es larga y superficial (40).

- d) Herida corto punzantes:** el agente vulnerante tiene características cortantes y punzantes de forma que lesiona seccionando los tejidos de piel y planos subyacentes.

Pueden ser monocortantes, bicortantes o pluricortantes en función del número de aristas de la parte lesiva (13).

Ejemplos son cuchillos de cocina, puñales, con hojas de metal más o menos planas y anchas con punta y de uno o dos filos.

Características de las heridas cortopunzantes

- La herida es de bordes limpios uno angulado y otro redondo

- Con longitud según la anchura de la hoja, la fuerza de penetración y la forma de sacar el instrumento (28).

e) **Heridas especiales:** dentro de las heridas especiales podemos mencionar

- **Penetrantes:** son aquellas heridas mediante las cuales se une una cavidad del organismo con el exterior
- **Transfixiantes:** heridas que atraviesan partes del organismo de un lado al otro, por ejemplo desde la cara externa de la mejilla a su cara interna
- **En sedal:** cuando un instrumento aguzado ingresa y sale por la misma cara (externa) sin lesionar otros órganos como lengua o dientes (bala)
- **Rasantes:** se diferencian de la anterior porque en este caso las heridas hacen una especie de canal en la superficie de la mejilla, mientras que la herida en sedal deja un túnel.
- **Al colgajo:** las armas blancas, caídas o contusiones muy violentas producen un despegamiento de la piel (34).

4.1.1.2 Lesiones de cabeza y cuello en tejidos duros

A. Lesiones Dento Alveolares en los Tejidos de Soporte

Cuando se recibe la acción de un agente traumatizante en la cavidad bucal. El daño puede ir desde una simple confusión o concusión, hasta la pérdida de la pieza con todo o parte de su hueso de soporte. Casi por lo general una de las secuelas de este tipo de lesiones, cuando no se ha perdido la pieza, es la pérdida de su vitalidad

- Concusión:** es la lesión de los tejidos que rodean la estructura dental, pero sin desplazamiento de esta, con reacción a la percusión.
- Luxación:** es el desprendimiento de la estructura dental, por rompimiento de las fibras periodontales sin que se produzca desarticulación
- Avulsión:** arrancamiento de los tejido o parte de el por tracción y en el caso de estructuras dentales es muy común observarlo.

- d. **Fractura del hueso alveolar:** según será la violencia del agente traumatizantes, puede fracturarse, por lo general, la tabla externa del reborde alveolar, hay casos en que a pesar de pérdida ósea es posible mantener la pieza en la cavidad bucal (34).

B. Lesiones de Tejidos duros dentarios

- a. **Fractura del esmalte:** consiste en una fractura de la corona que afecta solo al esmalte o a este y a la dentina, pero sin exposición pulpar.
- b. **Fractura coronaria:** dentro de las fracturas de coronaria comprenden dos tipos
- **Fractura coronaria no complicada:** consiste en una fractura de la corona que afecta solo al esmalte o este ya a la dentina, pero sin exposición pulpar.
 - **Fractura coronaria complicada:** es una fractura de la corona que afecta al esmalte ya a la dentina, con una profundidad suficiente para dar lugar a una exposición pulpar.
- c. **Fracturas corona- radiculares:** esta fractura afecta tanto a la corona como a la raíz al mismo tiempo. Lo habitual es que se produzca una fractura cervical horizontal u oblicua, que se extiende justo por debajo del aparato de inserción o hacia el hueso alveolar. Con frecuencia, la corona queda separada completamente de la raíz. En algunos casos se mantiene en posición solo por el aparato de inserción.
- d. **Fracturas radiculares:** estas lesiones consisten en una fractura de la raíz que ha quedado totalmente incluida en el hueso. La fractura puede ser horizontal (también denominada transversal) o más diagonal (también denominada oblicuo), y lo habitual es que la raíz quede dividida en dos fragmentos: uno coronal y otro apical (6).

C. Lesiones de la ATM

Un traumatismo sobre la zona de la articulación temporo-mandibular, es decir, en la parte de unión del hueso mandibular con la base del cráneo, puede provocar lesiones de diversa índole y magnitud. La articulación temporo-mandibular posee mucha movilidad en condiciones normales

- a. **Contusiones:** cuando el agente traumático actúa con violencia capaz de superar sus límites de resistencia, pueden producirse alteraciones graves y definitivas en dicha movilidad.
- b. **Esguinces y subluxación:** se manifiesta con un ruido o chasquido, se trata de una alteración menisco-condilar. No es de mucha gravedad, aunque si no hizo tratamiento oportuno puede ser grave con el tiempo.
- c. **Luxaciones y dislocaciones:** se producen cuando el agente contundente ha actuado con mucha violencia y ha sido capaz de romper el “manguito” o capsula que envuelve la articulación. Las dislocaciones pueden ser anteriores, medias y posteriores y muchas veces se asocian a fractura de cóndilo.
 - Las dislocaciones anteriores pueden ser causadas por un golpe en la barbilla, cuando la boca está abierta.
 - La dislocación media puede ocurrir si no hay dientes posteriores que reciban la fuerza cuando en una riña o en un accidente el golpe es recibido en la parte anterior de la mandíbula
 - La dislocación posterior es muy rara y puede ser producida por un golpe en la barbilla dirigido hacia atrás.

El menisco articular también puede desplazarse o fracturarse por golpes recibidos en la barbilla ya sea que haya o no fractura mandibular.

- d. **Fracturas de fosa mandibular:** puede haber, como hemos dicho, fractura de la cavidad glenoidea, en la base del cráneo (hueso temporal), con la gravedad lógica por la relación craneana u el compromiso auditivo (34).

D. Fracturas

1. Fracturas en el Maxilar Superior: son traumatismos graves que afectan estructuras adyacentes importantes; cavidad nasal, seno maxilar, la órbita y el cerebro

a. Lefort I o fractura horizontal

Fracturas

También conocida como fractura horizontal o fractura de Guerin, se describe como una fractura bilateral que discurre horizontalmente paralela al reborde alveolar, empezando en la escotadura piriforme, sigue por encima de los ápices dentarios, a través de la pared anterior del seno maxilar, siguiendo hasta la tuberosidad del maxilar y terminando en la apófisis pterigoides del esfenoides, separando así al cuerpo del maxilar superior del tercio medio facial. Esta separación permite la movilidad libre del maxilar superior, lo que se ha descrito como “maxilar flotante”.

Esta fractura por lo general es el resultado de una fuerza horizontal aplicada directamente sobre el maxilar superior.

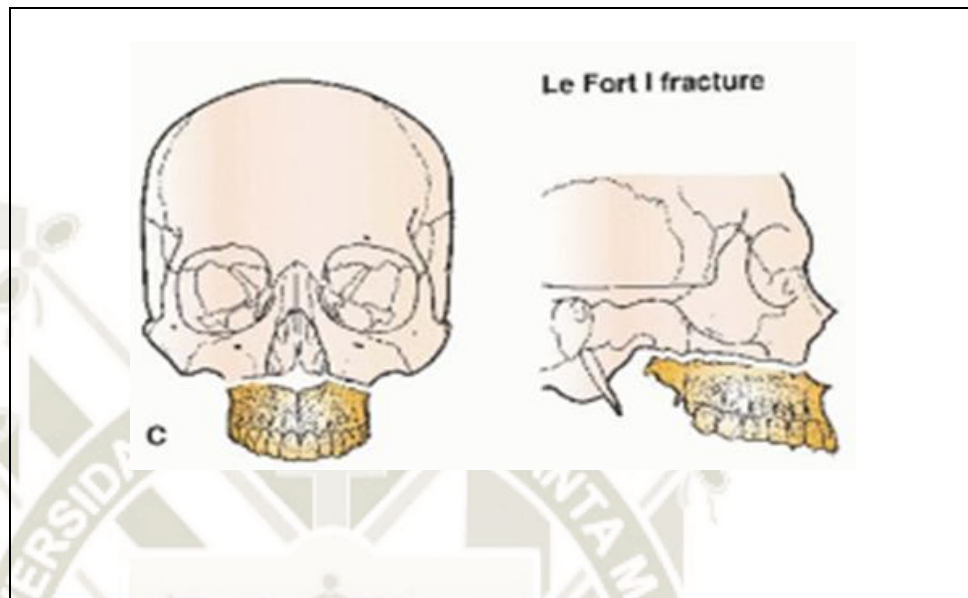
En su trayecto la fractura afecta al seno maxilar, al septum nasal, al hueso palatino y a las apófisis pterigoides del esfenoides.

Su mecanismo de producción suele ser un trauma completamente horizontal sobre el labio superior. En este tipo de fractura hallamos alteraciones contusivas en las paredes blandas del labio superior. Existirá una maloclusión dentaria. Se puede apreciar una equimosis en herradura en el fondo del vestíbulo superior y en el velo del paladar. A la exploración manual se puede constatar la movilidad del maxilar superior, así como un dolor muy selectivo presionando con el pulpejo del dedo en la apófisis pterigoides.

Signos clínicos:

- Movilidad de toda la porción dento-alveolar del maxilar.
- Normalmente el paciente tiene la boca abierta para que los dientes no le choquen con los antagonistas y le produzcan dolor.
- Suele haber desviación de la línea media del maxilar y las piezas de un lado están más bajas que las del otro.

No tienen equimosis ni edema periorbitario, pero suelen tener gran edema en el labio superior, ya que este suele estar lesionado (2,5).



FUENTE: Booth PW, Schendel SA, Hausamen J-E, eds: Maxillofacial Surgery. Churchill Livingstone, Edinburgh: 1999.

b. Lefort II o fractura piramidal

Es conocida también como fractura piramidal.

Es producida por un trauma oblicuo de arriba abajo y de delante a atrás.

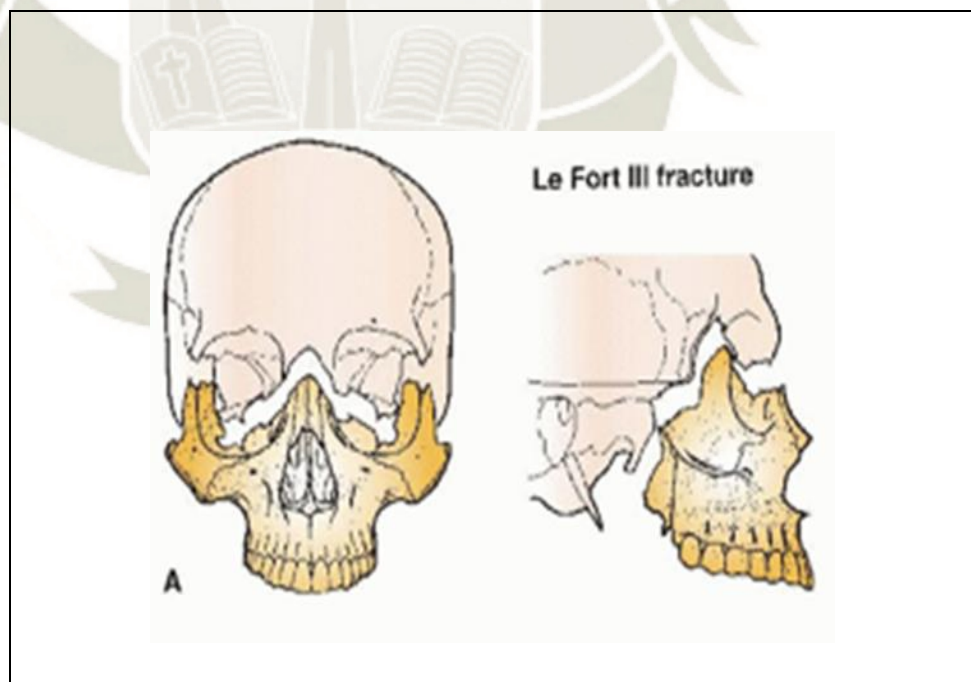
Se extiende como dos líneas oblicuas que parte desde los huesos nasales, afectan las paredes internas de las orbitas, reborde infraorbitario y piso orbitario, pasan por el etmoides, involucran el septum nasal y los senos maxilares, se dirigen hacia abajo y hacia atrás y terminan en la apófisis pterigoides del esfenoides.

Esta fractura separa al maxilar superior y al complejo nasal que se le une de la estructura cigomática y orbitaria. Hacia dentro afecta a la pared lateral de las fosas nasales, aproximadamente entre el cornete medio y el inferior, el vómer y la lámina perpendicular del etmoides.

Signos clínicos:

- Edema de los tejidos blandos del tercio medio.

- Equimosis bilateral periorbitaria y subconjuntival.
 - Deformación notoria de la nariz.
 - Aplastamiento facial del tercio medio: en menor cuantía (se reduce a la región nasal y alargamiento de la cara)
 - Dificultad de abrir y cerrar la boca
 - Mordida abierta.
 - No hay movilidad de males ni arcos cigomáticos.
 - Telecanto traumático – rinodeformación
 - Movimiento en block del tercio medio facial anterior: esto es lo más grave ya que los pacientes pueden quedar ciegos.
 - Epifora
 - Epistaxis, rinorraquia
 - Hipoestesia del nervio suborbitario bilateral
 - Escalones óseos frontonasal – suborbitario y piramidal
 - Mordida abierta anterior por tope molar posterior bilateral
- Signo de GUERIN (10,14).



FUENTES: Booth PW, Schendel SA, Hausamen J-E, eds: Maxillofacial Surgery. Churchill Livingstone, Edinburgh: 1999.

c.Lefort III o fractura transversal

Se le conoce también como disyunción craneofacial o fractura transversa.

Es producida por un trauma frontal de alta energía y generalmente de una superficie grande.

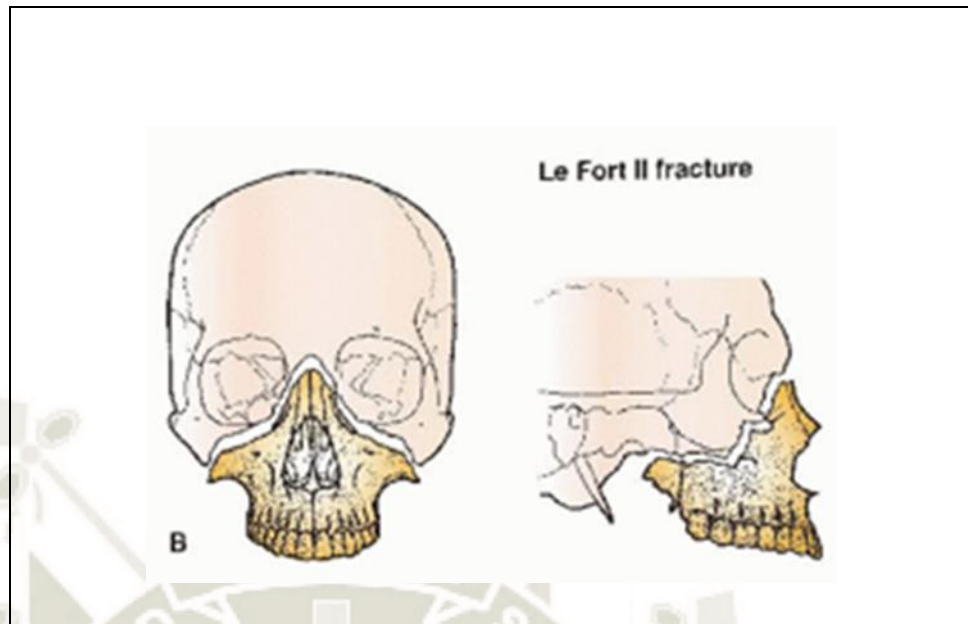
En este tipo de fractura ocurre una separación completa de los huesos de la cara con la base del cráneo. La línea de fractura es bilateral y simétrica; corre desde la sutura frontonasal y frontomaxilar sobre el unguis, siguiendo por la pared interna de la órbita rodeando el agujero óptico, hasta la fisura orbitaria superior, continuando por la pared externa de la órbita. En este punto la línea de fractura se divide en dos. Una línea sigue por la fosa pterigopalatina hasta la base de la apófisis pterigoides; la otra parte del extremo anterior de la hendidura esfenomaxilar hasta dividir el reborde lateral de la órbita al nivel de la sutura cigomaticofrontal. La disyunción craneofacial se completa con la fractura del arco cigomático y la pared lateral de las fosas nasales, el vómer, la lámina vertical del etmoides y con cierta frecuencia la lámina cribosa de este mismo hueso, por lo general a un nivel superior que las otras fracturas Le Fort (20).

Signos clínicos:

- Gran edema de la cara, que impide separar los párpados para explorar el globo ocular.
- Equimosis periorbitaria bilateral, hay que pensar que la mayoría de las veces esto es por un golpe frontal, el impacto de un choque hace que la cabeza y la cara rebote contra el parabrisas y el manubrio, entonces hace que los golpes normalmente sean frontonasaes.
- Cara con forma alargada y aplanada o cóncava, descrita típicamente como “cara de plato”, por la acción del agente vulnerante que produce un aplanamiento de los huesos. También por el deslizamiento hacia atrás del tercio medio por la inclinación con respecto a la base del cráneo y otro factor que influye es la acción de los pterigoideos (especialmente de los laterales)
- Anestesia de las mejillas, con más frecuencia que en la Le Fort II, por afectación del nervio infraorbitario.

Mordida abierta anterior, si nosotros le abrimos la boca a nuestro paciente tendremos una mordida abierta anterior, resultado del desplazamiento en block del tercio medio facial que se va hacia atrás, entonces van a tocar los molares.

- Esta mordida abierta anterior no es esquelética, ni congénita generalmente es producida por el trauma.
- Desplazamiento y movilidad de maxilares y arcos cigomáticos.
- Posible rinorrea cefalorraquídea y hemorragia ótica.
- Rinodeformación, la mayoría de las veces se fracturan los huesos propios a nivel frontonasal y se produce una alteración del apéndice nasal porque hay una afección del tabique nasal.
- Obstrucción de vías respiratorias, por descenso del maxilar y, por lo tanto, del paladar blando. Epifora, lagrimeo constante por alteración del vaciamiento de las lágrimas en su conducto. Telecanto traumático, se afectan la pared medial de la órbita y puede afectar también la inserción de los cantos internos (igual que en las fracturas orbitarias y las fracturas naso orbito etmoidales) Hipoestesia nervio suborbitario bilateral, porque el rasgo de fractura va por el piso de la órbita y bajo esta, transcurre el nervio suborbitario.
- Signo de GUERIN, al fracturarse la apófisis pterigoides se pesquisa con este signo. Con el dedo índice palpamos por la parte palatina del reborde y llegamos a los pilares amigdalinos y en la zona retropalatina donde termina el paladar blando hacemos presión y el paciente relata dolor. Este signo se produce en las Le Fort I, II, III.
- Síndrome hendidura esfenoidal, es uno de los signos más graves que puede producir la fractura Le Fort III, que al comprometer esta hendidura esfenoidal va a alterar de manera importante los elementos anatómicos que se alojan ahí, arteria y vena oftálmica, II y IV par craneal, ramos simpáticos y parasimpáticos especialmente los ciliares y los que dan la inervación a la pupila. Es lo más grave porque el paciente puede quedar ciego y hay poco tiempo para actuar (11).



FUENTE: Booth PW, Schendel SA, Hausamen J-E, eds: Maxillofacial Surgery. Churchill Livingstone, Edinburgh: 1999.

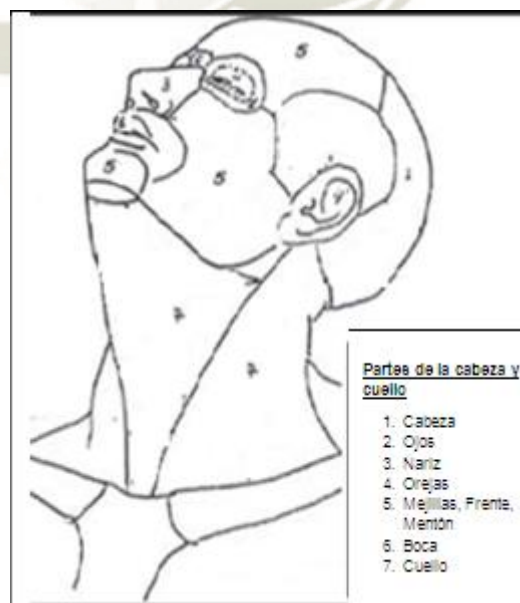
2. Fractura en Maxilar Inferior

- a. **Fractura de la apófisis condilar:** El cóndilo es un lugar donde frecuentemente asientan las fracturas mandibulares debido a su relativa debilidad estructural, a pesar de estar protegido en el interior de la fosa glenoidea. La mayoría de las veces son fracturas indirectas por flexión o por cizallamiento y no es corriente que alteren la oclusión, salvo la existencia de una mordida anterior. Pueden ser uni o bilaterales y se clasifican según el desplazamiento y la superposición de fragmentos. Se considera como desviación grave aquella que excede los 30° con respecto al fragmento distal, y desplazamiento importante a aquella en la que la superposición de los fragmentos es superior a 5 mm. El compromiso de la vascularización del fragmento proximal a menudo tiene como resultado una necrosis avascular. Otras complicaciones frecuentes son la osteoartritis, dolor en la ATM, avulsiones del disco, hemartrosis/hematoma que pueda dar lugar a anquilosis (11).

Clasificación:

- Fracturas sin luxación:
 - Fracturas de la superficie articular: la fractura se encuentra por encima del músculo pterigoideo externo (fracturas intracapsulares).

- Fracturas articulares de la región intermedia: la fractura se encuentra por debajo del músculo pterigoideo externo (fracturas extracapsulares).
 - Fracturas de la base del cóndilo mandibular.
- Fracturas con luxación:
- Luxación medial: La más frecuente.
 - Luxación anterior.
 - Luxación posterior.
 - Luxación lateral.
- b. **Fracturas del Cuerpo de la mandíbula:** Son fracturas de los dientes posteriores que incluyen desde los caninos hasta el ángulo mandibular. En este tipo los desplazamientos y escalonamientos son frecuentes
- c. **Fracturas del ángulo mandibular.** Las fracturas del ángulo son frecuentes y se asocian en no pocas ocasiones a fracturas contralaterales del cóndilo o a otro nivel. Encontramos muchas veces lesiones subyacentes que las favorecen como la existencia de terceros molares o quistes foliculares que debilitan el tejido óseo y hacen el ángulo mandibular más proclive a la fractura ante impactos laterales (se trata en estos casos de fracturas abiertas al irrumpir el trazo en el molar o región quística). Son fracturas que pueden presentar problemas de osificación (11).



Fuente: Guía médico legal de valoración integral de lesiones corporales 2014

4.2 Agresión Física

4.2.1 Ubicación de la Lesión

Una vez descartada y/o tratadas las lesiones de riesgo vital se aborda el problema de las heridas faciales. Cuando estas lesiones comprometen la vía oral o nasal debe asegurarse la adecuada permeabilidad de la vía aérea.

Obtenida esta o descartada su lesión, el paso siguiente corresponde a la búsqueda de lesiones óseas subyacentes asociadas cuya existencia debe asumirse hasta descartar, ya sea por examen clínico o radiológico.

La cara constituye una región anatómica completa dadas las múltiples estructuras neurovasculares que posee. Existen estructuras anatómicas faciales que el médico tratante debe conocer, tanto para reparar lesiones producto del trauma, como para evitar aquellas de carácter iatrogénico, así como también para predecir e informar acerca de la evolución de eventuales secuelas (27).

4.2.2 Agente Ocasionador de la Lesión

- **Lesiones por arma blanca:** se entiende por arma a todo instrumento que se utiliza para ofender o defenderse; arma blanca es una hoja de hierro, acerado con uno o dos filos, de diferentes formas, tamaños y usos. Tradicionalmente se le denomina blanca por el brillo de la hoja que era confundido con el color blanco. Sin embargo, actualmente se les denomina heridas por arma blanca a todas aquellas que son producidas por objetos, sin importar el material con el que están elaborados, incluso por instrumentos con borde romo (40).

Arma blanca es aquella que ataca la superficie corporal por punta, por el filo, o por ambos elementos a la vez. El mecanismo de acción es el que nomina la lesión y señala el tipo de armas utilizadas

Por el aspecto de la herida y demás rasgos particulares, se deduce el tipo genérico del instrumento empleado; pero esto no significa certeza identificadora. El despiece de la guarnición y del mango en el laboratorio permite la investigación de rastros de sangre cuando el heridor ha lavado el arma; la impronta que en la

ropa y en la piel dejan el perfil y la sección de la hoja, señala el instrumento punzocortante que ha penetrado (35).

- **Lesiones por arma de fuego:** las armas de fuego son aquellas que utilizan proyectiles que requieren de una fuerza expansiva, como, por ejemplo, la combustión de los gases de la pólvora para poder ser expulsados.

Todo lo que se relaciona con el funcionamiento y características del arma de fuego se estudia en balística forense.

Las armas de fuego se clasifican en cortas y largas:

Dentro de las armas cortas se encuentran, principalmente, las pistolas, también conocidas como escuadras, y los revólveres, los cuales cuentan con un cilindro metálico en donde se depositan los proyectiles.

Las armas de fuego largas son: por ejemplo, el rifle, la ametralladora y la escopeta.

Las lesiones que ocasionan los proyectiles disparados por armas de fuego, son consideradas como complejas, ya que las características propias del arma, del proyectil, la combinación de fuerza, calor y velocidad, provocan lesiones muy variadas tanto en el exterior como en el interior del organismo.

Acerca de las características de las heridas por proyectil, se consideran las constantes y las circunstanciales.

Las constantes son aquellas que siempre están presentes, como el orificio de entrada, el trayecto y la dirección.

Las circunstanciales son aquellas cuya presencia dependerá de algunos elementos, como la distancia, el tipo de proyectil y el tipo de arma (40).

- **Otros**

Agente contuso: son las que determina un objeto cualquiera sin características particulares, el cual dotado de dureza y animado de violencia, entra en contacto con el cuerpo humano. La variedad de elementos que pueden producirlas es infinita, desde las “armas naturales” (puños, pie, codo, etc., verdaderamente

transformadas en tales, dada la difusión actual de las llamadas artes marciales, o cualquier objeto duro, romo y no cortan improvisado o expresamente fabricado (manoplas, porras) para agredir a las personas (35).

Agente contuso – cortante: en los instrumentos contuso- cortantes el peros predomina sobre la perfección del filo; ello potencia la fuerza del agresor, quien la utiliza a manera de maza. Es el caso del sable, el hacha o la pala. Resultan, así, heridas que reúnen a la vez caracteres cortantes y contusos; la acción de deslizamiento es rara, lo habitual es el golpe dirigido de arriba hacia abajo y a la cabeza (35).

Uña humana: las uñas en ocasiones son utilizadas como medio de defensa o agente lesionador. Los arañazos o “estigmas ungueales” (en plural) son una de las excoriaciones más típicas e importantes, pudiendo adoptar en su figuración una forma lineal, arqueada o semilunar, o bien trazada en forma de arañazo corriente cuando la uña resbala tangencialmente sobre la epidermis, o por último, en combinación de ambas acciones. En cuanto a su tamaño, este no es determinado; siempre habrá que ir al caso particular para determinar el instrumento u objetivo vulnerante que la produjo (36).

Mordedura humana: es causada por dientes que presan y traccionan. Los dientes primero hieren la piel penetrando en los tejidos subcutáneos, y luego actúan como agente de tracción por un movimiento general del cuerpo o de la cabeza del que muerde. Las mordeduras pueden ser causadas por animales o por personas. Se observan pequeñas equimosis, excoriaciones y hasta heridas contusas, en dos líneas curvas opuestas por su concavidad, presentado a lo largo de sus bordes las huellas de los dientes; las mordeduras humanas presenta forma de herradura de caballo y con pequeñas soluciones de continuidad. Las de los animales más frecuentemente son ocasionadas por animales domésticos. Según su origen puede ser:

De agresión o defensa: se ubican en mejillas, orejas, nariz tronco y miembros superiores. A veces se acompañan de heridas contusas, como se observa en los delitos de violencia sexual y física (40).

Agente constrictor: es con un instrumento que al cerrarse impide el paso del oxígeno a los pulmones y la circulación de la sangre. Por lo regular, se coloca en el cuello a la altura de la laringe y el hueso hioides, comprimiendo en el exterior las yugulares, las arterias carótidas y, en ocasiones, las vertebrales, dependiendo de la ubicación del nudo. Los agentes constrictores son: lazos de ixtle, cuerdas de cortina, prendas de vestir, sabanas, cadenas, vendas o medias, etc. En la realización de este mecanismo de observa que uno de los extremos está atado a un punto de apoyo, y el otro, al cuello de la víctima (42).

4.3 Odontología Legal y Forense

Es la disciplina que aplica los conocimientos de la odontología para efectuar la adecuada evaluación, manejo, valoración y presentación de los indicios y hallazgos odontológicos, en interés de la justicia. La violencia evidenciada en los últimos años en nuestro país, ha dejado en claro que todas las áreas científicas del conocimiento humano, deben aportar para el logro de una recta administración de justicia, sus principios éticos y morales, de manera tal que esas bases científicas dignifiquen y enaltezcan la sociedad (8).

4.3.1 Odontología legal

Este es el conjunto de procedimientos científicos y técnicos dedicados a examinar y evaluar las evidencias dentales en función de un interés judicial al servicio de la justicia tanto en causas civiles como criminales

Todas las personas jurídicas, naturales o simplemente profesionales deben responder a los daños que se causen a otras personas. Así el odontólogo como miembro de una sociedad tiene con sus pacientes, con sus colegas, con la institución, con personal auxiliar y consigo mismo una responsabilidad de tipo penal, civil, administrativa, profesional, moral

Nuestra moral es el tomar conciencia de que si omitimos alguna información podemos no solo el impedir el que se pueda hacer justicia sino también el ser cómplices de algún evento que puede ser fatal

4.3.2 Odontología forense

Para Pederson: la odontología forense es la rama de la odontología que trata del manejo y el examen adecuado de la evidencia dental y de la valoración de la presentación apropiados de los hallazgos dentales, en interés de la justicia (22).

Hoy en día se observa que la odontología forense no solo se ocupa de problemas identificativos, sino de las conductas irracionales de las personas que priman sobre lo racional y, mediante las cuales, pueden vulnerarse físicamente y donde el odontólogo juega un papel importante en la valoración de estos daños causados la integridad física que refleja en los delitos más denunciado y que más congestión causan en los estados judiciales.

- La prueba pericial en odontología

El objetivo general, del procedimiento penal es llegar al conocimiento de la verdad histórica de los hechos materia de investigación; para lograrlo, utilizar los medios de prueba existentes en la legislación con el propósito de probar la existencia o no de los delitos.

- Clases de pruebas

La inspección :es la diligencia la cual el funcionario judicial percibe y constata de manera directa y con sus propios sentidos, principalmente el de la vista , el estado de personas, lugares , rastros y otros objetos que fueren de utilidad dentro de la investigación de un hecho punible. Por lo tanto, esta diligencia debe hacerse lo más pronto posible después de ocurrido un hecho

La peritación: cuando se procede a dar aplicación a determinadas leyes, surgen con bastante frecuencia dudas que los fiscales o jueces no pueden resolver adecuadamente por si solos, por estar fuera del alcance de sus conocimientos, siendo necesaria en estos casos la presencia de otras personas expertas en determinadas materias, a las que se les conocen con el nombre de peritos

- Aplicación de la odontología forense

Las lesiones personales se definen como cualquier daño en el cuerpo, en la salud de un individuo causadas interna o externamente por un agresor, utilizando elementos físicos, químicos, biológicos y psicológicos, sin producirla muerte.

Las actuales condiciones culturales, sociales y económicas, favorecen que la conducta irracional prevalezca, evidenciándose a través de la frecuencia en que las personas son víctimas de delitos contra la integridad física y mental, personas agredidas con lesiones que principalmente afectan el sistema estomatognatico, como las fracturas o avulsiones dentales ocasionadas por riñas (6).

El perito odontológico juega un papel importante en la estimación del daño causado a la integridad personal, respondiendo a través de sus conocimientos especializados, las preguntas efectuadas por la autoridad competente cuando se procede a dar inicio a la investigación por el delito de lesiones personales.

La solicitud la hace la autoridad mediante un oficio petitorio que lleva un cuestionario que por lo general incluye preguntas acerca de la naturaleza de la lesión, de los elementos vulnerante con que se causó la lesión, de la incapacidad médico legal que se fijara con base en la duración y carácter de la lesión, sus consecuencias en cuanto a privación laboral, tiempo de curación y ubicación que pueda generar la lesión causada (6).

4.4 Antecedentes Investigativos

4.4.1 Título: Características Clínicoepidemiológicas Del Trauma Maxilofacial Por Violencia Física Contra La Mujer.

Clinical and epidemiological characteristics of the maxillofacial trauma due to physical violence against the woman.

Autor: Dr. José Manuel Díaz Fernández y Al. Anyi Fernández Cardero.

Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", Santiago de Cuba, Cuba.

MEDISAN vol.18 no.12 Santiago de Cuba dic.-dic. 2014

Resumen: Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 576 mujeres con traumas buco faciales por violencia física, atendidas en el Servicio de Urgencia de Cirugía Maxilofacial del Hospital Provincial Docente Clínico quirúrgico "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba, desde enero de 2007 hasta diciembre de 2010, con vistas a caracterizarles según variables clínicas y epidemiológicas de interés para la investigación. En la serie predominó el grupo de 15-34 años, los celos y la embriaguez como móviles para el maltrato, así como el esposo y el exesposo como principales agresores; asimismo, los incidentes se desarrollaron mayoritariamente en el domicilio y en la vía pública, donde se empleó como mecanismo lesional primario el puñetazo y los golpes con objeto. Entre las lesiones buco faciales de tejido blando sobresalieron las formas cerradas (hematomas y escoriaciones) y abiertas (laceraciones faciales no complejas); entre los patrones lesionales de tejido duro, las fracturas nasales y dento alveolares.

4.4.2 Título: LESIONES TRAUMÁTICAS RECIENTES EN CASOS DE VIOLENCIA FAMILIAR

RECENT TRAUMATIC LESIONS IN CASES OF FAMILY VIOLENCE

Autor: José Pacheco, Noelia Díaz, Nancy de La Cruz

1 Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú

2 Ministerio Público. Lima, Perú

Rev. perú. med. exp. Salud publica v.29 n.1 Lima mar. 2012

Resumen: La violencia familiar, como problema emergente en salud pública, genera un necesario análisis multidisciplinario que incluye la participación de profesionales de la salud y del derecho, sobre todo en los casos en que las víctimas con lesiones físicas hayan denunciado el hecho ante las autoridades competentes. En las diferentes instituciones del sector salud del Perú, los médicos reciben y asisten diariamente a personas con traumatismos ocasionados por agresiones intradomiciliarias. Por otra parte, las autoridades policiales, fiscales o judiciales solicitan a los médicos una descripción detallada de las lesiones con la respectiva identificación de los agentes causantes (objetos contundentes, arma blanca, etc.). Cabe resaltar que, posteriormente, también será necesario establecer los daños psicológicos y el impacto social de este tipo de violencia, como lo han descrito diferentes estudios

4.4.3 Titulo: Características clínica delas lesiones en el aparato estomatognatico producto de violencia física familiar en mujeres adultas atendidas en el instituto de medicina legal de Arequipa, 2013

Autor: Romina del Pilar Rodríguez Urday

Instituto de medicina legal de Arequipa 2013

Resumen: El antecedente de la violencia familiar es un problema de salud pública, y puede afectar al aparato estomatognatico.

El objetivo establece las características clínicas de las lesiones en el aparato estomatognático producto de violencia física en mujeres adultas atendidas en el instituto de medicina legal de Arequipa, 2013.

El material y métodos de recisión de una muestra de 100 reconocimientos estomatológico – forenses de mujeres víctimas de violencia familiar con lesiones en el aparato estomatognático. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva.

Los resultados son: que la mayor proporción de mujeres tuvieron entre 30 y 44 años (54%). El estado civil fue casado en 67 % 21% de solteras y 12% de convivientes. El nivel de instrucción fue educación secundaria en 42%, con 35% de madres con educación superior, 12% con educación primaria y 11% sin instrucción. El principal agresor fue su pareja (74%). En la región oral, las lesiones se ubicaron sobre todo en los labios (94%), seguidos de los dientes (59%) , y la articulación temporomandibular (48%), así como la mucosa oral (42%). El tipo de lesión más frecuente fue el hematoma (79%) o las equimosis (58%), con heridas en 48% , fracturas en 35% y luxación el 7% de casos .La forma de agresión física fueron las bofetadas o jalones de pelo(75%) ,los apretones o pellizcos (58%) , los golpes con partes corporales en 33%, tirones o patadas en 25% otras lesiones en diferentes partes corporales ocurrieron en la cabeza en 64% de casos , de ellos el 39% en ojos , 24% en nariz. El 33% de lesiones fueron faltas (leves), en 65% delito leve, y en 2% delito moderado. En todas las mujeres además hubo violencia psicológica; la forma predominante fueron los gritos e insultos (92%), la humillación en 71%, marginación en 20% y rechazo en 16% de mujeres.



CAPITULO II
PLANEAMIENTO OPERACIONAL

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1 Técnica

En esta investigación se utilizó la técnica de análisis y revisión de documentos ya presentes en los respectivos expedientes, que se encontraban en el archivo de la Comisaría de la Familia de la ciudad de Arequipa.

1.2 Instrumentos

1.2.1. Instrumentos documentales

Se elaboró una ficha para recolección, tomando en cuenta los datos de cada unidad de estudio necesarios para esta investigación. (Anexo 1)

1.3 Materiales

- Computadora
- Lápiz
- Lapiceros
- Hojas

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 Ámbito espacial

Comisaría PNP de la Familia Arequipa

2.2 Temporalidad

La investigación se realizó de los años 2012 al 2016, por tanto se trata de una investigación actual y es de corte longitudinal, los datos fueron tomados después del permiso correspondiente, un aproximado de 21 días hábiles.

2.3 Unidades de estudio

- Víctimas de agresiones físicas que denunciaron y tienen su expediente adecuadamente documentado en el archivo de la Comisaria PNP de la Familia Arequipa de los años 2012 al 2016.

2.3.1 Criterios de inclusión

- Expedientes de denuncias de Agresiones Física con documento de examen de médico legista del 2012 al 2016
- Expedientes del archivo de la Comisaria de la Familia Arequipa del año 2012 al 2016

2.3.2 Criterios de exclusión

- Expedientes que presenten lesiones en otras partes del cuerpo que no sean cabeza y cuello
- Expedientes que no presente hoja de médico legista
- Expedientes que presentaron otro tipo de denuncia de agresiones (sexual y psicológica, económica, discriminatoria)

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1 Organización

- Como primer paso se presenta una solicitud a la facultad de odontología dirigida al señor decano pidiendo una carta de presentación para la recolección de datos (previa aprobación de proyecto de tesis).
- El siguiente paso se presenta una solicitud dirigida a la comandante en este caso, adjuntando la carta de presentación y el proyecto de tesis.
- Y como último teniendo el permiso se pasa hacer un acuerdo del horario con la señora comandante de la comisaria de la familia. Para la recolección, se dispondrá permitir el acceso al archivo de la institución.

3.2 Recursos

3.2.1 Recursos humanos

Investigador:

Belinda Milagros Huamán Valdivia

Asesor:

Dr.: Carlos Javier Díaz Andrade

3.2.2 Recursos físicos

- Expedientes del Archivo de la comisaria PNP de la Familia Arequipa
- Biblioteca de la Universidad Católica de Santa María.

3.2.3 Recursos económicos

- Autofinanciado

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

4.1 En el ámbito de sistematización

4.1.1 Clasificación

Matriz de ordenamiento para la estadística de datos.

4.1.2 Recuento

Se utilizará una matriz de datos.

4.1.3 Análisis de datos

Esta investigación es de tipo cuantitativa, mediante una escala nominal.

4.1.4 Plan de tabulación

Se utilizará principalmente cuadros de doble entrada.

4.1.5 Graficación

Se utilizará diagramas de barras

4.2 El ámbito de estudio de los datos

4.2.1 Metodología de la interpretación

- Jerarquización de datos
- Comparación de datos
- Apreciación crítica

4.2.2 Modalidades interpretativas

- Gráficos Estadísticos

4.2.3 Operaciones para la interpretación de cuadros

Mediante la comparación de datos.

4.2.4 Niveles de interpretación

Los niveles de interpretación serán basados en el análisis de los datos analíticos y comparativos.

4.3 En el ámbito de la discusión

Es un análisis de los antecedentes previos relacionados al tema de tesis, demostrando sus aportes y sus deficiencias.

4.4 En el ámbito de conclusiones

Se formularon mediante un análisis del tema que estamos tratando y los resultados obtenidos de la investigación, teniendo en cuenta los objetivos de la tesis.

4.5 En el ámbito de recomendaciones

Se formularon como respuesta a las deficiencias de algunos aspectos en el tema que estamos tratando, sugiriendo cambios factibles para la mejora



CAPITULO III

RESULTADOS

Cuadro N° 1**Distribución de Incidencia de Lesiones en Tejidos Blandos y Lesiones en Tejidos Duros desde el Año 2012 Al 2016**

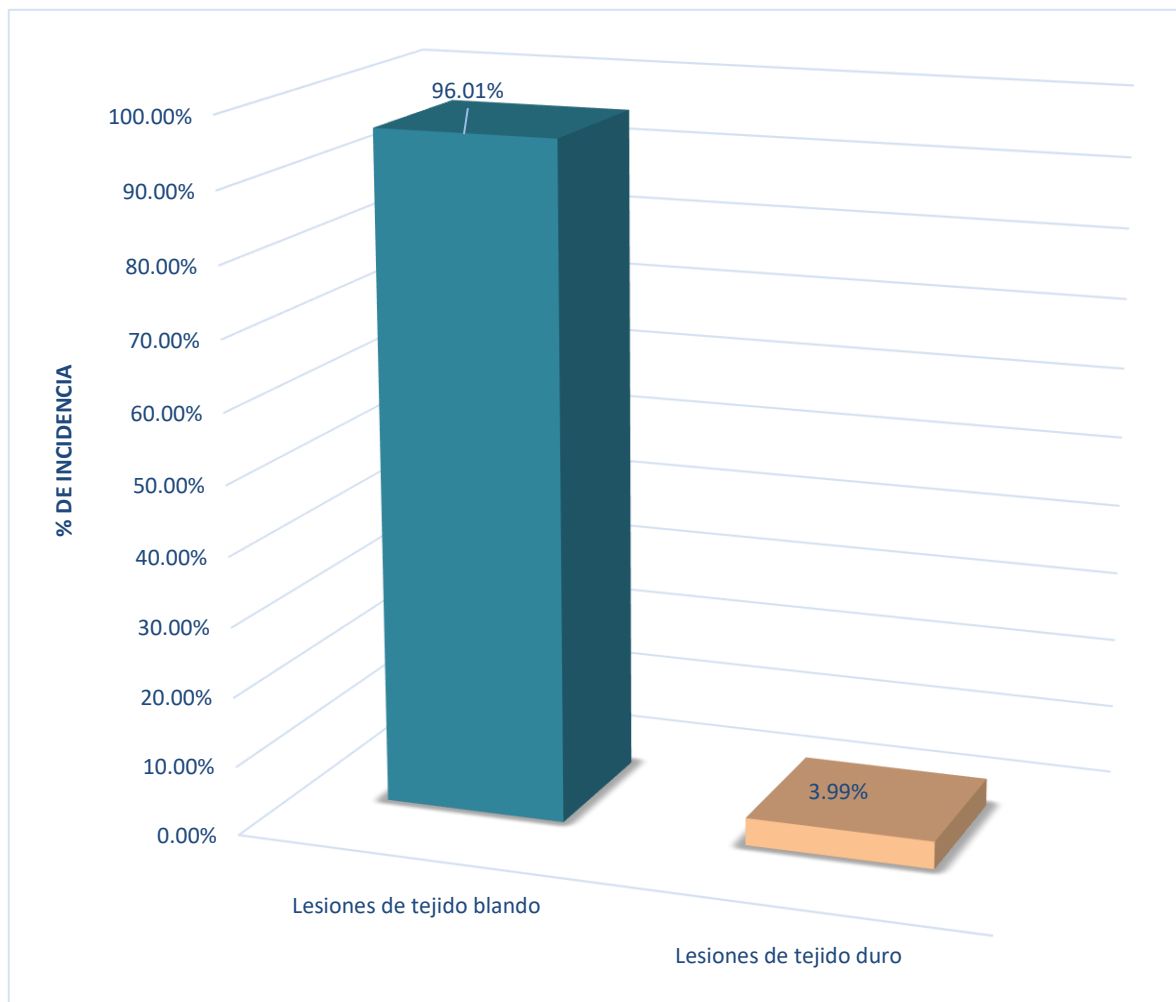
Tipo de Lesión	N°	%
Lesiones de tejido blando	457	96,01%
Lesiones de tejido duro	19	3,99%
TOTAL	476	100

Fuente: Matriz de Datos del Investigador 2018

Interpretación: En el cuadro 1, vemos la sumatoria de los expedientes que presentaron como atenuante lesiones por agresiones físicas, ubicadas en cabeza y cuello. Podemos decir que de los 476 de los casos, 457 son casos de lesiones en tejidos blandos representando un 96,01%, quedando con 19 casos de lesiones en tejidos duros representando un 3,99%.

Gráfico N° 1

Distribución de Incidencia de Lesiones en Tejidos Blandos y Lesiones en Tejidos Duros desde el Año 2012 Al 2016



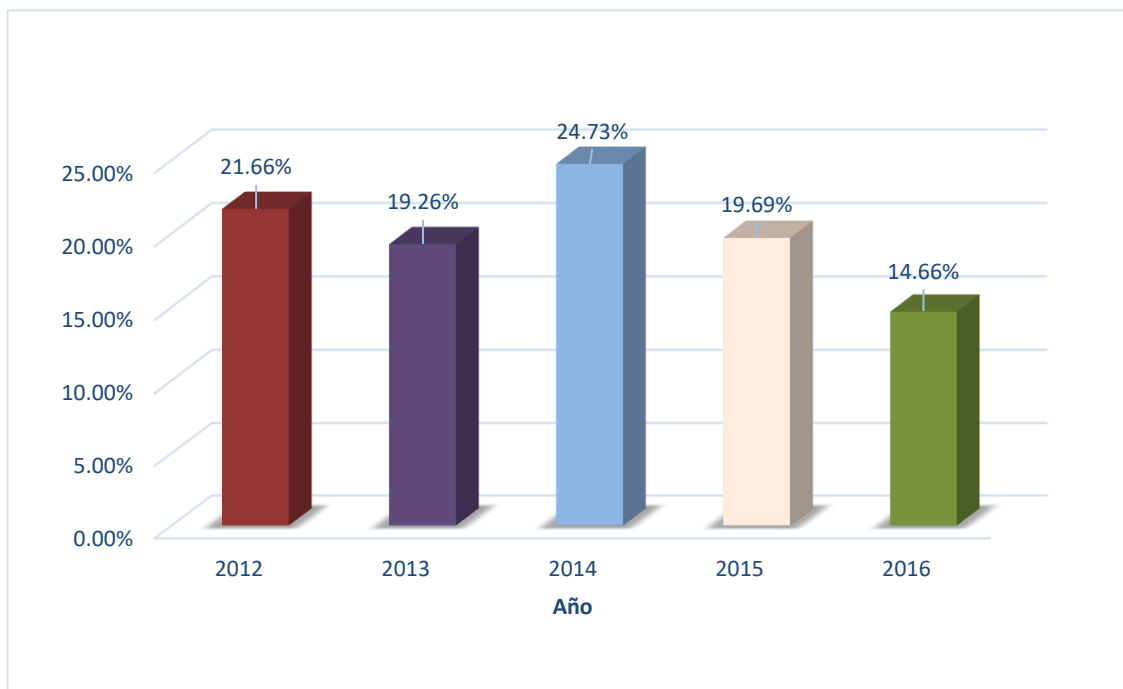
Cuadro N° 2
Distribución De Incidencia De Lesiones De Cabeza Y Cuello En Tejidos Blando
Según El Año

TIPO DE LESIÓN	AÑO				
	2012	2013	2014	2015	2016
Lesiones de Tejido blando	21.66%	19.26%	24.73%	19.69%	14.66%

FUENTE: Matriz de Datos del Investigador 2018

Interpretación: En el cuadro 2 podemos apreciar la distribución en la incidencia de las lesiones según los años evaluados donde el año 2014 con un 24.73% tiene el más alto porcentaje de incidencia de lesiones de cabeza y cuello en tejidos blandos, el año 2012 con un 21.66% se encuentra en el segundo lugar. Y en el 2015 con un 19.69 % son los años con mayor incidencia no quedando muy lejanos los otros años.

Gráfico N° 2
Distribución De Incidencia De Lesiones De Cabeza Y Cuello En Tejidos Blando
Según El Año



Cuadro N° 3**Distribución De Incidencia De Lesiones De Cabeza Y Cuello En Tejidos Duros
Según El Año**

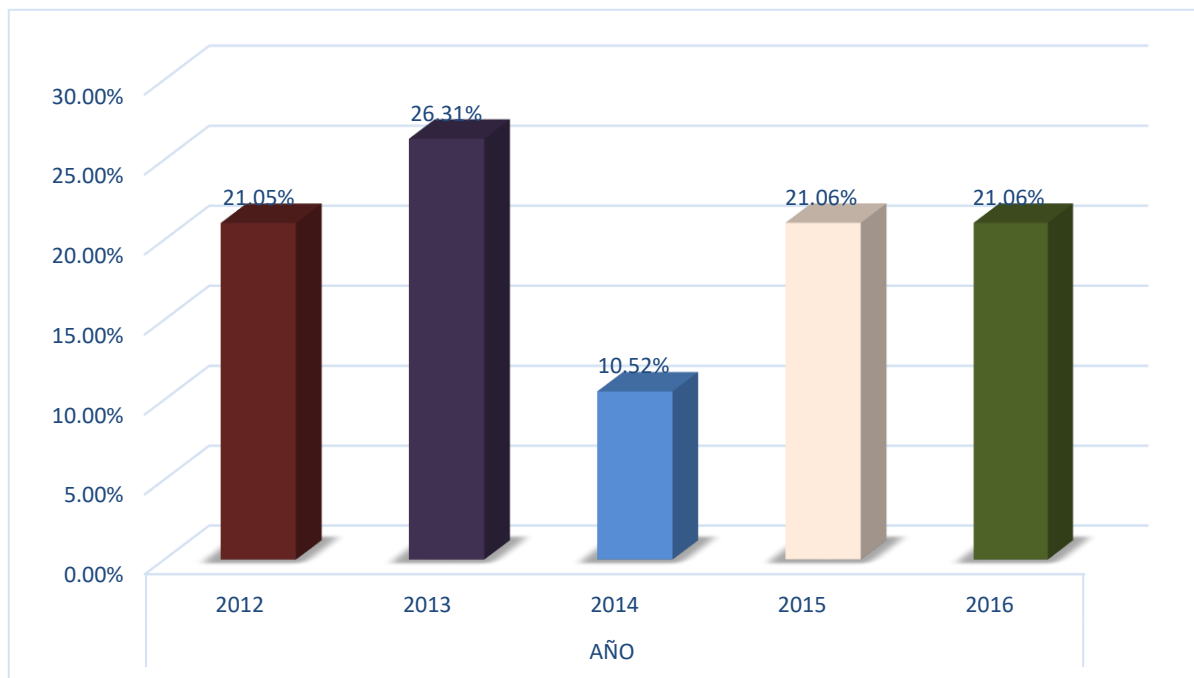
TIPO DE LESION	AÑO				
	2012	2013	2014	2015	2016
Lesiones de tejido Duro	21,05%	26,31%	10,52%	21,06%	21,06%

FUENTE: Matriz de Datos del Investigador 2018

Interpretación: En el cuadro 3 podemos apreciar la distribución de la incidencia de las lesiones según los años evaluados, el año 2013 presento un 26.31% teniendo el más alto porcentaje de incidencia de lesiones de cabeza y cuello en tejidos duros, el año 2015 y 2016 presento un 21.06% se encontrándose en el segundo lugar. En tercer lugar está el año 2012 con un 21.05 % y en el cuarto lugar no quedando muy lejos el año 2014 con 10.52% son un reflejo de la constancia en el porcentaje de los casos documentados.

Gráfico N° 3

Distribución De Incidencia De Lesiones De Cabeza Y Cuello En Tejidos Duro Según El Año



Cuadro N° 4

**Distribución De Incidencia De Lesiones De Cabeza Y Cuello En Tejidos Blando
Según Su Tipo De Lesión Desde El Año 2012 - 2016**

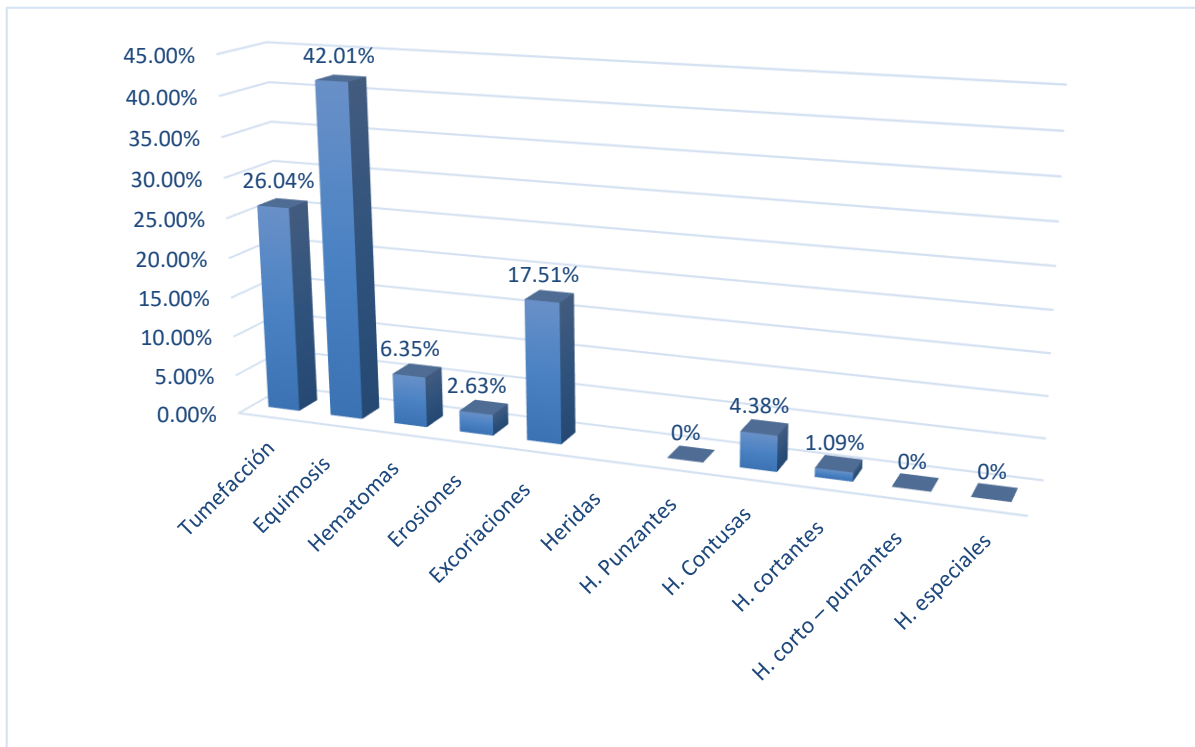
Lesiones de tejido blando	N° de casos	% de frecuencia o incidencia
Tumefacción	119	26.04%
Equimosis	192	42.01%
Hematomas	29	6.35%
Erosiones	12	2.63%
Excoriaciones	80	17.51%
Heridas		
H. Punzantes	0	0%
H. Contusas	20	4.38%
H. cortantes	5	1.09%
H. corto – punzantes	0	0%
H. especiales	0	0%
TOTAL	457	100%

FUENTE: Matriz de Datos del Investigador 2018

Interpretación: En el cuadro 4 podemos apreciar a la equimosis como la lesión en tejidos blandos con mayor incidencia con un 42.01 %, la segunda sería la tumefacción con 26.04 % y la tercera con mayor incidencia son las excoriaciones con un 17.51 %, esto demostraría cuáles son las lesiones en tejidos blandos con mayor incidencia causadas por agresiones físicas encontradas entre los años 2012 al 2016.

Gráfico N° 4

Distribución De Incidencia De Lesiones De Cabeza Y Cuello En Tejidos Blando
Según Su Tipo De Lesión Desde El Año 2012 – 2016



Cuadro N° 5

**Distribución De Incidencia De Lesiones De Cabeza Y Cuello En Tejidos Duros
Según Su Tipo De Lesión Desde El Año 2012 – 2016**

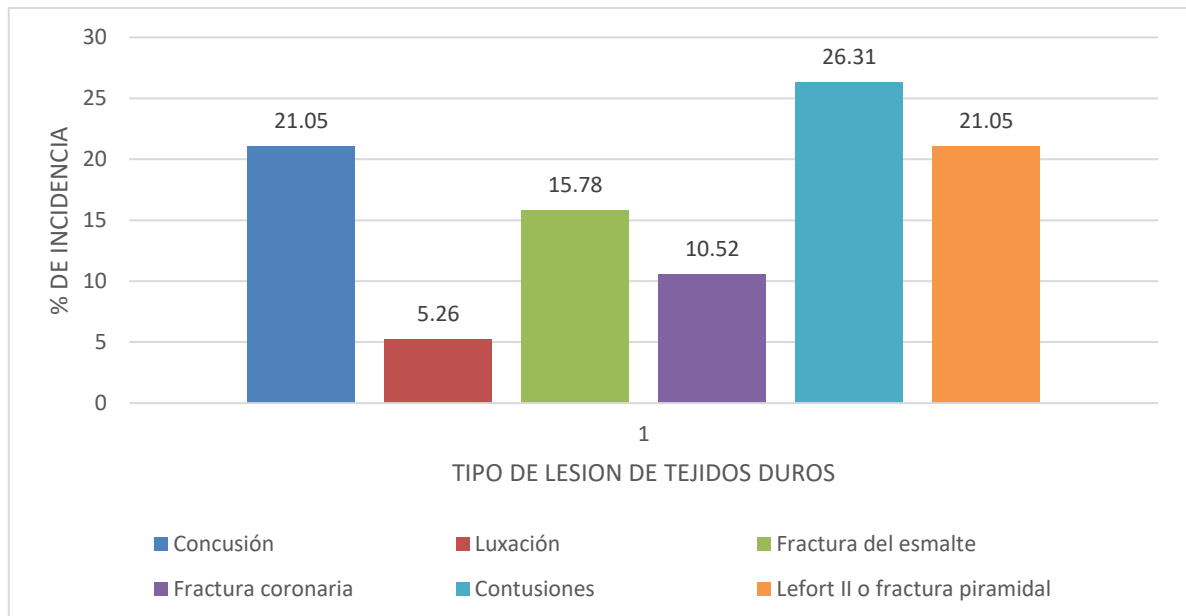
Lesión	N° de casos en total	%
Concusión	4	21.05%
Luxación	1	5.26%
Fractura del esmalte	3	15.78%
Fractura coronaria	2	10.52%
Contusiones	5	26.31%
Lefort II o fractura piramidal	4	21.05%

FUENTE: Matriz de Datos del Investigador 2018

Interpretación: En cuadro 5 encontramos en primer lugar a las contusiones con un 26.31 % de incidencia, en segundo lugar encontramos a dos lesiones la concusión y la fractura tipo Lefort II también llamadas fracturas piramidales con un 21.05 %, en tercer lugar están las fracturas en el esmalte con un 15.78%.

Gráfico N° 5

Distribución De Incidencia De Lesiones De Cabeza Y Cuello En Tejidos Duros Según Su Tipo De Lesión Desde El Año 2012 – 2016



Cuadro N° 6

Comparación De La Incidencia De Los Tejidos Duros Y Tejidos Blandos

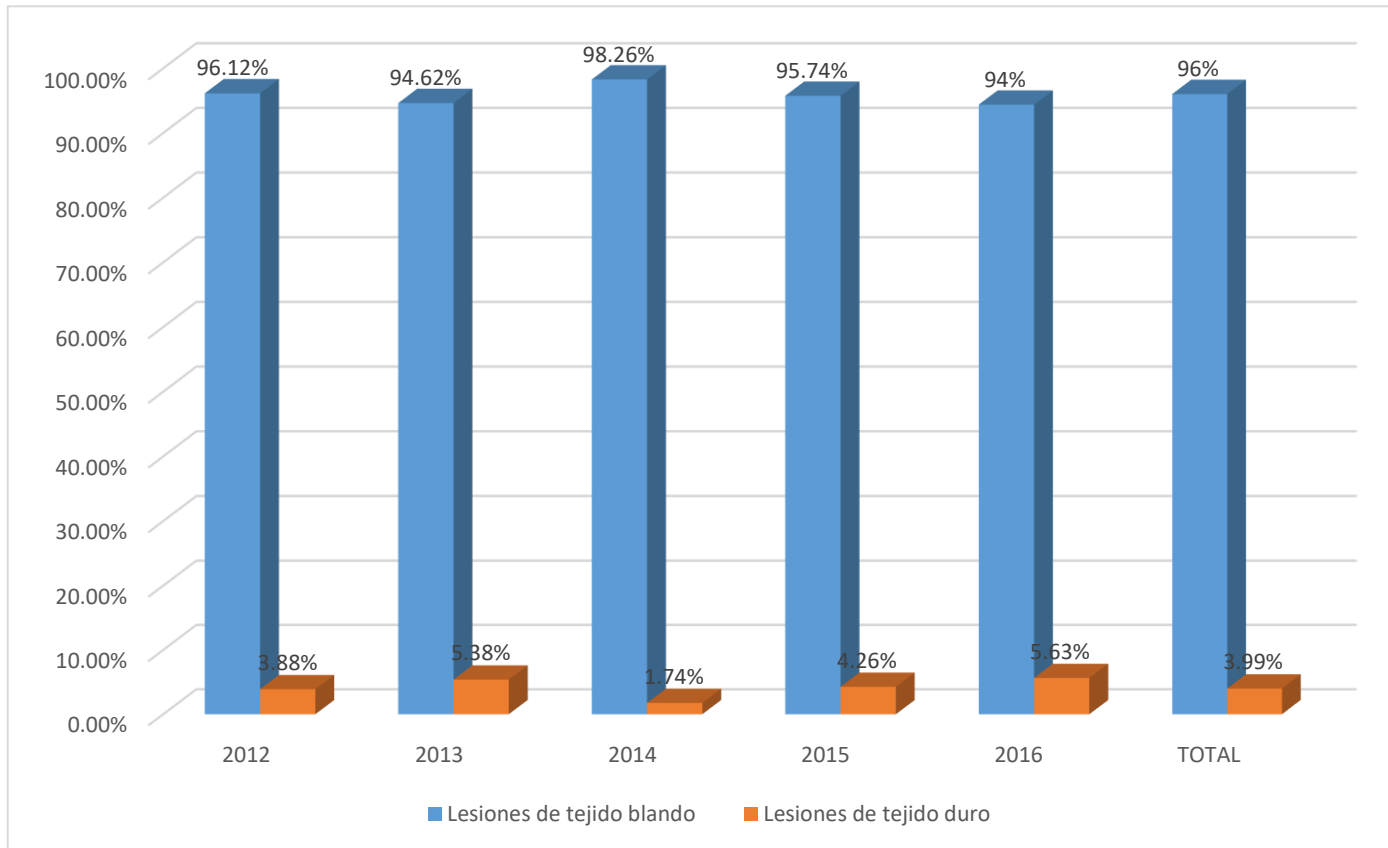
TIPO DE LESIÓN	2012		2013		2014		2015		2016		TOTAL
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Lesiones de tejido blando	99	96,12%	88	94,62%	113	98,26%	90	95,74%	67	94,37%	96,01%
Lesiones de tejido duro	4	3,88%	5	5,38%	2	1,74%	4	4,26%	4	5,63%	3,99%

FUENTE: Matriz de Datos del Investigador 2018

Interpretación: En el cuadro 6 una comparación según cada año donde también es evidente que la frecuencia de tejidos blandos es superior que la de los tejidos duros. Donde las lesiones de tejidos blandos presento un 96,01% de frecuencia en total de los 5 años estudiados en comparación a un 3,99% de los casos de tejidos duros.

Gráfico N° 6

Comparación De La Incidencia De Los Tejidos Duros Y Tejidos Blandos



Cuadro N° 7**Incidencia De Acuerdo Al Tipo De Agente Agresor Que Lo Ocasiono La Lesión En
Las Víctimas Desde El Año 2012-2016**

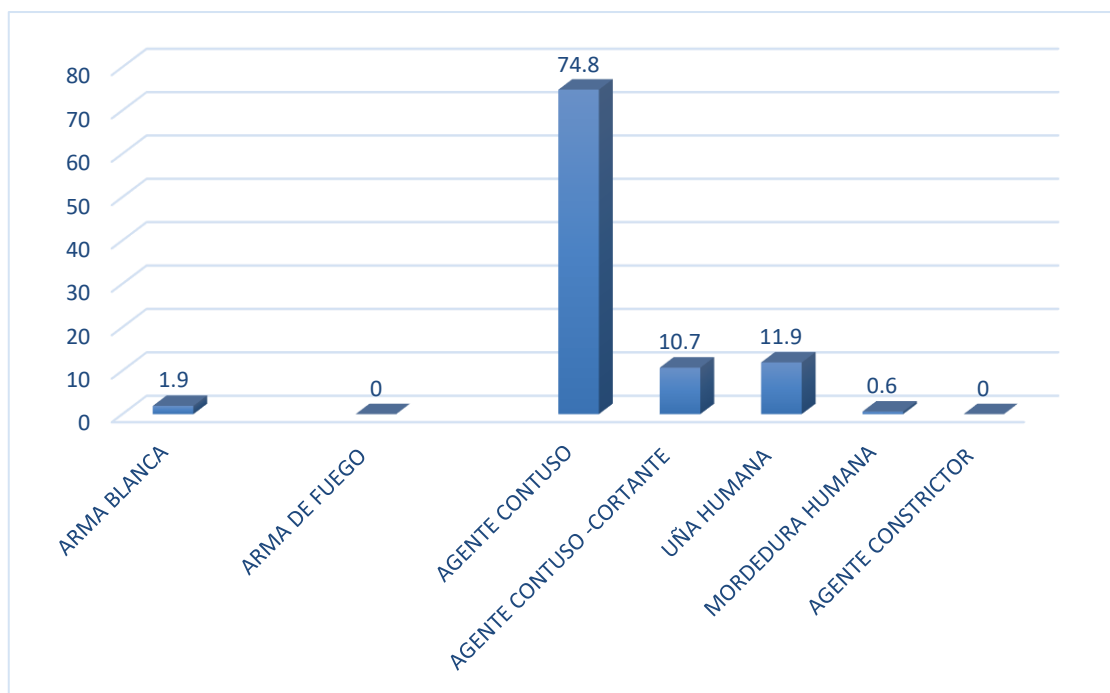
Agente Agresor	N° de casos	% de casos
Arma blanca	9	1.9
Arma de fuego	0	0
Otros		
Agente Contuso	356	74.8
Agente Contuso -cortante	51	10.7
Uña humana	57	11.9
Mordedura humana	3	0.6
Agente constrictor	0	0

FUENTE: Matriz De Datos del Investigador 2018

Interpretación: en el cuadro 7 podemos apreciar la incidencia del agente ocasionador de la lesión en primer lugar está el agente contuso con un 74.8 %, en segundo lugar la uña humana con un 11.9 %, en tercer lugar está el agente contuso – cortante con un 10.7% estos fueron los agentes con mayor índice en los casos documentados.

Gráfico N° 7

**Incidencia De Acuerdo Al Tipo De Agente Agresor Que Lo Ocasiono La Lesión En
Las Víctimas Desde El Año 2012-2016**



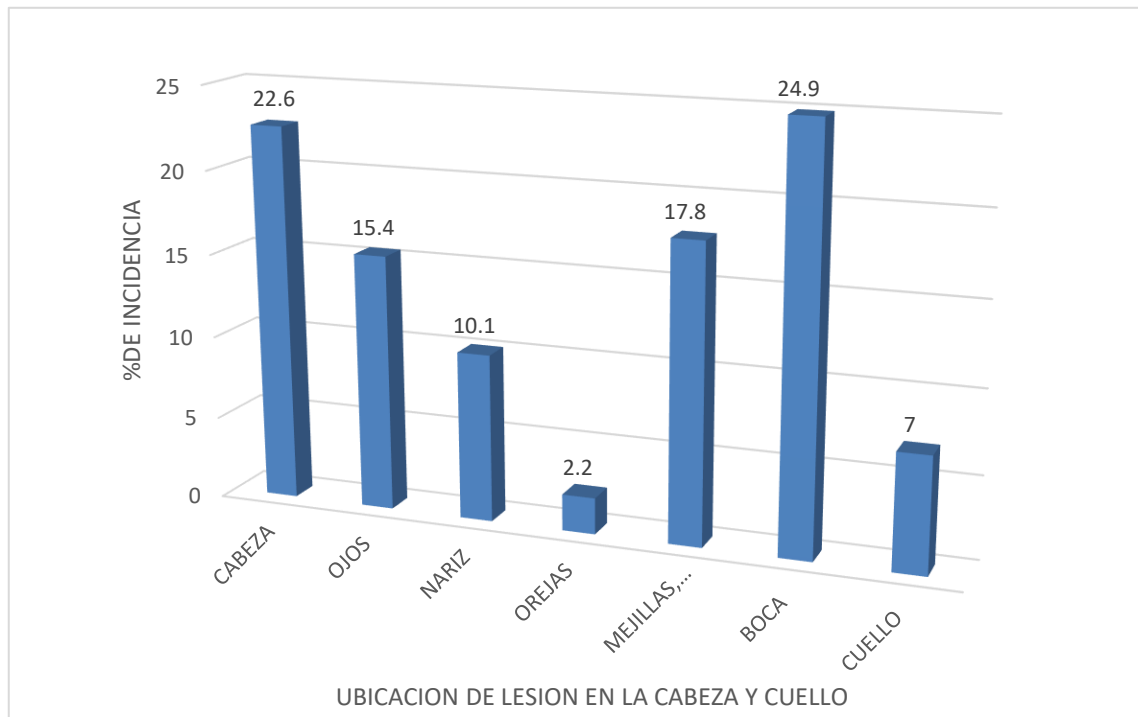
Cuadro N° 8**Incidencia De Las Lesiones De Acuerdo A La Ubicación En La Cabeza Y Cuello
Desde El Año 2012- 2016**

Ubicación de la lesión	N°	%
Cabeza	132	22.6
Ojos	90	15.4
Nariz	59	10.1
Orejas	13	2.2
Mejillas, Frente y Mentón	104	17.8
Boca	146	24.9
Cuello	41	7

FUENTE: Matriz de Datos del Investigador 2018

Interpretación: En el cuadro 8 podemos identificar la incidencia según la ubicación de la lesión en primer lugar esta lesiones en boca con un 24.9 %, en segundo lugar se encuentra la cabeza con un 22.6 % y en tercer lugar está tres zonas mejillas, frente y mentón con un 18.43%.

Gráfico N° 8
Incidencia De Las Lesiones De Acuerdo A La Ubicación En La Cabeza Y Cuello
Desde El Año 2012- 2016



Cuadro N° 9**Incidencia De Las Lesiones De Acuerdo A La Ubicación En La Boca Desde El Año
2012- 2016**

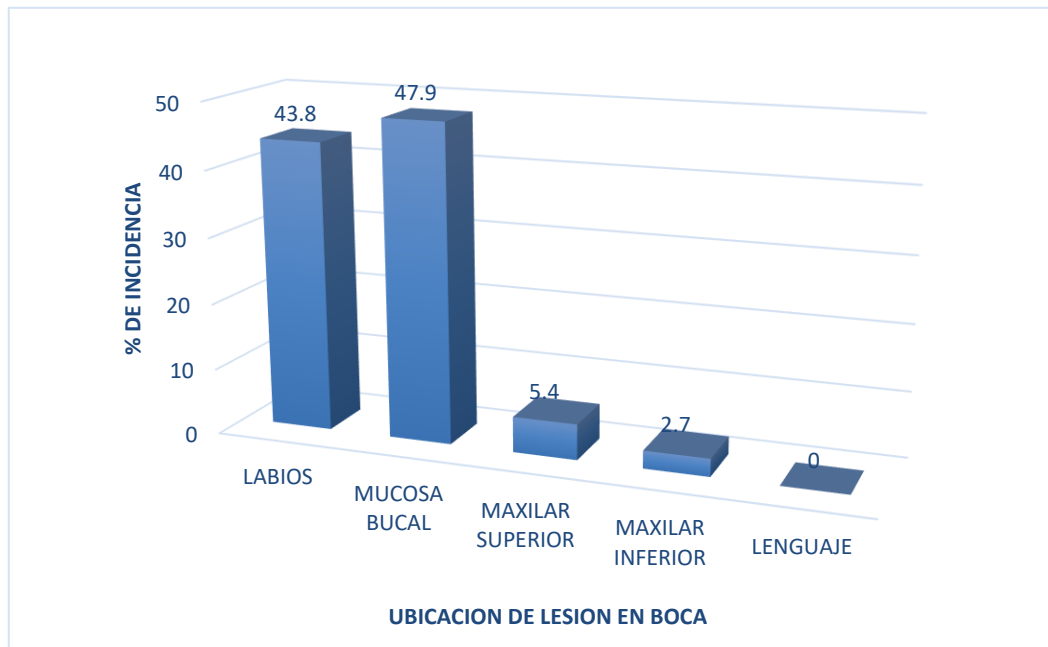
UBICACIÓN DE LA LESIÓN EN BOCA	N°	%
LABIOS	64	43.8
MUCOSA BUCAL	70	47.9
MAXILAR SUPERIOR	8	5.4
MAXILAR INFERIOR	4	2.7
LENGUAJE	0	0

FUENTE: Matriz de Datos del Investigador 2018

Interpretación: en el cuadro 9 podemos identificar la incidencia de lesiones de ubicación en la boca dentro de la misma se divide. En primer lugar se encontraron las lesiones en la mucosa bucal con un 47.9%, en segundo lugar las lesiones en los labios con un 43.8 %, y en el tercer lugar esta las lesiones en el maxilar superior con un 5.4%.

Gráfico N° 9

Incidencia De Las Lesiones De Acuerdo A La Ubicación En La Boca Desde El Año 2012- 2016



DISCUSIÓN

Los temas tomados como antecedentes de este estudio nos demuestran que las agresiones físicas son un problema constante. Donde los lugares de estudio y el número de casos encontrados fueron: 576 en urgencias de cirugía maxilofacial ,100 en instituto medicina legal y en nuestro caso 2856 de la comisaria de familia. Manifestándose con el mayor índice en el sexo femenino entre las edades 15 a 34, 30 a 44 y 19 a 36 .Las lesiones que se encontraron con más incidencia también fueron las de tejido blando pero presentando algunas diferencias teniendo en primero a los hematomas, segundo a las excoriaciones y equimosis con lo que corresponde a tejidos duros se presentó fracturas nasales y las Dento alveolares.

En el caso de nuestro estudio también fue la mayor incidencia las lesiones en tejido blando pero la equimosis en primer lugar, en segundo lugar a tumefacción, en lo que corresponde a tejido duro se presentaron las contusiones. Como agente ocasionador de las lesiones tomaron a los puñetazos y golpes en caso de traumatismo faciales, patadas y golpes en el caso de lesiones en el aparato estomatognatico. En estos estudios nos proporcionaron muchos aportes estadísticos lo único que dejaron sin mucha claridad es la ubicación exacta de la lesiones. Con estos estudios nos ayuda a demostrar en forma más estadística y actualizada de tema de lesiones que se presentan en diferentes lugares del mundo en diferentes proporciones.

CONCLUSIONES

Primera: Se determinó que el tipo de lesión en cabeza y cuello con más incidencia es de tejidos blandos con un 96.01 % a consecuencia de agresiones físicas documentados en la comisaria PNP de la familia Arequipa del 2012 al 2016

Segundo: Se determinó la mayor incidencia de lesiones de tejidos blandos fue la equimosis con 42.01% no quedándose muy alejada la tumefacción con 26.04 % y excoriaciones con 17.01%

Tercero: Se determinó la mayor incidencia de lesiones en tejidos duros fue contusiones con 26.01%, que está considerada dentro de las lesiones de la ATM no estando tan lejos la concusión 21.05% y la fractura piramidal o también llamada Lefort II.

Cuarto: Cuando estudiamos la lesiones tomamos también en cuenta la ubicación de las lesiones para determinar el lugar específico donde se presentaron con mayor incidencia las lesiones, teniendo como resultado que la boca con un 24.9% de los casos.

Quinto: El agente utilizado por el agresor con mayor incidencia fue el agente contuso donde están conformadas las armas naturales como puños pies, etc o armas fabricada como palos.

RECOMENDACIONES

1º El recomendar al Ministerio Público, el poder permitir que el Odontólogo Forense pueda abarcar el área de cabeza y cuello en los exámenes de medicina legal y no solo evocarse a un examen de la zona de la boca. También con lo que corresponde a la Policía Nacional el tener no solo una dependencia que se encargue de casos de familia sino más comisarías que estén estratégicamente próximas a las zonas más vulneradas o donde se están presentando más casos.

2º Lo que se sugiere a la Universidad Católica de Santa María es buscar colaboración con estrategias de difusión de campañas contra la violencia realizando una cooperación integrando a diversas facultades las mismas que contribuyan a planificar estrategias según sea su área. Los profesionales que contribuirían son los de derecho, psicología, medicina, odontología y del departamento de servicio social porque en conjunto pueden buscar el educar al alumnado y el bienestar del mismo.

3º Es necesario realizar estrategias de difusión en el mejorar la educación del futuro profesión de nuestra facultad de odontología teniendo en cuenta que las lesiones a su mayor grado puede ocasionar a futuro consecuencias que no son valoradas en el instante por el personal y menos por los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

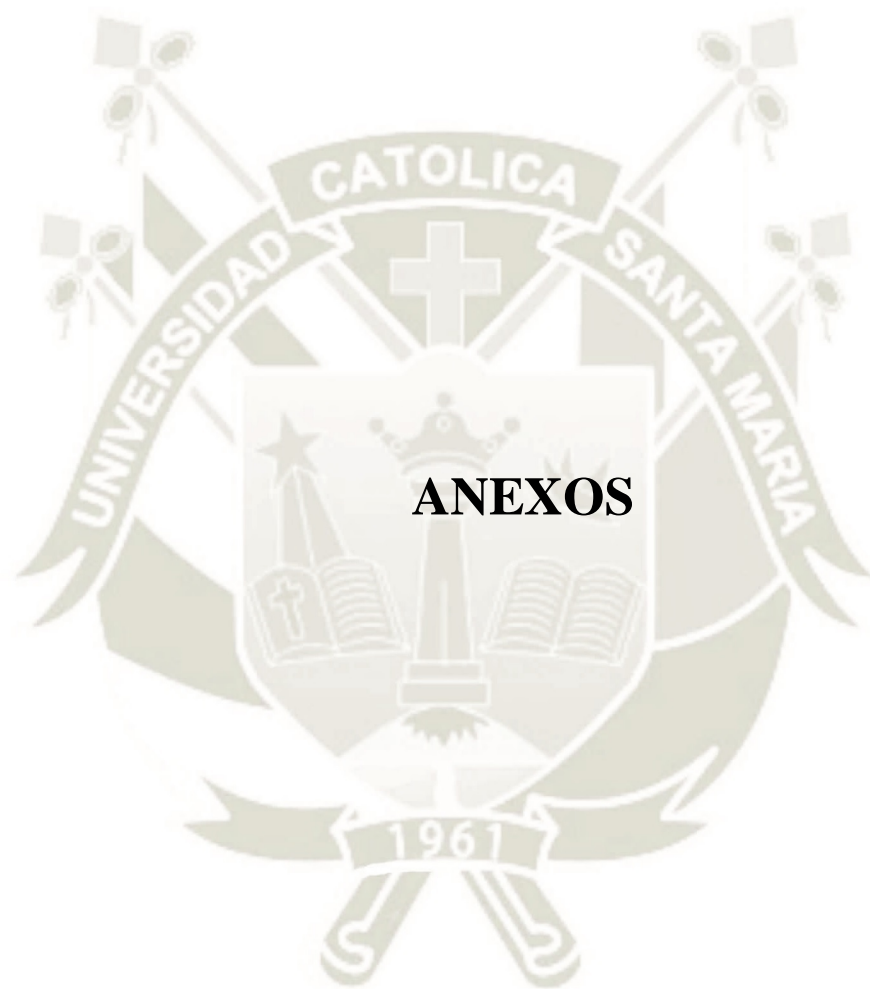
1. Aladro Castañeda M, Díez González S. Revisión del tratamiento de las quemaduras. Revista de Seapa 2013; XI: 12-17
2. Bajo, J. Mecánica Funcional de los Huesos del Macizo Maxilofacial. An. España; 1985
3. Bariciak E, Plint A, Gaboury I, et al. Dating of bruises in children: an assessment of physician accuracy. Pediatrics 2003;112:804-7.
4. Barsley R, West M, Fair J. Forensic photography. Ultraviolet imaging of wounds on skin. Am J Forensic Med Pathol 1990;11 :300-8
5. Bascones, Antonio. Tratado de Odontología. Tomo IV. 2º ed. Madrid: Ediciones Avances Medico Dentales; 1998.
6. Berman Luis H., Blanco Lucía, Cohen Steve. Manual Clínico de Traumatología Dental..1edicion Madrid España elverie España s.a 2008 Pág. 90
7. Cameron JM, Grant JH, Ruddick RJ. Ultraviolet photography in forensic medicine. Forensic Photography 1973;2:9-12
8. Carlos Erazo, Ana María. La Odontología Forense en la Investigación Criminal{Internet}Perú 2015{CITADO EL 10 OCT 2017} Disponible en: https://www.mpfm.gob.pe/escuela/contenido/actividades/docs/3970_la_odontologia_en_la_investigacion_criminal_ana_maria_erazo.pdf
9. Devlin, T.M. (1992) Textbook of Biochemistry, 3rd edn , Wiley - Liss , New York , pp. 1017 .
10. Dingman RO, Natvig P. “Cirugía das Fraturas Faciais”. 1º ed. Sao Paulo: Editorial Santos; 1983.
11. Fracturas Mandibular{Internet} Disponible En : http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/protesis/fracturas_mandibulares.pdf(consultado 7- 10- 2018)

23. Jouvencel M.R. Biocinemática del accidente de tráfico. Ediciones Díaz de Santos, S. A. Madrid. 2000
24. Kinnear , P.R. and Sahraie , A. (2002) New Farnsworth - Munsell 100 hue test norms of normal observers for each year of age 5 – 22 and for age decades 30 – 70 . British Journal of Ophthalmology , 86 , 1408 – 1411
25. Langlois , N.E.I. and Gresham , G.A. (1991) The aging of bruises: A review and study of the colour changes with time . Forensic Science International , 50 , 227 – 238
26. Maguire , S. , Mann , M.K. , Sibert , J. and Kemp , A. (2005) Can you age bruises accurately in children? A systematic review . Archives of Disease in Childhood , 90, 187 – 189
27. Manson. P. L. (1992). Traumatismos de la cara en Mc – carthys Plastic Sugery. Buenos Aires, Editorial Medina Panamericana.
28. Montiel Sosa J., (1985): Criminalística. Edit. Limusa, México, Tomo 2, Cap. 24, 77-116.
29. Moritz , A.R. (1942) The Pathology of Trauma , Henry Kimpton , London , pp. 28 – 35 .
30. Mukherjee K, Perrin SM, Hughes PM, Morel-Lavallee lesion in an adolescent with ultrasound and MRI correlation, Skeletal Radiology, 2007 Jun;36 Suppl 1:S43-5
31. Munang , L.A. , Leonard , P.A. and Mok , J.Y.Q. (2002) Lack of agreement on colour description between clinicians examining childhood bruising . Journal of Clinical Forensic Medicine , 9 , 171 – 174
32. M.L. Pilling, et al., Visual assessment of the timing of bruising by forensic experts, J. Forensic Legal Med. 17 (3) (2010) 143–149.
33. M.M.J. Lecomte et al. The use of photographs to record variation in bruising response in humans. Forensic Science International 231 (2013) 213–218

34. Odontología Legal Judicial Lesionología {Internet} Disponible En <https://es.slideshare.net/edomarino/odontologa-legal-judicial-lesionologa> (CONSULTADA 5 - 4 -2028)
35. Raffo Osvaldo H. La Muerte Violenta. 5ª REIMPRESION. BUENOS AIRES EDITORIAL UNIVERSIDAD .1997
36. Romo Pizarro, Oswaldo. (). Medicina Legal. Elementos de ciencias. Pág. 374
37. Rutty GN. Bruising: concepts of ageing and interpretation. In: Rutty GN, eds. Essentials of autopsy practice. London, New York: Springer-Verlag, 2001:233–40
38. S. Maguire, et al., Can you age bruises accurately in children? A systematic review, Arch. Dis. Child. 90 (2) (2005) 187–189.
39. Stephenson, T. and Bialas , Y. (1996) Estimation of the age of bruising . Archives of Disease in Childhood , 74 , 53 – 55
40. Tafur Navarro, Pedro. LESIONOLOGIA FORENCE: Compendio de medicina legal para médicos y abogados. 1ª ED.: LIMA PERU: JURISTAS EDITORIALES; 2011.
41. Tenhunen , R. (1972) The enzymatic degradation of heme . Seminars in Haematology , 9 , 19 – 29 .
42. Tipos-de-Agente-Constrictor {Internet} (citado 5 DE ABR 2018) disponible en: <https://es.scribd.com/doc/146243539/Tipos-de-Agente-Constrictor>
43. Tsur A, Galin A, Kogan L, Loberant N, Morel-Lavallee syndrome after crush injury, in Harefuah, 2006 Feb. 145(2):1 11 -3, 166
44. Vega Vega C., Bañon González R.M. Criterios de estabilidad lesional en la valoración del daño corporal. Rev Esp Med Legal. 2012;38(1):36---38
45. Vicente Rodriguez José, Polanco Narvaez Hector, Valdes- Alfonso Casas Yesid (1995). Odontología Forense. Pág. 39

46. V.K. Hughes, P.S. Ellis, N.E.I. Langlois, The practical application of reflectance spectrophotometry for the demonstration of haemoglobin and its degradation in bruises, *J. Clin. Pathol.* 57 (4) (2004) 355–359
47. Fractura_mandibular(consulta 12-12-2018)
48. Booth PW, Schendel SA, Hausamen J-E, eds: *Maxillofacial Surgery*. Churchill Livingstone, Edinburgh: 1999 (internet, consultado el 5 de setiembre del 2018) disponible <https://aneskey.com/craniofacial-surgery/>





ANEXO N° 1

MODELO DEL INSTRUMENTO

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° de Ficha _____ Sexo _____ Edad _____ años

Clínicamente

1.- Lesiones de Cabeza y Cuello Encontradas en Tejidos Blandos

- Equimosis
- Tumefacción
- Hematomas
- Erosiones
- Excoriaciones
- Heridas
 - a) Heridas Punzantes b) Heridas Contusas c) Heridas Cortantes
 - d) Herida Corto Punzantes e) Heridas Especiales

2.- Lesiones Dento- Alveolares en los Tejidos de Soporte

- Concusión
- Luxación
- Avulsión
- Fractura del Hueso Alveolar

3.- Lesiones de la ATM

- Contusiones
- Esguinces y Subluxación
- Luxaciones y Dislocaciones
- Fracturas de Fosa Mandibular

4.- Tejidos Duros Dentarios

- Pérdida de Esmalte
- Fractura Coronarias
- Fracturas Corona- Radiculares
- Fracturas Radiculares

5.- Fractura en Maxilar Superior

- Lefot I o Fractura Horizontal
- Lefort II Fractura Piramidal
- Lefort III Fractura Transversal

6.- Fracturas en el Maxilar Inferior

- Fractura de la Apófisis Condilar
- Fracturas del Cuerpo De La Mandíbula
- Fracturas del Ángulo Mandibular

AGRESIÓN FÍSICA

Agente de la lesión

- Arma blanca
 - Arma de fuego
 - Otros
- a) Agente Contuso b) Agente Contuso - Cortante c) Uña Humana
d) Mordedura Humana e) agente constrictor

Ubicación de la lesión(es) encontrada

- Cabeza
 - Ojos
 - Nariz
 - Boca
 - Mejillas, Frente, Mentón
- a) Labios b) Mucosa Labial c) Maxilar Superior d) Maxilar Inferior
e) Lengua
- Cuello

Observaciones

.....

.....

.....

ANEXO N° 2

SOLICITUD DE RECOLECCION DE DATOS

SOLICITO: RECOPIACIÓN DE DATOS
PARA TESIS DE TITULACIÓN

COMISARIO NIZA ELIZABETH ZÚÑIGA ZEVALLOS
JEFA DE LA COMISARIA PNP DE LA FAMILIA DE AREQUIPA

YO BELINDA MILAGROS HUAMÁN VALDIVIA,
identificada con DNI 45674071, Bachiller de
Odontología de la Universidad
Católica de Santa María.

Con El Debido Respeto Me Presento Y Digo:

Que, habiendo realizado el proyecto de tesis titulado "ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LESIONES DE CABEZA Y CUELLO VS AGRESIONES FÍSICAS ENCONTRADAS EN LA COMISARIA PNP DE LA FAMILIA DE AREQUIPA DEL 2012 AL 2016." recurro a usted, para solicitar autorización de recopilación de la información requerida para la tesis mencionada .

Adjunto: copias de Proyecto de Tesis y carta de presentación de UCSM

POR LO EXPUESTO:

Pido a usted acceder a mi solicitud, agradeciendo de antemano la atención prestada a la presente.

Arequipa, 21 de noviembre del 2017.


Belinda Milagros Huamán Valdivia

DNI 45674071



ANEXO N° 3

CONSTANCIA DE AUTORIZACION DE LA COMISARIA DE LA FAMILIA AREQUIPA

CONSTANCIA DE ENTERADO

SRA: Belinda HUAMAN VALDIVIA

--- Que, mediante la solicitud presentada de fecha 21NOV17, donde solicita recopilación de datos para tesis de titulación, tiene **AUTORIZACIÓN** para recopilar información en la Comisaria PNP Mujeres para su Estudio comparativo entre "lesiones de cabeza y cuello Vs agresiones físicas" encontradas en la Comisaria PNP de la Familia Arequipa entre el año 2012-2016, debiendo de apersonarse a esta sub unidad a reunir datos estadísticos.

---Para mayor constancia de su enterado y cumplimiento firmo la presente en señal de conformidad.

Arequipa, 13 de Enero del 2017

ENTERADO

FIRMA:.....
APELLIDOS:.....
NOMBRES:.....
GRADO:.....



44
CA-346861
Niza Elizabeth ZÚRIGA ZEVALLOS
Capitán PNP
COMISARIO COMISARIA PNP
DE LA FAMILIA

ANEXO N° 4

FOLLETO INFORMATIVO DE LA COMISARIA PNP DE LA
FAMILIA AREQUIPA

POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ
NOVENA MACRO REGIÓN POLICIAL
AREQUIPA - MOQUEGUA - TACNA
REGIÓN POLICIAL AREQUIPA
COMISARÍA DE LA FAMILIA

**ALTO A LA
VIOLENCIA**

TIPOS DE VIOLENCIA:

- PSICOLÓGICA
- FÍSICA
- PATRIMONIAL
- DISCRIMINATORIA
- SEXUAL
- ECONÓMICA

**Rompe
el silencio
¡DENUNCIAR!**

Si necesitas apoyo puedes llamar o apersonarte
a la comisaría más cercana

COMISARÍA DE LA FAMILIA
Calle Marañón 505
Zamácola - Cerro Colorado - Arequipa

FEMINICIDIO



Mujer asesinada por un hombre que la considera su propiedad.

“El feminicidio comprende toda una progresión de actos violentos que van desde el maltrato emocional, psicológico, los golpes, los insultos, la tortura, la violación, la prostitución, el acoso sexual, el abuso infantil, el infanticidio de niñas, las mutilaciones genitales, la violencia doméstica y toda política que derive en la muerte de las mujeres, tolerada por el estado”.

El Congreso del Perú impuso cadena perpetua para los sujetos que violaron y asesinaron niñas. También sanciona el ataque contra las mujeres por el solo hecho de su género, con 28 años sin indulto, y el juez tiene el total derecho de ascenderlo a una pena mayor y hasta cadena perpetua, esto también en caso de que el agresor sea liberado y vuelva a incidir en contra de la mujer.



EL FEMINICIDIO ES EL MÁS GRAVE Y CONDENABLE ACTO DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES, QUE NO SOLO IMPLICA UN ACTO DE BARBARIE, SINO UNO DE LOS SÍNTOMAS MÁS CLAROS DE UNA SOCIEDAD HISTÓRICAMENTE DESIGUAL

ARTÍCULO 9 de la Ley: “LEY PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR” “30364”

Las mujeres y los integrantes del grupo familiar tienen derecho a una vida libre de violencia, a ser valorados y educados, a estar libres de toda forma de discriminación, estigmatización y de patrones culturales basadas en conceptos de inferioridad y subordinación.

Todos los días hay cerca de 16 violaciones en el Perú y, por lo menos una mujer es golpeada o asesinada por su pareja.

