

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**ROL DEL ODONTOPEDIATRA EN EL EQUIPO
MULTIDISCIPLINARIO FRENTE AL MALTRATO
INFANTIL**

POSTULANTE: Dra. Dilma Irma Laime Llanos

TUTOR TEMÁTICO: Esp. Dra. Rosario Carmen Mamani Tuco

TUTOR METODOLÓGICO: Esp. Dra. Carla Larrea Eyzaguirre

**Trabajo de Grado presentado para optar al título de
Especialista en Odontopediatría**

La Paz – Bolivia

2021

DEDICATORIA

A todas las niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia.

A todos los Odontopediatras, por su gran labor a la población infantil.

AGRADECIMIENTOS

A mis tutoras: Dra. Rosario Carmen Mamani Tuco y Dra. Carla Larrea Eyzaguirre por la guía, colaboración y confianza en el proyecto.

Un especial agradecimiento a la Coordinadora de la Especialidad de Odontopediatría 2da. Versión Dra. Carla Miranda Miranda, por la enseñanza y guía incondicional en el desarrollo del presente trabajo y la elaboración del protocolo propuesto.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	1
2. ANTECEDENTES.....	4
3. JUSTIFICACIÓN.....	7
3.1 JUSTIFICACIÓN TEÓRICA	7
3.2 JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA	7
3.3 JUSTIFICACIÓN SOCIAL	8
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
4.1 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	9
4.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	9
5. OBJETIVOS.....	9
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	9
5.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS.....	9
6. DISEÑO METODOLÓGICO.....	9
7. RESULTADOS.....	12
7.1 EXTRACCIÓN DE DATOS.....	12
7.2 RESULTADOS DE LA REVISIÓN	68
8. DISCUSIÓN.....	69
9. CONCLUSIONES	70
10. RECOMENDACIONES.....	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS.....	79

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de flujo de selección de artículos	11
Figura 2. Ruta Crítica	38
Figura 3. Traumagrama de cabeza y cuello	40
Figura 4. Traumagrama corporal.....	40

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estrategia PICO	10
Tabla 2. Conocimientos, actitudes y experiencia de los Dentistas, viviendo en Arabia Saudita hacia el abuso infantil y descuido.	13
Tabla 3. Violencia doméstica contra los niños detectados y manejados en la rutina de la Odontología -una revisión sistemática.	15
Tabla 4. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre maltrato infantil en Odontólogos de Cartagena (Colombia).	17
Tabla 5. La Odontología en el diagnóstico del maltrato infantil.	20
Tabla 6. El Síndrome del maltrato infantil y su diagnóstico en el Consultorio Estomatológico.	22
Tabla 7. Leyes de negligencia dental infantil: especificaciones y repercusiones para los dentistas en 51 jurisdicciones.	25
Tabla 8. Maltrato infantil y Odontología: de la identificación al reporte del caso.	28
Tabla 9. Identificación de los indicadores de maltrato infantil a través de la revisión bibliográfica.	31
Tabla 10. Lesiones orales en víctimas del Síndrome de Munchausen por poder	34
Tabla 11. Maltrato infantil y la Odontología	37
Tabla 12. El papel de un Dentista en el diagnóstico de abuso y negligencia infantil: Una revisión de literatura y la narrativa.	40
Tabla 13. Maltrato infantil: Conocimiento y actitud del Cirujano Dentista. Marco Legal y Revisión de la Literatura.	43
Tabla 14. Combatir el abuso infantil: el papel de un Dentista	46
Tabla 15. Manifestaciones orales y dentales del maltrato infantil.	49
Tabla 16. Actitudes y responsabilidades del dentista con respecto al abuso sexual infantil. Una Revisión y un informe de caso.	52

Tabla 17. Síndrome del niño maltratado con repercusión estomatológica. Reporte de un caso	54
Tabla 18. Síndrome del niño maltratado: diagnóstico y manejo odontológico. Reporte de un caso.	56
Tabla 19. Guía para la atención de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia en República Dominicana	58
Tabla 20. Conocimientos, Actitudes y Prácticas del Odontólogo frente al maltrato infantil en la ciudad de Cartagena. Tesis.....	61
Tabla 21. Evaluación del conocimiento y práctica del Odontólogo de atención primaria de salud en maltrato y protección infantil en las comunas de Temuco y Padre Las Casas. Tesis.	63
Tabla 22. Maltrato Físico.....	6
Tabla 23. Abuso Sexual	9
Tabla 24. Maltrato Emocional o Psicológico	12
Tabla 25. Abandono Emocional	14
Tabla 26. Negligencia o Abandono Físico.....	16
Tabla 27. Negligencia Dental	18
Tabla 28. Tipo de Lesiones Orofaciales	20
Tabla 29. Sintomatología y ubicación orofacial de las Enfermedades de Transmisión sexual (ETS)	21
Tabla 30. Diagnóstico diferencial	24
Tabla 31. Exámenes complementarios	26

RESUMEN

Introducción: El maltrato infantil es un problema prevalente en la sociedad y numerosos estudios han demostrado que los traumatismos en la cabeza y la cara ocurren aproximadamente en un 50 % de los casos por maltrato físico, entre los cuales los labios constituyen el sitio más común de las lesiones infligidas, seguido por la mucosa oral, dientes, encías y lengua como ser hematomas, laceraciones, contusiones, quemaduras, cicatrices en ángulo de labios, abrasión total o parcial, desgarramiento de frenillos labiales, traumas dentoalveolares, complicaciones de ciertas patologías orales pueden relacionarse con maltrato por negligencia: caries dentales múltiples sin tratamientos, lesiones pulpares, enfermedades periodontales y otros hábitos parafuncionales como el bruxismo, asociado a maltrato psicológico. Indicadores que le permiten al odontopediatra la posibilidad de detectar posibles casos de maltrato infantil antes que otros profesionales de salud.

Objetivo: Identificar el Rol del Odontopediatra en el equipo multidisciplinario frente al maltrato infantil, a través de una revisión sistemática de bases de datos digitales.

Metodología: Se realizó una búsqueda en las bases de datos PubMed, Google académico y SciELO de artículos publicados de enero 2011 a marzo de 2021, involucrando estudios analíticos observacionales y descriptivos, de acuerdo a criterios de inclusión, relevantes para los objetivos del presente estudio. Todos los artículos fueron revisados de forma independiente.

Resultados: Las lesiones causadas por maltrato infantil se localizan principalmente en la región orofacial. Los estudios revisados reflejan una discrepancia entre los casos sospechosos detectados por los Odontopediatras y notificados a una autoridad competente.

Conclusión: Los Odontopediatras son capaces de detectar maltrato infantil sin embargo existe un gran desconocimiento sobre cómo denunciar los casos de maltrato infantil a las autoridades, por tanto, es necesario establecer protocolos para la detección y notificación de casos sospechosos, siguiendo una ruta crítica y su manejo multidisciplinario.

Palabras clave: Maltrato infantil, Odontopediatría y Equipo multidisciplinario.

ABSTRACT

Introduction: Child abuse is a prevalent problem in society and numerous studies have shown that injuries to the head and face occur in approximately 50% of cases due to physical abuse, among which the lips are the most common site of inflicted injuries, followed by the oral mucosa, teeth, gums and tongue such as bruises, lacerations, contusions, burns, lip angle scars, total or partial abrasion, tear of labial braces, dentoalveolar trauma, complications of certain oral pathologies can be related to negligent abuse: multiple dental caries without treatment, injuries pulp, periodontal diseases and other parafunctional habits such as bruxism, which have been associated with psychological abuse. Child abuse is a prevalent problem in society, for its detection the pediatric dentist must know the indicators, make a suspected diagnosis and report the case to the multidisciplinary health team for investigation.

Objective: To identify the Role of the pediatric dentist in the multidisciplinary team facing child abuse, through a systematic review of digital databases.

Methodology: A search was carried out in the PubMed, academic Google and SciELO databases of articles published from January 2011 to March 2021, involving observational and descriptive analytical studies, according to inclusion criteria, relevant to the objectives of our study. All articles were independently reviewed.

Results: Lesions caused by child abuse are located mainly in the orofacial region. The studies reviewed reflect a discrepancy between the suspected cases detected by pediatric dentists and reported to a competent authority.

Conclusion: Although pediatric dentists are capable of detecting injuries, there is a great lack of knowledge about how to report cases of child abuse to the authorities, therefore it is necessary to establish protocols for the detection and notification of suspected cases, following a critical route and its multidisciplinary management.

Keywords: Child abuse, Pediatric Dentistry and Multidisciplinary team.

1. INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil es un problema de salud pública, considerado el mayor problema social que afecta a todos los grupos culturales, étnicos y socioeconómicos, situación que amenaza la salud individual y colectiva de la población infantil. Según la OMS el maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder (1).

Este incluye lo que se hace (acción), lo que se deja de hacer (omisión) y lo que se realiza de forma inadecuada (negligencia) (2).

Dentro del grupo familiar se distinguen los siguientes tipos de maltrato infantil:

Maltrato físico: toda agresión que puede o no tener como resultado una lesión física, producto de un castigo único o repetido con magnitudes y características variables.

Maltrato emocional: el hostigamiento verbal, habitual por medio de insultos, críticas, descréditos, ridiculizaciones, así como la indiferencia y el rechazo explícito hacia el niño, niña o adolescente. También se incluye el rechazo, el aislamiento, aterrorizar a los niños o niñas, ignorarlos y corromperlos.

Abandono o negligencia: se refiere a la falta de protección y cuidado mínimo por parte de quienes tiene el deber de hacerlo y las condiciones para ello. Existe negligencia cuando los responsables de cubrir las necesidades básicas de los niños no lo hacen.

Abuso sexual: es toda forma de actividad sexual entre un adulto y un niño, niña o adolescente. Incluye la explotación sexual.

Fuera del grupo familiar pueden darse otros tipos de maltrato infantil: Niños que sufren en conflictos armados que viven en la calle. Disciplinas violentas o humillantes en instituciones, la explotación sexual y la pornografía infantil. (3)

Diversos estudios epidemiológicos evidencian que la violencia física es el tipo de maltrato más común y en el 90 % de los casos suelen aparecer lesiones cutáneas como equimosis, excoriaciones, hematomas, heridas, cicatrices, quemaduras y alopecias, por otro lado también se ha descrito que existe correlación entre maltrato infantil y lesiones patológicas en cabeza y cuello, más del 50 % de las lesiones ocurre en el área oro facial (cabeza, cara y cavidad oral, como fracturas dentales, laceraciones orales, fracturas maxilares y mandibulares y quemaduras), la caries dental se asocia con abandono o negligencia, es por ello que el odontólogo tiene la posibilidad de detectar posibles casos de abuso o negligencia por la cercanía que tiene con el paciente y que debe estar entrenado para determinar, diagnosticar y reportar maltrato infantil, antes que otros profesionales de salud. (2)

Las consecuencias del maltrato infantil se hacen visibles a mediano y largo plazo en el desarrollo psicosocial físico de las personas. Los daños emocionales causados a temprana edad pueden significar “marcas imborrables” para toda la vida pudiendo llegar a ser adultos maltratadores y violentos, reproduciendo el ciclo de la violencia.

La normativa legal de protección a los menores a nivel nacional e internacional:

1) Declaración Universal de los Derechos Humanos de los Niños. Asamblea General de las Naciones Unidas, 20 de noviembre de 1959 (Resolución núm. 1386). Esta Resolución recoge los derechos específicos de los niños, considerando que necesitan una protección especial, incluyendo la jurídica, tanto antes como después de su nacimiento y la necesidad de prever cualquier forma de discriminación. Alguno de los derechos que recoge que destacan son: la protección de los intereses de la infancia (...) contra el abuso y la explotación, etc. (4)

2) Convención sobre los Derechos de los Niños de La Asamblea General de las Naciones Unidas, en su artículo 19 define “el maltrato como *toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo*”. Instando para que se adopten las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas pertinentes para proteger y salvaguardar la integridad del menor. (5)

3) Convenio de La Haya sobre la Comparecencia de las Autoridades y la Ley Aplicable en Materia de Protección de Menores (1961). Instrumento de ratificación de 29 de abril de 1987. (6)

Cada país en su jurisdicción tiene normativa de protección al menor, como en Colombia, el Código de la Infancia y Adolescencia (Ley No 1098 del 8 de noviembre del 2006) establece las normas sustantivas y procesales para la protección integral de niños, niñas y adolescentes. En su artículo 18 señala que ellos tienen derecho a ser protegidos contra el maltrato y los abusos de toda índole por parte de sus padres, sus representantes legales, personas responsables de su cuidado y miembros de su familia, escuela y comunidad (7). En Panamá, se cuenta con el Código de la Familia (Ley No 3 del 17 de mayo de 1994) en el cual se mencionan las normas para los derechos de la familia y del menor protegido contra toda forma de abandono, violencia, descuido o trato negligente, abuso sexual, explotación y discriminación (8).

En Bolivia, la Constitución Política del Estado en su Art. 61.I Se prohíbe y sanciona toda forma de violencia contra las niñas, niños y adolescentes, tanto en la familia como en la sociedad. (9)

Según El Código Niña, Niño, Adolescente (Ley 548) en el Art. 147. (Violencia) I. Constituye violencia, la acción u omisión, por cualquier medio, que ocasione privaciones, lesiones, daños, sufrimientos, perjuicios en la salud física, mental, afectiva, sexual, desarrollo deficiente e incluso la muerte de la niña, niño o adolescente. En los Artículos 145 y 146 rezan el derecho a la integridad personal y el derecho al buen trato de la niña, niño y adolescente.

El Art. 153. (Infracciones Por Violencia Contra Niñas, Niños Y Adolescentes). I. “La Jueza o el Juez Público en materia de Niñez y Adolescencia, a denuncia de la Defensoría de la Niñez y Adolescencia, conocerá y sancionará las siguientes infracciones por violencia: física, emocional, negligencia (...)”, el Art. 155. (Obligación De Denunciar) dice que: I. Todas las personas, sean particulares, servidoras y servidores públicos, que tengan conocimiento de hechos de violencia en contra de las niñas, niños o adolescentes, están obligados a denunciarlos en un plazo máximo de veinticuatro horas de conocido el hecho, ante las Defensorías de la Niñez y Adolescencia o cualquier otra autoridad competente.

II. Ante la ausencia de las instancias descritas en el Parágrafo anterior del presente Artículo, se podrá acudir a las autoridades indígenas originario campesinas, quienes según el caso deberán remitir la denuncia ante las instancias competentes. (10)

En cuanto a la parte ética del odontólogo, mundialmente se cuenta con las diversas asociaciones y colegios de odontólogos, que contienen códigos de ética en los que se rigen las normas de conducta profesional, ética y las sanciones por incumplimiento de estos.

La Asociación Dental Americana en su Código de ética indica que todo odontólogo tiene la obligación ética de identificar y reportar los signos de abuso y negligencia de acuerdo con las leyes estatales donde realice su práctica clínica. (11)

Los Odontopediatras desde su práctica profesional pueden ayudar a proteger a los niños de los malos tratos a través de un debido conocimiento del maltrato infantil y de las medidas de que se deben implementar para proteger a los menores, quienes están obligados éticamente, por sus Códigos y Leyes, a denunciar si se sospecha maltrato infantil. Para hacer efectiva una denuncia solo requieren de una “sospecha razonable” de que se ha producido el maltrato infantil e iniciar una investigación. El denunciante no es parte del proceso penal, por tanto, la denuncia no conlleva ningún compromiso que le ligue a un posible proceso.

2. ANTECEDENTES

Tapia, R. (2016) Bolivia. En el trabajo titulado: Manual de Diagnóstico de maltrato infantil en Odontopediatría. Hace conocer a los Odontopediatras los tipos de maltrato infantil que se pueden detectar en la consulta odontológica, identificarlos correctamente y saber cuál es el rol que deben cumplir frente a casos de maltrato infantil, siguiendo una ruta crítica.

Peraza, L. et al. (2016), en el artículo titulado: El Síndrome De Maltrato Infantil y Su Diagnostico en el Consultorio Estomatológico, tiene como objetivo caracterizar las lesiones buco-faciales ocasionadas por maltrato infantil como un material de consulta para especialistas en estomatología. Como método de estudio se revisó bibliografía sobre el tema correspondiente a los 5 últimos años de internet (Pub Med, Scielo, CUMED y EBSCO) a partir de los artículos seleccionados se elaboró una reseña estructurada donde

el Odontopediatra debe saber reconocer las lesiones no intencionales y las autoinflingidas, de las causadas por los maltratos de personas que no velan por derechos de los niños, los indicadores físicos y del comportamiento del niño maltratado que acude a la consulta estomatológica. Y que ante la sospecha de maltrato infantil el profesional debe realizar una historia clínica minuciosa detallada de las lesiones encontradas. Recomiendan capacitar a los estomatólogos para la detección y diagnóstico de maltrato infantil y los factores de riesgo presentes.

Martagón, L. (2016) este artículo titulado Síndrome de niño maltratado con repercusión estomatológica. Reporte de un caso. Tiene el objetivo de conocer los indicadores intraorales y extraorales que le permitan al Odontopediatra reconocer los signos de tal manera que pueda contribuir en el diagnóstico del maltrato infantil, como parte de un equipo multidisciplinario encargado de la atención de estos pacientes. La exploración intraoral debe ser ordenada, iniciando por las estructuras blandas haciendo énfasis en su integridad, equimosis, hematomas, laceraciones en el frenillo labial, quemaduras en mucosa por alimentos extremadamente calientes o sustancias cáusticas, movilidad o forma inadecuada de la lengua. En los tejidos duros (dientes y maxilares) buscar fracturas de corona y raíz, cambio de coloración en algún órgano dentario que nos hagan pensar en traumatismos anteriores, alta incidencia de caries, pérdida de órganos dentarios sin explicación razonable, asimetrías y fracturas de maxilar o mandíbula. Evaluar la ATM con la finalidad de identificar alteraciones en la apertura y cierre que indiquen probable fractura o anquilosis de la articulación. En cuanto a los indicadores del comportamiento: puede ser que los niños sean violentos, o tímidos temerosos, baja autoestima, antisocial, con hábitos orales como succión digital y onicofagia. El síndrome de niño maltratado es considerado un problema de salud pública donde el Odontopediatría forma parte fundamental para el diagnóstico de esta entidad. La Asociación Dental Americana, desde 1999 señala la obligación ética de los odontólogos de reportar cualquier sospecha de maltrato o negligencia y obliga a reconocer los signos de estas entidades.

Arrieta, K. (2017) el artículo titulado, Conocimientos, actitudes y practicas sobre maltrato infantil en Odontólogos de Cartagena (Colombia). Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con enfoque cuantitativo, en 149 odontólogos de Cartagena, utilizaron

un cuestionario anónimo para evaluar variables sociodemográficas de reporte de sospecha de Maltrato Infantil versus Conocimientos actitudes y prácticas frente al Maltrato infantil, ya que el Odontólogo tiene la posibilidad de detectar los posibles casos de abuso o negligencia dada la cercanía con el paciente y la presencia de lesiones patológicas en cabeza y cuello además considerando a la caries dental como abandono o negligencia, concluyéndose que el nivel de conocimiento de maltrato infantil es deficiente (59%), las actitudes de los odontólogos frente a la sospecha de maltrato infantil fueron favorables (67%) pero en cuanto a la practicas son inadecuadas (100%) porque no realizan las descripciones de las lesiones en la historia clínica ni reportan los casos. Este estudio plantea la necesidad de reforzar el tema de maltrato infantil en los planes de estudio de pregrado o en los programas de salud oral y general.

Hernández, X. et al (2017) en el artículo titulado: Negligencia parental y su contribución al desarrollo oral infantil deficiente. La Academia de Odontología Pediátrica define al descuido o negligencia dental como la incapacidad deliberada por parte de los padres o tutores de un niño para solicitar y continuar con el tratamiento necesario para asegurar una adecuada salud bucal libre de dolor e infecciones. La identificación de casos de negligencia es una tarea difícil por los escasos de información, la incapacidad o indiferencia por parte del Odontólogo. Se mencionan como indicadores de una posible negligencia dental a: A) caries de la infancia temprana fácilmente detectada y no tratada. B) dolor. C) Múltiples procesos infecciosos. D) sangrado o trauma no tratado que afectan la región oro facial. E) Historia de la falta de continuidad de atención odontológica, en presencia de morbilidad dental identificada. También debe saber reconocer la ignorancia de los padres acerca de la severidad del problema dental del hijo y una verdadera omisión deliberada de atención odontológica que puede acarrear graves consecuencias al desarrollo de la cavidad oral de un paciente pediátrico, exponiendo a sufrir riesgos mayores de sufrir dolor, infecciones locales y sistémicas que puede afectar la calidad de vida del niño, su desarrollo físico intelectual y social. Por lo tanto, el odontólogo pediatra debe estar actualizado en el tema de negligencia dental de los padres para brindar apoyo oportuno al menor.

Díaz, R. et al (2019) el artículo titulado: Exploración de conocimientos sobre maltrato infantil en odontólogos de Santa Marta. Evidencia que, en Colombia, las denuncias de maltrato infantil aumentaron un 52,3%, los padres maltratadores tienden a evitar acudir a consulta médica para no levantar sospechas sobre las lesiones de sus hijos, pero no son igual de precavidos con el odontólogo, por este motivo, el odontólogo debe realizar un buen diagnóstico y proceder según el protocolo de atención establecido. El objetivo de este estudio es comprender los conocimientos, posturas y actitudes sobre maltrato infantil que poseen Odontólogos trabajadores de instituciones prestadoras de servicios de salud de Santa Marta, la técnica utilizada para recolección de la información fue la entrevista semiestructurada, aplicada sobre una muestra de diez (10) Odontólogos de Instituciones Públicas de Salud de Santa Marta, estableciendo que existen odontólogos que tienen conocimientos referentes a la definición del maltrato infantil y a sus signos físicos y conductuales, identificando a los perpetradores, e incluso reconocen la importancia de tomar medidas preventivas y de protección, discrepan frente a los protocolos que utilizan o no para dicha intervención, frente a odontólogos que comparten las acciones de responsabilidad y compromiso profesional, orientando su intervención a prácticas más oportunas en el abordaje del maltrato infantil.

3. JUSTIFICACIÓN

3.1 JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

Un Odontopediatra que tiene el suficiente conocimiento y capacitación en el manejo de un paciente con sospecha de maltrato infantil a través de su participación en el equipo multidisciplinario será capaz de brindar una atención adecuada, oportuna y responsable a sus pacientes. Por lo cual un protocolo a cerca del rol de este profesional frente al maltrato infantil contribuirá a integrarse en el equipo de salud, realizando un diagnóstico adecuado con notificación oportuna de estos casos siguiendo una ruta crítica.

3.2 JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

Este trabajo de Revisión sistemática se define como “Resúmenes claros y estructurados de la información disponible orientada a responder una pregunta clínica específica. Dado que están constituidas por múltiples artículos y fuentes de información, representan el

más alto nivel de evidencia dentro de la jerarquía de la evidencia”, con el objeto de mejorar las decisiones del profesional Odontopediatra basadas en la evidencia científica.

La revisión sistemática es un análisis de la información recolectada en diferentes estudios hechos por diferentes investigadores. Es un diseño de investigación con métodos tan estrictos como los de un experimento clínico, con preguntas de investigación. Con hipótesis a aceptar o rechazar. Con material y método derivados de los resultados.

Es la síntesis de la mejor evidencia disponible de estudios experimentales y otros diseños. Combina de manera sistemática y explícita los resultados de múltiples estudios previos (primarios) que han sido dirigidos a la pregunta de investigación planteada usando estrategias para disminuir el sesgo y el error aleatorio.

3.3 JUSTIFICACIÓN SOCIAL

Identificar el rol que asuman los Odontopediatras en el equipo multidisciplinario en los servicios de salud públicos o privados frente al maltrato infantil será de gran beneficio cuando padres o tutores de niños víctimas de algún tipo de maltrato por acción u omisión o negligencia acudan en busca de atención odontológica, les permitirá tomar acciones oportunas frente al maltrato infantil, brindar protección al menor maltratado, coadyuvar en mejorar la calidad de vida de los niños maltratados y al mismo tiempo a prevenir el maltrato infantil en la sociedad.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El maltrato infantil es un problema de salud pública en ascenso a nivel mundial, con manifestaciones clínicas en cara y cavidad bucal entre 50 y 70% de los casos de maltrato infantil, por lo que los Odontopediatras tienen quizás, el privilegio de detectar estos traumas; sin embargo en ocasiones estas señales no pueden ser percibidas por el profesional Odontopediatra a causa de su falta de conocimiento sobre el maltrato infantil o reconocen pero no pueden adoptar actitudes y prácticas adecuadas al estar frente a este flagelo. El desconocimiento del Rol de los odontólogos en el equipo multidisciplinario frente al maltrato infantil provoca inadecuado manejo de los niños con maltrato infantil dentro de la consulta odontológica.

4.1 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Existe insuficiente información como ser guías o manuales sobre el rol del Odontopediatra en el manejo multidisciplinario del maltrato infantil en los servicios de salud.

4.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el Rol del Odontopediatra en el equipo multidisciplinario frente al maltrato infantil?

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar el Rol del Odontopediatra en el equipo multidisciplinario frente al maltrato infantil, a través de una revisión sistemática de bases de datos digitales.

5.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Plantear una pregunta estructurada que permita identificar las palabras clave de búsqueda: Odontopediatra, maltrato infantil, equipo multidisciplinario.
- Realizar la búsqueda en bases de datos digitales en Pub Med y Google Académico.
- Seleccionar artículos de acuerdo a título y resumen.
- Extraer los datos de los artículos según los criterios de inclusión.
- Analizar los resultados.
- Proponer un protocolo del Rol del Odontopediatra en el equipo multidisciplinario frente al maltrato infantil.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

La presente Revisión sistemática de bases de datos digitales, pretende dar respuesta a la pregunta de investigación: ¿Cuál es el rol del Odontopediatra en el equipo multidisciplinario frente al maltrato infantil? pregunta basada en la estrategia PIO para la revisión sistemática (Población o Paciente, Intervención y Outcome o Resultados) siguiendo criterios de elegibilidad (Tabla N° 1) y proponer un protocolo del Rol del Odontopediatra en el equipo multidisciplinario frente al maltrato infantil.

Estrategias de Búsqueda

Tabla 1. Estrategia PICO

ESTRATEGIA PICO	
POBLACIÓN	Niños con maltrato infantil que asisten a la consulta en Odontopediatría.
INTERVENCIÓN	El Odontopediatra en el manejo del equipo multidisciplinario del maltrato infantil.
OBJETIVOS	Composición del Equipo multidisciplinario
RESULTADOS	Efectividad. Aplicabilidad. Accesibilidad. Obligaciones del Odontopediatra Derechos del Odontopediatra

Fuente: Elaboración propia.

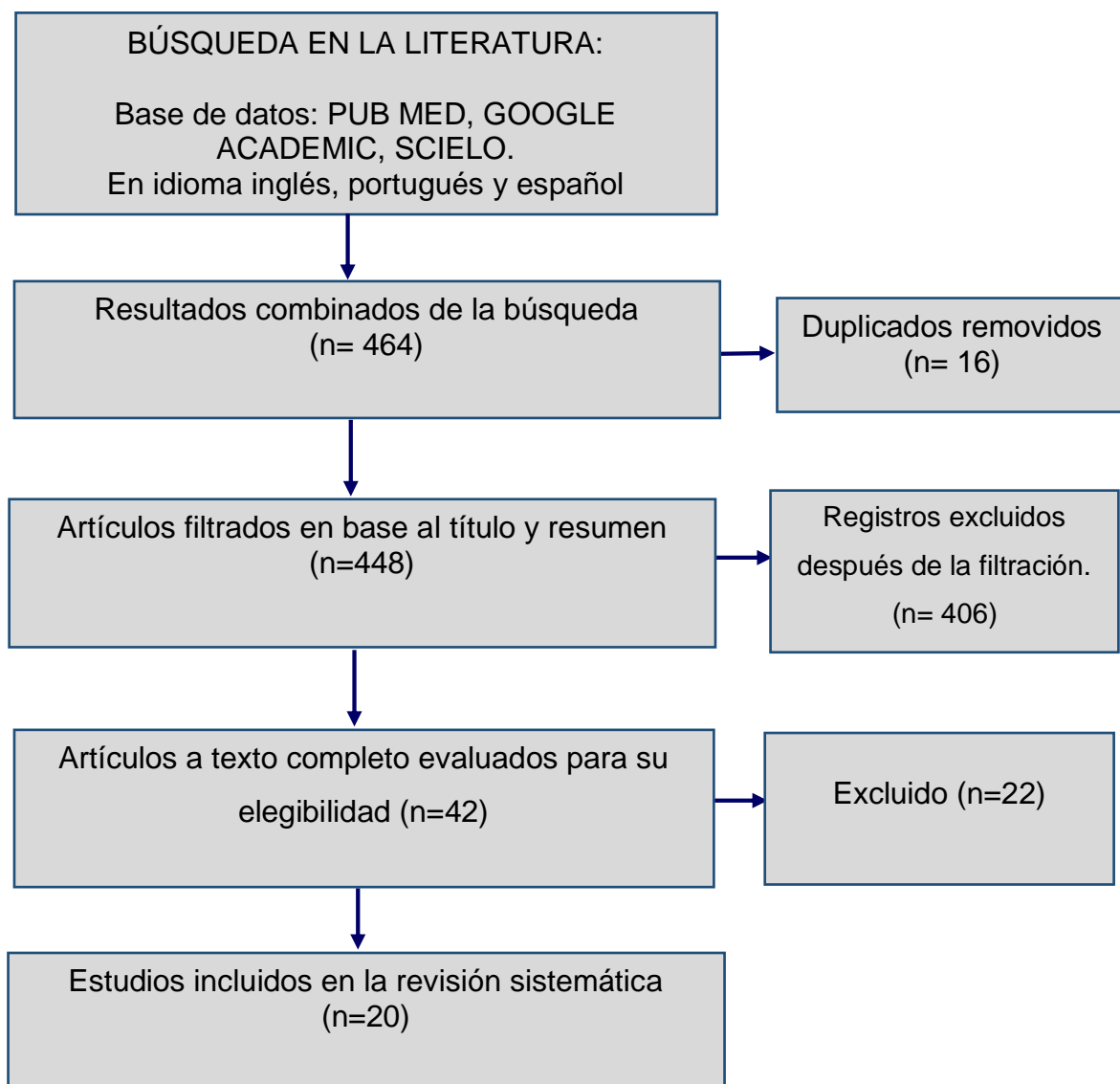
Selección de estudios.

Se realizó una revisión sistemática en las siguientes bases de datos electrónicas: PubMed, Google Académico y SciELO, utilizando vocabulario controlado (términos MeSH) y palabras clave (maltrato infantil, Odontopediatría, y equipo multidisciplinario) en las estrategias de búsqueda bibliográfica, con un intervalo de tiempo de publicaciones obtenidas de 2011 a 2021 años, en idiomas inglés, portugués y castellano.

El proceso de selección de estudios se realizó a través de la evaluación de títulos y resúmenes de todos los estudios identificados en las bases de datos electrónicas según criterios de elegibilidad, en dos fases. Los títulos y los resúmenes fueron evaluados sistemáticamente para su elegibilidad de manera personal. Cuando el título y el resumen de los estudios no presentaban suficiente información, se obtuvieron y evaluaron los textos completos y se descartaron si no tenían relación con nuestro objeto de estudio, en una primera instancia se identificaron 464 artículos. De los cuales había 16 duplicados y 407 no cumplían los criterios de inclusión. Luego se revisaron a texto completo los 42

artículos seleccionados y se descartaron 22 artículos por no contar con objetivos claros, sin criterios de exclusión y con algunas limitaciones. (Fig.1)

Figura 1. Diagrama de flujo de selección de artículos



Fuente: Elaboración Propia

7. RESULTADOS

7.1 EXTRACCIÓN DE DATOS

La extracción de datos fue realizada mediante la lectura completa de los artículos incluidos y el análisis de los mismos.

Las principales características de los estudios seleccionados se tabularon y evaluaron según un análisis descriptivo, extrayéndose los siguientes datos: primer autor, año de publicación, características de la muestra, intervención de interés, diseño del estudio, resultados, calidad metodológica, tal como se observa en las tablas 2 a 21.

Tabla 2. Conocimientos, actitudes y experiencia de los Dentistas, viviendo en Arabia Saudita hacia el abuso infantil y descuido.

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
Al-Daban. 2014 (12)	122 Dentistas Sauditas registrados en la Saudi Dental Society.	Analizar la experiencia y el conocimiento de los Odontólogos en Arabia Saudita Con respecto a la identificación de Abuso y Negligencia Infantil (CAN), para identificar las barreras que impiden la notificación de casos sospechosos de	Estudio transversal para identificar conocimientos y las actitudes de los odontólogos en Arabia Saudita. Se envió por correo electrónico un cuestionario auto administrado basado en la web a todos los miembros de la Sociedad Dental Saudita en 2012. Con 4 secciones: 1. Características	Los encuestados (n = 122) demostraron un buen conocimiento de los formularios e indicadores de CAN. Además, una gran proporción (59%) había experimentado un caso de abuso o negligencia infantil en su práctica durante los últimos cinco años. Sin embargo, solo alrededor del 10% de estos encuestados realizaron un informe. Por Miedo a	La cantidad de muestra es reducida. Conflicto de intereses: ninguno.

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
		maltrato infantil por parte de odontólogos, y evaluar la necesidad de capacitar a los dentistas en protección infantil.	demográficas de los encuestados, 2. capacidad de reconocer indicadores de maltrato infantil, 3. Experiencia profesional e Historial de casos de sospecha de maltrato infantil y 4. Barreras que interfieren con la notificación de casos sospechosos de Maltrato infantil).	represalias familiares, falta de certeza sobre el diagnóstico de maltrato infantil y la incertidumbre sobre la gestión de casos. Por lo tanto, se necesitan recursos y capacitación adicionales para respaldar la identificación y gestión de casos de maltrato infantil por parte de odontólogos.	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. Violencia doméstica contra los niños detectados y manejados en la rutina de la Odontología -una revisión sistemática.

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
Rodríguez , J. 2016 Brasil (13)	300 cuestionarios entregados a profesionales Odontólogos y especialistas: 32% Odontopediatras Recuperados 210 con los documentos adjuntos debidamente firmados.	Filtrar literatura científica del estado actual de la percepción, el conocimiento, y la actitud de los dentistas en relación al DVAC. Conocimientos acerca de la responsabilidad legal de los profesionales ante posibles casos de maltrato, si habían tenido	Revisión sistemática. Búsqueda sistemática 6 bases de datos: Pub Med, ScienceDirect, LILACS, SciELO, Google Scholar y OpenGrey. Se seleccionaron artículos transversales que evaluaban la percepción, el conocimiento y la actitud de los odontólogos que enfrentaban a	1.024 artículos, de los cuales 18 cumplían criterios de elegibilidad. El 39% detectaban DVAC. Los Odontólogos están limitados en la detección y el manejo de los casos clínicos de DVAC, por falta de educación formal multidisciplinaria sobre derecho y salud. El 77.75% consideraban la	Se observó una metodología heterogénea entre los estudios. Ninguno de los estudios cumplía todos los criterios metodológicos para la clasificación de calidad. Dos estudios tuvieron calidad metodológica alta. 12 estudios tenían calidad metodológica

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
		sospechas de casos de maltrato y cuál había sido la actuación de los profesionales.	posibles casos de Violencia Domestica Contra los Niños (DVAC). Se registró en el Registro internacional PROSPERO.	posibilidad de informar a la autoridad competente, pero no estaban seguros quienes eran esas autoridades.	moderada. 4 calidad baja. No presentaron conflicto de intereses.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre maltrato infantil en Odontólogos de Cartagena (Colombia).

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
Arrieta, K. 2017 (14)	149 Odontólogos inscritos en el Departamento Administrativo Distrital de Salud, que ejerza o haya ejercido su práctica profesional durante el último año de Cartagena Colombia. (59 % (88) mujeres, 41 % (61) hombres; 85,2 % en etapa de adulto joven (20-44 años)	Describir conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) sobre maltrato infantil (MI) en Odontólogos de Cartagena (Colombia).	Estudio descriptivo de corte transversal. Con enfoque cuantitativo en Odontólogos de Cartagena. Utilizaron un cuestionario estructurado anónimo de auto reporte para evaluar variables sociodemográficas, reporte de sospecha de MI y CAP frente a este.	De los 200 odontólogos e IPS registrados en el DADIS, participaron 149. Los datos fueron analizados a través de frecuencia y proporciones. Para establecer relaciones entre la sospecha de MI con algunas variables de interés En cuanto a las prácticas de Odontólogos ejecutadas respecto a sospecha de MI, se	En este estudio los autores no presentaron conflicto de intereses.

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
	<p>y media de edad de 35,5 años (DE 1,6), la gran mayoría (59,7 %) de estratos socioeconómicos altos, procedencia urbana (90,6 %) y egresados de universidades públicas (63,7 %)</p>			<p>encontró que fueron inadecuadas en todos los sujetos en (95 %), la mayoría de las sospechas no se anotó en la historia clínica (63,4 %) no se realiza anamnesis y revisión diagnóstica con enfoque a riesgo de detección de MI (83,7 %), y no preguntan por conductas sospechosas a padres o acudientes en 83.4%.</p> <p>87,2 % que no posee una buena capacitación al respecto y no se siente preparado para detectar</p>	

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
				MI desde la consulta odontológica. El 95,3 % considera la obligatoriedad de la notificación de sospecha de MI desde la consulta odontológica.	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 5. La Odontología en el diagnóstico del maltrato infantil.

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
Doria, A. 2016 Colombia (15)	Publicaciones de casos de Odontólogos que detecten a tiempo, documenten, realice interconsultas e informen a las autoridades competentes en casos de maltrato infantil	Conducta del Odontólogo al sospechar el maltrato infantil.	Revisión bibliográfica de aspectos clínicos y el adecuado manejo del menor maltratado en la consulta odontológica. El artículo está estructurado en cuatro secciones. 1. análisis de los indicios del maltrato infantil en la zona oro facial. 2. Revisión de la importancia del	El diagnóstico de maltrato infantil debe realizarlo un Equipo multidisciplinario donde el Odontólogo tiene la responsabilidad legal y ética, luego de haber llenado y documentado su historia clínica, de reportar los casos que tengan una “sospecha razonable” de que un menor este siendo maltratado. Para eso existen las guías de manejo y los formularios correspondientes, que constituyen una	No reporta la población de estudio. Sólo refiere Revisión extensa.

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
			<p>diagnóstico durante la atención odontológica. 3. Se enfoca hacia lo que debe hacer el Odontólogo al sospechar un caso de maltrato.</p> <p>4. Enfatiza la importancia legal de reconocer el maltrato por parte del Odontólogo.</p>	<p>herramienta importante que le permite a este profesional tener al alcance la información para actuar de forma efectiva y finalmente informar a las autoridades competentes sobre los casos de presunto maltrato infantil, quien será la responsable de iniciar la investigación, asignándola al médico u odontólogo forense, para evaluar y certificar la lesiones encontradas.</p>	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 6. El Síndrome del maltrato infantil y su diagnóstico en el Consultorio Estomatológico.

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
Peraza, L. 2016 (16)	Publicaciones de lesiones bucofaciales indicadores de Maltrato infantil	Caracterizar, en forma resumida y estructurada, las lesiones bucofaciales indicadoras de maltrato infantil, como un material de consulta para especialistas en Estomatología	Se revisó la bibliografía sobre el tema, correspondiente a los últimos cinco años, disponible en bases de datos y colecciones de Internet (PubMed SciELO, CUMED y EBSCO); a partir de los artículos seleccionados se elaboró una reseña.	<p>El nivel de conocimiento entre los encuestados con respecto a las formas e indicadores de CAN es bueno. Sin embargo, una gran proporción De los encuestados no tomaron medidas con respecto a los casos sospechosos de CAN en su práctica en el pasado cinco años.</p> <p>Se necesitan recursos y capacitación adicionales para respaldar la identificación y gestión de casos de maltrato infantil por parte de odontólogos.</p>	No indica cuantas revisiones se realizaron.

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
				<p>El personal de Estomatología debidamente preparado y consciente de su responsabilidad al respecto puede cumplir este rol protector y defensor de los derechos del niño; su labor de prevención debe consistir en acciones conjuntas con el Grupo Básico de Trabajo correspondiente y los equipos multidisciplinarios del policlínico para determinar la presencia de problemas, necesidades y</p>	

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
				fortalezas en las familias proclives a presentar estas situaciones	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 7. Leyes de negligencia dental infantil: especificaciones y repercusiones para los dentistas en 51 jurisdicciones.

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
Burgette, J. 2019 (17)	Informes de negligencia dental en el Distrito de Columbia.	El propósito de este estudio fue realizar una comparación interjurisdiccional de estatutos y reglamentos (en conjunto, leyes) relacionados con la denuncia de negligencia dental infantil por parte de los dentistas	Búsqueda de leyes de negligencia infantil en la base de datos legal de Westlaw, realizando una búsqueda sistemática en Internet y entablado comunicación directa con cada Jurisdicción. Se evaluaron las leyes sobre 2 dominios en relación con los dentistas: protección contra la	Se identificaron leyes de negligencia infantil en 51 Jurisdicciones (50 estados y el Distrito de Columbia) Todas las jurisdicciones tienen leyes de negligencia infantil; sin embargo, solo 8 especifican no buscar tratamiento dental como negligencia infantil y ninguno adopta la definición de la Academia Estadounidense de Odontología Pediátrica.	Presenta resultados de validez de los instrumentos de elegibilidad de los estudios propuestos.

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
			<p>responsabilidad civil y penal al informar sobre negligencia infantil y sanciones por no informar sobre negligencia infantil.</p> <p>Palabras clave: Niño, negligencia infantil, políticas de salud, Gobierno estatal.</p>	<p>Aunque todas las jurisdicciones protegen a los profesionales dentales que informan de buena fe de negligencia dental infantil, las sanciones por no informar de negligencia incluyen encarcelamiento de 6 meses (49%) a 5 años (2%) y multas de \$ 1,000 (61%) a \$ 10,000 (6%).</p> <p>Aunque las leyes varían según las jurisdicciones, los dentistas están protegidos cuando informan sobre</p>	

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
				negligencia dental infantil, pero pueden ser sancionados por no informar.	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 8. Maltrato infantil y Odontología: de la identificación al reporte del caso.

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
Pérez, P. 2018 España (19)	Aspectos orales del maltrato infantil a los que el Odontólogo debe prestar atención.	Proponer un modelo de parte: de lesiones orales y extraorales de sospecha de maltrato infantil, y notificar el posible caso de maltrato.	Revisión sistemática en función de los criterios PRISMA, a través del buscador bibliográfico PubMed, utilizando como palabras clave: “oral lesions child abuse”, “child maltreatment oral signs” y “maltreatment disabled children”, de los últimos 10	<p>Más de la mitad de las lesiones producidas por maltrato infantil se concentran en la región craneofacial.</p> <p>Se propone un modelo parte de lesiones específico para el Odontólogo que pretende facilitar la recogida de los datos observados en el paciente infantil víctima de malos tratos.</p> <p>Todos los profesionales de la salud están legalmente obligados a</p>	Estudio con instrumento diseñado y contenido adecuado para decidir propuestas como se concluye con la proposición de un modelo de recolección de datos de MI.

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
			<p>años (2008-2018)</p> <p>Los artículos originales se obtuvieron en la base de datos <i>BUCea</i> y a través del catálogo <i>Cisne</i> de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid.</p> <p>Hacia el reporte de caso.</p>	<p>informar de la identificación de un posible caso de maltrato, pero no se continúa con la cadena de investigación del caso y no llega a informar a las autoridades judiciales porque no sabe cómo hacerlo. Para ello está el parte de lesiones, un documento médico-legal que forma parte de la historia clínica y que recoge, a modo descriptivo, todas las observaciones de</p>	

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
				signos y síntomas analizadas en el paciente pediátrico en un momento determinado.	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 9. Identificación de los indicadores de maltrato infantil a través de la revisión bibliográfica.

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
Rondón, N 2018 Venezuela. (20)	Publicaciones desde 1995 casos sospechosos de maltrato infantil.	Cada país cuenta con organismos específicos para recibir e investigar los informes de sospecha de abuso infantil. En Venezuela existen entidades como el Consejo de Protección de niños, niñas y adolescente (CPNNA), la Fiscalía de protección de niños, el Tribunal	Revisión bibliográfica los indicadores del maltrato infantil, utilizando las publicaciones desde 1995 hasta la actualidad, encontrada en internet es los buscadores SciELO, PubMed, Medline, en inglés, portugués y español, recopilación de datos obtenidos de	La búsqueda arrojó 7245 artículos, de los cuales fueron escogidos aquellos que genuinamente relacionaran el maltrato infantil y la odontología. Los indicadores físicos más comunes en la consulta odontopediátrica son traumatismos dentales, erosiones, quemaduras, hematomas en la región orofacial, laceración del frenillo labial.	Muy buena calidad metodológica. Con objetivos claros y procedimientos de recolección y análisis de datos, asimismo la presentación de resultados claros.

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
		<p>de Protección, que se rigen por la ley orgánica de protección del niño, niña y adolescente (LOPNA), encargadas de orientar las denuncias, en casos de maltrato infantil.</p>	<p>organizaciones oficiales “maltrato infantil y lesiones orofaciales” e investigación de documentos impresos.</p>	<p>El Odontopediatra tiene que estar alerta a la posibilidad de que el trauma orofacial puede ser causado por el maltrato infantil. Si se logra que la Profesión Odontológica tome más conciencia del problema a través de información directamente relacionada con su campo, la detección del maltrato infantil aumentará en considerable medida y, en consecuencia, se evitará la reincidencia de éste y se prevendrán</p>	

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
				<p>futuras lesiones e inclusive servirá para salvar la vida de muchos niños y niñas. Y con el apoyo de un equipo multidisciplinario lograr resolver de mejor manera.</p>	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 10. Lesiones orales en víctimas del Síndrome de Munchausen por poder

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	INTERVENCIÓN DE INTERES	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
Bravo, L. 2018 Costa Rica (21)	Publicaciones de casos de niños con Síndrome de Munchausen.	El objetivo presentar las características de las lesiones de víctimas del Síndrome de Munchausen. Y se propone un esquema de evaluación odontológica forense para establecer o descartar que las lesiones de la cavidad oral sean parte del	Se realizó revisión bibliográfica de las publicaciones, en idioma inglés y español, sin límite temporal, sobre lesiones orales relacionadas con el Síndrome de Munchausen by proxy, utilizando las bases de datos bibliográficos Google Scholar, Lilacs, Cochrane, SciELO y Medline. Se seleccionaron las	La búsqueda arrojó un total de 8 publicaciones relacionadas con las manifestaciones orales del Síndrome de Munchausen by proxy, entre los años 1999 y 2017, de los cuales fue posible acceder a 6. Donde se concluye la importancia de la sospecha y diagnóstico temprano del Síndrome de Munchausen by proxy radica en las implicancias que tiene, pues se genera daño agudo y secuelas, tanto físicas como	Muy buena calidad metodológica.

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERES	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
		<p>Síndrome Munchausen.</p> <p>(Consideraciones Legales ante la sospecha de S. Munchausen:</p> <p>registro en ficha clínica y conservación de exámenes complementarios.</p> <p>Interconsulta oportuna.</p> <p>Comunicación al equipo de salud.</p> <p>Denuncia ante las autoridades pertinentes)</p>	<p>publicaciones que incluían casos de víctimas menores de edad que tuvieran lesiones en el área maxilofacial.</p>	<p>psicológicas, al menor, llegando a ser potencialmente letal y extensivo a sus hermanos. Además, el diagnóstico conlleva consecuencias legales y la toma de medidas de protección para las víctimas.</p> <p>El trabajo interdisciplinario para el abordaje de estos casos es fundamental, pues las manifestaciones clínicas se presentan en distintos territorios anatómicos, generalmente son atípicas, de tórpida evolución, de etiología</p>	

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERES	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
				desconocida, de difícil interpretación y/o no responden a terapia habitual.	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 11. Maltrato infantil y la Odontología

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
Bautista, D. 2019 (22)	Odontólogos que trabajan en servicios de salud y brindan atención a niños con abuso infantil.	Este artículo pretende dar las bases necesarias al odontólogo para que sea capaz de detectar e informar sobre estos abusos a las autoridades correspondientes y de esta manera prevenir un futuro episodio de maltrato	Revisión de artículos seleccionados que atañen al mismo tema, utilizando palabras claves como: abuso infantil, y sus características clínicas el odontólogo en el abuso infantil, características odontológicas del abuso infantil.	Esta investigación tuvo como resultado un total de 28 artículos utilizados como compilación para este artículo. El Odontólogo debe primero efectuar el registro de todos los antecedentes, hallazgos, apoyos diagnósticos (radiografías, fotografías y dibujos anatómicos) en la historia clínica. Realizar una consulta lo menos traumática posible, para no agravar el problema del posible	Este artículo no presenta objetivos. Sin embargo, los instrumentos de criterios de elegibilidad de estudios y resultados y recomendaciones son óptimos para el presente estudio.

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
				<p>maltrato al que han sido víctimas los niños.</p> <p>El segundo paso es remitir el caso a otros profesionales de la salud (médico, psicólogos, trabajadores sociales, etc.), advirtiéndoles de la sospecha de maltrato, quienes a su vez tienen la obligación como profesionales de la salud de denunciar o llenar formularios donde manifieste la sospecha de maltrato. Después se remitirá a la autoridad correspondiente, quien</p>	

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
				será la responsable de iniciar la investigación, asignándola al médico u odontólogo forense para evaluar y certificar las lesiones encontradas	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 12. El papel de un Dentista en el diagnóstico de abuso y negligencia infantil: Una revisión de literatura y la narrativa.

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
Melo, M. 2019 (23)	Artículos publicados hasta 2019 de niños con abuso infantil.	Determinar el nivel de conocimiento, las aptitudes y la capacidad de los odontólogos en la notificación de casos de Abuso y Negligencia Infantil ; las barreras a las que se enfrenta la notificación de casos; y las características clínicas clave para la detección de AC	Se utilizó la base de datos PubMed (MEDLINE) de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, Science Direct, LILACS y SciELO para realizar una búsqueda bibliográfica de los artículos publicados hasta marzo de 2019. Los términos de búsqueda "negligencia dental", "maltrato", "diagnóstico", "abuso	Se observó que la sospecha y la notificación de casos varían entre los diferentes estudios. La principal barrera que se enfrentó durante la denuncia de abuso fue un diagnóstico incierto. Seguido de la preocupación por las consecuencias que la denuncia puede tener para el niño, y una falta de conocimiento sobre cómo proceder al	Se plantearon objetivos claros y concretos, se describen criterios de inclusión. Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
			<p>infantil” y “negligencia infantil” se utilizaron en diferentes combinaciones. La búsqueda se completó con una revisión de las referencias de los artículos seleccionados para identificar estudios adicionales no encontrados en la búsqueda bibliográfica inicial.</p> <p>Todos los artículos seleccionados de las búsquedas electrónicas y</p>	<p>informar el abuso y la negligencia. Si bien no se dispone de estándares o protocolos internacionales, informar a las autoridades o a la policía fue la opción más utilizada por los odontólogos.</p>	

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
			manuales fueron evaluados de forma independiente por el primer y segundo autor del presente estudio, según los criterios de inclusión establecidos. Estudios descriptivos, analíticos observacionales (retrospectivos y prospectivos)		

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 13. Maltrato infantil: Conocimiento y actitud del Cirujano Dentista. Marco Legal y Revisión de la Literatura.

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
Cifuentes, C. 2020 (24)	15 artículos de Abuso infantil y Odontología.	El Odontólogo tiene la obligación legal, moral y ética como ciudadano y profesional de la salud de notificar a las autoridades competentes los casos sospechosos de maltrato. Objetivo: Evaluar cuál es el conocimiento del Cirujano dentista sobre maltrato infantil y cuál ha	Búsqueda bibliográfica en PUBMED utilizando palabras clave: “child abuse” and “dentistry”. En el diagnóstico, la documentación y la denuncia de casos con sospecha de abuso a las autoridades, además de la necesidad de	En PUBMED se encontraron 132 artículos, de los cuales 16 fueron atingentes, pero solo se tuvo acceso al texto completo de 15, de ellos 2 fueron realizados en Chile. Se sugiere fuertemente realizar una vigilancia respecto a conocimiento y actitudes entre los Odontólogos en Chile. Se concluye que la participación del equipo de salud oral en la denuncia de	Muy buena calidad metodológica.

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
		<p> sido su actitud frente a la detección y reporte del maltrato infantil. </p>	<p> mayor formación en el tema. </p>	<p> maltrato o abuso infantil es pobre o insuficiente tanto en Chile como en el resto del mundo y la principal razón de ello es la inseguridad para abordar el tema por falta de conocimiento tanto de los signos y síntomas de alerta, como de los procedimientos administrativos para realizar las denuncias. </p> <p> Dada la importancia del tema, el papel del (la) Cirujano dentista al trabajar directamente con niños(as), y el aumento en el reporte de casos sospechosos de </p>	

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
				<p>violencia, se sugiere mejorar las políticas públicas para la protección integral de los menores, lo cual debe incluir guías clínicas que integren a los Odontólogos(as) en su elaboración.</p>	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 14. Combatir el abuso infantil: el papel de un Dentista

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
Marthur, S. 2020 (25)	Dentistas pediátricos de la India.	<p>Los dentistas pediátricos pueden proporcionar información valiosa y asistencia a los médicos sobre los aspectos orales y dentales del abuso y la negligencia infantil.</p> <p>El papel del profesional dental en el abuso y la negligencia infantil es conocer la ley estatal actual con respecto a</p>	Artículo de Revisión	<p>Si se sospecha abuso en un paciente infantil, estas sospechas deben documentarse. Deben tomarse notas clínicas y fotografías (si están permitidas), porque los buenos registros son fundamentales cuando hay enjuiciamiento en un caso de abuso.</p> <p>Tratamiento y notificación</p> <p>Incluso después de que se sospeche de abuso, se debe brindar la atención adecuada de la</p>	No tiene objetivos, ni población de estudio cuantificada.

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
		denunciar el abuso infantil y cumplir con la ley. El dentista debe realizar el reconocimiento, la identificación, la documentación y la notificación.		<p>manera más definitiva posible, ya que es posible que el niño no regrese para recibir atención de seguimiento. En caso de sospecha, debe comentarlo con un médico y con el departamento de servicios sociales del estado.</p> <p>El programa PANDA (Prevenir el abuso y la negligencia a través de la conciencia dental) ha sido uno de los programas más activos para lograr que los</p>	

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
				profesionales de la odontología se involucren en la concienciación sobre el abuso infantil.	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 15. Manifestaciones orales y dentales del maltrato infantil.

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
Olivan, G. 2021 España. (26)	Publicaciones de artículos con manifestaciones orales y dentales del maltrato infantil.	Los Pediatras y Odontólogos deben tener los conocimientos necesarios para saber identificarlas las manifestaciones orales del MI y para gestionar de forma adecuada este problema. Todos los profesionales sanitarios tienen la obligación de notificar los casos	Estudio de revisión sistemática siguiendo las directrices Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses (PRISMA). Se realizaron dos estrategias de búsqueda con términos MeSH (Medical Subject Headings) en la base de datos Medline/PubMed desde el 1 de enero	Se incluyeron 26 artículos para realizar el estudio de revisión. El 65,4% se publicaron en revistas de odontología y el 16% en las de Pediatría. Todas las lesiones orales y dentales por abuso físico son sospechosas pero ninguna patognomónica y deben distinguirse de las accidentales, comunes en la edad pediátrica. Las infecciones por Neisseria gonorrhoeae Y Treponema pallidum son	Los autores declaran no presentar conflicto de intereses en la preparación y publicación de este artículo.

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
		<p>sospechosos de maltrato infantil. Un profesional de la salud preparado y concienciado en este problema es un pilar básico en la protección del menor. El objetivo de este trabajo es realizar una revisión de las manifestaciones orales y dentales del maltrato infantil.</p>	<p>de 2000 hasta el 31 de diciembre de 2019.</p>	<p>patognomónicas de abuso sexual.</p> <p>Los Pediatras y los Odontólogos están legalmente obligados a notificar la identificación o la sospecha de un caso de maltrato infantil a los Servicios Sociales, Servicio de Protección de Menores o Fiscalía de Menores pero una proporción no lo hace por existencia de barreras a la hora de detectar y notificar: la insuficiente formación sobre el tema, el miedo a sospechar de</p>	

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
				<p>forma errónea, el posible impacto en la práctica profesional, el miedo a las consecuencias que pueda acarrear al menor, el miedo a la posible violencia contra el profesional, el desconocimiento de los documentos y trámites necesarios y donde notificar y el miedo a una posible declaración judicial.</p>	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 16. Actitudes y responsabilidades del dentista con respecto al abuso sexual infantil. Una Revisión y un informe de caso.

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
Garrocho, A. 2015 (27)	Paciente de sexo femenino, de 5 años 8 meses, con abuso físico y sexualmente.	Proceso de detección y el tratamiento odontológico realizado bajo un manejo conductual- psicológico intensivo	Reporte de caso Se elaboró: Plan preventivo intensivo; luego, un tratamiento restaurativo, pero el niño no pudo exhibir un comportamiento aceptable (Escala II de calificación de comportamiento de Frankl); Técnicas de abordaje psicológico, como la desensibilización progresiva, el decir- mostrar-hacer, el	Todos los Odontólogos deben aprender y asumir, como obligaciones profesionales, la identificación, lo antes posible, de los signos o síntomas característicos del abuso y la negligencia infantil cuando se enfrentan a un caso sospechoso, y deben conocer plenamente los procedimientos de registro y denuncia adecuados. Todos los eventos sospechosos deben ser reportados a los servicios gubernamentales correspondientes para	Se plantearon objetivos claros y concretos. El reporte de hallazgos clínicos y evaluación diagnostica adecuados. Cuenta con todos los parámetros de redacción de reporte de casos clínicos.

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
			refuerzo positivo, la modulación de la voz.	investigación, análisis de laboratorio especializado para semen o material extraño (solo en casos recientes) y para manejo multidisciplinario especializado.	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 17. Síndrome del niño maltratado con repercusión estomatológica. Reporte de un caso

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
Martagón, L. 2016 México. (28)	Paciente de sexo masculino, de 2 años y 5 meses. Servicio de urgencias Instituto Nacional de Pediatría.	Conocer los indicadores intraorales y extraorales que le permitan al Odontopediatra reconocer los signos y contribuir en el diagnóstico como parte de un equipo multidisciplinario encargado de la atención de estos pacientes	Reporte de caso Paciente con edema periorbitario, múltiples fracturas en extremidades e indicadores orofaciales que permitieron diagnosticar síndrome de niño maltratado.	El reconocimiento de maltrato infantil requiere el conocimiento de los indicadores extraorales, intraorales visibles e invisibles que permitan contribuir en el diagnóstico de SNM. El Odontopediatra debe realizar una historia clínica completa e intencionada que le permita conocer el entorno del niño con una exploración extraoral detallada para identificar zonas de alopecia, hematomas, cicatrices en	Los parámetros de redacción de reporte de casos clínicos son adecuados.

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
				<p>diferentes etapas de reparación, así como limitación en la función de extremidades y/o articulaciones.</p> <p>Así mismo, la articulación temporomandibular como parte del sistema estomatognático debe ser evaluada, con la finalidad de identificar alteraciones en la apertura y cierre que indiquen una probable fractura o anquilosis de la articulación.</p>	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 18. Síndrome del niño maltratado: diagnóstico y manejo odontológico. Reporte de un caso.

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
Velásquez, D. 2018 (29)	Paciente de sexo femenino, de 4 años de edad. Con signos característicos de Síndrome de niño maltratado.	A través de este caso se expuso el manejo clínico que se le dio al paciente en cuestión y se darán sugerencias sobre la acción médico-legal que se debe seguir con los pacientes que sufren maltrato infantil.	Reporte de caso. La paciente fue rehabilitada en seis sesiones de aproximadamente 50 minutos cada una, Terapias pulpares, colocación de coronas y restauraciones con resina. Con manejo de conducta.	Ante el diagnóstico de un niño o niña maltratados se recomienda que el Odontólogo particular o institucional llene un traumagrama, así como la notificación de presunción de maltrato infanto-juvenil; deberá recurrir a por lo menos uno de los esquemas institucionales creados para la notificación de los casos de maltrato: uno de los más tradicionales es el del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia. Actualmente, las denuncias	Cuenta con todos los parámetros de redacción de reporte de casos clínicos.

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
				se realizan en persona en los domicilios correspondientes del DIF o de forma anónima por vía telefónica.	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 19. Guía para la atención de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia en República Dominicana

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
Santo Domingo, D.N. 2017 (30)	6 de cada 10 menores de edad de 2 a 14 años (unos 1,000 millones) en el mundo padecen de manera periódica castigos corporales propinados por sus cuidadores. Se calcula que anualmente mueren por	Proporcionar al personal de salud que presta atención a la población infantil y adolescente, los medios que le permitirán reconocer los casos de violencia y abuso ejercidos contra niños, niñas o adolescentes, favoreciendo su detección y atención oportunas. Y Notificación y registro. El personal de salud y/o el equipo multidisciplinario tienen la obligación de reportar	Guía clínica Y propuesta de conformación de equipos encargado de dar seguimiento a los casos de violencia contra niños, niñas y adolescentes. Protocolo de atención de casos de violencia física y sexual,	Guía para la atención de Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de violencia en República Dominicana. Herramientas para detectar y diagnosticar la violencia ejercida y/o abuso contra niños, niñas y adolescentes. La atención Debe ser integral y multidisciplinaria, y dependerá de la tipificación de la violencia identificada. La atención será dispensada dentro de las siguientes categorías: •	Muy buena calidad metodológica. Cuenta con todos los parámetros para elaborar una Guía y protocolo de atención.

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
	<p>homicidio alrededor de 41,000 menores de 15 años. (UNICEF, 2006)</p>	<p>los casos de sospecha de violencia contra los niños, niñas y adolescentes al Sistema de Protección. El Director del Centro de Salud es el encargado de llevar a cabo la notificación oportuna a las autoridades responsables de la restitución de sus derechos. En los casos de alta complejidad, se informará de manera verbal, lo más pronto posible, a las autoridades correspondientes (se</p>	<p>psicológica, emocional y negligencia contra niños, niñas y adolescentes.</p>	<p>Médico-clínica. • Quirúrgica. • Psicológica. Las lesiones físicas deberán ser atendidas de manera prioritaria y conforme a los protocolos establecidos. Las evidencias científicas establecen que la participación de equipos especializados en la atención al maltrato infantil garantiza una evaluación precisa y completa; al tiempo que favorece el intercambio de información entre las disciplinas médicas y no</p>	

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
		<p>recomienda usar la línea telefónica VIDA 809-200-1202) y, posteriormente, será remitida la hoja de notificación. La notificación debe ser entregada a las siguientes instancias: Fiscalía, oficinas municipales de CONANI y Junta Local de Protección y Restitución de Derechos</p>		<p>médicas implicadas. Referencias y contrareferencias. Notificación y Registro. Seguimiento y Rehabilitación. Estrategias diagnósticas de Prevención y control.</p>	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 20. Conocimientos, Actitudes y Prácticas del Odontólogo frente al maltrato infantil en la ciudad de Cartagena. Tesis.

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
Gonzáles. 2013 Colombia (31)	149 Odontólogos que trabajen o estén en formación continua Cartagena	Identificar el nivel de conocimiento, actitud y práctica que adopta el Odontólogo frente a la detención del maltrato infantil en la consulta odontológica en la Ciudad de Cartagena de Indias.	Estudio descriptivo transversal. (Tesis) Para la recolección de la información se utilizó un cuestionario auto suministrado previamente validado que incluye preguntas estructuradas para evaluar el nivel de	En cuanto al nivel de actitud de los profesionales de Odontología frente al M.I se observó una actitud favorable en la totalidad de los encuestados; y sobre el reporte de sospecha de maltrato Infantil se evidencia que la tercera parte de la población estudiada reportan la sospecha. Así mismo al evaluar las prácticas que se realizan frente al tema se encontró un nivel inadecuado de estas, ya que no reportan los casos a las autoridades competentes, observándose que la falta del reporte de estos casos se debe al	Buena calidad metodológica. Cuenta con todos los parámetros para elaborar tesis. Estudio que sirve de base para continuar con otros trabajos de investigación.

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
			conocimientos, actitudes y prácticas sobre maltrato infantil	miedo de que se tomen represalias contra los niños. Recomiendan Diseñar un protocolo de manejo para las sospechas y reporte del maltrato infantil presentadas en la Ciudad de Cartagena	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 21. Evaluación del conocimiento y práctica del Odontólogo de atención primaria de salud en maltrato y protección infantil en las comunas de Temuco y Padre Las Casas. Tesis.

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
Lozano, R. 2020 (32)	74 Odontólogos que trabajan en establecimientos de APS.	<p>Evaluar el conocimiento, práctica y barreras sobre maltrato y protección infantil en Odontólogos de Atención Primaria, en las comunas de Temuco y Padre las Casas.</p> <p>Los Dentistas pediátricos pueden proporcionar información</p>	<p>Estudio transversal de tipo descriptivo, con enfoque cuantitativo</p> <p>(tesis)</p>	<p>Participaron 74 dentistas, en su mayoría Odontólogos generales (83,8%). El 13,5% y 14,9% tuvo formación en MI en pregrado y postgrado, respectivamente. El 40,5% declaró conocer los protocolos locales de protección infantil y el 79,7% declaró sospechar de MI alguna vez.</p> <p>Las barreras más frecuentes para la derivación fueron: falta de certeza en el diagnóstico</p>	<p>Muy buena calidad metodológica. Aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Humanos de la Comisión de Ética en Investigación Experimental de la Universidad de Valencia. Cumple los requisitos establecidos en</p>

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
		<p>valiosa y asistencia a los médicos sobre los aspectos orales y dentales del abuso y la negligencia infantil. Los Dentistas que han sido educados para reconocer los signos de abuso y negligencia tienen cinco veces más probabilidades de hacer un informe que los dentistas que no lo son. Los Dentistas están</p>		<p>(72%) y temor por las consecuencias frente a la intervención de agencias estatales. (54%).</p> <p>Se recomienda trabajar en instancias locales de capacitación sobre detección e informe de casos de MI.</p> <p>Se propone a nivel local en primer lugar incentivar el reconocimiento del odontólogo como parte del equipo que participa en la detección del MI a nivel primario de salud. A partir de esto, se sugiere trabajar en instancias de</p>	<p>los Principios de la Declaración de Helsinki.</p>

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
		obligados por ley a informar cualquier sospecha de abuso y negligencia infantil en todas las jurisdicciones provinciales		capacitación donde se otorguen y/o refuercen competencias profesionales en la detección precoz de signos y síntomas claves de MI, tanto del área maxilofacial como en el ámbito conductual de los NNA, es decir, contar con la participación de especialistas en Odontología Legal y del área psicosocial. En segundo lugar, se alienta a abordar aspectos de cómo y cuándo activar la primera respuesta frente a	

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
				<p>situaciones de MI, de manera que cada centro de salud municipal cuente y/o informe a los profesionales del equipo odontológico sobre los flujogramas locales de derivación, las acciones o protocolos sobre protección infantil y conocer cuáles son los límites de su actuación. En tercer lugar, es fundamental a nivel de los territorios comunales concientizar a los Odontólogos sobre este tema, entregar</p>	

ESTUDIO (1ER AUTOR Y AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUETRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DEL ESTUDIO
				información sobre los aspectos legales involucrados y organismos gubernamentales encargados.	

Fuente: Elaboración propia

7.2 RESULTADOS DE LA REVISIÓN

Se realizó la búsqueda electrónica estructurada en las siguientes bases de datos electrónicas: PubMed, Google Académico y SciELO, utilizando vocabulario controlado (términos MeSH) y palabras clave: Maltrato infantil, Odontopediatría, y Equipo multidisciplinario, con un intervalo de tiempo de publicaciones obtenidas de 2011 a 2021 años, en idiomas inglés, portugués y castellano. A través de la evaluación de títulos y resúmenes de todos los estudios identificados en las bases de datos electrónicas según criterios de elegibilidad: criterios de inclusión y exclusión, con resultados iniciales de 464 artículos, de los cuales se excluyeron 16 artículos duplicados y 407 no cumplían los criterios de inclusión. Seleccionándose 41 artículos, los cuales se revisaron a texto completo y se descartaron 22 artículos por no contar con objetivos claros y con algunas limitaciones, la muestra final consta de 20 estudios (Figura 1).

Todas las publicaciones revisadas demuestran que los Odontopediatras y Odontólogos de otras especialidades u odontólogos generales tienen conocimiento con respecto a la identificación de indicadores de maltrato infantil y negligencia infantil y han experimentado estos casos en su práctica durante los últimos cinco años.

Sin embargo, existen barreras que impiden informar los casos de sospecha de maltrato infantil a las autoridades competentes, como el temor a las represalias de familiares, falta de certeza sobre el diagnóstico de maltrato infantil y la incertidumbre sobre el manejo de casos, (12; 13; 14; 19; 23; 24; 26; 31; 32) falta de educación formal multidisciplinaria, no conocen quienes son autoridades competentes.

La mayoría de los profesionales de los estudios revisados no tienen conocimiento de una política de protección infantil en su lugar de trabajo y los mismos consideran que se necesitan recursos adicionales y capacitación para apoyar la identificación y el manejo de los casos de maltrato infantil por parte de los Odontólogos. (12, 13, 15, 16, 23, 24,31)

El personal Odontopediatra debidamente preparado y consiente de la responsabilidad puede cumplir el rol protector y defensor de los derechos del niño, la labor de

prevención consiste en acciones conjuntas con el equipo multidisciplinario, la recolección de indicadores de lesiones orofaciales sospechosas de maltrato en la historia clínica y la remisión de casos al equipo multidisciplinario quienes realizan la denuncia de maltrato infantil a Servicios Sociales, Servicios de Protección de menores o Fiscalía de menores; Servicios gubernamentales, o Autoridades competentes que en la mayoría de los estudios son pobres e insuficientes. (13, 15, 16, 20, 24, 26, 27,29, 30)

El equipo multidisciplinario conformado por médicos, enfermeras, trabajadores sociales, no involucran a los odontólogos u Odontopediatras en la mayoría de los estudios, y se evidencia sub-registro de información de maltrato infantil. (12,13,14,15,16,17,18,19,22,23,26,27,28,31)

No existen guías, ni protocolos estandarizados de manejo de casos del maltrato infantil que se utilicen en el Equipo multidisciplinario. (23, 24,31)

8. DISCUSIÓN

Después de analizar los resultados obtenidos de la amplia revisión sistemática se puede establecer que existe heterogeneidad de resultados y discrepancias entre los artículos, se evidencia que los Odontopediatras y odontólogos especialistas en otras áreas junto a los odontólogos generales son capaces de detectar casos de maltrato infantil basándose en una serie de datos clínicos sin embargo el porcentaje de casos notificados fue bajo en comparación con el número de casos sospechosos.

Se observó que la sospecha y la notificación de casos varían entre los diferentes estudios. (12; 13; 14; 19; 23; 26; 31; 32). Aproximadamente el 50% de la población estudiada se consideraba en una posición clave para la detección de maltrato infantil, pero casi el 80% no estaba preparado para reportar los casos detectados. La principal barrera que se enfrentó para la denuncia de abuso fue un diagnóstico incierto [23;24; 26;32], seguido de la preocupación por las consecuencias que la denuncia puede tener para el niño (31,32), y un falta de conocimiento sobre cómo proceder al informar el maltrato infantil, inseguridad a que autoridad acudir (14;26;31;32) Si bien no se dispone de estándares o protocolos internacionales, informar a las autoridades

o la policía fue la opción más utilizada entre los profesionales dentales de los estudios (23;24). Algunos prefieren llamar a los servicios de ayuda telefónica para casos de abuso, (29) o informan a sus compañeros u otros especialistas antes de decidir cualquier medida o ponerse en contacto con los servicios sociales, abogados o el hospital de referencia del menor.

El maltrato infantil es difícil de abordar, ya que aunque la prevalencia y la incidencia de maltrato infantil son altas, se desconoce el número exacto de casos y no existen protocolos de diagnóstico y notificación establecidos para tales situaciones en los diferentes lugares de los estudios realizados, a pesar de la gran relevancia del problema, existe poca participación de los profesionales Odontopediatras o generales en los diferentes estudios publicados en el ámbito de la atención odontológica en los diferentes servicios estudiados.

Se ha observado un mayor conocimiento en los profesionales especializados en Odontopediatría versus Odontólogos generales (25,26, 27). La capacidad de los Odontopediatras para sospechar y diagnosticar maltrato infantil es un tema crucial (19; 20; 23). Ya que los especialistas están más informados sobre cuándo y dónde denunciar maltrato infantil, pero desconocen su responsabilidad legal si no denuncian los casos de abuso.

La incertidumbre sobre a qué autoridades informar sobre los casos de abuso está condicionada al país involucrado, ya que en algunos países existe la obligación de informar a los servicios sociales, mientras que otros exigen la denuncia a los servicios de protección de la infancia o no cuentan con un protocolo específico para tales situaciones.(22, 23, 24,26,27,29,31)

Los hallazgos discrepantes de los diferentes estudios reflejan la falta de protocolos estandarizados y homogéneos para el diagnóstico de maltrato infantil y su manejo. Y la necesidad urgente de ser implementadas.

9. CONCLUSIONES

El maltrato infantil es considerado un fenómeno de amplio impacto social que repercute en gran medida en la salud física, mental y emocional del niño.

El Odontopediatra como parte integrante del equipo multidisciplinario de la salud juega un papel importante en la detección temprana del maltrato infantil, ya que alrededor del 50 % de las lesiones ocurren en el área de la cara y la boca. Situación que coloca en una posición favorable para detectar lesiones sospechosas de maltrato infantil o situaciones de riesgo. Sin embargo, a pesar de que la proporción de manifestaciones orales y dentales del maltrato infantil es significativa, llama la atención la escasez de artículos que abordan el tema y, en concreto, los pocos que se publican en revistas pediátricas.

El diagnóstico de maltrato infantil debe realizarse en el equipo multidisciplinario donde el Odontopediatra tiene la responsabilidad legal y ética, luego de haber examinado al niño en su unidad, y documentado (registros fotográficos) su historia clínica, de reportar los casos que tengan una “sospecha razonable” de que un menor este siendo maltratado.

La existencia en algunos países de guías de manejo y formularios correspondientes, que constituyen una herramienta importante que le permite a este profesional tener al alcance la información para actuar de forma efectiva y finalmente informar a las autoridades competentes sobre los casos de presunto maltrato infantil. Sin embargo, en La paz Bolivia no existe un formato o modelo de parte de lesiones sospechosos de maltrato infantil estandarizado para los Odontopediatras.

Todos los profesionales del equipo de salud incluido el Odontopediatra, están legalmente obligados a informar o notificar la identificación de un posible caso de maltrato infantil. En la mayoría de los estudios seleccionados los profesionales odontólogos y Odontopediatras no ingresan en la cadena de investigación del caso porque no llegan a informar a las autoridades correspondientes menos judiciales porque no sabe cómo hacerlo, ni conocen la ruta crítica a seguir.

Los Odontopediatras sospechan efectivamente casos de maltrato infantil en su práctica clínica, pero pocos reportan tales casos. Esta importante discrepancia entre el número de casos sospechosos y los casos efectivamente reportados se debe a la existencia de una serie de barreras que complican la labor del Odontólogo, lo que

subraya la necesidad de mejorar la formación en este ámbito, ya que los casos de maltrato infantil pueden persistir con el tiempo si no se toman las medidas adecuadas. La recopilación cuidadosa de la historia del caso es esencial. Asimismo, se necesitan pautas y estrategias estandarizadas para ayudar a los Odontopediatras a detectar casos de maltrato infantil, así como el trabajo multidisciplinario con otros profesionales de salud tanto en el ámbito público como en el privado. La definición de protocolos de notificación y la mejora de la formación en maltrato infantil son cruciales para reducir la morbilidad entre estos niños.

En Bolivia los casos de maltrato infantil deben ser denunciados a la Defensoría de la Niñez y Adolescencia donde existen un equipo de trabajo consistente en Abogado, trabajador social y psicólogo quienes de acuerdo al caso realizan la denuncia al Ministerio Público y al Juzgado Público en materia de Niñez y Adolescencia.

10. RECOMENDACIONES

Se recomienda a la Unidad de Postgrado de la Facultad de Odontología la difusión de esta investigación por medio de publicaciones científicas con base en evidencia científica.

Así mismo, se recomienda implementar el protocolo del rol del Odontopediatría en el manejo del maltrato infantil en el equipo multidisciplinario del Departamento de Clínicas y Preclínicas de la Facultad de Odontología.

Que el presente estudio sirva para continuar la línea de investigación a nivel de la aplicación del protocolo propuesto en las diferentes instituciones de salud y académicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Definición de maltrato infantil. [Online].; 2013 [cited 2021 marzo 26. Available from: https://www.who.int/topic/child_abuse/es.
2. Doria A, Navarro M. La odontología en el diagnóstico del maltrato infantil. . Universitas odontologica. Vol.35(74). [Online].; 2016 [cited 2021 marzo 26. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/Javeriana.uo35-74.odmi>.
3. UNICEF. Maltrato infantil en Chile. [Online]. [cited 2021 marzo 26. Available from: https://www.unicef.cl/archivos_documento/18/Cartilla%20Maltrato%20infantil.pdf.
4. Naciones Unidas (ONU). Declaración Universal de los Derechos Humanos.. [Online].; 1959 [cited 2021 marzo 26. Available from: <http://www.nu.org.bo/declaracion-universal-derechos-humanos>.
5. Asamblea General de las Naciones Unidas. Convención Internacional sobre los Derechos del Niño. [Online].; 1989 [cited 2021 marzo 26. Available from: <http://www.corteidh.oas.org/tablas/28143.pdf>.
- 6 Convenio de la Haya. Comparecencia de las Autoridades y la Ley Aplicable en materia de Protección de menores. [Online].; 1961 [cited 2021 marzo 26. Available from: <http://wwwhcch.net/conventions/full-test/cid-70>.
- 7 Ley No1098. Código de la infancia y adolescencia.. [Online].; 2006 [cited 2021 marzo 26. Available from: [https://www.oas.org/dil/esp/codigo de la infancia y la adolescencia colombia.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/codigo_de_la_infancia_y_la_adolescencia_colombia.pdf).
- 8 Ley No.3. Código de Familia de Panamá. [Online].; 17 de mayo de 1994 [cited 2021 marzo 26. Available from: <https://vlex.com.pa/vid/codigo-familia-41489878>.
- 9 Constitución Política del Estado de Bolivia. Nueva Constitución Política del Estado . Bolivia. Art. 61. I. [Online].; 2009 [cited 2021 marzo 26. Available from: https://www.oas.org/dil/esp/constitucion_bolivia.pdf.

10. Ley 548. Código Niña, Niño, Adolescente. Edición. 2019 [cited 2021 marzo 26]. Available from:

https://www.comunicacion.gob.bo/sites/default/files/dale_vida_a_tus_derechos/archivos/LEY%20548%20ACTUALIZACION%202018%20WEB.pdf
11. Asociación Dental Americana (ADA) Consejo de Ética, Estatutos y Asuntos Judiciales. Principios de ética y Código de conducta profesional.

Chicago, IL: ADA; 2016. [cited 2021 marzo 26. Available from:

[http://www.ada.org/~media/ADA/Publications/Files/ADA Code of Ethics 2016.pdf](http://www.ada.org/~media/ADA/Publications/Files/ADA_Code_of_Ethics_2016.pdf)
12. Al-Daban, R.; Newton, J. Asimakopoulou, K. Conocimientos, actitudes y experiencias de los dentistas viviendo en Arabia Saudita hacia el abuso infantil y descuido. The Saudi Dental Journal. 2014. 26. 79-87 [Online].; 2014 [cited 2021 marzo 26. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=child+abuse+dentistry&filter=pubt.clinical&filter=pubt.meta->
13. Rodríguez, J.; Lima; A.; Nagata, J.; Rigo, L.; Cericato, G.; Franco, A.; Paranhos, L.; Violencia doméstica contra los niños detectada y manejada en la rutina de la Odontología. Una Revisión sistemática. Revista de Medicina Legal y Forense. [Online].; 2016 [cited 2021 marzo 26. Available from:
<http://doi.org/10.1016/j.sdentj.2014.03.008>
14. Arrieta, K. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre maltrato infantil en odontólogos de Cartagena, Colombia. Revista Clínica de Familia. Vol. 7 No 2 Albacete. [Online].; 2017 [cited 2021 marzo 26. Available from:
<http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v33n2/2011-7531-sun-33-02-00129.pdf>
15. Doria, A.; Navarro, M.; La odontología en el diagnóstico del maltrato infantil. Universitas Odontológica. 2016 Ene-Jun; Vol. 35 (74). [Online].; 2016 [cited 2021 marzo 26. Available from:
<http://dx.doi.org/10.111/Javeriana.uo35-74.odmi>

16. Peraza, L.; Gutiérrez, S. El Síndrome del maltrato infantil y su diagnóstico en el consultorio estomatológico. MEDICIEGO [Online].; 2016. Vol. 22. No 4. [cited 2021 marzo 26. Available from: <http://rev.mediciego.sld.cu/Index.php/>
17. Burgette, J.; Safdari-Sadaloo, S.; Van Nostrand, E.; Leyes de negligencia dental infantil: Especificaciones y repercusiones para los dentistas en 51 jurisdicciones. Asociacion J. dental Americana diciembre 2019; 151 (2): 98-107 [Online].; 2020 [cited 2021 marzo 26. Available from:

<https://ada.org/en/about-the-ada/principles-of-ethics-code-of-professional-conduct>. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2019.09.010>
18. Kvist, T.; Coccozza, M.; Annerback, E.; Dahllof, G. Maltrato infantil: prevalencia y características de los informes obligatorios de los profesionales dentales a los servicios sociales. Revista Internacional de Odontología pediátrica. 2016. [Online].; 2016 [cited 2021 marzo 26. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26992159/> PMID:26992159 DOI: 10.1111/ipd. 12230
19. Pérez, P.; Labajo, E.; Martínez, E; Planells del Pozo, P. Maltrato infantil y Odontología: de la identificación al reporte del caso. ODOUS CIENTIFICA Vol.24 No3 septiembre [Online].; 2019 [cited 2021 marzo 26. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=child+abuse+dentistry&filter=pubt.clinical&filter=pubt.meta->
20. Rondón, N.; Guerra, M.; Zamudio, Y.; Orozco, G. Identificación de los indicadores de maltrato infantil a través de la revisión bibliográfica. ODOUS CIENTIFICA. 2018 enero- junio. Vol. 19 No.1: 73-85 [Online].; 2018 [cited 2021 marzo 26. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=child+abuse+dentistry&filter=pubt.clinical&filter=pubt.meta->
21. Bravo, L.; Lagos, D.; Borquez, P.; Vicente, J. Lesiones orales en víctimas del síndrome de munchausen por poder. Medicina Legal de Costa Rica. Sep.- Dec.

2018. Vol. 35. No. 2 [cited 2021 marzo 26. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=child+abuse+dentistry&filter=pubt.clinical&filter=pubt.meta->
22. Bautista, D.; Lazcano, L.; Angeles, M.; Espinoza, C.; García, A. Maltrato infantil y la odontología. Logo revista Dentista y Paciente. 2019 junio 1. [Online].; 2019 [cited 2021 marzo 26. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=child+abuse+dentistry&filter=pubt.clinical&filter=pubt.meta->
23. Melo, M.; Ata.; Cobo, T.; Diago, J.; Chofre, M.; Bagan, L.; Sanchez, C.; Ata, J. El papel de un dentista en el diagnóstico de abuso y negligencia infantil: una revisión de la literatura y la narrativa. 2019. Vol:13 Doi: 10.2174/1874210601913010301 [Online].; 2019 [cited 2021 marzo 26. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=child+abuse+dentistry&filter=pubt.clinical&filter=pubt.meta->
24. Cifuentes, C.; Contreras, R.; Torres.; Gonzales, A.; Maltrato Infantil: Conocimiento y Actitud del Cirujano Dentista. Marco Legal y revisión de la Literatura. Int. J. Odontoestomatología, 2020 Vol. 14 [Online].; 2020 <http://dx.doi.org/10.4067/So718-381x2020000200160>. [cited 2021 marzo 26. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=child+abuse+dentistry&filter=pubt.clinical&filter=pubt.meta->
25. Mathur, S.; Chopra, R.; Combating Child Abuse: The Role of a Dentist. Oral Health Prev. Dent. 2013 Vol.11, No 3: 243-250 [Online].; 2013 [cited 2021 marzo 26. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=child+abuse+dentistry&filter=pubt.clinical&filter=pubt.meta->

26. Olivan, G.; De la Parte Serna, A.; Manifestaciones orales y dentales del maltrato infantil. Rev. Pediátrica Atención Primaria. 2021; 23; No. 89 15-23 [Online].; 2021 [cited 2021 marzo 26. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=child+abuse+dentistry&filter=pubt.clinical&filter=pubt.meta->
27. Garrocho, A.; Olgún, A.; Pozos, A.; Actitudes y responsabilidades del dentista con respecto al abuso sexual infantil. Una revisión y un informe de caso. J. Clin. Exp. Dent. 2015 julio; Vol. 7 No 3; [Online].; 2015 [cited 2021 marzo 26. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=child+abuse+dentistry&filter=pubt.clinical&filter=pubt.meta->
28. Martagón, L.; Belmont, F.; De la Teja, E.; Téllez, J. Síndrome del Niño maltratado con repercusión estomatológica. Reporte de un caso. Revista Odontológica mexicana. 2016 abril/junio; Vol. 20 No. 2 [Online].; 2016 [cited 2021 marzo 26. Available from: <https://doi.org/10.1016/rodmex02016.04.005>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=child+abuse+dentistry&filter=pubt.clinical&filter=pubt.meta->
29. Velásquez, D. et al. Síndrome del niño maltratado: diagnóstico y manejo odontológico. Reporte de un caso. Vol. IX, No 2. Mayo – agosto 2018. pp.70-75 [Online].; 2018 [cited 2021 marzo 26. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=child+abuse+dentistry&filter=pubt.clinical&filter=pubt.meta->
30. Guía para la Atención de Niños, Niñas y Adolescentes víctimas de violencia en República Dominicana. Ministerio de Salud Pública. Santo Domingo, D.N. Agosto, 2017. [Online].; 2017 [cited 2021 marzo 26. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=child+abuse+dentistry&filter=pubt.clinical&filter=pubt.meta->

31. Gonzales, F. et al. Conocimientos, actitudes y prácticas del odontólogo frente al maltrato infantil en la ciudad de Cartagena. Universidad de Cartagena Facultad de Odontología Cartagena. [Online].; 2013 [cited 2021 marzo 26. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=child+abuse+dentistry&filter=pubt.clinical&filter=pubt.meta->
32. Lozano, R. Et al. Evaluación del conocimiento y práctica del odontólogo de atención primaria de salud en maltrato y protección infantil en las comunas de Temuco y Padre Las Casas. Actividad Integradora de graduación Magister en salud Pública. Facultad de medicina Departamento de Salud Pública. Santiago de Chile. Julio 2020. [Online].; 2020 [cited 2021 marzo 26. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=child+abuse+dentistry&filter=pubt.clinical&filter=pubt.meta->

ANEXOS

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIDAD DE POSTGRADO**



PROTOCOLO

**“ROL DEL ODONTOPEDIATRA EN EL EQUIPO
MULTIDISCIPLINARIO FRENTE AL MALTRATO INFANTIL”**

POSTULANTE: DRA. DILMA IRMA LAIME LLANOS

TUTOR TEMÁTICO: ESP.DRA. ROSARIO CARMEN MAMANI TUCO

TUTOR METODOLÓGICO: ESP.DRA. CARLA LARREA EYZAGUIRRE

**Trabajo de Grado presentado para optar al título de
Especialista en Odontopediatría**

La Paz - Bolivia
2021

ÍNDICE TEMÁTICO

1. DEFINICIÓN	1
2. ETIOLOGÍA DE MALTRATO INFANTIL	4
3. CLASIFICACIÓN DE MALTRATO INFANTIL.....	5
4. INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL	6
5. DIAGNÓSTICO CLÍNICO	22
6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	23
7. EXAMENES COMPLEMENTARIOS	26
8. TRATAMIENTO	28
9. TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO:	29
10. COMPLICACIONES	31
11. CRITERIOS DE ALTA	31
12. CRITERIOS DE REFERENCIA	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2. Ruta Crítica	38
Figura 3. Traumagrama de cabeza y cuello.....	40
Figura 4. Traumagrama corporal	41

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 22. Maltrato Físico.....	6
Tabla 23. Abuso Sexual.....	9
Tabla 24. Maltrato Emocional o Psicológico	12
Tabla 25. Abandono Emocional.....	14
Tabla 26. Negligencia o Abandono Físico	16
Tabla 27. Negligencia Dental.....	18
Tabla 28. Tipo de Lesiones Orofaciales.....	20
Tabla 29. Sintomatología y ubicación orofacial de las Enfermedades de Transmisión sexual (ETS)	21
Tabla 30. Diagnóstico diferencial	24
Tabla 31. Exámenes complementarios.....	26

1. DEFINICIÓN

1.1 DEFINICIÓN ROL DEL ODONTOPEDIATRA

El Odontopediatra es el especialista formado cuyo eje principal del tratamiento que brinda es el manejo preventivo, con el objeto de que el niño desarrolle, desde una edad temprana, hábitos saludables de vida tales como el autocuidado de su salud bucodental, una alimentación balanceada, así como una actitud positiva frente al tratamiento y los controles profesionales.

El Odontopediatra por lo tanto atiende al bebé desde su nacimiento, controla durante la lactancia, la infancia, la adolescencia y la adultez temprana, en este proceso participa activamente la familia, por lo cual su labor comienza con la orientación de la madre durante el embarazo, con el fin de prepararla para el cuidado de la salud bucodental de su bebé, y posteriormente, al resto de la familia en el desarrollo de una crianza saludable.

Antiguamente la actuación de los Odontólogos solo se veía concentrado en el punto rehabilitador actualmente la formación integral de la especialidad en Odontopediatría tanto clínica y su conocimiento del desarrollo evolutivo y psicológico del ser humano, le permiten al Odontopediatra entender y conectarse emocionalmente con pacientes de estas edades, al mismo tiempo está entrenado para tratar aspectos específicos que afectan a los pacientes como la prevención de caries, enfermedad periodontal y alteraciones de la oclusión o de mordida y como actualmente se tiene protocolos, guías y documentos que se utilizan para capacitar al odontólogo de manera más amplia y forme parte activa del equipo multidisciplinario de salud.

Actualmente el Odontopediatra es un actor del equipo multidisciplinario de salud de primordial importancia y está capacitado para la detección, diagnóstico, reporte y denuncia de casos de maltrato infantil, al realizar seguimiento activo de la salud bucal de los niños en la atención continua. Los Odontopediatras además están en una posición única para observar la relación entre padres e hijos, así como los cambios en el comportamiento del niño, y siendo la violencia física el tipo de maltrato más común en niños, más del 50 % de las injurias ocurren en la cabeza y zona facial,

incluyendo cavidad oral, y más del 70 % de las muertes se atribuye al abuso causado por lesiones en el área orofacial, cabeza y cuello. (1) (Como fracturas dentales, laceraciones orales, fracturas maxilares y mandibulares y quemaduras), la caries dental también se asocia con abandono o negligencia, es por ello que el odontólogo tiene la posibilidad de detectar posibles casos de abuso o negligencia por la cercanía que tiene con el paciente y que debe estar entrenado para determinar, diagnosticar y reportar maltrato infantil, antes que otros profesionales de salud. (1)

Entre los distintos profesionales de la salud que atienden a estos niños, víctimas de maltrato, cuando asisten a hospitales o centros de salud, el Odontopediatra puede ser el primer profesional interviniente que reconozca las lesiones generadas como producto de la violencia activa o pasiva ejercida sobre los menores de edad, y todos los profesionales de la salud, incluidos los Odontopediatras, están obligados éticamente, por sus códigos y leyes, a denunciar si se sospecha de maltrato infantil.

Por lo tanto al ser los Odontopediatras profesionales que poseen una alta probabilidad de identificar lesiones que pueden ser compatibles con maltrato infantil, en comparación con los otros actores del equipo multidisciplinario de salud, es de suma importancia el reconocimiento de los signos clínicos específicos por parte de ellos, y conocer a su vez, su responsabilidad tanto legal como ética de informar a las autoridades competentes sobre estas situaciones, para detectar a tiempo posibles casos registrarlos adecuadamente durante la consulta odontológica y denunciarlos oportunamente. (9) Asimismo, es imprescindible que el Odontopediatra pueda asociar la falta de cuidado de la salud bucal del niño, con un acto de negligencia por parte de los padres, y vincularla a una forma de maltrato infantil, teniendo en cuenta la estrecha relación que existe entre estas situaciones.

El equipo multidisciplinario se define como un conjunto de personas con diferentes especialidades y áreas, que dentro del modelo de atención y enmarcados en los 4 pilares de la Política SAFCI y entre ellos existe un tipo de relacionamiento horizontal, donde las potencialidades de sus capacidades se complementan y hacen sinergia para dar respuesta a los usuarios para alcanzar un objetivo común. El equipo

multidisciplinario de salud de cada establecimiento cumple las regulaciones establecidas en la Norma Básica del Sistema de Administración de personal del Ministerio de salud. (2)

El equipo multidisciplinario de salud básico está conformado por el médico, odontólogo general u Odontopediatra, personal de enfermería, trabajador social, donde el Odontopediatra juega un rol muy importante frente a casos de maltrato infantil. (2)

ROL DEL ODONTOPEDIATRA

1. Conocer de forma precisa los indicadores de maltrato y los factores de riesgo que puedan ser observados en la consulta Odontopediátrica.
2. Responder adecuadamente ante una situación de maltrato y orientar a la familia como debe responder hacia el menor.
3. Establecer canales de coordinación e interconsulta con otros profesionales del equipo multidisciplinario de salud que le permitan realizar un diagnóstico y tratamiento integral al paciente que ha sido víctima de maltrato infantil.
4. Registro adecuado de anamnesis y lesiones sospechosas en las historias clínicas.
5. Asegurar la confidencialidad del caso.
6. Hacer todo lo posible para evitar una situación de maltrato.
7. Conocer la legislación existente sobre menores, así como su obligación de denunciar y colaborar en la protección a la infancia.
8. Conocer cuáles son los procedimientos interinstitucionales: salud, sociales, terapéuticos, jurídicos y penales.
9. Desarrollar programas de prevención para el menor, la familia y la sociedad junto al equipo multidisciplinario de salud de la institución donde trabaja.
10. Consensuar con los medios de comunicación el código deontológico para tratar los temas de maltrato. (9)

El equipo multidisciplinario en la Defensoría de la Niñez y Adolescencia en Bolivia está compuesto por tres áreas: social, Psicológica y Legal, cuyo objetivo común es la

defensa de los derechos de la niñez y adolescencia. (3) Y frente al diagnóstico de maltrato infantil es la responsable de realizar la denuncia ante el Ministerio Público y autoridades competentes.

1.2 MALTRATO INFANTIL

El maltrato infantil es un problema de salud pública, considerado el mayor problema social que afecta todos los grupos culturales, étnicos y socioeconómicos, situación que amenaza la salud individual y colectiva de la población infantil. Según la OMS el maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. (4)

Este incluye lo que se hace (acción), lo que se deja de hacer (omisión) y lo que se realiza de forma inadecuada (negligencia). (5)

Fuera del grupo familiar pueden darse otros tipos de maltrato infantil: Niños que sufren en conflictos armados que viven en la calle. Disciplinas violentas o humillantes en instituciones, la explotación sexual y la pornografía infantil (3)

Las consecuencias del maltrato infantil se hacen visibles a mediano y largo plazo en el desarrollo psicosocial físico de las personas. Los daños emocionales causados a temprana edad pueden significar “marcas imborrables” para toda la vida pudiendo llegar a ser adultos maltratadores y violentos, reproduciendo el ciclo de la violencia.

2. ETIOLOGÍA DE MALTRATO INFANTIL

Generalmente el maltrato se origina en la violencia doméstica propiciada por un ambiente familiar agresivo en el que resulta habitual el consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas. Entre los factores de riesgo de maltrato infantil más frecuentes se citan las desarmonías familiares, las dificultades económicas, el consumo de drogas, ser madres solteras o jóvenes, embarazos no deseados, el

aislamiento social, la baja autoestima, las enfermedades psiquiátricas (depresión materna), los patrones culturales machistas, desempleo, falta de recursos económicos, los niños con hiperactividad, discapacidades o con malformaciones, y las historias previas de abuso físico en los padres de los niños. (6)

Si bien los odontólogos generales se hicieron cargo de la atención de los niños, sobre todo en la parte rehabilitadora, actualmente los Odontopediatras son los especialistas que tienen mayor formación y capacitación en el diagnóstico, detección, reporte de casos de maltrato infantil en la atención continua. Aspectos que le permiten cumplir con el rol protector y defensor del niño, su labor de prevención debe consistir en acciones conjuntas con el equipo multidisciplinario de salud.

3. CLASIFICACIÓN DE MALTRATO INFANTIL

El maltrato físico es cualquier acto, no accidental, ocasionado a un menor (a) por su progenitor, (a), sustituto o sustituta que le provoque daño físico o enfermedad o le coloque en situación grave de padecerlo. Es una lesión infringida a través del uso de fuerza excesiva sobre un niño.

El maltrato emocional o psicológico: son actitudes dirigidas para producir daño a la integridad emocional de los niños a través de gestos o expresiones verbales que humillan o degradan, que influyen en el desarrollo de la personalidad saludable del niño. (9)

El descuido o negligencia es cualquier conducta que prive al niño de la supervisión o atención indispensable para su desarrollo, como alimentación, educación, ropa, abrigo, cuidado médico y odontológico. (9)

El descuido dental no se separa de la categoría general de descuido. La Academia Americana de Odontología Pediátrica define descuido dental como: "Caries dental, enfermedades periodontales y otras condiciones bucales, si no son tratadas pueden causar dolor, infección y pérdida de la función". Las consecuencias no deseadas pueden, en forma adversa afectar el aprendizaje, la comunicación, la nutrición, la socialización y otras actividades necesarias para el crecimiento y desarrollo normal.

(9). Abuso sexual: es toda forma de actividad sexual entre un adulto y un niño, niña o adolescente. Incluye la explotación sexual. (9)

4. INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL

4.1. MALTRATO FISICO

El maltrato infantil es cualquier acto no accidental, ocasionado a una menor o a un menor por su progenitor, tutor o tutora que le provoque daño físico o enfermedad o le coloque en situación grave de padecerlo.

Tabla 22. Maltrato Físico

INDICADORES FÍSICOS	COMPORTAMIENTO NIÑO	CONDUCTA /CUIDADORES
Lesiones cutáneo-mucosas: Hematomas, contusiones, heridas (en boca, labios encías, y ojos), pinchazos, laceraciones, quemaduras, Mordeduras (humanas), alopecia.	–Cauteloso con respecto al contacto físico con adultos. –Se muestra aprensivo cuando otros niños/as lloran.	– Ha sido objeto de maltrato en su infancia. – Utiliza una disciplina severa, inapropiada para la edad, falta cometida y condición del niño/a.
Trauma ocular – Fracturas de nariz o mandíbula, torceduras o dislocaciones. – Lesiones dentales:	– Muestra conductas extremas (ej. Agresividad o rechazo extremos).	– No da ninguna explicación con respecto a la lesión del niño/a, o éstas son ilógicas no convincentes o contradictorias.
Cualquier tipo de lesión dental no congruente con la causa referida	– Parece tener miedo de sus padres.	

INDICADORES FÍSICOS	COMPORTAMIENTO NIÑO	CONDUCTA /CUIDADORES
<p>Lesiones no congruentes con la causa referida y en distintos estadios evolutivos.</p> <p>– Múltiples o presencia frecuente y reiterada de lesiones, en zonas no habituales y no prominentes.</p> <p>Sobre todo <3 años.</p> <p>– La forma delata el objeto.</p> <p>Lesiones osteoarticulares:</p> <p>Cualquier tipo de fractura o traumatismo osteoarticular, No congruente con la causa referida a cualquier edad. Sobre todo en < 2 años.</p> <p>– Múltiples, recurrentes y en distintos estadios evolutivos.</p> <p>Lesiones internas: suelen traducir el resultado de una fuerza o impacto directo sobre una cavidad ósea, afectando a los órganos o vísceras que contienen: cerebro, ojo, oído o cualquier víscera torácica - abdominal. Suele verse:</p>	<p>– Informa que su padre/ madre le ha causado alguna lesión</p>	<p>– Percibe al niño/a de manera significativamente negativa (ej. Le ve como malo, perverso, un monstruo, etc.).</p> <p>– Psicótico o psicópata.</p> <p>– Abusa del alcohol u otras drogas.</p> <p>– Intenta ocultar la lesión del niño/a o proteger la identidad de la persona responsable de ésta.</p> <p>– Cambios frecuentes de pediatra.</p> <p>– No muestra preocupación por las lesiones, no acude a las citas informativas del</p>

INDICADORES FÍSICOS	COMPORTAMIENTO NIÑO	CONDUCTA /CUIDADORES
hematoma subdural o epidural, hemorragias subaracnoideas hemorragias retinianas, desprendimiento de retina hematoma pulmonar o de bazo, hemo, neumotórax.		médico o abandona al niño/a en el hospital y apenas lo visita.

Fuente: Pérez, C. et al. Guía de actuación sanitaria para la atención al maltrato infantil. 2017.

4.2 ABUSO SEXUAL

Cualquier clase de placer sexual con un niño, por parte de un adulto, desde una posición de poder o autoridad. Puede ser que exista un contacto físico (en forma de penetración o tocamientos o puede utilizar al niño como objeto de estimulación sexual.

Tabla 23. Abuso Sexual

INDICADORES FÍSICOS	COMPORTAMIENTO	CONDUCTA /CUIDADORES
<p>Signos externos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si es agudo o reciente: ropa interior rasgada, con sangre, semen o fluidos. - Dificultad para caminar - Lesiones cutáneas en cara interna muslos, rodillas, pubis, cuello o mamas. - Señales de lucha en la piel: petequias, marcas en el cuello. <p>En los genitales: cualquier tipo de lesión: hemorragias, edema, signos de infección, heridas, hematomas, desgarros al nivel de vulva, vagina, labios, región perianal, y en el varón a nivel del pene o zona anal.</p> <p>Presencia de cuerpos extraños en vagina o recto,</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Parece reservado, rechazante, con fantasías o conducta infantil, incluso puede parecer retrasado. - Ansiedad, fobias. - Tiene escasas relaciones con sus compañeros. - Medio excesivo. - Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados o inusuales a su edad - Dice que ha sido atacado por un padre/cuidador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Extremadamente protector o celoso del niño/a. - Alienta al niño/a. a implicarse en actos sexuales o prostitución en presencia de cuidador/a. - Sufrió abuso sexual en su infancia. - Experimenta dificultades con su pareja. - Abuso de drogas o alcohol. - Está frecuentemente

INDICADORES FÍSICOS	COMPORTAMIENTO	CONDUCTA /CUIDADORES
<p>Dilataciones himeneales</p> <p>Dilatación anal > 15mm, verrugas perianales, fisuras múltiples.</p> <p>Embarazo al inicio de la adolescencia con otros factores asociados: comportamentales.</p> <p>Enfermedades de transmisión sexual: (descartado que se hayan transmitido de forma perinatal):</p> <p>Se considera seguro el abuso sexual si presentan: Sífilis, Gonococia, Chlamydia trachomatis e infección VIH</p> <p>Muy sospechoso el abuso ante: Trichomonas vaginales, Herpes genital y Condiloma acuminado anorrectal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pudor inexplicable y exagerado en la exploración médica genital. - Exceso de interés o de evitación en lo relativo a temas sexuales. - Conductas, conocimientos o juegos de carácter sexual inapropiados a su edad. - Agresividad sexual hacia otros niños/as; masturbación en sitios públicos. - Trastornos en el control de esfínteres que no existían: enuresis, encopresis. - Trastornos del sueño. 	<p>ausente del hogar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de apego.

INDICADORES FÍSICOS	COMPORTAMIENTO	CONDUCTA /CUIDADORES
	– Pierde capacidad de concentración, disminuye rendimiento escolar.	

Fuente: Pérez, C. et al. Guía de actuación sanitaria para la atención al maltrato infantil. 2017.

4.3 MALTRATO EMOCIONAL

Se la define como la hostilidad verbal crónica en forma de insulto, burla desprecio, crítica o amenaza de abandono y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro o confinamiento) por parte de cualquier adulto.

Tabla 24. Maltrato Emocional o Psicológico

INDICADORES FÍSICOS	COMPORTAMIENTO NIÑO	CONDUCTA /CUIDADORES
Retraso en el desarrollo psicomotor.	Parece excesivamente complaciente, pasivo, Nada exigente.	– Despreocupado.
– Fallo de medro inorgánico.	– Inhibido en el juego.	– Ignorar y/o aislar al menor.
– Retrasos en adquisición de funciones madurativas:	– Es extremadamente agresivo, exigente o rabioso.	– Evitar que interactúen con otros adultos y mantener experiencias sociales normales.
Control esfínteres, hábito de masticar.	– Muestra conductas extremadamente adaptativas, que son o bien demasiado “adultas” (ej. hacer el papel de padre de otros) o demasiado infantiles	– Impide formar amistades.
	– (ej. mecerse constantemente,	– Le hace creer que se encuentra solo en el mundo.
		– Rechazo: A las iniciativas de contacto del menor y a la formación de relación de apego.
		– Exclusión en las actividades familiares.
		– Impedir la autonomía al adolescente.

INDICADORES FÍSICOS	COMPORTAMIENTO NIÑO	CONDUCTA /CUIDADORES
	chuparse el pulgar, enuresis).	– Aterrorizar: Amenaza de castigo extremo o siniestro.
	Retrasos en el desarrollo físico, emocional e intelectual.	– Expectativas inalcanzables pena de castigo por no lograrlas.
	– Intentos de suicidio.	– Insultos, gestos, palabras intimidatorias.
	– Desconfianza hacia los adultos cuando le hacen promesas o ante actitudes positivas.	– Amenaza de exponerle a humillación pública.
	– Paradójica reacción de fácil adaptación a desconocidos.	– Violencia doméstica extrema y/o crónica: entre los padres en presencia del menor.
	– Busca contactos físicos inapropiados.	– Trato desigual a los hermanos.
	– Conductas extremas: demasiado adultas o demasiado infantiles.	
	– Tristeza, habla muy poco.	

Fuente: Pérez, C. et al. Guía de actuación sanitaria para la atención al maltrato infantil. 2017.

4.4. ABANDONO EMOCIONAL

Se considera negligencia o abandono emocional cuando las necesidades psicológicas o emocionales básicas del menor no son atendidas.

Falta persistente de respuesta a las señales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el menor y una falta de contacto o de expresividad emocional por parte de una figura adulta estable.

Tabla 25. Abandono Emocional

INDICADORES FÍSICOS	COMPORTAMIENTO NIÑO	CONDUCTA /CUIDADORES
– Retraso de crecimiento y bajo peso.	– Retraso psicomotor	– Ausencia total de disponibilidad hacia el niño/a.
– Retraso en el desarrollo psicomotor.	– Retraso intelectual y cognitivo	– Falta de respuesta a los acercamientos del niño/a.
– Fallo de medro inorgánico.	– Trastornos en la expresión y lenguaje	– Frialidad y falta de afecto.
– Retrasos en adquisición de funciones madurativas: control esfínteres, hábito de masticar...	– Trastornos en la regulación de esfínteres	– Falta de participación en las actividades diarias del niño/a.
	– Falta de sonrisa y apatía	– Falta de protección ante amenazas externas y denegación de ayuda cuando la necesita.
	– Facciones avejentadas	– Ausencia de interés general.
	– Niños/as más mayores	
	Síntomas depresivos	
	– Desconexión afectiva	
	– Síntomas ansiosos y compulsivos.	
	– Trastornos psicósomáticos.	

INDICADORES FÍSICOS	COMPORTAMIENTO NIÑO	CONDUCTA /CUIDADORES
	<ul style="list-style-type: none"> – Conductas antisociales. – Conductas regresivas. – Masturbación pública y/o de forma excesiva. – Comportamientos auto gratificantes (balanceos) – Desconfianza hacia los adultos cuando le hacen promesas o ante actitudes positivas. Paradójica reacción de fácil adaptación a desconocidos. – Busca contactos físicos inapropiados. – Conductas extremas: demasiado «adultos» o demasiado «infantiles» 	<ul style="list-style-type: none"> – Rechazo de atención psicológica – A iniciar tratamiento de problema emocional o conductual, existiendo acceso a un recurso. Habiendo sido recomendado por profesionales expertos. – Retraso en la atención psicológica – No buscan o proporcionan ayuda psicológica ante una alteración emocional /conductual. y/o ante circunstancias extremas de evidente necesidad de ayuda. – Violencia de género

Fuente: Pérez, C. et al. Guía de actuación sanitaria para la atención al maltrato infantil. 2017.

4.5 NEGLIGENCIA O ABANDONO FÍSICO

Las necesidades físicas básicas del menor (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, educación y cuidados médicos) no son atendidas temporalmente o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con él.

Tabla 26. Negligencia o Abandono Físico

INDICADORES FÍSICOS	COMPORTAMIENTO DEL NIÑO	CONDUCTA /CUIDADORES
Derivados de una alimentación inadecuada: – Fallo global de desarrollo. – Retraso psicomotor. – Retraso en el desarrollo puberal. – Raquitismo. – Anemias o déficit de vitaminas o de oligoelementos: Palidez, apatía, debilidad general.	Participa en acciones delictivas (ej. vandalismo, prostitución, drogas alcohol, etc.) – Pide o roba comida. – Dice que no hay nadie que lo cuide. – Absentismo escolar y/o no cumple los Horarios. – Conductas para llamar la atención. – Conductas autogratificantes o movimientos	– Abuso de drogas y alcohol. – La vida en el hogar es caótica. – Muestra evidencias de apatía o inutilidad. – Está mentalmente enfermo o tiene un bajo nivel intelectual. – Tiene una enfermedad crónica. – Fue objeto de negligencia en su infancia. – Muestra poca preocupación por la higiene, el vestuario, la alimentación y los
Derivados de una higiene globalmente inadecuada (hogar, aseo personal). – Aspecto de abandono: suciedad global. – Infestaciones por parásitos.		

INDICADORES FÍSICOS	COMPORTAMIENTO DEL NIÑO	CONDUCTA /CUIDADORES
<ul style="list-style-type: none"> - Infecciones piel, intestinales, respiratorias, repetidas. - Boca catastrófica. <p>Derivados de la exposición a condiciones ambientales inadecuadas.</p> <p>Accidentes domésticos repetidos.</p> <p>Derivados de la falta de atención a las enfermedades agudas o crónicas,</p> <p>Incumplimiento de las recomendaciones de prevención de enfermedades vacunas, revisiones de salud para cribado de patologías, tratamientos preventivos en enfermedades crónicas como el asma, la diabetes).</p>	<ul style="list-style-type: none"> auto-estimulativos. - Trabajos inadecuados a su edad. - Inmadurez emocional; retraso madurativo global. 	<ul style="list-style-type: none"> controles sanitarios del niño/a. - Seguimiento inadecuado de las enfermedades del niño/a. - Falta de cumplimiento de los tratamientos médicos prescritos al niño/a. - Exterioriza pobreza, ignorancia o incultura.

Fuente: Pérez, C. et al. Guía de actuación sanitaria para la atención al maltrato infantil. 2017.

4.6 NEGLIGENCIA DENTAL:

Falta de búsqueda de tratamiento por parte de los padres o tutores en lesiones de caries no tratadas, infecciones orales y dolor o la falta de continuación de un tratamiento cuando ya han sido informados los padres de que existen las condiciones anteriormente citadas.

Tabla 27. Negligencia Dental

INDICADORES FÍSICOS	COMPORTAMIENTO	CONDUCTA /CUIDADORES
–Caries dental de mucho tiempo de evolución.	– Odontalgias de hace varios días.	– Acude con el niño de emergencia ya que no tenía tiempo antes.
–Aumento de volumen en la región oro facial.	– No sabe explicar cuál es el lugar de origen del dolor	– Indica que el paciente tenía dolor hace varios días, pero no parece importante.
–Abscesos peri apicales,	– Expresa miedo de dolor que tiene.	– No muestra preocupación durante el tratamiento de emergencia.
–Pulпитis irreversible, sintomática y asintomática.	– Miedo al tratamiento dental por experiencias relatadas por los padres.	– No cumple con las indicaciones dada evitando el éxito del tratamiento propuesto.
–Restos de piezas dentarias,	– Llanto constante al ingresar al consultorio.	– No lleva al niño a citas dentales previamente programadas.
–Condiciones higiénicas inadecuadas en la cavidad oral.	– Paciente de difícil manejo en consultorio.	– Culpa al menor de no realizar los cuidados adecuados
–Daños en tejidos periodontales.	– Temor constante ya que es la	

INDICADORES FÍSICOS	COMPORTAMIENTO	CONDUCTA /CUIDADORES
	primera visita al dentista, emergencia.	deslindándose de toda responsabilidad.

Fuente. Tapia, R. Manual de Diagnostico Maltrato infantil en Odontopediatria.2016

4.7 LESIONES DE INTERÉS EN ODONTOLOGÍA

Tabla 28. Tipo de Lesiones Orofaciales

Localización de lesiones	Tipo de lesiones orofaciales
Cráneo	Alopecia traumática, equimosis, hemorragia esclerótica, lesiones en zonas laterales de la cabeza, mejillas.
Labios	Excoriación, Esquimosis, Laceraciones, Quemaduras, cicatrices por amordazamiento. Lesiones de Enfermedades por Transmisión Sexual.
Mucosa gingival o yugal	Abrasiones, Laceraciones, Quemaduras, Petequias, Lesiones de Enfermedades por Transmisión Sexual.
Lengua	Mordedura, Quemaduras, Patología Infecciosa por Agentes de Enfermedad de Transmisión Sexual.
Frenillo labial y lingual	Laceraciones, equimosis.
Paladar	Laceraciones, quemaduras.
Dientes	Luxación, avulsión, fractura, intrusión, necrosis, caries múltiple sin tratamiento, patología pulpar abscesos, granulomas fistulas, enfermedades periodontales.
Huesos de la cara y mandíbula	Fracturas.
Otras regiones	Huellas de mordedura: equimosis, patrón elíptico ovoide o circular, ruptura de vasos pequeños; las marcas características son de

Localización de lesiones	Tipo de lesiones orofaciales
	incisivos superiores; pueden ser en mejillas, brazos y piernas. (8)

Fuente: Rondón, 2017

4.8. LESIONES POR ABUSO SEXUAL DE INTERES EN ODONTOLOGIA

La cavidad oral es un sitio frecuente de abuso sexual en niños.

Eritema o petequias: Sobre todo en la unión del paladar duro con el blando. Pueden acompañarse de un desgarro del frenillo lingual, cuando no tienen una explicación aparente, podemos sospechar que han sido generadas por sexo oral forzado (felación).

Tabla 29. Sintomatología y ubicación orofacial de las Enfermedades de Transmisión sexual (ETS)

ETS	Sintomatología	Ubicación
Gonorrea	Úlceras, pústulas vesiculares, lesiones pseudomembranosas.	Labios Lengua Paladar Cara Faringe (asintomático)
Condiloma acuminado	Elevación única o múltiple pedunculada con forma de coliflor.	Cavidad oral, Región anal Región genital
Sífilis	Pápula Úlcera (chancro sifilítico)	Labio Dermis

ETS	Sintomatología	Ubicación
Clamidiasis	Úlceras en boca	Cavidad oral y lengua.
Tricomoniasis	Rara vez se manifiesta en boca	

Fuente: Doria, La Odontología en el maltrato infantil. 2016

5. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Historia clínica

El diagnóstico clínico del maltrato infantil depende de una buena historia clínica, el Odontopediatra juega un papel fundamental como primer interviniente durante la atención en el consultorio, en la búsqueda de indicadores físicos y comportamentales del menor (a) y de los acompañantes.

La historia clínica debe ser cuidadosamente documentada durante la anamnesis y procedimiento clínico los siguientes aspectos:

Antecedentes personales y familiares:

- Lesiones, hospitalizaciones, enfermedades, enfermedades crónicas congénitas, enfermedades genéticas, alergias a medicamentos.
- Historia del desarrollo de la motricidad, el lenguaje y psicosocial del niño.
- Historia del embarazo (deseado o no deseado, planeado o no; atención prenatal; con inasistencia médica; complicaciones durante el embarazo y parto, depresión postparto).
- Historia de la violencia doméstica, el abuso sustancias, problemas sociales o financieros, abuso de los hermanos o los mismos padres.
- Estándar de la disciplina familiar.

Historia de la enfermedad actual:

El Odontopediatra es capaz de detectar todos los hallazgos físicos en cuanto a número, tipo, tamaño, ubicación y estado de las lesiones. Debe igualmente documentarlos detalladamente y de forma reproducible por escrito y usando esquemas o dibujos (cuando sea posible), fotografías (La serie fotográfica del niño, debe incluir fotografía de la cara para identificarlo. Todas las fotografías deben tener fecha y hora, y deben ser registrados al menos tres imágenes de todas las lesiones y diferentes enfoques), radiografías y modelos de estudio en la historia clínica (escrita o digital) (1) y se recomienda realizar impresiones en silicona. (9)

Examen clínico a los niños se debe hacer desde que el niño entra en la sala de espera. El Odontopediatra y el equipo multidisciplinario obtendrán una impresión general del niño como higiene, desarrollo, estatura, relación con los padres, su andar, etc.

Observar las superficies expuestas de la piel en busca de marcas inusuales, laceraciones etc. Si los movimientos del niño presentan limitaciones que pueden indicar lesiones más importantes que la que los padres manifiestan. El examen cuidadoso de la cara, cuello, y la garganta debe hacerse antes de efectuar un examen bucal completo y sistemático, ya que la historia puede aumentar significativamente el índice de sospecha del Odontopediatra.

Examinar el estado y la descripción emocional del niño y sus familiares o acompañantes en la consulta.

6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial ayuda a realizar un adecuado diagnóstico de maltrato infantil, ya que nos indica cuando una lesión es provocada y cuando es accidental, aumentando el éxito del diagnóstico.

Tabla 30. Diagnóstico diferencial

PROVOCADA	ACCIDENTAL
QUEMADURAS	
<p>Localización múltiple y/o bilateral, con frecuencia en la región perioral e intraoral, espaldas genitales, glúteos, anos, pies y piernas.</p> <p>Distribución simétrica en forma de calcetín o de guante “producida por inmersión en agua caliente”.</p> <p>En forma de “imagen en espejo” (palmas de manos, plantas de pies).</p>	<p>Bordes irregulares: carácter único y casual; distribución asimétrica.</p> <p>Localización en región anterosuperior del cuerpo y/o en zonas descubiertas de la piel.</p>
LESIONES OSTEOARTICULARES	
<p>Cualquier fractura, luxación en niños menores de dos años. (Especialmente si no deambula).</p> <p>Tipo de lesión inconsistente con la lesión inconsistente con la historia proporcionada.</p> <p>Fracturas múltiples y/o bilaterales, en distintos estadios evolutivos de consolidación.</p>	<p>Historia de accidente coincide con el tipo de lesión.</p> <p>Fractura o luxación en niños mayor de dos años, acompañada de historia de accidente de acuerdo a las lesiones.</p>
ALOPECIA TRAUMÁTICA	
<p>Presencia combinada de zonas de pelo sano entre zonas arrancadas</p>	<p>Áreas descalvantes por permanencia en decúbito (lactantes) Tricolomanía.</p>

PROVOCADA	ACCIDENTAL
<p>sin que sigan una distribución determinada.</p> <p>Diferente longitud de pelo en una zona del cuero cabelludo sin explicación aparente.</p> <p>Localización occipital u occipito-parietal.</p>	<p>Enfermedades dermatológicas (tiñas, alopecia areata)</p>
HEMATOMAS	
<p>Al encontrar en distintos estadios evolutivos de curación y/o de cicatrización.</p> <p>Zonas no habituales y no prominentes. Extensas, afectan a varias áreas diferentes simétrica.</p>	<p>Coincide con el tiempo de cicatrización y solo en un estadio.</p>
MORDEDURAS	
<p>Forma ovoide o elíptica. Sin desgarro de tejidos.</p> <p>Si es mayor a 3 cm. corresponde a mordedura realizada por adulto.</p> <p>Si es menor a 3 cm. corresponde a un niño.</p> <p>Si es de manera recurrente, es provocada.</p> <p>Si no puede que sea accidental.</p>	<p>Forma triangular, con desgarro de tejidos.</p>

PROVOCADA	ACCIDENTAL
LESIONES DENTALES	
<ul style="list-style-type: none"> - Decoloración por traumatismo antiguo. - Tipo de lesión inconsistente con la historia. - Fracturas, desplazamientos o avulsiones. - Dientes temporarios ausentes antes de su época normal de exfoliación. - Dientes fracturados, desviados o desvitalizados. - Restos radiculares con historial poco claro. 	<ul style="list-style-type: none"> -Historia de acuerdo al tipo de lesión. -Coinciden las historias de lesiones, contadas por el adulto y por el niño. -lesiones aisladas, no reiteradas.

Fuente: Peña R. Manual de Diagnostico de Maltrato Infantil en Odontopediatría.2016 (10)

7. EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Los exámenes complementarios deben ser solicitados junto al personal médico del equipo multidisciplinario.

Tabla 31.Exámenes complementarios

Examen	Sospecha
Hemograma	Maltrato físico
Eritrosedimentación	

Examen	Sospecha
Coagulograma	
examen de orina	
Lipasa o amilasemia	
Calcemia	
Fosfatemia	
Fosfatasa alcalina	
Diagnóstico por imágenes:	
Radiografías de Cráneo frente y perfil	Maltrato físico
Towne (sospecha de fractura base de cráneo)	
Tomografía Axial computarizada (TAC)	
Resonancia magnética (sospecha de lesiones intracraneales)	
Radiografía periapical, panorámica.	Negligencia
Búsqueda de espermatozoides	Abuso sexual
ADN del abusador	
Serología para hepatitis B, VDRL, VIH	Abuso sexual
ELISA, Carga viral.	
Examen toxicológico	Síndrome Munshaussen

Fuente: elaboración propia.

Por sospecha de maltrato físico: hemograma, eritrosedimentación, coagulograma, (importante para el diagnóstico diferencial con coagulopatías, en niños que presentan hematomas, equimosis, petequias), urea, glucemia, orina (químico y sedimento) y ante la sospecha de afectación abdominal, lipasa o amilasemia (para pancreatitis), calcemia, fosfatemia, fosfatasa alcalina (si hay fracturas múltiples). (8)

Los niños con una historia reciente de abuso sexual pueden requerir pruebas forenses especializadas para el semen y otros materiales extraños resultantes de la agresión. Si una víctima proporciona antecedentes de contacto oral-peneano, la mucosa bucal y la lengua se limpian con un aplicador estéril con punta de algodón, se secan al aire y se empaquetan adecuadamente para análisis de laboratorio. Búsqueda de espermatozoides, ADN del abusador. Análisis de orina: se puede visualizar de manera directa en el microscopio la presencia de espermatozoides. Intentar siempre, si es posible, el rescate microbiológico antes de cualquier tratamiento profiláctico. Cultivo de flujo vaginal, anal o bucal (según antecedentes). (8)

En sangre: Serología para hepatitis B, VDRL, VIH. Sobre la base de los primeros resultados. Inicial, a las seis semanas y a los cuatro y seis meses (con autorización consentida). Solicitar detección de anticuerpos mediante la prueba de ELISA. Carga viral sólo se pedirá en pacientes VIH (+), al igual que el recuento de linfocitos CD4. Hepatitis B, inicial y al mes.

Búsqueda de elementos no vitales (manchas, pelos). Los exámenes deben realizarse con requerimiento fiscal o judicial. Se deben guardar en tubo seco (de ser posible) e introducirlos en sobres de papel madera rotulados correctamente con los datos de la víctima.

Diagnóstico por imágenes Cráneo: Radiografía de frente y perfil, Towne (sospecha de fractura de base de cráneo), Tomografía Axial Computarizada (TAC), Resonancia magnética. (Sospecha de lesiones intracraneanas)

Osteoarticular: radiografía comparativa de huesos largos, centellograma (de rutina en niños menores de tres años con lesiones traumatológicas (11)

8. TRATAMIENTO

Los casos de sospechas de maltrato infantil se la tratan en el equipo multidisciplinario de salud y la denuncia se debe hacer ante la Defensoría de la Niñez y Adolescencia más cercana al Centro de salud, y para radicarla hay que tener una fuerte sospecha.(3)

Desde el punto de vista clínico el tratamiento seguirá la norma establecida según las lesiones o el compromiso de órganos, aparatos o sistemas involucrados.

Merece una especial atención la prevención de infección por VIH en caso de abuso sexual o situación de abuso con exposición producida dentro de las 48 a 72 horas del suceso. Es importante saber que el tiempo ideal para iniciar el tratamiento es antes de las dos horas desde la exposición y que disminuye la eficacia a medida que pasa el tiempo. (12)

9. TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO:

Los Odontopediatras se encuentran en una posición favorable para detectar niños en situación de riesgo (sobre todo en menores de cinco años, la población más vulnerable).

Primer paso: Establecer confianza con el niño, la actitud del Odontopediatra tiene que ser de escucha, tanto a un adulto como al menor.

Segundo paso: Realizar una primera entrevista con los padres o cuidadores, procurando tener en cuenta los siguientes aspectos:

- La entrevista se llevará en privado.
- Asegurar la confidencialidad.
- Aceptar inicialmente las explicaciones familiares y evitar la confrontación dialéctica.
- Actitud no castigadora o juzgadora.
- Utilizar un lenguaje comprensible a la hora de proporcionar información, en tono suave y normal.
- No insistir en preguntas que no quieran responder.

Examen clínico: nunca hacer un examen clínico descubriendo el torso, subir o bajar el pantalón o la falda de un niño o niña. Es el Médico del equipo multidisciplinario de salud en compañía del personal de trabajo social de la dependencia del servicio de

salud quien se hará cargo de esto. En caso de que el menor enseñe la zona afectada, se debe procurar tener la puerta abierta del operatorio, que la secretaria o auxiliar clínico esté con el Odontopediatra, pues no se sabe la reacción que pueda tener el padre, madre o tutor del menor ante la denuncia del maltrato.

Se debe tener cuidado en la reacción que se tiene con el menor, siendo meticulosos y a la vez cuidadoso para no causar re-experiencia del trauma, evitar exploraciones innecesarias o repetidas. Recordar que el único papel que desempeña el Odontopediatra es consuelo para el menor y denunciante ante el maltrato con las autoridades competentes.

En caso de lesiones odontoestomatológicas se debe brindar la atención adecuada de la manera más definitiva posible, ya que es posible que el niño no regrese para recibir atención de seguimiento. El Odontopediatra debe tener adecuado manejo de conducta del niño con maltrato infantil.

Es importante que conozca la conducta de su paciente al momento de aplicar una técnica de manejo de conducta durante la consulta odontológica. Si bien desde la primera consulta se debe suponer una voluntad y predisposición especial por parte del profesional, en el caso del niño que posiblemente sea víctima de maltrato se debe además fomentar seguridad y confianza.

- a) Técnica decir-mostrar-hacer.
- b) Técnica de control a través de la voz.
- c) Sedación consciente.
- d) anestesia general.

No se deben utilizar técnicas de restricción física porque pueden repercutir no sólo en el desarrollo del tratamiento que deseamos realizar, sino también en la salud mental del niño, con posibles repercusiones en la salud emocional y psicológica.

Tercer paso: La notificación del caso al equipo multidisciplinario de salud donde trabaja (médico, pediatra, servicio social, personal de enfermería, personal del área jurídica),

es una condición necesaria para posibilitar la intervención de la Defensoría de la Niñez y adolescencia. (1,8,9,11,12)

10. COMPLICACIONES

Los daños derivados del maltrato infantil pueden ser irreversibles e incluso ocasionar la muerte del menor. Las consecuencias dependerán de la severidad de los daños realizados al niño, consecuencias más o menos latentes que se plasmarán en su forma de ser y en el desarrollo de su personalidad. (15)

Independientemente de las secuelas físicas que desencadena directamente la agresión producida por el abuso físico o sexual, todos los subtipos de maltrato dan lugar a diversos trastornos, las consecuencias más comunes son:

Aislamiento social. • Dependencia en las relaciones sociales. • Agresividad. • Desórdenes de la conducta alimentaria. • Baja cooperación. • Ansiedad. • Problemas de aprendizaje. • Disminución de atención. • Conductas delictivas. Conductivas destructivas. Drogas. Abuso de alcohol. Conductas sexuales inapropiadas y otros. (22) Las consecuencias físicas tienen una amplia gama de resultados desde lesiones menores hasta daño cerebral severo y muerte. (21)

11. CRITERIOS DE ALTA

Se decidirá el alta cuando desde el punto de vista clínico haya superado la necesidad del cuidado y tratamiento intrainstitucional y además existan las condiciones aceptables de seguridad para el niño, tales como para que se eviten las recidivas. Por lo tanto, esta medida debe surgir del común acuerdo del equipo multidisciplinario de salud intrainstitucional e interinstitucional. (7)

12. CRITERIOS DE REFERENCIA

RUTA CRÍTICA

Son los pasos establecidos que se deben seguir frente al maltrato infantil: (21)

1. DETECCIÓN.
2. NOTIFICACIÓN.
3. EVALUACIÓN.
4. VALIDACIÓN.
5. INTERVENCIÓN.
6. SEGUIMIENTO

El rol del Odontopediatra frente al maltrato infantil al igual que cualquier personal de salud, se sitúa en la primera etapa, en la detección y notificación, dando parte de las lesiones que ha encontrado durante su actividad profesional y que no coinciden con la historia que nos relatan los padres o cuidadores del menor con sospecha de maltrato infantil.

1.- DETECCIÓN

Es reconocer o identificar la existencia de una posible situación de maltrato infantil. Debe ser lo más precoz posible y tiene que incluir aquellas situaciones donde existe maltrato y las situaciones de riesgo en las que pueda llegar producirse. (21)

2.- NOTIFICACIÓN

Es transmitir o trasladar información sobre el supuesto riesgo o maltrato infantil, su familia y sobre el propio informante. Es una condición necesaria para posibilitar la intervención y una obligación legal y profesional. (21)

El (la) Odontopediatra una vez tomado conocimiento de la sospecha de un caso de maltrato infantil inmediatamente debe notificar el caso al equipo multidisciplinario de salud de la institución donde trabaja, para que el personal de Servicio Social realice la denuncia a las autoridades correspondientes.

De acuerdo al Código Niño, Niña y Adolescente Ley 2026 en el Art. 110 (Obligación de denunciar) los casos de malos tratos serán obligatoriamente denunciados ante las Defensorías de la Niñez y adolescencia, Fiscal de Materia u otra autoridad competente de la niñez y la familia: 1) Los familiares, convivientes, cónyuges o parientes. 3) Todo profesional o funcionario que tuviera conocimiento o sospecha de la existencia de maltrato, no pudiendo alegar secreto profesional ni ampararse en órdenes superiores o de dependencia funcionaria.

Los informantes y demandantes a que se refiere este artículo, están exentos de responsabilidad penal y civil con respecto a la información que proporcionen, salvo mala fe. (13)

DENUNCIA

Según la Ley 548. Artículo 155 (Obligación de denunciar) I. Todas las personas, sean particulares, servidoras y servidores públicos, que tengan conocimiento de hechos de violencia en contra de las niñas, niños o adolescentes, están obligados a denunciarlos en un plazo máximo de veinticuatro (24) horas de conocido el hecho, ante las Defensorías de la Niñez y Adolescencia o cualquier otra autoridad competente. (14)

Artículo 154. (Atención Especializada A Víctimas Y Testigos De Delitos). El Ministerio Público mediante sus unidades especializadas y el Ministerio de Justicia a través del Sistema del Servicio Plurinacional de Asistencia a la Víctima-SEPDAVI, en el marco de sus competencias, atenderán a la niña, niño o adolescente que fuera víctima o testigo de delitos, para su recuperación psico-afectiva, brindando: a) Tratamiento especializado respetuoso, con calidad y calidez, bajo condiciones de reserva, confidencialidad, en su lengua materna o lenguaje apropiado y con la asistencia de un equipo multidisciplinario; y b) La aplicación de protocolos de atención y rutas críticas oficiales, tomando en cuenta también el anticipo de prueba para evitar la re-victimización.

Por lo tanto, todos los miembros de una institución de salud, que tengan conocimientos o sospecha que un niño o niña ha sido víctima de maltrato infantil, tienen la obligación de denunciar el hecho ante la Defensoría de la Niñez y Adolescencia. Para facilitar

estos trámites las Instituciones de salud deben desarrollar mecanismos para denunciar oportunamente y con informes bien sustentados en los registros de las historias clínicas. Cuando la situación de violencia constituya un delito, el área legal inicia las acciones ante el Ministerio Público, actuando como: víctima, denunciante, querellante y/o acusador particular (14)

La Defensoría de la niñez y adolescencia dependiente del G.A.M.L.P. es un Servicio Municipal público, permanente y gratuito para la promoción, protección y defensa socio jurídica que vela por la protección y el cumplimiento de los derechos de niños, niñas y adolescentes, cuenta con equipo multidisciplinario conformado por: área social (Trabajador Social), área psicológica (psicólogo) y área legal: (Abogados) y personal de apoyo u auxiliares en distintas áreas). (3) Las Defensorías aplican los principios de la doctrina de la protección integral en las acciones de promoción, prevención, protección y restitución de los derechos vulnerados, y sus atribuciones y aplicaciones de medidas de protección por la defensoría están amparadas sus atribuciones bajo la responsabilidad funcionaria según la Ley 548 en su artículo 196, y conformados por equipos interdisciplinarios, quienes velan sobre los derechos de los niños, niñas y adolescentes en este distrito. (3) Y por otro lado la aplicación de las Medidas de Protección Social a favor de los niños y niñas está establecida en el Art.208 de la ley 2026. (14)

En el Municipio de La Paz, el Servicio de la Defensoría de la niñez y adolescencia se encuentra desconcentrado en los diferentes Macrodistrictos del Municipio de La Paz. La atención y registro de casos se realiza de acuerdo a la Jurisdicción del Macrodistricto donde tenga su domicilio la niña, niño o adolescente.

La Defensoría de la Niñez y Adolescencia tiene una estrecha relación con las siguientes instituciones públicas y privadas:

1. Con Brigada de Protección a la Familia
2. Con FELCV, con División de Menor y Familia, Trata y Tráfico de personas y otras unidades en las que se involucren niños, niñas y adolescentes.
3. Con Ministerio Público, con la Fiscalía de Menor y Familia, otros.

4. Con el Tribunal Departamental de Justicia de la ciudad de La Paz (Juzgados Públicos de la Niñez y Adolescencia, Juzgados de Instrucción de Familia, Juzgados de Sentencia en lo Penal, Tribunales de Sentencia de Penal, Juzgados de Instrucción en lo Penal Cautelar y otros).
5. Con el Ministerio de Justicia a través del Sistema del Servicio Plurinacional de Asistencia a la Víctima-SEPDAVI.
5. Con el Servicio Departamental de Gestión Social (SEDEGES)
6. Con el Albergue Transitorio del G.A.M.L.P. Línea 156.
7. Con Hogares de Acogimiento, Centros de rehabilitación, Albergues y Casas hogar.

VALORACIÓN, INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO

La Valoración de casos de maltrato infantil debe cumplir como requisitos: el enfoque integral, intensidad y frecuencia del maltrato. Debe ser realizada por un equipo de profesionales. Equipo de salud, psicólogos, policía, Servicios de Protección de menores como la Defensoría de la Niñez y Adolescencia en Bolivia.

En caso de constatarse el maltrato en la valoración, la intervención y su seguimiento variarán en función del grado de la gravedad y del ámbito de actuación. (21)

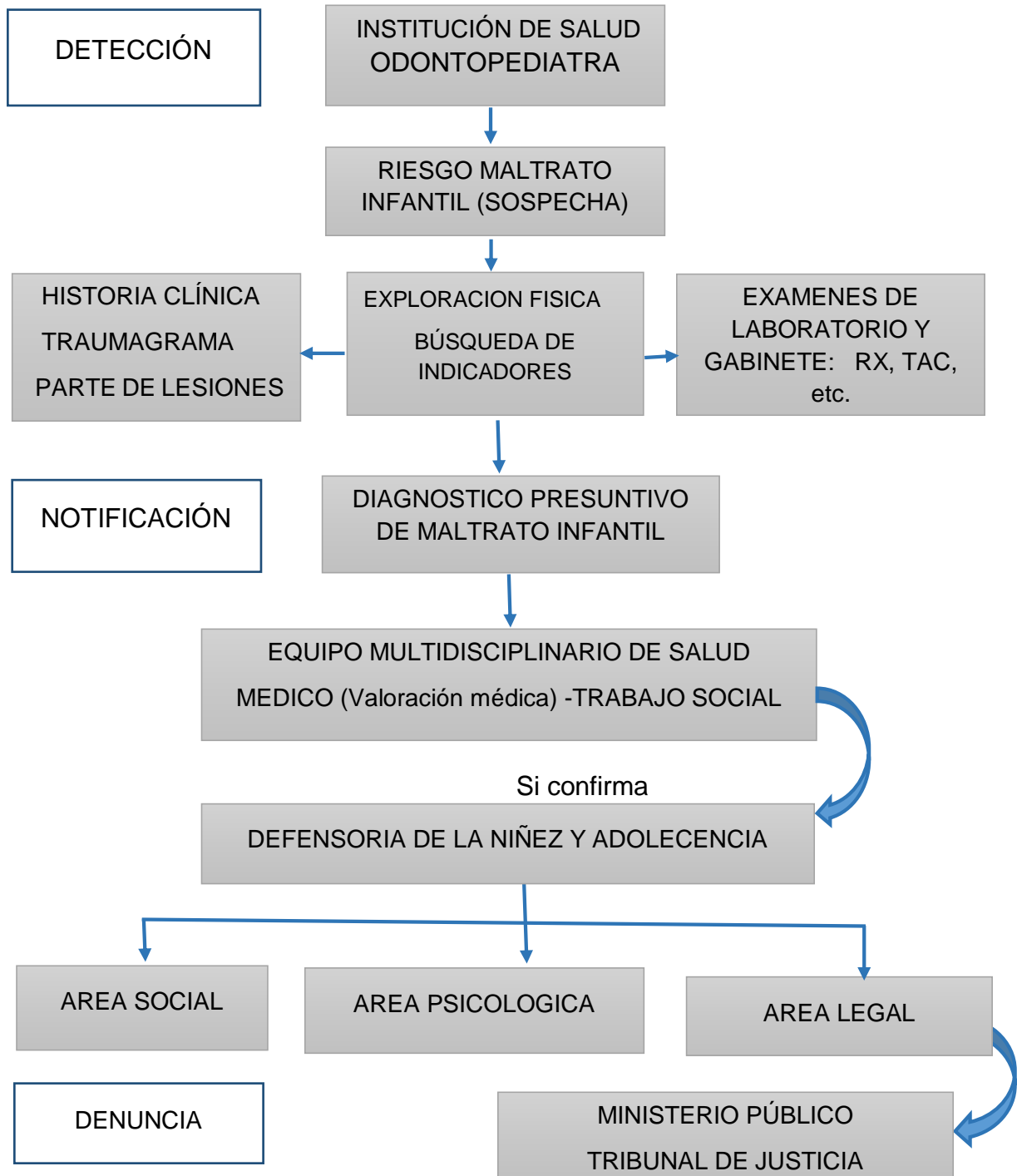
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Doria M, M. N. la odontología en el diagnóstico del maltrato infantil. Univ. Odontología. Vol 35 (74). [Online].; 2016 [cited 2021 marzo 26. Available from: <http://www.javeriana.edu.co/universitasodontologica>.
2. Ministerio de Salud y Deportes. Norma Nacional de Caracterización de establecimientos de salud de Primer Nivel. [Online].; 2013 [cited 2021 marzo 26. Available from: https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/redes_salud.
3. Defensoría de la Niñez y Adolescencia. Guía para el profesional de la Defensoría de la Niñez y Adolescencia. 2014..
4. OMS. Definición de maltrato infantil. [Online].; 2013 [cited 2021 marzo 26. Available from: https://www.who.int/toic/child_abuse/es.
5. UNICEF.. Maltrato infantil en Chile. [Online].; 2020 [cited 2021 marzo 26. Available from: https://www.unicef.cl/archivos_documento/18/cartilla%Maltrato%infantil.
6. Jacomino D. Maltrato infantil desde una perspectiva legal. [Online].; 2012 [cited 2021 marzo 26. Available from: <revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/549>.
7. Velásquez D, Cardenas M. Síndrome del niño maltratado: diagnóstico y manejo odontológico. [Online].; 2018 [cited 2021 marzo 26. Available from: www.medigraphic.org.mx.
8. Oliván GDlpSA. Manifestaciones orales y dentales del maltrato infantil. revista pediátrica Atención primaria. [Online].; 2021 [cited 2021 marzo 26. Available from: <http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>.
9. Rondón N, Guerra M, Zamudio Y, Orozco G. Identificación de los indicadores de maltrato infantil a través de la revisión bibliográfica. ODOUS CIENTÍFICA. enero-junio. Vol. 19 No. 1: 73-85. [Online].; 2018 [cited 2021 marzo 26.

10. Peña M. [Manual de diagnóstico de maltrato infantil en Odontopediatría].; 2016 [cited 2021 marzo 26.
11. Garrote N, MJ. IdA. Maltrato infantil. Pediatría Práctica. Diciembre ; Vol. 3(2): 1-76. [Online].; 2012 [cited 2021 marzo 26. Available from: http://apelizalde.org/revistas/2012-2-ARTICULOS/RE_2012_2_PP.pdf.
12. Hachity J, Huitzil E. Protocolo sobre detección y manejo del maltrato infantil en Odontología Pediátrica: Caso Puebla. Rev. Acad. Mex. Odon.Ped. vol. 26 (2): 51-59. [Online].; 2014 [cited 2021 marzo 26. Available from: <http://www.researchgate.net>.
13. Honorable Congreso Nacional. Bolivia. Ley Código del Niño, Niña y Adolescente. Ley 2026. [Online].; 1999 [cited 2021 agosto 3. Available from: https://ilo.org/dyn/travail/docs/1438/Ley_núm.2026.
14. Poder Legislativo. Ley 548. Código. Niña, Niño y Adolescente. [Online].; 2018 [cited 2021. Available from: <http://siteal.iiep.unesco.org>.
15. Bravo L, Lagos D, Borquez P, Vicente J. lesiones orales en víctimas del síndrome de Münchhausen por poder. [Online].; 2018. med Leg. Costa Rica. vol. 35. No. 2. Heredia Sept./Dic. [cited 2021 marzo 26. Available from: <http://www.pubmed>.
16. Ley 548. Código Niña, Niño y Adolescente. [Online].; 2014 [cited 2021 agosto 2. Available from: siteal.iiep.unesco.org.

RUTA CRITICA: PASOS A SEGUIR Y EL ROL DEL ODONTOPEDIATRA EN EL MANEJO DE MALTRATO INFANTIL

Figura 2. Ruta Crítica



Fuente: Elaboración Propia

MODELO DE PARTE DE LESIONES

**INFORME DE HALLAZGOS DE LESIONES SOSPECHOSAS EN
ODONTOPEDIATRIA**

Lugar y fecha: _____ Hora: _____

Nombre y Apellidos (del Odontopediatra): _____

Matricula Profesional Ministerio de Salud: _____

Nombre del Establecimiento de salud:

Red de Salud: _____

Nombre del paciente:
_____ Edad: _____

El (la) suscrito (a) profesional de salud informa lo siguiente:

De acuerdo al artículo 37 de la Ley 1674 y los art. 16 y 17 del DS 25087, se informa lo siguiente: XXX

-
-
-

Es cuanto se informa, en honor a la verdad, para fines consiguientes del interesado (a).

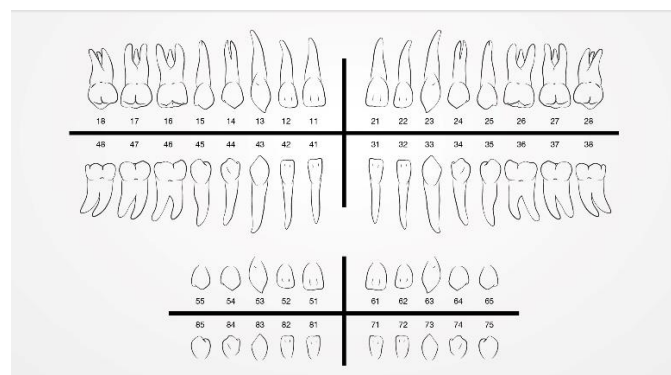
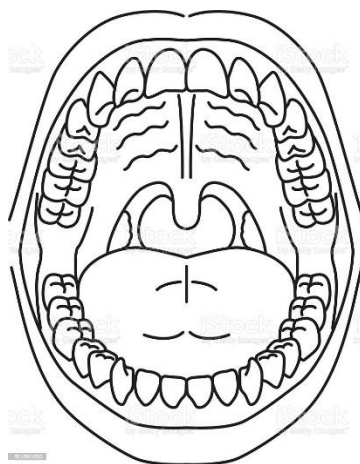
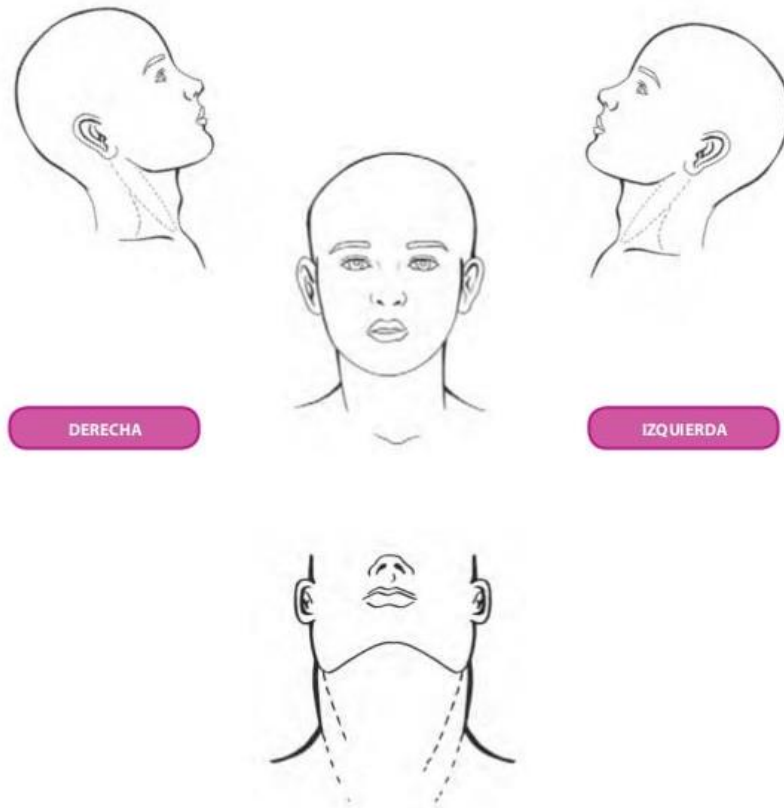
Firma

Sello

Figura 3. Traumagrama de cabeza y cuello

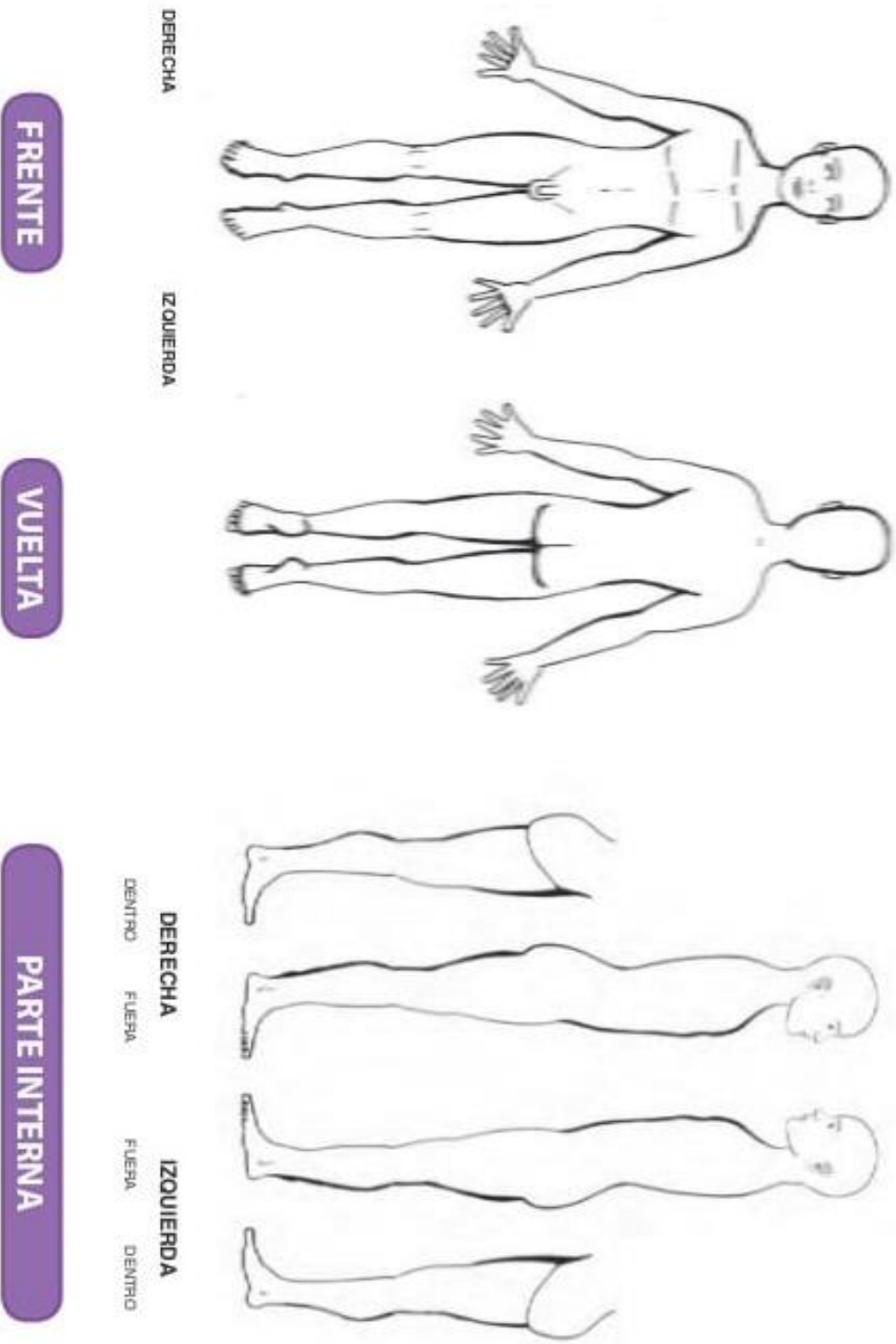
PACIENTE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____



Fuente: <https://es.slideshare.net/sergomez/guia-para-diagnosticopresuntivodelmaltratoinfantojuveni>

Figura 4. Traumagrama corporal



Fuente: <https://es.slideshare.net/sergomez/guia-para-diagnosticopresuntivodelmaltratoinfantojuveni>