



# Lesiones sospechosas de maltrato infantil en clínicas de Odontopediatría

## Suspicious lesions of child abuse in Pediatric Dentistry clinics

Shyrley Díaz-Cardenas<sup>1</sup>, Adrián Rojano-Rodríguez<sup>2</sup>, Andrés David Rey-Arrieta<sup>3</sup>

1. Universidad de Cartagena. Cartagena de Indias, Colombia. Correo electrónico: [sdiazc@unicartagena.edu.co](mailto:sdiazc@unicartagena.edu.co) - <https://orcid.org/0000-0003-1967-8981>
2. Universidad de Cartagena. Cartagena de Indias, Colombia. Correo electrónico: [arojanor@unicartagena.edu.co](mailto:arojanor@unicartagena.edu.co) - <https://orcid.org/0000-0001-6465-7886>
3. Universidad de Cartagena. Cartagena de Indias, Colombia. Correo electrónico: [areya@unicartagena.edu.co](mailto:areya@unicartagena.edu.co) - <https://orcid.org/0000-0002-1967-9813>

**Tipología:** Artículo de investigación científica y tecnológica

**Para citar este artículo:** Díaz-Cardenas S, Rojano-Rodríguez A, Rey-Arrieta A. Lesiones sospechosas de maltrato infantil en clínicas de Odontopediatría. Duazary. 2022 octubre; 19(4): 283 - 293. Doi: <https://doi.org/10.21676/2389783X.4990>

Recibido en enero 14 de 2022

Aceptado en noviembre 03 de 2022

Publicado en línea en diciembre 19 de 2022

### RESUMEN

#### Palabras

**clave:** maltrato a los niños; violencia; estudiantes de odontología; atención dental para niños.

El objetivo del estudio fue estimar la prevalencia de lesiones sospechosas de maltrato infantil (MI) en clínicas de Odontopediatría de una Universidad Pública Colombiana. Estudio descriptivo en 100 binomios padres-niños de 6 a 9 años y estudiantes de Odontología. Se diseñó y aplicó cuestionario indagando variables sociodemográficas, sospecha general de MI y se evaluó clínicamente sospecha de MI según lesiones orofaciales. Se realizó estadística descriptiva y análisis bivariado utilizando prueba  $X^2$ . Los resultados muestran prevalencia de sospecha general de MI del 12 % y sospecha de MI según lesiones orofaciales del 24 %; la lesión extraoral e intraoral más prevalente fue la laceración (10%). Se hallaron relaciones significantes entre sospecha general de MI con desgarro del frenillo labial, múltiples cicatrices, quemaduras sugestivas de MI, marcas de mordidas, contusiones y laceración en labios ( $p < 0,05$ ) y relaciones entre sospecha de MI según lesiones orofaciales y vestimenta inadecuada, evidencia de dolor en el cuerpo, manejo inadecuado de lesiones corporales entre otros ( $p < 0,05$ ). Se concluye que, en clínicas de Odontopediatría del ámbito universitario, se pueden presentar lesiones sospechosas de MI desde la valoración general y orofacial; es ético y legal el entrenamiento de estudiantes de odontología en su detección y reporte e intervención protegiendo el bienestar del niño más allá de la boca.

### ABSTRACT

#### Keywords:

Child abuse; Violence; Students dental; Dental care for children.

The aim of the study was to estimate the prevalence of suspected child abuse (CA) in pediatric dentistry clinics of a Colombian public university. Descriptive study in 100 parent-child pairs aged 6 to 9 years and dental students. A questionnaire was designed and applied, inquiring about sociodemographic variables, general suspicion of CA and suspicion of CA was clinically evaluated according to injuries in the child. Descriptive statistics and bivariate analysis were performed using  $X^2$  test. The results show the prevalence of general suspicion of CA was 12% and of suspected CA according to orofacial lesions 24%; the most prevalent extraoral and intraoral lesion was laceration (10%). Significant relationships were found between general suspicion of CA with tearing of the labial frenulum, multiple scars, burns suggestive of CA, bite marks, contusions, and lip laceration ( $p < 0.05$ ) and between suspicion of CA according to orofacial injuries and inadequate clothing, evidence of pain in the body, inadequate management of bodily injuries among others ( $p < 0.05$ ). It is concluded that in pediatric dentistry clinics in the university setting, suspicious lesions of CA can be presented from the general and orofacial

evaluation; it is ethical and legal to train dental students in their detection, reporting and intervention, protecting the wellbeing of the child beyond the mouth.

## INTRODUCCIÓN

El Maltrato Infantil (MI) considerado un problema de Salud Pública mundial, que no distingue sexo, grupos sociales o religión<sup>1,2</sup>, es una realidad poco visibilizada por la gran indiferencia en la sociedad; más de la mitad de los niños del mundo (mil millones de niños, de 2 a 17 años) experimentaron MI físico, sexual, emocional o negligencia hasta el año 2016 en Asia, África y América<sup>3</sup> y alrededor del 10 % de los niños y 20 % de las niñas han experimentado violencia sexual en su vida<sup>4</sup>. Desde la Convención de los derechos del niño estos deberían gozar de un ambiente sano y protector con participación de todos para proteger a la infancia<sup>5</sup>.

La responsabilidad frente a la protección de los niños es dividida entre el estado, la sociedad y la familia<sup>5</sup>. A nivel de estado y sociedad se ubican los profesionales de la salud; desde los lineamientos del modelo de atención a niños víctimas de MI se adquiere una gran responsabilidad en la detección y reporte, así como en el restablecimiento de sus derechos en salud, bajo el enfoque integral y de riesgo<sup>6</sup>. Todos los profesionales de la salud obligatoriamente deben propender por la protección de los niños.

El odontólogo como profesional de la salud, es poco incluido en el equipo de salud para la detección y abordaje del MI, situación que es evidenciada en varios estudios<sup>7,8</sup>. La capacitación sobre MI debe ser obligatoria desde la vida universitaria<sup>9</sup>; algunos estudiantes de odontología conocen sobre MI, pero presentan fallas en las prácticas al momento de reportar las sospechas de MI<sup>10</sup>, situación que se mantiene en su vida profesional<sup>11</sup>.

El odontólogo presenta una posición aventajada para detectar MI dada la naturaleza de su atención clínica; la ubicación del paciente y la continuidad en la realización de los tratamientos genera la oportunidad de indagar y conocer más sobre el paciente, su entorno familiar y social<sup>12,13</sup>. Muchas veces los padres y/o cuidadores de los niños víctimas de MI acuden a servicios de odontología

evitando asistir a otros servicios médicos para no ser detectados.

La Encuesta Nacional de Violencia contra Niños, Niñas y Adolescentes (EVCNNA, 2019) en Colombia refleja que se sufre algún tipo de MI en 40,8% mujeres y 42,1% hombres<sup>14</sup>; el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) de este mismo país hasta abril 2021 reporta 1499 casos de MI, 19.6% en la primera infancia (de cero a cinco años), 32% y 48.2% durante la infancia y adolescencia respectivamente<sup>15</sup>.

Teniendo en cuenta estas cifras, las inadecuadas prácticas ante los casos sospechosos de MI reportadas en estudiantes de odontología pertenecientes a los últimos semestres de la carrera<sup>10</sup>, y los pocos estudios que reporten casos sospechosos de MI específicamente en estudiantes de Odontología de pregrado que se encuentren en prácticas de atención exclusiva con niños, el objetivo de este estudio consiste en conocer la presencia de lesiones sospechosas de MI desde las clínicas de odontopediatría de una Universidad Pública en Cartagena de Indias-Colombia.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Tipo de Investigación

Estudio de tipo descriptivo.

### Participantes

Población universo-constituida a partir de 160 binomios padres-niños de 6 a 9 años en calidad de paciente y 100 estudiantes que atienden en las Clínicas de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de una Universidad pública en Colombia 2015 - 2016. Participaron posterior a los criterios de inclusión y exclusión 100 binomios padres-niños por muestreo por conveniencia; se incluyeron todos aquellos binomios que asistieran a las clínicas de Odontopediatría únicamente y no se encontraran asistiendo a otros servicios odontológicos de manera particular, padres que

accedieran al estudio y cumplieran de manera reiterativa con las citas odontológicas asignadas en la universidad; se excluyeron niños mayores de 10 años (adolescentes) al no poseer una muestra representativa de padres o cuidadores que convivieran con el niño y conocieran sobre su entorno familiar y social, niños con condiciones especiales y enfermedades sistémicas, así como niños con enfermedades mentales previamente diagnosticadas.

### Instrumentos

Se diseñó y utilizó dos instrumentos: un primer instrumento para ser aplicado a estudiantes de Odontología de las clínicas de Odontopediatría que incluía tres secciones: la primera sección indaga por **variables sociodemográficas del estudiante de Odontología**: edad, sexo, semestre, **variables sociodemográficas del niño**: edad y sexo. La segunda sección indagó por evaluación del estado físico general del niño en búsqueda de **indicadores físicos y comportamentales sospechosos de MI** (vestimenta inadecuada para el clima, relatos incongruentes entre padre e hijos sobre origen de las lesiones sospechosas como evidencias de dolor crónico en el cuerpo, manejo inadecuado de lesiones corporales, comportamiento problemático entre padres e hijos, niños que asisten tardíamente a la Consulta Odontológica entre otros)<sup>16</sup> y la tercera sección indagó sobre **la conducta del estudiante** respecto a las sospechas de MI. En un segundo instrumento se consignó la evaluación clínica extra e intraoral de **lesiones orofaciales sospechosas de MI** (Desgarro de frenillo labial y lingual, quemadura sugestiva de maltrato, huellas de mordidas de adultos, laceración no accidental productos de pellizcos, hematoma peri e intraoral)<sup>16</sup>.

### Procedimiento

Para obtener la Prevalencia general de sospecha de MI se tuvo en cuenta presencia de uno o más indicadores físicos y/o comportamentales sospechosos de MI y para la prevalencia de sospecha de MI teniendo en cuenta únicamente lesiones a nivel orofacial intra y extraoral se tuvo en cuenta la presentación clínica de la lesión junto con el relato reportado por los padres frente a la ocurrencia y si coincidía o no con la lesión basado en

el algoritmo de la detección de sospecha de MI de la estrategia de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)<sup>17</sup>. Frente a aquellos casos sospechosos de MI se activó la ruta de reporte de sospecha de MI a nivel del sistema de Protección para la ciudad de Cartagena a nivel de la Comisaría de Familia del área de influencia de cercanía a la vivienda del niño cumpliendo con lo exigido por la normatividad presente para Colombia. Desde las comisarías de familias corresponde la labor de recepción del caso, confirmación y atención clínica (en caso de requerirse) y psicológica<sup>6</sup>.

Se realizó estandarización y calibración de encuestadores y evaluadores clínicos para la aplicación de los instrumentos y prueba piloto en población con características similares a la del estudio en otra universidad (10% al tamaño de la población). Al evaluar la confiabilidad del instrumento se obtuvo un Alpha de Cronbach de 0,78. Se realizaron pruebas inter-intra examinador entre los estudiantes de odontología y una odontóloga experta en detección de lesiones sospechosas de MI en Odontología al revisar un paciente estudio, obteniendo una índice kappa de 0,80 y 0,78 respectivamente. Los evaluadores clínicos eran personas cegadas completamente a la información recolectada por los encuestadores que utilizaron el primer instrumento.

Para la recolección de la información primero se realizan los diagnósticos de salud oral en las clínicas de Odontopediatría y posteriormente se aplican los cuestionarios a cuidadores o padres de familias en las salas de espera, así como a los estudiantes.

### Análisis estadístico

Se realizó estadística descriptiva a partir de frecuencia, proporciones, promedios y análisis bivariado mediante prueba estadística  $\chi^2$  asumiendo significancia menor a 0.05 utilizando el programa estadístico Stata 11.0<sup>®</sup>

### Declaración sobre aspectos éticos

Se solicitó consentimiento informado a los padres que aceptaron participar en el estudio y asentimiento a los niños según su edad. El estudio se realizó según lo estipulado en la Declaración de

Helsinki de 1975, resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Protección Social de Colombia y aval del Departamento de Investigaciones de la Facultad de Odontología de la Universidad donde se realizó el estudio.

## RESULTADOS

De 150 estudiantes matriculados en Clínicas de Odontopediatría de VII, VIII y IX semestre participaron 100 estudiantes; 40 no diligenciaron bien el instrumento y 10 no lo devolvieron, para una tasa de respuesta del 66,6%. Respecto a características sociodemográficas, 91% de estudiantes de Odontología se encuentran entre 20-44 años, promedio de edad de 21,91 años (DE 2,1), 56% hombres, 83% se encuentran en clínicas de Odontopediatría de semestres superiores (VIII y IX semestres) y 17 % en clínicas de Odontopediatría de semestres inferiores (VII semestre).

De los 100 niños participantes, 9% son  $\leq 5$  años, seguido del 91% que se encuentran entre 6-9 años, 60% de sexo masculino y 40% femenino. Con relación a la edad de la madre el 97% tenían entre 20-44 años, 2 % entre 45-49 años y el 1% mayor de 60 años. Respecto al estado civil de los padres el 78% se encontraban casados y el 22% divorciados. En cuanto a la escolaridad del padre el 74% realizó  $\geq 10$  años de estudio, seguido del 26%  $< 10$  años de estudio, en el caso de la madre el 71% realizó  $\geq 10$  años de estudio y 29%  $< 10$  años de estudio; a nivel de los ingresos socioeconómicos el 52% ganan  $\geq 2$  SMMLV (salario mínimo mensual legal vigente para Colombia).

Referente a indicadores físicos y comportamentales sospechosos de MI, se halló una Prevalencia General de Sospecha de MI del 12 %, presentando las más altas frecuencias la vestimenta inadecuada (27 %) y asistencia tardía al odontólogo (40 %); la lesión física corporal más presente fue el hematoma (6 %) (Tabla 1).

**Tabla 1.** Sospecha general de MI e indicadores físicos y comportamentales en niños atendidos en clínicas de odontopediatría.

VARIABLES	n (%)
<b>Sospecha General de maltrato infantil</b>	
Si	12(12)
No	88(88)
<b>Indicadores comportamentales sospechosos de MI</b>	
<b>Vestimenta Inadecuada</b>	
No	73(73)
Si	27(27)
<b>Evidencia dolor crónico</b>	
No	87(87)
Si	13(13)
<b>Manejo inadecuado de padres de lesiones corporales</b>	
No	26(26)
Si	74(74)
<b>Manejo inadecuado de padres de lesiones orales</b>	
No	35(35)
Si	65(65)
<b>Comportamiento problemático Niño-Padres</b>	
No	68(68)
Si	32(32)
<b>Incoherencia Relatos Padres-niños</b>	
No	89(89)
Si	11(11)
<b>Asiste tardíamente a Consulta Odontológica</b>	
No	60(60)
Si	40(40)
<b>Comportamiento Sexual Inapropiado</b>	
No	88(88)
Si	12(12)
<b>Problemas entre Padres</b>	
No	27(27)
Si	73(73)
<b>Problemas entre Padres e hijos</b>	
No	95(95)
Si	5(5)
<b>Lesiones Físicas sospechosas de MI</b>	
<b>Tipo de lesión</b>	
No presentan	88(88)
Edema	1(1)
Hematoma	6(6)
Laceración	3(3)
Fractura	1(1)
Abrasión	3(3)
<b>Causa de lesión reportada por cuidador</b>	
No presentan	88(88)
Accidental	10(10)
Intencional (presuntamente)	2(2)

Teniendo en cuenta únicamente la evaluación de la región Orofacial existe prevalencia del 24 % de sospecha de maltrato, siendo las lesiones extraorales más prevalentes cicatrices (7%), marcas de mordidas (4 %) laceración (10 %) y a nivel intraoral la presencia de Caries dental en un 90 % y fractura coronal del tercio incisal en dientes anteriores en un 7% (Tabla 2).

**Tabla 2.** Sospecha de MI según lesiones orofaciales en niños de las Clínicas de odontopediatría.

VARIABLES	n (%)
<b>Sospecha de MI según Lesiones orofaciales</b>	
Si	24(24)
No	76(76)
<b>Lesiones extraorales</b>	
<b>Múltiples cicatrices</b>	
Si	7(7)
No	93(93)
<b>Quemaduras sugestivas de MI</b>	
Si	1(1)
No	99(99)
<b>Marca de mordidas de adulto</b>	
Si	4(4)
No	96(96)
<b>Contusiones</b>	
Si	1(1)
No	99(99)
<b>Laceración</b>	
Si	10(10)
No	90(90)
<b>Lesiones intraorales</b>	
<b>Desgarro de frenillos</b>	
Si	3(3)
No	97(97)
<b>Abrasión</b>	
Si	8(8)
No	92(92)
<b>Luxación</b>	
Si	3(3)
No	97(97)
<b>Fractura dientes anteriores</b>	
Si	7(7)
No	93(93)
<b>Hematoma peribucal</b>	
Si	2(2)
No	98(98)
<b>Prevalencia Caries Dental</b>	
Si	90(90)
No	10(10)

Con respecto a las conductas del estudiante frente a sospechas de MI, la gran mayoría guardó silencio y no mencionó del caso a ninguna persona; principalmente por temor a represalias contra el niño y solo un estudiante registró la sospecha de MI en la historia clínica (Tabla 3).

**Tabla 3.** Conductas del estudiante de odontología respecto a casos sospechosos de MI.

Variables	n (%)
<b>Conducta ante sospecha de MI</b>	
Hablo con compañero de estudio	2(2)
Hablo con su docente	1(1)
Hablo con los padres del niño	1(1)
Guardó silencio	8(8)
No presentaron sospecha	88(88)
<b>Razón para guardar silencio</b>	
No estar seguro del diagnóstico	3(3)
Miedo a represalias contra el niño	3(3)
No sabe dónde recurrir	2(2)
Miedo a represalias en contra suya	4(4)
No presentaron sospecha	88
<b>Anotó en la historia clínica</b>	
Si	1(1)
No	11(11)
No presentaron sospecha	88(88)

Al relacionar sospecha general de MI con lesiones orofaciales sospechosas de maltrato se hallaron relaciones con significancia estadística con desgarro en frenillo labial, múltiples cicatrices, quemaduras sugestivas de MI, marcas de mordidas, contusiones, laceración en labios ( $p < 0,05$ ) (Tabla 4). Al relacionar lesiones orofaciales sospechosas de MI con indicadores físicos y comportamentales generales sospechosos de maltrato se hallaron relaciones con significancia estadística con vestimenta inadecuada, evidencia de dolor en el cuerpo, manejo inadecuado de lesiones corporales y orales por los padres, asistencia tardía del niño a consulta odontológica, problemas entre padres e hijos y sospecha general de MI ( $p < 0,05$ ) (Tabla 5)

**Tabla 4.** Relación entre sospecha general de MI y lesiones orofaciales sospechosas de MI.

Variables	Sospecha General MI		p
	Si n (%)	No n (%)	
<b>Lesiones Orofaciales</b>			
<b>Desgarros Frenillo Labial</b>			
No	10(10,31)	87(89,69)	
Si	2(66,67)	1(33,33)	0,003*
<b>Múltiples Cicatrices</b>			
No	9(9,57)	85(90,43)	
Si	3(50)	3(50)	0,003*
<b>Quemadura sugestiva de MI</b>			
No	11(11,11)	88(88,89)	
Si	1(100)	0(0)	0,006*
<b>Marcas de mordidas de adulto</b>			
No	10(10,42)	86(89,58)	
Si	2(50)	2(50)	0,017*
<b>Contusión</b>			
No	11(11,11)	88(88,89)	
Si	1(100)	0(0)	0,006*
<b>Abrasión</b>			
No	10(10,87)	82(89,13)	
Si	2(25)	6(75)	0,238
<b>Laceración</b>			
No	7(7,78)	83(92,22)	
Si	5(50)	5(50)	<0,001*
<b>Luxación Dental</b>			
No	12(12,37)	85(87,63)	
Si	0(0)	3(100)	0,516
<b>Fractura Dientes anteriores</b>			
No	11(11,83)	82(88,17)	
Si	1(14,29)	6(85,71)	0,847
<b>Hematoma Perioral</b>			
No	12(12,24)	86(87,76)	
Si	0(0)	2(100)	0,598
<b>Prevalencia de Caries Dental</b>			
No	0(0)	10(100)	
Si	12(13,33)	78(86,67)	0,218

\*valores de p significantes.

**Tabla 5.** Relación entre lesiones orofaciales sospechosas de MI con Indicadores físicos y comportamentales sospechosos de maltrato.

Variables	Lesiones Orofaciales Sospechosas de MI		p
	Si n (%)	No n (%)	
<b>Indicadores Físicos y comportamentales sospechosos MI</b>			
<b>Vestimenta inadecuada</b>			
No	10(13,70)	63(86,30)	<0,001*
Si	14(51,85)	13(48,15)	
<b>Dolor crónico en el cuerpo</b>			
No	17(19,54)	70(80,46)	0,007*
Si	7(53,85)	6(46,15)	
<b>Manejo Inadecuado de padres de lesiones corporales</b>			
No	14(53,85)	12(46,15)	<0,001*
Si	10(13,51)	64(86,49)	
<b>Manejo inadecuado de padres de lesiones orales</b>			
No	3(8,57)	32(91,43)	
Si	21(32,31)	44(67,69)	0,008*
<b>Comportamiento problemático Niño-padres</b>			
No	15(22,06)	53(77,94)	0,508
Si	9(28,13)	23(71,88)	
<b>Incoherencia Relatos Padres-niños</b>			
No	19(21,35)	70(78,65)	0,077
Si	5(45,45)	6(54,55)	
<b>Asistencia tardía a Consulta Odontológica</b>			
No	9(15)	51(85)	0,010*
Si	15(37,50)	25(62,50)	
<b>Comportamiento sexual inapropiado</b>			
No	20(22,73)	68(77,27)	0,420
Si	4(33,33)	8(66,67)	
<b>Problemas entre Padres</b>			
No	17(23,29)	56(76,71)	
Si	7(25,93)	20(74,07)	0,784
<b>Problemas entre Padres e hijos</b>			
No	21(22,11)	74(77,89)	
Si	3(60)	2(40)	0,050*
<b>Sospecha General MI</b>			
No	9(75)	3(25)	
Si	15(17,05)	73(82,95)	<0,001*

\*valores de p significantes.

## DISCUSIÓN

Las instituciones académicas donde brindan servicios de salud oral a niños deben valorar la presencia de sospecha de MI logrando mirar “más allá de la boca” dada su vulnerabilidad en Colombia y el mundo<sup>18</sup>.

Este estudio halló una prevalencia general de lesiones sospechosas de MI del 12% en niños atendidos en clínicas de Odontopediatría, superior a la reportada en estudiantes de Odontología en Cartagena en el 2014 (2,4%)<sup>10</sup>. Este aumento en la prevalencia puede deberse al desarrollo de la investigación en escenarios clínicos durante la atención reciente de los niños, diferente a las prevalencias reportadas en el estudio comparativo donde los estudiantes reportaban lesiones sospechosas de maltrato según lo recordado en el momento del estudio en algún momento durante su paso por las clínicas de Odontopediatría<sup>10</sup>.

Los indicadores comportamentales y físicos más detectados sugestivos de MI fueron vestimenta inadecuada para el clima caliente de la ciudad donde se realizó el estudio (camisas manga larga) y niños con evidencia de dolor crónico en algunas zonas del cuerpo (piernas y brazos) sin lograr ser atendidos por los cuidadores. La vestimenta inadecuada puede ocultar lesiones de maltrato físico como hematomas, lesión sospechosa de maltrato físico más detectada en este estudio, hallazgos similares a Valente *et al*<sup>16</sup> en Brasil tanto en cifras como en el tipo de lesión. A pesar de tratarse de un bajo porcentaje, corresponde a un número de niños que pueden estar experimentando maltrato físico o estar sufriendo otro tipo de maltrato<sup>19</sup>. En estos casos corresponde al estudiante de odontología indagar por la causa tanto al niño como a los padres y continuar con el seguimiento durante la atención clínica para poder confirmar la sospecha de MI y realizar los debidos reportes<sup>6</sup>.

Los castigos físicos como forma de corrección a niños son prácticas consideradas prohibidas en países como Brasil, y en Colombia recientemente en el año 2021, se ha emitido la ley que prohíbe estos tipos de castigos<sup>20</sup>. El odontólogo puede verificar prácticas de crianza en las familias<sup>21</sup> durante la

consulta y conocer qué hacer ante factores de riesgo para maltrato. Debe trabajar articulado con otros profesionales de la salud que le permitan hacer remisiones para corregir prácticas inadecuadas de crianza velando por la protección de los niños; en caso de tratarse de sospecha de maltrato físico grave según lo clasifica la Estrategia AIEPI<sup>17</sup> debe activar la ruta de protección<sup>6</sup>.

Otros indicadores comportamentales más frecuentes hallados en este estudio corresponden a la asistencia tardía a la consulta odontológica reflejado en la lesión intraoral más frecuente que fue la Caries dental, que sugieren la presencia de negligencia dental, un tipo de maltrato infantil<sup>12</sup> que suele acompañar a la negligencia general. Los niños atendidos en las clínicas de odontopediatría se observan con frecuencia descuidados en su presentación personal, con vestimenta sucia y en mal estado, resequedad en la piel de las piernas, pies y brazos, así como piel de la cara que, junto con otros factores de riesgo como padres con bajo nivel de escolaridad y bajos ingresos socioeconómicos, aumentan la susceptibilidad a sufrir de maltrato físico y negligencia<sup>22</sup>.

Las altas prevalencias de caries dental presentadas en el estudio pueden comportarse como una lesión centinela y posible marcador de MI específicamente negligencia dental<sup>23</sup>. Una lesión centinela es una lesión reseñada en la historia clínica del menor, sospechosa de MI, de imposible mecanismo debido al desarrollo del menor o explicaciones inverosímiles de los cuidadores<sup>24</sup>. Detrás de la sola presencia de Caries dental se puede hallar la presencia de MI. Scorca *et al*<sup>25</sup>, reportaron una prevalencia de caries de 61,9% en niños con riesgos de negligencia lo que a su vez puede comprometer la salud bucal en la adultez<sup>26</sup>. Sin embargo, es importante identificar la intencionalidad frente a la aparición de la caries dental y diferenciar si se trata de un descuido, abandono y negligencia de los padres para buscar y continuar el tratamiento odontológico o un desconocimiento sobre la importancia del cuidado de la dentición<sup>26</sup>.

De las lesiones orofaciales sugestivas de MI más detectadas se hallaron múltiples cicatrices, laceraciones, marcas de mordida y fractura coronal del tercio incisal en dientes anteriores, presentando

además una relación estadísticamente significativa con indicadores comportamentales sospechosos de MI como vestimenta inadecuada, manejo inadecuado de lesiones por los padres y la propia prevalencia de sospecha general de maltrato, coincidiendo con Sarkar *et al*<sup>27</sup> y Vidal *et al*<sup>28</sup> al quienes recalcan la importancia de la revisión rutinaria de la cara y boca de todos los niños maltratado. Con este hallazgo se confirma la presencia de lesiones orofaciales sospechosas de MI en las clínicas de Odontopediatría. Se deben concientizar a los estudiantes sobre su rol en la detección y protección de los niños, así como las consecuencias físicas y psicológicas en la población infantil<sup>26</sup>.

Un frenillo labial desgarrado se puede presentar como lesión sospechosa de MI como consecuencia de varios factores que incluyen alimentación forzada, agarre y frotamiento violento o un golpe directo en el labio superior<sup>29,30</sup> hallándose una prevalencia del 3% en este estudio lo que puede reflejar abusos graves y conllevar a consecuencias mortales<sup>30</sup>.

Las marcas de mordidas de adulto en un niño son consideradas una de las lesiones más grave de MI asociada con abuso sexual y maltrato físico<sup>12</sup>, hallando en el estudio una prevalencia del 4 % las cuales fueron deben ser reportadas ante las autoridades competentes según la norma<sup>6</sup>.

Hablar de Maltrato infantil, genera temor y miedo entre los profesionales de la salud, dada su corresponsabilidad en el reporte<sup>12</sup>. Hazar *et al*<sup>13</sup> reportaron estudiantes de odontología de Turquía, con una tasa de respuesta del 100%, manifestando ser conscientes de su responsabilidad ética en la protección de los niños contra MI. Según la ley de Turquía, el personal sanitario, incluidos los odontólogos, están obligados a reportar casos sospechosos de MI ante la autoridad competente y ante incumplimiento o demora en el reporte, pueden ser sancionados<sup>31</sup>.

En este estudio la tasa de no respuesta correspondió al 66,6%. Una de las razones es el temor del estudiante a perder el paciente, no poder seguir atendiéndolo en la clínica y no cumplir con sus compromisos académicos, situación que agravaría la

protección frente a los niños y que no ubica al niño en un primer lugar durante la atención; otra razón puede ser el poco respaldo de instituciones protectoras de la niñez en Colombia, dado que una vez se realizan algunos reportes, no se cuentan con medidas esperadas según las guías de atención, generando desconfianza entre Odontólogos frente al reporte, perdiendo credibilidad en el sistema y riesgo a que la situación sospechosa de maltrato se agrave con consecuencias tanto para el odontólogo como para el niño como lo reportan los estudios<sup>11,12,32,33</sup>.

El odontólogo debe trabajar con un equipo multidisciplinario frente a la atención de los niños (psicólogo, médico, trabajador social) y ser incluido dentro del equipo de salud en clínicas y hospitales especialmente en los servicios de urgencias donde muchos niños acuden ante cualquier accidente, para revisión de lesiones orofaciales que pueden ser sospechosas de MI<sup>12</sup>. Al no ser considerado en diferentes servicios de salud, puede prestar poca atención a su papel frente a la detección de maltrato. Si se tiene en cuenta que el MI es un problema de salud pública mundial, debe ser obligatorio la formación en esta temática en los profesionales de la salud, así como la preparación de docentes frente a su rol con relación al reporte<sup>34</sup>.

## CONCLUSIÓN

Se presentan lesiones sospechas de MI en niños que asisten a clínicas de Odontopediatría universitarias, pero frente a estas sospechas no se observan conductas esperadas de los estudiantes desde el punto de vista legal. La protección de los niños es un compromiso que debe iniciar desde la formación de los profesionales de la salud generando buenas prácticas en la atención clínica que fomenten sensibilidad, compromiso ético y legal ubicando al niño de primero en la consulta y evaluando “*más allá de la boca*”.

## DECLARACIÓN SOBRE CONFLICTOS DE INTERÉS

Manifestamos que somos independientes con respecto a las instituciones financiadoras y de apoyo, y que durante la ejecución del trabajo o la



redacción del manuscrito no han incidido intereses o valores distintos a los que usualmente tiene la investigación, declaramos no tener conflicto de interés.

## CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

**Shyrley Díaz-Cárdenas:** Conceptualización, curación de datos, análisis formal, adquisición de fondos, investigación, metodología, administración del proyecto, recursos, software, supervisión, validación, visualización, redacción del borrador original, revisión final.

**Adrián Rojano-Rodríguez:** curación de datos, redacción del borrador original, revisión final.

**Andrés Rey-Arrieta:** curación de datos, redacción del borrador original, revisión final.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sofuoğlu Z, Sariyer G, Ataman MG. Child Maltreatment in Turkey: Comparison of parent and child reports. *Cent Eur J Public Health*. 2016; 24 (3): 217-22. Doi: <https://doi.org/10.21101/cejph.a4155>
2. Hendaus MA, Al-Khuzaei AM, Samarah O, Hamad SG, Selim BA, El Ansari W. Child abuse and neglect in a rapidly developing country: Parents' perspectives. *J Family Med Prim Care*. 2020; 9(6):3053-3059. Doi: [https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc\\_971\\_19](https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_971_19)
3. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. *Pediatrics*. 2016; 137(3):e20154079. Doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4079>
4. Gardner MJ, Thomas HJ, Erskine HE. The association between five forms of child maltreatment and depressive and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse Negl*. 2019; 96:104082. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104082>
5. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración de los Derechos del Niño. [internet]. [Consultado 2022 Nov 1]. Disponible en: [https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/ConvencionsobrelosDerechosdelNino\\_0.pdf](https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/ConvencionsobrelosDerechosdelNino_0.pdf)
6. Instituto colombiano de bienestar familiar (ICBF). Lineamiento técnico para la atención de niños, niñas y adolescentes con sus derechos inobservados, amenazados o vulnerados por causa de la violencia (2017). Disponible en: <https://www.icbf.gov.co/el-instituto/sistema-integrado-de-gestion/lm21p-lineamiento-tecnico-atencion-nna-con-derechos>
7. Kural D, Abbasoglu Z, Tanboga İ. Awareness and Experience regarding Child Abuse and Neglect Among Dentists in Turkey. *J Clin Pediatr Dent*. 2020; 44(2):100-106. Doi: <https://doi.org/10.17796/1053-4625-44.2.6>
8. Özgür N, Ballıkaya E, Güngör HC, Ataç AS. Turkish paediatric dentists' knowledge, experiences and attitudes regarding child physical abuse. *Int Dent J*. 2020; 70(2):145-151. Doi: <https://doi.org/10.1111/idj.12532>
9. Pinto L, Lein A, Mahoque R, Wright DW, Sasser SM, Staton CA. A cross-sectional exploratory study of knowledge, attitudes, and practices of emergency health care providers in the assessment of child maltreatment in Maputo, Mozambique. *BMC Emerg Med*. 2018; 18(1):11. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12873-018-0162-9>
10. Arrieta Vergara KM, Díaz Cárdenas S, González Martínez F. Maltrato infantil: conocimientos, actitudes y prácticas de estudiantes de Odontología de Cartagena, Colombia. *Rev Clin Med Fam*. 2014; 7(2):103-111. Doi: <https://doi.org/10.4321/S1699-695X2014000200004>
11. Arrieta Vergara K, Díaz Cárdenas S, Ramos Martínez K. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre maltrato infantil en odontólogos de Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*. 2017; 33 (2): 129-138. Doi: <https://doi.org/10.14482/sun.33.2.10539>
12. Singh V, Lehl G. Child abuse and the role of a dentist in its identification, prevention and protection: A literature review. *Dent Res J (Isfahan)*. 2020; 17(3):167-173. Doi: <https://doi.org/10.4103/1735-3327.284735>

13. Hazar Bodrumlu E, Avşar A, Arslan S. Assessment of knowledge and attitudes of dental students in regard to child abuse in Turkey. *Eur J Dent Educ.* 2018; 22(1):40-46. Doi: <https://doi.org/10.1111/eje.12242>
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Violencia contra Niños, Niñas y Adolescentes EVCNNA 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecasDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/evcna-presentacion.pdf>
15. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses-INMLCF/ Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia-GCRNV. Violencia intrafamiliar según ciclo vital y contexto. Colombia, año 2021 (enero-abril). Disponible en: <https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/628335/Boletin+enero+2021+crnv.pdf>
16. Valente L, Dalledone M, Pizzatto E, Zaiter W, Feltrin de Souza J, Losso E. Domestic Violence Against Children and Adolescents: Prevalence of Physical Injuries in a Southern Brazilian Metropolis. *Braz. Dent. J.* 2015; 26(1): 55-60. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-6440201300137>
17. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. AIEPI- Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia [internet]. [Citado 2022 Nov 1]. Disponible en: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13849:imci-integrated-child-health&Itemid=40283&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13849:imci-integrated-child-health&Itemid=40283&lang=es)
18. Esser MB, Rao GN, Gururaj G, Murthy P, Jayarajan D, Sethu L, et al. Physical abuse, psychological abuse and neglect: Evidence of alcohol-related harm to children in five states of India. *Drug Alcohol Rev.* 2016; 35(5):530-8. Doi: <https://doi.org/10.1111/dar.12377>
19. Henry MK, Wood JN. What's in a name? Sentinel injuries in abused infants. *Pediatr Radiol.* 2021; 51(6):861-865. Doi: <https://doi.org/10.1007/s00247-020-04915-7>
20. República de Colombia - Gobierno nacional. Ley 2089 de 2021. [internet]. [Consultado 2022 nov 3]. Disponible en: [https://www.suin-juricol.gov.co/viewDocument.asp?id=30041715#:~:text=\(mayo%2014\)-,por%20medio%20de%20la%20cual%20se%20proh%C3%ADbe%20el%20uso%20del,y%20se%20dictan%20otras%20disposiciones.](https://www.suin-juricol.gov.co/viewDocument.asp?id=30041715#:~:text=(mayo%2014)-,por%20medio%20de%20la%20cual%20se%20proh%C3%ADbe%20el%20uso%20del,y%20se%20dictan%20otras%20disposiciones.)
21. Sege RD, Siegel BS. Effective Discipline to Raise Healthy Children. *Pediatrics.* 2018; 142(6):e20183112. Doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2018-3112>
22. Lefebvre R, Fallon B, Van Wert M, Filippelli J. Examining the Relationship between Economic Hardship and Child Maltreatment Using Data from the Ontario Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect-2013 (OIS-2013). *Behav Sci (Basel).* 2017; 7(1):6. Doi: <https://doi.org/10.3390/bs7010006>
23. Tamutienė I. Alcohol-related child maltreatment: Reports to the Child Rights Protection Service in Kaunas municipality. *Nordisk Alkohol Nark.* 2018; 35(1):9-23. Doi: <https://doi.org/10.1177/1455072517749132>
24. Sheets LK, Leach ME, Koszewski IJ, Lessmeier AM, Nugent M, Simpson P. Sentinel injuries in infants evaluated for child physical abuse. *Pediatrics.* 2013 Apr;131(4):701-7. Doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2012-2780>
25. Scorca A, Santoro V, De Donno A, Grattagliano I, Tafuri S, Introna F. Early childhood caries (ECC) and neglect in child care: analysis of an Italian sample. *Clin Ter.* 2013; 164(5):e365-71. Available at: <https://123dok.org/document/1y9dl3rq-early-childhood-caries-neglect-child-analysis-italian-sample.html>
26. Fisher-Owens SA, Lukefahr JL, Tate AR. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. *Pediatr Dent.* 2017; 39(4):278-283. Doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2017-1487>
27. Sarkar R, Ozanne-Smith J, Bassed R. Systematic Review of the Patterns of Orofacial Injuries in

Physically Abused Children and Adolescents. Trauma Violence Abuse. 2021; 22(1):136-146. Doi: <https://doi.org/10.1177/1524838019827617>

28. Vidal S, Prince D, Connell CM, Caron CM, Kaufman JS, Tebes JK. Maltreatment, family environment, and social risk factors: Determinants of the child welfare to juvenile justice transition among maltreated children and adolescents. Child Abuse Negl. 2017 Jan;63:7-18. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.11.013>

29. Stritzke A, MacPherson J. Split frenulum: Nonaccidental trauma or frenotomy? Paediatr Child Health. 2019; 24(2):72-73. Doi: <https://doi.org/10.1093/pch/pxy087>

30. Maguire S, Hunter B, Hunter L. Diagnosing abuse: a systematic review of torn frenum and other intra-oral injuries. Arch Dis Child. 2007; 92(12):1113-1117. Doi: <https://doi.org/10.1136/adc.2006.113001>

31. Özgür N, Ballıkaya E, Güngör HC, Ataç AS. Turkish paediatric dentists' knowledge, experiences and attitudes regarding child physical abuse. Int Dent J. 2020; 70(2):145-151. Doi: <https://doi.org/10.1111/idj.12532>

32. Kaur H, Chaudhary S, Choudhary N, Manuja N, Chaitra TR, Amit SA. Child abuse: Cross-sectional survey of general dentists. J Oral Biol Craniofac Res. 2016 May-Aug;6(2):118-23. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jobcr.2015.08.002>

33. Kaur H, Vinod KS, Singh H, Arya L, Verma P, Singh B. Child maltreatment: Cross-sectional survey of general dentists. J Forensic Dent Sci. 2017 Jan-Apr;9(1):24-30. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5450479/>

34. Guterman K. Unintended pregnancy as a predictor of child maltreatment. Child Abuse Negl. 2015; 48:160-9. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.05.014>