



MEMORIAS

ENCUENTRO DE EXPERIENCIAS DE

MALTRATO INFANTIL

DESDE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA

¿Negligencia Dental o Desconocimiento?

3 de Julio 2020



Universidad
de Cartagena

Fundada en 1827

MEMORIAS DEL II ENCUENTRO DE EXPERIENCIAS DE MALTRATO INFANTIL DESDE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA

Universidad de Cartagena

3 de Julio 2020

Cartagena de Indias, Colombia

Coordinación general del Encuentro

Shyrley Díaz Cárdenas

Comité Académico

Shyrley Díaz Cárdenas, Docente Universidad de Cartagena

Lesbia Tirado Amador, Docente Universidad del Sinú, Seccional Cartagena

Organizador

Shyrley Díaz Cárdenas, Facultad de Odontología, Universidad de Cartagena

Preparación de Memorias

Shyrley Díaz Cárdenas, Docente Universidad de Cartagena

Lesbia Tirado Amador, Docente Universidad del Sinú, Seccional Cartagena

Preparación editorial

Cite este documento así: Díaz Shyrley, Tirado Lesbia. Memorias del II Encuentro de Experiencias de Maltrato Infantil desde la Consulta Odontológica, Universidad de Cartagena. Facultad de Odontología 2020

TABLA DE CONTENIDO

Presentación del evento

Ponencias

Estado de salud bucal en primera infancia. De la boca del niño a la percepción y conocimiento de padres y profesores

Lesbia Rosa Tirado Amador, Leisdy Padilla Mondol, Irene Lora Salgado

Reporte de caso: maltrato por negligencia

Carlos Alberto Villanueva Manjarrez, Luisa Fernanda Guerrero Baquero, Luis Armando Vila Sierra, Silena Sofía Candelario Guethe

Negligencia dental o desconocimiento frente al manejo de la caries dental

Shyrley Díaz Cárdenas

Caso clínico caries de la infancia temprana: ¿maltrato o falta de información?

Yasmin Laguna Vargas

La salud oral infantil en una sociedad negligente

María José Arteta Coronell

Detección de sospecha de maltrato infantil desde la fonoaudiología en Clínicas universitarias de odontopediatría

Claudia Patricia Cabrera Ramos

PRESENTACIÓN DEL EVENTO

Shyrley Díaz Cárdenas, Coordinadora y Organizadora. Facultad de Odontología Universidad de Cartagena 2020

Después del I Encuentro de Experiencias en Maltrato Infantil desde la Consulta Odontológica realizado en el año 2019, se conformó por un grupo de docentes odontólogos que asistieron al evento, el ***Grupo Interdisciplinario de Detección del Maltrato Infantil en Odontología, GIMIO***, con el ánimo de seguir trabajando por la detección y prevención del Maltrato Infantil

Docentes de diferentes universidades de la Costa Atlántica como la Universidad del Norte, la Universidad del Magdalena, Universidad del Sinú y por supuesto Universidad de Cartagena participan del grupo GIMIO. Así mismo GIMIO cuenta con un grupo WhatsApp donde se van agregando personal no solo de la odontología sino de otras áreas de la salud con el mismo interés, tanto estudiantes como profesionales.

La conformación de este grupo y el primer encuentro generaron motivaciones en el área relacionada al maltrato infantil desde la Odontología como la incorporación de la temática con mayor profundidad en los currículos académicos de las diferentes universidades adscritas al grupo.

En el año 2020 se declara la pandemia por COVID 19 y ante la importancia de continuar con el desarrollo de los encuentros de Experiencias de maltrato infantil desde la Odontología, se propone desarrollarse desde la modalidad virtual con el apoyo de la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología, ACFO, a través de la plataforma Microsoft meeting. Al ser convocado de manera virtual, permite la participación de más universidades en Colombia, emergiendo de la costa Atlántica hacia el resto del país.

Así nace el **II Encuentro de Experiencias de Maltrato Infantil desde la consulta odontológica**, organizado esta vez por el Grupo GIMIO y emitiendo un lema de trabajo u objetivo en el encuentro:

¿Negligencia Dental o Desconocimiento? Este lema se decide abordar en el evento, teniendo en cuenta que es uno de los tipos de Maltratos más presentados en la Odontología, pero al mismo tiempo uno de los

más difíciles de diagnosticar. Por lo tanto, se decide trabajar en torno a esta temática con el ánimo de conocer que se conoce al respecto y que se está realizando en las diferentes universidades, con el fin de despertar el interés en la comunidad académica hacia la adquisición de competencias frente a la detección y manejo de la negligencia dental desde la docencia hasta la investigación.

Agradecida con la presentación de 7 universidades: Universidad del Norte, Universidad del Magdalena, Universidad del Sinú Seccional Cartagena, Corporación Universitaria Rafael Núñez, Universidad de Cartagena, universidades ubicadas en la Costa Atlántica y las Universidades Cooperativa de Colombia y Universidad del Bosque, universidades ubicadas al interior de Colombia, permitiendo la pandemia llevar nuestro II Encuentro a más universidades.

Se logra entonces elaborar las memorias del II encuentro con el ánimo disponer documentos de consulta en el área relacionados con la odontología, para ser utilizados en el desarrollo de asignaturas, seminarios, cursos y publicación de manuscritos, así como soporte en la consulta odontológica.

Nuevamente se cuenta con la presencia de la Dra Isabel Cuadros Ferré, directora ejecutiva de la Asociación Afecto contra el Maltrato que lleva más de 30 años trabajando por la prevención del Maltrato infantil, invitada especial quien manifiesta su agradecimiento en nombre de los niños al gremio de Odontólogos frente al interés en el conocimiento de la temática, recordando que el conocimiento es un *“compromiso ético y legal”*. También se contó con la presencia del Dr. Carlos Montoya, pediatra y director de la Corporación Red-Afecto Manizales, institución que también lleva más de 28 años trabajando por los niños; el doctor manifestó su sentir y felicidad por asistir al encuentro y por apreciar la importancia del Odontólogo en la detección del Maltrato Infantil.

Esperamos que estas memorias puedan ser consultadas por estudiantes, odontólogos, especialistas y demás profesionales y personal encargado de la protección de los niños para la adquisición de competencias y habilidades que los ayuden a identificar de manera temprana casos de negligencia dental para su manejo y tratamiento, evitando caer en la Negligencia de la Negligencia!

Shyrley Díaz Cárdenas

Organizadora y coordinadora del encuentro.

ESTADO DE SALUD BUCAL EN PRIMERA INFANCIA. DE LA BOCA DEL NIÑO A LA PERCEPCIÓN Y CONOCIMIENTO DE PADRES Y PROFESORES

Autores: Lesbia Rosa Tirado Amador ¹, Leisdy Padilla Mondol ², Irene Lora Salgado ³

1.Odontóloga. Universidad de Cartagena. Especialista en Estadística Aplicada. Universidad tecnológica de Bolívar. Email: lesbia.tirado@unisinu.edu.co

2.Odontóloga. Universidad del Sinú Cartagena. Especialista en Rehabilitación oral. Institución Universitaria Colegios de Colombia - Unicoc (Antes Colegio Odontológico Colombiano). Email: leisdy.padilla@unisinu.edu.co

3.Odontóloga. Universidad del Sinú Cartagena. Especialista en Gerencia en Calidad de los Servicios de Salud. Pontificia Universidad Javeriana. Email: irene.lora@unisinu.edu.co

RESUMEN

Antecedentes: El maltrato infantil, es un tipo de violencia, que puede estar representado por abuso físico, abuso sexual, abuso emocional y negligencia. La negligencia implica falta de apoyo adecuado, falta de atención y amor, y la exposición del niño a violencia. Un tipo de negligencia se enfoca hacia la desatención en los cuidados médicos y de la salud, dentro de los cuales se puede destacar la negligencia dental, misma que puede ser confundida con desconocimiento. Si bien es cierto, ambas situaciones son diferentes, pero el desconocimiento y las percepciones erróneas pueden germinar en negligencia en el cuidado de la salud bucal y esto es una forma de maltrato infantil. **Objetivo:** socializar los resultados preocupantes de percepción y desconocimiento en padres y profesores de niños en primera infancia, respecto a la salud bucal del menor, mediante acciones de un programa preventivo por convenio interinstitucional derivado de una iniciativa de Investigación. **Métodos:** Experiencia comunitaria, desarrollada en una Institución Educativa de la ciudad de Cartagena de Indias (Colombia) durante segundo semestre del año 2019. Para la cual se realizaron acciones enfocadas en 76 niños de primera infancia, sus padres y profesores. La iniciativa se originó a partir de un proyecto de investigación enfocado en el estado de salud bucal de los niños. En donde a partir de un cuestionario dirigido a padres y la valoración clínica de los niños se diseñaron y ejecutaron actividades enfocadas en padres y profesores dada la necesidad identificada de profundizar en la información obtenida. **Resultados:** El estado de salud bucal en niños de primera infancia se considera deficiente, considerando indicadores orales valorados tales como índice de dientes cariados extraídos y obturados de 3,86, Índice de placa bacteriana de 70% y presencia de Lengua Saburral en un 42% de los niños. Los padres de los niños valorados, presentan falta de conocimiento en aspectos básicos de cuidado bucal tales como cepillado dental, en donde cerca del 46% considera que quien debe realizarlo es el mismo niño. También existen falencias en cuanto al conocimiento de la dieta. Los profesores

manifiestan que en cuanto al cuidado en salud nunca dan recomendaciones para salud e higiene bucal y que se enfocan en aspectos generales como hablar de la higiene personal y de asistir a clase con el uniforme limpio. **Conclusiones:** Los padres y profesores pueden incurrir en negligencia dental indirecta, provocada por falta de conocimiento en aspectos básicos de cuidado bucal propios y por ende de los niños, ameritando intervenciones a largo plazo para mejorar el conocimiento en cuidado y salud bucal. Estas acciones deben ser lideradas por los profesionales de la odontología como miembros del equipo de salud que puede y debe contribuir a evitar, afrontar y prevenir las consecuencias de la negligencia y abandono infantil desde la odontología.

INTRODUCCIÓN

La violencia contra los niños se considera un problema de salud mundial, con efectos negativos a nivel de su desarrollo físico y socioemocional, impactando así en la sociedad, instituciones y organizaciones sociales, sistemas legales, sistemas educativos y empresas, así como en las familias (1). Este tipo de violencia, corresponde a maltrato infantil, mismo que puede estar representado por abuso físico, abuso sexual, abuso emocional y negligencia (2). Este último tipo de maltrato, ha sido definido como falta de apoyo adecuado, falta de atención y amor, y la exposición del niño a violencia (3), implicando que las necesidades físicas y psicológicas del menor tales como alimentación, vestido, higiene, protección, vigilancia ante situaciones peligrosas, educación y cuidados médicos no se atiendan (4). Dentro de los cuidados médicos, puede presentarse negligencia en el cuidado de la salud y negligencia dental, las cuales no son más que omisiones y carencias en lo que respecta a la Atención de la Salud. Específicamente, en la Atención en Salud Bucal del niño, se necesita lograr la asistencia a las citas odontológicas, autocuidado y cuidado del niño dirigido, este último corresponde a la supervisión y acompañamiento por parte de padres, cuidadores y profesores, pues se ha documentado la importante influencia que ejercen estos en los niños para su aprendizaje en hábitos de higiene bucal (5).

Es importante reconocer y diferenciar entre la negligencia dental (negligencia en el cuidado de salud bucal) y la existencia de desconocimiento. El desconocimiento, es una falta de información acerca de una cosa o comprensión de su naturaleza, cualidades y relaciones, así mismo refleja una falta de correspondencia, de ingratitud hacia algo o alguien. En el contexto de salud bucal, el desconocimiento puede significar que no se tenga suficiente información, para comprender la importancia de la boca y su función y de los cuidados que la misma amerita para lograr un bienestar integral y calidad de vida del niño; así mismo, puede reflejar una falta de los padres, cuidadores y profesores, en corresponder y estar

agradecidos con el rol que desempeñan y la responsabilidad que tienen con los niños como población vulnerable y ante la cual se convierten en modelos a seguir.

La primera infancia, se ha identificado como el momento vital más importante por los notables efectos que genera a lo largo de toda la vida y que inicia en la gestación hasta los 5 años, 11 meses y 29 días de edad. En estas edades, es indispensable el cuidado de la salud bucal, para contribuir a garantizar un adecuado crecimiento y desarrollo a nivel cráneo facial y físico, correcto desarrollo del lenguaje y en el desarrollo cerebral y psicosocial contribuyendo a la calidad de vida de los niños (6). Por lo que el acompañamiento de adultos que rodean a los niños, es muy importante considerando que sus conocimientos y percepciones pueden influir directamente en su estado de salud bucal y por ende en su bienestar. Por lo cual, el objetivo de la siguiente experiencia comunitaria, es socializar los resultados preocupantes de percepción inadecuada y desconocimiento en padres y profesores de niños en primera infancia, respecto a la salud bucal del menor, como potencial forma de incubar negligencia dental, misma que a su vez es un tipo de maltrato infantil (Figura 1).

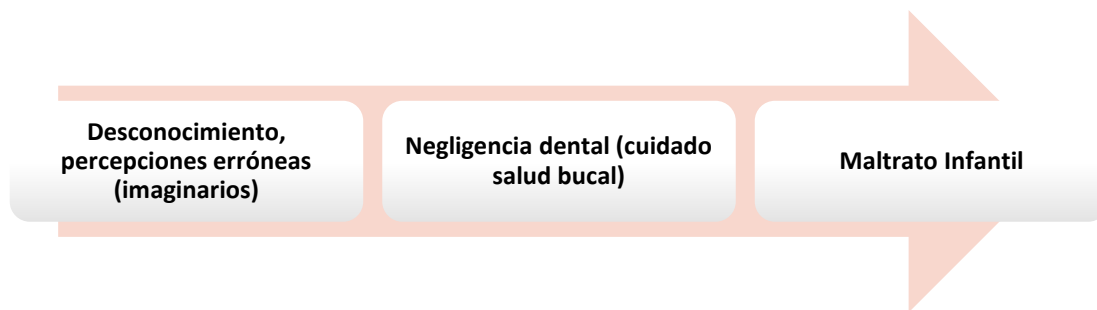


Figura 1. Del desconocimiento y percepciones erróneas hacia el maltrato infantil. Elaboración propia del autor.

METODOLOGÍA

Experiencia comunitaria, desarrollada en una Institución Educativa de la ciudad de Cartagena de Indias (Colombia) durante segundo semestre del año 2019. Para la cual se realizaron acciones enfocadas en 76 niños de primera infancia, sus padres y profesores. La iniciativa se originó a partir de un proyecto de investigación enfocado en estado

de salud bucal de los niños. En donde a partir de la valoración clínica de los niños se diseñaron y ejecutaron actividades enfocadas en padres y profesores dada la necesidad de obtener más información respecto al estado de salud bucal de los niños y de involucrar a los adultos. Se utilizó una estrategia de Profundización

(inmersión en el conocimiento de padres y profesores mediante cuestionarios, grupos focales y taller de principios básicos del cuidado e higiene bucal enfocado en primera infancia) (figura 2).

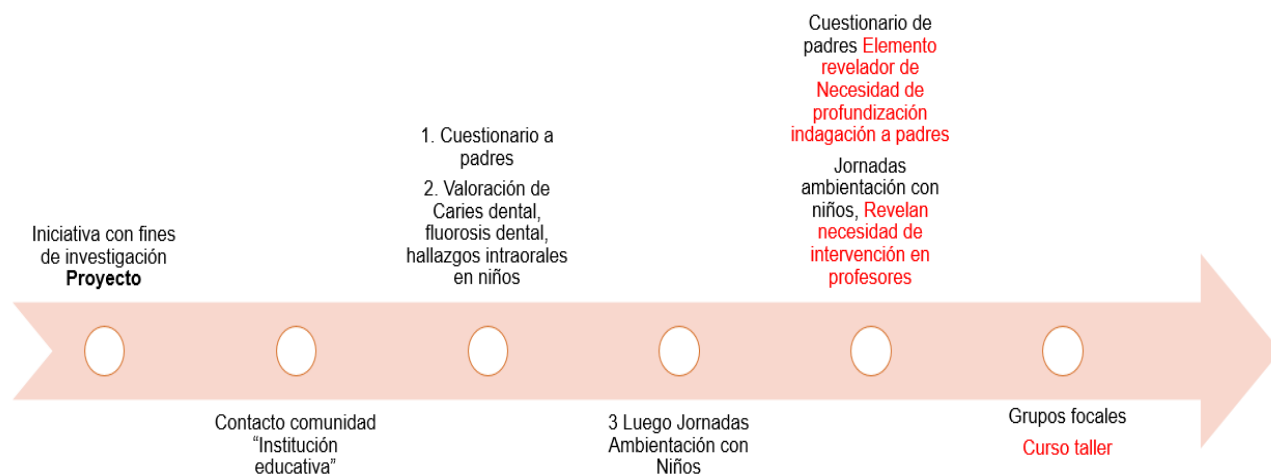


Figura 2. Proceso para lograr la experiencia comunitaria.
Elaboración propia del autor.

RESULTADOS

Se logró obtener información procedente de los padres de los niños participantes y de 5 profesores. Respecto a los niños participantes fueron 76 y se distribuyeron en 70 niños con 5 años y 6 niños con 4 años. En su estado de salud bucal, se evidenció higiene bucal y cuidado odontológico cuestionable. Lo que se reflejó en el índice de dientes cariados, extraídos y obturados en dentición temporal ceo-d equivalente a un promedio de 3,86 dientes, un índice de placa bacteriana con promedio de 70% y presencia de Lengua Saburral en 42% de los niños. Se procedió a considerar la percepción y conocimiento en padres respecto a quien debe realizar el cepillado, evidenciándose que el 46% considera que los mismos niños solos, destacándose percepciones tales como “la existencia de autonomía del niño para hacerlo solo”.

Casi un 40%, atribuyó la responsabilidad del cepillado dental solo a la madre, con lo que se evidencia la percepción de que no existe una responsabilidad compartida entre ambos padres, destacando que “eso es cosa de mujeres”. Respecto a la dieta, se presenta un alto consumo de bebidas azucaradas en 97% de los niños, esto es aceptado por los padres y aquí, se resaltó que no existe un horario establecido para el consumo de alimento diferente a las comidas, con lo que en diversas horas del día se ingieren mecatos y

el consumo de golosinas al menos una vez al día, estuvo presente en más del 70% de los niños valorados. Estos resultados fueron percibidos como bueno, necesario o inofensivo por los adultos. Finalmente, para el caso de los profesores, el 100% manifestó que no sabían las diferencias entre niños y adultos en lo referente al cuidado de salud bucal (tipo de cepillo, tipo y cantidad de crema dental, asistencia a consultas odontológicas), manifiestan que no realizan consejería a padres respecto a cuidado de la boca del niño (se enfocan en recomendar baño y uso de uniforme limpio) y desconocen el riesgo de la ingesta de azúcares y alimentos masticados entre comidas sin cepillado.

DISCUSIÓN

Realizar la distinción entre presencia de caries dental, deficiente estado de higiene bucal y la negligencia o abandono es difícil, pero la observación directa, el historial de hábitos alimenticios inadecuados y las malas prácticas de higiene dental pueden facilitar el diagnóstico (7). Es muy importante, destacar que la atención que muestran los padres con respecto a la higiene bucal infantil, es un indicador del interés que tienen en proporcionar al niño aspectos esenciales para su bienestar; sin embargo, en ocasiones la atención, puede no estar presente porque no hay suficiente conocimiento, este hecho es imperativo para ser considerado, por cuanto una falta de conocimiento y conciencia en padres sobre su propia salud bucal afecta negativamente la salud y prácticas de salud bucal en los hijos (8). Lo anterior, genera la necesidad de reflexionar hacia la búsqueda y apuesta por nuevos escenarios, que revistan un área de oportunidad para impartir y mejorar este conocimiento en los adultos (padres, profesores y cuidadores), ya sea desde la consulta odontológica o desde las acciones en odontología que pueden realizarse desde el trabajo comunitario (9) y que pueden servir mucho para aproximarse más cercanamente a la realidad y razones que pueden explicar el estado de salud de los niños, tal como se logró en la presente práctica comunitaria. De esta manera, la familia y la escuela como centros de apoyo al bienestar y cuidado del menor, deben ser priorizadas e incluidas en las acciones educativas y de intervención que se realicen desde la odontología, para que padres y profesores sean educados y concientizados para sensibilizar tempranamente a los niños (10), lo que incluso puede mejorar la sensación de afecto que estos perciben de los adultos y una mayor atención percibida, puede mejorar la autoestima y resiliencia del niño. En contraste, la presencia de desconocimiento y percepciones erróneas de los adultos (padres y profesores) en cuidado y salud, pueden propiciar la experiencia de maltrato infantil de tipo negligencia, y es importante considerar que este tipo de maltrato como cualquier otro, puede trascender a otras condiciones como depresión, baja autoestima, agresividad, desesperanza, escasas habilidades de afrontamiento, dificultades en el control de impulsos y

regulación emocional, mal desempeño académico, escasa socialización y déficit en sus habilidades sociales entre otros (11) situaciones que afectan gravemente la salud, bienestar y calidad de vida de los niños.

CONCLUSIÓN

Los padres y profesores pueden incurrir en negligencia dental indirecta, provocada por falta de conocimiento en aspectos básicos de cuidado bucal y percepciones erróneas, ameritando intervenciones a largo plazo para mejorar el conocimiento en cuidado y salud bucal. Estas acciones, deben ser lideradas por los profesionales de la odontología como miembros del equipo de salud que puede y debe de manera interdisciplinaria contribuir a evitar, afrontar y prevenir las consecuencias de la negligencia y abandono infantil desde la odontología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Seddighi H, Salmani I, Javadi MH, & Seddighi S. Child Abuse in Natural Disasters and Conflicts: A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2019. <https://doi.org/10.1177/1524838019835973>
2. Merrick Melissa T and Angie S Guinn. "Child Abuse and Neglect: Breaking the Intergenerational Link." *American journal of public health*. 2018; 108 (9): 1117-1118. doi:10.2105/AJPH.2018.304636
3. Biçakçı, Müdriye Yildiz, Sühendan Er, and Neriman Aral. "An overview of child neglect and abuse: types, causes, impact and prevention." *Studies on ethno-medicine* . 2016; 10.2: 221-228. <https://doi.org/10.1080/09735070.2016.11905491>
4. Ramazani N. Child dental neglect: a short review. *Int J High Risk Behav Addict*. 2014 Sep 21;3(4):e21861. doi: 10.5812/ijhrba.21861. PMID: 25741483; PMCID: PMC4331660.
5. Corchuelo Ojeda Jairo, Soto Libia. EVALUATION OF ORAL HYGIENE IN PRE-SCHOOL CHILDREN THROUGH BACTERIAL PLAQUE SUPERVISION BY PARENTS. *Rev Fac Odontol Univ Antioq* [Internet]. 2014 June [cited 2020 Aug 09] ; 25(2): 313-324. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-246X2014000100006&lng=en.
6. González Penagos C, Cano-Gómez M, Meneses Gómez E J. & Vivares Builes A. M. Percepciones en salud bucal de los niños y niñas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 2015; 13 (2): 715-724.
7. Bhatia SK, Maguire SA, Chadwick BL, Hunter ML, Harris JC, Tempest V, et al. Characteristics of child dental neglect: a systematic review. *J Dent*. 2014;42(3):229–39. doi: 10.1016/j.jdent.2013.10.010.
8. Hamasha A, Rasheed S, Aldosari M y Rajion Z. "Parents Knowledge and Awareness of their Children's Oral Health in Riyadh, Saudi Arabia." *The Open Dentistry Journal*. 2019; 13 (1).
9. Nakre PD, Harikiran AG. Effectiveness of oral health education programs: A systematic review. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2013;3(2):103-115. doi:10.4103/2231-0762.127810
10. Cupé-Araujo Ana Cecilia, García-Rupaya Carmen Rosa. Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. *Rev. Estomatol. Herediana* [Internet]. 2015 Abr

[citado 2020 Ago 09] ; 25(2): 112-121. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552015000200004&lng=es.

11. Morelato G. Maltrato infantil y desarrollo: hacia una revisión de los factores de resiliencia. *Pensamiento Psicológico*. 2011; 9(17): 83-96. Retrieved August 09, 2020, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612011000200008&lng=en&tlng=es.

REPORTE DE CASO: MALTRATO POR NEGLIGENCIA

Autores: Carlos Alberto Villanueva Manjarrez¹, Luisa Fernanda Guerrero Baquero, Luis Armando Vila Sierra, Silena Sofía Candelario Guethe

1. Odontólogo, ESE Rafael Paba Manjarres, email: carlosvillanuevamanjarrez@gmail.com
2. Odontóloga, ESE Rio Grande de la Magdalena, email: luisafguerrerob@gmail.com
3. Odontólogo Doctor en Educación para la Salud, Docente Universidad del Magdalena, email: luvila25@gmail.com
4. Odontóloga pediatra, Docente Universidad del Magdalena, email: siletopi@hotmail.com

RESUMEN

La negligencia dental, según lo define la Academia Estadounidense de Odontología Pediátrica, es la "omisión intencional del padre o tutor de buscar y seguir el tratamiento necesario para garantizar un nivel de salud bucal esencial para una función adecuada y la ausencia de dolor e infección" (1). Existen un gran porcentaje de niños en los que se diagnostica caries severa en la primera infancia o caries de biberón en su primera cita odontológica, esta afección dental y entre otras afecciones bucales si no son tratadas pueden provocar dolor, infección y pérdida de la función, lo cual puede afectar negativamente el aprendizaje, comunicación y nutrición en los niños a través de su crecimiento y desarrollo. Por otro lado, los cuidadores con el conocimiento adecuado y su desinterés de buscar atención odontológica deben diferenciarse de aquellos que carecen de conocimiento o conciencia de la necesidad de la atención dental para su hijo al momento de hacer un reporte a las autoridades sobre maltrato infantil. En el presente trabajo se expone un caso clínico de un niño de 4 años el cual fue diagnosticado con caries de infancia temprana en el servicio de odontopediatría de la clínica odontológica de la Universidad del Magdalena en la ciudad de santa marta, Colombia el cual tuvo varias fases de tratamiento buscando una rehabilitación oral y un cambio en su estilo de vida.

INTRODUCCIÓN.

El maltrato infantil es considerado unas de las grandes amenazas a los derechos fundamentales de los niños, es menester de adultos (padres, representantes legal o cuidadores) garantizar un desarrollo biopsicosocial adecuado. Históricamente se han desarrollado e implementado distintas medidas, legales, sociales, educativas y administrativas en pro de reglamentar y de hacer respetar los derechos de los menores.

En Colombia el marco legal para establecer las normas y garantizar los derechos y libertades de la niñez está consagrado no solo en la carta magna sino que además en el año 2006 se reglamenta y se pone en función el código de la infancia y adolescencia, el cual tipifica y define al maltrato infantil como “toda forma de perjuicio, castigo, humillación o abuso físico o psicológico, descuido, omisión o trato negligente, malos tratos o explotación sexual, incluidos los actos sexuales abusivos y la violación y en general toda forma de violencia o agresión sobre el niño, la niña o el adolescente por parte de sus padres, representantes legales o cualquier otra persona” (2).

El rol del odontólogo aunque no es diagnosticar a un paciente que padece de maltrato es importante conocer e identificar signos en niños, niñas y adolescentes que puedan estar sometidos a afrentas o de igual manera en aquellos menores que por negligencia no tengan satisfechas sus necesidades básicas en salud, como también el profesional de la salud a través de las rutas de atención en salud debe reportar sus sospechas y aportar evidencia para que las entidades prestadoras de salud realicen el seguimiento y acompañamiento al menor y a su familia. El objetivo de este es identificar y describir como la falta de conocimiento en las personas puede afectar el estado de salud oral de un niño y llegar a producir manifestaciones de dolor, dificultad en la alimentación y afectación de su desarrollo físico.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente masculino de 4 años y 3 meses de edad que acude en compañía de su madre de forma voluntaria y por sus propios medios al servicio de odontopediatría de la clínica odontológica de la Universidad del Magdalena, ubicada en la ciudad de Santa Marta – Colombia en el segundo semestre del año 2019. La madre expone como motivo de consulta “A mi hijo le duelen las muelitas cuando come dulces” ilustra que desde hace aproximadamente dos meses el niño presenta dolor en órganos dentales posteriores, afirmando que dicho síntoma es de intensidad moderada y no se irradia a otras zonas, se presenta con frecuencia de una a dos veces por semana principalmente cuando el niño consume dulces, niega el uso de medicamentos para calmar el dolor.

Al realizar la anamnesis, los antecedentes personales reflejan un paciente sin compromiso sistémico, la madre destaca como punto relevante el hecho de que el niño presenta una dieta alta en carbohidratos, donde predomina el alto consumo de dulces como barriletes y confites, además revela que este aun usa tetero donde consume coladas 7 granos y que actualmente todavía lacta al niño por las noches debido a que así se duerme fácilmente.

La madre comenta que la última atención odontológica fue en junio del año 2019 la cual fue por urgencias debido a que el niño presentaba dolor severo en órgano dental posteroinferior. También expresa que ella misma cepilla los dientes del niño dos veces al día al despertar y en las noches, no obstante, la madre relata que se le dificulta hacerlo ya que el niño refiere dolor en sus órganos dentales principalmente en los anterosuperiores y gingivorragia.

Bajo consentimiento informado, la representante permitió el uso de toda la información que corresponda a la historia clínica, diagnósticos, estudios complementarios, fotografías de seguimiento y tratamiento finalizado. Como parte de la primera cita se realiza índice de placa bacteriana de O' Leary el cual fue de 72% luego de esto se realizó profilaxis dental usando pasta profiláctica, esto con el fin de remover la placa blanda que se encontraba de manera generalizada en las superficies dentales y así realizar un examen clínico riguroso.

Al examen físico se evidencia al niño distraído, con presencia de llanto y acatando pocas ordenes dada por su madre y por el operador, a la inspección se aprecia piel humectada sin cicatrices, no se aprecia limitación al movimiento, ni adenomegalias. Según la escala de Frankl se clasifica el comportamiento del niño como definitivamente negativo Y según Maccoby & Martin a la madre se le considera como indiferente (3).

Al examen clínico intraoral se evidencian 20 órganos dentales correspondientes con una dentición decidua, no se observan espacios primates y fisiológicos en zona anteroinferior, a su vez se evidencian múltiples lesiones cariosas de grado variable generalizadas en ambos maxilares (Fig. 1: a y b), a la inspección se aprecia encía de color rojo generalizado de apariencia lisa con signos evidentes de inflamación, además se observa presencia de placa blanda generalizada; a la palpación se percibe textura lisa, consistencia blanda, humectada y gingivorragia.

Los estudios radiográficos no revelan alteraciones de forma, tamaño y número de los órganos dentales, ni alteraciones en la secuencia y vía de erupción. Sin embargo, se denotan zonas radiolúcidas extensas en la corona de algunos órganos dentales las cuales son compatibles con caries (Figura 2).



FIG. 1 A) Órganos dentales maxilar superior.



B) Órganos dentales maxilar inferior

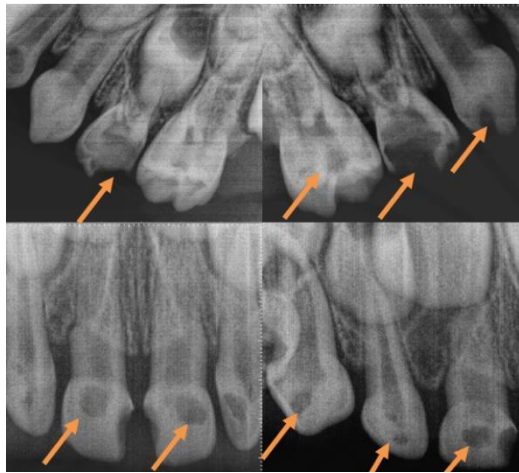


FIG 2: *las flechas demuestran zonas radiolúcidas de variable tamaño y compromiso las cuales son compatibles con lesiones cariosas*

De acuerdo con lo observado y analizado en el examen clínico y radiográfico, y la anamnesis reportada, se determina que el diagnóstico inicial del paciente es: Caries de infancia temprana, Esta valoración se sustenta en el hecho real de que la mayoría de los dientes están afectados por lesiones cariosas cavitacionales y activas, por lo que se resaltan los diagnósticos dentales individuales donde se reportan los estadios de caries según ICDAS:

- 3 activo en órganos dentarios; 52,63
- 4 activo en órgano dental; 55
- 5 activo en órganos dentarios; 53,62,65, 84
- 6 activo en órganos dentarios; 54,51,61,64,75,74

A su vez es importante resaltar diagnósticos como el oclusal, periodontal y pulpar donde se revela que el paciente presenta escalón mesial y clase I canina bilateral, asimismo presenta gingivitis asociada a placa bacteriana generalizado. En cuanto a los diagnósticos pulpares se llega a la conclusión de que el niño

presenta pulpitis reversible en órgano dental 54, necrosis pulpar del 64 y diente 84 previamente tratado. Según la clasificación de riesgo de caries, se evidencia que el paciente se encuentra en un estado de riesgo alto, con estado actual de probabilidad alta de caries

El plan de tratamiento fue dividido por cinco fases, una fase preventiva, otra operatoria, una endodóntica, quirúrgica y por último una fase correctiva. Del mismo modo se tuvieron en cuenta una serie de factores para establecer un protocolo propicio para el paciente, estos factores fueron el comportamiento, el pronóstico general e individual de cada órgano dental, el compromiso de la madre de asistir a cada consulta y de seguir todas las recomendaciones dadas en aras de mejorar y mantener una adecuada higiene oral en el niño. La secuencia del tratamiento determinada fue la siguiente:

- 1. Fase preventiva:** En la fase preventiva como su nombre lo indica, se buscó prevenir la aparición de lesiones cariosas y detener lesiones ya iniciadas anteriormente, por tal razón se hizo aplicación de flúor barniz al 5% en todas las superficies de los órganos dentales, Cabe resaltar que debido a que el niño presenta un alto riesgo de caries estas fases de promoción y prevención deben ser sólidas, dejarlas en claro lo mejor posible y ser reforzadas con charlas, aplicación de flúor, control de placa y profilaxis dental cada 3 meses.
- 2. Fase Operatoria:** En la fase operatoria se buscó eliminar los tejidos cariados y restaurar morfológicamente los órganos dentales afectados y devolver su funcionalidad. Esta fase se realizó por cuadrantes, se hicieron múltiples restauraciones en resina compuesta en órganos dentales 53,62; en resina fluida en dientes 63,52; en Ionómero de vidrio en 55, 65, 74,75 y 85. Forma plástica en órganos dentales: 51 y 61 y restauración en amalgama en el 54 (Figura 3 A).
- 3. Fase Endodóntica:** En esta etapa se realizó pulpotomía en órgano dental 54, se restauró por medio de amalgama (Figura 3 A). Se estipuló realizar retratamiento en órgano dental 84, al momento de extraer los conductos dentarios con limas preserie se observó que no se detenía el sangrado, aunque se aplicara medidas de hemostasia, por lo que se indicó la extracción del órgano dental 84.
- 4. Fase Quirúrgica:** Debido a la extensión subgingival de la caries en el órgano dental 64 fue indicada su exodoncia, la cual fue realizada en conjunto con la exodoncia del órgano dental 84, se tuvo que

inmovilizar al paciente debido a su comportamiento negativo, finalmente se realizó la exodoncia de ambos órganos dentales sin complicaciones (Figura 3B).

5. Fase Correctiva: En dicha fase se procedió a realizar mantenedores de espacio fijos tipo banda y ansa entre órganos dentales 64 y 65 y 83 y 85. Se tomaron impresiones de arrastre en ambos maxilares con bandas preformadas, se realizó el diseño de dicho mantenedor y una vez estuvieron listos se procedió a realizar su respectiva cementación ionómero de vidrio tipo cementante (Figura 3C).

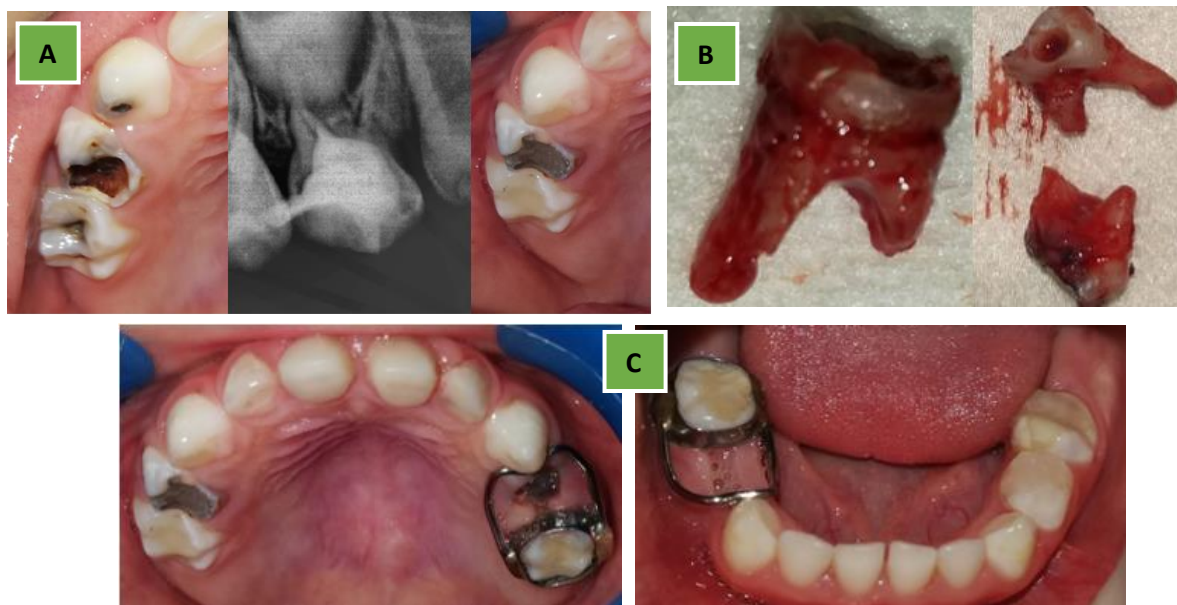


FIG. 3 A) Se aprecia estado inicial de la lesión, luego radiografía de pulpotomía y finalmente se observa restauración en amalgama. B) Se aprecia exodoncia de órganos dentales 64 y 84, se observa lesión periapical en raíz distal del 84. C) Fase correctiva, se aprecia restauración de todos los órganos dentales afectados y la presencia de mantenedores de espacio tipo banda y ansa en ambos maxilares.

DISCUSIÓN

El presente trabajo se realizó con el fin de describir como los conocimientos, costumbres o condiciones socioeconómicas pueden inferir como atenuantes o por el contrario son predisponentes para causar en los menores de edad manifestaciones de dolor, dificultad en la alimentación, afectación en su desarrollo físico y psicológicos entre otros a causas de problemas de salud oral.

En el caso reportado anteriormente se logra evidenciar como la falta de conocimientos y la omisión de la búsqueda de la atención en los servicios odontológicos por parte de los padres del paciente tuvo consecuencias en el deterioro de la salud bucal del mismo, por lo tanto, se considera importante por parte de los padres o cuidadores llevar a los niños al odontólogo no solo cuando existe dolor, según el estudio nacional de salud bucal (ENSAB IV)(4), el 58% de los cuidadores de niños entre 1 y 5 años manifiestan que han asistido a la consulta odontológica, mientras que el 42% nunca lo ha hecho. El 59% asiste a control y revisión mientras que el restante lo hace por urgencias.

Dentro de los puntos relevantes en cuanto a omisión, negligencia o desconocimiento por parte de los padres es la edad en la que se debe iniciar con el cuidado oral de los menores. El ENSAB IV informa que los cuidadores abordan el hábito de higiene oral en los niños de la siguiente manera, el 55% inician los cuidados orales en niños entre 6 y 12 meses de edad, el 20% antes de los 6 meses, el 17,9% entre los 12 y 36 meses y el 4 % reporta no haberlo realizado nunca(4).

Dentro de la responsabilidad sobre el cuidado oral de los niños y basados en el ENSAB IV el 45% de los cuidadores de niños en edades de 1 a 5 años asume la responsabilidad sobre el cuidado oral, el 39% de estos comparte la responsabilidad con los niños y el 15% afirman que es solo el niño quien realiza la actividad. En el marco legal de nuestro país, la ley 1098 de 2006 refiere que la responsabilidad de la salud de los menores de 18 años debe ser única y exclusivamente de los padres, los adultos deben propender por garantizarle sus derechos (4). Por otra parte, Mc Donald y Avery en su última edición del libro de odontología pediátrica y del adolescente explica las recomendaciones firmadas por expertos sobre higiene oral en el hogar específicas para cada edad (5).

Se menciona que desde el nacimiento hasta el primer año de vida recomiendan la limpieza y masaje de las encías por parte de los padres, cuando erupcionan los primeros dientes deciduos, los padres deben remover la placa. De 1 a 3 años la responsabilidad del proceso de higiene oral es netamente de los padres, de 3 a 6 años es una responsabilidad compartida en donde el niño debe ir desarrollando el hábito y el padre debe guiarlo y supervisarlos. La etapa de 6 a 12 años está marcada por la aceptación de responsabilidades escolares y domiciliarias cada vez mayores por parte de los niños, en la segunda mitad de esta etapa los niños pueden llevar a cabo la higiene oral básica por sí solos, y sus cuidadores pueden pasar a una supervisión activa (5). De 12 a 19 años, aunque el paciente adolescente por lo general ha desarrollado las

habilidades para la práctica de los procedimientos de higiene oral adecuado, cumplimiento es un problema importante en esta etapa por reusarse a acatar órdenes. A pesar de que en ciertos grupos la responsabilidad de la salud oral es compartida, es importante aclarar que el seguimiento y supervisión por parte de los cuidadores debe ser constante y riguroso hasta los 18 años como establece la ley, de lo contrario se estaría observando casos de negligencia en estos (5).

Otro de los factores a tener en cuenta es la identificación de aspectos nutricionales como son desnutrición o malnutrición. Según la OMS un niño se considera desnutrido cuando la ingesta de calorías y nutrientes es inferior a la necesaria para su edad, lo que conlleva a un bajo peso, dificultades en el crecimiento y aprendizaje (6). Por el contrario, la malnutrición está relacionada con los micronutrientes, puede ser por la falta o el exceso de estos en el organismo. El alto consumo de carbohidratos y entre estos los dulces, ocasiona un desequilibrio en la flora oral lo que desencadena el desarrollo de la caries dental, la cual se comporta como uno de los signos de maltrato infantil por negligencia, Según el instituto colombiano del bienestar familiar la negligencia no debe ser confundida con hechos accidentales, por desconocimiento o por condiciones de pobreza.

En cuanto al control de hábitos es importante resaltar las repercusiones a mediano y largo plazo que pueden tener los menores si no se realiza un control y tratamiento para abandonar hábitos como la succión digital, es importante para el profesional de la odontología informar a los padres ya que en algunos casos el desconocimiento no puede ser tomando como negligencia, algunos cuidadores desconocen que los hábitos pueden desencadenar un problema dental (7).

CONCLUSIÓN

El maltrato por negligencia dental es un tema poco conocido y estudiado entre los profesionales de la salud y los padres de familia, que merece tener una mayor relevancia, pues la omisión intencional de los padres por un tratamiento odontológico repercute en la calidad de vida de los niños y todas las consecuencias que implica ello.

Más que medidas punitivas hacia el maltrato infantil, necesitamos educación a los padres, docentes y a los mismos niños, para conseguir una mejor sociedad, que quiera y proteja a los niños, brindándoles amor.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Nancy Kellogg, MD; and the Committee on Child Abuse and Neglect. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. American academy of pediatrics 2017; 140: 2
2. Requena Mendoza Alejandra, Robles Bermeo Norma Leticia, Lara Carrillo Edith. Afectación de la Salud Oral en Niños que Padecen Maltrato Infantil: Reporte de Caso. International journal of odontostomatology 2014: V8 Paginas 167-173.
3. Vergara C. Creencias y actitudes de los padres hacia la consulta odontopediátrica antes y después de la atención en la Fundación Hospital de la misericordia en el primer semestre del año 2013 [Tesis postgrado]. Bogotá: Universidad nacional de Colombia; 2013
4. IV Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB IV. Situación en Salud Bucal. Ministerio de Salud y Protección Social. 2015.
5. González-Penagos, C., Cano-Gómez, M., Meneses-Gómez, E. J. & Vivares-Builes, A. M. (2015). Percepciones en salud bucal de los niños y niñas. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 13 (2), pp. 715-724.
6. Ortiz-Andrellucchi A, Peña Quintana L, Albino Beñacar A, Mönckeberg Barros F, Serra-Majem L. Desnutrición infantil, salud y pobreza: intervención desde un programa integral. Nutr. Hosp. 2006; 21(4): 533-541.
7. Romero-Maroto Martín, Romero-Otero Pilar, Pardo de Miguel Ana María, Sáez-López Manuel. Tratamiento de la succión digital en dentición temporal y mixta. RCOE 2004; 9(1): 77-82

NEGLIGENCIA DENTAL O DESCONOCIMIENTO FRENTE AL MANEJO DE LA CARIES DENTAL

Autor: Shyrley Díaz Cárdenas

Odontóloga, Magister en Salud Pública, Especialista en Odontopediatría con Énfasis en Bebés, Especialista en Salud Familiar, Especialista en Gerencia de los Servicios de la Salud. Directora Grupo Interdisciplinario de Detección Maltrato Infantil en Odontología, GIMIO. Docente Titular Facultad de Odontología Universidad de Cartagena, email: sdiazc@unicartagena.edu.co

RESUMEN

La caries dental es una de las enfermedades bucales más prevalentes en niños. Algunos padres o responsables consideran poco importante el cuidado la dentición temporal. No ofrecer un tratamiento de salud bucal oportuno teniendo recursos adecuados para hacerlo, como accesos a los servicios de la salud, condiciones económicas y tiempo, son considerados dentro de la Negligencia dental, un tipo de maltrato infantil. El objetivo de este análisis es identificar si ante la presencia de caries dental se observa negligencia o desconocimiento de los padres frente a su manejo desde lo reportado en la literatura. Se revisaron varios artículos tipo revisiones de literatura, estudios descriptivos, analíticos, casos clínicos y revisiones sistemáticas, hallándose criterios para identificar la negligencia dental como un niño que sufre daños o está en riesgo de sufrir daños debido a la falta de atención de salud dental, el beneficio anticipado del tratamiento dental es significativamente mayor que su morbilidad y el acceso a la atención médica está disponible pero no se utiliza. Se identifica el dilema de los odontólogos para diagnosticar la Negligencia dental y poder tomar decisiones frente a la protección del niño, sea por falta de políticas y normas claras frente a su manejo o bien por temor o miedo de represalias en contra de su quehacer como profesional. Se ameritan esfuerzos desde la investigación que ofrezcan herramientas a los odontólogos para descartar la negligencia dental del desconocimiento de los padres frente al manejo de la caries dental y socialización de estas pautas en la comunidad para generar conciencia sobre el cuidado de la salud bucal de los niños.

INTRODUCCIÓN

Una de las enfermedades bucales más prevalentes en niños corresponde a la Caries Dental. Desde la salud pública ha sido todo un reto su control y eliminación teniendo en cuenta la complejidad de su manejo al ser una enfermedad multifactorial; sin embargo, los padres o cuidadores son los principales responsables de su aparición en niños. Algunos determinantes sociales responsables de su aparición son el tipo de familia, condiciones de hacinamiento, número de hermanos, ingresos socioeconómicos, acceso a los

servicios de salud entre los más citados. Otros factores como el conocimiento de los padres frente a la enfermedad y frente al cuidado de la dentición temporal son relacionados, pero con escasos estudios.

Los esfuerzos desde el área sanitaria y de educación frente a su prevención son más realizados desde el orden de los factores biológicos y se siguen conductuales relacionados como la dieta y el cepillado bucal, pero pocos realizan un énfasis en las condiciones familiares alrededor de su atención. Algunos estudios dan cuenta del inadecuado conocimiento que se tiene frente al manejo de la caries dental y la importancia del cuidado de la dentición primaria especialmente, pero otros estudios reportan como algunos padres no acuden a tiempo al odontólogo para tratamiento oportuno, aduciendo no contar con tiempo, no saber que ocurría o no contar con servicios de salud dental.

Los padres son los principales responsables de ofrecer cuidado físico y emocional a los niños. El descuido, es el fracaso al proveer las necesidades básicas de un niño, es decir, alimentación, educación, ropa, abrigo y cuidado médico y odontológico (3,6) y es considerado un tipo de Maltrato infantil. 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 (3,6)

En el campo clínico se hallan dificultades para discriminar si los casos se tratan de negligencia dental o desconocimiento de los padres ante el manejo de la caries dental y por ende algunas veces fracasos en el tratamiento, ubicando en riesgo hasta la vida del niño. El objetivo de este documento es revisar la literatura disponible a la fecha y su presentación en el II Encuentro de Maltrato Infantil desde la Consulta Odontológica realizado en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena que indique como diferenciar la negligencia dental del desconocimiento de los padres frente al manejo e intervención de la caries dental teniendo en cuenta que primero es la protección de los niños y su bienestar.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión de la literatura comprendida hasta junio del 2020, fecha del encuentro, buscando palabras clave como "dental neglect" y "dental caries" o "niño" o "conocimientos" "caries dental" "padres" en Google Scholar (Google Inc., Mountain View, California, Estados Unidos), LILACS (Centro Latinoamericano y del Caribe de Salud Información en Ciencias, OPS / OMS, São Paulo, Brasil) y PubMed Central (Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU., Bethesda, Maryland, Estados Unidos).

Los resultados de la búsqueda incluyeron revisión de literatura, revisiones sistemáticas, informes de casos clínicos, estudios analíticos o descriptivos transversales. No se aplicaron restricciones de fecha ni de idioma. Se accedió a estudios relevantes adicionales mediante búsquedas manuales de listas de referencias. El autor revisó los textos completos y extrajo datos sobre los criterios para definir la negligencia dental y diferenciar del desconocimiento de los padres, así como el rol del odontólogo en estas situaciones.

RESULTADOS

Se hallaron 50 estudios hasta el momento de la revisión, los cuales han sido clasificados en el cuadro No. 1 para su mejor entendimiento.

Cuadro No. 1 Artículos relacionados con la Negligencia Dental

Año	Tipo de Artículos	Nombre de los Artículos
1996	Validación de Escala	Testing a child dental neglect scale in Soutti Australia
2002	Validación de Escala	The Dental Neglect and Dental Indifference scales compared
2005	Reporte de Caso	Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect
2007	Estudio analítico	Child Neglect and Oral Health Problems in Offspring of Substance-Abusing Fathers
2011	Reporte de Caso	Group A streptococcal brain abscess: A case report and a review of the literature since 1988
2013	Estudio Analítico	Child, neglect and oral health
2013	Estudio Descriptivo	Early childhood caries (ECC) and neglect in child care: analysis of an Italian sample
2014	Revisión Sistemática	Characteristics of child dental neglect: A systematic review
2016	Estudio Descriptivo	Dental neglect among children in Chennai
2017	Revisión de literatura	Dental Neglect, one type of child abuse – Narrative review
2017	Reporte Clínico	Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect
2017	Estudio Descriptivo	Clinical consequences of untreated dental caries assessed using PUFA index and its covariates in children residing in
2017	Estudio Analítico	Dental caries prevalence and treatment level of neglected children at two child guidance centers
2018	Estudio Retrospectivo	Paediatric dento-facial infections – a potential tool for identifying children at risk of neglect?
2019	Revisión sistemática	The “Neglected” Relationship Between Child Maltreatment and Oral Health? An International Scoping Review of Research
2019	Revisión de literatura	Role of a Dentist in the Diagnosis of Child Abuse and Neglect: A Literature and Narrative Review

La gran mayoría de los artículos reportados corresponden a estudios analíticos y que relacionan el estado de salud bucal, los conceptos de negligencias y factores relacionados. Cada año mínimo se estiman entre 3 a 4 artículos en referencia a la temática, siendo muy bajo lo dedicado de la literatura a esta temática.

Dentro de los principales aportes identificados se hallan las definiciones de la **Negligencia Dental** dadas por la Academia Americana de Pediatría Dental como el fracaso voluntario de los padres o cuidador para buscar y seguir con el tratamiento necesario para garantizar un nivel de salud bucal esencial para la adecuada función sin dolor e infección. También como la apatía y pereza de algunos padres al llevar a sus hijos a las citas periódicas con el odontólogo y debido a esto el niño padezca mala higiene oral

Dentro de las **Características de la Negligencia** se tiene:

- Fallas o demoras en la búsqueda de atención
- Fallas para cumplir o completar el tratamiento
- Fallas en cuidados básicos de salud bucal
- Coexistencia de dolor e inflamación

Dentro de los **criterios** para tener en cuenta al tratar la Negligencia dental se encuentran:

- Edad
- Competencia y autonomía
- Tiempo de Desatención

Y dos requisitos básicos: 1. Que la situación del niño hiciese evidente la necesidad de un adulto, para su protección y cuidado y 2. Que las condiciones físicas y económicas del padre o responsable fueran suficientes para proporcionar el cuidado, la protección y la supervisión necesarias.

Factores para considerar en la Negligencia Dental (Pediatric 2017)

- Un niño sufre daños o está en riesgo de sufrir daños debido a la falta de atención de salud dental
- La atención dental recomendada ofrece un beneficio neto significativo para el niño
- El beneficio anticipado del tratamiento dental es significativamente mayor que su morbilidad, por lo que los padres elegirían el tratamiento en lugar del no tratamiento
- El acceso a la atención médica está disponible pero no se utiliza
- El padre comprende el consejo dental brindado

La imposibilidad de buscar u obtener la atención dental adecuada puede deberse a factores tales como el aislamiento familiar, falta de financiación, dificultades de transporte, ignorancia de los padres, o pobre percepción del valor de la salud bucal

¿Dónde empieza la Negligencia Dental?

La Negligencia Dental comienza cuando se inicia una intervención y se le alerta a los padres adecuadamente sobre la naturaleza y alcance de la condición del niño, tratamiento específico necesario y mecanismo de acceso a ese tratamiento y este no es realizado.

Se debe:

- Verificar si hay servicios de salud disponibles y barreras de acceso
- Considerar condición emocional, social y médica del niño para realizarse tratamiento

Factores que dificultan detectar la Negligencia Dental

- Poca información del Paciente
- Probabilidad del evento y predictibilidad
- Falta de formación del profesional en conocimientos y revisión diagnóstica
- Ausencia de consenso para algunas entidades como Caries, por ejemplo
- Pocos gold estándar, sesgos en la recolección de datos, falta de test de valoración

DISCUSIÓN

Las evidencias indican los criterios y factores para definir la Negligencia dental, pero se aprecia que queda a juicio del odontólogo decidir cuando es o no negligencia, pudiendo dejar una puerta abierta para la negligencia institucional, “negligencia de la negligencia” ya sea por parte de los mismos profesionales de la salud o por parte de los padres.

De los profesionales ocurre cuando estos indican no poder atender al niño por su edad o condiciones sistémicas o de comportamiento, limitando aquí el acceso a los tratamientos odontológicos y beneficios sobre la salud bucal del niño. Es importante desde la investigación seguir estudiando nuevos patrones de presentación de la Caries Dental que permitan claramente definir si la enfermedad avanzó por descuido de los padres o por las condiciones de la enfermedad como tal. Importante contar con instrumentos que evalúen el impacto de la negligencia dental sobre la Calidad de vida

Por parte de los padres de familia, se ofrecen excusas la gran mayoría de las veces no suficientes para justificar el estado de salud bucal de sus hijos. No contar con medidas claras y posiciones determinadas

frente a las justificaciones ofrecidas por los padres, no permite que la salud bucal sea vista por los cuidadores como un aspecto fundamental en la salud de sus hijos.

Así mismo los resultados severos de la negligencia dental se presentan en las urgencias médicas y hospitales y pocas veces el desenlace de la cronicidad de los procesos infecciosos de sus pacientes y la retroalimentación de su evolución son conocidas por los odontólogos

Día a día se aprecian numerosos casos de niños con gran cantidad y severidad de lesiones de caries desde las clínicas universitarias odontológicas y en el sistema de salud público principalmente, con prevalencias estimadas alrededor del 90 %, situación que año tras año no mejora y permanece en un continuo acompañada por dietas y hábitos de higiene inadecuados así como desinterés e indiferencia de los padres por el cuidado de la salud bucal de sus hijos, que dificultan la identificación de la negligencia dental y que en caso de ser reportadas para su seguimiento entrarían en conflicto con los intereses de los estudiantes no prevaleciendo el interés de protección de los niños. Esto se facilita por la falta de seguimiento de las instituciones de salud y de protección de los niños ante algunos casos reportados y la pérdida de confianza de los profesionales de la salud ante las mismas y el poco temor y respeto por parte de los cuidadores.

Así mismo se aprecia un vacío en la ruta de reporte, teniendo en cuenta que en caso de realizarse no se observa el debido seguimiento ni exigencia a los padres para el cumplimiento de sus deberes frente al cuidado oportuno de la salud bucal de sus hijos.

El odontólogo siempre debe sospechar de maltrato infantil en aquellos casos donde se presenten lesiones de caries dental con inadecuado manejo por parte de los padres una vez se verifique la intencionalidad en la búsqueda del tratamiento, las condiciones económicas de los padres y la atención ofrecida por los odontólogos; conocer su obligación legal en el reporte de las sospechas acatando la ley (3) y por tanto actividades de sensibilización hacia su compromiso legal y ético deben seguir realizándose. Así mismo, el sector Protección y Justicia deben trabajar de la mano con el sector Salud formulando protocolos que permitan activar las rutas de reportes, de mano de los odontólogos, venciendo las barreras o miedos que estos presentan frente a las represalias que se puedan generar por parte de los familiares del niño.

El odontólogo por tanto corresponde a uno de los profesionales de la salud ubicado en la primera línea de detección del maltrato infantil y debe contar con un compromiso ético y legal con respecto a su entrenamiento y preparación en esta temática que impacta sobre la calidad de vida de los niños desde la oferta de una atención con integralidad

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Boletín estadístico mensual, lesiones fatales Mayo 2020. *Med Leg y Ciencias Forenses*. 2020;
2. Isabel CF. Manual Básico para el Diagnóstico y Tratamiento del Maltrato Infantil. Vol. Cuarta Edición, Working Paper. 2006.
3. Crespo M, Andrade D, Alves AL-S, Magalhães T. The dentist's role in the child abuse: diagnosis and report. *Acta Med Port*. 2011; 24(4):939-48.
4. Mathur S, Chopra R. Combating child abuse: The role of a dentist. *Oral Heal Prev Dent*. 2013; 11(3):243-250. doi:10.3290/j.ohpd.a29357.
5. Arrieta KM, Díaz S, Martínez G. Maltrato infantil: conocimientos, actitudes y prácticas de estudiantes de Odontología de Cartagena, Colombia. 2014;7(2):103–11. Available from: http://apps.isiknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=3&SID=Z1YcO1C94oWdtklwQp9&page=1&doc=3
6. Van Dam BAFM, Van Der Sanden WJM, Bruers JJM. Recognizing and reporting domestic violence: Attitudes, experiences and behavior of Dutch dentists. *BMC Oral Health*. 2015;15 (15):159. doi: 10.1186/s12903-015-0141-4. PMID: 26667115; PMCID: PMC4678711.
7. Vergara KA, Cárdenas SD, Martínez KR. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre maltrato infantil en odontólogos de Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*. 2017;33(2):129–38.
8. Paglia L. Child abuse: Awareness is the first step to action. *Eur J Paediatr Dent*. 2018; 2018;19(2):89. DOI: 10.23804/ejpd.2018.19.02.0
9. Díaz Herrera R, Vélez Sosa MM, De la Hoz Perafán RP, Obispo Salazar K. Exploración de conocimientos sobre maltrato infantil en odontólogos de Santa Marta, Colombia. *Acta Odontológica Colomb*. 2019; 9(2):71-85
10. da Fonseca MA, Feigal RJ, ten Bonsel RW. Dental aspects of 1248 cases of child maltreatment on file at a major county hospital. *Pediatric dentistry*. 1992;14(3):152-7. PMID: 1528783.
11. Naidoo S. A profile of the oro-facial injuries in child physical abuse at a children's hospital. *Child Abuse Negl*. 2000; 24(4):521-34. doi: 10.1016/s0145-2134(00)00114-9. PMID: 10798841.
12. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect; American Academy of Pediatric Dentistry; American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. Guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatr Dent*. 2008-2009;30(7 Suppl):86-9. PMID: 19216403.
13. Santiesteban RP, D. C. Fuentes Pérez, J. Villegas Ham, H. Monreal Romero G, Mata M. Indicadores orofaciales de maltrato infantil: Breve revisión de la literatura. *Ciencias Clínicas [Internet]*. 2013;14(2):51–5. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-ciencias-clinicas-399-pdf-X1665138314356680>
14. J.L.S.A. R, A.P.B. L, J.Y. N, L. R, G.O. C, A. F, et al. Domestic violence against children detected and managed in the routine of dentistry – A systematic review. *J Forensic Leg Med*. 2016;43:34-41. doi: 10.1016/j.jflm.2016.07.006. Epub 2016 Jul 13. PMID: 27441984.

15. Díaz S, Vélez MP, Martínez LM, Ramos K, Boneckér M, Martins Paiva S, et al. Parental perceptions of impact of oral disorders on Colombian schoolchildren's oral health-related quality of life. *Acta Odontol Latinoam*. 2018;31(2):82-90. English. PMID: 30383071.
16. Díaz S, Mondol M, Peñate A, Puerta G, Boneckér M, Martins Paiva S, et al. Parental perceptions of impact of oral disorders on Colombian preschoolers' oral health-related quality of life. *Acta Odontol Latinoam*. 2018;31(1):23-31. English. PMID: 30056463.
17. Fisher-Owens SA, Lukefahr JL, Tate AR. Oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatr Dent*. 2017;140(2):e20171487. doi: 10.1542/peds.2017-1487. PMID: 28771417.
18. Weeratna JB. Are they dermatological lesions, bottle top burns or bite mark injuries? *J Forensic Odontostomatol*. 2014;32(1):1-8. PMID: 25557299; PMCID: PMC5734810.
19. Doria Martínez A NCM. La Odontología en el diagnóstico de maltrato infantil. *Univ Odontol*. 2016;35(74):49-63.
20. OPS, Ministerio de Salud y protección Social. Atención Integrada a Las Enfermedades Prevalentes De La Infancia. Ministerio de Salud y Protección Social. 2016.
21. Folland DS, Burke RE, Hinman AR, Schaffner W. Gonorrhoea in preadolescent children: an inquiry into source of infection and mode of transmission. *Pediatrics*. 1977;60(2):153-6. PMID: 887328.
22. Dos Santos Pinheiro R, De França TRT, De Carvalho Ferreira D, Beder Ribeiro CM, Leão JC, Castro GF. Human papillomavirus in the oral cavity of children. *Journal of Oral Pathology and Medicine*. 2011;40(2):121-6. doi: 10.1111/j.1600-0714.2010.00954.x. Epub 2010 Oct 24. PMID: 20969625.
23. American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect and Committee on Bioethics. Foregoing life-sustaining medical treatment in abused children. *Pediatrics*. 2000;106(5):1151-3. PMID: 11061792.
24. AAPD. Guideline on management of the developing dentition and occlusion in pediatric dentistry. *Pediatr Dent*. 2016;38(6):289-301. PMID: 27931468.
25. Bhatia SK, Maguire SA, Chadwick BL, Hunter ML, Harris JC, Tempest V, et al. Characteristics of child dental neglect: A systematic review. *Journal of Dentistry*. 2014;42(3):229-39. doi: 10.1016/j.jdent.2013.10.010. PMID: 24140926.
26. Nuzzolese E, Lepore M, Montagna F, Marcario V, De Rosa S, Solarino B, et al. Child abuse and dental neglect: the dental team's role in identification and prevention. *Int J Dent Hyg*. 2009;7(2):96-101. doi: 10.1111/j.1601-5037.2008.00324.x. PMID: 19413546.
27. Costacurta M, Benavoli D, Arcudi G, Docimo R. Oral and dental signs of child abuse and neglect. *ORAL Implantol*. 2015;24(4):939-48.
28. Morante-Sánchez CA, Kanashiro Irakawa CR. El odontólogo frente al maltrato infantil. *Rev Estomatológica Hered*. 2014;19(1):50.

CASO CLÍNICO CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA: ¿MALTRATO O FALTA DE INFORMACIÓN?

Autor. Yasmin Laguna Vargas

Odontóloga, Especialista en Odontopediatría FUSM. Profesor Universidad Cooperativa de Colombia sede Bogotá. email: yasmin.lagunav@campusucc.edu.co

RESUMEN

La caries de la infancia temprana es definida por la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) como la presencia de uno o más órganos dentarios con caries, perdidos u obturados, en niños de 71 meses de edad o menores. Por otra parte, el maltrato infantil según la ley es todo acto realizado a menores de 18 años cuando su salud física o mental, o su seguridad están en peligro, ya sea por acciones u omisiones llevadas a cabo por los padres u otras personas responsables de su cuidado; produciendo el maltrato por acción, omisión o negligencia.

Dentro de la clasificación encontramos el maltrato infantil activo como es el abuso físico, abuso sexual, abuso emocional, explotación laboral y el maltrato infantil pasivo como lo es la negligencia odontológica; que consiste en la falta deliberada por parte de padres o tutores de la búsqueda o seguimiento del tratamiento necesario, para asegurar un nivel de salud oral esencial, para desarrollar una función adecuada y garantizar la ausencia de dolor e infección orales y otras condiciones de la cavidad oral y estructuras de soporte que causen una mala alimentación, retardo de crecimiento y desarrollo, dificultando la vida diaria del menor. El presente caso clínico hace referencia a estos dos tópicos tan importantes dentro de la atención odontológica en la población infantil. El objetivo es resaltar la importancia de mantener la salud bucal y las repercusiones que ésta tiene en la salud, así mismo establecer la relación directa de la caries de la infancia temprana con el maltrato infantil pasivo por negligencia de padres y cuidadores.

INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil no solo es un problema de salud pública, es un problema social mucho más profundo que involucra a todos los miembros de la comunidad y es responsabilidad del estado en primer lugar detectarlo, prevenirlo y darle la atención adecuada a las personas y las familias inmersas en el problema (1).

La caries dental igualmente es considerada como un problema de salud pública en países en vías de desarrollo, como lo es el caso de México, en donde la falta de programas de prevención enfocados a comunidades de bajos recursos económicos ha llevado a altos índices de caries a este tipo de población (2). Es una enfermedad infecciosa caracterizada por la destrucción de los tejidos duros dentarios y provocados por la acción de los ácidos producidos por los microorganismos que integran la placa dental. Una de las variantes más intensas de caries se presenta en niños en edad temprana (2)

Las prácticas inapropiadas de alimentación pueden originar caries dental progresiva de las superficies bucal y lingual de los dientes deciduos maxilares y mandibulares en los lactantes y preescolares (3).

Por lo tanto, el objetivo es describir el caso de una paciente con caries de la infancia temprana como consecuencia de maltrato infantil pasivo y alertar al odontólogo para la atención a la población infantil más vulnerable y grandemente afectada por estos problemas.

METODOLOGÍA

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 3 años, es atendida en la consulta en compañía de su madre, en la facultad de odontología de la Universidad Cooperativa de Colombia sede Bogotá.

Motivo de Consulta: “Revisión de los dientes de mi hija”

Enfermedad Actual

Paciente de sexo femenino de 3 años que llega a consulta odontológica, asintomática, acompañada por la madre, para valoración en salud bucal. La madre no refiere ningún tipo de antecedente médico personal ni familiar de la niña.

Examen Físico

Talla: 85 cm

Peso: 14Kg

Sin experiencia odontológica.

Definitivamente negativa en escala de Frankl (1)

Diagnóstico definitivo

Asa: I

Sistémico: Paciente Clínicamente Sano

Facial-esquelético: Meso cefálico, Mesoprosopo, Perfil Recto.

Endodóntico: Pulpa Clínicamente Sana

Periodontal: Gingivitis Inducida por placa.

Oclusión: Molar: Plano Recto Terminal Bilateral. Canina: Clase I Bilateral.

Funcional: Sin Hábitos.

Dental: Caries de la Infancia Temprana, Fusión 71/72

Plan de tratamiento

Fase sistémica: ASA I

Fase urgencia: No requiere

Fase higiénica: Educación en higiene oral, adaptación a básicos y ruidos aplicación de flúor barniz.

Ambientación dental: Obturaciones con resina y posibles terapias pulpares (por lesiones activas extensas)

Ambientación periodontal: Pulido coronal.

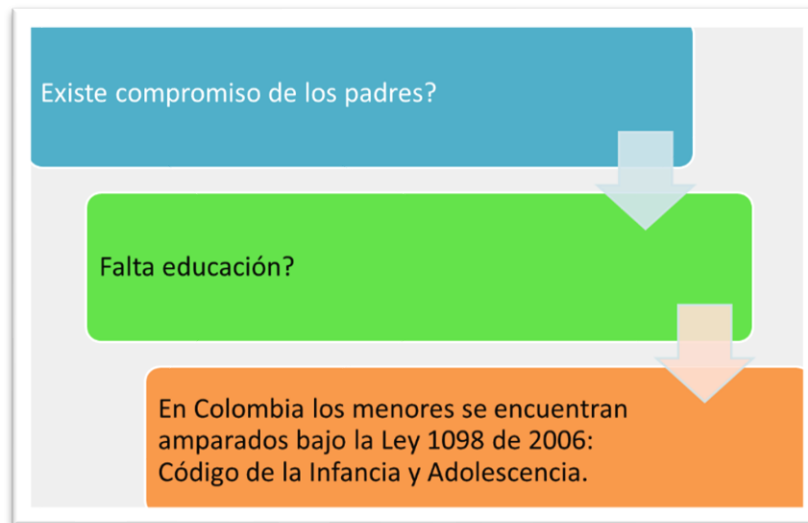
Fase correctiva final: Coronas de acero y formas plásticas.

RESULTADOS

Posterior a la cita de rehabilitación del segmento anterior y luego de haber realizado la respectiva educación en higiene oral y dieta tanto a la madre como a la niña, la paciente asiste para continuar el tratamiento, en donde se evidencia deficiente higiene oral y se mantiene como constante el alto consumo de dulces.



Fotografía No.1 Cita de control, se observa persistencia en consumo de dulces.



Fotografía No.2 Reflexión: preguntas en relación al caso clínico, orientando al odontólogo en caso de requerimiento de las autoridades.

DISCUSIÓN

La atención bucodental de los niños que presentan caries de la infancia temprana debe ir enfocada en eliminar las lesiones cariosas, restaurar los órganos dentarios devolviendo la salud, la función y la estética, así como prevenir futuras lesiones por lo que el éxito se verá reflejado al no presentar en sus citas de control nuevas lesiones, razón por la cual debe hacerse énfasis en la prevención; asesorar a los padres adecuadamente sobre la alimentación, la higiene bucal y la importancia del control periódico con el odontopediatra (4).

Dada la alta prevalencia de caries de infancia temprana y la no relación de responsabilidades frente a ella, muchos estudios sugieren que se debe implementar un mejor plan de promoción y prevención de la salud bucal con estrategias que contribuyan a disminuir el riesgo y mejorar la calidad de vida de nuestros niños (1).

Es de gran importancia realizar seguimiento a los pacientes, ya que tanto el maltrato como el abandono, están relacionados con consecuencias negativas a corto y largo plazo en la salud física y mental del niño, en su capacidad de aprendizaje, rendimiento académico y en su desarrollo social y de comportamiento (5).

CONCLUSIÓN

El odontólogo debe estar en la capacidad de identificar o establecer lesiones que se deriven del maltrato infantil, de ahí la importancia de conocer los signos clínicos para poder detectar los posibles casos de maltrato infantil y realizar las interconsultas pertinentes o informar a las autoridades competentes.

Los padres y/o cuidadores deben asumir y no evadir su responsabilidad en cuanto al cuidado y prevención de la salud oral de sus niños.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fisher-Owens SA, Lukefahr JL, Tate AR, American Academy of Pediatrics S on OH, Neglect C oCAA, American Academy of Pediatric Dentistry C on CA, et al. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. *Pediatrics* [Internet]. 2017 Aug 1 [cited 2020 Oct 17];140(2). Available from: <https://pediatrics.aappublications.org/content/140/2/e20171487>
2. Díaz-Gordon P, Ortega-Ortiz ME, Díaz-Cadauid D, Naranjo-García AS. Características de la personalidad de los padres o cuidadores de los menores que asisten a controles de salud en entidades de salud públicas y privadas (2013-2015). *MedUNAB*. 2019 Mar 22;21(2):12–28.
3. Pinkham JR, Torre GF. *Odontología pediátrica*. 3, McGraw Hill; 2001.
4. Cameron AC. *Manual de odontología pediátrica*: Elsevier; 2010.
5. Derecho del Bienestar Familiar [LEY_1098_2006] [Internet]. www.icbf.gov.co. Available from: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1098_2006.htm

LA SALUD ORAL INFANTIL EN UNA SOCIEDAD NEGLIGENTE

Autor: María José Arteta Coronell

Odontóloga, Especialista en Odontopediatría, Docente Clínica de Odontopediatría y Clínica integral del niño, Maestría en Pedagogía Social e Intervención Educativa en contextos sociales, Universidad del Norte, email: jartetam@uninorte.edu.co

RESUMEN

Cuando se piensa en maltrato infantil, siempre se tiene la creencia de que es una situación física, en donde existen evidencias de golpes u otras situaciones que se presentan en la etapa infantil. Sin embargo, se deja de lado que el maltrato infantil, no es solo abusos de distinta índole física sino también el abandono por parte de cuidadores, padres o personal allegado al cuidado de los niños. La negligencia o abandono ha sido catalogado como la principal forma de maltrato pasivo, en donde se presenta una situación de desprotección que vulnera las necesidades fisiológicas y físicas básicas como la alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia de situaciones que ponen en riesgo la vida y la salud del niño.

A través de la consulta odontológica se pueden identificar este tipo de maltrato pasivo; Los clínicos observadores, no evalúan solo cavidad oral, sino también analizan durante la anamnesis ciertas características anormales y signos clínicos en otras partes del cuerpo del niño que indiquen la existencia de algún tipo de maltrato.

Es así como en el presente caso clínico identificado en una entidad de salud de la ciudad de Barranquilla, se puede evidenciar la presencia de un tipo de maltrato infantil correspondiente a la negligencia que pone en riesgo la salud oral del niño y por ende su salud general.

INTRODUCCIÓN

Una de las presentaciones de maltrato infantil más común es la negligencia, la cual corresponde a la falta de cuidado o abandono con respecto al desarrollo, bienestar, salud, educación, nutrición, desarrollo emocional y condiciones de vida (1). La población más afectada es la población infantil dada la falta de cuidado y protección por parte de sus padres, cuidadores y maestros, así como sus condiciones de dependencia. Cualquier omisión o desatención por parte éstos responsables es catalogado maltrato infantil (2).

Según la OMS el maltrato infantil se puede dividir en dos grandes grupos: maltrato activo, en el cual se encuentran: el abuso físico, sexual, emocional y explotación laboral y maltrato pasivo, en el cual se encuentran: Abandono físico, emocional y omisión-negligencia (OMS. 2002)(2).

En este sentido, la negligencia es una forma de maltrato infantil que comprende omisiones y falencias intencionales de un adulto para suplir las necesidades de un niño o para proveer el cuidado que necesita, teniendo los medios y herramientas para hacerlo (2).

La negligencia odontológica, se encuentra incluida en el tipo de maltrato pasivo, la cual es definida por la Academia Americana de Odontología Pediátrica como la falta deliberada por parte de padres o tutores, de la búsqueda o seguimiento del tratamiento necesario para asegurar un nivel de salud bucal esencial para desarrollar una función adecuada y garantizar la ausencia de dolor e infecciones bucales y estructuras de soporte que causen mala alimentación, retardo en el crecimiento y desarrollo, dificultando la vida del menor (3).

El Odontólogo hace parte de la identificación de este tipo de maltrato, ya que, a través de una correcta historia clínica, se pueden conocer y profundizar no sólo a nivel oral, sino también a través de la evaluación corporal y emocional del niño, características generales en donde se evidencie algún tipo de maltrato.

En un correcto diligenciamiento de la historia clínica, se deben consignar hallazgos pertinentes y realizar la ruta para canalizar sospechas de maltrato infantil; realizar inspección clínica no solo de cabeza y cuello, sino también verificar piel, cabello, extremidades en caso de que estén al descubierto, como brazos y piernas. Sin embargo, hay situaciones en donde los acompañantes del niño los llevan a la consulta con vestimentas inadecuadas que no permiten visualizar estas áreas del cuerpo. Estas situaciones por lo general se encuentran presentes en niños con un pobre estado de salud oral.

Es de suma importancia que los padres conozcan lo que es la negligencia odontológica, al ser los responsables directos del descuido ocasionado a la cavidad oral del niño. Entre los principales aspectos que pueden estar afectando la salud oral del niño y algún tipo de situación de abandono son: el acceso a la información en salud que reciben los padres, estado socioeconómico y escaso o nulo nivel de escolaridad de los padres (4). Con todo lo anterior se puede afirmar que sobre los padres o cuidadores recae la responsabilidad directa del cuidado integral en salud del niño y la posibilidad de reducción del desarrollo de enfermedades que pueden poner en riesgo la vida del niño.

Un aspecto fundamental para tener en cuenta en la negligencia odontológica es el microsistema familiar. Según el modelo ecológico de Belsky, es la familia donde el individuo crea lazos individuales y socio culturales (5). Si los padres son sobreprotectores, impulsivos, ansiosos o depresivos, esa será la conducta que el niño irá adquiriendo a lo largo de su vida; si por el contrario crece en un microsistema familiar tranquilo y con las condiciones de cuidado necesarias será una persona que tendrá un estado de salud y bienestar adecuados. (5) Por tanto es importante además desde la consulta odontológica indagar por el entorno familiar especialmente en los casos de Negligencia odontológica.

El objetivo de esta ponencia es presentar un caso de negligencia presentado desde la consulta odontológica y analizar los factores relacionados frente a su presencia.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente sexo masculino de 6 años, el cual asiste a consulta odontológica con su madre, quien refiere que el niño presenta de hace algún tiempo lesiones a nivel oral que no se resuelven y por el contrario aparecen y desaparecen con frecuencia. Según la historia clínica las lesiones las presenta desde que comenzó a realizar el gateo. Según palabras de la madre, las lesiones son sangrantes y múltiples, principalmente en mucosas y comisuras labiales.

En cuanto a sus antecedentes personales, la madre relata que el niño presenta cuadros gripales frecuentes, alergia a los ácaros, no ha sido hospitalizado ni ha requerido ningún tipo de intervención quirúrgica. Entre los principales hábitos orales presentes en el niño se encuentran succión digital, onicofagia y respiración oral. Con respecto al hábito de respiración oral se pudo evidenciar paciente atópico, con facie adenoidea.

A nivel de revisión por sistemas, en sistema gastrointestinal según comenta la madre el paciente presenta diarreas frecuentes sin causa aparente.

Una característica que llama la atención a nivel de piel y anexos es que se observa micosis cutánea en brazos, manos además onicomiosis. (Fotografía No 1)

Los hallazgos más relevantes a nivel oral son: higiene oral deficiente, mucosas eritematosas, semimucosa descamativa y sangrante, hemorragia gingival y resequedad labial (Fotografía No. 2)



Fotografía No. 1. Lesiones de micosis en manos



Fotografía No. 2 Estado de salud oral del niño

Cabe anotar que madre del paciente, quien es su cuidadora permanente se muestra ansiosa y sobreprotectora en la atención y presenta dificultades en lenguaje, siendo un poco difícil la comunicación con ella. Sin embargo, manifiesta que ha asistido muchas veces a la consulta odontológica para que el niño obtenga un tratamiento adecuado por el “sangrado de las encías y los labios”, como ella misma afirma.

En cuanto a la atención odontológica al niño se le realiza la fase higiénica con una adecuada profilaxis, se dan indicaciones de higiene oral y se realiza enseñanza y motivación en cepillado con sus respectivos cuidados explicando siempre que debe acudir a sus controles con odontología regularmente.

Hasta el momento de la historia clínica el niño no había asistido a consulta con dermatología para tratar las micosis y onicomicosis, así como tampoco ha sido indicada esta conducta por ningún profesional médico al cual el niño acudió, en este caso pediatra.

Las conductas para seguir fueron las siguientes debido a que el paciente pertenece a entidad promotora de salud y debe seguir ciertos protocolos en atención y autorizaciones: remisión a pediatría, patología oral y dermatología. Igualmente, la madre fue remitida a psicología y trabajo social por evidencia de ansiedad y sobreprotección hacia el niño.

DISCUSIÓN

Con el presente caso se demuestra en cierta medida la negligencia o el desconocimiento en el cuidado oral que se presenta en la población infantil. Muchos casos son tratados integralmente para lograr una correcta guía en el cuidado oral, sin embargo, los odontólogos estar en la capacidad de identificar lesiones en otras partes del cuerpo que se relacionen con las presentes en cavidad oral.

Desafortunadamente las guías en atención oral se ciñen a solo evaluar cavidad oral y no se observa más allá, como en este caso en donde las afecciones micóticas presentes en manos desde tempranas edades pueden ocasionar lesiones a nivel oral y se convierten en una característica crónica que afecta la salud oral del niño.

La presencia de micosis, este caso onicomicosis no tratadas, y los hábitos orales en el niño como onicofagia, succión digital y respiración oral son factores asociados a la presencia de patologías en cavidad bucal, en este caso mucosas y labios.

Se deben hacer las remisiones correspondientes a dermatología para definir si las manifestaciones observadas son de carácter viral o micótico y definir el tratamiento a seguir. Lo importante en este caso es alertar a los padres y cuidadores de la relación existente en que las lesiones en manos pueden estar directamente relacionadas con la cavidad oral y mucho más si el niño presenta algún hábito como succión digital u onicofagia.

Existen ciertas enfermedades dermatológicas que tienen repercusiones en cavidad oral, como en el presente caso en donde es necesario realizar la interconsulta con dermatología para su diagnóstico definitivo, ya que han sido reportados ciertas lesiones oro faciales sistémicas oportunistas; por tanto, los

profesionales de la salud bucal y oro facial deben tener en cuenta la posibilidad de la presencia de una enfermedad micótica sistémica al observar ulceraciones crónicas inusuales (6).

Con el caso anterior es evidente que el desconocimiento es un factor predisponente a que exista en la vida de los niños ciertas enfermedades o afecciones que pueden poner en riesgo el bienestar y salud de estos. Así mismo la correcta información de conductas a seguir en los padres y/o cuidadores es un importante tópico para prevenir el abandono como uno de los principales tipos de maltrato infantil.

Se necesita cada día más interdisciplinaria entre profesionales para lograr que el flagelo del maltrato infantil no siga siendo tan ajeno a la sociedad y de esta forma ser corresponsales en el desarrollo integral de los niños.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Delgado, J. El maltrato infantil por negligencia, conceptos y visión general sobre su evaluación. Revista de investigaciones, 7(1). 14-23. 2016. Revista Corporación universitaria de investigación y desarrollo, Bucaramanga. <https://www.udi.edu.co/revistainvestigaciones/index.php/ID/article/view/80>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe Mundial sobre la violencia y la salud. “Maltrato y descuido en menores por los padres y otras personas a cargo”. Capítulo 3. 2002. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
3. Hernández, X., Hernández, Y., Garrocho, A., Esquivel, R. y Pérez, P. Negligencia parental y su contribución al desarrollo oral infantil deficiente. Revista Tamé. 6 (17). 2017. 630-633. http://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_tame/numero_17/Tam1717-10c.pdf
4. Rodríguez, C., Velázquez, Y., Mercado, A., Alonso, C., Medina, C. y Póntigo, A. Rehabilitación oral integral de un paciente pediátrico con múltiples lesiones de caries por posible negligencia parenteral: reporte de un caso clínico. Rev. Mis casos clínicos en odontopediatría. Universidad Autónoma de Campeche. 2017. México. P 93-98. <https://es.scribd.com/document/425283531/Casos-clinicos-en-Odontopediatria>
5. García, A. García, C. “Maltrato infantil: Una mirada integral a su frecuencia y factores asociados”. Act. Pediat. Mex. 2019; 40 (4): 199-210. <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2019/apm194c.pdf>
6. Casbarro, R., Jiménez, C., Tinoco P. y Machado, E. Paracoccidioidomicosis sistémica con implicación de la cavidad bucal: reporte de un caso en un paciente venezolano. Acta odontológica venezolana. 33 (2). 2001. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652001000200009

DETECCIÓN DE SOSPECHA DE MALTRATO INFANTIL DESDE LA FONOAUDIOLOGÍA EN CLINICAS UNIVERSITARIAS DE ODONTOPEDIATRIA

Autor: Claudia Patricia Cabrera Ramos

Fonoaudióloga, Magister en Ciencias de la Educación, Especialista en Trastornos Cognoscitivos y del aprendizaje, Diplomada en motricidad Orofacial y Disfagia, Coordinadora regional del servicio de Fonoaudiología IPS CSC, Directora de Género del SUDEB. Email: claudiacabrera2000@yahoo.com ccabrera@cuidadoseguro.com.co

RESUMEN

El lenguaje es un proceso de gran importancia en el desarrollo del ser humano, ya que de él depende el correcto funcionamiento de otras áreas como la cognitiva, la social, la emocional y los procesos de autorregulación de la conducta, ya que en sí, es un medio por el cual pensamos y desarrollamos nuestra inteligencia y razonamiento, este proceso de comunicación se inicia con el desarrollo de características sociales, como el contacto visual, la sonrisa social, el control de tono muscular, la capacidad de audición, las habilidades motoras o praxias, denominados como “pre-lenguaje”, importantes para el posterior desarrollo del lenguaje y habla iniciado desde el llanto, el balbuceo, la pronunciación de palabras, la unión de estas el uso de conexiones, para, por último, la formación de frases completas. Aunque existe un grado de variabilidad individual, la mayoría de los niños alcanzan estos hitos a una edad promedio. El lenguaje permite simbolizar el pensamiento y los sentimientos, para la adaptación social y personal, es importante que el niño adquiera el significado de las palabras, su asociación y, de igual forma, la pronunciación correcta que se usa para poder ser entendido por los demás, y poder expresarse ante situaciones presentadas dentro y fuera del hogar como sospecha de maltrato infantil (MI) al no cumplirse con los hitos del desarrollo del lenguaje y habla en procesos fonéticos fonológicos dentro de los procesos de normalidad.

El objetivo de esta revisión es describir las condiciones del lenguaje y habla en niños que son víctimas de maltratos o negligencia por parte de sus padres y/o acudientes de casos presentados en las clínicas de Odontopediatria de la Universidad de Cartagena en niños entre las edades de 1 hasta 10 años que presentan problemas relacionados con la comunicación a nivel del lenguaje, habla, voz y aprendizaje. Se hallaron coincidencias de aparición entre dificultades del lenguaje y dinámicas familiares sospechosos de maltrato, como no hablar mucho para la edad y no hablar en presencia de los acudientes, ausencia de contacto visual

hacia la terapeuta, postura de introversión y cabeza baja, llanto desde el inicio de la consulta, rasguños y golpes leves en cara, labios y lengua lacerados, además.

En conclusión todas las dificultades a nivel del habla y lenguaje recopiladas en las evaluaciones hechas desde la consulta de fonoaudiológica en los niños con sospecha de negligencia o maltrato infantil, con los resultados en las pruebas referenciadas a estas áreas, de efectos bajos para la edad o no esperadas, son indicador de que los hitos de la comunicación no han sido llevado a cabo por algún factor que prevalece en él o su entorno familiar y social; por lo tanto desde la fonoaudiología también se debe descartar la presencia de sospecha de maltrato infantil.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo es algo más que una lista de cambios y de logros. El desarrollo individual pone de manifiesto la existencia de patrones motores y comunicativos que involucran la vida del ser humano en su proceso evolutivo. El patrón de desarrollo evolutivo tiene un carácter predecible, ya que sigue una secuencia ordenada. Por ejemplo, el desarrollo motor avanza desde la cabeza hacia los pies. El desarrollo del lenguaje también sigue un patrón predecible: primero se llora, balbucea, se hacen sonidos guturales, silabeo luego se dicen palabras aisladas y, finalmente, frases completas (1)

En general, los niños alcanzan determinadas capacidades a edades determinadas y predecibles. Aunque existe cierta variación individual, la mayoría de los niños normales alcanzan esos hitos más o menos a la misma edad. Por ejemplo, en algún momento en torno a su primer cumpleaños, los niños darán sus primeros pasos sin ayuda y dirán sus primeras palabras, dando esto demostración de su proceso de crecimiento (1)

Parte de estos desarrollos se producen gracias a la maduración, el aprendizaje y relaciones con la familia y el entorno social; también tiene gran importancia para que los niños puedan desarrollarse, disponer de oportunidades en el aprendizaje en interactuar con su entorno, cumpliendo funciones de diversión, recreación que ayuden al esparcimiento y al conocimiento (1-2).

Cuando un niño no cumple con los hitos propios del desarrollo en especial el del lenguaje, como no hacer las funciones de cada etapa de acuerdo con la edad y sin ningún patrón biológico que lo determine, se debe sospechar e indagar que algo de su entorno no está acorde o en él, entendiéndose que el lenguaje es

una herramienta social e interactiva que es creativa o generadora y, a su vez, está regida por reglas (3). Cuando estos procesos del desarrollo no se dan a cabalidad, se hace la exploración familiar en modo crianza y aprendizajes previos y se evidencia poca estimulación, abandono, negligencia, padres consentidores, traductores, manipuladores y rotuladores, encontrando niños con bajo o nulo vocabulario, dificultades a la articulación en edades tempranas y por dificultades en la fluidez verbal a la expresión oral (1-4).

En esta revisión acerca de los problemas del lenguaje y habla presentados como tema principal, los términos "abuso infantil y negligencia" y "maltrato infantil practicado por los padres o cuidadores" son adoptados para designar el fenómeno estudiado y como desde el comportamiento del lenguaje se puede detectar el maltrato infantil en sus formas de representación lingüística verbal y comprensiva (4)

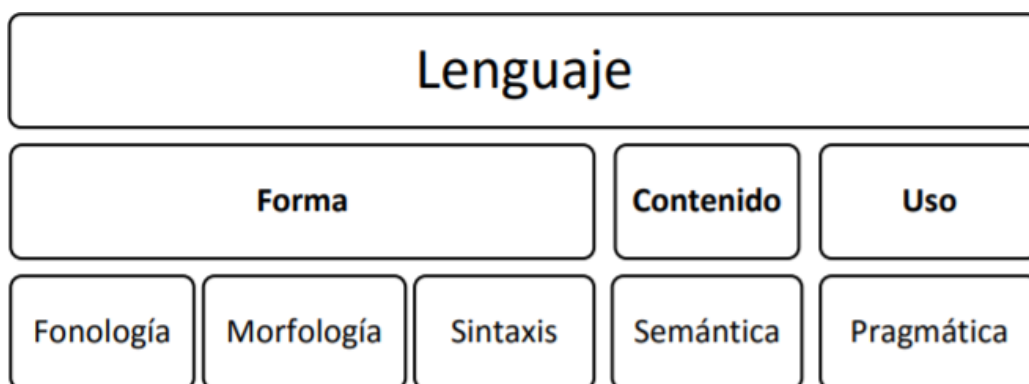
Se evidencian pocos estudios que relacionen trastornos del lenguaje y maltrato infantil siendo todavía esta relación poco explorada en el campo científico del área de producciones investigativas que relacionen al fonoaudiólogo. Una investigación realizada por la Universidad de Extremadura de España señala que en los Maltratos Infantiles más comunes (Abandono Emocional, Maltrato Emocional, Abuso Sexual, Abandono Físico, Maltrato Físico) tienen como consecuencia una disminución en el nivel Pragmático, dificultades en el nivel de la sintaxis y en las relaciones semánticas, las cuales no superan su nivel de dominio (5). Existe otro estudio realizado en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (6) el cual se basa en las consecuencias del Maltrato Infantil en el desarrollo del Lenguaje y en la conducta social de los niños, dando como resultados un bajo desempeño en el área psicolingüística y en la lecto - escritura. También hay estudios donde inician a estudiar la relación del fonoaudiólogo en la detección de los problemas del lenguaje reflejados en niños maltratados como un estudio realizado en Brasil con niños y adolescentes, víctimas de violencia familiar, encuestado a 224 fonoaudiólogos que atendieron 54 casos sospechosos de maltrato en los cuales el principal agresor fue la madre y el tipo de violencia más identificada fue la física (7). *El retraso del lenguaje fue la queja más frecuente del habla y el lenguaje en las víctimas.* La violencia es la principal forma de identificación en el propio informe de la víctima dado en un informe verbal o incluso, a través de dibujos, relatos contados, dramatizaciones y juegos de los pacientes; en cuanto a evolución, la mayoría de la terapia del habla fueron abandonadas, lo que hace imposible el seguimiento de los casos (8)

Los programas de prevención primaria y promoción del buen trato a los niños son pocos y por tanto no se disponen de muchas evidencias científicas con relación a la implementación de programas de prevención

desde los servicios de Fonoaudiología nivel sobre el cual más esfuerzos deben realizarse teniendo en cuenta los efectos negativos que estos generan en el niño en su crecimiento, desarrollo físico, comunicativo y sicosocial (8,9)

Por tanto, el objetivo de este documento es revisar y conocer la ocurrencia de consecuencias del maltrato infantil en niveles del lenguaje (Fonológico, morfológico, sintáctico, semántico y pragmático) en pacientes atendidos por los servicios de fonoaudiología en clínicas de Odontopediatria de la Universidad de Cartagena.

Figura 1. Niveles del Lenguaje (1)



METODOLOGÍA

Se presenta la experiencia de los casos presentados en la atención del servicio de fonoaudiología del Posgrado de Odontopediatria de la facultad de Odontología en la Universidad de Cartagena, para realizar una observación e indagación de la anamnesis, formato del lenguaje y habla con observaciones clínicas más precisas en cabeza, cara, boca y cuello, como revisión de la evaluación del terapeuta.

Se describirán los hallazgos más importantes desde la valoración fonoaudiológica en los niveles del lenguaje (Semántico, Pragmático, Morfosintáctico y Fonético) y motricidad Orofacial en niños sospechosos de maltrato infantil, permitiendo sondear si existe alguna dificultad en el desarrollo del Lenguaje y sus niveles.

RESULTADOS

En el posgrado de Odontopediatria se manejan las poblaciones desde cero años hasta la adolescencia, recalcando que la mayoría de esta población se halla en condiciones de vulnerabilidad y situación económicas no adecuadas.

Dentro de los hallazgos más presentados desde el servicio de fonoaudiología se ha encontrado sospechas de maltrato infantil analizados desde los motivos de consulta como: “*No puede hablar*” o “*No dice nada y mire la edad*” o “*Habla, pero no se le entiende*” o “*Nació así y no habla nada*” o “*No aprende ni habla nada*” o “*Como no habla va perdiendo el año*”, en fin, muchos motivos llegan a la consulta remitidos por el Odontopediatra o por el mismo familiar que busca ayuda en los profesionales.

Al entrar a revisar algunos casos se observa que en su lenguaje y habla hay dificultades que no van en el orden del desarrollo fisiológico de la comunicación expresiva y comprensiva presentando un esbozo de conductas y atipias en su entorno y en ellos, como no hablar mucho en presencia de los acudientes, no tener mirada hacia la terapeuta, posición siempre cabeza baja, llanto desde el inicio de la consulta, rasguños y golpes leves en cara, labios y lengua maltratado, además.

Todo lo anterior hizo iniciar un trabajo de observación clínica con los niños vulnerables en su edad, la economía familiar y diagnóstico médico, en especial los niños con Labio y paladar fisurados, asociados a síndromes y condiciones especiales como Síndrome de Down o Autismo.

Dando observaciones positivas a la sospecha del servicio en evidenciar violencia intrafamiliar y a la vez maltrato con estos niños por los referidos con lo que los padres y/o acudientes se dirigen a ellos, dando rotulaciones, burlas, y señalamientos inadecuados para él. Este aspecto de la observación del clima familiar dentro de la consulta es relevante en acertar la problemática familiar y relación con el niño, haciendo esto fuente de forma directa de las dificultades que se presentan en los niveles del lenguaje en estos niños con estas condiciones de maltrato.

Otro resultado importante a anotar y que es confirmado por lo antes mencionado es como las habilidades lingüísticas de los niños que han sufrido abuso y / o negligencia *se retrasan* en comparación con los niños que no han experimentado abuso y / o negligencia.

Los niños maltratados experimentan situaciones de comportamiento, sociales y más destinadas al fracaso escolar, al presentar este efecto es preocupante porque los aspectos antes mencionados son predictores que experimenten en el futuro problemas de socialización.

Esta intervención directa con la familia que acude al servicio de fonoaudiología por remisión de Odontopediatria, en su mayoría son familias monoparentales la mayoría de los niños son producto de madres solteras embarazos no esperados, madres con hijos de diferentes padres, o madre y padre separados con distribución de los niños entre ellos, padre y madre donde el que da los ingresos es el padre y solo es él el que habla en la consulta, madres con segundas parejas que acogen al niño dándole su protección y que el niño haga su voluntad y madre acepta, otro caso muy frecuente es la madre que asume el rol de padre y madre con vista de proteger y se diligente ante cualquier aspecto del desarrollo del niño. Además, muchos padres de estos niños en la pregunta han manifestado usted en su infancia algún problema del habla o del lenguaje, más de la mitad de los padres han respondido positivo con adjunto que antes no colocaba atención a estas dificultades los padres ni el colegio, y que por eso el niño es así y lo normalizan como algo del transcurrir de la vida.

DISCUSIÓN

Dada la importancia del tema para la zona y la escasez de obras existentes en Colombia y Sur América sobre la relación de las dificultades del lenguaje en asociación con el maltrato infantil, y por ende la poca o nula participación de los profesionales de la fonoaudiología en el reconocimiento y abordaje del abuso y maltrato infantil, es fundamental invertir en trabajo de formación e información de este profesional. Sigue siendo tarea de los profesionales de la salud en especial los que trabajan con niños con grado de vulnerabilidad dar visibilidad a tal problema complejo y, sobre todo el fonoaudiólogo como especialista en la comunicación humana, “*dar voz*” a los niños víctimas de violencia, entendiendo que detrás una queja de terapia del habla o lenguaje puede ser una llamada de ayuda.

Por lo tanto, abordar esta problemática constituye un aporte para este campo de estudio y, no menos relevante, la posibilidad de abrir esta línea de investigación, ya que, según la UNICEF, existe un alto porcentaje de Maltrato Infantil en menores de edad.

Se debe entender que cada niño aprende a hablar con diferencias significativas de tiempo entre sus pares. Esto puede explicarse por la influencia de factores diversos relacionados con el clima familiar, las características de los adultos o las variables propias de cada niño, pero en todos los casos la relación es

clara, la estimulación de parte de la familia es muy importante y no solamente en el área del lenguaje, sino que es fundamental para el desarrollo integral infantil.

Desde el lenguaje en sus niveles (Semántico, Pragmático, Morfosintáctico y Fonético) puede detectarse sospecha de maltrato infantil desde la consulta inicial y sospechar que la atmosfera de ese niño en aspectos de la comunicación no está acorde, y es esto lo que reafirma como desde los profesionales de la salud entre estos los que manejan el sistema estomatognático y estructuras como cara y cuello que son los odontólogos y sus especialidades, en conjunto con el fonoaudiólogo deben ser los idóneos en adquirir competencias y herramientas para identificar maltrato infantil desde sus perfiles unos desde sus consecuencias físicas en las estructuras que interviene y el otro desde las dificultades de los diferentes niveles del lenguaje.

La sociedad en particular normaliza ciertos aspectos del lenguaje como de curso normal cuando los niños están en la edad escolar los primeros cinco años y los direcciona a experiencias personales que ha pasado cada padre, no siendo objetivo en que esa baja fluidez verbal, ese poco vocabulario, esa jerga ininteligible, esos problemas de aprendizaje o esos neologismos presentados cada vez que entra en contacto con personas del medio hacen que la comunicación del niño se torne más aguda, y omiten percibir alguna señal de peligro que el niño quiera manifestar, es por tal razón que el transcurso del desarrollo del lenguaje es fundamental reconocer indicios de medidas de peligro que el niño presente, y es desde la comunicación y el contacto directo, el evidenciar esto.

Los niños mal tratados y con negligencia son los más directamente proporcionales a tener inadecuadas habilidades lingüísticas y de niveles superiores en la expresión y cognición, por eso que el lenguaje y el habla son aspectos que se deben visibilizar dentro de toda evaluación de los profesionales antes descritos para mayor unidad en calidad de vida.

CONCLUSIÓN

Una adecuada y personalizada instrucción de los profesionales del área de salud que manejan población pediátrica e intervienen en la mecánica y funcionalidad del sistema estomatognático es fundamental en la detección y socialización de maltrato infantil y negligencia, por ser profesionales calificados en su objeto de estudio y proximidad con la población; además del manejo de las funciones que este posee en lenguaje, habla y motricidad Orofacial.

El abordaje del fonoaudiólogo en la detección de casos de maltrato en la población infantil en la consulta inicial es aún escaso en Colombia y en el resto de países de América del sur, por ser profesionales condenados a un solo enfoque y no verlos con la multifuncionalidad en la salud comunicativa que trasciende a conocer y detectar maltrato infantil.

Los niños mal tratados y por negligencia son niños de privados de niveles del lenguaje necesarios para una salud comunicativa acorde a la edad y que de calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Owens Jr. R.E. Desarrollo del Lenguaje 5° edición. 2003.
2. Satake Noguchi M, Gonçalves de Assis S , Malaquias J. V. Ocurrencia de abuso infantil: conocimiento y posibilidad de acción de los patólogos del habla y el lenguaje, ProFono, 2006, 18(1): 41-8.
3. Laza N, de la Rosa R, Desarrollo del lenguaje. Precop SCP, 2016, 14(4): 6-11
4. Estable B, Maltrato Infantil, Archivo pediátrico Uruguay, 2010, 81(3): 1-4
5. Moreno Manso J.M. Estudio sobre las consecuencias del maltrato infantil en el desarrollo del lenguaje, Anales de psicología, 2005, 21 (2): 224-230
6. Frederico M, Jacksonb A L, Blackc C. M, Coxd A, Joffee B, mall Talk: Identifying communication problems in maltreated children. Elsevier, 2017, 1:1-10
7. Sylvestre A, Bouchard C, Problemas de lenguaje entre niños abusados y desatendidos: una revisión meta-analítica. Sage. 2018, 1:1-12
8. Cobos-Cali M, Ladera V, Perea M. V, García R. Language disorders in victims of domestic violence in children's homes. Elsevier, 2017, 1 (1) :1-9
9. Perrigoa J. L, Berkovitsb L. D, Cederbauma J. A, Williamsc M. E, Hurlburta M. S. Child abuse and neglect re-report rates for young children with developmental delays, 2018, 83 (2): 1-9