

Lesiones traumáticas orales como signo de violencia. Importancia de la detección en la visita dental

Oral traumatic injuries as a sign of violence. Importance of detection at the dental visit

**Sebastiana Arroyo Bote¹ , Carolina Martínez Arroyo² ,
M^a Ángeles Gallego Álvarez³ , Chelo Arroyo Bote⁴**

1. Licenciada en Medicina y Cirugía. Médico Estomatólogo. Profesora Asociada Universidad de Barcelona. Profesora coordinadora de la Escuela Universitaria Adema-UIB. Grupo ADEMA-Salud del IUNICS 2. Licenciada en derecho. Abogada ejerciente en derecho público. Máster en ética y organizaciones. Doctoranda en teoría y filosofía del derecho 3. Licenciada en Medicina y Cirugía. Médico forense 4. Licenciada en Filosofía y Ciencias de la Educación. Máster en Logopedia.

Corresponding author:

Sebastiana Arroyo Bote

E-mail: s.arroyo@eua.edu.es / 20506sab@comb.cat

Received: 16 - V - 2022**Accepted:** 6 - VI - 2022**doi:** 10.3306/AJHS.2022.37.04.128

Resumen

La violencia interpersonal es un grave problema de la sociedad actual, las lesiones consecuencia de este tipo de violencia afectan al área facial y bucodental, siendo los Odonto-Estomatólogos los encargados de diagnosticar y tratar las lesiones de este área, sin embargo no profundizan en la situación de violencia que causó las lesiones. Exponemos en este artículo el marco legal que rodea al especialista ante este problema, así como los signos de detección e identificación de estos pacientes, la exploración oral y la realización del parte de lesiones. Incidiendo en la necesidad de formación y preparación curricular así como en la realización de cursos de formación en este tema para la detección del problema, resaltando la importancia de disponer de protocolos de actuación.

Palabras clave: Traumatismo dental, violencia interpersonal, protocolos, odontología.

Abstract

Interpersonal violence is a serious problem in today's society, the injuries resulting from this type of violence affect the facial and oral area, being the Odonto- Stomatologists in charge of diagnosing and treating injuries in this area, however they do not delve into the situation of violence that caused the injuries. We present in this article the legal framework that surrounds the specialist in the face of this problem, as well as the signs of detection and identification of these patients, the oral examination, and the performance of the injury report. Influencing the need for training and curricular preparation as well as conducting training courses on this issue to detect the problem, highlighting the importance of having action protocols.

Key words: Dental trauma, interpersonal violence, protocols, dentistry.

Introducción

El concepto de violencia está sometido a distintas interpretaciones que se rigen por los códigos sociales culturales por lo que es difícil establecer un concepto de violencia a nivel mundial. La OMS¹ define la violencia como: "El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones".

Las estadísticas de lesiones causadas por la violencia interpersonal son preocupantes por sus elevadas cifras. En el año 2000 la tasa de mortalidad atribuida a este tipo de violencia fue de 8,8 por cada 100000 habitantes, pero es mucho mayor la incidencia de lesiones no mortales. Todos los profesionales sanitarios tienen la obligación de emitir informes y partes de lesiones ante la sospecha de casos². La profesión dental puede y debe detectar estas situaciones de violencia interpersonal, ya que frecuentemente las lesiones se centran en la región facial.

Coelho et al³ estudió 790 historias clínicas de casos de violencia con el objetivo de determinar los patrones de lesiones provocadas por la violencia interpersonal, concluyendo que las lesiones más frecuentes fueron: contusión facial y laceración, conmoción cerebral, fractura dental y mandibular. En los casos debidos a violencia urbana se detectó contusión facial y concusión dental en el 87,5% de los casos, laceración facial en el 57% y fractura mandibular en el 32,5%, lo que pone de manifiesto la importancia de las lesiones que afectan al área bucodental.

Las lesiones en la cabeza y en el cuello representan 65-75 % del trauma físico que ocurre durante los incidentes de violencia doméstica⁴. Nelms et al⁵ demostraron la gran presencia de lesiones bucodentales con la afectación de lesiones en labios en el 29%, dientes fracturados en el 15%, fractura mandibular en el 7%, dientes perdidos en el 5% y lesiones en la lengua en el 5%. Fuera del área oral se constataron un 21% de lesiones faciales, 14% de lesiones en cuello y un 3% otro tipo de lesiones.

En un estudio realizado sobre la población brasileña víctima de la violencia interpersonal, Nóbrega et al⁶ concluyeron que la prevalencia de trauma oral-maxilofacial fue alta, estando presente en el 46,4% de los casos. Casi la mitad de las mujeres de este estudio presentaron traumatismo maxilofacial, lo que centra esta región, nuevamente, como un área importantísima en las lesiones causadas por este tipo de violencia. Otras investigaciones también ponen de manifiesto la alta incidencia de traumatismos máxilo-faciales con especial incidencia en fracturas mandibulares como consecuencia de violencia interpersonal^{7,8,9}.

Los dentistas y otros profesionales del cuidado dental tienen un papel particularmente relevante en la identificación de estos casos. Sin embargo, la falta de formación curricular en el tema para la identificación y manejo de los casos de violencia, el desconocimiento legal, el miedo personal a la denuncia y la antigua percepción social de la violencia doméstica como una cuestión familiar y que afecta a la esfera privada de los ciudadanos hace que sea un grupo profesional que elude el problema. Ya en 1994, la Asociación Americana de Escuelas de Odontología (AADS), ahora Asociación Americana de Educación Dental, aprobó una resolución recomendando que todos los currículos de higiene dental y de Odontología incluyeran formación sobre el maltrato.

Este artículo tiene por objetivo exponer la importancia de la detección de las lesiones provocadas por la violencia interpersonal y la necesidad de establecer protocolos de actuación que a fecha de hoy no están estandarizados para el personal sanitario de esta especialidad

Marco legal

Legislación aplicable al odonto-estomatólogo en tanto que personal sanitario

- a) **Código Penal: Artículo 196:** Delito de omisión del deber de socorro del personal sanitario
- b) **Código Penal: Artículo 450:** Delito contra la Administración de Justicia por omisión del deber de impedir delitos o promover su persecución
- c) **Código Civil (Real Decreto de 24 de julio de 1889):** Art.1902 y siguientes: Obligaciones que nacen de culpa o negligencia y que causan responsabilidad civil profesional cuando se acredita tanto el nexo de causalidad entre la actuación y el resultado como la existencia de negligencia. Debe distinguirse entre la *culpa del profesional* y la *culpa profesional* propiamente dicha.
- d) **Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril.**
- e) **Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre,** por el que se establece la obligación de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, incluyendo el diagnóstico y la atención a la violencia de género, tanto en asistencia primaria como en la especializada (Anexos II y III del mismo).
- f) **Código Español de ética y deontología dental del Consejo de Dentistas, Organización colegial de dentistas de España (2012).**
- g) **Leyes relacionadas con el derecho a la intimidad del paciente:**
 - a. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales
 - b. Reglamento Europeo (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación

de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento General de Protección de Datos)

c. Ley Orgánica 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que define el concepto y contenido de la historia clínica (artículos 14 y 15) y se refiere a su uso (artículo 16)

h) Legislación de lucha y protección ante la violencia de género y la violencia doméstica:

a. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

b. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Hombres y Mujeres.

i) Legislación de protección del menor: Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del menor, que reconoce el principio de atención inmediata en caso de desprotección (artículo 14), de las actuaciones de protección (artículo 12), así como la obligación de comunicación de las situaciones de maltrato (artículo 13).

Obligaciones legales y responsabilidad

El odontólogo tiene la obligación legal de cumplir el marco legal anteriormente expuesto, siendo garantes de la seguridad y atención del paciente, protegiendo su derecho a la intimidad, independientemente del área en el que ejerza la profesión ya sea de ámbito privado o público.

El Profesional tiene la obligación de cumplimentar la historia Clínica, que debe conservar conforme a las Leyes de autonomía del paciente y de protección de datos y a la vez el paciente tiene derecho a obtener un informe clínico.

Si no se cumplen estas obligaciones, puede darse lugar a distintos tipos de infracciones que pueden llevar hasta la inhabilitación profesional. Como consecuencia de la legislación expuesta, el Odonto-Estomatologos tiene distintos tipos de responsabilidades:

a. Responsabilidad Profesional: La obligación del Odonto-Estomatólogo de reparar, responder y resarcir los daños que hayan producido a los pacientes como consecuencia de actos u omisiones, voluntarias o involuntarias, de acuerdo con la definición clásica acuñada por el profesor Juan Antonio Gisbert Calabuig¹⁰

b. Responsabilidad penal: Surge al infringir el código penal.

c. Responsabilidad civil: Contractual, extracontractual y derivada del daño causado por el delito.

d. Responsabilidad Contencioso-administrativa: cuando el daño es causado por el personal de la Administración Sanitaria.

e. Responsabilidad en el ámbito sanitario: suele vincularse a los medios puestos a disposición del paciente.

Signos de detección-identificación de casos de violencia

Recepción del paciente

La victima puede presentarse en los servicios sanitarios inmediatamente después de la agresión o tiempo después. Los pacientes cuyas lesiones orales son debidas a accidentes fortuitos suelen acudir inmediatamente, sin embargo, los pacientes que han sufrido violencia especialmente interpersonal no suelen acudir en el momento de la lesión, sino tiempo después.

La relación del paciente con sus familiares puede reflejar un comportamiento interfamiliar que nos puede hacer sospechar que existe un problema de relación entre los miembros de la familia. El cuidado extremadamente excesivo por parte de los familiares hacia el paciente puede ocultar una situación de dominio o maltrato. El impedimento de los familiares para que el paciente nos comunique lo que le pasa, así como la voz impositora del familiar también son signos de sospecha. La manifestación de miedo, llanto, tartamudez, inseguridad y la falta de explicaciones coherentes suelen acompañar estas situaciones. Si se trata de un niño la presencia de comportamientos muy pasivos o disruptivos pueden hacernos sospechar que estamos frente a maltratos o abusos infantiles. Es importante observar al paciente al entrar en el consultorio, la forma de andar puede reflejar otras lesiones corporales, deben observarse las zonas de piel no cubiertas por la ropa para detectar signos de traumatismos recientes o antiguos. La falta de cuidado personal del paciente, con aspecto poco limpio y ropa inadecuada suele ser frecuente.

La historia clínica debe registrar todos los datos referentes al accidente que provocó las lesiones, día, hora, lugar del accidente, forma en que se produjo, elementos con los que se golpeó y dirección de la caída o del golpe. Es importante la toma de fotografías.

El 50% de los niños maltratados presentan trauma orofacial, por lo que es muy importante diferenciarlo de las lesiones traumáticas causadas accidentalmente, estas últimas suelen estar relacionadas con las estructuras óseas y tienen un relato coherente y acorde con el desarrollo del niño. Hay que estar muy atentos a discrepancias entre los hechos relatados y las consecuencias traumáticas^{11,12}.

Exploración oral

En el momento de la exploración suele observarse lesiones en los tejidos blandos que podrían estar en distintas fases de cicatrización.

En niños suele haber presencia de caries en dientes definitivos y temporales que no han sido tratados,

pérdida de algún diente anticipadamente al momento del recambio dental y ausencia de mantenedores de espacio, problemas de maloclusión y ausencia de tratamientos restauradores. Lesiones en el frenillo labial o lingual en niños pequeños deben alertarnos pues para muchos autores estas lesiones no son accidentales^{13,14}. En este colectivo además de los maltratos también debemos tener en cuenta el concepto de negligencia dental definido en 2016 por la Academia Americana de Odontología Pediátrica como: "Dental neglect is willful failure of parent or guardian to seek and follow through with treatment necessary to ensure a level of oral health essential for adequate function and freedom from pain and infection"¹⁵.

En mujeres y/o adultos el estado oral suele ser deficiente con la presencia de candidiasis y lesiones en las mucosas por parafunciones como mordedura de la mucosa yugal o bruxismo, lo que indica el nivel de estrés emocional al que están sometidos. Suelen tener tratamientos que no se han realizado en su totalidad, dando explicaciones poco claras de por qué no se finalizaron. La presencia de complicaciones de traumatismos como cambio del color de los dientes, desplazamientos dentales y fistulas suelen ser comunes.

En pacientes geriátricos dependientes se suele observar falta de higiene oral, pérdida de dientes que no han sido sustituidos y suelen ser portadores de prótesis muy antiguas y deterioradas, lo que indica la falta de cuidado y la dejadez por parte de sus familiares en el bienestar del paciente.

En pacientes con necesidades especiales suele observarse la presencia de patología periodontal debido al acúmulo de sarro por la falta de cuidado oral, la ausencia de tratamientos conservadores y la falta de controles dentales habituales.

La cavidad oral también puede presentar signos que indiquen abuso sexual. Las petequias en paladar suelen estar presentes en casos de felaciones forzadas, así mismo pueden detectarse condilomas acuminados, chancros sifilíticos y otras manifestaciones de enfermedades de transmisión sexual.

Exponemos en este apartado como ejemplo, el caso clínico de una paciente de 43 años que sufrió una agresión de su pareja dentro de lo que se denomina violencia de género. (**Figura 1**)

La paciente acude a visita a las 3 horas de la agresión. A la exploración clínica se puede observar el 2.1 desplazado, en el eje vertical, hacia coronal, dificultando la oclusión a la paciente. La mucosa presenta herida vertical en la zona vestibular distal del 2.1, sin dehiscencia de los bordes, también presenta ligero sangrado en el margen gingival (**Figura 1- A**). A la palpación la paciente manifiesta dolor,

presentando movilidad y dando la sensación de debilidad en el 2.1. Las pruebas de vitalidad son negativas. Se descartan fracturas radiculares mediante exploración radiográfica en diferentes proyecciones, observándose un agrandamiento del espacio periodontal en la zona apical. No se observan lesiones en otros dientes. Diagnosticando el caso clínico de luxación extrusiva traumática del 2.1 como consecuencia de agresión por violencia de género.

Se realiza reposición del diente en el alveolo y se procede a la ferulización, que se mantiene durante 15 días. Se realizó tratamiento endodóntico y se fueron realizando controles para verificar la buena evolución del caso.

El pronóstico de los traumatismos dentales que tienen como consecuencia la luxación del diente, tienen una evolución incierta, pudiendo presentar diferentes complicaciones, que podrían llevar a la pérdida del diente.

Parte de lesiones

El parte de lesiones es un documento sanitario breve, médico-legal, que se traslada a la autoridad judicial y que sirve de medio de prueba para comunicar un hecho, debiendo ser remitido obligatoriamente al Juzgado. En ningún caso se solicitará el consentimiento del paciente ni de los tutores para realizarlo.

La estructura está compuesta por un preámbulo y cuerpo:

Preámbulo:

- Identificación del profesional e institución para la que presta los servicios
- Identificación del lesionado

Figura 1: Paciente que sufrió una luxación extrusiva tras una agresión por violencia de género. A: Imagen clínica inicial B. Reposicionamiento del diente en el alveolo y ferulización. C: RX periapical tras el reposicionamiento del diente. D: RX periapical a la semana de la luxación tras el tratamiento endodóntico E: Imagen clínica al mes de la lesión.



Cuerpo:

- Fecha y hora de atención
- Descripción de las lesiones: número, localización, extensión, naturaleza, morfología, número de puntos de sutura, con aportación de documentos gráficos si fuera posible
- Descripción del estado emocional del paciente
- Inclusión del diagnóstico, tratamiento prescrito y destino del paciente
- Emisión de un pronóstico: leve, moderado, grave
- Referencia a quién se notifica: juez de guardia, servicios sociales, etc.

En la sanidad pública el parte de lesiones suele consistir en un documento autocopiativo del que se hacen tres copias: una se envía al Juzgado de Guardia en menos de 24 horas, otra queda en la historia clínica del paciente y una última es entregada a éste. No existen formularios específicos para el Odonto-Estomatólogo, sería de gran ayuda tener formularios estandarizados¹⁶ que faciliten la toma de datos.

Discusión

De lo anteriormente expuesto, por tanto, se extrae que actualmente nos encontramos ante una aparente paradoja: el personal sanitario tiene la obligación legal de detectar, prevenir e identificar indicios de violencia, pero no se nutre a este personal de los medios educativos y formativos necesarios para cumplir con este deber.

Una de las formas de prevención de la violencia es la educación, tanto de la sociedad en general como de los profesionales sanitarios en particular. La sociedad debe recibir actuaciones educativas enfocadas al respeto, la tolerancia, la igualdad, la no violencia intrafamiliar y la promoción de una cultura igualitaria entre clases sociales y géneros. Así mismo, la sociedad debe mostrarse intolerante con los causantes de la violencia.

Más allá de la obligación legal y en cuanto al deber social, el Artículo 12 del Código español de ética y deontología dental obliga al dentista a dar prioridad a los intereses del paciente, en relación con el principio de beneficencia, deben velar por la vida y beneficio de la salud del paciente.

Los Odonto-Estomatólogos tanto por su condición de profesionales sanitarios como por ser los encargados de tratar las consecuencias de las agresiones en la cavidad oral, deben tener la preparación adecuada para enfrentarse a estos problemas. En concreto los Odontólogos del equipo de Atención primaria juegan un papel muy importante en el control y detección de estos pacientes.

Por tanto, resulta elemental poner énfasis en la formación de estas competencias, como de hecho ya requiere la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la violencia de género, que establece que las administraciones educativas competentes asegurarán que en los ámbitos curriculares de las licenciaturas y diplomaturas, y en los programas de especialización de las profesiones sociosanitarias, se incorporarán contenidos dirigidos a la capacitación para la prevención, la detección precoz, la intervención y el apoyo a las víctimas¹⁷.

Gibson-Howell et al¹⁸ en su artículo "Instruction in Dental Curricula to Identify and Assist Domestic Violence Victims", en el que estudió la enseñanza que escuelas de odontología de Canadá y Estados Unidos, impartieron sobre la violencia doméstica entre los años 1996- 2007, pone de manifiesto la necesidad de aumentar cursos dedicados a los dentistas para mejorar la formación en el manejo de los estos temas, a pesar de que ya disponían de formación curricular, demostrando que cuando el dentista tiene más formación sobre el tema está más seguro en la identificación y manejo de la violencia interpersonal.

En otro estudio realizado en la universidad de Tennessee a los estudiantes de Odontología¹⁹, expone que más de un tercio (36.0%) informaron no haber tenido capacitación en competencias de violencia. Un 20% reconoció tener alguna experiencia de violencia interpersonal en su vida, ya sea a través de la victimización personal o testigo de abuso o violencia dirigida a un miembro de su familia. Los estudiantes que habían recibido algún tipo de capacitación sobre manejo de la violencia se limitaban a sesiones entre 1-5 horas impartidas por las asignaturas de cirugía oral y maxilofacial, pediatría, y prostodoncia. Concluyendo que es interesante una enseñanza basada en 5R: "Recognizing, Responding, Referring to Resources, and being cognizant of mandated Reporting requirement", que fue aplicada en un proyecto de identificación de violencia familiar llamado "Healing Homes" con buenos resultados.

Otros estudios respecto a Violencia doméstica^{20,21} confirman que dentistas, técnicos sanitarios y médicos generalmente no tienen el conocimiento necesario para la adecuada identificación y derivación de estos casos. Además, los profesionales de la odontología no se consideran lo suficientemente hábiles como para realizar preguntas sensibles y además desconocen las instituciones de apoyo a las víctimas, debido a la falta de formación. Otro ejemplo de ello es el estudio publicado sobre dentistas jordanos²², la mitad de los entrevistados declararon haber sospechado maltrato infantil en al menos un caso en los últimos 5 años, pero solo el 12% de ellos lo comunicaron. Son necesarios protocolos de procedimiento en este colectivo, así como la formación continuada y formularios para registrar los

datos clínicos exploratorios y los índices de riesgo ante estas situaciones. En este sentido, debemos hacer referencia a un programa nacido en la Universidad James Cook, en Australia, para la formación de los Odontólogos en la detección de la violencia doméstica²³. La Facultad de Medicina y Odontología, en colaboración con profesorado de Trabajo Social de la James Cook University y el Servicio de Violencia Doméstica de Cairns, ha elaborado este nuevo programa: "Violencia doméstica: reconocer, responder y derivar" que nace en el año 2015. Dando mucha importancia a la formación de los profesionales en la escucha activa, protocolos específicos y la coordinación interinstitucional.

Estos estudios vienen a corroborar que, el trabajo del profesional de la salud bucodental ante los casos que se le plantean en su actividad diaria no debe centrar su atención únicamente en el resultado de la reparación del daño, sino también en las causas que han provocado la situación que presenta el paciente, y que para ser atendido adecuadamente tanto sanitaria como socialmente requiere de *algo más* que una formación científico-técnica, especialmente ante las situaciones de violencia.

Por último, y a modo de conclusión, queremos compartir con vosotros la reflexión que Nelson Mandela¹, incorpora al prólogo del Informe Mundial sobre la violencia y la salud, que nos parece viene a resumir del mejor modo posible el objetivo que quisiéramos alcanzar con este artículo: *"Arroja luz sobre los diversos rostros de la violencia, desde el sufrimiento "invisible" de los individuos más vulnerables de la sociedad a la tragedia tan notoria de las sociedades en conflicto. Hace progresar nuestro análisis de los factores que conducen a la violencia y las posibles respuestas de los distintos sectores de la sociedad, y con ello nos recuerda que la seguridad y las garantías no surgen de manera espontánea, sino como fruto del consenso colectivo y la inversión pública"*.

Conclusiones

1. Es importante registrar en la historia clínica la información exhaustiva de cómo, dónde y de qué forma/modo se produjo la lesión.
2. Es obligatorio dar parte a las autoridades ante la sospecha de lesiones causadas por violencia.
3. Es obligatorio emitir un parte de lesiones.
4. Debe priorizarse siempre el derecho de salvaguardar a la/s víctima/s frente a cualquier otro bien jurídico protegido que pueda entrar en juego.
5. Son necesarios cursos de capacitación en competencia de violencia para Odonto- estomatólogos.
6. Es aconsejable disponer de modelos estandarizados de partes de lesiones.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses

Contribución de los Autores

Todos los autores han contribuido a la realización de este manuscrito, y han leído y aprobado la versión final del manuscrito.

Bibliografía

1. O. M. S. «Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud.» Comercialización y Difusión, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, 2002 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67411/a77102_spa.pdf.
2. Park C, Welbury R. Current and historical involvement of dentistry in child protection and a glimpse of the future. *Oral Dis* 2016; 22(7): 605-8 DOI: 10.1111/odi.12485.
3. Coelho Ferreira M, Batista A, de Oliveira Ferreira F, Ramos-Jorge M, Silva Marques L. Pattern of oral-maxillofacial trauma stemming from interpersonal physical violence and determinant factors. *Dent Traumatol* 2014; 1: 215-21, DOI: 10.1111/edt.12047.
4. Le B, Dierks E, Ueek B, Homer L, Potter B. Maxillofacial injuries associated with domestic violence. *J Oral Maxillofac Surg* 2001; 59(11): 1277-83. DOI:10.1053/joms.2001.27490.
5. Nelms E, Gutmann M, Solomon E, Janice J, DeWald P, Campbell P. What Victims of Domestic Violence Need from the Dental Profession. *J Dent Educ* 2009; 73(4): 490-6
6. da Nóbrega L, Bernardino I, Barbosa K, Silva J, Massoni A. Pattern of oral- maxillofacial trauma from violence against women and its associated factors. *Dent Traumatol* 2017; 33: 181-186 DOI: 10.1111/edt.12327.
7. Boffano P, Roccia F, Zavatiero E. Assault-related maxillofacial injuries: the results from the European Maxillofacial Trauma (EURMAT) multicenter and prospective collaboration. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2015; 119(4) 385-391 doi: 10.1016/j.oooo.2014.12.004
8. da Silva E, Matos F, Pimenta R, Rodrigues J, Marques J, Musse J. Epidemiological profile and characterization of oral and maxillofacial injuries in women victims of interpersonal violence. *Int J Odontostomat* 2016; 10:11-16
9. Kaura S, Kaur P, Bahl R, Bansal S, Sangha P. Retrospective Study of Facial Fractures, *Ann Maxillofac Surg* 2018; 17(8): 78-82. <http://www.amsjournal.com/text.asp?2018/8/1/78/234303>, 2018 DOI: 10.4103/ams.ams_73_17.
10. Gisbert Calabuig J. Adaptación de la definición clásica de responsabilidad profesional médica a la odontostomatología, realizada por Juan Antonio Gisbert Calabuig, catedrático de medicina legal y toxicología (1960-1987), vicedecano de la facultad de medicina de Granada (1975).
11. Harris J, Sidebotham P, Welbury R. Child protection and the dental team: an introduction to safeguarding children in dental practice. London, England: British Dental Association 2009 pp. 1-70
12. Doria A, Navarro M. La odontología en el diagnóstico del maltrato infantil. *Univ Odontol* 2016; 35(74): 49-63, 2016 <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo35-74.odmi>.
13. Johnson J, Wright F. *Dentalcare.com Child Maltreatment: The Role of a Dental Professional*. 23 10 2019. [En línea]. Available: <https://www.dentalcare.com/en-us/professional-education/ce-courses/ce599>. [Último acceso: 06 11 2020].
14. Fisher-Owens SLJ, Tate A. Oral and Dental Aspect of Child Abuse and Neglect. *Pediatrics*. 2017; 140(2):e20171487. doi: 10.1542/peds.2017-1487.
15. Fisher-Owens S, James J, Lukefahr L, Rao Tate A. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. 2016 *Pediatrics*; 39(4): 278-283 DOI: 10.1542/peds.2017-1487.
16. Porro Pérez R, Labajo González E, Martínez Pérez E, Planells del Pozo P. Maltrato infantil y Odontología: de la identificación al reporte del caso. *RCOE* 2019; 24(3) <https://rcoe.es/articulo/85/maltrato-infantil-y-odontologa-de-la-identificacin-al-reporte-del-caso>, pp. 79-87, 2019 <https://rcoe.es/articulo/85/maltrato-infantil-y-odontologa-de-la-identificacin-al-reporte-del-caso>.
17. Artículo 15.3 de LO 1/2004.
18. Gibson-Howell J, Gladwin M, Hicks M, Tudor J, Rashid R. Instruction in Dental Curricula to Identify and Assist Domestic Violence Victims. *Journal of Dental Education* 2008; 72(11): 1277-89
19. Connor P, Nouer S, STN M, Banet M, Tipton N. Dental Students and Intimate Partner Violence: Measuring Knowledge and Experience to Institute Curricular Change. *Journal of Dental Education* 2011; 75(8): 1010-9
20. Othman S, Mat Adenan N. Domestic violence management in Malaysia: a survey on the the primary health care providers. *Asia Pac Fam Med* 2008; 7:71187-92 doi: 10.1186/1447-056X-7-2.
21. Furniss K, McCaffrey M, Parnell V, Rovi S. Nurses and barriers to screening for intimate partner violence. *Am J Matern Child Nurs* 2007; 32:238-43 doi: 10.1097/01.NMC.0000281964.45905.89.
22. Sonbol H, Bagain Z, Saman R. Knowledge, educational experiences and attitudes towards child abuse amongst Jordanian dentists. *Eur J Dent Educ* 2012; 16(1): 158-65 doi: 10.1111/j.1600-0579.2011.00691.x.
23. Cook UJ. «www.sbs.com,» 2015. [En línea]. Available at : <https://www.sbs.com.au/language/spanish/un-programa-pionero-en-australia-forma-a-dentistas-para-detectar-violencia-domestica>. [Último acceso: 06 11 2020].