



NIÑOS EN RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL Y SU ABORDAJE POR EL ODONTÓLOGO DE ATENCIÓN PRIMARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Perandrés Yuste, Sergio Antonio; González Pérez, José Manuel; Nonalaya Fabián, Carolina Bertha

OBJETIVO Determinar cómo debe abordarse el tratamiento de niños en riesgo de exclusión social por parte del odontólogo de atención primaria basándose en el análisis de un caso.

METODOLOGÍA Revisión bibliográfica con búsqueda sistemática online (pubmed, SciELO) y legislación actual sobre tratamiento bucodental infantil en Andalucía.

Palabras clave: niños, exclusión social, odontología.

La paciente está en riesgo de exclusión social debido a circunstancias económicas y laborales familiares (circunstancia reflejada en su historia clínica). Se realiza exploración con espejo y sonda OMS y test de riesgo de caries.

RESULTADOS Niña de 8 años acude a la consulta de odontología del C.S. El Torrejón (Huelva) refiriendo dolor dental. La niña está catalogada como paciente en riesgo de exclusión social debido a circunstancias económicas y laborales familiares. Se realiza exploración con espejo dental y sonda. El test de riesgo de caries da como resultado un riesgo alto. Se solicita ortopantomografía para valorar el caso.

La paciente presenta policaries (en temporales y permanentes). Dos de los primeros molares permanentes están destruidos y deben extraerse, otro precisa tratamiento endodóntico, y el cuarto se puede obturar. Los incisivos superiores presentan caries de cuello. Todos los molares y caninos temporales están cariados. Presenta abundante placa bacteriana y gingivitis moderada generalizada con sangrado al sondaje.

La madre refiere que la niña no se lava los dientes porque le dan náuseas y que frecuentemente consume golosinas. Le informamos de la existencia del PADI (Programa de Atención Dental Infantil) de Andalucía para niños de 6 a 15 años. Ella desconoce este programa, y dado que su situación económica le imposibilita acudir a una clínica dental privada, opta por escogernos como dentista de cabecera público para realizarle los tratamientos a los que tenga derecho.

El plan de tratamiento consiste en endodonciar el molar permanente con afectación pulpar y reconstruir con composite el molar cariado. Extracción de los dos molares permanentes destruidos y de los molares temporales cuando den sintomatología.

CONCLUSIONES El enfoque preventivo en el abordaje de estos casos es fundamental dado que la población en riesgo de exclusión no puede asumir el coste de los tratamientos conservadores en consultas privadas. Por tanto, se debería instruir a las madres sobre los cuidados orales que precisa el niño desde que aparecen los primeros dientes.

Desde la primera visita se debe instruir al niño en las técnicas de cepillado correctas y recomendar el uso de dentífrico y colutorio fluorados diariamente, aplicar cubetas de flúor periódicamente y volver a citar para revisiones cada 3 o 6 meses.

Es preciso dar a conocer a los padres la existencia del PADI (en colaboración con el pediatra) usando medios de información (posters, folletos informativos, etc.) pues muchos refieren desconocerlo y sólo acuden al odontólogo cuando al niño le duele algún diente, siendo a veces imposible realizar ya ningún tipo de tratamiento conservador y quedando como único recurso extraer molares permanentes con los problemas que esto puede ocasionar a largo plazo en el niño (maloclusión, masticación, fonación,..).