

Migración e impacto en odontología para personas con trastorno del espectro autista en atención primaria

Migration and impact on dentistry for people with Autism Spectrum Disorder in primary health care

Benjamín Quintana Mallea^{1a}, Valeria Cofré Rivera^{2b}

RESUMEN

Introducción: El trastorno del espectro autista (TEA), desorden neurológico caracterizado por alteraciones en la sociabilización, comunicación y comportamiento, presenta barreras de acceso a la atención odontológica y usualmente necesitan un manejo clínico especializado. Las dificultades para acceder a servicios preventivos en atención primaria (APS) restringen su tratamiento a atención secundaria y los determinantes sociales en salud (DSS), incluyendo estado migratorio y situación socioeconómica, cobran un rol fundamental.

Presentación Clínica: Paciente hombre, migrante, 9 años, diagnóstico TEA, potencialmente cooperador, acude a Posta Rural de San Miguel de Azapa para atención odontológica tras atenciones fallidas en otros servicios. Al examen clínico se observan lesiones de caries, gingivitis, restos radiculares. Se planifica tratamiento odontológico con citas previas de adaptación, educación personalizada con pedagogía visual y consulta con psicología-nutrición-medicina.

Relevancia Clínica: el TEA por sí solo no aumenta la predisposición a patologías orales, pero hay factores que aumentan su riesgo. Existe peor higiene oral; mayor prevalencia de periodontopatías y caries; respuestas aversivas a la atención odontológica; posible bidireccionalidad entre severidad del TEA y disbiosis oral. Se recomiendan atenciones cortas, programadas, técnicas conductuales individualizadas y tratamiento multidisciplinario, comprendiendo los DSS y barreras (altos costos, etnias, nivel socioeconómico, etc.), internalizando el concepto del derecho a salud del migrante e interculturalidad, generando una alianza terapéutica y en donde la APS es fundamental en la atención bajo un modelo biopsicosocial.

Conclusión: El dentista debe capacitarse en la atención de pacientes TEA analizando los DSS con enfoque biopsicosocial con énfasis en APS y aplicando protocolos de promoción y prevención en salud.

1. PSR San Miguel de Azapa, Servicio de Salud Arica.
2. PSR Sobraya, Dirección de Salud Municipal de Arica
 - a. Cirujano Dentista EDF
 - b. Cirujano Dentista

Correspondencia:

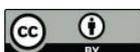
Benjamín Ignacio Quintana Mallea
Servicio de Salud Arica
quintanamallea@gmail.com

PALABRAS CLAVES:

Migraciones;
Trastorno del espectro autista;
Odontología.

KEYWORDS:

Migrations; autism spectrum disorder;
dentistry



ABSTRACT

Background: Autism Spectrum Disorder (ASD), a neurological disorder characterized by alterations in socialization, communication, and behavior, presents barriers to access to dental care and usually requires specialized clinical management. Difficulties in accessing preventive services in primary health care (PHC) restrict their treatment to secondary care and social determinants in health (DSS), including immigration status and socioeconomic status, play a fundamental role.

Clinical presentation: Male patient, migrant, 9-year-old, ASD diagnosis, potentially cooperative, goes to San Miguel de Azapa's rural health center for dental care after failed care in other services. On clinical examination, cavity lesions, gingivitis and root remnants are observed. Dental treatment is planned with previous adaptation appointments, personalized education with visual pedagogy and consultation with psychology, nutrition, and medicine fields.

Clinical relevance: ASD by itself does not increase the predisposition to oral pathologies, but there are factors that increase its risk. There is worse oral hygiene; higher prevalence of periodontal disease and cavities; aversive responses to dental care; possible bidirectionality between ASD severity and oral dysbiosis. Short scheduled care, individualized behavioral techniques and multidisciplinary treatment are recommended, understanding the DSS and barriers (high costs, ethnic groups, socioeconomic status, etc.), internalizing the concept of the migrant's right to health and interculturality, generating a therapeutic alliance, and in where PHC is essential in care under a biopsychosocial model.

Conclusion: The dentist must be trained in the care of ASD patients by analyzing DSS with a biopsychosocial approach with emphasis on PHC and applying health promotion and prevention protocols.

INTRODUCCIÓN

Las necesidades especiales de atención en odontología hacen referencia a individuos en situación de discapacidad o con limitaciones funcionales biopsicosociales que afectan directa o indirectamente la salud oral, dependiendo del contexto sociocultural e individual, en relación con

los determinantes sociales en salud (DSS) (bajo el modelo conceptual de Wilkinson y Marmot). Esta población puede incluir a personas de todas las edades, personas con compromiso sistémico, pertenecientes a etnias indígenas, condiciones migratorias no favorables, etc¹.

El trastorno del espectro autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por deficiencias persistentes en la comunicación e interacción social en diversos contextos; patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades; con síntomas que causan un deterioro clínicamente significativo en lo social u otras áreas importantes del funcionamiento habitual², muchas veces acompañado de comorbilidades asociadas como trastornos de integración sensorial, deficiencias cognitivas, entre otras³. La etiología es compleja y sin causa definida, se propone problemas genéticos, factores prenatales y condiciones médicas coexistentes⁴. Se estima una prevalencia de 1:59, con una incidencia al alza y afectando principalmente a hombres respecto a mujeres, con una relación de 4,3:1 respectivamente³. El tratamiento del TEA debe ser mediante enfoques multidisciplinarios incluyendo al equipo de salud e incorporando terapias conductuales, psicológicas y educativas a nivel familiar e individual, y en ocasiones terapias farmacológicas⁵.

Se ha reportado que los problemas orales más frecuentes en personas con TEA son enfermedad periodontal, bruxismo, autoinjurias y mal oclusiones. Respecto a la prevalencia de caries, la evidencia reporta resultados disímiles⁶. Los últimos estudios también han planteado una posible relación bidireccional entre una disbiosis oral y la severidad del TEA⁷.

Es importante destacar también que el estado de salud de la población estará definido por los DSS, circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Aquí se incluyen las migraciones: desplazamientos a través de una frontera nacional o internacional, fuera del lugar de residencia habitual e independiente de la causa⁸. En las últimas décadas, los fenómenos migratorios presentan una tendencia al alza a nivel mundial, y solo en Chile se estiman 1.492.522 personas extranjeras residentes habituales⁹, siendo aún un problema de salud pública no abordado en profundidad. La condición migratoria y sus distintos contextos problemáticos asociados imponen

condiciones clínicas odontológicas específicas, en donde las barreras de acceso a la atención en salud no solo afectan a los migrantes en condiciones desfavorables, sino también a la población nacional con condicionantes socioeconómicas específicas (con o sin TEA). Se propone entonces que la condición cultural y comunicacional del migrante instala barreras comprensivas de cómo entender el trastorno del espectro autista y sus terapéuticas asociadas según las prácticas nacionales.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Paciente sexo masculino, 9 años, inmigrante peruano con 6 meses de residencia en Chile al momento del primer control (Figura 1), consulta en la Posta de Salud Rural de San Miguel de Azapa (Arica) acompañado por su padre por control odontológico tras negativa de atención en otros servicios. Al realizar la anamnesis se destaca un TEA diagnosticado presuntivamente a los 6 años, con deficiencia cognitiva moderada y alteración de integración.

Al examen odontológico presenta dentición mixta segunda fase, higiene oral deficiente determinado por el índice de higiene oral simplificado (IHO-S: 4.2), inflamación gingival, lesiones de caries cavitadas acompañada de abscesos marginales y dientes en estado radicular (Figura 2). Se observan



Figura 1: Fotografía extraoral

lesiones de caries profundas en todos los primeros molares permanentes con sensibilidad y vitalidad conservada. Al examen radiológico se observan lesiones de caries dentinarias profundas en los dientes 3, 14, 19 y 30, siendo más severa en este último (Figura 3). Se plantea un plan de tratamiento por fases con técnicas de adaptación a la atención de forma transversal a la terapia (decir-mostrar-hacer, control de voz, refuerzo positivo y desensibilización progresiva) junto con educación mediante pedagogía visual e instrucción de higiene personalizada. Se explica tratamiento al padre y paciente y se aplica proceso de consentimiento informado con las consideraciones éticas respectivas. Dentro de la fase sistémica se realizaron interconsultas con médico, nutricionista, psicóloga y trabajador social bajo un enfoque interdisciplinario. El informe médico y la evaluación neuropsicológica confirmaron el diagnóstico presuntivo de TEA; el informe social describió las variables socioeconómicas de vulnerabilidad producto de la condición migratoria irregular, bajo nivel educacional de los padres, condiciones laborales desfavorables y reporte de miedo a la deportación y discriminación.

En la fase etiológica se realizó el control de infección mediante destartraje, exodoncias y remoción selectiva de caries, con especial énfasis en el diente 30 (eliminando dentina infectada y manteniendo un piso de dentina afectada, conservando la vitalidad pulpar).

Posteriormente durante la fase correctiva se realizó la obturación de las lesiones de caries previamente inactivadas, realizando técnica de Stepwise en el diente 30 (técnica en 2 sesiones). Finalmente se planificó una fase de mantención con controles periódicos cada 3 meses. Se presenta un pronóstico favorable. Paciente se mostró cooperador durante todo el tratamiento, se logró una adecuada alianza terapéutica entre paciente-padre-operador, buena adherencia al tratamiento y mejoramiento en el índice de higiene oral (IHO-S: 1.3).

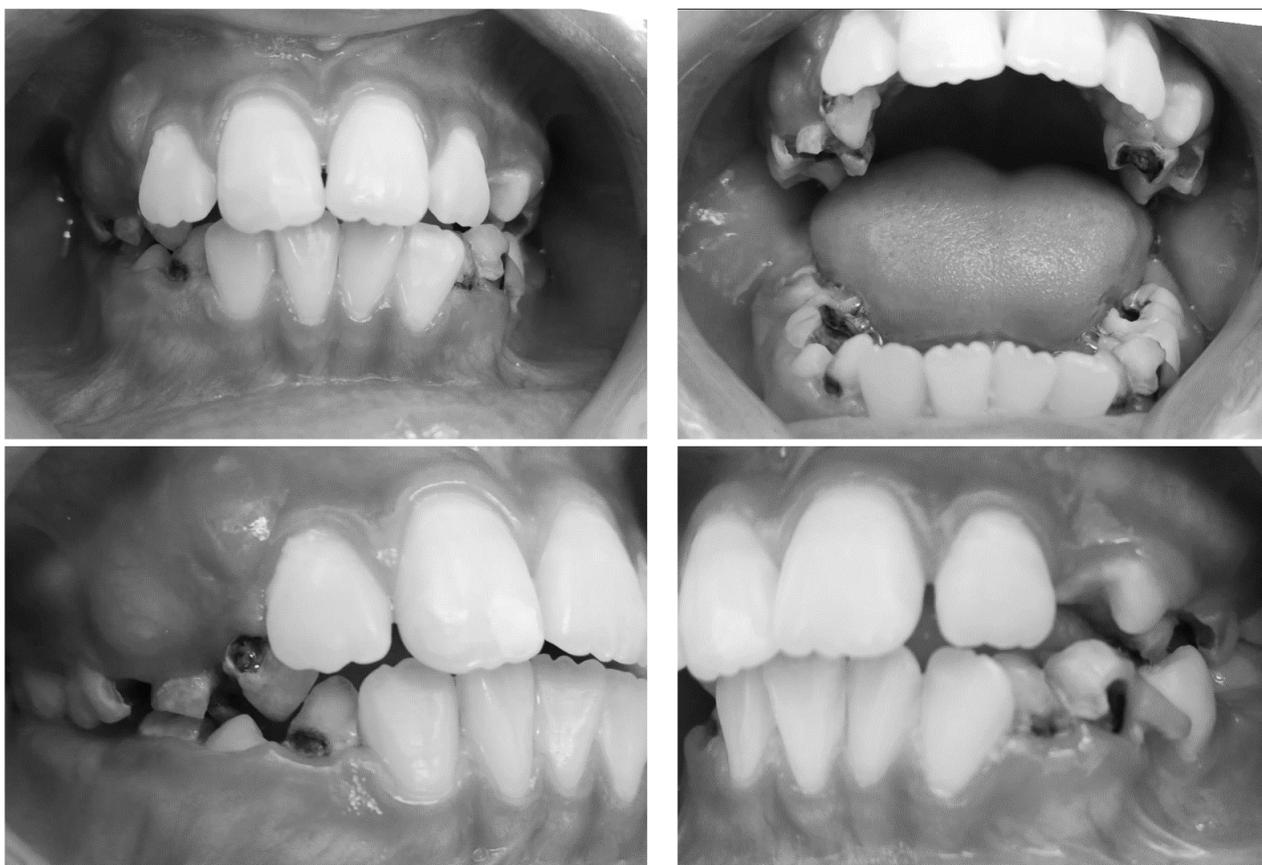


Figura 2: Fotografías intraorales

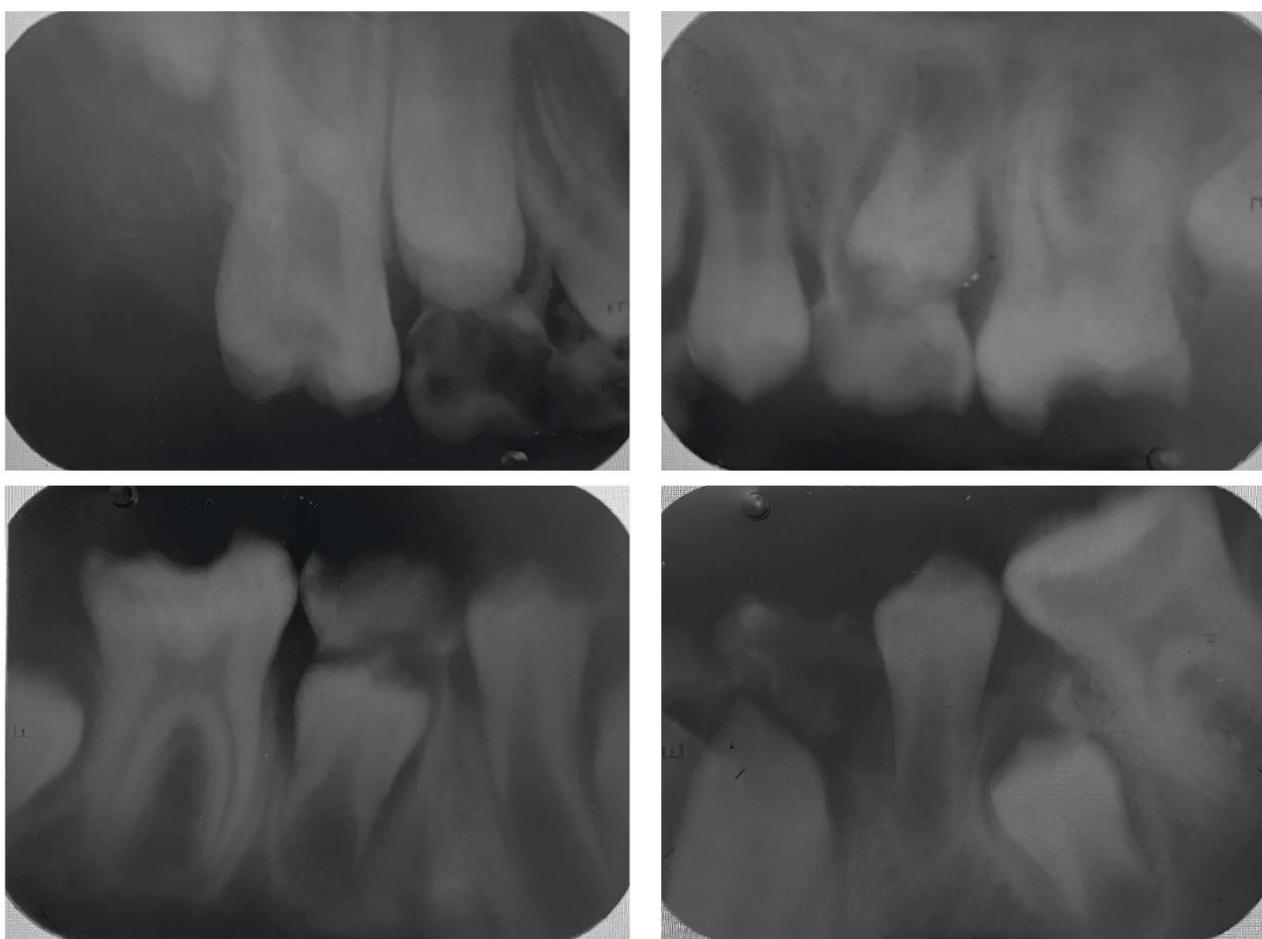


Figura 3: Examen radiográfico.

RELEVANCIA CLÍNICA

Las personas con TEA no tienen características orales peculiares, sin embargo, existen consecuencias a nivel oral expresadas por un peor estado de salud oral que la población general. Esto se relaciona con características propias del TEA (limitación comunicacional, negligencia personal, malos hábitos alimenticios, efectos adversos de fármacos, poca colaboración en la práctica de la higiene oral, hipersensibilidad a estímulos externos, conductas estereotipadas -incluyendo bruxismo-, etc) que pueden generar un deterioro en su salud oral¹⁰. Respecto a la prevalencia de caries existe controversia en la literatura con resultados disímiles: Estudios proponen una mayor prevalencia producto a factores relacionados con la dieta, higiene oral y fármacos consumidos. Los niños con TEA tienen una dieta de preferencia cariogénica y consistencia blanda consumiendo alimentos azucarados que reciben como premio por buenos comportamientos; además tienen alteraciones sensoriales a nivel oral que resultan en una aversión a nuevos alimentos. Por otra parte, podrían tener una mayor prevalencia de caries por desafíos para lograr una óptima higiene oral (problemas en la motricidad fina, poca cooperación y en algunos casos aversión al sabor de la pasta de dientes). Otra posible explicación es el consumo de fármacos para el tratamiento de ciertos síntomas, causando hiposialia y aumentando el riesgo cariogénico¹¹. Contrariamente, otros estudios proponen una menor prevalencia de caries que la población general producto de ciertos factores protectores en la saliva de pacientes con TEA¹². Sin embargo, los últimos estudios indican que no existen resultados concluyentes, por lo que es necesaria más investigación¹³.

Cabe destacar que se ha descrito una posible relación bidireccional entre el establecimiento de una disbiosis oral en pacientes con TEA y la severidad de su condición. Se propone que el fenotipo de personas con TEA expresado en polimorfismos genéticos asociados a la función inmune, resistencia a la higiene oral, dietas restringidas y ciertos comportamientos repetitivos (como llevar las manos a la boca) podrían producir un aumento de bacterias patógenas. A su vez, esa disbiosis oral mediante alteraciones metabólicas, disrupción de neurotransmisores y fenómenos de inflamación sistémica producto de la translocación bacteriana desde la cavidad oral al cerebro, podrían aumentar la severidad de los síntomas del TEA⁷.

Durante el manejo odontológico propiamente tal de personas con TEA se debe realizar una exhaustiva evaluación del desarrollo neuropsicológico y grado del trastorno en coordinación con el equipo de salud individualizando el plan de tratamiento según cada caso. Se propone el uso de técnicas de desensibilización progresiva y pedagogía visual en visitas repetidas (al igual que en el caso clínico expuesto), pudiendo ayudar a completar con éxito el tratamiento y mejorar el comportamiento durante la atención. Las ventajas de un sistema educativo visual para personas con TEA incluyen utilizar las fortalezas visuales proporcionando un sistema de comunicación receptiva; informar sobre las próximas tareas a completar; y disminuir la ansiedad al tener expectativas predecibles¹⁴. Se debe trabajar mediante un equipo multidisciplinario (incluyendo médico, terapeuta ocupacional, nutricionista, entre otros), con un agendamiento estratégico y coordinado con el equipo de salud, entregando una atención individualizada y con un tratamiento preventivo primario mediante la capacitación de todos los actores involucrados en el proceso de salud-enfermedad, generando una alianza terapéutica y empoderamiento respecto al estado de salud oral¹⁵. Por otra parte, existe una asociación entre el estado de salud oral de personas con TEA y factores sociodemográficos y de los propios servicios de salud¹¹. Si bien en Chile no hay estudios sobre barreras en la atención para las personas con TEA, la evidencia internacional ha descrito barreras de acceso a la atención en salud reportadas por apoderados de personas con TEA migrantes incluyendo variables como los altos costos de la atención y la falta de seguros de salud que permitan un correcto acceso a la odontología, la dificultad para acceder al sistema de salud y encontrar dentistas capacitados, falta de conocimiento respecto a salud oral, el nivel educacional de los cuidadores y el impacto del estatus migratorio al momento de recibir la atención (expresado por miedo a la deportación y discriminación)¹⁶.

Es importante tener en cuenta que los desafíos post migratorios desde el enfoque de DSS pueden afectar a los inmigrantes y minorías étnicas en la salud general y oral. Es por esto que la migración se considera un DSS, reportándose una mayor prevalencia de enfermedades orales y subutilización de los servicios de salud oral de los migrantes comparado a la población nativa, existiendo

inequidades en salud que hacen que las disparidades en la salud oral de los inmigrantes sea un problema de salud pública que no puede subestimarse^{17,18}. Considerando los fenómenos migratorios y el contexto a nivel nacional, con un aumento relativo del 19,4% al año 2020 de personas extranjeras residentes en Chile respecto al año 2018 y un 8,2% de población migrante respecto a la población total en la región de Arica y Parinacota, se propone entonces la evaluación del impacto de los fenómenos migratorios en salud, logrando un mejor registro de datos para generar políticas públicas que permitan abordar los desafíos inherentes a la vulnerabilidad del migrante, desarrollando una formación profesional adecuada a fin de permitir nuevas formas de promover la intersectorialidad y participación comunitaria¹⁹. En Chile el Plan Nacional de Salud Bucal 2018-2030 incorpora dentro del tercer eje estratégico (investigación-monitoreo-evaluación) la evaluación y monitoreo de los programas de salud pública, evaluando la cobertura de los programas de salud bucal considerando los DSS e incluyendo las variables de situación de discapacidad, etnia, migración y ruralidad. Todo esto en concordancia con la Política de Salud del Migrante Internacional y el derecho a salud del migrante, iniciativa que promueve una mirada inclusiva de la migración desde el enfoque de los derechos humanos, con enfoque de salud intercultural que permita dar la bienvenida al sistema de salud a la población migrante internacional²⁰.

CONCLUSIÓN

Si bien existen algunos estudios a nivel comunal en donde se compara el estado de salud oral de población migrante y población nativa en Chile aún no existen estadísticas a nivel nacional ni regional que determine estas diferencias; tampoco existen estudios que evalúen y comparen la salud oral de personas con o sin TEA, por lo que se requiere más investigación al respecto.

REFERENCIAS

- [1] iADH International Association of Disability and Oral Health. Undergraduate Curriculum in Special Care Dentistry. 2014.
- [2] American Psychiatric Association. DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5th ed. Editorial Médica Panamericana S.A. de C.V.; 2018.
- [3] Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Autism Spectrum Disorder (ASD) [Internet]. 2019.
- [4] Dall'Aglio L, Muka T, Cecil CAM, Bramer WM, Verbiest MMPJ, Nano J, et al. The role of epigenetic modifications in neurodevelopmental disorders: A systematic review. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2018;94:17–30. DOI:10.1016/j.neubiorev.2018.07.011
- [5] National Institute of Mental Health (NIH). Autism Spectrum Disorder [Internet]. 2018.
- [6] Onol S, Kirzioğlu Z. Evaluation of oral health status and influential factors in children with autism. *Niger J Clin Pract.* 2018;21(4):429–35. DOI: 10.4103/njcp.njcp_41_17
- [7] Olsen I, Hicks SD. Oral microbiota and autism spectrum disorder (ASD). *J. Oral Microbiol.* 2020;12:1 DOI: 10.1080/20002297.2019.1702806
- [8] Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud en las Américas. Resumen: panorama regional y perfiles de país [Internet]. 2017.
- [9] Instituto Nacional de Estadística D de E y MM del I y SP. Estimación de personas extranjeras residentes habituales en Chile al 31 de diciembre de 2019. Informe técnico: desagregación regional y comunal. [Internet]. 2020.
- [10] Lam PPY, Du R, Peng S, McGrath CPJ, Yiu CKY. Oral health status of children and adolescents with autism spectrum disorder: A systematic review of case-control studies and meta-analysis. *Autism.* 2020;24:1047–66. DOI:10.1177/1362361319877337
- [11] Burgette JM, Rezaie A. Association between Autism Spectrum Disorder and Caregiver-Reported Dental Caries in Children. *JDR Clin Transl Res.* 2020; 5(3):254–61. DOI:10.1177/2380084419875441.
- [12] Morales-Chávez MC, Villarroel-Dorrego M, Salas V. Salivary factors related to caries in children with autism. *J Clin Pediatr Dent.* 2019; 43(1):22–6. DOI: 10.17796/1053-4625-43.1.5
- [13] Pi X, Liu C, Li Z, Guo H, Jiang H, Du M. A meta-analysis of oral health status of children with autism. *J Clin Pediatr Dent.* 2020 Jan 1;44(1):1–7. DOI: 10.17796/1053-4625-44.1.1
- [14] Mah JWT, Tsang P. Visual schedule system in dental care for patients with autism: A pilot study. *J Clin Pediatr Dent.* 2016. 40(5):393-9 DOI: 10.17796/1053-4628-40.5.393
- [15] Stein Duker LI, Floríndez LI, Como DH, Tran CF, Henwood BF, Polido JC, et al. Strategies for Success: A Qualitative Study of Caregiver and Dentist Approaches to Improving Oral Care for Children with Autism. *Pediatr Dent.* 2019; 41(1):4E-12E

- [16] Floríndez LI, Floríndez DC, Floríndez FM, Como DH, Pyatak E, Baezconde-Garbanati L, et al. Oral care experiences of latino parents/caregivers with children with autism and with typically developing children. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16(16):2905
DOI:10.3390/ijerph16162905
- [17] Dahlan R, Ghazal E, Saltaji H, Salami B, Amin M. Impact of social support on oral health among immigrants and ethnic minorities: A systematic review [Internet]. Vol. 14, PLoS ONE. Public Library of Science; 2019: 14(6):e0218678
DOI: 10.1371/journal.pone.0218678
- [18] Bachelet V. Las cifras de la desigualdad de Chile en salud. *Medwave*. 2011;11(09):e5128
DOI: 10.5867/medwave.2011.09.5128
- [19] Murphy J, Scully C. Oral healthcare implications of mass migration. *Dent Update*. 2015; 42(10):965-971
DOI: 10.12968/denu.2015.42.10.965
- [20] Chepo M, Astorga-Pinto S, Cabieses B. Atención inicial de migrantes en Chile: iniciativa en atención primaria de salud a un año de su implementación. *Rev Panam Salud Pública*. 2019; 43: e71.
DOI: 10.26633/RPSP.2019.71

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Quintana B, Cofré V. Migración e impacto en odontología para personas con trastorno del espectro autista en atención primaria. *Appli Sci Dent*. 2021:1(1);44-50
DOI: 10.22370/asd.2021.2.1.2525

Applied Sciences in Dentistry, revista científica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso, de **Acceso Abierto** y de **Publicación Continua**.

Son aceptados trabajos originales e inéditos, abarcando cartas al editor, comunicaciones breves, artículos de investigación, casos clínicos y revisiones bibliográficas.

Correo electrónico de contacto:

contacto.asdj@uv.cl

editor.asdj@uv.cl

Página Web:

<https://revistas.uv.cl/index.php/asid>

Redes Sociales

Instagram [@asd_journal](https://www.instagram.com/asd_journal)

ASD JOURNAL
Applied Sciences in Dentistry