

**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
COMANDO GENERAL**



DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR

COPIA No. ____ DE ____ COPIAS

Bogotá, D.C. 10 MARZO 2010

DIRECTIVA TRANSITORIA

No. 142614 / CGFM-DGSM-SS-GSP-23.1

ASUNTO: Adoptar el Manual para el desarrollo de estrategias de disminución de morbilidad en salud oral en la población del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

PARA: **Señores:**
Directores de Sanidad Ejército Nacional, Armada Nacional, Fuerza Aérea Colombiana y Jefes de Establecimientos de Sanidad Militar.

1. OBJETIVO Y ALCANCE

a. FINALIDAD

- 1)** Actualizar y estandarizar el programa de promoción y prevención, a través del Manual para el desarrollo de estrategias de disminución de morbilidad en salud oral en la población del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, con el fin de mejorar la salud oral de la población a partir de la implementación de líneas de acción efectivas.

- 2) Fomentar la Promoción de la Salud, la Protección y la Prevención de factores de riesgo y enfermedad en toda la población del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.
- 3) Fortalecer los sistemas y métodos de vigilancia en Salud Oral, tanto en sus procesos como en sus resultados.
- 4) Integrar las acciones de salud bucal del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares a las acciones contenidas en los programas, políticas y planes formuladas por el Ministerio de la Protección Social acorde con la pertinencia de cada uno de ellos.

b. REFERENCIAS

El manual para el desarrollo de estrategias de disminución de morbilidad en salud oral en la población del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares se encuentra sustentado y reglamentado en la normatividad vigente y elaborada de acuerdo con los parámetros generales previstos en la misma, con los contenidos mínimos requeridos y con los demás adicionales que son pertinentes y de utilidad para la atención en salud oral.

- **Ley 35 de 1989**, artículo 20. Sobre Ética del odontólogo colombiano, capítulo III, artículo 20, “Las historias clínicas pueden utilizarse como material de consulta y apoyo a los trabajos odontológicos, con sujeción a los principios del secreto profesional y la propiedad intelectual”.
- **Ley 352 de 1997** “Por la cual se reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional”.
- **Ley 872 del 30 de diciembre de 2003**. Mediante el cual se organizó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el numeral 4 del Artículo 5, estableció como uno de los objetivos del mismo, estimular el desarrollo de un sistema de información sobre la calidad, que facilitará la realización de las labores de auditoría, vigilancia y control.
- **Ley 1122 de enero 07 de 2007** por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, Capítulo VI.

- **Decreto Ley 1795 del año 2000 Artículo 27**, el cual trata del Plan de Servicios para el SSMP.
- **Decreto 491 de 1990, artículo 20**. Las historias clínicas pueden utilizarse como material de consulta y apoyo a los trabajos odontológicos, con sujeción a los principios del secreto profesional y de la propiedad intelectual.
- **Decreto 4782 del 19 de diciembre de 2008** por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Defensa Nacional - Dirección General de Sanidad Militar y se dictan otras disposiciones.
- **Decreto 3039 del 10 de agosto de 2007** del Ministerio de la Protección Social por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010.
- **Directiva Permanente No. 140** de 30 de agosto de 2009, mediante la cual se adopta un formato único de historia odontológica y sus respectivos anexos y manejo clínico para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.
- **Circular No. 104820** de 30 Noviembre de 2008, mediante la cual se dan los lineamientos para la unificación de la ficha epidemiológica en salud oral y el respectivo instructivo para la presentación del informe trimestral.
- **Circular No. 104822** de 30 de Noviembre de 2008, mediante el cual se implementa el formato para el reporte de casos de fluorosis dental dentro del Subsistema de Salud.
- **Resolución 6568** de 1992, Por el cual el Ministerio de Salud crea el comité a nivel nacional y territorial para vigilancia de fluoración y yodación de sal de consumo humano.
- **Resolución 4288** de 1996, Por el cual se define el PAB como el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos, de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, vigilancia en Salud Pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad.
- **Resolución 1995** de 1999, por la cual se establecen las normas para el manejo de la Historia Clínica.

- **Resolución 412** de 2000, Se adoptaron las Normas Técnicas y Guías de atención, para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana.
- **Resolución 3577** de 2006, Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Bucal – PNSB –.

c. VIGENCIA

A partir de la fecha de su expedición.

2. INFORMACIÓN

a. ANTECEDENTES

Al igual que para otras profesiones y disciplinas de la salud, la odontología se encuentra sometida a la práctica fragmentada y súper especializada, con énfasis asistencial.

Si bien la Salud Bucal de la población colombiana, ha presentado una evidente mejoría en el transcurso de los últimos 30 años, según las tendencias observadas en los tres estudios nacionales realizados en 1966, 1977 a 1980 y en 1998, sigue siendo un riesgo importante para la calidad de vida de las personas que debe analizarse desde la compleja situación que presenta debido a la estructura del sistema, a los esquemas laborales, de formación y de relación sectorial e institucional de la profesión.

Colombia ha realizado 3 estudios nacionales de Salud Oral en los últimos 40 años. ***El primer estudio realizado fue en los años 1965 -1966, donde el Ministerio de salud en unión con la asociación de facultades de medicina ASCOFAME,*** dieron como conclusiones que la población general tenía prevalencia del 95.5% en caries, que el índice COP-D (Cariado, Obturado, Perdido) fue de 15, que el 89% de la población presentaba enfermedad periodontal general y que el 7% de los dientes con historia de caries había sido tratado.

El segundo estudio nacional de salud bucal fue liderado por el Instituto Nacional de Salud en los años 1977 –1980, las conclusiones mostraron que la prevalencia de caries en la población general fue de 96.7%, el índice COP-D fue de 13, el 95% de la población tenía historia de

enfermedad periodontal y que solo el 11% de los dientes con historia de caries había sido tratado.

En el II Estudio el índice COP-D, en niños de 12 años fue de 4.8, resultado que según medición establecida por la OMS y la Federación Dental Internacional significó que Colombia quedó clasificada como un país con índice alto en COP-D.

Los resultados del III Estudio Nacional de Salud Bucal –ENSAB III-, que se llevó a cabo en 1998, se presentaron en dos grandes temas, las representaciones, conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral y la morbilidad oral y bucal, la cual se analizó de acuerdo a las patologías más prevalentes como la caries dental, la enfermedad periodontal, la fluorosis dental y las anomalías craneomaxilofaciales.

Este estudio hizo que se conocieran de una manera sistemática los problemas de mayor importancia en salud oral y sus factores de riesgo, buscando con ello establecer de manera certera las condiciones de la población y los avances alcanzados en materia de prevención y educación.

Con relación a la caries dental se encontró:

- Los niños de 5 años presentaron reducción del 30% en el promedio de dientes con historia de caries y el índice ceo-d pasó de 4.2 en 1980 a 3.0 en 1998, sin embargo no se logró la meta propuesta por la OMS de tener un 50% de esta población con un ceo-d de 0.
- En la dentición permanente, el 88.7% de las personas ha presentado historia de caries, y el 65.3% tenía historia de caries sin tratamiento.
- A los 12 años el COP-D presentó una reducción mayor del 50% al pasar de 4.8 en 1980 a 2.3 en 1998, lográndose el cumplimiento de la meta de la OPS para el 2000, de tener este índice menor a 3.
- En el lapso entre el estudio de 1980 y el de 1998, hay una reducción importante en la proporción de personas con caries, principalmente en los menores de 19 años debido a las medidas preventivas implementadas desde los años 70.
- Sin embargo, se evidencia el deterioro de los indicadores a través del ciclo vital, perdiéndose en las edades adultas los logros alcanzados en las primeras edades, cuando que alrededor del 95% de los adultos presentan historia de caries de forma similar a lo reportado en el estudio de 1977-80.

Estos hallazgos se consideran resultado de una carencia durante los últimos años de estrategias integrales de salud y de la incapacidad de que las acciones preventivas y promocionales en salud, realmente sean interiorizadas por la población para afectar los patrones culturales.

Frente a la enfermedad periodontal, el ENSAB concluye que durante los últimos años se han producido cambios importantes en los parámetros que definen la enfermedad y los métodos de diagnóstico lo que hace difícil evaluar con claridad la tendencia del problema, a pesar de lo cual,

- La enfermedad periodontal es la segunda causa más frecuente de consultas de mala salud bucodental.
- El 50.1% de las personas presentan alguna pérdida de soporte dental.
- El 92.4% presenta algún marcador de enfermedad periodontal (principalmente presencia de cálculos en el 53.3% y sangrado).

En el 2007 se evaluó el impacto del programa de promoción y prevención en salud oral al interior del SSFM, y se pudo evidenciar la elevada prevalencia e incidencia de la caries dental, y de enfermedad periodontal, en especial en la población menor de edad y en la población entre los 16 y 24 años. En EJC, se presentaron 747 casos de pacientes con historia de caries y 253 con enfermedad periodontal cada uno de ellos por cada 1000 usuarios, en ARC se presentaron 670 casos de pacientes con historia de caries y 329 con enfermedad periodontal cada uno de ellos por cada 1000 usuarios y en FAC se presentaron 680 casos de pacientes con historia de caries y 320 con enfermedad periodontal cada uno de ellos por cada 1000 usuarios.

Es importante tener en cuenta que la información es un instrumento que sirve de ayuda para identificar las actividades realizadas y los problemas de la salud existentes, permite brindar soluciones oportunas y realizar el seguimiento de las intervenciones, su eficiencia y eficacia en cada uno de los niveles operativos y administrativos, de ahí la importancia de disponer de esta oportunamente de manera confiable. tanto a nivel local, por Fuerzas y a nivel Nacional.

b. GENERALIDADES.

1) La caries dental

La caries dental puede destruir toda la estructura del diente. Sus causas principales son los hidratos de carbono fermentables y las bacterias de la placa. Cuando tomamos comidas o bebidas que contienen azúcares, éstos entran en contacto con las bacterias de la placa, las cuales metabolizan los azúcares y producen ácidos que atacan la capa externa del diente, el esmalte, ocasionando la desmineralización del mismo por la difusión de calcio y fosfato hacia el exterior.

Si el consumo de azúcares se mantiene durante cierto tiempo, esta desmineralización da origen a una cavidad que es colonizada por las bacterias. Producida la cavidad en el esmalte, las bacterias pueden penetrar en el diente y la caries se extiende por la dentina y demás tejidos del diente.

Cada vez que los azúcares entran en la boca, los ácidos se forman en pocos minutos. Cuanto más a menudo se tomen azúcares, más frecuentes serán los ataques de los ácidos al diente y la caries será más severa.

Es una enfermedad de origen multifactorial que aparece como resultado de la intervención de cuatro factores principales:

- **La dieta cariogénica:** contiene hidratos de carbono fermentables de absorción rápida (monosacáridos y disacáridos), como la sacarosa (azúcar), lactosa, glucosa, fructosa, etc.
- La microflora oral, **placa bacteriana**, donde existen determinados microorganismos cariogénicos como *Streptococos* del grupo mutans (caries del esmalte), *Lactobacilos* (caries de dentina) y *Actinomyces* (caries radicular).
- El huésped susceptible de padecer la enfermedad, es decir **el diente**, donde se forma la placa bacteriana y se producen ácidos orgánicos, fundamentalmente ácido láctico, acético, butírico y propiónico, responsables del proceso de desmineralización.

- Y El **tiempo** que estos factores están actuando sobre el diente.

Medidas para reducir la caries dental

- **Aumentar la resistencia del diente**

En la población infantil la caries dental puede reducirse hasta un 30% mediante el cepillado diario con dentífrico fluorado. El flúor se incorpora al esmalte dental haciéndolo más resistente a los ácidos de la placa bacteriana. La medida de autocuidado más importante para aumentar la resistencia del diente es la utilización de dentífrico fluorado después de cada comida y siempre por la noche antes de acostarse. El dentífrico fluorado debe empezar a usarse a partir de los 2-3 años de edad.

Se utiliza una cantidad pequeña, y su aplicación en el cepillo debe ser supervisada por los padres, debe ser de sabor agradable, pero debe evitarse su ingestión.

La aplicación de sellantes en fosas y fisuras aumentan la resistencia del diente, ya que es una de las técnicas preventivas más eficaces.

- **Disminuir el consumo de azúcares**

La alimentación equilibrada proporciona a los tejidos gingivales y a los dientes los nutrientes y minerales que necesitan para mantenerse fuertes y resistir a las infecciones que contribuyen a la enfermedad. Los alimentos fibrosos, como las frutas y los vegetales, ayudan a limpiar los dientes y los tejidos blandos, en cambio, los alimentos blandos y pegajosos, tienden a permanecer en las fosas de los molares y entre los dientes, dando origen a la placa bacteriana siendo esta la principal causa de enfermedad periodontal y de la caries dental.

2) La enfermedad periodontal. (gingivitis y periodontitis)

Las enfermedades periodontales constituyen una serie de cuadros clínicos caracterizados por la afectación del periodonto, que son los tejidos que protegen y soportan los dientes: encía, cemento radicular, hueso alveolar y ligamento periodontal. Son enfermedades producidas por la placa bacteriana, localizada entre la encía y el diente, que provocan una inflamación de la encía (gingivitis), que se puede extender progresivamente a los demás tejidos del periodonto (periodontitis) y causar, en determinadas

personas susceptibles y al cabo del tiempo, movilidad y pérdida dentaria.

La enfermedad periodontal puede aparecer en la infancia pero, a diferencia de la caries dental, sus plenos efectos destructivos no pueden percibirse hasta la edad adulta. La mayor parte de la población sufre enfermedad de las encías en alguna etapa de su vida. La enfermedad periodontal es una causa frecuente de mal aliento y puede provocar una apariencia poco atractiva de dientes y encías, y la eventual pérdida de los dientes.

Un signo precoz de gingivitis es la hinchazón de las encías, con sangrado cuando se cepillan los dientes, al comer o bien espontáneamente. En las primeras fases el proceso es reversible extremando las medidas de higiene oral.

Medidas para reducir la enfermedad periodontal

La enfermedad periodontal puede prevenirse, incluso remitirse en sus primeras fases, mediante un correcto cepillado que elimine diaria y minuciosamente la placa bacteriana de los dientes y encías. La placa que ocasiona los problemas es aquella que se encuentra junto a los bordes gingivales, y si es eliminada cuidadosamente con el cepillado.

La desmineralización del esmalte se produce cuando los ácidos, ocasionados por la placa bacteriana, dan lugar a una disminución del pH hasta el punto de que la hidroxiapatita que compone el esmalte se disuelve.

El flúor disuelto en el interior de la placa dental actúa acelerando la entrada e incorporación de calcio y fosfatos en el esmalte desmineralizado, formando una capa de hidroxí y fluorapatita, que es más resistente al ataque ácido. Este flúor disuelto en la placa también actúa inhibiendo la desmineralización del esmalte. Además, el flúor actúa sobre el metabolismo de las bacterias interfiriendo en determinadas enzimas (enolasa) que son necesarias para la supervivencia de la bacteria. En consecuencia, es fundamental que en los fluidos orales exista flúor disponible cuando se produce el ataque ácido.

El flúor es el agente más eficaz en la prevención de la caries, independientemente de su forma de aplicación (agua de bebida, geles, barnices, colutorio, dentífrico, gotas, pastillas, tabletas o comprimidos). El mecanismo de acción del flúor consiste en inhibir la desmineralización, favorecer la remineralización e inhibir el metabolismo bacteriano.

La promoción es un concepto y una práctica social ligada a la salud, que se centra en alcanzar la equidad y consiste en proporcionar los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un auto control sobre la misma, por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea en formas de vida sana. Parte importante de la promoción de la salud oral es la educación, que se espera se convierta en un potente instrumento de cambio colectivo de las condiciones que determinan la salud, pero que además predisponga a los individuos a comportamientos voluntarios que refuercen su estado de salud.

La prevención en cambio, es un proceso complejo, en donde no es suficiente dar o suprimir, sino además intervenir. La reducción de los determinantes singulares implica estrategias que tengan en cuenta tanto los procesos biológicos que intervienen en el desarrollo de las enfermedades, como procesos relacionados con el comportamiento personal o los estilos de vida.

3. EJECUCIÓN

a. MISIÓN GENERAL

La Dirección General de Sanidad Militar en coordinación con las Direcciones de Sanidad de las Fuerzas Militares, establece los lineamientos y directrices para la implementación del “Manual para el desarrollo de estrategias de disminución de morbilidad en salud oral en la población del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares”, con el propósito de guiar y orientar el programa de Salud Oral en cada una de las Fuerzas.

b. MISIONES PARTICULARES

1) Dirección General de Sanidad Militar

- a) Reproducir y difundir el Manual para el desarrollo de estrategias de disminución de morbilidad en salud oral en la población del SSFM.
- b) Asesorar y acompañar a las Direcciones de Sanidad de las Fuerzas en la implementación y ejecución del Manual para el desarrollo de estrategias de disminución de morbilidad en salud oral en la población del SSFM

- c) Promover y dar lineamientos para el desarrollo de programas de Promoción de hábitos en salud oral y estilos de vida saludables con participación de la comunidad para generar empoderamiento y responsabilidad de los usuarios hacia su propia salud y la de su comunidad.
- d) Realizar reuniones trimestrales con los coordinadores del programa de Salud Oral de las Direcciones de Sanidad de las Fuerzas, con el fin de evaluar los avances del programa y establecer los ajustes necesarios.
- e) Establecer vigilancia sobre los pacientes con fluorosis a fin de conocer la prevalencia y severidad de esta patología en el SSFM.
- f) Evaluar anualmente la implementación y cobertura del programa para rediseñar y/o ajustar las estrategias del mismo en busca del mejoramiento continuo, a través del análisis de las bases de datos del sistema de información y vigilancia del programa de salud oral.

2) Direcciones de Sanidad de Ejército, Armada y Fuerza Aérea Colombiana

- a) Realizar la distribución, entrega, y difusión del documento a los profesionales odontólogos e higienistas orales de la respectiva fuerza.
- b) Realizar seguimiento, asesoría, verificación y control en los Establecimientos de Sanidad Militar de cada Fuerza, sobre de la implementación y desarrollo de los programas de salud oral.
- c) Elaborar los informes trimestrales de seguimiento al programa y reportarlos a la Dirección General de Sanidad Militar.
- d) Brindar y gestionar a través de los Establecimientos de Sanidad Militar, el apoyo logístico necesario para el desarrollo del Programa de Salud Oral al interior del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

- e) Destinar el recurso humano, físico, técnico y financiero requerido para la implementación y desarrollo del “Manual para el desarrollo de estrategias de disminución de morbilidad en salud oral en la población del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares”.
- f) Asignar a un profesional odontólogo, quien será el encargado de coordinar, promover y organizar el Programa de Promoción y Prevención en Salud Oral en cada Fuerza y Establecimientos de Sanidad Militar.

Brigadier General **LUIS EDUARDO PEREZ ARANGO**
Director General de Sanidad Militar

Auténtica.

Coronel JUAN CARLOS VARGAS CALDERON
Subdirector de Salud DGSM

Anexo: Manual Programa Salud Oral 2010

DISTRIBUCIÓN:

ORIGINAL: DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
Copia No. 1: DIRECCIÓN DE SANIDAD EJC
Copia No. 2: DIRECCIÓN DE SANIDAD ARC
Copia No. 3: DIRECCIÓN DE SANIDAD FAC

“Firmeza y Honor”



Cra 10 N° 27-50 Torre Norte Oficina 206
PBX 3238555 EXT. 1062 - FAX 2840334
www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co

