



**La salud  
es de todos**

**Minsalud**

# **Lineamientos Estrategia Incremental de Cuidado y Protección Específica en Salud Bucal para la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia *“Soy Generación más Sonriente”***

**Subdirección de Enfermedades Crónicas no  
Transmisibles  
Grupo Gestión Integrada de la Salud Cardiovascular,  
Bucal, del Cáncer y otras condiciones crónicas**

Versión 1 de Marzo de 2019



**La salud  
es de todos**

**Minsalud**

**JUAN PABLO URIBE RESTREPO**

Ministro de Salud y Protección Social

**IVAN DARIO GONZÁLEZ ORTIZ**

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

**DIANA ISABEL CARDENAS GAMBOA**

Viceministra de Protección Social

**GERARDO LUBÍN BURGOS BERNAL**

Secretario General

**AIDA MILENA GUTIÉRREZ ALVAREZ**

Director de Promoción y Prevención

**HAROLD MAURICIO CASAS CRUZ**

Subdirector de Enfermedades No Transmisibles

**YOLANDA SANDOVAL GIL**

Coordinadora Grupo de Gestión Integrada de la Salud Cardiovascular, Bucal, del Cáncer y otras condiciones crónicas.



**La salud  
es de todos**

**Minsalud**

**DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN  
SUBDIRECCIÓN DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES**

**GRUPO GESTIÓN INTEGRADA DE LA SALUD  
CARDIOVASCULAR, BUCAL, DEL CÁNCER Y OTRAS  
CONDICIONES CRÓNICAS**

**ELABORACIÓN**

**LILIANA CAROLINA BÁEZ QUINTERO**

Consultor

Subdirección de Enfermedades No Transmisibles-SENT

Dirección de Promoción y Prevención



La salud  
es de todos

Minsalud

## CONTENIDO

Presentación 2019 .....	5
1. Problemática a Intervenir .....	6
2. Avances de la Estrategia 2014-2018 .....	10
3. Propósito de la Estrategia 2019.....	13
4. Objetivo de la Estrategia 2019 .....	13
5. Objetivos Específicos de la Estrategia 2019.....	13
6. Población objeto de la Estrategia 2019 .....	14
7. Metas de la Estrategia 2019.....	14
8. Actividades de gestión a realizar a través de la Estrategia .....	14
9. Actividades de la Estrategia .....	15
9.1. Educación en cuidado de la salud bucal: .....	15
9.1.1. Población beneficiada.....	17
9.1.2. Definición .....	17
9.1.3. Recomendaciones.....	18
9.1.4. Descripción de la actividad .....	18
9.2. Aplicación de Barniz de Flúor.....	20
9.2.1. Población beneficiada.....	21
9.2.2. Definición .....	21
9.2.3. Recomendaciones.....	21
9.2.4. Descripción de la actividad .....	22
10. Jornadas Nacionales para el 2019 .....	23
11. Financiación .....	23
12. Reporte para el monitoreo y evaluación 2019 de la estrategia soy generación más sonriente .....	24



La salud  
es de todos

Minsalud

## Presentación 2019

Desde el año 2014 surge La Estrategia Soy Generación más Sonriente como una herramienta operativa para incrementar acciones de educación en cuidado de la salud bucal y aplicación de barniz de flúor en la población menor de 18 años. Esto como respuesta a: i. la necesidad de reducir desde la primera infancia los riesgos de presentar enfermedades bucales prevenibles, ii. el escaso reporte de acciones de protección específica en el sistema de información (RIPS) y iii. las altas prevalencias de caries y enfermedad periodontal reportadas en el IV Estudio Nacional de Salud Bucal -ENSAB IV- realizado en los años 2013-2014.

Las acciones propuestas en esta estrategia, se encuentran alineadas al marco de política y normatividad vigente:

El Plan Decenal de Salud Pública –PDSP- (2012-2021), que establece como metas para el año 2021 incrementar en un 20%: la población del país sin caries con énfasis en la primera infancia, niñez y adolescencia con índice de caries dental COP=0; la población mayor de 18 años sin pérdida dental por enfermedad bucodental prevenible; las prácticas de autocuidado para la prevención y manejo de las enfermedades bucales desde la primera infancia en entornos y programas sociales y las coberturas de prevención y detección temprana de las alteraciones de la salud bucal.

La Ley Estatutaria 1751 de 2015 regula el derecho fundamental a la Salud, el cual comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud para lo cual el Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas.

La Resolución 429 del 2016 adopta la Política de Atención Integral en Salud –PAIS-, que se fundamenta en la Atención Primaria en Salud –APS- con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones. El objetivo es mejorar las condiciones de la salud mediante la regulación la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución. Todo esto exige la interacción coordinada las entidades territoriales, a cargo de la gestión de la salud pública, de los Entidades administradoras de planes de beneficios-EAPB- y de los prestadores de servicios de salud.

Dentro de la Política de Atención Integral en Salud –PAIS se establece el Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS, que cuenta con diez componentes entre los que se encuentra la regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud –RIAS- que son herramientas que



La salud  
es de todos

Minsalud

definen a los integrantes del sector salud, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad de la atención a partir de acciones orientadas a promover el bienestar y desarrollo en los entornos, así como la realización de acciones de promoción de la salud, cuidado, protección específica, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y paliación a lo largo curso de su vida.

Con la Resolución 3280 de 2018 se establecen los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud –RPMS-, dentro de la cual se establecen las acciones de detección temprana y protección específica en salud bucal a lo largo del curso de vida (primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultos y vejez). Las actividades contempladas son: atención en salud bucal por profesional de odontología, aplicación de barniz de flúor, profilaxis y remoción de placa bacteriana, detartraje supragingival y aplicación de sellantes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe del año 2008 hace un llamado a retomar la APS para cambiar el enfoque actual de los servicios de salud basado en atención curativa que no genera resultados a largo plazo en la salud de las poblaciones<sup>1</sup>.

Ante este marco normativo y de políticas públicas la “Estrategia Soy Generación más Sonriente” se convierte en una herramienta operativa de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (Resolución 3280 de 2018) para realizar acciones de educación en salud bucal y aplicación de barniz de flúor como una medida de protección específica para la población menor de 18 años con el objetivo de mejorar las condiciones de salud bucal de la primera infancia, infancia, adolescencia y juventud, y la reducción de la prevalencia de caries y enfermedad periodontal.

## 1. Problemática a Intervenir

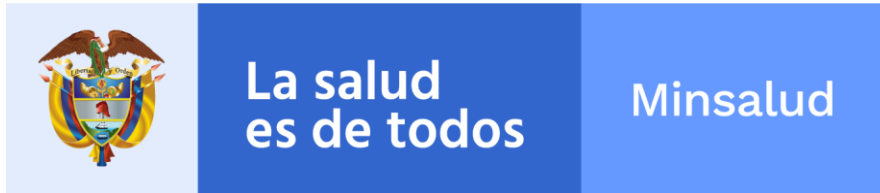
La caries dental es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial que resulta de un proceso dinámico de desmineralización y remineralización del esmalte dental que depende de las variaciones del pH en la cavidad oral y que a lo largo del tiempo puede o no generar pérdida de mineral llegando a la formación de cavidad<sup>2,3</sup>. Todo esto también está relacionado a procesos sociales de los individuos y comunidades.

---

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1).

<sup>2</sup> Vogel GL. Oral fluoride reservoirs and the prevention of dental caries. Monogr Oral Sci 2011; 22:146-57.

<sup>3</sup> Kidd EAM, Fejerkov O. What Constitutes Dental Caries? Histopathology of Carious Enamel and Dentin Related to the action of Cariogenic Biofilms. J Dent Res 2004; 83:C35-C38.



Se calcula que la prevalencia de caries no tratadas en dientes permanentes a nivel mundial para el año 2015 fue de 34.1%, las edades más afectadas con caries no tratadas son 1 a 4 años para dientes deciduos y a los 19 años para dientes permanentes. Esta morbilidad afecta la calidad de vida, calculando que para el año 2015 las tasas de años de vida Ajustados por Discapacidad (DALY) debido a condiciones de salud oral fueron 113, 24 y 2 por 100.000 años- personas para pérdida total de dientes, dientes permanentes sin tratamiento y dientes deciduos sin tratamiento respectivamente<sup>4</sup>.

En Colombia según el IV Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV) la prevalencia de caries a la edad de 5 años es de 52.20% (dentición temporal), a los 12 años es de 37.45% (dentición permanente) y a los 18 años es de 47.79%. Estos datos no incluyen en su evaluación las caries cavitacionales y al observar la prevalencia de caries obtenida con el índice C<sub>(2-6)</sub> OP-D modificado, que incluye lesiones iniciales de caries, la prevalencia tiene un aumento significativo para todas las edades, donde a la edad de 5 años la prevalencia llega a 82.63% y a los 18 años de 93.80% (ver gráfica 1).

La Caries Temprana de la Infancia (CIT) se define como la presencia de una o más superficiales dentales cariadas, con restauraciones o pérdidas en niños menores de 5 años, en el caso de niños menores de 3 años que presenten cualquier señal de lesión de caries representa un indicador de un estado avanzado de la enfermedad y se denomina Caries Severa de Infancia Temprana<sup>5</sup>. En Colombia los datos de prevalencia de caries dental que incluye la evaluación de lesiones iniciales en niños de 1 año de edad es de 26,85% y a los 3 años casi el 80% tiene la enfermedad. Estas lesiones iniciales de caries son susceptibles de intervención a través del diagnóstico y tratamiento de las lesiones iniciales, el control de factores moduladores como higiene bucal, la dieta y la exposición a flúor<sup>6</sup>.

**Figura 1.** Prevalencia de caries dental primera infancia, adolescencia y jóvenes en dentición temporal, mixta y permanente. Colombia, 2003-2004.

<sup>4</sup> Kassebaum NJ, Smith AGC, Bernabé E, Fleming TD, Reynolds AE, Vos T, et al. Global, Regional, and National Prevalence, Incidence, and Disability- Adjusted Life Years for Oral Conditions for 195 Countries, 1990–2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. *J Dental Research*. 2017; 96(4): 380-387.

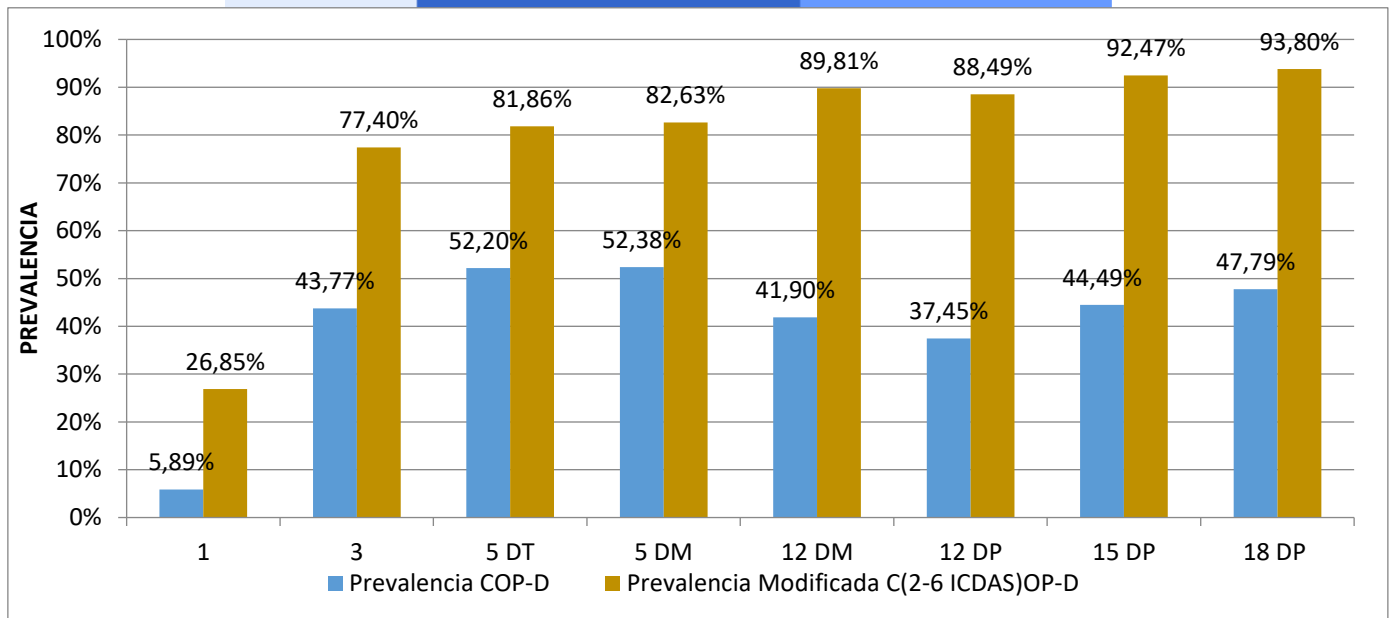
<sup>5</sup> Fraiz FC, Bezerra ACB, Walter LRF. Atensão Odontológica na Primeira Infância: Enfoque em Cárie Dentária. Em: *Manuel de Referência para procedimentos Clínicos em Odontopediatria*. Editores: Maria Lourdes de Andrade Massara, Paulo César Barbosa Rédua. 2. ed. São Paulo: editorial Santos, 2013. 344p.

<sup>6</sup> Kidd E. The implications of the new paradigm of dental caries. *J Dent* 2011; 39 Supp 2: S3-8.



La salud  
es de todos

Minsalud



Fuente: ENSAB IV-MSPS, estimaciones UT SEI-PUJ Cendex, 2013-2014.

Entre las complicaciones y consecuencias de la CIT se encuentran inflamación, infección, alteraciones en la masticación, deficiencias en el desarrollo del lenguaje, alteraciones en el desarrollo de los maxilares, pérdida de espacio por exodoncias prematuras, hipomineralizaciones e hipoplasias en los dientes permanentes por los procesos crónicos infecciosos en la dentición temporal. Además de afectar la interacción psicosocial del niño, baja autoestima, lesiones de caries en la dentición permanente, miedo y aversión al tratamiento<sup>7</sup>. Su desarrollo está asociado a un cepillado inadecuado, primera visita al odontólogo tardía (24 a 35 meses de vida), presencia de desnutrición, consumo de alimentos en la noche después de cepillarse, succión del biberón para dormir y durante la noche y uso de endulzantes en su contenido<sup>8</sup>.

La Academia Estadounidense de Odontología Pediátrica (AAPD) reconoce que la salud oral perinatal e infantil son las bases sobre la cual la educación preventiva y el cuidado dental deben ser construido para lograr que un niño tenga una vida libre de enfermedades orales prevenibles y propone algunas pautas para la atención como la evaluación del riesgo de caries, orientación a los padres, estrategias preventivas e intervenciones terapéuticas<sup>9</sup>.

<sup>7</sup> Salete M. Odontopediatría en la Primera Infancia. São Paulo: Santos Editora, 2009. 603p.

<sup>8</sup> Macías C, Díaz D, Caycedo M, Lamus F, Rincón C. Asociación de caries de infancia temprana con factores de riesgo en hogares comunitarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en Zipaquirá, Colombia. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2016; 28(1): 123-138.

<sup>9</sup> American Academy of Pediatric Dentistry. Perinatal and Infant Oral Health Care. Pediatr Dent. 2017; 39(6):208-212.





La salud  
es de todos

Minsalud

En el ENSAB IV con respecto a las prácticas de higiene oral los cuidadores de los niños de 1, 3 y 5 años reportaron que el 55.3% de los niños iniciaron esta práctica entre los 6 y 12 meses, el 45% de los padres o cuidadores asumen la responsabilidad de realizar la higiene de la boca del niño, el 74.2% indico que no han recibido información sobre el uso de la crema dental y el 78.2% no ha recibido explicación sobre la cantidad a usar durante el cepillado. En el caso de la población de 12, 15 y 18 años el 35.8% refiere haber recibido actividades educativas, el 35.4% control de placa y profilaxis, el 26% aplicación de flúor, el 20.01% detartraje y el 16.8% sellantes. En cuanto a los elementos de higiene oral usados por este grupo el 99% refiere usar crema dental, el 98.9% el cepillo, el 32.8% la seda y 24.5% enjuague bucal.

Como consecuencia de las bajas coberturas en las actividades de detección temprana y protección específica en salud bucal, según lo reportado en el ENSAB IV se evidencio la alta prevalencia de edentulismo parcial (perdida de al menos un diente) en adultos y adultos mayores y perdidas en edades tempranas del 15.28% a los 15 años y del 19,67% a los de 18 años (Ver Tabla 1).

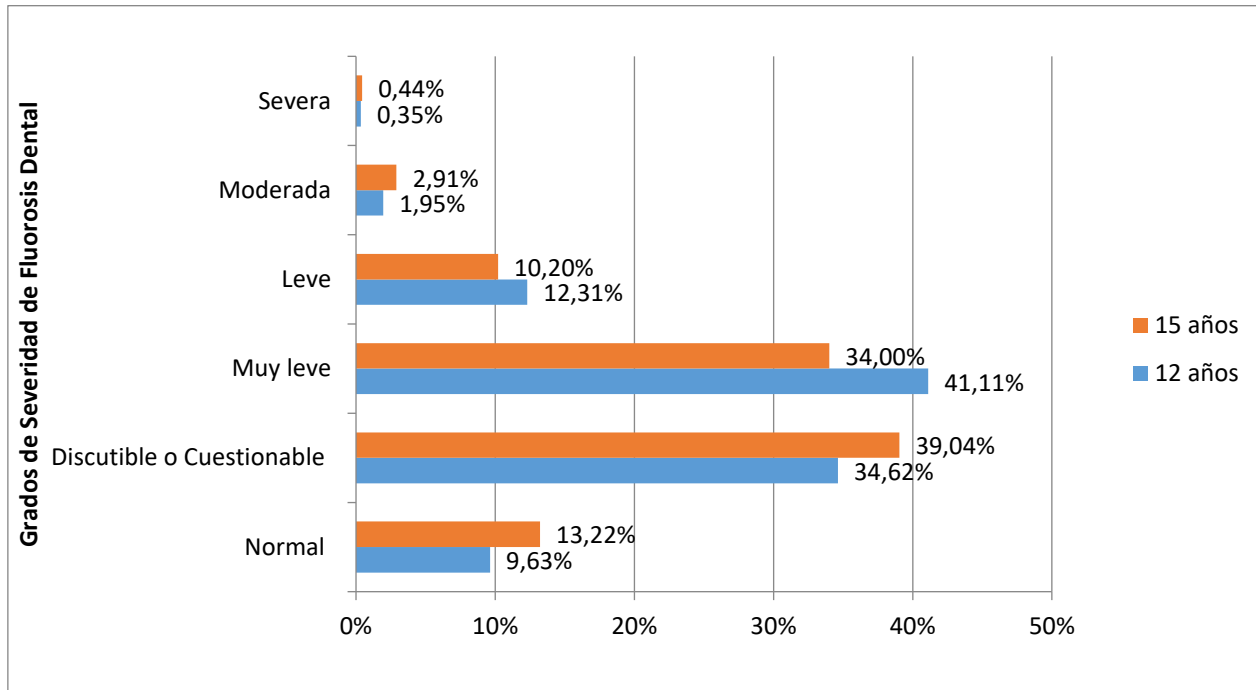
**Tabla 1.** Prevalencia de edentulismo parcial y edentulismo total en la población de 15, 18, 20 a 79 años en Colombia, 2013- 2014.

Grupo Etario	Edades	Edentulismo Parcial	Edentulismo Total
Jóvenes	15 años	15,28%	-
	18 años	19,67%	-
Adultos y Personas Mayores	20 a 34 años	45,49%	-
	35 a 44 años	82,69%	0,50%
	45 a 64 años	95,32%	7,43%
	65 a 79 años	98,90%	32,87%

Fuente: ENSAB IV

En cuanto a la presencia de fluorosis dental por grados de severidad en la población de 12 y 15 años el 41.11% y 34% respectivamente son grados muy leves, sin embargo, aunque los casos leve, moderada y severa representan menos del 50% es necesario realizar educación a la población sobres las fuentes de flúor a las que los niños pueden estar expuestos (ver gráfico 2).

**Figura 2.** Presencia de fluorosis dental por severidad en la población de 12 y 15 años de edad. Colombia, 2013-2014.

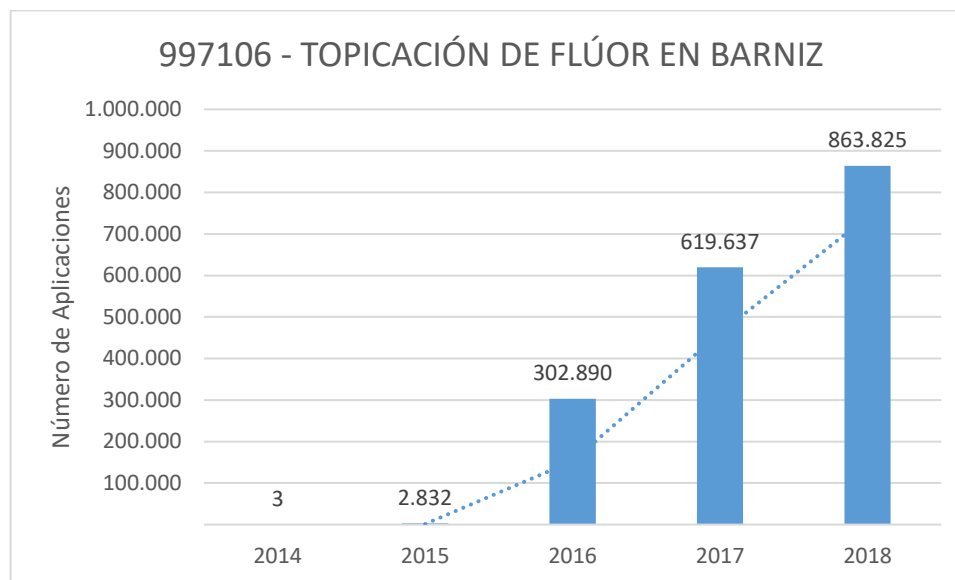


Fuente: ENSAB IV-MSPS, estimaciones UT SEI-PUJ Cendex, 2013-2014.

## 2. Avances de la Estrategia 2014-2018

Los datos presentados a continuación sobre aplicaciones de barniz de flúor y actividades de educación en cuidado de la salud bucal tienen como fuente los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS). Desde la implementación de la Estrategia Soy Generación más Sonriente en el año 2015, se ha conseguido un incremento exponencial de la medida de protección específica aplicación de barniz de flúor pasando de 2.832 atenciones en el año 2015 a 619.637 en el año 2017 y 863.825 en el 2018 (figura 3). El aumento en las aplicaciones ha sido un gran avance, sin embargo, se debe continuar trabajando para aumentar las coberturas en la misma proporción en los todos los departamentos y que se logre mantener en el transcurso del tiempo con las frecuencias por grupos de edad ya definidos en la normatividad vigente. Todo esto con el fin de lograr disminuir la prevalencia de lesiones de caries iniciales en menores de 18 años que se refleje en un mayor número de personas con índice COP-D= 0.

**Figura 3.** Número de personas atendidas con aplicación tópica de barniz de flúor. Colombia 2014-2018



Fuente: RIPS-Cubos SISPRO- MSPS. Consulta 6 de marzo de 2019. Código CUPS 997106.

Al realizar el análisis de las coberturas por departamentos durante el año 2018, se ven grandes diferencias entre unos y otros, en donde 19 de ellos tienen coberturas por debajo de 20.000 aplicaciones en el año y sólo Bogotá como Distrito Capital consiguió 186.613 aplicaciones de barniz de flúor en el año (Figura 4). Por esto es importante que para el año 2019 se logre implementar la estrategia en todos los municipios de Colombia a través de las jornadas nacionales de salud bucal que se realizan en conjunto con el Programa Ampliado de Inmunización -PAI-.

Para la actividad de educación en cuidados bucales se tienen datos registrados desde el año 2009 y según el registro individual de prestación de servicios –RIPS-, se observa un incremento anual progresivo muy importante de los menores de 18 años atendidos y que se les brindó educación individual por Odontología, pasando del año 2014 (año en que empezó la estrategia) de 221.780 atenciones a 667.471 para el año 2018 (figura 5).

Teniendo en cuenta que esta actividad de educación debe ir paralela con la aplicación de barniz de flúor para conseguir mejores resultados a largo plazo y lograr incidir en la disminución de la prevalencia de caries en todos los ciclos de vida, falta trabajar más en el aumento de las coberturas proporcional al aumento de la aplicación de barniz de flúor.

**Figura 4.** Número de aplicaciones tópicas de barniz de flúor por Departamentos en Colombia durante el 2018.



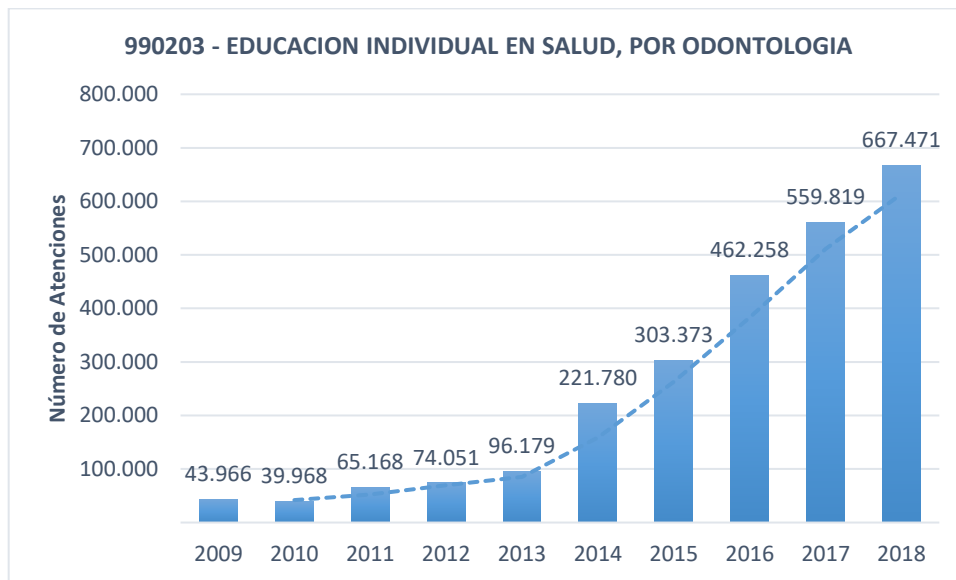
La salud  
es de todos

Minsalud



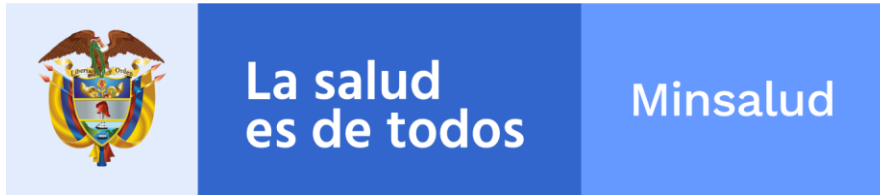
Fuente: RIPS-Cubos SISPRO- MSPS. Consulta 6 de marzo de 2019. Código CUPS 997106.

**Figura 5.** Número de personas menores de 18 años atendidas en educación individual en salud, por odontología. Colombia 2009-2017



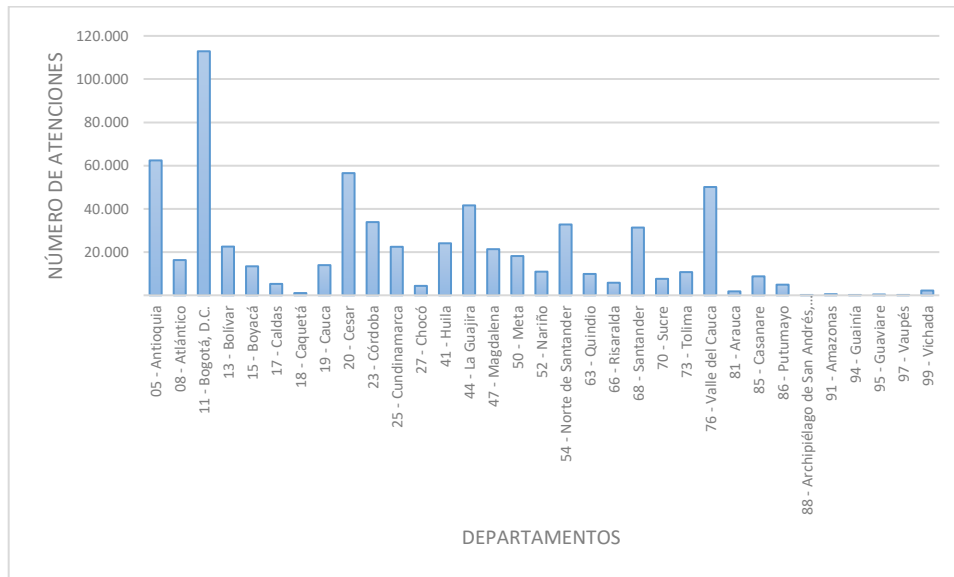
Fuente: RIPS-Cubos SISPRO- MSPS. Consulta 6 de marzo de 2019. Código CUPS 990203.

Al analizar el comportamiento la actividad de educación en cuidados bucales, según el registro individual de prestación de servicios –RIPS- por departamentos, se encuentra que 21 de ellos tuvo menos de 20.000 atenciones durante el año 2018 y al igual que en aplicación de barniz de flúor



Bogotá D.C., es quien presenta las mayores coberturas. No obstante, llama la atención que las coberturas de educación son menores que las de aplicación tópica de barniz lo que plantea un mayor trabajo para el aumento de estas coberturas para mantener una buena salud bucal a lo largo del curso de vida.

**Figura 5.** Número de personas menores de 18 años atendidas en educación individual en salud – odontología, por Departamentos. Colombia 2018.



Fuente: RIPS-Cubos SISPRO- MSPS. Consulta 6 de marzo de 2019. Código CUPS 990203.

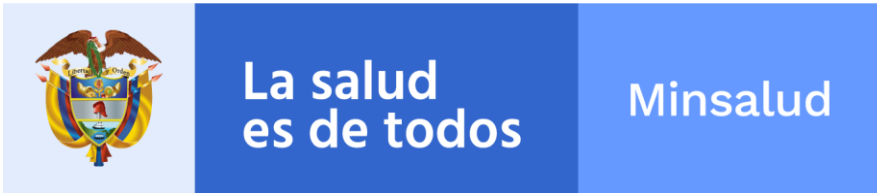
### 3. Propósito de la Estrategia 2019

Servir como herramienta operativa de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (Resolución 3280 de 2018), con el fin de mejorar las condiciones de salud bucal de la primera infancia, infancia, adolescencia y juventud que lleven a la reducción de la prevalencia de caries en estas poblaciones.

### 4. Objetivo de la Estrategia 2019

Incrementar la cobertura de menores de 18 años intervenidos con las acciones de prevención específica en educación para prácticas de cuidado bucal y aplicación de barniz de flúor.

### 5. Objetivos Específicos de la Estrategia 2019



- Concientizar a los cuidadores y padres de los menores de 18 años de la importancia de cuidar la salud bucal desde la erupción de los primeros dientes con el fin de mantener una buena salud bucal a lo largo de los diferentes cursos de vida.
- Aumentar progresivamente las coberturas de educación en cuidado de la salud bucal en menores de 18 años, cuidadores y padres y gestantes.
- Aumentar progresivamente las coberturas de aplicación de barniz de flúor en menores de 18 años y gestantes menores de edad.

## **6. Población objeto de la Estrategia 2019**

- Menores de 18 años (esta población recibirá la aplicación de barniz de flúor y actividades de educación en salud bucal).
- Padres y Cuidadores de menores 18 años (actividades de educación en salud bucal)
- Gestantes menores de 18 años (aplicación de barniz de flúor y actividades de educación).
- Gestantes mayores de 18 años (actividades de educación en salud bucal)

## **7. Metas de la Estrategia 2019**

- El 100% de los municipios del país implementan las intervenciones de salud bucal para población menor de 18 años, contenidas en la Ruta de Promoción y Mantenimiento-RIAS PYMS- acorde con los lineamientos que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Incrementar en un 20% la cobertura de población menor de 18 años con intervenciones de barniz de flúor, respecto a la cobertura reportada en RIPS 2018.
- Incrementar en un 20% la cobertura de población con intervenciones de educación en cuidados bucales, respecto a la cobertura reportada en RIPS 2018.
- Ayudar a canalizar a los puestos de vacunación a los menores de 6 años, gestantes y adultos de más de 60 años en las jornadas nacionales de salud bucal realizadas en conjunto con el Programa Ampliado de Inmunización –PAI- (ver lineamientos del PAI).

## **8. Actividades de gestión a realizar a través de la Estrategia**



- Desarrollar acciones intersectoriales, que permitan modificar determinantes que afectan la salud.
- Desarrollar acciones de información y educación a través de la divulgación de mensajes claves como una acción de promoción de la salud bucal que propicie la toma de decisiones a partir de la información recibida.
- Entregar a los menores de 18 años y sus familias mensajes claves de salud que puedan ser aplicados en su autocuidado en todo el curso de vida.
- Incentivar a la comunidad para que se movilice y participe activamente en la planeación, implementación y seguimiento de la estrategia y esta forma reconocer la interacción de la salud bucal con la salud general.
- Gestionar frente a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las instituciones prestadoras de servicios la implementación de las actividades de detección temprana y protección específica contempladas en la Resolución 3280 de 2018.

## 9. Actividades de la Estrategia

### 9.1. *Educación en cuidado de la salud bucal:*

La promoción de la salud se define como “el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla”. Lo que implica la creación de ambientes y entornos saludables, facilitando la participación social desde la construcción de ciudadanía y estableciendo estilos de vida saludables. El compromiso es involucrar a la comunidad en la implementación de las políticas. Las actividades deben involucrar la vida personal, familiar, laboral y comunitaria<sup>10</sup>.

Las intervenciones de educación y promoción en salud bucal se deben centrar en mejorar el conocimiento para adoptar conductas de salud bucal favorables que puedan mejorar las condiciones de salud de las poblaciones. Estas actividades de educación en salud bucal deben estar articuladas a la salud general porque al generar la creación de estilos de vida saludables las poblaciones se responsabilizan por su autocuidado y se podrá tener impacto sobre las enfermedades crónicas no transmisibles.

La información, educación y comunicación en salud-IEC-, hace parte de las acciones de la promoción de la salud que debe estar articulada con otras acciones como la implementación

<sup>10</sup> Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. 21 de Noviembre de 1986.



La salud  
es de todos

Minsalud

de políticas a través del uso de herramientas, planes, programas, proyectos y estrategias; también debe articularse con estrategias de movilización social, de modificación de modos, condiciones y estilos de vida, y de ajuste a los servicios de salud.

La educación en cuidados de la salud bucal debe tener un enfoque de riesgo compartido en donde la población pueda reconocer que las enfermedades bucales comparten un conjunto de riesgos comunes con enfermedades crónicas no transmisibles como obesidad, enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer. Entre estos riesgos compartidos se encuentran dieta, consumo de tabaco, higiene inadecuada, estrés y trauma<sup>11</sup>. Adicionalmente una buena salud bucal permite a las personas comunicarse, masticar, deglutir y tener una buena autoestima, ya que enfermedades como caries dental y enfermedad periodontal pueden generar dolor, malestar, insomnio y limitaciones para comer lo que puede terminar en una mala nutrición.

La promoción de cuidados de salud bucal permitirá proveer información que ayude a las personas a recuperar y mantener su salud, para lo cual se requiere el desarrollo de capacidades y procesos que permitan hacer uso del conocimiento científico de acuerdo a las condiciones y características de las diversas poblaciones, comunidades y personas con las que se interactúe a través del plan de beneficios con cargo a la UPC, Plan de Beneficios (PB) y de las tecnologías contenidas en el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC).

La educación para la salud debe incluir las siguientes actividades que debe involucrar no sólo a los profesionales de la salud bucal sino un trabajo conjunto entre las instituciones académicas, de investigación, prestadoras de servicios de salud, EAPBS y entidades territoriales:

- Identificar previamente los conocimientos, actitudes y prácticas -CAP- que tienen las personas, para reconocer y potencializar las que sean favorables para mantener y conseguir una buena salud bucal y las que deban ser modificadas positivamente en favor de la salud bucal.
- Reconocer las realidades individuales y/o colectivas y particulares que se relacionan con la salud bucal, normas sociales, creencias, actitudes, desarrollo de habilidades, cultura de la población, motivaciones y contexto bio-psico-social que afectan las prácticas en salud bucal.
- Favorecer acercamiento con las personas, poblaciones y comunidades, para concertar procesos de desarrollo del saber, comprender, sentir y actuar en relación con los temas de interés, en procura de favorecer la participación y movilización social.

<sup>11</sup> Watt RG. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. Bulletin of the World Health Organization. 2005; 83(9).





La salud  
es de todos

Minsalud

- Diseñar, implementar estrategias y seleccionar medios, a través de los cuales se hagan llegar los contenidos, de acuerdo a las particularidades de la población a quienes se busca acompañar.
- Seleccionar las herramientas de información y educación pertinentes para lograr el acercamiento positivo que permita llevar los contenidos de cuidado en salud bucal.
- Diseñar e implementar conjuntamente, procesos formativos basados en diálogos de saberes y fomentando la participación comunitaria para la multiplicación de acciones de cuidado bucal.
- Acompañar a las personas, familias y colectivos para aplicar y transformar conceptos que favorezcan la salud bucal.
- Promover estrategias y proyectos colaborativos con participación ciudadana para difundir y fomentar cuidados de salud bucal.
- Desarrollar procesos de seguimiento, acompañamiento y asistencia, de forma sistematizada y documentada que permita identificar avances, logros y aspectos de interés a través del tiempo, como insumos para modificar estrategias, contenidos y acciones e implementar planes de mejoramiento.

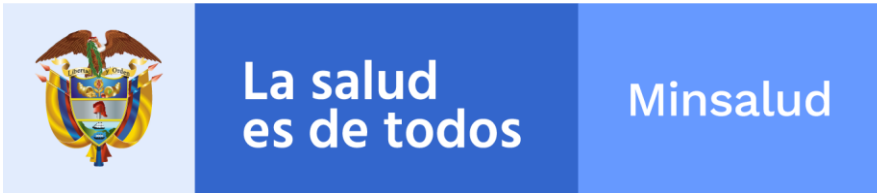
Las estrategias y actividades para guiar las buenas prácticas para el cuidado de la salud son amplias y están supeditadas a las posibilidades e iniciativas que puedan desarrollar los profesionales, la comunidad, los servicios y los sectores, en los espacios de vida cotidiana de la población objeto, incluyendo los servicios de salud, los hogares y los establecimientos educativos, entre otros, identificando los mecanismos, tecnologías, medios de difusión y otras estrategias disponibles.

### **9.1.1. Población beneficiada**

Las actividades de educación en cuidado de la salud bucal , lideradas y orientadas por los equipos de salud bucal profesionales odontólogos y auxiliares de salud oral con el apoyo de otros profesionales de la salud y otros sectores, deben fomentarse en todas las familias, padres, niños, adolescentes, jóvenes, adultos, cuidadores, gestantes y gestores comunitarios quienes se mantienen en contacto con los menores de 18 años, procurando que sean apropiadas como parte de las acciones de cuidado de la salud. Estas orientaciones deben aplicarse independientemente de la condición de seguridad social, pero si deben ser aplicadas acorde con las características de las personas, poblaciones y comunidades y por tanto ser adaptadas acorde con sus características diferenciales en los diversos ámbitos territoriales y entornos.

### **9.1.2. Definición**

Las actividades de educación en salud bucal son aquellas estrategias que permiten incorporar unas buenas prácticas de cuidado bucal desde la gestación y primera infancia que se deben



mantener a lo largo de todo el curso de vida, para controlar factores de riesgo, reducir la posibilidad de enfermarse, cuidar y lograr las mejores condiciones posibles de salud bucal y salud general.

### **9.1.3. Recomendaciones**

Para el logro de las prácticas de cuidado bucal, el equipo de salud bucal, otros profesionales de la salud y los gestores comunitarios, deben realizar de forma continua y sostenida procesos de acompañamiento, asesoría, monitoreo y evaluación a las personas, familias y comunidades en sus ámbitos de vida cotidiana, con el fin de lograr de forma progresiva la apropiación de conocimientos y el desarrollo de habilidades que lleven a mantener o mejorar la salud bucal.

Se deben tener en cuenta las particularidades y los diferenciales (edad, características socioeconómicas, étnicas, culturales, creencias, percepciones, entre otras) de las personas que hacen parte de las familias y comunidades de los menores de 18 años en todos los entornos (familias/viviendas, jardines infantiles, hogares de ICBF, establecimientos escolares de primaria y de secundaria, entornos universitarios y laborales, espacios sociales, entre otros), así como en los servicios de salud a través de todos los profesionales de la salud y la comunidad.

### **9.1.4. Descripción de la actividad**

El fortalecimiento de las prácticas de cuidado bucal, incluye guiar de forma regular mediante el uso de diversas estrategias y metodologías pedagógicas, el desarrollo de capacidades y habilidades para modificar positivamente en los entornos los conocimientos y las prácticas relacionadas con:

- **Alimentación saludable:** fomentando prácticas como lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses; alimentación complementaria saludable desde el sexto mes de vida con consumo de frutas y verduras al menos 5 veces al día, y control de alimentos que generan riesgo como sal, azúcares añadidos, bebidas carbonatadas, entre otros.
- Identificación y orientación sobre situaciones que se constituyen en un factor de riesgo como: erupción dentaria (primaria, recambio y secundaria), trauma dental en prácticas deportivas, identificación de signos de alerta que requieran de atención inmediata basados en el Libro Clínico de AIEPI (Ministerio de la Protección Social, Sociedad Colombiana de Pediatría y OPS, 2010), riesgos en el uso de elementos como piercing intra y peri bucales y la pérdida temprana de dientes deciduos.
- Hábitos de higiene oral: inicio de esta práctica desde la erupción del primer diente, frecuencia de por lo menos dos veces al día para interferir con el crecimiento y la



ecología del biofilm, responsabilidad y compromiso por partes de los padres y cuidadores para ayudar a los niños que por la edad no han desarrollado la motricidad para realizarlo solos o niños que presentan condiciones de discapacidad que limitan la realización de una adecuada higiene bucal. Presencia de condiciones adicionales que afectan la higiene oral como presencia de aparatología de ortodoncia, piercing y condiciones sistémicas incluyendo condiciones de discapacidad.

- Elementos de Higiene Oral: cepillos de tamaño acorde a la edad, al tamaño y forma de los maxilares; instrucciones para el uso de crema dental con flúor que incluye concentración de flúor, cantidad a usar y frecuencia de uso; uso de seda dental para la remoción de residuos especialmente en las caras interproximales y uso de cepillos interproximales en los casos en que se requiera. Adicionalmente, dar instrucciones del uso de enjuagues bucales de acuerdo a la necesidad de la población.
- Hábitos Orales: efecto que tiene la succión digital, bruxismo, empuje lingual, uso de chupos, onicofagia entre otros sobre el crecimiento de los maxilares y alteraciones en la oclusión.
- Tabaco: el tabaquismo se constituye un factor de riesgo que favorece las condiciones para el desarrollo de la enfermedad periodontal<sup>12</sup> y de lesiones premalignas en cavidad oral. Todas las formas de tabaquismo (cigarrillo, pipa, masticar tabaco) están asociadas a la aparición de enfermedad periodontal. Además advertir sobre las consecuencias que a largo plazo puede traer el uso de cigarrillos electrónicos por parte de los adolescentes y jóvenes, ya que son dispositivos que en sus componentes tienen nicotina, saborizantes y otros aditivos como metales<sup>13</sup>.
- Gestantes: Dar a conocer los cambios que se presentan a nivel periodontal durante la gestación y como la presencia de placa bacteriana por mala higiene oral incrementa el riesgo de desarrollar enfermedad periodontal y a su vez un parto prematuro o niños con bajo peso al nacer<sup>14</sup>. Educar en las prácticas de salud bucal, lactancia materna y alimentación complementaria que debe comenzar a implementar con su hijo desde el nacimiento.

<sup>12</sup> Alvear FS, Vélez ME, Botero L. Factores de riesgo para las enfermedades periodontales. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2010; 22(1): 109-116.

<sup>13</sup> Kosmider L, Sobczak A, Fik M, Knysak J, Zaciera M, Kurek J, et al. Carbonyl compounds in electronic cigarette vapors: Effects of nicotine solvent and battery output voltage. Nicotine Tob Res. 2014; 16(10):1319–26.

<sup>14</sup> Relación entre enfermedad periodontal y parto prematuro. Bajo peso al nacimiento: una revisión de la literatura. Av Periodon Implantol. 2004; 16 (2): 93-105.



La salud  
es de todos

Minsalud

- Dar a conocer las actividades de detección temprana y protección específica en salud bucal contempladas en la resolución 3280 de 2018 de acuerdo a los diferentes cursos de vida.
- Erosión Dental: es la disolución química del tejido dentario sin involucramiento de bacterias que produce un reblandecimiento de la superficie del esmalte, lo que la hace más susceptible a impactos mecánicos. El diagnóstico de lesiones iniciales es muy difícil<sup>15,16</sup>. Se deben dar indicaciones para reducir el consumo de alimentos y bebidas ácidas, usar cremas dentales con baja concentración de abrasivos y no cepillar después del consumo de alimentos o bebidas ácidas<sup>17</sup>.

## 9.2. **Aplicación de Barniz de Flúor**

La prevención se define como las medidas destinadas a evitar la aparición de la enfermedad, reducir los factores de riesgo y realizar diagnóstico y tratamiento temprano para detener su avance y atenuar sus consecuencias. Se clasifica en tres niveles: prevención primaria (medidas orientadas a evitar la enfermedad), prevención secundaria (diagnóstico precoz) y prevención terciaria (tratamiento y rehabilitación)<sup>18</sup>.

La terapia con flúor ha sido una estrategia utilizada para el control de la caries dental, ya que el ion flúor tienen la capacidad de retrasar o prevenir el desarrollo de lesiones de caries dental porque reduce la solubilidad del esmalte en un medio ácido promoviendo la remineralización del mismo<sup>19</sup>.

Dentro de los métodos de aplicación profesional de flúor se encuentra el barniz que tiene como ventajas la facilidad de aplicación, el tiempo de contacto prolongado con la superficie dental, seguridad en su uso y una buena aceptación por parte de los pacientes. Es un producto viscoso que se endurece cuando entra en contacto con la saliva formando una película que

---

<sup>15</sup> Wiegand A, Attin T. Influence of fluoride on the prevention of erosive lesions-a Review. Oral Health Prev Dent 2003; 1: 245-253.

<sup>16</sup> Lussi A, Megert B, Shellis RP, Wang X. Analysis of the erosive effect of different dietary substances and medications. Br J Nutr 2011; 30:1-11.

<sup>17</sup> Ganss C, Lussi A, Grunau O, Klimek J, Schlueter N. Conventional and anti-erosion fluoride toothpastes: effect on enamel erosion and erosion-abrasion. Caries Res 2011; 45: 581-9.

<sup>18</sup> Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Int. 2011; 33(1): 7-11.

<sup>19</sup> Buzalaf MA, Pessan JP, Hónorio HM, ten Cate JM. Mechanisms of action of fluoride for caries control. Monogr Oral Sci 2011; 22: 97-114.



La salud  
es de todos

Minsalud

se adhiere a la superficie dental que libera flúor para la superficie del esmalte y saliva. De esta forma sirven para prevenir la aparición de lesiones de caries porque reducen la desmineralización del tejido dental, así como también pueden generar procesos de remineralización del esmalte cuando existen lesiones iniciales de caries<sup>20</sup>. Una revisión sistemática de la literatura encontró que en poblaciones donde se usa el barniz de flúor como medida preventiva se logra disminuir el número de dientes cariados, obturados y perdidos en dentición decidua en un 37% y en dentición permanente en un 43%<sup>21</sup>.

Esta medida unida a prácticas de cuidado bucal como la higiene bucal, bajo consumo de azúcares, y control periódico por odontología entre otros, contribuye a reducir el riesgo de ruptura del esmalte y la consecuente formación de cavidades por caries dental.

### 9.2.1. Población beneficiada

Los niños y jóvenes menores de 18 años son la población objeto para la aplicación de barniz de flúor, siendo concordantes con lo establecido en la normatividad vigente.

### 9.2.2. Definición

Actividad que busca retardar y controlar el proceso de formación de caries dental al poner en contacto un método profesional de aplicación de flúor con la porción coronal o radicular del diente, para lo cual usa un vehículo que contiene altas concentraciones de flúor ( $\pm 22.000$  ppm) que al entrar en contacto con la saliva forma una película que libera en forma continua iones de fluoruro hacia la superficie del diente y el medio bucal previniendo la desmineralización y disolución del tejido dental por la acción de microorganismos (estreptococo mutans y lactobacilos, principalmente).

### 9.2.3. Recomendaciones

Dadas las características del barniz de flúor este puede ser aplicado además de las consultas odontológicas regulares, en otros espacios como establecimientos educativos e incluso puede realizarse mediante estrategias por concentración, jornadas locales, correrías, brigadas, ente

<sup>20</sup> Pessan JP, Toumba KJ, Buzalaf MA. Topical use of fluorides for caries control. Monogr Oral Sci. 2011; 22: 115-32.

<sup>21</sup> Marinho VC, Worthington HV, Walsh T, Clarkson JE. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jul 11; (7):CD002279.9



La salud  
es de todos

Minsalud

otras, como parte de un programa o proyecto de salud pública. El barniz se aplica mínimo dos veces por año en la población menor de 18 años, teniendo presente que entre aplicación y aplicación debe existir un periodo de al menos 6 meses.

Sin embargo, cuando se evidencien factores de riesgo como la dependencia para la práctica de cuidados bucales, poco desarrollo motriz y de autopercepción, presencia de xerostomía, mal posición dentaria, discapacidad física o mental, falta de habilidad manual, presencia de aditamentos dentales (piercing, brackets, u otros), altos índices de placa dental por inadecuados hábitos higiénicos, alto índice COP/ceo (por encima de 3), presencia de caries no cavitacionales, alto consumo de carbohidratos (azúcares refinados), entre otros, la aplicación del barniz puede requerir una frecuencia de aplicación de cada tres meses<sup>22</sup>.

La población sobre la que se inicie la cobertura con barniz de flúor, **NO DEBE** recibir adicionalmente aplicaciones de flúor en gel, para no realizar sobre-exposición y mantener un adecuado control de la exposición al flúor, con miras a no generar riesgo de presencia de otras condiciones.

#### 9.2.4. Descripción de la actividad

##### Previo a la aplicación

- Se debe indicar a los padres o cuidadores que los niños y adolescentes deben comer y beber algo antes de llegar para recibir la aplicación del barniz de flúor.
- Debe informarse a los padres o cuidadores que, debido al color del barniz, puede presentarse un cambio temporal en el color de los dientes del niño o adolescente.
- Prevenga a los padres y cuidadores, que en especial los niños pequeños, pueden manifestar queja durante la aplicación pero que este se debe a la falta de costumbre de tener elementos extraños en boca, pero que no se debe a que se genere dolor o lesiones o mal sabor por el uso del barniz.
- Instruya a los niños, adolescentes, padres y cuidadores que una vez aplicado el barniz, debe realizarse cepillado solo hasta 12 horas después o al día siguiente.

##### Durante la aplicación del barniz

- Los niños de 1 a 3 años pueden ser colocados en el regazo de los padres (método rodilla-rodilla), con la cabeza del niño dirigida hacia el profesional y las piernas alrededor de la cintura de los padres o bien en el sillón o una mesa de examen.
- Haciendo uso de una suave presión, abra la boca del niño y retire el exceso de saliva con

<sup>22</sup> Secretaria Distrital de Salud- Asociación Colombiana de Facultades de Odontología. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, prevención y tratamiento de la Caries Dental. Bogotá. 2007.



La salud  
es de todos

Minsalud

una gasa; en los niños mayores y adolescentes, se debe realizar cepillado de dientes para retirar la placa presente (la profilaxis profesional no es requerida en caso de no poder realizarla).

- Aísle de forma relativa, la zona de trabajo dependiendo de la cantidad de dientes presentes y la edad del niño.
- Haciendo uso de un aplicador microbrush o pincel, según las recomendaciones de la casa comercial del producto, aplique una capa delgada del barniz directamente sobre **todas las superficies de los dientes** (entre 0,3 y 0,5 ml de barniz), buscando tener un orden para evitar que algún diente se quede sin aplicación, aún si presenta lesiones de caries no cavitacionales en una o más de sus superficies. No lo aplique en los dientes donde presente grandes cavidades abiertas.
- Si puede es mejor usar la seda, el hilo dental u otros aditamentos para asegurar el depósito de barniz en las zonas interproximales.
- Una vez aplicado el barniz, no es necesario preocuparse por la contaminación de la saliva, pues el material se seca rápidamente en su presencia.

Posterior a la aplicación

- Instruya que no deben consumirse alimentos durante al menos de una hora o cuatro horas posteriores a la aplicación del barniz y al hacerlo esta debe ser una dieta blanda y no abrasiva o pegajosa (dulces, chicles, entre otros) por el resto del día.
- Instruya en no realizar cepillado ni uso de crema dental hasta el día siguiente.
- Es importante seguir las recomendaciones de los fabricantes de los diferentes productos y garantizar que el material sea de calidad.

## 10. Jornadas Nacionales para el 2019

Durante el 2019, las Jornadas Nacionales se continuarán realizando en alianza con el Programa Ampliado de Inmunización PAI, en las siguientes fechas, a partir del mes de abril:

- **Semana del 20 al 27 de Abril, teniendo como día central el 27 de abril**
- **Semana del 20 al 27 de Julio, teniendo como día central 27 de Julio**
- **Semana del 19 al 26 de Octubre, teniendo como día central el 26 de Octubre**

## 11. Financiación

- Los procedimientos de información y educación en cuidados de salud bucal, se encuentran financiados a través de los procedimientos individuales contenidos en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC y a través de los procedimientos del Plan de Salud Pública de



La salud  
es de todos

Minsalud

Intervenciones Colectivas, acorde con las competencias tanto de las EPS como de las entidades territoriales.

- Para los menores de 18 años, la aplicación de barniz de flúor se encuentra incluida dentro del Plan de Beneficios con cargo a la UPC, por lo que no debe generarse ningún tipo de barrera de acceso dentro de los servicios, para que los usuarios puedan acceder a este procedimiento, toda vez que dentro del análisis de impacto financiero sobre la UPC según el informe técnico de evaluación de la efectividad clínica y económica del barniz, realizado por la CRES en el 2011 para su inclusión al plan de beneficios, este procedimiento se identificó como de primera elección para la prevención de la caries dental en menores de 18 años.
- De otra parte, las personas que no se encuentran afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado, deberán ser cubiertos con los recursos de oferta, por parte de las respectivas entidades territoriales.
- Las Entidades Territoriales, deben disponer recursos para la Gestión en Salud Pública, y hacer uso eficiente del mismo, potencializando tanto las acciones PAI como para las de Salud Bucal.

## 12. Reporte para el monitoreo y evaluación 2019 de la estrategia soy generación más sonriente

En 2019, el reporte de las intervenciones de educación en toda la población y de aplicación de barniz de flúor en los menores de 18 años, realizadas durante las consultas de odontología y durante las jornadas nacionales a través de mecanismos intra o extramurales, **se realizará sólo a través de los Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS.**

A través de los reportes en RIPS se monitoreará y evaluará el incremento de las coberturas de:

- Número y porcentaje de niños y/o cuidadores que reciben acciones de educación y/o información en cuidados de salud bucal.
- Número y porcentaje de niños de 1 a 2 años (12 a 35 meses), con primera aplicación de barniz de flúor en su año de vida.
- Número y porcentaje de niños de 1 a 2 años (12 a 35 meses), con primera y segunda aplicación de barniz de flúor en su año de vida.





La salud  
es de todos

Minsalud

- Número y porcentaje de niños de 3 a 5 años (36 a 71 meses), con primera aplicación de barniz de flúor en su año de vida.
- Número y porcentaje de niños de 3 a 5 años (36 a 71 meses), con primera y segunda aplicación de barniz de flúor en su año de vida. Número y porcentaje de población de 6 a 17 años con primera aplicación de barniz de flúor en su año de vida.
- Número de entidades que promueven cuidados bucales en territorios y en el país.
- Número y porcentaje de población de 6 a 17 años con primera y segunda aplicación de barniz de flúor en su año de vida.
- Número y porcentaje de gestantes que reciben acciones de educación y/o información en cuidados de salud bucal.
- Número y porcentaje de adultos mayores que reciben acciones de educación y/o información en cuidados de salud bucal.