

Fuente :Diario Oficial de la Federación

Fecha de publicación: 6 de Enero de 1994

NOM-013-SSA2-1994

**NORMA OFICIAL MEXICANA, PARA LA PREVENCIÓN Y
CONTROL DE ENFERMEDADES BUCALES.**

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

JOSE RODRIGUEZ DOMINGUEZ, Director General de Medicina Preventiva, por acuerdo del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 3o. fracciones II y XI, 112 fracción III, 158, 159 y 210 de la Ley General de Salud, 1o., 2o. fracción II, 40, 41, 44, 46 y 47 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, 7o., 8o., 29, 31, 48 y 68 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Atención Médica, 44 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Control Sanitario de la Publicidad y 19 fracción II del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

CONSIDERANDO

Que con fecha 14 de febrero de 1994, en cumplimiento con lo previsto en el artículo 46 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, la Dirección General de Medicina Preventiva presentó al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud, el anteproyecto de la presente Norma Oficial Mexicana.

Que con fecha 28 de abril de 1994, una vez aprobada por el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud y en cumplimiento de lo previsto en el artículo 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización se publicó en el Diario Oficial de la Federación del 23 de junio de 1994 el proyecto de la presente Norma Oficial Mexicana a efecto de que dentro de los siguientes 90 días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran sus comentarios al mencionado Comité Consultivo.

Que con fecha previa a la expedición de esta Norma se publicaron en el Diario Oficial de la Federación las respuestas a los comentarios recibidos al proyecto que la precedió por el mencionado Comité, en términos del artículo 47 fracción III de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Que en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud, se expide la siguiente:

Norma Oficial Mexicana, NOM-013-SSA2-1994, Para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales. Control and Prevention of Oral Diseases.

EN LA ELABORACIÓN DE ESTA NORMA OFICIAL MEXICANA PARTICIPARON LAS SIGUIENTES INSTITUCIONES:

Secretaría de Salud
Subsecretaría de Servicios de Salud.
Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario.
Oficialía Mayor.
Dirección General de Medicina Preventiva.
Dirección General de Control de Insumos para la Salud.
Dirección General de Fomento a la Salud.
Dirección General de Atención Materno-Infantil.
Dirección General de Regulación de Servicios de Salud.
Dirección General de Salud Ambiental.
Dirección General de Control Sanitario de Bienes y Servicios.
Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto.
Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA.
Secretaría de la Defensa Nacional
Hospital Central Militar.
Secretaría de Comercio y Fomento Industrial.
Instituto Mexicano del Seguro Social.
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.
Petróleos Mexicanos.

Instituto de Salud del Estado de México.
Procuraduría Federal del Consumidor.
Hospital Infantil de México "Federico Gómez".
Hospital General "Dr. Manuel Gea González".
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza/UNAM.
Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala/UNAM.
Facultad de Odontología de la UNAM.
Facultad de Odontología de la UAEM.
Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
Facultad de Estomatología de la U.A.S.L.P.
Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología.
Asociación Dental Mexicana.
Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas.
Asociación Nacional de Odontología Infantil.
Asociación Mexicana de Ortodoncia.
Asociación Mexicana de Estudios para la Defensa del Consumidor.
Asociación Dental del Distrito Federal.
Asociación Mexicana de Periodontología.
Consejo Mexicano de Cirugía Bucal y Maxilofacial.
Viarden, S.A.
Abamana de México, S.A de C.V.
Laboratorio Federico Pérez Gómez.
Procter & Gamble, S.A.

INDICE

- 0. Introducción
- 1. Objetivo
- 2. Campo de aplicación
- 3. Referencias
- 4. Definición y terminología
- 5. Disposiciones generales
- 6. Acciones para el fomento de la salud
- 7. Prevención de enfermedades bucales
 - 7.1 Prevención integral
 - 7.2 Protección específica
 - 7.2.2 Caries dental
 - 7.2.3 Enfermedad periodontal
 - 7.2.4 Lesiones de tejidos blandos y óseos
 - 7.2.5 Maloclusiones
 - 7.2.6 Fluorosis
 - 7.2.7 Atención al paciente desdentado
 - 7.3 Medidas básicas de prevención de riesgos en establecimientos y personal de salud
- 8. Diagnóstico
 - 8.1 Diagnóstico de enfermedades bucales
 - 8.2 Diagnóstico epidemiológico
 - 8.3 Diagnóstico clínico
 - 8.3.1 Caries dental
 - 8.3.2 Enfermedad periodontal
 - 8.3.3 Lesiones de tejidos blandos y óseos
 - 8.3.4 Maloclusiones
 - 8.3.5 Fluorosis dental
 - 8.3.6 Atención al paciente desdentado

- 9. Tratamiento y control de las enfermedades bucales
- 9.1 Caries dental
- 9.2 Enfermedad periodontal
- 9.3 Lesiones de tejidos blandos y óseos
- 9.4 Maloclusiones
- 9.5 Fluorosis dental
- 9.6 Atención al paciente desdentado
- 10. Observancia de la Norma
- 11. Bibliografía

0. Introducción

La salud bucal de los individuos y de la población es la resultante de un complejo y dinámico juego de factores, conocido como el proceso salud-enfermedad; por lo tanto, el modelo de atención para las enfermedades bucales deberá estar basado en el reconocimiento de éste y en el manejo de la prevención integral para la correcta conservación de las estructuras y funcionamiento del aparato estomatognático que permitan, en el mediano y largo plazo, disminuir el nivel de prevalencia e incidencia de las enfermedades bucales más frecuentes en la población mexicana.

Las enfermedades bucales de mayor prevalencia, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, son la caries dental y la enfermedad periodontal; las de frecuencia media son las anomalías dento-faciales y maloclusiones; las de frecuencia variable son el cáncer oral, los defectos de tejidos dentales, los traumatismos maxilofaciales y la fluorosis dental.

Los Estados Unidos Mexicanos, de acuerdo con la clasificación internacional de la Organización Mundial de la Salud, se encuentra entre los países de alto rango de frecuencia en enfermedades bucales, dentro de ellas la caries dental, que afecta a más del 90% de la población mexicana.

Las enfermedades bucales por su alta morbilidad se encuentran entre las cinco de mayor demanda de atención en los servicios de salud del país, situación que condiciona el incremento en el ausentismo escolar y laboral, así como la necesidad de grandes gastos económicos que rebasan la capacidad del sistema de salud y de la misma población.

Como consecuencia de lo anterior, la sociedad mexicana y sus instituciones carecen de la capacidad económica para resolver las necesidades de atención odontológica de la población. Sin embargo, es importante señalar que la mayoría de las enfermedades bucales pueden ser controladas con actividades preventivas y de diagnóstico temprano, para una disminución significativa de sus secuelas incapacitantes, como ha sido demostrado en algunos países.

Por esta razón, es indispensable unificar y establecer los criterios de atención a la salud bucal, con énfasis en la prevención integral, en los sectores público, social y privado.

La normatividad de la prevención integral para la práctica odontológica, pública, social y privada en el ámbito nacional, es la estrategia de acción más efectiva para mejorar el estado actual de salud bucal de la población mexicana.

Estas acciones tienen como propósito general reforzar las medidas básicas más importantes como la higiene bucal, la alimentación adecuada y la eliminación de hábitos nocivos, como parte del mejoramiento de los estilos de vida y de los patrones de consumo.

Con la aplicación de esta Norma Oficial Mexicana de Prevención y Control de Enfermedades Bucleas, se pretende modernizar los servicios odontológicos del país, elevar la calidad y equidad de los mismos con énfasis en la prevención integral, la disminución de costos y la reducción, en la mayor medida posible, de los problemas derivados de la mala práctica; todo esto, con el propósito de mejorar el nivel de salud bucal de la población mexicana, y de crear una nueva cultura: La Cultura de la Salud.

1. Objetivo

Unificar los métodos, técnicas y criterios de operación del Sistema Nacional de Salud, con base en los principios de la prevención integral de la salud bucal, a través de la operación de las acciones para fomento de la salud, la protección específica, el tratamiento, la rehabilitación y el control de las enfermedades bucales de mayor frecuencia en los Estados Unidos Mexicanos.

2. Campo de aplicación

Esta Norma es de observancia obligatoria en todos los establecimientos de salud de los sectores público, social y privado que realicen acciones para el fomento de la salud, la protección específica, el tratamiento, la rehabilitación y el control de las enfermedades bucales, así como para los productores y comercializadores de medicamentos, instrumental, material y equipo dental.

3. Referencias

NOM - EM - 002 - SSA2-1993	Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.
NOM - 002 - SSA 2 - 1993	Para el fomento de la salud del escolar.
*NOM - 041 - SSA 1 - 1993	Bienes y servicios, agua purificada y envasada.
*NOM - 012 - SSA 1 - 1993	Requisitos sanitarios que deben cumplir los sistemas de abastecimiento de agua para uso y consumo humano públicos y privados
* NOM - 040 - SSA 1 - 1993	Bienes y servicios, sal yodada y sal yodada fluorurada.
NOM - 010 - SSA 2 - 1993	Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por el virus de la Inmuno Deficiencia Humana.
NOM - CPR- 001- ECOL -1993	Sobre el manejo de desechos peligrosos.
NOM - 08 - SSA - 2 - 1993	Para el control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente.
*Norma Oficial Mexicana en proyecto.	

4. Definiciones y terminología

Para los fines de esta Norma son aplicables las siguientes definiciones:

4.1 caries irrestricta (rampante): Caries de aparición súbita, extendida y rápidamente penetrante, con temprana involucración de la pulpa; afecta aquellos órganos dentarios que se suelen contemplar como inmunes a la caries común.

4.2 flúor: Elemento químico electronegativo.

4.3 fluoruros: Cuando el elemento flúor se encuentra combinado con otros minerales y otros compuestos químicos.

4.4 p.p.m.: Partes por millón.

4.5 fomento de la salud bucal: Proceso social cuyo objetivo es lograr la autorresponsabilidad social en el cuidado de la salud bucal, mediante acciones que involucren a los individuos y a la sociedad organizada.

4.6 participación social: Proceso mediante el cual se relacionan entre sí individuo, grupos, instituciones y autoridades, para identificar problemas de salud, elaborar programas de trabajo y coordinarse para su ejecución, gestión de recursos, control y seguimiento de las acciones.

4.7 prevención integral: Todas aquellas acciones de fomento y educación para la salud, protección específica, diagnóstico, tratamiento, limitación del daño, rehabilitación y control, realizadas en beneficio de la salud bucal del individuo, la familia y la comunidad.

4.8 población escolar: De acuerdo con las disposiciones educativas, se refiere a tres subgrupos, que son: los preescolares, cuyas edades van de 4 a 5 años, escolares de primaria de 6 a 14 años y escolares de secundaria de 12 a 15 años de edad.

4.9 población de alto riesgo: Son los grupos de individuos que por sus características de edad, sexo, raza, problemas sistémicos, ocupación, condición económica u otras variables, se encuentra mayormente expuesta a contraer una determinada patología. En relación a la caries dental, se puede decir que la población de alto riesgo está principalmente representada por los menores de 0 a 12 años.

4.10 potencial de deterioro: Es la tendencia de una alteración a desarrollar su máxima expresión de daño.

4.11 riesgo biológico-social: Es la interacción dinámica que se establece entre los factores de orden biológico (genéticos, hereditarios, edad, sexo, fisiopatológicos) y los de orden social (demográficos, económicos, ambientales, políticos, culturales y educativos) en la producción y distribución del proceso salud-enfermedad.

4.12 lux: Es una unidad de iluminación y es la cantidad de luz producida por una fuente luminosa.

4.13 suplementos de fluoruro: se consideran todos aquellos productos que proporcionen flúor en forma de gotas o tabletas.

4.14 testigo biológico: son los medios biológicos utilizados para el control de calidad de los ciclos de esterilización hornos de calor seco, autoclaves, quemiclaves y cámaras de óxido de etileno.

4.15 vestimenta protectora: es aquella ropa y accesorios que no permiten que la sangre u otros materiales potencialmente infecciosos, traspasen a la ropa de calle, la piel, los ojos, la boca del personal odontológico y que deberá conservar su integridad como barrera protectora durante los procedimientos clínicos.

5. Disposiciones generales

5.1 La atención a las necesidades de salud bucal de la población mexicana se debe orientar, con base en la prevención integral, a través de acciones de fomento para la salud y de protección específica a nivel masivo, grupal e individual, de diagnóstico, de limitación de daño, de rehabilitación y de control de enfermedades bucales.

5.2 En caso de aceptar el plan de tratamiento propuesto por el cirujano dentista, éste debe ser firmado por el paciente o por algún familiar, tutor o representante legal, en pacientes menores de edad o personas discapacitadas, y se debe incluir en el expediente clínico del paciente.

5.3 El cirujano dentista debe comunicar al paciente sus obligaciones respecto a las indicaciones, fechas de citas, durante y después del tratamiento.

5.4 El cirujano dentista es el único responsable y autorizado para realizar diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento, rehabilitación y control.

5.5 Todos los pacientes deben considerarse como potencialmente infecciosos sin excepción.

5.6 Se debe evitar la transmisión de microorganismos de una persona a otra; de paciente a paciente; del profesional de la salud al paciente y del paciente al profesional.

5.7 El expediente clínico es de carácter legal y confidencial, debe estar bajo la custodia del cirujano dentista o de la institución, en su caso.

5.8 Será responsabilidad del profesional, el manejo y aplicación de los anestésicos locales de uso odontológico.

5.9 El cirujano dentista y el personal auxiliar deben capacitarse en el manejo de las maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar así como contar con un botiquín que incluya lo necesario para el control de las urgencias médicas que puedan presentarse en el ejercicio odontológico.

5.10 El equipo, instrumental, material, medicamentos y demás insumos para la atención de la salud bucal, deben ser fabricados conforme lo establecido por las normas nacionales e internacionales, y de las asociaciones reconocidas internacionalmente, estando sujetas a la observancia y aprobación de registro, en su caso, por la Secretaría de Salud.

5.11 En el área de trabajo no se debe ingerir alimentos o bebidas, fumar, aplicar cosméticos y manejar lentes de contacto.

6. Acciones para el fomento de la salud bucal

6.1 La educación para la salud debe orientarse a:

- a) Enseñar la importancia de la salud bucal como parte de la salud integral del individuo,
- b) Informar sobre los padecimientos más frecuentes y sus secuelas,
- c) desarrollar y formar, en su caso, hábitos, conductas y prácticas que favorezcan la salud bucal,
- d) promover el cuidado de los tejidos blandos y óseos de la cavidad bucal y estructuras adyacentes, mediante la orientación para realizar el autoexamen bucal.

6.2 La educación para la salud bucal se debe realizar a través de:

6.2.1 Comunicación interpersonal e intermedia, que se debe realizar mediante mensajes en consulta, pláticas, demostraciones, videos, teatro guiñol y prácticas para el autocuidado de la salud bucal.

6.2.2 Comunicación colectiva, que se lleva a cabo a través de medios masivos como son: radio, prensa y televisión.

6.3 La participación social debe desarrollarse a través de:

- a) La promoción para motivar la participación de la comunidad, instituciones y gobierno.
- b) La concertación y coordinación entre las instituciones del sector salud para determinar compromisos y responsabilidades, así como el apoyo en recursos humanos, materiales y financieros para el desarrollo de las acciones de salud bucal.
- c) La organización de grupos ya establecidos o de nuevos grupos, para la participación representativa de la sociedad, en acciones de beneficio a la salud bucal.

6.4 El personal de salud debe promover la capacitación para el manejo de las medidas preventivas que se realizan en el espacio escolar por los maestros, padres de familia y voluntarios de acuerdo a la NOM-009-SSA-2-1993, para el fomento de la salud del escolar.

7. Prevención de enfermedades bucales

7.1 La prevención integral de las enfermedades bucales a nivel masivo, grupal e individual, debe orientarse al mejoramiento de hábitos higiénico-alimentarios, eliminación de hábitos nocivos funcionales y parafuncionales, a la conservación de ambas denticiones sanas, a orientar la vigilancia en el consumo y uso adecuado de los fluoruros sistémicos y tópicos; al empleo de las medidas de protección específica, al diagnóstico temprano, al tratamiento y control de estas enfermedades.

7.2 Protección específica

7.2.1 La protección específica de las enfermedades bucales se debe orientar a la formación, instrucción y motivación de la población para realizar un adecuado control personal de placa dentobacteriana a través de métodos y técnicas de uso doméstico con cepillo dental, auxiliares para la higiene bucal y acudir con el dentista en forma periódica, para la revisión profesional.

7.2.2 Caries dental

7.2.2.1 La protección específica masiva contra la caries dental debe realizarse mediante la adición de fluoruro a la sal de consumo humano; no debe adicionarse fluoruro a ningún otro condimento, alimento, golosina, refresco, goma de mascar y agua (redes de suministro a la población o envasada).

7.2.2.2 El control de la prevención masiva contra la caries dental mediante la fluoruración de la sal se debe realizar de acuerdo a los lineamientos y procedimientos establecidos por la Secretaría de Salud con este propósito como son:

- a) Monitoreos periódicos para evaluar la excreción de flúor en orina humana o en saliva,
- b) estudios epidemiológicos cada cinco años de incidencia de caries dental,
- c) monitoreos periódicos para evaluar el contenido de flúor en la sal, conforme a la dosificación señalada por la NOM de sal yodada y yodada-fluorurada, vigente,
- d) regulación permanente del abasto para evitar la venta de sal yodada-fluorurada en las localidades con concentraciones de ión flúor en el agua de consumo humano, por arriba de 0.7 p.p.m.,
- e) estudios de concentración de ion flúor en agua de consumo humano como mínimo dos veces al año en diferentes épocas de estación (lluvia y estiaje).

7.2.2.3 La protección específica grupal contra la caries dental en población de riesgo biológico-social, se debe realizar con enjuagatorios quincenales o semanales de fluoruro de sodio al 0.2% de manera directa en los centros escolares, en zonas donde la concentración natural de ión flúor en agua de consumo humano sea menor 0.7 p.p.m.

7.2.2.4 El personal de salud debe orientar a la población en general y de manera prioritaria a la población escolar para disminuir dentro y fuera del espacio escolar la frecuencia en el consumo inmoderado de dulces, refrescos y sustituir su consumo por el de alimentos naturales como frutas, verduras y azúcares poco refinados de baja acción cariogénica como el azúcar morena o moscabado.

7.2.2.5 La protección específica individual contra la caries dental debe promover el empleo de fluoruros de uso tópico y el control de placa dentobacteriana a través del uso de cepillo e hilo dental.

7.2.2.6 La protección específica individual contra la caries dental por vía tópica debe realizarse por métodos de uso clínico y de uso doméstico.

7.2.2.7 Los métodos de uso clínico deben ser realizados por personal profesional o por personal auxiliar debidamente capacitado e incluyen:

- Aplicación tópica de fluoruros en gel, solución para enjuagues y barniz de acuerdo a la concentración y el caso; debiendo ser más frecuentes en niños con mayor carioactividad o caries dental rampante,
- aplicación de selladores de fosetas y fisuras con o sin fluoruro en órganos dentarios sanos susceptibles a caries dental.

7.2.2.8 El cirujano dentista debe informar que los métodos de uso doméstico deben ser aplicados o supervisados por los padres o adultos a cargo de los menores de edad o de las personas discapacitadas de acuerdo a las siguientes indicaciones:

- La higiene bucal en población infantil menor de un año de edad se realiza con un paño suave humedecido con agua una vez al día,
- en los niños de 1 a 3 años el aseo bucal se debe realizar con cepillo de cerdas suaves humedecido después de cada alimento, en caso de usar pasta dental fluorurada se hará en cantidad mínima, y bajo la supervisión de un adulto para evitar la ingesta de flúor residual,
- en la población a partir de los 4 años el aseo bucal se debe realizar con cepillo dental y pasta fluorurada, después de cada alimento.

7.2.2.9 A nivel individual los suplementos de fluoruro exclusivamente se prescribirán bajo estricto control del cirujano dentista y médico cirujano de acuerdo a las tablas de dosificación internacionales vigentes, a niños que por razones de salud no consumen sal fluorurada y que vivan en localidades con nivel de flúor en el agua de consumo humano por debajo de 0.7 p.p.m.

7.2.2.10 Los suplementos de flúor deben considerar en el marbete del empaque los siguientes datos:

- Este producto contiene flúor y debe ser utilizado bajo estricto control profesional: cirujano dentista, médico pediatra,
- no se consuma este producto en las áreas geográficas del país donde la concentración de ión flúor en agua de consumo humano sea igual o mayor de 0.7 p.p.m.,
- si se está consumiendo sal fluorurada no debe utilizarse este producto,
- este producto no debe comercializarse libremente.

7.2.3 Enfermedad periodontal

7.2.3.1 Los métodos y técnicas de protección específica individual de uso clínico, se deben realizar por personal profesional o auxiliar capacitado en el área de la periodoncia e incluye:

- Información sobre la enfermedad periodontal,
- motivación para realizar el control personal de placa dentobacteriana,
- instrucción sobre los métodos y técnicas de control de placa dentobacteriana,
- implementación y adecuación de acciones de seguimiento de control de placa dentobacteriana, según nivel de atención,
- eliminación instrumentada de placa dentobacteriana supra y subgingival.

7.2.4 Lesiones de tejidos blandos y óseos

7.2.4.1 La protección específica grupal de las alteraciones y enfermedades de tejidos blandos y óseos de la cavidad bucal y las estructuras adyacentes, se debe realizar en población de riesgo biológico-social mediante el examen clínico periódico de manera directa y la eliminación de hábitos nocivos.

7.2.4.2 La protección específica individual de las alteraciones y enfermedades de tejidos blandos y óseos de la cavidad bucal y las estructuras adyacentes se realiza mediante:

- a) El examen clínico en forma periódica, por parte del cirujano dentista,
- b) la detección y eliminación de agentes nocivos de origen físico, químico, biológico y psicológico,
- c) la orientación personalizada para la aplicación de las medidas de protección específica.

7.2.5 Maloclusiones

7.2.5.1 Es responsabilidad del cirujano dentista especialista que la protección específica grupal se oriente a la vigilancia de la erupción y a la conservación de los primeros molares permanentes, así como a conservar la longitud, anchura y relación de las arcadas.

7.2.5.2 La protección específica individual tiene como objetivo principal conservar la integridad en tamaño, función, forma, estética y posición de las arcadas para una oclusión estable.

7.2.6 Fluorosis dental

7.2.6.1 La protección específica a nivel masivo, grupal e individual, se basa en:

- a) La detección de fuentes de abastecimiento de agua de consumo humano con concentraciones mayores de 0.7 p.p.m. de flúor y la aplicación de métodos de defluoruración de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana vigente sobre calidad del agua de consumo humano,
- b) en localidades donde el contenido de ión flúor en agua de consumo humano sea mayor o igual a 0.7 p.p.m. se debe evitar consumir sal fluorurada, consumir suplementos de fluoruro por vía sistémica y la ingesta de pasta dental.

7.2.7 Atención al paciente desdentado

7.2.7.1 La prevención específica individual de la patología bucal asociada al uso de prótesis dental se debe realizar a través de:

- a) Control personal de placa bacteriana,
- b) higiene y mantenimiento de la prótesis dental,
- c) revisión periódica.

7.3 Medidas básicas de prevención de riesgos en los establecimientos y personal de Salud.

Las medidas básicas que deben adoptarse para la prevención de riesgos son las siguientes:

7.3.1 El personal de salud debe adoptar medidas para su protección y la de los pacientes para evitar riesgos a la salud de tipo:

- Biológico,
- físico,
- químico,
- ergonómico,
- psicosocial.

7.3.2 Para prevenir los riesgos de tipo biológico provocados por el contacto con sangre y secreciones corporales de pacientes; el odontólogo, estudiante de odontología, técnico y personal auxiliar que labora en el área de salud bucal debe cumplir las siguientes medidas preventivas en su práctica clínica institucional y privada.

7.3.2.1 El odontólogo y personal auxiliar deben utilizar, con todo paciente y para todo procedimiento medidas de barrera como son: bata, guantes desechables, cubrebocas, anteojos o careta y por parte del paciente protector corporal.

7.3.2.2 Para el control de la fuente, antes de iniciar el procedimiento clínico, el paciente debe de emplear un enjuague bucal con antiséptico. El odontólogo debe de utilizar eyector de alto volumen y dique de hule, cuando lo permita el procedimiento.

7.3.2.3 El odontólogo debe usar un par de guantes nuevos por cada paciente que explore o brinde atención clínica.

7.3.2.4 Se debe usar guantes de látex no estériles desechables durante la exploración clínica y acto operatorio no quirúrgicos; guantes de látex estériles desechables para actos quirúrgicos y guantes de hule grueso o nitrilo no desechables para lavar material e instrumental.

7.3.2.5 Se debe usar una aguja desechable y cartuchos anestésicos nuevos por cada paciente.

7.3.2.6 Todo material punzocortante se debe manipular con cuidado para reducir al mínimo la posibilidad de punciones accidentales.

7.3.2.7 Todos los desechos punzocortantes, potencialmente contaminados con sangre o saliva deben colocarse en recipientes desechables, rígidos, irrompibles e impermeables que se cierran con seguridad, con la leyenda "material potencialmente infectante" y esterilizar antes de desecharlos.

7.3.2.8 Los desechos sólidos no-punzocortantes deben ser separados en la clínica de acuerdo con su potencial infeccioso. Los desechos no contaminados se arrojan a la basura común; los materiales contaminados con sangre o con saliva y los tejidos removidos del paciente deben ser puestos en bolsas de polipropileno de alta densidad para su esterilización y desecho.

7.3.2.9 Los desechos de material líquido como sangre y secreciones se arrojan directamente al drenaje y después se lava y desinfecta la tarja, así como los frascos o recipientes del aspirador.

7.3.2.10 Se debe realizar el lavado de manos con agua potable, jabón líquido, soluciones antisépticas y secar con toallas desechables o secador de aire, antes de colocarse los guantes e inmediatamente al retirarlos.

7.3.2.11 El personal de salud debe utilizar las medidas de prevención para la contaminación cruzada, como son cubiertas desechables para evitar la contaminación de las áreas expuestas a los aerosoles y las salpicaduras, así como evitar el contacto durante el acto operatorio o exploratorio con objetos como: teléfono, agenda, lapiceros.

7.3.3 Para prevenir la contaminación del equipo, instrumental y mobiliario:

7.3.3.1 Se deben utilizar los métodos de desinfección y esterilización de acuerdo al equipo, material e instrumental, así como el tipo de agente y técnica.

TABLA No. 1

TEMPERATURAS Y TIEMPOS MINIMOS RECOMENDADOS PARA LA ESTERILIZACION

- Hornos de calor seco, aire estático

Instrumental no envuelto

°C	minutos
170	60

- Hornos de calor seco, flujo forzado

Instrumental no envuelto

°C	minutos
200	6

- Vapor de agua a presión

Instrumental no envuelto

°C	kg/cm2	minutos
134	2	3
115	1	15

- Vapor de agua a presión, autoclave

Instrumental envuelto

°C	kg/cm2	minutos
134	2	12
115	1	30

- Vapor de agua a presión, autoclave

Campos quirúrgicos, gasas

°C	kg/cm2	minutos
121	1	30

- Vapor de agua a presión, autoclave

Desechos biológicos

°C	kg/cm2	minutos
121	1	90
- Vapor de químico a presión, quemiclave		
Instrumentos envueltos		
°C	kg/cm2	minutos
132	1.5	20

TABLA No. 2
NIVEL BIOCIDA DE LOS DESINFECTANTES

Nivel Biocida	Destrucción de:		
	Bacterias vegetativas	M. tuberculosis*	Endoesporas bacterianas
Alto	+	+	+
Medio	+	+	-
Bajo	+	-	-

* También destruye a los virus de la Hepatitis B (VHB) y de la Inmuno deficiencia humana (HIV).

7.3.3.2 Se debe esterilizar todo instrumental, material o equipo que penetre tejidos blandos o duros que se contamine con sangre o cualquier otro fluido corporal.

7.3.3.3 Se debe desinfectar con un germicida de alto nivel o preferentemente esterilizar todo instrumental, material o equipo que toca, pero no penetra tejidos blandos y duros de cavidad bucal.

7.3.3.4 Se debe realizar la esterilización de la pieza de mano, puntas de la jeringa triple y cureta ultrasónica después de cada paciente o utilizar pieza de mano y puntas de jeringa triple desechables.

7.3.3.5 El instrumental se debe envolver para esterilizarse por paquetes de acuerdo a las técnicas y equipo.

7.3.3.6 Se deben utilizar testigos biológicos para el control de calidad de los ciclos de esterilización, aplicándose una vez por semana. Los testigos biológicos deben aplicarse a los hornos de calor seco, las autoclaves, las quemiclaves y a las cámaras de óxido de etileno.

7.3.3.7 Se debe desinfectar entre cada paciente, con soluciones de nivel medio: el sillón, lámpara, unidad dental y aparato de rayos x, o utilizar cubiertas desechables.

7.3.3.8 Se debe purgar las mangueras de la pieza de mano y jeringa triple, 3 minutos al inicio del día y 30 segundos entre cada paciente.

7.3.3.9 Los materiales de laboratorio y otros elementos que hayan sido utilizados en el paciente, tales como impresiones, registro de mordida, aparatos protésicos u ortodóncicos, deben limpiarse y desinfectarse antes de ser manipulados por el personal de laboratorio dental, siguiendo las recomendaciones del fabricante en relación al tipo de germicida apropiado para su desinfección.

7.3.3.10 Todo equipo y mobiliario dental debe ser desinfectado o esterilizado antes de ser enviado a mantenimiento o reparación.

7.3.3.11 Es una obligación profesional aplicarse la vacuna contra la Hepatitis B: los odontólogos, estudiantes de odontología, técnicos y personal auxiliar que tenga contacto con sangre, saliva o secreciones de pacientes en su práctica clínica institucional y privada.

7.3.3.12 Para realizar la prueba de detección del VIH al personal de salud bucal y al paciente se debe contar con el consentimiento del interesado siguiendo las recomendaciones establecidas en la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

7.3.4 Riesgos profesionales

7.3.4.1 Para prevenir los efectos provocados por el ruido de la pieza de mano de alta velocidad, se debe considerar que el máximo de ruido que produzca sea de 87.3 decibeles.

7.3.4.2 Se debe orientar al personal de salud sobre el uso de manguitos o tapones auditivos, así como las ventajas de realizarse audiometrías en forma periódica.

7.3.4.3 Para prevenir los riesgos que afectan la vista del odontólogo y el personal auxiliar, se debe mantener la iluminación entre 200 a 300 luxes.

7.3.4.4 Para prevenir los riesgos de tipo químico provocados por el uso de productos como mercurio, jabones, anestésicos locales, eugenol, alcoholes y otros, el personal de salud debe cumplir con las recomendaciones para su manejo señalados por el fabricante.

7.3.4.5 Para prevenir el riesgo provocado por el mercurio en sangre, el odontólogo debe pulir y retirar las obturaciones de amalgama bajo chorro de agua para evitar la aspiración de polvo y mercurio.

7.3.4.6 El mercurio residual debe ser guardado en frascos de plástico con agua, cerrados herméticamente.

7.3.4.7 Para prevenir los riesgos de fatiga, varices y osteo-articulares provocados por problemas posturales, se deben aplicar los principios de la ergonomía para la correcta adaptación física, anatómica y fisiológica del personal odontológico con su equipo y área de trabajo.

7.3.4.8 Para prevenir los riesgos de tipo psicosocial el cirujano dentista y personal auxiliar debe realizar pausas para la salud, a fin de abatir el stress y la ansiedad.

8. Diagnóstico

8.1 El diagnóstico de las enfermedades bucales debe establecerse mediante la aplicación del método epidemiológico, el método clínico y los auxiliares diagnósticos.

8.1.2 El diagnóstico, la concentración y el reporte de las patologías estomatológicas, debe efectuarse conforme a la Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS) vigente.

8.2 Diagnóstico epidemiológico.

8.2.1 El diagnóstico epidemiológico de las enfermedades bucales debe emplearse como base de los planes y programas institucionales de salud bucal a nivel nacional, estatal y local (de servicio, docencia e investigación) tomando en cuenta los índices epidemiológicos de aplicación universal reconocidos por la Organización Mundial de la Salud.

8.2.2 Los estudios epidemiológicos que apoyan al diagnóstico antes citado deberán de cubrir los requerimientos metodológicos para la descripción de los factores de riesgo, así como la prevalencia e incidencia de las enfermedades bucales en los grupos poblacionales específicos.

8.2.3 El reporte y notificación de las enfermedades bucales deberá seguir los lineamientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana para la Vigilancia Epidemiológica de acuerdo a los diferentes capítulos que le conforman.

8.2.4 Los estudios epidemiológicos deben orientarse a la descripción y el análisis de las enfermedades bucales más importantes, considerando factores de magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y oportunidad para su atención.

8.2.5 Los estudios epidemiológicos deben incluir las manifestaciones clínicas de la enfermedad en sus diferentes etapas y su repercusión a estructuras adyacentes a la cavidad bucal.

8.3 Diagnóstico clínico.

8.3.1 El diagnóstico clínico debe incluir los siguientes aspectos:

- Ficha de identificación,
- interrogatorio (antecedentes personales, patológicos y no patológicos, así como heredo-familiares),
- padecimiento actual,
- exploración visual, manual e instrumentada del aparato estomatognático en su conjunto,
- exploración, inspección palpación, percusión, sondaje, movilidad y transiluminación del órgano dentario, así como la valoración de signos y síntomas clínicos de la entidad patológica según sea el caso,
- auxiliares de diagnóstico como: estudios de gabinete y de laboratorio de acuerdo a las necesidades del caso.

8.3.2 Los datos recabados durante el diagnóstico clínico deben quedar registrados en la historia clínica del paciente con la firma del cirujano dentista responsable de la elaboración.

8.3.3 La historia clínica debe actualizarse por medio de las notas de evolución.

8.3.4 El expediente clínico debe contar como mínimo con los siguientes documentos:

- Historia clínica que contenga,
 - . historia personal y familiar de antecedentes patológicos y no patológicos,
 - . padecimiento actual,
 - . odontograma,
 - . diagnóstico y tratamiento,
 - . informes de estudios de gabinete y laboratorio,
 - . notas de evolución.

8.3.5 En el diagnóstico clínico de las enfermedades bucales se debe incluir el análisis biológico-social de acuerdo con los siguientes criterios:

Menores de 5 años,

- nivel socio-económico,
- accesibilidad a los servicios de salud,
- hábitos de higiene,

- hábitos bucales,
- características de la alimentación,
- uso y abuso del biberón.

Población escolar,

- nivel socio-económico,
- escolaridad,
- accesibilidad a los servicios de salud,
- hábitos de higiene,
- características de la alimentación,
- cronología de la erupción.

Población adolescente y adultos,

- nivel socio-económico,
- escolaridad,
- accesibilidad a los servicios de salud,
- riesgo ocupacional,
- adicciones (tabaquismo, alcoholismo),
- enfermedades cronicodegenerativas,
- hábitos de higiene.

8.4 Caries dental.

8.4.1 En el diagnóstico clínico de la caries dental se deben de utilizar métodos de examen visual con el apoyo de explorador clínico.

8.4.2 Complementariamente se debe realizar estudios radiográficos para determinar la profundidad de las lesiones o la presencia de caries dental en espacios interproximales.

8.5 Enfermedad periodontal.

8.5.1 En el diagnóstico clínico de la enfermedad periodontal se debe incluir la valoración de los factores asociados de origen:

- a) Sistémico,
- b) fisiológico,
- c) iatrogénico,
- d) traumático,
- e) farmacológico.

8.5.2 El diagnóstico debe cumplir como mínimo con:

- Interrogatorio,
- exploración física visual, del individuo y de la boca,
- exploración física instrumentada, palpación, sondaje, determinación de movilidad y transiluminación,
- auxiliares de diagnóstico,
- estudio radiográfico periapical completo,
- estudios de laboratorio, de acuerdo a las necesidades del caso.

8.5.3 En la exploración clínica del periodonto se debe considerar:

- a) Identificación de cambios como color, forma, textura y consistencia,
- b) sangrado gingival al sondeo,
- c) pérdida de la inserción,
- d) movilidad dentaria.

8.6 Lesiones de tejidos blandos y óseos.

8.6.1 Los métodos de detección y diagnóstico clínico se deben realizar por personal profesional.

8.6.2 Todo tejido o secreción retirado de la cavidad bucal debe ser enviado para su análisis y diagnóstico al laboratorio correspondiente.

8.6.3 En caso de no disponer o manejar los elementos de diagnóstico del punto 8.5.2 se hará la referencia al servicio correspondiente evitándose cualquier tratamiento.

8.7 Maloclusiones.

8.7.1 El diagnóstico clínico de las maloclusiones debe considerar los factores de riesgo biológicos, psicológicos, sociales y sus repercusiones funcionales y emocionales.

Factores de riesgo biológicos:

- Características congénitas,
- estructuras esqueléticas,
- estructuras dentales,
- estructuras neuromusculares,
- evaluación funcional (respiración, alimentación, lenguaje y hábitos).

Factores de riesgo psicológicos:

- Autoimagen,
- imagen reflejada.

Factores de riesgo sociales:

- Nivel socioeconómico,
- escolaridad,
- accesibilidad a los servicios de salud.

8.7.2 El diagnóstico debe cumplir como mínimo con:

- Interrogatorio
- Exploración física visual del individuo y de la boca
- Exploración física instrumentada
- Auxiliares de diagnóstico
- Estudio radiográfico, de acuerdo a las necesidades del caso
- Modelo de estudio del paciente
- Resultados del análisis de los estudios radiográficos y modelos de estudio

8.7.3 En caso de no disponer o manejar los elementos de diagnóstico del punto anterior se hará la referencia al servicio correspondiente, evitándose el tratamiento.

8.8 Fluorosis dental.

8.8.1 En el diagnóstico clínico epidemiológico de la fluorosis dental se debe considerar los siguientes factores de riesgo:

- a) Etapa de odontogénesis (de 0 a 12 años de edad),
- b) concentración de ión flúor en agua de consumo humano igual o mayor a 0.7 p.p.m.,
- c) consumo de suplementos fluorurados en dosis mayores a las indicadas,
- d) ingesta de productos fluorurados de uso tópico,
- e) altitud y clima de la región.

8.8.2 El diagnóstico de la fluorosis dental se debe realizar clínicamente.

8.8.3 Para el diagnóstico de la fluorosis dental se debe de utilizar auxiliares de diagnóstico como:

- Cuantificación de ión flúor a través del método de potenciometría,
- rayos X.

8.9 Atención a pacientes desdentados.

8.9.1 El diagnóstico clínico de la patología bucal asociada al uso de prótesis dental debe incluir el análisis biológico social asociado a los criterios e indicaciones de prótesis fija y removible.

8.9.2 Como base del diagnóstico clínico se debe incluir los modelos de estudio del paciente.

9. Tratamiento y control de enfermedades bucales

9.1 Caries dental.

9.1.1 El tratamiento y control de la caries dental, comprende la limitación del daño, la rehabilitación y el mantenimiento de la salud, con base en la referencia y contrarreferencia de pacientes, de acuerdo con la complejidad del padecimiento y los recursos disponibles para su atención.

9.1.2 El tratamiento de la caries dental se debe llevar a cabo con los materiales biocompatibles que devuelvan la salud del órgano dentario, restauren su anatomía, así como su estética, su función masticatoria y autoclisis.

9.1.3 En la restauración de los órganos dentarios debe cumplirse como mínimo con los siguientes requisitos básicos:

- a) Uso de dique de hule de acuerdo al procedimiento,
- b) eliminación completa del proceso carioso,
- c) protección correcta de la cámara pulpar,
- d) sellado completo de la cavidad, en materiales que se apliquen mediante condensación (amalgama, resina ionómero de vidrio),
- e) cementación y ajuste correcto de la cavidad, en incrustaciones metálicas o de porcelana,

- f) devolución de la función masticatoria, correspondiente al órgano dental restaurado,
- g) devolución de la morfología o forma anatómica al órgano dental restaurado,
- h) devolución de la estética a los órganos dentarios,
- i) permanencia de las restauraciones durante un periodo, siempre que el paciente no haga uso indebido de sus órganos dentarios.

9.1.4 Las coronas de acero cromo coladas deben de cumplir con los siguientes requisitos básicos:

- Ajuste al contorno gingival,
- correcta función masticatoria.

9.1.5 El tratamiento de la caries dental de tercer grado debe realizarse mediante procedimientos de terapia pulpar y de acuerdo al grado de avance de la patología pulpar:

- Recubrimiento pulpar indirecto,
- recubrimiento pulpar directo,
- pulpotomía,
- pulpectomía.

9.1.6 En la terapia pulpar de los órganos dentarios debe de cumplirse con los siguientes requisitos básicos:

- a) Eliminación completa del proceso infeccioso de acuerdo con la extensión del mismo,
- b) sellado correcto de la cámara y los conductos radiculares,
- c) adecuación del órgano dentario para la restauración anatómico-funcional.

9.1.7 La odontectomía se debe llevar a cabo:

- En caso de destrucción coronaria amplia que impida la restauración del órgano dentario,
- órganos dentarios incluidos que impidan su función,
- por indicaciones ortodóncicas, protésicas, periodontales.

9.2 Enfermedad periodontal.

9.2.1 El tratamiento de la enfermedad periodontal se debe realizar con base en:

- El reforzamiento de los hábitos de higiene bucal,
- la eliminación de los depósitos supra y subgingivales,
- el uso de fármacos bajo el estricto control del cirujano dentista,
- la creación del ambiente bucal ideal adecuado, para evitar la acumulación de placa dentobacteriana.

9.2.2 El tratamiento de la enfermedad periodontal se debe llevar a cabo de acuerdo a las siguientes fases:

- FASE I

. Instrucción y motivación sobre el control personal de placa dentobacteriana,
. eliminación de depósitos como sarro y placa de la superficie dentaria (detartraje sub y supra, gingival, alisado radicular y curetaje),

- . eliminación de iatrogenias,
- . control de hábitos nocivos,
- . control de factores sistémicos coadyuvantes, si existieran.

- FASE II

. Corresponde a la fase quirúrgica y se emplea únicamente en aquellos pacientes en los que las periodontopatías no se controlaron con la aplicación de la fase anterior.

- FASE III

. Corresponde al control del mantenimiento periódico de la salud periodontal, con base en la referencia y contrarreferencia de pacientes, de acuerdo con la complejidad del padecimiento y los recursos disponibles para su atención.

9.2.2.1 El cirujano dentista de práctica general debe realizar la fase I y III del tratamiento periodontal y referir al paciente con el especialista para la fase II.

9.2.3 Con periodicidad trimestral o con la frecuencia que se requiera se debe realizar tratamientos de control y mantenimiento en aquellos individuos que fueron tratados de periodontopatías avanzadas, así como en pacientes comprometidos sistémicamente.

9.2.4 Con periodicidad semestral se debe realizar el tratamiento de control y mantenimiento rutinario para la prevención de las enfermedades periodontales.

9.3 Lesiones de tejidos blandos y óseos.

9.3.1 El tratamiento debe aplicarse a la resolución de agente(s) primario y secundario del proceso patológico del individuo y mediante:

- a) Terapia farmacológica,
- b) radioterapia,
- c) quimioterapia,
- d) cirugía,
- e) tipo paliativo.

9.4 Maloclusiones.

9.4.1 El tratamiento y control de las maloclusiones comprende la limitación del daño, la rehabilitación y el mantenimiento de la salud, con base en la referencia y contrarreferencia de pacientes, de acuerdo con la complejidad del padecimiento y los recursos disponibles para su atención.

9.4.2 Para llevar a cabo el tratamiento se debe definir la relación causa-efecto primario o secundario que ocasiona la maloclusión, a la salud física y emocional del individuo.

9.4.2.1 Se debe determinar la prioridad de invalidez de acuerdo con:

- a) Pacientes que presenten malformaciones congénitas que impidan las funciones primarias (respiración, alimentación, masticación, deglución y fonación),
- b) pacientes que presenten displasias esqueléticas severas y alteraciones en su perfil emocional,
- c) pacientes que presenten traumatismos o secuelas de traumatismos, quemaduras y disfunciones de la articulación temporomandibular,
- d) pacientes que presenten alteraciones esqueléticas, dentoalveolares, de tejidos blandos y mínimas alteraciones en su perfil emocional.

9.4.2.2 El tratamiento se debe realizar de acuerdo a la severidad de invalidez y al potencial de deterioro.

9.4.3 El plan de tratamiento debe considerar las etapas de ejecución y sus limitaciones, las cuales deben contar con la firma de autorización del paciente, padres, tutores o representante legal en caso de personas discapacitadas.

9.4.4 Una vez obtenido el propósito de cada etapa se debe considerar mantener el resultado a través de la cooperación constante del paciente.

9.4.5 Al finalizar la etapa de tratamiento se debe haber cumplido con los propósitos programados que permitan llevar al individuo a la recuperación inmediata o mediata de las funciones masticatorias y de fonación, así como el mejoramiento de los patrones de crecimiento y desarrollo y de armonía facial.

9.5 Fluorosis dental.

9.5.1 El tratamiento de las secuelas (defectos de color y estructura) de la fluorosis dental debe estar encaminado a restablecer la estética de los órganos dentales sin afectar su vitalidad.

9.5.2 El control de la fluorosis dental se debe realizar a través de vigilancia epidemiológica y monitoreo químico y biológico.

9.6 Atención al paciente desdentado.

9.6.1 El plan de tratamiento para la rehabilitación bucal se debe establecer con base en el análisis de los criterios técnicos vigentes y las condiciones bio-psico-sociales del paciente.

9.6.2 El tratamiento y control del paciente desdentado comprende, la limitación del daño, la rehabilitación y el mantenimiento de la salud, con base en la referencia y contrarreferencia de pacientes, de acuerdo con la complejidad del padecimiento y los recursos disponibles para su atención.

9.6.3 El tratamiento del paciente desdentado, se debe llevar a cabo a través de:

- a) Prótesis fija,
- b) prótesis removible,
- c) prótesis total,
- d) implantes osteo-integrados.

9.6.3.1 La prótesis dental debe cumplir como mínimo con los siguientes requisitos:

- a) Restaurar la anatomía, función masticatoria y autoclisis del aparato estomatognático,
- b) ajuste y estética.

9.6.3.2 Los implantes osteo-integrados, fibro-oseointegrados, sub-periósticos deben reunir las condiciones óptimas de biocompatibilidad, así como su aplicación con las técnicas quirúrgicas para restaurar la bio-fisiología del aparato masticatorio, conjuntamente con las prótesis correspondientes.

10. Observancia de la Norma

La vigilancia de la aplicación de esta Norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los Gobiernos de las Entidades Federativas en los ámbitos de competencia.

11. Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades. Capítulo IX Enfermedades de la Cavidad Bucal, Glándulas Salivales y Maxilares (520 - 529). 1975.
2. Secretaría de Comercio y Fomento Industrial. Ley Federal sobre Metrología y Normalización 1991.
3. Secretaría de Salud, 1984. Ley General de Salud.
4. Secretaría de Salud. Dirección General de Medicina Preventiva. Lineamientos para dosificación de fluoruro sistémico, bases fisiológicas. 1991.
5. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Reglamento de Yodación y Fluoruración de la Sal 1981.
6. Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios de Atención Médica.
7. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 1989 - 1994.
8. American Dental Association. Infection control recommendations for the dental office and the dental laboratory. Journal of the American Dental Association (Supply. August), 1992.
9. American Dental Association. Safety and infection control in the dental office. American Dental Association. Chicago, Il., 1990.
10. American Dental Association. Quaternary ammonium compounds not acceptable for disinfection of instruments and environmental surfaces in dentistry. Journal of the American Dental Association 97 (11): 655-656, 1978.
11. Newbrun Ernest. Fluoride Supplementation. Time for a new dosage Schedule, 13a. sesión de la Asociación Dental Americana, San Francisco, California. 6-10 nov., 1993.
12. Centers for disease control and prevention. Recommended infection control practices for dentistry, 1993, Morbidity Mortality Weekly Report 41 (RR-8): 1-12, 1993.
13. Centers for disease control. Protection against viral hepatitis. Morbidity Mortality Weekly Report 39 (RR-2): 1-26, 1990.
14. U.S. Department of Health and Human Services. Infection control file: Practical infection control in the Dental Office. Centers for Disease Control and Prevention, and Food and Drug administration. October, 1993. United State Printing Office, Washington, D.C.
15. Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration, 29 CFR Part 1910. 1030. Occupational exposure to bloodborne pathogens; final rule, Federal Register 56 (235): 64175-64182, 1991.
16. U.S. Environmental Protection Agency. Managing and tracking medical wastes. Office of solid waste. Washington, D.C., 1989.
17. Burket W. Lester. Medicina Bucal, Diagnóstico y Tratamiento. Interamericana, 4a. edic. México, 1986.
18. Barber Thomas K. Luike Larry S. Odontología Pediátrica, Manual Moderno. México, 1988.
19. Cedros Network. A new era for the prevention of dental caries. Cedros Network. Newsletter 1992; 2.1, 12.
20. Contreras Doria A. y Col. Prevalencia del antígeno de superficie de la Hepatitis B (Hbs ag) en clínica estomatológica. Revista Cubana de Estomatología Vol. 27, 1, 26, 45 ene-mar 1990.
21. Delgado M.L, Molina L.J., González G: J.M, Alfonso A.F. Estado actual de las metas propuestas para la salud bucal en el año 2000, en 43 áreas de Salud de Cuba. Informe preliminar. Revista Cubana de Estomatología 1985; 22:229-40.
22. Depola P.F. Reaction paper: the use of topical and systemic fluorides in the present era. J. Public Health Dent 1991; 51:48-52.
23. Eversole R. Lewis. Patología Bucal, diagnóstico y tratamiento. Médica Panamericana, México. 1990.
24. Walter H. Green, Bruce G. Simons - Morton Educación para la Salud. Interamericana, México, 1988.
25. Gordon Castigliano. Medicina bucal, diagnóstico y tratamiento. Interamericana. México 1982.
26. Johnson G.K. and Robinson, W.S. Human Immunodeficiency virus-1 (HIV-1) in the vapors of surgical power instruments. Journal of Medical Virology 33: 47-50, 1991.
27. Lewis, D.L. and Boe, R.K. Cross-infection risks associated with current procedures for using hi-speed dental handpieces. Journal of Clinical Microbiology 30 (2): 401-406, 1992.
28. Luna Gómez J.M. Principios de Odontogeriatría, primera parte. Práctica odontológica. Vol. 7 Núm. 6, 21 - 22. 1986.
29. Naccache H, Simard PL, Trahan L, Brodeur JM, Demers M, Lachapelle D. factors affecting the ingestion of fluoride dentifrice by children. J. Public Health Dent 1992, 52:222-6.
30. Nikiforuk G. Caries Dental, Aspectos Básicos y Clínicos. Ed. Mundi. S.A.I.C Y F. 1986.

31. Olsen, R.J. et al. Examination Globes as barriers to hand contamination in clinical practice. Journal of the American Dental Association 270 (3): 350-353, 1993.
32. Skinner Willians Eugene. La Ciencia de los materiales dentales, Interamericana, 2a. edic. México, 1986.
33. Fluoruros y Salud. Organización Mundial de la Salud. Serie de Monografías No. 59. Ginebra 1972.
34. El uso correcto de fluoruros en Salud Pública. Federación Dental Internacional. Fundación W.K. Kellogg. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 1986.
35. Ekstrand, J. Fejerskov, O., Silverstone, L. Fluoride in Dentistry. Munksgaard. Copenhagen. 1988.
36. Elementos menores y oligoelementos en la leche materna. Informe de un estudio en colaboración Organización Mundial de la Salud y el Organismo Internacional de Energía Atómica. Viena. 1989.
37. Estrategia Regional de Salud Buco-Dental para los años noventa; Organización Mundial de la Salud. Sistema y Servicios de Salud Programa Regional de Salud Bucodental.
38. Amid I. Ismail. Fluoride Supplements: Current effectiveness, side effects and recommendations. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 1994.22: 164-72 Munksgaard.
39. Marthaler T.M. Age-Adjusted Limits of fluoride intake to minimize the prevalence of fluorosis. J. Biol. Buccale. Vol. 20 pp. 121-127. 1992.
40. New Fluoride Guidelines proposed. JADA. Vol 125. april 1994.
41. Changing Patterns of Fluoride Intake Current Regulations and Recommendations concerning water fluoridation, fluoride supplements and topical fluoride-agents. cap. 7. pp. 1255-1265. J. Dent. Res. may 1992.

TRANSITORIOS

PRIMERO.- Esta Norma Oficial Mexicana entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO.- A partir de la publicación de esta Norma Oficial Mexicana todos los establecimientos de salud de nueva creación públicos y privados deberán de cumplir lo establecido en la misma.

TERCERO.- Los servicios de salud privados ya establecidos oficialmente antes de la publicación de esta Norma gozarán de un plazo de 365 días naturales, para dar cumplimiento al capítulo 7 en lo referente a piezas de mano esterilizables o desechables, así como a la obligación de contar con equipo de esterilización (autoclave o quemiclave) en los servicios odontológicos.

CUARTO.- Los servicios de salud pública ya establecidos oficialmente antes de la publicación de esta Norma, gozarán de un lapso no mayor de 730 días naturales, de acuerdo a su estructura y gestión administrativa para renovación de equipo y mobiliario, para cumplir con el transitorio tercero.

México, D.F., a 28 de abril de 1994.- El Director General de Medicina Preventiva, José Rodríguez Domínguez.- Rúbrica.