

DOF: 08/10/2008

Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, Para la prevención y control de enfermedades bucales, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales.

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

MODIFICACION A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-013-SSA2-1994, PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES BUCALES, PARA QUEDAR COMO, NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-013-SSA2-2006, PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES BUCALES.

MAURICIO HERNANDEZ AVILA, Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4o. de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3o. fracciones XIII, XVII y XVIII, 13 apartado A, fracción I, 110, 111 fracción I, 112 fracción III y 133 fracción I de la Ley General de Salud; 38 fracción II, 40 fracciones III y XI, 41, 43, 46 y 47 fracción IV de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 28 y 33 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, y 8 fracciones V y XVI, 10 fracciones VII, XII y XVI, y 45 fracción VII del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, he tenido a bien ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación, la Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, Para la prevención y control de enfermedades bucales, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales.

Que con fecha 2 de enero de 2006, en cumplimiento de lo previsto en el artículo 46 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades presentó al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, el anteproyecto de la presente Norma Oficial Mexicana.

Que con fecha 19 de mayo de 2006, en cumplimiento del acuerdo del Comité y 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 el Proyecto de Norma, a efecto de que dentro de los siguientes sesenta días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentarán sus comentarios al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades.

Que con fecha previa, fueron publicados en el Diario Oficial de la Federación las respuestas a los comentarios recibidos por el mencionado Comité, en los 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 Prevención y Control de Enfermedades, se expide la siguiente:

Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, Para la prevención y control de enfermedades bucales, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales.

PREFACIO

En la elaboración de esta Norma Oficial Mexicana participaron las siguientes dependencias e instituciones:

SECRETARIA DE SALUD.

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.

Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades.

Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

Dirección General de Promoción de la Salud.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL.

SECRETARIA DE MARINA.

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

Coordinación de Salud Pública.

Programa IMSS-Oportunidades.

PETROLEOS MEXICANOS.

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.

Subdirección de Prevención y Protección a la Salud.

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA, D.F.

INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO.

SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSI.

SALUD DE TLAXCALA.

SERVICIOS DE SALUD PUBLICA DEL DISTRITO FEDERAL.

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI.

UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO.

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA.

Plantel Xochimilco.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

Facultad de Odontología Ciudad Universitaria.

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

FEDERACION MEXICANA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE ODONTOLOGIA.

ASOCIACION DENTAL MEXICANA.

COLEGIO NACIONAL DE CIRUJANOS DENTISTAS, A.C.

COLGATE PALMOLIVE, S.A. DE C.V.

PROCTER & GAMBLE DE MEXICO, S. DE R.L. DE C.V.

ORAL-B, S.A. DE C.V.

INDICE

0. Introducción
1. Objetivo
2. Campo de aplicación
3. Referencias
4. Definiciones y abreviaturas
5. Disposiciones generales
6. Acciones para la promoción de la salud bucal

7. Prevención de enfermedades bucales
8. Medidas básicas de prevención de riesgos
9. Expediente clínico
10. Registro y notificación epidemiológica
11. Concordancia con normas internacionales y mexicanas
12. Bibliografía
13. Observancia de la Norma
14. Vigencia

0. Introducción

La estomatología concebida como una ciencia de la salud, es un eslabón importante en el ámbito de bienestar biopsicosocial de los individuos, ya que las evidencias muestran una marcada relación del estado de salud bucal con la salud integral, que repercute en la calidad de vida de la población.

Las enfermedades bucales de mayor prevalencia, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), son la caries dental y la enfermedad periodontal; las de frecuencia media son las anomalías cráneo-facio-dentales y mal oclusiones; las de frecuencia variable son el cáncer oral, las alteraciones de tejidos bucales, los traumatismos maxilofaciales y la fluorosis dental.

Los Estados Unidos Mexicanos, de acuerdo con la clasificación internacional de la OMS, se encuentra entre los países de más alto rango de frecuencia de enfermedades bucales.

Las enfermedades bucales por su alta morbilidad, son identificadas entre las cinco de mayor demanda de atención en los servicios de salud del país, situación que genera la necesidad de grandes gastos económicos que rebasan la capacidad del sistema de salud y de la misma 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 científicamente.

Por esta razón, en esta Norma se incluyen lineamientos científicos, éticos y legales para el desarrollo de la buena práctica de la estomatología dirigida a la población en general, con énfasis en los grupos vulnerables como son: menores de 15 años, embarazadas, personas con enfermedades crónico-degenerativas, personas con discapacidad y adultos mayores.

Con la aplicación de esta Norma se pretenden actualizar lineamientos, métodos, técnicas y criterios de operación de los servicios estomatológicos del país, elevar la calidad y equidad de los mismos con énfasis en la prevención, disminuir costos, así como evitar la mala práctica, 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

Esta Norma Oficial Mexicana establece los métodos, técnicas y criterios de operación del Sistema Nacional de Salud, con base en los niveles de prevención, control y vigilancia epidemiológica de las enfermedades bucales de mayor frecuencia en la población de los Estados Unidos Mexicanos.

2. Campo de aplicación

Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para los establecimientos de salud y prestadores de servicios de los sectores público, social y privado que realicen acciones para la promoción de la salud bucal, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades bucales.

3. Referencias

Para la aplicación complementaria de esta Norma es necesario consultar las siguientes normas oficiales mexicanas:

- 3.1. NOM-001-ECOL-1993.Límites máximos permisibles de contaminantes en las descargas de aguas

residuales.

- 3.2. NOM-009-SSA2-1993. Para el fomento de la salud del escolar.
- 3.3. NOM-010-SSA2-1993. Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
- 3.4. NOM-017-SSA2-1994. Para la vigilancia epidemiológica.
- 3.5. NOM-031-SSA2-1999. Para la atención a la salud del niño.
- 3.6. NOM-036-SSA2-2002. Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxina, e inmunoglobulinas en el humano.
- 3.7. NOM-040-SSA1-1993. Productos y Servicios. Sal yodada y sal yodada fluorurada. Especificaciones sanitarias.
- 3.8. NOM-087-ECOL-SSA1-2002. Protección ambiental-Salud ambiental. Residuos peligrosos biológico-infecciosos. Clasificación y especificaciones de manejo.
- 3.9. NOM-127-SSA1-1994. Salud Ambiental. Agua para uso y consumo humano. Límites permisibles de calidad y tratamientos a que debe someterse el agua para su potabilización.
- 3.10. NOM-168-SSA1-1998. Del expediente clínico.
- 3.11. NOM-178-SSA1-1998. Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
- 3.12. NOM-197-SSA1-2000. Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales generales y consultorios de atención médica especializada.
- 3.13. NOM-201-SSA1-2002. Productos y servicios. Agua y hielo para consumo humano, envasados y a granel. Especificaciones sanitarias.

4. Definiciones y abreviaturas

4.1. Definiciones

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

4.1.1. Barniz fluorurado: a la sustancia de poliuretano fluorurada de consistencia viscosa, como una laca de resina que se aplica sobre la superficie de los dientes y endurece en presencia de la saliva.

4.1.2. Caries dental: a la enfermedad infecciosa, bacteriana, transmisible, multifactorial que provoca la destrucción de órganos dentarios presentes en boca a cualquier edad.

4.1.3. Carta de consentimiento bajo información: a los documentos escritos y signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se aceptan los procedimientos estomatológicos, bajo la debida información de los riesgos y beneficios esperados.

4.1.4. Comunicación educativa: al proceso basado en el desarrollo de esquemas creativos de comunicación que se sustenta en técnicas de mercadotecnia social, que permiten la producción y difusión de mensajes de alto impacto, con el fin de reforzar los conocimientos en salud y promover conductas saludables en la población.

4.1.5. Diente: al órgano dentario.

4.1.6. Educación para la salud: al proceso de enseñanza aprendizaje que permite mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes encaminadas a modificar comportamientos para cuidar la salud individual, familiar y colectiva.

4.1.7. Ergonomía: al estudio científico de las relaciones del hombre y su medio de trabajo.

4.1.8. Esterilización: a la destrucción total e irreversible de microorganismos y sus esporas.

4.1.9. Estomatólogo: al Médico Odontólogo, Cirujano Dentista, Licenciado en Estomatología, Licenciado en Odontología, Licenciado en Cirugía Dental, Médico Cirujano Dentista, Cirujano Dentista Militar, profesional de la salud bucal con licenciatura.

4.1.10. Expediente clínico: al conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el estomatólogo debe hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención.

4.1.11. Flúor: (F) al elemento químico no-metal situado en el grupo VII de la tabla periódica, forma parte de la familia de los halógenos, con propiedades carioprofilácticas.

4.1.12. Fluorosis dental: al trastorno o alteración de la estructura dentaria consistente en una hipomineralización, debida a la ingesta excesiva de fluoruros durante la etapa de formación de los dientes. Las lesiones son generalmente bilaterales, simétricas y tienden a distribuirse horizontalmente sobre la superficie dentaria. Clínicamente se puede observar desde cambio de color hasta pérdida del esmalte (hipoplasia).

4.1.13. Fluoruro sistémico: al compuesto de flúor que ingresa al organismo por vía oral en forma natural o artificial, a través de diferentes vehículos.

4.1.14. Fluoruro tópico: a la sustancia fluorurada que se aplica localmente sobre la estructura dentaria; tienen la capacidad de disminuir la desmineralización del esmalte y promover su remineralización.

4.1.15. Fluoruro: a la sal que deriva del ácido fluorhídrico. Compuestos que contienen el ion flúor.

4.1.16. Hoja de egreso voluntario: al documento por medio del cual el paciente, familiar más cercano, tutor o representante jurídico manifiesta el egreso o interrupción del tratamiento, con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar. Puede ser solicitada por el estomatólogo tratante cuando el paciente decide abandonar el tratamiento.

4.1.17. Interconsulta: al procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud a fin de proporcionar atención integral al paciente, a solicitud del estomatólogo o médico tratante.

4.1.18. Participación social: al proceso que permite involucrar a la población y a las autoridades locales, así como a las instituciones de los sectores público, social y privado en la planeación, programación, ejecución, evaluación de los programas y acciones de salud, con el propósito de lograr un mayor impacto y fortalecer el Sistema Nacional de Salud.

4.1.19. Pasante en servicio social: A los alumnos que hayan cubierto al menos el 70% del total de los créditos de la licenciatura, y consiste en la realización obligatoria de actividades temporales que ejecutan los estudiantes de carreras técnicas y profesionales, tendientes a la aplicación de los conocimientos que hayan obtenido y que implican el ejercicio de la práctica profesional en beneficio o en interés de la sociedad.

4.1.20. Persona con discapacidad: Toda persona que presenta una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social.

4.1.21. Personal auxiliar: al trabajador de la salud, habilitado con conocimientos específicos de salud bucal que colabora con el personal profesional de nivel técnico, licenciatura o especializado en el proceso de atención odontológica, a nivel individual, grupal o colectivo.

4.1.22. Población de riesgo: al grupo de individuos que por sus características de edad, sexo, raza, problemas sistémicos, ocupación, condición económica, zona geográfica donde radica u otras variables, se encuentra mayormente expuesta a presentar determinada patología. En relación a la caries dental, la población de alto riesgo está principalmente representada por los menores de 0 a 15 años de edad y las embarazadas.

4.1.23. Población escolar: a la población que de acuerdo con las disposiciones educativas, se refiere a tres subgrupos que son: los preescolares, cuya edad es de 4 a 5 años, escolares de primaria de 6 años a menores de 15 años y escolares de secundaria menores a 15 años de edad.

4.1.24. Potabilización: al conjunto de operaciones y procesos, físicos y/o químicos que se aplican al agua en los sistemas de abastecimiento públicos o privados, a fin de hacerla apta para uso y consumo humano.

4.1.25. Prestadores de servicios de salud: a los profesionales, técnicos y auxiliares que proporcionan servicios de salud en los términos de la legislación sanitaria vigente y que son componentes del Sistema Nacional de Salud.

4.1.26. Prevención: a todas aquellas acciones de fomento y educación para la salud, detección, protección específica, diagnóstico, tratamiento, limitación del daño, rehabilitación y control, realizadas en beneficio de la salud bucal del individuo, la familia y la comunidad.

4.1.27. Promoción de la salud: al proceso que tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

4.1.28. Residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI): materiales generados por los servicios de atención médica que contengan microorganismos que puedan causar efectos nocivos a la salud y al ambiente.

4.1.29. Riesgo biológico social: 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.

4.1.30. Riesgo: a la probabilidad de ocurrencia de un peligro y a la gravedad de los efectos en la salud humana. Es la probabilidad de que suceda un evento, impacto o consecuencia adversos. Se entiende también como la medida de la posibilidad y magnitud de los impactos adversos, siendo la consecuencia del peligro, y está en relación con la frecuencia con que se presente el evento.

4.1.31. Selladores de fosetas y fisuras: a los materiales de adherencia que protege las zonas más susceptibles de los órganos dentarios como acción preventiva contra la caries dental.

4.1.32. Técnico en Odontología: al personal capacitado para organizar el campo de trabajo del cirujano dentista, aplicando los conocimientos previos en el manejo del control de infecciones y procedimientos a cuatro manos, estableciendo una relación con calidad humana, para hacer más eficiente la práctica odontológica. Prever la necesidad de material y equipo odontológico en la intervención al procedimiento. Sistematizar la información del control y seguimiento de los pacientes que requiere el Cirujano Dentista de manera oportuna para facilitar y optimizar su actividad.

4.1.33. Testigo biológico: a los medios biológicos utilizados para el control de calidad de los ciclos de esterilización de hornos de calor seco, autoclaves, quemí claves y cámaras de óxido de etileno.

4.2. Abreviaturas

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

4.2.1. p.p.m.: partes por millón.

4.2.2 mg/ L: miligramo por litro.

4.2.3 mg/ kg: miligramos por kilogramo.

4.2.4 mm: milímetro.

4.2.5 OMS: Organización Mundial de la Salud

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, a través de acciones de promoción de la salud y protección específica a nivel masivo, grupal e individual, diagnóstico, limitación del daño, rehabilitación, detección y control de factores de riesgo de las enfermedades bucales.

5.2. El estomatólogo debe informar al paciente sobre el diagnóstico y posibles alternativas de tratamiento con un lenguaje claro y sencillo, así como sus obligaciones respecto a las indicaciones, fechas de citas, durante y después del tratamiento.

5.3. La información referente a la historia clínica, plan de tratamiento, así como al consentimiento bajo información, deben ser firmados por el paciente y en el caso de pacientes menores de edad o personas discapacitadas, por algún familiar, tutor o representante legal y se debe incluir en el expediente clínico del paciente.

5.3.1. El consentimiento válidamente informado, debe ser actualizado cada vez que se modifique el plan de tratamiento establecido, siempre en beneficio de la salud del paciente.

5.4. El estomatólogo es el único responsable y autorizado, para realizar diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento, rehabilitación y control de enfermedades bucales, así como de la terapéutica farmacológica. El pasante de estomatología en servicio social, podrá realizar estas actividades bajo supervisión periódica del estomatólogo.

5.5. Los técnicos en odontología bajo supervisión de un estomatólogo podrán realizar actividades preventivas.

5.6. Todo paciente sin excepción debe considerarse potencialmente infeccioso.

5.7. El estomatólogo debe observar los criterios establecidos para el control de infecciones, evitando así, la transmisión de microorganismos de paciente a paciente, del profesional de la salud al paciente y del paciente al profesional de la salud.

5.8. La elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico odontológico se sujetará a lo dispuesto en la NOM-168-SSA1-1998, donde se establece que es de carácter legal y confidencial, debe estar bajo custodia del estomatólogo o la institución, en su caso, y debe ser conservado por un periodo mínimo de 5 años.

5.9. El estomatólogo y el personal auxiliar deben capacitarse en el manejo de las maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar.

5.9.1. El consultorio estomatológico debe contar con un botiquín que incluya lo necesario para el control de las urgencias médicas que puedan presentarse en el ejercicio estomatológico.

5.10. Los servicios de estomatología general deben cumplir con los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento establecidos en las NOM-178-SSA1-1998 y los de especialidad con la NOM-197-SSA1-2000.

5.11. En el área clínica estomatológica no se debe ingerir alimentos, bebidas, ni fumar.

6. Acciones para la promoción de la salud bucal

6.1. La promoción de la salud debe llevarse a cabo mediante acciones que promuevan la participación social, en actividades de educación para la salud y comunicación educativa.

6.2. En materia de educación para la salud bucal el personal de salud debe:

6.2.1. Enseñar la importancia de la salud bucal como parte de la salud integral del individuo.

6.2.2. Orientar con un lenguaje claro y sencillo, sobre los padecimientos bucales y factores de riesgo más frecuentes, para su prevención, control y secuelas.

6.2.3. Informar qué padecimientos bucales, son factores de riesgo para el control de enfermedades sistémicas.

6.2.4. Informar, orientar y capacitar a la población en general y en particular a los escolares, para desarrollar hábitos, conductas y prácticas que favorezcan la salud bucal mediante medidas preventivas, de atención y control de las enfermedades bucales.

6.2.5. Promover el autocuidado de las estructuras anatómicas del sistema estomatognático y estructuras adyacentes, mediante la orientación para realizar el autoexamen bucal rutinario.

6.2.6. Se debe de orientar al paciente sobre los cuidados y mantenimiento de prótesis parciales y totales para su conservación y funcionamiento.

6.2.7. En materia de comunicación educativa en salud bucal el personal de salud debe:

6.2.7.1. Llevar a cabo comunicación individual y grupal mediante la orientación en los consultorios, salas de espera y la comunidad con pláticas, demostraciones y diferentes auxiliares didácticos para el autocuidado de la salud bucal.

6.3. La comunicación masiva debe ser a través de radio, prensa, televisión, Internet y otros medios similares.

6.4. En materia de participación social, el personal de salud debe:

6.4.1. Promover la participación de la comunidad, instituciones y gobierno en acciones que disminuyan los riesgos a la salud bucal.

6.4.2. Concertar y coordinar entre las instituciones de los sectores público, social y privado, el establecimiento de compromisos y responsabilidades en materia de recursos humanos, materiales y financieros para el desarrollo de las acciones para la protección de la salud bucal.

6.4.3. Organizar y coordinar grupos comunitarios, para la participación representativa de la sociedad, en acciones de beneficio para la salud bucal.

6.5. El personal del sector salud debe promover las medidas preventivas que se realizan en el espacio escolar y capacitar a maestros, padres de familia y voluntarios para la promoción de la salud bucal del escolar.

6.6. El personal del sector salud debe participar en la promoción de medidas preventivas dirigidas a la población en general y en especial a grupos de riesgo.

7. Prevención de enfermedades bucales

7.1. La prevención de las enfermedades bucales en los ámbitos: masivo, grupal e individual, debe orientarse al mejoramiento de hábitos higiénico-alimenticios, eliminación de hábitos nocivos funcionales y para funcionales, a la conservación sana de la dentición temporal y permanente, al cuidado integral de la cavidad bucal, 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, tratamiento, rehabilitación 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 la placa bacteriana a través de métodos y técnicas de cepillado dental, uso del hilo dental y auxiliares para la higiene bucal y acudir con el estomatólogo en forma periódica, mínimo cada seis meses para revisión profesional, evitando factores de riesgo.

7.3. Caries Dental.

7.3.1. La protección específica masiva contra la caries dental debe realizarse mediante la adición de fluoruro a la sal para consumo humano; de acuerdo con la NOM-040 SSA1-1993, que especifica que no debe adicionarse fluoruro a ningún otro condimento, alimento, agua (redes de suministro a la población o envasada), golosina, refresco, goma de mascar o similares.

7.3.2. El personal del sector 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 carbohidratos como dulces y refrescos, y sustituir su consumo por el de alimentos naturales como frutas, verduras y azúcares de baja acción cariogénica.

7.3.3. La protección específica grupal contra la caries dental en población de riesgo biológico-social, se puede realizar preferentemente con enjuagatorios quincenales o semanales de fluoruro de sodio al 0.2% de manera directa en los centros escolares.

7.3.4. El estomatólogo y el personal de salud deben promover la protección específica individual contra la caries dental mediante el control de placa bacteriana a través del cepillado dental, limpieza interdental y el uso de otros auxiliares, antienzimáticos, mineralizantes, remineralizante y fluoruros de uso tópico.

7.3.5. La protección específica individual contra la caries dental por vía tópica debe realizarse por métodos de uso clínico y para el autocuidado.

7.3.6. Los siguientes métodos de uso clínico deben ser realizados por el odontólogo o personal auxiliar debidamente capacitado:

7.3.6.1. Limpieza bucal profesional, aplicación tópica de fluoruros en gel, solución para enjuagues y/o barniz de acuerdo con la concentración de flúor estipulada en la normatividad vigente; debiendo ser más frecuente en individuos con mayor carioactividad o alto riesgo de caries dental.

7.3.6.2. La aplicación de selladores de fosetas y fisuras en órganos dentarios susceptibles a caries dental.

7.3.7. El personal de salud debe orientar sobre métodos de higiene bucal, en el caso de menores de 6 años de edad o personas discapacitadas, deben ser aplicados o asistidos por los padres o adultos:

7.3.7.1. Para la población infantil que no tenga dientes hacer la limpieza bucal con un paño suave humedecido. Una vez al día.

7.3.7.2. Para la población infantil que presente dientes, hacer limpieza con cepillo suave o con un paño humedecido, por lo menos una vez al día.

7.3.7.3. En los niños de 1 a 6 años de edad, después de cada alimento, se debe realizar el aseo bucal con cepillo de cerdas suaves, y en caso de usar pasta dental fluorurada se hará en cantidad mínima (5mm3, equivalente al tamaño de un chicharo) y bajo la supervisión de un adulto para evitar la ingesta de flúor residual.

7.3.8. Enfermedades Periodontales.

7.3.8.1. Los métodos y técnicas de protección específica individual de uso clínico, deben ser realizadas por el estomatólogo o auxiliar capacitado en el área de la periodoncia e incluye:

7.3.8.1.1. Información sobre las enfermedades periodontales.

7.3.8.1.2. Motivación e instrucción sobre los métodos y técnicas de control de placa bacteriana.

7.3.8.1.3. Aplicación de métodos y técnicas de atención y control de placa bacteriana.

7.3.8.1.4. Eliminación instrumentada de placa bacteriana y cálculo supra y subgingival.

7.3.8.1.5. Sondeo periodontal de rutina en dentición permanente.

7.4. Lesiones de tejidos blandos y duros.

7.4.1. El estomatólogo debe realizar el examen clínico de los tejidos blandos, duros y estructuras adyacentes de la cavidad bucal, en forma periódica para su diagnóstico oportuno a través de:

7.4.2. La detección y eliminación de agentes nocivos de origen físico, químico, biológico y psicológico.

7.4.3. La orientación e instrucción personalizada del autoexamen bucal, para detectar alteraciones.

7.5. Maloclusiones.

7.5.1. El estomatólogo debe orientar a la población sobre la detección y control de hábitos nocivos bucales para evitar las maloclusiones.

7.5.2. En la práctica clínica el estomatólogo debe vigilar la erupción e integridad de la primera y segunda dentición para mantener las dimensiones y relación de las arcadas.

7.5.3. Es responsabilidad del estomatólogo referir aquellos casos que requieran atención especializada.

7.6. Fluorosis Dental.

7.6.1. La protección específica contra la fluorosis dental a nivel masivo, grupal e individual, se basa en el control del uso de fluoruros.

7.6.2. Para una adecuada interpretación de esta Norma los fluoruros se clasifican en sistémicos y tópicos.

7.6.2.1. Fluoruros Sistémicos.

7.6.2.1.1. Todo profesional antes de prescribir, recomendar o implementar el uso de fluoruros sistémicos debe conocer cuál es la concentración natural de fluoruro en el agua, el tipo de sal que se consume en la comunidad en la que reside el paciente, o los grupos de personas a los que se les ministrarán fluoruros sistémicos, previa valoración del riesgo de fluorosis dental.

7.6.2.1.2. La vigilancia sanitaria de la Fluoruración de la Sal para consumo humano es responsabilidad de la Secretaría de Salud y se debe realizar de acuerdo a los lineamientos y procedimientos establecidos por ésta y en la Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA1-1993.

7.6.2.1.3. No se permite el uso de suplementos sistémicos fluorurados en la población, excepto en aquellos pacientes que por su condición patológica no consuman sal yodada fluorurada.

7.6.2.2. Flúor en agua y sal.

7.6.2.2.1. Para las especificaciones sanitarias de flúor en agua y sal para consumo humano referirse a la NOM-040-SSA1-1993 y NOM-127-SSA1-1994.

7.6.2.3. Flúor en tabletas y gotas.

7.6.2.3.1. Sólo deben ser prescritas a través de receta médica, a individuos susceptibles a caries y con flujo salival reducido por condiciones sistémicas alteradas o a la persona que por su patología así lo requiera. En el resto de la población no deben prescribirse.

7.6.2.4. Fluoruros Tópicos.

7.6.2.4.1. En zonas geográficas con fluorosis dental endémica no está contraindicado el uso de fluoruros tópicos.

7.6.2.4.2. Los agentes fluorurados tópicos se deben utilizar para el autocuidado, aplicación profesional y salud pública.

7.6.2.4.3. Para el autocuidado se deben usar los siguientes agentes fluorurados: pastas dentales, palillos dentales, hilo o seda dental, enjuagues bucales, geles y salivas artificiales.

7.6.2.4.4. Para la aplicación profesional se deben utilizar: soluciones, geles, espumas, pastas dentales profilácticas, barnices, y agentes de liberación lenta. En todos los casos, los agentes tópicos de uso profesional deben ser aplicados por el estomatólogo o personal auxiliar de la salud bucal.

7.7. Los agentes fluorurados para aplicación profesional como medida de salud pública se deben utilizar en grupos de alto riesgo a caries dental.

7.8. Agentes fluorurados tópicos para el autocuidado de la salud bucal.

7.8.1. Pastas Dentales Fluoruradas.

7.8.1.1. El estomatólogo debe orientar su uso de la siguiente manera:

7.8.1.2. Las pastas dentales que contengan 550 ppm de fluoruro o menos, deben ser utilizadas en niños menores de 6 años de edad.

7.8.1.3. Las pastas dentales que contengan de 551 a 1500 ppm de fluoruro total deben ser utilizadas por personas mayores de 6 años. En niños menores de esta edad, sólo podrán utilizarse bajo la supervisión de un adulto, evitando su ingestión y empleando como máximo 5 mm².

7.8.2. Colutorios o enjuagues bucales fluorurados.

7.8.2.1. Como medida de salud pública los enjuagues bucales con fluoruro de sodio, se aplicarán bajo la vigilancia de un profesional de la salud bucal.

7.8.2.2. Los enjuagues bucales fluorurados no deben ser utilizados en menores de 6 años.

7.8.3. Geles fluorurados.

7.8.3.1. Los geles fluorurados para el autocuidado de la salud bucal, no deben ser utilizados en menores de 6 años.

7.8.4. Saliva artificial fluorurada.

7.8.4.1. Debe ser utilizada en pacientes con alteraciones sistémicas, Xerostomía, Síndrome de Sjögren, así como en pacientes expuestos a radioterapia y quimioterapia.

7.8.5. Agentes tópicos fluorurados de uso profesional.

7.8.5.1. Como medidas preventivas se aplicarán en el consultorio dental con la utilización de eyector de saliva y vigilancia permanente durante el procedimiento, en niños a partir de los 3 años de edad y pacientes con alto riesgo de caries, a intervalos recomendados de acuerdo al diagnóstico del estomatólogo.

7.8.5.2. Como medida de salud pública, los geles y espumas fluoruradas deben ser aplicadas a partir de los 6 años de edad, semestralmente y bajo la vigilancia de un profesional de la salud bucal.

7.8.6. Pastas dentales profilácticas fluoruradas.

7.8.6.1. Las pastas dentales profilácticas fluoruradas deben ser utilizadas exclusivamente por el profesional de la salud bucal, para la limpieza y pulido de los órganos dentarios.

7.8.7. Barnices sustancias fluoruradas para pincelar.

7.8.7.1. Las sustancias fluoruradas para pincelar se deben aplicar en pacientes con riesgo de caries o alta actividad cariogénica.

7.8.7.1.1. Se deben aplicar cada 3 o 6 meses dependiendo de la susceptibilidad del paciente a la caries dental y de acuerdo al diagnóstico y plan de tratamiento del odontólogo.

7.9. Atención al Paciente Desdentado.

7.9.1. La prevención específica individual de la patología bucal asociada al uso de prótesis dental la debe realizar el estomatólogo o personal de salud bucal capacitado.

8. Medidas básicas de prevención de riesgos

8.1. En la práctica clínica institucional, educativa y privada, el estomatólogo, estudiante de estomatología, técnico y personal auxiliar que brinden servicios de salud bucal deben, prevenir los riesgos de tipo biológico provocados por el contacto con sangre y otros tejidos, como mucosas, piel no intacta y las secreciones corporales, excepto el sudor; con base en las siguientes medidas preventivas deben:

8.1.1. Utilizar, con todo paciente y para todo procedimiento clínico medidas de barrera como son: bata, anteojos o careta y guantes y cubre bocas desechables, para atender a cada paciente; deberán ser utilizadas exclusivamente en el sitio y momento quirúrgico ex profeso.

8.1.1.1. Utilizar para la protección del paciente: babero y campos quirúrgicos desechables y anteojos de protección cuando el caso lo requiera. Las barreras deben mantener su integridad para ser protectoras.

8.1.2. 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.

8.1.3. Usar un par de guantes nuevos con cada paciente. Todos los guantes clínicos serán desechables, de látex u otros materiales, no estériles para operatoria y estériles para cirugía. Se usarán guantes gruesos de hule o nitrilo para lavar material e instrumental.

8.2. Evitar la contaminación cruzada, a través de:

8.2.1. Con todo paciente utilizar el mayor número de artículos desechables como vasos y puntas de eyector y baberos. Estos deberán ser descartados después de un solo uso.

8.2.1.1. En caso de utilizar portavaso o portacono, éste se deberá cambiar y esterilizar con cada paciente.

8.2.2. Proporcionar a todo paciente al inicio de cada sesión clínica, solución antiséptica a fin de realizar colutorios.

8.2.3. Usar un sistema de succión eficiente, así como dique de hule desechable cuando lo permita el procedimiento clínico.

8.2.4. Emplear agujas estériles nuevas y cartuchos de anestesia nuevos con cada paciente; y en caso de sufrir contaminación deberán sustituirse.

8.2.5. Manipular con especial cuidado todo material e instrumental punzocortante, para evitar lesiones accidentales.

8.2.6. Utilizar cubiertas desechables o limpiar y desinfectar con sustancias con actividad tuberculocida entre cada paciente las áreas, expuestas a los aerosoles y salpicaduras, tocadas con guantes, material e instrumentos contaminados, tales como: lámpara de la unidad y de fotocurado, escupidera, aparato de rayos X, cabezal y brecera.

8.2.7. Envolver en paquetes el instrumental y material para su esterilización de acuerdo con las técnicas y equipo a utilizar.

8.2.8. Esterilizar para su uso todo instrumental, material o equipo que penetre tejidos blandos o duros. Así como aquel que se contamine con sangre o cualquier otro fluido corporal. Los desinfectantes con actividad tuberculocida no sirve para tal fin.

8.2.9. Esterilizar y no solamente desinfectar las piezas de mano de alta, baja velocidad así como los contra-ángulos, ya que se contaminan internamente. Del mismo modo se deberán esterilizar o desechar las puntas de la jeringa triple, cureta ultrasónica, fresas y piedras rotatorias, después de utilizarlas con cada paciente. La esterilización debe ser mediante vapor a presión.

8.2.10. Todas las técnicas de esterilización son falibles; por lo que se deben aplicar mensualmente testigos biológicos como control de calidad de los ciclos de esterilización, de acuerdo con la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.

8.2.11. Depositar los desechos punzocortantes potencialmente contaminados como agujas, hojas de bisturí y alambres de ortodoncia en un recipiente de polipropileno color rojo, con separador de agujas, abertura para depósito y tapa que cierre con seguridad; resistente a fractura y punción, así como a pérdida de contenidos al caerse. Deben poder ser destruidos por métodos físicos; contar con la leyenda "RESIDUOS PELIGROSOS PUNZOCORTANTES BIOLOGICO-INFECCIOSOS" y el símbolo universal de riesgo biológico. Estos depósitos se llenarán hasta el 80% de su capacidad.

8.2.12. Separar en la unidad médica o consultorio los residuos peligrosos biológico-infecciosos de acuerdo a su potencial infeccioso conforme a la NOM-087-ECOL-SSA1-2000.

8.3. Arrojar directamente al drenaje los desechos recolectados en el aspirador quirúrgico. Lavar y desinfectar la tarja y los recipientes con hipoclorito de sodio (blanqueador doméstico) diluido 1:10.

8.3.1. Guardar el mercurio residual en frascos de plástico con agua, cerrados herméticamente. Para el destino final referirse a la Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos y a su Reglamento.

8.4. Limpiar y desinfectar los materiales de laboratorio y otros elementos que hayan sido utilizados en el paciente como impresiones, registro de mordida, aparatos protésicos u ortodóncicos, antes de ser manipulados.

8.4.1. Limpiar y desinfectar el mobiliario, equipo y accesorios que entren en contacto con tejidos del paciente antes de enviarlos a mantenimiento o reparación.

8.5. Riesgos Profesionales.

8.5.1. Con el propósito de evitar riesgos profesionales propios de la actividad estomatológica es obligación del estomatólogo, estudiante de estomatología y personal auxiliar:

8.5.1.1. Que tengan contacto con sangre, saliva o secreciones de pacientes por la práctica clínica institucional y privada, aplicarse las vacunas contra la hepatitis B, tétanos, rubéola y sarampión. Para la aplicación de vacunas según exposición y riesgo consultar las especificaciones en la NOM-036-SSA2-2002.

8.5.2. Contar con el consentimiento del interesado, ya sea personal de salud bucal o paciente, para realizar la prueba de detección del VIH conforme a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993.

8.5.3. Los tejidos de lesiones sospechosas serán enviados para su análisis y diagnóstico al laboratorio correspondiente.

8.5.4. Pulir y retirar las obturaciones de amalgama bajo chorro de agua, para evitar la aspiración de polvo y mercurio y así prevenir el riesgo provocado por el mercurio a nivel sistémico.

8.5.5. Cumplir con las recomendaciones señaladas por el fabricante para el uso de productos como mercurio, jabones, anestésicos locales, eugenol, alcoholes y otros para prevenir los riesgos de tipo químico.

8.5.6. Orientar al personal de salud sobre el uso de manguitos o tapones auditivos, así como las ventajas de realizarse audiometrías en forma periódica.

8.5.7. Aplicar los principios de la ergonomía en odontología, para la correcta adaptación física, anatómica y fisiológica del personal con su equipo y área de trabajo, para prevenir los riesgos de fatiga, várices y osteoarticulares provocados por problemas posturales.

8.5.8. Proporcionar primeros auxilios, a quien sufra lesiones accidentales con instrumental o material contaminado en el área estomatológica, de acuerdo a la NOM-010-SSA2-1993.

9. Expediente clínico

9.1. El estomatólogo es el responsable de elaborar el expediente clínico, que debe expresarse en lenguaje técnico estomatológico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras o tachaduras.

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

9.1.1.1. Identificación del consultorio o unidad.

9.1.1.2. Nombre del estomatólogo.

9.1.1.3. Identificación de la Institución o Consultorio. Especificar: Nombre, tipo y ubicación.

9.1.1.4. Identificación del paciente. Como mínimo: Nombre completo, sexo, edad, domicilio y lugar de residencia.

9.2. Historia clínica que contenga:

9.2.1. Interrogatorio.

9.2.2. Factores de riesgo conforme a características de la zona donde habita, nivel socioeconómico, accesibilidad a los servicios, de higiene, hábitos bucales y de alimentación.

9.2.3. Antecedentes heredo-familiares.

9.2.4. Antecedentes personales patológicos.

9.2.5. Antecedentes personales no patológicos.

9.2.6. Aparatos y sistemas.

9.2.7. Exploración física que consta de: cavidad bucal, cabeza, cuello y registro de signos vitales.

9.2.8. Motivo de la consulta.

9.2.9. Padecimiento actual.

9.2.10. Odontograma inicial, debe referirse a la situación en la que se presenta el paciente.

9.2.11. Odontograma de seguimiento y es el mismo que el final, debe referirse a la situación de alta del paciente.

9.2.12. Estudios de gabinete y laboratorio (en caso de que se requiera).

9.2.13. Diagnóstico.

9.2.14. Fecha.

9.2.15. Nombre y firma del estomatólogo, del paciente o representante legal del paciente.

9.3. Notas de evolución. Se debe elaborar cada vez que se proporcione atención al paciente y consta de: fecha y actividad realizada con nombre y firma del estomatólogo, del paciente o representante legal del paciente.

9.3.1. Incluir en la historia clínica: Nota Tratamiento e indicaciones estomatológicas, en el caso de medicamentos señale dosis, vía y periodicidad.

9.4. Nota de interconsulta (en caso de que se realice), debe elaborarla el estomatólogo y debe constar de:

9.4.1. Nombre a quien se dirige,

9.4.2. Criterios de diagnóstico,

9.4.3. Estudios de gabinete y laboratorio,

9.4.4. Sugerencias de diagnóstico y tratamiento.

9.5. Carta de consentimiento bajo información debe expresarse en lenguaje sencillo sin usar terminología técnica, es revocable mientras no inicie el procedimiento y no obliga al estomatólogo a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado al paciente.

9.5.1. El estomatólogo debe obtener cartas de consentimiento bajo información adicional a la prevista cuando el procedimiento lo requiera.

9.5.2. La Carta de consentimiento bajo información debe contar como mínimo:

9.5.2.1. Nombre del paciente.

9.5.2.2. Nombre de la institución.

9.5.2.3. Nombre del estomatólogo.

9.5.2.4. Diagnóstico.

9.5.2.5. Acto autorizado de naturaleza curativa.

9.5.2.6. Riesgos.

9.5.2.7. Molestias.

9.5.2.8. Efectos secundarios.

9.5.2.9. Alternativas de tratamiento.

9.5.2.10. Motivo de elección.

9.5.2.11. Mayor o menor urgencia.

9.5.2.12. Lugar y fecha donde se emite.

9.5.2.13. Autorización al estomatólogo para atención de contingencias y urgencias, derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad de prescripción.

9.5.2.14. Nombre completo y firma del estomatólogo, paciente y testigos.

9.6. Hoja de egreso voluntario. Se debe realizar cuando el paciente decide no continuar con la atención del estomatólogo con plena conciencia de las consecuencias que dicho acto pudiera originar y debe integrarse conforme a lo señalado en la NOM-168-SSA1-1998.

10. Registro y notificación epidemiológica

10.1. Los estomatólogos de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, así como las organizaciones educativas y asociaciones gremiales, son los responsables de notificar problemas emergentes bucales a las áreas epidemiológicas de los servicios de la Secretaría de Salud.

10.2. La notificación de los casos diagnosticados, deberán efectuarse siguiendo los lineamientos señalados en la NOM-017-SSA2-1994.

10.3. El registro y notificación de las patologías bucales se llevará a cabo mediante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucleales.

11. Concordancia con normas internacionales y mexicanas

Esta Norma no es equivalente con alguna norma internacional o mexicana, por no existir referencia al momento de su elaboración.

12. Bibliografía

12.1. Ley General de Salud.

12.2. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

12.3. Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

12.4. Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

12.5. Ley General de Educación.

12.5. Ferjerskov O. Changing Paradigms in Concepts on Dental Caries: Consequences for Oral Health Care. Caries Res 2004; 182-191.

12.6. Stephan K.W. Mc Call DR. Tullis JL. Caries Prevalence in Northern Scotland before and 5 years after water defluoridation. Brit Dent J. 1987; 324-326.

12.7. Friedenthal M. Diccionario de Odontología 2a. Edición Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires, Argentina.1996.

12.8. OMS. Serie de Informes Técnicos. Los Fluoruros y la Salud Bucodental. Ginebra.1999.

12.9. Axelsson P. An introduction to risk prediction and preventive dentistry. Germany. Quintessence, 1999: 77-103.

12.10. SSA. Lineamientos para dosificación de fluoruro Sistémico Bases Fisiológicas. Dirección General de Medicina Preventiva. México.1991.

12.11. Newbrun. Fluoride Supplementation. Time for a new dosage schedule, 13a. Sesión de la Asociación Dental Americana, San Francisco, California. 6-10 Nov., 1993.

12.12. Bratthall T. D. Glantz P O J. Lindhe JT. Tissue Preservation in Caries Treatment. Great Britain: Quintessence. 2001: 19-25.

12.13. Murray JJ, Naylor MN. Fluorides and dental caries In: Prevention of Oral Disease. 3rd. Edition. Oxford University Press. Great Britain. 1999: 32-67.

12.14. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for Infection Control in Dental Health-Care Setting. Morbidity Mortality Weekly Report. 2003; 52: 1-61.

12.15. Acosta Gío E. Herrero Farías A. Mata Portugués V.H. El cloruro de benzalconio: inaceptable para esterilizar o desinfectar instrumental médico o dental. Salud Pública, México. 2001; 43:570-3.

12.16. World Health Organization. Oral Health Surveys. Basic Methods. Geneva. 1997; 4th ed.

12.17. World Health Organization. Fluorine and Fluorides. Geneva. 1984.

12.18. Ekstrand J. Enhancing Effects of Fluoride In: Cariology for the Nineties. University of Rochester Press. USA. 1993: 409- 20.

12.19. De Paola P F. Reaction: The use of topical and systemic fluorides in the present era. J. Public Health Dent.1991; 51: 48-52.

12.20. Eversole RL. Patología Bucal, Diagnóstico y Tratamiento. Ed. Médica Panamericana, México. 1990.

12.21. Thylstrup A, Fejerskov O. Textbook of Clinical Cariology. 2nd Ed. Munksgaard. Copenhagen. 1994. 259-281.

12.22. Harris NO. García- Godoy F. Odontología Preventiva Primaria. Ed. El Manual Moderno. México. 2001:161-192.

12.23. Naccache H. Simard PL. Trahan L. Brodeur JM. Demers M. Lachapelle D. Factors affecting the ingestion of fluoride dentifrice children. J. Public Health Dent. 1992. 52: 222-6.

12.24. Nikiforuk G. Caries Dental, Aspectos Básicos y Clínicos. Ed. Mundi. SAJC y F. Argentina.1986.

12.25. Organización Mundial de la Salud. Estrategia regional de salud bucodental para los años noventa.

Sistema y Servicios de Salud. Programa Regional de Salud BucoDental. 1990.

12.26. Organización Mundial de la Salud. Programa Regional de Salud Oral. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. 1998.

12.27. Marthaler TM. Age- Adjusted limits of fluoride intake to minimize the prevalence of fluorosis. J. Biol. Buccale. 1992 Vol. 20:2: 121-7.

12.28. New Fluoride Guidelines proposed. American Dental Association. 1994. 125:4: 366.

12.29. Changing patterns of fluoride intake current regulations and recomendations concerning water fluoridation, fluoride supplements and topical fluoride agents. J Dent Res. 1992;7: 1255-65.

12.30. WHO Expert Committee on Oral Health Status and Fluoride Use. Fluorides and Oral Health. 1994 Series, 846.

12.31. Cuenca Sala E. y Col. Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios, Métodos y Aplicaciones. Ed. Masson. 2005.

12.32. Programa Nacional de Salud 2001-2006. Secretaría de Salud.

12.33. K.G. Köing. Clinical Manifestations and treatment of Caries from 1953 to Global Changes in the 20th Century. Caries Res. 2004; 38: 168 -72.

12.34. Colimon KM. Fundamentos de Epidemiología. Ed. Díaz de Santos. Madrid, 1990: 53.

13. Observancia de la Norma

La vigilancia del cumplimiento de esta Norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas en sus respectivos ámbitos de competencia.

14. Vigencia

La presente Norma Oficial Mexicana entrará en vigor al día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

México, D.F., a 16 de mayo de 2007.- El Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, **Mauricio Hernández Avila**.- Rúbrica.