



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CARRO ROJO COMO REQUISITO MÍNIMO DE
INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO EN LA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. UNAM. 2015

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

JUAN ANTONIO GONZÁLEZ GASPAR

TUTORA: Mtra. ARCELIA FELÍCITAS MELÉNDEZ OCAMPO

ASESOR: Mtro. GABRIEL PIÑERA FLORES

MÉXICO, D.F.

2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

A mis padres que me apoyaron para comenzar esta licenciatura con su esfuerzo y dedicación durante estos años.

A mis hermanos que también fueron parte fundamental para poder lograr esta meta.

A Liliana y a nuestro hijo Santiago que son mi motor y mi motivación para seguir logrando mis objetivos y que me enseñaron que por mas difícil que parezca siempre se puede lograr lo que uno se propone los amo con todo mi corazón.

A mi tutora la maestra Arcelia Meléndez por su paciencia y dedicación para lograr terminar esta tesina.

A mi asesor el maestro Gabriel Piñera por compartirme parte de sus conocimientos y brindarme su amistad.

A mi Alma Mater la UNAM por abrirme sus puertas para lograr los conocimientos a nivel licenciatura en la Facultad de Odontología donde han pasado los mejores años de mi vida

ÍNDICE

| | Paginas |
|------------------------------------|---------|
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 4 |
| 2. ANTECEDENTES..... | 5 |
| 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 23 |
| 4. JUSTIFICACIÓN..... | 24 |
| 5. OBJETIVOS..... | 25 |
| 5.1 General | |
| 5.2 Específicos | |
| 6. METODOLOGÍA..... | 26 |
| 6.1 Material y método | |
| 6.2 Tipo de estudio | |
| 6.3 Población y estudio | |
| 6.4 Muestra | |
| 6.5 Criterios de inclusión | |
| 6.6 Variables de estudio | |
| 6.7 Análisis de la información | |
| 7. RESULTADOS..... | 28 |
| 8. CONCLUSIONES..... | 33 |
| 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 34 |
| Anexos..... | 37 |

1. INTRODUCCIÓN

Sin duda, una de las preocupaciones en las instituciones prestadoras de servicios a la salud es preservar la vida de los pacientes pero eventos como el infarto, el descontrol de la presión arterial o el choque anafiláctico tienen elevada probabilidad de presentarse y es de vital importancia contar con formación profesional para responder a una urgencia.

A nivel internacional es reconocida la importancia del carro rojo y más por su utilidad en paro para llevar a cabo reanimación cardiaca y los manuales existentes a nivel hospitalario enfatizan que el personal médico y de enfermería deben conocer su correcto manejo y equipamiento y la forma de conservar medicamentos de uso inmediato.

La práctica odontológica no está exenta de que un paciente desarrolle una urgencia y cuando esto sucede en una institución formadora de recursos humanos son los profesores los que responden de forma inmediata con apoyo de los alumnos lo cual, constituye un aprendizaje más para los a alumnos.

2. ANTECEDENTES

Con el objetivo de evaluar tanto el conocimiento del manejo del carro rojo así como el de los medicamentos que debe contener se han adelantado algunas investigaciones como la de Da Silva y col. Que menciona se realizó una investigación para saber si los carros rojos o carros de emergencia del mayor hospital de urgencias de Rio Grande do Norte de Brasil contaba con los materiales y medicamentos especificados por la Sociedad Brasileña de Cardiología (SBC), y en conclusión los resultados de 16 carros de emergencia (CE) el 100% tenían deficiencias en la disponibilidad de materiales esenciales y estos resultados fueron semejantes a los que se obtuvieron en Pernambuco en que todos los carros de emergencia presentaron fallos y en México donde el 90% de los carros de emergencia presentaban deficiencias.

En cuanto a los materiales de vías aéreas, la mayoría de los carros de emergencia tenía todos los tamaños de tubo endotraqueal, sin embargo ninguno de los carros de emergencia presento cánula nasal tipo gafas y solo el 16.66% tenían todos los tamaños de la cánula de aspiración y se determino que ninguno de los carros de emergencia analizados corresponde a los patrones propuestos por la SBC teniendo la deficiencia de artículos imprescindibles para la atención inmediata al Paro Cardio Respiratorio, probablemente a la falta de un protocolo de comprobación de los carros de emergencia.¹¹

En la FES Iztacala Tolosa Sánchez y col. realizaron encuestas en las clínicas periféricas de atención odontológica de Iztacala, Aragón, Cuauhtepac y Ecatepec con la intención de saber si el personal docente que labora en estas clínicas cuentan con la capacitación adecuada para actuar en momentos de emergencia y la aplicación de RCP y comparación de los carros rojos y ubicación dentro de las clínicas.

Al realizar las encuestas se determinó que la mayoría del personal no cuenta con los conocimientos necesarios para la aplicación de RCP y que solo una de las clínicas que es la clínica periférica de Aragón cuenta con un carro rojo y las clínicas periféricas de Ecatepec, Cuauhtepac solo cuentan con un botiquín de primeros auxilios en Iztacala no hay ni carro rojo ni botiquín de primeros auxilios.

Los resultados de la encuesta de este artículo fueron los siguientes:

El 85% de los docentes que accedieron a responder las encuestas, han tomado el curso aunque no lo han tomado cada año.

Casi la totalidad de los encuestados opina que según sus conocimientos serían capaces de aplicarlos en caso de una emergencia.

El 85% de los encuestados tiene perfectamente clara la utilidad del carro rojo en caso de alguna emergencia, estos mismos conocen los medicamentos mínimos con lo que debe de contar un carro rojo, y en su mayoría saben el uso de cada uno de los medicamentos.

Podemos darnos cuenta que la mayoría de los docentes no están bien informados en cuanto a los números telefónicos de emergencia, ya que sólo el 28% de los encuestados supieron decirlos, además de que tampoco conocen los lugares más cercanos a los cuales hay que acudir en alguna emergencia.¹¹

Los carros de cada Clínica en cuanto a los medicamentos necesarios esta de la siguiente manera:

ARAGÓN CLÍNICA 1: Cuenta con medicamentos incompletos y caducados.

CLÍNICA 2: Cuenta con todos los medicamentos básicos y no están caducados.

CUAUTEPEC: Cuenta con medicamentos incompletos y caducados, y existe una guía para el uso de medicamentos

ECATEPEC: Cuenta con todos los medicamentos necesarios y en buen estado, y cabe señalar que todos los medicamentos están bien ordenados para alguna situación específica. ¹¹

Como podemos observar en los resultados de esta investigación en la FES Iztacala la mayoría de los docentes no sabrían como actuar en caso de una emergencia mayor como lo es un Paro Cardio Respiratorio por lo cual se puede poner en riesgo la vida del paciente.

En la consulta dental pueden surgir inconvenientes que pueden poner en riesgo la vida del paciente como es el caso de un paro cardio – pulmonar que es la combinación de dos condiciones que ponen en peligro la vida humana: se interrumpe la respiración y los latidos del corazón¹⁴ o un shock anafiláctico que son de los problemas de salud que más se pueden presentar en la consulta odontológica debido al uso de anestésicos y receta de medicamentos que debemos saber si el paciente presenta algún tipo de alergia o si está comprometido en su salud al momento de hacer la anamnesis debemos saber esto.³

Pero los problemas se pueden presentar sin aviso incluso cuando ya sabemos si el paciente es de riesgo o no, para eso debemos mantenernos capacitados para saber actuar en dichas situaciones junto

con nuestro personal, mantenernos actualizados en cursos de RCP que es el acrónimo de Reanimación Cardio- Pulmonar o Resucitación Cardio- Pulmonar; es una combinación de dos diferentes técnicas que son ventilaciones de rescate y masajes al corazón. Se realiza con el fin de proveer al cuerpo de una víctima de respiración y circulación de sangre oxigenada.¹⁴

Contar con un botiquín de primeros auxilios que debemos revisar constantemente ya que gran parte de los medicamentos con lo que se debe contar son caducables y tenemos que estarlos cambiando constantemente puede ser la diferencia entre poder estabilizar a un paciente en lo que llegan los cuerpos de emergencia o que se agrave el problema hasta incluso poder provocar la muerte del paciente .³

El carro rojo, carro de emergencias o carro de paro, que junto con el botiquín de primeros auxilios es un instrumento indispensable que debe estar presente en las instituciones que brindan servicios de salud en este caso la Facultad De Odontología en sus diferentes áreas clínicas ya que el paciente se encuentra expuesto a varias situaciones debido a que se somete a estrés por los tratamientos dentales al uso de anestésicos locales y a las diversas enfermedades que puede presentar.

En 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.

Se menciona en su punto:

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.¹⁸

por tal motivo como estomatólogos debemos conocer de que esta compuesto un carro rojo y un botiquín de primeros auxilios, sus características y los medicamentos que deben de tener como mínimo de acuerdo a la normatividad vigente.

La NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

Que en su punto:

4.3. Habla del Botiquín de urgencias, a los materiales indispensables para la atención de urgencias médicas.¹⁷

CARRO ROJO

La NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-013-SSA2-2006, para la prevención y control de enfermedades bucales hace referencia a la presencia del carro:

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.^{1, 8}

EI REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA menciona lo siguiente:

ARTÍCULO 63.- Los consultorios deberán contar con un botiquín de urgencia con los insumos que establezcan las Normas Técnicas que emita la Secretaría.¹

- **CARACTERÍSTICAS:**

El carro rojo debe contar con las siguientes características para cumplir con la normatividad.

- Carro rodable de material plástico de alto impacto con dimensiones no mayores de una longitud de 90cm, anchura 60cm, altura 90cm.
- Con manubrio para su conducción.
- Cuatro ruedas giratorias y sistema de freno por lo menos en dos de sus ruedas.
- Protectores para amortiguar los choques.
- Superficie para colocar el equipo de monitoreo continuo.
- Área para la preparación de medicamentos y soluciones parenterales.
- Con cuatro compartimentos como mínimo: dos con divisores de material resistente y desmontables para la clasificación y separación de medicamentos, cánulas de intubación y material de consumo.
- Con mecanismos de seguridad de cerradura general para todos los compartimentos.
- Soporte para la tabla de compresiones cardiacas externas.
- Soporte resistente y ajustable para tanque de oxígeno.
- Poste de altura ajustable, para infusiones.⁴

Imagen 1
Carro rojo y sus características.



Fuente: Comisión de asesoría legal odontológica.

- **OBJETIVO:**

Concentra de manera ordenada el equipo, material y medicamentos para iniciar oportuna y adecuadamente las maniobras de reanimación cardiopulmonar y cerebral. Contiene los siguientes elementos: equipo de intubación orotraqueal, de ventilación manual, desfibrilador, monitor con cardioversión y marcapaso externo traslucáneo.

- **UBICACIÓN**

En lo concerniente a la ubicación, este debe estar en un sitio de fácil acceso, donde se pueda maniobrar su movilización hacia la sala de los pacientes y cerca de una toma de corriente.

- **EQUIPO PARA EMERGENCIAS CON EL QUE CUENTA EL CARRO ROJO**

- **Compartimento superior:**

- Cardioscopio para medir la frecuencia y arritmias cardíacas. Un desfibrilador-cardiovector, desfibrilador, monitor de presión no invasiva DINAMAPP y oxímetro de pulso.

- **Parte externa Lateral Derecho:**

- Tanque de oxígeno con manómetros y humidificador. El tanque de oxígeno con manómetro debe estar lleno para su uso y de preferencia debe existir la llave para su apertura.

- **Parte Posterior:**

- Tabla de reanimación puede ser de madera o de acrílico, de preferencia se tomará en cuenta el tamaño, de acuerdo al tipo de pacientes (adulto y pediátrico) del servicio.¹

Imagen 2
Parte superior externa del carro



*Fuente: Manual de equipamiento de carro rojo,
Instituto de salud del Estado de México.*

Imagen 3
Parte posterior del carro rojo.



*Fuente: Manual de equipamiento de carro rojo,
Instituto de salud del Estado de México.*

Medicamentos básicos:

Medicamentos cardiovasculares

- Dopamina.
- Adrenalina.
- Dobutamina (Dobutrex).
- Atropina.
- Noradrenalina (Levophed).
- Efedrina.
- Nitroglicerina (Tridill).
- Isosorbitina (Isodril).
- Vasopresina (Pitresin).¹

Imagen 4
Cajón de medicamentos
cardiovasculares.



*Fuente: Manual de equipamiento de carro rojo,
subdirección de atención médica.
Instituto de salud del Estado de México.*

Bloqueantes beta y antihipertensivos

- Esmolol (Bevribloc).
- Propranolol (Inderal).
- Atenolol (Tenormin).
- Diltiazem (Tilazem).
- Verapamil (Manidon).
- Clonidina (Catapresan).
- Nifedipina (Adalat).
- Nitroprusiato (Nipride).

Anti arrítmicos:

- Amiodarona (Trangorex).
- Lidocaína.
- Dogoxina.
- Procainamidad.

Analgésicos y Sedantes:

- Tiopental Sódico.
- Diazepan (Valium).
- Midazolam (Doricum).
- Propofol (Diprivan).
- Difenilhidantoinato (Epamin).
- Naloxona (Narcan).
- Nalbufina (Nubain).
- Flumaceniil (Lanexate).
- Morfina.
- Fentanyle.

Relajantes musculares:

- Succinil Colina (Scoline).
- Bromuro de Vecuronio (Norcuron).¹

Otros medicamentos:

- Hidrocortisona (Solucortef).
- Metilprednisolona (Solumedrol).
- Dexametasona (Decadron).
- Furosemida (Laxis).
- Teofilina (Aminofelina).
- Ranitidina (Zantac).
- Heparina Sódica.
- Sulfato de Magnesio (MgSO₄).
- Cloruro de Potasio (KCl).
- Bicarbonato de Sodio (NaHCO₃).

Imagen 5
Cajón con bolsas para reanimación y
soluciones endovenosas.



*Fuente: Manual de equipamiento de carro rojo, subdirección de atención médica.
Instituto de salud del Estado de México.*

Soluciones Cristalinas:

- Solución Fisiológica al 0.9%.
- Ringer Lactato- Dextrosa al 5% y 10%.
- Manitol al 18%.
- Soluciones Glucofisiologicas al 0.45%.
- Solucelh.²

Bandeja de laringoscopio

- Lanringoscopios Rectos y Curvos #1, 2,3 y 4.
- Tubos Oro traqueales #6,6.5, 7,7.5, 8,8.5, 9,9.5, 10.
- Mascara Laríngea #1, 2,3 y 4.
- Cánulas de Mayo.
- Guiadores.
- Pinza de Maguill.
- Cánula de Yankahuer.
- Sondas de Aspiración.
- Lidocaína en Spray.

Equipo de infusiones:

- Micro goteros.
- Macro goteros.
- Catéteres intravenosos #16, 18,20 y 22.
- Guantes no Estériles y Estériles.
- Jeringas de 3cc, 5cc, 10cc y 20cc.

Equipo de Oxigenación:

- Fuente de Oxigeno de Pared con Adecuada Presión.
- Ambú - Mascaras de Oxigeno (Vertimask).
- Cánulas Nasaes de Oxigeno (Bigotes).²

Imagen 6
Cajón con cánulas y laringoscopio
con hojas.



Fuente: Manual de equipamiento de carro rojo, subdirección de atención médica. Instituto de salud del Estado de México.

Imagen 7
Cajón con material de consumo.



Fuente: Manual de equipamiento de carro rojo, subdirección de atención médica. Instituto de salud del Estado de México.

NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA1-2010, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

Apéndice H Normativo

Materiales, Medicamentos, e instrumental para el Botiquín de Urgencias.¹⁷

| DESCRIPCIÓN |
|-----------------------------------|
| MATERIAL DE CURACIÓN |
| Apósitos |
| Gasas |
| Algodón 500g |
| Sutura Nylon 000 |
| Tela Adhesiva |
| Vendas Elásticas diversas medidas |
| Jeringas diversas medidas |

| |
|--|
| Vendas de Yeso |
| Guantes de hule estériles |
| Campos Estériles |
| MEDICAMENTOS DEL CATALOGO DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL |
| De uno a tres de los genéricos correspondientes |
| Para desinfección |
| Para anestesia local |
| Para Cardiología |
| Para analgesia |
| Para inmunoalergias |
| Para intoxicaciones |
| Para psiquiatría |
| INSTRUMENTAL |
| Mango de bisturí |
| Hojas de bisturí |
| Pinzas de campo |
| Pinzas de disección sin dientes |
| Pinzas de disección con dientes |
| Pinzas de Kelly rectas |
| Pinzas de Kelly curvas |
| Porta agujas |
| Tijeras quirúrgicas rectas |

Equipo y medicamentos básicos y esenciales. Se recomienda mantener solamente lo que sepamos utilizar y localizar y el personal auxiliar debe estar entrenado para asistirnos.

Dentro del equipo esencial que debemos tener en una clínica están: el equipo de oxígeno, bolsa de Ambu para respiración, estetoscopio y baumanómetro, bolsas pequeñas, cánulas oro o nasofaríngeas, pinzas hemostáticas, agujas, escalpelos o un cricotiroidotomo.

Este equipo es importante ya que la mayoría de las urgencias son por dificultad cardiovascular o respiratoria en la que se requiere presión positiva de aire y oxígeno y liberación de las vías aéreas. Los medicamentos en un carro de emergencia deben ser seleccionados por las urgencias que anticipemos y sólo debemos mantener un medicamento para cada acción terapéutica deseada y en una forma ordenada: epinefrina, ampollas de 1ml con 1mg/ml, 1:1,000, subcutánea, para un shock anafiláctico. Diazepam, ampollas de 2ml con 5mg/ml, IM o IV, para ataques convulsivos o post hiperventilación. Naloxone ampollas de 1ml con 0.4mg/ml IV, antagonista de los narcóticos como el demerol (sedación intravenosa). Hidrocortisona 100mg/2ml IM O IV, para la recurrencia del shock anafiláctico. Difenhidramina cápsulas de 50mg y ampollas de 50mg/ml, p.o. e IM respectivamente, se indica para reacciones alérgicas menores con las cápsulas y si son mayores vía parenteral. Solbutamol, aerosol bucal, ante un ataque leve de asma en el consultorio. Teofilina viales de 250mg/20ml IV, para un ataque severo de asma. Nitroglicerina, tabletas sublinguales, parches o cremas cutáneas, en caso de que el paciente olvide sus pastillas al ir a su cita dental y ocurra una angina de pecho. Vapores de amoníaco estimulante respiratorio de utilidad ante un síncope. Dextrosa al 50%, viales de 100ml, IV o paquetes de azúcar refinada, para un diabético descompensado presenta un cuadro hipoglucémico tanto el azúcar disuelto en agua, si esta conciente o la dextrosa al 50% por vía IV pueden hacer reaccionar al paciente. Dextrosa al 5%, unidades de 500ml, junto con un equipo de

venoclisis y agujas intravenosas, para hidratar al paciente y administrar medicamentos IV .

Todos estos equipos y medicamentos se pueden deteriorar o expirar por lo que debemos ejecutar un sistema de revisión anual de su frescura y funcionamiento.

Las metas en el manejo de las urgencias médicas en la clínica dental son: reconocer el problema, detener la patología, mantener los signos vitales, evitar la pérdida del conocimiento y transportar a un centro médico especializado para una completa evaluación y terapia del problema.³

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las urgencias tienen gran probabilidad de presentarse en los consultorios médico, médico veterinario y odontológico y son aquellas que se pueden presentar adjudicables al profesional o en su defecto a variables pertenecientes al paciente.

En México existen normas de observación obligatoria, tal es el caso de la NORMA Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica y la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales que especifican medidas preventivas factibles de ser aplicables en presencia de eventos adversos, en este sentido, la NOM 027 menciona la necesidad de contar con el carro rojo el cual debe contar con determinados medicamentos y equipo como es el caso de la reanimación cardio-pulmonar pero las necesidades hospitalarias difieren en mucho de lo que se puede presentar en la consulta odontológica.

La Facultad de Odontología de la UNAM como institución formadora de recursos humanos para la salud. día a día tiene la probabilidad de que las urgencias se presenten debido al número de individuos que se presentan a solicitar atención dental y no se cuenta con al menos un carro rojo disponible para solucionar las emergencias, la información no está disponible y probablemente el profesorado no maneja el concepto.

4. JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta que los profesores de la Facultad de Odontología de la UNAM forman académicamente a los alumnos dentro del marco de la prevención la aplicación de una encuesta de opinión sobre el conocimiento que tienen sobre la necesidad de contar con un carro rojo además del conocimiento sobre la normatividad mexicana permitirá proponer no la presencia de un carro rojo sino la inclusión de un botiquín de primeros auxilios y la necesidad de un curso de actualización sobre técnicas de primeros auxilios para que a su vez los profesores puedan transmitir conocimientos significativos y necesarios para el alumno.

5. OBJETIVOS

5.1 GENERAL

Determinar los conocimientos y práctica que tienen una muestra de profesores de la Facultad de Odontología respecto a la utilización del carro rojo como requisito mínimo de infraestructura y equipamiento.

5.2 ESPECÍFICOS

1. Determinar los conocimientos y actitudes que sobre uso y beneficios tiene el carro rojo.
2. Identificar el número de clínicas que cuentan con el carro rojo y los materiales que en ellos se encuentran.
3. Determinar la proporción de profesores que cuentan con un curso de RCP.

6. METODOLOGÍA

6.1 MATERIAL Y MÉTODO

Con el objetivo de conocer algunos aspectos referentes al uso del carro rojo se llevó a cabo un sondeo de conocimientos y actitud donde participaron 30 profesores que imparten asignaturas como: cirugía, odontología preventiva y salud pública, periodoncia, exodoncia y en el consultorio de emergencias.

A cada uno de los profesores de 5 diferentes áreas se les solicitó contestar una encuesta de manera anónima que pedía colocar su edad y sexo, con 7 preguntas y cada una de ellas con 3 respuestas que eran: de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo y en desacuerdo, diseñadas bajo el esquema de Likert que se caracteriza por ser una escala aditiva y que refleja el conocimiento o la actitud sobre la importancia que reviste la importancia del Carro Rojo en una institución formadora de recursos humanos.

La información se capturó utilizando el programa Excel y la información se presenta en distribuciones porcentuales.

La encuesta se diseñó teniendo en cuenta puntos importantes sobre el objeto de estudio contemplados en la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-013-SSA2-2006, para la prevención y control de enfermedades bucales y la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.

6.2 TIPO DE ESTUDIO

Estudio transversal

6.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

- Profesores de la Facultad de odontología

6.4 MUESTRA

- 30 Profesores

6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Profesores adscritos a la Facultad de odontología campus CU
- Profesores del turno matutino y vespertino

6.6 VARIABLES DE ESTUDIO:

- Conocimientos, actitudes y prácticas que sobre manejo del carro rojo

6.7 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

- La información se presentara en función de promedio por sexo y promedio de respuestas.

7. RESULTADOS

En el presente estudio participaron 30 profesores de la Facultad de Odontología adscritos a la división de estudios profesionales, el 15% correspondió al sexo femenino y el 15% al masculino. El promedio de edad en las mujeres fue de 39.9 años y el de los barones fue de 41.5 años.

Las especialidades de: Cirugía, Odontología preventiva y salud pública, Periodoncia, Exodoncia y en el Consultorio de Emergencias.

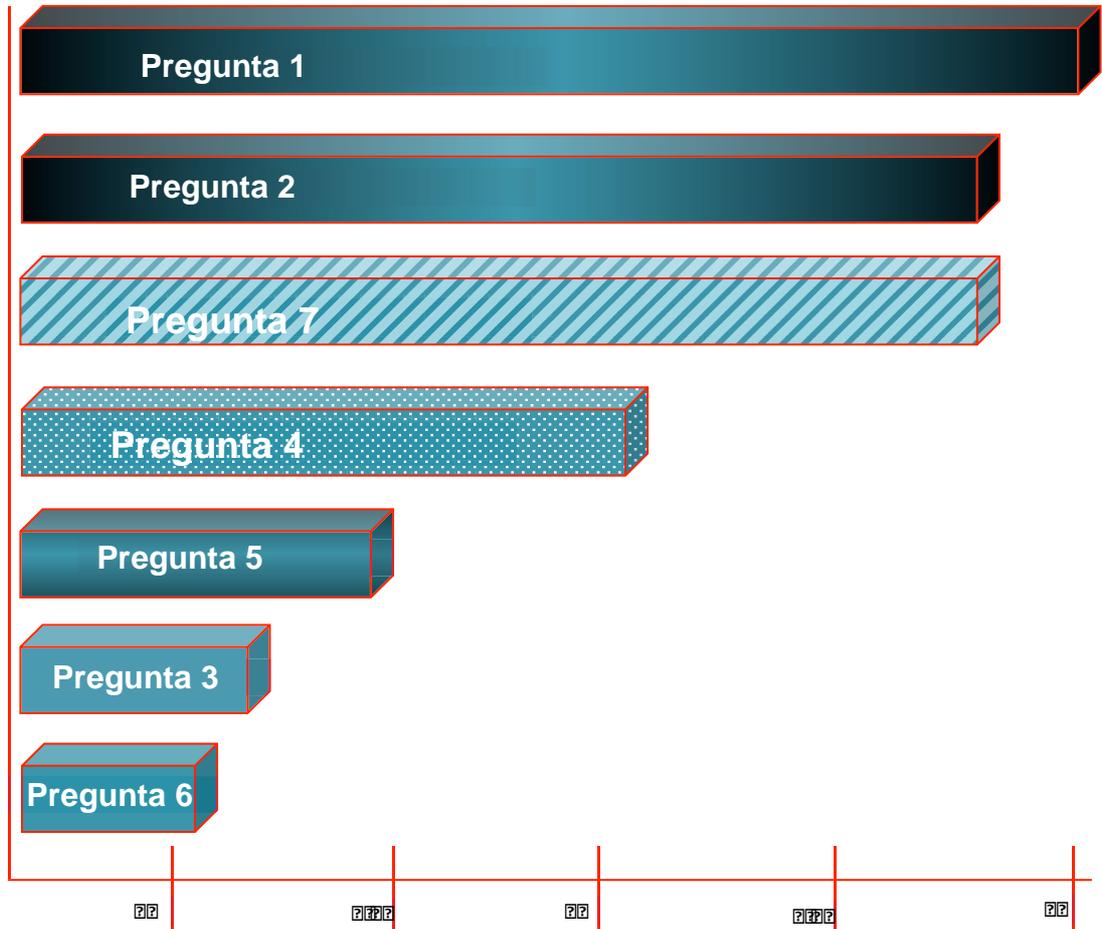
Estuvieron representadas con el 20% de encuestados cada una, las respuestas y el promedio de puntaje por cada una se presentan en la tabla 1:

| Tabla 1 Distribución promedio por ítem sobre conocimiento y actitud. | | |
|---|--|---------|
| No. | Preguntas | Puntaje |
| 1 | El cirujano dentista, como integrante del grupo de los profesionales de la salud debe contar con capacitación profesional para manejar los medicamentos de carro rojo en determinados eventos adversos derivados en la práctica clínica. | 3 |
| 2 | El objetivo de contar con el carro rojo en las unidades clínicas en prevenir eventos adversos derivados de la práctica clínica. | 2.9 |
| 3 | Aspirina, Alcohol, Guantes, Antisépticos, Gasas, Estetoscopio, Baumanometro y Ungüento; deben estar presentes en el | 1.3 |

| | | |
|---|--|-----|
| | carro rojo como necesidad mínima | |
| 4 | Es obligatorio como equipamiento mínimo que en carro rojo estén presentes: Estetoscopio, Baumanómetro, Suero fisiológico y Suero anti-alacránico. | 2.1 |
| 5 | En caso de que se presente un síncope en la clínica dental es necesario contar con un carro rojo para suministrar anticonvulsivos. | 1.5 |
| 6 | Síncope vasopresor, síndrome de hiperventilación, convulsiones, hipotensión ortostática, reacciones alérgicas, insuficiencia renal, anafilaxia, crisis asmática, <i>angor pectoris</i> , infarto agudo de miocardio, sobredosis, hipoglicemia, accidente vascular cerebral; son urgencias médicas que se presentan con mayor frecuencia en una clínica dental. | 1.2 |
| 7 | El odontólogo y su personal deben estar capacitados y mantenerse entrenados en: reanimación cardiopulmonar, abertura de vías aéreas obstruidas, protocolo de manejo de medicamentos y equipo y de transporte del paciente al centro médico. | 2.9 |

A continuación se presenta la distribución promedio de puntaje individual de forma gráfica para apreciar mejor las preguntas donde se tiene menos conocimiento.

Gráfica 1
Distribución del puntaje individual promedio por pregunta.



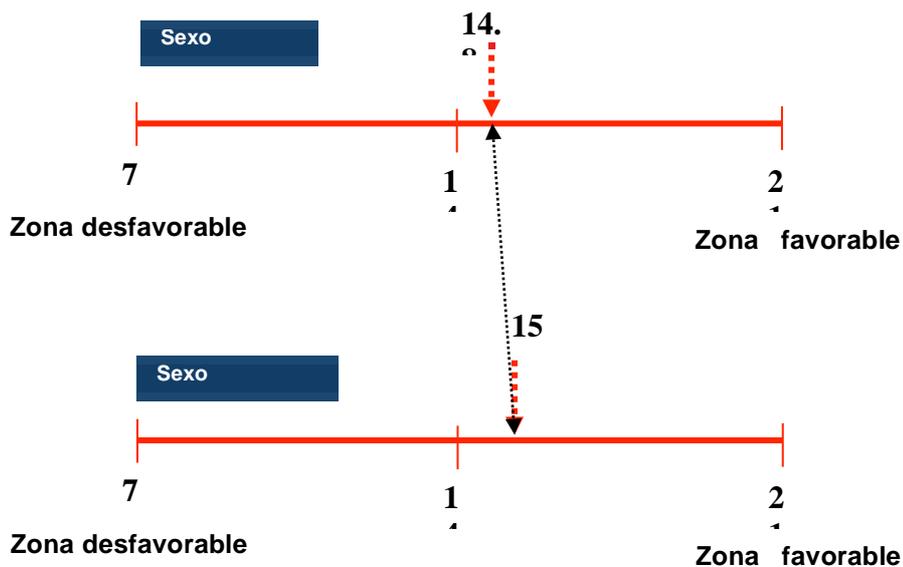
1. **El cirujano dentista, como integrante del grupo de los profesionales de la salud debe contar con capacitación profesional para manejar los medicamentos de carro rojo en determinados eventos adversos derivados en la práctica clínica.**
2. El objetivo de contar con el carro rojo en las unidades clínicas en prevenir eventos adversos derivados de la práctica clínica.
3. Aspirina, Alcohol, Guantes, Antisépticos, Gasas, Estetoscopio, Baumanometro y Ungüento; deben estar presentes en el carro rojo como necesidad mínima
4. Es obligatorio como equipamiento mínimo que en carro rojo estén presentes: Estetoscopio, Baumanometro, Suero fisiológico y Suero anti-alacránico.
5. En caso de que se presente un síncope en la clínica dental es necesario contar con un carro rojo para suministrar anticonvulsivos.
6. Síncope vasopresor, síndrome de hiperventilación, convulsiones, hipotensión ortostática, reacciones alérgicas, insuficiencia renal, anafilaxia, crisis asmática, *angor pectoris*, infarto agudo de miocardio, sobredosis, hipoglicemia, accidente vascular cerebral; son urgencias médicas que se presentan con mayor frecuencia en una clínica dental.
7. El odontólogo y su personal deben estar capacitados y mantenerse entrenados en: reanimación cardiopulmonar, apertura de vías aéreas obstruidas, protocolo de manejo de medicamentos y equipo y de transporte del paciente al centro médico.

Obsérvese que en lo referente al conocimiento sobre urgencias factibles de presentarse en consulta (preguntas 3 y 6) se presenta el mayor desconocimiento.

Las preguntas 7 y 1 sobre si el odontólogo como parte del equipo de Salud debe conocer el manejo del carro rojo son las que tienen mayor puntaje y corresponden a actitud.

Es de llamar la atención que la pregunta 5 sobre el uso de anticonvulsivos es necesario incluirlo en el carro rojo obtuvo bajo puntaje (1.3)

Gráfica 2
Distribución promedio de conocimientos y actitud sobre importancia del carro rojo en la Facultad.



Al ubicar el puntaje promedio general de las 7 preguntas de las que consto el cuestionario se observó que en general el conocimiento y la actitud se ubican más en la zona donde se ubica la respuesta **“ni acuerdo ni en desacuerdo”** lo que evidencia desconocimiento.

8. CONCLUSIONES

- Por las características de la práctica clínica odontológica y el bajo riesgo de severas complicaciones se haría necesario contar con un botiquín rojo por piso en las clínicas.
- Se debe proponer a los coordinadores de cada área que los docentes presentes en las clínicas se capaciten en el marco de cursos interanuales sobre de RCP o en su caso, cursos de actualización para que se pueda estabilizar a un paciente si se llegase a presentar un caso de complicación.
- Cada botiquín rojo deberá ser revisado para su mantenimiento en el equipo y medicamentos que deben contener y así hacer un inventario de los medicamentos caducos o si hay algún faltante de equipo, por lo menos cada 6 meses.
- Se deberá contar con la llave del botiquín rojo en cualquier momento disponible de preferencia en la enfermería de cada clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carro rojo. Reglamento de la ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Comisión de asesoría legal odontológica. Sánchez-Suárez, Vázquez. ADM.
2. Manual de equipamiento de carro rojo 1ª edición. Instituto de salud del estado de México. 2006.
3. Revista Odontólogo Moderno. Septiembre 2011, pagina 14. Urgencias odontológicas. El carro rojo en odontología. C.D Alejandro Vázquez.
4. Protocolo de manejo y supervisión de carro de paro. Gobierno de Chile 1ª edición, Diciembre de 2012 a Diciembre de 2015.
5. Manual de procedimientos para la entrega de recepción del carro rojo. Noviembre de 2007, primera edición.
6. Protocolo de organización y control de los carros de parada cardiorrespiratoria, sescam, servicio de salud de Castilla-La Mancha, unidad de calidad asistencial 2008.
7. Manual de Primeros Auxilios para las Emergencias mas comunes en el consultorio Odontológico.
8. Normativa Carro de Paro, unidad de paciente critico Adulto, Hospital de Linares, Marzo 2014, Gobierno de Chile.
9. Protocolo de Carro de Paro, Instituto de salud de Bucaranga, convenio docencia asistencial, 2011.
10. Protocolo de manejo de carro de Paro, Hospital Carmen Emilia Ospina.
11. Carros de emergencia: Disponibilidad de los artículos esenciales en un hospital de urgencia norteriorgrandense, Da silva, Hilderjane C, Da silva, Alany KM, Dantas, Rodrigo AN, Pessoa, Renata L, Menezes, Rejane MP. Revista electrónica trimestral de enfermería, julio 2013.

12. Evaluación de conocimientos y equipamiento en los carros rojos para la reanimación cardiopulmonar en una unidad de Tercer Nivel de Atención. Carlos Alberto Regalado Becerra, M.D, Joaquín Segura Veja, M.D, José Manuel Ornelas Aguirre, M.D. México 2008.
13. Evaluación del contenido y funcionamiento de los carros de reanimación cardiopulmonar de un hospital. J. Fierro Rosón, M. Ruiz Bailén, J. Peinado Rodríguez, J. A . Ramos Cuadra, A. Cárdenas Cruz y M. A . Díaz Castellanos. Unidad de cuidados intensivos, Área de cuidados críticos y urgencias. Hospital de Poniente. El ejido. Almería. España. 2003.
14. Manejo de RCP y Carro Rojo en las clínicas periféricas de FES Iztacala. Castillo Sánchez, Hilda Fabiola, González Alvarado Ricardo Rene, González Gálvez Mary Cruz, González Ruíz Lila, Ramírez Trujillo Ángeles, Sánchez Lara Emmanuel, C.D Tolosa Sánchez José.
15. Presentación realizada en el curso de <<Farmacología Clínica>> dentro de la Licenciatura de Médico Cirujano del Área Académica de Medicina en el Semestre Julio-Diciembre 2011. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Instituto de Ciencias de la Salud, 2011.
16. Cumplimiento de la NOM-006-SSA3-2011 en la unidad de cuidados postanestésicos-quirúrgicos del Hospital de Alta Especialidad de Veracruz; Universidad Veracruzana, servicios de salud de Veracruz; Hospital de Alta Especialidad de Veracruz; subdirección de enseñanza e investigación, departamento de investigación.

17. NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
18. 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.
19. NORMA Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.

ANEXOS

NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

0. Introducción

El desarrollo de tecnologías y nuevos materiales en la fabricación de equipos para la atención médica, ha logrado avances importantes, ello ha determinado la producción y disponibilidad de mobiliario, equipos e instrumentos con mejores estándares de calidad y seguridad para el paciente, usuarios y personal de los establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios; por esta razón, en la presente norma, se establecen los requerimientos mínimos indispensables de infraestructura y equipamiento para que los establecimientos para la atención médica que proporcionan servicios a pacientes ambulatorios, puedan brindar una atención de calidad a los usuarios del Sistema Nacional de Salud.

En este contexto, la infraestructura y equipamiento de estos establecimientos debe estar en relación directa con el tipo de servicios que se ofrecen y el personal profesional, técnico y auxiliar del área de la salud deberá contar con los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para que éstos sean utilizados de manera adecuada, segura y eficiente.

Es importante destacar que la presente norma no es un listado o catálogo de mobiliario y equipo, pero tampoco representa un instrumento limitativo para los establecimientos de atención médica, sino que se constituye en un basamento o plataforma que permite, a partir de lo mínimo, el mejoramiento gradual de los establecimientos

para la atención médica de pacientes ambulatorios, a través de la incorporación y sustitución de mobiliario, equipos e instrumentos similares o equivalentes y en su caso, por tecnología superior y de punta en las diversas áreas y servicios de la medicina.

1. Objetivo

Esta norma establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento con los que deben cumplir los establecimientos que proporcionen servicios de atención médica a pacientes ambulatorios.

2. Campo de aplicación

Esta norma es de observancia obligatoria para todos los establecimientos de atención médica denominados o que funcionen como consultorios, de los sectores público, social y privado, que proporcionen atención médica no especializada.

4.7. Consultorio de estomatología, a todo establecimiento público, social o privado, ligado a un servicio hospitalario o dedicado al ejercicio profesional independiente, en el que se desarrollan actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, dirigidas a promover, mantener y restaurar la salud bucal de las personas.

Apéndice Normativo "B" 2. EQUIPAMIENTO PARA EL CONSULTORIO DE ESTOMATOLOGIA

2.1. Mobiliario 2.1.1. Asiento para odontólogo; 2.1.2. Asiento para pacientes y acompañantes;

2.1.3. Cubeta o cesto para bolsa de basura municipal y bolsa de plástico color rojo para residuos peligrosos biológico infecciosos, así como contenedor rígido para residuos peligrosos punzo-cortantes, conforme lo establece la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, referida en el numeral 3.1. de esta norma;

2.1.4. Guarda de materiales, instrumental o equipo; 2.1.5. Mesa con tarja; 2.1.6. Mueble para escribir; 2.1.7. Mueble con cajonera;

2.1.8. Sistema para guarda de expedientes clínicos.

2.2. Equipo

2.2.1. Autoclave, olla de presión o esterilizador eléctrico de operación manual;

2.2.2. Compresora de aire para unidad dental, con arranque y paro automático de purga de condensados y filtros de aire;

2.2.3. Sillón dental con plataforma y respaldo reclinable;

2.2.4. Unidad dental con charola porta-instrumentos, lámpara y sistema flush abastecedor de agua para la pieza de mano y la jeringa triple.

2.3. Instrumental 2.3.1. Alveolotomo, pinza gubia; 2.3.2.

Amalgamador de uso dental o mortero pistilo con capacidad para 125 ml; 2.3.3. Arco de Young para dique de hule; 2.3.4.

Contrángulo; 2.3.5. Cucharilla para cirugía; 2.3.6. Cureta Mc Call, derecha e izquierda, juego (Cureta C K6); 2.3.7. Dosificador

amalgamador; 2.3.8. Elevador recto acanalado, con mango metálico,

2 mm; 2.3.9. Elevador de bandera, izquierdo, con mango metálico, extremo en ángulo obtuso y hoja pequeña; 2.3.10. Elevador con

mango metálico, brazo angulado izquierdo o derecho, extremo fino y

corto; 2.3.11. Espátula de doble extremo; 2.3.12. Espátula Estiques,

doble punta de trabajo; 2.3.13. Espátula para preparar alginato o

yeso; 2.3.14. Espejo dental con mango de rosca estándar, sin

aumento No. 5; 2.3.15. Excavador White No. 17, mínimo 10

piezas; 2.3.16. Explorador de una pieza con doble extremo No. 5,

mínimo 10 piezas; 2.3.17. Fórceps, diferentes medidas y adecuados

al operador; 2.3.18. Grapas variadas para dique de hule;

2.3.19. Jeringa Carpulle, con adaptador para aguja desechable, con entrada universal o estándar, hendidura para introducir cartucho de anestésico de 1.8 ml y con dos aletas en el cuerpo para apoyar los dedos índice y medio, mínimo 10 piezas;

2.3.20. Juego de cucharillas para impresión total para pacientes dentados y desdentados; 2.3.21. Juego de cucharillas para impresión parcial, taza de hule; 2.3.22. Lima para hueso doble extremo con punta de trabajo rectangular y oval; 2.3.23. Mortero provisto de mano con capacidad para 125 ml;

2.3.24. Obturadores de los tipos y condiciones apropiadas al operador; 2.3.25. Pieza de mano de alta velocidad esterilizable; 2.3.26. Pieza de mano de baja velocidad esterilizable; 2.3.27. Pinzas portagrapas;

2.3.28. Pinza perforadora Ainsworth; 2.3.29. Pinza para curaciones modelo Collage No. 18; 2.3.30. Pinza de traslado con frasco refractario; 2.3.31. Portaamalgama Rower con puntas desmontables, doble extremo; 2.3.32. Portavasos para escupidera; 2.3.33. Recortador de amalgama; 2.3.34. Tijera para encías, curvas, con hojas cortas, modelo Quimby; 2.3.35. Tira puente Miller; 2.3.36. Torundero con tapa.

Apéndice Informativo "J" CROQUIS DE UN CONSULTORIO DE ESTOMATOLOGIA



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 PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES BUCALES, PARA QUEDAR COMO, NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-013-SSA2-2006, PARA LA PREVENCION 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 mm³.

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 Sjörgren, 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 portavasos 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 BIOLÓGICO-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 Bucles.

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.

NORMA Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.

4. Definiciones y abreviaturas

Para los efectos de esta norma, se entenderá por:

4.1 Servicio de urgencias, al conjunto de áreas, equipos, personal profesional y técnico de salud, ubicados dentro de un establecimiento público, social o privado, destinados a la atención inmediata de una urgencia médica o quirúrgica.

4.1.1 Urgencia, a todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiere atención inmediata.

4.2.1 RPBI: Residuos peligrosos biológico infecciosos.

5. Generalidades 5.1 El servicio de urgencias al que se refiere esta norma, deberá contar con un médico responsable del servicio.

5.2 En el establecimiento para la atención médica que cuente con un servicio de urgencias, el médico responsable de dicho servicio, deberá establecer los procedimientos médico-administrativos internos, así como prever y disponer lo necesario para que el mismo pueda proporcionar atención médica durante las 24 horas del día, los

365 días del año.

5.3 En el servicio de urgencias, deben estar disponibles permanentemente, al menos un médico y un elemento de enfermería para atender de forma inmediata al paciente que lo requiera.

5.4 Para la recepción del paciente en el servicio de urgencias, se requiere que un médico valore y establezca las prioridades de atención del mismo.

5.5 En el servicio de urgencias se debe contar con un directorio actualizado de establecimientos para la atención médica, con el propósito de que en su caso, puedan ser referidos aquellos pacientes que requieran de servicios de mayor grado de complejidad y poder de resolución.

5.6 Los pacientes no deberán permanecer más de 12 horas en el servicio de urgencias por causas atribuibles a la atención médica. Durante ese lapso, se deberá establecer un diagnóstico presuntivo, su manejo y pronóstico inicial, con la finalidad de que el médico determine las posibles acciones terapéuticas que se deberán llevar a cabo dentro y fuera de dicho servicio, para la estabilización y manejo del paciente.

5.7 En los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado, donde se proporcione el servicio de urgencias, el responsable sanitario, representante legal o persona facultada para tal efecto, podrá solicitar la evaluación de la conformidad respecto de esta norma, ante los organismos acreditados y aprobados para dicho propósito.

6. De la organización y funcionamiento del servicio de urgencias

6.1 El médico responsable del servicio de urgencias deberá:

6.1.1 Establecer y supervisar la aplicación de instrumentos de

control administrativo, para el aprovechamiento integral de los recursos humanos, materiales y tecnológicos disponibles;

6.1.2 Asegurar que en el servicio, se encuentren en medio impreso o electrónico y se apliquen, los siguientes documentos actualizados:

6.1.2.1 Manual de organización;

6.1.2.2 Manual de procedimientos del servicio;

6.1.2.3 Manual de bioseguridad para el personal, respecto del manejo de RPBI y de los casos de enfermedades infecto- contagiosas como Hepatitis B y C o Virus de la Inmunodeficiencia Humana;

6.1.2.4 Manual de mecánica corporal para movilización del paciente;

6.1.2.5 Bitácoras de mantenimiento predictivo, preventivo o correctivo del equipo médico del servicio, y

6.1.2.6 Guías de práctica clínica para la atención de urgencias, mismas que deberán corresponder con el tipo de morbilidad o patologías que atiendan con mayor frecuencia.

6.1.3 Diseñar, elaborar y participar en los programas de capacitación y adiestramiento del personal profesional y técnico a su cargo, con la finalidad de actualizar sus conocimientos, habilidades y destrezas en el manejo de las urgencias médicas.

6.2 Para la atención del paciente en el servicio de urgencias, será necesario que el personal médico lleve a cabo las siguientes actividades:

6.2.1 Determinar las necesidades de atención de los pacientes, con base en protocolos de clasificación de prioridades para la atención de urgencias médicas;

6.2.2 El médico tratante deberá valorar continua y permanentemente

a los pacientes que se encuentran en el área de observación, así como registrar las notas de evolución, por turno o al menos cada 8 horas y cuando existan cambios clínicos y terapéuticos significativos en las condiciones clínicas del paciente; el responsable del servicio corroborará esta rutina a través de las notas de evolución que deberán integrarse en el expediente clínico del paciente, de conformidad con lo que señalan las disposiciones jurídicas aplicables;

6.2.3 Obtener la carta de consentimiento informado del paciente, familiar, tutor o representante legal, de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.1 de esta norma;

6.2.4 Solicitar, registrar y hacer el seguimiento en el expediente clínico del paciente, de las notas de interconsultas requeridas, particularmente de los que ameriten manejo quirúrgico o multidisciplinario;

6.2.5 Seguimiento y vigilancia de los pacientes que fueron ingresados en el servicio, que permita garantizar la continuidad de su manejo, sobre todo con motivo de los cambios de turno;

6.2.6 Informar al familiar, tutor o representante legal del paciente, con la frecuencia que el caso amerite, sobre la condición de salud, manejo y tratamiento a seguir, y

6.2.7 En caso de traslado del paciente a otra unidad de mayor grado de complejidad y poder de resolución, el médico del servicio, deberá elaborar la nota de referencia/traslado e integrar una copia en el expediente clínico, de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida el numeral 3.1 de esta norma.

7. De la infraestructura física y equipamiento del servicio de urgencias
7.1 El servicio se ubicará preferentemente en la planta baja

del establecimiento y deberá contar con accesos directos para vehículos y peatones desde el exterior del inmueble, así como con los señalamientos suficientes que orienten a los pacientes.

7.2 Deberá contar como mínimo con las siguientes áreas:

7.2.1 Estación de camillas y sillas de ruedas, ubicada junto al pasillo de acceso de ambulancias y vehículos, así como al módulo de recepción y control;

7.2.2 Módulo de recepción y control, ubicado de tal forma que pueda ser fácilmente identificado por los pacientes;

7.2.3 Consultorios o cubículos para valoración y determinación de prioridades de atención, ubicados con acceso directo desde la sala de espera, el módulo de recepción y control, mismos que deberán contar como mínimo, con un área para entrevista y otra para exploración. El número de estos consultorios o cubículos debe estar en correspondencia con la demanda del servicio;

7.2.4 Área de descontaminación; 7.2.5 Área de hidratación, cuando se atiendan urgencias pediátricas; 7.2.6 Área de observación con cubículos de atención; 7.2.7 Central de enfermeras; 7.2.8 Sala de curaciones; 7.2.9 Sala de choque; 7.2.10 Sala de espera con sanitario público, pudiendo ser compartida con otras áreas, y 7.2.11 Sanitarios para el personal.

7.3 Los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado que cuenten con servicio de urgencias, deberán contar con el equipamiento que se especifica en el Apéndice B (Normativo); así como lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.3 de esta norma.

7.4 Las dimensiones de las áreas señaladas y sus respectivos accesos, pasillos y puertas, deben ser lo suficientemente amplios,

para permitir la movilidad fácil y expedita de las camillas, equipos y del personal que interviene en la atención de los pacientes.

7.5 El servicio de urgencias, debe contar con el apoyo de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento del establecimiento, las 24 horas del día, los 365 días del año.

7.6 Los establecimientos para la atención médica hospitalaria, que cuenten con un servicio de urgencias, deberán contar con el apoyo de un banco de sangre o servicio de transfusión, de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.5 de esta norma.

7.7 El laboratorio clínico, requerido como apoyo al servicio de urgencias en los establecimientos para la atención médica, debe contar con los recursos materiales y humanos suficientes, así como con la infraestructura física y equipo mínimo, establecidos en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.2 de esta norma.

7.8 El servicio de radiología, requerido como apoyo al servicio de urgencias en los establecimientos para la atención médica, debe cumplir con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.4 de esta norma.

8. Del personal de salud que proporciona atención médica en el servicio de urgencias
8.1 Las características del personal profesional y técnico que intervenga en la atención médica de los pacientes en el servicio de

urgencias, deberán ser acordes con el tipo de establecimiento, según se detalla en los Apéndices A (Normativo) y A (Informativo).

8.2 Los médicos especialistas en disciplinas médicas y quirúrgicas afines a la atención de urgencias, que laboren en el servicio de urgencias de cualquier tipo de establecimiento, deberán contar con

cédula de médico especialista y en el caso de especialidades quirúrgicas, deberán contar con la certificación o recertificación vigente.

8.3 Los médicos no especialistas que laboren en el servicio de urgencias, deberán contar con cédula profesional de la licenciatura y demostrar documentalmente que han acreditado cursos de capacitación y actualización afines a la atención médica de urgencias.

8.4 Los médicos en proceso de formación de la especialidad, únicamente podrán atender a los pacientes, bajo la supervisión de un médico del servicio de urgencias, excepto cuando se encuentre en riesgo inminente la vida del paciente.

8.5 El personal de enfermería que labore en el servicio de urgencias, de cualquier tipo de establecimiento para la atención médica, debe demostrar documentalmente que ha acreditado cursos afines a la atención médica de urgencias.

9. Concordancia con normas internacionales y mexicanas

Esta norma no tiene concordancia con ninguna norma internacional ni mexicana.

10. Bibliografía

10.1 Ley General de Salud.

10.2 Moya M.M.S., Normas de Actuación en Urgencias. Editorial Médica Panamericana; 2000.

10.3 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

11. Vigilancia

La vigilancia de la aplicación de esta norma, corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias.

12. Vigencia

Esta norma entrará en vigor a los 60 días naturales, contados a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

TRANSITORIO.- La entrada en vigor de la presente norma, deja sin efectos a la Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de septiembre de 2004.

Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, D.F., a 18 de julio de 2013.- El Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, Luis Rubén Durán Fontes.- Rúbrica.

Apéndice B (Normativo) Equipamiento del servicio de urgencias B.1 Consultorio o cubículo de valoración: B.1.1 Mobiliario: B.1.1.1 Asiento para el paciente;

B.1.1.2 Asiento giratorio; B.1.1.3 Banco de altura; B.1.1.4 Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color excepto rojo o amarillo); B.1.1.5 Bote para RPBI (bolsa roja); B.1.1.6 Dispensador de jabón líquido; B.1.1.7 Dispensador de toallas desechables; B.1.1.8 Elemento divisorio de material antibacteriano; B.1.1.9 Escritorio; B.1.1.10 Lavabo; B.1.1.11 Mesa de exploración universal; B.1.1.12 Recipiente rígido para punzocortantes, y B.1.1.13 Sistema guarda expedientes. B.1.2 Equipo:

**B.1.2.1 Báscula con estadímetro, en su caso, báscula pesa bebé;
B.1.2.2 Esfigmomanómetro; B.1.2.3 Estetoscopio; B.1.2.4
Estetoscopio Pinard;**

**B.1.2.5 Estuche de diagnóstico completo; B.1.2.6 Lámpara de haz
dirigible, y B.1.2.7 Negatoscopio. B.2 Área de observación:**

**B.2.1 Cubículos de atención: B.2.1.1 Mobiliario: B.2.1.1.1 Banco de
altura; B.2.1.1.2 Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier
color excepto rojo o amarillo); B.2.1.1.3 Bote para RPBI (bolsa roja);**

**B.2.1.1.4 Cama o camilla con barandales; B.2.1.1.5 Elemento
divisorio de material antibacteriano; B.2.1.1.6 Portavenoclisis
rodable, y B.2.1.1.7 Recipiente rígido para punzocortantes. B.2.1.2**

**Equipo: B.2.1.2.1 Dosificador de oxígeno con humidificador
empotrado al muro, y B.2.1.2.2 Termómetro y portatermómetro. B.3**

**Sala de choque: B.3.1 Mobiliario: B.3.1.1 Bote para basura tipo
municipal (bolsa de cualquier color excepto rojo o amarillo); B.3.1.2
Bote para RPBI (bolsa amarilla); B.3.1.3 Bote para RPBI (bolsa
roja); B.3.1.4 Camilla para adulto con barandales (de preferencia
radiotransparente); B.3.1.5 Elemento divisorio de material**

**antibacteriano; B.3.1.6 Mesa Pasteur; B.3.1.7 Recipiente rígido para
punzocortantes; B.3.1.8 Repisa para monitor, y B.3.1.9 Riel**

**portavenoclisis. B.3.2 Equipo: B.3.2.1 Carro para curaciones; B.3.2.2
Carro para ropa sucia; B.3.2.3 Carro rojo o de paro cardio-
respiratorio conforme lo señala el numeral B.6.2.1 de este Apéndice;**

**B.3.2.4 Cubeta de acero inoxidable de 12 litros (bolsa
amarilla); B.3.2.5 Esfigmomanómetro; B.3.2.6 Estetoscopio; B.3.2.7
Estuche de diagnóstico completo; B.3.2.8 Equipo de sutura o de
cirugía menor;**

**B.3.2.9 Lámpara de haz dirigible; B.3.2.10 Monitor de signos vitales:
Electrocardiograma, presión arterial por método no invasivo,
temperatura y oxímetro, y B.3.2.11 Mueble para guarda de equipo e**

insumos. B.4 Área de hidratación: B.4.1 Mobiliario: B.4.1.1 Asiento acojinado; B.4.1.2 Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color excepto rojo o amarillo); B.4.1.3 Dispensador de jabón líquido; B.4.1.4 Dispensador de toallas desechables; B.4.1.5 Lavabo; B.4.1.6 Mesa de trabajo con tarja; B.4.1.7 Mesa tipo Karam con colchoneta, y B.4.1.8 Mueble para guarda de equipo e insumos. B.4.2 Equipo: B.4.2.1 Báscula pesa bebé; B.4.2.2 Dosificador de oxígeno con humidificador; B.4.2.3 Esfigmomanómetro con brazalete pediátrico, y B.4.2.4 Estetoscopio. B.5 Área de curaciones, yesos o materiales sustitutivos: B.5.1 Mobiliario: B.5.1.1 Asiento giratorio; B.5.1.2 Banqueta de altura; B.5.1.3 Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color excepto rojo o amarillo); B.5.1.4 Bote para RPBI (bolsa roja); B.5.1.5 Carro para curaciones; B.5.1.6 Carro para ropa sucia; B.5.1.7 Cubeta de acero inoxidable de 12 litros (bolsa amarilla); B.5.1.8 Dispensador de jabón líquido; B.5.1.9 Dispensador de toallas desechables; B.5.1.10 Lavabo; B.5.1.11 Mesa alta con tarja y trampa para yesos (cuando utilizan vendas con yeso); B.5.1.12 Mesa de exploración universal; B.5.1.13 Mesa Pasteur; B.5.1.14 Mesa rígida; B.5.1.15 Mueble para guarda de equipo e insumos; B.5.1.16 Recipiente rígido para punzocortantes, y B.5.1.17 Riel portavenoclisis. B.5.2 Equipo:

B.5.2.1 Equipo de sutura o de cirugía menor; B.5.2.2 Lámpara de haz dirijible; B.5.2.3 Negatoscopio, y B.5.2.4 Sierra para yeso, en su defecto, cizalla y gubia. B.6 Central de enfermeras del servicio de urgencias: B.6.1 Mobiliario:

B.6.1.1 Asiento para la enfermera;

B.6.1.2 Baño de artesa (en caso de atender pacientes pediátricos);

B.6.1.3 Bote para basura tipo municipal (bolsa cualquier color excepto rojo o amarillo);

B.6.1.4 Bote para RPBI (bolsa roja);

B.6.1.5 Carro para curación;

B.6.1.6 Dispensador de jabón líquido;

B.6.1.7 Dispensador de toallas desechables;

B.6.1.8 Lavabo;

B.6.1.9 Mueble para guarda de equipo e insumos;

B.6.1.10 Mesa alta con tarja;

B.6.1.11 Mesa mayo con charola;

B.6.1.12 Mesa Pasteur;

B.6.1.13 Mostrador o escritorio;

B.6.1.14 Portavenoclisis rodable;

B.6.1.15 Recipiente rígido para punzocortantes, y

B.6.1.16 Sistema guarda expedientes.

B.6.2 Equipo:

B.6.2.1 Carro rojo o de paro cardio-respiratorio para adulto, en su caso, pediátrico, lactante o neonato, con el siguiente equipo mínimo:

B.6.2.1.1 Bolsa para reanimación con reservorio y mascarilla para adulto, pediátrico, lactante o neonato, según corresponda; B.6.2.1.2 Conexión para oxígeno; B.6.2.1.3 Desfibrilador completo con monitor, cable para usuario con 3 puntas y electrodos para monitoreo; B.6.2.1.4 Focos para laringoscopio (dos por cada mango);

B.6.2.1.5 Guía de cobre; B.6.2.1.6 Hojas de laringoscopio curva en tamaños 3, 4 y 5 para adulto, en caso de usuario pediátrico, lactante

o neonato: 00, 0,

1 y 2;

B.6.2.1.7 Hojas de laringoscopio recta en tamaños 3, 4 y 5 para adulto, en caso de usuario pediátrico, lactante o neonato 00, 0, 1 y 2;

B.6.2.1.8 Mango de laringoscopio adulto, en su caso, tamaño pediátrico;

B.6.2.1.9 Marcapasos externo transitorio;

B.6.2.1.10 Mascarilla para oxígeno adulto, en su caso, pediátrico, lactante o neonatal;

B.6.2.1.11 Poste portavenoclisis, de altura ajustable;

B.6.2.1.12 Tabla para compresiones cardíacas externas: de material ligero, de alta resistencia a impactos, inastillable, lavable, dimensiones de 60 x 50 cm \pm 10%, con soporte, y

B.6.2.1.13 Tanque de oxígeno tamaño "E", con manómetro, válvula reguladora y soporte. B.6.2.2 Caja para desinfección de instrumentos; B.6.2.3 Carro porta lebrillos; B.6.2.4 Collarines cervicales semirrígidos tamaños chico, mediano y grande, así como dispositivo para inmovilizar la cabeza; B.6.2.5 Electrocardiógrafo móvil de 12 derivaciones;

B.6.2.6 Equipo de curaciones; B.6.2.7 Esfigmomanómetro, en su caso con brazalete pediátrico; B.6.2.8 Estetoscopio, en su caso, con cápsula tamaño pediátrico; B.6.2.9 Estuche de diagnóstico completo; B.6.2.10 Incubadora de traslado, en su caso; B.6.2.11 Incubadora para cuidados generales, en su caso; B.6.2.12 Lebrillos; B.6.2.13 Lámpara de haz dirigible; B.6.2.14 Pinza de traslado; B.6.2.15 Termómetro y portatermómetro, y B.6.2.16 Torundero.

