

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-173-SSA1-1998, PARA LA ATENCION INTEGRAL A PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

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

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-173-SSA1-1998, PARA LA ATENCION INTEGRAL A PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

JOSE IGNACIO CAMPILLO GARCIA, Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 1o., 2o., fracciones I, III, IV, V, VI; 3o. fracciones XVII, 5o., 6o. fracción III, 13, Apartado A, fracción I, 23, 24, 25, 27, fracción III; 32, 33, 34, 110, 112, fracción III; 167, 168, fracciones I, II; 169, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180 y 214 de la Ley General de Salud; 3o., 4o. fracción VI; 10, 11, fracciones I, II, VI, VII; 12, fracciones I, II; 15, fracciones VII, VIII, XII, XVI; 17, 36, 39, 41, 44, 45 fracción I, de la Ley Sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social; 3o., fracción XI, 40, fracciones, I y XII, 41, 43, 44, 45, 46, 47, fracción I y 52 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 1o., 4o., 7o., fracciones I, II, III; 8o., 10, fracción I; 47, 48, 69, 74, 135, 136, 137, 138, 233 y 234, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 6o., fracción XVII y 23 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación en el **Diario Oficial de la Federación** la siguiente: Norma Oficial Mexicana NOM-173-SSA1-1998, Para la atención integral a personas con discapacidad.

CONSIDERANDO

Que con fecha 16 de diciembre de 1998, en cumplimiento del acuerdo del Comité y de lo previsto en el artículo 47, fracción I, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se publicó en el **Diario Oficial de la Federación** el proyecto de la presente Norma Oficial Mexicana, a efecto de que dentro de los siguientes sesenta días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran sus comentarios a la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud.

Que las respuestas a los comentarios recibidos por el mencionado Comité, fueron publicadas previamente a la expedición de esta Norma en el **Diario Oficial de la Federación**, 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 Regulación y Fomento Sanitario, se expide la siguiente Norma Oficial Mexicana NOM-173-SSA1-1998, Para la atención integral a personas con discapacidad.

Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, D.F., a 14 de septiembre de 1999.- El Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, **José Ignacio Campillo García**.- Rúbrica.

INDICE

Prefacio

0. Introducción

1. Objetivo

2. Campo de aplicación

3. Referencias
4. Definiciones
5. Especificaciones
6. Concordancia con normas internacionales y mexicanas
7. Observancia de la norma
8. Bibliografía
9. Vigencia

PREFACIO

En la elaboración de esta Norma Oficial Mexicana participaron:

SECRETARIA DE SALUD
Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud.
Centro Nacional de de Rehabilitación.
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.
Coordinación de Salud Mental.

SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL
Dirección General de Sanidad Militar.

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Atención Médica.

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
Subdirección General Médica.

INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
Dirección de Servicios Médicos y Urgencias.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

CONSEJO MEXICANO DE MEDICINA DE REHABILITACION, A.C.

CONSEJO NACIONAL DE ORGANIZACIONES DE Y PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, A.C.

CONSEJO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL DISTRITO FEDERAL

CONFEDERACION MEXICANA DE ORGANIZACIONES EN FAVOR DE LA PERSONA CON DEFICIENCIA INTELECTUAL, A.C.

CONFEDERACION NACIONAL DEPORTIVA, CULTURAL Y RECREATIVA DE SILENTES DE MEXICO, A.C.

SOCIEDAD MEXICANA DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION, A.C.

ASOCIACION PRO-PARALITICO CEREBRAL, I. A. P.

INDUSTRIAS DE BUENA VOLUNTAD, I. A. P.

DISCAPACITADOS MEXICANOS, A.C.

DISCAPACITADOS VISUALES, A.C.

FUNDACION APOYO REAL, I. A. P.

GRUPO DE ESTUDIOS DEL NACIMIENTO GEN, A.C.

COMUNIDAD CRECER, A.C.

ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LAS NORMAS UNIFORMES PARA LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

ESCUELA PARA SORDOS DEL DISTRITO FEDERAL.

0. Introducción

La discapacidad ha representado un problema de salud pública, sujeto a cambios relacionados con el momento sociopolítico que vive el país.

La Organización Mundial de la Salud reporta que a nivel mundial el 10% de la población padece algún tipo o grado de discapacidad; por lo anterior, se estima que en México existen actualmente poco más de 9.5 millones de personas que presentan un tipo o grado de discapacidad; estas cifras se presentan de manera diferente en las entidades federativas del país, incluso en el interior de ellas por las diferentes condiciones económicas, sociales y culturales, tales como la pobreza, la marginación social, el déficit en la atención, la malnutrición, el acelerado crecimiento de la población, la falta de una oportuna prestación de servicios de salud, las desigualdades sociales, así como todo aquello relacionado con la cobertura de acciones dirigidas a prevenir y restaurar la salud de los integrantes de la comunidad, y los cambios sociales que han desencadenado acciones de violencia extrema.

El artículo 4o. Constitucional otorga a toda persona el derecho a la protección de la salud. El Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 señala el compromiso de lograr la cobertura universal de salud, avanzar en la equidad y en el mejoramiento de la calidad de los servicios, por lo que para el futuro, es necesario hacer cambios en los sistemas institucionales de salud, que faciliten el trabajo en equipo multidisciplinario, responsable de ejercer acciones congruentes que marquen las estrategias de cómo organizar programas de atención integral para personas con discapacidad. Estos profesionales de la salud, deben ser personas de diferentes disciplinas comprometidas con el desarrollo de los programas en materia de prevención y rehabilitación biopsicosocial, basados en el diagnóstico integral que indique el tratamiento a realizar durante el proceso de rehabilitación, buscando con esto una atención oportuna y adecuada, que favorezca su integración basada en el respeto y garantice el ejercicio de sus derechos y la igualdad de oportunidades, a las personas con discapacidad.

1. Objetivo

Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto, establecer las reglas que deberán observarse en la atención integral a personas con discapacidad.

2. Campo de aplicación

Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria para todo el personal de salud que presta servicios de prevención, atención y rehabilitación de cualquier tipo de discapacidad a que se refiere esta Norma, en los establecimientos de atención médica de los sectores público, social y privado en el territorio nacional.

3. Referencias

Para la correcta aplicación de esta Norma es necesario consultar la siguiente:

3.1 NOM-001-SSA2-1993, Que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito y permanencia de los discapacitados a los establecimientos de atención médica del sistema nacional de salud.

4. Definiciones

4.1 Para los efectos de esta Norma se entiende por:

4.1.1 Actividades de la vida diaria, al conjunto de acciones que realiza todo ser humano para satisfacer sus necesidades básicas.

4.1.2 Consejo genético, a la información que proporciona un profesional especializado, a los individuos que son portadores de un gen y que se considera puedan tener un riesgo superior al normal de que su descendencia sufra alguna alteración genética.

4.1.3 Defecto al nacimiento, a la anomalía del desarrollo anatómico-estructural, del crecimiento, maduración o metabólica presente al momento de nacer, en forma notoria o latente, que interfiera en el proceso de adaptación a la vida extrauterina, pudiendo causar la muerte del recién nacido o bien causar alteraciones discapacitantes, biológicas y psicológicas que condicionan su calidad de vida.

4.1.4 Detección temprana, a la identificación de personas con factores asociados, físicos, mentales o sociales, que pueden causar invalidez o discapacidad o signos que evidencian estadios iniciales de discapacidad.

4.1.5 Discapacidad, a la ausencia, restricción o pérdida de la habilidad, para desarrollar una actividad en la forma o dentro del margen, considerado como normal para un ser humano.

4.1.6 Discapacidad auditiva, a la restricción en la función auditiva por alteraciones en oído externo, medio, interno o retrococleares, que a su vez pueden limitar la capacidad de comunicación.

4.1.7 Discapacidad intelectual, al impedimento permanente en las funciones mentales consecuencia de una alteración prenatal, perinatal, posnatal o alguna alteración que limita a la persona a realizar actividades necesarias para su conducta adaptativa al medio familiar, social, escolar o laboral.

4.1.8 Discapacidad neuromotora, a la secuela de una afección en el sistema nervioso central, periférico o ambos y al sistema músculo esquelético.

4.1.9 Discapacidad visual, a la agudeza visual corregida en el mejor de los ojos igual o menor de 20/200 o cuyo campo visual es menor de 20o.

4.1.10 Debilidad visual, a la incapacidad de la función visual después del tratamiento médico o quirúrgico, cuya agudeza visual con su mejor corrección convencional sea de 20/60 a

percepción de luz, o un campo visual menor a 10o pero que la visión baste para la ejecución de sus tareas.

4.1.11 Estimulación múltiple temprana, al proceso que se utiliza precoz y oportunamente para llevar al máximo las posibilidades físicas e intelectuales del niño mediante una estimulación regulada y continuada llevada a cabo en todas las áreas sensoriales.

4.1.12 Grado de discapacidad, el impacto de la restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad o función necesaria dentro de su rol normal.

4.1.13 Habla, a la expresión motora de orden cortical mediante la cual las palabras se convierten en sonido, interviniendo el sistema nervioso central y periférico (aparato fonoarticulador).

4.1.14 Impedimento, a la pérdida o anomalía de un aparato, órgano, estructura anatómica, fisiológica o psicológica.

4.1.15 Integración social, al estadio en el cual una persona con discapacidad logra realizar una actividad o función necesaria dentro de su rol normal.

4.1.16 Invalidez, al efecto de una o más discapacidades que interactúan con el medio ambiente físico y social en el desempeño considerado como normal de un individuo, en función de su edad y sexo.

4.1.17 Persona con discapacidad, al ser humano que presenta una disminución en sus facultades físicas, mentales o sensoriales que le limitan realizar una actividad considerada como normal.

4.1.18 Prevención de discapacidad, a las acciones emprendidas por un grupo multidisciplinario dirigidas a evitar la aparición y estructuración de secuelas que impliquen la restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad dentro del margen que se considera normal para el ser humano.

4.1.19 Rehabilitación, al conjunto de medidas encaminadas a mejorar la capacidad de una persona para realizar por sí misma, actividades necesarias para su desempeño físico, mental, social, ocupacional y económico, por medio de órtesis, prótesis, ayudas funcionales, cirugía reconstructiva o cualquier otro procedimiento que le permita integrarse a la sociedad.

4.1.20 Primer nivel de atención, al que proporciona servicios al usuario, a la familia y a la comunidad de tipo integral, preventivo, curativo y de rehabilitación, apoyados en estudios de laboratorio y gabinete de baja complejidad, así como promoción de la salud, educación para la salud, fomento sanitario e investigación, orientados principalmente a los problemas de salud de mayor frecuencia y realizan acciones de referencia a otro nivel, se consideran como ejemplos: módulos básicos de rehabilitación, unidad básica de rehabilitación y otros similares.

4.1.21 Segundo nivel de atención, al que proporciona atención médica en las cuatro especialidades básicas: cirugía general, medicina interna, gineco-obstetricia y pediatría, así como otras complementarias y cuatro áreas de apoyo: anatomía patológica, laboratorio clínico, anestesiología y radiología, así como acciones de referencia y contrarreferencia. En materia de rehabilitación se consideran como ejemplos: centros de rehabilitación integral, servicios de medicina física, servicios de fisioterapia y otros similares.

4.1.22 Tercer nivel de atención, al que realiza docencia, investigación y formación de recursos humanos y proporciona atención médica de alta complejidad y rehabilitación integral en donde la referencia de casos es caracterizada por personas con discapacidad severa o de difícil diagnóstico. En materia de rehabilitación se consideran como ejemplos: centros de

rehabilitación, centros de rehabilitación y educación especial, unidad de medicina física y rehabilitación, institutos nacionales de salud y otros similares.

4.1.23 Resonancia, a la capacidad que tiene un cuerpo de poner a vibrar a otro a su misma frecuencia.

4.1.24 Timbre, al resultado de la suma de sonidos armónicos agregados al tono fundamental que se produce en cuerdas vocales y que está dado por las cavidades de resonancia.

4.1.25 Ritmo, a la característica prosódica o de patrón del habla que se genera por cambios en la voz y la articulación, o por la combinación de ambas.

4.1.26 Terapia física, a la aplicación de los medios físicos con fines terapéuticos.

4.1.27 Terapia del lenguaje, al conjunto de acciones dirigidas a restaurar las discapacidades de la comunicación humana en audición, voz, lenguaje, aprendizaje y habla.

4.1.28 Terapia ocupacional, al conjunto de acciones que contribuyen a la utilización de las capacidades funcionales y al logro de la máxima independencia en actividades de la vida diaria.

4.1.29 Voz, al sonido producido al paso del aire proveniente de los pulmones, a través de la laringe, en especial por las cuerdas vocales y modificado por las cavidades de resonancia.

5. Especificaciones

5.1 Reglas comunes.

5.1.1 La atención de usuarios con discapacidad se debe llevar a cabo en cualquier establecimiento de atención médica de los sectores público, social y privado en los tres niveles de atención.

5.1.2 A toda persona con discapacidad permanente se deberá expedir un certificado por médico debidamente autorizado, en el que se anote el nombre, sexo, edad, nacionalidad, domicilio, tipo de discapacidad, origen y grado de la misma, apoyo funcional, especificaciones y si requiere intérprete de lenguaje.

5.1.3 Las actividades para la atención integral de las personas con discapacidad son:

5.1.3.1 Promoción de la salud y prevención de discapacidad.

5.1.3.2 Atención médica rehabilitatoria integral.

5.1.3.3 Seguimiento de casos.

5.1.3.4 Referencia y contrarreferencia.

5.1.3.5 Certificación de la persona con discapacidad permanente.

5.2 Promoción de la salud y prevención de discapacidad.

5.2.1 Los establecimientos de atención médica deben realizar promoción para la salud, la cual se dirigirá a conservar y mejorar las condiciones deseables de salud en la población y propiciar en el individuo actitudes, valores y conductas adecuadas para su participación en beneficio de su salud.

5.2.2 La prevención de cualquier tipo de discapacidad debe enfocar la actividad asistencial a usuarios y enfermos, con un contenido fundamental de promoción a la salud, por grupos de edad, o de manera específica, según las situaciones de riesgo en los sujetos de atención.

5.2.3 La prestación de servicios de atención integral a personas con discapacidad, debe dirigirse a fortalecer los programas de rehabilitación en todos los niveles de atención para la salud.

5.2.4 Para la prevención primaria se deben realizar acciones educativas que eviten la aparición de enfermedades, a través del estudio de los factores de riesgo, según el grupo de edad.

5.2.5 La prevención secundaria se debe dirigir a proporcionar atención médica adecuada, mediante el diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y limitación del daño para restaurar el estado de salud, a través de acciones rehabilitatorias, evitando la aparición de complicaciones que generan discapacidad.

5.2.6 La prevención terciaria se debe dirigir a evitar la estructuración de secuelas, mediante acciones rehabilitatorias integrales que maximicen las capacidades residuales.

5.2.7 Las actividades que se deben realizar para la promoción de la salud y prevención de la discapacidad en el primer nivel de atención son:

5.2.7.1 Médicas:

5.2.7.1.1 Evaluación del riesgo reproductivo.

5.2.7.1.2 Control prenatal, perinatal y atención obstétrica adecuados, y detección de factores de riesgo.

5.2.7.1.3 Aplicación de esquemas completos de inmunización.

5.2.7.1.4 Vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño.

5.2.7.1.5 Vigilancia de la morbilidad en todos los grupos etarios.

5.2.7.1.6 Detección temprana de las patologías generadoras de discapacidad.

5.2.7.1.7 Medidas preventivas para las enfermedades no transmisibles y crónico degenerativas generadoras de discapacidad.

5.2.7.1.8 Evitar la utilización de medicamentos durante el embarazo, cuando sea necesario, su uso deberá ser vigilado por el médico tratante.

5.2.7.2 Ambientales:

5.2.7.2.1 Prevención de riesgos y accidentes domésticos.

5.2.7.2.2 Prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

5.2.7.2.3 Prevención de accidentes de tránsito.

5.2.7.2.4 Prevención de agresiones del medio ambiente.

5.2.7.3 Educativas:

5.2.7.3.1 Educación para la salud de la población.

5.2.7.3.2 Educación nutricional.

5.2.7.3.3 Educación higiénica.

5.2.7.4 De promoción:

5.2.7.4.1 Para la prevención de problemas específicos de salud pública.

5.2.7.4.2 De la difusión masiva de información sobre los factores de riesgo y cómo prevenirlos de los padecimientos potencialmente generadores de discapacidad.

5.2.7.4.3 Contra las adicciones.

5.2.8 Las actividades que se deben realizar para la atención médica rehabilitatoria integral en el segundo nivel de atención son:

5.2.8.1 Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno e integral de los padecimientos potencialmente generadores de discapacidad.

5.2.8.2 Aplicación temprana de técnicas de rehabilitación en los padecimientos generadores de discapacidad.

5.2.8.3 Vigilancia materno infantil en el embarazo de alto riesgo.

5.2.8.4 Intervención médico-quirúrgica perinatal en los defectos al nacimiento.

5.2.8.5 Seguimiento de la evolución de las enfermedades potencialmente generadoras de discapacidad, con la finalidad de prevenir complicaciones.

5.2.8.6 Información y enseñanza a los familiares acerca del manejo de la persona con discapacidad en etapa crónica en relación a la prevención de complicaciones.

5.2.8.7 Fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia.

5.2.9 Las actividades que se deben realizar para la atención médica rehabilitatoria integral en el tercer nivel de atención son:

5.2.9.1 Atención temprana e integral de las complicaciones potencialmente generadoras de discapacidad mediante un abordaje multidisciplinario.

5.2.9.2 Aplicación temprana de las técnicas de rehabilitación en los padecimientos agudos y crónicos potencialmente generadores de discapacidad, con el fin de evitar la aparición de secuelas y estructuración de las mismas.

5.2.9.3 Intervención médico-quirúrgica perinatal en los defectos al nacimiento.

5.2.9.4 Integración de la persona con discapacidad y familiares a los planes de rehabilitación.

5.2.9.5 Fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia.

5.3 Discapacidad auditiva.

5.3.1 Las actividades que se deben realizar en los establecimientos de atención médica para la promoción, diagnóstico, tratamiento médico y de rehabilitación de la persona con esta secuela son:

5.3.1.1 Primer nivel de atención:

5.3.1.1.1 Campañas de detección de los defectos auditivos en edades preescolares y escolares.

5.3.1.1.2 Difusión masiva de programas de higiene auditiva.

5.3.1.1.3 Programas de higiene auditiva en los centros laborales de alto riesgo.

5.3.1.1.4 Control estricto sobre la prescripción y uso de sustancias ototóxicas.

5.3.1.2 Segundo nivel de atención:

5.3.1.2.1 Elaboración de historia clínica completa.

5.3.1.2.2 Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de los padecimientos potencialmente generadores de discapacidad auditiva.

5.3.1.2.3 Detención de la progresión del déficit auditivo.

5.3.1.2.4 Adecuada información a la persona con discapacidad y sus familiares acerca del uso de los dispositivos auditivos.

5.3.1.2.5 Prevención de la aparición de complicaciones crónicas generadoras de déficit auditivo.

5.3.1.2.6 Consejo genético.

5.3.1.3 Tercer nivel de atención:

5.3.1.3.1 Elaboración de historia clínica completa.

5.3.1.3.2 Atención temprana e integral de las complicaciones potencialmente generadoras de discapacidad auditiva.

5.3.1.3.3 Aplicación temprana de técnicas de rehabilitación de estimulación temprana auditiva.

5.3.1.3.4 Adaptación temprana de los auxiliares auditivos.

5.3.1.3.5 Consejo genético.

5.3.2 Los estudios o pruebas audiológicas que pueden ser realizados para el diagnóstico de la discapacidad auditiva son:

5.3.2.1 Campo libre.

5.3.2.2 Audiometría tonal.

5.3.2.3 Logaudiometría.

5.3.2.4 Impedanciometría.

5.3.2.5 Potenciales evocados auditivos de tallo cerebral y

5.3.2.6 Emisiones otoacústicas.

5.3.3 En este tipo de discapacidad se deben evaluar los problemas de:

5.3.3.1 Lenguaje que afecta la relación del ser humano con el medio que lo rodea.

5.3.3.2 Lectura-escritura.

5.3.3.3 Voz y habla.

5.3.4 La valoración médica de esta discapacidad puede incluir:

5.3.4.1 Estudios de imagenología.

5.3.4.2 Evaluación endoscópica.

5.3.4.3 Estudio oscilográfico.

5.3.4.4 Estudios de valoración y registro de las características de la voz.

5.3.5 Las actividades que se deben realizar para el tratamiento de las alteraciones anteriores en el segundo y tercer nivel de atención son:

5.3.5.1 Elaboración de historia clínica completa.

5.3.5.2 Atención médico-quirúrgica temprana y oportuna, apoyada con estudios que requieren de alta tecnología.

5.3.5.3 Aplicación de procedimientos rehabilitatorios específicos de acuerdo al tipo de alteración detectada, indicados por un médico con especialidad en medicina de rehabilitación e impartida por un técnico en rehabilitación, con diplomas registrados y certificados ante las autoridades competentes.

5.4 Discapacidad intelectual.

5.4.1 En los establecimientos de atención médica se deben realizar actividades sistemáticas que orienten a los individuos a proteger su salud intelectual adoptando estilos de vida saludable, modificar o sustituir determinadas conductas por aquellas que son saludables en lo individual, familiar, colectivo, y en su relación con el medio ambiente.

La discapacidad intelectual no debe constituir un impedimento que reduzca las oportunidades del individuo para recibir la atención médica que requiera.

5.4.2 Las actividades que se deben realizar para la valoración de la discapacidad intelectual son:

5.4.2.1 Elaboración de historia clínica completa:

5.4.2.1.1 Valoración de los antecedentes heredo-familiares, evolución del embarazo y desarrollo biopsicosocial posnatal del individuo, en el caso de que la discapacidad intelectual se asocie con un evento prenatal o perinatal.

5.4.2.1.2 Valoración de los antecedentes personales patológicos y no patológicos del individuo, en el caso de que tenga un origen posnatal como consecuencia de enfermedad o accidente.

5.4.2.2 Integrar el examen mental valorando el nivel general de inteligencia y de las funciones mentales superiores.

5.4.3 Los estudios auxiliares que pueden ser utilizados para el diagnóstico de la discapacidad intelectual son:

5.4.3.1 Laboratorio:

- a. Biometría hemática.
- b. Química sanguínea.
- c. Examen general de orina.
- d. Pruebas de funcionamiento hepático.
- e. Perfil tiroideo.
- f. Tamiz neonatal.
- g. Genéticos.

5.4.3.2 Gabinete.

5.4.3.2.1 Imagenología.

5.4.3.2.2 Electrodiagnóstico.

5.4.3.2.3 Otros.

5.4.4 Se debe realizar valoración psicológica mediante escalas de medición del coeficiente intelectual e instrumentos de detección de inmadurez o daño neuropsicológico, así como aquellos que permitan la valoración del desarrollo psicomotor.

5.4.5 Para el tratamiento en el segundo y tercer nivel de atención de las alteraciones intelectuales se debe:

5.4.5.1 Conservar las áreas no afectadas.

5.4.5.2 Restaurar las capacidades perdidas.

5.4.5.3 Estimular las áreas no desarrolladas, incluyendo los aspectos psicosociales.

5.4.5.4 Brindar información y orientación a la familia para su educación integral e integración social.

5.5 Discapacidad neuromotora.

5.5.1 Las actividades que se deben realizar para la valoración específica de esta discapacidad son:

5.5.1.1 Elaboración de historia clínica completa:

5.5.1.1.1 Exploración neurológica y del sistema músculo esquelético, a saber: pares craneales, marcha, postura, tono y trofismo muscular, goniometría, reflejos miotáticos, examen manual muscular o actividad muscular volitiva, sensibilidad, reflejos anormales y pruebas especiales, actividades de la vida diaria.

5.5.1.1.2 Exploración de funciones mentales superiores.

5.5.1.2 Evaluación psicológica y pedagógica.

5.5.2 Los estudios auxiliares que pueden ser utilizados para el diagnóstico de la discapacidad neuromotora son:

5.5.2.1 Laboratorio:

- a. Biometría hemática.
- b. Química sanguínea.
- c. Examen general de orina.
- d. Enzimas musculares.
- e. Electrolitos séricos.
- f. Histopatológico: biopsia muscular y ósea.
- g. Genéticos.

5.5.2.2 Gabinete.

5.5.2.3 Imagenología.

5.5.2.4 Electrodiagnóstico.

5.5.2.5 Otros.

5.5.3 Se debe realizar valoración psicológica para determinar las repercusiones psicológicas en la persona con discapacidad y su familia.

5.5.4 Las actividades que se deben realizar para el tratamiento de las alteraciones anteriores son las mencionadas en los numerales 5.2.7 y 5.2.8 que corresponden a actividades de promoción para la salud y prevención de la discapacidad en el primer nivel, y de rehabilitación en el segundo nivel.

5.5.5 Las actividades que además se deben realizar para la atención médica de la discapacidad neuromotora en el tercer nivel de atención son:

5.5.5.1 Diagnóstico integral de discapacidad y pronóstico de rehabilitación.

5.5.5.2 Prescripción de órtesis, prótesis, y aditamentos especiales.

5.5.5.3 La reintegración escolar o laboral de las personas con discapacidad.

5.5.5.4 Aplicación de técnicas para lograr la rehabilitación integral.

5.6 Discapacidad visual.

5.6.1 Además de realizar las actividades de rehabilitación ya mencionadas en forma general, para la promoción y diagnóstico de la discapacidad visual en el primer nivel de atención se deben efectuar:

5.6.1.1 Campañas de detección de discapacidad visual de la población en riesgo.

5.6.1.2 Vigilancia periódica de la población en riesgo.

5.6.1.3 Programas de higiene ocular en los centros laborales para los trabajadores en alto riesgo.

5.6.2 Además de realizar las actividades de rehabilitación ya mencionadas en forma general, para el tratamiento de la discapacidad visual en el segundo y tercer nivel de atención pueden ser utilizados:

5.6.2.1 Material didáctico en relieve.

5.6.2.2 Lectoescritura en Braille.

5.6.2.3 Libro hablado.

5.6.2.4 Figuras tridimensionales.

5.6.2.5 Uso del bastón blanco.

5.6.2.6 Auxiliares ópticos especiales y prótesis.

5.6.2.7 Colaboración activa y coordinada de los familiares.

5.6.3 Los estudios auxiliares que pueden ser utilizados para el diagnóstico de la discapacidad visual son:

5.6.3.1 Valoración de la Agudeza Visual con equipo especializado.

5.6.3.2 Examen Refractivo.

5.6.3.3 Exploración de Anexos Oculares.

5.6.3.4 Biomicroscopia del segmento anterior del globo ocular.

5.6.3.5 Valoración del fondo de ojo.

5.6.3.6 Tonometría.

5.6.3.7 Campimetría.

5.6.3.8 Movilidad ocular y posición primaria de la mirada.

5.6.3.9 Queratometría.

6. Concordancia con normas internacionales y mexicanas

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

7. Bibliografía

7.1 Alicia Amate Esther, J Kottke Frederic. Adelantos Clínicos de Medicina Física y Rehabilitación. Cap. 1, OPS. 1994.

- 7.2** An International Initiative Against. Avoidable Disablement. In collaboration International Priority to the Prevention of Disability. Impact. Enero 1993.
- 7.3** Comisión Nacional Coordinadora, Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad, los Pinos, México, D.F. Mayo 1995.
- 7.4** DeLisa, J. Currie, D. Rehabilitation Medicine. Principles and Practice, Lippincot Company, Second Edition, Philadelphia, 1993.
- 7.5** Horn L. J., Zasler N.D.: Medical Rehabilitation of Traumatic Brain Injury. Hanley & Belfus. Philadelphia. 1996.
- 7.6** Instituto Mexicano del Seguro Social. Manual de Procedimientos para la Dotación o Reparación de los Aparatos de Prótesis, de Ortopedia o Aditamentos Especiales, P. 3, 4 y 5. 1994.
- 7.7** Instituto Mexicano del Seguro Social. Manual de Procedimientos para los Servicios de Rehabilitación. 1993.
- 7.8** Introduction to Rehabilitation of Neuromuscular Disorders. Achjr. Seminars in Neurology, 15(1); 1995: 1-5.
- 7.9** Itoh M., Lee M. H.M.: Epidemiología de la Discapacidad en Relación con la Medicina de Rehabilitación. En: Kottke F.J., Lehman J.,F.: Krusen. Medicina Física y Rehabilitación. Cuarta edición en español. Editorial Médica Panamericana, Madrid. 1993; 222-241.
- 7.10** Montes de Oca - Domínguez L.: Rehabilitación del Paciente Reumático. Rehabilitación Médica. Simposio Syntex. México. 1981: 53-67.
- 7.11** Nickel V.L., Bottre M.J.: Orthopedic Rehabilitation. 2a. Edition. Churchil Livingstone. New York. 1992.
- 7.12** Norma técnica para la Prestación de Servicios de Rehabilitación Extrahospitalaria. D.O.F. 28 de Mayo de 1986.
- 7.13** Norma técnica No. 52 para la Elaboración, Integración y Uso de Expediente Clínico. D.O.F. 20 de agosto de 1986.
- 7.14** Norma técnica No. 64 para la Prestación de Servicios de Rehabilitación de Inválidos. D.O.F. 1 de octubre de 1986.
- 7.15** Organización Panamericana de la Salud. Condiciones de Salud en las Américas, 1994; Vol. I: 270-73. Organización Panamericana de la Salud.
- 7.16** Organización Panamericana de la Salud. Niveles de Atención en Rehabilitación. Revista de Medicina Física y Rehabilitación. México 1990; 2: 19-24.
- 7.17** Panamerican Health Organization. Healt Conditions in the Americas, 1994 Vol. II: Cientific Publication No. 549. 292-294.
- 7.18** Perrin J., Wilkins J.: Traumatic Brain injury. En: La Ban M.M.: Physical Medicine and Rehabilitation. Physiatic pearls. W.B. Saunders Company. Philadelphia. 1996, 527-538.
- 7.19** Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. Promoción de la Salud, Anexo A: Acciones Esenciales Irreductibles de Salud, p.p 66, 67 y 68.

7.20 Secretaría de Salud, Ley General de Salud 1991, Título Séptimo; Promoción de la Salud.

7.21 Secretaría de Salud, Manual de Contenido Múltiple para la Rehabilitación en los Sistemas Locales de Salud. México, D.F. Enero 1991.

7.22 Secretaría de Salud, Manual de Organización de los Servicios de Unidades de Rehabilitación en Hospitales del Segundo Nivel. México, D.F. Mayo 1985.

7.23 Secretaría de Salud, Mecanismos Facilitadores del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en los Sistemas Locales de Salud.

7.24 Stern, C. Principios de Genética Humana. 1o. Ed. México: Ed. El Ateneo, 1963: 140-47.

7.25 Tohen - Zamudio A.: Rehabilitación de los Traumatizados del Aparato Locomotor. Rehabilitación Médica. Simposio Syntex. México 1981; 19-51.

7.26 World Health Organization, International Clasification of Impairments, Disabilities, and Handicaps:
A Manual of Classification Relating to the Consequences of Disease. Geneva; 1980.

8. Observancia de la norma

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

9. Vigencia

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

Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, D.F., a 14 de septiembre de 1999.- El Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, **José Ignacio Campillo García**.- Rúbrica.

Fecha de publicación: 19 de noviembre de 1999

[Si quiere obtener una copia del texto completo, presione aquí](#)

