



# MANUAL DE APLICACIÓN

*"LISTA DE VERIFICACIÓN DE  
PRÁCTICAS QUIRÚRGICAS SEGURAS"*

*JULIO 2010*

## **MANUAL DE APLICACIÓN**

### **Introducción:**

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente creó la iniciativa **La Cirugía Segura Salva Vidas** como parte de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por reducir en todo el mundo el número de muertes de origen quirúrgico. La iniciativa pretende aprovechar el compromiso político y la voluntad clínica para abordar aspectos de seguridad importantes, como las prácticas inadecuadas de seguridad en la anestesia, las infecciones quirúrgicas evitables o la comunicación deficiente entre los miembros del equipo quirúrgico. Se ha comprobado que estos problemas son habituales, potencialmente mortales y prevenibles en todos los países y entornos.

Para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir el número de sucesos de este tipo, la Alianza, con el asesoramiento de cirujanos, anestesistas, personal de enfermería, expertos en seguridad del paciente y pacientes de todo el mundo, han identificado una serie de controles de seguridad que podrían llevarse a cabo en cualquier quirófano. El resultado ha sido la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía, 1ª edición (disponible en [www.who.int/patientsafety/challenge/safesurgery/en](http://www.who.int/patientsafety/challenge/safesurgery/en)), que tiene como objetivo reforzar las prácticas de seguridad ya aceptadas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre las distintas disciplinas clínicas.

La Lista de verificación de prácticas quirúrgicas seguras, para Costa Rica es un instrumento formal del expediente clínico y un elemento de política institucional de la Caja Costarricense de Seguro Social; está pensada como herramienta indispensable para la prevención de los sucesos adversos quirúrgicos evitables, de tal forma, proteger a los pacientes, profesionales y el mismo sistema de salud público, de la avalancha de condiciones funestas que siguen a los sucesos adversos quirúrgicos cuando estos impactan negativamente en el paciente.

### **PROCEDIMIENTO DETALLADO - FASE DE ENTRADA**

#### **ENTRADA**

“La Entrada ha de completarse antes de la inducción de la anestesia, con el fin de confirmar la seguridad del procedimiento”.

La Fase de “**Entrada**” requiere la presencia al menos del anestesista y del personal de enfermería. El coordinador de la lista podrá rellenar esta parte de una sola vez o secuencialmente, en función de cómo se desarrolle la preparación para la anestesia. A continuación se explican pormenorizadamente los distintos apartados de la “Entrada”.

#### **EL PACIENTE HA CONFIRMADO SU IDENTIDAD. EL SITIO QUIRÚRGICO, EL PROCEDIMIENTO Y SU CONSENTIMIENTO.**

El coordinador de la lista confirmará verbalmente con el paciente su identidad, el tipo de intervención prevista, el lugar anatómico de la intervención y el consentimiento del paciente para su realización. Aunque pueda parecer repetitivo, este punto es esencial para garantizar que no se opera a la persona equivocada o el lugar anatómico

equivocado ni se realiza una intervención equivocada. Si el paciente no pudiera confirmar estos datos, como por ejemplo en el caso de niños o pacientes incapacitados, puede asumir esta función un familiar o tutor. En caso de que no esté presente el tutor o un familiar y se omite este paso, por ejemplo en una emergencia, se dejará sin marcar la casilla correspondiente.

### **DEMARCACIÓN DEL SITIO / NO PROCEDE**

El coordinador de la lista debe confirmar que el cirujano que va a realizar la operación ha marcado el sitio quirúrgico (por lo general con un rotulador) en los casos que impliquen lateralidad (distinción entre izquierda y derecha) o múltiples estructuras o niveles (p. j. un dedo, una lesión cutánea, o una vértebra en concreto). En el caso de las estructuras mediales (como el tiroides) o únicas (como el bazo), la delimitación del sitio dependerá de la práctica local. Algunos hospitales no la exigen por ser extremadamente raro que se opere en lugar equivocado. No obstante, la delimitación sistemática del sitio supone una confirmación adicional de que el lugar anatómico y el procedimiento son correctos.

### **SE HA COMPLETADO EL CONTROL DE LA SEGURIDAD DE LA ANESTESIA**

Para completar este paso, el coordinador pedirá al anestesista que confirme que se ha realizado un control de la seguridad de la anestesia, entendido como una inspección formal del instrumental anestésico, de la medicación y del riesgo anestésico del paciente antes de cada intervención.

Además de confirmar que el paciente es apto para someterse a la operación, el equipo de anestesia debe inspeccionar el equipo de intubación y aspiración de la vía aérea, el sistema de ventilación (incluidos el oxígeno y los fármacos inhalados), la succión y los fármacos, dispositivos y equipos de urgencia para cerciorarse que todo esté disponible y en buenas condiciones de funcionamiento.

### **PULSIOXÍMETRO COLOCADO Y EN FUNCIONAMIENTO**

El coordinador de la lista confirmará que al paciente se le haya colocado antes de la inducción de la anestesia un pulsioxímetro que funcione correctamente. Lo ideal es que la lectura del dispositivo sea visible para el equipo quirúrgico. A ser posible, debe utilizarse un sistema de señal sonora que alerte del pulso y la saturación de oxígeno. *La OMS ha recomendado la utilización del pulsioxímetro como componente necesario para la seguridad de la anestesia.* Si no se dispone de uno, el cirujano y el anestesista deben evaluar la gravedad del caso y considerar la posibilidad de aplazar la intervención hasta que se tomen las medidas necesarias para disponer de uno. En caso de urgencia, para salvar un miembro o la vida, puede obviarse este requisito, pero en ese caso se dejará sin marcar esta casilla.

### **¿TIENE EL PACIENTE ALERGIAS CONOCIDAS?**

El coordinador de la lista dirigirá ésta pregunta y las dos siguientes al anestesista. Primero, le preguntará si el paciente tiene alergias conocidas y, si es así, cuáles. La pregunta ha de formularse aunque el coordinador ya conozca la respuesta, para confirmar así que el anestesista es consciente de la existencia

de alergias que supongan un riesgo para el paciente. Sólo entonces se marcará la casilla correspondiente. Si el coordinador tiene conocimiento de alguna alergia que el anestesista desconozca, debe comunicarle esa información de inmediato.

### **¿TIENE EL PACIENTE VÍA AÉREA DIFÍCIL/ RIESGO DE ASPIRACIÓN?**

El coordinador confirmará verbalmente que el equipo de anestesia ha valorado de forma objetiva si el paciente presenta algún problema en la vía aérea que pueda dificultar la intubación. Existen múltiples formas de graduar la vía aérea, como la clasificación de **Mallampati**, la distancia tiromentoniana o la **escala de Bellhouse-Doré**. La evaluación objetiva de la vía aérea con un método válido es más importante que el método elegido en sí mismo. La muerte por pérdida de la vía aérea durante la anestesia sigue siendo lamentablemente frecuente en todo el mundo, pero puede evitarse con una planificación adecuada. Si el examen de la vía aérea indica un alto riesgo de vía aérea difícil (grado 3 o 4 de Mallampati, por ejemplo), el equipo de anestesia debe estar preparado para una eventual complicación grave en la vía aérea. Ello implica, como mínimo, adaptar el método anestésico (por ejemplo, utilizar anestesia local, si es posible) y tener a mano equipo de emergencia. Un asistente capacitado - ya sea un segundo anestesista, el cirujano o un miembro del equipo de enfermería - deberá estar presente físicamente para ayudar en la inducción de la anestesia. Como parte de la evaluación de la vía aérea también debe examinarse el riesgo de aspiración. Si el paciente padece reflujo activo sintomático o

tiene el estómago lleno, el anestesista debe prepararse para una posible aspiración. El riesgo puede limitarse modificando el plan anestésico (por ejemplo, utilizando técnicas de inducción rápida o solicitando la ayuda de un asistente que aplique presión sobre el cartílago cricoides durante la inducción). Ante un paciente con vía aérea difícil o riesgo de aspiración, sólo deberá marcarse la casilla (e iniciarse la inducción) después de que el anestesista haya confirmado que dispone del equipo adecuado y que la asistencia necesaria está presente junto a la mesa de operaciones.

### **¿TIENE EL PACIENTE RIESGO DE HEMORRAGIA 500 ML (7 ML/KG EN LOS NIÑOS)?**

En este punto, el coordinador le preguntará al equipo de anestesia si el paciente corre el riesgo de perder más de medio litro de sangre en la operación, con el fin de garantizar que se reconoce esta posible complicación crítica y se está preparado para hacerle frente. La pérdida de un gran volumen de sangre se encuentra entre los peligros más comunes y graves para los pacientes quirúrgicos, el riesgo de choque hipovolémico aumenta cuando la pérdida de sangre supera los 500 ml (7 ml/kg en niños). Una preparación adecuada y la reanimación pueden mitigar considerablemente las consecuencias. Es posible que los cirujanos no comuniquen sistemáticamente el riesgo de hemorragia al equipo de anestesia y al personal de enfermería. Por consiguiente, si el anestesista no conoce el riesgo de hemorragia del paciente, debe comentarlo con el cirujano antes de inducir la anestesia. Si existiera un riesgo de hemorragia superior a 500 ml, se recomienda enérgicamente que antes de

la incisión cutánea se coloquen al menos dos líneas intravenosas de gran calibre o un catéter venoso central. Además, el equipo debe confirmar la disponibilidad de líquidos o sangre para la reanimación. (Nótese que durante la "Pausa quirúrgica" el cirujano volverá a revisar la previsión de hemorragia, lo que permite un segundo control de seguridad al anestesista y al personal de enfermería).

se presente por su nombre y función. Los equipos que ya se conozcan pueden confirmar que todos se conocen, pero los nuevos miembros o las personas que hayan entrado en el quirófano después de la última operación, entre ellos, los estudiantes y otro tipo de personal, deben presentarse personalmente.

**CIRUJANO, ANESTESISTA Y ENFERMERO CONFIRMAN VERBALMENTE LA IDENTIDAD DEL PACIENTE, EL SITIO QUIRÚRGICO Y EL PROCEDIMIENTO.**



**EN ESTE PUNTO SE HA COMPLETADO LA "FASE DE ENTRADA" Y PUEDE PROCEDERSE A LA INDUCCIÓN**

Este momento se corresponde con la "Pausa quirúrgica" convencional y cumple la normativa de muchos organismos de reglamentación nacional e internacional. Antes de que el cirujano realice la incisión cutánea, el coordinador de la lista u otro miembro del equipo pedirá a los presentes que se detengan y confirmen verbalmente el nombre del paciente, el tipo e intervención que va a realizarse, su localización anatómica y, si procede, la posición (consentimiento) del paciente para evitar operar al paciente o el sitio equivocados. Por ejemplo, el enfermero instrumentista anunciaría "**Hagamos la pausa quirúrgica**" y añadiría "¿Estamos todos de acuerdo en que éste es el paciente X, al que vamos a operar de una hernia inguinal derecha?". La casilla no deberá marcarse hasta que el anestesista, el cirujano y el enfermero instrumentista hayan confirmado de forma explícita e individual que están de acuerdo. Si el paciente no está sedado, es conveniente obtener también su confirmación.

**PROCEDIMIENTO DETALLADO – FASE DE PAUSA Qx**

**PAUSA QUIRÚRGICA**

"La pausa quirúrgica es una interrupción momentánea de todo el equipo justo antes de la incisión cutánea con el fin de confirmar la realización de diversos controles de seguridad esenciales."

**CONFIRMAR QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE HAYAN PRESENTADO POR SU NOMBRE Y FUNCIÓN.**

Los miembros de los equipos quirúrgicos pueden cambiar con frecuencia. La gestión eficaz de situaciones de alto riesgo requiere que todos los miembros del equipo sepan quién es cada uno y cuál es su función y capacidad. Ello se consigue con una simple presentación. El coordinador de la lista pedirá a cada una de las personas presentes en el quirófano que

**PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS**

La comunicación eficaz entre todo el equipo quirúrgico es fundamental para la seguridad de la cirugía, la eficiencia del trabajo en equipo y la prevención de

complicaciones graves. Para garantizar que se comunica aspectos esenciales sobre el paciente, en la pausa quirúrgica el coordinador de la lista dirigirá una conversación rápida entre el cirujano, el anestesista y el personal de enfermería sobre los principales peligros y los planes operatorios. Para ello, sencillamente puede formularle a cada miembro del equipo la pregunta correspondiente en voz alta. El orden de la conversación no importa, pero la casilla correspondiente sólo se marcará después de que cada disciplina clínica haya aportado su información. Cuando se trate de procedimientos rutinarios o con los cuales todo el equipo esté familiarizado, el cirujano puede sencillamente anunciar: *"Este es un caso rutinario de X tiempo de duración"* y preguntar al anestesista y al personal de enfermería si tienen alguna objeción en particular.

### **EL CIRUJANO REVISAR LOS PASOS CRÍTICOS O IMPREVISTOS, LA DURACIÓN DE LA OPERACIÓN Y LA PÉRDIDA DE SANGRE PREVISTA.**

El objetivo mínimo de hablar sobre los "pasos críticos o imprevistos" es informar a todos los miembros del equipo de cualquier actuación que ponga al paciente en riesgo por hemorragia rápida, lesión u otra morbilidad importante. Asimismo, ofrece la oportunidad de revisar los pasos que puedan requerir equipos, implantes o preparativos especiales.

### **EL EQUIPO DE ANESTESIA REVISAR SI EL PACIENTE PRESENTA ALGÚN PROBLEMA ESPECÍFICO.**

En pacientes en los que el procedimiento entrañe riesgo de

hemorragia intensa, inestabilidad hemodinámica u otra morbilidad importante, un miembro del equipo de anestesia debe revisar en voz alta los planes y problemas específicos de la reanimación especialmente, la intención de utilizar hemoderivados - cualquier característica o comorbilidad del paciente (como enfermedades cardíacas o pulmonares, arritmias, hemopatías, etc.) que complique la cirugía. Se entiende que muchas intervenciones no entrañan riesgos o problemas particularmente críticos que deban ser compartidos con el equipo. En tales casos, el anestesista puede decir simplemente: *"Este caso no presenta problemas especiales"*.

### **EL EQUIPO DE ENFERMERIA REVISAR SI SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD (CON RESULTADOS DE LOS INDICADORES) Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS.**

El (la) instrumentista, que prepara el instrumental y el equipo necesarios para la operación, debe confirmar verbalmente que se han esterilizado y que, en el caso del instrumental esterilizado por calor, se han verificado los indicadores de esterilidad.

Cualquier discrepancia entre los resultados esperados y los resultados reales de los indicadores de esterilidad deberá comunicarse a los miembros del equipo y solucionarse antes de la incisión.

Este momento ofrece también la oportunidad de hablar de cualquier problema relacionado con el instrumental y equipos u otros preparativos para la intervención, así como de cualquier duda sobre la seguridad que puedan tener el

instrumentista o el enfermero circulante, en particular aquellas que no hayan sido tratadas por el cirujano y el equipo de anestesia. Si no hay cuestiones especiales, el instrumentista puede decir sencillamente: "Esterilidad comprobada. Ninguna duda al respecto."

### **SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?**

A pesar del consenso y de las pruebas convincentes de que la profilaxis antibiótica de las infecciones quirúrgicas es más eficaz cuando se han alcanzado concentraciones séricas y/o tisulares adecuadas del antibiótico, los equipos quirúrgicos no administran sistemáticamente antibióticos en la hora anterior a la incisión. Para reducir el riesgo de infección quirúrgica, el coordinador de la lista preguntará en voz alta durante la pausa quirúrgica si se han administrado antibióticos profilácticos en los 60 minutos anteriores. El responsable de esta administración, que suele ser el anestesista, debe confirmarlo verbalmente. Si **no** se hubieran administrado antibióticos profilácticos, deben administrarse en ese momento, antes de la incisión. Si **se** hubieran administrado **más** de 60 minutos antes, el equipo debe considerar la posibilidad de administrar una nueva dosis; si no se administra, la casilla se dejará en blanco.

Cuando a profilaxis antibiótica no se considere necesaria (por ejemplo, si no hay incisión cutánea o en casos de contaminación ya tratados con antibióticos), se marcará la casilla "**no procede**" una vez confirmado verbalmente por el equipo.

### **¿PUEDEN VISUALIZARSE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS SENCIALES?**

Los estudios de imagen son fundamentales para garantizar una buena planificación y desarrollo de muchas operaciones, como los procedimientos ortopédicos, medulares y torácicos o muchas resecciones de tumores. En la "pausa quirúrgica", el coordinador de la lista preguntará al cirujano si el caso requiere algún estudio de imagen. De ser así, el coordinador confirmará verbalmente que dichas imágenes están en el quirófano y en un lugar visible para que puedan utilizarse durante la operación. Sólo entonces se marcará la casilla. Si se necesitan imágenes pero no se dispone de ellas, deben conseguirse. El cirujano será quien decida si opera o no sin el apoyo de esas imágenes cuando sean necesarias pero no estén disponibles; si se decide a operar, la casilla se dejará sin marcar. Si no se necesitan imágenes se marcará la casilla "no procede".



**EN ESTE PUNTO SE HA COMPLETADO LA FASE DE PAUSA QUIRÚRGICA Y EL EQUIPO PUEDE PROCEDER A LA OPERACIÓN.**

## **PROCEDIMIENTO DETALLADO – FASE DE SALIDA**

### **SALIDA**

“La Salida debe completarse antes de que el paciente salga del quirófano. El objetivo es facilitar el intercambio de información importante con los equipos sanitarios que se encargarán de atender al paciente después de la operación.”

La fase de **“Salida”** puede iniciarla el enfermero circulante, el cirujano o el anestesista, y debe llevarse a cabo antes de que el cirujano abandone el quirófano. Puede coincidir, por ejemplo, con el cierre de la herida.

Una vez más, las casillas sólo se marcarán cuando el coordinador de la lista haya confirmado que el equipo ha abordado cada punto de la lista de verificación.

### **EL ENFERMERO CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO.**

Dado que el procedimiento pudo haberse modificado o ampliado en el curso de la operación, el coordinador de la lista confirmará con el cirujano y el resto del equipo el procedimiento exacto que se haya realizado. Puede hacerse a modo de preguntas: “¿Qué procedimiento se ha realizado?” o a modo de confirmación: “Hemos llevado a cabo la intervención X, ¿no es así?”.

### **EL ENFERMERO CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO QUE LOS RECUENTOS DE INSTRUMENTOS, GASAS Y AGUJAS SON CORRECTOS (O NO PROCEDEN).**

El olvido de instrumentos, gasas y agujas es un error poco común, pero que sigue ocurriendo y puede resultar catastrófico. El enfermero circulante o el instrumentista deberán por tanto confirmar verbalmente la exactitud del recuento final de gasas y agujas. En caso de que se haya abierto una cavidad también deberá confirmarse el recuento exacto del instrumental. Si los recuentos no concuerdan, se alertará al equipo para que se puedan tomar las medidas adecuadas (como examinar los paños quirúrgicos, la basura y la herida o, si fuera necesario, obtener imágenes radiológicas del sitio operado).

### **EL ENFERMERO CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO EL ETIQUETADO DE LAS MUESTRAS (INCLUIDO EL NOMBRE DEL PACIENTE)**

La rotulación incorrecta de las muestras anatomopatológicas puede ser desastrosa para el paciente y es a menudo una fuente demostrada de errores por parte de los laboratorios. El enfermero circulante confirmará el correcto etiquetado de toda muestra anatomopatológica obtenida durante la intervención mediante la lectura en voz alta del nombre del paciente, número de identificación, la descripción de la muestra y cualquier otro detalle orientativo.

**EL ENFERMERO CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO SI HAY PROBLEMAS QUE RESOLVER RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS.**

Los problemas relacionados con el equipo son habituales en los quirófanos. Es importante identificar los fallos y el instrumental o los equipos que no han funcionado bien para evitar que se vuelvan a utilizar antes de solucionar el problema. El coordinador de la lista debe cerciorarse de que se identifiquen los problemas relacionados con el instrumental y los equipos que hayan surgido durante a intervención.

**EL CIRUJANO, EL ANESTESISTA Y EL ENFERMERO REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE.**

El cirujano, el anestesista y el enfermero revisarán el plan de tratamiento y recuperación postoperatorio, centrándose particularmente en los aspectos intraoperatorios o anestésicos que pudieran afectar al paciente. Tienen especial importancia aquellos eventos que presenten un riesgo específico para el paciente durante la recuperación y que quizás no sean evidentes para todos los interesados. La finalidad de esta medida es transmitir información fundamental de forma oportuna, eficiente y adecuada a la totalidad del equipo.

**"LA LISTA DE VERIFICACIÓN ES DOCUMENTO FORMAL DEL EXPEDIENTE CLÍNICO"**

**INTRODUCCIÓN DE LA "LISTA DE VERIFICACIÓN" EN EL QUIRÓFANO**

Será necesaria una cierta práctica para que los equipos aprendan a utilizar eficazmente la *Lista de verificación*. Algunas personas pueden considerarla una imposición, o incluso una pérdida de tiempo. El objetivo no es que se recite mecánicamente ni que entorpezca el ritmo de trabajo, sino que proporcione a los equipos quirúrgicos un conjunto sencillo y eficiente de controles prioritarios para mejorar la eficacia del trabajo en equipo y la comunicación, y que fomente la consideración activa de la seguridad del paciente en cada operación realizada. Muchas de las medidas de la *Lista de verificación* ya se ejecutan en los quirófanos de todo el mundo; sin embargo, son pocos los que la aplican de forma fiable. La *Lista de verificación* tiene dos propósitos: garantizar la homogeneidad en la seguridad del paciente e introducir (o mantener) una cultura que valore este objetivo.

La aplicación exitosa de la *Lista de verificación* requiere su adaptación a las expectativas y los hábitos locales, lo cual no será posible sin el compromiso sincero de los líderes de los hospitales. Para que la *Lista de verificación* tenga éxito, los jefes de los departamentos de cirugía, anestesia y enfermería deben expresar públicamente su convicción de que la seguridad es una prioridad y de que la *Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía* puede contribuir a hacerla realidad. Para demostrarlo, deberán



**CON ESTA MEDIDA SE COMPLETA LA FASE DE SALIDA Y LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD QUIRÚRGICA.**

utilizarla ellos mismos y preguntar periódicamente a los demás cómo avanza su aplicación. Si no existe un liderazgo demostrable, la introducción de una lista de esta índole puede alimentar el descontento y la oposición. Las listas de verificación han sido útiles en entornos muy distintos, entre ellos los asistenciales. Esta *Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía* se ha utilizado satisfactoriamente en una amplia gama de centros de salud con diferentes recursos. La experiencia demuestra que los obstáculos a su aplicación pueden superarse a través de la educación, la práctica y el liderazgo. Con la planificación y el compromiso apropiados, las medidas de la *Lista de verificación* son fáciles de llevar a cabo y pueden marcar la diferencia con respecto a la seguridad de la atención quirúrgica.

#### **MODIFICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN:**

La **Lista de verificación** puede modificarse teniendo en cuenta las diferencias entre los centros de atención con respecto a sus procesos, la cultura de quirófano y el grado de familiaridad de los miembros del equipo entre sí. Sin embargo, el Programa Nacional Seguridad del Paciente, desaconseja absolutamente eliminar medidas de seguridad porque se considere que no se puedan realizar en el entorno o las circunstancias existentes en los centros médicos de la CCSS. Las medidas de seguridad deberían impulsar un cambio real que lleve a los equipos quirúrgicos a cumplir todos y cada uno de los puntos de la lista.

#### **Revisión y adaptación de:**

Dr. Enrique Víctor Mora, PNCSP.

#### **Fuente bibliográfica:**

WHO