

## **PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO**

### **PROCESO: PANCREATITIS. GRD 204**

#### **GRD 204 Trastornos de páncreas excepto neoplasia maligna**

- Pancreatitis aguda o crónica
- Quiste y pseudoquiste pancreático
- Traumatismo de páncreas
- Complicación de trasplante de páncreas

#### **Estancia media prevista:**

#### **Límites del proceso de cuidados:**

**INICIAL:** Ingreso en la unidad de digestivo

**FINAL:** Alta hospitalaria

#### **Criterios de aplicación del plan:**

Este plan de cuidados estandarizados se aplicará a todos aquellos pacientes que ingresen en el servicio de Digestivo del HGUA con el diagnóstico de Pancreatitis.

#### **Objetivos Generales del Plan Estandarizado:**

- \* Realizar un cuidado integral del paciente
- \* Registrar todas las actividades de enfermería
- \* Educar e implicar al paciente y familia sobre el proceso de su enfermedad y en los cuidados básicos
- \* Contribuir a la elaboración de una Guía de Cuidados al alta para paciente/familia, en vías de conseguir la máxima autonomía en las actividades de la vida diaria.

## **VALORACIÓN ESTANDARIZADA AL INGRESO SEGÚN EL MODELO DE D. OREM**

### Respiración:

Alterada: patrón respiratorio ineficaz

- Sistema Parcialmente Compensatorio
- Sistema Totalmente Compensatorio

### Alimentación:

Dependiente: dificultad de deglución, parálisis, limitación para alimentarse

- Sistema Parcialmente compensatorio
- Sistema Totalmente Compensatorio

### Eliminación

Dependiente: estreñimiento, déficit de autocuidado: uso WC, incontinencia

- Sistema Parcialmente Compensatorio
- Sistema Totalmente Compensatorio

### Descanso

Alterado: insomnio, ansiedad, depresión, alt. Ritmo del sueño habitual del paciente

- Sistema Parcialmente Compensatorio
- Sistema Totalmente Compensatorio

### Higiene personal

Dependiente: déficit de autocuidado en la higiene y vestido

- Sistema Parcialmente Compensatorio
- Sistema Totalmente Compensatorio

### Movilidad

Dependiente: limitación de la movilidad, hemiplejía, deficiencias sensoriales, coma

- Sistema Parcialmente Compensatorio
- Sistema Totalmente Compensatorio

### Seguridad

Alterado: riesgo de traumatismo, deterioro de la movilidad, disminución de la sensibilidad, obnubilación, confusión, desorientación...

- Sistema Parcialmente Compensatorio
- Sistema Totalmente Compensatorio

Estado de consciencia: confuso, obnubilado, delirio...

Riesgo de caídas elevado, precisa elementos de seguridad.

Valoración del dolor a través de la escala analógica visual

0 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 10  
(Ausencia de dolor) (Dolor moderado) (Máximo dolor)

### Estatus funcional

La puntuación será de 3-4.

3= sólo puede cuidarse en parte. Permanece encamado más del 50% de las horas de vigilia

4= totalmente inválido e incapaz de cuidarse. Encamado por completo.

### Estado de piel y mucosas.

No alterado

Alterado: eritemas cutáneos, úlceras por presión, laceraciones...

- Sistema Parcialmente Compensatorio
- Sistema Totalmente Compensatorio

### Riesgo UPP

Valoración del riesgo de úlcera por presión a través de la escala de Braden.

Riesgo moderado (13-14 puntos)

Riesgo alto (menor de 12 puntos)

### Capacidad sensorial

Alterada: déficit visual, táctil...

- Sistema Parcialmente Compensatorio
- Sistema Totalmente Compensatorio

### Aspectos psicológicos y sociales

Alterada: ansiedad, depresión, estupor...

- Sistema Parcialmente Compensatorio
- Sistema Totalmente Compensatorio

**DESARROLLO DEL PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA EL PACIENTE CON PANCREATITIS**

<b>Intervenciones propias de la hospitalización</b>	<b>Actividades</b>
<b>Cuidados de enfermería al ingreso (7310)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presentarse a sí mismo y su familia en los cuidados.</li> <li>2. Orientar al paciente y familia sobre las normas y funcionamiento de la unidad.</li> <li>3. Realizar la valoración de enfermería al ingreso.</li> <li>4. Establecer el plan de cuidados del paciente, los diagnósticos, resultados e intervenciones.</li> <li>5. Establecer procedimiento de identificación y protección de pacientes vulnerables (valoración de riesgos) del HGUA</li> </ol>
<b>Protección de los derechos del paciente (7460)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proporcionar al paciente la Carta de derechos y obligaciones del paciente.</li> <li>2. Proteger la intimidad del paciente durante las actividades de higiene, eliminación y aseo personal.</li> <li>3. Tomar nota de la preferencia religiosa.</li> <li>4. Mantener la confidencialidad de la información sanitaria del paciente.</li> </ol>
<b>Intermediación cultural (7330)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinar la naturaleza de las diferencias conceptuales que tienen el paciente y el profesional de enfermería sobre los problemas de salud o el plan de tratamiento.</li> <li>2. Identificar, con el paciente, las prácticas culturales que pueden afectar negativamente a la salud, de manera que el paciente pueda elegir de manera informada.</li> <li>3. Facilitar la comunicación intercultural (uso de traductor, materiales/medios bilingües por escrito...).</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Modificar las intervenciones convencionales (enseñanza al paciente) de manera adecuada</li> </ol>
<p><b>Informe de turnos (8148)</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar las enfermedades y razones principales del ingreso, si procede.</li> <li>2. Identificar los diagnósticos médico y de cuidados clave, si procede.</li> <li>3. Dar la información de forma concisa, centrándose en los datos recientes e importantes necesarios para el personal que asume la responsabilidad en cuidados.</li> <li>4. Describir el régimen de tratamiento.</li> <li>5. Identificar las pruebas de laboratorio y de diagnóstico que deban completarse en las próximas 24 horas.</li> <li>6. Describir los datos del estado de salud, incluyendo signos vitales y los signos y síntomas presentes durante el turno.</li> <li>7. Describir las intervenciones de enfermería llevadas a cabo.</li> <li>8. Resumir los progresos en las metas fijadas.</li> </ol>
<p><b>Planificación del alta (7370)</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinar las capacidades del paciente para el alta</li> <li>2. Colaborar con el médico, paciente/familiar/ser querido y demás miembros del equipo sanitario en la planificación de la continuidad de los cuidados.</li> <li>3. Identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarios por parte del paciente y del cuidador principal para poner en práctica después del alta</li> <li>4. Registrar todos los cuidados al alta en el informe de enfermería al alta.</li> <li>5. Establecer continuidad de cuidados al siguiente nivel asistencial de cuidados.</li> </ol>

**REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL**

PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ (00032)

R/C dolor y ansiedad

RIESGO DE ASPIRACIÓN (00039)

R/C alimentación por sonda

DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO (00002)

R/C incapacidad para absorber los nutrientes

DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS (00027)

R/C fracaso de los mecanismos reguladores

DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA (00016)

R/C multicausalidad

INSOMNIO (00095)

R/C malestar físico (dolor, reflujo gastroesofágico, náuseas, etc.)

RIESGO DE INFECCIÓN (00004)

R/C el aumento de secreciones acumuladas e incapacidad para su eliminación.

**REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIACIÓN DE LA SALUD**

MANTENIMIENTO INEFICAZ DE LA SALUD (00099)

R/C falta de logro de las tareas de desarrollo

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN (00102)

R/C debilidad

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO (00108)

R/C debilidad

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: USO DEL INODORO (00110)  
R/C debilidad

DOLOR AGUDO (00132)  
R/C agentes lesivos (químicos, físicos, biológicos, etc.)

NÁUSEAS (00134)  
R/C enfermedad pancreática

ANSIEDAD (00146)  
R/C cambio en el estado de salud

**INTERVENCIONES RELACIONADAS CON LA HOSPITALIZACIÓN**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
Patrón respiratorio ineficaz (00032)	Estado respiratorio: intercambio gaseoso (0402) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Saturación de O<sub>2</sub> (/11)</li> </ul> Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias (0410) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frecuencia respiratorio (/04)</li> </ul>	Monitorización respiratoria (3350): <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realización y seguimiento de gasometrías arteriales y/o venosas.</li> <li>- Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.</li> <li>- Vigilar secreciones respiratorias del paciente.</li> </ul> Oxigenoterapia (3320): <ul style="list-style-type: none"> <li>- Administrar oxígeno suplementario según órdenes</li> <li>- Controlar eficacia de oxigenoterapia (pulsioxímetro, ...)</li> <li>- Mantener permeabilidad de vías aéreas.</li> <li>- Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado.</li> </ul>
Riesgo de aspiración (00039)	Prevención de la aspiración (1918) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evita factores de riesgo (/02)</li> </ul>	Precauciones para evitar la aspiración (3200): <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alimentación en pequeñas cantidades si procede.</li> <li>- Colocación vertical a 90° o lo más incorporado posible.</li> <li>- Comprobar la colocación de la sonda nasogástrica.</li> <li>- Evitar la alimentación si los residuos son abundantes.</li> </ul> Sondaje gastrointestinal (1080): <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprobar la correcta colocación se la sonda, observando si hay signos y síntomas de ubicación traqueal.</li> <li>- Explicar al paciente y a la familia la razón de que se utilice una sonda gastrointestinal.</li> <li>- Insertar la sonda de acuerdo con el protocolo del centro.</li> </ul>

Desequilibrio nutricional por defecto (00002)	<p>Estado nutricional (1004)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ingestión de nutrientes (/01)</li> </ul> <p>Estado nutricional: determinaciones bioquímicas (1005)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hematocrito (/03)</li> <li>- Hemoglobina (/4)</li> <li>- Glucemia (/07)</li> </ul>	<p>Manejo de la nutrición (1100):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar, en colaboración con el dietista si procede, el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación.</li> </ul>
Déficit de volumen de líquidos (00027)	<p>Hidratación (0602)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Membranas mucosas húmedas (/02)</li> <li>- Diuresis (/11)</li> </ul>	<p>Manejo de líquidos (4120):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Administrar terapia intravenosa según prescripción.</li> <li>- Realizar registro preciso de ingesta y eliminación.</li> <li>- Realizar sondaje vesical, si es preciso.</li> <li>- Vigilar estado de hidratación (membranas mucosas, pulso, presión sanguínea ortostática, etc.)</li> </ul> <p>Monitorización de los signos vitales (6680):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anotar tendencias y fluctuaciones de la presión sanguínea.</li> <li>- Controlar periódicamente la pulsioximetría.</li> <li>- Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.</li> </ul> <p>Administración de nutrición parenteral total (1200):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprobar datos del paciente y la velocidad de administración de la NPT.</li> <li>- vigilar niveles de albúmina, proteínas totales, electrolitos y glucosa en suero y perfil químico.</li> <li>- Comprobar glucosa en orina para determinar glucosuria, cuerpos cetónicos y proteínas.</li> <li>- Administrar insulina, según prescripción.</li> </ul>

Deterioro de la eliminación urinaria (00016)	<p>Eliminación urinaria (0503)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patrón de eliminación (/01)</li> <li>- Cantidad de orina (/03)</li> <li>- Color de la orina (/04)</li> </ul>	<p>Sondaje vesical (0580):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar el fundamento y procedimiento de la intervención.</li> <li>- Mantener una técnica aséptica estricta.</li> <li>- Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado.</li> </ul> <p>Cuidados del catéter urinario (1876):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anotar características de líquido drenado.</li> <li>- Cambiar catéter a intervalos regulares.</li> <li>- Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.</li> <li>- Mantener permeabilidad del sistema.</li> <li>- Vaciar el dispositivo en los intervalos especificados.</li> </ul>
Insomnio (00095)	<p>Sueño (0004)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patrón del sueño (/03)</li> <li>- Calidad del sueño (/04)</li> </ul>	<p>Mejorar el sueño (1850):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente.</li> <li>- Comentar con el paciente y familia técnicas para favorecer el sueño.</li> <li>- Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/molestias, etc.) y/o psicológicas (ansiedad, etc.) que interrumpan el sueño.</li> <li>- Identificar las medicaciones que el paciente está tomando para el sueño.</li> </ul>
Riesgo de infección (00004)	<p>Control del riesgo (1902): de infección</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconoce factores de riesgo (/01)</li> <li>- Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas (/04)</li> <li>- Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo (/08)</li> </ul>	<p>Protección contra infecciones (6550):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enseñar al paciente a tomar antibióticos tal como se ha prescrito.</li> <li>- Instruir al paciente y familia acerca de los signos y síntomas de infección</li> <li>- Mantener las normas de asepsia para el paciente</li> </ul>

	<p>Detección del riesgo (1908): de infección</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos (/01)</li> </ul> <p>Severidad de la infección (0703)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fiebre (/07)</li> </ul>	<p>de riesgo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.</li> <li>- Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en zonas edematosas.</li> </ul> <p>Control de infecciones (6540):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.</li> </ul> <p>Cuidados del catéter central insertado periféricamente (4220):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fijar el catéter y aplicar vendaje estéril transparente (para observar signos de infección).</li> <li>- Utilizar técnica estéril para cambiar vendaje, etc</li> </ul>
<p>Mantenimiento ineficaz de la salud (00099)</p>	<p>Conducta de fomento de la salud (1602)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utiliza conductas para evitar los riesgos (/01)</li> <li>- Realiza los hábitos sanitarios correctamente (/07)</li> </ul> <p>Conocimiento: cuidados de la enfermedad (1824)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Descripción del proceso de enfermedad (/02)</li> <li>- Descripción del régimen terapéutico (/08)</li> </ul> <p>Conocimiento: dieta (1802)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Selección de comidas recomendadas por la dieta (/10)</li> </ul> <p>Conocimiento: proceso de enfermedad (1803)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Descripción de las precauciones para prevenir las complicaciones (/11)</li> </ul>	<p>Ayuda en la modificación de sí mismo (4470):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayudar al paciente a cambiar su conducta adictiva poniéndolo en contacto con organismos adecuados y del Sistema Sanitario oportunos (Unidad de Conductas Adictivas).</li> <li>- Ayudar al paciente a identificar su adicción al alcohol.</li> <li>- Ayudar al paciente a poner se en contacto con la asistente social del centro, en caso de necesidad.</li> <li>- Explorar con el paciente el uso potencial de la medicación y la relajación progresiva para intentar cambiar la conducta.</li> <li>- Valorar el nivel de conocimiento y habilidad del paciente en relación al cambio deseado.</li> </ul> <p>Enseñanza procedimiento/tto. (5618):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar al paciente sobre los medicamentos, la acción de casa uno y la dosis prescrita.</li> <li>- Informar al paciente sobre sobre cualquier</li> </ul>

	<p>Conocimiento: régimen terapéutico (1813)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Descripción de la medicación prescrita (/06)</li> <li>- Descripción de los procedimientos prescritos (/09)</li> </ul>	<p>procedimiento que se le va a realizar.</p> <p>Enseñanza: dieta prescrita (5614):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Control de peso</li> <li>- Evaluar nivel de conocimientos sobre dieta prescrita.</li> <li>- Explicar al paciente y familia el riesgo de consumo de alcohol.</li> <li>- Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas.</li> </ul> <p>Enseñanza: proceso de enfermedad (5602):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comentar cambios de estilo de vida para controlar el proceso de enfermedad.</li> <li>- Explicar signos y síntomas de la enfermedad.</li> <li>- Identificar etiología posible.</li> </ul>
Déficit de autocuidado: alimentación (00102)	<p>Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos (1008)</p> <p>Ingestión alimentaria por sonda (/02)</p>	<p>Alimentación enteral por sonda (1056):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambiar SNG periódicamente, según protocolo del centro.</li> <li>- Comprobar existencia de residuos cada 4 – 6 h</li> <li>- Elevar cabecero de la cama durante alimentación.</li> <li>- Insertar SNG conforme protocolo del centro.</li> <li>- Irrigar SNG con agua cada 4-6 h y después de cada cambio de frasco.</li> <li>- Observar si hay sensación de plenitud, náuseas o vómitos.</li> <li>- Observar correcta colocación de SNG inspeccionando la cavidad bucal, comprobando si hay residuo gástrico o auscultando durante la inyección de aire.</li> </ul>
Déficit de autocuidado: baño (00108)	<p>Autocuidados higiene (0305)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantiene una apariencia pulcra (/14)</li> </ul>	<p>Ayuda con los autocuidados: baño/ higiene (1801):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.</li> </ul>
Déficit de autocuidado: uso del inodoro (00110)	<p>Autocuidados: uso del inodoro (0310)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entra y sale del cuarto de baño (/03)</li> </ul>	<p>Manejo intestinal (0430):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar medidas que suplan el uso del WC hasta que el paciente sea autosuficiente.</li> <li>- Control de deposiciones: número, cantidad y aspecto.</li> <li>- Proporcionar los dispositivos necesarios para la evacuación.</li> </ul> <p>Manejo de la eliminación urinaria (0590):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar los dispositivos necesarios para la eliminación urinaria.</li> <li>- Proporcionar medidas que suplan el uso del WC hasta que el paciente sea autosuficiente.</li> </ul>
Dolor agudo (00132)	<p>Sintomatología: Nivel del dolor (2102)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolor referido (/01)</li> </ul> <p>Conducta de salud: Control del dolor (1605)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Refiere dolor controlado (/11)</li> </ul>	<p>Manejo del dolor (1400):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar la eficacia, con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado.</li> <li>- Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura, ruidos, etc.)</li> <li>- Notificar al médico si las medidas no tienen éxito o si la queja actual constituye un cambio significativo en las experiencias pasadas del dolor del paciente.</li> </ul> <p>Administración de analgésicos (2210):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valoración de la intensidad del dolor mediante Escala EVA, pre-analgesia</li> <li>- Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente después de dosis iniciales, se debe observar también si hay señales y síntomas de</li> </ul>

		<p>efectos adversos (depresión respiratoria, náuseas, vómitos, sequedad de boca y estreñimiento).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilancia sobre posibles efectos adversos: depresión respiratoria, náuseas, vómitos, sequedad de boca, estreñimiento, etc.</li> </ul>
Náuseas (00134)	<p>Control de náuseas y vómitos (1618)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informa de náuseas, esfuerzos para vomitar y vómitos controlados (/12)</li> <li>- Utiliza adecuadamente medicaciones antieméticas (/08)</li> </ul>	<p>Manejo de las náuseas (1450):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Asegurarse de que se ha administrado antieméticos eficaces para evitar las náuseas siempre que haya sido posible.</li> <li>- Controlar el contenido nutricional y las calorías en el registro de ingestas</li> </ul> <p>Manejo del vómito (1570):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar alivio durante el episodio del vómito (lavar cara, ropa limpia, etc.).</li> <li>- Controlar equilibrio de líquidos y electrolitos.</li> <li>- Esperar como mínimo 30 minutos tras vómito antes de dar líquidos al paciente.</li> <li>- Asegurarse de que se han administrado antieméticos eficaces para prevenir el vómito siempre que haya sido posible.</li> </ul>
Ansiedad (00146)	<p>Autocontrol de la ansiedad (1402)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Controla la respuesta de ansiedad (/17)</li> </ul>	<p>Disminución de la ansiedad (5820):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.</li> <li>- Crear un ambiente que facilite la confianza.</li> <li>- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos.</li> <li>- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.</li> <li>- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.</li> <li>- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.</li> </ul>

