|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN CONSULTA EXTERNA** |  |
|  |  |  |

**1. Propósito**

Establecer criterios estandarizados para el cuidado de los usuarios con padecimientos tratados en los servicios de Consulta Externa de Rehabilitación.

**2. Alcance**

Aplica a todo el personal de enfermería involucrado en el cuidado de los usuarios de servicios de Consulta Externa de Rehabilitación.

**3. Responsabilidades**

**Subdirectora de Enfermería**

Normar los lineamientos necesarios para la aplicación de los Planes de Cuidado Estandarizado de Enfermería en Consulta Externa.

**Supervisora**

Evaluar la utilización de los planes de Cuidado Estandarizado de Enfermería en los diferentes servicios.

Mantener una estrecha comunicación con la (el) Jefe de servicio y verificar correcta utilización de los Planes de Cuidado Estandarizado.

**Enfermera Jefe de servicio**

Asesorar al personal en la utilización de los Planes de Cuidado Estandarizado de Enfermería

Verificar que el manejo de los Planes se realice correctamente en cada paciente

**Enfermera Especialista/General:**

Utilizar correctamente los Planes de Cuidado Estandarizado para proporcionar atención de enfermería individualizada.

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN CONSULTA EXTERNA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Deterioro de la movilidad física | Movilidad | Marcha  Movimiento muscular  Mantenimiento de la posición corporal | 1. Grave  2. Sustancial  3. Moderado  4. Leve  5. Ninguno |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Disminución de la fuerza muscular  **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS** |
| Movimientos espasmódicos, adquisición de posiciones viseadas, espasticidad de miembros superiores e inferiores. |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Alineación segmentaria** | **INTERVENCIONES (NIC): Uso de ortesis** |
| **ACTIVIDADES**   * Explicar al paciente y cuidador primario la importancia que tiene mantener una adecuada alineación corporal. * Evitar pseudoartrosis futuras por incorrecta alineación segmentaria. * Uso de almohadas, cojines, que pueden ser colocadas en las prominencias óseas para evitar el roce entre estas. * Favorecer la circulación sanguínea; a través de la movilización de miembros torácicos y pélvicos; previniendo la estasis venosa y la espasticidad. | **ACTIVIDADES**   * Concientizar al usuario, familiar y red de apoyo; sobre la importancia que tiene el uso regular de las órtesis: Órtesis Tibial Posterior (OTP) y/o férulas braquipalmares para la prevención deformidades óseas que impidan la función y la rehabilitación futura. * Cualquier aparato ortopédico que produzca un área de enrojecimiento cutáneo (zona de presión), que persista por más de 20 minutos debe modificarse para evitar tal presión continua y favorecer a una úlcera. * Explicar el uso correcto del dispositivo: toda órtesis o férula debe conservar la alineación de los dedos el pulgar y la muñeca; evitando así una disfunción. * En caso de uso de férula termoplástica que tiene rollo para conservar los dedos en flexión, se debe preservar la anchura del espacio interdigital, y extenderse sobre la cara volar de la muñeca para proteger los extensores de la muñeca. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CONSULTA EXTERNA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | PUNTUACIÓN DIANA |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Déficit del autocuidado en las actividades de la vida diaria (AVD) | Autocuidado para las actividades de la vida diaria  (alimentación, vestido, higiene y uso del wc) | Come  Se viste  Uso del inodoro  Se baña  Se peina  Higiene/ aseo  Higiene bucal | 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Falta de fomento y ayuda para el autocuidado |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Incapacidad para realizar las actividades de alimentación, vestido, higiene, uso del wc, lúdicas, etc. Debido a alteración morfológica y neuromuscular (espasticidad.) |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Terapia de ejercicios: movilidad articular** | **INTERVENCIONES (NIC): Enseñanza : habilidad psicomotora** |
| **ACTIVIDADES**   * Considerar la edad y etapa de desarrollo en la que se encuentra el usuario; no olvidando sus creencias culturales, al fomentar actividades de autocuidado. * Promover las actividades de autocuidado de acuerdo a la capacidad neuromotora del usuario. * Comprobar la capacidad del usuario para ejercer autocuidado independiente. * Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas a su nivel de capacidad. * Alentar la independencia, pero interviniendo si el usuario no puede realizar la acción dada. * Enseñar a los padres/tutor a fomentar la independencia para intervenir solamente cuando el usuario no pueda realizar la acción dada. * Establecer una rutina de autocuidado. | **ACTIVIDADES**   * Colocar al paciente en una posición cómoda. * Proporcionar dispositivos de adaptación para facilitar que el paciente se alimente por sí solo (asas largas, asas con una circunferencia grande o pequeñas correas en los utensilios). * Utilizar tazas y vasos irrompibles y no pesados, según se precise. * Abrir los alimentos empaquetados. |
| **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CONSULTA EXTERNA** | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Cansancio en el desempeño del rol del cuidador | Salud emocional y física del cuidador principal | Capacidad para cumplir las expectativas del rol | 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Enfermedad crónica, gravedad de la enfermedad, incertidumbre sobre el curso de la enfermedad, cantidad de actividades, tensión emocional.  **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:** |
| Afrontamiento individual deteriorado, conflicto familiar, temor sobre la salud futura del receptor, estrés. |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Apoyo emocional** | **INTERVENCIONES (NIC): Ayuda en la aplicación del autocuidado en las actividades de la vida diaria** |
| **ACTIVIDADES**   * Confrontar los sentimientos ambivalentes del usuario. * Observar estructura familiar y sus roles. * Alentar la manifestación de emociones, percepciones y miedos. * Observar si hay indicios de estrés. * Enseñanza u orientar en el proceso de enfermedad. * Detección oportuna de signos y síntomas de complicaciones de la enfermedad. * Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico. * Valorar la comprensión del usuario en el proceso de enfermedad. * Determinar las necesidades de enseñanza del usuario. * Identificar los objetivos de enseñanza necesarios para conseguir las metas. * Seleccionar los materiales educativos adecuados y valorar el nivel educativo del usuario, padre/tutor o red de apoyo. | **ACTIVIDADES**   * Orientar al usuario, familiar y redes de apoyo a la realización de actividades a favor a la salud. * Ajustar el contenido de acuerdo a las capacidades/incapacidades cognoscitivas, psicomotoras y afectivas del paciente. * Alentar al paciente a su autocuidado, según sus limitaciones; para alcanzar su autonomía; si procede. * Estimular al familiar a que permita que el paciente realice sus actividades; según sus posibilidades. * Motivar al usuario y familiar/red de apoyo a que trabajen en equipo; para alcanzar un fin común. |
| **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CONSULTA EXTERNA** | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Deterioro de la deglución | Estado de deglución fase: oral | Momento del reflejo de deglución  Esfuerzo deglutatorio aumentado | 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)** |
| Deterioro neuromuscular (disminución del reflejo nauseoso, de la fuerza o distensión de los músculos implicados en la masticación),  **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Rumiación repetitiva, tos a la alimentación. |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Enseñanza de la alimentación oral** | **INTERVENCIONES (NIC): Terapia de deglución** |
| **ACTIVIDADES**   * Alimentación de acuerdo a deglución (consistencia néctar) * Mantener en posición sedente, sin distractores, en poca cantidad no más de 5 ml por toma oral, bajo vigilancia del familiar. * No forzar a alimentación rápida. | **ACTIVIDADES**   * Ejercicios de deglución} * Ejercicios linguales y orofaciales * Masoterapia. * Identificar la presencia del reflejo de deglución si fuera necesario. * No forzar la alimentación * Vigilar presencia de tos |

|  |
| --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Enseñanza de precauciones para evitar la aspiración** |
| **ACTIVIDADES**   * Vigilar el nivel de consciencia y reflejo de tos, de acuerdo a la capacidad deglutiva. * Alimentación en pequeñas cantidades, y ofrecer alimentos de consistencia néctar.   . |
| **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CONSULTA EXTERNA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Deterioro de la ambulación | Ambular | Caminar a paso moderado  Caminar distancias cortas  Caminar sobre superficies planas y seguras. | 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Deterioro del equilibrio, deterioro musculo esquelético, deterioro neuromuscular, dolor,  deterioro cognitivo. |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Deterioro de la habilidad para caminar las distancias requeridas y para sortear los obstáculos. |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Terapia de ejercicio: ambular** | **INTERVENCIONES (NIC): Proceso de traslado** |
| **ACTIVIDADES**   * Vigilancia del uso del calzado seguro para deambular. * Vigilar uso correcto de dispositivos para la deambulación. * Ayudar al usuario a establecer aumentos de distancia realistas con la deambulación. * Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de seguridad, bajo vigilancia de padre/tutor o red de apoyo. | **ACTIVIDADES**   * Vigilancia del uso del calzado seguro para deambular. * Ayuda al usuario en el traslado, cuando sea necesario. * Aplicar /proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas o andadera, etc.) para la deambulación si el usuario no camina bien. * Ayudar al usuario con la deambulación inicial, si es necesario. * Instruir al usuario, padre/tutor acerca de las técnicas de traslado y deambulación segura. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CONSULTA EXTERNA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Estreñimiento | Eliminación Intestinal | Patrón de eliminación y control de movimientos intestinales | 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Disminución de la movilidad del tracto gastrointestinal, actividad física insuficiente, estrés emocional, fármacos, deterioro neurológico. |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Disminución de la frecuencia, distención abdominal, dolor abdominal, presencia de flatulencia, defecación dificultosa |

|  |
| --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Manejo del Estreñimiento/ Impactación** |
| **ACTIVIDADES**   * Comprobar movimientos intestinales. * Verificar la presencia de peristaltismo * Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos si no está contraindicado. * Instruir al usuario y padre/tutor acerca de la dieta rica en fibra, sí procede. * Instruir al padre/tutor sobre el uso correcto de laxantes. * Instruir al usuario y padre/tutor sobre el masaje al marco cólico. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CONSULTA EXTERNA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Temor | Autocontrol del miedo | Buscar información para reducir el miedo.  Eliminar los factores precursores del miedo.  Aplicación de terapias alternativas para disminuir el miedo. | 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado. |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Procedimiento post quirúrgico, falta de conocimientos, inicio de la actividad física |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Aumento de tensión ante un hecho, ansiedad, nerviosismo. |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Enseñanza previa a actividad física** | **INTERVENCIONES (NIC): Enseñanza previa a actividad física** |
| **ACTIVIDADES**   * Informar usuario y padre/tutor o red de apoyo acerca del inicio de las terapias, el área y duración de las mismas. * Conocer las ideas que tiene el usuario acerca de la rehabilitación (mitos). * Evaluar la ansiedad del usuario y padre/tutor relacionada con la terapia. * Dar tiempo al usuario para que haga preguntas y discuta sus inquietudes acerca del área que va a conocer. * Describir los ejercicios, equipos y rutina que realizara, si procede. * Informar a la red de apoyo o padre/tutor sobre el sitio de espera durante la terapia. * Reforzar la confianza del usuario en el personal involucrado, si procede. | **ACTIVIDADES**   * Implementar medidas para el control del dolor y angustia. * Explicar el objetivo de la correcta realización de la terapia. * Instruir al usuario y padre/tutor o red familiar acerca de los tecnicismos usados. * Concientizar al usuario y padre/tutor o red de apoyo de la importancia de la terapia. * Destacar la importancia de la terapia pulmonar, previa y posterior. * Enseñar al usuario como puede ayudar a su recuperación neuromuscular. * Determinar las expectativas del usuario acerca de su rehabilitación. * Corregir las expectativas irreales de su rehabilitación. |
| **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CONSULTA EXTERNA** | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Limpieza ineficaz de las vías aéreas | Permeabilidad de las vías respiratorias  Estado respiratorio: ventilación | Frecuencia respiratoria.  Ritmo respiratorio.  Movilización del esputo, hacia fuera de las vías respiratorias.  Elimina obstáculos de la vía aérea.  Utilización de músculos accesorios.  Ruidos respiratorios patológicos. | * 1. Gravemente comprometido   2. Sustancialmente comprometido   3. Moderadamente comprometido   4. Levemente comprometido   5. No comprometido  1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Disfunción neuromuscular respiratoria, cianosis, disnea. |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Sonidos respiratorios adventicios (sibilancias, estertores, crepitantes), inefectividad de la tos, cambios en la frecuencia |

|  |
| --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Manejo de las vías aéreas artificiales** |
| **ACTIVIDADES**   * Auscultar sonidos pulmonares bilaterales. * Realizar fisioterapia torácica, si está prescrito o si el paciente lo tolera. * Implementar medidas preventivas para la disminución del riesgo de desarrollar procesos infecciosos. * Solicitar el apoyo del familiar para la detección oportuna de cambios en las condiciones del patrón respiratorio o de la piel. * Observar el grado de vulnerabilidad del paciente para desarrollar una infección en el deterioro cutáneo o de las vías respiratorias. * Implementar las precauciones universales y enseñárselas al usuario y familia/red de apoyo. * Reportar a vigilancia epidemiológica, datos de infección, si fuera el caso. * Enseñar al usuario y / o familia a aspirar la vía aérea, si resulta adecuado. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CONSULTA EXTERNA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Retención urinaria | Continencia urinaria | Reconoce la urgencia miccional  Patrón predecible del paso de orina  Orina en un receptáculo adecuado | 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Inhibición del arco reflejo |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Distención vesical |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Cuidados de la retención urinaria** | **INTERVENCIONES (NIC): Sondaje vesical intermitente** |
| **ACTIVIDADES**   * Realizar una valoración urinaria exhaustiva centrándose en la incontinencia (producción urinaria, esquema de eliminación urinaria, función cognoscitiva y problemas urinarios anteriores). * Instalación de sonda vesical, si procede. * Ayudar en el aseo. * Enseñar al paciente / familiar a registrar la producción urinaria, si procede. * Vigilar el grado de distensión de la vejiga mediante la palpación y percusión * Vigilar presencia de residuo urinario. * Implementar cateterización intermitente, si procede. | **ACTIVIDADES**   * Proporcionar una habitación privada tranquila para el procedimiento. * Montar el equipo de cateterización correspondiente. * Utilizar técnica limpia o estéril para la cateterización. * Enseñar al usuario/ familia el propósito, suministros, método y fundamento de la cateterización intermitente. * Enseñar al usuario/familia la técnica de cateterización intermitente limpia. * Solicitar que el usuario haga una demostración del procedimiento, si procede. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CONSULTA EXTERNA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Patrón sexual inefectivo | Sexualidad | Comunicación  Necesidad  Placer  Deseo  Amor  Reproducción y trascendencia  Fortalecimiento de la autoestima.  Amor propio y por su pareja | 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Déficit de conocimientos o habilidades sobre respuestas alternativas a transiciones relacionadas con la salud sexual.  Alteración de la estructura o función corporal, enfermedad o lesión |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Limitaciones en las actividades sexuales  Cambios en la actividad sexual  Necesidad emocional y fisiológica insatisfecha. |

|  |
| --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Orientación Sexual** |
| **ACTIVIDADES**   * Ayudar al usuario a que exprese sus emociones * Conocer sus dudas y pérdidas acerca de la sexualidad * Concientizar al usuario de su valor propio. Como persona * Alentar a una esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia * Determinar el grado de apoyo de pareja y familia. * Orientación acerca de alternativas para disfrutar su sexualidad (psicoterapia individual, de pareja, terapias con medicina alternativa y fármacos) * Apoyo documental, talleres, conferencias, etc. * Remitir a programas y grupos de apoyo sexual. |
| **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CONSULTA EXTERNA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Deterioro de la comunicación verbal. | Comunicación  Intercambia una conversación con los demás. | Recibe mensaje, procesa información y envía respuesta  Interacción-Socialización  Lenguaje :  -hablado  -escrito  -ilustrativo.  -uso de mímica. | 1. Grave  2. Sustancial  3. Moderado  4. Leve  5. Ninguno |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Efecto de lesión del hemisferio cerebral izquierdo por disminución de la circulación.  **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS** |
| Manifestado porafasia, disartria y dislalia. |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Identificación del déficit de comunicación** | **INTERVENCIONES (NIC): Reforzamiento del habla y de la comunicación** |
| **ACTIVIDADES**   * Dar contención al usuario y familiar y disminuir la angustia. * Colocarse frente al usuario durante la conversación. * Establecer contacto visual con el usuario. * Emplear frases cortas y sencillas, una a la vez. * Pedir al usuario que repita frases. * Verificar si el usuario entendió claramente la información. * Darle tiempo para responder. * Observar actitud y límites del usuario y reducir las distracciones. * Valorar nivel de comunicación (entendimiento-habla). * Determinar capacidad de: Habla / Escritura. * De expresar sentimientos / De forma palabras o frases. * Utilizar, tono de voz modulado. * Establecer comunicación a través del panel o pizarra, si procede. * Establecer comunicación personalizada. * Interpreta adecuadamente claves no verbales. | **ACTIVIDADES**   * Disminuir angustia del usuario y familiar. * Observar lenguaje corporal del usuario, para entender mensaje y cubrir necesidad de comunicación, si procede. * Aplicar técnica de relajación y respiración. * Evitar distractores al establecer la comunicación. * Realización de ejercicios faciales, para reactivar músculos. * Fortalecimiento lingual y orofacial. * Interacción con área de foniatría. * Reforzar el mensaje del emisor con mímica si es requerido. * Animar al usuario y familiar a entablar comunicación. * Implementación de ludoterapia (lotería, memorama, etc.). |
| **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CONSULTA EXTERNA** | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Desatención unilateral | Imagen corporal | Descripción de la parte corporal afectada  Voluntad para tocar la parte corporal afectada  Satisfacción con el aspecto corporal | 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Hemiplejia por accidente vascular cerebral |
| CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS Manifestado por persistente falta de atención a los estímulos del lado afectado, no mirar hacia el lado afectado, dejar alimento en el plato en el lado afectado. |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Manejo de la anulación del lado del cuerpo afectado.** | **INTERVENCIONES (NIC): Ejercicios de rehabilitación** |
| **ACTIVIDADES**   * Realizar ejercicios de respiración al usuario, para bajar nivel de estrés y hacer partícipe al familiar. * Tocar el hombro afectado al iniciar una conversación, recordándole el uso de su brazo o pierna cuando sean requeridos para estimular la plasticidad cerebral. * Colocarse del lado afectado, y hacer que el usuario focalice su atención. * Brindar enseñanza sobre el manejo del hemicuerpo afectado. * Mantener, segmentos alineados. * Enseñarle y explicarle al usuario; el uso, colocación y cuidados a la piel al instalar el cabestrillo y ortesis. * Realizar masajes con diferentes texturas del lado afectado animando al paciente a que lo realice el mismo. | **ACTIVIDADES**   * Explicar al usuario y al familiar, la importancia de iniciar la movilización del lado afectado. * La postura (uso de órtesis) evitando que el usuario adopte posiciones viseadas. * Realizar calentamiento muscular en miembro afectado. * Realizar movimientos pasivos en todos los arcos en la medida de la tolerancia del paciente; sin que ello ocasione dolor o alguna molestia. * Enseñar al familiar la realización de movimientos de amplitud y movilidad articular del miembro afectado. * Animar al usuario a que toque y utilice la parte afectada, centrando gradualmente su atención para que se adquiera la capacidad de compensar la anulación. * Si es posible la marcha situarse del lado afectado a modo de compensar la anulación del hemicuerpo, enfatizando que intente mover la parte afectada. * Explicar al usuario y familiar la importancia de realizar las AVD (autocuidado, higiene, vestido, etc.) del lado afectado y después del lado funcional. * Colocar la comida y los objetos utilizados durante la alimentación dentro del campo visual derecho o izquierdo. * Ayudar al usuario a fortalecer y reactivar la parte sensorio motora. * Explicarle al familiar o red de apoyo; la importancia de fortalecer la confianza en el usuario. |
| **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CONSULTA EXTERNA** | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Incontinencia Fecal | Incontinencia intestinal | Identifica la urgencia para defecar  Mantiene el control de la eliminación de heces | 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado5 5. Siempre Demostrado |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Lesión de los nervios motores superiores e inferiores. |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Incapacidad para reconocer la urgencia de defecar. |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Cuidados de la incontinencia intestinal** | **INTERVENCIONES (NIC): Cuidados de la incontinencia intestinal** |
| **ACTIVIDADES**   * Explicar la etiología del problema y la base de las acciones. * Determinar los objetivos del programa de manejo intestinal con el paciente/familia. * Examinar los procedimientos y resultados esperados con el paciente. * Controlar la dieta y las necesidades de líquido. | ACTIVIDADES  * Instruir al paciente/familia a que lleve un registro de defecación si es preciso. * Llevar a cabo un programa de entrenamiento intestinal si procede. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CONSULTA EXTERNA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Incontinencia urinaria | Incontinencia urinaria | Patrón de Eliminación  Cantidad de orina  Claridad de Orina  Digestión de Líquidos Adecuados | 1. Nunca demostrado 2. Realmente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Deterioro neurológico por encima del centro sacro. |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Incapacidad para inhibir voluntariamente la micción |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Cuidados en la incontinencia urinaria** | **INTERVENCIONES (NIC): Prevención de complicaciones en la incontinencia urinaria** |
| **ACTIVIDADES**   * Explicar la etiología del problema y el fundamento de las acciones. * Colocación de sonda vesical, si el usuario lo amerita. * Explicar cuidados de sonda vesical, prevención de infección en el sitio de inserción, así como de tracciones o acodamientos. * Comentar los procedimientos y los resultados esperados con el usuario y familiar. | **ACTIVIDADES**   * Modificar la vestimenta y el ambiente para facilitar el acceso al aseo y evitar el exceso de humedad. * Explicar la importancia de limpiar la zona dérmica genital en intervalos regulares. * Enseñar al usuario a beber un mínimo de 1500 ml. de líquido al día. * Enseñanza para la vigilancia de formación de globo vesical. * Enseñanza del diario miccional. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CONSULTA EXTERNA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Deterioro de la habilidad para la traslación | Equilibrio  Realización de traslados | En bipedestación  En sedestación  Al caminar  Tambaleo  Mareo  Agitación  Tropiezo  Traslado de la cama a la silla  De la silla a la cama  Traslado de silla a silla  Traslado de silla de ruedas a vehículo  Traslado de vehículo a silla de ruedas. | 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Deterioro del equilibrio, deterioro musculoesquelético |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Incapacidad para levantase de la cama y ponerse de pie, incapacidad para trasladarse entre dos superficies desiguales. |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Fomento del ejercicio** | **INTERVENCIONES (NIC): Fomento del ejercicio** |
| **ACTIVIDADES**   * Determinar la capacidad del usuario para la realización de ejercicios. * Animar al usuario a identificar sus habilidades. * Incluir al familiar o red de apoyo para fomentar habilidades del usuario. * Enseñar al usuario a realizar un precalentamiento y enfriamiento antes y después de actividades/ejercicio y la importancia de tal acción, si procede. * Ayudar al usuario a incorporar la actividad/ejercicio en la rutina/estilo de vida. * Ayudar al usuario a alternar correctamente periodos de descanso y de actividad. * Enseñanza de detección oportuna de signos y síntomas de alteración de constantes vitales, durante la realización del programa de terapias. | **ACTIVIDADES**   * Vigilar la respuesta emocional, cardiovascular física del usuario durante la realización de ejercicios. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CONSULTA EXTERNA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal. | Termorregulación | Hipotermia.  Palidez.  Piloerección  Temblor  Cianosis  Hipertermia  Rubicundez  Sudoración  Deshidratación | 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Exposición a ambientes fríos, exposición de ambientes calientes, enfermedad que afecta a la regulación de la temperatura, inmovilidad, ropas inadecuadas para la temperatura ambiental. |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Verificación de la temperatura corporal** | **INTERVENCIONES (NIC): Manejo del control de la temperatura** |
| **ACTIVIDADES**   * Identificar el factor que desencadene la variación de la temperatura (humedad, corrientes de aire, colchón térmico, exceso de frazadas, ingesta de líquidos calientes o fríos, etc. * Verificar la temperatura corporal del usuario. * Conocer la etapa de crecimiento en la que se encuentra el usuario. * Relacionar ingesta de líquidos caliente o frio con la temperatura corporal que presenta. * Descartar proceso infeccioso. * Corroborar si la sintomatología del usuario corresponde con las cifras térmicas. | **ACTIVIDADES**   * Explicar al usuario y familiar la importancia del uso de ropa de material de algodón. * Evitar la exposición a temperaturas extremas. * Evitar cambios bruscos de temperatura. * Usar ropa acorde a temperatura ambiente. * Evitar exposición prologada a medio frío o caliente. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CONSULTA EXTERNA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | PUNTUACIÓN DIANA |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Riesgo de disreflexia autónoma | Detección y control del riesgo. | Reconoce los factores de riesgo  Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas. | 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Estreñimiento, estimulación cutánea, distensión vesical, ropa constrictiva |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Manejo de la disreflexia.** | **INTERVENCIONES (NIC): Manejo de la disreflexia** |
| **ACTIVIDADES**   * Instruir al paciente y familia acerca de las causas, síntomas, tratamiento y prevención de disreflexia. * Actuar de inmediato y dar contención al usuario. * Observar si hay signos y síntomas de disreflexia autónoma (hipertensión bradicardia, taquicardia, diaforesis por encima del nivel de lesión, calor facial, palidez por debajo del nivel de lesión, cefalea, congestión nasal, escalofríos sin fiebre, erección pilomotora y dolor torácico). * Reconocer el estímulo que éste desencadenando la disreflexia y eliminar la causa. | **ACTIVIDADES**   * Alinear segmentos. * Ver estado de la piel (prevenir zonas de presión. * Verificar que las medias TED no estén enroscadas y obstruyendo la circulación de los miembros pélvicos, retirar medias. * Verificar el estado de la sonda transuretral tracción, acodamiento, o pinzada. * Checar presencia de globo vesical; de ser así proceder a vaciamiento de vejiga, previniendo colapso. * Si mantiene calzado, revisar alineación de ortejos y evitar zonas de presión. * Verificar la presencia de uña enterrada. * Tomar signos vitales. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CONSULTA EXTERNA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Riesgo de nivel de glucemia inestable | Adquiere conocimiento en el control de la diabetes | Concentración sanguínea de la glucosa. | 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Conocimiento deficiente sobre el manejo de la diabetes, aporte dietético superior a los requerimientos, monitorización inadecuada de la glucemia, falta de aceptación del diagnostico, falta de adhesión al plan terapéutico de la diabetes,  nivel de actividad física menor a la recomendada, aumento de peso, estrés, manejo incorrecto de la medicación, desinterés por su salud. |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Asesoramiento nutricional** | **INTERVENCIONES (NIC): Enseñanza actividad / ejercicio prescrito** |
| **ACTIVIDADES**   * Establecer metas realistas a corto y a largo plazo para la modificación del estado nutricional, acorde al estilo de vida. * Demostrar de manera atractiva el plato del buen comer: frutas, verduras, carne asada, agua natural suficiente, entre otros. * Orientar al usuario a considerar factores de riesgo relacionados con su edad, recursos económicos, cultura y estilo de vida relacionados con la nutrición. * Dar seguimiento periódico de los avances en la modificación de la conducta alimentaría del usuario. | ACTIVIDADES  * Difundir la información con tríptico y material didáctico. * Evaluar la capacidad del usuario. * Informar al usuario del propósito y del beneficio del ejercicio para mejorar la condición cardiovascular del organismo. * Advertir al usuario acerca de los peligros de hacer un fuerzo mayor en sus actividades. * Enseñar al usuario una buena postura y mecánica corporal para disminuir riesgos de lesión durante la actividad. * Advertir al usuario de los efectos al exponerse al calor y frío extremos, de la conservación de la energía, de utilizar dispositivos de ayuda, del sedentarismo, adicciones, y otros. |
| **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CONSULTA EXTERNA** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Aumentar el afrontamiento** | **INTERVENCIONES (NIC): Enseñanza del proceso de enfermedad** |
| **ACTIVIDADES**   * Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la situación de salud actual. * Proporcionar el tiempo necesario para que el usuario exprese sus sentimientos. * Valorar y discutir respuestas alternativas a la situación de salud. * Recomendarle al usuario y familia consulten apoyo psicológico. | **ACTIVIDADES**   * Revisar y reforzar el conocimiento del usuario sobre su estado. * Describir los signos y síntomas de la enfermedad. * Explorar con el usuario lo que ya ha hecho para controlar los signos y síntomas y lo que puede seguir aprendiendo y haciendo. * Reforzar el autocuidado para minimizar el riesgo el desarrollo de complicaciones. * Orientación acerca del uso de ropa y calzado cómodo para minimizar los riesgos de lesión cutánea. * Consumir la cantidad de líquidos y nutrimentos acordes a sus requerimientos de edad y género. |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Intervenciones (NIC): Manejo de la hiperglucemia** | **INTERVENCIONES (NIC): Manejo de la hipoglucemia** |
| **ACTIVIDADES**   * Valorar los niveles de glucosa en sangre. * Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, debilidad, letárgica, visión borrosa, jaquecas, etc. * Identificar las causas de la hiperglucemia. * Orientar al usuario y familia en la prevención, detección e intervención oportuna en caso de presentar hiperglucemia. * Orientar y enseñar al usuario y familia acerca de las medidas que pueden implementar durante la enfermedad, incluyendo el uso de la insulina, hipoglucemiantes o ambos, el control de la ingesta de líquidos, reemplazo de los hidratos de carbono. * Recomendar al usuario llevar sus registros de medicación, horarios, niveles de glicemia pre u postprandial. | **ACTIVIDADES**   * Proporcionar información al usuario y familiar sobre la conveniencia del autocontrol de la hipoglucemia, sobre los signos y síntomas que puede presentar, factores riesgo que la desencadenen y tratamiento de la hipoglucemia. * Recomendarle al usuario tener a la mano algunos hidratos de carbono que pueda consumir en situaciones de emergencia para evitar progrese la hipoglucemia. * Informar y orientar al usuario y familia la importancia de la interacción entre la dieta, el ejercicio y la ingesta de sus medicamentos tanto de insulina como orales. * Recomendar al usuario llevar sus registros de medicación, horarios, niveles de glicemia pre u postprandial. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CONSULTA EXTERNA** |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Enseñanza, medicamentos prescritos** | **INTERVENCIONES (NIC): Precauciones circulatorias** |
| **ACTIVIDADES**   * Valorar el conocimiento que tiene el usuario de la medicación para este tipo de enfermedad. * Informar al usuario acerca del propósito y acción de cada medicamento del plan terapéutico. * Enseñar al usuario a aliviar y/o prevenir los efectos secundarios de los medicamentos prescritos. * Enseñar al usuario a almacenar correctamente los medicamentos verificando la caducidad de los mismos. * Ayudar al usuario a desarrollar un horario de medicación escrito. * Orientar al usuario a evitar la automedicación. * En la enseñanza de autocuidado del usuario incluir a la familia / ser querido. * Enseñar al usuario la técnica de administración y conservación de la insulina. * Informar al usuario sobre las consecuencias de no tomar, suspender bruscamente la medicación o sobremedicación para evitar efectos adversos. * Instruir al paciente sobre las acciones correctas que debe tomar si se producen efectos secundarios. * Instruir al usuario sobre los signos y síntomas de sobredosis. | **ACTIVIDADES**   * Observar si presenta signos o síntomas de insuficiencia venosa en los miembros inferiores así como edema. * Recomendar al usuario caminar 15 minutos diarios para estimular la circulación. * No cruzar las piernas. * En caso de tener un alto riesgo de lesión cutánea, no dar masajes por ningún motivo. * Motivar al usuario a los ejercicios pasivos. * Recomendar al usuario dejar de fumar si fuera fumador, para mejorar la oxigenación de sus tejidos. * Recomendarle se realice estudios de coagulación, incluyendo el tiempo de protrombina (PT), tiempo de tromboplastina parcial (PTT), recuento de plaquetas, entre otros. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CONSULTA EXTERNA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Aislamiento social | Habilidades de interacción social. Bienestar personal | Cooperación con los demás  Relacionarse con los demás. | 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Alteración del aspecto físico |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Retraimiento, sentimientos de ser distinto de los demás manifestados por apatía |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Auto aceptación de la imagen corporal** | **INTERVENCIONES (NIC): Aumentar el afrontamiento** |
| **ACTIVIDADES**   * Ayudar al usuario a adaptarse a su condición física y fomentar sus capacidades. * Ayudar al usuario a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal, si procede. * Ayudar a determinar la influencia de los grupos a los que pertenece en la percepción del usuario en su imagen corporal actual. * Observar la frecuencia de las frases de autocrítica. * Fomentar al usuario, padre/tutor a que identifiquen acciones que mejoren su aspecto. * Identificar grupos de apoyo disponibles para el usuario y padre/tutor. | **ACTIVIDADES**   * Valorar el impacto de la situación vital del usuario en los papeles y relaciones. * Valorar la comprensión del usuario y padre/tutor, del proceso de enfermedad. * Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación. * Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia. * Evaluar la capacidad del usuario para tomar decisiones. * Favorecer las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes. * Fomentar las actividades sociales y comunitarias. * Confrontar los sentimientos ambivalentes del usuario y padre/tutor (enfado o depresión). * Fomentar la autonomía del usuario. * Animar al usuario a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades. * Identificar el riesgo del usuario a hacerse daño. * Animar la implicación familiar. * Ayudar al usuario a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones y a manejar su estilo de vida o su papel necesario en ella. |
| **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CONSULTA EXTERNA** | |

|  |
| --- |
| **BIBLIOGRAFÍA** |
| * NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-2014. Madrid: Elservier-Mosby; 2012 * Moorhead S, Johnson M, Maas M, Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 5ª, ed. Madrid: Elservier-Mosby; 2013 * McCloskey D,J., Bulechek G.M., Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 6ª ed. Madrid: Elservier-Mosby; 2013 |

**Control de cambios**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Revisión** | **Descripción del cambio** | **Fecha** |
| 00 | Inicio en el Sistema de Gestión de Calidad | Julio 2014 |
| 01 | Actualización de la imagen institucional | JUN 15 |
| 02 | Actualización de Imagen Institucional | DIC 20 |