



PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludInstituto Nacional
de Salud del Niño

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Nº 16 -2022-DG-INSN

RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, 2 de Febrero del 2022

Visto, el expediente con Registro DG-Nº18575-2021, que contiene el Memorando Nº 114-DE-INSN-2021, con el cual hace llegar: "Guía de cuidado de enfermería en la atención de pacientes pediátricos con diagnóstico de Diarrea Aguda Infecciosa" y "Guía de cuidado de enfermería en la atención de pacientes pediátricos con diagnóstico de Neutropenia".

**CONSIDERANDO:**

Que, los numerales II y VI del Título Preliminar de la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, establecen que la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;



Que, los literales c) y d) del Artículo 12º del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado por Resolución Ministerial Nº 083-2010/MINSA, contemplan dentro de sus funciones el implementar las normas, estrategias, metodologías e instrumentos de la calidad para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, y asesorar en la formulación de normas, guías de atención y procedimientos de atención al paciente;



Que, con Memorando Nº 19-SMB-DE-INSN-2021, la jefa de enfermera del servicio de Medicina B remite al Departamento de Enfermería; "Guías de Cuidado de Enfermería en la Atención de Pacientes Pediátricos con Diagnóstico de Diarrea Aguda Infecciosa" y "Guía de Cuidado de Enfermería en la Atención de Pacientes Pediátricos con Diagnóstico de Neutropenia", elaboradas por enfermeras del servicio de Medicina B;

Que, con Memorando Nº 114-DE-INSN-2021, la Jefa del Departamento de Enfermería remite a la Oficina de Gestión de la Calidad las Guías de Cuidado de Enfermería: "Guías de cuidado de enfermería en la atención de pacientes pediátricos con diagnóstico de Diarrea Aguda Infecciosa" y "Guía de cuidado de enfermería en la atención de pacientes pediátricos con diagnóstico de Neutropenia".



Que, con Memorando Nº 197-DA-INSN-2022 la Dirección Adjunta emite opinión favorable de las Guías de Cuidado de Enfermería: "Guías de cuidado de enfermería en la atención de pacientes pediátricos con diagnóstico de Diarrea Aguda Infecciosa" y "Guía de cuidado de enfermería en la atención de pacientes pediátricos con diagnóstico de Neutropenia";

Que, con Memorando Nº48-2022-DG/INSN la Dirección General aprueba las Guías de Cuidado de Enfermería: "Guías de Cuidado de Enfermería en la Atención de Pacientes Pediátricos con Diagnóstico de Diarrea Aguda Infecciosa" y "Guía de



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Instituto Nacional
de Salud del Niño

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Cuidado de Enfermería en la Atención de Pacientes Pediátricos con Diagnóstico de Neutropenia"; y autoriza la elaboración de la resolución correspondiente;

Con la opinión favorable de la Dirección Adjunta, Asesoría Jurídica, la Oficina de Gestión de la Calidad y Departamento de Enfermería del Instituto Nacional de Salud del Niño, y;

De conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 26842, Ley General de Salud, y el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado con Resolución Ministerial N° 083-2010/MINSA;



SE RESUELVE:

Artículo Primero. - Aprobar las: "Guía de Cuidado de Enfermería en la Atención de Pacientes Pediátricos con Diagnóstico de Diarrea Aguda Infecciosa" y "Guía de Cuidado de Enfermería en la Atención de Pacientes Pediátricos con Diagnóstico de Neutropenia", consta de (43) folios, elaborado por el Departamento de Enfermería del Instituto Nacional de Salud del Niño.



Artículo Segundo. - Encargar a la Oficina de Estadística e Informática la publicación de la presente resolución en la página web del Instituto Nacional de Salud del Niño.

Regístrese, Comuníquese y Publíquese.

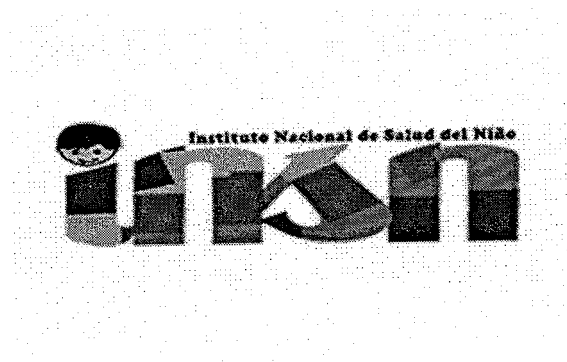


MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

M.C. FREDY CÉSAR OSORIO LANDA
C.M.P. 20546 - R.N.E. 14480
DIRECTOR GENERAL (e)

FCOL/MERV

- () DG
- () DA
- () DE
- () OEI
- () OAJ
- () OGC



**GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA
ATENCIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS EN EL
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO**



Autoras:

Lic. Giovanna Gutiérrez Salazar

Revisión de Guías

Lic. Patricia de los Ríos Pereyra

Lic. Karen Zegarra Almora

Lic. Maria Elena Zegarra Marín

Oficina de gestión de la Calidad

Ruth Maldonado Noel

Lima – Perú
2021



INDICE

	Pág.
I. FINALIDAD.....	04
II. OBJETIVO.....	04
III. AMBITO DE LA APLICACIÓN.....	04
IV. NOMBRE DEL PROCESO A ESTANDARIZAR.....	04
V. CONSIDERACIONES GENERALES.....	04
5.1 Definiciones operacionales.....	04
VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS.....	05
6.1 Guía de cuidado de enfermería en la atención de pacientes pediátricos con diagnóstico de Diarrea Aguda Infecciosa.....	06
6.2 Guía. de cuidados de enfermería en la atención de pacienes pediátricos con diagnóstico de Neutropenia.....	26
VII. RECOMENDACIONES.....	43
VIII. BIBLIOGRAFÍA	43



I. FINALIDAD

Contribuir a mejorar la calidad de atención que presta el profesional de enfermería en los servicios del Instituto Nacional de Salud del Niño.

II. OBJETIVO

Proporcionar una guía de trabajo que permita estandarizar el accionar de enfermería en la atención al paciente pediátricos con diagnóstico de Diarrea Aguda Infecciosa y Neutropenia en el Instituto Nacional de Salud del niño.

III. AMBITO DE LA APLICACIÓN

La presente guía de cuidados se aplicará a todos los pacientes pediátricos con diagnóstico de Diarrea Aguda Infecciosa y Neutropenia que ingresen a las áreas de atención del Instituto Nacional de Salud del Niño.

IV. NOMBRE DEL PROCESO A ESTANDARIZAR

- Guía de cuidado de enfermería en la atención de pacientes pediátricos con diagnóstico de Diarrea.
- Guía de cuidados de enfermería en la atención de pacientes pediátricos con diagnóstico de Neutropenia.

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. Definiciones Operacionales: (1,2,3,4)

Proceso de atención de enfermería: Es el método que guía el trabajo profesional, científico, sistemático y humanista de la práctica de enfermería, centrado en evaluar en forma simultánea los avances y cambios en la mejora de un estado de bienestar de la persona, familia y/o grupo a partir de los cuidados otorgados por la enfermera.

Valoración: La Valoración de la enfermería es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información que permite determinar la situación de salud que están viviendo las personas y la respuesta a esta.

Plan de cuidados de enfermería: Es la protocolización de las actuaciones de enfermería según las necesidades de cuidados que presentan grupos de pacientes con un mismo diagnóstico médico, que una vez implantados y monitoreados permiten consolidar la evaluación como eje de mejora de las intervenciones.



Diagnóstico de enfermero: Es la segunda fase del Proceso de Enfermería. Es el juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o de la comunidad a problemas de salud vitales reales o potenciales, que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. Un Diagnostico enfermero proporciona la base para elegir las intervenciones enfermeras para conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es responsable. El Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual.

Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro. Las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones: dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera.

Resultados esperados: Organización sistemática de resultados en grupos o categorías basados en semejanzas, diferencias y relaciones entre los resultados. La estructura de la taxonomía NOC tiene cinco niveles: dominios, clases, resultados, indicadores y escalas de medición.

Indicador de resultado: Estado, conducta o percepción del individuo, familia o comunidad más específico que sirve como base para medir un resultado.

Intervenciones de enfermería: Es todo tratamiento basado en el conocimiento y el juicio clínico, que realiza un profesional de la enfermería para obtener resultados sobre el paciente/cliente las intervenciones de enfermería incluyen tanto cuidados directos como indirectos, así como aquellas iniciadas por la enfermera, el médico.

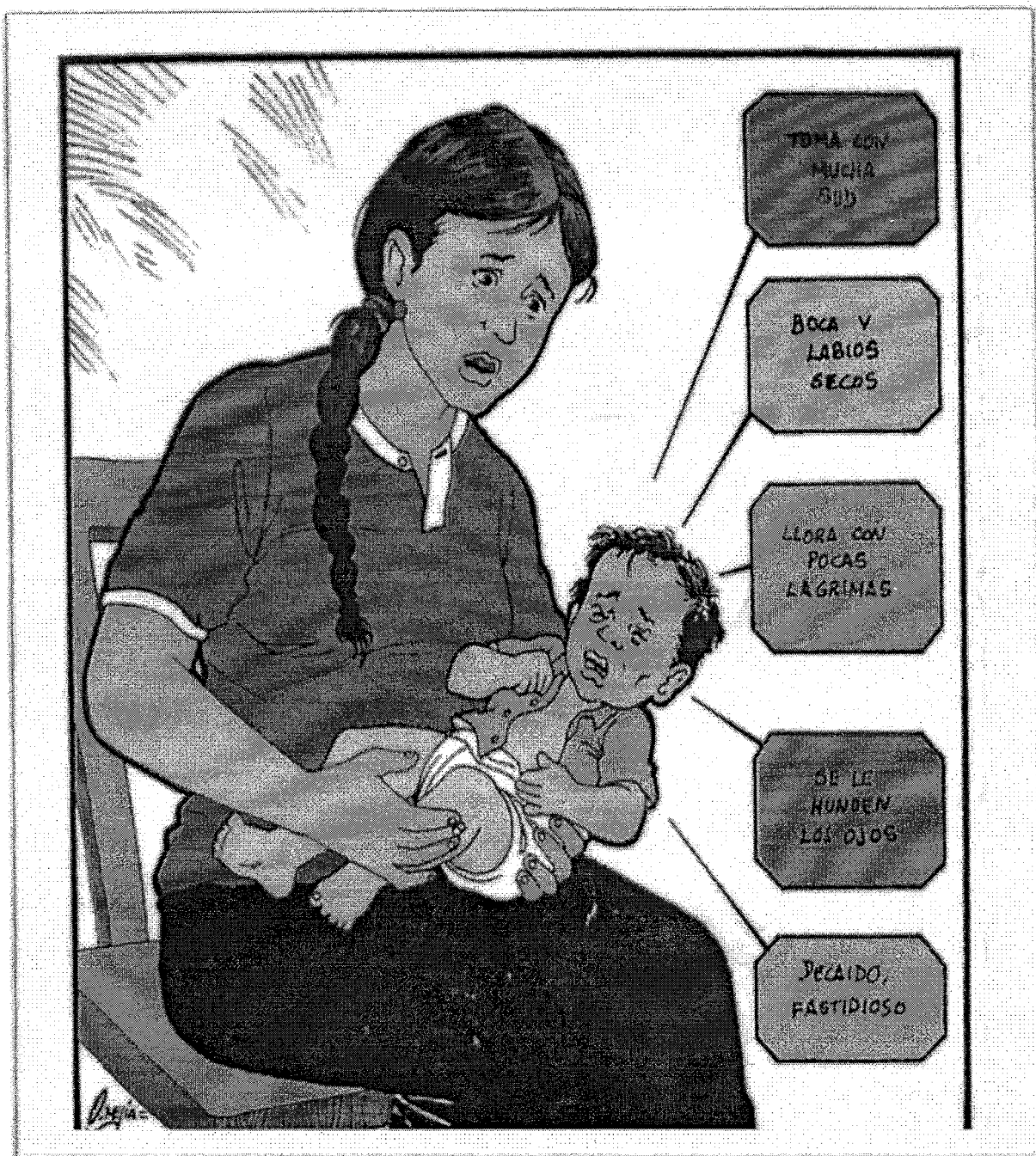
Actividades enfermeras: Son actividades o acciones específicas que las/os enfermera/os realizan para poner en práctica una intervención y que ayudan a los pacientes a obtener el resultado deseado.

Escala de medición: Escala tipo Likert de cinco puntos que cuantifica un resultado del paciente o un estado del indicador de forma continuada desde menos a más deseable y proporciona una puntuación en un punto de tiempo.

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS:



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES
PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE DIARREA AGUDA INFECCIOSA –
DAI



6.1 GUIA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE DIARREA AGUDA INFECCIOSA:

A. DEFINICION

La Organización Mundial de la salud define la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) como la evacuación de heces excepcionalmente sueltas o líquidas, generalmente en un número mayor de 3 deposiciones en 24 horas, junto con una disminución de consistencia habitual y una duración menor de 14 días ^{(1) (2)}

TIPOS DE DIARREA

- **Diarrea acuosa aguda:** que dura varias horas o días, y comprende el cólera.
- **Diarrea con sangre aguda:** también llamada diarrea disintérica o disentería.
- **Diarrea persistente:** que dura 14 días a más ⁽³⁾

I. FISIOPATOLOGIA

Los mecanismos que rigen los movimientos del agua y los electrolitos en el intestino son los que permiten una absorción casi total de los volúmenes hídricos proveniente de la ingestión de líquidos, del agua contenida en los alimentos y de las secreciones digestivas. Cuando estos mecanismos se alteran por una infección u otro fenómeno, el agua y los electrolitos son mal absorbidos o no se absorben, lo que implica su pérdida considerable mediante las heces que se fugan por las diarreas. ⁽⁴⁾

Esto puede deberse a un aumento en la secreción y/o a una disminución de la absorción a nivel del intestino delgado o más infrecuentemente a una alteración similar a nivel del colon. ⁽⁵⁾

II. ETIOLOGIA

La principal etiología de la diarrea aguda infantil es de origen viral. ⁽³⁾

La diarrea suele ser un síntoma de una infección del tracto digestivo, que puede estar ocasionada por diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos. La infección se transmite por alimentos o agua de consumo contaminados, o bien de una persona a otra como resultado de una higiene deficiente. ^{(6) (7)}

III. EPIDEMIOLOGIA

La EDA es prevenible y tratable; sin embargo, aún constituye un gran problema de salud pública en los países en vías de desarrollo. Es una enfermedad generalmente auto limitada que obedece a múltiples etiologías.



La causa más importante de mortalidad y morbilidad en niños menores de 5 años, en el Perú la deshidratación contribuye a mantener altas tasas de desnutrición en este grupo de edad. A menor edad más probabilidad de presentar diarrea con deshidratación ^{(3) (8)}

IV. CUADRO CLINICO ^{(3) (9)}

Entre los signos y síntomas asociada con la diarrea son los siguientes:

- Del aparato Digestivo:
 - Dolor abdominal
 - Náuseas, vómitos
 - Deposiciones líquidas
 - Calambres abdominales
 - Pujo
 - Tenesmo
- Generales e inespecíficas:
 - Fiebre
 - Decaimiento
 - Pérdida de apetito
 - Pérdida de peso
 - Deshidratación

B. POBLACION OBJETIVO

La presente guía de intervención se aplicará a todos los pacientes pediátricos con diagnóstico de Diarrea Aguda Infecciosa que ingresen a las áreas de atención del Instituto Nacional de Salud del Niño.

C. OBJETIVO:

Contar con una guía de cuidados de enfermería en la atención de pacientes con diagnóstico de Diarrea Aguda Infecciosa-DAI en el INSN.

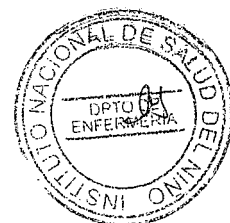
D. PERSONA RESPONSABLE

-Licenciada en Enfermería

E. MATERIALES

a. Recursos Materiales

- Historia Clínica.
- Notas de enfermería, Kardex de enfermería.



b. Materiales básicos

- Termómetro.
- Balanza

c. Equipos de Protección personal

- Guantes
- Mandilón descartable no estéril.

F. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA SEGÚN MODELO POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON (RD N°28-2019-DG-INSN)

i. VALORACION

1.- PERCEPCIÓN MANEJO DE LA SALUD

Paciente se encuentra al cuidado de la madre presenta piel seca, áspera, mucosa oral y labios secos, irritabilidad, somnolencia y deposiciones líquidas en número de 5 veces al día, se observa eritema de pañal.

Primera vez que se hospitaliza, no reconoce el lugar (hospital).

2.- NUTRICIONAL METABOLICO

Paciente no tolera los alimentos por náuseas, vómitos. Se le mantiene con hidratación endovenosa, madre refiere que últimamente desde que enfermo (hace 2 días) no ha querido comer alimento porque se encuentra somnoliento y no desea lactar.

3.- ELIMINACION

Paciente presenta deposiciones semilíquidas generalmente más de 3 en un periodo de 24 horas acompañada de vómitos y/o fiebre

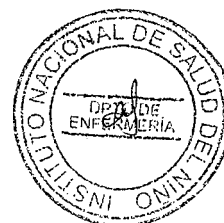
4.- ACTIVIDAD / REPOSO

Paciente se observa con ojos hundidos, boca y mucosas seca, decaído, hipoactivo.

Paciente presenta Trastorno de la cantidad y calidad del sueño, eritema de pañal.

5.- SUEÑO Y DESCANSO

Paciente actualmente presenta sueño alterado no concilia dormir adecuadamente por presentar diarreas frecuentes, dolor abdominal y fiebre.



6. COGNITIVO PERCEPTIVO

Paciente al momento se encuentra activa, no presenta anomalías en su lenguaje, responde a estímulos físicos y verbales, no presenta alteración sensorial.

7. AUTOPERCEPCION AUTOCONCEPTO

Paciente colabora con su tratamiento recibe sus medicamentos adecuadamente refiere con sus palabras que se va a curar para que regrese a su casa.

8.- ROL RELACIONES

La hospitalización genera en el paciente/familia diversos problemas por desconocimiento del medio hospitalario, separación con su entorno habitual, preocupación por su proceso de enfermedad y por los cambios laborales, sociales y familiares que puede desencadenar su situación.

9.- SEXUALIDAD- REPRODUCCION

Sin alteración sexo identificándose con su edad.

10.- ADAPTACION- TOLERANCIA AL ESTRÉS

Paciente al momento del ingreso se observaba irritable, llorosa al contacto con el personal de salud, reacción del acompañante frente a la atención de enfermería
Ansiedad de la madre por enfermedad de su hijo.

11.- VALORES CREENCIAS

No alterado el patrón valores y creencias.



			(4140) Reposición de líquidos • Obtener una vía V.E de acceso de gran calibre y/o reposición de pérdidas por vía oral según indicación médica. • Administrar líquidos E.V según prescripción • Controles funciones vitales • Monitorizar la eliminación de los diversos líquidos corporales (deposiciones líquidas, vómitos). (0460) Manejo de la diarrea • Medir el volumen, frecuencia y consistencia de la diarrea. • Observar la turgencia de la piel con regularidad. • Reponer pérdidas orales o endovenosas según correspondan por indicación médica. • Observar la piel peritoneal para ver si hay irritación o ulceración. • Pesar regularmente al paciente. • Fomentar la administración de comidas en pequeñas cantidades. • Notificar al médico signo de alarma.	
--	--	--	---	--



DIAGNOSTIC CODE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 11: SEGURIDAD PROTECCION CLASE 6: TERMORREGULACION	(0800) Termorregulación.	080001 Temperatura cutánea aumentada. 080007 Cambios de coloración cutánea. 080005 Irritabilidad. 080014 Deshidratación. 080019 Hipertermia.	(3740) Tratamiento de la fiebre • Controlar la temperatura y signos vitales. • Observar el color y temperatura de la piel. • Administrar antipiréticos según indicación médica • Humedecer los labios y la mucosa nasal secos. • Aplicar medios físicos. • Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuados.	1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderado. 4. Leve. 5. Ninguno. PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar



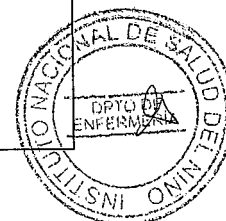
DIAGNOSTIC CODE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 12 CONFORT CLASE 1 CONFOR/FISICO (00132) Dolor agudo Relacionado con: Agente bifológico. Asociado a: Dolor abdominal, llanto e irritabilidad.	(2202) Nivel de dolor. 2109 Nivel de malestar.	210204 Duración de los episodios del dolor. 210208 Inquietud. 210223 Irritabilidad. 210224 Muecas de dolor. 210225 Lágrimas. 210901 Dolor. 210902 Ansiedad.	(1410) Manejo de dolor agudo - Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian o lo agudizan. - Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida o fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación. - Notificar al médico si las medidas de control del dolor no tienen éxito.	1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderado. 4. Leve. 5. Ninguno. PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 2: NUTRICION CLASE 1: INGESTION (00002) Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades Relacionado con: pérdidas diarreicas o Ingesta inadecuada de alimentos. Asociado a: Incapacidad de absorber alimentos por dolor abdominal, diarrea.	(1004) Estado Nutricional.	100401 Ingesta de nutrientes 100402 Ingesta de alimentos.	(1100) Manejo de la nutrición - Determinar las preferencias alimentarias del paciente. - Proporcionar un ambiente óptimo para el consumo de comida (limpio, bien ventilado, relajado y sin olores fuertes). - Asegurarse que la comida se sirva a temperatura más adecuada para el consumo óptimo. - Identificar los cambios recientes del peso corporal. - Observa la presencia de náuseas y vomito. - Identificar los cambios recientes de apetito. - Brindar dieta blanda fraccionada o según corresponda e indicación médica.	1.Desviación grave del rango normal. 2.Desviación sustancial del rango normal. 3.Desviación moderada del rango normal. 4.Desviación leve del rango normal. 5.Sin desviación del rango normal. PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar 1.Inadecuado. 2.Ligeramente, adecuado. 3.Moderadamente adecuado. 4.Sustancialmente adecuado. 5.Completamente adecuado. PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar
	(1008) Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos.	100803 Ingestión de líquidos orales. 100411 Hidratación. 100801 Ingestión de alimentos vía oral.		



DIAGNOSTIC CODE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 11: SEGURIDAD /PROTECCION CLASE 2: LESION FISICA. (00047) Deterioro de la integridad cutanea Relacionado con: Humedad e incremento de número de deposición evacuaciones frecuentes. Asociado a: eritema de pañal.	(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	110101 Temperatura de la piel. 110113 Integridad de la piel. 110121 Eritema. 110115 Lesiones cutáneas.	3590) Vigilancia de la piel • Inspeccionar el estado de la piel en la zona perineal. • Observar si hay enrojecimiento y pérdida de la integridad de la piel. • Vigilar el color de la piel. • Comprobar la temperatura de la piel. • Cambio de pañal cuando sea necesario. • Comunicar al médico signo de eritema de pañal. • Aplicar tratamiento tópico indicado en zona lesionada según prescripción médica. • Si es necesario mantener la zona perineal libre de contacto de ropa. • Educar a la madre en higiene y cuidado perianal. • Registrar el grado de afectación de la piel.	1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido. PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar



DIAGNOSTIC CODE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 11 SEGURIDAD/ PROTECCION CLASE 1 INFECCION (00004) Riesgo de infección Factor de riesgo Conocimiento insuficiente para evitar la exposición a los agentes patógenos.	(0702) Estado Immune.	070207 Temperatura corporal. 070208 Integridad cutánea. 070221 Detección de infecciones actuales. 070206 Pérdida de peso.	(6540) Control de infecciones • Aplicar precauciones estándar o universales: - Lavado de manos clínico (5 momentos) - Uso correcto de EPP - Limpieza, desinfección y esterilización de los equipos y dispositivos médicos - Inyección segura - Manejo de la ropa - Habitación individual / aislamiento apropiado • Además aplicar precauciones de contacto: - Uso de guantes y mandilón. • Instruir a la madre sobre la técnica adecuada de lavado de manos y medidas de higiene. • Limitar el número de visitas • Ordenar a las visitas que se laven las manos al ingresar y salir de la sala. • Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidado de pacientes.	1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido. PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar

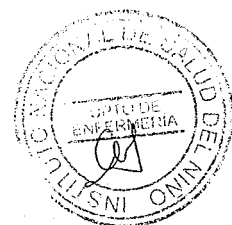


DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 9 AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS CLASE 2: RESPUESTA DE AFRONTAMIENTO. (00148) Temor Relacionado con: Entorno desconocido, hospitalización, procedimientos hospitalarios. Asociado a: Aprensión.	(1301) Adaptación del niño a la hospitalización. (3 hasta 17 años)	130101 Agitación. 130102 Ansiedad por la separación. 130103 conducta regresiva. 130104 Ansiedad. 130105 Miedo. 130106 Ira. 130112 Mantenimiento de la relación padre - hijo.	(5270) Apoyo emocional - Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo al paciente y/o cuidador. - Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. - Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad, - Explicar al niño los procedimientos que se realizara y la finalidad para disminuir el temor. - Promover la participación continua de la madre de manera que el niño este más en contacto con ellos. (4430) Terapia de juegos - Proporcionar un ambiente tranquilo que esté libre de interrupciones. - Dar el tiempo suficiente para permitir un juego efectivo. - Permitir al niño que manipule el equipo de juego. - Animar al niño a que comparta sentimientos, conocimientos y percepciones.	1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado. PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar



X.- REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

1. Bonilla C, Carmona G, Huamán K. Guía Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda en niños menores de 5 años versión extensa. Instit. Nac. Salud [internet] abril-2017[citado 20set.2020], p7 Lima-Perú.
Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4221.pdf>
2. Diaz JJ, Madera M, Pérez Y, García M, León K, Torres M. Generalidades en diarrea aguda. Arch. Venez. Puer.Ped. [internet] 2009 [citado 20set.2020] V72(4) Caracas Venezuela.
Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492009000400007&lng=es&tlng=es .
3. Ministerio de Salud Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda. 2017. Disponibles: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/188666-755-2017-minsa>
4. Riverón R. Fisiopatología de la Diarrea Aguda. Rev. Cubana Pediatr. [internet] junio 1999 [citado 20 set. 2020] V 71(2) ciudad de la Habana.
Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75311999000200005&lng=es&tlng=es
5. Román E, Barrio J., López M. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP: Diarrea Aguda. [internet] [citado 21 set. 2020] Madrid, España.
Disponible en: <https://www.seghnp.org/sites/default/files/2017-05/Protocolos%20SEGHNP.pdf>.
6. MINSA Boletín Epidemiológico de la red de Salud Islay [internet] 2019. Gerencia Regional de Salud. Dirección Red de Salud Islay. [citado 21 set 2020] Lima Perú.
Disponible en: http://www.saludarequipa.gob.pe/redislay/boletines/2019/BOLETIN_SEM06_2019.pdf.
7. OMG. Enfermedades Diarreicas [internet] 2017 [citado 21set.2020]
Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease> .
8. MINSA Boletín Epidemiológico del Perú [internet] 29 dic.- 04 enero 2020. V 29(1) pp 5-10. [citado 20 set. 2020] Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2020/01.pdf>.
9. Mayo Clinic Diarrea Síntomas y causas [internet] Jun 2020 [citado 21set 2020]
Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/diarrhea/symptoms-causes/syc-20352241>



10. T. Heather Herman, PhD, RN, Shigemi Kamitsuru FNI, PhD, RN, FNI
Diagnósticos Enfermeros definiciones y clasificación undécima edición. Elsevier
Barcelona España. 2018-2020
11. Sue Moorhead & Elizabeth Swanson & Marion Johnson & Meridean L. Maas
CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC), sexta edición
Elsevier Barcelona España 2018
12. Howard K. Butcher, Gloria M. Bulechek, Joanne M. Dochtermen, Cheryl M.
Wagner CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)
séptima edición Elsevier Barcelona España 2019

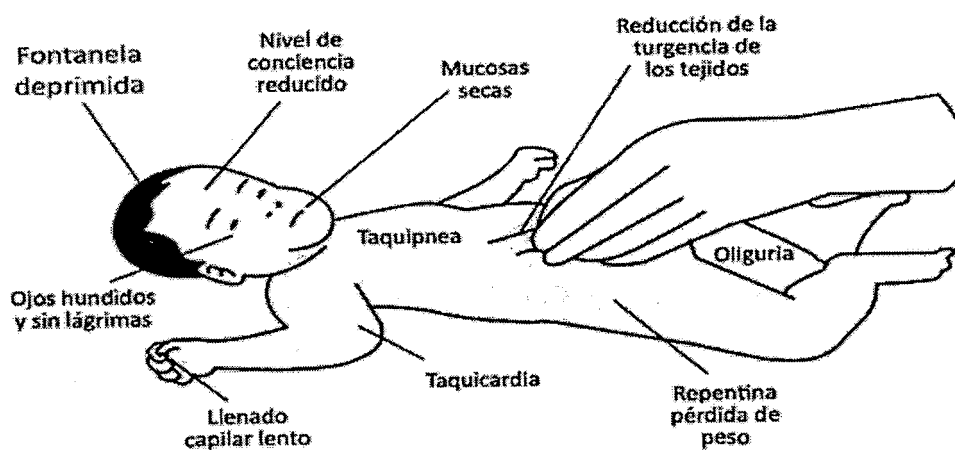


XI.- ANEXOS

- Anexo N°1 Signos clínicos de deshidratación
- Anexo N° 2: Evaluación de la deshidratación
- Anexo N° 3 : Plan A
- Anexo N°4 : Plan B
- Anexo N° 5 : Plan C

ANEXO N°1 SIGNOS CLÍNICOS DE DESHIDRATACIÓN

Gráfico N° 4: Signos clínicos de deshidratación



Fuente: Ministerio de Salud, Oficina General de Comunicaciones, (2017) adaptado de las referencias bibliográficas ^{13,14}

ANEXO N° 2: EVALUACION DE LA LA DESHIDRATACION

PLAN DE TRATAMIENTO	A	B	C
I. OBSERVE:			
1. Estado de Conciencia*	Alerta	Intranquilo, irritable	Letárgico o inconsciente ^(a)
2. Ojos ^(b)	Normales	Hundidos	Muy hundidos y secos
3. Boca y lengua	Húmedas	Secas	Muy secas
4. Lágrimas	Presentes	Escasas	Ausentes
5. Sed*	Bebe normal sin sed	Sediento, bebe rápido y ávidamente	Bebe mal o no es capaz de beber o lactar
II. EXPLORE			
6. Signo del pliegue* ^(c)	Desaparece de inmediato	Desaparece lentamente (menor de 2 segundos)	Desaparece muy lentamente (mayor de 2 segundos)
III. DECIDA:		2 ó más signos	2 ó más signos incluyendo por lo menos un "signo clave"
	Sin signos de deshidratación	Algún grado de deshidratación	Deshidratación grave
IV. TRATE:	Use Plan A	Use Plan B pese a la niña o niño	Use el Plan C pese a la niña o niño

(*) "Signos claves de deshidratación"

(a) La letargia y la somnolencia no son lo mismo. Una niña o niño letárgico no está simplemente adormecido sino que su estado mental está embotado y no se despierta completamente; la niña o el niño parece derivar hacia la inconsciencia.

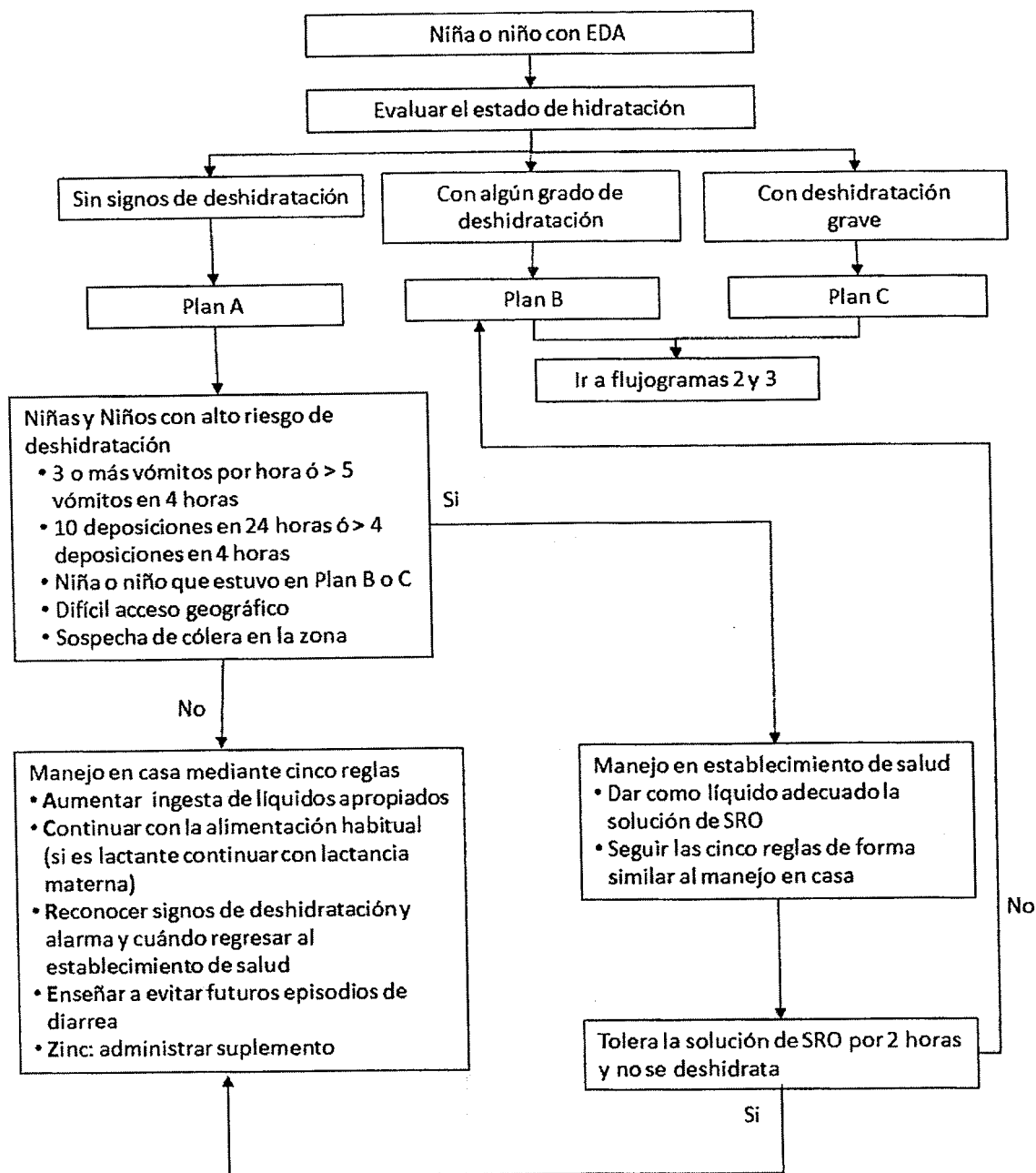
(b) En algunos lactantes, niñas y niños los ojos están normalmente algo hundidos. Es útil preguntarle a la madre si los ojos de la niña o el niño están como siempre o más hundidos de lo normal.

(c) El pliegue cutáneo tiene menos utilidad en los lactantes, niñas o niños con marasmo, kwashiorkor u obesos.

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (2017), adaptado de la referencias bibliográficas^{2,3,4}



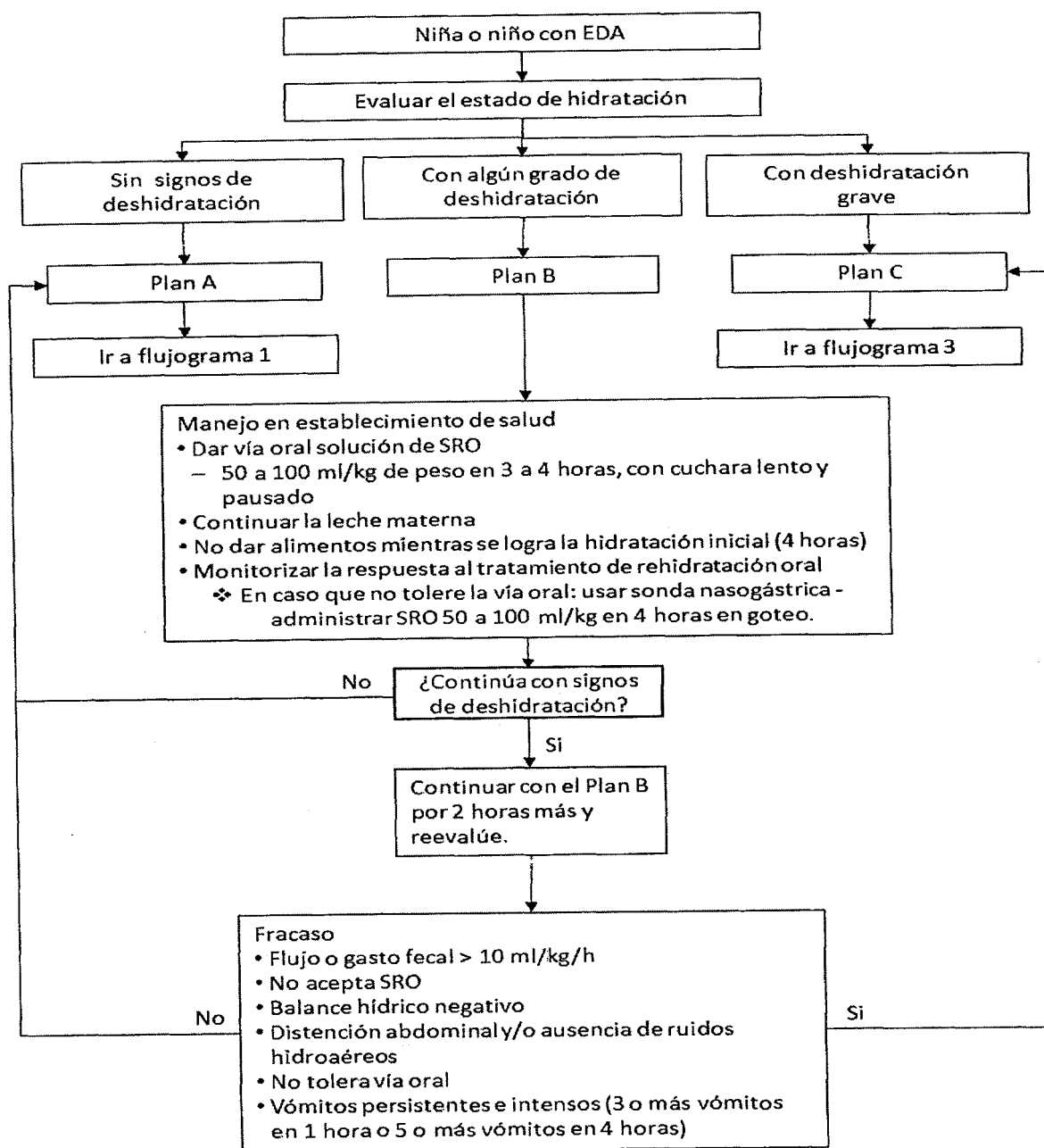
ANEXO N° 3 : PLAN “A” NIÑOS CON EDA



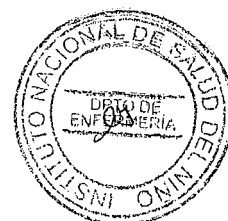
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (2017), Grupo elaborador de la presente Guía.



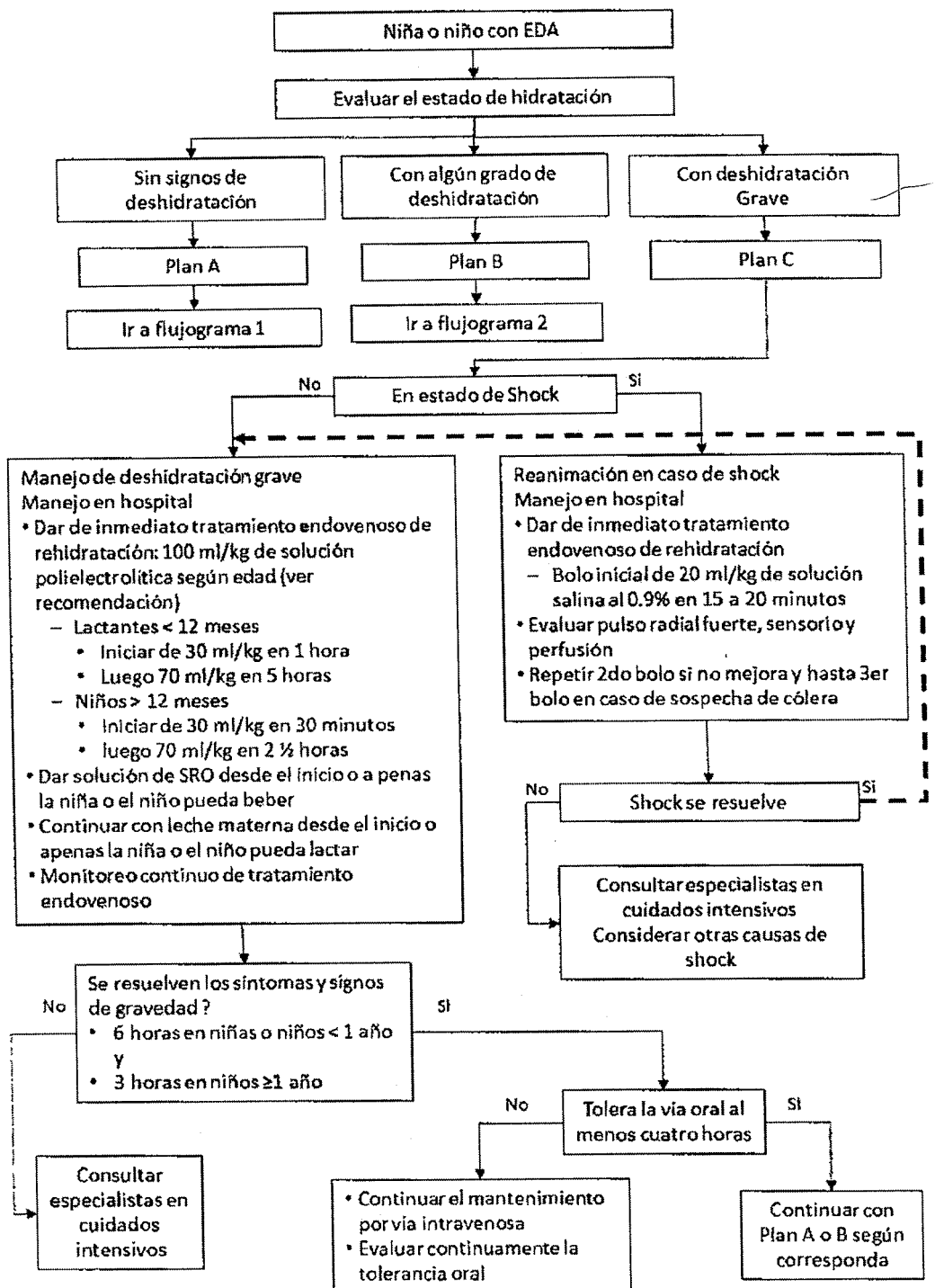
ANEXO N°4 : PLAN "B" NIÑOS CON EDA



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (2017), Grupo elaborador de la presente Guía.



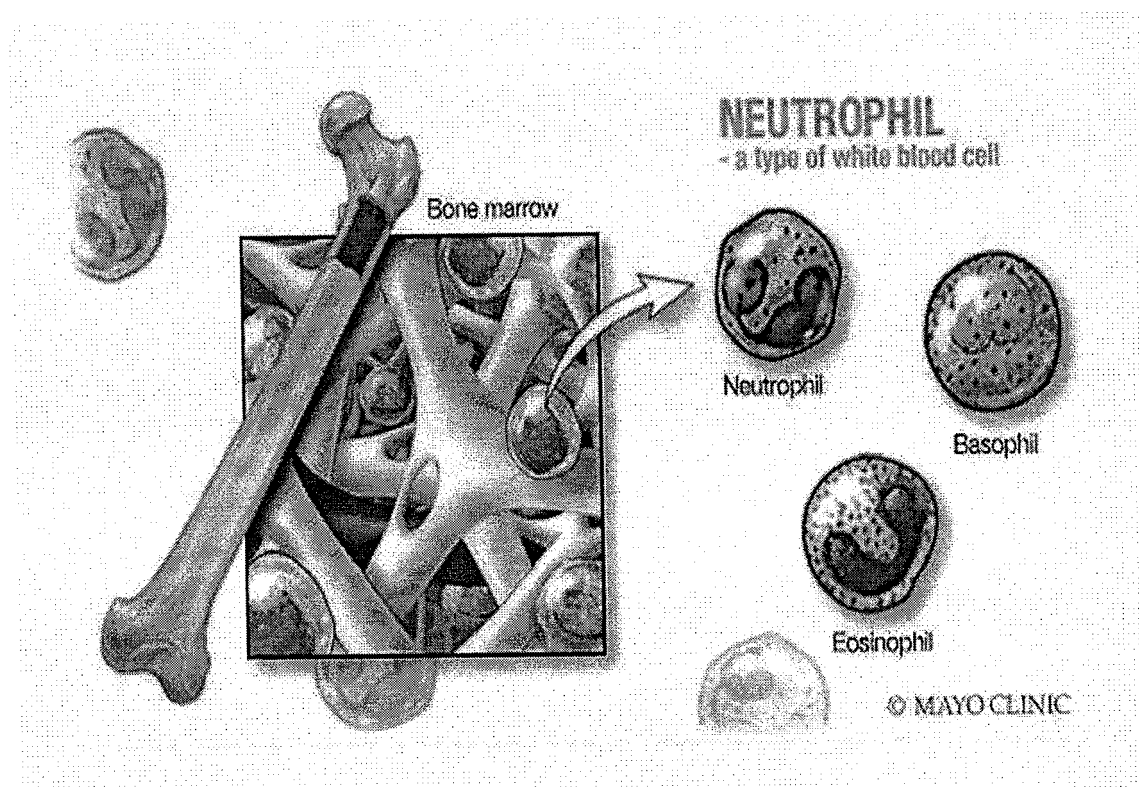
ANEXO N° 5 : PLAN "C" NIÑOS CON EDA



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (2017), Grupo elaborador la presente Guía.



GUIA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES PEDIATRICOS CON DIAGNÓSTICO DE NEUTROPENIA



6.2 GUIA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE NEUTROPENIA

A. DEFINICION¹⁻²

La neutropenia es la reducción del recuento de neutrófilos sanguíneos, si es severa aumenta el riesgo y la gravedad de las infecciones bacterianas y micóticas, puede presentar fiebre durante la mayoría de las infecciones graves.¹

La neutropenia se clasifica en:

- Leve (1000 – 1500/uL).
- Moderada (500 – 1000uL).
- Grave (<500/uL).

Los neutrófilos, combaten las bacterias. Las bacterias son gérmenes que causan infecciones. Sin suficientes neutrófilos, puedes tener infecciones graves.

i. Etiología³

Existen 2 tipos principales de neutropenia: Adquirida y Congénita. Cada tipo tiene muchas causas:

- **Neutropenia congénita:** Estos son los tipos de neutropenia que están presentes desde el nacimiento. Son causadas por ciertos trastornos genéticos poco frecuente como el Síndrome de Kostmann. Con frecuencia, la neutropenia es leve y normal en determinados grupos étnicos.³

- **Neutropenia adquirida:** Este tipo de neutropenia no está presente al nacer. Entre sus causas se encuentran:

- Ciertos medicamentos como antibióticos y fármacos para quimioterapia.
- Ciertos trastornos autoinmunitarios.
- Ciertas infecciones virales, bacterianas o parasitarias.
- Déficit de vitamina B12 o ácido fólico en la dieta.
- Un problema subyacente en la médula ósea, como leucemia el síndrome
- Mielodisplásico.³

ii. Fisiopatología

El sistema Inmune cumple actividades vitales para la conservación de la especie entre ellas combatir las infecciones. La actividad anti-infecciosa se logran por los microorganismos infecciosos que atacan al ser humano. El defecto inmunológico más importante del componente fagocitario, es la neutropenia, que implica la primera línea de defensa exponiendo al huésped al desarrollo de infecciones graves por microorganismos⁴



iii. Cuadro clínico^{5,6,7}

Entre los signos y síntomas asociada a la neutropenia:

- Fiebre (temperatura > 38°C)
- Escalofríos o sudoración.
- Dolor de garganta llagas en la boca o dolor en los dientes.
- Tos o dificultad para respirar.
- Enrojecimiento, hinchazón o dolor (en especial alrededor de un corte, una herida o el lugar de inserción de un catéter.
- Dolor abdominal o rectal.
- Dolor o ardor al orinar o micción frecuente
- Secreción o comezón vaginal fuera de lo común.
- Debilidad general.

B. POBLACION OBJETIVO

La presente guía de intervención se aplicará a todos los pacientes pediátricos con diagnóstico de Neutropenia que ingresen a las áreas de atención del Instituto Nacional de Salud del Niño.

C. OBJETIVO

Contar con una guía de cuidados de enfermería en la atención de pacientes con diagnóstico de Neutropenia en el INSN.

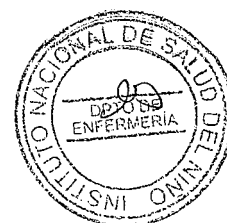
D. PERSONAL RESPONSABLE

Lic. en Enfermería

E. MATERIALES

a. Materiales básicos

- Termómetro.
- Pulso Oxímetro.
- Jeringas.
- Medicamentos.
- Alcohol.
- Algodón.
- Tensiómetro



b. Equipos de Protección personal

- Mandilón descartable estéril.
- Guantes.
- Gorro.
- Mascarilla

F. PROCESO DE VALORACION DE ENFERMERIA SEGUN MODELO DE VALORACION POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON (RD N°28-2019-DG-INSN)

i. VALORACION:

1.- PERCEPCION MANEJO DE LA SALUD

Paciente puede presentar incidencia de riesgo de: infecciones, la integridad de la piel y las mucosas, la irrigación tisular y el estado nutricional. Las infecciones piógenas graves celulitis, forunculosis, neumonía y septicemia, los catéteres vasculares y otros sitios de punción confieren un riesgo extra de infecciones cutáneas.

2.- NUTRICIONAL- METABOLICO

Paciente presenta alteración de la nutrición, no quiere comer por las lesiones que tiene en la boca porque siente dolor.

3.- ELIMINACION E INTERCAMBIO

Paciente puede presentar dolor o ardor al miccionar, micción frecuente, dolor rectal, secreción o comezon vaginal.

4.- ACTIVIDAD Y REPOSO.

Paciente permanece en cama en compañía de madre por precaución debido a la debilidad de su sistema inmunitario.

5. SUEÑO Y DESCANSO.

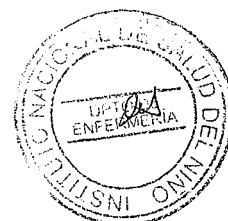
Paciente duerme con interrupciones ya que se levanta llorando por el dolor y fiebre que aun presenta.

6.- PERCEPCION Y COGNICION

Paciente se encuentra consciente y orientada para su edad, no presenta alteraciones perceptivas, responde a estímulos físicos y verbales.

7.- AUTOPERCEPCION AUTOCONCEPTO.

Paciente a pesar que es muy temerosa colabora con su tratamiento, recibe su medicamento adecuadamente.



8.- ROL Y RELACIONES.

Su madre pasa todo el día con ella. Su padre viene a visitarla por las tardes. Ella es una niña poco sociable con el personal de salud, pero con sus padres es muy comunicativa.

9.- SEXUALIDAD –REPRODUCCION

Paciente se encuentra en etapa escolar es de sexo femenino identificándose con su sexo.

10.- AFRONTAMIENTO- TOLERANCIA AL ESTRES.

Paciente permanece por momentos irritable llorosa al contacto con el personal de salud, pero cuando se le habla se calma un poco y entiende. Ante momentos de estrés busca el apoyo de su madre que logra distraerla y calmarla.

11.- VALORES- CREENCIAS

Patrón de valores y creencias no alterado.



PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA EN PACEINTES PEDIATRICOS CON DIAGNOSTICO DE NEUTROPENIA^{8,9,10}

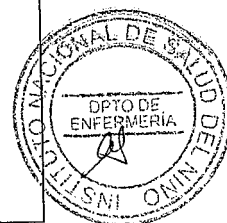
DIAGNOSTIC CODE ENFERMERIA	NOC RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES	NIC INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO11: SEGURIDAD / PROTECCION CLASE 6: TERMORREGULACION (00007) Hipertermia relacionado con: proceso infeccioso secundario a neutropenia. Asociado a: Temperatura > 38°C	(0800) termorregulación	080001 Temperatura aumentada 080004 Dolor muscular. 080010 Sudoración con el calor. 080013 Frecuencia respiratoria 080017 Frecuencia cardiaca apical 080019 Hipertermia	Tratamiento de la fiebre (3740) • Controlar la temperatura y otros signos vitales. • Observar el color y temperatura de la piel. • Administrar medicamento (antipirético) según indicación médica. • Controlar las entradas y las salidas prestando atención a los cambios de las pérdidas insensibles de líquidos. • Fomentar al consumo de líquidos Manejo ambiental: confort (6482) • Determinar la fiebre como fuente de incomodidad. • Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para el niño. • Proporcionar o retirar mantas para fomentar comodidad en cuanto a la temperatura. • Aplicar compresas frías en la frente, ingle como medida de alivio. • Aconsejar el cambio frecuente de ropa tras sudoración profusa. • Evitar exposiciones innecesarias a corrientes, exceso de calefacción o de frío.	1. grave 2. sustancial 3. moderado 4. leve 5. No comprometido PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar



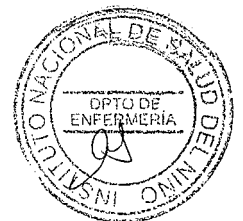
DIGNOSTICO DE ENFERMERIA	NOC RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES	NIC INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 2: NUTRICION CLASE 1: INGESTION (00002) Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionadas con: Incapacidad para ingerir los alimentos. Asociado a Inflamación o ulceración de la cavidad oral.	(1008) Estado Nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos. 1014 Apetito.	100801 Ingestión alimentaria oral. 100803 Ingestión de líquidos orales actuales. 101401 Deseo de comer	Manejo de la nutrición (1100). • Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales. • Determinar las preferencias alimentarias del paciente. • Realizar o ayudar a los pacientes con los cuidados orales antes de comer. • Supervisar la ingesta de la dieta indicada para registrar el volumen ingerido. • Pesar al paciente a intervalos adecuados (a la misma hora y después de evacuar). • Brindar orientación y consejería sobre la dieta prescrita al familiar. Monitorización nutricional (1160) • Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso. • Observar las presencias de náuseas y vómitos. • Identificar anomalías de la cavidad oral, (boca, labios están inflamados, enrojecidos y agrietados). • Vigilar los niveles de energía, malestar, fatiga y debilidad. • Valorar pruebas de laboratorio albumina, proteína total, recuento leucocitario, hemoglobina y hematocrito. • Disponer las condiciones ambientales óptimas a la hora de la comida.	1. Inadecuado 2. Ligeramente adecuado 3. Moderadamente adecuado 4. Sustancialmente adecuado 5. Completamente adecuado PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar 1. gravemente comprometido 2. sustancialmente comprometido 3. moderadamente comprometido 4. levemente comprometido 5. no comprometido PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar



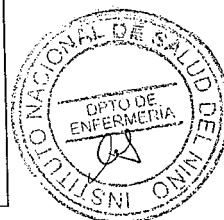
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	NOC RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES	NIC INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 11: SEGURIDAD /PROTECCION CLASE 2: LESION FISICA (00247) Riego de deterioro de la integridad de la mucosa oral . Factor de Riesgo: Infección secundaria a neutropenia.	(1100) Salud oral.	110001 Limpieza de la boca. 110010 Humedad de la mucosa oral y de la lengua. 110011 Color de las mucosas. 110021 Dolor. 110022 Lesiones En la mucosa oral.	Restablecimiento de la salud bucal (1730) • Monitorizar el estado de la boca del paciente (labio, lengua, mucosas encías) incluidas las características de las anomalías (tamaño, color y localización de las lesiones internas o externas o de inflamación, así como signos de infección. • Administrar colutorio según indicación médica. • Administrar medicamentos analgésicos, antimicrobiano y antiinflamatorio si es necesario y según indicación médica • Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral según sea necesario. • Instruir al paciente y familia para que mantenga los cepillos de dientes limpios. • Instruir al paciente y familiar sobre los signos y síntomas de estomatitis. • Indicar al paciente o familiar que utilice un cepillo de cerda suave o utilizar una esponja bucal desechable. Mantenimiento de la salud bucal (1710) • Establecer una rutina de cuidados bucales. • Identificar el riesgo de desarrollo de estomatitis secundario a la terapia con fármacos.	1.gravemente comprometido 2.sustancialmente comprometido 3.moderadamente comprometido 4.levemente comprometido 5.no comprometido PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar



			• Enseñar y ayudar al paciente a realizar la higiene bucal después de las comidas y lo más a menudo que sea necesario. • Observar si hay signos de glositis y estomatitis. • Facilitar un cepillo de dientes y el uso del hilo dental a intervalos regulares. • Recomendar una dieta saludable y la ingesta adecuada de agua. Manejo del dolor (1410) • Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan en la mucosa oral. • Administrar analgésicos según prescripción médica. • Asegurarse de que el paciente reciba atención analgésica inmediata antes que el dolor se agrave. • Observar si hay indicios no verbales de incomodidad, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.	
--	--	--	---	--



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	NOC RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES	NIC INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 12: CONFORT CLASE 1: CONFORT FISICO. (00214) Disconfort relacionado con: Síntomas relacionados con la enfermedad. Asociado a llanto, irritabilidad dolor de garganta, dolor abdominal y rectal.	(2002) Bienestar personal (2010) Estado de comodidad: física.	200201 Realización de las actividades de la vida diaria. 200205 Salud física. 201001 Control de síntomas. 201002 Bienestar físico. 201003 Relajación muscular. 201004 Posición cómoda.	Manejo ambiental: Confort (6482). • Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo. • Crear un ambiente tranquilo y de apoyo. • Determinar las fuentes de incomodidad como ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes. • Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío. • Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades del paciente, evitando la luz directa en los ojos. • Vigilar la piel para identificar signos de presión o irritación. • Evitar exponer la piel o las mucosas a factores irritantes (heces diarreicas o drenaje de herida). Cambio de posición (0840) • Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición según corresponda. • Animar al paciente a participar en los cambios de posición según corresponda. • Incorporar en el plan de cuidados la posición preferida del paciente, para dormir. • Colocar en posición de alineación corporal correcta. • Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor.	1.No del todo satisfecho 2.Algo satisfecho 3.Moderadamente satisfecho 4.Muy satisfecho 5.Completamente satisfecho PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar 1.gravemente comprometido 2.sustancialmente comprometido 3.moderadamente comprometido 4.levemente comprometido 5.no comprometido PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar



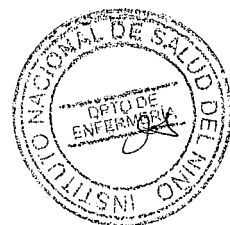
				Musicoterapia (4400) • Definir el cambio de conducta y/o fisiológica específicos que se desea (relajación, disminución del dolor, estimulación). • Determinar el interés del niño por la música. • Identificar las preferencias musicales del niño. • Ayudar al niño a adoptar una posición cómoda. • Limitar los estímulos extraños (luces, sonidos), durante la experiencia de escucha. • Asegurarse de que el volumen es adecuado. • Facilitar la participación activa del niño si lo desea y si es factible.	
--	--	--	--	--	--



			• Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo, o exudados en la piel y las mucosas. • Enseñar al paciente y familia como evitar infecciones (cumplimiento de lavado de manos, cuidado de la herida y/o dispositivos invasivos del paciente: no manipular). • Informar al médico signos de alarma. • Vigilar el recuento absoluto de neutrófilos, el recuento de leucocitos y la fórmula leucocitaria. • Coordinar con nutricionista para adecuada dieta: cocido y evitar frutas y verduras crudas. • Notificar al personal de vigilancia epidemiológica posibles infecciones. Manejo de un dispositivo de acceso venoso central (4054) • Utilizar una técnica aséptica estricta siempre que se manipule el catéter, se acceda a él o se use para administrar medicación con el fin de reducir las infecciones sanguíneas relacionadas con el catéter. • Respetar las precauciones universales. • Utilizar apósitos transparentes con los dispositivos no tunelizados y cambiarlos cada 7 días o antes si se mojan o se ensucian.
--	--	--	--



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	NOC RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES	NIC INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCION CLASE 2: LESION FISICA (00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea Factor de riesgo inmunosupresión.	(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	110101 Temperatura de la piel. 110102 Sensibilidad. 110104 Hidratación. 110108 Textura. 110113 Integridad de la piel.	Vigilancia de la piel (3590) • Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas. • Valorar el estado de la zona de incisión según corresponda. • Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de integridad de la piel (por ejemplo, escala de Bradem). • Observar si hay erupciones o abrasiones en la piel. • Observar si hay excesivas sequedad o humedad en la piel. • Observar si hay zona de presión y fricción. • Observar si la ropa queda ajustada. • Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (por ejemplo, cambio de posición, uso de colchón antiescaras). • Instruir al familiar acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel.	1.gravemente comprometido 2.sustancialmente comprometido 3.moderadamente comprometido 4.levemente comprometido 5.no comprometido PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar



G. REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

1. Territo M. Neutropenia (Agranulocitosis, Granulocitopenia) Manual MSD Version para profesionales.
Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/hematologia-y-oncologia/leucopenias/neutropenia>
2. Territo M. Neutropenia (Agranulocitosis; Granulocitopenia) Manual MSD Version para público en general.
Disponible en : <https://www.msdmanuals.CDM/es-pe/hogar/trastornos-de-la-sangre/trastornos-de-los-globulos-blanco-leucocitos/neutropenia#:~:text=Gasto%20o%20desnutricion%20rapidos%20de%20neutrofilos,-muchos%20trastornos%20hacen&text=Las20personas%20con%20con%20un%20trastorno.organo%20los%20atrapa%20y%20destruye>
3. Faiview Healthh, Services. Neutropenia [internet] 2021 [citado 23 oct.2021].
Disponible en: https://www.fairview.org/sitecore/content/fairview/Home/patient-Education/Articles/Spanish/n/e/u/t/r/Neutropenia_40931_espa%F1ol
4. Instituto Nacional de Cancerología – ESE Guía Practica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de las infecciones bacterianas y micóticas en pacientes oncológicos mayores de 15 años con neutropenia febril pos quimioterapia de alto riesgo. [citado 24 de oct.2021] Colombia.
Disponible en:
[https://www.cancer.gov.com/images/pdf/guias/guias%20de%20practica%20clinica/\(GPC\)-completo-Neutropenia-febril.pdf](https://www.cancer.gov.com/images/pdf/guias/guias%20de%20practica%20clinica/(GPC)-completo-Neutropenia-febril.pdf)
5. Cáncer. Net Neutropenia [internet] American Society of Clinical Oncology (ASCO) 2019 [citado 24 oct.2021].
Disponible en :
<https://www.cancer.net/es/asimilacion-con-cancer/efectos-fisicos-emocionales-y-sociales-del-cancer/manejo-de-los-efectos-secundarios-fisicos/neutropenia>
6. American Cáncer Society, Niveles Bajos de glóbulos blancos (neutropenia). Disponible en:
<https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios-fisicos/recuentos-sanguineos-bajos/neutropenia.html>
7. La Vanguardia; Enfermedades de la sangre ¿Qué es la Agranulocitosis? Síntomas, causas y como tratarla enfermedad. [internet] actualizado el 14-4-2019 [citado 24 de oct. 2021].
Disponible en:
<https://www.lavanguardia.com/vida/salud/enfermedades-sangre/20190414/461641314222/neutrofilos-eosinofilos-basofilos-agranulocitosis-neutropenia-granulocitopenia-sangre-infecciones.html>



8. Herdam T. H. Diagnósticos enfermero. Definición y Clasificación (2018 – 2020) Undécima edición, Elsevier, España
9. Moorhead S. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados de Salud, 2018. Sexta edición Elsevier España.
10. Butcher H.K. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 2018 séptima edición, Elsevier, España.
11. Instituto Nacional de Enfermedades neoplásicas. Departamento de Especialidades Médicas. Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de Neutropenia febril. Lima. Perú . 2016 disponible en: http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2013/03_072014_GU%3%8DA_DE_PR%3%81CTICA_CL%3%8DNICA_DE_INFECTOLOG%3%8DA.pdf.



VII. RECOMENDACIONES

La valoración es individual para cada paciente y los cuidados de enfermería son por prioridad en la atención.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Proceso de Atención de Enfermería (PAE) Nursing care process Rev. Salud Publica Parag. 2013; vol. 3 N°1 enero Julio 2013.
2. T. Heather Herman, PhD, RN, Shigemi Kamitsuru FNI, PhD, RN, FNI Diagnósticos Enfermeros definiciones y clasificación undécima edición. Elsevier Barcelona España. 2018-2020.
3. Sue Moorhead & Elizabeth Swanson & Marion Johnson & Meridean L. Maas Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), sexta edición Elsevier Barcelona España 2018.
4. Howard K. Butcher, Gloria M. Bulechek, Joanne M. Dochtermen, Cheryl M. Wagner Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) séptima edición Elsevier Barcelona España 2019.

