



**Trabalho 589**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE PORTADOR DE MENINGOENCEFALITE: ESTUDO DE CASO**

Rafaella Craveiro de Freitas<sup>1</sup>

Elizabeth Mesquita Melo<sup>2</sup>

Fernanda Cavalcante Braga<sup>3</sup>

Herlenia da Penha Oliveira Cavalcante<sup>4</sup>

Maria Dasdores Silva do Nascimento<sup>5</sup>

**INTRODUÇÃO:** Meningite é uma inflamação das membranas que revestem o cérebro e a medula espinhal, denominadas dura mater, aracnóide e pia mater. Formas clínicas clássicas são agrupadas como meningite e/ou meningoencefalite sem e com septicemia. A forma séptica é causada por bactérias e a forma asséptica é causada por vírus ou secundária a um linfoma, leucemia ou infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)<sup>(1)</sup>. A meningite está relacionada com uma série de complicações, tanto imediatas quanto tardias, que podem culminar com danos irreversíveis no sistema nervoso central (SNC), ou levar ao êxito letal. A meningoencefalite apresenta altos índices de morbidade e mortalidade, consistindo em um problema bastante complexo pela elevada frequência com que se faz o diagnóstico da doença na prática médica<sup>(2)</sup>. *Neisseria meningitidis*, o agente causal da meningoencefalite, está presente na nasofaringe de indivíduos normais. A infecção meningocócica se desenvolve quando o microorganismo se espalha a partir da mucosa nasofaríngea e invade a corrente sanguínea. Após passar pela corrente sanguínea, o organismo causador cruza a barreira hematoencefálica e prolifera no líquido cefalorraquidiano (LCR). As manifestações clínicas da meningoencefalite variam, mas a síndrome séptica e/ou meningite é a manifestação mais comum. Os sintomas de meningite bacteriana variam com a idade. Consistem principalmente de febre, cefaléia, fotofobia, vômitos, nível alterado de consciência, convulsões, rash purpúrico e petéquias. Rigidez de nuca também pode estar presente. Alterações de consciência e convulsões prolongadas geralmente comprometem a proteção das vias aéreas. O diagnóstico de meningite irá depender de alguns fatores, um dos quais se o paciente está em choque. Um grupo de testes laboratoriais inicial, como hemograma, eletrólitos, proteína C reativa e culturas para identificação do organismo causador, devem ser realizados quando houver suspeita de meningite. Deve-se realizar a punção lombar e o LCR deverá ser enviado para análise (de glicose, proteína, e contagem de células com diferencial) e cultura. Na meningoencefalite com choque, normalmente não se sabe se a meningite está ou não presente. Uma amostra do LCR pode ser coletada após o evento agudo<sup>(3)</sup>. **OBJETIVO:** Relatar um caso clínico de um paciente que apresenta quadro de meningoencefalite e descrever as práticas assistenciais de enfermagem necessárias a clientes portadores dessa doença. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** Tratou-se de um estudo de caso de uma paciente com o diagnóstico de meningoencefalite, realizado em maio de 2013, na emergência de um hospital estadual de alta complexidade e de referência em Fortaleza-CE. Realizou-se exame físico e consulta ao prontuário da paciente, com a finalidade de conhecer as evoluções médicas e de enfermagem para a compreensão da história da paciente. Para identificação dos diagnósticos de enfermagem utilizou-se a taxonomia da *NANDA International*. Os dados foram organizados em uma tabela e analisados de acordo com a literatura pertinente. Os aspectos éticos exigidos na Resolução 196/96 foram respeitados<sup>(4)</sup>. **RESULTADOS:** V.L.P.S., sexo feminino, 52 anos, natural de Canindé, procedente de Fortaleza, casada, costureira. IH por meningoencefalite a/e. Em uso de: Ceftriaxona

<sup>1</sup> Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Estagiárias do PROENSINO-SESA. E-mail do relator: [rafaella\\_craveiro@hotmail.com](mailto:rafaella_craveiro@hotmail.com)

<sup>2</sup> Enfermeira Dra. em Enfermagem pela UFC. Professora da Universidade de Fortaleza.

<sup>3</sup> Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Estagiárias do PROENSINO-SESA.

<sup>4</sup> Enfermeira da Emergência do Hospital Geral de Fortaleza. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva.

<sup>5</sup> Enfermeira Coordenadora da Emergência do Hospital Geral de Fortaleza. Especialista em Enfermagem Cardiovascular. Preceptora do PROENSINO-SESA.



## Trabalho 589

2g, Aciclovir 250mg, Dexametasona 4mg, Fentanil e Dormonid. Pupilas médio-fixas, Ramsay 6, imobilizada no leito. Evolui intubada, sob VM modo A/C, FiO<sub>2</sub> 60%, PEEP 8. MV presentes, diminuídos em base direita. RCR em 2T, BNF, sem sopros. PA 111X74 mmHg, FC 57 bpm. Em uso de SNG, dieta zero, sem evacuações no período. Abdome plano, flácido, RHA ausentes. Diurese por SVD, 300 ml, de coloração amarelo claro. CVC em subclávia esquerda. Resultados de exames: 07/05/13: Gasometria arterial: pH: 7,488; pCO<sub>2</sub>: 35,70 mm.Hg; pO<sub>2</sub>: 73,70 mm.Hg; CO<sub>2</sub> total: 27,60 mmol/L; Saturação de O<sub>2</sub>: 98%. 08/05/13: 09/05/13: Troponina I: negativo. Tempo de Protrombina: paciente 13,2 seg; atividade 98%. Velocidade de hemossedimentação: 126 mm na 1<sup>o</sup> hora. Tempo de Tromboplastina parcial ativada: paciente 29,6 seg; relação paciente/controle: 0,89/33,1. Cálcio total: 8,5 mg/dl. Sódio: 139 mEq/L. Potássio: 5,2 mEq/L. Cloro: 98,3 mEq/L. Amilase (soro): 52 U/L. TGO:19 U/L. TGP: 13 U/L. Uréia: 22 mg/dL. Creatinina: 0,5 mg/dL. Bilirrubina indireta: 0,35 mg/dL. Bilirrubina direta: 0,01 mg/dL. Bilirrubina total: 0,36 mg/dL. Proteína c-reativa: 8,91 mg/l. Hemograma completo: Hemácias: 4,02 mm<sup>3</sup>; Hemoglobina: 11,4 g/dL; Leucócitos: 14.570/mm<sup>2</sup>; Plaquetas: 390.900/mm<sup>2</sup>. 23/04/13: Tomografia computadorizada do crânio sem contraste. Impressão tomográfica: Deve-se considerar como principal hipótese diagnóstica, eventos isquêmicos em territórios das artérias cerebrais anterior e média à esquerda. 08/05/13: Tomografia computadorizada multislice do crânio: Hipotenuação difusa da substância branca periventricular bi-hemisférica, indicando leucopenia acentuada (leucaraiose em estado avançado?). Dilatação do sistema ventricular supratentorial desproporcional ao grau de atrofia cerebral. Não há sinais de hemorragias intraparenquimatosas nem de coleções líquidas extra-axiais. Calcificações parietais nos segmentos intra-cavemosos e supra-clinóides das artérias carótidas internas. Diagnósticos de enfermagem: Risco de infecção relacionada a procedimentos invasivos; Hipertermia relacionada a doença, caracterizado por aumento da temperatura; Mobilidade no leito prejudicada relacionada a medicamentos sedativos, caracterizada por capacidade prejudicada de reposicionar-se na cama; Desobstrução ineficaz de vias aéreas relacionada a infecção, muco excessivo, presença de via aérea artificial e secreções retidas caracterizada por quantidade excessiva de muco e ruídos adventícios respiratórios; Risco de integridade da pele prejudicada relacionado a imobilização física<sup>(5)</sup>. Intervenções de enfermagem: Monitorar os sinais vitais; Realizar balanço hídrico; Realizar mudança de decúbito a cada 2 horas; Realizar aspiração de TOT e VAS; Hidratar a pele com A.G.E., mantendo os lençóis esticados; Realizar curativo de CVC e outros procedimentos invasivos com técnica estéril. CONCLUSÃO: A realização desse estudo de caso mostrou que o planejamento das ações de enfermagem, através da sistematização da assistência, é um instrumento essencial para uma melhor orientação dos trabalhos da enfermagem, proporcionando um cuidado individualizado e humanizado do paciente e também, nos permite uma melhor análise dos cuidados prestados. A SAE também proporciona uma ampliação do conhecimento técnico-científico do profissional enfermeiro, que passa a participar das prescrições de cuidados ao paciente<sup>(5)</sup>. CONTRIBUIÇÕES / IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Contribuir para nortear a assistência de enfermagem ao paciente com meningocéfalite, proporcionando um cuidado de qualidade e individualizado ao paciente. REFERÊNCIAS: 1. Silva NE, Oliveira SA, Marzochi KBF. Doença meningocócica: comparação entre formas clínicas. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 2007 June. 2. Vieira JFS. Incidência de meningite em pacientes de 0 - 12 anos no Instituto de Medicina Tropical de Manaus. Arq. Neuro-Psiquiatr. 2001 June. 3. Branco RG, Amoretti CF, Tasker RC. Doença meningocócica e meningite. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre. 2007 May; 83(2). 4. Resolução nº 196. Publicada em 10 de outubro de 1996. Brasil; 1996. 5. Nanda International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação (2012-2014).

DESCRITORES: Diagnóstico de Enfermagem. Meningite. Estudos de Casos.

EIXO II - Interfaces da Enfermagem com práticas profissionais e populares de cuidado em saúde