

# A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE MENINGITE MENINGOCÓCICA

SILVEIRA, Cláudia Bastos da  
SILVEIRA, Caroline Bastos da  
BARBOSA, Larissa Coelho  
REBOUÇAS, Lidiane Nogueira  
ANDRADE, Luciene Miranda de

## RESUMO

Segundo NEVES (1993), a septicemia meningocócica se caracteriza, em geral, pela passagem do meningococo da nasofaringe para a corrente sanguínea, tendo como manifestações clínicas à septicemia com endotoxina ou resultam da disseminação do patógeno para os órgãos. A partir de nossa experiência em estágio em uma instituição especializada em atendimentos de doenças infecto – contagiosas, decidimos desenvolver um estudo a fim de que pudéssemos conhecer a complexidade da patologia e implementar uma melhor assistência de enfermagem junto ao nosso cliente. Objetivos: aplicar a assistência de enfermagem junto a um paciente portador de meningite meningocócica, identificar os principais diagnósticos de enfermagem relacionados ao paciente portador de meningococemia e aplicar um plano de intervenções de forma a adequar a assistência prestada ao paciente. Trata-se de um estudo de caso, do tipo exploratório descritivo desenvolvido em um hospital de referência para atendimento de doenças infecto–contagiosas situadas na cidade de Fortaleza – CE; no período de abril de 2004. A amostra foi selecionada por interesse, onde escolhemos um cliente portador de meningite. Os dados foram coletados mediante várias fontes de informações, sendo analisadas tendo como subsídio os diagnósticos da NANDA e as intervenções SPARKS. Diante do exposto, observamos que caso o paciente não receba o tratamento adequado, pode ocorrer o óbito, cabendo aos profissionais de saúde avaliar o paciente de forma completa, a fim de evitar as complicações da patologia.

Palavras-chaves: Criança; Meningite meningocócica; Enfermagem; Assistência.

## THE ASSISTANCE OF NURSING TO THE CARRIER OF MENINGITIS MENINGOCOCCAL

According to SNOWS (1993), meningococcal septicemia is characterized, in general, for the ticket of meningococci of nasopharynx for the sanguineous chain, having as clinical manifestations to the septicemia with endotoxin or results of the dissemination of the pathogen for the agencies. From our experience in period of training in an institution specialized in attendances of infectious – contagious, we decide to develop a study so that we could know the complexity of the pathology and implement one better assistance of together nursing to our customer. Objectives: to apply the together assistance of nursing to a carrying patient of meningococcal meningitis, to identify the main diagnostic of nursing related to the carrying patient of meningococemia and to apply a plan of interventions of form to adjust the assistance given to the patient. One is about a study of case, the descriptive exploratory type developed in a hospital of reference for attendance of situated infectious–contagious illnesses in the city of Cortaleza – CE; in the period of April of 2004. The sample was selected by interest, where we choose a carrying customer of meningitis. The data had been collected by means of some sources of information, being analyzed having as subsidy the diagnostic of the NANDA and interventions SPARKS. Ahead of the displayed one, we observe that in case that the patient does not receive the treatment adjusted, can occur the death, fitting to the health professionals to evaluate the patient of complete form, in order to prevent the complications of the pathology.

Word-keys: Child; Meningococcal Meningitis; Nursing; Assistance

# A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE MENINGITE MENINGOCÓCICA

SILVEIRA, Cláudia Bastos da  
SILVEIRA, Caroline Bastos da  
BARBOSA, Larissa Coelho  
REBOUÇAS, Lidiane Nogueira  
ANDRADE, Luciene Miranda de

## INTRODUÇÃO

A meningite meningocócica é uma doença causada pela bactéria *Neisseria Meningitidis* do sorotipo B, que tem como seu habitat predileto a nasofaringe humana. Segundo Oliveira et al (2002), a meningite é uma doença de notificação obrigatória, sendo essencial para a epidemiologia, para quimioprofilaxia de contactantes e para vacinação de bloqueio. A maioria dos casos ocorre no inverno, estando associada a outras doenças infecciosas respiratórias devido ao clima, facilitando o acúmulo de pessoas em locais fechados e a transmissão.

No passado, a meningite bacteriana representava um a mortalidade acima de 90% e os sobreviventes desta era pré-antibiótica continuavam com graves distúrbios neurológicos. Com o surgimento dos antibióticos, houve a redução da mortalidade para cerca de 10 a 20%, acrescida das seqüelas neurológicas dos sobreviventes (NEVES, 1983).

Os casos de meningite meningocócica no Brasil somam-se cerca de 60%. Nas crianças de até 5 anos de idade ocorre a perda da imunidade passiva, representando cerca de 90% dos casos. Estes dados epidemiológicos estão relacionados com a baixa condição social, tornando o organismo vulnerável, facilitando a transmissão pelo aglomerado habitacional.

No Estado de São Paulo, as estatísticas mostram que a prevalência sobre o sorotipo C é de 33% e de 59% no sorotipo B nos últimos 10 anos, havendo uma letalidade de 18,8%. Já no Estado do Rio Grande do Sul nos anos de 2000 e 2001, ocorreu uma redução nos casos de meningite bacteriana aguda, tanto pelo meningococo (88 casos para 40) quanto pelo Hib (20 casos para 3), que deve estar relacionada com a vacinação infantil (OLIVEIRA et alli, 2002).

No ano 2003, foram registrados 100 casos, com óbito de 16% no Estado de Ceará. Já em 2004, foram registrados 42 casos em 18 municípios, sendo 59,5% do interior do estado, com maior ocorrência na faixa etária de 5-9 anos de idade em 9 casos. Em Fortaleza, foram registrados 18 novos casos de janeiro a abril.

Diante desta problemática, o interesse do estudo de caso ocorreu devido à evolução da patologia do paciente, que se encontrava bastante dependente da equipe multiprofissional em saúde. A partir de então, decidimos aprofundar nossos conhecimentos sobre a doença, a fim de acompanhar e entender toda a complexidade da patologia, de forma a inserir uma melhor assistência de enfermagem junto ao nosso cliente.

Logo, a pesquisa torna-se relevante com o intuito de proporcionar uma humanização pelos profissionais de saúde, melhorando o cuidado de enfermagem perante o cliente, pois este, na maioria dos casos, está fragilizado com a patologia.

## 1-OBJETIVOS

### GERAL:

- \* Aplicar a assistência de enfermagem junto ao paciente portador de meningococemia;

### ESPECÍFICOS:

- \* Identificar os principais diagnósticos de enfermagem relacionados ao paciente portador de meningococemia;
- \* Aplicar um plano de intervenções de forma a adequar a assistência prestada ao paciente.

## 2-REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1. DEFINIÇÃO

A meningite é um processo inflamatório causado por microorganismo viral, bacteriano (processo infeccioso agudo), protozoários, espiroquetas, helmintos, fungos e micobactérias (processo infeccioso crônico), que atinge as meninges (as membranas que circundam o cérebro e a medula espinhal) (SMELTZER & BARE, 2002). A *Neisseria meningitidis* é uma bactéria que representa o agente etiológico da doença meningocócica. A septicemia meningocócica ou meningococemia constitui uma das formas mais comuns da doença meningocócica, podendo apresentar-se como uma doença aguda e fulminante, resultando na morte em poucas horas ou dias, ou processo crônico recorrente, devido a localização da infecção em um ou mais órgãos. (NEVES, 1983)

### 2.2- TIPOS

Essa patologia pode ser classificada como asséptica, séptica ou tuberculosa. A primeira refere-se a meningite viral ou a casos de irritação meníngea (abscesso cerebral, encefalite, linfoma, leucemia ou sangue no espaço subaracnóide). Já a meningite séptica é causada por bactérias tais como, meningococo, estafilococo ou bacilo influenza. Quanto à tuberculosa é provocada por *Micobacter tuberculosis*. (FERREIRA, SETEM, 2000)

Segundo Smeltzer & Bare, a meningite bacteriana é a mais importante, sendo os microorganismos mais frequentes, *Neisseria meningitidis* (meningite meningocócica), *Streptococcus pneumoniae* (adulto) e *Haemophilus influenzae* (em crianças e adultos jovens), com transmissão por contato direto de gotículas, secreções nasais e orofaríngeas dos portadores da doença.

### 2.3. ETIOLOGIA

Essas infecções de meninges podem ser originadas de infecções do trato respiratório superior, otite média, traumatismo craniano, estado imunossuprimido, procedimentos cirúrgicos ou dispositivos invasivos (p.ex aparelhos de monitorização da Pressão intracraniana). Outra forma infecciosa seria a infecção oportunista em pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) (SMELTZER & BARE, 2002).

## 2.4. FISIOPATOLOGIA

Segundo Smeltzer & Bare (2002), a meningite bacteriana tem início com uma infecção da nasofaringe e é seguida por septicemia. As bactérias têm a capacidade de penetrar em consequência de infecções, lesões e fraturas cranianas. A infecção adentra as meninges e se espalha para outras áreas do crânio e da medula espinhal. O cérebro fica comprometido em consequência do exsudato meníngeo, vasculite e hipoperfusão.

Neste caso, a meningococemia diz respeito a uma vasculite generalizada, causando trombose intraluminal, necrose endotelial (liberando fatores que estimulam a coagulação intravascular disseminada – CID) e hemorragia perivascular. No pulmão podemos encontrar trombos e fibrina quando ocorre a CID. Já nas supra-renais, ocorre infartos hemorrágicos com depósito de fibrina nos capilares de seu córtex e também nos glomérulos renais (VERONESI, 1991)

A fisiopatologia intracraniana sofre profundas alterações associadas a meningite bacteriana, incluindo aumento da permeabilidade da barreira hematoencefálica, edema cerebral e pressão intracraniana aumentada. O prognóstico da meningite bacteriana depende do agente etiológico, da gravidade da infecção, da doença, do diagnóstico precoce e tratamento imediato (SMELTZER & BARE, 2002).

## 2.5. QUADRO CLÍNICO

As manifestações clínicas da meningite decorrem da infecção e da PIC aumentada. Os principais sinais e sintomas referentes a esta patologia são febre, vômitos, rigidez de nuca, cefaléia e alterações do sistema nervoso central. A sintomatologia depende do agente etiológico e da faixa etária do paciente. Em relação a idade, os menores de um ano apresentam irritabilidade,

fontanela abaulada, convulsões e cianose de extremidades. As crianças maiores e os adultos desenvolvem síndrome infecciosa (febre, anorexia, mialgia), síndrome hipertensiva, síndrome do comprometimento meníngeo, opistótomos, sinal de Brudzinkski, sinal de Kernig (FERREIRA; SETEM, 2000)

Segundo Veronesi (1991), a meningococemia representa a manifestação mais importante e característica da doença meningocócica. Resulta da passagem da bactéria pela nasofaringe, com conseqüente disseminação sanguínea. Caracteriza-se por febre alta, cefaléia vômito, rigidez de nuca, sinais de irritação meníngea, alterações de reflexos, convulsões e coma. Complicações podem resultar de inflamação meníngea, podendo ocorrer surdez, hidrocefalia, ataxia, psicose, convulsões, alterações sensitivo-motoras. Outras seqüelas, como colapso circulatório periférico, artrite, pericardite e miocardite podem desenvolver.

O exantema é um dos sinais evidentes da meningite meningocócica. As lesões cutâneas estão presentes em cerca de 50% dos pacientes, variando desde petéquias com lesões purpúricas até extensas áreas de necrose (SMELTZER; BARE, 2002).

De acordo com NEVES (1983), o rash cutâneo que caracteriza a meningococemia é petequial ou hemorrágico, mas pode aparecer como forma de erupção eritematosa maculo-papular. As regiões palmares, plantares, conjuntivas e as membranas mucosas também podem ser acometidas.

## 2.6. DIAGNÓSTICO

Na suspeita de meningite, o histórico, o contato com portadores e (ou) suspeitos de meningite e medicação em uso devem ser bem detalhados. O relato dos sinais e sintomas é essencial após a história clínica, o exame físico completo também devem ser realizados. (OLIVEIRA et al, 2002).

Segundo NEVES (1983), o método laboratorial mais importante para detecção das meningites consiste no exame do líquido cefalorraquidiano (LCR). Outros exames também são empregados: cultura de sangue, raspado de lesões petéquiais cutâneas, gasometria arterial, coagulograma. A análise do LCR deve ser feita através da característica física, bacterioscopia, citometria, bioquímico, imunológico e cultura.

Para o diagnóstico das meningites o exame mais importante consiste na punção lombar, cisternal ou ventricular do LCR, em que seus valores normais são:

- Pressão: 30 a 60 cm de H<sub>2</sub>O (na meningite, ela encontra-se elevada).
- Aspecto: é normalmente límpido, porém nessa patologia pode variar desde cristalino, nas meningites viróticas ou micótico, até turvo ou purulento – amarelo ou amarelo esverdeado (meningite meningocócica), azulado (piocianico)
- Células: normalmente são encontrados de 0 a 4 células mononucleares. Nas meningites, ocorre predomínio de polimorfonucleares, neutrófilos agregados e deformado devido ao processo bacteriano.
- Proteínas: os valores normais são de 5 a 15 mm% em punção ventricular, de 10 a 30 mg%, em punções cisternal e 20 a 40 mm% em punções lombares. Porém, nos processos inflamatórios ocorre o aumento das proteínas, e quando nesse aumento não há o acréscimo do número de células significa mau prognóstico.
- Cloreto e glicose: normalmente a glicose está de 46 a 90 mg% e o cloreto 680 a 750 mg%. Nas meningites bacterianas, esses valores encontram-se diminuídos.
- Ácido láctico: nas meningites bacterianas os valores encontram-se acima de 35 mg por 100ml, já nas meningites viróticas, são encontradas em níveis inferiores.

De acordo com FERREIRA e SETEM (2000), a bacterioscopia deve ser feita raspando as lesões hemorrágicas dos pacientes com meningococemia, na qual o material é obtido com o lado cego de um estilete até o aparecimento do fluxo seroso, realizando o esfregaço que é corado pelo método gram. NEVES(1983) acrescenta que esse exame é definitivo para diagnóstico de meningite, pois compreende-se da bacterioscopia, cultura e inoculação em animais de laboratório.

## 2.7. TRATAMENTO

O tratamento pode ser dividido em terapêutico específico e terapêutico de suporte, sendo associado a um diagnóstico precoce e de início imediato de uma terapia antimicrobiana e de sustentação adequada. A primeira consiste no uso inicial de antibióticos adequados, porém em casos tardios são utilizadas drogas antibacterianas. (NEVES, 1983).

Veronesi (1991) acrescenta que a penicilina G é a droga de escolha para as infecções meningocócicas, porém, nos casos de alergia, deve ser usada cloranfenicol ou tianfenicol.

Na terapia de suporte, segundo NEVES (1983), o paciente deve ser bem hidratado com soluções colóides (albumina) e realizado o balanço hidrossalino rigoroso, evitando complicações

e convulsões. A dieta deve possuir alto valor calórico com preferência líquida, pastosa e branda, mas nos casos comatosos, administra-se sonda nasogástrica. Além disso, o paciente deve ser aspirado várias vezes ou indicar traqueostomia e respiração artificial, evitando as alterações respiratórias. A equipe de enfermagem deve observar quanto aos sinais de convulsões, edema cerebral e choque, administrando as medicações prescritas.

## 2.8. PROFILAXIA

O paciente com meningite meningocócica deve ser isolado até um dia após o início da terapia medicamentosa, pois 24 h após esse período ele não transmite mais a doença. Deve-se seguir esse método de prevenção, já que a meningite meningocócica é transmitida pelas vias aéreas superiores. (VERONESI, 1991).

Outra forma de prevenção, diz respeito aos casos secundários (contactantes) que são os familiares, habitantes de comunidades fechadas - quartéis, asilos, enfermarias, onde há um prolongado contato íntimo com o cliente. Então, o autor acrescenta que a quimioprofilaxia dos contactantes deve ser a mesma do portador (rifampicina e penicilina cristalina G).

Oliveira (2002) relata que os comunicantes devem fazer uso da medicação completa e no tempo certo. E quanto à vacinação de bloqueio, esta é realizada em casos de surtos e quando é adquirida. Deve-se orientar a população que a proteção será em 15 dias após ter sido tomada, estando cientes dos sinais e sintomas da doença.

NEVES (1983) acrescenta que a vacina é constituída de polissacáride meningocócico e protege a população acima de 2 anos e a HIB deve ser administrada nos menores de 5 anos. Então, Veronesi (1991) afirma que a profilaxia da meningite meningocócica deve estar associada à quimioterapia e a vacinação a fim de proporcionar a proteção duradoura.



### 3- METODOLOGIA

#### 3.1 - Caracterização do Estudo

A proposta metodológica seguiu a linha de investigação exploratória descritiva, pois segundo Minayo (1992) “a fase exploratória compreende a escolha do tema, delimitação do problema, caracterização do objeto e dos objetivos, os quais são importantes no desenvolver da investigação”.

#### 3.2 - Cenário da pesquisa

Constituiu cenário da pesquisa, num Hospital Público de referência para atendimento e acompanhamento de doenças infecto – contagiosas, situado na cidade de Fortaleza – CE – Brasil.

#### 3.3 – Sujeitos da pesquisa

A população da instituição abrange os portadores de HIV, tuberculose, crianças com meningite, tétano e outras doenças infecto – contagiosas. Como amostra foi selecionado um cliente internado na instituição por meningite meningocócica.

#### 3.4 - Coleta de dados

Foram coletados no período de abril de 2004 durante as visitas de estágio da disciplina por meio de uma entrevista semi – estruturada com a responsável da criança acrescida de consultas ao prontuário, fotos e revisão literária, utilizando as normas da ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas).

#### 3.5 - Análise dos dados

Os dados foram analisados tendo como subsídios os diagnósticos da NANDA e as intervenções de SPARKS.

### 3.6 - Devolução dos resultados

Os resultados do estudo foram devolvidos através da apresentação do trabalho em forma de pôster na disciplina de Clínica Geral e Cirúrgica II, assim como será divulgado à sociedade em publicações Nacionais e Internacionais, como também em Eventos Científicos.

### 3.7 - Preceitos Éticos da Pesquisa

A ética permaneceu em toda a pesquisa. Assim sendo, o nome do cliente foi preservado, sendo anexado um termo de consentimento para divulgação de suas fotos que foram obtidas durante o procedimento. Foi divulgado o nome dos autores da referência bibliográfica utilizada durante a pesquisa, como regulamenta a Resolução 196/96 sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

#### 4- SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

##### 4.1 - ANAMNESE (15/04/04)

J.G.M.S., 8 anos, masculino, moreno, natural e procedente de Umirim, estudante (3 série do 1 grau), admitido em 08/04/04 com diagnóstico de meningococemia. O pai relata que o filho apresentou febre e cefaléia. No dia seguinte, com a persistência da febre e o surgimento de manchas nos MMII, procurou um posto de saúde, de onde o cliente foi encaminhado para emergência da instituição onde se encontra internado atualmente. O pai acrescenta que após a confirmação diagnóstica, os comunicantes do cliente realizaram a profilaxia (pai, irmão, mãe primos) e relata que a criança não apresenta outro problema de saúde, sem internação anterior. Nascido em 15/06/95, parto normal e a termo. A mãe relata que realizou o pré-natal, gestação sem intercorrência, acrescentando que a criança foi amamentada exclusivamente durante o 1º mês de vida. Cartão de vacina completo. Realiza em média 04 refeições por dia. Hidratação em média de 04 copos de água por dia. Família composta por 5 pessoas, renda não fixa (pai agricultor e mãe costureira), situação econômica precária. O responsável não sabe informar se seus antecedentes familiares possuem problemas de saúde. A criança gosta de brincar com os primos e ajuda a mãe nos afazeres da casa, O cliente é cooperativo e monossilábico. Usa comunicação verbal e também se comunica com gestos e expressões faciais.

##### 4.2 - EXAME FÍSICO (15/04/04)

J.G.M.S, 8 anos, masculino, T: 36,5°C, FR: 24rpm, P: 112bpm, PA: 110 x 60 mmHg, pardo, magro, EGR, higiene adequada, crânio normocefálico. Couro cabeludo íntegro. Cabelos com coloração castanha e bem distribuído. Mucosa ocular hipocorada. Olhos simétricos, PIRRLA.

Sobrancelha simétricas. Pavilhão auricular centralizado e com higiene satisfatória. Cuidade nasal com presença de secreção, septo nasal centralizado. Mucosa labial inferior com presença de crosta, dentes completos, ausência de cáries. Pescoço com amplitude de movimentos prejudicadas com presença de linfonodos palpáveis do lado direito. Tórax simétrico, ausculta pulmonar com presença de murmúrios vesiculares, ausculta cardíaca com bulhas normofonéticas audíveis. Abdome plano e doloroso à palpação, RHA presentes à ausculta. MMII edemaciados e dolorosos a movimentação devido extensas lesões púrpuras e equimóticas com presença de vesículas e áreas de necrose. Leitos ungueais dos pés em processo de mumificação.

#### 4.3 DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

1 - Risco para temperatura corporal alterada relacionado com processo infeccioso.

- Monitorar a temperatura corporal do paciente;
- Monitorar cor, temperatura e turgor da pele;
- Monitorar a cor dos leitos ungueais, a frequência e o ritmo respiratório e a frequência cardíaca.

2 – Eliminação urinária alterada relacionada à doença e disfunção sensorial, evidenciada por disúria.

- Estimular o paciente a expressar seus sentimentos e suas preocupações acerca do problema urológico;
- Monitorar a função neuromuscular e o padrão miccional do paciente;
- Realizar balanço hídrico.

3 – Risco para constipação relacionado com fraqueza muscular abdominal.

- Usar emolientes fecais para evitar constipação e esforço durante a evacuação;
- Monitorar e registrar a ingestão e débito hídrico do paciente;
- Ensinar o paciente a massagear o abdome uma vez ao dia.

4 – Perfusão tissular alterada (periférica) relacionada com a redução mecânica do fluxo sanguíneo venoso e/ou arterial, evidenciada pelo edema e características da pele alterada.

- Monitorar o perfil de coagulação c.p.m;
- Administrar o tratamento anticoagulante, observando sua eficácia sinais de sangramento;
- Elevar as extremidades afetadas, evitando colocar travesseiro sob os joelhos.

5 – Proteção alterada relacionada por perfis sanguíneos alterados (coagulação) e terapia com drogas, evidenciada por fraqueza, coagulação alterada e imobilidade no leito.

- Proporcionar alívio sintomático;
- Monitorar os sinais vitais para permitir a detecção precoce das complicações;
- Instituir precauções de segurança.

6 – Integridade tissular prejudicada relacionada à mobilidade física prejudicada e circulação alterada, evidenciada por tecido destruído.

- Manter hidratação adequada;
- Realizar balanço hídrico rigoroso;
- Orientar o paciente para evitar a aplicação de pressão no espaço poplíteo
- Administrar e monitorar o tratamento de acordo com os protocolos da instituição.

7 – Integridade da pele prejudicada evidenciada por rompimento da superfície da pele relacionada à imobilidade física e sensibilidade alterada, evidenciada pelo rompimento da superfície da pele.

- Examinar a pele, descrevendo e documentando as condições e notificação em caso de alterações;
- Seguir o esquema de tratamento prescrito para o distúrbio cutâneo da pele e monitorar os progressos;
- Colocar o paciente em posição confortável com menor pressão nas proeminências ósseas.

8 – Mucosa oral alterada relacionada com imunossupressão e comprometimento imunológico, evidenciada por lesões orais e presença de patógenos.

- Examinar a cavidade oral do paciente e descrever suas condições;
- Executar o tratamento prescrito;
- Orientar o paciente sobre como fazer as práticas de higiene oral.

9 – Risco para solidão relacionado com falta de energia.

- Permanecer tempo suficiente com paciente, permitindo a expressão de seus sentimentos e estabelecendo uma relação de confiança com o cliente;
  - Estimular o paciente a abordar suas necessidades de maneira positiva.
- 10 – Mobilidade física prejudicada relacionada ao desconforto e intolerância as atividades, evidenciada por capacidade limitada para desempenhar as atividades motoras.
- Realizar mudança de decúbito;
  - Identificar recursos que podem ajudar na implementação da recuperação da mobilidade;
  - Monitorar e registrar diariamente sinais de complicação da imunidade.
- 11 – Distúrbio do padrão do sono relacionado com a dor das lesões, evidenciado por queixas verbais de dificuldade de adormecer.
- Avaliar o padrão do sono do paciente para identificar qualquer problema fisiológico e emocional;
  - Estimular o cliente a conversar sobre as preocupações que passam ter causado sua insônia;
  - Planejar as atividades de enfermagem para proporcionar períodos adequados de sono ininterrupto.
- 12 – Déficit no auto cuidado para banho/higiene relacionado com a dor e a fraqueza, evidenciado por incapacidade de lavar o corpo.
- Ajudar ou realizar diariamente as atividades de banho e higiene
  - Monitorar diariamente a sua capacidade de ajuda no próprio banho e higiene.
- 13 – Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se relacionado à dor das lesões, evidenciado por incapacidade para remover e colocar roupas.
- Proporcionar privacidade no momento de vestir e arrumar o cliente;
  - Oferecer apoio emocional, deixando que o paciente expresse seus sentimentos de raiva e de incapacidade.
- 14 – Dor relacionada com agentes lesivos, evidenciado por relato verbal.
- Ajudar o paciente a manter uma posição confortável;
  - Administrar analgésicos conforme prescrição médica;
  - Monitorar os fatores que agravam ou atenuam a dor.

15 – Medo relacionado com as condições físicas e danos sensoriais, evidenciado por estado de alerta aumentado e preocupação com os sintomas da doença.

- Proporcionar informações ao paciente acerca da doença;
- Quando for possível, envolver o paciente nas suas decisões relativas à própria assistência de enfermagem;
- Encorajar o paciente a enfrentar o medo.

#### 4.4 - EVOLUÇÕES

15/04/04 – 09:30h – J.G.M.S, 8 anos, 8º DIH por meningococemia, consciente, orientado, cooperativo, eupnéico, afebril, higienizado no leito, verbalizando suas necessidades, acesso venoso periférico no MSE para hidratação, aceitando a dieta prescrita, eliminações fisiológicas presentes, referindo dor ao urinar ou evacuar. Abdome plano e doloroso à palpação. Ausculta pulmonar e cardíaca com ruídos normais. MMII edemaciados e dolorosos a simples movimentação devido à extensas lesões púrpuricas e equimóticas com presença de vesícula e áreas de necrose. Leitos ungueais dos MMII em processo de munificação, prejudicando o sono e o repouso do paciente. Seguindo em observação contínua.

1 – Risco para temperatura corporal alterada relacionado com processo infeccioso.

- Monitorar a temperatura corporal do paciente ;
- Monitorar cor, temperatura e o turgor da pele;
- Monitorar a cor dos leitos ungueais, a frequência e o ritmo respiratório e a frequência cardíaca.

2 – Eliminação urinária alterada relacionada à doença e disfunção sensorial, evidenciada por disúria.

- Estimular o paciente a expressar seus sentimentos e suas preocupações acerca do problema urológico;
- Monitorar a função neuromuscular e o padrão miccional do paciente;
- Realizar balanço hídrico.

3 – Perfusão tissular alterada (periférica) relacionada com a redução mecânica do fluxo sanguíneo venoso e/ou arterial, evidenciada pro edema e características da pele alterada.

- Monitorar o perfil de coagulação c.p.m;
- Administrar o tratamento anticoagulante, observando sua eficácia sinais de sangramento;
- Elevar as extremidades afetadas, evitando colocar travesseiro sob os joelhos.

4 – Integridade tissular prejudicada relacionada à mobilidade física prejudicada e circulação alterada, evidenciada por tecido destruído.

- Manter hidratação adequada;
- Realizar balanço hídrico rigoroso;
- Orientar o paciente para evitar a aplicação de pressão no espaço poplíteo
- Administrar e monitorar o tratamento de acordo com os protocolos da instituição.

5 – Integridade da pele prejudicada evidenciada por rompimento da superfície da pele relacionada à imobilidade física e sensibilidade alterada, evidenciada pro rompimento da superfície da pele.

- Examinar a pele, descrevendo e documentando a condições e notificação em caso de alterações;
- Seguir o esquema de tratamento prescrito para o distúrbio cutânes da pel e monitorar os progressos;
- Colocar o paciente em posição confortável com menor pressão nas proeminências ósseas.

6 – Mobilidade física prejudicada relacionada ao desconforto e intolerância as atividades, evidenciada por capacidade limitada para desempenhar ass atividades motoras.

- Realizar mudança de decúbito;
- Identificar recursos que podem ajudar na implementação da recuperação da mobilidade;
- Monitorar e registrar diariamente sinais de complicação da imunidade.

7 – Distúrbio do padrão do sono relacionado com a dor das lesões, evidenciado por queixas verbais de dificuldade de adormecer.

- Avaliar o padrão do sono do paciente para identificar qualquer problema fisiológico e emocional;
- Estimular o cliente a conversar sobre as preocupações que passam ter causado sua insônia;

- Planejar as atividades de enfermagem para proporcionar períodos adequados de sono ininterrupto.

8 – Dor relacionado com agentes lesivos, evidenciado por relato verbal.

- Ajudar o paciente a manter uma posição confortável;
- Administrar analgésicos conforme prescrição médica;
- Monitorar os fatores que agravam ou atenuam a dor.

22/04/04 – 09:30h – J.G.M.S, 8 anos, 15º DIH por meningococemia, consciente, orientado, cooperativo, eupnéico, afebril, higienizado, verbalizando suas necessidades. Acesso venoso heparinizado no MSE, aceitando a dieta prescrita, eliminações fisiológicas presentes, referindo dor ao urinar. Apresentando lesão dolorosa na mucosa oral. Abdome plano e doloroso a palpação. Ausculta pulmonar e cardíaca com ruídos normais. MMII edemaciados e dolorosos a simples movimentação devido à extensas lesões púrpuricas e equimóticas com áreas de necrose e agora ausência de vesículas. Leitos ungueais dos MMII em processo de unificação, prejudicando o sono e o repouso do paciente. Seguindo em observação contínua.

Mantido diagnóstico de 1 a 9.

10 – Mucosa oral alterada relacionada com imunossupressão e comprometimento inumológico, evidenciada por lesões orais e presença de patógenos.

- Examinar a cavidade oral do paciente e descrever suas condições;
- Executar o tratamento prescrito;
- Orientar o paciente sobre como fazer as práticas de higiene oral.

29/04/04 – 09:30h – J.G.M.S, 8 anos, 22ºDIH por meningococemia, orientado, cooperativo, eupnéico, afebril, adinâmico, higienizado, verbalizando suas necessidades. Acesso venoso heparinizado no MSE, aceitando a dieta prescrita, eliminações fisiológicas presentes, referindo dor ao urinar. Evolui com melhora na lesão da mucosa oral. Abdome plano e doloroso a palpação. Ausculta pulmonar e cardíaca com ruídos normais. Renovado curativo nos MMII com alginato de cálcio. MMII edemaciados e dolorosos a simples movimentação devido à extensas lesões púrpuricas e equimóticas com áreas de necrose e agora ausência de vesículas. Leitos

ungueais dos MMII em processo de cicatrização por 2ª intenção. Presença de áreas de necrose. Seguindo em observação contínua.

Mantido diagnóstico 1 a 9

## 5- EXAMES COMPLEMENTARES

- HEMOGRAMA

O hemograma completo (HC) é um teste de triagem básico e um dos procedimentos laboratoriais mais solicitados. Os achados no HC fornecem informações diagnósticas úteis sobre o sistema hematológico e outros sistemas orgânicos, prognóstico, resposta ao tratamento e recuperação. O HC consiste em série de testes que determinam número, variedade, porcentagem, concentrações e qualidade das células do sangue: contagem de leucócitos, contagem diferencial de leucócitos, contagem de hemácias, hematócrito, hemoglobina, índices de hemácias, volume corpuscular médio, hemoglobina corpuscular média, concentração de hemoglobina corpuscular média, exames de hemácias coradas e contagem de plaquetas.

Cuidados de Enfermagem:

- \* Explicar o procedimento do teste, lembrando que pode haver desconforto quando a pele é puncionada;
- \* Evitar estresse, se possível, porque estados fisiológicos alterados influenciam e modificam os valores do hemograma normal;
- \* Os exames devem ser colhidos consistentemente no mesmo horário do dia para comparação precisa;
- \* Não é necessário jejum. Entretanto, refeições ricas em gordura podem alterar alguns resultados do teste;
- \* Aplicar pressão manual e curativos ao local da punção após remover a agulha;
- \* Reiniciar atividades e dietas normais;

- TEMPO DE PROTROMBINA (PT)

O tempo de protrombina ( a protrombina é uma proteína produzida pelo fígado que atua na coagulação do sangue) é um dos 4 testes de rastreamento mais importantes usados em exames diagnósticos da coagulação. Mede diretamente um possível defeito no estágio II do mecanismo da coagulação através da análise da capacidade de coagulação dos 5 fatores da coagulação plasmática (protrombina, fibrinogênio, fator V, fator VII e fator X). Este teste é comumente solicitado durante controle de tratamento com anticoagulante oral.

Cuidados de Enfermagem:

- \* Interpretar os resultados do teste e monitorizar apropriadamente;
- \* Recomendar cuidado em todas as atividades nas quais possa ocorrer lesão acidental;
- \* Quando são necessários ajustes inesperados das doses do anticoagulante para manter um PT estável, ou quando há alterações erráticas nos níveis de PT, deve se suspeitar de uma interação farmacológica e deve ocorrer investigação adicional;
- \* Evitar injeção IM durante a terapia com anticoagulante porque podem formar-se hematomas no local;

- GASOMETRIA

A gasometria do sangue arterial (GSA) é realizada para avaliar a adequação da oxigenação e ventilação, para avaliar o estado ácido-básico por medidas dos componentes respiratórios e não-respiratórios e para monitorizar a eficácia do tratamento. A GSA também é usada para monitorizar pacientes gravemente enfermos, para estabelecer valores basais nos períodos pré-operatório e pós-operatório, para detectar e tratar desequilíbrios eletrolíticos, para titular taxas de fluxo de oxigênio apropriadas, para qualificar um paciente quanto ao uso de oxigênio e em conjunto com as provas de função pulmonar.

Cuidados de enfermagem:

- \* Explicar propósito e o procedimento para obter amostra de sangue arterial;
- \* Caso o paciente seja apreensivo, assegurar que pode ser usado um anestésico local;
- \* Avaliar a coloração, movimento, sensibilidade, grau de calor, tempo de preenchimento capilar e qualidade do pulso no membro afetado ou no local da punção;
- \* Monitorizar o local da punção e o curativo quando há sangramento arterial por várias horas;

- PUNÇÃO LOMBAR

O líquido cefalorraquidiano (LCR) é obtido por punção lombar. A punção lombar é realizada pelas seguintes razões: para examinar o líquido espinhal (suspeita de meningite ou hemorragia IC), para determinar o nível de pressão do líquido cefalorraquidiano, para introduzir anestésicos, drogas ou meios de contrastes usados para exames radiológicos na medula espinhal. São observados o aspecto geral, consistência e tendência do líquido cefalorraquidiano a coagular. A contagem de células no LCR é feita para distinguir os tipos de células; Isso deve decorrer dentro de 2hs após obtida amostra de LCR. São determinadas as concentrações de proteína, cloro e glicose no LCR.

O líquido cefalorraquidiano, normalmente, é límpido, incolor, formado dentro das cavidades ou ventrículos do encéfalo pelo plexo coróide plasma sanguíneo difundido.

Cuidados de enfermagem:

- \*Explicar propósito, benefícios e riscos da punção lombar e explicar os testes a serem realizados na amostra;
- \* Enfatizar a necessidade de cooperação do paciente. Avaliar as contra-indicações ou impedimentos;
- \*A ingesta hídrica é incentivada para ajudar a evitar ou aliviar possível cefaléia;
- \* Interpretar os resultados do teste, avaliar e monitorizar resultados anormais e complicações;
- \*Tomar precauções para o controle da infecção se os resultados do teste revelarem um processo infeccioso;

- BIOQUÍMICA DO SANGUE

A bioquímica sanguínea identifica muitos constituintes químicos do sangue. Frequentemente é necessário medir várias substâncias químicas sanguíneas para estabelecer em padrão de anormalidades. Uma ampla faixa de exames pode ser agrupada sob os títulos de enzima, eletrólitos, glicemia, lipídeos, vitaminas, hormônios e investigação de drogas.

Cuidados de enfermagem:

- \* Explicar o propósito e o procedimento do exame e incentivar o relaxamento do paciente;

\* Interpretar os resultados do exame e monitorizar apropriadamente as anormalidades;

## 6 - MEDICAMENTOS

- PENICILINA

Grupo de antibióticos, betalactâmicos, de ação bactericida. Inibem a síntese de mucopeptídeos da parede celular bacteriana. As penicilinas podem ser classificadas em: naturais (penicilina G – nas formas benzatina, cristalina e procaína); biossintéticas (penicilina V, etc); semi-sintéticas ( amoxicilina, ampicilina, azlocilina, etc)

### *PENICILINA G CRISTALINA*

Ação: bactericida. Inibe a síntese da parede celular, causando morte do microorganismo. Bactericida contra bactérias suscetíveis; espectro ativo contra a maioria dos organismos Gram positivo, incluindo muitos estreptococos, estafilococos, alguns organismos Gram negativo, algumas bactérias anaeróbicas e espiroquetas.

Indicações: tratamento de várias infecções, incluindo pneumonia pneumocócica, faringite estreptocócica, sífilis e gonorréia. Tratamento de infecções enterocócicas. Prevenção de febre reumática.

Reações adversas:

- Dermatológicas: rash, urticária;
- Hematológicas: eosinofilia, anemia hemolítica, leucopenia;
- GI: diarreia, desconforto epigástrico, náusea, vômitos, colite pseudomembranosa;
- GU: nefrite intersticial;
- Locais: dor (IM), flebite (IV);
- SNC: convulsões;
- outras: reações alérgicas e superinfecção;

Cuidados de enfermagem:

1- Instrua o paciente a tomar a medicação exatamente conforme recomendado e a não interromper o tratamento sem o conhecimento do médico;

2- Anteriormente à administração da primeira dose, verifique resultados de cultura e antibiograma;

3- Informe ao paciente as reações adversas mais freqüentes e que, durante a ocorrência, o médico deverá ser comunicado;

4- Antes do início da terapia e durante seu curso, o paciente deverá receber hidratação adequada, principalmente aqueles desidratados, nos quais a excreção de droga é menor para evitar prejuízo.

5- IV: dilua em AD; para infusão, dilua em 100 ml de SF 0,9% e infunda em 1h; durante a administração, monitore os eletrólitos e mantenha prontamente disponível equipamento de ressuscitação;

- RANITIDINA

Antagonista dos receptores H<sub>2</sub> de histamina, antiúlcera péptica.

Ação: inibe a secreção, basal estimulada, do suco gástrico através da redução da secreção e de seu conteúdo em ácido e pepsina.

Indicações: Profilaxia e tratamento da úlcera gastroduodenal. Estados hipersecretórios patológicos. Esofagite e refluxo. Hemorragia GI alta. Profilaxia de pneumonite de aspiração.

Reações adversas:

- Dermatológicas: rash, alopecia.
- Endócrinos: ginecomastia, hipotência, perda da libido;
- GI: constipação, diarreia, náuseas, vômitos e dor abdominal;
- Hematológicas: Leucopenia, granulocitopenia, trombocitopenia, pancitopenia;
- Hepáticos: hepatite;
- Locais: dor ( IM) e flebite (EV);

Cuidados de Enfermagem:

- 1- A medicação não deve ser dada durante a lactação;
- 2- A medicação deve ser administrada durante as refeições e antes de dormir;
- 3- Durante a terapia, o paciente deverá receber hidratação adequada;
- 4- Na presença de reação adversas hepáticas ou renais a dosagem deverá ser reduzida;
- 5- Informe ao paciente as reações adversas e, diante da ocorrência o médico deverá ser comunicado;

- NISTATINA

### Antibiótico antifúngico poliênico

Ações: Aumenta a permeabilidade da membrana da célula fúngica, permitindo o extravasamento dos componentes intracelulares.

Indicações: Infecções do trato GI, infecções causadas por *Cândida albicans* oral, vaginal e GI.

Reações Adversas:

- GI: náusea, vômitos e diarreia;

Cuidados de Enfermagem:

- 1- Instrua o paciente a tomar medicação conforme recomendado e a não interromper o tratamento sem o conhecimento do médico.
- 2- Informe ao paciente as reações adversas e, diante da ocorrência o médico deverá ser comunicado;
- 3- Infecção oral por *cândida*: o paciente deverá manter uma boa higiene oral;
- 4- Suspensão oral: no tratamento da candidíase oral, antes de usar a droga, o paciente deverá lavar a cavidade oral; o paciente deverá manter a suspensão na boca, durante alguns minutos, gargarejar e, em seguida, engolir;

- MEPERIDINA ( DOLANTINA)

Analgésico entorpecente

Ação: Potente analgésico. Produz analgesia, euforia e sedação.

Indicações: Alívio da dor.

Reações Adversas:

- CV: Depressão circulatória, parada cardíaca, rubor facial, taquicardia, bradicardia, arritmia, palpitações, hipertensão, hipotensão postural, síncope.
- Dermatológicas: Prurido, urticária, sudorese.
- Endócrinas: Diminuição da libido ou da potência.
- GI: Náusea, vômito, boca seca, constipação, colite ulcerativa.
- GU: Retenção urinária, oligúria, efeito antidiurético.
- Respiratórias: Depressão respiratória, apnéia, parada respiratória, laringoespasmos.
- SNC: Anorexia, tontura, sedação, euforia, delírios, insônia, agitação, ansiedade, letargia, coma.
- Outras: Choque, edema, distúrbios visuais.

Cuidados de Enfermagem:

- 1- Instrua o paciente a tomar medicação conforme recomendado e a não interromper o tratamento sem o conhecimento do médico.
- 2- Informe ao paciente as reações adversas e, diante da ocorrência o médico deverá ser comunicado;
- 3- A medicação não deve ser usada durante a gestação;
- 4- Recomende que o paciente mude lentamente de posição para minimizar a hipotensão postural.
- 5- Durante a terapia, monitore a função renal do paciente.
- 6- Recomende ao paciente o consumo de alimentos para diminuir a constipação.

- NIMESSULIDA

Antiinflamatório não esteroideais.

Ação: Ação analgésica e antipirética. Inibe seletivamente enzima cicloxigenase-2, reduzindo a síntese de prostaglandinas relacionadas à inflamação. Também inibe a agregação plaquetária.

Indicações: Estados inflamatórios, dolorosos ou não, com e sem febre, inclusive relacionados ao aparelho osteoarticular.

Reações adversas:

- Dermatológicas: erupções cutâneas;
- GI: náusea, gastralgia, ulcerações pépticas, sangramento GI;
- SNC: cefaléia, sonolência, vertigem;
- Outras: febre;

Cuidados de enfermagem:

- 1- Instrua o paciente a tomar medicação conforme recomendado e a não interromper o tratamento sem o conhecimento do médico.
- 2- Informe ao paciente as reações adversas e, diante da ocorrência o médico deverá ser comunicado;
- 3- Durante a terapia, monitore as funções renais e hepáticas do paciente. Observe a presença de sangramentos e, diante de qualquer um deles, comunique o médico;

- 4- VO: a medicação deve ser administrada sempre 2h após as refeições; não deve ser administrada em jejum; deve ser administrada com antiácidos ou alimentos para evitar desconforto GI;

- DAPIRONA

Ação: Seu emprego como analgésico não é justificado. Seu único uso justificado é como antipirético em convulsões febris em crianças.

Efeitos adversos: agranulocitose e outras discrasias sanguíneas. Estes acidentes são raros, mas mortais em 10% dos casos. Erupções cutâneas, edema, tremores, náuseas, vômitos. Hemorragia GI, anúria, reações alérgicas. Agravamento da hipoprotrombenemia. Queda da PA.

Cuidados de enfermagem:

- 1- Avaliar a variação da PA;
- 2- Comunicar ao médico, imediatamente, se ocorrer síncope para que a droga seja suspensa;
- 3- Administrar a droga c.p.m;

- ALGINATO DE CÁLCIO

Ação: Reidratação para um fácil debridamento. Propicia um ambiente ideal para a recuperação das feridas com área necróticas secas, com tecido desvitalizado mole ou leitos desidratados.

Remove o tecido morto do leito da ferida.

Indicações: Feridas com nível de exsudato de moderado a alto, com sangramento, limpas ou infectadas, agudas ou crônicas, superficiais ou profundas

Cuidados de enfermagem:

- 1- Antes de aplicar o curativo de alginato, a ferida deve ser debridada do excesso de tecido necrótico e irrigada com solução salina;
- 2- Selecionar o tamanho e o formato adequado do curativo;
- 3- Aplicar o curativo diretamente na lesão, assegurando-se que não ultrapasse para a pele adjacente;
- 4- Cobrir o curativo de alginato com um curativo secundário absorvente;

- DEXAMETAZONA ( DECADRON )

### Hormônio supra-renal, corticosteróide

Ação: O mecanismo de ação ainda não é totalmente conhecido. Difunde-se através das membranas celulares e forma complexos com os receptores citoplasmáticos específicos, que penetram no núcleo da célula, unem-se ao DNA e estimulam a transcrição do RNAm a síntese de enzimas. Como antiinflamatório e esteróides, inibe a acumulação de células inflamatórias na inflamação e inibe a fagocitose e a liberação de mediadores químicos da inflamação. Como imunossupressor, reduz a concentração de linfócito, diminui a união das imunoglobulinas aos receptores celulares e inibe a síntese ou liberação de mediadores químicos da inflamação.

Indicações: Nas doenças crônicas, geralmente, não fatais (distúrbios endócrinos e afecções reumáticas, estados edematosos, doenças respiratórias e GI ), algumas doenças dermatológicas e hematológicas.

Reações Adversas:

- CV: ICC, hipertensão, tromboembolismo;
- Dermatológicas: prejuízo na cicatrização de feridas, pele fina e frágil, eritema, hipersudorese, urticária, petéquias;
- Endócrinas: Irregularidades no ciclo menstrual, supressão do crescimento, manifestações de DM latente, aumento das necessidades de insulina ou dos hipoglicemiantes orais ( pacientes diabéticos );
- GI: náusea, úlcera péptica, perfuração de intestinos grosso e delgado, pancreatite;
- Hematológicas: equimose;
- Locais: ardor, dor, formigamento e reações alérgicas;
- Metabólicas: aumento de peso e apetite;

Cuidados de Enfermagem:

- 1- Instrua o paciente a tomar medicação conforme recomendado e a não interromper o tratamento sem o conhecimento do médico.
- 2- Informe ao paciente as reações adversas e, diante da ocorrência, o médico deverá ser comunicado;
- 3- O uso da medicação pode mascarar infecções e amebíase;
- 4- Durante a terapia, monitore o peso, a PA e os eletrólitos;
- 5- Principalmente em regimes de doses altas observe se o paciente apresenta sinais de depressão e episódios psicóticos;

- METOCLOPRAMIDA ( PLASIL )

Procinético, antiemético

Ação: Estimula a motilidade do trato GI superior sem, contudo, estimular as secreções gástrica, biliar e pancreática. Relaxa o esfíncter pilórico.

Indicações: Prevenção do vômito após a quimioterapia, náusea ou vômito pós operatório, tratamento de soluços, refluxo gastroesofágico, gastroparesia diabética, exames radiológicos do trato GI.

Reações Adversas:

- CV: hipertensão;
- GI: náusea, diarreia;
- SNC: Inquietação, sonolência, fadiga, tontura e ansiedade;

Cuidados de enfermagem:

- 1- Instrua o paciente a tomar medicação conforme recomendado e a não interromper o tratamento sem o conhecimento do médico.
- 2- Informe ao paciente as reações adversas e, diante da ocorrência, o médico deverá ser comunicado.
- 3- Durante a terapia, observe se o paciente apresenta reações extrapiramidais e diante dessas reações, comunique imediatamente ao médico.

- OXACILINA

Antibiótico ( penicilina semi- sintética )

Ações: inibe a síntese da parede celular de organismos sensíveis, causando a morte da bactéria.

Bactericida.

Indicações: Infecções de VAS, pele e tecidos moles.

Reações Adversas:

- Dermatológicas: rash;
- GI: estomatite, gastrite, náusea, vômito, diarreia, enterocolite;
- GU: nefrite, oligúria, proteinúria, hematúria e piúria.
- Hematológicas: leucopenia, neutropenia, anemia, trombocitopenia;
- Hepáticas: hepatite não específica;

- Locais: dor, flebite, trombose;
- SNC: letargia, alucinação, convulsão;

Cuidados de Enfermagem:

- 1- Instrua o paciente a tomar medicação conforme recomendado e a não interromper o tratamento sem o conhecimento do médico.
- 2- Informe ao paciente as reações adversas e, diante da ocorrência, o médico deverá ser comunicado.
- 3- A oxacilina não deve ser misturada com outras drogas;
- 4- Periodicamente faça controle microbiológico ( hemocultura )

- MANITOL

Diurético osmótico

Ações: Aumenta a osmolaridade da filtração glomerular, diminuindo a reabsorção de água e aumentando a excreção de sódio e cloreto. Aumenta a osmolaridade do plasma. Provoca diurese osmótica.

Indicações: Redução da PIC, profilaxia e tratamento de insuficiência renal aguda, redução da pressão intra-ocular.

Reações Adversas:

- CV: hipotensão, hipertensão, edema, taquicardia;
- GI: náusea, boca seca, sede;
- GU: retenção urinária;
- Hematológicas: trombocitopenia;
- Locais: urticária, necrose;
- Respiratórias: congestão pulmonar, rinite;

Cuidados de Enfermagem:

- 1- A medicação deve ser administrada exatamente conforme recomendado;
- 2- Não administre manitol e sangue;
- 3- Durante a terapia observe se o paciente apresenta qualquer mudança neurológica e, diante desta ocorrência comunique imediatamente ao médico.

## 7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, observamos que a meningite meningocócica é uma doença causada pela bactéria *Neisseria meningitidis*, sendo os principais sintomas: febre, náusea, vômito, cefaléia, podendo evoluir para mialgia, artralgia, pontos petequiais nos membros inferiores, choque e óbitos caso o paciente não receba o tratamento adequado e imediato.

Com a ajuda dos principais diagnósticos de enfermagem, podemos concluir que o cliente portador dessa patologia necessita de uma assistência de enfermagem voltada para suas necessidades tais como:

## 8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AVILA, L.C. Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem. Rio de Janeiro: editora de publicações médicas, 2002.

Diagnóstico de Enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2000-2002. ( Org. ) North American Nursing Dignosis Association. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2002.

FERREIRA, I.G; SETEM, O. Meningite In Souza, M. Assistência de Enfermagem em Infectologia. São Paulo: Atheneu,2000. p. 225-236.

FISCHBACH, F. Manual de Enfermagem: Exames Laboratoriais e Diagnósticos. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

MINAYO, M.C. De 5 desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec/Abraco, 1992. In: FURTADO, J.S.; OLIVEIRA, E.N. Prostituição de mulheres: a interface com atenção. In: Sanare, v.3, n.2, p.121-128, out/dez. Sobral: Sobral, 2003.

NEVES, Jayme. Diagnóstica e Tratamento da Doença Infecciosas e Parasitária. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1983.

OLIVEIRA, J. B. et al. Pediatria Atual: Meningite Bacteriana Aguda na Infância, a necessidade da atenção médica.v.15, n.3, Rio de Janeiro: 2002.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner & Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: 2002.

SPARKS, S.M et al. Diagnósticos em Enfermagem. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000.

VERONESI, R. Doenças Infecciosas e Parasitárias. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.