

Îngrijirea pacienților cu meningite acute virale

Inflamații acute ale meningelor, de etiologie virală, meningitele virale sunt caracterizate clinic prin sindrom febril și sindrom meningeal, cu evoluție benignă, autolimitată.

Etiologie

-virusurile mai frecvent întâlnite în etiologia meningitelor, în țara noastră sunt:

- enterovirusurile (Coxsackie și ECHO)
- v. urlian
- v. Epstein-Barr
- v. Armstrong
- v. gripale (A și B)
- adenovirusurile
- v. rujeolic
- v. rubeolic
- HIV

-mai rar sunt implicate:

- v. poliomielitice
- arbovirusurile
- grupul herpes și varicelozosterian
- v. citomegalic
- v. rabic
- rotavirusuri

Semne și simptome clinice

- incubatie: în funcție de etiologie de la minim 3-5 zile la peste 3 săptămâni (ex. virusul urlian sau enterovirusurile)
- invazie: între 3-7 zile, prin aceasta deosebindu-se net de meningitele bacteriene (evoluție în ore) sau tuberculoase și fungice (la nivel de săptămâni)
- debutul este de obicei de tip pseudogripal, cu febră, cefalee, mialgii, tuse, anorexie și uneori erupție eritematoasă
- perioada de stare: predomină sindromul inflamator și de iritație meningeală; în timp ce sindromul de hipertensiune intracraniană este mai atenuat iar sindromul encefalitic este de obicei absent (nu evoluează spre comă decât în condiții etiologice speciale)
- starea generală este relativ bună, rar cu somnolență sau agitație
- cu excepția HIV, celelalte virusuri dau infecții care, datorită apariției unor anticorpi protectori circulanți persistenți, intră spontan în declin și convalescență după o evoluție de circa 3-4 săptămâni, cu vindecare spontană și imunitate durabilă.
- majoritatea meningitelor virale evoluează ca *meningite secundare*, în cadrul tabloului general al infecției virale, cu excepția coriomeningitei limfocitare benigne, care este o *meningită primară*.

- caracteristic întregului grup de meningite virale, prin care (cu unele excepții) se diferențiază de celelalte meningite, *este modul de evoluție autolimitant*, cu tendință de vindecare spontană (completă sau cu unele sechele neuropsihice mai puțin mutilante)
- complicații: miocardită, orhită, artrite reactive, parotidită, tulburări comportamentale, dificultăți școlare sau de încadrare în muncă, etc.

Plan de monitorizare

- I. Culegerea datelor
- II. Problemele pacientului
- III. Obiective de îngrijire
- IV. Intervenții medicale

I. Culegerea datelor

- date epidemiologice:
 - *sursa de infecție* este, în general, omul bolnav care poate transmite virusul pe diverse căi sau unele animale, păsări, rozătoare, insecte, țânțari, căpușe, etc.
 - în coriomeningita limfocitară benignă *rozătoarele* constituie principalul *rezervor de virus*, omul îmbolnăvindu-se accidental, consecutiv contactului cu dejectele (mai ales urina) rozătoarelor
 - frecvența îmbolnăvirilor umane este în funcție de zona geografică, de mărimea rezervorului de virus (șoareci) și de factorii care permit contactul cu virusul excretat de aceștia (condiții igienico-sanitare precare)
 - îmbolnăvirile sunt mai frecvente în anotimpurile reci, la vârsta adultului tânăr, rar în condiții de laborator (persoane care îngrijesc șoareci, hamsteri)
 - *calea de transmitere* este:
 - predominant respiratorie: mixovirusuri, adenovirusuri, virusuri gripale și paragripale, chiar și enterovirusuri și herpesvirusuri
 - digestivă: enterovirusuri
 - muco-tegmentară: HIV, herpesvirusuri
 - *receptivitatea* este generală, iar contagiozitatea ridicată
- antecedente personale patologice: boli asociate, vaccinuri efectuate, tratamente medicamentoase, regim alimentar, alergii medicamentose, intoleranțe alimentare
- condiții de viață și muncă: în funcție de caz, statutul social, nivelul de educație generală și medicală, etc.
- factori risc, consum de alcool, tutun, cafea, droguri, etc.
- înregistrarea semnelor și simptomelor pacientului
- înregistrarea rezultate probelor biologice specifice meningitelor acute virale
- LCR este clar, uneori opalescent, hipertensiv, cu câteva sute până la 2 000 celule/mm³, 90% limfocite mononucleare, proteinorahia 0,50-1,00 g°/oo, glicorahie și clorurorahie normale

II. Problemele pacientului

- hipertermie - legată de procesul infecțios, manifestată prin frisoane, febră

- cefalee intensă și tenace
- tuse moderată
- mialgii
- erupție tegumentară nespecifică
- redoare de ceafă (semne de iritație meningeală)
- vărsături repetate, neprecedate de greață
- risc de complicații

III. Obiective de îngrijire

- diminuarea febrei
- reducerea cefaleei
- deobstrucția căilor respiratorii, reducerea polipneei
- reducerea vărsăturilor
- atenuarea erupțiilor
- asigurarea aportului energetic, reechilibrarea hidro-electrolitică și acido-bazică
- rehidratarea (să nu prezinte semne de deshidratare)
- combaterea edemului cerebral
- susținerea funcțiilor vitale (respiratorie și cardio-vasculară) este necesară în formele comatoase, encefalitice și mielitice de boală, asociate cu complicații
- evitarea infecțiilor la nivelul mucoaselor și tegumentelor
- evitarea complicațiilor
- asigurarea confortului fizic și psihic
- educația medicală a pacientului
- reinsertia familială și socială după vindecare

IV. Intervenții medicale

- izolarea pacientului în saloane special destinate sau în compartimentul de terapie intensivă al clinicii cu respectarea strictă a regulilor privind circulația aparținătorilor și vizitarea bolnavilor
- se recoltează sânge pentru determinarea probelor biologice (VSH, fibrinogen, hemogramă, uree, hemocultură, creatinină serică, glicemie, TGP, TGO, CRP, colesterol, TGL, etc.), exudat faringian, urină (sumar de urină, urocultură), etc.
- se monitorizează: pulsul, tensiunea arterială, respirația
- se pregătește bolnavul pentru efectuarea puncției lombare, explicându-i necesitatea acestei manevre invazive pentru stabilirea diagnosticului și a conduitei terapeutice
- după consilierea bolnavului privind necesitatea efectuării puncției lombare, acesta va semna în foaia de observație că este de acord cu această procedură invazivă și cu riscurile pe care le implică
- pentru reușita puncției lombare se va explica pacientului care este poziția optimă în timpul puncției, insistând asupra colaborării cu cadrele medicale pe tot parcursul acestei intervenții
- asistenta va pregăti toate materialele necesare efectuării puncției lombare în condiții maxime de respectare a regulilor generale de asepsie

- după efectuarea puncției lombare se vor asigura toate condițiile necesare confortului fizic și psihic al bolnavului care va trebui să rămână în decubit ventral, păstrând capul nemișcat, minim două ore
- pe tot acest interval, bolnavul va fi supravegheat clinic și monitorizat (T.A., puls, respirație, etc) de către asistentă în colaborare cu medicul terapeut
- pentru diminuarea și reducerea febrei:
 - se aplică comprese hipotermizante de 2-3 ori pe zi, pe frunte, pe torace, la nivelul membrelor (temperatura acestor comprese să fie cu 1-2 grade mai mică decât temperatura corpului)
 - repausul la pat, se aerisește camera de 3-4 ori/zi (câte 15 minute);
 - în cazul frisoanelor - se acoperă pacientul cu încă 1-2 pături
 - se administrează medicația prescrisă de medic:
 - antitermice (algocalmin, piafen, algifen, paracetamol, etc.)
- pentru diminuarea obstrucției căilor respiratorii, polipneei:
 - se umidifică aerul - prin punerea unor vase cu apă pe calorifere sau prin fierberea pe reșou a unei infuzii de mușețel
 - se aerisește salonul, se hidratează pacientul (pentru a favoriza eliminarea secrețiilor)
 - antiinflamatorii: HHC - 100 mg/zi în perfuzie de glucoză 5-10%
 - decongestionante nazale: Bixtonim, Olynth
 - oxigenoterapie
- pentru prevenirea deshidratării:
 - se oferă pacientului lichide (2500-3000 ml/zi) - ceaiuri, sucuri naturale, fructe, suc din compot (la cei cu toleranță digestivă)
 - se continuă tratamentul indicat de medic: perfuzii cu glucoză 5-10%, ser fiziologic, ringer, manitol 20%, etc.
- combaterea edemului cerebral se face prin administrarea de *manitol* 10% sau 20%, în doză de 1-2 g/kg/zi, *glucoză hipertonică* 33%
- pentru permeabilitatea barierei hematoencefalice:
 - antiinflamatoare nesteroidiene (*indometacin, diclofenac, piroxicam, ketonal, etc.*) administrate cu gastroprotectoare (omeprazol)
 - corticoterapia*: este indicată în formele encefalitice și mielitice de boală, asociată cu complicații, se preferă *dexametazona* 0,3 mg/kg/zi sau *hemisuccinatul de hidrocortizon* 5-10 mg/kg/zi, de scurtă durată (5-10 zile)
- diminuarea intensității sindromului meningian prin administrarea de antiinflamatorii nesteroidiene, corticoterapie, alături de terapia patogenică (HHC, manitol 20%) și simptomatică stabilită de medicul terapeut (vitamine neurotrope, B1, B6, capilarotonice, Vit. C, sedative, etc.)
- asigurarea aportului energetic, reechilibrarea hidro-electrolitică și acido-bazică în formele severe conform schemei terapeutice a bolnavului
- pentru prevenirea infecției mucoaselor și tegumentelor:
 - se insistă asupra igienei cavității bucale prin: spălarea dinților, gargară cu ceai de mușețel, asupra curățirii corecte a foselor nazale și protecția narinelor prin aplicarea de creme simple
 - creșterea rezistenței organismului (repaus, dietă, vitamine)
 - izolarea pacientului de alți pacienți cu alte boli
 - respectarea condițiilor de igienă personală și a mediului ambiant

- asigurarea confortul fizic și psihic pe toată perioada spitalizării prin menținerea temperaturii și umidității aerului din salon la parametrii optimi, schimbarea poziției bolnavului de mai multe ori pe zi pentru prevenirea escarelor de decubit, asigurarea unor saltele speciale pentru bolnavii comatoși, curățenia și dezinfecția permanentă a salonului și a mobilierului, spălarea bolnavului, alimentație corespunzătoare, etc.
- în convalescență, se continuă administrarea de vitamine din grupul B, asociate cu neurotrope (piracetam, lecitină, piritinol)
- educația pacientului pentru prevenirea infecțiilor virale, respectarea regulilor de igienă alimentară și personală, evitarea expunerii la frig, aglomerații, consum de alcool, tutun, prevenirea complicațiilor și sechelelor neuropsihice, colaborarea cu cadrele medicale, dispensarizarea prin medicul de familie și specialistul infecționist, etc.
- pregătirea pacientului pentru externare
- reinsertia familială și socială după vindecare prin discuții individuale cu bolnavul sau consiliere psihologică cu ajutorul personalului de specialitate (psiholog, asistent social)