



UNIVERSIDAD TECNICA

DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERIA

DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO(A) EN ENFERMERÍA.

TITULO DEL CASO CLÍNICO:

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE
DE 32 AÑOS DE EDAD DE SEXO MASCULINO CON DIAGNOSTICO DE
MENINGITIS BACTERIANA HOSPITALIZADO EN EL ÁREA DE MEDICINA
INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL IEESS BABAHOYO.

AUTORA:

ROSALÍA ESTEFANÍA BAJAÑA BERMEO

TUTORA:

LCDA.TANYA CRESPO

Babahoyo - Los Ríos – Ecuador

2019

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	1
AGRADECIMIENTO	2
TEMA	3
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN	5
I. MARCO TEÓRICO	6
1.1. Justificación.	11
1.2. Objetivos.....	12
1.2.1 Objetivo general.....	12
1.2.2 Objetivos específicos.....	13
1.3. Datos generales	13
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO.	14
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes.	14
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual.....	16
2.3 Examen Físico:	17
2.4 Información de exámenes complementarios realizados.....	18
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	19
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el nombre del problema.....	20
Valoración de enfermería.....	21
Valoración por patrones Funcionales (M. Gordon).....	22
Patrones funcionales alterados.	23
Formularios del diagnóstico previo al análisis de datos.	23
Conducta a seguir.....	24
Fluidos y Medicación.	24
Plan de cuidados de enfermería en pacientes con meningitis bacteriana.....	25
Diagnostico NANDA.	25
Resultado NOC.	26

Intervenciones NIC.	26
PAE	27
2.7 Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	28
2.8 Seguimiento.	29
2.9 Observaciones.	29
CONCLUSIONES	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
ANEXOS	32

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico principalmente a Dios, por darme la sabiduría y vocación para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mi familia, por su amor, confianza y comprensión, por enseñarme el significado de la responsabilidad y el valor más importante que es respetar la vida para poder brindar amor a los demás.

A mi asesora, a quien considero una persona muy profesional, pero sobre todo de quien admiro su gran calidad humana.

A la Escuela de Enfermería, quien me ha permitido durante años crecer profesionalmente.

Autora: Rosalía Bajaña

AGRADECIMIENTO

A Dios por guiarme en este proceso necesario para realizar este trabajo, por haberme permitido conocer a muchas personas que colaboraron conmigo para lograr una de mis metas.

El presente trabajo lo dedico principalmente a Dios, por darme la sabiduría y vocación para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mi familia por su amor, trabajo y sacrificio en el tiempo transcurrido durante mi formación universitaria, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí, es un privilegio poder contar con ustedes.

A todas las personas que me han apoyado y han hecho que este trabajo se realice con éxito, en especial a aquellos que me dieron la oportunidad de compartir sus conocimientos en el desarrollo de la presente actividad.

Autora: Rosalía Bajaña

TEMA

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DE 32 AÑOS DE EDAD DE SEXO MASCULINO CON DIAGNOSTICO DE MENINGITIS BACTERIANA HOSPITALIZADO EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL IESS BABAHOYO.

RESUMEN

El siguiente caso clínico se trata del diagnóstico de meningitis bacteriana en paciente de sexo masculino de 32 años de edad que ingresa al área de emergencia por un cuadro clínico de alza térmica no cuantificada, que se acompaña de vomito en 4 ocasiones de gran intensidad, posteriormente se convierten en Arcadas. Familiares refieren que en domicilio presento “Convulsiones” lo describen como periodo de sacudidas que duro aproximadamente 30 segundos. Durante la valoración de enfermería se presenta somnoliento, responde vagamente a estímulos, con buena mecánica respiratoria, febril 38.4 °C, con episodios de arcada que no terminan en vómito y rigidez del cuello.

La finalidad de este caso clínico es dar a conocer la aplicación del cuidado de enfermería realizando una evaluación exhaustiva para contribuir al mejoramiento de salud, proporcionar información al paciente y familiar observando los resultados de acuerdo al tratamiento aplicado. La meningitis bacteriana es causada por El *Streptococcus pneumoniae* o neumococo, La *Neisseria meningitidis* o meningococo y *Streptococcus agalactiae* , es de grave urgencia , se puede presentar en toda edad, causando inflamación de los meninges incluyendo aparición repentina de fiebre, dolor de cabeza, náuseas , vómitos , convulsiones y rigidez de cuello afectando al sistema nervioso muchas veces dejando secuelas en el sistema neurológico si no es tratada a tiempo.

ABSTRACT

The following clinical case is the diagnosis of bacterial meningitis in a 32-year-old male patient who enters the emergency area through a clinical picture of unquantified thermal rise, which is accompanied by vomiting on 4 occasions of great intensity, subsequently They become Arcades. Relatives report that at home I present "Seizures" describe it as a period of shaking that lasted approximately 30 seconds. During the nursing assessment, she is sleepy, responds vaguely to stimuli, with good respiratory mechanics, feverish 38.4 °C, with episodes of arcade that do not end in vomiting and stiff neck.

The purpose of this clinical case is to publicize the application of nursing care by conducting a thorough evaluation to contribute to health improvement, provide information to the patient and family observing the results according to the treatment applied. Bacterial meningitis is caused by *Streptococcus pneumoniae* or pneumococcus, *Neisseria meningitidis* or meningococcus and *Streptococcus agalactiae*, it is of serious urgency, it can occur at all ages, causing inflammation of the meninges including sudden onset of fever, headache, nausea, vomiting, seizures and stiff neck affecting the nervous system many times leaving sequelae in the neurological system if not treated in time.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud ha confirmado que cada año se producen unos 500.000 casos de enfermedad meningocócica en el mundo y que entre el 5% y el 10% de las personas que la contraen fallecen, incluso tras un inmediato diagnóstico y tratamiento. Además, uno de cada cinco supervivientes sufrirá complicaciones de por vida: lesión cerebral, problemas de aprendizaje, pérdida auditiva o amputación de extremidades.

La meningitis es un tipo de infección del sistema nervioso central. Las infecciones neurológicas son uno de los problemas más graves de la medicina, pues la supervivencia del paciente depende fundamentalmente de que se detecten de manera precoz para proceder inmediatamente al tratamiento específico.

La importancia de identificar el agente etiológico influye en la elección precoz de la antibioticoterapia, y como resultado limita las complicaciones y secuelas. Por ello se conoce la asociación de diferentes formas bacterianas con la edad de la persona, la enfermedad de base que pueda padecer y su estado inmunitario.

Frente al aumento de los casos es necesario educar a los equipos de salud y a la población en estrategias tendientes al diagnóstico y tratamiento lo más precoz posible e implementación de medidas de profilaxis efectiva, además de la toma de decisiones respecto de la incorporación de vacunas específicas.

La finalidad del presente caso clínico es utilizar el proceso de atención de enfermería para dar una adecuada recuperación de salud, desarrollando conocimientos teóricos-prácticos con bases científicas como estudiante del campo de la salud y como futuro profesional en enfermería, esto ayuda a identificar el estado actual de salud y manejo de tan complejo diagnóstico en paciente con meningitis bacteriana.

I. MARCO TEÓRICO

Meningitis Bacteriana

Definición

La meningitis se considera como la inflamación ubicada específicamente en el espacio subaracnoideo del líquido cefalorraquídeo y por su puesto las meninges que están alrededor del encéfalo, es decir las que las rodean, sin comprometer el parénquima. La meningitis se puede dividir en bacteriana y meningitis aséptica, ésta última a su vez se subdivide en virales, farmacológicas, autoinmunes y neoplásicas. (Lobo, 2017).

Meningitis bacteriana es tratada como una urgencia médica, por el alto índice de morbi-mortalidad en el mundo entero, ya que la mortalidad que se reporta por casos de meningitis sin tratamiento según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud es del 100 %. El agente causal de esta enfermedad en la población adulta es *Streptococcus pneumoniae*, sin embargo, la mortalidad causadas por casos de meningitis por *Streptococcus pneumoniae* llega hasta un 37 % de ello las consecuencias o secuelas neurológicas alcanzan el 52 % de los adultos que sobreviven (Martínez, y Cornejo 2017).

En condiciones normales el sistema nervioso central, se encuentra bien protegido de forma especial, no obstante, los microorganismos llegan a burlar esas defensas, entonces las meninges al ser infectadas inician una respuesta del sistema inmune, lo que da lugar a la patogenia (Lobo, 2017).

Fisiopatología y causas.

El agente causal de meningitis bacteriana se puede saber con relevancia si se tiene en cuenta ciertos aspectos como: la edad de la persona, factores predisponentes, enfermedades preexistentes y el estado inmunológico del paciente (Franco, 2017).

La etiología bacteriana se considera como mortal, es la que ocasiona devastadoras consecuencias o secuelas y depende mucho del tratamiento antibiótico con el que se maneje. Existen etiologías menos frecuentes como las fúngicas que se producen por micobacterias, las sépticas virales y las meningitis parasitarias (Chaussade y Bernard, 2015).

Según Franco (2017) los microorganismos o agentes que causan con mayor frecuencia meningitis son *Streptococcus pneumoniae* y *Neisseria meningitidis* en personas inmunocompetentes como los niños mayores de cuatro semanas y adultos, dichos microorganismos son agentes responsables de alrededor del 75-80 % del total de los casos de meningitis bacteriana.

En un principio tiene que existir una ruta que le ofrezca una vía de acceso al agente causal, entre las cuales tenemos:

Vía hematológica: que es secundario a una bacteriemia, ya que si una bacteria que esté invadiendo las vías respiratorias superiores, se disemine por diferentes circunstancias por el torrente sanguíneo e infecte algún otro órgano, como lo es el sistema nervioso central.

Vía de continuidad: se da mediante la formación de una fístula de líquido cefalorraquídeo como resultado de una mastoiditis o secundario a un traumatismo.

Inoculación directa: se produce cuando hay un politrauma como por ejemplo un traumatismo craneoencefálico o también se pueden presentar luego de alguna intervención neuroquirúrgica por contagio directo o exposición al agente.

Vía neuronal: esta vía es utilizada por el virus del herpes simple o el de la rabia, etc., el microorganismo sube hasta el nivel axonal. (Lobo, 2017)

Manifestaciones clínicas

La sintomatología de la meningitis bacteriana en algunas ocasiones puede presentarse como indiferenciables, ya que depende de que agente causal sea adquirida y dependen de un sinnúmero de factores como la edad, enfermedades añadidas, zona geográfica y el tiempo de evolución de los síntomas, todo esto se debe de tener muy en cuenta cuando se valla a realizar el examen físico correspondiente (Rincón, Mahecha, Rentería, Díaz, Motta, Hernández y Tafurt, 2018).

Según Rincón, et al. (2018), la meningitis se presenta con una triada clásica y característica de esta enfermedad como lo son: cefalea, fiebre y alteración del estado mental. Estos síntomas se presentan alrededor del 50 al 95 % del total de los casos, la misma se ve disminuida a 40 – 50 % cuando solo tienen dos manifestaciones clínicas.

Sin embargo, las manifestaciones clínicas en general por los agentes etiológicos serán: fiebre, rigidez de cuello, déficit local, convulsiones, afectaciones de las pares craneales de las vías largas y del cerebelo, exantema petequial, fistula de líquido cefalorraquídeo, infección ótica o sinusal, inmunodepresión y enfermedad debilitante crónica (Rincón, et al., 2018).

Diagnóstico.

Un diagnóstico temprano en la meningitis bacteriana es de suma importancia para determinar el pronóstico de la enfermedad, ya que de lo contrario está relacionado con una mayor prevalencia de discapacidades físicas y por su puesto la muerte. La mortalidad varia en el adulto y puede llegar hasta un aproximado de 3 al 30 % para los casos con meningitis bacteriana (Rincón, et al., 2018).

El diagnóstico o la prueba diagnóstica de primera línea para la meningitis bacteriana se realiza mediante el estudio del líquido cefalorraquídeo. De igual forma existen otras pruebas que sirven para diagnosticar meningitis bacteriana como lo son la tomografía axial computarizada al igual que el estudio por imágenes de la resonancia magnética, todas estas suponen un grupo de pruebas complementarias al diagnóstico de la enfermedad, pero no tan específicas como lo es la prueba del estudio del líquido cefalorraquídeo. Ya que estas pruebas complementarias pueden ser útiles en ausencia de trauma o alteración del estado mental para aclarar y ratificar el diagnóstico (López, et al., 2019).

La muestra para la prueba de líquido cefalorraquídeo debe realizarse mediante punción lumbar, se utiliza también para descartar raros casos de palipidemia. Con la muestra de líquido cefalorraquídeo debe hacerse un Gram, CIE y cultivo. En unos minutos del inicio del Gram este puede revelar

la presencia de las bacterias causantes en un promedio del 55 % de todos los casos. Por otro lado, el CIE puede mostrar antígenos bacterianos en el 83 % de los casos y por último el cultivo resulta positivo en unas 18 a 24 horas en aproximadamente el 63 % de los casos (Trujillo y Bustos, 2017).

Tratamiento.

La conducta más importante en el tratamiento de la meningitis bacteriana es la selección acertada del tratamiento antibiótico. Por aquello se recomienda que apenas haya sospecha de la enfermedad por medio del cuadro clínico y por el aspecto del líquido cefalorraquídeo se dé inicio a la antibioterapia; ya que mientras se analiza los resultados se descubre el microorganismo causante de la enfermedad, depende la posible etiología, que está dada por la edad del paciente y de aspectos clínicos (Ramírez, Sotelo, y Rodríguez, 2019).

Por otro lado, Rincón, et al. (2018), refiere que cuando se está frente a una persona con meningitis bacteriana se recomienda iniciar con un tratamiento antibiótico empírico, establecido por factores como el estado hemodinámico y la edad del paciente. El tratamiento específico debe de iniciarse una vez que se conoce con exactitud el agente causal de la enfermedad mediante los estudios diagnósticos, por tal motivo se debe de ajustar o modificar el tratamiento empírico previo de acuerdo a dichos resultados con el fin de pautar el mejor y más efectivo tratamiento antibiótico que actúe de manera directa al agente causal.

En personas adultas como ya se mencionó antes, los microorganismos más frecuentes causantes de meningitis bacteriana son *Streptococo pneumoniae* y *Neisseria meningitis*; por tal motivo se recomienda iniciar tratamiento antibacteriano con Penicilina G por vía intravenosa con catéter permeable con una frecuencia de cada seis horas. Se tiene que observar con mucha cautela la evolución del estado del paciente y de los resultados del cultivo, ya que en los últimos años se han reportado casos por *Haemophilus influenzae* en personas adultas (Trujillo y Bustos, 2017).

Prevención.

La prevención que tiene más eficacia contra la meningitis bacteriana es completar los esquemas de vacunación, incluye los niños. Aunque las vacunas contra esta enfermedad nos tienen el 100 % de eficacia existe la probabilidad de contraerla. Por otro es de gran utilidad adquirir estilos y hábitos de vida saludable, evitar fumar y el humo de los cigarrillos, y por su puesto reducir la posibilidad de contacto con personas con esta afección (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2016).

La profilaxis de meningitis bacteriana se realiza mediante el empleo de vacunas y de fármacos antibióticos, aunque solo ha resultado con eficacia en meningitis meningocócica. En la actualidad se recomienda Rifampicina de 600 miligramos cada día por 3 tomas diarias. Sin embargo las vacunas para los tipos A y C se han utilizado con el objetivo de ayudar al control de las epidemias. Por otro lado los contactos con pacientes que presentan *Haemophilus influenzae* y otras bacterias no precisan necesitar de tratamiento con antibioterapia (Frías, Hernández, Molina, y García, 2017).

1.1. Justificación.

El profesional de enfermería y otras especialidades de salud deben recordar siempre la importancia de brindar un cuidado de calidad e integral, porque va a permitir una mejor comprensión de las enfermedades y en particular la influencia que tiene el tratamiento en la modificación del patrón comportamiento habitual del paciente con tratamiento de meningitis bacteriana, en su interacción con sí mismo y con su medio ambiente.

Además la función de la Enfermera no solo está encaminada a la disminución de la morbi-mortalidad, sino también al cuidado, vigilancia, prevención y control del proceso salud-enfermedad y a la promoción de la salud mediante la educación y el fomento de prácticas y entornos saludables en las personas, familia y en la comunidad; con lo cual se busca el empoderamiento de la responsabilidad de la salud de las personas y lograr así estilos de vida saludables para la prevención de enfermedades no transmisibles como la meningitis bacteriana, y de esta manera mejorar la calidad de vida de la persona y disminuir el riesgo a complicaciones.

El propósito primordial del caso clínico es reconocer las manifestaciones que perjudican directamente al individuo ya que si no se actúa a tiempo los daños a nivel del sistema nervioso dejarán secuelas para el resto de la vida de un individuo.

Con la realización del caso clínico se logrará desarrollar la aplicación del proceso de atención de enfermería para que sirva de modelo para los profesionales de enfermería que se enfrentan a casos similares, para que hagan frente a esta problemática y puedan promover estilos de vida saludables, ofrecer información sobre esta patología a la comunidad, familia y persona, ser portavoces y replicar las medidas de cuidado necesario para reducir su incidencia.

1.2. Objetivos

1.2.1 Objetivo general

- ✓ Aplicar el proceso de atención de enfermería en paciente con meningitis bacteria.

1.2.2 Objetivos específicos

- ✓ Realizar una evaluación exhaustiva del paciente para formular diagnósticos de enfermería de acuerdo al problema de salud.
- ✓ Contribuir al mejoramiento de salud del paciente brindando cuidados de enfermería inmediatos para prevenir complicaciones de salud.
- ✓ Proporcionar información adecuada al paciente y familiar para obtener la colaboración en el proceso de recuperación de salud.
- ✓ Observar los resultados de mejoría en el paciente de acuerdo al tratamiento aplicado.

1.3. Datos generales

- **Datos Personales:**

Nombres y Apellidos: XXXXXXXXX

Edad: 32 años con 8 meses.
Numero de Cedula: XXXXXXXXX
Numero de Historia Clínica: 386746.
Teléfono: 08884257
Fecha de Nacimiento: 15/09/1985.
Género: Masculino.
Tipo de Seguro: Campesino.
Estado Civil: Soltero
Instrucción: Elemental.

- **Lugar de Nacimiento:**

Nacionalidad: Ecuatoriana.
Cantón: Alfredo Baquerizo.
Provincia: Guayas.
Parroquia: Baquerizo Moreno

- **Residencia:**

Provincia: Guayas.
Dirección: Tres postes.

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO.

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes.

Paciente masculino de 32 años acude a emergencia con sus familiares por presentar un cuadro clínico agudo característico por alza térmica no

cuantificada, que se acompaña de vomito en 4 ocasiones de gran intensidad, posteriormente se convierten en Arcadas. Familiares refieren que en domicilio presento “convulsiones” lo describen como periodo de sacudidas que duro aproximadamente 30 segundos.

Al momento recibo paciente en condiciones de cuidado, somnoliento, que responde vagamente a estímulos, con buena mecánica respiratoria, febril 38.4 °C, con episodios de arcada que no terminan en vómito y rigidez de cuello.

Historial Clínico Del Paciente.

Fecha de Atención	Hora	Dependencia	Medico
06/05/2018	17:47	Emergencias	Ernesto Andrés Kang Moreira
06/05/2018	21:29	Emergencias (Urgencias)	Ernesto Andrés Kang Moreira
07/05/2018	3:13	Emergencias (Urgencias)	Ernesto Andrés Kang Moreira
07/05/2018	8:03	Emergencias (Urgencias)	Ernesto Andrés Kang Moreira
07/05/2018	9:42	Emergencias (Urgencias)	Kerly Patricia Cárdenas Pacheco
07/05/2018	11:41	Emergencias (Urgencias)	Francisco Javier Córdova Loor
07/05/2018	14:40	Oftalmología	Nancy Inocencia Ledesma Diéguez.
07/05/2018	17:32	Emergencias (Urgencias)	María Dajanne Cevallos Rivadeneira.
07/05/2018	21:17	Terapia Intensiva	Camilo Bolívar Ortega Almeida
07/05/2018	23:39	Medicina Interna	Karla Roxana Torres Baux.
08/05/2018	3:22	Medicina Interna	Karla Roxana Torres Baux.
08/05/2018	12:46	Neurología	Pedro Luis Rodríguez García
08/05/2018	18:24	Medicina Interna	Rubén Darío Nieves Vélez

09/05/2018	8:01	Neurología	Rubén Darío Nieves Vélez
09/05/2018	9:07	Medicina General	Carlos Enrique Sánchez Astudillo
09/05/2018	12:39	Neurología	Pedro Luis Rodríguez García
10/05/2018	11:50	Neurología	Pedro Luis Rodríguez García
10/05/2018	22:37	Neurología	Cory Jorgelyn Zúñiga Hurtado
11/05/2018	11:28	Neurología	Pedro Luis Rodríguez García
11/05/2018	11:37	Neurología	Karla Roxana Torres Baux.
12/05/2018	7:21	Neurología	Pedro Luis Rodríguez García
14/05/2018	15:11	Neurología	Lupita Yolanda Vergara Romero
14/05/2018	20:00	Neurología	Cory Jorgelyn Zúñiga Hurtado
15/05/2018	12:11	Neurología	Pedro Luis Rodríguez García
15/05/2018	19:14	Neurología	Pedro Luis Rodríguez García
16/05/2018	11:50	Neurología	Pedro Luis Rodríguez García

2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual.

Anamnesis.

Paciente de 32 años de edad acude a la unidad de emergencias del Hospital General IESS Babahoyo el día 06/05/18 a las 17:47 acompañado de sus familiares por presentar un cuadro de fiebre no cuantificada, que se acompaña de vomito en 4 ocasiones de gran intensidad, posteriormente se convierten en Arcadas. Familiares refieren que en domicilio presento "Convulsiones" lo describen como periodo de sacudidas que duro aproximadamente 30 segundos.

Al momento recibo paciente en condiciones de cuidado, somnoliento, que responde vagamente a estímulos, con buena mecánica respiratoria, febril

38.4 °C, con episodios de arcada que no terminan en vómito y rigidez en el cuello.

2.3 Examen Físico:

- ✓ Piel: pálida.
- ✓ Mucosa Oral: semihumeda.
- ✓ Cuello: simétrico no megalias.
- ✓ Tórax: campos pulmonares hiperventilados murmullo vesicular disminuido rítmicos sincronizados con el pulso.
- ✓ Abdomen: Depresible dolor difuso, a predilección en epigastrio.
- ✓ Extremidades inferiores: Arqueadas.

Antecedentes familiares

- ✓ La madre del paciente es hipertensa.

Antecedentes personales.

- ✓ El paciente es hipertenso.

Hábitos tóxicos.

- ✓ Alcoholismo. Si
- ✓ Tabaquismo. No
- ✓ Drogas. No

Examen físico.

- ✓ Control de signos vitales.
 - T/A: 130/82 mm hg
 - P: 86 x¹
 - T: 38,4 °C

R: 20 x¹

Control del estado neurológico.

Glasgow de 10/15.

Apertura Ocular: 2/4.

Respuesta verbal: 2/5.

Respuesta Motora: 6/6

Valoración física.

- Pupilas: Reactivas a la luz 3mm
- Piel: Pálida.
- Mucosa Oral: Semihumeda.
- Cara: Presenta cara redonda
- Cuello: Simétrico no megalias.
- Tórax: Campos pulmonares hipoventilados murmullo vesicular disminuido rítmicos sincronizados con el pulso.
- Abdomen: Depresible dolor difuso, a predilección en epigastrio.
- Extremidades Superiores: Normales, sin alteraciones.
- Extremidades Inferiores: Normales, sin alteraciones.

2.4 Información de exámenes complementarios realizados.

Se realizó TAC (Tomografía axial Computarizada) de cerebro donde llama la atención leve edema cerebral, motivo por el cual se establece dosis con solución hipertónica, en su control de laboratorio se visualiza elevación de leucocitos con neutrofilia, mejoraría de nivel de potasio, examen de opiáceos negativo y disminución del nivel de creatinina; se indica realizar TAC de cerebro con contraste para determinar impregnación de meninges, se indica además punción lumbar para determinar etiología, familiares se oponen al procedimiento. Se sugiere policultivo para el paciente.

Se realiza fondo de ojo para realizar punción lumbar (No hay papiledema); presenta polimorfos nucleares abundantes, con presencia de la bacteria *Streptococcus pneumoniae*.

TAC de Cráneo: Sinusitis de ambos senos maxilares, se observa ligeros signos de edema cerebral, patrón vascular normal.

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Una vez realizado el examen físico cefalocaudal se analizará los datos obtenidos:

Piel con elasticidad normal, hidratada y caliente. Cabeza normocefalica, cabello de implantación normal. Ojos normales sin ninguna alteración escleras anictéricas, pupilas isocóricas, normoreactivas a la luz y acomodación. Nariz, no se evidencia desviación del tabique nasal, fosas nasales permeables. Orejas de implantación normal. Boca, mucosa oral semihúmeda. Cuello rígido, no se palpan ganglios inflamados. Tórax, buena mecánica respiratoria, simétrico, Auscultación: campos pulmonares hipoventilados murmullo vesicular disminuido rítmicos sincronizados con el pulso. Abdomen: Depresible dolor difuso, a predilección en epigastrio. Extremidades superiores normales, sin alteraciones e inferiores normales. Al valorar el estado de conciencia, paciente desorientado, en tiempo, lugar y espacio con un Glasgow de 10/15.

Diagnostico Presuntivo

- Delirio, no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas.
- Otros trastornos del encéfalo.

A la exploración el paciente continua con evolución tórpida, durante su estancia se mantiene confuso, con lenguaje inadecuado, desorientado, no sigue órdenes sencillas, se realizó TAC (Tomografía axial Computarizada) de cerebro donde llama la atención leve edema cerebral, motivo por el cual se establece dosis con solución hipertónica, en su control de laboratorio se visualiza elevación de leucocitos con neutrofilia, mejoraría de nivel de potasio, examen de opiáceos negativo y disminución del nivel de creatinina; se indica realizar TAC de cerebro con contraste para determinar impregnación de meninges, se indica además punción lumbar para determinar etiología, familiares se oponen al procedimiento. Se sugiere policultivo para el paciente.

Diagnóstico Diferencial.

Meningitis bacteriana, no clasificada en otra parte del cuerpo.

Se realiza fondo de ojo para realizar punción lumbar (No hay papiledema); presenta polimorfos nucleares abundantes, con presencia de la bacteria *Streptococcus pneumoniae*.

TAC de Cráneo: Sinusitis de ambos senos maxilares, se observa ligeros signos de edema cerebral, patrón vascular normal.

Diagnóstico Definitivo.

- Meningitis Bacteriana.

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el nombre del problema

Las manifestaciones clínicas que presentan los pacientes con meningitis bacteriana son infecciones, muchas veces por la falta de experiencia se suele alternar con antibióticos de espectro reducido sin saber que si no se hacen las investigaciones necesarias (exámenes de laboratorio, Imagenología) para determinar el origen de dichas manifestaciones lograremos que la infección avance repercutiendo directamente en el estado de conciencia del individuo.

Es por tal razón que se debe de realizar una exploración física y anamnesis completa para encontrar signos propios de la meningitis como por ejemplo rigidez del cuello, que nos dará una pauta para saber a nos podemos estar enfrentando.

Variable	Conceptual	Operacional	Indicador
Meningitis Bacteriana.	Es la inflamación de las meninges (membranas que cubren el cerebro y la médula espinal), causada	MB por <i>Neumococo</i> . MB por <i>Meningococo</i> .	Leucocitosis. Edema Aspecto del LCR

	por una infección producida por una bacteria.	Mb por <i>Haemophilus influenzae tipo b</i>	
Fiebre.	Aumento de la temperatura del cuerpo por encima de la normal, cuando el organismo reacciona frente a alguna enfermedad.	Intensidad. Duración.	Grados Centígrados.
Edema Cerebral.	Hinchazón causada por la acumulación de líquidos en los tejidos.	Localización Consistencia Color	x de cráneo TAC de cráneo

A la exploración el paciente continua con evolución tórpida, durante su estancia se mantiene confuso, con lenguaje inadecuado, desorientado, no sigue órdenes sencillas, se realizó TAC (Tomografía axial Computarizada) de cerebro donde llama la atención leve edema cerebral, motivo por el cual se establece dosis con solución hipertónica, en su control de laboratorio se visualiza elevación de leucocitos con neutrofilia, mejoraría de nivel de potasio, examen de opiáceos negativo y disminución del nivel de creatinina; se indica realizar TAC de cerebro con contraste para determinar impregnación de meninges, se indica además punción lumbar para determinar etiología, familiares se oponen al procedimiento. Se sugiere policultivo para el paciente.

Se realiza fondo de ojo para realizar punción lumbar (No hay papiledema); presenta polimorfos nucleares abundantes, con presencia de la bacteria *Streptococcus pneumoniae*.

TAC de Cráneo: Sinusitis de ambos senos maxilares, se observa ligeros signos de edema cerebral, patrón vascular normal.

Valoración de enfermería.

El paciente llega con fiebre de 38,4 °C, se procede a administrar paracetamol según las indicaciones médicas, tiene náuseas que no terminan en vómitos, se encuentra desorientado y confuso, se valora Glasgow con un resultado de 10/15.

El paciente mantiene familiar a su lado debido a que no puede satisfacer sus propias necesidades como ir al baño, alimentarse o deambular.

Se aplican cambios de posición cada 1 hora para prevenir úlceras por presión.

Además de los síntomas mencionados el paciente presenta rigidez de la nuca, inapetencia por lo que se coloca SNG pero el paciente se la retira, los familiares se oponen a colocación de la sonda y se aprueba la alimentación por vía oral.

Valoración por patrones Funcionales (M. Gordon).

1. **Promoción de la salud:** Sin antecedentes familiares de enfermedad meningea.
2. **Nutrición:** Piel pálida y membranas mucosas semihúmeda. Integras y limpias. **Eliminación/ Intercambio:** Edema cerebral.
3. **Actividad / Reposo:** Dificultad al moverse por deterioro del nivel de conciencia y discapacidad de piernas.
4. **Percepción/ Cognición:** No valorable
5. **Autopercepción:** No valorable
6. **Rol y Relaciones:** No valorable por su estado de conciencia se mantiene confuso e irritable.
7. **Sexualidad:** Soltero (Unión libre).
8. **Afrontamiento/ Tolerancia al estrés:** - No valorable.
9. **Principios Vitales:** Presenta alza térmica e inapetencia con deterioro del estado de conciencia.
10. **Seguridad y Protección:** No valorable.
11. **Confort:** Se realizan cambios posturales para prevenir úlceras por presión, se mantiene la habitación bien ventilada.
12. **Crecimiento y Desarrollo:** No valorable.

Patrones funcionales alterados.

- Nutrición.
- Eliminación.
- Actividad y Reposo.
- Rol y Relaciones.
- Confort.

Necesidad del movimiento: las necesidades de mayor prioridad que presenta son:

- Dificultad para la deambulaci3n.
- Dificultad para alimentarse.
- Dificultad para realizar actividades de aseo personal.
- Dificultad para hablar.

Formularios del diagn3stico previo al an3lisis de datos.

Una vez realizado el examen f3sico cefalocaudal se analizar3 los datos obtenidos:

Piel con elasticidad normal, hidrata y caliente. Cabeza normoc3fala, cabello de implantaci3n normal. Seg3n TAC realizada presenta leve edema cerebral, Ojos normales sin ninguna alteraci3n escleras anict3ricas, pupilas isoc3ricas, normoreactivas a la luz y acomodaci3n. Nariz, no se evidencia desviaci3n del tabique nasal, fosas nasales permeables. Orejas de implantaci3n normal. Boca, mucosa oral semih3meda. Cuello r3gido, no se palpan ganglios inflamados. T3rax, buena mec3nica respiratoria, sim3trico, Auscultaci3n: campos pulmonares hipoventilados murmullo vesicular disminuido r3tmicos sincronizados con el pulso. Abdomen: Depresible dolor difuso, a predilecci3n en epigastrio. Extremidades superiores normales, sin alteraciones e inferiores: arqueadas (Presenta discapacidad f3sica del 60%). Al valorar el estado de conciencia, paciente desorientado, en tiempo, lugar y espacio con un Glasgow de 10/15.

Impresi3n Diagnostica:

Meningitis Bacteriana.

Conducta a seguir.

Una vez sospechado el diagnóstico de MB se debe hospitalizar al paciente en una unidad con monitoreo (unidad de cuidados intermedios), realizar los exámenes diagnósticos e iniciar el tratamiento antibiótico en forma inmediata. En caso que exista retraso en la posibilidad de realizar el estudio, se deben tomar los exámenes de sangre antes mencionados e iniciar tratamiento antibiótico en base a las características clínico-epidemiológicas del paciente.

Los antibióticos más usados en la meningitis bacteriana son las cefalosporinas de tercera generación, ya que cubren a la mayoría de los microorganismos que provocan este cuadro. Una vez que se conozca la bacteria que originó la infección, se procede a la administración de un antibiótico más específico.

En muchos casos, además de los antibióticos, es necesario administrar tratamientos para el edema cerebral que se produce, para las convulsiones o para la deshidratación. Los corticoides son útiles para reducir el edema cerebral y se ha demostrado que disminuyen el número de complicaciones.

Fluidos y Medicación.

- ❖ Cloruro de Sodio 0,9% 1000 ml intravenoso a 64 ml/hora.
- ❖ Paracetamol 1 gr Iv c8h si temperatura mayor de 38°C.
- ❖ Ranitidina 50 mg intravenoso cada 8 horas.
- ❖ Ceftriaxona de 2 Gr cada 12 horas.
- ❖ Vancomicina de 1 gr cada 12 horas intravenoso lento pasar en más de 2 horas diluido en Cloruro de Sodio 0,9% de 250 ml.
- ❖ Dexametasona de 4 mg intravenoso cada 8 horas.
- ❖ Manitol de 20 % de 70 ml intravenoso cada 4 horas.
- ❖ Acetilcisteína 1200 mg intravenoso cada 12 horas.
- ❖ Ácido Ascórbico 2 mg intravenoso cada día.
- ❖ Metoclopramida de 10 mg intravenoso cada 8 horas.

La recomendación de antibióticos se hace de acuerdo al diagnóstico etiológico presuntivo, sin tener aún los resultados de cultivos. Si hay sospecha etiológica por factores clínicos o en la tinción de gram para *S. pneumoniae*, *N. meningitidis* o *H. influenzae*, se debe iniciar tratamiento con ceftriaxona 2 g. cada 12 hrs. iv.

Una vez determinado el agente etiológico y la susceptibilidad, se puede adecuar el tratamiento antibiótico de acuerdo a lo indicado.

Los efectos secundarios más comunes del tratamiento son: Náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea, anafilaxia, fiebre, prurito.

Plan de cuidados de enfermería en pacientes con meningitis bacteriana.

Diagnostico NANDA.

- **Dominio 11. (Seguridad/ Protección)**

Ausencia de peligros, lesión física o alteración del sistema inmunitario: preservación de pérdidas y de la seguridad y protección.

- **Diagnóstico: 00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal.**

Vulnerable a sufrir un fallo en el mantenimiento de la temperatura corporal dentro de los límites normales, que puede comprometer la salud.

Resultado NOC.

Dominio II: Salud Fisiológica.

- H Respuesta inmune.
- 0702 Estado inmune

Intervenciones NIC.

Campo: 1. Fisiológico Básico.

Clase: E. Fomento De La Comodidad Física
6482 Manejo Ambiental-Confort

Actividades:

- ❖ Monitorización de signos vitales
- ❖ Regulación de la temperatura.
- ❖ Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos.
- ❖ Control de pérdidas insensibles.
- ❖ Balance hidroelectrolítico.
- ❖ Control de la diuresis

PAE

RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE LA TEMPERATURA CORPORAL

R/C: infección, pérdida del estado de consciencia

E/P: Facies pálidas. Hipertermia, diaforesis, astenia.

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Temperatura Dentro De Rangos Normales				x	
Hidratación Adecuada			x		
Cambios Coloración Cutánea			x		

ACTIVIDADES

- ❖ Monitorización de signos vitales
- ❖ Regulación de la temperatura.
- ❖ Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos.
- ❖ Control de pérdidas insensibles.
- ❖ Balance hidroelectrolítico.
- ❖ Control de la diuresis

Dominio: II Salud fisiológica

Clase: Respuesta Inmune

Etiqueta: Estado Inmune

Campo: 2. Fisiológico Básico

Clase: Fomento De La Comodidad Física

Etiqueta: Manejo Ambiental-Confort

M
E
T
A
S

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

2.7 Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

Cuando se detecta meningitis bacteriana, independientemente del tratamiento con antibióticos que esté recibiendo, durante su estadía, es necesario el seguimiento y el control por Neurología, con exámenes periódicos, para comprobar si existen daños a nivel cerebral.

Se realizaron interconsultas con Neurología para controlar la evolución del paciente y determinar si existen secuelas, así mismo se realizó interconsulta con Oftalmología para revisar si existe papiledema para poder realizar punción lumbar.

A su ingreso se monitorizo las constantes vitales, haciendo énfasis en el control de la hipertermia que presentaba, así como también de la Tensión Arterial ya que tiene antecedentes hipertensivos y balance hídrico (Diuresis Horaria).

Se colocó Oxígeno por cánula Nasal. Por Razones Necesarias.

Se colocó Sonda Nasogástrica para administrar Dieta Licuada + Formula Nutricional 6 medidas + 500 CC de agua.

En los Exámenes complementarios realizados se observó en la TAC de cerebro presencia de edema cerebral y laboratorios con presencia de leucocitosis con neutrofilia; se indica realizar TAC de cerebro con contraste para determinar impregnación de meninges, se indica además punción lumbar para determinar etiología, donde reporta campo cubierto segmentados polimorfonucleares.

Se indicó antibioticoterapia de amplio espectro y medidas antiedema cerebral.

2.8 Seguimiento.

- ✓ Al primer mes, el paciente tendrá que ser chequeado nuevamente por el neurólogo, para determinar la existencia de secuelas importantes.
- ✓ En el primer trimestre, el control Neurológico es mensual. Aquí deben de realizarse exámenes de Imagenología para detectar alguna anormalidad a nivel cerebral.
- ✓ Lo que resta del primer año, el control va hacer trimestral.

2.9 Observaciones.

- Para poder ofrecer los cuidados pertinentes: Se realizó la entrevista con la esposa del paciente, mediante la cual se logró recabar toda la información personal, así mismo de los antecedentes patológicos de los familiares, información requerida para determinar el origen de la patología que afectaba al paciente.
- Así mismo se revisaron diferentes guías clínicas, apartados, Proyectos, Artículos Científicos de diferentes países, con el objetivo de relacionar las manifestaciones observadas y poder establecer los cuidados específicos para que la recuperación sea efectiva.

CONCLUSIONES

Mediante la valoración de enfermería proporcionada se logró mejorar el estado de salud del paciente, aplicando el proceso de atención de enfermería desde el ingreso hasta el egreso, el mismo permitió hacer énfasis en los patrones vulnerados y establecer intervenciones específicas de acuerdo con la necesidad detectada.

Del accionar de enfermería dependerá la recuperación del paciente durante su estancia hospitalaria, son muchos los escenarios que pueden complicarse, pero gracias al cumplimiento del tratamiento médico, y la ejecución de las intervenciones de enfermería, se puede manejar de una manera ordenada la salud de un usuario sin llegar a desarrollar eventos adversos, eventos centinelas o un cuasievento.

Las secuelas que suelen generarse como consecuencia de haber experimentado una inflamación meníngea, afectan específicamente al sensorio es por tal razón que debe proporcionarse información necesaria sobre las medidas que deben emplearse en casa y el tratamiento médico que debe continuar.

La inflamación de las meninges es un urgencia en la que debe actuarse de manera precoz para evitar complicaciones que cambiaran por completo el estilo de vida del afectado y familiares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2016). *Meningitis bacteriana*. Obtenido de: <https://www.cdc.gov/meningitis/bacterial-sp.html>
- Chaussade, H., y Bernard, L. (2015). Meningitis agudas del adulto. *EMS- Tratado de medicina*, 19(2), 1-8.
- Franco, M. (2017). Protocolo de meningitis bacteriana aguda. *Sescam*, 1-36.
- Frías, J., Hernández, S., Molina, F., y García, M. (2017). Meningitis por *Neisseria meningitis*. Una enfermedad emergente en México: un estudio epidemiológico. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 37(4), 156-161.
- Lobo, J. (2017). Meningitis bacteriana y viral. *Medicina Legal de Costa Rica*, 33(1), 234-245.
- López., L., Escudero, D., Fernández, J., Martín, L., Viña., L, Fernández, J..... y Boga, J. (2019). Diagnóstico de meningitis/encefalitis en UCI con sistema de PCR múltiple. ¿Es tiempo de cambio?. *Revista Española de Quimioterapia*, 32(3), 246.
- Martínez, L., Cornejo, P. (2017). Meningitis bacteriana aguda por *S. pneumoniae*. *Medicina interna de México*, 33(1), 132-138.
- Ramírez, F., Sotelo, P., y Rodríguez, C. (2019). Meningitis bacteriana de presentación atípica en paciente adulta mayor: reporte de caso. *Acta médica Peruana*, 36(1), 62-67.
- Rincón, P., Mahecha, Y., Rentería, J., Díaz, J., Motta, M., Hernández, M., Tafurt, Y. (2018). Agentes etiológicos con mayor incidencia en la meningitis bacteriana. *Revista Navarra Médica*, 4(1), 23-31.
- Trujillo, H., y Bustos, A. (2017). Meningitis bacteriana aguda. Revisión del tema. *Medicina UPB*, 1(3), 49-58.

ANEXOS



Fotografía Nro. 1.- Toma de los signos vitales al paciente.



Fotografía Nro. 2.- Revisión de historia clínica del paciente.

Fotografía Nro. 3.- Exámenes complementarios del paciente.

```

H. GENERAL BABAHOYO
EF1205004 VISUALIZAR REGISTRO MEDICO IRME90 18/05/15
Paciente.: 386746 VARGAS ZURITA GUILLERMO LORENZO QPADEV009S 08:56:26
Dependenc.: 1142 EMERGENCIAS (URGENCIAS) HO F: 2018/05/07 17:32
Médico...: MR1205170 00208167 CEVALLOS RIVADENEIRA MARIA DAJANNE

EXAMEN: BIOMETRIA HEMATICA - HEMATOLOGIA
Muestra No. 01 Asignada a: 2018/05/08 08:43 VALOR REFERENCIAL
LEUCOCITOS.....: 31.10 5 - 10
HEMOGLOBINA.....: 14.0 12 - 15
HEMATOCRITO.....: 41.0
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO.....: 82 80 - 94
CONC. MEDIA HEMOGLOBINA (MCH)...: 27.9 27 - 31.2
CONC. HGB. CORP. MED. (MCHC)...: 34.1 32 - 36
VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO.....: 7.7 7.4 - 10.4
MONOCITOS.....: 1.40 0.3 - 0.8
EOSINOFILOS.....: 0.40
LINFOCITOS.....: 1.43 1.1 - 3.2
NEUTROFILOS.....: 27.78 22 - 4.8
MÁS...
F3=Salir F5=Refrescar F6=Examen Físico F7=Antecedentes
F9=Ant. F10=Sig. F14=Gestión Reportes F21=Imprimir
    
```

```

H. GENERAL BABAHOYO IRME90 18/05/15
EF1205004 VISUALIZAR REGISTRO MEDICO QPADEV009S 08:56:26
Paciente.: 386746 VARGAS ZURITA GUILLERMO LORENZO F: 2018/05/07 17:32
Dependenc.: 1142 EMERGENCIAS (URGENCIAS) HO
Médico...: MR1205170 00208167 CEVALLOS RIVADENEIRA MARIA DAJANNE

Muestra No. 01 Asignada a: 2018/05/22 12:30 VALOR REFERENCIAL
Comentarios:
2018/05/07 ESTUDIO LIGERAMENTE ROTADO PACIENTE NO COOPERA
SE OBSERVA SINUSITIS DE AMBOS SENOS MAXILARES
AMBOS GLOBOS OCULARES Y NERVIOS OPTICOS Y MUSCULOS OBLICUOS INTERNOS Y
EXTERNOS SIN ALTERACIONES TOMOGRAFICAS
SE OBSERVA LIGEROS SIGNOS DE EDEMA CEREBRAL
VENTRICULOS NORMALES
PATRON VACULAR NORMAL
FOSA NO SE PUEDE VALORAR PORQUE SE ENCUENTRA MOVIDA
DR LOPEZ
Final
F3=Salir F5=Refrescar F6=Examen Físico F7=Antecedentes
F9=Ant. F10=Sig. F14=Gestión Reportes F21=Imprimir
    
```