**PROCESSO DE ENFERMAGEM: CUIDADOS A UMA PACIENTE COM ERISIPELA BOLHOSA E CELULITE**

**Autores:** Allyson Lopes Miranda Gondim¹, Vanda Célia Matos Meneses², Camila da Penha Simplício³, Marina Gomes³, Laércia Ferreira Martins**4**

**Instituições:** 1-Enfermeiro assistencial do Instituto PRÁXIS Parnaíba-PI e Mestre em Enfermagem pela UNILAB-CE, 2-Enfermeira assistencial do Instituto PRÁXIS Fortaleza-CE, Pós-graduada em Enfermagem do trabalho pela Faculdade Dom Alberto, Pós-graduanda em Enfermagem em Terapia Intensiva da UNIQ. Apresentador. 3- Acadêmicas de Enfermagem da UESPI Parnaíba-PI 4-Enfermeira Mestre em Cuidados Clínicos, Gerente de Enfermagem do Instituto PRÁXIS Fortaleza-CE e Docente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem em Terapia Intensiva da UNIFOR-Orientadora.

Define-se o Processo de Enfermagem como um instrumental tecnológico ou um modelo metodológico para o cuidado profissional de enfermagem.1O objetivo foi implementar um plano de cuidados direcionada a uma paciente com erisipela bolhosa e celulite. Estudo descritivo, com abordagem qualitativa tipo estudo de caso realizado no Hospital Estadual em Parnaíba/PI no período de março a abril de 2019. A coleta dos dados foi realizada através do prontuário, histórico de enfermagem e exame físico. Para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem foi utilizada a NANDA 2018-2020, para as intervenções o NIC 2016 e para os resultados NOC 2016 sob a luz da Teoria de Wanda de Aguiar Horta. Foram respeitados os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos de acordo com a resolução 466/12. Paciente M.G. A. P, sexo feminino, 69 anos. Nega comorbidades. Deu entrada no Pronto Socorro no dia 22/03/2019 com lesão em pé de membro inferior direito com sinais flogísticos e flictemas, que em 15 dias evoluiu de lesão profunda com comprometimento da pele e tendões necessitando realização de limpeza cirúrgica. Havia a formação de granulação e diminuição da exposição de tendão e quantidade de esfacelo, exudato e necrose. Problemas identificados à luz de Horta: Necessidades psicobiológicas e Necessidades Psicossocias. Os principais diagnósticos2 de enfermagem encontrados foram: Integridade tissular prejudicada relacionada à agente químico lesivo evidenciado por tecido destruído e dor aguda; Dor relacionada a agentes químicos e biológicos lesivos, evidenciada por expressão facial de dor e comportamento expressivo; Deambulação prejudicada relacionada à dor evidenciada por capacidade prejudicada de andar uma distância necessária. As Intervenções2 foram: Manter técnica asséptica durante a realização do curativo; Aplicar agente desbridante (papaína 10%) na necrose e cobertura (sulfadiazina de prata 1%) na área de exudato; Examinar e anotar os aspectos da lesão a cada troca de curativo; Posicionar o paciente de modo a evitar tensão sobre a lesão; Avaliar nível de dor; Administrar analgésicos conforme prescrição médica; Oferecer informações reais sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico. E os resultados2, foram: Controle de infecção na manutenção da técnica asséptica; Melhora significativa na redução de esfacelo e necrose com aplicação do agente desbridante; Redução do exudato na utilização diária da cobertura; Houve melhora significante no aspecto e características da lesão; Nível de dor controlada por analgésicos administrados com horários fixos conforme prescrição médica; Restabelecido a locomoção com auxílio; paciente informado e cooperativo com a terapêutica e plano de ações. Conclui-se que a elaboração de um plano de cuidados embasados nas taxonomias de enfermagem se faz fundamental para o processo de enfermagem e para alcançar resultados pelos quais se é legalmente responsável.

**Descritores**: Processo de Enfermagem, Erisipela Bolhosa, Cuidados de enfermagem.

.