

## Trabalho apresentado no 21º CBCENF

**Título:** ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM ERISPELA

**Relatoria:** SILVAN ALCANTARA DA SILVA

Letícia Machado de Sousa

Geiciane de Sousa

**Autores:** Francisca Hermilene Pedro Rodrigues

Márcia Gomes de França

Idayane Mendonça de Sousa Freitas

**Modalidade:** Pôster

**Área:** Valorização, Cuidado e Tecnologias

**Tipo:** Relato de experiência

**Resumo:**

**INTRODUÇÃO:** A erisipela é uma doença de pele infecciosa caracterizada pelo surgimento de feridas inflamadas e dolorosas em qualquer parte do corpo, que aparecem quando a bactéria causadora da doença, a *Estreptococos* penetra na pele. A erisipela caracteriza-se pela presença de placas eritematosas na pele que progridem para lesões que geralmente são únicas, elevada, com uma fronteira clara. As principais manifestações clínicas da doença são: dor, edema, rubor, calor, hipertermia, calafrios, mal estar e náuseas. **OBJETIVO:** Descrever a experiência de discentes de enfermagem na execução da sistematização da assistência de enfermagem a um paciente com erisipela. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência realizado durante o mês de abril de 2017 por estagiários em um hospital de atenção secundária na cidade de Fortaleza- CE. Para o desenvolvimento do estudo, foi usado o caso clínico, sendo utilizado o histórico de Enfermagem para a coleta de dados. A partir dos dados coletados, tornou-se possível traçar os diagnósticos de Enfermagem, utilizando a taxonomia NANDA-I e elaborar as intervenções e resultados esperados, utilizando a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e da Classificação dos Resultados de Enfermagem. **RESULTADOS:** Paciente 45 anos, masculino. Hipertenso, sedentário, Deu entrada na unidade hospitalar com histórico de febre com calafrios, cefaleia, dor, edema e eritema no MIE, sendo diagnosticado com Erisipela. Atualmente no 14º dia de internação apresenta edema em MIE, cacifo 3+ com boa perfusão, lesão bolhosa e sinais flogísticos presentes. Com a implementação da Assistência de Enfermagem foi possível identificar os seguintes diagnósticos: Risco de infecção e integridade da pele prejudicada. Com base nos diagnósticos foram estabelecidos cuidados específicos de acordo com as necessidades da paciente, tais como: Controle de riscos, proteção contra infecção, Cuidados com a pele e supervisão da pele. Com a realização das intervenções os resultados esperados foram: Integridade tissular, conhecimento: controle de infecção, controle de riscos e cuidados com a lesão. **CONCLUSÃO:** A experiência com a aplicação da SAE possibilitou enriquecimento pessoal e profissional para os discentes, pois enfatiza a importância do profissional de enfermagem na assistência de saúde individualizada, centrada nas necessidades manifestadas pelo paciente e favorecendo um cuidado de qualidade e com respaldo científico.