3. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE: PROCEDIMENTOS E LINHAS DE CUIDADO

3.1 - Mensuração da ferida

Após a limpeza inicial, a ferida deve ser mensurada, para sua mensuração será utilizada uma régua e a escala de PUSH (Anexo 1), cujo avalia os seguintes dados: o comprimento, largura, profundidade, quantidade de exsudato e o tipo de tecido**:**

- **Comprimento:** Medir o maior comprimento (céfalo-caudal) obtido através do posicionamento proximal-distal.
- **Largura:** Medir a maior largura (extremidade com extremidade) usando uma régua de centímetros, posicionando a régua no sentido transversal, formando um ângulo d e 90º. Multiplique esta medida com comprimento para obter uma estimativa de área de superfície em centímetros quadrado.
- **Profundidade:** Usar um cotonete ou a própria pinça. Deve ser inserido no ponto mais profundo do leito e marcado no nível da pele. Aproximar de uma régua e verificar a medida.
- **Quantidade de Exsudato:** Estimar a quantidade de exsudato (drenagem) presente após a remoção do curativo e antes de aplicar o agente tópico na lesão. Descrever a quantidade de drenagem como: nenhuma, leve, moderada e grande.
- **Tipo de Tecido:** Refere-se aos tipos de tecido que estão presentes no leito da ferida (Tabela 1). Exemplos:
    - Marque como “4” se houver algum tecido necrótico presente.
    - Marque como 3 se houver alguma quantidade de esfacelo e tecido necrótico ausente.
    - Marque como 2 se a ferida estiver limpa e tiver tecido de granulação.
    - Uma ferida superficial que estiver revitalizada é pontuada com valor 1.
    - Quando a ferida estiver fechada, a pontuação será 0.

Tabela 1 - Classificação Tipo de Tecido

Nº	Classificação	Aspecto
4	**Tecido Necrótico** (Necrose de Coagulação/ Escara)	O tecido é preto, marrom ou bronzeado que adere firmemente ao leito da ferida ou às bordas da úlcera e pode ser mais firme ou mais macio do que a pele circundante.
3	**Esfacelo**	O tecido é amarelo ou branco que adere ao leito da úlcera em

	(Necrose de Liquefação)	cordas ou grumos espessos, ou é mucinoso.
2	**Granulação**	O tecido é rosa ou vermelho com uma aparência brilhante, úmida e granular.
1	**Epitelização**	Para úlceras superficiais, novo tecido rosa ou brilhante (pele) que cresce a partir das bordas ou como ilhas na superfície da úlcera.
0	**Fechada** *(Revitalizada)*	A ferida é completamente coberta com epitélio (pele nova).

3. 2 - Avaliação da ferida

Inicialmente é realizada a avaliação da lesão e sua classificação conforme o acrônimo *TIMES*, o qual é uma ferramenta desenvolvida para auxiliar no cuidado e tratamento de feridas, visando uma boa cicatrização em seus pacientes, conforme a figura e tabela abaixo *(Anexo 4)*:

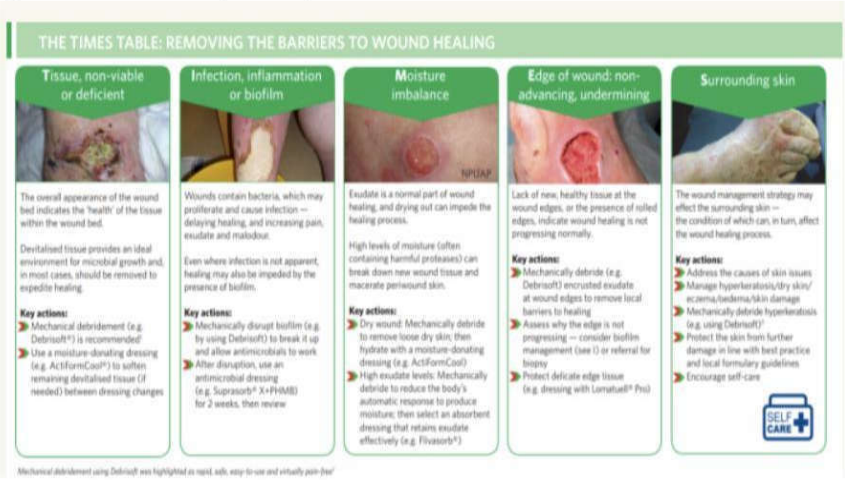

Figura 1 - Acrônimo TIMES.

Tabela 2 - Avaliação com acrônimo TIMES

TECIDO (T)	INFECÇÃO (I)	MOISTURE (M)
 Verificar se tecido viável. Se for necessário realizar desbridamento (cirúrgico, mecânico, ou enzimático).	 Identificar sinais e sintomas de aumento de carga bacteriana ou inflamação. Observar se há presença de biofilme.	 Observar excesso de ou diminuição de umidade (exsudato) no leito da ferida (P-M-G).
EDGE (E)	**PELE ENTORNO DA FERIDA (S)**	
 Verificar problemas na proliferação das bordas e remodelamento. Remover tecidos indesejados, quando necessário.	 Remover hiperqueratose e hidratação da pele ao redor da ferida.	

3.3 - Avaliação dos sinais e sintomas de inflamação e infecção.
Avaliar quanto características presentes como eritema, calor, exsudato (calor e quantidade), edema e enduração (Anexo 5).

4. PROCEDIMENTO

4.1 Materiais

1. Solução fisiológica 0,9% ;
2. Agulha estéril 40x12;
3. Luvas de procedimento descartáveis;

4. Clorexidina alcoólica 0,5%;
5. Kit de pinças estéreis;
6. Saco plástico;
7. Pacotes de compressas estéreis;
8. Máscara de procedimento;
9. Óculos de proteção;
10. Seringa de 20 ml;
11. Swab de álcool;
12. Compressa algodonada;
13. Dispositivo agulhado.

4.1.2 - Primeira etapa: Coleta e manipulação do PRP

Para a realização do procedimento de coleta, os seguintes passos serão respeitados:

a) Lavar as mãos, calçar as luvas e colocar óculos de proteção;
b) Orientar o paciente quanto ao procedimento;
c) Selecionar o local para a punção (preferencialmente fossa antecubital) ou realizar coleta diretamente em cateter central;
d) Garrotear acima do local escolhido para a punção venosa;
e) Realizar a antissepsia da pele com clorexidina alcoólica 0,5%;
f) Aspirar 30 ml de sangue venoso e encaminhar para centrifugação.

4.1.3 - Segunda etapa: Limpeza do tecido

a) Separar a solução fisiológica 0,9%, agulha estéril 40x12G, luvas de procedimento descartáveis, clorexidina alcoólica 0,5%, gaze, pinça, bacia, saco plástico, compressas ou campos cirúrgicos, máscara de procedimento, óculos de proteção;
b) Explicar ao paciente o procedimento;
c) Posicionar o paciente de maneira que a ferida fique exposta;
d) Realizar a lavagem das mãos;
e) Calçar as luvas;
f) Realizar assepsia do frasco com clorexidina alcoólica 0,5% ou álcool a 70% e perfurar com agulha 40x12 G, furo único;
g) Retirar curativo anterior, umidificando com soro fisiológico, utilizar pinça auxiliar;
h) Irrigar a lesão com solução fisiológica, com pressão moderada;
i) Utilizar gaze para secar ao redor da úlcera, não secando o leito;

4.1.4 - Terceira etapa: Aplicação do PRP e realização da cobertura secundária

O PRP deve ser aplicado diretamente, com uma seringa, no leito da lesão por toda sua extensão, depois desta ter sido limpa conforme técnica descrita anteriormente. Sua aplicação deve ser realizada de 3 a 7 dias. A cobertura secundária será a gaze vaselinada como a gaze tem pouca capacidade de reter o exsudato, deve ser acompanhada de gaze algodonada e/ou ataduras ou filme transparente, sendo que sua substituição deverá ser diária ou conforme a saturação do curativo.

5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pacientes que estejam internados no complexo hospitalar; maiores de 18 anos; admitidos em unidades de internação e terapia intensiva; pacientes com lesões crônicas e que não tenham realizado tratamentos com coberturas especiais nas últimas 24 horas.

6. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Paciente com:

- Diagnóstico de anemia;
- História de etilismo pesado;
- Possuir enxertia cutânea prévia no local da lesão por pressão ou úlcera venosa;
- Em uso dos seguintes fármacos: metronidazol, fenitoína, nitrofurantoína, estatinas, amiodarona, ciclofosfamida, colchicina e vincristina.

7. CONDUTAS

Cabe ao enfermeiro assistencial realizar avaliação externa da cobertura diariamente e registro em prontuário eletrônico e realizar se necessário troca de cobertura externa adjacente. Em caso de alterações ou sinais de desconforto do paciente comunicar urgentemente ao enfermeiro que realizou cobertura.

8. MONITORIZAÇÃO

A monitorização será registrada em prontuário eletrônico conforme avaliação inicial e durante processo de cicatrização por enfermeiro executor da cobertura com PRP.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Martins AFM, Peres AA, Campos CS, Santos KB. Perfil epidemiológico de lesões cutâneas crônicas de pacientes internados. Rev enferm UFPE [Internet]. 2021;15:e244519.

2- Mota RF, Chistovam BP, Moraes EB, Souza CJ, Moreira APA, Paes GO. Phase angle for assessing lesion risk or healing: a systematic review. Online Braz J Nurs [Internet]. 2021

3- Rodrigues RN, Macedo MML, Souza DAS, Moraes JT, Lanza FM, Cortez DN. Limitações no cotidiano das pessoas com lesões crônicas. HU rev. [Internet]. 2019;45(1):07-12

4-Quarteiro ML, Tognini JRF, Oliveira ELF, Silveira I. O efeito do plasma rico em plaquetas no reparo de lesões musculares em ratos. Revista Brasileira de Ortopedia. [Internet]. 2015;50(5): 586-595.

5-Oliveira BGRB, Secoli SR, Ribeiro APL, Abreu AM,Pinto JMN.Plasma rico em plaquetas no tratamento de úlceras venosas: série de casos. Online braz. j. nurs. [Internet]. 2018;17(3).

6-Pinto JMN, Pizani NS. Aplicabilidade em dermatologia do plasma rico em plaquetas. Surgical & Cosmetic Dermatology. [Internet]. 2015:61-64

ANEXO 1 - Ferramenta PUSH

Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH)

Escala de Lesão por Pressão para Cicatrização

Nome do Paciente _____ **Nº Prontuário:**_____
Localização da Úlcera _____ **Data:** ____/___/____

Orientações:

Observar e medir a úlcera por pressão. Categorizar a úlcera com relação à área de superfície, exsudato e tipo de tecido da ferida. Registre uma pontuação parcial para cada uma dessas características da úlcera. Some as pontuações parciais para obter a pontuação total. A comparação dos escores totais medidos ao longo do tempo fornece uma indicação da melhora ou deterioração na cicatrização de úlceras por pressão.

Comprimento X Largura em (cm^2)	**0** 0	**1** <0.3	**2** 0.3 - 0.6	**3** 0.7 - 1.0	**4** 1.1 - 2.0	**5** 2.1 - 3.0	*Total Parcial*
		6 3.1 - 4.0	**7** 4.1 - 8.0	**8** 8.1 - 12.0	**9** 12.1 - 24.0	**10** >24.0	
Quantidade de EXSUDATO	**0** Nenhum	**1** Leve	**2** Moderado	**3** Alta			*Total Parcial*
Tipo de Tecido	**0** Fechado	**1** Epitelização	**2** Granulação	**3** Necrose de Liquefação (Esfacelo)	**4** Necrose de Coagulação (Escara)		*Total Parcial*
							Total Final

ANEXO 2 - REGISTRO EVOLUÇÃO DA FERIDA

EVOLUÇÃO DA FERIDA

Monitore as tendências nas pontuações PUSH ao longo do tempo.
Utilize uma página separada para cada lesão por pressão.

Orientações:
Observar e medir as lesões por pressão em intervalos regulares usando a ferramenta PUSH.
Datar e registrar as pontuações parciais e finais da ferramenta PUSH no Registro de Cicatrização de Lesão por Pressão abaixo:

Registro de Cicatrização de Lesão por Pressão															
Data															
Comprimento e largura															
Qtde. Exsudato															
Tipo de Tecido															
Total (PUSH)															

ANEXO 3 - GRÁFICO DA EVOLUÇÃO CICATRIZAÇÃO

Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH)

Escala de Lesão por Pressão para Cicatrização

Nome do Paciente _____ **Nº Prontuário:**_____

Localização da Úlcera _____ **Data:** _____/____/_____

Faça um gráfico das pontuações totais do PUSH no Gráfico de Cicatrização de Lesão por Pressão abaixo:

Pontuação Total (PUSH)	Gráfico de Cicatrização de Lesão por Pressão														
17															
16															
15															
14															
13															
12															
11															
10															
9															
8															
7															
6															
5															
4															
3															
2															
1															
Cicatrizada = 0															
Data															

ANEXO 4 - FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO TIMES

TIMES *Ferramenta de Avaliação de Feridas*	
Nome do Paciente _____ Nº Prontuário:_____ Localização da Úlcera _____ Data: _____/____/_____	
T *(tecido)*	• O tecido é viável ou inviável? ○ Se necessário, qual desbridamento será realizado?

I
(infecção/ inflamação)
	• Existe uma infecção presente na ferida?
	  ○ Em caso afirmativo, que tipo de organismos?
	  ○ É uma bactéria e/ou um fungo?
	  ○ O biofilme está presente?

M
(umidade)
	• A ferida está muito seca?
	  ○ Como adicionar umidade?
	• A ferida está muito úmida?
	  ○ Controlar e diminuir o excesso de umidade e exsudatos.

E *(bordas)*	• A borda epitelial atravessa a ferida? • É ceratótico? • Existe epibole? • O que você pode fazer para facilitar o avanço da borda da ferida?
S *(pele entorno da ferida)*	• Cor: ( ) eritema ( ) palidez ( )cianose; • Textura:( ) úmida ( ) seca ( ) macerada ( ) intumescida, ( ) hiperqueratinosa; • Temperatura:( ) quente ( ) fria ( ) normotérmica; • Integridade: ( ) maceração ( ) escoriação ( )erosão ( ) descamação • Há presença de ( ) pápulas ( ) pústulas ( ) lesões?