

# Relatório Mensal de Atividades

## (SCIH)

**Responsável:**

SYLVIA PAVAN

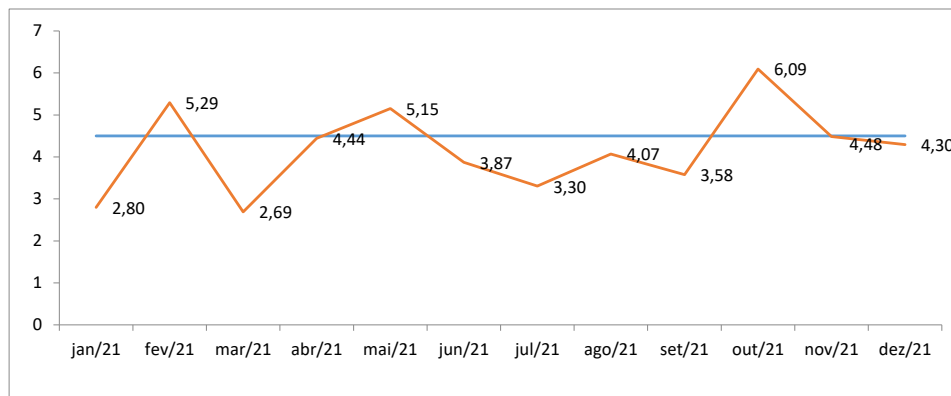
**DEZEMBRO/2021**

Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida	
<b>Perspectiva</b>		<b>Diretriz</b>	
Processo.		Segurança do paciente.	
		<b>Objetivo</b>	
		Reduzir o número de infecção associadas ao cateter venoso central dos pacientes internados nas UTIs adulto.	
<b>Meta</b>		<b>Indicador</b>	
≤4,5%		Densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada à cateter venoso central do CTI adulto.	
		<b>Forma de Medição (cálculo)</b>	
		NÚMERO DE IPSC CTI ADULTO / NÚMERO DE CATETER VENOSO CENTRAL/DIA	
		.1000 00	
		<b>Periodicidade de Avaliação</b>	
		Mensal	
		<b>Área Responsável</b>	
		CCH.	
		<b>Responsável pela Coleta de Dados</b>	
		CCH.	
		<b>Responsável pela Análise de Dados</b>	
		Sylvia Pavan	
		<b>Referencial Comparativo</b>	
		<b>Versão</b>	
		<b>Última Atualização</b>	
		Setembro/2019	
<b>Análise Crítica</b>			
A Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCS) é a afecção associada a cuidados em saúde de maior potencial preventivo. De acordo com revisões sistemáticas recentes, 65 à 70% dos casos podem ser prevenidos com adoção de medidas adequadas, como pacotes de medidas - os bundles, que fora proposto pelo Institute of Healthcare Improvement (IHI), além da retirada do dispositivo quando não mais indicado.			
No mês de dezembro de 2021, também foram diagnosticados 05 casos de IPSC/LC nos CTIs do HEGV (o mesmo número de casos que no mês anterior) - 01 no CTI 1, 01 no CTI 2, nenhum caso no CTI 3, 01 no CTI 4 e 02 na UPO. O total de CVC/dia foi de 1164 (49 CVC/dia que no mês anterior), logo, a densidade de infecção encontra-se em 4,30.			
Em comparação com o mês de novembro, onde a densidade foi de 4,48, não houve diferença significativa na densidade de deste indicador. Observamos que a densidade de utilização deste dispositivo aumentou de 75,19 (novembro) para 79,29 (dezembro) quando analisamos globalmente as UTIs adulto deste hospital. Analisando individualmente as unidades de terapia intensiva tivemos o seguinte cenário em relação à densidade de utilização de CVC (DU) e Tempo médio de permanência do dispositivo (TMP): <b>CTI1:</b> DU = 70,56% e TMP = 5,56 dias. <b>CTI2:</b> DU = 84,25% e TMP = 5,78 dias. <b>CTI3:</b> DU = 92,74% e TMP = 7,90 dias. <b>CTI4:</b> DU = 68,47% e TMP = 5,79 dias. <b>UPO:</b> DU = 91,58% e TPM = 6,25 dias.			
<u>Em relação às IPSCs identificadas no mês vigente:</u>			
# Apenas 01 das 05 IPSCs diagnosticadas também tinham CVC para HD instalada com 3 dias de punção em VFD. #			
Não houve troca de CVC em 3 casos de IPSCs identificados, sendo que 2 deles evoluíram para óbito.			
# Apenas 01 paciente apresentava punção em VF para infusão medicamentosa tendo sido identificado IPSCs com 4 dias após a punção venosa. o paciente não fazia hemodilise e evoluiu para óbito 9 dias após o diagnóstico de IPSC.			
# O menor tempo com CVC para infusão medicamentosa até o diagnóstico de IPSCs foi de 3 dias e o maior foi de 10 dias (mantendo uma média de aproximadamente 6 dias).			
# Apenas 1 paciente teve troca de CVC com a suspeita de IPSCs, sendo realizada 6 dias após a coleta da hemocultura (suspeita de infecção), os demais não foram feitas trocas. Este paciente ainda permanece internado.			
# Em relação aos acessos de HD: Apenas 1 paciente apresentava CVC para HD em VFD e havia sido puncionada 3 dias antes do diagnóstico de IPSCs. A mesma não foi trocada.			
As causas que levam este número de diagnósticos de IPSCs, que apesar de estar dentro da meta ainda são expressivos, podem ser evidenciadas através do que se observa na assistência e dos relatos dos colaboradores. Dentre as causas mais relevantes, que podem impactar negativamente, com o aumento do risco de desenvolvimento de IPSCs-LC, destaco as seguintes:			
<b>Ação de Melhoria</b>			
1. O aumento da grade de oclusores de lumens parece prudente. Esse insumo é indispensável no processo assistencial para prevenção da IPSCs. No que tange aos dispositivos centrais, estudos de viabilidade podem ser realizados como proposta de aquisição de dispositivos de triplo lumen. Essa medida poderá reduzir a incidência de novas punções centrais, gerando menor risco de infecção devido menor invasão do paciente.			
2. Treinamento referente à boas práticas relacionadas à reconstituição medicamentosa, evidências durante o processo.			
4. Troca de CVC assim que houver a suspeita de IPSCs e quando for puncionado de forma emergencial. Prazo pactuado para troca é de 3 dias.			

Compilação de dados IPCS adulto

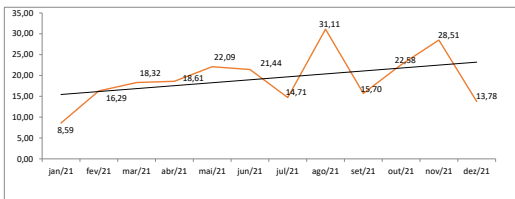
Indicador:

	jan/21	fev/21	mar/21	abr/21	mai/21	jun/21	jul/21	ago/21	set/21	out/21	nov/21	dez/21	Resultado
<b>Metas ≤4,5%</b>	<b>4,5</b>	<b>4,5</b>	<b>4,5</b>	<b>4,5</b>	<b>4,5</b>	<b>4,5</b>	<b>4,5</b>	<b>4,5</b>	<b>4,5</b>	<b>4,5</b>	<b>4,5</b>	<b>4,5</b>	
Nº total de IPCS nos CTIs adulto	2	4	3	5	6	4	4	5	4	7	5	5	54
Nº total de CVC/dia nos CTIs adulto	715	756	1115	1125	1165	1033	1211	1229	1118	1149	1115	1164	12895
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	2,80	5,29	2,69	4,44	5,15	3,87	3,30	4,07	3,58	6,09	4,48	4,30	4,19





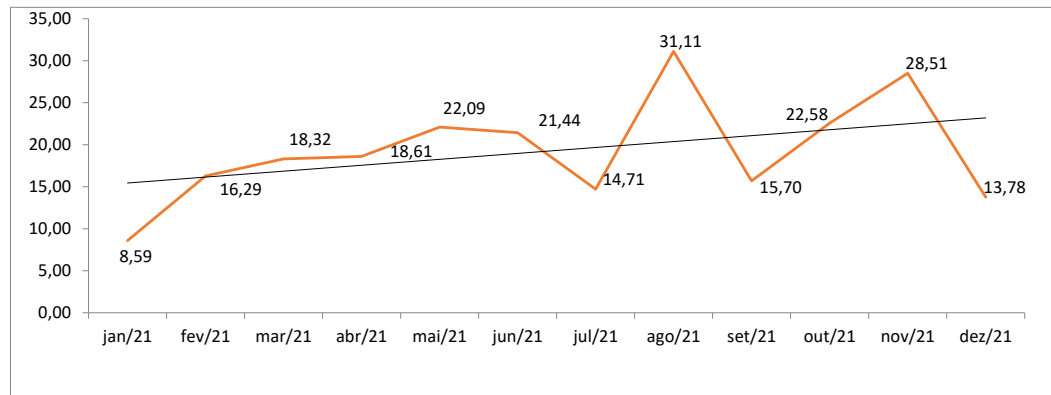
Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida	
<b>Perspectiva</b>	<b>Diretriz</b>		<b>Fonte dos Dados</b>
Processo.	Segurança do paciente.		Busca ativa. Prontuários. Imagens radiológicas. Exames microbiológicos.
	<b>Objetivo</b>		
	Reduzir a incidência de Pneumonia associada à ventilação mecânica nas UTIs adulto.		
<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>		<b>Forma de Medição (cálculo)</b>
≤13%	Densidade de incidência de infecção de Pneumonia associada à ventilação mecânica nas UTIs adulto.		$\frac{\text{NÚMERO DE PNEUMONIAS ASSOCIADAS A VENTILAÇÃO MECÂNICA}}{\text{NÚMERO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA}} \times 1000$
			<b>Periodicidade de Avaliação</b>
			Mensal
			<b>Área Responsável</b>
			CCH.
			<b>Responsável pela Coleta de Dados</b>
			CCH.
			<b>Responsável pela Análise de Dados</b>
			Sylvia Pavan
			<b>Referencial Comparativo</b>
			<b>Versão</b>
			<b>Última Atualização</b>
			Setembro/2019
<b>Análise Crítica</b>			
<p>Nas Unidades de Terapia Intensiva UTI, a IRAS mais incidente é a pneumonia. O paciente submetido à Intubação Orotraqueal e, conseqüentemente à ventilação mecânica tem risco aumentado de desenvolvê-la.</p> <p>É sabido que a incidência da PAV é de aproximadamente 3% ao dia durante os cinco primeiros dias de VM, decrescendo para 1% ao dia após esse período. Logo, quanto maior a taxa de utilização de VM, maior o risco de desenvolvimento da PAV.</p> <p>A heterogeneidade dos pacientes deste hospital internados em UTIs não permite a comparação direta entre os mesmos (pois temos unidades mistas, neurocirúrgicas e cirúrgicas), logo, o perfil de taxa de utilização e a permanência média de VM torna-se discrepante, não podendo ser comparado entre as UTIs, apenas com as variações mensais de cada setor.</p> <p>As taxas Pneumonias Associadas à Ventilação Mecânica (PAV) podem variar de acordo com a população de pacientes. Segundo a ANVISA, a mortalidade global dos episódios de PAV varia de 20 a 60%, refletindo em grande parte a severidade da doença de base dos pacientes, dentre outros fenômenos.</p> <p>A incidência de PAV aumenta consideravelmente de acordo com a duração da Ventilação Mecânica (VM), estudos comprovam que as taxas de ataque de aproximadamente 3% durante os cinco primeiros dias de VM e depois de 2% para cada dia subsequente.</p> <p>No mês de dezembro de 2021, foram diagnosticados 12 casos de PAVs nas UTIs do HEGV (13 a mais que no mês anterior) - 4 no CTI 1, 2 no CTI 2, 3 no CTI 3, 2 no CTI 4 e 1 na UPO.</p> <p>Foram utilizados apenas 6 VM/dia a menos que no mês anterior. Podemos entender que tal diminuição abrupta dos casos de PAV se deve à mudança do sistema informatizado de imagem radiológica ocorrido em 16/12, quando não foi mais possível acessar as imagens do sistema anterior como parâmetro comparativo no diagnóstico de PAVs. Alguns casos já haviam sido fechados em discussões clínicas com a participação da CCH, com isso pudemos ter algumas PAVs diagnosticadas no início do mês. Os casos duvidosos foram retratados e houve um aumento dos casos de Traqueobronquite pela falta da imagem radiológica para identificação da PAV.</p> <p><b>Problemas observados:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Dificuldade de definir epidemiologicamente alguns casos de IRAS por falta de exames microbiológicos e de imagem para definição de PAV. Tal dificuldade já foi discutida com os coordenadores dos setores.</li> <li>Mudança do sistema de imagem radiológica, não havendo mais como comparar as imagens com as realizadas antes do dia 16/12.</li> <li>Morosidade nos resultados microbiológicos dificultando a definição principalmente, de IPCS e ITU, bem como a otimização dos antimicrobianos.</li> <li>Observamos, que alguns pacientes ainda iniciam antibioticoterapia tardiamente, aumento dos riscos de êxito.</li> </ol> <p>foi possível avaliar os <i>bundles</i> de PAV por conta da restrição de folhas para impressão.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Inadequação do circuito de aspiração fechado. A troca não é realizada de acordo com o preconizado.</li> <li>Ausência de um protocolo de IOT com foco para diminuição de PAV precoce.</li> <li>Número insuficiente de exames de imagem para definição epidemiológica de PAV em alguns CTIs (ex: CTI 3, CTI 4, UPO).</li> </ol>			
<b>Ação de Melhoria</b>			
<ol style="list-style-type: none"> <li>Diagnóstico precoce das PAVs para iniciar a terapia precocemente e adequada.</li> <li>Otimizar o protocolo de sepsis próprio para as unidades de terapia intensiva com a validação do SCIH.</li> <li>Aumentar o número de exames de imagens realizados/solicitados.</li> <li>Atentar para os processos com maior nível de evidência na prevenção de PAV: Higiene oral, pressão de Cuff, cabeceira elevada, cuidados com o circuito ventilatório e a adequação do nível de sedação.</li> </ol>			
FI-NGSP-033 Versão 01			



Compilação de dados - Indicador

Indicador:

Mês	jan/21	fev/21	mar/21	abr/21	mai/21	jun/21	jul/21	ago/21	set/21	out/21	nov/21	dez/21	Resultado
<b>Metas ≤13%</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	
Nº total de PAV nos CTIs adulto	5	10	14	15	19	17	16	28	13	21	25	12	195
Nº total de VM/dia nos CTIs adulto	582	614	764	806	860	793	1088	900	828	930	877	871	9913
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	8,59	16,29	18,32	18,61	22,09	21,44	14,71	31,11	15,70	22,58	28,51	13,78	1,97%



Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida	Fonte dos Dados																										
Processo.	Diretriz	Segurança do paciente.	Busca ativa. Prontuários. Exames microbiológicos.																										
	Objetivo	Reduzir a densidade de incidência de infecção urinária																											
Meta	Indicador	Forma de Medição (cálculo)																											
≤0,60‰	Densidade de incidência infecção urinária associada à cateter vesical de demora nas UTIs adulto.	$\frac{\text{NÚMERO DE INFECÇÕES URINÁRIAS ASSOCIADAS À CATETER VESICAL DE DEMORA/DIA}}{\text{NÚMERO DE CATETER VESICAL DE DEMORA/DIA}} \times 1000$	0																										
<b>Periodicidade de Avaliação</b>																													
Mensal																													
<b>Área Responsável</b>																													
CCIH e CTI adulto.																													
<b>Responsável pela Coleta de Dados</b>																													
CCIH.																													
<b>Responsável pela Análise de Dados</b>																													
Enfermeira Juliana Ribeiro																													
<b>Referencial Comparativo</b>																													
<table border="1"> <caption>Dados do Gráfico de Linha</caption> <thead> <tr> <th>Mês</th> <th>Densidade de Incidência</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>jan/21</td><td>2,23</td></tr> <tr><td>fev/21</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>mar/21</td><td>1,48</td></tr> <tr><td>abr/21</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>mai/21</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>jun/21</td><td>1,91</td></tr> <tr><td>jul/21</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>ago/21</td><td>3,00</td></tr> <tr><td>set/21</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>out/21</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>nov/21</td><td>1,19</td></tr> <tr><td>dez/21</td><td>1,32</td></tr> </tbody> </table>				Mês	Densidade de Incidência	jan/21	2,23	fev/21	0,00	mar/21	1,48	abr/21	0,00	mai/21	0,00	jun/21	1,91	jul/21	0,00	ago/21	3,00	set/21	0,00	out/21	0,00	nov/21	1,19	dez/21	1,32
Mês	Densidade de Incidência																												
jan/21	2,23																												
fev/21	0,00																												
mar/21	1,48																												
abr/21	0,00																												
mai/21	0,00																												
jun/21	1,91																												
jul/21	0,00																												
ago/21	3,00																												
set/21	0,00																												
out/21	0,00																												
nov/21	1,19																												
dez/21	1,32																												
<b>Versão</b>																													
<b>Última Atualização</b>																													
Setembro/2019																													

**Análise Crítica**

No mês de outubro foi diagnosticado um caso de ITU associada à CVD no CTI 1. Paciente idosa com diagnóstico de EAP, com CVD inserido no dia anterior e 3 dias de internação. A Infecção do Trato Urinário (ITU) é uma das causas prevalentes de IRAS com maior potencial preventivo, visto que boa parte está relacionada à cateterização vesical.

As ITUs podem ser responsáveis por 35 a 45% das IRAS em pacientes adultos, no entanto esta afecção não costuma cursar com potencial letal.

As causas que podem favorecer a gênese da infecção são variadas, das principais, posso destacar:

- # Processo de inserção do cateter inadequado;
- # Posicionamento/manuseio inadequado do dispositivo, que favoreçam o refluxo de urina para o paciente;
- # Processo de higiene íntima inadequada, favorecendo proliferação bacteriana local e em última instância, levando IRAS;
- # Uso/manutenção inoportuna de CVD.

**Ação de Melhoria**

Dentre as medidas preventivas que podem reduzir a incidência dessa infecção, é possível destacar:  
processo estéril durante todo procedimento de inserção do dispositivo.

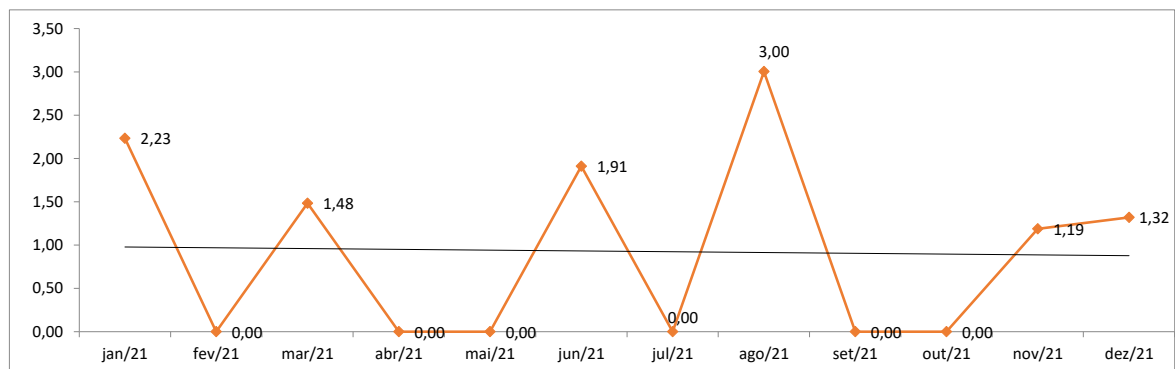
1. Manter

2. Atentar para clampar sistema ao necessitar movimentar a bolsa coletora.
3. Realizar higiene íntima diária com água e sabão.
4. Saque do dispositivo sempre que não houver mais necessidade do mesmo.

### Compilação de dados - Indicador

#### Indicador:

Mês	jan/21	fev/21	mar/21	abr/21	mai/21	jun/21	jul/21	ago/21	set/21	out/21	nov/21	dez/21	Resultado
<b>Metas ≤0,6‰</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	
N° total de ITU associada a CVD nos CTIs adulto	1	0	1	0	0	1	0	2	0	0	1	1	7
N° total de CVD/dia nos CTIs adulto	448	463	674	644	761	523	780	666	602	782	842	758	7943
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	2,23	0,00	1,48	0,00	0,00	1,91	0,00	3,00	0,00	0,00	1,19	1,32	0,88



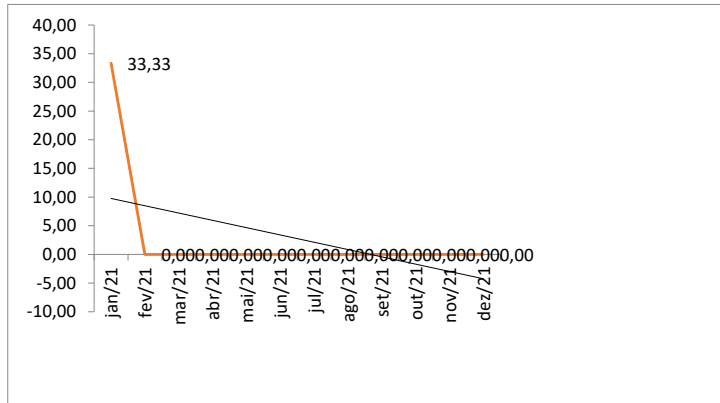


Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida																											
<b>Perspectiva</b>	<b>Diretriz</b>	<b>Fonte dos Dados</b>																											
Processo.	Segurança do paciente.	Busca fonada.																											
	<b>Objetivo</b>																												
	Reduzir o número de infecções de sítio cirúrgico associadas às artroplastias total de quadril.																												
<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>	<b>Forma de Medição (cálculo)</b>																											
0%	Taxa de infecção de sítio cirúrgico associadas às artroplastias total de quadril.	$\frac{\text{NÚMERO DE INFECÇÕES DE FERIDA OPERATÓRIA DE CIRURGIAS artroplastias total de quadril}}{\text{NÚMERO TOTAL DE artroplastias total de quadril}} \cdot 100$																											
		<b>Periodicidade de Avaliação</b>																											
<table border="1"> <caption>Dados do Gráfico de Linha</caption> <thead> <tr> <th>Mês</th> <th>Taxa de Infecção (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>jan/21</td><td>33,33</td></tr> <tr><td>fev/21</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>mar/21</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>abr/21</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>mai/21</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>jun/21</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>jul/21</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>ago/21</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>set/21</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>out/21</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>nov/21</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>dez/21</td><td>0,00</td></tr> </tbody> </table>		Mês	Taxa de Infecção (%)	jan/21	33,33	fev/21	0,00	mar/21	0,00	abr/21	0,00	mai/21	0,00	jun/21	0,00	jul/21	0,00	ago/21	0,00	set/21	0,00	out/21	0,00	nov/21	0,00	dez/21	0,00	Mensal	
		Mês	Taxa de Infecção (%)																										
		jan/21	33,33																										
		fev/21	0,00																										
		mar/21	0,00																										
		abr/21	0,00																										
		mai/21	0,00																										
jun/21	0,00																												
jul/21	0,00																												
ago/21	0,00																												
set/21	0,00																												
out/21	0,00																												
nov/21	0,00																												
dez/21	0,00																												
<b>Área Responsável</b>		CCIH e Ortopedia																											
<b>Responsável pela Coleta de Dados</b>		CCIH.																											
<b>Responsável pela Análise de Dados</b>		Marcos Paulo Mugaya																											
<b>Referencial Comparativo</b>																													
<b>Versão</b>																													
<b>Última Atualização</b>		Outubro/2019																											
<b>Análise Crítica</b>																													
Foi realizada apenas uma artroplastia total de quadril e três parciais. Não foi identificado nenhum caso de infecção no mês de dezembro.																													
<b>Ação de Melhoria</b>																													

Compilação de dados - Indicador

Indicador:

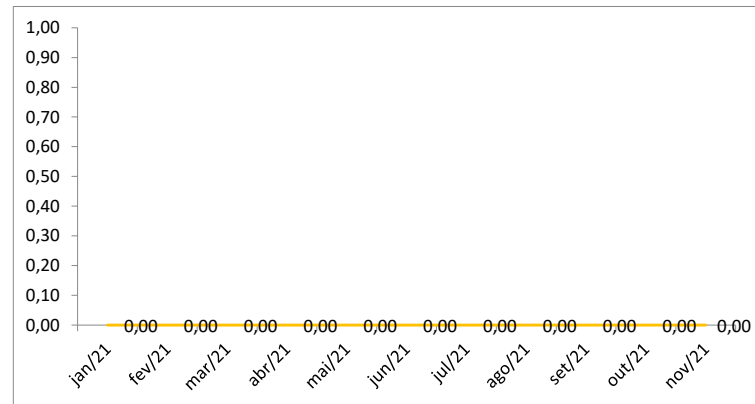
Mês	jan/21	fev/21	mar/21	abr/21	mai/21	jun/21	jul/21	ago/21	set/21	out/21	nov/21	dez/21	Resultado
<b>Metas 0,0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
N° total de artroplastias total de quadril realizadas	3	4	1	6	3	0	2	1	2	2	4	1	29
N° de Infecções cirúrgicas identificadas nas artroplastias totais de quadril	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	33,33	0,00	0,00	0,00	0,00	#DIV/0!	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,45



Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida
<b>Perspectiva</b>	<b>Diretriz</b>	<b>Fonte dos Dados</b>
Processo.	Segurança do paciente.	Busca fonadas e reinternações.
	<b>Objetivo</b> Reduzir o número de infecções de sítio cirúrgico associadas às derivações ventriculoperitoneais (DVP).	
<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>	<b>Forma de Medição (cálculo)</b>
0%	Taxa de infecção de sítio cirúrgico associadas às DVP.	$\frac{\text{NÚMERO DE INFECÇÕES DE FERIDA OPERATÓRIA DE DVP}}{\text{NÚMERO TOTAL DE DVP}} \cdot 100$
		<b>Periodicidade de Avaliação</b>
		Mensal
		<b>Área Responsável</b>
		CCIH e Neurocirurgia
		<b>Responsável pela Coleta de Dados</b>
		CCIH.
		<b>Responsável pela Análise de Dados</b>
		Leonardo Miguez
<b>Referencial Comparativo</b>		
		<b>Versão</b>
		<b>Última Atualização</b>
		Outubro/2019
<b>Análise Crítica</b>		
Foram realizadas duas DVPs no mês de dezembro, porém não foi identificada nenhuma infecção.		
<b>Ação de Melhoria</b>		

Compilação de dados - Indicador

Indicador:													
Mês	jan/21	fev/21	mar/21	abr/21	mai/21	jun/21	jul/21	ago/21	set/21	out/21	nov/21	dez/21	Resultado
<b>Metas 0,0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
Nº total de DVP realizadas	0	1	1	0	0	3	1	0	3	1	4	2	16
Nº de Infecções cirúrgicas DVP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	#DIV/0!	0,00	0,00	#DIV/0!	#DIV/0!	0,00	0,00	#DIV/0!	0,00	0,00	0,00	0,00	



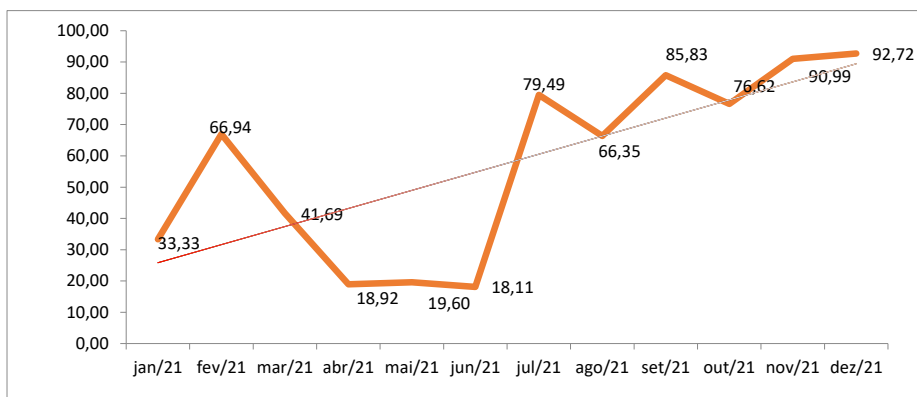
Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida																										
<b>Perspectiva</b>	<b>Diretriz</b>	<b>Fonte dos Dados</b>																										
Processo.	Segurança do paciente.	Observador cego.																										
	<b>Objetivo</b>																											
	Reduzir o número de infecções associadas à assistência à saúde.																											
<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>	<b>Forma de Medição (cálculo)</b>																										
	Taxa de adesão à higienização das mãos	NÚMERO TOTAL DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NÚMERO DE OPORTUNIDADES OBSERVADAS PARA A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS <b>-100</b>																										
		<b>Periodicidade de Avaliação</b>																										
<table border="1"> <caption>Dados do Gráfico de Taxa de Adesão à Higienização das Mãos</caption> <thead> <tr> <th>Mês</th> <th>Taxa de Adesão (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>jan/21</td><td>33,33</td></tr> <tr><td>fev/21</td><td>66,94</td></tr> <tr><td>mar/21</td><td>41,69</td></tr> <tr><td>abr/21</td><td>18,92</td></tr> <tr><td>mai/21</td><td>19,60</td></tr> <tr><td>jun/21</td><td>18,11</td></tr> <tr><td>jul/21</td><td>79,45</td></tr> <tr><td>ago/21</td><td>66,35</td></tr> <tr><td>set/21</td><td>85,83</td></tr> <tr><td>out/21</td><td>78,83</td></tr> <tr><td>nov/21</td><td>90,95</td></tr> <tr><td>dez/21</td><td>92,72</td></tr> </tbody> </table>		Mês	Taxa de Adesão (%)	jan/21	33,33	fev/21	66,94	mar/21	41,69	abr/21	18,92	mai/21	19,60	jun/21	18,11	jul/21	79,45	ago/21	66,35	set/21	85,83	out/21	78,83	nov/21	90,95	dez/21	92,72	<b>Mensal</b> <b>Área Responsável</b> CCIH <b>Responsável pela Coleta de Dados</b> CCIH <b>Responsável pela Análise de Dados</b> Enfermeira Juliana Ribeiro, Juliana Costa e Sergio Tavares <b>Referencial Comparativo</b>
Mês	Taxa de Adesão (%)																											
jan/21	33,33																											
fev/21	66,94																											
mar/21	41,69																											
abr/21	18,92																											
mai/21	19,60																											
jun/21	18,11																											
jul/21	79,45																											
ago/21	66,35																											
set/21	85,83																											
out/21	78,83																											
nov/21	90,95																											
dez/21	92,72																											
		<b>Versão</b>																										
		<b>Última Atualização</b>																										
		Outubro/2019																										
<b>Análise Crítica</b>																												
<p>A higiene das mãos (HM) sabidamente é uma das principais ações para prevenção de IRAS; estudos comprovam que essa prática quando realizada de forma correta, torna-se a medida mais eficaz e de menor custo para as unidades hospitalares.</p> <p>O SCIH do HEGV utiliza a estratégia de observador cego, como recomendado pela ANVISA para a avaliação rotineira da higienização das mãos pelos colaboradores durante os "5 momentos" na assistência ao paciente.</p> <p>No mês de dezembro, foram observadas 701 oportunidades de higiene das mãos, sendo que destas, 650 (92,72%) colaboradores realizaram higiene das mãos. No entanto, somente 69,26% destes realizaram de forma adequada (dentro da técnica preconizada), seguindo todos os passos adequados para higiene proveitosa.</p> <p>Comparando com o mês anterior, não houve diferença estatística na taxa de higiene das mãos e nem quando observamos a higienização dentro da técnica recomendada, apresentando um resultado ligeiramente inferior.</p> <p>Aproveitamos ainda para destacar o consumo de higienizantes e preparados alcoólicos para as mãos, onde dentro das UTIs adultos no mês corrente, foram utilizados um total de 12.000ml e de 4.000 no CETIPE. Esse consumo diminuiu bastante quando comparado com o mês anterior em relação às UTIs adulto. Porém esclarecemos que a CCIH avalia a higienização das mãos, seja ela com almotolias ou com preparações em <i>dispensers</i>.</p>																												
<b>Ação de Melhoria</b>																												
<ol style="list-style-type: none"> <li>Ainda precisamos adequar torneiras e pias do nosso hospital de acordo com as normativas da ANVISA.</li> <li>Adequar o número de dispensers de álcool gel de acordo com as necessidades dos setores.</li> </ol>																												

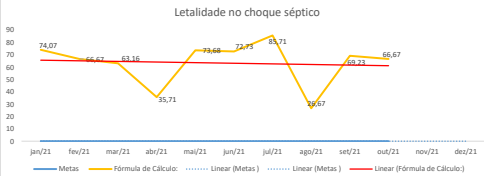


### Compilação de dados - Indicador

#### Indicador:

Mês	jan/21	fev/21	mar/21	abr/21	mai/21	jun/21	jul/21	ago/21	set/21	out/21	nov/21	dez/21	Resultado
<b>Metas</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Nº de higienização das mãos realizadas	44	83	168	112	99	46	155	209	218	508	677	650	2969
Nº de oportunidades observadas para higiene das mãos.	132	124	403	592	505	254	195	315	254	663	744	701	4882
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	33,33	66,94	41,69	18,92	19,60	18,11	79,49	66,35	85,83	76,62	90,99	92,72	60,82



Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida
<b>Perspectiva</b>	<b>Diretriz</b>	<b>Fonte dos Dados</b>
Processo.	Segurança do paciente.	Protocolos de sepse
	<b>Objetivo</b>	
	Reduzir a letalidade relacionada à sepse, tanto comunitária	
<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>	<b>Forma de Medição (cálculo)</b>
	Taxa de letalidade relacionada à sepse grave.	TOTAL DE ÓBITOS EM PACIENTES COM SEPSE GRAVE TOTAL DE SEPSE GRAVE
		100
<b>Periodicidade de Avaliação</b>		
Mensal		
<b>Área Responsável</b>		
CCH.		
<b>Responsável pela Coleta de Dados</b>		
CCH.		
<b>Responsável pela Análise de Dados</b>		
Sylvia Pavan, Herbert e Clávio Filho		
<b>Referencial Comparativo</b>		
		
<b>Versão</b>		
<b>Última Atualização</b>		
Outubro/2019		

**Análise Crítica**

Foram realizados 63 protocolos de sepse no HEGV no mês de novembro, sendo 20 excluídos e 43 protocolos (68,25%) mantidos. Dos 43 protocolos, 27 foram de origem hospitalar e 16 de origem comunitária. Total de 6 Choques sépticos.

**identificamos:**

- # 22 ATBs estavam de acordo com o protocolo da CCH.
- # 12 ATBs administrados dentro da 1ª hora.
- # 12 hemoculturas não coletadas ou não encontradas no sistema do laboratório, 9 negativas, 8 hemoculturas positivas, 9 hemoculturas isolando ECN e 4 em andamento.
- # Apenas 5 protocolos de foco urinário e 6 urinoculturas coletadas.
- # Somente 1 protocolo de foco urinário sem urinocultura

Em relação aos óbitos: Foram um total de 13 óbitos (30,23%) em todos os protocolos mantidos, sendo que 04 em pacientes com choque séptico.

**OBS:** Total de Protocolos definidos como sucesso em relação a condução do mesmo: 05 (11,62%)

**Protocolos Hospitalares:**

- # Choques = 0
- # Infecção com disfunção orgânica - 24 (6 óbitos)
- # SIRS - 3

**Protocolos Comunitários:**

- óbitos)
- # 6 choques (4 óbitos)
- # 9 Disfunções (2 óbitos)

**Protocolos dos CTIs adulto:**

- de 7 protocolos nos CTIs adulto (CTI 1 = 5 e CTI 3 =2). Esse mês foram abertos 11 protocolos a menos que no mês de novembro.
- Foram abertos um total

**Ação de Melhoria**

Identificação dos critérios para descontinuidade do protocolo. Treinamento do Protocolo de sepse. Abertura do protocolo também pela equipe médica. Treinamento do protocolo de AVE e IAM não só para emergência como para todo o hospital.



HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS

ESTADO DO RIO DE JANEIRO

### Compilação de dados - Indicador

#### Indicador:

Mês	jan/21	fev/21	mar/21	abr/21	mai/21	jun/21	jul/21	ago/21	set/21	out/21	nov/21	dez/21	Resultado
<b>Metas</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
TOTAL DE ÓBITOS RELACIONADOS À SEPSE GRAVE	20	8	12	5	14	8	7	4	9	4	7	4	
TOTAL DE SEPSE GRAVE	27	12	19	14	19	11	6	15	13	6	10	6	
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	74,07	66,67	63,16	35,71	73,68	72,73	85,71	26,67	69,23	66,67	70,00	66,67	



Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida	Fonte dos Dados
Perspectiva	Diretriz		
Processo.	Segurança do paciente.		Centro Cirúrgico
	<b>Objetivo</b> Reduzir as infecções relacionadas as cirurgias onde estão indicadas as profilaxias de ATB.		
<b>Meta</b>	<b>Indicador</b> Percentual de pacientes que recebeu antibioticoprofilaxia no momento adequado		<b>Forma de Medição (cálculo)</b> Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos que receberam um esquema profilático de antibióticos / Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos na amostra x1000
		<b>Periodicidade de Avaliação</b>	
		Mensal	
		<b>Área Responsável</b>	
		CCIH	
		<b>Responsável pela Coleta de Dados</b>	
		CCIH.	
		<b>Responsável pela Análise de Dados</b>	
		Sylvia Pavan	
		<b>Referencial Comparativo</b>	
		<b>Versão</b>	
		<b>Última Atualização</b>	
		Novembro/2020	

**Análise Crítica**

A profilaxia cirúrgica do HEGV cursa com bons resultados. Esta deve ter indicação apropriada de acordo com a microbiota provável. Sua dose efetiva deverá acontecer entre 0 e 60 minutos antes da incisão cirúrgica.

Em análise temporal é possível afirmar que após julho de 2021 alcançamos níveis de conformação considerados ótimos (acima de 95%). Estando no mês de dezembro, com uma taxa de conformidade de 95,79% (ficando 3% abaixo que a taxa do mês de novembro).

Cabe ressaltar que desde julho de 2021 o SCIH monitora além do antimicrobiano de escolha utilizado para o procedimento operatório, realiza também a checagem do tempo de administração através das filipetas entregues pelo Centro Cirúrgico – CC, como representado abaixo:

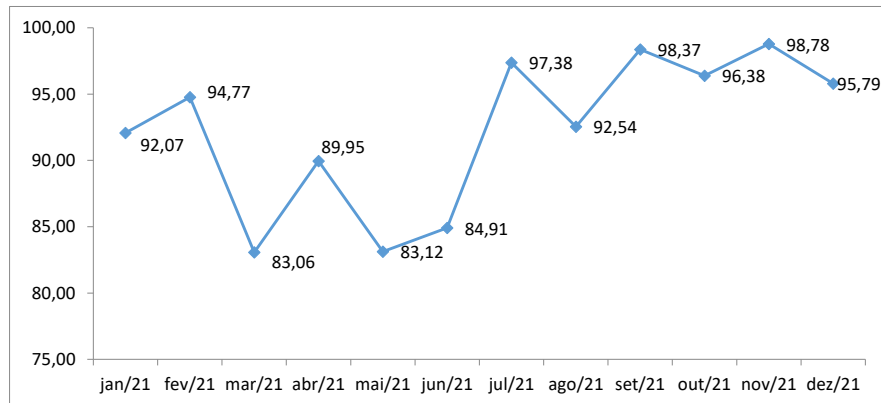
CIRURGIAS COM INDICAÇÃO DE PROFILAXIA FORA DO TEMPO RECOMENDADO	Outubro	Novembro	Dezembro	TOTAL DE
C. GERAL	47 (100%)	51 (100%)	116 (32,58%)	
C. VASCULAR	11 (23,40%)	19 (37,25%)	8 (2,25%)	
NEUROCIRURGIA	2 (4,25%)	1 (1,96%)	30 (8,43%)	
ORTOPEDIA	7 (14,89%)	24 (47,06%)	185 (51,97%)	
CIPE	25 (53,19%)	1 (1,96%)	8 (2,25%)	
BUCOMAXILO	0	1 (1,96%)	8 (2,25%)	
GTT (ENDOSCOPIA)	1 (2,12%)	0	1 (0,28%)	

**Ação de Melhoria**

Compilação de dados - Indicador

Indicador:

Mês	jan/21	fev/21	mar/21	abr/21	mai/21	jun/21	jul/21	ago/21	set/21	out/21	nov/21	dez/21	Resultado
<b>Metas</b>													
Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos que receberam um esquema profilático apropriado de antibióticos	302	326	412	385	256	270	372	360	363	373	325	341	
Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos na amostra	328	344	496	428	308	318	382	389	369	387	329	356	
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	92,07	94,77	83,06	89,95	83,12	84,91	97,38	92,54	98,37	96,38	98,78	95,79	#DIV/0!



**Anexos:**

**Anexos:**