

Relatório Mensal de Atividades

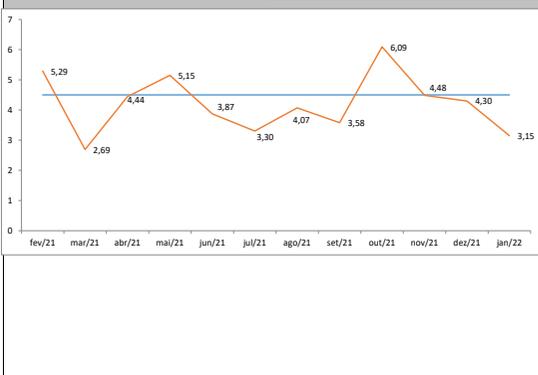
(SCIH)

Responsável:

SYLVIA PAVAN

JANEIRO/2022

| | | |
|----------------------------------|---|---|
| Hospital Estadual Getúlio Vargas | | Unidade de Medida |
| Perspectiva | Diretriz | Fonte dos Dados |
| Processo. | Segurança do paciente. | Busca ativa. Prontuários. Hemoculturas. |
| | Objetivo | |
| | Reduzir o número de infecção associadas ao cateter venoso central dos pacientes internados nas UTIs adulto. | |
| Meta | Indicador | Forma de Medição (cálculo) |
| ≤4,5% | Densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada à cateter venoso central do CTI adulto. | NÚMERO DE IPSC CTI ADULTO NÚMERO DE CATETER VENOSO CENTRAL/DIA |
| | | -1000 00 |



| |
|--|
| Periodicidade de Avaliação |
| Mensal |
| Área Responsável |
| CCH. |
| Responsável pela Coleta de Dados |
| CCH. |
| Responsável pela Análise de Dados |
| Sylvia Pavan |
| Referencial Comparativo |
| |
| Versão |
| |
| Última Atualização |
| Setembro/2019 |

Análise Crítica

A Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCS) é a IRAS de maior potencial preventivo. Dados recentes indicam que 65 a 70% dos casos podem ser prevenidos com adoção de medidas adequadas, como os bundles de inserção e manutenção, além da retirada do dispositivo sempre que não houver mais indicação.

No mês de janeiro de 2022, foram diagnosticados 04 casos de IPSC/LC nos CTIs (um caso a menos que no mês anterior), distribuídos da seguinte forma: CTI 1: 0, CTI2: 2, CTI3: 0, CTI4: 1, UPO: 1. O total de CVC/dia foi de 1270 (106 CVC/dia a mais que no mês anterior), logo, a densidade de infecção encontra-se em 3,15 (1,15% a menos que em dezembro).

Vale ressaltar que houveram alguns pacientes suspeitos, os quais não houve confirmação laboratorial. Observamos um aumento o número de hemoculturas contaminadas e, outras possivelmente falso negativas, porém é necessária uma análise dos resultados do período de um ano, proveniente da microbiologia, para melhor análise.

Observamos que a taxa de utilização deste dispositivo aumentou de 79,29 (dezembro) para 82,04 (janeiro), vale ressaltar que esse número vem aumentando gradativamente desde outubro de 2021, sendo o mais alto do último ano. Analisando individualmente as unidades de terapia intensiva tivemos o seguinte cenário em relação à taxa de utilização de CVC (TU) e Tempo médio de permanência do dispositivo:

| | CTI 1 | CTI 2 | CTI 3 | CTI 4 | UPO |
|------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| TMP (dias) | 69,87 | 76,45 | 72,68 | 56,74 | 44,60 |
| T.U. (%) | 8,14 | 8,12 | 13,30 | 11,43 | 4,75 |

Em relação às IPSC identificadas no mês de janeiro:

- Nenhum dos pacientes diagnosticados com IPSC apresentava acesso para HD.
- Dois pacientes apresentavam punção em VF para infusão medicamentosa tendo sido identificado IPSC com 26 (permanece internado em 07/02) e 08 dias (óbito) após a punção venosa.
- Dois pacientes evoluíram para óbito e 2 permanecem internados na data de execução deste documento (07/02).
- Dos pacientes com IPSC nenhum dos 2 com CVC em VF houve troca para CVC em sítio alto (até 3 dias).
- Houve troca do CVC em apenas um dos pacientes (CTI 2).
- O menor de CVC/dia entre os pacientes que desenvolveram IPSC foi de 5 dias e o maior de 17 dias (média de 8 dias).
- Apenas um paciente teve troca de CVC com a suspeita de IPSC, sendo realizada no dia anterior à coleta da hemocultura, os demais não foram feitas trocas. Este paciente era neurocirúrgico, estava no CTI 2 e evoluiu para óbito 06 dias (Dia: Aneurisma roto de Arteria Comunicante Anterior).

Ação de Melhoria

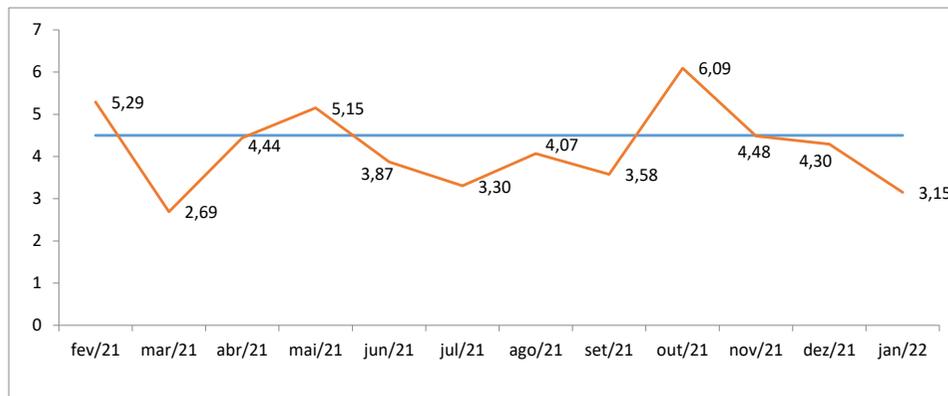
As causas que levam este número de diagnósticos de IPSC, que apesar de estar dentro da meta ainda são expressivos, podem ser evidenciadas através do que se observa na assistência e dos relatos dos colaboradores da assistência. Dentre as causas mais relevantes, que podem impactar negativamente com o aumento do risco de desenvolvimento de IPSC-LC, destaco as seguintes:

- Troca ou retirada do CVC, incluindo os acessos para HD sempre que houver suspeita de IPSC: Tem a função de diminuir a carga microbiana por conta de remoção do biofilme. Não observamos essa prática como rotina.
 - Diminuição na grade mensal de oclusores de polífilix. Estes artigos possuem papel fundamental no processo de contenção e diminuição de contaminação intraluminal e deverão ser trocados a cada infusão de medicamentos. A não utilização destes ou o reaproveitamento dos mesmos pode gerar colonização do hub do cateter e possível infecção por bactéria colonizadora.
 - Mais de um dispositivo venoso central em um único paciente devido número insuficiente de lumens para administração medicamentosa: Pacientes que necessitem de mais de uma punção para garantir suporte venoso adequado devido infusão de amins, NPT, entre outros, possuem maior risco de desenvolverem infecção, pelo aumento de dispositivos invasivos.
 - Processos de reconstituição de medicamentos com falhas ou scrub the hub inadequados: No que tange a infusão de medicamentos potencialmente contaminados, pode haver falha no processo de reconstituição, levando a contaminação da solução e ocasionando acidentalmente a infusão de agentes pirogênicos que levam a resposta sistêmica do organismo. Já quando há falha no processo de fricção do hub, a conexão de seringas ou linhas centrais neste dispositivo potencialmente contaminado, pode facilitar o processo de gênese de IPSC.
- Ações:**
- Visita técnica no laboratório.
 - Discussão para diagnóstico de PAV com os coordenadores do CTI semanalmente.
 - Análise de ATB nas UTIs de acordo com os protocolos de sepse.

Compilação de dados IPCS adulto

Indicador:

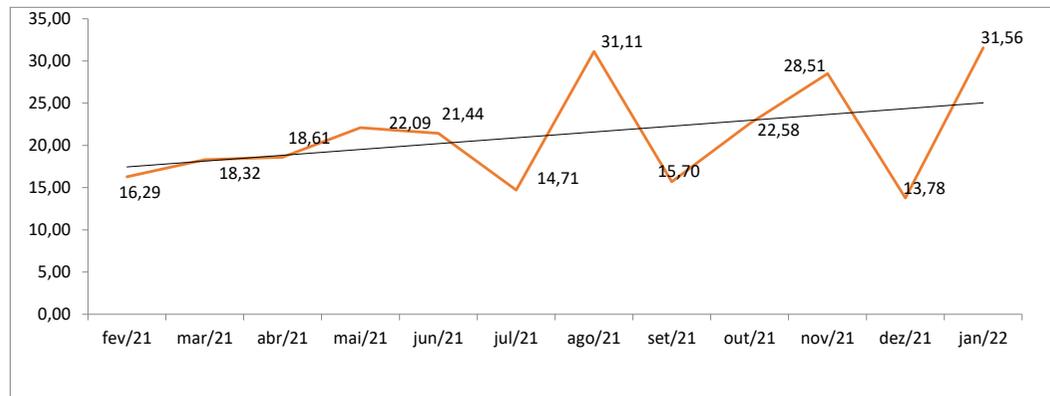
| | jan/22 | fev/21 | mar/21 | abr/21 | mai/21 | jun/21 | jul/21 | ago/21 | set/21 | out/21 | nov/21 | dez/21 | Resultado |
|-------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----------|
| Metas ≤4,5% | 4,5 | |
| Nº total de IPCS nos CTIs adulto | 4 | 4 | 3 | 5 | 6 | 4 | 4 | 5 | 4 | 7 | 5 | 5 | 56 |
| Nº total de CVC/dia nos CTIs adulto | 1270 | 756 | 1115 | 1125 | 1165 | 1033 | 1211 | 1229 | 1118 | 1149 | 1115 | 1164 | 13450 |
| Fórmula de Cálculo: | 3,15 | 5,29 | 2,69 | 4,44 | 5,15 | 3,87 | 3,30 | 4,07 | 3,58 | 6,09 | 4,48 | 4,30 | 4,16 |



| Hospital Estadual Getúlio Vargas | | Unidade de Medida | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|-------|-------------------|------------------|--|---------------|-------------|--|-------|-------|---------------|-------------|--|-------|---------------|--------------|--|-------|---------------|--------------|--|-----|---------------|-------------|--|
| Perspectiva | Diretriz | Fonte dos Dados | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Processo. | Segurança do paciente. | Busca ativa. Prontuários. Imagens radiológicas. Exames microbiológicos. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Objetivo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Reduzir a incidência de Pneumonia associada à ventilação mecânica nas UTIs adulto. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Meta | Indicador | Forma de Medição (cálculo) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ≤13% | Densidade de incidência de infecção de Pneumonia associada à ventilação mecânica nas UTIs adulto. | $\frac{\text{NÚMERO DE PNEUMONIAS ASSOCIADAS A VENTILAÇÃO MECÂNICA}}{\text{NÚMERO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA}} \times 1000$.1000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Periodicidade de Avaliação | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mensal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Área Responsável | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CCH | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Responsável pela Coleta de Dados | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CCH | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Responsável pela Análise de Dados | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sylvia Pavan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Referencial Comparativo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Versão | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Última Atualização | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Setembro/2019 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Análise Crítica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>A PAV aumenta com a duração da ventilação mecânica e apontam taxas de ataque de aproximadamente 3% por dia durante os primeiros 5 dias de ventilação. O desenvolvimento de pneumonia nosocomial e no ambiente de cuidados intensivos, especificamente da PAV, tem morbidade significativa associada, prolongando o tempo de ventilação mecânica, bem como o tempo de permanência na UTI, com todos os custos associados a esse prolongamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> O tempo médio de uso de ventilação mecânica cobrou (passou de ~ 6 dias para ~12 dias). Um aumento brusco na densidade de infecção de VM em janeiro pode ter relação direta com a dificuldade de realizar diagnósticos comparativos de imagens. Ainda há Unidades com números insatisfatórios de imagem de tórax para que haja a conclusão diagnóstica. Todos os pacientes críticos são avaliados diariamente pela equipe de odontologia hospitalar, promovendo higiene oral assim como intervindo precocemente nas lesões que potencialmente causam pneumonias. Todos os leitos são avaliados diariamente quanto a adequação da inclinação da cabeceira e sua respectiva sinalização com um duplo check pela equipe de enfermagem. Ausência de imagem de tórax de rotina em algumas unidades de terapia intensiva dificultando o diagnóstico de PAV. Ausência de descrição na anamnese do paciente na admissão do hospital para avaliação se o paciente poderia ou não já ter chegado broncoaspirado no hospital. Possibilidade de desmame de VM tardio. Ausência de manutenção preventiva dos respiradores e revisão dos cacotes pela engenharia clínica. Uso de adomos principalmente por outras equipes médicas. Discussão de casos clínicos entre alguns rotinas médicos com e a CCH com informações imprecisas, dificultando na assertividade diagnóstica e consequentemente no uso de ATB. Problemas relacionados à aspiração traqueal devido à vácuos mal funcionantes. <p>Comparação do TMP (tempo médio de permanência em VM) e da T.U. (taxa de utilização de VM) nos meses de dezembro e janeiro:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>TU* % (Dez / Jan)</th> <th>TMP* (Dez / Jan)</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>53,13 / 69,87</td> <td>5,40 / 8,14</td> <td></td> <td>CTI 1</td> </tr> <tr> <td>CTI 2</td> <td>62,60 / 76,45</td> <td>6,63 / 8,12</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CTI 3</td> <td>81,01 / 72,68</td> <td>8,53 / 13,30</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CTI 4</td> <td>40,39 / 56,74</td> <td>6,31 / 11,43</td> <td></td> </tr> <tr> <td>UPO</td> <td>68,86 / 44,60</td> <td>6,71 / 4,75</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>*OBS: D.U. - Mede o grau de utilização de um dispositivo em uma UTI, refletindo a exposição ao fator de risco para aquisição da infecção em questão. Portanto essa taxa, expressa em percentagem, ajuda na interpretação dos indicadores de infecção. TMP - Tempo que os pacientes se mantêm com dispositivo na unidade.</p> <p>Podemos observar esse aumento na densidade de utilização principalmente no CTI 1, CTI 2 e CTI 4. Esses setores também houve um aumento no tempo médio de permanência, somando o CTI 3 onde a densidade de utilização de VM foi menor e houve um aumento no tempo médio de permanência. Possíveis causas: Possibilidade de desmame de VM tardio. Ausência de RX em algumas unidades (ex CTI3, CTI4 e UPO - melhora). Ausência de descrição na anamnese do paciente na admissão do hospital para avaliação se o paciente poderia ou não já ter chegado broncoaspirado no hospital. Ausência de manutenção preventiva (incluindo a higienização de acordo com o manual) dos respiradores e revisão dos cacotes pela engenharia clínica. Uso de adomos principalmente por outras equipes médicas. Problemas relacionados à aspiração traqueal devido à vácuos mal funcionantes. TQT realizadas tardiamente e com inadequações de técnicas podem contribuir para tal desfecho.</p> | | | | TU* % (Dez / Jan) | TMP* (Dez / Jan) | | 53,13 / 69,87 | 5,40 / 8,14 | | CTI 1 | CTI 2 | 62,60 / 76,45 | 6,63 / 8,12 | | CTI 3 | 81,01 / 72,68 | 8,53 / 13,30 | | CTI 4 | 40,39 / 56,74 | 6,31 / 11,43 | | UPO | 68,86 / 44,60 | 6,71 / 4,75 | |
| | TU* % (Dez / Jan) | TMP* (Dez / Jan) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 53,13 / 69,87 | 5,40 / 8,14 | | CTI 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CTI 2 | 62,60 / 76,45 | 6,63 / 8,12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CTI 3 | 81,01 / 72,68 | 8,53 / 13,30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CTI 4 | 40,39 / 56,74 | 6,31 / 11,43 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| UPO | 68,86 / 44,60 | 6,71 / 4,75 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ação de Melhoria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> Discussão de atb de acordo com os protocolos de sepsis abertos no CTI e os abertos em outros setores (caso haja necessidade). Discussão semanal com os coordenadores do CTI para definição de diagnóstico de PAV. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FI-NGSP-033 Versão:01 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Compilação de dados - Indicador

| Indicador: | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Mês | jan/22 | fev/21 | mar/21 | abr/21 | mai/21 | jun/21 | jul/21 | ago/21 | set/21 | out/21 | nov/21 | dez/21 | Resultado |
| Metas ≤13% | 13 | |
| Nº total de PAV nos CTIs adulto | 32 | 10 | 14 | 15 | 19 | 17 | 16 | 28 | 13 | 21 | 25 | 12 | 222 |
| Nº total de VM/dia nos CTIs adulto | 1014 | 614 | 764 | 806 | 860 | 793 | 1088 | 900 | 828 | 930 | 877 | 871 | 10345 |
| Fórmula de Cálculo: | 31,56 | 16,29 | 18,32 | 18,61 | 22,09 | 21,44 | 14,71 | 31,11 | 15,70 | 22,58 | 28,51 | 13,78 | 2,15% |



| Hospital Estadual Getúlio Vargas | | Unidade de Medida | |
|----------------------------------|--|---|--|
| Perspectiva | Diretriz | Fonte dos Dados | |
| Processo. | Segurança do paciente. | Busca ativa. Prontuários. Exames microbiológicos. | |
| | Objetivo Reduzir a densidade de incidência de infecção urinária | | |
| Meta ≤0,60% | Indicador Densidade de incidência infecção urinária associada à cateter vesical de demora nas UTIs adulto. | Forma de Medição (cálculo) $\frac{\text{NÚMERO DE INFECÇÕES URINÁRIAS ASSOCIADAS À CATETER VESICAL DE DEMORA/DI}}{\text{NÚMERO DE CATETER VESICAL DE DEMORA/DIA}} \times 1000 \cdot 10$ | |
| | | Periodicidade de Avaliação Mensal | |
| | | Área Responsável CCIH e CTI adulto. | |
| | | Responsável pela Coleta de Dados CCIH. | |
| | | Responsável pela Análise de Dados Enfermeira Juliana Ribeiro | |
| | | Referencial Comparativo | |
| | | Versão | |
| | | Última Atualização Setembro/2019 | |

Análise Crítica

No mês de janeiro não foi diagnosticado nenhum caso de ITU associada à CVD nas UTIs. 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.

Causa que pode favorecer a não detecção de ITUs:

Inadequação de processos para amostra ideal de cultura de urina e processos microbiológicos.
 . DU (Dez / Jan) TEMP (Dez / Jan)

CTI 2

CTI 1

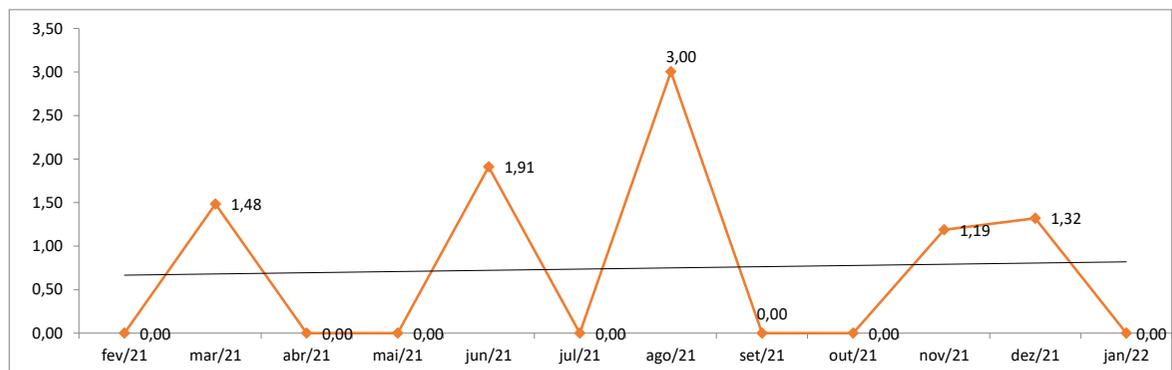
Ação de Melhoria

1. Visita técnica ao laboratório para adequação.
2. Treinamento de coleta de urinocultura pelo laboratório ou durante o treinamento de prevenção de ITU associada a CVD.
3. Treinamento trimestral de prevenção de ITU associada à CVD.

Compilação de dados - Indicador

Indicador:

| Mês | jan/22 | fev/21 | mar/21 | abr/21 | mai/21 | jun/21 | jul/21 | ago/21 | set/21 | out/21 | nov/21 | dez/21 | Resultado |
|---|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----------|
| Metas ≤0,6‰ | 0,6 | |
| N° total de ITU associada a CVD nos CTIs adulto | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 6 |
| N° total de CVD/dia nos CTIs adulto | 752 | 463 | 674 | 644 | 761 | 523 | 780 | 666 | 602 | 782 | 842 | 758 | 8247 |
| Fórmula de Cálculo: | 0,00 | 0,00 | 1,48 | 0,00 | 0,00 | 1,91 | 0,00 | 3,00 | 0,00 | 0,00 | 1,19 | 1,32 | 0,73 |

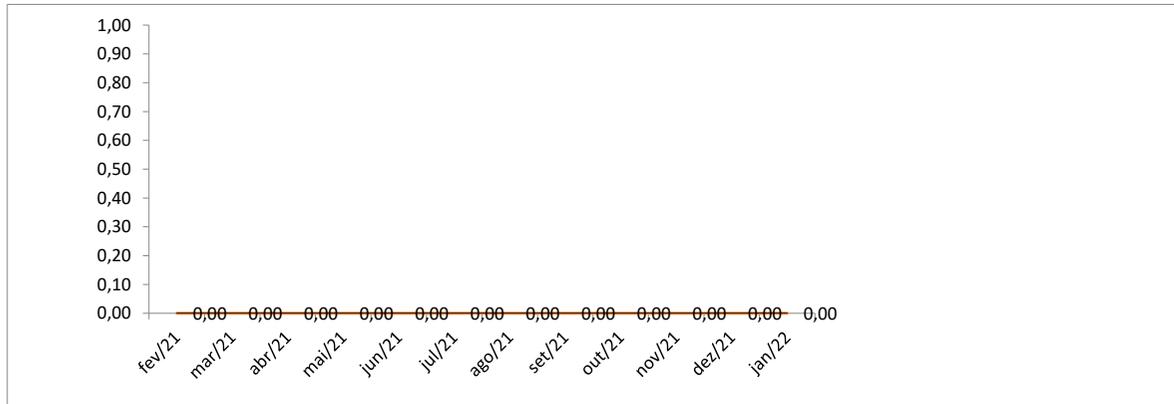


| Hospital Estadual Getúlio Vargas | | Unidade de Medida | |
|--|---|--|--|
| Perspectiva | Diretriz | Fonte dos Dados | |
| Processo. | Segurança do paciente. | Busca fonada. | |
| | Objetivo Reduzir o número de infecções de sítio cirúrgico associadas às artroplastias total de quadril. | | |
| Meta | Indicador | Forma de Medição (cálculo) | |
| 0% | Taxa de infecção de sítio cirúrgico associadas às artroplastias total de quadril. | $\frac{\text{NÚMERO DE INFECÇÕES DE FERIDA OPERATÓRIA DE CIRURGIAS artroplastias total de quadril}}{\text{NÚMERO TOTAL DE artroplastias total de quadril}} \times 100$ | |
| | | Periodicidade de Avaliação | |
| | | Mensal | |
| | | Área Responsável | |
| | | CCIH e Ortopedia | |
| | | Responsável pela Coleta de Dados | |
| | | CCIH. | |
| | | Responsável pela Análise de Dados | |
| | | Marcos Paulo Mugaya | |
| Referencial Comparativo | | | |
| | | | |
| | | Versão | |
| | | Última Atualização | |
| | | Outubro/2019 | |
| Análise Crítica | | | |
| <p>Não foi realizada nenhuma artroplastia total de quadril, apenas três artroplastias parciais. Não foi identificado nenhum caso de infecção no decorrer de janeiro. Desde fevereiro de 2021 não observamos infecção associada a esse tipo de prótese.</p> | | | |
| Ação de Melhoria | | | |
| <p></p> | | | |

Compilação de dados - Indicador

Indicador:

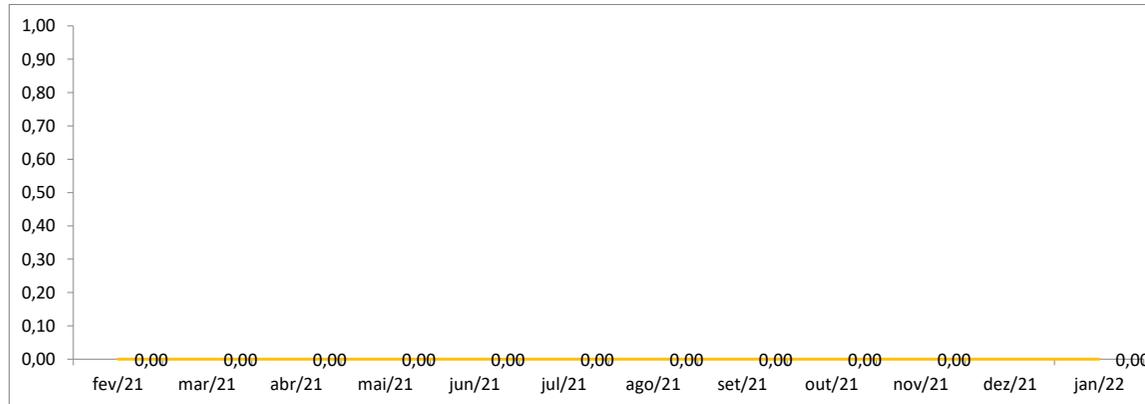
| Mês | jan/22 | fev/21 | mar/21 | abr/21 | mai/21 | jun/21 | jul/21 | ago/21 | set/21 | out/21 | nov/21 | dez/21 | Resultado |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| Metas 0,0 | 0 | |
| N° total de artroplastias total de quadril realizadas | 0 | 4 | 1 | 6 | 3 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 4 | 1 | 26 |
| N° de Infecções cirúrgicas identificadas nas artroplastias totais de quadril | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Fórmula de Cálculo: | #DIV/0! | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | #DIV/0! | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |



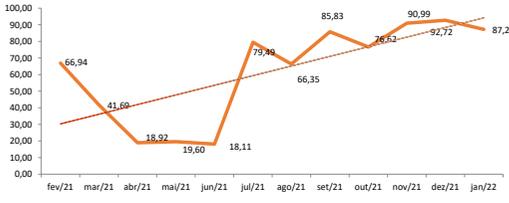
| Hospital Estadual Getúlio Vargas | | Unidade de Medida |
|--|---|---|
| Perspectiva | Diretriz | Fonte dos Dados |
| Processo. | Segurança do paciente. | Busca fonadas e reinternações. |
| | Objetivo Reduzir o número de infecções de sítio cirúrgico associadas às derivações ventriculoperitoneais (DVP). | |
| Meta | Indicador | Forma de Medição (cálculo) |
| 0% | Taxa de infecção de sítio cirúrgico associadas às DVP. | $\frac{\text{NÚMERO DE INFECÇÕES DE FERIDA OPERATÓRIA DE DVP}}{\text{NÚMERO TOTAL DE DVP}} \cdot 100$ |
| | | Periodicidade de Avaliação |
| | | Mensal |
| | | Área Responsável |
| | | CCIH e Neurocirurgia |
| | | Responsável pela Coleta de Dados |
| | | CCIH. |
| | | Responsável pela Análise de Dados |
| | | Leonardo Miguez |
| Referencial Comparativo | | |
| | | Versão |
| | | Última Atualização |
| | | Outubro/2019 |
| Análise Crítica | | |
| Foram realizadas 02 DVPs, 07 DVEs e 02 PICs no mês de janeiro, porém não foi identificada nenhuma infecção. No ano de 2021 não foi identificado nenhum caso de infecção associada à DVP. | | |
| Ação de Melhoria | | |

Compilação de dados - Indicador

| Indicador: | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| Mês | jan/22 | fev/21 | mar/21 | abr/21 | mai/21 | jun/21 | jul/21 | ago/21 | set/21 | out/21 | nov/21 | dez/21 | Resultado |
| Metas 0,0 | 0 | |
| Nº total de DVP realizadas | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 3 | 1 | 0 | 3 | 1 | 4 | 2 | 18 |
| Nº de Infecções cirúrgicas DVP | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Fórmula de Cálculo: | 0,00 | 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 | |
| Perspectiva | Diretriz | Fonte dos Dados | |
| Processo. | Segurança do paciente. | Observador cego. | |
| | Objetivo | | |
| | Reduzir o número de infecções associadas à assistência à saúde. | | |
| Meta | Indicador | Forma de Medição (cálculo) | |
| | Taxa de adesão à higienização das mãos | NÚMERO TOTAL DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NÚMERO DE OPORTUNIDADES OBSERVADAS PARA A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS -100 | |
| Periodicidade de Avaliação | | | |
| Mensal | | | |
| Área Responsável | | | |
| CCH | | | |
| Responsável pela Coleta de Dados | | | |
| CCH | | | |
| Responsável pela Análise de Dados | | | |
| Enfermeira Juliana Ribeiro, Juliana Costa e Sergio Tavares | | | |
| Referencial Comparativo | | | |
| | | | |
| Versão | | | |
| Última Atualização | | | |
| Outubro/2019 | | | |



Análise Crítica

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. O CCH 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.

No mês de janeiro, foram observadas 305 oportunidades de higiene das mãos, sendo que destas, 266 (87,21%) colaboradores realizaram higiene das mãos. No entanto, somente 135 (50,75%) destes realizaram de forma adequada (dentro da técnica preconizada), seguindo todos os passos adequados para higiene proveitosa. Quando comparado com o mês de dezembro observamos uma queda no número absoluto de observações, bem como uma diminuição do percentual de colaboradores que praticaram a HM bem como às HM realizadas adequadamente.

Aproveitamos ainda para destacar o consumo de preparados alcoólicos para as mãos, onde dentro das UTIs adultos no mês corrente, foram utilizados um total de 24.000ml (12.000ml em dezembro) e de 800 no CETIPE (4.000 em dezembro). Esse consumo diminuiu bastante no CETIPE e aumentou nas UTIs quando comparado com o mês anterior. Porém esclarecemos que a CCH avalia a higienização das mãos, seja ela com álcool ou com preparações em dispensers.

Segue o quadro de consumo de álcool gel de acordo com cada unidade:

| CTI 2 | CTI 3 | CTI 4 | UPO | Setor | CTI 1 |
|---------|---------|---------|---------|-------|----------|
| 1.600ml | 1.600ml | 1.600ml | | Dez | 4.000ml |
| 800ml | 00 | 4.000ml | 2.400ml | Jan | 16.800ml |

Houve um aumento de IRAS no CTI 4 e no CTI 2 e CTI 3 mantiveram o mesmo número de IRAS que janeiro, lembrando que no último mês tivemos mais dificuldade de fazer diagnóstico epidemiológico de Pneumonias por mudança do sistema da radiologia e consequente perda de imagens para comparação radiológica.

Ação de Melhoria

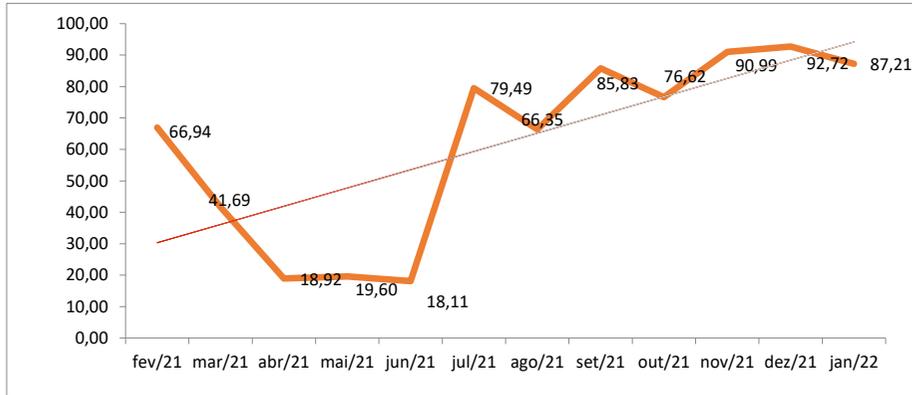
- O aumento no consumo pode ter relação direta com a reposição dos dispensers. precisamos adequar torneiras e pias do nosso hospital de acordo com as normativas da ANVISA.
- Ainda



Compilação de dados - Indicador

Indicador:

| Mês | jan/22 | fev/21 | mar/21 | abr/21 | mai/21 | jun/21 | jul/21 | ago/21 | set/21 | out/21 | nov/21 | dez/21 | Resultado |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| Metas | 0 |
| Nº de higienização das mãos realizadas | 266 | 83 | 168 | 112 | 99 | 46 | 155 | 209 | 218 | 508 | 677 | 650 | 3191 |
| Nº de oportunidades observadas para higiene das mãos. | 305 | 124 | 403 | 592 | 505 | 254 | 195 | 315 | 254 | 663 | 744 | 701 | 5055 |
| Fórmula de Cálculo: | 87,21 | 66,94 | 41,69 | 18,92 | 19,60 | 18,11 | 79,49 | 66,35 | 85,83 | 76,62 | 90,99 | 92,72 | 63,13 |



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

Análise Crítica
Foram abertos 59 protocolos de sepse no HEGV no mês de dezembro (4 a menos que em dezembro), sendo 20 excluídos (mesmo quantitativo que no mês anterior) e 39 mantidos (13 a menos que no mês de dezembro). Até o início de fevereiro foram contabilizados 16 óbitos, sendo 11 por choque séptico.

Dos 39 protocolos mantidos, 19 (48,71%) foram de origem hospitalar e 20 (51,28%) de origem comunitária.

Principais diagnósticos identificados: 16 Pneumonias – 6 Indeterminados – 6 IPPM – 6 ITU – 9 Indeterminados

Origem Comunitária:

Total de 31 protocolos abertos e 20 protocolos mantidos, sendo que 13 por choque séptico (10 óbitos e 3 altas) e 07 infecções com disfunção orgânica (3 internados, 2 óbitos, 2 altas, 1 transferido). Três (15%) protocolos foram considerados como tendo sucesso. Foram transferidos 35 pacientes da UPA Penha para o HEGV, destes, 13 foram à óbito, 17 receberam alta hospitalar e 5 ainda permanecem internados no início deste mês. Em relação aos óbitos: 10 pacientes evoluíram à óbito nas primeiras 72h, 02 óbitos entre 4 e 30 dias.

Origem Hospitalar:

Total de 28 protocolos abertos e 19 protocolos mantidos, sendo que 03 por choque séptico (01 óbito e 2 altas) e 12 infecções com disfunção orgânica (2 internados, 4 óbitos, 6 altas) e 04 SIRS (todos internados). Dois (10,52%) protocolos foram considerados como tendo sucesso. Em relação aos óbitos: 01 paciente evoluiu à óbito nas primeiras 72h, 04 óbitos entre 4 e 30 dias.

Ação de Melhoria

Identificação dos critérios para descontinuidade do protocolo. Treinamento do Protocolo de sepse.
Mudança no modelo de reunião de sepse.
Feedback dos pacientes da última reunião.



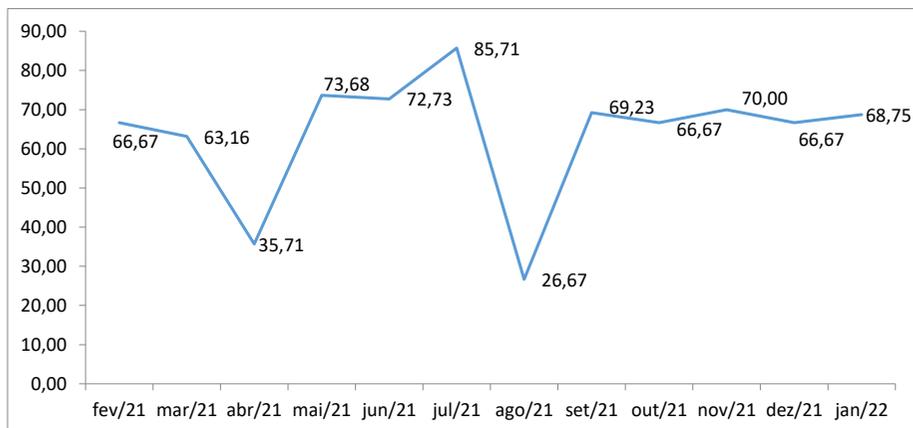
HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS

ESTADO DO RIO DE JANEIRO

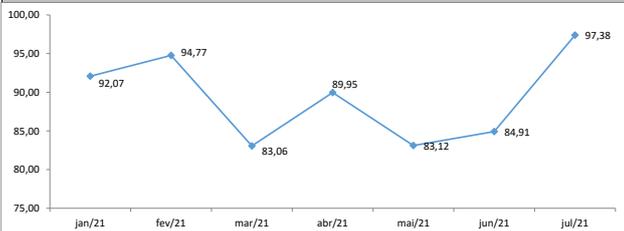
Compilação de dados - Indicador

Indicador:

| Mês | jan/22 | fev/21 | mar/21 | abr/21 | mai/21 | jun/21 | jul/21 | ago/21 | set/21 | out/21 | nov/21 | dez/21 | Resultado |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| Metas | 0 |
| TOTAL DE ÓBITOS RELACIONADOS À SEPSE GRAVE | 11 | 8 | 12 | 5 | 14 | 8 | 7 | 4 | 9 | 4 | 7 | 4 | |
| TOTAL DE SEPSE GRAVE | 16 | 12 | 19 | 14 | 19 | 11 | 6 | 15 | 13 | 6 | 10 | 6 | |
| Fórmula de Cálculo: | 68,75 | 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 |
|--|---|--|------------------|
| Processo. | Perspectiva | Segurança do paciente. | Centro Cirúrgico |
| | Diretriz | Objetivo | |
| | | Reduzir as infecções relacionadas as cirurgias onde estão indicadas as profilaxias de ATB. | |
| Meta | Indicador | Forma de Medição (cálculo) | |
| | Percentual de pacientes que recebeu antibioticoprofilaxia no momento adequado | 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 | 1000 |
| Periodicidade de Avaliação | | | |
| Mensal | | | |
| Área Responsável | | | |
| CCIH | | | |
| Responsável pela Coleta de Dados | | | |
| CCIH. | | | |
| Responsável pela Análise de Dados | | | |
| Sylvia Pavan | | | |
| Referencial Comparativo | | | |
| | | | |
| Versão | | | |
| | | | |
| Última Atualização | | | |
| Novembro/2020 | | | |



Análise Crítica

A profilaxia antimicrobiana em cirurgia é um instrumento importante na prevenção de infecção de sítio cirúrgico (ISC), no entanto, sua ação é limitada, razão pela qual não substitui as demais medidas de prevenção. Adicionalmente, a profilaxia cirúrgica está diretamente ligada ao desenvolvimento de microbiota resistente, razão pela qual seu uso deve ser racional e justificado tecnicamente. Logo, no que tange ao uso de antimicrobianos para profilaxia de ISC, devemos nos atentar à: I) Indicação apropriada; II) Escolher droga adequada levando em consideração o sítio a ser operado; III) Administrar dose efetiva até 60 minutos antes da incisão cirúrgica (obs.: Vancomicina e Ciprofloxacino iniciar infusão 1 a 2 horas antes da incisão), IV) Descontinuar em 24 horas, exceto quando em abordagens específicas de acordo com o guia de profilaxia cirúrgica disponibilizado; V) Realizar repique conforme guia disponibilizado.

A análise da profilaxia cirúrgica neste nosocômio se dá por meio de filipetas que integram a ficha de otimização cirúrgica. Caso haja indicação para profilaxia, o profissional anestesiológico realizará a mesma e ditará para o técnico de enfermagem circulante de sala o antibiótico realizado e seu horário de infusão.

| Item / Mês | Nov/21 | Dez/21 | Jan/22 | Total de cir. |
|---|---------------|---------------|---------------|-------------------|
| Total de cirurgias realizadas (P: Programada / E: Emergência) | P: 237 E: 283 | P: 244 E: 281 | P: 244 E: 321 | |
| com indicação de profilaxia | 335 | 356 | 380 | Total de cir. com |
| profilaxia realizada | 329 | 339 | 357 | |

A discrepância entre o número total de cirurgias e o número com indicação de profilaxia se dá devido ao perfil da mesma, como por exemplo: Amputações por gangrena, revisões de laparotomia devido a suspeita de infecção, etc.

Cabe ressaltar que devido ao avanço do percentual de conformidade da profilaxia cirúrgica após ajustes do SCIH realizados pelas médicas infectologistas e treinamentos, desde novembro realizamos também a análise do tempo de infusão dos antimicrobianos, dentro do intervalo já citado neste documento.

Quadro

2. Último trimestre – Cirurgias com indicação de profilaxia por clínica:

| Clínica | Nov/21 | Dez/21 | Jan/22 | Total |
|---------------|--------|--------|--------|-------|
| C. Vascular | 04 | 08 | 05 | 17 |
| 185 | 30 | 35 | 380 | 745 |
| 08 | 173 | 08 | 08 | 189 |
| 06 | 08 | 08 | 08 | 24 |
| Cir. Plástica | 00 | 00 | 02 | 2 |
| Total | 335 | 356 | 380 | 1071 |

Quadro 3. Procedimentos cirúrgicos com indicação profilática administrados fora do intervalo preconizado:

| Clínica | Nov/21 | Dez/21 | Jan/22 | Total |
|------------|--------|--------|--------|-------|
| 19 | 14 | 20 | 0 | 34 |
| 1 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 6 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CIPE | 1 | 1 | 1 | 3 |
| Bucomaxilo | 1 | 1 | 4 | 6 |
| 1 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 42 | 49 | 0 | 0 | 91 |

Ainda, com base no quadro acima exposto, após avaliação, é possível afirmar que parte dos antimicrobianos administrados e sinalizados como atrasados, foram administrados após a incisão cirúrgica. Logo, não há como garantir que os níveis séricos de antimicrobiano sejam suficientes para atuar de forma profilática.

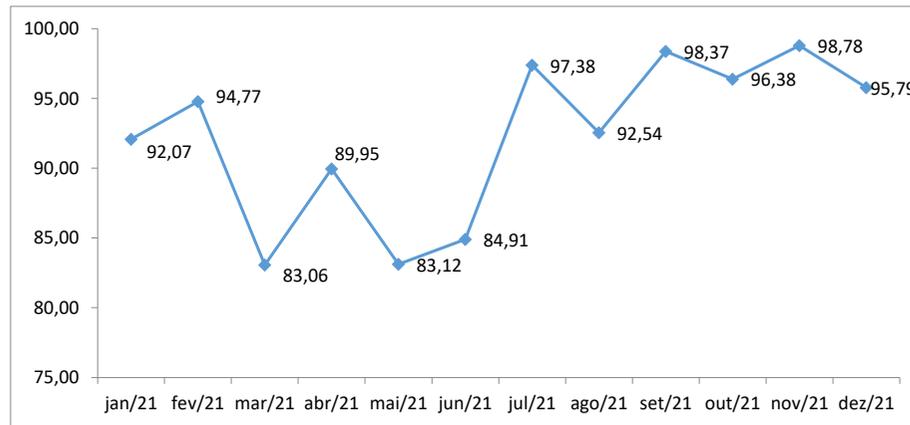
Ainda, como discutido em reunião e ponderado pelo SCIH de forma positiva, trata-se da necessidade de realizar a profilaxia em pacientes cirúrgicos emergenciais o mais precocemente após a chegada do mesmo na unidade hospitalar.

Ação de Melhoria

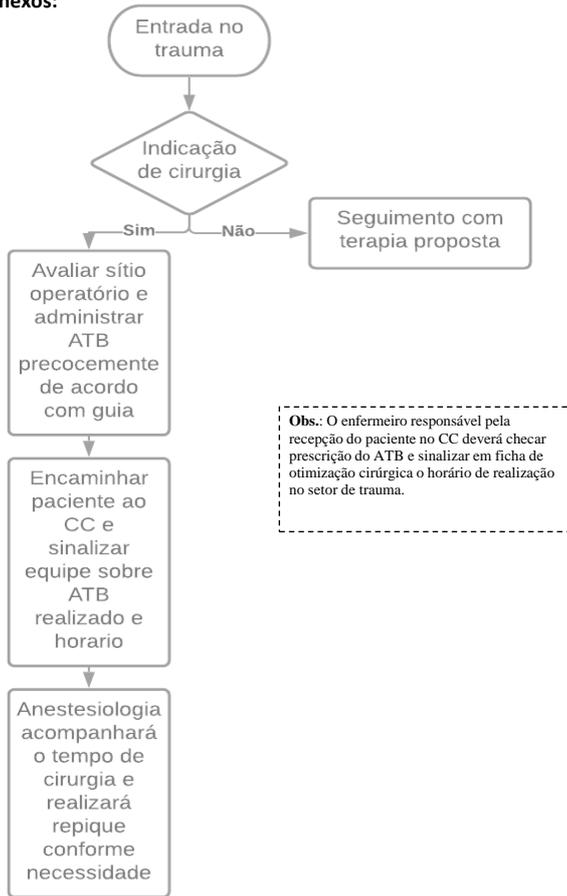
Otimizar os antibióticos profiláticos desde a emergência (Anexo)

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 |
| Metas | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | |
| Fórmula de Cálculo: | 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: