

Relatório Mensal de Atividades

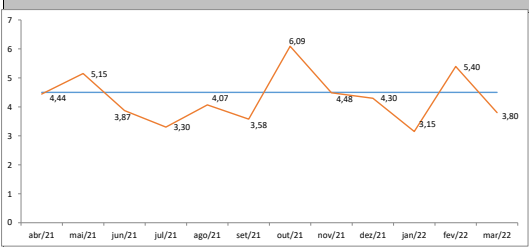
(SCIH)

Responsável:

SYLVIA PAVAN

MARÇO/2022

Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida
Processo.	Perspectiva	Fonte dos Dados
	Diretriz	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



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 março foram diagnosticados 04 casos de IPSC/LC nos CTIs (dois a menos que no mês anterior), distribuídos da seguinte forma: CTI1: 1, CTI2: 1 e CTI4: 2. O total de CVC/dia foi de 1052 (60 CVC/dia a menos que no mês de fevereiro). A densidade de infecção encontra-se em 3,80 (1,6% a mais que mês anterior).

Observamos que a taxa de utilização deste dispositivo baixou significativamente (de 80,70% em fevereiro para 60,26% em março). Em relação à taxa de utilização de CVC em cada UTI observamos uma diminuição em todas as unidades, exceto no CTI4, que praticamente se manteve sem alterações.

Taxa de utilização de CVC (em dias) nas UTIs nos últimos 2 meses:

Sector	Fevereiro	Março
UTI 1	81,27%	64,72%
UTI 2	92,11%	83,47%
UTI 3	71,43%	63,04%
UTI 4	68,47%	64,08%
UPO	84,83%	75,28%

Em relação ao tempo médio de permanência do CVC nas UTIs, observamos que houve uma diminuição no CTI 1, CTI 2 e, em menor expressão, na UPO, aumentou consideravelmente no CTI3 e praticamente não houve alteração no CTI 4.

Tempo médio de permanências de CVC (em dias) nas UTIs nos últimos 2 meses:

Sector	Fevereiro	Março
UTI 1	8,10	6,71
UTI 2	10,21	5,46
UTI 3	8,85	11,60

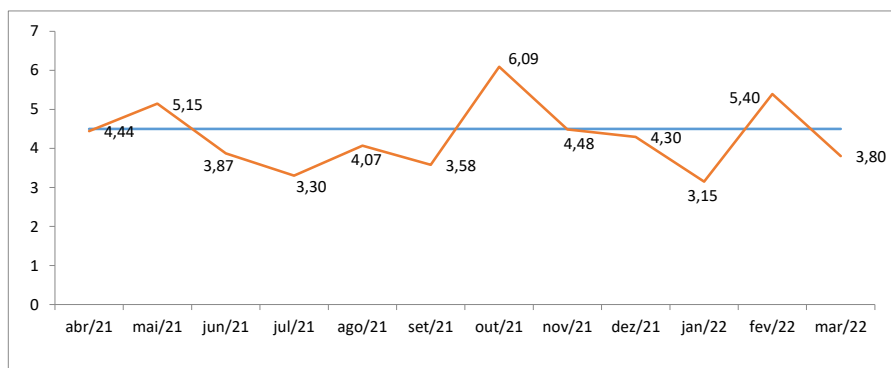
Ação de Melhoria

1. Discussão para diagnóstico de IRAS semanalmente com os coordenadores do CTI semanalmente.
2. Identificação de pacientes com CVC ainda não trocados com mais de 3 dias de punção em caráter de emergência/urgência ou proveniente de outro setor, para discussão semanal.
3. Intensificar a rotina de troca de CVC de acordo com as indicações.
4. Melhoria da qualidade dos preenchimentos dos bundles, com melhorias na descrição das funções e atuações.

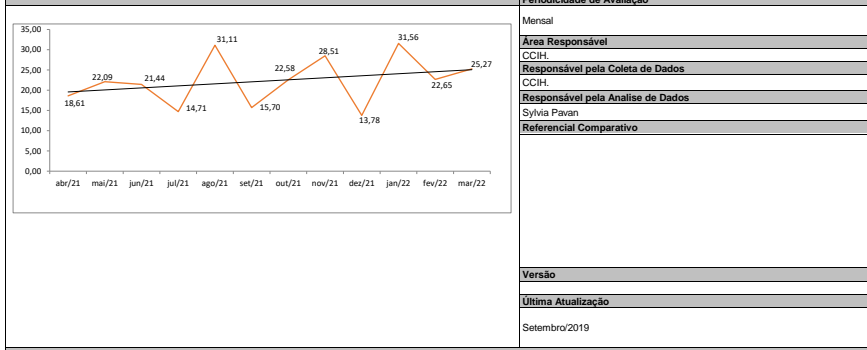
Compilação de dados IPCS adulto

Indicador:

	jan/22	fev/22	mar/22	abr/21	mai/21	jun/21	jul/21	ago/21	set/21	out/21	nov/21	dez/21	Resultado
Metas ≤4,5‰	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	
Nº total de IPCS nos CTIs adulto	4	6	4	5	6	4	4	5	4	7	5	5	59
Nº total de CVC/dia nos CTIs adulto	1270	1112	1052	1125	1165	1033	1211	1229	1118	1149	1115	1164	13743
Fórmula de Cálculo:	3,15	5,40	3,80	4,44	5,15	3,87	3,30	4,07	3,58	6,09	4,48	4,30	4,29



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.	NUMERO DE PNEUMONIAS ASSOCIADAS A VENTILAÇÃO MECÂNICA / NUMERO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA DIA 1.000



Análise Crítica

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.

Houve uma diminuição na taxa de utilização de VM em todos os CTIs, exceto no CT14, onde praticamente não sofreu alteração.

Taxa de utilização de VM nos últimos 2 meses:

Sector	Fevereiro	Março
CTI 1	66,60%	38,73%
CTI 2	85,71%	72,31%
CTI 3	71,43%	51,63%
CTI 4	50%	52,65%
UPO	60,66%	47,94%

O número total de PAVs diminuiu no CTI 1, CTI 2 e no CTI 3. No CTI 4 e na UPO houve um aumento.

Número absoluto de PAVs nas UTIs nos últimos 2 meses:

Sector	Fevereiro	Março
CTI 1	9	7
CTI 2	5	1
CTI 3	3	1
CTI 4	2	4
UPO	2	6

O tempo médio de permanência (dias) dos pacientes em VM diminuiu no CTI 1 e no CTI2, mantendo-se praticamente sem alterações no CTI 3 e na UPO. No CTI 4 houve um aumento discreto.

TMP (em dias) dos pacientes em VM nos últimos 2 meses:

Sector	Fevereiro	Março
CTI 1	8,63	6,82
CTI 2	10,86	6,48
CTI 3	11,50	11,88
CTI 4	7,93	8,60
UPO	7,53	7,53

- Ainda há unidades com números insatisfatórios de imagens de tórax para que haja a conclusão diagnóstica e reavaliações constantes de posicionamento de CNE.
- 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, muitas vezes falta imagem de entrada para comparação posterior.
- Discussão de casos clínicos entre alguns rotinas médicos e a CCHH com informações imprecisas, dificultando na assertividade diagnóstica e consequentemente intervindo no uso inapropriado de antimicrobianos.

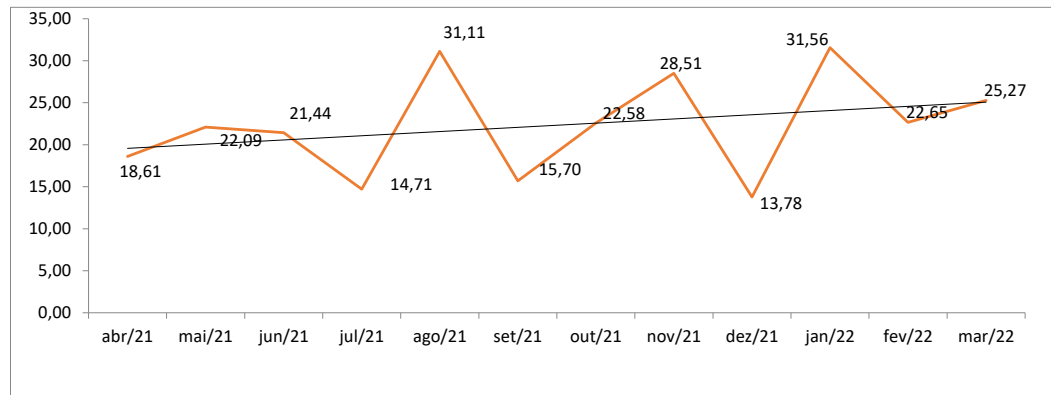
Causas:

Problemas relacionados à aspiração traqueal devido à vácuos mal funcionantes.
 Posicionamento inadequado circuito respiratório.
 Fixador de TOT de má qualidade podendo impactar nas extubações acidentais.
 Transportes de pacientes em VM com cabeceira à zero grau.

- Ação de Melhoria**
1. Já estão sendo realizadas discussões sobre antibioticoterapia de acordo com os protocolos de sepsis abertos no CTI e de acordo com as visitas da CCHH aos setores. Os abertos em outros setores (caso haja necessidade), na intenção de impactar na letalidade da PAV.
 2. Fixadores de TOT serão trocados durante a H.O. do paciente e sempre que necessário pela equipe de enfermagem ou fisioterapia.
 3. Foram adicionados cuidados extras para prosseguir com a extubação do paciente, como: H.O. antes do procedimento ser realizado, avaliação hemodinâmica durante o TRE, avaliação do CNE após a extubação, realização de raios x de tórax imediatamente após a extubação, entre outros.
 4. Já estão sendo realizadas discussões semanais com os coordenadores do CTI para definição de diagnóstico de PAV.

Compilação de dados - Indicador

Indicador:													
Mês	jan/22	fev/22	mar/22	abr/21	mai/21	jun/21	jul/21	ago/21	set/21	out/21	nov/21	dez/21	Resultado
Metas ≤13‰	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	
Nº total de PAV nos CTIs adulto	32	21	19	15	19	17	16	28	13	21	25	12	238
Nº total de VM/dia nos CTIs adulto	1014	927	752	806	860	793	1088	900	828	930	877	871	10646
Fórmula de Cálculo:	31,56	22,65	25,27	18,61	22,09	21,44	14,71	31,11	15,70	22,58	28,51	13,78	2,24%



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

Análise Crítica

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. Foi diagnosticado um caso de ITU associada à CVD na UTI 4 no mês de março. Paciente masculino, 46 anos, vítima de politrauma, internada em 08/03 no hospital e na mesma data no CTI4. Foi passada CVD na internação, ainda no trauma. O *bundle* de manutenção não apresenta falha, exceto por não ter sido realizado por dois dias. A troca do CVD, por ter sido inserido em caráter de urgência, só foi realizada em 13/03, o que pode ter contribuído para a infecção.

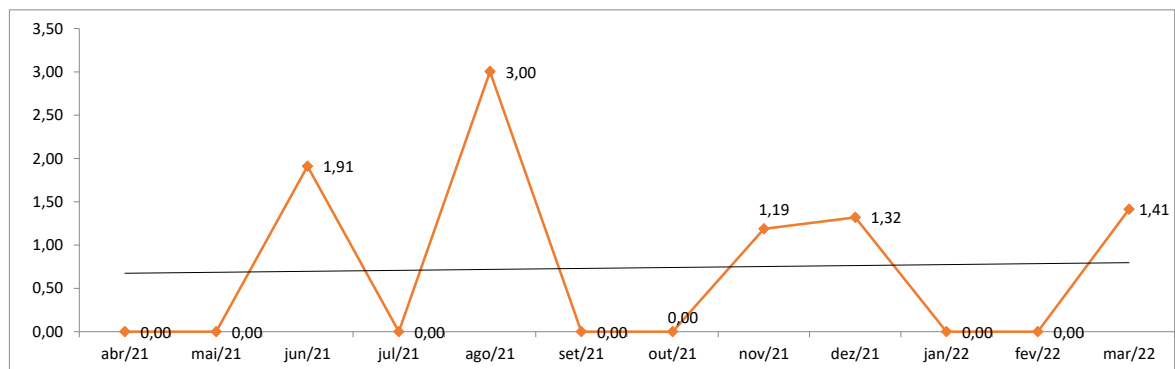
Ação de Melhoria

1. Treinamento de coleta de urinocultura pelo laboratório ou durante o treinamento de prevenção de ITU associada a CVD.
2. Treinamento trimestral de prevenção de ITU associada à CVD.

Compilação de dados - Indicador

Indicador:

Mês	jan/22	fev/22	mar/22	abr/21	mai/21	jun/21	jul/21	ago/21	set/21	out/21	nov/21	dez/21	Resultado
Metas ≤0,6‰	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	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	664	708	644	761	523	780	666	602	782	842	758	8482
Fórmula de Cálculo:	0,00	0,00	1,41	0,00	0,00	1,91	0,00	3,00	0,00	0,00	1,19	1,32	0,71

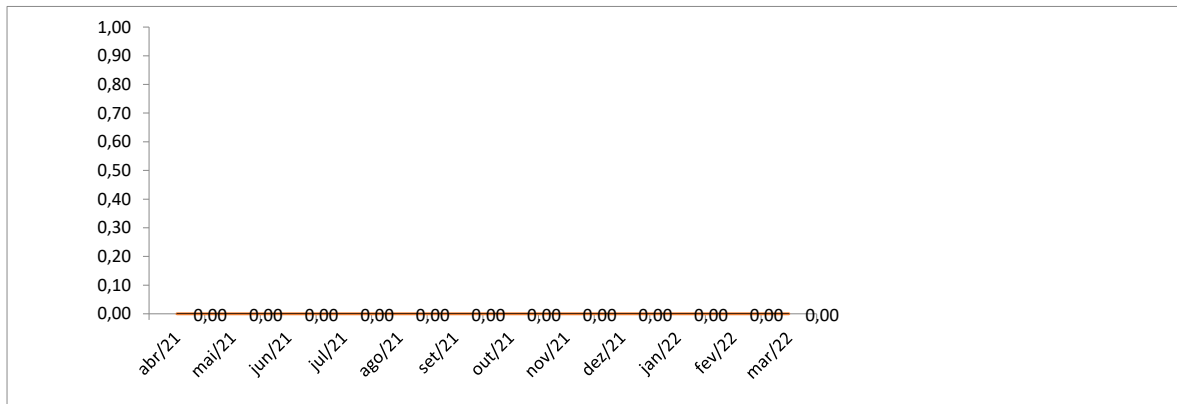


Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida	
Perspectiva	Diretriz	Fonte dos Dados	
Processo.	Segurança do paciente.	Busca fonada.	
	Objetivo Reduzir o número de infecções de sítio cirúrgico associadas às artroplastias total de quadril.		
Meta	Indicador	Forma de Medição (cálculo)	
0%	Taxa de infecção 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			
Foram realizadas 03 totais e 05 parciais. Não foi diagnosticado nenhum caso de infecção relacionada à artroplastia total de quadril no período.			
Ação de Melhoria			

Compilação de dados - Indicador

Indicador:

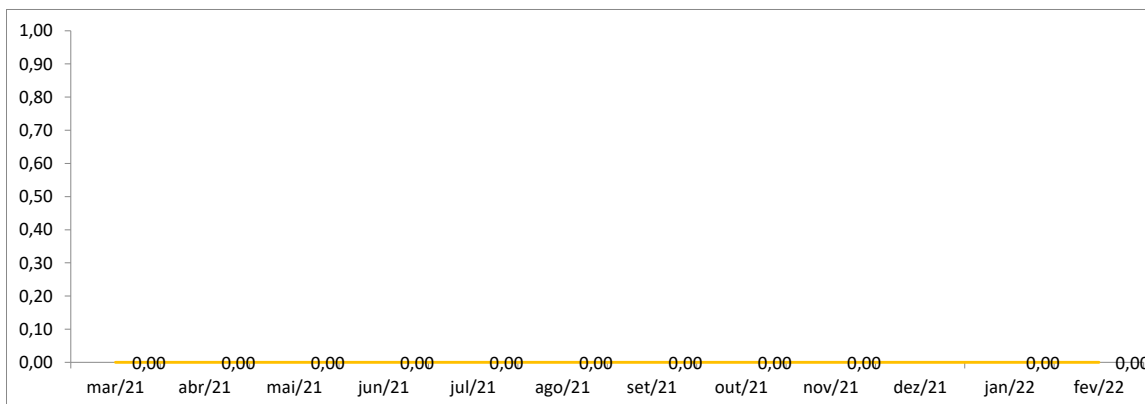
Mês	jan/22	fev/22	mar/22	abr/21	mai/21	jun/21	jul/21	ago/21	set/21	out/21	nov/21	dez/21	Resultado
Metas 0,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Nº total de artroplastias total de quadril realizadas	0	2	3	6	3	0	2	1	2	2	4	1	26
Nº de Infecções cirúrgicas identificadas nas artroplastias totais de quadril	0	0	0	0	0	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.		NÚMERO DE INFECÇÕES DE FERIDA OPERATÓRIA DE DVP .100 NÚMERO TOTAL DE DVP
			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 e 07 DVEs no período e nenhum caso de infecção foi diagnosticado relacionado à DVP.			
Ação de Melhoria			

Compilação de dados - Indicador

Indicador:													
Mês	jan/22	fev/22	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Nº total de DVP realizadas	2	3	1	0	0	3	1	0	3	1	4	2	20
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 CCIH Responsável pela Coleta de Dados CCIH 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 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.

Foram observadas 314 oportunidades de higiene das mãos em março, sendo observada uma queda de 13,42%. Durante as observações observamos que 227 (72,29%) colaboradores realizaram higiene das mãos. No entanto, somente 77 (33,92%) destes realizaram executaram de forma adequada (dentro da técnica preconizada). Aproveitamos ainda para destacar o consumo de preparados alcoólicos e sabão líquido para as mãos, nas UTIs nos últimos 2 meses:

Consumo de álcool gel por CTI:

Sector	CTI 1	CTI 2	CTI 3	CTI 4	UPO	CETIPE
Fevereiro	5.600ml	1.600ml	3.200ml	4.800ml	2.400ml	5.600ml
Março	11.200ml	800ml	1.600ml	1.600ml	1.600ml	4.000ml

Consumo de sabão líquido por CTI:

Sector	CTI 1	CTI 2	CTI 3	CTI 4	UPO	CETIPE
Fevereiro	13.600ml	12.800ml	800ml	11.200ml	12.000ml	5.600ml
Março	10.400ml	11.100ml	4.700ml	9.600ml	4.800ml	7.200ml

Causas:

1. Ainda precisamos adequar torneiras e pias do nosso hospital de acordo com as normativas da ANVISA.
2. Conscientização das equipes quanto a importância do ato de higienizar as mãos da forma adequada.

Ação de Melhoria

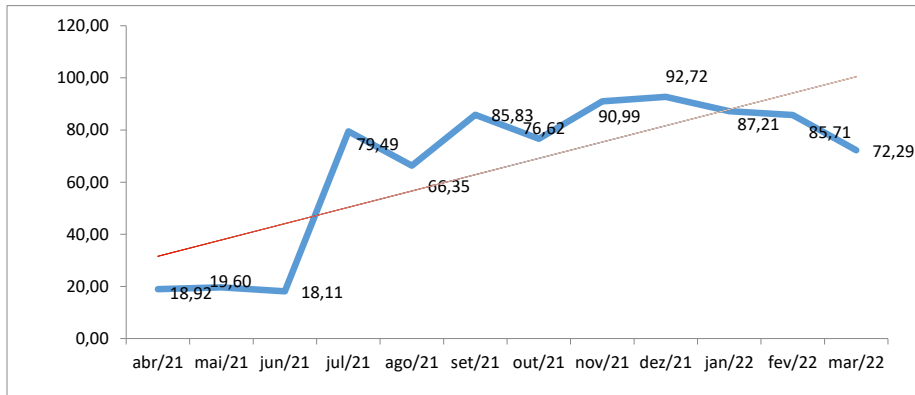
Treinamento com conscientização das equipes sobre a importância de HM.

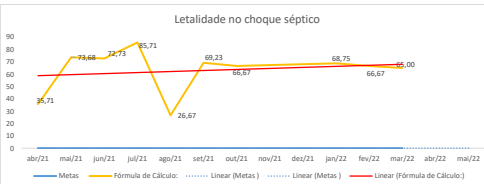


Compilação de dados - Indicador

Indicador:

Mês	jan/22	fev/22	mar/22	abr/21	mai/21	jun/21	jul/21	ago/21	set/21	out/21	nov/21	dez/21	Resultado
Metas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nº de higienização das mãos realizadas	266	36	227	112	99	46	155	209	218	508	677	650	3203
Nº de oportunidades observadas para higiene das mãos.	305	42	314	592	505	254	195	315	254	663	744	701	4884
Fórmula de Cálculo:	87,21	85,71	72,29	18,92	19,60	18,11	79,49	66,35	85,83	76,62	90,99	92,72	65,58



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 Cláudio Filho		
Referencial Comparativo		
		
Versão		
Última Atualização		
Outubro/2019		

Análise Crítica

Foram abertos 69 protocolos de sepse no HEGV no mês de fevereiro (27 protocolos a mais que em fevereiro). Foram excluídos 26 (11 a mais que no mês anterior) e 43 mantidos (16 a mais que no mês anterior). Até o início de março foram contabilizados 20 óbitos de todos os pacientes que tiveram os protocolos mantidos, sendo que 13 por choque séptico e 20 por infecção com disfunção orgânica.

Dos 43 protocolos mantidos, 29 (67,44%) foram de origem comunitária e 14 (32,55%) de origem hospitalar.

Principais diagnósticos identificados: 16 Pneumonias – 9 IPPM – 5 Urinário – 9 Indeterminado - 1 Abdominal – 1 ISC – 1 Osso e articulação.

Origem Comunitária:

Total de 29 protocolos mantidos, sendo que 14 evoluíram para óbito, desses: 10 por choque séptico (3 com menos de 72h de internação) e 4 por infecção com disfunção orgânica (1 com menos de 72h de internação).

Em relação ao foco, 8 foram de origem pulmonar e 3 urinária.

Origem Hospitalar:

Dos 14 protocolos mantidos, 06 evoluíram à óbito, desses: 03 choques sépticos, 02 disfunções orgânicas e 01 SIRS.

• 8 na CM - 3 choques (todos evoluíram para óbito), 5 infecções com disfunção (3 internados, 1 transferido e 1 óbito)

• 2 Cirurgia – 2 infecções com disfunção (1 óbito e 1 alta) e 1 SIRS (internado)

• 2 na Ortopedia – 1 disfunção orgânica (alta)

• 1 na Sala Amarela – SIRS (óbito)

• 1 na Emergência – Paciente proveniente da CM. Disfunção orgânica (internada).

OBS: Nenhum protocolo aberto no HEGV foi considerado como realizado de forma completa.

Na UPA

UPA:

Penha foram abertos 29 protocolos, apenas 19 foram mantidos (65,51%). Dez pacientes mantidos no protocolo foram transferidos para o HEGV. Houve uma diminuição no número total de abertura de protocolos, porém observamos uma queda no número de exclusões, possivelmente como consequência do treinamento realizado pelo CCHH naquele setor.

Cinco pacientes evoluíram para óbito na UPA Penha: 2 choques sépticos, 1 infecção com disfunção orgânica e 1 SIRS. Dois pacientes receberam alta ainda na UPA e 3 tiveram transferências externas.

Pacientes transferidos da UPA Penha para o HEGV:

	Transferidos p/ HEGV	Óbito	Internado	Alta
Choque séptico	3	2	1	0
Infecção com dis.	4	3	2	2
SIRS	3	0	1	2

De todos os pacientes da UPA, 03 tiveram o protocolo realizado de acordo com o preconizado.

CTIs:

Foram abertos 76 protocolos, 21 a mais que no mês anterior. Dez protocolos foram encerrados ou não haver quadro infeccioso suspeito. Foram 36 protocolos abertos na UTI 1, 8 na UTI 2, 7 na UTI 3, 4 na UTI 4 e 21 na UPA. Foram abertos mais protocolos com pacientes ainda em SIRS (11 SIRS em março e 1 em fevereiro) e uma quantidade menor de abertura em pacientes com sepse (27 em março e 36 em fevereiro). Entretanto o número de protocolos de pacientes com choque séptico aumentou (27 em março e 13 em fevereiro). Dentre os pacientes que obtiveram protocolo de sepse aberto, 26 o CCHH diagnosticou IRAS, onde a afecção de origem pulmonar ocupa maior parte dos diagnósticos (22), seguido por IPCS (2) e IPPM (2). Ressalto que o protocolo gerenciado de sepse não trata-se de uma ferramenta para diagnóstico de infecções relacionadas à assistência à saúde; logo, os diagnósticos realizados seguiram toda propedêutica com embasamento nos critérios diagnósticos publicados pela ANVISA em 2021. Dentre os protocolos mantidos, 29 evoluíram à óbito. Destes, 15 foram choque sépticos, 10 infecções com disfunção e 3 SIRS. De todos os protocolos mantidos, 39 tinham como diagnóstico principal o foco pulmonar como o principal foco infeccioso (24 evoluíram à óbito). Apenas 3 protocolos tinham como suspeita IPCS, porém todos eles tinham como suspeita primária o foco pulmonar. Sete tinham como foco pele e partes moles (5 óbitos e 2 internados até 05/04), sendo que apenas 4 como o único foco suspeito (2 permaneceram internados).

Ação de Melhoria

Treinamento das equipes médicas com apoio dos coordenadores das unidades.
Treinamento do novo formulário implementado em meados de março.



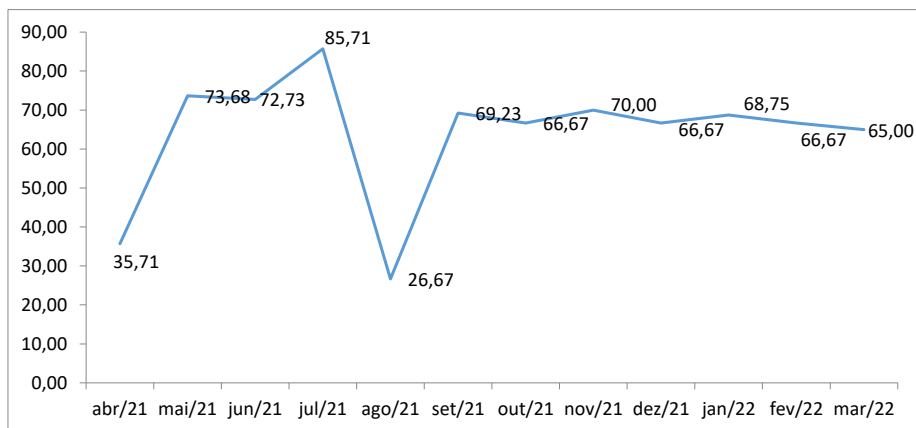
HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS

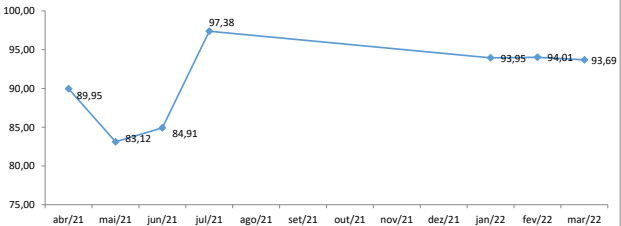
ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Compilação de dados - Indicador

Indicador:

Mês	jan/22	fev/22	mar/22	abr/21	mai/21	jun/21	jul/21	ago/21	set/21	out/21	nov/21	dez/21	Resultado
Metas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL DE ÓBITOS RELACIONADOS À SEPSE GRAVE	11	8	13	5	14	8	7	4	9	4	7	4	
TOTAL DE SEPSE GRAVE	16	12	20	14	19	11	6	15	13	6	10	6	
Fórmula de Cálculo:	68,75	66,67	65,00	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
	Objetivo	Reduzir as infecções relacionadas as cirurgias onde estão indicadas as profilaxias de ATB.	
Meta	Indicador	Forma de Medição (cálculo)	Periodicidade de Avaliação
	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	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	Jan/22	Fev/22	Mar/22
Total de cirurgias realizadas (P: Programada / E: Emergência)	P: 244 E: 321	P: 225 E: 287	P: 313 E: 314
Total de cir. com indicação de profilaxia	380	384	444
Total de cir. com profilaxia realizada	357	361	416

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:

Jan/22	Fev/22	Mar/22	C. Geral	C. Vascular
148	142	158		35
05	09	12		
31	26			
231				
03				
07				
Cir. Plástica	02	00		
Total	356	380	173	185

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

cir. / prof. realizado fora do ΔT recomendado	Jan/22	Fev/22	Mar/22	Total de C.
Geral	20	18	14	
C. Vascular	1	02	02	
Neurocirurgia	6	04	03	
Ortopedia	18	28	22	
CIPE	00	00	00	
Cir. Bucomaxilo	04	02	00	
Endoscopia	00	00	00	
Total	49	54	43	

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 antibióticos sejam suficientes para atuar de forma profilática.

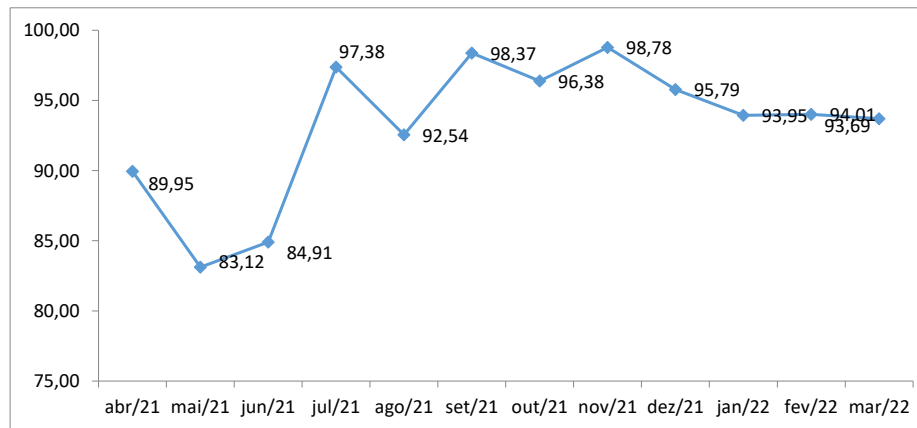
Ainda, como discutido em reunião e ponderado pelo SCIH de forma positiva, trata-se da necessidade de realizar a profilaxia em pacientes cirúrgicos emergenciais o mais precocemente após a chegada do mesmo na unidade hospitalar.

Ação de Melhoria

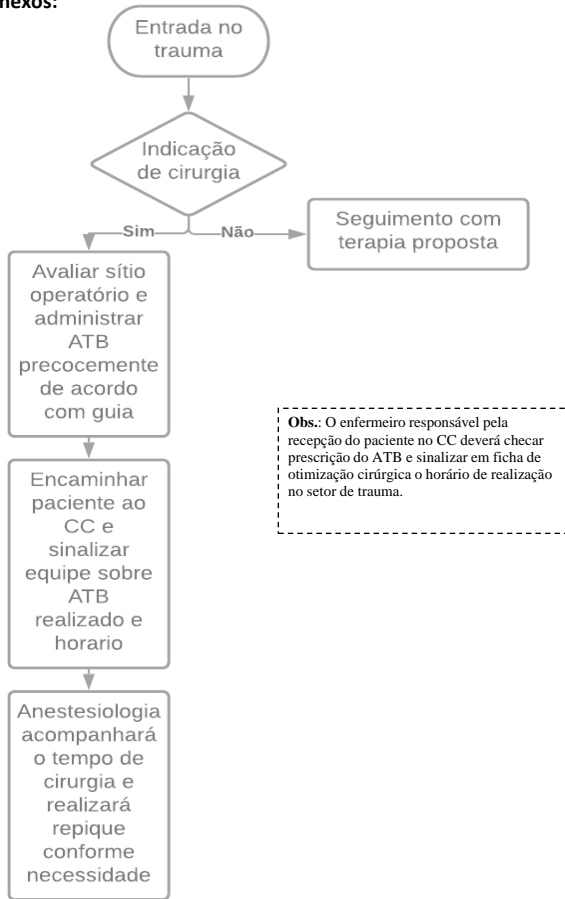
Otimizar os antibióticos profiláticos desde a emergência (Anexo).

Compilação de dados - Indicador

Indicador:													
Mês	jan/22	fev/22	mar/22	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	357	361	416	385	256	270	372	360	363	373	325	341	
Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos na amostra	380	384	444	428	308	318	382	389	369	387	329	356	
Fórmula de Cálculo:	93,95	94,01	93,69	89,95	83,12	84,91	97,38	92,54	98,37	96,38	98,78	95,79	93,95



Anexos:



Anexos: