

# Relatório Mensal de Atividades

## (SCIH)

**Responsável:**

SYLVIA PAVAN

**ABRIL/2022**

Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida	Fonte dos Dados
Perspectiva	Diretriz		
Processo.	Segurança do paciente.		Busca ativa. Prontuários. Hemoculturas.
	<b>Objetivo</b> Reduzir o número de infecção associadas ao cateter venoso central dos pacientes internados nas UTIs adulto.		
<b>Meta</b>	<b>f</b>	<b>Forma de Medição (cálculo)</b>	
≤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
<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>			
Setembro/2019			

**Análise Crítica**

No mês de abril foram diagnosticados 04 casos de IPCSLC nos CTIs (a mesma quantidade que no mês anterior), distribuídos da seguinte forma: CTI1: 1, CTI2: 1, CTI4: 1 e UPO: 1. O total de CVC/dia foi de 1.243 (191 CVC/dia a mais que no mês de março). A densidade de infecção encontra-se em 3,22 (aproximadamente 0,60% a menos que mês anterior).

A densidade de infecção relacionada a este dispositivo vem diminuindo progressivamente nos últimos dois meses.

Observamos que a taxa de utilização deste dispositivo aumentou significativamente em todos os CTIs, com exceção do CTI 1 onde apresentou uma queda de 12,01%. Em compensação o tempo médio de permanência dos pacientes com CVC não acompanhou tal informação quando observamos o CTI 3 e no CTI 4, onde observamos aumento no TMP. No CTI 2 houve um aumento importante na DU e na TMP, o mesmo ocorreu também na UPO, porém em menor escala. No CTI 1 houve diminuição tanto na TU como no TMP.

Em relação às IPSCs identificadas no mês de abril:

- O tempo médio de CVC entre os pacientes que desenvolveram IPSC foi de 14 dias, sendo 12,5 dias para os CVC destinados à infusão de medicamentos e 7,5 dias para os CDL.
- Todos os pacientes com IPSC tinham internação prolongada. O tempo médio de internação hospitalar dos pacientes que desenvolveram IPSC foi de 44,50 dias, sendo o menos tempo de 9 e o maior de 79 dias. O tempo médio de internação no setor onde desenvolveu a IPSC foi de 63 dias, sendo intervalo de 7 a 25 dias.
- Dos quatro pacientes diagnosticados com IPSC, dois evoluíram à óbito, sendo um deles 3 e o outro 16 dias após o diagnóstico infeccioso. Os demais ainda permanecem internados na data deste relatório. Ambos os pacientes estavam em HD.
- Todos os pacientes tiveram seus acessos (para infusão medicamentosa) trocados até 2 dias após o evento de IPSC, exceto os acessos para HD que, em ambos os pacientes não foi trocado.
- Dois pacientes com diagnóstico de IPSC apresentavam CVC para HD (VSE e VFD). Ambos sem troca de CVC após suspeita de infecção.
- Nenhum paciente com diagnóstico de IPSC tinha acesso baixo (VF) para infusão de medicamentos.
- Dos pacientes com diagnóstico de IPSC, 01 foi punccionado no Centro Cirúrgico e 01 na Sala Amarela. Até o momento não há rotina de troca para os acessos punccionados nos setores fechados.
- Um paciente não foi contabilizado como IPSC por não apresentar hemocultura positiva até o momento do fechamento, porém apresentava secreção purulenta no óstio do CVC, febre e leucocitose, sem nenhum outro foco infeccioso suspeito. Este paciente foi diagnosticado como IPSC clínica e o mesmo apresentava também CVC para HD.

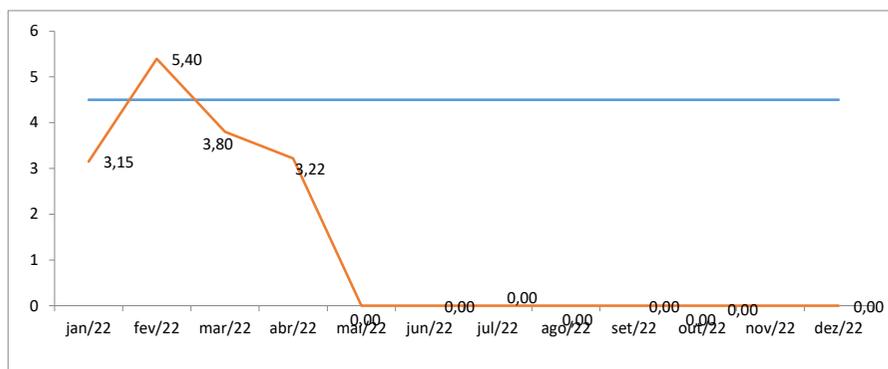
**Ação de Melhoria**

- Discussão para diagnóstico de IRAS semanalmente com os coordenadores do CTI semanalmente.
- 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.
- Intensificar a rotina de troca de CVC de acordo com as indicações.
- Melhoria da qualidade dos preenchimentos dos bundles, com melhorias na descrição das funções e atuações.
- Ausência de resultados de hemoculturas no sistema dificultando a identificação de possíveis IPSCs.

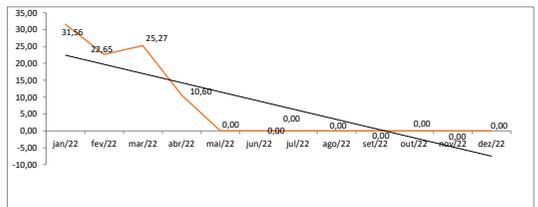
Compilação de dados IPCS adulto

Indicador:

	jan/22	fev/22	mar/22	abr/22	mai/22	jun/22	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22	Resultado
<b>Metas ≤4,5‰</b>	<b>4,5</b>												
Nº total de IPCS nos CTIs adulto	4	6	4	4									18
Nº total de CVC/dia nos CTIs adulto	1270	1112	1052	1243									4677
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	3,15	5,40	3,80	3,22	#DIV/0!	3,85							



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> ≤13%	<b>Indicador</b> Densidade de incidência de infecção de Pneumonia associada à ventilação mecânica nas UTIs adulto.	<b>Forma de Medição (cálculo)</b> NÚMERO DE PNEUMONIAS ASSOCIADAS A VENTILAÇÃO MECÂNICA / NÚMERO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA DIA <b>·1000</b>
<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		



**Análise Crítica**  
A PAV aumenta com a duração da ventilação mecânica e apontam taxas de ataque de aproximadamente 30% durante os primeiros 5 dias de ventilação. O desenvolvimento de um PAV, tem morbidade associada significativa, prolongando o tempo de VM, bem como o tempo de permanência do paciente na UTI, com todos os custos associados a esse evento.

Desde janeiro de 2022 este indicador está em queda, com um discreto aumento em março, porém com uma queda abrupta em abril, sendo o primeiro mês baixo da meta estabelecida desde janeiro de 2021.

Houve uma diminuição de PAVs nos CTIs, exceto no CTI 2 e no CTI 3 que apresentaram um aumento na DI. Segue os dados referentes ao TMP e à TU de cada CTI nos últimos 3 meses:

**Taxa de utilização (TU) de VM**

Sector	Fevereiro	Março	Abril
CTI 1	66,60%	38,73%	50,96%
CTI 2	85,71%	72,31%	86,40%
CTI 3	51,63%	64,29%	
CTI 4			
UPO			

**Tempo médio de permanência (TMP - dias) dos pacientes em VM**

Sector	Fevereiro	Março	Abril
CTI 1	8,63	6,82	7,16
CTI 2	10,86	6,48	8,10
CTI 3	11,50	11,88	8,31
CTI 4	7,93	8,60	8,40
UPO	7,53	7,53	5,95

de TMP e de TU podemos perceber que:  
 • CTI 1 – Aumentou a TU de VM e aumento discretamente o TMP dos pacientes submetidos a este dispositivo, com diminuição significativa das PAVs. Tal evento possivelmente está relacionado às medidas de melhorias na assistência.

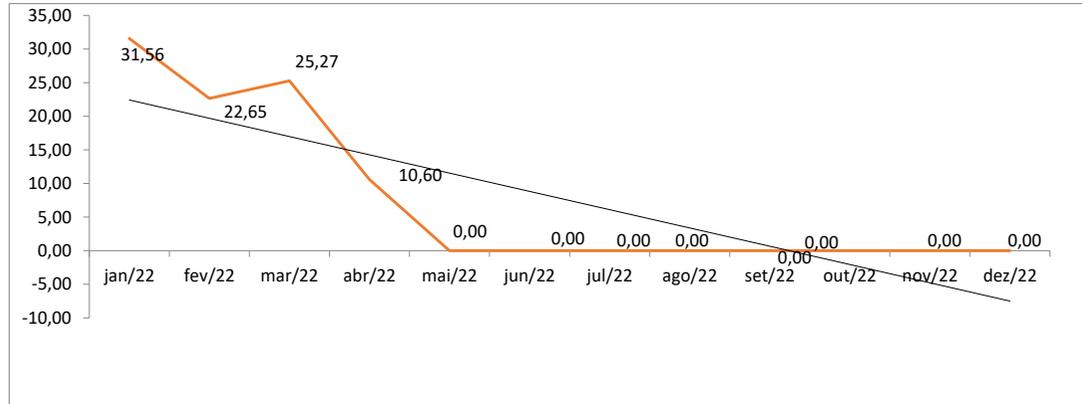
• CTI 2 – Aumentou a TU de VM e os dias dos pacientes sob este dispositivo (+1,6 dias) e apresentou um aumento de PAV, sendo 1 caso em março e 2 casos em abril (ambas as precoces). Esses casos estão diretamente associados à broncoaspiração antes da IOT (principalmente por diminuição do nível de consciência) e mesmo no momento da IOT.

**Ação de Melhoria**

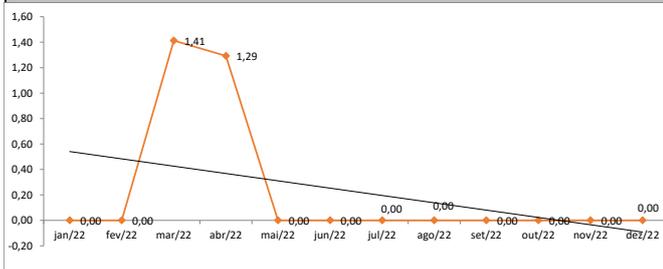
- Já estão sendo realizadas discussões sobre antibioticoterapia de acordo com os protocolos de sepsis abertos no CTI e de acordo com as visitas da CCH aos setores. Os abertos em outros setores (caso haja necessidade), na intenção de impactar na letalidade da PAV.
- Fixadores de TOT serão trocados durante a H.O. do paciente e sempre que necessário pela equipe de enfermagem ou fisioterapia.
- 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 raio x de tórax imediatamente após a extubação, entre outros.
- Já estão sendo realizadas discussões semanais com os coordenadores do CTI para definição de diagnóstico de PAV.
- Ainda encontramos pacientes sem imagem de tórax na admissão dificultando a classificação da pneumonia.
- 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.

Compilação de dados - Indicador

Indicador:													
Mês	jan/22	fev/22	mar/22	abr/22	mai/22	jun/22	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22	Resultado
<b>Metas ≤13‰</b>	<b>13</b>												
Nº total de PAV nos CTIs adulto	32	21	19	9									81
Nº total de VM/dia nos CTIs adulto	1014	927	752	849									3542
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	31,56	22,65	25,27	10,60	#DIV/0!	2,29%							



Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida
Perspectiva	Diretriz	Fonte dos Dados
Processo.	Segurança do paciente. <b>Objetivo</b> Reduzir a densidade de incidência de infecção urinária	Busca ativa. Prontuários. Exames microbiológicos.
<b>Meta</b> ≤0,60‰	<b>Indicador</b> Densidade de incidência infecção urinária associada à cateter vesical de demora nas UTIs adulto.	<b>Forma de Medição (cálculo)</b> NÚMERO DE INFEÇÕES URINÁRIAS ASSOCIADAS À CATETER VESICAL DE DEMORA/DIA NÚMERO DE CATETER VESICAL DE DEMORA/DIA <b>.1000</b> <b>0</b>
		<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>
		<b>Versão</b>
		<b>Última Atualização</b> Setembro/2019



**Análise Crítica**

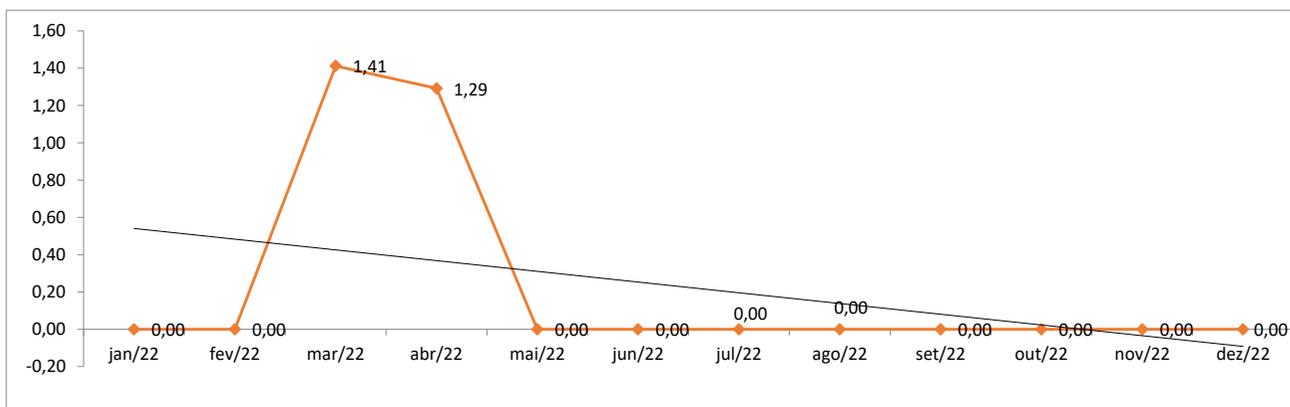
A Infecção do Trato Urinário (ITU) é uma das causas prevalentes de IRAS com maior potencial preventivo, visto que boa parte está relacionada à cateterização vesical. As ITUs podem ser responsáveis por 35 a 45% das IRAS em pacientes adultos, no entanto esta afecção não costuma cursar com potencial letal. Este indicador se encontra por dois meses consecutivos fora da meta contratual porém, este mês o paciente com diagnóstico de ITU associado à CVD apresentava fator de risco ainda maior para o desenvolvimento deste quadro infeccioso: Paciente de 22 anos internado no hospital desde 12/03/2022, internado no CTI 4, paciente vítima de atropelamento, em pós-operatório tardio de laparotomia com rafia de bexiga, apresentando fístula entero-vesical, apresentando febre e urocultura com isolamento de Pseudomonas aeruginosa MR.

**Ação de Melhoria**

1. Treinamento de coleta de urocultura 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/22	mai/22	jun/22	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22	Resultado
<b>Metas ≤0,6%</b>	<b>0,6</b>												
N° total de ITU associada a CVD nos CTIs adulto	0	0	1	1	0								2
N° total de CVD/dia nos CTIs adulto	752	664	708	774	761								3659
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	0,00	0,00	1,41	1,29	0,00	#DIV/0!	0,55						

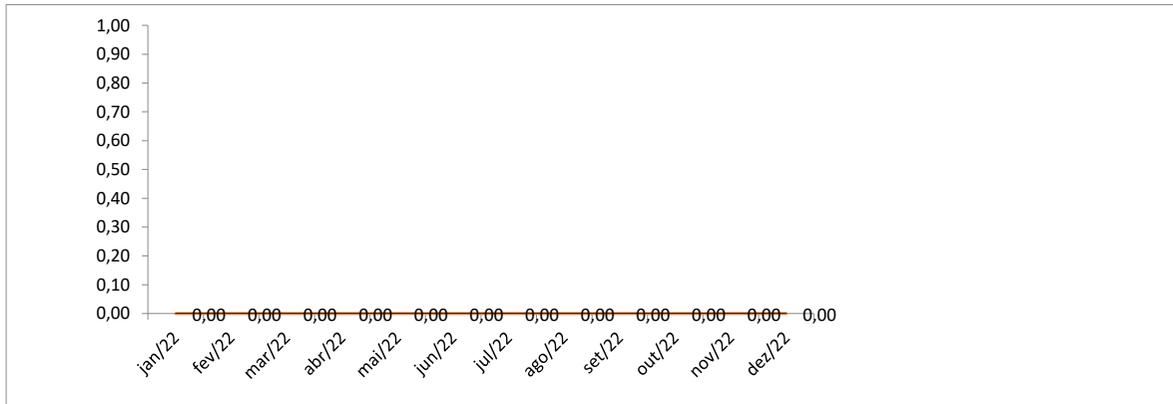


Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida
<b>Perspectiva</b>	<b>Diretriz</b>	<b>Fonte dos Dados</b>
Processo.	Segurança do paciente.	Busca fonada.
	<b>Objetivo</b>	
	Reduzir o número de infecções de sítio cirúrgico associadas às artroplastias total de quadril.	
<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>	<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>		
Mensal		
<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>		
Não foi diagnosticado nenhum caso de infecção relacionada à artroplastias total de quadril no período.		
<b>Ação de Melhoria</b>		

Compilação de dados - Indicador

Indicador:

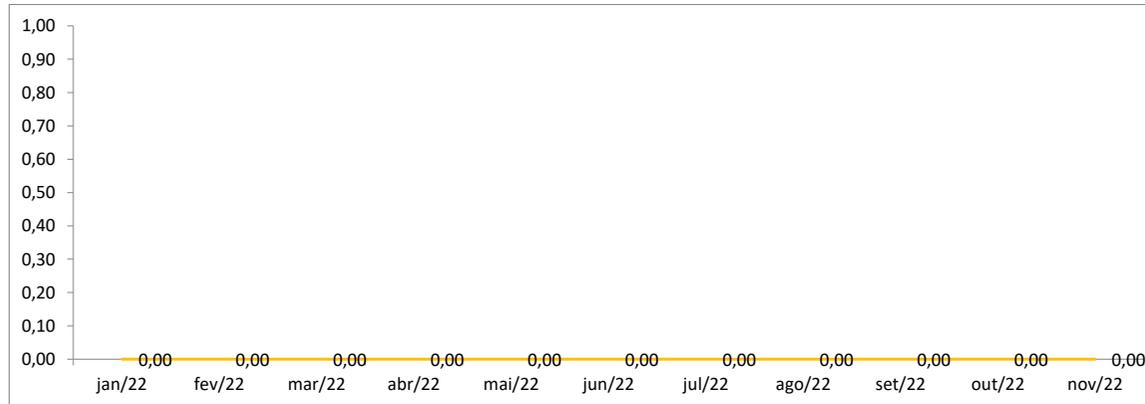
Mês	jan/22	fev/22	mar/22	abr/22	mai/22	jun/22	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22	Resultado
<b>Metas 0,0</b>	<b>0</b>												
N° total de artroplastias total de quadril realizadas	0	2	3	0									5
N° de Infecções cirúrgicas identificadas nas artroplastias totais de quadril	0	0	0	0									0
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	#DIV/0!	0,00	0,00	#DIV/0!	0,00								



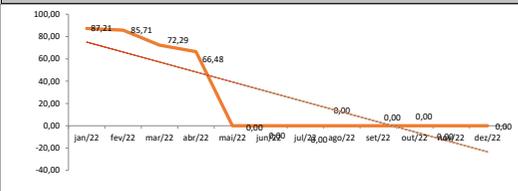
Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida	
<b>Perspectiva</b>	<b>Diretriz</b>		<b>Fonte dos Dados</b>
Processo.	Segurança do paciente.		Busca fonadas e reinternações.
	<b>Objetivo</b>		
	Reduzir o número de infecções de sítio cirúrgico associadas às derivações ventriculoperitoneais (DVP).		
<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>		<b>Forma de Medição (cálculo)</b>
0%	Taxa de infecção de sítio cirúrgico associadas às DVP.		NÚMERO DE INFECÇÕES DE FERIDA OPERATÓRIA DE DVP NÚMERO TOTAL DE DVP
			: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 03 DVPs e 06 DVEs no período e nenhum caso de infecção foi diagnosticado relacionado à DVP.			
<b>Ação de Melhoria</b>			

Compilação de dados - Indicador

Indicador:													
Mês	jan/22	fev/22	mar/22	abr/22	mai/22	jun/22	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22	Resultado
<b>Metas 0,0</b>	<b>0</b>												
Nº total de DVP realizadas	2	3	1	3									9
Nº de Infecções cirúrgicas DVP	0	0	0	0									0
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	0,00	0,00	0,00	0,00	#DIV/0!								



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	NUMERO TOTAL DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NUMERO 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.

Foram observadas 179 oportunidades de higiene das mãos em abril. Durante as observações, 119 (66,48%) colaboradores realizaram higiene das mãos. No entanto, somente 64 (56,30%) destes realizaram executaram de forma adequada (dentro da técnica preconizada). Houve um melhor aproveitamento com relação à HM, visto que aumentou a quantidade de observações na técnica adequada, porém a adesividade vem piorando desde janeiro.

Aproveitamos ainda para destacar o consumo de preparados alcoólicos e sabão líquido para as mãos, nas UTIs nos últimos 3 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
Abril	4.800ml	1.600ml	1.600ml	1.600ml	3.200ml	6.400ml

**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
Abril	13.600ml	8.000ml	5.600ml	12.800ml	7.200ml	9.600ml

**Causas**

Para definir as causas que podem impactar na não adesão da higiene das mãos, é possível considerar o perfil de gravidade dos pacientes, gerando maior demanda da equipe assistencial. Além deste, a disposição do insumo é fator determinante; quando o dispensador apresenta falha em seu funcionamento, poderá gerar na equipe a reticência para com o procedimento. Ainda, fatores culturais podem ser destacados. É importante o feedback para as equipes sobre as taxas de adesão de higiene das mãos, seu impacto para as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.

**Ação de Melhoria**

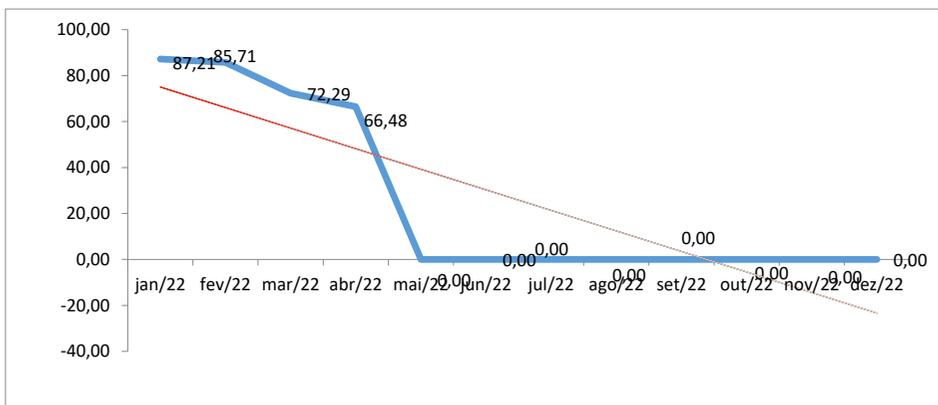
Treinamento com conscientização das equipes sobre a importância de HM.



### Compilação de dados - Indicador

#### Indicador:

Mês	jan/22	fev/22	mar/22	abr/22	mai/22	jun/22	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22	Resultado
<b>Metas</b>	<b>0</b>												
N° de higienização das mãos realizadas	266	36	227	119									648
N° de oportunidades observadas para higiene das mãos.	305	42	314	179									840
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	87,21	85,71	72,29	66,48	#DIV/0!	77,14							

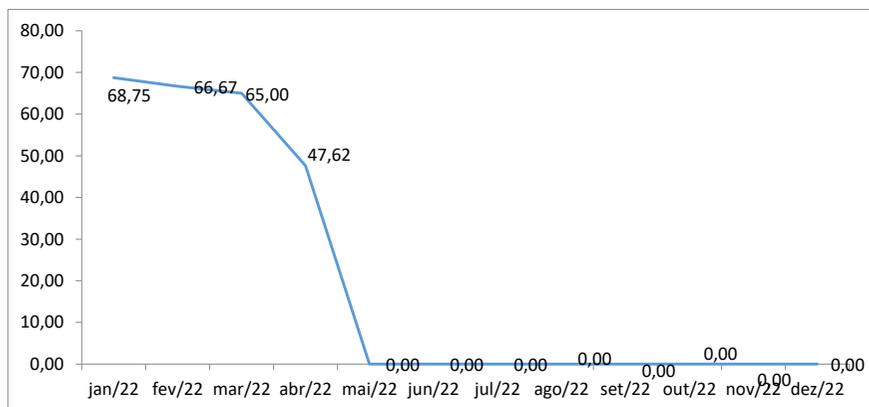


 	
Programa de Excelência em Gestão - PEG Ficha de Indicador	
Hospital Estadual Getúlio Vargas	Unidade de Medida
<b>Perspectiva</b>	<b>Diretriz</b>
Processo.	Segurança do paciente.
	<b>Objetivo</b>
	Reduzir a letalidade relacionada à sepse, parto
<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
	Taxa de letalidade relacionada à sepse grave.
	<b>Forma de Medição (cálculo)</b>
	TOTAL DE ÓBITOS EM PACIENTES COM SEPSE GRAVE / TOTAL DE SEPSE GRAVE = 100 00
	<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, Herbert e Cláudio Filho
	<b>Referencial Comparativo</b>
	<b>Versão</b>
	<b>Última Atualização</b>
	Outubro/2019
<b>Análise Crítica</b>	
<p>Foram abertos 64 protocolos de sepse nos setores abertos do HEGV no mês de abril (05 protocolos a menos em comparação ao mês anterior). Foram excluídos 12 (14 a menos que em março) e 52 mantidos (9 a mais que no mês anterior). Até o início de abril foram contabilizados 25 óbitos de todos os pacientes que tiveram os protocolos mantidos, sendo que 10 por choque séptico, 13 por infecção com disfunção orgânica e 01 por SIRS. Um protocolo não teve a classificação de gravidade descrita.</p> <p>Dos 52 protocolos mantidos, 24 (46,15%) foram de origem comunitária e 28 (53,84%) de origem hospitalar.</p> <p>Principais diagnósticos identificados: 20 Pneumonias – 05 IPPM – 05 Urinário – 12 Indeterminado – 01 Abdominal – 01 ISC – 04 outros – 04 sem informações no protocolo.</p> <p><b>Origem Comunitária:</b></p> <p>Total de 24 protocolos mantidos, sendo que 8 evoluíram para óbito, desses: 2 por choque séptico (1 com menos de 72h de internação e 1 entre 4 e 30 dias) e 6 por infecção com disfunção orgânica (1 com menos de 72h de internação) e 5 entre 4 e 30 dias.</p> <p>Em relação ao foco: 3 foram de origem pulmonar, 3 urinários e 2 indeterminados/outras.</p> <p><b>Origem Hospitalar:</b></p> <p>Dos 28 protocolos mantidos, 17 evoluíram à óbito, desses: 08 choques sépticos, 07 disfunções orgânicas e 01 SIRS e 01 sem foco definido.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 13 na CM - 04 choques sépticos (02 óbitos e 02 internados), 06 infecções com disfunção (02 altas e 4 óbitos), 02 SIRS (01 alta e 01 ainda internado) e 01 sem diagnóstico definido (óbito).</li> <li>• 06 na Clínica Cirúrgica – 04 infecções com disfunção (2 óbitos e 2 internados) e 1 SIRS (óbito) e 01 choque séptico (óbito).</li> <li>• 02 na Ortopedia – 1 disfunção orgânica (alta) e 1 choque séptico (óbito).</li> <li>• 06 na Emergência – 05 choques sépticos (4 óbitos e 1 internado).</li> <li>• 01 protocolo sem informações preenchidas no formulário.</li> </ul> <p>OBS: 07 protocolos abertos no HEGV foram considerados como realizados de forma completa.</p> <p><b>UPA:</b></p> <p>Na UPA Penha foram abertos 14 protocolos no mês de abril, apenas 12 foram mantidos (85,71%). Observamos uma diminuição importante no número de aberturas dos protocolos de sepse, fato esse ocorrido também no mês anterior em menor quantidade no qual relacionamos aos treinamentos realizados na unidade. Em relação ao mês de abril iremos atuar novamente com os treinamentos para entendermos a situação ocorrida.</p> <p>Em relação aos pacientes que permaneceram no UPA Penha, 01 protocolo com definição de diagnóstico de choque séptico evoluiu para óbito e 03 disfunções orgânicas (01 alta e 02 permaneceram internados até o momento da análise).</p> <p>08 protocolos mantidos foram transferidos para outras unidades desses 07 foram transferidos para o HEGV.</p> <p>Pacientes transferidos da UPA Penha para o HEGV: 02 choques sépticos (internados até o momento da análise), 03 infecções com disfunções orgânicas (02 óbitos e 01 alta), 01 SIRS (internado) e 01 protocolo sem diagnóstico definido (internado).</p> <p>De todos os pacientes da UPA, 03 tiveram o protocolo realizado de acordo com o preconizado.</p> <p><b>CTIs:</b></p> <p>Foram abertos 92 protocolos, porém 16 destes foram encerrados e 76 mantidos. Dos protocolos encerrados, 03 estavam em palição e 13 foram justificados, sendo que 02 foram diagnosticados pela SCIH com IRAS (ambos Pneumonia). Dos protocolos mantidos, 16 tinham origem comunitária.</p> <p>Dos protocolos mantidos 12 não tinham o horário de administração do ATB anotado (8 na UPO, no 02 CT3 e 02 no CT11). Doze pacientes tiveram o início de ATB atrasado (04 no CT11, 02 no CT12 e 04 no CT14), sendo que apenas um (CT12) apresentou justificativa para a não conformidade.</p> <p>Em relação aos óbitos:</p> <p><b>Dos 76 protocolos mantidos 38 (50%) foram a óbito: 20 por infecção com disfunção, 11 por choque séptico, 06 com SIRS e 01 sem classificação; sendo os principais diagnósticos: 18 pacientes como diagnóstico o foco pulmonar (04 choques), 08 com foco abdominal (03 choques), 06 com IPCS (04 choques) e 07 IPPM (03 choques).</b></p>	
<b>Ação de Melhoria</b>	
<p>Treinamento das equipes médicas com apoio dos coordenadores das unidades.</p> <p>formulário implementado em meados de março.</p>	<p>Treinamento do novo</p>

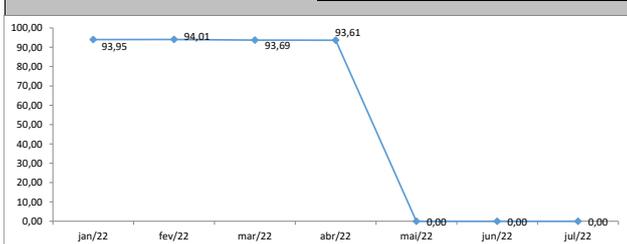
### Compilação de dados - Indicador

**Indicador:**

Mês	jan/22	fev/22	mar/22	abr/22	mai/22	jun/22	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22	Resultado
<b>Metas</b>	<b>0</b>												
TOTAL DE ÓBITOS RELACIONADOS À SEPSE GRAVE	11	8	13	10									
TOTAL DE SEPSE GRAVE	16	12	20	21									
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	68,75	66,67	65,00	47,62	#DIV/0!								



Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida	Fonte dos Dados
Processo.	<b>Perspectiva</b>	Segurança do paciente.	Centro Cirúrgico
	<b>Diretriz</b>	Objetivo	
		Reduzir as infecções relacionadas as cirurgias onde estão indicadas as profilaxias de ATB.	
<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>	<b>Forma de Medição (cálculo)</b>	
	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	Fev/22	Mar/22	Abril
Total de cirurgias realizadas (P: Programada / E: Emergência)	P: 225 E: 287	P: 313 E: 314	P: 345 E: 310
Total de cir. com indicação de profilaxia	384	444	501
Total de cir. com profilaxia realizada	361	416	469

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

Clínica	Fev	Mar	Abr
C. Geral	142	158	189
C. Vascular	09	12	04
Neurocirurgia	31	26	31
Ortopedia	185	231	249
CIPE	03	03	10
Cir. Buco	12	07	15
Endoscopia	02	05	03
Cir. Plástica	00	02	00
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>444</b>	<b>501</b>

Procedimentos cirúrgicos com indicação profilática administrados fora do intervalo preconizado:

prof. realizado fora do ΔT recomendado	Fev	Mar	Abr	Total de cir. / C. Geral
18	14	18		
02	02	01		
03	04			
26				
03				
05				
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>43</b>	<b>57</b>	

Dos 57 procedimentos cirúrgicos realizados com ATB profilático fora do tempo recomendado, 32 dessas profilaxias foram realizadas após a incisão cirúrgica e 25 em tempo superior a 60 minutos. 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.

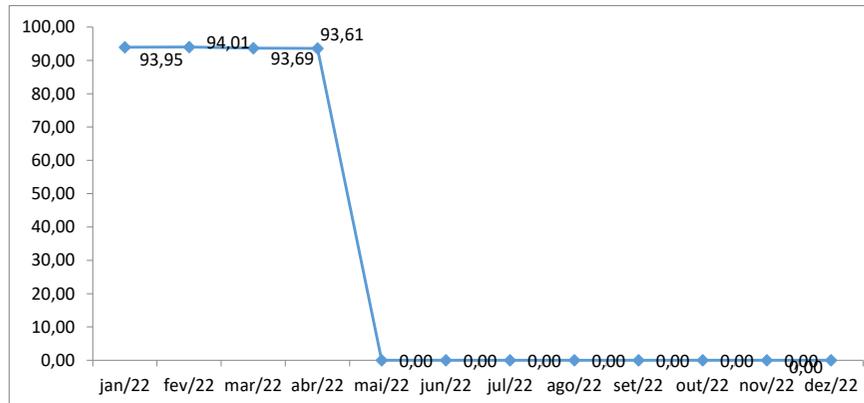
**Ação de Melhoria**

Otimizar os antibióticos profiláticos desde a emergência (Anexo).

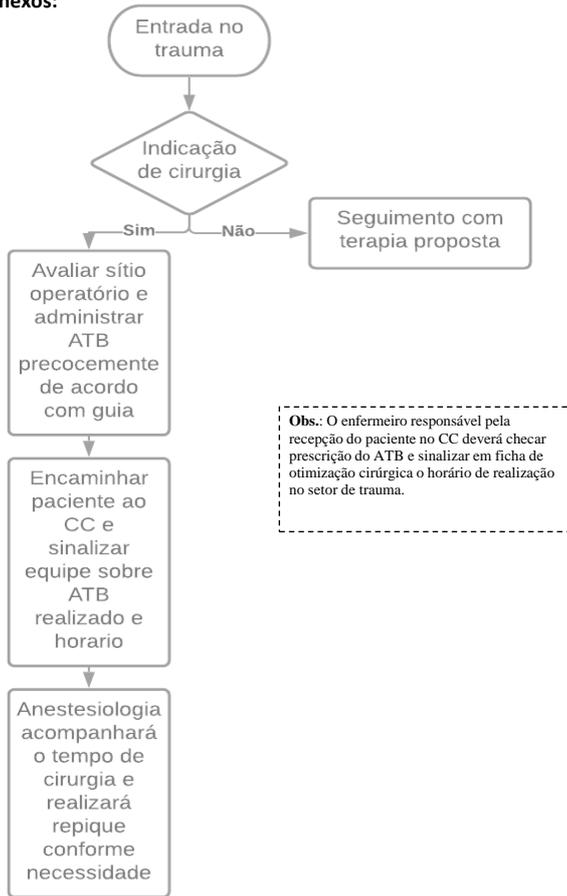
Compilação de dados - Indicador

Indicador:

Mês	jan/22	fev/22	mar/22	abr/22	mai/22	jun/22	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22	Resultado
<b>Metas</b>													
Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos que receberam um esquema profilático apropriado de antibióticos	357	361	416	469									1603
Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos na amostra	380	384	444	501									1709
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	93,95	94,01	93,69	93,61	#DIV/0!	93,80							



**Anexos:**



**Anexos:**