

# Relatório Mensal de Atividades

(SCIH)

**Responsável:**

SYLVIA PAVAN

**MAIO/2022**

Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida	
Perspectiva	Diretriz		Fonte dos Dados
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> ≤4,5%	<b>Indicador</b> Densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada à cateter venoso central do CTI adulto.		<b>Forma de Medição (cálculo)</b> NÚMERO DE IPSC CTI ADULTO NÚMERO DE CATETER VENOSO CENTRAL/DIA <b>.1000 00</b>
<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>			
Maio/ 2022			

**Análise Crítica**

No mês de maio foi diagnosticado 01 caso de IPSCSLC no CTI 1. A densidade de utilização de CVC diminuiu em todos os CTIs, o que pode ser considerado o principal fator para a diminuição desta enfermidade, saindo de 91 para 76,16 x 1000 pacientes/dia, porém o tempo médio de permanência (TMP) dos pacientes em uso de CVC diminuiu de forma considerável no CTI2 (10,04 dias em abril para 5,41 dias em maio), diminuiu discretamente no CTI1 (7,86 dias em abril para 6,55 dias em maio), aumentou discretamente no CTI3 (7,50 em abril para 8,67 em maio) e no CTI4 (6,72 dias em abril para 7,0 dias em maio), na UPO foi onde houve o maior aumento no TMP (7,03 dias em abril para 10,39 dias em maio).

Analisando os CTIs individualmente em relação à densidade de utilização (DU) de CVC podemos observar uma diminuição expressiva no CTI3 (80,36 CVC por 1000/dia em abril para 56,22 em maio) e no CTI4 (75 CVC por 1000/dia em abril para 55,65 em maio) e no CTI2 (92,28 CVC por 1000/dia em abril para 80,97 em maio). Houve uma diminuição, porém bem menos expressiva CTI 1 (78,46 CVC por 1000/dia em abril para 76,88 em maio) e foi observado um pequeno aumento na DU da UPO (82,82 CVC por 1000/dia em abril para 84,75 em maio).

Houve outras suspeitas de IPSC, porém sem confirmação laboratorial.

Alguns pacientes com IPSC dos setores abertos foram transferidos para o CTI.

Em relação às IPSC identificada no mês de maio:

1. CVC de entrada do paciente foi puncionado na UPA Penha em VSCD e só houve troca do mesmo 8 dias após a admissão no CTI, proveniente da UPA onde permaneceu por apenas 1 dia.
2. Paciente internado com diagnóstico de Edema Agudo de Pulmão, Troponina Positiva e CPK de 189 em 01/05, sem descrição de IAM no prontuário. Rx tórax no sistema com melhora progressiva até 06/05, sem mais imagens até o término da internação.
3. Não tem evolução de paliação no prontuário.
4. Paciente com 14 dias de internação no CTI até a data de diagnóstico da IPSC.
5. Acesso para HD foi puncionado em 01/05 sem bundle. O bundle para tal acesso foi iniciado em 13/05.
6. Em 08/05 com CVC em JID sem ponto de fixação e exteriorizado. Trocado para VSE no mesmo turno.
7. Aberto protocolo de seps e seps em 13/05, colhido hemoculturas com isolamento de Klebsiella pneumoniae sensível. O paciente só tinha feito uso de Clavulin até 05/05. Motivo da abertura do protocolo: leucocitose e taquicardia, com foco de IPSC, sendo iniciado Vancomicina e Gentamicina. Não há nova imagem no sistema após 06/05, para outra hipótese diagnóstica, porém com aumento de leucócitos de 18.700 (6 bastões e 72 segmentados) em 10/05 para 20.350 (7 bastões e 78 segmentados) em 13/05.
8. Há raros relatos do aspecto do óstio do CVC-HD no prontuário, todas sem sinais flogísticos, porém, foi trocado acesso para HD de VFD para VFE em 12/05 (um dia antes da abertura do protocolo de seps). Protocolo aberto tardiamente? Não há descrição da retirada do cateter e nem o motivo do mesmo.
9. Na evolução da HD encontro apenas uma.
10. Em 13/05 houve nova troca de CVC para infusão de medicamentos (VSCÉ para VSCD) por conta da suspeita de IPSC, hipótese diagnóstica baseada na abertura do protocolo de seps e não nas evoluções do prontuário.

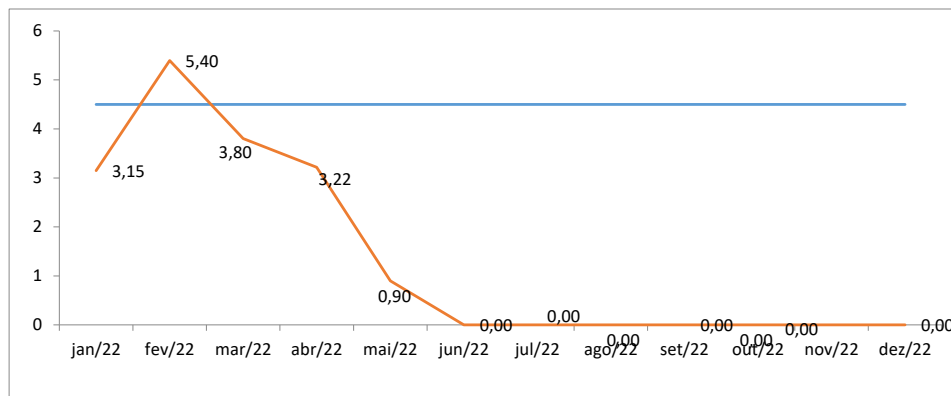
**Ação de Melhoria**

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 dos acessos.
5. Liberação de andamento parcial de hemoculturas visando adequar o esquema de antimicrobiano.

Compilação de dados IPCS adulto

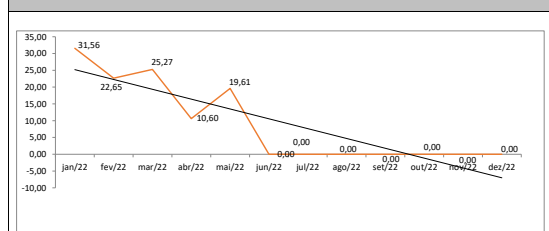
Indicador:

	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>	<b>4,5</b>	<b>4,5</b>	<b>4,5</b>	<b>4,5</b>	<b>4,5</b>	<b>4,5</b>	<b>4,5</b>	<b>4,5</b>	<b>4,5</b>	<b>4,5</b>	<b>4,5</b>	
Nº total de IPCS nos CTIs adulto	4	6	4	4	1								19
Nº total de CVC/dia nos CTIs adulto	1270	1112	1052	1243	1115								5792
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	3,15	5,40	3,80	3,22	0,90	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	3,28





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/DIA NÚMERO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA/DIA -1000



<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> Maio/ 2022

**Análise Crítica**  
Desde janeiro de 2022 a tendência deste indicador é de queda. Em abril o resultado ficou abaixo da meta estabelecida desde janeiro de 2021. Em maio houve um aumento das taxas, porém ainda abaixo dos resultados dos três primeiros meses deste ano. Analisando a densidade de incidência de PAV nos diversos setores, houve diminuição no CTI 3 e aumento nos demais CTIs. As taxas de utilização apresentaram queda com exceção da UPO. Segue os dados referentes ao TMP (tempo médio de permanência) e à TU (taxa de utilização) de cada CTI nos últimos 4 meses:

Taxa de utilização de VM:				
Sector	Fevereiro	Março	Abril	Maio
CTI 1	66,60%	38,73%	50,96%	45,88%
CTI 2	65,71%	72,31%	86,40%	61,13%
CTI 3	71,43%	51,63%	64,29%	40,0%
CTI 4	50%	52,65%	37,50%	29,71%
UPO	60,66%	47,94%	45,02%	55,32%

pacientes em VM:				
Sector	Fevereiro	Março	Abril	Maio
CTI 1	8,63	6,82	7,16	6,89
CTI 2	10,86	6,48	8,10	4,87
CTI 3	11,50	11,88	8,31	8,22
CTI 4	7,93	8,60	8,40	6,45
UPO	7,53	7,53	5,95	9,18

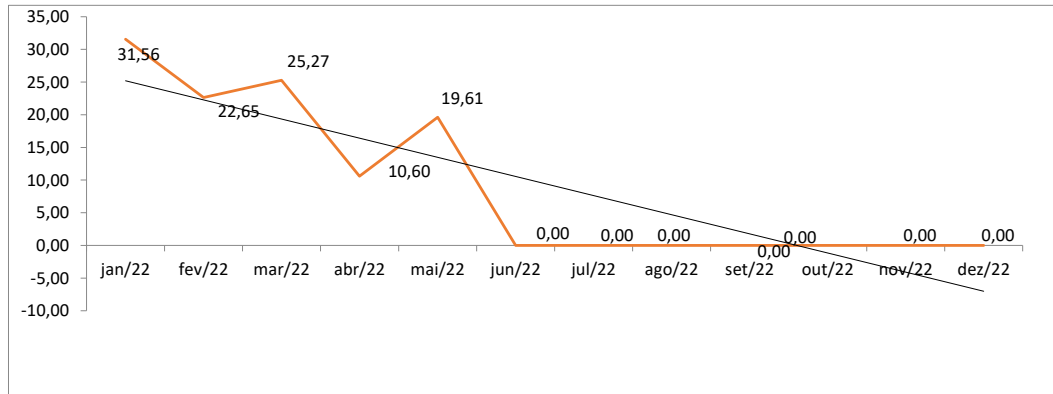
**números de TMP e de TU podemos perceber que:**  
 -CTI 1 – Houve aumento significativo na DI de PAV (de 10,3 para 19,1), apesar de queda na TU e no TMP deste dispositivo. Um paciente apresentou duas PAVs durante o mês.  
 -CTI 2 – Apresentou o mesmo número absoluto de PAVs (duas) nos meses de abril e maio e queda da TU de 86% para 61%, como consequência a DI apresentou discreto aumento, de 8,5 para 13,3 por 1000VM/dia. A TMP também apresentou queda.  
 -CTI 3 – Houve uma PAV tardia neste setor no mês de maio e a DI apresentou queda (de 18,5 para 15,5). A TU apresentou queda importante e o TMP se manteve estável. O tempo prolongado de internação e VM contribuíram para o aparecimento da PAV.  
 -CTI 4 – Houve diminuição importante da TU de VM e dos dias dos pacientes sob este dispositivo. A DI de PAV, porém, apresentou aumento importante (de 11,9 para 28,2). Ocorreram duas infecções, uma em paciente com trauma pulmonar que permaneceu com dreno de tórax e outra em paciente com internação prolongada vítima de PAF (o trauma extenso com hemorragia e múltiplos procedimentos foram os fatores de risco para o caso).  
 -UPO – Neste setor a DI de PAV apresentou o maior aumento dentre todos os CTIs (de 7,6 para 25,4), e foi o único setor que apresentou aumento na TU e no TMP do dispositivo. Nenhum dos casos ocorreu em internação prolongada (de 6 a 10 dias de TOT). Dos quatro pacientes, três tinham AVC como causa de internação (com possível ocorrência de aspiração) e um paciente era portador de doença pulmonar de base.

**Ação de Melhoria**

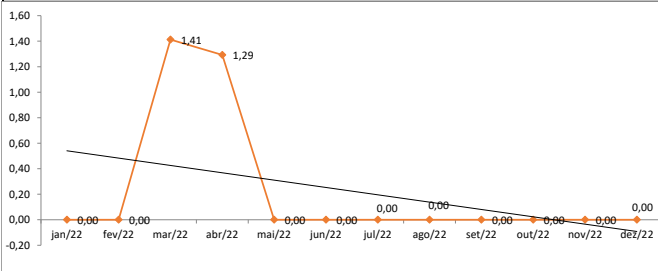
- Já estão sendo realizadas discussões sobre antibioticoterapia de acordo com os protocolos de sepsse abertos no CTI e de acordo com as visitas da CCIH aos setores. Os abertos em outros setores (caso haja necessidade), na intenção de impactar na letalidade da PAV.
- Fixadores de TOT serão trocados durante 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>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	
Nº total de PAV nos CTIs adulto	32	21	19	9	14								95
Nº total de VM/dia nos CTIs adulto	1014	927	752	849	714								4256
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	31,56	22,65	25,27	10,60	19,61	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	2,23%



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>		Dra. Sylvia Pavan
<b>Referencial Comparativo</b>		
<b>Versão</b>		
<b>Última Atualização</b>		Maior 2022



**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. Houve diminuição global da densidade de utilização de cateter de demora. No mês de maio não foram diagnosticados casos de ITU.

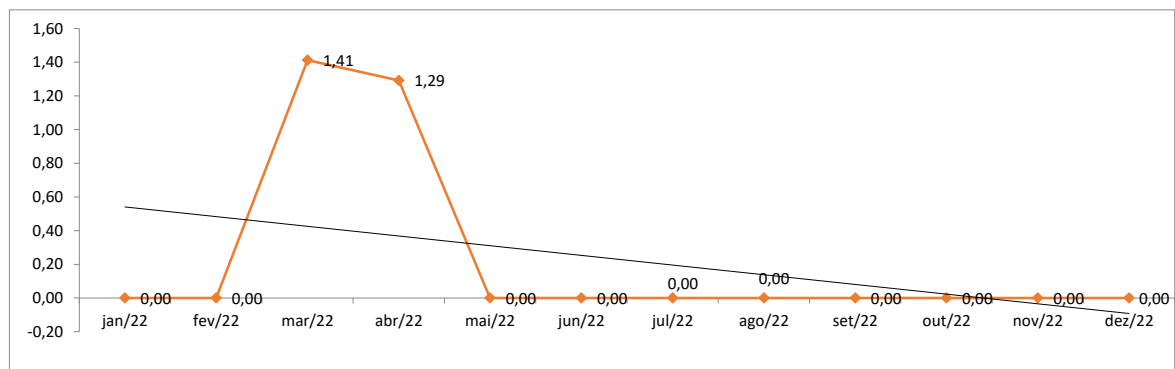
**Ação de Melhoria**

1. 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>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	
N° total de ITU associada a CVD nos CTIs adulto	0	0	1	1	0	0							2
N° total de CVD/dia nos CTIs adulto	752	664	708	774	761	576							4235
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	0,00	0,00	1,41	1,29	0,00	0,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0,47

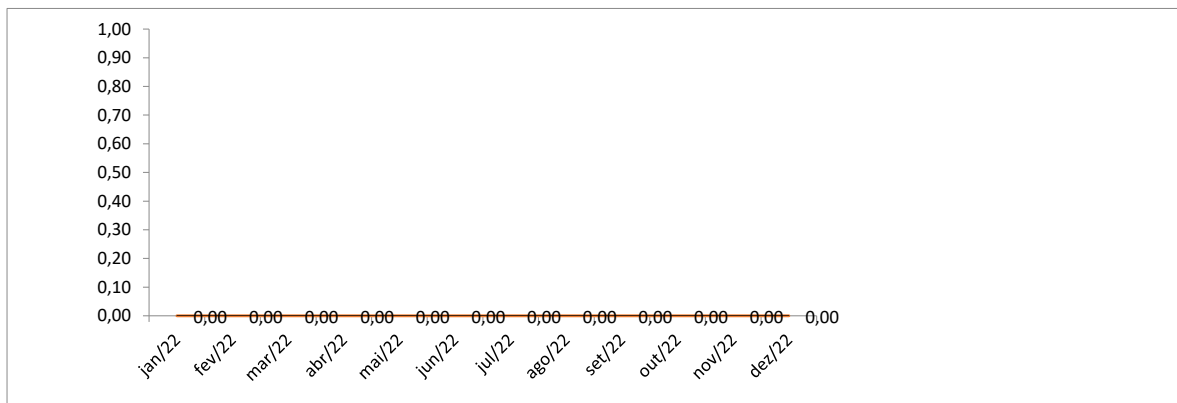




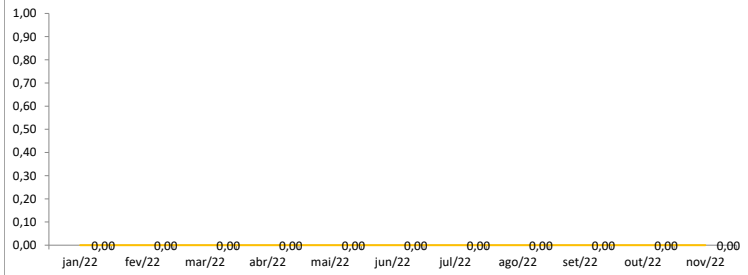
Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida	
<b>Perspectiva</b>	<b>Diretriz</b>	<b>Fonte dos Dados</b>	
Processo.	Segurança do paciente.	Busca fonada.	
	<b>Objetivo</b> Reduzir o número de infecções de sítio cirúrgico associadas às artroplastias total de quadril.		
<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>	<b>Forma de Medição (cálculo)</b>	
0%	Taxa de infecção de sítio cirúrgico associadas às artroplastias total de quadril.	$\frac{\text{NÚMERO DE INFECÇÕES DE FERIDA OPERATÓRIA DE CIRURGIAS artroplastias total de quadril}}{\text{NÚMERO TOTAL DE artroplastias total de quadril}} \times 100$	
		<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>	
		Maio/ 2022	
<b>Análise Crítica</b>			
Não foi diagnosticado nenhum caso de infecção relacionada à artroplastia 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>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
Nº total de artroplastias total de quadril realizadas	0	2	3	0	4								9
Nº de Infecções cirúrgicas identificadas nas artroplastias totais de quadril	0	0	0	0	0								0
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	#DIV/0!	0,00	0,00	#DIV/0!	0,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0,00

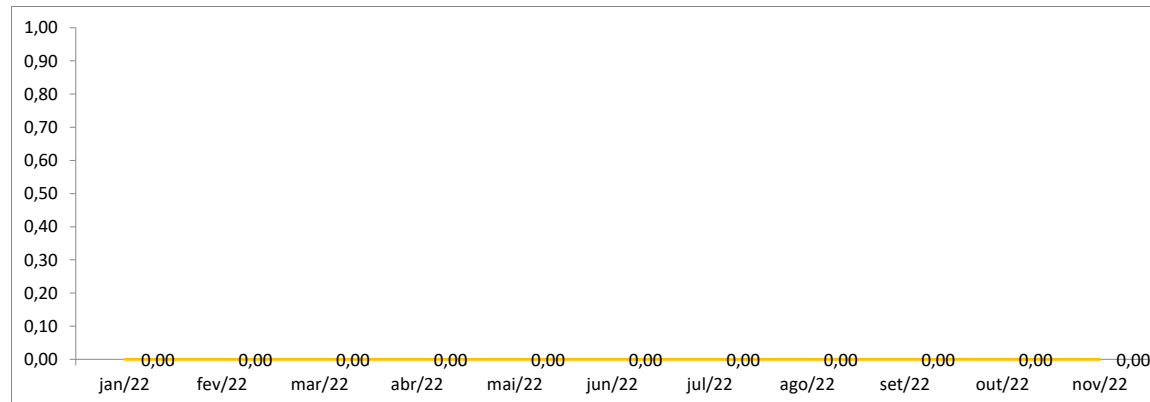


Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida	
<b>Perspectiva</b>	<b>Diretriz</b>	<b>Fonte dos Dados</b>	
Processo.	Segurança do paciente.	Busca fonadas e reinternações.	
	<b>Objetivo</b> Reduzir o número de infecções de sítio cirúrgico associadas às derivações ventriculoperitoneais (DVP).		
<b>Meta</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	.100
		NÚMERO TOTAL DE DVP	
<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>			
Maio/ 2022			
<b>Análise Crítica</b>			
Foram realizadas 04 DVPs e 06 DVEs no período e nenhum caso de infecção foi diagnosticado relacionado à DVP.			
<b>Ação de Melhoria</b>			

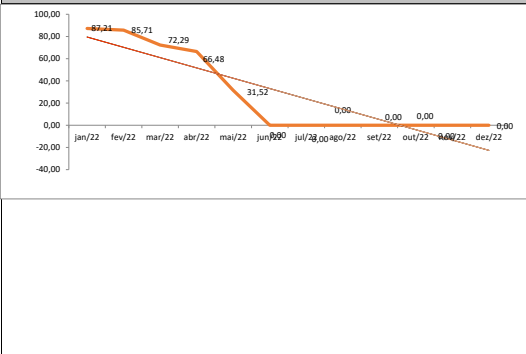


Compilação de dados - Indicador

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>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
Nº total de DVP realizadas	2	3	1	3	4								13
Nº de Infecções cirúrgicas DVP	0	0	0	0	0								0
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#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	$\frac{\text{NÚMERO TOTAL DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS}}{\text{NÚMERO DE OPORTUNIDADES OBSERVADAS PARA A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS}} \times 100$



**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**

Mai/ 2022

**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 92 oportunidades de higiene das mãos em maio, sendo observada uma queda de 34,96%. Durante as observações observamos que 29 (31,52%) colaboradores realizaram higiene das mãos. No entanto, somente 11 (37,93%) destes realizaram 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 4 meses:

Setor	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
Mai	12.000ml	3.400ml	0	5.600ml	3.200ml	9.600ml

Setor	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
Mai	10.400ml	10.400	2.400ml	2.400ml	3.200ml	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**

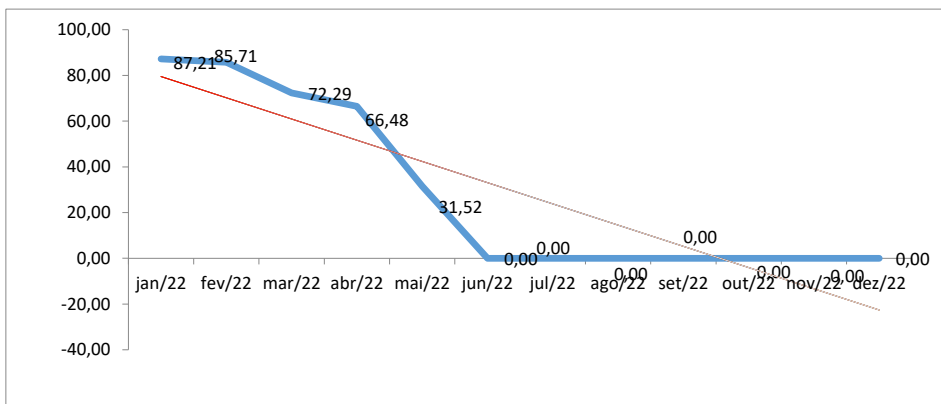
Treinamento com conscientização das equipes sobre a importância de HM.



### 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>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
N° de higienização das mãos realizadas	266	36	227	119	29								677
N° de oportunidades observadas para higiene das mãos.	305	42	314	179	92								932
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	87,21	85,71	72,29	66,48	31,52	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	72,64

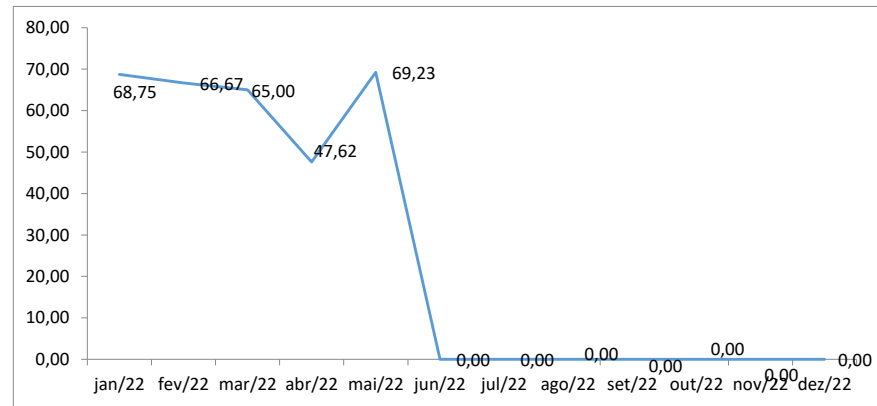


 	
Programa de Excelência em Gestão - PEG Ficha de Indicador	
Hospital Estadual Getúlio Vargas	Unidade de Medida
<b>Perspectiva</b>	<b>Diretriz</b>
Processo.	Segurança do paciente.
	<b>Objetivo</b>
	Reduzir a letalidade relacionada à sepse, parto
<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
	Taxa de letalidade relacionada 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>
	CCPH
	<b>Responsável pela Coleta de Dados</b>
	CCPH
	<b>Responsável pela Análise de Dados</b>
	Sylvia Pavan
	<b>Referencial Comparativo</b>
	<b>Versão</b>
	<b>Última Atualização</b>
	Maior 2022
<b>Análise Crítica</b>	
<p>Foram abertos 59 protocolos de sepse no HEGV no mês de maio (10 protocolos a mais que em março). Foram excluídos 16 (10 a menos que no mês anterior) e 43 mantidos, o que correspondem a 72,88%. Até o início de junho foram contabilizados 23 óbitos de todos os pacientes que tiveram os protocolos mantidos, sendo que 9 por choque séptico e 12 por infecção com disfunção orgânica e 2 SIRS. Não temos como definir se os óbitos foram por causas infecciosas ou por doenças de base. Há necessidade de melhorar as investigações diagnósticas por conta dos focos indeterminados.</p> <p>Dos 43 protocolos mantidos, 26 (60,46%) foram de origem comunitária e 17 (39,53%) de origem hospitalar.</p> <p>Principais diagnósticos identificados: 17 Pneumonias – 3 IPPM – 7 Urinário – 11 Indeterminado - 2 SNC – 1 Endocardite.</p> <p><b>Origem Comunitária:</b> Total de 26 protocolos mantidos, sendo que 12 (46,15%) evoluíram para óbito, desses: 06 (66,66%) por choque séptico (6 com menos de 72h de internação e 02 entre 4 e 30 dias) e 03 (25%) por infecção com disfunção orgânica (2 com menos de 72h de internação e 01 entre 4 e 30 dias) e 01 (8,33%) SIRS com menos de 72 horas.</p> <p>Em relação ao foco, 2 foram de origem pulmonar, 05 indeterminados, 02 abdominais e 3 urinárias.</p> <p><b>Origem Hospitalar:</b> Dos 17 protocolos mantidos, 11 (64,70%) evoluíram a óbito, desses: 01 (5,88%) choque séptico, 09 (52,94%) disfunções orgânicas e 01 (5,88%) SIRS.</p> <p>*14 na CM - 02 choques sépticos (01 evoluiu para óbito em menos de 72 horas e 01 mantém-se internado), 11 (78,57%) infecções com disfunção (7 (63,63%) óbitos, 3 (27,27%) internados e 1(9,09%) alta hospitalar)</p> <p>*1 Clínica Cirúrgica – 1 infecções com disfunção (1 óbito com menos de 72 horas)</p> <p>*1 na Ortopedia – 1 disfunção orgânica (óbito entre 4 e 30 dias)</p> <p>*1 na Neurocirurgia – 1 infecção com disfunção orgânica (alta hospitalar)</p> <p>03 (6,97%) protocolos abertos e mantidos no HEGV foram considerados como realizados de forma completa.</p> <p>Na UPA Penha foram abertos 09 protocolos, apenas 1 excluído (11,11%), 04 (44,44%) pacientes mantidos no protocolo foram transferidos para o HEGV desses 03(75%) foram a óbitos e 01 recebeu alta hospitalar. Foi mantido a redução do número de abertura de protocolos em comparação ao mês anterior e redução de exclusão de protocolos.</p> <p>02 pacientes evoluíram para óbito na UPA Penha, 2 (50%) choques sépticos</p> <p>De todos os pacientes da UPA, somente 01 (11,11%) protocolo realizado de acordo com o preconizado.</p> <p style="text-align: right;"><b>Protocolos</b></p> <p><b>das Unidades Intensivas:</b> Foram abertos 61 protocolos de sepse no mês de maio, no entanto, 06 foram encerrados (55 mantidos) Dos protocolos encerrados, todos foram justificados, dentre estes, há justificativa de resposta ao trauma, aumento de frequência cardíaca devido despertar diário de ventilação mecânica, rebaixamento de nível de sensorio devido hemorragia subdural, entre outros. Ainda, dentre os encerrados, 01 teve diagnóstico de IRAS pelo SCIH (02 dias antes abertura do protocolo).</p> <p>Em relação aos protocolos mantidos, 14 tinham etiologia comunitária. Dentre eles, 08 já faziam uso prévio de antimicrobiano e 05 foram escalonados.</p> <p>Contrariamente ao mês de abril, todos os protocolos continavam horário de administração de antimicrobiano registrado em protocolo gerenciado e prontuário do paciente; no entanto, 06 ultrapassaram a lacuna de tempo de 60' instituído para administração do fármaco. Cabe ressaltar que todos os 06 citados se tratava de pacientes cujo seu diagnóstico de gravidade infecciosa era compatível com sepse; e de acordo com os mais atuais protocolos instituídos pelo Instituto Latino-Americano de Sepse – ILAS, os casos de Sepse Possível poderão ter seus antimicrobianos postergados em até 03 horas até confirmação laboratorial da suspeita. Logo, é necessário maiores estudos dos protocolos institucionais para melhor analisarmos tal dado e pontuarmos adequação para com as equipes assistenciais.</p> <p>Sobre o grau de gravidade infecciosa, dentre os 55 protocolos mantidos, divide-se em: 04 SIRS; 37 em estado de infecção com disfunção e 14 em choque séptico. Aproveitamos ainda para constatar que dentre os protocolos gerenciados, 14 foram classificados como choque séptico, desses 06 foram a óbito, sendo 2 como Moda, tempo máximo 14 e mínimo, 01.</p> <p>No que tange as notificações de infecção realizadas pelo SCIH, 26 tiveram protocolo de sepse aberto em data próxima ou na mesma data.</p> <p>Dentre as inconformidades referentes ao pacote gerenciado (bundle), somente 05 apresentavam algum tipo de mal preenchimento no que tange ao bundle da sexta hora, sendo 03 não havendo GSA de controle e 02 referentes anotações de sinais vitais.</p>	
<b>Ação de Melhoria</b>	
<p>Treinamento das equipes médicas com apoio dos coordenadores das unidades.            formulário implementado em meados de março.</p>	<p>Treinamento do novo formulário implementado em meados de março.</p>

Compilação de dados - Indicador

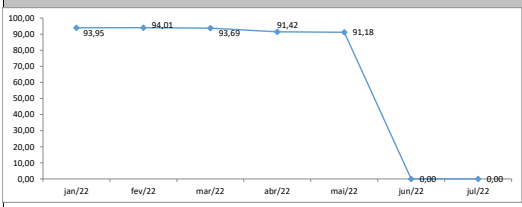
Indicador:

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>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
TOTAL DE ÓBITOS RELACIONADOS À SEPSE GRAVE	11	8	13	10	9								
TOTAL DE SEPSE GRAVE	16	12	20	21	13								
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	68,75	66,67	65,00	47,62	69,23	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	





Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida
<b>Perspectiva</b>	<b>Diretriz</b>	<b>Fonte dos Dados</b>
Processo.	Segurança do paciente.	Centro Cirúrgico
	<b>Objetivo</b>	
	Reduzir as infecções relacionadas as cirurgias onde estão indicadas as profilaxias de ATB.	
<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>	<b>Forma de Medição (cálculo)</b>
	Percentual de pacientes que recebeu antibioticoprofilaxia no momento adequado	$\frac{\text{Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos que receberam um esquema profilático : antibióticos}}{\text{Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos na amostra}} \times 1000$



**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**

Novembro/2020

**Análise Crítica**

Dentre as medidas que colaboram para prevenção de infecção de sítio cirúrgico, a antibioticoprofilaxia entra como uma das principais medidas; no que tange à esta, precisamos atentar para: indicação apropriada, droga adequada levando em consideração o sítio a ser operado, dose efetiva dentro do intervalo correto, descontinuar o antimicrobiano em tempo assertivo, atenção ao ajuste de dose para pacientes obesos além do repique intraoperatório caso necessário.

No mês de maio, foram realizadas 672 cirurgias, dentre elas, 302 emergenciais ou emergenciadas e 370 programadas. Dentre todas as cirurgias realizadas 533 haviam indicação de profilaxia cirúrgica, no entanto, 492 cirurgias obtiveram sua profilaxia realizada com algum tipo de antimicrobiano e também as que tinham indicação de profilaxia cirúrgica e não realizada (#), como representado no quadro abaixo. Vale ressaltar que dentre as 492 cirurgias com indicação de profilaxia, 06 destas realizaram o antimicrobiano inadequado de acordo com o sítio operado e protocolo institucionalizado. Tal inadequação pode impactar diretamente no custo X efetividade do processo profilático, além de induzir a seletividade microbiana de forma corriqueira.

Aprovellamos ainda para dispor o número de antimicrobianos realizados fora do intervalo preconizado: 56, sendo estes divididos entre 35 atrasos (período maior que 60' antes da incisão cirúrgica) e 21 antimicrobianos realizados após a incisão cirúrgica. De forma macroscópica, ambas as situações encontram-se inadequadas. No entanto em análise fina, as inadequações apresentam focos distintos que requerem tratativas diferenciadas.

**Quadro 1. Relação de cirurgias com indicação de profilaxia X profilaxias realizadas X não realizadas.**

TOTAL DE CIRURGIAS COM INDICAÇÃO DE PROFILAXIA	TOTAL DE CIRURGIAS COM INDICAÇÃO DE PROFILAXIA E REALIZADA	≠
Cirurgia Geral	220	202
Cirurgia Vascular	9	9
Neurocirurgia	29	27
Ortopedia	261	241
Cirurgia Pediátrica	5	5
Bucomaxilofacial	7	7
Endoscopia	2	1
<b>Total:</b>	<b>533</b>	<b>492</b>

**Ação de Melhoria**

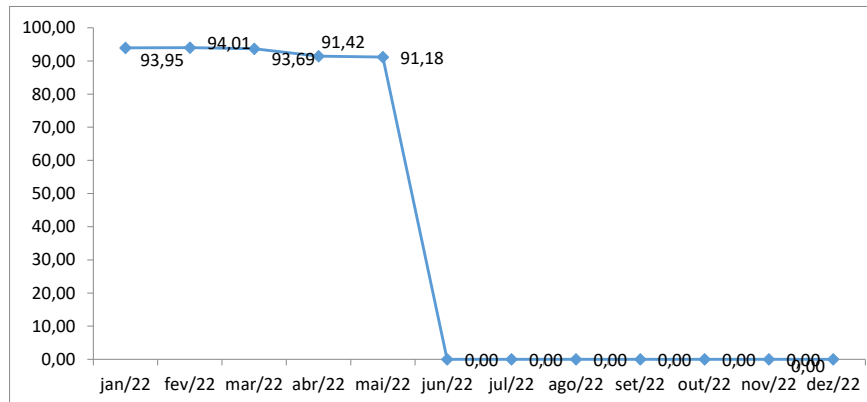
Otimizar os antibióticos profiláticos desde a emergência (Anexo).

Solicitar equipe cirúrgica através de suas coordenações que realizem treinamento sobre tempo assertivo do emprego do antimicrobiano profilático.

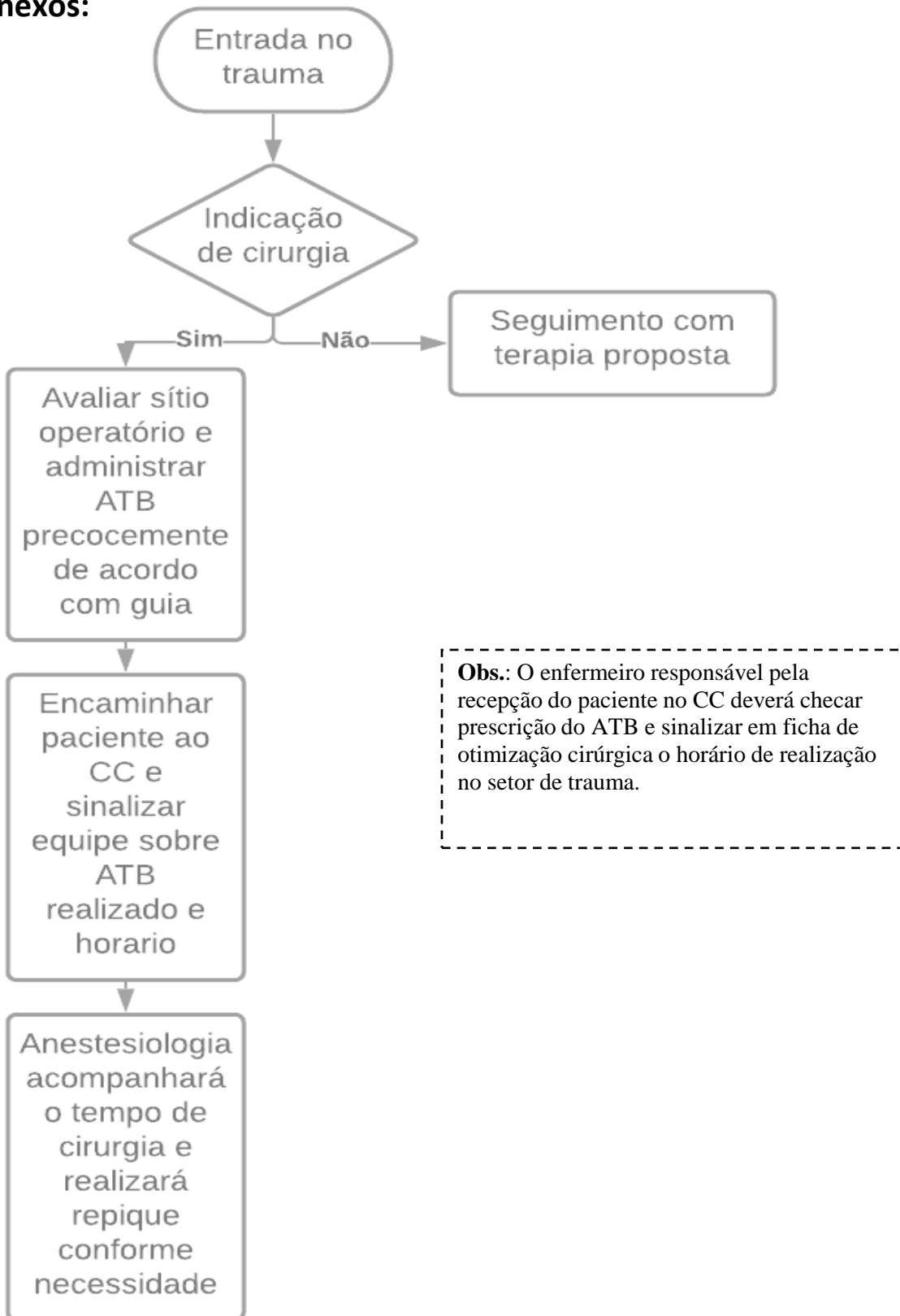
Compilação de dados - Indicador

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	458	486								2078
Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos na amostra	380	384	444	501	533								2242
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	93,95	94,01	93,69	91,42	91,18	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	92,69



**Anexos:**





**Governo do Rio de Janeiro**  
**Secretaria Estadual de Saúde**  
**Hospital Estadual Getúlio Vargas**

**Anexos:**