

Relatório Mensal de Atividades

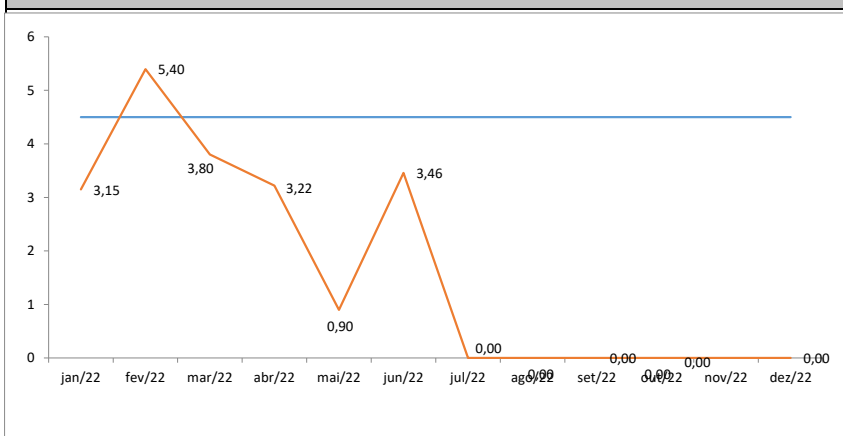
(SCIH)

Responsável:

SYLVIA PAVAN

JUNHO/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 ≤4,5‰	Indicador Densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada à cateter venoso central do CTI adulto.	Forma de Medição (cálculo) NÚMERO DE IPSC CTI ADULTO _____ .1000 00 _____ NUMERO DE CATETER VENOSO CENTRAL/DIA	



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
Junho/ 2022

Análise Crítica

No mês de junho foram diagnosticados 04 casos de IPSCSLC nas UTIs, 04 a mais que em maio. A taxa de utilização (TU) de CVC aumentou em todos os CTIs, exceto na UPO onde houve uma diminuição (84,75 para 75,27), o aumento mais expressivo ocorreu no CTI 3 (56,22 para 92,40) e no CTI 4 (55,65 para 67,53). O tempo médio de permanência (TMP) dos pacientes com CVC aumentou em praticamente todos os setores, exceto no CTI 4 onde houve uma diminuição de 01 dia (7,00 para 6,00) e também na UPO (10,39 para 8,88), neste último caso esse dado acompanha a taxa de utilização. As IPSCSL foram identificadas no CTI 3 (n=2) e CTI 4 (n = 2). Três pacientes evoluíram para óbito, Dois pacientes tinham CVC em VF para HD e um com CVC em VF para infusão medicamentosa. Um dos fatores que com certeza contribuiu para o aumento dos casos de IPSCSL foi o aumento na TU e no TMP dos pacientes com este dispositivo.

- Observação:**
- Nenhum dos acessos da HD foi substituído.
 - Média de 7 dias desde a punção até a data do diagnóstico de IPSCSL.
 - A roca aconteceu em 03 pacientes. OBS: Um dos pacientes teve troca de CVC da VSD para FV 02 dias antes do diagnóstico de IPSCSL.
 - Somente 02 pacientes tinham apenas um CVC.
 - Três pacientes evoluíram à óbito (14, 10 e 1 dias após o diagnóstico de IPSCSL) e um paciente ainda se encontra internado na terapia intensiva na data da formulação deste relatório.
 - Tivemos um caso de IPSCSL clínica, com resultado de hemoculturas negativas.
 - Foi diagnosticado um paciente com Endocardite (UPO) com internação hospitalar desde 24/04. Este caso não foi inserido como IPSCSL por não ter sido isolado nenhum germe nas hemoculturas.

Análise dos CVC:

- Foram analisados 217 CVC nas UTIs: CTI 1 = 75, CTI 2 = 43, CTI 3 = 25, CTI 4 = 34, UPO = 40.
- 10 CVC já estavam instalados no momento da admissão no CTI. Três provenientes da UPA Penha (1 trocado após 1 dia de internação e 2 não foram trocados, sendo que 1 óbito após 15 dias e outro se mantém até o momento desta análise). Sete de outras unidades de saúde, 3 deles foram trocados em até 24h e um permaneceu por 26 dias.
- Das CVCs puncionadas nas UTIs, 23 foram em sítio VF (10 para HD). Dos 13 CVC puncionados para infusão medicamentosa, 5 foram trocados, somente um a cima de 3 dias. Um foi trocado por CVP com 9 dias.

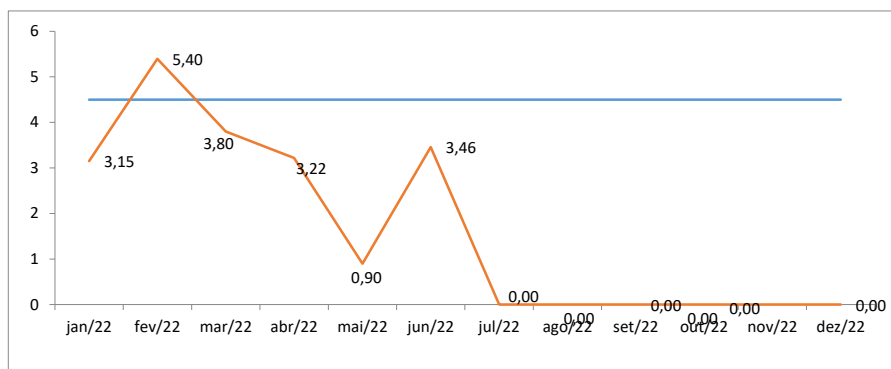
- Causas:**
- Aumento da taxa de utilização de CVC.
 - Aumento do tempo médio de permanência dos CVC.
 - Pacientes sem troca de CVC em até 3 dias após a admissão conforme acordado.

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. Treinamento para prevenção de IPSCSL agendado para Agosto.

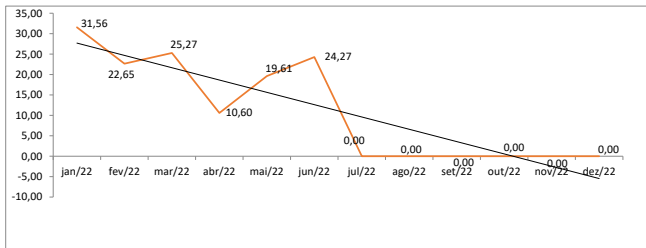
Compilação de dados IPCS adulto

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
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	4	1	4							23
Nº total de CVC/dia nos CTIs adulto	1270	1112	1052	1243	1115	1157							6949
Fórmula de Cálculo:	3,15	5,40	3,80	3,22	0,90	3,46	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	3,31



Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida	Fonte dos Dados
Perspectiva	Diretriz		
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 ≤13%	Indicador Densidade de incidência de infecção de Pneumonia associada à ventilação mecânica nas UTIs adulto.	Forma de Medição (cálculo) NÚMERO DE PNEUMONIAS ASSOCIADAS A VENTILAÇÃO MECÂNICA/DIA NÚMERO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA/DIA	x1000
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			Junho/ 2022



Análise Crítica

Em abril o resultado deste indicador ficou abaixo da meta estabelecida, porém em maio e em junho este indicador voltou a ficar fora da meta. Desde maio esta havendo um aumento na taxa deste indicador tem aumentado.

Analisando os setores individualmente, observamos uma diminuição na DI de PAV apenas no CTI1 e um aumento nas demais terapias intensivas. A UPO foi o setor que apresentou o maior aumento deste indicador, saindo de 3 casos de PAV em maio para 6 casos em junho (19,23% em maio para 48,00% em junho).

Segue os dados referentes ao TMP e à TU de cada CTI nos últimos 3 meses:

Taxa de utilização de VM:

Setor	Abril	Maio	Junho
CTI 1	50,96%	45,88%	57,62%
CTI 2	86,40%	61,13%	67,42%
CTI 3	64,29%	40,00%	73,10%
CTI 4	37,50%	29,71%	41,56%
UPO	45,02%	55,32%	44,17%

TMP (em

dias) dos pacientes em VM:

Setor	Abril	Maio	Junho
CTI1	7,16	6,89	8,66
CTI2	8,10	4,87	9,93
CTI3	8,31	8,22	7,81
CTI4	8,40	6,45	5,33
UPO	5,95	9,18	10,42

Comparando o TMP, a TU e a PAV, podemos perceber que:

- CTI 1 – Houve discreta diminuição na DI de PAV (19,1 para 18,24), apesar aumento tanto na TU e no TMP da VM. O número absoluto de PAVs aumentou de 5 em maio para 6 em junho.
- CTI 2 – Houve um aumento importante na densidade de PAV este mês (13,25% para 20,13%). Podemos observar um aumento na TU e o TMP mais que dobrou neste setor. Em relação à números absolutos, em maio tivemos 2 PAVs diagnosticadas e 03 PAVs em junho.
 - CTI 3 – Em números absolutos houve um aumento de 2 para 3 PAVs quando comparamos o mês de junho com maio, porém a DI de PAV saiu de 13,51% para 24%. A taxa de utilização de VM aumentou significativamente, porém o TMP caiu em 0,41 dias.
 - CTI 4 – Apesar de ter sido mantido o número absoluto de PAVs quando comparado com o mês anterior, a DI de PAV diminuiu nesse setor (28,17% em maio para 20,80% em junho). O TMP diminuiu enquanto a TU de VM aumentou.
- UPO – O número total de PAVs dobrou nesse setor (3 PAVs em maio para 6 PAVs em junho) e também a DI de PAV (de 19,23% para 48%). A TU de VM diminuiu e o TMP aumentou.

Ação de Melhoria

1. Treinamento multidisciplinar em junho.

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
Metas ≤13‰	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	
Nº total de PAV nos CTIs adulto	32	21	19	9	14	20							115
Nº total de VM/dia nos CTIs adulto	1014	927	752	849	714	824							5080
Fórmula de Cálculo:	31,56	22,65	25,27	10,60	19,61	24,27	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	2,26%



Hospital Estadual Getúlio Vargas Unidade de Medida

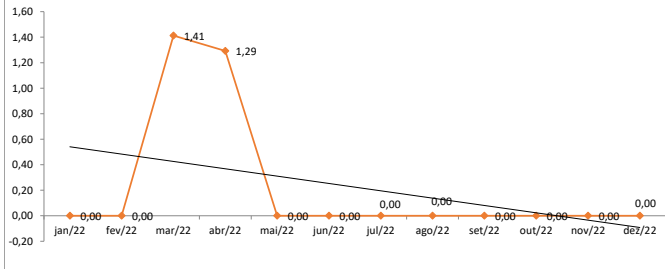
Perspectiva **Diretriz** **Fonte dos Dados**

Processo. Segurança do paciente. Busca ativa. Prontuários. Exames microbiológicos.
Objetivo
Reduzir a densidade de incidência de infecção urinária

Meta **Indicador** **Forma de Medição (cálculo)**

≤0,60‰ Densidade de incidência infecção urinária associada à cateter vesical de demora nas UTIs adulto. $\frac{\text{NÚMERO DE INFECÇÕES URINÁRIAS ASSOCIADAS À CATETER VESICAL DE DEMORA/DIA}}{\text{NÚMERO DE CATETER VESICAL DE DEMORA/DIA}} \times 1000$

Periodicidade de Avaliação



Mensal

Área Responsável

CCIH e CTI adulto.

Responsável pela Coleta de Dados

CCIH.

Responsável pela Análise de Dados

Dra. Sylvia Pavan

Referencial Comparativo

Versão

Última Atualização

Junho/ 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. Pelo segundo mês consecutivo esse indicador permanece dentro da meta contratual. No mês de maio e junho não foi identificado nenhum caso de ITU associado à CVD.

ITU associada à CVD

Pelo segundo mês consecutivo esse indicador permanece dentro da meta contratual. No mês de maio e junho não foi identificado nenhum caso de ITU associado à CVD.

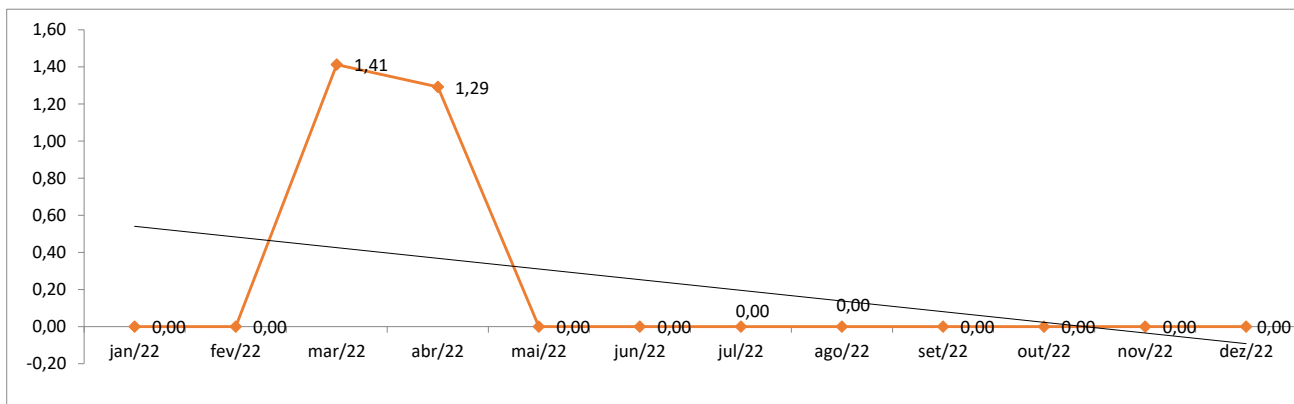
Setores	Permanência Média de CVD (dias) / Taxa de Utilização CVD (%)			
	Mar	Abr	Mai	Jun
CTI 1	5,62 / 40,62	5,47 / 52,71	4,25 / 35,73	4,79 / 31,87
CTI 2	3,74 / 35,54	8,07 / 44,49	4,08 / 21,46	2,63 / 32,13
CTI 3	10,4 / 56,52	6,82 / 44,64	7,00 / 30,27	7,35 / 73,10
CTI 4	6,07 / 71,84	5,47 / 73,21	6,32 / 66,11	4,81 / 64,50
UPO	3,93 / 39,70	5,38 / 38,38	5,83 / 37,23	6,80 / 36,04

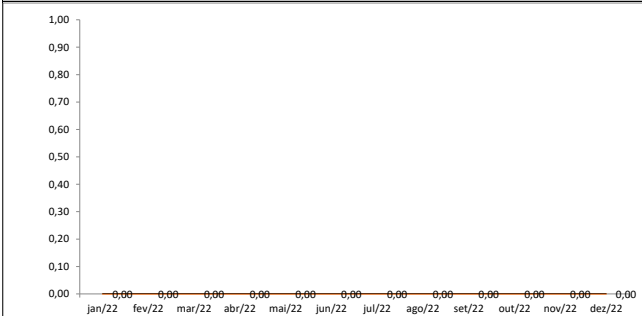
Ação de Melhoria

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
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	1	0	0	0						2
N° total de CVD/dia nos CTIs adulto	752	664	708	774	761	576	629						4864
Fórmula de Cálculo:	0,00	0,00	1,41	1,29	0,00	0,00	0,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0,41

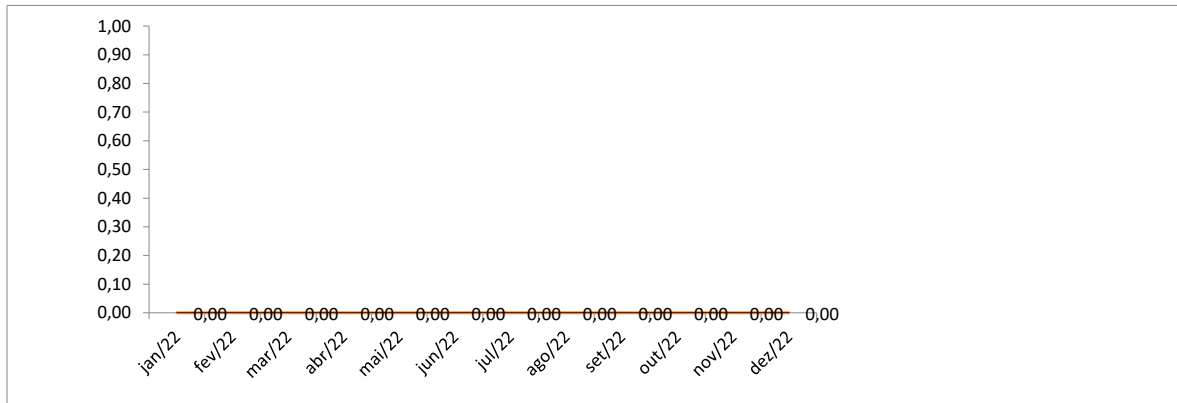


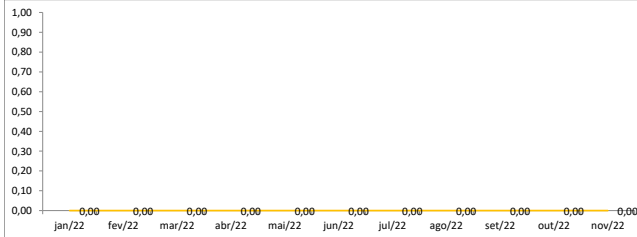
Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida	
Perspectiva	Diretriz		Fonte dos Dados
Processo.	Segurança do paciente.		Busca fonada.
	Objetivo Reduzir o número de infecções de sítio cirúrgico associadas às artroplastias total de quadril.		
Meta 0%	Indicador Taxa de infecção de sítio cirúrgico associadas às artroplastias total de quadril.		Forma de Medição (cálculo) $\frac{\text{NÚMERO DE INFECÇÕES DE FERIDA OPERATÓRIA DE CIRURGIAS artroplastia total de quadril}}{\text{NÚMERO TOTAL DE artroplastia total de quadril}} \times 100$
		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	
		Junho/ 2022	
Análise Crítica			
Não foi diagnosticado nenhum caso de infecção relacionada à artroplastia total de quadril no período.			
Ação de Melhoria			

Compilação de dados - Indicador

Indicador:

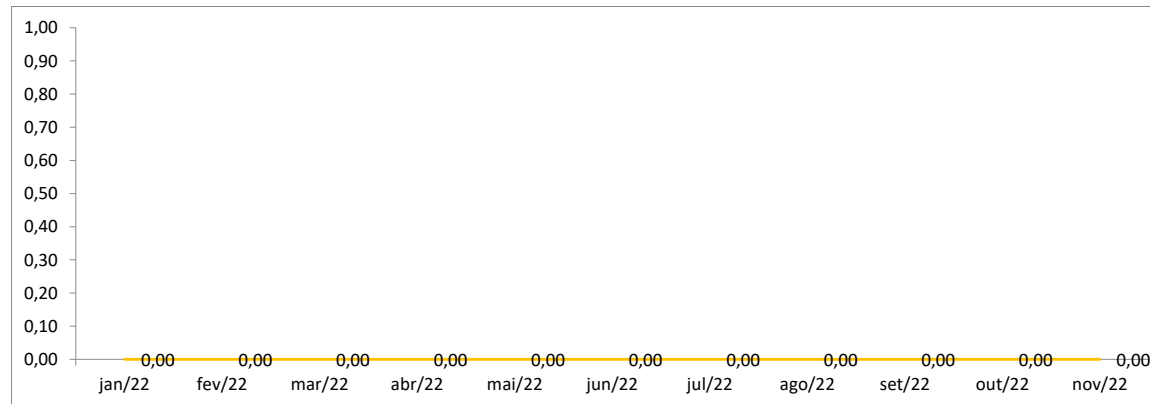
Mês	jan/22	fev/22	mar/22	abr/22	mai/22	jun/22	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22	Resultado
Metas 0,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Nº total de artroplastias total de quadril realizadas	0	2	3	0	4	2							11
Nº de Infecções cirúrgicas identificadas nas artroplastias totais de quadril	0	0	0	0	0	0							0
Fórmula de Cálculo:	#DIV/0!	0,00	0,00	#DIV/0!	0,00	0,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0,00



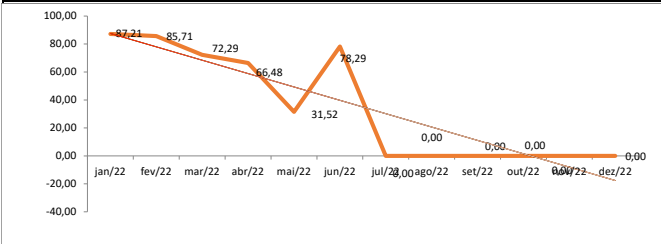
Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida	
Perspectiva	Diretriz		Fonte dos Dados
Processo.	Segurança do paciente.		Busca fonadas e reinternações.
	Objetivo Reduzir o número de infecções de sítio cirúrgico associadas às derivações ventriculoperitoneais (DVP).		
Meta 0%	Indicador Taxa de infecção de sítio cirúrgico associadas às DVP.		Forma de Medição (cálculo) $\frac{\text{NÚMERO DE INFECÇÕES DE FERIDA OPERATÓRIA DE DVP}}{\text{NÚMERO TOTAL DE DVP}} \cdot 100$
		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			
Junho/ 2022			
Análise Crítica			
Foram realizadas 04 DVPs e 06 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/22	abr/22	mai/22	jun/22	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22	Resultado
Metas 0,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Nº total de DVP realizadas	2	3	1	3	4	1							14
Nº de Infecções cirúrgicas DVP	0	0	0	0	0	0							0
Fórmula de Cálculo:	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	



Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida	Fonte dos Dados
Perspectiva	Diretriz		
Processo.	Segurança do paciente. Objetivo Reduzir o número de infecções associadas à assistência à saúde.		Observador cego.
Meta	Indicador	Forma de Medição (cálculo)	
	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	
		CCIH.	
		Responsável pela Coleta de Dados	
		CCIH.	
		Responsável pela Análise de Dados	
		Sylvia Pavan	
		Referencial Comparativo	
		Versão	
		Última Atualização	
		Junho/ 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 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 175 oportunidades de higiene das mãos em junho (83 observações a mais que no mês de maio), sendo observada uma melhora de 19,16%. Foram observados que 137 (78,28%) colaboradores realizaram higiene das mãos de acordo com o orientado. No entanto, somente 81 (59,12%) 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 3 meses:

Consumo de álcool gel por CTI

Sector	CTI 1	CTI 2	CTI 3	CTI 4	UPO	CETIPE
Abril	4.800ml	1.600ml	1.600ml	1.600ml	3.200ml	6.400ml
Mai	12.000ml	2.400ml	0	5.600ml	3.200ml	9.600ml
Junho	8.800ml	1.600ml	2.400ml	4.000ml	3.200ml	3.200ml

Consumo de sabão líquido por CTI

Sector	CTI 1	CTI 2	CTI 3	CTI 4	UPO	CETIPE
Abril	13.600ml	8.000ml	5.600ml	12.800ml	7.200ml	9.600ml
Mai	10.400ml	10.400ml	2.400ml	2.400ml	3.200ml	9.600ml
Junho	12.800ml	11.200ml	4.800ml	800ml	5.600ml	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.

Ação de Melhoria

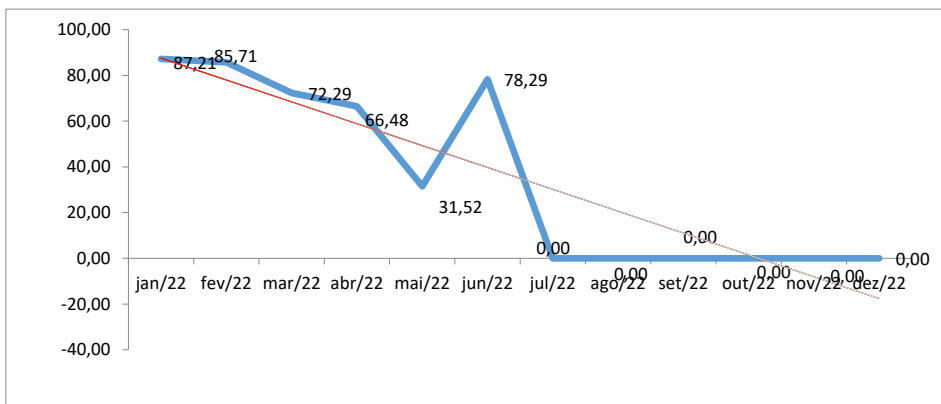
Treinamento com conscientização das equipes sobre a importância de HM.



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
Metas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
N° de higienização das mãos realizadas	266	36	227	119	29	137							814
N° de oportunidades observadas para higiene das mãos.	305	42	314	179	92	175							1107
Fórmula de Cálculo:	87,21	85,71	72,29	66,48	31,52	78,29	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	73,53



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 00
		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
		Junho/ 2022

Análise Crítica

Setores abertos:
Foram abertos 57 protocolos de sepse no HEGV no mês de junho (2 protocolos a menos que em maio). Foram excluídos 12 (4 a menos que no mês anterior) e 45 mantidos (2 a mais que em maio), o que corresponde a 78,94%. Foram identificados 23 casos de choque sépticos. Até o início de junho foram contabilizados 32 óbitos de todos os pacientes que tiveram os seus protocolos mantidos, sendo que 20 por choque séptico. Não temos como definir se os óbitos foram por causas infecciosas ou por doenças de base, porém 14 óbitos ocorreram em até 72h da abertura do protocolo e 18 com mais de 4 dias. Dos 45 protocolos mantidos, 21 (46,66%) foram de origem comunitária e 24 (53,33%) de origem hospitalar. Principais diagnósticos identificados: 16 Pneumonias – 4 Urinários – 18 Indeterminados - 1 Abdominais – 6 IPPMs.

Origem Comunitária:
Dos 22 protocolos mantidos, sendo que 16 (72,72%) evoluíram para óbito, desses: 13 (81,25%) por choque séptico (7 em até 72h de internação e 06 com mais de 4 dias) e 03 (18,75%) por infecção com disfunção orgânica (2 em até 72h de internação e 01 com mais de 30 dias).

Origem Hospitalar:
Dos 23 protocolos mantidos, 13 (56,52%) evoluíram à óbito, desses: 7 (53,84%) choque séptico (4 com menos de 72h da abertura do protocolo e 3 com mais de 4 dias), 4 (30,76%) com infecção com disfunção (1 com até 72h e 3 com mais de 4 dias), 2 (15,38%) óbitos com SIRS (todos com mais de 4 dias).

Setores de abertura dos protocolos mantidos: 14 na CM, 3 na C. Geral, 3 na Ortopedia, 1 na NC e 1 na C. Vascular. Um protocolo sem setor de abertura. 05 (11,11%) protocolos abertos e mantidos no HEGV foram considerados como realizados de adequada conforme orientação.

CTIs
Foram abertos 76 protocolos de sepse no mês de junho, no entanto, 13 (17,10%) foram encerrados e 63 mantidos (82,89%). Dos protocolos encerrados, todos foram justificados. Ainda, dentre os encerrados, um paciente teve diagnóstico de PAV no dia seguinte da abertura do protocolo, um paciente com diagnóstico de IPCS após 3 dias após a data da abertura e uma teve diagnóstico de PAV 2 dias antes da abertura do protocolo.

Em relação aos protocolos mantidos, 19 eram de etiologia comunitária. Dentre eles, 13 já faziam uso prévio de antimicrobiano e 7 foram escalonados. Seis protocolos ultrapassaram a lacuna de tempo de 60 minutos para administração do ATB, sendo 3 choques (2 evoluíram para óbito com 8 e 9 dias após a abertura do protocolo), 2 infecção com disfunção (1 evoluiu para óbito com 9 dias após a abertura do protocolo) e 1 SIRS (óbito com 6 dias após a abertura do protocolo).

Nas UTIs foram diagnosticadas 32 IRAS em junho. Causas:
A letalidade dos pacientes com choque séptico de origem hospitalar maior na terapia intensiva (60%), quando comparamos com os protocolos abertos nos setores abertos, ambos com origem hospitalar (53,84%).

- Setores abertos:
- Lactato: 3 protocolos sem registro de lactato.
 - Hidratação: 1 paciente com infusão de HV abaixo do volume preconizado e 4 não foi informada a infusão de volume.
 - Tempo de infusão do ATB: 2 protocolos sem anotação do horário de início de infusão do ATB.
 - Escolha do ATB: 3 protocolos sem anotação e 1 protocolo não tinha o ATB de acordo com o preconizado.
- CTI:
- Hidratação: 4 pacientes tiveram HV abaixo do volume preconizado e 4 não foi infundido volume (sem descrição de contraindicação).
 - Tempo de infusão do ATB: 1 protocolo sem anotação do horário de infusão do ATB e 2 com tempo de início de infusão do ATB superior a 30 minutos.
 - Escolha do ATB: 1 protocolo não tinha o ATB de acordo com o preconizado.
 - GSA: 1 protocolo sem identificação de gasometria na 6ª hora.

Assertividade entre o diagnóstico de IRAS e protocolo de sepse (até 3 dias de intervalo entre a abertura do protocolo e a data da IRAS):

	CTI 1	CTI 2	CTI 3	CTI 4	UPO
Total IRAS	10	5	5	5	7
Protocolos	7	2	3	2	1

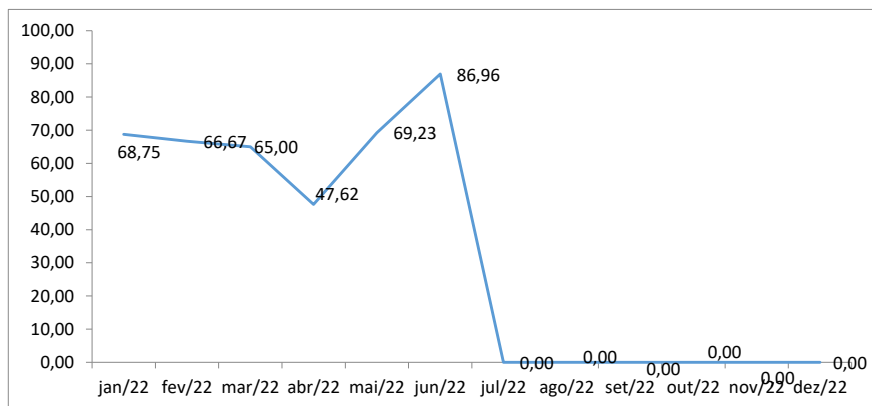
Ação de Melhoria

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

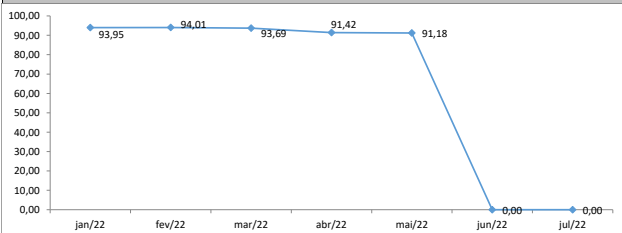
Compilação de dados - Indicador

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
Metas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL DE ÓBITOS RELACIONADOS À SEPSE GRAVE	11	8	13	10	9	20							
TOTAL DE SEPSE GRAVE	16	12	20	21	13	23							
Fórmula de Cálculo:	68,75	66,67	65,00	47,62	69,23	86,96	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	



Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida	Fonte dos Dados
Perspectiva	Diretriz		
Processo.	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)	
	Percentual de pacientes que recebeu antibioticoprofilaxia no momento adequado	$\frac{\text{Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos que receberam um esquema profilático de antibióticos}}{\text{Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos na amostra}} \times 1000$	
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

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.

Foram realizadas 635 cirurgias no mês de maio. Destas, 462 tinham indicação de realizar profilaxia cirúrgica e 173 sem indicação. Das que não haviam indicação, encontravam-se assim devido a uso prévio de ATB que possuíam espectro para contaminantes de pele (61), 15 procedimentos de apendicectomia que dispensam o uso de profilaxia, além de drenagens de abscessos, endoscopias e captação de órgãos. Ainda, dos procedimentos que haviam indicação de profilaxia cirúrgica e não realizaram, totalizamos 47 procedimentos, divididos em: 24 de ortopedia, 12 de cirurgia geral, 1 de endoscopia (GTT), 01 de Neurocirurgia, 04 de Cirurgia Pediática, 02 de cirurgia vascular e 03 de bucomaxilo facial.

Sobre o atraso de antimicrobianos, totalizamos 48, divididos em 19 no serviço de ortopedia, 20 no serviço de cirurgia geral, 01 de bucomaxilofacial, 05 de neurocirurgia e 03 vascular.

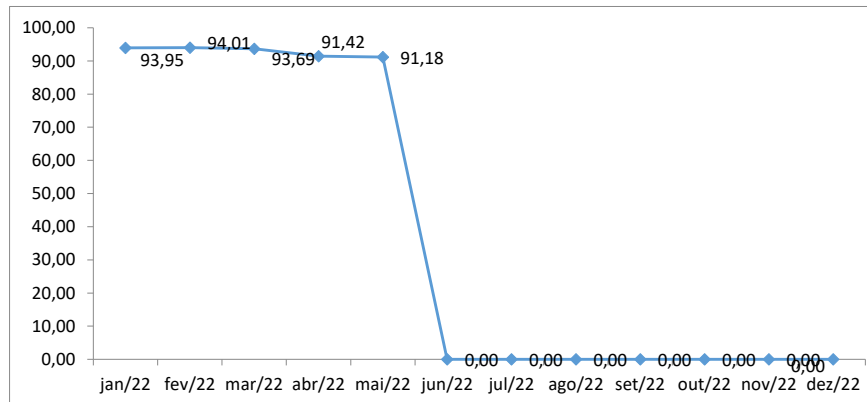
Ação de Melhoria

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.

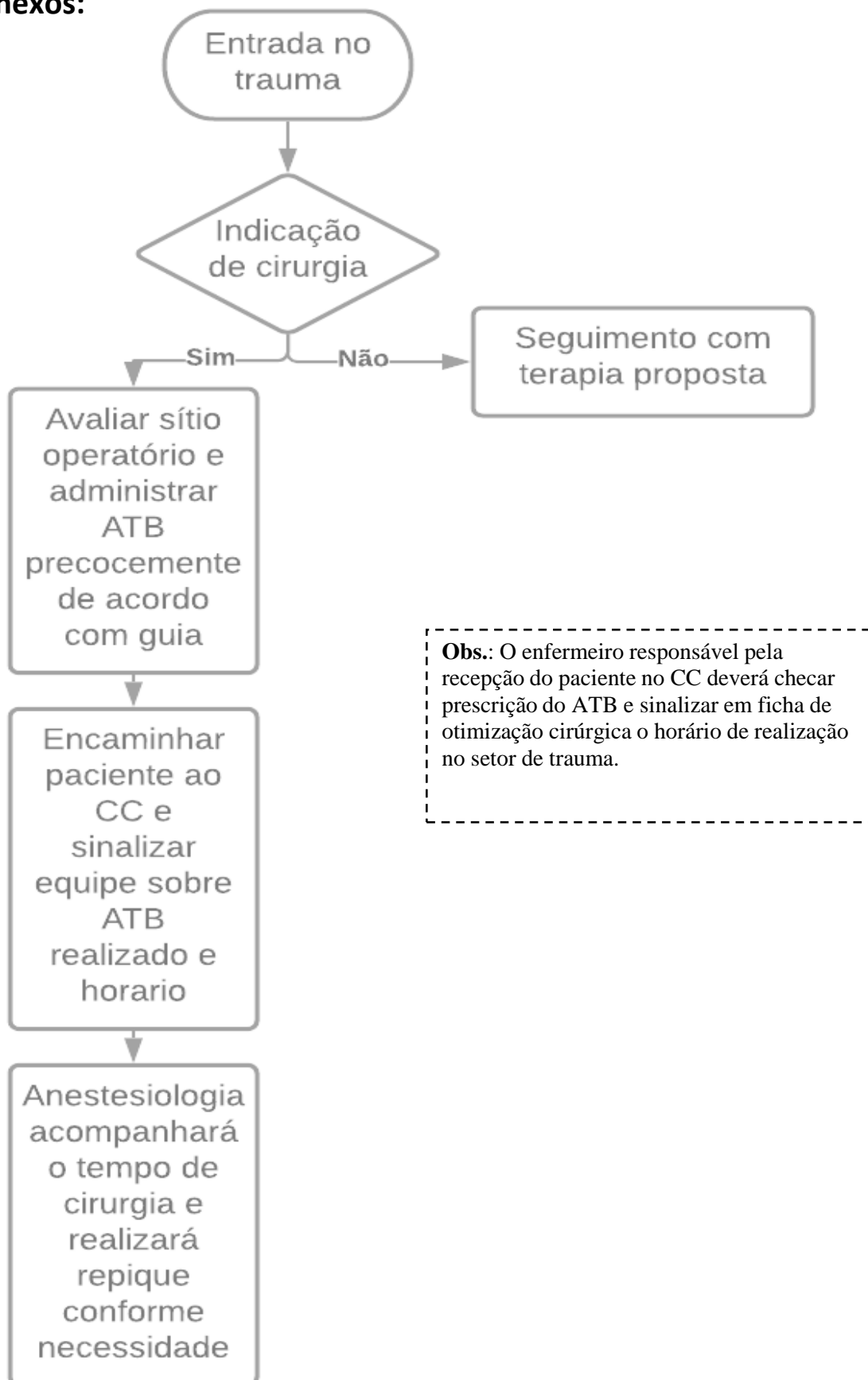
Compilação de dados - Indicador

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
Metas													
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
Fórmula de Cálculo:	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:



Anexos: