

Relatório Mensal de Atividades

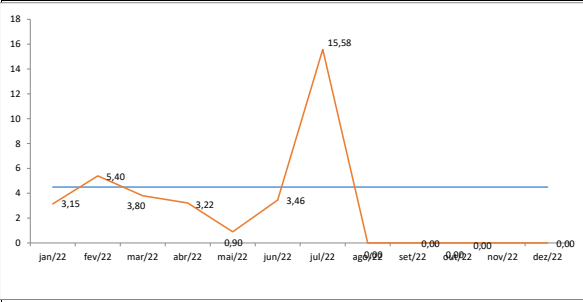
(SCIH)

Responsável:

SYLVIA PAVAN

JULHO/2022

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



Periodicidade de Avaliação
Mensal
Área Responsável
COIH.
Responsável pela Coleta de Dados
COIH.
Responsável pela Análise de Dados
Sylvia Pavan
Referencial Comparativo
Versão
Última Atualização
Julho/ 2022

Análise Crítica

No mês de julho foram diagnosticados 16 casos de IPSC/L nas UTIs, 12 a mais que em junho. A taxa de utilização (TU) de CVC aumentou de 78,33 para 86,67%. O aumento dessa taxa se deu por uma diminuição do número de pacientes/dia e não por aumento no número de CVC/dia. O tempo médio de permanência dos pacientes com CVC diminuiu em todos os CTIs, exceto no CTI3, que houve um aumento de aproximadamente 1 dia.

As IPSC/L foram identificadas no CTI 1 (n = 5, 2 óbitos, 1 paciente de alta hospitalar, 1 internado na ortopedia e 1 óbito na CM 18 dias após o diagnóstico de IPSC), CTI 2 (n = 5, 1 paciente internado no CTI 3, 1 alta, 1 óbito no CTI 1, 1 no CTI 2 e 1 na UPO), CTI 3 (n = 2, 2 óbitos, ambos no CTI 3), CTI 4 (n = 3, 3 óbitos, todos no CTI 4) e UPO (n = 1, óbito na UPO). Os dados quanto ao destino do paciente foram atualizados em 08/08.

Acessos em Veia Femoral: Dos pacientes que apresentaram IPSC, 7 (43,75%) tinham CVC em VF, sendo que 4 deles eram para HD.

Observação:

- Nenhum dos acessos da HD foi substituído (todos evoluíram para óbito, sendo 3 no dia seguinte do diagnóstico e 1 com 6 dias após o diagnóstico).
- A média de dias de CVC dos pacientes que desenvolveram IPSC foi de 7,60.
- Média de dias de CVC nos pacientes com IPSC por setor:
CTI 1 = 5,57 dias
CTI 2 = 7,87 dias
CTI 3 = 5,50 dias
CTI 4 = 10,60 dias
UPO = 9 dias
- Troca de CVC na suspeita de infecção: 3 pacientes do CTI1 (1 retirou o CVC na data da IPSC, 1 trocou na data do diagnóstico e 1 trocou no dia anterior ao diagnóstico). Dois pacientes no CTI 2 (1 paciente com 3 dias do diagnóstico, 1 paciente com 2 dias antes do diagnóstico). Dois pacientes no CTI 4 (1 com 2 dias após o diagnóstico e 1 com 3 dias).
- Somente 04 pacientes tinham mais de um CVC. Tivemos 16 IPSC e 23 CVCs nesses pacientes no período do diagnóstico.

Causas:

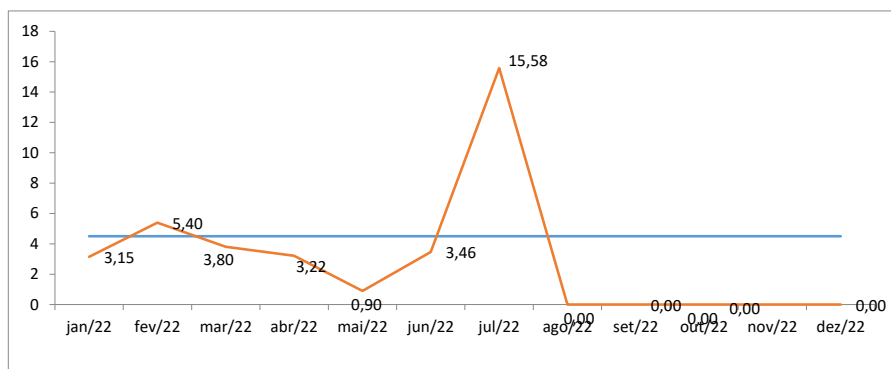
- Aumento da taxa de utilização de CVC.
- Aumento do tempo médio de permanência dos CVC.
- Pacientes sem troca de CVC em até 3 dias após a admissão conforme acordado.

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 IPSC agendado para Agosto.
5. Acompanhamento de algumas punções de CVC.
6. Acompanhamento de troca de curativos.

Compilação de dados IPCS adulto

Indicador:

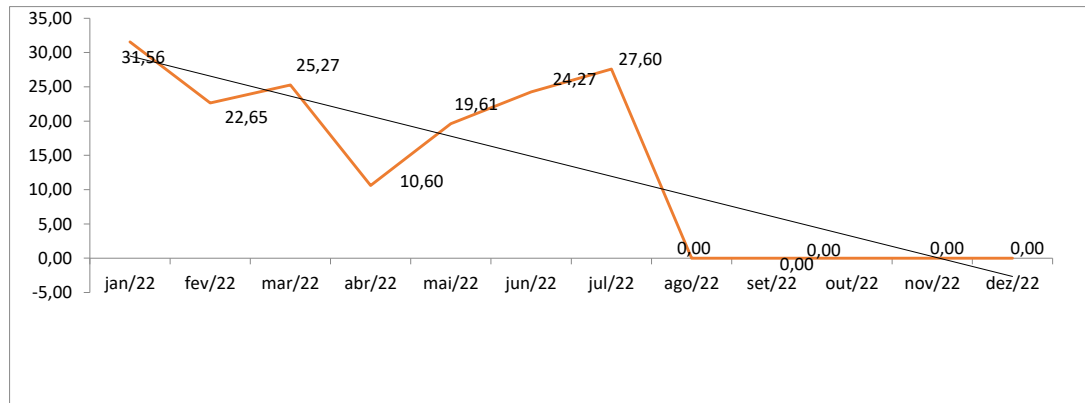
	jan/22	fev/22	mar/22	abr/22	mai/22	jun/22	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22	Resultado
Metas ≤4,5‰	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	
Nº total de IPCS nos CTIs adulto	4	6	4	4	1	4	16						39
Nº total de CVC/dia nos CTIs adulto	1270	1112	1052	1243	1115	1157	1027						7976
Fórmula de Cálculo:	3,15	5,40	3,80	3,22	0,90	3,46	15,58	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	4,89



Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida																										
Perspectiva	Diretriz	Fonte dos Dados																										
Processo.	Segurança do paciente.	Busca ativa. Prontuários. Imagens radiológicas. Exames microbiológicos.																										
	Objetivo Reduzir a incidência de Pneumonia associada à ventilação mecânica nas UTIs adulto.																											
Meta	Indicador	Forma de Medição (cálculo)																										
≤13%	Densidade de incidência de infecção de Pneumonia associada à ventilação mecânica nas UTIs adulto.	$\frac{\text{NÚMERO DE PNEUMONIAS ASSOCIADAS A VENTILAÇÃO MECÂNICA}}{\text{NÚMERO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA}} \cdot 1000$																										
		Periodicidade de Avaliação																										
<table border="1"> <caption>Dados do Gráfico de Linha</caption> <thead> <tr> <th>Mês/Ano</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan/22</td><td>31,56</td></tr> <tr><td>Feb/22</td><td>22,65</td></tr> <tr><td>Mar/22</td><td>25,27</td></tr> <tr><td>Abr/22</td><td>10,60</td></tr> <tr><td>Mai/22</td><td>19,61</td></tr> <tr><td>Jun/22</td><td>27,60</td></tr> <tr><td>Jul/22</td><td>24,27</td></tr> <tr><td>Ago/22</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>Set/22</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>Out/22</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>Nov/22</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>Dez/22</td><td>0,00</td></tr> </tbody> </table>		Mês/Ano	Valor	Jan/22	31,56	Feb/22	22,65	Mar/22	25,27	Abr/22	10,60	Mai/22	19,61	Jun/22	27,60	Jul/22	24,27	Ago/22	0,00	Set/22	0,00	Out/22	0,00	Nov/22	0,00	Dez/22	0,00	Área Responsável
		Mês/Ano	Valor																									
		Jan/22	31,56																									
		Feb/22	22,65																									
		Mar/22	25,27																									
Abr/22	10,60																											
Mai/22	19,61																											
Jun/22	27,60																											
Jul/22	24,27																											
Ago/22	0,00																											
Set/22	0,00																											
Out/22	0,00																											
Nov/22	0,00																											
Dez/22	0,00																											
Mensal	Responsável pela Coleta de Dados																											
CCH;	Responsável pela Análise de Dados																											
CCH;	Sylvia Pavan																											
Referencial Comparativo																												
		Versão																										
		Última Atualização																										
		Julho/ 2022																										
Análise Crítica																												
<p>Foram diagnosticadas 21 PAVs (15 tardias e 6 precoces) em 20 pacientes no eixo crítico no mês de julho. Apesar deste indicador estar muito fora da meta, houve um aumento de uma PAV quando comparado com o mês de junho.</p> <p>Podas as PAVs precoces de julho tiveram imagens radiológicas anteriores para comparativo.</p> <p>Analisando os setores individualmente, observamos uma diminuição na DI de PAV apenas no CTI 4 (2 em junho e 1 em julho) e na UPO (6 em junho e 5 em julho) e um aumento no CTI 1 (6 em junho e 8 em julho) e no CTI 2 (3 em junho e 4 em julho), o número se manteve no CTI 3.</p> <p>A taxa de utilização de VM diminuiu no CTI 1, CTI 3 e CTI4, aumentou na UPO e praticamente se manteve no CTI 2. A densidade de utilização de VM diminuiu em praticamente todos os setores e aumentou apenas no CTI 4.</p>																												
Ação de Melhoria																												
<ol style="list-style-type: none"> Foi realizado treinamento multidisciplinar em julho. Será realizada intensificação nas vigilâncias em pacientes submetidos à VM. 																												

Compilação de dados - Indicador

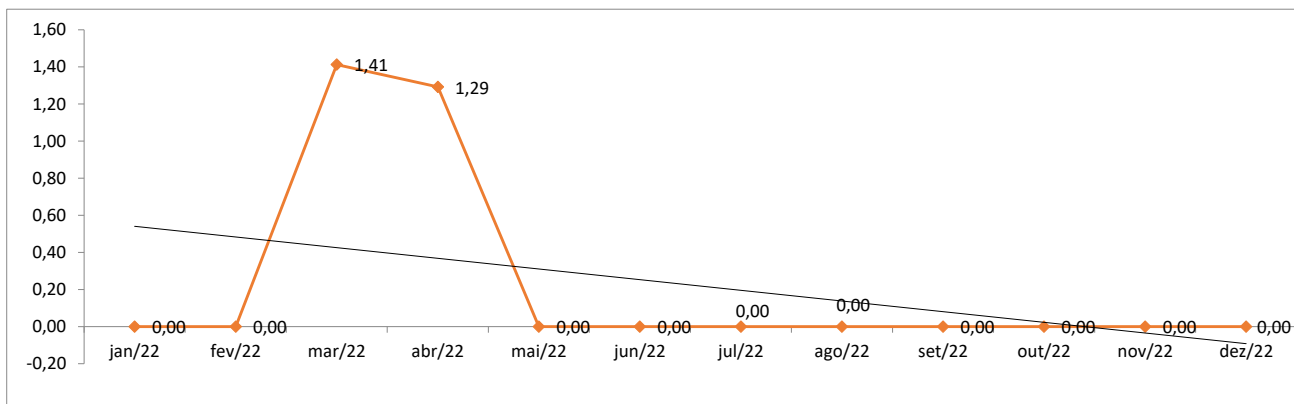
Indicador:													
Mês	jan/22	fev/22	mar/22	abr/22	mai/22	jun/22	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22	Resultado
Metas ≤13‰	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	
Nº total de PAV nos CTIs adulto	32	21	19	9	14	20	21						136
Nº total de VM/dia nos CTIs adulto	1014	927	752	849	714	824	761						5841
Fórmula de Cálculo:	31,56	22,65	25,27	10,60	19,61	24,27	27,60	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	2,33%



Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida	Fonte dos Dados																											
Processo.	Diretriz	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.	$\frac{\text{NÚMERO DE INFECÇÕES URINÁRIAS ASSOCIADAS À CATETER VESICAL DE DEMORA}}{\text{NÚMERO DE CATETER VESICAL DE DEMORA/DIA}} \times 1000$	10																											
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																														
Julho/ 2022																														
Análise Crítica																														
<p>Desde abril de 2022 não identificamos nenhum caso de ITU associado à CVD através da metodologia de vigilância <i>National Healthcare Safety Network</i> (NHSN), antigo NNISS (<i>National Nosocomial Infection Surveillance System</i>).</p> <p>De acordo com o quadro observamos que: O CTI 1 se mantém estável nos últimos 3 meses. O CTI 2 vem aumentando a TU de CVD nos últimos 3 meses e o o TMP aumentou consideravelmente no último mês. O CTI 3 está voltando a diminuir a Taxa de utilização, porém com um aumento crescente no TMP. O CTI 4 vem diminuindo a TU nos últimos 3 meses e praticamente manteve o TMP em comparação com o último mês. Na UPO observamos uma diminuição do TMP no último mês com uma tendência de aumento na TU de CVD.</p>																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Setores</th> <th colspan="3">Tempo médio de Permanência (dias) / Taxa de utilização do CVD (%)</th> </tr> <tr> <th>Mai</th> <th>Jun</th> <th>Jul</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CTI 1</td> <td>4,25 / 35,73</td> <td>4,79 / 31,87</td> <td>4,68 / 31,12</td> </tr> <tr> <td>CTI 2</td> <td>4,08 / 21,46</td> <td>2,63 / 32,13</td> <td>8,43 / 50</td> </tr> <tr> <td>CTI 3</td> <td>7,00 / 30,27</td> <td>7,35 / 73,10</td> <td>8,50 / 59,65</td> </tr> <tr> <td>CTI 4</td> <td>6,32 / 66,11</td> <td>4,81 / 64,50</td> <td>4,23 / 49,77</td> </tr> <tr> <td>UPO</td> <td>5,83 / 37,23</td> <td>6,80 / 36,04</td> <td>4,86 / 40,07</td> </tr> </tbody> </table>				Setores	Tempo médio de Permanência (dias) / Taxa de utilização do CVD (%)			Mai	Jun	Jul	CTI 1	4,25 / 35,73	4,79 / 31,87	4,68 / 31,12	CTI 2	4,08 / 21,46	2,63 / 32,13	8,43 / 50	CTI 3	7,00 / 30,27	7,35 / 73,10	8,50 / 59,65	CTI 4	6,32 / 66,11	4,81 / 64,50	4,23 / 49,77	UPO	5,83 / 37,23	6,80 / 36,04	4,86 / 40,07
Setores	Tempo médio de Permanência (dias) / Taxa de utilização do CVD (%)																													
	Mai	Jun	Jul																											
CTI 1	4,25 / 35,73	4,79 / 31,87	4,68 / 31,12																											
CTI 2	4,08 / 21,46	2,63 / 32,13	8,43 / 50																											
CTI 3	7,00 / 30,27	7,35 / 73,10	8,50 / 59,65																											
CTI 4	6,32 / 66,11	4,81 / 64,50	4,23 / 49,77																											
UPO	5,83 / 37,23	6,80 / 36,04	4,86 / 40,07																											
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	0					2
N° total de CVD/dia nos CTIs adulto	752	664	708	774	761	576	629	615					5479
Fórmula de Cálculo:	0,00	0,00	1,41	1,29	0,00	0,00	0,00	0,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0,37

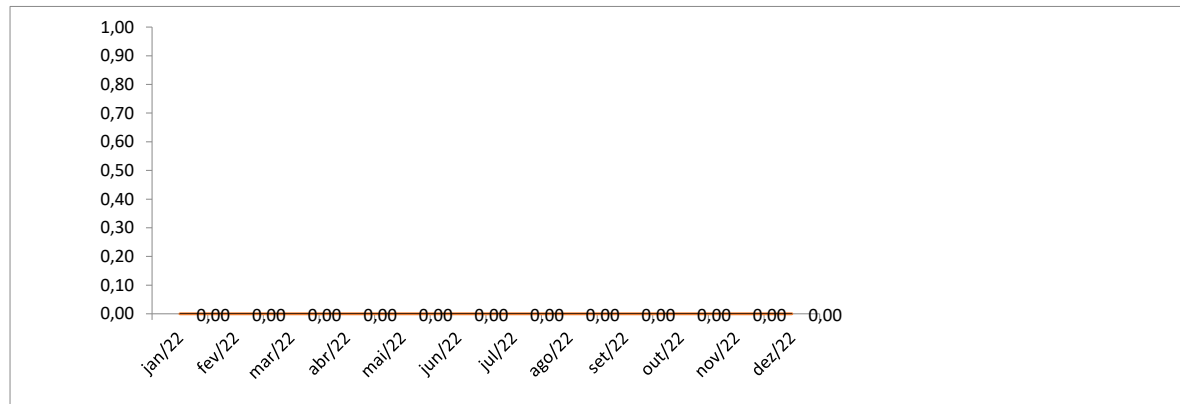


Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida
Perspectiva	Diretriz	Fonte dos Dados
Processo.	Segurança do paciente.	Busca fonada.
	Objetivo	
	Reduzir o número de infecções de sítio cirúrgico associadas às artroplastias total de quadril.	
Meta	Indicador	Forma de Medição (cálculo)
0%	Taxa de infecção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

Compilação de dados - Indicador

Indicador:

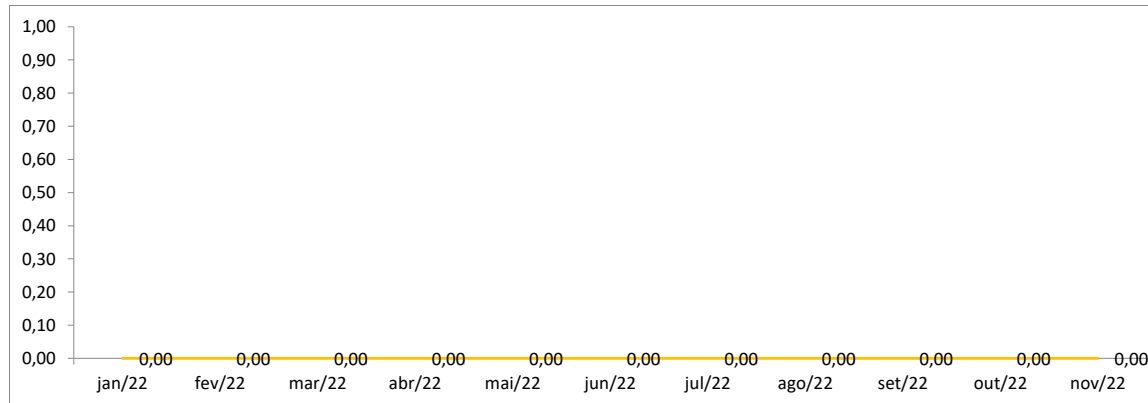
Mês	jan/22	fev/22	mar/22	abr/22	mai/22	jun/22	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22	Resultado
Metas 0,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Nº total de artroplastias total de quadril realizadas	0	2	3	0	4	2	2						13
Nº de Infecções cirúrgicas identificadas nas artroplastias totais de quadril	0	0	0	0	0	0	0						0
Fórmula de Cálculo:	#DIV/0!	0,00	0,00	#DIV/0!	0,00	0,00	0,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0,00



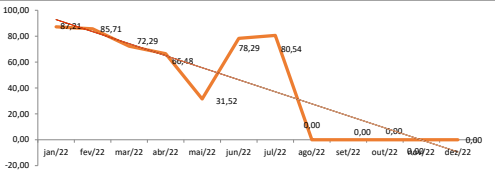
Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida
Perspectiva	Diretriz	Fonte dos Dados
Processo.	Segurança do paciente.	Busca fonadas e reinternações.
	Objetivo	
	Reduzir o número de infecções de sítio cirúrgico associadas às derivações ventriculoperitoneais (DVP).	
Meta	Indicador	Forma de Medição (cálculo)
0%	Taxa de infecção de sítio cirúrgico associadas às DVP.	$\frac{\text{NÚMERO DE INFECÇÕES DE FERIDA OPERATÓRIA DE DVP}}{\text{NÚMERO TOTAL DE DVP}} \cdot 100$
Periodicidade de Avaliação		
Mensal		
Área Responsável		
CCIH e Neurocirurgia		
Responsável pela Coleta de Dados		
CCIH.		
Responsável pela Análise de Dados		
Leonardo Miguez		
Referencial Comparativo		
Versão		
Última Atualização		
Julho/ 2022		
Análise Crítica		
Não foi realizada nenhuma DVP e 08 DVEs no período. 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	0						14
Nº de Infecções cirúrgicas DVP	0	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
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	$\frac{\text{NÚMERO TOTAL DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS}}{\text{NÚMERO DE OPORTUNIDADES OBSERVADAS PARA A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS}} \times 100$
Periodicidade de Avaliação		
Mensal		
Área Responsável		
CCHH		
Responsável pela Coleta de Dados		
CCHH		
Responsável pela Análise de Dados		
Sylvia Pavan		
Referencial Comparativo		
Versão		
Última Atualização		
Julho/ 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 CCHH 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 185 oportunidades de higiene das mãos em julho (10 observações a mais que no mês de junho), em 149 (80,54%) oportunidades houve a proatividade de realizar a HM, sendo que apenas 85 (57,04%) realizou conforme a 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:

Setor	CTI 1	CTI 2	CTI 3	CTI 4	UPO	CETIPE
Maior	12.000ml	2.400ml	0	5.600ml	3.200ml	9.600ml
Junho	8.800ml	1.600ml	2.400ml	4.000ml	3.200ml	3.200ml
Julho	8.000ml	2.400ml	2.400ml	10.400ml*	2.400ml	2.400ml

*Houve um acréscimo de 10 dispensers (1 em cada leito) o que pode ter contribuído para o aumento do consumo.

Consumo de sabão líquido por CTI:

Setor	CTI 1	CTI 2	CTI 3	CTI 4	UPO	CETIPE
Maior	10.400ml	10.400ml	2.400ml	2.400ml	3.200ml	9.600ml
Junho	12.800ml	11.200ml	4.800ml	800ml	5.600ml	9.600ml
Julho	14.400ml	8.800ml	3.200ml	10.400ml	5.600ml	11.200ml

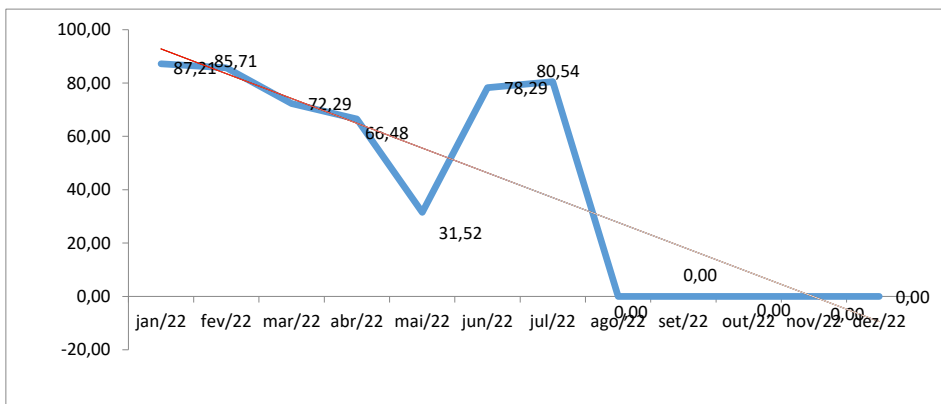
Ação de Melhoria



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	149						963
N° de oportunidades observadas para higiene das mãos.	305	42	314	179	92	175	185						1292
Fórmula de Cálculo:	87,21	85,71	72,29	66,48	31,52	78,29	80,54	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	74,54

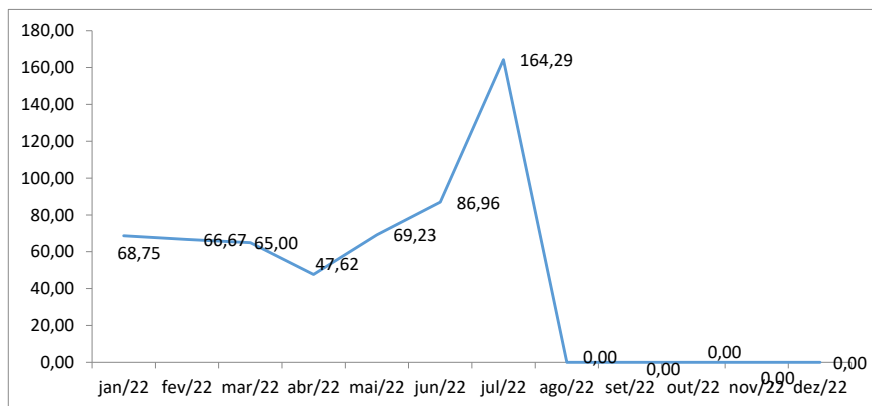


 	
Programa de Excelência em Gestão - PEG Ficha de Indicador	
Hospital Estadual Getúlio Vargas	Unidade de Medida
Perspectiva	Diretriz
Processo.	Segurança do paciente.
Objetivo	Protocolos de sepse
Reduzir a letalidade relacionada à sepse, tanto	
Meta	Forma de Medição (cálculo)
Indicador	TOTAL DE ÓBITOS EM PACIENTES COM SEPSE GRAVE
Taxa de letalidade relacionada à sepse grave.	TOTAL DE SEPSE GRAVE 100 00
Periodicidade de Avaliação	
Mensal	
Área Responsável	
CCPH	
Responsável pela Coleta de Dados	
CCPH	
Responsável pela Análise de Dados	
Sylvia Pavan	
Referencial Comparativo	
Versão	
Última Atualização	
Julho/ 2022	
Análise Crítica	
<p>Setores abertos:</p> <p>Foram abertos 47 protocolos de sepse no HEGV no mês de julho (10 protocolos a menos que em junho). Foram excluídos 7 (5 a menos que no mês anterior) e 40 mantidos, o que corresponde a 85,10% de assentividade nas aberturas dos protocolos. Foram identificados 23 casos de choque séptico. Até o 01/08 foram contabilizados 18 (45%) óbitos de todos os pacientes que tiveram os seus protocolos mantidos, sendo que 14 (77,77%) de todos os óbitos foram por choque séptico. Não temos como definir se os óbitos foram exclusivamente por causas infecciosas ou por advenho do agravamento de outras causas, porém 15 óbitos ocorreram em até 72h da abertura do protocolo e 3 com mais de 4 dias.</p> <p>Dos 40 protocolos mantidos, 22 (55%) foram de origem comunitária e 18 (45%) de origem hospitalar.</p> <p>O principal diagnóstico continua sendo a Pneumonia.</p> <p>Origem Comunitária:</p> <p>Dos 22 protocolos mantidos, 10 (45,45%) evoluíram para óbito, desses: 7 (70%) por choque séptico (6 em até 72h de abertura do protocolo e 1 com mais de 4 dias) e 03 (30%) por infecção com disfunção orgânica (todos em até 72h de abertura do protocolo).</p> <p>05 (22,72%) protocolos comunitários abertos e mantidos no HEGV foram considerados como realizados de adequada conforme orientação.</p> <p>Origem Hospitalar:</p> <p>Dos 18 protocolos mantidos, 8 (42,10%) evoluíram à óbito, desses: 7 (87,50%) por choque séptico (5 com menos de 72h da abertura do protocolo e 2 com mais de 4 dias), 1 (12,50%) com infecção com disfunção (óbito com mais de 4 dias).</p> <p>Setores de abertura dos protocolos mantidos: 9 na CM, 5 na C. Geral, 2 na Ortopedia e 3 na Sala Vermelha.</p> <p>02 (10,52%) protocolos hospitalares abertos e mantidos no HEGV foram considerados como realizados de adequada conforme orientação.</p> <p>CTIs</p> <p>Foram abertos 143 protocolos de sepse no mês de julho (67 protocolos abertos a mais que no mês anterior), 102 protocolos mantidos e 41 encerrados (28 a menos que em junho). Total de 42 óbitos (41,17%). Provavelmente a assentividade na abertura dos protocolos diminuiu.</p> <p>Protocolos de acordo com o setor:</p> <p>-CTI 1 = 68 abertos, 41 mantidos e 24 encerrados. Total de 15 (36,58%) óbitos, o que equivale a 14,7% dos óbitos de protocolos mantidos e 35,71% de todos os óbitos com protocolo de sepse em todo o eixo crítico. O tempo médio entre a abertura do protocolo e o óbito foi de 1,6 dias.</p> <p>-CTI 2 = 21 abertos, 14 mantidos e 7 encerrados. Total de 6 óbitos (42,85%), 5,88% de todos os protocolos mantidos e 14,28% de todos os óbitos com protocolo de sepse em todo o eixo crítico. O tempo médio entre a abertura do protocolo e o óbito foi de 1,83 dias.</p> <p>-CTI 3 = 10 abertos e nenhum encerrado. Total de 5 óbitos (50%), 4,90% de todos os protocolos mantidos e 11,90% de todos os óbitos com protocolo de sepse em todo o eixo crítico. O tempo médio entre a abertura do protocolo e o óbito foi de 9 dias.</p> <p>-CTI 4 = 11 abertos e nenhum encerrado. Total de 7 óbitos (63,63%), 6,86% de todos os protocolos mantidos e 16,66% de todos os óbitos com protocolo de sepse em todo o eixo crítico. O tempo médio entre a abertura do protocolo e o óbito foi de 3,71 dias.</p> <p>-JPO = 33 abertos e nenhum encerrado. Total de 9 óbitos (27,27%), 8,82% de todos os protocolos mantidos e 21,42% de todos os óbitos com protocolo de sepse em todo o eixo crítico. O tempo médio entre a abertura do protocolo e o óbito foi de 3,33 dias.</p> <p>Óbitos de acordo com a gravidade:</p> <p>-CTI 1 = 12 choques com 7 óbitos, 19 infecções com disfunção com 6 óbitos e 13 SIRS com 2 óbitos.</p> <p>-CTI 2 = 3 choques com 1 óbito e 11 infecções com disfunção com 5 óbitos.</p> <p>-CTI 3 = 5 choques com 4 óbitos, 4 infecções com disfunção e nenhum óbito e 1 SIRS com 1 óbito.</p> <p>-CTI 4 = 5 choques com 4 óbitos, 3 infecções com disfunção com 2 óbitos e 3 SIRS com 1 óbito.</p> <p>-JPO = 2 choques com 2 óbitos, 27 infecções com disfunção com 6 óbitos e 4 SIRS com 1 óbito.</p> <p>Em relação aos protocolos mantidos, 37 eram de etiologia comunitária e 4 destes tinham protocolos abertos na emergência. Dentre eles, 30 não apresentavam critérios para abertura na emergência e 3 tinham os critérios mas não foi aberto.</p>	
Ação de Melhoria	
<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>

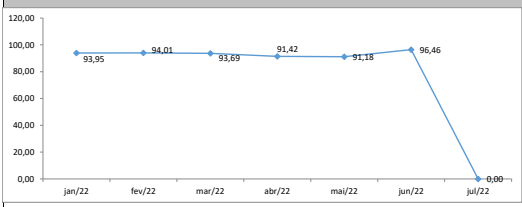
Compilação de dados - Indicador

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
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	14						
TOTAL DE SEPSE GRAVE	16	12	20	21	13	23	23						
Fórmula de Cálculo:	68,75	66,67	65,00	47,62	69,23	86,96	164,29	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	



Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida
Perspectiva	Diretriz	Fonte dos Dados
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	$\frac{\text{Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos que receberam um esquema profilático antibioticoprofilático}}{\text{Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos na amostra}} \times 1000$



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

Julho/ 2022

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;
- # Repeque intraoperatório caso necessário.

Foram realizadas 508 cirurgias com indicação de realizar profilaxia cirúrgica. Das que não haviam indicação, encontravam-se assim devido a uso prévio de ATB que possuem espectro para contaminantes de pele, procedimentos de apendicectomia que dispensam o uso de profilaxia, além de drenagens de abscessos, endoscópios e captação de órgãos. Ainda, dos procedimentos que haviam indicação de profilaxia cirúrgica e não realizaram, totalizamos 11 procedimentos, divididos em: 04 cirurgia geral, 03 neurocirurgia, 02 ortopedia. Sobre o atraso de antimicrobianos, totalizamos 52, divididos em 16 na cirurgia geral, 05 na neurocirurgia, 29 na ortopedia e 02 na bucomaxilofacial.

Ação de Melhoria

Otimizar os antibióticos profiláticos desde a emergência (Anexo).

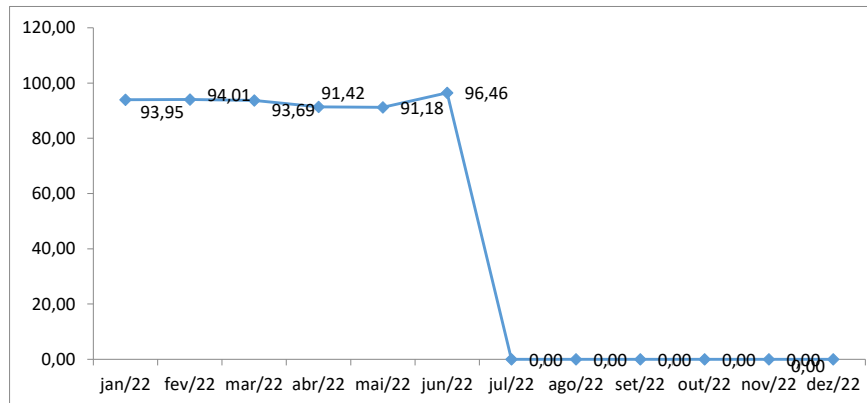
Solicitar equipe cirúrgica através de suas coordenações que realizem treinamento sobre tempo assertivo do emprego do antimicrobiano profilático.

Reunião com coordenador médico da ortopedia visando adequar descrição de fraturas expostas para melhor avaliar profilaxia aplicada.

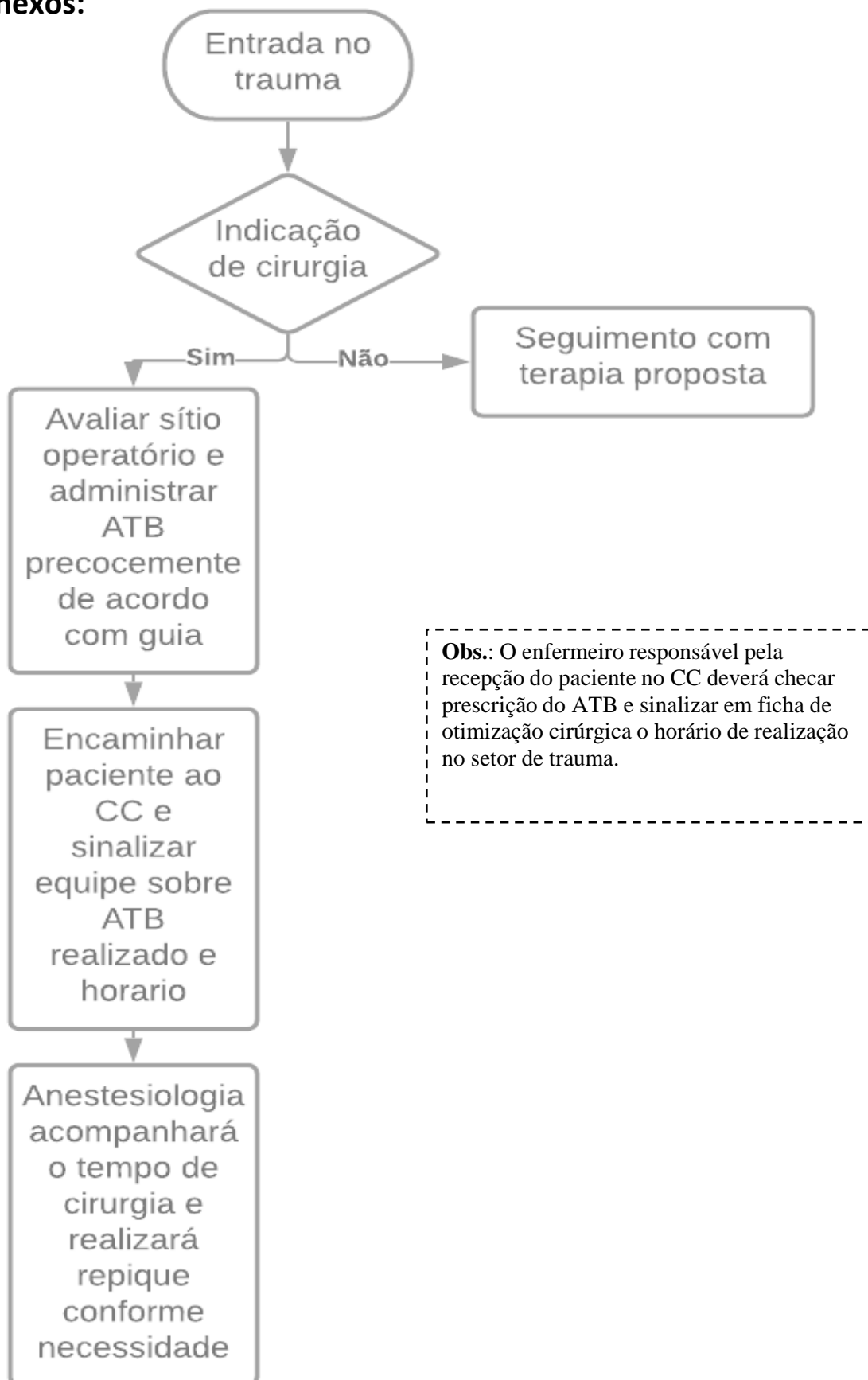
Compilação de dados - Indicador

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	490							2568
Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos na amostra	380	384	444	501	533	508							2750
Fórmula de Cálculo:	93,95	94,01	93,69	91,42	91,18	96,46	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	93,38



Anexos:



Anexos: