

Relatório Mensal de Atividades

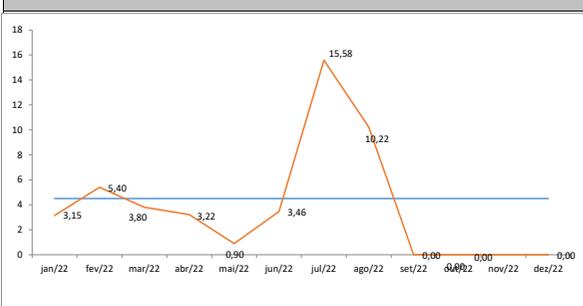
(SCIH)

Responsável:

SYLVIA PAVAN

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



Periodicidade de Avaliação
Mensal
Área Responsável
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 12 casos de IPSCSLC nas UTIs, 04 a menos que em junho. A taxa de utilização (TU) de CVC aumentou de 70,78 para 78,48%. A densidade de utilização (DU) de CVC praticamente dobrou no CTI 1, bem como o tempo médio de permanência (TMP) dos pacientes com CVC. A DU de CVC aumentou no CTI 2 e o TMP com o dispositivo diminuiu. No CTI 4 houve um aumento da DU de CVC e uma diminuição do TMP dos pacientes em uso de CVC. No CTI 3 houve uma diminuição tanto na DU do CVC como no TMP deste dispositivo. Na UPO a DU de CVC praticamente se manteve, porém houve aumento do TMP dos pacientes com CVC.

As IPSCSL foram identificadas no CTI 1 (n=5 com 3 óbitos), CTI 2 (n = 1 sem óbito), CTI 3 (n = 1, com 1 óbito) e UPO (n = 3 com 2 óbitos).

Acessos em Veia Femoral: Dos pacientes que apresentaram IPSC, 4 (%) tinham CVC em VF no momento do diagnóstico, sendo que apenas 1 deles também tinha acesso em VF para HD.

Observação:

- Ø acesso da HD foi substituído 2 dias antes da hemocultura por baixo fluxo. O acesso para infusão de medicamentos não foi trocado. Paciente ainda internada na data deste relatório.
- Ø TMP dos CVC em todas as unidades de terapia intensiva aumentou de 14,50% para 16,57%.

Causas:

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

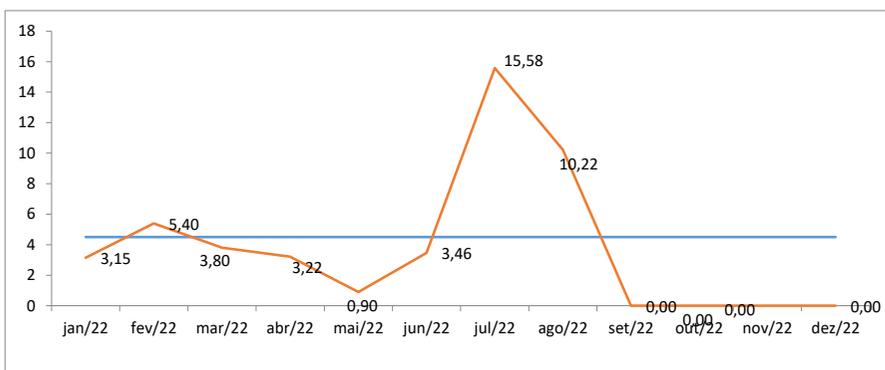
Ação de Melhoria

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. Treinamento para prevenção de IPSC REALIZADO em 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												
Nº total de IPCS nos CTIs adulto	4	6	4	4	1	4	16	12					51
Nº total de CVC/dia nos CTIs adulto	1270	1112	1052	1243	1115	1157	1027	1174					9150
Fórmula de Cálculo:	3,15	5,40	3,80	3,22	0,90	3,46	15,58	10,22	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	5,57



Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida
Perspectiva	Diretriz	Fonte dos Dados
Processo.	Segurança do paciente.	Busca ativa. Prontuários. Imagens radiológicas. Exames microbiológicos.
	Objetivo	
	Reduzir a incidência de Pneumonia associada à ventilação mecânica nas UTIs adulto.	
Meta	Indicador	Forma de Medição (cálculo)
≤13%	Densidade de incidência de infecção de Pneumonia associada à ventilação mecânica nas UTIs adulto.	NUMERO DE PNEUMONIAS ASSOCIADAS A VENTILAÇÃO MECANICA/DIA NUMERO DE VENTILAÇÃO MECANICA/DIA

Periodicidade de Avaliação

Mensal

Área Responsável

CCH.

Responsável pela Coleta de Dados

CCH.

Responsável pela Análise de Dados

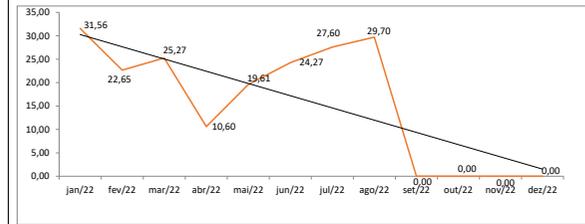
Sylvia Pavan

Referencial Comparativo

Versão

Última Atualização

Julho/ 2022



Análise Crítica

Houve um aumento de 00 PAVs no complexo de Terapia Intensiva no mês de agosto. 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.

Setor	TMPDU - VMN*	PAV	Nº Óbitos*
CTI 1	19,5768,60	14	8
CTI 2	25,5681,28	6	5
CTI 3	36,3849,11	1	0
CTI 4	44,6031,80	2	1
UPO8	0,0558,03	3	1

*Atualizado em 12/09/2022.

Quando comparamos com o mês anterior, a densidade de utilização de VM aumentou significativamente no CTI 1 e no CTI 2, se manteve estável no CTI 4 e apresentou uma diminuição significativa no CTI 3 e na UPO (não tão acentuada).

Também comparando com o mês de julho, o tempo médio de permanência (TMP) dos pacientes em VM, observamos um aumento de aproximadamente 2 dias no CTI 1, no CTI 3 e na UPO praticamente não houve alteração e observamos uma diminuição no CTI 2 e no CTI 4 (aproximadamente 2 dias).

Analisando apenas o comportamento dos últimos 2 meses em relação ao TMP, a DU de VM, a D.I. PAV e o índice de gravidade dos pacientes nos pacientes das terapias intensivas, observamos:

Setor	DU	TMP	D.I. PAV	SAPS 3 na Unidade*	SAPS 3 no Hospital*
			Jul / Ago	Jul / Ago	
CTI 1+	24,54	+ 2,57+	2,18	62,17 / 61,80	63,75 / 63,41
CTI 2+	9,43	- 0,61+	8,07	74,44 / 54,87	75,30 / 59,06
CTI 3-	14,02	+ 0,03-	15,73	67,05 / 59,39	71,59 / 60,72
CTI 4+	1,03	- 2,20+	14,28	41,72 / 42,90	41,98 / 42,70
UPO-	10,88	+ 0,05-	10,22	54,90 / 50,45	54,91 / 49,91

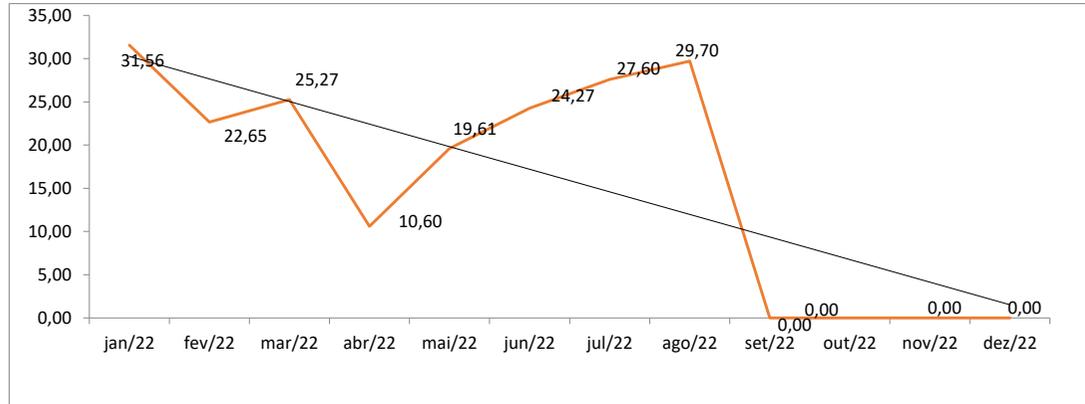
Observamos uma discrepância no aumento de PAV no CTI 4, sendo que também não houve alterações referentes ao índice de gravidade comparando com o mês de julho. Também observamos um aumento na D.U. de VM, com consequente aumento da PAV nos pacientes do CTI 2, porém houve uma queda importante no SAPS 3 no período. Houve um aumento importante na DU de VM dos pacientes do CTI 1 sem alteração no SAPS 3 da unidade. Curiosamente na UPO observamos uma grande diminuição na D. U. de VM, bem como na DI PAV com discreta diminuição do SAPS no período.

Ação de Melhoria

Foi realizado treinamento multidisciplinar na segunda quinzena de julho.

Compilação de dados - Indicador

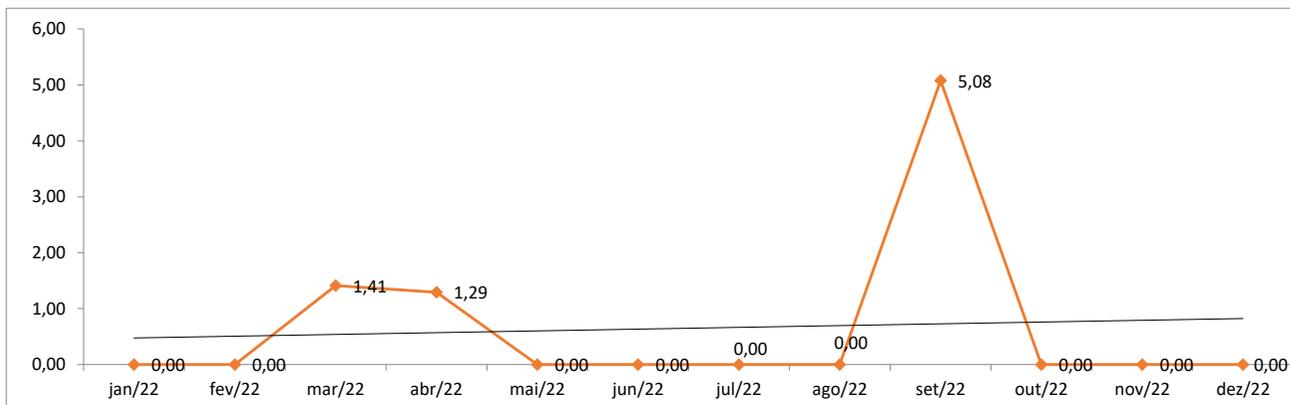
Indicador:													
Mês	jan/22	fev/22	mar/22	abr/22	mai/22	jun/22	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22	Resultado
Metas ≤13%	13												
N° total de PAV nos CTIs adulto	32	21	19	9	14	20	21	27					163
N° total de VM/dia nos CTIs adulto	1014	927	752	849	714	824	761	909					6750
Fórmula de Cálculo:	31,56	22,65	25,27	10,60	19,61	24,27	27,60	29,70	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	2,41%



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.	$\frac{\text{NÚMERO DE INFECÇÕES URINÁRIAS ASSOCIADAS À CATETER VESICAL DE DEMORA/D}}{\text{NÚMERO DE CATETER VESICAL DE DEMORA/DIA}} \times 1000$	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>Observamos 3 pacientes com ITU associado à CVD, todas diagnosticadas no CTI 4. Um paciente foi à óbito. A média de dias que os pacientes com diagnóstico de ITU associada à CVD permaneceram com o dispositivo foi de 16,66 (sendo o máximo de 42 e o mínimo de 2 dias). Analisando apenas o comportamento dos últimos 2 meses em relação ao TMP e a DU de CVD nos pacientes das terapias intensivas, observamos:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Setor</th> <th>DU</th> <th>TMP</th> <th>SAPS 3 na Unidade*</th> <th>SAPS 3 no Hospital*</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <th>Jul / Ago</th> <th>Jul / Ago</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CTI 1-</td> <td>1,77</td> <td>+ 0,23</td> <td>62,17 / 61,80</td> <td>63,75 / 63,41</td> </tr> <tr> <td>CTI 2-</td> <td>2,74</td> <td>- 3,95</td> <td>74,44 / 54,87</td> <td>75,30 / 59,06</td> </tr> <tr> <td>CTI 3-</td> <td>41,31</td> <td>- 7,31</td> <td>67,05 / 59,39</td> <td>71,59 / 60,72</td> </tr> <tr> <td>CTI 4+</td> <td>1,38</td> <td>+ 2,55</td> <td>41,72 / 42,90</td> <td>41,98 / 42,70</td> </tr> <tr> <td>UPO+</td> <td>11,08</td> <td>+ 1,92</td> <td>54,90 / 50,45</td> <td>54,91 / 49,91</td> </tr> </tbody> </table> <p>Houve uma diminuição importante tanto na DU de CVD bem como no TMP no CTI 3. Na UPO observamos um aumento da DU de CVD.</p>				Setor	DU	TMP	SAPS 3 na Unidade*	SAPS 3 no Hospital*				Jul / Ago	Jul / Ago	CTI 1-	1,77	+ 0,23	62,17 / 61,80	63,75 / 63,41	CTI 2-	2,74	- 3,95	74,44 / 54,87	75,30 / 59,06	CTI 3-	41,31	- 7,31	67,05 / 59,39	71,59 / 60,72	CTI 4+	1,38	+ 2,55	41,72 / 42,90	41,98 / 42,70	UPO+	11,08	+ 1,92	54,90 / 50,45	54,91 / 49,91
Setor	DU	TMP	SAPS 3 na Unidade*	SAPS 3 no Hospital*																																		
			Jul / Ago	Jul / Ago																																		
CTI 1-	1,77	+ 0,23	62,17 / 61,80	63,75 / 63,41																																		
CTI 2-	2,74	- 3,95	74,44 / 54,87	75,30 / 59,06																																		
CTI 3-	41,31	- 7,31	67,05 / 59,39	71,59 / 60,72																																		
CTI 4+	1,38	+ 2,55	41,72 / 42,90	41,98 / 42,70																																		
UPO+	11,08	+ 1,92	54,90 / 50,45	54,91 / 49,91																																		
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												
N° total de ITU associada a CVD nos CTIs adulto	0	0	1	1	0	0	0	0	3				5
N° total de CVD/dia nos CTIs adulto	752	664	708	774	761	576	629	615	591				6070
Fórmula de Cálculo:	0,00	0,00	1,41	1,29	0,00	0,00	0,00	0,00	5,08	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0,82

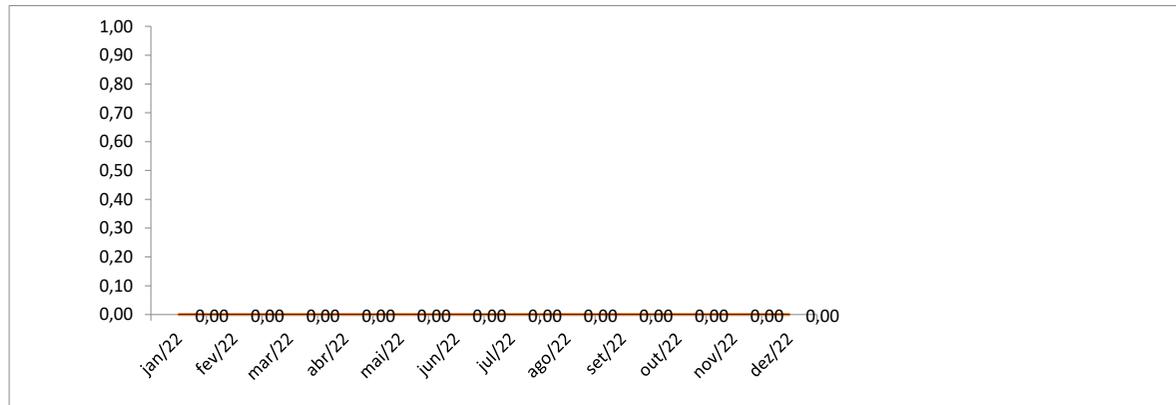


Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida
Perspectiva	Diretriz	Fonte dos Dados
Processo.	Segurança do paciente.	Busca fonada.
	Objetivo	
	Reduzir o número de infecções de sítio cirúrgico associadas às artroplastias total de quadril.	
Meta	Indicador	Forma de Medição (cálculo)
0%	Taxa de infecção 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		

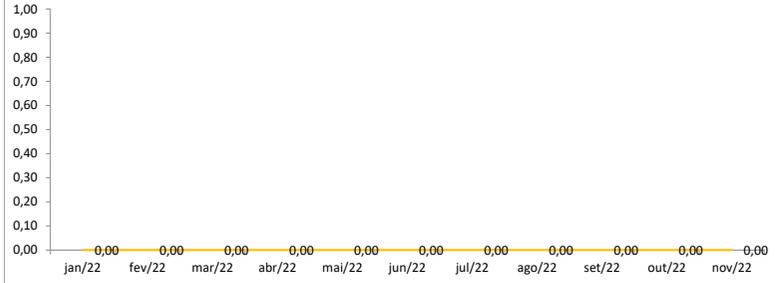
Compilação de dados - Indicador

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												
Nº total de artroplastias total de quadril realizadas	0	2	3	0	4	2	2	1					14
Nº de Infecções cirúrgicas identificadas nas artroplastias totais de quadril	0	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	0,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0,00



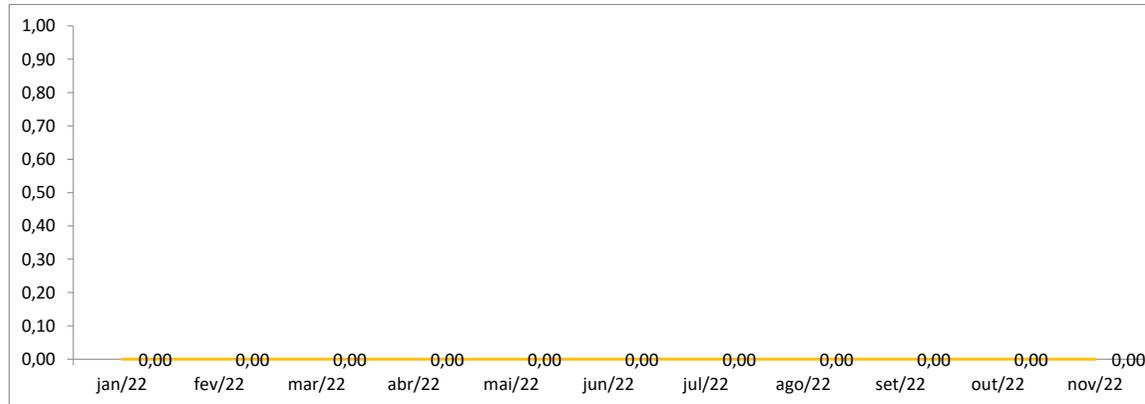
Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida	
Perspectiva	Diretriz		Fonte dos Dados
Processo.	Segurança do paciente.		Busca fonadas e reinternações.
	Objetivo		
	Reduzir o número de infecções de sítio cirúrgico associadas às derivações ventriculoperitoneais (DVP).		
Meta	Indicador		Forma de Medição (cálculo)
0%	Taxa de infecção de sítio cirúrgico associadas às DVP.		NÚMERO DE INFECÇÕES DE FERIDA OPERATÓRIA DE DVP NÚMERO TOTAL DE DVP
			: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			



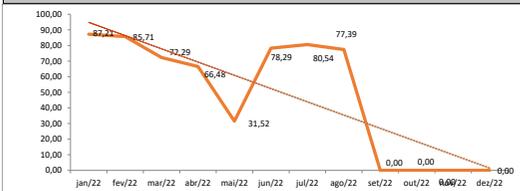
Compilação de dados - Indicador

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												
Nº total de DVP realizadas	2	3	1	3	4	1	0	0					14
Nº de Infecções cirúrgicas DVP	0	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	<small>NUMERO TOTAL DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS</small> <small>NUMERO DE OPORTUNIDADES OBSERVADAS PARA A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS</small>
		-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 199 oportunidades de higiene das mãos em junho (24 observações a mais que no mês de julho), sendo observada uma diminuição de 3,16% em relação ao mês de julho. Das 199 oportunidades de HM, em 154 pudemos observar a proatividade para a HM, porém apenas 67 (43,50%) aconteceram de acordo com a técnica recomendada

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
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
Agosto	11.200ml	3.200ml	800ml	1.600ml	4.800ml	6.400ml

Consumo de sabão líquido por CTI:

Sector	CTI 1	CTI 2	CTI 3	CTI 4	UPO	CETIPE
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
Agosto	11.200ml	6.400ml	3.200ml	4.800ml	6.400ml	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.
 1. Ainda precisamos adequar torneiras e pias do nosso hospital de acordo com as normativas da ANVISA.
 2. Conscientização das equipes quanto a importância do ato de higienizar as mãos da forma adequada.

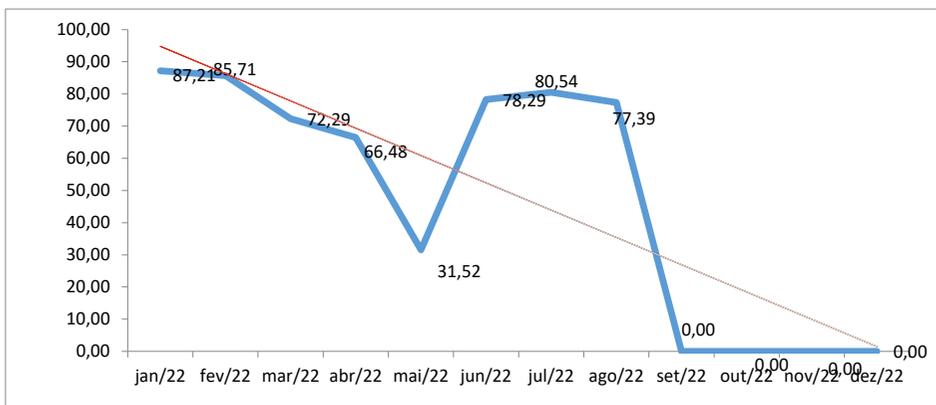
Ação de Melhoria

São realizados treinamento mensais.

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												
N° de higienização das mãos realizadas	266	36	227	119	29	137	149	154					1117
N° de oportunidades observadas para higiene das mãos.	305	42	314	179	92	175	185	199					1491
Fórmula de Cálculo:	87,21	85,71	72,29	66,48	31,52	78,29	80,54	77,39	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	74,92

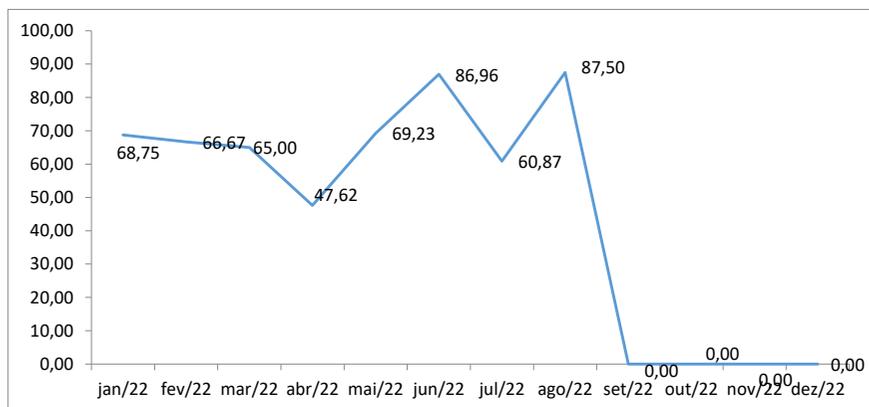


Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida																													
Perspectiva	Diretriz	Fonte dos Dados																													
Processo.	Segurança do paciente.	Protocolos de sepse																													
	Objetivo																														
Reduzir a letalidade relacionada à sepse, tanto comunitária como																															
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																															
CCH																															
Responsável pela Coleta de Dados																															
CCH																															
Responsável pela Análise de Dados																															
Sylvia Pavan																															
Referencial Comparativo																															
Versão																															
Última Atualização																															
Julho/2022																															
Análise Crítica																															
<p>Setores abertos: Foram abertos 66 protocolos de sepse no HEGV no mês de junho (9 protocolos a mais que em julho). Foram excluídos 22 (10 a mais que no mês anterior) e 44 mantidos (1 a menos que em julho), o que corresponde a 66,66%. Foram identificados 16 casos de choque sépticos mantidos, sendo que destes 14 evoluíram à óbito (87,50%). Até o início de agosto foram totalizados 19 (43,18%) óbitos de todos os pacientes que tiveram os seus protocolos mantidos no protocolo. Não temos como definir se os óbitos foram por causas infecciosas ou por doenças de base, porém 12 óbitos ocorreram em até 72h da abertura do protocolo. Dos 44 protocolos mantidos, 23 (52,27%) foram de origem comunitária e 21 (47,72%) de origem hospitalar. Principais diagnósticos identificados: 19 Pneumonias – 9 Urinários – 7 Indeterminados – 6 IPPM – 2 Abdominais – 1 ósseo/articulação.</p> <p>Origem Comunitária: Dos 23 protocolos mantidos, sendo que 13 (56,52%) evoluíram para óbito, desses: 9 por choque séptico (7 em até 72h de internação e 2 com mais de 4 dias) e 4 por infecção com disfunção orgânica (1 em até 72h de internação). Origem Hospitalar: Dos 21 protocolos mantidos, 6 (28,57%) evoluíram à óbito, desses: 5 choques sépticos (3 em até 72h da abertura do protocolo e 2 com mais de 4 dias), 1 com infecção com disfunção em até 72h da abertura do protocolo. Setores de abertura dos protocolos mantidos: 10 na CM, 5 na Sala Amarela, 5 na Sala Vermelha (setor de origem: 4 CM, 1 ortopedia), 1 na Ortopedia.</p> <p>CTIs: Foram abertos 143 protocolos de sepse, no entanto, 16 (11,18%) foram encerrados e 127 mantidos (88,81%). Em relação aos 127 protocolos mantidos, 35 (27,55%) eram de etiologia comunitária. Dentre eles, 23 já faziam uso prévio de antimicrobianos. Nenhum protocolo ultrapassou a lacuna de 60 minutos para administração do ATB. Dos 18 pacientes que evoluíram à óbito, somente 7 (38,89%) foram diagnosticados com choque séptico.</p> <p>Classificação de acordo com a gravidade da infecção:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Setor</th> <th>SIRS</th> <th>Infecção com disfunção</th> <th>Choque séptico</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CTI 1</td> <td>21</td> <td>19</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>CTI 2</td> <td>2</td> <td>15</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CTI 3</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>CTI 4</td> <td>2</td> <td>6</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>UPO</td> <td>2</td> <td>32</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>28</td> <td>54</td> <td>26</td> </tr> </tbody> </table>				Setor	SIRS	Infecção com disfunção	Choque séptico	CTI 1	21	19	11	CTI 2	2	15	2	CTI 3	1	1	3	CTI 4	2	6	3	UPO	2	32	7	Total	28	54	26
Setor	SIRS	Infecção com disfunção	Choque séptico																												
CTI 1	21	19	11																												
CTI 2	2	15	2																												
CTI 3	1	1	3																												
CTI 4	2	6	3																												
UPO	2	32	7																												
Total	28	54	26																												
Ação de Melhoria																															
Campanha de sepse.																															

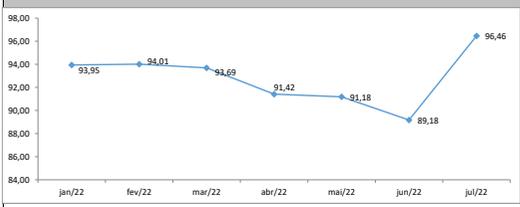
Compilação de dados - Indicador

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												
TOTAL DE ÓBITOS RELACIONADOS À SEPSE GRAVE	11	8	13	10	9	20	14	14					
TOTAL DE SEPSE GRAVE	16	12	20	21	13	23	23	16					
Fórmula de Cálculo:	68,75	66,67	65,00	47,62	69,23	86,96	60,87	87,50	#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	$\frac{\text{Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos que receberam um esquema profilático : antibióticos}}{\text{Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos na amostra}} \times 1000$



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

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;
- # Repique intraoperatório caso necessário.

Foram 437 realizadas 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, endoscopias e captação de órgãos. Não nenhum procedimento cirúrgico com indicação que não tenha sido realizada a profilaxia.

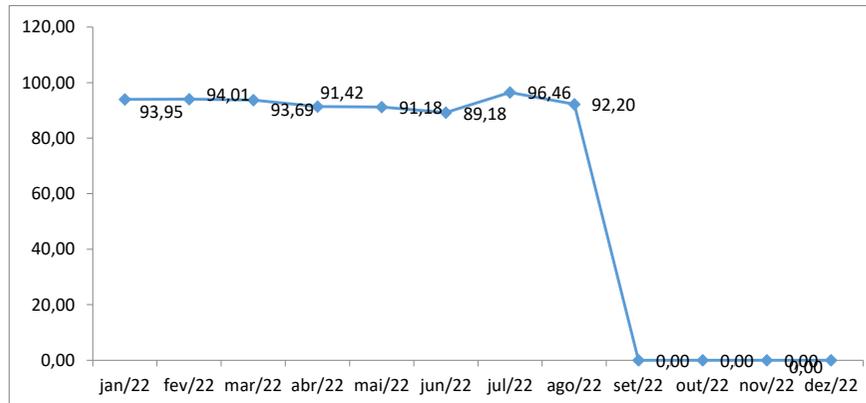
Ação de Melhoria

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 em agosto/22.

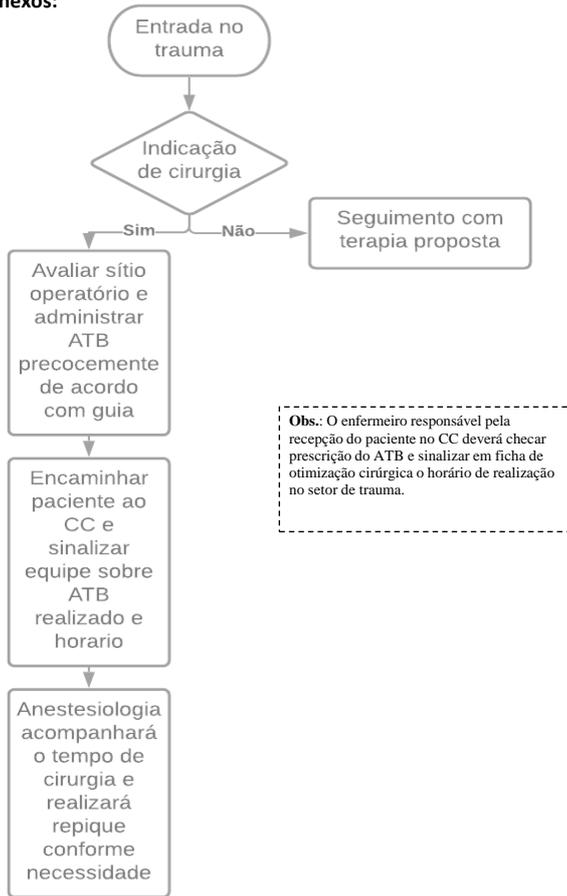
Compilação de dados - Indicador

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	412	490	449					3429
Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos na amostra	380	384	444	501	533	462	508	487					3699
Fórmula de Cálculo:	93,95	94,01	93,69	91,42	91,18	89,18	96,46	92,20	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	92,70



Anexos:



Anexos: