

Relatório Mensal de Atividades

(SCIH)

Responsável:

SYLVIA PAVAN

OUTUBRO/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	1.000 00																										
		NÚMERO DE CATETER VENOSO CENTRAL/DIA																											
Periodicidade de Avaliação																													
Mensal																													
Área Responsável																													
CCH.																													
Responsável pela Coleta de Dados																													
CCH.																													
Responsável pela Análise de Dados																													
Sylvia Pavan																													
Referencial Comparativo																													
<table border="1"> <caption>Dados do Gráfico de Linha</caption> <thead> <tr> <th>Mês</th> <th>Densidade de Infecção</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan/22</td><td>3,15</td></tr> <tr><td>Fev/22</td><td>5,40</td></tr> <tr><td>Mar/22</td><td>3,80</td></tr> <tr><td>Abr/22</td><td>3,22</td></tr> <tr><td>Mai/22</td><td>0,90</td></tr> <tr><td>Jun/22</td><td>3,46</td></tr> <tr><td>Jul/22</td><td>15,58</td></tr> <tr><td>Ago/22</td><td>10,22</td></tr> <tr><td>Set/22</td><td>11,25</td></tr> <tr><td>Out/22</td><td>11,49</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	Densidade de Infecção	Jan/22	3,15	Fev/22	5,40	Mar/22	3,80	Abr/22	3,22	Mai/22	0,90	Jun/22	3,46	Jul/22	15,58	Ago/22	10,22	Set/22	11,25	Out/22	11,49	Nov/22	0,00	Dez/22	0,00
Mês	Densidade de Infecção																												
Jan/22	3,15																												
Fev/22	5,40																												
Mar/22	3,80																												
Abr/22	3,22																												
Mai/22	0,90																												
Jun/22	3,46																												
Jul/22	15,58																												
Ago/22	10,22																												
Set/22	11,25																												
Out/22	11,49																												
Nov/22	0,00																												
Dez/22	0,00																												
Versão																													
Última Atualização																													
Julho/ 2022																													

Análise Crítica

No mês de outubro foram diagnosticados 14 casos de IPSCSLC nas UTIs, 01 a mais que em setembro. A densidade de IPSC praticamente se manteve inalterada quando comparada com o mês anterior (11,25 em setembro para 11,49% em outubro), o mesmo aconteceu com a taxa de utilização (TU) de CVC (77,43 em setembro e 77,24% em outubro).

O tempo médio de permanência (TMP) dos pacientes com CVC aumentou em todas UTIs, exceto na UPO, que se manteve estável. A DU de CVC apresentou aumento no CTI 1, CTI 2, CTI 3 e CTI 4, neste último foram diagnosticados 4 casos de IPSC. Na UPO a DU praticamente se manteve.

Identificação das IPSCSLC: CTI 1 (n = 6), CTI 2 (n = 3), CTI 4 (n = 4) e UPO (n = 1).

Acessos em Veia Femoral: Dos pacientes que apresentaram IPSC, apenas 04 tinham CVC em VF no momento do diagnóstico e destes, 03 eram para HD. Todos os três pacientes com CVC em VF para HD evoluíram à óbito.

Observações:

- Nenhum dos acessos para HD (FV) foram substituídos. O tempo média de permanência desses dispositivos foi de 11 dias até o diagnóstico de IPSC. Todos os pacientes também tinham CVC para infusão e apenas 1 acesso foi trocado no dia seguinte do diagnóstico microbiológico, este mesmo paciente também tinha CVC para NPT com 22 dias até o diagnóstico sem troca deste dispositivo.
- Brutalmente não houve mudança nem na taxa de utilização e nem no tempo médio de permanência dos CVCs.
- Bouve um aumento importante no número absoluto de IPSC e na Densidade de infecção deste dispositivo no CTI 4, com uma redução de aproximadamente 13 pontos percentuais quando comparado com o mês anterior.

Causas:

- Bode estar relacionado ao manuseio inadequado do dispositivo.
- Ausência de troca dos CVCs nas situações de punções em caráter de emergência.
- Bouca efetividade na vigilância do aspecto do dispositivo e ausência de descrição no prontuário.

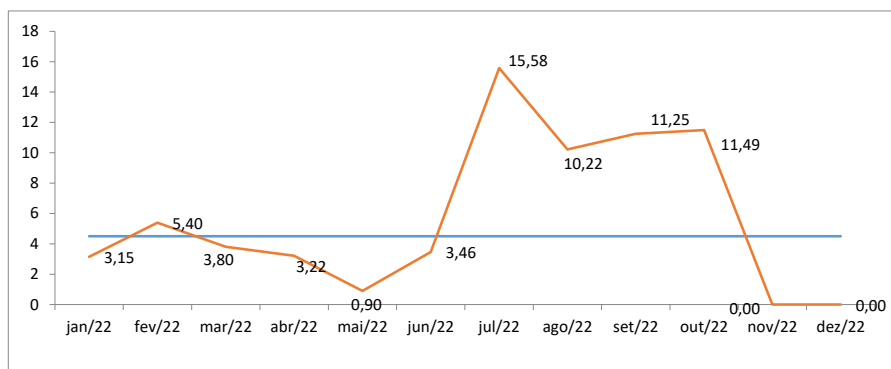
Ação de Melhoria

Agendar treinamento de IPSC.

Compilação de dados IPCS adulto

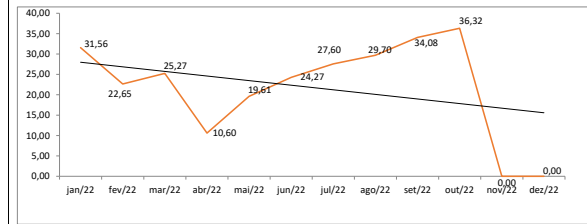
Indicador:

	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	12	13	14			78
Nº total de CVC/dia nos CTIs adulto	1270	1112	1052	1243	1115	1157	1027	1174	1156	1218			11524
Fórmula de Cálculo:	3,15	5,40	3,80	3,22	0,90	3,46	15,58	10,22	11,25	11,49	#DIV/0!	#DIV/0!	6,77



Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida	Fonte dos Dados
Processo.	Perspectiva	Diretriz	
		Segurança do paciente.	
		Objetivo	Busca ativa. Prontuários. Imagens radiológicas. Exames microbiológicos.
		Reduzir a incidência de Pneumonia associada à ventilação mecânica nas UTIs adulto.	
Meta	≤13%	Indicador	Forma de Medição (cálculo)
		Densidade de incidência de infecção de Pneumonia associada à ventilação mecânica nas UTIs adulto.	NUMERO DE PNEUMONIAS ASSOCIADAS A VENTILAÇÃO MECÂNICA/DIA NUMERO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA/DIA
			·1000

Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida	Fonte dos Dados
Periodicidade de Avaliação			
Mensal			
Área Responsável			
C.C.I.H.			
Responsável pela Coleta de Dados			
C.C.I.H.			
Responsável pela Análise de Dados			
Sylvia Pavan			
Referencial Comparativo			
Versão			
Última Atualização			
Julho/ 2022			



Análise Crítica

Houve uma diminuição de 02 PAVs no complexo de Terapia Intensiva no mês de outubro.
Analisando os setores individualmente, observamos um aumento no número total de PAVs no CTI 1 (10 em setembro e 12 em outubro) e no CTI 3 (1 em setembro e 3 em outubro), os demais CTIs observamos uma diminuição no número absoluto.
SetorTMPTU VM N° PAV DI PAV
CTI 16,3544,101247,24 12 47,24
CTI 28,6388,26730,04 7 30,04
CTI 39,4057,67442,55 4 42,55
CTI 410,1134,73332,97 3 32,97
UPO6,4253,66425,97 4 27,97

Quando comparamos com o mês anterior, houve um aumento na densidade de utilização de VM no CTI 2 (diminuição no n° de PAVs) e no CTI 3 (aumento no n° de PAVs), e uma diminuição significativa no CTI 1 (aumento no n° de PAVs) e CTI 4 (diminuição no n° de PAVs). Na UPO a diminuição foi menos acentuada e observamos uma diminuição no número total de PAVs. Foram identificadas 19 PAVs tardias (mais de 5 dias de ventilação de mecânica) e 11 PAVs precoces (até 5 dias de ventilação mecânica).

- Causas:
1. Possíveis broncoaspirações no momento das IOTs.
 2. Falta de aspiração subglótica.
 3. Posicionamento de CNE.

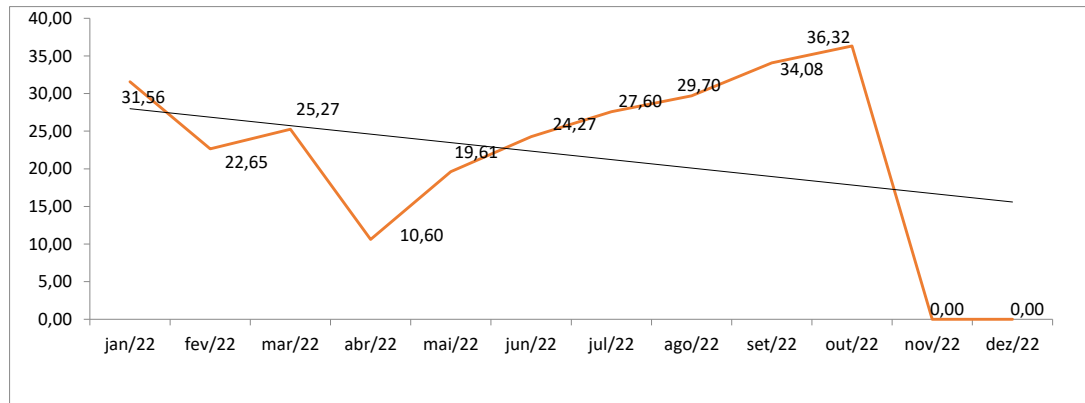
Ação de Melhoria

Intensificar as vigilâncias dos processos visando a prevenção de PAV:
identificar as principais causas que possam estar contribuindo para PAV.
desposicionados.
30°, inclusive no momento do banho e durante o raio x.

Rondas da CCIH para
Correção de CNE
Manter cabeceira do paciente a

Compilação de dados - Indicador

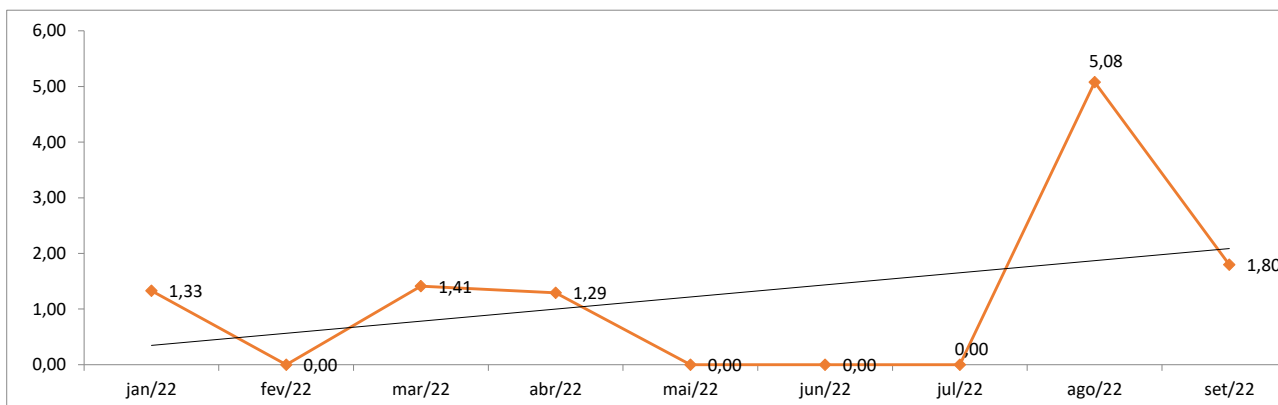
Indicador:													
Mês	jan/22	fev/22	mar/22	abr/22	mai/22	jun/22	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22	Resultado
Metas ≤13%	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	
N° total de PAV nos CTIs adulto	32	21	19	9	14	20	21	27	32	30			225
N° total de VM/dia nos CTIs adulto	1014	927	752	849	714	824	761	909	939	826			8515
Fórmula de Cálculo:	31,56	22,65	25,27	10,60	19,61	24,27	27,60	29,70	34,08	36,32	#DIV/0!	#DIV/0!	2,64%



Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida	Fonte dos Dados																		
Perspectiva	Diretriz	Segurança do paciente.	Busca ativa. Prontuários. Exames microbiológicos.																		
	Objetivo	Reduzir a densidade de incidência de infecção urinária																			
Processo.																					
Meta	Indicador	Forma de Medição (cálculo)																			
≤0,60‰	Densidade de incidência infecção urinária associada à cateter vesical de demora nas UTIs adulto.	$\frac{\text{NÚMERO DE INFECÇÕES URINÁRIAS ASSOCIADAS À CATETER VESICAL DE DEMORA/D}}{\text{NÚMERO DE CATETER VESICAL DE DEMORA/DIA}} \times 1000$																			
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>Não foi diagnosticado nenhum caso de ITU associado à CVD no período.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Setor</th> <th>TU</th> <th>TMP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CTI 1</td> <td>45,83</td> <td>6,44</td> </tr> <tr> <td>CTI 2</td> <td>38,79</td> <td>6,39</td> </tr> <tr> <td>CTI 3</td> <td>40,49</td> <td>5,50</td> </tr> <tr> <td>CTI 4</td> <td>51,15</td> <td>5,15</td> </tr> <tr> <td>UPO</td> <td>16,03</td> <td>4,18</td> </tr> </tbody> </table> <p>Houve uma diminuição importante tanto na Taxa de Utilização de CVD na UPO e menos significativa no CTI 3. No CTI 1 observamos uma urmento. Nos demais setores praticamente não houve mudança dessa taxa. Nos CTIs 1, 2 e 4 houve aumento no Tempo Médio de Permanência deste dispositivo, enquanto que observamos uma diminuição na UPO de aproximadamente 2 dias.</p>				Setor	TU	TMP	CTI 1	45,83	6,44	CTI 2	38,79	6,39	CTI 3	40,49	5,50	CTI 4	51,15	5,15	UPO	16,03	4,18
Setor	TU	TMP																			
CTI 1	45,83	6,44																			
CTI 2	38,79	6,39																			
CTI 3	40,49	5,50																			
CTI 4	51,15	5,15																			
UPO	16,03	4,18																			
Ação de Melhoria																					
<p>1. Treinamento trimestral de prevenção de ITU associada à CVD.</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 ≤0,6‰	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	1	0	1	1	0	0	0	3	1	0			7
N° total de CVD/dia nos CTIs adulto	752	664	708	774	761	576	629	591	556	625			6636
Fórmula de Cálculo:	1,33	0,00	1,41	1,29	0,00	0,00	0,00	5,08	1,80	0,00	#DIV/0!	#DIV/0!	1,05

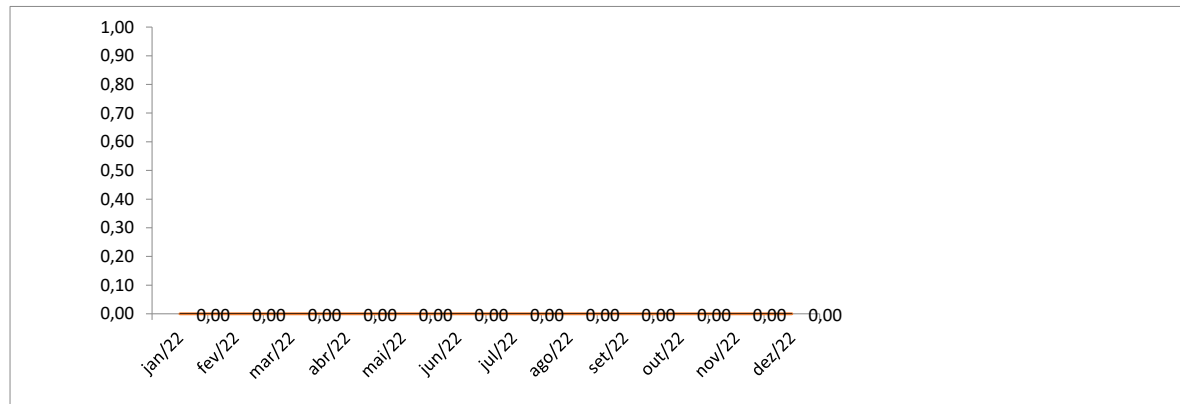


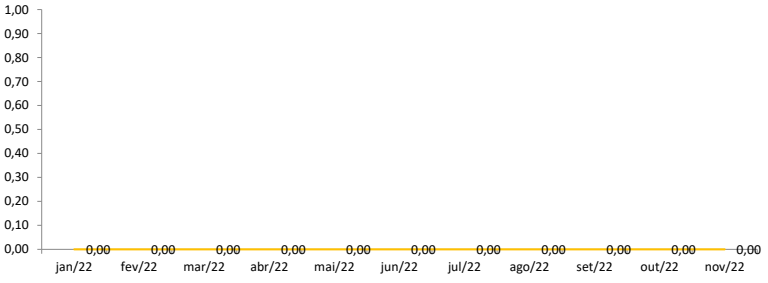
Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida																										
Perspectiva	Diretriz	Fonte dos Dados																										
Processo.	Segurança do paciente.	Busca fonada.																										
	Objetivo																											
	Reduzir o número de infecções de sítio cirúrgico 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																												
<table border="1"> <caption>Dados do Gráfico</caption> <thead> <tr> <th>Mês</th> <th>Taxa de Infecção</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>jan/22</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>fev/22</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>mar/22</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>abr/22</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>mai/22</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>jun/22</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>jul/22</td><td>0,00</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	Taxa de Infecção	jan/22	0,00	fev/22	0,00	mar/22	0,00	abr/22	0,00	mai/22	0,00	jun/22	0,00	jul/22	0,00	ago/22	0,00	set/22	0,00	out/22	0,00	nov/22	0,00	dez/22	0,00
Mês	Taxa de Infecção																											
jan/22	0,00																											
fev/22	0,00																											
mar/22	0,00																											
abr/22	0,00																											
mai/22	0,00																											
jun/22	0,00																											
jul/22	0,00																											
ago/22	0,00																											
set/22	0,00																											
out/22	0,00																											
nov/22	0,00																											
dez/22	0,00																											
Versão																												
Última Atualização																												
Julho/ 2022																												
Análise Crítica																												
<p>Não foi realizada nenhuma cirurgia de artroplastias total de quadril, mas houveram 10 cirurgias de artroplastias parcial de quadril. Não foi diagnosticado nenhum caso de infecção relacionada à artroplastias total de quadril no período.</p>																												
Ação de Melhoria																												

Compilação de dados - Indicador

Indicador:

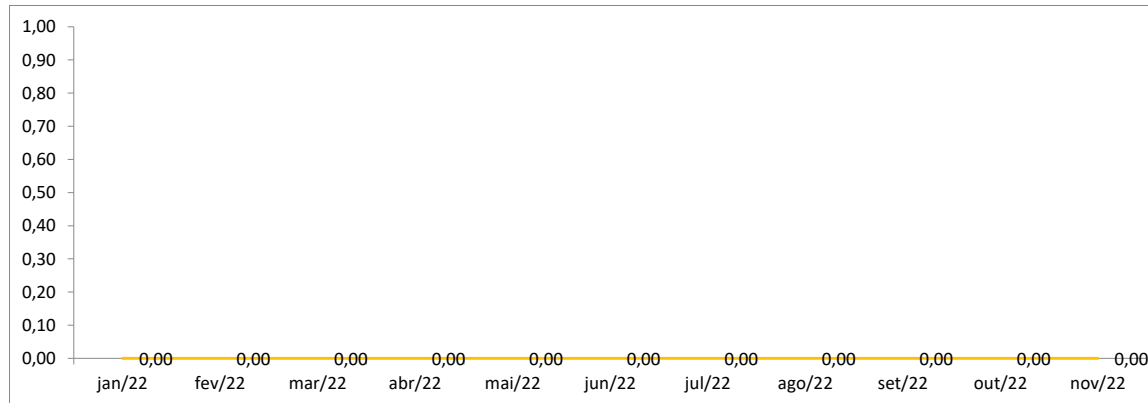
Mês	jan/22	fev/22	mar/22	abr/22	mai/22	jun/22	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22	Resultado
Metas 0,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Nº total de artroplastias total de quadril realizadas	0	2	3	0	4	2	2	1	4	0			18
Nº de Infecções cirúrgicas identificadas nas artroplastias totais de quadril	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0
Fórmula de Cálculo:	#DIV/0!	0,00	0,00	#DIV/0!	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	#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 no período. Nenhum caso de infecção foi diagnosticado relacionado à DVP.		
Ação de Melhoria		

Compilação de dados - Indicador

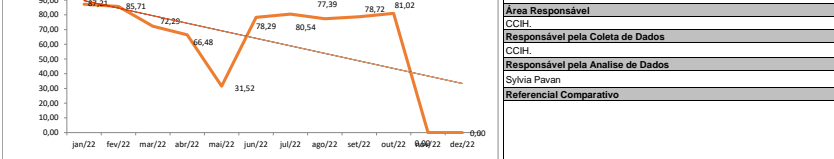
Indicador:													
Mês	jan/22	fev/22	mar/22	abr/22	mai/22	jun/22	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22	Resultado
Metas 0,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Nº total de DVP realizadas	2	3	1	3	4	1	0	0	0	0			14
Nº de Infecções cirúrgicas DVP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0
Fórmula de Cálculo:	0,00	0,00	0,00	0,00	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	NÚMERO TOTAL DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NÚMERO DE OPORTUNIDADES OBSERVADAS PARA A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

NÚMERO TOTAL DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS
 NÚMERO DE OPORTUNIDADES OBSERVADAS PARA A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

PERIODICIDADE DE AVALIAÇÃO



Período de Avaliação
Mensal
Área Responsável
CCIH
Responsável pela Coleta de Dados
CCIH
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 CCIH 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 137 oportunidades de higiene das mãos em outubro. De todas as oportunidades de HM, em 111 (81,02%) pudemos observar a proatividade para a HM, porém apenas 48 (43,24%) 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
Agosto	11.200ml	3.200ml	800ml	1.600ml	4.800ml	6.400ml
Setembro	4.800ml	1.600ml	1.600ml	1.600ml	4.000ml	3.200ml
Outubro	12.000ml	1.600ml	800ml	1.600ml	4.000ml	2.400ml

Consumo de sabão líquido por CTI:

Sector	CTI 1	CTI 2	CTI 3	CTI 4	UPO	CETIPE
Agosto	11.200ml	6.400ml	3.200ml	4.800ml	6.400ml	9.600ml
Setembro	12.000 ml	11.200ml	2.400ml	6.400ml	2.400ml	800ml
Outubro	10.400ml	9.600ml	1.600ml	4.800ml	5.600ml	6.400ml

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 piaas do nosso hospital de acordo com as normativas da ANVISA.
 2. Consientização das equipes quanto a importância do ato de higienizar as mãos da forma adequada.

Ação de Melhoria

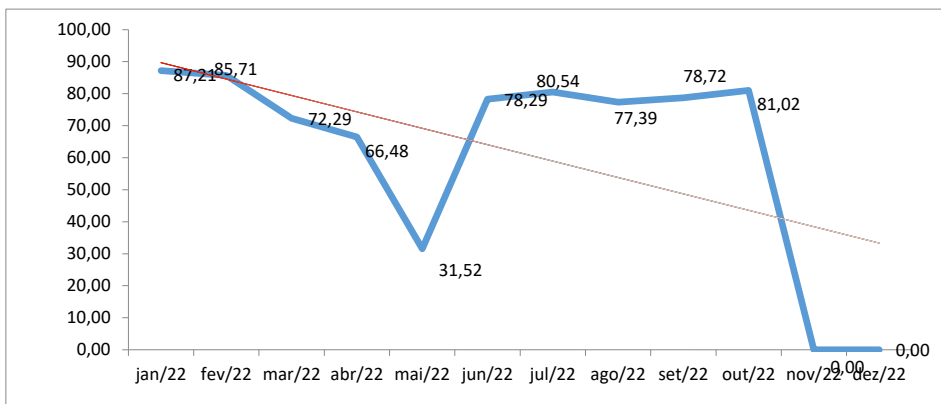
São realizados treinamento mensais de higiene das mãos.

Plano de melhorias:

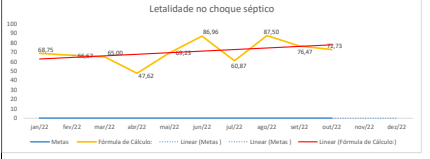
Compilação de dados - Indicador

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	154	74	111			1302
N° de oportunidades observadas para higiene das mãos.	305	42	314	179	92	175	185	199	94	137			1722
Fórmula de Cálculo:	87,21	85,71	72,29	66,48	31,52	78,29	80,54	77,39	78,72	81,02	#DIV/0!	#DIV/0!	75,61



Hospital Estadual Geblúlio Vargas		Unidade de Medida
Perspectiva	Dimensão	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		
CCHH		
Responsável pela Coleta de Dados		
CCHH		
Responsável pela Análise de Dados		
Sylvia Pavan		
Referencial Comparativo		
Versão		
Última Atualização		
Julho/2022		



Análise Crítica

Setores abertos: Foram abertos 55 protocolos de sepse no HEGV no mês de outubro (6 protocolos a menos que em setembro). Foram excluídos 11 (2 a mais que no mês anterior) e 44 mantidos (8 a menos que em setembro), o que corresponde a 80%. Foram identificados 22 casos de choque sépticos mantidos, sendo que destes 16 evoluíram à óbito (72,72%). Até o início de novembro foram totalizados 26 (59,09%) 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 16 óbitos ocorreram em até 72h da abertura do protocolo. Dos 44 protocolos mantidos, 20 (45,45%) foram de origem comunitária e 24 (54,54%) de origem hospitalar. Principais diagnósticos identificados: 21 Pneumonias – 8 Urinários – 6 Indeterminados – 6 IPPM – 2 Abdominais – 1 SNC.

Origem Comunitária: Dos 20 protocolos mantidos, sendo que 9 (45%) evoluíram para óbito, desses: 7 por choque séptico (6 em até 72h de internação e 1 com mais de 4 dias), 2 por infecção sem disfunção orgânica (1 em até 72h de internação e 1 com mais de 4 dias).

Origem Hospitalar: Dos 24 protocolos mantidos, 17 (70,83%) evoluíram à óbito, desses: 9 choques sépticos (6 em até 72h da abertura do protocolo e 3 com mais de 4 dias), 5 com infecção com disfunção (1 em até 72h da abertura do protocolo e 4 com mais de 4 dias) e 3 por infecção sem disfunção (2 em até 72h da abertura e 1 com mais de 4 dias).

Setores de abertura dos protocolos mantidos: 10 na CM, 4 na Sala Amarela, 3 Sala verde, 23 na Sala Vermelha, 1 na Ortopedia, 01 C. geral e 2 sem informação do local de abertura.

CTIs: Foram abertos 120 (11 a menos que em setembro) protocolos de sepse, no entanto, 3 (2,5%) foram encerrados e 117 mantidos (97,5%). Em relação aos 117 protocolos mantidos, 15 (12,82%) eram de etiologia comunitária. Seis protocolos ultrapassaram a lacuna de 60 minutos para administração do ATB, 01 paciente iniciou ATB antes da abertura do protocolo e 07 protocolos não tiveram o horário da administração do ATB informado. Dos pacientes 70 que evoluíram à óbito até o momento da elaboração deste relatório, somente 26 (37,14%) foram diagnosticados com choque séptico.

Classificação de acordo com a gravidade da infecção:

Setor	SIRS	Infecção com disfunção	Choque séptico	Total
CTI 1	07	21	09	37
CTI 2	06	07	04	17
CTI 3	05	07	05	17
CTI 4	00	05	05	10
UPO	02	13	21	36
Total	20	53	44	117

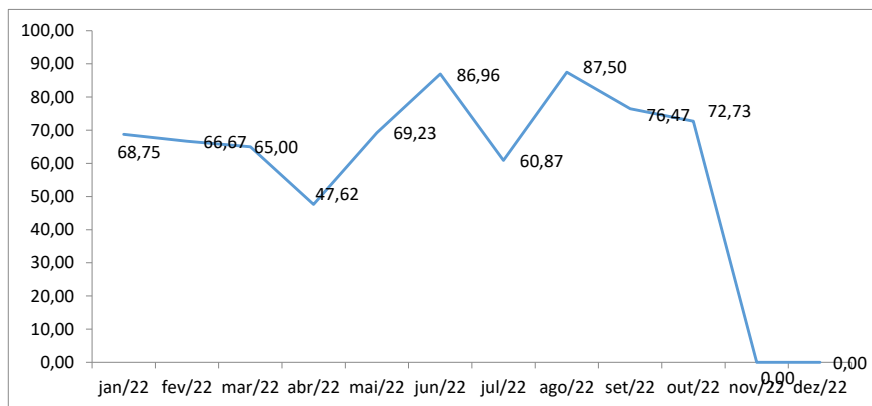
Ação de Melhoria

Reformulação do formulário do protocolo com intuito de unificar os protocolos dos CTIs e dos setores abertos.
Treinamentos.

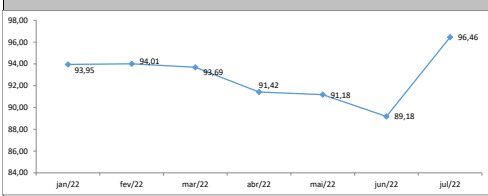
Compilação de dados - Indicador

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	14	13	16			
TOTAL DE SEPSE GRAVE	16	12	20	21	13	23	23	16	17	22			
Fórmula de Cálculo:	68,75	66,67	65,00	47,62	69,23	86,96	60,87	87,50	76,47	72,73	#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	$\frac{\text{Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos que receberam um esquema profilático de antibióticos}}{\text{Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos na amostra}} \times 100$



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
Julho/ 2022

Análise Crítica

Tiveram 703 marcações de procedimento cirúrgicos, 104 suspensões e 599 cirurgias realizadas. Foram avaliadas 553 cirurgias no mês de outubro, sendo que 348 (63%) tinham indicação de ATB profilaxia e 81 (23,27%) não foram realizadas.

Setor^{Nº} Cirurgias c/ Indicação de profilaxia^{Nº} Cirurgias com profilaxia NÃO realizada

C. geral10816
 Ortopedia18548
 Neurocirurgia346
 CIPE 116
 Vascular63
 Bucocomaxilo42
 Total34881

*Não foram contabilizados os ATB profiláticos administrados após o término da cirurgia e nem com mais de 60 minutos antes do início do ato cirúrgico.

Entendemos que estão sendo realizadas profilaxias mesmo com paciente já em uso de ATB, principalmente com a Cefazolina, ainda é grande o número de profilaxias não realizadas. Persiste a dificuldade de identificar as cirurgias ortopédicas por fratura exposta, dificultando a análise do ATB adequado.

Pela planilha avaliada não conseguimos identificar se houve ou não repique de ATB em cirurgias com tempo cirúrgico superior a 4h. Ainda observamos cirurgias com troca de setor (ex: CVL na ortopedia).

Ação de Melhoria

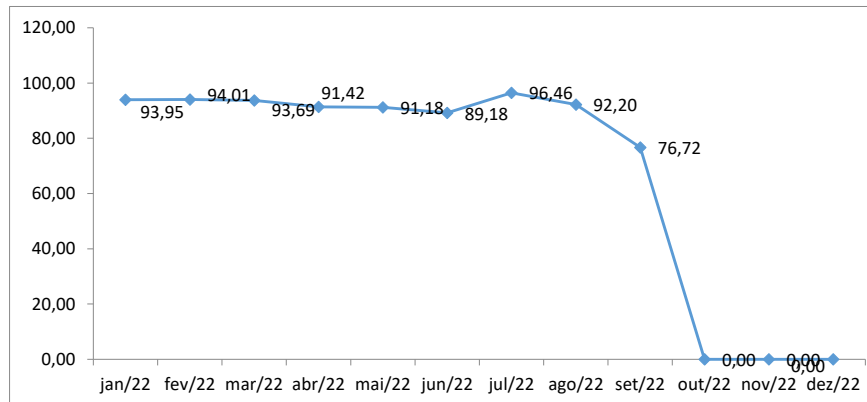
Solicitar equipe cirúrgica através de suas coordenações que realizem treinamento sobre tempo assertivo do emprego do antimicrobiano profilático.

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	267				3696
Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos na amostra	380	384	444	501	533	462	508	487	348				4047
Fórmula de Cálculo:	93,95	94,01	93,69	91,42	91,18	89,18	96,46	92,20	76,72	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	91,33



Anexos:

