

Relatório Mensal de Atividades

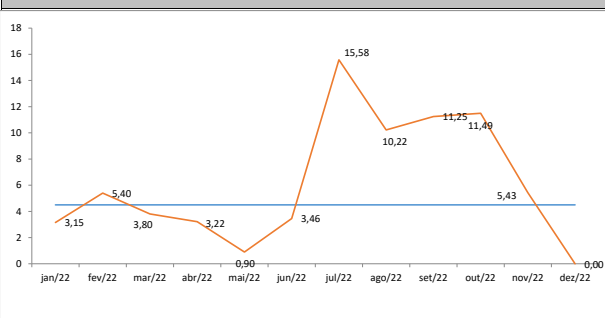
(SCIH)

Responsável:

SYLVIA PAVAN

NOVEMBRO/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 _____ :1000 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

Versão
Última Atualização
Julho/ 2022

Análise Crítica

No mês de novembro foram identificados 06 casos de IPSC/LC nas UTIs, 08 a menos que em outubro. A densidade de IPSC reduziu significativamente quando comparada com o mês anterior (11,49 em outubro para 5,43% em novembro), já a taxa de utilização (TU) de CVC permaneceu praticamente igual (77,24 em outubro e 74,95% em novembro) reduzindo apenas 2,29%. Desta forma, podemos concluir a existência na melhora da assistência.

Ocorreu alterações no tempo médio de permanência (TMP) dos pacientes com CVC. Tivemos aumentos no CTI 03 e UPO. E diminuição de (TMP) aproximadamente de 2 dias nos demais CTIs. A DU de CVC vem se mantendo, exceto no CTI 02 onde ocorreu uma diminuição de 16,26 %.

Identificação das IPSC/LC: CTI 1 (n = 2), CTI 2 (n = 1), CTI 3 (n = 1), CTI 4 (n = 1) e UPO (n = 1).

Acessos em Veia Femoral: Dos pacientes que apresentaram IPSC, apenas 01 tinha CVC em VF no momento do diagnóstico, ainda assim 02 pacientes tiveram acessos em femorais, sacados para troca de sítio altos com tempo médio de 2,5 dias. 01 paciente tinha acesso para HD embora não tenha sido utilizado veias femorais para tratamento. E dos seis pacientes diagnosticados 02 evoluíram a óbito.

- 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.

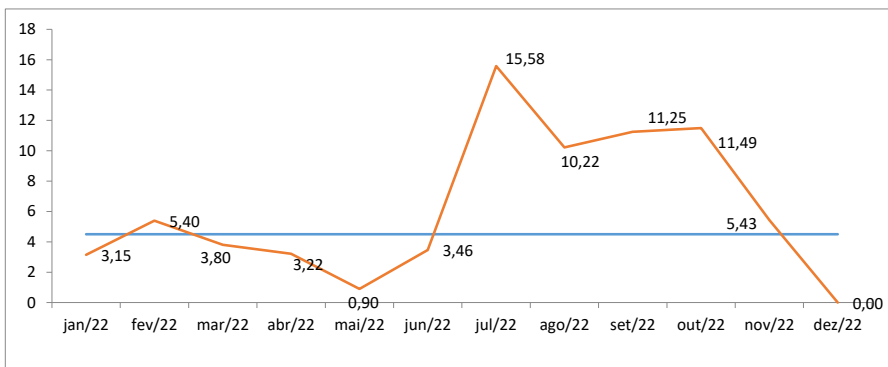
Ação de Melhoria

1. Utilizar o guia de atb para início empírico de ATB nas infecções hospitalares afim de tentar diminuir a mortalidade dos casos.
3. Adequar os insumos/dispensers nos setores de assistência para higienização das mãos.
4. Praticar a higienização das mãos conforme as orientações em treinamento.
6. Otimizar a troca dos CVC na suspeita de IPSC e evoluir em prontuário.
7. Treinamento das equipes médicas e de enfermagem referente a identificação de um possível caso de IPSC e sobre prevenção de IPSC.
8. Evoluir diariamente o aspecto do óstio do CVC.

Compilação de dados IPCS adulto

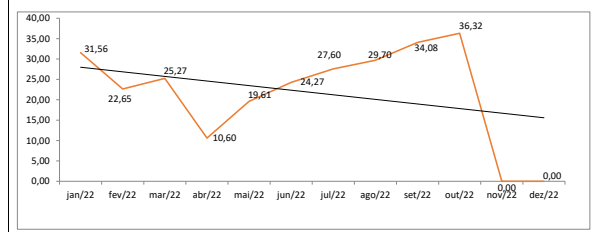
Indicador:

	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	6		84
Nº total de CVC/dia nos CTIs adulto	1270	1112	1052	1243	1115	1157	1027	1174	1156	1218	1104		12628
Fórmula de Cálculo:	3,15	5,40	3,80	3,22	0,90	3,46	15,58	10,22	11,25	11,49	5,43	#DIV/0!	6,65



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 MECANICA/DIA NUMERO DE VENTILAÇÃO MECANICA/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 01 PAV no complexo de Terapia Intensiva no mês de novembro.
Analisando os setores individualmente, observamos uma diminuição importante no número total de PAVs no CTI 1 (14 em outubro e 07 em novembro) e no CTI 4 (03 outubro e 01 em novembro).
Os aumentos no nº total de PAVs foram observados no CTI 3 e na UPO.

NNISS de novembro:

CTI 15,9737,66 07 33,49
CTI 26,0766,41 06 35,29
CTI 39,4054,34 07 74,47
CTI 46,2729,61 01 14,49
UPO6,4050,00 08 62,50

[Tabela com informações do](#)
SetorTMPTU VM N° PAV DI PAV

Foram identificadas 09

PAVs precoces (podendo estar relacionadas ao momento de intubação do paciente) e 20 PAVs tardias.

Causas:

1. Possíveis broncoaspirações no momento das IOTs.
2. Falta de aspiração subglótica.
3. Posicionamento de CNE inadequado e alguns TOT seletivos.

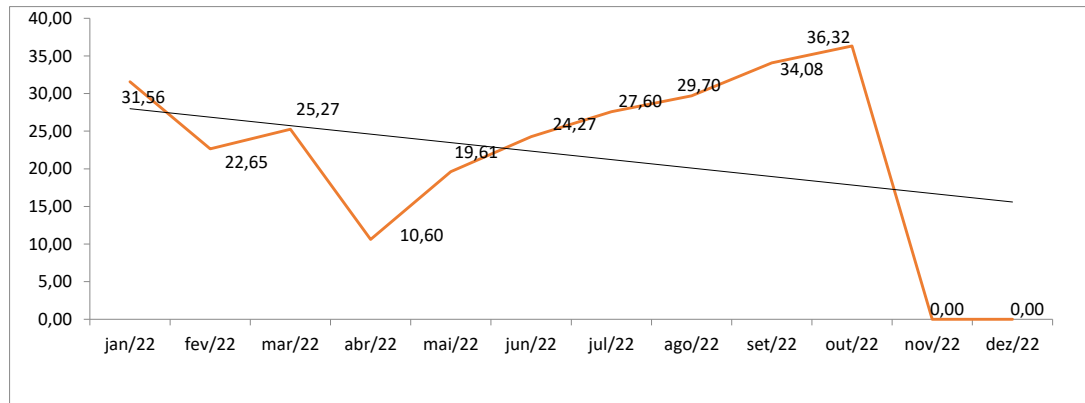
Ação de Melhoria

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.
Intensificar a vigilância nos processos visando a prevenção das PAVs.

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

Compilação de dados - Indicador

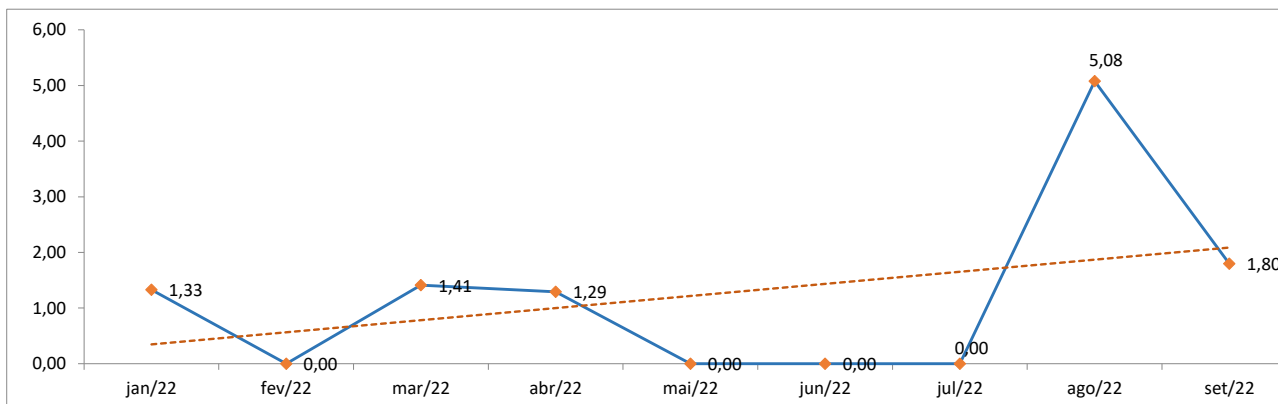
Indicador:													
Mês	jan/22	fev/22	mar/22	abr/22	mai/22	jun/22	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22	Resultado
Metas ≤13%	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	
N° total de PAV nos CTIs adulto	32	21	19	9	14	20	21	27	32	30	29		254
N° total de VM/dia nos CTIs adulto	1014	927	752	849	714	824	761	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!	2,98%



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	
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			
Foi identificado 01 caso de ITU associado à CVD no período.			
Setor	TU	TMP	
CTI 1	46,49	4,69	
CTI 2	45,70	4,50	
CTI 3	46,35	6,13	
CTI 4	38,48	4,25	
UPO	24,22	4,25	
O TMP diminuiu no CTI 1, CTI 2 e			
no CTI 4. A taxa de utilização diminuiu de forma significativa no CTI 3 e no CTI 4.			
Foi identificado 01 caso de ITU associado à CVD.			
<u>Caso identificado:</u>			
Paciente feminina, 89 anos, internada com quadro de Pneumonia e Anemia. Apresentou piora de leucócitos sem piora de imagem radiológica e com hemoculturas negativas. Isolado Klebsiella pneumoniae em (KPC) com 02 dias de CVD inserida no próprio setor. Paciente evoluiu à óbito 05 dias após o diagnóstico de IRAS e 27 dias após a internação hospitalar.			
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	1	0	1	1	0	0	0	3	1	0	1		8
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!	1,21

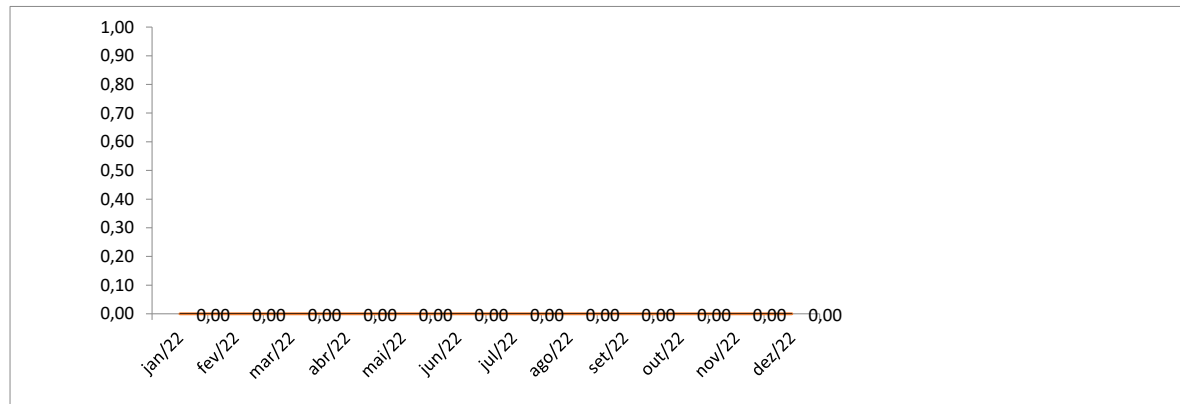


Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida
Perspectiva	Diretriz	Fonte dos Dados
Processo.	Segurança do paciente.	Busca fonada.
	Objetivo	
	Reduzir o número de infecções de sítio cirúrgico associadas às artroplastias total de quadril.	
Meta	Indicador	Forma de Medição (cálculo)
0%	Taxa de infecção 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		
Foram realizadas 03 cirurgias de artroplastias total de quadril e 08 cirurgias de artroplastia parcial de quadril. Não foi diagnosticado nenhum caso de infecção relacionada à artroplastias total de quadril no período.		
Ação de Melhoria		

Compilação de dados - Indicador

Indicador:

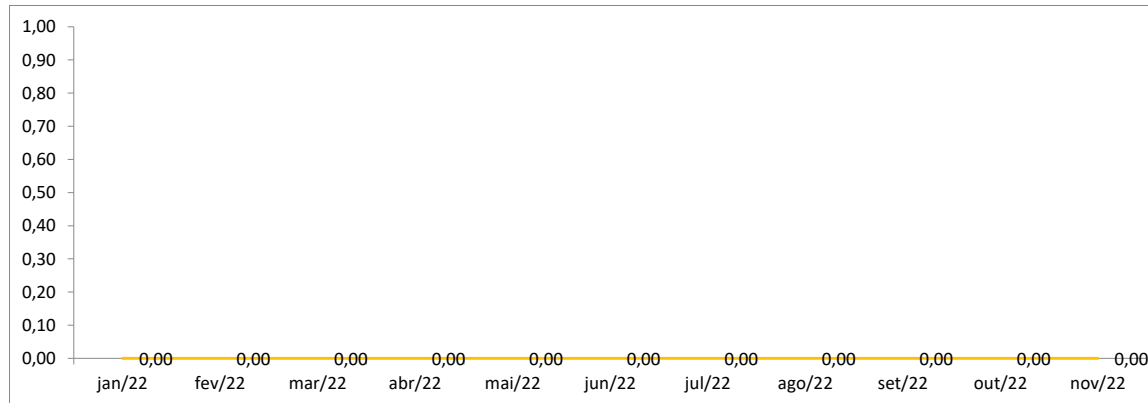
Mês	jan/22	fev/22	mar/22	abr/22	mai/22	jun/22	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22	Resultado
Metas 0,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Nº total de artroplastias total de quadril realizadas	0	2	3	0	4	2	2	1	4	0	3		21
Nº de Infecções cirúrgicas identificadas nas artroplastias totais de quadril	0	0	0	0	0	0	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!	0,00	#DIV/0!	0,00



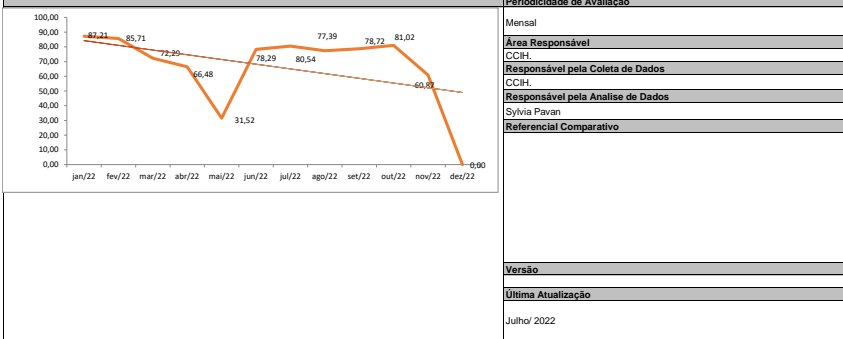
Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida	
Perspectiva	Diretriz		Fonte dos Dados
Processo.	Segurança do paciente.		Busca fonadas e reinternações.
	Objetivo		
	Reduzir o número de infecções de sítio cirúrgico associadas às derivações ventriculoperitoneais (DVP).		
Meta	Indicador		Forma de Medição (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 no período e 04 DVE. 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	0		14
Nº de Infecções cirúrgicas DVP	0	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		
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



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 115 oportunidades de higiene das mãos em novembro. De todas as oportunidades de HM, em 70 (60,86%) pudemos observar a proatividade para a HM, porém apenas 37 (62,89%) 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
Setembro	4.800ml	1.600ml	1.600ml	4.000ml	3.200ml	
Outubro	12.000ml	1.600ml	800ml	1.600ml	4.000ml	2.400ml
Novembro	8.000ml	800ml	1.600ml	0	3.200ml	8.000ml

Consumo de sabão líquido por CTI:

Sector	CTI 1	CTI 2	CTI 3	CTI 4	UPO	CETIPE
Setembro	12.000 ml	1.200ml	2.400ml	6.400ml	2.400ml	8.800ml
Outubro	10.400ml	9.600ml	1.600ml	4.800ml	5.600ml	6.400ml
Novembro	14.400ml	9.600ml	4.800ml	4.800ml	5.600ml	8.000ml

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

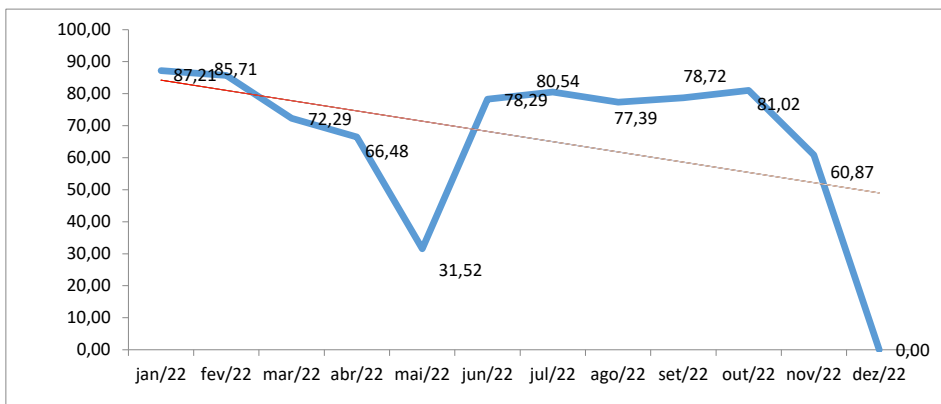
São realizados treinamento mensais de higiene das mãos.

Plano de melhorias:

Compilação de dados - Indicador

Indicador:

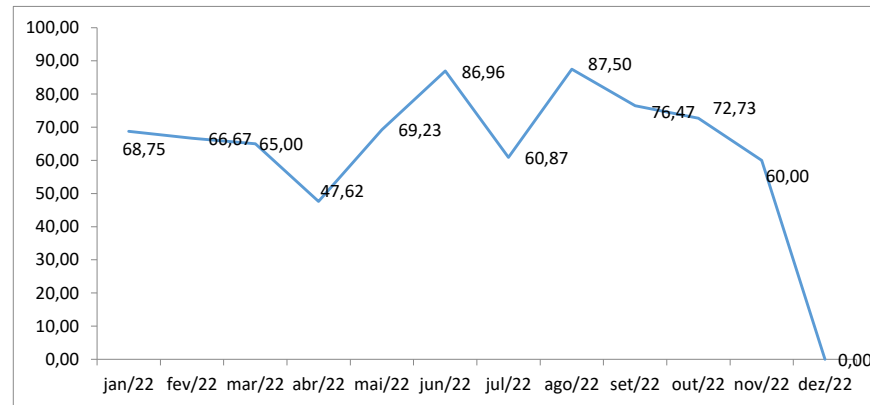
Mês	jan/22	fev/22	mar/22	abr/22	mai/22	jun/22	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22	Resultado
Metas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nº de higienização das mãos realizadas	266	36	227	119	29	137	149	154	74	111	70		1372
Nº de oportunidades observadas para higiene das mãos.	305	42	314	179	92	175	185	199	94	137	115		1837
Fórmula de Cálculo:	87,21	85,71	72,29	66,48	31,52	78,29	80,54	77,39	78,72	81,02	60,87	#DIV/0!	74,69



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	15		
TOTAL DE SEPSE GRAVE	16	12	20	21	13	23	23	16	17	22	25		
Fórmula de Cálculo:	68,75	66,67	65,00	47,62	69,23	86,96	60,87	87,50	76,47	72,73	60,00	#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 antibiótico profilaxia 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		
CCH		
Responsável pela Coleta de Dados		
CCH		
Responsável pela Análise de Dados		
Sylvia Pavan		
Referencial Comparativo		
Versão		
Última Atualização		
Julho/ 2022		

Análise Crítica

Tiveram 476 marcações de procedimento cirúrgicos, 124 suspensões e 352 cirurgias realizadas. Foram avaliadas as cirurgias do mês de novembro, sendo que 169 (48,01%) tinham indicação de ATB profilaxia e 45 (73,37%) não foram realizadas.

Setor N° Cirurgias c/ Indicação de profilaxia N° Cirurgias com profilaxia NÃO realizada

C. geral	94	16
Ortopedia	28	10
Neurocirurgia	24	8
CIPE	8	6
Vascular	10	3
Bucomaxilo	5	2
Total	169	45

Observamos que estão sendo realizadas profilaxias mesmo com paciente já em uso de ATB, principalmente com a Cefazolina.

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.

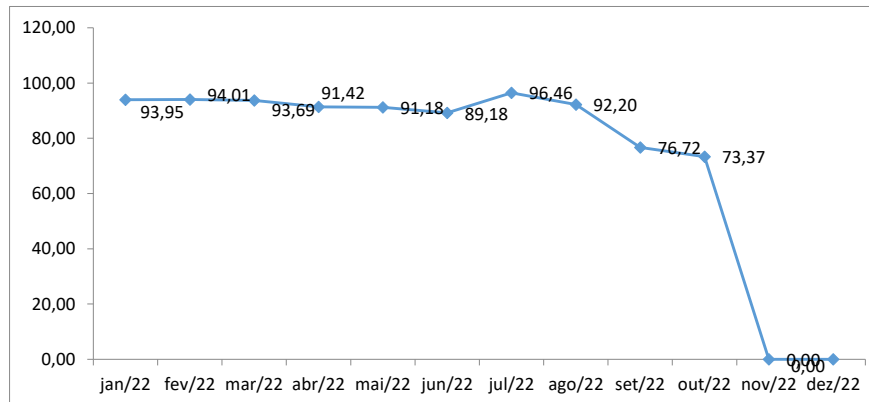
Ação de Melhoria

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

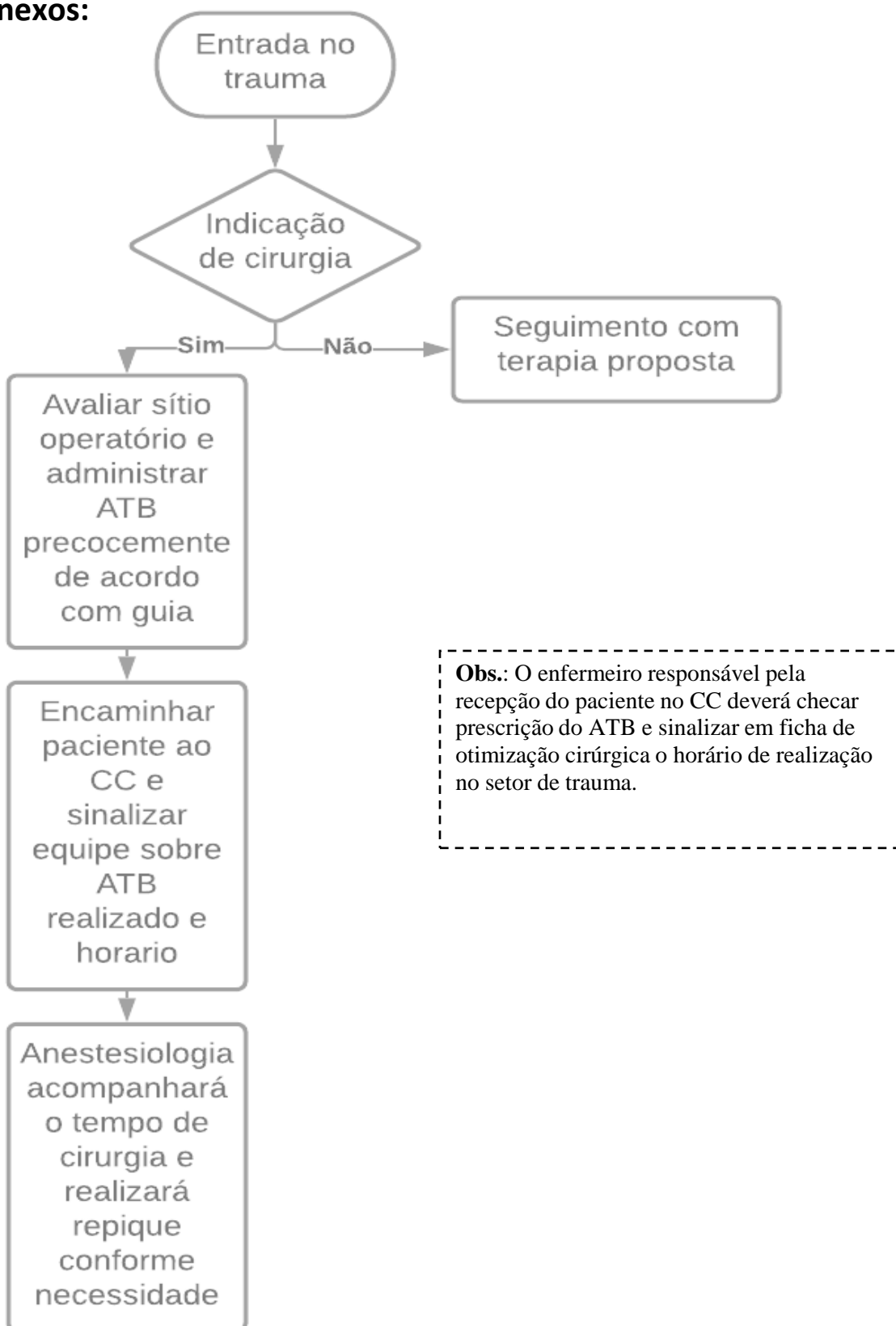
Reunião com coordenador médico da ortopedia visando adequar descrição de fraturas expostas para melhor avaliar profilaxia aplicada em agosto/22.

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	124			3820
Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos na amostra	380	384	444	501	533	462	508	487	348	169			4216
Fórmula de Cálculo:	93,95	94,01	93,69	91,42	91,18	89,18	96,46	92,20	76,72	73,37	#DIV/0!	#DIV/0!	90,61



Anexos:





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

Anexos: