

# Relatório Mensal de Atividades

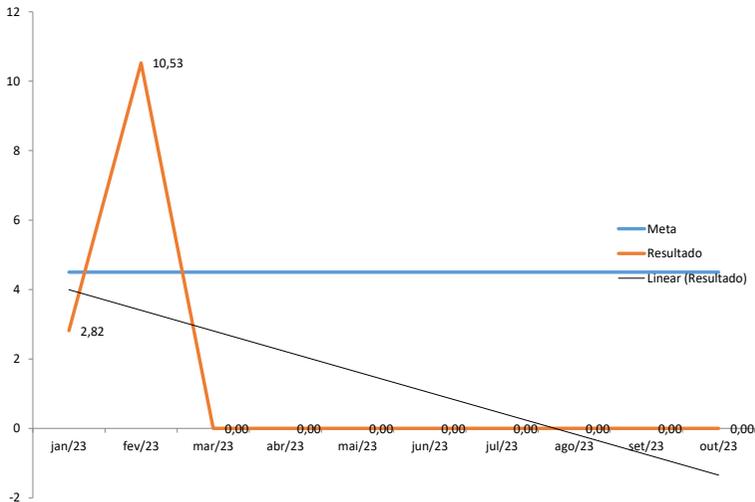
(SCIH)

**Responsável:**

SYLVIA PAVAN

**FEVEREIRO /2023**

Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida
Perspectiva	Diretriz	Fonte dos Dados
Processo.	Segurança do paciente.	Busca ativa. Prontuários. Hemoculturas.
	<b>Objetivo</b> Reduzir o número de infecção associadas ao cateter venoso central dos pacientes internados nas UTIs adulto.	
<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>	<b>Forma de Medição (cálculo)</b>
≤4,5‰	Densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada à cateter venoso central do CTI adulto.	$\frac{\text{NÚMERO DE IPSC CTI ADULTO}}{\text{NÚMERO DE CATETER VENOSO CENTRAL/DIA}} \times 1.000,00$
<b>Periodicidade de Avaliação</b>		
Mensal		
<b>Área Responsável</b>		
CCIH.		
<b>Responsável pela Coleta de Dados</b>		
CCIH.		
<b>Responsável pela Análise de Dados</b>		
Enfermeira Juliana Ribeiro		
<b>Referencial Comparativo</b>		
<b>Versão</b>		
<b>Última Atualização</b>		
Fevereiro/2023		



**Análise Crítica**

No mês de janeiro foram identificados 11 casos de IPCSLC, 08 a mais que em janeiro. A densidade de IPSC apresentou um aumento significativa (2,82 em janeiro para 11,58 em fevereiro), desta forma este indicador ficou muito acima da meta estabelecida.

A taxa de utilização (TU) de CVC aumentou de 73,10% para 76,55% em fevereiro. Desta forma, observamos que houve mudança significativa na densidade de infecção já houve que manutenção na taxa de utilização.

Em relação ao tempo médio de permanência (TMP) houve uma diminuição, dos pacientes com CVC na maioria dos CTIs, exceto no CTI 4, onde o tempo se manteve.

Identificação das IPCSLs: CTI 1 (n = 6), CTI 2 (n = 2), CTI 3 (n = 0), CTI 4 (n = 1) e UPO (n = 2).

Acessos em Veia Femoral: 05 pacientes possuíam acessos em VF  
Dos pacientes transferidos para os CTIs, 21 acessos foram puncionados na emergência ou em caráter de emergência, apenas 14 foram trocados no período de até três dias como preconizado, 01 não teve troca porque evoluiu à óbito dentro deste período e 01 não realizou a troca do cateter de HD.

**Causas:**

- Falta de cateteres para troca de punções;
- Falha na higienização das mãos antes da manipulação dos acessos, nem para a manipulação e nem para curativos.
- Manipulação inadequada das medicações, sem assepsia dos frascos e sem uso de máscaras.
- Má aderência dos curativos (micropore ou filme).
- Vários óstios com soltura dos curativos, com bolhas de ar e sujidade de sangue.
- Deferimento com tempo inadequado para a punção do acesso.

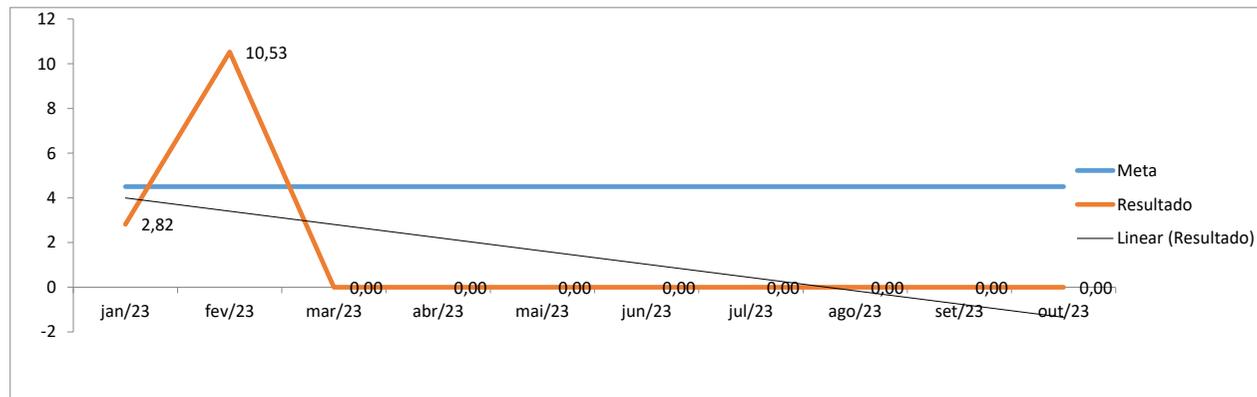
**Ação de Melhoria**

Melhora das vigilâncias.  
Troca de acessos conforme acordado.  
Melhora dos processos.  
Treinamento de acordo com o cronograma.

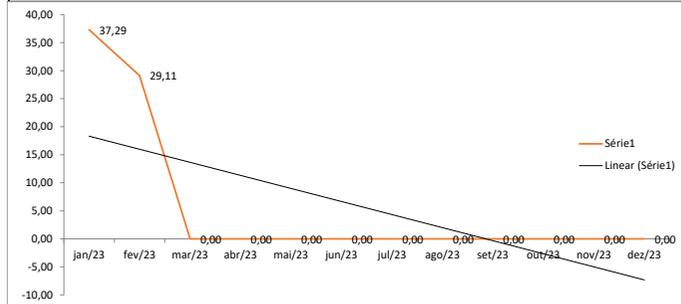
Compilação de dados IPCS adulto

Indicador:

	jan/23	fev/23	mar/23	abr/23	mai/23	jun/23	jul/23	ago/23	set/23	out/23	Resultado
<b>Metas ≤4,5%</b>	<b>4,5</b>										
Nº total de IPCS nos CTIs adulto	3	10									13
Nº total de CVC/dia nos CTIs adulto	1065	950									2015
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	2,82	10,53	#DIV/0!								

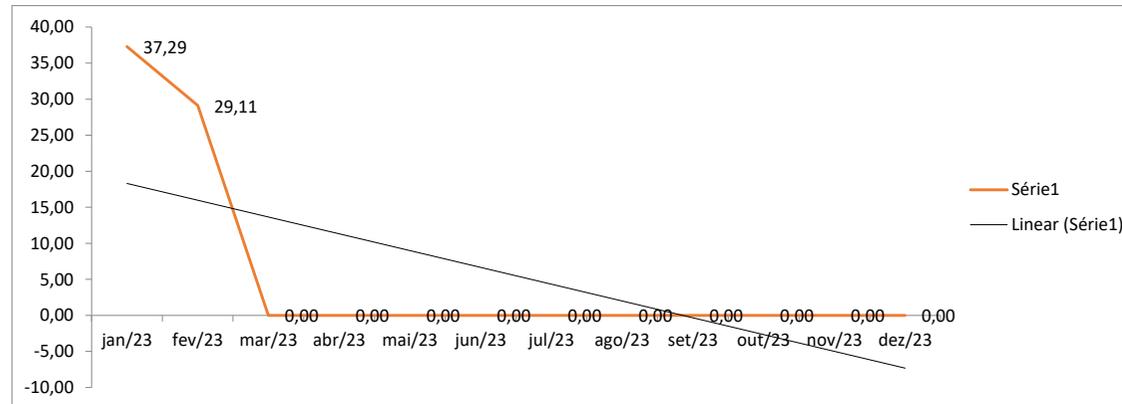


Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida																									
<b>Perspectiva</b>	<b>Diretriz</b>	<b>Fonte dos Dados</b>																									
Processo.	Segurança do paciente.	Busca ativa. Prontuários. Imagens radiológicas. Exames microbiológicos.																									
	<b>Objetivo</b> Reduzir a incidência de Pneumonia associada à ventilação mecânica nas UTIs adulto.																										
<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>	<b>Forma de Medição (cálculo)</b>																									
≤13‰	Densidade de incidência de infecção de Pneumonia associada à ventilação mecânica nas UTIs adulto.	$\frac{\text{NÚMERO DE PNEUMONIAS ASSOCIADAS A VENTILAÇÃO MECÂNICA/DIA}}{\text{NÚMERO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA/DIA}} \cdot 1000$																									
		<b>Periodicidade de Avaliação</b>																									
		Mensal																									
		<b>Área Responsável</b>																									
		CCIH.																									
		<b>Responsável pela Coleta de Dados</b>																									
		CCIH.																									
		<b>Responsável pela Análise de Dados</b>																									
		Enfermeira Juliana Ribeiro																									
		<b>Referencial Comparativo</b>																									
		<b>Versão</b>																									
		<b>Última Atualização</b>																									
		Fevereiro / 2023																									
<b>Análise Crítica</b>																											
<p>PAV</p> <p>Houve uma diminuição no total de PAVs diagnosticadas quando comparado com o mês anterior (27 em janeiro para 20 em fevereiro), mesmo com a diminuição de paciente/dia (724 em janeiro para 687 em fevereiro).</p> <p>Analisando os setores individualmente, observamos que o aumento no número total de PAVs no CTI 2 se manteve.</p> <p>Setor IMP (dias) IU VM (%) N° PAV/DI PAV (%)</p> <table border="1"> <tr> <td>CTI 1</td> <td>7,75</td> <td>60,72</td> <td>6</td> <td>19,35</td> </tr> <tr> <td>CTI 2</td> <td>6,33</td> <td>66,09</td> <td>7</td> <td>46,05</td> </tr> <tr> <td>CTI 3</td> <td>4,33</td> <td>28,26</td> <td>1</td> <td>76,92</td> </tr> <tr> <td>CTI 4</td> <td>3,92</td> <td>25,25</td> <td>1</td> <td>19,61</td> </tr> <tr> <td>UPO</td> <td>12,38</td> <td>60,645</td> <td>3</td> <td>1,06</td> </tr> </table>			CTI 1	7,75	60,72	6	19,35	CTI 2	6,33	66,09	7	46,05	CTI 3	4,33	28,26	1	76,92	CTI 4	3,92	25,25	1	19,61	UPO	12,38	60,645	3	1,06
CTI 1	7,75	60,72	6	19,35																							
CTI 2	6,33	66,09	7	46,05																							
CTI 3	4,33	28,26	1	76,92																							
CTI 4	3,92	25,25	1	19,61																							
UPO	12,38	60,645	3	1,06																							
<b>Ação de Melhoria</b>																											
<p>Intensificar a vigilância nos processos visando a prevenção das PAVs.</p> <p>Realizar a manutenção corretiva e preventiva dos leitos.</p> <p>Treinamento de prevenção de PAV.</p>																											



Compilação de dados - Indicador

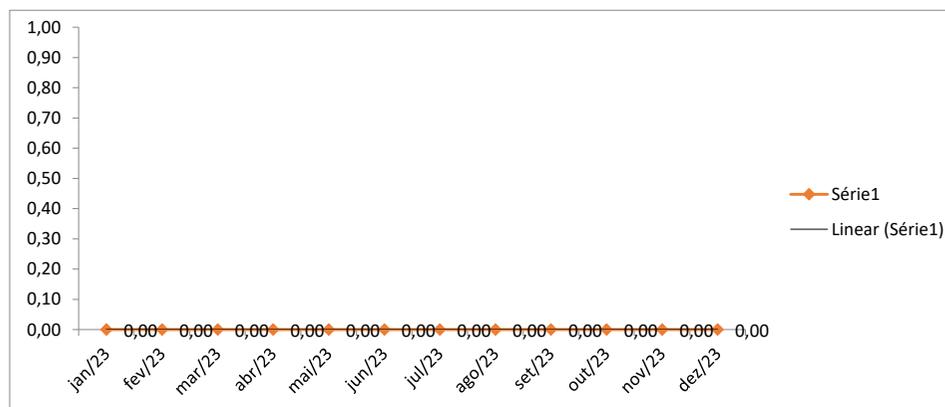
Indicador:													
Mês	jan/23	fev/23	mar/23	abr/23	mai/23	jun/23	jul/23	ago/23	set/23	out/23	nov/23	dez/23	Resultado
<b>Metas ≤13‰</b>	<b>13</b>												
N° total de PAV nos CTIs adulto	27	20											47
N° total de VM/dia nos CTIs adulto	724	687											1411
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	37,29	29,11	#DIV/0!										



Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida
<b>Perspectiva</b>	<b>Diretriz</b>	<b>Fonte dos Dados</b>
Processo.	Segurança do paciente.	Busca ativa. Prontuários. Exames microbiológicos.
	<b>Objetivo</b>	
	Reduzir a densidade de incidência de infecção urinária	
<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>	<b>Forma de Medição (cálculo)</b>
≤0,60‰	Densidade de incidência infecção urinária associada à cateter vesical de demora nas UTIs adulto.	$\frac{\text{NÚMERO DE INFECÇÕES URINÁRIAS ASSOCIADAS À CATETER VESICAL DE DEMORA/D}}{\text{NÚMERO DE CATETER VESICAL DE DEMORA/DIA}} \times 1000$
<b>Periodicidade de Avaliação</b>		
Mensal		
<b>Área Responsável</b>		
CCIH e CTI adulto.		
<b>Responsável pela Coleta de Dados</b>		
CCIH.		
<b>Responsável pela Análise de Dados</b>		
Enfermeira Juliana Ribeiro		
<b>Referencial Comparativo</b>		
<b>Versão</b>		
<b>Última Atualização</b>		
Fevereiro/2023		
<b>Análise Crítica</b>		
<p>Apesar de um aumento importante no número de CVD/dia nos últimos meses (542 janeiro e 521 em fevereiro) não foi identificado nenhum caso de ITU associado à CVD nas unidades de terapias intensivas.</p> <p>A taxa de utilização de CVD diminuiu na maioria dos setores, exceto nos CTIs 3 e 4, onde aumentou de 21,08 e 23,47 em dezembro para 37,58 e 40,10 em janeiro respectivamente, com aumento também o tempo médio de permanência (TMP) do CVD (de 2,06 para 5,17 dias em janeiro) no CTI 03. A taxa de utilização diminuiu substancialmente no CTI 1, saindo de 46,68 em dezembro para 35,43 em janeiro.</p>		
<b>Ação de Melhoria</b>		

### Compilação de dados - Indicador

Indicador:													
Mês	jan/23	fev/23	mar/23	abr/23	mai/23	jun/23	jul/23	ago/23	set/23	out/23	nov/23	dez/23	Resultado
<b>Metas ≤0,6‰</b>	<b>0,6</b>												
N° total de ITU associada a CVD nos CTIs adulto	0	0											0
N° total de CVD/dia nos CTIs adulto	521	470											991
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	0,00	0,00	#DIV/0!										

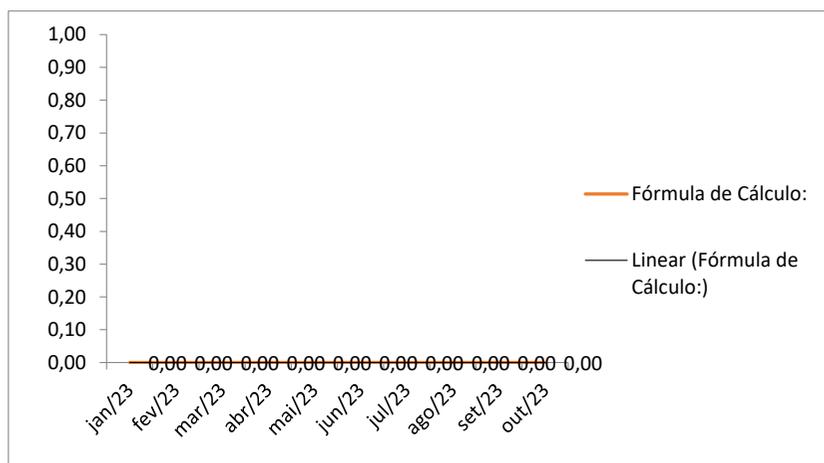


Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida
<b>Perspectiva</b>	<b>Diretriz</b>	<b>Fonte dos Dados</b>
Processo.	Segurança do paciente.	Busca fonada.
	<b>Objetivo</b>	
	Reduzir o número de infecções de sítio cirúrgico associadas às artroplastias total de quadril.	
<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>	<b>Forma de Medição (cálculo)</b>
0%	Taxa de infecção de sítio cirúrgico associadas às artroplastias total de quadril.	$\frac{\text{NÚMERO DE INFECÇÕES DE FERIDA OPERATÓRIA DE CIRURGIAS artroplastia total de quadril}}{\text{NÚMERO TOTAL DE artroplastia total de quadril}} \cdot 100$
		<b>Periodicidade de Avaliação</b>
<p>— Fórmula de Cálculo: — Linear (Fórmula de Cálculo:)</p>		Mensal
		<b>Área Responsável</b>
		CCIH e Ortopedia
		<b>Responsável pela Coleta de Dados</b>
		CCIH.
		<b>Responsável pela Análise de Dados</b>
		Marcos Paulo Mugaya
		<b>Referencial Comparativo</b>
		<b>Versão</b>
		<b>Última Atualização</b>
		Fevereiro/2023
<b>Análise Crítica</b>		
Foram realizadas 03 artroplastias total de quadril no mês de fevereiro. Não houve ISC diagnosticada no período.		
<b>Ação de Melhoria</b>		

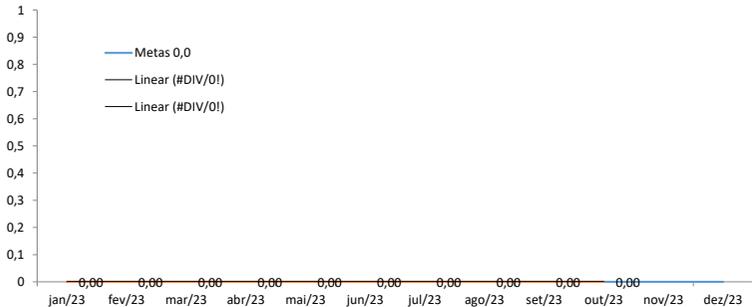
Compilação de dados - Indicador

Indicador:

Mês	jan/23	fev/23	mar/23	abr/23	mai/23	jun/23	jul/23	ago/23	set/23	out/23	Resultado
<b>Metas 0,0</b>	<b>0</b>										
Nº total de artroplastias total de quadril realizadas	4	3									7
Nº de Infecções cirúrgicas identificadas nas artroplastias totais de quadril	0	0									0
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	0,00	0,00	#DIV/0!								

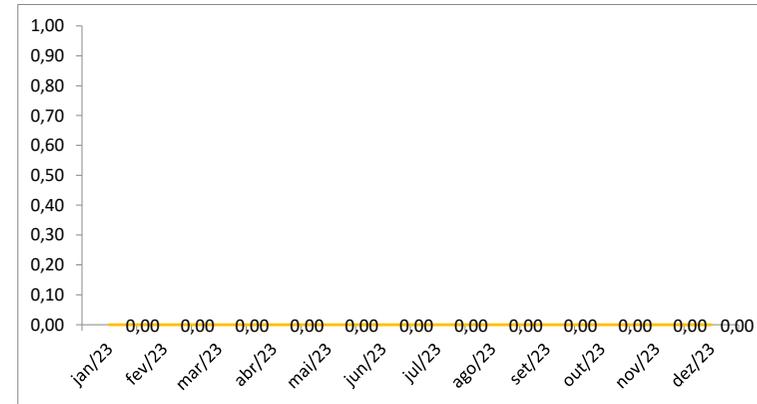
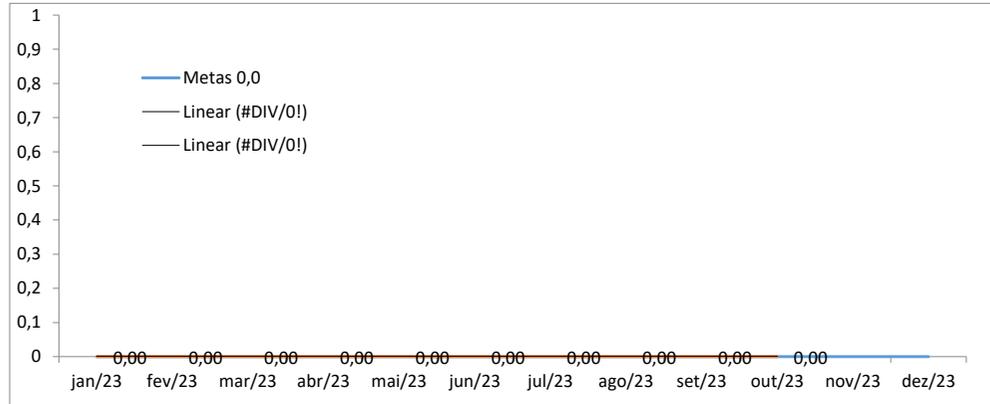


Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida
<b>Perspectiva</b>	<b>Diretriz</b>	<b>Fonte dos Dados</b>
Processo.	Segurança do paciente.	Busca fonadas e reinternações.
	<b>Objetivo</b>	
	Reduzir o número de infecções de sítio cirúrgico associadas às derivações ventriculoperitoneais (DVP).	
<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>	<b>Forma de Medição (cálculo)</b>
0%	Taxa de infecção de sítio cirúrgico associadas às DVP.	$\frac{\text{NÚMERO DE INFECÇÕES DE FERIDA OPERATÓRIA DE DVP}}{\text{NÚMERO TOTAL DE DVP}} \cdot 100$
		<b>Periodicidade de Avaliação</b>
		Mensal
		<b>Área Responsável</b>
		CCIH e Neurocirurgia
		<b>Responsável pela Coleta de Dados</b>
		CCIH.
		<b>Responsável pela Análise de Dados</b>
		Leonardo Miguez
		<b>Referencial Comparativo</b>
		<b>Versão</b>
		<b>Última Atualização</b>
		Fevereiro/2023
<b>Análise Crítica</b>		
Tivemos 02 cirurgias de inserção de DVP em fevereiro/2023 e não foram diagnosticadas ISC.		
<b>Ação de Melhoria</b>		

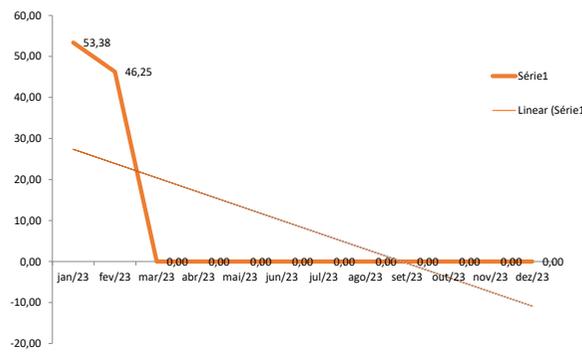


Compilação de dados - Indicador

Indicador:													
Mês	jan/23	fev/23	mar/23	abr/23	mai/23	jun/23	jul/23	ago/23	set/23	out/23	nov/23	dez/23	Resultado
<b>Metas 0,0</b>	<b>0</b>												
Nº total de DVP realizadas	0	2											2
Nº de Infecções cirúrgicas DVP	0	0											0
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	#DIV/0!	0,00	#DIV/0!										



Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida
<b>Perspectiva</b>	<b>Diretriz</b>	<b>Fonte dos Dados</b>
Processo.	Segurança do paciente.	Observador cego.
	<b>Objetivo</b>	
	Reduzir o número de infecções associadas à assistência à saúde.	
<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>	<b>Forma de Medição (cálculo)</b>
	Taxa de adesão à higienização das mãos	$\frac{\text{NÚMERO TOTAL DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS}}{\text{NÚMERO DE OPORTUNIDADES OBSERVADAS PARA A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS}} \times 100$
<b>Periodicidade de Avaliação</b>		
Mensal		
<b>Área Responsável</b>		
CCIH.		
<b>Responsável pela Coleta de Dados</b>		
CCIH.		
<b>Responsável pela Análise de Dados</b>		
Enfermeira Juliana Ribeiro		
<b>Referencial Comparativo</b>		
<b>Versão</b>		
<b>Última Atualização</b>		
Fevereiro/2023		



**Análise Crítica**

O SCIH do HEGV utiliza a estratégia de observador cego, como recomendado pela ANVISA para a avaliação rotineira da higienização das mãos pelos colaboradores durante os "5 momentos" na assistência ao paciente.

Foram observadas 547 oportunidades de higiene das mãos em janeiro. De todas as oportunidades de HM, em 253 (46,25%) pudemos observar a proatividade para a HM, porém apenas 116 (45,84%) 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:  
Setor CTI 1CTI 2 CTI 3 CTI 4 UPOCETIPE  
Novembro 8.000ml 800ml 1.600ml 0 3.200ml 8.000ml  
Dezembro 14.400ml 800ml 800ml 1.600ml 4.000ml 4.000ml  
Janeiro 10.400ml 800ml 800ml 800ml 1.600ml 800ml  
Fevereiro 11.200ml 3.200ml 03.200ml 2.400ml 3.200ml

Consumo de sabão líquido por CTI:  
Setor CTI 1CTI 2CTI 3CTI 4UPOCETIPE  
Novembro 14.400ml 9.600ml 4.800ml 5.600ml 5.600ml 8.000ml  
Dezembro 16.000ml 10.400ml 4.000ml 5.600ml 3.200ml 7.200ml  
Janeiro 9.600ml 12.000ml 4.000ml 5.600ml 4.000ml 6.400ml

**Ação de Melhoria**

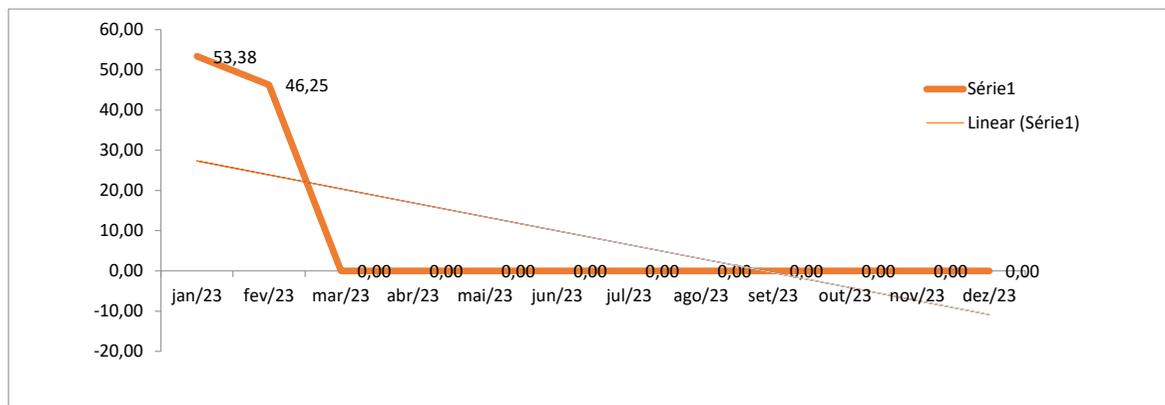
Treinamento de HM em março/23.



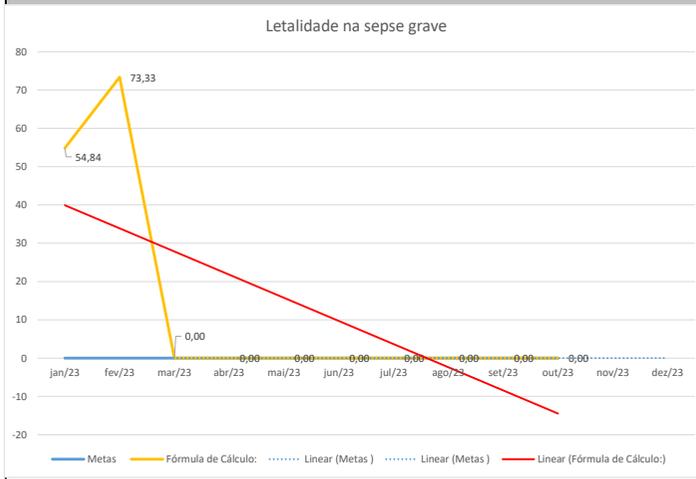
### Compilação de dados - Indicador

#### Indicador:

Mês	jan/23	fev/23	mar/23	abr/23	mai/23	jun/23	jul/23	ago/23	set/23	out/23	nov/23	dez/23	Resultado
<b>Metas</b>	<b>0</b>												
N° de higienização das mãos realizadas	71	253											324
N° de oportunidades observadas para higiene das mãos.	133	547											680
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	53,38	46,25	#DIV/0!										



Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida
<b>Perspectiva</b>	<b>Diretriz</b>	<b>Fonte dos Dados</b>
	Segurança do paciente.	Protocolos de sepse
<b>Processo.</b>	<b>Objetivo</b>	
	Reduzir a letalidade relacionada à sepse, tanto	
<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>	<b>Forma de Medição (cálculo)</b>
	Taxa de letalidade relacionada à sepse grave.	TOTAL DE ÓBITOS EM PACIENTES COM SEPSE GRAVE TOTAL DE SEPSE GRAVE x100



<b>Periodicidade de Avaliação</b>
Mensal
<b>Área Responsável</b>
CCIH
<b>Responsável pela Coleta de Dados</b>
CCIH.
<b>Responsável pela Análise de Dados</b>
Sylvia Pavan e Clávio Filho
<b>Referencial Comparativo</b>
<b>Versão</b>
<b>Última Atualização</b>
Fevereiro/2023

**Análise Crítica**

Foram abertos 83 protocolos de sepse no HEGV no mês de fevereiro (exatos 83 abertos em janeiro). Tivemos 35 protocolos excluídos (21 a mais que o mês anterior) e 48 mantidos (21 a menos que em janeiro), o que corresponde a 57,83% de protocolos mantidos. De todos os pacientes que tiveram os protocolos mantidos, 28 (58,33%) evoluíram à óbito até o início de março. Foram identificados 15 casos de choque sépticos mantidos, sendo que destes 11 evoluíram à óbito (73,33%). 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 (09 classificados como choque séptico e 03 como sepse). Dos 48 protocolos mantidos, 22 (45,83%) foram de origem comunitária e 26 (54,16%) de origem hospitalar. Principais focos: Pulmão - 17 / Pele e partes moles - 06 / Urinário - 07 / Abdome - 03 / Indeterminado - 13 / Osso - 02. Setores de abertura dos protocolos mantidos: 14 na CM, 26 na Emergência, 01 na Neurocirurgia, 03 na Ortopedia, 04 C. geral.

Origem Comunitária:  
Dos 22 protocolos mantidos, 10 (45,45%) evoluíram para óbito, desses: 05 por choque séptico (04 em até 72h de internação), 04 SEPSE (1 em até 72h de internação) e 1 por SIRS.

Origem Hospitalar:  
Dos 26 protocolos mantidos, 18 (%) evoluíram à óbito até o início deste mês, desses: 06 choques sépticos (TODOS em até 72h da abertura do protocolo), 11 com sepse (5 em até 72h da abertura do protocolo) e 1 SIRS.

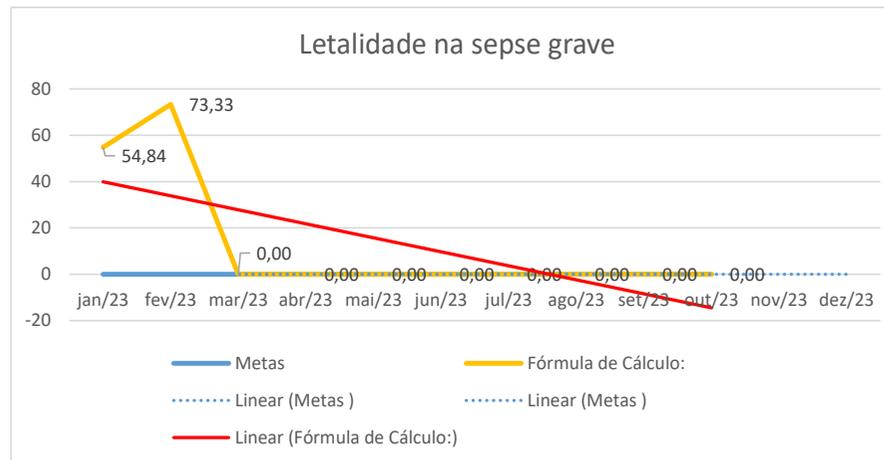
**Ação de Melhoria**



### Compilação de dados - Indicador

#### Indicador:

Mês	jan/23	fev/23	mar/23	abr/23	mai/23	jun/23	jul/23	ago/23	set/23	out/23	Resultado
<b>Metas</b>	<b>0</b>										
TOTAL DE ÓBITOS RELACIONADOS À SEPSE GRAVE	17	11									28
TOTAL DE SEPSE GRAVE	31	15									46
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	54,84	73,33	#DIV/0!	60,87							



Programa de Excelência em Gestão - PEG																											
	Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida																								
Perspectiva	Diretriz	Unidade de Medida	Fonte dos Dados																								
Processo.	Segurança do paciente.		Centro Cirúrgico																								
	<b>Objetivo</b>	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	Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos que receberam um esquema profilático apropriado de antibióticos																									
		Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos na amostra																									
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																											
Fevereiro/2023																											
Análise Crítica																											
<p>Tiveram 597 marcações de procedimento cirúrgicos, 26 suspensões e 571 cirurgias realizadas. Foram avaliados os 529 pacientes cirúrgicos do mês de fevereiro, destes 404 (76,37%) tinham indicação de ATB profilaxia e 333 realizadas corretamente (82,42%). 71 (17,57%) não foram realizadas.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Setor</th> <th>Nº Pacientes c/ Indicação de profilaxia</th> <th>Nº Cirurgias com profilaxia NÃO realizada</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>C. geral</td> <td>149</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>Ortopedia</td> <td>209</td> <td>34</td> </tr> <tr> <td>Neurocirurgia</td> <td>21</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>CIPE</td> <td>9</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Vascular</td> <td>10</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Bucomaxilo</td> <td>06</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>404</td> <td>71</td> </tr> </tbody> </table> <p>Observamos que estão sendo realizadas profilaxias mesmo com paciente já em uso de ATB. Persiste a dificuldade de identificar as cirurgias ortopédicas por fratura exposta, dificultando a análise do ATB adequado. Identificamos 13 procedimentos que necessitavam de repique, porém somente 01 teve o repique realizado.</p>				Setor	Nº Pacientes c/ Indicação de profilaxia	Nº Cirurgias com profilaxia NÃO realizada	C. geral	149	23	Ortopedia	209	34	Neurocirurgia	21	5	CIPE	9	0	Vascular	10	7	Bucomaxilo	06	2	Total	404	71
Setor	Nº Pacientes c/ Indicação de profilaxia	Nº Cirurgias com profilaxia NÃO realizada																									
C. geral	149	23																									
Ortopedia	209	34																									
Neurocirurgia	21	5																									
CIPE	9	0																									
Vascular	10	7																									
Bucomaxilo	06	2																									
Total	404	71																									
Ação de Melhoria																											
<p>Retreinamento da profilaxia cirúrgica pelas coordenações. O POP de profilaxia cirúrgica foi revisado pelo SCIH em janeiro/23.</p> <p>Visualização na planilha cirúrgica do paciente com fratura exposta.</p> <p>Melhorar preenchimento das filipetas que são entregues para CCIH. Algumas faltam hora de administração do ATB, nome do paciente, cirurgia realizada...</p>																											
FI-NQSP-033 Versão:01																											





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

Anexos:



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

Anexos: