

# Relatório Mensal de Atividades

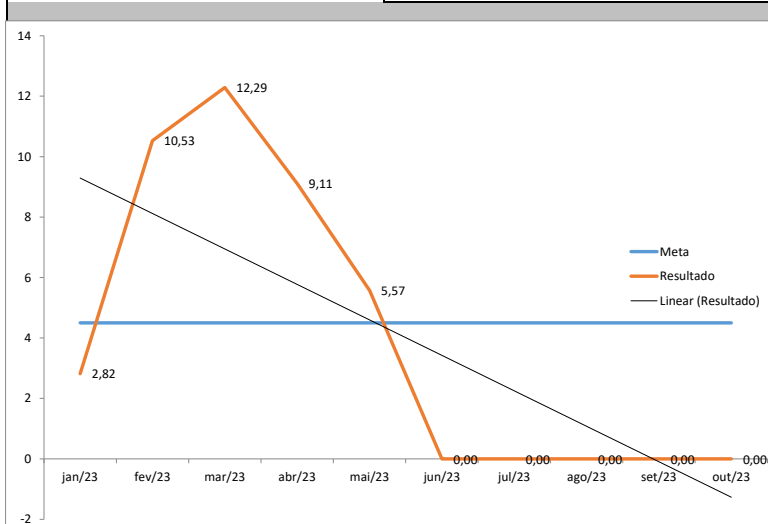
## (SCIH)

**Responsável:**

SYLVIA PAVAN

**MAIO /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.	$\frac{\text{NÚMERO DE IPSC CTI ADULTO}}{\text{NÚMERO DE CATETER VENOSO CENTRAL/DIA}} \times 1.000,00$



Periodicidade de Avaliação
Mensal
Área Responsável
CCIH.
Responsável pela Coleta de Dados
CCIH.
Responsável pela Análise de Dados
Enfermeira Juliana Ribeiro
Referencial Comparativo
Versão
Última Atualização
Março/2023

**Análise Crítica**

No mês de maio foram identificados 7 casos de IPCSLC, três a menos que em abril. O número de IPCSL vem diminuindo gradativamente desde março/23. A densidade de utilização de CVC apresentou um aumento de 73,44 para 79,85 quando comparamos com o mês de anterior (de 1495 CVC/dia para 1256 em abril). Por muito pouco este indicador ficou acima da meta estabelecida, porém foi a densidade de infecção mais baixa desde fevereiro, perdendo apenas para janeiro (2,82).

Houve um maior aumento do tempo médio de permanência dos pacientes com CVC no CTI 1, CTI 3 e CTI 4. Já no CTI 2 e na UPO essa densidade praticamente se manteve.

Identificação das IPCSLs: CTI 1 (n = 4), CTI 2 (n = 1), CTI 3 (n = 1), CTI 4 (n = 1) e UPO (n = 1) Observamos uma importante diminuição de IPCS nos CTI 1, CTI 2.

Detalhamento dos dispositivos (CVC nos pacientes que desenvolveram IPCS):

- CTI 1 – Apenas 1 paciente tinha um único CVC (alto). Um dos pacientes teve uma segunda punção um dia antes do diagnóstico de IPCS (ambas as PVP altas). Dois pacientes tiveram CVC em VF para HD. Dois dos pacientes tinham acesso para NPT
- CTI 2 – Paciente com 21 dias de CVC com acesso em VF para HD também com 21 dias.
- CTI 3 – Paciente com acesso em VSCD para HD e VF para infusão. Acesso trocado em até 48h do diagnóstico no CTI 1.
- CTI 4 – Paciente com VSCD e VJID, ambos com 6 dias de CVC. Sem acesso para HD.
- UPO – Paciente com VFD e VJID sem acesso para HD.

OBS: Somente o paciente do CTI 3 teve troca de acesso com até 48h do diagnóstico no CTI 1.

Causas:

- Falha na higienização das mãos antes da manipulação dos acessos, para a manipulação e para curativos.
- Manipulação inadequada das medicações, sem assepsia dos frascos e sem uso de máscaras.
- Vários óstios com soltura dos curativos, com bolhas de ar e sujidade de sangue.

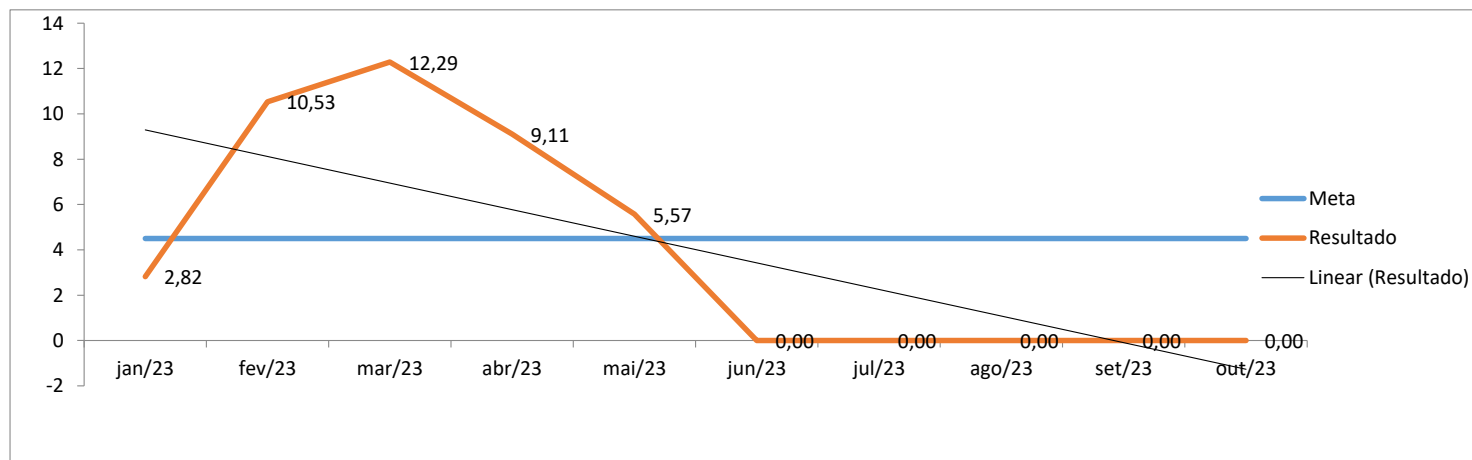
**Ação de Melhoria**

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

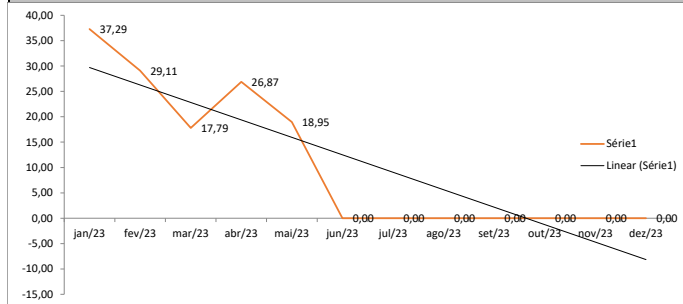
Compilação de dados IPCS adulto

Indicador:

	jan/23	fev/23	mar/23	abr/23	mai/23	jun/23	jul/23	ago/23	set/23	out/23	Resultado
<b>Metas <math>\leq 4,5\%</math></b>	<b>4,5</b>	<b>4,5</b>	<b>4,5</b>	<b>4,5</b>	<b>4,5</b>	<b>4,5</b>	<b>4,5</b>	<b>4,5</b>	<b>4,5</b>	<b>4,5</b>	
Nº total de IPCS nos CTIs adulto	3	10	13	10	7						43
Nº total de CVC/dia nos CTIs adulto	1065	950	1058	1098	1256						5427
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	2,82	10,53	12,29	9,11	5,57	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	



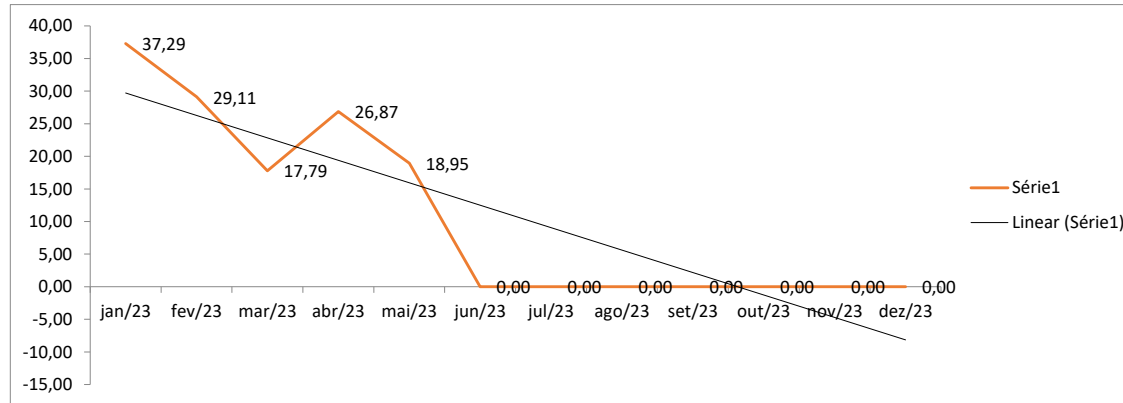
Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida																														
<b>Perspectiva</b>	<b>Diretriz</b>	<b>Fonte dos Dados</b>																														
Processo.	Segurança do paciente.	Busca ativa. Prontuários. Imagens radiológicas. Exames microbiológicos.																														
	<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>																														
		Maio / 2023																														
<b>Análise Crítica</b>																																
<p>Houve uma diminuição no total de PAVs diagnosticadas quando comparado com o mês anterior (15 em maio para 19 em abril), mesmo com um aumento da VM/dia (707 em abril para 897 em maio), o que indica que houve melhora nesse indicador, ficando com uma Densidade de Infecção de 18,95‰.</p> <p>Analisando os setores individualmente, observamos uma diminuição no número total de PAVs nos CTIs 1 e no CTI 4, manteve 2 PAVs no CTI 2, sem PAVs no CTI 3 há 2 meses e um aumento na UPO.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Setor</th> <th>TMP (dias)</th> <th>IU VM (%)</th> <th>N° PAV/DI</th> <th>PAV (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CTI 1</td> <td>7,42</td> <td>64,63</td> <td>6</td> <td>16,17</td> </tr> <tr> <td>CTI 2</td> <td>6,12</td> <td>74,29</td> <td>4</td> <td>19,23</td> </tr> <tr> <td>CTI 3</td> <td>4,30</td> <td>47,78</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>CTI 4</td> <td>5,50</td> <td>54,32</td> <td>5</td> <td>37,88</td> </tr> <tr> <td>UPO</td> <td>7,14</td> <td>33,78</td> <td>2</td> <td>20,00</td> </tr> </tbody> </table> <p>Metade das PAVs diagnosticadas foram precoces, sendo assim se faz necessário reaver o melhor momento da IOT, bem como as técnicas de IOT e preparo do paciente.</p> <p>Possíveis Causas: 1. Possíveis broncoaspirações no momento das IOTs (9 PAVs precoces, 47,36% das PAVs diagnosticadas em abril e 41,17% em maio).</p>			Setor	TMP (dias)	IU VM (%)	N° PAV/DI	PAV (%)	CTI 1	7,42	64,63	6	16,17	CTI 2	6,12	74,29	4	19,23	CTI 3	4,30	47,78	0	0	CTI 4	5,50	54,32	5	37,88	UPO	7,14	33,78	2	20,00
Setor	TMP (dias)	IU VM (%)	N° PAV/DI	PAV (%)																												
CTI 1	7,42	64,63	6	16,17																												
CTI 2	6,12	74,29	4	19,23																												
CTI 3	4,30	47,78	0	0																												
CTI 4	5,50	54,32	5	37,88																												
UPO	7,14	33,78	2	20,00																												
<b>Ação de Melhoria</b>																																
<p>Intensificar a vigilância nos processos visando a prevenção das PAVs. Realizar a manutenção corretiva e preventiva dos leitos. Treinamento de prevenção de PAV conforme cronograma.</p>																																



Compilação de dados - Indicador

Indicador:

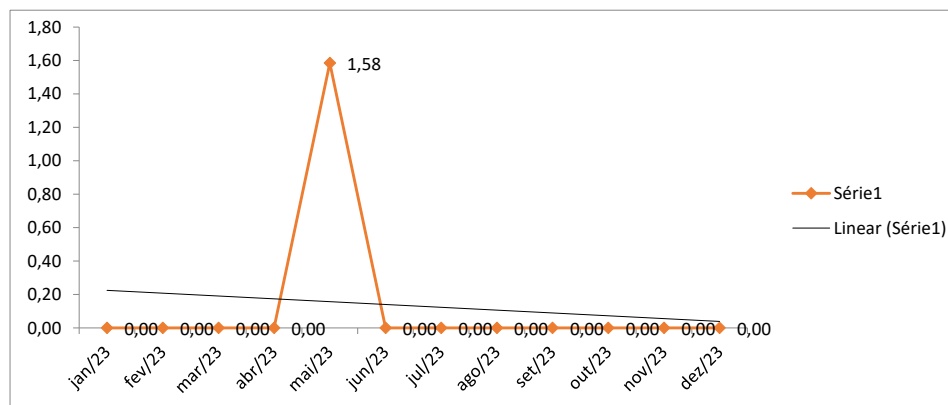
Mês	jan/23	fev/23	mar/23	abr/23	mai/23	jun/23	jul/23	ago/23	set/23	out/23	nov/23	dez/23	Resultado
<b>Metas ≤13‰</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	
N° total de PAV nos CTIs adulto	27	20	14	19	17								97
N° total de VM/dia nos CTIs adulto	724	687	787	707	897								3802
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	37,29	29,11	17,79	26,87	18,95	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	

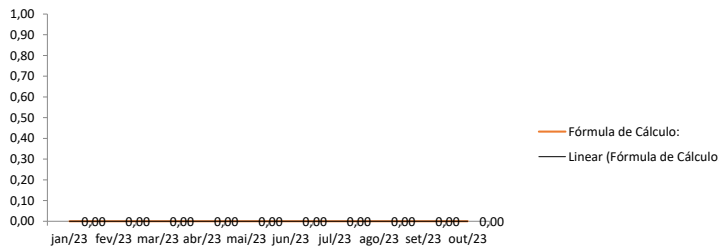


Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida																										
<b>Perspectiva</b>	<b>Diretriz</b>	<b>Fonte dos Dados</b>																										
Processo.	Segurança do paciente.	Busca ativa. Prontuários. Exames microbiológicos.																										
	<b>Objetivo</b>																											
	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.	$\frac{\text{NÚMERO DE INFECÇÕES URINÁRIAS ASSOCIADAS À CATETER VESICAL DE DEMORA/D}}{\text{NÚMERO DE CATETER VESICAL DE DEMORA/DIA}} \cdot 1000$																										
		<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>																										
		Mai/2023																										
<table border="1"> <caption>Dados do Gráfico</caption> <thead> <tr> <th>Mês</th> <th>Densidade de Incidência</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>jan/23</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>fev/23</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>mar/23</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>abr/23</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>mai/23</td><td>1,58</td></tr> <tr><td>iun/23</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>iul/23</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>ago/23</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>set/23</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>out/23</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>nov/23</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>dez/23</td><td>0,00</td></tr> </tbody> </table>			Mês	Densidade de Incidência	jan/23	0,00	fev/23	0,00	mar/23	0,00	abr/23	0,00	mai/23	1,58	iun/23	0,00	iul/23	0,00	ago/23	0,00	set/23	0,00	out/23	0,00	nov/23	0,00	dez/23	0,00
Mês	Densidade de Incidência																											
jan/23	0,00																											
fev/23	0,00																											
mar/23	0,00																											
abr/23	0,00																											
mai/23	1,58																											
iun/23	0,00																											
iul/23	0,00																											
ago/23	0,00																											
set/23	0,00																											
out/23	0,00																											
nov/23	0,00																											
dez/23	0,00																											
<b>Análise Crítica</b>																												
<p>Houve um aumento significativo de CVD/dia quando comparamos com os dois últimos meses.</p> <p>Mês      Março/Abril      Maio</p> <p>CVD/dia 581516 (-11,18%)      631 (+18,22%)</p> <p>Foi identificado um caso de ITU associado à CVD nas unidades de terapias intensivas (CTI 4), sendo a densidade de ITU associada à CVD de 7,04‰ no setor.</p> <p>A taxa de utilização de CVD vem aumentando em praticamente todos os setores, exceto no CTI 1 que se mantém estável há pelo menos 3 meses.</p> <p>Houve um aumento no CVD/dia em praticamente todos os setores, exceto no CTI 1 que não houve mudança significativa e no CTI 4.</p> <p>O paciente que desenvolveu ITU associada à CVD era um politraumatizado de 19 anos com 7 dias de CVD que foi retirada na data do diagnóstico da IRAS.</p> <p>Causas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Aumento do uso de CVD;</li> <li>•Uso indiscriminado de CVD</li> </ul>																												
<b>Ação de Melhoria</b>																												
<p>Permanecer a vigilância quanto ao uso de CVD e dos possíveis pacientes que não necessitam mais do cateter.</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 ≤0,6‰</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	
N° total de ITU associada a CVD nos CTIs adulto	0	0	0	0	1								1
N° total de CVD/dia nos CTIs adulto	521	470	581	577	631								2780
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	0,00	0,00	0,00	0,00	1,58	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	



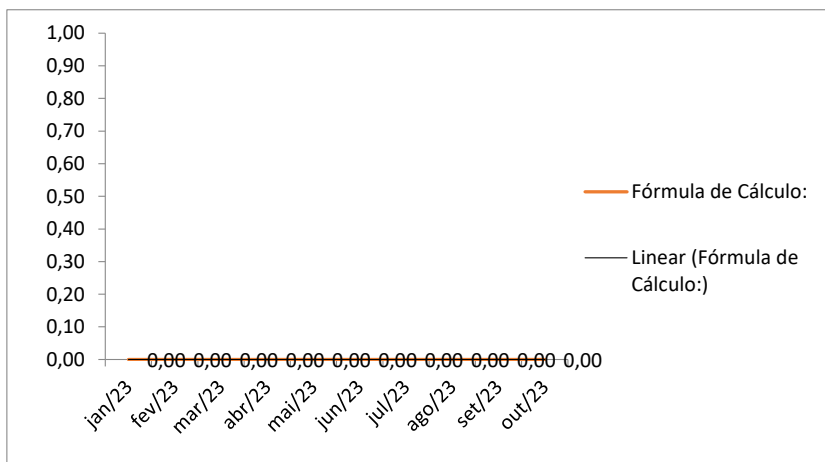
Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida
<b>Perspectiva</b>	<b>Diretriz</b>	<b>Fonte dos Dados</b>
	<b>Objetivo</b>	
Processo.	Segurança do paciente. Reduzir o número de infecções de sítio cirúrgico associadas às artroplastias total de quadril.	Busca fonada.
<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>	<b>Forma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



Compilação de dados - Indicador

Indicador:

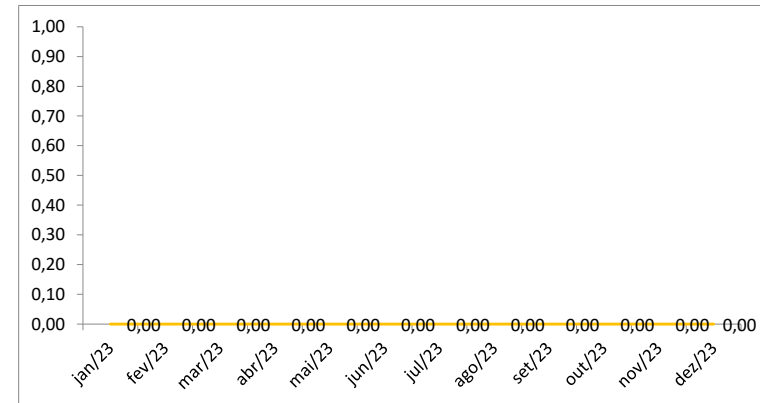
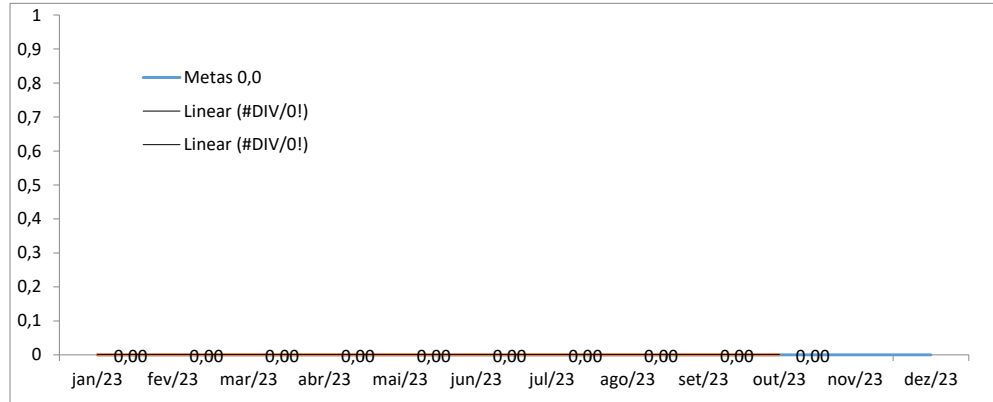
Mês	jan/23	fev/23	mar/23	abr/23	mai/23	jun/23	jul/23	ago/23	set/23	out/23	Resultado
<b>Metas 0,0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
Nº total de artroplastias total de quadril realizadas	4	3	0	0	0						7
Nº de Infecções cirúrgicas identificadas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



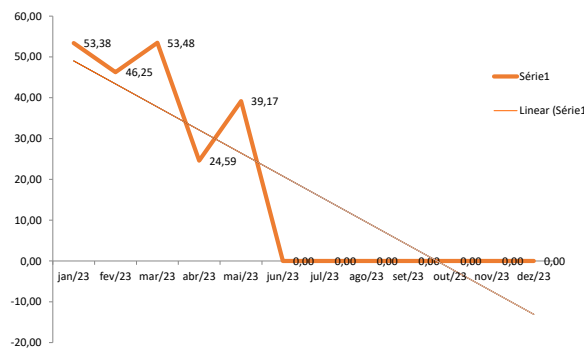
Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida
<b>Perspectiva</b>	<b>Diretriz</b>	<b>Fonte dos Dados</b>
	<b>Objetivo</b>	
Processo.	Segurança do paciente. Reduzir o número de infecções de sítio cirúrgico associadas às derivações ventriculoperitoneais (DVP).	Busca fonadas e reinternações.
<b>Meta</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>
		Mai/2023
<b>Análise Crítica</b>		
Tivemos 01 cirurgia de inserção de DVP em maio/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>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
Nº total de DVP realizadas	0	2	1	0	1								4
Nº de Infecções cirúrgicas DVP	0	0	0	0	0								0
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	#DIV/0!	0,00	0,00	#DIV/0!	0,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#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>		
Maio/2023		



**Análise Crítica**

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 120 oportunidades de higiene das mãos em maio. De todas as oportunidades de HM, em 47 (39,16%) podemos observar a proatividade para a HM, porém apenas 15 (31,91%) aconteceram de acordo com a técnica recomendada. Houve uma piora importante referente a qualidade das higiênes das mãos observadas.

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:  
SetorCTI 1CTI 2CTI 3CTI 4UPOCETIPE  
Março10.400ml3.200ml1.600ml800ml4.000ml6.400ml  
Abril9.600ml4.000ml3.200ml7.200ml4.000ml2.400ml  
Maio12.800ml3.200ml1.600ml1.600ml4.800ml3.200ml

Consumo de sabão líquido por CTI:  
SetorCTI 1CTI 2CTI 3CTI 4UPOCETIPE  
Março12.000ml13.600ml5.600ml7.200ml6.400ml8.800ml  
Abril6.400ml9.600ml4.800ml4.800ml5.600ml5.600ml  
Maio17.600ml12.800ml2.400ml6.400ml9.600ml7.200ml

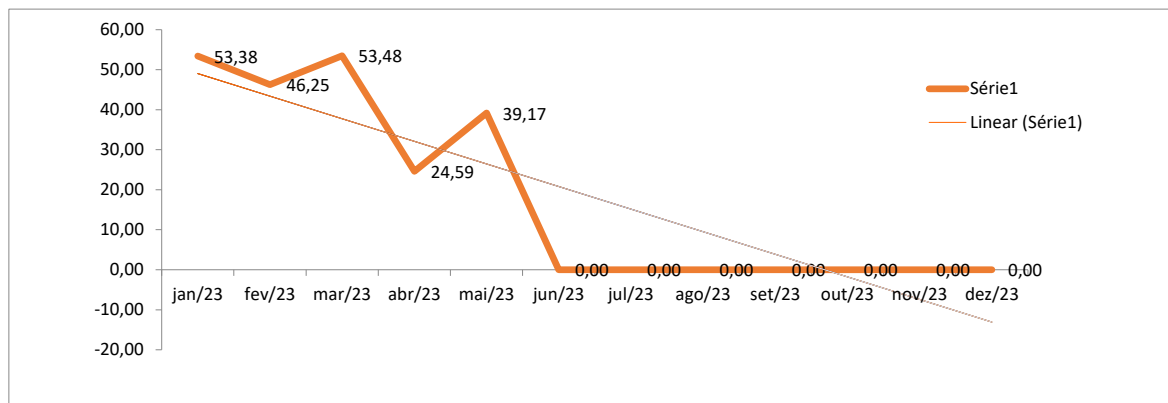
**Ação de Melhoria**

Treinamento de HM conforme cronograma.

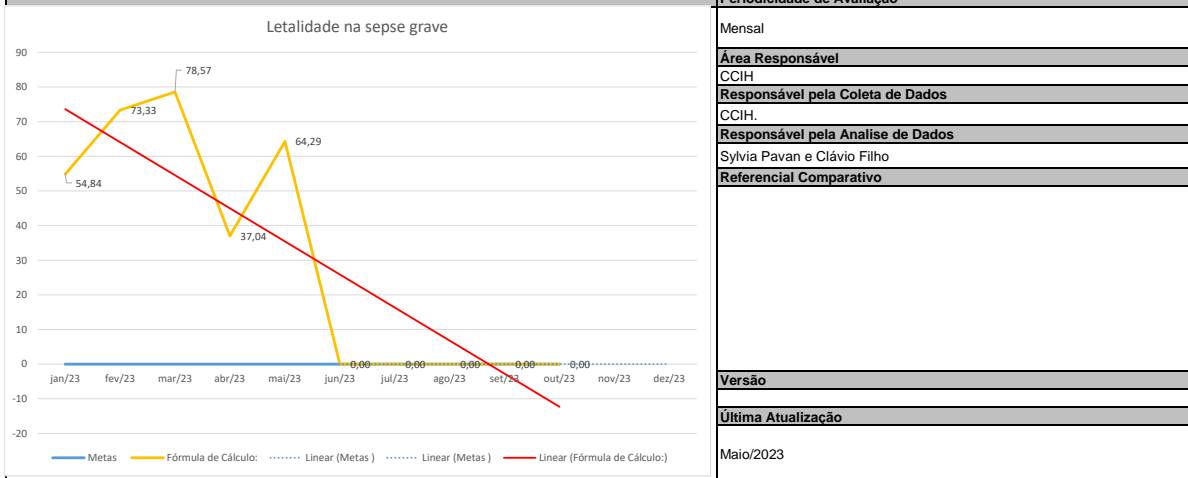
### Compilação de dados - Indicador

#### 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>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
N° de higienização das mãos realizadas	71	253	100	15	47								486
N° de oportunidades observadas para higiene das mãos.	133	547	187	61	120								1048
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	53,38	46,25	53,48	24,59	39,17	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	



Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida
Processo.	<b>Perspectiva</b>	<b>Diretriz</b>
	<b>Objetivo</b>	<b>Fonte dos Dados</b>
<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>	<b>Forma de Medição (cálculo)</b>
	Segurança do paciente.	Protocolos de sepse
	Reduzir a letalidade relacionada à sepse, tanto	TOTAL DE ÓBITOS EM PACIENTES COM SEPSE GRAVE
		TOTAL DE SEPSE GRAVE
	Taxa de letalidade relacionada à 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>
Maio/2023

**Análise Crítica**

Foram abertos 72 protocolos de sepse no HEGV no mês de maio, o mesmo número de protocolos que no mês de abril. Podemos observar que houve uma diminuição do número de protocolos excluídos, saindo de 23,61% de exclusão em abril para 13,88% em maio.

De todos os pacientes que tiveram os protocolos mantidos, 23 (37,09%) evoluíram à óbito até o início de maio. Comparativamente com o mês anterior, morreram 12% a menos. Foram identificados 14 casos de choque séptico mantidos, sendo que destes 9 evoluíram à óbito, com isso a taxa de letalidade no choque séptico caiu de 76,92% em abril para 64,29% em maio. Dos 62 protocolos mantidos, 31 (50%) foram de origem comunitária.

Principais focos: Pulmão - 30 / Pele e partes moles - 06 / Urinário - 10 / Abdome - 02 / Indeterminado - 12 / SNC - 1 / ISC - 1

Setores de abertura dos protocolos mantidos: 24 na CM, 29 na Emergência, 04 na Ortopedia, 05 C. geral.

CTIs

Foram abertos 99 (11 a mais que abril) protocolos de sepse, no entanto, 14 foram excluídos, sendo mantidos 86 mantidos (86,86%).

Dos protocolos mantidos, 45 (52,32) pacientes evoluíram à óbito até o momento da elaboração dos indicadores. Dos óbitos 11 pacientes foram diagnosticados com choque séptico, 24 com sepse e 9 com SIRS além de 1 paciente que não foi classificado por falta de dados.

Óbitos em até 72h: 9 Choque / 12 Sepse / 4 SIRS

Classificação de acordo com a gravidade da infecção:

Setor	SIRS	Sepse	Choque séptico	Total
CTI 1	8	22	5	35 (1 não foi classificado por falta de dados)
CTI 2	7	8	2	17

**Ação de Melhoria**

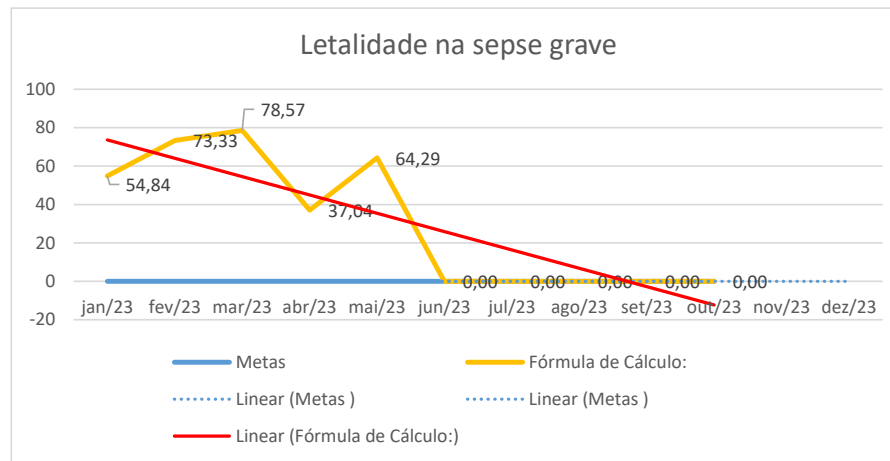
Continuar dando apoio às equipes em dúvidas referentes a identificação e tratamento da sepse.



### 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>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
TOTAL DE ÓBITOS RELACIONADOS À SEPSE GRAVE	17	11	11	10	9						58
TOTAL DE SEPSE GRAVE	31	15	14	27	14						101
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	54,84	73,33	78,57	37,04	64,29	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	57,43



Programa de Excelência em Gestão - PEG																		
	Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida															
Perspectiva	Diretriz	Objetivo	Fonte dos Dados															
Processo.	Segurança do paciente.		Centro Cirúrgico															
	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															
			Maior/2023															
Análise Crítica																		
<p>Foram avaliados 582 pacientes cirúrgicos do mês de maio, destes 419 (72%) tinham indicação de ATB profilaxia e 321 realizadas corretamente (76,61%).</p> <p>Erros relacionados à antibioticoprofilaxia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Total de erros relacionados à profilaxia – 174</li> <li>•Pacientes sem indicação porém com administração do ATB – 73</li> <li>•Pacientes com indicação de profilaxia porém não realizaram – 15 (3,57%)</li> <li>•Pacientes com indicação de profilaxia porém foram administrados ATBs incorretos – 41</li> <li>•Pacientes com indicação de profilaxia porém foram administrados ATBs após a incisão cirúrgica – 15</li> <li>•Pacientes com indicação de profilaxia porém foram administrados ATBs com margem maior de 60 minutos entre a infusão do ATB e o início da cirurgia – 23</li> <li>•Pacientes sem informação de horário de infusão ou do ATB infundido – 28</li> </ul> <p>SetorNº Pacientes c/ Indicação de profilaxiaNº Cirurgias com profilaxia NÃO realizada ou profilaxia inadequada</p> <table> <tr> <td>C. geral</td> <td>165</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>Ortopedia</td> <td>202</td> <td>105</td> </tr> <tr> <td>Neurocirurgia</td> <td>34</td> <td>17</td> </tr> <tr> <td>CIPE</td> <td>9</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Vascular</td> <td>6</td> <td>12*</td> </tr> </table>				C. geral	165	30	Ortopedia	202	105	Neurocirurgia	34	17	CIPE	9	5	Vascular	6	12*
C. geral	165	30																
Ortopedia	202	105																
Neurocirurgia	34	17																
CIPE	9	5																
Vascular	6	12*																
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>																		





**Anexos:**



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

**Anexos:**