

# Relatório Mensal de Atividades

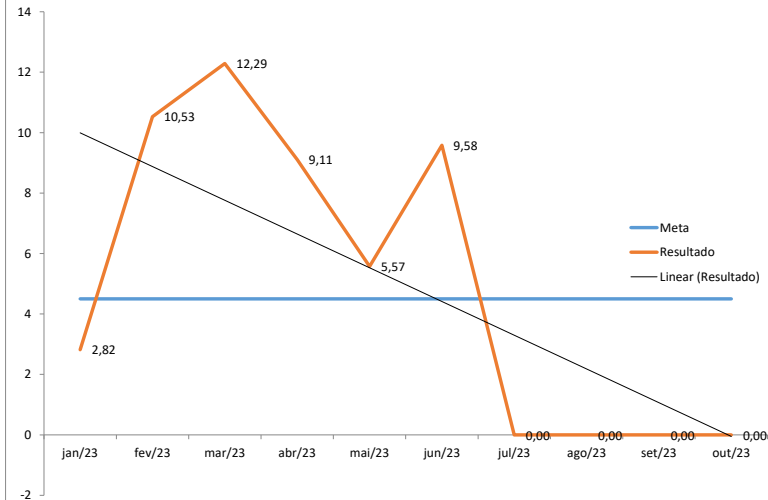
## (SCIH)

**Responsável:**

SYLVIA PAVAN

**JUNHO /2023**

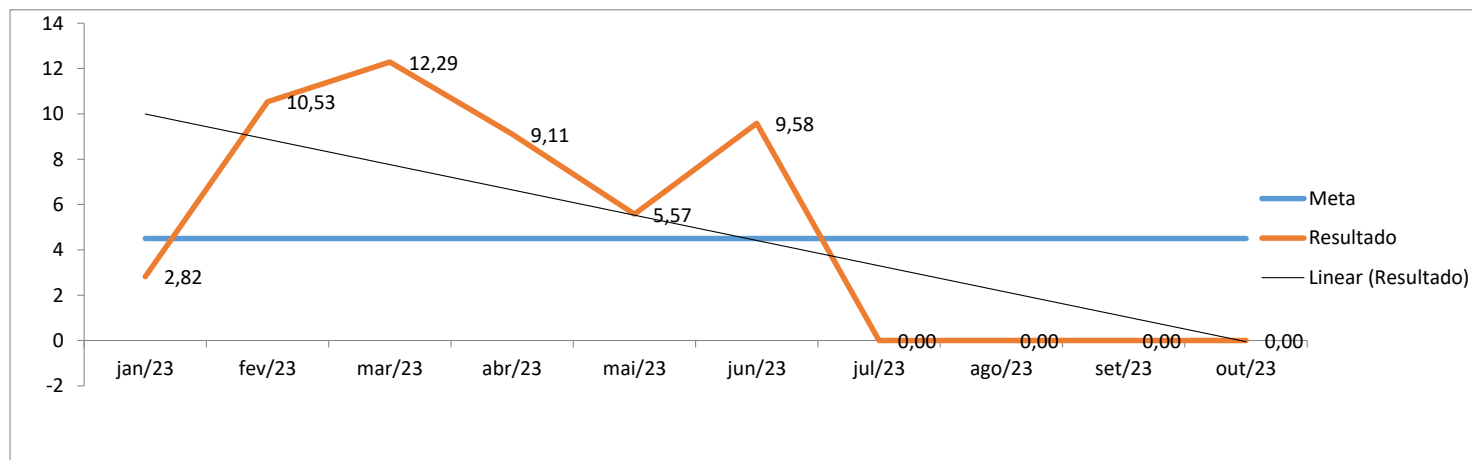
| Hospital Estadual Getúlio Vargas   |   | Unidade de Medida  |       |       |       |       |       |     |          |   |   |   |   |  |         |        |       |     |      |       |  |       |       |       |       |     |              |  |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |                     |  |      |   |    |    |                       |   |   |   |   |   |                                 |   |   |   |   |   |
|--|---|--|-------|-------|-------|-------|-------|-----|----------|---|---|---|---|--|---------|--------|-------|-----|------|-------|--|-------|-------|-------|-------|-----|--------------|--|---|---|---|---|----|---|---|---|---|---|---------------------|--|------|---|----|----|-----------------------|---|---|---|---|---|---------------------------------|---|---|---|---|---|
| <b>Perspectiva</b>   | <b>Diretriz</b>   | <b>Fonte dos Dados</b>   |       |       |       |       |       |     |          |   |   |   |   |  |         |        |       |     |      |       |  |       |       |       |       |     |              |  |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |                     |  |      |   |    |    |                       |   |   |   |   |   |                                 |   |   |   |   |   |
| Processo.  | Segurança do paciente.  | Busca ativa. Prontuários. 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>  |       |       |       |       |       |     |          |   |   |   |   |  |         |        |       |     |      |       |  |       |       |       |       |     |              |  |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |                     |  |      |   |    |    |                       |   |   |   |   |   |                                 |   |   |   |   |   |
|  |   | Junho/2023   |       |       |       |       |       |     |          |   |   |   |   |  |         |        |       |     |      |       |  |       |       |       |       |     |              |  |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |                     |  |      |   |    |    |                       |   |   |   |   |   |                                 |   |   |   |   |   |
| <b>Análise Crítica</b>   |   |  |       |       |       |       |       |     |          |   |   |   |   |  |         |        |       |     |      |       |  |       |       |       |       |     |              |  |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |                     |  |      |   |    |    |                       |   |   |   |   |   |                                 |   |   |   |   |   |
| <p>No mês de junho foram identificados 11 casos de IPCSLC, quatro a menos que em maio. A densidade de utilização de CVC sofreu uma leve queda, de 79,85 para 77,83 quando comparado com o mês de anterior. O número de CVC/dia caiu de 1256 em maio para 1148 em junho.</p> <p>Houve uma diminuição do tempo médio de permanência dos pacientes com CVC na maior parte das UTIs (CTI 1, CTI 2 e UPO), apresentando aumento apenas no CTI 3 e no CTI 4 manteve-se praticamente inalterado.</p> <p>IPCSLs nos CTIs:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>CTI 1</th> <th>CTI 2</th> <th>CTI 3</th> <th>CTI 4</th> <th>UPO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nº IPCS5</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DI IPCS</td> <td>10,715</td> <td>2,421</td> <td>4,3</td> <td>7,04</td> <td>14,42</td> </tr> </tbody> </table> <p>Detalhamento dos dispositivos (CVC) nos pacientes que desenvolveram IPCS:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>CTI 1</th> <th>CTI 2</th> <th>CTI 3</th> <th>CTI 4</th> <th>UPO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Acesso único</td> <td></td> <td>5</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>HD</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>TMP até IPCS (dias)</td> <td></td> <td>9,75</td> <td>9</td> <td>13</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>CVC baixo (medicação)</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>CVC trocado na suspeita de IPCS</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> |   |  |       | CTI 1 | CTI 2 | CTI 3 | CTI 4 | UPO | Nº IPCS5 | 1 | 3 | 1 | 3 |  | DI IPCS | 10,715 | 2,421 | 4,3 | 7,04 | 14,42 |  | CTI 1 | CTI 2 | CTI 3 | CTI 4 | UPO | Acesso único |  | 5 | 1 | 2 | 0 | HD | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | TMP até IPCS (dias) |  | 9,75 | 9 | 13 | 11 | CVC baixo (medicação) | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | CVC trocado na suspeita de IPCS | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 |
|  | CTI 1   | CTI 2  | CTI 3 | CTI 4 | UPO   |       |       |     |          |   |   |   |   |  |         |        |       |     |      |       |  |       |       |       |       |     |              |  |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |                     |  |      |   |    |    |                       |   |   |   |   |   |                                 |   |   |   |   |   |
| Nº IPCS5   | 1   | 3  | 1     | 3     |       |       |       |     |          |   |   |   |   |  |         |        |       |     |      |       |  |       |       |       |       |     |              |  |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |                     |  |      |   |    |    |                       |   |   |   |   |   |                                 |   |   |   |   |   |
| DI IPCS  | 10,715  | 2,421  | 4,3   | 7,04  | 14,42 |       |       |     |          |   |   |   |   |  |         |        |       |     |      |       |  |       |       |       |       |     |              |  |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |                     |  |      |   |    |    |                       |   |   |   |   |   |                                 |   |   |   |   |   |
|  | CTI 1   | CTI 2  | CTI 3 | CTI 4 | UPO   |       |       |     |          |   |   |   |   |  |         |        |       |     |      |       |  |       |       |       |       |     |              |  |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |                     |  |      |   |    |    |                       |   |   |   |   |   |                                 |   |   |   |   |   |
| Acesso único   |   | 5  | 1     | 2     | 0     |       |       |     |          |   |   |   |   |  |         |        |       |     |      |       |  |       |       |       |       |     |              |  |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |                     |  |      |   |    |    |                       |   |   |   |   |   |                                 |   |   |   |   |   |
| HD   | 0   | 0  | 1     | 1     | 1     |       |       |     |          |   |   |   |   |  |         |        |       |     |      |       |  |       |       |       |       |     |              |  |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |                     |  |      |   |    |    |                       |   |   |   |   |   |                                 |   |   |   |   |   |
| TMP até IPCS (dias)  |   | 9,75   | 9     | 13    | 11    |       |       |     |          |   |   |   |   |  |         |        |       |     |      |       |  |       |       |       |       |     |              |  |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |                     |  |      |   |    |    |                       |   |   |   |   |   |                                 |   |   |   |   |   |
| CVC baixo (medicação)  | 0   | 0  | 1     | 0     | 0     |       |       |     |          |   |   |   |   |  |         |        |       |     |      |       |  |       |       |       |       |     |              |  |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |                     |  |      |   |    |    |                       |   |   |   |   |   |                                 |   |   |   |   |   |
| CVC trocado na suspeita de IPCS  | 2   | 1  | 3     | 1     | 1     |       |       |     |          |   |   |   |   |  |         |        |       |     |      |       |  |       |       |       |       |     |              |  |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |                     |  |      |   |    |    |                       |   |   |   |   |   |                                 |   |   |   |   |   |
| <b>Ação de Melhoria</b>  |   |  |       |       |       |       |       |     |          |   |   |   |   |  |         |        |       |     |      |       |  |       |       |       |       |     |              |  |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |                     |  |      |   |    |    |                       |   |   |   |   |   |                                 |   |   |   |   |   |
| <p>Melhora das vigilâncias.<br/>Troca de acessos conforme acordado.<br/>Melhora dos processos.<br/>Treinamento de acordo com o cronograma.</p>   |   |  |       |       |       |       |       |     |          |   |   |   |   |  |         |        |       |     |      |       |  |       |       |       |       |     |              |  |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |                     |  |      |   |    |    |                       |   |   |   |   |   |                                 |   |   |   |   |   |



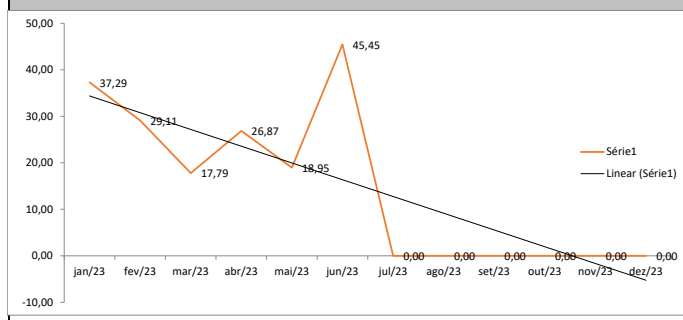
Compilação de dados IPCS adulto

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          | 11         |            |            |            |            | 54        |
| Nº total de CVC/dia nos CTIs adulto  | 1065       | 950        | 1058       | 1098       | 1256       | 1148       |            |            |            |            | 6575      |
| <b>Fórmula de Cálculo:</b>           | 2,82       | 10,53      | 12,29      | 9,11       | 5,57       | 9,58       | #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><br>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>                | Junho / 2023               |

**Análise Crítica**

Houve um aumento significativo das PAVs no mês de junho (31 casos) quando comparado com maio (17 casos), sendo um aumento de 82,35%, mesmo com uma diminuição do número de VM/dia (371 em maio para 277 em junho), o que indica que houve piora deste indicador, ficando com uma Densidade de Infecção de 45,45‰.

Analisando os setores individualmente as UTIs, observamos uma diminuição no número total de PAVs apenas no CTI 4, 42,85% no CTI 2, 300% no CTI 3 e 66,66% na UPO.

| Setor | TMP (dias) | TU VM (%) | N° PAVDI | PAV (%) |
|-------|------------|-----------|----------|---------|
| CTI 1 | 6,44       | 48,17     | 14       | 50,54   |
| CTI 2 | 5,20       | 53,06     | 7        | 53,85   |
| CTI 3 | 8,18       | 51,43     | 3        | 33,33   |
| CTI 4 | 4,06       | 29,41     | 1        | 15,38   |
| UPO   | 6,32       | 46,33     | 6        | 50      |

Das 31 PAVs diagnosticadas, 18 foram tardias e 12 precoces.

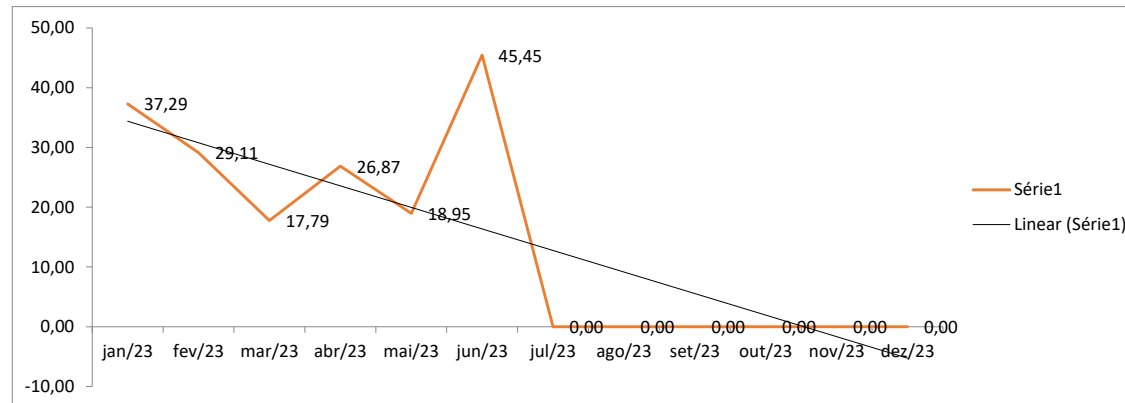
Possíveis Causas:

**Ação de Melhoria**

Intensificar a vigilância nos processos visando a prevenção das PAVs, incluindo na hora do banho.  
Realizar a manutenção corretiva e preventiva dos leitos.  
Treinamento de prevenção de PAV precoce

Compilação de dados - Indicador

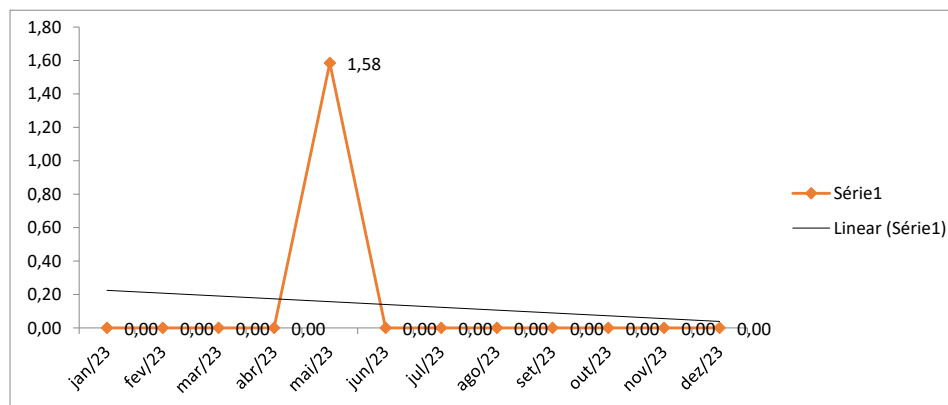
| Indicador:                         |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |
|------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 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        | 31        |           |           |           |           |           |           | 128       |
| N° total de VM/dia nos CTIs adulto | 724       | 687       | 787       | 707       | 897       | 682       |           |           |           |           |           |           | 4484      |
| <b>Fórmula de Cálculo:</b>         | 37,29     | 29,11     | 17,79     | 26,87     | 18,95     | 45,45     | #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. | $\frac{\text{NÚMERO DE INFECÇÕES URINÁRIAS ASSOCIADAS À CATETER VESICAL DE DEMORA/D}}{\text{NÚMERO DE CATETER VESICAL DE DEMORA/DIA}} \times 1000$ |
| <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>   |  |  |
| Junho/2023  |  |  |
| <b>Análise Crítica</b>  |  |  |
| <p>Houve uma diminuição significativa de CVD/dia quando comparamos os dois últimos meses.</p> <p>Mês      Abril    Maio      Junho</p> <p>CVD/dia 516 (-11,18%)    631 (+18,22%) 453 (-28,20%)</p> <p>Não foi identificado nenhum caso de ITU associado à CVD nas unidades de terapias intensivas.</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> |  |  |
| <b>Ação de Melhoria</b>   |  |  |
| Permanecer a vigilância quanto ao uso de CVD e dos possíveis pacientes que não necessitam mais do cateter.  |  |  |

### 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          | 0          |            |            |            |            |            |            | 1         |
| N° total de CVD/dia nos CTIs adulto             | 521        | 470        | 581        | 577        | 631        | 453        |            |            |            |            |            |            | 3233      |
| <b>Fórmula de Cálculo:</b>                      | 0,00       | 0,00       | 0,00       | 0,00       | 1,58       | 0,00       | #DIV/0!    | #DIV/0!    | #DIV/0!    | #DIV/0!    | #DIV/0!    | #DIV/0!    |           |



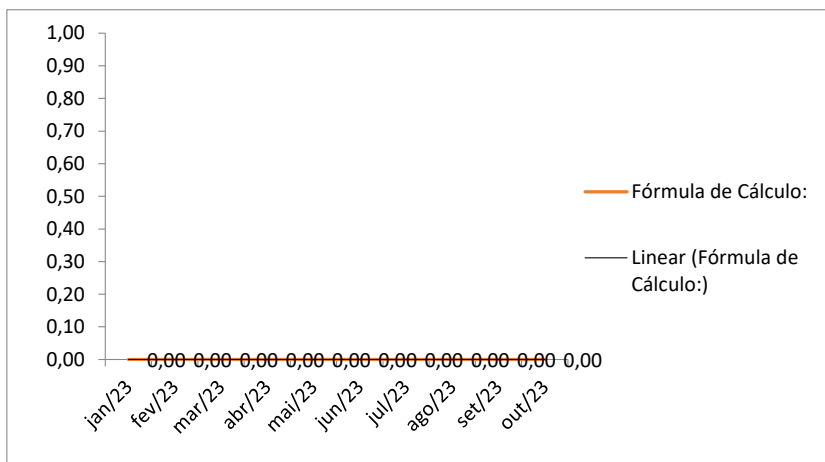
| Hospital Estadual Getúlio Vargas                                |   | Unidade de Medida  |  |  |
|---|---|--|--|--|
| Processo.   | <b>Perspectiva</b>  | <b>Diretriz</b>  | <b>Fonte dos Dados</b>   |  |
|   |   | Segurança do paciente.<br><b>Objetivo</b><br>Reduzir o número de infecções de sítio cirúrgico 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. | $\frac{\text{NÚMERO DE INFECÇÕES DE FERIDA OPERATÓRIA DE CIRURGIAS artroplastias total de quadril}}{\text{NÚMERO TOTAL DE artroplastias total de quadril}}$ .100 |  |  |
| <p>— Fórmula de Cálculo:<br/>— Linear (Fórmula de Cálculo:)</p> |   | <b>Periodicidade 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>Referencial Comparativo</b>   |  |  |
|   |   | <b>Versão</b>  |  |  |
|   |   | <b>Última Atualização</b>  | Junho/2023   |  |
|   |   | <b>Análise Crítica</b>   | <p>Não houve nenhum caso de infecção associada à artroplastias total de quadril.<br/>Causa:<br/>Adesão ao Protocolo do Idoso e a Profilaxia Cirúrgica.</p> |  |
|   |   | <b>Ação de Melhoria</b>  |  |  |



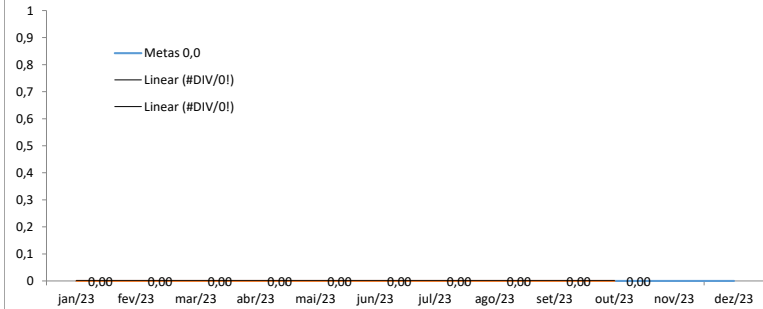
Compilação de dados - Indicador

Indicador:

| Mês  | jan/23   | fev/23   | mar/23   | abr/23   | mai/23   | jun/23   | jul/23   | ago/23   | set/23   | out/23   | 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        | 0        |          |          |          |          | 7         |
| Nº de Infecções cirúrgicas identificadas nas artroplastias totais de quadril | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 1        |          |          |          |          | 1         |
| <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!  |           |

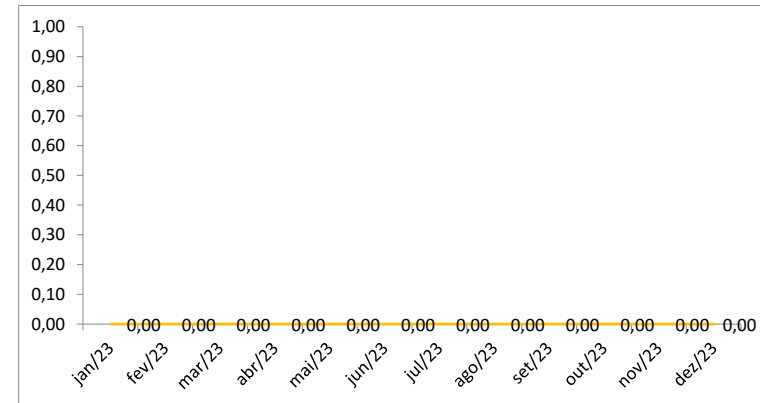
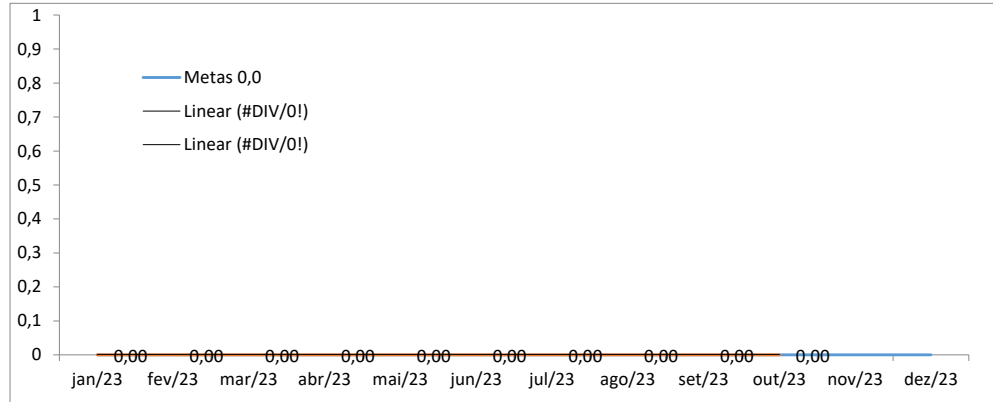


| Hospital Estadual Getúlio Vargas  |  | Unidade de Medida   |
|---|--|---|
| <b>Perspectiva</b>  | <b>Diretriz</b>  | <b>Fonte dos Dados</b>  |
| Processo.   | Segurança do paciente.   | Busca fonadas e reinternações.  |
|   | <b>Objetivo</b>  |   |
|   | Reduzir o número de infecções de sítio cirúrgico 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>   |
|   |  | Junho/2023  |
| <b>Análise Crítica</b>  |  |   |
| Não foram diagnosticadas ISC no mês de junho/2023. Causas: baixo número de cirurgias que o indicador contempla. |  |   |
| <b>Ação de Melhoria</b>   |  |   |
|   |  |   |

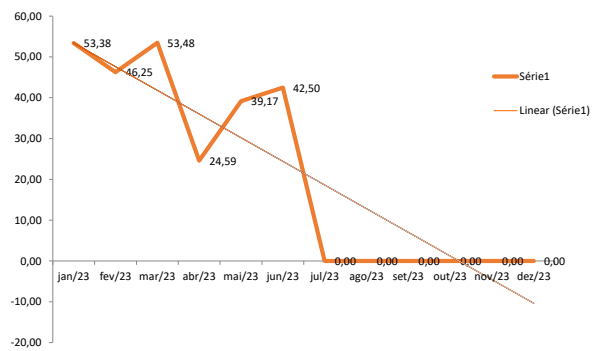


Compilação de dados - Indicador

| 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> |           |
| N° total de DVP realizadas     | 0        | 2        | 1        | 0        | 1        | 0        |          |          |          |          |          |          | 4         |
| N° de Infecções cirúrgicas DVP | 0        | 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                          | NÚMERO TOTAL DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS<br>NÚMERO DE OPORTUNIDADES OBSERVADAS PARA A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS 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> |   |   |
| Enfermeira Juliana Ribeiro               |   |   |
| <b>Referencial Comparativo</b>           |   |   |
|  |   |   |
| <b>Versão</b>                            |   |   |
|  |   |   |
| <b>Última Atualização</b>                |   |   |
| Junho/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 88 observados, apenas 51 foram realizados (42,04%), ou seja, podemos observar a proatividade para a HM porém, apenas 18 (35,29%) aconteceram de acordo com a técnica recomendada. Houve uma piora referente a qualidade das higenes 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:

| Setor | CTI 1    | CTI 2   | CTI 3   | CTI 4   | UPO     | CETIPE  |
|-------|----------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Abril | 9.600ml  | 4.000ml | 3.200ml | 7.200ml | 4.000ml | 2.400ml |
| Maior | 12.800ml | 3.200ml | 1.600ml | 1.600ml | 4.800ml | 3.200ml |
| Junho | 4.000ml  | 6.400ml | 4.800ml | 4.000ml | 4.800ml | 4.000ml |

Consumo de sabão líquido por CTI:

| Setor | CTI 1    | CTI 2    | CTI 3   | CTI 4   | UPO     | CETIPE  |
|-------|----------|----------|---------|---------|---------|---------|
| Abril | 6.400ml  | 9.600ml  | 4.800ml | 4.800ml | 5.600ml | 5.600ml |
| Maior | 17.600ml | 13.600ml | 3.200ml | 6.400ml | 8.800ml | 7.200ml |
| Junho | 12.800ml | 8.800ml  | 6.400ml | 4.800ml | 4.800ml | 6.400ml |

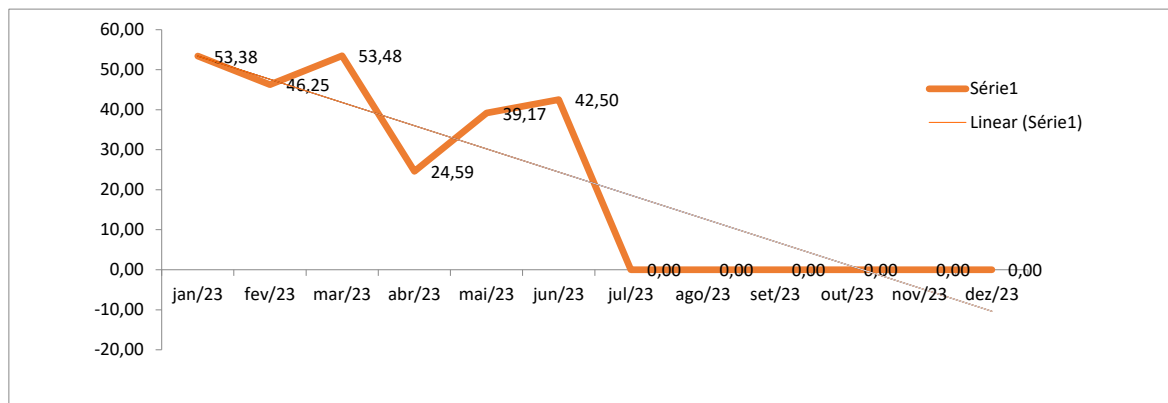
**Ação de Melhoria**

Treinamento de HM conforme cronograma.

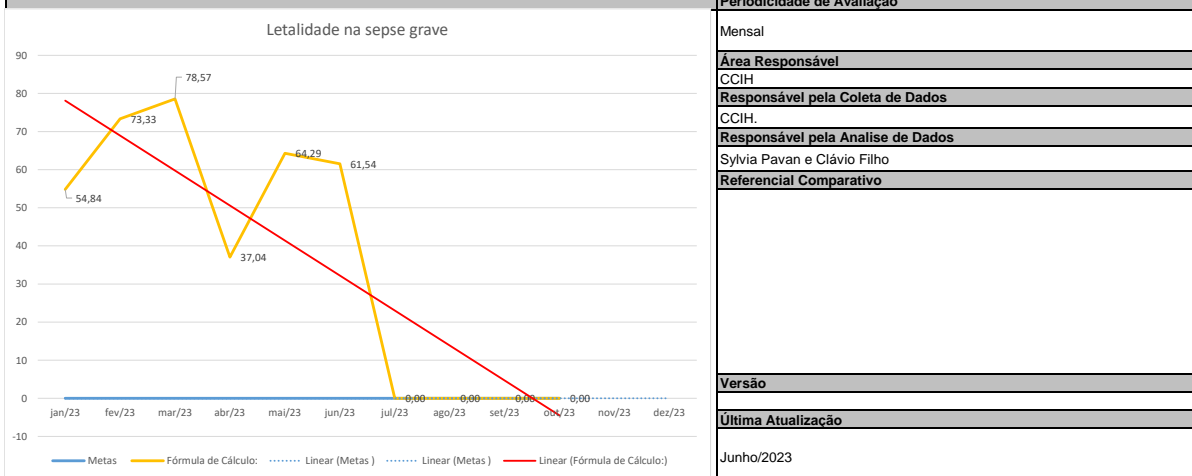
### Compilação de dados - Indicador

#### 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       | 51       |          |          |          |          |          |          | 537       |
| N° de oportunidades observadas para higiene das mãos. | 133      | 547      | 187      | 61       | 120      | 120      |          |          |          |          |          |          | 1168      |
| <b>Fórmula de Cálculo:</b>                            | 53,38    | 46,25    | 53,48    | 24,59    | 39,17    | 42,50    | #DIV/0!  | #DIV/0!  | #DIV/0!  | #DIV/0!  | #DIV/0!  | #DIV/0!  |           |



|                                  |   |   |
|----------------------------------|---|---|
| Hospital Estadual Getúlio Vargas |   | Unidade de Medida   |
| Processo.                        | <b>Perspectiva</b>                              | <b>Fonte dos Dados</b>  |
|                                  | <b>Diretriz</b>                                 |   |
|                                  | Segurança do paciente.                          | Protocolos de sepse   |
|                                  | <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<br>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>                | Junho/2023                  |

**Análise Crítica**

Setores abertos:  
Foram abertos 47 protocolos de sepse no HEGV no mês de junho, bem inferior aos números de protocolos abertos no mês de maio. Foram excluídos 11 protocolos. De todos os pacientes que tiveram os protocolos mantidos, 21 (44,68%) evoluíram à óbito até o início de junho. Percentualmente morreram menos pacientes que em maio. Foram identificados 13 casos de choque sépticos, sendo que 8 evoluíram à óbito, com isso a taxa de letalidade no choque séptico caiu de 64,29% em maio para 61,54% em junho. Dos 36 protocolos mantidos, 12 (33,33%) foram de origem comunitária.  
Principais focos: Pulmão - 16 / Pele e partes moles - 02 / Urinário - 06 / Abdome - 01 / Indeterminado - 05 / Endocardite - 01 / ISC - 04 / Não informado - 01  
Setores de abertura dos protocolos mantidos: 14 na CM, 14 na Emergência, 02 na Sala Amarela, 04 na Ortopedia, 01 C. geral, 01 na NC.  
CTIs  
Foram abertos 79 protocolos de sepse, no entanto, 20 a menos que em maio. Sete protocolos foram encerrados, sendo 72 mantidos (93,50%). Dos protocolos mantidos, 47 (65,27%) pacientes evoluíram à óbito até o momento da elaboração dos indicadores. Dos óbitos 33 pacientes foram diagnosticados com choque séptico, 6 com sepse e 8 com SIRS.  
Óbitos em até 3 dias: 14 Choque / 3 Sepse / 4 SIRS  
Classificação de acordo com a gravidade da infecção:  
Setor SIRS Sepse Choque séptico Total  
CTI 1 10 4 12 26  
CTI 2 3 1 7 11

**Ação de Melhoria**

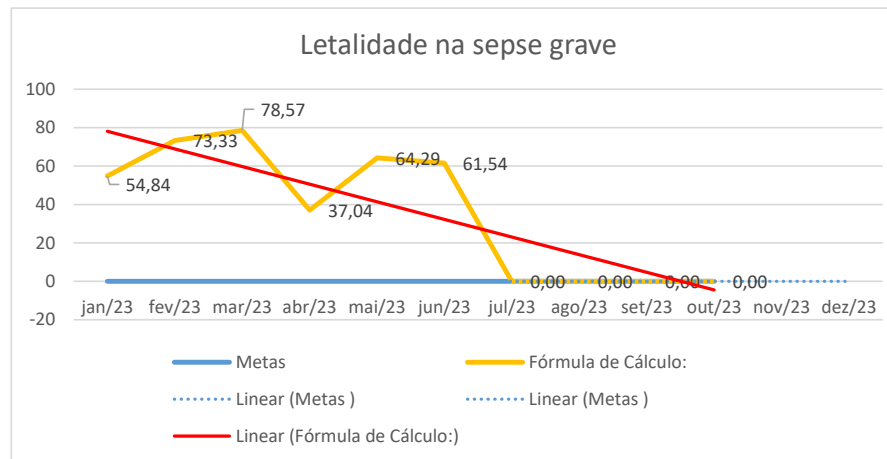
Continuar dando apoio às equipes em dúvidas referentes a identificação e tratamento da sepse.



### 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        | 8        |          |          |          |          | 66        |
| TOTAL DE SEPSE GRAVE                       | 31       | 15       | 14       | 27       | 14       | 13       |          |          |          |          | 114       |
| <b>Fórmula de Cálculo:</b>                 | 54,84    | 73,33    | 78,57    | 37,04    | 64,29    | 61,54    | #DIV/0!  | #DIV/0!  | #DIV/0!  | #DIV/0!  | 57,89     |



| Programa de Excelência em Gestão - PEG   |   |   |                                   |          |     |    |           |     |    |               |    |    |      |    |    |          |    |     |
|--|---|---|-----------------------------------|----------|-----|----|-----------|-----|----|---------------|----|----|------|----|----|----------|----|-----|
|  | Hospital Estadual Getúlio Vargas  | Unidade de Medida   |                                   |          |     |    |           |     |    |               |    |    |      |    |    |          |    |     |
| Perspectiva  | Diretriz  | Fonte dos Dados   |                                   |          |     |    |           |     |    |               |    |    |      |    |    |          |    |     |
| Processo.  | Segurança do paciente.  | Centro Cirúrgico  |                                   |          |     |    |           |     |    |               |    |    |      |    |    |          |    |     |
|  | <b>Objetivo</b><br>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<br>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                |          |     |    |           |     |    |               |    |    |      |    |    |          |    |     |
|  |   |   | Junho/2023                        |          |     |    |           |     |    |               |    |    |      |    |    |          |    |     |
| Análise Crítica  |   |   |                                   |          |     |    |           |     |    |               |    |    |      |    |    |          |    |     |
| <p>Foram avaliados 553 pacientes cirúrgicos do mês de junho, destes 399 (72,15%) tinham indicação de ATB profilaxia e 291 realizadas corretamente (72,93%).<br/>Erros relacionados à antibioticoprofilaxia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Total de erros relacionados à profilaxia – 171</li> <li>•Pacientes sem indicação porém com administração do ATB – 22</li> <li>•Pacientes com indicação de profilaxia porém não realizaram – 22 (3,57%)</li> <li>•Pacientes com indicação de profilaxia porém foram administrados ATBs incorretos – 19</li> <li>•Pacientes com indicação de profilaxia porém foram administrados ATBs após a incisão cirúrgica – 21</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 – 12</li> <li>•Pacientes sem informação de horário de infusão ou do ATB infundido – 39</li> </ul> <p>Setor      N° Pacientes c/ Indicação de profilaxia N° Cirurgias com profilaxia NÃO realizada ou profilaxia inadequada</p> <table> <tr> <td>C. geral</td> <td>178</td> <td>89</td> </tr> <tr> <td>Ortopedia</td> <td>180</td> <td>59</td> </tr> <tr> <td>Neurocirurgia</td> <td>25</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>CIPE</td> <td>08</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td>Vascular</td> <td>04</td> <td>09*</td> </tr> </table> |   |   |                                   | C. geral | 178 | 89 | Ortopedia | 180 | 59 | Neurocirurgia | 25 | 10 | CIPE | 08 | 03 | Vascular | 04 | 09* |
| C. geral   | 178   | 89  |                                   |          |     |    |           |     |    |               |    |    |      |    |    |          |    |     |
| Ortopedia  | 180   | 59  |                                   |          |     |    |           |     |    |               |    |    |      |    |    |          |    |     |
| Neurocirurgia  | 25  | 10  |                                   |          |     |    |           |     |    |               |    |    |      |    |    |          |    |     |
| CIPE   | 08  | 03  |                                   |          |     |    |           |     |    |               |    |    |      |    |    |          |    |     |
| Vascular   | 04  | 09*   |                                   |          |     |    |           |     |    |               |    |    |      |    |    |          |    |     |
| Ação de Melhoria   |   |   |                                   |          |     |    |           |     |    |               |    |    |      |    |    |          |    |     |
| <p>Retreinamento da profilaxia cirúrgica pelas coordenações. O POP de profilaxia cirúrgica foi revisado pelo SCIH em janeiro/23.<br/>Visualização na planilha cirúrgica do paciente com fratura exposta.<br/>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  |   |   |                                   |          |     |    |           |     |    |               |    |    |      |    |    |          |    |     |





**Anexos:**

**Anexos:**