

Relatório Mensal de Atividades

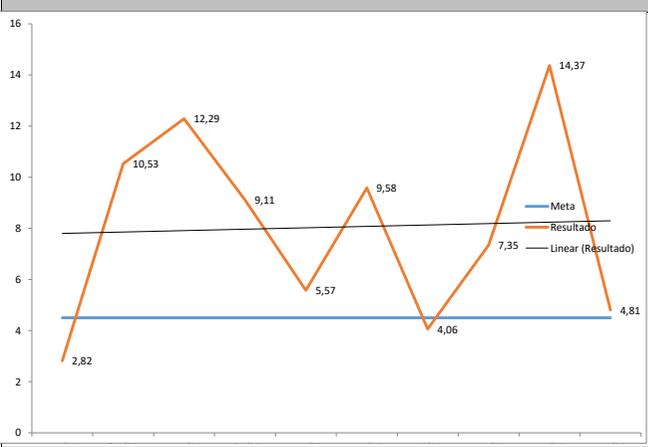
(SCIH)

Responsável:

SYLVIA PAVAN

DEZEMBRO /2023

Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida
Perspectiva	Diretriz	Fonte dos Dados
Processo.	Segurança do paciente.	Busca ativa. Prontuários. Hemoculturas.
	Objetivo	
	Reduzir o número de infecção associadas ao cateter venoso central dos pacientes internados nas UTIs adulto.	
Meta	Indicador	Forma de Medição (cálculo)
≤4,5%	Densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada à cateter venoso central do CTI adulto.	$\frac{\text{NUMERO DE IPSC CTI ADULTO}}{\text{NUMERO DE CATETER VENOSO CENTRAL/DIA}} \cdot 1000 \cdot 00$



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

Junho/2023

Análise Crítica

No mês de dezembro foram identificados 14 casos de IPSCSLC (quatro a mais do mês anterior). Também observamos uma diminuição na densidade de utilização de CVC (80,83% em novembro e 73,74% dezembro).

Nº total e densidade de IPSCSLs nos CTIs:

	CTI 1	CTI 2	CTI 3	CTI 4	UPO
Nº IPSCSL	1	2	2	1	
DI IPSCSL	16,16	6,10	12,50	17,24	10,47

Observações:

Ainda sem melhoria no *scrub the hub* das "torneirinhas" e das vias dos cateteres antes da administração, após e nas trocas de medicações.
Ainda com higiene das mãos inadequada ou insuficiente.
Má fixação dos curativos.
Torneirinhas com sujidade.
Falha na higienização das mãos antes da manipulação dos acessos, para infusão e para curativos.
Falha na higienização dos óstios dos cateteres.
Ausência de troca dos CVCs nas situações de punções em caráter de emergência em setores específicos.
Ausência de troca de alguns CVC na presença de hiperemia do óstio.
Falta de cateter triplo lúmen para infusão o que faz com que seja necessária a punção de mais de um sítio.
Ausência de punção em sítio alto para cateteres de HD.
Ausência da troca de CVC na suspeita de IPSCSL.
Pouca efetividade na vigilância do aspecto do dispositivo ou ausência de descrição no prontuário e nos bundles.

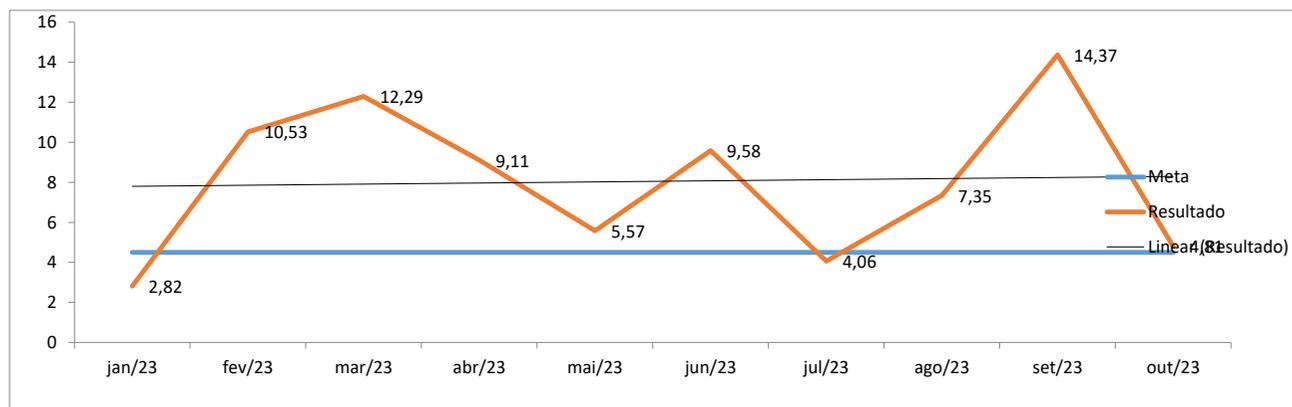
Ação de Melhoria

Manter as vigilâncias pelas equipes assistentes e da SCIH.
Troca de acessos conforme acordado.
Avaliação diária da necessidade de manutenção dos CVCs.
Preenchimento adequado dos bundles de manutenção e inserção de CVC.
Melhoria 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	nov/23	dez/23	Resultado
Metas ≤4,5%	4,5												
Nº total de IPCS nos CTIs adulto	3	10	13	10	7	11	5	9	15	5	10	14	112
Nº total de CVC/dia nos CTIs adulto	1065	950	1058	1098	1256	1148	1232	1225	1044	1040	1206	1206	13528
Fórmula de Cálculo:	2,82	10,53	12,29	9,11	5,57	9,58	4,06	7,35	14,37	4,81	8,29	11,61	8,28

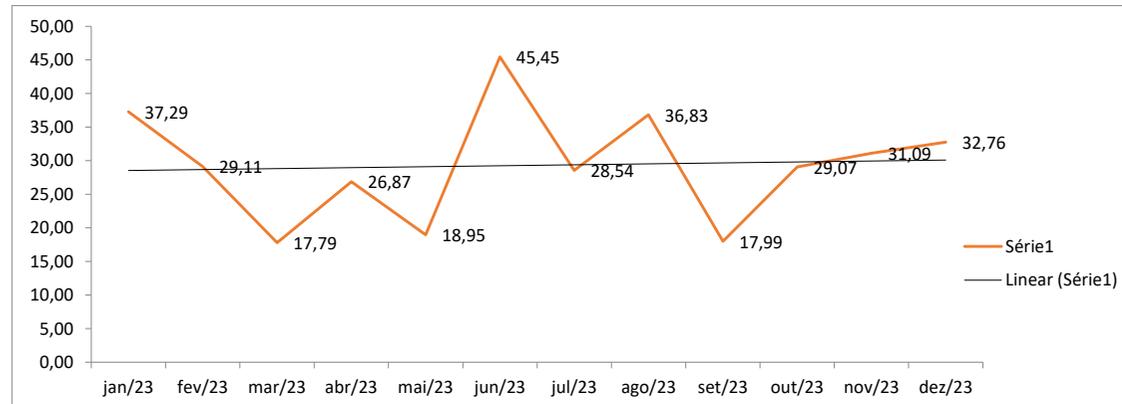


Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida
Perspectiva	Diretriz	Fonte dos Dados
Processo.	Segurança do paciente.	Busca ativa. Prontuários. Imagens radiológicas. Exames microbiológicos.
	Objetivo Reduzir a incidência de Pneumonia associada à ventilação mecânica nas UTIs adulto.	
Meta ≤13%	Indicador Densidade de incidência de infecção de Pneumonia associada à ventilação mecânica nas UTIs adulto.	Forma de Medição (cálculo) NÚMERO DE PNEUMONIAS ASSOCIADAS A VENTILAÇÃO MECÂNICA/DIA NÚMERO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA/DIA ... 1.000
		Periodicidade de Avaliação Mensal
		Área Responsável CCHH
		Responsável pela Coleta de Dados CCHH
		Responsável pela Análise de Dados Enfermeira Juliana Ribeiro
		Referencial Comparativo
		Versão
		Última Atualização Junho / 2023
Análise Crítica		
<p>Houve uma discreta diminuição das PAVs no mês de dezembro (2 casos a menos que no mês anterior). Também houve uma diminuição importante no número de VM/dia (de 920 em novembro para 702 em dezembro), o que por si só já é um indicativo de possível queda das infecções relacionadas a esse indicador. Analisando os setores individualmente, observamos um discreto aumento do número de PAVs no CTI 2, e na UPO. Das 23 PAVs diagnosticadas nos CTIs, 10 foram no CTI 1, 7 no CTI 2, 3 no CTI 4 e 3 na UPO.</p> <p><u>Possíveis Causas para desenvolvimento de PAV:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Apesar de melhora no quantitativo, ainda observamos vários Rxs com CNE ainda com guia, o que pode estar causando desposicionamento ao retirar o guia. Além de algumas CNE sem comprimento suficiente para que possam migrar, aumentando o risco de broncoaspiração. 2. Ausência de imagem para confirmação de PAV. Ainda ouvimos relatos de médicos e enfermeiros que, mesmo com os pedidos de Rx sendo feitos no sistema, eles não são realizados e, por isso, muitos pacientes apresentam grande intervalo entre esses exames, o que dificulta, inclusive, a avaliação dos critérios diagnósticos. 3. Observamos ainda TCs sem laudo, dificultando o diagnóstico de algumas imagens. 4. Observamos imagens de Rx de tórax de má qualidade, sem repetição da mesma, no sistema, além de ausência de imagens por dias, dificultando o diagnóstico de alguns casos. 5. Período com ausência de dispositivo de aspiração fechado. 		
Ação de Melhoria		
<p>Intensificar a vigilância nos processos visando a prevenção das PAVs, incluindo na hora do banho. Realizar notificação diária de falhas no processo. Realizar a manutenção corretiva e preventiva dos leitos. Treinamento de prevenção de PAV.</p>		
FI-NGSP-033 Versão:01		

Compilação de dados - Indicador

Indicador:

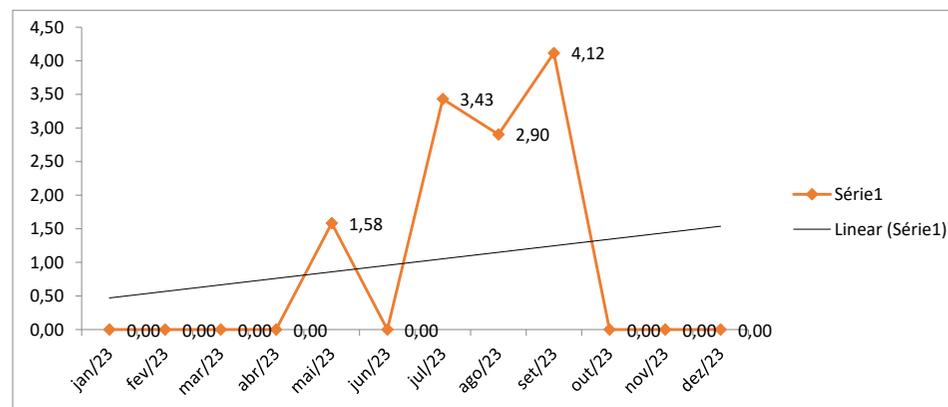
Mês	jan/23	fev/23	mar/23	abr/23	mai/23	jun/23	jul/23	ago/23	set/23	out/23	nov/23	dez/23	Resultado
Metas ≤13‰	13												
Nº total de PAV nos CTIs adulto	27	20	14	19	17	31	24	33	12	20	25	23	265
Nº total de VM/dia nos CTIs adulto	724	687	787	707	897	682	841	896	667	688	804	702	9082
Fórmula de Cálculo:	37,29	29,11	17,79	26,87	18,95	45,45	28,54	36,83	17,99	29,07	31,09	32,76	



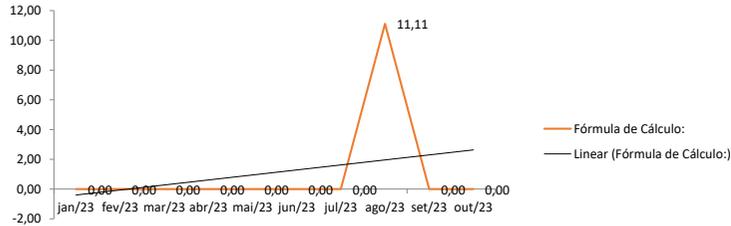
Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida
Perspectiva	Diretriz	Fonte dos Dados
Processo.	Segurança do paciente.	Busca ativa. Prontuários. Exames microbiológicos.
	Objetivo	
	Reduzir a densidade de incidência de infecção urinária	
Meta	Indicador	Forma de Medição (cálculo)
≤0,60‰	Densidade de incidência infecção urinária associada à cateter vesical de demora nas UTIs adulto.	$\frac{\text{NÚMERO DE INFECÇÕES URINÁRIAS ASSOCIADAS À CATETER VESICAL DE DEMORA/D}}{\text{NÚMERO DE CATETER VESICAL DE DEMORA/DIA}} \times 1000$
		Periodicidade de Avaliação
		Mensal
		Área Responsável
		CCIH e CTI adulto.
		Responsável pela Coleta de Dados
		CCIH.
		Responsável pela Análise de Dados
		Enfermeira Juliana Ribeiro
		Referencial Comparativo
		Versão
		Última Atualização
		Junho/2023
Análise Crítica		
<p>Não houve nenhum caso epidemiologicamente diagnosticado de ITU associada à CVD em dezembro nas UTIs. Causas: Diminuição do número de CVD/dia.</p>		
Ação de Melhoria		
<p>Aumentar a vigilância dos CVDs, bem como as indicações de uso. Avaliar diariamente a real necessidade de manter a CVD. Treinamento de acordo com o 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
Metas ≤0,6‰	0,6												
N° total de ITU associada a CVD nos CTIs adulto	0	0	0	0	1	0	2	2	2	0	0	0	7
N° total de CVD/dia nos CTIs adulto	521	470	581	577	631	453	583	689	486	462	557	541	6551
Fórmula de Cálculo:	0,00	0,00	0,00	0,00	1,58	0,00	3,43	2,90	4,12	0,00	0,00	0,00	



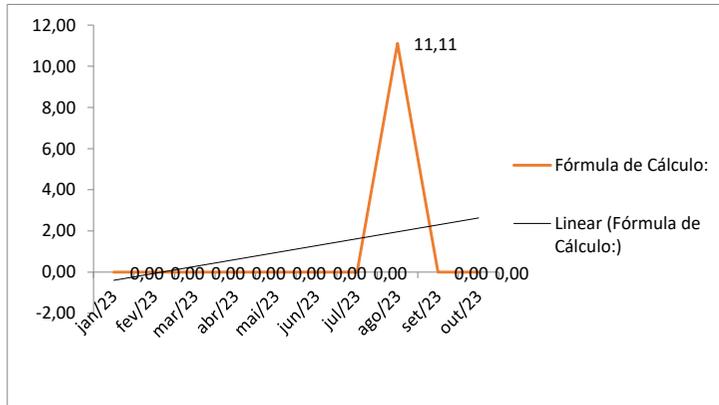
Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida
Perspectiva	Diretriz	Fonte dos Dados
Processo.	Segurança do paciente.	Busca fonada.
	Objetivo	
	Reduzir o número de infecções de sítio cirúrgico associadas às artroplastias total de quadril.	
Meta	Indicador	Forma de Medição (cálculo)
0%	Taxa de infecção de sítio cirúrgico associadas às artroplastias total de quadril.	$\frac{\text{NÚMERO DE INFECÇÕES DE FERIDA OPERATÓRIA DE CIRURGIAS artroplastias total de quadril}}{\text{NÚMERO TOTAL DE artroplastias total de quadril}} \cdot 100$
		Periodicidade de Avaliação
		Mensal
		Área Responsável
		CCIH e Ortopedia
		Responsável pela Coleta de Dados
		CCIH.
		Responsável pela Análise de Dados
		Marcos Paulo Mugaya
		Referencial Comparativo
		Versão
		Última Atualização
		Junho/2023
Análise Crítica		
Não foi diagnosticado nenhum caso infecção associada à prótese total de quadril no período.		
Ação de Melhoria		
Melhorar a questão das profilaxias cirúrgicas junto aos ortopedistas e anestesistas.		



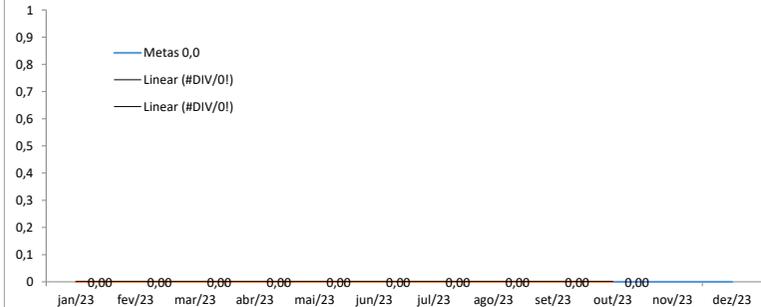
Compilação de dados - Indicador

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
Metas 0,0	0												
N° total de artroplastias total de quadril realizadas	4	3	0	0	0	0	1	9	0	1			18
N° de Infecções cirúrgicas identificadas nas artroplastias totais de quadril	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0		2
Fórmula de Cálculo:	0,00	0,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0,00	11,11	#DIV/0!	0,00	#DIV/0!	#DIV/0!	11,11



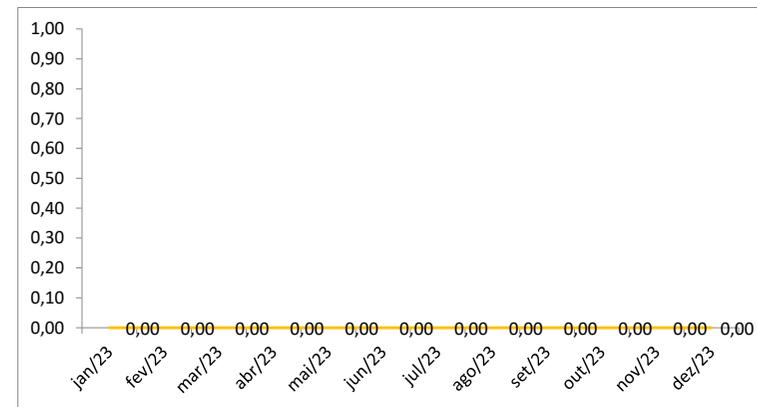
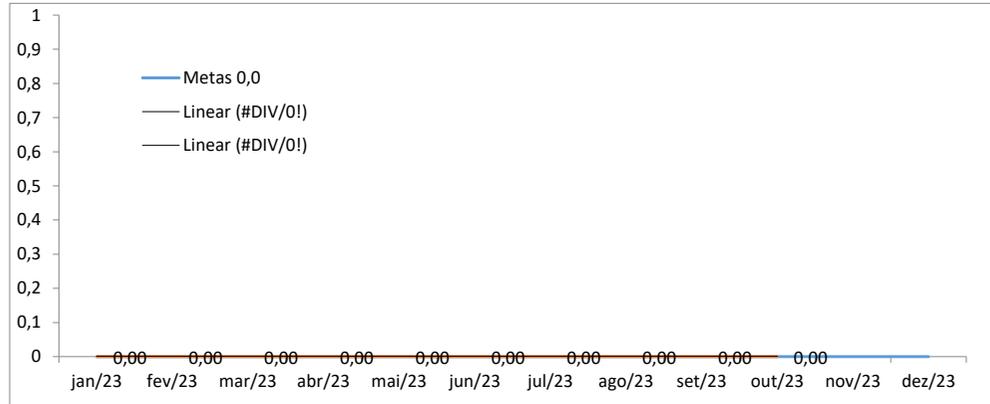
Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida
Perspectiva	Diretriz	Fonte dos Dados
Processo.	Segurança do paciente.	Busca fonadas e reinternações.
	Objetivo	
	Reduzir o número de infecções de sítio cirúrgico associadas às derivações ventriculoperitoneais (DVP).	
Meta	Indicador	Forma de Medição (cálculo)
0%	Taxa de infecção de sítio cirúrgico associadas às DVP.	$\frac{\text{NÚMERO DE INFECÇÕES DE FERIDA OPERATÓRIA DE DVP}}{\text{NÚMERO TOTAL DE DVP}} \cdot 100$
		Periodicidade de Avaliação
		Mensal
		Área Responsável
		CCIH e Neurocirurgia
		Responsável pela Coleta de Dados
		CCIH.
		Responsável pela Análise de Dados
		Leonardo Miguez
		Referencial Comparativo
		Versão
		Última Atualização
		Junho/2023
Análise Crítica		
Não foi diagnosticada uma infecção associada a DVP no período.		
Ação de Melhoria		



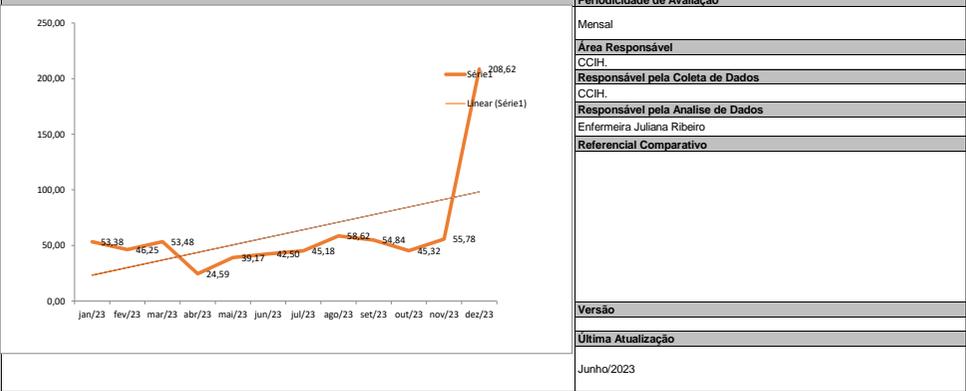
Compilação de dados - Indicador

Indicador:

Mês	jan/23	fev/23	mar/23	abr/23	mai/23	jun/23	jul/23	ago/23	set/23	out/23	nov/23	dez/23	Resultado
Metas 0,0	0												
Nº total de DVP realizadas	0	2	1	0	1	0	1	0	0	0	2	1	8
Nº de Infecções cirúrgicas DVP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fórmula de Cálculo:	#DIV/0!	0,00	0,00	#DIV/0!	0,00	#DIV/0!	0,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0,00	0,00	



Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida
Perspectiva	Diretriz	Fonte dos Dados
Processo.	Segurança do paciente.	Observador cego.
	Objetivo	
	Reduzir o número de infecções associadas à assistência à saúde.	
Meta	Indicador	Forma de Medição (cálculo)
	Taxa de adesão à higienização das mãos	$\frac{\text{NÚMERO TOTAL DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS}}{\text{NÚMERO DE OPORTUNIDADES OBSERVADAS PARA A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS}} \times 100$



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 121 oportunidades de higiene das mãos em outubro. De todas as oportunidades de HM, apenas 58 foram realizados (47,93%), ou seja, podemos observar a proatividade para a HM e 15 delas (25,86%) realizaram 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 1	CTI 2	CTI 3	CTI 4	UPO	CETIPE
Outubro	17.600ml	5.600ml	3.200ml	4.800ml	4.000ml	1.600ml
Novembro	7.200ml	3.200ml	800ml	1.600ml	800ml	1.400ml
Dezembro	20.000ml	3.200ml	3.200ml	3.200ml	8.000ml	1.600ml

Consumo de sabão líquido por CTI:

Setor	CTI 1	CTI 2	CTI 3	CTI 4	UPO	CETIPE
Outubro	11.200ml	15.200ml	6.400ml	4.800ml	8.000ml	10.400ml
Novembro	15.200ml	14.400ml	4.000ml	6.400ml	4.000ml	9.600ml
Dezembro	10.400ml	8.800ml	4.000ml	5.600ml	4.800ml	12.800ml

Causas:

Para definir as causas que podem impactar na não adesão da higiene das mãos, é possível considerar o perfil de gravidade dos pacientes, gerando maior demanda da equipe assistencial. É importante ressaltar que durante esse período houve ruptura no abastecimento de papel toalha para realização e adesão das HM.

Além deste, a disposição do insumo é fator determinante; quando o dispensador apresenta falha em seu funcionamento, poderá gerar na equipe a reticência para com o procedimento. Ainda, fatores culturais podem ser destacados.

É importante o feedback para as equipes sobre as taxas de adesão de higiene das mãos, seu impacto para as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.

- Ainda precisamos adequar torneiras e pias do nosso hospital de acordo com as normativas da ANVISA.
- Conscientização das equipes quanto a importância do ato de higienizar as mãos da forma adequada.

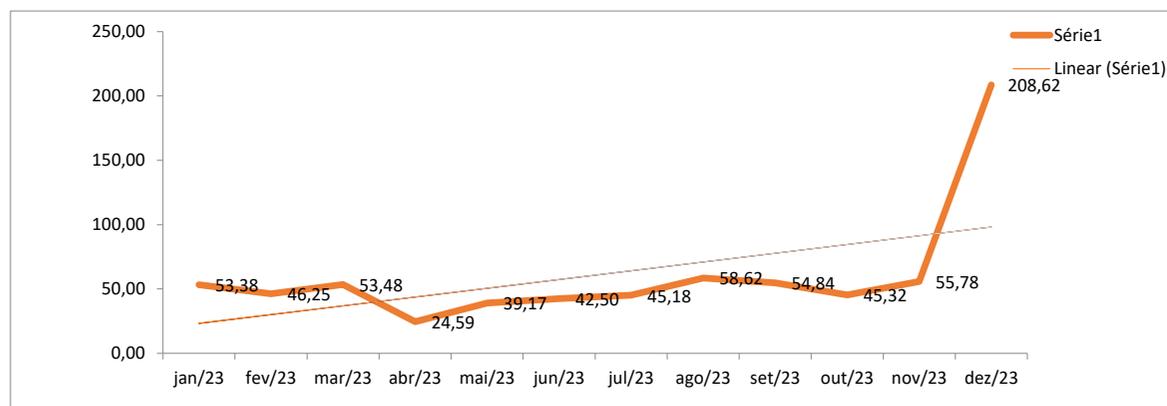
Ação de Melhoria

Treinamento de HM conforme cronograma.

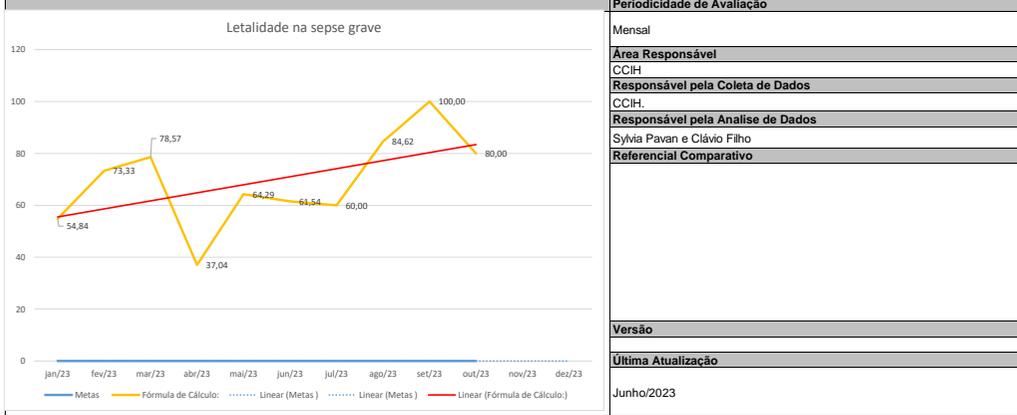
Compilação de dados - Indicador

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
Metas	0												
N° de higienização das mãos realizadas	71	253	100	15	47	51	75	34	17	92	111	121	987
N° de oportunidades observadas para higiene das mãos.	133	547	187	61	120	120	166	58	31	203	199	58	1883
Fórmula de Cálculo:	53,38	46,25	53,48	24,59	39,17	42,50	45,18	58,62	54,84	45,32	55,78	208,62	



Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida
Perspectiva	Diretriz	Fonte dos Dados
Processo.	Segurança do paciente.	Protocolos de sepse
	Objetivo	
	Reduzir a letalidade relacionada à sepse, tanto	
Meta	Indicador	Forma de Medição (cálculo)
	Taxa de letalidade relacionada à sepse grave.	TOTAL DE ÓBITOS EM PACIENTES COM SEPSE GRAVE TOTAL DE SEPSE GRAVE .100



Periodicidade de Avaliação
Mensal
Área Responsável
CCH
Responsável pela Coleta de Dados
CCH
Responsável pela Análise de Dados
Sylvia Pavan e Cláudio Filho
Referencial Comparativo
Versão
Última Atualização
Junho/2023

Análise Crítica

Setores abertos:
Foram abertos 80 protocolos de sepse no HEGV no mês de dezembro, 7 de protocolos a mais do que no mês de novembro. Foram excluídos 16 protocolos, a mesma quantidade do mês anterior.
De todos os pacientes que tiveram os protocolos mantidos, 34 (53,13%) evoluíram à óbito até o início de dezembro. Foram identificados 18 casos de choque sépticos e 15 (83,33%) evoluíram à óbito, o que representa 44,12% dos óbitos com protocolos de sepse mantidos. O percentual de óbitos em pacientes com choque séptico aumentou em relação ao mês anterior.

Comunitária:
Dos 64 protocolos mantidos 22 (34,37%) foram de origem comunitária.
Classificação e desfechos (até o início de janeiro) dos protocolos de origem comunitária:
Classificação TotalDesfecho
SIRS 021 internado / 1 Óbito
Sepse 102 Altas / 6 Óbitos / 2 Internados
Choque Séptico 098 Óbitos / 1 internado
OBS: 01 protocolo não foi possível diagnosticar por falta de dados

Hospitalar:
Dos 64 protocolos mantidos 42 (65,62%) foram de origem hospitalar.
Classificação e desfechos (até o início de janeiro) dos protocolos de origem hospitalar:
Classificação TotalDesfecho
SIRS 097 óbitos / 2 Internados
Sepse 242 Alta / 12 Internados / 9 Óbitos / 1 Tranferido
Choque Séptico 82 Internados / 5 Óbitos / 1 alta

CTIs
Foram abertos 83 protocolos de sepse (20 a mais que no mês anterior), sendo que 71 foram mantidos.

CTI 1 – Total de 31 abertos. 19 de origens hospitalares e 6 comunitário.
CTI 2 – Total de 14 abertos. Apenas 1 excluído. 12 de origens hospitalares e 1 comunitário.
CTI 3 – Total de 14 abertos. 02 protocolos excluídos. 08 de origens hospitalares e 4 comunitário.
CTI 4 – Total de 16 abertos. Apenas 08 excluído. 02 de Origens comunitários e 06 de origens hospitalares.
UPO - Total de 08 abertos. 01 protocolos excluído. 06 de origens hospitalares e 1 de origem comunitária.

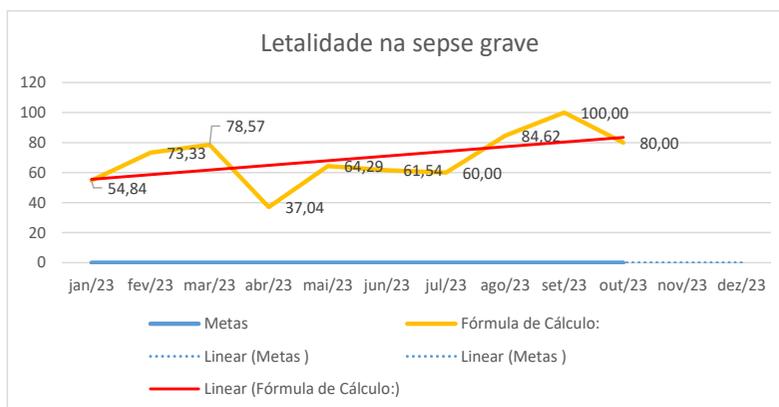
Ação de Melhoria

Continuar dando apoio às equipes em dúvidas referentes a identificação e tratamento da sepse.
Treinamento de acordo com o 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
Metas	0												
TOTAL DE ÓBITOS RELACIONADOS À SEPSE GRAVE	17	11	11	10	9	8	6	11	4	8	11	15	95
TOTAL DE SEPSE GRAVE	31	15	14	27	14	13	10	13	4	10	16	18	151
Fórmula de Cálculo:	54,84	73,33	78,57	37,04	64,29	61,54	60,00	84,62	100,00	80,00	68,75	83,33	62,91



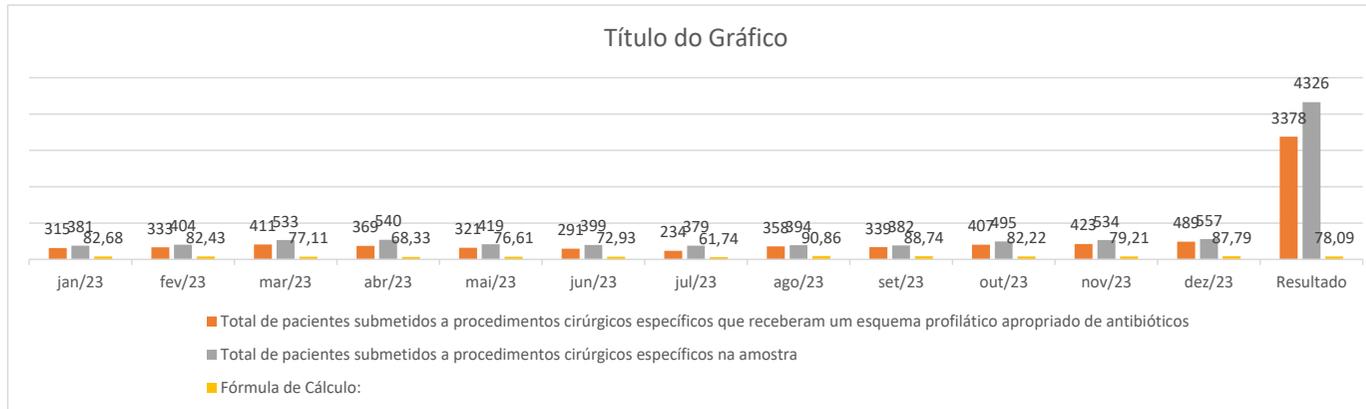
Programa de Excelência em Gestão - PEG		
	Hospital Estadual Getúlio Vargas	Unidade de Medida
Perspectiva	Diretriz	Fonte dos Dados
Processo.	Segurança do paciente.	Centro Cirúrgico
	Objetivo	
	Reduzir as infecções relacionadas as cirurgias onde estão indicadas as profilaxias de ATB.	
Meta	Indicador	Forma de Medição (cálculo)
	Percentual de pacientes que recebeu antibioticoprofilaxia no momento adequado	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
		Junho/2023
Análise Crítica		
Foram avaliados 774 pacientes cirúrgicos do mês de dezembro, destes 557 (71,96%) tinham indicação de ATB profilaxia e dessas, 489 realizadas até o momento da incisão cirúrgica (87,79%).		
<u>Erros relacionados à antibioticoprofilaxia:</u>		
	Novembro	Dezembro
Total de erros relacionados à profilaxia	229	345
Pacientes sem indicação porém com administração do ATB	94	85
Pacientes com indicação de profilaxia porém não realizaram	112	68
Pacientes com indicação de profilaxia porém foram administrados ATBs incorretos	31	146
Pacientes com indicação de profilaxia porém foram administrados ATBs fora do $\Delta T \square 22 \square$		12
Pacientes sem informação de horário de infusão ou do ATB infundido	33	34
Setor	Nº Pacientes c/ Indicação de profilaxia	Nº Cirurgias com profilaxia NÃO realizada ou profilaxia inadequada
	NOVDEZ	NOVDEZ
C. geral	237180	106 102
Ortopedia	219321	105 177
Neurocirurgia	2626	13 9
CIPE	3515	37 19
Vascular	0910	26 26
Bucomaxilo	055	06 12
Total	534557	299345
O número de não conformidades na profilaxia inclui também o número de pacientes que não tinham indicação para realização de profilaxia e ainda assim foram realizadas. Persiste a dificuldade de identificar as cirurgias ortopédicas por fratura exposta, dificultando a análise do ATB adequado. Apenas um paciente teve como atb profilático a clindamicina associada com a gentamicina (esquema de escolha para fratura exposta).		
Ação de Melhoria		
Retreinamento da profilaxia cirúrgica pelas coordenações. O POP de profilaxia cirúrgica foi revisado pelo SCIH em janeiro/23 e revisado novamente em julho/23.		
Visualização na planilha cirúrgica do paciente com fratura exposta.		
Melhorar preenchimento das filipetas que são entregues para CCIH. Algumas faltam hora de administração do ATB, nome do paciente, cirurgia realizada...		

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
Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos que receberam um esquema profilático apropriado de antibióticos	315	333	411	369	321	291	234	358	339	407	423	489	3378
Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos na amostra	381	404	533	540	419	399	379	394	382	495	534	557	4326
Fórmula de Cálculo:	82,68	82,43	77,11	68,33	76,61	72,93	61,74	90,86	88,74	82,22	79,21	87,79	78,09

Título do Gráfico





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: