

Relatório Mensal de Atividades

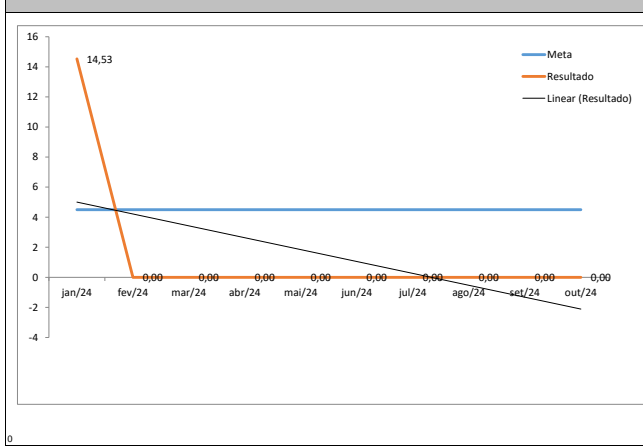
(SCIH)

Responsável:

SYLVIA PAVAN

JANEIRO /2024

| | | |
|----------------------------------|---|---|
| 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. | $\frac{\text{NÚMERO DE IPSC CTI ADULTO}}{\text{NÚMERO DE CATETER VENOSO CENTRAL/DIA}} \cdot 1000 \text{ } 00$ |



Periodicidade de Avaliação

Mensal

Área Responsável

CCIH.

Responsável pela Coleta de Dados

CCIH.

Responsável pela Análise de Dados

Dra. Sylvia Pavan

Referencial Comparativo

Versão

Última Atualização

Junho/2023

Análise Crítica

No mês de janeiro foram identificados 17 casos de IPCSLC (três a mais do que no mês anterior). Também observamos um aumento de um pouco mais que 5% na densidade de utilização de CVC (73,74% em dezembro e 78,89% janeiro).

IPCSLs nos CTIs:

| | CTI 1 | CTI 2 | CTI 3 | CTI 4 | UPO |
|----------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Nº IPCS5 | 3 | 2 | 2 | 5 | |
| DI IPCS | 11,36 | 12,35 | 16,13 | 13,16 | 23,70 |

Observação:

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.

Causas:

- 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 tripló 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 IPCS;
- 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.

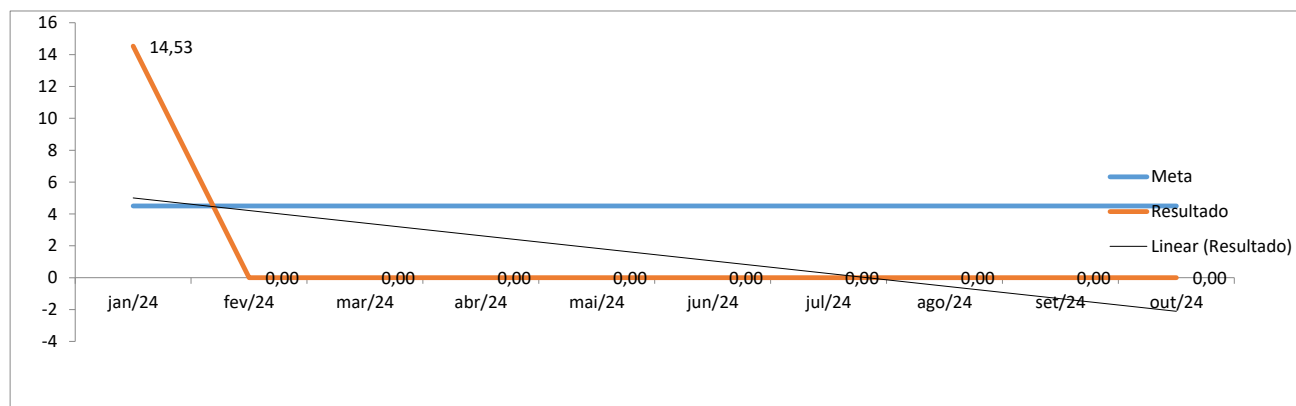
Melhoria dos processos.

Treinamento de acordo com o cronograma.

Compilação de dados IPCS adulto

Indicador:

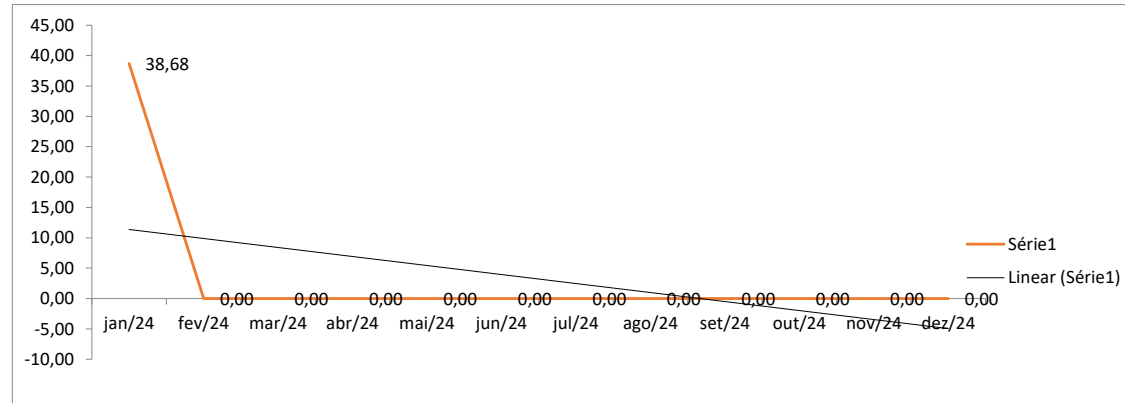
| | jan/24 | fev/24 | mar/24 | abr/24 | mai/24 | jun/24 | jul/24 | ago/24 | set/24 | out/24 | nov/24 | dez/24 | Resultado |
|-------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----------|
| Metas ≤4,5‰ | 4,5 | 4,5 | 4,5 | 4,5 | 4,5 | 4,5 | 4,5 | 4,5 | 4,5 | 4,5 | 4,5 | 4,5 | |
| Nº total de IPCS nos CTIs adulto | 17 | | | | | | | | | | | | 17 |
| Nº total de CVC/dia nos CTIs adulto | 1170 | | | | | | | | | | | | 1170 |
| Fórmula de Cálculo: | 14,53 | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | 14,53 |



| 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 | Indicador | Forma de Medição (cálculo) | | | | | | | | | | | | | | | |
| ≤13% | Densidade de incidência de infecção de Pneumonia associada à ventilação mecânica nas UTIs adulto. | NÚMERO DE PNEUMONIAS ASSOCIADAS A VENTILAÇÃO MECÂNICA DIA NÚMERO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA DIA .1000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Periodicidade de Avaliação | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Mensal | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Área Responsável | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | CCIH | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Responsável pela Coleta de Dados | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | CCIH | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Responsável pela Análise de Dados | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Dra. Sylvia Pavan | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Referencial Comparativo | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Versão | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Última Atualização | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Junho / 2023 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Análise Crítica | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Houve um aumento das PAVs no mês de janeiro (4 casos a mais que no mês anterior). Também houve uma discreta diminuição no número de VM/dia (de 702 em novembro para 698 em dezembro), o que não justifica o aumento das infecções relacionadas a esse indicador. Analisando os setores individualmente, podemos fazer as seguintes comparações com o mês anterior:</p> <table border="1"> <tr> <td>CTI 1</td> <td>CTI 2</td> <td>CTI 3</td> <td>CTI 4</td> <td>UPO</td> </tr> <tr> <td>Dez/23</td> <td>10</td> <td>7</td> <td>0</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Jan/24</td> <td>8</td> <td>10</td> <td>0</td> <td>5</td> </tr> </table> <p><u>Possíveis Causas para desenvolvimento de PAV:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Apesar de melhora no quantitativo, ainda observamos vários Rx's 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. 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. Observamos ainda TCs sem laudo, dificultando o diagnóstico de algumas imagens. 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. Período com ausência de dispositivo de aspiração fechado. | | | CTI 1 | CTI 2 | CTI 3 | CTI 4 | UPO | Dez/23 | 10 | 7 | 0 | 3 | Jan/24 | 8 | 10 | 0 | 5 |
| CTI 1 | CTI 2 | CTI 3 | CTI 4 | UPO | | | | | | | | | | | | | |
| Dez/23 | 10 | 7 | 0 | 3 | | | | | | | | | | | | | |
| Jan/24 | 8 | 10 | 0 | 5 | | | | | | | | | | | | | |
| 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> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>FI-NGSP-033 Versão:01</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Compilação de dados - Indicador

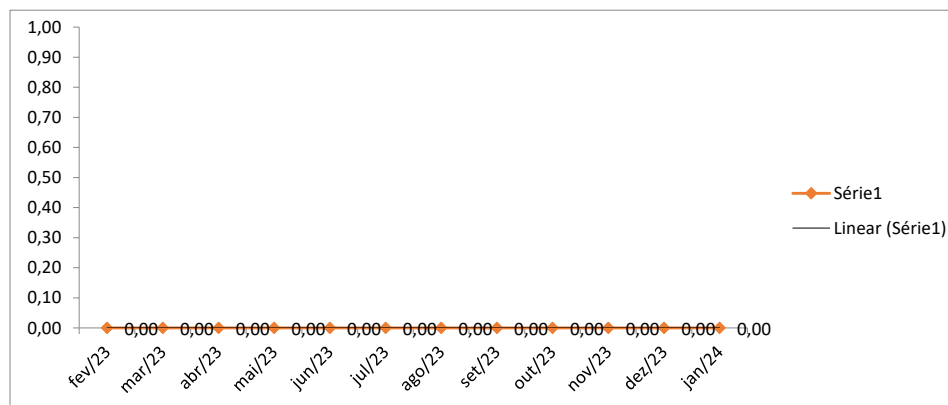
| Indicador: | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Mês | jan/24 | fev/24 | mar/24 | abr/24 | mai/24 | jun/24 | jul/24 | ago/24 | set/24 | out/24 | nov/24 | dez/24 | Resultado |
| Metas ≤13‰ | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | |
| N° total de PAV nos CTIs adulto | 27 | | | | | | | | | | | | 27 |
| N° total de VM/dia nos CTIs adulto | 698 | | | | | | | | | | | | 698 |
| Fórmula de Cálculo: | 38,68 | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | |



| | | |
|---|--|--|
| 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 |
| | | Dra. Sylvia Pavan |
| | | Referencial Comparativo |
| | | |
| | | Versão |
| | | |
| | | Última Atualização |
| | | Junho/2023 |
| Análise Crítica | | |
| <p>Não houve nenhum caso epidemiologicamente diagnosticado de ITU associada à CVD em janeiro 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/24 | 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 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | |
| N° total de ITU associada a CVD nos CTIs adulto | 0 | | | | | | | | | | | | 0 |
| N° total de CVD/dia nos CTIs adulto | 637 | | | | | | | | | | | | 637 |
| Fórmula de Cálculo: | 0,00 | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | |

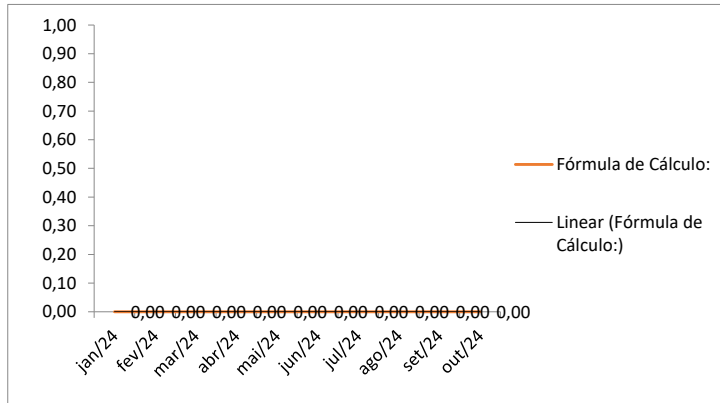


| Hospital Estadual Getúlio Vargas | | Unidade de Medida | | |
|---|---|--|---|--|
| Processo. | Perspectiva | Diretriz | Fonte dos Dados | |
| | | Segurança do paciente. Objetivo Reduzir o número de infecções de sítio cirúrgico associadas às artroplastias total de quadril. | Busca fonada. | |
| Meta | Indicador | Forma de Medição (cálculo) | | |
| 0% | Taxa de infecção de sítio cirúrgico associadas às artroplastias total de quadril. | $\frac{\text{NÚMERO DE INFECÇÕES DE FERIDA OPERATÓRIA DE CIRURGIAS artroplastias total de quadril}}{\text{NÚMERO TOTAL DE artroplastias total de quadril}}$.100 | | |
| <p>Fórmula de Cálculo: Linear (Fórmula de Cálculo:)</p> | | Periodicidade de Avaliação | Mensal | |
| | | Área Responsável | CCIH e Ortopedia | |
| | | Responsável pela Coleta de Dados | CCIH. | |
| | | Responsável pela Análise de Dados | Dra. Sylvia Pavan | |
| | | 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. | |

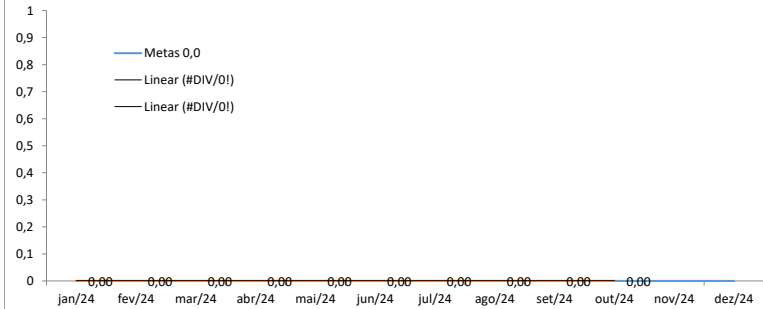
Compilação de dados - Indicador

Indicador:

| Mês | jan/24 | fev/24 | mar/24 | abr/24 | mai/24 | jun/24 | jul/24 | ago/24 | set/24 | out/24 | nov/24 | dez/24 | Resultado |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| Metas 0,0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| N° total de artroplastias total de quadril realizadas | 0 | | | | | | | | | | | | 0 |
| N° de Infecções cirúrgicas identificadas nas artroplastias totais de quadril | 0 | | | | | | | | | | | | 0 |
| Fórmula de Cálculo: | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! |

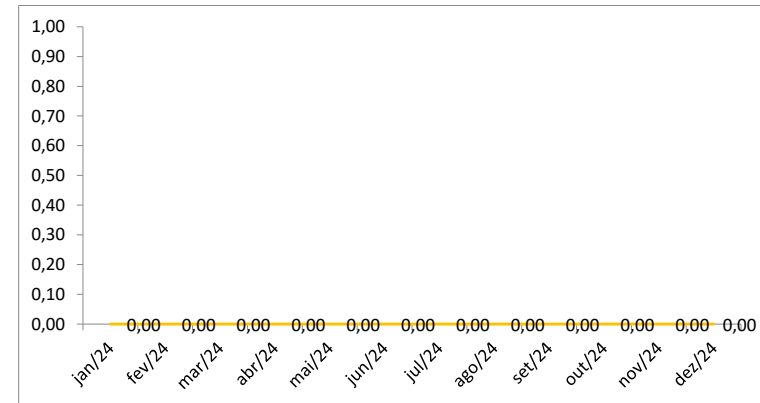
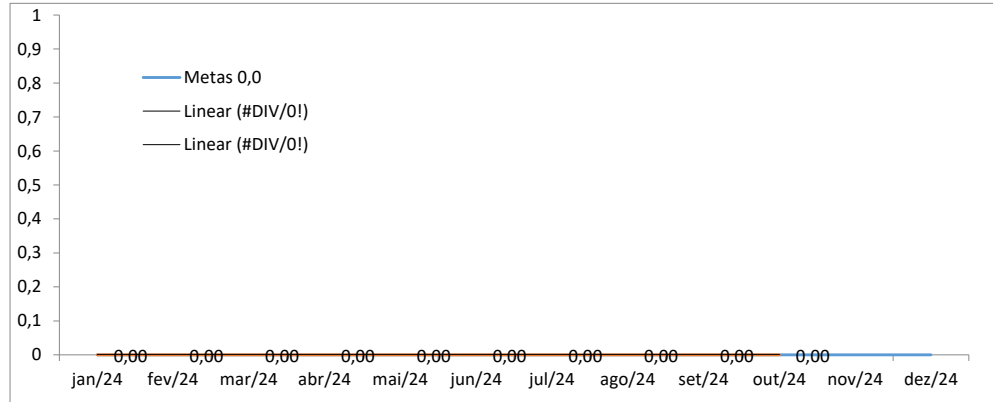


| Hospital Estadual Getúlio Vargas | | Unidade de Medida |
|--|--|---|
| Perspectiva | Diretriz | Fonte dos Dados |
| Processo. | Segurança do paciente. | Busca fonadas e reinternações. |
| | Objetivo | |
| | Reduzir o número de infecções de sítio cirúrgico associadas às derivações ventriculoperitoneais (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 |
| | | Dra. Sylvia Pavan |
| | | Referencial Comparativo |
| | | |
| | | Versão |
| | | |
| | | Última Atualização |
| | | Junho/2023 |
| Análise Crítica | | |
| Não foi diagnosticada uma infecção associada a DVP no período. | | |
| Ação de Melhoria | | |
| | | |

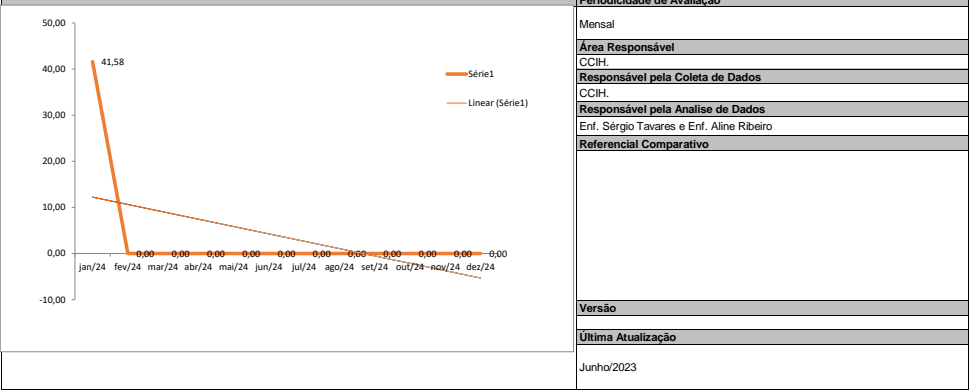


Compilação de dados - Indicador

| Indicador: | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| Mês | jan/24 | fev/24 | mar/24 | abr/24 | mai/24 | jun/24 | jul/24 | ago/24 | set/24 | out/24 | nov/24 | dez/24 | Resultado |
| Metas 0,0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| N° total de DVP realizadas | | | | | | | | | | | | | 0 |
| N° de Infecções cirúrgicas DVP | 0 | | | | | | | | | | | | 0 |
| Fórmula de Cálculo: | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | |



| | | |
|----------------------------------|---|--|
| 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 101 oportunidades de higiene das mãos em outubro. De todas as oportunidades de HM, apenas 42 foram realizadas (41,58%), ou seja, podemos observar a proatividade para a HM e 13 delas (30,95%) 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:

| Sector | 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 | 4.000ml | 800ml |
| Dezembro | 20.000ml | 3.200ml | 1.600ml | 3.200ml | 8.000ml | 1.600ml |
| Janeiro | 12.800ml | 4.800ml | 4.000ml | 800ml | 2.400ml | 6.400ml |

Consumo de sabão líquido por CTI:

| Sector | 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 |
| Janeiro | 20.000ml | 12.800ml | 8.000ml | 8.800ml | 6.400ml | 4.000ml |

Causas:

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

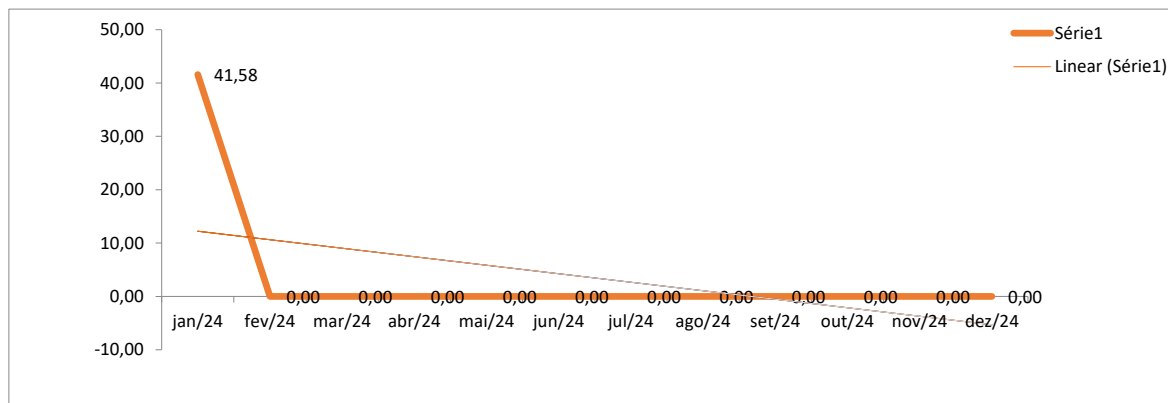
Treinamento de HM conforme cronograma.



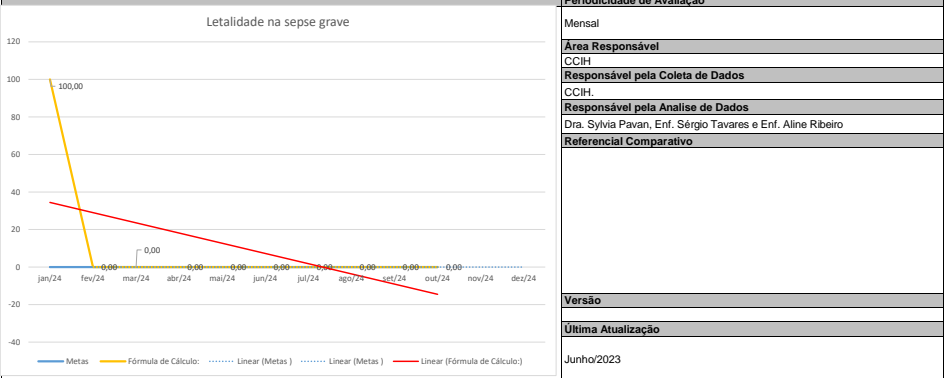
Compilação de dados - Indicador

Indicador:

| Mês | jan/24 | fev/24 | mar/24 | abr/24 | mai/24 | jun/24 | jul/24 | ago/24 | set/24 | out/24 | nov/24 | dez/24 | Resultado |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| Metas | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Nº de higienização das mãos realizadas | 42 | | | | | | | | | | | | 42 |
| Nº de oportunidades observadas para higiene das mãos. | 101 | | | | | | | | | | | | 101 |
| Fórmula de Cálculo: | 41,58 | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | |



| | | | |
|----------------------------------|---|--|--|
| 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 comunitária | | |
| 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

Dra. Sylvia Pavan, Enf. Sérgio Tavares e Enf. Aline Ribeiro

Referencial Comparativo

Versão

Última Atualização

Junho/2023

Análise Crítica

Saltos abertos:
 Foram abertos 57 protocolos de sepse no HEGV no mês de janeiro, 23 protocolos a menos do que no mês de dezembro. Foram excluídos 19 protocolos, 3 a mais que a quantidade do mês anterior. Apenas 66,66% dos pacientes foram mantidos no protocolo.
 De todos os pacientes que tiveram os protocolos mantidos, 21 (55,26%) evoluíram à óbito até o início de fevereiro. Foram identificados 05 casos de choque sépticos e 05 (100%) evoluíram à óbito, o que representa 13,15% dos óbitos com protocolos de sepse mantidos.
 Em relação a todos os 38 pacientes mantidos no protocolo de sepse, 18 evoluíram à óbito, o que corresponde a 47,36%.

Comunitária:
 Dos 38 protocolos mantidos 21 (55,26%) foram de origem comunitária, sendo que 13 (61,90%) evoluíram à óbito.

desfechos (até o início de fevereiro) dos protocolos de origem comunitária:

| | | |
|----------------|-------|--|
| Classificação | Total | Desfecho |
| SIRS | 02 | 1 Alta / 1 Óbito |
| Sepse | 15 | 6 Altas / 8 Óbitos / 1 Transf. externa |
| Choque Séptico | 04 | 4 Óbitos |

Origem Hospitalar:
 Dos 35 protocolos mantidos 17 (48,57%) foram de origem hospitalar e, destes, 8 (47%) evoluíram à óbito.

desfechos (até o início de fevereiro) dos protocolos de origem hospitalar:

| | | |
|----------------|-------|--------------------------------|
| Classificação | Total | Desfecho |
| SIRS | 022 | Óbitos |
| Sepse | 141 | Alta / 8 Internados / 5 Óbitos |
| Choque Séptico | 1 | Óbito |

CTIs:
 Foram abertos 80 protocolos de sepse (03 a mais que no mês anterior), sendo que 72 foram mantidos.

CTI 1 – Total de 30 abertos. 04 protocolos excluídos. Mantidos 22 de origem hospitalar e 04 comunitária.
 CTI 2 – Total de 13 abertos. Todos os protocolos mantidos. Mantidos 10 de origem hospitalar e 03 comunitária.
 CTI 3 – Total de 12 abertos. Apenas 01 protocolo excluído. Mantidos 08 de origem hospitalar e 03 comunitária.
 CTI 4 – Total de 14 abertos. Apenas 02 protocolos excluídos. Mantidos 08 de origem hospitalar e 04 de origem comunitária.
 UPO - Total de 11 abertos. Apenas 01 protocolo excluído. Mantidos 07 de origem hospitalar e 03 de origem comunitária.

Causas:
 Reconhecimento tardio do quadro infeccioso.
 Falha na terapêutica inicial.

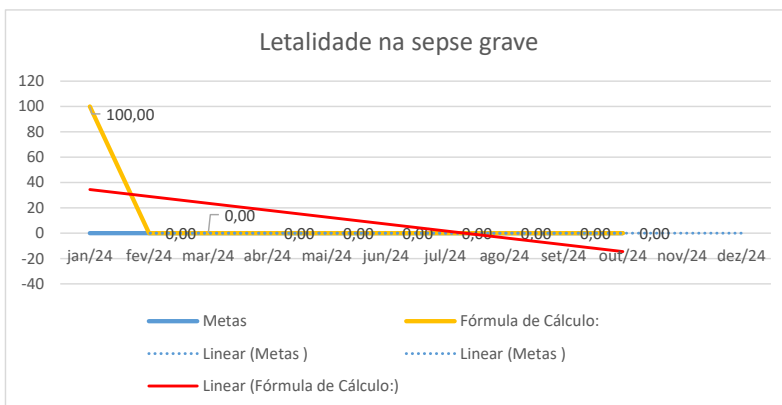
Ação de Melhoria

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/24 | fev/24 | mar/24 | abr/24 | mai/24 | jun/24 | jul/24 | ago/24 | set/24 | out/24 | nov/24 | dez/24 | Resultado |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| Metas | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| TOTAL DE ÓBITOS RELACIONADOS À SEPSE GRAVE | 5 | | | | | | | | | | | | 5 |
| TOTAL DE SEPSE GRAVE | 5 | | | | | | | | | | | | 5 |
| Fórmula de Cálculo: | 100,00 | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | 100,00 |

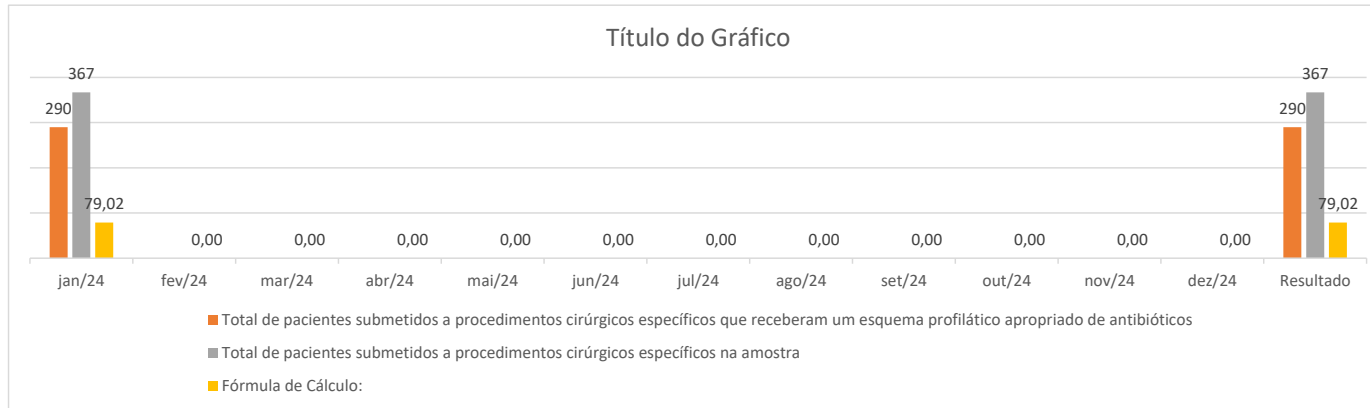


| Programa de Excelência em Gestão - PEG | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|---------|--|----------|--|--|-----|-----|-----|--|-----|-----|----------|---|-----|-----|-----|--|-----------|-----|-----|---|-----|-----|---------------|--|----|----|----|----|------|------|----|----|----|----|----------|------|----|----|----|----|------------|------|----|----|----|----|-------|------|-----|-----|-----|-----|
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p> ■ 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 ■ Fórmula de Cálculo: </p> | | Periodicidade de Avaliação | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Mensal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Área Responsável | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | CCIH | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Responsável pela Coleta de Dados | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | CCIH. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Responsável pela Análise de Dados | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Dra. Sylvia Pavan, Enf. Sérgio Tavares e Enf. Aline Ribeiro | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Referencial Comparativo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Versão | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Última Atualização | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Junho/2023 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Análise Crítica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Foram avaliados 671 pacientes cirúrgicos do mês de janeiro, destes 362 (53,94%) tinham indicação de ATB profilaxia e dessas, 330 realizadas até o momento da incisão cirúrgica (91,16%). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Erros relacionados à antibioticoprofilaxia: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Novembro</th> <th>Dezembro</th> <th>Janeiro</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total de erros relacionados à profilaxia</td> <td>229</td> <td>345</td> <td>289</td> </tr> <tr> <td>Pacientes sem indicação porém com administração do ATB</td> <td>94</td> <td>85</td> <td>139</td> </tr> <tr> <td>Pacientes com indicação de profilaxia porém não profilaxia não administrada</td> <td>112</td> <td>68</td> <td>42</td> </tr> <tr> <td>Pacientes com indicação de profilaxia porém com ATB inadequado</td> <td>31</td> <td>146</td> <td>10*</td> </tr> <tr> <td>Pacientes com indicação de profilaxia com infusão fora do ΔT□</td> <td>22□</td> <td>12□</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>Pacientes sem informação de horário de infusão ou do ATB infundido</td> <td>33</td> <td>34</td> <td>84</td> </tr> </tbody> </table> <p>*Por não serem sinalizadas as fraturas expostas, o número de profilaxias com ATB inadequado está subestimado, pois não houve nenhum paciente o qual houvesse sido administrado Clindamicina + Gentamicina na profilaxia, conforme o protocolo do SCIH.</p> | | | | Novembro | Dezembro | Janeiro | Total de erros relacionados à profilaxia | 229 | 345 | 289 | Pacientes sem indicação porém com administração do ATB | 94 | 85 | 139 | Pacientes com indicação de profilaxia porém não profilaxia não administrada | 112 | 68 | 42 | Pacientes com indicação de profilaxia porém com ATB inadequado | 31 | 146 | 10* | Pacientes com indicação de profilaxia com infusão fora do ΔT□ | 22□ | 12□ | 16 | Pacientes sem informação de horário de infusão ou do ATB infundido | 33 | 34 | 84 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Novembro | Dezembro | Janeiro | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total de erros relacionados à profilaxia | 229 | 345 | 289 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pacientes sem indicação porém com administração do ATB | 94 | 85 | 139 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pacientes com indicação de profilaxia porém não profilaxia não administrada | 112 | 68 | 42 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pacientes com indicação de profilaxia porém com ATB inadequado | 31 | 146 | 10* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pacientes com indicação de profilaxia com infusão fora do ΔT□ | 22□ | 12□ | 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pacientes sem informação de horário de infusão ou do ATB infundido | 33 | 34 | 84 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Setor</th> <th colspan="2">N° Pacientes c/ Indicação de profilaxia</th> <th colspan="3">N° Cirurgias com profilaxia NÃO realizada ou profilaxia inadequada</th> </tr> <tr> <th>NOV</th> <th>DEZ</th> <th>NOV</th> <th>DEZ</th> <th>JAN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>C. geral</td> <td>237</td> <td>180</td> <td>106</td> <td>102</td> <td>103</td> </tr> <tr> <td>Ortopedia</td> <td>219</td> <td>321</td> <td>105</td> <td>177</td> <td>128</td> </tr> <tr> <td>Neurocirurgia</td> <td>2626</td> <td>19</td> <td>13</td> <td>9</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>CIPE</td> <td>3515</td> <td>20</td> <td>37</td> <td>19</td> <td>17</td> </tr> <tr> <td>Vascular</td> <td>0910</td> <td>04</td> <td>26</td> <td>26</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>Bucomaxilo</td> <td>0505</td> <td>03</td> <td>06</td> <td>12</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>5345</td> <td>557</td> <td>299</td> <td>345</td> <td>290</td> </tr> </tbody> </table> <p>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).</p> | | | Setor | N° Pacientes c/ Indicação de profilaxia | | N° Cirurgias com profilaxia NÃO realizada ou profilaxia inadequada | | | NOV | DEZ | NOV | DEZ | JAN | C. geral | 237 | 180 | 106 | 102 | 103 | Ortopedia | 219 | 321 | 105 | 177 | 128 | Neurocirurgia | 2626 | 19 | 13 | 9 | 11 | CIPE | 3515 | 20 | 37 | 19 | 17 | Vascular | 0910 | 04 | 26 | 26 | 20 | Bucomaxilo | 0505 | 03 | 06 | 12 | 11 | Total | 5345 | 557 | 299 | 345 | 290 |
| Setor | N° Pacientes c/ Indicação de profilaxia | | | N° Cirurgias com profilaxia NÃO realizada ou profilaxia inadequada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | NOV | DEZ | NOV | DEZ | JAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C. geral | 237 | 180 | 106 | 102 | 103 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ortopedia | 219 | 321 | 105 | 177 | 128 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Neurocirurgia | 2626 | 19 | 13 | 9 | 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CIPE | 3515 | 20 | 37 | 19 | 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vascular | 0910 | 04 | 26 | 26 | 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bucomaxilo | 0505 | 03 | 06 | 12 | 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | 5345 | 557 | 299 | 345 | 290 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ação de Melhoria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aguardar o treinamento e orientação da equipe de anestesia pelo coordenador da área. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Compilação de dados - Indicador

Indicador:

| Mês | jan/24 | fev/24 | mar/24 | abr/24 | mai/24 | jun/24 | jul/24 | ago/24 | set/24 | out/24 | nov/24 | dez/24 | Resultado |
|--|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-----------|
| Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos que receberam um esquema profilático apropriado de antibióticos | 290 | | | | | | | | | | | | 290 |
| Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos na amostra | 367 | | | | | | | | | | | | 367 |
| Fórmula de Cálculo: | 79,02 | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | 79,02 |



Anexos:

Anexos: