

Relatório Mensal de Atividades

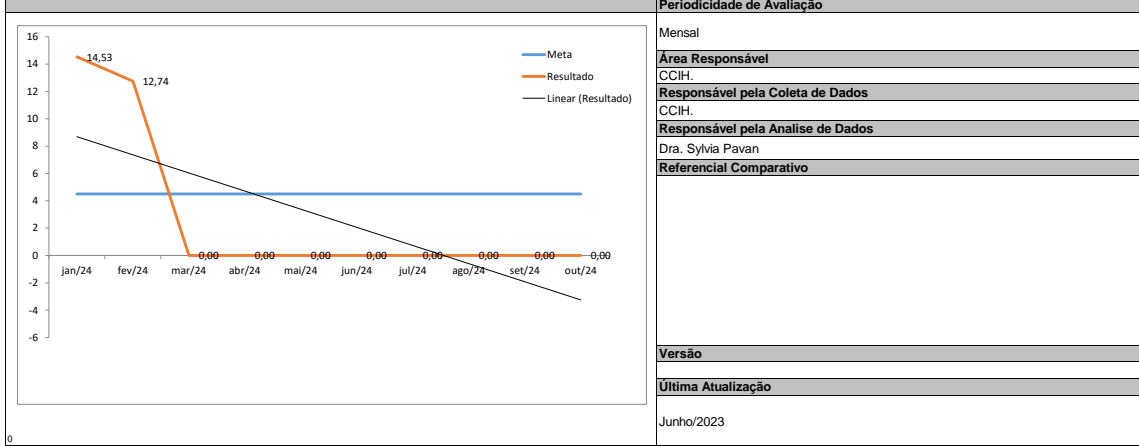
(SCIH)

Responsável:

SYLVIA PAVAN

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



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 fevereiro foram identificados 15 casos de IPSCSLC (dois a menos do que no mês anterior). Também que a densidade de utilização de CVC vem aumentando nos últimos três meses, o que por si só eleva o risco de IPSC (73,74% em dezembro, 78,89% janeiro e 81,51% em fevereiro).

IPCSLs nos CTIs:

	CTI 1	CTI 2	CTI 3	CTI 4	UPO
Nº IPSC	5	0	4	3	3
D.J.* IPSC	11,39	0	32,52	17,86	13,57
D.U.** CVC	86,26	96,5882,55	7	80,66	
TMP*** CVC	7,98	34,625,86	7,30	6,31	

*D.I. – Densidade de infecção primária de corrente sanguínea associada a CVC
 **D.U. – Densidade de utilização do cateter venoso central
 ***TMP – Tempo médio de permanência com cateter venoso central

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 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 IPSC;
- Pouca efetividade na vigilância do aspecto do dispositivo ou ausência de descrição no prontuário e nos bundles.

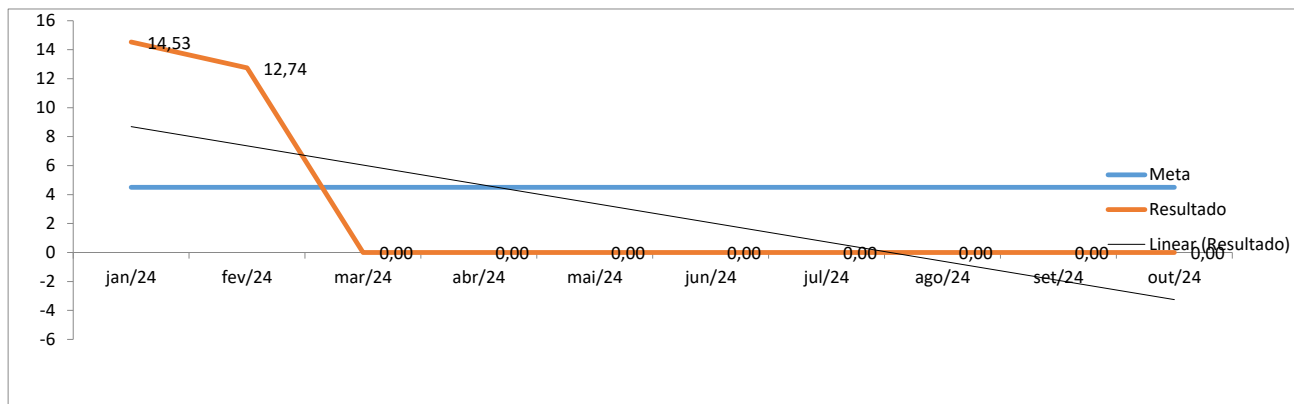
Ação de Melhoria

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:

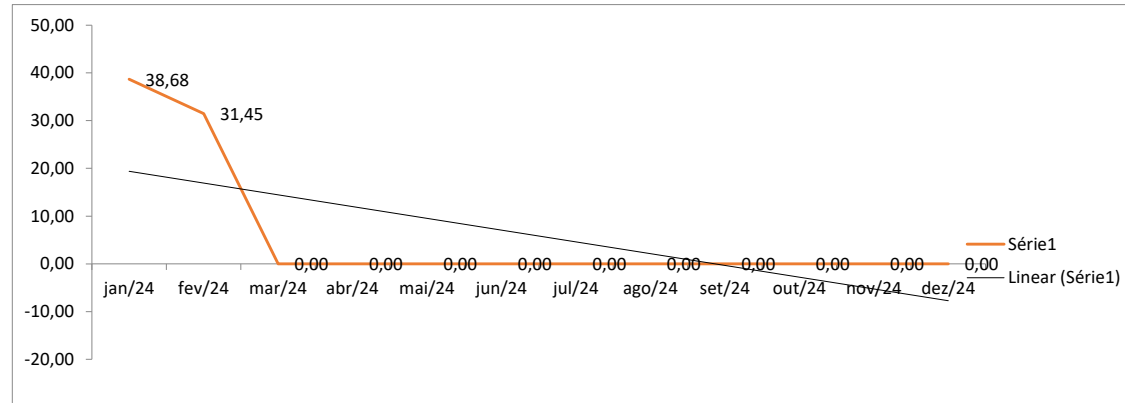
	jan/24	fev/24	mar/24	abr/24	mai/24	jun/24	jul/24	ago/24	set/24	out/24	nov/24	dez/24	Resultado
Metas ≤4,5‰	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	
Nº total de IPCS nos CTIs adulto	17	15											32
Nº total de CVC/dia nos CTIs adulto	1170	1177											2347
Fórmula de Cálculo:	14,53	12,74	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	13,63



Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida																												
Perspectiva	Diretriz	Fonte dos Dados																												
Processo.	Segurança do paciente. Objetivo Reduzir a incidência de Pneumonia associada à ventilação mecânica nas UTIs adulto.	Busca ativa. Prontuários. Imagens radiológicas. Exames microbiológicos.																												
Meta	Indicador	Forma de Medição (cálculo)																												
≤13%	Densidade de incidência de infecção de Pneumonia associada à ventilação mecânica nas UTIs adulto.	NUMERO DE PNEUMONIAS ASSOCIADAS A VENTILAÇÃO MECÂNICA/DIA NUMERO 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 uma diminuição das PAVs no mês de fevereiro (3 casos a menos que no mês anterior), mesmo com aumento de 65 VM/dia em fevereiro.</p> <p><u>Total de PAVs diagnosticadas em cada unidade:</u></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> <th>TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dez/23</td> <td>10</td> <td>7</td> <td>0</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>Jan/24</td> <td>8</td> <td>10</td> <td>0</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>27</td> </tr> <tr> <td>Fev/24</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>24</td> </tr> </tbody> </table> <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. 				CTI 1	CTI 2	CTI 3	CTI 4	UPO	TOTAL	Dez/23	10	7	0	3	3	23	Jan/24	8	10	0	5	4	27	Fev/24	6	7	2	4	5	24
	CTI 1	CTI 2	CTI 3	CTI 4	UPO	TOTAL																								
Dez/23	10	7	0	3	3	23																								
Jan/24	8	10	0	5	4	27																								
Fev/24	6	7	2	4	5	24																								
Ação de Melhoria																														
<p>Intensificar a vigilância nos processos visando a prevenção das PAVs, incluindo na hora do banho.</p> <p>Realizar notificação diária de falhas no processo.</p> <p>Realizar a manutenção corretiva e preventiva dos leitos.</p> <p>Treinamento de prevenção de PAV.</p>																														

Compilação de dados - Indicador

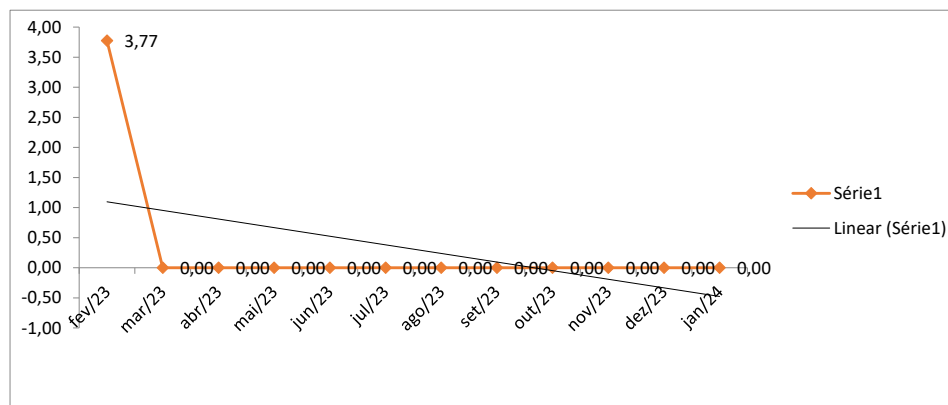
Indicador:													
Mês	jan/24	fev/24	mar/24	abr/24	mai/24	jun/24	jul/24	ago/24	set/24	out/24	nov/24	dez/24	Resultado
Metas ≤13‰	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	
N° total de PAV nos CTIs adulto	27	24											51
N° total de VM/dia nos CTIs adulto	698	763											1461
Fórmula de Cálculo:	38,68	31,45	#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>Houve uma discreta diminuição na quantidade de CVD/dia no mês de fevereiro quando comparado com janeiro, e foram diagnosticados 2 casos de ITU associada a CVD no período (CTI 1 e UPO).</p> <p style="text-align: right;"><u>Possíveis</u></p> <p><u>causas:</u> Diminuição das vigilâncias diárias quanto a necessidade de manter o dispositivo. Higiene das mãos inadequada.</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	2											2
N° total de CVD/dia nos CTIs adulto	637	530											1167
Fórmula de Cálculo:	0,00	3,77	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	

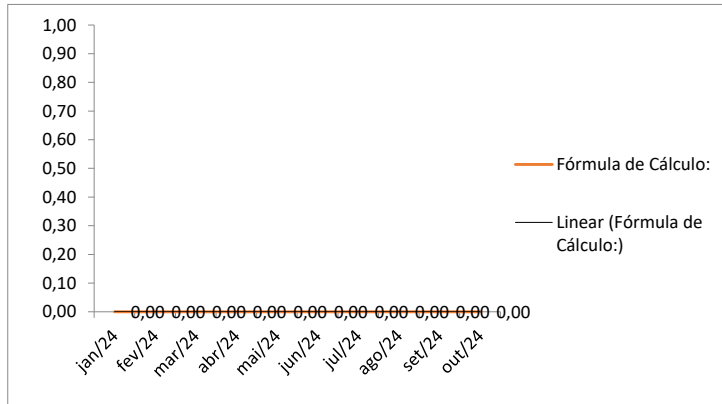


Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida		
Processo.	Perspectiva	Diretriz	Fonte dos Dados	
		Segurança do paciente. Objetivo Reduzir o número de infecções de sítio cirúrgico associadas às artroplastias total de quadril.	Busca fonada.	
Meta	Indicador	Forma de Medição (cálculo)		
0%	Taxa de 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.	

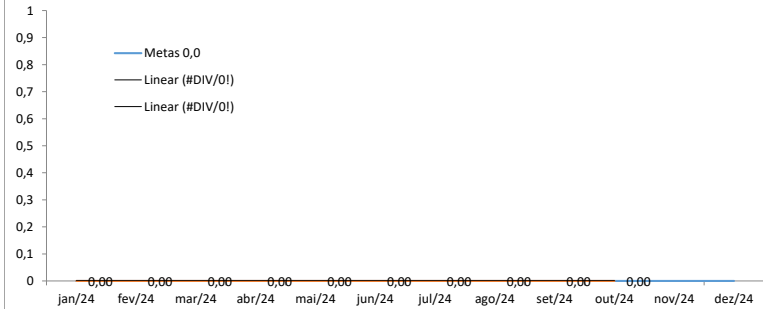
Compilação de dados - Indicador

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											0
N° de Infecções cirúrgicas identificadas nas artroplastias totais de quadril	0	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!



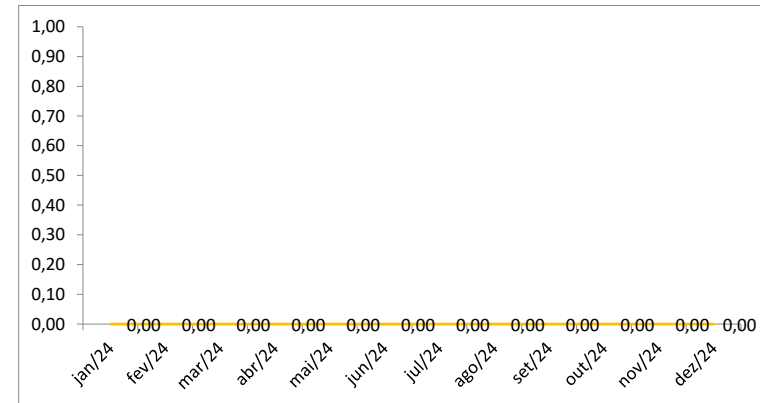
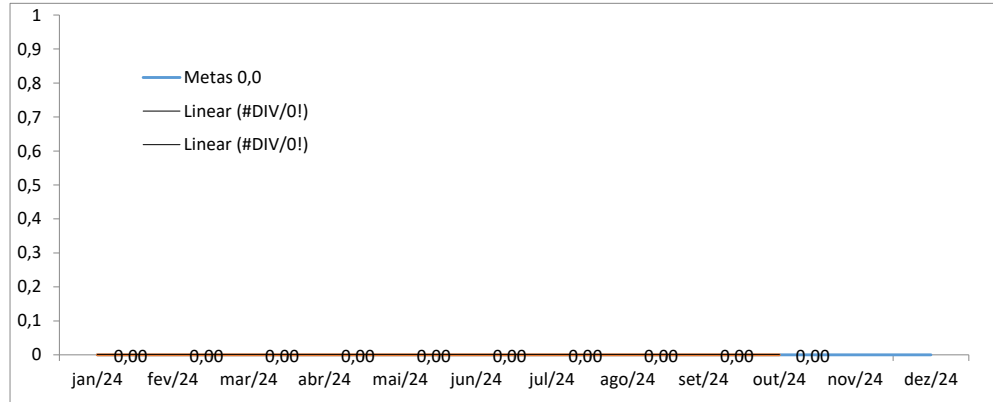
Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida
Perspectiva	Diretriz	Fonte dos Dados
Processo.	Segurança do paciente.	Busca fonadas e reinternações.
	Objetivo	
	Reduzir o número de infecções de sítio cirúrgico associadas às derivações ventriculoperitoneais (DVP).	
Meta	Indicador	Forma de Medição (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		



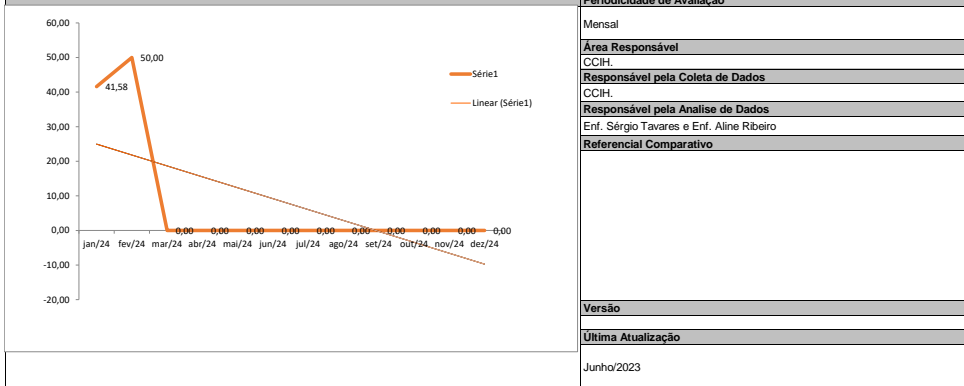
Compilação de dados - Indicador

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	0											0
N° de Infecções cirúrgicas DVP	0	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	NÚMERO TOTAL DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NÚMERO DE OPORTUNIDADES OBSERVADAS PARA A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS x100



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 52 oportunidades de higiene das mãos em fevereiro. De todas as oportunidades de HM, apenas 26 foram realizados (50,00%), ou seja, podemos observar a proatividade para a HM e 09 delas (34,61%) 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
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
Fevereiro	11.200ml	5.600ml	2.400ml	1.600ml	4.000ml	1.600ml

Consumo de sabão líquido por CTI:

Sector	CTI 1	CTI 2	CTI 3	CTI 4	UPO	CETIPE
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
Fevereiro	24.000ml	8.000ml	8.000ml	7.200ml	4.600ml	11.200ml

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 e sabão 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.

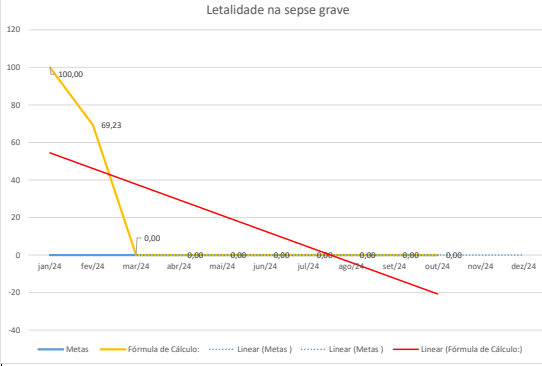
É importante o feedback para as equipes sobre as taxas de adesão de higiene das mãos, seu impacto para as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.

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

Ação de Melhoria

Treinamento de HM conforme cronograma.
 Evitar a ruptura de insumos.

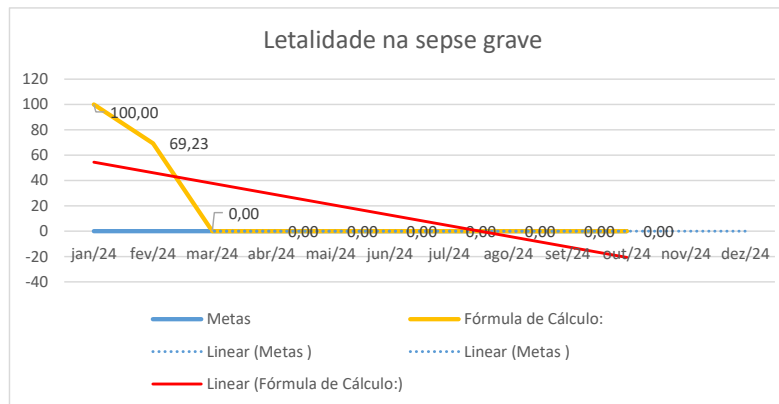
Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida																									
Perspectiva		Diretriz																									
Processo.		Segurança do paciente.																									
Objetivo		Protocolos de sepse																									
Reduzir a letalidade relacionada à sepse, tanto comunitária																											
Meta		Forma de Medição (cálculo)																									
Indicador		TAXA DE ÓBITOS EM PACIENTES COM SEPSE GRAVE																									
Taxa de letalidade relacionada à sepse grave.		TOTAL DE SEPSE GRAVE -100																									
		TOTAL DE SEPSE GRAVE																									
		Periodicidade de Avaliação																									
		Mensal																									
		Área Responsável																									
		CCHH																									
		Responsável pela Coleta de Dados																									
		CCHH.																									
		Responsável pela Análise de Dados																									
		Dra. Sylvia Pavan, Enf. Sérgio Tavares e Enf. Aline Ribeiro																									
		Referencial Comparativo																									
		Versão																									
		Última Atualização																									
		Junho/2023																									
Análise Crítica																											
<p>Setores abertos: Foram abertos 48 protocolos de sepse no HEGV no mês de fevereiro (9 a menos que no mês de janeiro). Foram excluídos 12 protocolos, 7 a menos que mês anterior. Foram mantidos 77% dos protocolos abertos. De todos os pacientes que tiveram os protocolos mantidos, 17 (47,22%) evoluíram à óbito até o início de fevereiro. Foram identificados 13 casos de choque sépticos e destes, 09 (69,23%) evoluíram à óbito, o que representa 52,94% dos óbitos com protocolos de sepse mantidos.</p> <p style="text-align: right;"><u>Origem Comunitária:</u></p> <p>Dos 36 protocolos mantidos 21 (58,33%) foram de origem comunitária, sendo que 10 (27,77%) evoluíram à óbito. Classificação e desfechos (até o início de fevereiro) dos protocolos de origem comunitária:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Classificação</th> <th>Total</th> <th>Desfecho</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SIRS</td> <td>01</td> <td>Alta</td> </tr> <tr> <td>Sepse</td> <td>13</td> <td>2 Altas / 5 Óbitos / 6 Internados</td> </tr> <tr> <td>Choque Séptico</td> <td>07</td> <td>1 Alta / 5 Óbitos / 1 Internado</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>Origem Hospitalar:</u> Dos 38 protocolos mantidos 25 (69,44%) foram de origem hospitalar e, destes, 7 (19,44%) evoluíram à óbito. Classificação e desfechos (até o início de fevereiro) dos protocolos de origem hospitalar:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Classificação</th> <th>Total</th> <th>Desfecho</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SIRS</td> <td>02</td> <td>1 Alta / 1 Internado</td> </tr> <tr> <td>Sepse</td> <td>07</td> <td>2 Altas / 2 Internados / 3 Óbitos</td> </tr> <tr> <td>Choque Séptico</td> <td>06</td> <td>4 Óbito / 2 Internados</td> </tr> </tbody> </table> <p>CTIs Foram abertos 84 protocolos de sepse (04 a mais que no mês anterior), sendo que 82 foram mantidos.</p> <p>CTI 1 – Total de 28 abertos. 02 protocolos excluídos. Mantidos 22 de origem hospitalar e 04 comunitário. CTI 2 – Total de 12 abertos. Todos os protocolos mantidos. Mantidos 12 de origem hospitalar. CTI 3 – Total de 11 abertos. Todos os protocolos mantidos. Mantidos 10 de origem hospitalar e 01 comunitário. CTI 4 – Total de 20 abertos. Todos os protocolos mantidos. Mantidos 14 de origem hospitalar e 06 de origem comunitário. UPO - Total de 12 abertos. Todos os protocolos mantidos. Mantidos 09 de origem hospitalar e 03 de origem comunitário.</p> <p style="text-align: right;">Causas:</p> <p>Reconhecimento tardio do quadro infeccioso. Falha na terapêutica inicial</p>				Classificação	Total	Desfecho	SIRS	01	Alta	Sepse	13	2 Altas / 5 Óbitos / 6 Internados	Choque Séptico	07	1 Alta / 5 Óbitos / 1 Internado	Classificação	Total	Desfecho	SIRS	02	1 Alta / 1 Internado	Sepse	07	2 Altas / 2 Internados / 3 Óbitos	Choque Séptico	06	4 Óbito / 2 Internados
Classificação	Total	Desfecho																									
SIRS	01	Alta																									
Sepse	13	2 Altas / 5 Óbitos / 6 Internados																									
Choque Séptico	07	1 Alta / 5 Óbitos / 1 Internado																									
Classificação	Total	Desfecho																									
SIRS	02	1 Alta / 1 Internado																									
Sepse	07	2 Altas / 2 Internados / 3 Óbitos																									
Choque Séptico	06	4 Óbito / 2 Internados																									
Ação de Melhoria																											
<p>Continuar dando apoio às equipes em dúvidas referentes a identificação e tratamento da sepse. Treinamento de acordo com o cronograma.</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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TOTAL DE ÓBITOS RELACIONADOS À SEPSE GRAVE	5	9											14
TOTAL DE SEPSE GRAVE	5	13											18
Fórmula de Cálculo:	100,00	69,23	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	77,78



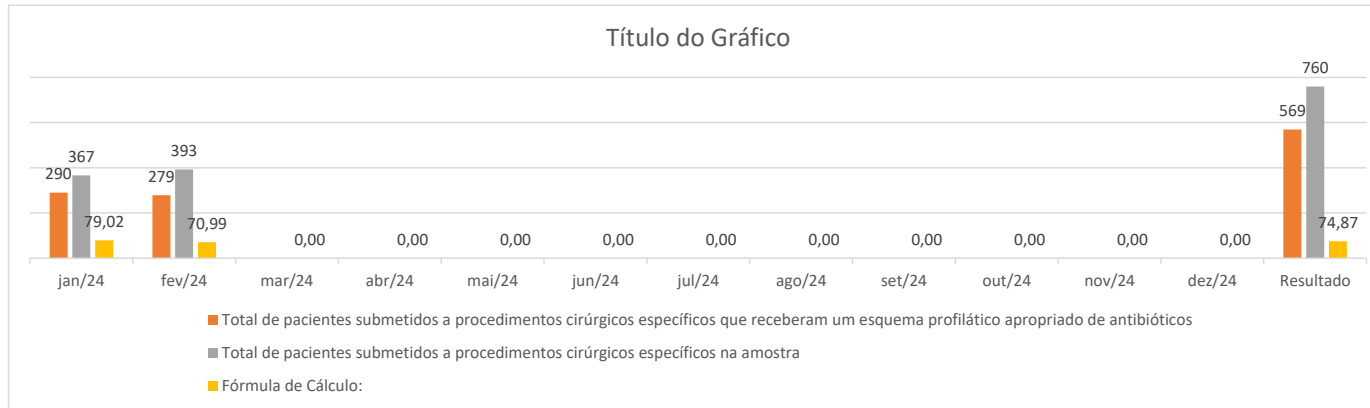
Programa de Excelência em Gestão - PEG																																																																				
Hospital Estadual Getúlio Vargas	Unidade de Medida																																																																			
Perspectiva	Diretriz	Fonte dos Dados																																																																		
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																																																																		
<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>		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 672 pacientes cirúrgicos do mês de fevereiro, destes 393 (%) tinham indicação de ATB profilaxia e dessas, 279 realizadas adequadamente. Erros relacionados à antibioticoprofilaxia:																																																																				
<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Dezembro</th> <th>Janeiro</th> <th>Fevereiro</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total de erros relacionados à profilaxia</td> <td>345</td> <td>289</td> <td>226</td> </tr> <tr> <td>Pacientes sem indicação porém com administração do ATB</td> <td>85</td> <td>139</td> <td>115</td> </tr> <tr> <td>Pacientes com indicação de profilaxia porém não profilaxia não administrada</td> <td>68</td> <td>42</td> <td>55</td> </tr> <tr> <td>Pacientes com indicação de profilaxia porém com ATB inadequado</td> <td>146</td> <td>10*</td> <td>10*</td> </tr> <tr> <td>Pacientes com indicação de profilaxia com infusão fora do ΔT</td> <td>12</td> <td>16</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>Pacientes sem informação de horário de infusão ou do ATB infundido</td> <td>34</td> <td>84</td> <td>34</td> </tr> </tbody> </table>				Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Total de erros relacionados à profilaxia	345	289	226	Pacientes sem indicação porém com administração do ATB	85	139	115	Pacientes com indicação de profilaxia porém não profilaxia não administrada	68	42	55	Pacientes com indicação de profilaxia porém com ATB inadequado	146	10*	10*	Pacientes com indicação de profilaxia com infusão fora do ΔT	12	16	22	Pacientes sem informação de horário de infusão ou do ATB infundido	34	84	34																																						
	Dezembro	Janeiro	Fevereiro																																																																	
Total de erros relacionados à profilaxia	345	289	226																																																																	
Pacientes sem indicação porém com administração do ATB	85	139	115																																																																	
Pacientes com indicação de profilaxia porém não profilaxia não administrada	68	42	55																																																																	
Pacientes com indicação de profilaxia porém com ATB inadequado	146	10*	10*																																																																	
Pacientes com indicação de profilaxia com infusão fora do ΔT	12	16	22																																																																	
Pacientes sem informação de horário de infusão ou do ATB infundido	34	84	34																																																																	
<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>																																																																				
<table border="0"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Setor</th> <th colspan="3">N° Pacientes c/ Indicação de profilaxia</th> <th colspan="3">N° Cirurgias com profilaxia NÃO realizada ou profilaxia inadequada</th> </tr> <tr> <th>DEZ</th> <th>JAN</th> <th>FEV</th> <th>DEZ</th> <th>JAN</th> <th>FEV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>C. geral</td> <td>180</td> <td>155</td> <td>172</td> <td>102</td> <td>103</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>Ortopedia</td> <td>321</td> <td>166</td> <td>150</td> <td>177</td> <td>128</td> <td>87</td> </tr> <tr> <td>Neurocirurgia</td> <td></td> <td>26</td> <td>19</td> <td>24</td> <td>9</td> <td>11</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>CIPE</td> <td></td> <td>15</td> <td>20</td> <td>32</td> <td>19</td> <td>17</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>Vascular</td> <td>10</td> <td>4</td> <td>6</td> <td></td> <td>26</td> <td>20</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>Bucomaxilo</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>5</td> <td></td> <td>12</td> <td>11</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>557</td> <td>367</td> <td>393</td> <td>345</td> <td>290</td> <td>226</td> </tr> </tbody> </table>			Setor	N° Pacientes c/ Indicação de profilaxia			N° Cirurgias com profilaxia NÃO realizada ou profilaxia inadequada			DEZ	JAN	FEV	DEZ	JAN	FEV	C. geral	180	155	172	102	103	77	Ortopedia	321	166	150	177	128	87	Neurocirurgia		26	19	24	9	11	19	CIPE		15	20	32	19	17	18	Vascular	10	4	6		26	20	16	Bucomaxilo	5	3	5		12	11	7	Total	557	367	393	345	290	226
Setor	N° Pacientes c/ Indicação de profilaxia			N° Cirurgias com profilaxia NÃO realizada ou profilaxia inadequada																																																																
	DEZ	JAN	FEV	DEZ	JAN	FEV																																																														
C. geral	180	155	172	102	103	77																																																														
Ortopedia	321	166	150	177	128	87																																																														
Neurocirurgia		26	19	24	9	11	19																																																													
CIPE		15	20	32	19	17	18																																																													
Vascular	10	4	6		26	20	16																																																													
Bucomaxilo	5	3	5		12	11	7																																																													
Total	557	367	393	345	290	226																																																														
<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>																																																																				
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	279											569
Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos na amostra	367	393											760
Fórmula de Cálculo:	79,02	70,99	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	74,87

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: