

Relatório Mensal de Atividades

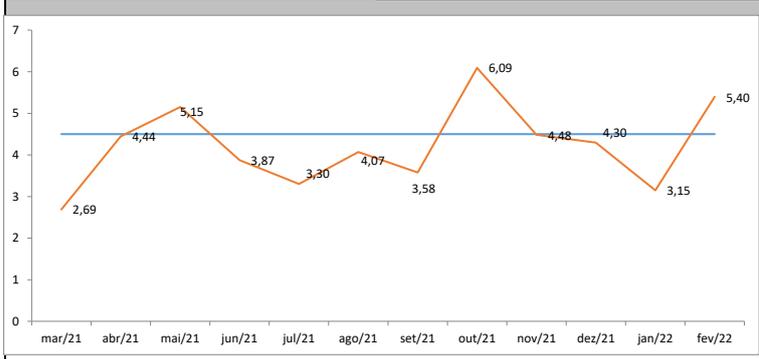
(SCIH)

Responsável:

SYLVIA PAVAN

FEVEREIRO/2022

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.	NÚMERO DE IPSC CTI ADULTO _____ x.1000 00 _____ NÚMERO DE CATETER VENOSO CENTRAL/DIA	



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	Setembro/2019

Análise Crítica

A Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCS) é a IRAS de maior potencial preventivo. Dados recentes indicam que 65 à 70% dos casos podem ser prevenidos com adoção de medidas adequadas, como os bundles de inserção e manutenção, além da retirada do dispositivo sempre que não houver mais indicação.

No mês de fevereiro, foram diagnosticados 06 casos de IPCSLC nos CTIs (dois a mais que no mês anterior), distribuídos da seguinte forma: CTI1: 2, CTI4: 2 e UPO: 2. O total de CVC/dia foi de 1112 (158 CVC/dia a menos que no mês de janeiro), a densidade de infecção encontra-se em 5,40 (2,25% a mais que mês anterior).

Observamos que a taxa de utilização deste dispositivo aumentou discretamente no CTI 1, aumentou (+2,93%) no CTI 2, diminuiu bastante (-12,72%) no CTI 3, diminuiu (- 3,52%) no CTI 4 e diminuiu (- 2,49%) na UPO. Vale ressaltar que esse número vem aumentando gradativamente desde outubro de 2021, sendo a primeira queda (mesmo que discreta) desse indicador no período.

Em relação ao tempo médio de permanência do CVC nas UTIs, observamos: Não houve mudança significativa no CTI 1, e houve um aumento nos demais CTIs (sendo mais importante no CTI 3 (+ 3 dias).

Analisando individualmente as unidades de terapia intensiva tivemos o seguinte cenário em relação à densidade de utilização de CVC (DU) e Tempo médio de permanência do dispositivo:

	CTI 1	CTI 2	CTI 3	CTI 4	UPO
TMP (%)	8,10	10,21	8,85	7,24	7,78
TU (dias)	81,27	92,11	71,43	68,47	84,83

Em relação às IPCS identificadas no mês vigente:

1. Metade dos pacientes diagnosticados com IPCS apresentava acesso para HD, todos em VF.
2. Todos os pacientes tinham internação prolongada.
3. Apenas um paciente tinha acesso em VF para infusão de medicamentos e não estava em HD. Acesso proveniente do trauma com seis dias de punção.
4. Apenas um paciente não trocou o acesso central após ser admitido no CTI, porém, nenhum deles foi realizado no tempo contratualizado.
5. O menor tempo de CVC/dia entre os pacientes que desenvolveram IPCS, com acesso (CVC) para infusão de medicação foi de 6 dias e maior tempo de 23 dias, sendo a média de 12,33 dias.
6. Apenas um paciente teve troca de CVC com a suspeita de IPCS, sendo realizada na mesma data do diagnóstico de IPCS. Paciente com diagnóstico de AVE isquêmico e Pneumonia. Este ainda se encontra internado no HEGV na data de elaboração deste relatório.
7. Dos pacientes com diagnóstico de IPCS com CVC para HD, apenas um teve a troca do CVC, três dias antes do diagnóstico infeccioso. O paciente recebeu alta hospitalar em 21/02.

As causas que levam este número de diagnósticos de IPCS são evidenciadas através do que se observa na assistência e dos relatos dos colaboradores. Dentre as causas mais relevantes, que podem impactar com o aumento

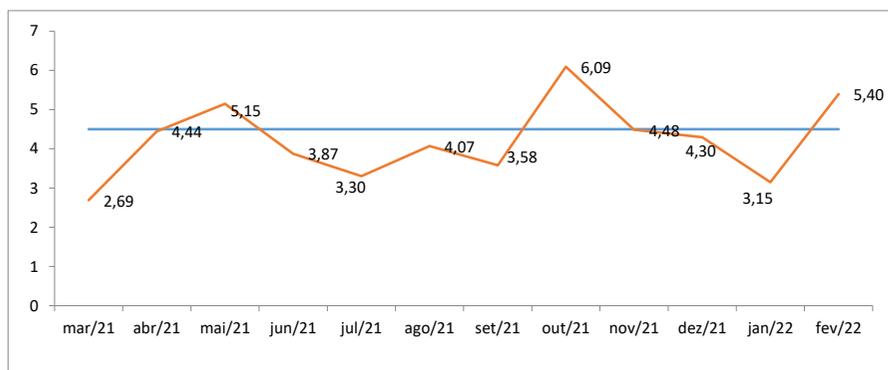
Ação de Melhoria

1. Discussão para diagnóstico de IRAS semanalmente com os coordenadores do CTI semanalmente.
2. Identificação de pacientes com CVC ainda não trocados com mais de 3 dias de punção em caráter de emergência/urgência ou proveniente de outro setor, para discussão semanal.
3. Melhoria da qualidade dos preenchimentos dos bundles, com melhorias na descrição das funções e atuações. Já em andamento.

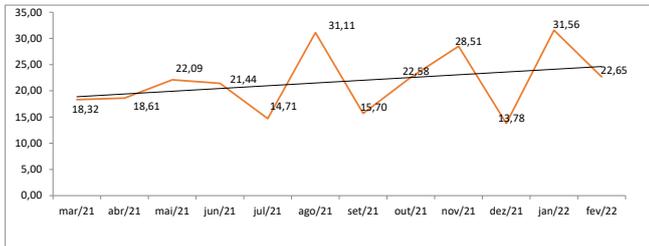
Compilação de dados IPCS adulto

Indicador:

	jan/22	fev/22	mar/21	abr/21	mai/21	jun/21	jul/21	ago/21	set/21	out/21	nov/21	dez/21	Resultado
Metas ≤4,5‰	4,5												
Nº total de IPCS nos CTIs adulto	4	6	3	5	6	4	4	5	4	7	5	5	58
Nº total de CVC/dia nos CTIs adulto	1270	1112	1115	1125	1165	1033	1211	1229	1118	1149	1115	1164	13806
Fórmula de Cálculo:	3,15	5,40	2,69	4,44	5,15	3,87	3,30	4,07	3,58	6,09	4,48	4,30	4,20



Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida	Fonte dos Dados
Processo.	Perspectiva	Segurança do paciente.	Busca ativa. Prontuários. Imagens radiológicas. Exames microbiológicos.
	Diretriz	Objetivo Reduzir a incidência de Pneumonia associada à ventilação mecânica nas UTIs adulto.	
Meta	≤13%	Indicador	Forma de Medição (cálculo)
		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 x1000
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			Setembro/2019



Análise Crítica

A PAV aumenta com a duração da ventilação mecânica e apontam taxas de ataque de aproximadamente 3% por dia durante os primeiros 5 dias de ventilação. O desenvolvimento de pneumonia nosocomial e no ambiente de cuidados intensivos, especificamente da PAV, tem morbidade significativa associada, prolongando o tempo de ventilação mecânica, bem como o tempo de permanência na UTI, com todos os custos associados a esse prolongamento.

- O tempo médio de uso de ventilação mecânica aumentou no CTI 2 e na UPO e diminuiu no CTI 3 e CTI 4. No CTI 1 praticamente não houve alteração.
- Houve uma diminuição importante na densidade de PAV em geral, quando comparado com o mês de janeiro.
- Ainda há unidades com números insatisfatórios de imagem de tórax para que haja a conclusão diagnóstica e reavaliações constantes de posicionamento de CNE.
- Ausência de descrição na anamnese do paciente na admissão do hospital para avaliação se o paciente poderia ou não já ter chegado broncoaspirado no hospital, muitas vezes falta imagem de tórax de entrada para comparação posterior.
- Ausência de manutenção preventiva dos respiradores e revisão dos cassetes pela engenharia clínica e CME.
- Discussão de casos clínicos entre alguns rotinas médicos e a CCIH com informações imprecisas, dificultando na assertividade diagnóstica e consequentemente intervindo no uso inapropriado de antimicrobianos.
- Problemas relacionados à aspiração traqueal devido à vácuos mal funcionantes.

Comparação do TMP (tempo médio de permanência em VM) e da TU (taxa de utilização de VM) nos meses de janeiro e fevereiro:

(Jan / Fev)	TMP (Jan / Fev)	DI – PAV (Jan / Fev)	T. U. %
CTI 1	69,87 / 66,60	8,14 / 8,63	44,96 / 28,99
CTI 2	76,45 / 85,71	8,12 / 10,86	14,22 / 21,93
CTI 3	72,68 / 71,43	13,30 / 11,50	52,63 / 26,09
CTI 4	56,74 / 50,00	11,43 / 7,93	31,25 / 18,02
UPO	44,60 / 60,66	4,75 / 7,53	21,05 / 15,63

Podemos observar um aumento na taxa de utilização no CTI 2 e na UPO. As demais unidades apresentaram uma diminuição nessa taxa. O mesmo aconteceu com o tempo médio de permanência dos pacientes em VM. Em relação à PAV houve um aumento na densidade de infecção relacionada à este dispositivo na UTI 2, devido à quantidade de pacientes de alta permanência, diminuindo nas demais unidades.

OBS:
T.U. – Mede o grau de utilização de um dispositivo em uma UTI, refletindo a exposição ao fator de risco para aquisição da infecção em questão. Portanto essa taxa, expressa em porcentagem, ajuda na interpretação dos indicadores de infecção.
TMP - Tempo que os pacientes se mantêm com dispositivo na unidade.

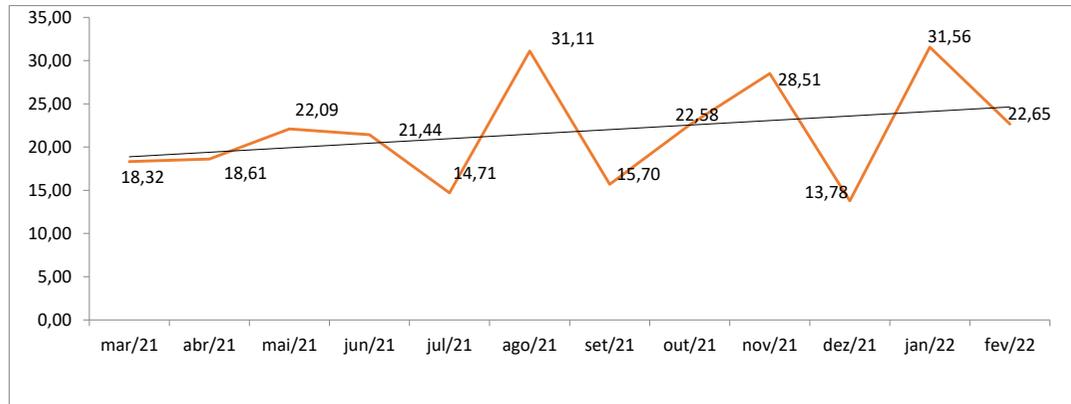
- Causas:**
- Número de imagem radiológica de tórax insuficientes em algumas unidades (ex: CTI3, CTI4 e UPO).
 - Ausência de manutenção preventiva (incluindo a higienização de acordo com o manual) dos respiradores e revisão dos cassetes pela engenharia clínica e higienização pela CME.
 - Problemas relacionados à aspiração traqueal devido à vácuos mal funcionantes.
 - Diagnósticos tardios, impactando na mortalidade.
 - Posicionamento inadequado circuito respiratório.
 - Fixador de TOT de má qualidade podendo impactar nas extubações acidentais.

Ação de Memória

- Retreinamento sobre higiene oral pela equipe da odontologia hospitalar.
- Discussão de atb de acordo com os protocolos de sepsis abertos no CTI e os abertos em outros setores (caso haja necessidade), na intenção de impactar na letalidade da PAV.
- Treinamento com a equipe de CCIH e as rotinas das UTIs voltado para a equipe de enfermagem (já realizado).
- Discussão semanal com os coordenadores do CTI para definição de diagnóstico de PAV.

Compilação de dados - Indicador

Indicador:													
Mês	jan/22	fev/22	mar/21	abr/21	mai/21	jun/21	jul/21	ago/21	set/21	out/21	nov/21	dez/21	Resultado
Metas ≤13%	13												
N° total de PAV nos CTIs adulto	32	21	14	15	19	17	16	28	13	21	25	12	233
N° total de VM/dia nos CTIs adulto	1014	927	764	806	860	793	1088	900	828	930	877	871	10658
Fórmula de Cálculo:	31,56	22,65	18,32	18,61	22,09	21,44	14,71	31,11	15,70	22,58	28,51	13,78	2,19%



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.	NÚMERO DE INFECÇÕES URINÁRIAS ASSOCIADAS À CATETER VESICAL DE DEMORA/DIA .1000 0 NÚMERO DE CATETER VESICAL DE DEMORA/DIA
--------	--	--

		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
--	--	--------------------------------

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

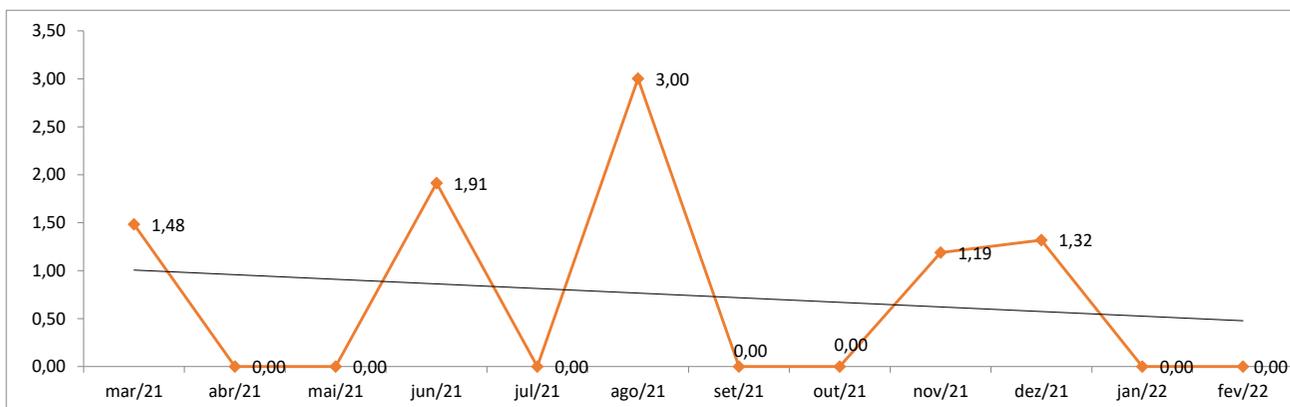
--	--	--

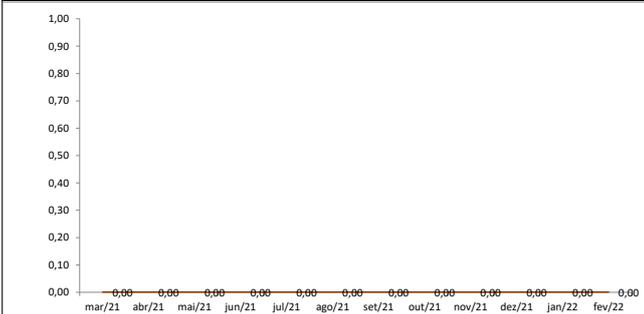
--	--	--

--	--	--

Compilação de dados - Indicador

Indicador:													
Mês	jan/22	fev/22	mar/21	abr/21	mai/21	jun/21	jul/21	ago/21	set/21	out/21	nov/21	dez/21	Resultado
Metas ≤0,6%	0,6												
N° total de ITU associada a CVD nos CTIs adulto	0	0	1	0	0	1	0	2	0	0	1	1	6
N° total de CVD/dia nos CTIs adulto	752	664	674	644	761	523	780	666	602	782	842	758	8448
Fórmula de Cálculo:	0,00	0,00	1,48	0,00	0,00	1,91	0,00	3,00	0,00	0,00	1,19	1,32	0,71

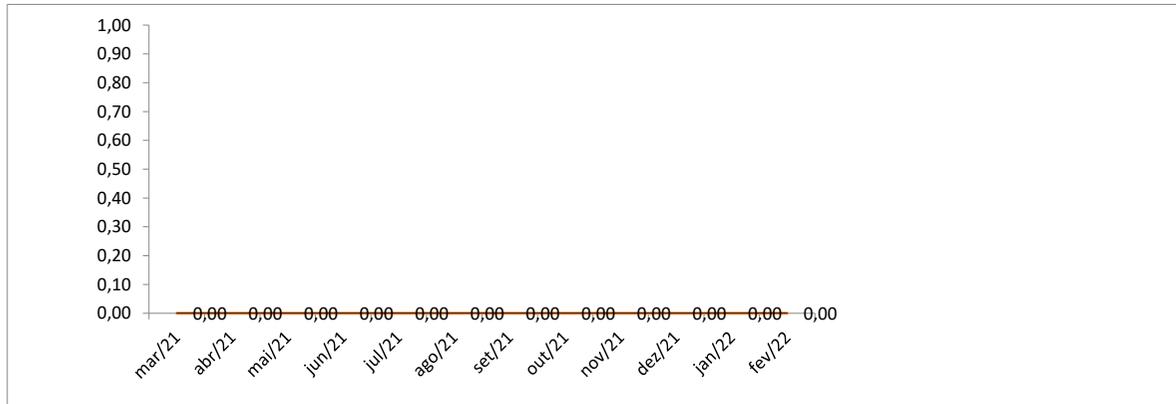


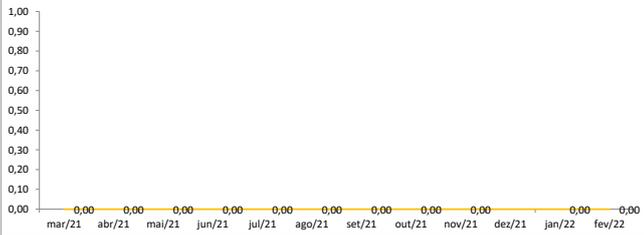
Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida
Perspectiva	Diretriz	Fonte dos Dados
Processo.	Segurança do paciente.	Busca fonada.
	Objetivo Reduzir o número de infecções de sítio cirúrgico associadas às artroplastias total de quadril.	
Meta	Indicador	Forma de Medição (cálculo)
0%	Taxa de infecção de sítio cirúrgico associadas às artroplastias total de quadril.	NÚMERO DE INFECÇÕES DE FERIDA OPERATÓRIA DE CIRURGIAS artroplastias total de quadril x100 NÚMERO TOTAL DE artroplastias total de quadril
		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
		Outubro/2019
Análise Crítica		
Foram realizadas 02 totais e 03 parciais (sendo uma fratura do protocolo do idoso). Não foi diagnosticado nenhum caso de infecção a esta cirurgia no período.		
Ação de Melhoria		

Compilação de dados - Indicador

Indicador:

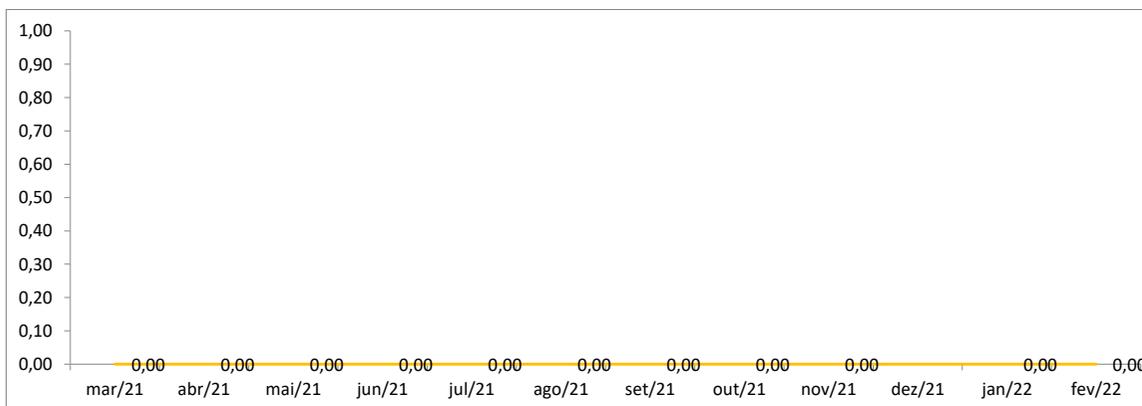
Mês	jan/22	fev/22	mar/21	abr/21	mai/21	jun/21	jul/21	ago/21	set/21	out/21	nov/21	dez/21	Resultado
Metas 0,0	0												
Nº total de artroplastias total de quadril realizadas	0	2	1	6	3	0	2	1	2	2	4	1	24
Nº de Infecções cirúrgicas identificadas nas artroplastias totais de quadril	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fórmula de Cálculo:	#DIV/0!	0,00	0,00	0,00	0,00	#DIV/0!	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00



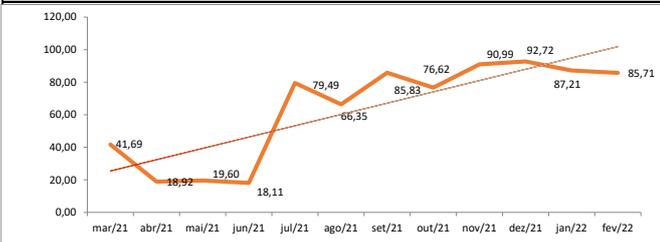
Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida	
Perspectiva	Diretriz		Fonte dos Dados
Processo.	Segurança do paciente.		Busca fonadas e reinternações.
	Objetivo Reduzir o número de infecções de sítio cirúrgico associadas às derivações ventriculoperitoneais (DVP).		
Meta 0%	Indicador Taxa de infecção de sítio cirúrgico associadas às DVP.		Forma de Medição (cálculo) NÚMERO DE INFECÇÕES DE FERIDA OPERATÓRIA DE DVP NÚMERO TOTAL DE DVP .100
			Periodicidade de Avaliação Mensal
			Área Responsável CCH e Neurocirurgia
			Responsável pela Coleta de Dados CCH.
			Responsável pela Análise de Dados Leonardo Miguez
			Referencial Comparativo
			Versão
			Última Atualização Outubro/2019
			Análise Crítica Foram realizadas 03 DVRE no período e nenhum caso de infecção foi diagnosticado. Não houve nenhuma DVP realizada em fevereiro. Duas foram realizadas dentro do centro cirúrgico e uma no CTI.
			Ação de Melhoria

Compilação de dados - Indicador

Indicador:													
Mês	jan/22	fev/22	mar/21	abr/21	mai/21	jun/21	jul/21	ago/21	set/21	out/21	nov/21	dez/21	Resultado
Metas 0,0	0												
Nº total de DVP realizadas	2	3	1	0	0	3	1	0	3	1	4	2	20
Nº de Infecções cirúrgicas DVP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fórmula de Cálculo:	0,00	0,00	0,00	#DIV/0!	#DIV/0!	0,00	0,00	#DIV/0!	0,00	0,00	0,00	0,00	



Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida	Fonte dos Dados
Processo.	Perspectiva	Segurança do paciente.	Observador cego.
	Diretriz	Objetivo Reduzir o número de infecções associadas à assistência à saúde.	
Meta	Indicador	Forma de Medição (cálculo)	
	Taxa de adesão à higienização das mãos	$\frac{\text{NÚMERO TOTAL DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS}}{\text{NÚMERO DE OPORTUNIDADES OBSERVADAS PARA A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS}} \times 100$	
		Periodicidade de Avaliação	
		Mensal	
		Área Responsável	
		CCIH.	
		Responsável pela Coleta de Dados	
		CCIH.	
		Responsável pela Análise de Dados	
		Enfermeira Juliana Ribeiro, Juliana Costa e Sergio Tavares	
		Referencial Comparativo	
		Versão	
		Última Atualização	
		Outubro/2019	



Análise Crítica

A higiene das mãos (HM) sabidamente é uma das principais ações para prevenção de IRAS; estudos comprovam que essa prática quando realizada de forma correta, torna-se a medida mais eficaz e de menor custo para as unidades hospitalares. 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.

No mês de fevereiro, houve uma queda na observação das HM por conta de demandas como visitas técnicas, porém esse fator provavelmente não impactou no na taxa. Foram observadas 42 oportunidades de higiene das mãos, sendo que destas, 36 (85,71%) colaboradores realizaram higiene das mãos. No entanto, somente 19 (52,77%) destes realizaram de forma adequada (dentro da técnica preconizada), seguindo todos os passos adequados para higiene proveitosa. Quando comparado com o mês de janeiro não observamos diferença estatística relevante.

Aproveitamos ainda para destacar o consumo de preparados alcoólicos para as mãos, onde dentro das UTIs adultos no mês corrente. Segue o quadro de consumo de álcool gel de acordo com cada unidade:

Setor	CTI 1	CTI 2	CTI 3	CTI 4	UPO
Jan	16.800ml	800ml	00	4.000ml	2.400ml
Fev	5.600ml	1.600ml	3.200ml	4.800ml	2.400ml

No CETIPE foi consumido um total de 5.600ml. Esses dados são cedidos mensalmente pelo setor de hotelaria.

Causas:

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

1. Ainda

Ação de Melhoria

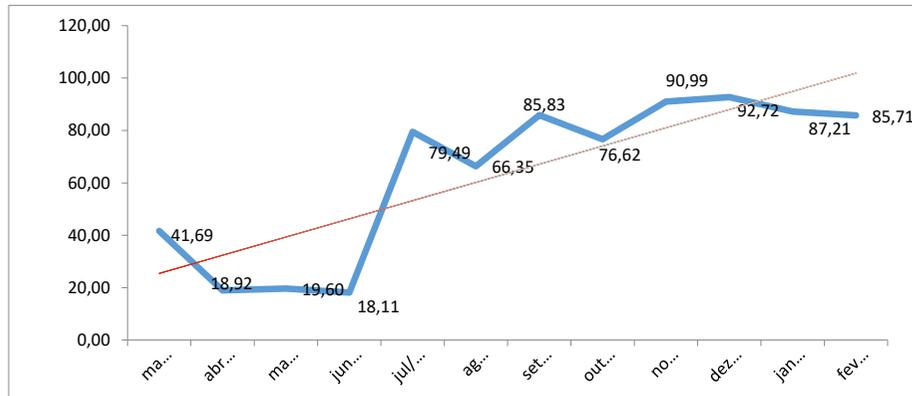
Treinamento: Conscientização das equipes sobre a importância de HM.



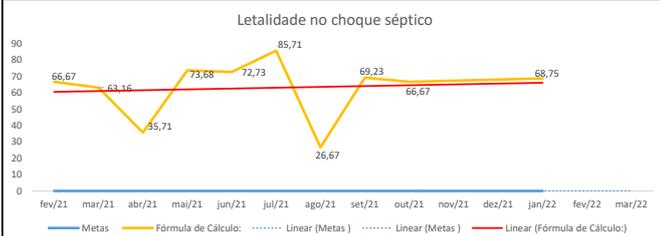
Compilação de dados - Indicador

Indicador:

Mês	jan/22	fev/22	mar/21	abr/21	mai/21	jun/21	jul/21	ago/21	set/21	out/21	nov/21	dez/21	Resultado
Metas	0												
Nº de higienização das mãos realizadas	266	36	168	112	99	46	155	209	218	508	677	650	3144
Nº de oportunidades observadas para higiene das mãos.	305	42	403	592	505	254	195	315	254	663	744	701	4973
Fórmula de Cálculo:	87,21	85,71	41,69	18,92	19,60	18,11	79,49	66,35	85,83	76,62	90,99	92,72	63,22



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
		CCIH
		Responsável pela Coleta de Dados
		CCIH.
		Responsável pela Análise de Dados
		Sylvia Pavan, Herbert e Clávio Filho
		Referencial Comparativo
		Versão
		Última Atualização
		Outubro/2019



Análise Crítica

Foram abertos 42 protocolos de sepse no HEGV no mês de fevereiro (17 protocolos a menos que em janeiro). Foram excluídos 15 (5 a menos que no mês anterior) e 27 mantidos (12 a menos que no mês anterior). Até o início de março foram contabilizados 08 óbitos, sendo 04 por choque séptico. Dos 27 protocolos mantidos, 14 (51,85%) foram de origem hospitalar e 13 (48,15%) de origem comunitária.

Principais diagnósticos identificados: 16 Pneumonias – 6 IPPM - 1 ITU – 1 Urinário – 1 Abdominal – 1 SNC – 1 Osso e articulação.

Origem Comunitária:

Total de 13 protocolos mantidos, sendo que 05 por choque séptico (3 óbitos e 2 internados), 07 infecções com disfunção orgânica (4 internados, 1 óbito, 2 altas). Uma SIRS (alta).

Origem Hospitalar:

Total de 14 protocolos mantidos, sendo:

- 7 na CM - 5 disfunções orgânicas (2 internados e 3 altas) e 2 SIRS (1 internado e 1 alta).
- 2 na Neurocirurgia – 1 disfunção orgânica (alta) e 1 choque (internado).
- 2 na Ortopedia – 1 choque (alta) e 1 disfunção orgânica (óbito).
- 2 na C. Vasculár – 1 choque (óbito) e 1 disfunção orgânica (óbito).
- 1 na Emergência - disfunção orgânica (óbito).

Apenas 01 protocolo foi considerado como sucesso (7,14%).

Causas:

Falta de adesão da equipe médica.

Falta de treinamento com relação aos sinais: "Pode ser sepse".

Ação de Melhoria

Identificação dos critérios para descontinuidade do protocolo. Treinamento do Protocolo de sepse.

Mudança no modelo de reunião de sepse.

Feedback dos pacientes da última reunião.



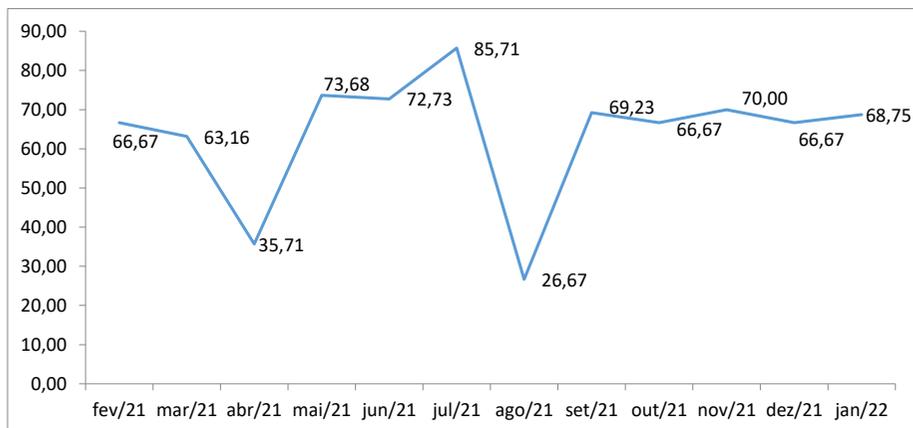
HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS

ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Compilação de dados - Indicador

Indicador:

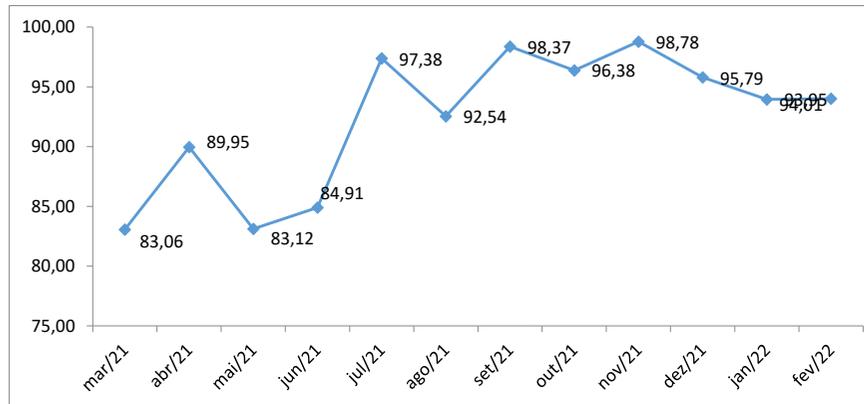
Mês	jan/22	fev/21	mar/21	abr/21	mai/21	jun/21	jul/21	ago/21	set/21	out/21	nov/21	dez/21	Resultado
Metas	0												
TOTAL DE ÓBITOS RELACIONADOS À SEPSE GRAVE	11	8	12	5	14	8	7	4	9	4	7	4	
TOTAL DE SEPSE GRAVE	16	12	19	14	19	11	6	15	13	6	10	6	
Fórmula de Cálculo:	68,75	66,67	63,16	35,71	73,68	72,73	85,71	26,67	69,23	66,67	70,00	66,67	



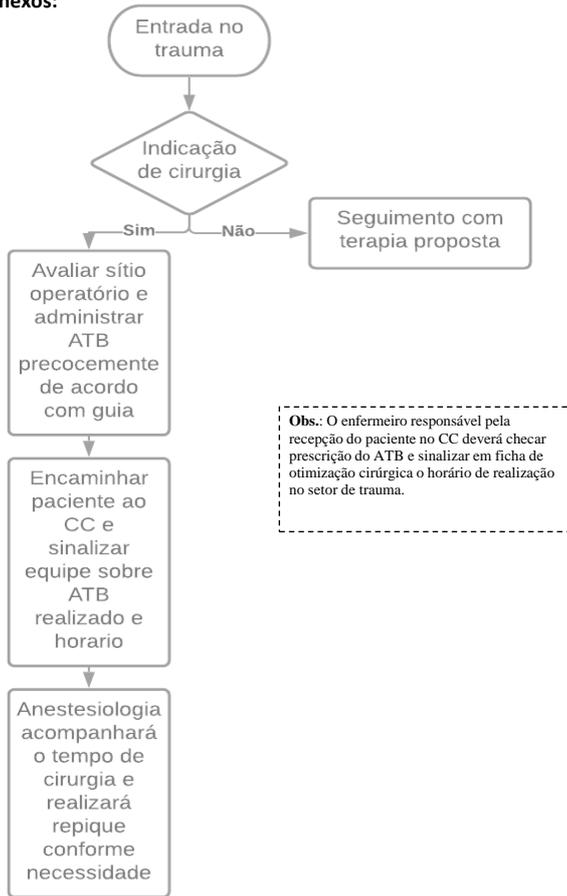
Compilação de dados - Indicador

Indicador:

Mês	jan/22	fev/22	mar/21	abr/21	mai/21	jun/21	jul/21	ago/21	set/21	out/21	nov/21	dez/21	Resultado
Metas													
Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos que receberam um esquema profilático apropriado de antibióticos	357	361	412	385	256	270	372	360	363	373	325	341	
Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos na amostra	380	384	496	428	308	318	382	389	369	387	329	356	
Fórmula de Cálculo:	93,95	94,01	83,06	89,95	83,12	84,91	97,38	92,54	98,37	96,38	98,78	95,79	#DIV/0!



Anexos:



Anexos: