

Relatório Mensal de Atividades

(SCIH)

Responsável:

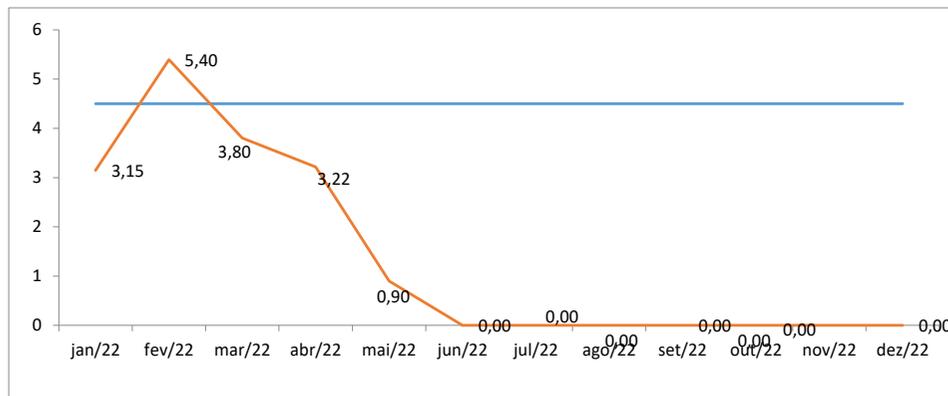
SYLVIA PAVAN

MAIO/2022

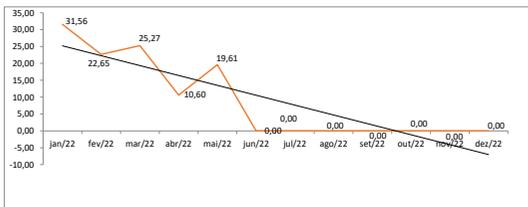
Compilação de dados IPCS adulto

Indicador:

	jan/22	fev/22	mar/22	abr/22	mai/22	jun/22	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22	Resultado
Metas ≤4,5%	4,5												
Nº total de IPCS nos CTIs adulto	4	6	4	4	1								19
Nº total de CVC/dia nos CTIs adulto	1270	1112	1052	1243	1115								5792
Fórmula de Cálculo:	3,15	5,40	3,80	3,22	0,90	#DIV/0!	3,28						



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 = 1000
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 Maio/ 2022		



Análise Crítica

Desde janeiro de 2022 a tendência deste indicador é de queda. Em abril o resultado ficou abaixo da meta estabelecida desde janeiro de 2021. Em maio houve um aumento das taxas, porém ainda abaixo dos resultados dos três primeiros meses deste ano. Analisando a densidade de incidência de PAV nos diversos setores, houve diminuição no CTI 3 e aumento nos demais CTIs. As taxas de utilização apresentaram queda com exceção da UPO.

Segue os dados referentes ao TMP (tempo médio de permanência) e à TU (taxa de utilização) de cada CTI nos últimos 4 meses:

Taxa de utilização de VM:

Sector	Fevereiro	Março	Abril	Maio
CTI 1	66,60%	38,73%	50,96%	45,88%
CTI 2	65,71%	72,31%	86,40%	61,13%
CTI 3	71,43%	51,63%	64,29%	40,0%
CTI 4	50%	52,65%	37,50%	29,71%
UPO	60,66%	47,94%	45,02%	55,32%

Com os

pacientes em VM:

Sector	Fevereiro	Março	Abril	Maio
CTI 1	8,63	6,82	7,16	6,89
CTI 2	10,86	6,48	8,10	4,87
CTI 3	11,50	11,88	8,31	8,22
CTI 4	7,93	8,60	8,40	6,45
UPO	7,53	7,53	5,95	9,18

números de TMP e de TU podemos perceber que:

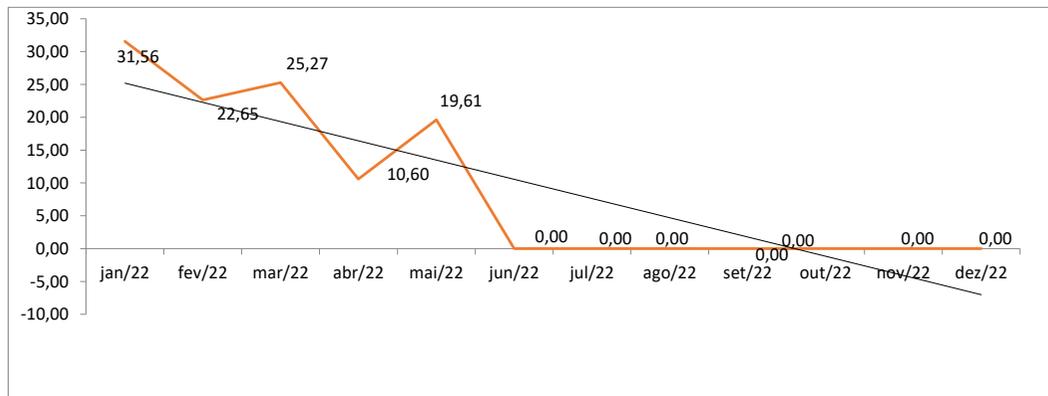
- CTI 1 – Houve aumento significativo na DI de PAV (de 10,3 para 19,1), apesar de queda na TU e no TMP deste dispositivo. Um paciente apresentou duas PAVs durante o mês.
- CTI 2 – Apresentou o mesmo número absoluto de PAVs (duas) nos meses de abril e maio e queda da TU de 86% para 61%, como consequência a DI apresentou discreto aumento, de 8,5 para 13,3 por 1000VM/dia. A TMP também apresentou queda.
- CTI 3 – Houve uma PAV tardia neste setor no mês de maio e a DI apresentou queda (de 18,5 para 15,5). A TU apresentou queda importante e o TMP se manteve estável. O tempo prolongado de internação e VM contribuíram para o aparecimento da PAV.
- CTI 4 – Houve diminuição importante da TU de VM e dos dias dos pacientes sob este dispositivo. A DI de PAV, porém, apresentou aumento importante (de 11,9 para 28,2). Ocorreram duas infecções, uma em paciente com trauma pulmonar que permaneceu com dreno de tórax e outra em paciente com internação prolongada vítima de PAF (o trauma extenso com hemorragia e múltiplos procedimentos foram os fatores de risco para o caso).
- UPO – Neste setor a DI de PAV apresentou o maior aumento dentre todos os CTIs (de 7,6 para 25,4), e foi o único setor que apresentou aumento na TU e no TMP do dispositivo. Nenhum dos casos ocorreu em internação prolongada (de 6 a 10 dias de TOT). Dos quatro pacientes, três tinham AVC como causa de internação (com possível ocorrência de aspiração) e um paciente era portador de doença pulmonar de base.

Ação de Melhoria

- Já estão sendo realizadas discussões sobre antibioticoterapia de acordo com os protocolos de sepsse abertos no CTI e de acordo com as visitas da CCIH aos setores. Os abertos em outros setores (caso haja necessidade), na intenção de impactar na letalidade da PAV.
- Fixadores de TOT serão trocados durante a H.O. do paciente e sempre que necessário pela equipe de enfermagem ou fisioterapia.
- Foram adicionados cuidados extras para prosseguir com a extubação do paciente, como: H.O. antes do procedimento ser realizado, avaliação hemodinâmica durante o TRE, avaliação do CNE após a extubação, realização de raio x de tórax imediatamente após a extubação, entre outros.
- Já estão sendo realizadas discussões semanais com os coordenadores do CTI para definição de diagnóstico de PAV.
- Ainda encontramos pacientes sem imagem de tórax na admissão dificultando a classificação da pneumonia.
- 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.

Compilação de dados - Indicador

Indicador:													
Mês	jan/22	fev/22	mar/22	abr/22	mai/22	jun/22	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22	Resultado
Metas ≤13‰	13												
Nº total de PAV nos CTIs adulto	32	21	19	9	14								95
Nº total de VM/dia nos CTIs adulto	1014	927	752	849	714								4256
Fórmula de Cálculo:	31,56	22,65	25,27	10,60	19,61	#DIV/0!	2,23%						



Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida
----------------------------------	--	-------------------

Perspectiva	Diretriz	Fonte dos Dados
-------------	----------	-----------------

Processo.	Segurança do paciente. Objetivo Reduzir a densidade de incidência de infecção urinária	Busca ativa. Prontuários. Exames microbiológicos.
-----------	---	---

Meta	Indicador	Forma de Medição (cálculo)
------	-----------	----------------------------

≤0,60‰	Densidade de incidência infecção urinária associada à cateter vesical de demora nas UTIs adulto.	$\frac{\text{NÚMERO DE INFECÇÕES URINÁRIAS ASSOCIADAS À CATETER VESICAL DE DEMORA/DIA}}{\text{NÚMERO DE CATETER VESICAL DE DEMORA/DIA}} \times 1000$
--------	--	--

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

Maior/ 2022

Análise Crítica

A Infecção do Trato Urinário (ITU) é uma das causas prevalentes de IRAS com maior potencial preventivo, visto que boa parte está relacionada à cateterização vesical. As ITUs podem ser responsáveis por 35 a 45% das IRAS em pacientes adultos, no entanto esta afecção não costuma cursar com potencial letal. Houve diminuição global da densidade de utilização de cateter de demora. No mês de maio não foram diagnosticados casos de ITU.

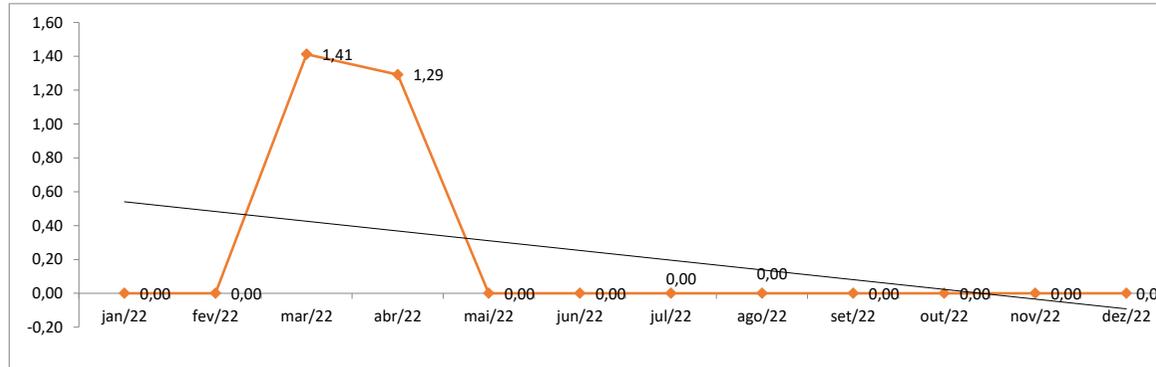
Ação de Melhoria

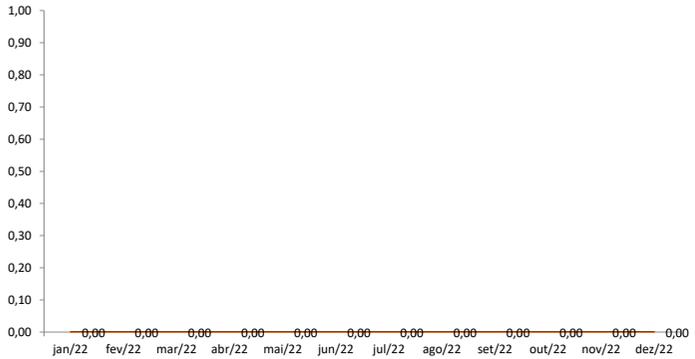
1. Treinamento trimestral de prevenção de ITU associada à CVD.

Compilação de dados - Indicador

Indicador:

Mês	jan/22	fev/22	mar/22	abr/22	mai/22	jun/22	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22	Resultado
Metas ≤0,6‰	0,6												
N° total de ITU associada a CVD nos CTIs adulto	0	0	1	1	0	0							2
N° total de CVD/dia nos CTIs adulto	752	664	708	774	761	576							4235
Fórmula de Cálculo:	0,00	0,00	1,41	1,29	0,00	0,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0,47

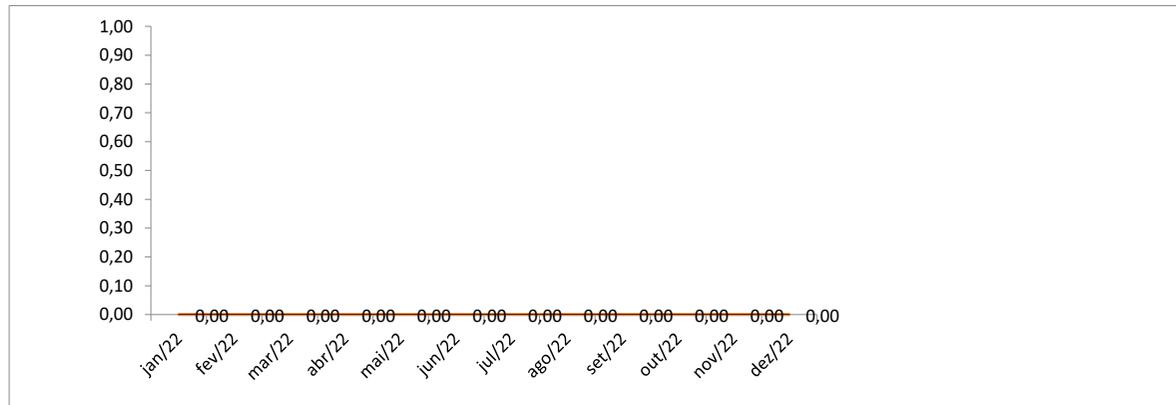


Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida
Perspectiva	Diretriz	Fonte dos Dados
Processo.	Segurança do paciente.	Busca fonada.
	Objetivo Reduzir o número de infecções de sítio cirúrgico associadas às artroplastias total de quadril.	
Meta	Indicador	Forma de Medição (cálculo)
0%	Taxa de infecção de sítio cirúrgico associadas às artroplastias total de quadril.	$\frac{\text{NÚMERO DE INFECÇÕES DE FERIDA OPERATÓRIA DE CIRURGIAS artroplastias total de quadril}}{\text{NÚMERO TOTAL DE artroplastias total de quadril}} \times 100$
		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
		Maior 2022
Análise Crítica		
Não foi diagnosticado nenhum caso de infecção relacionada à artroplastias total de quadril no período.		
Ação de Melhoria		

Compilação de dados - Indicador

Indicador:

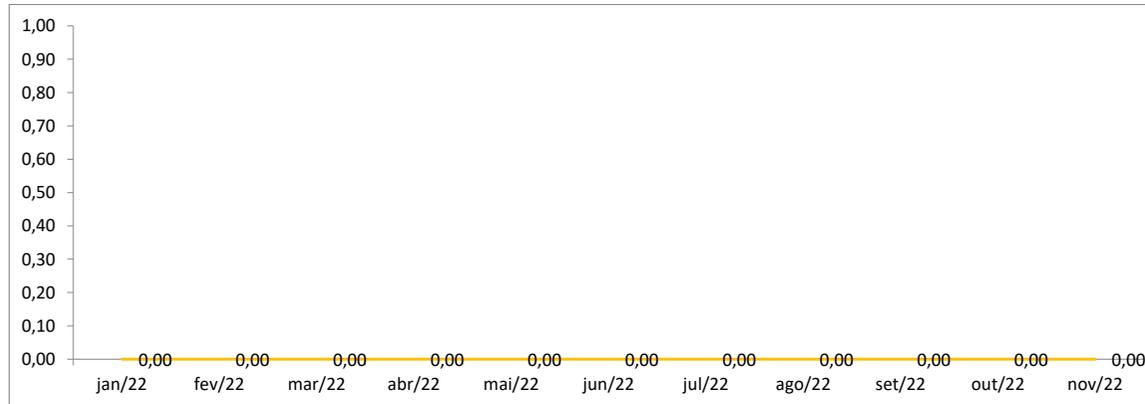
Mês	jan/22	fev/22	mar/22	abr/22	mai/22	jun/22	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22	Resultado
Metas 0,0	0												
Nº total de artroplastias total de quadril realizadas	0	2	3	0	4								9
Nº de Infecções cirúrgicas identificadas nas artroplastias totais de quadril	0	0	0	0	0								0
Fórmula de Cálculo:	#DIV/0!	0,00	0,00	#DIV/0!	0,00	#DIV/0!	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	Indicador	Forma de Medição (cálculo)	
0%	Taxa de infecção de sítio cirúrgico associadas às DVP.	NÚMERO DE INFECÇÕES DE FERIDA OPERATÓRIA DE DVP	.100
		NÚMERO TOTAL DE DVP	
		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	
		Maio/ 2022	
Análise Crítica			
Foram realizadas 04 DVPs e 06 DVEs no período e nenhum caso de infecção foi diagnosticado relacionado à DVP.			
Ação de Melhoria			

Compilação de dados - Indicador

Indicador:													
Mês	jan/22	fev/22	mar/22	abr/22	mai/22	jun/22	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22	Resultado
Metas 0,0	0												
Nº total de DVP realizadas	2	3	1	3	4								13
Nº de Infecções cirúrgicas DVP	0	0	0	0	0								0
Fórmula de Cálculo:	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	#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	$\frac{\text{NÚMERO TOTAL DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS}}{\text{NÚMERO DE OPORTUNIDADES OBSERVADAS PARA A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS}} \times 100$



Periodicidade de Avaliação

Mensal

Área Responsável

CCHH

Responsável pela Coleta de Dados

CCHH

Responsável pela Análise de Dados

Sylvia Pavan

Referencial Comparativo

Versão

Última Atualização

Maior 2022

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 CCHH 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 92 oportunidades de higiene das mãos em maio, sendo observada uma queda de 34,96%. Durante as observações observamos que 29 (31,52%) colaboradores realizaram higiene das mãos. No entanto, somente 11 (37,93%) destes realizaram de forma adequada (dentro da técnica preconizada).

Aproveitamos ainda para destacar o consumo de preparados alcoólicos e sabão líquido para as mãos nas UTIs nos últimos 4 meses:

Consumo de álcool gel por CTI:

Setor	CTI 1	CTI 2	CTI 3	CTI 4	UPO	CETIPE
Fevereiro	5.600ml	1.600ml	3.200ml	4.800ml	2.400ml	5.600ml
Março	11.200ml	800ml	1.600ml	1.600ml	1.600ml	4.000ml
Abril	4.800ml	1.600ml	1.600ml	1.600ml	3.200ml	6.400ml
Maior	12.000ml	3.400ml	0	5.600ml	3.200ml	9.600ml

Consumo de sabão líquido por CTI:

Setor	CTI 1	CTI 2	CTI 3	CTI 4	UPO	CETIPE
Fevereiro	13.600ml	12.800ml	800ml	11.200ml	12.000ml	5.600ml
Março	10.400ml	11.100ml	4.700ml	9.600ml	4.800ml	7.200ml
Abril	13.600ml	8.000ml	5.600ml	12.800ml	7.200ml	9.600ml
Maior	10.400ml	10.400	2.400ml	2.400ml	3.200ml	9.600ml

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. 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.

Ação de Melhoria

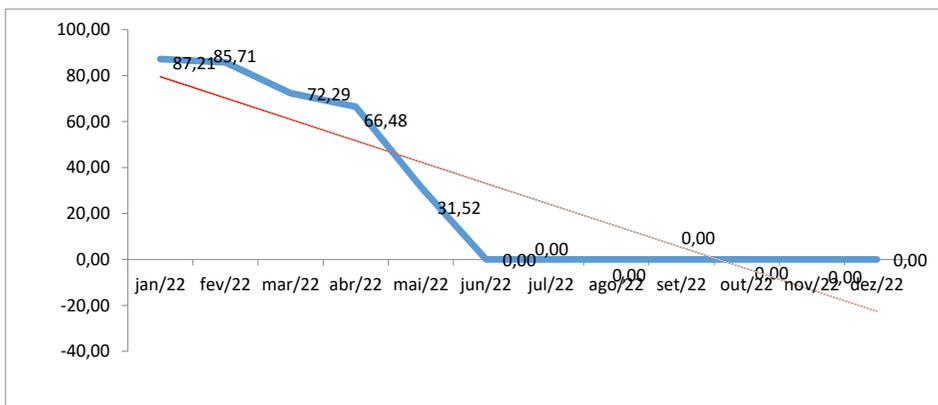
Treinamento com conscientização das equipes sobre a importância de HM.



Compilação de dados - Indicador

Indicador:

Mês	jan/22	fev/22	mar/22	abr/22	mai/22	jun/22	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22	Resultado
Metas	0												
N° de higienização das mãos realizadas	266	36	227	119	29								677
N° de oportunidades observadas para higiene das mãos.	305	42	314	179	92								932
Fórmula de Cálculo:	87,21	85,71	72,29	66,48	31,52	#DIV/0!	72,64						

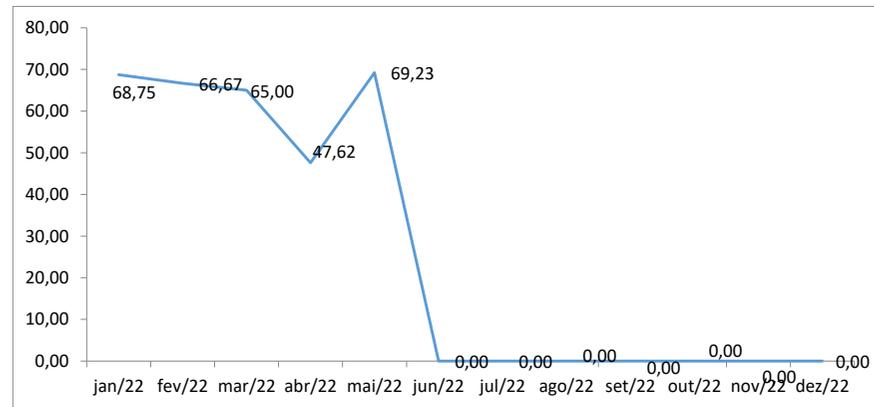


 	
Programa de Excelência em Gestão - PEG Ficha de Indicador	
Hospital Estadual Getúlio Vargas	Unidade de Medida
Perspectiva	Diretriz
Processo.	Segurança do paciente.
	Objetivo
	Reduzir a letalidade relacionada à sepse, septo.
Meta	Indicador
	Taxa de letalidade relacionada à sepse grave.
	Forma de Medição (cálculo)
	TOTAL DE ÓBITOS EM PACIENTES COM SEPSE GRAVE
	TOTAL DE SEPSE GRAVE
	100 00
	Periodicidade de Avaliação
	Mensal
	Área Responsável
	CCPH
	Responsável pela Coleta de Dados
	CCPH
	Responsável pela Análise de Dados
	Sylvia Pavan
	Referencial Comparativo
	Versão
	Última Atualização
	Maior 2022
Análise Crítica	
<p>Foram abertos 59 protocolos de sepse no HEGV no mês de maio (10 protocolos a mais que em março). Foram excluídos 16 (10 a menos que no mês anterior) e 43 mantidos, o que correspondem a 72,88%. Até o início de junho foram contabilizados 23 óbitos de todos os pacientes que tiveram os protocolos mantidos, sendo que 9 por choque séptico e 12 por infecção com disfunção orgânica e 2 SIRS. Não temos como definir se os óbitos foram por causas infecciosas ou por doenças de base. Há necessidade de melhorar as investigações diagnósticas por conta dos focos indeterminados.</p> <p>Dos 43 protocolos mantidos, 26 (60,46%) foram de origem comunitária e 17 (39,53%) de origem hospitalar.</p> <p>Principais diagnósticos identificados: 17 Pneumonias – 3 IPPM – 7 Urinário – 11 Indeterminado - 2 SNC – 1 Endocardite.</p> <p>Origem Comunitária: Total de 26 protocolos mantidos, sendo que 12 (46,15%) evoluíram para óbito, desses: 06 (66,66%) por choque séptico (6 com menos de 72h de internação e 02 entre 4 e 30 dias) e 03 (25%) por infecção com disfunção orgânica (2 com menos de 72h de internação e 01 entre 4 e 30 dias) e 01 (8,33%) SIRS com menos de 72 horas.</p> <p>Em relação ao foco, 2 foram de origem pulmonar, 05 indeterminados, 02 abdominais e 3 urinárias.</p> <p>Origem Hospitalar: Dos 17 protocolos mantidos, 11 (64,70%) evoluíram a óbito, desses: 01 (5,88%) choque séptico, 09 (52,94%) disfunções orgânicas e 01 (5,88%) SIRS.</p> <p>*14 na CM - 02 choques sépticos (01 evoluiu para óbito em menos de 72 horas e 01 mantém-se internado), 11 (78,57%) infecções com disfunção (7 (63,63%) óbitos, 3 (27,27%) internados e 1(9,09%) alta hospitalar)</p> <p>*1 Clínica Cirúrgica – 1 infecções com disfunção (1 óbito com menos de 72 horas)</p> <p>*1 na Ortopedia – 1 disfunção orgânica (óbito entre 4 e 30 dias)</p> <p>*1 na Neurocirurgia – 1 infecção com disfunção orgânica (alta hospitalar)</p> <p>03 (6,97%) protocolos abertos e mantidos no HEGV foram considerados como realizados de forma completa.</p> <p>Na UPA Penha foram abertos 09 protocolos, apenas 1 excluído (11,11%), 04 (44,44%) pacientes mantidos no protocolo foram transferidos para o HEGV desses 03(75%) foram a óbitos e 01 recebeu alta hospitalar. Foi mantido a redução do número de abertura de protocolos em comparação ao mês anterior e redução de exclusão de protocolos.</p> <p>02 pacientes evoluíram para óbito na UPA Penha, 2 (50%) choques sépticos</p> <p>De todos os pacientes da UPA, somente 01 (11,11%) protocolo realizado de acordo com o preconizado.</p>	
Protocolos das Unidades Intensivas:	
<p>Foram abertos 61 protocolos de sepse no mês de maio, no entanto, 06 foram encerrados (55 mantidos) Dos protocolos encerrados, todos foram justificados, dentre estes, há justificativa de resposta ao trauma, aumento de frequência cardíaca devido despertar diário de ventilação mecânica, rebaixamento de nível de sensorio devido hemorragia subdural, entre outros. Ainda, dentre os encerrados, 01 teve diagnóstico de IRAS pelo SCIH (02 dias antes abertura do protocolo).</p> <p>Em relação aos protocolos mantidos, 14 tinham etiologia comunitária. Dentre eles, 08 já faziam uso prévio de antimicrobiano e 05 foram escalonados.</p> <p>Contrariamente ao mês de abril, todos os protocolos continavam horário de administração de antimicrobiano registrado em protocolo gerenciado e prontuário do paciente; no entanto, 06 ultrapassaram a lacuna de tempo de 60' instituído para administração do fármaco. Cabe ressaltar que todos os 06 citados se tratava de pacientes cujo seu diagnóstico de gravidade infecciosa era compatível com sepse; e de acordo com os mais atuais protocolos instituídos pelo Instituto Latino-Americano de Sepse – ILAS, os casos de Sepse Possível podendo ter seus antimicrobianos postergados em até 03 horas até confirmação laboratorial da suspeita. Logo, é necessário maiores estudos dos protocolos institucionais para melhor analisarmos tal dado e pontuarmos adequação para com as equipes assistenciais.</p> <p>Sobre o grau de gravidade infecciosa, dentre os 55 protocolos mantidos, divide-se em: 04 SIRS; 37 em estado de infecção com disfunção e 14 em choque séptico. Aproveitamos ainda para constatar que dentre os protocolos gerenciados, 14 foram classificados como choque séptico, desses 06 foram a óbito, sendo 2 como Moda, tempo máximo 14 e mínimo, 01.</p> <p>No que tange as notificações de infecção realizadas pelo SCIH, 26 tiveram protocolo de sepse aberto em data próxima ou na mesma data.</p> <p>Dentre as inconformidades referentes ao pacote gerenciado (bundle), somente 05 apresentavam algum tipo de mal preenchimento no que tange ao bundle da sexta hora, sendo 03 não havendo GSA de controle e 02 referentes anotações de sinais vitais.</p>	
Ação de Melhoria	
<p>Treinamento das equipes médicas com apoio dos coordenadores das unidades. formulário implementado em meados de março.</p>	<p>Treinamento do novo formulário implementado em meados de março.</p>

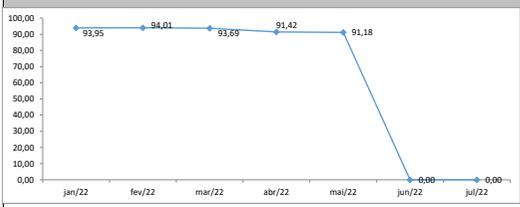
Compilação de dados - Indicador

Indicador:

Mês	jan/22	fev/22	mar/22	abr/22	mai/22	jun/22	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22	Resultado
Metas	0												
TOTAL DE ÓBITOS RELACIONADOS À SEPSE GRAVE	11	8	13	10	9								
TOTAL DE SEPSE GRAVE	16	12	20	21	13								
Fórmula de Cálculo:	68,75	66,67	65,00	47,62	69,23	#DIV/0!							



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	$\frac{\text{Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos que receberam um esquema profilático : antibióticos}}{\text{Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos na amostra}} \times 1000$



Periodicidade de Avaliação

Mensal

Área Responsável

CCH

Responsável pela Coleta de Dados

CCH

Responsável pela Análise de Dados

Sylvia Pavan

Referencial Comparativo

Versão

Última Atualização

Novembro/2020

Análise Crítica

Dentre as medidas que colaboram para prevenção de infecção de sítio cirúrgico, a antibioticoprofilaxia entra como uma das principais medidas; no que tange à esta, precisamos atentar para: indicação apropriada, droga adequada levando em consideração o sítio a ser operado, dose efetiva dentro do intervalo correto, descontinuar o antimicrobiano em tempo assertivo, atenção ao ajuste de dose para pacientes obesos além do repique intraoperatório caso necessário.

No mês de maio, foram realizadas 672 cirurgias, dentre elas, 302 emergenciais ou emergenciadas e 370 programadas. Dentre todas as cirurgias realizadas 533 haviam indicação de profilaxia cirúrgica, no entanto, 492 cirurgias obtiveram sua profilaxia realizada com algum tipo de antimicrobiano e também as que tinham indicação de profilaxia cirúrgica e não realizada (#), como representado no quadro abaixo. Vale ressaltar que dentre as 492 cirurgias com indicação de profilaxia, 06 destas realizaram o antimicrobiano inadequado de acordo com o sítio operado e protocolo institucionalizado. Tal inadequação pode impactar diretamente no custo X efetividade do processo profilático, além de induzir a seletividade microbiana de forma corriqueira.

Aprovellamos ainda para dispor o número de antimicrobianos realizados fora do intervalo preconizado: 56, sendo estes divididos entre 35 atrasos (período maior que 60' antes da incisão cirúrgica) e 21 antimicrobianos realizados após a incisão cirúrgica. De forma macroscópica, ambas as situações encontram-se inadequadas. No entanto em análise fina, as inadequações apresentam focos distintos que requerem tratativas diferenciadas.

Quadro 1. Relação de cirurgias com

indicação de profilaxia X profilaxias realizadas X não realizadas.

TOTAL DE CIRURGIAS COM INDICAÇÃO DE PROFILAXIA	TOTAL DE CIRURGIAS COM INDICAÇÃO DE PROFILAXIA E REALIZADA	≠
Cirurgia Geral	220	202
Cirurgia Vascular	9	9
Neurocirurgia	29	27
Ortopedia	261	241
Cirurgia Pediátrica	5	5
Bucodentofacial	7	7
Endoscopia	2	1
Total:	533	492

Ação de Melhoria

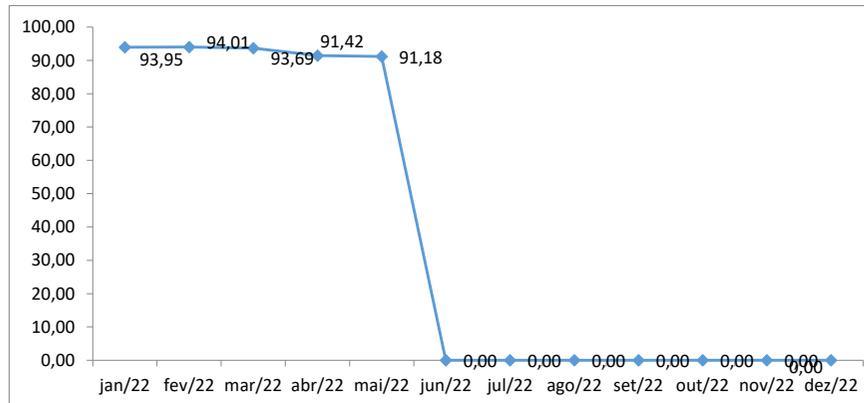
Otimizar os antibióticos profiláticos desde a emergência (Anexo).

Solicitar equipe cirúrgica através de suas coordenações que realizem treinamento sobre tempo assertivo do emprego do antimicrobiano profilático.

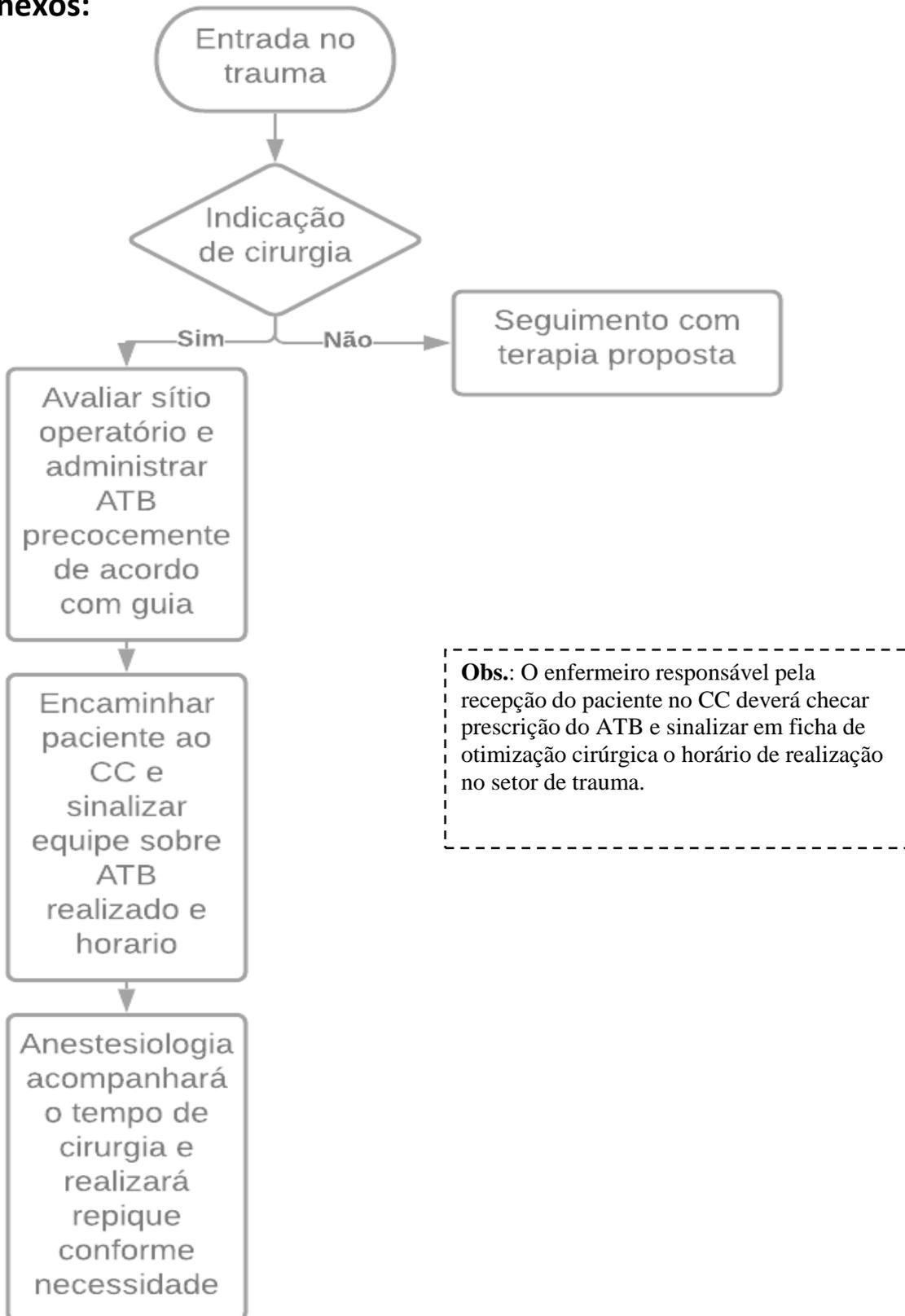
Compilação de dados - Indicador

Indicador:

Mês	jan/22	fev/22	mar/22	abr/22	mai/22	jun/22	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22	Resultado
Metas													
Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos que receberam um esquema profilático apropriado de antibióticos	357	361	416	458	486								2078
Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos na amostra	380	384	444	501	533								2242
Fórmula de Cálculo:	93,95	94,01	93,69	91,42	91,18	#DIV/0!	92,69						



Anexos:





Governo do Rio de Janeiro
Secretaria Estadual de Saúde
Hospital Estadual Getúlio Vargas

Anexos: