

Relatório Mensal de Atividades

(SCIH)

Responsável:

SYLVIA PAVAN

SETEMBRO/2022

Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida	Fonte dos Dados
Perspectiva	Diretriz		
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 NÚMERO DE CATETER VENOSO CENTRAL/DIA	.1000 00
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			
Julho/ 2022			

Análise Crítica

No mês de setembro foram diagnosticados 13 casos de IPSCSLC nas UTIs, 01 a menos que em agosto, apesar do discreto aumento na densidade de IPSCS (10,22 em agosto para 11,25/1.000 VM/dia em setembro) a taxa de utilização (TU) de CVC diminuiu de 78,48 em agosto para 77,43% em setembro.

O tempo médio de permanência (TMP) dos pacientes com CVC diminuiu na maioria das UTIs, exceto no CTI 3 e CTI 4 e não apresentou variação no CTI 2. A DU de CVC apresentou aumento no CTI 2, CTI 3 e no CTI4, diminuindo no CTI 1 e na UPO.

As IPSCSL foram identificadas no CTI 1 (n = 7), CTI 2 (n = 2), CTI 3 (n = 1), CTI 4 (n = 1) e na UPO (n = 2).

Acessos em Veia Femoral: Dos pacientes que apresentaram IPSCS, apenas 03 tinham CVC em VF no momento do diagnóstico e destes, apenas 02 eram para HD. Os pacientes em HD evoluíram à óbito e 01 permanece internado até a presente data.

Observações:

- Nenhum dos dois acessos para HD (FV) foram substituídos.
- O tempo de permanência dos CVCs que desenvolveram IPSCS variou de 31 e 4 dias até o momento do diagnóstico co infeccioso, com uma média de 12,28 dias.
- Os pacientes em HD também tinham CVC para infusão (apenas 1 acesso foi trocado com 2 dias antes do diagnóstico).
- O TMP dos CVC geral das unidades de terapia intensiva foi de 6,84 dias.
- Desfecho dos pacientes até o momento da execução deste relatório: 2 altas, 5 ainda permanecem internados e 5 óbitos.
- Somente 4 pacientes tiveram troca de CVC até 72h do diagnóstico de IPSCS.
- Apenas um CVC era proveniente da emergência e não foi trocado conforme as orientações da CCH.

Causas:

- Higiene das mãos ineficiente.
- Manipulação de forma inadequada dos acessos profundos, bem como a manipulação de seringas e medicações.
- Aumento do tempo médio de permanência dos CVC no CTI 3 e no CTI 4.
- Pacientes sem troca de CVC em até 72h após a admissão de setores de emergência.

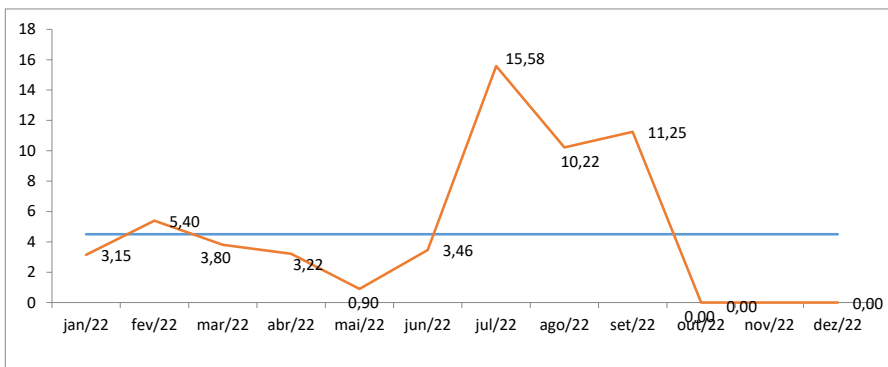
Ação de Melhoria

Estão sendo realizadas rondas nas UTIs com o objetivo de identificar as possíveis deficiências em processos para que os treinamentos possam ser objetivos e assertivos.

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	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	4	6	4	4	1	4	16	12	13				64
Nº total de CVC/dia nos CTIs adulto	1270	1112	1052	1243	1115	1157	1027	1174	1156				10306
Fórmula de Cálculo:	3,15	5,40	3,80	3,22	0,90	3,46	15,58	10,22	11,25	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	6,21



Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida	Fonte dos Dados
Processo.	Perspectiva	Diretriz	
		Segurança do paciente.	
		Objetivo	Busca ativa. Prontuários. Imagens radiológicas. Exames microbiológicos.
		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.	$\frac{\text{NÚMERO DE PNEUMONIAS ASSOCIADAS A VENTILAÇÃO MECÂNICA/DIA}}{\text{NÚMERO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA/DIA}} \cdot 1000$

Periodicidade de Avaliação

Mensal

Área Responsável

CCIH.

Responsável pela Coleta de Dados

CCIH.

Responsável pela Análise de Dados

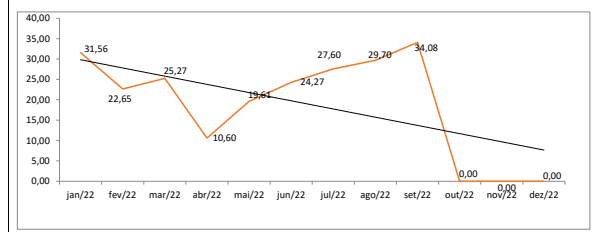
Sylvia Pavan

Referencial Comparativo

Versão

Última Atualização

Julho/ 2022



Análise Crítica

Houve um aumento de 05 PAVs no complexo de Terapia Intensiva no mês de setembro.

Analisando os setores individualmente, observamos uma diminuição na DI de PAV apenas no CTI 1 (14 em agosto para 10 em setembro) e um aumento significativo no CTI 2 (6 em agosto para 9 em setembro), na UPO (3 em agosto para 7 em setembro) e no CTI 3 (2 em agosto para 4 em setembro). No CTI 3 manteve o número de PAV.

Quando comparamos com o mês anterior, o tempo médio de permanência em VM, houve um aumento significativo no CTI 3 e em menor monta no CTI 4, se manteve estável no CTI 2 e apresentou uma diminuição significativa no CTI 1 e na UPO (não tão acentuada).

Também comparando com o mês de agosto, a taxa de utilização (TU) dos pacientes em VM, observamos um aumento significativo no CTI 4 (31,80 em agosto para 50,85 em setembro), no CTI 2 (75,53 em agosto para 80,75 em setembro) e um aumento menos significativo no CTI 3 (49,11 em agosto para 51,41 em setembro) e uma pequena diminuição no CTI 1 e na UPO.

- Causas:**
- Cabeceiras a menos de 30° no momento do banho do paciente.
 - Desposicionamento de CNE observados em raio x seriados.

Ação de Melhoria

Rondas da CCIH para identificar as principais causas que possam estar contribuindo para PAV.

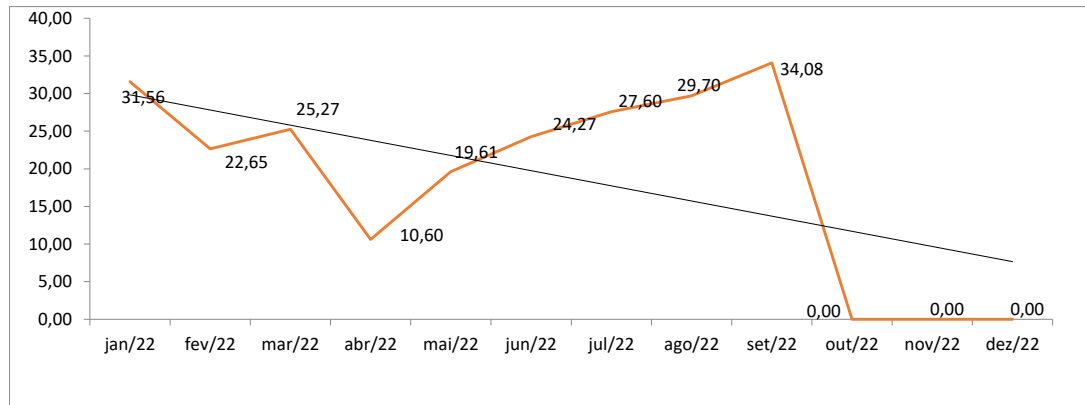
de CNE desposicionados.

paciente a 30°.

Correção
Manter cabeceira do

Compilação de dados - Indicador

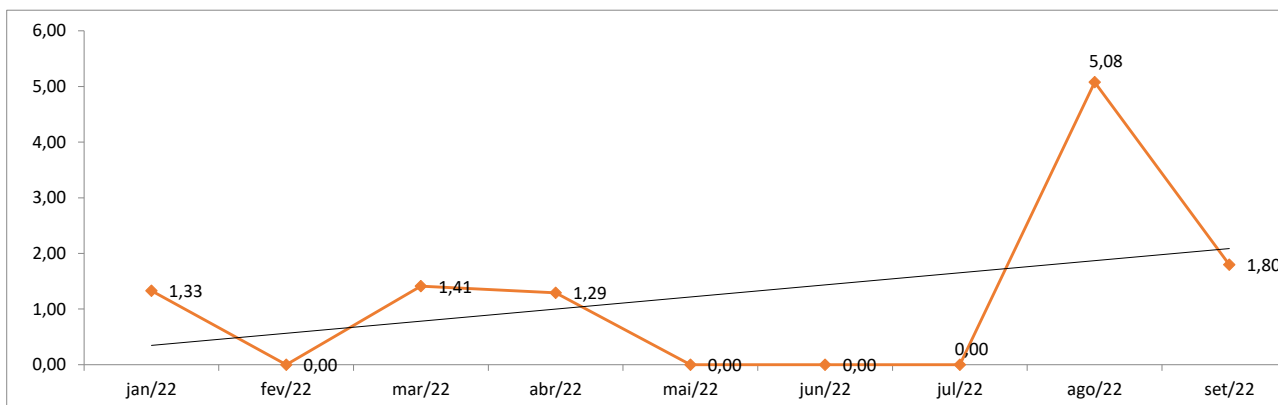
Indicador:													
Mês	jan/22	fev/22	mar/22	abr/22	mai/22	jun/22	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22	Resultado
Metas ≤13%	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	
N° total de PAV nos CTIs adulto	32	21	19	9	14	20	21	27	32				195
N° total de VM/dia nos CTIs adulto	1014	927	752	849	714	824	761	909	939				7689
Fórmula de Cálculo:	31,56	22,65	25,27	10,60	19,61	24,27	27,60	29,70	34,08	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	2,54%



Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida	Fonte dos Dados																																			
Perspectiva	Diretriz	Segurança do paciente.	Busca ativa. Prontuários. Exames microbiológicos.																																			
	Objetivo	Reduzir a densidade de incidência de infecção urinária																																				
Processo.																																						
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																																						
Julho/ 2022																																						
Análise Crítica																																						
<p>Observamos 3 pacientes com ITU associado à CVD, todas diagnosticadas no CTI 4. Um paciente foi à óbito. A média de dias que os pacientes com diagnóstico de ITU associada à CVD permaneceram com o dispositivo foi de 16,66 (sendo o máximo de 42 e o mínimo de 2 dias). Analisando apenas o comportamento dos últimos 2 meses em relação ao TMP e a DU de CVD nos pacientes das terapias intensivas, observamos:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Setor</th> <th>DU</th> <th>TMP</th> <th>SAPS 3 na Unidade*</th> <th>SAPS 3 no Hospital*</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Jul / Ago</td> <td>Jul / Ago</td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CTI 1-</td> <td>1,77</td> <td>+ 0,23</td> <td>62,17 / 61,80</td> <td>63,75 / 63,41</td> </tr> <tr> <td>CTI 2-</td> <td>2,74</td> <td>- 3,95</td> <td>74,44 / 54,87</td> <td>75,30 / 59,06</td> </tr> <tr> <td>CTI 3-</td> <td>41,31</td> <td>- 7,31</td> <td>67,05 / 59,39</td> <td>71,59 / 60,72</td> </tr> <tr> <td>CTI 4+</td> <td>1,38</td> <td>+ 2,55</td> <td>41,72 / 42,90</td> <td>41,98 / 42,70</td> </tr> <tr> <td>UPO+</td> <td>11,08</td> <td>+ 1,92</td> <td>54,90 / 50,45</td> <td>54,91 / 49,91</td> </tr> </tbody> </table> <p>Houve uma diminuição importante tanto na DU de CVD bem como no TMP no CTI 3. Na UPO observamos um aumento da DU de CVD.</p>				Setor	DU	TMP	SAPS 3 na Unidade*	SAPS 3 no Hospital*				Jul / Ago	Jul / Ago	CTI 1-	1,77	+ 0,23	62,17 / 61,80	63,75 / 63,41	CTI 2-	2,74	- 3,95	74,44 / 54,87	75,30 / 59,06	CTI 3-	41,31	- 7,31	67,05 / 59,39	71,59 / 60,72	CTI 4+	1,38	+ 2,55	41,72 / 42,90	41,98 / 42,70	UPO+	11,08	+ 1,92	54,90 / 50,45	54,91 / 49,91
Setor	DU	TMP	SAPS 3 na Unidade*	SAPS 3 no Hospital*																																		
			Jul / Ago	Jul / Ago																																		
CTI 1-	1,77	+ 0,23	62,17 / 61,80	63,75 / 63,41																																		
CTI 2-	2,74	- 3,95	74,44 / 54,87	75,30 / 59,06																																		
CTI 3-	41,31	- 7,31	67,05 / 59,39	71,59 / 60,72																																		
CTI 4+	1,38	+ 2,55	41,72 / 42,90	41,98 / 42,70																																		
UPO+	11,08	+ 1,92	54,90 / 50,45	54,91 / 49,91																																		
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	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	1	0	1	1	0	0	0	3	1				7
N° total de CVD/dia nos CTIs adulto	752	664	708	774	761	576	629	591	556				6011
Fórmula de Cálculo:	1,33	0,00	1,41	1,29	0,00	0,00	0,00	5,08	1,80	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	1,16

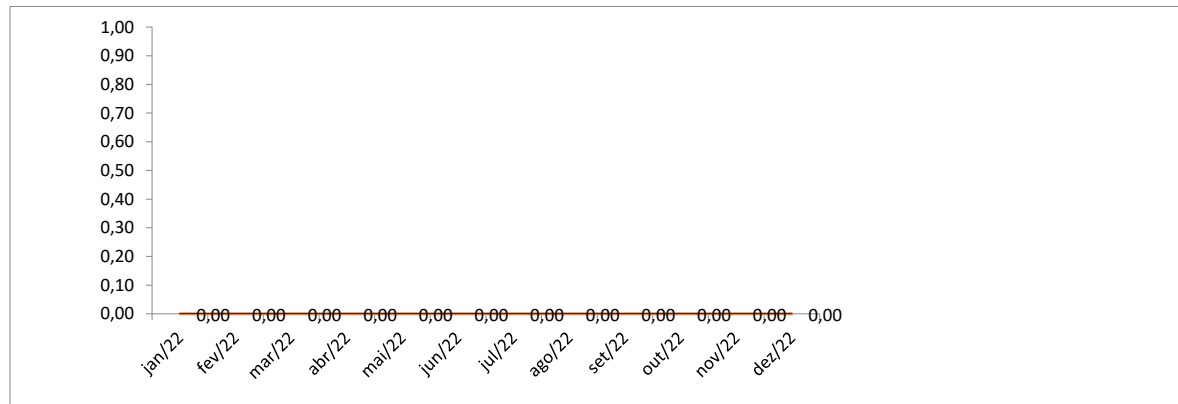


Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida	
Processo.	Perspectiva	Diretriz	Fonte dos Dados
		Segurança do paciente. Objetivo Reduzir o número de infecções de sítio cirúrgico associadas às artroplastias total de quadril.	Busca fonada.
Meta	Indicador	Forma de Medição (cálculo)	
0%	Taxa de infecção 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
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	Julho/ 2022
Análise Crítica			
Não foi diagnosticado nenhum caso de infecção relacionada à artroplastias total de quadril no período.			
Ação de Melhoria			

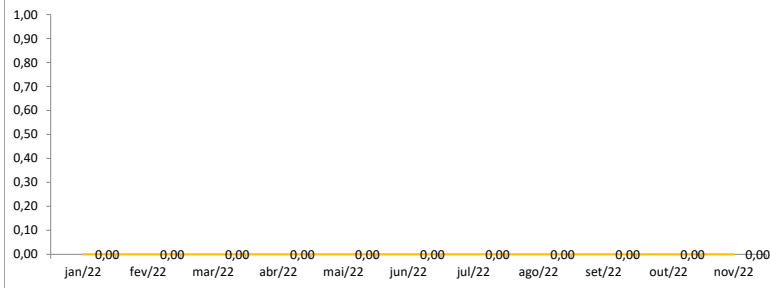
Compilação de dados - Indicador

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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Nº total de artroplastias total de quadril realizadas	0	2	3	0	4	2	2	1	4				18
Nº de Infecções cirúrgicas identificadas nas artroplastias totais de quadril	0	0	0	0	0	0	0	0	0				0
Fórmula de Cálculo:	#DIV/0!	0,00	0,00	#DIV/0!	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0,00

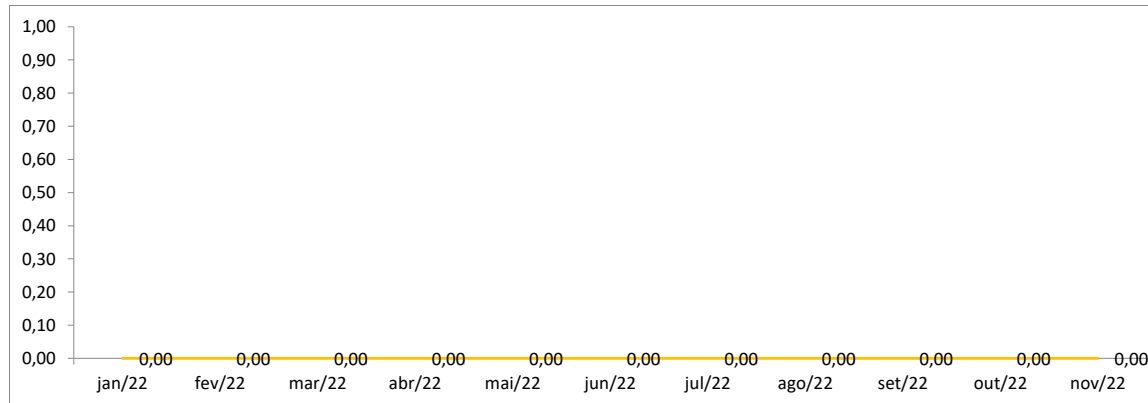


Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida	
Perspectiva	Diretriz		Fonte dos Dados
Processo.	Segurança do paciente.		Busca fonadas e reinternações.
	Objetivo		
	Reduzir o número de infecções de sítio cirúrgico associadas às derivações ventriculoperitoneais (DVP).		
Meta	Indicador		Forma de Medição (cálculo)
0%	Taxa de infecção de sítio cirúrgico associadas às DVP.		NÚMERO DE INFECÇÕES DE FERIDA OPERATÓRIA DE DVP NÚMERO TOTAL DE DVP
			:100
Periodicidade de Avaliação			
Mensal			
Área Responsável			
CCIH e Neurocirurgia			
Responsável pela Coleta de Dados			
CCIH.			
Responsável pela Análise de Dados			
Leonardo Miguez			
Referencial Comparativo			
Versão			
Última Atualização			
Julho/ 2022			
Análise Crítica			
Não foi realizada nenhuma DVP e 08 DVEs no período. Nenhum caso de infecção foi diagnosticado relacionado à DVP.			
Ação de Melhoria			

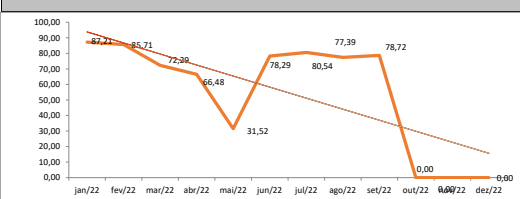


Compilação de dados - Indicador

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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Nº total de DVP realizadas	2	3	1	3	4	1	0	0	0				14
Nº de Infecções cirúrgicas DVP	0	0	0	0	0	0	0	0	0				0
Fórmula de Cálculo:	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	#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	<small>NUMERO TOTAL DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS</small> <small>NUMERO DE OPORTUNIDADES OBSERVADAS PARA A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS</small>



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

Julho/ 2022

Análise Crítica

Foram observadas 94 oportunidades de higiene das mãos em setembro. Das 94 oportunidades de HM, em 74 pudemos observar a proatividade para a HM, porém apenas 40 (54,05%) aconteceram 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
Julho	8.000ml	2.400ml	2.400ml	4.000ml	2.400ml	2.400ml
Agosto	11.200ml	3.200ml	1.600ml	4.800ml	6.400ml	6.400ml
Setembro	4.800 ml	1.600 ml	1.600ml	4.000ml	3.200ml	

Consumo de sabão líquido por CTI:

Sector	CTI 1	CTI 2	CTI 3	CTI 4	UPO	CETIPE
Julho	14.400ml	8.800ml	3.200ml	10.400ml	5.600ml	11.200ml
Agosto	11.200ml	6.400ml	3.200ml	4.800ml	6.400ml	9.600ml
Setembro	12.000 ml	11.200ml	2.400ml	6.400ml	2.400ml	8.800ml

Causas:
 Para definir as causas que podem impactar na não adesão da higiene das mãos, é possível considerar o perfil de gravidade dos pacientes, gerando maior demanda da equipe assistencial. 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.

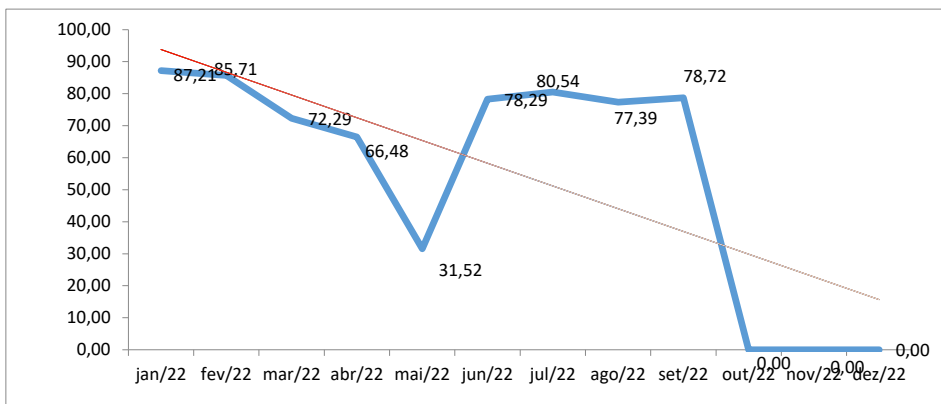
Ação de Melhoria

São realizados treinamento mensais.

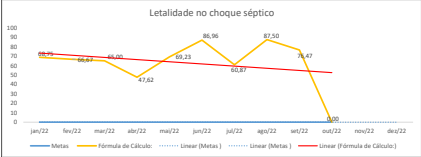
Compilação de dados - Indicador

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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
N° de higienização das mãos realizadas	266	36	227	119	29	137	149	154	74				1191
N° de oportunidades observadas para higiene das mãos.	305	42	314	179	92	175	185	199	94				1585
Fórmula de Cálculo:	87,21	85,71	72,29	66,48	31,52	78,29	80,54	77,39	78,72	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	75,14



Hospital Estadual Geblúlio 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 como	
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 00
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		
Julho/2022		



Setores abertos:
Foram abertos 66 protocolos de sepse no HEGV no mês de agosto (9 protocolos a mais que em julho). Foram excluídos 22 (10 a mais que no mês anterior) e 44 mantidos (1 a menos que em julho), o que corresponde a 66,66%. Foram identificados 16 casos de choque sépticos mantidos, sendo que destes 14 evoluíram à óbito (87,50%). Até o início de agosto foram totalizados 19 (43,18%) óbitos de todos os pacientes que tiveram os seus protocolos mantidos no protocolo.
Não temos como definir se os óbitos foram por causas infecciosas ou por doenças de base, porém 12 óbitos ocorreram em até 72h da abertura do protocolo.
Dos 44 protocolos mantidos, 23 (52,27%) foram de origem comunitária e 21 (47,72%) de origem hospitalar.
Principais diagnósticos identificados: 19 Pneumonias – 9 Urinários – 7 Indeterminados – 6 IPPM – 2 Abdominais – 1 ósseo/articulação.

Origem Comunitária:
Dos 23 protocolos mantidos, sendo que 13 (56,52%) evoluíram para óbito, desses: 9 por choque séptico (7 em até 72h de internação e 2 com mais de 4 dias) e 4 por infecção com disfunção orgânica (1 em até 72h de internação).

Origem Hospitalar:
Dos 21 protocolos mantidos, 6 (28,57%) evoluíram à óbito, desses: 5 choques sépticos (3 em até 72h da abertura do protocolo e 2 com mais de 4 dias), 1 com infecção com disfunção em até 72h da abertura do protocolo.
Setores de abertura dos protocolos mantidos: 10 na CM, 5 na Sala Amarela, 5 na Sala Vermelha (setor de origem: 4 CM, 1 ortopedia), 1 na Ortopedia.

CTIs:
Foram abertos 152 protocolos de sepse, no entanto, 17 (11,18%) foram encerrados e 137 mantidos (88,81%).
Em relação aos 135 protocolos mantidos, 37 (27,40%) eram de etiologia comunitária. Dentre eles, 24 já faziam uso prévio de antimicrobianos.
15 protocolos ultrapassaram a janela de 60 minutos para administração do ATB.
Dos 44 pacientes que evoluíram à óbito, somente 11 (25%) foram diagnosticados com choque séptico.

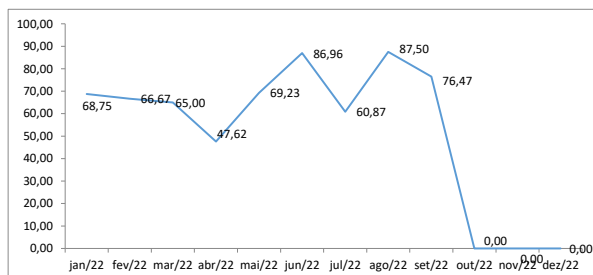
Classificação de acordo com a gravidade da infecção:

Setor	SIRS	Infecção com disfunção	Choque séptico
CTI 1	23	20	11
CTI 2	2	16	2
CTI 3	3	1	3
CTI 4	2	7	3
UPO	2	33	7
Total	32	77	26

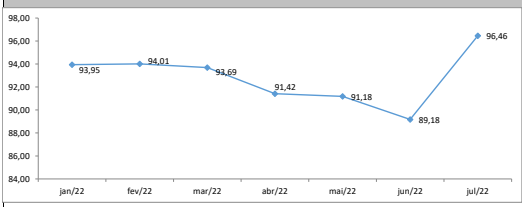
Ação de Melhoria

Campanha de sepse.

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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL DE ÓBITOS RELACIONADOS À SEPSE GRAVE	11	8	13	10	9	20	14	14	13				
TOTAL DE SEPSE GRAVE	16	12	20	21	13	23	23	16	17				
Fórmula de Cálculo:	68,75	66,67	65,00	47,62	69,23	86,96	60,87	87,50	76,47	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	



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

Julho/ 2022

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;
- # Repique intraoperatório caso necessário.

Foram 437 realizadas cirurgias com indicação de realizar profilaxia cirúrgica. Das que não haviam indicação, encontravam-se assim devido a uso prévio de ATB que possuem espectro para contaminantes de pele, procedimentos de apendicectomia que dispensam o uso de profilaxia, além de drenagens de abscessos, endoscopias e captação de órgãos. Não nenhum procedimento cirúrgico com indicação que não tenha sido realizada a profilaxia.

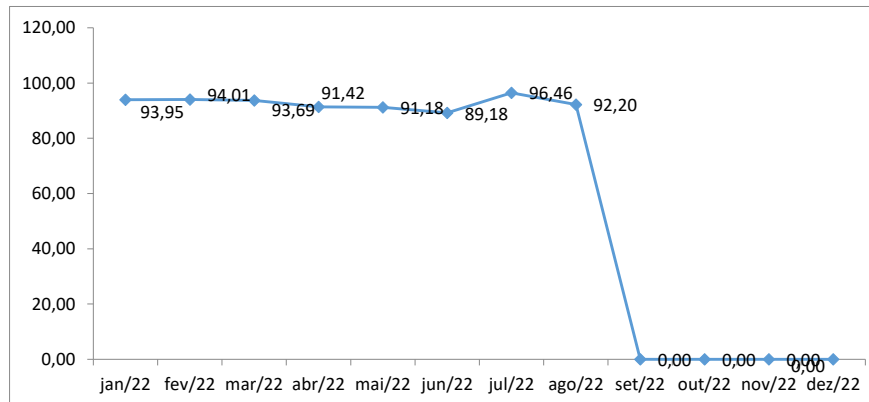
Ação de Melhoria

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.
 Reunião com coordenador médico da ortopedia visando adequar descrição de fraturas expostas para melhor avaliar profilaxia aplicada em agosto/22.

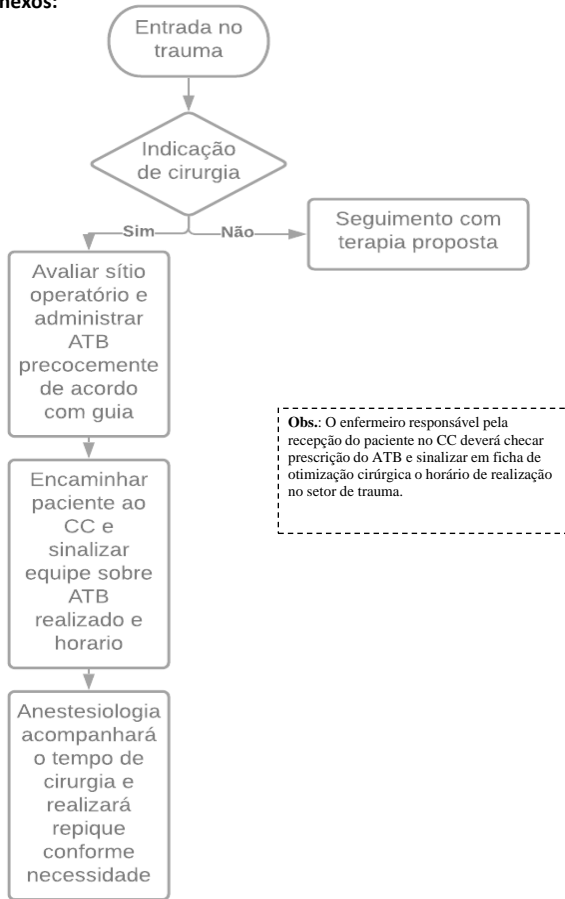
Compilação de dados - Indicador

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	412	490	449					3429
Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos na amostra	380	384	444	501	533	462	508	487					3699
Fórmula de Cálculo:	93,95	94,01	93,69	91,42	91,18	89,18	96,46	92,20	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	92,70



Anexos:



Anexos: