



Relatório Mensal de Atividades

(SCIH)

Responsável:

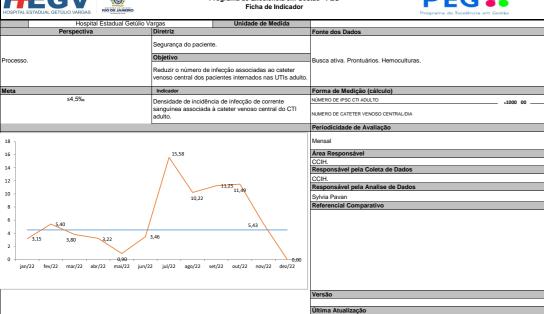
SYLVIA PAVAN

NOVEMBRO/2022



Programa de Excelência em Gestão - PEG





Análise Crítica

Julho/ 2022

No mês de novembro foram identificados 06 casos de IPCSLC nas UTIs, 08 a menos que em outubro. A densidade de IPCS reduziu significativamente quando comparada com o mês anterior (11,49 em outubro para 5,43% em novembro), já a taxa de utilização (TU) de CVC permaneceu praticamente igual (77,24 em outubro e 74,95% em novembro) reduzindo apenas 2,29%. Desta forma, podemos concluir a existência na melhora da assistência.

Ocorreu alterações no tempo médio de permanência (TMP) dos pacientes com CVC. Tivemos aumentos no CTI 03 e UPO. E diminuição de (TMP) aproximadamente de 2 dias nos demais CTIs. A DU de CVC vem se mantendo, exceto no CTI 02 onde ocorreu uma diminuição de 16,26 %.

Identificação das IPCSLs: CTI 1 (n = 2), CTI 2 (n = 1), CTI 3 (n = 1), CTI 4 (n = 1) e UPO (n = 1).

Acessos em Veia Femoral: Dos pacientes que apresentaram IPCS, apenas 01 tinha CVC em VF no momento do diagnóstico, ainda assim 02 pacientes tiveram acessos em femorais, sacados para troca de sítio altos com tempo médio de 2,5 dias. 01 paciente tinha acesso para HD embora não tenha sido utilizado veias femorais para tratamento. E dos seis pacientes diagnosticados 02 evoluíram a óbito.

•Pode estar relacionado ao manuseio inadequado do dispositivo.

•Ausência de troca dos CVCs nas situações de punções em caráter de emergência.

•Bouca efetividade na vigilância do aspecto do dispositivo e ausência de descrição no prontuário.

Ação de Melhoria

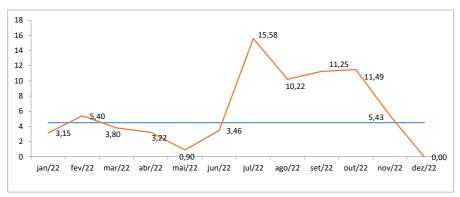
- 1. Utilizar o guia de atb para início empírico de ATB nas infecções hospitalares afim de tentar diminuir a mortalidade dos casos
- 3. Adequar os insumos/dispensers nos setores de assistência para higienização das mãos.
- 4. Praticar a higienização das mãos conforme as orientações em treinamento.
- 6. Otimizar a troca dos CVC na suspeita de IPCS e evoluir em prontuário.
- r. Treinamento das equipes médicas e de enfermagem referente a identificação de um possível caso de IPCS e sobre prevenção de IPCS.
- 8. Evoluir diariamente o aspecto do óstio do CVC.





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	
N° total de IPCS nos CTIs adulto	4	6	4	4	1	4	16	12	13	14	6		84
N° total de CVC/dia nos CTIs adulto	1270	1112	1052	1243	1115	1157	1027	1174	1156	1218	1104		12628
Fórmula de Cálculo:	3,15	5,40	3,80	3,22	0,90	3,46	15,58	10,22	11,25	11,49	5,43	#DIV/0!	6,65







Programa de Excelência em Gestão - PEG



DODUTAL FO	PTADUAL CETÚLIO VARCAS RIO DE JANEIRO		Ficha de Indicador	Programa de Excelência em Ges	stão
USPITAL ES	STADUAL GETÚLIO VARGAS Hospital Estadual Getúlio V	'argas	Unidade de Medida		
	Perspectiva	Diretriz		Fonte dos Dados	
Processo		Segurança do paciente).	Busca ativa. Prontuários. Imagens radiológicas. Exames microbiológico	
-1006550	·	Objetivo Reduzir a incidência de mecânica nas UTIs ad	Pneumonia associada à ventilação ulto.	pusca ativa. Profituatios. Ilitagens fautiologicas. Exames filicitobiologico	S.
Meta		Indicador		Forma de Medição (cálculo)	
	≤13‰		ia de infecção de Pneumonia	NÚMERO DE PNEUMONIAS ASSOCIADAS A VENTILAÇÃO MECÂNICA/DIA	×1000
		associada à ventilação	mecânica nas UTIs adulto.	NUMERO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA/DIA	
		*		Periodicidade de Avaliação	
40,00 - 35,00 - 30,00 - 25,00 - 20,00 - 15,00 - 5,00 - 0,00 -	31,56 25,27 22,65 10,60 10,60 jan/22 fev/22 mar/22 abr/22 mal/22 jun/	27,60 29,10	34,08	Mensal Área Responsável CCIH. Responsável pela Coleta de Dados CCIH. Responsável pela Analise de Dados Sylvia Pavan Referencial Comparativo	
				Última Atualização	

Julho/ 2022

Houve uma diminuição de 01 PAV no complexo de Terapia Intensiva no mês de novembro.

Analisando os setores individualmente, observamos uma diminuição importante no número total de PAVs no CTI 1 (14 em outubro e 07 em novembro) e no CTI 4 (03 outubro e 01 em novembro).

Sa aumentos no nº total de PAVs foram observados no CTI 3 e na UPO.

NISS de novembro:

SetorTMPTU VM Nº PAV DI PAV

CTI 15,9737,66 07 33,49

CTI 15,9737,66 10 35,29

CTI 39,4054,34 07 74,47

CTI 14,2729,51 101 14,49

UPO6,4050,00 08 62,50

PAVs precoces (podendo estar relacionadas ao momento de intubação do paciente) e 20 PAVs tardias.

Causas:

1. Possíveis broncoaspirações no momento das IOTs.

Falta de aspiração subglótica.
 Posicionamento de CNE inadequado e alguns TOT seletivos.

Ação de Melhoria

Intensificar as vigilâncias dos processos visando a prevenção de PAV: identificar as principais causas que possam estar contribuindo para PAV. desposicionados.

30°, inclusive no momento do banho e durante o raio x. Rondas da CCIH para Correção de CNE Manter cabeceira do paciente a

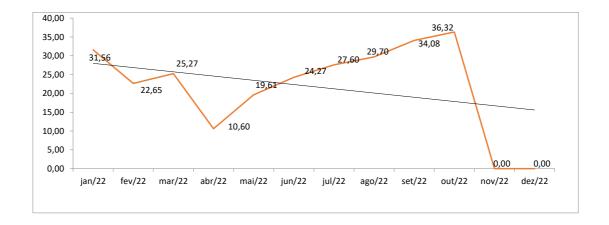
Foram identificadas 09

Intensificar a vigilância nos processos visando a prevenção das PAVs.





					ndicador:								
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	30	29		254
N° total de VM/dia nos CTIs adulto	1014	927	752	849	714	824	761	909	939	826			8515
Fórmula de Cálculo:	31,56	22,65	25,27	10,60	19,61	24,27	27,60	29,70	34,08	36,32	#DIV/0!	#DIV/0!	2,98%





Programa de Excelência em Gestão - PEG Ficha de Indicador



	Hospital Estadual Getúlio V	argas	Unidade de Medida		
	Perspectiva	Diretriz		Fonte dos Dados	
Processo.		Segurança do paciente Objetivo Reduzir a densidade d	e. le incidência de infecção urinária	Busca ativa. Prontuários. Exames microbiológicos.	
Meta		Indicador		Forma de Medição (cálculo)	
meta	≤0,60‰		a infecção urinária associada à lora nas UTIs adulto.	NÚMERO DE INFECÇÕES URINÁRIAS ASSOCIADAS À CATETER VESICAL DE DEMORA/D NUMERO DE CATETER VESICAL DE DEMORA/DIA	×1000 10
				Periodicidade de Avaliação	
5,00			5,08	Mensal Ārea Responsável CCIH e CTI adulto.	
4,00 -				Responsável pela Coleta de Dados CCIH.	
2,00 -				Responsável pela Analise de Dados Dra. Sylvia Pavan	
1,00 -	1,33		1,80	Referencial Comparativo	
0,00 j	0,00 an/22 fev/22 mar/22 abr/22	0,00 0,00 mai/22 jun/22	g/,00 jul/22 ago/22 set/22		
				Versão	
				reisao	
				Última Atualização	
				Julho/ 2022	
			Análise Crítica		

Foi identificado 01 caso de ITU associado à CVD no período.

Setor	TU	TMP
CTI 1	46,49	4,69
CTI 2	45,70	4,50
CTI 3	46,35	6,13
CTI 4	38,48	4,25
UPO	24,22	4,25

O TMP diminuiu no CTI 1, CTI 2 e

no CTI 4. A taxa de utilização diminuiu de forma significativa no CTI 3 e no CTI 4. Foi identificado 01 caso de ITU associado à CVD.

Caso identificado:

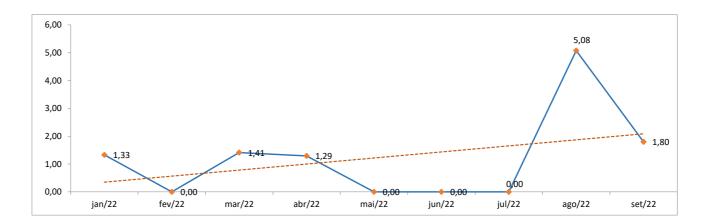
Paciente feminina, 89 anos, internada com quadro de Pneumonia e Anemia. Apresentou piora de leucócitos sem piora de imagem radiológica e com hemoculturas negativas. Isolado Klebsiella pneumoniae em (KPC) com 02 dias de CVD inserida no próprio setor. Paciente evoluiu à óbito 05 dias após o diagnóstico de IRAS e 27 dias após a internação hospitalar.

Ação de Melhoria

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



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	0	1		8
N° total de CVD/dia nos CTIs adulto	752	664	708	774	761	576	629	591	556	625			6636
Fórmula de Cálculo:	1,33	0,00	1,41	1,29	0,00	0,00	0,00	5,08	1,80	0,00	#DIV/0!	#DIV/0!	1,21





Programa de Excelência em Gestão - PEG Ficha de Indicador



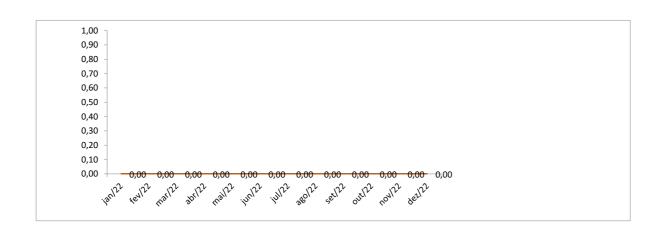
HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS ROBE AMERO TORRESTADORAS			Programa de Excelencia em Gestao	
Hospital Estad	dual Getúlio Vargas	Unidade de Medida		
Perspectiva	Diretriz		Fonte dos Dados	
	Segurança do pac	iente.		
Processo.	Objetivo		Busca fonada.	
		de infecções de sítio cirúrgico oplastia total de quadril.		
Meta	Indicador		Forma de Medição (cálculo)	
0%	Taxa de infecção d	de sítio cirúrgico associadas às	NÚMERO DE INFECÇÕES DE FERIDA OPERATÓRIA DE CIRURGIAS artroplastia total de quadril	×100
	artroplastia total de	e quadril.	NÚMERO TOTAL DE artroplastia total de quadril	-
			Periodicidade de Avaliação	
1,00			Mensal	
0,90 -			Área Responsável	
0.00			CCIH e Ortopedia	
0,80 -			Responsável pela Coleta de Dados	
0,70 -			CCIH.	
0,60			Responsável pela Analise de Dados	
5,55			Marcos Paulo Mugaya	
0,50 -			Referencial Comparativo	
0,40 -				
0,30 -				
0,20 -				
0,10 -				
0,00 - 6,00 0,00 0,00 jan/22 fev/22 mar/22 abr		0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 /22 set/22 out/22 nov/22 dez/22		
			Versão	
			Última Atualização	
			Julho/ 2022	
		Análise Crítica		
Foram realizadas 03 cirurgias de artroplas	stia total de quadril e 08 cirurgias	de atroplatia parcial de quadril. Não f	oi diagnosticado nenhum caso de infecção relacionada à artroplastia total de qua	dril no

Foram realizadas 03 cirurgias de artroplastia total de quadril e 08 cirurgias de atroplatia parcial de quadril. Não foi diagnosticado nenhum caso de infecção relacionada á artroplastia total de quadril no período.

Ação de Melhoria



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	
N° total de artroplastias total de quadril realizadas	0	2	3	0	4	2	2	1	4	0	3		21
N° de Infecções cirúrgicas identificadas nas artroplastias totais de quadril	0	0	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!	0,00	#DIV/0!	0,00





Programa de Excelência em Gestão - PEG Ficha de Indicador

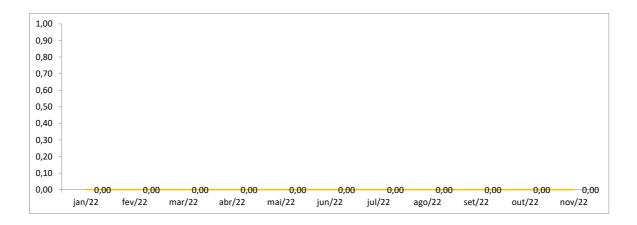


HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO WARGAS RODE JAMERO		riona de maiodae.	Programa de Excelência em Gestão					
Hospital Estadual Getúlio V		Unidade de Medida						
Perspectiva	Diretriz		Fonte dos Dados					
	Segurança do paciente	e.						
Processo.	Objetivo		Busca fonadas e reinternações.					
		nfecções de sítio cirúrgico						
	associadas às derivaç	ões ventriculoperitoneais (DVP).						
Meta	Indicador		Forma de Medição (cálculo)					
0%	Taxa de infecção de s	ítio cirúrgico associadas às DVP.	NÚMERO DE INFECÇÕES DE FERIDA OPERATÓRIA DE DVP x100					
	raxa de intecção de si	nio onargico associadas as EVI .	NÚMERO TOTAL DE DVP					
		_	Periodicidade de Avaliação					
1,00			Mensal					
0,90 -								
0,80 -			Área Responsável					
0,70 -			CCIH e Neurocirurgia					
0,60 -		Responsável pela Coleta de Dados CCIH.						
0,50 -								
0,40 -			Responsável pela Analise de Dados					
0,30			Leonardo Miguez					
0,20 -			Referencial Comparativo					
0,10								
0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 jan/22 fev/22 mar/22 abr/22 mai/22								
Jany 22 164/22 11101/22 001/22 11101/22	juni/22 jun/22 ago/.	22 Set/22 Out/22 110V/22						
			Versão					
			Yes a grant of					
			Última Atualização					
			Julho/ 2022					
			Juliloy 2022					
		Análise Crítica						
Não foi realizada nenhuma DVP no período e 04 DVE.	Nenhum caso de infecc		DVP.					
,	•	•						
		Ação de Melhoria						
ELNOCE 000 Verses of								
FI-NQSP-033 Versão:01								





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	
N° total de DVP realizadas	2	3	1	3	4	1	0	0	0	0	0		14
N° de Infecções cirúrgicas DVP	0	0	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!	





Programa de Excelência em Gestão - PEG



HOSPITAL ESTADUAL GET	OLIO WARGAS RIO DE JAMEIRO		Tiona ac maioado.	Programa de Excelência em					
	Hospital Estadual Getúlio V		Unidade de Medida						
	Perspectiva	Diretriz	*	Fonte dos Dados					
Processo.		Segurança do paciente Objetivo Reduzir o número de i saúde.	e. nfecções associadas à assistência à	Observador cego.					
Meta		Indicador		Forma de Medição (cálculo)					
		Taxa de adesão à higi-	enização das mãos	NÚMERO TOTAL DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NÚMERO DE OPORTUNIDADES OBSERVADAS PARA A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	×100				
			1	Periodicidade de Avaliação					
100,00	87.21 or 71	77.39		Mensal					
80,00	83,71	77,39		Área Responsável					
70,00	72,29	78,29 80,54		CCIH.					
60,00	66,48			Responsável pela Coleta de Dados					
50,00	\ /			CCIH. Responsável pela Analise de Dados					
40,00				Svivia Pavan					
30,00	31,	52		Referencial Comparativo					
20,00			\	Referencial Comparativo					
10,00			\						
0,00			0,00						
	jan/22 fev/22 mar/22 abr/22 mai/22 j	jun/22 jul/22 ago/22	set/22 out/22 nov/22 dez/22						
				Versão					
				Última Atualização					
				Julho/ 2022					
			Análise Crítica						
				e essa prática quando realizada de forma correta, torna-se a medida mais					
	usto para as unidades hospitalares. O SCIH		ategia de observador cego, como reco	mendado pela ANVISA para a avaliação rotineira da higienização das mi	aos				

Foram observadas 115 oportunidades de higiene das mãos em novembro. De todas as oportunidades de HM, em 70 (60,86%) pudemos observar a proatividade para a HM, porêm apenas 37 (52,85%) 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 álcood gel por CTI:
 Setor CTI1
 CTI3
 CTI4
 UPO
 CETIPE

 Setembro-4 Solomít 5.00mít 5.00mít 5.00mít 5.00mít 3.00mít 3.00

Consumo de sabilo liquido por CTI:
Setor CTI1 T012 CTI3 CTI4 UPO CETIPE
Setembrot 2.000 mil1.200mi2.400mi8.400mi2.400mi8.800mil
Outubrot 0.400mi9.600mi1.600mi4.800mis.600mik.400mil
Novembrot 1.400mi9.600mi4.800mi6.500mi6.00mil.000mil

Caussas:

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.

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

1. Ainda preclamora desqueut torneiras e pias do nosos hospital de acordo com as normativas da ANVISA.

2. Conscientização das equipes quanto a importância do ato de higienizar as másdas de toma adequada.

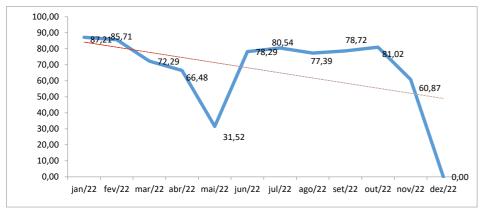
	Ação de I

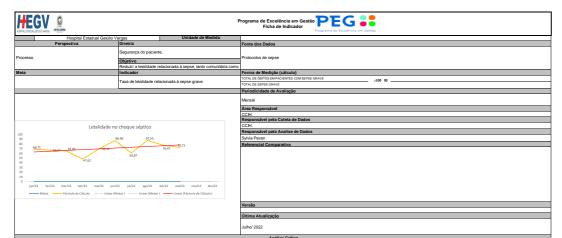
São realizados treinamento mensais de higiene das mãos.

Plano de melhorias:



HOSPIALESIAUAL GEIULU VARGAS Sentation Indicador:													
Mês jan/22 fev/22 mar/22 abr/22 mai/22 jun/22 jul/22 ago/22 s						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	111	70		1372
N° de oportunidades observadas para higene das mãos.	305	42	314	179	92	175	185	199	94	137	115		1837
Fórmula de Cálculo:	87,21	85,71	72,29	66,48	31,52	78,29	80,54	77,39	78,72	81,02	60,87	#DIV/0!	74,69





Setores abertos:

Foram abertos 64 protocolos de sepse no HEGV no mês de novembro (9 protocolos a mais que em outubro). Foram excluídos 12 (1 a mais que no mês anterior) e 52 mantidos (8 a mais que em setembro), o que corresponde a 81,25%. Foram identificados 25 casos de choque sépticos mantidos, sendo que destes 15 evoluiram à óbito (60%). Até o início de dezembro foram totalizados 23 (44,23%) óbitos de todos os pacientes que tiveram os seus protocolos mantidos no protocolo.

Não temos como definir se os óblitos foram por causas inflecciosas ou por doenças de base, porém 13 óblitos correram em até 72h da abertura do protocolo. Dos 52 protocolos mantidos, 18 (34,61%) foram de origem comunitária e 34 (65,38%) de origem hospitalar. Principals diagnósticos identificados: 18 Preumoniais ~ 8 Unifinifica ~ 14 Indeterminados ~ 09 IPPM — 01 Abdominal — 1 SNC.

Origem Comunitária:
Dos 34 protocolos mantidos, sendo que 14 (40%) evoluíram para óbito, desses: 10 por choque séptico (5 em até 72h de internação e 5 com mais de 4 dias), 04 SEPSE (1 em até 72h de internação e 3 com mais de 4 dias).

Origem Hospitalar:
Dos 18 protocolos mantidos, 09 (50%) evoluíram à óbito, desses: 5 choques sépticos (4 em até 72h da abertura do protocolo e 1 com mais de 4 dias), 4 com infecção com disfunção (3 em até 72h da abertura do protocolo e 1 com mais de 4 dias).

Setores de abertura dos protocolos mantidos: 6 na CM, 4 na Sala Amarela, 4 Sala verde, 25 na Sala Vermelha, 2 na Ortopedia, 03 C. geral e 08 ACCR.

Foram abertos 98 (22 a menos que em outubro) protocolos de sepse, no entanto, 2 (2.04%) foram encerrados e 96 mantidos (97,95%).

Dos pacientes 96 protocolos mantidos, 53 protocolos evoluíram à óbito até o momento da elaboração deste relatório, somente 27 (50,94%) foram diagnosticados com choque séptico.

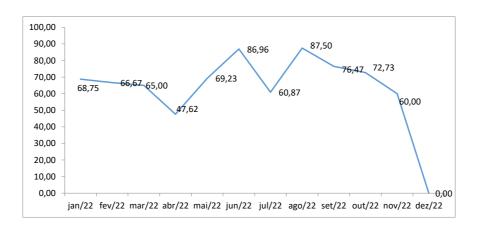
Classificação de acordo com a gravidade da infecção:

Setor	SIRS	Infecção com disfunção	Choque séptico	Total							
CTI 1	02	16	16	34							
CTI 2	03	04	03	10							
CTI 3	01	07	01	09							
CTI 4	02	02	08	12							
UPO	19	03	09	31							
Total	27	32	37	96							

Reformulação do formuláro do protocolo com intuito de unificar os protocols dos CTIs e dos setores abertos.



HOPPIALESIANALGEILLO WIGGS The state of th													
													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	16	15		
TOTAL DE SEPSE GRAVE	16	12	20	21	13	23	23	16	17	22	25		
Fórmula de Cálculo:	68,75	66,67	65,00	47,62	69,23	86,96	60,87	87,50	76,47	72,73	60,00	#DIV/0!	







HEGV	SCO ANNO	F	Programa de Excelência em C Ficha de Indicado	
RUSHINE ESTADUAL GETUDU MARIAS	Hospital Estadual Getúlio V	orane	Unidade de Medida	Programa de Exceloreia em destad
	Perspectiva	Diretriz	Official de incular	Fonte dos Dados
		Segurança do paciente	э.	
Processo.		Objetivo		Centro Cirúrgico
		Reduzir as infecções re indicadas as profilaxias	elacionadas as cirurgias onde est s de ATB.	io
Meta		Indicador		Forma de Medição (cálculo)
		Percentual de paciente no momento adequado	es que recebeu antibioticoprofilaxi	Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúngicos específicos que receberam um esquema profilático 400 e antibióticos
		no momento adequade		Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos na amostra
				Periodicidade de Avaliação
				Mensal
				Área Responsável
				CCIH
				Responsável pela Coleta de Dados CCIH.
				Responsável pela Analise de Dados
				Sylvia Pavan
				Referencial Comparativo
				Versão
				Última Atualização
				Julho/ 2022
			Análise Crítica	
novembro, se Setor N° (C. geral	ndo que 169 (48,01%) tir Cirurgias c/ Indicação de 94	nham indicação o profilaxiaN° Ciro	de ATB profilaxia e 45 (urgias com profilaxia N 16	irurgias realizadas. Foram avaliadas as cirurgias do mês de 73,37%) não foram realizadas. ÃO realizada
Ortopedia	28		10	
Neurocirurgia	24		8	

CIPE Vascular Bucomaxilo Total 169

Observamos que estão sendo realizadas profilaxias mesmo com paciente já em uso de ATB, principalmente com a Cefazolina.

Persiste a dificuldade de identificar as cirurgias ortopédicas por fratura exposta, dificultando a análise do ATB adequado.

Pela planilha avaliada não conseguimos identificar se houve ou não repique de ATB em cirurgias com tempo cirúrgico superior a 4h.

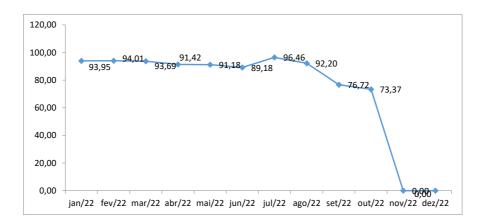
Ação de Melhoria

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.



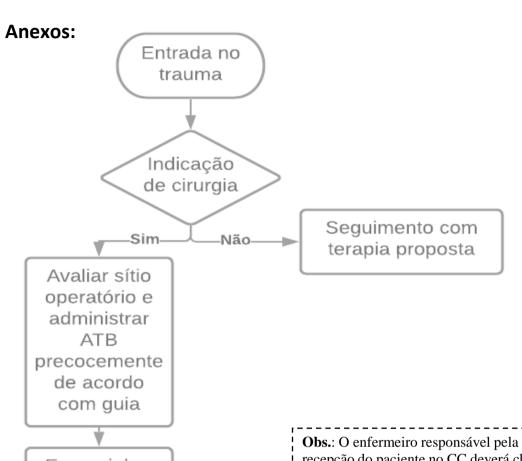
Indicador:													
Mês	jan/22	fev/22	mar/22	abr/22	mai/22	jun/22	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22	Resultado
Metas													
Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos que receberam um esquema profilático apropriado de antibióticos	357	361	416	458	486	412	490	449	267	124			3820
Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos na amostra	380	384	444	501	533	462	508	487	348	169			4216
Fórmula de Cálculo:	93,95	94,01	93,69	91,42	91,18	89,18	96,46	92,20	76,72	73,37	#DIV/0!	#DIV/0!	90,61







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



Encaminhar paciente ao CC e sinalizar equipe sobre ATB realizado e horario

recepção do paciente no CC deverá checar prescrição do ATB e sinalizar em ficha de otimização cirúrgica o horário de realização no setor de trauma.

Anestesiologia acompanhará o tempo de cirurgia e realizará repique conforme necessidade





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

Anexos: