

Relatório Mensal de Atividades

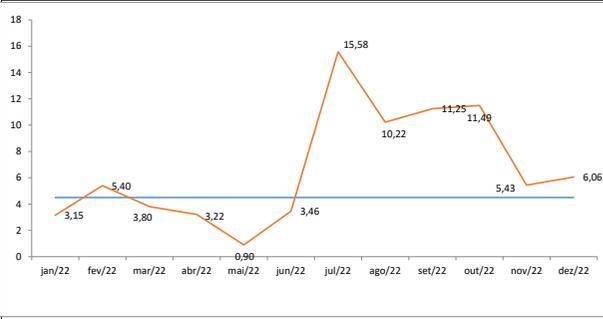
(SCIH)

Responsável:

SYLVIA PAVAN

DEZEMBRO/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 _____ :1000 00 NÚMERO DE CATETER VENOSO CENTRAL/DIA



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 dezembro foram identificados 07 casos de IPSC/IC nas UTIs, 01 caso a mais que no mês anterior. A densidade de IPSC apresentou um ligeiro aumento quando comparada com o mês de novembro (4,43 em novembro para 6,06‰ em dezembro), já a taxa de utilização (TU) de CVC aumentou de 74,95% para 77,95 em dezembro). Desta forma, observamos que não houve mudança significativa na densidade de infecção e que o aumento na taxa de utilização pode ter contribuído para isso.

Em relação ao tempo médio de permanência (TMP) houve um aumento, porém não significativo, dos pacientes com CVC na maioria dos CTIs, exceto no CTI 4, onde o aumento foi de aproximadamente 2 dias. No CTI 3 observamos uma diminuição do TMP de 10,20 para 6,71 dias.

Identificação das IPSC/IC: CTI 1 (n = 2), CTI 2 (n = 2), CTI 3 (n = 2), CTI 4 (n = 1) e UPO (n = 0).

Acessos em Veia Femoral: Somente um paciente dos que apresentaram IPSC tinha CVC em VF, esse havia sido puncionado no dia anterior ao diagnóstico para HD. Dois pacientes evoluíram para óbito, sendo que um deles em 48h e em ambos não houve troca de acessos.

Dos pacientes transferidos para os CTIs, 24 acessos foram puncionados na emergência ou em caráter de emergência, apenas 10 foram trocados no período de até três dias como preconizado e 05 não tiveram troca porque evoluíram à óbito dentro deste período.

Causas:

- Baixa na higienização das mãos antes da manipulação dos acessos, nem para a manipulação e nem para a manipulação e nem para curativos.
- Manipulação inadequada das medicações, sem assepsia dos frascos e sem uso de máscaras.
- Má aderência dos curativos (micropore ou filme).
- Bálios óstios com soltura dos curativos, com bolhas de ar e sujidade de sangue.
- Degermação com tempo inadequado para a punção do acesso.
- Ausência de troca dos CVCs nas situações de punções em caráter de emergência.
- Baixa efetividade na vigilância do aspecto do dispositivo e ausência de descrição no prontuário.

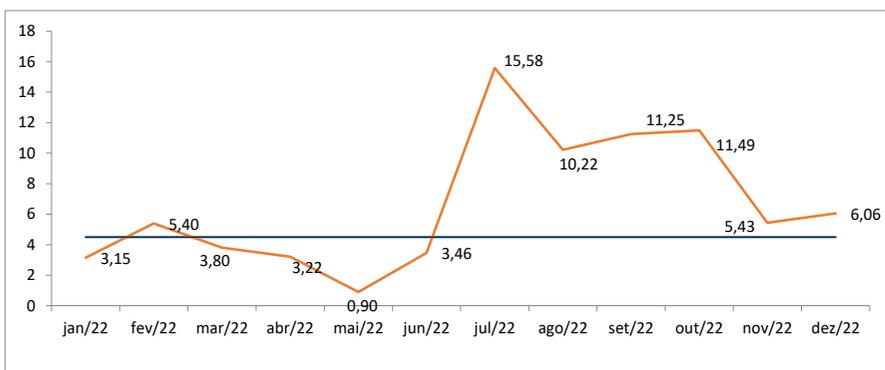
Ação de Melhoria

Melhora das vigilancias.
Troca de acessos conforme acordado.

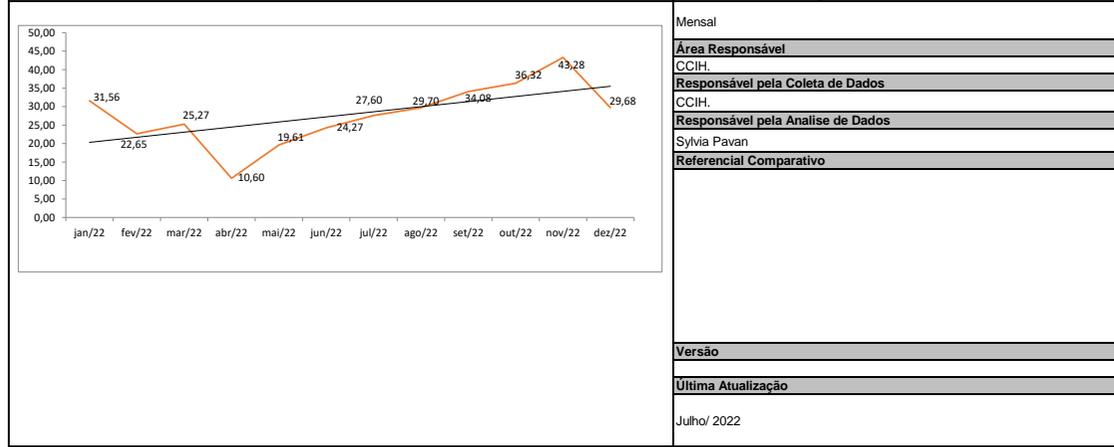
Compilação de dados IPCS adulto

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	4	16	12	13	14	6	7	91
Nº total de CVC/dia nos CTIs adulto	1270	1112	1052	1243	1115	1157	1027	1174	1156	1218	1104	1156	13784
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	6,06	6,60



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	Indicador	Forma de Medição (cálculo)
≤13‰	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



Análise Crítica

Houve uma diminuição importante no total de PAVs diagnosticadas quando comparado com o mês anterior (29 em novembro para 23 em dezembro), mesmo com o aumento de paciente/dia (570 em novembro para 775 em dezembro).

Analisando os setores individualmente, observamos uma diminuição importante no número total de PAVs no CTI 3 e na UPO e um aumento importante no CTI 4.

Setor TMP

(dias)TU VM (%)N° PAV	DI PAV (%)
CTI 1 8,14 51,28 9 29,90	
CTI 2 7,50 77,25 4 22,22	
CTI 3 6,12 62,65 3 28,25	
CTI 4 8,20 38,50 5 60,98	
UPO 7,71 38,03 2 18,52	

OBS: A qualidade das radiografias realizadas no mês de dezembro estava muito ruim, somando a isso a dificuldade de acessar o sistema antigo de imagens.

Causas:

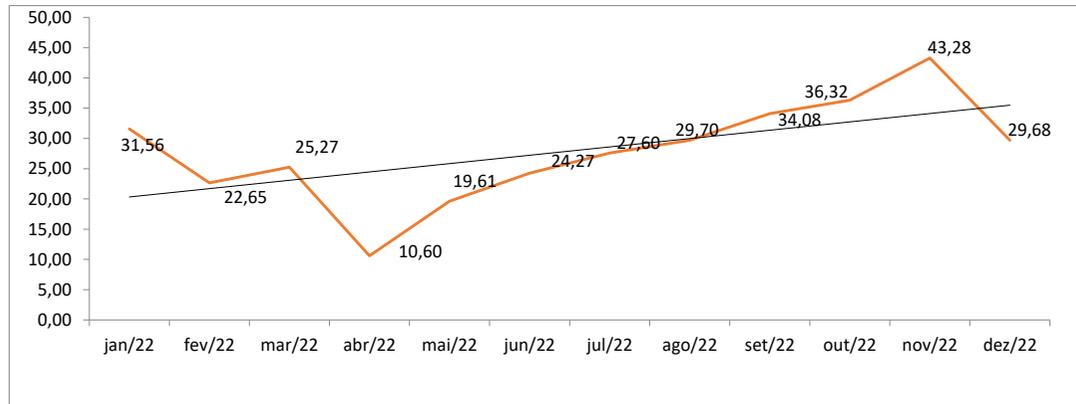
1. Possíveis broncoaspirações no momento das IOTs.
2. Foram observadas secreções no circuito do trach-care.
3. Leitos com cabeceiras quebradas, dificultando o posicionamento adequado.
4. Falta de aspiração subglótica.
5. Foram observados alguns tubos mal posicionados em TCs de pacientes com diagnóstico de PAV.
6. Observamos vários Rxs com SNE ainda com guia, o que pode estar causando desposicionamento ao retirar o guia.
7. Relatos de que, mesmo com os pedidos de Rx sendo feitos no sistema, eles não são realizados e, por isso, muitos pacientes apresentam grande intervalo entre esses exames.
8. Coleta de secreção traqueal sem a troca de trach-care, aumentando a contaminação do exame.

Ação de Melhoria

Intensificar a vigilância nos processos visando a prevenção das PAVs.
Realizar a manutenção corretiva e preventiva dos leitos.
Treinamento de coletas de cultura de secreção traqueal.
Treinamento de prevenção de PAV.

Compilação de dados - Indicador

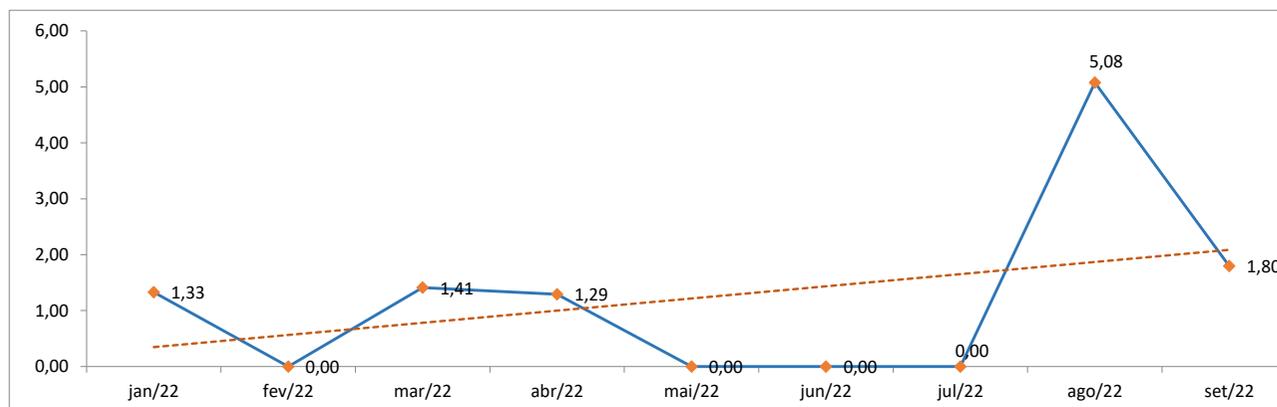
Indicador:													
Mês	jan/22	fev/22	mar/22	abr/22	mai/22	jun/22	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22	Resultado
Metas ≤13%	13												
N° total de PAV nos CTIs adulto	32	21	19	9	14	20	21	27	32	30	29	23	277
N° total de VM/dia nos CTIs adulto	1014	927	752	849	714	824	761	909	939	826	670	775	9960
Fórmula de Cálculo:	31,56	22,65	25,27	10,60	19,61	24,27	27,60	29,70	34,08	36,32	43,28	29,68	2,78%

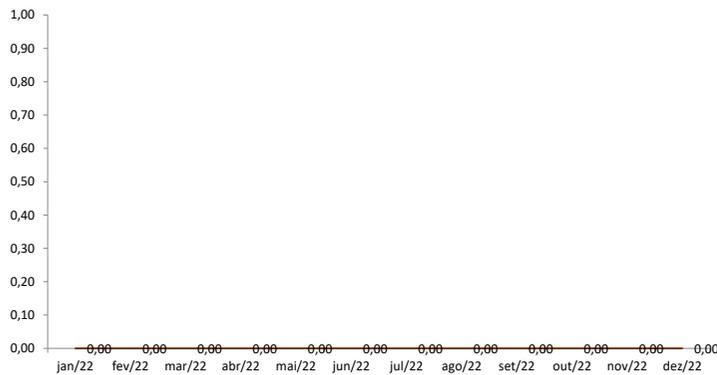


Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida	Fonte dos Dados																				
Processo.	Diretriz	Segurança do paciente.	Busca ativa. Prontuários. Exames microbiológicos.																				
	Objetivo	Reduzir a densidade de incidência de infecção urinária																					
Meta	Indicador	Forma de Medição (cálculo)																					
≤0,60%	Densidade de incidência infecção urinária associada à cateter vesical de demora nas UTIs adulto.	$\frac{\text{NÚMERO DE INFECÇÕES URINÁRIAS ASSOCIADAS À CATETER VESICAL DE DEMORA/DIA}}{\text{NÚMERO DE CATETER VESICAL DE DEMORA/DIA}} \times 1000 \text{ UO}$																					
<table border="1"> <caption>Dados do Gráfico</caption> <thead> <tr> <th>Mês</th> <th>Densidade de Incidência</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>jan/22</td><td>1,33</td></tr> <tr><td>fev/22</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>mar/22</td><td>1,41</td></tr> <tr><td>abr/22</td><td>1,29</td></tr> <tr><td>mai/22</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>jun/22</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>jul/22</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>ago/22</td><td>5,08</td></tr> <tr><td>set/22</td><td>1,80</td></tr> </tbody> </table>			Mês	Densidade de Incidência	jan/22	1,33	fev/22	0,00	mar/22	1,41	abr/22	1,29	mai/22	0,00	jun/22	0,00	jul/22	0,00	ago/22	5,08	set/22	1,80	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
Mês	Densidade de Incidência																						
jan/22	1,33																						
fev/22	0,00																						
mar/22	1,41																						
abr/22	1,29																						
mai/22	0,00																						
jun/22	0,00																						
jul/22	0,00																						
ago/22	5,08																						
set/22	1,80																						
Análise Crítica			Versão																				
<p>Apesar de um aumento importante no número de CVD/dia (313 novembro e 542 em dezembro) não foi identificado nenhum caso de ITU associado à CVD nas unidades de terapias intensivas. A taxa de utilização de CVD diminuiu na maioria dos setores, exceto na UPO, onde aumentou de 24,22 em novembro para 32,04 em dezembro, aumentando também o tempo médio de permanência (TMP) do CVD (de 5,17 para 6,07 dias em dezembro). OTMP diminuiu substancialmente no CTIH, saindo de 6,13 em novembro para 2,03 em dezembro.</p>			Última Atualização Julho/ 2022																				
Ação de Melhoria																							
1. Treinamento de prevenção de ITU associada à CVD conforme cronograma.																							

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	1	0	1	1	0	0	0	3	1	0	1	0	8
N° total de CVD/dia nos CTIs adulto	752	664	708	774	761	576	629	591	556	625	313	542	7491
Fórmula de Cálculo:	1,33	0,00	1,41	1,29	0,00	0,00	0,00	5,08	1,80	0,00	3,19	0,00	1,07

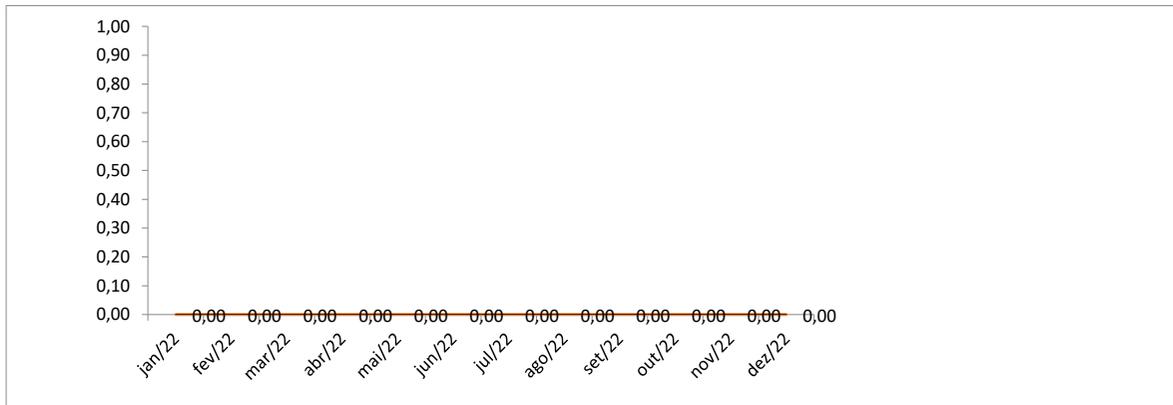


Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida
Perspectiva	Diretriz	Fonte dos Dados
Processo.	Segurança do paciente.	Busca fonada.
	Objetivo	
	Reduzir o número de infecções de sítio cirúrgico associadas às artroplastias total de quadril.	
Meta	Indicador	Forma de Medição (cálculo)
0%	Taxa de infecção de sítio cirúrgico associadas às artroplastias total de quadril.	$\frac{\text{NÚMERO DE INFECÇÕES DE FERIDA OPERATÓRIA DE CIRURGIAS artroplastias total de quadril}}{\text{NÚMERO TOTAL DE artroplastias total de quadril}} \cdot 100$
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:

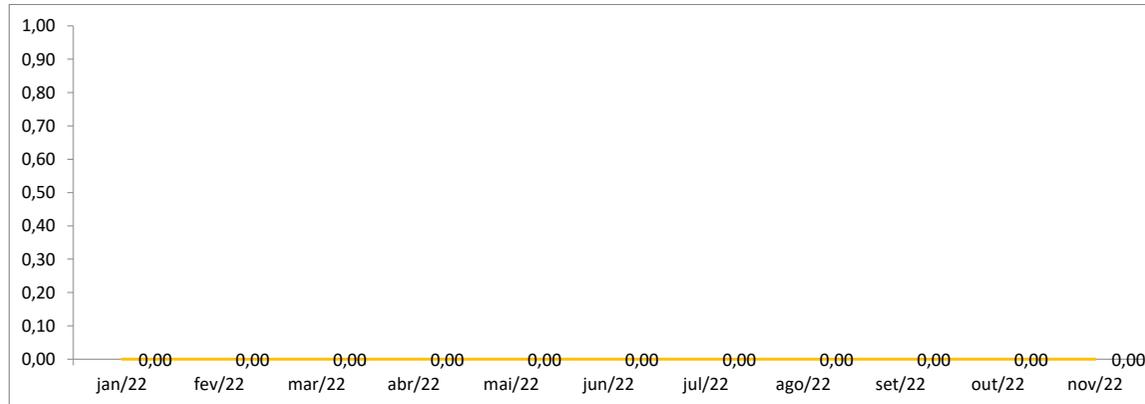
Mês	jan/22	fev/22	mar/22	abr/22	mai/22	jun/22	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22	Resultado
Metas 0,0	0												
Nº total de artroplastias total de quadril realizadas	0	2	3	0	4	2	2	1	4	0	3	3	24
Nº de Infecções cirúrgicas identificadas nas artroplastias totais de quadril	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0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



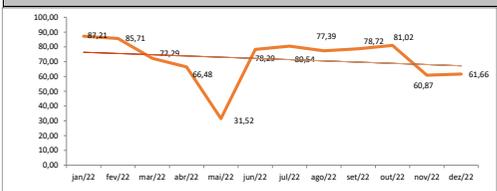
Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida
Perspectiva	Diretriz	Fonte dos Dados
Processo.	Segurança do paciente.	Busca fonadas e reinternações.
	Objetivo	
	Reduzir o número de infecções de sítio cirúrgico associadas às derivações ventriculoperitoneais (DVP).	
Meta	Indicador	Forma de Medição (cálculo)
0%	Taxa de infecção de sítio cirúrgico associadas às DVP.	$\frac{\text{NÚMERO DE INFECÇÕES DE FERIDA OPERATÓRIA DE DVP}}{\text{NÚMERO TOTAL DE DVP}} \cdot 100$
Periodicidade de Avaliação		
Mensal		
Área Responsável		
CCIH e Neurocirurgia		
Responsável pela Coleta de Dados		
CCIH.		
Responsável pela Análise de Dados		
Leonardo Miguez		
Referencial Comparativo		
Versão		
Última Atualização		
Julho/ 2022		
Análise Crítica		
Não foi realizada nenhuma DVP 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												
Nº total de DVP realizadas	2	3	1	3	4	1	0	0	0	0	0	0	14
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	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	NÚMERO TOTAL DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NÚMERO DE OPORTUNIDADES OBSERVADAS PARA A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



Período 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

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.

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, porém apenas 37 (62,89%) 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
Outubro12.000ml 1.600ml 800ml 1.600ml 4.000ml 2.400ml
Novembro8.000ml 800ml 1.600ml 0 3.200ml 8.000ml
Dezembro14.400ml 800ml 800ml 1.600ml 4.000ml 4.000ml

Consumo de sabão líquido

por CTI:
Sector CTI 1 CTI 2 CTI 3 CTI 4 UPO CETIPE
Outubro10.400 ml9.600ml1.600ml4.800ml5.600ml6.400ml
Novembro14.400ml9.600ml1.800ml5.600ml5.600ml8.000ml
Dezembro16.000ml10.400ml4.400ml5.600ml3.200ml7.200ml

CAUSAS:

Para definir as causas que podem impactar na não adesão da higiene das mãos, é possível considerar o perfil de gravidade dos pacientes, gerando maior demanda da equipe assistencial. Além deste, a disposição do insumo é fator determinante; quando o dispensador apresenta falha em seu funcionamento, poderá gerar na equipe a reticência para com o procedimento. Ainda, fatores culturais podem ser destacados.

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

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

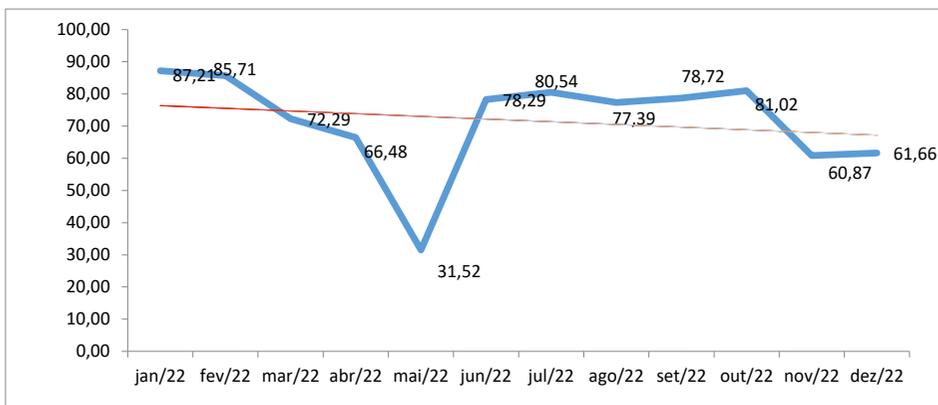
Ação de Melhoria
São realizados treinamento mensais de higiene das mãos.
Plano de melhorias:



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	137	149	154	74	111	70	119	1491
N° de oportunidades observadas para higiene das mãos.	305	42	314	179	92	175	185	199	94	137	115	193	2030
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	61,66	73,45



Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida
Perspectiva	Dimensão	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		

Análise Crítica

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 evoluíram 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 óbitos foram por causas infecciosas ou por doenças de base, porém 13 óbitos ocorreram 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.
Principais diagnósticos identificados: 18 Pneumonias – 8 Urinários – 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.

CTIs:
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

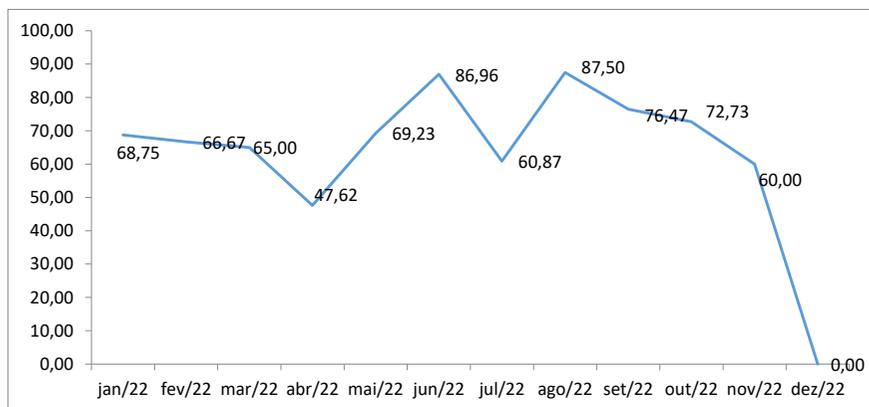
Ação de Melhoria

Reformulação do formulário do protocolo com intuito de unificar os protocolos dos CTIs e dos setores abertos.
Treinamentos.

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	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!	



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 antibiótico profilaxia no momento adequado	$\frac{\text{Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos que receberam um esquema profilático de antibióticos}}{\text{Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos na amostra}} \times 1000$
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

Tiveram 476 marcações de procedimento cirúrgicos, 124 suspensões e 352 cirurgias realizadas. Foram avaliadas as cirurgias do mês de novembro, sendo que 169 (48,01%) tinham indicação de ATB profilaxia e 45 (73,37%) não foram realizadas.

Setor	Nº Cirurgias c/ Indicação de profilaxia	Nº Cirurgias com profilaxia NÃO realizada
C. geral	94	16
Ortopedia	28	10
Neurocirurgia	24	8
CIPE	8	6
Vascular	10	3
Bucomaxilo	5	2
Total	169	45

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.

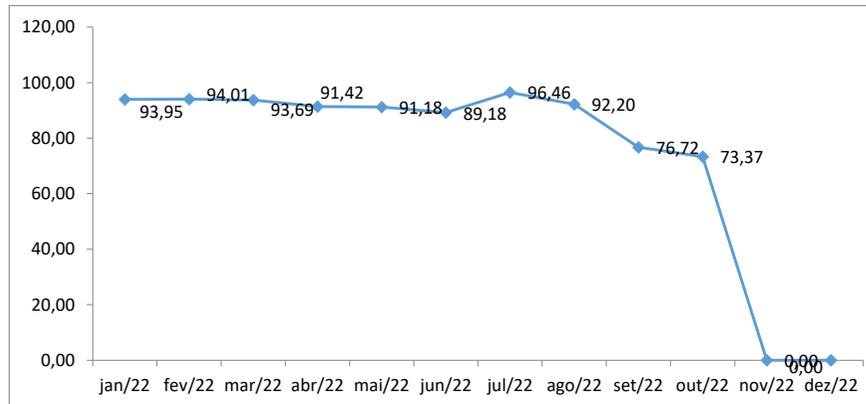
Ação de Melhoria

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

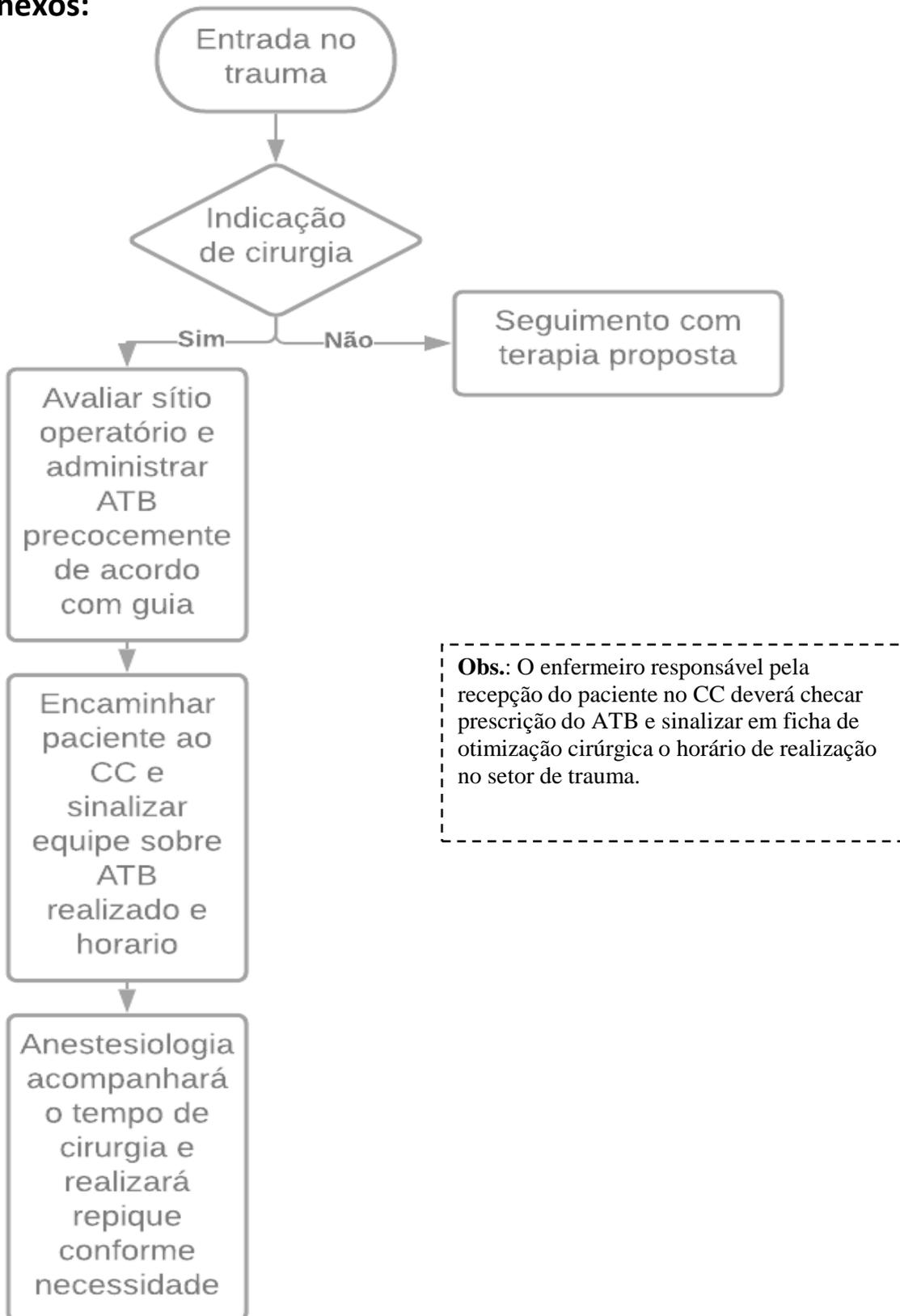
Reunião com coordenador médico da ortopedia visando adequar descrição de fraturas expostas para melhor avaliar profilaxia aplicada em agosto/22.

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	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



Anexos:





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

Anexos: