

# Relatório Mensal de Atividades

## (SCIH)

**Responsável:**

SYLVIA PAVAN

**ABRIL /2023**

Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida	Fonte dos Dados
Processo.	<b>Perspectiva</b>	<b>Diretriz</b>	Busca ativa. Prontuários. Hemoculturas.
		Segurança do paciente.	
	<b>Objetivo</b>		
		Reduzir o número de infecção associadas ao cateter venoso central dos pacientes internados nas UTIs adulto.	
<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>	<b>Forma de Medição (cálculo)</b>	
≤4,5%	Densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada à cateter venoso central do CTI adulto.	$\frac{\text{NÚMERO DE IPSC CTI ADULTO}}{\text{NÚMERO DE CATETER VENOSO CENTRAL/DIA}} \times 1000 \text{ 00}$	
<b>Periodicidade de Avaliação</b>			
Mensal			
<b>Área Responsável</b>			
CCIH.			
<b>Responsável pela Coleta de Dados</b>			
CCIH.			
<b>Responsável pela Análise de Dados</b>			
Enfermeira Juliana Ribeiro			
<b>Referencial Comparativo</b>			
<b>Versão</b>			
<b>Última Atualização</b>			
Março/2023			

Mês	Resultado	Meta
jan/23	2,82	4,5%
fev/23	10,53	4,5%
mar/23	12,29	4,5%
abr/23	9,11	4,5%
mai/23	0,00	4,5%
jun/23	0,00	4,5%
jul/23	0,00	4,5%
ago/23	0,00	4,5%
set/23	0,00	4,5%
out/23	0,00	4,5%

**Análise Crítica**

No mês de abril foram identificados 10 casos de IPCSLC, três a menos que em março. A densidade de IPSC apresentou uma diminuição de 12,29 para 9,11 em abril já que o número de CVC dia aumentou (de 1058 em março para 1098), desta forma este indicador ficou acima da meta estabelecida, sendo a mais baixa dos últimos 3 meses.

A taxa de utilização (TU) de CVC diminuiu de 75,94% em março para 73,44 em abril.

Houve um aumento do tempo médio de permanência dos pacientes com CVC no CTI 1, CTI 3 e na UPO. Já no CTI 2 essa taxa praticamente se manteve e houve uma leve diminuição no CTI 4.

Identificação das IPCSLs: CTI 1 (n = 2), CTI 2 (n = 4), CTI 3 (n = 2), CTI 4 (n = 1) e UPO (n = 1) Observamos uma importante diminuição de IPSC nos CTI 1, CTI 4 e na UPO. No CTI 2 e no CTI 3 o aumento dessa taxa foi importante.

Total de pacientes com acessos em Veia Femoral no mês de abril:

- CTI 1 – 32 (19 HD e 18 para infusão)
- CTI 2 – 12 (1 HD e 12 para infusão)
- CTI 3 – 11 (3 HD e 10 para infusão)
- CTI 4 – 7 (3 HD e 9 para infusão)
- UPO – 10 pacientes (9 HD e 8 para infusão)

Dos pacientes que apresentaram IPSC, apenas 2 pacientes tinham CVC em VF para HD. A média de tempo de CVC dos pacientes que desenvolveram IPSC foi de 7,66 dias. Até o final do mês de abril, dois pacientes evoluíram à óbito (2 e 8 dias após a data da IPSC), cinco pacientes foram transferidos internamente (3 para outros CTIs e 2 para enfermarias) e três pacientes ainda permaneciam internados. Um dos pacientes não houve troca do CVC mesmo mediante o diagnóstico e em um foi realizada a troca do dispositivo tardiamente (5 dias após o diagnóstico de IPSC). Houve a troca no tempo adequado de um dos CVC/HD, porém no outro não houve a troca (ambos foram transferidos, um para enfermaria e outro para CTI).

**Ação de Melhoria**

- Falha na higienização das mãos antes da manipulação dos acessos, nem para a manipulação e nem para curativos.
- Manipulação inadequada das medicações, sem assepsia dos frascos e sem uso de máscaras.
- Vários 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 em setores específicos.
- Falta de cateter tripló lúmen para infusão o que faz com que seja necessária a punção de mais de um sítio;
- Falta de punção alta de cateteres de HD;
- Falha na degermação por ruptura na grade de degermantes;
- Pouca efetividade na vigilância do aspecto do dispositivo e ausência de descrição no prontuário.

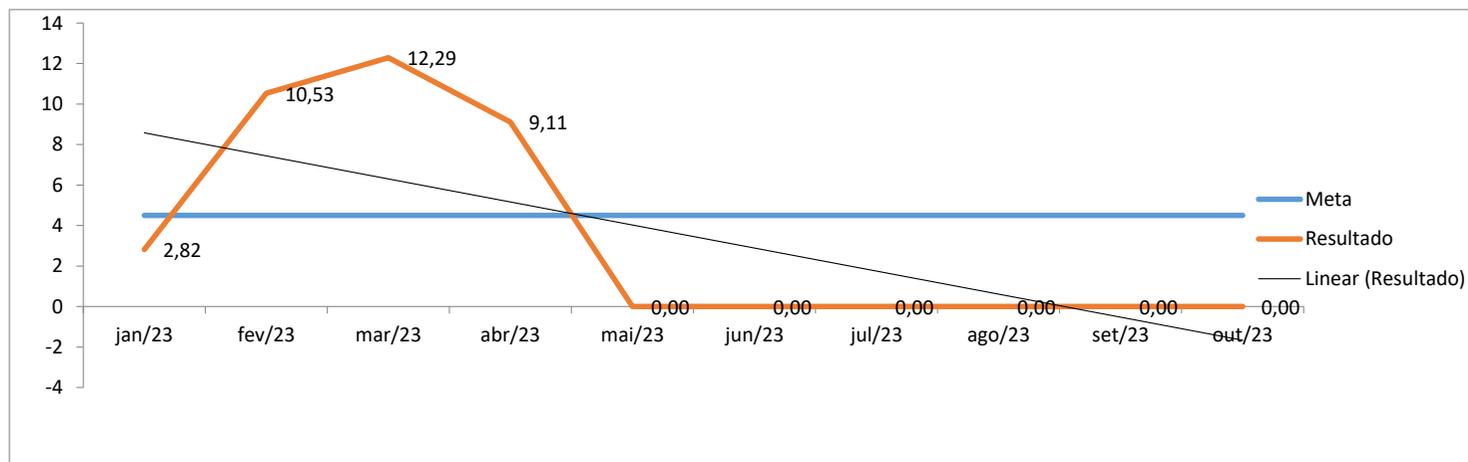
**Ações:**

- Melhora das vigilâncias.
- Troca de acessos conforme acordado.
- Melhora dos processos.
- Treinamento de acordo com o cronograma.

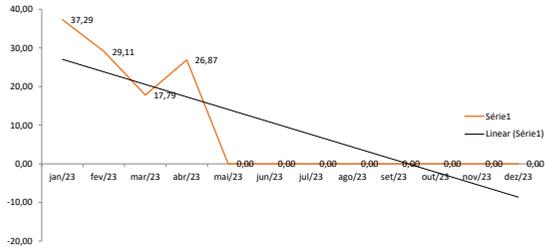
Compilação de dados IPCS adulto

Indicador:

	jan/23	fev/23	mar/23	abr/23	mai/23	jun/23	jul/23	ago/23	set/23	out/23	Resultado
<b>Metas <math>\leq 4,5\%</math></b>	<b>4,5</b>										
Nº total de IPCS nos CTIs adulto	3	10	13	10							36
Nº total de CVC/dia nos CTIs adulto	1065	950	1058	1098							4171
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	2,82	10,53	12,29	9,11	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	

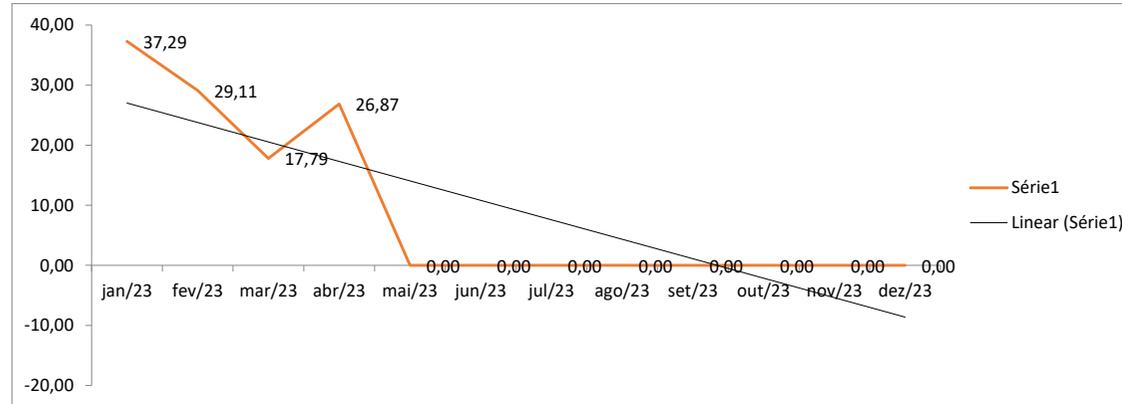


Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida																					
<b>Perspectiva</b>	<b>Diretriz</b>		<b>Fonte dos Dados</b>																				
Processo.	Segurança do paciente.		Busca ativa. Prontuários. Imagens radiológicas. Exames microbiológicos.																				
	<b>Objetivo</b>																						
	Reduzir a incidência de Pneumonia associada à ventilação mecânica nas UTIs adulto.																						
<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>		<b>Forma de Medição (cálculo)</b>																				
≤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																				
			.1000																				
<b>Periodicidade de Avaliação</b>																							
Mensal																							
<b>Área Responsável</b>																							
CCH.																							
<b>Responsável pela Coleta de Dados</b>																							
CCH.																							
<b>Responsável pela Análise de Dados</b>																							
Enfermeira Juliana Ribeiro																							
<b>Referencial Comparativo</b>																							
<b>Versão</b>																							
<b>Última Atualização</b>																							
Março / 2023																							
<b>Análise Crítica</b>																							
<p>Houve um aumento no total de PAVs diagnosticadas quando comparado com o mês anterior (14 em março para 19 em abril), com uma diminuição de VM/dia (787 em março para 707 em abril), o que indica que houve piora nesse indicador, ficando com uma Densidade de PAV de 26,87% (17,79% em março).</p> <p>Analisando os setores individualmente, observamos que o aumento no número total de PAVs nos CTIs 1 e 4 e, uma diminuição na UPO, não foi diagnosticada nenhuma PAV no CTI 3.</p> <p>SetorTMP (dias)TU VM (%)N° PAV/DI PAV (%)</p> <table border="1"> <tr> <td>CTI 16,47</td> <td>74,19</td> <td>2</td> <td>4,83</td> </tr> <tr> <td>CTI 26,15</td> <td>81,96</td> <td>4</td> <td>23,92</td> </tr> <tr> <td>CTI 34,68</td> <td>70,91</td> <td>2</td> <td>17,09</td> </tr> <tr> <td>CTI 44,97</td> <td>62,34</td> <td>1</td> <td>6,71</td> </tr> <tr> <td>UPO9,50</td> <td>75,18</td> <td>1</td> <td>4,78</td> </tr> </table> <p>Possíveis Causas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Possíveis broncoaspirações no momento das IOTs (9 PAVs precoces, 47,36% das PAVs diagnosticadas).</li> <li>2. Foram observadas secreções no circuito do trach-care.</li> <li>3. Presença de condensação nos circuitos dos respiradores.</li> <li>4. Falta de aspiração subglótica.</li> <li>5. Observamos vários Rxs com SNE ainda com guia, o que pode estar causando desposicionamento ao retirar o guia. Além de algumas sondas posicionadas na porção proximal do esôfago.</li> <li>6. 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.</li> <li>7. As cabeceiras ficam 0° durante o banho no leito de pacientes graves.</li> </ol>				CTI 16,47	74,19	2	4,83	CTI 26,15	81,96	4	23,92	CTI 34,68	70,91	2	17,09	CTI 44,97	62,34	1	6,71	UPO9,50	75,18	1	4,78
CTI 16,47	74,19	2	4,83																				
CTI 26,15	81,96	4	23,92																				
CTI 34,68	70,91	2	17,09																				
CTI 44,97	62,34	1	6,71																				
UPO9,50	75,18	1	4,78																				
<b>Ação de Melhoria</b>																							
<p>Intensificar a vigilância nos processos visando a prevenção das PAVs.</p> <p>Realizar a manutenção corretiva e preventiva dos leitos.</p> <p>Treinamento de prevenção de PAV.</p>																							
FINQSP-033 Versão 01																							



Compilação de dados - Indicador

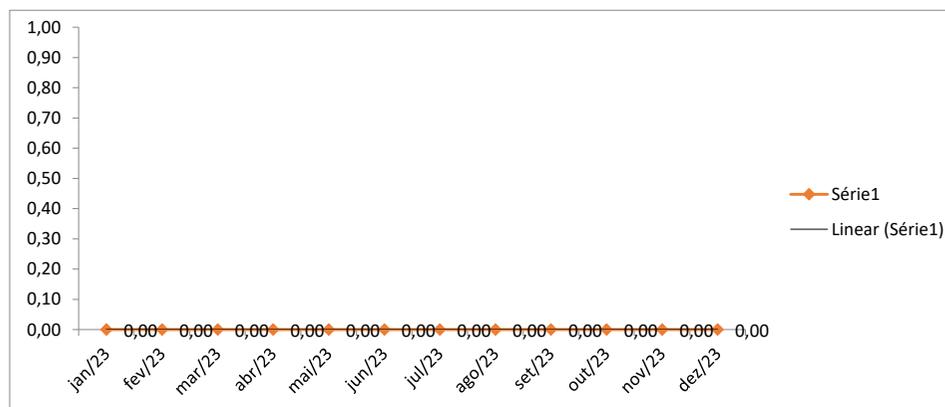
Indicador:													
Mês	jan/23	fev/23	mar/23	abr/23	mai/23	jun/23	jul/23	ago/23	set/23	out/23	nov/23	dez/23	Resultado
<b>Metas ≤13‰</b>	<b>13</b>												
Nº total de PAV nos CTIs adulto	27	20	14	19									80
Nº total de VM/dia nos CTIs adulto	724	687	787	707									2905
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	37,29	29,11	17,79	26,87	#DIV/0!								



Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida
<b>Perspectiva</b>	<b>Diretriz</b>	<b>Fonte dos Dados</b>
Processo.	Segurança do paciente.	Busca ativa. Prontuários. Exames microbiológicos.
	<b>Objetivo</b>	
	Reduzir a densidade de incidência de infecção urinária	
<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>	<b>Forma de Medição (cálculo)</b>
≤0,60‰	Densidade de incidência infecção urinária associada à cateter vesical de demora nas UTIs adulto.	$\frac{\text{NÚMERO DE INFECÇÕES URINÁRIAS ASSOCIADAS À CATETER VESICAL DE DEMORA/D}}{\text{NÚMERO DE CATETER VESICAL DE DEMORA/DIA}} \times 1000$
		<b>Periodicidade de Avaliação</b>
		Mensal
		<b>Área Responsável</b>
		CCIH e CTI adulto.
		<b>Responsável pela Coleta de Dados</b>
		CCIH.
		<b>Responsável pela Análise de Dados</b>
		Enfermeira Juliana Ribeiro
		<b>Referencial Comparativo</b>
		<b>Versão</b>
		<b>Última Atualização</b>
		Março/2023
		
<b>Análise Crítica</b>		
<p>Apesar de uma diminuição no número de CVD/dia quando comparamos com o mês anterior (581 em março e 516 em abril). Não foi identificado nenhum caso de ITU associado à CVD nas unidades de terapias intensivas.</p> <p>A taxa de utilização de CVD aumentou em todos os setores, bem como a permanência média do dispositivo.</p> <p>Causas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Uso de campo longo para instalação do dispositivo;</li> <li>* Aplicação de bundle de inserção;</li> <li>* Troca de CVD em vigência de bundle de inserção inadequado ou quando não se tem registro da inserção.</li> </ul>		
<b>Ação de Melhoria</b>		
Treinamento de prevenção de ITU associada à CVD conforme a cronograma.		

### Compilação de dados - Indicador

Indicador:													
Mês	jan/23	fev/23	mar/23	abr/23	mai/23	jun/23	jul/23	ago/23	set/23	out/23	nov/23	dez/23	Resultado
<b>Metas ≤0,6‰</b>	<b>0,6</b>												
N° total de ITU associada a CVD nos CTIs adulto	0	0	0	0									0
N° total de CVD/dia nos CTIs adulto	521	470	581	594									2166
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	0,00	0,00	0,00	0,00	#DIV/0!								

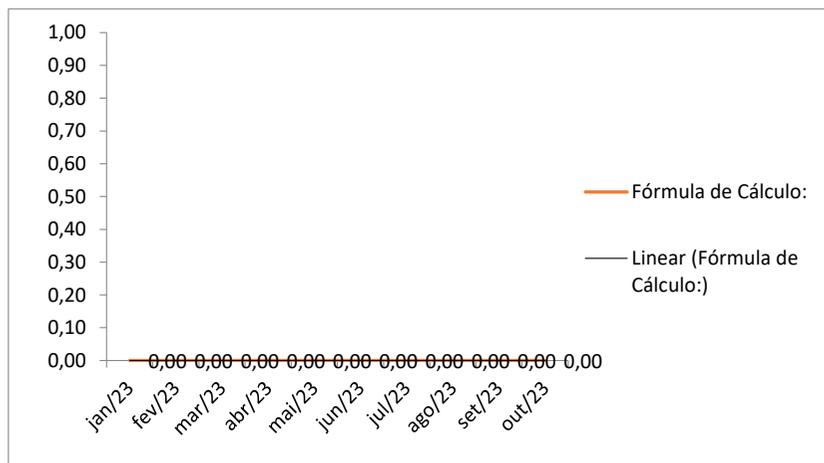


Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida		
Processo.	<b>Perspectiva</b>	<b>Diretriz</b>	<b>Fonte dos Dados</b>	
		Segurança do paciente. <b>Objetivo</b> Reduzir o número de infecções de sítio cirúrgico associadas às artroplastias total de quadril.	Busca fonada.	
<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>	<b>Forma de Medição (cálculo)</b>		
0%	Taxa de infecção de sítio cirúrgico associadas às artroplastias total de quadril.	$\frac{\text{NÚMERO DE INFECÇÕES DE FERIDA OPERATÓRIA DE CIRURGIAS artroplastia total de quadril}}{\text{NÚMERO TOTAL DE artroplastia total de quadril}}$ .100		
<p>Fórmula de Cálculo: Linear (Fórmula de Cálculo:)</p>		<b>Periodicidade de Avaliação</b>	Mensal	
		<b>Área Responsável</b>	CCIH e Ortopedia	
		<b>Responsável pela Coleta de Dados</b>	CCIH.	
		<b>Responsável pela Análise de Dados</b>	Marcos Paulo Mugaya	
		<b>Referencial Comparativo</b>		
		<b>Versão</b>		
		<b>Última Atualização</b>	Março/2023	
		<b>Análise Crítica</b>	Foram realizadas duas cirurgias de artroplastia total de quadril no mês de abril. Não houve nenhum caso de artroplastia de quadril diagnosticada no período.	
		<b>Ação de Melhoria</b>		

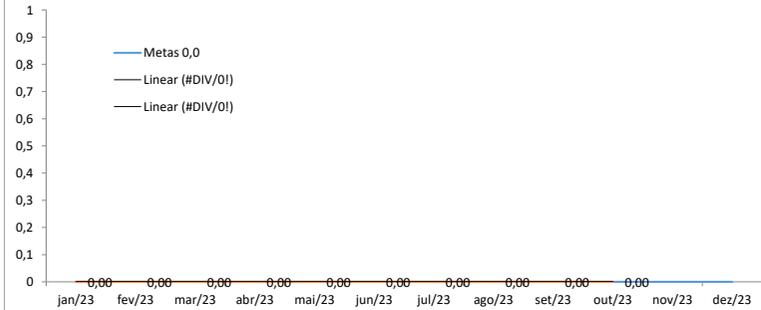
Compilação de dados - Indicador

Indicador:

Mês	jan/23	fev/23	mar/23	abr/23	mai/23	jun/23	jul/23	ago/23	set/23	out/23	Resultado
<b>Metas 0,0</b>	<b>0</b>										
Nº total de artroplastias total de quadril realizadas	4	3	0	2							9
Nº de Infecções cirúrgicas identificadas nas artroplastias totais de quadril	0	0	0	0							0
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	0,00	0,00	#DIV/0!	0,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	

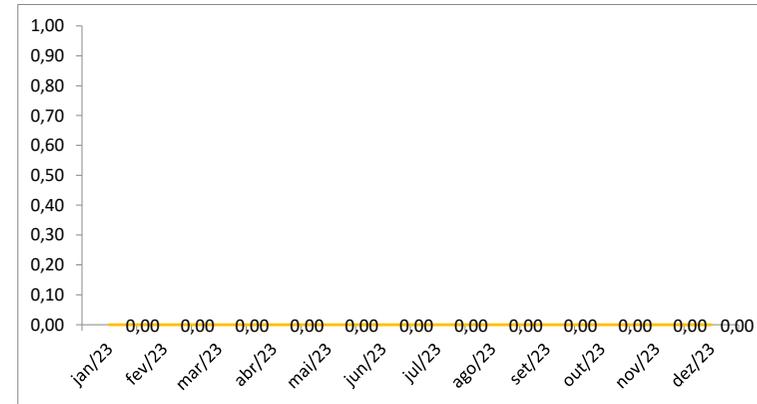
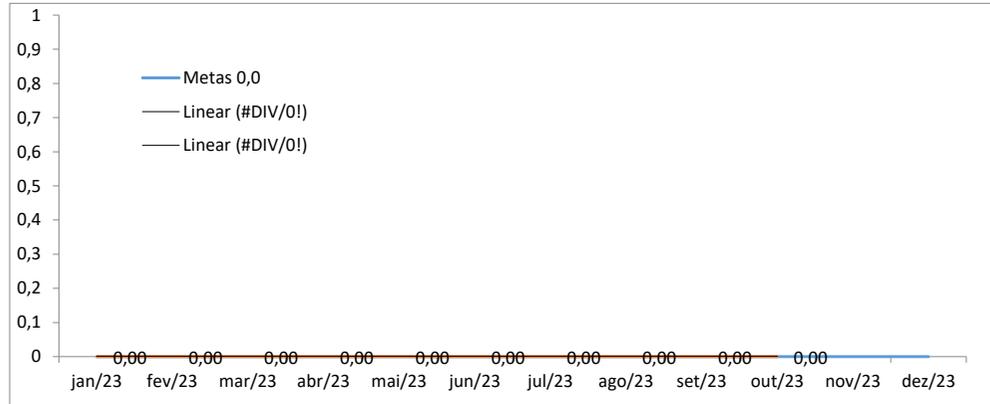


Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida
<b>Perspectiva</b>	<b>Diretriz</b>	<b>Fonte dos Dados</b>
Processo.	Segurança do paciente.	Busca fonadas e reinternações.
	<b>Objetivo</b>	
	Reduzir o número de infecções de sítio cirúrgico associadas às derivações ventriculoperitoneais (DVP).	
<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>	<b>Forma de Medição (cálculo)</b>
0%	Taxa de infecção de sítio cirúrgico associadas às DVP.	$\frac{\text{NÚMERO DE INFECÇÕES DE FERIDA OPERATÓRIA DE DVP}}{\text{NÚMERO TOTAL DE DVP}} \cdot 100$
		<b>Periodicidade de Avaliação</b>
		Mensal
		<b>Área Responsável</b>
		CCIH e Neurocirurgia
		<b>Responsável pela Coleta de Dados</b>
		CCIH.
		<b>Responsável pela Análise de Dados</b>
		Leonardo Miguez
		<b>Referencial Comparativo</b>
		<b>Versão</b>
		<b>Última Atualização</b>
		Março/2023
<b>Análise Crítica</b>		
Não tivemos nenhum procedimento de inserção de DVP em abril/2023 e não foi diagnosticada nenhuma infecção associada ao procedimento.		
<b>Ação de Melhoria</b>		



Compilação de dados - Indicador

Indicador:													
Mês	jan/23	fev/23	mar/23	abr/23	mai/23	jun/23	jul/23	ago/23	set/23	out/23	nov/23	dez/23	Resultado
<b>Metas 0,0</b>	<b>0</b>												
Nº total de DVP realizadas	0	2	1	0									3
Nº de Infecções cirúrgicas DVP	0	0	0	0									0
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	#DIV/0!	0,00	0,00	#DIV/0!	0,00								



Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida
<b>Perspectiva</b>	<b>Diretriz</b>	<b>Fonte dos Dados</b>
Processo.	Segurança do paciente.	Observador cego.
	<b>Objetivo</b>	
	Reduzir o número de infecções associadas à assistência à saúde.	
<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>	<b>Forma de Medição (cálculo)</b>
	Taxa de adesão à higienização das mãos	$\frac{\text{NÚMERO TOTAL DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS}}{\text{NÚMERO DE OPORTUNIDADES OBSERVADAS PARA A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS}} \times 100$
<b>Periodicidade de Avaliação</b>		
Mensal		
<b>Área Responsável</b>		
CCIH.		
<b>Responsável pela Coleta de Dados</b>		
CCIH.		
<b>Responsável pela Análise de Dados</b>		
Enfermeira Juliana Ribeiro		
<b>Referencial Comparativo</b>		
<b>Versão</b>		
<b>Última Atualização</b>		
Março/2023		



**Análise Crítica**

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 61 oportunidades de higiene das mãos em março. De todas as oportunidades de HM, em 15 (24,597%) podemos observar a proatividade para a HM, porém apenas 07 (46,67%) 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:**

Setor	CTI 1	CTI 2	CTI 3	CTI 4	UPO	CETIPE
Fevereiro	11.200ml	3.200ml	3.200ml	2.400ml	3.200ml	
Março	10.400ml	3.200ml	1.600ml	800ml	4.000ml	6.400ml
Abril	9.600ml	4.000ml	3.200ml	7.200ml	4.000ml	2.400ml

**Consumo de sabão líquido por CTI:**

Setor	CTI 1	CTI 2	CTI 3	CTI 4	UPO	CETIPE
Fevereiro	20.000ml	7.200ml	4.000ml	7.200ml	6.400ml	
Março	12.000ml	13.600ml	5.600ml	7.200ml	6.400ml	8.800ml
Abril	6.400ml	9.600ml	4.800ml	4.800ml	5.600ml	5.600ml

**Ação de Melhoria**

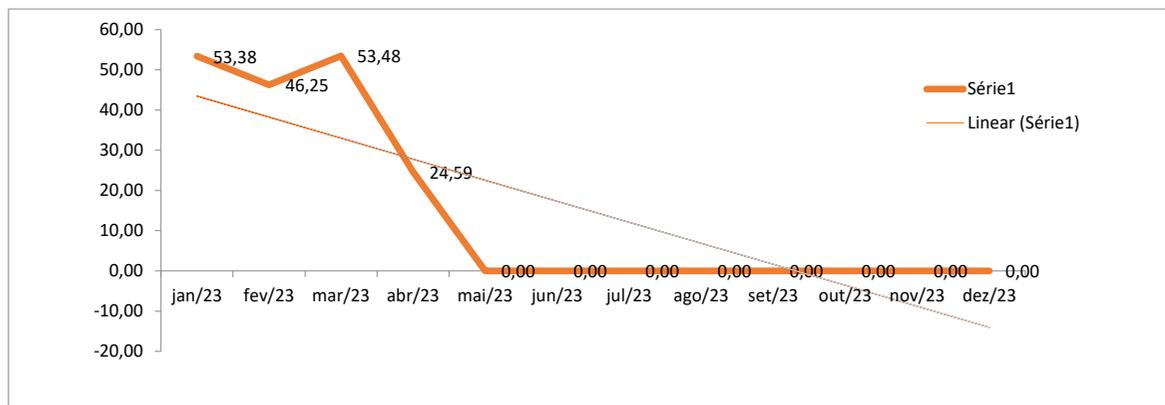
Treinamento de HM conforme cronograma.



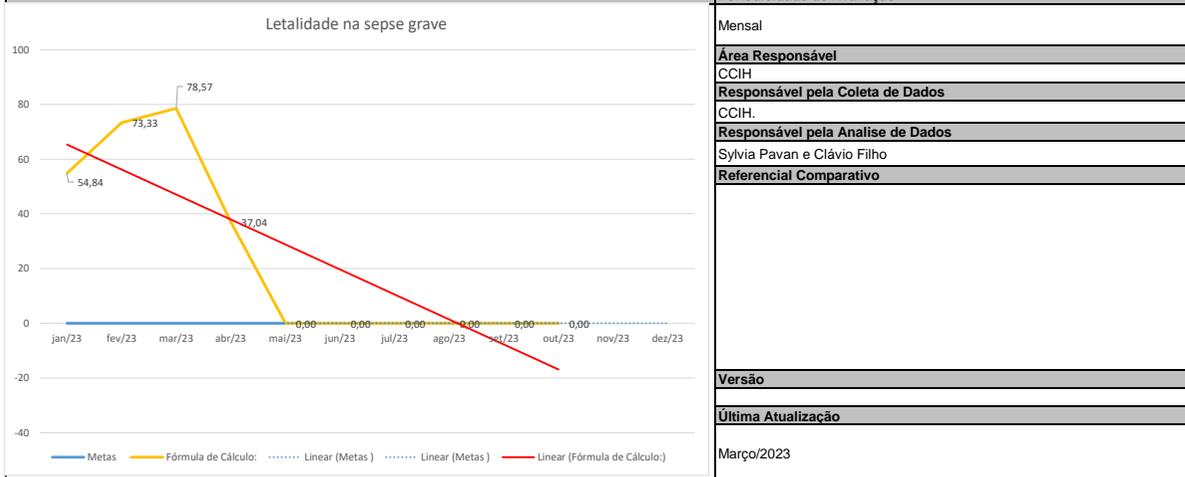
### Compilação de dados - Indicador

#### Indicador:

Mês	jan/23	fev/23	mar/23	abr/23	mai/23	jun/23	jul/23	ago/23	set/23	out/23	nov/23	dez/23	Resultado
<b>Metas</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>								
N° de higienização das mãos realizadas	71	253	100	15									439
N° de oportunidades observadas para higiene das mãos.	133	547	187	61									928
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	53,38	46,25	53,48	24,59	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	



Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida
Processo.	<b>Perspectiva</b>	<b>Fonte dos Dados</b>
	<b>Diretriz</b>	Protocolos de sepse
	Segurança do paciente.	
	<b>Objetivo</b>	
	Reduzir a letalidade relacionada à sepse, tanto	
<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>	<b>Forma de Medição (cálculo)</b>
	Taxa de letalidade relacionada à sepse grave.	TOTAL DE ÓBITOS EM PACIENTES COM SEPSE GRAVE TOTAL DE SEPSE GRAVE x100



<b>Periodicidade de Avaliação</b>	Mensal
<b>Área Responsável</b>	CCIH
<b>Responsável pela Coleta de Dados</b>	CCIH.
<b>Responsável pela Análise de Dados</b>	Sylvia Pavan e Clávio Filho
<b>Referencial Comparativo</b>	
<b>Versão</b>	
<b>Última Atualização</b>	Março/2023

**Análise Crítica**

Foram abertos 72 protocolos de sepse no HEGV no mês de abril (21 protocolos a mais que março). Tivemos 17 protocolos excluídos (09 a menos que o mês anterior) e 55 mantidos (12 a mais que em janeiro), o que corresponde a 76,38% de protocolos mantidos. De todos os pacientes que tiveram os protocolos mantidos, 27 (49,09%) evoluíram à óbito até o início de maio. Foram identificados 13 casos de choque sépticos mantidos, sendo que destes 10 evoluíram à óbito (76,92%). Não temos como definir se os óbitos foram por causas infecciosas ou por doenças de base, (10 classificados como choque séptico, 16 como sepse e 01 SIRS). Dos 55 protocolos mantidos, 27 (49,09%) foram de origem comunitária e 28 (50,90%) de origem hospitalar. Principais focos: Pulmão - 23 / Pele e partes moles - 07 / Urinário - 10 / Abdome - 02 / Indeterminado - 09 / IPCS - 01 Setores de abertura dos protocolos mantidos: 15 na CM, 28 na Emergência, 02 na Neurocirurgia, 07 na Ortopedia, 03 C. geral.

**Origem Comunitária:**  
Dos 27 protocolos mantidos, 17 ( 62,96%) evoluíram para óbito, desses: 09 por choque séptico; 08 SEPSE.

**Origem Hospitalar:**  
Dos 28 protocolos mantidos, 10 (35,71%) evoluíram à óbito até o início deste mês, desses: 01 choques sépticos, 08 com sepse e 01 SIRS.

**Ação de Melhoria**

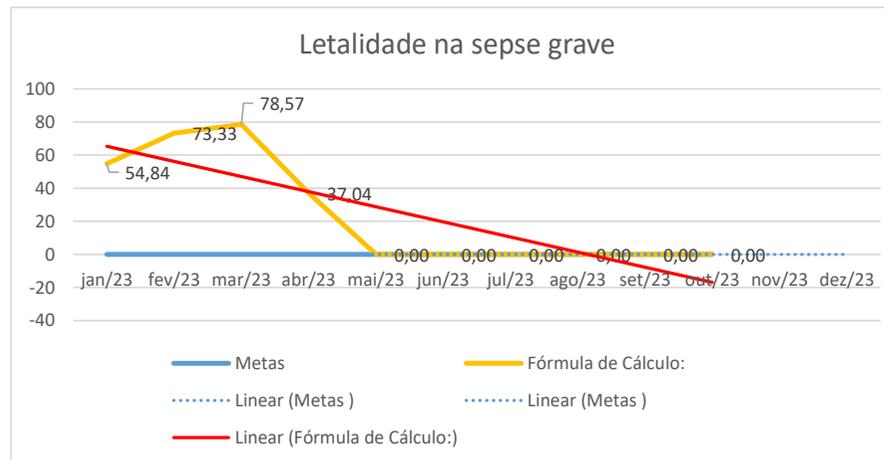
Treinamento da equipe da CM a respeito do Protocolo de Sepse



### Compilação de dados - Indicador

#### Indicador:

Mês	jan/23	fev/23	mar/23	abr/23	mai/23	jun/23	jul/23	ago/23	set/23	out/23	Resultado
<b>Metas</b>	<b>0</b>										
TOTAL DE ÓBITOS RELACIONADOS À SEPSE GRAVE	17	11	11	10							49
TOTAL DE SEPSE GRAVE	31	15	14	27							87
<b>Fórmula de Cálculo:</b>	54,84	73,33	78,57	37,04	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	56,32



Programa de Excelência em Gestão - PEG			
	Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida
Perspectiva	Diretriz	Fonte dos Dados	
Processo.	Segurança do paciente.	Centro Cirúrgico	
	<b>Objetivo</b>		
	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	Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos que receberam um esquema profilático apropriado de antibióticos	
		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 Análise de Dados	
		Sylvia Pavan	
		Referencial Comparativo	
		Versão	
		Última Atualização	
		Abril/2023	
Análise Crítica			
<p>Tivemos em abril 607 marcações de procedimento cirúrgicos, 24 suspensões e 583 cirurgias realizadas. Foram avaliados 540 pacientes cirúrgicos do mês de abril destes, 369 profilaxias foram realizadas corretamente (68,33%) e 171 erros de execução de profilaxia, incluindo pacientes sem indicação e que mesmo assim realizaram profilaxia, os que tinham indicação e mesmo assim não fizeram e outros casos com as seguintes características: Atrasos na infusão de antibióticos; Infusão muito adiantada de antibióticos (tempo superior a 60 minutos antes da incisão cirúrgica); Antibióticos profiláticos fora do protocolo; e informação de horário de infusão de antibiótico.</p>			
Sem			
Ações de melhoria			
Trabalho conjunto da SCIH com a equipe de qualidade para sensibilização das equipes cirúrgicas e anestésicas.			



**Anexos:**



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

**Anexos:**