

Relatório Mensal de Atividades

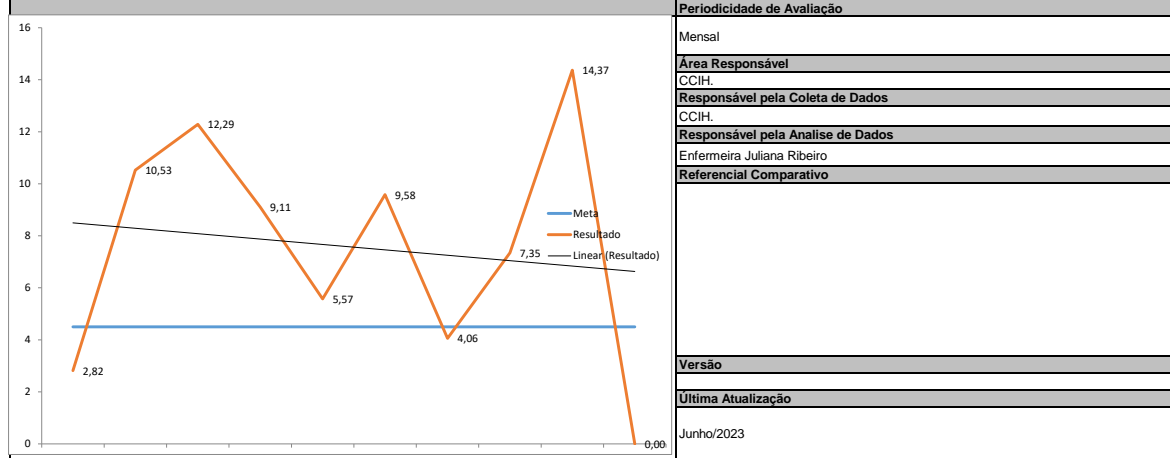
(SCIH)

Responsável:

SYLVIA PAVAN

SETEMBRO /2023

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 x1000 00 NÚMERO DE CATETER VENOSO CENTRAL/DIA



Análise Crítica
 No mês de setembro foram identificados apenas 10 casos de II CCIC, seis a mais que em agosto. Houve aumento de 47,9% na densidade de infecção quando comparado com o mês anterior (em agosto foi de 9,58 e no mês de setembro ficou em 14,37) já a DU de CVC em agosto foi de 78,82% e em setembro 73,94 o que nos mostra uma pequena redução. O número de CVC/dia teve uma diminuição. (Agosto foi de 1225 já em setembro 1044).

Houve um aumento do tempo médio de permanência do CVC no CTI 3, praticamente se manteve no CTI 2, e diminuiu nas demais unidades intensivas.
 A densidade de utilização de VM também sofreu as seguintes alterações: Aumentou no CTI 3, se manteve estável no CTI 2, diminuiu no CTI 1, CTI 4 e na UPO.

IPCSLs nos CTIs:

	CTI 1	CTI 2	CTI 3	CTI 4	UPO
Nº IPCS8	0	3	3	1	
DI IPCS10,40	0	21,5829,41	4,72		

- Causas:**
- Falha na higienização das mãos antes da manipulação dos acessos, para infusão e para curativos;
 - Falha na higienização dos óstios dos cateteres.
 - Manipulação inadequada das medicações, sem assepsia dos frascos para infusões IV e sem uso de máscaras.
 - Ausência de troca dos CVCs nas situações de punções em caráter de emergência em setores específicos;
 - Ausência de troca de alguns CVC na presença de hiperemia e/ou exteriorização dos CVCs;
 - Falta de cateter triplo lúmen para infusão o que faz com que seja necessária a punção de mais de um sítio;
 - Ausência de punção alta para cateteres de HD;
 - Ausência da troca de CVC na suspeita de IPCS;
 - Falha na desinfecção dos conectores, incluindo os valvulados dos cateteres antes da manipulação;
 - Pouca efetividade na vigilância do aspecto do dispositivo ou ausência de descrição no prontuário e nos bundles.

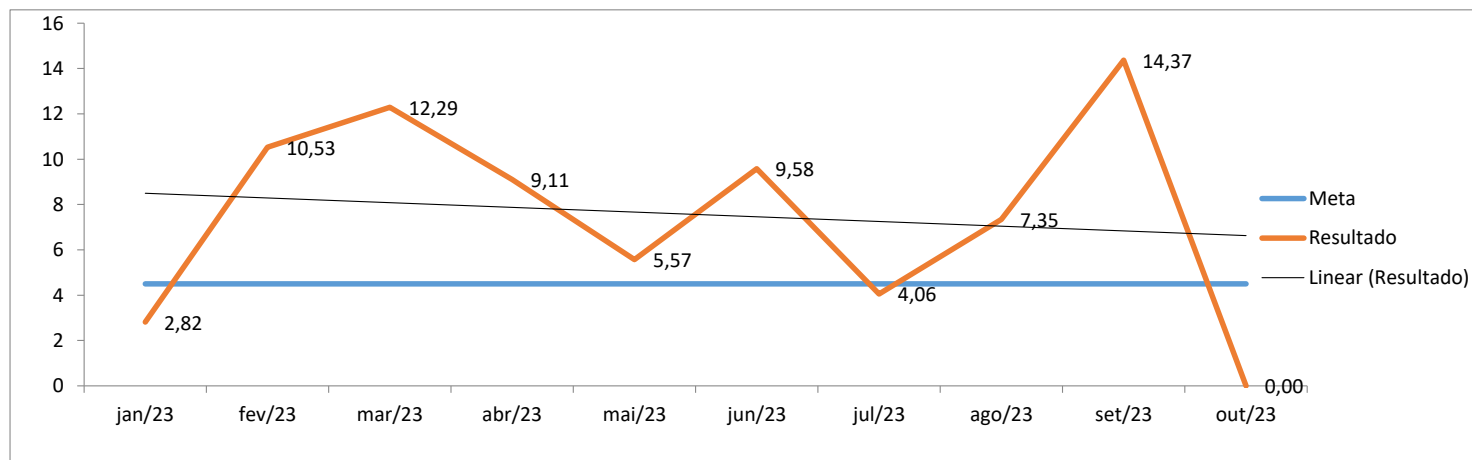
- Ações:**
- Melhoria das vigilâncias pelas equipes assistentes e SCIH.
 - Troca de acessos conforme acordado.
 - Melhoria dos processos.
 - Treinamento de acordo com o cronograma.

Ação de Melhoria
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
Metas $\leq 4,5\%$	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	3	10	13	10	7	11	5	9	15		83
Nº total de CVC/dia nos CTIs adulto	1065	950	1058	1098	1256	1148	1232	1225	1044		10076
Fórmula de Cálculo:	2,82	10,53	12,29	9,11	5,57	9,58	4,06	7,35	14,37	#DIV/0!	

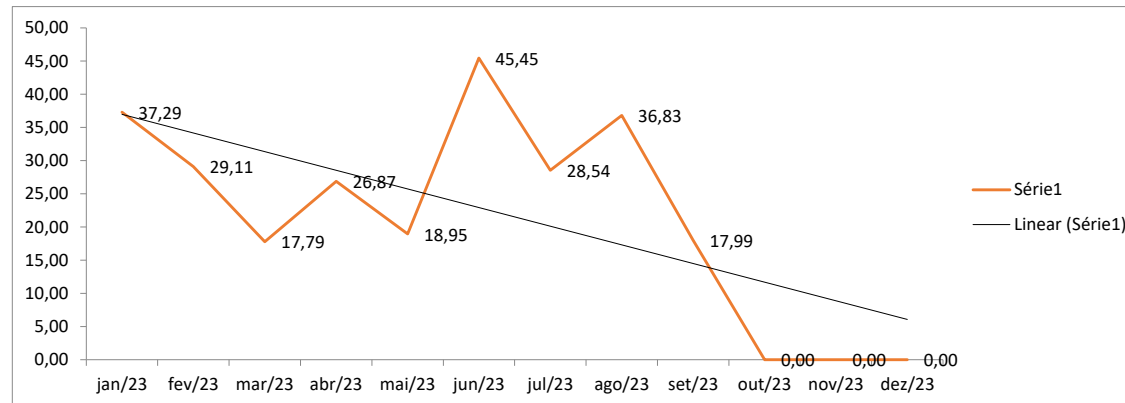


Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida																														
Perspectiva	Diretriz	Fonte dos Dados																														
Processo.	Segurança do paciente.	Busca ativa. Prontuários. Imagens radiológicas. Exames microbiológicos.																														
	Objetivo Reduzir 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 / NÚMERO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA DIA × 1000																														
		Periodicidade de Avaliação																														
		Mensal																														
		Área Responsável																														
		Responsável pela Coleta de Dados																														
		Responsável pela Análise de Dados																														
		Referencial Comparativo																														
		Versão																														
		Última Atualização																														
		Junho / 2023																														
Análise Crítica																																
<p>Houve uma redução das PAVs no mês de setembro (12 casos) quando comparado com agosto (33 casos), sendo um redução de 63,64% no número absoluto de PAVs. Observamos uma redução de 229 VM/dia (896 em agosto para 667 em setembro), o que indica uma melhora deste indicador, ficando com uma Densidade de Infecção de 17,99%.</p> <p>Analisando os setores individualmente, observamos uma diminuição importante no número absoluto de PAVs no CTI 1, CTI 3 e na UPO, e um aumento número no CTI 2.</p> <p>Quadro com os dados de VM e PAV individualizado por setor:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Sector</th> <th>TMP (dias)</th> <th>TU VM (%)</th> <th>IN* PAV</th> <th>DI PAV (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CTI 1</td> <td>7,06</td> <td>45,8304</td> <td>16,19</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CTI 2</td> <td>6,13</td> <td>68,1205</td> <td>36,46</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CTI 3</td> <td>9,80</td> <td>57,6501</td> <td>10,20</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CTI 4</td> <td>5,17</td> <td>25,6200</td> <td>00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>UPO</td> <td>6,71</td> <td>37,3002</td> <td>21,28</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Das 12 PAVs diagnosticadas nos CTIs, 08 foram tardias e 04 precoces.</p> <p>Possíveis Causas para melhora:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apesar de ter havido uma melhora no processo de troca de dispositivos ventilatórios, ainda se faz necessário uma intensificação na auditoria diária desse processo; - Aumento da abordagem do serviço de odontologia passando a visita para 2 vezes diárias aos pacientes; - Não foi observado cabeceiras em zero grau no momento dos banhos nos leitos; <p>Possíveis Causas para desenvolvimento de PAV:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Foram observados vários trach-care com sujidade. 2. Presença de condensação e secreções nos circuitos dos respiradores. 3. Observamos vários Rxs com CNE ainda com guia, o que pode estar causando desposicionamento ao retirar o guia. Além de CNE sem comprimento suficiente para que possam migrar. 4. Ausência de imagem para confirmação de PAV ou de procedimentos (realizadas novas notificações, ainda sem resolução). Relatos de médicos e enfermeiros 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, o que dificulta, inclusive, a avaliação dos critérios diagnósticos. 5. TC sem laudo. 6. Muitas solicitações de TC sem imagem. 7. Observamos muitas imagens de Rx de tórax de má qualidade sem repetição da mesma no sistema. 			Sector	TMP (dias)	TU VM (%)	IN* PAV	DI PAV (%)	CTI 1	7,06	45,8304	16,19		CTI 2	6,13	68,1205	36,46		CTI 3	9,80	57,6501	10,20		CTI 4	5,17	25,6200	00		UPO	6,71	37,3002	21,28	
Sector	TMP (dias)	TU VM (%)	IN* PAV	DI PAV (%)																												
CTI 1	7,06	45,8304	16,19																													
CTI 2	6,13	68,1205	36,46																													
CTI 3	9,80	57,6501	10,20																													
CTI 4	5,17	25,6200	00																													
UPO	6,71	37,3002	21,28																													
Ação de Melhoria																																
<p>Intensificar a vigilância nos processos visando a prevenção das PAVs, incluindo na hora do banho.</p> <p>Realizar notificação diária de falhas no processo.</p> <p>Realizar a manutenção corretiva e preventiva dos leitos.</p> <p>Avaliar o protocolo de broncoaspiração.</p> <p>Treinamento de prevenção de PAV.</p>																																

Compilação de dados - Indicador

Indicador:

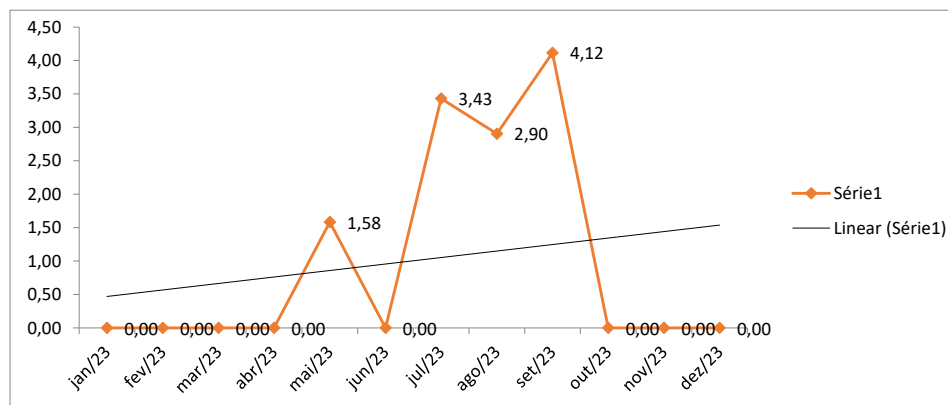
Mês	jan/23	fev/23	mar/23	abr/23	mai/23	jun/23	jul/23	ago/23	set/23	out/23	nov/23	dez/23	Resultado
Metas ≤13%	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	
N° total de PAV nos CTIs adulto	27	20	14	19	17	31	24	33	12				197
N° total de VM/dia nos CTIs adulto	724	687	787	707	897	682	841	896	667				6888
Fórmula de Cálculo:	37,29	29,11	17,79	26,87	18,95	45,45	28,54	36,83	17,99	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	



Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida
Perspectiva	Diretriz	Fonte dos Dados
Processo.	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.	$\frac{\text{NÚMERO DE INFECÇÕES URINÁRIAS ASSOCIADAS À CATETER VESICAL DE DEMORA/D}}{\text{NÚMERO DE CATETER VESICAL DE DEMORA/DIA}} \times 1000$
		Periodicidade de Avaliação
		Mensal
		Área Responsável
		CCIH e CTI adulto.
		Responsável pela Coleta de Dados
		CCIH.
		Responsável pela Análise de Dados
		Enfermeira Juliana Ribeiro
		Referencial Comparativo
		Versão
		Última Atualização
		Junho/2023
Análise Crítica		
<p>Foram diagnosticados dois casos de ITU associada à CVD. Houve diminuição do número de 203 CVD/dia quando comparamos com mês anterior. A densidade de utilização permanece em 46%, porém o CTI 4 é onde observamos essa taxa mais alta. Foram diagnósticas as ITU's A/C no CTI 01 e CTI 03.</p>		
Ação de Melhoria		
<p>Aumentar a vigilância dos CVDs, bem como as indicações de uso. Avaliar diariamente a real necessidade de manter a CVD. Treinamento de acordo com o cronograma.</p>		

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
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	0	0	0	0	1	0	2	2	2				7
N° total de CVD/dia nos CTIs adulto	521	470	581	577	631	453	583	689	486				4991
Fórmula de Cálculo:	0,00	0,00	0,00	0,00	1,58	0,00	3,43	2,90	4,12	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	

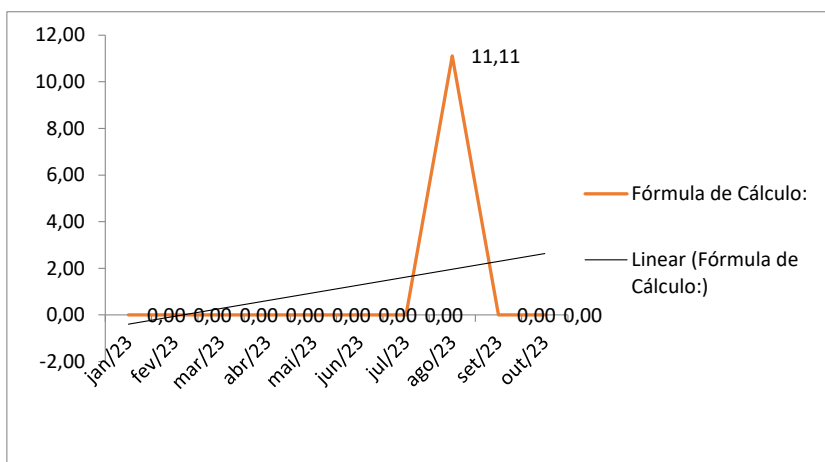


Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida	
Perspectiva	Diretriz	Fonte dos Dados	
	Objetivo		
Processo.	Segurança do paciente. Reduzir o número de infecções de sítio cirúrgico associadas às artroplastias total de quadril.	Busca fonada.	
Meta	Indicador	Forma de Medição (cálculo)	
0%	Taxa de infecção de sítio cirúrgico associadas às artroplastias total de quadril.	$\frac{\text{NÚMERO DE INFECÇÕES DE FERIDA OPERATÓRIA DE CIRURGIAS artroplastias total de quadril}}{\text{NÚMERO TOTAL DE artroplastias total de quadril}} \cdot 100$	
<p>Fórmula de Cálculo: Linear (Fórmula de Cálculo:)</p>		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			
Junho/2023			
Análise Crítica			
Não houve nenhum caso de infecção associada à artroplastias total de quadril diagnosticada no mês de setembro.			
Ação de Melhoria			
Melhorar a questão das profilaxias cirúrgicas junto aos ortopedistas e anestesistas.			

Compilação de dados - Indicador

Indicador:

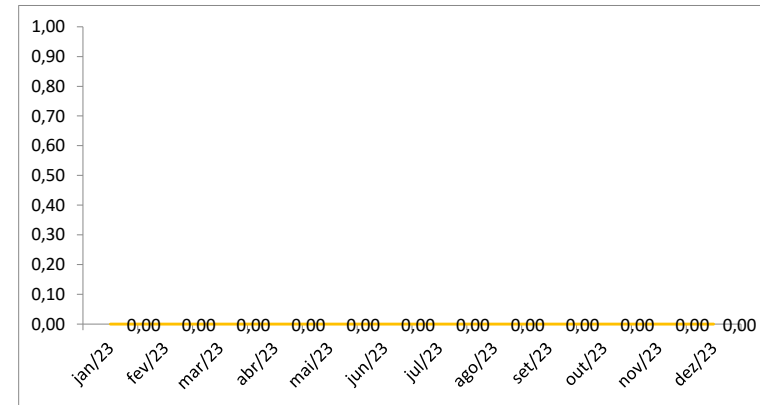
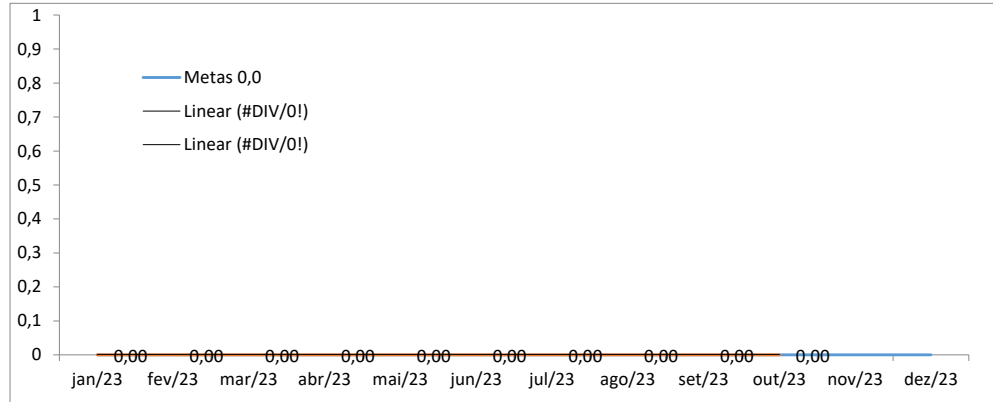
Mês	jan/23	fev/23	mar/23	abr/23	mai/23	jun/23	jul/23	ago/23	set/23	out/23	Resultado
Metas 0,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Nº total de artroplastias total de quadril realizadas	4	3	0	0	0	0	1	9	0		17
Nº de Infecções cirúrgicas identificadas nas artroplastias totais de quadril	0	0	0	0	0	1	0	1	0		2
Fórmula de Cálculo:	0,00	0,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0,00	11,11	#DIV/0!	#DIV/0!	



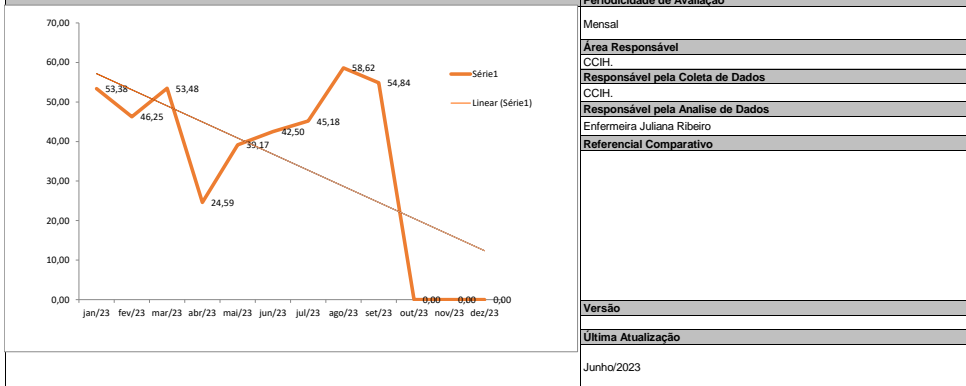
Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida
Perspectiva	Diretriz	Fonte dos Dados
Processo.	Segurança do paciente.	Busca fonadas e reinternações.
	Objetivo	
	Reduzir o número de infecções de sítio cirúrgico associadas às derivações ventriculoperitoneais (DVP).	
Meta	Indicador	Forma de Medição (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
		Junho/2023
Análise Crítica		
Foi diagnosticada uma infecção associada a DVP no período.		
Ação de Melhoria		
Melhorar a questão das profilaxias cirúrgicas.		

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
Metas 0,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Nº total de DVP realizadas	0	2	1	0	1	0	1	0	0				5
Nº de Infecções cirúrgicas DVP	0	0	0	0	0	0	0	0	0				0
Fórmula de Cálculo:	#DIV/0!	0,00	0,00	#DIV/0!	0,00	#DIV/0!	0,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	



Perspectiva	Unidade de Medida	Fonte dos Dados
Processo.	Diretriz Segurança do paciente.	Observador cego.
	Objetivo Reduzir o número de infecções associadas à assistência à saúde.	
Meta	Indicador Taxa de adesão à higienização das mãos	Forma de Medição (cálculo) NÚMERO TOTAL DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NÚMERO DE OPORTUNIDADES OBSERVADAS PARA A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS x100



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 31 oportunidades de higiene das mãos em agosto. De todas as oportunidades de HM, apenas 17 foram realizados (54,83%), ou seja, podemos observar a proatividade para a HM e 15 delas (88,23%) realizaram 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
Julho	14.400ml	3.200ml	800ml	3.200ml	2.400ml	1.600ml
Agosto	15.200ml	5.600ml	1.600ml	800ml	5.600ml	5.600ml
Setembro	5.600ml	1.600ml	800ml	800ml	4.800ml	2.400ml

Consumo de sabão líquido por CTI:

Setor	CTI 1	CTI 2	CTI 3	CTI 4	UPO	CETIPE
Julho	13.600ml	12.000ml	7.200ml	5.600ml	6.400ml	6.400ml
Agosto	14.400ml	12.000ml	4.000ml	4.800ml	4.800ml	10.400ml
Setembro	8.000ml	11.200ml	4.800ml	7.200ml	5.600ml	4.800ml

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. É importante ressaltar que durante esse período houve ruptura no abastecimento de papel toalha para realização e adesão das HM. 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.

- Ainda precisamos adequar torneiras e pias do nosso hospital de acordo com as normativas da ANVISA.
- Conscientização das equipes quanto a importância do ato de higienizar as mãos da forma adequada.

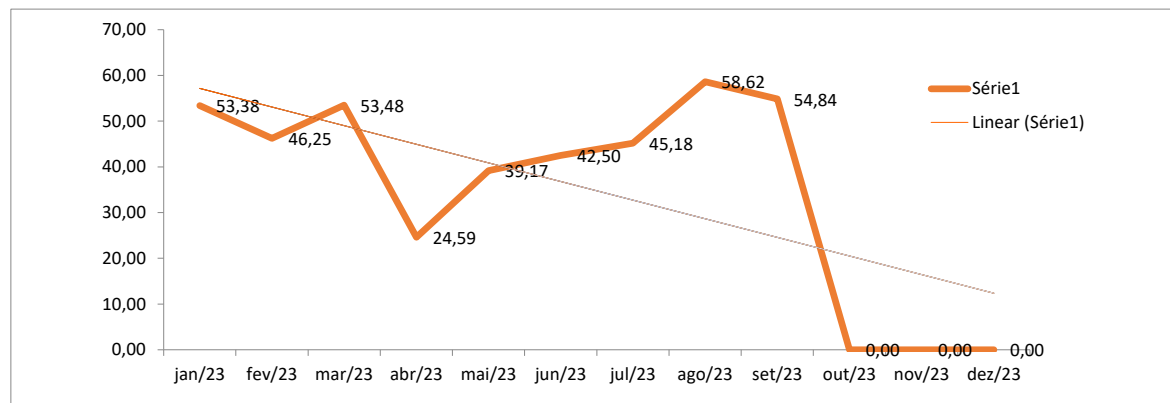
Ação de Melhoria

Treinamento de HM conforme cronograma.

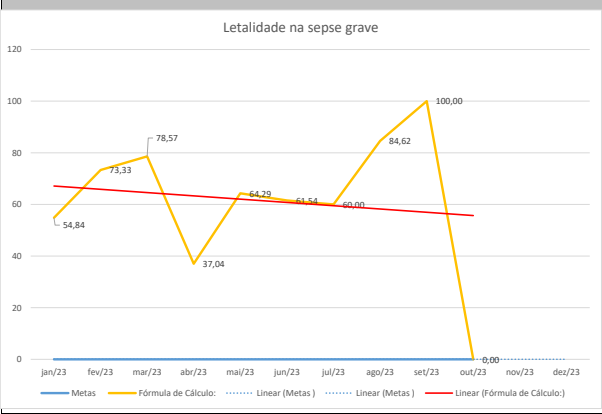
Compilação de dados - Indicador

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
Metas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
N° de higienização das mãos realizadas	71	253	100	15	47	51	75	34	17				663
N° de oportunidades observadas para higiene das mãos.	133	547	187	61	120	120	166	58	31				1423
Fórmula de Cálculo:	53,38	46,25	53,48	24,59	39,17	42,50	45,18	58,62	54,84	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	



Hospital Estadual Getúlio Vargas		Unidade de Medida
Perspectiva	Diretriz	Fonte dos Dados
Processo.	Segurança do paciente.	Protocolos de sepse
	Objetivo	
	Reduzir a letalidade relacionada à sepse, tanto	
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



Periodicidade de Avaliação
Mensal
Área Responsável
CCIH
Responsável pela Coleta de Dados
CCIH
Responsável pela Análise de Dados
Sylvia Pavan e Cláudio Filho
Referencial Comparativo
Versão
Última Atualização
Junho/2023

Análise Crítica

Setores abertos:
Foram abertos 59 protocolos de sepse no HEGV no mês de setembro, 05 de protocolos a mais do que no mês de agosto. Foram excluídos 18 protocolos. De todos os pacientes que tiveram os protocolos mantidos, 21 (51,21%) evoluíram à óbito até o início de outubro. Foram identificados 04 casos de choque séptico e todos evoluíram à óbito, o que representa 19,04% dos óbitos com protocolos de sepse mantidos. Com isso a taxa de letalidade no choque séptico foi de 100%.

Comunitária:
Dos 41 protocolos mantidos 23 foram de origem comunitária.
Classificação e desfechos (até o início de outubro) dos protocolos de origem comunitária:
Classificação Total Desfecho
SIRS 1 Internado
Sepse 19 Alta 1 / Internados 7 / Óbitos 11
Choque Séptico 3 Óbitos 3

Origem Hospitalar:
Dos 41 protocolos mantidos 18 foram de origem comunitária.
Classificação e desfechos (até o início de outubro) dos protocolos de origem comunitária:
Classificação Total Desfecho
SIRS 2 Altas 02
Sepse 15 Transferido 1 / Internados 8 / Óbitos 6
Choque Séptico 1 Óbito

CTIs
Foram abertos 72 protocolos de sepse (3 a menos que no mês anterior), sendo que 68 foram mantidos.
CTI 1 – Total de 34 abertos. Um excluído pela CCIH por não ter critérios para abertura.
CTI 2 – Total de 11 abertos. Apenas 1 excluído.
CTI 3 – Total de 9 abertos. Nenhum protocolo excluído.
CTI 4 – Total de 11 abertos. Apenas 2 excluídos.
UPO - Total de 8 abertos. Nenhum protocolo excluído.

Ação de Melhoria

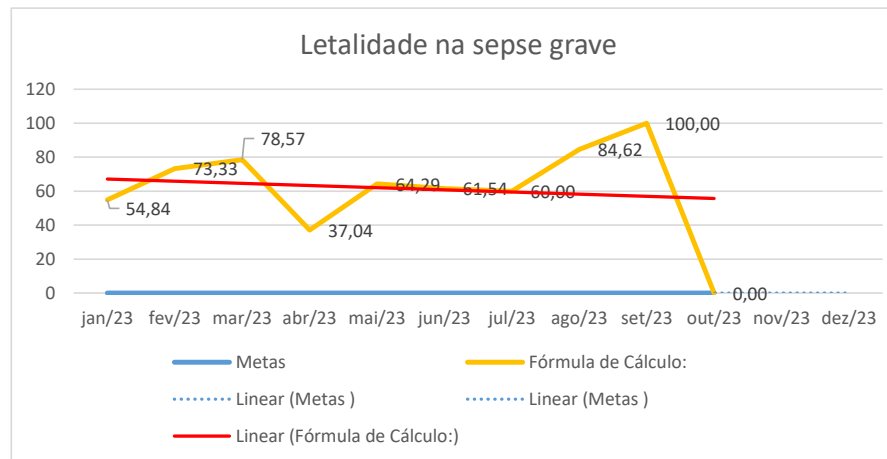
Continuar dando apoio às equipes em dúvidas referentes a identificação e tratamento da sepse.
Treinamento de acordo com o cronograma.



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	Resultado
Metas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TOTAL DE ÓBITOS RELACIONADOS À SEPSE GRAVE	17	11	11	10	9	8	6	11	4		87
TOTAL DE SEPSE GRAVE	31	15	14	27	14	13	10	13	4		141
Fórmula de Cálculo:	54,84	73,33	78,57	37,04	64,29	61,54	60,00	84,62	100,00	#DIV/0!	61,70

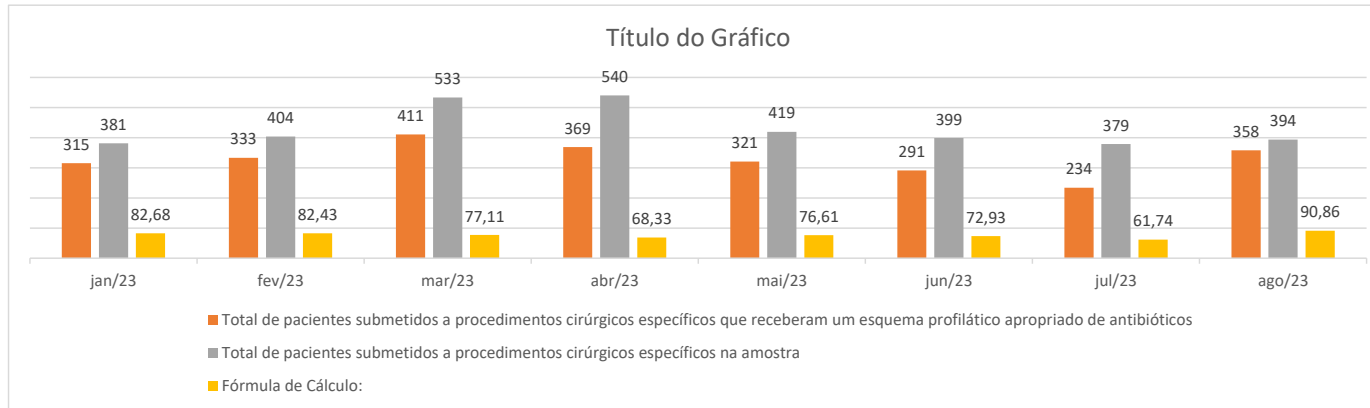


Programa de Excelência em Gestão - PEG																		
	Hospital Estadual Getúlio Vargas	Unidade de Medida																
Perspectiva	Diretriz	Fonte dos Dados																
Processo.	Segurança do paciente.	Centro Cirúrgico																
	Objetivo																	
	Reduzir as infecções relacionadas as cirurgias onde estão indicadas as profilaxias de ATB.																	
Meta	Indicador	Forma de Medição (cálculo)																
	Percentual de pacientes que recebeu antibioticoprofilaxia no momento adequado	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																
		Junho/2023																
Análise Crítica																		
<p>Foram avaliados 552 pacientes cirúrgicos do mês de setembro, destes 382 (%) tinham indicação de ATB profilaxia e 339 realizadas (%).</p> <p>Erros relacionados à antibioticoprofilaxia:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Total de erros relacionados à profilaxia – 156 •Pacientes sem indicação porém com administração do ATB – 51 •Pacientes com indicação de profilaxia porém não realizaram – 43 (%) •Pacientes com indicação de profilaxia porém foram administrados ATBs incorretos – 13 •Pacientes com indicação de profilaxia porém foram administrados ATBs após a incisão cirúrgica – 02 •Pacientes com indicação de profilaxia porém foram administrados ATBs com margem maior de 60 minutos entre a infusão do ATB e o início da cirurgia – 12 •Pacientes sem informação de horário de infusão ou do ATB infundido – 35 <p>Setor N° Pacientes c/ Indicação de profilaxia N° Cirurgias com profilaxia NÃO realizada ou profilaxia inadequada</p> <table> <tr> <td>C. geral</td> <td>168</td> <td>35</td> </tr> <tr> <td>Ortopedia</td> <td>170</td> <td>104</td> </tr> <tr> <td>Neurocirurgia</td> <td>19</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>CIPE</td> <td>09</td> <td>00</td> </tr> <tr> <td>Vascular</td> <td>09</td> <td>09</td> </tr> </table>				C. geral	168	35	Ortopedia	170	104	Neurocirurgia	19	11	CIPE	09	00	Vascular	09	09
C. geral	168	35																
Ortopedia	170	104																
Neurocirurgia	19	11																
CIPE	09	00																
Vascular	09	09																
Ação de Melhoria																		
<p>Retreinamento da profilaxia cirúrgica pelas coordenações. O POP de profilaxia cirúrgica foi revisado pelo SCIH em janeiro/23 e revisado novamente em julho/23.</p> <p>Visualização na planilha cirúrgica do paciente com fratura exposta.</p> <p>Melhorar preenchimento das filipetas que são entregues para CCIH. Algumas faltam hora de administração do ATB, nome do paciente, cirurgia realizada...</p>																		
FI-NQSP-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
Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos que receberam um esquema profilático apropriado de antibióticos	315	333	411	369	321	291	234	358	339				2971
Total de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos na amostra	381	404	533	540	419	399	379	394	382				3831
Fórmula de Cálculo:	82,68	82,43	77,11	68,33	76,61	72,93	61,74	90,86	88,74	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	77,55





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

Anexos:



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

Anexos: