

BOOK DE  
INDICADORES  
ASSISTENCIAIS

CLINICAL  
OUTCOMES BOOK

  
hospitalviValle  
Você sente a diferença

## INTRODUÇÃO

### INTRODUCTION

Até o momento não está disponível uma metodologia universal para avaliação da qualidade da assistência oferecida pelas instituições de saúde, mas alguns indicadores podem ser utilizados para termos uma ideia de como as práticas assistenciais são conduzidas e quais resultados são alcançados.



Uma primeira informação relevante nesse contexto é se a instituição tem um Setor de Qualidade dedicado e estruturado, e se participa de algum programa de acreditação.

No Hospital viValle, o Setor de Qualidade desenvolve um trabalho contínuo de busca de melhorias, a instituição possui certificação internacional pela metodologia Qmentum nível Diamante.

O objetivo deste Book de Indicadores é promover a divulgação dos resultados assistenciais para Equipes Médicas, através dos indicadores a seguir:



*For now, there is no universal methodology available to assess the quality of care provided by healthcare institutions. However, some indicators may be used so we can have an idea of how healthcare practices are conducted and which results are obtained.*

*Within this context, a first piece of information is whether the institution has a dedicated and structured Quality Assurance department and whether it has joined some certification program.*

*At the viValle Hospital, Quality Assurance makes continuous efforts in search of improvements. We have been certified to Level III of the National Certification Association (ONA) and we are currently looking for our first international accreditation by following Canadian methodology Qmentum. The purpose hereof is to promote the disclosure of healthcare results to medical teams pursuant to the below indicators:*

- Incidência de Infecção Hospitalar;
- Incidência de Infecção de Corrente Sanguínea relacionada a Cateter Venoso Central adquirida em UTI;
- Incidência de Pneumonia relacionada a Ventilação Mecânica na UTI;
- Incidência de Infecção Urinária relacionada a Cateter Vesical de Demora na UTI;
- Taxa de Infecção de Cirurgia Limpa;
- Adesão ao Protocolo de Antibiótico Profilaxia;
- Adesão ao Protocolo de Atendimento da Dor Torácica e mortalidade relacionada;
- Boas práticas de atendimento da ICC;
- Adesão ao Protocolo de Sepsis e mortalidade relacionada;
- Adesão ao Protocolo de TEV (Tromboembolismo Venoso);
- Taxa de Eventos Adversos;
- Incidência de Danos por Terapia Intravenosa;
- Incidência de Úlcera por Pressão;
- Incidência de Queda;
- Mortalidade pós-operatória;
- Mortalidade na UTI;
- Taxa de Mortalidade Institucional.

- Hospital-acquired infection rate;
- Central-line-associated bloodstream infection rate (ICUs);
- Ventilator-associated pneumonia rate (ICUs);
- Catheter associated urinary tract infection rate (ICUs);
- Clean-surgery infection rate;
- Compliance with standard of care regarding antibiotic prophylaxis;
- Compliance with standard of care regarding chest pain and related mortality;
- Best CHF treatment practices;
- Compliance with standard of care regarding sepsis and related mortality;
- Compliance with standard of care regarding venous thromboembolism;
- Adverse-event incidence rate;
- Phlebitis rate;
- Pressure ulcer incidence rate;
- Fall rate;
- Postoperative mortality;
- ICUs mortality;
- Institutional mortality rate.



### Dra. Claudia Mangini

Médica Infectologista,  
Gerente de Qualidade Hospital viValle  
Abril de 2015. São José dos Campos, SP

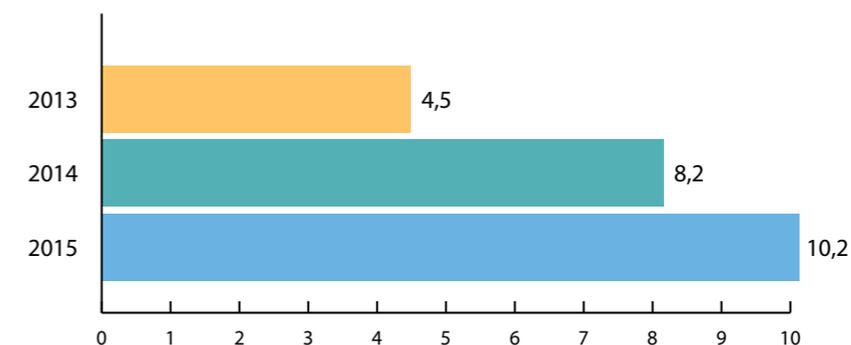
*Claudia Mangini, MD  
Infectious Disease Specialist  
viValle Hospital Quality Assurance Manager  
April 2015, São José dos Campos, São Paulo*

## INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO HOSPITALAR NA UTI

### HOSPITAL-ACQUIRED INFECTION RATE

Mensurada através da densidade de Infecção Hospitalar. Este indicador representa o número de Infecções Hospitalares que ocorreram na UTI do Hospital viValle/1000 pacientes – dia.

*Measured through hospital-acquired infection rate. This indicator shows the number of hospital-acquired infections that took place at the viValle Hospital / 1,000 patients – day.*



#### Objetivo:

Quanto MENOR melhor.

#### Meta para 2016:

8,2 / 1000 pacientes - dia.

#### Ações em andamento:

O Hospital dispõe de uma Comissão de Controle de Infecção (CCIH) atuante, na qual são discutidas as melhores práticas para redução da ocorrência de casos de infecção e o monitoramento das tendências. Todos os casos são analisados individualmente na busca de possíveis medidas de aprimoramento, e os programas de reciclagem e treinamento de colaboradores contemplam a prevenção e controle das infecções. A incidência de infecção hospitalar está relacionada a complexidade dos pacientes atendidos, que vem aumentando na instituição.

#### Benchmarking

##### ANAHP 2014:

9,8 / 1000 CVC - dia.

#### Objective:

*The LOWER it is the better.*

#### Goal for 2016:

*8,2 / 1,000 patients – day.*

#### Ongoing Efforts:

*We have an infection control committee (ICC) in place where we discuss the best practices to reduce the incidence of infectious cases. Any and all cases are individually analyzed in search of potential improvement measures and refresher and training programs for employees cover infection prevention and control. The incidence of hospital infection is associated with the complexity of cared patients, which has been increasing in the institution.*

#### Benchmarking

##### ANAHP 2014:

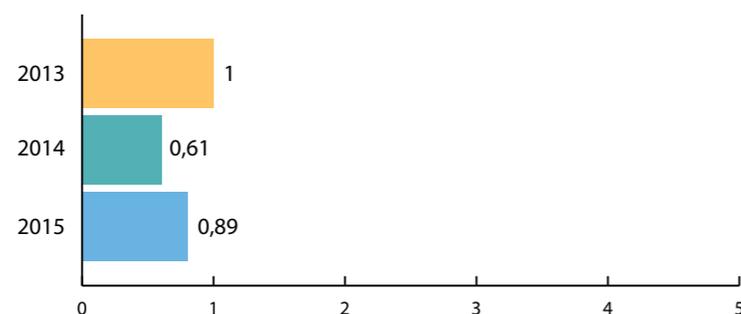
*9.8 / 1,000 central lines – day.*

## INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DE CORRENTE SANGUÍNEA (ICS) RELACIONADA A CATETER VENOSO CENTRAL (CVC) ADQUIRIDA EM UTI

CENTRAL-LINE-ASSOCIATED BLOODSTREAM INFECTION RATE (ICUs)

Este indicador representa o número de Infecções de Corrente Sanguínea que ocorreram nas UTIs do Hospital viValle/1000 cateteres vasculares – dia.

*This indicator shows the number of central-line-associated bloodstream infections in the intensive-care units of the viValle Hospital / 1,000 urinary catheters – day.*



### Objetivo:

Quanto MENOR melhor.

### Objective:

*The LOWER it is the better.*

### Meta para 2016:

0,70 / 1000 CVC - dia.

### Goal for 2016:

*0.70 / 1,000 central lines – day.*

### Benchmarking

#### ANAHP 2014:

3,5 / 1000 CVC - dia.

### Benchmarking

ANAHP 2014:

*3.5 / 1,000 central lines – day.*

**Ações em andamento:** A prevenção da ICS é considerada prioridade para o Hospital viValle. A aplicação das medidas preventivas é mensurada através da avaliação da adesão ao pacote (bundle) de medidas que prioriza:

- Inserção com técnica asséptica adequada;
- Manutenção e manuseio adequados;
- Reavaliação diária da necessidade do cateter vascular central.

Para maior segurança do processo, todos os curativos são realizados pelo enfermeiro.

Todos os casos de ocorrência dessa infecção são discutidos e analisados individualmente com o objetivo de gerar propostas de melhoria.

**Ongoing Efforts:** Bloodstream infection prevention is a top priority at the viValle Hospital. Preventive measure application is measured by assessing compliance with the bundle of measures that prioritizes:

- Catheterization with proper sterilization technique;
- Proper maintenance and handling;
- Daily review of central-line needs.

*For increased process safety, all dressings are applied by a registered nurse.*

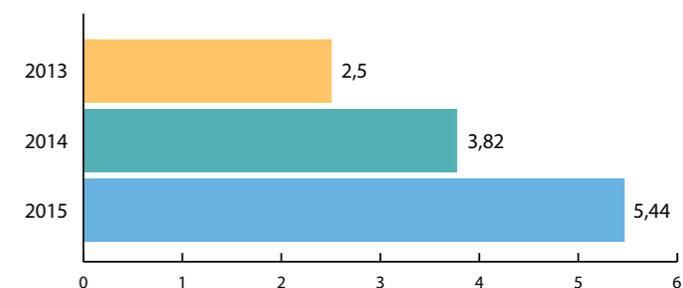
*All infection cases are discussed and analyzed individually to generate improvement recommendations.*

## INCIDÊNCIA DE PNEUMONIA RELACIONADA A VENTILAÇÃO MECÂNICA (VM) ADQUIRIDA NA UTI

VENTILATOR-ASSOCIATED PNEUMONIA RATE (ICUs)

Este indicador representa o número de pneumonias que ocorreram nas UTIs do Hospital viValle/1000 ventiladores-dia.

*This indicator shows the number of pneumonia cases in the intensive-care units of the viValle Hospital / 1,000 ventilators – day.*



### Objetivo:

Quanto MENOR melhor.

### Meta para 2016:

2,48 / 1000 VM - dia.

### Ações em andamento:

A prevenção da PAV conta com uma equipe dedicada de fisioterapeutas que aplicam as medidas preventivas reconhecidas internacionalmente, incluindo um protocolo de desmame. Embora a ocorrência dessa infecção esteja relacionada também a maior gravidade encontrada nos pacientes, foi incorporada a cânula de aspiração traqueal com aspiração subglótica e de materiais totalmente descartáveis para realização de macro nebulização e ventilação não invasiva. Um aspecto a se considerar em relação a este indicador é o pequeno número de ventilação-dia aplicado na UTI, que pode desviar os números para cima. As taxas acima se referem a três casos em 2013, quatro em 2014 e cinco casos em 2015.

### Benchmarking

#### EPIMED (hospitais privados) 2013:

4,38 / 1000 VM - dia.

### Objective:

*The LOWER it is the better.*

### Goal for 2015:

*2.48 / 1,000 ventilators – day.*

### Ongoing Efforts:

*Ventilator-associated pneumonia care relies on a dedicated team of physical therapists that use internationally accepted preventive measures, including a weaning process. Even though the incidence of this infection also pertains to how serious patient cases are, tracheal cannulae with subglottic suction and fully disposable materials were used for noninvasive oxygen delivery and ventilation. An aspect to consider regarding this indicator is the small number of ventilation days at intensive-care units, which could skew numbers up. The above rates pertain to one 2012 case, three 2013 cases, and four 2014 cases.*

### Benchmarking

*EPIMED (private hospitals) 2013:*

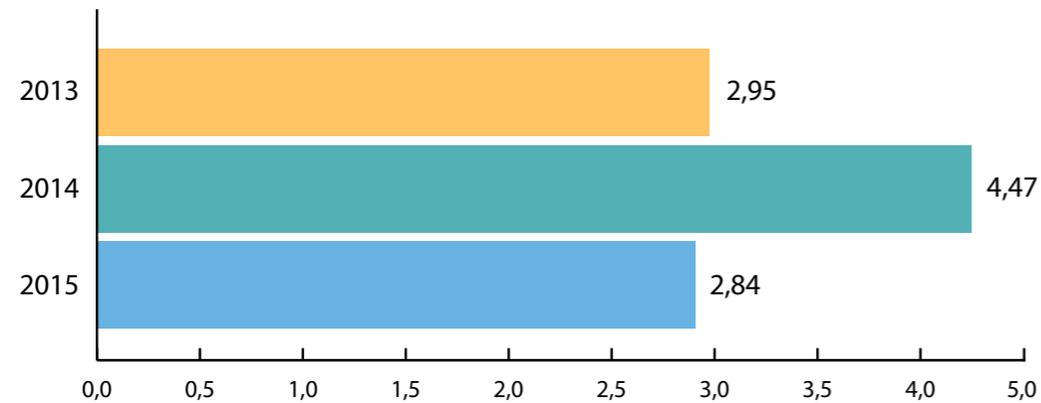
*4.38 / 1,000 ventilators – day.*

## INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU) RELACIONADA A SONDA VESICAL DE DEMORA ADQUIRIDA NA UTI

CATHETER-ASSOCIATED URINARY TRACT INFECTION RATE (ICUs)

Este indicador representa o número de ITU que ocorre nas UTIs do Hospital viValle/1000 SVD – dia.

*This indicator shows the number of urinary tract infections in the intensive-care units of the viValle Hospital / 1,000 catheters – day.*



### Objetivo:

Quanto MENOR melhor.

### Objective:

*The LOWER it is the better.*

### Meta para 2016:

2,61 / 1000 SVD - dia

### Goal for 2016:

*2.61 / 1,000 catheters – day.*

### Benchmarking

**EPIMED (hospitais privados) 2013:**

2,12/1000 SVD- dia.

### Benchmarking

*EPIMED (private hospitals) 2013:*

*2.12 / 1,000 catheters – day.*

**Ações em andamento:** A prevenção da Infecção do Trato Urinário é prioridade no Hospital viValle e a redução da sua ocorrência foi inserida no Planejamento Estratégico da instituição de 2015. Uma grande campanha foi realizada para reavaliação diária da necessidade da SVD e remoção o quanto antes desse dispositivo, resultando na diminuição da ocorrência dessa infecção.

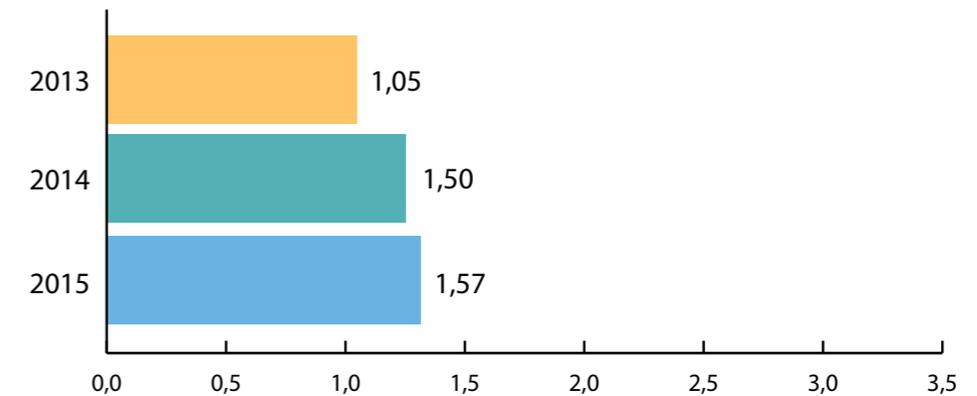
**Ongoing Efforts:** Urinary tract infection prevent is a top priority and the reduction of urinary tract infection incidence was included in our strategic planning. There is a major ongoing campaign to review catheter needs on a daily basis and remove said devices as soon as possible.

## TAXA DE INFECÇÃO EM CIRURGIA LIMPA

CLEAN-SURGERY INFECTION RATE

Este indicador representa o número de infecções que ocorreram em pacientes submetidos à cirurgia limpa (artroplastia de quadril, artroscopia de joelho, herniorrafia inguinal e umbilical)/o total de cirurgias limpas.

*This indicator represents the number of infections that took place in patients that underwent clean surgery (hip replacement, knee arthroscopy, inguinal and umbilical hernia repair) / total number of clean surgeries.*



### Objetivo:

Quanto MENOR melhor.

### Objective:

*The LOWER it is the better.*

### Meta para 2016:

0,96%

### Goal for 2015:

*0.96%*

### Benchmarking

**ANAHP 2014:**

0,70%

### Benchmarking

*ANAHP 2014:*

*0.70%*

**Ações em andamento:** O Hospital aderiu ao Programa de Cirurgia Segura e Programa de Prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico, no qual as medidas recomendadas são aplicadas através de um checklist aplicado no centro cirúrgico, e as medidas de adesão são monitoradas. Foi redigido um Protocolo de Profilaxia Cirúrgica, modificada a rotina de Tricotomia, e implantado o Monitoramento da Temperatura no intraoperatório. Os números acima se referem a dois casos em 2013, quatro casos em 2014 e seis em 2015.

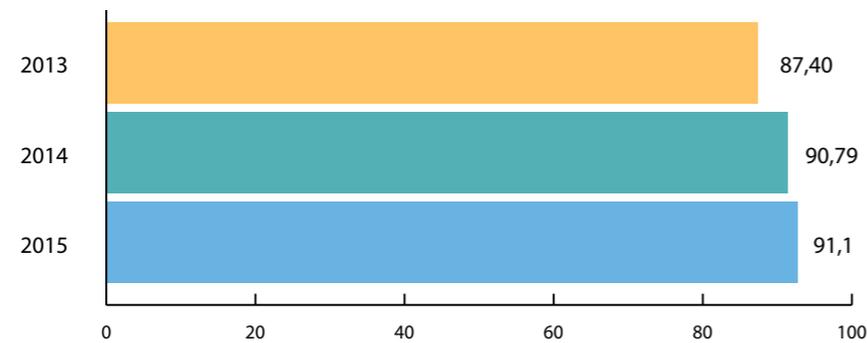
**Ongoing Efforts:** We joined the Clean Surgery Program and Surgical Site Infection Prevention Program, where recommended measures are applied by using a checklist at the surgical center and compliance measures are monitored. We wrote a Surgical Prophylaxis Standard, changed the trichotomy routine, and deployed temperature monitoring in intraoperative care. The above numbers pertain to four infection cases in 2012, two 2013 cases, and four 2014 cases.

## ADEQUAÇÃO AO PROTOCOLO DE ANTIBIÓTIICO PROFILAXIA CIRÚRGICA

COMPLIANCE WITH STANDARD OF CARE REGARDING SURGICAL ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS

Este indicador representa o número de pacientes nos quais a Antibiótico Profilaxia foi aplicada corretamente, levando-se em consideração o momento da aplicação, a droga escolhida e a duração do uso/total de cirurgias realizadas no período x 100.

*This indicator shows the number of patients that underwent proper antibiotic prophylaxis, considering the timing of the application, the chosen drug, and the length of use / total number of surgeries during the period x 100.*



2011 - os dados não foram incluídos por terem sido obtidos por diferente metodologia.

*2011 – data was not included because it was obtained using a different methodology.*

### Objetivo:

Quanto MAIOR melhor.

### Objective:

*The HIGHER it is the better.*

### Meta para 2016:

92%

### Goal for 2016:

92%

### Benchmarking

**ANAHP 2014:**

77,7%

### Benchmarking

ANAHP 2014:

77,7%

**Ações em andamento:** Foi organizado um fluxo de utilização de antibiótico profilático no centro cirúrgico, de forma que a administração seja iniciada no momento correto, e uma campanha de conscientização dos médicos para reduzir o prolongamento desnecessário do uso.

**Ongoing Efforts:** We organized an antibiotic prophylaxis use flow chart at the surgical center so that we could start administration at the appropriate time. We also created an awareness campaign for doctors to reduce unnecessary prolonged use.

### Objetivo:

Quanto MENOR melhor.

### Objective:

*The LOWER it is the better.*

### Meta para 2016:

< 90 min.

### Goal for 2015:

< 90 min.

### Benchmarking

**ANAHP 2014:**

média 67 min.

### Benchmarking

ANAHP 2013:

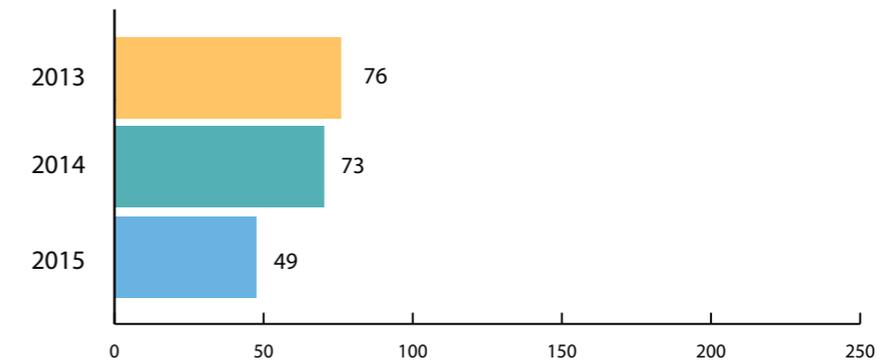
Average: 86 min.

## PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE DOR TORÁCICA

STANDARD OF CARE REGARDING CHEST PAIN

Um dos procedimentos considerados críticos para atendimento da Síndrome Coronariana Aguda é o tempo entre a chegada do paciente ao pronto-socorro e a realização da angioplastia. Este indicador mostra o tempo médio porta-balão (Min).

*One of the critical procedures to treat acute coronary syndrome is the time between the patient's arrival at the emergency room and the angioplasty. This indicator shows average door-to-balloon (Min).*



## MORTALIDADE DOS PACIENTES COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

Acute Coronary Syndrome Patient Mortality

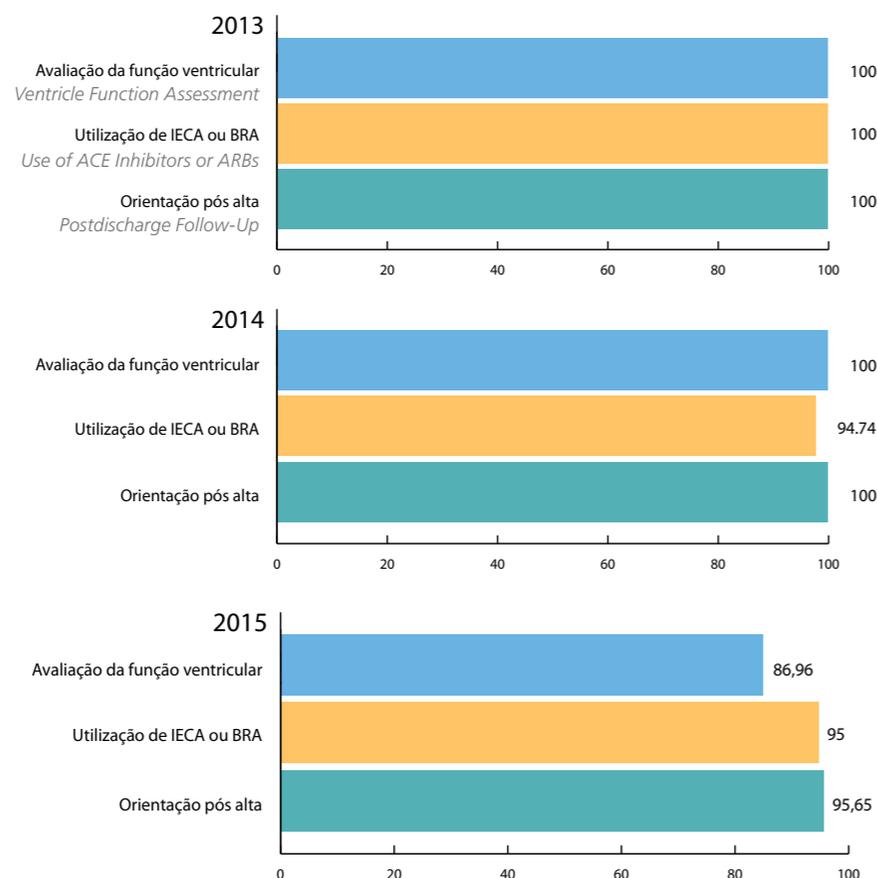


## BOAS PRÁTICAS NO TRATAMENTO DA ICC

### BEST CHF TREATMENT PRACTICES

Este indicador avalia se o atendimento do paciente com Insuficiência Cardíaca Congestiva está sendo conduzido dentro das melhores práticas recomendadas no momento. São elas: avaliação da função ventricular; utilização de inibidor da enzima de conversão da angiotensina (IECA) ou bloqueador do receptor da enzima de conversão da angiotensina (BRA); orientação pós-alta.

*This indicator checks whether the care of congestive heart failure patients is being conducted according to the best recommended practices at the time. They are: ventricle function assessment, use of angiotensin-converting-enzyme (ACE) inhibitors, or angiotensin receptor blockers (ARBs); post-discharge follow-up.*



**Objetivo:**  
Quanto MAIOR melhor.

**Meta para 2016:**  
100%

#### Benchmarking

##### ANAHP 2014:

Taxa de betabloqueador na alta em pacientes com ICC – 51,3%; Taxa de IECA ou BRA na alta de pacientes com ICC – 44%.

**Objective:**  
*The HIGHER it is the better.*

**Goal for 2016:**  
100%

#### Benchmarking

##### ANAHP 2015:

Rate of beta blockers when discharging CHF patients – 51.3%; rate of ACE inhibitors or ARBs when discharging CHF patients – 44%.

## MORTALIDADE DOS PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE SEPSE

Este indicador avalia a mortalidade dos pacientes com o diagnóstico precoce de sepse.

O protocolo é aplicado abordando:

- Resultado do lactato nas primeiras 3h do atendimento;
- Coleta de hemocultura nas primeiras 3h do atendimento;
- Início do antimicrobiano na primeira hora do atendimento;
- Otimização hemodinâmica.

*This indicator reviews sepsis patient mortality.*

*The standard of care is applied by approaching:*

- Lactic acid results for the first three hours of care;
- Blood culture test for the first three hours of care;
- Antimicrobial treatment during the first hour of care;
- Hemodynamic optimization.

#### Objetivo:

Quanto MENOR melhor.

#### Objective:

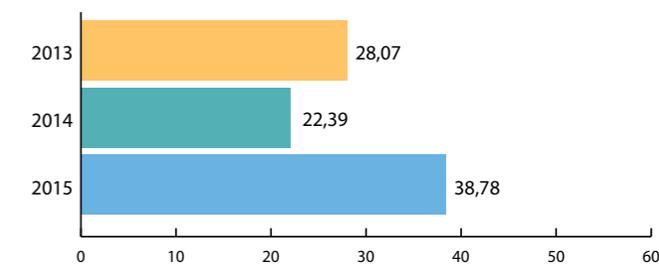
*The LOWER it is the better.*

#### Meta para 2016:

22,16%

#### Goal for 2016:

22.16%



#### Ações em andamento:

O protocolo foi revisado e adequado às novas estratégias do *Surviving Sepsis Campaign*. Um grande treinamento institucional foi realizado para diagnóstico precoce e aplicação correta do protocolo na sua totalidade.

Número de pacientes inseridos no protocolo:

2013: 75

2014: 114

2015: 326

O resultado deste movimento institucional contra a Sepse resultou no aumento do número de pacientes inseridos no protocolo.

#### Ongoing Efforts:

*The standard was reviewed and adjusted to the new Surviving Sepsis Campaign strategies. There was a major institutional training program regarding early diagnosis and the correct enforcement of the standard of care in its entirety.*

*Number of patients included in the protocol*

2013: 75

2014: 114

2015: 326

*The result of this institutional movement against Sepsis resulted in an increase in the number of patients included in the protocol and decrease of mortality.*

## MORTALIDADE DOS PACIENTES COM SEPSE

### SEPSIS PATIENT MORTALITY

#### ANAHP 2014:

19,2%

#### ANAHP 2014:

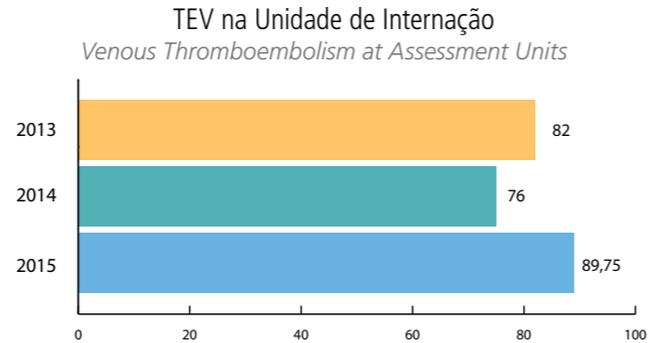
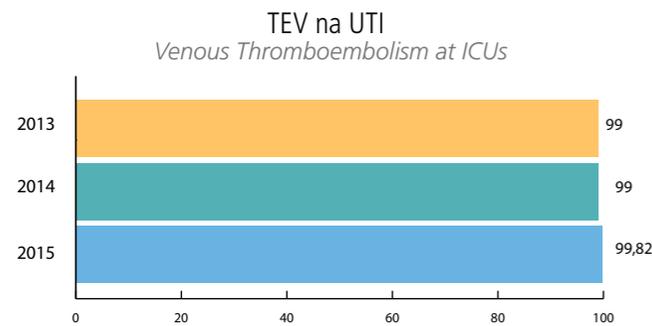
19,2%

## ADESÃO AO PROTOCOLO DE TEV (TROMBOEMBOLISMO VENOSO)

### COMPLIANCE WITH STANDARD OF CARE REGARDING VENOUS THROMBOEMBOLISM

Esse indicador avalia a adesão ao Protocolo de Prevenção de TEV. Ele está subdividido em adesão na UTI e adesão na Unidade de Internação (%).

*This indicator assesses compliance with the standard of care regarding venous thromboembolism prevention. It has been subdivided into compliance at intensive-care units and compliance at assessment units.*



**Ações em andamento:** O Protocolo de Prevenção de TEV foi revisto com base nas mais recentes recomendações da literatura internacional. Uma nova estrutura de aplicação foi proposta, com participação multidisciplinar: enfermagem, farmácia clínica e corpo clínico para melhor identificação do paciente sob risco, e disseminação da informação ao corpo clínico. A profilaxia de TEV faz parte dos itens avaliados pela visita multidisciplinar diária realizada na UTI, avaliando-se o risco para TEV e a melhor forma de profilaxia a ser aplicada: farmacológica ou mecânica. Na unidade de Internação (ALA), foram adquiridos equipamentos para profilaxia mecânica, e iniciou-se uma campanha de conscientização voltada para o corpo clínico.

**Ongoing Efforts:** *The venous thromboembolism prevention protocol was reviewed based on the latest recommendations from the international literature. A new enforcement framework was proposed, with multidisciplinary participation – nurses, pharmacists, and physicians – to better identify at-risk patients and spread the word to physicians. Venous thromboembolism prophylaxis is part of the items being reviewed by daily multidisciplinary rounds at intensive-care units, which check the risk of venous thromboembolism and the best way to conduct prophylactic efforts: pharmacological or mechanical. At the assessment unit, we acquired mechanical prophylaxis equipment and started an awareness campaign for physicians.*

#### Objetivo:

Quanto MAIOR melhor.

#### Objective:

*The HIGHER it is the better.*

#### Meta para 2016:

100%

#### Goal for 2016:

100%

#### Benchmarking

##### ANAHP:

65,4%

#### Benchmarking

##### ANAHP:

65.4%

## SEGURANÇA DO PACIENTE

### PATIENT SAFETY

#### TAXA DE EVENTOS ADVERSOS NÃO INFECCIOSOS

##### NONINFECTIOUS ADVERSE-EVENT INCIDENCE RATE

Esse indicador avalia a frequência com a qual certos eventos adversos ocorrem na Instituição. Ele representa o número de eventos adversos não infecciosos que ocorreram no Hospital/100 pacientes – dia. Os eventos monitorados no Hospital viValle são:

- Chamadas do Código Azul;
- Erro de Medicação;
- Extubação não programada;
- Danos por Terapia Intravenosa;
- PCR fora da UTI;
- Perda de SNE;
- Perda de CVC;
- Pneumotórax por punção;
- Pneumotórax por Barotrauma;
- Queda;
- Reação alérgica medicamentosa;
- Reação Transfusional;
- Reoperação < 24h;
- Úlcera por pressão.

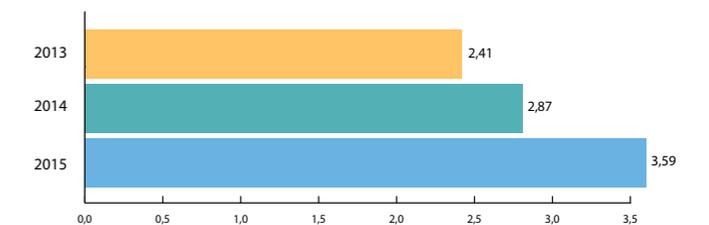
#### Objetivo:

Quanto MENOR melhor.

**Ações em andamento:** O Hospital possui um serviço de Gerenciamento de Risco, que trabalha intensamente na implantação da cultura de Segurança do Paciente e na prevenção de eventos adversos. Todos os eventos são analisados pelo Comitê de Segurança do Paciente e propostas de melhoria são implantadas quando necessário. No ano de 2015 houve um trabalho intenso das equipes incentivando a notificação de reações adversas medicamentosas que são responsáveis por 47,27% dos eventos nesse ano.

*This indicator assesses how often certain adverse events take place at the institution. It shows the number of noninfectious adverse events that took place at the hospital / 100 patients – day. The events we monitor are:*

- Code blue calls;
- Medication error;
- Unscheduled extubation;
- Phlebitis;
- Cardiac arrest outside ICUs;
- Loss of nasoenteral feeding tube;
- Loss of central line;
- Pneumothorax due to puncture;
- Pneumothorax due to barotrauma;
- Fall;
- Drug allergic reaction;
- Transfusion reaction;
- Reoperation < 24 h;
- Pressure ulcer.



#### Objective:

*The LOWER it is the better.*

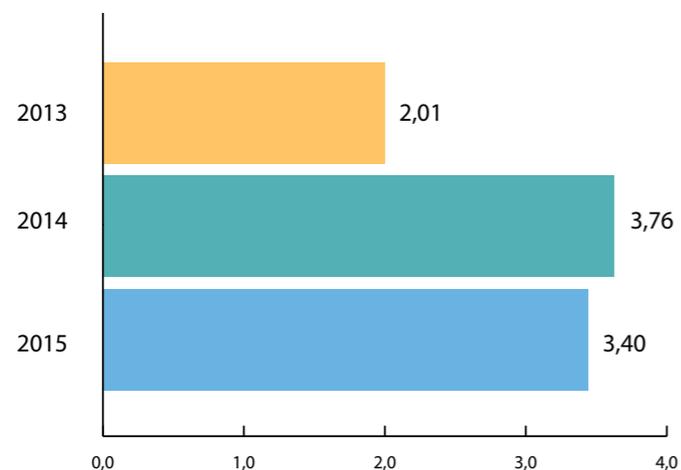
**Ongoing Efforts:** *We have a risk management service in place that focuses on deploying a patient safety culture and preventing adverse events. All of these events are analyzed by the Patient Safety Committee and proposed improvements are implemented on an as-needed basis. In the year of 2014, there was an intense work of teams stimulating notification, besides implementation of clinical auditing, which resulted in index increase.*

## DANOS POR TERAPIA INTRAVENOSA (TIV)

PHLEBITIS RATE

Esse indicador representa o número de danos por TIV que ocorreram no Hospital viValle/1000 pacientes - dia.

*This indicator shows the number of phlebitis cases that took place at the viValle Hospital / total number of peripheral intravenous catheters x 100 (%).*

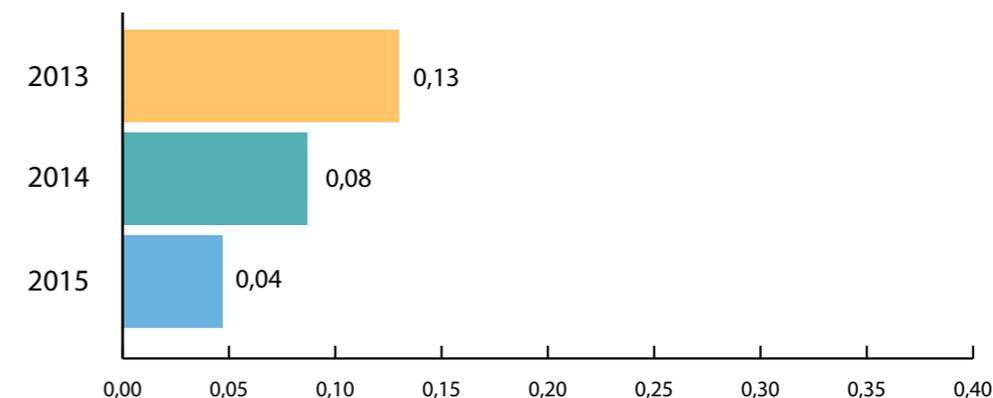


## INCIDÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO

PRESSURE ULCER INCIDENCE RATE

Esse indicador representa o número de Úlceras por Pressão que ocorreram no Hospital viValle/100 pacientes – dia.

*This indicator shows the number of pressure ulcers that took place at the viValle Hospital / 100 patients – day.*



### Objetivo:

Quanto MENOR melhor.

### Objective:

*The LOWER it is the better.*

**Ações em andamento:** Uma avaliação cuidadosa da utilização de drogas vesicantes é realizada com o auxílio da Farmácia Clínica, que avalia todas as prescrições e adequa a diluição dessas drogas quando necessário. Para os pacientes com previsão de acesso venoso prolongado, é oferecido ao médico assistente a possibilidade da rápida implantação do PICC (Cateter Central de Inserção Periférica, em inglês), propiciando a preservação da rede Venosa.

### Benchmarking

**INS 2013 (Infusion Nurses Society):** < 5%

### Benchmarking

*INS 2013 (Infusion Nurses Society): < 5%*

**Ongoing Efforts:** *A careful assessment of the use of vesicant drugs is conducted with the help of the clinical pharmacy, which reviews all prescriptions and adjusts drug dilution when necessary. For patients who are expected to experience prolonged venous access, we offer medical assistants the possibility of quickly deploying a peripherally inserted central catheter (PICC), thereby preserving the venous network.*

### Objetivo:

Quanto MENOR melhor.

### Objective:

*The LOWER it is the better.*

### Benchmarking

**ANAHP 2014:** 0,5%

### Benchmarking

*ANAHP 2014: 0.5%*

**Ações em andamento:** Todos os pacientes são avaliados quanto ao risco de desenvolvimento de Úlcera por Pressão, utilizando-se a Escala de Braden, e medidas de prevenção são aplicadas de forma individualizada, levando em consideração o risco encontrado e as necessidades do paciente.

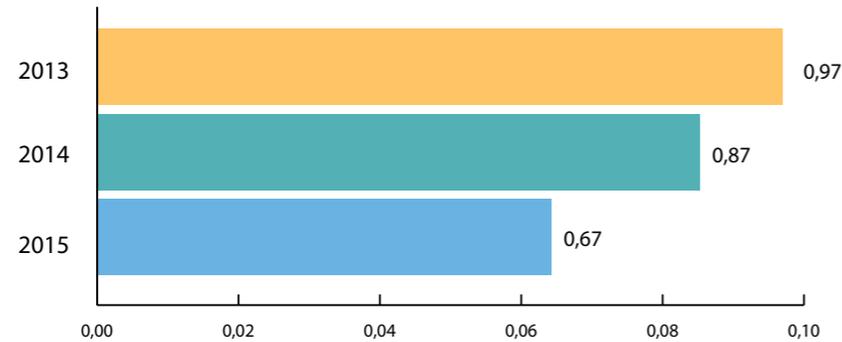
**Ongoing Efforts:** *All patients are assessed for the risk of developing pressure ulcers by using the Braden scale and prevention measures are applied individually in light of the detected risk and the patient's needs.*

## INCIDÊNCIA DE QUEDA

FALL RATE

Esse indicador representa o número de quedas que ocorreram no Hospital viValle/1000 pacientes – dia.

*This indicator shows the number of patient falls that took place at the viValle Hospital / 1,000 patients – day.*



### Objetivo:

Quanto MENOR melhor.

### Benchmarking

**Ministério da Saúde 2013:**

3-5 quedas/1000 pacientes - dia.

**Ações em andamento:** Todos os pacientes são avaliados quanto ao risco de queda através da aplicação da Escala de Morse e medidas preventivas são aplicadas de forma individualizada. Os colaboradores recebem treinamentos constantes para prevenção desse evento, e os pacientes e familiares recebem uma cartilha educativa contendo informações sobre o risco e as consequências da queda em ambiente hospitalar e medidas de prevenção.

### Objective:

*The LOWER it is the better.*

### Benchmarking

**Brazilian Department of Health (2013):**  
3-5 falls /1,000 patients – day.

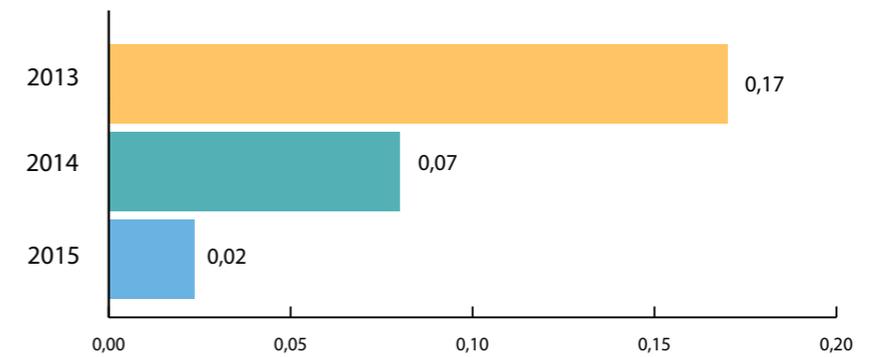
**Ongoing Efforts:** All patients are assessed for the risk of falling by using the Morse fall scale and preventive measures are enforced individually. Employees are consistently trained in fall prevention and patients and family members receive an educational primer containing information on the risk and the consequences of falls in a hospital environment as well as fall prevention measures.

## TAXA DE MORTALIDADE PÓS-OPERATÓRIA

POSTOPERATIVE MORTALITY RATE

Este indicador representa o número de óbitos até 7 dias após o procedimento cirúrgico/ número total de cirurgias realizadas.

*This indicator shows the number of deaths within seven days of the surgical procedure / total number of surgeries performed.*



### Objetivo:

Quanto MENOR melhor.

### Objective:

*The LOWER it is the better.*

### Meta para 2015:

0,1

### Goal for 2014:

0.1

### Benchmarking

**ANAHP 2014:**

0,30%

### Benchmarking

**ANAHP 2014:**

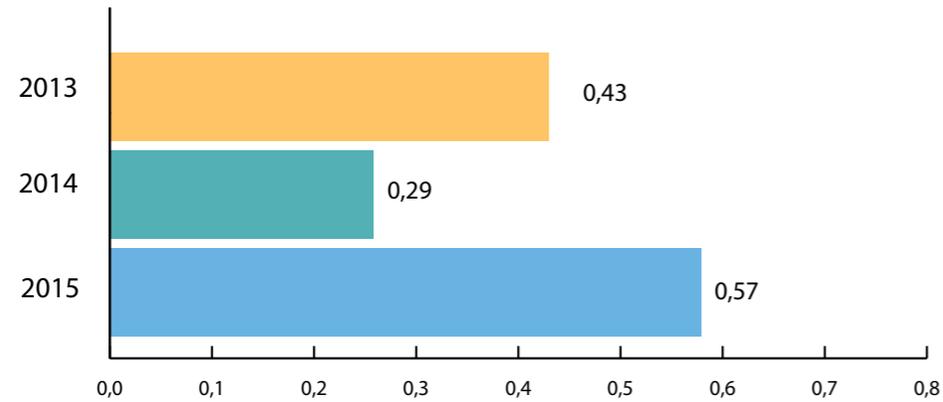
0.30%

## MORTALIDADE NA UTI

ICUs MORTALITY

Razão de Mortalidade Padronizada. Este indicador representa o número de óbitos/número de óbitos esperado de acordo com a gravidade do paciente, baseado no score SAP III.

Standardized Mortality Ratio. This indicator shows the number of deaths / number of expected deaths according to the seriousness of the patient's condition based on the SAP III score.



### Objetivo:

Manter < 1

### Objective:

Keep it < 1.

### Meta para 2016:

< 1

### Goal for 2015:

< 1

### Benchmarking

EPIMED (Hospitais Privados):

0,81

### Benchmarking

EPIMED (Private Hospitals):

0.81

### Benchmarking ANAHP 2014:

0,63

### Benchmarking ANAHP 2014:

0.63

**Ações em andamento:** A implantação da visita multidisciplinar diária, com aplicação de um *checklist*, auxilia no estabelecimento individualizado das prioridades de cada paciente e das ações diagnósticas e terapêuticas necessárias para o desfecho favorável. Associado a isso, o Hospital viValle mantém constante atualização do seu parque tecnológico, oferecendo as melhores condições disponíveis para o manuseio do paciente crítico.

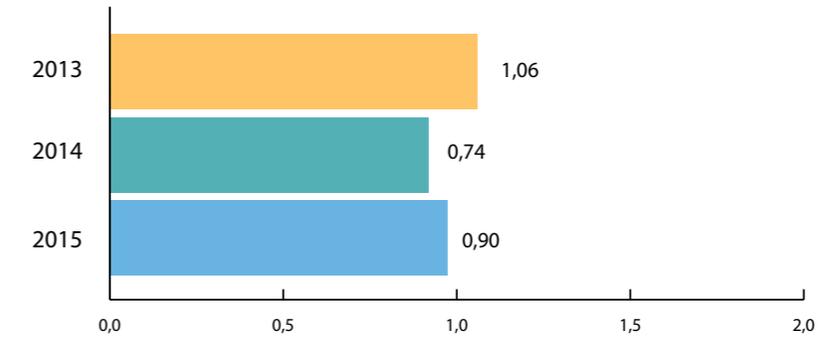
**Ongoing Efforts:** Daily multidisciplinary rounds with the use of a checklist help individualize priorities for each patient and the necessary diagnostic and therapeutic actions for a favorable outcome. We also keep updating our research park, thereby offering the best available conditions to handle critically ill patients.

## MORTALIDADE INSTITUCIONAL

INSTITUTIONAL MORTALITY

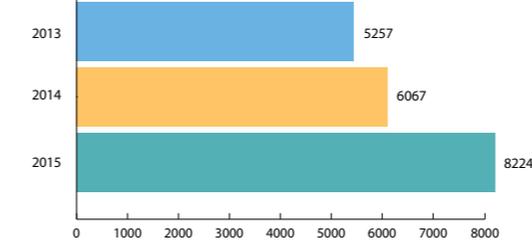
Esse indicador representa o número de óbitos ocorridos/o total de saídas hospitalares no período.

This indicator shows the number of deaths / total number of hospital discharges during the period



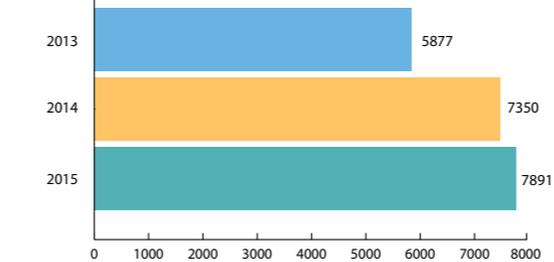
### CIRURGIAS

Surgeries



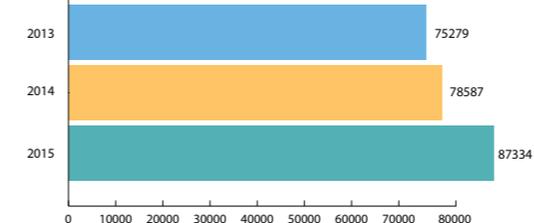
### ADMISSÕES

Admissions



### ATENDIMENTOS PA

ER care



### Benchmarking

ANAHP 2014: 2,0%

### Benchmarking

ANAHP 2014: 2%

### Objetivo

Quanto MENOR melhor.

### Objective:

The LOWER it is the better.

Apesar do aumento da volumetria e complexidade clínica e cirúrgica dos pacientes, as taxas de mortalidade institucional vem se mantendo estáveis.

Regardless of the increased clinical and surgical complexity of patients, institutional mortality rates have been stable, with a slight decrease since 2012, which is directly related to good healthcare practices.



REDE D'OR  
SÃO LUÍZ

  
hospitalviValle  
Você sente a diferença

Dr. Fernando VC De Marco  
Diretor Técnico  
CRM 87270 RQE 35860

Av. Lineu de Moura, 995  
Jd. Urbanova  
São José dos Campos - SP  
(12) 3924-4900

[www.vivalle.com.br](http://www.vivalle.com.br)