



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 monitoramento dos indicadores assistenciais permite a avaliação da eficiência institucional e promove a melhoria contínua. A sua divulgação estimula a transparência e troca de experiências para que o viValle mantenha o nível de excelência na qualidade técnica.

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 tracking of several healthcare indicators allows us to have a continuous evaluation of our institutional efficiency and promotes the continuous improvement of our services. The disclosure of such indicators encourages transparency and the exchange of experiences, thus enabling viValle to keep the level of excellence in terms of its technical quality.*

*The purpose hereof is to promote the disclosure of healthcare results to medical teams pursuant to the below indicators:*



- Incidência de Infecção Hospitalar na UTI;
- Incidência de Infecção de Corrente Sanguínea (ICS) relacionada a Cateter Venoso Central (CVC) adquirida em UTI;
- Incidência de Pneumonia relacionada a Ventilação Mecânica (VM) adquirida na UTI;
- Incidência de Infecção de Trato Urinário (ITU) relacionada a sonda vesical de demora adquirida na UTI;
- Taxa de Infecção em Cirurgia Limpa;
- Adequação ao Protocolo de Antibiótico Profilaxia Cirúrgica;
- Protocolo de Atendimento de Dor Torácica/Tempo Porta-balão;  
\* Mortalidade dos pacientes com Síndrome Coronariana Aguda
- Boas práticas no tratamento da ICC;
- Mortalidade dos pacientes inseridos no Protocolo de Sepsis;
- Adesão ao Protocolo de TEV (Tromboembolismo Venoso);
- Segurança do paciente:
  - Taxa de eventos adversos não infecciosos;
  - Danos por Terapia Intravenosa (TIV);
  - Incidência de Úlcera por Pressão;
  - Incidência de Queda;
  - Taxa de mortalidade pós-operatória;
  - Mortalidade na UTI;
  - Mortalidade Institucional.

- Hospital-Acquired Infections Occurrences at the ICU;
- Occurrences of catheter-associated bloodstream infection (CA-BSI) contracted in the intensive care unit (ICU);
- Occurrences of Ventilator-associated Pneumonia contracted in the intensive care unit (ICU);
- Occurrence of Urinary Tract Infection (UTI) related to indwelling urinary catheters (IUC) contracted in the intensive care unit (ICU);
- Infection Rare in Clean Surgeries;
- Conformity to the Surgical Antibiotic Prophylaxis Protocol;
- Chest Pain Care Protocol and its related mortality rate/ Door-to-Balloon Time;  
\* Mortality rate in patients with acute coronary syndrome
- Best practices in the treatment of Congestive Heart Failure (CHF);
- Mortality rate in patients adherent of the Sepsis Management Protocol;
- Venous Thromboembolism (VTE) protocol adherence;
- Patient safety:
  - Non-infectious adverse event rate;
  - Intravenous Therapy (IVT) Injuries;
  - Occurrences of Pressure Ulcer;
  - Occurrences of Patients' Fall;
  - Postoperative mortality rate;
  - Mortality rate in ICU patients;
  - Institutional Mortality Rate.



**Dra. Claudia Mangini**  
Médica infectologista,  
Gerente de Qualidade Hospital viValle  
Outubro 2017, São José dos Campos, SP

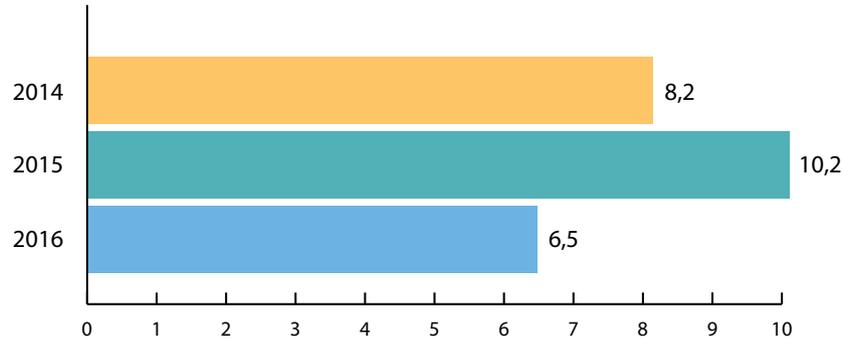
*Claudia Mangini, MD  
Infectious Disease Specialist  
viValle Hospital Quality Assurance Manager  
October 2017, São José dos Campos, São Paulo*

# 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 / 1000 patients – day.*



### Objetivo:

Quanto MENOR melhor.

### Meta para 2017:

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 deve ser amenizada sempre levando em conta as complexidades dos pacientes. A respeito do aumento de complexidade, neste ano tivemos uma melhora do indicador.

### Benchmarking ANAHP 2016

8,31/1000 pacientes - dia

### Objective:

*The LOWER it is the better.*

### Goal for 2017:

*8,2 / 1000 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. The occurrence of hospital-acquired infections must be mitigated, always taking into consideration how complex the patient's condition is. For patients with the most complex conditions, there has been a decrease in the number of hospital-acquired infection occurrences this year.*

### Benchmarking

*ANAHP 2016:*

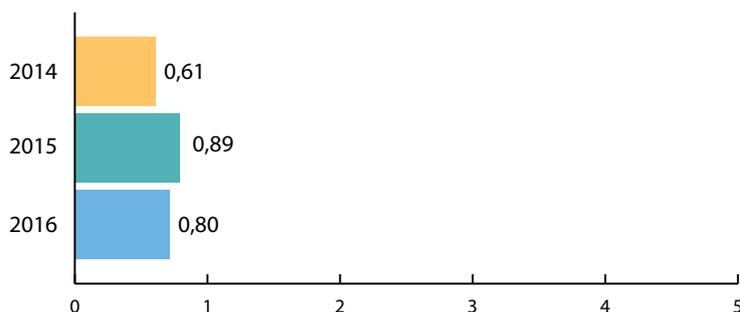
*8,31/1000 central lines – day.*

# 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 / 1000 urinary catheters – day.*



### Objetivo:

Quanto MENOR melhor.

### Objective:

*The LOWER it is the better.*

### Meta para 2017:

<1,69/1000 CVC - dia.

### Goal for 2017:

*<1,69/1000 – day.*

### Benchmarking ANAHP 2016:

1,89 / 1000 CVC - dia.

### Benchmarking

ANAHP 2016:

*1,89 / 1000 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.

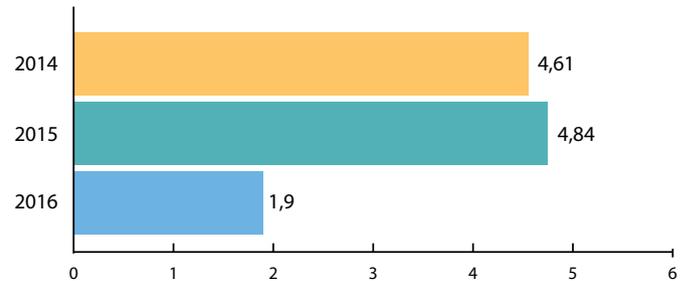
*For increased process safety, all dressings are applied by a registered nurse. All infection cases are discussed and analyzed individually to generate improvement recommendations.*

# 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 / 1000 ventilators – day.*



### Objetivo:

Quanto MENOR melhor.

### Meta para 2017:

<2,22/1000 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.

### Benchmarking

#### CVE - SP (P25) 2016:

3,68/1000 VM - dia.

### Objective:

The LOWER it is the better.

### Goal for 2017:

<2,22/1000 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.

### Benchmarking

CVE - SP (P25) 2016

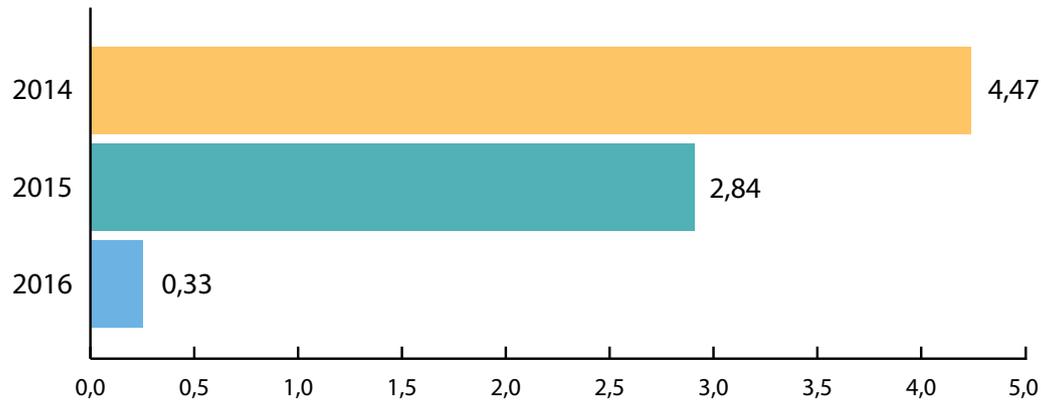
3,68/1,000 ventilators - day.

# 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 / 1000 catheters – day.*



### Objetivo:

Quanto MENOR melhor.

### Objective:

*The LOWER it is the better.*

### Meta para 2017:

<1,45/1000 SVD - dia.

### Goal for 2017:

*<1,45/1000 – day.*

### Benchmarking

#### CVE - SP (P25):

1,29/1000 SVD - dia.

### Benchmarking

#### CVE - SP (P25):

*1,29/1000 SVD - 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.

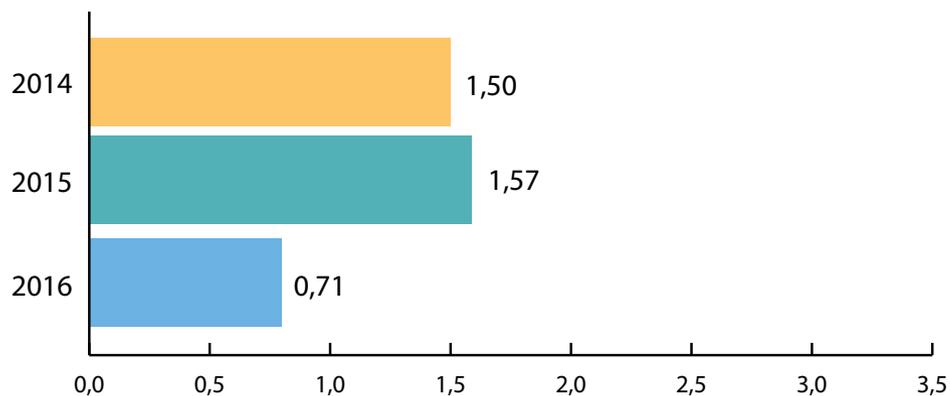
*Ongoing Efforts: Urinary tract infection prevent is a top priority and the reduction of urinary tract infection incidence was included in our strategic planning. There is a major ongoing campaign to review catheter needs on a daily basis and remove said devices as soon as possible.*

## 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 2017:

<0,69%

#### Goal for 2017:

<0,69%

#### Benchmarking ANAHP 2016:

0,70%

#### Benchmarking

ANAHP 2016:

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.

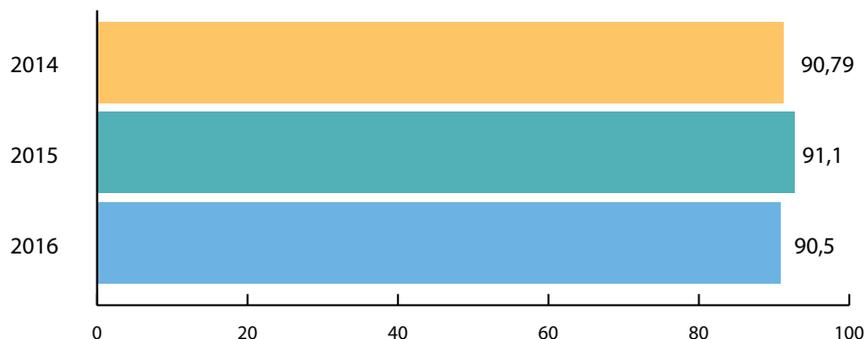
**Ongoing Efforts:** We joined the Clean Surgery Program and Surgical Site Infection Prevention Program, where recommended measures are applied by using a checklist at the surgical center and compliance measures are monitored. We wrote a Surgical Prophylaxis Standard, changed the trichotomy routine, and deployed temperature monitoring in intraoperative care.

## ADEQUAÇÃO AO PROTOCOLO DE ANTIBIÓTICO 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.*



#### **Objetivo:**

Quanto MAIOR melhor.

#### **Objective:**

*The HIGHER it is the better.*

#### **Meta para 2017:**

>80%

#### **Goal for 2017:**

>80%

#### **Benchmarking ANAHP 2016:**

73,51%

#### **Benchmarking**

ANAHP 2016:

73,51%

**Ações em andamento:** As sugestões para escolha do melhor antibiótico estão disponíveis no Manual de Cirurgia Segura, à disposição do corpo clínico.

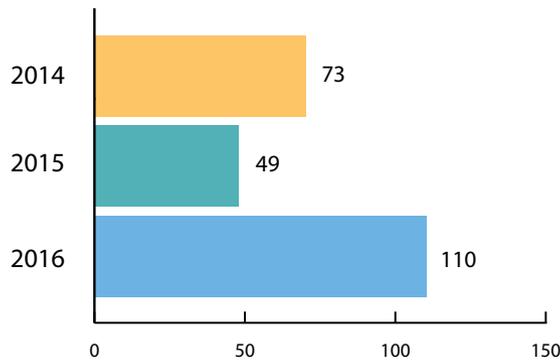
**Ongoing Efforts:** Suggestions for the selection of the best antibiotic are available in the Safe Surgery Protocol, available to the clinical staff.

# PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE DOR TORÁCICA / TEMPO PORTA-BALÃO

## CARE PROTOCOL FOR CHEST PAIN / DOOR-TO-BALLOON TIME

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).



### Objetivo:

Quanto MENOR melhor.

### Objective:

The LOWER it is the better.

### Meta para 2017:

< 90 min.

### Goal for 2017:

< 90 min.

### Benchmarking

#### ANAHP 2016:

Média 71,90 min.

### Benchmarking

ANAHP 2016:

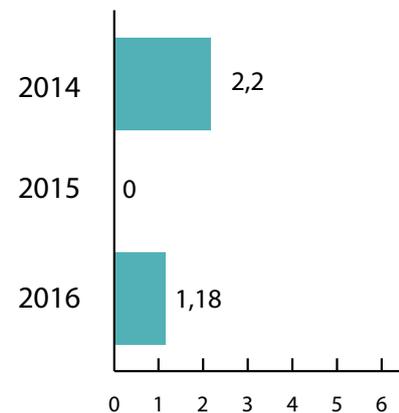
Average 71,90 min.

**Ações em andamento:** Com o objetivo de melhorar a performance deste indicador, foi criado o Pronto Atendimento Cardiológico.

**Ongoing Efforts:** With the aim of improving this indicator, the Cardiac Emergency Room was created.

## MORTALIDADE DOS PACIENTES COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

Acute Coronary Syndrome Patient Mortality



### Objetivo:

Quanto MENOR melhor.

### Objective:

The LOWER it is the better.

### Benchmarking

#### ANAHP 2016:

5,59%

### Benchmarking

ANAHP 2016:

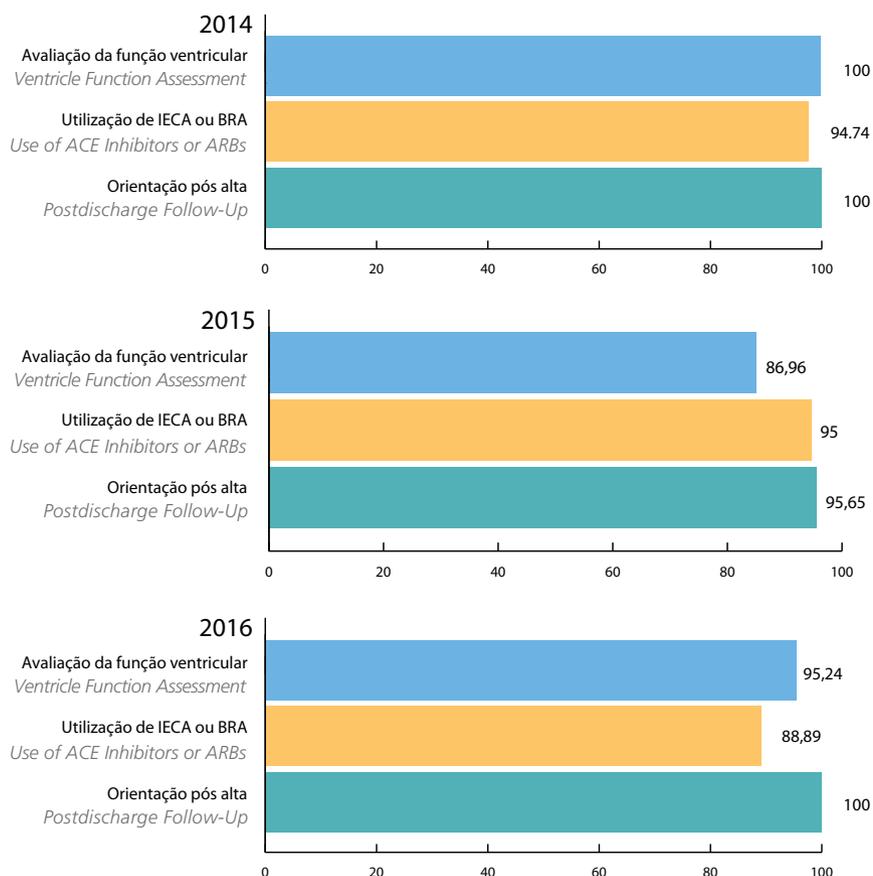
Average 71,90 min.

## 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 2017:

100%

#### Benchmarking

##### ANAHP 2016:

Taxa de betabloqueador na alta em pacientes com ICC – 62,71%; Taxa de IECA ou BRA na alta de pacientes com ICC – 50,87%.

#### Objective:

The LOWER it is the better.

#### Goal for 2017:

100%.

#### Benchmarking ANAHP 2016:

Rate of beta blockers when discharging CHF patients – 62,71%; rate of ACE inhibitors or ARBs when discharging CHF patients – 50,87%.

# MORTALIDADE DOS PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE SEPSE

## BEST CHF TREATMENT PRACTICES

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.

## MORTALIDADE DOS PACIENTES COM SEPSE

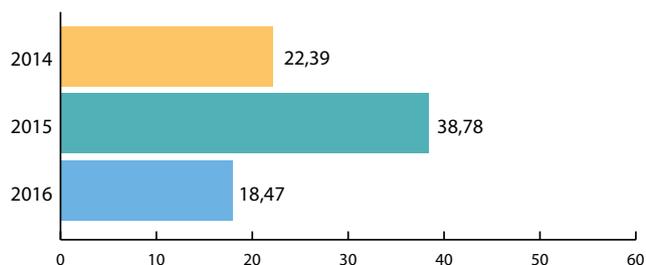
SEPSIS PATIENT MORTALITY

### ANAHP 2016:

18,47%

### ANAHP 2016:

18,47%



### 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:

2014: 114

2015: 326

2016: 675

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:*

*2014: 114*

*2015: 326*

*2016: 675*

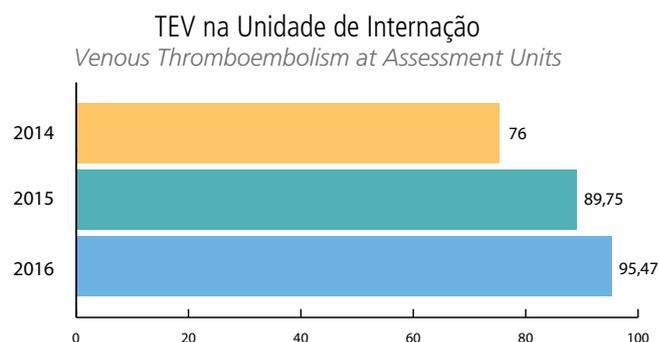
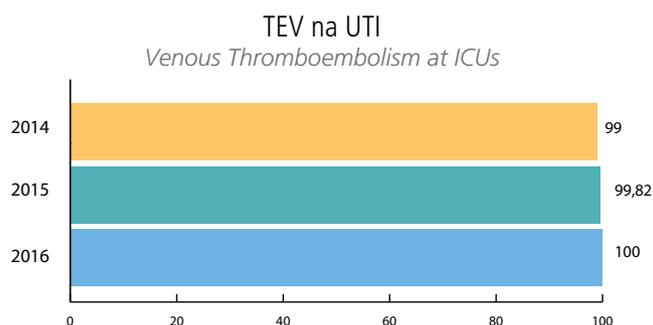
*The result of this institutional movement against Sepsis resulted in an increase in the number of patients included in the protocol and decrease of mortality.*

## 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.*



#### Objetivo:

Quanto MAIOR melhor.

#### Objective:

The HIGHER it is the better.

#### Meta para 2017:

>98%

#### Goal for 2017:

>98%

#### Benchmarking

##### ANAHP:

65,4%

#### Benchmarking

##### ANAHPt:

65,4%

#### 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.*

## SEGURANÇA DO PACIENTE

### PATIENT SAFETY

#### TAXA DE EVENTOS ADVERSOS NÃO INFECCIOSOS

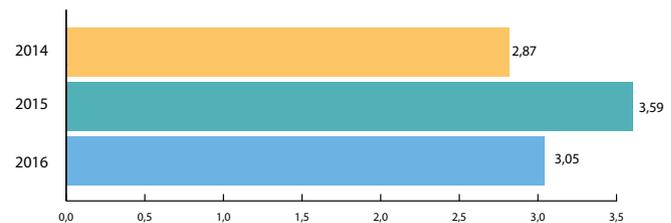
##### NONINFECTIOUS ADVERSE-EVENT INCIDENCE RATE

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.

*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.



#### Objetivo:

Quanto MENOR melhor.

#### Objective:

The LOWER it is the better.

**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. A partir de 2015 houve um trabalho intenso das equipes incentivando a notificação de reações adversas medicamentosas que em 2016 foram responsáveis por 46,1% dos eventos.

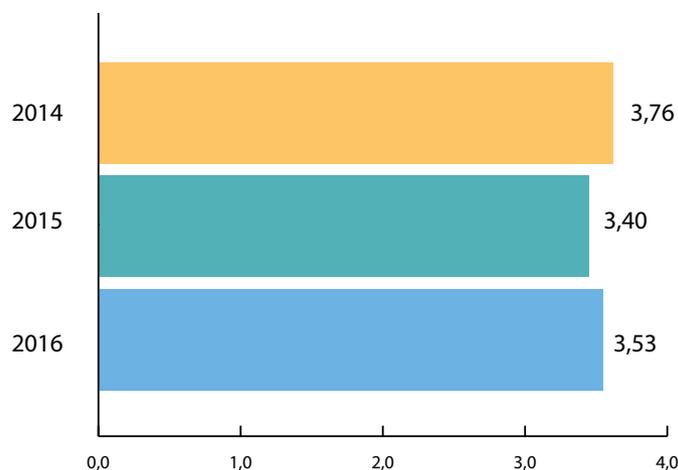
**Ongoing Efforts:** viValle Hospital offers a Risk Management service, which concentrates all its efforts on the implementation of the Patient Safety Culture and on the prevention of adverse events. Every adverse event is reviewed by the Patient Safety Committee and the proposals for the improvement of our processes are implemented, whenever necessary. Since 2015, our risk management teams have been working hard to encourage the notification of any adverse reactions to medication, which were responsible for 46,1% of the adverse events.

## 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 (%).*



#### 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. Em 2016 foi revisado o protocolo de prevenção de extravasamento de contraste, com a definição do fluxo de acordo com o tipo de cateteres.

#### Benchmarking

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

#### Benchmarking

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

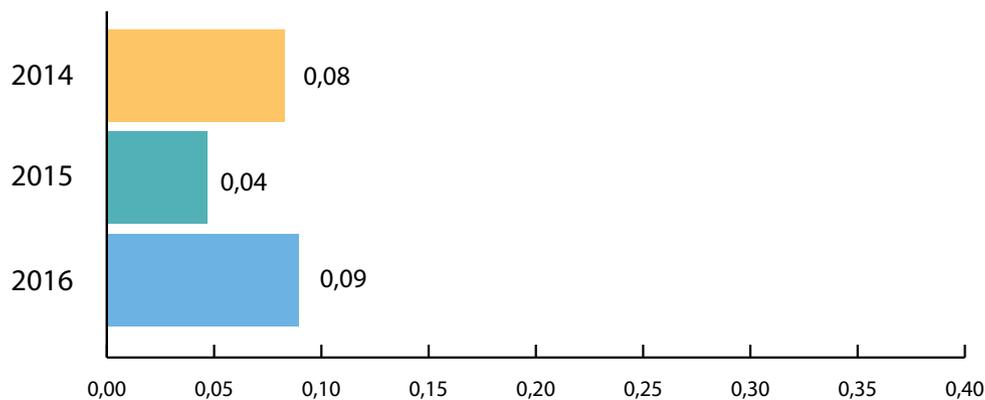
**Ongoing Efforts:** *A careful assessment of the use of vesicant drugs is conducted with the help of the clinical pharmacy, which reviews all prescriptions and adjusts drug dilution when necessary. For patients who are expected to experience prolonged venous access, we offer medical assistants the possibility of quickly deploying a peripherally inserted central catheter (PICC), thereby preserving the venous network. In 2016, the protocol for the prevention of contrast extravasation was revised, and the contrast flow, according to each type of catheter, was defined.*

## INCIDÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO

### PRESSURE ULCER INCIDENCE RATE

Esse indicador representa o número de Úlceras por Pressão que ocorreram no Hospital viValle / 1000 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.*

#### **Benchmarking**

**ANAHP 2016:** 1,22%

#### **Benchmarking**

**ANAHP 2016:** 1,22%

**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.

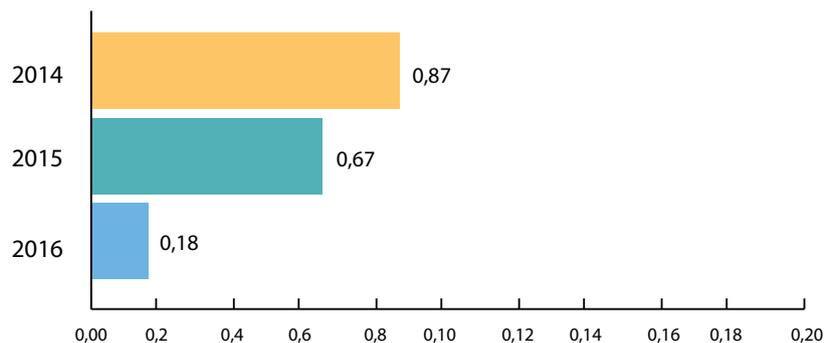
**Ongoing Efforts:** All patients are assessed for the risk of developing pressure ulcers by using the Braden scale and prevention measures are applied individually in light of the detected risk and the patient's needs.

## 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**

**ANAHP 2016:**

0,97

#### **Objetivo:**

*The LOWER it is the better.*

#### **Benchmarking**

**ANAHP 2016:**

0,97

#### **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.

#### **Ongoing Efforts:**

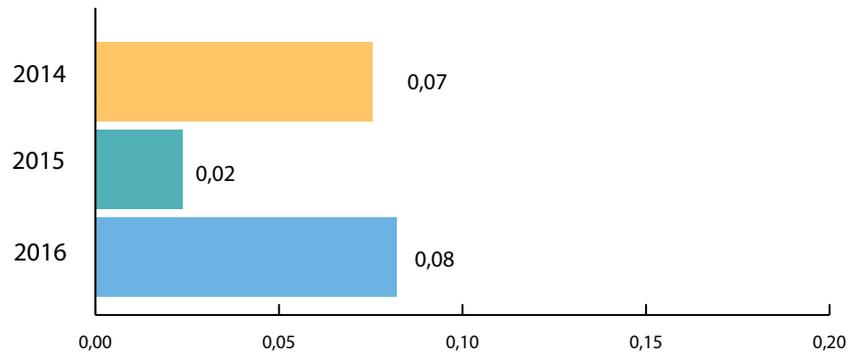
*All patients are assessed for the risk of falling by using the Morse fall scale and preventive measures are enforced individually. Employees are consistently trained in fall prevention and patients and family members receive an educational primer containing information on the risk and the consequences 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 2017: 0,1**

*Goal for 2017: 0,1*

### **Benchmarking**

**ANAHP 2016: 0,33%**

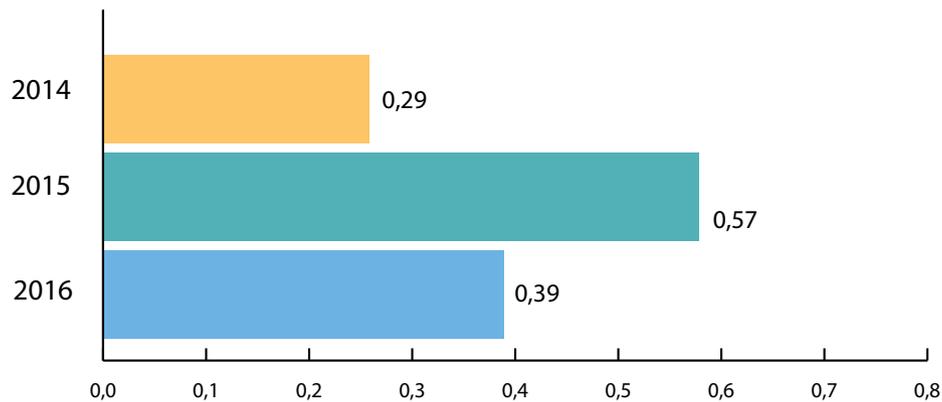
*Benchmarking ANAHP  
2016: 0,33%*

## 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 2017:**

<1

#### **Goal for 2017:**

<1

#### **Benchmarking**

#### **EPIMED (Hospitais Privados):**

0,81

#### **Benchmarking**

#### **EPIMED (Private Hospitals):**

0.81

**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.

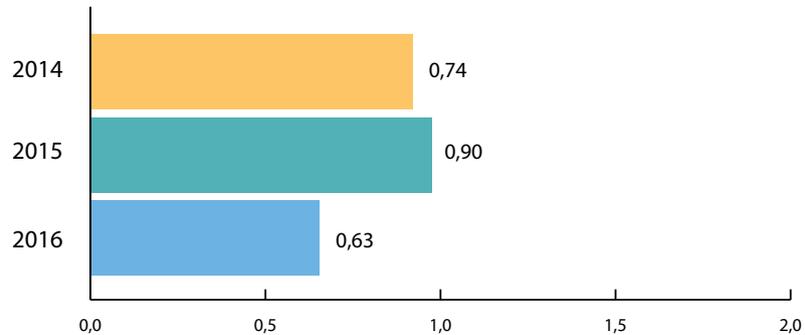
**Ongoing Efforts:** Daily multidisciplinary rounds with the use of a checklist help individualize priorities for each patient and the necessary diagnostic and therapeutic actions for a favorable outcome. We also keep updating our research park, thereby offering the best available conditions to handle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

# MORTALIDADE INSTITUCIONAL

## INSTITUTIONAL MORTALITY

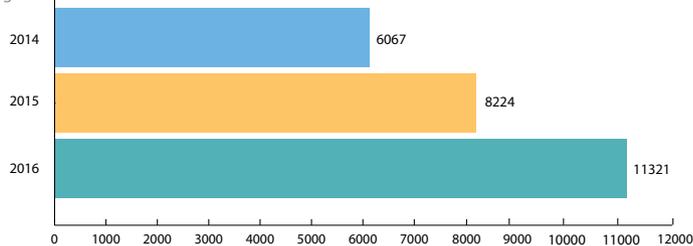
Esse indicador representa o número de óbitos ocorridos / o total de saídas hospitalares no período.

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



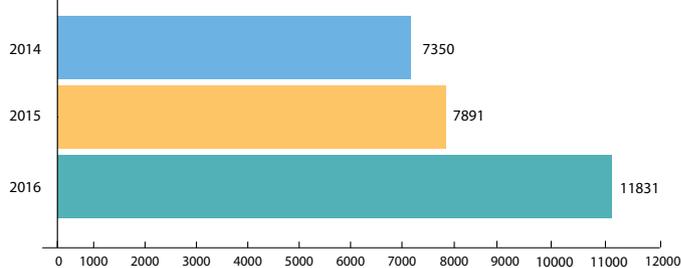
### CIRURGIAS

*Surgeries*



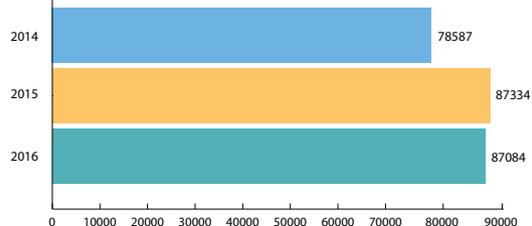
### ADMISSÕES

*Admissions*



### ATENDIMENTOS PA

*ER care*



**Benchmarking**  
**ANAHP 2017: 2%**

*Benchmarking*  
*ANAHP 2017: 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 **LUIZ**

  
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)