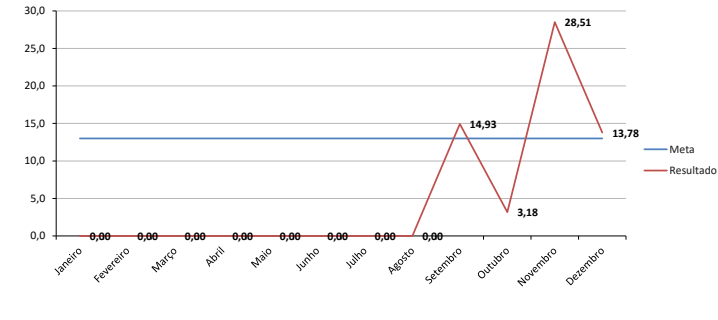
		Código: ID-RFI		Aprovado por:	
Informação Documentada		Título: Registro da Ficha de Indicador		Emitido por:	
Nome da Unidade		HEGV		Unidade de Medida	
Meta		Indicador		Forma de Medição (cálculo)	
<= 13%		Taxa de densidade de pneumonia associada a ventilação mecânica (CVC) na UTI Adulto		Nº de pneumonias associadas a VM na UTI Adulto / Nº de VM-dia UTI Adulto x 1000	
		Periodicidade de Avaliação		Mensal	
		Área Responsável		Coordenação da UTI adulto	
		Responsável pela Coleta de Dados		SCIH	
		Responsável pela Análise de Dados		Coordenação da UTI adulto	
		Referencial Comparativo		SES-SP(2010) - 5,07 pdcat-dia; ANAHP (2011) 3,3/1000 cat-dia; Brasil - ANVISA (2011) Laboratorial 6,2/1000 cat-dia; Brasil - ANVISA (2011) Clínica 2,3/1000 cat-dia; SES/RJ (2015) - 4,5/1000 (Lab.) e 2,5/1000 (Cli.)	
		Versão		jan/2021	
		Última Atualização			
Justificativa					
DENSIDADE DE PNEUMONIA ASSOCIADA A VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA RESULTADO: 12 CASOS NA UTI E 13,78 / 1.000 META: INFERIOR A 13 PERFIL:					
Dados de ventilação mecânica Ventilação mecânica 9938,37 Duração da vent. mecânica (dias) (média ± DP) 64,92 Duração da vent. mecânica (dias) (mediana) 5 Faixa de duração da VM (dias) (n,%) <=1145,43					
Análise Crítica					
<ul style="list-style-type: none"> • O tempo médio de uso de ventilação mecânica passou de 8 para 6 dias, sendo acompanhado pelo menor número de pacientes traqueostomizados. • Uma redução em aproximadamente 50% de valor absoluto e percentual de PAVs quando comparado a média histórica. Fator contribuinte principal foi a maior parte dos pacientes ventilados estarem concentrados até 7º dia de uso de ventilação invasiva (65%). • Todos os pacientes críticos são avaliados diariamente pela equipe de odontologia hospitalar, promovendo uma adequada higiene oral assim como intervindo precocemente nas lesões que potencialmente causam pneumonias. • Em fase de acompanhamento o treinamento da equipe quanto a identificação do posicionamento adequado do CNE e plano de verificação diária nos pacientes críticos e não críticos. • Todos os leitos são avaliados diariamente quanto adequação da inclinação da cabeceira e sua respectiva sinalização com um duplo check pela equipe de enfermagem. • A radiografia de abdome para confirmação da sonda enteral deverá ser feita após 2 horas da inserção deste dispositivo e o paciente neste período deverá permanecer em decúbito lateral direito. • O posicionamento das sondas enterais precisa ser confirmado diariamente nos pacientes críticos ou com Fugullin de semi-intensiva e a cada 72 horas para os pacientes não críticos. O método ouro para reconhecimento é a Radiografia de tórax para evidenciar ausência de sonda enteral na caixa torácica. • Todos os pacientes com dieta por via enteral, caso não haja contra-indicação como diarreia ou alergia, devem fazer uso de pro cinéticos. • Os critérios de suspensão da dieta enteral: volume de resíduo gástrico seguindo seu protocolo, Lactato arterial >2x normal, permanência da PAM < 65 mmHg a despeito do uso de aminas, instabilidade hemodinâmica progressiva e Sódio sérico > 160 mEq/ml. • Paciente com variação de consciência ou com risco de perda de consciência não será elegível para dieta oral até que haja manutenção de condição favorável e estável por no mínimo de 24 horas. • Pacientes com impossibilidade de alimentação em por via oral por no mínimo de 21 dias ou permanência de via enteral por 30 dias, deverá ser discutido o mais breve possível a gastrostomia. • A instituição da intubação no paciente sem ciência de jejum deverá ser feita com cabeceira elevada, sondagem gástrica para coleta de resíduo (se possível, exceção caso impreterível pela necessidade imediata de intubação) e higiene rápida da cavidade oral. • A intubação orotraqueal deve seguir rigorosamente os preceitos de esterilização e prevenção de todos os riscos de contaminação do sistema. Caso haja qualquer fragilidade todo procedimento deve ser refeito e material trocado. • Durante a ventilação mecânica devem ser preservadas todas as medidas de prevenção de contaminação do sistema. • As coordenações se comprometem a treinamento de toda equipe com reciclagem a cada 6 meses e nos casos de admissão de colaborador, atentar ao prazo de 30 dias para o treinamento. • A profilaxia de TEV deve ser revisada em round diariamente e seu uso priorizado. • A profilaxia de prevenção de úlcera gástrica precisa estar prescrita nos casos de: disfunção aguda, seps, trauma, pós-operatório imediato em cirurgias de médio e grande porte. As exceções serão validadas pelas coordenações médicas dos setores críticos. • O bundle de manutenção de PAV passará a ser realizado pela rotina da fisioterapia e nos finais de semana e feriados será mantido com o plantonista da fisioterapia. 					
Ação de Melhoria					

	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
° de pneumonias associadas a VM na UTI Adulto									6	3	25	12
Nº de VM-dia UTI Adulto									402	944	877	871

Taxa de densidade de pneumonia associada a ventilação mecânica (CVC) na UTI Adulto												
Mês	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Meta	13,0	13,0	13,0	13,0	13,0	13,0	13,0	13,0	13,0	13,0	13,0	13,0
Resultado	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	14,93	3,18	28,51	13,78