

| Tabela 10 - Principais Desfechos na Unidade - Todos os Pacientes Egressos da Unidade * | N | % |
|---|----------|----------|
| Número total de saídas da unidade (altas + óbitos) (n) | 235 | |
| Idade (anos) (média ± DP) | 58,62 | 19,71 |
| Idade (anos) (mediana) | 62 | |
| Tipo de Internação (n, %) | | |
| Clínico | 165 | 70,21 |
| Cirurgia eletiva | 17 | 7,23 |
| Cirurgias de urgência / emergência | 51 | 21,70 |
| Cirúrgica | 1 | 0,43 |
| NI | 1 | 0,43 |
| Tempo entre a decisão da alta e a saída da Unidade (horas) (média ± DP) | | |
| Média ± DP | 1,14 | 1,77 |
| Mediana | 0,00 | |
| Percentil 90 | 3,00 | |
| Percentil 95 | 3,60 | |
| Maior valor | 8 | |
| Faixas de tempo entre a decisão da alta e a saída da Unidade (horas) | | |
| <= 4h | 28 | 17,61 |
| >4 – 12h | 1 | 0,63 |
| NI | 130 | 81,76 |
| Pacientes com atraso da saída da UTI após a decisão para a alta (> 4h) (n, %) | 1 | 0,63 |
| Motivo para o atraso da saída da UTI após a decisão para a alta (somente pacientes com > 4h) (n, %) | | |
| Não informado | 1 | 100,00 |
| Dias evitáveis na UTI (n) | 0 | |
| Taxa de dias evitáveis na UTI (%) | | 0,01 |
| Duração da internação na unidade (dias) (média ± DP) | 7,46 | 15,90 |
| Duração da internação na unidade (dias) (mediana) | 4 | |
| Faixas de duração da internação na unidade (dias) (n, %) | | |
| <=1 | 44 | 18,72 |
| 2 - 3 | 69 | 29,36 |
| 4 - 7 | 56 | 23,83 |
| 8 - 14 | 35 | 14,89 |
| 15 - 20 | 17 | 7,23 |
| 21 - 30 | 10 | 4,26 |
| > 30 | 4 | 1,70 |
| Destino (n, %) | | |
| Enfermaria ou quarto (n, %) | 143 | 60,85 |
| Outra UTI / UCI do hospital (n, %) | 7 | 2,98 |
| Outro hospital (n, %) | 4 | 1,70 |
| Óbito (n, %) | 76 | 32,34 |
| Residência (n, %) | 5 | 2,13 |
| Modelo Resolução CFM de 2016 (internações até 01/01/2017) | | |
| Não avaliado / não informado | 218 | 92,77 |
| Prioridade 1: Pacientes críticos que necessitam de intervenções de suporte à vida em UTI. | 2 | 0,85 |
| Prioridade 3: Pacientes críticos, mas com baixa probabilidade de recuperação ou alguma limitação da terapêutica. | 4 | 1,70 |
| Prioridade 4: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, mas com baixa probabilidade de recuperação ou alguma limitação da terapêutica. | 8 | 3,40 |

Período: 01/04/2022 - 30/04/2022 - Instituição: Rede SES RJ, Capital, Hospital Estadual Getúlio Vargas -

| | | |
|---|--------|-------|
| Decisão para cuidados paliativos (n, %) | | |
| Não | 217 | 92,34 |
| Sim, não intensificar | 3 | 1,28 |
| Sim, limitar | 9 | 3,83 |
| Sim, retirar | 0 | 0,00 |
| Sim, ordem de não ressuscitação cardiopulmonar apenas (ONR) | 6 | 2,55 |
| Tempo até a decisão para cuidados paliativos (dias) (n, %) | | |
| 2 - 7 | 7 | 38,89 |
| 8 - 20 | 11 | 61,11 |
| Desfecho na Unidade (n, %) | | |
| Alta | 159,00 | 67,66 |
| Óbito | 76,00 | 32,34 |
| Escores de prognóstico à internação (média ± DP) | | |
| Média ± DP | 52,87 | 21,20 |
| Maior valor | 114 | |
| Menor valor | 11 | |
| Probabilidade de óbito hospitalar (%) (média ± DP) | | |
| Escore SAPS 3 (equação geral) | 27,11 | 29,49 |
| Escore SAPS 3 (equação ajustada para Am. Latina) | 33,17 | 32,27 |
| Taxa de Mortalidade padronizada (Observado / Esperado) | | |
| Escore SAPS 3 (equação geral) | 1,19 | |
| Escore SAPS 3 (equação ajustada para Am. Latina) | 0,97 | |

* Pacientes com desfechos na unidade (vivo + óbitos) anotados durante o período.

§ IMPORTANTE: Os escores de prognóstico estimam a probabilidade de óbito hospitalar. Portanto, é necessário cautela na interpretação da taxa de letalidade padronizada da unidade.

** Taxa de dias de UTI evitáveis = somatório dos dias de atraso na saída da UTI após a decisão de alta / somatório de pacientes-dia na UTI no período. O excesso de tempo entre a decisão para a alta da UTI e a efetiva saída do paciente da unidade superior a 04 horas é considerado evitável. Assim, o conceito de dias de UTI evitáveis refletem a quantidade de tempo que os pacientes gastam ocupando um leito de UTI quando eles não necessitam mais de cuidados intensivos. Ele pode ser usado para medir e identificar eventuais problemas no fluxo direto de saída dos pacientes da UTI, o que pode representar ganhos potenciais de eficiência