



2^o Congresso Nacional de Hospitalização Domiciliária

◆ 3 e 4 de junho 2022
Hotel Tryp Lisboa Caparica Mar
& Online

Programa 



Aceder à versão digital
do programa com resumos



2^o Congresso Nacional de Hospitalização Domiciliária

Programa

Sexta-feira | 3 de junho de 2022

- 13:00h Abertura do Secretariado
- 14:00-14:45h **Apresentação de Pósteres**
Moderadoras: Conceição Escarigo (HGO) e Paula Lopes (CHSetúbal)
PO 16 | PO 18 | PO 19 | PO 20 | PO 28 | PO 44 | PO 45 | PO 57 | PO 64 | PO 71
- 14:45-15:45h **Mesa-Redonda 1 Hospitalização Domiciliária
– O Estado da Arte em Portugal**
Moderadores: Francisca Delerue (HGO) e Rui Marques (CHMT)
Como começámos
Vitória Cunha (HGO)
Onde estamos
Nuno Bernardino (CHUA)
Para onde vamos
Pedro Correia Azevedo (CUF)
- 15:45-16:15h **Sessão de Abertura**
-
- 16:15-16:30h Pausa
-
- 16:30-17:30h **Mesa-Redonda 2 Qualidade e Segurança em Hospitalização Domiciliária**
Moderadores: Catarina Pereira (CHVNGE) e Miguel Santos (CHS.João)
Admissão e protocolos
Marta Monteiro (CHVNGE)
Telemonitorização
Elvis Guevara (HGO)

- 17:30-18:30h **Mesa-Redonda 3 Novos Desafios para o Serviço Social**
Moderadora: Célia Barca (HGO)
Uniformização dos modelos de intervenção/perspetivas futuras
Mónica Alexandre (CHVNGE)
Impacto da intervenção social na UHD na Pandemia Covid
Cristina Teixeira Vale (CHUSJ)
Avaliação social global
Rita Bruto da Costa (CHLN)
- 18:30h Fim do primeiro dia do Congresso

Sábado | 4 de junho de 2022



- 08:30h Abertura do Secretariado
- 09:00-10:00h **Mesa-Redonda 4 Antibioterapia Domiciliária**
Moderadores: Pedro Correia Azevedo (CUF) e Ana Simões (HGO)
Protocolos clínicos
Conceição Escarigo (HGO)
Autoadministração
Abel Mujal (Espanha)
Consumo de antibióticos no contexto hospitalar
Ana Silva (Infarmed)
- 10:00-11:15h **Mesa-Redonda 5 Casos Clínicos Complexos**
Painel discussão: Pedro Beirão (HGO), Paula Lopes (CHSetúbal), Cátia Rei (CUF) e Anabela Santos (CHVNGE)
PO 29 De lesão renal aguda a mieloma múltiplo – Relato de caso clínico
Joao Ricardo Cordeiro Campos Faia (CHBV/HJDP)
PO32 Afinal não era só uma espondilodiscite
José Miguel Cardoso Martins (CHBV/HJDP)
Relato de caso de ventilação mecânica para discussão no evento
Adriana Teófilo Quirino (Home Doctor)
Relato de caso de infeção para discussão no evento
Adriana Teófilo Quirino (Home Doctor)
- 11:15-11:45h Pausa

11:45-12:30h



Mesa-Redonda 6 Patologia Respiratória

Moderadores: Raquel Espadaneira (HGO) e Reis Ferreira (CDP)

Reabilitação respiratória

David Silva (CHULC)

Oxigenoterapia no domicílio

Ana Gomes (HGO)

12:30-13:30h

Mesa-Redonda 7 Parcerias Clínicas

Moderadoras: Cláudia Viegas (HGO) e Guida Lopes (CHBM)

Doentes cirúrgicos

Pedro Gameiro (CHBM)

Patologia neoplásica

Helena Moreira (HSJoão)

Feridas complexas

Ana Diz (CHSetúbal)

13:30-15:00h

Almoço

15:00-16:00h

Mesa-Redonda 8 Cuidados Paliativos

Moderadores: Ricardo Fernandes (CHVNGE) e Ana Fryxell (EPCS)

O papel do Médico

Jeanette Silva (HGO)

O papel do Enfermeiro

Fernando Palhim (HGO)

Articulação do Serviço Social com as Estruturas da Comunidade

Catarina Amaro (EPCS)

16:00-16:45h

Mesa-Redonda 9 Integração de Cuidados

Moderadoras: Adelaide Belo (HLA) e Lídia Rodrigues (CHTS)

Gestores de caso

Josiana Duarte (HLA)

Cuidadores informais

Ricardo Rio (HFF)

16:45-17:15h

Pausa

- 17:15-18:15h **Mesa-Redonda 10 Patologia Cardiovascular**
Moderadoras: Paula Lopes (CHSetúbal) e Ana Emídio (HGO)
Insuficiência cardíaca: Hospital de Dia *versus* Hospitalização Domiciliária
Sílvia Santos Pereira (HGO)
Tromboprevenção e anticoagulação no domicílio
Eugeniu Gisca (HGO)
Reconciliação terapêutica: diabetes e hipertensão arterial
Vitória Cunha (HGO)
- 18:15-18:45h **Reflexões Finais**
Moderador: Delfim Rodrigues
Certificação
Amália Pereira (CHL)
Idoneidade formativa e perspectivas futuras
Francisca Delerue (HGO)
- 18:45h **Sessão de Encerramento**
Francisca Delerue e Delfim Rodrigues



2^o Congresso Nacional de Hospitalização Domiciliária

Resumos

14:00-14:45h **Apresentação de Posters**

Sexta-feira | 3 de junho de 2022

PO 16

SUPOORTE PSICOLÓGICO A PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO DOMICILIAR DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Adriana Teófilo Quirino¹; Heloisa Amaral Gaspar¹;
Claudio Flauzino de Oliveira¹
¹Home Doctor

Introdução: A pandemia de COVID-19 no Brasil motivou a desospitalização precoce e a manutenção de pacientes em tratamento domiciliar. Ações direcionadas para a otimização de leitos hospitalares também levaram ao aumento do número e complexidade de pacientes em Atenção Domiciliar. A sobrecarga emocional e grande insegurança esteve presente no dia a dia dos profissionais de saúde, que precisaram incorporar rapidamente aprendizado técnico relacionado à pandemia. O apoio emocional em paralelo aos treinamentos técnicos foram fundamentais para manter os profissionais atuando e os pacientes seguros em casa.

Objetivo: Descrever treinamento técnico e apoio psicológico aos profissionais de saúde que atendem pacientes de uma empresa brasileira de Atenção Domiciliar que atende em média 3000 pacientes-dia e conta com 600 funcionários diretos e mais de 8000 indiretos.

Método: Estudo descritivo sobre a atuação

conjunta dos Departamentos de Ensino, Controle de Infecção Domiciliar e Gestão de Pessoas no suporte técnico e apoio emocional aos profissionais de saúde.

Resultado: De fevereiro de 2020 a fevereiro de 2022, foram realizados treinamentos técnicos: 8 vídeos informativos no formato *micro-learning*, 2 vídeos no formato *e-learning* e 32 documentos, incluindo 2 protocolos clínicos abordando assuntos relacionados a doença COVID-19, forma de transmissão, medidas de precaução, uso correto de EPIs, atendimento de emergência, entre outros. Para apoiar a saúde mental, foram desenvolvidos 2 programas de apoio psicológico: o primeiro programa realizou 277 atendimentos aos profissionais e seus familiares que contraíram a COVID-19; o segundo programa ofereceu 8 temas com um total de 64 turmas, para reflexão e rodas de conversas com especialistas.

Conclusão: Os trabalhadores da Atenção Domiciliar sofreram importante sobrecarga de trabalho durante a pandemia de COVID-19. Os resultados do desenvolvimento de programas educacionais, suporte emocional e a disponibilidade de profissionais especializados trouxeram segurança ao paciente e estabilidade emocional aos profissionais.

PO 18

DENSIDADE DE INCIDÊNCIA E DESFECHO DE PNEUMONIA ASSOCIADA A VENTILAÇÃO DOMICILIAR

Adriana Teófilo Quirino¹; Fabiana Camolesi Jacober¹; Heloisa Amaral Gaspar¹; Claudio Flauzino de Oliveira¹; Stephanie Yasmin Bento do Rego¹; Katia Vanessa Cantarini¹; Fabiana Schimidt Cezar¹
¹Home Doctor

Introdução: A pneumonia associada a ventilação (PAV) é complicação relevante da ventilação mecânica hospitalar, sendo principal causa de óbito em decorrência de infecções adquiridas no hospital. Estima-se que 6% dos pacientes em atendimento domiciliar no Brasil sejam dependentes de ventilação mecânica domiciliar (VMD). A incidência de PAV nesta população é desconhecida.

Objetivo: Avaliar a densidade de incidência e desfecho clínico de PAV nos pacientes em VMD e comparar com dados brasileiros de Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

Materiais e métodos: Estudo epidemiológico retrospectivo. Foram incluídos todos os pacientes em ventilação mecânica invasiva contínua domiciliar (VMICD) no ano de 2021. Para diagnóstico de PAV foram utilizados critérios objetivos previamente definidos pela instituição. Os dados foram comparados com últimos dados de UTI de 2020 reportados pela ANVISA.

Resultados: A empresa atendeu 203 pacientes em VMICD no ano de 2021, a taxa de utilização de ventilação mecânica contínua foi de 19%. Em 2021, 73 pacientes apresentaram PAV, sendo 114 episódios de PAV documentados, 48 deles em pacientes pediátricos (42%) e 66 em adultos/idosos (58%). A densidade global de PAV foi de 1,9 casos/1000 pacientes-dia. A densidade de PAV em pediatria foi de 2,2 casos/1000 pacientes-dia, inferior a densidade de 4,5 casos/1000 pacientes-dia reportada

em UTI pediátrica. Em adultos, a densidade de PAV foi de 1,9 casos/1000 pacientes-dia, bastante inferior a reportada em UTI adulto no ano de 2020 que foi de 10,6 casos/1000 pacientes-dia.

A média de tempo de ventilação domiciliar até o desenvolvimento de PAV foi de 362 dias, com mediana de 210 dias.

Em relação ao tratamento, 82 episódios de PAV (72%) foram tratados em domicílio e 32 (28%) em hospital, com 14 dias de tempo médio de hospitalização. Os antibióticos mais utilizados para tratamento domiciliar foram: ceftriaxone (16%), axetilcefuroxima (11%) e piperacilina-tazobactam (11%). Não ocorreram óbitos relacionados a PAV.

Conclusão: Os pacientes em ventilação mecânica invasiva contínua domiciliar apresentam baixa densidade de PAV e menor gravidade relacionada à infecção, podendo frequentemente receber tratamento domiciliar, sem necessidade de antimicrobianos de amplo espectro e com bom desfecho clínico.

PO 19

PREVALÊNCIA DE VENTILAÇÃO MECÂNICA DOMICILIAR

Katia Vanessa Cantarini¹; Heloisa Amaral Gaspar¹; Claudio Flauzino de Oliveira¹; Fabiana C. Jacober¹; Juliana Tchmola Lunardi¹
¹Home Doctor

Introdução: A evolução tecnológica trouxe a oportunidade de realizarmos atendimento domiciliar de pacientes dependentes de suporte ventilatório, sejam eles dependentes de ventilação mecânica contínua ou intermitente, invasiva ou não invasiva.

Objetivo: Avaliar o perfil dos pacientes com suporte ventilatório atendidos por uma empresa brasileira de atendimento domiciliar no ano de 2021.

Metodologia: Estudo retrospectivo obser-

vacional do prontuário médico eletrônico de pacientes com suporte ventilatório durante o período analisado. Classificados como terapia de reexpansão o uso por < 6 horas/dia, ventilação mecânica intermitente de 6 a 23 horas/dia de uso de suporte ventilatório e contínua uso ininterrupto nas 24h/dia. Os casos de ventilação contínua e intermitente foram analisados quanto a interface utilizada e ao perfil clínico, sendo considerado o uso invasivo aquele através de traqueostomia e não invasivo aquele ventilatório através de uma máscara nasal ou orofacial como interface.

Resultados: Durante o ano do estudo foram atendidos 5770 pacientes em domicílio, destes 876 (15%) pacientes utilizaram suporte ventilatório, sendo que 504 (58%) fizeram uso para terapias de reexpansão pulmonar e 372 fizeram uso de ventilação mecânica contínua ou intermitente. Do grupo de ventilação contínua e intermitente, prevaleceu o suporte ventilatório contínuo em 212 (57%) vs intermitente em 160 (43%) e invasivo frente ao não invasivo (291 [78%] vs 81 [22%]). A média de idade da população foi de 41 anos, sendo pediatria a mais prevalente (39%), seguida idosos (35%) e adultos (25%). O sexo masculino foi predominante (57%) e os diagnósticos mais prevalentes foram: doenças do sistema nervoso em 176 (47%) pacientes, doenças do aparelho circulatório em 126 (34%), doenças do sistema respiratório em 32 (9%). O sexo masculino foi predominante (57%) e os principais diagnósticos foram doenças do sistema nervoso em 217 (58%) e doenças do sistema respiratório em 55 (15%) pacientes.

Conclusão: O perfil de pacientes com ventilação mecânica domiciliar foi de pacientes pediátricos, com doenças neurológicas, dependentes de ventilação invasiva contínua. A elevada complexidade relacionada a este grupo de pacientes torna obrigatório capacitação

da equipe, com suporte clínico e tecnológico para atendimento com segurança.

PO 20

TELEMONITORAMENTO DO PACIENTE EM VENTILAÇÃO MECÂNICA

Katia Vanessa Cantarini¹; Heloisa Amaral Gaspar¹; Claudio Flauzino de Oliveira¹; Rosineide P. Sanches¹; Ruy de Camargo Pires Neto¹

¹Home Doctor

Introdução: O telemonitoramento de pacientes com VMD é supostamente capaz de reduzir as idas do paciente à emergência e internações hospitalares e estar associado a um melhor gerenciamento e desfecho do paciente.

Métodos: De abril/21 a março/22, pacientes de VMD tiveram sua ventilação mecânica monitorizada (amostra de conveniência). Dados avaliados: adesão à terapia (horas de uso), parâmetros ventilatórios, volume corrente (Vt), frequência respiratória (FR), porcentagem de disparos espontâneos, vazamento e os alarmes. Dados ventilatórios transmitidos diariamente e sob demanda e avaliados em reunião periódica de equipe para definição de ações.

Resultado: Foram monitorizados 34 pacientes, a idade média foi de 33,4 anos, prevaleceu sexo feminino (60%), doença neurológica (59%) e ventilação invasiva (70%).

Em 19 (56%) pacientes ocorreram ajustes relacionados ao suporte ventilatório (6 aumento do número de horas/dia de uso; 5 ajuste da fixação da interface de ventilação não invasiva; 4 adequação de inaloterapia; 2 insuflação do *cuff* e 2 ajuste aspirações traqueais). Em 16 (47%) pacientes houve otimização de parâmetros ventilatórios (1 modalidade; 13 pressões e 2 sensibilidade). Em um dos pacientes após ajuste dos parâmetros ventilatórios foi possível suspender oxigênio suplementar. Em

7 (21%) pacientes foram realizados ajustes de alarmes, com percepção positiva das famílias no que diz respeito ao barulho e conforto do paciente. Em 4 casos houve troca de equipamento e em 2 pacientes identificada manipulação do equipamento por parte da família resolvidos após abordagem da equipe. Em 5 casos houve identificação precoce de deterioração clínica com possibilidade de início de tratamento e manutenção de 3 deles em domicílio.

Uma comparação do período pré-telemonitoramento e pós-telemonitoramento do grupo de 28 pacientes mostrou: Redução de visitas clínicas extras para manejo de ventilação mecânica (5 vs 2) e redução das trocas de equipamento (6 vs 1). 6 pacientes não participaram desta análise por serem novas admissões.

Conclusão: O telemonitoramento de pacientes com VMD está associado ao acesso aos dados ventilatórios de forma ágil, permitindo otimização da ventilação e melhor manejo clínico. Reduziu necessidade de visitas clínicas extras, melhor adequação do modelo de equipamento e desmame de oxigenoterapia.

PO 28

READMISSÕES E REINTERNAMENTOS NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA – COMPARAÇÃO ENTRE DOIS SETORES HOSPITALARES

Joao Ricardo Cordeiro Campos Faial; João Oliveira¹; Daniela Meireles¹; Joaquim José Alvarelhão²; Nino Reccardo¹; Jorge Henriques¹; Joana Neves¹; Ana Sofia Martins¹; Susana Cavadas¹

¹Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE; ²Universidade de Aveiro

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) é primeira causa de hospitalização após os 65 anos nos países industrializados, pelo que a análise das respostas de diferentes serviços poderá contribuir para a melhoria da organi-

zação dos cuidados dirigidos a pessoas com esta patologia.

Objetivo: Comparar os indicadores de readmissão e reinternamento entre a Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) e um setor do Serviço de Medicina (SM).

Métodos: Estudo transversal de doentes com IC descompensada admitidos entre março e agosto de 2021 na UHD e no SM. Recolhidos dados sociodemográficos, clínicos e indicadores relativos à duração do internamento, readmissão e reinternamento.

Resultados: Incluídos 120 doentes [feminino, N = 63 (52,5%)] com idade entre os 55 e os 95 anos (média ± dp, 81a10m ± 8a6m), dos quais 50 (42,0%) pertencentes à UHD. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para a idade (p=0,59) ou sexo (p=0,64) entre setores. Todos os doentes apresentaram um Índice de Charlson com valor ≥ 2, com a mediana a ser mais elevada e estatisticamente significativa (p<0,01), naqueles internados na UHD. A diferença entre as medianas para o Índice de Barthel não foi estatisticamente significativa, apesar dos valores mais elevados encontrados no SM (mediana; IQ1-IQ3: 92,5; 61,3-100 vs 85; 65-100). A média de dias de internamento foi de 9,9d ± 5,6d para o SM e de 9,6d ± 6,1d para a UHD, não se revelando a diferença estatisticamente significativa.

A taxa de readmissão nos primeiros 30 dias foi mais elevada no SM, embora sem significado estatístico (11,4% vs 8,0%, p=0,54). No entanto, dois doentes do SM foram readmitidos até 72 horas após a alta. A taxa de reinternamento aos 6 meses foi superior no SM, igualmente sem significado estatístico (25,7% vs 22%, p=0,64).

Conclusão: A UHD torna-se uma alternativa eficaz e segura ao internamento convencional na gestão dos doentes com IC, com a vanta-

gem de ser uma abordagem mais humanística, personalizada e com menores custos associados.

PO 44

PROCESSO DE INFORMATIZAÇÃO DA UHD

Joana Alexandrino¹; Lurdes Toscano¹;
Ricardo Rio¹; Pedro Raposo¹; Filipe Simões¹;
Fernando Aldomiro¹; Rui Osório¹; Ana Brito¹

¹Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

O modelo de cuidados prestados pela Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) (tipologia variada de doentes com elevada rotatividade), torna a existência de uma ferramenta que permita a centralização e actualização constante da informação referente a atividade da UHD fundamental.

Antes do início da actividade da UHD a equipa multidisciplinar reuniu com o departamento de informática, com o objectivo de desenvolver um programa para a monitorização da atividade da UHD. Para a criação deste programa foram identificadas múltiplas variáveis, sendo todas estas facilmente extraídas do processo clínico electrónico.

O corolário das reuniões foi a criação do monitor da UHD, que é um relatório dinâmico que agrega a informação disponível em dois sistemas operacionais – o Hosix[®] (sistema administrativo) e o Soarian[®] (processo clínico electrónico). O relatório é criado com base em 14 indicadores. Atendendo à especificidade da UHD foi necessário desenvolver novos campos de registo no Sorian[®] (para além das avaliações já existentes para o internamento convencional). Foram criados o registo da Avaliação da UHD, que contempla todos os critérios que suportam a decisão de admissão ou não, e o registo de Avaliação de Monitorização da UHD (avaliação telefónica/ presencial) que pode ser realizado por qualquer elemento da equipa multidisciplinar e

que permite a monitorização da visita (duração média da visita, tempo de deslocação e recursos humanos).

Existe uma actualização mensal do monitor e este está disponível para consulta na intranet. A análise destes dados suporta decisões ao nível da atividade da UHD, gestão de recursos humanos e de cuidados, bem como respostas a entidades externas. Permite identificar necessidades e implementar estratégias que consolidam a atividade da Unidade, contribuindo para uma melhor gestão dos cuidados prestados aos doentes.

PO 45

UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA E RADIOLOGIA DE INTERVENÇÃO: UMA PARCERIA PROVEITOSA

Marta Monteiro¹; Albina Moreira¹; Ana Clara Coelho¹;
Catarina Pereira¹; Isabel Cruz¹; Raquel Barreira¹;
Olga Gonçalves¹

¹Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: A parceria entre a Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) e a Unidade Funcional de Radiologia de Intervenção (UFRI) desenvolveu-se com o intuito de permitir a vigilância de 24 horas preconizada para alguns procedimentos sem necessidade de ocupação de cama hospitalar. Assim, doentes propostos para estes procedimentos são referenciados à UHD, sendo confirmados critérios geográficos, sociais e clínicos através de uma consulta pré-procedimento. Posteriormente o doente é avaliado pela equipa da UHD após o procedimento e confirmando-se estabilidade clínica e ausência de intercorrências vai para o domicílio, com visita na manhã seguinte, tendo alta às 24h após o procedimento.

Objetivo e métodos: Caracterização dos doentes submetidos a procedimentos na UFRI internados na UHD através de uma análise descritiva e retrospectiva de fevereiro de 2021

a março de 2022.

Resultados: Foram internados 35 doentes, 71,4% (n = 25) do sexo masculino, com média de idades 64 anos (mínimo 39, máximo 87), na maioria autônomos (94%), tendo sido os procedimentos realizados: termoablação (60%), colocação de prótese biliar (11,4%), embolização arterial (11%), embolização portal (8,6%), conversão de drenagem biliar mista em drenagem interna (5,7%) e crioablação (2,8%). O principal motivo do procedimento foi tratamento de carcinoma hepatocelular. Num doente foi necessária a realização de complexo pro-trombínico prévio ao procedimento. Apenas num caso houve intercorrência imediata, resolvida. A dor (controlável com a medicação) foi o efeito tardio mais frequente (22%). As consultas de origem mais frequentes foram a Oncologia (28%) e Medicina – Hepatologia (23%). A demora média de internamento foi 1,6 dias (apenas 1 doente com 7 dias e outro com 13 dias).

Conclusão: A parceria entre a UHD e UFRI tem-se revelado vantajosa, aliando a desocupação de cama hospitalar a uma maior rapidez na marcação dos procedimentos e à melhoria no bem-estar dos doentes, sem comprometer a segurança clínica.

PO 57

UM CASO DE OSTEOMIELE PÚBICA EM HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Madalena Faria Paulino¹; Elvis Arias Guevara²; Andreia Nunes²; Sara Ramalho²; Sílvia Pereira²; Mufulama Cadete²; Jeanette Silva²; Cláudia Viegas²; Ana Gomes²; Pedro Beirão²; Conceição Escarigo²; Vitória Cunha²; Marta Soares²; Fernando Palmim²; Raquel Espanadeira²; Rui Saramago²; Alexandra Dias²; Ana Emídio²; Ricardo Martins²; Úrsula Barradas²; Eugeniu Gisca²; Francisca Delerue²

¹Hospital de Vila Franca de Xira ²Hospital Garcia de Orta, EPE

A osteomielite púbica é uma doença rara, sobretudo no pós-parto eutócico. Além da dificuldade diagnóstica, destaca-se a possibilidade do seu seguimento em hospitalização domiciliária após estabilização clínica.

O presente caso corresponde a uma mulher de 24 anos com parto eutócico 5 dias antes de recorrer ao serviço de Urgência por dor pélvica com irradiação lombar e ao membro inferior direito e dificuldade na marcha com um dia de evolução. Apresentava-se febril (TTº 38ºC), com dor à palpação supra-púbica, sem alterações ao exame ginecológico. Analiticamente apresentava-se sem leucocitose, com proteína C reativa de 5,41 mg/dl e exame sumário de urina sem alterações. Radiografia pélvica sem alterações relevantes e TC abdómino-pélvica documentava discreta densificação dos tecidos moles pré-púbicos e pequena lâmina de ar intra-articular na sínfise púbica. Foi proposto o internamento para esclarecimento diagnóstico, tendo iniciado antibioterapia com clindamicina e gentamicina, após colheita de hemoculturas.

Durante o internamento não se registaram intercorrências, tendo sido isolado *Streptococcus anginosus* multissensível nas hemoculturas supracitadas, tendo-se ajustado an-

tibioterapia para penicilina endovenoso (ev). Realizou ecocardiograma transtorácico que não revelou sinais sugestivos de endocardite infecciosa, e ressonância magnética pélvica que documentou focos hiperintensos em T2 ao nível da sínfise púbica, irregularidade cortical das superfícies articulares e pequena lâmina de líquido intra-articular, coexistindo densificação dos tecidos moles envolventes, aspetos sugestivos de osteíte/osteomielite aguda púbica, numa fase inicial.

Admitiu-se o diagnóstico de osteomielite aguda com bacteriemia a *Streptococcus agalactiae*, e ajustou-se antibioterapia para ceftriaxone, para melhor compatibilização com regime de Hospitalização Domiciliária.

A osteomielite púbica é uma condição rara que condiciona dor e acarreta consequências graves quando não tratada, daí a importância diagnóstica nas situações de dor púbica e febre pós-parto. Este caso para além das particulares diagnósticas e a sua raridade, remete para a possibilidade do seu seguimento em Unidade de hospitalização domiciliária, permitindo manter vigilância clínica no conforto do seu domicílio e em contexto familiar.

PO 64

A INFLUÊNCIA DA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA: O CASO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Ana Emídio¹; Francisca Delerue¹; Vitória Cunha¹; Cláudia Viegas¹; Elvis Guevara¹; Mufulama Cadete¹; Jeanette Silva¹; Conceição Escarigo¹; Ana Gomes¹; Pedro Beirão¹; Sílvia Pereira¹; Andreia Nunes¹; Sara Ramalho¹; Eugeniu Gisca¹; Fernando Palhim¹; Filipe Dias¹; Rui Saramago¹; Raquel Espadaneira¹; Inês Costa¹; Úrsula Barradas¹; Ricardo Martins¹; Marta Soares¹; Carin Guerreiro¹; Gilberto Martins¹

¹Hospital Garcia de Orta, EPE

A pressão contante nos serviços de saúde, leva a que sejam necessárias respostas inovadoras, surgindo assim, a Hospitalização Domiciliária (HD) como resposta ao internamento convencional.

A HD em Portugal, abrange um grande número de patologias, e dentro das elegíveis temos a insuficiência cardíaca (IC). Esta é considerada uma epidemia, com taxas de morbilidade e mortalidade elevadas, com um grande número de admissões hospitalares e com um consumo elevado de recursos e dias de internamento. Em 2014 em Portugal, a taxa de mortalidade estava fixada nos 12,5%, sendo esta patologia passível de progressos no que toca à sua gestão, quer em fase aguda como crónica.

O estudo foi realizado em 8 HD do Serviço Nacional de Saúde comparando o biénio 2016-2017 antes da implementação das HD e o biénio 2018-2019 já com a sua implementação, usando a base de dados de morbilidade hospitalar (BDMH) e dados fornecidos pela Administração centra dos serviços de saúde. A população em estudo foi de 12 459 indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, sendo que 53,3% são do sexo feminino e 46,6% são do masculino e 85,2% estão

inseridos no escalão etário dos maiores de 65 anos. É importante salientar que 60% dos episódios corresponde ou biénio de 2016-2017 e 40% ao biénio de 2018-2019, sendo a demora média de internamento de 10,55 dias e comparando por biénios não temos uma diferença estatisticamente significativa. No entanto, obteve-se uma ligeira diminuição na taxa de mortalidade de 0,7% com a implementação das HD.

A utilização da telemonitorização é uma realidade crescente na gestão da doença crónica e aguda, e na IC é uma ferramenta que poderá evitar agudizações e diminuir os internamentos consecutivos, trazendo ganhos em saúde. Neste estudo, constatou-se que apenas 2 hospitais implementaram a telemonitorização e quando comparada a taxa de recusa de ingresso na HD devido a motivo clínico, estes apresentavam uma taxa superior o que não era esperado. Todavia não se encontrava discriminada a patologia que levou à recusa, logo poderá não estar relacionado com a IC. Assim pode-se concluir, que a análise efetuada entre os biénios, demonstrou alterações, embora superficiais, em ambas as variáveis, demonstrando que a HD pode trazer benefícios nos indicadores analisados, mas acima de tudo benefícios para os utentes internados nesta modalidade.

PO 71

TRANSIÇÃO DE DOENTES COM ALIMENTAÇÃO PARENTÉRICA

Ana Emídio¹; Fernando Palhim¹; Rui Saramago¹; Raquel Espadaneira¹; Inês Costa¹; Úrsula Barradas¹; Ricardo Martins¹; Marta Soares¹; Carin Guerreiro¹; Gilberto Martins¹; Francisca Delerue¹; Vitória Cunha¹; Cláudia Viegas¹; Elvis Guevara¹; Mfulama Cadete¹; Jeanette Silva¹; Conceição Escarigo¹; Ana Gomes¹; Pedro Beirão¹; Sílvia Pereira¹; Andreia Nunes¹; Sara Ramalho¹; Ana Simões¹; Mafalda Brito¹; Célia Barca¹; Marta Churro¹

¹Hospital Garcia de Orta, EPE

A alimentação parentérica (AP) é um aporte de nutrientes por via endovenosa quando a alimentação natural não é possível ou insuficiente, normalmente por obstrução ou má absorção do aparelho gastrointestinal. Esta pode ser parcial quando fornece só parte dos nutrientes ou total quando contém as quantidades adequadas de todos os nutrientes essenciais. Algumas pessoas fazem AP por períodos curtos, no entanto, outras com necessidade de realizar AP durante longos períodos ou durante o resto da sua vida.

A necessidade prolongada de AP, provoca alterações importantes no estilo de vida, saúde e dependência, necessitando por vezes de internamento longos.

De modo a promover maior qualidade de vida, autonomia e adaptação na transição para o domicílio, a Unidade Hospitalização Domiciliária (UHD) pretende ser a ponte entre o hospital e a equipa de continuidade de cuidados hospitalar ou comunitária.

Apresentamos como objetivo, a caracterização e análise retrospectiva de 8 doentes com necessidade de AP internados na UHD, e o papel da unidade na transição do internamento hospitalar para o domicílio e na continuidade de cuidados.

Após análise, verificamos 75% dos doentes

tinham como diagnóstico principal insuficiência intestinal crónica e falência intestinal com necessidade de AP de longa duração. Esta amostra totalizou 194 dias de internamento em UHD, sendo que este acompanhamento deveu-se a agudizações do seu estado de saúde sem recurso a internamento no hospital e transição para o domicílio.

De entre estes doentes verificamos que durante o período de necessidade de AP, tiveram em algum momento complicações. A infeção é a complicação mais comum, embora possamos identificar outras como alterações analíticas e descompensações iónicas.

Concluimos que a experiência da UHD teve um papel facilitador na transição dos doentes do internamento para o domicílio, tanto na literacia do doente e família, como na articulação com os cuidados de saúde comunitários. Esta experiência pode servir como impulso a protocolos hospitalares de transição para esta tipologia de necessidade de cuidados.



2^o Congresso Nacional de Hospitalização Domiciliária

Resumos

10:00-11:15h **Casos Clínicos Complexos**

Sábado | 4 de junho de 2022

PO 29

DE LESÃO RENAL AGUDA A MIELOMA MÚLTIPLO – RELATO DE CASO CLÍNICO

Joao Ricardo Cordeiro Campos Faia¹; Inês Pintor¹; Inês Pinheiro¹; Nino Reccardo¹; Jorge Henriques¹; Ana Sofia Martins¹; Susana Cavadas¹

¹Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: A unidade de hospitalização domiciliária (UHD) é uma alternativa ao internamento convencional, proporcionando assistência a doentes com patologia aguda, crónica agudizada ou em estágio terminal/paliativo. São excluídos doentes para estudo etiológico pois implicaria deslocamentos recorrentes ao hospital para realização de meios complementares de diagnóstico.

Caso clínico: Mulher de 83 anos, autónoma, admitida na UHD por lesão renal aguda (LRA) de etiologia pré-renal (vómitos e recusa alimentar em contexto de início de terapêutica com opioides por lombociatalgia, na sequência de queda com fratura vertebral). Sem alterações de relevo ao exame objetivo. Analiticamente com LRA e discreta anemia normocrômica normocítica. Durante o internamento constatada velocidade de sedimentação elevada,

hipercalcemia (sem outras alterações iónicas) e níveis baixos de hormona paratiróideia e vitamina D. Perante isto, iniciou-se estudo etiológico, com eletroforese das proteínas no soro e na urina a revelar hipogamaglobulinemia e pico monoclonal para cadeias leves kappa (κ), respetivamente. Fez TC toraco-abdominal que mostrou "...múltiplas imagens líticas dispersas no esqueleto focado incluindo vértebras, ossos da bacia, particularmente nos ilíacos e ainda pelo menos um arco costal do lado esquerdo, lesões que são muito suspeitas de metastização óssea, embora não se encontre o tumor primitivo (mieloma?)...". Em colaboração com a Hematologia, foi assumido o diagnóstico de mieloma múltiplo de cadeias K, tendo iniciado terapêutica com ácido zolendróico e posteriormente ciclofosfamida e dexametasona, com melhoria clínica e analítica. Teve alta orientada para o Hospital de Dia de Hematologia e para a Consulta da Dor.

Conclusão: Os autores pretendem demonstrar a possibilidade de gestão de casos, que normalmente não apresentariam critérios clínicos de internamento em UHD, sem comprometer a qualidade dos cuidados prestados e a importância do Internista na orientação destes doentes.

PO 32

AFINAL NÃO ERA SÓ UMA ESPONDILODISCITE

José Miguel Cardoso Martins¹; Jorge Henriques¹; Ana Oliveira¹; João Ricardo Faia¹; Susana Cavadas¹
¹Medicina Interna - CHBV - Hospital Infante D. Pedro EPE - Aveiro

Introdução: Sendo a Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) uma alternativa ao internamento convencional, os autores pretendem demonstrar a capacidade de seguimento de doentes complexos em ambiente familiar, garantindo resultados clínicos e de segurança equivalentes.

Caso clínico: Homem de 56 anos, recorreu ao serviço de Urgência por febre, sudorese noturna, dor abdominal e dorsal com dois meses de evolução, após cirurgia da coluna dorsal para remoção de material de fixação. Analiticamente com bicitopenia e Proteína C Reativa (PCR) 18mg/dL. Ecografia e tomografia computadorizada (TC) abdominal mostravam lesões nodulares no fígado e baço e adenopatias lomboaórticas. Ressonância magnética (RM) da coluna dorsal com lesões sugestivas de infiltração neoplásica/processo infeccioso. Isolamento de *Staphylococcus caprae* em hemoculturas de aspirado de medula óssea. Biópsia medular e nódulo hepático sem células neoplásicas. Admitiu-se espondilodiscite com embolização séptica hepática e esplénica e doente foi transferido para a UHD a cumprir flucloxacilina. Após 6 semanas de antibioterapia, manteve apirexia e diminuição de PCR. TC a favorecer etiologia infecciosa. Às 8 semanas quadro de febre, sudorese noturna e pancitopenia. Realizada biópsia óssea guiada por TC negativa para neoplasia. Admitido em internamento hospitalar para biópsia cirúrgica de lesão óssea e biópsia de adenopatia. Diagnóstico final de linfoma de Hodgkin.

Conclusão: O doente foi internado na UHD com o diagnóstico de espondilodiscite, no entanto a evolução desfavorável fez a equipa repensar o diagnóstico e alterar o plano do doente. Isto de-

monstra a capacidade da UHD assegurar cuidados diferenciados a doentes complexos fora do ambiente hospitalar e, sempre que necessário, os readmitir em meio hospitalar. Para os doentes, significa estarem no conforto da sua casa, próximo da família e amigos, sem comprometer a qualidade dos cuidados prestados



2^o Congresso Nacional de Hospitalização Domiciliária

Resumos

Posters

PO 01

UNIDADE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA, UMA MAIS-VALIA NA INFEÇÃO – UMA CASUÍSTICA NA MEDICINA INTERNA

Ana Correia de Sá¹; Filipa Gonçalves¹;
Ana Luís Ferreira¹; Daniela Casanova¹;
Helena Sarmento¹; Jorge Cotter¹
¹Hospital Sr^a da Oliveira

A Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) permite a prestação de cuidados médicos ao doente no domicílio, diminuindo o tempo de hospitalização em internamento, assim como as infeções nosocomiais. Esta casuística tem como objetivos avaliar a prevalência de diagnósticos de infeção, assim como o ponto de partida mais prevalente, excluindo a patologia COVID-19. Foram colhidos os dados dos doentes admitidos com uma infeção ativa na UHD entre julho de 2019 e março de 2021, através da consulta do processo clínico. A análise foi realizada na plataforma Excel. Em 323 doentes admitidos, 101 não tinham COVID-19, e destes doentes em 85 existia um diagnóstico de infeção. A maioria (55%) eram homens, a idade média era de 64 anos e 74% eram autónomos, 18% apresentavam uma dependência leve e 8% um dependência total nas atividades de

vida diária. Em média os doentes apresentaram um internamento em regime hospitalar de 6,8 dias e em UHD de 12,5 dias. Os pontos de partida de infeção, à admissão na UHD, foram em 40% dos casos respiratório, em 27% cutâneo, em 18% urinário, em 8% neurológico, em 4% espondilodiscite, em 2% úlceras de pressão infetadas e em 1% abscesso hepático. Em 13% dos casos um agente etiológico foi identificado. Em 16% dos doentes houve agudização, em metade das quais relacionada com a infeção. Não se registou nenhum óbito. Registou-se 1 caso de reinternamento em 30 dias. Após a alta, os doentes/cuidadores foram submetidos a um questionário de satisfação, sendo que 100% recomendariam este serviço. A análise dos dados permitiu concluir que a UHD é um regime de internamento a considerar, sem efeito prejudicial no outcome do doente, em doentes clinicamente estáveis com necessidade de cumprimento de antibio-terapia e vigilância durante períodos de tempo mais prolongados, nomeadamente permitindo a administração de terapêutica endovenosa. A incidência de infeções nosocomiais foi inferior. Em termos individuais houve um benefício comprovado para o doente.

PO 02

ANÁLISE RETROSPECTIVA DE TRANSFERÊNCIAS INTRA-HOSPITALARES

Diogo Duarte Dias¹; Filipe Alfaiate¹; Sandra Lucas¹; Diana Coutinho¹; David Fiel¹; Andreia Bernardino¹; Ireneia Lino¹

¹Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Introdução: Durante o internamento domiciliário vários fatores não controláveis podem levar à necessidade do retorno do doente para ambiente intra-hospitalar. Alguns dos motivos prendem-se com a segurança do doente por agravamento clínico, exaustão ou incapacidade do cuidador, realização de procedimentos invasivos, solicitação do doente, entre outros. Certas transferências tornam-se menos comuns com o ganho de experiência das unidades de hospitalização domiciliária (UHD).

Objetivo: Análise das transferências para o internamento intra-hospitalar ao longo do primeiro ano de uma UHD.

Material e métodos: Foram selecionados e analisados todos os doentes internados em domicílio que foram transferidos para ambiente intra-hospitalar. Foi revisto o primeiro ano da unidade compreendido entre dezembro de 2020 a dezembro de 2021. Não foram consideradas transferências com duração inferior a 24 horas.

Resultados: Dos 178 internamentos registaram-se 14 transferências da UHD para ambiente intra-hospitalar. O agravamento clínico foi o motivo mais frequente, seis casos. Destes metade deveu-se ao agravamento da condição clínica que levou ao internamento, outra metade por novas intercorrências. Dois casos necessitaram de transferência por complicação de procedimento, nomeadamente pancreatite pós-CPRE (colangiopancreatografia retrógrada endoscópica). Outros dois foram transferidos para vigilância por procedimento de maior risco individual, também CPRE. Dois

casos enviados para procedimento cirúrgico previamente programado. Finalmente, contaram-se um caso por infeção a SARS-CoV-2 e outro por incapacidade do cuidador.

Conclusões: Dos resultados constatados, conclui-se que o agravamento clínico e consequente segurança do doente é o motivo mais frequente para a transferência. Em nenhum dos casos houve comprometimento da segurança ou prognóstico. A incapacidade dos cuidadores, que inicialmente temia-se ser um obstáculo revelou-se residual. Os procedimentos de risco ou cirurgias constituem também um dos principais motivos. Neste caso a transferência é inevitável. Estas avaliações são uma ferramenta com vista à melhoria dos cuidados prestados.

PO 03

CASUÍSTICA DO PRIMEIRO ANO DE UMA NOVA UNIDADE DOMICILIÁRIA

Diogo Duarte Dias¹; Filipe Alfaiate¹; Sandra Lucas¹; Diana Coutinho¹; David Fiel¹; Andreia Bernardino¹; Ireneia Lino¹

¹Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Introdução: Em dezembro de 2020 foi criada uma nova unidade de hospitalização domiciliária (UHD) no Alentejo, com capacidade para 6 camas. O projeto nasceu no auge da pandemia COVID-19, tendo também dado resposta a estas doentes. Ao fim de um ano, existe a necessidade da revisão do trabalho realizado e quais as metas alcançadas face às expectativas iniciais.

Material e métodos: Foram analisados todos os doentes internados durante o primeiro ano da UHD, entre 17 dezembro de 2020 a 17 de dezembro de 2021.

Resultados: No total contabilizaram-se 178 doentes. A média de idades foi de 63 anos. A demora média foi de 9,6 dias. Dos doentes

internados 48 (27%) estiveram internados no ano precedente, registaram-se 5 (3%) óbitos, 4 (2%) óbitos aos 30 dias após alta, 16 (9%) re-internamentos, 40 (22%) vindas à urgência nos 30 dias após alta. Quanto à autonomia, 136 (76%) eram autónomos, 31 (17%) parcialmente dependentes, 8 (4%) totalmente dependentes, 3 não apresentavam informação no registo clínico. A referenciação em 117 (66%) dos casos foi feita desde o internamento, 45 (25%) da urgência, 13 (7%) desde a consulta externa, e 3 (2%) casos por contacto extra-hospitalar. As principais origens dos doentes foram o serviço de Medicina e o internamento de curta duração médico-cirúrgico da urgência. Quanto à localização, 80% dos domicílios pertenciam ao concelho de Évora, 7% ao de Arraiolos, 6% ao de Montemor-o-Novo e 4% ao de Viana de Alentejo. Dos diagnósticos principais de saída, destacam-se: doenças do aparelho respiratório (32%), doenças do aparelho digestivo (18%), doenças do aparelho genito-urinário (16%) e do aparelho circulatório (6%). Os diagnósticos mais frequentes foram pneumonias de etiologia bacteriana (11%), litíase das vias biliares e suas complicações (8%), infeções do trato urinário baixo complicadas (6%) e lesão renal aguda (6%).

Conclusões: Analisando os dados obtidos, realça-se que se superou o número de internamentos inicialmente proposto (90). Houve um número elevado de re-internamentos e vindas à urgência nos 30 dias após alta. Parte destes foram programados e contabilizados como novo internamento se regresso após transferência intra-hospitalar. Além do mais a distribuição geográfica dos doentes foi alargada face ao inicialmente projetado.

PO 04

DESAFIANDO OS LIMITES DA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Diogo Duarte Dias¹; Filipe Alfaiate¹; Sandra Lucas¹; Diana Coutinho¹; David Fiel¹; Andreia Bernardino¹; Ireneia Lino¹

¹Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Introdução: Um dos objetivos da hospitalização domiciliária é proporcionar uma melhor qualidade de vida aos doentes. A progressiva experiência das unidades permite que casos mais complexos possam ser acompanhados em ambiente domiciliário. Apresenta-se o caso clínico de uma doente com patologia crónica rara e de prognóstico reservado, com necessidade de múltiplos e longos períodos de internamento e de muito difícil gestão.

Caso clínico: Mulher, 36 anos, autónoma. Antecedentes de pseudobstrução crónica idiopática com gastroparesia de longa duração e status pós-resseção ileocecal com ileostomia. Portadora da cateter venoso central (CVC) para hidratação e alimentação parentérica contínua e de longa duração. Com múltiplos internamentos por episódios de diarreia com desidratação por hiperproliferação bacteriana intestinal, infeções do trato urinária, trombose do CVC, hemorragias digestivas do delgado e episódios de colecistite aguda por litíase biliar. Com o início da Unidade de Hospitalização Domiciliária Polivalente, tem sido possível oferecer o tratamento e acompanhamento personalizado da doente em sua casa, com as várias complexidades deste caso, proporcionando uma melhor qualidade de vida.

O acompanhamento frequente da doente pela mesma equipa de hospitalização domiciliária, tem permitido ainda uma crescente acuidade e sensibilidade para as necessidades e particularidades da doente, melhorando a articulação, discussão, decisões multidisciplinares e ajuste de expectativas quanto à evolução e

prognóstico da doente.

Discussão: Este caso revela o contributo das unidades de hospitalização domiciliária na gestão de doentes de elevada complexidade, possibilitando uma melhor qualidade de vida, difícil de imaginar antes do aparecimento destas unidades.

PO 05

PNEUMOPERITONEU PROGRESSIVO PRÉ-OPERATÓRIO – CASO CLÍNICO

Diogo Duarte Dias¹; Filipe Alfaiate¹; Sandra Lucas¹; Diana Coutinho¹; David Fiel¹; Andreia Bernardino¹; Ireneia Lino¹

¹Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Introdução: A maioria das Unidades de Hospitalização Domiciliária estão focadas em doentes de áreas médicas. Porém, cada vez mais procuram diversificar o tipo de doentes, surgindo novos desafios. As hérnias abdominais volumosas com perda de domicílio tornam-se difíceis de intervir. A conquista do espaço perdido, através da expansão do volume intra-abdominal com pneumoperitoneu induzido é uma solução. A injeção de ar é feita via cateter intra-abdominal. Deste modo, os doentes conseguem adaptar-se progressivamente ao aumento da pressão intra-abdominal.

Caso clínico: Sexo masculino, 59 anos, autónomo. Antecedentes de hipertensão arterial, obesidade, síndrome de apneia obstrutiva do sono, situs *inversus* abdominal e torácico, hernia abdominal incisional já intervencionada por duas vezes e a motivar episódios de sub-oclusão intestinal. Foi proposto para nova correção cirúrgica da hérnia pelo grande volume e perda de domicílio, estimada em mais de 50%. Foi internado eletivamente em hospitalização domiciliária para indução de pneumoperitoneu progressivo para posterior intervenção cirúrgica. Doente esteve 13 dias

internado, nos quais se injetou diariamente um litro de ar por dia, através de cateter abdominal. Como intercorrências apenas a destacar fuga de ar com necessidade de observação pela cirurgia. Foi posteriormente transferido para serviço de cirurgia para intervenção programada.

Discussão: As unidades domiciliárias são um meio de internamento cada vez mais polivalente. A indução de pneumoperitoneu progressivo pré-operatório é o exemplo de vários procedimentos passíveis de realizar em ambiente domiciliário com segurança. Deste modo, é evitado o internamento intra-hospitalar e inerentes riscos, em prol do conforto do doente.

PO 06

FIM DE VIDA EM DOMICÍLIO – CASUÍSTICA

Diogo Duarte Dias¹; Filipe Alfaiate¹; Sandra Lucas¹; Diana Coutinho¹; David Fiel¹; Andreia Bernardino¹; Ireneia Lino¹

¹Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Introdução: Os cuidados paliativos em hospitalização domiciliária ainda não são prática corrente em Portugal. São necessários passos largos nesta área para a sua democratização. No entanto, esta parceria permite em alguns casos fornecer o apoio necessário para os doentes passarem os últimos dias de vida num ambiente familiar. As unidades domiciliárias além de permitirem um maior conforto ao doente, também educam os familiares neste sentido. A revisão dos óbitos em internamento domiciliário pretende identificar as dificuldades e os aspetos a melhorar.

Material e métodos: Foram selecionados e analisados os óbitos em internamento domiciliário, entre dezembro de 2020 e dezembro de 2021.

Resultados: No primeiro ano da unidade, registaram-se 5 óbitos em domicílio. Todos do

sexo masculino, a demora média foi de 13 dias, idades compreendidas entre 55 e 97 anos. Quanto ao grau de autonomia à admissão: três eram totalmente dependentes e dois parcialmente dependentes. Três doentes tinham como cuidador a companheira, um o filho/a e outro residia em lar. Todos os doentes apresentavam mau prognóstico à admissão, tendo sido internados para tratamento conservador de patologia grave. A comunicação do prognóstico à família foi feita pela equipa da unidade em três casos, nos outros dois esta já tinha sido realizado pelo médico responsável do serviço de origem. Em três casos o teto terapêutico encontrava-se previamente linearmente definido, enquanto nos outros dois existiam indefinições, que não comprometiam a transferência para domicílio. As medidas de conforto exclusivas foram estabelecidas previamente em três casos. Apenas houve presença física da equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos em dois casos. Quanto aos diagnósticos enumeram-se três neoplasias, uma insuficiência cardíaca terminal e uma infeção urinária alta complicada em doente frágil.

Conclusão: Dos dados obtidos concordantes com a subjetividade da prática quotidiana, encontraram-se algumas dificuldades. Algumas são sobreponíveis ao que se encontram nos internamentos hospitalares: ausência de comunicação do mau prognóstico à família pela parte do médico referenciador; dificuldade em delinear um teto terapêutico bem definido; decisão tardia de medidas de conforto exclusivas; apoio presencial da equipa de paliativos menor do que se desejava.

PO 07

INFEÇÃO POR *MYCOBACTERIUM ABSCESSUS BOLLETTI*: UMA LONGA ABORDAGEM COM SUCESSO TERAPÊUTICO

Maria Margarida Rosado¹; Nuno Bernardino Vieira¹; Marta Segurado Duarte¹; João Munhá¹; Luísa Arez¹
¹Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE - Hospital de Portimão

Introdução: As micobactérias são um grupo diverso de microorganismos, dividindo-se em duas categorias: tuberculosas e não tuberculosas. As micobactérias não tuberculosas são ubíquas no solo e água, afetam principalmente hospedeiros com doença pulmonar ou imunossupressão, sendo o pulmão o principal órgão envolvido.

Caso clínico: Sexo masculino, 72 anos, em contexto de DPOC e bronquiectasias, com quadro com 4 meses de evolução de agravamento da sua tosse habitual, que passou a ser produtiva de expectoração purulenta e hemoptoica, acompanhado de perda ponderal de 23% do peso corporal.

Realizou TC de tórax, com identificação de cavitações, a de maiores dimensões na região posterior do lobo superior do pulmão direito, para além das bronquiectasias e enfisema já conhecidos.

Foi realizada colheita de expectoração para estudo micro e micobacteriológico com isolamento em 3 amostras de *Mycobacterium abscessus*, subespécie boletti. Foi realizado estudo molecular, com identificação de resistência a macrólidos (mutação gene erm) e sensibilidade a aminoglicosídeos.

Foi internado na Unidade de Hospitalização Domiciliária para instituição de antibioterapia com Amicacina, Tigeciclina, Linezolid e Clofazimina sob vigilância clínica e analítica. Cumpriu ciclo de 90 dias, com resolução da tosse, aumento ponderal e negatificação das culturas de expectoração.

Discussão: A *Mycobacterium abscessus* é um subtipo de micobactéria não tuberculosa, que se divide em 3 subespécies: abscessus, massiliense e bolletii. A sua via de transmissão ainda não é bem compreendida e a doença pulmonar tem duas formas de apresentação: doença fibrocavitária do lobo superior, mais comum em homens idosos com doença pulmonar de base, tal como no caso apresentado, e bronquiectasias nodulares.

O estudo molecular permite a identificação da subespécie e suscetibilidade farmacológica. O tratamento é complexo, dado esta espécie ser resistente à maioria das classes de antibióticos.

Conclusão: Este caso ilustra a utilidade da hospitalização domiciliária no tratamento de uma infeção complexa e com necessidade de antibioterapia prolongada, tendo permitido tratar o doente com sucesso no seio do seu lar, minimizando as complicações associadas a um internamento hospitalar prolongado e melhorando a qualidade de vida e satisfação do doente.

PO 08

ADEQUAÇÃO DA ANTICOAGULAÇÃO PROFILÁTICA NUMA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Maria Margarida Rosado¹; Mikael Xufre¹; Nuno Bernardino Vieira¹; Luísa Arez¹

¹Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE - Hospital de Portimão

Introdução: O tromboembolismo venoso (TEV) é a principal causa de morte evitável no doente internado. Apesar do benefício comprovado da anticoagulação profilática na prevenção do TEV, esta continua a ser inadequadamente utilizada, não tendo havido ao longo dos anos diminuição da incidência do TEV hospitalar. Por outro lado, nem todos os doentes beneficiam dela, podendo, nestes casos, o aumento

do risco hemorrágico contribuir para a morbimortalidade.

Objetivos: Determinar a adequação da prescrição de anticoagulação profilática nas primeiras 24 horas de internamento de doentes admitidos na Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) da Unidade Hospitalar Portimão/Lagos (UHP/L).

Métodos: Estudo observacional, retrospectivo, com recurso ao processo clínico dos doentes admitidos na UHD da UHP/L entre 1 de maio e 31 de dezembro de 2021.

Foram excluídos os doentes com indicação para anticoagulação terapêutica ou gravidez/puerpério.

Foram recolhidos dados relativos às características da população, score de Padua e presença de contra-indicação absoluta para anticoagulação. A adequação da anticoagulação foi definida pela presença de *score* de Padua ≥ 4 na ausência de contra-indicação para anticoagulação e na dose adequada para a taxa de filtração glomerular (TFG).

Resultados e discussão: Dos 84 doentes incluídos existiu uma distribuição equilibrada entre os sexos, com idade média 64,1 anos (DP \pm 19,1). A enoxaparina foi o fármaco utilizado em todos os doentes anticoagulados profilaticamente. A maioria (89%) apresentava uma TFG ≥ 30 mL/min, como tal, sem necessidade de ajuste de dose de Enoxaparina. O score de Padua mediano foi de 2, sendo que a maioria dos doentes (68%) apresentava um score de baixo risco, não tendo indicação para profilaxia do TEV. Apesar disso, em 60% dos doentes foi prescrita anticoagulação. Em 45% dos doentes, a prescrição foi considerada inadequada, na maioria dos casos por o doente ter anticoagulação profilática prescrita, apesar desta não estar indicada, e nos restantes por existir indicação para anticoagulação, mas esta não ter sido prescrita. Não existiram

casos de prescrição de anticoagulação na presença de contraindicação.

Conclusão: Em comparação com o doente médico em internamento hospitalar, o doente internado na UHD é tendencialmente menos complexo e com menos propensão a mobilidade reduzida, existindo uma menor percentagem de doentes com indicação para profilaxia do TEV.

A sobreutilização da anticoagulação foi a principal causa de inadequação.

A estratificação dos doentes através do score de Padua é uma forma simples, eficaz e validada de auxiliar na tomada de decisão de necessidade de profilaxia do TEV. A não utilização deste tipo de ferramentas de forma sistemática na admissão do doente contribuiu negativamente para os resultados, havendo a necessidade de criação e implementação de protocolos.

PO 09

PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO NO “HOSPITAL EM CASA”

Sónia Pequeto¹

¹Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital Pulido Valente

Introdução: A hospitalização domiciliária contribui decisivamente para a redução da sobrelotação do SNS e simultaneamente minimiza a exposição do doente aos riscos nosocomiais. De entre os inúmeros benefícios do internamento em casa, destaca-se a redução significativa das infeções associadas aos cuidados de saúde.

A prestação de cuidados no domicílio, tem por base os mesmos princípios e normas da PP-CIRA, como no internamento convencional, e é fundamental a realização de uma vigilância epidemiológica, em contexto domiciliário. Este trabalho tem como objetivo apresentar os

resultados da monitorização das infeções na Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD).

Método: No trabalho de pesquisa, utilizou-se uma abordagem quantitativa, tratando-se de um estudo descritivo simples, retrospectivo e não experimental. Como método, recorremos a uma amostragem não probabilística intencional, sendo a amostra constituída por 130 doentes internados na UHD, no período de 10 meses (1 de junho de 2021 a 31 de março de 2022). Como instrumento de colheita de dados, utilizou-se a base dados em Excel da UHD.

Resultados: Na UHD onde decorreu o estudo, trataram-se doentes com infeções variadas, tais como infeções do trato urinário (47%), pneumonias (22%) e infeções bacterianas da pele (11%). O tratamento foi feito com recurso a antibioterapia endovenosa domiciliária, sendo que os antimicrobianos mais usados pertencem ao grupo das penicilinas e dos carbapenens.

No período em que decorreu o estudo, não se registaram infeções nosocomiais da corrente sanguínea e verificou-se que 8% dos doentes com cateter vesical, desenvolveram uma infeção do trato urinário. Quanto aos microrganismos epidemiologicamente significativos, a *Klebsiella pneumoniae*, foi o agente isolado com maior frequência (52%).

As intervenções realizadas pela equipa da hospitalização domiciliária passam pela adoção de boas práticas, formação, ensino e capacitação do doente e seu cuidador, no âmbito do controlo de infeção.

Conclusão: A abordagem das infeções em contexto domiciliário, assegura um tratamento seguro e com qualidade, e tem associada um aumento global da satisfação dos doentes, através de uma experiência clínica mais humanizada, bem como de uma redução significativa das infeções associadas aos cuidados de saúde.

PO 10

O PAPEL DA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA NA LIBERTAÇÃO DE CAMAS HOSPITALARES

Maxim Jitari¹; Yahia Abuowda¹; Marta Delgado¹; Nélia Oliveira¹; Tânia Outeiro¹; Sónia Malaca¹; Ilda Veiga¹

¹Hospital Distrital de Santarém, EPE

Introdução: A Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) surge como alternativa ao internamento convencional, é composta por uma equipa multidisciplinar que tem como objetivo a assistência clínica ao doente no seu domicílio, promovendo o bem-estar do doente mantendo quanto possível a sua qualidade de vida. É uma mais-valia para o doente, pois cuida dele no conforto do seu lar, com garantia da qualidade e segurança do hospital e por outro lado liberta camas hospitalares para doentes que necessitam obrigatoriamente do internamento convencional. Com este trabalho pretendemos dar visibilidade ao impacto que o internamento destes doentes no domicílio gera na libertação de camas hospitalares.

Método: Estudo retrospectivo dos doentes com admissão direta na UHD, excluindo doentes provenientes dos internamentos em 2021 foram admitidos em UHD 184 doentes. Destes 54 não passaram pelo internamento convencional, tendo sido admitidos diretamente para a UHD.

Da análise dos dados constata-se que 25 doentes são provenientes da comunidade, 19 da consulta externa e 8 do serviço de urgência. O internamento mais curto foi de 2 dias e o mais longo de 50, sendo a demora média de 10,5 dias.

Os 3 diagnósticos mais frequentes foram: ITU com 37 doentes, seguido de Infecção de ferida cirúrgica com 4 doentes e osteomielite com 3 doentes.

Dos 54 doentes internados, 41 tiveram um

exame cultural positivo, sendo os isolamentos mais frequentes: a *Klebsiella pneumoniae* isolado em 13 doentes, seguido de *E.coli* em 8 doentes e *Morganella morgani* e *Pseudomonas aeruginosa* em 5 doentes cada. De referir que são todos Microorganismos MR.

Conclusão: Constatámos que a admissão de doentes diretamente para a UHD acarreta benefícios tanto para o doente como para o hospital, uma vez que diminui o risco de infeções nosocomiais e complicações que daí possam advir, libertando camas de internamento que são necessárias para os doentes que obrigatoriamente necessitam de internamento convencional. A grande maioria dos doentes internados tem isolamento por microrganismos multirresistentes. Nestes casos é ainda mais evidente a libertação de camas, pois estes indivíduos muitas vezes ocupam um quarto duplo ou triplo por necessitarem de isolamento restrito. Destacamos ainda, que estas camas ficam libertas no período de tempo em que o doente necessita estar internado.

PO 11

CARACTERIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DUMA RECÉM-CRIADA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Helena Temido¹; David Donaire¹; Tatiana Gonçalves¹; Joana Paixão²; Cristina Martins²; Catarina Lucas¹; Francisco Parente¹

¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra ²Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral

Introdução: A Hospitalização Domiciliária (HD), como modelo de assistência clínica que assegura prestação de cuidados de saúde com diferenciação de nível hospitalar no domicílio do doente, em alternativa ao internamento hospitalar convencional, tem particu-

laridades em termos de práticas e resultados. No entanto, tem-se revelado como uma oportunidade para fomentar a integração e continuidade de cuidados, promover a capacitação do doente e cuidadores e melhorar resultados em termos de saúde e o bem-estar.

Objetivo: Caracterizar os primeiros meses de atividade da HD dum hospital central: doentes internados, sua tipologia, patologias e resultados.

Métodos: Análise retrospectiva de processos clínicos e registos de classificação dos grupos de diagnóstico homogéneos (GDH). Resultados: Entre 11 de Outubro de 2021 e 1 de Abril de 2022 foram internados 66 doentes, 56.07% homens, com uma média de idades de 76.5 anos, sendo 55% provenientes do internamento (86% de medicina interna), 30% da urgência e 15% de consulta externa. A demora média foi 14.4 dias, com uma média de ocupação diária de 5.5 doentes. Os diagnósticos principais mais frequentes foram os de infeção do trato urinário (17), insuficiência cardíaca (10) e pneumonia (10). 28.07% dos doentes internados tinham um índice de severidade de nível 3 ou 4 e também risco de mortalidade de nível 3 ou 4. A taxa de mortalidade foi de 4.7% e 3 doentes retornaram ao hospital para internamento em enfermaria.

Conclusão: Os doentes são internados nesta unidade essencialmente para tratamento de patologias agudas ou patologias crónicas agudizadas, apresentando um índice de severidade e risco de mortalidade relevantes neste contexto. Infere-se que a HD é uma forma alternativa e exequível de tratamento de doentes agudos, que permite reduzir a permanência hospitalar e as suas complicações associadas, ao mesmo tempo que proporciona cuidados efetivamente diferenciados, mas praticáveis no domicílio, com bons resultados clínicos e maior conforto para familiares e doentes.

PO 12

CUIDAR DA FAMÍLIA DA PESSOA EM HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Tânia Maria André¹; Joana Pereira¹; João Caeiro¹; Helga Rosário¹; Madalena Barroso¹; Celso Marvão¹; Luis Diaz¹; Stephane Correia¹
¹Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE - Hospital de Portimão

Objetivos: Identificar as intervenções de Enfermagem que contribuem para a satisfação da família/cuidador da pessoa em hospitalização domiciliária; Triar as intervenções identificadas em tipos de ação, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Método: Foi aplicado um questionário de avaliação da satisfação dos familiares/cuidadores com 17 questões aquando da alta clínica. O método implementado assegura a resposta voluntária e anónima. As respostas são assinaladas através de uma escala de tipo Likert ('muito insatisfeito', 'insatisfeito', 'satisfeito' e 'muito satisfeito') e através de um campo de resposta aberta para sugestões e/ou comentários. Da análise das respostas emergiram temas das intervenções de Enfermagem valorizadas pela família/cuidador.

Resultados: No âmbito da prestação de cuidados em regime de hospitalização domiciliária foram identificados 6 temas relevantes para os familiares/cuidadores: Comunicação, apoio, conforto, segurança, informação e disponibilidade. Tendo por base estes temas, foram identificadas as intervenções de Enfermagem, de acordo com a CIPE, que contribuem para a satisfação dos familiares/cuidadores: Estabelecer comunicação efetiva, facilitar capacidade para comunicar necessidades, facilitar capacidade para comunicar sentimentos, estabelecer confiança, providenciar apoio emocional à família, apoiar

família, promover o conforto da família, informar sobre situação do cliente, informar sobre mudança da condição do cliente, envolver nos cuidados ao cliente e demonstrar disponibilidade.

Conclusão: A satisfação da família consiste num importante indicador de qualidade dos cuidados, uma vez que determina se os cuidados prestados vão ao encontro das necessidades dos familiares/cuidadores da pessoa internada em regime de hospitalização domiciliária. Através da análise dos questionários de avaliação da satisfação dos familiares/cuidadores foi possível identificar as intervenções que contribuem para a satisfação e proceder à triagem destas intervenções em tipos de ação, conforme a terminologia CIPE.

PO 13

IMPORTÂNCIA DA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA DURANTE O PERÍODO DE VERÃO

Lorena Lozano Real¹; Paula Sofia Araújo¹;
Joana Jordão¹; Filipe Monteiro¹; Inês Beliz¹;
Ana Guerra¹; Juan Manuel Urbano¹

¹Hospital de Santa Luzia

Objetivos: Descrever a atividade numa Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) durante os três meses do período de verão.

Método: Estudo descritivo que inclui os doentes internados durante o período de verão de 2021. Os dados foram obtidos através de uma base de dados copilada pelos autores.

Resultados: Foram internados 75 doentes, 50 do sexo feminino e 25 do sexo masculino com uma idade média de 62,6 anos (18-92), 7,1 dias de estância média e 90.54 % taxa de ocupação. Os doentes procederam a grande maioria do concelho de Elvas (54.66 %, 41 doentes) e Campo Maior (18.6 %, 14 doentes). Os doentes foram transferidos a maioria do Serviço (S) de Ortopedia (36 % 27 doentes),

Centro de Saúde (22.66%, 17 doentes), serviço de Medicina Interna (10.66%, 8 doentes), serviço de Cirurgia Geral (CG) (10.66%, 8 doentes), Unidade Funcional (UF) Covid 19 (9.33%, 7 doentes), Área reservada para doentes respiratórios no SU 5.33%, 4 doentes), Delegado de saúde (2.66%, 2 doentes) e desde Consultas externas de Medicina Interna e IPO de Lisboa (1.33%, 1 doente cada um). As doenças atendidas foram a maioria do foro infeccioso com a doença ainda predominante nessa altura do ano, pneumonia a Covid 19 (37.33%, 28 doentes) e Infecção urinária complicada (4%, 3 doentes). Desde o serviço de Ortopedia as principais doenças foram *status* pós prótese total do joelho (22.66, 17 doentes) e prótese parcial de anca (6.66%, 5 doentes). Desde o serviço de Cirurgia Geral foram atendidos doentes de diversas patologias (úlceras membro inferior, isquemia dedos pés, *status* após endarterectomia femoral...). Foram registadas um total de seis complicações (8%): 3 doentes com Covid 19, por reagudização da insuficiência respiratória reinternados na UF Covid, 1 doente reinternado por falta de cuidador principal, 1 doente transferido por insuficiência cardíaca descompensada e 1 doente transferido por infeção da ferida de endarterectomia femoral.

Conclusão: As UHDs são um recurso muito importante para aliviar o número de camas intra-hospitalares durante o período do verão. Oferecem seguimento de muitas doenças, com um valor acrescentado para o doente e a sua família por estar a receber os cuidados hospitalares no próprio domicílio assim como diminuir as complicações e os riscos acrescidos numa hospitalização convencional. No contexto da pandemia tiveram imenso valor psicológico para os doentes e as famílias.

PO 14

PÓS INTERNAMENTO EM CASA: CONSULTA DE FOLLOW-UP DE ENFERMAGEM

Cláudia Costa¹; Anabela Santos¹; Lea Pedrosa¹; Pedro Vieira¹; Maria Almeida Alves¹

¹Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: A equipa de enfermagem da unidade de hospitalização domiciliária sentiu a necessidade de avaliar os resultados das intervenções de enfermagem, implementadas aos doentes ao longo do período de internamento. Perante esta necessidade surgiu a consulta de Enfermagem de *follow-up*.

Distinguimos quatro áreas patológicas, nomeadamente do foro cardíaco (Insuficiência cardíaca), respiratório (Doença pulmonar obstrutiva crónica, bronquiectasias e status pós-covid), metabólico (Diabetes mellitus) e problemas de pele (Celulite).

São referenciados para esta consulta, os doentes que demonstram comprometimento na adesão ao regime terapêutico ao longo do internamento.

Na consulta é realizado, essencialmente, revisão da técnica de autoadministração de medicação, técnica inalatória, revisão e otimização da autogestão da medicação diurética, incentivo à autovigilância, bem como, reforço de hábitos de vida saudáveis.

Objetivos: Analisar o comportamento de adesão dos doentes à consulta de Enfermagem de *follow-up* em contexto de Hospitalização Domiciliária, no período de setembro de 2019 e março de 2022.

Metodologia: Análise estatística entre setembro de 2019 e março de 2022.

Resultados: Apresentação da taxa de adesão à consulta de Enfermagem através da comparação do número de consultas agendadas por patologia e do número efetivo de consultas realizadas.

Conclusão: A consulta de enfermagem de *follow-up* é um veículo crucial e facilitador da continuidade para uma prestação de cuidados mais ajustados às necessidades individuais, favorecendo um acesso mais direto a cuidados humanizados, garantindo por sua vez um processo de acompanhamento familiar. Permitiu consolidar conhecimentos e validar intervenções de enfermagem desenvolvidas ao longo do internamento, com uma aposta no empoderamento do doente, na promoção e responsabilização pelo seu estado de saúde.

Bibliografia:

Martins, M., & Lopes, M. A. (1º semestre de 2010). A consulta telefónica como intervenção de enfermagem ao doentes e família com dor crónica numa unidade de dor. *Pensar Enfermagem*, pp. 39-57

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. Centro Nacional de TeleSaúde (2019). PENTS – Plano Estratégico Nacional Para a Telesaúde 2019-2022.

PO 15

ACESSOS VASCULARES – AVALIAÇÃO E PRESERVAÇÃO

Anabela Santos¹; Maria Almeida Alves¹; Paulo Jorge Couto¹; Pedro Vieira¹

¹Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Cerca de 90% dos utentes hospitalizados necessitam de terapêutica intravenosa, segundo a bibliografia consultada. Os doentes em Hospitalização Domiciliária fazem também parte desta estatística. No entanto, pelas características específicas inerentes à administração da terapêutica no domicílio (tomadas não presenciais com recurso a máquinas CADD, perfusões contínuas ou intermitentes), este tema dos acessos vasculares assume ainda maior importância.

Objetivo: A equipa de Enfermagem da UHD tem o seu foco na preservação do património vascular do doente.

Para a concretização do objetivo é crucial a

existência e a aplicação de uma escala de avaliação do patrimônio vascular do doente desde a sua admissão hospitalar, para que de imediato possa ser selecionado o dispositivo vascular que permitirá a melhor resposta ao tratamento prescrito.

Existe o cateter ideal para cada utente, a escolha do tipo de cateter certo deve ter em consideração: condição da rede venosa periférica; tipo de terapêutica a administrar; previsão do tempo de tratamento; frequência da sua utilização; preferência do doente.

Ao enfermeiro cabe a responsabilidade de garantir a segurança e eficiência da utilização do cateter e a gestão de possíveis complicações. Para a manutenção adequada do acesso vascular assumem particular importância os cuidados de penso do local de inserção, a mudança adequada dos sistemas de administração de fluidos e conectores, o manuseamento com técnica asséptica e a remoção tão precoce quanto possível do cateter venoso.

Conclusão: A aplicação de uma escala de avaliação dos acessos vasculares a todos os doentes internados, a existência de uma equipa especializada em acessos vasculares e a formação de todos os profissionais seria uma garantia de sucesso para todos os intervenientes neste processo.

Bibliografia:

<https://www.glovanet.com/data-research/vascular-access-relates-articles>

Hallam, C., Weston, V., Denton, A., Hill, S., Bodenham, A., Dunn, H. and Jackson, T. (2016) "Development of the UK vessel health and preservation (VHP) framework: A multi-organisational collaborative" *Journal of Infection Prevention*, pp. 65–72

N. Richard, Anderson (2005) "When to use a midline catheter", *Nursing Volume 35 – Issue 4*, pp. 68

Pittiruti M., Scoppettuolo G. (2017) "Manuel GAVE-CeLT de PICC e cateter MIDLINE", *Edra*

PO 17

A EFETIVIDADE DE CENTRAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA NA ATENÇÃO DOMICILIAR

Jefferson Kiyoshi Segalla Mizutani¹;
Heloisa Amaral Gaspar¹; Claudio Flauzino de Oliveira¹;
Marlon Stelzer Rossi¹

¹*Home Doctor*

Introdução: Realizar o atendimento de emergência dos pacientes no domicílio, evitando internação hospitalar, é benéfico ao paciente e ao Sistema de Saúde. A presença de estrutura composta por central de regulação médica coordenada com atendimento pré-hospitalar de ambulância (APH) pode ser um modelo capaz de realizar atendimento precoce de pacientes com descompensação clínica em domicílio, promovendo uma assistência segura e eficaz.

Objetivo: Avaliar efetividade da Central de Emergência Médica (CEM) na Atenção Domiciliar.

Métodos: A CEM com funcionamento 24h/7dias é responsável pelo atendimento de pacientes das 24 unidades de empresa de atenção domiciliar no extenso território brasileiro. Cada unidade dispõe de equipe de APH, que pode se deslocar até a residência do paciente quando indicado pelo médico da CEM. Coletamos dados dos atendimentos de emergência do ano de 2021 da CEM e analisamos taxa de resolatividade, taxa de internação hospitalar e os principais motivos de atendimento.

Resultados: Foram atendidos 5770 pacientes em domicílio no período do estudo. Ocorreram 14.804 chamadas telefônicas por motivos clínicos para a CEM. Os principais motivos foram: quadros respiratórios, alterações neurológicas e problemas com dispositivos. Em 10.679 atendimentos (72%) as queixas foram resolvidas através da orientação médica telefônica (OMT). Para outras situações de maior

complexidade (N 4.125 - 28%), após a OMT, foi definido e priorizados o envio de APH domicílio de acordo com o nível de criticidade, sendo 24% emergência, 45% situações de urgência e 31 % sem urgência. Para estes, uma equipe de APH foi encaminhada para casa e com condutas realizadas em domicílio houve êxito em manter o paciente no domicílio em 2849 casos (69%). A necessidade de transferência para unidades hospitalares foi observada em apenas 1276 pacientes (8,6%), sendo as doenças respiratórias e as infecções os motivos mais frequentes.

Conclusão: O alto índice de resolutividade por suporte telefônico, aliado à intervenção precoce do APH em situações potencialmente críticas, proporcionou que 92% das intercorrências clínicas fossem resolvidas no domicílio, demonstrando que CEM estruturada, interligada com uma rede de APH é importante ferramenta para manutenção do paciente em domicílio com segurança.

PO 21

IMPACTO CLÍNICO DO USO DE UM ESCORE DE INDICAÇÃO DE FISIOTERAPIA DOMICILIAR

Katia Vanessa Cantarini¹; Heloisa Amaral Gaspar¹;
Claudio Flauzino de Oliveira¹
¹Home Doctor

Introdução: A fisioterapia domiciliar promove de forma individualizada e humanizada o cuidado dentro do domicílio, com objetivo a manutenção e recuperação da funcionalidade motora e respiratória e consequente melhora da qualidade de vida. O plano terapêutico de fisioterapia domiciliar deve ser elaborado conforme avaliação clínica e metas terapêuticas e a falta de balizadores que apoiem nesta decisão pode promover indicação imprecisa, com excesso de terapias, elevado custo e

consequente sobrecarga profissional e insatisfação da fonte pagadora.

Objetivos: Avaliar uma ferramenta de indicação técnica do plano terapêutico de fisioterapia domiciliar e analisar se as adequações baseadas nesta ferramenta impactam em piores respiratórias ou funcionais.

Método: O escore de fisioterapia (EfisioHD) foi elaborado com base em 5 critérios respiratórios e 5 funcionais, e foi aplicado em todos os pacientes em atendimento no mês de julho de 2021. Os pacientes que tiveram reduções na frequência de terapias semanais foram acompanhados pelo período de 6 meses quanto aos seguintes marcadores clínicos: infecções do trato respiratório, evento de queda, hospitalizações e óbitos. Estes dados foram comparados com os 6 meses anteriores à aplicação do EfisioHD no mesmo grupo de pacientes.

Resultados: Foram avaliados 2070 pacientes através do EfisioHD e 342 pacientes tiveram o número de sessões de fisioterapia adequado conforme EfisioHD. Deles, 328 (96%) se mantiveram estável e não apresentaram nenhum marcador clínico de declínio respiratório ou de perda de funcionalidade, 10 (3%) pacientes foram identificados com marcadores de piora respiratória e 1 (<1%) paciente apresentou queda. Não houve aumento da taxa de hospitalização nos 6 meses pós adequação (26% vs 19%) e do uso de antibioticoterapia (2,9% vs 2,7%) no grupo após a intervenção. Durante o período do estudo, 3 pacientes evoluíram ao óbito domiciliar devido à progressão da doença de base (2 oncológicos e 1 demência avançada).

Conclusão: O plano terapêutico de fisioterapia domiciliar indicado pelo EfisioHD foi condizente com as necessidades clínicas dos pacientes e os ajustes baseados nesta ferramenta permitem otimização de recurso de

forma segura. O escore pode servir como balizador para indicação do número de sessões de fisioterapia no ambiente domiciliar.

PO 22

DESEMPENHO DE UMA UHD DURANTE O 1º ANO DE FUNCIONAMENTO: PERSPECTIVAS FUTURAS

Ana Lourenco¹

¹Centro Hospitalar Povoá de Varzim/ Vila Conde

Introdução: A implementação das diferentes Unidades de Hospitalização Domiciliares (UHD) e a análise dos seus resultados vem comprovar a sua eficiência. Os resultados apresentados referem-se ao desempenho da UHD de um hospital pertencente ao Sistema Nacional de Saúde (SNS) durante o primeiro ano de funcionamento.

Objetivo: Reflectir sobre perspectivas para o futuro de uma UHD através da análise dos resultados do seu desempenho.

Método: Foi realizado um estudo retrospectivo dos doentes internados durante o primeiro ano de funcionamento.

Resultado: Foram avaliados 519 doentes dos quais 214 foram recusados por critérios clínicos (n = 88), sociais (n = 63), recusa do próprio e/ou do cuidador (n = 55). Foram admitidos 356 doentes maioritariamente por “infecções do rim e/ou vias urinárias”, “insuficiência cardíaca” e “infecções e/ou inflamações respiratórias maior”.

Foram trabalhados os focos de enfermagem: “autovigilância” e “gestão do regime terapêutico” obtendo-se uma taxa de modificação positiva de 81,62% e 83,33% respectivamente. Relativamente aos ganhos em conhecimento verificou-se uma taxa de aquisição de: 91,49% na autovigilância-monitorização de tensão arterial, de 92,31% na monitorização de glicemia capilar, de 85,51% no conheci-

mento do prestador de cuidados (PC) sobre regime terapêutico, de 88,89% sobre prevenção de quedas e de 76,25% na prevenção de úlceras de pressão.

O acompanhamento do serviço social decorreu com recurso a pedido de colaboração. Actualmente (no último trimestre) verificou-se o seguimento de 87 doentes, 35 com visita domiciliária e os restantes telefonicamente. Ressalta-se a importância desta colaboração ao nível da orientação/informação/apoio sobre direitos sociais, encaminhamento para estruturas ou organizações de apoio /recursos da comunidade e apoio psicossocial.

A avaliação do risco nutricional do doente foi efectuada na admissão com recurso à escala *Nutrition Risk Screening 2002*. Ficando com acompanhamento telefónico pelo serviço de Nutrição.

Conclusão: Verificou-se um desenvolvimento exponencial desta UHD, possibilitando a reflexão sobre perspectivas futuras no âmbito da enfermagem de reabilitação, processos, comunicação com outros serviços e consultas de *follow-up*.

PO 23

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO DOENTE INTERNADO EM HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Filipe Jorge Pencas Alfaiate¹; Diogo Duarte Dias¹; Sandra Lucas¹; Diana Coutinho¹; Andreia Bernardino¹; Nélson Mestrinho¹; Ireneia Lino¹

¹Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Introdução: A Hospitalização Domiciliária é um serviço que tem como objetivo o tratamento de doentes em domicílio próprio, diminuindo o número de camas ocupadas em internamento hospitalar, e a melhoria da sua qualidade de vida. Sendo um serviço recente, a sua avaliação pelo doente é importante e poderá definir modos de trabalho da equipa

consoante diferentes doentes e patologias.

Objetivo: Avaliação da satisfação dos doentes internados em hospitalização domiciliária, durante o ano de 2021, em relação ao internamento, à equipa e comunicação com a mesma.

Material e métodos: Foram fornecidos inquéritos (com escalas de Likert e 1 campo de escrita livre), de resposta voluntária, no momento da alta do doente. O tratamento de dados foi realizado em Excel.

Resultados: Dos 181 doentes internados em hospitalização domiciliária em 2021, foram preenchidos 152 (84%) inquéritos de satisfação no final do internamento. 63,1% foram respondidos pelo próprio doente e 36,9% por familiar/acompanhante. Das questões respondidas, destaca-se 93,4% dos doentes mostraram-se “totalmente satisfeitos” com acolhimento/admissão e 86,8% com a informação transmitida dos cuidados a ter após a alta. A avaliação do desempenho do pessoal médico e de enfermagem, os doentes mostraram-se “totalmente satisfeitos”, respetivamente 96,1% e 98,7%. Da comunicação com a equipa, 92,8% ficaram “totalmente satisfeitos” com a facilidade em contactar o serviço e 93,4% com a possibilidade em falar com um profissional. Da avaliação global, 96,7% mostrou-se “totalmente satisfeito” com o internamento em hospitalização domiciliária e 99,3% aconselhariam esta tipologia de internamento.

Conclusão: Na globalidade, os doentes mostraram-se totalmente satisfeitos com o tipo de internamento, cuidados prestados, relação e comunicação com equipa. De salientar que serve o presente questionário como ferramenta de avaliação e melhoria do serviço, de modo que a equipa se adapte a diferentes realidades dos doentes. Existindo uma proximidade com o doente, este tipo de interna-

mento poderá criar as condições necessárias para que a adesão e compliance terapêutica sejam mantidas no futuro.

PO 24

UHD – DOIS ANOS A CUIDAR EM SUA CASA

Pedro Miguel Silva Gamito¹; Sónia Pequito¹

¹*Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria*

Introdução: A hospitalização domiciliária afirma-se como uma modalidade alternativa ao internamento convencional, apresentando vantagens comparativamente ao mesmo. A prestação de cuidados a doentes agudos ou crónicos agudizados acontece em casa dos mesmos desde que se assegure a sua estabilidade clínica.

Objetivo: O objetivo do presente estudo é descrever a atividade realizada nos primeiros 2 anos de funcionamento da Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) do Centro Hospitalar.

Material e métodos: Foi realizado estudo retrospectivo e descritivo relativo ao período desde a abertura da unidade em Fevereiro de 2020 até fevereiro 2022. Foram consultadas todas as referenciações realizadas à UHD. Analisados os motivos de não admissão e as características clínicas dos doentes admitidos. Foi também feito um balanço dos questionários de avaliação de satisfação dos utentes e cuidadores após a alta.

Resultados: Foram avaliadas 543 referenciações, sendo que 44,75% (n = 243) foram recusados. O principal motivo de não admissão foi a recusa do doente/cuidador. Dos 300 doentes admitidos, 53% (n = 159) eram do género feminino e 47% (n = 141) do género masculino, com idade média de 69,55 anos. A demora média de internamento foi de 12 +/- 8,34 dias e a proveniência mais significativa

foi dos serviços de internamento (70,3%). As principais causas de internamento são as infeções do trato urinário e infeções respiratórias. Houve necessidade de retornar 7 doentes ao serviço de urgência por descompensação da patologia de base. O grau de satisfação do doente e cuidador foi de 100%.

Conclusões: A hospitalização domiciliária tem demonstrado ser uma opção válida, segura e aceite por doentes e cuidadores. O crescente conhecimento e reconhecimento deste tipo de unidades será decisivo para a mudança do paradigma de internamento hospitalar clássico.

PO 25

AUDITORIAS AOS REGISTOS DE ENFERMAGEM EM 2021: ANÁLISE *SWOT*

Nino Reccardo Canas Coelho¹; Tatiana Rodrigues¹; Sónia Barbosa¹; Rita Ferreira¹; Maurício Botelho¹; Susana Cavadas¹

¹Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: A hospitalização domiciliária (HD) demonstrou ser um modelo eficaz e eficiente como resposta aos desafios do envelhecimento demográfico. Além de proporcionar maior comodidade para o utente e família, reduz os gastos comparativamente com o internamento convencional. Para que as organizações garantam a qualidade assistencial com segurança é preponderante a sistematização das intervenções de enfermagem (IE) e respetivos registos. Este estudo enquadra-se nos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional da Ordem dos Enfermeiros no que se refere à organização dos cuidados de enfermagem que preconiza “a existência de um sistema de registos que incorpore sistematicamente, as necessidades dos cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções e os resultados sensíveis às IE”.

Objetivo: Realizar uma análise *SWOT* aos re-

gistos de enfermagem (RE) no ano de 2021.

Método: Estudo quantitativo, retrospectivo, descritivo-correlacional. Os dados foram colhidos e analisados durante o mês de janeiro de 2022. Analisados cerca de 10% dos processos de enfermagem dos doentes internados HD em 2021. Utilizada estatística descritiva simples associado à metodologia *SWOT*.

Resultados: Da análise dos dados constatou-se 90,7% média mensal de conformidades em 2021, sendo o valor mínimo de 87,2% e o máximo de 94,2%. Após a avaliação *SWOT*, as forças foram: a avaliação inicial; alergias e o correto diagnóstico e respetivas IE relativas aos ensinamentos pertinentes efetuados ao doente/familiar cuidador. As fraquezas identificadas: atualização do processo de enfermagem; validação do plano de trabalho e avaliação da escala de Morse, Braden e do autocuidado. Nas oportunidades constata-se a diferenciação da equipa de enfermagem; equipa tendencialmente em full-time; enfermeiros com experiência em internamento hospitalar e a boa comunicação interdisciplinar. A duplicação de RE; cartas de alta sem evidência de ensinamentos; não confirmação no fim do turno da validação do plano de trabalho e a não adesão à formação em serviço, constituem-se como as principais ameaças.

Conclusões: Este estudo permitiu realizar um retrato das forças, fraquezas, ameaças e oportunidades da equipa de enfermagem no que concerne à sistematização dos RE, IE e os resultados sensíveis ao cuidado de enfermagem tendo por foco a qualidade assistencial.

PO 26

ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO DOMICILIÁRIA: TRANSIÇÃO PARA O BEM-ESTAR – BARREIAS À IMPLEMENTAÇÃO

Maurício Dias Botelho¹; Tatiana Rodrigues¹; Diogo Reis¹; Nino Coelho¹; Susana Cavadas¹

¹Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: A hospitalização domiciliária (HD) é um modelo de assistência hospitalar, alternativa ao internamento convencional. Tem como missão contribuir para o melhor nível de saúde e bem-estar dos indivíduos que necessitem, transitoriamente, de cuidados de nível hospitalar, nas quais se deve incluir os cuidados de enfermagem de reabilitação (ER). Este projeto enquadra-se nos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional da Ordem dos Enfermeiros no que se refere à readaptação funcional e à organização dos cuidados de enfermagem. Visa melhorar a qualidade do exercício profissional e garantir a equidade de acesso aos cuidados, contudo deparamo-nos com barreiras à sua implementação.

Objetivos: Desenvolver um projeto de cuidado de ER para doentes em HD; identificar barreiras de implementação e estratégias corretivas.

Método: Abordagem metodológica para o desenvolvimento de um projeto de ER domiciliária. Fase 1: pesquisa na literatura científica. Fase 2: após análise de documentos, realização um painel Delphi com seis peritos chegando-se a um consenso alargado, de que resultou o projeto sistematizado de ER domiciliária. Fase 3: análise das barreiras de implementação e estratégias corretivas.

Resultados: Na fase concetual as metas estabelecidas foram cumpridas pelos investigadores. Na fase de implementação do projeto a equipa deparou-se com barreiras intrínsecas

e extrínsecas: pandemia SARS-CoV-2; absentismo laboral; carência de profissionais; projeto ambicioso e inovador na organização, com pouca evidência no que se refere ao contexto de HD. As estratégias delineadas para combater às barreiras visam marketing institucional; integração do projeto no plano de contratualização anual do serviço de medicina interna; reforço da equipa de ER para permitir tempo dedicado a esta prática avançada.

Conclusões: Este projeto, baseado na evidência científica, prioriza a qualidade dos cuidados prestados, garantindo ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de ER, com a missão de promover a melhoria contínua do cuidado prestado à pessoa/familiar cuidador. Porém, depara-se com barreiras na sua implementação, sendo necessário delinear estratégias de combate. Acreditamos que após a sua implementação vamos obter ganhos em saúde, reduzindo o peso da doença em termos económicos e sociais.

PO 27

O PAPEL DO NUTRICIONISTA NA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Natacha Nascimento¹; Vanessa Amado¹; João Henriques¹; Manuela Soares¹; António Carvalho¹; Maria José Campos¹; Nuno Pinheiro¹; Vanisa do Rosário¹

¹Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

A Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) constitui uma modalidade de assistência que assegura a prestação de cuidados de saúde de nível hospitalar e que promove a abordagem centrada no utente, alcançando níveis de maior humanização e satisfação dos utentes e família.

A malnutrição é um problema de saúde pública que afeta mais de 30% dos utentes hospitalizados e 10% dos indivíduos na co-

munidade. A sua influência negativa sobre os resultados clínicos e a associação ao aumento da taxa de mortalidade e morbidade conduz a elevados custos em saúde.

A UHD requer um plano de cuidado nutricional gerido de forma integrada que assegure aos utentes um suporte nutricional adequado e atempado.

Este estudo retrospectivo pretende caracterizar o estado nutricional de uma amostra de utentes admitidos em UHD de um hospital de Lisboa num período de 5 meses (12/21 a 04/22).

A amostra avaliada é constituída por 42 utentes com idade > 18 anos, 58.3% do total de admissões no período selecionado. A mediana das idades centra-se nos 71 anos (28;94) e do tempo de internamento nos 9 dias (2;56). A patologia infecciosa aguda foi o diagnóstico de admissão mais prevalente (76.2%). A identificação de risco nutricional foi realizada com recurso à ferramenta *Nutritional Risk Screening-2002* e a avaliação do estado nutricional (AEN) através das ferramentas *Subjective Global Assessment* e *Mini Nutritional Assessment*, e caracterização antropométrica mediante a classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) pelos critérios da Organização Mundial de Saúde.

A análise descritiva dos dados identificou 40.5% dos utentes com risco nutricional, 41.2% nas primeiras 48h após admissão. Segundo a classificação do IMC, 67.5% dos utentes encontravam-se malnutridos, dos quais 22.5% por défice. A AEN mostrou que 29.3% dos utentes apresentavam desnutrição moderada e 14.6% desnutrição severa. Foi realizada intervenção nutricional a 71.4% dos utentes, 50.0% dos quais classificados com risco nutricional.

Conclui-se que a prevalência do risco nutricional observada na UHD acompanha o que

é descrito em literatura, salientando a importância do nutricionista como parte integrante da equipa multidisciplinar. A intervenção nutricional precoce baseada no modelo do *Nutritional Care Process* contribui para a melhoria do estado nutricional, logo dos resultados clínicos.

PO 30

A IMPORTÂNCIA DA PADRONIZAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL EM HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Thiago Coneglian¹

¹*Saudom Saúde Domiciliária*

Introdução: Mesmo com a capacidade de ampliar os atendimentos e descentralizar o modelo hospitalar, a atenção domiciliária ainda enfrenta muitos desafios devido à ausência de legislação e a falta de padronização do modelo assistencial, essa realidade vem impactando o desenvolvimento deste modelo de atenção em muitos países.

Objetivo: Com o objetivo de estabelecer padrões na modalidade de Atenção Domiciliária, em 2003 foi instituída no Brasil uma associação chamada NEAD – Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar, que tem como objetivo integrar os diferentes stakeholders do processo de atenção domiciliária e definir padrões e critérios mínimos de qualidade para todos os envolvidos.

Método: Essa classificação evita que os serviços sejam liberados para pacientes que não requerem cuidados técnicos, sendo necessário apenas um cuidador capacitado, e que tenha condições de prestar cuidados simples a pacientes com a presença de traqueostomia, sondas gástricas, nasoenterais e outros dispositivos de uso prolongado ou definitivo. O método pode ser utilizado como parâmetro para a ser implementado em serviços de

outros países, podendo contribuir para a melhoria dos processos de hospitalização domiciliária.

Resultados: Além da padronização do modelo assistencial da Atenção Domiciliária que vem sendo instituída pelo NEAD no Brasil, as empresas de Atenção Domiciliária têm se apoiado no uso de tecnologia direcionada à gestão dos processos, indicadores clínicos e identificação do risco de saúde de uma determinada população, fatos que permitem o crescimento sustentável desta modalidade no país.

Conclusões: A regulamentação e a padronização da elegibilidade técnica do paciente para a modalidade de atenção domiciliária têm contribuído com a equalização do modelo assistencial junto às fontes pagadoras, além disso, está contribuindo para que o paciente receba atendimento e recursos necessários à sua condição de saúde e com maior nível de qualidade e segurança, tudo sem sair de casa.

PO 31

REVISÃO FARMACOTERAPÊUTICA NA ADMISSÃO À HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA – UM TRABALHO INTERDISCIPLINAR

Inês Carmo¹; Joana Soares¹; Nuno Pinheiro²; Rita Branco³; Vanisa Rosário²; Ana Sofia Ferreira¹; Maria José Campos²; Érica Viegas¹; Helena Farinha³; Manuela Soares²; António Carvalho²; Fátima Falcão²

¹Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier ²Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE ³Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Introdução: A avaliação dos critérios de admissão a uma unidade de hospitalização domiciliária (UHD) é realizada por uma equipa interdisciplinar. O farmacêutico hospitalar (FH) como elemento integrante da equipa revê a terapêutica prescrita, avalia os parâ-

metros relacionados com o doente, patologia e medicamento, garantindo a personalização e otimização do tratamento farmacológico. O FH garante que a estabilidade, o horário de administração e a forma farmacêutica dos medicamentos estão de acordo com os critérios de exequibilidade e adequabilidade de administração no domicílio. Sempre que necessário o farmacêutico recomenda alternativas terapêuticas adaptadas à administração domiciliária.

Objetivo: Caracterizar a atividade do FH no processo de admissão de doentes a uma UHD.

Métodos: Estudo retrospectivo observacional descritivo que avaliou a atividade do FH na admissão do doente a uma UHD no ano de 2021. A revisão da terapêutica prescrita foi realizada no momento da referenciação do doente. As recomendações resultantes do processo de revisão foram comunicadas à equipa e registadas no processo clínico. Os dados recolhidos foram tratados no Microsoft® Excel® 2013 versão 10.0.17763.

Resultados: Foi revista a terapêutica de 234 doentes, 127 do sexo masculino, com uma média de 70 anos de idade ($\pm 14,8$). Apresentavam prescrição compatível com admissão 188, tendo sido proposta alteração terapêutica em 38. Não foi possível adaptar a terapêutica em 8 doentes. Na revisão farmacoterapêutica, foi realizado ajuste da terapêutica em 137 doentes, tendo sido contabilizadas 307 recomendações efetuadas pelo FH. A mais frequente foi a alteração da via de administração (61%), seguida da disponibilização de informação sobre o uso do medicamento (11%), alteração da antibioterapia (11%), ajuste do horário e frequência de administração (9%) e alteração da forma farmacêutica (8%).

Conclusão: O FH como membro da equipa interdisciplinar contribui para a otimização

da terapêutica farmacológica, garantindo que estão reunidas as condições necessárias para admissão a uma UHD. Adicionalmente, será importante caracterizar e analisar o papel do FH durante o internamento na UHD.

PO 33

ÚLCERAS POR PRESSÃO – UM DESAFIO EM HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Ana Sofia Duarte¹; Paula Morais¹; Rita Claudino¹; Sónia Pequito¹; Pedro Gamito¹; Teresa Rodrigues¹; David Fortes¹

¹Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital Pulido Valente

As úlceras por pressão (UP) são um problema de saúde pública tanto a nível nacional como internacional.

Atualmente, um grande flagelo nos cuidados de saúde. São crescentes as preocupações financeiras e políticas, devido aos seus encargos económicos e ao défice de qualidade de vida por elas criado, quer para o indivíduo quer para a própria família.

A sua incidência e prevalência elevam o número de dias de internamento em unidades de cuidados de saúde e representam custos elevados na sua resolução e reabilitação. Por conseguinte, sendo os utentes o nosso principal foco de cuidados, devemos intervir nas várias frentes que levam ao seu aparecimento. Desta forma como orientação para a intervenção na prevenção de UP, os enfermeiros realizam a aplicação da escala de Braden a todos os doentes internados. Esta monitorização é realizada no dia da admissão, posteriormente a cada 5 dias de internamento e no dia da alta. Conforme o *score* é identificado o nível de risco para desenvolver UP e qual o aspeto em que é necessário intervir para melhorar a qualidade de vida do doente.

Este documento pretende demonstrar a percentagem de incidência de UP nos doentes

internados em UHD.

Método: Foi realizada um análise retrospectiva, quantitativa recorrendo a uma amostra de 167 doentes, durante o período de um ano (2021). Recorrendo ao instrumento de recolha de dados, a base de dados de UHD. Sendo que a média das idades foi de 70,4, com uma média de internamento de 12,9 dias

Resultados: Na UHD identificou-se um *score* de admissão médio de 17,8 e um *score* de alta médio de 19,1, sendo que a média de grau de UP na alta foi de 2,8.

Realçamos que dos 167 doentes internados 18 apresentavam UP prévia na admissão e 1 doente cicatrizou a UP durante o internamento.

Conclusão: Em contexto de UHD torna-se fundamental a capacitação dos cuidadores informais. Estes cuidadores fazem parte integrante de um processo de evolução favorável do doente durante e após o internamento. Desta forma, uma das intervenções fundamentais dos enfermeiros em UHD passa pelo ensino aos cuidadores e a sua capacitação na prestação de cuidados ao doente internado. Atuando ao nível do ensino sobre mobilizações, cuidados de higiene, alimentação e eliminação. Para que possamos efetivamente reduzir a incidência de UP e melhorar a qualidade de vida das pessoas.

PO 34

RETORNO AO INTERNAMENTO CONVENCIONAL – ANÁLISE DE 4 ANOS DE FUNCIONAMENTO

Isabel o. Cruz¹; Albina Moreira¹; Raquel Barreira¹; Ana Clara Coelho¹; Catarina Pereira¹; Marta Monteiro¹; Olga Gonçalves¹

¹Medicina 1 - CHVNGE - Hospital Eduardo Santos Silva

Introdução: A Hospitalização Domiciliária (UHD) surge como uma alternativa ao internamento convencional em doentes selecionados.

nados, com várias vantagens já identificadas. Apesar de critérios bem definidos de inclusão e exclusão, pode haver necessidade de readmissão no internamento convencional por vários motivos.

Objetivo: caracterizar os doentes readmitidos no internamento convencional a partir da UHD, de forma não programada.

Material e métodos: análise descritiva e retrospectiva dos retornos ao hospital durante os 4 anos de funcionamento de uma UHD.

Resultados: Do total de 1403 doentes admitidos, 72 (5,1%) foram transferidos de forma não programada para o internamento convencional. Destes, 65,2% eram do género masculino e a idade mediana era de 76,5 anos. A *Charlson Comorbidity Scale* mediana era de 5 pontos. A maioria dos doentes provinha do internamento (73%), 15% foram admitidos a partir da consulta externa e 7% do serviço de Urgência. Dezanove doentes estavam internados por descompensação de doença crónica e os restantes por patologia infecciosa. Apenas um doente tinha patologia do foro cirúrgico. As disfunções renal e respiratória foram as mais frequentemente identificadas à admissão. Os principais motivos para o retorno ao hospital foram: intercorrência não relacionada com o motivo de internamento (47%), agravamento da condição que motivou o internamento (35%) e exaustão do cuidador (14%). Das readmissões por motivos clínicos, 23% foram motivadas por causas não previsíveis, como quedas, eventos cerebrovasculares, isquemia aguda de membro e oclusão intestinal. A mediana de dias de internamento em UHD foi de 5,5 dias [0 e 46 dias]. 21 doentes faleceram nesse re-internamento e 9 regressaram à UHD após estabilização clínica.

Conclusões: o retorno ao internamento convencional de forma não programada é um evento pouco frequente, sendo os motivos

clínicos as causas mais comuns. A avaliação dos doentes à admissão deve ser rigorosa, de forma a evitar erros de diagnóstico inicial e retornos precoces. A monitorização clínica e analítica ao longo do internamento assume particular importância na identificação atempada de sinais de deterioração clínica. Os sistemas de telemonitorização assumem aqui um papel fundamental, disponibilizando dados em tempo real.

PO 35

O IMPACTO DA AVALIAÇÃO DE CRITÉRIOS SOCIAIS NA (NÃO) ADMISSÃO DE DOENTE NAS UHD

Mónica Alexandre¹

¹*Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinhal*

Introdução: Pretende-se através da análise do total de doentes avaliados (admitidos e não admitidos), compreender a importância e o impacto da avaliação, pelo assistente social, das dinâmicas sociofamiliares e respectivos critérios sociais, na qualidade e segurança do internamento em Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD).

O contexto sócio-familiar assim como as dinâmicas familiares podem ser protetores/potenciadores ou de risco social do internamento em HD, por isso é tão relevante e integradora a sua avaliação pelo Assistente Social. Para além da abordagem de cada potencial candidato a HD, é especialmente vantajosa a entrevista psicossocial, presencial sempre que possível, ao cuidador e doente e o seu contacto com a situação real do doente. São indicadores sociais impeditivos de internamento seguro em UHD: ausência de cuidador; incapacidade física/emocional/cognitiva de prestar cuidados; incapacidade do cuidador gestão da doença; exaustão do cuidador; dinâmica familiar conflituosa (p.e. violência

doméstica); consumos de estupefacientes e hábitos etílicos.

Método: Foi realizada uma abordagem quantitativa, do tipo descritivo e exploratório.

A amostra corresponde ao total de doentes avaliados nos anos de 2020 (n = 664) e 2021 (n = 1280) perfazendo 1944 doentes, dos quais foram internados 325 e 504 respetivamente (total 829).

Os indicadores que foram considerados na análise são idade, género, estado civil e tipologia familiar e motivos de não admissão (clínicos e sociais).

Resultados: Foram avaliados 1944 doentes, dos quais foram admitidos 829 (43%) e não admitidos 1115 (57%), maioritariamente por motivo clínico (55,4%).

Os doentes avaliados são, principalmente idosos homens, casados, integrados em famílias biparentais nucleares sem filhos.

Conclusões: A análise realizada permite-nos concluir a importância das problemáticas sociais na prestação de cuidados de saúde.

De salientar a importância do cuidador, uma vez que se assume, em UHD, como um elemento da equipa de prestação de cuidados e responsável pela pessoa cuidada.

A identificação dos indicadores sociais potenciadores de internamento em UHD previne o retorno hospitalar (Rodríguez, 2018); permitem a melhoria da literacia em saúde e da gestão da doença pelo doente e/ou cuidador e a diminuição de episódios de SU.

PO 36

RAZÕES DA NÃO ADMISSÃO DE DOENTES NUMA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Sérgio m. Pereira¹; Nuno Cercas Pinheiro²; Vanisa Rosário²; Maria José Campos²; Maria Manuela Soares²; Isabel Madruga¹; Maria Cândida Fonseca²; António Carvalho²

¹Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz ²Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Introdução: A Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) veio revolucionar o paradigma de prestação de cuidados de saúde, constituindo uma alternativa ao internamento convencional. A admissão na UHD depende do consentimento do doente e família, assim como de uma avaliação criteriosa de fatores clínicos, sociais e geográficos.

Objetivos: Descrever os motivos de exclusão de doentes propostos a UHD.

Métodos: Estudo retrospectivo e descritivo dos doentes avaliados pela UHD de 1 janeiro a 31 dezembro de 2021. Os dados foram recolhidos através da consulta dos processos clínicos eletrónicos.

Resultados: No período em análise, foram recusados 116 doentes representando 42% do total das 271 referências realizadas em período homólogo. Com uma mediana de idade de 71 anos (AIQ 23-96), a maioria (54 %, n= 63) eram do sexo masculino, sendo a patologia infecciosa aguda (nomeadamente do trato urinário e tecidos moles) a responsável pela maioria das referências. As enfermarias médicas (em especial de medicina interna) e o serviço de urgência foram os principais locais de referência, com 66 e 30 casos respetivamente. Os motivos da recusa foram em 45% (n = 52) dos casos por motivos clínicos, 27% (n = 32) por fatores geográficos, 14 % (n = 16) por motivos sociais e 14 % (n = 16)

por recusa do doente e/ou família. Analisando os motivos clínicos de não aceitação, 52 % (n = 27) encontravam-se instáveis no momento da avaliação, 25% (n= 13) era impossível a realização terapêutica antimicrobiana específica por bomba infusora e nos restantes 23% (n= 12) havia ausência de indicação clínica e/ou tiveram alta clínica a curto prazo. Em 32 doentes verificou-se a presença de 2 critérios de exclusão em simultâneo.

Conclusões: A avaliação rigorosa no momento da admissão dos doentes é crucial para garantir o sucesso da intervenção da UHD e uma forma de evitar potenciais intercorrências clínicas. Este estudo demonstra uma elevada percentagem de recusa por critérios clínicos, quer por referências precoces que não garantiam a necessária estabilidade clínica, quer por desconhecimento das terapêuticas passíveis de realização na UHD. Concluímos que a maior divulgação do trabalho e do “modus operandi” da UHD junto dos profissionais de saúde do hospital e da comunidade de área de influência é fundamental para otimizar todo o processo de referênciação.

PO 37

HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA E OS CUIDADOS PALIATIVOS: CRIAÇÃO DE SINERGIAS PARA O FUTURO

Sérgio m. Pereira¹; Nuno Cercas Pinheiro²; Vanisa Rosário²; Maria José Campos²; Maria Manuela Soares²; Isabel Madruga¹; Maria Cândida Fonseca²; António Carvalho²

¹Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz ²Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Introdução: A complexidade clínica crescente dos doentes admitidos em unidade de hospitalização domiciliária (UHD), obriga a que as equipas estejam sensibilizadas para reconhecimento das necessidades paliativas no mo-

mento da admissão e/ou decurso do internamento. Os autores descrevem um caso clínico ilustrativo do papel da UHD na identificação e no estabelecimento de ações paliativas e do potencial de sinergias com as equipas de cuidados paliativos (CP).

Descrição: Descreve-se o caso de mulher de 91 anos, parcialmente dependente, com antecedentes médicos de Insuficiência cardíaca (IC) por cardiopatia hipertensiva e valvular, doença renal crónica estágio 3b, fibrilhação auricular hipocoagulada e uma lesão proliferativa do endométrio (que recusou prosseguir investigação). Com vários internamentos consecutivos em contexto de síndrome cardiorenal, pautados pelo progressivo declínio funcional e com perda completa de autonomia. É referenciada e aceite em internamento na UHD por quadro de bacteriemia a *Escherichia coli* de ponto partida em pielonefrite nosocomial e IC descompensada. O internamento é marcado pela dificuldade na gestão clínica da IC, condicionando um quadro de sobrecarga e consequente dispneia e dor de difícil controlo. Face à evolução clínica desfavorável e de forma a minorar as repercussões negativas das 2 insuficiências de órgãos terminais, foi abordada junto da doente e família a integração dos CP. Neste contexto foi pedido o apoio da equipa Intra-hospitalar de CP para a gestão terapêutica e como ponte de interligação para referênciação para uma equipa comunitária de CP. Enquanto aguardava transferência, a UHD manteve o seguimento da doente com otimização terapêutica para um controlo sintomático adequado. Após transferência para a equipa comunitária a doente acabou por falecer poucas semanas depois.

Conclusões: Pela complexidade clínica de alguns doentes admitidos da UHD, torna-se fundamental que a equipa reconheça os doentes com necessidades paliativas logo

numa fase precoce da trajetória da doença, sendo capaz de aplicar ações paliativas especialmente na presença de sintomas não controlados. As sinergias entre a UHD e as equipas de CP devem estar presentes na tomada de decisões em fim de vida, nas situações comunicacionais difíceis e no controlo sintomático complexo.

PO 38

HOME CARE COMO ALTERNATIVA SEGURA DE TRATAMENTO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Adriana Teófilo Quirino¹; Claudio Flauzino de Oliveira¹; Heloisa Amaral Gaspar¹; Fabiana Jacober¹; Keyla Vania Rodriguez Vera¹; Fernando Luis Santos Lopes¹

¹Home Doctor

Introdução: No Brasil, grande parte dos cuidados pós-agudos, reabilitação e cuidados de pacientes crônicos são realizados em domicílio, tanto no setor público como na saúde complementar. Essa modalidade inclui administração de medicamentos, nutrição enteral, curativos, terapias de reabilitação, oxigenoterapia e até terapias mais complexas como nutrição parenteral e ventilação mecânica invasiva e não invasiva e apresentou crescimento durante a pandemia por COVID-19 que determinou grande escassez de leitos hospitalares no país.

Objetivo: Avaliar a incidência de COVID-19 em pacientes em atendimento domiciliar e os desfechos clínicos desses pacientes durante o período de 2 anos de pandemia.

Métodos: Estudo epidemiológico descritivo de casos de COVID-19 que acometeram a população atendida por empresa privada de *Home Care* no Brasil, entre março de 2020 e fevereiro de 2022, relatando a incidência de COVID-19 nessa população e analisando comorbidades e desfecho de tratamento domiciliar de CO-

VID-19, hospitalização, óbito desta população.

Resultados: No período, 7.786 pacientes foram atendidos no domicílio. Ocorreram neste período 395 casos confirmados de COVID-19, sem predominância de gênero, 198 (50,1%) deles em mulheres e 197 (49,9%) em homens, com média de idade de 62 anos (07 meses a 101 anos). Dos 395 casos confirmados, 384 pacientes apresentaram apenas um episódio de infecção e 11 pacientes apresentaram um segundo episódio de reinfecção. Todos os pacientes apresentavam múltiplas comorbidades, sendo as mais prevalentes: doença de Alzheimer, hipertensão arterial sistêmica e sequelas de acidente vascular encefálico.

A incidência de COVID-19 foi de 5,1% na população estudada. Ocorreram 74 hospitalizações por descompensação clínica relacionada a COVID-19, com 34 óbitos intra-hospitalares e 04 casos de óbito em domicílio de pacientes em cuidados paliativos (letalidade de 9,6%). Em 283 casos (71,6%) foi possível o tratamento do COVID-19 em domicílio, sem necessidade de hospitalização.

Conclusão: A atenção domiciliar no Brasil durante a pandemia de COVID-19 comprovou ser capaz de manter pacientes de diversas complexidades no ambiente domiciliar com segurança, baixa incidência de COVID-19, elevada taxa de manutenção dos pacientes com COVID-19 agudo em domicílio e baixa letalidade.

PO 39

HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA, UMA OPORTUNIDADE NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA?

Maria Helena Fartura Braga Temido¹; David Donaire²; Tatiana Gonçalves²; Joana Paixão¹; Cristina Martins¹; Catarina Lucas²; Francisco Parente²

¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral ²Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: Em Portugal, a insuficiência cardíaca (IC) é uma doença de elevada prevalência estimada (5,2% da população), que aumenta com a idade, sobretudo a partir dos 65 anos, e causa grande incapacidade (21.162 *Disability Adjusted Life Years* (DALYs) em 2014) e mortalidade (4,7% do total da mortalidade nacional em 2014). A IC é a principal causa de hospitalização em idosos nos países desenvolvidos, sendo estes episódios geralmente seguidos de readmissões (em 24% dos casos aos 30 dias e 50% aos 6 meses), originando importantes custos diretos e indiretos para os sistemas de saúde e sociedade. As unidades de Hospitalização Domiciliária (HD), criadas com objetivo de minimizar complicações hospitalares e prestar cuidados em maior conforto e segurança, podem ser alternativas vantajosas para estes doentes.

Objetivo: Caracterizar a população de doentes com IC internados nos primeiros 5 meses de atividade da HD dum hospital central e analisar resultados.

Métodos: Análise retrospectiva de processos clínicos e registos de classificação dos Grupos de Diagnóstico Homogêneos (GDH) avaliando tipologia de doentes e resultados à alta e após 30 dias.

Resultados: Em 5 meses foram internados 10 doentes com IC, 50% homens, com média de idades de 95 ± 2.83 anos, sendo 50% provenientes da urgência, 30% do internamento,

e 20% de consulta externa. O principal fator de descompensação foi insuficiência terapêutica (60%). A demora média foi de $18,5 \pm 13$ dias. Segundo a escala *Get With The Guidelines-Heart Failure Risk Score* (GWTG-HF), 50% dos doentes tinham risco de mortalidade intra-hospitalar de 1-5% e 50% risco de mortalidade de 5-10%. A taxa de mortalidade foi de 0% à alta e 0% aos 30 dias. Um doente foi reinternado e outro foi transferido para uma unidade de cuidados paliativos.

Discussão/Conclusão: A HD, como modelo alternativo de assistência clínica que assegura a prestação de cuidados de saúde com diferenciação hospitalar, mas praticáveis no domicílio do doente, pode minimizar complicações nosocomiais sofridas por estes doentes e, pressupondo-se a gestão integrada da doença e a capacitação dos doentes e cuidadores, pode até promover melhores resultados a médio-longo prazo. Apesar da pequena amostra, este trabalho pretende trazer à discussão tal hipótese, promovendo esta análise e eventual expansão futura.

PO 40

O SORO NÃO É O LIMITE

Paula Neves¹; Carina Santos¹; Sónia Coelho¹; Sónia Canadas¹; Marta Morgado¹; Emanuela Alves¹; Isabel Santos¹; Ana Simão¹; Edgar Coelho¹; Ana Raquel Fernandes¹; Liliana Pereira¹; João Correia¹
¹ Hosp Dr Sousa Martins

Em ambiente hospitalar, a via endovenosa constitui a forma preferencial de administração terapêutica em doentes internados e a realidade das Unidades de Hospitalização Domiciliária não é diferente. No entanto, apesar dos avanços conseguidos no que diz respeito a sistemas de infusão contínua, programáveis e não acessíveis a alterações externas nomeadamente por parte dos doentes ou familiares, a problemática dos suportes, de

fácil acesso em ambiente hospitalar, pode revelar-se um problema quando o meio em que actuamos é a casa do próprio doente.

Neste trabalho, os autores pretendem salientar a criatividade quer das equipas hospitalares quer dos próprios doentes na resolução deste problema. O conjunto de imagens apresentado demonstra que tudo pode ser usado para suporte de fármacos desde cabides, candeeiros, bengaleiros, estendais de roupa, pregos para quadros na parede e até cortinados.

Com este trabalho os autores pretendem salientar possíveis obstáculos à nossa actividade diária fora do ambiente hospitalar, não calculados mas facilmente resolvidos com a colaboração de toda a equipa. Salienta-se ainda a importância da envolvência dos doentes e familiares nesta questão, sendo eles os principais autores das soluções de resolução destes problemas.

PO 41

AValiação DA QUALIDADE DE VIDA NUMA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Paula Neves¹; Carina Santos¹; Sónia Coelho¹; Sónia Canadas¹; Marta Morgado¹; Isabel Santos¹; Edgar Coelho¹; Emanuela Alves¹; Ana Simão¹; Liliana Pereira¹; Ana Raquel Fernandes¹; João Correia¹

¹Hosp Dr Sousa Martins

A qualidade de vida dos doentes é uma questão fundamental na abordagem dos mesmos e melhorar a sua percepção acerca do seu estado de saúde ao longo de um internamento é um objectivo de qualquer equipa de saúde. O EQ-5D é um instrumento de medição da qualidade de vida que permite gerar um índice representando o valor do estado de saúde de um indivíduo. Este é baseado num sistema que descreve a saúde em cinco dimensões:

mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão. Cada uma destas dimensões tem três níveis de gravidade associados, correspondendo a sem problemas (nível 1), alguns problemas (nível 2) e problemas extremos (nível 3) vividos ou sentidos pelo indivíduo. Os dois componentes mais vulgarmente utilizados são o sistema classificativo composto pelas cinco escalas e o termómetro EQ-VAS.

Os autores pretendem apresentar os dados relativos aos últimos quatro meses de avaliação de doentes admitidos numa Unidade de Hospitalização Domiciliária.

Dos 41 doentes admitidos, obtiveram-se 31 respostas. Dezassete eram do sexo feminino e 14 do sexo masculino. A idade média dos avaliados era de 65.81 anos com uma variação entre os 23 e os 92 anos. Salienta-se que 15 doentes tinham mais de 73 anos de idade. A dimensão na qual os doentes apresentavam mais limitações é a relativa a Cuidados Pessoais. A avaliação global da saúde no termómetro EQ-VAS à admissão foi de 52.90 e à data de alta de 65.16, verificando-se um ganho de 12.26 pontos à data de alta. Na avaliação global apenas uma doente considerou agravamento do seu estado de saúde (doença crónica maligna com limitações importantes associadas a complicações cirúrgicas com quadro depressivo reactivo marcado).

Com este trabalho os autores pretende salientar a importância da avaliação global da saúde dos doentes. Com este conhecimento, as atitudes complementares à terapêutica instituída poderão ser direccionadas para as principais limitações sentidas pelo doente contribuindo para uma melhoria global do estado de saúde dos mesmos aquando da alta clínica.

PO 42

MOVIMENTO ASSISTENCIAL DE UMA UHD DE UM HOSPITAL DISTRITAL – CASUÍSTA DE ONZE MESES DE ACTIVIDADE

Paula Neves¹; Carina Santos¹; Sónia Coelho¹; Sónia Canadas¹; Edgar Coelho¹; Isabel Santos¹; Ana Simão¹; Liliana Pereira¹; Ana Raquel Fernandes¹; Emanuela Alves¹; Marta Morgado¹; João Correia¹
¹HOSP DR SOUSA MARTINS

A saúde é um dos mais poderosos fatores de integração e coesão sociais, mas também de geração de riqueza e bem-estar, sendo o hospital de agudos o representante actual e o gold standard dos cuidados de saúde para os utentes. No entanto, nos últimos tempos a Hospitalização Domiciliária surgiu como alternativa ao internamento convencional, proporcionando assistência clínica de modo contínuo e coordenado aos utentes que cumprem uma série de critérios clínicos, sociais e geográficos que permitem o internamento no domicílio.

Os autores pretendem apresentar os dados assistenciais dos primeiros onze meses de actividade de uma Unidade de Hospitalização Domiciliária de um hospital distrital com lotação máxima de cinco camas.

Em onze meses de actividade tiveram alta desta Unidade 104 doentes. Destes, 55 eram do sexo masculino e 49 do sexo feminino, A média de idades foi de 65.88 (mínimo de 23 e máximo de 97). A maioria dos doentes foi proveniente do serviço de Urgência (67 doentes). O grau de dependência encontrava-se comprometido em 26 doentes (13 parcialmente dependentes e 13 totalmente dependentes). A demora média obtida foi de 12.26 dias. Oitenta e quatro doentes foram admitidos por doença aguda, 18 por doença crónica agudizada e 2 doentes encontravam-se em fase paliativa. Não foi registado nenhum óbito durante este período. Dois doentes tiveram

alta contra parecer e um doente regressou ao hospital a pedido da família (Unidade de Cuidados Paliativos). Seis doentes apresentaram intercorrências com necessidade de abordagem em ambiente hospitalar tendo, posteriormente, sido readmitidos. Outros 6 doentes foram transferidos para outros internamentos hospitalares. No total registaram-se 155 referenciações sendo 51 delas recusadas (maioritariamente por questões clínicas 16 doentes ou recusa do doente/cuidador – 12 doentes). Na fase inicial a taxa de ocupação rondava os 60% e actualmente situa-se nos 85%. Salienta-se o crescimento progressivo dos números, o aumento do número de referenciações e o elevado grau de satisfação dos doentes atendidos.

PO 43

ATIVIDADE DA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Pedro Nunes Raposo¹; Fernando Aldomiro¹; Joana Alexandrino Freire¹; Filipe Simões¹; Ricardo Rio¹; Lurdes Toscano¹; Luisa Capela¹; Rui Osório¹; Ana Brito¹; Luis Silvério¹
¹Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: O conceito de Hospitalização Domiciliária baseia-se em oferecer uma alternativa ao internamento convencional, proporcionando assistência clínica de proximidade àqueles doentes que, requerendo admissão hospitalar, cumprem critérios clínicos, sociais e geográficos pré definidos, que permitem o internamento no domicílio.

O objectivo deste trabalho é avaliar o número de referenciações, a capacidade de resposta da Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) e a complexidade do doente referenciado. Na altura da implementação da UHD na nossa Instituição foram realizadas reuniões com os Serviços Clínicos a fim de divulgar a unidade e sensibilizar os médicos para esta

modalidade de internamento.

Material e métodos: Foram recolhidos dados dos registos informáticos e do programa de gestão da UHD referentes a 16 meses de actividade (novembro 2019 a março 2022). As variáveis incluídas foram: número de referências e de admissões; tempo entre avaliação e admissão; motivos de não admissão; local de internamento; género; média de idade; demora média; número de visitas; proporção de visitas não programadas; número de doentes com esquema terapêuticos complexos e tempo médio de visitas.

Resultados: Nos 16 meses em análise foram referenciados 545 doentes. Foram admitidos 214 doentes (39,26%), 169 (78,97%) dos quais no dia da avaliação. Os principais motivos de não admissão foram: inexistência de vaga (41,4%); motivos sociais (20,3%) e motivos clínicos (16,6%). A média de idades foi de 69,5 anos (18 - 99), 120 doentes (56,07%) eram do género masculino e a demora média foi de 9,9 dias. Em 20 doentes (9,34%) o internamento foi em lar. Foram realizadas 2622 visitas com um tempo médio de 30 minutos, sendo 4,6% (121) não programadas. Foram prescritos esquemas terapêuticos complexos em 76 doentes (35,51%).

Conclusões: O número de referências foi acima do esperado para uma UHD em início de actividades (mais de 8 referências por semana) o que confirma a utilidade das reuniões com os Serviços Clínicos. O número de visitas não programadas foi residual, mas a complexidade dos doentes admitidos resultou em tempos médios de visita elevados. É fundamental melhorar a capacidade de resposta da UHD com reforço dos recursos humanos já que a maioria das não-admissões foi por inexistência de vaga.

PO 46

UM OLHAR SOBRE O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM CONTEXTO DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Suse Dias¹; Casimiro Correia¹; Margarida Salgueiro¹; Maria Dulce Gonçalves¹; Pedro Oliveira¹; Rui Gaspar¹
¹Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Introdução: Os cuidados proporcionados ao utente em contexto de Hospitalização Domiciliária (HD) centram-se nas necessidades individuais de cada um, inseridas no seu contexto específico. Estes possibilitam uma visão mais humanizada e holística, mantendo o mesmo rigor do internamento convencional.

A prestação de cuidados em HD constitui um desafio e uma oportunidade para toda a equipa. Pela proximidade ao utente e ao seu ambiente envolvente, o enfermeiro consegue conhecer e avaliar as suas necessidades e limitações, permitindo um planeamento dos cuidados mais individualizado, em parceria com o utente e a sua família e integra o elo de ligação entre o utente e a equipa multidisciplinar.

Objetivo: Identificar e analisar os cuidados de enfermagem em contexto de HD

Métodos: Pesquisa bibliográfica sobre a temática cuidados de enfermagem em HD; Análise e discussão em equipa sobre os cuidados de enfermagem em contexto de HD.

Resultados: Com base na literatura encontrada, salientamos algumas intervenções de enfermagem que facilitam os processos de transição saúde/doença: capacitação da pessoa/cuidador, promoção do autocuidado, gestão eficaz do regime terapêutico, prevenção de quedas, de úlceras por pressão, de aspiração e/ou de infeção, a autovigilância e a formação/literacia em saúde.

Conclusões: Existe pouca informação relativa aos cuidados de enfermagem em contexto

de HD. No entanto, consideramos que são vários os benefícios resultantes dos cuidados de enfermagem neste contexto, nomeadamente, o cuidado centrado na pessoa, mais personalizado e individualizado, pelo melhor conhecimento das suas reais necessidades, do contexto que a envolve e das suas fontes de apoio; a capacitação do utente e/ou cuidador, através do ensino personalizado e adaptado às necessidades e ao ambiente em que a pessoa se encontra inserida, de modo a promover o seu autocuidado; a promoção da literacia em saúde, através da capacitação e desenvolvimento de estratégias que permitem ao utente e/ou família uma melhor gestão da sua saúde/doença. Esta gestão, feita no dia-a-dia, junto com o utente e/ou família, permite que a preparação para a alta seja um processo contínuo e fluido, desde o momento da admissão até à alta.

PO 47

PIELONEFRITE COMPLICADA POR ENTEROBACTER AEROGENES

Antonio Eliseu¹; Paula Lopes¹; Gettha Girithari¹

¹Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Homem, 50 anos, autónomo, residente no domicílio. AP: DM2 NIT (15 anos de evolução), HTA. MH: Enalapril, empaglifozina + metformina, glibenclamida. HDA: Recorreu ao SU por lombalgia com 3 dias de evolução associado a vómitos. Lab: Leucocitose 30 uL, pCr: 3.79, Ureia: 123, PCR: 46.42; HbA1C: 9.2%, peptido C 0,6 Urina: Leucocitúria, nitritos(-); TC-AP: rins morfologia e dimensões normais, espessura do parênquima conservada, sem dilatação dos sistemas colectores, sem nefrolitíase, sem evidencia de colecções perirenais.

Foi admitida pielonefrite aguda e iniciou empiricamente ceftriaxone e colhidas HC e UC.

Foi proposto para Unidade de Hospitalização Domiciliária ao 3º dia de internamento. Durante o internamento apresentou manutenção de febre, agravamento clínico e elevação dos parâmetros inflamatórios. Perante o isolamento em HC de *Enterobacter aerogenes* foi escalada a antibioticoterapia para meropenem de acordo com TSA. Realizou TC-AP: "rim esquerdo globoso, moderadamente aumentado (13,2 cm); terço médio da face externa, área nodular, densidade heterogénea, áreas hipodensas e hiperdensas medindo 43x28mm, com densificação de gordura perirenal. sem nefrolitíase. Discutido com Urologia abscesso não drenável com indicação para antibioticoterapia e reavaliação ao 14º dia. UroTC: "colecção líquida parenquimatosa renal 40x32 mm. Realce mural do excretor esquerdo (uretrite/pielite); densificação da gordura perirenal e aumento da espessura das fâscias perirenais. Bexiga muito distendida." Necessidade de algiação (provável bexiga neurogénica) e indicação para realizar 21 dias de antibioticoterapia com reavaliação imagiológica. Caso não apresentasse melhoria teria indicação para nefrectomia. Ao 21º dia UroTC: redução significava das alterações diferenciação corticomedular homogénea com excepção da vertente anterior do terço superior. Componente uretrite e pielite reduziu francamente." Após discussão com infecciologia optou-se por cumprir o total de 28 dias de antibioticoterapia dirigida. Tem alta assintomático, com normalização analítica, sob insulino-terapia em esquema e controlo glicémico intersticial.

Foram encontradas soluções na gestão complexa de infecção grave e diabetes mellitus com complicações em regime de hospitalização domiciliária.

PO 48

ARTICULAÇÃO ENTRE A ONCOLOGIA E A HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA – UM CASO CLÍNICO

Maria Ferreira de Moraes¹; Joana Malho Rodrigues¹; Mário Ferreira¹; Hernando Campos¹; Bruno Silvestre¹; Carina Cruz¹; Rhaisa Santos¹; Sílvia Bernardo¹; Sofia Pinto¹; Marta Barbosa¹; Marta Henriques¹; Joana Libório¹; João Baptista¹; Jorge Chumbo¹; Rita Monteiro¹; Romina Quinteiro¹; Nuno Morais¹; Cátia Pires¹; Liliana Sousa¹; Ricardo Santos¹; Maria João Nascimento¹; Ana Isabel Vicente¹; Vânia Marques¹; Diana Cavaco¹; Rui Grande¹; Cátia Rei¹; Pedro Correia Azevedo¹
¹Hospital CUF Infante Santo

Objetivos: Demonstrar a articulação entre a Oncologia e a Hospitalização Domiciliária. Destacar o entorno psicológico favorável do internamento domiciliária no tratamento de complicações agudas de doença oncológica.

Método e resultados: Os autores relatam o caso de um homem, de 63 anos de idade, parcialmente dependente nas atividades de vida diária, que residia com a esposa e o filho de anos. Tinha antecedentes de hidradenite supurativa e carcinoma pavimento celular invasivo queratinizante enxertado na pele da região perineal, irrecetável, encontrando-se sob quimioterapia com cemiplimab e radioterapia hemostática. Por úlcera exsudativa sangrante da nádega esquerda, foi proposto para internamento em Hospitalização Domiciliária para terapêutica antimicrobiana domiciliária endovenosa (TADE) com piperacilina/tazobactamo que cumpriu durante 15 dias com melhoria clínica e analítica. Durante o internamento houve necessidade de transfusão de concentrado de eritrócitos que realizou no domicílio e optimizou-se o contolo da dor com alteração da terapêutica analgésica. Foram realizados ensinios ao doente e cuidadores, nomeadamente em relação à higiene

e identificação de sinais de alerta. O período de internamento incluiu a quadra natalícia e o doente teve alta melhorado. Por novo agravamento clínico com progressão de doença, fístula entero-cutânea e nova necessidade de antibioticoterapia endovenosa foi reinternado no hospital um mês após a alta, vindo a falecer.

Conclusões: Este caso ilustra a possibilidade de articulação entre a especialidade de Oncologia e a Hospitalização Domiciliária, com a possibilidade de TADE e transfusão de hemoderivados no domicílio. A gestão de doentes complexos e em fase terminal é possível no domicílio, permitindo aliviar o sofrimento físico e psíquico do doente, melhorando o entorno psicológico - neste caso em concreto foi possível ao doente passar um último Natal em casa junto da sua esposa e filho apesar de estar internado.

PO 49

UM DIA NUMA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Maria Ferreira de Moraes¹; Joana Malho Rodrigues¹; Mário Ferreira¹; Hernando Campos¹; Bruno Silvestre¹; Carina Cruz¹; Rhaisa Santos¹; Sílvia Bernardo¹; Sofia Pinto¹; Marta Barbosa¹; Marta Henriques¹; Joana Libório¹; João Batista¹; Jorge Chumbo¹; Rita Monteiro¹; Nuno Morais¹; Romina Quinteiro¹; Cátia Pires¹; Liliana Sousa¹; Ricardo Santos¹; Maria João Nascimento¹; Ana Isabel Vicente¹; Vânia Marques¹; Diana Cavaco¹; Rui Grande¹; Cátia Rei¹; Pedro Correia Azevedo¹
¹Hospital CUF Infante Santo

Objetivos: Descrever um dia numa Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD).

Método e resultados: Os dias começam às 8h com a preparação da medicação e a divisão dos doentes por equipa. Cerca das 9h reve-se do plano de cada doente em equipa. Iniciam-se as visitas, entre condução e trã-

sito. Nas visitas fazemos mais do que simples observação clínica - promovem-se os ensinamentos mais variados fazendo educação para a Saúde e capacitação de doentes/cuidadores, realizam-se procedimentos e fazem-se ajustes terapêuticos; muitas vezes o apoio psicológico e espiritual é também uma realidade. As equipas regressam à base para entrega de análises clínicas no laboratórios e nova discussão em equipa. Os registos informáticos podem ser feitos em casa dos doentes. A articulação com os médicos referenciadores pode ser necessária, numa perspetiva multidisciplinar e equivalência de cuidados face ao internamento convencional. Fazem-se as notas de altas e procede-se à avaliação de novos doentes referenciados da urgência, do internamento e, por vezes, consulta externa. Verificados os critérios de admissão dá-se a transferência para o domicílio. No período da tarde a equipa de enfermagem realiza nova visita a todos os doentes e contacta, se necessário, com o médico de prevenção. Durante a noite a equipa clínica fica de prevenção com capacidade de responder aos doentes em qualquer horário.

Conclusões: A prática clínica na UHD é um desafio em equipa. O espectro de patologias é muito vasto, desde infeções para antibioterapia endovenosa a doentes complexos com múltiplas comorbilidades, alguns paliativos. A representação da doença em cada doente e cuidador varia da desvalorização do diagnóstico à valorização dos pormenores. As condições habitacionais oscilam de modestas casas a amplas habitações. Um verdadeiro hospital sem muros onde somos convidados na casa dos doentes que estão internados, pugnando para que tudo decorra sem redução da eficácia e da segurança e com aumento da satisfação.

PO 50

BENCHMARKING DAS UNIDADES DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE PORTUGUÊS

Cláudia Nelas Almeida¹

¹*Não especificado*

Introdução: O surgimento de unidades de Hospitalização Domiciliária (HD) em Portugal é ainda muito recente com a primeira unidade a ser criada em 2015. Todavia, tem-se verificado um crescimento exponencial do número de unidades, tendo atualmente o Serviço Nacional de Saúde (SNS) um total de 32 unidades em funcionamento. Este crescimento por força da mudança de paradigma na prestação de cuidados de saúde, mas também pela necessidade premente do aumento da oferta face ao aumento da procura por cuidados de saúde. Torna-se assim importante analisar os resultados disponibilizados por estas, no sentido de perceber se existem discrepâncias significativas ao nível de eficiência e eficácia, de modo a perceber a evolução destas e as estratégias que devem ser replicadas ou alteradas.

Metodologia: Este trabalho consiste num estudo observacional, retrospectivo, longitudinal, realizado a partir dos dados administrativos reportados pelas unidades de HD portuguesas através da plataforma SICA. Foram analisados todos os dados reportados entre janeiro de 2020 e março de 2021, e após a aplicação dos critérios de exclusão definidos foram consideradas 22 unidades, com um total de 5474 episódios.

Resultados: Verificou-se uma expansão do n.º de camas disponíveis na maioria das unidades de HD com um valor médio de 25%. No entanto, verificou-se uma diminuição do número de doentes tratados, estando essa diminuição focada em determinados grupos de hospitais (Grupo B e Grupo C). A mortalidade apresenta valores baixos, estando a média

entre 1,5% e 1,9%, dependendo do período em análise, porém é possível encontrar valores muito acima destes parâmetros. O mesmo ocorre para os indicadores de demora média e custos diretos, onde existem algumas unidades com valores muito diferenciados, tanto acima como abaixo do valor médio.

Conclusão: Nos indicadores analisados foram encontradas diferenças que merecem uma discussão profunda de forma a perceber os motivos que lhes deram origem. Porém, o conjunto de informação condensado e disponibilizado pelas unidades de HD ainda é parco, havendo uma falta de indicadores diretamente relacionados com as características dos utentes, de forma a proporcionar o ajustamento pelo risco e assim projetar ações de melhoria contínua.

PO 51

HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA: DADOS ASSISTENCIAIS DA PRIMEIRA UNIDADE PRIVADA EM PORTUGAL

Pedro Correia Azevedo¹; Cátia Rei¹;
Joana Malho Rodrigues¹; Rui Grande¹;
Hernando Campos¹; Maria Ferreira de Moraes¹;
Mário Ferreira¹; Diana Cavaco¹; Vânia Marques¹;
Ana Isabel Vicente¹; Maria João Nascimento¹;
Ricardo Santos¹; Paula Andrez¹; Ana Cachopo¹;
Liliana Sousa¹; Cátia Pires¹; Nuno Morais¹;
Romina Quinteiro¹; Marta Barbosa⁽¹⁾; Carina Cruz¹;
Rhaisa Santos¹; Jorge Chumbo¹; Sofia Pinto¹;
Marta Henriques¹; Joana Libório¹; Rita Monteiro¹;
João Batista¹; Sílvia Bernardo¹; Bruno Silvestre¹;
Sandra Martins¹; Rodrigo Batista¹;
Ana Margarida Freitas²; Rita Oliveira¹;
Natacha Freire¹; Natacha Nunes¹; Mariana Saraiva¹;
Paula Brito e Silva¹

¹Hospital CUF Infante Santo ²Hospital Cuf Descobertas

Objetivo: Descrever a atividade assistencial de uma Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) generalista do sistema de saúde privado português.

Método: Análise retrospectiva dos internamentos domiciliários durante os primeiros 20 meses de atividade.

Resultados: Verificaram-se 213 internamentos, 47,9% do género feminino e 77,9 anos de idade média (mínimo 22; máximo 100). A demora média foi de 11 dias (mínimo 1; máximo 71) e a maioria dos doentes provieram de consultas domiciliárias (31,9%) e do atendimento permanente (23,5%). Em 60,6% dos doentes verificou-se algum grau de dependência. Destacou-se a pluripatologia, a polifarmácia e complexidade crescente dos doentes admitidos (MEWS médio 1,76; índice de Charlson médio 7). O diagnóstico mais frequente foi infeção urinária a microorganismos problema e/ou complicada. Em 88,3% dos doentes houve necessidade de terapêutica antimicrobiana domiciliária endovenosa. A comorbilidade mais frequente foi a hipertensão arterial (60,6%). Registaram-se poucas intercorrências ao longo do internamento (0 infeções nosocomiais, 1 úlcera de pressão e 3 quedas minor) e em 6 casos (2,8%) houve necessidade de retorno ao hospital por agravamento clínico. Verificaram-se 31 óbitos (14,6%), todos em doentes com complexidade elevada (índice de Charlson médio 9,9). Na alta, a maioria dos doentes foi referenciado para consulta de seguimento, encontrando-se bem aos 30 dias após a alta.

Conclusões: Este modelo de internamento tem tido a capacidade de integrar um conjunto vasto de diagnósticos, com elevada satisfação para os doentes e a equipa. Existe um claro potencial de crescimento que já se encontra a ser explorado. Com vista ao aumento do número de referenciações temos vindo a realizar iniciativas de divulgação interna e uma estreita colaboração com as equipas do atendimento permanente e do internamento. A aposta em modelos de telemonitorização

poderá permitir a expansão da capacidade de internamento.

PO 52

PROGRAMA DE REABILITAÇÃO EM CONTEXTO DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Claudia Costa¹; Nuno Martins¹; Marco Peixoto¹; Helena Santos¹

¹Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: A pessoa doente durante um internamento vai tendo inúmeras necessidades de reabilitação para manutenção e recuperação das suas capacidades e funcionalidades. Uma das características do internamento em regime de hospitalização domiciliária, é permitir que os doentes obtenham o mesmo tipo de cuidados que teriam no internamento convencional. Com o crescente aumento de doentes, tornou-se evidente a necessidade de dedicar tempo exclusivo para prestar os cuidados de reabilitação aos doentes.

É em casa do doente que melhor se avaliam as suas necessidades, uma vez que podemos adaptar o plano de reabilitação à realidade de cada um. Este processo facilita a capacitação do doente/cuidador/familiar, pois viabiliza o ensinar/instruir/treinar no seu ambiente, motivando-os para uma adequada continuidade de cuidados.

Objetivos: Descrever a atividade de um Programa de Reabilitação em regime de Hospitalização Domiciliária (HD).

Metodologia: Análise estatística dos dados relativos ao período de Janeiro/Dezembro de 2021.

Resultados: Total de doentes inseridos no programa de reabilitação, número de sessões realizadas, áreas de intervenção nas sessões e tempo médio por sessão dedicado ao doente.

Conclusão: No internamento em casa o papel do enfermeiro de reabilitação é fundamental

para que se consiga atingir o objetivo do tratamento global do doente. Um programa de reabilitação em casa: facilita a avaliação e intervenção no verdadeiro ambiente da pessoa; permite identificar barreiras; facilita a compreensão e a transposição de orientações feitas durante a reabilitação para a vida prática do dia-a-dia; realça a importância da integração do cuidador no processo de reabilitação.

PO 55

AQUI SEI QUEM SOU....

Sofia Fontes Ribeiro¹; Marina Delgado¹; João Araújo Correia¹

¹Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: A Hospitalização Domiciliária (HD) materializa, por via da ação coordenada de uma equipa interdisciplinar, um elevado desempenho médico e biopsicossocial. A literatura evidencia que as intervenções educativas mistas são mais eficazes quando promovem medidas de tratamento, prevenção e reabilitação, envolvendo o doente e a família e aumentando a autonomia e a qualidade de vida. É importante educar e formar os cuidadores para a saúde, promovendo boas práticas de cuidados e apostando na redução de iatrogenese por despersonalização.

Resultados/Discussão: O trabalho realizado tem sido reconhecido, com um grau de satisfação global de 99% dos utilizadores. No internamento clássico há uma tendência para uniformizar de cuidados. Há um sentimento generalizado de “nudez”, e como me dizia uma doente de 102 anos, “aqui sei quem sou... lá tiraram-me os óculos, a roupa... meu, só tinha o nome...”

É preocupação da equipa promover a educação para a saúde, envolvendo a família, mas respeitando a individualidade. O grau de literacia para a saúde é ainda reduzido, exigin-

do um esforço acrescido na transmissão da informação e na aquisição de competências pelos cuidadores/doentes. Isto reflete-se nos questionários, que classificam a informação transmitida na admissão como “excelente” em 76% dos casos, valor que sobe para 86% quando referido à informação prestada diariamente.

Avaliando a situação laboral e habilitações literárias dos doentes verifica-se que 58% são reformados e 16% são trabalhadores; 21% têm ensino superior e 61% têm até ao 6º ano de escolaridade. Quanto aos cuidadores, apenas 34% estão reformados e 36% estão empregados; 30% têm pelo menos o ensino superior e 29% até ao 4ª ano de escolaridade. Verifica-se uma menor representação da população em idade laboral e com menor diferenciação académica, alguns dos quais pela dificuldade financeira em interromper a sua atividade para prestar cuidados.

Conclusão: É importante criar condições que facilitem o internamento da classe média trabalhadora. A HD faz-nos refletir na importância de devolver o doente à família precocemente, mas também devolver ao Hospital uma maior humanização e personalização de cuidados. É importante auditar o impacto do cuidado personalizado no bem-estar e no prognóstico para que no futuro possam ser iniciados estes cuidados ainda dentro do hospital.

PO 56

CARACTERIZAÇÃO DE UMA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA NOS ÚLTIMOS 6 ANOS

Madalena Faria Paulino¹; Elvis Arias Guevara²; Mufulama Cadete²; Cláudia Viegas²; Vitória Cunha²; Ana Gomes²; Conceição Escarigo²; Pedro Beirão²; Jeanette Silva²; Marta Soares²; Fernando Palhim²; Raquel Espanadeira²; Rui Saramago²; Alexandra Dias²; Ana Emídio²; Ricardo Martins²; Úrsula Barradas²; Francisca Delerue²

¹Hospital de Vila Franca de Xira ²Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: A Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD), consiste numa modalidade de assistência clínica, que pretende centrar no doente e no seu ambiente psicossocial, cuidados de exigência hospitalar de carácter transitório em doentes com patologia aguda e/ou crónica agudizada. Permite assim, integrar a prestação de cuidados hospitalares de forma segura e eficiente, mantendo o conforto do domicílio e preservar a autonomia e as rotinas essenciais para o seu bem-estar.

Objetivo: Análise descritiva da atividade assistencial médica nos primeiros 6 anos de uma Unidade de Hospitalização Domiciliária em Portugal.

Métodos: Análise descritiva e retrospectiva dos dados dos doentes da UHD desde novembro de 2015 até dezembro 2021.

Resultados: Foram avaliados 5 278 doentes, destes 2 840 foram admitidos na UHD e 2 522 doentes tiveram alta. O número total de dias de internamento foi de 28 364, com uma demora média de internamento de 10,56 dias. Ao longo deste período foram registados 384 chamadas de prevenção e asseguradas no total 3 542 transportes. A taxa de mortalidade cifrou-se em 2,22% e o retorno ao hospital nos 6 anos foi de 10,6%. Os diagnósticos

principais que levaram ao internamento, foram maioritariamente de cariz infeccioso destacando-se as infeções respiratórias, as infeções do trato urinário, infeções osteoarticulares e de tecidos moles. Do ponto de vista não infeccioso, destaca-se para a prevalência da insuficiência cardíaca descompensada. No que diz respeito ao grau de satisfação, nos utentes foi de 93,9% em comparação com 90,85% nos familiares/cuidadores.

Discussão: A modalidade de hospitalização domiciliária vem fornecer uma alternativa viável, segura e eficaz na gestão de doentes com necessidades de cuidados hospitalares, nomeadamente antibioterapia endovenosa e oxigenoterapia. Para além das vantagens supracitadas, fornece ao doente e respectivos cuidados o empoderamento na gestão das diferentes condições clínicas, num ambiente mais ajustado ao seu bem-estar.

PO 58

O PAPEL DA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA NUMA APRESENTAÇÃO INCOMUM DE DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

Inês Marques Ferreira¹; Sónia Chan¹;
Inês Ferreira¹; Isabel Rodrigues Neves¹;
Susana Sousa¹; Célia Cruz¹; Ana Marçal;
Sofia Fontes Ribeiro¹

¹Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Resumo: A doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória intestinal (DII) que habitualmente cursa com sintomas gastrointestinais e sistémicos. Relatamos um caso de DC com apresentação extraintestinal grave ab initio, cuja gestão na Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) constituiu um desafio, realçando o papel da equipa na adaptação do doente e da família à doença.

Caso clínico: Homem, 39 anos, fumador, índice

de massa corporal de 19Kg/m², sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo e serologia para HIV negativa. Admitido no hospital por abscessos hepáticos, com isolamento de *Streptococcus intermedius* nas hemoculturas e pús. Na tomografia computadorizada (TC) identificados sinais de ileíte terminal, levantando a suspeita de DII como porta de entrada.

Admitido na UHD para antibioterapia prolongada (ceftriaxona) e continuação do estudo. Calprotectina elevada e anticorpos anti-*Saccharomyces cerviciae* positivos, com restante estudo serológico e imunológico negativos e síndrome malabsortivo (anemia, défice de ácido fólico e vitamina D). Enterotc com espessamento parietal segmentar difuso do íleo distal e terminal, com áreas de substenose luminal, altamente sugestivo de DC, bem como, com sinais de sacro-iliíte bilateral. Colonoscopia com válvula ileocecal ulcerada, congestiva e intransponível, sendo a histologia inconclusiva.

Assumida DC provável, com manifestação extraintestinal grave e atividade moderada da doença de Crohn *Disease Activity Index* 247 pontos. Após discussão com Gastrenterologia iniciou nutrição entérica exclusiva como tentativa de indução da remissão, até resolução do quadro infeccioso. Iniciado também tratamento de cessação tabágica, com boa adesão. Após resolução da infeção, iniciou ustecinumab em consulta, com recuperação do peso (IMC 22 kg/m²) e remissão clínica.

Conclusão: A apresentação de DC com abscesso hepático é rara, sendo o diagnóstico desafiante. A presença de infeção grave ativa impossibilitou a introdução de imunossuppressores, levando à necessidade de alteração total dos hábitos alimentares do doente e mudança do estilo de vida de toda a família. O papel da equipa da UHD e dos seus cuidados de proximidade foi vital na adaptação ao diagnóstico

e no cumprimento terapêutico, melhorando indubitavelmente o prognóstico do doente.

PO 59

HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA CIRÚRGICA: UM CAMINHO PARA A SAÚDE

Guida Liliane Lopes¹; Luísa Luz¹; Pedro Gameiro¹; Andreia Paulos¹; Inês Esteves¹; Filipa Caldeira¹; Ana Gil¹; Cláudia Vieira¹; Odete Santos¹; Susana Capela¹

¹Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

Introdução: A Hospitalização Domiciliária Cirúrgica (HDC) é um sinal da modernização do Serviço Nacional de Saúde (SNS), que coloca o doente no centro do sistema de saúde, promove a integração de cuidados na resposta às necessidades do doente ao longo do seu percurso de vida e saúde, e promove a redução de custos associados à prestação de cuidados de saúde.

Objetivo: Caracterizar o perfil de doentes que tiveram acesso à hospitalização domiciliária cirúrgica.

Metodologia: Estudo observacional e retrospectivo dos dados de produção assistencial da Unidade de Hospitalização Domiciliária da Área Cirúrgica (UHDAC).

Resultados: No período de dois anos e quatro meses, tiveram acesso à hospitalização domiciliária cirúrgica, 470 doentes, na sua maioria provenientes da cirurgia geral (internamento e consulta). O acesso à hospitalização domiciliária cirúrgica permitiu ao doente aceder à antibioterapia endovenosa na sua casa, à alta precoce do internamento cirúrgico, ao seu acompanhamento permanente na transição do internamento para o domicílio, à promoção da literacia em saúde e do seu potencial máximo no pós-cirúrgico, e apoio contínuo ao cuidador informal.

Conclusão: A promoção da literacia em saúde

do doente e cuidador informal e à sua capacitação é um desafio para o SNS. O profissional de saúde encontra-se num local privilegiado para promover a literacia em saúde e capacitar o doente – a sua casa. A missão é conseguir maximizar o potencial do doente e seus cuidadores neste regresso a casa após a cirurgia, assegurando a qualidade e segurança dos cuidados, com recursos à utilização da tecnologia e inovação, e da promoção da eficiência e sustentabilidade do SNS.

PO 60

INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA NUMA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Ana Teixeira¹; Maria Inês Fernandes¹; Catarina Dias¹; Paula Campos¹

¹Centro Hospitalar e Universitário do Algarve

Objetivos: A Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) do nosso Hospital teve início em maio 2021, com capacidade para cinco doentes. É constituída por uma equipa interdisciplinar onde o farmacêutico contribui para a identificação, avaliação e resolução dos problemas relacionados com medicamentos (PRM), além de proporcionar informação, que contribui para a educação e promoção da saúde.

Este estudo teve como objetivo analisar as intervenções farmacêuticas, a taxa de aceitação das mesmas por parte da equipa médica e detetar pontos a melhorar.

Métodos: Foi realizado um estudo prospectivo transversal entre janeiro e março de 2022. Procedeu-se ao registo e classificação dos PRM, das intervenções farmacêuticas e da aceitabilidade pelo médico.

Resultado: Foram admitidos 39 doentes na UHD, com idade média de 66 anos, dos quais 20 doentes tiveram proveniência de serviços de Medicina Interna. Os PRM mais frequen-

tes foram: duração tratamento incorreto (7 intervenções), medicamento desnecessário (5 intervenções), frequência/horário de administração incorreto (3 intervenções). Das 29 intervenções farmacêuticas realizadas, 19 foram aceites, 4 não foram aceite mas com justificação, 3 não aceite e sem justificação e 3 aceite com alterações.

Conclusões: O número reduzido de intervenções farmacêuticas pode dever-se ao facto da maioria dos doentes terem proveniência em serviços de Medicina Interna cuja terapêutica é previamente sujeita a validação farmacêutica. Por outro lado, as intervenções que contribuíram para a recusa de admissão de doentes por critérios clínicos não foram contabilizadas.

Os dados obtidos foram registados manualmente com todas as limitações inerentes.

As reuniões interdisciplinares parecem contribuir para definir ações de melhoria nas metodologias de trabalho.

O aumento de doentes previstos a tratar na UHD, a sua complexidade farmacoterapêutica, a individualização na validação, preparação e dispensa, bem como o número de intervenções realizadas, justificam a dedicação de um farmacêutico a tempo parcial/total nesta unidade.

PO 61

CUIDADOS PALIATIVOS EM HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Fernando Luis Mendonça Palhim¹; J. Silva¹; R. Saramago¹; R. Espadaneira¹; A. Emidio¹; I. Costa¹; U. Barradas¹; R. Martins¹; M. Soares¹; C. Guerreiro¹; G. Martins¹; F. Delerue¹; V. Cunha¹; C. Viegas¹; E. Guevara¹; M. Cadete¹; C. Escarigo¹; A. Gomes¹; P. Beirão¹; S. Pereira¹; A. Nunes¹; S. Ramalho¹; A. Simões¹; C. Barca¹; M. Brito¹

¹Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: A Hospitalização Domiciliária (HD) e surge como um novo conceito de internamento em Portugal nos finais do ano de 2015.

Foi criada para dar resposta ao envelhecimento da população e ao aumento da procura de cuidados de saúde, particularmente do âmbito da doença aguda.

Na regulamentação da HD, e em linha com a norma Nº 20/2018 Hospitalização domiciliária em idade adulta, que prevê no seu ponto 6 alínea d, “resposta a pessoas com doença incurável, avançada e progressiva...”. Sentiu-se necessidade de colmatar esta dificuldade de resposta efetiva ao doente paliativo, seja em situação terminal ou não.

Método: A unidade viu na alocação de elementos com formação avançada na área paliativa em setembro de 2021, a janela de oportunidade de crescimento da equipa e maior proximidade às estruturas paliativas hospitalares e da comunidade

Desenvolvimento: Para mensurar o impacto da atividade paliativa, a unidade monitorizou todos os casos de referências paliativas durante seis meses com início em outubro 2021 até março 2022. Neste período temporal foram elegíveis 21 internamentos em HD, sendo o serviço de hemato-oncologia o que mais referencia, a doença oncológica esmagadoramente como diagnóstico base mais comum e o controle de sintomas e a antibio-terapia EV são as atitudes mais presentes no plano a estes casos.

Na análise dos dados, podemos inferir uma demora média de 14,7 dias, 48% (10 pessoas) têm alta com orientação para unidades hospitalares ou da comunidade de suporte em cuidados paliativos, 38% (8 pessoas) morrem no domicílio e 14% (3 pessoas) retornaram ao Hospital.

Conclusão: O modelo de HD tem demonstrado potencial para incluir cada vez mais doentes, é pretensão nossa, que esta experiência possa contribuir para a expansão a outras UHDs do país.

É convicção da unidade que a análise destes seis meses, são preditores das capacidades da HD em dar resposta a todo o ponto 6 da norma Nº 20/2018 Hospitalização domiciliária, concorrendo para aquilo que foi a génese da HD em Portugal. Tendo consciência que indicadores como o tempo de demora média e taxa de mortalidade vão ser, mas, só em teoria, penalizadores para a unidade.

PO 62

A EFICÁCIA DA INTEGRAÇÃO DA OXIMETRIA CONTINUA NUMA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Ludmila Pierdevara¹; Alexandra Maria da Silva Ferreira¹; Humberto Ferreira¹; Maria Carlos Rodrigues¹; Paula Costa¹; Catarina D'O¹

¹ Centro Hospitalar Universitário Algarve- Hospital Portimão

A oximetria continua é uma ferramenta essencial para registar as oscilações da saturação periférica arterial do oxigénio. Este evento é característico em pessoas com instabilidade respiratória e patologias do sono, sendo que as interpretações clínicas baseiam-se maioritariamente no índice de dessaturação de oxigénio (IDO), dado representar um parâmetro que permite uma triagem e monitorização das diversas situações clínicas em contexto domiciliário.

Pretende-se demonstrar a efetividade da oximetria de pulso nos doentes respiratórios agudos e crónicos agudizados, internados numa Unidade Hospitalização Domiciliária.

Trata-se de um estudo de séries de casos com abordagem metodológica investigação ação. De 76 doentes internados entre 1 de setembro de 2021 a 15 de março de 2022, foram incluídos no contexto das programas de reabilitação funcional respiratória e motora, 24 doentes com doenças respiratórias agudas e crónicas agudizadas, e insuficiência

cardíaca. Após aplicação da escala Epworth foram alvo de oximetria continua 15 doentes, amostra selecionada por conveniência.

A média de idade da amostra foi de $69 \pm 6,4$ anos, sendo 60% de género feminino. Dois doentes não apresentavam nenhuma co-morbilidade e os restantes tinham pelo menos uma. A cardiopatia isquémica era presente em 47% e 27% apresentavam re-internamentos no último ano. Dos 10 casos em que o tempo de monitorização foi superior a 16 horas, verificou-se que 8 pessoas apresentaram um IDO inferior a 88%, com destaque no período noturno. O número de episódios de dessaturações variou de 7,4 a 58,3 eventos por hora. Cada evento de dessaturação foi definido como uma queda de 4% na saturação de oxigénio basal durante um período mínimo de 10 segundos.

A oximetria continua em contexto da hospitalização domiciliária permitiu-nos identificar pessoas com potencial de existência da patologia respiratória/sono, ajuste dos débitos de oxigenoterapia e encaminhamento para consultas de pneumologia (4) e estudos de sono (6).

Na senda da qualidade dos cuidados, a introdução de novos dispositivos de avaliação e monitorização da pessoa internada em HD, proporcionou-nos uma franca melhoria dos cuidados assistenciais e no seu reencaminhamento com a vista de diminuir as agudizações.

PO 63

DESAFIOS DA ANTIBIOTERAPIA EM HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Joana Serôdio¹; Juliana Sá¹; Sérgio Lima¹; Tiago Almeida¹; Sónia Chan¹; Sofia Ribeiro¹

¹Hospital Santo António

Introdução: A patologia infecciosa predomina no internamento da Hospitalização Domiciliária (HD), correspondendo a 86% das nossas

admissões. A equipa procura um uso adequado dos antibióticos e está atenta às suas complicações que, no domicílio, podem constituir verdadeiros desafios. Apresentam-se dois casos de complicações raras.

Caso 1: Homem de 67 anos com pé diabético neuroisquémico infetado com osteomielite por *Enterococcus faecalis* MS e *Proteus mirabilis*. Ao 28º dia de piperacilina-tazobactam inicia elevação de marcadores inflamatórios, citólise hepática e eosinofilia crescentes e, três dias depois, rash cutâneo com pápulas eritematopurpúricas dos membros inferiores e eritema confluyente pelo restante tegumento cutâneo, além de adenomegalias axilares. Após exclusão de outras causas, assumido DRESS associado à antibioterapia tendo iniciado anti-histamínico e corticóide sistémico com melhoria progressiva.

Caso 2: Homem de 88 anos, com diabetes mellitus e perturbação obsessivo-compulsiva controlada. Internado em HD por pielonefrite aguda nosocomial, por *Proteus mirabilis* MS em D5 de ceftriaxone. Imediatamente após a primeira toma de ceftriaxone no domicílio desenvolve perda de consciência, hipotensão arterial e dessaturação, seguido de rash pruriginoso no tronco e membros superiores e edema labial. Assumida reação anafilática, iniciou de imediato soro fisiológico, oxigenioterapia e, logo que possível, anti-histamínico e corticóide, com recuperação. Posteriormente, desenvolveu surto de heteroagressividade, recusando cuidados, comportamento não presenciado previamente. Acabou por ser transferido para o hospital para vigilância.

Discussão: A síndrome de DRESS é uma reação de hipersensibilidade, rara, de difícil diagnóstico, com um risco < 1% associado a piperacilina-tazobactam. O ceftriaxone é de uso hospitalar frequente, associado a um risco de anafilaxia < 0.1%, podendo ocorrer

mesmo após exposição prévia.

O tratamento de quadros infecciosos em regime de HD pressupõe um risco de complicações equivalente à enfermaria clássica, mas presentes num ambiente substancialmente menos controlado. A sua deteção e orientação céleres são essenciais e, por vezes, um verdadeiro desafio em meio domiciliário.

PO 65

CUIDADOS DE SAÚDE DE PROXIMIDADE INTEGRADOS

Rui Miguel Roberto Carvalho Grande¹; Cátia Rei¹; Diana Cavaco¹; Cátia Pires¹; Ana Cachopo¹; Paula Andrez¹; Bruno Silvestre¹; Carina Cruz¹; Rhaisa Santos¹; Sílvia Bernardo¹; Sofia Pinto¹; Marta Barbosa¹; Marta Henriques¹; Joana Libório¹; João Batista¹; Jorge Chumbo¹; Rita Monteiro¹; Nuno Morais¹; Romina Quinteiro¹; Liliana Sousa¹; Ricardo Santos¹; Maria João Nascimento¹; Ana Isabel Vicente¹; Vânia Marques¹; Sandra Martins¹; Rodrigo Batista¹; Mário Ferreira¹; Maria Ferreira de Moraes¹; Hernando Campos¹; Joana Malho Rodrigues¹; Pedro Correia Azevedo¹
¹Hospital CUF Infante Santo

Objectivos: Descrever a integração dos Cuidados de Saúde de Proximidade de um hospital de média dimensão – Hospitalização Domiciliária (HD) e Cuidados Domiciliários (CD).

Método e resultados: A ocorrência de uma doença confronta o indivíduo com a sua própria fragilidade e impacto das suas consequências no próprio projeto de vida. A integração de HD e CD no nosso hospital é uma mais valia na resposta em saúde com circuitos próprios. Os CD incluem consultas médicas, serviços de enfermagem, fisioterapia, auxiliar, entre outros, num plano individual de cuidados (PIC), focado na pessoa e realizado no seu domicílio. Existe uma integração total com os serviços do hospital. Quando é detectada uma agudização com critérios de internamento, o

doente pode ser directamente referenciado à equipa de HD que se responsabiliza pela gestão clínica do doente na fase aguda. Após a alta ocorre a redefinição do PIC podendo manter seguimento com os CD. De outro prisma, um doente internado em HD sem relação prévia com os CD, pode integrar respostas de CD, nomeadamente, cuidador formal 24h/dia, reabilitação, terapia da fala, acrescentando valor no cuidado do doente.

Conclusões: A domiciliação de cuidados assume-se como uma estratégia fundamental da nossa instituição no tratamento dos doentes, sem prejuízo da segurança e eficácia, com aumento de níveis de satisfação do cliente com a prestação de cuidados, garantia de acessibilidade e maior controlo de custos. Esta é uma das nossas apostas em *Value-Based Healthcare*.

PO 66

A POLIVALÊNCIA DA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA E A VISÃO HOLÍSTICA DA MEDICINA INTERNA

Miguel Coelho¹; Yahia Abuowda¹; Ilda Veiga¹; Nélia Oliveira¹; Tânia Garrido¹; Sónia Malaca¹; Marta Delgado¹; Mara Nunes¹; Adelaide Figueiredo¹
¹HD Santarém

Introdução: A Hospitalização Domiciliária (HD) garante cuidados de nível hospitalar no domicílio, contribuí para maior conforto do doente e diminuí o risco de infeções nosocomiais e respetivos custos. A equipa nuclear é constituída por um médico internista e enfermeiros com competências em diversas áreas.

Objetivos: Caracterizar e comparar a proveniência dos doentes da UHD, nos anos 2020 e 2021 e respetivos diagnósticos.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos doentes da UHD nos anos de 2020 e 2021. Apresenta-se a casuística da proveniência e os diagnósticos mais frequentes.

Resultados: Os dados serão apresentados por ano e por ordem decrescente, dando ênfase à sua proveniência e diagnóstico mais frequente.

Em 2020, foram admitidos 109 doentes: Medicina interna (MI) (n = 47), Infecção do trato urinário (ITU) (n = 25); Urologia (n = 16), ITU (n = 9); Urgência (n = 15), ITU (n = 8); Cirurgia Geral (CG) (n = 5), diverticulite aguda (n = 2); Cardiologia (n = 4), endocardite (n = 2); Otorrinolaringologia (ORL) (n = 4), Otomastoidite (n = 2); Dermatologia (n = 3), erisipela (n = 3); Cuidados de saúde primários (CSP) (n = 2); Cirurgia Vasculuar (CV) (n = 2); Ortopedia (n = 1); Unidade Cuidados Intensivos (UCI) (n = 1); Consulta externa (n = 1)

Em 2021, estiveram internados 184 doentes: MI (n = 94), ITU (n = 22); CG (n = 13), infecção de ferida cirúrgica (n = 2); CSP (n = 13), ITU (n = 10); Dermatologia (n = 11), erisipela (n = 9); ORL (n = 11), abscesso periamigdaliano (n = 4); Urgência (n = 9), ITU (n = 2); Cardiologia (n = 7), infecção da loca do CDI (n = 4); CV (n = 3), úlcera infetada (n = 3); Ortopedia (n = 3), status-pós osteossíntese (n = 2); Ginecologia-Obstetrícia (n = 2); Consulta externa (n = 2); UCI (n = 1); Pneumologia (n = 1)

Conclusões: Os dados refletem o impacto da HD na libertação de camas hospitalares e a importância da colaboração da HD, com os restantes serviços do hospital e os CSP.

Destaca-se um aumento significativo de referências dos CSP.

As patologias do foro infeccioso mantêm-se como os diagnósticos predominantes.

O grande leque de patologias nos doentes internados em HD, assim como a sua proveniência, demonstra o quão polivalente a HD é, reforçando a necessidade de uma visão holística da MI, assim como de um elevado número de competências da equipa de enfermagem.

PO 67

HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA – EVOLUÇÃO EM 2 ANOS

Miguel Coelho¹; Yahia Abuowda¹; Ilda Veiga¹;
Nélia Oliveira¹; Tânia Garrido¹; Sónia Malaca¹;
Marta Delgado¹; Mara Nunes¹; Adelaide Figueiredo¹
¹HDSantarém

Introdução: A Hospitalização Domiciliária (HD) é uma alternativa ao internamento convencional, sendo uma realidade em Portugal desde 2015, caracterizada por proporcionar cuidados de saúde de nível hospitalar em ambiente domiciliário. Neste Hospital, a HD existe desde 2019, admitindo voluntariamente doentes com critérios clínicos, sociais e geográficos.

Objetivos: Apresentar a análise da casuística do internamento em HD, comparando os dados dos anos de 2020 e 2021.

Material e métodos: Estudo retrospectivo dos doentes admitidos em HD no ano 2021 em comparação com o ano transato. Apresenta-se a comparação da casuística do internamento e do trabalho desenvolvido pela equipa.

Resultados: Em 2020, foram avaliados 304 doentes dos quais foram admitidos 109, com idade média de 64,2 anos. O motivo de internamento mais frequente foi infeção do trato urinário baixo (ITU baixo) (N = 37), seguido de infeção respiratórias (IR), pielonefrite e endocardite. A duração média de internamento foi 9,5 dias, sendo que 89,8% dos doentes tiveram alta e 9 necessitaram de retorno ao hospital. A mortalidade foi de 1,8%. Realizaram-se 1454 visitas domiciliárias, em média 121,1 visitas/mês, percorrendo 29774 Km.

Em 2021, foram avaliados 556 doentes dos quais foram admitidos 184, com idade média de 77 anos. O motivo de internamento mais frequente foi ITU baixo (N = 49), seguido de IR, pielonefrite e erisipela. A duração média de internamento foi 7,5 dias, sendo que 95,7% dos doentes tiveram alta e 8 necessitaram

de retorno ao hospital. A mortalidade foi de 0%. Realizaram-se 2118 visitas domiciliárias, em média de 176,5 visitas/mês, percorrendo 33569 Km. A unidade esteve encerrada aproximadamente 3 meses em ambos os anos.

Conclusões: Este modelo demonstra-se uma mais-valia para um número crescente de doentes, reduzindo a pressão nos hospitais, assim como gastos associados ao internamento e suas complicações. Da análise, destaca-se o aumento de procura desta unidade e prevalência das infeções urinárias como motivo de internamento mais frequente. Trata-se de um projeto em crescimento, em progressão para uma medicina mais personalizada e de qualidade para os doentes.

PO 68

CUIDADOS DOMICILIÁRIOS APÓS A ALTA DA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Diana Cavaco¹; Cátia Pires¹; Bruno Silvestre¹;
Carina Cruz¹; Rhaisa Santos¹; Sílvia Bernardo¹;
Sofia Pinto¹; Marta Barbosa¹; Marta Henriques¹;
Joana Libório¹; João Batista¹; Jorge Chumbo¹;
Rita Monteiro¹; Nuno Morais¹; Romina Quinteiro¹;
Liliana Sousa¹; Ricardo Santos¹;
Maria João Nascimento¹; Ana Isabel Vicente¹;
Vânia Marques¹; Mário Ferreira¹;
Maria Ferreira de Moraes¹; Hernando Campos¹;
Rui Grande¹; Joana Malho Rodrigues¹; Cátia Rei¹;
Pedro Correia Azevedo¹

¹Hospital CUF Infante Santo

Instituição: Unidade de Hospitalização Domiciliária da CUF - Hospital CUF Tejo

Objetivos: Descrever as potencialidades da integração da Hospitalização Domiciliária (HD) (tratamento agudo) com Cuidados Domiciliários (CD) (seguimento continuado/crónico).

Método: Estudo de caso.

Resultados: Os autores descrevem o caso de uma mulher, 81 anos, internada durante 13 dias em HD, com o diagnóstico de cistite

complicada a *E. coli* produtora de beta-lactamas de largo espectro (cumpriu terapêutica antimicrobiana domiciliária endovenosa). Tinha antecedentes de insuficiência cardíaca, doença renal crônica, hipertensão arterial e anemia multifatorial. Apresentava um índice de Barthel 55 à entrada e 75 na alta, com dificuldade na locomoção e incapacidade de realizar médios esforços. Para permitir o internamento em HD foi necessário contratar um cuidador formal de CD 24h/dia, dado não existir possibilidade do acompanhamento ser feito por familiares. Após a alta da HD manteve seguimento em CD com consultas médicas esporádicas, cuidador formal 24h/dia e visitas de enfermagem e fisioterapia 3 vezes por semana com progressivo ganho de autonomia. Quatro meses após a alta teve queda da própria altura, resultando uma ferida traumática extensa do terço inferior da perna esquerda – foi realizada durante os 3 meses seguintes foi realizado tratamento da ferida no domicílio mantendo sessões de fisioterapia. A evolução foi favorável com cicatrização completa da ferida e índice e Barthel 85 avaliado no final do tratamento.

Conclusões: Através da articulação HD e CD foi possível manter o tratamento e vigilância da doente no seu ambiente familiar, adaptando todos os cuidados às suas necessidades. Evidencia-se através da evolução clínica e de escalas de avaliação de dependência.

PO 69

PALIAÇÃO EM HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA – ARTICULAÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE

Joana Malho Rodrigues¹; Mário Ferreira²; Maria Ferreira Moraes²; Hernando Campos²; Bruno Silvestre²; Carina Cruz²; Rhaisa Santos²; Sílvia Bernardo²; Sofia Pinto²; Marta Barbosa²; Marta Henriques²; Joana Libório²; João Batista²; Jorge Chumbo²; Rita Monteiro²; Romina Quinteiro²; Cátia Pires²; Líliliana Sousa²; Ricardo Santos²; Maria João Nascimento²; Ana Isabel Vicente²; Vânia Marques²; Diana Cavaco²; Rui Grande²; Cátia Rei²; Pedro Correia Azevedo²

¹Outros ²Hospital CUF Infante Santo

Objetivos: Demonstrar a possibilidade de articulação no sistema de saúde (público e privado), tendo a Hospitalização Domiciliária (HD) um papel essencial na humanização de cuidados.

Método e resultados: Os autores relatam 2 casos clínicos. 1) Homem, 86 anos, natural do Brasil, dependente por AVC prévio, recorre ao hospital A do SNS sem HD, onde é diagnosticado com sépsis de ponto de partida abdominal com disfunção multiorgânica, iniciou piperacilina/tazobactamo. A pedido da família, o doente foi transferido para a HD do nosso hospital privado, tendo sido possível realizar terapêutica e apoiar o doente e família, privilegiando o conforto do doente. O doente veio a falecer junto da família, como era seu desejo, após 2 dias em HD. 2) Homem, 47 anos, autônomo, reside com a esposa e filho menor, com diagnóstico de colangiocarcinoma estadio IV 10 meses antes. Foi colocada prótese biliar e encontrava-se sob quimioterapia com aumento progressivo de bilirrubina. Foi internado no hospital B do SNS sem vagas de HD, com colangite e iniciou piperacilina/tazobactamo com melhoria, fez CPRE sem obstrução da prótese. Pela estabilidade clíni-

ca e desejo do doente em ir para o domicílio, não existindo vagas de HD no hospital B, foi articulada transferência para a HD do nosso hospital privado onde cumpriu terapêutica antibiótica, sintomática e foram realizados ensinos. O doente teve alta para a consulta de Oncologia habitual.

Conclusões: Estes casos ilustram a possibilidade de articulação no sistema de saúde, entre os hospitais do SNS e do nosso hospital privado, com a possibilidade de realização de gestão clínica de doentes complexos, nomeadamente com perfil paliativo.

PO 70

INTERVENÇÃO DE UMA EQUIPA DE ENFERMAGEM DE UMA UHD CONSTITUÍDA POR ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO

Paula Neves¹; Marta Morgado¹; Edgar Coelho¹; Emanuela Alves¹; Isabel Santos¹; Ana Simão¹; Ana Raquel Fernandes¹; Lilliana Pereira¹; Carina Santos¹; Sónia Coelho¹; Sónia Canadas¹; João Correia¹

¹Hosp Dr Sousa Martins

A equipa de Enfermagem da UHD do HSM da ULS-Guarda é constituída, na sua totalidade, por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, sendo assim, é possível incluir, bi-diariamente, no plano de cuidados de cada doente, intervenções na área de competência desta especialidade, sendo que a reeducação funcional respiratória e a reeducação funcional motora são as mais frequentes. Além destes campos de ação, a equipa teve a possibilidade de atuar na reeducação cognitiva, reeducação da deglutição e ainda prestar cuidados especializados em pessoas com alterações da eliminação vesical e intestinal.

Num universo de 104 internados nesta UHD até ao final de março de 2022, houve um total de 36 com plano de cuidados de Enfer-

magem de Reabilitação instituído. Na globalidade, foram realizadas 1065 sessões com implementação de cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação, com uma média de 29,58 sessões por utente e desvio padrão de 24,55 sessões. Quanto às escalas de avaliação utilizadas pela equipa, no geral, é perceptível uma evolução positiva na comparação do momento da admissão com o momento da alta. Na aplicação da Escala de Glasgow verificou-se na maioria dos utentes uma manutenção do mesmo nível, sendo que 5 tiveram uma melhoria de um a três pontos nesta escala e apenas um piorou (utente em situação paliativa). Na escala de Medida de Independência Funcional (MIF) verificou-se que 77,78% dos utentes apresentaram melhorias e apenas um utente apresentou um decréscimo (mesmo utente paliativo referido anteriormente). Por fim, na Escala de Dispneia do *Medical Research Center* Modificada, verificou-se que 65,62 dos utentes apresentou melhoria e apenas um piorou (caso paliativo). Ao longo de 10 meses de atividade foi possível verificar ganhos significativos na saúde e na qualidade de vida dos utentes desta UHD, através da aplicação de instrumentos de avaliação específicos, selecionados pela equipa de enfermagem.

Organização



Comissão Organizadora

Presidente: Francisca Delerue

Vitória Cunha

Conceição Escarigo

Pedro Correia Azevedo

Paula Lopes

Josiana Duarte

Patrocínio Científico



Major Sponsor



Sponsors

				
				
				

Secretariado

admedic⁺

paula.cordeiro@admedic.pt

