

Patient Blood Management: A mudança do modelo de governação - Projeto Piloto

Autores: Dialina Brilhante¹, Jorge Félix², António Robalo Nunes³

- 1- Diretora do Serviço de Imunohemoterapia do IPOLFG
- 2- Diretor Exigo Consultores
- 3- Diretor do Serviço de Imunohemoterapia do HFAR-Pólo de Lisboa

Conceitos gerais (introdução)

Desde há cerca de 3 décadas que se tem produzido evidência que associa a transfusão de componentes sanguíneos, no amplo espectro clínico da sua utilização, a um incremento global do risco de morbilidade e mortalidade. A conceptualização atual aponta no sentido de, apesar do seu incontornável papel no contexto dos cuidados de saúde, a transfusão constituir uma terapêutica com um perfil de risco biológico, custos associados e disponibilidade condicionada, que justifica a adoção concertada de estratégias conducentes à sua minimização. Importa enfatizar que ao transfundir um componente sanguíneo, se introduz um fator suscetível de se associar de forma independente a uma evolução desfavorável para o doente e com custos significativos. Daí a importância das estratégias transfusionais restritivas, as quais, na prática, significam transfundir menos sem que tal induza risco ao doente. A implementação de programas conducentes à utilização racional do sangue traduz-se num ganho assistencial pela diminuição dos riscos associados à transfusão e, por outro lado, a utilização de alternativas poder-se-á traduzir numa redução significativa dos custos.

É neste âmbito que se enquadra o conceito de *Patient Blood Management (PBM)*, que sendo de difícil tradução, se refere à valorização do sangue enquanto recurso único, e passa pelo princípio de abordagem individual no plano do doente e multidisciplinar no plano institucional. Não deve ser entendido com o objetivo estrito de poupar de sangue (embora possa resultar nisso pela referência a boas práticas), mas sim como um instrumento visando otimizar a prestação de cuidados ao doente. A atual visibilidade dos programas de *Patient Blood Management* resulta em grande parte da publicação recente de recomendações internacionais, nomeadamente emitidas pela Comissão Europeia.

Para além da sua extensão atual a áreas clínicas menos habituais, o *PBM* assume um papel mais estruturado no período peri-operatório, tendo em conta que mais de metade das transfusões ocorrem neste contexto. A sua implementação operacional, dependente da

articulação das diferentes especialidades cirúrgicas, da Anestesiologia, Cuidados Intensivos e da Imunohemoterapia bem como por outros profissionais que reflitam a matriz institucional, é classicamente baseada em 3 pilares:

Pilar 1 Período pré-operatório	Pilar 2 Período intra-operatório	Pilar 3 Período pós-operatório
<p>Deteção precoce e correção da anemia</p> <p>Avaliação e correção de alterações da coagulação</p> <p>Avaliação de medicação em curso e seu eventual impacto no risco hemorrágico</p> <p>Estabelecimento de plano transfusional individualizado</p>	<p>Hemostase meticulosa</p> <p>Técnicas anestésicas / cirúrgicas com menores perdas hemorrágicas</p> <p>Monitorização de necessidade transfusional tendo em conta os valores hematológicos e perfil de co-morbilidades (lógica restritiva)</p>	<p>Enquadramento clínico-laboratorial do risco de transfundir, <i>versus</i> risco de não transfundir</p> <p>Minimização de perdas hemorrágicas e de colheitas laboratoriais</p> <p>Utilização de agentes hematínicos para promoção de reabilitação hematológica.</p>

A Organização Mundial de Saúde (OMS), reconhece a importância dos programas de *PBM* e promove uma aproximação sistemática, recomendando aos estados-membro:

- O estabelecimento, implementação e suporte deste tipo de programas
- O desenvolvimento de documentos orientadores
- Adoção das orientações constantes nos 3 pilares

Tendo em conta o carácter multidisciplinar deste tipo de programas, para além do envolvimento das diferentes valências e do papel central da Imunohemoterapia na sua articulação a nível institucional, é fulcral o envolvimento dos Conselhos de Administração. O objetivo a atingir é a melhoria de cuidados, aumento de segurança do doente e incremento de eficiência na utilização de recursos.

No entanto, apesar do clima de recomendação para a implementação de programas de *PBM*, reconhecem-se algumas dificuldades à sua concretização, as quais importa contrariar. A primeira é a compreensão e subvalorização da anemia no contexto peri-operatório. Depois, a inércia, resistência cultural à mudança, valorização indevida dos riscos transfusionais, pressão da agenda cirúrgica, receio sobre o custo-eficácia destes

programas, assimetrias de financiamento entre terapêuticas alternativas e transfusão e défice de sensibilização e formação.

***PBM* em Saúde Pública**

Em 2017, o Anemia Working Group Portugal promoveu um estudo com o objetivo de avaliar o impacto na saúde pública e nos custos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) relativos à implementação de um programa de *PBM* a nível nacional. Este estudo contemplou um modelo matemático de análise de decisão, o qual permitiu comparar dois cenários: “prática clínica atual” e “após implementação de *PBM*”.

Para a caracterização de cada um dos cenários, foram considerados indicadores destinados a avaliar a efetividade da intervenção, e implicações em termos de saúde pública, tais como, mortalidade intra-hospitalar, anos de vida ganhos e anos de vida ajustados pela incapacidade (*DALY*), indicadores de atividade assistencial e consumo de recursos de saúde, incluindo, duração do internamento, taxa de reinternamento a 30-dias, consultas e transfusões/consumo de sangue e impacto económico, decorrente da mortalidade intra-hospitalar prematura, internamento, reinternamento, utilização de medicamentos, transfusões/componentes do sangue e respetivos efeitos adversos.

A população considerada incluiu doentes assistidos nos hospitais do SNS nas seguintes áreas terapêuticas: cirurgia (ortopédica, cardíaca e urológica), hemorragia uterina anormal, gravidez, hemorragia gastrointestinal, oncologia, cardiologia, hemodiálise e doença inflamatória intestinal.

O modelo analítico foi parametrizado com dados específicos dos hospitais do SNS, gentilmente cedidos pela ACSS¹ e pelo IPST² e com dados provenientes de uma revisão sistemática da literatura, realizada com o objetivo de inferir sobre a efetividade da implementação de um *PBM* nacional. Adicionalmente, tanto o modelo como a informação de suporte foram validados e as lacunas de informação completadas por um painel de peritos de âmbito nacional.

Estimou-se que a implementação nacional de *PBM* possa abranger cerca de 384.700 indivíduos por ano, gerando uma redução de 57,3% na utilização de concentrado

¹ ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde

² IPST- Instituto Português do Sangue e da Transplantação

eritrocitário (CE) nesta população, e uma diminuição superior a 17 mil doentes transfundidos, redução de cerca de 177,4 mil dias de internamento (-8,4%), diminuição de 6.234 reinternamentos. Estimou-se também que a implementação do *PBM* aumentará a necessidade de consultas hospitalares em cerca de 14,5% (Tabela 1).

Tabela 1. Impacto do *PBM* na utilização de recurso da saúde, nos hospitais do SNS.

Indicador	Situação atual	Implementação <i>PBM</i>	Δ Absoluta	Δ Relativa
Unidades de CE transfundidas	113.892	48.678	-65.214	-57,26%
Doentes transfundidos	33.581	16.379	-17.202	-51,23%
Total de dias de internamento	2.105.324	1.927.874	-177.450	-8,43%
Número de reinternamentos	16.729	10.494	-6.234	-37,27%
Total de consultas hospitalares	2.045.828	2.341.405	+295.577	+14,45%

Em consequência da redução do número de doentes transfundidos, da redução da duração do internamento e da redução da taxa de reinternamento, durante 1 ano, poderão ser evitadas 594 mortes prematuras, representando um ganho de 1.481 anos de vida e uma redução de 3.660 *DALYs* em comparação com o cenário atual (Tabela 2).

Tabela 2. Impacto do *PBM* nos indicadores de saúde pública em Portugal.

Indicador	Situação atual	Implementação <i>PBM</i>	Δ Absoluta	Δ Relativa
Taxa de mortalidade intra-hospitalar (%)	4,01%	3,86%	-0,15%	-3,84%
Mortes intra-hospitalares	15.438	14.845	-594	-3,84%
Anos de vida perdidos	39.788	38.308	-1.481	-3,72%
<i>DALYs</i>	60.980	57.320	-3.660	-6,00%

É exetável que a implementação de *PBM* resulte num benefício económico anual de 67,7 milhões de euros (M€), o que corresponde a uma redução de 6,3% nos custos de tratamento desta população nos hospitais do SNS em relação ao cenário atual. A poupança ao nível dos custos de internamento e reinternamento é a mais relevante, representando 70,4 M€, seguindo-se a poupança com o sangue e transfusões (17,9 M€). No entanto, um programa de *PBM* implica uma gestão mais otimizada da situação clínica dos doentes,

estimando-se um aumento do número de consultas e maior consumo de medicamentos, que em conjunto poderá ascender a uma despesa adicional de 24,1 M€ (Figura 1).

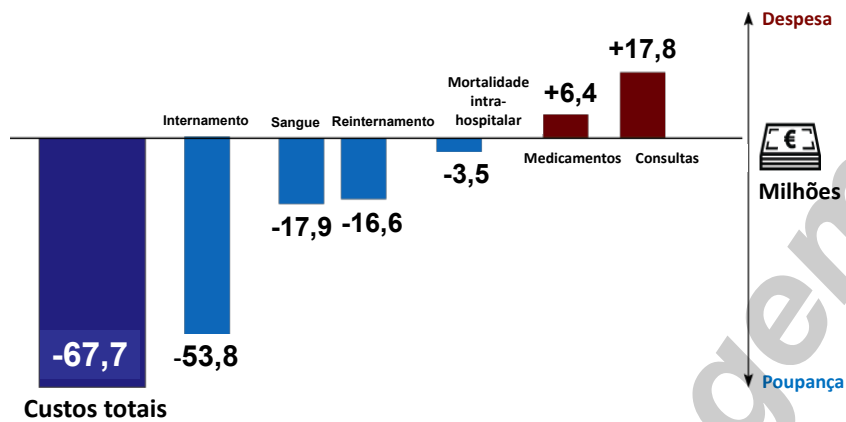


Figura 1. Impacto do *PBM* nos custos dos hospitais do SNS.

Este estudo demonstrou que a implementação de um *PBM* nacional é uma aplicação eficiente dos recursos públicos com um valor económico equivalente a 3,8 Euros de diminuição da despesa do SNS por cada euro investido na implementação do *PBM*.

***PBM* num hospital**

A deficiência de ferro é a principal causa de deficit nutricional isolado no mundo e também em Portugal. Estima-se que 1 em cada 3 portugueses tem ferropénia, e 1 em cada 5 tem anemia, configurando assim esta situação uma prevalência de 20%, constituindo um problema de saúde publica. O conceito e estratégias de *PBM* envolvem várias abordagens e atores como já foi referido, mas neste contexto não é de estranhar a importância que assume no hospital a identificação da ferropénia, estudo da anemia e respetivo tratamento.

A deficiência de ferro está muitas vezes associada a fadiga, suscetibilidade a infeções e menor capacidade de trabalho e qualidade de vida e é a principal causa de anemia nos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento. Também, as co-morbilidades tanto do défice de ferro como da anemia com outras patologias têm sido associadas a um aumento do risco da morbilidade e mortalidade.

A transfusão de concentrado eritrocitário, embora podendo constituir uma alternativa terapêutica da anemia, não vai á raiz do problema, poderá ajudar numa situação particular como no caso de hemorragia aguda, mas não invalida a necessidade do estudo da sua etiologia e correção. E se é verdade que a transfusão pode salvar vidas, também é verdade que há evidência crescente dos potenciais riscos associados.

A abordagem do doente no seu todo, não só proporciona a correção da anemia como proporciona uma utilização racional das diferentes terapêuticas, incluindo o recurso à transfusão.

A publicação do despacho nº 3387/2018 (*Patient Blood Management PBM*), de 05 de Abril de 2018, constitui a afirmação e disponibilidade para viabilizar um programa que tem como objetivo final a otimização das condições do doente, ao assumir uma estratégia de *PBM*.

Perante um terreno de aplicação tão vasta, e com o intuito de proporcionar soluções, decidiu o grupo nomeado, iniciar a sua atuação na área dos doentes que irão ser submetidos a cirurgia programada, e nos quais está prevista a alocação de componentes sanguíneos como reserva operatória.

Vivemos um cenário relativamente favorável já que a DGS tem publicado e atualizado uma série de Normas de Orientação Clínica (NOC) que tem um papel adjuvante neste programa.

Definimos uma série de indicadores com a preocupação de serem exequíveis nos diferentes hospitais que integram este programa piloto, sejam de acesso fácil, com recolha idêntica nas diferentes instituições com o duplo objetivo de nos compararmos entre nós, de realçar a gestão de topo a sua utilidade e de monitorizar a evolução do programa.

Embora a comissão de acompanhamento seja essencialmente constituída por médicos Imunohemoterapeutas, é valorizada e realçada a importância do trabalho em equipa multidisciplinar e recomendada a participação das Comissões de Transfusão dos diferentes hospitais. Esta recomendação insere-se justamente na necessidade de enquadramento sistémico desta estratégia e ampliação de pressupostos já contemplados nas diferentes NOC relativas à correta utilização da terapêutica transfusional e diagnóstico e tratamento da ferropénia.

Também o facto de nela estar incluída um representante da ACSS e SPMS³ indicia como é valorizado a avaliação da pertinência desta estratégia, que caso se revele adequada, poderá ser alargada a nível nacional.

Foi publicada uma norma organizacional, Norma nº 11/2018 DGS, que entre outros dados recomenda um algoritmo de aplicação aos doentes submetidos a cirurgia programada e em que se prevê a utilização de componentes sanguíneos, bem como a identificação da ferropénia e seu tratamento, tanto no pré como no pós-operatório, que no fundo sistematiza o que já existe e foi adaptada das recomendações australianas que, nesta matéria, constituem uma vanguarda na sua aplicação hospitalar.

Teremos nos próximos meses de aplicação (o programa tem previsto um tempo de aplicação de aproximadamente 1 ano) de responder ao desafio de envolver os cuidados primários neste programa, uma vez que sem eles, ficará incompleto. O doente vem ao hospital realizar a sua cirurgia e terá alta para o ambulatório ou cuidados primários

O tempo de espera da cirurgia programada poderá constituir um tempo de preparação, para aqueles doentes que dele necessitem.

Também é uma oportunidade de desenvolver no SNS numa perspetiva inicialmente contemplada, mas pouco executada, a colaboração dos hospitais com os cuidados primários.

Também poderemos ter dados sobre um tempo nem sempre, valorizado, pela pressão dos números de execução que é o período pré e per operatório.

Do exposto poderemos concluir que este programa constitui uma excelente oportunidade de melhorar os resultados nos doentes, criar sinergias com os diferentes grupos profissionais envolvidos - médicos, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos e gestores - e quiçá ter dados que nos permitam investir no *mix* certo dos recursos.

Construir um *PBM* num hospital é uma oportunidade de identificar meios, resolver problemas e investir na segurança do doente.

¹ ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde

² IPST- Instituto Português do Sangue e da Transplantação

³ SPMS- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde