

12 AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

Qualquer cirurgião quer conhecer os resultados alcançados, mas a documentação exata está sujeita a uma série de dificuldades:

- **Casos inoperáveis.** Os especialistas variam nas suas estimativas em termos da percentagem que consideram inoperável desde o início, variando entre menos de 1% e cerca de 5%. Mesmo os cirurgiões experientes podem, por vezes, dar início a um caso e considerá-lo impossível de terminar. É evidente que, se estes fatores não forem incluídos numa determinada análise, a comparação entre os centros e os indivíduos não é válida.
- **Área de trabalho.** Qualquer pessoa que inicie a reparação de fístulas num novo local terá o benefício de um território virgem, com uma boa proporção de casos mais fáceis. À medida que as consultas ou o trabalho continuam, a percentagem de casos fáceis diminui drasticamente, com as novas reparações e os casos de incontinência de esforço a dominarem por completo o cenário. Além disso, depois de os cirurgiões se estabelecerem nas respetivas localidades, ser-lhes-ão encaminhados cada vez mais casos difíceis e casos falhados, enquanto os cirurgiões que foram treinados por eles tratam dos casos fáceis. Assim sendo, os resultados de um determinado cirurgião podem mudar com o tempo.
- **Acompanhamento incompleto.** É prática ideal efetuar um teste de coloração antes de remover um cateter para avaliar a taxa de encerramento. Se tal não for efetuado em todas as pacientes, pode ser realizado um teste de coloração apenas naquelas que ficam molhadas após a remoção do cateter, a fim de distinguir entre deiscência e esforço (depois de excluída a retenção urinária). Algumas deiscências tardias ocorrem depois de a paciente ter ido para casa e alguns casos de esforço acabam curados com o tempo. É necessário efetuar uma consulta de acompanhamento para ter a certeza do resultado, mas isto é muitas vezes difícil em zonas com poucos recursos.

Registo de resultados

Um passo fundamental para qualquer cirurgião, independentemente da sua experiência, consiste em registar separadamente os resultados de todos os novos casos e todas as novas reparações. Os casos que não são realizados por motivos de dificuldade ou impossibilidade ou que são reencaminhados para outro local também devem ser registados de forma diligente.

Registamos os dados das nossas pacientes em bases de dados no Excel. É necessário encontrar um equilíbrio entre a recolha de todos os dados apenas porque podem ter interesse no futuro e a falta de dados que serão úteis para uma análise prospetiva. Ao definir as perguntas, é importante ter respostas do tipo “sim” ou “não” ou dados numéricos, como acontece nas classificações de Goh e Waaldijk. O uso de termos meramente descritivos para a fístula de cada paciente não irá ajudar na análise dos resultados. No entanto, deve haver um espaço reservado para descrever a operação ou outras características invulgares, uma vez que cada paciente e cada fístula são únicos.

A avaliação dos resultados inclui muitas variáveis, pelo que é preciso ser específico nas definições:

- **Cura completa.** Para ser curada a 100%, a paciente deve ficar totalmente continente e ser capaz de ter filhos. Existem poucos estudos em matéria de fertilidade após a reparação de fistulas. Ao combinar os dados, verificou-se que apenas 20% das pacientes tiveram gravidezes bem-sucedidas após a reparação de uma fistula. A capacidade reprodutiva é reduzida, sendo as principais causas a amenorreia, a estenose vaginal (que leva à apareunia e/ou ao fecho da vagina ou do orifício cervical) e a incompetência cervical, uma vez que muitas pacientes têm o colo uterino danificado. Naturalmente, existem muitas pacientes que foram submetidas a uma histerectomia por cesariana na altura da ocorrência da fistula e que não foram informadas.
- **Cura aceitável.** Consiste em estar seca, sem perdas ao tossir ou ao fazer esforço, e em estar seca durante a noite, urinando normalmente.
- **Retenção urinária com incontinência por regurgitação,** em que a paciente está invariavelmente seca com autocateterismo.
- **Falha.** Trata-se de uma falha da reparação, confirmada pelo teste de coloração ou pela incontinência de esforço, que é tão grave que a paciente não sente qualquer melhoria em relação ao estado pré-operatório.
- **Incontinência de esforço e outra incontinência uretral.** Isto ocorre em graus variáveis e deve ser quantificado em termos descritivos, sendo que não é fácil proceder a uma avaliação objetiva num local com poucos recursos (consulte o Capítulo 9).

Os cirurgiões que trabalham em centros permanentes de tratamento de fístulas podem ser muito mais objetivos quanto aos seus resultados, uma vez que estão lá para verem eles próprios os resultados pós-operatórios iniciais ou, pelo menos, para os terem avaliados com precisão por pessoal experiente.

Em toda a África, muitas fístulas são reparadas por cirurgiões que se deslocam regularmente para colaborar com centros de tratamento de fístulas. Muitas vezes, têm de se ausentar na altura em que a paciente tem alta, pelo que têm de confiar em relatórios posteriores do restante pessoal, que, por várias razões, pode omitir um teste de coloração. Neste tipo de situações, um método prático de documentação consiste no seguinte:

- **Paciente curada.** A paciente foi observada, pelo menos, 3 meses após a operação e está completamente continente.
- **Paciente presumivelmente curada.** A paciente foi considerada pelos profissionais de saúde como estando seca aquando da alta e não regressou para acompanhamento.
- **Falha:**
 - A paciente ficou molhada no período pós-operatório, tendo sido confirmada a existência de uma deiscência através de um teste de coloração.
 - A paciente estava molhada no momento da alta, embora não se soubesse se tal se devia a uma deiscência ou uma incontinência de esforço. Alguns destes últimos casos podem melhorar e não regressam para efeitos de acompanhamento. De acordo com a nossa experiência, suspeitamos que a maioria das pacientes que ficam gravemente molhadas acabam por regressar. Assim, podemos decidir se são casos de esforço ou reparação falhada. Se estiverem molhadas no momento da alta, têm de ser incentivadas a regressar para um tratamento posterior. Sem isso, algumas pacientes podem pensar que não podem ser curadas e que nada mais pode ser feito por elas. Algumas procuram cuidados de saúde noutro local, não sendo possível efetuar o devido acompanhamento.

- **Incontinência de esforço.** A paciente tem um teste de coloração negativo, mas está claramente molhada. É necessário um acompanhamento mais aprofundado para decidir se o caso deve ser classificado como:
 - *Incontinência de esforço total.* A paciente sente que não está melhor e não consegue urinar de todo.
 - *Incontinência de esforço parcial.* A paciente pode estar seca por vezes, por exemplo, está seca quando dorme à noite e ao sentar-se, mas fica molhada ao andar ou ao levantar-se e tem perdas de urina espontâneas (Para um sistema de classificação simples, consulte o Capítulo 9 – Avaliação imediata).
- **Retenção urinária.** Por norma, estas pacientes ficam secas quando realizam o autocateterismo.
- Não será possível enquadrar facilmente alguns resultados nestas categorias, por exemplo, pacientes com estenoses que requerem dilatação.
- Salientamos a importância de realizar todos os esforços necessários para acompanhar as pacientes após a reparação. Para além de se inquirir sobre a continência, é necessário registar a existência de eventuais alterações na função menstrual, na função sexual e na integração social.

Taxas de mortalidade

A reparação de uma fístula implica uma cirurgia de grande envergadura, pelo que a existência de casos de morbilidade e mortalidade não é nenhuma surpresa. É possível esperar uma mortalidade na ordem de 1 em 500. A maioria destas mortes deve-se a problemas médicos não relacionados com a cirurgia. As causas específicas da cirurgia incluem acidentes anestésicos, intoxicação por água e embolia pulmonar. Ocasionalmente, ocorrem mortes para as quais não é possível dar uma explicação clara.

Até ao momento, Brian Hancock perdeu uma paciente devido a uma infeção torácica grave e eu perdi duas pacientes no período pós-operatório, uma devido a malária cerebral e outra devido a uma causa cardíaca suspeita.