



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências da Saúde

Episiotomia: Reflexão sobre a sua prática no Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.

Ana Patrícia Serra da Silva

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Medicina

(Ciclo de Estudos Integrado)

Orientadora: Doutora Nélia Pereira Rodrigues

Covilhã, Maio de 2018

“Look deep into nature,
and then you will understand everything better.”

Albert Einstein

Dedicatória

Aos meus pais,
por nunca deixarem de acreditar
e por serem a minha força para continuar a lutar.

Agradecimentos

Agradeço à minha orientadora, Dra. Nélia Pereira, por ter aceite participar neste projeto comigo, por toda a disponibilidade, exigência e dedicação.

Ao Centro Hospitalar Cova da Beira e em especial ao Departamento de Saúde da Criança e da Mulher, por permitirem a realização deste trabalho.

Agradeço profundamente aos meus pais por todo o apoio em todas as fazes da minha vida, por me incentivarem e pela presença constante. Por todo o amor, carinho e dedicação.

Aos meus avós, pela fé inabalável que têm em mim.

À minha família pelo afeto que nos une, por entenderem as ausências e por estarem presentes em todos os momentos importantes.

Às amigas de sempre, Inês Moreira, Inês Vasconcelos, Mariana Santos Silva, Rita Magalhães e Rita Rosa, por terem partilhado comigo estes seis anos de luta.

Resumo

Introdução: A episiotomia é uma incisão cirúrgica feita na vagina e região perineal durante o segundo estágio do trabalho de parto com o objetivo de aumentar a abertura vaginal e facilitar o parto. Inicialmente utilizada de forma rotineira, atualmente defende-se o seu uso seletivo. Contudo, a sua aplicação continua a ser alvo de grande discórdia na comunidade médica pois não está isenta de complicações.

Objetivos: Revisão da episiotomia enquanto procedimento cirúrgico de assistência ao parto vaginal e avaliação da sua aplicação no Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB).

Metodologia: O presente estudo trata-se de uma investigação observacional retrospectiva, realizada através de consulta de processos clínicos de utentes do CHCB. Foram incluídas todas as mulheres com partos eutócicos realizados entre 1 de Janeiro de 2017 e 31 de Dezembro de 2017. Excluíram-se partos instrumentalizados, partos gemelares, partos com feto em apresentação pélvica e cesarianas. Os parâmetros avaliados para cada parturiente foram o aparecimento de lacerações perineais espontâneas e realização de episiotomia. Adicionalmente identificaram-se múltiplas variáveis materno-fetais e complicações no pós-parto. A análise estatística foi realizada através do SPSS Statistics versão 23.0.

Resultados: Obteve-se um total de 283 parturientes, com uma taxa de episiotomia de 55,8%. Após análise, as variáveis que demonstraram relação significativamente estatística com a realização de episiotomia são: número de partos vaginais (p-valor 0,000), complicações perineais (p-valor 0,045), anemia pós-parto (p-valor 0,004) e danos nos esfíncteres (p-valor 0,000). Relativamente ao aparecimento de lacerações perineais espontâneas apenas se demonstrou relação com o número de partos vaginais (p-valor 0,000) e administração de analgesia epidural (p-valor 0,023).

Conclusões: Existe uma certa tendência para um uso um tanto liberal da episiotomia, com clara predominância da sua utilização em primíparas. Demonstrou-se ainda associação entre a utilização desta técnica e aumento da incidência de complicações maternas como danos nos esfíncteres, hematomas no períneo e anemia no pós-parto.

Palavras-chave

Lacerações perineais, indicações episiotomia, técnica episiotomia, complicações episiotomia, epidural, hematoma do períneo.

Abstract

Introduction: Episiotomy is a surgical incision performed in the vagina and perineal region during the second stage of delivery to increase the vaginal opening and facilitate childbirth. Initially used routinely, nowadays it is favored its selective use. Nevertheless, episiotomy utilization is not widely accepted in the medical community since it is not free of complications.

Objectives: Episiotomy review as a surgical procedure of support of vaginal delivery and study of its application in Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB).

Methodology: The present study is a retrospective observational investigation carried out by consulting clinical processes of CHCB patients. All women with vaginal deliveries performed between January 1, 2017 and December 31, 2017 were included. Instrumental deliveries, twin childbirth, deliveries with fetuses in pelvic presentation and cesarean section were excluded. The parameters evaluated for each parturient were the presence of spontaneous perineal lacerations and episiotomy. In addition, multiple maternal and fetal variables and postpartum complications were also identified. Statistical analysis was performed using SPSS Statistics version 23.0.

Results: A total of 283 women were included in the study, with an episiotomy rate of 55,8%. After analysis, the variables that demonstrated a statistically significant relationship with episiotomy were: number of vaginal deliveries (p-value 0,000), perineal complications (p-value 0,045), postpartum anaemia (p-value 0,004) and sphincter damage (p-value 0,000). Regarding spontaneous perineal lacerations, only the number of vaginal deliveries (p-value 0,000) and epidural analgesia (p-value 0,023) showed a statistical association.

Conclusions: It is observable a certain tendency for a liberal use of episiotomy, with a clear predominance in women in their first delivery. It was also demonstrated an association between the practice of this technique and an increased incidence of maternal complications, such as sphincter damage, perineal haematoma and postpartum anaemia.

Key words

Perineal lacerations, episiotomy indications, episiotomy technique, episiotomy complications, epidural, perineal haematoma.

Índice

Dedicatória.....	iii
Agradecimentos.....	v
Resumo	vii
Palavras-chave	vii
Abstract.....	ix
Key words	ix
Lista de Figuras	xiii
Lista de Tabelas.....	xiv
Lista de Acrónimos.....	xvi
1. Introdução	1
1.1 Objetivos	3
2. Metodologia.....	4
2.1 Tipo de estudo.....	4
2.2 Amostra	4
2.3 Recolha de dados	4
2.4 Variáveis.....	4
2.5 Análise Estatística	5
3. Resultados	6
3.1 Variáveis maternas	6
3.2 Variáveis fetais.....	8
3.3 Complicações pós-parto	9
3.4 Episiotomia e Variáveis maternas.....	10
3.5 Episiotomia e Variáveis fetais	12
3.6 Episiotomia e Complicações pós-parto.....	14
3.7 Lacerações perineais e Variáveis maternas	17
3.8 Lacerações perineais e Variáveis fetais.....	19
3.9 Episiotomia e Lacerações perineais.....	22
4. Discussão.....	25
5. Conclusão	30

5.1 Limitações do estudo.....	30
6. Bibliografia	31
Anexos	34
A.1 Autorização do Estudo pelo Conselho de Administração do CHCB	34
A.2 Ilustração das diferentes técnicas para realização da episiotomia	35

Lista de Figuras

Figura 1- Episiotomia Mediolateral	2
Figura 2 - Diferentes técnicas mais comumente utilizadas para realização da episiotomia ...	35

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição da amostra consoante a realização de episiotomia.....	6
Tabela 2 - Distribuição da amostra consoante o aparecimento de lacerações perineais	6
Tabela 3 - Distribuição da amostra por faixas etárias.....	7
Tabela 4 - Distribuição da amostra consoante o IMC	7
Tabela 5 - Distribuição da amostra consoante a paridade.....	7
Tabela 6 - Distribuição da amostra consoante a administração de analgesia epidural.....	8
Tabela 7 - Distribuição da amostra consoante a idade gestacional.....	8
Tabela 8 - Distribuição da amostra consoante o peso do recém-nascido.....	8
Tabela 9 - Distribuição da amostra consoante a existência de distocia fetal.....	9
Tabela 10 - Distribuição da amostra consoante a presença de danos nos esfíncteres.....	9
Tabela 11 - Distribuição da amostra consoante a presença de complicações com a sutura.....	9
Tabela 12 - Distribuição da amostra consoante a presença de complicações perineais	10
Tabela 13 - Distribuição da amostra consoante a presença de anemia pós-parto	10
Tabela 14 - Relações entre episiotomia e número de partos vaginais	11
Tabela 15 - Teste de Qui-quadrado entre episiotomia e número de partos vaginais	11
Tabela 16 - Relações entre episiotomia e analgesia epidural.....	11
Tabela 17 - Teste Qui-quadrado entre episiotomia e analgesia epidural.....	12
Tabela 18 - Relações entre episiotomia e idade gestacional	12
Tabela 19 - Teste de Qui-quadrado entre episiotomia e idade gestacional.....	12
Tabela 20 - Relações entre episiotomia e peso do recém-nascido.....	13
Tabela 21 - Teste de Qui-quadrado entre episiotomia e peso do recém-nascido	13
Tabela 22 - Relações entre episiotomia e distocia fetal.....	13
Tabela 23 - Teste de Qui-quadrado entre episiotomia e distocia fetal	14
Tabela 24 - Relações entre episiotomia e danos nos esfíncteres.....	14
Tabela 25 - Teste de Qui-quadrado entre episiotomia e danos nos esfíncteres	14
Tabela 26 - Relações entre episiotomia e complicações com a sutura.....	15
Tabela 27 - Teste de Qui-quadrado entre episiotomia e complicações com a sutura	15
Tabela 28 - Relações entre episiotomia e complicações perineais	16
Tabela 29 - Teste de Qui-quadrado entre episiotomia e complicações perineais.....	16
Tabela 30 - Relações entre episiotomia e anemia pós-parto	17
Tabela 31 - Teste de Qui-quadrado entre episiotomia e anemia pós-parto.....	17
Tabela 32 - Relações entre lacerações perineais e número de partos vaginais.....	18
Tabela 33 - Teste de Qui-quadrado entre lacerações perineais e número de partos vaginais .	18
Tabela 34 - Relações entre lacerações perineais e analgesia epidural.....	19
Tabela 35 - Teste de Qui-quadrado entre lacerações perineais e analgesia epidural	19
Tabela 36 - Relações entre lacerações perineais e idade gestacional	20
Tabela 37 - Teste de Qui-quadrado entre lacerações perineais e idade gestacional.....	20
Tabela 38 - Relações entre lacerações perineais e peso do recém-nascido.....	21

Tabela 39 - Teste de Qui-quadrado entre lacerações perineais e peso do recém-nascido	21
Tabela 40 - Relações entre lacerações perineais e distocia fetal.....	22
Tabela 41 - Teste de Qui-quadrado entre lacerações perineais e distocia fetal	22
Tabela 42 - Relações entre episiotomia e lacerações perineais.....	23
Tabela 43 - Teste de Qui-quadrado entre episiotomia e lacerações perineais	23
Tabela 44 - Relações entre episiotomia e lacerações perineais em primíparas	24
Tabela 45 - Teste de Qui-quadrado entre episiotomia e lacerações perineais em primíparas.	24
Tabela 46 - Relações entre episiotomia e lacerações perineais em múltíparas	24
Tabela 47 - Teste de Qui-quadrado entre episiotomia e lacerações perineais em múltíparas.	24

Lista de Acrónimos

CHCB	Centro Hospitalar Cova da Beira
DGS	Direção-Geral da Saúde
Hb	Hemoglobina
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial de Saúde

1. Introdução

O parto é um processo fisiológico natural, contudo, pode ser traumático. A passagem do feto pelo canal de parto e os esforços expulsivos maternos causam distensão, por vezes excessiva, danificando os músculos do pavimento pélvico e sendo responsáveis pelo aparecimento de lacerações espontâneas na vagina ou tecidos envolventes.

As lacerações vaginais e perineais são algo passível de acontecer em qualquer parto vaginal. Estas são classificadas em quatro diferentes graus (1), com morbidade crescente, sendo eles:

Primeiro grau - envolvem o frénulo dos pequenos lábios, pele perineal e mucosa vaginal;

Segundo grau - em adição às lesões anteriores, atingem também a fáscia e músculos do períneo;

Terceiro grau - há atingimento do esfíncter anal;

Quarto grau - ocorre laceração completa do esfíncter anal, estendendo-se através da mucosa rectal e expondo o seu lúmen.

Lacerações menores podem curar rapidamente sem necessidade de qualquer intervenção. No entanto, lacerações mais severas danificam tecido, músculo e, por vezes, atingem os esfíncteres anal e/ou urinário, necessitando de reparação cirúrgica. Como possíveis complicações destas tem-se a estadia mais prolongada no hospital com maiores perdas de sangue e dor perineal, dispareunia e, em casos mais extremos, incontinência fecal e/ou urinária, formação de fistulas e prolapso.

São vários os fatores relacionados com maior risco de desenvolvimento de lacerações severas (de terceiro e quarto graus), podendo salientar-se os seguintes: episiotomia em linha média, primiparidade, parto instrumentalizado (com recurso a fórceps ou ventosa), segundo estágio do trabalho de parto aumentado e macrossomia fetal.

A episiotomia (também chamada de perineotomia) é uma incisão cirúrgica feita na vagina durante o segundo estágio do trabalho de parto que visa aumentar a abertura vaginal. Tem como objetivo facilitar partos complicados e prevenir lacerações perineais espontâneas extensas.

Criada em meados do século XVIII, esta prática ganhou popularidade durante a primeira metade do século XX. Existia uma política de utilização rotineira da episiotomia, com quase todas as mulheres no seu primeiro parto a serem submetidas a este procedimento. A justificação utilizada para tal era que prevenia lacerações mais extensas, diminuindo a probabilidade de atingimento esfíncteriano, facilitava o processo de cura e preservava o suporte muscular do pavimento pélvico.

No entanto, vários estudos, compilados num artigo de review pela Cochrane Library (2), demonstram que o uso rotineiro da episiotomia está associado a maior incidência de lacerações do esfíncter anal, tendo o seu uso indiscriminado aumentado o risco de incontinência fecal e urinária.

Atualmente a episiotomia continua a ser um procedimento altamente controverso e alvo de discórdia entre médicos, pois apesar dos seus possíveis benefícios não é isenta de riscos, garantindo trauma perineal e necessidade de suturas. Contudo, nos dias de hoje defende-se o seu uso seletivo, consoante indicação clínica clara.

A maioria das indicações para a realização da perineotomia são subjetivas, dependendo a sua utilização, ou não, da avaliação médica, mas as mais comuns são: parto instrumentalizado, segundo estágio do trabalho de parto prolongado, sofrimento fetal, risco de lacerações espontâneas severas, macrosomia, distocia de ombros e feto em posição pélvica.

São várias as técnicas descritas para a realização da episiotomia, mas a nível Europeu e em Portugal, a mais utilizada é a técnica mediolateral. Esta inicia-se com uma incisão na comissura labial posterior e, com um ângulo entre 45° e 60° relativamente à linha média (nunca inferior, porque devido à distensão perineal existente, quanto menor o ângulo maior o risco de atingimento do esfíncter anal), estende-se lateralmente em direção à tuberosidade isquiátrica, Figura 1.

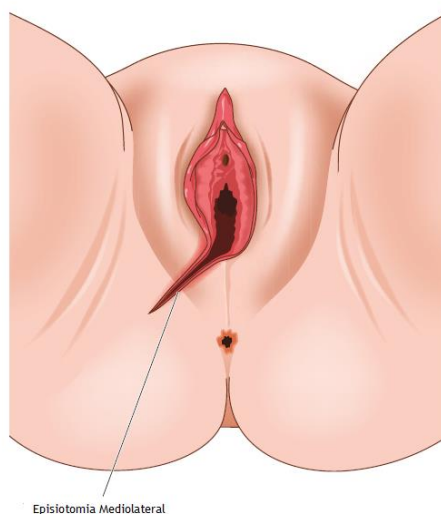


Figura 1- Episiotomia Mediolateral (12)

De salientar que só deve ser realizada quando se visualiza a apresentação fetal, momento em que o períneo se encontra bem distendido; se realizada demasiado cedo pode levar a grande sangramento e predispor à formação de hematomas do períneo, associados a grande morbidade materna.

Para finalizar, outras complicações associadas à episiotomia em diversos estudos são: recuperação mais desconfortável com dor severa, maiores taxas de sangramento e hematoma do períneo, dispareunia e cicatrização com grandes áreas de fibrose.

1.1 Objetivos

Este trabalho tem como objetivo principal uma revisão da episiotomia enquanto procedimento cirúrgico de assistência ao parto vaginal e avaliação da sua aplicação no Centro Hospitalar Cova da Beira.

Pretende-se determinar de que forma parâmetros materno-fetais e a utilização de analgesia epidural influenciam a necessidade de episiotomia, aparecimento de lacerações perineais espontâneas ou complicações no pós-parto.

Por fim, face à realidade do CHCB e com base em estudos internacionais, averiguar de que forma a realização de episiotomia influencia o aparecimento de lacerações perineais e complicações no pós-parto, tentando concluir-se sobre o benefício da utilização deste procedimento e sugerir linhas de atuação clínica.

2. Metodologia

2.1 Tipo de estudo

O presente estudo trata-se de uma investigação observacional retrospectiva, realizada através da consulta de processos clínicos de utentes do CHCB.

A investigação foi autorizada pelo Conselho de Administração do CHCB, pelo Gabinete de Investigação e Inovação e pelo Departamento de Saúde da Criança e da Mulher (anexo 1).

2.2 Amostra

A amostra compreende todas as mulheres com partos eutócicos realizados entre 1 de Janeiro de 2017 e 31 de Dezembro de 2017, tendo-se obtido um total de 283 parturientes.

Como critérios de exclusão têm-se todos os partos vaginais distócicos, que englobam algum procedimento que demanda à partida a realização de episiotomia. Sendo eles: partos vaginais instrumentalizados (com recurso a fórceps ou ventosas), partos gemelares e partos vaginais cuja apresentação fetal é pélvica. Excluíram-se ainda todos aqueles realizados por cesariana.

2.3 Recolha de dados

Após a atribuição de credenciais para acesso ao SClínico, a recolha de dados foi realizada através da consulta dos processos clínicos das parturientes, nomeadamente consulta dos dados referentes ao internamento no pós-parto.

As informações necessárias de cada paciente foram obtidas nos diários médicos e de enfermagem, bem como na nota de alta do internamento. Foram ainda consultados os dados das visitas domiciliárias pela equipa de enfermagem e da consulta de seguimento do puerpério.

2.4 Variáveis

Para todas as utentes incluídas no estudo foi apurado se haviam sido submetidas, ou não, a episiotomia. Adicionalmente, identificou-se o aparecimento de lacerações perineais espontâneas, tendo-se classificado estas nos quatro diferentes graus acima descritos; contabilizou-se ainda o aparecimento de lacerações perineais múltiplas, ou seja, mais do que uma única laceração independentemente do grau.

As variáveis maternas identificadas foram: idade, IMC (índice de massa corporal) no final da gravidez, a paridade (número de partos vaginais) e se lhes foi administrada analgesia epidural. Relativamente à idade, foi feita a distinção entre mães adolescentes (até ao 19 anos,

inclusive) e mães de idade avançada (acima dos 35 anos). O IMC foi subdividido segundo a classificação da DGS (Direção-Geral da Saúde).

Os parâmetros fetais estudados foram: idade gestacional, peso ao nascer e existência de distocia de ombros ou proclividade da mão. Quanto à idade gestacional foram identificados os neonatos pré-termo (com menos de 37 semanas), neonatos a termo (entre as 37 semanas e as 41 semanas e 6 dias) e os neonatos pós-termo (com mais de 42 semanas de gestação). Todos aqueles com peso superior às 4000 gramas foram considerados macrossômicos e, aqueles abaixo das 2500 gramas como tendo baixo peso ao nascer.

Por fim, investigou-se o aparecimento de complicações maternas no seguimento do parto, podendo estas dividir-se em quatro partes: danos nos esfíncteres anal e/ou urinário, complicações com a sutura do períneo (infecção e/ou deiscência da sutura), complicações perineais (como hematoma e/ou edema do períneo significativos, com necessidade de intervenção médica) e a existência de anemia pós-parto. Esta última foi subdividida de acordo com o tratamento administrado, aquelas tratadas apenas com ferro oral ou endovenoso (Hb 7-10 g/dl) e as que necessitaram de transfusão sanguínea (Hb <7 g/dl).

2.5 Análise Estatística

A análise estatística foi efetuada com recurso ao software IBM SPSS Statistics versão 23.0 para MacBook.

A comparação entre as variáveis foi realizada através do teste de independência de Qui-quadrado, para um nível de significância de 5%. A análise incluiu estatística descritiva e inferencial.

3. Resultados

O presente estudo engloba um total de 283 parturientes. Destas, 158 (55,8%) foram submetidas a episiotomia e em 124 das mulheres (43,8%) o procedimento não foi realizado. A distribuição da amostra consoante a realização de episiotomia é a que se apresenta a seguir.

Tabela 1 - Distribuição da amostra consoante a realização de episiotomia

Episiotomia		
	n	%
Sem dados	1	0,4
Não realizada	124	43,8
Com episiotomia	158	55,8
Total	283	100,0

Em relação às lacerações perineais espontâneas, verifica-se em 87 mulheres (30,7%) lacerações de primeiro grau, em 29 (10,2%) há lacerações de segundo grau, em apenas 1 caso (0,4%) há laceração de terceiro grau, em 13 parturientes (4,6%) observaram-se lacerações múltiplas e em 151 mulheres (53,4%) as lacerações estão ausentes.

Tabela 2 - Distribuição da amostra consoante o aparecimento de lacerações perineais

Lacerações perineais		
	n	%
Sem dados	2	0,7
Primeiro grau	87	30,7
Segundo grau	29	10,2
Terceiro grau	1	0,4
Ausentes	151	53,4
Múltiplas lacerações	13	4,6
Total	283	100,0

3.1 Variáveis maternas

Das parturientes analisadas, 11 (3,9%) são adolescentes com idades entre os 15 e 19 anos, 73 (25,8%) das mesmas apresentam idade superior a 35 anos e, a maioria da amostra, 199 (70,3%) das mulheres, têm idades compreendidas entre os 20 e 35 anos.

Tabela 3 - Distribuição da amostra por faixas etárias

Idade materna		
	n	%
15-19 anos	11	3,9
20-35 anos	199	70,3
Superior a 35 anos	73	25,8
Total	283	100,0

Relativamente ao IMC, 122 das mulheres apresentam excesso de peso (43,1%), sendo esta a classe mais representativa da amostra, como abaixo ilustrado.

Tabela 4 - Distribuição da amostra consoante o IMC

Índice de massa corporal		
	n	%
Baixo peso	23	8,1
Normal	74	26,1
Excesso de peso	122	43,1
Obesidade I	49	17,3
Obesidade II	13	4,6
Obesidade III	2	0,7
Total	283	100,0

Quanto à paridade, existe evidente simetria da amostra, 142 (50,2%) mulheres são primíparas (mulheres que deram à luz pela primeira vez) e 140 (49,5%) múltiparas (mulheres que deram à luz duas ou mais vezes).

Tabela 5 - Distribuição da amostra consoante a paridade

Número de partos vaginais (Paridade)		
	n	%
Sem dados	1	0,4
Primípara	142	50,2
Múltipara	140	49,5
Total	283	100,0

Por fim, relativamente à analgesia durante o parto, a grande maioria das mulheres, 209, o equivalente a 73,9% da amostra, não realizaram analgesia epidural tendo esta sido administrada a apenas 74 parturientes (26,1%).

Tabela 6 - Distribuição da amostra consoante a administração de analgesia epidural

Analgesia epidural		
	n	%
Não realizado	209	73,9
Epidural	74	26,1
Total	283	100,0

3.2 Variáveis fetais

Quanto à idade gestacional dos recém-nascidos, conforme apresentado na tabela seguinte, não existem neonatos pós-termo, 268 (94,7%) são neonatos a termo e apenas 15 (5,3%) são pré-termo.

Tabela 7 - Distribuição da amostra consoante a idade gestacional

Idade Gestacional		
	n	%
Neonato pré-termo	15	5,3
Neonato a termo	268	94,7
Total	283	100,0

A grande maioria dos recém-nascidos, 261 casos (92,2%), apresentam peso normal ao nascer, 15 (5,3%) apresentam baixo peso e apenas 7 (2,5%) são considerados macrossómicos.

Tabela 8 - Distribuição da amostra consoante o peso do recém-nascido

Peso recém-nascido		
	n	%
Baixo peso	15	5,3
Peso normal	261	92,2
Macrossomia	7	2,5
Total	283	100,0

Por último, quanto aos casos de distocia fetal, em 269 (95,1%) esta está ausente, em 3 neonatos (1,1%) verificou-se distocia de ombros e em 11 (3,9%) existe unicamente procidência da mão.

Tabela 9 - Distribuição da amostra consoante a existência de distocia fetal

Distocia fetal		
	n	%
Ausente	269	95,1
Distocia de ombros	3	1,1
Procidência da mão	11	3,9
Total	283	100,0

3.3 Complicações pós-parto

A grande maioria das mulheres estudadas (97,5%) não apresenta qualquer descrição de danos de esfíncteres, em apenas 3 casos (1,1%) existem danos no esfíncter urinário e em 1 único caso (0,4%) são relatadas complicações quer no esfíncter urinário quer anal.

Tabela 10 - Distribuição da amostra consoante a presença de danos nos esfíncteres

Danos nos esfíncteres		
	n	%
Sem dados	3	1,1
Ausentes	276	97,5
Urinário	3	1,1
Ambos	1	0,4
Total	283	100,0

As complicações com a sutura verificam-se em apenas 19 mulheres, em 5 delas (1,8%) há infeção e 14 (4,9%) apresentaram deiscência da sutura.

Tabela 11 - Distribuição da amostra consoante a presença de complicações com a sutura

Complicações com a sutura		
	n	%
Sem dados	2	0,7
Ausentes	262	92,6
Infeção	5	1,8
Deiscência da sutura	14	4,9
Total	283	100,0

As complicações perineais no pós-parto estão ausentes em 242 mulheres (85,5%), sendo que 21 delas (7,4%) apresentam hematoma do períneo, 18 (6,4%) edema e em 2 casos (0,7%) existem concomitantemente edema e hematoma.

Tabela 12 - Distribuição da amostra consoante a presença de complicações perineais

Complicações perineais pós-parto		
	n	%
Ausentes	242	85,5
Hematoma do períneo	21	7,4
Edema do períneo	18	6,4
Ambos	2	0,7
Total	283	100,0

Para terminar a análise descritiva da amostra resta analisar a presença de anemia no pós-parto. Esta está ausente em 260 casos (91,9%); 21 mulheres (7,4%) apresentam valores de hemoglobina 7-10 g/dl, apenas necessitando de tratamento com ferro oral ou endovenoso e em 2 mulheres (0,7%) verificam-se valores de hemoglobina inferiores a 7 g/dl, sendo necessária transfusão sanguínea.

Tabela 13 - Distribuição da amostra consoante a presença de anemia pós-parto

Anemia pós-parto		
	n	%
Ausente	260	91,9
Hb 7-10 g/dl	21	7,4
Hb <7 g/dl	2	0,7
Total	283	100,0

3.4 Episiotomia e Variáveis maternas

Com base no teste de independência Qui-quadrado, a variável número de partos vaginais (p -valor = 0,000 <0,05) é estatisticamente significativa para a realização de episiotomia. Este procedimento é realizado maioritariamente na classe respeitante a primíparas, 117 dos 158 casos (74,1%). Por sua vez, a generalidade das mulheres em que tal não foi efetuado corresponde múltiparas, 98 dos 124 casos (79,0%).

Tabela 14 - Relações entre episiotomia e número de partos vaginais

Episiotomia e Número de partos vaginais					
		Número de partos vaginais			Total
		Sem dados	Primípara	Múltipara	
Sem dados	n	0	0	1	1
	%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Não realizada	n	1	25	98	124
	%	0,8%	20,2%	79,0%	100,0%
Com episiotomia	n	0	117	41	158
	%	0,0%	74,1%	25,9%	100,0%
Total	n	1	142	140	283
	%	0,4%	50,2%	49,5%	100,0%

Tabela 15 - Teste de Qui-quadrado entre episiotomia e número de partos vaginais

	Est. teste	G.L.	p-valor
Pearson Qui-quadrado	82,087	4	0,000
N	283		

A realização de analgesia epidural ($p\text{-valor} = 0,061 > 0,05$) não é estatisticamente significativa, pelo que não se pode inferir sobre a implicação desta na necessidade de realização de episiotomia.

Tabela 16 - Relações entre episiotomia e analgesia epidural

Episiotomia e Analgesia epidural					
		Analgesia epidural		Total	
		Não realizado	Epidural		
Sem dados	n	0	1	1	
	%	0,0%	100,0%	100,0%	
Não realizada	n	98	26	124	
	%	79,0%	21,0%	100,0%	
Com episiotomia	n	111	47	158	
	%	70,3%	29,7%	100,0%	
Total	n	209	74	283	
	%	73,9%	26,1%	100,0%	

Tabela 17 - Teste Qui-quadrado entre episiotomia e analgesia epidural

	Est. teste	G.L.	p-valor
Pearson Qui-quadrado	5,607	2	0,061
N	283		

3.5 Episiotomia e Variáveis fetais

Nenhuma das variáveis fetais analisadas apresenta relação estatisticamente significativa com a necessidade de realização episiotomia.

Após aplicação do teste de independência Qui-quadrado obteve-se para a idade gestacional um p-valor = 0,924 > 0,05. Quanto ao peso dos recém-nascidos p-valor = 0,669 > 0,05. Por fim, sobre a distocia fetal tem-se que p-valor = 0,506 > 0,05.

Tabela 18 - Relações entre episiotomia e idade gestacional

Episiotomia e Idade Gestacional				
		Idade Gestacional		Total
		Neonato pré-termo	Neonato a termo	
Sem dados	n	0	1	1
	%	0,0%	100,0%	100,0%
Não realizada	n	6	118	124
	%	4,8%	95,2%	100,0%
Com episiotomia	n	9	149	158
	%	5,7%	94,3%	100,0%
Total	n	15	268	283
	%	5,3%	94,7%	100,0%

Tabela 19 - Teste de Qui-quadrado entre episiotomia e idade gestacional

	Est. teste	G.L.	p-valor
Pearson Qui-quadrado	0,158	2	0,924
N	283		

Tabela 20 - Relações entre episiotomia e peso do recém-nascido

		Peso recém-nascido			Total
		Baixo peso	Peso normal	Macrossomia	
Sem dados	n	0	1	0	1
	%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Não realizada	n	7	112	5	124
	%	5,6%	90,3%	4,0%	100,0%
Com episiotomia	n	8	148	2	158
	%	5,1%	93,7%	1,3%	100,0%
Total	n	15	261	7	283
	%	5,3%	92,2%	2,5%	100,0%

Tabela 21 - Teste de Qui-quadrado entre episiotomia e peso do recém-nascido

	Est. teste	G.L.	p-valor
Pearson Qui-quadrado	2,363	4	0,669
N	283		

Tabela 22 - Relações entre episiotomia e distocia fetal

		Distocia fetal			Total
		Ausente	Distocia de ombros	Procidência da mão	
Sem dados	n	1	0	0	1
	%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Não realizada	n	121	1	2	124
	%	97,6%	0,8%	1,6%	100,0%
Com episiotomia	n	147	2	9	158
	%	93,0%	1,3%	5,7%	100,0%
Total	n	269	3	11	283
	%	95,1%	1,1%	3,9%	100,0%

Tabela 23 - Teste de Qui-quadrado entre episiotomia e distocia fetal

	Est.teste	G.L.	p-valor
Pearson Qui-quadrado	3,322	4	0,506
N	283		

3.6 Episiotomia e Complicações pós-parto

Existe relação significativa entre realização de episiotomia e danos nos esfíncteres (p-valor = 0,000 <0,05). Apenas foram relatados quatro casos, três deles com repercussões no esfíncter urinário e apenas um em ambos os esfíncteres, anal e urinário, mas todos eles aconteceram em mulheres que haviam sido submetidas a episiotomia.

Tabela 24 - Relações entre episiotomia e danos nos esfíncteres

Episiotomia e Danos nos esfíncteres					
		Episiotomia			Total
		Sem dados	Não realizada	Com episiotomia	
Sem dados	n	1	1	1	3
	%	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
Ausentes	n	0	123	153	276
	%	0,0%	44,6%	55,4%	100,0%
Urinário	n	0	0	3	3
	%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Ambos	n	0	0	1	1
	%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Total	n	1	124	158	283
	%	0,4%	43,8%	55,8%	100,0%

Tabela 25 - Teste de Qui-quadrado entre episiotomia e danos nos esfíncteres

	Est.teste	G.L.	p-valor
Pearson Qui-quadrado	96,874	6	0,000
N	283		

Não existem evidências estatisticamente significativas que permitam correlacionar a realização de episiotomia com o aparecimento de complicações da sutura (p-valor = 0,099 > 0,05). No entanto, é de salientar que dos 14 casos descritos como tendo deiscência da sutura, 13 pertencem ao grupo de parturientes a quem foi realizada episiotomia.

Tabela 26 - Relações entre episiotomia e complicações com a sutura

Episiotomia e Complicações com a sutura						
		Complicações com a sutura				Total
		Sem dados	Ausentes	Infeção	Deiscência da sutura	
Sem dados	n	0	1	0	0	1
	%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Não realizada	n	2	119	2	1	124
	%	1,6%	96,0%	1,6%	0,8%	100,0%
Com episiotomia	n	0	142	3	13	158
	%	0,0%	89,9%	1,9%	8,2%	100,0%
Total	n	2	262	5	14	283
	%	0,7%	92,6%	1,8%	4,9%	100,0%

Tabela 27 - Teste de Qui-quadrado entre episiotomia e complicações com a sutura

	Est. teste	G.L.	p-valor
Pearson Qui-quadrado	10,684	6	0,099
N	283		

Relativamente às complicações perineais pós-parto (hematoma e/ou edema do períneo), existem evidências estatisticamente significativas de que a realização de episiotomia contribui para o aparecimento destas, pois após realização do teste Qui-quadrado obteve-se p-valor = 0,045 < 0,05.

Dos 21 casos descritos com hematoma do períneo, 18 (11,4%) pertencem a mulheres submetidas a episiotomia. Quanto ao edema perineal, dos 18 casos existentes, 13 (8,2%) pertencem ao grupo de parturientes com episiotomia e, os 2 únicos casos com ambas as complicações presentes integram-se também neste grupo.

Tabela 28 - Relações entre episiotomia e complicações perineais

		Complicações perineais pós-parto				Total
		Ausentes	Hematoma do períneo	Edema do períneo	Ambos	
Sem dados	n	1	0	0	0	1
	%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Não realizada	n	116	3	5	0	124
	%	93,5%	2,4%	4,0%	0,0%	100,0%
Com episiotomia	n	125	18	13	2	158
	%	79,1%	11,4%	8,2%	1,3%	100,0%
Total	n	242	21	18	2	283
	%	85,5%	7,4%	6,4%	0,7%	100,0%

Tabela 29 - Teste de Qui-quadrado entre episiotomia e complicações perineais

	Est. teste	G.L.	p-valor
Pearson Qui-quadrado	12,899	6	0,045
N	283		

Por último, quanto à realização de episiotomia e aparecimento de anemia no pós-parto, com base no teste Qui-quadrado e dado que $p\text{-valor} = 0,004 < 0,05$, existe evidência estatisticamente significativa para relacionar o seu aparecimento com o procedimento em questão. Verifica-se que a percentagem de parturientes com anemia pós-parto tratada com ferro oral ou endovenoso (Hb 7-10 g/dl) no grupo das que realizaram episiotomia é sensivelmente o dobro da percentagem no grupo das que não realizaram o procedimento (9,5% contra 4,0%). Note-se que se verificou apenas um caso em cada um dos grupos em que foi necessário recorrer a transfusão (Hb <7 g/dl).

Tabela 30 - Relações entre episiotomia e anemia pós-parto

		Anemia pós-parto			Total
		Ausente	Hg 7-10 g/dl	Hg <7 g/dl	
Sem dados	n	0	1	0	1
	%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Não realizada	n	118	5	1	124
	%	95,2%	4,0%	0,8%	100,0%
Com episiotomia	n	142	15	1	158
	%	89,9%	9,5%	0,6%	100,0%
Total	n	260	21	2	283
	%	91,9%	7,4%	0,7%	100,0%

Tabela 31 - Teste de Qui-quadrado entre episiotomia e anemia pós-parto

	Est. teste	G.L.	p-valor
Pearson Qui-quadrado	15,554	4	0,004
N	283		

3.7 Lacerações perineais e Variáveis maternas

As variáveis número de partos vaginais (p-valor = 0,000 <0,05) e utilização de analgesia epidural (p-valor = 0,023 <0,05) são estatisticamente significativas, sendo possível relacionar estas com o aparecimento de lacerações perineais espontâneas.

Tabela 32 - Relações entre lacerações perineais e número de partos vaginais

Lacerações perineais e Número de partos vaginais					
		Número de partos vaginais			Total
		Sem dados	Primípara	Múltipara	
Sem dados	n	0	1	1	2
	%	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%
Primeiro grau	n	0	30	57	87
	%	0,0%	34,5%	65,5%	100,0%
Segundo grau	n	0	11	18	29
	%	0,0%	37,9%	62,1%	100,0%
Terceiro grau	n	0	1	0	1
	%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Ausentes	n	0	93	58	151
	%	0,0%	61,6%	38,4%	100,0%
Múltiplas lacerações	n	1	6	6	13
	%	7,7%	46,2%	46,2%	100,0%
Total	n	1	142	140	283
	%	0,4%	50,2%	49,5%	100,0%

Tabela 33 - Teste de Qui-quadrado entre lacerações perineais e número de partos vaginais

	Est. teste	G.L.	p-valor
Pearson Qui-quadrado	40,079	10	0,000
N	283		

Tabela 34 - Relações entre lacerações perineais e analgesia epidural

Lacerações perineais e Analgesia epidural				
		Analgesia epidural		Total
		Não realizado	Epidural	
Sem dados	n	0	2	2
	%	0,0%	100,0%	100,0%
Primeiro grau	n	67	20	87
	%	77,0%	23,0%	100,0%
Segundo grau	n	25	4	29
	%	86,2%	13,8%	100,0%
Terceiro grau	n	0	1	1
	%	0,0%	100,0%	100,0%
Ausentes	n	106	45	151
	%	70,2%	29,8%	100,0%
Múltiplas lacerações	n	11	2	13
	%	84,6%	15,4%	100,0%
Total	n	209	74	283
	%	73,9%	26,1%	100,0%

Tabela 35 - Teste de Qui-quadrado entre lacerações perineais e analgesia epidural

	Est. teste	G.L.	p-valor
Pearson Qui-quadrado	13,039	5	0,023
N	283		

3.8 Lacerações perineais e Variáveis fetais

Quanto ao aparecimento de lacerações espontâneas e idade gestacional, obteve-se p-valor = 0,580 > 0,05, pelo que não existem evidências significativamente estatística para inferir sobre esta relação. Existe clara concentração de lacerações no geral na classe de neonatos a termo, classe essa com maior concentração da amostra.

Tabela 36 - Relações entre lacerações perineais e idade gestacional

Lacerações perineais e Idade Gestacional				
		Idade Gestacional		Total
		Neonato pré-termo	Neonato a termo	
Sem dados	n	0	2	2
	%	0,0%	100,0%	100,0%
Primeiro grau	n	4	83	87
	%	4,6%	95,4%	100,0%
Segundo grau	n	0	29	29
	%	0,0%	100,0%	100,0%
Terceiro grau	n	0	1	1
	%	0,0%	100,0%	100,0%
Ausentes	n	11	140	151
	%	7,3%	92,7%	100,0%
Múltiplas lacerações	n	0	13	13
	%	0,0%	100,0%	100,0%
Total	n	15	268	283
	%	5,3%	94,7%	100,0%

Tabela 37 - Teste de Qui-quadrado entre lacerações perineais e idade gestacional

	Est. teste	G.L.	p-valor
Pearson Qui-quadrado	3,789	5	0,580
N	283		

A maioria das lacerações ocorre na classe de recém-nascidos com peso normal, classe dominante comparativamente às restantes, pelo que não traduz qualquer tipo de tendência. Realizado o teste de independência Qui-quadrado obtém-se $p\text{-valor} = 0,812 > 0,05$, logo não existe correlação estatística entre as variáveis.

Tabela 38 - Relações entre lacerações perineais e peso do recém-nascido

		Peso recém-nascido			Total
		Baixo peso	Peso normal	Macrossomia	
Sem dados	n	0	2	0	2
	%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Primeiro grau	n	4	79	4	87
	%	4,6%	90,8%	4,6%	100,0%
Segundo grau	n	1	27	1	29
	%	3,4%	93,1%	3,4%	100,0%
Terceiro grau	n	0	1	0	1
	%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Ausentes	n	9	141	1	151
	%	6,0%	93,4%	0,7%	100,0%
Múltiplas lacerações	n	1	11	1	13
	%	7,7%	84,6%	7,7%	100,0%
Total	n	15	261	7	283
	%	5,3%	92,2%	2,5%	100,0%

Tabela 39 - Teste de Qui-quadrado entre lacerações perineais e peso do recém-nascido

	Est. teste	G.L.	p-valor
Pearson Qui-quadrado	6,043	10	0,812
N	283		

Por fim, não existem evidências estatisticamente significativas para se afirmar sobre surgimento de lacerações em casos de distocia fetal ($p\text{-valor} = 0,217 > 0,05$).

Tabela 40 - Relações entre lacerações perineais e distocia fetal

Lacerações perineais e Distocia fetal					
		Distocia fetal			Total
		Ausente	Distocia de ombros	Procidência da mão	
Sem dados	n	2	0	0	2
	%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Primeiro grau	n	84	0	3	87
	%	96,6%	0,0%	3,4%	100,0%
Segundo grau	n	27	0	2	29
	%	93,1%	0,0%	6,9%	100,0%
Terceiro grau	n	1	0	0	1
	%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Ausentes	n	145	2	4	151
	%	96,0%	1,3%	2,6%	100,0%
Múltiplas lacerações	n	10	1	2	13
	%	76,9%	7,7%	15,4%	100,0%
Total	n	269	3	11	283
	%	95,1%	1,1%	3,9%	100,0%

Tabela 41 - Teste de Qui-quadrado entre lacerações perineais e distocia fetal

	Est. teste	G.L.	p-valor
Pearson Qui-quadrado	13,112	10	0,217
N	283		

3.9 Episiotomia e Lacerações perineais

As variáveis episiotomia e lacerações perineais apresentam relação estatisticamente significativa, com p-valor = 0,000 <0,05 de acordo com o teste de independência de Qui-quadrado. Verifica-se que a grande maioria das parturientes a quem foi realizada episiotomia não apresentam lacerações. De salientar que a única laceração de terceiro grau descrita aconteceu numa mulher submetida a episiotomia.

Tabela 42 - Relações entre episiotomia e lacerações perineais

		Lacerações perineais e Episiotomia			
		Episiotomia			Total
		Sem dados	Não realizada	Com episiotomia	
Lacerações	Sem dados	n	1	0	2
		%	50,0%	0,0%	100,0%
Primeiro grau		n	0	18	87
		%	0,0%	20,7%	100,0%
Segundo grau		n	0	9	29
		%	0,0%	31,0%	100,0%
Terceiro grau		n	0	1	1
		%	0,0%	100,0%	100,0%
Ausentes		n	0	126	151
		%	0,0%	83,4%	100,0%
Múltiplas lacerações		n	0	4	13
		%	0,0%	30,8%	100,0%
Total		n	1	158	283
		%	0,4%	55,8%	100,0%

Tabela 43 - Teste de Qui-quadrado entre episiotomia e lacerações perineais

	Est. teste	G.L.	p-valor
Pearson Qui-quadrado	243,669	10	0,000
N	283		

Atendendo exclusivamente à variável paridade e fazendo uma análise entre a realização da episiotomia e o aparecimento de lacerações do canal de parto, verifica-se que existe relação estatisticamente significativa entre as diferentes variáveis quer nas primíparas (p-valor 0,000) quer nas múltiparas (p-valor 0,000).

A grande maioria das parturientes a quem foi realizada episiotomia, em ambos os grupos, apresenta ausência de lacerações perineais. Existe ainda uma aparente diminuição do número de lacerações perineais em múltiparas sujeitas ao procedimento. No entanto, nas primíparas tal apenas se verifica nas lacerações de primeiro grau; lacerações de segundo grau e múltiplas lacerações estão presentes em maior número naquelas com episiotomia e a única laceração de terceiro grau dá-se também numa mulher com o procedimento.

Tabela 44 - Relações entre episiotomia e lacerações perineais em primíparas

		Lacerações do canal de parto						Total
		Sem dados	1º grau	2º grau	3º grau	Ausentes	Múltiplas lacerações	
Não realizada	n	1	16	4	0	2	2	25
	%	4,0%	64,0%	16,0%	0,0%	8,0%	8,0%	100,0%
Com episiotomia	n	0	14	7	1	91	4	117
	%	0,0%	12,0%	6,0%	0,9%	77,8%	3,4%	100,0%
Total	n	1	30	11	1	93	6	142
	%	0,7%	21,1%	7,7%	0,7%	65,5%	4,2%	100,0%

Tabela 45 - Teste de Qui-quadrado entre episiotomia e lacerações perineais em primíparas

	Est. teste	G.L.	p-valor
Pearson Qui-quadrado	50,297	5	0,000
N	142		

Tabela 46 - Relações entre episiotomia e lacerações perineais em múltiparas

		Lacerações do canal de parto					Total
		Sem dados	1º grau	2º grau	Ausentes	Múltiplas lacerações	
Sem dados	n	1	0	0	0	0	1
	%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Não realizada	n	0	53	16	23	6	98
	%	0,0%	54,1%	16,3%	23,5%	6,1%	100,0%
Com episiotomia	n	0	4	2	35	0	41
	%	0,0%	9,8%	4,9%	85,4%	0,0%	100,0%
Total	n	1	57	18	58	6	140
	%	0,7%	40,7%	12,9%	41,4%	4,3%	100,0%

Tabela 47 - Teste de Qui-quadrado entre episiotomia e lacerações perineais em múltiparas

	Est. teste	G.L.	p-valor
Pearson Qui-quadrado	186,156	8	0,000
N	140		

4. Discussão

A episiotomia, um dos procedimentos cirúrgicos mais utilizados em obstetrícia, é uma incisão feita na vagina e região perineal durante o segundo estágio do trabalho de parto com o objetivo de facilitar partos complicados através do aumento da abertura vaginal e prevenir lacerações perineais espontâneas imprevisíveis e de bordos irregulares. Inicialmente utilizada de forma rotineira, atualmente defende-se o seu uso seletivo e restrito. Contudo a sua aplicação continua a ser alvo de grande discordância na comunidade médica, pois garante trauma perineal e necessidade de suturas, não sendo isenta de complicações.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) uma taxa de 10% de episiotomias é o alvo recomendado a atingir. No entanto, um estudo realizado no contexto do Projeto “Euro-Peristat” por Blondel et al. (3) demonstrou que a maioria dos países europeus tem taxas de episiotomias que variam entre os 16% e 38% de todos os partos vaginais; é ainda referido neste estudo que países como Portugal adotam uma prática de uso rotineiro da episiotomia, o que vai contra as recomendações internacionais compiladas pela Cochrane Systematic Review (2). No presente estudo, com base na amostra de um ano, obteve-se uma taxa de episiotomia de 55,8% (de salientar novamente que este estudo excluiu todos os partos instrumentalizados, indicações fortes para a realização de episiotomia), pelo que se pode afirmar que é feito um uso excessivo desta técnica.

De acordo com a análise realizada neste estudo, lacerações perineais espontâneas e episiotomia encontram-se estatisticamente relacionadas. A perineotomia parece ter um efeito protetor no aparecimento de lacerações, pois a grande maioria das mulheres a quem este procedimento foi realizado não apresentam qualquer tipo de laceração. No entanto, é importante salientar que segundo Cassadó et al. (4) uma episiotomia garante uma laceração de segundo grau e que a única laceração de terceiro grau descrita corresponde a uma mulher submetida a episiotomia. Contudo, e apesar de várias mulheres apresentarem lacerações espontâneas mesmo com a realização do procedimento, estas poderiam ser de maior grau (e consequentemente de maior gravidade) se a episiotomia não fosse realizada.

A primiparidade é um fator de risco significativo globalmente aceite para o aparecimento de lacerações perineais severas, tal deve-se à escassa elasticidade do períneo em primíparas. A análise comparativa realizada entre episiotomia e número de partos vaginais demonstrou que existe relação estatisticamente significativa entre estas, sendo o procedimento realizado em 74,1% de mulheres no seu primeiro parto. No entanto, e de acordo com um uso seletivo da episiotomia, esta não foi realizada em 20,2% das primíparas. Um achado inesperado surge quando se analisa paridade e lacerações perineais, mais uma vez estas variáveis demonstram estar relacionadas do ponto de vista estatístico, com a grande maioria das lesões de primeiro e segundo grau a surgirem em múltiparas. Tal pode ser explicado ao examinar os estudos de Lurie et al. (5) e Manzanares et al. (6), que demonstram que episiotomia

no primeiro parto vaginal aumenta de forma significativa e independente a necessidade de episiotomia e o risco de lacerações perineais espontâneas em partos subsequentes; também demonstram que lacerações de segundo grau espontâneas não aumentam o risco de futuras lacerações. Tendo isto em conta pode afirmar-se que primiparidade não deve ser indicação absoluta para episiotomia, estas pacientes carecem de maior atenção mas deve fazer-se uma avaliação individualizada da mulher e, consoante o seguimento do trabalho de parto selecionar aquelas em que é estritamente necessário tal procedimento.

Atendendo aos dois últimos tópicos analisados e levando a investigação um pouco mais além, através da comparação entre episiotomia e lacerações perineais em primíparas e múltiparas separadamente, observou-se uma diminuição do número de lacerações perineais espontâneas em mulheres a quem o procedimento foi realizado. No entanto, tal é mais significativo nas múltiparas. Nas primíparas, de facto, a grande maioria das parturientes não apresentaram lacerações espontâneas e existe diminuição da taxa de lacerações de primeiro grau, mas o mesmo não acontece para os restantes graus estudados. Verifica-se um aumento do número de lacerações de segundo grau, lacerações múltiplas e a única laceração de terceiro grau descrita dá-se numa primípara com episiotomia. Num estudo por Yamasato et al (7) a episiotomia mediolateral é descrita como fator de risco independente para o aparecimento de lacerações de terceiro e quarto graus, particularmente em partos vaginais espontâneos (sem necessidade de instrumentalização), tornando necessário considerar muito cuidadosamente a decisão de partir para uma episiotomia, mesmo em partos vaginais de risco, como nas primíparas, pois a incisão feita pode ser mais danosa que uma possível laceração espontânea.

Não existe consenso na literatura sobre a participação da analgesia epidural como fator de risco para o desenvolvimento de lacerações perineais severas e como possível indicação para a realização de episiotomia. Uma análise biomecânica do pavimento pélvico por Oliveira et al. (8) apenas mostrou que os músculos respondem de forma passiva à passagem do feto quando sobre epidural, sem mostrar as suas implicações. No entanto, pode pressupor-se que uma resposta passiva não oferece resistência à passagem fetal, podendo então a epidural contribuir como fator facilitador do parto, mas muitos são os artigos que a salientam como fator de risco para lacerações severas. A avaliação realizada sobre este parâmetro não demonstrou relação estatisticamente significativa com a realização da episiotomia, mas existe relação com o aparecimento de lacerações perineais espontâneas. Contudo, poucas são as conclusões que se podem tirar pois o número de mulheres a quem esta foi administrada não é muito significativo. Loewenberg-Weisband et al. (9) concluíram que a analgesia epidural é um método seguro para alívio da dor durante o parto, a possível relação encontrada entre esta e o aparecimento de lacerações de terceiro e quarto graus deve-se aos fatores que levam as mulheres a requisitar epidural serem semelhantes àqueles que levam ao aparecimento de lacerações perineais severas.

A prematuridade é salientada em alguns artigos como indicação relativa para a realização de episiotomia pois defende-se que minimiza o risco de hemorragia intraventricular

nos pré-termos, embora tal careça de evidências (10). Um estudo por Sagi et al. (11) vai mais além ao dizer que a prematuridade enquanto indicação relativa já não se aplica e, Steen et al. (12) chega mesmo a afirmar que a episiotomia não protege o pré-termo de hemorragia intracraniana, não devendo ser realizada com este propósito. Atualmente é dada mais atenção aos neonatos pós-termo e, conseqüentemente, à possibilidade de macrossomia como risco para lacerações perineais severas (como discutido de seguida). Devido à predominância de neonatos a termo na nossa amostra não é possível inferir qualquer tendência entre idade gestacional, episiotomia e lacerações perineais. São necessários mais estudos dirigidos à análise destes parâmetros e suas possíveis implicações no decorrer dos partos vaginais.

Em todos os debates sobre possíveis indicações para episiotomia os fetos macrossômicos surgem como fator de risco não só de lacerações perineais severas como também de distocia de ombros, chegando-se mesmo a alegar que a suspeita de macrossomia fetal pode contraindicar o parto vaginal e que a cesariana pode ser necessária para prevenir complicações maternas e fetais (13). À semelhança do que aconteceu na variável idade gestacional, no presente estudo também não é possível traduzir qualquer relação estatística entre peso dos recém-nascidos, episiotomia e lacerações perineais, devido à clara predominância de fetos com peso dito normal comparativamente aos baixo peso e macrossômicos. O grande tamanho associado a fetos com mais de quatro quilos pode fazer com que as propriedades elásticas do períneo da mulher sejam em muito ultrapassadas, causando lacerações perineais severas, alterando as propriedades musculares do pavimento pélvico e predispondo a longo prazo a complicações como prolapsos e incontinência. A episiotomia pode potencialmente facilitar estes partos, contudo torna-se arriscada devido ao risco de prolongamento desta e atingimento esfinteriano. É necessário pesar riscos e benefícios de forma meticulosa em macrossômicos de forma a escolher o tipo de parto que traga menos complicações quer à mãe quer ao recém-nascido.

Para terminar a discussão das variáveis fetais tem-se a distocia de ombros e proclividade da mão. A sua análise não demonstrou significância estatística relativamente à episiotomia e lacerações perineais, mais uma vez devido ao número limitado de casos em que tal se verificou. Ambos os casos requerem manobras obstétricas específicas, no entanto, a utilização da episiotomia é controversa pois a obstrução e oposição à descida do feto pelo canal de parto não é causada por tecidos moles mas sim pelos ossos pélvicos (11). A utilização da episiotomia para proteção do períneo em situações críticas como a macrossomia, distocia de ombros e proclividade da mão é questionável, não existe protocolo a seguir e os estudos direcionados a estas problemáticas são raros e controversos, existindo grande heterogeneidade de informação, como demonstrado por Steiner et al. (10). Contudo, apesar de não ser tão linear como nos partos instrumentalizados, atendendo ao risco que estas situações acarretam, opta-se por realizar episiotomia preventiva, como revelado neste estudo em que está presente na maioria destas ocorrências.

Um dos principais objetivos da episiotomia é a prevenção de lacerações perineais espontâneas severas com atingimento dos esfíncteres. Contudo, são inúmeros os estudos que apontam, não como protetora, mas como fator de risco independente para lacerações de terceiro e quarto grau. No presente estudo, apesar de apenas existir uma laceração de terceiro grau documentada, contabilizou-se como tendo danos nos esfíncteres todas as mulheres que foram encaminhadas para consultas de fisioterapia por problemas de continência esfinteriana. São apenas quatro os casos, o que não é muito significativo tendo em conta a magnitude total da amostra, mas pode verificar-se que todos acontecem em parturientes submetidas a episiotomia. Como será explicado em maior detalhe, o maior determinante de atingimento esfinteriano pela episiotomia é a própria técnica utilizada. No entanto, mesmo que não se verifique qualquer atingimento direto dos esfíncteres, e como demonstrado por Oliveira et al. (8), após a uma episiotomia as propriedades locais dos músculos do pavimento pélvico são alteradas, vai existir recuperação e realinhamento tecidual de acordo com as forças que lhe são exercidas, o que pode explicar os achados do presente estudo.

Na literatura não é feita grande referência à relação entre episiotomia e complicações com a sutura. De facto, complicações como infeção e deiscência da sutura são descritas quer para a episiotomia quer para as lacerações perineais espontâneas. Segundo a análise estatística realizada neste estudo não existe relação significativa entre episiotomia e complicações com a sutura. Contudo, após uma análise mais detalhada, é possível identificar que dos 14 casos descritos como tendo deiscência da sutura, 13 deles correspondem a mulheres a quem foi feita episiotomia. Uma possível explicação deve-se à grande maioria das lacerações perineais espontâneas encontradas serem lacerações de baixo grau, maioritariamente de primeiro grau, ou seja, muitas delas não necessitaram sequer de reparação. Por outro lado, segundo Cassadó et al. (4) uma episiotomia garante por definição uma laceração de segundo grau (existe envolvimento de fáscia e músculos perineais, podendo esta aumentar com o seguimento do parto), o que garante reparação com sutura.

São vários os estudos que correlacionam a realização de episiotomia com o aparecimento de hematomas perineais (14), estes hematomas são causadores de grande morbidade para a mulher, sendo responsáveis por uma recuperação mais longa e mais dolorosa. Neste estudo também se encontrou relação estatisticamente significativa entre realização de episiotomia e, não só aparecimento de hematoma, como também de edema perineal. Em ambos os casos a percentagem de parturientes que desenvolveram este tipo de complicações é muito superior no grupo de mulheres que realizaram episiotomia comparativamente àquelas em que tal não aconteceu. Pode-se então afirmar que a realização de episiotomia é um fator de risco modificável para o aparecimento de complicações perineais pós-parto como hematoma e edema do períneo.

Existe um momento específico quer para a realização da episiotomia, como já salientado anteriormente, quer para a sua reparação. Esta deve ser adiada até que se verifique completa expulsão da placenta, o que em adição ao trauma perineal causado por este

procedimento, implica uma perda sanguínea contínua e prolongada que só termina com a sua total reparação. Um estudo realizado por Álvarez et al. (15) demonstrou que a episiotomia está relacionada com maior diminuição da hemoglobina, quando comparada com todos os graus de lacerações perineais espontâneas, o que vai ao encontro dos nossos achados. Foram descritos 21 casos de mulheres com anemia pós-parto (Hg <10 g/dl), destes 15 haviam sido submetidas a episiotomia, o que corresponde em termos percentuais a sensivelmente o dobro dos casos em que o procedimento não foi executado.

São várias as técnicas de episiotomia descritas (anexo 2) e a sua aplicação varia bastante entre países. Nos Estados Unidos da América a mais utilizada é a episiotomia em linha média, aquela que está comprovadamente associada a maior risco de laceração do esfíncter anal, mas cuja reparação é mais simples. Em países como a Finlândia, Suécia e Noruega é preferida a episiotomia lateral. Um estudo realizado por Fodstad et al. (16) demonstrou que existe grande diversidade na forma de execução da episiotomia e erros de classificação da mesma, bem como grande variabilidade de utilização entre países, instituições e mesmo entre médicos, sendo necessário criar uma definição internacional.

Focando na episiotomia mediolateral, a mais utilizada em Portugal e aquela que nos propusemos a estudar, esta pode ser protetora em situações específicas, sendo os riscos superiores aos benefícios quando utilizada rotineiramente. Estudos sobre o comportamento do períneo durante o parto (17) demonstram que o principal fator relacionado com o atingimento do esfíncter anal é o ângulo em que esta é realizada. A distensão perineal pela apresentação fetal é responsável pela diferença entre o ângulo em que é feita a incisão e o ângulo em que é realizada a sutura, sendo essencial que a incisão seja realizada entre 45° a 60° (18)(19)(20).

Por fim, começam já a surgir estudos que comparam a episiotomia seletiva com a não realização de todo, como o estudo randomizado por Amorim et al. (21), mas ainda se encontram em fase de investigação.

5. Conclusão

A falta de guidelines e protocolos de atuação, e a grande heterogeneidade de informação contribuem para que a episiotomia seja um tema tão controverso. Uma certeza existe, este procedimento é protetor apenas em casos selecionados, acarreta grandes complicações maternas quando utilizado de forma rotineira e quando a técnica é incorreta, sendo necessário apostar na formação dos profissionais sobre esta temática.

O presente estudo demonstrou que é feito um uso um tanto liberal da episiotomia. Existe clara tendência para a sua utilização em primíparas e é realizada preventivamente em casos de distocia de ombros e proclividade da mão.

Verifica-se ainda que a episiotomia parece ter um efeito protetor no aparecimento de lacerações perineais espontâneas. Contudo, são várias as mulheres que mesmo com o procedimento sofrem lacerações graves.

Relativamente a complicações, a episiotomia está claramente relacionada com maior incidência de danos nos esfíncteres, hematomas do períneo e anemia no pós-parto, predispondo para a ocorrência de lacerações espontâneas em partos subsequentes.

5.1 Limitações do estudo

A hipótese colocada inicialmente pretende investigar a aplicação da episiotomia no CHCB, o que leva os médicos a realizar este procedimento e quais as complicações que daí advêm. Apesar das conclusões tiradas neste estudo, por se tratar de uma amostra recolhida apenas no espaço de um ano e num só hospital existe alguma limitação em se concluir sobre indicações e preferências dos obstetras na aplicação da episiotomia. Em adição, algumas situações já enumeradas anteriormente surgem com muito pouca frequência para ser possível inferir estatisticamente sobre as mesmas, sendo uma possível solução estudar um maior período de tempo.

Por fim, por se tratar de um estudo retrospectivo depende exclusivamente dos registos clínicos, pelo que informações não registadas enfraquecem a investigação.

6. Bibliografia


1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. *Obstetrícia de Williams*. *Obstetrícia de Williams*. 2012. 400-405 p.
2. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth [Systematic Review]. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;
3. Blondel B, Alexander S, Bjarnadóttir RI, Gissler M, Langhoff-Roos J, Novak-Antolič Ž, et al. Variations in rates of severe perineal tears and episiotomies in 20 European countries: a study based on routine national data in Euro-Peristat Project. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2016;
4. Cassadó J, Pessarrodona A, Rodriguez-Carballeira M, Hinojosa L, Manrique G, Márquez A, et al. Does Episiotomy Protect Against Injury of the Levator Ani Muscle in Normal Vaginal Delivery? *Neurourol and Urodynamics*. 2014;33:1212-6.
5. Lurie S, Kedar D, Boaz M, Golan A, Sadan O. Need for episiotomy in a subsequent delivery following previous delivery with episiotomy. *Arch Gynecol Obstet*. 2013;287:201-4.
6. Manzanares S, Cobo D, Moreno-Martínez MD, Sánchez-Gila M, Pineda A. Risk of episiotomy and perineal lacerations recurring after first delivery. *Birth*. 2013;40:307-11.
7. Yamasato K, Kimata C, Huegel B, Durbin M, Ashton M, Burlingame JM. Restricted episiotomy use and maternal and neonatal injuries: a retrospective cohort study. *Arch Gynecol Obstet*. 2016;294:1189-94.
8. Oliveira DA, Parente MPL, Calvo B, Mascarenhas T, Jorge RMN. A biomechanical analysis on the impact of episiotomy during childbirth. *Biomech Model Mechanobiol*. 2016;15(6):1523-34.
9. Loewenberg-Weisband Y, Grisaru-Granovsky S, Ioscovich A, Samueloff A, Calderon-Margalit R. Epidural analgesia and severe perineal tears: A literature review and large cohort study. Vol. 27, *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. 2014. p. 1864-9.
10. Steiner N, Weintraub AY, Wiznitzer A, Sergienko R, Sheiner E. Episiotomy: The final cut? *Arch Gynecol Obstet*. 2012;286(6):1369-73.
11. Sagi-Dain L, Sagi S. Indications for episiotomy performance - a cross-sectional survey and review of the literature. *J Obstet Gynaecol*. 2015;3615:1-5.
12. Steen M, Cummins B. How to perform an episiotomy. *Nurs Stand*. 2016;30(24):36-9.

13. Vale de Castro Monteiro M, Pereira GMV, Aguiar RAP, Azevedo RL, Correia-Junior MD, Reis ZSN. Risk factors for severe obstetric perineal lacerations. *Int Urogynecol J*. 2016;27(1):61-7.
14. Rani S, Verma M, Pandher DK, Takkar N, Huria A. Risk factors and incidence of puerperal genital haematomas. *J Clin Diagnostic Res*. 2017;11(5):QC01-QC03.
15. Rubio-Álvarez A, Molina-Alarcón M, Hernández-Martínez A. Relationship between the degree of perineal trauma at vaginal birth and change in haemoglobin concentration. *Women and Birth*. 2017;30(5):382-8.
16. Fodstad K, Staff AC, Laine K. Episiotomy preferences, indication, and classification - A survey among Nordic doctors. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2016;95(5):587-95.
17. Gonzalez-Díaz E, Fernández Fernández C, Fernández Galguera MJ, Fernández Corona A. Behavior of perineum during delivery before fetal head expulsion. *Int Urogynecol J*. 2017;28(3):375-80.
18. Ma K, Byrd L. Episiotomy: What angle do you cut to the midline? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2017;213:102-6.
19. Ginath S, Elyashiv O, Weiner E, Sagiv R, Bar J, Menczer J, et al. The optimal angle of the mediolateral episiotomy at crowning of the head during labor. *Int Urogynecol J*. 2017;28(12):1795-9.
20. Corrêa Junior M, Passini Júnior R. Selective Episiotomy: Indications, Technique, and Association with Severe Perineal Lacerations. *Rev Bras Ginecol e Obs / RBGO Gynecol Obstet*. 2016;38(06):301-7.
21. Amorim MM, Coutinho IC, Melo I, Katz L. Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: A randomized clinical trial. *Reprod Health*. 2017;14(1):1-10.
22. Muhleman MA, Aly I, Walters A, Topale N, Tubbs RS, Loukas M. To cut or not to cut, that is the question: A review of the anatomy, the technique, risks, and benefits of an episiotomy. Vol. 30, *Clinical Anatomy*. 2017. p. 362-72.
23. Robinson JN. Episiotomy: Navigating the evidence. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2015;122(8):1082.
24. Rusavy Z, Karbanova J, Kalis V. Timing of episiotomy and outcome of a non-instrumental vaginal delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2016;95(2):190-6.
25. Fodstad K, Laine K, Staff AC. Different episiotomy techniques, postpartum perineal pain, and blood loss: An observational study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2013;24(5):865-72.


26. Melo I, Katz L, Coutinho I, Amorim MM. Selective episiotomy vs. implementation of a non episiotomy protocol: A randomized clinical trial. *Reprod Health*. 2014;11(1):1-6.

Anexos

A.1 Autorização do Estudo pelo Conselho de Administração do CHCB




REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

23 OUT. 2017



Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE
CCHB/Fundo

Assunto: Projecto de Investigação n.º 77/2017 - "Episiotomia: reflexão sobre a sua prática no servi	
Para: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração	N.º: 80/2017
De: Gabinete de Investigação e Inovação	Data: 23-10-2017

Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de autorização de Ana Patrícia Serra da Silva, aluna do Mestrado Integrado em Medicina na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, para a realização de um estudo subordinado ao tema "Episiotomia: reflexão sobre a sua prática no serviço de obstetrícia do CHCB", no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia deste centro hospitalar.

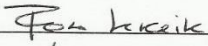
Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e Procedimentos do Centro de Investigação Clínica.

Informo, ainda, que o estudo não foi submetido ao parecer da Comissão de Ética de acordo com a tomada de decisão desta Comissão, constante na Ata nº 2, da reunião de 22 de Janeiro de 2009: "A Comissão de Ética decidiu ainda: -----"

Que o parecer da Comissão de Ética será dispensável sempre que não haja contacto directo com os doentes, como é o caso de consulta de processos clínicos e desde que o investigador se comprometa a manter a confidencialidade;..."

Com os melhores cumprimentos,

A Coordenadora do Gabinete de Investigação e Inovação,



 (Dr.ª Rosa Saraiva)

Centro Hospitalar Cova da Beira
Presente em reunião de C.A.
24 OUT. 2017
Despacho
Autorizado

Presidente do C.A. - Director Clínico
Dr. João José Gasparino Alves

Vogal do C.A.
Dr. Vítor Manuel Mendes da Mota

Vogal do C.A.
Dr.ª Maria de Jesus Trocado Marques

Enfermeiro Director
Enf. João José Gasparino Ramalhinho

Despacho:	Parecer:
-----------	----------

CHCB.IMP.CHCB.197
Ed.1
Rev.1

A.2 Ilustração das diferentes técnicas para realização da episiotomia

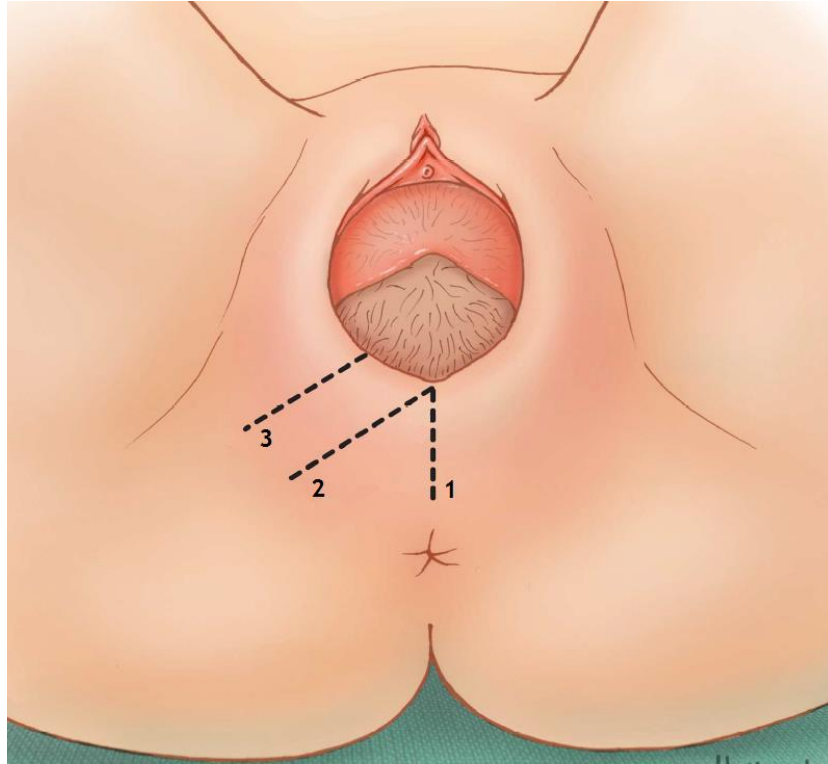


Figura 2 - Diferentes técnicas mais comumente utilizadas para realização da episiotomia. 1 Mediana; 2 Mediolateral; 3 Lateral (22)