

Episiotomia: devemos realizar?

Revisão da literatura

Versão final após entrega

Catarina de Mendonça Sabbo

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Medicina

(mestrado integrado)

Orientadora: Dra. Renata Gonçalves Martello dos Santos

Co-orientadora: Dra. Ana Rita Leite Cruz

Co-orientador: Dr. Renato Alexandre Silva Martins

julho de 2022

Episiotomia: devemos realizar?

Dedicatória

Para a minha mãe e o meu avô Jorge, que me guiaram neste caminho e estão sempre ao meu lado.

Episiotomia: devemos realizar?

Agradecimentos

À minha orientadora, Dra. Renata Martello, por todos os ensinamentos, disponibilidade e dedicação que demonstrou ao longo de todo o desenvolver deste trabalho.

À minha co-orientadora e amiga, Dra. Ana Rita Cruz, por tudo o que me ensinaste e ajudaste ao longo destes 6 anos e por todos os anos que nos esperam.

À minha mãe, à Mary e à avó Cila por estarem sempre lá para me ajudar e por serem o meu maior apoio.

À Inês Leitão, Ana Lobão, Diana Santos, Inês Lopes, Catarina Oliveira, Leonor Sousa e João Martingo, por estarem sempre ao meu lado.

À C'a Tuna Aos Saltos por ter sido um porto seguro ao longo da caminhada nesta cidade e por me ter visto e ajudado a crescer, guardando as melhores histórias, momentos, memórias.

À Covilhã por me deixar ser quem eu sou e onde sou feliz.

Episiotomia: devemos realizar?

Resumo

Durante o parto vaginal podem ocorrer lacerações vaginais e perineais que são classificadas em diferentes graus e comportam diferentes consequências. A episiotomia é um procedimento cirúrgico que consiste na realização de uma incisão no períneo que visa aumentar o orifício vaginal, executado durante a segunda fase do trabalho de parto, com a finalidade de prevenir lacerações perineais de maior gravidade e possíveis complicações associadas. Tanto as lacerações perineais espontâneas como as episiotomias podem ser acompanhadas por dor, dispareunia, incontinência urinária, entre outras, pelo que é importante entender qual a pertinência da aplicação da episiotomia e em que situações esta se torna necessária. Atualmente, o papel deste procedimento cirúrgico é controverso, chegando a sua utilização a ser considerada como prática de violência obstétrica, pelo que é importante entender as situações em que a sua aplicação se mostra vantajosa e é imperativo que a necessidade do procedimento seja explicada à grávida para que esta se sinta informada e segura.

Este trabalho tem como objetivo efetuar uma revisão da literatura com a finalidade de entender quais as possíveis indicações para a realização desta técnica e quais as complicações e benefícios associados.

Palavras-chave

Episiotomia; perineotomia; laceração perineal; dor perineal

Episiotomia: devemos realizar?

Abstract

During vaginal delivery, vaginal and perineal lacerations can occur, which are classified as different degrees and have different consequences. Episiotomy is a surgical procedure that consists of making an incision in the perineum that aims to increase the vaginal orifice, performed during the second stage of labor, to prevent more severe perineal lacerations and possible associated complications. Both spontaneous perineal lacerations and episiotomies can be accompanied by pain, dyspareunia, urinary incontinence, among others, so it is important to understand the pertinence of episiotomy application and in which situations it becomes necessary. Currently, the role of this surgical procedure is controversial, with its use being considered as a practice of obstetric violence, so it is important to understand the situations in which its application proves to be advantageous, and it is imperative that the need for the procedure is explained to the patient, so that she feels informed and safe.

This dissertation aims to review the literature to understand the possible indications for performing this technique and the complications and associated benefits.

Keywords

Episiotomy; perineotomy; perineal laceration; perineal pain

Episiotomia: devemos realizar?

Índice

1. Introdução	1
1.1) Laceração perineal	2
1.2) Episiotomia	4
1.3) Objetivos do trabalho.....	6
2. Material e Métodos.....	7
3. Resultados	9
3.1) Stedenfeldt <i>et al.</i> (2012) (20).....	9
3.2) De Vogel <i>et al.</i> (2012) (21)	10
3.3) Islam <i>et al.</i> (2013) (22)	11
3.4) Karbanova <i>et al.</i> (2013) (23).....	12
3.5) Hernández-Martínez <i>et al.</i> (2013) (24)	13
3.6) El-Din <i>et al.</i> (2014) (25).....	14
3.7)	15
3.8) Karbanova <i>et al.</i> (2014) (27).....	16
3.9) Turmo <i>et al.</i> (2014) (28)	17
3.10) Shmueli <i>et al.</i> (2016) (11)	18
3.11) Amorim <i>et al.</i> (2017) (16)	19
3.12) Gebuza <i>et al.</i> (2018) (29).....	20
3.13) Gonzalez-Diaz <i>et al.</i> (2019) (30)	21
3.14) García-Lorca <i>et al.</i> (2019) (31)	22
3.15) Pasc <i>et al.</i> (2019) (32).....	23
3.16) Muraca <i>et al.</i> (2019) (33)	24
3.17) Sagi-Dain <i>et al.</i> (2020) (34)	26
3.18) Blanc-Petitjean <i>et al.</i> (2020) (35)	27
4. Discussão	29

5. Conclusão.....	33
6. Referências Bibliográficas.....	35

Lista de Figuras

Figura 1 - Tipos de episiotomia	4
Figura 2 - Medidas utilizadas por Stedenfeldt <i>et al</i>	9
Figura 3 - Características da episiotomia	21

Episiotomia: devemos realizar?

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Classificação de laceração perineal obstétrica2

Episiotomia: devemos realizar?

Lista de Acrónimos

ACOG	<i>American College of of Obstetricians and Gynecologists</i>
EL	Episiotomia lateral
EML	Episiotomia mediolateral
IG	Idade gestacional
OASIS	<i>Obstetric Anal Sphincter Injury</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
RCOG	<i>Royal College of Obstetricians and Gynecologists</i>
TP	Trabalho de parto

Episiotomia: devemos realizar?

1. Introdução

Durante o parto vaginal podem ocorrer lacerações vaginais e perineais que são classificadas em diferentes graus e com diferentes consequências possíveis a longo prazo. (1) Embora as taxas de laceração variem com base em diferentes fatores como as características da grávida, locais de nascimento e práticas do prestador de cuidados obstétricos, 53-79% das mulheres sofrerão algum tipo de laceração durante o parto vaginal, sendo a maioria lacerações de primeiro e segundo graus. As lacerações perineais severas são aquelas que afetam o complexo do esfíncter anal e são denominadas lesões obstétricas do esfíncter anal (*obstetric anal sphincter injuries - OASIS*). (2)

A episiotomia é uma técnica cirúrgica que visa aumentar o orifício vaginal, realizada através de uma incisão no períneo durante a segunda fase do trabalho de parto (TP) (3), com a finalidade de prevenir lacerações perineais de maior gravidade e complicações associadas. O uso de episiotomia pode ser de rotina ou seletivo, isto é, o profissional de saúde avalia a necessidade de episiotomia consoante a situação.

Historicamente, a episiotomia começou a ser amplamente utilizada após uma publicação de DeLee em 1920, na qual era defendido o uso rotineiro desta técnica. Esta prática expandiu-se durante a maior parte do século XX até à publicação de uma revisão em 1983 onde foi apontada a inexistência de evidência científica a apoiar os benefícios ou riscos da episiotomia. (4) Desde aí, inúmeros estudos, meta-análises e revisões sistemáticas foram desenvolvidos com a finalidade de objetivar quais as indicações para a realização de episiotomia.

De modo a avaliar a necessidade de episiotomia é importante reconhecer indicações para a sua realização e, sendo a maioria destas subjetiva, a avaliação e experiência por parte do profissional de saúde representam um papel fulcral.

1.1) Laceração perineal

O períneo feminino é a saída inferior da pelve, delimitada pela sínfise púbica anteriormente e pelo cóccix posteriormente. O trauma perineal pode ocorrer de forma espontânea ou iatrogénica (via episiotomia ou parto instrumentado), sendo classificado como anterior quando são afetados a parede vaginal anterior, uretra, clitóris ou lábios ou posterior, incluindo a parede vaginal posterior, músculo perineal, corpo perineal, esfíncteres anais externo e interno e canal anal. Durante o TP, a maioria das lacerações perineais ocorre ao longo da parede vaginal posterior, estendendo-se em direção ao ânus. (5)

Mais de 85% das mulheres submetidas a um parto vaginal sofrerão algum grau de laceração perineal, com 0,6-11% de todos os partos vaginais a resultar numa laceração de terceiro ou quarto grau. Felizmente, a incidência de lacerações perineais diminui com as gestações subsequentes, sendo a taxa de laceração espontânea de 90,4% em mulheres primíparas, diminuindo para 68,8% em mulheres múltíparas submetidas a partos vaginais. (2,5,6)

A classificação atual do trauma perineal foi modificada por Sultan em 1999 e adotada pelo *Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG)* em 2007 e pela *International Consultation on Incontinence* desde 2002 e classifica as lacerações em 4 graus de severidade: (7)

Tabela 1 - Classificação de laceração perineal obstétrica

Classificação OMS-RCOG	Extensão da laceração
Grau 1	Epitélio vaginal ou vulvar
Grau 2	Músculos perineais
Grau 3a	Menos de 50% do esfíncter anal externo

Episiotomia: devemos realizar?

Grau 3b	Mais de 50% do esfíncter anal externo
Grau 3c	Esfíncter anal externo e esfíncter anal interno
Grau 4	Complexo do esfíncter anal e epitélio anorretal

As lesões obstétricas do esfíncter anal incluem apenas lesões perineais de 3º e 4º graus, frequentemente referidas como “severas”, e podem causar morbidade consideravelmente mais elevada quando comparadas com as lesões perineais de 1º e 2º graus. (7)

De modo a verificar a presença de lacerações, deve haver uma avaliação cuidadosa do períneo após o parto vaginal, devendo este exame incluir um toque retal para avaliar o tônus do esfíncter anal. A capacitação, o treino e a experiência dos profissionais presentes no momento do parto para deteção de *OASIS* facilitam o seu diagnóstico precoce e consequente tratamento. No caso de ter existido qualquer lesão, a sua gravidade e técnica de reparação devem ser descritas. (2,5,8,9) Andrews *et al.*, em 2006, demonstraram que uma proporção significativa de médicos não identifica com precisão as lesões do esfíncter anal, havendo uma reparação inadequada com complicações a curto e longo prazo. (8)

Os fatores que contribuem para a ocorrência de lacerações perineais severas mais frequentemente apresentados são: nuliparidade, parto vaginal após cesariana, peso fetal superior a 4000g, distocia de ombros, parto instrumentado, segunda fase do TP prolongada (>60 minutos) e episiotomia mediana. É importante notar que muitos destes fatores não surgem noutros estudos, revisões científicas e meta-análises como estando relacionados com uma maior incidência de *OASIS*, tal como existem fatores não enumerados que em alguns estudos com menor grau de evidência se relacionam com aumento da incidência de lacerações. (2,4–6,8–12)

Enquanto pequenas lacerações podem cicatrizar rapidamente sem intervenção, algumas são mais graves, necessitando de reparação cirúrgica e, dependendo da extensão, podem causar várias consequências no período pós-natal a curto e longo prazo. A curto prazo,

as puérperas podem experienciar consequências como dor, hemorragia e dispareunia, sendo a incontinência urinária ou fecal, defeitos do pavimento pélvico, disfunção sexual, prolapso genito-urinário e depressão exemplos característicos de complicações a longo prazo. (1,6,8,13)

1.2) Episiotomia

Uma episiotomia geralmente é feita no final da segunda fase do TP, quando o períneo é distendido. (1) Apesar de serem regularmente mencionados apenas dois tipos de episiotomia (mediana e mediolateral), os mais frequentemente realizados, existem sete tipos de incisões diferentes descritos na literatura. (3)

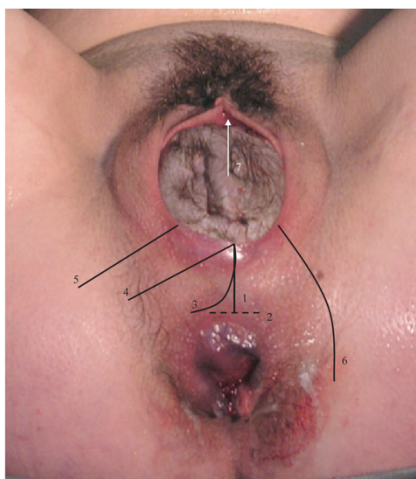


Figura 1 - Tipos de episiotomia

1: episiotomia mediana, 2: episiotomia mediana modificada, 3: episiotomia em forma de "J", 4: episiotomia mediolateral, 5: episiotomia lateral, 6: lateral radical (incisão de Schuchardt), 7: episiotomia anterior (seta branca).

Pesquisas recentes demonstraram que o ângulo de episiotomia é um importante determinante do risco de *OASIS* e existem diferenças entre o ângulo em que a incisão é feita durante a coroação da cabeça (quando o períneo é alongado) e o ângulo da ferida cirúrgica após o parto. (3,11) Kalis *et al* observaram que havia uma diminuição de 15° do ângulo de incisão (medido em relação à linha média após sutura) e que esta diferença era superior quando a episiotomia era realizada durante a coroação da cabeça, sendo, neste caso, a diminuição igual a 20° . (4) Um ângulo de cicatriz de pelo menos 45° está

associado a um menor risco de laceração pós-episiotomia, pelo que o ângulo de incisão recomendado para uma episiotomia mediolateral é 60°. (9)

Nos Estados Unidos e em grande parte do Canadá, a episiotomia mediana é quase universalmente utilizada, enquanto na maior parte da Europa a episiotomia mediolateral é geralmente a preferida. Em diversos estudos, as episiotomias medianas são apresentadas como sendo menos dolorosas e mais fáceis de reparar, apesar de haver maior probabilidade de *OASIS* relativamente às episiotomias mediolaterais. (1,2,8,14)

Até agora, a maioria dos estudos observacionais sugere que a episiotomia mediolateral reduz a incidência de trauma perineal grave se o parto for instrumentado, recorrendo especialmente a fórceps. Por outro lado, a episiotomia mediana combinada com o uso de fórceps aumenta substancialmente o risco de laceração de 3º e 4º graus. A incidência relatada de *OASIS* clinicamente detetável na literatura mundial está na faixa de 0,5% a 7% com episiotomia mediolateral, mas existem relatos com incidência tão alta quanto 17% com episiotomia mediana. (2,7,8)

Eason *et al.*, numa revisão sistemática em 2000, demonstrou que evitar uma episiotomia de rotina reduz significativamente o trauma perineal, estando a episiotomia seletiva associada a trauma vaginal e perineal menos grave e menor necessidade de sutura. Assim, o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) defende a posição do uso restrito em vez do uso de rotina de episiotomias. (1,10,11,15,16) Em 1996, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou que as taxas de episiotomia fossem inferiores a 10%. (6) Mais tarde, em 2018, a OMS afirmou que o uso de episiotomia não é recomendado em mulheres com parto vaginal espontâneo. (17) Também em 2018 a *ACOG* declarou que, com base nos dados atuais, não existem evidências suficientes para recomendar a episiotomia, sendo o julgamento clínico o melhor guia para o seu uso. (2)

Num estudo realizado no contexto do Projeto “Euro-Peristat”, Blondel *et al.* demonstrou uma grande variabilidade nas taxas de episiotomias entre diferentes países europeus: foram reportadas taxas superiores a 4% na Islândia e na Dinamarca e inferior a 0,5% na Roménia, Polónia, Eslovénia, Letónia e Chipre. Estas taxas foram superiores a 60% no Chipre, Roménia e Polónia, sendo esta igual a 73% em Portugal, pelo que foi considerado que era adotada uma prática rotineira da episiotomia no nosso país. (18)

Algumas das indicações mais amplamente apresentadas para a realização de episiotomia incluem o encurtamento da segunda fase do TP, o alto risco iminente de ruturas perineais

espontâneas graves, primiparidade, peso fetal superior a 4 kg e partos instrumentados. (4,5,8-11).

A percepção dos obstetras de que a episiotomia diminui o risco de trauma perineal em comparação com as lacerações espontâneas, aparentemente sem base em evidência científica, constitui a justificação mais substancial para o uso generalizado desta prática. A implementação da episiotomia é influenciada pelo ambiente de trabalho do médico, condições e diversidades individuais, bem como fatores maternos e fetais. (19)

1.3) Objetivos do trabalho

Perante a controvérsia constante relativamente à prática da episiotomia, o principal objetivo desta dissertação é esclarecer os benefícios deste procedimento e quais as possíveis indicações para a sua aplicação, analisando e comparando estudos realizados nos últimos 10 anos.

2. Material e Métodos

Na base de dados *PubMed*, foi feita uma pesquisa bibliográfica de artigos científicos com a palavra-chave “episiotomy”, que resultou em 237 artigos.

A pesquisa dos artigos foi efetuada com recurso às palavras-chave “episiotomy” ou “perineal laceration”. Foram selecionados artigos restringidos a humanos, publicados nos últimos 10 anos, sendo analisados apenas artigos escritos em português, inglês e espanhol.

Os artigos foram analisados quanto à sua relevância para o tema e foram incluídos ensaios clínicos, estudos observacionais e retrospectivos. Foram excluídos os artigos cujo foco primário não era descrever as indicações para a realização de episiotomia ou comparação entre os benefícios da realização de episiotomia *vs.* não realização.

A pesquisa foi concluída em janeiro de 2022, pelo que estudos realizados após esta data não foram incluídos.

Episiotomia: devemos realizar?

3. Resultados

A pesquisa bibliográfica na base de dados obteve 237 resultados de estudos. Após leitura dos títulos e resumos, foram considerados 51 artigos potencialmente elegíveis. A avaliação do texto integral desses estudos levou à inclusão de 18 estudos, cujas principais conclusões se encontram descritas nas secções seguintes.

3.1) Stedenfeldt *et al.* (2012) (20)

Estudo norueguês realizado em 2012 que investigou a associação entre as propriedades geométricas da episiotomia e o risco de ocorrência de lacerações perineais severas.

Este estudo caso-controlo teve como amostra 74 mulheres que realizaram apenas um parto vaginal com episiotomia – 37 apresentavam *OASIS* (grupo experimental) e 37 não apresentavam qualquer laceração (grupo controlo). O estudo decorreu no Hospital Universitário do Norte da Noruega e no Hospital Nordland, sendo realizada a pesquisa entre 2004 e 2011 e apenas incluídas mulheres com um parto vaginal e realização de episiotomia. No grupo experimental foram incluídas lacerações de terceiro e quarto graus, enquanto as restantes foram consideradas sem laceração (grupo controlo).

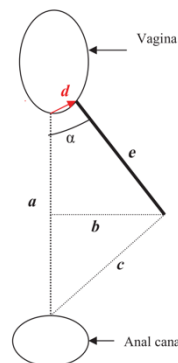


Figura 2 - Medidas utilizadas por Stedenfeldt *et al*

Neste estudo, foram medidas as linhas e ângulos entre os pontos fixos da *fourchette* posterior, a episiotomia e o ponto mais anterior do epitélio anal, denominadas distâncias *a*, *b*, *c*, *d*, e *e* e ângulo α (Figura 2). A distância *a* (linha média) foi definida como o comprimento da *fourchette* posterior ao canal anal, distância *b* como a profundidade da extremidade caudal da episiotomia a interceptar a linha *a* perpendicularmente, *c* como a distância mais curta do ponto caudal da episiotomia ao canal anal, *d* como a distância da

fourchette posterior ao ponto de incisão da episiotomia. O comprimento da episiotomia, e , foi definido como o comprimento desde a borda externa dos lábios, totalmente exposta, mas não excessivamente esticada e o ângulo α , o ângulo entre a (linha média) e a episiotomia.

Concluiu-se que as mulheres com *OASIS* tinham crianças com peso à nascença significativamente maior relativamente às mulheres do grupo controlo (3764 vs. 3377 g, $p = 0.009$). A média do perímetro cefálico do recém-nascido também era maior no grupo experimental (36.9 vs. 35.9 cm, $p = 0.036$). A distância média b foi menor no grupo experimental (11 mm) do que no grupo controlo (16 mm), tal como a distância média d (6 vs. 9 mm) e o comprimento médio da episiotomia e (13 vs. 17 mm). O ângulo médio não diferiu entre os dois grupos.

Este estudo demonstrou que o ponto de incisão, o ângulo, o comprimento e a profundidade são todos parâmetros associados à lesão do esfíncter anal, sendo as duas últimas enumeradas as mais significativamente associadas a menor risco de *OASIS*. Incisões muito próximas da *fourchette* posterior, episiotomias curtas, ângulos inferiores a 15° ou superiores a 60° e profundidade curta são fatores que aumentam o risco de lacerações perineais de terceiro e quarto graus.

É importante destacar que este estudo apresentou limitações como a amostra reduzida e o facto de as medições não terem sido realizadas no momento do parto, quando seria expectável que as medidas encontradas fossem superiores às encontradas no pós-parto.

Deste modo, Stedenfeldt *et al.* mostrou que, sendo a episiotomia uma técnica modificável, é importante ter em conta os parâmetros enumerados de modo a diminuir o risco de *OASIS*.

3.2) De Vogel *et al.* (2012) (21)

Estudo de coorte retrospectivo realizado com os dados do *Netherlands Perinatal Registry* do Amphia Hospital, Breda, Holanda, de partos entre janeiro de 2001 e dezembro de 2009. Com o objetivo principal de avaliar se a episiotomia mediolateral é protetora para o desenvolvimento de *OASIS* nos partos instrumentados, foram utilizados os dados de todas as mulheres submetidas a partos instrumentados com gestações de termo ($n=2861$), sendo excluídas as gestações multifetais, parto eutócicos e episiotomias medianas.

As participantes foram divididas em dois grupos: EML+ (submetidas a EML) e EML- (não submetidas a EML), sendo o grupo EML+ com maior número de partos com uso de fórceps (12.7% vs. 3.9%, $p < 0.001$), mais fetos em posição occipitoposterior (13.2% vs. 9.0%, $p < 0.01$), mais primíparas (87.6% vs 73.5%, $p < 0.001$) e uso mais frequente de anestesia epidural (22.3% vs 13.8%, $p < 0.001$) em comparação com o grupo EML-, tendo este último maior número de partos com ventosa (96.1% vs 86.2%, $p < 0.001$).

Nos 2861 partos incluídos, a frequência de *OASIS* foi de 5,7%, com a frequência de lesões esfinterianas de 5,9% nos partos com ventosa, em comparação com 3,2% nos partos com fórceps. O risco absoluto de *OASIS* foi respectivamente de 3,5% no grupo EML+, comparado com 15,6% no grupo EML-.

Após a análise de regressão logística, a EML mostrou um forte efeito protetor para o desenvolvimento de *OASIS*, sendo este mais valorizável nos partos com ventosa. É importante salientar que foram observados 2520 partos com ventosa e apenas 321 partos com fórceps, um reflexo da prática obstétrica holandesa e, devido ao baixo número de partos com fórceps neste estudo, o efeito protetor calculado deve ser interpretado com cautela.

Deste modo, foi encontrada uma redução de 6 vezes na probabilidade de desenvolver *OASIS* com a realização de uma EML durante um parto instrumentado, pelo que os autores afirmaram que esta técnica deve ser realizada durante estes tipos de partos com a finalidade de reduzir a incidência de *OASIS*.

3.3) Islam *et al.* (2013) (22)

Estudo prospectivo randomizado realizado no Paquistão entre janeiro de 2006 e abril de 2008 e publicado em 2013. Com a finalidade de comparar a morbidade no período pós-parto relacionada com a realização de episiotomia, foram criados dois grupos com 100 participantes em cada, todas primíparas com gestações unifetais e fetos em apresentação cefálica, sendo o grupo 1 constituído pelas mulheres submetidas a episiotomia e o grupo 2 pelas mulheres a quem não foi realizada episiotomia. As variáveis avaliadas foram: lacerações perineais, avaliação subjetiva da dor no períneo, dispareunia após o puerpério, sensação de pressão no puerpério, incontinência urinária ou fecal e avaliação objetiva do prolapso pós-puerpério.

Foi observado que em nenhum dos grupos ocorreram lacerações de terceiro ou quarto graus, no entanto, no grupo 1 existiram extensões da episiotomia, enquanto no grupo 2: 62% das mulheres não sofreram qualquer laceração perineal e apenas pequenas ou nenhuma laceração da mucosa vaginal, 23% teve lacerações de segundo grau que foram suturadas; 6% teve pequenas lacerações periuretrais que também foram suturadas e 9% apresentaram lacerações vaginais de primeiro grau que não foram submetidas a sutura.

Relativamente à morbidade pós-parto, 69% das mulheres do grupo 1 relatou dor comparativamente a 12% do grupo 2, sendo os valores iguais relativamente a dispareunia. Sobre a sensação de pressão, esta foi relatada por 48% do grupo 1 e 49% do grupo 2 e a incontinência foi relatada por 26% do grupo 1 e 24% do grupo 2. O prolapso uterino foi observado em maior número no grupo 2, mas este valor não foi estatisticamente significativo (18% no grupo 1 *vs.* 21% no grupo 2).

Assim, com este estudo, foi possível inferir que a realização da técnica de episiotomia mediolateral não alterou a probabilidade de surgimento de lacerações perineais severas e levou ao aumento da morbidade no pós-parto da população estudada.

3.4) Karbanova *et al.* (2013) (23)

Estudo prospetivo randomizado que decorreu no Hospital Universitário Pilsen, na República Checa, entre abril de 2010 e abril de 2012. Foram criados dois grupos, sendo as participantes distribuídas pelos grupos quando, durante a primeira fase do TP, selecionaram um envelope com as indicações a seguir – as participantes não sabiam qual o tipo de episiotomia a ser realizado. Destes dois grupos, um foi submetido a EML, que seguiu um ângulo de pelo menos 60° com a linha média, e o outro grupo, submetido a EL, cuja episiotomia começou 1 a 2 cm lateralmente a partir da linha média e foi direcionada para a tuberosidade isquiática. O desfecho primário foi a incidência de *OASIS* e o secundário a taxa de trauma vaginal e perineal adicional na continuação da episiotomia. Outros desfechos estudados foram o comprimento da episiotomia e distância ao ânus, hemorragia relacionada com a episiotomia, duração da reparação da incisão e número de fios de sutura necessários para esta. Durante o período do estudo, 3534 primíparas realizaram o parto no hospital em estudo, sendo excluídas aquelas cujo parto terminou em cesariana e aquelas onde o procedimento do estudo não foi realizado, ficando com um total de 790 incluídas: a EML foi realizada em 390 mulheres e a EL em 400. Os grupos não diferiram nas características maternas ou neonatais.

A diferença da incidência de *OASIS* nos dois grupos foi de 0,2% - 1,5% no grupo EML e 1,3% no grupo EL, sendo que nenhuma das lacerações encontradas foi de quarto grau. Assim, juntamente com trauma perineal (1,8% vs. 1,5%, $p = 0,6$) ou vaginal (8,5% vs. 10,6%, $p = 0,2$) adicional, hemorragia e desfecho neonatal, a incidência de *OASIS* nos dois grupos foi semelhante. A EML foi associada a tempos de reparação mais curtos ($p < 0,05$), menos material de sutura ($p < 0,05$) e distâncias menores ao ânus ($p < 0,001$). Além da primiparidade, foram identificados fatores de risco conhecidos para *OASIS*, como parto instrumentado, apresentação fetal occipitoposterior e macrosomia fetal (o peso neonatal em todos os partos com *OASIS* variou entre 3.800 g e 4.480 g).

Deste modo, foi demonstrado que a EML com ângulo de pelo menos 60° é um procedimento seguro em relação ao trauma direto do esfíncter anal e que o risco de traumas vaginais e perineais e o risco de *OASIS* após EML são baixos e correspondem ao risco após EL. No entanto, não é possível considerar que tinha sido feita uma comparação completa dos dois tipos de episiotomia, sendo necessário avaliar outras variáveis como o processo de cicatrização, dor, dispareunia ou estado de continência urinária/fecal no seguimento a curto, médio e longo prazo.

3.5) Hernández-Martínez *et al.* (2013) (24)

Estudo coorte retrospectivo observacional espanhol cuja finalidade foi determinar a variabilidade na prática de episiotomia entre parteiras e a sua relação com o aparecimento de lacerações perineais de terceiro e quarto graus, bem como as suas consequências na morbidade neonatal. Foram incluídos 2366 partos eutócicos unifetais, com IG ≥ 37 semanas, e 18 parteiras do Hospital la Mancha-Centro de Alcázar de San Juan durante os anos de 2009, 2010 e 2011. As principais variáveis foram a incidência de episiotomias, lacerações perineais e morbidade neonatal.

Foi observado que a prática da episiotomia variou entre 19,5 e 50,1% entre as 18 parteiras estudadas, com taxa média de 34,9% (824). Ao agrupar por intervalo, 22,1% (524) apresentaram taxa $\leq 25\%$, 26,1% (621) entre 26-35%, 38% (898) entre 36-44% e 13,7% (323) uma taxa $\geq 45\%$, observando homogeneidade entre os grupos. Não foram documentadas associações entre a taxa de episiotomia e integridade perineal ou lacerações perineais severas, no entanto, foi observado que existe uma relação entre uma maior taxa de episiotomias e menor probabilidade de lacerações de primeiro e segundo graus.

Assim, foi possível concluir que, neste estudo, a variabilidade na taxa de episiotomias não se relacionou com um aumento do número de lacerações perineais. Também foi possível inferir que taxas superiores a 25% de episiotomias não se justificaram como prevenção de trauma perineal.

3.6) El-Din *et al.* (2014) (25)

Estudo randomizado controlado realizado no Egito, no Hospital Maternidade Universitário Ain Shams, entre dezembro de 2011 e junho de 2013. Foram incluídas primíparas com gravidezes de baixo risco, unifetais e com fetos de termo em apresentação cefálica. Das 500 mulheres inicialmente abordadas e após aplicação dos critérios de exclusão (partos instrumentados e episiotomia realizada antes do coroamento) foram selecionadas 330 mulheres, que foram distribuídas aleatoriamente por dois grupos: o grupo 1 que incluiu mulheres que tiveram a incisão da episiotomia com ângulo de 60° com a linha média; e o grupo 2 que incluiu mulheres que tiveram a incisão da episiotomia com ângulo de 40° em relação à linha média. A indicação sobre qual o ângulo a ser utilizado durante o procedimento foi escrita num envelope que foi aberto durante a segunda fase do TP.

Após análise das variáveis em estudo, foi possível concluir que o comprimento médio da episiotomia, a distância mais próxima do limite externo do epitélio anal, o ângulo de sutura médio e o ângulo cicatricial médio foram significativamente menores nas mulheres do grupo 2 quando comparados com as das mulheres do grupo 1. Foi inferido, também, que das 330 mulheres incluídas, 13 (4%) tiveram lesões perineais de terceiro/quarto grau (4 [2,4%] no grupo 1 e 9 [5,5%] no grupo 2; $p = 0,16$) e essa diferença não foi significativa. Nenhuma das mulheres que sofreram laceração perineal severa apresentou incontinência anal ou fístula anorretovaginal durante o período de acompanhamento de 6 meses. A episiotomia mediolateral com ângulo de 60° foi associada a taxas significativamente mais altas de dor moderada/severa relacionada com a episiotomia às 4 e 24 h após o parto. As taxas de dor moderada/severa relacionada com episiotomia e dispareunia avaliadas 6 meses após o parto também foram maiores entre as mulheres do grupo 1, quando comparadas com as do grupo 2; no entanto, as duas últimas diferenças não atingiram significância estatística.

Este estudo mostrou que a episiotomia mediolateral com ângulo de 40° foi associada a uma cicatriz de episiotomia significativamente mais curta e uma distância significativamente menor até a borda externa do epitélio anal, o que se traduziu em taxas

mais altas de laceração perineal severa, mas estas não foram estatisticamente significativas quando comparadas com o grupo de episiotomia mediolateral com ângulo de 60°.

3.7) Räsänen *et al.* (2014) (26)

Estudo baseado em dados relativos a 303.758 partos de gestações unifetais entre 2004 e 2011, recolhidos do Registo Médico de Nascimentos finlandês, com o efeito de estimar a associação independente entre episiotomia e *OASIS* usando primeiro uma análise transversal e depois uma análise de pares.

Após exclusão das mulheres submetidas a cesariana (n = 73.402), que não tinham informação sobre a duração da segunda fase do TP (n = 83.984), ou tiveram um segundo *OASIS* ou subsequente (n = 34), foram construídos 63.925 pares emparelhados de mulheres com partos com e sem episiotomia com um risco basal de *OASIS* igual. Cada mulher com episiotomia foi pareada com uma mulher sem episiotomia, tendo exatamente o mesmo perfil de risco de *OASIS* com base em grupos de idade materna categórica (<20, 20–29, 30–39 ou >=40), grupos de peso ao nascer categórico (<3000 g, 3000– 3.499 g, 3.500–3.999 g ou >=4.000 g), tipo de parto (vaginal espontâneo, pélvico, fórceps ou ventosa), cesariana anterior (sim ou não) e duração categórica da segunda fase do TP (<=30 min, 31 –69 min, 70–169 min ou >=170 min). O emparelhamento foi feito separadamente para mulheres com primeiros partos vaginais e mulheres com segundos partos vaginais ou subsequentes. As mulheres com primeiros partos vaginais foram analisadas juntamente com mulheres admitidas para primeiros partos vaginais após uma cesariana prévia. A associação entre *OASIS* e episiotomia foi determinada pela análise de regressão logística tradicional separadamente para o primeiro parto vaginal e para o segundo parto vaginal ou subsequente usando mulheres sem *OASIS* como grupo de referência.

O *OASIS* foi associado a idade materna avançada, maior peso fetal, parto instrumentado com recurso a ventosa e episiotomia independente do número de partos vaginais. A episiotomia foi realizada com mais frequência entre as mulheres com idade materna avançada (>=30 anos), peso fetal elevado ao nascer, parto com recurso a ventosa e segunda fase do TP prolongada, independentemente do número de partos vaginais.

Entre os primeiros partos vaginais, a incidência de *OASIS* entre as mulheres com episiotomia foi de 2,3% e 1,0% entre as mulheres sem episiotomia e 0,6% e 0,2%,

respetivamente, entre as mulheres com os segundos partos vaginais ou subsequentes. Após ajuste para idade materna, peso ao nascer, tipo de parto, cesariana prévia, episiotomia e duração da segunda fase do TP, na análise transversal, a episiotomia foi associada a uma incidência 12% menor de *OASIS* nas mulheres com primeiros partos vaginais e com um aumento de 132% na incidência de *OASIS* naquelas com segundo parto vaginal ou subsequente. Na análise de pares, a episiotomia foi associada a 23% menor incidência de *OASIS* em primeiros partos vaginais e 61% incidência aumentada de *OASIS* no segundo parto vaginal ou subsequente em comparação com mulheres sem episiotomia. A análise de pares mostrou uma redução de 12,5% e 31,6% nos aORs de *OASIS* associados à episiotomia em primeiros partos ou segundos partos ou subsequentes, respetivamente.

No presente estudo foi demonstrada a influência substancial que a interpretação de indicações para episiotomia tem no desenvolvimento de *OASIS*. Muitas indicações atualmente utilizadas são também fatores de risco para *OASIS*, o que contribui para a maior incidência destas lacerações entre as mulheres cujo parto ocorre com recurso a episiotomia. Foi possível observar um benefício protetor substancial da episiotomia lateral nos primeiros partos vaginais sendo, no entanto, necessários mais estudos randomizados para melhor avaliação de indicações e técnicas de episiotomia entre mulheres com diferentes riscos basais de *OASIS*.

3.8) Karbanova *et al.* (2014) (27)

Estudo realizado entre 2010 e 2012, na República Checa, com o objetivo de avaliar a diferença relatada relativamente à dor perineal a curto prazo em mulheres submetidas a EML *vs.* EL. Foram incluídas mulheres primíparas com IG igual ou superior a 37 semanas e com indicação para realização de episiotomia, sendo aleatoriamente distribuídas para serem submetidas a EML ou EL, não obtendo conhecimento de qual o tipo de episiotomia ao qual haviam sido submetidas. Das 3534 primíparas inicialmente selecionadas e após aplicados os critérios de elegibilidade, apenas completaram as respostas aos questionários as 266 incluídas no grupo EML e as 297 do grupo EL.

A intensidade da dor foi avaliada às 24 horas, 72 horas e 10 dias após o parto com o auxílio de uma escala visual analógica, escala verbal de avaliação e escala de avaliação da interferência nas atividades da vida diária, sendo também questionado o uso de analgésicos. Ao 10º dia foi avaliada a aparência estética da sutura e satisfação geral com a episiotomia através de duas escalas visuais. Foram, também, avaliadas as seguintes

complicações secundárias: infecção da episiotomia (com edema, rubor, secreção e/ou abertura da ferida, dor em repouso ou à palpação), necessidade de antibiótico, deiscência da cicatriz, hematoma, necessidade de reintervenção cirúrgica e defecação dolorosa.

O alívio completo da dor foi observado em 6 (2,3%) de 266 mulheres após 24 horas, 21 (8,0%) de 264 após 72 horas e 77 (29,1%) de 265 após 10 dias no grupo EML, e em 11 (3,9%) de 285, 23 (7,7%) de 297 e 78 (26,4%) de 295 no grupo EL, respetivamente ($p = 0,36$). Não houve diferenças significativas nas avaliações gerais de dor em qualquer sistema de classificação ou na quantidade de analgésicos usados.

Apesar das limitações apresentadas, como uma taxa de resposta inferior à expectável, provavelmente associada ao facto de não ter havido contacto presencial após a alta hospitalar, e as respostas dadas nos questionários preenchidos em casa poderem ter sido mais subjetivas, este estudo revelou-se de extrema importância uma vez que não são frequentes estudos a comparar a dor perineal associada a diferentes tipos de episiotomia, sendo a maioria dos estudos realizados comparativos entre os resultados da episiotomia com aqueles após lacerações perineais espontâneas ou diferentes técnicas de proteção perineal.

Deste modo, observou-se que a incidência e a intensidade da dor perineal nos primeiros 10 dias após a episiotomia lateral foram equivalentes àquelas após a episiotomia mediolateral, sendo necessários mais estudos que avaliem complicações a médio e longo prazo.

3.9) Turmo *et al.* (2014) (28)

Estudo espanhol prospetivo de coorte observacional em grávidas submetidas a episiotomia. Com o objetivo de analisar a incidência de dor crónica aos 5 meses após a episiotomia e possíveis fatores prognósticos associados, foi avaliada a presença de dor na área da episiotomia às 24 e 48 horas após o parto, por meio de uma avaliação presencial estruturada, e novamente aos 5 meses, por meio de contacto telefónico. Foram excluídas as grávidas com idade inferior a 18 anos, as que relataram dor perineal prévia ou as que tiveram alguma complicação pós-parto que alterou a alta hospitalar nas primeiras 48 horas, que recusaram participar no estudo ou tiveram dificuldade de acompanhamento aos 5 meses pós-parto, sendo, assim, incluídas 87 parturientes, sendo que apenas 78 completaram o estudo.

A variável principal do estudo foi a dor crónica aos 5 meses, avaliada por contacto telefónico, sendo avaliadas também: a presença de dor durante o parto e a sua intensidade, presença ou ausência de analgesia epidural, parto instrumentado, laceração perineal, dor no momento da realização da episiotomia e presença de dispareunia e incontinência urinária aos 5 meses após o parto.

Das pacientes que completaram o estudo, 12,6% relataram dor crónica pós-episiotomia. Do total de pacientes, 88,5% receberam analgesia epidural, 55,2% eram primíparas e das múltiparas 79,48% relataram ter feito episiotomia no parto anterior. Em relação à gravidez, 90,8% dos partos foram após as 38 semanas de gestação. O peso de 67,8% dos recém-nascidos estava entre 3.000 e 4.000 g, 23% tinham peso menor e apenas 9,2% registaram peso superior a 4.000 g. 54% dos partos foram instrumentados, sendo utilizada analgesia epidural em 89,3% destes. Foram observadas lacerações perineais em 32,6%. Não foram observadas diferenças significativas na dor no momento expulsivo do parto e na realização da episiotomia, que foram superiores nas mulheres que não receberam analgesia epidural.

Assim, foi observado que 12,8% das mulheres submetidas a episiotomia apresentou dor crónica aos 5 meses do pós-parto, estando relacionada com dor em repouso às 24 e 48 h, com parto instrumentado, com a presença de complicações da episiotomia e dispareunia. Foi, também, observada uma maior intensidade de dor às 24 e 48 horas após o parto nas mulheres que receberam analgesia epidural relativamente às que receberam anestesia local, embora a dor no momento da episiotomia tenha sido maior nestas últimas.

3.10) Shmueli *et al.* (2016) (11)

Estudo coorte retrospectivo de todos os partos unifetais de termo realizados entre 2007 e 2014 num centro médico afiliado a uma Faculdade em Tel Aviv, Israel, com o objetivo de identificar os fatores de risco que levaram à realização de EML e avaliar o risco de OASIS em mulheres submetidas a episiotomia. Foram incluídas 41.347 mulheres com partos vaginais espontâneos - 12.585 (30,4%) primíparas e 28.762 (69,6%) múltiparas – e 4675 partos instrumentados (7,5% do total) - 3769 primíparas (80,6%) e 906 múltiparas (19,4%). Todos os partos instrumentados foram com uso de ventosa e as mulheres com primeiro parto vaginal, mesmo que com cesariana anterior, foram consideradas primíparas.

Os fatores de risco para episiotomia identificados em primíparas foram idade materna inferior, idade gestacional mais avançada, analgesia regional, indução do parto, líquido amniótico meconial e peso ao nascer superior, sendo a episiotomia associada a hemorragia pós-parto. Entre as multíparas, os fatores de risco para a realização de episiotomia foram idade materna, parto vaginal anterior, idade gestacional, analgesia regional, líquido amniótico meconial e peso ao nascer, sendo a episiotomia associada a laceração perineal de terceiro grau. No grupo de partos instrumentados, apenas o peso ao nascer (primíparas) e partos vaginais anteriores (multíparas) foram contribuintes para episiotomia.

Assim, além dos fatores de risco identificados nos diferentes grupos previamente citados, observou-se que a episiotomia não protegeu as primíparas da ocorrência de *OASIS* e pode ter estado associada a um risco aumentado destas nas multíparas.

3.11) Amorim *et al.* (2017) (16)

Ensaio clínico randomizado realizado num hospital universitário terciário do Recife, no Nordeste do Brasil, com o objetivo de comparar os resultados maternos e perinatais do uso seletivo de episiotomia *vs.* um protocolo sem episiotomia (no qual este procedimento não deve ser realizado, exceto em circunstâncias excepcionais).

Foram incluídas mulheres em TP com feto vivo de termo, dilatação de 6 a 8 cm e apresentação cefálica. Os critérios de exclusão consistiram em distúrbios hemorrágicos e indicação para cesariana. Das 241 mulheres selecionadas, 4 foram excluídas por indicação para cesariana, 115 mulheres foram incluídas para um protocolo sem episiotomia (grupo experimental) e 122 para o grupo de episiotomia seletiva (grupo controle). No grupo controle, as episiotomias seletivas deveriam ser realizadas de acordo com o julgamento clínico dos profissionais de saúde, enquanto no grupo experimental não deveria ser realizada qualquer episiotomia, exceto em circunstâncias excepcionais. Os desfechos primários abrangeram vários parâmetros maternos e neonatais, incluindo desfechos perineais detalhados, duração da segunda fase do TP, taxas de parto instrumentado, hemorragia pós-parto, necessidade de sutura perineal, *scores* de Apgar e pH do sangue do cordão umbilical.

A percentagem de primíparas foi de 59,9%, não diferindo entre os dois grupos. Não foram observadas diferenças entre os dois grupos relativamente aos resultados maternos ou perinatais, incluindo a taxa de lacerações perineais severas [2 (1,8%) no grupo de

estudo *vs.* 3 (2,5%) no grupo de controlo], a duração da segunda fase do TP ou necessidade de sutura perineal. As taxas de episiotomia não diferiram entre os dois grupos [2 casos em cada grupo (aproximadamente 1,7% em ambos)].

Assim, foi considerado que um protocolo de não realização de episiotomia parece ser seguro para a mãe e o recém-nascido.

3.12) Gebuza *et al.* (2018) (29)

Estudo polaco desenvolvido com o objetivo de identificar fatores de risco associados à realização de episiotomia e à ocorrência de lacerações perineais espontâneas. Foi também estudada a mudança ocorrida nas práticas obstétricas depois da introdução da Norma de Atenção Perinatal em 2012, com o objetivo de uniformizar a qualidade dos serviços de saúde para as mulheres, comparando a percentagem de episiotomias e *OASIS*. Assim, a análise envolveu partos nos anos de 2010 e 2015, contendo um total de 4493 mulheres (2250 primíparas e 2243 multíparas).

Entre os anos de 2010 e 2015, foi observada uma diminuição da taxa de episiotomia de 52,77% para 46,17% e foi encontrado um aumento das taxas de lacerações perineais de primeiro e segundo graus (primeiro grau – 22,54% para 33,73%; segundo grau - 4,71% para 10,98%). Já as taxas de lacerações perineais severas não mostraram diferença significativa entre os dois anos. Os autores relatam um maior risco de necessidade de episiotomia relacionado com peso ao nascer superior a 3500 gramas e parto instrumentado (fórceps ou ventosa).

Assim, observou-se uma diminuição da taxa de episiotomia, um resultado favorável e de acordo com o expectável, associado a um aumento da taxa de lacerações perineais de primeiro e segundo grau. Foi, também, apontado que a episiotomia protege as mulheres de lacerações perineais de terceiro e quarto graus. É importante notar que o estudo não incluiu a análise de gravidezes de alto risco como fator predisponente ao risco de lacerações perineais e, sendo o hospital onde a pesquisa foi realizada terciário, uma gravidez complicada poderia ter favorecido a realização mais frequente de procedimentos como episiotomia.

3.13) Gonzalez-Diaz *et al.* (2019) (30)

Estudo observacional retrospectivo de caso-controlo incluindo todos os partos instrumentados entre janeiro de 2012 e junho de 2017 ocorridos na Pelvic Floor and Puerperium Clinic, Hospital Universitário de León, Espanha. Com a finalidade de analisar o efeito da EML e características do períneo na ocorrência de *OASIS* em partos instrumentados, foram criados dois grupos: grupo com *OASIS* (n = 150) e o grupo controlo, sem *OASIS* (n = 788).

De um total de 8992 partos registados, 1975 (21%) foram instrumentados. A taxa global de episiotomia em todos os partos foi de 45% e a taxa de episiotomias e *OASIS* para partos instrumentados foi de 97% e 7,85%, respetivamente. As mulheres do grupo *OASIS* eram mais propensas a serem primíparas (95,6% *vs.* 89,1%, $p = 0,023$) e com idade gestacional mais avançada (281 *vs.* 280 dias, $p = 0,049$). O grupo *OASIS* foi caracterizado por taxas mais altas de posição fetal occipitoposterior persistente (32,5% *vs.* 22%, $p = 0,03$) e um peso de nascimento neonatal significativamente maior (3388 g *vs.* 3292 g, $p = 0,037$). Não houve diferenças entre os grupos em relação à idade materna, nacionalidade, diabetes gestacional, aumento de peso, indução do parto, mecónio, modo de parto instrumentado, experiência do obstetra, analgesia epidural, duração do TP, sexo fetal, pH umbilical ou Apgar.

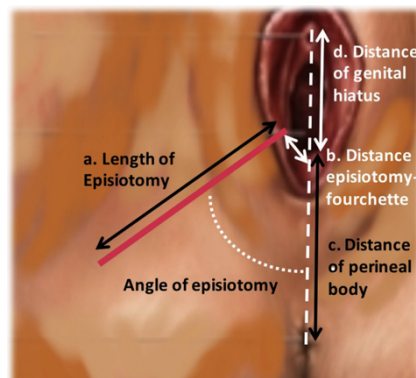


Figura 3 – Características da episiotomia

Na análise univariada das características da episiotomia, o grupo *OASIS* caracterizou-se por menor ângulo de episiotomia (30° *vs.* 22°, $p < 0,0001$), menor distância do corpo perineal (30 mm *vs.* 32,5 mm, $p < 0,0001$) e menor distância episiotomia-*fourchette* (4 *vs.* 3 mm, $p = 0,002$). Os fatores que se associaram de forma independente com *OASIS* foram a nuliparidade, posição fetal occipitoposterior, peso ao nascer > 3500 g, ângulo de episiotomia <30°, distância episiotomia-*fourchette* >5 mm e distância do corpo perineal <30 mm. Um ângulo da episiotomia maior que 30° comportou-se como fator de proteção

em todos os subgrupos com uma redução de risco de *OASIS* de 80%, exceto em múltiparas, onde não houve associação com nenhuma característica da episiotomia. Um comprimento de episiotomia >30 mm e uma distância do hiato genital >25 mm não foram associados a aumento do risco de *OASIS* em nenhum subgrupo. Uma distância episiotomia-*fourchette* > 5 mm foi associada a uma redução do risco de *OASIS* de 50%, apenas em mulheres com corpo perineal menor ou igual a 30 mm, primíparas e posição occipitoanterior. Uma distância menor do corpo perineal foi associada a um risco aumentado de *OASIS*, seja maior ou menor que 30 mm. No entanto, uma distância do corpo perineal >30 mm só está associada à redução do risco de lesão esfinteriana em primíparas e em posições occipitoanteriores.

Na análise de regressão logística multivariada, os fatores que se associaram de forma independente com maior risco de *OASIS* foram nuliparidade, posição fetal occipitoposterior, peso ao nascer >3500 g, ângulo de episiotomia <30°, distância episiotomia-*fourchette* <5 mm e distância do corpo perineal =<30 mm. A análise dos subgrupos mostrou que apenas as múltiparas não beneficiaram de nenhuma característica da episiotomia. Foram identificados dois fatores de risco modificáveis associados a uma redução do risco de *OASIS* em primíparas com corpos perineais ≤ 30 mm e posição occipitoanterior: um ângulo maior que 30° e uma distância episiotomia-*fourchette* >5 mm.

Deste modo, é necessário obter uma angulação adequada para reduzir a probabilidade de *OASIS* em partos instrumentados e primíparas com posição fetal occipitoanterior e distância do corpo perineal ≤ 30 mm poderiam beneficiar do aumento da distância episiotomia-*fourchette*.

3.14) García-Lorca *et al.* (2019) (31)

Estudo observacional quantitativo, descritivo e transversal, realizado no Hospital Clínico Universitario Arrixaca em Murcia, Espanha. Foram recolhidos os dados dos partos ocorridos entre janeiro de 2016 e outubro de 2017, obtendo uma amostra de 10.630 mulheres, sendo feita inicialmente uma análise descritiva de variáveis obstétricas, que foram depois comparadas com os indicadores do Ministério da Saúde espanhol. Os objetivos deste estudo foram avaliar a possível associação entre a prática da episiotomia e a forma como o trabalho de parto começa e termina (induzido/ espontâneo e eutócico/ ventosa/ fórceps), avaliar a influência dos fatores maternos (idade e paridade) com o uso da episiotomia, determinar a relação entre a prática de episiotomia e as consequências

nos tipos de lacerações, identificar a associação do peso do recém-nascido com a realização de episiotomia e estabelecer a relação entre o uso da episiotomia e a escala de Apgar.

A taxa de episiotomia observada foi de 36,5%. Quando o parto se iniciou espontaneamente, a percentagem de episiotomias realizadas foi 35,5% e quando induzido foi 47,2%. A taxa de episiotomia nos partos eutócicos foi 20,6% e nos instrumentados 95,25%. Nas primíparas, a episiotomia foi realizada em 49,64% dos partos e nas múltiparas em 15,55%. Nos partos sem episiotomia observou-se maioritariamente períneo íntegro (52,56%), seguido de lacerações perineais de primeiro (28,92%) e segundo grau (18,18%), enquanto nos partos com episiotomia foram observadas predominantemente lacerações de segundo grau (43,40%), seguidas de lacerações de primeiro grau (35,61%) e de terceiro grau (19,81%). Não foram encontrados valores estatisticamente significativos relativamente à diferença na taxa de episiotomia conforme a idade ou com a pontuação na escala de Apgar.

Assim, foram identificadas as seguintes variáveis relacionadas com realização de episiotomia: parto induzido, parto instrumentado e primiparidade. Foi, também, observada uma relação significativa entre a prática da episiotomia e a ocorrência de lacerações perineais, sendo a frequência destas superior quando é realizada episiotomia relativamente às ocasiões em que esta prática não é efetuada.

3.15) Pasc *et al.* (2019) (32)

Neste estudo transversal decorrido entre de setembro e dezembro de 2013 em oito maternidades romenas, o objetivo foi avaliar a prevalência de episiotomia de modo a identificar fatores associados à elevada taxa do procedimento na Roménia e considerar estratégias para a reduzir. Foi usado um modelo de Poisson de efeitos aleatórios para estimar a taxa de prevalência com modelos univariados e multivariados.

Entre as 11.863 mulheres incluídas, 8.475 (71,4%) foram submetidas a episiotomia. Do total de participantes, 5.470 (46,1%) eram primíparas, 10.645 (89,7%) tinham mais de 20 anos e 1.146 (9,7%) tiveram parto prematuro. A prevalência de episiotomia foi de 92,7% para o primeiro parto vaginal, 73,2% para o segundo parto vaginal e 35% para o terceiro parto vaginal. Foram descritas fortes associações entre a prática da episiotomia e paridade, idade gestacional, faixa etária, prematuridade, peso ao nascer e profissional a realizar o parto ($p < 0,001$ para todos), índice de Apgar em 1 minuto ($p = 0,002$) e uso

de oxitocina durante o TP ($p = 0,003$). Houve tendências não significativas entre a prática da episiotomia e o nível da maternidade (primário, secundário, terciário). No entanto, a episiotomia foi fortemente associada a lacerações labiais, vaginais, envolvimento labial anterior e lesões cervicais ($p < 0,001$) e foi observado que a necessidade de suturas foi três vezes maior nas mulheres com episiotomia relativamente àquelas sem episiotomia. Houve uma forte associação entre a prática da episiotomia e Índice de Apgar de 1º minuto, após ajuste para paridade (?), peso ao nascer e cuidador ($p < 0,001$). Controlando pela paridade, pelo índice de Apgar de 1º minuto e o pelo profissional de saúde, também houve uma forte evidência de associação entre a prática da episiotomia e o peso ao nascer ($p < 0,001$). A prevalência de episiotomia foi menor em mulheres cujo recém-nascido pesava menos de 1500 g, relativamente aos restantes grupos analisados, com pesos superiores. A probabilidade de sair da maternidade com o períneo íntegro após o primeiro parto vaginal foi inferior a 5% no primeiro parto vaginal.

Em conclusão, foi encontrada relação entre episiotomia e paridade, idade gestacional, faixa etária, prematuridade, peso ao nascer, profissional a realizar o parto, índice de Apgar de 1º minuto, uso de oxitocina e ocorrência de lacerações perineais.

3.16) Muraca *et al.* (2019) (33)

Estudo coorte retrospectivo de base populacional com dados hospitalares de 2004 a 2017, incluindo todos os partos vaginais de termo unifetais no Canadá (excluindo Quebec). As taxas de OASIS foram contrastadas entre mulheres que foram submetidas a episiotomia e aquelas que não o foram. A regressão logbinomial foi usada para estimar a associação entre episiotomia e OASIS entre mulheres com partos vaginais espontâneos e instrumentados após controlo de fatores de confusão, como idade materna, indução do parto, segunda fase do TP prolongada, anestesia epidural, peso neonatal, província e ano do parto. As episiotomias realizadas foram tanto mediolateral como mediana, não sendo especificado quando cada uma foi a escolhida. A população do estudo incluiu 2570847 partos, havendo as participantes sido divididas em três grupos: primíparas, múltiparas com cesariana prévia e múltiparas sem cesariana prévia.

A taxa de episiotomia entre partos eutócicos e partos instrumentados foi de 9,4% e 45,9%, respetivamente. A taxa de episiotomia entre partos eutócicos foi de 16,8% em primíparas, 5,6% em parturientes sem história de cesariana e 10,6% em mulheres com parto vaginal após cesariana. A taxa de episiotomia em partos instrumentados foi de 52,5%, 24,9% e 41,7%, respetivamente, nestes três grupos. Entre os partos

instrumentados, o uso da episiotomia variou de acordo com o instrumento operatório, com taxa de 65,4% com fórceps, 37,6% com ventosa e 67,5% com o uso sequencial destes instrumentos. Dentro de cada categoria de instrumento, estas taxas foram mais altas em primíparas e mais baixas em mulheres múltiparas sem história de cesariana. Entre as primíparas e as múltiparas sem cesariana prévia, a episiotomia foi mais comumente realizada em mulheres mais velhas e mulheres com fetos maiores. Foi observado que as mulheres submetidas a episiotomia eram mais propensas a ter indução do parto, anestesia epidural, uma segunda fase do TP prolongada e sofrimento fetal. O uso de episiotomia entre partos vaginais instrumentados diminuiu de 58,9% em 2004 para 50,4% em 2017 em mulheres primíparas, de 30,7% para 22,9% entre as mulheres múltiparas sem cesariana anterior e de 46,8% para 41,6% entre as mulheres com parto vaginal após cesariana.

A taxa de *OASIS* entre todos os partos vaginais foi de 4,3%: 7,7% em mulheres primíparas, 1,5% em mulheres sem cesariana anterior e 6,7% em mulheres com parto vaginal após cesariana. A taxa de *OASIS* aumentou significativamente durante o período do estudo nos três grupos, sendo observada uma associação protetora entre episiotomia e *OASIS* em partos com fórceps, sendo mais evidente em primíparas, tal como em mulheres que tiveram parto vaginal com fórceps após cesariana ou uso de instrumentos sequencial e entre mulheres com apenas uma cesariana anterior (ou seja, primíparas vaginais); a mesma associação foi encontrada nos partos com uso de ventosa.

O uso de episiotomia diminuiu significativamente entre partos vaginais instrumentados (53,1% em 2004 para 43,2% em 2017, $p < 0,0001$) e partos eutócicos (13,5% em 2004 para 6,5% em 2017, $p < 0,0001$). A episiotomia foi associada a taxas mais altas de *OASIS* entre partos eutócicos (4,8% com episiotomia *vs.* 2,4% sem), mantendo-se esta associação após estratificação por paridade e história obstétrica. Pelo contrário, a episiotomia foi associada a menores taxas de *OASIS* entre partos com auxílio de fórceps em mulheres e mulheres com parto vaginal após cesariana, mas não entre as gestantes sem cesariana anterior.

Deste modo, foi possível observar que o uso de episiotomia diminuiu no Canadá para todos os partos vaginais, inferindo que a associação protetora entre episiotomia e *OASIS* em mulheres com parto vaginal instrumentado (especialmente com fórceps) justifica a reconsideração da prática clínica entre mulheres primíparas e aquelas que realizam parto vaginal após cesariana. Dadas as associações opostas entre episiotomia e *OASIS* após parto eutócico e parto instrumentado, generalizar as diretrizes de episiotomia para parto eutócico para partos instrumentados pode causar danos, particularmente em mulheres

primíparas e mulheres com parto vaginal após cesariana. Nestas mulheres, o uso mais liberal de EML adequada a um parto instrumentado, especialmente fórceps, pode ser justificado, dada a associação protetora entre episiotomia e *OASIS* nestes casos.

3.17) Sagi-Dain *et al.* (2020) (34)

Estudo israelita de superioridade randomizado (1:1) de grupos paralelos com o objetivo de avaliar se evitar o uso de episiotomia pode diminuir o risco de lacerações perineais. As grávidas foram divididas de forma aleatória em dois grupos: o grupo experimental – “evitar a episiotomia” (sendo esta permitida apenas em casos de sofrimento fetal), com 339 participantes – e o grupo controlo – designado como “cuidado padrão”, sendo a episiotomia realizada conforme avaliação do profissional de saúde, com 337 grávidas. O desfecho primário avaliado foi a incidência de lesões perineais severas, sendo também avaliados resultados secundários como lacerações perineais de primeiro e segundo graus, duração da segunda fase do TP, taxa de hemorragia na primeira hora após o parto, Apgar neonatal de 1º e 5º minutos, pH do sangue do cordão umbilical ao nascimento, necessidade de reanimação neonatal até uma hora após o parto, internamento em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, distocia de ombros, características do procedimento de sutura, sintomas pós-parto 2 dias após o parto, incluindo avaliação da dor perineal, retenção urinária, taxas de infeção perineal, hematoma perineal com necessidade de drenagem cirúrgica e sintomas subjetivos de incontinência urinária/fecal, avaliação por telefone 2 meses após o parto: sintomas subjetivos de incontinência urinária/anal, complicações perineais, tempo de retoma da atividade sexual, dor perineal e avaliação da dispareunia, avaliação por telefonema 1 ano após o parto.

As taxas de episiotomia foram significativamente menores no grupo de estudo (19,6%) em comparação com o grupo de cuidado padrão (29,8%), tendo sido diagnosticadas ao longo do estudo 5 lesões perineais severas (1,5%, 2 das quais com uso de episiotomia) no grupo de estudo e 10 lesões no grupo de controlo (3,0%, 3 das quais com uso de episiotomia), resultando numa maior probabilidade de lacerações perineais severas no grupo "com episiotomia". Não foram observadas diferenças relativamente a qualquer resultado secundário.

Foram detetadas algumas limitações como a pequena amostra utilizada e a dificuldade em convencer a equipa obstétrica a evitar a realização de episiotomia no grupo de estudo, levando a que mais de metade das episiotomias no grupo de estudo não fossem realizadas por sofrimento fetal, constituindo um desvio do protocolo.

Em resumo, a diminuição do uso de episiotomia neste estudo não foi associada a taxas mais altas de lacerações perineais severas ou quaisquer outros desfechos maternos ou neonatais adversos. Além disso, observou-se uma tendência para a diminuição da taxa de lacerações severas quando a episiotomia foi realizada estritamente devido ao sofrimento fetal, pelo que os autores sugeriram que a episiotomia deve ser evitada em partos eutócicos.

3.18) Blanc-Petitjean *et al.* (2020) (35)

Estudo observacional retrospectivo, realizado em França, com o objetivo de avaliar o efeito de uma política de uso restritivo de episiotomia sobre o risco de *OASIS* durante partos eutócicos entre mulheres com feto de termo em apresentação cefálica. Foram analisados dados dos anos de 2006 a 2016, tendo sido implementada uma estratégia de episiotomia restritiva progressivamente a partir de 2009, pelo que foi feita uma análise comparativa entre dois períodos: período A de 2006 a 2008 e período B de 2012 a 2016. O período A incluiu 3978 mulheres e o período B 8984, tendo este último um maior número de multíparas.

Durante os 10 anos observados, a taxa de episiotomia diminuiu de 14,9% para 4,7%. No segundo período observado, houve um maior número de lacerações de segundo grau e menor número de períneo íntegro, sendo a taxa de *OASIS* inferior a 1%, sem diferença entre os dois períodos.

Foi, assim, possível observar que a implementação progressiva de uma política restritiva de episiotomia para mulheres com parto eutócico não foi associada a um risco aumentado de *OASIS* ao longo de um período de dez anos.

Episiotomia: devemos realizar?

4. Discussão

Atualmente, tem havido uma preocupação crescente com o combate à violência obstétrica, termo relativamente novo que é usado para descrever uma situação em que uma grávida em trabalho de parto é considerada “doente” e, por isso, são realizados procedimentos médicos e farmacológicos sem ser dada à grávida o direito de tomar as suas próprias decisões através de esclarecimentos sobre o que se pretende fazer e do seu consentimento informado. A realização de episiotomias de forma rotineira insere-se neste tipo de comportamentos, pelo que é importante que as indicações e técnicas de realização desta sejam entendidas e devidamente explicadas à grávida para que, tanto durante a gravidez como no bloco de partos, os profissionais de saúde se possam focar nas expectativas e desejos dela. (9,16)

O objetivo desta monografia foi compreender, entre as indicações que têm sido enumeradas ao longo de décadas para a realização de episiotomia, quais as que se mostram efetivamente eficazes e determinantes na diminuição da ocorrência de *OASIS* e possíveis complicações associadas.

Neste sentido, são vários os estudos reportados que identificam como indicações ainda amplamente utilizadas para a realização de episiotomia o peso ao nascer superior a 3500 gramas e a realização de parto instrumentado, tanto com fórceps quanto com ventosa (29), enquanto outro estudo relaciona também com primiparidade, idade gestacional e faixa etária da grávida (32). Shmueli *et al.* (11) mostrou também associação entre o uso de episiotomia e analgesia regional, indução do parto e líquido amniótico meconial. Num estudo observacional de 2019 (31), foram descritas taxas de episiotomia muito superiores em partos instrumentados relativamente a partos eutócicos, sendo esta prática relacionada com partos induzidos, partos instrumentados e primiparidade. Num estudo de pares emparelhados (26), foi possível observar um benefício protetor substancial com a utilização de episiotomia lateral em primeiros partos vaginais. É importante realçar que a interpretação da primiparidade como indicação para realizar episiotomia constitui um problema, uma vez que isso torna a episiotomia um procedimento de rotina em mulheres primíparas, apesar de já sabermos que esta não deve ser realizada de forma rotineira. Também é de atentar que muitas das indicações aplicadas para a realização de episiotomia são, também, fatores de risco para *OASIS*, o que contribui para uma maior incidência destas e leva a que a prática de episiotomia não consiga proteger a mulher da ocorrência de lesões desta natureza.

Num estudo norueguês realizado em 2012 (20), foi investigada a associação entre as propriedades geométricas da episiotomia e o risco de *OASIS*, demonstrando que incisões muito próximas da *fourchette* posterior, episiotomias menos extensas, ângulos inferiores a 15° ou superiores a 60° e profundidade curta foram fatores que contribuíram para o aumento da probabilidade de lacerações perineais severas. Karbanova *et al.* (23) comparou a EML com a EL, demonstrando que a primeira é um procedimento seguro relativamente ao trauma direto do esfíncter anal e que os riscos de laceração são baixos e equivalentes aos que advém da EL, apesar de não poder ser feita uma comparação muito extensa, sendo necessário estudar outras complicações associadas a curto, médio e longo prazo. Noutro estudo, onde foram comparadas episiotomias com ângulo de 60° entre esta e a linha média *vs.* ângulo de 40° (25), observou-se que a episiotomia mediolateral com ângulo de 40° foi associada a uma cicatriz significativamente mais curta e uma distância substancialmente menor até à borda externa do epitélio anal, o que se traduziu em taxas mais altas de *OASIS*, apesar de não alcançar significância estatística quando comparada com um ângulo de 60°. Os achados destes estudos são de extrema importância, uma vez que comprovam que a realização de episiotomia não deve ser uma simples questão de “sim ou não”, havendo muitas variáveis correlacionadas que alteram a pertinência da aplicação desta técnica.

Relativamente a estudos realizados exclusivamente com partos eutócicos, Hernández-Martínez *et al.* (24) estudou como a variabilidade na taxa de realização de episiotomias entre diferentes parteiras influenciava o aparecimento de *OASIS*, sendo relatado que esta não se relaciona com um aumento desta consequência desfavorável ou com maior morbidade neonatal. Também num outro estudo (35), que teve como finalidade a investigação das diferenças observadas antes e depois da implementação de uma política de uso restritivo de episiotomia, notou-se que a diminuição da taxa de episiotomias se correlacionou com um aumento das lacerações de segundo grau e diminuição de períneos íntegros, não havendo, no entanto, um aumento do risco de ocorrência de *OASIS*. Ambos os estudos realizados no período incluído nesta monografia demonstraram uma fraca correlação entre o uso de episiotomia e o aumento de *OASIS* em partos eutócicos.

Quanto a partos instrumentados, De Vogel *et al.* (21) descreveu uma redução de 6 vezes na probabilidade de desenvolvimento de *OASIS* quando foi realizada uma EML. Gonzalez-Diaz *et al.* (30) observou que os fatores que se associaram de forma independente com um risco aumento de *OASIS* foram nuliparidade, posição fetal occipitoposterior persistente, peso ao nascer >3500 g, ângulo de episiotomia <30°,

distância episiotomia-*fourchette* <5 mm e distância do corpo perineal \leq 30 mm. Desta forma demonstraram, como já havia sido comprovado por outros estudos citados previamente, que a correta angulação da episiotomia pode reduzir a probabilidade de *OASIS*.

O objetivo desta revisão bibliográfica foi, também, compreender a morbidade derivada da prática de episiotomia e se esta supera o impacto que as consequências expectáveis naturalmente sem esta prática teriam após o parto. Em dois estudos com amostras relativamente pequenas, foi estudada a dor experienciada pelas mulheres no pós-parto. Num deles (27) foi comparado o impacto da EML *vs.* EL, onde se verificou que a incidência e intensidade da dor perineal nos primeiros 10 dias após a episiotomia lateral foram equivalentes àquelas após a episiotomia mediolateral. Já Turmo *et al.* (28), no seu estudo com uma amostra de 78 mulheres, evidenciou que cerca de 13% das mulheres submetidas a episiotomia apresentou dor 5 meses após o parto, estando este resultado relacionado com a prática de um parto instrumentado e dispareunia. Além disso, foi observada, como complicação da episiotomia, dor em repouso das primeiras 24 e 48h após parto instrumentado. (28) Shmueli *et al.* (11) num estudo coorte retrospectivo de grandes dimensões, observou que, em primíparas, a episiotomia se associava a hemorragia pós-parto, enquanto em múltíparas estava relacionada com lacerações perineais de terceiro grau. Neste estudo foi também apontado que a prática da episiotomia não protegeu as primíparas do aparecimento de *OASIS*, podendo até aumentar o risco de aparecimento destas lesões em múltíparas.

No que diz respeito a *OASIS*, a consequência mais vezes mencionada ao longo desta revisão e das mais temidas pelas grávidas, foram encontrados diversos estudos recentes, muitos deles com conclusões divergentes. Enquanto Islam *et al.* (22) afirmou que a realização de EML não alterou a probabilidade do aparecimento de *OASIS*, levando a um aumento da morbidade pós-parto, Shmueli *et al.* (11) demonstrou uma associação entre esta prática e lacerações severas, afirmando que a probabilidade de *OASIS* aumenta em múltíparas submetidas a episiotomia. Num estudo polaco de grande dimensão desenvolvido para avaliar a mudança decorrida após a implementação da Norma de Atenção Perinatal de 2012, que uniformiza a qualidade dos serviços de saúde para as mulheres (29), foi descrita uma diminuição da taxa de episiotomia com um aumento das lacerações perineais de primeiro e segundo graus subsequente. No entanto, demonstraram, também, que a episiotomia protege as mulheres de *OASIS*. Em contrapartida, García-Lorca *et al.* (31) e Pasc *et al.* (32) relataram uma maior frequência de lacerações perineais após um parto com realização de episiotomia. No estudo de

maiores dimensões apresentado nesta revisão, Muraca *et al.* (33) comprovaram uma associação protetora entre episiotomia e *OASIS* em partos instrumentados de mulheres primíparas ou com primeiro parto vaginal com cesariana anterior. É importante salientar que os resultados documentados para partos eutócicos foram contrários aos descritos para partos instrumentados, pelo que estas indicações não devem ser generalizadas.

Por fim, foram encontrados dois estudos que compararam um protocolo de uso de episiotomia *vs.* protocolo de não realização de episiotomia. Sagi-Dain *et al.* (34) evidenciou que a diminuição do uso de episiotomia neste estudo não foi associada a taxas mais altas de *OASIS* ou quaisquer outros desfechos maternos ou neonatais adversos. Foi observada, também, uma diminuição da ocorrência de *OASIS* quando o uso de episiotomia era evitado, assim, os autores sugerem que este procedimento deve ser evitado em partos eutócicos. No mesmo sentido, Amorim *et al.* (16) relataram que não houve diferenças nos desfechos maternos ou neonatais quando a episiotomia foi evitada, afirmando que a não realização desta parece ser segura tanto para a mãe como para o recém-nascido.

Um dos pontos de maior importância a ter consideração quando se fala sobre a episiotomia e a pertinência da sua aplicação está relacionado com as consequências que esta carrega e se o seu peso é inferior ou superior às consequências naturais, que aconteceriam se esta técnica não fosse praticada em certos casos. Deste modo, foram analisados diversos estudos que visam encontrar a resposta para a questão principal desta monografia: “devemos realizar?” – será que a morbidade proveniente deste tão polémico procedimento cirúrgico supera as consequências naturalmente esperadas? A resposta correta é “depende”. Depende da técnica como a episiotomia é realizada, do número de partos vaginais anteriores, das características do feto, de a grávida estar inteiramente informada sobre os possíveis resultados da episiotomia ou os que ocorrem se esta não for realizada.

5. Conclusão

Esta revisão concluiu que os estudos são muito discordantes, sendo possível enumerar indicações ainda amplamente utilizadas para a realização de episiotomia como a primiparidade, peso ao nascer superior a 3500 gramas e realização de parto instrumentado. Apesar de ser consensual o papel protetor que a episiotomia exerce relativamente ao aparecimento de *OASIS* em partos instrumentados, em partos eutócicos os resultados não foram uniformes. Deste modo, não foi possível chegar a uma conclusão acerca do papel protetor da episiotomia neste tipo de partos, apesar de haver autores a afirmar que a diminuição da taxa deste procedimento não aumenta a probabilidade de *OASIS*, pelo que é seguro abandonar a episiotomia neste tipo de partos.

Posto isto, é possível verificar que os dados disponíveis relativamente às indicações para aplicação de episiotomia são ainda pouco consensuais, apesar de a OMS defender que esta técnica não deve ser realizada em partos vaginais espontâneos. Assim, é imperativo compreender quais as taxas de episiotomia que ainda são realizadas e as razões que levam a esses números, especialmente em países onde esta técnica ainda é realizada por rotina. É fundamental, para além de diretrizes mais concretas sobre como atuar, que mais estudos sejam realizados em diferentes regiões do mundo, bem como programas de ensino e capacitação dos profissionais de saúde para que a prática da episiotomia seja racional e explicada de forma clara à grávida, de modo que possa ser tomada uma decisão consciente acordada entre o médico e a grávida.

Episiotomia: devemos realizar?

6. Referências Bibliográficas

1. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2(2):CD000081. Published 2017 Feb 8. doi:10.1002/14651858.CD000081
2. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 198: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstet Gynecol*. 2018;132(3):e87-e102. doi:10.1097/AOG.0000000000002841
3. Kalis V, Laine K, de Leeuw JW, Ismail KM, Tincello DG. Classification of episiotomy: towards a standardisation of terminology. *BJOG*. 2012;119(5):522-526. doi:10.1111/j.1471-0528.2011.03268.x
4. Corrêa Junior MD, Passini Júnior R. Selective Episiotomy: Indications, Technique, and Association with Severe Perineal Lacerations. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2016;38(6):301-307. doi:10.1055/s-0036-1584942
5. Goh R, Goh D, Ellepola H. Perineal tears - A review. *Aust J Gen Pract*. 2018;47(1-2):35-38. doi:10.31128/AFP-09-17-4333
6. Vieira F, Guimarães JV, Souza MCS, Sousa PML, Santos RF, Cavalcante AMRZ. Scientific evidence on perineal trauma during labor: Integrative review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2018;223:18-25. doi:10.1016/j.ejogrb.2018.01.036
7. Fernando RJ, Sultan AH, Kettle C, Thakar R. Methods of repair for obstetric anal sphincter injury. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(12):CD002866. Published 2013 Dec 8. doi:10.1002/14651858.CD002866
8. Hudelist G, Mastoroudes H, Gorti M. The role of episiotomy in instrumental delivery: is it preventative for severe perineal injury?. *J Obstet Gynaecol*. 2008;28(5):469-473. doi:10.1080/01443610802196492
9. Ducarme G, Pizzoferrato AC, de Tayrac R, et al. Perineal prevention and protection in obstetrics: CNGOF clinical practice guidelines. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2019;48(7):455-460. doi:10.1016/j.jogoh.2018.12.002
10. Abedzadeh-Kalahroudi M, Talebian A, Sadat Z, Mesdaghinia E. Perineal trauma: incidence and its risk factors. *J Obstet Gynaecol*. 2019;39(2):206-211. doi:10.1080/01443615.2018.1476473
11. Shmueli A, Gabbay Benziv R, Hiersch L, et al. Episiotomy - risk factors and outcomes. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2017;30(3):251-256. doi:10.3109/14767058.2016.1169527
12. Pergialiotis V, Bellos I, Fanaki M, Vrachnis N, Doumouchtsis SK. Risk factors for severe perineal trauma during childbirth: An updated meta-analysis. *Eur J Obstet*

- Gynecol Reprod Biol.* 2020;247:94-100. doi:10.1016/j.ejogrb.2020.02.025
13. Wilson AN, Homer CSE. Third- and fourth-degree tears: A review of the current evidence for prevention and management. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2020;60(2):175-182. doi:10.1111/ajo.13127
 14. Scott JR. Episiotomy and vaginal trauma. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2005;32(2):307-x. doi:10.1016/j.ogc.2004.12.001
 15. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J Jr, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA.* 2005;293(17):2141-2148. doi:10.1001/jama.293.17.2141
 16. M Amorim M, Coutinho IC, Melo I, Katz L. Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial [published correction appears in *Reprod Health.* 2017 Oct 24;14 (1):135. M Amorim, M [corrected to Amorim, Melania M]]. *Reprod Health.* 2017;14(1):55. Published 2017 Apr 24. doi:10.1186/s12978-017-0315-4
 17. World Health Organization. Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. 2018. 212 p. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
 18. Blondel B, Alexander S, Bjarnadóttir RI, 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;95(7):746-754. doi:10.1111/aogs.12894
 19. Gün İ, Doğan B, Özdamar Ö. Long- and short-term complications of episiotomy. *Turk J Obstet Gynecol.* 2016;13(3):144-148. doi:10.4274/tjod.00087
 20. Stedenfeldt M, Pirhonen J, Blix E, Wilsgaard T, Vonen B, Øian P. Episiotomy characteristics and risks for obstetric anal sphincter injuries: a case-control study. *BJOG.* 2012;119(6):724-730. doi:10.1111/j.1471-0528.2012.03293.x
 21. de Vogel J, van der Leeuw-van Beek A, Gietelink D, et al. The effect of a mediolateral episiotomy during operative vaginal delivery on the risk of developing obstetrical anal sphincter injuries. *Am J Obstet Gynecol.* 2012;206(5):404.e1-404.e4045. doi:10.1016/j.ajog.2012.02.008
 22. Islam A, Hanif A, Ehsan A, Arif S, Niazi SK, Niazi AK. Morbidity from episiotomy. *J Pak Med Assoc.* 2013;63(6):696-701.
 23. Karbanova J, Rusavy Z, Betincova L, Jansova M, Parizek A, Kalis V. Clinical evaluation of peripartum outcomes of mediolateral versus lateral episiotomy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2014;124(1):72-76. doi:10.1016/j.ijgo.2013.07.011

24. Hernández-Martínez A, Pascual-Pedreño AI, Baño Garnés AB, Melero-Jiménez Mdel R, Molina Alarcón M. Variabilidad en la tasa de episiotomías y su relación con desgarros perineales graves y morbilidad neonatal [Variability in the rate of episiotomies and its relation to severe perineal tears and neonatal morbidity]. *Enferm Clin*. 2014;24(5):269-275. doi:10.1016/j.enfcli.2014.03.005
25. El-Din AS, Kamal MM, Amin MA. Comparison between two incision angles of mediolateral episiotomy in primiparous women: a randomized controlled trial. *J Obstet Gynaecol Res*. 2014;40(7):1877-1882. doi:10.1111/jog.12432
26. Räisänen S, Selander T, Cartwright R, et al. The association of episiotomy with obstetric anal sphincter injury--a population based matched cohort study. *PLoS One*. 2014;9(9):e107053. Published 2014 Sep 9. doi:10.1371/journal.pone.0107053
27. Karbanova J, Rusavy Z, Betincova L, Jansova M, Necesalova P, Kalis V. Clinical evaluation of early postpartum pain and healing outcomes after mediolateral versus lateral episiotomy. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014;127(2):152-156. doi:10.1016/j.ijgo.2014.05.025
28. Turmo M, Echevarria M, Rubio P, Almeida C. Development of chronic pain after episiotomy. *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 2015;62(8):436-442. doi:10.1016/j.redar.2014.10.008
29. Gebuza G, Kaźmierczak M, Gdaniec A, et al. Episiotomy and perineal tear risk factors in a group of 4493 women. *Health Care Women Int*. 2018;39(6):663-683. doi:10.1080/07399332.2018.1464004
30. Gonzalez-Díaz E, Fernández Fernández C, Gonzalo Orden JM, Fernández Corona A. Which characteristics of the episiotomy and perineum are associated with a lower risk of obstetric anal sphincter injury in instrumental deliveries. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2019;233:127-133. doi:10.1016/j.ejogrb.2018.12.019
31. García-Lorca AI, Viguera-Mártinez MLÁ, Ballesteros-Meseguer C, Fernández-Alarcón MLM, Carrillo-García C, Martínez-Roche ME. Tasa de episiotomía en el Hospital Clínico Universitario de La Arrixaca y factores que influyen en su práctica [Rate of episiotomy in the University Clinical Hospital of Arrixaca and factors that influence in its practice.]. *Rev Esp Salud Publica*. 2019;93:e201907040. Published 2019 Jul 16.
32. Pasc A, Navolan D, Pușcașiu L, et al. A multicenter cross-sectional study of episiotomy practice in Romania. *J Eval Clin Pract*. 2019;25(2):306-311. doi:10.1111/jep.13062
33. Muraca GM, Liu S, Sabr Y, et al. Episiotomy use among vaginal deliveries and the association with anal sphincter injury: a population-based retrospective cohort

- study. *CMAJ*. 2019;191(42):E1149-E1158. doi:10.1503/cmaj.190366
34. Sagi-Dain L, Kreinin-Bleicher I, Bahous R, et al. Is it time to abandon episiotomy use? A randomized controlled trial (EPITRIAL). *Int Urogynecol J*. 2020;31(11):2377-2385. doi:10.1007/s00192-020-04332-2
 35. Blanc-Petitjean P, Meunier G, Sibiude J, Mandelbrot L. Evaluation of a policy of restrictive episiotomy on the incidence of perineal tears among women with spontaneous vaginal delivery: A ten-year retrospective study. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2020;49(8):101870. doi:10.1016/j.jogoh.2020.101870