

ARTIGO REVISÃO

ACTA MÉDICA PORTUGUESA 2003; 16: 447-454

EPISIOTOMIA

Uso generalizado *versus* selectivo

BÁRBARA BETTENCOURT BORGES, FÁTIMA SERRANO, FERNANDA PEREIRA
Serviço de Ginecologia e Obstetrícia. Maternidade Dr Alfredo da Costa. Lisboa

RESUMO/SUMMARY

A episiotomia é um procedimento cirúrgico quase universal que foi introduzido na prática clínica sem evidência científica que suportasse o seu benefício. O seu uso continua a ser rotineiro apesar de não cumprir a maioria dos objectivos pelos quais é justificado, isto é, não diminui o risco de lesões perineais severas, não previne o desenvolvimento de relaxamento pélvico e não tem impacto sobre a morbilidade ou mortalidade do recém nascido. Múltiplos estudos, retrospectivos e prospectivos, têm comparado o uso generalizado *versus* selectivo da episiotomia e, ao contrário do defendido por vários autores e durante várias décadas, o uso selectivo está associado a melhores resultados, como por exemplo, uma diminuição das lesões severas e um maior número de períneos intactos, embora se tenha também verificado um aumento do número de lacerações anteriores. Assim, parece ser correcto recomendar um uso selectivo da episiotomia, sendo 30% o valor sugerido por alguns autores, tornando-se, então, importante apostar em novas técnicas não cirúrgicas que ajudem a obter uma integridade perineal. Mais estudos são imprescindíveis e eticamente necessários para esclarecerem quais são, de facto, as verdadeiras indicações para a realização deste acto. Um uso ponderado, com decisões caso a caso, parece ser a atitude mais correcta enquanto aguardamos por uma maior evidência científica.

Palavras-chave: episiotomia, rotura perineal, relaxamento pélvico, parto eutócico, parto vaginal distócico

EPISIOTOMY - ROUTINE *VERSUS* SELECTIVE USE

Episiotomy is a widely used surgical procedure, introduced in the medical practice with no support of its benefit from scientific evidence. It is still used routinely despite not accomplishing the major goals for which it was pretended. In fact, it does not decrease the risk of severe perineal lacerations, it fails to prevent the development of pelvic relaxation and it does not have any impact in newborn mortality or morbidity. Many trials, retrospective and prospective, have compared general *versus* selective use of episiotomy. A selective use is associated with better results, such as a decrease of severe lacerations, a highest number of women in whom the perineum remains intact, despite an increase in anterior lacerations. It seems correct to recommend a selective episiotomy, and many authors suggest the use of this procedure in 30% of the cases. It is now very important to improve new birthing techniques that maintain the integrity of the perineum and do not involve surgical procedures. More trials are necessary to clarify which are the real indications to use episiotomy. Meanwhile, without the proper scientific evidenc, the most correct attitude seems to be a careful use of episiotomy, with decisions on a case-by-case basis.

Key words: Episiotomy, perineal lacerations, pelvic relaxation, normal vaginal delivery, operative vaginal delivery

INTRODUÇÃO

A episiotomia, um dos procedimentos cirúrgicos mais comuns em obstetrícia é, no entanto, um dos únicos que é realizado sem qualquer consentimento específico da doente. Foi introduzido há mais de 250 anos na prática clínica, sem uma evidência científica que fundamentasse o seu benefício, tendo como justificação a prevenção de lacerações perineais severas, uma melhor preservação da função sexual posterior, uma redução da incidência de incontinência urinária e fecal e a protecção do recém nascido. Mas, na verdade, para muitos autores o seu uso rotineiro não é aconselhável e deve ser abandonado, sendo recomendada uma filosofia mais selectiva.

Define-se como uma incisão cirúrgica no períneo com o objectivo de aumentar a abertura vaginal durante o parto, *perineotomia* é a incisão do períneo e *episiotomia* refere-se à incisão dos pudendos. Com os anos, episiotomia tornou-se sinónimo de perineotomia.

BREVE REVISÃO HISTÓRICA

Em 1742 foi pela primeira vez recomendada a realização da episiotomia em trabalhos de parto difíceis com o objectivo de prevenir roturas perineais graves¹. Em 1847, Dubois² sugere a incisão oblíqua - a actual episiotomia mediolateral, e, em 1857, o termo *episiotomia* é introduzido por Braun² que a considerou desnecessária e não aconselhável.

No início do século XX, não foi bem aceite pelo risco elevado de infecções. No entanto, em 1920, DeLee³ recomendava inequivocamente uma episiotomia mediolateral aquando do uso de *forceps* em nulíparas. Entre 1915 e 1935, não obstante a falta de demonstração científica, a episiotomia foi encorajada profilacticamente para diminuir a morbidade e mortalidade materna e fetal.

A mudança dos partos, do domicílio para os hospitais, na década de 30, permitiu não só alterar a conceptualização da natureza do nascimento – de um processo fisiológico e natural passou a um processo patológico que requeria a intervenção obstétrica para minimizar ou prevenir as complicações- como reuniu melhores condições de assésia levando a que se criasse um ambiente propício à realização da episiotomia com maior segurança. O facto de grandes obstetras como Pomeroy⁴ acreditarem que *a long second stage has destroyed innumerable children by prolonged pressure effects and varying degrees of asphyxia. Why should we consider it other than reckless to allow the child's head to be used as a battering ram?* ou como é defendido no *Williams Obstetrics*, na sua edição de 1985⁵, que a episiotomia reduz a incidência de cistocelo, rectocelo e incontinência urinária, e numa edição posterior, em 1989⁶, *the reason for (episiotomy's) popularity among obstetri-*

cians are clear: It substitutes a straight, neat surgical incision for the ragged laceration that otherwise frequently results. It is easier to repair and heals better than a tear, reflecte bem o espírito que levou gerações de médicos a acreditar que o uso da episiotomia trazia benefícios concretos para a mãe e recém nascido não devendo, portanto, a sua prática profiláctica e rotineira ser considerada um acto controverso.

Na década de 80, Thacker e Banta⁷, numa revisão sobre benefícios e riscos da episiotomia, e após terem considerado os riscos associados à sua prática (como acto cirúrgico que é: dor, edema, infecção e dispareunia), constataram que apesar de 2/3 das mulheres nos EUA serem submetidas a uma episiotomia não havia evidência definitiva da sua eficácia, especialmente numa perspectiva de utilização generalizada. Desafiaram, assim, a comunidade obstétrica a praticar uma medicina baseada na evidência, provando os benefícios da episiotomia com estudos clínicos adequados. Isto levou a que, nos últimos 20 anos, múltiplos trabalhos tenham tentado definir melhor as indicações e sequelas associadas à episiotomia; a maioria conclui não haver suporte para acreditar que a sua prática generalizada diminua, por exemplo, o risco de lesão grave do períneo, melhore a sua cicatrização, previna a lesão fetal ou reduza o risco de incontinência urinária.

EPISIOTOMIA MEDIANA VERSUS MEDIOLATERAL

Talvez seja a primeira questão a ser analisada. A mediana é amplamente mais utilizada nos EUA e é considerada mais fácil de suturar, estando associada a menor dor no pós-parto e menor incidência de dispareunia, enquanto a mediolateral é preferida na Europa e América Latina, estando comprovada a sua menor associação a roturas de períneo grau III e IV, apesar de ser considerada mais dolorosa e a sua correcção associar-se a uma pior reconstrução anatómica^{8,9}.

INDICAÇÕES DA EPISIOTOMIA

Episiotomias na prevenção de roturas perineais

A maior justificação para a prática da episiotomia é a prevenção de roturas do períneo severas (grau III e IV). Dos múltiplos estudos, retrospectivos e prospectivos, realizados desde 1984, salientam-se cinco que parecem ser elucidativos.

Uma análise de seis estudos randomizados, que teve como objectivo avaliar os efeitos do uso restritivo *versus* generalizado da episiotomia durante o parto vaginal¹⁰, revelou que esta era realizada em 72.7% no *grupo generalizado*, e 27.6% no *grupo restritivo*. Neste último houve uma redução das lesões perineais posteriores, da necessi-

dade de sutura e, ainda, menores complicações da cicatrização. Verificou-se ainda um aumento do número de lacerações anteriores. Os autores concluíram que o uso restritivo parece trazer alguns benefícios quando comparado com políticas de uso generalizado.

Delancey¹¹ comparou a incidência de roturas de III e IV grau em mulheres em que não foi realizada uma episiotomia e nas que foi realizada uma - mediana ou mediolateral. A incidência foi de 0% a 2.3% nas mulheres sem episiotomia, 0.2% a 9% nas mediolaterais e 3% a 24% nas medianas.

Um estudo retrospectivo de 17483 partos eutócicos, num período de 18 anos, concluiu que o número de episiotomias (a maioria medianas) passou de 86.8% para 10.4%, com uma redução de 53% de roturas grau III e IV associado a um aumento concomitante de períneos intactos de 10.3% para 26.5%. Houve um aumento do número de lacerações vaginais de 5.4% para 19.3%. A correlação da frequência de episiotomia com outros factores de interesse mostrou ser esta directamente proporcional à frequência de roturas de períneo severas, às de 4.º grau isoladamente, e estar inversamente relacionada com a taxa de períneos intactos e lacerações vaginais¹².

Anglioli et al¹³ analisou, retrospectivamente, 50210 mulheres que tiveram um parto eutócico, com o objectivo de avaliar os factores de risco associados a lacerações do períneo severas. Os autores verificaram que ao longo de sete anos houve uma redução do número de episiotomias realizadas, em particular das medianas, e que, apesar deste acto cirúrgico ser considerado um importante factor de risco para roturas severas nos partos vaginais, existem outros factores independentes significativos, tais como a idade materna, peso do recém nascido e partos vaginais distócicos, os quais devem ser equacionados no aconselhamento e na tomada de decisões relativas à modalidade do parto. Concluem, ainda, que as grávidas com idade mais avançada, num primeiro trabalho de parto, estão em maior risco de lacerações severas e que, portanto, episiotomias medianas e partos vaginais distócicos devem ser evitados, sempre que possível, nesta população.

O outro trabalho faz uma integração de vários estudos através de um processo de meta-análise e conclui que o uso selectivo da episiotomia pode implicar uma redução de 9% na prevalência de roturas severas e que este efeito pode flutuar entre uma diminuição de 40% e um aumento de 38%. O uso rotineiro não mostrou benefícios na incidência de lacerações, e os autores referem que a incidência de episiotomia nos *grupos restritivos/selectivos*, de todos os estudos realizados, ronda os 30% e sugerem ser esta incidência um valor a recomendar¹⁴.

Na continuação deste assunto, surge a questão interessante do risco de repetição de lacerações perineais severas em partos subsequentes. Um estudo retrospectivo comparou as consequências de um segundo parto entre mulheres com e sem antecedentes de rotura de grau III ou IV. A conclusão apresentada defende que as mulheres com estes antecedentes, durante o seu segundo parto vaginal, no qual uma episiotomia e/ou um parto instrumental é realizado, têm um risco aumentado de roturas severas¹⁵.

Relativamente às roturas de grau I e II, há dados suficientes que indicam que a episiotomia previne estas lacerações. Mas, não existindo evidência que mostre que estas roturas tragam sequelas a longo prazo e não esquecendo que a própria episiotomia pode ser considerada uma rotura perineal grau II, visto corresponder a uma incisão superficial na musculatura do períneo, levantam-se as questões – para alguns um mito – se, de facto, *a nice, clean cut is better than a jagged tear*¹⁶? E se, de facto, *it is easier to repair and heals better than a tear*⁶? Um estudo prospectivo realizado com 2144 partos eutócicos comparou uma eventual patologia perineal entre mulheres que tiveram uma episiotomia e as que tiveram lacerações espontâneas e concluiu que a incidência de infecção é significativamente maior no grupo das episiotomias (10% vs 2%). Estas doentes tiveram uma cicatrização pior, com complicações em 29% dos casos, quando comparadas com 9% nas lacerações espontâneas¹⁷. Parece assim não existir a confirmação de que uma incisão recta, contínua e limpa seja mais fácil de reparar, que cicatrize melhor que uma laceração e traga, portanto, vantagens para a puerpera.

Episiotomia para a prevenção do relaxamento pélvico

Um benefício a longo prazo frequentemente apontado está associado com a prevenção de lesões dos músculos do pavimento pélvico, subsequente relaxamento pélvico e suas consequências: incontinência urinária e fecal e prolapso das estruturas locais sob a forma de cistocele e rectocele¹⁸⁻²¹. Torna-se importante lembrar que a episiotomia é realizada quando a cabeça do feto já está a provocar uma significativa distensão muscular, que a incisão é feita principalmente nos tecidos mucocutâneos e apenas superficialmente na musculatura perineal, e que não existe evidência que uma rotura de 1.º ou 2.º grau traga sequelas a longo prazo.

Um trabalho com estudos electromiográficos ao terceiro mês pós-parto, realizado por Klein et al²² mostrou que as mulheres com períneo intacto e aquelas que tiveram uma cesariana apresentavam um pavimento pélvico mais forte e uma recuperação muscular mais rápida do que

as doentes que sofreram uma episiotomia, em especial naquelas cuja episiotomia se estendeu para uma rotura grau III ou IV.

O estudo prospectivo realizado por Rockner et al²³ utilizou cones vaginais para avaliar a força da musculatura pélvica pré e pós-parto, em 87 mulheres, das quais umas tiveram uma cesariana electiva e as restantes um parto vaginal com: uma episiotomia mediolateral, outras com roturas espontâneas e algumas um períneo intacto. O grupo da cesariana não teve qualquer alteração na força muscular. Pelo contrário, esta era bastante reduzida nas mulheres com partos vaginais. No grupo das episiotomias, quando comparado com o dos períneos intactos e roturas espontâneas, a diminuição da força era significativamente maior, não se tendo observado uma diferença relevante entre mulheres com períneos intactos ou lacerações espontâneas. Os autores concluíram que os seus resultados não suportam a teoria que um uso rotineiro da episiotomia reduza o risco de lesão da musculatura do pavimento pélvico.

Relativamente à incontinência urinária e cistocele, parece existir alguma associação entre lacerações vaginais anteriores e labiais e um aumento das suas incidências. Isto poderia dar à episiotomia um papel protector na prevenção destas patologias mas alguns resultados apresentados não são estatisticamente significativos²³ e outros ainda consideram que a episiotomia não trouxe nem benefícios nem agravamentos às mulheres com esta patologia^{22,24-27}.

Múltiplas hipóteses têm sido levantadas para explicar a associação entre estas patologias e o trabalho de parto (TP), desde a de uma neuropatia pélvica a uma lesão do nervo pudendo, passando pela duração do segundo estágio do TP, pelas roturas perineais severas, pelos partos vaginais distócicos e pelo elevado peso do recém nascido²⁸. Mas a verdade é que não existe uniformidade e significância nos dados analisados o que nos leva mais uma vez a questionar se esta falta de evidência científica não é a favor de um uso mais selectivo da episiotomia.

SERÁ UM PERÍNEO INTACTO PREJUDICIAL AO RECÉM-NASCIDO?

Outro dos benefícios atribuídos à episiotomia é a protecção do feto de lesões perinatais sendo habitualmente recomendada na prevenção ou diminuição do risco de lesões resultantes do sofrimento fetal e da distócia de ombros.

Num comentário clínico publicado recentemente²⁹, é levantada a questão se um segundo estágio do TP prolongado é prejudicial para o RN, considerando os autores que a episiotomia encurta o segundo estágio: *é mais de-*

morada a distensão progressiva de um períneo do que a resultante da sua incisão. Dos trabalhos apontados, é de salientar um em que é comparada a diferença entre dois grupos de mulheres com analgesia epidural, onde as forças expulsivas foram realizadas precoce ou mais tardiamente, ao longo do segundo estágio do TP³⁰. Não foram encontradas diferenças nos dois grupos quer pela avaliação do pH do cordão umbilical quer do Índice de Apgar, apesar do *grupo tardio* ter esperado uma média de 96 minutos antes de iniciar o período expulsivo e ter tido, mais frequentemente, um trabalho de parto eutócico.

Outra avaliação feita em seis estudos randomizados, em que se analisou se o facto de restringir o número de episiotomias estava associado a Índices de Apgar mais baixos, concluiu-se não haver qualquer diminuição destes³¹. Nelson et al³², num estudo realizado a longo prazo, em que o Q.I. e défices motores foram analisados em crianças com sete anos, revelaram não existir qualquer correlação entre alterações destes parâmetros e a duração do segundo estágio do TP. Também, Barret et al³³ examinaram 46 RN pré-termo e não encontraram qualquer diferença na incidência de hemorragia intraventricular entre aqueles que nasceram através de um períneo intacto ou com episiotomia. Justifica-se ainda referir que existe outro conjunto de trabalhos que demonstraram a ausência de benefício da episiotomia quer na redução do segundo estágio como na prevenção do sofrimento fetal (avaliações baseadas nos Índices de Apgar, pH do cordão umbilical ou índice de admissões nas unidades de cuidados intensivos neonatais)¹.

Uma outra indicação, habitualmente aceite para a realização da episiotomia, é a suspeita de uma distócia de ombros, verificando-se novamente a ausência de dados que suportem esta teoria. Uma vez que o problema da distócia de ombros se refere a uma desproporção fetopélvica relativa e não a uma distócia fetoperineal, porquê antecipar a realização de um acto sem saber ao certo se ele chegará, de facto, a ser necessário ou mesmo benéfico?!^{1,34,35}

A EPISIOTOMIA NOS PARTOS VAGINAIS DISTÓCICOS

A episiotomia tem sido fortemente recomendada e realizada nos partos vaginais distócicos. Actualmente, o seu uso é aqui também considerado algo controverso e alguns estudos retrospectivos e prospectivos têm fornecido resultados que não demonstram uma evidência científica de que o seu uso obrigatório tenha um efeito protector na lesão perineal.

O primeiro, apresentado por Ecker et al³⁶, analisa 2041 partos vaginais distócicos num intervalo de dez anos. Os

autores salientam que a percentagem de episiotomias diminuiu significativamente neste período de tempo e concluem que esta diminuição não esteve associada a qualquer alteração na percentagem de roturas do períneo grau III (de 26.5% para 27%), estando, pelo contrário, relacionada com uma diminuição de roturas de grau IV. No entanto, o número de lacerações vaginais e labiais aumentou e observou-se um ligeiro acréscimo, estatisticamente significativo, de mulheres com períneos intactos. Assim, nos *forceps* e nas ventosas, a taxa de episiotomias diminuiu respectivamente de 95.8% para 30.3% e de 88.9% para 39.4%, aumentando o número de lacerações anteriores (*forceps*: de 20.5% para 56.6% e ventosas: de 7.9 para 28.4%), sem alteração da incidência de roturas de grau III. Nos partos com *forceps* houve uma redução nas roturas de grau IV (15.3% para 5.3%) e nos partos com ventosa verificou-se um ligeiro aumento no número de períneos intactos (3.2% para 4.6%). Os autores concluíram que esta redução na percentagem de roturas de grau IV era estatística e clinicamente significativa, pois estas lesões estão directamente associadas a complicações a longo prazo, como incontinência de fezes e fistulas rectovaginais.

Robinson et al³⁷ fizeram uma avaliação entre a associação de episiotomias com lacerações perineais significativas nos partos vaginais eutócicos e distócicos, *forceps* e ventosas separadamente. A percentagem de episiotomia nos partos eutócicos era de 40%, no grupo das ventosas era de 80% e no dos *forceps* era igual a 85.2%. Os resultados mostraram um aumento substancial na percentagem de roturas de 3º e 4º grau quando a episiotomia era realizada nos partos eutócicos e nos partos com ventosa, sem contudo existir uma diferença significativa quando o *forceps* era utilizado. É de salientar que, neste estudo, a episiotomia mediana foi a utilizada na grande maioria dos casos. Concluíram ainda que os partos por *forceps*, com e sem episiotomia, estavam associados a um aumento de dez vezes na percentagem de lesões perineais severas quando comparado com o grupo das ventosas sem episiotomias. O uso de ventosa com episiotomia, quando comparado com o seu uso sem episiotomia, implicou um aumento das lacerações severas em cerca de sete vezes. Neste modelo, a relação com a idade materna, raça, uso de ocitocina e peso do RN em lesões do períneo severas não foi estatisticamente significativa.

Um outro estudo apresentado por Coombs et al³⁸ em que foram analisados 2832 partos vaginais distócicos, revelou roturas de grau III e IV em 30% dos casos e que dos factores de risco associados a episiotomia mediana foi a mais importante, seguida pela nuliparidade. Os autores sugeriram que a opção de uma episiotomia mediolateral

para todos os partos vaginais distócicos poderia prevenir algumas destas roturas, embora nem todas pudessem ser evitadas.

A título de curiosidade é de referir a conclusão do artigo *Epidural analgesia and third or fourth degree lacerations in nuliparas*³⁹, que relaciona a analgesia epidural com um aumento na percentagem de lesões severas do períneo pelo uso mais frequente dos *forceps* e ventosas com episiotomia. Uma outra avaliação apresentada no *Clinical Evidence*⁴⁰, refere que a revisão feita a um estudo randomizado não encontrou uma evidência directa dos efeitos da analgesia epidural nas lesões do períneo mas que esta estava associada a um risco aumentado de partos vaginais distócicos o que levou, portanto, à sua associação com o aumento do risco de lesões perineais.

Parece assim podermos afirmar que a evidência científica não favorece o uso generalizado de episiotomia num parto eutócico e que, relativamente aos partos distócicos vaginais, é possível que haja alguma indicação para o seu uso, em especial nos partos com *forceps*, surgindo porém a ideia da sua prática não ser obrigatória nestes casos. Mais estudos prospectivos são, no mínimo, necessários e eticamente justificados⁴¹.

OUTROS FACTORES ASSOCIADOS AO USO DA EPISIOTOMIA

Muitos outros factores são frequentemente apontados ou considerados como potenciais factores de risco associados ao uso da episiotomia. A literatura faz referência a um grupo muito variado: posição occipitosagrada (OS), experiência do clínico que a realiza, associação da sua incidência com o facto de ser praticada em instituições com sistemas de saúde privados, analgesia epidural, relação entre a dimensão do períneo e posição do ânus, posição litotómica, presença de estrias abdominais, etc⁴²⁻⁴⁴. Referem-se apenas os primeiros factores por parecerem mais relevantes.

O primeiro relaciona os TP com uma apresentação cefálica e posição occipitosagrada. Um estudo retrospectivo apresentado por Pearl et al⁴⁵, avaliou a influência desta posição na morbidade materna e fetal, tendo concluído que a incidência de lacerações perineais severas e episiotomias é maior no grupo OS do que no grupo occipitopúbica (OP). Esta incidência é também maior nos partos distócicos quando comparados com os partos eutócicos, ambos em posições OS. Dentro dos partos vaginais distócicos é com o *forceps* que se verifica um aumento de roturas do períneo, lacerações vaginais anteriores e episiotomias. Mais uma vez, também nas posições OS, foi a episiotomia mediolateral que esteve associada

com uma menor incidência de roturas perineais severas.

Um factor curioso, recentemente analisado por alguns autores, faz ressaltar a importância da experiência do médico/parteira que realiza o parto e, portanto, a episiotomia, e a relação que existe entre a sua incidência e o tipo de cobertura de cuidados de saúde da doente (público/privado). Robinson et al⁴⁶ realizou um estudo prospectivo com 1576 partos de termo eutócicos decorridos num hospital universitário, onde a episiotomia mais praticada era a mediana embora não de um modo generalizado. Os resultados apresentados mostraram que a taxa de episiotomia, no total, era de 40,6%. Entre as parteiras e internos da especialidade com respectivos tutores a percentagem deste acto foi de 21,4% e 33,3%, respectivamente. Entre os obstetras em actividade privada, a percentagem deste acto foi de 55,6%. Verificaram, ainda, que a taxa de roturas do períneo de 3º e 4º grau era de 5,3% nas primeiras, 11,5% nos segundos e de 10,1% nos últimos. Após uma análise mais completa, da probabilidade de realização duma episiotomia, os autores afirmam que o factor predictivo mais importante, é o da sua prática por médicos durante a sua actividade privada, seguido pelos internos e respectivos tutores e, só depois, por um segundo estágio de TP prolongado, pela macrosomia fetal e pela analgesia epidural. Shorten A et al⁴⁷, numa análise retrospectiva realizada num hospital australiano com ambas as vertentes privada e pública, concluiu que as mulheres com seguros de saúde privados tinham uma probabilidade duas vezes superior de serem submetidas a uma episiotomia do que as que recorriam ao sistema de saúde público. As implicações desta constatação traduzem-se no facto de os sistemas de saúde privados e respectivos prestadores não darem às mulheres a oportunidade de terem um parto vaginal eutócico com um períneo intacto!

Eason et al²⁹ ao responder à pergunta *What explains the excessive use of episiotomy even now?* salienta que, dada a evidência de que a prática da episiotomia como uma rotina deve ser largamente abandonada, uma nova aposta deve ser feita na investigação de técnicas que permitam deixar os períneos intactos num TP. Faz ainda a descrição de alguns médicos, segundo ele com *personalidades mais cirúrgicas*, que realizam episiotomias para acelerar o nascimento pois o acompanhamento do segundo estágio do TP e o período de espera até que um períneo distendido pode implicar, por vezes, alguma paciência. Por outro lado, este seguimento do TP também requer alguma disciplina e segurança pois *watching disconcerting second-stage variable deceleration under the omnipresent cloud of malpractice threats* pode ser

inquietante. Finaliza ainda com a curiosa observação acerca do facto de obstetras que trabalham em hospitais onde há formação de médicos preferirem, certamente, deixar estes a suturar uma episiotomia simples do que uma laceração irregular.

COMPLICAÇÕES DA EPISIOTOMIA

Como qualquer acto cirúrgico, a episiotomia tem também algumas complicações associadas e que foram enumeradas por Ramin et al (Quadro I)⁴⁸.

Quadro I - Complicações da episiotomia

Infecção
Hematoma
Roturas do períneo grau III e IV
Celulite
Deiscência
Abcesso
Incontinência de gases
Incontinência de fezes
Fístula rectovaginal
Lesão do nervo pudendo
Fasceíte necrosante
Morte

Os riscos associados são, entre outros, a extensão da lesão, hemorragia significativa, dor no pós-parto, edema, infecções, hematoma, dispareunia, fístulas rectovaginais e, embora raro, a endometriose da episiorrafia⁴⁹.

A relação da episiotomia e a perda de sangue tem sido amplamente analisada, chegando a existir um trabalho publicado em 1999 por Sarfati et al⁵⁰, que defende que a hemorragia durante um trabalho de parto vaginal com episiotomia é maior do que durante uma cesariana... Uma revisão apresentada por Myers-Helfgott & Helfgott¹, conclui que a episiotomia está associada a uma importante perda de sangue intraparto e hemorragia pós-parto, em especial na mediolateral, e que evitando-a pode ser uma das maneiras mais eficazes de diminuir a perda de sangue excessiva observada em alguns TP.

Outra controvérsia surge relativamente à ideia de que com a episiotomia a dor no pós-parto é menor, quando comparada com as roturas espontâneas. Para além de serem necessários mais trabalhos que nos elucidem neste ponto, os que estão publicados parecem revelar que, pelo contrário, após uma episiotomia (independen-

temente do tipo realizado), a dor intraparto é maior, tornando-se mais incômoda no pós-parto imediato, sem existir, contudo, evidência condicionar sequelas a longo prazo relacionadas com dispareunia e duração do retorno à vida sexual.

CONCLUSÃO

The complete protection of the perineum has undoubtedly remained a weak spot in our art - F. Ritgen, 1855⁵¹.

O uso profilático/rotineiro da episiotomia continua a ser praticado frequentemente apesar da ausência de evidência científica que suporte o seu benefício. Pelo contrário, existe mesmo uma evidência clara de que a episiotomia pode trazer algumas sequelas.

Desta revisão ressalta que a episiotomia não cumpre a maioria dos objectivos pelos quais é justificada a sua utilização. Não só não diminui o risco de lesão do períneo, sob a forma de roturas de grau III e IV, como, inclusive, as suas complicações podem agravar ainda mais estas lesões. Não previne o desenvolvimento do relaxamento pélvico com também não tem impacto sobre a morbidade ou mortalidade fetal. Na verdade, os riscos associados ao seu uso são significativos e levam-nos a ponderar se perante esta ausência de suporte científico é correcto praticar um acto para o qual não se encontram benefícios que o justifiquem!

A comparação entre o uso generalizado *versus* selectivo mostra que o último tem melhores resultados, estando associado a uma maior percentagem de períneos intactos e em que o único resultado negativo observado é o aumento do número de lacerações vaginais, em especial as anteriores, cujas repercussões a longo prazo são, até à data, incertas.

À luz da evidência disponível, é recomendada a realização selectiva da episiotomia, sendo 30% o valor sugerido por alguns autores¹⁴ para a sua incidência. No entanto, é importante apostar no uso de técnicas não cirúrgicas⁵²⁻⁵⁵ que permitam uma distensão perineal progressiva, de modo a promover a integridade perineal, principalmente porque, a ideia de que um segundo estágio do TP prolongado seja prejudicial para o feto, é questionável e aparentemente deva ser abandonada.

A dúvida centra-se, agora, na definição das indicações para o seu uso selectivo. Para responder a esta questão mais estudos prospectivos e randomizados são imprescindíveis e eticamente necessários. Até os seus resultados serem conhecidos parece-nos correcto afirmar que o seu uso deve ser ponderado e baseado em decisões caso a caso.

BIBLIOGRAFIA

1. MYERS-HELFGOTT M, HELFGOTT W: Routine use of episiotomy in modern obstetrics. Should it be performed? *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 1999, 26: 305-325
2. NUGENT F: The primiparous perineum after forceps delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1935, 30: 249
3. DELEE JB: The prophylactic forceps operation. *Am J Obstet Gynecol* 1920, 1:34
4. EASON E, FELDEMAN P: Much ado about a little cut: Is episiotomy worthwhile? *Obstet Gynecol* 2000, 95(4): 616-618
5. PRITCHARD JA, MACDONALD PC, and GANT NF, eds. *Williams Obstetrics*. 17th Edition. Norwalk: Appleton, Century, Crofts, 1985
6. CUNNINGHAM FG, MACDONALD PC, and GANT NF, eds. *Williams Obstetrics*. 18th Edition. Norwalk, CT: Appleton and Lange, 1989
7. THACKER SB, BANTA HD: Benefits and risks of episiotomy: An interpretive review of the English language literature, 1960-1980. *Obstet Gynecol Surv* 1983, 38:6, 322-338
8. THACKER SB: Midline versus mediolateral episiotomy. *BMJ* 2000, 320: 1615-1616
9. FARRINGTON PF, WARD K: Normal labor, delivery, and puerperium. In: . Scott JR, Di Saia P, HAMMOND CB, SPELLACY WN, eds. *Danforth's Obstetrics & Gynecology*. Lippincott Williams & Wilkins, 1999
10. *Cochrane Database Syst Ver. 2:CD000081*, 2000
11. DELANCEY J: Episiotomy. In Hankins G, Clark S, Cunningham FG, et al: *Operative Obstetrics*. Norwalk, CT, Appleton & Lange, 1995
12. BANSAL RK, TAN WM, ECKER JL, BISHOP JT, KILPATRICK SJ: Is there a benefit to episiotomy at spontaneous vaginal delivery? A natural experiment. *Am J Obstet Gynecol* 1996, 175 (4 Pt 1): 897-901
13. ANGLIOLI R, GOMEZ-MARIN O, CANTUARIA G, O'SULLIVAN MJ: Severe perineal lacerations during vaginal delivery: the University of Miami experience. *Am J Obstet Gynecol* 2000, 182 (5): 1083-5
14. LEDE RL, BELIZAN JM, CARROLI G: Is routine use of episiotomy justified? *Am J Obstet Gynecol* 1996, 174 (5): 1399-402
15. PELEG D, KENNEDY CM, MERRILL D, ZLATNICK FJ: Risk of repetition of a severe perineal laceration. *Obstet Gynecol* 1999, 93 (6): 1021-4
16. HENCI GOER: Episiotomy. *Obstetric Myths Versus Research Realities*.
17. LARSSON P, PLATZ-CHRISTENSEN J, BERGAM B, et al: Advantage or disadvantage of episiotomy compared with spontaneous perineal laceration. *Gynecol Obstet Invest* 1991, 31: 213-216
18. SIGNORELLO LB, HARLOW BL, CHEKOS AK, REPKE JT: Midline episiotomy and anal incontinence: retrospective cohort study. *BMJ* 2000, 320: 86-90
19. OLAYINKA OK, PORTER A, WAI C: Midline episiotomy and anal incontinence. Is episiotomy ethically acceptable? *BMJ* 2000, 320 (7249): 1602
20. BENIFLA JL, ABRAMOWITZ L, SOBHANI I, et al: Postpartum sphincter rupture and anal incontinence: prospective study with 259 patients. *Gynecol Obstet Fertil* 2000, 28(1): 15-22
21. PERSSON J, WOLNER-HANSEN P, RYDHSTROEM H:

- Obstetric risk factors for stress urinary incontinence: a population-based study. *Obstet Gynecol* 2000, 96 (3):440-5
22. KLEIN MC, GAUTHIER RJ, ROBBINS JM, KACZOROWSKI J, JORGENSEN SH, FRANCO ED, et al. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual function, and pelvic floor relaxation. *Am J Obstet Gynecol* 1994, 171: 591-8
 23. ROCKNER G, JONASSON A, OLUND A: The effect of mediolateral episiotomy at delivery on pelvic floor muscle strength evaluated with vaginal cones. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1991, 70: 51-54
 24. THRANOV I, KRINGELBACH AM, MELCHIOR E: Postpartum symptoms: Episiotomy or tear at vaginal delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1990, 69: 11-15
 25. ALLEN RE, HOSKER GL, SMITH ARB, et al: Pelvic floor damage and childbirth: A neurophysiological study. *Br J Obstet Gynaecol* 1990, 97: 770-779
 26. SLEEP J, GRANT A, GARCIA J, et al: West Berkshire perinatal management trial. *Br Med J* 1984, 289: 587-590
 27. SNOOKS SJ, SWASH M, MATHERS SE, et al: Effect of vaginal delivery on the pelvic floor: A 5 year follow-up. *Br J Surg* 1990, 77: 1358-1360
 28. HELWIG JT, THORP JM Jr, BOWES WA Jr: Does midline episiotomy increase the risk of third and fourth degree lacerations in operative vaginal deliveries? *Obstet Gynecol* 1993, 82 (2): 276-279
 29. EASON E, FELDMAN P: Much ado about a little cut: s episiotomy worthwhile? *Obstet Gynecol* 2000, 95 (4): 616-618
 30. MARESH M, CHOONG KH, BEARD RW. Delayed pushing with lumbar epidural analgesia in labour. *Br J Obstet Gynecol* 1983, 90: 623-627
 31. CARROLI G, BELIZAN J, STAMP G. Episiotomy policies in vaginal births. In: Neilson JP, Crowther CA, Hodnett ED, Hofmeyr GJ, eds. *Pregnancy and Childbirth Module of The Cochrane Database of Systematic Reviews*. Oxford: Update Software, 1999: Issue 3
 32. NELSON KB, BROMAN SH. Perinatal risk factors in children with serious motor and mental handicaps. *Ann Neurol* 1977, 2: 371-377
 33. BARRETT J, BOEHM F, VAUGHN W: The effect of type of delivery on neonatal outcome in singleton infants of birth weight 1000 grams or less. *JAMA* 1983, 250: 625-629
 34. PIPER D, MACDONALD P: Management of anticipated and actual shoulder dystocia. *J Nurs Midwifery* 9(suppl): 91-105, 1994
 35. NOCON J, MCKENZIE D, THOMAS L, et al: Shoulder dystocia: An analysis of risks and obstetrical maneuvers. *Am J Obstet Gynecol* 1993, 168: 1732-1739
 36. ECKER JL, TAN WM, BANSAL RK, BISHOP JT, KILPATRICK SJ: Is there a benefit to episiotomy at operative vaginal delivery? Observations over ten years in a stable population. *Am J Obstet Gynecol* 1997, 176 (2): 411-414
 37. ROBINSON JN, NORWITZ ER, COHEN AP, McELRATH TF, LIEBERMAN ES: Episiotomy, operative vaginal delivery, and significant perineal trauma in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol* 1999, 181 (5Pt 1): 1180-1184
 38. COOMBS CA, ROBERTSON P, LAROS R: Risk factors for third and fourth degree perineal lacerations in forceps and vacuum deliveries. *Am J Obstet Gynecol* 1990, 163: 100-104
 39. ROBINSON JN, NORWITZ ER, COHEN AP, McELRATH TF, LIEBERMAN ES: Epidural analgesia and third or fourth degree lacerations in nulliparas. *Obstet Gynecol* 1999, 94 (2): 259-262
 40. KETTLE C: Perineal Care. *Clinical Evidence*, issue 3. BMJ Publishing Group, 2000
 41. BOST BW: Should elective cesarean birth be offered at term as an alternative to labor and delivery for prevention of complications, including symptomatic pelvic prolapse, as well as stress urinary and fecal incontinence? *Obstet Gynecol* 95 (4 Suppl 1): S46
 42. WAHMAN AJ, FINAN MA, EMERSON SC: Striae gravidarum as a predictor of vaginal lacerations at delivery. *South Med J* 2000, 93(9): 873-876
 43. RIZK DE, THOMAS L: Relationship between the length of the perineum and position of the anus and vaginal delivery in primigravidae. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2000, 11(2): 79-83
 44. HOWARD D, DAVIES PS, DELANCEY JO, SMALL Y: Differences in perineal lacerations in black and white primiparas. *Obstet Gynecol* 2000 96 (4): 622-624
 45. PEARL ML, ROBERTS JM, LAROS RK, HURD WW: Vaginal delivery from the persistent occiput posterior position. Influence on maternal and neonatal morbidity. *J Reprod Med* 1993, 38 (12): 955-96
 46. ROBINSON JN, NORWITZ ER, COHEN AP, LIEBERMAN E: Predictors of episiotomy use at first spontaneous vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 2000, 96 (2): 214-218
 47. SHORTEN A, SHORTEN B: Women's choice? The impact of private health insurance on episiotomy rates in Australian hospitals. *Midwifery* 2000, 16 (3): 204-212
 48. RAMIN SM, GILSTRAP LC: Episiotomy and early repair of dehiscence. *Clinical Obstet and Gynecol* 1994, 37 (4): 816-823
 49. BARRANGER E, HADDAD B, PANIEL BJ: Fistula in ano as a rare complication of mediolateral episiotomy: report of three cases. *Am J Obstet Gynecol* 2000, 182 (3): 733-734
 50. SARFATI R, MARÉCHAUD M, MAGNIN G: Comparaison des déperditions sanguines lors des césariennes et lors des accouchements par voie basse avec épisiotomie. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1999, 28: 48-54
 51. RITGEN G. Ueber sein Dammschutzverfahren. *Monatschrift fur Geburtskunde u. Frauenkrankh.* 1855, 6: 321-47
 52. DAVIDSON K, JACOBY S, BROWN MS: Prenatal perineal massage: preventing lacerations during delivery. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2000, 29 (5): 474-479
 53. OTIGBAH CM, DHANJAL MK, HARMSWORTH G, CHARD T: A retrospective comparison of water births and conventional vaginal deliveries. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000, 91 (1): 15-20
 54. PARNELL C, LANGHOFF-ROOS J, MOLLER H: Conduct of labor and rupture of the sphincter ani. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001, 80 (3): 256-261
 55. GRAHAM ID: *Episiotomy-Challenging Obstetric Interventions*. Blackwell Science, 1997