

# COMPLICAÇÕES E SINTOMAS NO PÓS-PARTO COM EPISIOTOMIA

## POSTPARTUM SYMPTOMATOLOGY AND COMPLICATIONS IN PATIENTS SUBMITTED TO EPISIOTOMY

*Giulia A. Dessanti 1; Carlos P. Nunes 2*

Descritores: episiotomia, episiotomias, período pós-parto.  
Keywords: episiotomy, episiotomies, postpartum period.

### RESUMO

**Introdução:** A episiotomia é o procedimento cirúrgico eletivo mais comum na Obstetrícia. Os tipos mais frequentemente utilizados são a episiotomia mediana (EM) e a episiotomia médio-lateral (EML). Esta incisão é realizada em muitos países como um procedimento dentro da rotina diária de cuidados de parto, apesar das evidências científicas atuais não suportarem seu uso rotineiro. Ideologicamente, tem o objetivo de evitar injúria ao esfíncter anal, trauma perineal, prolapso genital e incontinência urinária e fecal, acelerar o parto e reduzir o risco de trauma neonatal. Contudo, vários estudos têm demonstrado que não há grandes vantagens na episiotomia de rotina. **Objetivos:** Analisar a sintomatologia e possíveis complicações promovidas pela episiotomia no período pós-parto das pacientes submetidas a esse procedimento, procurando avaliar o real benefício do emprego desta técnica. **Métodos:** A revisão bibliográfica foi feita com base no tema escolhido, sendo selecionados 15 artigos, compreendidos no período de 2003 a 2018 e provenientes das plataformas PubMed, SciELO, LILACS e Cochrane. Os descritores utilizados na busca foram episiotomy, episiotomies, postpartum. **Resultados e discussão:** As taxas relatadas de episiotomia variam em diferentes estudos desde 2000, tão baixas quanto 9,7% (Suécia) a tão altas quanto 100% (Taiwan). Na Ásia, as taxas de episiotomia relatadas em 2005 variaram de 42-98%. Na China, a taxa estimada era 82%, No Vietnã em 2013 e em Hong Kong em 2006, mais de 85%. Estima-se que o procedimento seja empregado em 62,5% do total de partos nos Estados Unidos e em cerca de 30% na Europa. O Ministério da Saúde do Brasil, apesar de recomendar o seu uso seletivo, não determina a taxa ideal a ser atingida. Estima-se, por alguns autores, que uma frequência ótima deveria situar-se entre 10 a 30% do total de partos vaginais. A técnica não impede o aparecimento da dispareunia ou melhora a função sexual da paciente no período pós-parto. Muitos autores associam a episiotomia a um nível maior de dor e que não há diferença significativa entre o aparecimento de incontinência

urinária nas mulheres submetidas ou não a episiotomia. De modo que a aplicação rotineira dessa técnica não diminui a dor ou previne incontinência urinária. Nenhuma pesquisa de qualidade adequada demonstrou que a episiotomia reduziria o risco de laceração retal ou diminuiria o tempo de cicatrização. Nenhum estudo apoiou a episiotomia rotineira como uma intervenção protetora para incontinência anal. Esse procedimento não teve efeito protetor nem causador sobre o prolapso urogenital. **Conclusão:** Evidenciou-se que a episiotomia deve ser restringida a casos específicos. A educação e atualização médica, a inclusão da equipe de enfermagem no cuidado ao parto, a adoção de boas práticas e a redução das intervenções durante o parto resultam em um número reduzido de episiotomias. Vale ressaltar também a importância da técnica correta quando o procedimento for empregado, uma vez que a falha em realizar a episiotomia ou o seu reparo quando há uma indicação pode ser tão prejudicial. Devido a frequência das complicações da episiotomia, as mulheres devem receber instruções sobre cuidados com a ferida e reconhecimento dos sinais de infecção. Um melhor cuidado durante a realização da episiorrafia seria uma medida para evitar a dispareunia. Fala-se sobre o uso de compressas quentes e massagens no períneo antes do parto; estudos conduzidos com hialuronidase, tendências sobre as posições adotadas no parto vaginal, em que a paciente deixaria de ser colocada em litotomia, confortável para o médico, e passaria a adotar posições como agachada ou de pé. Ambas consistem em novas técnicas estudadas para auxiliar o canal do parto a responder melhor, sem necessidade da episiotomia.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Episiotomy is the most common elective surgical procedure in obstetrics. The most frequently used types are the median episiotomy (ME) and the medial-lateral episiotomy (MLE). This incision is performed in many countries as a procedure within the daily routine of childbirth care, although current scientific evidence does not support its routine use. Ideologically, it aims to avoid injury to the sphincter of the anus, perineal trauma, genital prolapse and urinary and fecal incontinence, accelerate childbirth and reduce the risk of neonatal trauma. However, several studies have shown that there are no major advantages in routine episiotomy. **Objectives:** To analyze the symptomatology and possible complications promoted by episiotomy in the postpartum period, to evaluate the real benefit of the use of this technique. **Methods:** The bibliographic review was based on the chosen theme, and 15 articles were selected, comprised in the period 2003 to 2018, from the PubMed, SciELO, LILACS and Cochrane platforms. The descriptors used in the search were episiotomy, episiotomies, postpartum. **Results and**

**discussion:** The reported rates of episiotomy vary in different studies since 2000, as low as 9.7% (Sweden) to as high as 100% (Taiwan). In Asia, the episiotomy rates reported in 2005 ranged from 42-98%. In China, the estimated rate was 82%, in Vietnam at 2013 and in Hong Kong in 2006, more than 85%. It's estimated that the procedure is used in 62.5% of the total deliveries in the United States and about 30% in Europe. The Brazilian Ministry of Health, despite recommending its selective use, doesn't determine the ideal rate to be reached. It is estimated, by some authors, that an optimum frequency should be between 10 to 30% of the total vaginal deliveries. The technique doesn't prevent the onset of dyspareunia or improves the sexual function of the patient in the postpartum period. Many authors associate episiotomy with a higher level of pain and that there is no significant difference between the onset of urinary incontinence in women undergoing episiotomy or not. So that the routine application of this technique doesn't lessen the pain or prevent urinary incontinence. No adequate quality research showed that episiotomy would reduce the risk of rectal laceration or decrease the healing time. No study supported routine episiotomy as a protective intervention for anal incontinence. This procedure had no protective effect or cause of urogenital prolapse. **Conclusion:** It was evidenced that episiotomy should be restricted to specific cases. The education and medical update, the inclusion of the nursing team in childbirth care, the adoption of good practices and the reduction of interventions during childbirth result in a reduced number of episiotomies. It's also worth mentioning the importance of the correct technique when the procedure is employed, since the failure to perform episiotomy or its repair when there is an indication can be so harmful. Due to the frequency of episiotomy complications, women should receive instructions on wound care and recognition of signs of infection. A better care during the realization of Episiorrhaphia would be a measure to avoid dyspareunia. There is talk about the use of hot compresses and massages in the perineum before childbirth; studies conducted with hyaluronidase, tendencies on the positions adopted in vaginal delivery, in which the patient would no longer be placed in lithotomy, comfortable for the physician, and would adopt positions as crouching or standing. Both consist of new techniques studied to help the delivery channel to respond better, without the need of episiotomy.

## INTRODUÇÃO

A episiotomia é o procedimento cirúrgico eletivo mais comum na Obstetrícia.<sup>1-4</sup> Consiste na secção do períneo vaginal, com o intuito de ampliar a porção inferior da vagina, o anel vulvar e o tecido perineal durante o estágio de expulsão do parto. Os tipos mais frequentemente utilizados são a episiotomia mediana (EM) e a episiotomia médio-lateral (EML),

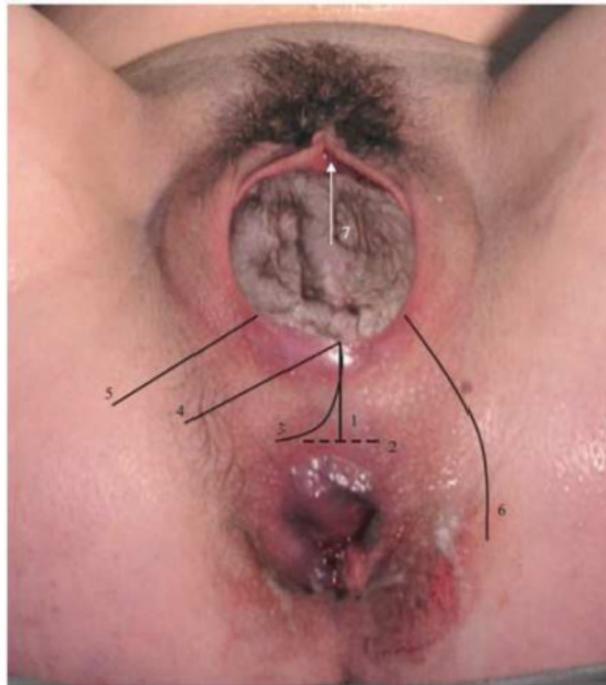
pela facilidade na técnica e menor chance de complicação da extensão da incisão.<sup>2,4-7</sup>

Esta incisão é realizada em muitos países como um procedimento dentro da rotina diária de cuidados de parto, apesar do fato de que as evidências científicas atuais não suportam seu uso rotineiro.<sup>2,5</sup> O emprego desse procedimento está atualmente em discussão.

Foram relatados sete tipos de episiotomia na literatura médica:<sup>2,5</sup>

- I. Mediana: começa no canto posterior e segue uma linha reta em direção ao tendão central do corpo perineal. Este tipo de episiotomia é comumente realizada nos Estados Unidos e Canadá.
- II. Mediana modificada: modifica o anterior adicionando duas incisões transversais opostas à direita e outra à esquerda. Tem o intuito de proteger o esfíncter anal. As articulações não devem medir mais de 2-3 cm.
- III. Episiotomia J: começa com uma incisão média, lateralizando para a tuberosidade isquiática para evitar a proximidade do esfíncter. Para esta técnica é melhor usar tesouras curvadas.
- IV. Médio-lateral: é o tipo de episiotomia mais utilizado na Europa, consiste em fazer uma incisão reta a partir do canto posterior para a tuberosidade isquiática.
- V. Lateral: foi descrita em 1850, começando no introito vaginal e dirigindo-se para a tuberosidade isquial.
- VI. Lateral radical: esta é considerada uma incisão não obstétrica, mas às vezes tem sido utilizada em partos complicados. É semelhante à episiotomia lateral, exceto uma variação na direção da incisão, que parte da linha mediana e é dirigida para a tuberosidade isquiática e na região do reto.
- VII. Anterior: tem sido relacionada a mulheres que sofreram mutilação genital, sendo difícil encontrar uma literatura que inclua esta técnica, atualmente.

**Figura 1: Tipos de episiotomia.**



Fonte: Rodríguez MCB<sup>5</sup>.

Ideologicamente, tem o objetivo de evitar injúria ao esfíncter anal, trauma perineal, prolapso genital e incontinência urinária e fecal, acelerar o parto e reduzir o risco de trauma neonatal.<sup>1-3,7,8</sup> Esta profilaxia, segundo os cirurgiões, justificaria a dor acarretada pela incisão e eventuais complicações locais.<sup>8</sup> Também tem sido argumentado que uma incisão cirúrgica controlada é geralmente mais fácil de reparar, em relação a laceração espontânea e apresenta melhor resultado na cicatrização.<sup>2,7</sup> Contudo, vários estudos têm demonstrado que não há grandes vantagens na episiotomia de rotina, sendo até mesmo encontradas associações entre o procedimento e dispareunia, risco de lacerações perineais severas, hematoma perineal, fístulas, infecções, deiscência, reconstrução insatisfatória, incontinência urinária e dor generalizada.<sup>1,4,5,7-9</sup> O procedimento também não previne lesões no polo cefálico fetal ou melhora no escore de Apgar e é relacionado a um custo excessivo.<sup>4,5,7</sup>

A única real evidência a favor do uso sistemático da episiotomia foi uma diminuição do risco de traumatismo perineal anterior, contudo vale lembrar que este tipo de laceração normalmente cursa com menos sangramento, não necessita de sutura e é menos dolorosa que os traumas de períneo posterior.<sup>10,11</sup>

Existem 4 tipos de laceração perineal, sendo consideradas como lacerações graves as de terceiro e quarto grau:<sup>4,5,7</sup>

- I. Primeiro grau: laceração superficial da mucosa da vagina, que pode se estender

para a pele no introito vaginal. Não há nenhum tecido profundo envolvido e o reparo pode não ser necessário.

- II. Segundo grau: laceração que envolve mucosa vaginal e o corpo perineal, pode se estender para os músculos transversais do períneo. É o grau alcançado com uma episiotomia e necessita reparo.
- III. Terceiro grau: laceração que se estende para o músculo do períneo e pode envolver ambos os músculos perineais transversais e também o esfíncter do ânus. Não compromete a mucosa retal.
- IV. 3a - < 50% do esfíncter anal externo (EAE).
- V. 3b - > 50% do EAE.
- VI. 3c – esfíncter anal interno (para além de rutura completa do EAE).
- VII. Quarto grau: envolve a mucosa retal.

A realização de episiotomia seletiva está associada a menor trauma perineal posterior, menor necessidade de sutura e menor chance de complicações, sem diferença na intensidade da dor e trauma vaginal ou perineal grave quando comparada à episiotomia rotineira, já que algumas mulheres são submetidas a incisões desnecessárias e suas complicações e morbidade associadas.<sup>2,6,7,12</sup> Portanto, há uma tendência para reduzir o uso do procedimento e limitá-lo para indicações específicas.<sup>2</sup>

## **OBJETIVO**

Analisar a sintomatologia e possíveis complicações promovidas pela episiotomia no período pós-parto das pacientes submetidas a esse procedimento, procurando avaliar o real benefício do emprego desta técnica.

## **MÉTODOS**

A revisão bibliográfica foi feita com base no tema escolhido, sendo selecionados 15 artigos, compreendidos no período de 2003 a 2018 e provenientes das plataformas PubMed, SciELO, LILACS e Cochrane. Os descritores utilizados na busca foram episiotomy, episiotomies, postpartum; sendo também aplicados os filtros de “texto completo”, “humanos”, “inglês”, assunto principal “episiotomia” e “revisões sistemáticas”. Os critérios de exclusão foram trabalhos que não fossem realizados em seres humanos, assim como os que não permitiam acesso ao texto completo.

Na plataforma PubMed foram encontrados 81 artigos, sendo selecionados 6; na SciELO

foram selecionados 5 artigos de um total de 116; na LILACS foram selecionados 3, entre 270 artigos. Na Cochrane encontraram-se 33 revisões sistemáticas, sendo selecionada 1, que de fato abordava o tema em questão.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um estudo realizado no estado de Sergipe, Nordeste do Brasil avaliou 456 pacientes que apresentavam parto vaginal, a episiotomia foi realizada em 43,9% delas. Constatou-se também que as mulheres com três ou mais partos precedentes estavam em um risco mais elevado de sofrer a episiotomia do que aquelas com um ou dois partos precedentes. As chamadas "boas práticas" recomendadas para a condução do parto foram utilizadas em menos de 30% das mulheres, enquanto intervenções que não deveriam ser utilizadas rotineiramente, devido à falta de evidências que apoiaram a necessidade e/ou devido a danos comprovados, como a episiotomia, foram frequentemente realizadas. Outro estudo brasileiro detectou que as "boas práticas" são utilizadas em menos de 50% dos partos e intervenções como a episiotomia ainda são amplamente praticadas (56%).

Embora existam evidências de que a episiotomia de rotina não apresente benefícios de curto ou longo prazo para parturientes quando comparado ao seu uso restritivo, a frequência dessa intervenção foi de 40,6%, bem acima dos 10% preconizados pelo OMS, e mais frequente entre as mulheres mais jovens.<sup>12</sup>

As taxas relatadas de episiotomia variam em diferentes estudos desde 2000, tão baixas quanto 9,7% (Suécia) a tão altas quanto 100% (Taiwan). Na Ásia, as taxas de episiotomia relatadas em 2005 variaram de 42-98%. Na China, a taxa estimada era 82%, No Vietnã em 2013 e em Hong Kong em 2006, mais de 85%.

Estima-se que o procedimento seja empregado em 62,5% do total de partos nos Estados Unidos e em cerca de 30% na Europa. O Ministério da Saúde do Brasil, apesar de recomendar o seu uso seletivo, não determina a taxa ideal a ser atingida. Estima-se, por alguns autores, que uma frequência ótima deveria situar-se entre 10 a 30% do total de partos vaginais.<sup>8</sup>

### Dispareunia

A dor relacionada à relação sexual é comum durante o primeiro ano após um parto vaginal.<sup>13</sup> Evidencia-se a associação entre episiotomia e a dor durante o ato sexual, principalmente 6 meses após o parto.<sup>9,13</sup> A deiscência e infecção da episiorrafia estão relacionadas a um maior risco dessa sintomatologia, assim como o estreitamento do introito vaginal devido a um reparo mal feito da episiotomia.<sup>9</sup> De modo que essa técnica não impede o

aparecimento da dor no ato sexual ou melhora a função sexual da paciente no período pós-parto.<sup>10</sup>

O estudo realizado em um hospital de Acapulco, no México que incluía 368 mulheres, com um ou dois partos vaginais antecedentes, que reiniciaram as atividades sexuais após o parto, demonstrou 152 (41,3%) casos relatados de dispareunia. Encontrou-se também relação do sintoma com deiscência e infecção (com ou sem deiscência) da episiorrafia, sensação de estreitamento vaginal, presença de queloide no sítio da cicatriz, sintoma de vaginite, uso de DIU e aleitamento exclusivo. O fator de predição mais importante da dispareunia foram as complicações da episiotomia. Portanto, houveram taxas maiores desse sintoma em mulheres submetidas a essa intervenção do que nas pacientes que não foram submetidas a ela.<sup>9</sup>

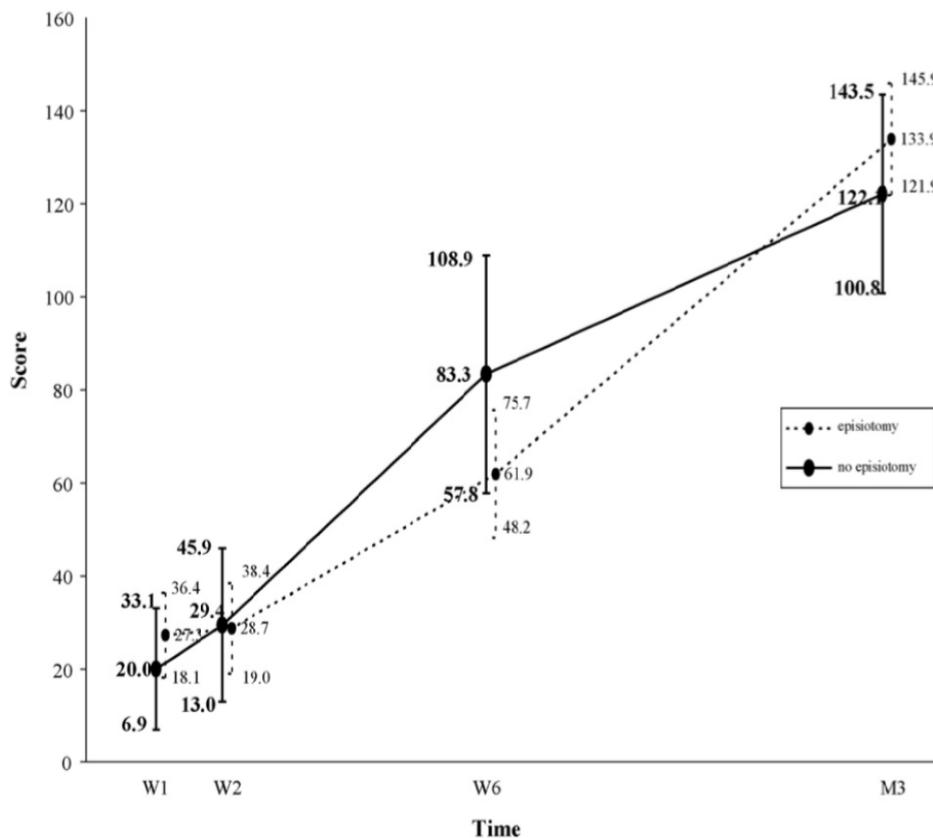
Uma pesquisa com 78 pacientes submetidas a episiotomia revelou que 42,3% relataram dispareunia.<sup>14</sup>

O estudo realizado em uma maternidade de Taipei, em Taiwan não demonstrou diferenças significativas na função sexual entre pacientes submetidas ou não a episiotomia. Os scores da função sexual aumentaram rapidamente durante as primeiras 6 semanas pós-parto, cresceram mais gradualmente nos próximos 3 meses, contudo os scores do grupo com episiotomia cresceram mais gradualmente durante as primeiras 6 semanas e então cresceram rapidamente. Ambos tiveram scores similares na semana 2 e com 3 meses. O estudo mostrou que a função sexual aumentou entre a semana 6 e 3 meses em ambos grupos. Estudos anteriores mostraram que a dispareunia foi significativamente maior no grupo com episiotomia aos 3 meses e uma frequência maior de dispareunia e lubrificação insuficiente foi encontrada em mulheres com episiotomia durante 12-18 meses pós-parto.<sup>1</sup>

Em um estudo levando em conta mulheres primíparas tailandesas, 128 pacientes submetidas a episiotomia compareceram ao check-up de 6 semanas. Dessas, 17,2% iniciaram atividades sexuais. 95 mulheres participaram da avaliação aos 3 meses e 93/95 haviam iniciado as atividades sexuais. Destas, 30,1% relataram dispareunia. Em 6 e 12 meses, 87 puderam ser contadas. Aos 12 meses uma participante relatou o sintoma. Estudos em mulheres não asiáticas demonstraram que 4 – 58% das mulheres relataram dispareunia aos 3 – 6 meses.<sup>13</sup>

Em uma análise comparativa entre a EML e EL não foi observada diferença nas taxas de dispareunia, que variaram entre 8 – 73% aos 3 meses e 11% aos 6 meses.<sup>11</sup>

Figura 2. Gráfico de comparação da população de episiotomia e não-episiotomia no escore de função sexual com os quatro pontos – semana 1, 2, 6 e mês 3.



Fonte: Chang S<sup>1</sup>.

### Dor generalizada

A dor pós-parto em pacientes submetidas ao parto vaginal pode ser causada pela contração uterina e ferida perineal.<sup>1</sup> Muitos autores associam a episiotomia a um nível maior de dor e a extensão do dano tecidual contribui para uma subsequente cronificação da dor.<sup>13,14</sup> Estudos sugerem que entre 13-23% das mulheres essa dor persista até 6 semanas de pós-parto.<sup>14</sup> Portanto, a episiotomia de rotina não diminui a dor.<sup>1,10</sup>

Uma pesquisa com 78 pacientes submetidas a episiotomia, que realizaram o acompanhamento por 5 meses após o parto, revelou que 12,6% das pacientes reportaram história de dor crônica, sendo que 34,6% das mulheres relataram dor ao redor do sítio da episiotomia com dois meses de pós-parto e 12,8% dor com cinco meses de pós-parto, entretanto nenhuma das pacientes reportou qualquer limitação em suas atividades diárias. Os resultados sugeriram que a cronificação da dor está associada com a dor relatada em 24 e 48h de pós-parto, parto assistido e complicações da episiotomia. Sendo que a dispareunia pode ter um efeito negativo ou ser a manifestação da cronificação da dor.<sup>14</sup>

O estudo realizado em uma maternidade de Taipei, em Taiwan demonstrou que o score de intensidade da dor para o grupo não submetido a episiotomia foi significativamente menor na primeira e segunda semana pós-parto. A intensidade da dor diminuiu rapidamente durante a primeira semana e continuou diminuindo entre a primeira e segunda para todas as mulheres. As mulheres não submetidas a episiotomia atingiram um platô na segunda semana, enquanto os scores das submetidas diminuíram gradualmente entre a segunda e sexta semanas, atingindo um platô na sexta. Não houve diferença significativa nos scores de dor nos dias 1 e 3, na sexta semana ou nos 3 meses pos-parto. Entretanto as submetidas a episiotomia tiveram mais dor. Os resultados mostraram que mulheres sem episiotomia tiveram menos dor entre as semanas 1 e 6.<sup>1</sup>

A análise comparativa entre a EML e EL também não foi encontrada diferença na dor perineal constatada após EM, EML e EL 3 meses após o parto.<sup>11</sup>

Figura 3. Gráfico de intervalo médio transversal dos escores gerais da intensidade da dor não localizada para os grupos episiotomia e não-episiotomia. D1: dia 1; D3: dia 3; W1: semana 1; W2: semana 2; W6: semana 6; M3: 3 meses.  $p < 0, 5$ .

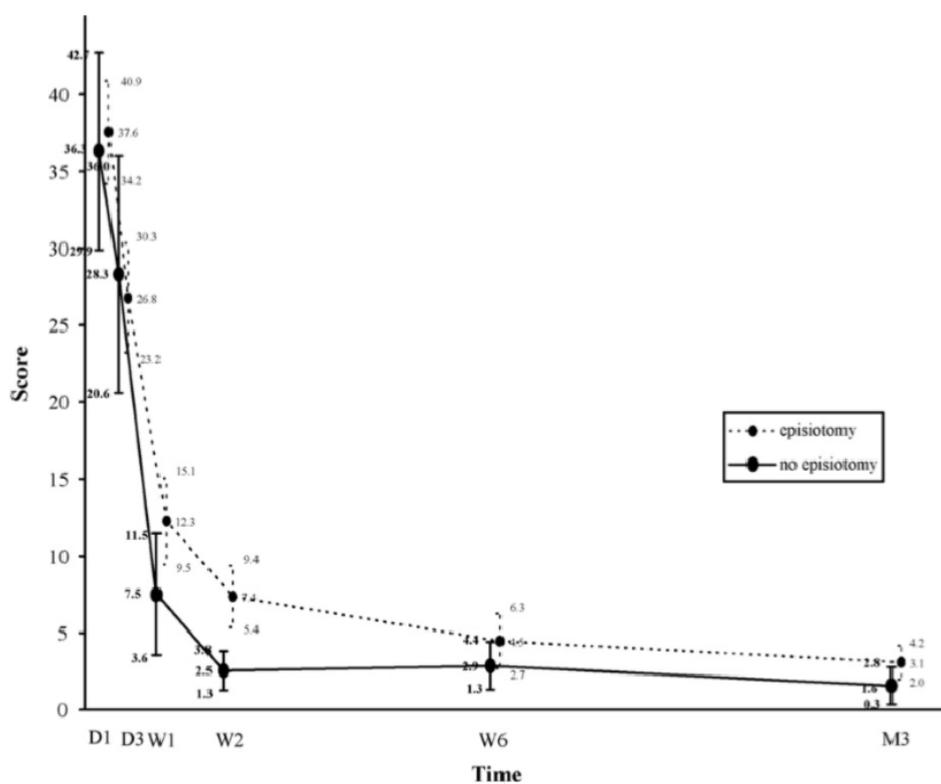
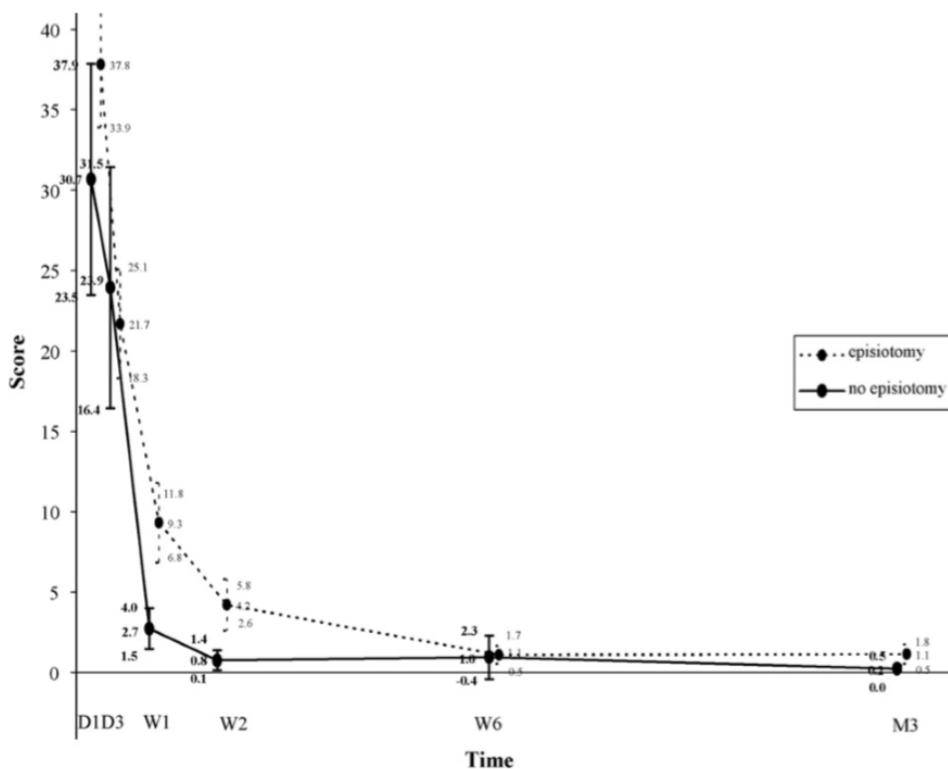


Figura 4. Gráfico de intervalo médio transversal da intensidade da dor perineal total para os grupos episiotomia e não-episiotomia. D1: dia 1; D3: dia 3; W1: semana 1; W2: semana 2; W6: semana 6; M3: 3 meses.  $p < 0,5$ .



Fonte: Chang S<sup>1</sup>.

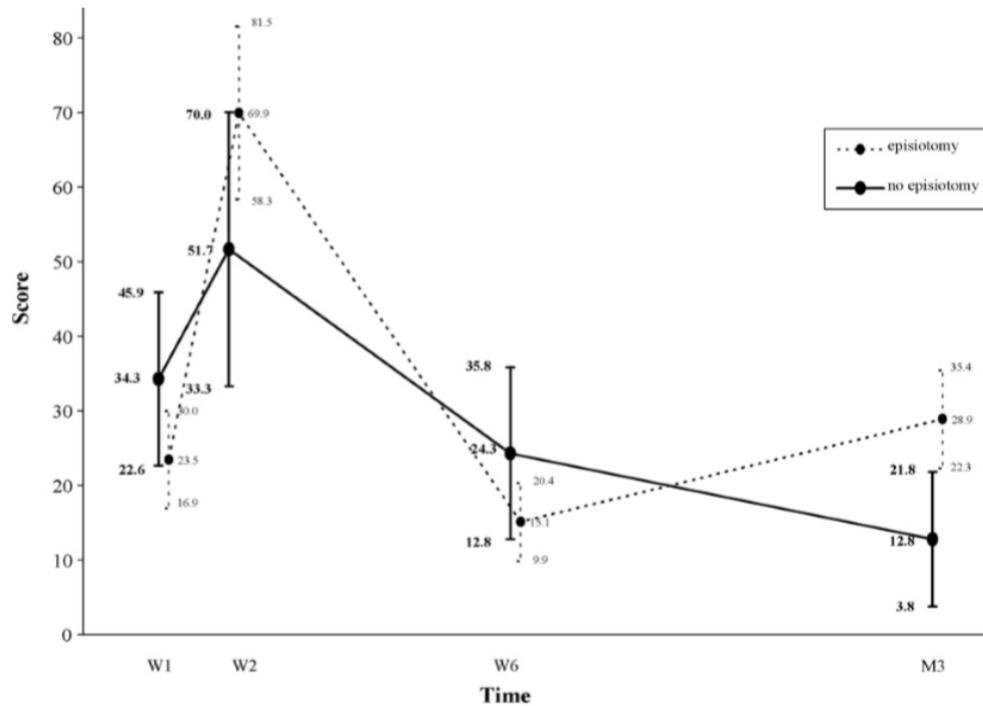
### Incontinência urinária

Apesar da crença de que a episiotomia previne o desenvolvimento da incontinência urinária, estudos demonstram que não há diferença significativa entre seu aparecimento nas mulheres submetidas ou não a episiotomia. De modo que a aplicação rotineira dessa técnica não previne incontinência urinária.<sup>1</sup>

Uma pesquisa com 78 pacientes submetidas a episiotomia revelou que 21,8% relataram incontinência urinária.<sup>14</sup>

O estudo realizado em uma maternidade de Taipei, em Taiwan demonstrou que aos 3 meses, o score de incontinência urinária no grupo com episiotomia foi significativamente maior, mas não foi observada diferença significativa nas semanas 1, 2 e 6 de pós-parto. Os scores de ambos os grupos aumentou até a segunda semana, e depois diminuíram na sexta. Depois da sexta, os scores continuaram diminuindo no grupo sem episiotomia e crescendo no outro. Houve um score significativamente maior de incontinência urinária nas mulheres com episiotomia.<sup>1</sup>

Figura 5. Comparação da população de episiotomia e não-episiotomia no escore de incontinência urinária em gráfico de intervalo médio com 4 pontos - semana 1, 2 e 6; e mês 3.  $p < 0,5$ .



Fonte: Chang S<sup>1</sup>.

### Laceração perineal

Durante o parto, os músculos perineais podem sofrer lacerações. Existe a hipótese de que o manejo perineal durante o parto está relacionado a função perineal subsequente a longo prazo. Portanto, com um manejo adequado pode-se impedir complicações como incontinência de esforço e relaxamento dos músculos pélvicos.<sup>10</sup>

Nenhuma pesquisa de qualidade adequada demonstrou que a realização de uma episiotomia reduziria o risco de laceração retal ou diminuiria seu tempo de cicatrização. Em geral, esses pesquisadores concluíram que não há diferenças no desempenho muscular perineal ou sinais de relaxamento pélvico, principalmente incontinência de estresse, com base na condição perineal após o parto.<sup>10</sup>

Um grupo relatou que as mulheres com episiotomia tiveram maior perda de função do que as pacientes sem episiotomia com períneo intacto ou laceração espontânea (33% de perda no grupo episiotomia em comparação com perda de 20% nos grupos não-episiotomia). Entretanto, este estudo mediu somente mulheres com episiotomia médio-lateral, considerada a técnica que causa mais dano perineal, geralmente. Em outro estudo, o desempenho do músculo perineal pós-

parto foi avaliado, sendo decrescentemente parto cesareano, parto vaginal com períneo intacto, dilaceração de primeiro grau, laceração de segundo ou terceiro grau, e por último episiotomia.<sup>10</sup>

Foi realizada uma análise no serviço obstétrico de um hospital universitário em Popayán, na Colômbia, aonde foi obtida uma amostra aleatória simples de 197 pacientes, em que 60 gestantes foram submetidas a episiotomia. Verificou-se que os pacientes com episiotomia apresentaram menor frequência de lacerações, em um comparativo de 3 no grupo episiotomia (5,26%) para 54 no grupo sem episiotomia (39,42%). Nos partos, 28,93% das mulheres apresentavam lacerações perineais, sendo 16,75% grau I, 11,68% grau II, grau III, sem casos grau IV. Não havia nenhum caso da infecção ou da hemorragia após o parto. Nesta pesquisa a frequência de lacerações foi menor quando o procedimento foi realizado. A frequência de episiotomia encontrada no hospital em questão em 2016 foi de 30,45%.<sup>2</sup>

### **Incontinência do esfíncter anal**

A episiotomia e as lacerações perineais de terceiro ou quarto graus estão significativamente associadas à incontinência anal, sendo o procedimento cirúrgico um fator de risco modificável.<sup>3,6</sup> Até 10% das pacientes com laceração perineal severa desenvolverá incontinência do esfíncter anal.<sup>6</sup> A lesão desse esfíncter durante o parto vaginal é considerada um dos fatores de predisposição para a incontinência anal. Nenhum estudo incluído apoiou a episiotomia rotineira como uma intervenção protetora para incontinência anal.

As mulheres submetidas a uma episiotomia são 1,74 vezes mais propensas a ter incontinência anal do que as mulheres sem episiotomia. No segundo estudo a frequência de uma episiotomia realizada em trabalho de parto foi significativamente maior para as mulheres que apresentavam incontinência anal (85,7%) quando comparadas àquelas que não possuíam problemas com o esfíncter (53,4%). Os estudos restantes que examinaram a episiotomia como fator de risco não encontraram associação entre episiotomia e incontinência anal.<sup>3</sup>

### **Prolapso urogenital**

O parto tem sido sugerido como o fator mais importante na patogênese do prolapso urogenital. Por isso, o efeito da episiotomia na função do assoalho pélvico tem sido investigado em vários estudos.

Uma análise que coletou os resultados destes estudos relatou que a episiotomia, EM ou EML, não se associou a diminuição de queixas relacionadas a disfunção do assoalho pélvico, como perda involuntária de urina, incontinência de fezes ou flatos e disfunção sexual. Verificou-se que a episiotomia teve efeito sobre determinados índices de prolapso de órgão pélvico. Observou-se que 38,2% das mulheres sem episiotomia e 32,0% das mulheres com episiotomia

apresentaram o prolapso. Esse procedimento não teve efeito protetor nem causador sobre o prolapso, não sendo encontradas, portanto, relações estatisticamente significantes.<sup>15</sup>

Embora seja um problema comum, os estudos sobre sua incidência revelaram resultados conflitantes.

## **CONCLUSÃO**

Evidenciou-se que a episiotomia deve ser restringida a casos específicos, já que a episiotomia seletiva traz maiores benefícios que a rotineira, atualmente não se pode concluir quais seriam as indicações exatas. Alguns casos seriam sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto e ameaça de laceração perineal de terceiro e quarto grau (contudo não têm um diagnóstico objetivo).

A educação e atualização médica, a inclusão da equipe de enfermagem no cuidado ao parto, a adoção de boas práticas e a redução das intervenções durante o parto resultam em um número reduzido de episiotomias.

Vale ressaltar também a importância da técnica correta quando o procedimento for empregado, uma vez que a falha em realizar a episiotomia ou seu reparo quando há uma indicação pode ser tão prejudicial quanto seu emprego sem indicação.

A falta de conhecimento das mulheres sobre a episiotomia é nítida. Poucas mulheres sabem por que são submetidas a uma episiotomia e aceitam o procedimento como inevitável, sem questioná-lo. Além disso, há o desejo das pacientes e cônjuges de ter genitais bonitos após o parto, já que alguns consideram que o parto vaginal faz com que os músculos vaginais tornem-se flácidos e que um corte do períneo suturado é mais agradável do que um rasgo perineal suturado.

Devido a frequência das complicações da episiotomia, as mulheres devem receber instruções sobre cuidados com a ferida e reconhecimento dos sinais de infecção, assim como serem orientadas sobre as possíveis complicações e a procurar um profissional em caso de sintomatologia relacionada a elas. Um melhor cuidado durante a realização da episiorrafia seria uma medida para evitar a dispareunia.

Novas técnicas tem sido estudadas para auxiliar o canal do parto a responder melhor, sem necessidade da episiotomia. Fala-se sobre o uso de compressas quentes e massagens no períneo antes do parto, em que a gestante prepara seu assoalho pélvico para a tensão e pressão ao qual este será submetido. Também estão sendo conduzidos estudos com hialuronidase, que poderia ajudar a reduzir o trauma perineal, prevenindo lacerações, relaxamento do assoalho

pélvico e incontinência urinária. Existem fortes tendências sobre as posições adotadas no parto vaginal, em que a paciente deixaria de ser colocada em litotomia, confortável para o médico, e passaria a adotar posições como agachada ou de pé, com o intuito de facilitar o parto.

Praticamente falando, também é provável que uma episiotomia signifique que as mulheres necessitem de uma permanência maior no hospital. As mulheres com um períneo intacto, geralmente, tem alta muito mais rapidamente. Isso é mais conveniente em questão de infraestrutura e reduz os custos hospitalares.

## REFERÊNCIAS

1. Chang S, Chen K, Lin H, Chao YY, Lai Y. Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: A prospective follow-up study. *International Journal of Nursing Studies*. 2011;48:409–4188.
2. Mellizo-Gaviria AM, López-Veloza LM, Montoya-Mora R, Ortiz-Martínez RA, Gil-Walteros CC. Frequency of episiotomy and complications in the obstetrics servisse of Hospital Universitario San José, Popayán (Colombia), 2016. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2018;69: 88-97.
3. LaCross A, Groff M, Smaldone A. Obstetric Anal Sphincter Injury and Anal Incontinence Following Vaginal Birth: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Midwifery Womens Health*. 2015; 60:37–47.
4. Schantz C, Sim KL, Ly EM, Barennes H, Sudaroth S, Goyet S. (2015) Reasons for routine episiotomy: A mixed-methods study in a large maternity hospital in Phnom Penh, Cambodia, *Reproductive Health Matters*, 23:45, 68-77.
5. Rodríguez MCB, Terceros LAC. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. *Rev Cient Cienc Med*. 2014; 17(2): 53-57.
6. Junior MDC, Júnior RP. Selective Episiotomy: Indications, Technique, and Association with Severe Perineal Lacerations. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2016; 38:301–307.
7. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 2. Art. No.: CD000081.
8. Mattar R, Aquino MMA, Mesquita MRS. A prática da episiotomia no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007; 29(1):1-2.
9. Arellano ES, Arrizón AV, Soberanis JL, Turanzas MC, Cruz JE, Andersson N. Dispareunia en mujeres después del parto: estudio de casos y controles en un hospital de Acapulco, México. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;23(1):44–51.
10. Fleming N, Newton ER, Roberts J. Changes in Postpartum Perineal Muscle Function in Women With and Without Episiotomies. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2003; 48(1): 53-59.
11. Necesalova P, Karbanova J, Rusavy Z, Pastor Z, Jansova M, Kalis V. Mediolateral versus lateral episiotomy and their effect on postpartum coital activity and dyspareunia rate 3 and 6 months postpartum. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2016; 1-6.

12. Prado DS, Mendes RB, Gurgel RQ, Barreto IDC, Bezerra FD, Cipolotti R, Gurgel RQ. Practices and obstetric interventions in women from a state in the Northeast of Brazil. *Rev Assoc Med Bras* 2017; 63(12):1039-1048.
13. Chayachinda C, Titapant V, Ungkanungdech A. Dyspareunia and sexual dysfunction after vaginal delivery in Thai primiparous women with episiotomy. *J Sex Med* 2015;12:1275–1282.
14. Turmo M, Echevarria M, Rubio P, Almeida C. Cronificación del dolor tras episiotomía. *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 2015;62:436-442.
15. Aytan H, Tok EC, Ertunc D, Yasa O. The Effect of Episiotomy on Pelvic Organ Prolapse Assessed by Pelvic Organ Prolapse Quantification System. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 2013; 1-20.