

TO 098

**ENRIQUE EDUARDO ORTIZ**

**EPISIOTOMIA E LACERAÇÃO PERINEAL NO PARTO  
VERTICAL**

Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina para a  
Conclusão de Curso de Graduação  
em Medicina

**FLORIANÓPOLIS**

**1998**



**ENRIQUE EDUARDO ORTIZ**

**EPISIOTOMIA E LACERAÇÃO PERINEAL NO PARTO  
VERTICAL**

Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina para a  
Conclusão de Curso de Graduação  
em Medicina

Cordenador do Curso: Professor Edson Cardoso

Orientador: Professor Luiz Fernando Somacal

Co-orientador: Dr. Marcos Leite dos Santos

**FLORIANÓPOLIS**

**1998**

Ortiz, Enrique Eduardo. *Episiotomia e laceração perineal no parto vertical*.  
Florianópolis, 1998.  
iv, 37p.

Trabalho de conclusão no Curso de Graduação em Medicina, - Universidade  
Federal de Santa Catarina.

1. Obstetrícia 2. Parto vertical 3. Episiotomia 4. Laceração

**“O pré requisito para mover-se  
na direção correta é que  
profissionais usem rotinas e  
regras apenas as quais tiverem  
mostrado real eficácia.”**

**(Chalmers I, Garcia J. Post)**

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu colega Rafael Mariano Gislon da Silva, por sua força e sua paciência.

Aos meus orientadores Dr. Marcos Leite dos Santos, e professor Luiz Fernando Somacal.

Aos funcionários do Serviço de Prontuários do Paciente (SSP) do HU da UFSC.

Ao Serviço de Informática do HU da UFSC.

À enfermagem do Centro Obstétrico do HU da UFSC.

À secretaria de Ginecologia do HU da UFSC.

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVOS.....	8
3. CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	9
4. RESULTADOS.....	10
5. DISCUSSÃO.....	25
6. CONCLUSÃO.....	30
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31
8. RESUMO.....	35
9. SUMMARY.....	36
10. APÊNDICE.....	37

# 1. INTRODUÇÃO

Este trabalho foi desenhado para comparar os resultados da utilização da episiotomia no parto vertical, com respeito ao risco de sofrer laceração do perineo.

Etmologicamente, episiotomia é o corte do pube, mas exprime hoje a secção do períneo. Carter & Wolber (1980) definiram a episiotomia como a incisão cirúrgica do orifício vulvar, com indicação obstétrica, e tendo como objetivo de impedir ou minorar o trauma dos tecidos do canal do parto, favorecendo a descida e libertação do feto, especialmente de seu pólo cefálico, e evitar lesões desnecessárias a que a cabeça do concepto está submetida por motivo da impulsão violenta sofrida de encontro a um períneo resistente <sup>1</sup>.

A episiotomia foi trazida à obstetrícia por Ould (1742), e recomendada desde então por Titgem, Schultze, Scanzoni, Credé, Tarnier, sempre com o simples objetivo de ajudar a libertação do feto, considerando-se que pudesse ser detido pela rigidez da região <sup>2</sup>.

Bart (1817), condenou-a. De Lee e Williams durante a primeira metade do século defenderam-na usando a incisão médio lateral <sup>2</sup>.

As opiniões contra e a favor da episiotomia tem-se multiplicado, sem que se tenha chegado a um consenso. Foram feitos diversos trabalhos relacionando episiotomia e laceração, com resultados diversos: alguns autores com posição contra a episiotomia e outros a favor, como é relatado a seguir.

“Mito: Um belo corte é melhor que uma bela laceração. Realidade: como todo procedimento cirúrgico a episiotomia trás consigo uma série de riscos, perda excessiva de sangue, formação de hematoma e infecção. E não há evidências que

a episiotomia de rotina reduziria o risco de trauma perineal severo e que melhoraria a proteção do períneo, que previna um trauma fetal ou reduza o risco de incontinência de esforço” Sleep, Roberts e Chalmers, 1989<sup>3</sup>.

Dentro das 16 recomendações da OMS sobre condutas apropriadas no trabalho de parto, publicadas em 1985, encontra-se que “o uso sistemático da episiotomia” não é justificado<sup>4</sup>.

A opinião de Cunningham, MacDonald, e Gant (1989) é de que a razão da popularidade da episiotomia entre os obstetras é a substituição de uma laceração por uma ferida cirúrgica precisa, fácil de ser reparada, e proporciona menor sofrimento, por outro lado, mais a frente no próprio trabalho, os autores discorrem sobre a gravidade das lesões de terceiros e quarto graus, afirmando que na maioria das vezes as lacerações espontâneas atingem no máximo segundo grau.

Segundo Jorge de Rezende, em sua edição de 1991: “a episiotomia é quase sempre indispensável nas primiparurientes” e nas múltiparas nas quais tenha sido anteriormente praticada<sup>2</sup>.

Um trabalho realizado na Argentina, envolvendo 2606 mulheres divididas em um grupo de “uso de episiotomia de rotina” e outro “seletivo”, não encontrou diferenças entre ambos os grupos com respeito à incidência de laceração<sup>6</sup>.

Segundo Carroli & col (1996) o uso restritivo de episiotomia, quando comparada com o uso rotineiro, reduz o risco de trauma perineal severo, e pôde também estar associada a uma melhor condição sexual posterior. O autor conclui que o uso rotineiro de episiotomia deve ser abandonado, e que um índice de episiotomia maior que 30% não é justificado<sup>7</sup>.

Klein, Gauthier e col (1994), em um estudo randomizado controlado com 697 parturientes, das quais 356 eram primíparas e o restante múltiparas,

constatarem que não houve diferença estatística significativa entre mulheres com e sem episiotomia, com relação às lacerações perineais <sup>8</sup>.

Thacker e Banta (1983) revisaram mais de 350 artigos, e capítulos de livros, compreendendo os anos de 1860 e 1980, e não encontraram evidências convincentes que a episiotomia previna lacerações retais, dano do assoalho pélvico, ou trauma cefálico fetal, ou que a ferida da episiotomia seja mais fácil de reparação que as lacerações. Os autores concluem, além disto, que caso as pacientes sejam informadas dos benefícios e riscos do procedimento certamente não consentiriam com o uso rotineiro do mesmo

Reynolds e Yudkin, em um estudo feito entre 1980 e 1984 analisando 24.439 partos, observaram que mediante a diminuição do uso de peridural, aumento dos partos espontâneos, diminuição do atendimento por pessoal não médico, segundos estágios mais prolongados, e diminuição de episiotomias, as quais caíram de 72,6 a 44,9% em primíparas, e de 36,8 a 15,4 em múltíparas, aumentou a percentagem de perineos intactos, de 7,4 a 13,5% em primíparas, e 26,1 a 33,8% em múltíparas. A incidência de lacerações de primeiro e segundo grau aumentou, porém as de terceiro grau não variou <sup>10</sup>.

A associação entre episiotomia e laceração foi estudada por Shiono e Carey, em 24.114 mulheres. A freqüência de lacerações severas foi de 8,3% nas primíparas e 1,5% nas múltíparas. Mulheres com episiotomia mediana, foram 50 vezes mais susceptíveis de sofrer lacerações severas, e mulheres com episiotomia médio-lateral foram oito vezes mais susceptíveis, em comparação com mulheres sem episiotomia. A episiotomia mediolateral reduziu o risco de lacerações profundas 2,5 vezes nas primíparas, e aumentou em 2,4 vezes nas múltíparas, comparado com as não episiotomizadas. O uso de fórceps triplicou a probabilidade de lacerações severas <sup>11</sup>.

Parteiras britânicas foram classificadas pelo uso da episiotomia em: alta média e baixa utilitárias de episiotomia. Um total de 2188 mulheres tiveram seu parto estudado de forma retrospectiva. Mulheres que tiveram a assistência ao trabalho de parto com parteiras com baixa utilização de episiotomia foram mais susceptíveis a terem um períneo intato <sup>12</sup>.

Em um estudo, com 2706 partos espontâneos cefálicos, o uso de episiotomia mediana aumentou o risco de laceração nove vezes em nulíparas, 3 vezes quando realizado por médicos, e 2,5 vezes quando a episiotomia foi realizada por parteiras <sup>13</sup>.

Legino em 1988 demonstrou mediante seu trabalho que o aumento de lacerações de terceiro grau acontecia quando em lugar de usar a episiotomia médio-lateral era usada a mediana <sup>14</sup>.

Em um estudo comparando dois grupos de mulheres de características similares, 686 atendidas por parteiras em uma maternidade, e 576 partos atendidos por residentes de obstetrícia, em um hospital nas proximidades; na maternidade a taxa de episiotomia foi menor que no hospital das proximidades, para primíparas (82,7% versus 95,6) e para múltiparas (44,9% versus 76,8%). Após ajustadas as diferenças institucionais através de outras variáveis, mulheres com episiotomia sofreram um marcante aumento da probabilidade de lacerações de terceiro grau. Segundo o autor, dado estes resultados, sérias questões podem ser levantadas quanto ao uso rotineiro da episiotomia <sup>15</sup>.

Gass et al (1986) ao examinarem o efeito da episiotomia sobre as lacerações, agruparam mulheres que tiveram partos espontâneos (N = 205 partos), tanto com ou sem episiotomia, por idade (entre 18 e 24 anos), paridade (entre 0 e 2), e peso da criança (dentro de uma variação de 200g). O autor considerou que um períneo intato sem episiotomia ou lacerações era equivalente a uma episiotomia sem laceração. Analisando as lacerações desta forma,  $6 \pm 3\%$

das mulheres com episiotomia tiveram lacerações; entretanto, as mulheres sem episiotomia tiveram lacerações em  $78 \pm 5\%$  dos casos <sup>16</sup>.

Em um trabalho da Universidade da Califórnia, San Francisco, USA, entre 1976 e 1994, foi examinado a associação entre o parto vaginal espontâneo, morbidade perineal e episiotomia, de 17483 partos. O uso de episiotomia caiu significativamente, de 86,8% para 10,4%. Esta mudança foi associada com uma queda nas lacerações de terceiros e quarto graus, e aumento na frequência de períneos intatos 10,3% para 26,5%, e um aumento de lacerações vaginais de 5,4% para 19,3% <sup>17</sup>.

A conclusão de um trabalho realizado por Golden e Sanchez (1996), hospitais e médicos com altas taxas de lacerações de terceiros e quarto graus deveriam examinar o uso de episiotomia, em particular a mediana, que segundo ele é associado com uma incidência aumentada das mesmas <sup>18</sup>.

O efeito benéfico da episiotomia em reduzir lacerações perineais durante o parto foi inquirido por Fernando et al (1995), que testaram a hipótese de que não havia associação entre a episiotomia e a incidência de lacerações perineais, nos procedimentos realizados em uma maternidade entre 1984 e 1991; todas as vezes em que o parto foi não instrumental não pôde ser demonstrado nenhuma redução na incidência de laceração com o uso da episiotomia <sup>19</sup>.

Através de um programa contínuo de melhoria da qualidade, em um hospital universitário londrino, com 102 médicos de família, a quantidade de episiotomia foi reduzida de 44,5% para 33,3%. Esta redução produziu nas primíparas uma diminuição da taxa de lacerações perineais, e um aumento do número de mulheres com períneo intato. Estes benefícios não foram vistos em mulheres múltiparas que já tinham episiotomia no parto anterior, onde a diminuição da episiotomia foi associada a um aumento de lacerações,

possivelmente devido ao fato que a área de cicatrização tenha menor elasticidade<sup>20</sup>.

No Royal Women's Hospital 953 mulheres participaram de investigação para determinar a incidência e resultados perineal da episiotomia. A episiotomia teve uma diminuição de 65 % em 1986 para 36 % em 1992. Isto foi acompanhado por um aumento na incidência de períneos intatos e lacerações espontâneas. Não houve diferença na incidência de lacerações de terceiro grau espontâneas<sup>21</sup>.

Com o objetivo de determinar fatores de risco de lacerações perineais e para gerar recomendações para sua prevenção foi realizado um estudo retrospectivo em um hospital na Holanda, sendo comparados 120 casos de partos com lacerações e 720 sem. Nas conclusões foi encontrado vários fatores de risco para laceração do esfinter anal, mulheres nulípara estavam em mais alto risco que mulheres múltíparas, episiotomia médio lateral pôde salvar o esfinter e portanto prevenir lacerações profundas<sup>22</sup>.

Em uma revisão retrospectiva de 8647 partos realizados em cinco centros médicos durante 1991 e 1992, pesquisadores da Universidade de Wisconsin-Madison encontraram associação entre o uso de episiotomia e o aumento de lacerações perineais, sendo que as causas mais freqüentes para o uso da episiotomia foram a nuliparidade e o uso de fórceps<sup>23</sup>.

Em um estudo de parto vaginal com ou sem episiotomia, realizado na Itália por um grupo de ginecologistas, chegou-se à conclusão que este procedimento é favorável especialmente em primíparas, entretanto não necessariamente a episiotomia de rotina pode ser justificada<sup>24</sup>.

Klein et al em dois estudos (1994; 1995) demonstraram relação causal clara entre episiotomia e lacerações de terceiros e quarto grau. A maior parte das lacerações ocorreram em presença de episiotomia (extensões)<sup>25; 26</sup>.

Para avaliar a associação entre episiotomia mediolateral e lacerações perineais nas mulheres primíparas foram controlados 6522 partos com feto em apresentação cefálica, em um estudo retrospectivo na cidade de Quebec. Episiotomia mediana foi realizada em 4390 mulheres (67,3%); um total de 1002 mulheres (15,4%) tiveram lacerações de terceiros e quarto graus. A frequência de lacerações severas foi de 20,6% com episiotomia e 4,5% sem a episiotomia. Na conclusão, a episiotomia mediana é fortemente associada às lacerações perineais nas mulheres primíparas <sup>27</sup>.

Em um estudo na Maternity Unity, Royals Berkshire Hospital, 1000 mulheres foram selecionadas de modo aleatório para dois tipos de política de manejo perineal, ambas com o objetivo de minimizar o trauma durante o parto vaginal espontâneo. Uma das políticas foi a restrição da episiotomia para indicações fetais, enquanto que para o outro grupo a operação foi usada de modo mais liberal, para prevenir as lacerações perineais. Um períneo intacto foi mais comum entre aquelas que foram conduzidas de modo restritivo. O autor concluiu que seu estudo dá pouco suporte para o uso liberal da episiotomia <sup>28</sup>.

Observando estas contradições na literatura obstétrica a respeito do uso ou não de episiotomia e também o aumento crescente na adesão de profissionais ao uso rotineiro do parto vertical, foi despertado o interesse em conhecer a relação que a episiotomia poderia ter neste sistema de atendimento ao parto quanto à prevenção da laceração perineal.

## **2.OBJETIVO**

Análise do risco de lacerações perineais, relacionado á pratica da episiotomia, na assistência ao parto vaginal na posição vertical, na maternidade do Hospital Universitário da UFSC entre janeiro de 1996 e janeiro de 1998.

### 3. MÉTODO

Realizou-se um estudo de coorte, não concorrente.

Foram selecionadas todas as pacientes que tiveram parto vertical na maternidade do HU da UFSC nos anos de 1996, 1997 e janeiro de 1998, cujos prontuários foram encontrados e corretamente preenchidos, num total de 406.

A amostra foi selecionada a partir do livro de registro de nascimento de parto vertical do Centro Obstétrico do HU da UFSC. Posteriormente, revisaram-se os prontuários médicos dessas pacientes no Serviço de Prontuário do Paciente (SPP), no alojamento conjunto e na secretaria de ginecologia do HU da UFSC.

Utilizou-se a ficha de História Clínica Perinatal Base preconizada pelo Centro Latino Americano de Perinatologia (CLAP), para coleta de dados (Apêndice 01).

As variáveis maternas utilizadas para o estudo foram: episiotomia e laceração; foram relacionadas com peso do concepto ( maior ou menor que 3500g), e paridade, não foram considerados graus de laceração devido a falta de informação nos prontuários. Paralelamente analisou-se os dados avaliando-se a integridade do períneo, considerando um períneo pós-episiotomia como um períneo não íntegro.

Os dados obtidos foram digitados e analisados pelo Sistema de Informática Perinatal<sup>29</sup>.

## 4.RESULTADOS

Foram estudados 406 partos verticais no período pré-estabelecido, tendo sido realizada episiotomia em 179 pacientes (44,10 %), e em 227 (55,9 %) não. Do total, 225 pacientes apresentaram laceração do períneo (55,4 %), e 181 não (44,6 %). Das pacientes submetidas à episiotomia 36 sofreram laceração (8,9 %), e 143 não (35,2%); naquelas em que tal procedimento não foi realizado 189 laceraram (46,6%), e em 38 não ocorreram (9,4%) (Gráfico 1; Tabela I; XI).

*Tabela 01 - Distribuição da associação entre episiotomia e laceração, no parto vertical.*

Fator	Com Laceração	Sem Laceração	Total
Episiotomia Sim	36	143	179
Épisiotomia Não	189	38	227
Total	225	181	406

Comparando-se a distribuição da laceração nos grupos com e sem episiotomia através do teste do  $\chi^2$  foi encontrado uma probabilidade de mais de 99,9% para a heterogeneidade entre os grupos ( $p < 0.01$ ).

A medida de associação entre episiotomia e laceração nos grupos foi 0,24 (Risco Relativo), com um intervalo de confiança de 95% entre 0,18 a 0,33 (Taylor Séries).

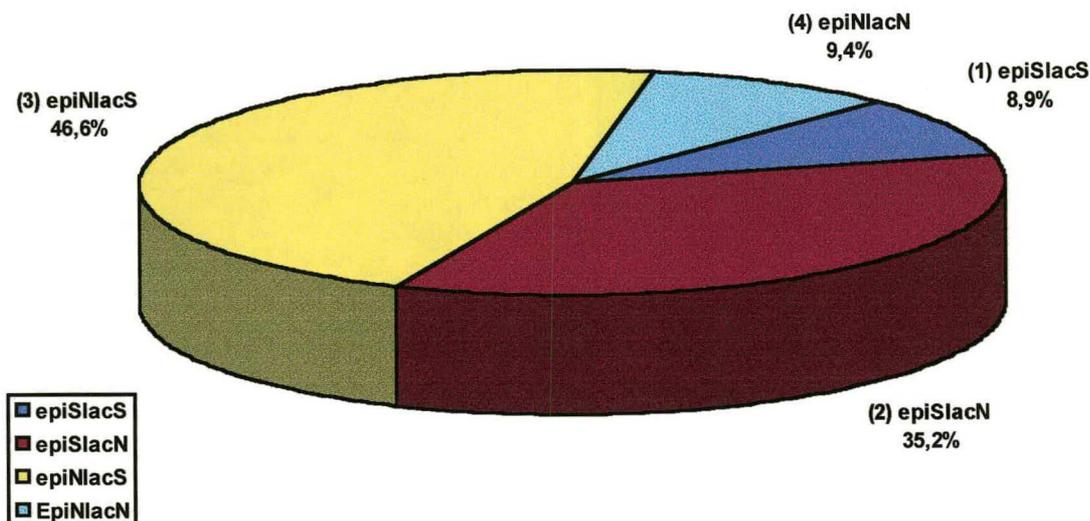


Gráfico 1- Distribuição percentual das pacientes (1) com episiotomia e laceração (e*piSlacS*), (2) episiotomia sem laceração (e*piSlacN*), (3) sem episiotomia e com laceração (e*piNlacS*), e (4) sem episiotomia e sem laceração (e*piNlacN*).

Com relação à paridade, 53,2% (N = 216) das pacientes eram nulíparas, e 46,8 % (N = 190) múltíparas.

Entre as nulíparas, 113 pacientes (52,3 %) tiveram episiotomia, e 103 (47,7 %) não, 117 pacientes apresentaram laceração (54,2 %), e 99 não (45,8 %).

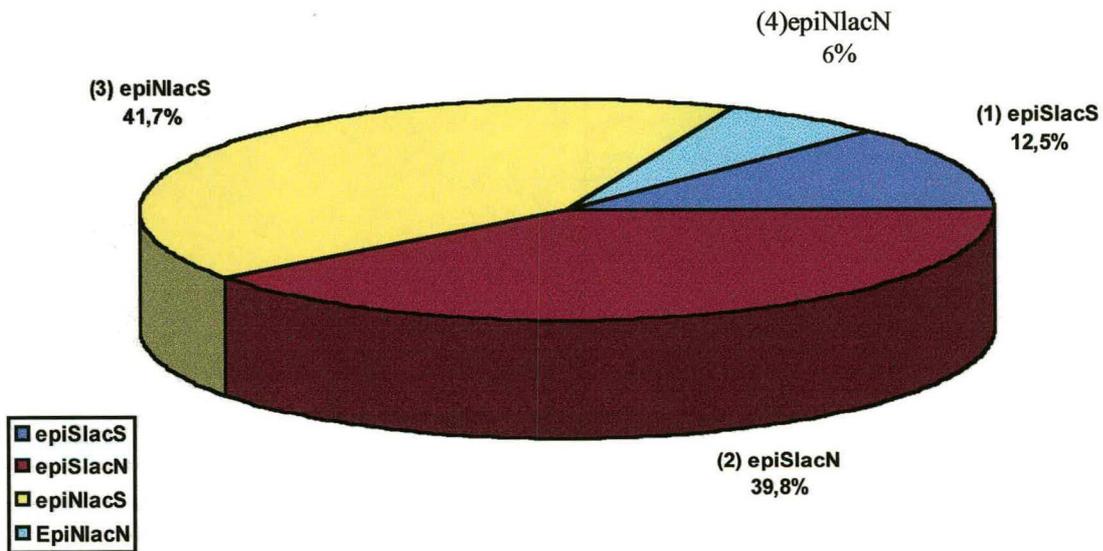
As nulíparas que tiveram episiotomia com laceração foram 27 (12,5 %), episiotomia sem laceração 86 (39,8 %), que não tiveram episiotomia e laceraram 90 (41,7 %), e que não tiveram episiotomia e não laceraram 13 (6,0 %) (Gráfico 2; Tabela II; XI).

Comparando-se a distribuição da laceração nas pacientes nulíparas com e sem episiotomia através do teste do  $\chi^2$  foi encontrado uma probabilidade de mais de 99,9% para a heterogeneidade entre os grupos ( $p < 0.01$ ).

A medida de associação entre episiotomia e laceração entre as nulíparas foi 0,27 (Risco Relativo), com um intervalo de confiança de 95% entre 0,20 a 0,38 (Taylor Séries).

*Tabela II - Distribuição da associação entre episiotomia e laceração, nas pacientes nulíparas, no parto vertical.*

Fator	Com Laceração	Sem Laceração	Total
Episiotomia Sim	27	86	113
Épisiotomia Não	90	13	103
Total	117	99	216



*Gráfico 2 - Distribuição percentual das pacientes nulíparas (1) com episiotomia e laceração (epiSlacS), (2) episiotomia sem laceração (epiSlacN), (3) sem episiotomia e com laceração (epiNlacS), (4) e sem episiotomia e sem laceração (epiNlacN).*

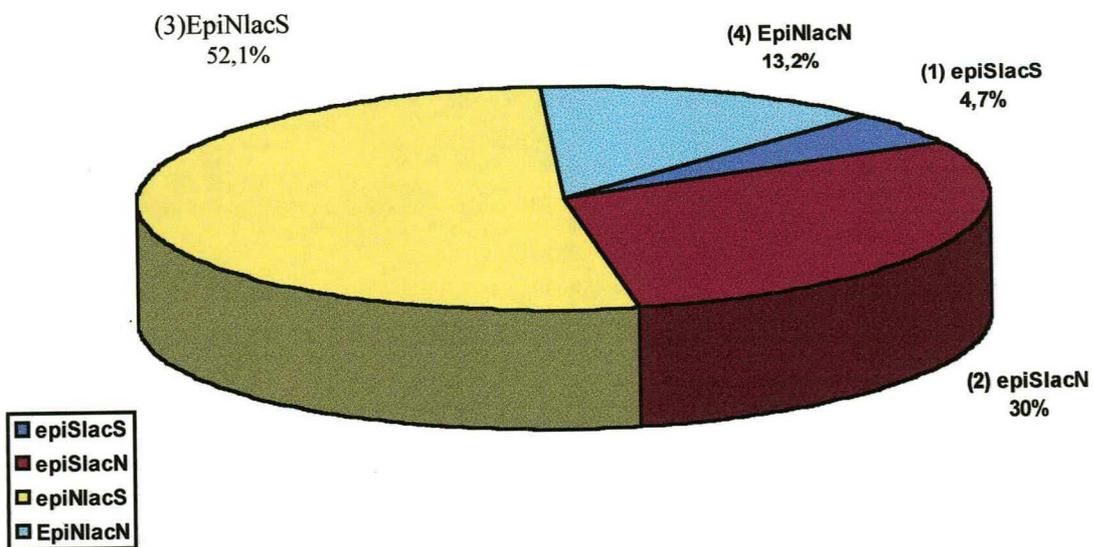
Entre as multíparas 66 pacientes (34,7%) tiveram episiotomia, e 124 (65,3%) não. 108 pacientes apresentaram laceração (56,8%), e 82 não (43,2%). Das pacientes que tiveram episiotomia 9 sofreram laceração (4,7%) e 57 não (30%) das que não tiveram episiotomia 99 laceraram (52,1%), e 25 não (13,2%) (Gráfico 3; Tabela III; XI).

*Tabela III - Distribuição da associação entre episiotomia e laceração, em pacientes múltiparas, no parto vertical.*

Fator	Com Laceração	Sem Laceração	Total
Episiotomia Sim	9	57	66
Épisiotomia Não	99	25	124
Total	108	82	190

Comparando-se a distribuição da laceração nas pacientes múltiparas com e sem episiotomia através do teste do  $\chi^2$  foi encontrado uma probabilidade de mais de 99,9% para a eterogeneidade entre os grupos ( $\rho < 0.01$ ).

A medida de associação entre episiotomia e laceração entre as múltiparas foi 0,17 (Risco Relativo), com um intervalo de confiança de 95% entre 0,09 a 0,32 (Taylor Séries).



*Gráfico 3 - Distribuição percentual das pacientes múltiparas (1) com episiotomia e laceração (epiSlacS), (2) episiotomia sem laceração (epiSlacN), (3) sem episiotomia e com laceração (epiNlacS), (4) e sem episiotomia e sem laceração (epiNlacN).*

Conforme o peso do recém nascido dividiu-se as pacientes em dois grupos: até 3500 g foram um total de 283 RN (69,7%) e maiores de 3500 g 123 RN (30,3%), de um total de 406 partos verticais.

Das pacientes que tiveram recém nascido de menos de 3500g (283) 113 tiveram episiotomia (39,9%), e 160 não (60,1%). Das que tiveram episiotomia 26 laceraram (9,19%), e 97 não (34,27%). Das que não tiveram episiotomia 128 laceraram (42,23%), e 32 não (11,31%) (Gráfico 4; Tabela IV; XI).

Comparando-se a distribuição da laceração nas pacientes que tiveram recém nascidos com menos de 3500g com e sem episiotomia através do teste do  $\chi^2$  foi encontrado uma probabilidade de mais de 99,9% para a heterogeneidade entre os grupos ( $p < 0.01$ ).

*Tabela IV - Distribuição da associação entre episiotomia e laceração, em pacientes com recém nato com menos de 3500g, no parto vertical.*

Fator	Com Laceração	Sem Laceração	Total
Episiotomia Sim	26	97	123
Épisiotomia Não	128	32	160
Total	154	129	283

A medida de associação entre episiotomia e laceração entre as pacientes com recém nascidos com menos de 3500g foi 0,26 (Risco Relativo), com um intervalo de confiança de 95% entre 0,19 a 0,37 (Taylor Séries).

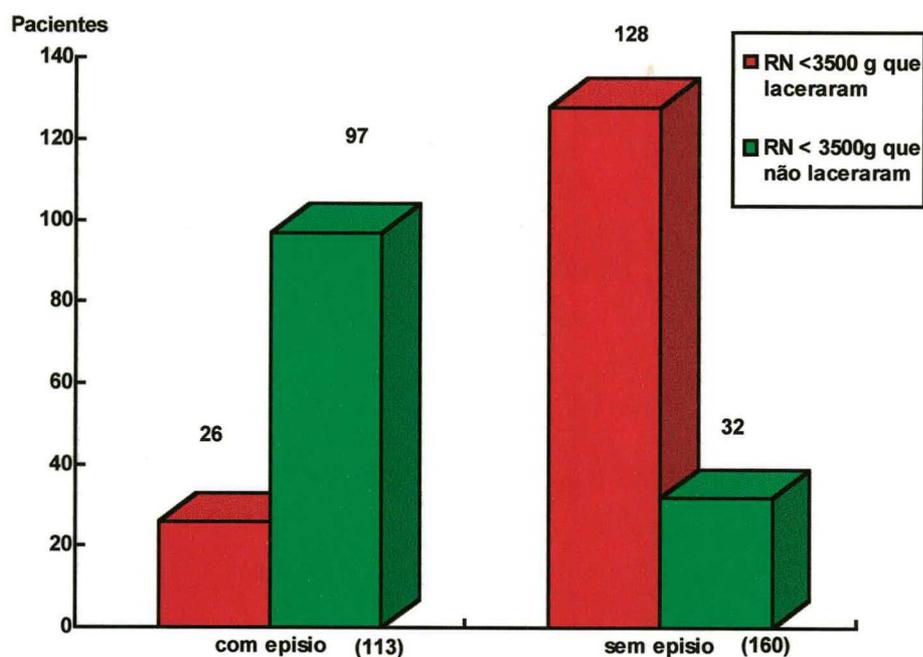


Gráfico 4 - Total de pacientes que tiveram parto vertical com RN menor que 3500 g. com e sem episiotomia, e com e sem laceração.

Entre as pacientes que tiveram recém nascido de mais de 3500g (123) 56 tiveram episiotomia (45,5%), e 67 não (55,5%). Das que tiveram episiotomia 10 laceraram (8,1%), e 46 não (34,27%). Das que não tiveram episiotomia 61 laceraram (42,23%), e 6 não (11,31%) (Gráfico 5; Tabela V; XI).

Tabela V - Distribuição da associação entre episiotomia e laceração, em pacientes com recém nato maior que 3500g no parto vertical.

Fator	Com Laceração	Sem Laceração	Total
Episiotomia Sim	10	46	56
Episiotomia Não	61	6	67
Total	71	52	123

Comparando-se a distribuição da laceração nas pacientes com recém nascido maiores que 3500g com e sem episiotomia através do teste do  $\chi^2$  foi

encontrado uma probabilidade de mais de 99,9% para a heterogeneidade entre os grupos ( $p < 0.01$ ).

A medida de associação entre episiotomia e laceração entre as com recém nascidos maiores que 3500g foi 0,20 (Risco Relativo), com um intervalo de confiança de 95% entre 0,11 a 0,35 (Taylor Séries).

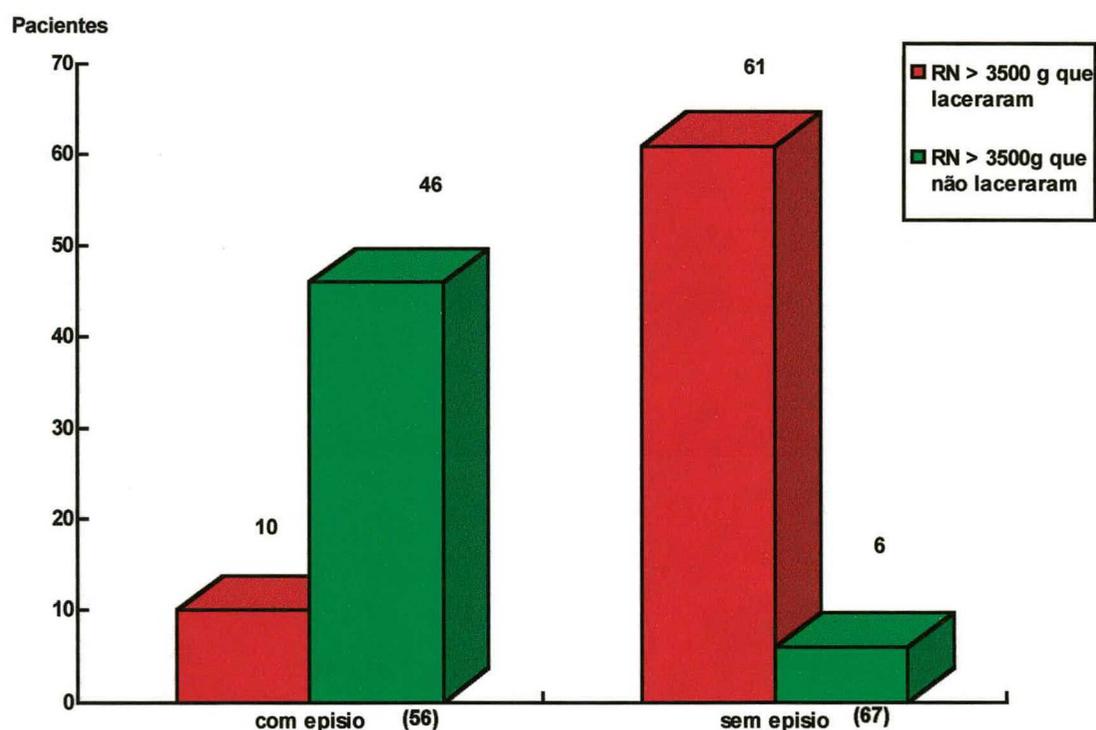


Gráfico 5 - Total de pacientes que tiveram parto vertical com RN maior que 3500 g: com e sem episiotomia, e com e sem laceração.

Dos partos que tiveram recém nascido de menos de 3500 g 166 (58,7%) foram de nulíparas, e 117 (41,3%) multíparas.

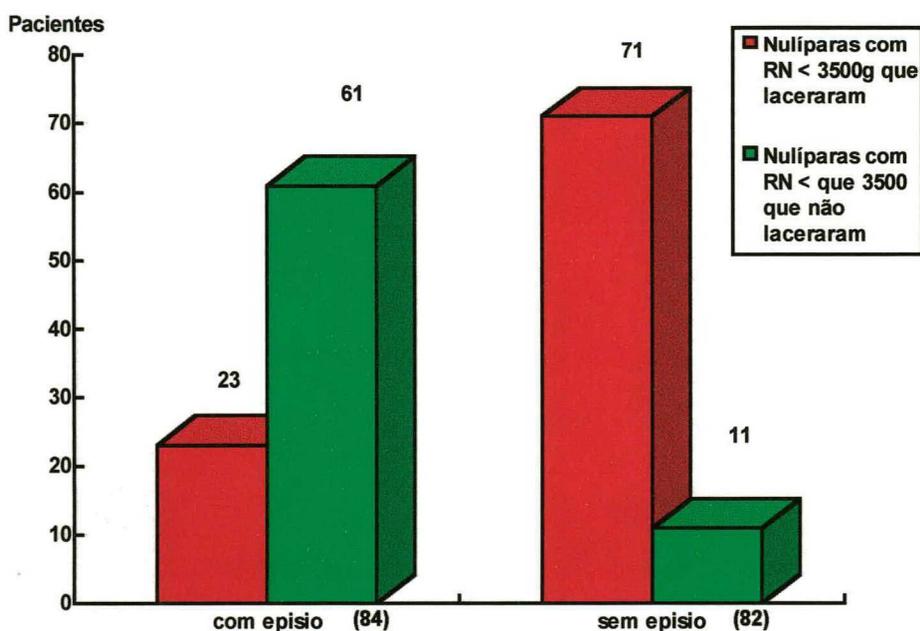
Das nulíparas que tiveram recém nascido de menos de 3500g (166) 84 tiveram episiotomia (50,6%), e 82 não (49,4%). Das que tiveram episiotomia 23

laceraram (27,4%), e 61 não (36,75%). Das que não tiveram episiotomia 71 laceraram (42,77%), e 11 não (6,63%) (Gráfico 6; Tabela VI; XI).

Comparando-se a distribuição da laceração nas pacientes nulíparas e com recém nascido menor que 3500g com e sem episiotomia através do teste do  $\chi^2$  foi encontrado uma probabilidade de mais de 99,9% para a heterogeneidade entre os grupos ( $\rho < 0.01$ ).

*Tabela VI - Distribuição da associação entre episiotomia e laceração, em pacientes nulíparas, com recém nato menor que 3500g, no parto vertical.*

Fator	Com Laceração	Sem Laceração	Total
Episiotomia Sim	23	61	84
Épisiotomia Não	71	11	82
Total	94	72	166



*Gráfico 6 - Total de pacientes nulíparas que tiveram parto vertical com RN menor que 3500 g: com e sem episiotomia, e com e sem laceração.*

A medida de associação entre episiotomia e laceração entre as nulíparas e com recém nascido menor que 3500g foi 0,32 (Risco Relativo), com um intervalo de confiança de 95% entre 0,22 a 0,45 (Taylor Séries).

Entre as múltiparas que tiveram recém nascido de menos de 3500g (117) 39 tiveram episiotomia (33,3%), e 78 não (66,7%). Das que tiveram episiotomia 03 laceraram (2,56%), e 36 não (30,77%). Das que não tiveram episiotomia 57 laceraram (48,72%), e 21 não (17,95%) (Gráfico 7; Tabela VII; XI).

*Tabela VII - Distribuição da associação entre episiotomia e laceração, em pacientes múltiparas com recém nato menor que 3500g no parto vertical.*

Fator	Com Laceração	Sem Laceração	Total
Episiotomia Sim	3	36	39
Épisiotomia Não	57	21	78
Total	60	57	117

Comparando-se a distribuição da laceração nas pacientes múltiparas e com recém nascido menor que 3500g com e sem episiotomia através do teste do  $\chi^2$  foi encontrado uma probabilidade de mais de 99,9% para a heterogeneidade entre os grupos ( $p < 0.01$ ).

A medida de associação entre episiotomia e laceração entre as múltiparas e com recém nascido menos que 3500g foi 0,11 (Risco Relativo), com um intervalo de confiança de 95% entre 0,04 a 0,31 (Taylor Séries).

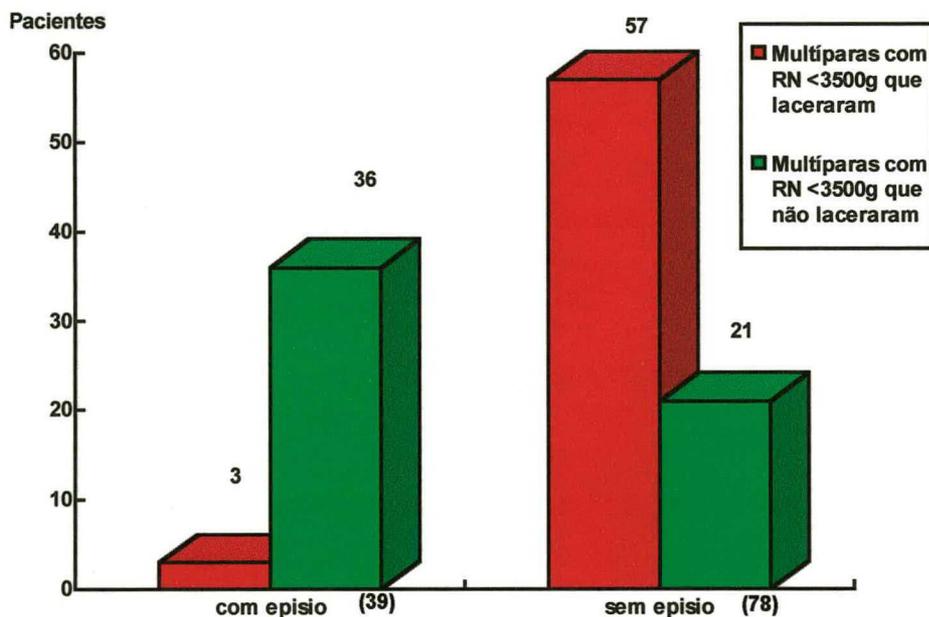


Gráfico 7 - Total de pacientes Múltiparas que tiveram parto vertical com RN menor que 3500 g: com e sem episiotomia, e com e sem laceração.

Dos partos que tiveram recém nascido de mais de 3500 g 50 (40,7%) foram de nulíparas, e 73 (59,3%) múltiparas.

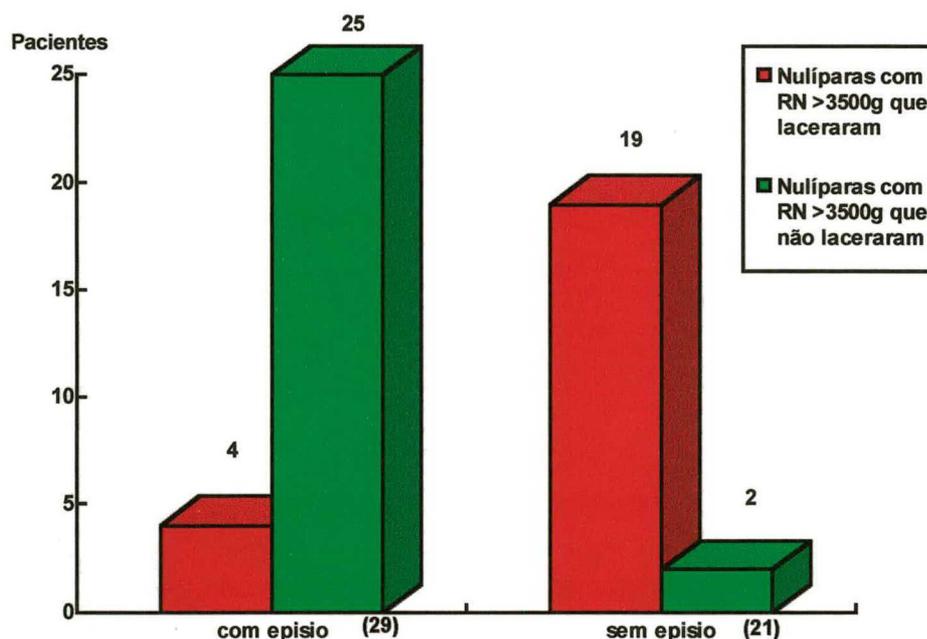
Das nulíparas que tiveram recém nascido maior de 3500g (50) 29 tiveram episiotomia (58%), e 21 não (42%). Das que tiveram episiotomia 4 laceraram (8%), e 25 não (50%). Das que não tiveram episiotomia 19 laceraram (38%), e 2 não (4%) (Gráfico 8; Tabela VIII; XI).

Tabela VIII - Distribuição da associação entre episiotomia e laceração, em pacientes nulíparas com recém nato maior que 3500g, no parto vertical.

Fator	Com Laceração	Sem Laceração	Total
Episiotomia Sim	4	25	29
Épisiotomia Não	19	2	21
Total	23	27	50

Comparando-se a distribuição da laceração nas pacientes nulíparas e com recém nascido maior que 3500g com e sem episiotomia através do teste do  $\chi^2$  foi encontrado uma probabilidade de mais de 99,9% para a eterogeneidade entre os grupos ( $p < 0.01$ ).

A medida de associação entre episiotomia e laceração entre as nulíparas e com recém nascido maior que 3500g foi 0,15 (Risco Relativo), com um intervalo de confiança de 95% entre 0,06 a 0,38 (Taylor Séries).



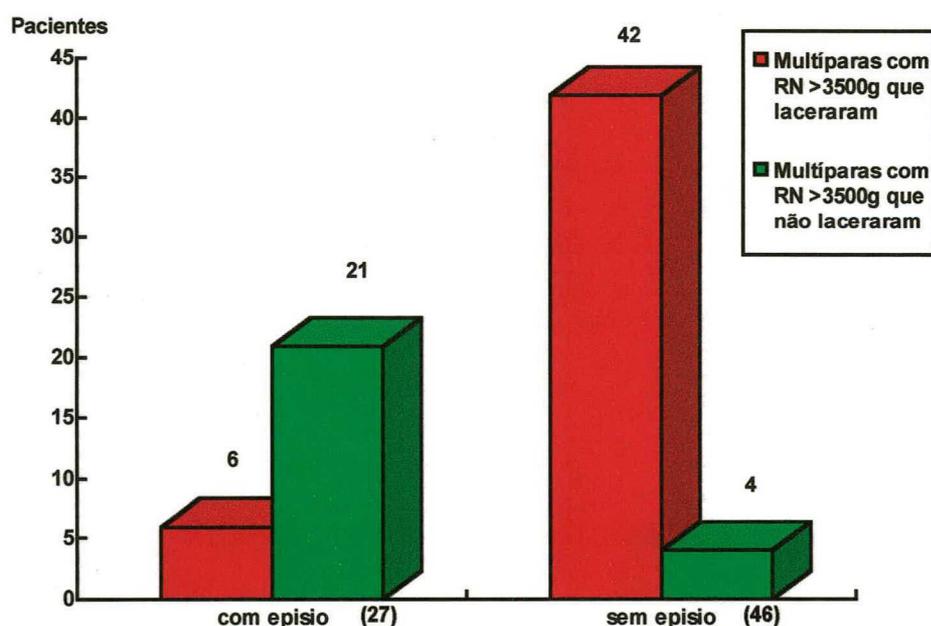
*Gráfico 8 - Total de pacientes Nulíparas que tiveram parto vertical com RN maior que 3500 g.: com e sem episiotomia, e com e sem laceração.*

Entre as múltiparas que tiveram recém nascido de mais de 3500g (73) 27 tiveram episiotomia (37%), e 46 não (63%). Das que tiveram episiotomia 06 laceraram (8,22%), e 21 não (28,77%). Das que não tiveram episiotomia 42 laceraram (57,53%), e 4 não (5,48%) (Gráfico 9; Tabela IX; XI).

*Tabela IX - Distribuição da associação entre episiotomia e laceração, múltiparas com recém nato maior que 3500g, no parto vertical.*

Fator	Com Laceração	Sem Laceração	Total
Episiotomia Sim	6	21	27
Episiotomia Não	42	4	46
Total	48	25	73

Comparando-se a distribuição da laceração nas pacientes múltiparas e com recém nascido maior que 3500g com e sem episiotomia através do teste do  $\chi^2$  foi encontrado uma probabilidade de mais de 99,9% para a heterogeneidade entre os grupos ( $p < 0.01$ ).



*Gráfico 9 - Total de pacientes Múltiparas que tiveram parto vertical com RN maior que 3500 g.: com e sem episiotomia, e com e sem laceração.*

A medida de associação entre episiotomia e laceração entre as múltiparas e com recém nascido maior que 3500g foi 0,24 (Risco Relativo), com um limite de confiança de 95% entre 0,12 a 0,50 (Taylor Séries).

Avaliando-se a integridade do períneo relacionada à ocorrência de laceração ou realização da episiotomia, dos 406 partos verticais 368 pacientes tiveram alteração da integridade do períneo, sendo 189 espontâneas, e 179 episiotomizadas. Como a episiotomia foi considerada uma alteração da integridade do períneo as pacientes as pacientes que tiveram episiotomia nenhuma teve o períneo íntegro, das que não foram episiotomizadas, 38 apresentaram o períneo íntegro (tabela X).

*Tabela X - Distribuição da associação entre alteração da integridade perineal e a prática da episiotomia no parto vertical, considerando-se a episiotomia uma alteração da integridade perineal.*

Fator	Períneo Não Íntegro	Períneo Íntegro	Total
Episiotomia Sim	179	0	179
Episiotomia Não	189	38	227
Total	368	38	406

A incidência global de alteração da integridade perineal na população estudada foi 90,6%, a incidência entre os expostos foi de 100%, e não expostos 83,26%.

Comparando-se a distribuição da alteração da integridade perineal com e sem episiotomia, considerando a episiotomia uma forma de alteração da integridade do períneo através do teste do  $\chi^2$  foi encontrado uma probabilidade de mais de 99,9% para a heterogeneidade entre os grupos ( $p < 0.01$ ).

A medida de associação entre episiotomia alteração na integridade perineal foi 1,2 (Risco Relativo), com um intervalo de confiança de 95% entre 1,13 e 1,27

(Taylor Séries). O Risco Atribuível foi de 16%, e o Risco Atribuível na População Percentual foi 90,8%.

*Tabela XI- Quadro geral da distribuição absoluta e percentual da associação entre episiotomia e laceração, no parto vertical, nos diferentes estratos estudados, e da medida de associação entre episiotomia e laceração (Risco Relativo) associada.*

	Total*		Total		Nuliparas		Multíparas	
	<3500g*	>3500g*	<3500g*	>3500g*	<3500g*	>3500g*	<3500g*	>3500g*
EpisioSim	36 (8,9%)	27 (12,5%)	26 (9,19%)	10 (8,1%)	23 (13,85%)	4 (8%)	3 (2,56%)	6 (8,22%)
Laceração								
Sim								
Episio Sim	143 (35,2%)	86 (39,8%)	97 (34,27%)	46 (37,4%)	61 (36,75%)	25 (50%)	36 (30,77%)	21 (28,77%)
Laceração								
Não								
Episio Não	189 (46,6%)	90 (41,7%)	128 (45,23%)	61 (49,6%)	71 (42,77%)	19 (38%)	57 (48,72%)	42 (57,53%)
Laceração								
Sim								
Episio Não	38 (9,4%)	13 (6%)	25 (13,2%)	6 (4,88%)	11 (6,63%)	2 (4%)	21 (17,95%)	4 (5,48%)
Laceração								
Não								
Risco	0,24	0,27	0,26	0,20	0,32	0,15	0,11	0,24
Relativo V	(0,18-0,33)	(0,20-0,38)	(0,19-0,37)	(0,11-0,35)	(0,22-0,45)	(0,06-0,38)	(0,04-0,31)	(0,12-0,50)

\* Significa que grupos da coluna diferem entre si a um nível de 0,01 de significância, pelo método do  $\chi^2$ .

V Significa que o Risco Relativo está acompanhado pelo respectivo intervalo de confiança, a um nível de significância de 0,05 (Taylor Séries)

## 5 - DISCUSSÃO

Em nossa casuística encontramos um índice de episiotomia de 44,10%. Segundo alguns pesquisadores, o índice de episiotomia está diretamente relacionado ao trauma perineal severo <sup>11; 07; 15</sup>. Para Caroli e col. um índice de episiotomia maior que 30% é inaceitável <sup>7</sup>. Por outro lado, alguns estudos têm documentado um aumento na incidência da laceração perineal espontânea de primeiro e segundo grau com a diminuição do índice de episiotomia, e associação da diminuição de episiotomia com o aumento de períneos íntegros e diminuição de lacerações de terceiro e quarto grau <sup>21;17;20</sup>. Em nossa casuística 8,9% das mulheres com episiotomia sofreram laceração, 35,2% tiveram episiotomia e não laceraram, enquanto que 46,6% das não episiotomizadas laceraram, e 9,4% não tiveram episiotomia e não laceraram. Estes resultados provaram ser heterogêneos através do teste do qui quadrado ( $p < 0.001$ ). A medida de associação entre episiotomia e laceração foi 0,24 (RR), indicando que mulheres com episiotomia foram 4,17 vezes menos susceptíveis à laceração que aquelas não episiotomizadas. Gass e col também chegaram a um resultado semelhante, em um trabalho controlado, no qual o grupo de mulheres episiotomizadas sofreu menor laceração que o grupo episiotomizado <sup>16</sup>. Um problema adicional surge quanto ao nível de laceração, que segundo alguns trabalhos se comportaria de forma heterogênea no grupo episiotomizado e não episiotomizado <sup>15</sup>, porém devido à qualidade dos prontuários não foi possível incluir esta variável no estudo. Outro ponto seria o tipo de episiotomia usado, uma vez que foi demonstrado correlação entre esta variável e o grau de laceração do períneo <sup>14</sup>. No serviço de obstetria

do HU da UFSC utiliza-se a episiotomia médio lateral, que teria uma menor tendência a associar-se com dano perineal que a episiotomia mediana.

Vários são os fatores que atuam sobre o períneo no decurso do trabalho de parto, podendo contribuir para a laceração do mesmo <sup>7</sup>. Em nossa casuística comparamos os resultados, quanto à laceração, entre primíparas, múltiparas, e igualmente entre parturientes cujos recém-natos pesaram mais ou menos de 3500g. A divisão das pacientes entre primíparas e múltiparas é comum nos estudos sobre a integridade do períneo pós parto. Tem sido demonstrado que um maior aumento de períneos intactos ocorre nas múltiparas em relação às primíparas, quando opta-se por uma política de restrição da episiotomia <sup>10</sup>. Por outro lado, tem-se demonstrado uma maior incidência de laceração em múltiparas quando o procedimento não é realizado <sup>20</sup>.

Em nossa casuística, 12,5% das nulíparas com episiotomia sofreram laceração, 39,8% das nulíparas episiotomizadas não laceraram, enquanto que 41,7% das nulíparas não episiotomizadas laceraram, e 6% das que não tiveram episiotomia não laceraram. Estes resultados provaram ser heterogêneos através do teste do qui quadrado ( $p < 0.001$ ). A medida de associação entre episiotomia e laceração foi 0,27 (RR), indicando que nulíparas com episiotomia foram 3,70 vezes menos susceptíveis à laceração que aquelas não episiotomizadas.

Entre as múltiparas 4,7% das submetidas à episiotomia sofreram laceração, 30% das múltiparas episiotomizadas não sofreram, enquanto que 52,1% das não episiotomizadas laceraram, e 13,2% não tiveram episiotomia e não laceraram. Estes resultados provaram ser heterogêneos através do teste do qui quadrado ( $p < 0.001$ ). A medida de associação entre episiotomia e laceração foi 0,17 (RR), indicando que múltiparas com episiotomia foram 5,88 vezes menos susceptíveis à laceração que aquelas não episiotomizadas.

Entre as parturientes com recém nascido menor que 3500g, 9,19% com episiotomia sofreram laceração, 34,27% tiveram episiotomia e não laceraram, enquanto que 42,23% das parturientes desse grupo não episiotomizadas laceraram, e 11,31% não tiveram episiotomia e não laceraram. Estes resultados provaram ser heterogêneos através do teste do qui quadrado ( $p < 0.001$ ). A medida de associação entre episiotomia e laceração foi 0,26% (RR), indicando que parturientes com recém nascido menor que 3500g com episiotomia foram 3,85 vezes menos susceptíveis à laceração que aquelas não episiotomizadas.

No grupo das parturientes com recém nascido maior que 3500g, 8,1% das que foram submetidas à episiotomia sofreram laceração, 37,4% tiveram episiotomia e não laceraram, enquanto que 49,6% das não episiotomizadas laceraram, e 4,88% não tiveram episiotomia e não laceraram. Estes resultados provaram ser heterogêneos através do teste do qui quadrado ( $p < 0.001$ ). A medida de associação entre episiotomia e laceração foi 0,20 (RR), indicando que parturientes com recém nato maior que 3500g com episiotomia foram 5 vezes menos susceptíveis à laceração que aquelas não episiotomizadas.

No grupo das nulíparas com recém nato menor que 3500g, 13,85% com episiotomia sofreram laceração, 36,75% tiveram episiotomia e não laceraram enquanto que 42,77% das não episiotomizadas laceraram, e 6,63% não tiveram episiotomia e não laceraram. Estes resultados provaram ser heterogêneos através do teste do qui quadrado ( $p < 0.001$ ). A medida de associação entre episiotomia e laceração foi 0,32 (RR), indicando que nulíparas com recém nato menor que 3500g com episiotomia foram 3,12 vezes menos susceptíveis à laceração que aquelas não episiotomizadas.

No grupo das nulíparas com recém nato maior que 3500g, 8% com episiotomia sofreram laceração, 50% tiveram episiotomia e não laceraram, enquanto que 38% das não episiotomizadas laceraram, e 4% não tiveram

episiotomia e não laceraram. Estes resultados provaram ser heterogêneos através do teste do qui quadrado ( $p < 0.001$ ). A medida de associação entre episiotomia e laceração foi 0,15 (RR), indicando que nulíparas com recém nato maior que 3500g com episiotomia foram 6,67 vezes menos susceptíveis à laceração que aquelas não episiotomizadas.

No grupo das múltiparas com recém nato menor que 3500g, 2,56% tiveram episiotomia e sofreram laceração, enquanto que 30,77% tiveram episiotomia e não laceraram. 48,72% Das pacientes que não tiveram episiotomia laceraram, e 17,95% que não tiveram episiotomia não laceraram. Estes resultados provaram ser heterogêneos através do teste do qui quadrado ( $p < 0.001$ ). A medida de associação entre episiotomia e laceração foi 0,11 (RR), indicando que múltiparas com recém nato menor que 3500g com episiotomia foram 9,09 vezes menos susceptíveis à laceração que aquelas não episiotomizadas.

No grupo das múltiparas com recém nato maior que 3500g, 8,22% com episiotomia sofreram laceração, enquanto que 28,77% das episiotomizadas não laceraram. 57,53%. Das pacientes que não tiveram episiotomia laceraram, e 5,48% que não tiveram episiotomia não laceraram. Estes resultados provaram ser heterogêneos através do teste do qui quadrado ( $p < 0.001$ ). A medida de associação entre episiotomia e laceração foi 0,24 (RR), indicando que múltiparas com recém nato maior que 3500g com episiotomia foram 4,17 vezes menos susceptíveis à laceração que aquelas episiotomizadas.

Conforme exposto, não se considerando a episiotomia uma laceração, independente de paridade, ou peso do concepto, a prática da episiotomia parece estar relacionada a um menor índice de laceração do períneo, nas parturientes que optaram pelo parto vertical no HU da UFSC no período de 1996 a Janeiro de 1998.

Se consideramos a episiotomia como uma alteração da integridade do períneo a incidência global de rotura perineal na população estudada foi de 90,6%; a

incidência entre os expostos foi de 100%; a incidência entre os não expostos foi de 83,26%. A vista destes resultados as episiotomizadas estariam 1,2 vezes mais expostas a alteração da integridade perineal que aquelas que não foram submetidas à episiotomia. O excesso de risco atribuível à episiotomia foi estimado em 16%, o que vale dizer que a simples alteração desta rotina permitiria prevenir alteração da integridade perineal em 90,8% dos casos.

## 6 - CONCLUSÃO

Nossos resultados mostram que a episiotomia diminui a laceração do perineo no parto vertical, na maternidade do Hospital Universitario da UFSC, independente da paridade ou do peso do recém nato.

Considerando-se a episiotomia uma alteração da integridade do períneo as episiotomizadas estariam mais expostas à alteração da integridade perineal que as não episiotomizadas.

## 7-REFERÊNCIAS

1. Carter FB, Wolber PGH. Episiotomy. In: J. J & Gerbie A.B., Harper & Row, editors. Gynecology and Obstetrics,. Hagenstown: Sciana; 1990.
2. Jorge de Rezende. O parto. Estudo clínico e assistência: a dilatação e a expulsão. In: Obstetrícia. 6ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A; 1991, 6a ed.Cap. 15 pag. 268-70.
3. Sleep J, Robeerts J, Chalmers E. The second stage of labour. In: Keirse MJNC, and Chalmers I, editors. A guide effective care in pregnancy and childbirth. Oxford: Enkin M Oxford University Press, 1989.
4. World Healt Organization. Appropriate tecnologia for birth. Lancet 1985; 2 (8452): 436-7.
5. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Williams Obstetrics. 18th. Norwalk: Appleton and Lange; 1989.
6. Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. Routine vs selective apisiotomy: a randomized controlled trial. Lancet 1993; (342): 1517-8.
7. Carroli G, Belian JM, Lede RL. Is routine use of episiotomy justified? Am J Obstet Gynecol 1996; 174 (5): 1399-402.

8. Klein MC, Gauthier RJ. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *Am J Obstet. Gynecol* 1994; 117: 591-8.
9. Thacker SB, Banta HD. Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literature, 1860-1980. *Obstet Gynecol Surv* 1983; 38 (6): 322-38.
10. Reynolds JD, Yudkin PL. Changes in the management of labour: 2. Perineal management. *Can Med Assoc J* 1987; 136 (10): 1045-9.
11. Shiono P, Klebanoff MA, Carey JC. Midline episiotomies: more harm than good? *Obstet Gynecol* 1990; 75 (5): 765-70.
12. Henriksen TB. Episiotomy and perineal lesions in spontaneous vaginal deliveries. *Br Journal of Obstetr Gynaecol* 1992; (99): 950-4.
13. Green JR, Soohoo SL. Factors associated with rectal injury in spontaneous deliveries. *Obstet Gynecol* 1989; (73): 732-8.
14. Legino LG, Woods MP, Rayburn WF, McGoogan LS. Third and fourth degree perineal tears: 50 years experience at a university hospital. *J Reprod Med* 1988; 33: 423-6.
15. Wilcox LS. Episiotomy and its role in the incidence of perineal lacerations in a maternity center and a tertiary hospital obstetric service. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160 (5 pt1): 1047-52.

16. Gass MS, Dunn CD, Stys SJ. Effect of episiotomy on the frequency of vaginal outlet lacerations. *J. Reprod Med* 1986; 31(4); 240-4.
17. Bansal RK, Tan WM, Ecker JL, Bishop JT, Kilpatrick SJ. Is there a benefit to episiotomy at spontaneous vaginal delivery. *J Obstet Gynecol* 1996; 175 (4 Pt 1): 897-901.
18. Golden WE, Sanchez N. The relation ship of episiotomy to third and fourth degree lacerations. *Jark Med Soc* 1996; 92 (9): 447-8.
19. Fernando B, Leeves L, Greenacre J, Roberts G. Audit of the relation ship between episiotomy and risk of major perineal laceration during childbirth. *Br J Clin Pract* 1995; 49 (1): 40-1.
20. Reynolds JL. Reducing the frequency of episiotomies through continuous quality improvement program. *Can Med Assoc J* 1995; 153 (3): 275-82.
21. East C, Webster J. Episiotomy at the Royal Women's Hospital, Brisbane: a Comparison of pratices in 1986 and 1992. *Midwifery* 1995; 11 (4): 195-200.
22. Poen AC, Felt-Bersma RJ, Dekker GA, Devillé W, Cuesta MA, Meuwissen SG. Third degree obstetric perineal tears : risk factors and the preventive role of mediolateral episiotomy. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104 (5): 563-6.
23. Hueston WJ. Factors associated with the use of episiotomy during vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 1996; 87 (6): 1001-5

24. Ciolli P, Visco P, Orsini AM, Russo P. Episiotomy: can its habitual use be defended? A study of 100 puerperae and a group of gynecologists and midwives. *Minerva Ginecol* 1997; 49 (5): 187-91.
25. Klein. Relation of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction and pelvic floor relaxation. *Am J Obstet and Gynecol* 1994; 171: 591-8.
26. Klein. Physicians Beliefs and behavior during a randomized controlled trial of episiotomy: consequences for women under their care. *Can Med Assoc J* 1995; 153 (6): 769-79.
27. Labrecque M, Baillargeon L, Dallaire M, Tremblay A, Pinault JJ, Gingras S. Association between median episiotomy and severe perineal lacerations in primiparous women. *Can Med Assoc J* 1997; 156 (6): 797-802.
28. Sleep J, Grant A. Vest Berkshire Perineal Management trial. *Br Med J* 1984; 289 (8): 1984.
29. Simini F, Lopez R, Diaz AG, Schawarcz R. Processamento de dados do sistema informático perinatal. Montevideu: CLAP, 1994.

## 8 - RESUMO

**EPISIOTOMIA E LACERAÇÃO PERINEAL NO PARTO VERTICAL.**  
**Enrique Eduardo Ortiz**, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC),  
Faculdade de Medicina. Rua Santa Luzia No 97, Trindade, Florianópolis, Santa  
Catarina, (0492-233149).

Objetivo: Verificar a relação entre o uso da episiotomia, a integridade perineal e a incidência de lacerações, para mulheres que tiveram parto vertical na maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, de 1996 a janeiro de 1998.

Método: A amostra estudada (406 mulheres), foi estratificada de acordo com paridade (múltiplas e nulíparas) e peso do concepto ao nascimento (abaixo ou acima de 3500g). Os dados foram obtidos a partir dos registros médicos dos pacientes. A associação entre episiotomia e laceração perineal foi determinada pelo risco relativo. Paralelamente avaliou-se a integridade do períneo considerando-se um períneo pós-episiotomia um períneo não íntegro.

Resultados: Nos grupos estudados o risco relativo para laceração do períneo associado à episiotomia variou entre 0,11 e 0,32. No caso da episiotomia ser considerada uma alteração da integridade do períneo o risco relativo associado à episiotomia para a alteração da integridade perineal foi de 1,2.

Conclusão: O uso da episiotomia foi associado a uma diminuição da laceração do períneo no parto vertical, em todos os grupos estudados. As mulheres episiotomizadas estiveram 1,2 vezes mais expostas a alteração na integridade perineal que as não episiotomizadas.

## 9-SUMMARY

**EPISIOTOMY AND PERINEAL LACERATION ON VERTICAL DELIVERY. ENRIQUE EDUARDO ORTIZ**, University Federal of Santa Catarina (UFSC), Faculty of Medicine. Street: Santa Luzia No 97, Trindade, Florianópolis, Santa Catarina, (0492-233149).

Objective: To examine the relation between the use of episiotomy, and the incidence of both perineal integrity perineal lacerations, for women who had a vertical delivery at maternity center of Hospital Universitário of UFSC, between january of 1996 and january of 1998.

Methods: The study sample (406 women) were estratified according to parity (multiparous or nuliparous) and infant's birth weight (under or above 3500g). Data were abstracted from medical records. Likelihood of having an episiotomy or experiencing a perineal laceration were examined using the relative risk associated. Elsewhere episiotomy was also considered equal a not intact perineum, for analysis.

Results: In the stratified groups the relative risk for for episiotomy and perineal laceration varied between 0,11 and 0,32. Wherever episiotomy be considereted a perineal integrity alteration the relative risk associated to episiotomy and perineal integrity alteration was 1,2.

Conclusion: .The use of episiotomy was associated with a decrease in perineal lacerations in all groups studied. Women who had episiotomy were 1,2 fold more susceptible to perineal integrity alteration.

# 10 - APÊNDICE

<b>OPÇÕES HISTÓRIA CLÍNICA PERINATAL - BASE</b>										INSTITUIÇÃO _____										História Clínica Nº _____									
COMPLETO _____										IDADE _____										ESTADO CIVIL _____									
TEL. _____										DATA _____										INSTRUÇÃO _____									
PESÇAS										OBSTÉTRICOS										nascidos vivos									
TBC _____										gastas _____										vivem _____									
diabetes _____										aboricos _____										mortalidade 1ª sem. _____									
hipertensão crônica _____										nenhum ou mais de 3 partos _____										mortalidade 2ª sem. _____									
cirurgia pélvico-uterina _____										algum RN com menos de 2500 g _____										RN com maior peso _____ g									
infertilidade _____										gêmeares _____										nascidos mortos _____									
outros _____										outros _____										depois 1ª sem. _____									
FINAIS ANTERIORES										DÚVIDAS										HOSPITALIZAÇÃO									
ANTERIOR _____										ANTITÉTANICA atual _____										ENCAMINHADA _____									
ALTURA (cm) _____										GRUPO _____										FUMA _____									
Kg _____										Rh _____										ogários por dia _____									
DPP _____										prévia _____										lugar _____									
EX. MAMAS normal _____										1º _____										Hb _____									
EX. CECANT normal _____										2º _____										dia _____									
PELVIS normal _____										CERVIX normal _____										mês _____									
PAPANIC. normal _____										VDRL _____										dia _____									
COLPOSCÓPIA normal _____										VDF _____										mês _____									
CONSULTA 1										CONSULTA 2										CONSULTA 3									
CONSULTA 4										CONSULTA 5										CONSULTA 6									
CONSULTA 7										CONSULTA 8										CONSULTA 9									
ABORTO										CONSULTA PRÉ-NATAL Nº _____										MEMBRANAS _____									
DÊNCIA										INTERVALO _____										IDADE GEST. _____									
no hosp. _____										temperatura _____ °C										menor 37 _____									
com cader. _____										menor 37 _____										maior 41 _____									
pressão arterial _____										PATOLOGIAS										anemia crônica _____									
trações _____										nenhuma _____										rupt. pre. memb. _____									
ra _____										ges. múltipla _____										infec. puerp. _____									
F. batimentos/minuto _____										hipert. prévia _____										hem. puerp. _____									
t. cerv. _____										pré-eclampsia _____										outras _____									
										eclampsia _____										desprop. cef. pelv. _____									
										cardiopatia _____										hemorragia 1º trim. _____									
										diabetes _____										hemorragia 2º trim. _____									
										infec. urinária _____										hemorragia 3º trim. _____									
INDUÇÃO										NÍVEL DE ATENÇÃO										Nº H.C. RN _____									
forçeps _____										3º _____										NOME RN _____									
cesárea _____										2º _____																			
outra _____										1º _____																			
PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO OU INDUÇÃO										ATENDEU																			
										médico _____																			
										enf. obst. _____																			
										auxil. _____																			
										estud./empir. _____																			
INTRAUT. _____										PARTO										NOME _____									
EPISIOTOMIA _____										NEONATO										NOME _____									
DEQUITAÇÃO espont. _____																													
PLACENTA compl. _____																													
LACERAÇÃO _____																													
MEDICAÇÃO NO PARTO																													
nenhuma _____																													
anest. reg. _____																													
anest. geral _____																													
analg. tranq. _____																													
ocitoc. _____																													
antibiot. _____																													
outra _____																													
PESO NASCIDO										REANIM. RESPIR. _____										PULSIFÉRIO									
ALTURA _____										VDRL _____										hora ou dias pos-parto ou aborto _____									
PESO AO NASCER _____										VDRL _____										temperatura _____									
menor 2500 g _____										VDRL _____										pulso (bat./min.) _____									
PER. CEF. _____										VDRL _____										pressão arterial máx./mín. (mm Hg) _____									
menor de 37 _____										VDRL _____										invol. uterina _____									
PELVIS EX.FÍSICO										VDRL _____										características de liquios _____									
PESO I.G. _____										VDRL _____																			
1º _____										VDRL _____																			
2º _____										VDRL _____																			
3º _____										VDRL _____																			
APGAR. minuto 5º _____										VDRL _____																			
adeq. _____										VDRL _____																			
peq. _____										VDRL _____																			
gde. _____										VDRL _____																			
6 ou menor _____										VDRL _____																			
ALMOJ. CONJUNTO										VDRL _____																			
sim _____										VDRL _____																			
não _____										VDRL _____																			
HOSPITALIZADO										VDRL _____																			
sim _____										VDRL _____																			
não _____										VDRL _____																			
PATOLOGIAS										VDRL _____																			
nenhuma _____										VDRL _____																			
memb. hialina _____										VDRL _____																			
sind. aspirat. _____										VDRL _____																			
apnéia _____										VDRL _____																			
outras SDR _____										VDRL _____																			
hemorragia _____										VDRL _____																			
defeitos cong. _____										VDRL _____																			
neuroológicas _____										VDRL _____																			
metab./nutric. _____										VDRL _____																			
PATOLOGIAS										VDRL _____																			
sadio _____										VDRL _____																			
encaminhado _____										VDRL _____																			
com patol. _____										VDRL _____																			
óbito _____										VDRL _____																			
ALIMENTO										VDRL _____																			
peito _____										VDRL _____																			
misto _____										VDRL _____																			
artificial _____										VDRL _____																			
PESO NA ALTA										VDRL _____																			
sadia _____										VDRL _____																			
encaminhada _____										VDRL _____																			
com patol. _____										VDRL _____																			
obito _____										VDRL _____																			
ALTA MATERNA										VDRL _____																			
sadia _____										VDRL _____																			
encaminhada _____										VDRL _____																			
com patol. _____										VDRL _____																			
obito _____										VDRL _____																			
CONTRACEPÇÃO										VDRL _____																			
camisinha _____										VDRL _____																			
nenhuma _____										VDRL _____																			
referida _____										VDRL _____																			
ligadura tubária _____										VDRL _____																			
D.I.U. _____										VDRL _____																			
ritmo _____										VDRL _____																			
pitula _____										VDRL _____																			
outro _____										VDRL _____																			

TCC  
UFSC  
TO  
0098

Ex:1

N.Cham. TCC UFSC TO 0098

Autor: Ortiz, Enrique Edu

Título: Episiotomia e laceração perineal



972801603

Ac. 254233

Ex:1 UFSC BSCCSM