



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

ANA ISABEL SANTOS

Episiotomia: existe evidência que suporte o seu uso?

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE OBSTETRÍCIA

Trabalho realizado sob a orientação de:
PROFESSOR DOUTOR JOSÉ PAULO ACHANDO SILVA MOURA
DR.^a RAQUEL PINTO DE SOUSA

FEVEREIRO/2022

Episiotomia: existe evidência que suporte o seu uso?

ANA ISABEL SANTOS¹

DR.^a RAQUEL PINTO DE SOUSA²

PROFESSOR DOUTOR JOSÉ PAULO ACHANDO SILVA MOURA^{1,2}

¹ Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

² Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal

Morada Institucional:

Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Polo III

Azinhaga de Santa Comba, Celas, 3000-548 Coimbra

Email:

anasantos2808@live.com.pt

Coimbra, fevereiro de 2022

Índice

Glossário de abreviaturas:.....	5
Resumo.....	6
Abstract.....	7
Introdução.....	8
Metodologia.....	9
Discussão.....	10
Episiotomia: definições e epidemiologia.....	10
Fatores de risco para realização de episiotomia.....	12
Consequências da episiotomia.....	13
Lacerações perineais: definições e epidemiologia.....	14
Fatores de risco para OASIS.....	15
Uso de rotina vs individualizado.....	16
Episiotomia vs não episiotomia.....	17
Parto instrumentado.....	19
Distócia de ombros.....	23
Macrossomia fetal.....	25
Apresentação pélvica e variedade de apresentação occipito-posterior.....	26
Gravidez gemelar.....	27
Consentimento informado.....	27
Conclusão.....	29
Referências bibliográficas.....	31

Glossário de abreviaturas:

ACOG: *American College of Obstetricians and Gynaecologists*

aOR: *adjusted Odds Ratio*

FIGO: Federação Internacional de Obstetrícia e Ginecologia

IC: intervalo de confiança

IG: idade gestacional

IMC: índice de massa corporal

NNT: *number to treat*

OASIS: *obstetric anal sphincter injury*

OMS: Organização Mundial de Saúde

OP: occipito-posterior

OR: *Odds Ratio*

RCOG: *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*

RR: risco relativo

SOGC: *Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada*

TP: trabalho de parto

Resumo

A episiotomia é a incisão realizada no períneo durante o período expulsivo do trabalho de parto. Segundo a Organização Mundial de Saúde, não existe uma taxa recomendada para a realização deste procedimento e, de acordo com a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, deve estar entre 10-28%. Em Portugal, esta taxa situava-se, em 2010, nos 70%. Apesar de não dispormos de dados atualizados sobre as taxas de episiotomia em Portugal, tem-se notado uma tendência decrescente. No entanto, as situações clínicas em que deve ser realizada não são claras.

Este trabalho tem como objetivo estudar a evidência existente em relação à episiotomia nos diferentes tipos de parto e situações clínicas.

Para isso, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre a episiotomia, baseada essencialmente na base de dados *PubMed*, associada a outras fontes bibliográficas relevantes.

Concluiu-se que a episiotomia não apresenta vantagem nos partos vaginais espontâneos de termo, em situação de gravidez de baixo risco, feto único, em apresentação cefálica. Nos partos instrumentados, a episiotomia diminui a incidência de lacerações do esfíncter anal, sendo o seu benefício mais marcado em primíparas e quando o parto é instrumentado com fórceps. Na distócia de ombros e na macrossomia não existe evidência que permita concluir se a episiotomia é ou não benéfica, dado que os artigos analisados apresentam conclusões contraditórias. Por fim, para apresentação pélvica e variedade de apresentação occipito-posterior não existem dados em relação ao papel da episiotomia. O mesmo se verificou para a gravidez gemelar. São, ainda, de salientar, as consequências que podem advir da realização deste procedimento, nomeadamente maior hemorragia pós-parto, dispareunia, dor perineal, infeção perineal, lacerações perineais e maior necessidade de analgesia.

Quando realizada, a episiotomia deve ser mediolateral e deve, previamente, ser discutida com a mulher, de modo que esta possa tomar uma decisão consciente e orientada sobre o assunto e para que seja obtido o consentimento informado.

PALAVRAS-CHAVE: episiotomia, laceração perineal, parto vaginal espontâneo, parto instrumentado.

Abstract

Episiotomy is the incision performed in the perineum during the expulsive period of labor. According to World Health Organization, there is not a recommended rate for this procedure and, according to International Federation of Gynecology and Obstetrics, it should be performed between 10-28%. In Portugal, this rate situated itself, in 2010, around 70%. Although we do not have updated data on episiotomy rates in Portugal, a downward trend has been noted. However, the clinical situations in which it should be performed are not clear.

This report aims to analyze the evidence around episiotomy in the different types of labor and clinical situations.

For this, a literature review on episiotomy was carried out based essentially on the PubMed database, associated with other relevant bibliographic sources.

It was concluded that episiotomy does not represent an advantage in spontaneous vaginal delivery at term, in a low risk pregnancy of a singleton fetus, with cephalic presentation. In instrumental delivery, episiotomy decreases the incidence of obstetric anal sphincter injuries, especially in primiparas and forceps instrumentation. About shoulder dystocia and macrosomic births, there is no evidence that allows to conclude if episiotomy has any benefit or not, because the analyzed articles have contradictory information. Lastly, for breech and occipitoposterior presentation there is not data for the role of episiotomy. The same was observed in twin pregnancy. There is need, however, to highlight the consequences that may come from this procedure, namely bigger post-partum hemorrhage, dyspareunia, perineal pain, perineal infection, perineal lacerations and bigger need for anesthesia.

When performed, episiotomy should be mediolateral and must, previously, be discussed with the patient, so that she is able to make a conscious and orientated decision about the matter, so an informed consent can be obtained.

KEYWORDS: episiotomy, perineal laceration, spontaneous vaginal delivery, operative vaginal delivery.

Introdução

A episiotomia é uma incisão realizada no períneo durante o segundo estadio do trabalho de parto (TP) e tem como principais objetivos diminuir a incidência de lacerações perineais graves e abreviar o período expulsivo em situações de estado fetal não tranquilizador.(1,2) É dos procedimentos cirúrgicos mais realizados em todo o mundo.(3)

No entanto, as indicações para a sua realização na prática clínica em obstetrícia têm variado ao longo dos anos. No início do século XX, estava indicado o seu uso por rotina, sendo que as taxas de episiotomia rondavam os 80%.(1) À medida que os anos avançaram, o seu uso de rotina foi substituído pelo uso em situações individualizadas.(4)

Em 1996, a Organização Mundial de Saúde (OMS) emitiu um parecer em que recomendava o uso da episiotomia em 10% dos partos.(5) Em 2018, na atualização desta recomendação, lê-se que esta é uma prática que não deve ser usada nos cuidados de rotina, sendo difícil estabelecer uma taxa aceitável.(6) De acordo com a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) numa publicação de 2019, a taxa de episiotomia adequada deverá estar entre os 10% recomendados pela OMS e 28% referidos numa revisão Cochrane de 2009.(5)

Ainda assim, a episiotomia é um dos procedimentos obstétricos mais comumente utilizados, com percentagens muito variáveis nos diferentes países do mundo. De acordo com o último inquérito do EUROPERISTAT, de 2010, a taxa de episiotomia em Portugal rondava os 70%, fazendo parte dos 4 países europeus que mais usavam esta intervenção, a par com o Chipre, a Polónia e a Roménia.(7)

Posto isto, o uso excessivo da episiotomia no nosso país mantém-se e este prende-se muito com a visão e experiência dos profissionais de saúde e pela falta de evidência clínica que suporte o seu uso nos diferentes cenários clínicos.(8)

Com este trabalho, pretendeu-se fazer uma revisão sobre a evidência existente em torno desta prática, nos diferentes tipos de parto e em diferentes situações vivenciadas na sala de partos.

Metodologia

Para a elaboração deste artigo de revisão foram obtidos artigos publicados na *PubMed* sobre a episiotomia, mais especificamente sobre as associações existentes entre a episiotomia e *outcomes* maternos e perinatais nos diferentes tipos de parto, com o objetivo de investigar em que situações existe evidência de que este procedimento seja benéfico.

A pesquisa foi realizada em agosto de 2021, tendo sido, depois, atualizada com os artigos publicados até dezembro de 2021. Na equação de pesquisa foram utilizadas várias combinações dos seguintes termos: “*episiotomy*”, “*perineal laceration*”, “*obstetric delivery*”, “*operative vaginal delivery*”, “*fetal malpresentation*”, “*shoulder dystocia*”, “*fetal macrosomia*”, “*twin birth*” e “*informed consent*”. Foram encontrados 982 artigos. A pesquisa foi restringida aos últimos 5 anos e aos artigos escritos em língua portuguesa e inglesa, tendo resultado num total de 370 artigos. Nestes, foram analisados o título, palavras-chave e abstract e foram excluídos aqueles cujo tema não era relevante para este trabalho, resultando em 181 referências para uma análise mais aprofundada. Foram, depois, utilizados alguns artigos mais antigos, derivados de outras pesquisas, por serem relevantes para o tema e/ou por não existir informação mais atualizada. No total, foram analisadas 230 publicações, nas quais está incluído um livro de medicina materno-fetal, guidelines de diversas sociedades obstétricas internacionais, orientações da Organização Mundial de Saúde e informação do *UpToDate*.

Discussão

Episiotomia: definições e epidemiologia

Define-se episiotomia como lesão perineal de 2º grau, iatrogénica, realizada com o intuito de facilitar/abreviar o 2º estadio do TP e melhorar os desfechos materno e neonatal.(9)

Os principais motivos advogados para a sua realização são a prevenção de lacerações perineais graves, quando estas estão eminentes e abreviar o período expulsivo do TP em casos de frequência cardíaca fetal não tranquilizadora. É, também, utilizada para proteção de trauma no polo cefálico (sobretudo em casos de prematuridade), na abordagem da apresentação pélvica, com o intuito de prevenir a distócia de ombros, facilitar a reparação, melhorar a cicatrização no pós-parto e preservar os músculos do pavimento pélvico.(2,10)

A episiotomia pode ser realizada de seis formas: mediolateral, mediana, lateral, em forma de J, em T e anterior (Figura 1). Atualmente, as duas primeiras são as mais comumente realizadas.(2)

A episiotomia mediolateral começa na linha média, a cerca de 3mm da fúrcula vaginal e dirige-se lateralmente com um ângulo de aproximadamente 60º em direção à tuberosidade isquiática. De salientar que, para ser protetora, a episiotomia mediolateral deve ser realizada com um ângulo de 60º a 70º da linha média quando o períneo está distendido, ficando depois com uma cicatriz com um ângulo de aproximadamente 45º.(11,12)

A episiotomia mediana é realizada com uma incisão ao longo da linha média em direção ao ânus.(2)

A episiotomia mediolateral é a que a mais se usa na Europa, sendo a mediana a técnica preferida nos Estados Unidos.(2)

As outras técnicas são usadas muito raramente.(2)

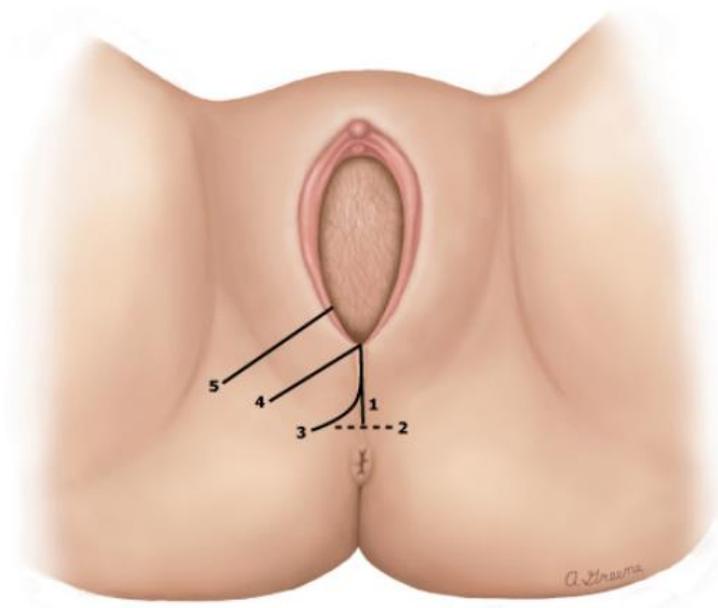


Figura 1: Tipos de episiotomia: 1=incisão mediana; 1+2=incisão em forma de T; 3=incisão em forma de J; 4=incisão mediolateral; 5=incisão lateral. Adaptado de (2).

A primeira descrição da realização de uma episiotomia data 1742. Nessa altura, o procedimento era realizado como medida de desespero para salvar o feto e associava-se a altas taxas de infecção e dor. Com o aparecimento da anestesia e medidas de assepsia, as consequências da episiotomia diminuíram e, entre 1920 e 1980, esta prática foi muito difundida e era, em muitos locais, realizada como medida profilática para diminuir a dor do parto, os esforços maternos, as lacerações perineais, morbidade ginecológica, urinária e neonatal. Para além disso, com a transição dos partos do domicílio para o hospital verificou-se um aumento da taxa de episiotomia de 5% em 1900 para 80% em 1950. No entanto, a evidência científica que demonstrasse o benefício do procedimento era muito escassa. Assim, nos anos 80 esta prática foi posta em causa(1,4) e, com o aparecimento de dados a favor da sua realização individualizada, a OMS, em 1996, recomendou o uso seletivo do procedimento, com uma taxa que não deveria ultrapassar os 10%.(13)

Atualmente, está em vigor a recomendação da OMS de 2018, que aconselha que a episiotomia seja realizada de forma individualizada, referindo que é difícil estabelecer uma taxa de realização aplicável a todo o mundo.(6) Por sua vez, uma revisão Cochrane de 2009, que teve como objetivo comparar o uso de rotina com o uso individualizado da episiotomia, refere uma taxa de 28% no segundo grupo.(14) Já a FIGO refere que uma taxa de episiotomia

entre os 10% recomendados pela OMS em 1996 e os 28% reportados na revisão Cochrane de 2009 é adequado.(5)

Efetivamente, tem-se verificado uma diminuição do uso deste procedimento em todo o mundo, com especial relevo para os países desenvolvidos. No entanto, em muitos deles, as percentagens mantêm-se muito acima do recomendado. É exemplo disso a República Checa, onde se verificou uma diminuição de 59,5% para 53% entre 2004 e 2013 ou Espanha, onde em 2010 se verificou uma incidência de 43% ou ainda a Bélgica com 54% no mesmo ano. Por outro lado, há vários países em que se verificam taxas inferiores a 20%, como Dinamarca, Suécia, França, Inglaterra e Estados Unidos da América.(15) Relativamente a Portugal, os últimos dados disponíveis são do EUROPERISTAT de 2010, que refere uma incidência de 72,9%.(7) No entanto, é de salientar que este é um estudo antigo e, apesar de continuar a ser muito usado, tem-se verificado uma tendência decrescente como nos restantes países.

Fatores de risco para realização de episiotomia

Dadas as elevadas taxas de episiotomia verificadas em muitos países do mundo, é importante perceber quais são os fatores que favorecem a realização deste procedimento, ou seja, quais as condições materno-fetais que propiciam a que este seja realizado.

Um estudo de coorte retrospectivo que incluiu 41.347 mulheres com parto espontâneo tentou definir os fatores de risco para a realização de episiotomia em primíparas e múltiparas. 30,4% das mulheres eram primíparas e verificou-se, como fator protetor, a idade materna jovem (*adjusted Odds Ratio* (aOR) 0,98, IC (intervalo de confiança) 95% 0,97-0,99) e como fatores de risco a idade gestacional (IG) avançada (aOR 1,07, IC95% 1,03-1,11), analgesia epidural (aOR 1,18, IC95% 1,07-1,30), indução do TP (aOR 1,17, IC95% 1,05-1,30), presença de mecónio no líquido amniótico (aOR 1,37, IC95% 1,23-1,54) e peso fetal elevado (aOR 1,04, IC95% 1,03-1,05). No grupo das múltiparas, que representou 69,6% do total, foram identificados como fatores de risco para a realização de episiotomia a idade materna jovem (aOR 1,04, IC95% 1,03-1,05), IG avançada (aOR 1,06, IC95% 1,01-1,11), presença de mecónio no líquido amniótico (aOR 1,22, IC95% 1,04-1,44) e peso elevado do feto (aOR 1,05, IC95% 1,04-1,06). O parto vaginal prévio foi um fator protetor (aOR 0,38, IC95% 0,35-0,41).(3) Posto isto, foram fatores de risco a IG avançada, analgesia epidural, indução do parto, presença de mecónio no líquido amniótico e peso fetal aumentado. O parto vaginal prévio foi o principal fator protetor.

Um outro estudo que incluiu 4493 mulheres com parto vaginal concluiu que foram fatores de risco para a realização de episiotomia o peso fetal superior a 4000g nas múltiparas (*Odds*

Ratio (OR) 1,35, IC95% 1,054-1,732) e a instrumentação do parto, tanto nas nulíparas (OR 3,11, IC95% 1,396-6,942) como nas múltíparas (OR 2,9, IC95% 1,264-6,653). Para além disso, a episiotomia foi realizada com muito mais frequência nas nulíparas (67,7%) do que nas múltíparas (31,7%).(16) Um estudo prospetivo realizado em 2016, com uma incidência de episiotomia de 63,4%, verificou que o procedimento era 8,8x mais frequente em primíparas comparativamente às múltíparas.(17)

Por fim, uma revisão sistemática que incluiu 63 artigos identificou como fatores de risco para a realização de episiotomia: ser primípara, ter realizado cesariana ou episiotomia prévia, ter menos de 25 ou mais de 35 anos, colo curto, etnia asiática, peso fetal >4000g, IG >41 semanas, perímetro cefálico aumentado e instrumentação do parto.(18)

Posto isto, concluímos que a episiotomia é mais provável de ser realizada quando temos uma mulher no primeiro parto vaginal ou com episiotomia prévia, IG avançada, quando há recurso a intervenções como epidural, instrumentação e indução do TP, presença de mecónio no líquido fetal e etnia asiática. A idade materna também influencia este risco. Quanto às características do feto, são de referir o peso superior a 4000g e o perímetro cefálico elevado.

Consequências da episiotomia

Como qualquer procedimento médico ou cirúrgico, a episiotomia não é isenta de riscos. Dada a elevada frequência com que este procedimento é realizado e o facto de ter começado a ser usado sem evidência científica que o suportasse, como já foi referido, importa perceber quais são os *outcomes* maternos e neonatais relacionados com a sua realização.

Um estudo que pretendeu avaliar os efeitos da episiotomia incluiu 519 primíparas com parto vaginal espontâneo, divididas em dois grupos semelhantes: um grupo em que foi realizada episiotomia mediolateral e outro em que as mulheres não foram submetidas a este procedimento. Foi demonstrada uma maior incidência dispareunia (OR 2,43, IC95% 1,08-5,45) e dor perineal (OR 3,09, IC95% 1,20-7,99) no grupo em que a episiotomia foi realizada. Para além disso, a probabilidade de ser assintomática foi significativamente superior no grupo não submetido a episiotomia (75,8% vs 65,8%, p=0,011).(19)

Um outro estudo, que avaliou os *outcomes* maternos da episiotomia em 41.347 mulheres com parto vaginal espontâneo, verificou uma associação positiva entre hemorragia pós-parto e primiparidade (aOR 1,49, IC95% 1,19-1,87). Quanto às múltíparas, verificou-se uma associação com lacerações perineais de 3º grau (aOR 2,26, IC95% 1,03-4,97).(3)

Por fim, um estudo com uma amostra de 1.360 mulheres teve, também, como objetivo avaliar os *outcomes* maternos e neonatais relacionados com a episiotomia, mas desta vez em partos instrumentados. Verificou uma associação entre a episiotomia e hemorragia pós-parto (aOR 1,72, IC95% 1,21-2,45), maior necessidade de analgesia (aOR 3,70, IC95% 2,60-5,27), infecção perineal (aOR 4,04, IC95% 1,44-11-37), algaliação >24h (aOR1,72, IC95% 1,21-2,45), internamento >3 dias (aOR 1,47, IC95% 1,01-2,14) e necessidade de antibioterapia (aOR 1,47, IC95% 1,05-2,06). Refere, ainda, que os resultados relativos a incontinência urinária e fecal foram semelhantes com e sem a realização do procedimento em estudo. Para além disso, a episiotomia não influenciou os resultados do score de APGAR nem a necessidade de internamento em unidade de cuidados intensivos neonatais.(20)

Posto isto, de acordo com as circunstâncias em que o procedimento for realizado, pode aumentar a hemorragia pós-parto, dispareunia, dor, infecção e lacerações perineais, necessidade de analgesia, antibioterapia e algaliação superior a 24h e internamento superior a 3 dias.

Lacerações perineais: definições e epidemiologia

As lacerações perineais associadas ao parto podem ocorrer espontaneamente do decurso do período expulsivo ou resultar de iatrogenia relacionada com a episiotomia ou instrumentação do TP.(21) Estas lesões podem ser causa de morbilidade materna e complicações a curto e longo prazo, como hemorragia, infecção, abscessos, necessidade de sutura, incontinência fecal e urinária, fraqueza dos músculos do pavimento pélvico, dispareunia e dor.(22)

As lacerações perineais são classificadas em quatro graus (Tabela 1).

Tabela 1: Classificação das lesões perineais. Adaptado de (21).

Grau	Descrição
1	Laceração da mucosa vaginal e pele do períneo
2	Laceração que envolve os músculos do períneo.
3	Laceração que envolve o esfíncter anal.
3A	Envolvimento do esfíncter anal externo <50%.
3B	Envolvimento do esfíncter anal externo >50%.
3C	Envolvimento do esfíncter anal interno.
4	Laceração que se estende até ao epitélio anal.

As lacerações de terceiro e quarto grau, ou seja, quando há envolvimento do esfíncter anal, são consideradas lesões severas e são designadas por lesões obstétricas do esfíncter anal (em inglês *obstetric anal sphincter injury* - OASIS).(23) Estas lacerações são um fator de risco importante para incontinência fecal, que condiciona morbidade materna a longo prazo. Este efeito adverso do TP é duas vezes superior nas mulheres em que ocorre laceração do esfíncter anal comparativamente aos casos em que isso não acontece.(24,25)

De acordo com um artigo publicado em 2018, mais de 85% das mulheres com parto vaginal sofrem algum grau de laceração perineal, com uma incidência de 0,6-11% de OASIS. Este risco é superior nas primíparas (90,4%) relativamente às múltíparas (68,8%).(21) Estes dados são sobreponíveis a um outro estudo, realizado com o objetivo de determinar a incidência de trauma perineal e os fatores relacionados, que refere uma incidência de 84,3%, sendo muito mais frequente em primíparas (95%) comparativamente às múltíparas (43,9%).(22)

Fatores de risco para OASIS

Os fatores de risco para OASIS são variados. Uma meta-análise que incluiu 43 artigos e um total de 716.031 mulheres identificou como principais fatores o parto instrumentado (risco relativo (RR) 3.38, IC95% 2,21-5,18), variedade de apresentação occipito-posterior (OP) (RR 2,73, IC95% 2,08-3,58) e a episiotomia mediana (RR 2,88, IC95% 1,79-4,65).(26)

Um outro estudo, desta vez retrospectivo, que incluiu um universo de 25.645 partos, concluiu que foram fatores de risco nos partos não instrumentados a IG superior a 39 semanas (aOR 1.18, 95%IC 1,02-1,35) e peso fetal superior a 3500g (aOR 1.62, IC95% 1,05-2,49). Nos partos instrumentados, salientou também a IG (aOR 1.71, IC95% 1,18-2,47) e diabetes (aOR 1.73, IC95% 1,15-2,61) como fatores de risco e a episiotomia como medida protetora (aOR 0.55, IC95% 0,38-0,79).(27) A relação entre diabetes e OASIS pode ser justificada pela macrosomia, que é uma das complicações da diabetes na gravidez.(28) A distócia de ombros também é um fator de risco para OASIS e é uma das complicações de macrosomia.(29)

Por fim, é de referir um estudo de coorte que incluiu 52.211 primíparas com parto vaginal de termo de feto em apresentação cefálica. Mostrou um risco de OASIS significativamente superior quando a duração do período expulsivo do TP foi superior a 2h comparativamente aos casos em que foi inferior a 1h (aOR 1,42, IC95% 1,28-1,58), quando o parto foi instrumentado comparativamente aos partos não instrumentados (aOR 2,24, IC95% 2,07-2,42), nos casos de peso fetal >4500g (aOR 2,22, IC95% 1,65-2,99), variedade de apresentação OP (aOR 1,89, IC95% 1,54-2,32) e perímetro cefálico >35,5cm (aOR 1,48, IC95% 1,31-1,67).(30)

Assim, são de salientar como fatores de risco para OASIS a instrumentação do TP, a duração do período expulsivo, episiotomia mediana, peso fetal elevado, IG avançada, diabetes, distócia de ombros, variedade de apresentação OP e perímetro cefálico >35,5cm.

De notar que muitos dos fatores de risco para a ocorrência de OASIS são sobreponíveis aos fatores de risco para a realização de episiotomia. Desta maneira, não se sabe se a laceração é decorrente da iatrogenia da episiotomia ou se, mesmo que este procedimento não fosse realizado, a laceração ocorreria na mesma.

Ao longo da história da Obstetrícia todos motivos referidos como fatores de risco para lacerações e para episiotomia foram evocados para a realização deste procedimento. No entanto, a evidência científica que os apoie é escassa e muitas vezes contraditória. A episiotomia, por si própria, constitui um trauma equivalente a uma laceração perineal de 2º grau e pode ser um fator de risco para lacerações de 3º e 4º graus.(22,31)

Uso de rotina vs individualizado

O uso de rotina da episiotomia foi proposto com a principal finalidade de diminuir OASIS. No entanto, este uso está associado a diversas complicações, o que motivou a realização de vários estudos comparando o uso de rotina com o uso individualizado.(4)

A revisão Cochrane de 2009, que teve como objetivo comparar o uso de rotina com o uso individualizado da episiotomia, incluiu casos em que a técnica usada foi mediolateral e mediana e concluiu que o uso individualizado é benéfico, tendo demonstrado menos lesões perineais severas, menos necessidade de sutura e menos complicações na cicatrização. A única desvantagem desta abordagem refletiu-se no trauma perineal anterior, não havendo diferença no que concerne à dispareunia, incontinência urinária e dor.(14)

A revisão Cochrane de 2017, que teve como objetivo avaliar os efeitos da episiotomia individualizada na mãe e no recém-nascido, e que também incluiu casos de uso de episiotomia mediolateral e mediana, concluiu que não houve diferenças significativas nas perdas hemorrágicas durante o parto, na infecção e dor perineal, na dispareunia e incontinência urinária a longo prazo, no prolapso genital e nos *outcomes* fetais pela avaliação do score de APGAR. Por outro lado, verificou que, para mulheres em que se prevê um parto não instrumentado, uma política individualizada de episiotomia pode resultar numa diminuição de 30% de OASIS (RR 0,70, IC95% 0,52-0,94).(32)

Apesar do desfaseamento temporal, ambas as revisões mostram que o uso individualizado do procedimento é vantajoso por apresentar menor incidência de lacerações perineais severas

comparativamente ao uso de rotina. A única desvantagem associada demonstrada foi o trauma perineal anterior, que não foi avaliado na segunda revisão. Os restantes *outcomes* avaliados não demonstraram diferenças claras.

Importa, ainda, referir um estudo retrospectivo observacional, que incluiu apenas casos em que a episiotomia foi mediolateral. Comparou um grupo sujeito a uma política de episiotomia de rotina de 3.978 mulheres com um grupo de 8.984 ao qual foi aplicado uma política de episiotomia individualizada. Os grupos tiveram características diferentes, nomeadamente mais múltiparas, idade materna mais avançada, índice de massa corporal (IMC) mais alto, mais mulheres submetidas a indução do TP e epidural e mais mulheres em posição de litotomia adaptada no segundo grupo. Mesmo assim, com os vários fatores de risco presentes, verificou-se uma diminuição da taxa de episiotomia de 14,9% para 4,7% com uma incidência de OASIS sem alterações significativas, concluindo que a implementação de episiotomia mediolateral individualizada em partos espontâneos não está associada a aumento de OASIS.(33)

Por outro lado, um estudo de coorte retrospectivo que avaliou os *outcomes* maternos e fetais associados ao uso individualizado de episiotomia e no qual a técnica mais usada foi a mediana verificou um aumento do risco de lesões maternas e neonatais, com um OR para OASIS de 3,39, IC95% 2,86-4,02.(34) Posto isto, a episiotomia mediana não é eficaz a prevenir as lesões do esfíncter anal e pode estar associada a um aumento da sua incidência pela extensão da incisão.(2,35)

Assim, existem vários estudos que demonstram que o uso individualizado do procedimento é vantajoso e é recomendado por todas as sociedades científicas.(5,6,36,37)

Nas situações em que o obstetra opte por realizar este procedimento, a técnica utilizada deve ser a mediolateral, sendo esta a recomendada pelas várias sociedades internacionais.(1,32)

Episiotomia vs não episiotomia

De acordo com o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), com base na evidência atual, não existe nenhuma situação específica em que a episiotomia seja necessária.(38) Com base nisto, têm surgido estudos que comparam protocolos de episiotomia individualizada com protocolos de evicção máxima deste procedimento.

Exemplo disso é um estudo randomizado que comparou um grupo em que foi realizada episiotomia de forma individualizada e que incluiu 122 mulheres e outro com um protocolo de não episiotomia com 115 mulheres. No grupo controle, a episiotomia deveria ser realizada de acordo com os procedimentos habituais do hospital. No grupo de estudo, apenas em circunstâncias excepcionais, em que o médico considerasse o procedimento indispensável. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na taxa de episiotomia (2 casos em cada grupo) nem nos *outcomes* maternos e fetais, salientando-se a duração do período expulsivo, OASIS, necessidade de sutura e perdas sanguíneas. Neste caso, verificaram-se taxas de episiotomia muito baixas em ambos os grupos, bem como de OASIS, pelo que os autores concluíram que um protocolo de não episiotomia parece ser seguro para a mãe e para o feto. Para além disso, dadas as circunstâncias em que a episiotomia foi realizada, nomeadamente período expulsivo prolongado, os autores consideram que poderia ter sido evitada.(38)

De modo semelhante, um estudo randomizado de 2020, que teve como objetivo avaliar a possibilidade de diminuir o risco de OASIS ao evitar a episiotomia em primíparas, comparou um grupo de 337 mulheres submetidas aos cuidados standard e um grupo em que foi aplicada uma política de evicção da episiotomia, com 339 mulheres. Quando realizada, a episiotomia foi mediolateral. No grupo de estudo, a única indicação para realização deste procedimento foi a frequência cardíaca fetal não tranquilizadora. No entanto, esta também foi realizada por instrumentação do trabalho de parto com ventosa, prevenção de OASIS, prevenção de distócia de ombros em feto macrossómico, diminuição da duração do período expulsivo do TP e períneo pequeno. Estes desvios do protocolo representaram mais de metade dos casos em que a episiotomia foi realizada. O procedimento foi feito em 19,6% dos casos no grupo de estudo e em 29,8% no grupo controle. Verificou-se uma diminuição de lacerações perineais severas (OR 0,50, IC95% 0,17-1,5) com a diminuição do uso da episiotomia, mas este resultado não foi estatisticamente significativo ($p=0,296$). O mesmo se verificou excluindo os casos em que a episiotomia foi realizada por motivos não definidos previamente, ou seja, excluindo os desvios do protocolo (OR 0,30, IC95% 0,08-1,08, $p=0,0956$). A diminuição de OASIS não esteve associada a uma diminuição da necessidade de suturas. O artigo concluiu que a diminuição da episiotomia não esteve associada a maior incidência de OASIS ou outros *outcomes* negativos, pelo que o procedimento pode ser evitado em partos com feto em apresentação cefálica e com IG superior a 34 semanas.(39)

Por outro lado, há artigos que, apesar de não terem realizado uma comparação entre dois grupos, relatam os *outcomes* de locais em que a taxa de episiotomia é $\leq 10\%$.

Um estudo retrospectivo realizado num centro de partos no Japão, onde as parteiras não podem realizar episiotomias e abordam apenas situações em que a gravidez é de um feto em apresentação cefálica e sem nenhum risco médico, obstétrico ou neonatal. Incluiu 1.521 mulheres, tendo-se verificado que, sem nenhuma intervenção, se verificou períneo íntegro em 49,5% das primíparas e 69,9% das multíparas, lacerações de primeiro grau em 36,7% das primíparas e 27,1% das multíparas, lacerações de segundo grau em 13,5% das primíparas e 3% das multíparas e apenas um caso de laceração de terceiro grau. Desta forma, este estudo permitiu concluir que é possível evitar a episiotomia, pelo menos em determinadas circunstâncias, nas quais se enquadram a maioria das grávidas.(40)

Um outro estudo, realizado num hospital com uma taxa de episiotomia inferior a 1%, que incluiu 1.176 mulheres, demonstrou uma incidência de OASIS de 2% no caso de primeiro parto vaginal e de 0,4% nos restantes casos. No entanto, este estudo também excluiu casos de mulheres com problemas médicos, parto instrumentado e, ainda, partos que ocorreram em posição litotômica por esta estar associada a lacerações perineais.(41)

Posto isto, podemos concluir que a realização de episiotomia em partos de termo, feto único, em apresentação cefálica, sem qualquer tipo de complicação ou condição materna ou fetal, não tem qualquer benefício em termos de incidência de OASIS e que a implementação de um protocolo de não episiotomia pode ser seguro.

Parto instrumentado

A instrumentação do TP pode ser feita com recurso a ventosa e/ou fórceps. O recurso a fórceps é mais eficaz em permitir um parto vaginal, mas está associado a maior incidência de lacerações perineais severas.(42) A ventosa, apesar de ter maior risco de falhar a extração do feto, tem um menor risco de OASIS. O uso sequencial de ambos aumenta muito o risco de lacerações perineais e deve ser evitado.(43)

De acordo com o *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG), a episiotomia mediolateral deve ser discutida com a mulher como parte da preparação de um parto vaginal instrumentado, sendo que a decisão se deve basear tanto na preferência da mulher, como nas circunstâncias clínicas do parto. Realça, nas suas guidelines, que a evidência é mais forte em termos de proteção de OASIS no parto instrumentado com fórceps e nas nulíparas.(44) Por sua vez, a *Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada* (SOGC) expressa que a episiotomia de rotina não é necessária nos partos instrumentados, devendo ser realizada

de modo individualizado. Refere que fatores como a nuliparidade, a utilização de fórceps, necessidade de parto rápido sem tempo para distender o períneo ou antecedentes de OASIS poderão ser fatores a favor da sua realização.(12,45) A mesma recomendação é feita pela ACOG.(46)

Um estudo observacional de 2008, que teve como objetivo determinar os fatores de risco para OASIS nos partos instrumentados, incluiu 21.254 partos auxiliados por ventosa e 7.478 auxiliados por fórceps, sendo que as OASIS ocorrem em 3% dos casos no primeiro grupo e em 4,7% dos casos no segundo. A episiotomia mediolateral foi um fator protetor de OASIS, tanto nos partos instrumentados com ventosa (OR 0,11, IC95% 0,09-0,13) como com fórceps (OR 0,08, IC95% 0,07-0,11). O estudo refere, ainda, que o *number to treat* (NNT), ou seja, o número de partos instrumentados em que é necessário realizar episiotomia para prevenir um caso de OASIS, é 12 na instrumentação com ventosa e 5 com fórceps.(47)

Um estudo de coorte retrospectivo, realizado em 2012, teve como objetivo avaliar o papel da episiotomia mediolateral na prevenção de OASIS de mulheres submetidas a parto instrumentado. Foram analisados 2.861 partos, dos quais 321 utilizaram fórceps e 2.520 recorreram a ventosa. O procedimento demonstrou ser protetor (aOR 0,17, IC95% 0,12-0,24) para as lacerações do esfíncter anal. No entanto, é de salientar que as mulheres no grupo em que foi realizada episiotomia tiveram mais frequentemente o seu parto assistido por fórceps, variedade de apresentação OP, primiparidade e recurso a epidural.(48)

Estes dois estudos, mais antigos, foram usados pelas sociedades obstétricas supramencionadas nas suas revisões e recomendações relativas ao uso de episiotomia nos partos instrumentados. De salientar que a técnica de episiotomia utilizada foi mediolateral.

Quanto a publicações mais recentes, é de salientar um estudo retrospectivo, que teve como objetivo comparar a incidência de OASIS em primíparas com partos instrumentados de acordo com o uso ou não de episiotomia mediolateral. Incluiu 1.709 mulheres, das quais 1.342 eram primíparas. A episiotomia foi realizada em 60,4% dos partos instrumentados com ventosas e em 83,6% no caso de fórceps. Verificou-se uma incidência de lacerações do esfíncter anal de 2% com episiotomia e de 5,1% sem o procedimento, tratando-se de uma diferença estatisticamente significativa, com $p < 0,01$. A análise multivariada corroborou esta conclusão (OR 0,260, IC95% 0,128-0,528). Nos casos intervencionados com fórceps, a incidência de OASIS foi de 7,7% sem episiotomia versus 2,4% com a incisão. Já no caso da ventosa, verificou-se que ocorreram lacerações em 2,1% das mulheres sem episiotomia versus 0,8%

com a realização do procedimento. Para além disso, é de salientar que o risco de OASIS é superior com o uso de fórceps, comparativamente à ventosa (OR 2,736, IC95% 1,082-6,921).(49)

Um outro estudo, também retrospectivo, que teve um objetivo semelhante, mas que incluiu tanto primíparas como múltiparas, abrangeu 170.969 mulheres (140.012 primíparas e 30.957 múltiparas), das quais 144.539 (84,5%) foram submetidas a episiotomia. A episiotomia foi mais frequentemente realizada em primíparas do que em múltiparas e a instrumentação com ventosa foi mais frequente do que com fórceps. Nas primíparas com parto instrumentado com ventosa, a episiotomia esteve associada a uma diminuição de OASIS de 14% para 2,5% (OR 0,14, IC95% 0,13-0,15). Nas múltiparas verificou-se algo semelhante (OR 0,23, IC95% 0,21-0,27). Ou seja, a episiotomia foi protetora em ambos os grupos. No entanto, esteve associada a aumento de hemorragia, tanto nas primíparas como nas múltiparas (OR 1,26, IC95% 1,17-1,35 e OR 1,37, IC95% 1,22-1,54, respetivamente). No caso dos fórceps, a proteção conferida pela episiotomia foi mais marcada, com OR 0,09 nas primíparas e OR 0,13 nas múltiparas. É, ainda, de salientar que o NNT nas nulíparas com parto por ventosa foi 8 e no parto com fórceps foi 4. Nas múltiparas foi 18 e 9, respetivamente).(50)

É, ainda, de referir, um estudo observacional com duração de 11 anos, que comparou o uso de rotina com o uso individualizado da episiotomia. Apenas foram realizadas episiotomias mediolaterais, com um universo de 847 partos auxiliados por ventosa, 1.350 com fórceps e 160 com espátulas. Verificou-se uma incidência de OASIS de 3,9% no grupo em que foi realizada episiotomia de rotina e de 9,7% no grupo em que este procedimento não foi realizado. Neste período, a taxa de realização da episiotomia diminuiu significativamente de 75,5% para 16,2%. Esta diminuição foi acompanhada de um aumento de OASIS no grupo intervencionado com fórceps (3,9-21%, $p < 0,005$). Nos outros grupos, a incidência das lacerações severas não sofreu alterações significativas.(51) Este estudo demonstrou que o uso individualizado da episiotomia pode ter um impacto negativo na incidência de OASIS nos partos instrumentados.

Quanto aos partos instrumentados com ventosa, um estudo retrospectivo, que avaliou o efeito da episiotomia mediolateral na incidência de OASIS em primíparas com feto único incluiu 2.370 mulheres, com características semelhantes entre os dois grupos. A episiotomia foi realizada em 79% dos casos. Nas 21% que não foram submetidas ao procedimento, 7,8% tiveram o períneo íntegro, 20,5% tiveram uma laceração do períneo de primeiro grau, 68,5% sofreram uma laceração de segundo grau e ocorreram OASIS em 3,2%. No grupo em que a episiotomia foi realizada, 2,6% tiveram OASIS e todos os outros *outcomes* foram, também,

semelhantes. No entanto, estes resultados não foram estatisticamente significativos ($p=0,49$).⁽⁵²⁾

Por outro lado, uma revisão sistemática com meta-análise que incluiu 15 estudos com um total de 320.000 mulheres, teve como objetivo avaliar o efeito da episiotomia mediolateral e lateral nos partos instrumentados com ventosa em primíparas e concluiu que o procedimento foi protetor (OR 0,53, IC95% 0,37-0,77).⁽⁵³⁾

É, ainda, de salientar um estudo que teve como objetivo avaliar se a episiotomia lateral ou mediolateral tem vantagem na prevenção de OASIS comparativamente à não realização do procedimento em partos instrumentados com ventosa em nulíparas. O trabalho incluiu 63.654 partos de feto único em apresentação cefálica com IG igual ou superior a 34 semanas. O procedimento esteve associado uma incidência de OASIS de 11,8% no grupo em que foi realizada e 15,5% nos casos em que não foi realizada. É, também, importante referir que o estudo concluiu que o NNT para prevenir uma laceração severa nos partos com estas condições é 27.⁽⁵⁴⁾

Por último, um estudo randomizado já referido neste artigo, de 2020, comparou um grupo em que a episiotomia foi realizada de acordo com as normas do centro e outro em que o procedimento seria apenas realizado na presença de frequência cardíaca fetal não tranquilizadora, com o objetivo de avaliar se a evicção do mesmo diminuía a incidência de OASIS em primíparas. No que diz respeito aos partos instrumentados com ventosa foram incluídos 135 casos, dos quais 70 no grupo de estudo e 65 no grupo controlo, sendo que a episiotomia foi realizada em 41,4% vs 58,5%, respetivamente, não sendo esta uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,0587$). Excluindo os casos em que a episiotomia foi realizada por outros motivos que não o proposto no protocolo, verificou-se que o procedimento foi apenas realizado em 22,6% dos casos no grupo de estudo e que não ocorreram lacerações perineais severas no mesmo. No grupo controlo, estas ocorreram em 6,2% dos partos. O estudo concluiu que a instrumentação do TP com ventosa não é indicação para a realização de episiotomia.⁽³⁹⁾

Sendo assim, embora as sociedades internacionais não recomendem o uso de rotina da episiotomia no parto instrumentado, existe evidência de que o procedimento tem um efeito protetor na ocorrência de lacerações do esfíncter anal, sendo mais marcado nos partos instrumentados por fórceps e nas nulíparas. É, ainda, de salientar que, apesar de as múltiparas não serem um grupo de risco de OASIS nem para a realização de episiotomia, beneficiam com a realização deste procedimento neste contexto.

Assim, no caso de parto instrumentado, a decisão de realizar episiotomia para prevenir a ocorrência de laceração do esfíncter anal deve ser ponderada de acordo com o instrumento utilizado e com as características da grávida, ponderando as consequências do procedimento.

Distócia de ombros

A distócia de ombros é uma emergência obstétrica. Estima-se que a incidência desta complicação ronde os 0,2-3%.⁽⁵⁵⁾ Ocorre, geralmente, pela impactação do ombro anterior na sínfise púbica, mas também pode ser provocada pelo ombro posterior, que não ultrapassa o promontório do sacro.⁽⁵⁶⁾

Quanto à incidência de OASIS em partos complicados com distócia de ombros, um estudo retrospectivo que analisou 685 casos de um total de 45.471 partos verificou uma incidência global de lacerações severas de 8,8%, dos quais 14% nas primíparas e de 4,2% nas multíparas. Quanto às características das mulheres com OASIS, eram mais prováveis de ser primíparas (75% vs 45%, $p < 0,0001$), terem tido parto instrumentado (50% vs 36%, $p = 0,03$) e necessidade de manobras internas para libertar o ombro impactado (50% vs 32%, $p = 0,004$). Na análise multivariada, estes fatores mantiveram-se estatisticamente significativos: primíparas (OR 3,88, IC95% 1,91-7,86), parto instrumentado (OR 3,53, IC95% 1,71-7,27) e necessidade de manobras internas (OR 1,90, IC95% 1,08-3,36). De salientar que, neste estudo, a episiotomia foi fator protetor de OASIS (OR 0,38, IC95% 0,19-0,76), sendo a técnica utilizada no centro tipicamente mediolateral, mas sem esta informação em todos os casos.⁽⁵⁷⁾

Um outro estudo, que teve como objetivo identificar os fatores de risco para OASIS nos casos de distócia de ombros, incluiu 24.159 partos vaginais de feto único em apresentação cefálica e detetou uma incidência de distócia de 2,1%. As mulheres em que esta situação ocorreu tiveram mais partos instrumentados (40,6% vs 22,1%, $p < 0,001$), episiotomia (38,4% vs 21%, $p < 0,001$), IG avançada ($40 \pm 1,1$ vs $39,5 \pm 1,5$, $p < 0,001$) e peso fetal aumentado (4097 ± 461 vs 3503 ± 495 , $p < 0,001$). A incidência global de OASIS foi de 4,4%, sendo que foi superior nas primíparas em relação às multíparas (7,6% vs 3%, OR 2,67, IC95% 1,12-6,54, $p = 0,036$). Na análise multivariada foram fatores de risco para lacerações perineais severas a primiparidade (OR 2,69, IC95% 1,13-6,50), a instrumentação (OR 4,15, IC95% 1,67-11,70) e a episiotomia mediolateral (OR 3,65, IC95% 1,51-9,72). Pelo contrário, na regressão multivariada nenhum destes fatores teve significado estatístico. Quanto à episiotomia, apesar de ter sido identificada como fator de risco para OASIS, dos 15 casos em que ocorreram lacerações

severas e a episiotomia foi realizada, 13 foram situações de partos instrumentados, ou seja, não podemos afirmar que as lacerações ocorreram como consequência da episiotomia.(55)

É, ainda, de referir um estudo retrospectivo onde é avaliado o efeito da episiotomia mediolateral na taxa de OASIS em situações obstétricas críticas, nomeadamente distócia de ombros. Este demonstrou que a episiotomia é um fator de risco independente para lacerações severas (OR 2,3, IC95% 1,7-3,0).(58)

É, também, de referir um estudo que comparou três grupos: um em que a abordagem da distócia de ombros foi feita apenas com manipulação fetal, outro em que foi apenas realizada episiotomia e outro em que foram realizadas as duas intervenções. No primeiro, segundo e terceiro grupo verificaram-se incidências de lesão do plexo braquial em 35,1%, 59,1% e 58,3% dos casos, respetivamente. Ou seja, a adição da episiotomia não conferiu proteção em relação à lesão neonatal. Para além disso, as lesões do esfíncter anal foram mais comuns. No entanto, é importante salientar que, na maioria dos casos, a episiotomia foi mediana, sendo que 41,4% sofreram extensão da incisão e afetaram o esfíncter anal. Na análise multivariada verificou-se uma relação positiva entre a episiotomia e lesões do plexo braquial (OR 2,1, IC95% 0,6-2,9) e entre a episiotomia e OASIS (OR 59,4, IC95% 6,5-543,9).(59)

Por último, uma revisão sistemática que avaliou o papel da episiotomia na prevenção e controlo da distócia de ombros e que incluiu um total de 14 artigos e 9.769 mulheres refere não existir evidência que suporte o seu uso, nem na prevenção nem na resolução da distócia. Refere, ainda, que a distócia de ombros aumenta o risco de realização de episiotomia e que este procedimento neste quadro clínico está associado a maior hemorragia pós-parto.(60)

De acordo com a ACOG, a realização da episiotomia pode aumentar o espaço para manobras internas, mas não resolve, por si só, a impactação óssea. O seu uso de rotina não é recomendado.(36)

Assim, podemos concluir que a episiotomia não desempenha qualquer papel na prevenção da distócia de ombros, uma vez que esta é uma situação clínica imprevisível e que, apesar de existirem fatores de risco definidos, também pode acontecer em grávidas sem fatores de risco.

Quanto à resolução desta situação, é necessário ter em consideração que os partos complicados com distócia de ombros poderão necessitar de manobras adicionais para permitir

a expulsão do feto. De acordo com as recomendações da ACOG e do RCOG, dado que a episiotomia não vai resolver a distócia, o uso deste procedimento deve ser considerado nas situações em que é necessário alargar o canal vaginal para a realização de manobras internas para extração do feto, mas não deve ser considerado o seu uso de rotina.(56,61) Assim, apesar de não resolver a impactação óssea, a episiotomia pode ser útil caso sejam necessárias manobras internas.(62)

Quanto à associação da episiotomia na distócia com as lacerações perineais severas, dos estudos supramencionados, um concluiu que a episiotomia mediolateral foi um fator protetor de OASIS, ao passo que outro a referiu como fator de risco, apesar da limitação deste procedimento ter sido quase sempre realizado em associação a instrumentação do TP, e o terceiro concluiu que a episiotomia foi um fator de risco independente para lacerações severas. Quanto às lesões do plexo braquial, foi apenas encontrado um artigo no qual a realização ou não de episiotomia não parece ter impacto na incidência desta lesão neonatal.

Macrossomia fetal

A macrossomia fetal traduz um peso igual ou superior a 4.000g ou 4.500g, dependendo da fonte.(63,64) Outro termo usado para definir situações de crescimento excessivo é feto grande para a IG e traduz-se por um peso superior ao percentil 90.(64)

Relativamente ao papel da episiotomia, um estudo retrospectivo que incluiu 168.077 mulheres e que avaliou o papel da episiotomia mediolateral em situações críticas, demonstrou uma associação deste procedimento com OASIS em fetos macrossómicos (OR 2,3, IC95% 1,7-3,1).(58)

Por outro lado, um estudo de coorte avaliou o efeito da episiotomia lateral e mediolateral na incidência de lacerações severas do períneo em primíparas. Foram analisados 22.250 partos, dos quais 83,3% foram espontâneos, 14,5% assistidos com ventosa e 2,2% com fórceps. As mulheres foram divididas em dois grupos: um em que ocorreram OASIS (1,7% do total de mulheres) e um que não sofreu lacerações severas. O peso médio dos fetos foi superior no grupo que sofreu OASIS (3.355g vs 3.160, $p < 0,001$) e a incidência de episiotomia foi menor (41,3% vs 48,3%, OR 0,75, IC95% 0,61-0,92). Nos partos espontâneos, a episiotomia diminuiu o risco de OASIS em fetos com pesos entre 3.000-3.499g (OR 0,56, IC95% 0,38-0,82), entre 3.500-3.999g (OR 0,66, IC95% 0,45-0,99) e >4.000g (OR 0,24, IC95% 0,07-0,78). Nos partos instrumentados, a diminuição da incidência de OASIS com o recurso à

episiotomia foi estatisticamente significativa para pesos mais baixos: 2.500-2.999 (OR 0,36, IC95% 0,14–0,89) e 3.000-3.499 (OR 0,38, IC 95% 0,19–0,75).(65)

Assim, a evidência relativa ao papel da episiotomia na macrosomia é escassa e contraditória e, mais uma vez, confunde-se o papel da episiotomia com o papel da macrosomia nos *outcomes*.(64)

Apresentação pélvica e variedade de apresentação occipito-posterior

A apresentação pélvica pode ser classificada em completa, incompleta modo pés ou incompleta modo nádegas (Figura 2).(9) Ocorre em cerca de 3-4% dos partos de termo, sendo mais frequente em prematuros.(66)

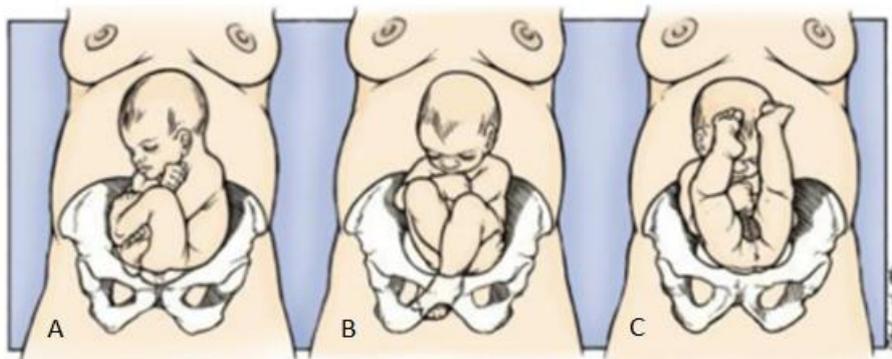


Figura 2: Apresentação pélvica. A – apresentação pélvica completa; B – apresentação pélvica incompleta modo pés; C – apresentação pélvica incompleta modo nádegas. Adaptado de (67).

Quanto à episiotomia, não foram encontrados estudos que analisassem a sua realização nos fetos em apresentação pélvica e os seus *outcomes* maternos e fetais.

Nas guidelines da SOGC sobre a gestão da apresentação pélvica em fetos de termo, a episiotomia não é referida.(68) O mesmo se verifica nas recomendações da ACOG.(69) Quanto às guidelines do RCOG, apenas refere que a episiotomia deve ser realizada de modo individualizado.(70)

Quanto à apresentação OP, esta é a alteração de variedade de apresentação fetal mais comum, com uma incidência de 5-13%, estando associada a maior frequência de intervenções durante o parto.(71)

Um estudo, que incluiu 393 partos, avaliou se a variedade de apresentação OP aumenta o risco de OASIS em partos instrumentados com ventosa, comparativamente à variedade de apresentação occipito-anterior. Verificou-se que a incidência de lacerações severas foi superior no grupo de estudo (41,7% vs 22%, OR 2,5, IC95% 1,4-4,7). Para além disso, a episiotomia foi realizada com mais frequência (35,4% vs 13,9%, OR 4,5, IC95% 2,6-8,0).(72) No entanto, a episiotomia realizada neste estudo foi mediana, o que é por si um fator de risco para lacerações de 3º e 4º graus.

Mais uma vez, a evidência é escassa. Verifica-se que a episiotomia é mais provável de ser realizada nesta situação clínica do que nos partos com apresentação occipito-anterior, mas não foram encontrados estudos que comparassem os *outcomes* maternos e neonatais consoante era realizado ou não o procedimento.

Desta forma, não podemos tirar conclusões quanto à realização da episiotomia nesta situação clínica.

Gravidez gemelar

Não foram encontrados artigos que avaliassem o papel da episiotomia neste tipo de partos, o que pode ser justificado pelo facto de a gravidez múltipla ser excluída de muitos estudos.

Consentimento informado

O consentimento informado deve ser obtido para a realização dos mais diversos procedimentos médicos, especialmente em intervenções cirúrgicas pelo seu carácter invasivo. Para a obtenção do consentimento, é necessário garantir três princípios básicos: que o paciente tem capacidade de consentir, que tem na sua posse toda a informação necessária e baseada na melhor evidência disponível e que não há coerção.(73,74)

Na obstetrícia, especialmente durante o trabalho de parto, é difícil obter as condições necessárias para que este processo ocorra, pelos mais diversos motivos: a dor, cansaço, fármacos administrados e o próprio medo do que está a acontecer podem distorcer a capacidade de discernimento da mãe, levando a que muitos obstetras as considerem incapazes de consentir. Por outro lado, a confusão de uma sala de partos ou a emergência com que os procedimentos podem ser necessários não permitem que ocorra uma discussão produtiva para que a mulher fique esclarecida e com a informação necessária para tomar uma

decisão informada. Posto isto, os vários procedimentos que podem ser necessários durante o TP devem ser discutidos com a mulher e o seu parceiro antes do início do TP.(74,75)

No caso da episiotomia, a obtenção do consentimento informado é muitas vezes subvalorizada, pelos motivos supramencionados e porque alguns profissionais assumem que o procedimento está inerente ao parto, como rotina. No entanto, muitas vezes não há indicação médica para a sua realização e há falta de evidência científica que a suporte em muitos cenários clínicos. Assim, a episiotomia é muitas vezes realizada por conveniência, por ser mais fácil de suturar que uma laceração espontânea, mas sem vantagem para a mãe ou para o feto.(73,75)

De forma a preservar a autonomia da mulher e diminuir as queixas e processos jurídicos de obstetras, a episiotomia deve ser discutida com a mulher e o seu parceiro durante as consultas de vigilância da gravidez e o consentimento informado obtido, ou não. Desta forma, assegura-se que a vontade da mulher é respeitada, bem como o seu direito aos melhores cuidados de saúde e o respeito pelo seu corpo não é violado.

Conclusão

A episiotomia é uma das intervenções obstétricas mais comumente realizadas. Está associada a um aumento da hemorragia pós-parto, dispareunia, dor, infecção e lacerações perineais e maior necessidade de analgesia.

Um dos seus principais objetivos é diminuir a incidência de OASIS. No entanto, a evidência quanto à sua prevenção é escassa e muitos dos fatores de risco para a realização da episiotomia sobrepõem-se aos fatores de risco para a ocorrência de lacerações severas, nomeadamente a instrumentação do parto, primiparidade, macrossomia, IG avançada e perímetro cefálico aumentado.

De acordo com as várias sociedades obstétricas e recomendações internacionais, a episiotomia deve ser realizada de um modo individualizado e, quando indicada, deve ser mediolateral.

Nos partos vaginais espontâneos, a episiotomia mediolateral não está associada a um aumento da incidência de OASIS, mas também não se verificou que este procedimento seja um fator protetor. Para além disso, nas situações de gravidez de baixo risco de feto único, em apresentação cefálica, com parto de termo, a realização da episiotomia não tem qualquer vantagem em termos de lacerações perineais. Esta situação representa a maioria dos partos realizados.

Quanto aos partos instrumentados, existe evidência que suporta o recurso à episiotomia por haver uma associação entre a realização do procedimento e uma menor incidência de OASIS. Dos vários artigos analisados, foi possível concluir que este efeito protetor é mais marcado em primíparas do que em multíparas e em partos instrumentados com fórceps do que com ventosa. No entanto, o recurso à episiotomia tem os seus efeitos secundários, nomeadamente mais hemorragia no pós-parto, maior necessidade de analgesia e maior incidência de infecção perineal, pelo que deve ser ponderado caso a caso.

No que diz respeito à distócia de ombros, a episiotomia parece não ter papel na sua prevenção, podendo apenas ter um papel limitado na sua resolução, sendo a evidência, ainda assim, algo contraditória. Posto isto, não existe evidência que suporte o uso de episiotomia por rotina no caso de distócia de ombros.

Para a macrossomia, a evidência também é contraditória. Enquanto um estudo retrospectivo identifica a episiotomia mediolateral como fator de risco para a ocorrência de OASIS, um estudo de coorte refere que o procedimento é protetor para pesos fetais >3.000g em partos espontâneos e para pesos entre os 2.500g e os 3.499g e partos instrumentados.

Por fim, no que diz respeito à apresentação pélvica, variedade de apresentação OP e gravidez gemelar, não existem estudos que avaliem o efeito da episiotomia.

Dada a falta de evidência que suporte o recurso à episiotomia em muitas situações clínicas e a controvérsia dos dados noutras, bem como as complicações e efeitos secundários que podem resultar deste procedimento, é importante dar toda a informação disponível à mulher antes do início do TP, de modo que seja possível uma tomada de decisão consciente e orientada e a obtenção de um consentimento informado.

Referências bibliográficas

1. Ghulmiyyah L, Sinno S, Mirza F, Finianos E, Nassar AH. Episiotomy: history, present and future—a review. *J Matern Neonatal Med* [Internet]. 2020;26:1–6. Available from: <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1755647>
2. Robinson, Julian N. Lockwood CJ. Approach to episiotomy [Internet]. Up To Date. 2015. p. 1–20. Available from: http://www.uptodate.com/contents/approach-to-episiotomy?source=search_result&search=Indications+for+episiotomy&selectedTitle=1~150
3. Shmueli A, Gabbay Benziv R, Hirsch L, Ashwal E, Aviram R, Yogev Y, et al. Episiotomy—risk factors and outcomes*. *J Matern Neonatal Med*. 2017;30(3):251–6.
4. Clesse C, Lighezzolo-Alnot J, De Lavergne S, Hamlin S, Scheffler M. Socio-historical evolution of the episiotomy practice: A literature review. *Women Heal* [Internet]. 2019 Aug;59(7):760–74. Available from: <https://doi.org/10.1080/03630242.2018.1553814>
5. Nassar AH, Visser GHAA, Ayres-de-Campos D, Rane A, Gupta S, Barnea E, et al. FIGO Statement: Restrictive use rather than routine use of episiotomy. *Int J Gynecol Obstet*. 2019 Jul;146(1):17–9.
6. World Health Organization. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. 2018. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
7. European Perinatal Health Report. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010. *European Perinatal Health Report*. 2013.
8. Seijmonsbergen-Schermer A, Thompson S, Feijen-De Jong E, Smit M, Prins M, van den Akker T, et al. Understanding the perspectives and values of midwives, obstetricians and obstetric registrars regarding episiotomy: Qualitative interview study. *BMJ Open*. 2021 Jan;11(1):e037536.
9. Mendes da Graça L. *Medicina Materno-Fetal*. 5ª. LIDEL; 2017. 582 p.
10. Wright A, Nassar AH, Visser G, Ramasauskaite D, Theron G. FIGO good clinical practice paper: management of the second stage of labor. *Int J Gynaecol Obstet*. 2021 Feb;152(2):172–81.
11. Ducarme G, Pizzoferrato AC, de Tayrac R, Schantz C, Thubert T, Le Ray C, et al.

- Perineal prevention and protection in obstetrics: CNGOF clinical practice guidelines. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2019 Sep;48(7):455–60.
12. Hobson S, Cassell K, Windrim R, Cargill Y. No. 381-Assisted Vaginal Birth. *J Obstet Gynaecol Canada*. 2019 Jun;41(6):870–82.
 13. Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group, World Health Organization. *Birth*. 1997 Jun;24(2):121–3.
 14. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(1).
 15. Clesse C, Lighezzolo-Alnot J, De Lavergne S, Hamlin S, Scheffler M. Statistical trends of episiotomy around the world: Comparative systematic review of changing practices. *Health Care Women Int*. 2018 Jun;39(6):644–62.
 16. Gebuza G, Kaźmierczak M, Gdaniec A, Mieczkowska E, Gierszewska M, Dombrowska-Pali A, et al. Episiotomy and perineal tear risk factors in a group of 4493 women. *Health Care Women Int*. 2018 Jun;39(6):663–83.
 17. Singh S, Thakur T, Chandhiok N, Dhillon BS. Pattern of episiotomy use & its immediate complications among vaginal deliveries in 18 tertiary care hospitals in India. *Indian J Med Res*. 2016;143:474–80.
 18. Clesse C, Lighezzolo-Alnot J, De Lavergne S, Hamlin S, Scheffler M. Factors related to episiotomy practice: an evidence-based medicine systematic review. *J Obstet Gynaecol (Lahore)* [Internet]. 2019 Aug;39(6):737–47. Available from: <https://doi.org/10.1080/01443615.2019.1581741>
 19. Sartore A, De Seta F, Maso G, Pregazzi R, Grimaldi E, Guaschino S. The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. *Obstet Gynecol*. 2004;103(4):669–73.
 20. Macleod M, Strachan B, Bahl R, Howarth L, Goyder K, Van De Venne M, et al. A prospective cohort study of maternal and neonatal morbidity in relation to use of episiotomy at operative vaginal delivery. *BJOG*. 2008;115(13):1688–94.
 21. White C. Perineal Tears. *Lancet*. 2018;218(5643):933.
 22. Abedzadeh-Kalahroudi M, Talebian A, Sadat Z, Mesdaghinia E. Perineal trauma: incidence and its risk factors. *J Obstet Gynaecol (Lahore)* [Internet]. 2019 Feb;39(2):206–11. Available from: <https://doi.org/10.1080/01443615.2018.1476473>
 23. Gurol-Urganci I, Bidwell P, Sevdalis N, Silverton L, Novis V, Freeman R, et al. Impact

- of a quality improvement project to reduce the rate of obstetric anal sphincter injury: a multicentre study with a stepped-wedge design. *BJOG*. 2021 Feb;128(3):584–92.
24. Gundabattula SR, Surampudi K. Risk factors for obstetric anal sphincter injuries (OASI) at a tertiary centre in south India. *Int Urogynecol J*. 2018 Mar;29(3):391–6.
 25. Levin G, Rottenstreich A, Tsur A, Cahan T, Yoeli-Ullman R, Shai D, et al. Risk factors for obstetric anal sphincter injury among parous women. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2021 Mar;303(3):709–14. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05806-w>
 26. Pergialiotis V, Bellos I, Fanaki M, Vrachnis N, Doumouchtsis SK. Risk factors for severe perineal trauma during childbirth: An updated meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2020 Apr;247:94–100. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.02.025>
 27. von Theobald P, Bohrer M, Lorrain S, Iacobelli S. Risk factors associated with severe perineal tears: A five-year study. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* [Internet]. 2020;49(7):101820. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2020.101820>
 28. Scifres CM. Short- and Long-Term Outcomes Associated with Large for Gestational Age Birth Weight. *Obstet Gynecol Clin North Am* [Internet]. 2021;48(2):325–37. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2021.02.005>
 29. Gauthaman N, Walters S, Tribe IA, Goldsmith L, Doumouchtsis SK. Shoulder dystocia and associated manoeuvres as risk factors for perineal trauma. *Int Urogynecol J*. 2016;27(4):571–7.
 30. Simic M, Cnattingius S, Petersson G, Sandström A, Stephansson O. Duration of second stage of labor and instrumental delivery as risk factors for severe perineal lacerations: Population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 Feb;17(1):72.
 31. Gómez-Cedillo A, Nieto S, Isla R, Villegas Y, Muñoz E. Obstetric anal sphincter injury in a Spanish hospital. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020 Dec;255:242–6.
 32. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Feb;8(2):CD000081.
 33. Blanc-Petitjean P, Meunier G, Sibiude J, Mandelbrot L. Evaluation of a policy of restrictive episiotomy on the incidence of perineal tears among women with spontaneous vaginal delivery: A ten-year retrospective study. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2020;49(8).
 34. Yamasato K, Kimata C, Huegel B, Durbin M, Ashton M, Burlingame JM. Restricted

- episiotomy use and maternal and neonatal injuries: a retrospective cohort study. *Arch Gynecol Obstet*. 2016 Nov;294(6):1189–94.
35. Tsakiridis I, Giouleka S, Mamopoulos A, Athanasiadis A, Daniilidis A, Dagklis T. Operative vaginal delivery: A review of four national guidelines. *J Perinat Med*. 2020;48(3):189–98.
 36. Bulletins-Obstetrics C on P. ACOG Practice Bulletin No. 198: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. Vol. 132, Obstetrics and gynecology. United States; 2018 Jan.
 37. Green CR, Blake JM, Carson GD, Po L, Brown ARHH, Friedman CL. Choosing Wisely: SOGC's Top 10 Recommendations. *J Obstet Gynaecol Canada [Internet]*. 2018 Jun;40(6):716–22. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.04.024>
 38. M Amorim M, Coutinho IC, Melo I, Katz L, Amorim MM, Coutinho IC, et al. Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: A randomized clinical trial. *Reprod Health*. 2017 Apr;14(1).
 39. Sagi-Dain L, Kreinin-Bleicher I, Bahous R, Gur Arye N, Shema T, Eshel A, et al. Is it time to abandon episiotomy use? A randomized controlled trial (EPITRIAL). *Int Urogynecol J*. 2020 Nov;31(11):2377–85.
 40. Suto M, Takehara K, Misago C, Matsui M. Prevalence of Perineal Lacerations in Women Giving Birth at Midwife-Led Birth Centers in Japan: A Retrospective Descriptive Study. *J Midwifery Women's Heal*. 2015;60(4):419–27.
 41. Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Factors related to genital tract trauma in normal spontaneous vaginal births. *Birth*. 2006;33(2):94–100.
 42. Verma GL, Spalding JJ, Wilkinson MD, Hofmeyr GJ, Vannevel V, O'Mahony F. Instruments for assisted vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev [Internet]*. 2021 Sep 24 [cited 2021 Nov 13];2021(9). Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD005455.pub3>
 43. Deane RP. Operative vaginal delivery and pelvic floor complications. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol [Internet]*. 2019 Apr;56:81–92. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.01.013>
 44. Murphy DJ, Strachan BK, Bahl R RC of O and G. Assisted Vaginal Birth: Green-top Guideline No. 26. *BJOG*. 2020;127(9):e70–112.
 45. Cargill YM, MacKinnon CJ. No. 148-Guidelines for Operative Vaginal Birth. *J Obstet*

- Gynaecol Canada [Internet]. 2018 Feb;40(2):e74–80. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.11.003>
46. ACOG Practice Bulletin No. 154: Operative Vaginal Delivery. *Obstet Gynecol*. 2015;126(5):e56–65.
 47. De Leeuw JW, De Wit C, Kuijken JPJA, Bruinse HW. Mediolateral episiotomy reduces the risk for anal sphincter injury during operative vaginal delivery. *BJOG*. 2008;115(1):104–8.
 48. De Vogel J, Van Der Leeuw-Van Beek A, Gietelink D, Vujkovic M, De Leeuw JW, Van Bavel J, et al. The effect of a mediolateral episiotomy during operative vaginal delivery on the risk of developing obstetrical anal sphincter injuries. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2012;206(5):404.e1-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2012.02.008>
 49. Boujenah J, Tigaizin A, Fermaud M, Murtada R, Benbara A, Benchimol M, et al. Is episiotomy worthwhile to prevent obstetric anal sphincter injury during operative vaginal delivery in nulliparous women? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2019;232:60–4. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.11.014>
 50. van Bavel J, Hukkelhoven CWPMPM, de Vries C, Papatsonis DNMM, de Vogel J, Roovers J-PPWRR, et al. The effectiveness of mediolateral episiotomy in preventing obstetric anal sphincter injuries during operative vaginal delivery: a ten-year analysis of a national registry. *Int Urogynecol J*. 2018 Mar;29(3):407–13.
 51. Gachon B, Fradet Menard C, Pierre F, Fritel X. Does the implementation of a restrictive episiotomy policy for operative deliveries increase the risk of obstetric anal sphincter injury? *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2019 Jul;300(1):87–94. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05174-0>
 52. Schreiber H, Mevorach N, Sharon-Weiner M, Farladansky-Gershnel S, Shechter Maor G, Biron-Shental T. The role of mediolateral episiotomy during vacuum-assisted vaginal delivery with soft cup devices. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2021;303(4):885–90. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05809-7>
 53. Lund NS, Persson LKGG, Jangö H, Gommesen D, Westergaard HB. Episiotomy in vacuum-assisted delivery affects the risk of obstetric anal sphincter injury: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2016 Dec;207:193–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.10.013>
 54. Ankarcrona V, Zhao H, Jacobsson B, Brismar Wendel S. Obstetric anal sphincter injury

- after episiotomy in vacuum extraction: an epidemiological study using an emulated randomised trial approach. *BJOG*. 2021;128(10):1663–71.
55. O’Leary BD, Ciprike V, O’Leary BD, Ciprike V. Anal sphincter injury associated with shoulder dystocia. *J Matern Neonatal Med* [Internet]. 2020 Sep;33(18):3136–40. Available from: <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1569617>
 56. Practice Bulletin No. 178 Summary: Shoulder Dystocia. *Obstet Gynecol*. 2017;129(5):961–2.
 57. Hehir MP, Rubeo Z, Flood K, Mardy AH, O’Herlihy C, Boylan PC, et al. Anal sphincter injury in vaginal deliveries complicated by shoulder dystocia. *Int Urogynecol J*. 2018 Mar;29(3):377–81.
 58. Steiner N, Weintraub AY, Wiznitzer A, Sergienko R, Sheiner E. Episiotomy: The final cut? *Arch Gynecol Obstet*. 2012;286(6):1369–73.
 59. Gurewitsch ED, Donithan M, Stallings SP, Moore PL, Agarwal S, Allen LM, et al. Episiotomy versus fetal manipulation in managing severe shoulder dystocia: A comparison of outcomes. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;191(3):911–6.
 60. Sagi-Dain L, Sagi S. The role of episiotomy in prevention and management of shoulder dystocia: A systematic review. *Obstet Gynecol Surv*. 2015;70(5):354–62.
 61. Chauhan SP, Gherman R, Hendrix NW, Bingham JM, Hayes E. Shoulder dystocia: Comparison of the ACOG practice bulletin with another national guideline. *Am J Perinatol*. 2010;27(2):129–36.
 62. Gherman RB, Chauhan S, Ouzounian JG, Lerner H, Gonik B, Goodwin TM. Shoulder dystocia: The unpreventable obstetric emergency with empiric management guidelines. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;195(3):657–72.
 63. Kc K, Shakya S, Zhang H. Gestational diabetes mellitus and macrosomia: A literature review. *Ann Nutr Metab*. 2015;66 Suppl 2:14–20.
 64. Macrosomia: ACOG Practice Bulletin, Number 216. *Obstet Gynecol*. 2020;135(1):E18–35.
 65. Levin G, Rottenstreich A, Cahan T, Ilan H, Shai D, Tsur A, et al. Does birthweight have a role in the effect of episiotomy on anal sphincter injury? *Arch Gynecol Obstet*. 2020 Jan;301(1):171–7.
 66. Silver DW, Sabatino F. Precipitous and Difficult Deliveries. *Emerg Med Clin North Am*. 2012;30(4):961–75.

67. Mercado J, Brea I, Mendez B, Quinones H, Rodriguez D. Critical Obstetric and Gynecologic Procedures in the Emergency Department. *Emerg Med Clin North Am.* 2013;31(1):207–36.
68. Kotaska A, Menticoglou S. No. 384-Management of Breech Presentation at Term. *J Obstet Gynaecol Canada* [Internet]. 2019;41(8):1193–205. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.12.018>
69. Hofmeyr GJ, Kulier R, West HM. External cephalic version for breech presentation at term. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Apr 1;2015(4).
70. Management of Breech Presentation: Green-top Guideline No. 20b. *BJOG.* 2017 Jun;124(7):e151–77.
71. Oliveira DA, Parente MPLL, Calvo B, Mascarenhas T, Jorge RMNN. The management of episiotomy technique and its effect on pelvic floor muscles during a malposition childbirth. *Comput Methods Biomech Biomed Engin* [Internet]. 2017 Aug;20(11):1249–59. Available from: <https://doi.org/10.1080/10255842.2017.1349762>
72. Wu JM, Williams KS, Hundley AF, Connolly AM, Visco AG, Stubbs T. Occiput posterior fetal head position increases the risk of anal sphincter injury in vacuum-assisted deliveries. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193(2):525–8.
73. Malvasi A, Trojano G, Tinelli A, Marinelli E, Zaami S. Episiotomy: an informed consent proposal. *J Matern Neonatal Med* [Internet]. 2021 Mar;34(6):948–51. Available from: <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1622677>
74. Blake J. Consent in Obstetrics. *J Obstet Gynaecol Canada.* 2020;42(4):391–3.
75. Simpson KR, Thorman KE. Obstetric “conveniences”: elective induction of labor, cesarean birth on demand, and other potentially unnecessary interventions. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2005;19(2):134–44.