



Reparo de traumatismo perineal

- 1 Introdução
- 2 Técnica de reparo do períneo
- 3 Escolha do material de sutura
- 4 Quem deve realizar o reparo?
- 5 Ruptura da episiotomia
- 6 Conclusões

1 Introdução

Um terço a quase todas as mulheres em alguns países do mundo desenvolvido poderão necessitar de reparo de traumatismo perineal após parto vaginal (70% no Reino Unido). A maioria dessas mulheres sente dor ou desconforto perineal no período pós-parto imediato. Mesmo 3 meses depois, até 20% ainda apresentam problemas como dor na relação sexual, que podem estar relacionados ao traumatismo perineal e seu reparo. Isso pode causar importantes problemas físicos, psicológicos e sociais, e pode afetar a capacidade da mulher de cuidar do recém-nascido e de outros membros da família. Foi relacionado a separações conjugais. Há grande morbidade materna pós-parto que as mulheres nunca relatam aos profissionais de saúde.

2 Técnica de reparo do períneo

Na maioria das vezes, o traumatismo perineal é reparado em camadas. A vagina pode ser reparada com sutura contínua ou (menos comumente) com suturas interrompidas. Teoricamente, uma sutura contínua poderia “sanfonar” a vagina, e por essa razão geralmente é recomendada uma sutura interrompida.

Os tecidos perineais mais profundos geralmente são fechados com suturas interrompidas, mas algumas vezes são usadas suturas em “chuleio” contínuo. A pele pode ser fechada com suturas transcutâneas interrompidas ou com uma sutura subcutânea (intradérmica) contínua, utilizando fio absorvível. Foi descrita uma técnica que usa suturas contínuas frouxas. Outra conduta, para simples aposição dos tecidos profundos sem sutura separada da pele, resultou em cicatrização satisfatória com menos dor e dispareunia após 3 meses do que outras técnicas de sutura.

Além da natureza e da extensão do traumatismo, a técnica de reparo e a escolha do material de sutura influenciarão a morbidade associada ao traumatismo do períneo. Existem várias técnicas e materiais de sutura em uso atualmente, e há pouco consenso em relação aos melhores.

Os estudos randômicos mostram que as mulheres designadas para reparo do períneo com suturas subcutâneas contínuas sentiram menos dor e usaram menos analgesia no período pós-parto imediato que aquelas cujo reparo foi feito com suturas interrompidas. Não foram constatadas diferenças significativas entre as duas técnicas em relação a dor prolongada ou dor durante a relação sexual. Obstetizes e estudantes geralmente aprendem a suturar usando a técnica interrompida porque é considerada mais fácil e menos propensa a causar problemas nas mãos de profissionais inexperientes ou iniciantes.

3 Escolha do material de sutura

Estudos que comparam o uso de suturas absorvíveis (Dexon) com suturas cutâneas não-absorvíveis (seda, náilon ou Supramid) mostram que os grupos submetidos a reparo com sutura absorvível geralmente tiveram menos dor e usaram menos analgesia nos primeiros dias após o parto. Também foram menos propensos a necessitar de nova sutura. Não foram observadas diferenças claras em relação a outras causas de morbidade a longo prazo, embora as mulheres freqüentemente tenham relatado a necessidade de retirada de algum material absorvível nos 3 meses após o parto.

Os materiais absorvíveis mais usados para fechamento do períneo são ácido poliglicólico (Dexon, Vicryl) e categute cromado. O uso de suturas com ácido poliglicólico resulta em menos dor a curto prazo e menor uso de analgesia que com categute cromado. No estudo que incluiu acompanhamento adequado após a alta hospitalar, a dor perineal e a dor durante a relação sexual foram igualmente comuns nos dois grupos 3 meses após o parto. Houve menor dispareunia em 1 ano no grupo suturado com ácido poliglicólico.

A retirada de parte do fio de sutura foi descrita com maior freqüência após o uso de suturas com ácido poliglicólico que com categute cromado. Isso foi particularmente acentuado nos primeiros 10 dias, mas persistiu até 3 meses após o parto. As



explicações mais comuns foram “irritação” e “tensão”. O número de mulheres que necessitou de ressutura foi pequeno, mas isso foi mais freqüente após sutura com categute cromado que com ácido poliglicólico.

Em resumo, os dados sugerem que as suturas com ácido poliglicólico causam menos dor que o categute cromado no período pós-parto imediato, mas podem causar irritação suficiente para exigir a remoção de parte do material de sutura em uma importante minoria de mulheres. O categute causa uma resposta inflamatória nos tecidos, devido ao fato de ser decomposto por enzimas proteolíticas e fagocitose. As suturas com ácido poliglicólico causam menor reação tecidual. Isso pode explicar por que seu uso está associado a menos dor no período pós-parto imediato. Outra explicação sugerida para os achados do estudo é que eles refletem diferenças na tensão dos pontos, e não diferenças nos materiais em si.

O categute impregnado com glicerol também foi comparado ao categute cromado, com os dois materiais usados em todas as camadas. No estudo mais bem conduzido, o uso de categute impregnado com glicerol foi associado a dor mais intensa 10 dias após o parto e a maior freqüência de dor durante a relação sexual 3 meses após o parto. A maior prevalência de dor durante a relação sexual persistiu, e nas mulheres suturadas com categute impregnado com glicerol foi quase duas vezes mais freqüente 3 anos após o parto. De acordo com isso, as suturas com categute impregnado com glicerol não devem ser usadas para reparo de traumatismo perineal.

Dos materiais não-absorvíveis, seria de se esperar que os fios de poliamida, como náilon ou Supramid, causassem menos dor que a seda porque causam menor reação tecidual e passam mais facilmente através dos tecidos. Entretanto, é mais difícil manusear e dar nós com as poliamidas. Elas tendem a ser rígidas e a ter “memória”, e assim exigem três ou quatro nós. Por outro lado, as propriedades de manuseio da seda provavelmente são as melhores de todos os fios de sutura; os nós são fáceis e firmes. Essas últimas características quase certamente explicam a popularidade constante da seda para reparo do períneo, apesar de resultar em maior desconforto.

Um estudo comparou o adesivo tecidual, Histoacryl, aos fios de categute cromado. Sugeriu excelentes resultados em termos de redução da dor e uso de analgésicos nas 48 horas após o parto. Essa conduta é promissora, mas não há informações sobre o resultado a longo prazo e o único estudo não oferece dados adequados para introduzir o Histoacryl na prática.

4 Quem deve realizar o reparo?

É provável que as habilidades do profissional sejam tão ou mais importantes que os materiais e as técnicas utilizados. Entretanto, há poucos dados de pesquisa a respeito dos efeitos da habilidade sobre os sintomas associados ao reparo do períneo. A experiência não necessariamente resulta em melhor resultado — os mesmos erros podem ser cometidos com mais segurança. Há uma necessidade urgente de que isso seja esclarecido em relação ao reparo do traumatismo perineal.

Os reparos do períneo freqüentemente são delegados a um interno ou residente da obstetrícia, ou obstetritz. É provável que o treinamento tenha importante efeito sobre o resultado do reparo perineal e muitas vezes é considerado inadequado. A conduta freqüentemente é “veja três, faça três, e agora faça sozinho!” Em algumas unidades foram introduzidas as gravações em vídeo para suplementação, e estão surgindo equipamentos para a prática de sutura. O ideal é que a utilidade desses desenvolvimentos seja cuidadosamente avaliada antes da sua ampla introdução.

5 Ruptura da episiotomia

A ruptura da sutura de episiotomia é uma complicação rara, mas desagradável. Um estudo comparou uma política de restauração primária associada à cobertura antibiótica com a limpeza da ferida e tratamento expectante. As mulheres tratadas com ressutura primária permaneceram menos tempo no hospital e tiveram menos consultas ao ambulatório hospitalar. Elas reiniciaram as relações sexuais mais cedo e houve menor tendência a dor. No grupo ressuturado, 4 entre 20 mulheres sofreram “ruptura superficial”, mas nenhuma apresentou grande ruptura da ferida.

Os resultados desse único estudo não são definitivos, mas sugerem que se deve considerar seriamente a ressutura primária (com cobertura antibiótica) após ruptura de traumatismo perineal durante o puerpério.

6 Conclusões

É preferível uma sutura subcutânea contínua às suturas transcutâneas interrompidas para fechamento cutâneo da episiotomia porque resulta em menos dor a curto prazo, sem qualquer diferença clara a longo prazo. Levando tudo em consideração, é preferível usar fios absorvíveis para fechamento da pele.



De acordo com os dados disponíveis atualmente, devem ser escolhidos fios de ácido poliglicólico (Dexon ou Vicryl) tanto para as camadas profundas quanto para a pele. Ainda há dúvidas sobre os efeitos a longo prazo dos fios poliglicólicos, mas os dados disponíveis são tranquilizadores. A necessidade relativamente freqüente de retirar o fio de ácido poliglicólico no puerpério devido à irritação indica que esse material não é ideal ou que foi aplicada muita tensão nos nós. A opção de uma conduta em duas camadas, sem suturar a pele, parece promissora, mas são necessários outros dados de estudos de boa qualidade antes que ela seja amplamente adotada. Qualquer que seja o material escolhido para a pele, atualmente o ácido poliglicólico parece ser o material de escolha para os tecidos mais profundos. Entretanto, em locais com poucos recursos, o custo pode ser uma barreira ao seu uso.

São necessárias outras pesquisas para se avaliar os efeitos diferenciais a longo prazo de diversos fios e técnicas de sutura, e para confirmar ou refutar os benefícios sugeridos do reparo primário em comparação com o tratamento conservador quando há ruptura por traumatismo perineal durante o puerpério.

Fontes

Effective care in pregnancy and childbirth

Grant, A.M., Repair of perineal trauma after childbirth.

Biblioteca Cochrane

Kettle, C. and Johanson, R.B., Continuous versus interrupted sutures for perineal repair.

Absorbable synthetic versus catgut suture material for perineal repair.

Revisões pré-Cochrane

Grant, A.M., Glycerol-impregnated catgut vs chromic catgut for perineal repair. Review no. 03694.

Polyglycolic acid vs nylon for perineal repair. Review no. 03693.

Polyglycolic acid vs silk for perineal repair. Review no. 03794.

Povidone iodine prior to perineal suturing. Review no. 05574.

Primary resuturing vs expectancy for ruptured episiotomy. Review no. 07017.

Histoacryl vs chromic catgut for perineal skin closure. Review no. 07056.

Outras fontes

Fleming, N. (1990). Can the suturing method make a difference in postpartum perineal pain? *J. Nurse Midwif.*, 35, 19–25.

Glazener, C.M. (1997). Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, 104, 330–5.

Glazener, C.M., Abdalla, M., Stroud, P., Naji, S., Templeton, A. and Russell, I.T. (1995). Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, 102, 286–7.

Grant, A.M. (1989). The choice of suture materials and techniques for repair of perineal trauma: an overview of the evidence from controlled trials. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, 96, 1281–9.