

## Ficha Técnica

### Indicador de Gineco-Obstetrícia

Taxa de primíparas que apresentam laceração de terceiro ou quarto grau durante o parto vaginal	Título
Projeto de Indicadores para Maternidades - Women's Hospitals Australasia – Austrália; Danish National Indicator Project.	Fonte
Taxa de primíparas que apresentam laceração de terceiro ou quarto grau durante o parto vaginal.	Definição
Resultado	Nível Informação
Efetividade; segurança	Dimensão da Qualidade
<p>Número de lacerações de terceiro e quarto grau em mulheres tendo seu primeiro filho por parto vaginal.</p> <p>Inclusões:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Todas as mulheres primíparas que tiveram um parto vaginal — inclui partos não-assistidos e partos assistidos por instrumentos;</li> <li>- Primigestas em gestação múltipla que tiveram um parto vaginal.</li> </ul> <p>Exclusões:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Multíparas;</li> <li>- Mulheres que sofreram laceração perineal de grau menor documentada.</li> </ul>	Numerador
<p>Número de mulheres tendo seu primeiro filho por parto vaginal.</p> <p>Inclusões:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Todas as mulheres primíparas que tiveram um parto vaginal — inclui partos não-assistidos e partos assistidos por instrumentos;</li> <li>- Primigestas em gestação múltipla que tiveram um parto vaginal.</li> </ul> <p>Exclusões:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Multíparas;</li> <li>- Mulheres que sofreram laceração perineal de grau menor documentada.</li> </ul>	Denominador
<p>Uma laceração de terceiro grau é uma lesão do períneo que envolva o esfíncter anal ou o septo retovaginal (Laws &amp; Sullivan, 2009).</p> <p>Uma laceração de quarto grau é uma lesão do períneo que envolva o complexo do esfíncter anal, isto é, o Esfíncter Anal Externo (EAE), o</p>	Definição de Termos



<p>Esfíncter Anal Interno (EAI) e o epitélio anal (RCOG, 2004).</p> <p>As definições de lacerações de 3° e 4° graus adotadas pelo Projeto de Indicadores da Dinamarca, seguem a recomendação da Sociedade Dinamarquesa de Obstetrícia e Ginecologia (DSOG) (DSOG, 2004). As lacerações de terceiro grau envolvem menos de 50% do esfíncter externo, mais de 50% do esfíncter anal, ou, ainda, o esfíncter interno. As lacerações de 4° grau incluem lacerações de 3° grau com envolvimento do epitélio anal.</p>	
<p>O parto vaginal é a causa mais comum de lesões do esfíncter anal em mulheres (Norderval et al, 2004), por isso as lesões do esfíncter anal são consideradas grandes complicações do parto vaginal — uma complicação que pode ter um impacto significativo na qualidade de vida das mulheres. Os fatores de risco conhecidos para lacerações de terceiro e quarto grau são: mulheres que nunca pariram antes (primíparas), apresentação fetal com persistência em posição occípito-posterior e apresentações de face e de frente, indução do parto, duração do parto — particularmente do segundo estágio —, peso ao nascer e parto assistido por instrumentos (de Leeuw et al, 2001; Gupta et al, 2003; Sultan et al, 2001; e Jándér e Lyrenäs, 2001). De qualquer forma, a capacidade dos médicos de prever lacerações em mulheres específicas pode ser imprecisa. Byrd et al (2005) afirmam que a atenção quanto aos fatores de risco nem sempre ajuda a prever quais mulheres podem sofrer lacerações do esfíncter e quais não, isto é, mulheres sem fatores de risco efetivamente sofrem lacerações. Entretanto, existem práticas que os médicos podem adotar para reduzir ou minimizar o risco de trauma perineal grave, entre elas: determinação pré-natal do peso do bebê; monitoramento da posição da cabeça do bebê ao longo do parto (Byrd et al, 2005); ensinar às mulheres a auto-massagem do períneo no período pré-natal (Shipman et al, 1997 e Labrecque et al, 1999); monitoramento da posição da cabeça do bebê a todo momento; uso seletivo de episiotomia mediolateral (de Leeuw et al, 2001); posicionamento materno durante o segundo estágio do parto, p.ex., Shorten et al (2002) sugere que o parto de mulheres na posição lateral tem a menor incidência de trauma perineal; uso controlado de oxitócicos para incentivar o segundo estágio do parto (Poen et al, 1997; e Jándér e Lyrenäs, 2001); escolha apropriada do instrumento em partos assistidos, p.ex., foi demonstrado que a vácuo-extração (ventosa) causa menor traumatismo ao assoalho pélvico que o fórceps obstétrico (Fitzpatrick et al, 2003); e uso de um só instrumento, ao invés de instrumentos combinados (de Leeuw et al, 2001 e Fitzpatrick et al, 2000).</p> <p>A morbidade associada à lesão do esfíncter anal pode ser devastadora para a mulher. Incontinência, flatulência e redução das pressões anais foram relatados como problemas comuns em mulheres com ruptura do esfíncter anal (Fornell et al, 2005). Entre 30 e 50% das mulheres sofrem incontinência fecal, urgência, dispareunia ou dor perineal por muitos anos após um reparo primário de esfíncter (Norderval et al, 2004). Essas mulheres também sofrem graus variados de dor perineal, dificuldades de mobilização, limitações na posição para a amamentação, disfunção</p>	Racionalidade



sexual e disfunção intestinal e urinária (Renfrew et al, 1998; e McCandlish, 2001).

Mulheres que sofreram um trauma perineal têm 3,4 vezes mais chance de sofrer outras lacerações de terceiro e quarto grau em partos vaginais subsequentes (Payne et al, 1999). O nascimento de um filho deveria ser um momento de alegria e celebração. A maioria das mulheres, no entanto, sofre algum grau de traumatismo do trato genital durante o parto vaginal; as taxas mais altas ocorrem especialmente nos partos vaginais de primíparas e nos partos assistidos por instrumentos (Renfrew et al, 1998). Para garantir que a conduta em relação ao trauma perineal seja a melhor possível é essencial identificar e informar precisamente os casos de lacerações de períneo. Independentemente das taxas de incidência, estas lacerações têm um impacto de longo prazo sobre as mulheres, devendo portanto ser monitoradas, e os resultados devem ser usados para proteger o bem-estar da mãe e reduzir a morbidade materna.

Os relatos da incidência de lesão do esfíncter anal variam na literatura. Rieger et al (2004) relataram uma incidência de até 1,2%, mas já houve referências de taxas de incidência de até 9%. Um estudo objetivo feito por Dandolu et al (2005) identificou uma taxa de 7,3% de lacerações de terceiro e quarto grau num total de 168.337 partos. Embora esta porcentagem não pareça significativa, quando examinamos os valores absolutos, este número representa 18.888 mulheres. Em 2008, a incidência de lacerações de 3º e 4º graus na Dinamarca foi de 3,9% de partos vaginais (DNBH, 2010). A incidência é muito maior (16–35%) ao se usar o ultrassom após o parto (Abramowitz et al., 2000; Sultan et al., 1993). Apesar da grande variabilidade nos relatos sobre as taxas de incidência, parece haver uma aceitação geral de que as taxas de lacerações de terceiro e quarto grau estão entre 0,5 e 2,5% (Norderval et al, 2004, Gupta et al, 2003 e Byrd et al, 2005). Números publicados no *Australia's mothers and babies report 2003* informaram que 1 de cada 100 partos vaginais (1%) resultavam numa laceração perineal de terceiro ou quarto grau. O mesmo número foi publicado no *Australia's mothers and babies report 2002*. O ACHS também reúne dados sobre lacerações perineais de terceiro e quarto grau entre algumas organizações da Austrália e Nova Zelândia. A coleta de dados também só envolve mulheres primíparas. Foi obtido um resultado combinado de 3,26% de lacerações perineais de terceiro e quarto grau (3,0% de terceiro grau e 0,26% de quarto grau). O WHA informou que a taxa média de lacerações de terceiro e quarto grau em seus hospitais-membros foi de 2,1% em 2002/3, em comparação com 1,8% em 2001/2 e 1,9% em 2000/1 (Buist e Cahill, 2004).

Benefícios esperados com a implementação do indicador: Reduzir os traumatismos do trato genital e a morbidade materna a eles associada. Incentivar os prestadores de serviços de maternidades a considerarem este indicador juntamente com as taxas de episiotomias e a reverem, avaliarem e realizarem as mudanças necessárias em suas diretrizes e/ou práticas de conduta durante o parto. Facilitar novas análises dos dados para definir com precisão os fatores de risco associados às lacerações de



<p>terceiro e quarto grau e auxiliar no desenvolvimento de estratégias de prevenção. Reduzir o tempo de internação materno e aumentar a satisfação materna. Medir as taxas de lacerações de terceiro e quarto grau em mulheres primíparas que têm um parto vaginal. Dar às maternidades um indicador que incentive maiores investigações sobre a conduta durante o parto com mulheres primíparas caso as taxas sejam significativamente diferentes do grupo de hospitais de mesmo perfil a nível nacional — em particular, o uso da indução, o parto assistido por instrumentos e a conduta no segundo estágio do parto. Melhorar o bem-estar materno e os níveis de satisfação com o processo de parto. Melhorar o vínculo mãe-bebê pela menor exposição à dor e ao desconforto frequentemente associados a este grau de laceração. Dar ao clínico a possibilidade de prever e documentar precisamente o grau de laceração.</p>	
	Ajuste de Risco
	Estratificação
<p>O reconhecimento das diferenças na classificação das lacerações de períneo e na notificação das lesões de esfíncter anal são problemáticos na coleta de dados; portanto, as diversas taxas de ocorrência relatadas na literatura podem estar relacionadas à falta de reconhecimento e notificação de lesões do esfíncter anal (Norderval et al, 2004).</p> <p>Deve-se observar algumas limitações do indicador, tais como: capacidade do clínico de prever com precisão e documentar o grau de laceração; alguns fatores de risco para grandes lacerações de períneo, por exemplo, apresentações fetais difíceis tais como persistência em posição occípito-posterior e apresentações de face e frente estão além do controle do médico, que, nestes casos, não tem como reduzir a taxa de lacerações.</p> <p>O Projeto de Indicadores da Dinamarca (DNIP) propõe como padrão máximo de ocorrência deste indicador o índice de 6%.</p>	Interpretação
Banco de dados nacional sobre nascimentos; prontuários	Fonte de Dados
<p>1. Laws P &amp; Sullivan EA 2009. Australia's mothers and babies 2007. Perinatal statistics series no. 23. Cat. no. PER 48. Sydney: AIHW National Perinatal Statistics Unit. Disponível em: <a href="http://www.aihw.gov.au/publications/per/per-48-10972/per-48-10972.pdf">http://www.aihw.gov.au/publications/per/per-48-10972/per-48-10972.pdf</a>.</p> <p>2. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Methods and materials used in perineal repair. London (UK), Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), Guideline; No. 23 June 2004.</p> <p>3. Norderval S, Nsubuga D, Bjelke C, Frasunek J, Myklebust I, Vonen,</p>	Bibliografia



- B. Anal incontinence after obstetric sphincter tears: incidence in a Norwegian county *Acta Obstet Gynecol Scand* 83 pp: 989-994. 2004.
4. de Leeuw JW, Struijk ME, Vierhout ME, Wallenberg HCS. Risk factors for third degree perineal ruptures during delivery, *BJOG*, April 2001, Vol. 108, pp: 383-387.
5. Gupta N, Kiran TU, Mulik V, Bethel J, Bhal K. The incidence, risk factors and obstetric outcome in primigravid women sustaining anal sphincter tears, *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2003: Vol. 82, pp: 736-743.
6. Sultan AH, Fernando R. Maternal obstetric injury, *Current Obstet Gynecol*, 2001 Vol. 11, pp: 278-284.
7. Jandér C, Lyrenäs S. Third and fourth degree perineal tears. Predictor factors in a referral hospital, *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2001 Vol. 80, pp: 229-234.
8. Byrd LM, Hobbiss J, Tasker M. Is it possible to predict or prevent third degree tears?, *Colorectal Disease*, 2005 Vol. 7, pp: 311-318.
9. Shipman MK, Boniface DR, Tefft ME, McCloghry F. Antenatal massage and subsequent perineal outcomes: a randomised controlled trial, *Br J Obstet Gynaecol*, 1997 Vol. 104, pp: 787-791.
10. Labrecque M, Eason E, Marcoux S et al. Randomized controlled trial of prevention of perineal trauma by perineal massage during pregnancy, *Am J Obstet Gynecol*, 1999 Vol. 180, pp: 593-600.
11. de Leeuw JW, Struijk ME, Vierhout ME, Wallenberg HCS. Risk factors for third degree perineal ruptures during delivery, *BJOG*, April 2001, Vol. 108, pp: 383-387.
12. Shorten A, Donsante J, Shorten B. Birth Position, accoucher, and perineal outcomes: Informing women about choices for vaginal birth, *BIRTH*, 2002 Vol. 29(1), pp: 18-27.
13. Poen, A.C., Felt-Bersma, R.J.F., Dekker, G.A., Devillé, W., Cuesta, M.A., and Meuwissen, S.G.M (1997), Third degree obstetric perineal tears: risk factors and the preventative role of mediolateral episiotomy, *Br J Obstet Gynaecol*, 1997 Vol. 104, pp: 324-330.
14. Jandér C, Lyrenäs S. Third and fourth degree perineal tears. Predictor factors in a referral hospital, *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2001 Vol. 80, pp: 229-234.
15. Fitzpatrick M, Behan M, O'Connell R, O'Herlihy C. Randomised clinical trial to assess anal sphincter function following forceps or vacuum assisted vaginal delivery, *Br J Obstet Gynaecol*, 2003 Vol. 110, pp: 424-429.
16. Fitzpatrick M, Fynes M, Cassidy M, Behan M, O'Connell RP, O'Herlihy C. Prospective study of the influence of parity and operative technique on the outcome of primary anal sphincter repair following obstetrical injury, *Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol*, 2000 Vol. 80, pp: 159-163.





17. de Leeuw JW, Struijk ME, Vierhout ME, Wallenberg HCS. Risk factors for third degree perineal ruptures during delivery, BJOG, April 2001, Vol. 108, pp: 383-387.
18. Fornell EU, Matthiesen L, Sjødahl R, Berg G. Obstetric anal sphincter injury ten years after: subjective and objective long-term effects. BJOG, March 2005, Vol. 112, pp: 312-316.
19. Norderval S, Nsubuga D, Bjelke C, Frasurek J, Myklebust I, Vonen B. Anal incontinence after obstetric sphincter tears: incidence in a Norwegian county Acta Obstet Gynecol Scand 2004 83 pp: 989-994.
20. Renfrew M, Hannah W, Albers L, Floyd E. Practices that minimize trauma to the genital tract in childbirth: A systematic review of the literature, BIRTH, 1998 Vol. 25 (3), pp: 143 -160.
21. Payne TN, Carey JC, Rayburn WF. Prior third or fourth degree perineal tears and recurrence risks, Int J Gynecol Obstet, 1999 Vol. 64, pp: 55-57.
22. Reiger N, Perera S, Stephens J, Coates D, Po D. Anal sphincter function and integrity after primary repair of third degree tear: uncontrolled prospective analysis, ANZ J, 2004, Vol. 74, pp: 122-124.
23. Dandolu V, Chatwani A, Harmanli O, Floro C, Gaughan JP, Hernandez E. Risk factors for obstetrical and sphincter lacerations, Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunction 2005 Jul-Aug; Vol. 16(4) pp: 304-7.
24. Norderval S, Nsubuga D, Bjelke C, Frasurek J, Myklebust I, Vonen B. Anal incontinence after obstetric sphincter tears: incidence in a Norwegian county Acta Obstet Gynecol Scand 2004 83 pp: 989-994.
25. Gupta N, Kiran TU, Mulik V, Bethel J, Bhal K. The incidence, risk factors and obstetric outcome in primigravid women sustaining anal sphincter tears, Acta Obstet Gynecol Scand, 2003: Vol. 82, pp: 736-743.
26. Byrd LM, Hobbiss J, Tasker M. Is it possible to predict or prevent third degree tears?, Colorectal Disease, 2005 Vol. 7, pp: 311-318.
27. Buist R, Cahill A. Benchmarking in Obstetrics 2000-2003, Women's Hospitals Australasia, Canberra 2004.
28. Women's Hospitals Australasia. Supporting Excellence in Maternity Care: The Core Maternity Indicators Project. [online]. Published by Women's Hospitals Australasia. Australian; January 2007. Disponível em:  
[http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/3A59DB5FECB57A99CA25753C001B50ED/\\$File/CMI-Report-Jan2007.PDF](http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/3A59DB5FECB57A99CA25753C001B50ED/$File/CMI-Report-Jan2007.PDF).
29. Kesmodel US, Jalving LR. Measuring and improving quality in obstetrics - The implementation of national indicators in Denmark. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. 2011. 90(4):295-304.
30. Danish National Board of Health. Sundhedsdata – fødsler og fødselskomplikationer. [Health data – deliveries and birth







complications] (in Danish), 2010. Available online at: <http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/Sundhedsdata/Foedsl'er%20fertilitetsbehandling%20og%20abort/foedsler4.aspx>. Last accessed 4 February 2011.

31. Abramowitz L, Sobhani I, Ganansia R, Vuagnat A, Benifla JL, Darai E, et al. Are sphincter defects the cause of anal incontinence after vaginal delivery. *Dis Colon Rectum*. 2000;43:590–6.

32. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM. Anal sphincter disruption during vaginal delivery. *N Engl J Med*. 1993; 329:1905–11

33. FRANCISCO, Adriana Amorim et al. Avaliação e tratamento da dor perineal no pós-parto vaginal. *Acta Paul Enferm* 2011;24(1):94-100.

34. BUSANELLO, Josefine et al. Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análise das práticas desenvolvidas em um Centro Obstétrico. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2011 set-out; 64(5): 824-32.

© Proqualis/Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz, 2014