

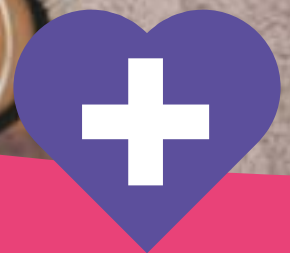


Lansinoh®

Trauma perineal

Acompañando a las mujeres a recuperarse

Exclusivo para Profesionales de la Salud



Introducción

El parto vaginal es un proceso fisiológico natural y, sin embargo, sabemos que aproximadamente el 85% de las mujeres sufrirán un trauma perineal después del parto, y al menos el 70% de ellos requerirán sutura.¹ Lo que hay que recordar es que el parto provoca una serie de cambios en la zona perineal; desde estiramientos, hematomas, hinchazón y rozaduras hasta desgarros perineales de distintos grados y episiotomías. Todos ellos están asociados a diferentes niveles de dolor y molestias. Para la mayoría de las mujeres, estos desgarros son menores y se curan rápidamente. En el caso de algunas madres, el grado de lesión puede ser de gran alcance, afectando no solo a la salud física y emocional de la madre, sino también a la relación de apego con su bebé, con implicaciones en la alimentación del bebé, y con problemas en la vida familiar y en las relaciones sexuales que se prolongan a largo plazo.²

Clasificación del Trauma Perineal

El suelo pélvico desempeña un papel fundamental en la maternidad, y los tejidos y estructuras que sufren un trauma perineal funcional van desde hematomas, hinchazón, rozaduras, laceraciones y desgarros hasta lesiones complejas del esfínter anal (OASIS).³

Muchas mujeres (el 70%) sufrirán desgarros de primer y segundo grado bajo el control de las matronas, y un número menor de mujeres (entre el 3 y el 6%) necesitarán tratamiento obstétrico para un desgarro de tercer o cuarto grado (véase la figura 1).³

Para la mayoría de las mujeres, estos desgarros son menores y se curan rápidamente.

Desgarro de 1er grado

Lesión de la piel perineal y/o de la mucosa vaginal

Desgarro de 2o grado

Lesión en el periné que afecta a los músculos perineales pero no al esfínter anal

Desgarro de 3er grado

3a: Menos del 50% del grosor del esfínter anal externo (EAE) desgarrado

3b: Más del 50% del grosor del EAE desgarrado

3c: Desgarro tanto del EAE como del esfínter anal interno (EAI)

Desgarro de 4o grado

Lesión del periné que afecta al complejo del esfínter anal (EAS y EAI) y a la mucosa anorrectal



Hasta **9 de cada 10 madres primerizas** (Reino Unido) que tienen un parto vaginal experimentarán algún tipo de desgarro, roce o episiotomía.²⁶

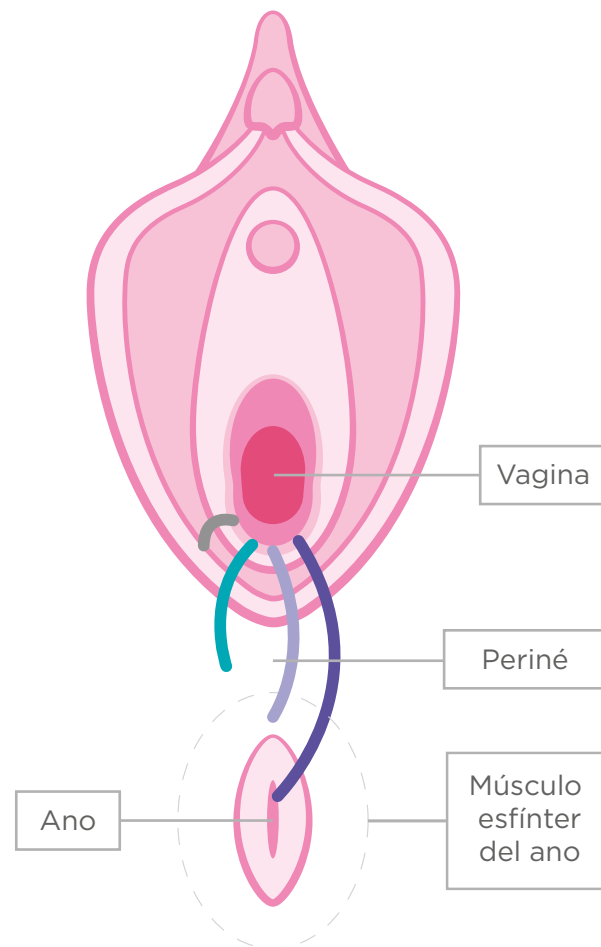


Fig. 1. Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos (RCOG) 2015

Episiotomía

La episiotomía es una incisión quirúrgica en el periné y la pared vaginal para ampliar la abertura vaginal con el fin de crear más espacio para el nacimiento del bebé.³ Las tasas de episiotomía notificadas varían desde un 9,7% (Suecia) hasta un 100% (Taiwán).⁴ Las grandes diferencias están relacionadas con las distintas políticas sanitarias nacionales y con el hecho de que el uso de la episiotomía sea rutinario y no selectivo.⁵

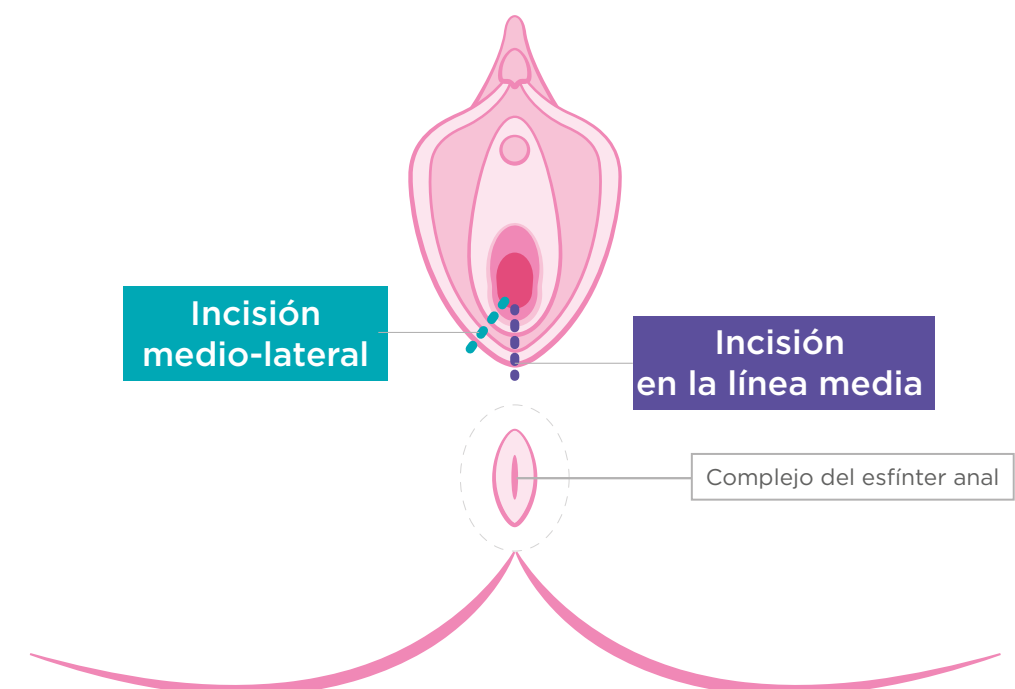
Normalmente, en muchos países no se ofrece la episiotomía de forma rutinaria para el parto fisiológico, ya que se trata de un procedimiento invasivo y la evidencia abrumadora sugiere que no se considera necesario para facilitar el parto en ausencia de indicación médica.^{6,7}

La necesidad de una episiotomía puede deberse a:⁵

- Desgarro perineal grave inminente
- Prolongación de la segunda fase del parto
- Agotamiento materno
- Parto instrumental (asistido) cuando se utilizan fórceps o ventosa para ayudar a nacer al bebé.
- Frecuencia cardíaca fetal no tranquilizadora

La Organización Mundial de la Salud (OMS 2018) recomienda que el uso rutinario o libre de la episiotomía no se recomiende para las mujeres que se someten a un parto vaginal espontáneo. Se recomienda el uso restrictivo de la episiotomía con anestesia local efectiva y es esencial el consentimiento informado de la mujer.⁸

Si es necesario realizar una episiotomía, la más habitual en EE.UU. es la episiotomía en la línea media, tal y como indica el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); sin embargo, en Europa la OMS y el Royal College of Gynecologists (RCOG) recomiendan el abordaje mediolateral. Las ventajas que se atribuyen a la episiotomía mediolateral son una mejor cicatrización, menos dolor y menos problemas sexuales. La desventaja es un mayor riesgo de extensión del esfínter anal.^{3,8,9}



Los siguientes pasos pueden favorecer la cicatrización de la herida para minimizar el riesgo de infección:

Higiene



- Lavarse las manos antes y después de ir al baño
- Mantener la herida limpia y seca
- Secarse con una toalla limpia o dejar que la zona se seque de forma natural
- Ducharse al menos una vez al día
- Evitar el uso de jabones o cremas en el periné
- Usar ropa suelta de algodón y ropa interior, para evitar la fricción
- Cambiar regularmente las compresas posparto
- Utilizar regularmente analgésicos como el paracetamol y el ibuprofeno

Dieta y agua



- Mantenerse hidratada para minimizar las molestias al orinar
- Mantener una dieta sana y equilibrada con mucha fruta, verdura, cereales, pan integral y pasta
- Considerar el uso de laxantes si la defecación es particularmente dolorosa
- Descansar todo lo que pueda a intervalos regulares
- Practicar ejercicios del suelo pélvico bien enseñados y estimulados

Higiene íntima



- Tener cuidado de no forzar al defecar ya que esto aumentará las molestias
- Mantener una buena rutina de higiene, limpiándose de adelante hacia atrás
- Verter agua fría/caliente sobre el desgarró después de usar el inodoro y mientras se orina para minimizar las molestias
- Utilizar un reposapiés para elevar las rodillas por encima de las caderas mientras se está sentada en el inodoro

Las matronas se esfuerzan por mantener una perspectiva holística de la curación y el cuidado de las heridas perineales, individualizando el apoyo en consecuencia a lo largo del puerperio temprano.

El **modo de nacimiento** no siempre dicta el alcance del trauma, por lo que en cada visita postnatal es importante **animar a las madres a compartir su experiencia de recuperación y sus estrategias habituales de afrontamiento**.

Aconsejar a las mujeres sobre lo que pueden esperar y lo que no, es importante para empoderarlas y permitirles buscar ayuda cuando la necesiten.



Modo de nacimiento

- parto vaginal
- parto vaginal asistido por ventosa
- parto vaginal con fórceps
- cesárea no planificada
- cesárea programada

¿Qué deben esperar las mujeres durante el proceso de curación de la herida perineal?

- Normalmente, se utilizan **suturas solubles** para el cierre de la herida, que suelen absorberse en 1-2 semanas, y la mayoría de las heridas perineales se curan en 6-8 semanas
- **Eritema (enrojecimiento)**, hematomas y decoloración de los tejidos circundantes
- **Edema (hinchazón)** en el periné
- **Molestias** al moverse o sentarse
- Sensibilidad al **orinar**
- Sensación de **escozor**, tirantez o picor
- **Dolor** en el lugar de la sutura, especialmente si migra
- Aparición de **suturas en la ropa interior** al disolverse
- Las laceraciones o rozaduras labiales pueden provocar un intenso escozor localizado
- Sensación de **fatiga**
- **Preocupación** por el proceso de curación, la reanudación de la intimidad y el cuerpo después del parto
- El **tejido cicatricial** aparecerá inicialmente de color rojo y se desvanecerá con el tiempo
- Los **loquios normales (hemorragia posparto)** estarán presentes independientemente del daño perineal y pueden continuar durante todo el puerperio hasta aproximadamente las 6 semanas posparto, aunque normalmente se vuelven más leves día a día.

Gestión del dolor

Por lo general, las nuevas madres sienten cierto nivel de dolor y molestias durante 2 ó 3 semanas después del trauma perineal, sobre todo al caminar, sentarse o al orinar.

A medida que las suturas empiezan a cicatrizar pueden irritarse ligeramente, lo que puede crear una sensación de picor o de ligera tirantez. Es importante explicar a las madres que deben esperar estos cambios. La migración de los puntos es también un elemento de la sutura que puede causar irritación y la aparición de suturas en la ropa interior o al limpiarse puede causar ansiedad si no se tiene suficiente información.

Higiene perineal

paso
1

La higiene del periné es un componente clave para minimizar el riesgo de infección y mejorar los niveles de confort materno, y desde la década de 1970 se aconseja universalmente un buen cuidado del periné después del parto.^{10,11}

Las recomendaciones de la OMS sobre el cuidado postnatal de la madre y el recién nacido aconsejan a las mujeres lavar el periné a diario y el Colegio Americano de Matronas (2013), aconseja a las mujeres utilizar una botella de plástico con tapa de spray para rociar agua tibia en el periné durante la micción para diluir la orina y hacerla más cómoda.^{12,13}





Un estudio realizado en 2012, en el que participaron 80 mujeres en fase de posparto, indicó que, en comparación con un grupo de control, las mujeres a las que se les enseñó la higiene perineal (incluyendo el uso de una botella de irrigación perineal para verter agua sobre el periné y un baño de Sitz caliente) tuvieron:

- Niveles significativamente menores de dolor por episiotomía a las 4, 24 y 48 horas, y a los 7 días después del parto
- Menor interferencia del dolor al caminar, sentarse y orinar a las 24 y 48 horas, y a los 7 días posparto
- Mejor evolución de la cicatrización de la herida

Referencia: MOHAMED HAE y EL-NAGGER NS (2012) Efecto de las instrucciones de autocuidado perineal sobre el dolor de la episiotomía y la cicatrización de la herida de las mujeres posparto. Journal of American Science 8(6):640-650¹⁴

Analgesia Oral

pas
2

La primera fase de analgesia recomendada para el dolor perineal son los medicamentos orales de venta libre, como el paracetamol y el ibuprofeno. Son conocidos, seguros de tomar durante la lactancia y muy aceptables para las mujeres, pero deben tomarse con regularidad para obtener un beneficio óptimo.

Tratamientos con frío

pas
3

Los tratamientos de frío, como las bolsas de hielo y los paquetes de gel durante un máximo de 20 minutos, pueden ofrecer un alivio calmante y suelen utilizarse junto con los analgésicos orales habituales. Las terapias de frío son un tratamiento aceptable, de bajo coste y no invasivo que no afecta a la lactancia. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) reconoce que hay pruebas limitadas que apoyan la eficacia de los tratamientos de frío local, incluidas las compresas de hielo, las almohadillas de gel frío y los baños fríos o helados, aplicados en el periné después del parto para aliviar el dolor.⁹

La aplicación de frío (crioterapia) se ha utilizado durante mucho tiempo para adormecer el dolor, y la aplicación de hielo en las lesiones musculares agudas es una práctica habitual. El enfriamiento de una lesión provoca vasoconstricción, reduciendo el flujo sanguíneo al lugar y disminuyendo la producción de agentes proinflamatorios, lo que reduce la inflamación.



Una revisión sistemática Cochrane (2012) y un metanálisis de 10 ECA con 1825 mujeres, compararon los tratamientos de frío local (bolsas de hielo, almohadillas de gel frío o baños fríos/helados) con ningún tratamiento; almohadillas de gel con compresión, agua de hamamelis, energía electromagnética pulsada (PET), espuma de hidrocortisona/pramoxina (EpiFoam), paracetamol oral o baños calientes. Las compresas de frío proporcionaron un mejor alivio del dolor entre 24 y 72 horas después del parto en comparación con ningún tratamiento (cociente de riesgos [RR] 0,61; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,41 a 0,91; un estudio, n = 208), y las mujeres prefirieron las compresas de gel en comparación con las compresas de hielo.¹⁵

Las mujeres consideran que estas estrategias de enfriamiento son útiles en las primeras 24-48 horas tras el parto, sin que se hayan registrado efectos negativos en la cicatrización de las heridas, y algunas mujeres informan de una menor interrupción de su rutina de alimentación y de sus actividades diarias.

Fitoterapia

pas
4

Algunas mujeres embarazadas y madres recientes son receptivas a probar terapias complementarias y alternativas, lo que estimula la demanda de productos orgánicos y naturales. Se prefieren los productos ecológicos, ya que se producen sin utilizar fertilizantes químicos, pesticidas u otros productos químicos artificiales. Algunas madres pueden preferir estas alternativas para proporcionar un alivio calmante y refrescante en la zona perineal. Es importante orientar a las nuevas madres para que se aseguren de que los remedios considerados son

- Formulados para su uso en el periné
- Probados ginecológicamente
- Hipoalergénicos o adecuados para pieles sensibles
- Adecuados para pieles sensibles
- Certificados por una organización independiente y acreditada para garantizar que los productos cumplan con los estándares orgánicos, naturales y sostenibles

Es importante crear un enfoque de cuidado escalonado con las madres que se recuperan de un trauma perineal:

Limpia. Calma. Alivia. Repite



Factores clave que ayudan a la recuperación

El **descanso** es esencial para favorecer la cicatrización de las heridas y el bienestar emocional, lo que supone un reto a la hora de equilibrar las necesidades de cuidado y alimentación de un recién nacido, sobre todo si la nueva madre tiene que recuperarse de un trauma perineal.

Implicar a la "red de apoyo" les ayudará a reconocer cuándo las nuevas madres necesitan ayuda.

Actos sencillos como preparar la comida, conseguir la medicación, hacer la compra, cuidar de otros niños y mantener un entorno limpio y confortable serán especialmente útiles durante este tiempo, sobre todo porque la propia movilidad de la mujer puede verse reducida.

Alimentar al bebé, especialmente la lactancia materna, puede ser complicado debido al dolor y el malestar de la madre, y ponerse en una posición cómoda y sostenible para alimentarlo puede ser un reto. Cambiar de posición para alimentar al bebé a lo largo del día puede aliviar las molestias derivadas de la permanencia prolongada en un mismo lugar.

Es fundamental que el profesional de la salud apoye los deseos de la madre de amamantar y se asegure de que se siente segura con las señales de su bebé para evitar que se produzcan complicaciones como congestión, dolor en los pezones, obstrucción de los conductos y mastitis.

Signos de transferencia efectiva de la leche

- ✓ Pañales húmedos y sucios
- ✓ Bebé satisfecho y alerta
- ✓ Pechos blandos después de la toma

Señales de alimentación tempranas en el bebé

- ✓ Chasquea los labios
- ✓ Busca el pecho con la cabeza
- ✓ Está inquieto y se retuerce

Diferentes posiciones cómodas para amamantar mientras se recupera de un trauma perineal



De hecho, otros factores que complican el trauma perineal pueden ser las hemorroides, la cesárea y la involución del útero, que puede implicar dolor y molestias por entuertos tras el parto, ya que el útero se contrae y vuelve a su estado anterior al embarazo.

Algunas mujeres consideran que colocar una **compresa caliente o una botella de agua** sobre el abdomen les ayuda en este momento.

Comunicación

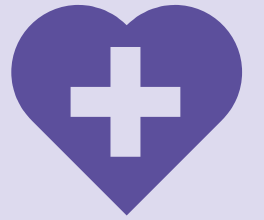
Es una habilidad crucial preguntar con sensibilidad sobre el bienestar de la madre en cada contacto postnatal, utilizando preguntas abiertas y escuchando con paciencia.

Visitar a la madre en el entorno doméstico

puede permitir al profesional conocer mejor la red de apoyo de la mujer y el comportamiento y el entorno posparto, orientando así un enfoque holístico del bienestar materno.















Un enfoque holístico



Un enfoque holístico tiene en cuenta a la persona en su totalidad, incluyendo el cuerpo, la mente y el espíritu. Cada mujer tiene diferentes expectativas sobre el parto y lo que debería experimentar, lo cual es típico, ya que cada familia tiene sus propias creencias y esperanzas. Cuando el parto es imprevisible y no se ajusta a lo pensado, es importante que los profesionales sanitarios que atienden a las nuevas madres les proporcionen ayuda y asistencia en este momento tan vulnerable y adapten los cuidados de forma flexible cuando sea necesario.

Las **señales no verbales** pueden ser reveladoras, ya que las mujeres pueden sentirse avergonzadas o temerosas de revelar sus preocupaciones. Si es posible, hablar con la red de apoyo de la madre (con su consentimiento), puede permitir a la unidad familiar reconocer cualquier preocupación temprana en torno al bienestar emocional y físico, ya que conocen mejor a la mujer. Esto proporciona una red de seguridad adicional y abre canales de comunicación no solo para la nueva madre, sino también para sus amigos y familiares, para que puedan pedir consejo cuando lo necesiten.

Hay que animar a las mujeres y a su red de apoyo inmediato a que estén atentas a los siguientes signos y a que acudan al médico si están preocupadas:

-  Malestar general
-  Aumento de la temperatura
-  Cualquier abertura en la herida, suturas sueltas o cambios en su aspecto
-  Sentirse cada vez más ansiosa o preocupada
-  Insomnio
-  Pensamientos de hacerse daño a sí misma y/o a su bebé
-  Aumento de la hinchazón en la zona perineal
-  Flujo anormal
-  Aumento de la hemorragia
-  Aumento del dolor
-  Aumento del enrojecimiento
-  Aumento del calor

Recuperación a largo plazo

Las implicaciones del trauma perineal en la salud emocional pueden ser devastadoras, tanto a corto como a largo plazo.¹⁶ El trauma emocional de sufrir un desgarro o una episiotomía puede ser doloroso y difícil de asumir, especialmente cuando se asocia a un parto complejo o a intervenciones médicas. Las mujeres pueden experimentar una imagen corporal alterada y problemas psicosexuales derivados de la vergüenza, sintiéndose expuestas, sin poder y vulnerables.^{16,17} Esto puede provocar una desconexión entre las expectativas del parto y el puerperio (periodo de seis semanas tras el nacimiento), y la realidad de intentar recuperarse del trauma perineal mientras se experimenta la nueva maternidad y se mantiene una relación íntima con la pareja.^{18,19,20,21}

El trauma perineal puede afectar negativamente a la intimidad, y las mujeres dicen sentirse ansiosas y temerosas de reanudar las relaciones sexuales. La dispareunia tras el parto vaginal es un fenómeno muy extendido y puede persistir a largo plazo: el 60% de las mujeres a los 3 meses del parto, el 30% a los 6 meses y el 15% a los 3 años declaran tener relaciones sexuales dolorosas. En comparación con las mujeres con trauma perineal, las que tienen el periné intacto manifiestan dolor con menos frecuencia, tienen más probabilidades de reanudar el coito antes y manifiestan una mayor satisfacción sexual.^{16,19}

La **recuperación de la función física** tras el parto desempeña un papel esencial en el mantenimiento de la salud emocional y la capacidad de disfrutar de la vida cotidiana. No poder ser tan activo como de costumbre puede ser frustrante, molesto y aislante, sobre todo junto con una mayor preocupación con un trauma perineal grave sobre si la salud y la función normales se reanudarán alguna vez.^{18,22,23,24}

En el caso de las personas con traumas perineales graves, la derivación a fisioterapia es primordial para ayudar a la recuperación.

Además, puede ser importante la remisión a una revisión ginecológica y a un interrogatorio, especialmente cuando las mujeres se plantean futuros embarazos y partos.

Las mujeres deben tener la oportunidad de discutir sus puntos de vista y el plan en curso **antes de ser dadas de alta** de los cuidados de la matrona. La comunicación es un factor clave para la recuperación continua y la planificación de los cuidados futuros, y tener una buena relación con un profesional sanitario de confianza puede permitir a las mujeres hablar libre y abiertamente.



La red de apoyo más amplia de la mujer es esencial a lo largo de la recuperación del trauma perineal, ya que la pareja, la familia, los amigos y los profesionales sanitarios desempeñan un papel clave en la protección y el apoyo de la salud emocional y física, así como en el reconocimiento de cuando el bienestar se sale de los parámetros normales.^{25,27,28}

El papel de las matronas para apoyar a las mujeres que se recuperan de un trauma perineal

Educación

Controlar el bienestar de forma holística y concienciar sobre la salud pélvica materna.

Apoyo

Convertirse en un punto focal para todas las preocupaciones de atención, abogando por las mujeres y sus bebés al reconocer cualquier deterioro en el bienestar.

Prevención

Coordinar la atención y derivar a otros organismos sanitarios si es necesario.

Promover un nuevo estándar de atención

Las matronas se encuentran en una posición ideal como profesionales autónomas de primera línea para establecer una relación única con las mujeres y sus familias, creando un espacio seguro y sin prejuicios, inculcando confianza y conocimientos para que las mujeres se sientan capacitadas para abogar por sí mismas en la recuperación posparto y más allá.

El papel de la matrona en el puerperio es fundamental para apoyar la transición a la maternidad, así como para guiar a las mujeres a través de la curación y transformación emocional y física que sigue al parto.



REFERENCIAS

accedidas en abril de 2021

1. WEBB S, SHERBURN M and ISMAIL KHALED MK (2014) Managing perineal trauma after childbirth *BMJ* 349:g6829. Abstract available at: <https://www.bmj.com/content/349/bmj.g6829>
2. PRIDDIS H, DAHLEN H and SCHMIED V (2013) Women's experiences following severe perineal trauma: A meta-ethnographic synthesis. *Journal of Advanced Nursing* 69(4):748-759. Abstract available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.12005>
3. Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) (2020) Definition of perineal tears. Available at: <https://elearning.rcog.org.uk/perineal-surgery/perineal-repair/definition-perineal-tears>
4. Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the world: an update. *Birth* 2005;7(313):21.4
5. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017(2). doi:10.1002/14651858.CD000081.pub3
6. Klein, M. et al. (1994). Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology* 171(3): 591-598.
7. Charles, C. in Chapman, V. and Charles, C. (Eds) (2018). Labour and normal birth. In *The Midwife's Labour and Birth Handbook*. John Wiley and Sons Ltd
8. World Health Organization. (2018) . WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience: transforming care of women and babies for improved health and well-being: executive summary. World Health Organization.
9. ACOG (2018) Prevention and management of obstetric lacerations at vaginal delivery. *Practice Bulletin* 198. Abstract available at: https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2018/09000/ACOG_Practice_Bulletin_No__198__Prevention_and.66.aspx
10. RHODE MA and BARGER MK (1990) Perineal care. Then and now. *J Nurse Midwifery*. 35(4);220-230. Abstract available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2204693/>
11. DAHLEN HG et al (2011) From social to surgical: Historical perspectives on perineal care during labour and birth. *Women Birth* 24(3);105-111. Abstract available at <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S187151921000065X?via%3Dihub>
12. WHO (2013) Recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Geneva, WHO. Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649_eng.pdf?sequence=1
13. AMERICAN COLLEGE OF NURSE-MIDWIVES (2013) Share with women. Caring for your perineum after you give birth. *J Midwifery Womens Health*. 58(6);723-724. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jmwh.12069>
14. MOHAMED HAE and EL-NAGGER NS (2012) Effect of self-perineal care instructions on episiotomy pain and wound healing of postpartum women. *Journal of American Science* 8(6);640-650
15. EAST CE et al (2012) Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 5. Art. No.: CD006304. Available at: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/1150.1002/14651858.CD006304.pub3/full>
16. Barrett, G. et al (2005). Women's sexual health after childbirth. *BJOG* 107:2.
17. Asif, S. et al (2020). Severe obstetric lacerations associated with postpartum depression among women with low resilience: A Swedish birth cohort study. *BJOG*
18. Lindberg, I. et al (2020). 'Taken by surprise' - Women's experiences of the first eight weeks after a second degree perineal tear at childbirth. *Midwifery* 87;102748
19. Signorello, L. et al (2001). Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: A retrospective cohort study of primiparous women. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*; 184:881-90.
20. Solt Kirca, A. & Kanza Gul, D. (2020). The effect of music and skin contact with the newborn on pain and anxiety during episiotomy repair in primiparous women: A double-blind randomized controlled study. *Explore* 1-7
21. Shoorab, N. et al. (2019). Women's Experiences of Emotional Recovery from Childbirth-Related Perineal Trauma: A Qualitative Content Analysis. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery* 7(3): 181-191
22. Steen, M. (2007). Perineal tears and episiotomy: how do wounds heal? *Br J Midwifery* 15:273-80.
23. Steen, M. and Diaz, M. (2018). Perineal trauma: A women's health and wellbeing issue. *Br J Midwifery* 26 (9);574-584. Abstract available at:- <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjom.2018.26.9.574>
24. National Institute for Health and Care excellence (2015).Postnatal Care up to 8 Weeks after Birth. *Clinical Guideline* CG37
25. Dudley L, Kettle C, Waterfield J, et al (2017). Perineal resuturing versus expectant management following vaginal delivery complicated by a dehiscenced wound (PREVIEW): a nested qualitative study. *BMJ Open*
26. Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) (2020) Perineal tears during childbirth. Available at: <https://www.rcog.org.uk/en/patients/tears/tears-childbirth/>
27. Lamb, K. and Sanders, R. (2015). Constipation and haemorrhoids: A midwifery perspective for the childbearing continuum. *British Journal of Midwifery*. 23. 171-177. 10.12968/bjom.2015.23.3.171.
28. Lamb, K. and Sanders, R. (2016). Bladder care in the context of motherhood: Ensuring holistic midwifery practice. *British Journal of Midwifery*. 24. 415-421.10.12968/bjom.2016.24.6.415.

LAN2027