

Hemorragia postparto por desgarro perineal en mujeres primíparas

Postpartum hemorrhage due to perineal tear in
primiparous women

Verónica Zambrano Villamar
Universidad Técnica de Machala
Machala - Ecuador

Sara Vera - Quiñonez
Universidad Técnica de Machala
Machala - Ecuador
svera@utmachala.edu.ec

Janeth Rodríguez Sotomayor
Universidad Técnica de Machala
Machala - Ecuador

Elida Reyes Rueda
Universidad Técnica de Machala
Machala - Ecuador

Revista Cumbres Vol.5 N°1
Versión impresa ISSN 1390-9541
Versión electrónica ISSN 1390-3365
<http://investigacion.utmachala.edu.ec/revistas/index.php/Cumbres>

RESUMEN

Una de las principales causas de morbilidad materna a nivel mundial es la hemorragia postparto; determinar las causas e incidencia de hemorragia postparto por desgarro perineal en mujeres primíparas que fueron atendidas en el Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollágue de la ciudad de Santa Rosa de la provincia de El Oro, Ecuador, durante septiembre 2016 - febrero 2017; fue objetivo de esta investigación. Este estudio fue descriptivo - retrospectivo, con una población de 50 mujeres primíparas, cuya información se obtuvo mediante un checklist con datos de historias clínicas y la aplicación de encuestas a 33 profesionales de la salud que atendieron este tipo de casos siendo 5 médicos generales, 4 especialistas, 22 enfermeras, 1 auxiliar de farmacia y 1 auxiliar de estadística. Los resultados obtenidos en la encuesta evidencian que las hemorragias postparto por desgarro perineal se dieron por: falta de controles prenatales con 51,54% y por macrosomía fetal con 42,4%; por otro lado, en la revisión de historias clínicas se observó que las causas son: parto prolongado con 52%, macrosomía fetal con 36% , 15 - 19 años fue la edad más afectada coincidiendo en un alto porcentaje entre la encuesta (81,81%) e historias clínicas (70%); la hemorragia por desgarro perineal por episiotomía fue 6% y la incidencia fue de 0 a 2 casos por mes durante un cuatrimestre. Las causas de hemorragias por desgarro perineal son: falta de control prenatal, macrosomía fetal, parto prolongado. La mayor incidencia se observó entre 15-19 años. Se descartó la hemorragia por desgarro perineal a causa de la episiotomía porque los datos estadísticos no fueron significativos.

Palabras clave: Desgarro perineal, hemorragia, causas e incidencias.

ABSTRACT

Postpartum hemorrhage is one of the main causes of maternal morbidity and mortality worldwide; the objective of this research was to determine the causes and incidence of postpartum hemorrhage due to perineal tear in primiparous women who were treated in the Ángela Loayza de Ollágue obstetric hospital of Santa Rosa city, in El Oro province, Ecuador; from September 2016 to February 2017. This study was descriptive - retrospective, with a population of 50 primiparous women, whose information was obtained through a checklist with data from medical records and the application of surveys to 33 health professionals, 5 of them were general practitioners, 4 specialists, 22 nurses, 1 pharmacy assistant and 1 statistic assistant; who attended this type of cases. The results obtained in the survey showed that the postpartum hemorrhages due to perineal tears were due to the lack of prenatal controls with 51.54%, fetal macrosomia with 42.4%, on the other hand, in the review of medical records the causes are: prolonged labor with 52%, fetal macrosomia with 36%, the age of 15-19 years old which are in agreement between the survey (81.81%) and with the clinical records (70%), perineal tear blee-

ding due to episiotomy was 6% and the incidence was 0 to 2 cases per month during a four-month period. It was concluded that the causes for perineal tear hemorrhages are: lack of prenatal control, fetal macrosomia, prolonged labor and the ages 15 - 19, with regard to the incidence, it was not possible to determine the annual cases. Hemorrhage postpartum due to perineal tear was discarded because there was not a significant statistic data.

Keywords: Perineal tear, hemorrhage, fetal macrosomia, dystocia.

INTRODUCCIÓN

El proceso de labor de parto implica lesiones, la más común es el desgarro perineal que, en algunas ocasiones, produce hemorragias que comprometen la integridad de la vagina, vulva y periné (Bertucci, 2014). La población más afectada son las mujeres primíparas. Los desgarros perineales se relacionan con factores como la edad, la falta de controles prenatales, la acción de realizar una episiotomía, partos distócicos como macrosómico fetal, presentación y posición fetal (Amodeo, Rodríguez, De la Hoz, Oña, & Garrido, 2011). La conciencia sobre el alcance de los problemas de salud física y emocional de la madre después del parto está aumentando. Se han descrito cambios en la prevalencia de problemas de salud materna en los 6 o 7 meses posteriores al nacimiento y su asociación con la paridad y el método de nacimiento, concluyéndose que los problemas de salud comúnmente ocurren después del parto o (Thompson, Roberts, Curie, & Ellwood, 2002; Brown & Lumley, 1998; Blix, Schaumburg, Oian, Straume, & Kumle, 2012).

El parto prolongado por falta de contracciones uterinas, así como la inducción de la labor de parto y los antecedentes de lesiones de las partes blandas por procedimientos no relacionados con el parto también contribuyen a presentar esta lesión; otra causa es la obesidad: un índice de masa corporal superior a 30 contribuye a la formación de un feto macrosómico (Abril, Guevara, Ramos, & Rubio, 2007). Se han determinado los efectos de las técnicas de empuje (Yildirim & Beji, 2008). Las laceraciones cervicales intraparto no parecen afectar el resultado de embarazos posteriores (Melamed, Ben-Haroush, Chen, Kaplan, & Yogev, 2009). Existen estudios sobre el problema de los loquios en mujeres con o sin trastornos hereditarios de la coagulación (Chi, Bapir, Lee, & Kadir, 2010; Gizzo, y otros, 2013).

Los desgarros perineales se clasifican en diferentes grados según la zona de la estructura genital comprometida: de primer grado cuando solo lesiona la mucosa vaginal y no la piel perineal; de segundo grado, cuando hay lesión del periné sin afectar el esfínter anal; de tercer grado, cuando compromete al esfínter anal por lesión externa o interna (López et al, 2014). También se ha determinado (Faltin et al, 2000) que la endosonografía anal inmediatamente después del parto vaginal puede predecir una incontinencia fecal posterior, diagnosticándose desgarro del esfínter anal después del parto vaginal. Sobre este aspecto, se ha determinado la incidencia, los factores de riesgo y los síntomas anales relacionados con las roturas de tercer grado después del

parto vaginal (Wood, Amos, & Rieger, 1998). Se han revisado las causas de las lesiones del esfínter anal durante el parto vaginal, comprobándose que no son resultado de una atención obstétrica prenatal deficiente (Byrd, Hobbiss, & Tasker, 2005).

Se ha evaluado el efecto de la episiotomía mediolateral en la fuerza y disfunción del piso pélvico puerperal (2004; Renfrew, Hannah, Albers, & Floyd, 1998), observándose que la episiotomía mediolateral no protege contra la incontinencia urinaria y anal y el prolapso genital y se asocia con una menor fuerza muscular del piso pélvico en comparación con las laceraciones perineales espontáneas y con más dispareunia y dolor perineal. MacArthur AJ. & MacArthur C. (2004) afirman que “el dolor persiste a las 6 semanas posparto, en un 4% de las mujeres que han sufrido una lesión de primer o segundo grado, en un 12% de las que han sufrido una episiotomía y en un 20% de las que han tenido una lesión de tercer o cuarto grado”, así también “la lesión del musculo elevador, o avulsión, está directamente relacionada con el parto” (Keamey, Miller, Ashton-Miller, & DeLancey).

Tanto el peso, tamaño y presentación del feto, así como el tiempo de labor de parto, influyen en la presencia de los diferentes grados de desgarro (Fandiño, 2007). La existencia del desgarro perineal ya sea espontánea o por una episiotomía facilita la salida del producto, y a la vez, eleva la morbilidad mediante complicaciones por pérdida del equilibrio hemodinámico, por lo que se recomienda que no a todas las parturientas se les realice una episiotomía, ya que en varias ocasiones este procedimiento puede prolongar la recuperación de la primigesta por presentar procesos infecciosos (Rodríguez-Millan, 2015).

Se ha descrito (Dossou, Debost, Déchelotte, Lémery, & Vendittelli, 2015) la frecuencia de hemorragias posparto secundarias graves (HPP), concluyendo que la HPP secundaria es rara. El trauma perineal ocurre en más de 65% de los partos vaginales (Rubio, 2005), al tiempo que se considera que el peso del recién nacido superior a los 4000 gramos con perímetro cefálico mayor a 36 cm. representa el 55% y el peso de 3500 gramos genera el 33% de las hemorragias por desgarro y la edad en la que se generaron mayor frecuencia los desgarros perineales son en las adolescentes de 16 años con 40% y en mujeres de 22 años con un 3,10% .

El fundamento de la episiotomía de rutina se basa en dos argumentos fundamentales: que la episiotomía reduce el trauma perineal y que evita la relajación pélvica posterior (Thorp & Bowes, 1989). Se ha planteado que la episiotomía es una intervención ampliamente realizada en el parto a pesar de la escasa evidencia científica de sus beneficios (Myers & Helfgott, 1999). La práctica de episiotomía produciría un desgarro grado II y III. (Linares, 2015), pero cabe mencionar que la episiotomía ayuda a disminuir el trauma por macrosomía fetal y no siempre se la asocia al desgarro perineal, lo que conlleva a un sangrado no superior a 500 ml. (García Cuesta, 2013). En el caso de España (Juste, Luque, Sabater, Sanz, Viñerta y Cruz, 2007), la tasa de episiotomía es de un 50,48% eficaz para evitar desgarros de tercer grado. En Colombia se ha disminuido su uso ya que se asocia a la presencia de desgarro perineal grave (Hernández, y otros, 2014). Este hecho coincide con

otros estudios realizados en Francia donde se implantan políticas para no realizar la episiotomía (Hernández et al, 2014).

Se ha evidenciado que 1 de cada 5 gestantes atendidas en un lapso de 30 días presentan un desgarro grado III (Hernández et al, 2014). Estudios según (Cleary & Robienson, 2003, págs. 3-12) concluyen que las episiotomías previenen las laceraciones perineales anteriores (que conllevan una morbilidad mínima), pero no logran ninguno de los otros beneficios maternos o fetales, incluida la prevención del daño perineal y sus secuelas, prevención de la relajación del suelo pélvico y sus secuelas, y la protección del recién nacido contra la hemorragia intracraneal o la asfixia intraparto. De igual manera, se ha determinado que las complicaciones perineales (Röckner, Henningsson, Wahlberg, & Ölund, 1998) fueron más pronunciadas y prolongadas y se registró una cicatrización retrasada.

Por otro lado, (Hartman et al, 2005) afirma, que los resultados maternos del uso rutinario versus restrictivo de la episiotomía en la revisión la evidencia no respaldó los beneficios maternos tradicionalmente atribuidos a la episiotomía de rutina. En una comparativa sobre mujeres vietnamitas en Australia (Trinh, Khambalia, Ampt, Morris, & Roberts, 2013), se concluyó que la incidencia de la episiotomía en estas mujeres fue mucho menor que en su país de origen, donde más del 85% se somete a este procedimiento, y no estuvo asociada a resultados adversos.

Otros estudios (Thranov, Kringelbach, Melchior, Olsen, & Damsgaard, 1990) no han encontrado diferencias con respecto al dolor perineal posparto y los síntomas de insuficiencia. Sobre la morbilidad posparto, se han descrito las complicaciones relacionadas en las mujeres que viven en barrios marginales (Fronczak, Antelman, Moran, Caulfield, & Baqui, 2005).

Al determinar que la hemorragia postparto por desgarro perineal en mujeres primíparas es una problemática en el entorno de la salud surge la importancia de relacionar la hemorragia con los desgarros perineales, la misma que conlleva una alteración hemodinámica y muchas veces esto genera un shock hipovolémico que es una de las principales causas de muerte materna en el mundo. ¿Cuáles son las causas e incidencia de hemorragia postparto por desgarro perineal en mujeres primíparas que fueron atendidas en el Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Olláque? fue la pregunta que se formuló y se responde con el resultado de ésta investigación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo-retrospectivo en el Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Olláque de la ciudad de Santa Rosa de la provincia El Oro, Ecuador, durante el periodo septiembre 2016 - febrero 2017. El trabajo se efectuó en dos fases: 1) La revisión de 290 historias clínicas del periodo 2015-2016 de mujeres primíparas que ingresaron para recibir atención de parto, de las cuales se seleccionaron 50 historias clínicas mediante la aplicación de un checklist, cuyos criterios de inclusión estuvieron relacionados con las causas que conllevan a la hemorragia posparto por desgarros perineales considerando las variables: macrosomía, parto prolongado, edad, obesidad,

incidencia de desgarro perineal, hemorragias posparto, causas y controles prenatales; los criterios de exclusión fueron las historias clínicas de pacientes con información incompleta; 2) en la segunda fase se aplicó encuestas a 33 profesionales de la salud de los cuales 5 fueron médicos generales, 4 especialistas, 22 enfermeras, 1 auxiliar de farmacia y 1 auxiliar de estadística quienes venían laborando en dicha institución por más de 2 años, y que conocían acerca de la incidencia de hemorragias posparto por desgarro perineal tomando en cuenta las mismas variables de las historias clínicas. Se empleó la hoja de cálculo Microsoft Excel y el programa estadístico EPI INFO versión 6 para la validación de datos y la realización de tablas estadísticas. Esta investigación se realizó bajo normas éticas y legales, en vista de ser una investigación no experimental se procedió a solicitar el permiso respectivo para realizar éste estudio, procurando respetar el derecho, bienestar y la integridad de las personas que colaboraron en la investigación; para ello se estableció conservar la privacidad y el anonimato a través de un consentimiento informado de cada uno de los pacientes y solamente revelar los resultados que se pudieron obtener en la investigación.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El 81,81% del personal de salud encuestado indicaron que las edades más afectadas están en el rango de 15 a 19 años de edad coincidiendo el mismo criterio con el resultado de las revisión de historias clínicas, con un 70% respectivamente (tabla 1); estas cifras se relacionan con el estudio realizado por Carvajal (2013), donde demuestra que este grupo etario son los afectados en un 48%.

En la tabla 2 se puede apreciar que el 100% de las pacientes primigesta se

Tabla 1. Edades más afectadas por desgarro perineal que presentan hemorragias posparto en mujeres primíparas.

Edades afectadas	Nº de casos según encuestas a personal de salud	Porcentaje	Nº de casos según historias clínicas	Porcentaje
15-19	27	81,81%	35	70%
20-24	2	6,06%	5	10%
25-29	1	3,04%	3	6%
30-34	3	9,09%	7	14%
Total	33	100%	50	100%

sometieron a la realización de una episiotomía, el 94% no presentó hemorragia por desgarro perineal al someterse a la episiotomía, solo el 6% presentó hemorragia por desgarro perineal, grado II, por lo tanto, se deduce que la causa de hemorragia posparto no es por la episiotomía lo que concuerda con

el estudio realizado por Aguilar et al. (2017), donde se demostró que la práctica de episiotomía afectó a su población de estudio en un 5% mientras que el trauma obstétrico a nivel genital por parto espontáneo es la que presenta la mayor incidencia de hemorragias por desgarro con 88%.

Por su parte, la edad de las mujeres que han sufrido desgarros va de 15 a 34 años de edad, con un promedio de 22,4 años (Desviación Estándar (DE) 5,4 años). El tiempo que han permanecido hospitalizadas las mujeres es de mínimo 1 día y el máximo es de 7 días. Cabe señalar que en promedio las mujeres que sufrieron desgarro permanecen 2,56 días hospitalizadas (DE 1,2 días).

Por su parte, tal como se observa en la tabla 3, el 78% de las pacientes par-

Tabla 2. Hemorragias por desgarros perineales a causa de la episiotomía en mujeres primíparas.

Causas	Nº de casos según historias clínicas	Porcentajes
Hemorragia por episiotomía	3	6%
Hemorragias por otras causas	47	94%
Total	50	100%

turientas que sufrieron desgarro tuvieron un parto eutócico conocido como parto normal. El 22% tuvo un parto distócico.

Respecto al diagnóstico de las complicaciones y tratamiento (tabla 4), el problema más prevalente es el tratamiento de sutura de vulva, padecimiento que

Tabla 3. Tipos de parto en las parturientas que sufrieron desgarro

Tipo de parto	Frecuencia	Porcentaje
Parto distócico	11	22,0
Parto eutócico	39	78,0
Total	50	100,0

se encontró en el 28% de las pacientes. Son menos comunes los problemas de sangrado transvaginal (14%), desgarro cuello uterino (12%) y hemorragia postparto (10%). Sin embargo, también se han registrado casos de desgarro vaginal y cervical, hemorragia por anemia, desgarro por macrosomía fetal, desgarro en la sutura y hasta hemorragia por obesidad.

En la tabla 5 se indica que la hemorragia postparto por desgarro perineal en mujeres primíparas es de 5 casos en un lapso de 4 meses, con una incidencia de 1 a 2 por mes.

Las opiniones emitidas por el personal de salud permiten determinar que una de las causas en presentar hemorragias postparto por desgarro perineal en mujeres primíparas es la falta de controles prenatales con un 51,54%, seguido de la macrosomía fetal con el 42,4%, lo cual concuerda significativamente con Aguilera (2011), quien demostró que la falta de controles prenatales de forma es una de las causas en generar el 94,11% de complicaciones obstétricas, porque mediante la realización oportuna se detecta presenta-

ción, tamaño y otras anomalías maternas-fetales que conllevan a presentar hemorragia postparto por desgarro perineal. La revisión de historia clínica demuestra que la macrosomía fetal ocasionó el 36% de la hemorragia por desgarro perineal. Se evidencia que el parto prolongado contribuye a la presencia de hemorragia postparto por desgarro perineal con un 52%, a más de causar sufrimiento fetal en el recién nacido.

La edad más afectada por hemorragia con desgarro perineal está en el rango

Tabla 4. Diagnóstico de las complicaciones y tratamiento

	Frecuencia	Porcentaje
Sutura de vulva	14	28,0
Sangrado transvaginal	7	14,0
Desgarro cuello uterino	6	12,0
Hemorragia postparto	5	10,0
Desgarro vaginal y cervical	4	8,0
Hemorragia anemia moderada	4	8,0
Desgarro por macrosomía fetal	3	6,0
Desgarro por sutura vaginal	3	6,0
Obesidad- hemorragia	3	6,0
Infección vías urinarias	1	2,0
Total	50	100,0

de 15 - 19 años, coincidiendo con Linares (2015), quien manifiesta que entre las edades más afectadas por esta problemática se encuentra el grupo de las adolescentes de 16 años. Con respecto a la práctica de la episiotomía se ha generado una gran controversia en el campo de salud. Este estudio analizó la relación que existe entre la hemorragia por desgarro perineal y la episiotomía y no se encontró un resultado estadístico significativo, en contraposición a lo que manifiesta Linares (2015) en su investigación al expresar que sí hay relación entre realizar episiotomía y el desgarro grado 2 y 3 generando una pérdida sanguínea superior a los 500 ml en 24 horas por lo que no recomienda esta práctica; para Juste et al., (2007) la práctica de episiotomía no solo genera desgarro tipo 3 sino que prolonga la estadía hospitalaria por infecciones en la incisión, además de que produce más dolor que el desgarro natural y demora más en cicatrizar, genera malestar e incontinencia fecal a largo plazo.

Otras de las causas demostradas en este estudio y relacionadas directamente con la presencia de hemorragia por desgarro perineal son la falta de controles prenatales, desproporción céfalo pélvica, distocia por presentación, parto prolongado y macrosomía fetal; concordando con lo expuesto por Amadeo et al., (2011) quien constató que las hemorragias por desgarros perineales se presentan por las mismas causas.

La incidencia de las hemorragias por desgarro perineal, en el caso de la presente investigación, es de 0-2 casos por mes, mientras que en la revisión bibliográfica 2 de cada 10 parturientas presentaban hemorragias por desgarro perineal en un tiempo de 30 días (Hernández et al, 2014).

Como limitación del presente estudio se puede señalar que no se tuvo contacto directo con la población de análisis para profundizar sobre las complicaciones de la episiotomía.

Con esta investigación se abre una línea de estudio con respecto a las com-
Tabla 5. Incidencia de las hemorragias por desgarro perineal en mujeres primíparas

Tiempo de ocurrencia	Nº de casos según historias clínicas
Octubre	2
Noviembre	1
Diciembre	0
Enero	2
Total	5

plicaciones por desgarro perineal en gestantes adolescentes quienes son las más propensas a las hemorragias por desgarro perineal.

Tabla 6. Causas de hemorragia por desgarro perineal según la encuesta aplicada al personal de salud y la revisión de historias clínicas.

Causas	Nº de casos según encuestas a personal de salud	Porcentaje	Nº de casos según historias clínicas	Porcentaje
Falta de controles prenatales	17	51,54%	0	0%
Macrosomía fetal	14	42,4%	18	36%
Desproporción céfalo pélvica	1	3,03%	2	4%
Distocia por presentación	1	3,03%	4	8%
Parto prolongado	0	0%	26	52%
Total	33	100%	50	100%

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abril, F., Guevara, A., Ramos, A., & Rubio, J. (2007). Factores de Riesgos para desgarro perineal en partos sin episiotomía. *Scielo Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 144-150.
- Amodeo, M., Rodríguez, B., De la Hoz, E., Oña, R., & Garrido, R. (2011). Desgarros Perineales de III y IV grado y tipo de terminación del parto por vía vaginal. *Sevilla Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (S.E.G.O)*, 4-9.
- Bertucci, S. (2014). Manejo anestésico de la hemorragia obstétrica postparto.

- Scielo Uruguay, 2,5,8,15.
- Blix, E., Schaumburg, A., Oian, P., Straume, B., & Kumle, M. (diciembre de 2012). Outcomes of planned home births and planned hospital births in low-risk women in Norway between 1990 and 2007: A retrospective cohort study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3(4), 147-153.
- Brown, S., & Lumley, J. (febrero de 1998). Maternal health after childbirth: results of an Australian population based survey. *BJOG*, 105(2), 156-161.
- Byrd, L., Hobbiss, J., & Tasker, M. (julio de 2005). Is it possible to predict or prevent third degree tears? *Colorectal Disease*, 7(4), 311-318.
- Chi, C., Bapir, M., Lee, C., & Kadir, R. (julio de 2010). Puerperal loss (lochia) in women with or without inherited bleeding disorders. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 203(1), 51-56.
- Cleary, J., & Robienson, J. (febrero de 2003). The role of episiotomy in current obstetric practice. *Seminars in Perinatology*, 27(1), 3-12.
- Conexas, D. d. (2014). Prevencion y Tratamiento de las Hemorragias Posparto. *Organizacion Mundial de la Salud*, 11-39.
- Corkill, A., Lavender, T., & Walkinshaw, S. (marzo de 2001). Reducing Postnatal Pain from Perineal Tears by Using Lignocaine Gel: A Double-Blind Randomized Trial. *Birth Issues in Perinatal Care*, 28(1), 22-27.
- Dossou, M., Debost, A., Déchelotte, P., Lémery, D., & Vendittelli, F. (junio de 2015). Severe Secondary Postpartum Hemorrhage: A Historical Cohort. *Birth Issues in Perinatal Care*, 42(2), 149-155.
- Fandiño MD., R. A. (2007). Desgarros Perineales de Tercer Grado Fístulas Recto-Vaginales : Tratamiento. *S.E.G.O*, 305-317.
- Fronczak, N., Antelman, G., Moran, A., Caulfield, L., & Baqui, A. (diciembre de 2005). Delivery-related complications and early postpartum morbidity in Dhaka, Bangladesh. *Gynecology Obstetrics*, 91(3), 271-278.
- García Cuesta, E. (2013). La episiotomía en la era del parto humanizado. España : Atribución-NoComercial-SinDerivadas 3.0 España.
- Hartmann, K., Viswanathan, M., Palmieri, R., Gartlehner, G., Thorp, J., & Lohr, K. (2005). Outcomes of Routine Episiotomy. *Jama*, 293(17), 2141-2148.
- Juste, A., Luque, R., Sabater, B., Sanz, E., Viñerta, E., & Cruz, E. (2007). Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria en nulíparas con parto vaginal realizado por matronas. *Matronas Profesion*, 5-10.
- Keamey R, Miller JM, Ashton-Miller JA. DeLancey JOL. Obstetric factors associated with levator ani muscle injury after vaginal birth. *Obstet. Gynecol.* 2006; 107(1): 144-9
- Linares, B. O. (2015). Factores de riesgo que contribuyen al desgarro perineal en gestantes durante el parto en el hospital regional de Loreto. *Universidad Científica del Perú*, 10, 12, 13-27.
- MarcArthur AJ., & MacArthur C., (2004). Incidence, Severity and determinants of perineal pain after vaginal delivery: A prospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol*; 191(4): 1.199-204.
- Melamed, N., Ben-Haroush, A., Chen, R., Kaplan, B., & Yogev, Y. (abril de 2009). Intrapartum cervical lacerations: characteristics, risk factors, and effects on subsequent pregnancies. *European Journal of Obstetrics & Gy-*

- necology, 200(4), 381-384.
- Myers, G., & Helfgott, A. (junio de 1999). Routine use of episiotomy in modern obstetrics: Should It
- Renfrew, M., Hannah, W., Albers, L., & Floyd, E. (septiembre de 1998). Practices That Minimize Trauma to the Genital Tract in Childbirth: A Systematic Review of the Literature. *BIRTH*, 25(3), 143-160.
- Röckner, G., Henningsson, A., Wahlberg, V., & Ölund, A. (marzo de 1998). Evaluation of Episiotomy and Spontaneous Tears of Perineum during Childbirth. *Caring Sciences*, 2(1), 19-24.
- Rubio, J. A. (2005). Política selectiva de episiotomía y riesgo de desgarro perineal en un hospital universitario. *Scielo Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 117-124.
- Thompson, J., Roberts, C., Curie, M., & Ellwood, D. (2002). Prevalence and Persistence of Health Problems After Childbirth: Associations with Parity and Method of Birth. *Birth Issues in Perinatal Care*, 29(2), 83-94.
- Thorp, J., & Bowes, W. (1989). Episiotomy: Can its routine use be defended? *American Journal of Obstetrics Gynecology*, 160(5), 1027-1030.
- Thranov, I., Kringelbach, A., Melchior, E., Olsen, O., & Damsgaard, M. (1990). Postpartum Symptoms: Episiotomy Or Tear At Vaginal Delivery. *AOGS*, 69(1), 11-15.
- Trinh, A., Khambalia, A., Ampt, A., Morris, J., & Roberts, C. (marzo de 2013). Episiotomy rate in Vietnamese-born women in Australia: support for a change in obstetric practice in Viet Nam. *Scielo*, 93(12).
- Wood, J., Amos, L., & Rieger, N. (noviembre de 1998). Third Degree Anal Sphincter Tears: Risk Factors and Outcome. *Obstetrics & Gynaecology*, 38(4), 414-417.
- Yildirim, G., & Beji, N. (marzo de 2008). Effects of Pushing Techniques in Birth on Mother and Fetus: A Randomized Study. *Birth Issues in Perinatal Care*, 35(1), 25-30.

