

# Lesiones perineales y su repercusión en el postparto

**Autores:** Vidal Fernández, Susana (Enfermera especialista en enfermería obstétrico ginecológica/ Fisioterapeuta); Del Fresno Marqués, Lucía (Doctorando en Ciencias de la Salud. Especialista en Enfermería Obstétrico Ginecológica. Máster en Investigación en Cuidados de la Salud. Grado en Enfermería, Matrona); Vázquez González, Noelia (Diplomado Universitario en Enfermería); Llada Suárez, Rubén (Doctor en Investigación en Medicina. Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Licenciado en Antropología Social y Cultural. Grado en Enfermería, Enfermero de Familia).

**Público:** Personal sanitario. **Materia:** Ciencias de la salud. **Idioma:** Español.

**Título:** Lesiones perineales y su repercusión en el postparto.

## Resumen

Introducción La episiotomía es la técnica quirúrgica realizada con mayor frecuencia en la mujer y consiste en una sección realizada en el periné femenino en la etapa final del expulsivo. Objetivo Analizar la relación entre la episiotomía y la aparición de dolor perineal en el postparto Material y métodos Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de documentos de sociedades científicas, revisiones sistemáticas y estudios científicos. Resultados Se recomienda el uso restrictivo de episiotomía Conclusiones Resulta fundamental valorar tanto la indicación para la realización de la propia episiotomía, como la técnica más adecuada de realización y de sutura.

**Palabras clave:** Periné, dolor, episiotomía y técnicas de sutura.

**Title:** Perineal injuries and their impact on the postpartum.

## Abstract

Introduction Episiotomy is the surgical technique most frequently performed in women. It consists of a section made in the female perineum at the final stage of the expulsive period of labour. Objective To analyze the relationship between episiotomy and the perineal pain. Material and methods A literature review of scientific society documents, systematic reviews and scientific studies have been carried out. Results The restrictive use of the episiotomy is recommended instead of routine use. Conclusions It is crucial to evaluate both the indication, as well as the technique for performing episiotomy itself and the suture most suitable for the repair.

**Keywords:** Perineum, Pain, episiotomy, suture techniques.

Recibido 2018-03-06; Aceptado 2018-03-13; Publicado 2018-04-25; Código PD: 094029

## INTRODUCCIÓN

El dolor perineal aparece con frecuencia asociado al postparto, siendo frecuente su asociación con laceraciones perineales, pero pudiendo estar presente incluso en mujeres que no presentan dichas lesiones y estando asociado con el estiramiento muscular, presión sobre esfínter anal, estiramiento de la mucosa vaginal, sección del tejido perineal y microabrasiones que pueden no ser visibles externamente pero si evidenciarse a nivel interno<sup>1</sup>.

La episiotomía fue una técnica introducida en el siglo XVIII<sup>2</sup>, actualmente es la técnica quirúrgica realizada con mayor frecuencia en el mundo<sup>3</sup> y consiste en un corte realizado en el periné de la mujer durante la última fase del expulsivo. Su objetivo en aquel momento era ampliar el canal blando del parto para facilitar la salida cefálica<sup>4,5</sup>, evitar la aparición de desgarros perineales graves<sup>2,3</sup> y las disfunciones de suelo pélvico<sup>2</sup>.

Entre los factores relacionados con la realización de episiotomía se encuentran la nuliparidad, la administración de analgesia epidural, el parto instrumental y la posición de litotomía<sup>4</sup>.

En los últimos años se está implantando en las unidades de partos una política de episiotomía selectiva y realizada en base a una valoración individual previa en base a estudios realizados en los que se concluyó que su empleo rutinario no aportaba un mayor número de beneficios que el empleo restrictivo<sup>6</sup> y por el contrario se asociaba a otros efectos secundarios como la aparición de dolor perineal en el postparto.

El dolor se define como una experiencia subjetiva desagradable sensorial y emocional, asociado con el daño tisular real o potencial, considerándose un fenómeno multidimensional con componentes fisiológico, sensorial, afectivo, cognitivo, conductual y sociocultural<sup>7</sup>.

El dolor perineal es un síntoma que presenta una elevada prevalencia tras el parto vaginal y es causado por la realización de una episiotomía, por la aparición de un desgarro o por el propio proceso del parto<sup>9</sup>.

Diferentes autores han asociado la episiotomía a la aparición de una mayor intensidad de dolor en el postparto inmediato, influyendo de manera negativa en la percepción de la maternidad, en la calidad de vida<sup>10,11</sup> y en la atención al recién nacido<sup>12</sup>, siendo esta repercusión aun mayor cuando no se realiza una valoración y un tratamiento adecuado<sup>11,13</sup>.

En un ensayo clínico aleatorio llevado a cabo en el que se relaciona el dolor perineal con la realización de episiotomía, se concluye que en caso de episiotomía rutinaria se registró un dolor referido como leve en el 14,6% de las mujeres, como moderado en el 7,8% e intenso en el 0,2%; mientras que en el caso del grupo con el que se llevó a cabo una política de episiotomía restrictiva estos datos fueron respectivamente del 14,1%, 7,5% y 0,9%. Un 42,5% de las mujeres del grupo de episiotomía sistemática informaron de dolor al alta, frente a un 30,7% del grupo de episiotomía restrictiva<sup>2</sup>.

El dolor perineal está frecuentemente asociado al postparto, constituyendo una de las principales causas de pérdida de calidad de vida en esta etapa de la vida por lo cual es fundamental llevar a cabo investigación dirigida tanto a su prevención como a su tratamiento, dirigida a la mejora de la práctica clínica.

## OBJETIVOS

Objetivo general:

- Valorar la relación entre la realización de una episiotomía y la aparición de dolor perineal en el postparto.

Objetivos específicos:

- Conocer las diferentes técnicas de episiotomía y su relación con la aparición de dolor perineal.
- Conocer las técnicas de reparación de la episiotomía y la relación de cada una de ellas con la aparición de dolor perineal.
- Identificar complicaciones asociadas a la episiotomía
- Identificar y describir el cuestionario SF-MPQ utilizado para la valoración del dolor.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Diseño del estudio:

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las principales bases de datos, seleccionándose aquellos artículos relacionados con los siguientes descriptores: Periné, dolor, episiotomía y técnicas de sutura.

### Fuentes de información y estrategias de búsqueda bibliográfica:

Para crear una estrategia de búsqueda adecuada crearemos una pregunta en formato PICO. La pregunta formato PICO «paciente-problema / intervención / comparación-tratamiento / resultado» planteada es: “Relación entre la aparición de dolor perineal en mujeres tras el parto y la realización de episiotomía”.

Se ha llevado a cabo una búsqueda en las bases de datos de ciencia de la salud: Pubmed, Cochrane plus, Scielo, LILACS y Cuiden.

Para la selección de los artículos mas relevantes, se consultaron los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Heading (MeSH), y se introdujeron como palabras clave en la búsqueda, junto con los operadores booleanos necesarios para efectuar cada tipo de búsqueda.

### **Episiotomía: Concepto, prevalencia y clasificación**

La episiotomía consiste en una intervención quirúrgica realizada en el periné de la mujer en la fase final del expulsivo, cuya finalidad es ampliar el canal del parto, facilitar la salida de la cabeza fetal y cuya función inicial consistió en prevenir la aparición de lesiones perineales graves que afectaban al esfínter anal y de la mucosa rectal.

En estudios que relacionaron la tasa de episiotomías y los índices de morbilidad neonatal, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo al que fue practicada una episiotomía y al que no le fue realizada.

Actualmente en España existe una tendencia a limitar su empleo como se observa en el informe realizado por el Ministerio de Sanidad en el que se muestran los siguientes datos, en el año 2001 la prevalencia de realización de episiotomía era del 72,21%, en el año 2006 del 52,2- 45%<sup>3,14</sup> y actualmente se considera que la tasa global de episiotomías en España se sitúa en torno al 35%<sup>5</sup>.

### **Episiorrafia: Concepto y técnicas**

Un gran número de mujeres son sometidas a una sutura tras el parto, presentando gran parte de ellas dolor perineal en el postparto y hasta un 20% continuaran con dolor a largo plazo.

La técnica de sutura de la episiotomía se conoce como episiorrafia, la cual consiste en el cierre de la incisión producida por el profesional sanitario asistente al parto sobre el periné femenino a través de hilo de sutura utilizando el material quirúrgico necesario.

Dentro de las técnicas utilizadas para la reparación de la episiotomía se encuentran las técnicas de sutura continua e interrumpida, en relación al tipo de sutura realizada se han identificado cuatro ensayos clínicos aleatorios, tres de los cuales muestran un elevado nivel de evidencia científica a favor de la sutura intradérmica continua al compararla con la sutura transcutánea interrumpida, habiéndose asociado la sutura continua a una menor presencia de dolor hasta los 10 días postparto y una menor dispareunia<sup>15-20</sup>.

Respecto al material utilizado, en el mercado existe una gran variedad de productos, pudiendo ser clasificados de forma general en suturas sintéticas reabsorbibles y suturas no sintéticas no reabsorbibles, identificándose en el caso del material sintético reabsorbible un menor dolor a corto plazo, una menor necesidad de analgesia, menor dehiscencia de la sutura en los 10 primeros días, no existiendo diferencias estadísticamente significativas en el dolor a largo plazo entre ambos tipos de material de sutura.

### **Complicaciones asociadas a la episiotomía**

- Dehiscencia total de la herida quirúrgica, la cual va a precisar un cierre por segunda intención, estando directamente relacionada con la aparición de dolor perineal
- Dehiscencia parcial de la herida quirúrgica, al igual que en el caso anterior, se precisará una cicatrización por segunda intención.
- Infección, la cual a pesar de tener una baja incidencia tiene una importante asociación con la aparición de dolor perineal en el postparto.
- Alteraciones de la cicatrización, entre las que se encuentran la formación de queloides, granulomas y otras lesiones de la piel frecuentemente asociados con el dolor perineal.
- Dispareunia, síntoma directamente relacionado con el dolor perineal.
- Edema, el cual aparece de forma más acusada en los primeros días y asociado con la distensión perineal, episiotomía y la sutura de la misma.
- Hematoma perineal, relacionado directamente con la técnica de reparación de la lesión perineal y teniendo una gran repercusión en la aparición de dolor perineal.
- Disfunciones del suelo pélvico, entre las que se encuentran con mayor frecuencia las alteraciones de la estática pélvica, la incontinencia urinaria de esfuerzo y la incontinencia urinaria de urgencia.

## Relación entre la episiotomía y el dolor perineal

Tanto la realización de una episiotomía como la técnica de sutura utilizada en la realización de la misma se asocia a una elevada morbilidad en el parto.

En cuanto a la asociación entre la presencia de una episiotomía y la aparición de dolor en el postparto, en la guía práctica clínica sobre atención al parto normal se recogen los siguientes datos: en el grupo sometido a episiotomía rutinaria la intensidad de dolor fue informada como: leve en un 14,6%, moderado en un 7,8% e intenso en un 0,2%, mientras que en el grupo en el que no fue realizada una episiotomía los datos fueron 14,1%, 7,5% y 0,9% respectivamente; siendo el porcentaje de mujeres que informaron a cerca de la presencia de dolor en el día del alta hospitalaria del 42,5% en el grupo de mujeres en el que se había realizado una episiotomía y del 30,7% en el grupo en el que no había sido realizada<sup>2</sup>.

En la revisión Cochrane realizada por Herbidor & Cols. en tan solo 4 de los ensayos analizados se concluye que la sutura continua se asocia a un menor dolor perineal, sin embargo los autores insisten en la necesidad de realizar más estudios que aporten una mayor evidencia científica al respecto<sup>19</sup>.

En el metaanálisis publicado por Langer & Cols. Se observó que en las mujeres sometidas a episiotomía y posterior episiorrafia presentaron con mayor frecuencia dolor perineal, en relación con aquellas que sufrían desgarros perineales o periné integro<sup>20</sup>.

En el ensayo clínico aleatorio realizado por Mejía & Cols., en el que en el grupo control se había realizado una episiotomía y el grupo experimental no había sido realizada, se obtuvo como conclusión que la percepción dolorosa fue más intensa en el grupo en que se había realizado una episiotomía, frente al que no había sido realizada, empleándose una escala visual analógica para la valoración del dolor. Las molestias asociadas a los 10 días postparto fueron hasta 4 veces mayores en el grupo control, así como una mayor incidencia de dispareunia a los 60 días postparto<sup>22</sup>.

En relación a la asociación entre episiorrafia y dolor perineal es fundamental analizar la morbilidad asociada a cada tipo de sutura realizada, pudiendo ser esta continua o interrumpida; en el estudio llevado a cabo por Ferreira & Cols. con una muestra de 61 mujeres a las que se había realizado una episiotomía, se obtuvo como resultado una menor frecuencia a la palpación de dolor perineal en mujeres en las que había sido realizada una sutura continua, siendo los datos estadísticamente significativos<sup>22</sup>.

El dolor perineal se relaciona con la amplitud y complejidad del trauma perineal y las investigaciones muestran que este se presenta con mayor frecuencia en primíparas, en las cuales suele existir una mayor tasa de episiotomía<sup>25</sup>, estando asociada la episiotomía mediolateral y lateral a una mayor presencia de dolor y siendo la medial la menor asociada a este síntoma, a pesar de esto y debido a la mayor presencia de lesiones del esfínter anal y de la mucosa rectal, se recomienda de forma general la realización de la técnica mediolateral, si bien es cierto que es importante conocer su mayor asociación con la presencia de un mayor dolor perineal<sup>2</sup>.

## Valoración del dolor perineal

Muchos son los estudios que evalúan tanto la técnica como el material empleado para la reparación de las lesiones perineales, aunque un menor número relacionan la realización de esta técnica con la aparición de dolor perineal, a pesar de que es uno de los síntomas presentados con mayor frecuencia por las mujeres en el postparto.

El cuestionario más empleado en los estudios revisados para la valoración del dolor perineal tras un parto vaginal fue el cuestionario McGill<sup>24</sup>, teniendo un mayor empleo la versión abreviada de dicho cuestionario<sup>8,25</sup> (SF-MPQ) (**Tabla 1**), el cual consta de 15 descriptores verbales, de los cuales 11 son sensoriales y 4 afectivos.

Dicho cuestionario se encuentra validado en español

Los 78 adjetivos describen distintas características del dolor. Forman 20 grupos que constituyen cuatro categorías: localización, calidad, cambios temporales e intensidad del dolor.

El tiempo de administración del cuestionario está en torno a 15 minutos, pudiendo ser realizado tanto de forma oral como escrita, siendo importante antes de la realización del cuestionario asegurarse de que las instrucciones han sido comprendidas de forma clara por el paciente<sup>26</sup>.

A través de la suma de los valores de intensidad o los rangos de los descriptores seleccionados en las dimensiones correspondientes, se obtiene un índice cuantitativo de la sensación de dolor referida por el paciente, del afecto que conlleva y del dolor en su conjunto.

El cuestionario SF-MPQ comparte validez concurrente con la puntuación que se obtiene en la aplicación de una escala visual del dolor y presenta gran sensibilidad a los cambios tras el tratamiento del dolor<sup>25</sup>.

Una puntuación más alta en el cuestionario se relaciona con una mayor gravedad del dolor.

## RESULTADOS

Las últimas recomendaciones en cuanto a la práctica de episiotomías recomienda su realización de forma restrictiva frente a la técnica rutinaria y siempre basada en una valoración individualizada en base a la situación clínica de cada mujer.

La valoración del dolor perineal y del dolor en su vertiente general supone un importante reto debido entre otras razones a presentar una elevada prevalencia y un importante componente subjetivo, lo cual dificulta en gran medida su medición en términos cuantitativos; a pesar de esto existen cuestionarios validados para la valoración del dolor como el Cuestionario de McGill (versión abreviada), el cual supone una herramienta excelente para la valoración del dolor perineal en el postparto.

En muchos de los estudios revisados se registra una mayor presencia de dolor perineal en el grupo de mujeres en el que fue realizada una episiotomía frente al grupo en el que se aplicó una política de episiotomía restringida, así como una mayor presencia de otros síntomas como ansiedad, depresión y pérdida de calidad de vida.

En base al conocimiento científico disponible se concluye que de forma general la realización restrictiva de episiotomía presenta un mayor nivel de recomendación frente a su realización sistemática, estando menos asociada a la presencia de dolor perineal cuando se realiza una sutura continua intradérmica frente a cuando es realizada una sutura discontinua; respecto al material de sutura, el material sintético reabsorbible se asocia a una menor presencia de dolor en el postparto y a una menor dehiscencia que el no reabsorbible.

El debate sobre la realización sistemática de episiotomía se viene planteando desde hace años, pero es en estos últimos cuando se ha llevado a cabo una mayor investigación dirigida a valorar tanto los beneficios como las consecuencias negativas asociadas a la realización de las mismas.

Si bien es cierto que en ciertas ocasiones la situación clínica hace necesaria la realización de esta técnica, es fundamental que los profesionales sanitarios directamente implicados en la atención al parto conozcan tanto las complicaciones asociadas a esta técnica, como las indicaciones para la realización de la misma y sea capaz de valorar que técnica está más indicada para cada intervención individual, basadas en el conocimiento científico disponible.

Es fundamental en la práctica clínica una correcta valoración tanto de la necesidad como de la técnica de episiotomía más indicada en cada situación, así como una adecuada valoración y tratamiento del dolor postparto por parte de los profesionales que se encuentran en contacto directo con las mujeres en el parto y en el puerperio.

## CONCLUSIONES

En base a la evidencia científica disponible se identifica la necesidad de valorar de forma exhaustiva la necesidad de realización de una episiotomía frente al riesgo de que pueda surgir un desgarro perineal, el cual se relaciona con una mejor cicatrización y con una menor prevalencia de dolor perineal.

A pesar de que la episiotomía medial presenta una menor incidencia de dolor, se asocia a la aparición de un mayor número de desgarros de alto grado; por este motivo entre otros se recomienda la realización de la técnica mediolateral por estar asociada a un menor número de desgarros de alto grado, estando asociada a una mayor incidencia de dolor perineal.

Respecto a la técnica de episiorrafia, la evidencia recomienda la realización de sutura continua y con material reabsorbible sintético frente a la técnica interrumpida.

El dolor perineal es una entidad de elevada prevalencia y con una gran repercusión en la pérdida de calidad de vida en el postparto, siendo fundamental su valoración y abordaje lo más precozmente posible, entre los métodos de valoración se encuentra el cuestionario SF-MPQ, el cual se encuentra validado y ha sido demostrada su validez y eficacia en la valoración del dolor perineal.

#### FINANCIACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no han recibido financiación para llevar a cabo este estudio y que no presentan conflicto de intereses.

#### ANEXO

Tabla 2: Cuestionario de valoración del dolor de McGill- Versión abreviada.

A- DESCRIBA SU DOLOR EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS (MARQUE SOLO 1)				
	Ninguno(0)	Leve(1)	Moderado(2)	Severo (3)
1- Pulsante	0	1	2	3
2- Punzante	0	1	2	3
3- Lancinante	0	1	2	3
4- Lacerante	0	1	2	3
5- Tipo cólico	0	1	2	3
6- Tirante	0	1	2	3
7- Caliente/quemante	0	1	2	3
8- Agujoneante	0	1	2	3
9- Pesadez	0	1	2	3
10- Sensibilidad	0	1	2	3
11- Sensación de resquebrajamiento	0	1	2	3
12- Extenuante	0	1	2	3
13- Enfermante	0	1	2	3
14- Atemorizante	0	1	2	3
15- Cruel	0	1	2	3
B- MIDA SU DOLOR DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS				
La siguiente línea representa el dolor, con una intensidad que va aumentando desde "Ausencia de dolor", hasta el "peor dolor posible". Coloque una marca sobre la línea horizontal en donde mejor describa el dolor sufrido en los últimos 7 días.				

-----  No dolor <span style="margin-left: 200px;">El peor dolor</span>	
<b>C- INTENSIDAD ACTUAL DEL DOLOR</b>	
<b>Sin dolor</b>	0
<b>Leve</b>	1
<b>Incómodo</b>	2
<b>Estresante</b>	3
<b>Horrible</b>	4
<b>Insoportable</b>	5

### Bibliografía

- 1- Cruz E. Incidencia y prevalencia del dolor perineal tras el parto vaginal. *Reduca*. 20091 (2): 369-382.
- 2- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA No 2009/01.
- 3- Melchor JC, Bartha JL, Bellart J et al. La episiotomía en España. *Prog Obstet Ginecol*. 2008; 51(9):559-563.
- 4- Molina-Reyes C, Huete-Morales MD, Sánchez JC et al. Implantación de una política de episiotomía selectiva en el Hospital de Baza. Resultados materno-fetales. *Prog Obstet Ginecol*. 2011;54(3):101-108.
- 5- Hernández-Martínez A, Pascual-Pedreño AI, Baño AB et al. Variabilidad en la tasa de episiotomías y su relación con desgarros perineales graves y morbilidad neonatal. *Enferm Clin*. 2014;24(5):269-275.
- 6- Downe S. Rebirthing midwifery. *RCM Midwives*. 2005; 8(8): 346-349.
- 7- Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009:CD000081.
- 8- Almeida CB, Sento Sé CC, Pereira EG *et al*. Pain evaluation caused by perineorrhaphy in normal delivery. *R. pesq.: cuid. fundam. online* 2011. jul./set. 3(3):2126-36.
- 9- Becerra EJ, Herrera D, Amo MD et al. Dolor durante la reparación perineal tras parto vaginal: prevalencia y factores asociados. *Prog Obstet Ginecol*. 2010;53(3):88-92.
- 10- Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy. A systematic review. *JAMA*. 2005;293:2141-8.
- 11- Facchinetti F, Casini ML, Costabile L et al. Diclofenac pyrrolidine versus ketoprofen for the relief of pain from episiotomy: A randomized controlled trial. *Acta Obstet Ginecol Scand*. 2005 ;84:951-5.
- 12- Amorín A, Junqueira SM, Barbosa FM. Perineal pain effect on the activities of woman who had an episiotomy. *Index Enferm*. 2012;21(3):150-154.
- 13- Dodd JM, Hedayati H, Pearce E, Hotham N, Crowther CA. Rectal analgesia for the relief of perineal pain after childbirth: A

randomised controlled trial of diclofenac suppositories. BJOG. 2004;111:1059-64.

14- Maceira-Rozas MC, Salgado-Barreira A, Atienza-Merino G. La asistencia al parto de mujeres sanas: estudio de variabilidad y revisión sistemática. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política social. 2007. Agencia de Avaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. Informe de evaluación de Tecnología Sanitaria: avaliaT. n.o 2007/03.

15- Kettle C, James DC. Continuous versus interrupted sutures for perineal repair. (Cochrane Review). In: Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1, 2006 Oxford: Update Software 2006.

16- Kettle C, Hills RK, Jones P, Darby L, Gray R, Johanson R. Continuous versus interrupted perineal repair with standard or rapidly absorbed sutures after spontaneous vaginal birth: a randomised controlled trial. Lancet 2002;359():9325):2217-23.

17- Gordon B, Mackrodt C, Fern E, Truesdale A, Ayers S, Grant A. The Ipswich Childbirth Study: 1. A randomised evaluation of two stage postpartum perineal repair leaving the skin unsutured. Br J Obstet Gynaecol 1998;105:435-40.

18- Oboro VO, Tabowei TO, Loto OM, Bosah JO. A multicentre evaluation of the two-layered repair of postpartum perineal trauma. J Obstet Gynaecol 2003;23(1):5-8.

19- Kettle C, Johanson RB. Continuous versus interrupted sutures for perineal repair (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2007. Oxford: Update Software.

20- Langer B, Minetti A. Immediate and long term complications of episiotomy. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2006; 35(1 Suppl):S59-S67.

21- Mejía ML Quintero VH, Tovar MC. ¿La episiotomía debe ser un procedimiento de rutina?. Revista Colombia Médica. 2004;35(2):75-81.

22- Ferreira S, González ML. Randomized controlled clinical trial on two perineal trauma suture techniques in normal delivery. Rev Latino-am Enfermagem. 2008; 16(2):272-9.

23- Althabe F, Belizán JM, Bergel E. Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study. 2002; 324:945-946.

24- Melzack R. The Mc Gill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. Pain, 1975, 1: 227- 299.

25- Sanders J, Campbell R, Peters TJ. Effectiveness of pain relief during perineal suturing. BJOG. 2002;109:1066-8.

26- Gutiérrez T, Raich RM, Sánchez D et al. (coors.) (2003). *Instrumentos de evaluación en Psicología de la Salud*. Madrid: Alianza. 27- Boyle GJ, Fernández E, Ortet G. The Mc Gill Pain Questionnaire-MPQ :Linguistic and Statistical Consideration. Rev Psicología Universidad de Chile. 2003;12(1):111-119.

27. Melzack R, Katz J, Jeans ME. The role of compensation in chronic pain:analysis using a new method of scoring the McGill Pain Questionnaire. Pain 1985; 23:101–112.