




Efectos de la sutura continua vs discontinua en la reparación perineal posparto: revisión bibliográfica

Effects of continuous vs discontinuous suturing in postpartum perineal repair: literature review

Autores: José Ramón Pérez Gómez (1), Javier Hernández Pérez*  (2).

* **Dirección de contacto:** javi22perez@yahoo.es

Matrón. Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza, España).

Resumen

Introducción. El parto vaginal ocasiona con frecuencia lesiones perineales que limitan la funcionalidad biopsicosocial de las mujeres. La técnica de sutura empleada en la reparación del periné tiene un papel importante en la presencia o no de dichas limitaciones. Aunque la mayor parte de los estudios están a favor del uso de sutura continua, se encuentran resultados heterogéneos en algunos aspectos. **Objetivo.** Analizar los resultados posparto de ambas técnicas de reparación perineal. **Metodología.** Se realizó una búsqueda en las bases de datos Pubmed, Web of Science y Cochrane en los últimos 5 años (2019-2024). Tras la aplicación de los criterios de elegibilidad se seleccionaron 7 artículos. Se analizó la calidad metodológica de los mismos a través de la escala CASPe y la guía PRISMA. **Resultados.** La sutura continua destacó por un menor uso de tiempo y recursos, la reducción del dolor a corto plazo y del consumo de analgésicos, la mejor adaptación al autocuidado y al cuidado del recién nacido, la menor incidencia de incontinencia urinaria y una mayor satisfacción con la experiencia del parto. En lo referente a la evolución de la herida y a la esfera sexual, no se encontraron resultados concluyentes a favor o no de ambos tipos de sutura. **Discusión.** Aunque la evidencia científica aboga por el uso de la sutura continua, son necesarias nuevas investigaciones que abalen estos resultados y que determinen la influencia de ambas técnicas de sutura con respecto a la evolución de la herida y a la vida sexual de la mujer.

Palabras clave

Parto; Traumatismos del Nacimiento; Episiotomía; Técnicas de sutura; Periodo Posparto.

Abstract

Introduction. Vaginal delivery frequently causes perineal injuries that limit women's biopsychosocial functioning. The suture technique used in perineal repair plays an important role in determining the presence or absence of these limitations. Although most studies support the use of continuous sutures, there are mixed results in some areas. **Objective.** Analyze the post-partum outcomes of both perineal repair techniques. **Methodology.** A search was conducted in the PubMed, Web of Science and Cochrane databases over the past 5 years (2019-2024). Seven articles were selected after applying the eligibility criteria. Their methodological quality was analyzed using the CASPe scale and the PRISMA guidelines. **Results.** Continuous suturing stood out for its reduced use of time and resources, reduced short-term pain and analgesic consumption, improved adaptation to self-care and newborn care, a lower incidence of urinary incontinence, and greater satisfaction with the birth experience. Regarding wound outcome and sexual function, no conclusive results were found in favor of or against the two types of suturing. **Discussion.** Although scientific evidence supports the use of continuous suturing, further research is needed to support these results and determine the influence of both suturing techniques on wound progression and a woman's sexual life.

Keywords

Parturition; Birth Injuries; Episiotomy; Suture Techniques; Postpartum Period.

INTRODUCCIÓN

El 92% de las mujeres que dan a luz de forma vaginal experimentan dolor posparto durante las primeras 24 horas, siendo este más frecuente en aquellas que han sufrido traumatismo perineal durante el parto (1). Como consecuencia, esta condición puede limitar significativamente la funcionalidad biopsicosocial de la paciente, afectando a su capacidad para el autocuidado y el cuidado del recién nacido (2). En este contexto, la morbilidad materna está influenciada por diversas variables clave, tales como la magnitud de las lesiones, la experiencia del profesional sanitario y especialmente, la técnica de sutura empleada (3). De hecho, la técnica de sutura de la lesión perineal desempeña un papel crucial en los resultados de salud a corto y largo plazo de las mujeres (4).

La técnica de sutura discontinua (SD) es la más utilizada (5) y se caracteriza por el cierre en tres fases: la mucosa vaginal con sutura continua, los músculos perineales superficiales y profundos con puntos sueltos, y la piel perineal con puntos sueltos transcutáneos. Por el contrario, en la técnica de sutura continua (SC) el cierre de la mucosa vaginal, la musculatura perineal y la capa subcutánea se realiza con una sola sutura continuada (6).

Estudios recientes dan preferencia a la técnica de sutura continua para el cierre de la lesión perineal (6), ya que el uso de una única sutura ocasiona menor edema y tensión tisular, repercutiendo en menor dolor experimentado (7). Sin embargo, a pesar de la evidencia, esta práctica aún no se implementa de manera generalizada en la atención clínica (8).

Tampoco existe uniformidad en el uso de la técnica de sutura entre los profesionales sanitarios influyendo en ello factores como la experiencia, la formación y los protocolos establecidos en cada institución (8). Esta situación puede generar incertidumbre en torno a cuál de las dos técnicas ofrece mayores beneficios.

Además, la literatura científica actual proporciona resultados heterogéneos con respecto a los efectos de ambas suturas, principalmente en lo referente a la percepción de dolor perineal a medio plazo (7,9) y a diversos aspectos de la vida sexual (7,10), lo que pone de manifiesto la necesidad de mostrar y sintetizar los estudios científicos existentes mediante una revisión exhaustiva que evalúe los efectos de ambas técnicas en diversos aspectos del bienestar de las pacientes.

La presente revisión permitirá establecer recomendaciones que promuevan una práctica clínica excelente, segura y centrada en las necesidades de las pacientes.

En definitiva, esta revisión tiene como objetivo analizar la influencia de ambas técnicas en aspectos como el dolor perineal, el uso de analgesia, la evolución de la herida perineal, la sexualidad, la incontinencia urinaria, la recuperación funcional materna o el grado de satisfacción, y así determinar cuál de ambas técnicas aporta más beneficios en la recuperación posparto.

METODOLOGÍA

Estrategia de búsqueda

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Pubmed-Medline, Web of Science y Cochrane, entre los meses de enero y febrero de 2025.

Para la búsqueda en Pubmed-Medline se empleó la secuencia con los términos Mesh: (“Perineal Repair” OR “Perineal injury Repair”) AND (“Continuous” OR “Interrupted” OR “Suture Type”). Se establecieron como filtros los artículos a texto completo, escritos en inglés o español y durante los últimos 5 años (2019-2024).

Con el resto de bases de datos se llevó a cabo una búsqueda de texto libre utilizando términos de búsqueda relevantes como: Suture techniques (All Fields), Postpartum period (All Fields), Episiotomy (All Fields), Perineal tears (All Fields), Obstetric outcomes (All Fields), Midwife (All Fields), Continuous suture (All Text), Interrupted suture (All Text), Tears (All Text), Episiotomy (All Text) y Child-birth (All Text).

Pregunta de investigación y PICO

La búsqueda trató de dar respuesta a la pregunta: ¿Existen beneficios en el posparto del uso de la sutura continua frente a la discontinua en la reparación de lesiones perineales? siguiendo la estrategia PICO:

P (Población)	Mujeres primíparas o multíparas que han sufrido una lesión perineal (episiotomía o desgarro) durante un parto eutócico o instrumentado.
I (Intervención)	Sutura continua
C (Comparación)	Sutura discontinua
O (Resultado)	Beneficios maternos

Tabla 1. Pregunta PICO.

Criterios de elegibilidad (inclusión y exclusión)

Inclusión

- Estudios que evaluaron la sutura continúa frente a la discontinua.
- Artículos que relacionaron la reparación perineal posparto con la morbilidad materna.
- Artículos que analizaron lesiones perineales de primer, segundo grado o episiotomías.

Exclusión

- Artículos que analizaron lesiones perineales de tercer o cuarto grado.
- Artículos que incluyeron en su muestra embarazos múltiple.

Selección de estudios

Los autores analizaron los artículos encontrados en la búsqueda inicial de forma independiente. La selección de los mismos se llevó a cabo a través de la lectura de sus títulos y resúmenes. Se excluyeron aquellos artículos duplicados y los que no cumplían los criterios de selección. El resto de artículos fueron analizados mediante su lectura completa.

Los autores llegaron a un consenso en sus resultados mediante triangulación, analizando los puntos de convergencia y disonancia.

De los estudios resultantes se extrajeron datos como autor, país y fecha de publicación, tipo de estudio, tamaño y características de la muestra, variables estudiadas, seguimiento, resultados y calidad metodológica.

Evaluación de calidad

Se procedió al análisis de la calidad metodológica de los estudios seleccionados mediante el uso de la escala

CASPe (Critical Appraisal Skills Programme España) (11) para ensayos clínicos, y la guía PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (12) para revisiones sistemáticas y metaanálisis. La evaluación de la calidad de los artículos seleccionados fue llevada a cabo por los autores del estudio de manera independiente, estableciéndose posteriormente un consenso en las evaluaciones discordantes. Se consideró una adecuada calidad metodológica la superación del 60% de los valores posibles de cada escala.

RESULTADOS

Siete estudios fueron incluidos en esta revisión tras la aplicación de los criterios de elegibilidad (ver **Figura 1**). Se analizaron cinco ensayos clínicos aleatorizados (2,5,7,9,13), un ensayo clínico no aleatorizado (6), y una revisión sistemática- metaanálisis (10). Las características de cada estudio se resumen en la **Tabla 2**.

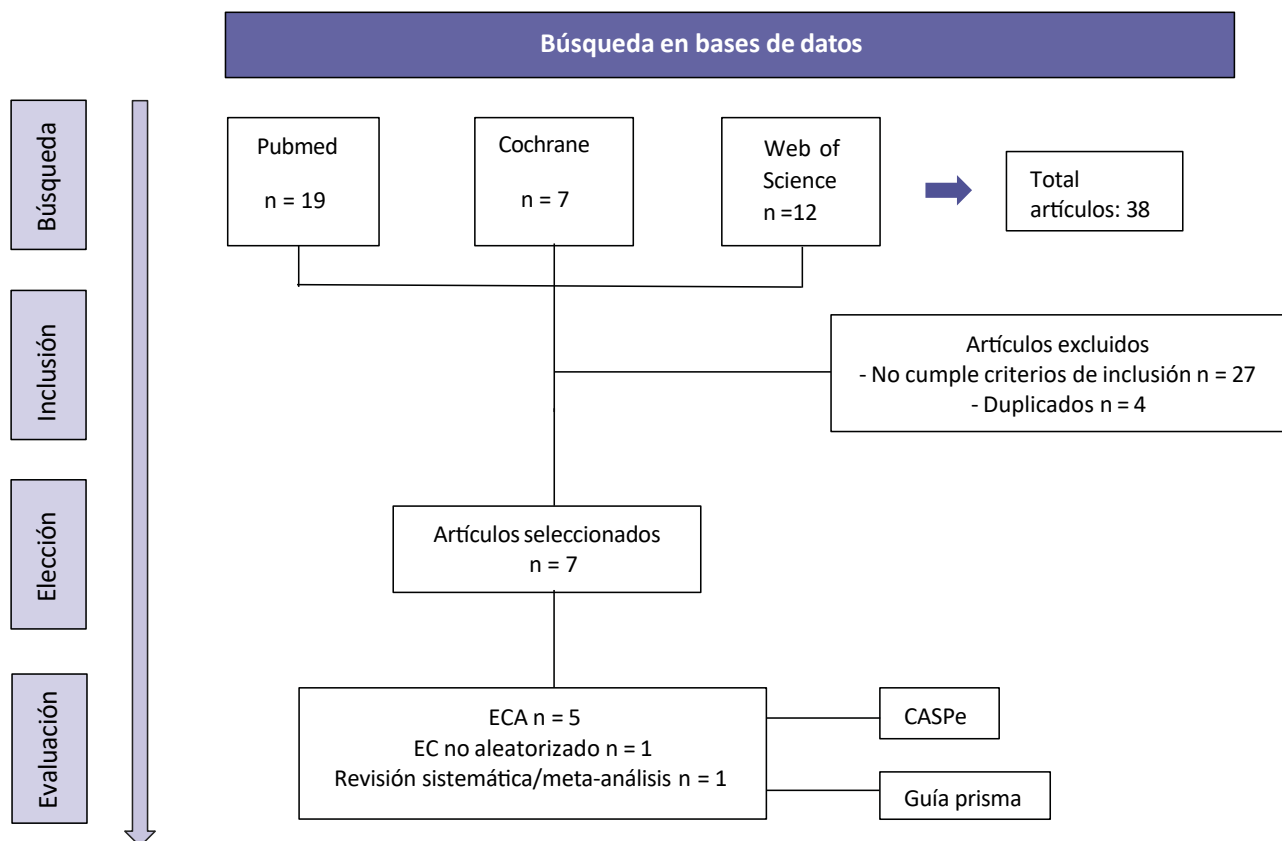


Figura 1. Flujograma de los artículos revisados.

Autor País Año	Diseño Tamaño Características de la muestra	Variables (Escala)	Seguimiento	Resultados	Calidad Metodológica
Aydin Besen y col. (2) Turquía 2019	ECA 56 gestantes (GC:28; GE:28) Primíparas de 18-24 años con parto vaginal a término.	Dolor perineal durante la realización de AVD y cuidado neonatal (VAS). Estado de la herida perineal (Escala REEDA). Confort posparto (PCS). Tiempo de reparación del trauma perineal. Cantidad de material usado en la reparación. Necesidad de uso de analgesia. Características de la vida sexual postnatal (cuestionario propio).	VAS: 24 horas, 10º día y 3er mes posparto. REEDA: 24 horas, 10º día y 3er mes posparto. Necesidad uso analgesia: 24 horas, 10º día y 3er mes posparto.	GE: Menor tiempo de sutura (p<0.001). Menor cantidad de sutura (p<0.001). Menor puntuación Escala REEDA a las 24 horas (p<0.001). Menor uso analgesia 24 h posparto (p<0.001). Menor dolor perineal en la realización de AVD y cuidado neonatal en las primeras 24 horas (p<0.001). Menor puntuación escala VAS a las 24 h y 10º día (p<0.001). Menor puntuación escala PCS (p<0.001). No diferencias entre los grupos con respecto a: • Puntuación escala VAS a los 3 meses posparto. • El dolor perineal en la realización de las AVD y el cuidado neonatal al 10º día y al 3er mes. • El inicio de la actividad sexual posparto. • La presencia de dispareunia.	10/11*
Martínez-Galiano y col. (2) España 2019	ECA 134 gestantes (GC:70; GE:64) Primíparas con gestación única > 18 años con parto vaginal eutócico y recién nacido entre 2500 – 4000 grs.	Dolor perineal (VRS). Tiempo de reparación del trauma perineal. Cantidad de material usado en la reparación. Complicaciones. Necesidad de uso de analgesia. Estado de la herida. Incontinencia uriana y/o fecal. Comienzo de las relaciones sexuales. Comienzo de la actividad física.	2 horas, 24 horas, 15 días y 3 meses posparto.	GE: Menor tiempo de sutura (p=0.003). Menor cantidad de sutura (p<0.001). Menor puntuación VRS a las 24 h (p=0.011), 15 días (p=0.001) y 3 meses (p=0.030). Menor necesidad de analgesia a las 24 h posparto (OR: 0.39; IC95%:0.18-0.86; p=0.019). Menor dolor perineal a las 24 h posparto (OR: 0.17; IC95%:0.03-0.99; p=0.048). Menor dolor perineal a los 15 días posparto (OR: 0.38; IC95: 0.18-0.80; p=0.011). Menor dolor perineal a los 3 meses posparto (OR: 0.23; IC95%:0.06-0.81; p=0.023). Menor incontinencia urinaria a los 15 días posparto (OR: 0.11; IC95% 0.03-0.47; p=0.003). Mayor normalización de relaciones sexuales a los 3 meses posparto (OR: 4.78; IC95%:2.14-10.64; p<0.001). No diferencias entre grupos respecto a: • El dolor a las 2 h posparto. • El inicio de las relaciones sexuales. • La tasa de dehiscencia de la herida.	10/11*
Martínez-Galiano y col. (13) España 2020	ECA 134 gestantes (GC:70; GE:64) Primíparas con gestación única > 18 años con parto vaginal eutócico y recién nacido entre 2500 – 4000 grs.	Función sexual (Cuestionario de Sánchez et al.)	Valoración del reinicio de relaciones sexuales: 15 días posparto. Valoración de la función sexual general: 3 meses posparto.	GE: Mayor normalización de las relaciones sexuales a los 3 meses posparto (OR: 4.78; IC95%, 2.14-10.64; p<0.001). Mayor puntuación en: • Deseo sexual (OR: 1.8; IC95%, 1.0-2.6; p<0.001). • Excitación sexual (OR: 1.7; IC95%, 0.8-2.5; p<0.001). • Lubricación (OR: 0.7; IC95%, 0.3-1.1; p<0.001). • Consecución del orgasmo (OR: 0.8; IC95%, 0.4-1.1; p<0.001). • Comunicación sexual (OR: 0.4; IC95%, 0.1-0.7; p<0.001). Ansiedad anticipatoria a las relaciones sexuales (OR: 0.3; IC95%, 0.1-0.6; p<0.001). Menor dolor en las relaciones sexuales con penetración (OR: 1.3; IC95%, 1.1-1.5; p<0.001). No diferencias entre grupos en: • El reinicio de las relaciones sexuales a los 15 días posparto (p=0.256). • En el número de días tras parto para reiniciar relaciones sexuales con coito (p=0.168).	10/11*

Autor País Año	Diseño Tamaño Características de la muestra	Variables (Escala)	Seguimiento	Resultados	Calidad Metodológica
López-Lapeyrere y col. (9) España 2020	ECA 168 gestantes. Tres grupos a estudio: • Grupo 1. Sutura continua (n = 58) • Grupo 2. Sutura cutánea discontinua (n = 53) • Grupo 3. Sutura subcutánea discontinua (n = 57) A término > 18 años con parto vaginal eutócico.	Dolor perineal (VAS). Estado de la herida perineal (Escala REEDA). Tiempo de reparación del trauma perineal.	VAS: a corto plazo (2 h, 48 h), a medio plazo (3 meses) y a largo plazo (6 meses). REEDA: 2 h, 48 h y 10 días.	Grupo 1: Menor tiempo de sutura (p<0.05). Menor cantidad de sutura empleada con respecto a los otros dos grupos (p<0.001). No diferencias entre grupos respecto a: • El dolor a corto, medio y largo plazo. • El estado de cicatrización.	8/11*
Faal Siahkal S y col. (7) Irán 2023	ECA 276 gestantes (GC:137; GE:139) Primíparas y multíparas, con gestación única, a término y presentación cefálica, y con IMC: 19,5-24,9. GE: sutura continua sin bloqueo.	Dolor perineal (VAS). Estado de la herida perineal (Escala REEDA). Uso de analgésicos. Tiempo de reparación del trauma perineal. Cantidad de material usado en la reparación. Dolor al orinar y defecar. Reanudación de las relaciones sexuales.	VAS: 2 horas, 1º día, 10º día y 6ª semana posparto. REEDA: 1º día, 10º día, 6 semanas posparto.	GE: Mejor cicatrización de la herida (p<0.0001). Menor dolor perineal (p<0.0001). Menor puntuación escala REEDA al 1º día, 10º día y 6ª semana posparto (p<0.05). Menor duración de la reparación y material utilizado (p<0.0001). Menor uso de analgésicos (OR: 0.06; IC95%:0.041-0.099; p=<0.001). Menor dolor a la micción (OR: 0.07; IC95%:0.025-0.235; p<0.001). Menor dolor a la defecación (OR: 0.04; IC95%:0.012-0.128; p<0.001). Previo reinicio de las relaciones sexuales (p<0.0001).	10/11*
Ferrer-Gil y col. (6) España 2023	EC no aleatorizado. 120 gestantes (GC: 60; GE:60). Primíparas y multíparas > 18 años con gestación única, vivo a término.	Dolor perineal (EVN) relacionado con el autocuidado, las AIVD, el cuidado del recién nacido y la lactancia materna.	48 h posparto. 7-10 días posparto. 1º mes posparto.	GE: Menor dolor y mejor recuperación funcional al realizar actividades de autocuidado en las 48 h posparto (p<0.001). Mayor porcentaje de mujeres sin dolor al realizar su autocuidado a los 7-10 días posparto (p<0.001). Ausencia de dolor al realizar los cuidados del recién nacido a los 7-10 días posparto (p<0.001). Mejor capacidad para la lactancia materna a las 48 h y 7-10 días posparto (p<0.001). Mayor capacidad para realizar todas las AVD a los 7-10 días posparto (p<0.001). No se encontraron diferencias entre grupos con respecto al dolor percibido al realizar los cuidados del recién nacido o a la capacidad de lactancia materna.	9/11*
Schnittka y col. (10) USA 2022	Revisión sistemática y meta-análisis. 4.081 gestantes (GC: 2012; GE:2069).	Relación entre la sutura continua y discontinua con la dispareunia aguda (<3 meses) o crónica (> 3 meses).		No se encontraron diferencias significativas entre el la dispareunia aguda o crónica posparto y el empleo de sutura continua o interrumpida en la reparación perineal.	26/27*

ECA: ensayo clínico aleatorizado; EC: ensayo clínico; GC: grupo control; GE: grupo experimental; VAS: escala analógica visual; SF-MPQ: McGill Pain Questionnaire; REEDA: *Redness, Edema, Ecchymosis, Discharge and Approximation Scale*; PCS: *Postpartum Comfort Scale*; AVD: actividades de la vida diaria; *: CASPe (Critical Appraisal Skills Programme España); VRS: *Verbal Rating Scale*; IMC: índice de masa corporal; EVN: Escala numérica verbal; AIVD: actividades instrumentales de la vida diaria.

Tabla 2. Características principales de los artículos revisados.

Se analizaron un total de 4.969 gestantes, practicándose una sutura continua en el 49,95% (2.482 mujeres) y una sutura discontinua en el 50,05% (2.487 gestantes).

Consumo de recursos (Material/Tiempo)

Todos los autores coinciden en que el empleo de la sutura continua para la reparación perineal posparto requiere un menor gasto de material y de tiempo con respecto al uso de la sutura discontinua (2,5,7,9).

La cantidad de sutura empleada fue medida en número de paquetes usados o en centímetros de hilo empleado. El estudio de Faal Siahkal et al. (7) determinó que la sutura continua necesitaba casi la mitad de paquetes de sutura que la sutura discontinua (1.07 vs 1.9 paquetes). Martínez-Galiano et al. (5) obtuvo un resultado similar, donde el número de paquetes de sutura era la mitad en el caso de la sutura continua (1.1 vs 2.3 paquetes). López-Lapeyrere et al. (9) también estableció que la sutura continua requería una menor cantidad de sutura con respecto a la discontinua, sin embargo, analizó tres tipos de sutura: continua, discontinua cutánea y discontinua subcutánea. En los grupos de sutura discontinua (cutánea y subcutánea) se llegaron a emplear dos paquetes de sutura en el 26% y 61% de los casos (respectivamente), frente al 3% de la sutura continua. Y dentro del grupo de la sutura discontinua, la del tipo subcutánea llegó a emplear hasta tres paquetes en un 7% de los casos.

Cuando la cantidad de sutura empleada fue medida en centímetros (Aydin Besen et al.) (2) se obtuvieron resultados similares: la sutura continua requería casi la mitad de material que la sutura discontinua (65.63 cm vs 115.18 cm).

Con respecto al tiempo necesitado para la reparación perineal todos los estudios determinaron que la sutura continua empleaba menos minutos que la sutura discontinua (2,5,7,9). Los estudios de Faal Siahkal et al. (7) y Aydin Besen et al. (2) fueron los que más diferencia de tiempo encontraron entre ambas técnicas (17.02 vs 24.32 minutos; y 16.04 vs 23.46 minutos, respectivamente).

Dolor perineal

El dolor perineal se analizó a través de las escalas VAS (*Visual Analogue Scale*) (2,7,9), VRS (*Verbal Rating Scale*) (5) y EVN (Escala Visual Numérica) (6).

Al analizar el dolor perineal a las 2 horas del parto se observó disparidad de resultados. Faal Siahkal et al. (7) encontró una asociación positiva entre la sutura continua y la menor puntuación en la escala VAS, mientras que otros autores no encontraron relación (9). Sin embargo, la mayor parte de los estudios analizados coinciden en que la sutura continua ocasiona menor dolor perineal en las primeras 24-48 horas posparto (2,5,7), así como a medio plazo, tanto si el dolor es evaluado a los 10-15 días (2,5,7), 6 semanas (7) o 3 meses posparto (5). Solamente el estudio de López-Lapeyrere et al. (9) no encontró diferencias significativas entre los grupos al evaluar el dolor a corto (2-48 h), medio (3 meses) o largo plazo (6 meses) tras el parto.

Uso de analgesia tras el parto

Aquellos estudios que analizaron el consumo materno de analgésicos tras el parto obtuvieron idénticos resultados: la sutura continua requirió menor necesidad de analgesia con respecto a la sutura discontinua durante las primeras 24 horas posparto (2,5,7).

Estado de la herida perineal

La evolución de la herida perineal se realizó con la escala *Redness, Edema, Ecchymosis, Discharge and Approximation Scale* (REEDA) (2,7,9), a excepción del estudio de Martínez-Galiano et al. (5) que llevó a cabo una valoración visual de la existencia de dehiscencia de la lesión suturada.

Los resultados de los artículos analizados son contradictorios. Dos de los estudios asociaron el uso de la sutura continua con puntuaciones bajas en la escala REEDA a las 24 horas del parto, lo que demostró una buena evolución inicial de la herida perineal (2,7), e incluso, se objetivó una buena cicatrización a los 10 días y a las 6 semanas posparto (7). Sin embargo, los estudios de Martínez-Galiano et al. (5) y López-Lapeyrere et al. (9) no encontraron diferencias entre ambas técnicas de sutura y la evolución de la herida perineal, en cuanto a la tasa de dehiscencia a las 24 horas y 15 días posparto (5), o a las puntuaciones de la escala REEDA a las 2 horas, 48 horas y 10 días (9).

Recuperación funcional del autocuidado, cuidado del recién nacido, lactancia materna y actividades instrumentales de la vida diaria

Ferrer-Gil et al. (6) reflejó la influencia de ambas técnicas de sutura en la recuperación de las funciones maternas de autocuidado, cuidado del recién nacido, lactancia materna y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Para determinar el grado de recuperación funcional se objetivó el dolor perineal al realizar dichas actividades empleándose la escala visual numérica (EVN).

Según este estudio (6) el 85% de las mujeres con sutura continua recuperaron su capacidad para realizar las actividades de autocuidado a las 48 horas posparto (con dolor perineal leve o ausencia de dolor) frente al 43,3% de las mujeres con sutura discontinua. Además, casi la mitad de las mujeres con sutura continua (46,7%) alcanzaron la recuperación funcional completa, al no presentar dolor perineal (EVN = 0) en dicho periodo, mientras que en el caso de la técnica de sutura discontinua la recuperación funcional completa fue alcanzada por sólo el 10% de las mujeres.

Al valorar la capacidad para el autocuidado a los 7-10 días posparto, la recuperación funcional se incrementó en ambos grupos: 96,7% en el grupo de sutura continua y 71,7% en la sutura discontinua. Sin embargo, la recuperación funcional completa (EVN = 0) siguió siendo mayor en el grupo de sutura continua (56,7%) frente a la discontinua (11,7%) (6).

Con respecto al cuidado del recién nacido, la recuperación funcional completa (EVN = 0) a los 7-10 días posparto fue manifestada por el 100% de las mujeres con sutura continua frente al 81,7% de las mujeres con sutura discontinua. Sin embargo, al mes del posparto no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos (6).

También se encontraron diferencias en la capacidad para realizar la lactancia materna entre ambos grupos: la recuperación funcional total sin dolor (EVN = 0) fue mayor en el grupo de sutura continua frente a la discontinua, tanto a las 48 h (83,3% vs 46,7%), como a los 7-10 días del parto (80% vs 30%). Sin embargo, al mes del parto, la diferencia entre ambos grupos no fue significativa (98% vs 90%) (6).

Al analizar la recuperación funcional en la realización de las AIVD en los 7-10 días posparto se obtuvieron resultados similares a las otras variables estudiadas: las mujeres con sutura continua tuvieron una mayor recuperación funcional completa (EVN = 0) con respecto al grupo de sutura discontinua (68,3% vs 15%), manteniéndose esta diferencia un mes después del parto (100% vs 70%) (6).

Sexualidad

La esfera sexual fue estudiada en cinco de los artículos analizados (2,5,7,10,13). Dichos estudios mostraron que el uso de la sutura continua favorecía la normalización de las relaciones sexuales a los tres meses posparto (5), debido a que las mujeres en las que se empleó esta técnica alcanzaron mejores puntuaciones en aspectos como el deseo sexual, la excitación, la lubricación, el orgasmo, y la comunicación sexual, y obtuvieron una reducción de los valores de ansiedad anticipatoria a las relaciones sexuales (13).

Otro aspecto como el reinicio de la actividad sexual obtuvo resultados contradictorios. Por un lado, el estudio de Faal Siahkal et al. (7) objetivó que las mujeres con sutura continua reanudaron antes las relaciones sexuales, en comparación con las del grupo de sutura discontinua (43,2% vs 12,4%), mientras que otros autores no encontraron diferencias entre ambos grupos con respecto al reinicio de la vida sexual (2).

Con respecto a la existencia de dispareunia, los resultados fueron unánimes, no encontrándose diferencias en su aparición entre ambos grupos (2,10).

Incontinencia urinaria

Martínez-Galiano et al. (5) analizó la existencia de incontinencia urinaria en cada grupo. Su estudio demostró que las mujeres con sutura continua presentaban una menor tasa de incontinencia urinaria a los 15 días posparto con respecto al grupo con sutura discontinua (4,35% VS 18,8%).

Satisfacción puerperal

La valoración del confort físico, psico-espiritual y socio-cultural de las púerperas a través de la *Postpartum Comfort Scale* (PCS) determinó que el uso de la sutura continua aportaba un mayor grado de satisfacción durante el puerperio en comparación con la técnica de sutura discontinua (2).

Evaluación de la calidad metodológica

Los 5 ensayos clínicos aleatorizados (2,5,7,9,13) y el ensayo clínico no aleatorizado (6) obtuvieron una alta calidad metodológica en la escala CASPe con valores mínimos en dicha escala de 8 sobre 10. Con respecto a la revisión sistemática-metaanálisis (10) también se objetivó una alta calidad metodológica al evaluarse con la Guía Prisma (26/27).

DISCUSIÓN

Este estudio comparó los resultados posparto del uso de la sutura continua y discontinua para la reparación perineal con respecto a diversas esferas de la salud de la mujer: consumo de recursos, dolor perineal, uso de analgesia tras el parto, estado de la herida perineal, recuperación funcional, sexualidad, incontinencia urinaria y satisfacción puerperal. Los resultados de nuestra revisión demostraron que la técnica de la sutura continua brinda beneficios múltiples como la optimización de los recursos, la reducción del dolor y la necesidad de analgesia a corto plazo, la recuperación funcional temprana con mayores índices de satisfacción materna y la minimización de los episodios de incontinencia.

Con respecto al manejo de los recursos, nuestro trabajo determinó que la técnica de sutura continua contribuye a minimizar la cantidad de material utilizado y el tiempo invertido en el proceso. Estudios previos al periodo analizado en esta revisión obtuvieron resultados afines, constatando la relación entre el uso de sutura continua y la reducción de costos materiales y tiempo empleado (4,14,15).

En relación con el dolor, el grupo de investigación encontró evidencia que respalda los beneficios de la sutura continua en la disminución del dolor a corto plazo. Diversos estudios han demostrado que la reducción significativa del dolor se concentra en los primeros días del posparto, llegando a observarse esta diferencia hasta el décimo día (4,14,16,17). Igualmente se objetivó que la sutura continua ocasiona una reducción en el consumo de analgésicos maternos durante las primeras 24 horas posparto, resultado que también fue obtenido en la revisión de Kettle et al. (17) en el 2012. Sin embargo, autores como López-Lapeyriere et al. (9) no encontraron diferencias con respecto al dolor entre ambos grupos, ni a corto ni a largo plazo.

La menor percepción del dolor con la técnica de sutura continua parece estar asociada a la ausencia de nudos y a la realización de puntos sin bloqueo, lo que ocasiona una menor tensión del hilo y un menor edema en el tejido (2). Por el contrario, la sutura discontinua o tradicional emplea puntos con bloqueo para el cierre vaginal y puntos sueltos anudados en capa muscular y piel (17), lo que podría incrementar el edema vaginal e irritar las terminaciones nerviosas de la piel al atravesarla (2).

No todos los autores analizados en esta revisión mantuvieron estas diferencias en las dos técnicas, lo que pudo influir en los resultados. Los estudios de Faal Siahkal et al. (7), Ferrer Gil et al. (6) y Aydin Besen et al. (2) llevaron a cabo ambas técnicas con la diferencia del bloqueo, obteniendo asociación entre el uso de la sutura continua

y el menor dolor perineal. Por el contrario, el estudio de López-Lapeyriere et al. (9) empleó puntos sin bloqueo en ambas técnicas de sutura, no encontrando relación entre el tipo de sutura y la reducción del dolor perineal. El hecho de que los procedimientos se realizaran de manera diferente podría ocasionar resultados sesgados, lo que se debe tener en cuenta a la hora de valorar este último estudio. Pero, lo que resulta más interesante es la posibilidad de que los beneficios de la sutura continua con respecto al dolor no se deban a la técnica en sí, sino al uso o no de puntos con bloqueo. Esto debería ser analizado en futuras investigaciones para determinar si es la técnica o el bloqueo de la sutura lo que influye en los resultados.

Respecto a la cicatrización perineal, los datos hallados en nuestra revisión evidencian la falta de resultados concluyentes. La revisión de Kettle et al. (17) en el 2012 ya mencionaba los beneficios de la sutura continua en la cicatrización de la lesión perineal. No obstante, no todos los autores respaldan la superioridad de la sutura continua en este aspecto (Hasanpoor et al. 2012) (15) y Selo-Ojeme et al. 2016) (16).

En cuanto a la satisfacción puerperal, los resultados obtenidos indican que el uso de la sutura continua contribuye a mejorar la experiencia posparto de las puérperas. Selo-Ojeme et al. (16) respalda esta afirmación al relacionar el aumento de la satisfacción materna con la rapidez de recuperación en el puerperio inmediato.

En relación con la esfera sexual se obtuvieron resultados dispares. Esto coincide con autores como Kokanali et al. (14) o Selo-Ojeme et al. (16) quienes tampoco encontraron diferencias significativas entre ambos grupos de sutura en relación con el reinicio de las relaciones sexuales y la presencia de dispareunia. Esto sugiere la necesidad de seguir investigando esta área en mayor profundidad.

Como limitaciones de esta revisión destacan la posible existencia de artículos que no se encuentren en las bases de datos consultadas, lo que puede suponer una pérdida de literatura relevante.

Entre las fortalezas resaltan la alta calidad metodológica de los artículos revisados que superan el 80% de los ítems de las escalas utilizadas, así como la amplia muestra estudiada. Esto proporciona a nuestra revisión unos resultados con alta evidencia científica.

Conclusiones

A través de esta revisión, se evidenció cómo las diferentes esferas de la salud de la mujer se ven afectadas por la técnica de reparación perineal empleada. Los resultados indican beneficios significativos en las pacientes a las que se les aplica la sutura continua: esta técnica reduce el consumo de recursos, mejora la tolerancia al dolor a corto plazo con un menor uso de analgésicos, facilita la adaptación a las necesidades de autocuidado y al cuidado del recién nacido, aumenta la satisfacción con la experiencia vivida y disminuye la incidencia de episodios de incontinencia urinaria.

En lo referente a la evolución de la herida y la esfera sexual, los resultados no fueron concluyentes. Esto resalta

la necesidad de realizar estudios adicionales, de mayor calidad y centrados en estas áreas específicas, que permitan resolver las ambigüedades identificadas en la literatura actual.

A pesar de ello, la sutura continua se plantea como la técnica de sutura más adecuada para la reparación perineal tras el parto.

Implicaciones para la práctica

Dado los beneficios demostrados, es imperativo promover la sutura continua en la práctica asistencial de los profesionales competentes con el objetivo de mejorar la salud de las mujeres en todos los aspectos posibles, especialmente en los casos descritos, aprovechando las herramientas disponibles a nuestro alcance.

Por otro lado, uno de los principales obstáculos para la adopción de las nuevas recomendaciones es la falta de formación en sutura continua, especialmente entre las matronas. Por esta razón, resulta esencial desarrollar estrategias de formación teórico-práctica que impulsen esta técnica, sensibilizando a los profesionales más desactualizados y mejorando así la calidad de la atención brindada a las pacientes (8).

FINANCIACIÓN

Para la realización de esta revisión bibliográfica no se recibió compensación económica alguna por parte de empresas o entidades.

CONFLICTOS DE INTERESES

No existe conflicto de intereses en la realización de dicho estudio.

DATOS AUTORES

(1-2) Matrn. Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza, España).

Recibido: 14/05/2025. Aceptado: 20/03/2026.

Versión definitiva: 12/04/2026.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manresa M, Pereda A, Goberna-Trica J, Webb SS, Terre-Rull C, Bataller E. Postpartum perineal pain and dyspareunia related to each superficial perineal muscle injury: A cohort study. *Int Urogynecol J.* 2020; 31:2367-75.
2. Aydin Besen M, Rathfisch G. The effect of suture techniques used in repair of episiotomy and perineal tear on perineal pain and dyspareunia. *Health Care Women Int.* 2020 Jan; 41(1) :22-37.
3. Schmidt PC, Fenner DE. Repair of episiotomy and obstetrical perineal lacerations (first-fourth). *Am J Obstet Gynecol.* 2024 Mar; 230(3S): S1005-S1013.
4. Thukral P, Mendiratta S, Bhola G. A comparative study of subcuticular and interrupted stitches for episiotomy. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2018;7:5107-10.

5. Martínez-Galiano JM, Arredondo-López B, Molina-García L, Cámara-Jurado AM, Cocera-Ruiz E, Rodríguez-Delgado M, et al. Continuous versus discontinuous suture in perineal injuries produced during delivery in primiparous women: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2019; 19(1):499.
6. Ferrer-Gil M, Manresa-Lamarca M, Font-Montpeat E, Serveto-Perna MÁ, Escobar-Bravo MÁ. Benefits of continuous suture of perineal injury in adaptation to motherhood. *Enferm Clin (Engl Ed).* 2023 Jan-Feb; 33(1):38-46.
7. Faal Siahkal S, Abedi P, Iravani M, Esfandiarinezhad P, Dastoorpoor M, Bakhtiari S, Najafian M, Sharifipour F, Mohaghegh Z. Continuous non-locking vs. interrupted suturing techniques for the repair of episiotomy or second-degree perineal tears: A single-blind randomized controlled trial. *Front Surg.* 2023 Apr 5; 10:1114477.
8. Sanson C, Papin S, Pierre F, Gachon B. Perineal suture practices. Are they up to date with the evidence based medicine data: A local experience into a university maternity? *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2020 May; 49(5):101634.
9. López-Lapeyrere C, Solís-Muñoz M, Hernández-López AB, Rodríguez-Barrientos R, González-Rubio R; Carol Research Group. Perineal repair of media- lateral episiotomies and 2nd degree tears by midwives: A randomised controlled trial comparing three suture techniques. *Int J Nurs Stud.* 2020 Jun; 106: 103553.
10. Schnittka EM, Lanpher NW, Patel P. Postpartum Dyspareunia Following Continuous Versus Interrupted Perineal Repair: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cureus.* 2022 Sep 12 ;14(9):e29070.
11. Cabello JB. Plantilla para ayudarte a entender un ensayo clínico. En: CASPe. Guías CASPe de lectura crítica de la literatura médica. Alicante: CASPe 2005; cuaderno I, 5-8.
12. Hutton B, Catalá-López F, Moher D. La extensión de la declaración PRISMA para revisiones sistemáticas que incorporan metaanálisis en red: PRISMA-NMA. *Med Clin (Barc)* 2016; 147: 262-266. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2016.02.025>.
13. Martínez-Galiano JM, Arredondo-López B, Hidalgo-Ruiz M, Narvaez-Traverso A, Lopez-Morón I, Delgado-Rodríguez M. Suture type used for perineal injury repair and sexual function: a randomised controlled trial. *Sci Rep.* 2020 Jun 29;10(1):10553.
14. Kokanali D, Ugur M, Kuntay Kokanali M, Karayalcin R, Tonguc E. Continuous versus interrupted episiotomy repair with monofilament or multifilament absorbed suture materials: a randomised controlled trial. *Arch Gynecol Obstet.* 2011 Aug;284(2):275-80.
15. Hasanpoor S, Bani S, Shahgole R, Gojazadeh M. The effects of continuous and interrupted episiotomy repair on pain severity and rate of perineal repair: a controlled randomized clinical trial. *J Caring Sci.* 2012 Aug 25;1(3):165-71.
16. Selo-Ojeme DO, Okonkwo CA, Atuanya C, Ndukwu K. Single-knot versus multiple-knot technique of perineal repair: a randomised controlled trial. *Arch Gynecol Obstet.* 2016 Nov;294(5):945-952.
17. Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Nov 14;11(11):CD000947.