

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Resumen de evidencias y recomendaciones

Uso racional de la episiotomía

GPC

Guía de Práctica Clínica

Número de Registro **SSA-206-09**

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

Av. Paseo de la Reforma No. 450 piso 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

[Página Web: www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud

Deberá ser citado como: **073.6 Uso racional de la episiotomía México: Secretaría de Salud; 2009.**

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:

www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

ISBN en trámite

CIE 10: O 70 desgarros perineales durante el parto

Uso racional de la episiotomía

Coordinadores:			
Dra. Amada Amalia Marroquín Segura		Secretaría de Salud, Instituto de Salud de Aguascalientes (ISEA)	Subdirectora de Enseñanza, Capacitación e Investigación ISEA
Autores:			
Dr. Daniel Ely Bravo Aguirre	Ginecología y Obstetricia	Hospital de la Mujer, Aguascalientes ISEA	Jefe de Enseñanza Hospital de la Mujer ISEA
Dra. Martha Hernández Muñoz	Ginecología y Obstetricia	Hospital de la Mujer, Aguascalientes ISEA	Adscrito al Servicio de Ginecología Hospital de la Mujer ISEA
Dr. Arturo Guerra Lugo	Ginecología y Obstetricia	Hospital de la Mujer, ISEA Aguascalientes	Director Hospital de la Mujer
Dra. Jovita Lorraine Cárdenas Hernández	Ginecología y obstetricia	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Asesora de guías de práctica clínica de ginecología y obstetricia
Validación Interna:			
Dr. Leopoldo Cesar Serrano Diaz	Ginecología y Obstetricia Medicina Materno Fetal	Hospital de la Mujer, Aguascalientes, ISEA	Jefe de Embarazo de Alto Riesgo Hospital de la Mujer ISEA
Validación Externa:			
Dr. Rafael Gerardo Buitron García Figueroa	Ginecología y obstetricia	Academia Mexicana de Cirugía.	
Dr. Victor Manuel Vargas Hernández	Ginecología y obstetricia. Cirugía oncológica. Biología dela reproducción humana	Academia Mexicana de Cirugía	

ÍNDICE

1. Clasificación	8
2. Preguntas a responder por esta Guía.....	9
3. Aspectos Generales.....	10
3.1 Justificación	10
3.2 Objetivo de esta Guía	12
3.3 Definición	13
4. Evidencias y Recomendaciones.....	14
4.2 Tipos de episiotomía.....	15
4.2.1 Indicaciones	17
4.2.2 Reparación de la episiotomía.....	20
4.2.3 Exploración Física	21
4.2.4 Diagnóstico temprano de las complicaciones.....	21
4.2.5 Limitación del daño	22
4.2.5.1 Tratamiento oportuno	22
4.2.5.2 Limitación de incapacidad.....	23
4.2.6 Prevención de Complicaciones.....	24
4.3 Criterios de Referencia	24
5. Anexos	25
6. Bibliografía.....	36
7. Agradecimientos	37
7. Comité Académico	38
8. Directorio.....	39
9. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica	40

1. CLASIFICACIÓN

Catálogo maestro			
PROFESIONALES DE LA SALUD	Medico familiar	Obstetra y ginecólogo	
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	CIE 9 0 73.6 Episiotomía	CIE 10 O 70 desgarros perineales durante el parto	
CATEGORÍA DE GPC	Primero y segundo nivel de atención	Prevención primaria y secundaria	Tratamiento Quirúrgico
USUARIOS POTENCIALES	Personal de salud en servicio social Estudiantes	Médicos generales Médicos familiares Médico Especialista	
TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA	Gobierno Federal Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes Hospital de la Mujer, Aguascalientes		
POBLACIÓN BLANCO	Embarazadas que reciban atención de parto vía vaginal		
FUENTE DE FINANCIAMIENTO/PATROCINADOR	Gobierno Federal Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes Hospital de la Mujer, Aguascalientes.		
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	Medición sobre beneficios y riesgos de realizar episiotomía Recomendación sobre el uso racional de la episiotomía Realización de episiotomía media y media lateral Criterios de Referencia al segundo nivel de atención		
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	Uso racional de la Episiotomía Disminución de Incontinencia Urinaria Mejoría tiempos de recuperación posparto	Disminución de desgarros perineales Disminuir Tasas de prolapso Genital Referencia oportuna	Disminución de Incontinencia Fecal Disminución Distocias de Hombros
METODOLOGÍA ¹	Definición del enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de fuentes documentales revisadas: originales, revisiones sistemáticas Guías seleccionadas: del periodo 2004-2009 ó actualizaciones realizadas en este periodo Revisiones sistemáticas Ensayos controlados aleatorizados Reporte de casos Validación del protocolo de búsqueda por el Instituto Nacional de Salud Pública de México Adopción de Guías de Práctica Clínica Internacionales: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones *		
MÉTODO DE VALIDACIÓN Y ADECUACIÓN	Validación del protocolo de búsqueda: _____ Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación Interna: Clínica de Embarazo de Alto Riesgo Validación Externa : Academia Nacional de Medicina Academia Mexicana de Cirugía		
CONFLICTO DE INTERÉS	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés		
REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN	REGISTRO _____ FECHA DE ACTUALIZACIÓN <i>a partir del registro 2 a 3 años</i>		

¹ Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>.

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Cuáles son las indicaciones para el uso racional de la episiotomía?
2. ¿Cuáles son los factores de riesgo para presentar lesiones perineales durante el parto vaginal?
3. ¿Cuáles son las ventajas del uso racional de la episiotomía?
4. ¿Cuáles son las desventajas del uso irracional de la episiotomía?
5. ¿Cuáles son las técnicas quirúrgicas de episiotomía?
6. ¿Cuál es el beneficio en prevención de incontinencia urinaria y fecal del uso racional de la episiotomía?
7. ¿Cuál es el beneficio del uso racional de la episiotomía en el prolapso genital?
8. ¿Cuáles son los beneficios del uso racional de la episiotomía en relación al neonato?
9. ¿Cuál es el beneficio en el tiempo de recuperación posparto del uso racional de la episiotomía?
10. ¿Cuáles son las complicaciones y secuelas de la episiotomía?
11. ¿Cuáles son las acciones específicas de referencia oportuna a segundo nivel por complicaciones de la episiotomía?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

La episiotomía es realizada con la finalidad de ampliar el canal de parto y prevenir los desgarros perineales, pero su uso rutinario ha sido cuestionado. Los beneficios en relación a la episiotomía media comparada a la episiotomía media lateral no son claros. Sin embargo la episiotomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más comúnmente realizados en obstetricia. Se reporta una tasa aproximada del 33% en mujeres atendidas de parto vaginal (ACOG 2006)

Las tasas reportadas de episiotomía varían desde un 9.70% (Suecia) de un 100% (Taiwán), 62.5% en Estados Unidos, 30% en Europa y mayores tasas estimadas en Latinoamérica donde es una práctica rutinaria en casi todas las mujeres nulíparas y primigestas (Gram Birth 2005)

Se ha visto que en los centros de atención donde la conducta es rutinaria para la realización de episiotomía, esta se lleva a cabo en un 72.7% de las mujeres atendidas, mientras que en centros con uso restrictivo de episiotomía es del 27.6%. La episiotomía restrictiva en comparación con la de uso rutinario se asocia con un riesgo reducido de traumatismo perineal posterior (RR 0.88; CI 95% 0.84 a 0.92), de la necesidad de sutura (RR 0.74 CI del 95% 0.71 a 0.77); y menos complicaciones en la cicatrización (RR 0.69 CI del 95% 0.56 a 0.85). El uso restrictivo de la episiotomía se asocia con un mayor riesgo de trauma perineal anterior (RR 1.79 CI del 95% 1.55 a 2.07) No hay diferencias en el riesgo de trauma vaginal o perineal severo (RR 1.11 CI del 95% 0.83 a 1.50) dispareunia (RR 1.02 CI del 95% 0.90 a 1.16); incontinencia urinaria (RR 0.98 CI del 95% 0.79 a 1.20); o las relacionadas con dolor severo. Se observan resultados del uso restrictivo de la episiotomía mediolateral rutinaria versus el uso de la episiotomía media similares en todas las comparaciones globales (COCHRANE 2009)

La episiotomía ha sido descrita en la literatura médica hace más de 300 años, pero no fue sino hasta la década de 1920 en que se popularizó su uso; con el incremento de la atención del parto en hospitales y por obstetras capacitados, con el propósito de facilitar el segundo periodo del trabajo de parto y para mejorar tanto el resultado materno como neonatal. (Gram, Birth 2005)

Entre los beneficios maternos está la disminución de desgarros perineales y la subsecuente disfunción y prolapso del piso pélvico, incontinencia urinaria, incontinencia fecal y disfunción sexual, así como una recuperación más rápida en relación a los desgarros perineales; y referente a los beneficios en el neonato está, un acortamiento del periodo de expulsión, previniendo la asfixia, trauma craneal, hemorragia cerebral, y facilitar maniobras para la prevención de distocia de hombros. (ACOG 2006)

Por otro lado los efectos adversos por el uso rutinario de la episiotomía son extensión de la episiotomía al esfínter del ano o recto, cicatrización inadecuada con asimetría o cierre excesivo del introito vaginal, prolapso vaginal, fístula recto-vaginal, fístula en ano, mayor pérdida sanguínea, hematomas, dolor, edema de la región de la episiotomía, infección y dehiscencia así como disfunción sexual, además de aumentar costos por el uso rutinario de la episiotomía. (NGC 2008)

Las lesiones anteriores del periné, involucran a los labios mayores y menores, cara anterior de vagina, uretra o clítoris y por lo regular con poca morbilidad; la lesión posterior del periné, involucra a la cara posterior de vagina, los músculos perineales y el esfínter anal. Los desgarros se clasifican: en primer grado (cuando afecta piel del periné y mucosa vaginal solamente); segundo grado (afectando también músculos perineales); tercer grado (cuando involucra además al esfínter del ano); y cuarto grado (todo lo anterior y epitelio anal). (ACOG 2006)

A pesar de no contar con suficiente literatura al respecto; la episiotomía a través de los años se ha convertido en un procedimiento de rutina; subestimando las posibles consecuencias adversas de la misma.

Es por esto que se considera de gran importancia una guía de práctica clínica sobre **“el uso racional de la episiotomía”**

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Práctica Clínica “el uso racional de la episiotomía”, forma parte de las guías que integrarán el catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se instrumentará a través del programa de acción específico de guías de práctica clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Sectorial de Salud 2007-2012.

La finalidad de este Catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta Guía pone a disposición del personal del primer y segundo nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- Indicaciones para la realización racional de la episiotomía
- Conocer el riesgo - beneficio de la episiotomía
- Conocer las técnicas quirúrgicas de episiotomía y su correcto uso individualizado
- Identificar las complicaciones subsecuentes de la episiotomía
- Referir oportunamente a las pacientes complicadas al segundo nivel de atención.

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades que constituye el objetivo central y la razón de ser de los Servicios de Salud.

3.3 DEFINICIÓN

La episiotomía (CIE9 073.6) es la ampliación del canal de parto, a través de una incisión perineal, durante el periodo de expulsión del trabajo de parto. Esta incisión se puede realizar con tijeras o bisturí y requiere de reparación a través de puntos de sutura. (NICE 2007)

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta Guía son producto del análisis de las guías de práctica clínica internacionales seleccionadas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura.

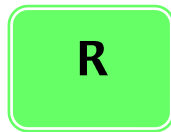
La presentación de la evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponden a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Los niveles de las evidencias y la graduación de las recomendaciones se mantienen respetando la fuente original consultada, citando entre paréntesis su significado. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras; ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta Guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN

4.2 TIPOS DE EPISIOTOMÍA

Evidencia / Recomendación

E La episiotomía restrictiva parece tener un número de ventajas con respecto a las políticas basadas en la episiotomía rutinaria. Hay menos trauma perineal posterior, menos necesidad de sutura y menos complicaciones.

E La episiotomía mediolateral deberá de realizarse cuidando una angulación de 40 a 60° respecto a línea media para evitar extensión hacia el esfínter.

E La episiotomía media tiene mayor riesgo de extensión hacia el esfínter anal (desgarro de tercer grado) o rectal (desgarro de cuarto grado).

E La técnica de episiotomía media lateral es una incisión que se realiza por lo menos a 45 grados de la línea media, es más comúnmente realizada en muchos países debido a que maximiza el espacio perineal, mientras que reduce las probabilidades de desgarros de tercer o cuarto grado.

E Dos ensayos recientes también fracasaron en demostrar que la episiotomía mejora los resultados perinatales, proporciona una mejor protección al periné o facilita el parto vaginal instrumentado.

Nivel / Grado

Ia

Evidencia obtenida de metanálisis de ensayos controlados y aleatorizados
ACOG Practice Bulletin Episiotomy, 2006

II-1

Evidencia obtenida de estudios bien diseñados de ensayos clínicos no aleatorizados.
NICE Intrapartum Care Clinical Guide 2007

II-1,II-2

Evidencia obtenida de estudios bien diseñados de ensayos clínicos no aleatorizados, Evidencia obtenida de cohortes bien diseñadas o Estudio caso-control analítico, preferiblemente de más de un centro o grupo de investigación.
ACOG Practice Bulletin Episiotomy, 2006

II-2, II-3

Evidencia obtenida de cohortes bien diseñados o Estudio caso-control analítico, preferiblemente de más de un centro o grupo de investigación Evidencia obtenida de series temporales con o sin la intervención. Resultados importantes en experimentos no controlados también podría considerarse como para este tipo de evidencia
ACOG Practice Bulletin Episiotomy, 2006

II-3

Evidencia obtenida de series temporales con o sin la intervención. Resultados importantes en experimentos no controlados también podría considerarse como para este tipo de evidencia
ACOG Practice Bulletin Episiotomy, 2006

E

Las desventajas reportadas para la episiotomía medio lateral incluye: dificultad para repararla, mayor pérdida sanguínea, y posiblemente mayor incomodidad postparto temprana.

III
Evidencia obtenida de opiniones de autoridades respetadas, basada en la experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos
ACOG Practice Bulletin Episiotomy, 2006

E

La episiotomía media ha ganado popularidad debido a que es fácil de realizar y de reparar, se reporta menor dolor postparto y dispareunia con esta técnica

III
Evidencia obtenida de opiniones de autoridades respetadas, basada en la experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos
ACOG Practice Bulletin Episiotomy, 2006

E

De acuerdo con una revisión sistemática reciente los mejores datos disponibles no apoyan el uso de la episiotomía liberal o de rutina. Sin embargo, hay indicaciones maternas o fetales, que ameritan su realización para evitar graves laceraciones maternas, o acelerar los partos difíciles.

III
Evidencia obtenida de opiniones de autoridades respetadas, basada en la experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos
ACOG Practice Bulletin Episiotomy, 2006

R

El uso restringido de la episiotomía es el preferido al uso rutinario de la episiotomía.

A
Recomendación basada en buena y consistente evidencia científica.
ACOG Practice Bulletin Episiotomy, 2006

R

La episiotomía medio lateral puede ser preferible por sobre la episiotomía media y esta en solo en determinados casos realizarse.

B
Recomendación obtenida de evidencia científica inconsistente.
ACOG Practice Bulletin Episiotomy, 2006

R

La técnica de la Episiotomía media , se asocia con daño del esfínter anal y recto, en mayor grado que la episiotomía Medio lateral

A
Recomendación obtenida de una buena evidencia científica obtenida de al menos un ensayo controlado aleatorizado bien diseñado
ACOG Practice Bulletin Episiotomy, 2006

R

Cuando está indicada la episiotomía, la elección es con la técnica mediolateral ya que disminuye la posibilidad de lesiones de tercer y cuarto grado de extensión y daño perineal

B
Evidencia obtenida de información científica inconsistente
ACOG Practice Bulletin Episiotomy, 2006

4.2.1 INDICACIONES

Evidencia / Recomendación



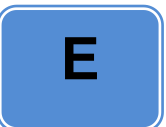
Otra revisión sistemática sugiere que el uso rutinario de la episiotomía mediolateral comparada con el uso restringido no protege contra trauma en el esfínter anal, pero la episiotomía media causa más desgarros en el esfínter anal



Del mismo modo, en otro estudio de la función muscular perineal, las mujeres a quienes se les realizó episiotomía se recuperaba menos la función muscular perineal post-parto que las mujeres en quienes no se les realizó la episiotomía, por lo que los investigadores concluyeron que el uso de la episiotomía para la preservación de la función muscular perineal no se justifica.



Un estudio prospectivo de 519 mujeres primíparas comparó aquellas quien se le realizó episiotomía mediolateral con aquellas quienes no se les realizó episiotomía o tuvieron desgarros de primer y segundo grado, y no encontraron evidencia de incontinencia urinaria, anal o prolapso genital.



Existe un consenso acerca que el riesgo de incontinencia aumenta con el incremento del grado de trauma pélvico. Un estudio acerca de la extensión de episiotomías demostró que la ocurrencia de un desgarro de cuarto grado fue mayormente asociado con incontinencia anal.



El único gran factor de riesgo para desgarro de tercer o cuarto grado parece ser la realización de la episiotomía media, sugiriendo así que evitar realizar la episiotomía por si misma es el mejor camino para minimizar el riesgo de un subsecuente daño extensivo del perineo.

Nivel / Grado

I-a

Metaanálisis.
ACOG Practice Bulletin Episiotomy, 2006

II-2,

Evidencia obtenida de cohortes bien diseñadas o Estudio caso-control analítico, preferiblemente de más de un centro o grupo de investigación.
ACOG Practice Bulletin Episiotomy, 2006

II-2,

Evidencia obtenida de cohortes bien diseñadas o Estudio caso-control analítico, preferiblemente de más de un centro o grupo de investigación.
ACOG Practice Bulletin Episiotomy, 2006

II-3

Evidencia obtenida de series temporales con o sin la intervención. Resultados importantes en experimentos no controlados también podría considerarse como para este tipo de evidencia
ACOG Practice Bulletin Episiotomy, 2006

II-3

Evidencia obtenida de series temporales con o sin la intervención. Resultados importantes en experimentos no controlados también podría considerarse como para este tipo de evidencia
ACOG Practice Bulletin Episiotomy, 2006

E

Dos estudios recientes demostraron que la episiotomía no aumenta el beneficio neonatal, así como no provee mejor protección al periné y no facilita el parto vaginal instrumentado.

II-3

Evidencia obtenida de series temporales con o sin la intervención. Resultados importantes en experimentos no controlados también podría considerarse como para este tipo de evidencia *ACOG Practice Bulletin Episiotomy, 2006*

E

En cuatro estudios de cohorte, los investigadores preguntaron a las pacientes acerca de si habían tenido episodios de incontinencia anal, y un estudio también incluía examen físico. La episiotomía no se encontró asociada con una reducción de riesgo de incontinencia fecal o de flatos

II-2,III

Evidencia obtenida de cohortes bien diseñados o Estudio caso-control analítico, preferiblemente de más de un centro o grupo de investigación
Evidencia obtenida de opiniones de autoridades respetadas, basada en la experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos
ACOG Practice Bulletin Episiotomy, 2006

E

Una revisión sistemática de episiotomía rutinaria versus episiotomía restrictiva no encontró evidencia para apoyar el uso de la episiotomía para prevenir daño del suelo pélvico.

III

Evidencia obtenida de opiniones de autoridades respetadas, basada en la experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos
ACOG Practice Bulletin Episiotomy, 2006

E

Se ha sugerido que la episiotomía está indicada en casos dónde se requiere acelerar la segunda fase del trabajo de parto, se justifica también en casos en que la laceración espontánea puede ser alta, En circunstancias clínicas tales como frecuencia cardiaca fetal en rangos alarmantes, parto vaginal operatorio, distocia de hombros, y en casos en el que el cuerpo perineal se piensa que es inusualmente corto.

III

Evidencia obtenida de opiniones de autoridades respetadas, basada en la experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos
ACOG Practice Bulletin Episiotomy, 2006

E

Datos actuales y opinión de clínicos sugiere que hay insuficientes objetivos basados en evidencia para recomendar la episiotomía, y en especial la de rutina, y que el criterio clínico sigue siendo la mejor guía para el uso de éste procedimiento

III

Evidencia obtenida de opiniones de autoridades respetadas, basada en la experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos
ACOG Practice Bulletin Episiotomy, 2006

E

Algunos autores han abogado en cuanto a que la episiotomía es parte esencial en el manejo de la distocia de hombros en todos los casos, sin embargo otros sugieren que el realizarla no afecta el resultado. Los autores de un estudio han concluido que la episiotomía no disminuye el riesgo de lesión del plexo braquial provocado por la distocia de hombros.

III

Evidencia obtenida de estudios bien diseñados descriptivos no experimentales tales como estudios comparativos, estudios de correlación y estudios de casos.
RCOG 2005 shoulder dystocia

E

El grupo de Manejo de emergencias y trauma obstétricos sugiere un enfoque selectivo, reservando el uso de la episiotomía para facilitar maniobras tales como nacimiento del brazo posterior o rotación interna de los hombros. Por lo tanto la episiotomía debe de ser considerada pero no es obligatoria.

IV
Evidencia obtenida de reportes de comités de expertos o de la opinión y/o experiencia clínica de respetadas autoridades.
RCOG 2005 shoulder dystocia

R

La episiotomía de rutina no debe realizarse durante parto vaginal espontáneo.

A
Requiere al menos un ensayo clínico o al azar como parte del cuerpo de la literatura o Buena calidad en el abordaje consistente con la recomendación específica.
RCOG episiotomy Query bank 2009

R

La episiotomía de rutina no es indispensable en caso de parto vaginal instrumentado.

A
Hay Buena evidencia para apoyar la recomendación si la condición se excluye de consideraciones en exámenes periódicos de salud.
SOGC 2004 guidelines for operative vaginal birth

R

La episiotomía de rutina no previene el daño en el piso pélvico dejando incontinencia.

B
Recomendación obtenida de evidencia científica inconsistente.
ACOG Practice Bulletin Episiotomy, 2006

R

La episiotomía no es indispensable en todos los casos de distocia de hombros.

B
Requiere de la disponibilidad de ensayos clínicos controlados pero no de ensayos clínicos no aleatorizados en el tema de la recomendación (niveles de evidencia IIa, IIb, III)
RCOG 2005 shoulder dystocia

4.2.2 REPARACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

La episiotomía media tiende a ser una simple incisión para reparar incluso si se requiere reparar la mucosa rectal y el esfínter anal. Para cualquier técnica, el cierre en dos planos ha mostrado que disminuye en dolor postparto y la curación de las complicaciones comparado con el cierre en tres tiempos.

I
Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado aleatorizado bien diseñado
ACOG Practice Bulletin Episiotomy, 2006

E

Un estudio comparó sutura separada y continua, encontrando menos dolor postparto y a los 3 meses con sutura subdérmica continua.

I
Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado aleatorizado bien diseñado
ACOG Practice Bulletin Episiotomy, 2006

E

Las técnicas de sutura continua para el cierre perineal, comparado con los puntos separados, se asociaron con menor dolor a corto plazo. Más aún, si la técnica con sutura continua es utilizada para todos los planos (vagina, músculos perineales y piel) comparado con solamente la piel del perineo, la reducción del dolor fue todavía más grande.

Ia
Evidencia obtenida de meta-análisis de ensayos controlados y aleatorizados.
RCOG episiotomy Query bank 2009, Kettle C, COCHRANE PLUS 2008 NUMERO 2

E

Varios materiales de sutura han sido utilizados para la reparación de la episiotomía, con datos limitados de superioridad de un tipo de material sobre otro. Una sutura mínimamente reactiva es el absorbible ácido poliglicólico y éste puede ser preferible al catgut crómico porque causa menor dolor perineal y dispareunia.

I, II-2
Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado aleatorizado bien diseñado Evidencia obtenida de cohortes bien diseñados o Estudio caso-control analítico, preferiblemente de más de un centro o grupo de investigación.
ACOG Practice Bulletin Episiotomy, 2006, Kettle COCHRANE 2008 NUMERO 2

E

Los siguientes factores elevan el riesgo de lesiones perineales, considerando como del 1% un parto vaginal por si mismo

Peso del producto mayor a 4 kg (2%)

Variedad de posición Occipito posterior persistente (3%)

Nuliparidad (4%)

Inducción de labor (2%)

Analgesia epidural (2%)

Periodo expulsivo mayor a una hora (4%)

Distocia de hombros (4%)

Uso de fórceps (7%)

Ila y I Ib
Evidencia obtenida de estudios bien diseñados, sin aleatorización
NGC Methods and materials used in perineal repair 2008

E

El inconveniente de utilizar menos material reactivo es la reabsorción más lenta que puede raramente resultar en la necesidad de retirar la sutura.

III

Evidencia obtenida de opiniones de autoridades respetadas, basada en la experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos

ACOG Practice Bulletin Episiotomy, 2006

4.2.3 EXPLORACIÓN FÍSICA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R

Posterior al término del periodo expulsivo todas las pacientes deben de ser sometidas a exploración que busque detectar daño del piso pélvico.

C

Evidencia obtenida de opinión de expertos.
RCOG Royal College of Obstetricians and Gynecologist. 2007

4.2.4 DIAGNÓSTICO TEMPRANO DE LAS COMPLICACIONES

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

No esta indicado el uso rutinario de ultrasonido anal para detectar lesiones perineales clínicamente sean visibles

III

Evidencia obtenida de estudios bien diseñados, no experimentales y descriptivos
RCOG Royal College of Obstetricians and Gynecologist. 2007

R

Posterior al término del periodo expulsivo todas las pacientes deben de ser sometidas a exploración que busque detectar daño del piso pélvico.

C

Evidencia obtenida de opinión de expertos.
RCOG Royal College of Obstetricians and Gynecologist. 2007

4.2.5 LIMITACIÓN DEL DAÑO

4.2.5.1 TRATAMIENTO OPORTUNO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E El uso restrictivo de la episiotomía representa menor riesgo de morbilidad respecto al trauma perineal posterior a la episiotomía de rutina</p>	<p>Ib Evidencia obtenida de por lo menos un estudio aleatorizado bien diseñado. <i>Carroli G, 2008</i></p>
<p>E No hay resultados diferentes en el uso restrictivo de la episiotomía comparando tanto las técnicas medio lateral y media de la episiotomía rutinaria.</p>	<p>Ib Evidencia obtenida por lo menos de un estudio aleatorizado bien diseñado <i>Carroli G 2008</i></p>
<p>E No hay suficiente evidencia para elegir la técnica media o medio lateral, será a la elección del medico en base a su experiencia</p>	<p>Ib Evidencia obtenida por lo menos de un estudio aleatorizado bien diseñado <i>Carroli G, 2008</i></p>
<p>E El uso de antibióticos profilácticos no cuenta con suficientes bases para su uso rutinario.</p>	<p>II Evidencia obtenida de por lo menos un estudio bien diseñado no aleatorizado. <i>Bupasiri P,2008</i></p>
<p>E No hay diferencia uso restringido versus rutina de episiotomía con el desarrollo de dispareunia o incontinencia urinaria.</p>	<p>II Evidencia obtenida de estudios bien diseñados sin aleatorización <i>Carroli G, 2008</i></p>
<p>E No debe de realizarse de manera rutinaria la episiotomía en los partos operatorios, deberá de valorar su uso dependiendo de las características de cada paciente.</p>	<p>Iib Evidencia obtenida de por lo menos un estudio cuasi-experimental bien diseñado <i>Carroli G, 2008</i></p>

R	<p>La episiotomía es un procedimiento quirúrgico comúnmente realizado sin evidencia clara de su beneficio para la salud de la paciente.</p>	<p style="text-align: right;">B</p> <p>Evidencia obtenida de información científica inconsistente <i>Carroli G, 2008</i></p>
R	<p>El uso restrictivo de la episiotomía presenta menor morbilidad a 7 días respecto al uso restrictivo de la misma.</p>	<p style="text-align: right;">B</p> <p>Evidencia obtenida de información científica inconsistente <i>Carroli G, 2008</i></p>
R	<p>Es preferible el uso de suturas como el Vicryl para el cierre del esfínter anal externo por presentar menor dolor.</p>	<p style="text-align: right;">B</p> <p>Evidencia obtenida de información no consistente <i>Carroli G, 2008,</i></p>
R	<p>El cierre de lesiones de tercer o Cuarto grado deberá ser con Anestesia regional preferentemente.</p>	<p style="text-align: right;">C</p> <p>Evidencia Obtenida de recomendación de expertos <i>Fernando R, 2008</i></p>
R	<p>En caso de lesiones de tercer grado que involucran el esfínter anal esta indicado el cierre con transposición de ambos bordes del esfínter anal</p>	<p style="text-align: right;">C</p> <p>Evidencia Obtenida de recomendación de expertos <i>Fernando R, 2008</i></p>

4.2.5.2 LIMITACIÓN DE INCAPACIDAD

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E	<p>El uso de laxantes suaves posterior a episiotomías y en especial si hubo extensión o desgarros de 3^a y 4^a grado, disminuye la posibilidad de dehiscencia de episiotomía</p>	<p style="text-align: right;">IV</p> <p>Evidencia obtenida de opinión de expertos clínicos <i>Fernando R,2008</i></p>
----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



El uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) disminuye el dolor posterior a la episiotomía y no esta contraindicado su uso.

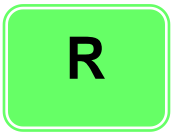
II-1

Evidencia obtenida de estudios bien diseñados no aleatorizados
NICE Postpartum Guide Clinical 2007

4.2.6 PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



La paciente debe de ser informada que la evolución posterior a episiotomía o reparación de desgarros de 3er o 4to grado es mayormente satisfactoria 80%, pero que puede presentarse incontinencia a gases y sólidos, lo que ameritaría nueva valoración y posiblemente ultrasonido endoanal .

A

Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado aleatorizado bien diseñado
ACOG Practice Bulletin Episiotomy, 2006

4.3 CRITERIOS DE REFERENCIA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



La presencia de cuadros de infección de episiotomía deberá ser canalizada a los servicios de 2º nivel para su valoración.

C

Evidencia obtenida de opinión de expertos
ACOG Practice Bulletin Episiotomy, 2006

5. ANEXOS

5.1 ANEXO I. SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE NIVELES DE EVIDENCIA Y FUERZA DE LAS RECOMENDACIONES

CRITERIOS PARA GRADAR LA EVIDENCIA

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Gordon Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster de Canadá. (JAMA, 1992) En palabras de David Sackett, *“la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales”* (Sacket DL, 1996). En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica. (Guerra L, 1996).

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC. (Jovell AJ, 1995)

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R, 2006), en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria. (Guyatt GH, 1993) Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

Para propósitos de esta metodología de adopción, se empleará el modelo de GRADE (Marzo-Castillejo M, 2006), del Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) Grading System (www.sign.ac.uk), el modelo del Centre for Evidence Based Medicine, Oxford (www.cebm.net), el modelo del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (www.nice.org.uk) El modelo deberá seleccionarse de acuerdo a la guía adoptada e incluirse en anexo de escalas de evidencia, a continuación se enuncian los usados en la guía.

Niveles de evidencia y grados de recomendación de SIGN, traducida y modificada para incluir los estudios de pruebas diagnósticas

Niveles de evidencia

1++	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con un alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o casos-control o de estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o casos-control o de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo, y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o casos-control o estudios de pruebas diagnósticas bien realizados con bajo riesgo de sesgo, y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2 -	Estudios de cohortes o casos-control o de pruebas diagnósticas con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

Grados de recomendación

A	Al menos un meta-análisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la Guía; o un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+.
C	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la guía que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++.
D	Evidencia de nivel 3 ó 4; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2+.
?	Consenso del equipo redactor.

Niveles de evidencia de estudios de intervención national institute for health and clinical excellence (NICE)

1++	Meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos
1+	Meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos
1-	Meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con alto riesgo de sesgos ^A
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos-controles, o estudios de cohortes o de casos-controles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos-controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo ^A
3	Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos
4	Opinión de expertos
Nota: ^A Los estudios con un nivel de evidencia '-' no deberían utilizarse como base para elaborar una recomendación	

Estudios de intervención clasificación de las recomendaciones

A	Al menos un meta-análisis, o un ensayo clínico aleatorio categorizados como 1++, que sea directamente aplicable a la población diana, o una revisión sistemática o un ensayo clínico aleatorio o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados, Evidencia a partir de la apreciación de NICE
B	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 1++ o 1+
C	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2+, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 2++
D (PBP)	Evidencia nivel 3 o 4, o extrapolación de estudios calificados como 2+ o Consenso formal
	Un buen punto de práctica (BPP) es una recomendación para la mejor práctica basado en la experiencia del grupo que elabora la guía

Estudios de diagnóstico Niveles de evidencia

Ia	Revisión sistemática (con homogeneidad) ^a de estudios de nivel 1 ^b
Ib	Estudios de nivel 1 ^b
II	Estudios de nivel 2 ^c Revisiones sistemáticas de estudios de nivel 2
III	Estudios de nivel 3 ^d Revisiones sistemáticas de estudios de nivel 3
IV	Consenso, informes de comités de expertos o opiniones y/o experiencia clínica sin valoración crítica explícita; o en base a la psicología, difusión de la investigación o 'principios básicos'

Notas:

^a Homogeneidad significa que no hay variaciones o estas son pequeñas en la dirección y grado de los resultados entre los estudios individuales que incluye la revisión sistemática.

^b Estudios de nivel 1:

1. aquellos que utilizan una comparación ciega de la prueba con un estándar de referencia validado (gold standard)
2. en una muestra de pacientes que refleja a la población a quien se aplicaría la prueba.

^c Estudios nivel 2 son aquellos que presentan una sola de estas características:

1. población reducida (la muestra no refleja las características de la población a la que se le va a aplicar la prueba)
 2. utilizan un estándar de referencia pobre (definido como aquel donde la 'prueba' es incluida en la 'referencia', o aquel en que las 'pruebas' afectan a la 'referencia')
 3. la comparación entre la prueba y la referencia no está cegada
- Estudios de casos y controles.

^d Estudios de nivel 3 son aquellos que presentan al menos dos o tres de las características señaladas anteriormente.

Adaptado de The Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence (2001) and the Centre for Reviews and Dissemination Report Number 4 (2001)

Estudios de diagnóstico clasificación de las recomendaciones

A (ED)	Estudios con un nivel de evidencia Ia o Ib
B (ED)	Estudios con un nivel de evidencia II
C (ED)	Estudios con un nivel de evidencia III
D (ED)	Estudios con un nivel de evidencia IV

Escala de la U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF).

En su tercera edición, publicada recientemente y que puede consultarse en la *web* de la *Agency for Healthcare Research and Quality* (www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm), se evalúa la calidad de la evidencia de una forma más elaborada que no sólo tiene en cuenta el tipo de diseño de los estudios (tabla 1). Los grados de recomendación se establecen a partir de la calidad de la evidencia y del beneficio neto (beneficios menos perjuicios) de la medida evaluada. Las definiciones siguientes han sido aplicables para todas aquellas recomendaciones votadas por la USPSTF previo a mayo del 2007.

Fuerza de las Recomendaciones

A	La USPSTF <i>recomienda claramente</i> que los clínicos proporcionen la intervención a los pacientes que cumplan los criterios. La USPSTF ha encontrado <i>buena evidencia</i> de que la medida mejora de manera importante los resultados en salud y concluye que los beneficios superan ampliamente a los riesgos).
B	La USPSTF <i>recomienda</i> que los clínicos proporcionen la intervención a los pacientes. La USPSTF ha encontrado <i>evidencia moderada</i> de que la medida mejora de manera importante los resultados en salud y concluye que los beneficios superan a los riesgos.
C	La USPSTF <i>no recomienda a favor o en contra</i> de la intervención. La USPSTF ha encontrado al menos <i>evidencia moderada</i> de que la medida puede mejorar los resultados en salud, pero los <i>beneficios son muy similares a los riesgos</i> y no puede justificarse una recomendación general.
D	La USPSTF <i>recomienda en contra</i> que los clínicos proporcionen la intervención a los pacientes asintomáticos. La USPSTF ha encontrado al menos <i>evidencia moderada</i> de que la medida es ineficaz o que <i>los riesgos superan a los beneficios</i> .
I	La USPSTF concluye que la evidencia es insuficiente para <i>recomendar a favor o en contra</i> de la intervención. No existe evidencia de que la intervención es ineficaz, o de calidad insuficiente, o conflictiva y que el balance entre los riesgos y los beneficios no se puede determinar.

Niveles de Evidencia-Calidad de la Evidencia

Buena	La evidencia incluye resultados consistentes a partir de estudios bien diseñados y realizados en poblaciones representativas que directamente evalúan efectos sobre resultados de salud
Moderada	La evidencia es suficiente para determinar efectos sobre resultados de salud, pero la fuerza de la evidencia es limitada por el número, la calidad, o la consistencia de los estudios individuales, la generalización a la práctica rutinaria, o la naturaleza indirecta de la evidencia sobre los resultados de salud.
Insuficiente	La evidencia es insuficiente para evaluar los efectos sobre los resultados de salud debido al número limitado o al poder de estudios, defectos importantes en su diseño o realización, inconsistencias en la secuencia de la evidencia, o falta de información sobre resultados de salud importantes.

Escala del American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) ^{XIII}.

Grados de Evidencia

I	Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado aleatorizado diseñado apropiadamente
II-1	Evidencia obtenida de estudios controlados bien diseñados si aleatorización
II-2	Evidencia obtenida de estudios bien diseñados de cohorte o estudios analíticos de caso y control, preferentemente de más de un centro o grupo investigador
II-3	Evidencia obtenida de múltiples series de tiempo, con o sin intervención. Resultados dramáticos en experimentos no controlados también podrán considerarse en este tipo de evidencia
III	Opiniones de autoridades respetadas, basadas en experiencia clínica, estudios descriptivos o

reportes de comités de expertos

Nivel de las recomendaciones

A	Recomendaciones basadas en evidencia científica buena y consistente
B	Recomendaciones basadas en evidencia científica limitada o inconsistente
C	Recomendaciones basadas principalmente en consensos y opiniones de expertos

Clasificación del Royal College of Obstetricians and Gynaecologist^{XV}.

	Clasificación de niveles de evidencia		Grados de recomendación
1a	Evidencia obtenida de meta-análisis de estudios controlados aleatorizados	A	Requiere al menos un estudio controlado aleatorizado como parte del cuerpo de la literatura de buena calidad y consistencia dirigido a la recomendación específica Nivel de evidencia 1a, 1b.
1b	Evidencia obtenida de la menos un estudio controlado aleatorizado		
IIa	Evidencia obtenida de la menos un estudio controlado bien diseñado aleatorizado	B	Requiere de la disponibilidad de buenos estudios clínicos bien controlados pero no aleatorizados referentes al punto de la recomendación Nivel de evidencia IIa, IIb III.
IIb	Evidencia obtenida de la menos un estudio controlado bien diseñado sin aleatorización		
III	Evidencia obtenida de estudios bien diseñados, descriptivos no experimentales tal como estudios comparativos, estudios de correlación y estudios de casos	C	Requiere evidencia obtenida de reportes de comités de expertos, y/o experiencia clínica de autoridades respetadas. Indica la ausencia de estudios clínicos de buena calidad directamente aplicables al tópico de la recomendación Nivel de evidencia IV
IV	Evidencia obtenida de reportes de comités de expertos opiniones y/o experiencia clínica de autoridades respetadas	PBP	Recomendación de la mejor practica basada en la experiencia clínica del grupo que desarrollo la guía

Sistema de Gradación de evidencia del ICSI (Institute Clinical System Improvement).

A. Reportes primarios de datos nuevos:	B. Reportes que sintetizan o reflejan reportes primarios:
Clase A: Estudios controlados aleatorizados	Clase M: Meta-análisis, Revisiones Sistemáticas, Análisis de Decisión, Análisis de Costo-efectividad
Clase B: Estudios de Cohorte	Clase R: Consenso de Expertos, Revisión Narrativa, Reporte de Consenso
Clase C: Estudios no aleatorizados con controles concurrentes o históricos, estudios de casos y	Clase X: Opinión Medica

control estudios de sensibilidad o especificidad de una prueba diagnóstica estudios poblacional descriptiva.	
Clase D: Estudio transversal, serie de casos, reporte de casos.	

Bibliografía

- Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992;268:2420-2425
- Sackett DL, Rosenberg WMC, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is it and what it isn't. BMJ 1996;312:71-72.
- Guerra Romero L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. Med Clin (Barc) 1996;107:377-382.
- Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. Med Clin (Barc) 1995;105:740-743
- Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. BMJ. 2001; 323 (7308):334-336. [acceso 26 de junio de 2006]. Disponible en: <http://bmj.com/cgi/content/full/323/7308/334>.
- Guyatt GH, Sackett DL, Sinclair JC, Hayward R, Cook DJ, Cook RJ. Users' Guides to the Medical Literature: IX. 1993
- Marzo-Castillejo M, Alonso-Coello P. Clasificación de la calidad de la evidencia y fuerza de las recomendaciones. Grading quality of evidence and strength of recommendations (GRADE) Working Group. Aten Primaria 2006;37(1):1-11. <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/section6.html#4a>
- Centre for Evidence-Based Medicine de Oxford . Levels of Evidence and Grades of Recommendation [Internet]. Oxford : Centre for Evidence-Based Medicine de Oxford [acceso 7 de septiembre del 2007]. Disponible en: http://www.cebm.net/levels_of_evidence.asp
- Mercè Marzo, Castillejo Cristina, Viana Zulaica. Calidad de la evidencia y grado de recomendación. Guías Clínicas 2007; 5 Supl 1: 6. [acceso 7 septiembre del 2007] Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/fmc/sintesis.asp>
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidelines Development methods. Guideline Development Methods- Chapter 7: Reviewing and grading the evidence [Internet]. London: NICE; February 2004 (updated March 2005) [acceso 7 septiembre del 2007] Disponible en: http://www.nice.org.uk/pdf/GDM_Chapter7_0305.pdf
- Harris RP, Helfand M, Woolf SH, Lohr KN, Mulrow CD, Teutsch SM, Atkins D, for the Methods Work Group, Third U.S. Preventive Services Task Force. Current methods of the U.S. Preventive Services Task Force: a review of the process. Am J Prev Med 2001;20(3S):21-35
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Breast cancer screening. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2003 Apr. 12 p. (ACOG practice bulletin; no. 42).
- University of Michigan Health System. Adult preventive health care: cancer screening. Ann Arbor (MI): University of Michigan Health System; 2004 May. 12 p
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Pregnancy and breast cancer. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2004 Jan. 7 p. (Guideline; no. 12).

5.2 ANEXO II. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

La búsqueda sistemática de información se enfocó a documentos que fueron obtenidos sobre la temática de **EPISIOTOMÍA**. La búsqueda se realizó en PubMed y el listado de sitios para la búsqueda de guías de práctica clínica.

Criterios de inclusión:

3. Documentos escritos en idioma inglés o español.
4. Publicados durante los últimos 5 años.
5. Documentos enfocados a prevención, diagnóstico y tratamiento.

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en idiomas distintos al español o inglés.

Estrategia de búsqueda

Primera etapa

Esta primera etapa consistió en buscar documentos relacionados al tema de episiotomía, en PubMed. Las búsquedas fueron limitadas a humanos, documentos publicados de 2003 a 2009, en idioma inglés o español, del tipo de documento de guías de práctica clínica y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el término Episiotomía / Episiotomy. En esta estrategia de búsqueda también se incluyó la búsqueda de información enfocado a efectos adversos, complicaciones, mortalidad y rehabilitación. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio 1 resultados, este documento fue utilizado en la guía.

Búsqueda	Resultado obtenido
"Episiotomy"[Mesh] OR ("Episiotomy/adverse effects"[Mesh] OR "Episiotomy/complications"[Mesh] OR "Episiotomy/mortality"[Mesh] OR "Episiotomy/rehabilitation"[Mesh])) Limits: Publication Date from 2003 to 2009, Practice Guideline, Guideline, English, Spanish	1

Algoritmo de Búsqueda

1. - Episiotomy [Mesh]
2. - Adverse effects [Subheadings]
3. - Complications [Subheadings]
4. - Mortality [Subheadings]
5. - Rehabilitation [Subheadings]
6. - # 2 OR # 3 OR # 4 OR # 5
7. - # 1 AND # 6
8. - "2003"[PDAT] : "2009"[PDAT]
9. - # 7 AND # 8

- 10. - Practice Guideline [ptyp]
- 11. - Guideline [ptyp]
- 12. - # 10 OR # 11
- 13. - # 9 AND # 12
- 14. – English [lang]
- 15. – Spanish [lang]
- 16. - # 14 OR # 15
- 17. - # 13 AND # 16
- 18. - # 1 AND (# 2 OR # 3 OR # 4 OR # 5) AND # 8 AND (# 10 OR # 11) AND (# 14 OR # 15)

Segunda Etapa

En la segunda fase de la búsqueda sistemática se procedió a buscar guías de práctica clínica sobre episiotomía en Sitios Web, de los resultados obtenidos de esas búsquedas fue posible utilizar los documentos obtenidos de los sitios que se mencionan a continuación, al ser de utilidad para la guía.

Nombre:

CMA infobase	1 documento utilizado
National Guideline Clearinghouse (NGC)	1 documento utilizado
National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)	1 documento utilizado
Royal College of Obstetricians and Gynaecologists	1 documento utilizado.

5.3 ANEXO III. LISTADO DE RECURSOS

TRATAMIENTOS/INTERVENCIONES:

RECURSOS HUMANOS*:

-MEDICO ó

-PERSONAL DE SALUD CAPACITADO PARA ATENDER EVENTOS OBSTETRICOS.

*El nombre del puesto puede variar de acuerdo a los catálogos de puestos de las instituciones

INSUMOS PARA PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

EQUIPO MÉDICO

CLAVE	NOMBRE GENÉRICO
	PINZAS KELLY
	PORTAAGUJAS
	TIJERAS MAYO
	TIJERA DE METSENBAUM
	MESA DE MAYO
	PINZA DE DISECCION SIN DIENTES
	PINZA DE KELLY (OPCIONAL)
	MESA EXPLORACION UNIVERSAL

MOBILIARIO y EQUIPO ADMINISTRATIVO:

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
BOTE DE BASURA ACERO INOXIDABLE	2
BANCO	1
TRIPIE	1
BOLSA R.P.B.I. ROJA	1
BOLSA R.P.B.I. AMARILLA	1

MATERIAL DE CURACIÓN

CLAVE	NOMBRE GENÉRICO
	JABON LIQUIDO
	GUANTES ESTERILES
	GASA SIN LINEA DE 10X10 ESTERIL

CATGUT CROMICO 1-0
 CATGUT CVOMICO 2-0
 VICRYL 1-0 (OPCIONAL)
 VICRYL 2-0 (OPCIONAL)
 LIDOCAINA AL 1% FRASCO 50 ML
 JERINGA ESTERIL 10 ML
 AGUJA ESTERIL 20G 1 1/2"

MATERIAL DIVERSO:

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
BATA ESTERIL PARA MEDICO	1
CAMPOS ESTERILES	4

Insumos para el segundo nivel de atención

Los requeridos para el primer nivel

EQUIPO MÉDICO Y AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

CLAVE	NOMBRE GENÉRICO

Centro de Referencia

Humanos	Servicios Necesarios en el Centro de Referencia
Ginecólogo	Área de Urgências y Tococirugía
Anestesiólogo	Área de Expulsión y/o quirófano

6. BIBLIOGRAFÍA

1. ACOG Practice Bulletin Episiotomy 2006;107:957-964
2. Bupasiri P, Lumbiganon P, Thinkhamrop J, Thinkhamrop B Profilaxis antibiótica para el desgarro perineal de 4 grado durante el parto vaginal. La Biblioteca Cochrane Plus 2008
3. Carroli G, Belizan J Episiotomía en el parto vaginal La Biblioteca Cochrane Plus 2008, Numero 2
4. Fernando R, Sultan AH, Kettle C, Thakar R, Radley S Métodos para la reparación de lesiones obstétricas del esfínter anal, La Biblioteca Cochrane Plus 2008, Numero 2
5. Gram ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the World: an update. Birth 2005; 32:219-23
6. Kettle C, Hills RK, Ismail KMK Suturas continuas versus interrumpidas para la reparación de la episiotomía o los desgarros de Segundo grado La Biblioteca Cochrane Plus 2008, Numero 2
7. Kettle C, Johanson RB Material de sutura sintético absorbible versus catgut para reparaciones del perine La Biblioteca Cochrane Plus 2008, Numero 2
8. NGC Methods and materials used in perineal repair 2008
9. NICE 2007 Intrapartum care "Care of healthy women and their babies during childbirth"
10. RCOG Royal College of Obstetricians and Gynecologist. Guideline 2007 "The Management of Third and Fourth Degree Perineal Tears"
11. RCOG Royal College of Obstetricians and Gynecologist. Guideline 2005 "Shoulder Dystocia" December 2005
12. SOGC Clinical Practice Guidelines 2004 "Guidelines for Operative Vaginal Birth"

7. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad y de la Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia, las gestiones realizadas para que el personal adscrito al Centro o Grupo de Trabajo que desarrolló la presente Guía; asistiera a los eventos de capacitación de Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

Se agradece a las autoridades de los Servicios Estatales de Salud de Aguascalientes, las gestiones realizadas para que el personal adscrito al Centro o Grupo de Trabajo que desarrolló la presente Guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

7. COMITÉ ACADÉMICO

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

M en A María Luisa González Rétiz

Dr. Esteban Hernández San Román

M en A María de Lourdes Dávalos Rodríguez

Dr. Héctor González Jácome

Directora General

Director de Evaluación de Tecnologías en Salud

Coordinadora Sectorial de Guías de Práctica Clínica

Subdirector de Guías de Práctica Clínica

Dr. Domingo Antonio Ocampo

Dra. Lorraine Cárdenas Hernández

Dr. Luis Agüero y Reyes

Dr. Eric Romero Arredondo

Asesores de guías de práctica clínica

Lic. José Alejandro Martínez Ochoa

Lic. Ana María Otero Prieto

Investigación documental

Comunicación y logística

Lic. Margarita Isela Rivera Ramos

Diseño gráfico

8. DIRECTORIO

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Juan Francisco Molinar
Horcasitas
Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares
Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche
Gómez Morin
Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles
González Garza
Director General

Secretaría de Marina

Almirante Mariano Francisco
Saynez Mendoza
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván Galván
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes

Dr. Gerardo Macías López
Director General
Dr. Leticia López Gómez
Directora de Servicios de Salud
Dra. Amada Amalia Marroquín Segura
Subdirectora de Enseñanza
Capacitación e Investigación

Hospital de la Mujer, Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes

Dr. Arturo Guerra Lugo
Director
Dr. Jaime Reyna Cruz
Subdirector Médico
Dr. Leopoldo Cesar Serrano Diaz
Jefe Clínica Alto Riesgo
Dr. Daniel Ely Bravo Aguirre
Jefe de Enseñanza H. de la Mujer
Dra. Martha Hernández Muñoz
Medico Adscrito H. de la Mujer

9. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaría de Innovación y Calidad	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Ávila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Julio Sotelo Morales Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin Representante del Consejo de Salubridad General	Titular
Gral. De Brig. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Contra Almirante SSN MC Miguel Ángel López Campos Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo Director General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
M. en A. María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y suplente del presidente
Dr. Franklin Libenson Violante Secretario de Salud y Director General del Instituto de Salud del Estado de México	Titular 2008-2009
Dr. Luis Felipe Graham Zapata Secretario de Salud del Estado de Tabasco	Titular 2008-2009
Dr. Juan Guillermo Mansur Arzola Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas	Titular 2008-2009
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Dr. Jorge Elías Dib Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Act. Cuauhtémoc Valdés Olmedo Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AC	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Secretario Técnico