

# GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

## Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de **EPISIOTOMÍA COMPLICADA**

### **Evidencias y Recomendaciones**

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: **IMSS-608-13**

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



Avenida Paseo de La Reforma #450, piso 13,  
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.  
[www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC  
© Copyright CENETEC "Derechos Reservados". Ley Federal de Derecho de Autor

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 de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de intereses y en caso de haberlo lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y 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.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica el cuadro básico y, en el segundo y tercer nivel, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos, deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que formen parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

Deberá ser citado como **Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Episiotomía Complicada** México: Secretaría de Salud, 2013.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: [www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html](http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html)

CIE-10 O86.0 Infección de herida quirúrgica obstétrica, herida quirúrgica de cesárea, reparación perineal, infectada, consecutiva al parto  
O90.1 Dehiscencia de sutura obstétrica perineal  
GPC: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Episiotomía Complicada

## AUTORES Y COLABORADORES

**Coordinadores:**

Dra. Ma. Antonia Basavilvazo Rodríguez	Ginecología y Obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinadora de Programas Médicos División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, D, F	Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia
--	---------------------------	--------------------------------------	--	---

**Autores :**

Dra. Ana Yuridia Mendoza Gama	Ginecología y Obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico no Familiar UMAE Hospital de Ginecobstetricia No. 3 Centro Médico Nacional "La Raza" Delegación Norte México D,F Delegación Norte México, D.F	
Dra. Beatriz Ofelia Ramírez Silva	Ginecología y Obstetricia	Instituto de Salud del Estado de México	Médico Especialista adscrito al Hospital General de Ecatepec "Dr. José María Rodríguez" Ecatepec, Estado de México	Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia
Dra. María Nohemí Reséndiz Hernández.	Ginecología y Obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico no familiar Hospital de Gineco-Pediatría 3A Delegación Norte México D.F.	
Dra. Teresa Salazar Cordero	Medicina Familiar		Médico Familiar Unidad de Medicina Familiar No. 21 Delegación Sur México, D.F	Asociación Mexicana de Medicina Familiar

**Validación interna:**

Dra. Oceanía Minerva Yolanda Bautista Ordoñez	Ginecología y Obstetricia	Medicina Privada	Fundación de la atención a la Mujer Cuernavaca Morelos	Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia
Dra. Maria Antonia Valdes Vargas	Ginecología y Obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico No Familiar Hospital de Ginecobstetricia Núm. 60 Delegación Estado de México Oriente Tlalnepantla Estado de México	Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia

## ÍNDICE

AUTORES Y COLABORADORES .....	3
1. CLASIFICACIÓN. ....	5
2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA.....	6
3. ASPECTOS GENERALES.....	7
3.1 ANTECEDENTES .....	7
3.2 JUSTIFICACIÓN .....	8
3.3 OBJETIVO DE ESTA GUÍA .....	8
3.4 DEFINICIÓN.....	9
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	10
4.1 PREVENCIÓN SECUNDARIA .....	11
4.1.1 FACTORES DE RIESGO.....	11
4.2 CRITERIOS DE EPISIOTOMIA .....	14
4.3 COMPLICACIONES DE EPISIOTOMIA.....	15
4.3.1 GENERALIDADES .....	15
4.4 DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN .....	16
4.5 DIAGNÓSTICO DESGARRO .....	17
4.6 DIAGNÓSTICO DE HEMATOMA .....	19
4.7 DIAGNÓSTICO DE DEHISCENCIA.....	19
4.8 TRATAMIENTO .....	20
4.8.1 INFECCIÓN.....	20
4.8.1 DESGARRO .....	21
4.8.1 HEMATOMA .....	22
4.8.1 DEHISCENCIA.....	23
4.9 CRITERIOS DE REFERENCIA.....	24
4.9.1 PRIMER A SEGUNDO NIVEL.....	24
5. ANEXOS.....	25
5.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.....	25
5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN .....	27
5.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD.....	30
5.4 MEDICAMENTOS .....	31
5.5 DIAGRAMAS DE FLUJO.....	33
6. GLOSARIO.....	34
7. BIBLIOGRAFÍA.....	35
8. AGRADECIMIENTOS.....	37
9. COMITÉ ACADÉMICO.....	38
10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR.....	39
11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.....	40

## 1. CLASIFICACIÓN.

Catálogo maestro: IMSS-608-13	
<b>Profesionales de la salud.</b>	Médicos Ginecobstetras.
<b>Clasificación de la enfermedad.</b>	CIE-10: O86.0 Infección de herida quirúrgica obstétrica, herida quirúrgica de cesárea, reparación perineal, infectada, consecutiva al parto O90.1 Dehiscencia de sutura obstétrica perineal
<b>Categoría de GPC.</b>	Primero segundo y tercer nivel de atención. - Prevención - Diagnóstico - Tratamiento. <b>En esta Guía no se abordaran las complicaciones tardías.</b>
<b>Usuarios potenciales.</b>	Personal de salud en formación, Enfermeras generales, Licenciadas en enfermería y obstetricia, Médicos generales, Médicos Familiares y Médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia.
<b>Tipo de organización desarrolladora.</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>Población blanco.</b>	Mujeres en edad reproductiva en puerperio con antecedente de episiotomía complicada
<b>Fuente de financiamiento / patrocinador.</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>Intervenciones y actividades consideradas.</b>	Historia< clínica, exploración clínica del canal del parto, episiorrafia, cultivos, biometría hemática, antibioterapia, drenaje de hematoma
<b>Impacto esperado en salud.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fomentar el uso racional de la episiotomía</li> <li>2. Utilizar la adecuada técnica de asepsia y antisepsia en la atención del parto</li> <li>3. Detectar factores de riesgo en la episiotomía complicada</li> <li>4. Diagnóstico y tratamiento oportuno de Episiotomía complicada</li> <li>5. Criterios de Referencia a segundo y tercer nivel de atención</li> </ol>
<b>Metodología<sup>a</sup>.</b>	Elaboración de guías de práctica clínica Revisión sistemática de la literatura Recuperación de guías internacionales previamente elaboradas Evaluación de la calidad y utilidad de las guías Revisión de otras fuentes, selección de las guías/revisiones/otras fuentes con mayor puntaje, selección de las evidencias con nivel mayor, de acuerdo con la escala utilizada, selección o elaboración de recomendaciones con el grado mayor de acuerdo con la escala utilizada.>
<b>Método de validación y adecuación.</b>	Enfoque de la GPC: <enfoque a responder preguntas clínicas mediante la adopción de guías y/o enfoque a preguntas clínicas mediante la revisión sistemática de evidencias en una guía de nueva creación> Elaboración de preguntas clínicas. Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia. Protocolo sistematizado de búsqueda. <especificar cuáles se utilizaron, de las siguientes: Revisión sistemática de la literatura. Búsquedas mediante bases de datos electrónicas. Búsqueda de guías en centros elaboradores o ó compiladores. Búsqueda en páginas Web especializadas Búsqueda manual de la literatura.> Número de fuentes documentales revisadas: 14 Guías seleccionadas: 6 Revisiones sistemáticas: 4 Otras fuentes seleccionadas: 4
<b>Método de validación</b>	Validación del protocolo de búsqueda: <institución que validó el protocolo de búsqueda>. Método de validación de la GPC: validación por pares clínicos. Validación interna: Instituto Mexicano del Seguro Social Iniciativa privada Revisión institucional: < Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>Conflicto de interés</b>	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
<b>Registro y actualización</b>	Registro: <b>IMSS-608-13</b> Fecha de Publicación: <b>21 de marzo 2013</b> Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación.

PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS EMPLEADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA GUÍA PUEDE CONTACTAR AL CENETEC A TRAVÉS DEL PORTAL: [WWW.CENETEC.SALUD.GOB.MX](http://WWW.CENETEC.SALUD.GOB.MX)

## 2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Que cuidados o intervenciones se deben de realizar para reducir la incidencia de episiotomía complicada?
2. ¿Que datos clínicos sugieren infección en la episiotomía complicada?
3. ¿Cuales son los gérmenes más comunes en la episiotomía complicada?
4. ¿En que consiste el tratamiento médico-quirúrgico de la episiotomía complicada?
5. ¿En que nivel de atención debe de ser tratada la episiotomía complicada?
6. ¿Cual es el seguimiento de la episiotomía complicada?
7. ¿Qué pacientes deben de ser enviadas a segundo y Tercer nivel de atención?
8. ¿Cuáles son las complicaciones de la episiotomía más frecuentes?

### 3. ASPECTOS GENERALES

#### 3.1 ANTECEDENTES

Durante muchos años la episiotomía se le ha considerado como una intervención cuyo objetivo es la prevención de desgarros perineales graves, así como los trastornos de la estática pélvica, abrevia la expulsión fetal y facilita las maniobras obstétricas, sin embargo no esta exenta de complicaciones, poniendo de manifiesto que este procedimiento no constituye un acto menor y exige una reparación cuidadosa, a fin de no convertirse en una técnica nociva.

Se describen dos tipos de indicaciones:

- Necesarias
- Profilácticas

Dependen fundamentalmente de la textura, de la conformación del periné, de las características fetales, posición fetal, y variedades, presentación y presencia o no de partos precipitados o abruptos.

Las complicaciones más consideradas son a corto plazo la hemorragia, infección o desgarro y a largo plazo como incontinencia anal, urinaria procesos fistulas genitourinarios o rectales asociados a trauma perineal obstétrica afecta psicológica y físicamente a las mujeres que en gran parte no consultan al médico por vergüenza (Parant, 2000) con fines de evitar procesos infecciosos en la intervenciones obstétricas se debe apegar a las recomendaciones de asepsia y antisepsia en el momento de atención del parto, explorar minuciosamente el canal de parto con fines de identificar si existe alguna complicación de la misma y así proceder a la corrección de la misma. (ACOG, 2006)

Los factores de riesgo asociados a complicaciones de la episiotomía son: Episiotomía rutinaria, Nuliparidad Inducción del Trabajo de parto, Trauma perineal, partos distócicos, episiotomía media, Infecciones genitales previas, Trabajo de parto prolongado, exploraciones *vaginales múltiples (más de 5 exploraciones)*, *desgarros cervicales, de vagina y perineales*.

Las complicaciones de la episiotomía más frecuentes son:

- Hemorragia, desgarros, hematoma, edema, infección, dehiscencia.

a exploración clínica del canal de parto, enfocándose a la detección de Fiebre, dolor, sangrado patológico, edema en sitio de episiotomía (Lineamiento Técnico Médico, 2001, Pages, 2008).

Dentro de las recomendaciones para reducir las complicaciones de la episiotomía están:

- Episiotomía selectiva o racionalizada
- Seleccionar el tipo de episiotomía de acuerdo a las características anatómicas individuales de la madre
- Apegarse a las prácticas de asepsia y antisepsia de intervenciones obstétricas.

El diagnóstico se debe sustentar en la historia clínica obstétrica de calidad que compile todos los antecedentes o factores de riesgo de complicación, evolución del embarazo, aunado a interrogatorio enfocado a síntomas como dolor, sangrado patológico y signos exploración clínica del canal de parto, detección de Fiebre, sangrado patológico y edema en sitio de episiotomía (*Lineamiento Técnico Médico, 2001*).

El uso de antibióticos intervenciones obstétricas con fines de prevención de infección está recomendado en pacientes con factores de riesgo (Buppasiri P, 2008, ACOG,2011, Carroli, 2008)

### 3.2 JUSTIFICACIÓN

La episiotomía rutinaria con fines de protección del periné, del suelo pelviano y del feto, durante el parto gradualmente se ha dejado de usar en la obstetricia moderna, reconociendo los obstetras que los riesgos de lesión materna superan los beneficios, más que para proteger la pelvis se ha visto que ocasiona un aumento del dolor perineal en el postparto, dispareunia, pérdida de sangre desgarró del esfínter, lesión rectal e incontinencia anal, sin embargo aunque la episiotomía restrictiva parece tener beneficios sobre menor trauma perineal posterior, menor necesidad de sutura y menos complicaciones, existe el concepto que no hay diferencias con respecto a la mayoría de las medidas de dolor y al trauma perineal o vaginal severo no ni esta exenta de un menor riesgo de trauma perineal anterior (Carroli, 2008),

A pesar de la información anterior basada en la evidencia la episiotomía sigue siendo en México la intervención quirúrgica obstétrica más frecuente en la atención del parto, existiendo un subregistro de la incidencia y prevalencia de las complicaciones inherentes a la misma nos dimos a la tarea de hacer una revisión de la literatura, en la cual no existe una Guía específica a nivel nacional ni Internacional sobre la episiotomía complicada, que puede ser el origen de morbilidad y mortalidad obstétrica.

En México ocupan las complicaciones del puerperio ocupan el tercer lugar como causa de mortalidad materna, destacando preponderantemente la infección, la cual se presenta del 1 al 3 % de los partos dentro de las primeras causas de mortalidad nacional motivo por el cual se realiza esta guía como un instrumento clínico de consulta con fines de mejoras en la atención médica y evitar secuelas a largo plazo como fístulas genitourinarias, incontinencia rectal o anal al igual dispareunia con impacto en la calidad de vida (Carroli, 2008, Lineamiento Técnico para la Prevención, diagnóstico y Manejo de la infección Puerperal, Secretaría de salud 2001)

### 3.3 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La guía de práctica clínica: **Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de episiotomía complicada**, 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 Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional 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 de los tres niveles de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Fomentar el uso racional de la episiotomía
2. Utilizar la adecuada técnica de asepsia y antisepsia en la atención del parto
3. Detectar factores de riesgo en la episiotomía complicada
4. Diagnóstico y tratamiento oportuno de Episiotomía complicada

## 5. Criterios de Referencia a segundo y tercer nivel de atención

Lo anterior 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.

### 3.4 DEFINICIÓN

**Episiotomía:** Incisión en el periné para aumentar la apertura vaginal durante la última parte del período expulsivo del trabajo de parto o durante el parto en sí. Este procedimiento se realiza con tijeras o bisturí y debe repararse por medio de una sutura (Carroli, 2008).

**Episiotomía complicada:** Es la presencia de complicaciones de una episiotomía siendo las más frecuentes: hemorragia, desgarros, hematoma, edema, infección y dehiscencia (Parant, 2000).

## 4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde 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. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica o alfanumérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

<b>Evidencia / Recomendación</b>	<b>Nivel / Grado</b>
La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud	<b>Z++</b> (GIB, 2007)

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

<b>Evidencia / Recomendación</b>	<b>Nivel / Grado</b>
El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada	<b>Ia</b> [E: Shekelle] Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 5.2.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta Guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

## 4.1 PREVENCIÓN SECUNDARIA

### 4.1.1 FACTORES DE RIESGO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>Los factores de riesgo asociados a complicaciones de la episiotomía son:</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Episiotomía rutinaria</li> <li>- Nuliparidad</li> <li>- Inducción del Trabajo de parto</li> <li>- Trauma perineal                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Período expulsivo prolongado</li> <li>○ Distocia de hombros</li> <li>○ Parto instrumentado (Fórceps)</li> <li>○ Feto mayor de 4000 gramos</li> <li>○ Variedad de posición Occipitoposterior persistente</li> </ul> </li> <li>- Episiotomía media</li> <li>- Infecciones genitales previas</li> <li>- Trabajo de parto prolongado</li> <li>- Exploraciones vaginales múltiples (más de 5 exploraciones)</li> <li>- Desgarros cervicales, de vagina y perineales.</li> </ul>	<p style="text-align: right;"><b>A</b> (ACOG, 2006)</p> <p style="text-align: right;"><b>B</b> (RCOG, 2007)</p> <p style="text-align: right;"><b>IV</b> (E. Shekelle) NICE, 2007</p> <p style="text-align: right;"><b>IV</b> (E. Shekelle) Lineamiento Médico de Infección Puerperal, 2001</p>

<b>R</b>	<p>El uso restrictivo o selectivo de la episiotomía es recomendable para disminuir el traumatismo perineal posterior y complicaciones en la cicatrización en un lapso de 7 días.</p>	<p style="text-align: center;"><b>A</b> <b>(E. Shekelle)</b> <i>CARROLI, 2008</i> <b>A</b> <i>(ACOG, 2006)</i> <b>II-1E</b> <i>(RCOG,2004)</i> <b>II-1</b> <i>(NICE, 2007)</i></p>
<b>E</b>	<p>La episiotomía media lateral se asocia a menos lesiones del esfínter anal y rectal.</p>	<p style="text-align: center;"><b>A</b> <i>(ACOG, 2006)</i></p>
<b>R</b>	<p>Cuando la episiotomía está indicada, la técnica medio lateral es recomendable, ya que se encuentra menos relacionada a desgarros del esfínter anal y rectal sugiriendo que el corte de la episiotomía sea en un ángulo de 45 a 60 respecto a línea media para evitar lesión del esfínter.</p>	<p style="text-align: center;"><b>A</b> <b>(E. Shekelle)</b> <i>CARROLI, 2008</i> <b>A</b> <b>(E. Shekelle)</b> <i>ACOG, 2006.</i> <b>B</b> <i>(RCOG,2004)</i> <b>II-1</b> <i>(Nice, 2007)</i></p>
<b>E</b>	<p>La episiotomía medio lateral presenta mayor riesgo de sangrado, dificultad en la reparación, y molestia en postparto.</p>	<p style="text-align: center;"><b>III</b> <b>(E. Shekelle)</b> <i>ACOG, 2006.</i></p>
<b>R</b>	<p>Considerando que la episiotomía medio lateral se asocia a mayor sangrado y dificultad en su reparación se debe verificar la hemostasia y la reparación correcta en estas pacientes con fines de identificar si existen no hematoma o sangrado activo.</p>	<p style="text-align: center;"><b>A</b> <i>(ACOG, 2006)</i></p>
<b>R</b>	<p>La higiene de rutina en la atención del trabajo de parto, incluye higiene de manos y guantes desechables, limpieza de la región perineal con agua y jabón quirúrgico.</p>	<p style="text-align: center;"><b>C</b> <b>(E. Shekelle)</b> <i>(Nice, 2007)</i> <b>C</b> <b>(E. Shekelle)</b> <i>Benson, 2001</i> <b>D</b> <b>(E. Shekelle)</b> <i>NOM-007-SSA 1993</i></p>

<b>R</b>	Se debe recomendar a la mujer en el puerperio el aseo de la vulva de la porción anterior hacia la posterior ( de vulva hacia el ano).	<b>C</b> <b>(E. Shekelle)</b> <i>Williams, 2006.</i>
<b>E</b>	El uso de antibióticos profilácticos en desgarros de cuarto grado postparto no fue concluyente debido a que no se identifico ningún ensayo clínico controlado que reuniera los criterios de inclusión para su análisis.	<b>I a</b> <b>(E. Shekelle)</b> <i>Buppasiri P, 2005</i>
<b>E</b>	En un estudio clínico el uso de antibióticos profilácticos en desgarros de tercer y cuarto grado en el postparto mostro una menor tasa de complicaciones de la herida perineal en el grupo con antibiótico profiláctico respecto al grupo placebo.	<b>I b</b> <b>(E. Shekelle)</b> <i>Duggai, 2008</i>
<b>E</b>	En la mayoría de las incisiones limpias-contaminadas y contaminadas la profilaxis con antibiótico mostro efectividad.	<b>I b</b> <b>(E. Shekelle)</b> <i>Duggai, 2008</i>
<b>R</b>	La aplicación de antibióticos con fines profilácticos en pacientes con factores de riesgo de infección, deben ser administrados dentro de los 60 minutos antes de la atención obstétrica.	<b>A</b> <i>(ACOG, 2011).</i>
<b>R</b>	El trauma perineal es una causa de hemorragia obstétrica, por lo cual debe verificarse la presencia de sangrado por desgarros en forma oportuna para ofrecer una hemostasia y reparación.	<b>C</b> <b>(E. Shekelle)</b> <i>Nice, 2007</i>
<b>✓/R</b>	El uso de antibióticos profilácticos de infección en la episiotomía está indicado en pacientes con factores de riesgo o incisiones contaminadas.	<b>Punto de Buena Práctica</b>
<b>E</b>	En un metanálisis de pacientes con parto instrumentado el uso de antibiótico profiláctico no mostró significancia estadística, en relación a endometritis puerperal, tampoco hubo diferencias en la duración de la estancia hospitalaria entre los dos grupos.	<b>I a</b> <b>(E. Shekelle)</b> <i>Liabsuetrakul, 2008</i> <i>II-1</i> <i>(SOGC, 2010)</i>



Evitar múltiples tactos (Más de 5), partos distócicos, traumatismos perineales.

**C**  
(E. Shekelle)  
*Nice, 2007.*



El uso de laxantes suaves se ha recomendado con fines de prevenir la dehiscencia de episiotomía.

**C**  
(RCOG, 2007)

## 4.2 CRITERIOS DE EPISIOTOMIA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
	<p>La indicación precisa para la realización de la episiotomía es prevenir el riesgo de desgarro perineal y es de polémica los beneficios sobre los trastornos de la estática pélvica, facilitando abreviar la expulsión fetal y maniobras obstétricas.</p>	<p><b>III</b> (E. Shekelle) <i>Parant , 2000.</i></p>
	<p>El beneficio perineal de la episiotomía, fundamentalmente a largo plazo, ha sido actualmente cuestionado por los resultados de varias y amplias series internacionales. Ninguno de los trabajos publicados ha sido capaz hasta la fecha de proporcionar una respuesta clara en cuanto al posible efecto preventivo sobre los trastornos de la estática pélvica y la incontinencia urinaria.</p>	<p><b>III</b> (E. Shekelle) <i>Parant , 2000.</i></p>
	<p>Se describen dos tipos de indicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesarias</li> <li>- Profilácticas</li> </ul> <p>Dependen fundamentalmente de la textura, de la conformación del periné, de las características fetales, posición fetal, y variedades, presentación y presencia o no de partos precipitados o abruptos.</p>	<p><b>C</b> (E. Shekelle) <i>Parant O, 2000.</i></p>

## 4.3 COMPLICACIONES DE EPISIOTOMIA

### 4.3.1 GENERALIDADES

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<b>R</b>	La episiotomía debe practicarse sólo por personal médico calificado y conocimiento de la técnica de reparación adecuada, su indicación debe ser por escrito e informando a la mujer.	<b>D</b> (E. Shekelle) NOM-007-SSA2-1993
	Las complicaciones inmediatas de una episiotomía más frecuentes son: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemorragia</li> <li>- Desgarros</li> <li>- Hematoma</li> <li>- Edema</li> <li>- Infección</li> <li>- Dehiscencia.</li> </ul>	<b>III</b> (E. Shekelle) Paran, 2000.
<b>E</b>	Las complicaciones tardías son: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolor perineal con o sin vida sexual (dispareunia)</li> <li>- Procesos adherenciales vaginales o bridas</li> <li>- Endometriosis sobre cicatriz de episiotomía</li> <li>- Quiste de glándula de Bartholin por sección del conducto excretor.</li> <li>- Fístulas recto vaginales.</li> </ul>	<b>III</b> (E. Shekelle) Carroll, 2008 <b>III</b> (E. Shekelle) Hernández, 2005
<b>E</b>	La realización de episiotomía en forma rutinaria no previene el daño del piso pélvico la incontinencia.	<b>A</b> (ACOG, 2006)
		<b>C</b> (E. Shekelle) Parant , 2000
		<b>A</b> (ACOG, 2006)
		<b>B</b> (RCOG, 2007)
<b>R</b>	En la atención obstétrica vaginal con episiotomía se debe de llevar a cabo asepsia, evitar múltiples tactos o partos distócicos, adecuada higiene postoperatoria, en el control prenatal tratar infecciones genitales, o uso de antibióticos profilácticos ante ruptura prematura de membranas y sutura correcta.	<b>C</b> (E. Shekelle) NICE, 2007 <b>D</b> (E. Shekelle) Lineamiento Médico de Infección Puerperal, 2001

**E**

Debido a diversos errores cometidos durante la realización de las episiotomías se presentan sus complicaciones, los más frecuentes son:

- Episiotomía corta
- Realización precozmente antes de la coronación
- Realización tardía.

**III**  
**(E. Shekelle)**  
*Paran, 2000*

**R**

En casos de pérdidas que superan los 500 ml, en primer lugar deben descartarse desgarros cervicales y/o vaginales y luego utilizar oxitócicos inyectables.

**D**  
**(E. Shekelle)**  
*Guía Argentina, 2004*

#### 4.4 DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p><b>E</b></p> <p>Son datos de sospecha de infección de episiotomía la presencia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolor en sitio de episiotomía</li> <li>- Secreción purulenta</li> <li>- Edema</li> <li>- Fiebre</li> </ul>	<p><b>III</b> <b>(E. Shekelle)</b> <i>Pages, 2008</i></p>
<p><b>R</b></p> <p>El diagnóstico se debe sustentar en la historia clínica obstétrica y de calidad que compile todos los antecedentes y evolución del embarazo, los síntomas y signos detectados en el examen físico de la paciente.</p>	<p><b>C</b> <b>(E. Shekelle)</b> <i>Lineamiento Técnico Médico, 2001.</i></p>
<p><b>R</b></p> <p>En presencia de dolor, fiebre o hemorragia en la paciente en puerperio, realizar una exploración física dirigida con sospecha de infección localizada en la episiotomía.</p>	<p><b>C</b> <b>(E. Shekelle)</b> <i>Pages, 2008.</i></p>
<p><b>E</b></p> <p>Se han descrito casos excepcionales de celulitis perineal, cuyo punto de partida era la episiotomía es una infección típicamente polimicrobiana que normalmente afecta a pacientes con factores de riesgo que predisponen a la inoculación y extensión de estas bacterias.</p>	<p><b>III</b> <b>(E. Shekelle)</b> <i>Parant O, 2000.</i></p> <p><b>III</b> <b>(E. Shekelle)</b> <i>Lure, 2005.</i></p>
<p><b>R</b></p> <p>Posterior al término del periodo expulsivo todas las pacientes deben ser sometidas a exploración minuciosa con la intención de corroborar integridad del piso pélvico o lesiones del mismo.</p>	<p><b>C</b> <i>(RCOG, 2007)</i></p> <p><b>A</b> <i>(ACOG, 2006)</i></p>

**R**

En partos traumáticos se debe realizar en forma sistematizada la exploración del canal del parto incluyendo exámen rectal.

**C**  
**(E. Shekelle)**  
*Nice, 2007.*

**E**

Las infecciones de episiotomía se presentan entre el 0,5 al 3 % de los casos. Los factores que la favorecen son falta de asepsia, la existencia de un hematoma, sutura incorrecta, múltiples tactos o partos distócicos, higiene postoperatoria insuficiente, infecciones genitales previas, o ruptura prematura de membranas sin protección antibiótica.

**III**  
**(E. Shekelle)**  
*Parant, 2000.*  
**A**  
*(ACOG, 2006)*  
**B**  
*(RCOG, 2007)*  
**IV**  
**(E. Shekelle)**  
*NICE, 2007*  
**IV**  
**(E. Shekelle)**  
*Lineamiento Médico de Infección Puerperal, 2001*

#### 4.5 DIAGNÓSTICO DESGARRO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<b>E</b>	El diagnóstico de los desgarros se hace por inspección directa del canal de parto.	<b>D</b> <b>(E. Shekelle)</b> <i>Lineamiento Técnico Prevención, Diagnóstico y manejo de la Hemorragia Obstétrica, SS, 2002</i>
<b>R</b>	La episiotomía media se asocia a mayor tasa de desgarros rectales.	<b>A</b> <i>(ACOG, 2006)</i>
<b>R</b>	Debe pensarse en la posibilidad de desgarro cuando se haya presentado un parto difícil, aplicación de fórceps, o ante la realización de una episiotomía media bien cuando después del parto se observe pérdida continua de sangre fresca y rutilante aunque sea en cantidad escasa.	<b>D</b> <b>(E. Shekelle)</b> <i>Lineamiento Técnico Prevención, Diagnóstico y manejo de la Hemorragia Obstétrica, SS, 2002</i> <b>A</b> <i>(ACOG, 2006)</i>

<b>R</b>	Con fines de estandarizar el diagnóstico y tratamiento de los desgarros perineales se considera utilizar la Clasificación de Sultan el cual integra cuatro grados de desgarro (Anexo 5.3 Cuadro I).	C (RCGO, 2007)
<b>E</b>	Los desgarros perineales postparto se encuentran en un 1%; cuando son de 3er o 4° grados u prevalencia es del 1 al 8% En los desgarros de 3er grados se identifican factores de riesgo siendo los más frecuentes: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Peso fetal mayor de 4 Kg</li> <li>- Posición persistente occipitoposterior</li> <li>- Nuliparidad Inducción del TP</li> <li>- Segundo periodo de parto prolongado</li> <li>- Distocia de hombros Episiotomía media</li> <li>- Parto con fórceps.</li> </ul>	IV (E. Shekelle) RCGO, 2007 A (ACOG, 2006) III (E. Shekelle) Parant O, 2000.
<b>E</b>	La episiotomía media lateral se asocia a menos lesiones del esfínter anal y rectal y/o a desgarros graves.	A (ACOG, 2006) III (E. Shekelle) Parant O, 2000.
<b>E</b>	El periné de las primíparas es menos flexible, ya que nunca ha sido sometido a distensión; así, el 75 % de los desgarros obstétricos tienen lugar en el curso del primer parto.	III (E. Shekelle) Parant O, 2000.
<b>E</b>	El uso restrictivo de la episiotomía muestra un menor riesgo de morbilidad clínicamente relevante, incluidos el traumatismo perineal, la necesidad de sutura del traumatismo perineal y las complicaciones en la cicatrización en un lapso de siete días.	Ia (E. Shekelle) Carroli 2008 I (ACOG, 2006)
<b>E</b>	Los desgarros de 3er y 4o grado son la causa más frecuente de incontinencia anal después del parto. Afectando a 1 de cada 20 mujeres, un tercio de estas por lesión no diagnosticada (oculta), lesión reconocida, con reparación primaria se encuentra entre el 15 y 59%.	III (E. Shekelle) Sultan, 2006.
<b>R</b>	En pacientes con desgarros perineales postparto el uso de antibióticos de amplio espectro es recomendable ya que el riesgo de infección es alto, considerando también el uso de metronidazol para cubrir la contaminación bacteriana anaeróbica por materia fecal.	C (RCOG, 2007) I b (E. Shekelle) Duggai, 2008

## 4.6 DIAGNÓSTICO DE HEMATOMA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p><b>E</b> Los pacientes con signos persistentes de pérdida de volumen a pesar de la reposición con fluidos, o con hematomas en aumento requieren incisión del hematoma y evacuación del coágulo. El área comprometida debe ser irrigada y deben ligarse los vasos sanguíneos.</p>	<p>III (E. Shekelle) <i>Parant, 2000.</i></p>
<p><b>R</b> Se sospechará hematoma puerperal ante la presencia de: Dolor, tumefacción vulvar, o edema e induración, tenesmo, En casos graves cambios en los signos vitales por pérdida de sangrado.</p>	<p>C (E. Shekelle) <i>Parant, 2000.</i></p>

## 4.7 DIAGNÓSTICO DE DEHISCENCIA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p><b>E</b> La dehiscencia se define como la apertura espontánea de una herida quirúrgica.</p>	<p>IV (E. Shekelle) <i>Lineamiento Médico de Infección Puerperal, 2001</i></p>
<p><b>R</b> Ante la referencias de apertura de la herida de episiotomía se debe sospechar dehiscencia de episiotomía.</p>	<p>D (E. Shekelle) <i>Lineamiento Médico de Infección Puerperal, 2001</i></p>
<p><b>E</b> La incidencia de la dehiscencia de la episiorrafia (DE), se encuentra entre 0,1% a 2,1% Existen factores predisponentes tales como infección bacteriana de la piel, virus de papiloma humano, hábitos tabáquicos y la hemorragia excesiva o formación de hematomas, secundarios a trastornos de la coagulación heredados o adquiridos.</p>	<p>III (E. Shekelle) <i>Pages, 2008</i></p>

**4.8 TRATAMIENTO****4.8.1 INFECCIÓN**

	<b>Evidencia / Recomendación</b>	<b>Nivel / Grado</b>
<b>E</b>	Los microorganismos más frecuentes en el tracto genitourinario que causan morbilidad postparto como fiebre, endometritis, infección de la episiotomía con o sin desgarro vaginal es flora mixta aerobia y anaerobia con un predominio de microorganismos gram negativos como Enterococos, los Estreptococos del grupo B, los Estafilococos, los bacilos gramnegativos y los Anaerobios, Gardnerella vaginalis, Staphylococcus aureus y bacterias Anaerobias del cuello uterino.	<p>III (E. Shekelle) <i>Liabsuetrakul, 2008</i></p> <p>1b (E. Shekelle) <i>Duggal, 2008</i></p>
<b>R</b>	Las cefalosporinas de primera y tercera generación son de primera elección por su acción de amplio espectro y mínimo riesgo de reacción alérgica en procedimientos obstétricos. En caso de alergias a cefalosporinas utilizar la clindamicina o eritromicina.	<p>C (E. Shekelle) <i>Duggal, 2008</i></p> <p>IA (SOGC, 2010)</p> <p>A (ACOG, 2006)</p>
<b>R</b>	En pacientes con desgarros perineales postparto el uso de antibióticos de amplio espectro es recomendable ya que el riesgo de infección es alto, considerando también el uso de metronidazol para cubrir la contaminación bacteriana anaeróbica por materia fecal.	<p>C (RCGO, 2001)</p>
<b>R</b>	Cualquier absceso debe ser drenado y tratado posteriormente con cuidados locales.	<p>C (E. Shekelle) <i>Parant O, 2000</i></p> <p>C (E. Shekelle) <i>Fundamentos en Ginecología y Obstetricia, 2004</i></p>
<b>✓/R</b>	La infección de episiotomía puede manifestarse en su forma no abscedada y abscedada lo cual condicionaría el tratamiento quirúrgico de esta última.	<b>Punto de Buena Práctica</b>

Dentro de los fármacos útiles en episiotomía infectada se encuentran:



- Eritromicina
- Cefalosporinas de segunda generación (cefuroxima)
- Cefalosporinas de tercera generación (cefotaxima, ceftriaxona, ceftazidina)
- Clindamicina
- Metronidazol en casos de contaminación con materia fecal.

**Punto de Buena Práctica**

#### 4.8.1 DESGARRO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
	El desgarro de primer grado sin sangrado y bordes afrontados usualmente no necesita sutura, en cambio los de 2o a 4° es necesaria su reparación quirúrgica.	<p style="text-align: center;"><b>C</b> (E. Shekelle) <i>Guía Argentina, 2004.</i></p> <p style="text-align: center;"><b>A</b> <i>Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto normal, 2007</i></p>
	Cuando la lesión se puede identificar, se debe reparar con puntos separados o suturas interrumpidas	<p style="text-align: center;"><b>C</b> (RCOG, 2007)</p>
	Se sugiere la técnica de sutura continua en los desgarros de Segundo grado, comparadas con las suturas interrumpidas para el cierre perineal, ya que estas últimas se asocian con más dolor hasta 10 días postparto.	<p style="text-align: center;"><b>A</b> (E. Shekelle) <i>Kettle, 2008</i></p>
	En desgarros con lesión del esfínter anal externo, existen dos técnicas quirúrgicas en su reparación: <ul style="list-style-type: none"> <li>• termino-terminal (aproximación)</li> <li>• reparación con superposición</li> </ul> Con puntos de sutura separadas o interrumpidas.	<p style="text-align: center;"><b>A</b> (RCOG, 2007)</p> <p style="text-align: center;"><b>A</b> (E. Shekelle) <i>Carroli, 2008</i></p>
	En un metanálisis de ECA sobre el beneficio de las dos técnicas de sutura termino-terminal (aproximación) o reparación con superposición La segunda mostró menor riesgo de síntomas de incontinencia anal y urgencia fecal a los dos meses de seguimiento postquirúrgico.	<p style="text-align: center;"><b>Ia</b> (E. Shekelle) <i>Sultan, 2008</i></p>

**E**

Un metanálisis demostró que las técnicas de sutura continua comparadas con las suturas interrumpidas para el cierre perineal (todas las capas o piel perineal solamente) se asocian con menos dolor, reducción general del uso de analgesia, menor dispareunia pero no se observó ninguna diferencia significativa en la necesidad de volver a suturar las heridas o el dolor a largo plazo.

**III**  
**(E. Shekelle)**  
*Kettle, 2008*

**R**

La técnica de reparación con superposición en los desgarros del esfínter anal esta recomendada con fines de reducir a largo plazo incontinencia anal y urgencia fecal.

**A**  
**(E. Shekelle)**  
*Sultan, 2008*

**R**

Los desgarros de cuarto grado se pueden contaminar con bacterias del recto, lo que aumenta significativamente las probabilidades de infección de la herida perineal.  
Estando recomendado el uso de metronidazol.

**C**  
*(RCGO, 2007)*  
**A**  
**(E. Shekelle)**

**R**

En la sutura del músculo con daño, se puede utilizar polidioxanone o sutura de poliglactina siendo adecuado a de 3 ceros o 2 ceros.

*Buppasiri, 2008*  
**C**  
*(RCGO, 2007)*

**R**

El uso de laxantes postoperatorio es recomendable con fines de reducir la presencia de dehiscencia de herida.

**A, C**  
*(RCGO, 2007)*  
**C**  
*(RCGO, 2007)*

#### 4.8.1 HEMATOMA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p><b>R</b></p> <p>En el caso de hematomas simples, se pueden manejar en forma expectante y estrecha aunada a tratamiento antiinflamatorio.</p>	<p><b>C</b> <b>(E. Shekelle)</b> <i>Parant O, 2000.</i> <b>C</b> <b>(E. Shekelle)</b> <i>Pages, 2008</i></p>

**E**

En un metanálisis de ECA sobre el beneficio del uso local de frío (hielo) en el trauma perineal postparto se observó mejoría del dolor en 24 a 72 hrs postparto, no así para hematoma y edema.

**Ia**  
**(E. Shekelle)**  
*East, 2008*

**R**

La aplicación del frío local con hielo está indicado para el control del dolor en pacientes con trauma perineal postparto.

**A**  
**(E. Shekelle)**  
*East, 2008*

#### 4.8.1 DEHISCENCIA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p><b>R</b></p>	<p>En los casos de abscesos o dehiscencia de la herida se deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abrir la herida completamente, mediante el retiro de las suturas quirúrgicas.</li> <li>• Descartar posible fascitis.</li> <li>• Desbridamiento.</li> <li>• Limpieza de la herida al menos 2 veces al día.</li> <li>• Antibioticoterapia.</li> <li>• Resutura cuando la herida ya esté libre de infección, celulitis y exudado y cubierta por tejido de granulación.</li> </ul>	<p><b>D</b> <b>(E. Shekelle)</b> <i>Lineamiento Médico de Infección Puerperal, 2001</i></p> <p><b>C</b> <b>(E. Shekelle)</b> <i>Parant O, 2000.</i></p>
<p><b>R</b></p>	<p>Se debe realizar una inspección de la dehiscencia, en búsqueda de infección o de comunicación vaginal a vejiga y recto.</p>	<p><b>C</b> <b>(E. Shekelle)</b> <i>Pages, 2000.</i></p>
<p><b>R</b></p>	<p>En los casos de abscesos recidivantes realizar cultivos de herida.</p>	<p><b>C</b> <b>(E. Shekelle)</b> <i>Parant O, 2000.</i></p>

**4.9 CRITERIOS DE REFERENCIA****4.9.1 PRIMER A SEGUNDO NIVEL**

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>En pacientes con episiotomía complicada se debe de referir a un centro especializado en Ginecobstetricia previo taponamiento vaginal con gasas, para la reparación del mismo.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>C</b> <b>(E. Shekelle)</b> <i>Lineamiento Técnico Prevención, Diagnóstico y manejo de la Hemorragia Obstétrica, SS, 2002</i></p>

## 5. ANEXOS

### 5.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

#### Ejemplo de un protocolo de Búsqueda

##### PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.

Diagnóstico y Tratamiento de Episiotomía complicada

La búsqueda se realizó en los sitios específicos de Guías de Práctica Clínica, la base de datos de la biblioteca Cochrane y PubMed.

#### Criterios de inclusión:

Documentos escritos en idioma inglés o español.

Publicados durante los últimos 5 años.

Documentos enfocados a diagnóstico o tratamiento.

#### Criterios de exclusión:

Documentos escritos en idiomas distintos al español o inglés.

#### Estrategia de búsqueda

##### Primera etapa

Esta primera etapa consistió en buscar guías de práctica clínica relacionadas con el tema:

Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en el Adulto mayor en PubMed.

La búsqueda fue limitada a humanos, documentos publicados durante los últimos 5 años, 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 MeSh: Episiotomy. En esta estrategia de búsqueda también se incluyeron los subencabezamientos (subheadings): diagnosis, drug effects, drug therapy, epidemiology, prevention and control, complications y se limitó a la población de adultos mayores de 65 años de edad. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio 11 resultados, de los cuales se utilizaron 5 guías por considerarlas pertinentes y de utilidad en la elaboración de la guía.

#### Protocolo de búsqueda de GPC.

##### Resultado Obtenido

```
("Episiotomy. /classification"[Mesh] OR " Episiotomy. /diagnosis"[Mesh] OR " Episiotomy. /drug effects"[Mesh] OR " Episiotomy. / Episiotomy. "[Mesh] OR "Episiotomy/epidemiology"[Mesh] OR "Episiotomy/prevention and control"[Mesh] OR "Episiotomy/rehabilitation"[Mesh]) OR " Episiotomy "[Mesh] AND ("humans"[MeSH Terms] AND (Meta-Analysis[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp])) AND (English[lang] OR Spanish[lang]) AND ("aged"[MeSH Terms] OR "aged, any"[MeSH Terms]) AND ("2005/01/01"[PDAT] : "2010/01/30"[PDAT]))
```

### Algoritmo de búsqueda

1. Episiotomy [Mesh]
- 2.-Diagnosis [Subheading]
3. Therapy [Subheading]
4. Epidemiology [Subheading]
- 5.Prevention andControl[Subheading]
6. Rehabilitation [Subheading]
7. #2 OR #3 OR #4
8. #1 And #7
9. 2005[PDAT]: 2010[PDAT]
10. Humans [MeSH]
11. #8 and # 10
12. English [lang]
13. Spanish [lang]
14. #12 OR # 13
15. #11 AND # 14
16. Guideline [ptyp]
17. #15 AND #12
18. Aged 80 and over [MesSH]
19. #17 AND #18
20. - # 1 AND (# 2 OR # 3 OR #4 OR #5 OR #6) AND #9 AND #10 AND (#12 OR #13) and (#16) and #18

### Segunda etapa

Una vez que se realizó la búsqueda de guías de práctica clínica en PubMed y al haberse encontrado pocos documentos de utilidad, se procedió a buscar guías de práctica clínica en sitios Web especializados.

En esta etapa se realizó la búsqueda en 6 sitios de Internet en los que se buscaron guías de práctica clínica, en 6 de estos sitios se obtuvieron 40 documentos, de los cuales se utilizaron 8 documentos para la elaboración de la guía.

No.	Sitio	Obtenidos	Utilizados
1	NGC	5	5
2	TripDatabase	34	4
3	NICE	1	1
4	Singapore Guidelines	Moh 0	-
5	AHRQ	0	0
6	SIGN	0	0
<b>Totales</b>		<b>40</b>	<b>10</b>

**Tercera etapa**

Se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas en la biblioteca Cochrane, relacionadas con el tema de desorden de ansiedad. Se obtuvieron 7 RS, 4 de los cuales tuvieron información relevante para la elaboración de la guía

## 5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

**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. 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”* (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett DL et al, 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 Romero 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 et al, 2006) .

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R 2001) 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 et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se presentan las escalas de evidencia de cada una de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

**LA ESCALA MODIFICADA DE SHEKELLE Y COLABORADORES**

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

<b>Categoría de la evidencia</b>	<b>Fuerza de la recomendación</b>
<b>Ia.</b> Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios	<b>A.</b> Directamente basada en evidencia categoría I
<b>Ib.</b> Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio	
<b>IIa.</b> Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	<b>B.</b> Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
<b>IIb.</b> Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
<b>III.</b> Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	<b>C.</b> Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
<b>IV.</b> Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	<b>D.</b> Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

**EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES DE LA GUIA ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (RCOG). THE MANAGEMENT OF THIRD- AND FOURTH-DEGREE PERINEAL TEARS. LONDON (UK): ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. 2004**

<b>Calidad de la evidencia las evidencias de esta guía incluyen adaptaciones del Canadian Task Force</b>		<b>Clasificación de las Recomendaciones. Las recomendaciones de esta guía incluyen adaptaciones del Canadian Task Force</b>
I	Evidencia procedente de Meta análisis de Ensayos Clínicos Aleatorizados	<b>A.</b> Hay buena evidencia para apoyar la recomendación de que la condición debe ser considerada en un examen periódico de salud
II-1	Evidencia procedente de al menos un Ensayo Clínico Controlado no Aleatorizado bien diseñado	<b>B.</b> Hay débil evidencia para apoyar la recomendación de que la condición debe ser considerada en un examen periódico de salud
II-2	Evidencia de Estudios de Cohorte bien diseñados (prospectivos o retrospectivos) o Estudios de Caso Control, preferentemente por más de un centro o grupo de investigación	<b>C.</b> Hay mala evidencia que para apoyar la recomendación de que la condición debe ser considerada en un examen periódico de salud.
II-3	Evidencia obtenida de comparación entre tiempos o lugares con o sin intervención. Resultados dramáticos en experimentos no controlados.	<b>D.</b> Existe débil evidencia para apoyar la recomendación de que la condición no debe ser considerada en un examen periódico de salud.
III	Opiniones de autoridades respetadas, basadas en experiencia clínica, Estudios Descriptivos o reportes de comités experimentados	<b>E.</b> Hay buena evidencia para apoyar la recomendación de que la condición deba ser excluida en un examen periódico de salud.

## GRADOS DE EVIDENCIA DEL COLEGIO AMERICANO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (ACOG)

Calidad de la evidencia	
I	Evidencia obtenida de un ensayo controlado aleatorio.
II-1	Evidencia obtenida de un ensayo controlado no aleatorio.
II-2	Evidencia obtenida de una cohorte de casos y controles, de preferencia de más de un centro de trabajo de investigación.
II-3	Evidencia obtenida de comparaciones entre tiempos o lugares con o sin la intervención o resultados dramáticos en experimentos no controlados.
III	Opinión de autoridades respetadas, basadas en la experiencia clínica, estudios descriptivos o reportes de comité de expertos.
Clasificación de recomendaciones	
A	Las recomendaciones se basan en pruebas científicas sólidas y coherentes.
B	Las recomendaciones se basan en la evidencia científica limitada o inconsistente.
C	Las recomendaciones se basan fundamentalmente en el consenso y la opinión de expertos.

Tomado: American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Episiotomy. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2006 Apr.

## NIVEL DE EVIDENCIA Y RECOMENDACIONES DE LA "SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE. NSANTIBIOTIC PROPHYLAXIS IN OBSTETRIC PROCEDURES 2010"

Calidad de la Evidencia*		Clasificación de las Recomendaciones**	
Nivel	Significado	Grado	Significado
I	Evidencia procedente de Meta análisis de Ensayos Clínicos Aleatorizados	A	Existe adecuada evidencia para recomendar acciones preventivas
II-1	Evidencia procedente de al menos un Ensayo Clínico Controlado no Aleatorizado bien diseñado	B	Existe evidencia aceptable para recomendar acciones preventivas
II-2	Evidencia de Estudios de Cohorte bien diseñados (prospectivos o retrospectivos) o Estudios de Caso Control, preferentemente por más de un centro o grupo de investigación	C	La evidencia existente es conflictiva y no permite hacer una recomendación para una acción preventiva, sin embargo hay otros factores que pueden influir en la toma de decisión.
II-3	Evidencia obtenida de comparación entre tiempos o lugares con o sin intervención. Resultados dramáticos en experimentos no controlados.	D	Hay evidencia aceptable para no recomendar la acción preventiva
III	Opiniones de autoridades respetadas, basadas en experiencia clínica, Estudios Descriptivos o reportes de comités experimentados	E	Existe evidencia adecuada para no recomendar la acción preventiva.
		L	La evidencia es insuficiente (en calidad o cantidad) para hacer recomendaciones; sin embargo otros factores pueden influenciar la toma de decisión.

Tomado de: SOGC Clinical Practice Guideline. NS Antibiotic Prophylaxis in Obstetric Procedures. No. 247, September 2010

### 5.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD

**CUADRO I. CLASIFICACIÓN DE DESGARROS PERINEALES POR SULTAN**

Grado I:	Solo daño en piel
Grado II:	Daño a músculos perineales, pero sin daño al esfínter anal
Grado III:	Daño a músculos perineales, involucrando al esfínter anal. 3 a. lesión con afectación < 50 % del esfínter anal 3 b. lesión con afectación > 50 % del esfínter anal 3 c. Desgarro con afectación del esfínter anal interno
Grado IV:	Daño al perineo involucrado el esfínter anal completo (externo e interno) y del epitelio anal.

Fuente: Sultan AH, Editorial: obstetric perineal injury and anal incontinence. Clin Risk 1999;5:178-80.

## 5.4 MEDICAMENTOS

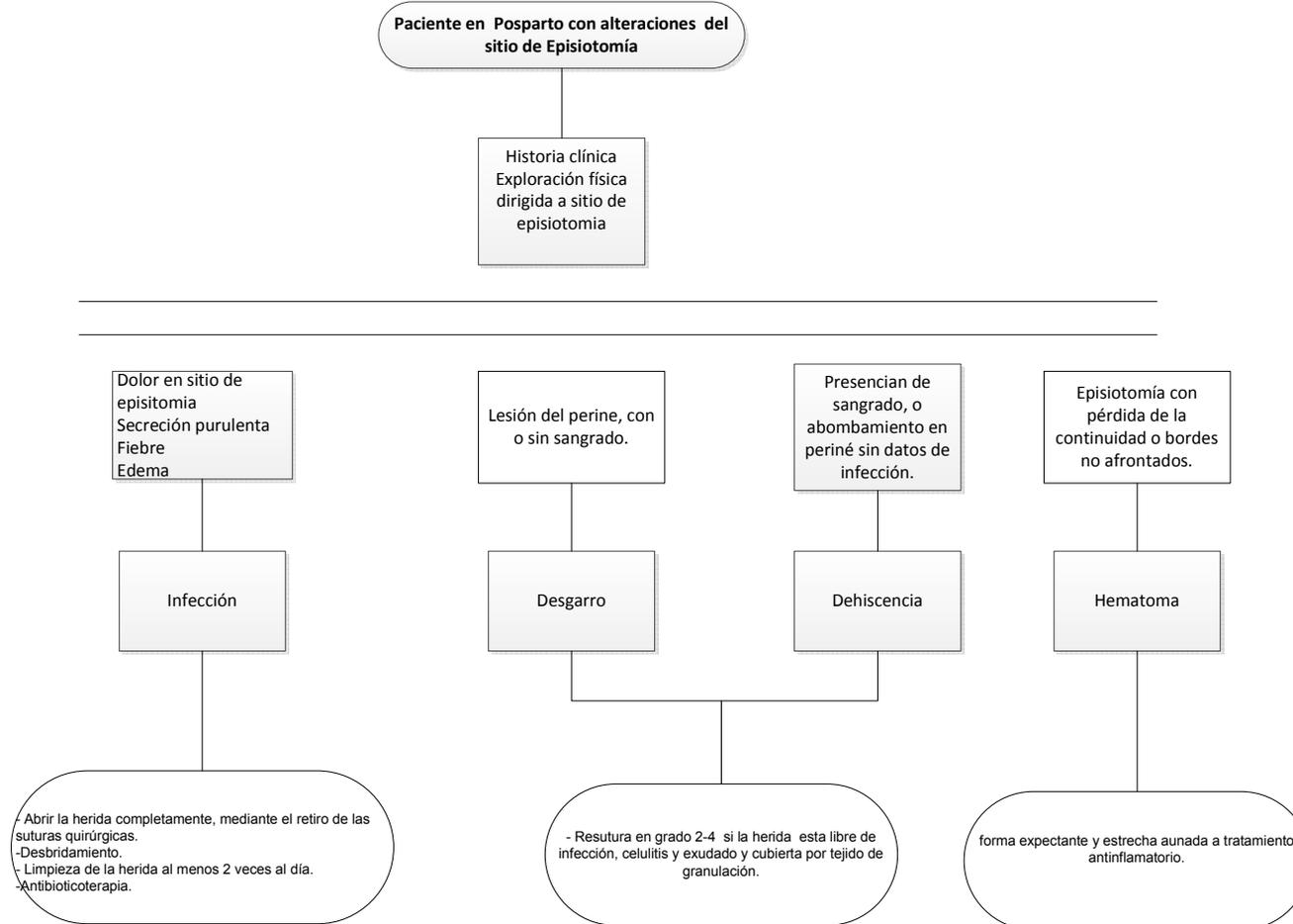
CUADRO I. MEDICAMENTOS INDICADOS EN EL TRATAMIENTO DE TRASTORNO DEPRESIVO

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
4254	Ceftazidima,	Adultos: 1 g cada 8 a 12 horas, hasta 6 g/día.	Envase con un frasco ampula y 3 ml de diluyente.	Durante 7 a 14 días	Angioedema, broncoespasmo, rash, urticaria, náusea, vómito, diarrea, colitis pseudomembranosa, neutropenia, en ocasiones agranulocitosis, flebitis.	Con furosemida y aminoglucósidos, aumenta el riesgo de lesión renal. Se incrementa su concentración plasmática con probenecid.	Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: Insuficiencia renal.
1935	Cefotaxima	Intramuscular (profunda). Intravenosa. Adultos y niños mayores de 50 kg: 1 a 2 gr cada 6 a 8 horas; dosis máxima 12 g / día.	SOLUCION INYECTABLE. Cada frasco ampula con polvo contiene: Cefotaxima sódica equivalente a 1 g de cefotaxima. Envase con un frasco ampula y diluyente de 4 ml.	De 2 a 6 semanas y revaloración según evolución	Anorexia, náusea, vómito, diarrea, colitis pseudomembranosa, dolor en el sitio de la inyección intramuscular, erupción cutánea, síndrome de Stevens Johnson, disfunción renal.	Con furosemida y aminoglucósidos, aumenta el riesgo de lesión renal. Se incrementa su concentración plasmática con probenecid.	Hipersensibilidad a los antibióticos del grupo de las cefalosporinas y betalactámicos .
1937	Ceftriaxona	Adultos: 1 a 2 g cada 12 horas, sin exceder de 4 g/día.	Frasco ampula con Ceftriaxona sódica equivalente a 1 g Envase con un frasco ampula y 10 ml de diluyente.	Durante 7 a 14 días	Angioedema, broncoespasmo, rash, urticaria, náusea, vómito, diarrea, colitis pseudomembranosa, neutropenia, en ocasiones agranulocitosis, flebitis.	Con furosemida y aminoglucósidos, aumenta el riesgo de lesión renal. Se incrementa su concentración plasmática con probenecid.	Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: Insuficiencia renal.
2133	Clindamicina	Oral. Adultos: 300 mg cada 6 horas.	CAPSULA. Cada cápsula contiene: Clorhidrato de clindamicina equivalente a 300 mg de clindamicina. Envase con 16 cápsulas.	De 2 a 6 semanas y revaloración según evolución	Náusea, vómito, diarrea, colitis pseudomembranosa, hipersensibilidad inmediata.	Su efecto se antagoniza con el uso de cloranfenicol y eritromicina. Aumenta el efecto de los relajantes musculares. Con caolín se disminuye su absorción. Con difenoxilato o loperamida se favorece la presencia de diarrea.	Hipersensibilidad a las lincosamidas.
1973	Clindamicina	Intravenosa. Intramuscular. Adultos: 300 a 600 mg cada 6 a 8 horas; dosis máxima 2.4 g / día.	SOLUCION INYECTABLE. Cada ampolleta contiene: Fosfato de clindamicina equivalente a 300 mg de clindamicina. Envase con 1	De 2 a 6 semanas y revaloración según evolución	Náusea, vómito, diarrea, colitis pseudomembranosa, hipersensibilidad inmediata.	Su efecto se antagoniza con el uso de cloranfenicol y eritromicina. Aumenta el efecto de los relajantes musculares. Con caolín se	Hipersensibilidad a las lincosamidas. Colitis ulcerosa. Insuficiencia hepática.

			ampolleta de 2 ml (150 mg / ml).			disminuye su absorción. Con difenoxilato o loperamida se favorece la presencia de diarrea.	
010.000.0104.00	Paracetamol	500 mg cada 8 a 6 horas	Envase con 10 tabletas	Durante 5 días.	Reacciones de hipersensibilidad: erupción cutánea, neutropenia, pancitopenia, necrosis hepática, necrosis túbulorrenal e hipoglucemia.	riesgo de hepatotoxicidad al paracetamol aumenta en pacientes alcohólicos y en quienes ingieren medicamentos inductores del metabolismo como: fenobarbital, fenitoína y carbamazepina. El metamizol aumenta el efecto de anticoagulantes orales.	Hipersensibilidad al fármaco, disfunción hepática e insuficiencia renal grave. Precauciones: No deben administrarse más de 5 dosis en 24 horas ni durante más de 5 días.
010.000.1308.01	Metronidazol	500 mg cada 8 horas.	Oral: Tabletas 500 mg Envase con 30 tabletas	Durante 7 a 14 días	Vértigo, cefalea, náusea, vómito, anorexia, cólicos, diarrea, calambres abdominales, depresión, insomnio.	Con la ingestión de alcohol se produce el efecto antabuse, con la ciclosporina puede aumentar el riesgo de neurotoxicidad	Hipersensibilidad al fármaco.
010.000.1309.01	Metronidazol	Intravenosa. 7.5 mg/kg de peso corporal cada 8 horas por 7 a 10 días.	Intravenosa. Ampolletas de 200 mg. Envase con 2 ampolletas de 10 ml.	Durante 7 a 14 días	Vértigo, cefalea, náusea, vómito, anorexia, cólicos, diarrea, calambres abdominales, depresión, insomnio.	Con la ingestión de alcohol se produce el efecto antabuse, con la ciclosporina puede aumentar el riesgo de neurotoxicidad	Hipersensibilidad al fármaco.

## 5.5 DIAGRAMAS DE FLUJO

### DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE EPISIOTOMÍA COMPLICADA



## 6. GLOSARIO.

**Dehiscencia:** El término designa la apertura espontánea de una herida quirúrgica.

**Desgarro perineal:** Daño a los tejidos del periné.

Grado I: Solo daño en piel

Grado II: Daño a músculos perineales, pero sin daño al esfínter anal

Grado III: Daño a músculos perineales, involucrando al esfínter anal

3 a. lesión con afectación < 50 % del esfínter anal

3 b. lesión con afectación > 50 % del esfínter anal

3 c. Desgarro con afectación del esfínter anal interno

Grado

IV: Daño al perineo involucrado el esfínter anal completo (externo e interno) y del epitelio anal.

Clasificación de Sultan.

**Distocia:** Anormalidad en el mecanismo del parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo.

**Episiorrafia:** sutura por planos de la episiotomía.

**Episiotomía:** Incisión del perineo en el momento del parto, utilizada para prevenir los desgarros perineales severos.

**Infección:** Enfermedad causada por invasión directa de microorganismos patógenos a los órganos genitales externos o internos, antes, durante o después del aborto, parto o cesárea y que se ve favorecida por los cambios locales y generales del organismo, ocurridos durante la gestación

**Hematoma:** Localización y acumulación de sangre en un área específica del cuerpo

**El uso restrictivo de la episiotomía:** Uso selectivo no rutinario de acuerdo a criterios clínicos establecidos para su indicación justificada.

**Absceso:** acumulación de secreción purulenta localizada en alguna área del organismo.

## 7. BIBLIOGRAFÍA.

1. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Episiotomy. 2006 Apr. 6 p. (ACOG practice bulletin; no. 71).
2. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Use of prophylactic antibiotics in labor and delivery. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) ; 2011 Jun. 12 p. (ACOG practice bulletin; no. 120).
3. Buppasiri P, Lumbiganon P, Thinkhamrop J, Thinkhamrop B. Profilaxis antibiótica para el desgarro perineal de grado 4 durante el parto vaginal (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
4. Benson & Pernoll's handbook Obstetrics and Gynecology. Martin L. Pernoll, M.D.10 ed. 2011 The McGraw-Hill Companies. New York • St. Louis • San Francisco • Auckland • Bogotá • Caracas Lisbon • London • Madrid • Mexico City • Milan • Montreal • New Delhi San Juan • Singapore • Sydney • Tokyo • Toronto.
5. Carroli G, Belizán J. Episiotomía en el parto vaginal (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
6. Duggal Neena, MD, Celia Mercado, MD, Kay Daniels, MD, Alexandra Bujor, MD, Aaron B. Caughey, MD, PhD, and Yasser Y. El-Sayed, MD. Antibiotic Prophylaxis for Prevention of Postpartum Perineal Wound Complications A Randomized Controlled Trial. OBSTETRICS & GYNECOLOGY. VOL. 111, NO. 6, JUNE 2008.
7. Fundamentos en Ginecología y Obstetricia. Asociación de Médicos especialistas del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 Centro Médico Nacional "La Raza". Méndez Editores S.A. de C.V. ISBN:968-5328-19-6. 2004:1.147-1.154.
8. Guía para la Atención del Parto normal en maternidades Centradas en la Familia. Ministerio de Salud de la Nación. 2004.
9. East CE, Begg L, Henshall NE, Marchant P, Wallace K. Frío local para el alivio del dolor producido por el trauma perineal prolongado durante el parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
10. Hernández Valencia, Marcelino, Zárate Arturo, Hernández Quijano Tomás, andero Montes de Oca María Esther, Escamilla Godínez Gregorio. Endometriosis en cicatriz tardía de episiorrafia posparto eutócico. Aspectos integrales y reporte de un caso. Rev Med IMSS 2005; 43 (3): 237-242.
11. Kettle C, Hills RK, Ismail KMK. Suturas continuas versus interrumpidas para la reparación de la episiotomía o los desgarros de segundo grado (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
12. Liabsuetrakul T, Choobun T, Peeyananjarassri K, Islam M. Profilaxis antibiótica para el parto vaginal instrumentado (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2.
13. Lineamiento Técnico sobre Prevención. Diagnóstico y Manejo de la Infección Puerperal. Primera edición octubre 2001. ISBN 968-811-985-7 Derechos Reservados

14. @ 2001 Secretaría de Salud .Dirección General de Salud Reproductiva
15. Lineamiento Técnico. Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica. 2002 ISBN 970-721-033-8. Secretaria de Salud. Disponible en: <http://www.maternoinfantil.org/archivos/A76.PDF>
16. Lure M L. Barinagarrementeria M. Belar N. Marín F. Ugalde. Fascitis necrotizante: complicación de una episiotomía. Caso clínico y revisión de la bibliografía.
17. NICE clinical guideline 55 Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth (NICE, 2007).
18. NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
19. Obstetricia de Williams. 22 Edición. McGraw-Hill, 2006. New York • St. Louis • San Francisco • Auckland • Bogotá • Caracas Lisbon • London • Madrid • Mexico City • Milan • Montreal • New Delhi San Juan • Singapore • ydney • Tokyo • Toronto.
20. Pages Gustavo, Martell Alfredo. Intervenciones Menores. Lesiones del canal del parto. Capítulo 41 2008:524-536. Disponible en: [http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/obstetricia\\_moderna/om\\_41.pdf](http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/obstetricia_moderna/om_41.pdf)
21. Parant O, Reme JM et Monrozies X. Épisiotomie. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Techniques chirurgicales - Gynécologie, 41-897, 2000, 6.
22. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). The management of third- and fourth-degree perineal tears. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) ; 2001 Mar. 11 p.)
23. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Guidelines for operative vagina Birth; J Obstet Gynaecol Can 2004;26(8):747-53.
24. SOGC Clinical Practice Guideline. NS Antibiotic Prophylaxis in Obstetric Procedures. Julie van Schalkwyk, MD, Vancouver BC, Nancy Van Eyk, MD, Halifax. No. 247, September 2010.
25. Sultan Fernando R, Kettle C, Thakar R, Radley S. Métodos para la reparación de lesiones obstétricas del esfínter anal (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Fecha de la modificación significativa más reciente: 07 de abril de 2006.

## 8. AGRADECIMIENTOS.

Se agradece a las autoridades de Instituto Mexicano del Seguro Social 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 Instituto Mexicano del Seguro Social y el apoyo, en general, al trabajo de los expertos.

### Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

Srita. Luz María Manzanares Cruz	Secretaria División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAЕ
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAЕ

## 9. COMITÉ ACADÉMICO.

### Instituto Mexicano del Seguro Social, División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad / CUMAE

Dr. José de Jesús González Izquierdo	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de la División de Excelencia Clínica
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Judith Gutiérrez Aguilar	Jefe de Área Médica
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Gloria Concepción Huerta García	Coordinadora de Programas Médicos
Lic. Ana Belem López Morales	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Coordinador de Programas
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador
Lic. Ismael Lozada Camacho	Analista Coordinador

## 10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

### Directorio sectorial

#### Secretaría de Salud

Dra. Mercedes Juan López

#### Secretario de Salud

#### Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. José Antonio González Anaya

#### Director General

#### Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Lic. Sebastian Lerdo de Tejada Covarrubias

#### Director General

#### Sistema Nacional para el Desarrollo

#### Integral de la Familia

Lic. Laura Vargas Carrillo

#### Titular del organismo SNDIF

#### Petróleos Mexicanos

Dr. Emilio Ricardo Lozoya Austin

#### Director General

#### Secretaría de Marina Armada de México

Almirante Vidal Francisco Soberón Sanz

#### Secretario de Marina

#### Secretaría de la Defensa Nacional

General Salvador Cienfuegos Zepeda

#### Secretario de la Defensa Nacional

#### Consejo de Salubridad General

Dr. Leobardo Ruíz Pérez

#### Secretario del Consejo de Salubridad General

### Directorio institucional.

#### Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Javier Dávila Torres

#### Director de Prestaciones Médicas

#### Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. José de Jesús González Izquierdo

#### Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dra. Leticia Aguilar Sánchez

#### Coordinadora de Áreas Médicas

Dr. Arturo Viniegra Osorio

#### División de Excelencia Clínica

## 11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dr. Luis Rubén Durán Fontes <b>Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud</b>	<b>Presidente</b>
Dr. Pablo Kuri Morales <b>Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud</b>	<b>Titular</b>
Dr. Guillermo Miguel Ruíz-Palacios <b>Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</b>	<b>Titular</b>
Dr. Gabriel Oshea Cuevas <b>Comisionado Nacional de Protección Social en Salud</b>	<b>Titular</b>
Dr. Alfonso Petersen Farah <b>Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud</b>	<b>Titular</b>
Dr. Leobardo Carlos Ruíz Pérez <b>Secretario del Consejo de Salubridad General</b>	<b>Titular</b>
Dr. Pedro Rizo Ríos <b>Director General Adjunto de Priorización del Consejo de Salubridad General</b>	<b>Titular</b>
General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales <b>Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional</b>	<b>Titular</b>
Contraalmirante. SSN, M.C. Pediatra. Rafael Ortega Sánchez <b>Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina Armada de México</b>	<b>Titular</b>
Dr. Javier Dávila Torres <b>Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social</b>	<b>Titular</b>
Dr. José Rafael Castillo Arriaga <b>Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado</b>	<b>Titular</b>
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate <b>Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos</b>	<b>Titular</b>
Lic. Mariela Padilla Hernández <b>Directora General de Integración Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia</b>	<b>Titular</b>
Dr. Ricardo Camacho Sanciprian <b>Director General de Rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia</b>	<b>Titular</b>
Dr. José Meljem Moctezuma <b>Comisionado Nacional de Arbitraje Médico</b>	<b>Titular</b>
Dr. Francisco Hernández Torres <b>Director General de Calidad y Educación en Salud</b>	<b>Titular</b>
Dr. Francisco Garrido Latorre <b>Director General de Evaluación del Desempeño</b>	<b>Titular</b>
Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza <b>Director General de Información en Salud</b>	<b>Titular</b>
M. en A. María Luisa González Rétiz <b>Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>	<b>Titular y Suplente del presidente del CNGPC</b>
Dr. Agustín Lara Esqueda <b>Secretario de Salud y Bienestar Social y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud en el Estado de Colima</b>	<b>Titular 2013-2014</b>
M.C., M.F. y M.A. Rafael Humberto Alpuche Delgado <b>Secretario de Salud y Director General de los Servicios Estatales de Salud en Quintana Roo</b>	<b>Titular 2013-2014</b>
Dr. Ernesto Echeverría Aispuro <b>Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Sinaloa</b>	<b>Titular 2013-2014</b>
Dr. Enrique Ruelas Barajas <b>Presidente de la Academia Nacional de Medicina</b>	<b>Titular</b>
Dr. Alejandro Reyes Fuentes <b>Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía</b>	<b>Titular</b>
Dr. Eduardo González Pier <b>Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud</b>	<b>Asesor Permanente</b>
Dra. Sara Cortés Bargalló <b>Presidenta de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina</b>	<b>Asesor Permanente</b>
Dr. Francisco Pascual Navarro Reynoso <b>Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales</b>	<b>Asesor Permanente</b>
Ing. Ernesto Dieck Assad <b>Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados</b>	<b>Asesor Permanente</b>
Dr. Sigfrido Rangel Frausto <b>Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud</b>	<b>Asesor Permanente</b>
Dra. Mercedes Macías Parra <b>Presidenta de la Academia Mexicana de Pediatría</b>	<b>Invitada</b>
Dr. Esteban Hernández San Román <b>Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC</b>	<b>Secretario Técnico</b>