

GUÍA PRÁCTICA PARA LAS MATRONAS EN LA RECUPERACIÓN PELVIPERINEAL

Comisión del suelo pélvico de la CNSF – Dossier del 2014

Dirigido por Chantal Fabre-Clergue

Bajo la dirección de Sophie Guillaume, presidenta de la CNSF

Traducción de Sandra Arjona y Carmen Barrio

PREFACIO

Sophie Guillaume

La CNSF (Colegio Nacional de Matronas Francesas, por sus siglas en francés) ha elegido, una vez más, abordar en su dossier temático la recuperación perineal por varios motivos:

En primer lugar, la incontinencia urinaria es muy común y afecta entre un 25 % y un 45 % de las mujeres. La prevalencia de la incontinencia urinaria aumenta a partir de los 65 años (nivel 2). La incontinencia urinaria pone en riesgo la salud, puesto que puede generar complicaciones dermatológicas, como la maceración, las úlceras de decúbito, etc. De igual modo, afecta a la calidad de vida de las mujeres embarazadas y, en lo que respecta a la salud pública, conlleva grandes costes (nivel 1).

(1) Faltin, D. L. Épidémiologie et définition de l'incontinence urinaire féminine. En: *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Ginebra: Centre de périnologie Dianuro, 54 bis Acacias, 1227 Carouge, Genève. Département de gynécologie et d'obstétrique, Hôpitaux universitaires de Genève, Suisse. 2009. Volumen 38, páginas 146-152. ISSN 0368-2315

Por otro lado, los costes globales de la incontinencia urinaria representan entre el 2% y el 2,5 % de los gastos sanitarios, según TENA. Sin tener en cuenta las consultas y los exámenes complementarios, se estima que el coste total es de más de **3'5 mil millones de euros anuales**, según TENA y el Seguro de Enfermedad de febrero de 2012.

La recuperación pelviperineal también se centra en la incontinencia anal, un tema aún tabú que afecta a más del 20 % de las mujeres.

Por último, y más importante, porque las mujeres no conocen su suelo pélvico. Solo el 14 % dice tener un conocimiento preciso, mientras que casi el 50 % ni lo localizaba ni se atrevían a explorarlo. En una evaluación sobre el conocimiento de la anatomía del suelo pélvico llevada a cabo por 18 personas, la nota media de las mujeres era del 13'6 con un 50 % de «conocimiento medio». Solo el 39 % de las mujeres acertaron la enumeración de los tres orificios del suelo pélvico de delante hacia atrás (Tonneau H., Branger B., Chauvin F., Guermeur J., Grall J. Y. Le périnée, qu'en savent les femmes ? En: *La Revue de Sage-Femme*. Francia: Editorial Board, 2005, volumen 4, páginas 109-114. ISSN 1637-4088).

Toda esta información da como resultado lo que conocíamos desde hace tiempo y que consideramos que hay que corregir urgentemente: promover una intervención educativa y preventiva con todas las mujeres en el momento de preparación al parto en la que se incluya la información de los diferentes métodos de recuperación.

Hay que señalar que hoy en día un cierto número de mujeres no presenta signos clínicos de incontinencia urinaria o de prolapso antes del parto. Sin embargo, es muy frecuente que las lesiones neurológicas o musculares del suelo pélvico anterior o posterior se presenten más tarde. La recuperación perineal es casi siempre indispensable, de acuerdo con los métodos válidos por la ANAES (agencia nacional de acreditación y evaluación sanitaria francesa) en 2002.

En vista de las diversas publicaciones, se considera fundamental llevar siempre a cabo una educación perineal. De este modo, podremos esperar una disminución de las complicaciones asociadas a la incontinencia urinaria y anal y a los problemas sexuales. Las matronas son los profesionales de atención primaria que en la actualidad garantizan la salud sexual de las mujeres. En cada consulta se tendrá que evaluar el suelo pélvico y su fisiología, lo que será determinante para decidir las sesiones de rehabilitación pelviperineal que son necesarias.

Por otro lado, hay algunas matronas con ganas de poner en práctica la recuperación pelviperineal y que se sienten poco hábiles. Aunque la formación inicial de cinco años de estudios aporte unos conocimientos teóricos sólidos en materia de rehabilitación perineal, es difícil adquirir la competencia práctica, ya que esta formación clínica no se consigue fácilmente. No obstante,

gracias a la ayuda frecuente de las compañeras y el trabajo que estas desempeñan, las dificultades disminuyen.

Sería conveniente, por tanto, que las matronas, como cualquier otro rehabilitador, dispuestas a practicar la recuperación perineal, completaran su formación inicial con una educación universitaria específica.

Por otro lado, la adquisición de formación complementaria sobre educación sanitaria se considera indispensable para aportar la competencia necesaria y poder así corregir, restaurar y preservar la calidad de vida de nuestras pacientes a la vez que facilitamos su autonomía.

Con esta guía, y gracias a la colaboración de varios expertos, la CNSF desea ofrecer una herramienta a todas las matronas que quieran desarrollar la recuperación perineal en su actividad profesional.

Desde que en 2002 la ANAES diera a conocer sus recomendaciones, se ha profundizado en el conocimiento del suelo pélvico y los métodos utilizados se han multiplicado, sin tener que pasar por la criba de la evaluación de las prácticas profesionales. La CNSF, con el fin de proporcionar unas recomendaciones para las prácticas clínicas, va a colaborar con la Autoridad Nacional de Salud Francesa (Haute Autorité de Santé, HAS) para evaluar de manera científica el conjunto de los métodos llevados a cabo en Francia y afianzar en su práctica a estos profesionales.

Para finalizar, me gustaría dar las gracias al grupo de trabajo que ha puesto energía, pasión y tiempo para que esta guía pudiera reunir los avances y las corrientes propuestas en Francia sin perder de vista el rigor científico.

Sophie Guillaume, presidenta de la CNSF

ÍNDICE

PREFACIO

INTRODUCCIÓN / GRUPO DE TRABAJO

CAPÍTULO 1 — LA FORMACIÓN INICIAL

CAPÍTULO 2 — MARCO LEGISLATIVO Y COMPETENCIAS DE LA MATRONA

CAPÍTULO 3 — CONDICIONES PARA EL EJERCICIO TANTO EN CONSULTA COMO EN EL HOSPITAL

CAPÍTULO 4 — PREREQUISITOS INDISPENSABLES EN LA PRÁCTICA DE LA RECUPERACIÓN

1. Anatomía del suelo pélvico
2. Fisiopatología de la estática perineal
3. Sintomatología del suelo pélvico

CAPÍTULO 5 — CLÍNICA

- A. Gráfico
- B. Enfoque clínico
 1. Anamnesis
 2. Cuestionario
 3. Examen clínico
 4. Exámenes complementarios
 5. Diagnóstico
 6. Algoritmo terapéutico
 7. Evaluación
 8. Orientaciones secundarias
- C. Terapia conductual

CAPÍTULO 6 — PRESENTACIÓN DE LOS DIFERENTES MÉTODOS
PREÁMBULO

1. Recomendaciones
2. El trabajo manual
3. *Biofeedback*
4. La electroestimulación funcional
5. Gimnasia abdominal hipopresiva (GAH)
6. Método ABDO-MG
7. Método propioceptivo pelvipерineal 5p
8. Conocimiento y rehabilitación del suelo pélvico
9. Método de posición y respiración
10. Suelo pélvico y movimiento
11. Eutonía, tono saludable del periné

CAPÍTULO 7 — LOS PESARIOS

CONCLUSIÓN

ANEXOS DOCUMENTOS ÚTILES

Introducción

Chantal Fabre-Clergue

En 2009, la CNSF llevó a cabo una encuesta a las matronas francesas con el fin de evaluar las necesidades de las matronas rehabilitadoras.

En 2010, se creó y distribuyó la primera guía: «La recuperación perineal: cómo conocerla y dominarla para ponerla en práctica».

En 2012, en conjunto con un Consejo de Administración de la CNSF, se creó la Comisión de Suelo Pélvico, validada por todos los miembros, y se distribuyó una invitación a las juntas CNSF para que participaran.

En 2013, se tomó la decisión de elaborar una guía que estuviera compuesta principalmente por recomendaciones científicas validadas por la HAS.

El grupo de trabajo creado inició las reuniones en París, de carácter mensual a lo largo de un año, para garantizar la distribución de esta guía en 2014 por el responsable de la edición y distribución, Family Service.

Me gustaría dar las gracias a este grupo de compañeros por su valiosa ayuda y su trabajo de investigación, que ha permitido el nacimiento de esta pequeña obra (lamentablemente solo tiene 44 páginas).

Espero de todo corazón que se convierta en una herramienta indispensable para comenzar o mejorar la práctica de la recuperación perineal.

De hecho, esta guía tiene como objetivo poner a su disposición:

- El conocimiento y las buenas prácticas indispensables para organizar su clínica y para garantizar la calidad de la atención a las pacientes.
- Una metodología y un enfoque clínicos adaptados a esta actividad al utilizar herramientas específicas (documentos validados, calendario miccional y tablas de valoración).
- La presentación de métodos utilizados actualmente por las matronas en la práctica y que, hoy en día, no están validados de manera científica.

No nos hemos interesado por la recuperación perineal «por casualidad».

La matrona ocupa un lugar clave en el proceso de cuidados de la mujer para proporcionarles una recuperación completa y de calidad, para ello es clave una buena educación durante el embarazo.

Feliz lectura.

Chantal Fabre-Clergue

Grupo de trabajo coordinado por Chantal Fabre-Clergue y Sandrine de Tayrac:

Anne Battut, matrona independiente y jefa de matronas en París número 75; Sandrine de Tayrac, matrona independiente en Gard, número 30; Chantal Dupong, matrona independiente de la zona Norte, número 59; Sophie Flandin-Cretinon, docente de obstetricia en Altos del Sena, número 92; Chantal Fabre-Clergue, matrona independiente y sexóloga en Bocas del Ródano, número 13; Sophie Frignet, matrona independiente de Essonne, número 91; Sophie Guillaume, matrona independiente de la zona de París, número 75; Violaine Kerbrat, matrona independiente de Yvelines, número 78; Elisabeth Latour, matrona independiente de Valle del Oise, número 95; Catherine Lwekowitz, matrona independiente en Mosela, número 57; Sophie Morandi, matrona independiente de Valle del Marne, número 94; Sylvie Nicot, instructora de matronas independientes de Eure, número 27; Anne-Françoise Sachet, matrona independiente de París, número 75.

Nos gustaría agradecer a Michel Bouvier, Renaud de Tayrac, Xavier Fritel, Laurent Wagner, Alain Marzolf, Bénédicte Jouffroy y Pierre Marés por su adecuado asesoramiento y por la corrección de esta guía.

CAPÍTULO I

La formación

A. **LA FORMACIÓN INICIAL** de las matronas se rige por:

1. **El decreto de 19 de julio de 2011** relativa al régimen de estudios para el título de formación general de matrona y **el anexo de este decreto**, donde se precisan los objetivos de la formación en el campo de la ATENCIÓN POSPARTO:

«En el posparto, el estudiante debe aprender a [...] prevenir y corregir las lesiones del suelo pélvico»

2. **El decreto de 11 de marzo de 2013** relativo al título académico de matrona y **el anexo de este decreto**, que define el programa formativo según las competencias que se espera de las matronas.

La formación teórica y práctica se estructura en Unidades Docentes de matronas que comprenden un gran número de ECTS (Sistema Europeo de Transferencia de Créditos: sistema de créditos europeos que facilita la movilidad y la convalidación de los cursos de formación).

2.1 Módulos teóricos:

No existe una formación específica que comprenda la rehabilitación perineal; la enseñanza se reparte de manera transversal en varias formaciones, repartidas, a su vez, en diferentes cursos. Entre las formaciones y los objetivos correspondientes, hemos escogido los siguientes:

- **Ginecología, salud sexual y reproductiva de las mujeres y asistencia médica**
 - Dirigir una consulta de seguimiento preventivo ginecológico.
 - Adquirir conocimientos que permitan el aprendizaje de la rehabilitación perineal.
 - Detectar y participar en el tratamiento médico de patologías ginecológicas:
 - Patologías funcionales y orgánicas de órganos urogenitales y mamarios.
 - Estudio urodinámico.
 - Ofrecer un seguimiento de calidad adaptado a la persona creando un ambiente donde las condiciones de expresión y escucha sean favorables.
- **Salud pública**
 - Prevenir, informar y educar en todos los campos de la ginecología y obstetricia.
- **Humanidades y ciencias sociales**
 - Conocer las recomendaciones y las herramientas de buenas prácticas.
- **Investigación**
 - Llevar a cabo un análisis crítico de la información existente.

2.2 Módulos de formación clínica:

Su finalidad es la adquisición de las competencias fundamentales y específicas en las Referencias Profesionales y Competencias de las Matronas en el campo que tratamos aquí:

- **Asegurar un seguimiento madre-hijo durante el puerperio hasta la visita de atención posparto.**
 - En busca **de posibles lesiones perineales y del esfínter anal para así determinar la atención requerida.**

El aprendizaje clínico de la recuperación pelvipereineal está incluido en los objetivos de las prácticas posnatales en las instalaciones públicas, privadas e independientes.

Las **prácticas** incluyen el período posnatal y el seguimiento ginecológico. **Las prácticas fuera de las instalaciones sanitarias son de carácter obligatorio**, ya que prepara a los estudiantes, entre otras cosas, al ejercicio libre de la profesión.

B. FORMACIÓN CONTINUADA

El decreto nº 2011-2117 del 30/12/11 obliga a las matronas a participar cada año en el programa de Desarrollo Profesional Continuado (DPC).

En el artículo R. 4153-1 de la ley francesa, se precisa que en esta obligación legislativa figura «el análisis, llevado a cabo por las matronas, de sus prácticas profesionales, al igual que la adquisición o profundización de conocimientos o de competencias».

Sea cual sea su forma de ejercicio, todas las matronas que tengan esta práctica de rehabilitación pelvipерineal se ven afectadas por esta obligación individual.

CAPÍTULO II

Marco legislativo y competencias de la matrona

En Francia, el seguro de salud incluye un «**seguro de maternidad**» que cubre el 100% de los gastos, estén o no relacionados con el embarazo, durante un periodo que comienza cuatro meses antes de la fecha estimada del parto y termina doce días después del mismo (Artículo L.331-2 del código de la seguridad social, en vigor desde el 1 de julio de 2004).

Sin embargo, **el decreto del 23 de diciembre de 2004 Diario Oficial de la República Francesa (JORF) número 303 del 30 de diciembre de 2004, texto 45**, establece la lista de prestaciones que cubre el seguro de salud, sea cual sea la fecha de su realización, incluso fuera del periodo anteriormente citado.

El decreto establece, entre otras prestaciones, «las sesiones de recuperación abdominal y del suelo pélvico».

El reembolso será completo en el marco del seguro de salud, sin limitación temporal ni del número de sesiones.

Sin embargo, a partir de las 30 sesiones será necesario un acuerdo previo, el cual debe estar prescrito por un médico (decisión de la Unión Nacional de Cajas del Seguro de Enfermedad (UNCAM) que modifica la Nomenclatura General de Actos Profesionales (NGAP) publicada en el Diario Oficial (JO) el 28/02/2012).

No existe ningún texto que establezca el periodo de validez de una prescripción de rehabilitación perineal, pero la caja de seguros de salud se reserva el derecho a demandar al servicio médico si el tratamiento sigue estando justificado pasado un tiempo determinado.

El seguro de salud se hace cargo del 70 % de las sesiones de recuperación perineal en uroginecología (el 30 % restante es normalmente completado por la mutua).

La matrona puede llevar a cabo la recuperación del suelo pélvico en caso de que las complicaciones sean causadas por el parto (Artículo R.4127 del código de la sanidad pública, JO del 18 de octubre de 2006). En estos casos, la matrona está facultada para realizar la recuperación uroginecológica sin límite de edad, pero excluyendo a las nulíparas y a los hombres. En el periodo de posparto (90 días), la prescripción puede realizarse por un médico o por una matrona.

La matrona puede realizar la recuperación del suelo pélvico, en caso de complicaciones debidas al parto, en mujeres que, pasados meses o años, siguen padeciendo problemas de suelo pélvico. En ese caso el tratamiento debe realizarse bajo la prescripción de un médico.

A día de hoy, en el marco del seguimiento ginecológico, la prescripción de la recuperación del suelo pélvico no forma parte de las competencias de la matrona.

La prescripción y la realización de la recuperación abdominal no forma parte de las competencias de la matrona.

La prescripción debe enviarse a las cajas de seguros de salud según las modalidades de transmisión de justificantes establecidas en el convenio, en el título 3 apartado B/ del artículo 3.5.3.

No obstante, las matronas están facultadas para llevar a cabo la recuperación perineal en los tres meses siguientes al parto sin prescripción previa. En estos casos, no habrá que efectuar ningún envío.

Asimismo, se precisa en la NGAP que:

- La duración de las sesiones debe ser alrededor de treinta minutos, aunque la misma debe adaptarse al tipo de recuperación propuesta.
- Durante las sesiones de recuperación, la matrona se dedicará exclusivamente al tratamiento de su paciente.

En la Nomenclatura General de Actos Profesionales, NGAP, la cotización de las sesiones de recuperación perineal es la correspondiente a las matronas, según los honorarios aplicables a los profesionales concertados (en francés SF 7). A este respecto, la NGAP indica que la cotización incluye todas las técnicas para la recuperación utilizadas por el profesional durante la sesión, ya sean maniobras de masaje, gimnasia o técnicas de fisioterapia. Por ello, no se puede aplicar una segunda tarifa para una misma sesión (UNCAM resolución del 20/12/11).

La necesidad de una recuperación y el tipo de recuperación propuesta debe estar adaptada a las necesidades y expectativas de la paciente. En la prescripción se puede especificar el tipo de recuperación deseada (manual, por electroestimulación, *biofeedback*) e indicar el dispositivo médico apropiado (sondas vaginales, anales o electrodos cutáneos perineales) (JO / Decreto del 27 de junio de 2006).

El número de sesiones no debe figurar obligatoriamente en la prescripción, se deja a valoración del rehabilitador.

La matrona está facultada para prescribir los exámenes complementarios relativos a la reeducación perineal: examen bioquímico y bacteriológico de la orina, examen bacteriológico de las secreciones vaginales (remitirse a derechos de prescripción).

Los masajistas y fisioterapeutas también están facultados para llevar a cabo la recuperación del suelo pélvico en el periodo de posparto, **pero siempre fuera de los primeros 90 días después del parto**. Por consiguiente, el seguro de salud no se hará cargo de los gastos si la recuperación es llevada a cabo por un masajista o fisioterapeuta antes de este periodo de 90 días, salvo si la paciente no cuenta con una matrona reeducadora en un radio de 5 kilómetros de su domicilio.

Se recomienda guardar los historiales de las pacientes 30 años.

Cabe señalar que la prescripción de recuperación no es sistemática en el posparto:

No se verán beneficiadas las pacientes que no muestren ninguna sintomatología perineal, que presenten un examen clínico normal y que no tengan ninguna molestia.

No obstante, la rehabilitación forma parte de las competencias de la matrona.

En el ámbito de la recuperación perineal, **es importante proponer una cobertura educativa y preventiva para todas las mujeres embarazadas** (consultas prenatales y preparación al nacimiento y a la paternidad, PNP) y el seguimiento ginecológico de prevención.

CAPÍTULO III

Condiciones para el ejercicio tanto en consulta como en el hospital

Aquí proponemos un resumen de los textos de referencia en materia de calidad de cuidados, higiene, seguridad y accesibilidad:

1- LAS INSTALACIONES

- Es imprescindible que la matrona disponga tanto de una sala de espera como de una sala de rehabilitación bien aislada y de dimensiones apropiadas.
- El suelo, las paredes y las puertas de la sala deben ser lisas, de manera que se puedan lavar con un desinfectante.
- Antes de utilizar el lavabo, se debe dejar correr el agua durante 30 segundos, limpiar con lejía y desinfectar los grifos y todo lo de su alrededor diariamente.
- Se debe limpiar la cal de forma regular.
- Los muebles, la decoración y la iluminación serán de fácil mantenimiento y desinfección.
- Los instrumentos serán lavables y desinfectados diariamente.
- Se desaconsejan las plantas verdes y los saturadores de oxígeno.
- La habitación debe airearse o ventilarse de manera regular.
- La sala debe estar equipada con un lavabo y jabón líquido, un distribuidor de toallas de papel para manos, de uso único, y una papelerera cerrada, con abertura no manual, provista de una bolsa de plástico. Ver papelerera específica de Desechos de Actividades de Cuidados con Riesgo de Infección (DASRI).
- La camilla debe estar recubierta de un revestimiento plastificado lavable sin puntos de costura ni puntos de unión. La tela sintética de uso único que pondremos por encima también debe estar plastificada.
- Se debe cambiar la tela y desinfectar la camilla después de cada paciente.
- El escalón también debe estar protegido y debe desinfectarse regularmente.
- Los interruptores y los mandos de los aparatos de electroterapia deben ser limpiados y desinfectados (utilizar toallitas desinfectantes).
- Una consulta privada es un Establecimiento que Recibe Público (ERP) clasificado de quinta categoría en la aplicación de los artículos R.123-18 y R.12-19 del código de edificación y vivienda. Por lo tanto, está sometido a aquellas reglas relativas a la seguridad en caso de incendio, a las instalaciones eléctricas, a los riesgos asociados al amianto y a los riesgos naturales y tecnológicos.
- Se debe aplicar la normativa del 13 de julio de 1991 (ley número 91-663) revisada por el decreto del 24 de septiembre 2009 (sistema de alarma sonora de incendios, rótulo explicativo de los procedimientos de emergencia, extintor en funcionamiento, material de primeros auxilios). El sistema eléctrico debe ajustarse a las normas en vigor. El acceso a las salidas de emergencia debe estar despejado.
- Las instalaciones deben estar acondicionadas cumpliendo las normas de la ley del 11 de febrero de 2005 relativas a la accesibilidad de personas con movilidad reducida (puertas, descansillo, espacio de circulación, inodoros adaptados...). Este acondicionamiento debe hacer efectivo como muy tarde el 1 de enero de 2015. El poder legislativo ya ha dispuesto sanciones en caso de que la no aplicación de esta ley.

2- EL TERAPEUTA

➤ **El lavado meticuloso de manos:**

- Lavarse las manos constituye el primer medio de lucha contra la infección nosocomial o intrahospitalaria y de limitar su transmisión.
- Se debe realizar frotando las manos húmedas con jabón durante 1 min 30 s y, acto seguido, repitiendo el proceso con las manos secas y una solución hidroalcohólica (SHA) durante el mismo tiempo.
- Debe ser algo sistemático antes y después de cada paciente.

➤ **Llevar guantes:**

- Llevar guantes es obligatorio (ya sean con o sin látex). Debemos ponernos los guantes después del lavado meticuloso de manos.
- Los guantes se deben cambiar después de cada manipulación interna.
- El terapeuta no tendrá contacto con ningún otro elemento (teléfono, manilla de la puerta).
- Los guantes se quitarán de forma que queden del revés y se echarán en una papelería con una bolsa especial (para contaminantes).
- Se aconseja no usar guantes de dedo.

➤ **La ropa de trabajo del profesional:**

- Se recomienda un uniforme preferiblemente formado de una blusa cerrada de mangas cortas con una apertura central y un pantalón profesional (el lavado de la ropa de trabajo debe hacerse a parte del resto de ropa del personal a 60° C)
- Es preferible elegir unos zuecos de trabajo lavables.
- El cabello largo debe ir recogido.
- Está prohibido el uso de anillos, relojes, pulseras...
- Para la recuperación en el domicilio privado, sería deseable disponer de una ropa de trabajo «apropiada».
- La matrona debe disponer de mascarillas, tanto para su uso en la consulta como en las visitas a domicilio.

3- LOS MATERIALES Y ACCESORIOS DE LAS PACIENTES

- Las sondas endocavitarias deben ser de uso personal, la matrona llevará a cabo el primer lavado del instrumento con agua y jabón además de un antiséptico en forma de toallitas húmedas. Se recomienda dárselas a las pacientes envueltas en un papel no reutilizable e insistir en que se lleve a cabo una segunda limpieza en casa.
- El mantenimiento de estos instrumentos puede ser explicado a la paciente a través de una hoja de instrucciones.
- Las pacientes deben traer la sonda a cada sesión de recuperación.
- Los electrodos de contacto también serán de uso personal.
- Para facilitar el empleo de la sonda, la matrona puede utilizar un gel estéril que viene en envases individuales o, en su defecto, en un único bote. Si se elige esta última forma de presentación, se debe anotar la fecha de apertura del bote (este debe renovarse cada semana).

4- LA ELIMINACIÓN DE DESECHOS DE LAS ACTIVIDADES DE CUIDADOS CON RIEGO DE INFECCIÓN (DASRI)

- La eliminación de desechos (protección de higiene, guantes...) es competencia de la matrona, la cual debe tener acceso a una papelería DASRI y es la responsable de los desechos hasta su completa eliminación. Para llevar a cabo esto, el profesional de salud puede recurrir al

- ayuntamiento de su ciudad o al servicio de salud y medio ambiente de la agencia regional de salud.
- La HAS recomienda no dejar la eliminación de este tipo de desechos en manos de un suministrador de servicios. La recogida de los desechos se puede realizar conjuntamente con otro profesional de la salud para repartir los costes.
 - Los botes de desechos de elementos punzantes (OPCT deben almacenarse como máximo:
 - 3 meses si se generan menos de 5 kg de desechos al mes.
 - 72 horas si se generan más de 5 kg de desechos al mes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Guía para las instalaciones de los profesionales de la salud: lograr la accesibilidad. (Fuente: [www.gouv.fr/IMG/pdf/Guide Réussir l'accessibilite.pdf](http://www.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_Réussir_l'accessibilite.pdf))
 - Ley del 11 de febrero de 2005 para la igualdad de derechos y de oportunidades, la participación y la ciudadanía de personas discapacitadas.
 - Circular interministerial GUHC 2007-53 del 30 de noviembre de 2007 anexo 8 (BO n° 2007-23) relativa a la accesibilidad de los ERP.
- Infecciones relacionadas a los cuidados realizados fuera de instituciones sanitarias: Guía de prevención DGS enero de 2006.
- Higiene y mantenimiento de dispositivos médicos en ginecología: Guía de buenas prácticas. CCLIN Sud-ouest 2006 (site www.cclin-sudouest.com)
- La higiene en la consulta privada. BLANCHERE JP, CNGOF, 2007
- Recomendaciones: Higiene y prevención de riesgos de infección en las consultas médicas o paramédicas. SFTG-HAS juin 2007 (site www.has-sante.fr)
- Guía « Elimination des déchets d'activités de soins à risques : comment les éliminer ? » (Eliminación de los desechos de actividades de cuidados con riesgos: ¿cómo eliminarlos?). DGS 2009 (Fuente: [www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide Dasri BD.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_Dasri_BD.pdf))
- Tesis final de estudios de especialidad de matrona « Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet libéral de sagefemme en France » (Higiene y prevención de riesgos de infección en consultas privadas de matronas en Francia). MOLINER N, Ecole de sages-femmes de l'hôpital FOCH (Suresnes) 2011
- El ejercicio liberal de la profesión de matrona: documentos profesionales en el marco legislativo. (Fuente: www.ordre-sages-femmes.fr, espace pro)