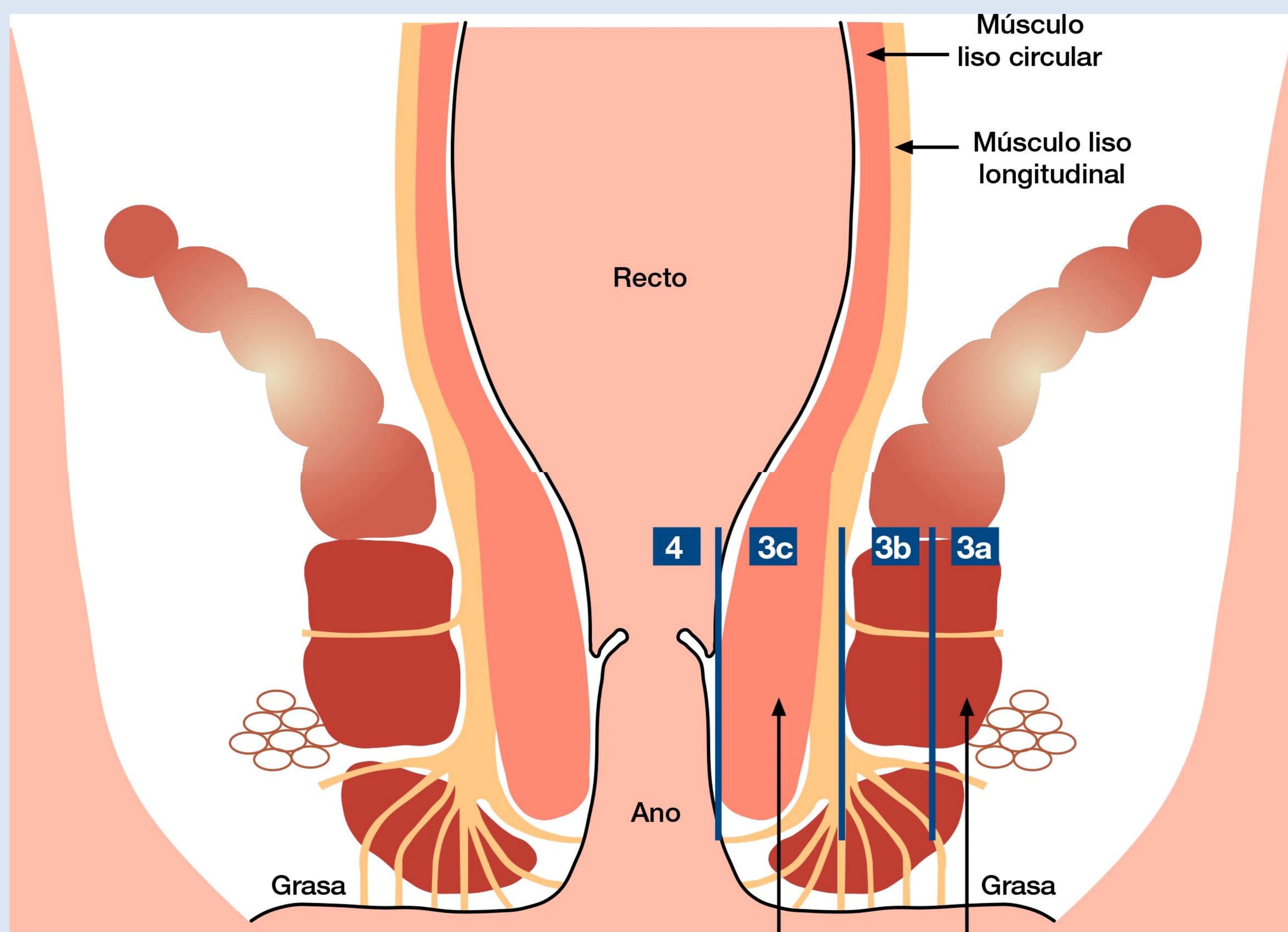


# REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL ESFINTER ANAL COMO PRÁCTICA SEGURA Y COMPETENCIAS DE LAS MATRONAS EN SU REPARACIÓN (DIFERENTES SUBTIPOS DEL GRADO III)

AUTORAS: Carmen Mejías Paneque. Laura Duarte González. Silvia García González. Matrona Hospital La Merced, Osuna. Matrona Distrito Huelva. Matrona Hospital Juan R. Jimenez, Huelva.

**INTRODUCCIÓN:** Cuando hablamos de lesiones perineales grado III y IV parece que nos referimos exclusivamente a lesiones asociadas a partos instrumentales, sin embargo la mayor proporción de partos eutócicos en términos absolutos hace que casi la mitad de este tipo de desgarros ocurre en mujeres que han tenido un parto vaginal eutócico o lo que es lo mismo parto vaginal de bajo riesgo para este tipo de lesiones (1). Podemos afirmar que la incidencia de desgarro del esfínter anal es de 11-18 %, dentro de este porcentaje un 9-28% tendrá incontinencia fecal y en el 23-35 % de las primíparas con desgarro del esfínter anal la lesión no se visualizará (hasta 1/3 no son diagnosticadas en el momento del parto), será diagnosticada por ecografía (2) (3). Se ha evidenciado ( NE:III) que el entrenamiento de los profesionales en el diagnóstico de las lesiones del esfínter aumenta su diagnóstico (1), lo cual pone de manifiesto que muchos se infradiagnostican. Las importantes repercusiones que tendrá la mujer en su vida cotidiana (incontinencia anal, fístulas, etc.), sexual y reproductiva así como la incidencia presentada en partos atendidos exclusivamente por matronas hace necesario que nos replanteemos las competencias de las mismas en su diagnóstico y posterior reparación.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Revisión bibliográfica de las bases de datos Pubmed, Cochrane, Medline y JBI con los drescriptores oficiales de ciencias de la salud (DeCs): "reparación esfínter anal" "Desgarro perianal Grado III y IV" con limitador de búsqueda del idioma español e inglés y el periodo de los últimos 5 años. Además se procede a valorar la asistencia profesional de este tipo de lesiones en diferentes hospitales andaluces.



- HOSPITAL BAZA: REPARACIÓN SIEMPRE POR EL OBSTETRA.
- HOSPITAL JUAN R. JIMENEZ: REPARACIÓN PRINCIPALMENTE POR EL OBSTETRA. NO SE HACE REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL ESFINTER. NO EXISTE PROTOCOLO.
- HOSPITAL PUERTO REAL: REPARACIÓN SIEMPRE POR EL OBSTETRA. NO SE HACE REVISIÓN SISTEMÁTICA. NO EXISTE PROTOCOLO.
- HOSPITAL DE VALME: REPARACIÓN DEL ESFINTER SEGÚN HABILIDADES DEL PROFESIONAL, NO DETERMINADO POR CATEGORÍA PROFESIONAL. REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL ESFINTER. NO EXISTE PROTOCOLO.
- HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO: REPARACIÓN DEL ESFINTER POR EL OBSTETRA. NO REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL ESFINTER. NO EXISTE PROTOCOLO.
- HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES: REPARACIÓN SIEMPRE POR EL OBSTETRA. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE ESFINTER EN DII. NO EXISTE PROTOCOLO.
- HOSPITAL LA MERCED, OSUNA: REPARACIÓN DEL ESFINTER SEGÚN HABILIDADES DEL PROFESIONAL, NO DETERMINADO POR CATEGORÍA PROFESIONAL. NO REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL ESFINTER. NO EXISTE PROCOLO.
- HOSPITAL VIRGEN MACARENA: LOS D4 SIEMPRE SON SUTURADOS POR LOS GINECOLOGOS, SÓLO LOS D3A SON SUTURADOS POR ALGUNAS MATRONAS. NO HAY REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL ESFÍNTER. NO EXISTE PROTOCOLO.

**CONCLUSIONES:** La orden SAS/1349/2009 del 6 de mayo y el BOE/2009 del por la que se aprueba el programa formativo de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología, establece entre los criterios que posibilitan la adquisición de competencias profesionales de las matronas el de "suturar y reparar la episiotomía" sin hacer referencia al diagnóstico y sutura de desgarros. El protocolo de la SEGO 2010 (1) establece que es competencia del obstetra la reparación del esfínter. Debido a la diversidad encontrada en los diferentes hospitales andaluces y ante las repercusiones legales que pueden derivarse de esta práctica, se hace necesario establecer qué profesional tiene las competencias necesarias para suturar desgarros del esfínter. A tenor de la literatura revisada y teniendo en cuenta que se trata de una lesión presente en partos eutócicos, la matrona debe valorar siempre la integridad del esfínter mediante tacto rectal independientemente del grado de desgarro perineal producido así mismo debe establecerse mediante protocolo interno del hospital qué grado de DIII puede ser suturado por la matrona de manera legal e independiente.