

NECESIDADES ARQUITECTÓNICAS, MOBILIARIAS Y AMBIENTALES PARA LAS MATERNIDADES

PONENTE: CATY CEDIEL ALTARES

Matrona. Supervisora Hospital Fundación Alcorcón (Madrid)

INTRODUCCION

Durante los últimos años estamos asistiendo a un profundo debate que esta cambiando la filosofía de nuestro sistema sanitario.

Sé esta pasando de un sistema basado en la “actitud paternalista” de los profesionales sanitarios, hacia un sistema “autonomista”, donde el usuario mas informado y autónomo, quiere tomar decisiones sobre su salud.

El desarrollo tecnológico y la investigación médica han sido el pilar fundamental del gran avance de la sanidad, consiguiendo unas cifras de morbimortalidad muy bajas.

La evolución de los medios tecnológicos, para el control del embarazo y parto, los progresos en la neonatología y la incorporación de la analgesia y anestesia en el parto han contribuido de forma decisiva en el logro del gran objetivo de la medicina Materno-Fetal del siglo XX que ha sido disminuir la morbimortalidad relacionada con el proceso del parto. Se han obtenido en los últimos años, cifras de morbimortalidad tan bajas que eran impensables tan solo unas décadas atrás. De forma paralela, esto ha ocasionado una medicalización del parto que a la luz de la evidencia científica disponible, ha sido excesiva.

Durante la segunda mitad del siglo XX pasamos de la asistencia al parto en el domicilio por matronas o médicos de familia con pocos medios, o por parteras no profesionales, a partos en el hospital con alta tecnología y un intervencionismo excesivo. Esta tecnificación de la asistencia ha hecho que se tratara igual a todas las gestantes; Estableciendo rutinas o procedimientos innecesarios en muchos casos. Durante todo este tiempo se ha dado más importancia al aspecto fisiológico, que a la parte emocional y vivencia del parto.

Desde algunos sectores sociales y organizaciones profesionales se han alzado voces que han alertado del peligro que supone la medicalización del sistema que puede llevar a una deshumanización de la asistencia y a un incremento importante del gasto sanitario.

En 1985 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró: “el nacimiento no es una enfermedad”. Este es el punto de partida para la Medicina Materno-Fetal del siglo XXI que sin renunciar a los logros conseguidos, pretende una asistencia al parto de una forma más “natural”, principalmente en aquellos embarazos catalogados como de bajo riesgo

En la actualidad podemos mantener los índices bajos de morbimortalidad, aprovechando los avances tecnológicos y médicos (telemetría, Walking peridural).

...

Además, favorecer la vivencia del parto, disminuyendo las intervenciones innecesarias y mejorando el entorno físico, sin que esto, suponga una gran inversión económica, ni un gran esfuerzo por parte de los profesionales.

LA IMPORTANCIA DEL ENTORNO FÍSICO EN EL PARTO.

La FAME en el documento de consenso IPN dice:

“El entorno físico en el que la mujer se encuentra durante la dilatación y el parto influye en su evolución.”

“La mujer que desea un parto de baja intervención necesita un entorno favorable, donde pueda expresarse libremente”

Que el ambiente influye sobre las personas, es bien conocido, en nuestra vida personal empleamos muchos recursos para crear un ambiente cómodo, agradable y tranquilo.

La influencia del lugar ha aparecido como corriente en la literatura relativa al nacimiento. Como ha publicado la Biblioteca Cochrane Plus en el 2007 los centros con características familiares se asocian a beneficios moderados, como la reducción de las intervenciones médicas y el incremento de la satisfacción materna y de la pareja.

La mujer que entra en un hospital para dar a luz a su hijo, pasa de un espacio familiar a otro extraño. Todo es nuevo para ella y puede parecerle hostil, siente que ese es su sitio. ¿Cómo podemos minimizar esta sensación, mejorar la experiencia y además favorecer el proceso del parto?

FACTORES AMBIENTALES GENERALES QUE FAVORECEN EL BIENESTAR PSICOLÓGICO Y FÍSICO DE LA MADRE Y PROFESIONALES DURANTE EL PROCESO DE PARTO

1) La luz Natural

Numerosos estudios reconocen la influencia de la luz en los individuos.

La luz natural, disminuye el cansancio, mejora el sueño y el biorritmo, reduce las necesidades de analgesia, mejorando el estado de ánimo.

Además en los profesionales los espacios bien iluminados se asocian a menores fallos en la dispensación de medicamentos y mayor satisfacción en el trabajo.

Lo Ideal sería que los espacios tuvieran luz natural, con una gran ventana que permita el paso de la luz y con mecanismos para regular la intensidad como persianas, estores etc.

Una ventana mantiene a la mujer unida al exterior, evitando así la sensación de aislamiento.

Si como hemos visto la luz influye, debemos favorecer la posibilidad de que la mujer pueda modificar las condiciones de luminosidad en los espacios que va a ocupar, ya sea en la dilatación o en planta. Debemos contar con lámparas de mesa o de pie con luz amarilla de intensidad regulable que favorezcan el descanso y la relajación.

...

2) Los colores cálidos

Aunque no existe evidencia científica de la eficacia de la colorterapia, otros estudios han demostrado que la exposición al color puede tener efectos tanto físicos como psicológicos sobre las personas, estos efectos son diferentes dependiendo de las características del color.

Colores fríos estimulan el tono muscular y la presión sanguínea favorecen el estado de alerta. Mientras Los colores cálidos inducen la relajación, disminuyen la tensión etc....

Tradicionalmente en los hospitales el color blanco es el predominante en todas las estancias, tan solo en las zonas infantiles y para delimitar algunos espacios, se permitía el uso del color; sin embargo en los nuevos hospitales se esta comenzando a usar el color como un elemento más, que favorece la sensación de bienestar, creando un clima de mayor calidez. Pintar las paredes de colores suaves y cálidos es una buena solución para crear un ambiente más relajante.

3) La intensidad del sonido

Otro factor ambiental estresante es el ruido. La IPN(iniciativa del parto normal) refiere la necesidad de que la dilatación este insonorizada, pero este objetivo es difícil de conseguir actualmente sin un presupuesto importante.

Gran parte del ruido lo generamos los profesionales por lo que en la medida de lo posible debemos ser cuidadosos y favorecer el silencio.

Además si la mujer lo desea puede traer su propia música que además de aislarla del ruido ambiental le ayudará a crear su propio ambiente y sentirse como en casa.

4) La temperatura ambiental

La temperatura es otro factor que influye notablemente en el confort, lo mejor sería que cada mujer pudiese regularla; si esto no es posible tenemos que favorecer un ambiente agradable evitando el frío (ofreciendo mantas) y el calor excesivo.(Mejorar la ventilación.).

5) el orden y la limpieza

Hay que prestar especial atención a las condiciones de limpieza y orden en las dilataciones; cuando un parto es muy prolongado, con frecuencia los materiales permanecen desordenados sobre las superficies (mesa, monitor) y las bolsas de basura llenas. Esto crea un aspecto desagradable y sucio, que puede evitarse fácilmente.

Un ambiente enrarecido contribuye a crear un malestar en la mujer y su acompañante.

...

6) La posibilidad de ofrecer una adecuada higiene y aliviar el dolor

Lo ideal sería que la dilatación contara con una ducha o bañera, con el propósito de asegurar la higiene, favorecer la relajación y disminuir el dolor. Si no se dispone de la ducha tendremos que facilitar a la mujer todos los materiales necesarios para el de aseo.

7) La posición en dilatación y parto

En 1882 Engelmann publica una descripción de la posición que las mujeres adoptan de forma natural durante el parto. Observó que las mujeres "primitivas", sin la influencia de los convencionalismos occidentales, tratarían de evitar la posición supina (dorsal)

Los factores que influyen en la posición que adoptan las mujeres durante el parto son numerosos y complejos. Es difícil identificar una conducta "instintiva" porque está fuertemente influida por las normas culturales..

La mayoría de los nacimientos ocurren en un medio hospitalario. Las normas culturales han estado moldeadas con el correr de los años por las expectativas y las exigencias de los profesionales, así como por las restricciones impuestas por los procedimientos intraparto como la monitorización fetal, el tratamiento intravenoso, la analgesia, incluida la analgesia regional y los exámenes médicos. Todo esto ha impedido que la mujer opte por una posición natural y espontánea durante el nacimiento de su hijo

Durante años se ha discutido si permanecer en posición vertical tiene ventajas sobre la posición supina para las mujeres que están en trabajo de parto. Se han señalado numerosas ventajas fisiológicas para la posición no supina o vertical durante el trabajo de parto:

1. Efectos beneficiosos de la gravedad,
2. Disminución de los riesgos de compresión aorto-cava y mejoría de los resultados del equilibrio ácido-base en los recién nacidos.
3. Contracciones uterinas más potentes y efectivas
4. Mejor acomodación del feto para su paso a través de la pelvis ("ángulo de dirección")
5. Aumento de los diámetros pélvicos de salida, antero-posterior y transversos.

El grupo de Cochrane ha publicado recientemente una revisión de los riesgos y beneficios de las diferentes posiciones durante el período expulsivo del trabajo de parto. Incluye 5764 pacientes de un total de 19 trabajos aleatorizados. (Grupta JK y Hofmeyr GJ Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 Issue I) con las siguientes conclusiones sobre las posiciones no dorsales:

Menor duración del expulsivo:	media:4.29 minutos	IC 95% 2.95-5.64
Menor riesgo de parto vaginal asistido:	RR: 0.84	IC 95% 0.73-0.98
Menor dolor calificado como intenso	RR: 0.73	IC 95% 0.60-0.90
Menor riesgo de patrón anórmal de FCF	RR: 0.31	IC 95% 0.08-0.98
Menor riesgo de episiotomía:	RR 0.84	IC 95%: 0.79-0.91
Mayor riesgo de desgarro perineal de 2º grado:	RR: 1.23	IC 95%:1.09-1.39
Mayor riesgo de sangrado superior a 500cc	RR: 1.68	IC 95%: 1.32-2.15

Concluyen, a la vista de los resultados y hasta poder disponer de trabajos más amplios y homogéneos, que en el momento actual se debe animar a la mujer para que tenga su parto en la posición más cómoda para ella.

La libertad de movimientos, disminuye las necesidades e analgesia, acorta el tiempo de dilatación, favorece el descenso de la presentación etc. Y mejora la satisfacción en el proceso de parto.

8) Mobiliario

Tenemos que pensar que en el ámbito hospitalario tradicionalmente la cama se asocia con la enfermedad, muchas mujeres se agobian solo pensando que tienen que estar encamadas todo el proceso, para muchas es más cómodo sentarse en un sillón o taburete. etc... y/o deambular. El poder salir de la dilatación contribuirá a disminuir su sensación de confinamiento.

Que pueda elegir libremente la posición que desee, como hemos visto facilitara el todo el proceso.

Por lo que la dilatación debe contener además de la cama, distinto mobiliario que permita a la mujer adoptar postura que ella desee, un sillón una silla y/o un taburete, pelotas, cuerdas etc. Si es posible de colores y texturas calidas fácilmente lavables.

9) Información y conocimiento del área

Por otro lado el equipamiento necesario los monitores, las bombas de infusión, cuna de reanimación etc.... existente en el hospital puede generar miedo e inseguridad en las mujeres. ¿Como podemos atajar este problema?

- Favoreciendo que la mujer conozca previamente el área donde va a ser atendida y a los profesionales que la atienden. El porque de lo que le rodea.
- Que conozca los protocolos existentes en la institución. Como pueden ir sucediendo las cosas
- Que conozca con antelación las normas del hospital y de la unidad.

...

Con todas estas medidas y la más importante permitir **estar acompañada en todo momento de forma ininterrumpida, de la persona que ella elija**, como recoge la estrategia EAPN conseguiremos disminuir la ansiedad y crear un ambiente de confianza que favorezca todo el proceso y le permita una vivencia más positiva del parto.

10) Favorecer el contacto piel /piel.

Para cualquier profesional que atienda al parto este debe ser un objetivo prioritario, no importa si el parto se produce en una sala de partos o en la dilatación, no hay ninguna razón que justifique la separación madre e hijo.

Si el RN nace vigoroso se colocará sobre el cuerpo de su madre secándole y tapándole para protegerle del frío. No se necesita ninguna infraestructura para esto solo un cambio de mentalidad en los profesionales. La valoración inicial del RN la identificación pueden y deben ser realizadas sobre la madre.

Disminuir previamente la luz y evitar ruidos y manipulaciones innecesarias serán nuestras únicas actuaciones en este momento.

el pesado, la administración de Vitamina K, la aplicación de pomada oftálmica se pospondrán para favorecer y alargar el primer contacto entre la madre y el hijo/a

Mantener al RN junto a su madre durante el posparto tampoco requiere ningún cambio en la infraestructura. , salvo los recién nacidos que requieran ingreso inmediato en la unidad de neonatos. El RN debe permanecer con su madre el mayor tiempo posible

CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LOS DIFERENTES ESPACIOS UTILIZADOS DURANTE EL PROCESO DE PARTO

Dilatación paritorio

En el documento de consenso IPN se hace especial hincapié en la necesidad de contar con un espacio único polivalente, sala de dilatación/ paritorio que se debe irse incorporando paulatinamente a nuestros hospitales, esto por un lado favorece la privacidad y la intimidad, Por otro lado evita los traslados que generan incomodidad y angustia en la mujer evitando a la vez la presencia de personas innecesarias.

Si esto no es posible tenemos que tener en cuenta las siguientes medidas, que aunque obvias a veces olvidamos:

- revisar los circuitos de nuestro hospital y valorar si es posible suprimir algún traslado.
- mantener la puerta cerrada para favorecer la intimidad,
- Llamar a la puerta antes de entrar y esperar a que nos contesten.

...

- El traslado se hará cuidando al máximo la intimidad, y puede pasar caminando si ese es su deseo. El que la mujer pueda acceder al paritorio por su propio pie refuerza su sensación de autonomía.

¿Cómo adecuamos el paritorio a las necesidades de privacidad que requiere el momento?

- Tapando ventanas u ojos de buey por donde puedan asomarse observadores externos y en todo momento evitar la presencia de personal no necesario.
- Iluminación adecuada creando un ambiente agradable y tranquilo para favorecer la intimidad y la relajación.

La zona de hospitalización

Tras el nacimiento y el periodo de posparto el RN/madre pasaran juntos a la zona de maternidad

La habitación de la maternidad será durante los próximos días su casa. La luz, el color, la temperatura, el control del ruido son en esta etapa muy importantes.

Las habitaciones deberían ser individuales, con una cuna para el bebe. La habitación individual permite mayor grado de intimidad de la familia, favoreciendo el descanso de madre y el recién nacido.

Además de la cama debe tener un sillón, a ser posible con brazos, y reclinable que permita adoptar distintas posiciones con lo que facilitaremos el descanso y la lactancia. Si no disponemos de sillón, siempre podemos tener algunos cojines.

Debe contar con un espacio adaptado para el baño dentro de la habitación.

Con esto evitaríamos los traslados y daríamos autonomía a la madre para que lo bañe cuando ella desee.

Si las habitaciones no están así diseñadas con esta ideología podemos adquirir bañeras portátiles que permitan conseguir nuestro objetivo. Y mientras tanto si tememos que bañar al bebe en otra estancia la madre o el padre acompañaran a su bebe siempre.

La exploración del bebe realizada por el pediatra debe hacerse siempre en presencia de los padres para facilitarla y que se realice dentro de la habitación contaremos con una mesa de exploración portátil.

Como norma general ninguna actividad justifica la separación entre madre e hijo/a.

La cohabitación favorece la creación del vínculo afectivo entre padres y recién nacido,

Favorece la lactancia materna. Y permite que los padres asuman el cuidado del recién nacido y se adapten mejor al su nuevo rol de cuidador

Unidades de Neonatos

Las unidades de neonatos deberían diseñarse con la filosofía de la no separación madre e hijo/a. Y Deben estar orientadas a fomentar la lactancia materna, para ello deben ser unidades de puertas abiertas donde se permita el acceso de la madre y la permanencia junto con su hijo.

Además debe tener una sala donde la madre pueda descansar mientras el bebe permanezca ingresado en el hospital.

BIBLIOGRAFIA

- ⇒ World Health Organization. Care in Normal Birth: a Practical Guide. Report of a Technical Working Group. WHO/FRH/MSM/96.24. Geneva: World Health Organization; 1999.
- ⇒ World Health Organization. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. Second edition. Geneva: World Health Organization; 2006.
- ⇒ OMS. Cuidados en el parto normal. Guía práctica de la Organización Mundial de la salud. 1996
- ⇒ SEGO. Recomendaciones sobre la asistencia al parto. Julio 2007.
- ⇒ Reviews - Cochrane Database of Systematic Reviews Gyte, GML. Richens, Y. Routine prophylactic drugs in normal labour for reducing gastric aspiration and its effects. [Systematic Review] Cochrane Pregnancy and Childbirth Group Cochrane Database of Systematic Reviews. 4, 2007.
- ⇒ EBM Reviews - Cochrane Central Register of Controlled Trials Scheepers HC, Thans MC, de Jong PA, Essed GG, Le Cessie S, Kanhai HH A double-blind, randomised, placebo controlled study on the influence of carbohydrate solution intake during labour. BJOG. 2002; 109:178-81.
- ⇒ Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
- ⇒ Smith CA, Collins CT, Cyna AM. Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto. En: *La Cochrane Library plus en español*. Oxford: Update Software. 2006.
- ⇒ Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto. En: *La Cochrane Library Plus en español*. Oxford: Update Software. 2006.
- ⇒ Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición en el período expulsivo del trabajo de parto de las mujeres sin anestesia peridural (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca de Salud Reproductiva*, Número 9, 2006.
- ⇒ Hofmeyr GJ, Kulier R. Postura de manos/rodillas en la última etapa del embarazo o trabajo de parto para la mala posición fetal (lateral o posterior) (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>
- ⇒ Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd