

ARQUITECTURA INTEGRAL DE MATERNIDADES

MATERIAL DE APOYO A LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE LA SALUD

SEPTIEMBRE 2008



Hospital público de Salzburgo, Austria. Reforma 2007.

El presente documento se ha elaborado como material de apoyo a la Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud. Consta de dos partes:

PRIMERA PARTE: Estrategias para utilizar un paritorio convencional respetando las prácticas recomendadas en la atención al parto normal, sin que la falta de reformas arquitectónicas suponga impedimento para un cambio de protocolos y prácticas.

Pilar de la Cueva, Ginecóloga.

SEGUNDA PARTE: Respuestas arquitectónicas a las necesidades para la atención al parto normal en maternidades. Se presentan conceptos de proyecto o reforma de espacios, incluyendo referencias de maternidades en distintos centros y países.

Marta Parra, Arquitecta.
Angela Müller, Arquitecta.

PRIMERA PARTE

UTILIZACIÓN DE UN PARITORIO CONVENCIONAL PARA LA ATENCIÓN AL PARTO EN CONDICIONES FISIOLÓGICAS

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. ¿CUALES SON LAS NECESIDADES BASICAS DE UNA MUJER DE PARTO?	1
3. ¿DILATACION Y EXPLUSIVO EN ESPACIOS DIFERENTES?	1
4. PERIODO DE DILATACION	2
4.1. INTIMIDAD.....	2
4.2. COMPAÑÍA ELEGIDA	2
4.3. ILUMINACION	3
4.4. SILENCIO	3
4.5. LA CAMA.....	3
4.6. POSTURA.....	3
4.7. MATERIAL MEDICO-QUIRURGICO	4
4.8. DECORACION.....	4
4.9. MATERIALES DE APOYO.....	4
4.10. USO DEL AGUA EN EL PARTO	5
4.11. MUSICA.....	5
4.12. OBJETOS PERSONALES	5
4.13. TEMPERATURA.....	5
5. EXPULSIVO, NACIMIENTO, ALUMBRAMIENTO	6
5.1. MATERIALES DE APOYO.....	6
5.2. CONTACTO PRECOZ PIEL CON PIEL	6
5.3. POSTPARTO.....	7
6. PLANTA DE MATERNIDAD	7
7. CESAREA.....	7
8. BIBLIOGRAFIA	9

1. INTRODUCCIÓN

Para asistir un “parto natural”, fisiológico o “humanizado”, **no es un requisito imprescindible haber realizado reformas** en las estructuras arquitectónicas. Algunos servicios de obstetricia favorables a la implementación de las recomendaciones actuales en las prácticas de atención obstétrica, posponen en ocasiones varios años el cambio en sus protocolos por no poder realizar reformas o que se pospongan.

No hay duda de que un espacio reformado es más agradable, funcional y adecuado, pero del mismo modo un cambio de perspectiva respecto a la fisiología del parto permite entender que los cambios más importantes no se basan en reformas estructurales sino en un **cambio de prácticas y actitudes** que se pueden realizar en cualquier espacio físico.

2. ¿CUALES SON LAS NECESIDADES BASICAS DE UNA MUJER DE PARTO?

En base a ésta pregunta, se detallan sugerencias de cómo facilitar el **cumplimiento de estas necesidades en cualquier paritorio**. Sirven para una sala de dilatación, un paritorio, o para un único espacio en el que la mujer viva todo el proceso sin cambiar de ubicación.

Para comprender algunas de éstas necesidades es preciso recordar que hay una serie de intervenciones externas que activan el neocortex de la mujer (cerebro racional), la situación de alerta, el predominio de hormonas adrenérgicas (las catecolaminas, que producen miedo, ansiedad y tensión, dificultando el proceso del parto). Estas interferencias externas inhiben además la expresión del cerebro “instintivo” o profundo, y por tanto los procesos que favorecen la **secreción de oxitocina endógena, y de opiáceos y péptidos analgésicos en el cerebro de la mujer**. Estas sustancias llamadas endorfinas, facilitan la espontaneidad de expresión de la mujer y su movilidad del modo que más facilita el encajamiento y descenso del bebé, así como el estado de aparente “desconexión” del mundo real en el que se sumerge una mujer de parto si no hay interferencias, que produce una **diferente percepción del espacio, paso del tiempo e intensidad del dolor**.

Las intervenciones que la pueden desconectar del proceso interno son: luces intensas, falta de intimidad, miedo, inseguridad, observadores externos, falta de compañía que le resulte segura, preguntas que le hagan pensar, comentarios de cualquier tipo (especialmente sobre posibles problemas que no han sucedido aún), tactos vaginales, personas que entran en la habitación sin llamar, intervenciones de profesionales que entran sin presentarse, o sin informar y solicitar consentimiento, voces fuertes, órdenes, obligación de adoptar una postura diferente de la que el cuerpo de forma espontánea tiende a adoptar, prohibición de moverse, comer o beber, visitas de familiares o personas que incomoden a la mujer, visión de materiales quirúrgicos, agujas, etc...

3. ¿DILATACION Y EXPLUSIVO EN ESPACIOS DIFERENTES?

Lo ideal es que todo el proceso del parto transcurra en un **único espacio arquitectónico** para no desconcentrar a la mujer, y evitar su traslado en un momento delicado a nivel hormonal y emocional como es el inicio del expulsivo. No es necesario cambiar a la mujer de habitación por no disponer de

un “potro” o cama obstétrica tradicional. Algunos hospitales permiten que la mujer de a luz en la misma habitación. En cualquier habitación de dilatación puede atenderse el expulsivo, ya sea en la cama, en distintas posturas según el grado de movilidad de la mujer, o en el suelo en cuclillas, agarrada a las barras de la cama o en la posición que espontáneamente ella adopte.

El traslado por motivos médicos, ante una complicación, siempre se puede realizar más tarde a un paritorio o quirófano convencional. Cuando las estructuras o necesidades de organización hacen necesario el cambio de espacio, es conveniente procurar hacerlo con calma, evitando que la mujer deba ver en su recorrido a muchas personas que le miren o le hagan preguntas o comentarios, que tenga la **máxima intimidad** que permitan las condiciones del espacio, y si no lleva anestesia epidural, que pueda hacer el recorrido a pie si lo desea.

También es interesante permitir en la primera fase del parto, que la mujer, si las características del centro lo permiten, pasee por otras dependencias, pasillos, etc., acompañada de la persona elegida, o incluso a veces de la matrona. Conforme avanza el parto, las influencias hormonales tienden a hacerle buscar “refugiarse” en un espacio en el que se sienta cobijada y protegida, segura.

4. PERIODO DE DILATACION

Sugerencias para favorecer la fisiología del parto y cubrir las necesidades de la mujer:

4.1. INTIMIDAD

- Tapar **ventanas** u ojos de buey que den a espacios por los que puedan asomarse observadores externos.
- Mantener la **puerta** cerrada.
- **Llamar** a la puerta antes de entrar y esperar a que la mujer o su acompañante contesten.
- **Presentarse** al entrar, si es la primera vez, **explicar** a la mujer qué se le va a hacer, para qué, y **solicitar su consentimiento**. Transmite confianza y relaja **adoptar su nivel**, sentándose cerca si es posible, establecer un contacto visual, y hablar despacio y con calma. Procurar no nombrar complicaciones o procedimientos que no sean los que están ocurriendo en ese momento. **Evitar producir ansiedad** con la información, que debe ser adaptada al nivel intelectual y cultural de la mujer. Si no entiende nuestro idioma, no hay posibilidad de comunicarse de otro modo ni intérpretes disponibles, puede ayudar mirar a los ojos, sonreír, y explicar por señas lo que se pueda. Estas pequeñas acciones pueden relajar mucho a una mujer asustada y evitar que se paralice el proceso del parto.

4.2. COMPAÑÍA ELEGIDA

Un espacio físico reducido no debe ser impedimento para que la mujer esté acompañada. **Los beneficios del acompañamiento continuo** superan a los inconvenientes. Se puede invitar a la persona o personas acompañantes a facilitar la labor del personal sanitario cuando sea necesario. Cuando se hace partícipe del proceso del nacimiento a la mujer y su familia, suelen tener actitudes de colaboración y no es necesario hacerles salir para la exploración o entrevista inicial al llegar al centro ni para realizar un tacto vaginal u otros procedimientos. Los protocolos actuales de atención al parto y la estrategia EAPN reconocen la necesidad de respetar la **compañía elegida de forma ininterrumpida**.

4.3. ILUMINACION

Un exceso de luz (sobre todo si se trata de focos de estilo hospitalario o luminarias fluorescentes del techo) producen cansancio, son desagradables, y no favorecen que la mujer se sumerja en el proceso, o incluso que pase ratos de semivigilia o sueño entre contracciones. Esto es especialmente útil en un parto sin epidural, pero también benefician al desarrollo de los partos con anestesia. Es sencillo **reducir el exceso de luces** colocando un pequeño foco, o manteniendo encendidas solo las luces más tenues e **indirectas** que ofrezca el espacio, así como ofrecer a la mujer **descansar sin ninguna luz** de vez en cuando. Esto le permite recuperar fuerzas con menos estímulos externos y tener una percepción más corta del paso del tiempo y del dolor, si no lleva analgesia externa. Se puede comprar algún pequeño foco, lamparita de mesa, o lámpara de pie de intensidad regulable. Las luces de un megatoscopio para radiografías pueden hacer el papel de luz tenue e indirecta.

4.4. SILENCIO

Cuando se entra en la habitación para hacer el seguimiento del parto, conviene procurar **no hablar más de lo necesario ni de otros temas**, a no ser que lo demande la mujer, así como estar atento a la posibilidad de que algún acompañante esté hablando mucho y parezca que molesta a la mujer. Con frecuencia se sentirá invadida y no se encuentra en condiciones de invitarlos a salir.

4.5. LA CAMA

Aunque no se haya cambiado el modelo de cama, se puede valorar colocarla **en un lado** de la habitación, para hacer posible un uso cómodo del espacio restante, si la mujer elige ponerse en cuclillas, pasear o moverse durante la dilatación.

4.6. POSTURA

Parto sin epidural: Lo ideal es permitir que la mujer adopte la postura que **espontáneamente elija**, que en la mayoría de los casos será la que mejor permita el descenso y encajamiento del bebé. Con frecuencia cambiará de postura, y hará movimientos de **balanceo de la pelvis** acompañando a los de la cabeza del bebé.

Puede ayudarle utilizar materia accesorio descrito más abajo, o el apoyo en diferentes zonas de la cama. Si desea colocarse en **cuclillas o a cuatro patas**, se pueden colocar unos paños o telas sobre el suelo.

Parto con epidural: el hecho de que una mujer utilice analgesia epidural no debería impedir que se siga sintiendo concentrada en el trabajo de parto. Lo mejor es que no se paralíen sus piernas utilizando el **mínimo grado posible de bloqueo motor** ("walking epidural"). En general, **se favorecerá la libertad de cambios posturales, y se orientará a la mujer que no tenga movilidad hacia las posiciones que más favorecen el parto:** Un mejor encajamiento, favoreciendo la contranutación (rotación externa de los fémures para separar las espinas ilíacas anterosuperiores). Los movimientos asimétricos que ayudaran en caso de asinclitismo. La hiperlordosis materna puede llegar a bloquear el encajamiento por lo que deberemos delordosarla, la mujer debe estar estirada con la pelvis en anteversión. (ej. sentada en anteversión apoyada sobre el arco o en decúbito lateral con la pierna superior flexionada con un ángulo entre el fémur y el raquis, inferior a 90°, A.P.O.R).

En presentaciones posteriores hay que tener en cuenta que el decúbito dorsal aumenta la deflexión. Serían aconsejables posturas como: sentada estirada en anteversión o en cuclillas inclinada hacia delante, cuatro patas o en decúbito ventral.

Para ayudar en el descenso: Sentada, inclinada hacia delante, estirada con ayuda del arco, de los estribos o del padre. O en cuclillas, inclinada hacia delante, los pies apoyados y en paralelo. O en decúbito lateral, siempre con la cadera superior flexionada a más de 90° para asegurar el alineamiento sacro raquis, sin retroversión activa de la pelvis para no cerrar el estrecho inferior y permitir la nutación. O en decúbito latero-ventral o ventral, a cuatro patas o en rodillas pectoral.

Para favorecer el paso de las espinas: rotación interna de los fémures, o como mínimo del fémur opuesto a la presentación o una anteversión de la pelvis, los isquiones se van a separar de una forma notoria, el sacro se va a levantar y el coxis se retropulsará. También ayudan las siguientes posturas: cuclillas en anteversión, o en decúbito lateral, siempre flexión de cadera superior a 90°...

En el expulsivo de la mujer con epidural y poca movilidad se aconseja facilitar **posturas diferentes a la litotomía** que se pueden adaptar a cualquier mesa de partos tradicional: postura de Sims, litotomía corregida... Esto requiere la presencia atenta y frecuente de la matrona junto a la mujer.

4.7. MATERIAL MEDICO-QUIRURGICO

Siempre que sea posible mantenerlo **oculto**, por ejemplo en cajones, cambiando de ubicación las vitrinas transparentes o cubriéndolas con una tela. Si es posible procurar que la historia clínica, el partograma y la pantalla de monitorización estén fuera de la habitación.

4.8. DECORACION

Evitar póster de casas comerciales de leche artificial que incumplen el código de comercialización de sucedáneos de leche artificial. Sustituir los pósters con motivos sanitarios o ginecológicos, por otros con **paisajes o motivos relajantes**. Algunos hospitales han comprado lamparitas de mesilla con colores cálidos y poco voltaje, camisón de flores para que la mujer utilice si desea (también puede traer su propia ropa que traiga de casa), y sencillas cortinas de color o dibujo agradable. Son pequeños cambios para los que no es necesario inversión económica significativa pero que producen cambios sustanciales, haciendo el **espacio mucho más acogedor y reduciendo el estado de alerta** de la mujer de parto. De cualquier modo, conforme avanza la dilatación, la mujer suele “desconectar” bastante del entorno si está tranquila, y hasta un paritorio sencillo de paredes sin decoración puede ser un “nido” en el que se sienta segura. Muchos mamíferos eligen para parir espacios reducidos en los que no se sientan en peligro, y como mamíferos que somos hemos heredado esa tendencia.

4.9. MATERIALES DE APOYO

Aunque es secundario a todo lo anterior, ya que a veces la mujer elige colocarse en posturas espontáneas y no utilizarlos, podemos poner a su disposición algunos elementos, que aportan comodidad y facilitan al analgesia endógena. Es importante **ofrecerlos pero sin forzar su utilización**.

- **Una mecedora:** permite realizar ventanas de monitorización si se decide realizarlas en una posición muy cómoda que evita, por las postura y el balanceo, los riesgos de la compresión vascular aorto-cava. Durante la dilatación ayuda a pasar tiempo en posición sentada con más comodidad, y el balanceo puede proporcionar alivio durante las contracciones.

- **Pelotas** grandes elásticas, que permiten apoyarse en ellas y balancearse, recibiendo un suave masaje.
- **Cuerdas** para colgar del techo, en las que la mujer a veces encuentra alivio al sujetarse en ellas durante la contracción.
- **Taburete** pequeño de madera: Hay algunos diseñados para el parto, con una hendidura semicircular en el centro. Pueden ser cómodos en algunos momentos de la dilatación o en el expulsivo. Permiten que un acompañante sujete a la mujer desde detrás, si ella se reclina entre contracciones, y mediante un espejo la/el profesional que asiste el parto tiene espacio para ver si la cabeza asoma en el plano vulvar.
- **Cojines, almohadas:** útiles para apoyarse en distintas posiciones, y favorecer algunas posturas, también en el parto con epidural.
- Un espacio o **bandeja con agua, zumos...** Tenerlos a mano hará que los tome si los necesita. En el parto avanzado la mujer suele restringir de modo espontáneo la ingesta, sobre todo si tiene náuseas.

4.10. USO DEL AGUA EN EL PARTO

Aunque nos encontremos en un centro convencional que no disponga de bañeras adaptadas para el parto, se puede beneficiar del **efecto relajante y analgésico del agua caliente** permaneciendo durante algunos periodos bajo la ducha templada o caliente si se dispone de ella. Algunas matronas utilizan las bañeras que algunos hospitales tienen para uso en casos de cólico de riñón.

4.11. MUSICA

Permitir que la mujer traiga música **de su elección**, que facilitará su confianza y relajación, y tener si es posible un sencillo aparato lector de CDs, para que utilice si lo desea. **No imponer**, a algunas mujeres les molesta y prefieren el silencio.

4.12. OBJETOS PERSONALES

En cualquier espacio es posible facilitar que la mujer utilice los **elementos propios que desee**, siempre que no interfieran con procedimientos clínicos necesarios. Ropa con la que se sienta más cómoda, alguna almohada, o quizás algún objeto que haga sentirse **más segura o relajada**.

4.13. TEMPERATURA

Procurar **evitar el frío** que activa las hormonas adrenérgicas en la mujer, y es perjudicial para el bienestar del bebé tras el nacimiento.

ATENCIÓN FISIOLÓGICA AL PARTO CON EPIDURAL:

- Procurar aplicar analgesia epidural con el mínimo grado de bloqueo motor. Esto permite cambios posturales, deambulación, colaboración activa por parte de la mujer,...

- Si la mujer no percibe sensaciones en la pelvis, ayudarle a colocarse en la postura que más facilite el descenso y encajamiento del bebé. Durante la fase de dilatación, facilitar posturas en decúbito lateral, y aquellas que no favorecen la compresión vascular.
- La mujer que elige el parto con epidural, y su bebé, también han de beneficiarse de las prácticas descritas en éste documento.

5. EXPULSIVO, NACIMIENTO, ALUMBRAMIENTO

5.1. MATERIALES DE APOYO

Los materiales de apoyo son los mismos mencionados en la parte de dilatación, añadiendo:

Los mismos sugeridos para la dilatación, añadiendo:

- Un **espejo de mano**, para que la mujer si quiere pueda visualizar la cabeza de su bebé en la vulva. Esto le da ánimos si está cansada y le puede ayudar a controlar la salida. A veces éstas maniobras pueden interferir con la concentración de la mujer, siempre considerarlas un recurso y no una imposición.
- Es muy importante controlar la **intensidad de la luz** durante los pujos (que deben ser espontáneos y no dirigidos) para que la mujer descanse entre ellos, y sobre todo en el momento de la salida del bebé, para que no cierre los ojos y **no interferir en el intercambio de miradas madre-bebé**. Si se trata de un paritorio con focos del tipo de los de quirófano, se pueden apagar sustituyéndolos por la luz de un espacio auxiliar, o bien dirigirlos al extremo opuesto de la sala. Reservar su uso para momentos puntuales en que se precise luz potente para examinar un desgarro o para atender una complicación.
- No es necesario **ningún material extra para evitar hacer una episiotomía** salvo información, formación y un cambio de práctica que poco a poco da confianza al profesional. Paciencia, y no tener prisa ni tocar la vulva de la mujer si no hay motivo. Supone un ahorro en complicaciones y secuelas para la mujer y en material de sutura para el centro.

5.2. CONTACTO PRECOZ PIEL CON PIEL

No hay duda de que **lo idóneo inmediatamente tras el nacimiento** es colocar al bebé en decúbito prono piel con piel con su madre, tapar a ambos tras secar al bebé, colocándole un gorro en la cabeza si hay frío, y valorar el test de Apgar discretamente con el bebé sobre la madre, sin cortar el cordón que late aún. Para esto no es necesaria ninguna infraestructura extra, ni material ni personal. Solo un cambio de actitudes y prácticas tras conocer la fisiología del momento inmediato tras el parto, a la luz de lo que aporta la ciencia en los documentos y videos más recientes. Dejando al bebé solo con su madre, sin interferencias ni luces potentes y en silencio, él solo **estimula la secreción de oxitocina** al masajear el pecho de su madre, y hará una **primera toma** al pecho en esas vitales primeras 1-2 horas tras el nacimiento. Durante ésta fase sucede también el **establecimiento del vínculo**, con el intercambio de miradas, contacto y olores entre madre y bebé, y la **expulsión de la placenta** con menor riesgo de sangrado por la oxitocina extra que produce la madre en contacto con el bebé.

En cualquier paritorio o habitación se puede realizar éste proceso, no es necesaria reforma alguna. Si que es preciso **evitar las prácticas que actualmente están desaconsejadas**: poner al bebé en cuna térmica (el pecho de su madre regula mejor la temperatura y la frecuencia cardiaca y respiratoria, y no le baja la glucemia por llanto, ni le suben las hormonas del estrés). Tampoco es preciso aspirar secreciones de un bebé sano o pasar una sonda por coanas. Otros procedimientos pueden **posponerse**: pesar, vestir, poner gotas en los ojos, vitamina K...

5.3. POSTPARTO

Lo ideal es que la mujer permanezca en las dos primeras horas tras el nacimiento en **contacto piel con piel con su bebé**, acompañada según sus deseos, en el mismo espacio donde ha tenido lugar el parto, para evitar interferencias en el proceso del vínculo, apego y lactancia, y pérdida de temperatura. Para ello no es necesario ningún tipo de infraestructuras, salvo **promover la intimidad y mantener una temperatura elevada**. Si es necesario, colocar un foco cerca de la espalda del bebé que está sobre la madre y a su vez tapado. Nunca una incubadora o cuna térmica puede ser mejor que el pecho materno, en un bebé que no precise maniobras de reanimación.

6. PLANTA DE MATERNIDAD

- Procurar **no mezclar pacientes enfermas con mujeres sanas que han dado a luz** siempre que sea posible, ni con mujeres que acaban de tener un aborto o han perdido a un bebé o están en espera de un legado.
- Poner una **cuna o camita especial** auxiliar junto a la cama de la madre, para que si desea alterne tener al bebé con ella en la cama con un espacio seguro, facilitando el **alojamiento conjunto e ininterrumpido**. (“Rooming-in”)
- Facilitar si es posible una **bañera portátil** para que se bañe al bebé en presencia de la madre, o lo haga ella misma. Actualmente no se baña a los bebés después del parto.
- Colocar si es posible una **mesa de exploración** en la que el pediatra pueda explorar al bebé en presencia de los padres.
- Procurar **decorar** las paredes de modo agradable y ocultar al máximo los elementos quirúrgicos de modo que parezca lo menos posible una habitación de hospital.
- Habilitar si se puede y hay un espacio no ocupado en la planta **una sala** donde las mujeres puedan ir a tomar algo de comer o beber, reunirse, asistir a charlas o refugiarse a dar el pecho sin presencia de visitas.

7. CESAREA

Cuando una cesárea es necesaria, habitualmente no se puede cambiar el espacio del quirófano. Si esto fuese posible, lo ideal sería que pareciera lo menos posible un entorno quirúrgico, para **evitar miedo y tensión**, tan dañinos en el cerebro de la mujer y del bebé en el momento del nacimiento. Hay una serie de cosas que pueden ayudar a “humanizar” el momento y el entorno de una cesárea, y **no requieren de cambio de infraestructuras o inversión en material. Tampoco de aumento de efectivos de personal.**

- **No atar los brazos de la mujer**, para que pueda recibir y tocar al bebé. Esto no impide que lleve una vía venosa o un manguito de tensión arterial si se le explica. **No limpiar ni lavar al bebé** para no interferir la impronta olfativa y microbiológica. Es importante que la salida del bebé se produzca en ambiente **íntimo y silencioso**, y que le primera persona a la que **oiga, vea, toque y huela el bebé sea a su madre**, y sólo si esto no es posible al padre, familiar o acompañante.
- Poner los **electrodos de control cardiaco mínimos necesarios**, y si todo va bien despegar los del tórax en el momento de salida del bebé para **iniciar el contacto piel con piel inmediata**. Sobre el pecho de la madre la matrona y /o el pediatra pueden valorar el estado del bebé, que si nace en buen estado no precisa de aspiración de secreciones ni de otras maniobras inmediatas. Con frecuencia los **anestesiastas** refieren sorpresa y entusiasmo, colaborando en la práctica del contacto piel con piel tras su primera experiencia en que comprueban los beneficios del método sobre las constantes vitales del bebé y el estado emocional de ambos.
- Permitir que el **acompañante** de la mujer esté a su lado, si no hay problemas, en la cabecera de la camilla, compartiendo el momento del **primer contacto con el bebé, y también durante la preparación e inicio de la cesárea**, ya que esto reduce mucho el miedo y la angustia maternas, con el consiguiente beneficio para el estado clínico de la mujer, y para evitar secuelas psicoemocionales como el síndrome de estrés postraumático.

Elaborado por Pilar de la Cueva, Ginecóloga.

8. BIBLIOGRAFIA

ATENCION AL PARTO

- Estrategia de atención al parto normal. Ministerio de Sanidad, España.
- Protocolo y documento de consenso de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetrica (SEGO): Asistencia al Parto normal.
- Protocolo de atención al parto normal, Federación de Matronas de España (FAME)
- Organización Mundial de la salud: Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Grupo técnico de trabajo de la OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra: OMS; 1996
- Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. Birth. 2001; 28: 202-7.
- SMULDERS, BEATRIJS y CROON, MARIËL Parto seguro: Una guía completa. EdMedici.S.A.ISBN: 8489778396
- Organización Mundial de la Salud: Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Grupo técnico de trabajo de la OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra: OMS; 1996
- Midwifery Practice Guideline. Evidence based guidelines for midwifery-led care in labour. January 2005
- Asociación Europea de Matronas. EMA: Declaración sobre la Salud Sexual y Reproductiva de las Mujeres. Septiembre 2005. Disponible en www.federacionmatronas.org
- Munro J, Spiby H. Evidence based midwifery: Guidelines for midwifery led care in labour. The Central Sheffield University Hospitals; November 2000.
- Enkin M, Keirse H, Neilson J, Crowther C, Dulay L, Hodnett E, Hofmeyr J. A guide to effective care in pregnancy and childbirth, 3ª ed. Oxford University Press; 2000.
- Andina E. Trabajo de parto y parto normal: guía de prácticas y procedimientos. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá. 2002; 21: (2)63-74.
- FERNÁNDEZ DEL CASTILLO, I. (1994), La revolución del nacimiento, Ed. EDAF, Madrid.
- LEBOYER, F. Por un nacimiento sin violencia, 1974 Ed. Altafulla
- MELERO – BARBERA, J. (1980), Parirás con placer, Ed. Kairós, Barcelona.
- ODENT, M. (1990), El bebé es un mamífero, Ed. Mandala, Madrid.
- ODENT, M. (2001), La científicación del amor, Ed. Creavida Argentina
- Henci Goer (Libro). Guía de la mujer consciente para un parto mejor.
- Odent, M. Nacimiento renacido. Ed. Creavida

POSICION DE LA MUJER Y DEAMBULACION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

- Bodner-Adler B, Bodner K, Kimberger O, Lozanov P, Husslein P, Mayerhofer K. Women's position during labour: influence on maternal and neonatal outcome. Wien. Klin. Wochenschr. 2003, 31; 115 (19-20): 720-3. 20.
- Gupta JK, Nikodem C. Maternal posture in labour. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2000 Oct; 92 (2): 273-327.
- Bloom SL, McIntire DD, et al. Lack of Effect of Walking on Labor and Delivery. The New England Journal of Medicine. 1998; 339(2): 76-9.
- Libro: Bernadette de gasquet "Mécaniques et techniques obstétricales" Editions sauramps médical /2007

EFFECTOS DE LA LITOTOMIA

- Patrones cardíacos anormales : Cochrane Database Syst Rev. 004;(1):CD002006. Position for women during second stage of labour Gupta JK, Hofmeyr GJ.

- Oxigenación Obstet Gynecol. 1996 Nov;88(5):797-800. Maternal position during labor: effects on fetal oxygen saturation measured by pulse oximetry. Carbonne B, Benachi A, Lévêque ML, Cabrol D, Papiernik E.
- Br J Obstet Gynaecol. 1995 Jan;102(1):14-9. The effect of maternal posture on fetal cerebral oxygenation during labour Aldrich CJ, D'Antona D, Spencer JA, Wyatt JS, Peebles DM, Delpy DT, Reynolds EO.

SOPORTE EMOCIONAL. CENTROS CON CARACTERIATICAS FAMILIARES

- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G J, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2005. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley, Sons, Ltd.)

ANALGESIA EN EL PARTO. USO DEL AGUA.

- Sue Jordan, S. Infant feeding and analgesia in labour: the evidence is accumulating. Int Breastfeed J. 2006; 1: 25.
- Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 1, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
- Cluett ER, Nikodem VC, McCandlish RE, Burns EE. Immersion in water in pregnancy, labour and birth Cochrane Database Syst Rev. 2004;(2):CD000111.
- Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Oct 18;(4):CD003521.

LACTANCIA MATERNA

- Documento de Consenso de la SEGO 2000: Capítulo 2: Lactancia materna
- WWW.AEPED.ES: Comité de lactancia
- Righard L, Alade MO Effect of delivery room routines on success of first breast-feed Lancet. 1990 Nov 3;336(8723):1105-7.
- González, C. Manual práctico de lactancia materna. Ed Acpam.2004: 97.

ENEMA EN EL PARTO

- Cochrane Database Syst Rev. 2007 Oct 17;(4):CD000330. Enemas during labor Reveiz L, Gaitán HG, Cuervo LG.

MONITORIZACION FETAL

- Lancet. 2003 Feb 8;361(9356):465-70. Admission cardiotocography: a randomised controlled trial. Impey L, Reynolds M, MacQuillan K, Gates S, Murphy J, Sheil O.
- Cochrane Database Syst Rev. 2006 Jul 19;3:CD006066. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. Alfirevic Z, Devane D, Gyte GM.
- Br J Obstet Gynaecol. 1994 Aug;101(8):663-8. Intermittent versus continuous electronic monitoring in labour: a randomised study. Herbst A, Ingemarsson I.
- Am J Obstet Gynecol. 2003 Mar;188(3):628-33. Temporal and demographic trends in cerebral palsy--fact and fiction. Clark SL, Hankins GD.
- J Obstet Gynaecol Can. 2003 Dec;25(12):1007-9. Birth can be a hazardous journey: electronic fetal monitoring does not help. Natale R, Dodman N.

EFFECTOS DEL USO DE OXITOCINA EN EL PARTO

- <http://www.quenosseparen.info/articulos/documentacion/basedatos.php>

PUJOS DIRIGIDOS

- <http://www.quenosseparen.info/articulos/documentacion/basedatos.php>

CLAMPAJE CORDÓN UMBILICAL

- Ceriani Cernadas JM, Carroli G, Pellegrini L, Otaño L, Ferreira M, Ricci C, Casas O, Giordano D, Lardizábal J. Pediatrics. 2006 Apr;117(4):e779-86. Epub 2006 Mar 27. The effect of timing of cord clamping on neonatal venous hematocrit values and clinical outcome at term: a randomized, controlled trial.
- Hutton EK, Hassan ES. JAMA. 2007 Mar 21;297(11):1241-52. Late vs early clamping of the umbilical cord in full-term neonates: systematic review and meta-analysis of controlled trials.
- Levy T, Blickstein I. J Perinat Med. 2006;34(4):293-7. Timing of cord clamping revisited.

ESTRÉS DE LA MADRE DURANTE EL PARTO

- Am J Obstet Gynecol. 1981 Apr 15;139(8):956-8. Maternal psychological and physiologic correlates of fetal-newborn health status. Lederman E, Lederman RP, Work BA Jr, McCann DS.
- ScientificWorldJournal. 2007 Sep 1;7:1493-537. Impact of prenatal stress on neuroendocrine programming. Viltart O, Vanbesien-Mailliot CC.
- Am J Obstet Gynecol. 1985 Dec 15;153(8):870-7. Anxiety and epinephrine in multiparous women in labor: relationship to duration of labor and fetal heart rate pattern. Lederman RP, Lederman E, Work B Jr, McCann DS.

VENTAJAS DEL CONTACTO PIEL CON PIEL Y MÉTODO MADRE CANGURO (MMC) PARA EL RECIÉN NACIDO

- El método canguro como patrimonio cultural de la humanidad. Josefa Aguayo Maldonado Miembro del Comité de lactancia de la AEPED. Servicio de Pediatría, neonatología, Hospital de Valme, Sevilla.
- EL MODO CANGURO DE TENER EL BEBE. NILS BERGMAN (AFRICA DEL SUR). Sextas Jornadas Internacionales sobre Lactancia, Paris, marzo 2005
- Prescott, J.W. (1975) Body Pleasure and the origins of violence, en Atomic Scientist. Siegel, E., Early and extended maternal - infant contact, Am J Dis Child 136:251, 1982.
- James MacKena (antropología) SMALL, M.F., (1999) Nuestros hijos y nosotros, Ed. Vergara Vitae, Buenos Aires.
- Gómez Papí A, Baiges Nogués MT, Nieto Jurado A, y cols. Duración mínima del contacto piel con piel inmediato en el RN a término. Comunicación personal, II Congreso Español de Lactancia Materna. Sevilla 2002
- <http://www.quenosseparen.info/articulos/documentacion/basedatos.php>

NECESIDAD DE INTERVENCIONES AL RECIÉN NACIDO

- <http://www.quenosseparen.info/articulos/documentacion/basedatos.php>

CESAREA

- Olza, I. Lebrero, E. "¿Nacer por cesárea? Evitar cesáreas innecesarias, vivir cesáreas respetuosas". Ediciones Granica, 2005. Capítulo 6: lactancia y cesárea.
- Libro: La cesárea, Dr. Michel Odent

- Protocolo de la SEGO N° 27: Parto Vaginal después de cesárea.
- Ryding EL, Wijma B, Wijma K. "Postraumatic stress reactions after emergency caesarean "Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica" 1997; 76: 856-861.
- C-Section Linked to Increased Risk of Maternal Death Obstet Gynecol 2006;108:541-548
- Rowe-Murray HJ, Fisher JR. Baby friendly hospital practices: Cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding Birth. 2002 ; 29(2):124-31.
- Nissen, E et al. Different Patterns of Oxytocin, Prolactin But Not Cortisol Release During Breastfeeding in Women Delivered By Caesarean Section or by the Vaginal Route. Early Hum Dev 1996. 45(2):103-18.
- Ryding EL, Wijma B, Wijma K. "Postraumatic stress reactions after emergency caesarean" Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 1997; 76: 856-861.
- Foro apoyocesareas: www.elistas.net/lista/apoyocesareas

EPISIOTOMIA

- Carroli G, Belizán J. Episiotomía en el parto vaginal. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane plus, 2005 Número 4. Oxford: Update Software Ltd
- Herrera B, Gálvez, A. Episiotomía selectiva: un cambio en la práctica basado en evidencias. Prog. Obstet. Ginecol. 2004 Sept; 47(9): 414-22.
- Gálvez Toro Alberto, Herrera Cabrerizo Blanca. Sustitución de una política sistemática de episiotomía por una selectiva: es coste efectivo este cambio. Evidentia 2004 ene-abr; 1 (1). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n1/3articulo.php> [ISSN: 1697-638X]
- Pagina web: <http://www.episiotomia.info>

SEGUNDA PARTE

ARQUITECTURA INTEGRAL DE MATERNIDADES

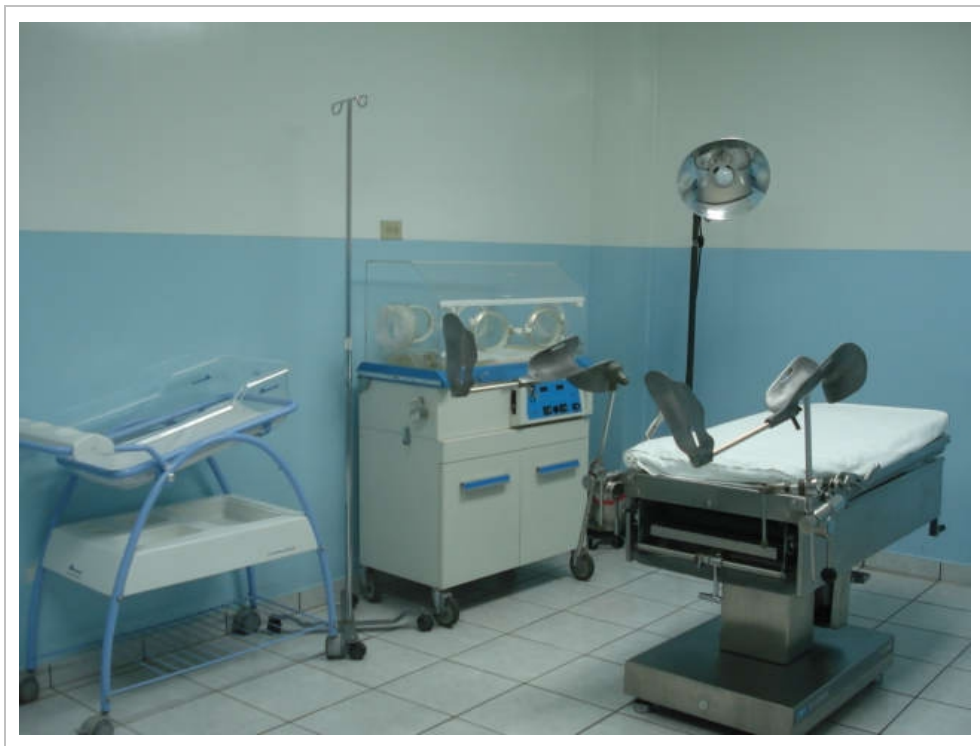
INDICE

1.	INTRODUCCIÓN	1
2.	SOLUCIONES ARQUITECTÓNICAS QUE PERMITEN DESARROLLAR LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS.....	2
2.1.	LA DISTRIBUCIÓN DE LOS ESPACIOS.....	2
2.2.	LOS ESPACIOS EN DETALLE	3
2.2.1.	General	3
2.2.2.	Acceso- Admisión	3
2.2.3.	Habitación de dilatación- parto- posparto.....	4
2.2.4.	Área quirúrgica	6
2.2.5.	UCI Neonatología	6
2.2.6.	Habitaciones	8
2.2.7.	Salas nido	10
2.2.8.	Otros espacios complementarios	10
3.	COMO MEJORAR UN ESPACIO, EJEMPLOS.....	11
3.1.	LA ILUMINACIÓN DE PARITORIOS I	11
3.2.	LA ILUMINACIÓN DE PARITORIOS II	12
3.3.	LA ILUMINACIÓN DE PARITORIOS III	13
3.4.	ADAPTACIÓN DE PARITORIOS	14
3.5.	ADAPTACIÓN DE UNIDADES DE NEONATOLOGÍA	15
3.6.	LA SEÑALÉTICA, PARA FACILITAR EL TRABAJO.....	16
4.	ESQUEMAS GRÁFICOS DE ADECUACIÓN	17
4.1.	INTRODUCCIÓN.....	17
4.2.	NIVELES DE ACTUACIÓN.....	17
4.2.1.	CASO 1.....	19
4.2.2.	CASO 2.....	20
4.2.3.	CASO 3.....	21
4.2.4.	CASO 4.....	22
4.2.5.	CASO 5.....	22
5.	EJEMPLOS DE MATERNIDADES	23
5.1.	MATERNIDADES EN ESPAÑA.....	23
5.1.1.	Clínica Acuario, Beniarbeig	23
5.1.2.	Casa de partos Migjorn, Catalunya	24
5.1.3.	Hospital público de Huércal- Overa, Almería	25
5.2.	MATERNIDADES EN OTROS PAÍSES.....	26
5.2.1.	Hospital público de Salzburgo, Austria.....	26
5.2.2.	Hospital "Dritter Orden"- Munich, Alemania.....	29
5.2.3.	Casa de partos- Colonia, Alemania.....	31
5.2.4.	Hospital público de Innsbruck, Austria	31
5.2.5.	Casa de partos en Varsovia, Polonia	32
5.2.6.	Casa de partos, varios. Alemania y Suiza.....	33
6.	ESTUDIO PRÁCTICO DE DOS MATERNIDADES	34
6.1.	REFORMA INTEGRAL: MATERNIDAD DE SALZBURGO, AUSTRIA.....	34
6.2.	OBRA NUEVA: MATERNIDAD DE LINZ, AUSTRIA.....	35

1. INTRODUCCIÓN

Este es un material de apoyo a la **Estrategia de Atención al Parto Normal** en el Sistema Nacional de la Salud (SNS), elaborado con el objetivo de mejorar la atención al parto en las condiciones lo más fisiológicas posibles.

En este contexto la responsabilidad de la arquitectura es crear unos espacios funcionales para el trabajo de los profesionales, que a la vez aportan a la madre intimidad, privacidad y hacen que se sienta más seguro para que el parto pueda transcurrir de forma normal.



Sala de parto existente.

Ambiente quirúrgico y hospitalario. Falta de luz natural y exceso de iluminación artificial. Poca intimidad y comodidad para la madre.

Madrid, a 7 de septiembre de 2008

Fdo. Marta Parra Casado, arq. Col. 13.166 COAM

Fdo. Ángela E. Müller, arq. Col.15.280 COAM

2. SOLUCIONES ARQUITECTÓNICAS QUE PERMITEN DESARROLLAR LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS

1.- INTRODUCCIÓN

De los estudios y análisis realizados se concluye que los indicadores de seguridad en la atención sanitaria a las mujeres y sus bebés son buenos en comparación con los de países de nuestro entorno. Pero, además de que siempre se pueden mejorar, aspirando a acercarnos al país con mejor situación, existen otros aspectos más relacionados con la calidad y la calidez en la atención, que aún tienen más margen de mejora.

2.1. LA DISTRIBUCIÓN DE LOS ESPACIOS

Las condiciones funcionales, físicas y ambientales de los distintos espacios formalizan y determinan el modo de vivir de los mismos.

Al abordar una reforma o acondicionamiento de una Maternidad, o de un área de Maternidad, se deben tener en cuenta los aspectos que se necesitan, reorganizando la distribución y agrupando las distintas áreas programáticas para optimizar circulaciones, de modo que se consigan Maternidades más eficaces, útiles y cómodas, tanto para las mujeres y sus familias como para los profesionales.

La arquitectura puede ayudar a:



- Conseguir un entorno amable, no quirúrgico y confortable.
- Conseguir que la mujer se sienta cómoda y segura en vez de expuesta y observada.
- Fomentar el encuentro entre madres como apoyo al posparto inmediato.
- Facilitar los recorridos y circulaciones durante las fases de preparto-parto y posparto, simplificando la gestión interna del centro.
- Conseguir una atención de mayor calidad, debido al incremento de mejores resultados en la atención al parto.

A continuación se detallan algunas de las ideas de modificaciones físicas y estructurales, que se desarrollan más adelante:

- Separar el ingreso de parturientas y de gestantes con complicaciones (no juntar abortos con partos)
- Recortar al máximo la distancia entre las habitaciones de parto, la zona quirúrgica (quirófano) y la UCI neonatos. (Factor tiempo)
- Aprovechar los espacios que quedan huérfanos (Por ejemplo la sala-nido) para mejorar otros o introducir usos que forman parte de la demanda actual pronunciada dentro del documento de la Estrategia. (Por ejemplo bañeras de parto)

2.2. LOS ESPACIOS EN DETALLE

2.2.1. General

Punto 4.1.3.-Acompañamiento durante el proceso

La institucionalización y medicalización del parto fue el factor determinante para separar a la familia en el momento del nacimiento. La estructura física de las instituciones y las rutinas hospitalarias fueron diseñadas para atender más a las necesidades de los profesionales de la salud que a las parturientas y sus familias. Existe una contradicción entre lo que la evidencia indica y la manera en que se organizan las prácticas asistenciales

El proceso de un parto hospitalario actual en términos arquitectónicos:

Sala de espera- Admisión- Sala de espera- Reconocimiento- Sala de espera- Consulta- Sala de dilatación- habitación- área quirúrgica si se solicita anestesia- habitación/ sala de dilatación- paritorio o/y quirófano- reanimación- habitación. En total pueden ser unos 10 desplazamientos desde que la mujer llegue al hospital hasta que nazca su hijo.

Ventajas de tener dilatación- parto- posparto en un único espacio:

- **El parto:** Al evitar traslados innecesarios durante el mismo se reducen las interferencias y manipulaciones al mínimo, lo cual baja el nivel de estrés considerablemente y aumenta la intimidad y tranquilidad para la mujer.
- **A nivel organizativo:** Como los traslados en muchos casos requieren silla de ruedas o camilla al reducir los desplazamientos, se hace más fácil la organización de celadores, se puede reducir zonas de espera, etc.
- **Para los profesionales:** Procedimiento organizativo más fácil, menos confusiones por el cambio continuo de parturientas en distintos espacios, menos ruido y tránsito en los pasillos y menos interferencias en su trabajo.

2.2.2. Acceso- Admisión

REQUERIMIENTOS BÁSICOS

Sala de Admisión o espacio en el que se recibe a la mujer y a su acompañante. Esta sala debe disponer de baño y de dos ambientes separados visualmente, suficientemente amplios, uno para recepción, historia, asesoramiento y toma de decisiones y otro para exploración clínica.

REQUERIMIENTOS OPTIMOS

A nivel de circulaciones de usuarios, es importante separar el ingreso de las parturientas que llegan en condiciones normales, del ingreso y recorridos de las gestantes con complicaciones.

2.2.3. Habitación de dilatación- parto- posparto

4.1.4.-Periodo de dilatación

Recomendaciones:

- *Facilitar que la gestante pueda deambular y elegir adoptar la posición de acuerdo a sus necesidades y preferencias.*
- *Potenciar entornos amigables (naturales, arquitectónicos y psico-sociales) que ayuden a una actitud y vivencia en las mejores condiciones.*

4.1.6.-Posición materna durante el periodo expulsivo

Recomendaciones:

Teniendo en cuenta los potenciales beneficios, se sugiere:

- *Permitir que las mujeres adopten la postura que espontáneamente prefieran.*
- *Decidir libremente qué posición adoptar durante todo el proceso, incluido el expulsivo.*

Para hacer realidad estas recomendaciones de la Estrategia, las características básicas de un espacio o habitación de partos, en el que se potencie la fisiología del mismo, proporcionando seguridad y privacidad son:

REQUERIMIENTOS BÁSICOS

- Buena iluminación natural. Unas buenas vistas desde la ventana pueden ayudar a relajar a la mujer durante la dilatación.
- Materiales y colores cálidos- sin renunciar a la estricta normativa de un paritorio.
- Buena, sencilla decoración- *Lugar acogedor.*
- Insonorización, Buen aislamiento acústico entre habitación-habitación y habitación-pasillo, para permitir que la mujer se sienta cómoda para emitir ruidos durante su parto – *Tranquilidad e intimidad.*
- Iluminación artificial en dos circuitos: indirecta y graduable para que pueda ser regulada según los deseos de la mujer, y luz artificial de trabajo, según los estándares de necesidades lumínicas de habitación de hospital, en caso de complicaciones. – *Intimidad.*
- Temperatura ambiente regulable, en función de las necesidades de la mujer, ya que en cada fase del proceso adquiere y necesita una temperatura diferente.- *Comodidad.*
- Pequeño material y mobiliario: Mecedora, pelota, cojines y cuerda para alivio del dolor pélvico.



REQUERIMIENTOS OPTIMOS

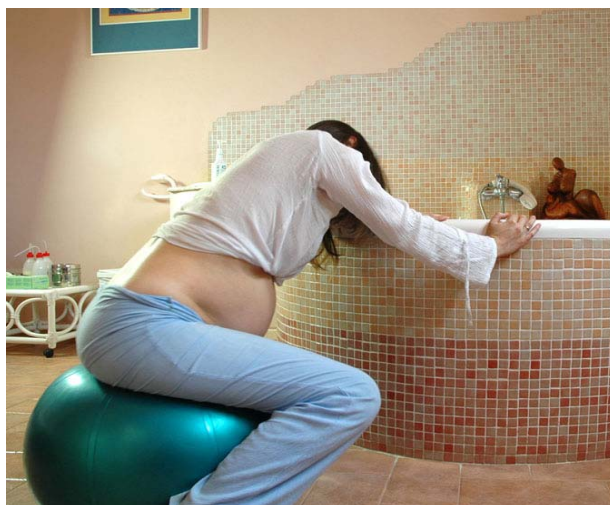
- Material quirúrgico fuera de vista de la mujer. Se puede ocultar en un mueble, o tras unas cortinas.- *Seguridad y tranquilidad.*
- Espacio para acompañante, silla cómoda- *Seguridad.*
- Cama cómoda (baja)- no debería dominar en la habitación en el centro. Se reubica en el perímetro de la misma, dejando en el centro un espacio diáfano en el que la parturienta pueda moverse, buscar elementos de acompañamiento según su necesidad: pelota, cuerda, silla, cojines, etc.- *Libertad.*
- Cama: si la mujer de parto tiene acceso a una movilidad según sus deseos y necesidad, la cama deja de ser un objeto esencial, y resulta suficiente una cama estándar de hospital, mejor si es regulable en altura y posición. Permitir una gran movilidad a la mujer en toda la habitación es una solución mejor y más barata que las camas de parto de última generación, "multipostural", ya que dichas camas requieren del control de la mujer, pudiendo entorpecer su proceso de desconexión mental, necesaria en el parto.



4.1.5.-Manejo del dolor durante el parto

La analgesia epidural es el método para el alivio del dolor más estudiado y difundido. En algunos países se está utilizando como alternativa la administración inhalatoria de óxido nitroso al 50%. Se describen además, otros métodos no farmacológicos tales como: acompañamiento, inmersión en agua, acupuntura, masajes y pelotas de goma.

Aparentemente hay evidencia de que la inmersión en agua durante el período dilatante reduce el uso de analgesia...y la notificación de dolor materno...sin resultados adversos en la duración de trabajo de parto, el parto quirúrgico o los resultados neonatales.



Ducha o bañera de partos: se facilitará, al menos, una ducha en cada habitación, para que la mujer de parto pueda beneficiarse del efecto calmante del agua caliente durante la dilatación. La solución óptima es introducir una bañera semiexenta en la habitación, de modo que la mujer pueda elegir usarla si quiere, durante las fases de dilatación y expulsivo. La bañera en el aseo puede resultar incómoda para el personal que atienda el parto, por lo que se recomienda que la bañera esté en la habitación. En caso de que no sea viable, es conveniente dotar al aseo de la habitación de una ducha accesible, de generosas dimensiones. La puerta del aseo debe abrir siempre hacia la habitación.

2.2.4. Área quirúrgica

QUIRÓFANO

Es conveniente que en el área quirúrgica del centro se dedique al menos un quirófano específicamente para la realización de cesáreas.

REANIMACIÓN- RECUPERACIÓN

Es habitual que las mujeres que han sufrido una cesárea sean pasadas a una sala de reanimación común, en la que comparten el espacio con otras personas en postoperatorio de otra especialidad médica, y que puede servir de justificación ante la separación de madre y recién nacido.

Se aconseja que la sala de reanimación sea independiente, para facilitar que el bebé no sea nunca separado de su madre, y poder mantener a ambos juntos incluso en reanimación, sin que se afecte a las personas que han sufrido alguna otra intervención.

En caso de que sea físicamente imposible mantener una sala de reanimación exclusiva para madres con cesáreas, puede ser suficiente que en la sala general se reserve una zona en uno de los extremos para estas situaciones.

Conviene que este espacio goce de luz natural y vistas.

2.2.5. UCI Neonatología

Las cifras de recién nacidos ingresados han aumentado considerablemente en los últimos años. Las cifras hablan de un 8-9% del total de los nacimientos. Esta situación precisa de una buena respuesta arquitectónica, ante la necesidad de estudiar los espacios en los que muchos bebés y sus madres van a pasar no solo horas, sino días e incluso meses.

4.1.12.- Atención postnatal inmediata. Lactancia

Recomendaciones sobre prácticas postnatales

- *En el caso de las criaturas recién nacidas hospitalizadas, rodearlas de un ambiente cómodo y placentero, lo más semejante a un hogar para ellas y sus familias, y facilitar la política de Unidades Neonatales abiertas a madres y padres las 24 horas.*

La Estrategia establece como prioridad el que los bebés estén siempre junto a sus madres, padres o otra persona de acompañamiento. Esta circunstancia implica repensar los espacios de cuidados intensivos del bebé desde la necesidad de que al lado de cada incubadora haya un espacio para un adulto que acompañe al bebé, y que pueda desarrollar el método piel con piel.

HABITACIÓN INCUBADORAS

REQUERIMIENTOS BÁSICOS

- Ratio mínimo para cada bebé: 4m². (Incubadora, silla-cama para los padres, maquinaria hospitalaria, mesita-mueble de apoyo).
- Iluminación básica, la sala debería estar con iluminación mínima a través de focos pequeños puntuales (lámparas de mesa) para los espacios de trabajo del personal y los padres.



REQUERIMIENTOS ÓPTIMOS

- Ratio óptimo: 10m² (incluye espacio personalizado para cada bebé y su acompañante)
- Paredes no-reflectantes
- Insonorización, puertas con aislamiento especial.
- Equipamiento técnico preferiblemente montado en techo para disponer de más flexibilidad de espacios.



HABITACIÓN FAMILIAR

- Para la transición de la UCI a casa, una habitación cómoda.

Espacios madres-madres

- Se debe favorecer el contacto entre madres y familiares de bebés ingresados en la UCI. Por ello, es importante destinar algún espacio cercano o contiguo a la UCI a este efecto. Los requerimientos físicos son los de una sala de reunión, con máquina de bebidas, asientos o sofás, y luz natural, al ser posible.

ESPACIOS ADICIONALES

- Habitación de banco de leche, separada en dos partes, uno para los padres, otro accesible solo por el personal (incluye el laboratorio de leche).

2.2.6. Habitaciones

Lo más importante en la planta de maternidad es no mezclar pacientes enfermas con mujeres sanas que han dado a luz ni con mujeres que acaban de tener un aborto o han perdido a un bebé o están en espera de un legado.

La prioridad está en minimizar recorridos. Así el traslado de la sala de dilatación- parto y postparto a la habitación se recorta al máximo, el pediatra esta cerca de todo, la madre en su habitación solo tiene que andar unos metros para poder estar con su bebé en neonatos, y los espacios comunes facilitan la comunicación entre las madres y aumentan el apoyo en el postparto inmediato, evitando así un posible aislamiento de la madre.

Es importante disponer de dos sistemas de iluminación para día y noche, no solo en los pasillos y espacios comunes, sino también en las habitaciones, en especial en las habitaciones dobles para reducir al mínimo las molestias que puedan ocurrir entre madres.



HABITACIONES

Habitación individual o doble, habitación familiar. En cada habitación debe haber un **mueble con cambiador y bañera** para que la madre pueda bañar a su hijo por primera vez sin tener que desplazarse. Para practicar el “rooming- in” y facilitar la lactancia lo ideal es usar una cuna especial o “**cuna sidecar**” junto a la cama de la madre, ganando así mucho espacio en la habitación. Cada habitación debe tener su propio baño con aseo y ducha, adicionalmente se puede instalar unos baños comunes en otra zona de la planta.

CONTROL ENFERMERÍA

Suficiente espacio para el personal, con una parte abierta hacía el pasillo y otra parte cerrada con un área de descanso para las enfermeras. En la zona de descanso se incluye una pequeña cocina básica. Junto al control se sitúa una zona de vestuarios y baños con aseo y ducha.

DESPENSA DE LECHE

Es un pequeño espacio para las madres que tienen algún problema de lactancia y se tienen que sacar la leche. Esta habitación está equipada con una nevera, un microondas y los demás materiales que se necesita para almacenar la leche materna. La despensa se suele ubicar junto al control de enfermería.

CONSULTA PEDIATRA Y OTROS ESPECIALISTAS

Una habitación donde acude el pediatra para la primera revisión del bebé en presencia de los padres. La sala tendrá el equipamiento necesario para poder hacer ecografías, etc. y atender a un recién nacido en caso de complicaciones. En algunos hospitales se improvisa una habitación para este uso.

CONSULTA DE LACTANCIA

Una habitación donde presta servicios la consultora de lactancia. Debería ser un espacio tranquilo y con buena luz, cerca de las habitaciones para evitar largos desplazamientos de las madres. En el caso de que la consulta también esté abierta a madres no ingresadas, debería contar con una pequeña zona de espera, preferiblemente junto con la sala de fisioterapia.

SALA DE FISIOTERÁPIA

Un espacio con una superficie mínima de 15-20m² para las sesiones de recuperación del suelo pélvico, tanto para grupos como para clases individuales. Esta sala se suele situar fuera de la zona de habitaciones, ya que acuden a estas clases también madres que no están ingresadas en el hospital.



HABITACIÓN ASISTENTE SOCIAL / INFORMACIÓN TRÁMITES REGISTRO CIVIL

Infraestructura de apoyo a la madre. Valdrá un espacio pequeño para una oficina básica.

ZONA DE JUEGO PARA HERMANOS

Un espacio en la zona de entrada o cerca del comedor, apartada de las habitaciones, con mucha luz natural. Debe ser una zona cerrada, controlable y con buen aislamiento acústico.

2.2.6.1. Espacios comunes para las madres

Son espacios comunes de reunión para las madres y bebés, donde ellas puedan compartir dudas y experiencias de los primeros días o incluso recibir charlas de ayuda sobre lactancia y puericultura.

Una sala del tamaño de unos 15-20 m², preferiblemente con luz y ventilación natural puede ser suficiente para albergar los siguientes usos:

- **Comedor:** las mujeres pueden acudir allí a compartir las comidas junto a otras madres. El espacio debe permitir la colocación de unas sencillas mesas con sillas, y espacio suficiente para que puedan acudir con sus bebés.
- La sala puede seguir funcionando como **zona de bebidas las 24 horas**, o como **sala de lactancia**, para las mujeres que prefieren salir de sus habitaciones en momentos de visitas.

2.2.7. Salas nido

4.1.11.-Contacto Precoz Madre-Recién Nacido

...Recomendaciones:

- Favorecer la erradicación de las salas-nido en los hospitales.

La Estrategia indica la necesidad de la eliminación de las salas nido, por lo que en muchos centros se deberá estudiar a qué uso se va a destinar el espacio resultante tras la desaparición de la sala nido.

2.2.8. Otros espacios complementarios

Estos espacios no forman parte del programa habitual de las Maternidades españolas, pero pueden ayudar a complementar el programa y su oferta mejorando la calidad de la asistencia a los partos en las Maternidades que se adapten a estas recomendaciones.

Son espacios y usos muy probados y desarrollados en otros países europeos, como Holanda o Alemania, por lo que existe ya una evidencia experimental de los beneficios que aportan a la calidad de la atención.

Al abordar una reforma integral de la zona de Maternidad en un hospital existente, puede resultar difícil ubicar estos espacios en las zonas existentes, por lo que se recomienda aprovechar los espacios que hayan sido liberados al redimensionar parte del programa que está en desuso, como la sala de nido, o parte de los paritorios, ya que los partos se desarrollan en su mayoría en la propia habitación.

2.2.8.1. Habitación de despedida

Ante el fallecimiento del bebé, es importante proporcionar a los padres que lo deseen el lugar y el ambiente necesarios para que se despidan de su hijo. El espacio debe permitir una despedida íntima y tranquila, sin interferencias con el personal, sin prisas, en un ambiente que genere serenidad y calma.



Muchos hospitales ya no tienen capilla y dada la variedad de confesiones optan por acondicionar un espacio no-religioso para poder aislarse en el duelo. Esta habitación debe ubicarse en una zona tranquila y poco transitada.

La necesidad física del espacio es el de una sala, del tamaño de una habitación, o incluso menor, con luz natural, a ser posible, luz artificial indirecta, y decoración sencilla y acogedora.

2.2.8.2. Espacios para el personal

Se debe revisar el espacio destinado al personal del centro, de modo que se actualicen las necesidades del mismo, ya que en numerosas ocasiones, los espacios destinados a las matronas y resto del personal responden a necesidades obsoletas, dificultando su trabajo con innecesarias circulaciones, y destinando los espacios residuales para su uso.

3. COMO MEJORAR UN ESPACIO, EJEMPLOS

3.1. LA ILUMINACIÓN DE PARITORIOS I



Cuanto más tiempo pasa una persona en un espacio, más importancia tiene la luz. Su color e intensidad afecta a las emociones.



Un ambiente tranquilo a través de una adecuada iluminación ayuda a disminuir los miedos que muchas mujeres tienen a la hora de dar a luz y hacen que se sienta más segura.



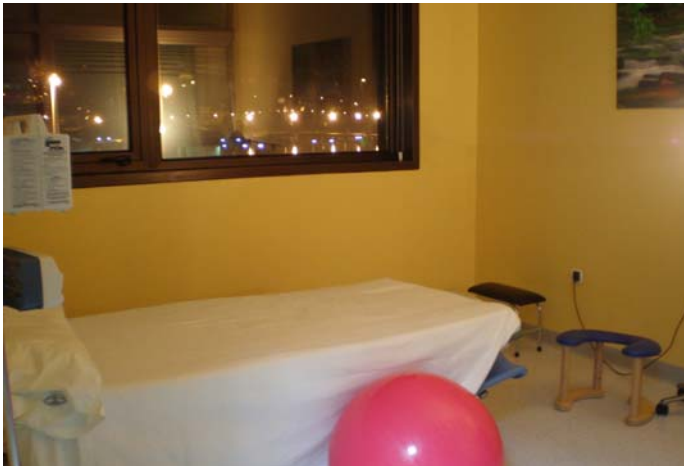
La propia madre puede elegir el ambiente que prefiere. El sistema es sencillo: filtros de colores para luminarias estándar. Hay tres filtros con la opción de variar la intensidad de cada color, todo manejable de un dimmer.

3.2. LA ILUMINACIÓN DE PARITORIOS II



Habitación paritorio en el Hospital Virxe da Xunqueira, Cee. Galicia.

Una habitación fue acondicionada para adaptarse a las necesidades de una parturienta.

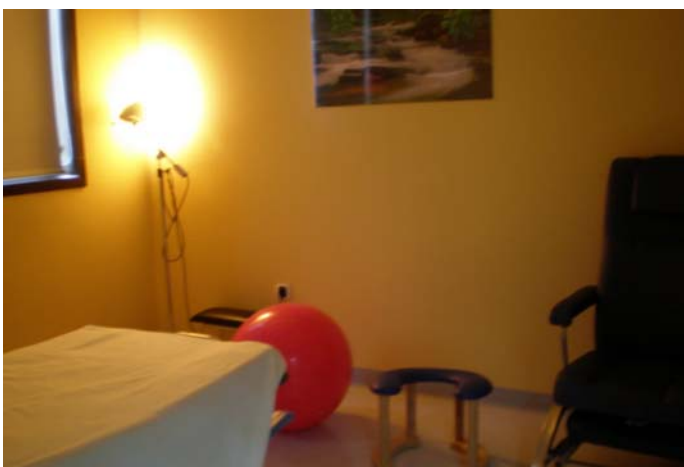


El equipamiento:

Silla de partos

Pelota "Pezzi" grande para la dilatación

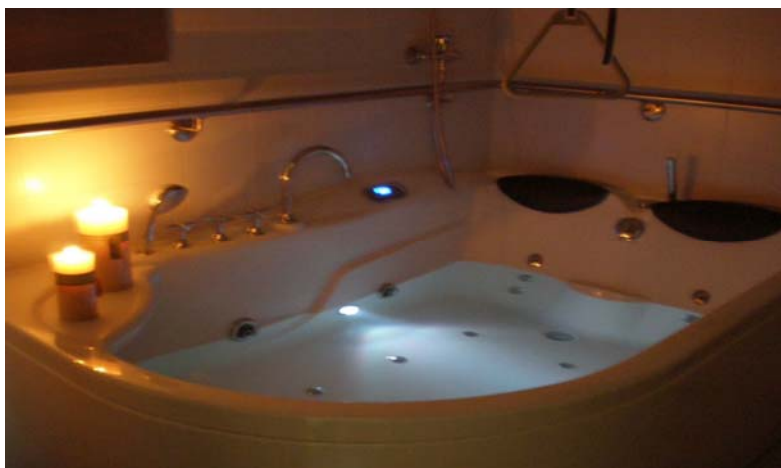
Taburete para la matrona o el acompañante.



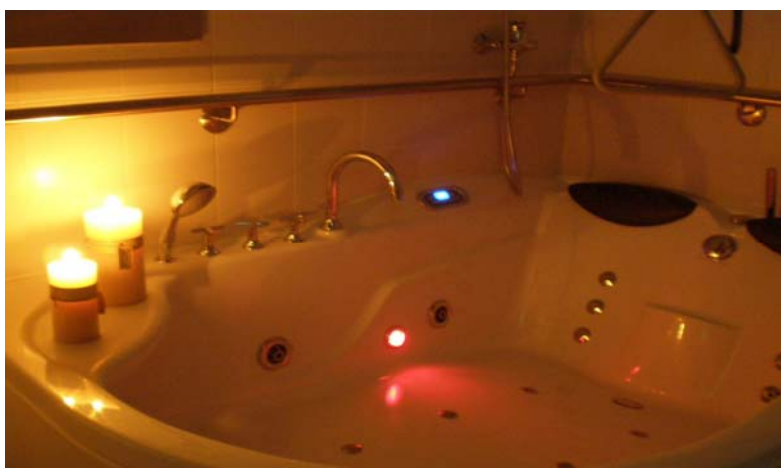
La iluminación:

Una lámpara de pie para poder apagar la iluminación general de la habitación y crear un ambiente más íntimo y cómodo para poder relajarse.

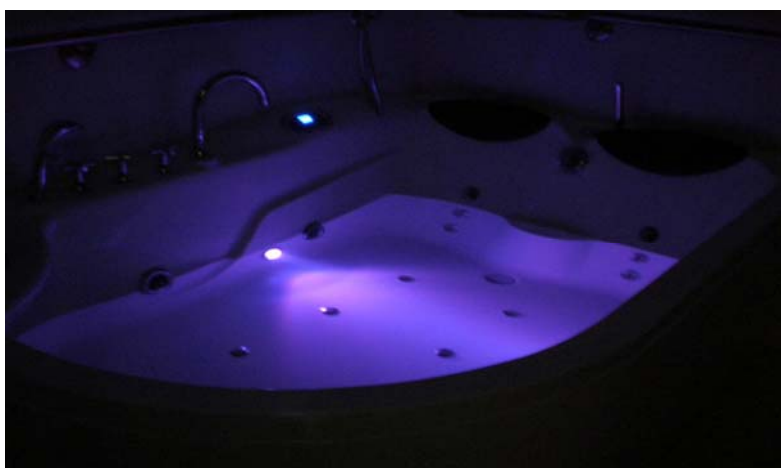
3.3. LA ILUMINACIÓN DE PARITORIOS III



Bañera de partos en el Hospital Virxe da Xunqueira, Cee. Galicia.



Iluminación en la propia bañera- un foco al fondo sirve a la matrona para poder atender el expulsivo.



3.4. ADAPTACIÓN DE PARITORIOS



Ejemplo I:

Una habitación de planta se convierte en un paritorio. Se quita una cama, se mueve la otra y se introduce una bañera de partos y una silla cómoda para el acompañante.



Ejemplo II:

En un hospital inglés se hicieron estos cambios en planta para sacar un paritorio adicional que alberga todo el proceso del parto. Se ha cambiado el suelo para hacer el espacio más agradable mientras sigue cumpliendo con la normativa.



Ejemplo III:

Paritorio existente de hospital. Se ha adaptado una esquina de la sala para la bañera de partos. Mediante una cortina se asegura la intimidad de la mujer. Además se han comprado una silla de partos, una pelota y algún mueble más que da un ambiente menos hospitalario.

3.5. ADAPTACIÓN DE UNIDADES DE NEONATOLOGÍA



AYER Y HOY.

Hoy los hospitales avanzados reconocen la importancia vital de la unidad madre e hijo e incluyen a los padres en el cuidado de los bebés ingresados. Este cambio conlleva actualizaciones en los espacios físicos de la unidad de neonatología.



Las necesidades básicas se centran en el nivel I de actuación: incluir una silla o un sofá junto a cada incubadora y unas zonas de descanso para los padres, dentro o cerca de la unidad. También para los bancos de leche se requiere un espacio adicional.

3.6. LA SEÑALÉTICA, PARA FACILITAR EL TRABAJO



La empresa “Building Research Survey” comprobó con un estudio que en un hospital de tamaño de 800 camas y una señalética inadecuada, el personal sanitario del centro gastó unas 8.000 horas laborables (=1.000 días de trabajo) en un año para indicar caminos dentro del hospital.

A la maternidad la gente muchas veces llega nerviosa, con prisas o simplemente tienen problemas de visibilidad. También el aumento de madres y padres extranjeros hace cada vez más importante crear una buena señalética que también sea capaz de orientar además a personas que no hablan nuestro idioma. Hay ejemplos de pictogramas, soluciones con ilustraciones sencillas que transmiten los contenidos de forma muy clara.

Un buen concepto de señalética ayuda principalmente a ahorrar tiempo y nervios. No solo mejora la “movilización del usuario” sino también cuida la privacidad de las áreas del personal.



Un buen proyecto de señalética se basa en:

- La correcta identificación de las distintas zonas de usos y las necesidades de todos los usuarios del edificio
- Separar la información en primer y segundo nivel según el sistema Klumb.
“El problema principal de la señalización es la falta de prioridades. Una persona pasa por el pasillo de un hospital y muchas veces está obligada a mirar todos los carteles de camino. Esto es como tener que leerse un periódico sin titulares.”
- Concepto de colores y de iluminación

A continuación se resalta algunas zonas:

Zona Entrada- Acceso a la maternidad = primera impresión de una maternidad

- Cambio fuerte de luces, adaptar la intensidad de la luz al exterior
- Aprovechar todos los elementos de la arquitectura para la señalética- suelos, paredes, techos para que sea fácilmente visible
- Concepto de colores visible desde el primer momento

- Diferenciar las zonas de admisión, administración y zonas y flujos de pacientes, personales, familiares y visitantes, etc.

Pasillos, escaleras y zonas de espera

- Evitar “zonas oscuras” e iluminar zonas de importancia, resaltar obstáculos.
- Marcar comienzos de escaleras (cambio de color, de material, etc.)

Habitaciones

- Definir de forma clara los elementos para manejar la luz, las persianas, la cama, llamad de personal, etc. (Ver también apartado 2.2.3. sobre habitaciones de parto)

4. ESQUEMAS GRÁFICOS DE ADECUACIÓN

4.1. INTRODUCCIÓN

A continuación se proponen unos esquemas organizativos y de distribución, en los que se analizan posibles intervenciones en una habitación tipo.

Para desarrollar los esquemas, se clasifican bajo tres niveles de intervención, en función del proceso de acondicionamiento que se acomete.

4.2. NIVELES DE ACTUACIÓN

NIVEL 1: INTERVENCIÓN BAJA

El acondicionamiento de los espacios se produce desde el cambio de mobiliario y material auxiliar.

En adecuaciones de Maternidades en edificios existentes, con bajo presupuesto.

Son pequeños cambios que no implican obra civil, o muy poca, pero que modifica las condiciones ambientales de modo que se consiguen espacios más cálidos y amables.

Algunas acciones en este nivel de intervención son:

- Desplazar la cama del centro de la habitación, para permitir más espacio de deambulación, así como la aparición de nuevos ambientes.
- dotar a cada habitación de una pelota de dilatación, y cuerda fijada a techo.
- modificar las condiciones de la iluminación, con cortinas de tonos cálidos que maten la luz natural, o la colocación de lámparas y luces indirectas que permitan el oscurecimiento o iluminación puntual de la sala.
- ocultar en muebles auxiliares al efecto el material quirúrgico de la habitación.

NIVEL 2: INTERVENCIÓN MEDIA

Se produce cuando se modifica la distribución de los espacios y las habitaciones, de modo que se adecue a las necesidades actuales, pero manteniendo la zonificación existente.

Este nivel de intervención aborda modificaciones tales como:

- mover tabiques en las habitaciones, para aumentar el tamaño del baño respecto de la habitación, y poder introducir una ducha grande y accesible.
- reubicar en espacios obsoletos, como el del nido, espacios y salas de apoyo a las madres y familias.
- acondicionar las salas de ingreso de las mujeres, dotando de privacidad la zona de exploración
- dotar a la zona de UCI de neonatos de un pequeño espacio para la madre o acompañante, en el que poder colocar una silla.

NIVEL 3: INTERVENCIÓN INTEGRAL

Responde a la necesidad de acondicionar las Maternidades de modo global.

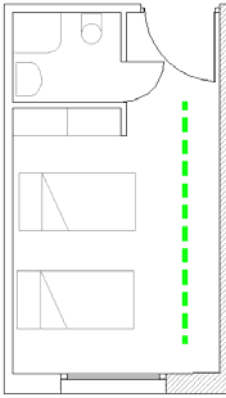
Se aborda el proyecto y acondicionamiento de toda la zona de Maternidad, para poder actualizar todos los espacios y áreas de la misma, según las necesidades del centro. Las obras de acondicionamiento incluyen obras de albañilería, tabiquería y actualización de instalaciones (electricidad, calefacción, instalaciones especiales) para dotar a cada espacio de la máxima comodidad posible, según las recomendaciones de la Estrategia.

La intervención integral abarca a las maternidades existentes que deciden acondicionar completamente todos sus espacios para mejorar la calidad de su servicio, así como los hospitales y maternidades de nueva planta, en proyectos ex - novo.

Se deben tener en cuenta aspectos tales como :

- accesos diferenciados para mujeres de parto y gestantes con problemas
- recorridos y circulaciones minimizadas, tanto del personal del centro como de mujeres y familiares. Importancia de acercar la UCI de neonatos a la zona de habitaciones de planta.
- habitaciones dotadas de ducha y/o bañera exenta, para la dilatación
- zonas auxiliares y complementarias para las madres y sus familias
- zona de UCI de neonatos acondicionada para que la madre o acompañante pueda acudir y vivir las 24 horas, con la consiguiente necesidad de comodidad en el espacio junto a la incubadora.

4.2.1. CASO 1



1. Habitación estándar doble: situación previa al acondicionamiento.

Superficie: 22 m²

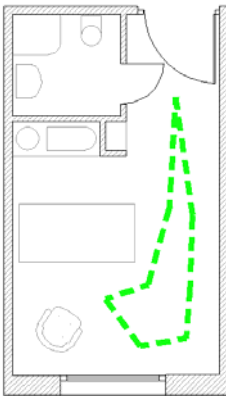
Aseo: 3m²

Zona habitación: 19m²

Estado existente: falta de privacidad. Falta de espacio cómodo para los acompañantes.

Espacio escaso para deambulación.

Falta de espacio para los profesionales



2. Habitación estándar

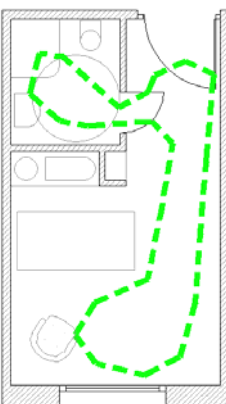
Superficie: 22 m²

Aseo: 3m²

Zona habitación: 19 m²

Nivel 1 de intervención: se individualiza la habitación, para permitir más intimidad y zona de deambulación.

El armario se reubica y el espacio resultante se utiliza de mesa para reconocimiento del bebé, y para ocultar el material quirúrgico.



3. Habitación estándar

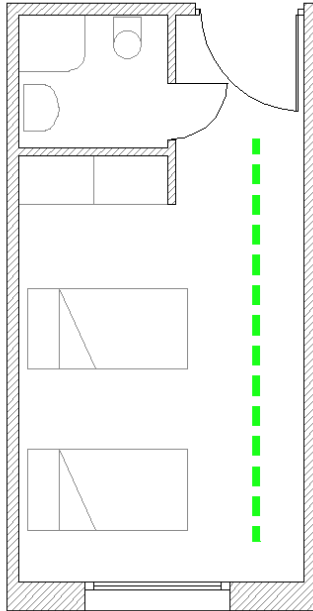
Superficie: 22 m²

Aseo: 4,5m²

Zona habitación: 17,5m²

Nivel 2 de intervención: aseo de mayor tamaño, con ducha de generosas dimensiones, que permita tiempos de dilatación en el interior.

4.2.2. CASO 2

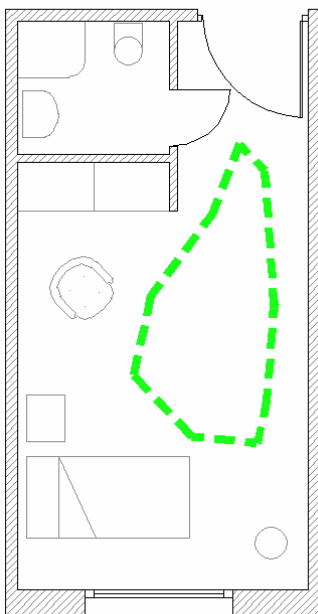


1. Habitación estándar

Superficie: 25 m²

Estado existente:

Falta de privacidad. Falta de espacio cómodo para los acompañantes.



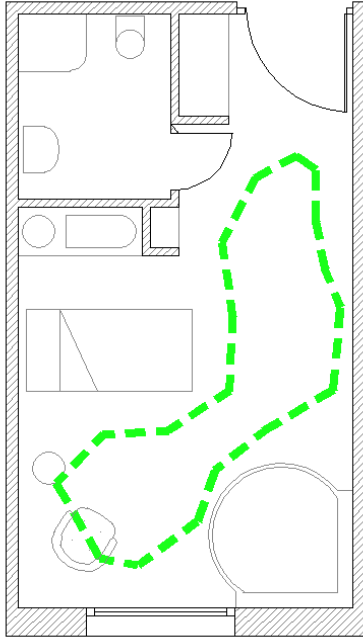
2. Habitación estándar

Superficie: 25 m²

Nivel 1 de intervención: se individualiza la habitación, para permitir más intimidad y una zona de deambulación.

Se permiten nuevas zonas de estar, con pequeño material para la dilatación.

4.2.3. CASO 3

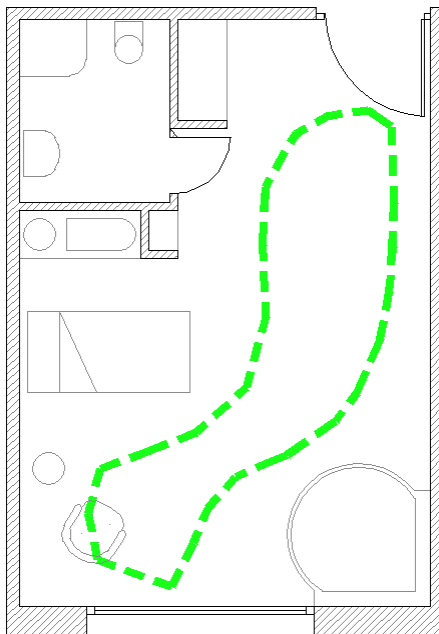


1. Habitación individual

Superficie: 35 m2

Nivel 3 de intervención: el tamaño de la habitación permite introducir una bañera en un extremo. El espacio para deambulación incluye la habitación completa. El aseo permite introducir una ducha de cómodas dimensiones.

El acompañante puede disfrutar de un espacio para dormir.

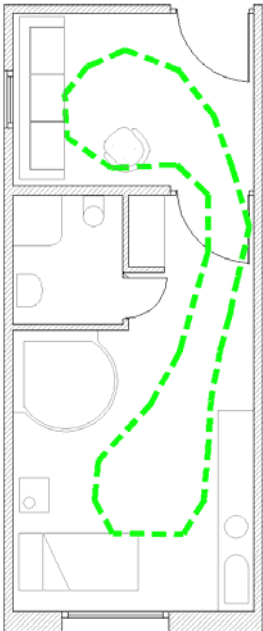


2. Habitación individual

Superficie: 40 m2

Nivel 3 de intervención: dimensiones de la habitación más cuadradas, según la estructura del edificio que lo alberga.

4.2.4. CASO 4



1. Habitación individual

Superficie: 40-42 m²

Nivel 3 de intervención: la habitación cuenta con un espacio adyacente a modo de salita de estar. Este espacio diferenciado permite un alto nivel de confort.

El espacio de deambulación recorre ambos ambientes.

El tamaño de la habitación permite introducir una bañera en la misma.

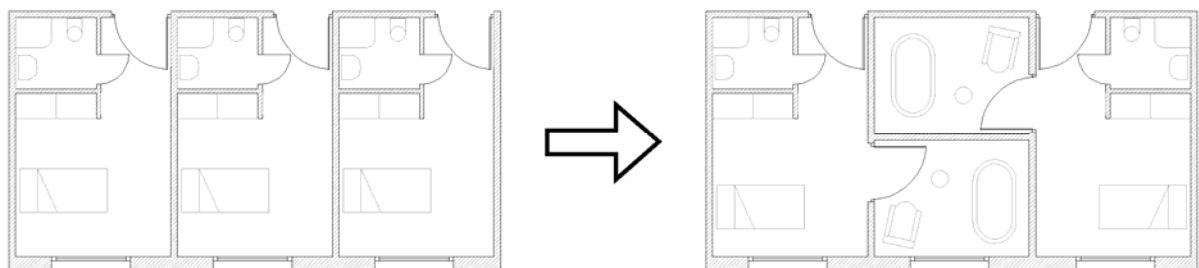
El mueble con material quirúrgico y mesa de exploración puede colocarse frente a la cama, con un diseño que lo disimule.

4.2.5. CASO 5

Redistribución de habitaciones, Nivel 2/3 de intervención:

Ejemplo tipo de habitaciones de reducidas dimensiones, lo que impide una adecuación integral.

El proyecto determina sustituir una de cada tres habitaciones por un espacio donado a cada una de ellas en el que se ubica la bañera de dilatación y parto.



5. EJEMPLOS DE MATERNIDADES

5.1. MATERNIDADES EN ESPAÑA

5.1.1. Clínica Acuario, Beniarbeig



BAÑERA DE PARTOS. CON ESCALÓN, PARA LA FÁCIL ENTRADA Y SALIDA.



BAÑERA DE PARTOS DE OBRA, MUEBLE CON EQUIPAMIENTO PARA LA MATRONA.



CAMA BAJA Y GENEROSA, AMBIENTE DOMÉSTICO.

5.1.2. Casa de partos Migjorn, Catalunya



DE Izq. a dcha.: HABITACIÓN CON BAÑERA Y SILLA DE PARTOS.



BAÑERA DE PARTOS DE MÓDULO.



CUERDA PARA EL ALIVIO DEL DOLOR.

5.1.3. Hospital público de Huércal- Overa, Almería



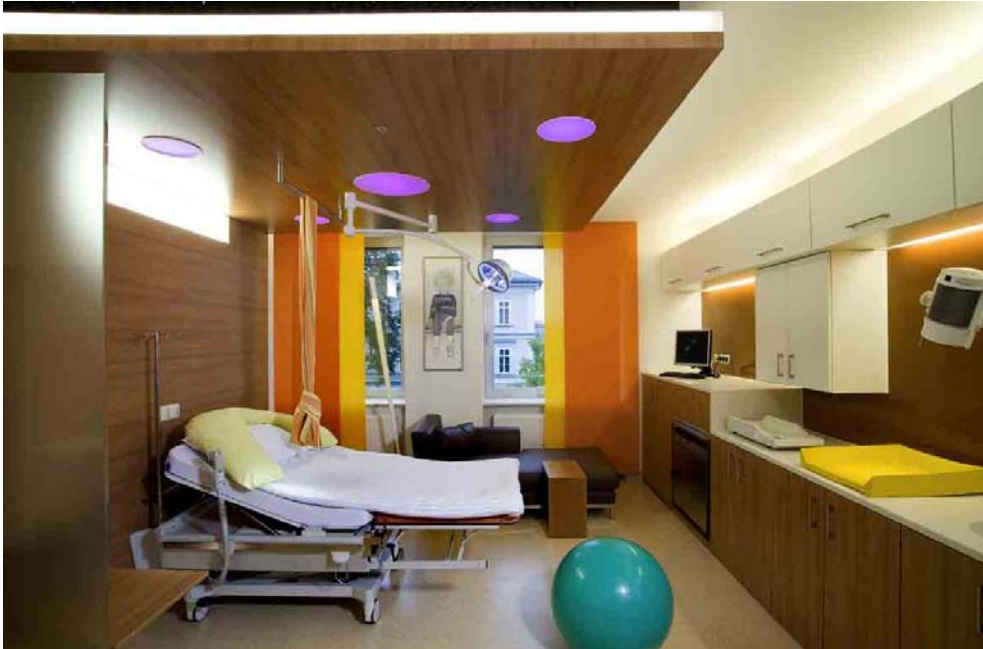
PARITORIO CONVENCIONAL, CON LUZ NATURAL. Nivel I de intervención: Se redistribuyó el mobiliario del antiguo paritorio, ubicando el potro a un lado de la sala permitiendo un espacio libre para la deambulación. La nueva ubicación del potro quita protagonismo al mismo y permite un uso más adecuado para la mujer de parto.



GRAN VARIEDAD DE SILLAS DE PARTO Y TABURETES QUE LAS MATRONAS USAN EN ESTE HOSPITAL.

5.2. MATERNIDADES EN OTROS PAÍSES

5.2.1. Hospital público de Salzburgo, Austria



EN ESTA REFORMA INTEGRAL TRABAJÓ UN EQUIPO DE ARQUITECTOS Y OTROS PROFESIONALES BASÁNDOSE EN UN CONCEPTO DE MATERIALES Y COLORES PREVIAMENTE DEFINIDO QUE SE APLICÓ A TODA LA PLANTA DE MATERNIDAD.



PEQUEÑA SALA PARA BAÑERA COMPARTIDA POR DOS HABITACIONES.

5.2.1.1. Detalles



ADMISIÓN. PASILLO ANCHO CON ACCESOS A HABITACIONES DE PARTO.



PUERTA CORREDERA



DETALLE PASAMANOS EN PASILLO



RINCÓN CON EQUIPO DE MÚSICA.



MATERIAL QUIRÚRGICO INVISIBLE.



SILLA Y SOFÁ PARA DESCANSAR.



LÁMINAS PARA REGULAR LA LUZ.

5.2.2. Hospital "Dritter Orden"- Munich, Alemania



HABITACIÓN DE PARTO CON PEQUEÑO MOBILIARIO PARA ATENDER EL EXPULSIVO.



PEQUEÑA ZONA ADJUNTA CON BAÑERA.



DECORACIÓN AGRADABLE.

5.2.2.1. Detalles



BAÑERA CON FÁCIL ACCESO Y SALIDA.



RINCÓN CON EQUIPO DE MÚSICA.



EN ESTE HOSPITAL SE CUIDÓ MUCHO EL DETALLE DEL MOBILIARIO FIJO PARA CONSEGUIR QUE LA TÉCNICA NO ESTÁ A LA VISTA DE LA MUJER Y CREAR ASÍ UN AMBIENTE TRANQUILO QUE TRANSMITE SEGURIDAD.

5.2.3. Casa de partos- Colonia, Alemania



SALAS DE BAÑERAS.



BUEN ACCESO A LA BAÑERA.

5.2.4. Hospital público de Innsbruck, Austria



ARRIBA: SILLA, PELOTA Y SILLA DE PARTO. ABAJO BAÑERA Y ZONAS DE ESPERA.



5.2.5. Casa de partos en Varsovia, Polonia



PRIMERA CASA DE PARTOS DE WARSOWIA. AMBIENTE AGRADABLE CON CAMA BAJA.



EUIPO DE REANIMACIÓN EN MUEBLE.



EQUIPAMIENTO FUERA DE VISTA.

5.2.6. Casa de partos, varios. Alemania y Suiza



CASA DE PARTOS EN HAMBURGO. SEPARACIÓN MÓVIL PARA ZONA DE BAÑERA.



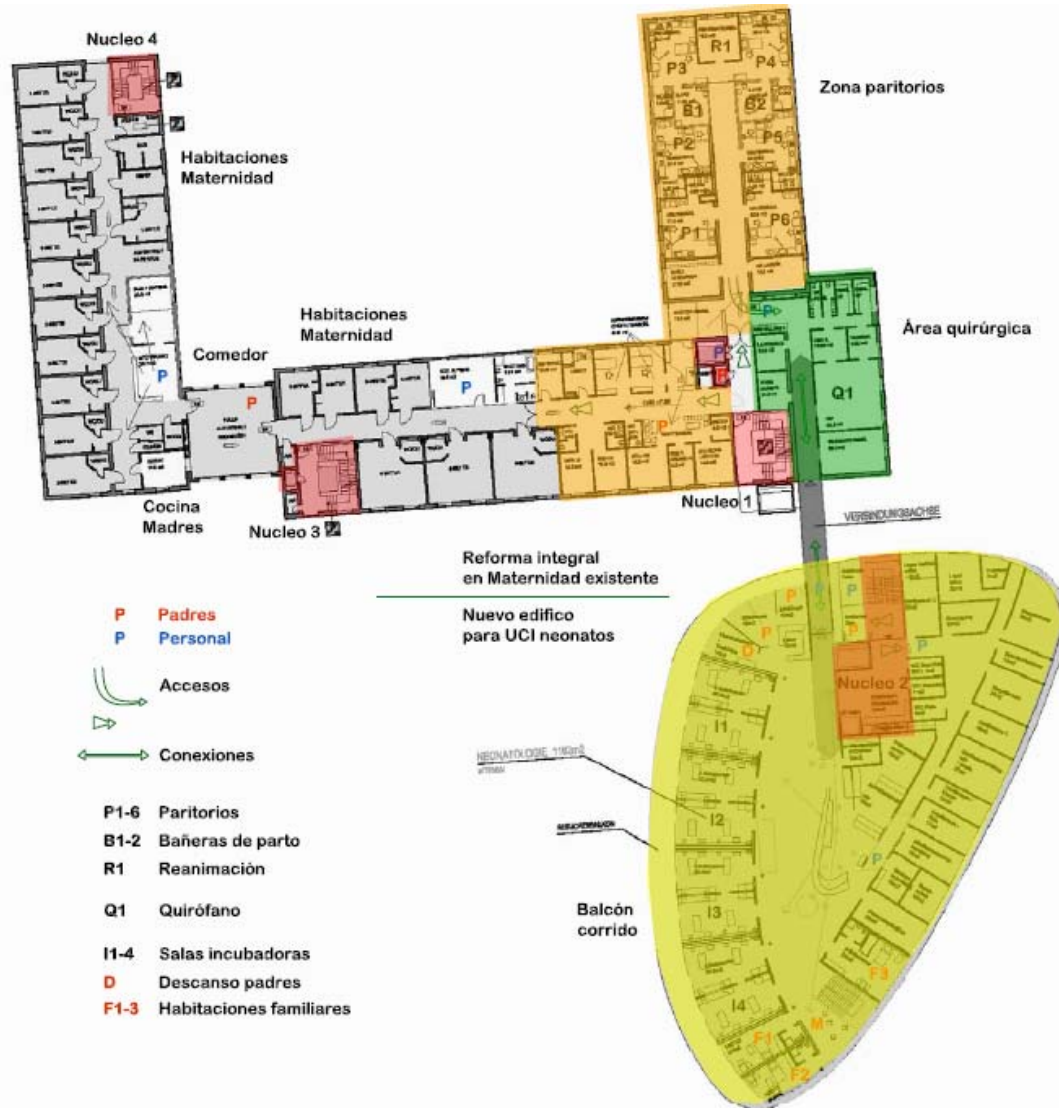
CASA DE PARTOS EN SUIZA



HABITACIÓN DE PARTO.

6. ESTUDIO PRÁCTICO DE DOS MATERNIDADES

6.1. REFORMA INTEGRAL: MATERNIDAD DE SALZBURGO, AUSTRIA

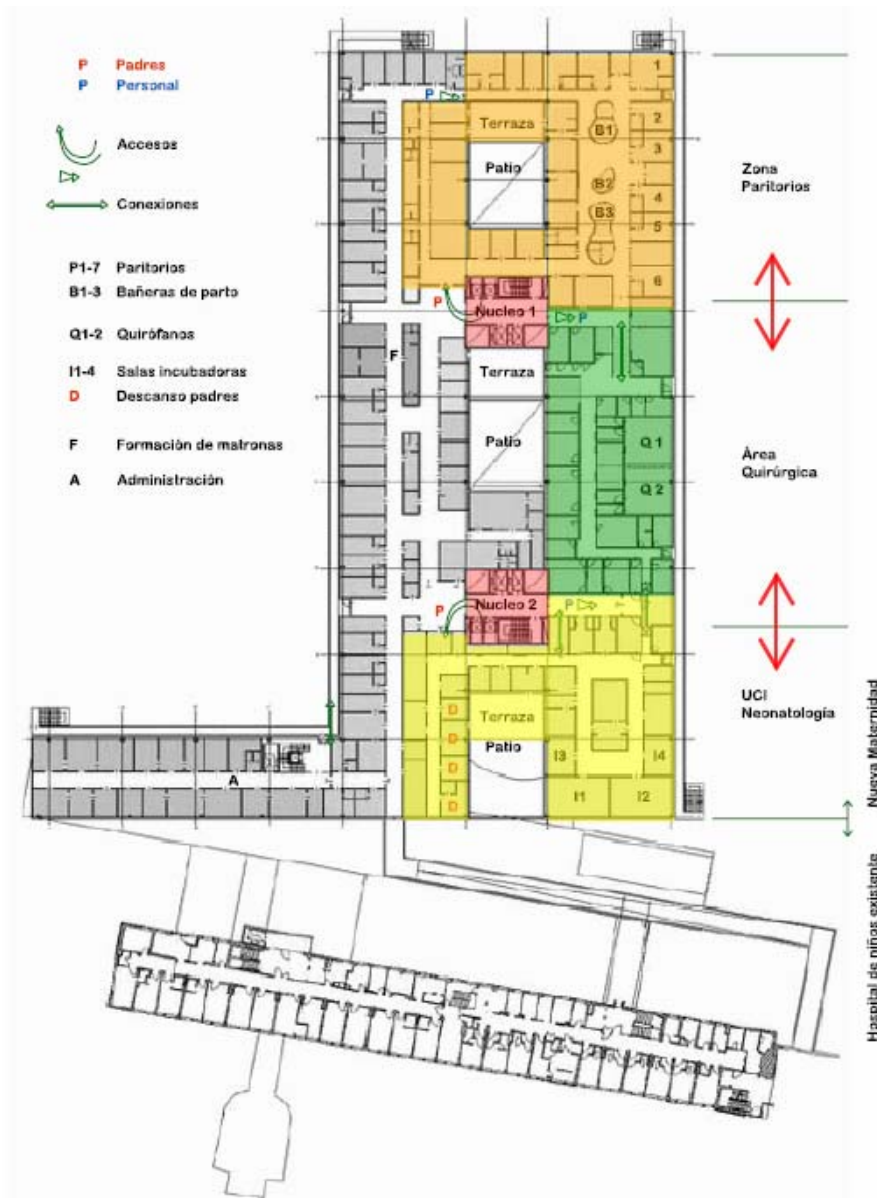


El proyecto pretende juntar todas las áreas de maternidad en una misma planta: sección de matronas para el seguimiento del parto, habitaciones de parto, reanimación, quirófano y neonatología.

Los paritorios se sitúan en el edificio antiguo junto a la zona del quirófano y están claramente separados del resto del hospital. El quirófano se usa específicamente para cesáreas y cosas relacionadas con el posparto. La unidad de neonatología es la parte nueva, un anexo al edificio antiguo con conexión directa a la zona de paritorios y quirófano. Esta nueva unidad incluye en su proyecto arquitectónico los padres como parte esencial en los cuidados de los recién nacidos ingresados.

Superficies medias: 4 Paritorios con aseo/ ducha y bañera (compartida): 45m². 2 Paritorios con aseo/ ducha: 28m².

6.2. OBRA NUEVA: MATERNIDAD DE LINZ, AUSTRIA



Se proyectan las tres áreas de maternidad en continuidad espacial, lo cual permite atender urgencias en el parto con la mayor rapidez posible. Se diferencian los accesos de los padres y del personal.

El área de dilatación y parto normal se proyecta con 6 salas individuales (con vistas) que dan a un espacio común para la libre deambulaci3n de las parturientas, en el centro de este espacio se encuentran 3 peque1os cub3culos con ba1eras. Se entiende el espacio com3n como parte del programa de las salas de parto, equipado como tal. La zona de neonatolog3a se encuentra cercana incluyendo varios espacios para los padres.

Superficies medias: Habitación con aseo y ducha: 35 m2 Peque1as salas con ba1eras de parto: aprox. 10 m2