María Teresa Alonso (mtalonso@uniquehealth.com.es)
Lourdes Cillero, Mar Elvira, Carolina Muñoz
Socias fundadoras de Unique Custom-Built Health Solutions

El diseño de espacios en un área de partos

Parto humanizado: Sistema Secuencial vs. Sistema Integrado

Presentado en el 23º Congreso de la International Federation of Hospital Engineering (IFHE), 13 de October 2014, Buenos Aires, este trabajo ejemplariza la colaboración entre la medicina y la arquitectura para diseñar y dimensionar espacios humanizados en el hospital, en este caso centrados en un área de partos.

Introducción

Durante muchos años, los avances científicos y las nuevas tecnologías, han contribuido a convertir los hospitales en grandes máquinas de "curación", donde se priorizó la producción. Si esto es notable en el caso de la enfermedad, su manifestación es aún más dramática en el caso de un proceso fisiológico natural, no una enfermedad, que se vigila y controla en un entorno hospitalario: el parto.

En oposición al sistema de atención secuencial, implementado en muchos hospitales de todo el mundo, el sistema de atención integrado UTPR es la tendencia actual. De hecho, la Organización de la Salud OMS lo recomienda desde el año 1985.

La clave es conseguir un parto humanizado, en un ambiente familiar, con más privacidad y la posibilidad de que la mujer pueda elegir cómo quiere llevar a cabo este proceso natural.

Contexto actual

La medicina y la arquitectura tienen muchas cosas en común: ambas son ciencias, (la medicina dedicada al estudio de la vida, la salud, las enfermedades y la muerte del ser humano; la arquitectura es la técnica y la ciencia de proyectar edificios); ambas son arte (medicina quiere decir el arte de curar, y arquitectura, en palabras de Le Corbusier *"es arte en su sentido más elevado, es orden matemático, es teoría pura, armonía completa gracias a la exacta proporción de todas las relaciones");* y ambas están fuertemente impregnadas de un carácter humanístico, es decir, de todo lo relacionado con el ser humano y la humanidad. En este sentido, no se trata de disciplinas aisladas sino impregnadas por las virtudes y defectos de su entorno, por los aspectos socioculturales, socioeconómicos y políticos de las diferentes épocas. Durante muchos años, los avances científicos (nuevos materiales, nuevos tratamientos), y nuevas tecnologías, ha contribuido a hacer de los hospitales grandes "máquinas de curar", y la arquitectura ha contribuido a su desarrollo construyendo locales diferenciados para llevar a cabo las diferentes actividades como en una cadena productiva.

Esta concepción de los hospitales (¡producción, producción!), y de su arquitectura (espacios, locales) ha hecho que al estrés que se produce por el hecho de estar enfermos, haya que sumar la pérdida de privacidad de los pacientes, la soledad por el horario restringido de visitas, y el aislamiento del entorno al no disponer, en ocasiones, de luz natural.

El parto es, en los hospitales españoles, la causa más frecuente de ingreso. La aplicación del modelo intervencionista, "medicalizado", implica:

- La aplicación de rutinas obsoletas y peligrosas.
- La realización de un número elevado de cesáreas, episiotomías, inducciones y partos instrumentales.
- La ausencia de realización de buenas prácticas tales como comer durante el parto, libre posición, el contacto piel con piel.
- El escaso protagonismo de la mujer y respeto a su autonomía.
- La aplicación de cuidados rutinarios al recién nacido (RN) no basados en la evidencia científica.
- El hecho de dejar fuera del ámbito de la toma de decisiones (necesidad de consentimiento por parte del padre o de la madre) a los progenitores para cualquier cuidado del RN.

Todo esto tiene repercusión en los sentimientos y sensaciones de la mujer:

- Insatisfacción con la experiencia.
- Sentimientos de desvalimiento, incompetencia, depresión.

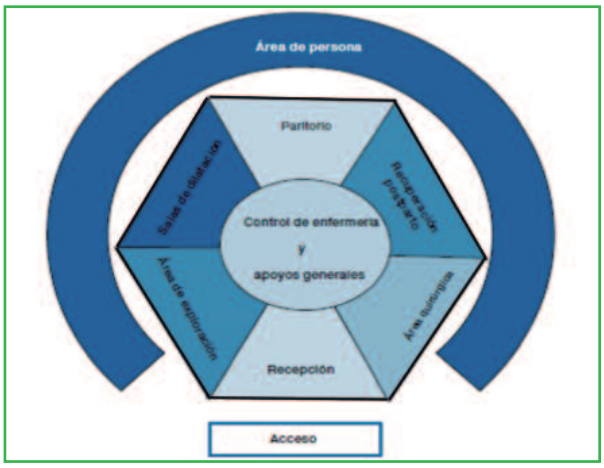

Figura 1: Areas de una Unidad Obstétrica Secuencial. "Maternidad hospitalaria: estándares y recomendaciones MSC"Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de España 2009.

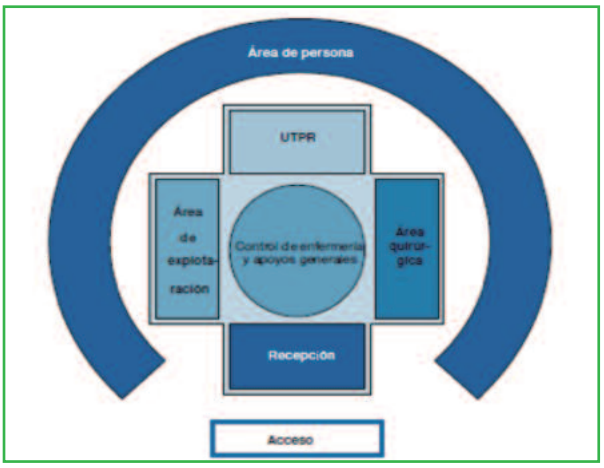

Figura 2: Areas de una Unidad Obstétrica Integral "Maternidad hospitalaria: estándares y recomendaciones MSC". Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de España 2009.

• Dificultades en el apego al RN.

• Rechazo del amamantamiento o dificultades con la lactancia y lactancia artificial.

• Problemas con la crianza, etc.

Resulta llamativo que, si en la atención al parto en los centros sanitarios se persigue la excelencia asistencial, y la conservación y promoción de la salud física, psíquica y emocional de la mujer y del RN... se consigan los efectos contrarios.

Frente a la atención al parto de forma secuencial implantado en muchos hospitales de España, Perú, México, Colombia, Chile y Bolivia, se está imponiendo la Atención Integral al Parto. Este modelo dispone de todos los locales necesarios para la atención a la mujer gestante con los mínimos desplazamientos.

La figura 1 trata de reflejar el modelo de atención secuencial, en el que se pueden apreciar los frecuentes cambios y traslados de la mujer gestante. Además, en algunos centros sanitarios, el acceso al Bloque Obstétrico está restringido, por lo que la mujer debe enfrentarse en solitario al parto, en compañía de desconocidos.

El cambio propuesto requiere no solo variaciones estructurales sino también un cambio organizativo (Atención Integral figura 2) que permita:

• Asistir el parto en un único espacio, lo que se traduce en una utilización optimizada de espacios e instalaciones.

• Permitir la entrada de un familiar (o dos en el modelo de Reino Unido) a la sala de parto.

• Adaptación a las recomendaciones de la OMS (Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre el nacimiento. 1985).

• Mejorar el nivel de vigilancia y repartir de forma proporcional las cargas de trabajo.

Sistema Secuencial vs Sistema Integrado

Algunos centros asistenciales incluyen dentro del bloque obstétrico la sala quirúrgica en la que atender las posibles complicaciones / urgencias del parto ya que consideran que el tiempo empleado en el traslado de la mujer parturienta desde la sala de TPR (Trabajo de parto-Parto-Recuperación) hasta el quirófano no debe exceder los 3 minutos. Dependiendo del número de partos/año, (mínimo 4 partos/día) se podría incluir quirófano específico en el área. Pero esta nueva forma de atención al parto no afecta únicamente al número de locales asistenciales sino a la configuración interior de los mismos. Y la arquitectura aquí juega un papel importante, para que dispongan de todos los elementos necesarios para hacer confortable y funcional la estancia (figuras 3 y 4).

Configuración/Dotación

Dado que el parto se va a atender en un único local, éste debe contar con superficie suficiente para albergar a la parturienta, al acompañante/s, a los profesionales sanitarios (aproximadamente tres), y todo el equipamiento y mobiliario necesarios. A esta superficie (aproximadamente 25 m²), hay que añadir 10m² si el centro adopta la política de parto con agua, al tener que incorporar en la habitación una bañera.

El aspecto que ofrecerá este local será el de una habitación no hospitalaria, más próxima a las existentes en los domicilios que a las usuales en los centros sanitarios. Para ello, todos los equipos que no deban ser utilizados de forma continua estarán dotados de ruedas y serán sacados de la

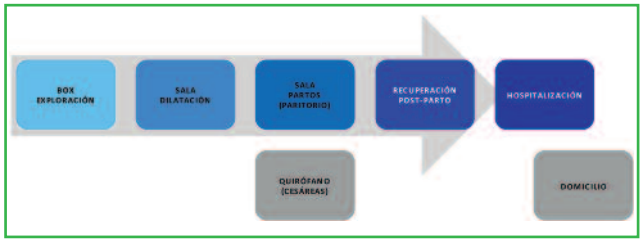

Figura 3: Sistema Secuencial.

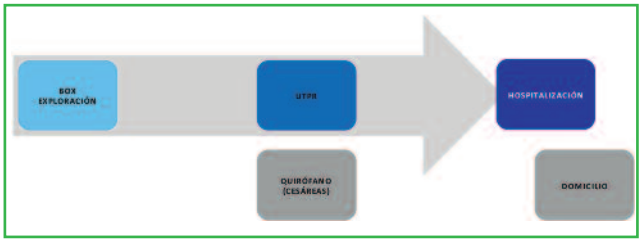

Figura 4: Sistema Integrado.

habitación inmediatamente después de su uso (como es el caso del cardiotocógrafo); todos los puntos de suministro de instalaciones (gases médicos, sistemas de ventilación, protección contra riesgos eléctricos y seguridad anti-incendio, etc.), estarán camuflados tras paneles móviles. La zona específica de atención y exploración al recién nacido, estará incluida en esta habitación para minimizar los desplazamientos del nuevo ser y para facilitar el vínculo madre-hijo.

La habitación dispondrá de una zona específica para el lavado de manos quirúrgico de los profesionales y de una instalación sanitaria completa para uso exclusivo de la parturienta.

La figura 5 muestra un cuadro comparativo de las superficies de ambos sistemas. Como muestra la figura, el área total necesaria para el sistema secuencial es menor que la necesaria para el sistema Integral (aproximadamente 15% superior). Pero las ventajas del Sistema Integral, es que se trata de una atención individualizada durante todo el proceso del parto, que permite la participación de un miembro de la familia / compañero de al menos (entrada, el apoyo, la estancia) y también, reduce significativamente el movimiento de la mujer durante todo el proceso y reduce al mínimo el riesgo de infección nosocomial (habitaciones individuales).

El mobiliario será el adecuado para albergar a la mujer y permitirle ir modificando su postura según va progresando el parto (sillas, balones, cama de partos). Contará también con una mesilla para apoyo de los líquidos y alimentos que se le puedan proporcionar; armario para sus objetos personales y los del recién nacido; y mobiliario para acoger al acompañante. Por tanto quedan eliminadas las salas de paredes alicatadas con mesa quirúrgica, que se empleaban hace menos de 40 años. La cama de partos debe permitir a la parturienta colocarse en la posición más cómoda, (desde la posición horizontal a la de un sillón obstétrico apto para el parto vertical, respaldo de 90 grados/120 grados).

Puede que algunas mujeres prefieran no dar a luz en la cama. Por ello, la habitación debería diseñarse de forma que resultara sencillo cambiar el mobiliario conforme a las preferencias individuales.

AREAS / ROOMS - OBSTRETIC AREA (estimated for 1000 deliveries / year)	SEQUENTIAL CARE SYSTEM			INTEGRAL CARE SYSTEM		
PATIENTS AREAS	m2	nº	Total	m2	nº	Total
Reception / Secretary	8	1	8	8	1	8
Waiting room patients and companion	20	1	20	20	1	20
Toilette	5	2	10	5	2	10
Subtotal			38			38
TECHNICAL AREA						
Transfer	8	1	8	8	1	8
Nursing station (centralized monitoring and register)	12	1	12	12	1	12
Intermediate zone (Dirty area)	8	1	8	8	1	8
Preparation of medication (Clean area)	12	1	12	12	1	12
Labour room (3 positions x 12 m²)	36	1	36			
Delivery room (includes examination area for the newborn)	25	1	25			
Post delivery/recovery room (2 positions x 12 m²)	24	1	24			
UTPR/LDRP (including handwashing area, bathroom and examination area for the newborn)				35	3	105
UTPR/LDRP with bathtub (including handwashing area, bathroom and examination area for the newborn)				45	1	45
Handwashing area (for operating room / delivery room)	4	2	8	4	1	4
Operating room (emergency and caesarean)	36	1	36	36	1	36
Anesthesia recovery (2 positions)	18	1	18	18	1	18
Subtotal			187			248
LOGISTICS AREA						
Storages (general material, clothing, sterilized material, equipment and furniture, etc...). Storages for cleaning tools, waste, etc.. Parking area for stretchers and wheelchairs			110			110
Subtotal			110			110
PERSONAL AREA						
Fitting rooms for green clothes (including toilette and showers) Room doctor on duty (with bathroom) Multipurpose room for midwives			55			55
Subtotal			55			55
COMPANION/FAMILY AREA						
Companion fitting rooms	6	1	6	6	1	6
Subtotal			6			6
USEFUL SURFACE OBSTRETIC AREA	SEQUENTIAL SYSTEM		396	INTEGRAL SYSTEM		457

Figura 5.

Iluminación

La sala debe contar con iluminación natural por medio de ventanas que contarán con cortinas o visillos cuyo objetivo es tamizar la luz, proveer mayor privacidad y contribuir a incrementar el ambiente doméstico de la misma. Contará con iluminación artificial, flexible, para permitir las diferentes actividades que se deben llevar a cabo: distribuir la medicación por parte de la enfermería o leer en la cama en el caso de los pacientes. También deberá ser regulable para poder graduar la intensidad de la luz según los deseos de la mujer que pueden ir variando en consonancia con la fase del parto.

Tanto la luz natural como la artificial deben permitir identificar cambios en la coloración de la piel. Si esto es importante en el caso de la parturienta lo es mucho más en el caso del recién nacido para no realizar interpretaciones erróneas de la coloración de la piel y omitir el diagnóstico de ictericia neonatal, por ejemplo.

Temperatura

Idealmente la habitación dispondrá de un termostato para regular la temperatura ya que la sensación térmica de la mujer varía a lo largo del proceso del parto. Pero una vez que el parto ha tenido lugar y el recién nacido ocupa el local, la temperatura debiera mantenerse entre los 25-27ºC sin posibilidad de que ésta sea manipulada por la mujer o los acompañantes, debiendo quedar el control de la temperatura en manos del personal.

Nivel de ruido

Si en todas las zonas de un centro sanitario el control del nivel de ruido es importante, en esta zona asistencial reviste una importancia especial, porque la mujer debe ser libre de poder emitir todo tipo de sonidos que le ayuden en el proceso. Las habitaciones deberán disponer de un revestimiento que las aísle acústicamente de las habitaciones contiguas y del pasillo.

Finalmente deseamos volver a poner de relieve la frase de un famoso sociólogo de hace casi dos siglos, John Ruskin, que en su obra más célebre (The Seven Lamps of Architecture, 1849), decía: *"La arquitectura es el arte de levantar y de decorar los edificios construidos por el hombre, cualquiera que sea su destino, de modo que su aspecto contribuya a la salud, a la fuerza y al placer del espíritu".*