

Entorno físico en el parto

- El entorno físico en el que la mujer se encuentra durante la dilatación y el parto influyen en su evolución.
- La excelencia consiste en tener un área de baja intervención, con un ambiente parecido a la habitación de un hogar, dirigida por matronas, separada de las salas de partos tradicionales, cerca del área de obstetricia y del equipo de guardia habitual.
- La mujer que desea un parto de baja intervención necesita un entorno favorable, donde pueda expresarse libremente, sin las miradas de profesionales que discrepen de su decisión.
- En el cálculo del estándar recomendado para el área de baja intervención, basado en la utilización de un espacio polivalente (que permita realizar todo el proceso de dilatación y parto en el mismo espacio) se tiene en cuenta el tiempo medio que una mujer ocupa una sala polivalente en un proceso de parto. Se precisa una sala para dos partos al día, más el 30% de la media de partos diarios en concepto del solapamiento horario. →

- Debería incorporarse de forma progresiva el modelo de sala polivalente de dilatación y parto como un único espacio físico para todos los partos.
- Los recién nacidos deberían estar ubicados al lado de la madre en la habitación, lo que se denomina en régimen de cohabitación.

ENTORNO FÍSICO EN EL PARTO

Para muchas de las mujeres que ingresan en el hospital cuando están de parto éste supone su primer contacto con este entorno, y lo consideran como un medio relacionado con la enfermedad. El entorno físico en el que la mujer se encuentra durante la dilatación y el parto influye en su evolución^{1, 2}. La asistencia al parto en la mayoría de hospitales está regida por una serie de rutinas que vienen determinadas por los protocolos existentes, en los que no se diferencia entre la asistencia al parto normal del de riesgo elevado.

Durante el parto, es habitual que la mujer experimente emociones como excitación, ansiedad, miedo al dolor, entre otras. El ambiente físico en el que tiene lugar la dilatación, la presencia de profesionales que no conoce previamente, el exceso de personal sanitario o la soledad pueden tener efectos sobre el grado de miedo y ansiedad que la mujer experimenta. La secreción de betaendorfinas se incrementa con el estrés, y tiene efectos de tipo fisiológico y psicológico, aumenta el recuerdo y, a la vez, bloquea el músculo liso. Por ello, si las mujeres se sienten estresadas por el ambiente que las rodea, el parto puede prolongarse debido a una reducción en la contractilidad uterina³.

Los factores que pueden inducir estrés en las mujeres durante las contracciones tienen que minimizarse, dado que la salud emocional de la mujer puede quedar afectada a largo plazo por esta experiencia⁴. Por ello, cuidar el entorno en que se encuentra la parturienta, así como sus necesidades individuales, puede contribuir a que el parto se desarrolle de un modo más satisfactorio para la mujer⁵.

Existen evidencias de los beneficios que conlleva un área de baja intervención dirigida por matronas, separada de las tradicionales salas de partos⁶. La mujer que desea un parto de baja intervención

necesita un entorno favorable, donde pueda expresarse de forma libre, sin las miradas de profesionales que discrepen de su decisión⁷. La mujer debe sentirse segura en el lugar donde se desarrolla su parto, desde el inicio hasta el final.

Es importante asegurar la privacidad, sobre todo en las exploraciones vaginales. Una mujer necesita su propia habitación y un ambiente de intimidad, y el número de profesionales sanitarios presentes en el proceso del parto debe ajustarse, evitando la presencia de personas innecesarias en la sala de partos⁸.

La excelencia consiste en tener un área de baja intervención, con un ambiente parecido a la habitación de un hogar, dirigida por matronas, separada de las salas de partos tradicionales, cerca del área de obstetricia y del equipo de guardia habitual⁹.

La habitación o sala polivalente para el proceso de parto normal debe tener las siguientes características básicas:

- Sala única habilitada para la atención de la dilatación y el expulsivo.
- Habitación con un ambiente agradable y parecido al hogar.
- Los muebles y el utillaje tendrían que ser de colores cálidos.
- De uso individual e insonorizada.
- Tenerlo todo en un único ambiente sin necesidad de cambiar de lugar.

Los factores favorecedores del entorno para la mujer son:

- Conocer previamente el área y a los profesionales.
- Tener confianza en el equipo que la atenderá.
- Disponer de la atención de una matrona-una mujer durante el trabajo de parto y parto.
- Tener acceso a la ayuda médica en caso de complicaciones.
- Estar acompañada por las personas de su elección, ya sea la pareja, un familiar o una amiga¹⁰.

Disponibilidad de espacios en un área de baja intervención

En el cálculo del estándar recomendado para el área de baja intervención, basado en la utilización de un espacio polivalente (que permita realizar todo el proceso de dilatación y parto en el mismo espacio) se tiene en cuenta el tiempo medio que una mujer ocupa una sala polivalente en un proceso de parto. Se precisa una sala para dos partos al día, más el 30% de la media de partos diarios en concepto del solapamiento horario.

El modelo de sala polivalente de dilatación y parto como un único espacio físico para to-

dos los partos debería incorporarse de forma progresiva. Así, por ejemplo, recientemente, se han especificado las necesidades de espacio físico en el área obstétrica en los hospitales de Cataluña¹¹.

Estancia de la madre e hijo/hija en el hospital

Deben tenerse en cuenta las recomendaciones efectuadas por diferentes estudios sobre las ventajas que supone que los recién nacidos estén ubicados al lado de la madre en la habitación, lo que se denomina en régimen de cohabitación^{12, 13}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Look L, Gibb H. The power of place. *Midwifery*. 2003; 19: 132-39.
2. Steele R. Cuidados de la matrona durante la primera fase del parto. En: Alexander J, Levy V, Roch S, eds. Aspectos prácticos para matronas basados en investigaciones. Barcelona: Boehringer Mannheim, 1998.
3. Lederman RP, Lederman E, Work BA Jr, McCann DS. Anxiety and epinephrine in multiparous women in labour: relationship to duration of labour and fetal heart rate pattern. *Am J Obstet Gynecol*. 1985; 153: 870-77.
4. Simkin P. The experience of maternity in a woman's life. *JOGN Nurs*. 1996; 25: 247-52.
5. Garcia J, Redshaw M, Fitzsimons B, Keene J. First class delivery: a national survey of women's views of maternity care. London: Audit Commission, 1998.
6. Byrne J, Crouther C, Moss J. A randomised controlled trial comparing birthing center care with delivery suite care in Adelaide, Australia. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2000; 40: 266-74.
7. Lavender T, Chapple J. Evaluation of different models of maternity care. The views of women and midwives. London: Department of Health, 2003.
8. Waldenstrom U, Nisson C, Winblad B. The Stockholm birth centre trial: maternal and infant outcome. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997; 104: 408-10.
9. Hodnnet E, Downe S, Edwards N, Walsh D. Home-like versus conventional institutional settings for birth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1.
10. Green J, Coupland V, Kitzinger J. Great expectations. A Prospective study of women's expectations and experiences of childbirth. Cheshire: Books for Midwives Press, 1998.
11. Generalitat de Catalunya. Avantprojecte del mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut, 2007.
12. Anderson GC, Moore E, Hepworth J, 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 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>
13. Carfoot S, Williamson P, & Dickson R. A randomised controlled trial in the north of England examining the effects of skin-to-skin care on breastfeeding. *Midwifery*. 2005; 21(1): 71-9.