

El parto es la causa más frecuente de ingreso en los hospitales españoles. Los 463.249 partos registrados en 2005 en España, representan el 9,1 % de las altas hospitalarias. En 2008, la dotación de paritorios en los hospitales españoles era de 742, lo que supone disponer de 1,6 por cada mil partos.

La atención hospitalaria al parto se articula alrededor de la maternidad hospitalaria que se define, desde el punto de vista estructural y organizativo, como el espacio en el que se ofrece asistencia multidisciplinar a la mujer, al recién nacido y a la familia en el parto y nacimiento, con locales, instalaciones y equipamiento necesarios para la actividad estimada, por parte del equipo multiprofesional, garantizando las condiciones adecuadas de seguridad, calidad y eficiencia, para realizar la actividad.

Este documento recoge recomendaciones sobre derechos y seguridad del paciente quirúrgico, criterios organizativos y de gestión de la maternidad hospitalaria, elaboradas desde la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud con el apoyo de expertos vinculados con asociaciones científicas y al Sistema Nacional de Salud, y en el marco establecido a través de la estrategia del parto normal aprobada en 2007. Estas recomendaciones no tienen carácter normativo y su objetivo es poner a disposición de las administraciones públicas sanitarias, gestores, públicos y privados, y profesionales, todos aquellos elementos que contribuyen a la mejora en las condiciones de seguridad y calidad de la maternidad hospitalaria.

Maternidad Hospitalaria

Estándares y Recomendaciones

Maternidad Hospitalaria

Estándares y Recomendaciones

Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL
CENTRO DE PUBLICACIONES
PASEO DEL PRADO, 18. 28014 Madrid

NIPO: 840-09-075-6

Depósito Legal: M-50141-2009

El copyright y otros derechos de propiedad intelectual de este documento pertenecen al Ministerio de Sanidad y Política Social. Se autoriza a las organizaciones de atención sanitaria a reproducirlo total o parcialmente para uso no comercial, siempre que se cite el nombre completo del documento, año e institución.

Maternidad Hospitalaria

Estándares y Recomendaciones



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL

Listado de personas que han participado en la elaboración del documento de estándares y recomendaciones de calidad y seguridad en los centros y servicios sanitarios:
Atención Hospitalaria al Parto

Grupo de Personas Expertas

- Ricardo Santamaría Lozano. **Coordinador Científico.** Jefe del Servicio de Tocología. Hospital General de Segovia.
- Yolanda Agra Varela. Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. Agencia de Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Pilar de la Cueva. Ginecóloga. Miembro de la Asociación “El Parto es Nuestro”.
- Fernando Gilsanz Rodríguez. Presidente de la Sociedad Española de Anestesia y Reanimación. Jefe del Servicio de Anestesia y Reanimación del Hospital Universitario La Paz (Madrid). Catedrático de Anestesia y Reanimación, Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina de la UAM.
- Emilia Guasch Arévalo. Jefa de la Sección de Anestesia y Reanimación. Hospital Universitario la Paz (Maternidad) (Madrid).
- Fernando Izquierdo González. Coordinador del Grupo de Trabajo de Problemas Jurídicos y Peritaciones de la SEGO. Profesor Titular de Obstetricia y Ginecología, Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la UAM. Jefe de Servicio. Hospital Santa Cristina (Madrid).
- José Claudio Maañón Di Leo. Director del Área Integrada de Gestión de Obstetricia y Ginecología. Hospital Costa del Sol (Málaga).
- Lourdes Margaix. Federación de Asociaciones de Matronas de España.
- Juan Carlos Melchor Marcos. Presidente Coordinador de la Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Hospital de Cruces (Bilbao).
- Jose León Paniagua Caparrós. Doctor Arquitecto. Experto en planificación y arquitectura sanitaria.
- Rosa María Plata Quintanilla. Asociación Nacional de Matronas.
- Rosario Quintana Pantaleón. Asesora de Planificación (Políticas de Salud y Mujeres). Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

- María Ángeles Rodríguez Rozalén. Presidenta de la Asociación Nacional de Matronas.
- Manuel Sánchez Luna. Presidente del Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología y Jefe de Sección del Servicio de Neonatología del Hospital G. U. Gregorio Marañón (Madrid).

Comité de Redacción

- Concepción Colomer Revuelta. Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. Directora del Observatorio de Salud de la Mujer. Agencia de Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Inés Palanca Sánchez. **Dirección y Coordinación Institucional del Proyecto.** Oficina de Planificación y Calidad. Agencia de Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Celia Cairo Carou. Instituto de Información Sanitaria. Agencia de Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Isabel Espiga López. Observatorio de Salud de la Mujer. Agencia de Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Beatriz Gómez González. Oficina de Planificación y Calidad. Agencia de Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Apoyo Técnico y Metodológico

- José Luis Bernal Sobrino. EC Consultoría y Gestión en Sanidad S.L.
- Javier Elola Somoza. **Director Técnico del Proyecto.** Elola Consultores S.L.

Apoyo Administrativo

- Alberto Segura Fernández-Escribano. Oficina de Planificación y Calidad. Agencia de Calidad.
- María José Ruiz. EC Consultoría y Gestión en Sanidad S.L.

Índice

Resumen ejecutivo	13
1. Introducción	23
1.1. Objetivo del documento	25
2. Atención Hospitalaria al Parto: análisis de situación	27
2.1. Estándares y recomendaciones sobre la Maternidad Hospitalaria en España	32
2.2. Estándares y recomendaciones sobre la Atención Hospitalaria al Parto en otros países	35
2.3. Experiencia en España e internacional	36
3. Derechos y garantías de los usuarios/as	43
3.1. Maternidades Hospitalarias orientadas a las familias	43
3.2. Información a mujeres y familiares. Consentimiento informado	44
3.3. Garantías de los derechos de los usuarios/as	48
4. Seguridad del paciente	53
4.1. Infecciones nosocomiales	53
4.2. Prevención de la infección neonatal transmitida por la madre	53
4.3. Alertas epidemiológicas	54
4.4. Gestión de fármacos	54
4.5. Gestión de hemoderivados	54
4.6. Identificación de parturientas y del RN	55
4.7. Gestión de seguridad	55
4.8. Plan de autoprotección	55
4.9. Gestión de residuos biológicos	56
4.10. Gestión de riesgos	56
5. Organización y gestión	59
5.1. Niveles asistenciales de la Atención Hospitalaria al Parto	59
5.2. Cartera de servicios	65
5.3. Criterios de admisión de usuarias	65

5.4.	Estructura y tipologías	66
5.5.	Organización y funcionamiento de la MH	67
5.6.	Estructura organizativa y de gestión de la MH	72
5.7.	Manual de organización y funcionamiento	73
5.8.	Gestión de pacientes	77
6.	Estructura y recursos materiales	83
6.1.	Programa funcional del bloque obstétrico	83
6.2.	Equipamiento e instalaciones	119
6.3.	Material sanitario. Esterilización	137
6.4.	Prevención y control de las enfermedades transmisibles	137
6.5.	Protocolos de limpieza	138
6.6.	Gestión de residuos sanitarios	138
7.	Recursos humanos	141
7.1.	Registro del personal sanitario	141
7.2.	Expediente personal	141
7.3.	Titulación y competencias	141
7.4.	Identificación y diferenciación del personal	144
7.5.	Medios documentales	145
7.6.	Formación de pre y posgrado	145
7.7.	Formación continuada	146
7.8.	Criterios para el cálculo de los recursos necesarios	147
8.	Calidad Asistencial	155
8.1.	Autorización y registro	155
8.2.	Acreditación y auditoría	155
8.3.	Indicadores de calidad	156
9.	Criterios de revisión y seguimiento de los estándares y recomendaciones de la M.H.	163
Anexos		
1.	Prevención de la infección neonatal por <i>Streptococcus agalactiae</i> Grupo B (SGB)	165
2.	Identificación del riesgo	169
3.	Listado de GRD (AP V.18) atendidos en la MH	173

4.	Cartera de servicios de una unidad de obstetricia	179
5.	Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) en el SNS. Niveles de evidencia y fuerza de la recomendación	181
6.	Criterios de dimensionado de los recursos	187
7.	Programa funcional de espacios	191
8.	Funciones de la persona responsable de la MH (RCOG, RCM, RCA, RCPCH. <i>Safer Childbirth</i> . 2007)	209
9.	Funciones de la persona responsable de matronas de la MH (RCOG, RCM, RCA, RCPCH. <i>Safer Childbirth</i> . 2007)	211
10.	Índice alfabético de definiciones y términos de referencia	213
11.	Siglas y acrónimos	219
12.	Bibliografía	223

Índice de imágenes

Figura 2.1.	Evolución de la tasa global de natalidad en España 1975-2005	27
Figura 2.2.	Evolución de la tasa global de fecundidad en España 1975-2005	28
Figura 2.3.	Evolución del número de nacimientos en España 1975-2006	28
Figura 2.4.	Edad de la madre y porcentaje de complicaciones (INE)	29
Figura 2.5.	Tasas de Mortalidad Materna (INE)	30
Figura 5.1.	Número de partos año y porcentaje de cesáreas en el SNS	62
Figura 6.1.	Secuencia de actividades de una MH con bloque obstétrico integrado	89
Figura 6.2.	Secuencia de actividades de una MH con bloque obstétrico secuencial	89
Figura 6.3.	Zonas del bloque obstétrico integrado	90
Figura 6.4.	Zonas del bloque obstétrico secuencial	90

Figura 1.	Zona de recepción y admisión	93
Figura 2.	Consulta y exploración obstétrica	97
Figura 3.	UTPR dotada de iluminación natural	101
Figura 4.	UTPR con bañera semiexenta	102
Figura 5.	Control de enfermería en zona de acceso a habitaciones de UTPR	107

Índice de tablas

Tabla 2.1.	Distribución del número de nacimientos por grupos de edad de la madre	29
Tabla 2.2.	Estancia media del parto espontáneo (días)	38
Tabla 2.3.	Cesáreas por 100 nacimientos	39
Tabla 2.4.	Tasas de mortalidad materna (muertes por 100.000 nacimientos)	39
Tabla 5.1.	Indicadores de actividad; porcentaje de cesáreas y de partos sin complicaciones en el SNS	61
Tabla 5.2.	Indicadores de actividad; porcentaje de cesáreas y de partos sin complicaciones en el SNS	61
Tabla 5.3.	Porcentaje de cesáreas según nivel de hospital	62
Tabla 5.4.	Porcentaje de partos eutócicos según nivel de hospital	63
Tabla 5.3.	Manual de normas de la MH	74
Tabla 6.1.	Función y características estructurales de la recepción	94
Tabla 6.2.	Función y características estructurales del área de exploración	98
Tabla 6.3.	Función y características estructurales del área de UTPR	102
Tabla 6.4.	Función y características estructurales del área quirúrgica	106
Tabla 6.5.	Función y características estructurales de la zona de control de enfermería	108
Tabla 6.6.	Función y características estructurales del área administrativa y de apoyos para el personal	109

Tabla 6.7.	Función y características estructurales del área de hospitalización destinada a usuarias y acompañantes	114
Tabla 6.8.	Características estructurales y funcionales de la zona de control de enfermería del área de hospitalización	116
Tabla 6.9.	Características estructurales y funcionales del área administrativa y de apoyos para el personal	116
Tabla 6.10.	Programa de locales. I. Bloque obstétrico	117
Tabla 6.11.	Programa de locales. II. Unidad de hospitalización convencional de obstetricia	118
Tabla 6.12.	Relación de equipamiento por local	119
Tabla 8.1.	Indicadores de calidad de las MM.HH	159
Tabla Anexo 6.1.	Ejemplo 1. Dimensionado de las UTPR	188
Tabla Anexo 6.2.	Ejemplo 2. Dimensionado de las camas de hospitalización obstétrica	189
Tabla Anexo 7.1.	Programa funcional de espacios de una MH	191

Resumen Ejecutivo del Documento de Estándares y Recomendaciones para Maternidades Hospitalarias

1. En 2007 el Ministerio de Sanidad y Consumo elaboró la “Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud”, con una amplia participación institucional, de sociedades científicas, personas expertas y asociaciones ciudadanas. El documento de Estándares y Recomendaciones sobre la Maternidad Hospitalaria se inserta dentro de esta estrategia.
2. El parto es la causa más frecuente de ingreso en los hospitales españoles; los 463.249 partos registrados por la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado en 2005 representan el 9,1% de las altas hospitalarias totales registradas.
3. El 25,2% de los partos atendidos en 2005 se realizó mediante cesárea, incrementándose en más de 3 puntos porcentuales la tasa de cesáreas registrada en 2001 (22,45%). La continua elevación en las tasas de cesáreas es un motivo de preocupación, ya que se trata de una intervención de cirugía mayor con una morbilidad superior que un parto normal para la madre y una mayor morbilidad fetal con necesidad incrementada de asistencia ventilatoria.
4. La estancia media por parto en los hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS) fue, en 2005, de 2,8 días para los partos por vía vaginal y de 5,6 para las cesáreas.
5. La Atención Hospitalaria al Parto se articula alrededor del bloque obstétrico. En la inmensa mayoría de los hospitales españoles, el bloque obstétrico está dispuesto en locales (salas de dilatación, paritorios, quirófanos, y habitaciones en hospitalización obstétrica) en los que se atiende a las diferentes fases del parto. La dotación de paritorios en los hospitales españoles era de 742 en 2008 (1,6 por mil partos).
6. Dentro de la Atención Hospitalaria al Parto, la Unidad de Maternidad Hospitalaria (MH) atiende a un concepto organizativo de unidad es-

pecífica, pudiéndose definir como: **“una organización de profesionales de la sanidad, que ofrece asistencia multidisciplinar a la mujer, al ser recién nacido¹ y a la familia en el parto y el nacimiento, y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones adecuadas de seguridad, calidad y eficiencia, para realizar esta actividad”**.

7. La MH es una unidad final que presta servicio básicamente para un proceso específico (parto). El bloque obstétrico debe considerarse una unidad intermedia que, en términos de contabilidad de costes, imputa costes (“factura”) a las unidades finales (MH o, en su caso, Obstetricia).
8. Tanto la Administración General del Estado como la totalidad de Comunidades Autónomas (en adelante, CC.AA.) disponen de normas relativas a la autorización y registro de centros y establecimientos sanitarios, habiéndose desarrollado en algunas referencias específicas a la M.H.
9. El hospital con M.H. deberá observar y respetar los derechos de las usuarias, los RN y familiares recogidos en la legislación sanitaria vigente y, en particular, lo previsto en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y la Carta europea de los derechos de las niñas y niños hospitalizados.
10. La toma de decisiones informadas sobre el parto por parte de las mujeres es un derecho y un elemento clave de calidad de la atención. La persona titular del derecho a la información es la usuaria, si bien la familia será informada en tanto ella lo consienta o solicite. El parto tiene una dimensión familiar que es necesario incorporar a la atención.
11. Se recomienda que la información de acogida a la MH incluya una descripción de la evolución del parto con sus diferentes fases y advertencias o consejos especiales. La inclusión de fotografías de la unidad puede ayudar a la comprensión de su funcionamiento. Esta información debería ofrecerse durante el seguimiento del embarazo.
12. Se recomienda que exista un modelo de consentimiento informado para los procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos (en especial la cesárea), así como la administración de tratamientos que impliquen riesgo, incluidos en la cartera de servicios de la M.H.
13. La mujer podrá elegir libremente la postura que desee para parir, que la monitorización sea continua o intermitente, deambular o permanecer tumbada, recibir anestesia/analgesia epidural u otro medio de alivio del dolor. La capacidad de elegir sólo está limitada por la disponibilidad de la opción elegida y la buena praxis. El hecho de no aceptar

el tratamiento prescrito no dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos.

14. Una revisión Cochrane concluyó que la analgesia epidural parece ser eficaz para el alivio del dolor durante el trabajo de parto. Sin embargo, las mujeres que utilizan esta forma de alivio del dolor se encuentran en mayor riesgo de parto instrumental. La analgesia epidural en la mencionada revisión no tuvo una repercusión estadísticamente significativa en el riesgo de cesárea.
15. La M.H. debe disponer y aplicar el protocolo correspondiente de actuación para la prevención de la infección neonatal por estreptococo *agalactiae* grupo B. Asimismo, cuando proceda, se deberán aplicar los protocolos de prevención en situaciones de riesgo de transmisión vertical (hepatitis B, VIH, etc.).
16. Evidencia reciente demuestra que el lavado sin cepillado puede ser tan o más eficaz que el lavado con cepillado tradicional. El Ministerio de Sanidad y Consumo ha elaborado una publicación en la que se resumen las directrices de la OMS sobre higiene de manos en la atención sanitaria.
17. Es recomendable la existencia de un protocolo de hemorragia masiva obstétrica, que incluya la colaboración activa de: anestesia, hematología-banco de sangre, laboratorio, obstetricia y enfermería. Este protocolo debe ser conocido y ensayado por todo el personal implicado y ha de incluir escalones diagnósticos y terapéuticos. Asimismo, es recomendable la existencia de un circuito analítico especial para los casos de hemorragias muy graves, que permitan responder de forma adecuada a la pérdida sanguínea, que puede superar los 150 mL/min.
18. En los centros en donde haya MH, existirá un sistema fiable, inequívoco, universal y único de identificación de pacientes. La M.H. debe disponer de un sistema inequívoco de identificación del RN.
19. En los procedimientos quirúrgicos que se desarrollen en la MH se seguirán las prácticas de seguridad quirúrgica. El documento del Ministerio de Sanidad y Consumo “Bloque Quirúrgico: Estándares y Recomendaciones” contiene un conjunto de estas prácticas.
20. Se elaborarán pautas de seguridad institucional para evitar el robo/cambio de RN.
21. Las usuarias de la M.H. deben tener un papel activo en la mejora de su seguridad, informándose e implicándose en sus cuidados, y tomando parte activa en las decisiones sobre su tratamiento.
22. El hospital con M.H. tendrá implantado un plan de autoprotección, que establecerá la organización de los medios humanos y materiales disponibles para la prevención de los riesgos.

23. La gestión del riesgo debe ser supervisada y coordinada por un grupo de gestión de la MH, presidido por un facultativo “sénior” —médico/a o matrón/a— y con una representación multidisciplinar, que ha de reunirse al menos cada 6 meses. Debe haber un entrenamiento multidisciplinar en gestión del riesgo.
24. Tiene que haber una evaluación proactiva y continua de los riesgos dentro de la M.H., junto con una evaluación formal de riesgos con una periodicidad mínima de dos años. Ha de existir un registro disponible de incidentes, debiendo ser un documento dinámico que tiene que contener las acciones que han sido adoptadas para reducir el riesgo, así como añadir los riesgos identificados de la evaluación o análisis de los incidentes registrados.
25. Debe haber un sistema escrito de gestión del riesgo, incluyendo incidentes centinelas para el sistema de registro de los efectos adversos. Ha de existir un seguimiento regular de los indicadores obstétricos, tales como cesáreas de urgencia e indicadores neonatales, retrasos o fracasos en la resucitación.
26. Las reuniones para revisar los efectos adversos forman parte del sistema de gestión del riesgo, así como del proceso de aprendizaje sobre seguridad de la paciente de MH. La buena comunicación con todos los y las profesionales implicados en cualquier incidente es un mecanismo importante para reducir la incidencia de que ese efecto adverso vuelva a ocurrir. Debe mantenerse transparencia en relación con los resultados del aprendizaje, mediante reuniones multidisciplinarias y retroalimentación a través de comunicación electrónica o en papel.
27. Es crucial disponer de sistemas para documentar y registrar las decisiones clínicas e incidentes. El archivo de todos los datos es vital. El archivo de cardiotocogramas, partogramas y hoja anestésica tiene que ser obligatorio. Una persona de dentro de la MH, preferiblemente la encargada de la gestión de riesgos, debe ser responsable de asegurar que se adoptan los métodos adecuados.
28. Las medidas de resultado y estándares han de ser adoptadas, auditadas y publicadas como un informe anual en línea con la mejor práctica. El informe debe incluir una evaluación de las opiniones de las mujeres y familiares sobre la atención recibida (encuestas de satisfacción) e informar sobre la revisión regular de la provisión del servicio y sistema de gestión del riesgo.
29. El riesgo durante el embarazo puede clasificarse en cuatro niveles. Parece aconsejable que los casos con riesgo II (alto) sean atendidos por servicios o unidades de nivel 3 ó 4 (que atiendan más de 1.200 partos al año), y los de riesgo III (muy alto) por los de nivel 4 (más de 2.400 partos al año).

30. Se recomienda la regionalización de los cuidados neonatales.
31. Parece prudente no dotar de MH a aquellos hospitales que no tengan un área poblacional de referencia (o cuyo estudio de mercado no prevea) que genere una demanda superior a los 600 partos al año, excepto que razones de tiempos de desplazamiento o accesibilidad así lo aconsejen.
32. Se recomienda que se opte por registrar como ingreso al RN normal, pues es susceptible de una atención individualizada, diferenciada de los cuidados de la madre, que consume recursos asistenciales y, por tanto, de atribuirle un peso de consumo de recursos sanitarios.
33. Dentro de la M.H. se puede distinguir básicamente dos tipos de unidades: secuenciales (salas de dilatación, paritorios, salas de recuperación posparto) e integradas (Unidades de Trabajo de Parto, Parto y Recuperación —UTPR—). Aunque infrecuentes en España, las UTPR se están introduciendo rápidamente, por interferir menos con los requerimientos de la fisiología del parto y al ofrecer mayor comodidad y privacidad para las mujeres y sus acompañantes.
34. En función de las necesidades derivadas del proceso de atención al parto, se consideran requisitos imprescindibles de las MM.HH. los siguientes:
 - La coordinación con el nivel de atención primaria y, en su caso, con los recursos sociales disponibles, en el seguimiento del embarazo y puerperio, y en el seguimiento del RN.
 - El funcionamiento de la MH las 24 horas del día, los 365 días al año.
 - La existencia de obstetra responsable de la unidad. Asimismo, habrá un/a responsable de matrones/as de la MH y en cada turno.
 - La existencia de un comité multidisciplinar, para revisar la actividad y los protocolos.
 - Disponer de un conjunto de guías y protocolos que deben ser revisados al menos cada tres años.
 - Debe existir un equipo de gestión del riesgo que se reúna como mínimo cada seis meses.
 - Se deben realizar sesiones docentes, al menos cada seis meses y para todos los y las profesionales, para el manejo de alto riesgo e interpretación de los registros cardiotocográficos.
 - Una cartera de servicios que comprenda: consulta externa, urgencias, hospital de día, hospitalización convencional, bloque obstétrico y bloque quirúrgico.
35. La MH deberá disponer de un manual de organización y funcionamiento.
36. En el mismo sentido que la propuesta contenida en el punto 32, se recomienda que la Orden Ministerial de obligatoriedad del informe de

alta se extienda al RN sano, a quien se debe abrir una historia clínica y registrar su alta en el sistema de registro de altas hospitalarias (CMBD) del SNS.

37. Cada centro sanitario contará con un único registro de historias clínicas que centralizará toda la información correspondiente a la actividad que se realice en el mismo.
38. El documento recoge criterios y orientaciones referidos a las condiciones estructurales y funcionales de la MH: programa funcional, equipamiento e instalaciones. En los anexos 6 y 7 se recogen aspectos relativos al dimensionado y un ejemplo de Programa Funcional de Espacios, respectivamente.
39. Se recomienda, siempre que no existan condicionantes arquitectónicos que lo impidan, ubicar en el espacio físico de la MH los recursos necesarios para la recepción y valoración clínica de las gestantes con sospecha o pródromo de parto, de forma que, cuando resulte necesario, puedan acceder directamente al bloque obstétrico desde las consultas y boxes de exploración, debiendo evitarse, en consecuencia, la atención de estas pacientes en el Área de Urgencias del hospital.
40. Siempre que sea compatible con las dimensiones resultantes de la estimación de la demanda esperada y no existan condicionantes arquitectónicos que lo impidan, se recomienda que el área quirúrgica destinada a la atención obstétrica, incluidos todos los recursos necesarios para la preparación de las pacientes, su despertar y recuperación post-anestésica, estén integrados en la estructura física de la MH.
41. El papel del matróon o matrona es central en la asistencia de la mujer en el parto normal, así como la necesidad del especialista en obstetricia, en la asistencia a mujeres con embarazos y partos complejos o complicados, y en la supervisión y educación de la plantilla médica. Todos los y las profesionales: matrones/as, obstetras, especialistas en anestesiología y pediatras, deben trabajar conjuntamente para acordar protocolos a fin de mejorar los resultados para la madre y el RN, especialmente en embarazos complicados.
42. Deberá existir un/a especialista en obstetricia y ginecología responsable de la MH. Asimismo habrá un/a especialista en obstetricia y ginecología disponible las 24 horas del día. El nombre de la persona responsable de la MH y la o el profesional a cargo debe contemplarse en las normas de funcionamiento de la MH.
43. La experiencia de las matronas y matrones descansa en la asistencia al parto normal y sus habilidades diagnósticas para identificar desviaciones de lo normal y referir estos casos. Cuando es precisa la implicación de un/a obstetra u otro miembro del equipo multidisciplinario, la matrona o matróon continúa siendo responsable de proveer apoyo

global, maximizar la continuidad de los cuidados y promover —en la medida de lo posible— el embarazo y parto como un proceso fisiológico normal.

44. Se tenderá a garantizar la disponibilidad de un matróon o matrona que pueda dedicar el 100% de su tiempo a cada mujer con parto establecido.
45. El papel de los especialistas en ginecología y obstetricia en la MH es asegurar un elevado estándar de asistencia para las mujeres y sus bebés con necesidades obstétricas o médicas complejas y estar disponibles para las urgencias agudas, graves, frecuentemente impredecibles y con riesgo vital.
46. Se garantizará la existencia de obstetra de guardia en la sala de partos de presencia física o localizada.
47. Como un objetivo de la mejor práctica, más del 95% de las mujeres deberían recibir anestesia regional para la cesárea programada y más del 85% para la cesárea urgente, al ser más segura la anestesia regional que la general.
48. Se tenderá a garantizar la disponibilidad de especialista en anestesiología que realice la analgesia epidural a las mujeres parturientas que lo soliciten u otras técnicas de analgoanestesia, así como atender a las urgencias/emergencias del parto que precisen analgesia/anestesia.
49. Para los RN prematuros, enfermos o con anomalías congénitas, debe haber disponibilidad de facultativos (matrones/as, obstetras o pediatras) con entrenamiento en soporte vital avanzado (incluyendo intubación endotraqueal).
50. Deben desarrollarse protocolos y directrices para:
 - La identificación de los RN con potencial compromiso o problemas médicos y aquellos casos que pueden requerir ingreso en una unidad de neonatología.
 - Los mecanismos de derivación a las unidades de cuidados intensivos neonatales.
 - La resucitación y manejo de los casos de RN extremadamente inmaduros o con anomalías congénitas.
51. Se debe realizar el reconocimiento clínico y cribaje del RN de conformidad con los protocolos y guías clínicas de los Servicios de Salud.
52. Se tenderá a garantizar la existencia de un/a pediatra-neonatólogo/a entrenado/a en reanimación neonatal disponible de presencia física o localizada, y responsable de la asistencia, estabilización y/o traslado del RN en caso de necesidad.
53. La enseñanza de la medicina y de la enfermería, así como la formación de especialistas en ambas áreas de conocimiento, deberá abarcar en los próximos años no sólo las nuevas modalidades de asistencia, sino también

las tendencias de la medicina actual, el empleo eficaz y rentable de los avances tecnológicos, el control de calidad, la elaboración de vías y guías clínicas...; en definitiva, deberá adaptarse a las técnicas de la gestión clínica. En relación con la MH se deberían alcanzar los siguientes objetivos:

- Incluir de forma sistemática estas unidades asistenciales en las prácticas de estudiantes de medicina y de enfermería.
 - Formar a las y los futuros especialistas en Obstetricia y Ginecología, Anestesiología y Reanimación, y en Enfermería Obstétrico-Ginecológica, en los diversos elementos que componen el circuito funcional de la MH, teniendo en especial consideración el desarrollo de los criterios y recomendaciones de la “Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud”.
 - Contribuir, aprovechando los dos objetivos anteriores, a difundir los principios básicos de la asistencia sanitaria gestionada.
54. Se debe promover el desarrollo multiprofesional y entrenamiento para todos los miembros del equipo de la MH. Cuando sea posible se recomienda el uso de simuladores. Se deben desarrollar habilidades y entrenamiento sobre posibles complicaciones.
55. La SEGO recomienda que el equipo de guardia debiera estar formado, al menos, por un/a especialista en obstetricia por cada 2.000 partos o fracción.
56. Debe existir anestesiólogo/a de guardia inmediatamente disponible para la MH.
57. Es recomendable en toda MH garantizar la presencia física de pediatra-neonatólogo/a a partir de 2.000 partos.
58. Tomando como base la información disponible, se han seleccionado un conjunto de indicadores relativos al funcionamiento específico del bloque quirúrgico: calidad técnica, utilización y calidad percibida.
59. Criterios de Revisión y Seguimiento de los Estándares y Recomendaciones
- La implementación de la Estrategia de atención al parto normal es probable que introduzca importantes cambios en la forma de organizar y gestionar la atención al parto. Este hecho, así como los cambios previsibles en la organización y gestión del sistema sanitario, hacen aconsejable que se realice una revisión y actualización de este informe en un plazo no superior a cinco años.
 - A lo largo del proceso de debate para la elaboración de este informe se han identificado lagunas de conocimiento. Para mejorar este conocimiento como base sobre la que elaborar recomendaciones

basadas en la evidencia o, al menos, en la experiencia, se recomienda que la próxima revisión recoja, además de los tópicos abordados en este documento, los siguientes:

- Un análisis de la normativa que sobre autorización y registro del bloque quirúrgico han desarrollado las CC.AA. y una propuesta de armonización de estas normas y de su adecuación a los estándares y recomendaciones contenidos en este documento.
- Disponer de un modelo de consentimiento informado consensuado entre las distintas sociedades científicas implicadas en el proceso del parto.
- Un análisis sistemático de los indicadores de calidad de las MM.HH., que comprenda el conjunto de indicadores recomendado en el apartado 8 de este informe.
- Un estudio de las causas de variabilidad en las tasas de cesáreas.
- Un estudio que explore la relación entre volumen de actividad de la M.H. y tasa de cesáreas, así como con la morbilidad perinatal.
- Un análisis comparativo de las ventajas/inconvenientes que en nuestro medio pueden tener la atención integrada al parto (UTPR) frente al modelo secuencial, más tradicional en nuestro medio.

Referencias

¹ En adelante, el RN.

1. Introducción

El parto es la causa más frecuente de ingreso en los hospitales españoles, representando el 9,1% de las altas hospitalarias totales registradas en la Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado. **En 2007 el Ministerio de Sanidad y Consumo elaboró, con una amplia participación institucional, de sociedades científicas, de personas expertas y de asociaciones ciudadanas, la “Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud” (SNS)¹, con una revisión de la evidencia disponible, recomendaciones e indicadores en relación con algunas prácticas clínicas relacionadas con el parto.**

La “Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud” impulsa un profundo cambio en el modelo de atención al parto, basado en la evidencia científica y, por tanto, atento a las necesidades de la pariturienta y del ser humano recién nacido (RN), respetuoso con la fisiología del parto y del nacimiento, defensor del menor intervencionismo posible, de la personalización de la atención, así como del principio de autonomía de las mujeres.

La incidencia que la asistencia hospitalaria al parto tiene sobre la calidad de vida de las mujeres y los RN, el reconocimiento del derecho a la libre elección informada por parte de las mismas^{1,2}; la necesidad, basada en la evidencia científica, de respetar la fisiología del parto^{1,3}, así como la necesidad de concebir una atención integral a la familia, induce a una reflexión sobre la mejor forma de organizar, gestionar y, por tanto, concebir estructural y funcionalmente la atención hospitalaria al parto. Por ello, las unidades de maternidad de los hospitales requieren de forma prioritaria la elaboración de criterios de calidad y seguridad, como soporte de las decisiones clínicas y de gestión, en el marco de los objetivos y acciones contemplados en el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud⁴.

Lo que se persigue, como en toda actuación sanitaria, es la excelencia asistencial en un proceso de singular trascendencia desde todos los puntos de vista, personal, familiar, social y de conservación y promoción de la salud física, psíquica y emocional de la mujer y del RN. La calidad en la atención al parto y al nacimiento condiciona, además de la morbilidad registrada, otros aspectos: insatisfacción con la experiencia y deslegitimación del sistema sanitario cuando ofrece una atención acientífica y deshumanizada, pérdida de autoestima, sentimientos de desvalimiento e incompetencia, depresión, dificultades en el apego al RN, rechazo del amamantamiento o dificultades con la lactancia, problemas con la crianza, problemas relacionados con la lactancia artificial, etc.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (en adelante, SNS), establece, en sus artículos 27, 28 y 29, la necesidad de elaborar garantías de seguridad y calidad que, acordadas en el seno del Consejo Interterritorial del SNS, deberán ser exigidas para la regulación y autorización por parte de las Comunidades Autónomas (en adelante, CC.AA.) de la apertura y puesta en funcionamiento en su respectivo ámbito territorial de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.

El Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, define y relaciona los centros, servicios y establecimientos sanitarios que deben ser objeto de establecimiento de los requisitos que garanticen su calidad y seguridad. La clasificación de centros, servicios y establecimientos sanitarios fue, a su vez, modificada por Orden Ministerial (O.M.) 1741/2006. Las unidades relacionadas en el R.D. 1277/2003 (modificado por la O.M. recién citada) afectadas por los estándares y recomendaciones sobre la atención hospitalaria al parto son las siguientes:

Oferta asistencial
U.3 Enfermería obstétrico-ginecológica (matrón/matrona).
U.25 Obstetricia.
U.35 Anestesia y Reanimación.

La Estrategia 7 del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud: *Acreditar y auditar centros, servicios y unidades asistenciales*, incluye el objetivo de establecer los requisitos básicos comunes y las garantías de seguridad y calidad que deben ser cumplidas para la apertura y funcionamiento de centros sanitarios a nivel del SNS.

Desde el año 2007, el Ministerio de Sanidad y Consumo asumió, en el marco del desarrollo del Plan de Calidad del SNS, la elaboración de estándares y recomendaciones de seguridad y calidad, revisando⁵ y actualizando los relativos a las unidades de cirugía mayor ambulatoria⁶, así como desarrollando los referentes a las unidades de hospitalización de día médica y onco-hematológica⁷. A lo largo del año 2008 se han elaborado los estándares y recomendaciones de calidad y seguridad del bloque quirúrgico y la unidad de pluripatológicos.

1.1. Objetivo del documento

El objetivo del presente documento sobre estándares y recomendaciones para la maternidad hospitalaria (M.H.) es poner a disposición de las Administraciones públicas sanitarias, gestores —públicos y privados— y profesionales, criterios para la organización y gestión de esta unidad, contribuyendo a la mejora en las condiciones de seguridad y calidad de su práctica, en las múltiples dimensiones que la calidad tiene, incluyendo la eficiencia en la prestación de los servicios, así como para su diseño y equipamiento. Los aspectos que se abordarán serán:

- a) Los derechos y garantías de las usuarias.
- b) La seguridad de la paciente.
- c) Los criterios organizativos y de gestión de la M.H.
- d) La estructura física y recursos materiales de la M.H.
- e) Los recursos humanos de la M.H.
- f) Los aspectos relativos a la calidad asistencial de la M.H.
- g) La revisión y seguimiento de los estándares y recomendaciones para la M.H.

El presente documento sobre estándares y recomendaciones sobre la atención hospitalaria al parto no tiene un carácter normativo, en el sentido de establecer unos requisitos mínimos o estándares para la autorización de la apertura y/o el funcionamiento de estas unidades o su acreditación.

La **Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad** (Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud) del Ministerio de Sanidad y Consumo ha dirigido el proceso de elaboración del documento sobre estándares y recomendaciones dentro del marco establecido por el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

La elaboración del documento se ha realizado por un **grupo de personas expertas** seleccionado por la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo, basándose en la experiencia y conocimiento de las mismas en los aspectos relacionados con el alcance propuesto, así como nominadas —con el mismo criterio— por diversas sociedades científicas y asociaciones profesionales.

El trabajo del Grupo de Personas Expertas ha sido coordinado por el Dr. Ricardo Santamaría Lozano, como **coordinador científico** designado por la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad.

La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud ha contado con un **grupo de apoyo**, que ha realizado las funciones de secretaría del Grupo de Personas Expertas; seguimiento de los trabajos; apoyo técnico en las reuniones de Grupo de Personas Expertas; elaboración del análisis de situación; revisión de los documentos elaborados por dichas personas expertas y análisis de evidencia; así como colaboración con la Agencia de Calidad en la elaboración de los distintos borradores y del documento final.

A lo largo del documento se proporcionan las referencias bibliográficas que se han considerado relevantes. Este informe destaca algunas recomendaciones «fuertes» en el sentido de que están amparadas bien por requisitos normativos, o bien por una evidencia suficientemente sólida a criterio del Grupo de Personas Expertas que ha colaborado en la redacción del documento. Cuando se realizan estas recomendaciones se mencionan expresamente como tales y se destacan en **negrita**.

2. Atención Hospitalaria al Parto. Análisis de situación¹

En los últimos veinte años se ha producido una profunda reducción de la fertilidad en Europa. El modelo familiar más común actualmente es el de una familia con uno o dos hijos/as. El ligero incremento acontecido durante 2000 y 2005 no cubre aún la tasa de reemplazo generacional (2,1 hijos/as por mujer).

Esta disminución ha sido más importante en los países que han conocido una fertilidad elevada, principalmente los países del sur, lo que contrasta con unas fluctuaciones más moderadas en los del norte. En la actualidad España, Italia y Alemania son los países con la tasa de natalidad más baja de Europa, situándose España en 2007 en una tasa del 10,95‰ (figura 2.1). En España, la tasa de fecundidad también ha ido descendiendo de forma continua desde 1970 hasta 1997, recuperándose ligeramente en la última década (figura 2.2).

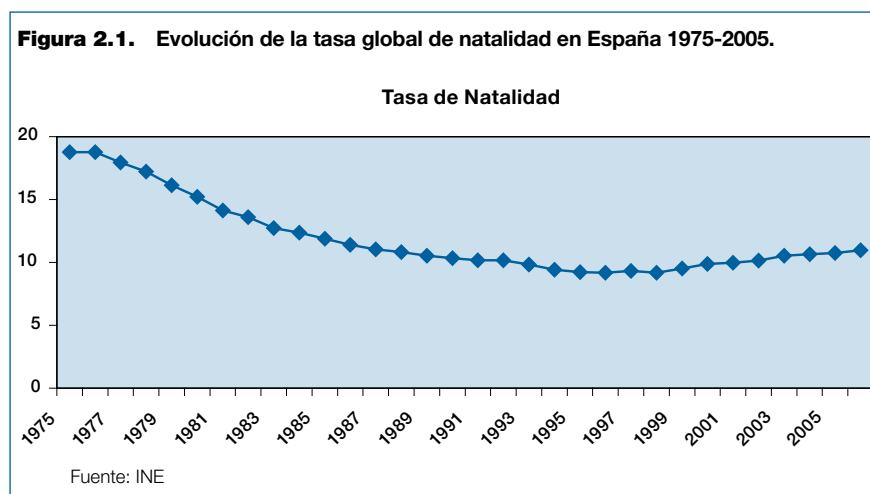
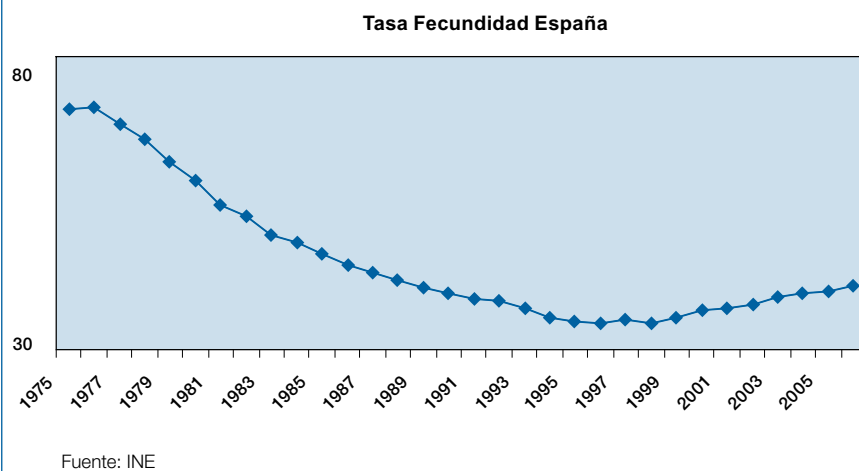
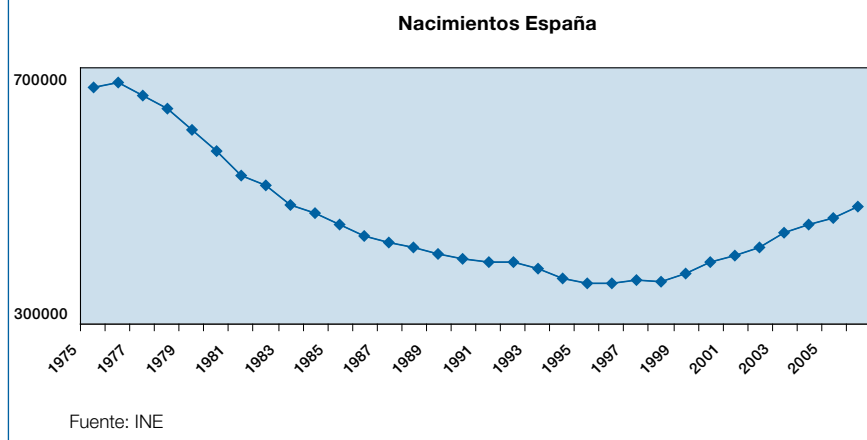


Figura 2.2. Evolución de la tasa global de fecundidad en España 1975-2005.



El número de nacimientos anuales ha descendido paulatinamente desde 1975, recuperándose a partir de 1998, impulsado por el fenómeno migratorio. En 2006, el número de nacimientos en España fue de 482.957 (figura 2.3).

Figura 2.3. Evolución del número de nacimientos en España 1975-2006.



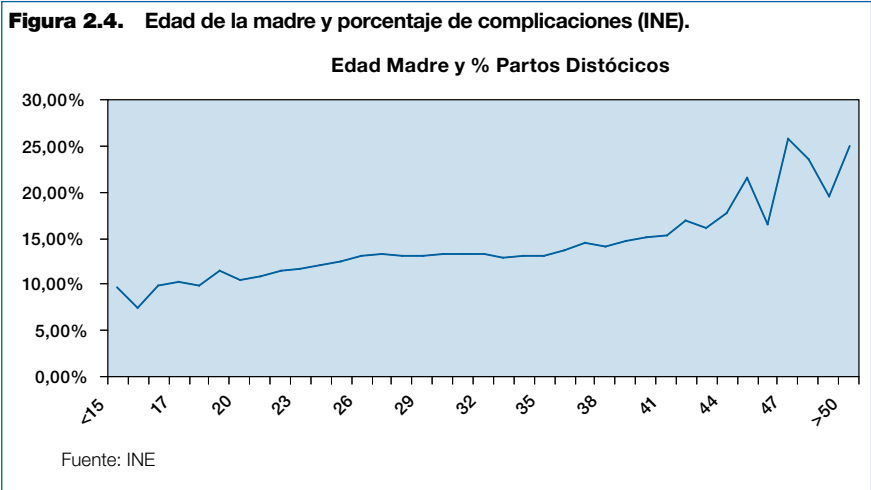
El retraso en la edad media de la maternidad es un fenómeno generalizado en toda Europa, que se produce también en España, desplazándose de los grupos de edad de 20-24 y 25-29 años en 1975 hacia el grupo de edad

de 30-34 años, en 2006 (tabla 2.1). La edad media de las madres en España en 2006 fue de 30,9 años, dos años más que en 1975 (28,8) —INE—.

Tabla 2.1. Distribución del número de nacimientos por grupos de edad de la madre.							
Grupo de edad	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2006
< 14	0,04%	0,06%	0,05%	0,04%	0,03%	0,03%	0,03%
15-19	4,73%	7,08%	6,44%	4,77%	3,27%	2,84%	2,80%
20-24	25,62%	29,13%	25,13%	19,89%	12,58%	10,18%	9,51%
25-29	34,64%	32,18%	36,35%	38,56%	35,13%	28,21%	24,16%
30-34	20,42%	19,68%	20,48%	26,31%	35,16%	39,09%	38,97%
35-39	10,03%	8,89%	8,98%	8,56%	12,00%	17,09%	20,74%
40-44	4,14%	2,67%	2,37%	1,77%	1,74%	2,45%	3,55%
45-49	0,35%	0,27%	0,19%	0,11%	0,08%	0,10%	0,22%
> 50	0,02%	0,02%	0,02%	0,01%	0,00%	0,01%	0,01%

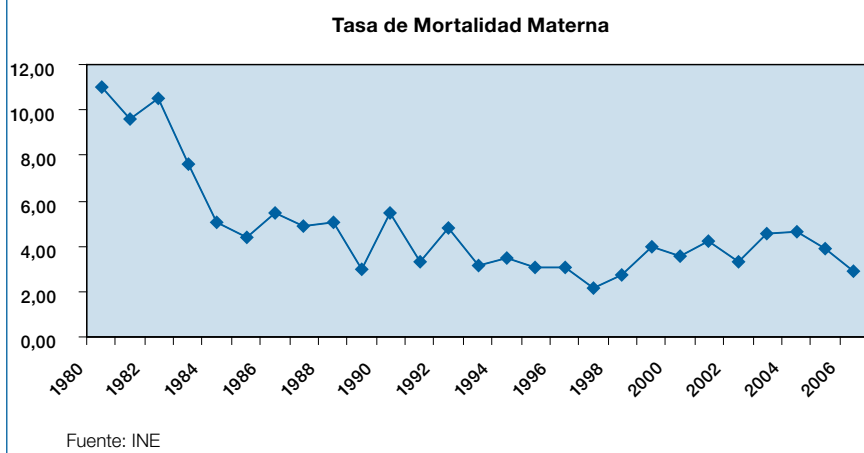
Fuente: INE.

Existe una relación entre mayor edad de la madre y complicaciones durante el parto (figura 2.4). Un 15% de los partos del año 2006 fueron considerados “distócicos” (con complicaciones); el 98,2% fueron partos sencillos y el resto, múltiples (1,79% dobles).



La tasa de mortalidad materna se situaba en España en 2,9 muertes por 100.000 partos en 2006, mostrando una tendencia progresiva al descenso (figura 2.5), lo que no debe ocultar el hecho de que las 14 muertes acaecidas en 2006 (entre 18 y 21 en el período 2003-2005) se deban considerar, desde la perspectiva epidemiológica, como potencialmente evitables mediante acciones del conjunto del sistema sanitario y social, además de la existencia de un probable subregistro.

Figura 2.5. Tasas de Mortalidad Materna (INE).



La mortalidad perinatal en 2005 fue en España de 4,9‰ nacidos vivos (14,6‰ en 1981). La tasa de ingresos hospitalarios por patología perinatal en el SNS fue de 242 por mil RN². Existe una notable variabilidad en la práctica, variando la tasa de ingresos por morbilidad perinatal entre un 120 y un 370 por mil RN con vida entre las CC.AA. con menor y mayor tasa de ingresos, respectivamente.

El parto es la causa más frecuente de ingreso en los hospitales españoles. Los 463.249 partos registrados por la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado en 2005^{8,3} representan el 9,1% de las altas hospitalarias totales registradas. El 25,2% de los partos atendidos en 2005 se realizó mediante cesárea, incrementándose en más de 3 puntos porcentuales la tasa de cesáreas registrada en 2001 (22,45%).

El 73,5% de los partos se realizaron en hospitales públicos. En el SNS el parto y causas relacionadas representan el 13,8% de todos los ingresos⁹.

La tasa de cesáreas en los hospitales públicos fue del 22%, con un 8,5% de RN de bajo peso (menos de 2.500 gramos). La tasa de cesáreas en los hos-

pitales privados fue del 33,8%, con un 4,9% de RN con bajo peso al nacer. La continua elevación en las tasas de cesáreas es un motivo de preocupación, ya que se trata de una intervención de cirugía mayor con morbilidad más elevada que un parto normal para la madre (6 veces mayor) y una mayor morbilidad fetal con necesidad incrementada de asistencia ventilatoria¹⁰, que interfiere de forma importante en el establecimiento del vínculo madre-hijo/a, en el inicio y establecimiento de la lactancia, en la recuperación posparto y en definitiva en la satisfacción con la experiencia.

La estancia media por parto en los hospitales del SNS fue, en 2005, de 2,8 días para los partos por vía vaginal (se han excluido los partos con procedimientos quirúrgicos) y de 5,6 para las cesáreas⁴.

Otros aspectos de indudable relevancia para el análisis de situación han sido destacados en la “Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud”¹: modelo intervencionista institucionalizado, aplicación rutinaria de la dirección médica del parto, pervivencia de rutinas obsoletas y peligrosas, cifras elevadas de epidurales, cesáreas, episiotomías, inducciones y partos instrumentales; no implementación de buenas prácticas tales como ingesta durante el parto, libre posición, y el contacto piel con piel; escaso protagonismo de la mujer y respeto a su autonomía, aplicación de cuidados rutinarios al RN no basados en la evidencia científica, no conciencia de la necesidad del consentimiento de madre y padre para cualquier cuidado del RN.

La atención hospitalaria al parto se articula alrededor del bloque obstétrico (aunque no se reduce a él). En la inmensa mayoría de los hospitales españoles, el bloque obstétrico está dispuesto en locales (salas de dilatación, paritorios, quirófanos, y habitaciones en hospitalización obstétrica) en los que se atiende a las diferentes fases del parto: dilatación, expulsivo, cesárea o intervención quirúrgica (si se precisa), y recuperación. La dotación de paritorios en los hospitales españoles era de 742 en 2005⁸, 1,6 por mil partos. Existen, sin embargo, otras formas de organizar clínicamente la asistencia hospitalaria al parto, como las Unidades de Trabajo de Parto, Parto y Recuperación, que, concebidas entre otros por Laufman (“single-unit delivery system”)¹¹, requieren otros diseños funcionales que se están introduciendo progresivamente en los hospitales españoles^{12, 5}. Asimismo, la necesidad de impulsar la “Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud”, el reconocimiento del derecho a la libre elección informada^{1,2} y la evidencia científica que avala la necesidad de respetar la fisiología del parto^{1,3} inducen a una reflexión sobre la mejor forma de organizar, gestionar y, por tanto, concebir estructural y funcionalmente la atención hospitalaria al parto.

Dentro de la atención hospitalaria al parto, las unidades de maternidad hospitalaria atienden a un concepto organizativo de unidad específica, pu-

diéndose definir como: “**una organización de profesionales/as sanitarios/as que ofrece asistencia multidisciplinar a la mujer, al RN y a la familia en el parto y el nacimiento, y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones adecuadas de seguridad, calidad y eficiencia para realizar esta actividad**”.

La Maternidad Hospitalaria es una unidad final que presta servicio básicamente para un proceso específico (parto). El bloque obstétrico debe considerarse una unidad intermedia que, en términos de contabilidad de costes, imputa costes (“factura”) a las unidades finales (MH o, en su caso, Obstetricia).

El presente documento sobre atención hospitalaria al parto incorpora la atención al RN sano, pero no incluye las unidades de neonatología, que serán objeto específico de elaboración de un documento de estándares y recomendaciones por parte de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo.

2.1. Estándares y recomendaciones sobre la Maternidad Hospitalaria en España

2.1.1. Autorización y acreditación de centros y establecimientos

Tanto la Administración General del Estado como la totalidad de CC.AA. disponen de normas relativas a la autorización y registro de centros y establecimientos sanitarios. Existen dos tipos de normas: las de autorización y registro, que evalúan un centro antes de su puesta en funcionamiento, y las de acreditación, que lo evalúan con posterioridad a su funcionamiento.

2.1.1.1. Autorización

Todas las CC.AA. disponen de normas de autorización de centros y establecimientos sanitarios. Desde la aparición del R. D. 1277/2003, diez CC.AA. han modificado su legislación autonómica para adaptarla a esta nueva realidad normativa, en tanto que otras siete mantienen la previa. Aunque existen numerosos elementos comunes, también se pueden apreciar diferencias relevantes en relación con los criterios de autorización/habilitación. En las normas de autorización y registro promulgadas por las CC.AA. para centros y establecimientos sanitarios existen, en algunos casos, referencias concretas al bloque obstétrico^{6, 7, 8, 9, 10, 11}, que tienen carácter de mínimos. Algunas de estas normas establecen como uno de los mínimos la organización “secuen-

cial” del parto, que, aunque es la más habitual en los hospitales españoles, obedece a una forma de organización de la asistencia al parto que no necesariamente es la única que garantiza una asistencia de calidad.

2.1.1.2. Acreditación

Se define como un proceso por el que una organización se somete de forma voluntaria a un sistema de verificación externa que evalúa y mide, mediante un conjunto de estándares, el nivel en que se sitúa dicha organización con relación a un conjunto de referentes previamente establecidos, consensuados con las personas expertas y adaptados al territorio. Dos CC.AA. han desarrollado y puesto en marcha sistemas de acreditación de centros posteriores al R. D. 1277/2003.

Las experiencias de acreditación de centros y servicios sanitarios en España son aún escasas. Cuatro CC.AA. disponen de normativa y programas oficiales de acreditación de centros sanitarios basados en evaluación externa y voluntaria: Cataluña, Andalucía, Galicia y Extremadura. En algunos casos existen programas de acreditación de algún tipo de centros, servicios o actividades (extracción y trasplante de órganos, reproducción asistida, hemoterapia, etc.).

Cataluña es la comunidad autónoma que desarrolló en primer lugar un procedimiento oficial para la acreditación de centros sanitarios. El sistema actual, que es el tercero¹², regula la acreditación de centros de atención hospitalaria aguda y el procedimiento de autorización de entidades evaluadoras. Se completa con dos manuales de acreditación con los estándares establecidos^{13, 14}, que hacen referencia específica al parto en relación con la existencia de circuitos asistenciales definidos; la cuantificación del número de partos (cesáreas / partos vaginales eutócicos / partos vaginales instrumentales); así como la cuantificación de las complicaciones posparto. Dentro de los criterios específicos se establece que: “La estructura y la disposición de los espacios destinados a partos son adecuadas a las necesidades asistenciales, facilitan el trabajo de los profesionales implicados y permiten el uso racional de los recursos humanos”.

Andalucía basa su sistema de acreditación en el programa de acreditación de centros del sistema sanitario de Andalucía¹³. El programa se basa en un patrón de referencia que comprende una serie de estándares característicos del Sistema Sanitario Público Andaluz. No existen indicadores específicos para la Atención Hospitalaria al Parto ni para el bloque quirúrgico.

La comunidad autónoma de Galicia estableció en 2001 un sistema de acreditación de centros hospitalarios, regulado por decreto¹⁴. Es de aplicación a los centros hospitalarios pertenecientes a la red asistencial del Ser-

vicio Gallego de Salud, y los que actualmente tengan suscritos o quieran suscribir conciertos con éste deberán obtener el certificado de acreditación previsto en el decreto. No hace referencia al bloque obstétrico.

De forma similar a los modelos de Andalucía y Galicia, el sistema extremeño de acreditación de centros de 2005 se orienta a centros sanitarios tanto ambulatorios como hospitalarios con carácter general. Está regulado mediante un decreto y una orden que lo desarrolla¹⁵.

2.1.2. Guías de unidades

Tanto el Ministerio de Sanidad y Consumo como las CC.AA. han elaborado guías para algunas unidades que, sin tener carácter normativo, persiguen la elaboración de estándares y recomendaciones. La “Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud”, aprobada en el Consejo Interterritorial de Salud y publicada por el Ministerio de Sanidad y Consumo¹, contiene un conjunto de recomendaciones en relación con las siguientes prácticas:

- Rasurado del periné. Enema.
- Acompañamiento durante el proceso.
- Período de dilatación.
- Manejo del dolor durante el parto.
- Posición materna durante el período expulsivo.
- Episiotomía.
- Partos instrumentales.
- Cesáreas.
- Contacto Precoz Madre-RN.
- Atención posnatal inmediata. Lactancia.

La comunidad autónoma de Andalucía publicó en 2005 la segunda edición del Proceso asistencial integrado de la atención al embarazo, parto y puerperio¹⁵, que contiene referencias organizativas y de gestión para este tipo de unidades, basadas en la organización secuencial de la asistencia al parto predominante en los hospitales españoles.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) ha elaborado un conjunto de recomendaciones para la organización del servicio de obstetricia¹⁶, incluyendo las recomendaciones sobre asistencia al parto¹⁷. Asimismo miembros de la SEGO y de la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor elaboraron, a solicitud del extinto INSALUD, unas recomendaciones sobre anestesia regional en el parto¹⁸. La Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) ha elaborado un documento de consenso sobre la asistencia al parto normal¹⁹.

2.2. Estándares y recomendaciones sobre la Atención Hospitalaria al Parto en otros países

2.2.1. Argentina

El Ministerio de Salud de la Nación publicó en 2004 una “Guía para la Atención al Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia”²⁰, que se benefició de la experiencia, entre otros participantes, de una de las personas expertas que ha elaborado este documento de estándares y recomendaciones (el Dr. Maañón) y otros miembros de las Unidades de Gestión Clínica de Obstetricia y Neonatología del Nuevo Hospital “El Milagro” (Salta, Argentina)²¹.

2.2.2. Canadá

La Society of Obstetricians and Gynaecologists de Canadá, con la colaboración de otras sociedades científicas canadienses ha publicado guías para la asistencia al parto²², incluyendo el uso de la ecografía²³.

2.2.3. Estados Unidos

La American Society of Anesthesiologists ha publicado guías de práctica clínica sobre la anestesia en obstetricia^{24, 25, 26}. Asimismo, el Institute for Clinical Systems Improvement ha publicado una Guía de Gestión del Parto^{16, 27}.

2.2.4. Reino Unido

Dentro de la serie de las Health Building Notes, el National Health Service del Reino Unido publicó, en 1996, la correspondiente al “Maternity department”²⁸, enfocada principalmente a la programación funcional y diseño del área obstétrica, basándose en consideraciones organizativas y de gestión. La guía del NHS sobre el “Maternity department” abarca también la unidad de neonatología. El diseño del “bloque obstétrico” que incorpora la guía del NHS se basa en la atención integral al parto en una misma habitación (LDRP: labour, delivery, recovery, and postpartum room).

El Departamento de Salud del Reino Unido ha elaborado, dentro del “National Service Framework for Children Young People and Maternity Services”, los estándares de los servicios de maternidad²⁹. Asimismo el Servicio Nacional de Salud Escocés ha publicado unos estándares clínicos para

los servicios de maternidad³⁰. El National Institute for Clinical Excellence (NICE) y el National Collaborating Centre for Women's and Children's Health han elaborado guías clínicas para la atención al parto normal^{31,32} y la cesárea³³, así como sobre la atención posnatal a la parturienta y el RN³⁴.

El Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, el Royal College of Midwives, el Royal College of Anaesthetists, y el Royal College of Paediatrics and Child Health han elaborado unos estándares mínimos para la asistencia al parto³⁵. Asimismo, el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists ha elaborado documentos y estándares para la planificación del servicio de obstetricia³⁶, consentimiento informado para cesárea³⁷, pérdidas perineales³⁸ y transfusión sanguínea en obstetricia³⁹.

2.3. Experiencia en España e internacional

La atención sanitaria del parto en España se puede situar en un modelo intervencionista institucionalizado, atendido por profesionales de medicina y de enfermería especializados/as y parto en el hospital, como sucede en países como Irlanda, Rusia, República Checa, Francia y Bélgica¹.

Coexisten en el entorno europeo otros modelos de atención alternativos. En un extremo se encuentra el modelo que, por ejemplo, siguen en Holanda y países escandinavos, desinstitucionalizado (con un importante porcentaje de partos en domicilio y atendido fundamentalmente por matronas cualificadas y autónomas). El actual modelo inglés sujeta la modalidad de asistencia durante el embarazo, parto y puerperio a la elección de la mujer, si bien el 90% de los partos se realizan en el hospital².

En 1996 nació en países de América la Coalición para la Mejora de los Servicios de Maternidad (CIMS)¹⁷, una coalición de organizaciones nacionales y particulares, cuyo objetivo es promover un modelo de atención a la maternidad, que mejore el resultado del parto y reduzca sustancialmente los costes. A partir de 1994 mantuvo reuniones y creó la Iniciativa de Hospitales Amigables con la Madre (Evidence-based Mother-Friendly Childbirth Initiative) estructurada en 10 pasos, similar al modelo de la IHAN en lactancia materna. Fue ratificada en 1996, y revisada a la luz de la evidencia científica por un grupo de investigadores en 2006, que elaboraron un documento que se puede descargar en varios idiomas¹⁸.

También en 2006 la CIMS organizó la creación de la International MotherBaby Childbirth Organization como organización independiente enfocada a atender los retos de aglutinar la iniciativa a nivel internacional, y de proveer una continua actualización de la evidencia científica y de herramientas, en colaboración con la OMS, la ONU, etc., para la mejora

de la atención materno-infantil en torno al nacimiento. La OMS ha recogido una versión condensada de la iniciativa en su herramienta para la evaluación de hospitales, que actualmente está a punto de publicar en una versión actualizada: “Assessment tool for the quality of hospital care for mothers and newborn babies”, dentro del programa de la OMS llamado “Making pregnancy safer”. Será un documento de mucha utilidad para la evaluación de buenas prácticas y auditoría interna de los resultados obstétricos en los hospitales⁴⁰.

Un aspecto relevante para la atención al parto es la definición de “parto normal” (eutócico). Algunas de las definiciones disponibles son las siguientes:

- **OMS:** Parto de comienzo espontáneo, de bajo riesgo, manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño o niña nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 y las 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño o niña se encuentran en buenas condiciones⁴¹.
- **SEGO:** Trabajo de parto de una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, que se inicia de forma espontánea entre la 37.^a y la 42.^a semana y que, tras una evolución fisiológica de la dilatación y el parto, termina con el nacimiento de un RN normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina. El alumbramiento y el puerperio inmediato deben, igualmente, evolucionar de forma fisiológica. Se considera parto distócico aquel que no cumpla estas condiciones. Entre un 70-80% de los partos son de bajo riesgo al comienzo del parto.
- **FAME:** Proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo¹⁹.

La SEGO define como **parto no intervenido** (parto sin medicalizar no intervenido) aquel que, por reunir las características descritas en la definición de parto normal, es asistido sin la utilización de procedimientos terapéuticos que alteren la fisiología del mismo. En la asistencia al parto no intervenido es igualmente fundamental la labor de vigilancia del estado materno-fetal, así como la asistencia psicológica a la parturienta y a su familia por parte del personal asistencial (matrón/a y auxiliar de enfermería).

Existen importantes variaciones entre los países de la Unión Europea en relación con la duración de la estancia media hospitalaria por asistencia al parto, que no parecen estar relacionadas con la modalidad de atención prenatal y del parto en cada país (tabla 2.2), sino posiblemente

con otros aspectos vinculados con el tipo de sistema sanitario, la gestión hospitalaria y la práctica profesional. Los países con sistemas sanitarios tipo “servicio nacional de salud” tienden a tener estancias medias más cortas que los sistemas basados en el modelo de “seguros sociales”. Una revisión de la base de datos Cochrane en relación con la duración de la estancia hospitalaria por parto señaló que los resultados no eran concluyentes, no existiendo evidencia de complicaciones (readmisiones de la madre o el RN) relacionadas con políticas de alta precoz, pero que las limitaciones metodológicas de los estudios incluidos no permitían descartar que hubiera esta relación. Tres estudios de los revisados encontraron resultados no concluyentes o positivos sobre los beneficios del alta precoz en relación con la depresión posparto. Otra conclusión de esta revisión era que no quedaba claro en qué medida la disponibilidad de asistencia de matrones/as en el domicilio afectaba a la seguridad y aceptabilidad del alta precoz posparto⁴².

Tabla 2.2. Estancia media del parto espontáneo (días).		
	2005	Observaciones
Austria	4,3	
Bélgica	4,5	2004
Dinamarca	2,9	
Finlandia	3,5	
Francia	4,6	2004
Alemania	3,7	2004
Grecia	4	2001
Irlanda	3	2004
Italia	3,6	2004
Luxemburgo	4,2	
Países Bajos	2,2	
Portugal	2,7	
España	2,6	
Suecia	2,4	
Reino Unido	1,5	
	3,3 ± ,93	
Fuente: ECO-SALUD OCDE 2007, Julio 07		

Se observan asimismo importantes variaciones entre los países de la Unión Europea en las tasas de cesáreas, situándose España en la media (tabla 2.3):

Tabla 2.3. Cesáreas por 100 nacimientos.		
	2005	Observaciones
Austria	24,4%	
Bélgica	17,8%	(2004)
Dinamarca	19,4%	
Finlandia	16,3%	(2002)
Francia	17,8%	(2001)
Alemania	26,7%	
Grecia	n. d.	
Irlanda	24,45%	(2004)
Italia	37,4%	(2004)
Luxemburgo	27,5%	
Países Bajos	13,6%	(2004)
Portugal	27,8%	
España	23,6%	(2003)
Suecia	17,2%	(2003)
Reino Unido	23,3%	
Media (en %)	22,7± 8,4	
Fuente: ECO-SALUD OCDE 2007, Julio 07		

Existen notables variaciones en las tasas de mortalidad materna entre los países de la Unión Europea de los 15, que pueden obedecer parcialmente a diferencias en los sistemas de registro (tabla 2.4):

Tabla 2.4. Tasas de mortalidad materna (muertes por 100.000 nacimientos).		
Austria	3,8	
Bélgica	2,5	(2004)
Dinamarca	7,7	
Finlandia	3,5	(2003)
Francia	7,4	(2003)
Alemania	4,1	
Grecia	2,8	(2004)
Irlanda	3,3	
Italia	3,4	(2002)
Luxemburgo	18,3	(2004)
Países Bajos	8,5	
Portugal	8,2	(2004)
España	4,5	(2004)
Suecia	2	(2004)
Reino Unido	5,7	
Fuente: ECO-SALUD OCDE 2007, Julio 07		

La serie de “Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the UK” aporta importantes datos para la mejora de la asistencia al embarazo, parto y puerperio^{43, 44}. Un 60% de las muertes maternas en el Reino Unido lo fueron por causas indirectas (condiciones preexistentes que empeoraron con el embarazo). El principal motivo de muerte materna por causas directas en el Reino Unido fue el tromboembolismo pulmonar (eclampsia como segunda causa), y las cardiopatías como la principal causa indirecta. Cuando se incluían las muertes tardías (un año después del parto), la causa principal de muerte en el Reino Unido eran las enfermedades psiquiátricas (entre ellas, el suicidio por psicosis puerperal). Una investigación sobre muertes maternas en el Reino Unido⁴⁴ encontró que en el 67% de las muertes por causa directa y el 36% de aquellas por causas indirectas se había prestado una asistencia sanitaria “sub-estándar” (de calidad inferior a la debida). Existía, asimismo, una relación entre mortalidad maternal y privaciones socioeconómicas.

Además de las guías elaboradas por las administraciones y las sociedades científicas citadas en el apartado 2, se han publicado revisiones de la base de datos Cochrane en relación con la cesárea electiva por razones no médicas en el embarazo a término⁴⁵, monitorización fetal⁴⁶, amniotomía para acelerar el parto⁴⁷, rasurado perineal⁴⁸, enema⁴⁹, utilización de oxitocina⁵⁰, analgesia epidural^{51, 52}, acompañamiento continuo⁵³, alivio del dolor⁵⁴, conducta activa o expectante durante el alumbramiento⁵⁵, inmersión en agua⁵⁶, episiotomía⁵⁷, utilización de ventosa o fórceps^{58, 59}, uso de ergotamina^{60, 61}, y alta precoz⁴², la mayoría de ellas citadas y analizadas en la “Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007)¹.

Referencias

² Instituto de Información Sanitaria. Base de datos de CMBD (2005).

³ El INE registra para el mismo año 459.265 partos, pudiendo explicar la diferencia los traslados entre hospitales.

⁴ Fuente: GDR, Sistema Nacional de Salud, Norma Estatal, 2006 (<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/cmbd.htm>). Elaboración propia.

⁵ Entre otros. Programa Funcional del Nuevo Hospital Central de Asturias (2003); Programa Funcional del Nuevo Hospital de Vigo (2006); Rediseño del bloque obstétrico del Hospital Costa del Sol (Marbella).

⁶ Islas Baleares. Ordre de la Conselleria de Sanitat i Consum, de dia 19 de desembre de 2000, per la qual s'estableixen les condicions, requisits i el procediment d'autorització per a la creació, modificació, trasllat i tancament dels hospitals (BOIB 7, de 16/1/2001).

- ⁷ Canarias. Orden de 15 de junio de 2000, de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se establecen las condiciones mínimas que deben cumplir los centros hospitalarios de la Comunidad Autónoma de Canarias (BOC 107, de 16/8/2000).
- ⁸ Cataluña. Ordre de 10 de juliol de 1991, per la qual es regula l'acreditació dels centres hospitalaris (DOGC 1477, de 7/8/91)
- ⁹ Galicia. Orde do 24 de setembro de 1986, pola que se fixan os requisitos e condicións necesarias para a autorización dos centros de asistencia hospitalaria na Comunidade Autónoma de Galicia.
- ¹⁰ Orden 577/2000, de 26 de octubre, de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, por la que modifica los requisitos técnico-sanitarios de determinadas unidades establecidas en el Anexo II de la Orden 11-2-1986 (LCM 1986\850), de requisitos para creación, modificación o supresión de centros, servicios y establecimientos sanitarios e incorpora y define nuevas tipologías
- ¹¹ País Vasco. Orden de 29 de febrero de 1996, del Consejero de Sanidad, por la que se regulan las autorizaciones de creación, de realización de modificaciones y de funcionamiento de los hospitales de la Comunidad Autónoma del País Vasco.
- ¹² Generalitat de Catalunya: Decret 5/2006, de 17 de gener, pel qual es regula l'acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda i el procediment d'autorització d'entitats avaluadores.
- ¹³ Resolución de 24 de julio de 2003, de la Dirección General de Organización de Procesos y Formación, por la que se establece el sistema de acreditación de la calidad de los centros y unidades sanitarias del Sistema Sanitario Público de Andalucía, de acuerdo con el modelo de calidad del sistema sanitario de Andalucía.
- ¹⁴ Galicia. Decreto 52/2001, de 22 de febrero.
- ¹⁵ Extremadura. Decreto 227/2005, de 27 de septiembre. Orden de 18 de julio de 2006.
- ¹⁶ <http://www.icsi.org/home>
- ¹⁷ Coalition for Improving Maternity Services: www.motherfriendly.org
- ¹⁸ <http://www.motherfriendly.org/downloads.php>
- ¹⁹ FAME, Jornada Iniciativa Parto Normal. Vélez Málaga, 9 y 10 de junio de 2006. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/definicion-de-parto-normal>.

3. Derechos y garantías de los usuarios/as

El hospital con Maternidad deberá observar y respetar los derechos de las usuarias, los RN y familiares recogidos en la legislación sanitaria vigente y, en particular, lo previsto en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y la Carta europea de los derechos de las niñas y niños hospitalizados. Nuestro ordenamiento jurídico sanitario otorga la máxima protección a la dignidad e intimidad de los usuarios y usuarias y su derecho a recibir información adecuada, tomar decisiones libremente y elegir entre las alternativas clínicas disponibles.

En este capítulo se recogen con cierto detalle aspectos sobre la información que debe facilitarse a las mujeres y familiares de estas unidades y, de forma general, aquellos otros incluidos en la normativa y que deben de ser tenidos en cuenta.

3.1. Maternidades Hospitalarias orientadas a las familias

La toma de decisiones informadas sobre el parto por parte de las mujeres es un derecho y un elemento clave de calidad de la atención. El titular del derecho a la información es la usuaria, si bien la familia será informada en tanto ella lo consienta o solicite. El parto tiene una dimensión familiar que es necesario incorporar a la atención. La participación de la familia en todo el proceso de atención institucional, implica²⁰:

- Facilitar la presencia de un/a acompañante durante la consulta externa obstétrica, pediátrica/neonatal, de diagnóstico por imágenes, etc.
- Ofrecer a todas las mujeres la presencia sin restricciones de la persona acompañante que ella elija durante el trabajo de parto y el parto.
- Posibilitar la permanencia de un/a acompañante durante el ingreso de las mujeres.
- Facilitar las visitas de la familia durante el ingreso de la madre y el RN.
- No separar nunca a la madre de su RN si éste es sano.
- Acceso libre de la madre y del padre al servicio de Neonatología si el RN debiera permanecer ingresado y visitas dirigidas para el resto de los familiares (abuelos, hermanos, etc.).

3.2. Información a mujeres y familiares.

Consentimiento informado

Las mujeres deben tener la oportunidad de tomar decisiones informadas sobre el embarazo, parto, analgesia y anestesia, por lo que precisa una información adecuada y oportuna en el tiempo. Se debe facilitar material idóneo (audiovisual, escrito, etc.) durante el embarazo.

La mujer que va a dar a luz puede encontrarse en una situación de gran vulnerabilidad física y psíquica y tener dificultades para expresar sus deseos y necesidades. Por ello, los y las profesionales deben hacer un mayor esfuerzo para facilitar la expresión de estas necesidades y asegurarse de que las decisiones se adoptan con las garantías suficientes en cuanto a información y libertad de elección.

La información que debe facilitarse a las mujeres atendidas en la M.H. atenderá a los siguientes aspectos:

- Características generales de la maternidad.
- Derecho a conocer a los asistentes.
- Información detallada sobre el proceso del parto.
- Consentimiento informado, que, en los supuestos contemplados por la Ley, se recogerá por escrito²¹.
- Instrucciones y recomendaciones.

La información facilitada en la MH debe incluir todos los aspectos que faciliten la participación activa de las mujeres y sus acompañantes en la atención del proceso del parto^{3,22}. La Estrategia de atención al parto normal en el SNS recomienda:

- Asegurar y garantizar el acceso y comprensión de la información a las mujeres sobre el proceso fisiológico del parto y sobre el conocimiento disponible acerca de las diferentes prácticas clínicas avaladas científicamente en la atención al parto.
- Esta información debe ser: completa, considerando las razones, los beneficios, los riesgos y los resultados; adecuada a las necesidades de las mujeres; comprensible en relación con el lenguaje y con el momento en que se da la información; y disponible en el formato adecuado.
- Ofrecer a las mujeres información basada en la evidencia con la finalidad de permitirles tomar decisiones informadas de acuerdo con sus necesidades y expectativas.
- Respetar las decisiones que tome la mujer acerca de su parto (por ejemplo, del plan de parto y nacimiento elaborado durante el em-

barazo) dentro del marco de seguridad y calidad establecido por la evidencia científica.

- Garantizar el reconocimiento del derecho de la madre y el padre o tutor legal sobre cualquier decisión en relación con el RN.
- Facilitar y garantizar que las mujeres y asociaciones de mujeres participen en la evaluación de la atención al parto y nacimiento.
- Introducir mecanismos correctores de las barreras físicas, psíquicas, lingüísticas y culturales que dificultan la toma de decisiones informadas por parte de las mujeres.
- Facilitar a las embarazadas y sus parejas el conocimiento de la maternidad y de su personal antes del parto y de la existencia de grupos de apoyo madre-madre en el hospital.
- Desarrollar programas que estimulen a las mujeres a la toma de decisiones relativas al proceso del embarazo, parto y posparto.
- Investigar estrategias de divulgación efectivas que permitan a las mujeres acceder a información suficiente, relevante y acorde con sus valores y creencias.
- Establecer los mecanismos para garantizar que todas las usuarias hagan uso de su derecho a tomar decisiones informadas en pleno conocimiento de los riesgos y beneficios de su situación de salud.
- Dar a conocer experiencias positivas de parto no medicalizado (vídeos, testimonios de mujeres...).
- Establecer programas de educación sanitaria que propicien la activa participación de la comunidad en temas sanitarios. Fomentar las asociaciones de usuarias y promover su participación.
- Consignar explícitamente las preferencias de las mujeres durante el proceso de toma de decisión.
- Facilitar a las personas con dificultades de comunicación el acceso a la información y el ejercicio de su derecho a participar activamente.
- Comprometer a las y los profesionales y capacitar a la ciudadanía para promover un estado de opinión que favorezca la participación efectiva y la toma de decisiones informadas sobre la asistencia sanitaria.
- Elaborar un modelo de toma de decisiones y diseñar instrumentos que permitan la cuantificación de la participación de la población usuaria.

La Estrategia de atención al parto normal establece como indicador para su evaluación el número de M.H. que incluyen en sus protocolos de atención al parto estas recomendaciones.

3.2.1. Información sobre las características generales de la maternidad

Se recomienda que la **información de acogida (folleto, tríptico) incluya, al menos, una descripción de la evolución del parto con sus diferentes fases** y advertencias o consejos especiales. La inclusión de fotografías de la unidad puede ayudar a la comprensión de su funcionamiento. Esta información debería ofrecerse durante el seguimiento del embarazo.

3.2.2. Derecho a identificar a los asistentes

“Los profesionales y los responsables de los centros sanitarios facilitarán a sus pacientes el ejercicio del derecho a conocer el nombre, la titulación y la especialidad de los profesionales sanitarios que les atienden”²³.

3.2.3. Información detallada sobre el proceso de parto

Se recomienda que la información aportada a la parturienta conste de los siguientes apartados:

- Información sobre el proceso de parto.
- Información sobre las diferentes posibilidades de alivio del dolor disponibles en el centro. El 100% de las parturientas deben recibir la oferta de alivio del dolor de parto, tanto con métodos no farmacológicos como con analgesia sistémica o neuroaxial, que se individualizará según sus preferencias, las circunstancias obstétricas y las condiciones médicas concurrentes²⁴.
- Información sobre el estado del feto.
- Información a las y los familiares / acompañante en el parto para que proporcionen un apoyo afectivo.

3.2.4. Instrucciones y recomendaciones

Debe facilitarse a la usuaria la siguiente información por escrito²⁵:

- Instrucciones previas al ingreso a la MH (consulta obstétrica / centro de salud).

- Formulario sobre preferencias de la embarazada respecto al parto y nacimiento.
- Instrucciones y recomendaciones para la estancia de la parturienta, pareja y/o acompañantes en la MH.
- Carta de derechos y obligaciones de los usuarios.
- Instrucciones y recomendaciones para el puerperio inmediato.
- Información general sobre los cuidados inmediatos del RN sano²⁶ y consejos y asesoramiento sobre la lactancia materna y, en caso de estar disponible, contacto con los grupos de apoyo a la lactancia materna.
- Información sobre el acceso a recursos de atención continuada vinculados con la MH.

3.2.5. Consentimiento informado

Además de la referencia realizada en el apartado 3.2 acerca de la información sobre el parto, la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos (en especial la cesárea), así como la administración de tratamientos que impliquen riesgos requerirá la información y el consentimiento por escrito, según lo previsto en la legislación aplicable²⁷.

Se recomienda que exista un modelo de consentimiento informado por cada procedimiento o tratamiento de estas características incluido en la cartera de servicios de la M.H.

Como cualquier otro usuario, la parturienta tiene derecho a negarse al tratamiento o intervención que se lo propone (“Rechazo Informado”). Su negativa se hará constar por escrito.

La mujer podrá elegir libremente la postura que desee para parir, que la monitorización sea continua o intermitente, deambular o permanecer tumbada, recibir anestesia/analgesia epidural u otro medio de alivio del dolor. La capacidad de elegir sólo está limitada por la disponibilidad de la opción elegida y la buena praxis. El hecho de no aceptar el tratamiento prescrito no dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos.

Una revisión Cochrane⁵¹ concluye que la analgesia epidural parece ser eficaz para el alivio del dolor durante el trabajo de parto. Sin embargo,

las mujeres que utilizan esta forma de alivio del dolor se encuentran en mayor riesgo de parto instrumental. La analgesia epidural en la mencionada revisión no tuvo una repercusión estadísticamente significativa en el riesgo de cesárea, satisfacción materna con el alivio del dolor y lumbalgia a largo plazo, y no pareció tener un efecto inmediato en el estado neonatal, según la puntuación de Apgar. Además del aumento de riesgo de parto instrumental, la analgesia epidural tiene una frecuencia muy baja de efectos adversos (hematoma epidural; infección epidural profunda; lesión neurológica permanente o transitoria)⁶².

Si se realiza una esterilización durante una cesárea programada, el consentimiento informado por escrito debe recogerse con antelación a la fecha programada para la intervención.

3.3. Garantías de los derechos de los usuarios/as

Los centros sanitarios en donde exista M.H. deberán disponer de la siguiente documentación y procedimientos, además de aquellos más específicos incluidos en el apartado 3.2:

- a) Cartera de servicios.
- b) Plan de acogida.
- c) Código ético.
- d) Guías, vías o protocolos de práctica clínica.
- e) Procedimientos escritos de ensayos clínicos.
- f) Lista de precios.
- g) Historias clínicas.
- h) Reclamaciones y sugerencias.
- i) Informes de alta hospitalaria.
- j) Protocolos que garanticen la seguridad, la confidencialidad y el acceso legal a los datos de las y los pacientes.
- k) Libro de reclamaciones y sugerencias.
- l) Seguro de responsabilidad.
- m) Archivo de pólizas.

Se deberá garantizar el derecho de acceso a estos documentos por parte de las parturientas o personas vinculadas por razones familiares o de hecho, en los términos señalados en la legislación vigente, a excepción de los señalados en los apartados d), e) y j).

A continuación se desarrollan algunos aspectos relativos a estos derechos. Los apartados a) Cartera de servicios, g) Historias clínicas, e i) Infor-

mes de alta hospitalaria, están contemplados en el capítulo 5, “Organización y Gestión”, de este documento.

3.3.1. Plan de acogida

Los hospitales dispondrán de un Plan de Acogida destinado a las y los pacientes ingresados. La M.H. debe contar con un Plan de Acogida destinado a sus usuarias, en el que se recoja la información general señalada en los apartados 3.1.1 y 3.1.2, así como la relacionada con el listado anterior de derechos y deberes.

3.3.2. Código ético

Todo centro sanitario en donde exista MH dispondrá de un código ético adaptado al mismo, en el que se plasme el conjunto de principios y reglas éticas que inspirarán su actividad, de acuerdo con la deontología profesional y, en especial, el Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio de Oviedo), de 4 de abril de 1997; el Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial; y el Código Deontológico de la Enfermería Española.

3.3.3. Guías de práctica clínica

La M.H. dejará constancia documental fehaciente de las guías, vías o protocolos de práctica clínica que apliquen, junto con sus evaluaciones y, en su caso, modificaciones y adaptaciones.

3.3.4. Procedimientos de ensayos clínicos

La realización de ensayos clínicos deberá sujetarse a las condiciones y garantías establecidas en su legislación específica.

3.3.5. Lista de precios

El hospital en donde exista M.H. deberá disponer de una lista de precios a disposición de los usuarios/as, que deberá ser comunicada a la

Administración competente de acuerdo con la normativa específica en la materia.

3.3.6. Reclamaciones y sugerencias

1. El hospital donde exista M.H. tendrá a disposición de los usuarios hojas de reclamaciones y sugerencias que permitan dejar constancia de las quejas, reclamaciones, iniciativas o sugerencias relativas a su funcionamiento que estimen convenientes.
2. Su existencia se señalará de forma visible y su situación deberá ser la más accesible para hacer posible su identificación y uso.
3. Los reclamantes de las MH tienen derecho a obtener respuesta por escrito de las quejas o reclamaciones presentadas por parte de la persona responsable del centro, o persona autorizada, sin perjuicio de su remisión a la administración competente, de acuerdo con lo previsto en la normativa autonómica correspondiente.
4. Las quejas, reclamaciones, iniciativas y sugerencias deberán ser objeto de evaluación periódica.

3.3.7. Seguro de responsabilidad

1. Las y los profesionales sanitarios que ejerzan en el ámbito de la asistencia sanitaria privada, así como las personas jurídicas o entidades de titularidad privada que presten cualquier clase de servicios sanitarios, deberán disponer del preceptivo seguro de responsabilidad, aval u otra garantía financiera, que cubra las indemnizaciones que se puedan derivar de un eventual daño a las personas, causado con ocasión de la prestación de tal asistencia o servicios.
2. El hospital privado en donde exista M.H. deberá disponer de póliza de seguro de responsabilidad acorde con su actividad para hacer frente a las eventuales indemnizaciones por daños a pacientes de quienes deban responder.

3.3.8. Archivo de pólizas

Los centros y, en su caso, las y los profesionales sanitarios por cuenta propia deberán conservar copia de los documentos acreditativos de las garantías de responsabilidad exigidas.

Referencias

²⁰ Tomado de Uranga A y cols. *Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia*²⁰.

²¹ “Se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente” (art. 8.2 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica).

²² De forma previa al ingreso es importante destacar la información que se facilita a la embarazada en atención primaria en coordinación con atención especializada (cartilla de la embarazada).

²³ Art. 5.1.e de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

²⁴ La información sobre la técnica de analgesia epidural debe ser dada precozmente. Si la paciente desea más información, se debe facilitar su acceso a una visita anestésica, especialmente cuando se adviertan posibles factores de riesgo: obesidad, tatuajes en zona lumbar, alteraciones de columna lumbar, dificultad para intubación.

²⁵ En general esta información será proporcionada antes del ingreso, en el nivel de atención primaria, por la matrona o matrón, en coordinación con la MH.

²⁶ La SEN (<http://www.se-neonatal.es>) dispone de Guías informativas sobre estos aspectos.

²⁷ La SEGO (<http://www.sego.es> —acceso restringido a socios—) ha elaborado modelos de consentimiento informado para numerosos procedimientos.

4. Seguridad del paciente

Este capítulo está dedicado a aquellos criterios y orientaciones referidos a la seguridad de la madre y el RN durante su asistencia en la MH.

4.1. Infecciones nosocomiales

1. La M.H. dispondrá de un programa de vigilancia y prevención de la infección nosocomial, adaptado a sus características y actividad, que garantice la identificación de pacientes en riesgo y procedimientos de riesgo, así como la información a las autoridades competentes, de conformidad con las disposiciones vigentes.
2. A tales efectos, se elaborará un protocolo que incluya los aspectos relativos a la higiene de manos, uso de soluciones hidroalcohólicas, utilización de antisépticos, profilaxis antibiótica, prevención y gestión de accidentes ligados a la exposición de sangre, situaciones y tipos de aislamiento de enfermas/os y riesgos de infecciones en procedimientos invasivos^{63, 64, 28}. **Una reciente revisión Cochrane sugiere que los lavados mediante frote de manos con soluciones hidroalcohólicas son, al menos, tan efectivos como el cepillado; no se encontró en esta revisión evidencia sobre ventajas de determinadas soluciones hidroalcohólicas frente a otras; la evidencia disponible sugería que los cepillados con clorhexidina alcohólica son más eficaces que con povidona yodada⁶⁵.**

4.2. Prevención de la infección neonatal transmitida por la madre¹⁵

La M.H. debe disponer y aplicar el protocolo correspondiente de actuación para la prevención de la infección neonatal por estreptococo *agalactiae* grupo B (anexo 1).

Asimismo, cuando proceda, se deberán aplicar los protocolos de prevención en situaciones de riesgo de transmisión vertical (hepatitis B, VIH, etc.).

4.3. Alertas epidemiológicas

En el hospital donde exista M.H. existirá un dispositivo de alerta epidemiológica conectado con las autoridades sanitarias competentes, de acuerdo con la normativa vigente.

4.4. Gestión de fármacos

1. En la M.H. existirá un procedimiento sobre el almacenamiento, empaquetado, identificación, manipulación y prescripción de los medicamentos, con atención específica a los de alto riesgo en su manipulación y administración, y al control de su caducidad.
2. En el hospital donde exista M.H. se atenderán a las obligaciones específicas impuestas por la legislación del medicamento.
3. Se recomienda la elaboración de normas, equivalentes a las de quirófano, para la custodia de los tóxicos en el paritorio / Unidad de Trabajo de Parto, Parto y Recuperación (UTPR), así como el uso de bombas de infusión que impidan la manipulación por parte de las usuarias o familiares.

4.5. Gestión de hemoderivados

1. La gestión y seguridad de los hemoderivados es competencia del banco de sangre del centro, que debe estar acreditado para ello²⁹.
2. Asegurar la identificación inequívoca del paciente receptor de la previa a la toma de muestras y previa a la transfusión de sangre y hemoderivados³⁰.
3. **Es recomendable la existencia de un protocolo de hemorragia masiva obstétrica, que incluya la colaboración activa de: anestesia, hematología-banco de sangre, laboratorio, obstetricia y enfermería. Este protocolo debe ser conocido y ensayado por todo el personal implicado y debe incluir escalones diagnósticos y terapéuticos. Asimismo, es recomendable la existencia de un circuito analítico especial para los casos de hemorragias muy graves, que permitan responder de forma adecuada a la pérdida sanguínea, que puede superar los 150 mL/min. El banco de sangre debería contar con el mismo circuito cuando se alerte de la existencia de una hemorragia masiva⁶⁶.**

4.6. Identificación de las parturientas y del RN

1. **En los centros en donde haya MH existirá un sistema fiable, inequívoco, universal y único de identificación de pacientes.**
2. Dicho sistema debe permitir comprobar la identidad de tales pacientes antes de realizar cualquier procedimiento de riesgo y/o de administrar medicamentos y hemoderivados y previamente a cualquier procedimiento diagnóstico.
3. **La M.H. debe disponer de un sistema inequívoco de identificación del RN**^{67, 31, 32}.

La huella o impresión plantar por sí sola no asegura la identificación, pues la dificultad de obtenerla en forma correcta condiciona que sólo sea útil en menos del 30% de los casos y además no permite una permanente identificación del binomio madre-hijo/a.

4.7. Gestión de seguridad

1. Los centros sanitarios en donde existan MM.HH. deberán velar por el cumplimiento de las medidas de seguridad, calidad y adecuación tecnológica, así como de la gestión de riesgos para los y las pacientes.
2. **En los procedimientos quirúrgicos que se desarrollen en la MH se seguirán las prácticas de seguridad quirúrgica**³³.
3. En los centros sanitarios clasificados como C.1 (Hospitales) en el Real Decreto 1277/2003, dependiendo de la dirección asistencial existirá una comisión o, en su caso, una unidad encargada de la identificación y registro de los efectos adversos que se produzcan como consecuencia de la atención sanitaria, así como la aplicación y evaluación de acciones de mejora en relación con los mismos.
4. **Se elaborarán pautas de seguridad institucional para evitar el robo/cambio de niños/as.**
5. **Las usuarias de la MH deben tener un papel activo en la mejora de su seguridad, informándose e implicándose en sus cuidados y tomando parte activa en las decisiones sobre su tratamiento.**

4.8. Plan de autoprotección

1. Los centros sanitarios en donde existan MM.HH. tendrán implantado un plan de autoprotección, que establecerá la organización de

los medios humanos y materiales disponibles para la prevención del riesgo de incendio o de cualquier otro equivalente, así como para garantizar la evacuación y la intervención inmediata, ante eventuales catástrofes, ya sean internas o externas.

2. El plan de autoprotección comprenderá la evaluación de los riesgos, las medidas de protección, el plan de emergencias y las medidas de implantación y actualización, estando entre éstas las de formación de todo el personal del centro en la actuación ante situaciones de emergencia.

4.9. Gestión de residuos biológicos

1. El hospital en donde exista M.H. estará dotado de un sistema de gestión de los residuos biológicos sanitarios acorde a la normativa vigente³⁴. Estos centros contarán con los medios necesarios para la correcta manipulación, recogida, almacenamiento, transporte, tratamiento y eliminación, tanto dentro como fuera del centro generador.
2. De forma específica los residuos sanitarios a los que se hace referencia en el hospital donde exista M.H. serían los pertenecientes al Grupo III: Residuos sanitarios específicos de riesgo (residuos anatómicos, como por ejemplo la placenta) y Grupo IV: Residuos tipificados en normativas singulares (restos anatómicos humanos con entidad como restos humanos con entidad procedentes de abortos u operaciones quirúrgicas).
3. **En el hospital donde exista M.H. se registrará por la legislación vigente en materia de donación, obtención, evaluación, procesamiento, preservación, almacenamiento y distribución de células y tejidos humanos, específicamente en los aspectos referentes al cordón umbilical³⁴.**

4.10. Gestión de riesgos³⁵

Las buenas prácticas en términos de seguridad del paciente requieren una aproximación organizativa para la gestión del riesgo. Las instituciones deben desarrollar sistemas robustos para asegurar, a través de la dirección clínica, que están proveyendo una asistencia segura y obtienen lecciones de su propia práctica y de la de otros. En esta política son centrales los procesos de gestión del riesgo, incluyendo la revisión de la cultura organizativa, evaluación del riesgo, entrenamiento, inducción, protocolos, comunicación, auditoría y aprendizaje de los efectos adversos, reclamaciones y quejas. **La gestión**

del riesgo debe ser supervisada y coordinada por un grupo de gestión de la MH, presidido por un facultativo “sénior” (médico/a o matrón/a) y con una representación multidisciplinar, que debe reunirse al menos cada 6 meses. Debe haber un entrenamiento multidisciplinar en gestión del riesgo.

Debe haber una evaluación proactiva y continua de los riesgos dentro de la M.H., junto con una evaluación formal de riesgos con una periodicidad mínima de dos años. Tiene que existir un registro disponible de incidentes extraído del proceso de evaluación de riesgo, debiendo ser un documento dinámico que ha de contener las acciones que han sido adoptadas para reducir el riesgo, así como añadir los riesgos identificados de la evaluación o análisis de los incidentes registrados.

Es preciso poner en funcionamiento sistemas para registrar los incidentes, con asesoramiento específico sobre qué incidentes deben informarse.

Cuando se produzcan incidentes, la M.H. debe considerar las causas y consecuencias de los problemas identificados. El análisis oportuno de los problemas subyacentes con un plan de acción apropiado ha de ser parte del proceso de aprendizaje e implementación de cambios. **Debe haber un sistema escrito de gestión del riesgo, incluyendo incidentes centinelas para el sistema de registro de los efectos adversos. Tienen que existir auditorías regulares de los indicadores obstétricos, tales como cesáreas de urgencia e indicadores neonatales, retrasos o fracasos en la resucitación.**

Las reuniones para revisar los efectos adversos forman parte del sistema de gestión del riesgo, así como del proceso de aprendizaje de la MH. La buena comunicación con todos los y las profesionales implicados en cualquier incidente es un mecanismo importante para reducir la incidencia de que ese efecto adverso vuelva a ocurrir. Debe mantenerse transparencia en relación con los resultados del aprendizaje, mediante reuniones multidisciplinarias y retroalimentación a través de comunicación electrónica o en papel.

Mientras que muchas revisiones de incidentes identificarán cambios en prácticas y sistemas que probablemente mejoren los resultados sin incremento de costes, algunas pueden requerir cambios que precisen mayores recursos. Las personas responsables de la administración y gestión de los centros deben ser informadas de estas necesidades.

Es importante que los facultativos documenten adecuadamente los incidentes. Se pueden emplear abreviaturas cuando, una vez escrito de forma completa, se haya entrecomillado la abreviatura. **Es crucial, no sólo por razones médico-legales sino también para mejorar la práctica clínica, disponer de sistemas para documentar y registrar las decisiones clínicas e incidentes. El archivo de todos los datos es vital. El archivo de cardiotocogramas, partogramas y hoja anestésica deben ser obligatorios. Una persona dentro de la MH, preferiblemente la persona encargada de la gestión de riesgos, debe ser responsable de asegurar que se adoptan los métodos adecuados.**

Las medidas de resultado y estándares deben ser adoptadas, auditadas y publicadas como un informe anual en línea con la mejor práctica. El informe ha de incluir una evaluación de las opiniones de las mujeres y familiares sobre la atención recibida (encuestas de satisfacción) e informar la revisión regular de la provisión del servicio y sistema de gestión del riesgo.

Referencias

²⁸ Para evitar las infecciones secundarias al empleo de técnicas de analgesia neuroaxial, se deben realizar estos bloqueos tras la desinfección de la zona lumbar con una solución de clorhexidina alcohólica, dejando actuar esta solución durante al menos 2 minutos. El anestesiólogo/a procederá al lavado-desinfección quirúrgica de las manos y deberá realizar el bloqueo provisto de gorro y mascarilla, así como con guantes estériles y campo estéril.

²⁹ Real Decreto 1088/2005, de 16 de septiembre, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión, y Real Decreto 1301/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos.

³⁰ “La administración de una transfusión de sangre o de alguno de sus componentes deberá ir precedida de la comprobación inequívoca, por parte de la persona que la realiza, de los datos de identificación del paciente y de los datos de identificación de la unidad de sangre o componente sanguíneo a él destinado”. Art. 19.1 del Real Decreto 1088/2005.

³¹ “Las sustituciones de un niño por otro que se produjeren en centros sanitarios o socio-sanitarios por imprudencia grave de los responsables de su identificación y custodia, serán castigadas con la pena de prisión de seis meses a un año” (art. 220.5 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal).

³² Como métodos seguros se han recomendado:

- a) Identificación mediante pulseras (madre-hijo/a) y pegatinas con códigos de barras + pelmatoscopia + gota de sangre del RN (de cordón) en la tarjeta de la huella⁶⁷.
- b) Identificación mediante pulseras y pegatinas con código de barras y toma de la huella dactilar materna y del RN por sistema biométrico en PDA, siempre que sea posible la inversión económica para este sistema (ICN, Identificación y Custodia Neonatal).

³³ Incluidas en: MSC. *Bloque Quirúrgico. Estándares y recomendaciones*, 2009.

³⁴ En España, la Directiva 78/319/CEE, de 20 de marzo, relativa a los Residuos Tóxicos y Peligrosos, se transpuso a la normativa española por la Ley 20/1986, de 14 de mayo, Básica de Residuos Tóxicos y Peligrosos, derogada por la Ley 10/1998, de 21 de abril, de Residuos, que junto con los reales decretos que las desarrollan y la normativa autonómica constituyen la legislación vigente.

³⁵ El Real Decreto 1301/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos (BOE núm. 270, de 11/11/2006).

5. Organización y gestión

La Maternidad Hospitalaria (M.H.) se define como una organización de profesionales sanitarios/as, que ofrece asistencia multidisciplinar a la parturienta, al RN y a la familia en el parto y el nacimiento, y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones adecuadas de seguridad, calidad y eficiencia para realizar esta actividad. La atención hospitalaria al parto se apoya en un trabajo multidisciplinar que incluye matrones/as, enfermería y especialistas en obstetricia, neonatología y anestesiología.

Este capítulo está dedicado a aquellos criterios y orientaciones referidos a los distintos atributos de la M.H. como organización: relación de la MH con otras unidades, dentro del hospital u centros y servicios sanitarios y, en su caso, otros servicios (sociales, educativos, etc.); cartera de servicios; organización y funcionamiento de la MH; y los aspectos relativos a la gestión de pacientes.

5.1. Niveles asistenciales de la Atención Hospitalaria al Parto

La Atención Hospitalaria al Parto culmina el proceso del embarazo y se continúa con el del puerperio, el cual se inicia una vez producido el parto. Durante el seguimiento del embarazo se precisa una estrecha relación entre el nivel de atención primaria y especializada. Se han mencionado, en el apartado 3.2, algunos de los aspectos que en relación con el parto y el derecho a elegir de las mujeres deben ser abordados durante el seguimiento del embarazo, así como información que les permita reconocer el inicio del parto. Asimismo, durante el seguimiento del embarazo realizado en el nivel de atención primaria debe identificarse el riesgo del embarazo y parto, pues el nivel de riesgo condicionará qué MH debe seguir y atender el proceso del parto, así como las urgencias obstétricas que requieren derivación al hospital.

El riesgo durante el embarazo puede clasificarse en cuatro niveles¹⁵:

- **Bajo riesgo.** Este grupo está integrado por gestantes en las que no es posible identificar ninguno de los factores de riesgo que se definen en los apartados siguientes. Para catalogar a una usuaria como de “bajo riesgo” los factores de riesgo han debido ser investigados correctamente.

- **Riesgo I o medio.** Pertenecen a este grupo aquellas embarazadas que poseen factores de riesgo de baja sensibilidad y especificidad (anexo 2). Los factores de riesgo de este grupo son bastante frecuentes y no se asocian necesariamente con un mal resultado del embarazo, pero su presencia hace más probable la aparición de complicaciones. Estas gestantes no requieren por lo general recursos altamente especializados, debiéndose vigilar en consultas prenatales obstétricas. También se incluyen en este grupo factores de riesgo con una mayor sensibilidad y especificidad, pero las gestantes que los poseen no requieren Atención Especializada hasta el tercer trimestre o durante el parto. Para el control y vigilancia de estos embarazos, habitualmente es suficiente el personal de los equipos de obstetricia y el equipamiento que existe normalmente en los centros de atención primaria. En circunstancias o situaciones excepcionales, estas gestantes podrán ser derivadas a consultas de Tercer Nivel.
- **Riesgo II o alto.** Gestantes con factores de riesgo poco frecuentes pero con una gran especificidad y/o sensibilidad (anexo 2). Estas gestantes tienen un aumento notable de la posibilidad de complicaciones durante el embarazo y el parto. Además, suelen requerir recursos sanitarios habitualmente no disponibles en asistencia ambulatoria, por lo que el control sanitario del embarazo debería realizarse por un Servicio de Alto Riesgo de Obstetricia o tercer nivel desde el inicio del mismo o desde el momento en que se detecte el factor de riesgo.
- **Riesgo III o muy alto.** Gestantes con factores de riesgo muy poco frecuentes pero con muy alta sensibilidad y/o especificidad. Las patologías referidas a este grupo han sido reseñadas en los grupos de riesgo anteriores (anexo 2), pero en este grupo las gestantes suelen requerir atenciones especiales, recursos sanitarios de alta tecnología, vigilancia por los Servicios de Alto Riesgo de Obstetricia y hospitalización casi sistemática.

La clasificación de hospital / M.H. utilizada en la Estrategia de Atención al Parto Normal en el SNS se basa en el número de partos atendidos por año:

- Nivel 1: Centros con menos de 600 partos.
- Nivel 2: Centros con 600 partos o más y menos de 1.200.
- Nivel 3: Centros con 1.200 partos o más y menos de 2.400.
- Nivel 4: Centros con 2.400 partos o más.

Dentro del SNS no parecen existir diferencias relevantes entre el tamaño o tipología de hospital y la tasa de cesáreas o porcentaje de partos registrados como “sin complicaciones” (GRD 373).

Tabla 5.1. Indicadores de actividad; porcentaje de cesáreas y de partos sin complicaciones en el SNS.

Tamaño de hospital.					
	< 200 Camas	200-500	501-1.000	> 1.000 Camas	Total
Casos	61.018	110.809	103.597	89.227	364.651
Estancias	203.855	355.874	348.858	306.258	1.214.845
Est. Media	3,34	3,21	3,37	3,43	3,33
% Cesáreas	20,4%	19,7%	19,4%	19,5%	19,7%
% P. Vaginal Normal (373)	57,7%	58,4%	55,1%	54,7%	56,4%
Fuente: Instituto de Información Sanitaria. Norma GRD 2006.					

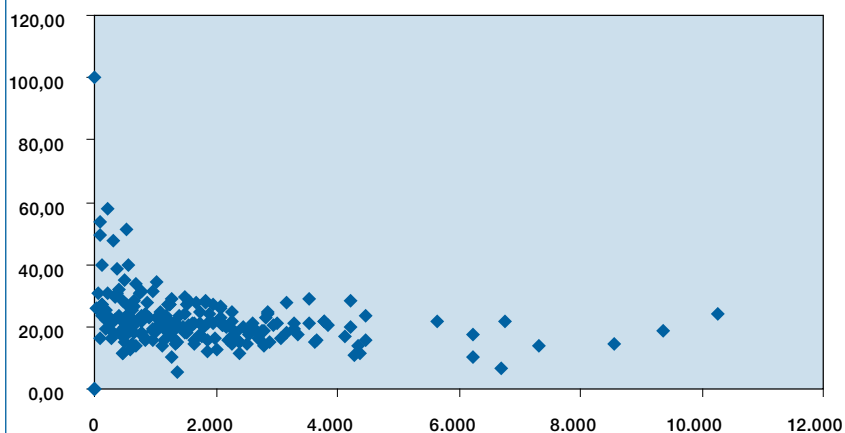
Tabla 5.2. Indicadores de actividad; porcentaje de cesáreas y de partos sin complicaciones en el SNS.

Tipo de hospital.					
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Casos	22.414	70.387	109.798	52.623	92.191
Estancias	70.390	231.671	368.472	177.181	314.515
Est. Media	3,14	3,29	3,36	3,37	3,41
% Cesáreas	25,1%	23,3%	20,3%	18,3%	18,2%
% P. Vaginal Normal (373)	61,7%	67,8%	56,6%	52,8%	55,8%
Fuente: Instituto de Información Sanitaria. Norma GRD 2006.					

Parece aconsejable que los casos con riesgo II sean atendidos por servicios o unidades de nivel 3 ó 4, y los de riesgo III por los de nivel 4.

Analizando la base de datos de CMBD del Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo, parece existir una correlación negativa entre menor número de partos al año y uno de los indicadores de calidad más relevantes para la M.H.: el porcentaje de cesáreas³⁶:

Figura 5.1. Número de partos año y porcentaje de cesáreas en el SNS.



Fuente: Instituto de Información Sanitaria. Norma GRD 2006.

La comparación, por niveles de hospital, del porcentaje de cesáreas arroja los siguientes resultados (prueba T de Student; en **negrita** los valores estadísticos inferiores a 0,05)³⁷:

Tabla 5.3. Porcentaje de cesáreas según nivel de hospital.

	< 600	600-1.200 <	1.200-2.400	> 2.400	Total
Número de hospitales	53	41	58	47	199
Media % cesáreas	26,13	21,82	20,30	18,62	21,70
DS (+/-) % Cesáreas	10,60	5,34	4,98	4,62	7,35
< 600 : 600-1.200	0,01				
< 600 : 1.200-2.400	0,0004				
< 600 : > 2.400	0,00001				
600-1200 : 1.200-2.400		0,14			
600-1200 : > 2.400		0,004			
1200-1400 : > 2.400			0,07		

Fuente: Instituto de Información Sanitaria. Norma GRD 2006.

La comparación, por niveles de hospital, del porcentaje de partos eutócicos arroja los siguientes resultados (prueba T de Student; en negrita los valores estadísticos inferiores a 0,05):

Tabla 5.4. Porcentaje de partos eutócicos según nivel de hospital.					
	< 600	600-1.200 <	1.200-2.400	> 2.400	Total
Número de hospitales	53	41	58	47	199
Media % Partos Normales	56,32	60,75	58,78	55,00	57,66
DS (+/-)% Partos Normales	20,73	9,31	8,07	11,03	12,97
< 600 : 600-1.200	0,19				
< 600 : 1.200-2.400	0,05				
< 600 : > 2.400	0,70				
600-1.200 : 1.200-2.400		0,28			
600-1.200 : > 2.400		0,011			
1.200-1.400 : > 2.400			0,05		
Fuente: Instituto de Información Sanitaria. Norma GRD 2006.					

Los resultados expresados en las tablas 3 y 4 muestran una mayor tasa de cesáreas (y mayor dispersión) en hospitales con menos de 600 partos al año que en el resto de los hospitales.

En la Estrategia sobre parto normal del SNS¹ se prevé la elaboración de un estudio de las causas de variabilidad en las tasas de cesáreas. Se recomienda que, para la próxima revisión de este documento de estándares y recomendaciones, se haya realizado un estudio que explore la relación entre volumen de actividad y tasa de cesáreas, y entre volumen de actividad y morbilidad y mortalidad perinatal.

En el Reino Unido y Canadá se adopta otra clasificación que contempla las peculiaridades del tipo de atención y la disponibilidad de efectivos:

- Nivel I: Hospital rural que proporciona atención a partos normales sin factores de riesgo y que generalmente no cuenta con especialistas.
- Nivel II: Hospital regional que proporciona atención a partos de bajo y alto riesgo con ayuda de especialistas. En estos hospitales y en los de nivel I, el médico/a debe presentarse a requerimiento en unos 30 minutos.
- Nivel III: Hospital terciario que atiende casos de alto y bajo riesgo, con servicio de neonatología y anestesia de presencia física continua las 24 horas.

Según el American College of Obstetricians and Gynecologists⁶⁸, cualquier hospital que proporcione atención obstétrica debería:

- Disponer con la celeridad necesaria de especialista en anestesiología capacitado/a para aplicar técnicas de anestesia regional y general cuando fuera necesario.
- Disponer asimismo de anestesiólogo/a que mantenga las constantes y funciones vitales en caso de urgencia obstétrica.
- Tener capacidad para realizar una cesárea en menos de 30 minutos. En algunos casos concretos, la o el profesional especialista en anestesia deberá estar inmediatamente disponible, lo que se definirá según los casos (definición local).

A su vez **se recomienda la regionalización de los cuidados neonatales**⁶⁹,⁷⁰. La necesidad de ofertar una asistencia obstétrica, neonatológica y anestésica de calidad, con profesionales (especialista en obstetricia, matrones/as, neonatología y anestesiología) experimentados en los procesos del parto, cesárea y sus complicaciones obliga a ponderar los beneficios de acercar la asistencia a la ciudadanía frente a los riesgos de un volumen de actividad que no garantice una calidad óptima.

Parece prudente no dotar de MH³⁸ a aquellos hospitales que no tengan un área poblacional de referencia (o cuyo estudio de mercado no prevea) que genere una demanda superior a los 600 partos al año, excepto que razones de tiempos de desplazamiento o accesibilidad así lo aconsejen. Asimismo se aconseja revisar los indicadores de calidad de la M.H. con menos de 600 partos al año y evaluar las opciones (instrumentos de gestión clínica —guías, protocolos, vías—; regionalización de la asistencia; mejor selección de casos para derivación a centros de mayor nivel; etc.) para corregir aquellas que tengan estándares subóptimos.

Se deben derivar de urgencia a unidades de obstetricia:

- Rotura prematura de membranas.
- Hemorragia genital.
- Sospecha de embarazo ectópico.
- Amenaza de parto prematuro.
- Hipertensión arterial grave.
- Sospecha de feto muerto.
- Vómitos persistentes y resistentes al tratamiento.
- Fiebre mayor de 38°C sin signos de focalidad.
- Dolor abdominal intenso y continuo.
- Traumatismo importante.
- Otras patologías subsidiarias de ingreso hospitalario.

Cuando la mujer y el RN sean dados de alta del hospital se debe planificar su remisión a los servicios comunitarios para facilitar una asistencia continuada efectiva.

5.2. Cartera de servicios

La cartera de servicios se define como el “conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias”³⁹. Una forma de aproximarse a la cartera de servicios de una unidad hospitalaria es definir los procesos que atiende, de conformidad con la agrupación de GRD utilizada por el Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo para establecer los pesos de los GRD (AP v. 18). Se ha optado por incluir el GRD 629, referido al RN normal, que no requiere ingreso en la unidad de neonatología, pues estos procesos son atendidos en la MH (anexo 3).

Es una recomendación de este documento que se opte por registrar como ingreso al RN normal, pues es susceptible de una atención individualizada, diferenciada de los cuidados de la madre, que consume recursos asistenciales y, por tanto, de atribuirle un peso de consumo de recursos sanitarios⁴⁰.

Otra forma, complementaria de la anterior, de especificar la cartera de servicios de la unidad es referirse a las modalidades de asistencia y, dentro de ellas, aquellas técnicas o procedimientos más relevantes. Un ejemplo de cartera de servicios de obstetricia (la del Área de Gestión Integral de Obstetricia y Ginecología del Hospital Costa del Sol), ordenada por modalidades asistenciales (Consulta externa, Urgencias, Gabinete de salud fetal, Hospital de día, Hospitalización convencional, y Bloque obstétrico) se ofrece en el anexo 4.

5.3. Criterios de admisión de usuarias

Los criterios de admisión de gestantes en la maternidad intentan identificar a aquellas que están en fase activa de parto (dinámica uterina regular, borramiento cervical > 50% y una dilatación de 3-4 cm) para su ingreso, situación que se intenta evitar cuando no se encuentran en esta fase. Para ello puede resultar útil la elaboración de un protocolo de actuación a fin de identificar el falso pródromo de parto, y reducir los ingresos innecesarios y/o precoces de gestantes de bajo riesgo.

La exploración de la mujer que acude con sospecha de parto o pródromos de parto se puede realizar en el área de urgencias, pero cada vez un

mayor número de hospitales derivan a estas usuarias, así como al resto de las urgencias obstétricas, al espacio físico de la MH, donde se ubican las consultas y boxes de exploración, comunicadas directamente con el área de partos (bloque obstétrico), siendo ésta la conducta recomendable, y evitando por tanto su atención en el área de urgencias del hospital. El proceso de atención de urgencias en el área de partos incluye los siguientes subprocesos⁴¹:

1. **Recepción, registro y validación:** incluye la recepción de todas las mujeres que demanden asistencia sanitaria urgente en el área de partos y el registro o validación de los datos administrativos para la correcta identificación de la usuaria.
2. **Clasificación:** prioriza la asistencia urgente en función del tipo de patología o la gravedad.
3. **Fase de diagnóstico y tratamiento** (asistencial): representa los tres circuitos asistenciales que se derivan de la clasificación de las mujeres en: críticos, urgencias médico-quirúrgicas (urgencias no demorables) y urgencias de primer nivel (urgencias demorables y no objetivables).
4. **Fase de observación** (camas y sillones del área de partos): incluye criterios de ingreso de las mujeres en esta área, con una estancia máxima de 4 horas.
5. **Fase de cierre:** se refiere al cierre de cada episodio de urgencias, e incluye el alta de la mujer a su domicilio, el ingreso hospitalario o su derivación a otro centro.
6. **Apoyo al diagnóstico y al tratamiento:** procesos de interconsulta, diagnóstico por imagen y pruebas analíticas de laboratorio.

5.4. Estructura y tipologías

Dentro de las MM.HH. existentes en España se pueden distinguir básicamente dos tipos de unidades, por su forma de gestionar clínicamente el proceso asistencial del parto, que condicionan la organización y gestión del personal, así como su estructura física y equipamiento:

- **Secuencial**, definido por los períodos en que se divide el proceso de parto: dilatación, expulsivo y alumbramiento, así como la recuperación, que se realizan en espacios físicos diferenciados: **salas de dilatación, paritorios, salas de recuperación posparto y planta de maternidad/puérperas**. Es la tipología tradicionalmente adoptada en España y con mucho la más frecuente.
- **Integrado**, realizándose todo el proceso de parto (dilatación, expulsivo, alumbramiento y recuperación) en un espacio físico integrado:

las Unidades de Trabajo de Parto, Parto y Recuperación (UTPR). Aunque es infrecuente en España, esta tipología se está introduciendo rápidamente⁴², por interferir menos con los requerimientos de la fisiología del parto y al ofrecer mayor comodidad y privacidad para las mujeres y sus acompañantes. Es la tipología más frecuente en Estados Unidos y el Reino Unido^{11,28}.

Las UTPR en el Reino Unido (*Labour, Delivery, Recovery and Postpartum rooms: LDRP rooms*) están diseñadas para alojar a la mujer, RN y acompañante hasta el alta hospitalaria de la mujer —usualmente a las 36-48 horas posparto, aunque hay experiencias de alta precoz (8 horas)—. En el caso de las UTPR diseñadas en España, se prevé una ocupación de este local hasta el alumbramiento, la adaptación del RN al medio extrauterino, el contacto piel con piel y completar la primera toma, así como también la fase de 1-2 horas de recuperación materna, para pasar posteriormente a una cama de hospitalización convencional en la unidad de obstetricia.

5.5. Organización y funcionamiento de la MH¹⁶

La descripción de la organización de la MH se articula en relación con el proceso de atención a la mujer y al RN⁴³:

- Atención a la mujer: acceso a la unidad; proceso de parto (dilatación, expulsivo, alumbramiento); recuperación y alta.
- Atención al RN: nacimiento, recuperación y alta.

5.5.1. Acceso a la MH

La mujer puede acceder a la MH de forma urgente —la más frecuente—, al reconocer signos de progreso de parto, o derivada desde otras unidades. De forma programada pueden acudir a la MH para inducción del parto o cesárea programada. En el apartado 5.3 se ha hecho referencia al proceso de acceso a la MH.

Al ingreso se realizará la valoración clínica y obstétrica habitual:

- Toma de datos de filiación/identificación de las mujeres.
- Valoración de las condiciones obstétricas.
- Evaluación del riesgo.
- Evaluación del estado emocional de la mujer, necesidades, existencia o no de un formulario de preferencias respecto al parto y nacimiento, y elección de acompañante.
- Toma de constantes.

- Exploración vaginal, si no hay contraindicación⁴⁴.
- Comprobación del estado fetal⁴⁵.
- Verificación de analíticas previas y realización, si fuera preciso, de los estudios necesarios (grupo y Rh, serologías, etc.)⁴⁶.

5.5.2. Proceso de parto^{1, 15, 16, 31, 32, 35}

La M.H. debe disponer de un protocolo asistencial en función del tipo de parto, la evolución del mismo y las características estructurales y organizativas de cada centro, que permitirá definir la planificación y actuaciones de todos los y las profesionales relacionados con la asistencia a la parturienta.

Dentro de la Estrategia de atención al parto normal del SNS, se está elaborando la Guía de Práctica Clínica (GPC Asistencia al parto). La guía del parto sirve de seguimiento del proceso de parto en la MH y, por tanto, de los recursos de espacios, equipamiento y personal que requiere. El NICE publicó en septiembre de 2007 una guía clínica del parto^{29,30}, que está actualmente en revisión. Las guías citadas, así como otras normas y estándares recogidos en este documento, pueden —entre otras fuentes— servir de referencia a las y los profesionales de la M.H. para la elaboración de sus respectivos protocolos, guías o vías de atención al parto normal, complicaciones del parto, cesárea³³ y sus complicaciones, así como a la atención del RN. En el anexo 5 se recogen las recomendaciones en relación con algunas prácticas perinatales recogidas en la Estrategia de atención al parto normal del SNS¹.

Las vías clínicas son un instrumento de gestión clínica que cada hospital debe desarrollar para los procesos más frecuentes, entre ellos el parto y la cesárea⁴⁷.

Todas las parturientas deben recibir la oferta de alivio del dolor de parto, bien sea con métodos no farmacológicos, o bien con analgesia sistémica o neuroaxial, según la mujer e individualizando según sus preferencias, la disponibilidad del método en el hospital, las circunstancias obstétricas y las condiciones médicas concurrentes.

En 2007, el grupo de personas expertas de la American Society of Anesthesiologists, publicó en *Anesthesiology* unas recomendaciones para la práctica de anestesia obstétrica, cuyas principales conclusiones pueden aplicarse a nuestro entorno⁷¹.

5.5.3. Cesárea y otros procedimientos quirúrgicos

De forma programada o por presentarse la indicación de forma urgente durante el proceso de parto, la cesárea es un procedimiento quirúrgico que debe realizarse en el/los quirófano/s integrados en la unidad, en donde también se

realizan otras intervenciones quirúrgicas mayores relacionadas con el parto. Además la MH debe contar con un quirófano de emergencias, que pueda ser utilizado para casos urgentes. Se recomienda mantener al RN con la madre y el contacto piel con piel tan temprano como sea posible⁷². Dentro de lo posible se facilitará la presencia del padre o acompañante junto a la mujer en el área quirúrgica, durante todo el proceso, con las adecuadas normas de seguridad.

5.5.4. Recuperación en planta^{16, 34}

A diferencia del modelo asistencial más frecuente en el Reino Unido, en donde las mujeres y RN sanos son dados de alta desde las *LDRP rooms*, en la M.H. española, tanto con modelo secuencial (sala de dilatación, paritorio, sala de recuperación) como integrado (UTPR), una vez culminado el parto (unas dos horas tras el alumbramiento) o desde la unidad de recuperación post-anestésica (cesáreas, otros procedimientos quirúrgicos), las mujeres y RN sanos pasan a una sala de hospitalización convencional de obstetricia. En esta unidad la madre se recupera del trabajo del parto recibiendo los cuidados necesarios: vigilancia de las constantes y signos clínicos (sangrado, involución uterina...); el apoyo en el inicio y mantenimiento de la lactancia y en la interacción madre-RN; el diagnóstico precoz de la infección puerperal; y, en su caso, se realizan los cuidados de la episiotomía o de la herida de laparotomía.

En la unidad de hospitalización obstétrica se facilitará que sea la madre y el padre o acompañante quienes realicen los cuidados del RN ayudados por el personal sanitario, para adquirir estas habilidades y ser protagonistas del cuidado de su hija o hijo desde el primer momento, en un ambiente íntimo y familiar.

Se prestará especial atención al inicio de la lactancia y a la no interferencia en el primer contacto madre-RN para prevenir complicaciones como grietas, ingurgitación, mastitis e hipogalactia.

La deambulación será precoz y se darán los consejos pertinentes sobre higiene, lactancia y cuidados que deben tener, mediante explicación oral personal y/o grupal y folletos de fácil comprensión.

El desarrollo de la actividad asistencial en las distintas dependencias del Área Obstétrica requiere una adecuada coordinación con los Servicios Centrales, así como con los demás Servicios del hospital, de modo muy especial con el Servicio de Anestesiología y la Unidad de Neonatología.

En la planta de hospitalización debe disponerse de protocolos que incluyan los siguientes aspectos:

- Recepción y presentación a la madre.
- Normas de funcionamiento.
- Cumplimentación de registros.

- Criterios de identificación de la parturienta y el RN, la historia y el Documento de Salud Infantil.
- Valoración del estado madre-RN.
- Cuidados durante el puerperio inmediato y precoz: valoración clínica (involución uterina, aspecto de los loquios, hemorragia, tensión arterial, pulso y temperatura y valoración del estado de la episiotomía si la hubiere) y anímica de la puérpera.
- Promoción de la lactancia materna: actividades de promoción precoz y apoyo, educación sanitaria y autocuidados.
- Participación del padre en los cuidados del RN.
- Cuidados a la madre y al RN.
- Criterios de alta precoz consensuados entre los Servicios de Pediatría y de Ginecología.
- Información sobre los programas de Planificación Familiar y Seguimiento de Salud Infantil en Atención Primaria.
- Coordinación y seguimiento postalta.

5.5.5. Atención al RN en planta^{16, 73}

El tiempo de hospitalización posparto será el mínimo necesario, y durante esta estancia la Unidad de Neonatología se encargará y será la responsable del RN, planificando su posterior asistencia y realizando las pertinentes pruebas de despistaje (audición, errores innatos del metabolismo, hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, etc.). Se dispondrá de los recursos para realizar las pruebas y exploraciones en lo posible en presencia de los padres, tal y como obliga la Carta de derechos de las niñas y niños hospitalizados⁴⁸.

Debe disponerse de protocolos de atención al RN que incluyan los siguientes aspectos:

- Valoración clínica del RN.
- Cribado de la hipoacusia.
- Cribado de metabolopatías.
- Profilaxis con vitamina K y de la oftalmia gonocócica neonatal.
- En los casos de madres portadoras del HBsAg, administrar gamma-globulina específica.
- Administración, a todos los RN, de la primera dosis de la vacuna de la hepatitis B⁴⁹.
- Facilitar, instruir en la lactancia y colaborar en las primeras tomas.
- Apertura del documento de salud infantil.
- Criterios de alta precoz.
- Mecanismos de coordinación y seguimiento postalta. Recomendaciones para que el RN sea visto en los primeros 5-7 días de vida.

La Academia Estadounidense de Pediatría ha publicado un conjunto de requisitos para el alta del RN sano dentro de las primeras 48 horas de un parto eutócico⁷³.

5.5.6. Alta de la MH

Se informará e instruirá a la madre y/o al padre antes de su alta definitiva sobre los siguientes aspectos:

- Higiene general.
- Descanso de la madre.
- Refuerzo de lactancia natural, si está lactando.
- Ejercicios para recuperación del periné, circulatorios y abdominales.
- En su caso, cuidados de la episiotomía.
- Actividad sexual.
- Anticoncepción y cita para el Programa de planificación familiar y diagnóstico precoz del cáncer de cérvix, si le corresponde.
- Peso al alta y cuidados del RN.
- Toma de muestra para escrutinio metabólico.
- Cita para el Programa de vacunas y seguimiento de salud infantil.
- Evaluación de riesgo y derivación, si procede.

En el momento del alta:

- Entrega del informe de alta, documentos de salud infantil y hoja de continuidad de cuidados.
- Informar sobre la visita puerperal a realizar por el primer nivel de atención.
- Facilitar la conexión con el primer nivel de atención para la revisión posparto y del RN, visita domiciliaria puerperal, y programas de planificación familiar, de salud infantil, vacunas y metabopatías.
- Facilitar que las madres se pongan en contacto con los grupos de apoyo a la lactancia natural.

Se identifica una fuente de asistencia médica continuada para la madre y el niño o la niña. Se debe concertar una cita para el control del RN dentro de las 48 horas del alta. El objeto de esta visita de control es:

- Pesar al RN; evaluar su estado de salud general; hidratación; ictericia; identificar nuevos problemas; revisar el patrón y técnica de alimentación, incluyendo la observación de una toma; y obtener una historia del patrón de micción y defecación.

- Evaluar la calidad de la interacción madre/padre-hijo/a y detalles de la conducta del RN.
- Reforzar la educación de la madre y padre/familiar en el cuidado de la niña o el niño, en especial en relación con la alimentación.
- Revisar los resultados de las pruebas de laboratorio realizadas antes del alta.
- Realizar las pruebas de cribado establecidas por las autoridades sanitarias.
- Verificar el plan de asistencia al RN (revisiones, vacunas, etc.).

5.6. Estructura organizativa y de gestión de la MH^{15, 16, 29,30, 32, 33}

En función de las necesidades derivadas del proceso de atención al parto, se consideran requisitos imprescindibles de la M.H. los siguientes:

- La coordinación con el nivel de atención primaria y, en su caso, con los recursos sociales disponibles, en el seguimiento del embarazo y puerperio, y en el seguimiento del RN.
- El funcionamiento de la M.H. las 24 horas del día, los 365 días al año.
- La existencia de un/a obstetra responsable de la unidad, con una dedicación no inferior a 35 horas a la semana. Asimismo, habrá un/a responsable de matrones/as de la MH.
- La existencia de un/a responsable de matrones/as de la unidad en cada turno.
- La existencia de la disponibilidad de los recursos humanos necesarios adaptados a la actividad y características del centro.
- La existencia de un comité multidisciplinar, para revisar la actividad y los protocolos, que estará integrado por la persona responsable de la MH; la o el responsable de matrones/as; profesionales especialistas en anestesia, obstetricia, neonatología y matrones/as; y una persona integrante del comité de gestión de riesgos del hospital.
- La M.H. deben tener un conjunto de guías y protocolos que han de ser revisados al menos cada tres años.
- Debe existir un equipo de gestión del riesgo que se reúna como mínimo cada seis meses.
- Se deben realizar sesiones docentes, al menos cada seis meses y destinadas a todos los profesionales, para el manejo de alto riesgo e interpretación de los registros cardiotocográficos.
- Una cartera de servicios que comprenda:
 - Consulta externa.
 - Urgencias (alta resolución).
 - Hospital de Día.
 - Hospitalización convencional (sala/s de obstetricia).
 - Bloque obstétrico (salas de dilatación, paritorio, sala de recuperación, o UTPR).
 - Bloque quirúrgico.

5.7. Manual de organización y funcionamiento

La MH deberá disponer de un manual de organización y funcionamiento en el que se refleje:

- a) El organigrama de la unidad.
- b) La cartera de servicios.
- c) La disposición física de la unidad y los recursos estructurales y de equipamiento de que dispone.
- d) El manual de normas, sobre:
 - Protocolo de atención al parto “normal”, parto con anestesia epidural, complicaciones del parto, cesárea programada, etc., así como de la atención posparto, tanto a la madre como al RN³⁴.
 - Descripción de cada uno de los actos del proceso asistencial, con la participación de cada profesional en cada una de las fases.

En el manual se respetarán los requisitos generales organizativos previamente descritos.

El manual deberá ser abierto y actualizable según las modificaciones en la cartera de servicios, cuando lo exija la actualización de los protocolos o cuando los cambios estructurales o funcionales así lo requieran.

A. Organigrama

Existirá un/a responsable médico/a y un/a responsable de matrones/as.

Las responsabilidades, así como las líneas jerárquicas, atribuciones y competencias de cada uno de los miembros de la MH tendrán que estar definidas (véase capítulo 7).

B. Cartera de servicios

La cartera de servicios de las MH pueden expresarse de dos formas complementarias:

- Modalidades asistenciales ofertadas (véase el ejemplo del anexo 4).
- Procesos que realiza.

C. Disposición física de la unidad

El Manual de Organización y Funcionamiento deberá incluir:

- La disposición física de la MH y sus interrelaciones con otras áreas del hospital.
- Los recursos estructurales existentes al servicio de la MH y el equipamiento disponible.

D. Manual de normas

La MH deberá disponer de un manual de normas que se ajuste a los requisitos organizativos y en el que estén descritos secuencialmente los actos del proceso asistencial, los protocolos necesarios y los puntos de inclusión en el circuito, así como las líneas de responsabilidad en cada uno de los actos.

En el cuadro siguiente se recogen los requisitos estructurales y organizativos, así como los protocolos ordenados, siguiendo el esquema de circulación descrito en el apartado 5.5:

Tabla 5.3. Manual de normas de la MH.				
Secuencia del proceso	Actividades	Requisitos estructurales	Protocolos	Profesionales que intervienen
Acceso	• Recepción de la gestante en el hospital. • Acompañar a la gestante y sus familiares al Área de Urgencias Obstétricas. • Recepción en la Sala de Urgencias Obstétricas.	• Área de Recepción⁵⁰. • Dotación informática. Redes informáticas. HC compartida. • Teléfono directo. • Interfono con personal facultativo de guardia.	• Admisión. • Historia clínica.	• Auxiliar de transporte. • Administrativo/a. • Matrán/a. • Auxiliar de enfermería.
Valoración clínica de la gestante	• Exploración obstétrica: palpación abdominal y, si procede, valoración de la dinámica uterina. • Auscultación fetal. • Tacto vaginal si está indicado. • Amnioscopia, de conformidad con protocolos de parto.			

Tabla 5.3. Manual de normas de la MH. (Continuación)

Secuencia del proceso	Actividades	Requisitos estructurales	Protocolos	Profesionales que intervienen
	- Registro de datos en la historia clínica. Debe incluirse, al menos, Grupo y Rh, HbsAg, detección de estreptococo del grupo B en vagina-recto y estudio de coagulación para analgesia epidural⁵¹. - Consentimiento informado (si se precisa). - Evaluación clínica para el diagnóstico y tratamiento. - Favorecer el alta hospitalaria en la fase latente en la primera etapa del parto en gestaciones normoevolutivas. - Indicación del ingreso hospitalario.	- Consulta y exploración. - Hospital de Día.	- Parto normal - Parto intervenido. - Otros.	- Matrón/a. - Obstetra.
Si indicación de ingreso: a UTPR, a sala de dilatación, o a bloque quirúrgico.				
A UTPR	- Dilatación, expulsivo, recuperación inmediata y atención al RN integrados en el mismo local. - Alta a hospitalización convencional. - Eventualmente (complicaciones) derivación a bloque quirúrgico.	- Unidades UTPR. - Inmediatez con el bloque quirúrgico, obstétrico o general.	- Parto "normal". - Parto intervenido. - Protocolo analgesia. - Complicaciones	- Matrón/a. - Obstetra. - Anestesiólogo/a. - Neonatólogo/a. - Especialistas consultores/as.

Tabla 5.3. Manual de normas de la MH. (Continuación)

Secuencia del proceso	Actividades	Requisitos estructurales	Protocolos	Profesionales que intervienen
A sala de dilatación	Recepción y preparación de la gestante para el período de dilatación.	Sala de dilatación.	- Parto “normal”. - Parto inducido. - Parto con anestesia epidural. - Protocolo analgesia. - Complicaciones. - Protocolo de atención al RN.	- Matrón/a. - Obstetra. - Anestesiólogo/a. - Neonatólogo/a. - Especialistas consultores/as.
	Aplicar protocolos de alivio de dolor.			
	Período de dilatación.			
	Valoración de la gestante y del RN: identificación de problemas, planificación de cuidados, información y vigilancia clínica.			
	Eventualmente (complicaciones) derivación a bloque quirúrgico.			
Paritorio	Asistencia al período expulsivo.	Paritorio.		
	Eventualmente (complicaciones) derivación a bloque quirúrgico.			
	Asistencia del RN.			
Sala de vigilancia al posparto inmediato	Asistencia en el posparto inmediato.	Sala de recuperación		
	Alta a hospitalización convencional.			
	Eventualmente (complicaciones) derivación a bloque quirúrgico.			

Tabla 5.3. Manual de normas de la MH. (Continuación)

Secuencia del proceso	Actividades	Requisitos estructurales	Protocolos	Profesionales que intervienen
A bloque quirúrgico	• Procedimientos quirúrgicos programados (cesárea programada), o de urgencia (desde el área de urgencias obstétricas, o derivados de un proceso de parto vaginal).	• Bloque quirúrgico (incluye despertar y Unidad de Recuperación Post-Anestésica).	• Protocolos de procedimientos quirúrgicos específicos.	• Obstetra. • Anestesiólogo/a. • Enfermeros/as. • Auxiliares de enfermería. • Otros/as especialistas consultores/as (quirúrgicos/as o no).
	• Atención al RN.		• Atención al RN.	• Neonatólogo/a. • Matrn/a.
Hospita- lización convencional	• Acogida en planta de hospitalización puerperal. • Prestación de cuidados durante el puerperio inmediato. • Atención en el puerperio precoz. • Control calidad analgésica. • Atención al RN. • Alta hospitalaria.	• Salas de enfermería de hospitalización convencional (preferiblemente habitaciones individuales).	• Protocolo de atención inmediata al posparto. • Protocolo de atención al RN. • Protocolo de lactancia materna. • Protocolo de alta de la mujer púrpura y del RN.	• Matrn/a. • Obstetra. • Neonatólogo/a. • Anestesiólogo/a. • Enfermeros/as y auxiliares de enfermería.

5.8. Gestión de pacientes

5.8.1. Admisión

Estará integrada en la general del centro, si bien las actividades y funciones de admisión deberán ser desarrolladas, de forma idónea, por la unidad de apoyo administrativo de la MH. Los aspectos relativos a la documentación clínica, registro de pacientes, informe de alta y protección de datos afectan al hospital al que está vinculada la MH.

5.8.2. Documentación e historia clínica

La documentación clínica está integrada por el conjunto de documentos resultantes del proceso asistencial, cualesquiera que sean su formato y soporte. Entre otros, comprenderá: la historia clínica de la mujer y el RN, los registros durante el proceso de parto y procedimientos realizados, alta médica de la mujer y el RN, y plan de continuidad de cuidados.

Se recomienda que la Orden Ministerial de obligatoriedad del informe de alta se extienda al RN sano, a quien se debe abrir una historia clínica y registrar su alta en el sistema de registro de altas hospitalarias (CMBD) del SNS.

La gestión de la documentación clínica corresponderá a la unidad de admisión y de documentación clínica o equivalente. La gestión comprenderá la generación, custodia, préstamo, duplicación, copia, seguimiento y depuración de cualquier documento clínico.

La documentación clínica deberá ser conservada en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad durante el tiempo adecuado en cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la terminación de cada proceso asistencial.

5.8.2.1. Historia clínica

La historia clínica deberá ser única para cada paciente y deberá ser compartida entre profesionales, centros y niveles asistenciales. Asimismo, deberá cumplir las exigencias técnicas de compatibilidad que cada Servicio de Salud establezca.

La información asistencial recogida en la historia clínica podrá constar en soporte papel o a través de medios informáticos, electrónicos o telemáticos, siempre que garantice su recuperación y uso en su totalidad. En lo relativo al diseño, contenido mínimo, requisitos y garantías y usos de la historia clínica se atenderá a lo previsto en la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Cada centro sanitario contará con un único registro de historias clínicas que centralizará toda la información correspondiente a la actividad que se realice en el mismo. Su gestión se realizará de acuerdo con un protocolo que garantice su trazabilidad y localización, e incluya criterios escritos sobre archivo, custodia, conservación y acceso a la documentación.

5.8.2.2. Informe de alta

Al final del proceso asistencial, así como con ocasión de traslado, la mujer tiene derecho a la expedición por la MH del informe de alta médica a que se

refiere la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica⁵². Se recomienda la expedición del informe de alta del RN.

5.8.3. Protección de datos sanitarios

5.8.3.1. Obligaciones y derechos

Los datos de carácter personal relativos a la salud de las mujeres y los RN tienen la consideración de datos especialmente protegidos a los efectos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Los centros sanitarios adoptarán las medidas de organización, procedimentales y técnicas necesarias para garantizar la seguridad, confidencialidad e integridad de los datos referentes a la salud de las y los pacientes, así como para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación y cancelación de los mismos.

5.8.3.2. Sujeto responsable de los ficheros

Todos los centros garantizarán la seguridad y conservación de todos los ficheros de los que dispongan, estén o no automatizados.

Los centros sanitarios designarán a la persona responsable de los ficheros automatizados, que se comunicará a la administración competente. La persona responsable del fichero y quienes intervengan en cualquier fase del tratamiento de los datos de las y los pacientes están sometidos al deber de secreto profesional.

5.8.3.3. Confidencialidad de los datos

Toda mujer y todo niño o niña tienen derecho a la confidencialidad sobre su estado de salud en los términos establecidos por la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

5.8.3.4. Cesión de datos

La cesión de los datos relativos a las y los pacientes requerirá, en todo caso, el consentimiento expreso de las personas afectadas, con las excepciones previstas en la legislación sanitaria y en la legislación de protección de datos.

5.8.4. Sistema de información

El sistema de información estará integrado en el sistema general del hospital, debiendo atender a los distintos requerimientos de la MH:

- Gestión de pacientes:
 - Filiación.
 - Citación.
 - Admisión.
 - Alta y codificación.
 - Gestión de la documentación clínica.
- Estación clínica:
 - Historia clínica electrónica.
 - Aplicaciones departamentales (Laboratorio, Diagnóstico por la Imagen...).
 - Dentro de las aplicaciones departamentales existen sistemas de monitorización de obstetricia, así como de información perinatal.
- Gestión Económico-Administrativa y de Servicios Generales⁵³:
 - Almacén (pactos de consumo, gestión de *stocks*, solicitudes de compra, etc.).
 - Farmacia (sistema de prescripción electrónica; unidosis; sistema de conciliación de medicación).
 - Contabilidad.
 - Esterilización.
 - Gestión de personal (incapacidad transitoria, incidencias, permisos, sustituciones, etc.).
- Evaluación (cuadro de mando):
 - Costes por proceso (contabilidad analítica).
 - Encuestas de satisfacción.
 - Indicadores de actividad.
 - Indicadores de calidad.
 - Indicadores de rendimiento.

Referencias

³⁶ Se han excluido, para hacer las comparaciones entre hospitales, los GRD 650 y 651 (cesáreas de alto riesgo con y sin complicaciones), y el GRD 652 (parto vaginal de alto riesgo con esterilización y/o dilatación y legrado).

³⁷ En el análisis realizado en las tablas 3 y 4 se han eliminado los datos de los (6) hospitales con menos de 10 partos al año.

³⁸ Existen experiencias, en Alemania e Inglaterra, de centros pequeños, regentados por matrones/as. La dotación de estos centros en estructura física, equipamiento y recursos humanos no se contempla en este documento de estándares y recomendaciones sobre Maternidades Hospitalarias.

³⁹ Art. 2.1 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

⁴⁰ La Estadística de Episodios Hospitalarios (Hospital Episode Statistics) de Inglaterra agrupa estos procesos dentro de la categoría “Neonato con un diagnóstico menor y Neonato con varios diagnósticos menores”.

⁴¹ Maañón JC. *Proyecto técnico sobre flujos de pacientes en área de partos*. Unidad de Obstetricia. AIG Ginecología y Obstetricia. Hospital Costa del Sol. 2007.

⁴² Entre otros: Programa Funcional del Nuevo Hospital Central de Asturias (2003); Programa Funcional del Nuevo Hospital de Vigo (2006); Rediseño del bloque obstétrico del Hospital Costa del Sol (Marbella).

⁴³ El RN con patología es atendido por la unidad de Neonatología, que no se integra dentro de la MH, aunque debe estar físicamente próxima a ella. En las MM.HH. ubicadas en centros donde no exista una unidad de neonatología, se deberá prever: 1. Los partos de riesgo, para que sean atendidos en MH de alto riesgo (véase el apartado 5.1), en hospitales dotados de unidades de neonatología; y 2. Un sistema de derivación urgente a hospitales con unidades de neonatología, para aquellos casos no previstos.

⁴⁴ Véanse, por ejemplo, las Guías de Práctica Clínica del NICE31,32.

⁴⁵ Véanse, por ejemplo, las Guías de Práctica Clínica del NICE31,32.

⁴⁶ Las pruebas de coagulación no son necesarias en mujeres sanas sin antecedentes de coagulopatías o discrasias sanguíneas.

⁴⁷ Por ejemplo: Vía Clínica de Atención al Parto con/sin Anestesia Locorregional. Atención primaria. Área de Urgencias. Área Integrada de Obstetricia y Ginecología. Área Integrada de Anestesiología y Reanimación. Área Integrada de Neonatología. Hospital Costa del Sol (Marbella). Enero, 2008. Esta vía en concreto prevé una duración estimada de la estancia de 36 horas para el parto, y 3 días para la cesárea.

⁴⁸ Carta Europea sobre los Derechos de las Niñas y Niños Hospitalizados (Resolución del Parlamento Europeo Doc. A 2-25/86, DOCE de 13/5/1986).

⁴⁹ Consejo Interterritorial del SNS. Calendario de Vacunaciones Recomendado (2007). Aprobado por el Consejo Interterritorial del SNS. Reunión de 10 de octubre de 2007. Puede haber variaciones entre CC.AA.

(<http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/infancia/vacunaciones/programa/vacunaciones.htm>)

⁵⁰ Se tiende a situar el Área de Urgencias de la MH en un área adyacente al bloque obstétrico, evitando la estancia de las parturientas en el área de las urgencias generales del hospital.

⁵¹ Se tiende a situar el Área de Urgencias de la MH en un área adyacente al bloque obstétrico, evitando la estancia de las parturientas en el área de las urgencias generales del hospital.

⁵² “Disposición transitoria única. *Informe de alta*. El informe de alta se registrará por lo dispuesto en la Orden del Ministerio de Sanidad, de 6 de septiembre de 1984, mientras no se desarrolle legalmente lo dispuesto en el artículo 20 de esta Ley”.

⁵³ La gestión económico-administrativa estará centralizada, realizándose algunas gestiones dentro de la MH.

6. Estructura y recursos materiales

Este capítulo está dedicado a aquellos **criterios y orientaciones referidos a las condiciones estructurales y funcionales de la M.H.: programa funcional, equipamiento e instalaciones. En los anexos 6 y 7 de los Estándares y recomendaciones se desarrollan aspectos estrechamente vinculados con este capítulo: Dimensionado (anexo 6) y un ejemplo de Programa Funcional de Espacios (anexo 7).**

6.1. Programa funcional del bloque obstétrico

Cada MH deberá tener definido su programa funcional conforme a la estructura organizativa que se ha descrito en el capítulo 5 de este documento.

El programa funcional contemplará la identificación de los criterios de necesidad de las diferentes modalidades asistenciales comprendidas en la cartera de servicios de la unidad, incluyendo los siguientes aspectos:

- Análisis demográfico del entorno (con especial referencia a la población incluida en el área de captación de la unidad y los criterios de selección de sus usuarias).
- Estudio de la demanda teórica de cada una de las modalidades asistenciales de la MH. Para centros de nueva creación, deberá tenerse en cuenta la capacidad de penetración de la unidad en su entorno, una vez se encuentre ésta en pleno funcionamiento.
- Análisis de la infraestructura arquitectónica donde se desarrollarán las actividades de la MH (tanto para la definición de una nueva infraestructura como para la modificación de la ya existente).
- Análisis de la capacidad de producción, según escenarios de mayor o menor eficiencia.
- Estudio de necesidades de personal y de equipamiento, atendiendo a la demanda, a la actividad prevista y a la cartera de servicios del hospital en que se encuentre ubicada la MH.
- Definición de sus criterios de funcionamiento con referencias al manual de normas, y detallando los esquemas de circulación de pacientes, personal, familiares y materiales.

- Configuración del circuito asistencial-ordenación funcional (formas de acceso de las pacientes, valoración clínica de las gestantes, atención en paritorio/UTPR y tránsito dentro de la MH, atención al RN, hospitalización convencional, alta, etc.) y las relaciones funcionales con las demás unidades del hospital.
- Programa de espacios, de acuerdo con sus dimensiones y las peculiaridades de su organización.
- Estudio económico, en el que se reflejará tanto el importe de la inversión prevista en infraestructura y equipamiento como la estimación de los gastos corrientes de funcionamiento en personal, suministros y mantenimiento necesarios para realizar sus actividades, así como el impacto económico-sanitario de su funcionamiento en la institución de que dependa.

6.1.1. Consideraciones generales

El programa funcional tendrá por objeto la configuración de un entorno específico, apropiado para las características de las usuarias que serán atendidas en la unidad y de la asistencia que éstas han de recibir en la misma, dotado de equipos e instalaciones adecuados a la naturaleza de su cartera de servicios y que permita la programación de sus actividades en la forma necesaria para optimizar la atención dispensada.

Las características estructurales de la M.H. vienen determinadas por su función asistencial. Debe considerarse, por tanto, que se trata de una unidad que ofrece atención multidisciplinar a la parturienta, al RN y a la familia en el parto y en el nacimiento, y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones adecuadas de seguridad, calidad y eficiencia para realizar esta actividad.

Como se ha visto en el epígrafe 5.4 de este documento de estándares y recomendaciones, existen diferentes formas de gestionar clínicamente el proceso asistencial del parto, cada una de las cuales presenta rasgos diferenciales en cuanto a la estructura física, las instalaciones y el equipamiento que precisa para el desarrollo de sus actividades. En España, la tipología comprende, básicamente, dos modelos: secuencial e integrada, que optan por soluciones funcionales diferentes para resolver la misma secuencia de actos clínicos y, en consecuencia, implican una configuración arquitectónica también diferente.

Los criterios y orientaciones para la programación funcional de la M.H. que se desarrollan a continuación responden a la descripción de su organización y funcionamiento incluida en el epígrafe 5.5 de este documento, y contemplan, en principio, ambos tipos de atención al proceso de parto, de forma que, cuando existen, se especifican los elementos diferenciales de

cada uno de ellos y se detallan sus respectivos requerimientos, ventajas e inconvenientes.

El proceso de atención al parto constituye, pues, el referente para el desarrollo de la estructura física de una MH, cualquiera que sea su tipología. Como se ha visto, este proceso abarca las siguientes fases:

- Acceso a la unidad.
- Valoración clínica de gestantes con sospecha de parto.
- Proceso de parto:
 - Dilatación.
 - Expulsivo.
 - Alumbramiento.
- Cesárea y otros procedimientos quirúrgicos, en su caso.
- Recuperación de la madre.
- Atención al RN.
- Alta de la unidad.

La atención a la parturienta y al RN según este esquema funcional requiere espacios apropiados para:

- La recepción y valoración clínica de las gestantes que acuden a la MH con sospecha o pródromo de parto.

El acceso a la MH puede ser programado o urgente. En el primero de los casos, la mujer acudirá para inducción del parto o cesárea programada; en el segundo, que es el más frecuente, llegará por decisión propia, al reconocer signos de progreso de parto o derivada de otras unidades.

Aunque la exploración de la mujer que acude con sospecha de parto puede realizarse en el Área de Urgencias, los hospitales tienden cada vez con mayor frecuencia a habilitar dentro de la MH los recursos que requieren estas usuarias, así como al resto de las urgencias obstétricas, de forma que, sin menoscabo de la prontitud con que, en la mayor parte de estos casos, debe prestarse la asistencia, se logre una atención integral del proceso del parto.

Por esta razón, **se recomienda**, siempre que no existan condicionantes arquitectónicos que lo impidan, **ubicar en el espacio físico de la MH los recursos necesarios para la recepción y valoración clínica de las gestantes con sospecha o pródromo de parto, de forma que, cuando resulte necesario, puedan acceder directamente al bloque obstétrico desde las consultas y boxes de exploración, debiendo evitarse, en consecuencia, la atención de estas pacientes en el área de urgencias del hospital.**

- El proceso del parto, que comprende las fases de dilatación, expulsivo, alumbramiento y recuperación.

Cuando exista indicación de ingreso para el parto, la mujer accederá al bloque obstétrico, cuya estructura física vendrá determinada por la tipología del proceso de atención al parto:

- En los secuenciales, existirán locales específicamente habilitados para las diferentes fases del parto: salas de dilatación, paritorios y salas de recuperación posparto.
- En los integrados, todo el proceso del parto tendrá lugar en el mismo espacio físico: las UTPR.

Cualquiera que sea el modelo organizativo adoptado, se considera *“ideal (...) 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”*⁷⁴.

Desde esta perspectiva, incluso en un bloque obstétrico de tipo secuencial, el expulsivo puede atenderse en las salas de dilatación, si el parto es normal, o, en caso de complicación, en un paritorio o quirófano, según se precise.

Los bloques obstétricos con UTPR ofrecen la posibilidad de que todo lo concerniente a la dilatación, parto y posparto se lleve a cabo en una misma sala, lo que comporta determinadas ventajas respecto del sistema tradicional: mayor aprovechamiento del espacio y de los recursos disponibles, eliminación de recorridos innecesarios, simplificación del procedimiento y, sobre todo, mejora de las condiciones ambientales de la parturienta.

- La realización de cesáreas y otros procedimientos quirúrgicos.

Un número significativo de gestantes atendidas en la MH requieren intervención quirúrgica. La cesárea, ya sea programada o indicada de forma urgente durante el parto, es el procedimiento más frecuente, aunque también se realizan otros procedimientos mayores relacionados con el parto.

Por ello, la disponibilidad de un área quirúrgica es un componente esencial de los recursos necesarios para la atención obstétrica, que, en principio, puede estar integrado en la estructura física de la unidad o ubicarse dentro del bloque quirúrgico general, al que, una vez indicada la cirugía, la usuaria debería ser trasladada.

A este respecto, conviene considerar que, además de la frecuencia de los episodios quirúrgicos entre la casuística de las MM.HH., la mayor parte de ellos son urgentes, pueden presentarse en cualquier momento y, en no pocas ocasiones, requieren una actuación inmediata.

Por estos motivos, siempre que sea compatible con las dimensiones resultantes de la estimación de la demanda esperada y no existan condicionantes arquitectónicos que lo impidan, **se recomienda que el área quirúrgica destinada a la atención obstétrica, incluidos todos los recursos necesarios para la preparación de las pacientes, su despertar y recuperación post-anestésica, estén integrados en la estructura física de la MH.**

El diseño del área quirúrgica debe permitir la circulación u ordenación funcional que permita gestionar otros circuitos y procesos relacionados con la gestación, de tal forma que el circuito del parto normal no se vea contaminado con el de manejo del duelo o cualquier otro proceso.

- La recuperación de la madre y el RN sano.

En las horas siguientes al parto, o una vez haya salido de la Unidad de Recuperación Post-Anestésica (URPA) la mujer sometida a cesárea, los cuidados de la madre y del niño o niña no requieren, salvo complicaciones, otros recursos que los habituales en hospitalización convencional.

En los bloques obstétricos de tipo secuencial, las mujeres y RN sanos han de pasar necesariamente a una unidad de hospitalización convencional de obstetricia, puesto que el bloque carece de recursos para su atención durante el puerperio; en el diseño de bloques integrados, sin embargo, puede optarse por la configuración de unidades de TPRP (trabajo de parto, parto, recuperación y puerperio), en las que ambos pueden permanecer hasta ser dados de alta⁵⁴, o de TPR (trabajo de parto, parto y recuperación), en cuyo caso se precisará de la unidad de hospitalización convencional de obstetricia.

Cualquiera que sea la tipología del bloque obstétrico, las unidades de hospitalización convencional obstétrica se ubicarán preferentemente en el área de hospitalización y tendrán condiciones similares a las unidades polivalentes, si bien se configurarán de forma que, siempre que sea posible, se facilite el cumplimiento de las recomendaciones sobre contacto precoz madre-RN y prácticas posnatales de la “Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud”, especialmente la erradicación de las salas-nido de los hospitales⁵⁵.

Con esta configuración, son varios los factores que condicionan la localización ideal de la MH en un hospital de agudos. Por una parte, la recepción directamente en la propia unidad de las gestantes que acuden al hospital con sospecha o pródromo de parto exige facilitar al máximo su acceso desde el exterior. Por otra, debe tenerse en cuenta que las usuarias atendidas en la M.H. requieren a menudo medios diagnósticos y/o terapéuticos no incluidos en la cartera de servicios de la unidad, por lo que es preciso su traslado a otras unidades y servicios del hospital, siendo aconsejable minimizar los

recorridos a fin de garantizar la inmediatez de las actuaciones en caso de necesidad. Especialmente importante resulta, además, la proximidad de las áreas de hospitalización obstétrica y neonatología.

El diseño de la MH debe propiciar un ambiente relajado y tranquilo adecuado para mantener la intimidad y dignidad de la mujer, y facilitar, cualquiera que sea la tipología del bloque obstétrico, la circulación de las usuarias entre las diferentes áreas asistenciales. La facilidad de movimientos en torno a la unidad es igualmente necesaria para su personal y la distribución de materiales, debiendo planificarse los flujos principales para minimizar los desplazamientos, evitando en la medida de lo posible cruces no deseados y pérdida de tiempo.

El bloque obstétrico debe estar bien señalizado y con fácil acceso desde el exterior, tanto para las usuarias y sus acompañantes como para el personal sanitario y los suministros y servicios de soporte, y bien comunicado con las unidades de hospitalización obstétrica y neonatología, así como con las principales áreas de diagnóstico.

6.1.2. Aspectos estructurales de la M.H.

Estas unidades requieren, como se ha visto, una serie de recursos estructurales, instalaciones y equipamiento, que estarán fundamentalmente en relación con las características de la actividad clínica comprendida en su cartera de servicios y con el grado de autonomía del que, con respecto a los recursos existentes en otros servicios y unidades del hospital, se precise disponer.

En este epígrafe se desarrollan los criterios de carácter general para la programación funcional de la M.H., mientras que en el anexo 7 a este documento se incluye el programa funcional “tipo” de una unidad con locales para el proceso de parto integrados, dimensionada para atender 2.000 partos/año.

La estructura física de la MH deberá adecuarse a la secuencia de actividades descrita en el epígrafe anterior, si bien la solución funcional será diferente en función de la tipología del bloque obstétrico, según se trate de una unidad secuencial o integrada. A continuación se incluye una descripción de las principales características estructurales y funcionales de las áreas físicas en que se desarrollan estas actividades, basada en la circulación idónea de las usuarias y en la secuencia de actos realizados en cada uno de los modelos considerados³⁶. Este concepto secuencial, esquematizado en los diagramas que se muestran a continuación, deberá ser la directriz del diseño arquitectónico de la unidad, si bien éste, obviamente, se adaptará a las estructuras previas de las que se parta, pero observando en la medida de lo posible los flujos de circulación, que constituyen la base de una unidad bien planificada:

Figura 6.1. Secuencia de actividades de una MH con bloque obstétrico integrado.

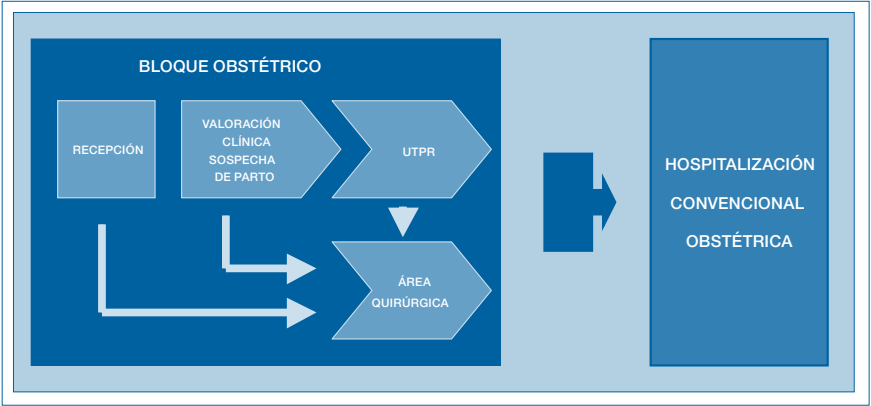
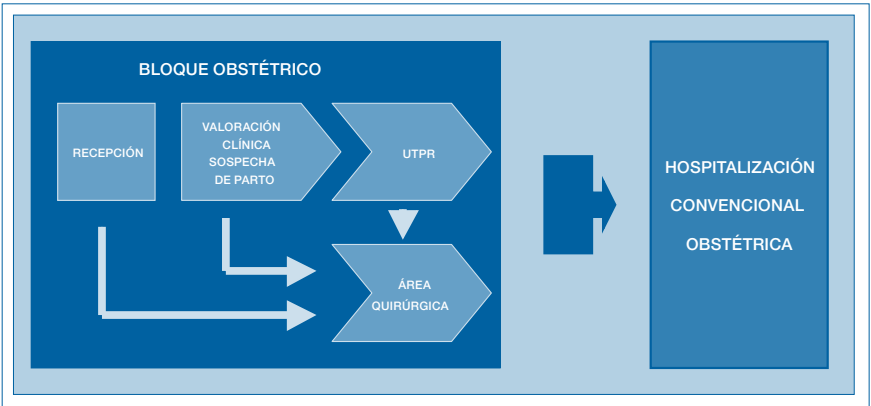


Figura 6.2. Secuencia de actividades de una MH con bloque obstétrico secuencial.



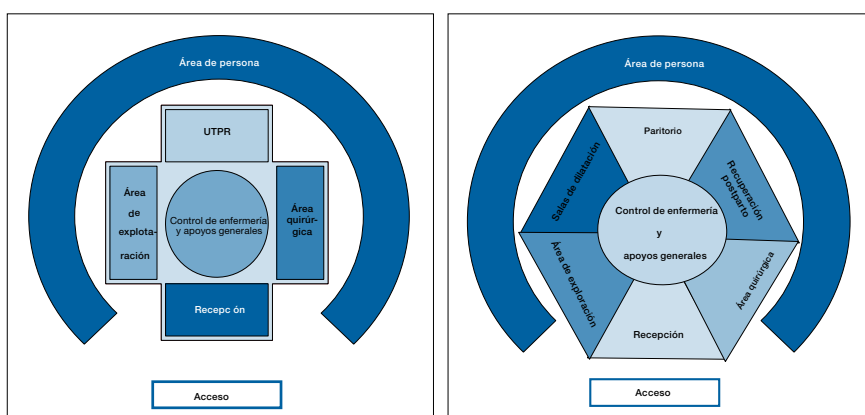
Como puede observarse, se establecen dos áreas físicas diferenciadas, aunque íntimamente interrelacionadas: el bloque obstétrico y la unidad de hospitalización convencional obstétrica. El programa funcional de cada una de ellas identifica zonas homogéneas según la naturaleza de las actividades a las que sirven de soporte y, dentro de ellas, se detallan los locales que las componen y se especifican sus características físicas y funcionales más significativas.

6.1.2.1. Bloque obstétrico

Se plantea como el área física que tiene por objeto la atención de la madre que va a parir, incluyendo la recepción y valoración clínica de las gestantes que acuden al hospital con sospecha o pródromo de parto, el examen y control de la parturienta, la dilatación y el parto, así como la atención y reanimación del RN, y el período de posparto inmediato. En el bloque obstétrico se atenderán todas las urgencias obstétricas y se dispondrá de un área quirúrgica dotada de los recursos necesarios para atender los procedimientos quirúrgicos relacionados con el parto incluidos en la cartera de servicios de la MH.

Como se ha visto, los requerimientos estructurales del bloque obstétrico son diferentes según su tipología. Los esquemas mostrados en las figuras 6.3 y 6.4 representan, respectivamente, las zonas que comprende el bloque obstétrico en una MH integrada y una secuencial.

Figura 6.3. Zonas del bloque obstétrico integrado. **Figura 6.4. Zonas del bloque obstétrico secuencial.**



Para el diseño del bloque obstétrico, se consideran los siguientes objetivos específicos:

- Conseguir un ambiente amable, no medicalizado y confortable, en el que la mujer se sienta cómoda y segura en vez de expuesta y observada.
- Minimizar los recorridos y circulaciones durante las fases de preparto, parto y posparto, así como minimizar las distancias con

las áreas de hospitalización convencional obstétrica y de neonatología.

- Introducir usos que forman parte de la demanda actual, recogidos dentro del documento de “Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud”; por ejemplo, bañeras de parto⁵⁷.
- Evitar la sobrecarga de trabajo en determinados locales y zonas sometidas a fuerte presión, como son las correspondientes a dilataciones, admisión y familiares, y otras que no estén suficientemente aprovechadas mediante una ordenación funcional que no contamine el circuito de la usuaria.
- Fomentar el encuentro entre madres como apoyo al posparto inmediato.

Recepción

Se utiliza para el acceso de las gestantes que acuden con sospecha o pródromo de parto, así como las actividades relacionadas con la acogida, admisión y clasificación de las usuarias, e incluye la espera de las mismas hasta el momento en que son atendidas y de sus acompañantes durante su permanencia en el bloque obstétrico.

Esta zona tendrá las siguientes características:

- Acceso:
 - La señalización exterior facilitará el acceso, de forma que las usuarias y sus acompañantes localicen con facilidad el bloque obstétrico.
 - Es deseable la localización de la unidad en el nivel más próximo a la calle y, en cualquier caso, con las mejores condiciones posibles de accesibilidad, habida cuenta del volumen considerable de usuarias y de la inmediatez con que en determinados casos debe prestarse asistencia urgente.
 - El diseño responderá a la normativa de accesibilidad para personas minusválidas y al Código Técnico de la Edificación (DB-SU).
 - Se procurará que la circulación del personal de la unidad y de los materiales (suministros, equipos, alimentos, farmacia, lencería, residuos, etc.) esté convenientemente diferenciada.
 - El bloque obstétrico será un área de acceso semirrestringido al personal sanitario, las usuarias y su familiar acompañante. Dentro del bloque, el acceso al área quirúrgica será restringi-

do al personal sanitario adscrito a la misma. El resto del bloque obstétrico contará con un diseño que impida el tránsito entre servicios no relacionados y del público en general, salvo en los horarios de visita.

- El acceso al bloque obstétrico desde el vestíbulo de entrada, o el pasillo de circulación principal, debería realizarse a través de puertas automáticas que permitieran la visibilidad en ambas direcciones.
 - El vestíbulo de entrada será suficientemente amplio para permitir la circulación hasta el mostrador de recepción-admisión, evitando aglomeraciones que pudieran dificultar el acceso.
- Admisión:
 - Es conveniente la existencia de un área de recepción y de admisión específicas.
 - Esta área incorporará el espacio necesario para la atención a las gestantes y a sus acompañantes (deberá tenerse en cuenta la necesidad de un cierto grado de privacidad) durante el proceso de admisión en el que se realiza la filiación, ingreso, en su caso, determinación de citas, etc.
 - El área administrativa funcionará las veinticuatro horas del día y contará con el equipamiento necesario para desarrollar eficazmente su actividad (ofimática, informática, correo electrónico, teléfonos, fax) y prever espacio para almacenar la documentación específica: protocolos, folletos informativos, etc.
 - El mostrador de admisión se diseñará de forma que resulte accesible desde la entrada principal y fácilmente localizable para las gestantes y sus acompañantes y que el personal de recepción pueda observar la puerta de entrada y las circulaciones del público. Dispondrá de una zona que permita la atención sin barreras arquitectónicas y con los usuarios/as acomodados/as en silla.
 - Se recomienda que toda la tramitación administrativa se realice, siempre que sea posible, en el propio mostrador de recepción, evitando la disposición de despachos adyacentes. Se considera que, en nuevos diseños, el sistema de información debe soportar íntegramente el desarrollo de todas las actividades, incluyendo, además de las meramente administrativas, la gestión de la documentación clínica.



Figura 1. Zona de recepción y admisión

- Estar/espera:
 - Adyacente a la admisión, deberá existir un espacio para estar/espera específico de familiares y usuarias, que puede ser común a la sala de estar durante el parto o la intervención quirúrgica, en su caso. Será un área confortable y estará dotada de aseos, teléfono público, televisión y fuente automática de agua fría, así como de máquina expendedora de bebidas y alimentos envasados.
 - El dimensionado de la zona de espera dependerá de la actividad prevista y de las características socioculturales de la población, debiendo contar con una previsión de 1,5 asientos cómodos (los tiempos de espera pueden ser largos) por mujer que se encuentre en cualquier área de la unidad.
 - Esta sala de estar/espera principal tendrá preferentemente acceso directo desde el vestíbulo de entrada, permitirá el contacto visual con el mostrador de recepción y dará acceso a la zona de exploración donde se lleva a cabo la valoración clínica de las gestantes. Tendrá, además, dos ambientes separados visualmente: uno para la espera de la recepción y otro para la espera de la exploración clínica.
- Box de clasificación:
 - Contiguo a la admisión y destinado a la clasificación de las usuarias a fin de priorizar la atención urgente según su gra-

vedad, determinando el tiempo de atención y el recurso más adecuado en cada caso.

- La clasificación es una valoración preliminar de la urgencia/ gravedad basada en el motivo de consulta y la existencia de otros signos y síntomas evidentes, que no precisa de diagnóstico médico. Por ello, el diseño del local atenderá preferentemente a lograr unas condiciones de intimidad y confort acordes con la naturaleza de la actividad y facilitará la inmediatez de la atención y la rotación de las usuarias.
- Despacho de información:
 - Habilitado para que el personal facultativo y sanitario facilite a los familiares y acompañantes de las mujeres detalles de la situación clínica de la mujer en condiciones adecuadas de privacidad.
- Aseos:
 - Junto a la sala de espera principal existirá una zona de aseos para el público, incluyendo alguno adaptado para personas minusválidas, dotados de lavabo e inodoro. Sus dimensiones serán proporcionales a las dimensiones de la sala de espera.

Tabla 6.1. Función y características estructurales de la recepción.

Ámbito	Función	Características estructurales
ACCESO	Permite la entrada a las áreas de admisión y espera.	• Señalización exterior adecuada. • Ubicación a nivel de calle, si es posible. • Acceso diferenciado de material y suministros. • Recorridos cortos si los accesos son compartidos. • Facilitar acceso para personas minusválidas.
ADMISIÓN	Atención a la usuaria y a sus acompañantes durante el proceso de acogida y registro.	• Espacio adecuadamente dimensionado. • Garantizar cierto grado de privacidad. • Equipamiento adecuado para las tareas: ofimática, informática, teléfonos, contestador automático, fax, etc. • Fácilmente localizable. • Funcionamiento 24 horas. • Debe permitir que el personal de recepción, estando sentado, observe la entrada a la unidad y la sala de espera.

Tabla 6.1. Función y características estructurales de la recepción (Continuación).

Ámbito	Función	Características estructurales
ESTAR/ESPERA	Facilita la permanencia de usuarias y acompañantes en las mejores condiciones posibles de comodidad.	• Confortabilidad (posibles largas esperas). • 1,5 cómodos asientos por usuaria que se encuentre en cualquier área de la unidad. • Dos ambientes separados visualmente: uno para la espera de la recepción y otra para la espera de la exploración clínica. • Puede ser común a la sala de estar durante el parto o la intervención quirúrgica, en su caso. • Aseos. • Teléfono público y televisión. • Fuente automática de agua fría. • Máquinas expendedoras de bebidas y alimentos.
BOX DE CLASIFICACIÓN	Priorizar la atención urgente según la gravedad de las usuarias, a fin de determinar el tiempo óptimo de atención y asignar el recurso más adecuado a cada caso.	• Condiciones de intimidad y confortabilidad. • Adecuado para minimizar los tiempos de atención y una elevada rotación de usuarias. • No requiere medios para diagnóstico médico.
DESPACHO DE INFORMACIÓN	Información a usuarias y familiares.	• Despacho con condiciones adecuadas de privacidad. • Accesible desde la sala de espera.
ASEOS	Para el aseo de usuarias y acompañantes durante la espera.	• Con lavabo e inodoro. • Debe incluir aseo adaptado para minusválidos. • En número proporcional a la dimensión de la sala de espera.

Zona de exploración

Una vez clasificadas, las usuarias que han acudido al bloque obstétrico con sospecha o pródromo de parto son asignadas al recurso que corresponda en función de su urgencia o gravedad. En el apartado 5.5.1 de este documento de estándares y recomendaciones se ha detallado el alcance de la valoración clínica y obstétrica habitual previa al proceso del parto, que determina las características físicas de los locales del área de exploración.

Los recursos físicos y medios diagnósticos de que debe estar dotada esta zona permiten, además, la valoración clínica, cuando sea precisa, de las mujeres que hayan ingresado de forma programada para inducción del parto

o cesárea y, dependiendo de la organización de la atención obstétrica en el hospital, de las gestantes que precisen atención urgente por complicación del embarazo (fisiopatología fetal).

Esta zona tendrá las siguientes características:

- Consulta:
 - La valoración clínica de las mujeres, previa a la indicación de ingreso, comprende, como se ha visto, diferentes niveles de complejidad, según la urgencia o gravedad de su estado. La consulta es el espacio físico donde se lleva a cabo la exploración y reconocimiento de las usuarias a fin de evaluar el riesgo y decidir las opciones de seguimiento del proceso de parto que requieren menor complejidad (exploración obstétrica, auscultación fetal, etc.). Además de ello, es necesario facilitar a la usuaria la información pertinente y obtener su consentimiento.
 - El número de consultas vendrá determinado por el volumen esperado de actividad, en un horario de funcionamiento continuado durante las 24 horas del día.
 - Se asume que la consulta debe permitir, en un único local, el desarrollo combinado de estas actividades, de forma que se optimizarán las condiciones de intimidad si existe una única puerta, y se logrará así mayor versatilidad en la utilización de un espacio que, funcionalmente, resulta mucho más flexible.
 - La consulta debe tener un tamaño suficiente para acoger al facultativo y demás personal sanitario necesario, según los requerimientos de apoyo que resulten de los procedimientos diagnósticos a realizar, la usuaria y, en su caso, un/a acompañante.
 - Será necesario, además del mobiliario de despacho (mesa, sillón y sillas), una camilla de exploración obstétrica accesible por ambos lados y convenientemente aislable mediante cortinas o biombo, lámpara de exploración, tomas de oxígeno y vacío y mobiliario clínico para contener el material fungible e instrumental de uso en la consulta. En uno de los lados de la camilla de exploración debe tener cabida un ecógrafo para su utilización en los casos en que esté indicado.
 - La distribución del espacio facilitará al máximo la privacidad de la consulta y la comunicación con otras consultas adyacentes, a fin de posibilitar la circulación del personal sanitario.
 - La consulta tendrá incorporado un aseo para las usuarias, con lavabo e inodoro.



Figura 2. Consulta y exploración obstétrica

- Observación:
 - En ocasiones, la valoración clínica previa a la indicación de ingreso requiere más de una consulta. Durante el tiempo que transcurre entre dos consultas, las mujeres que no presentan complicaciones permanecen en un área de observación para el seguimiento de su evolución, donde reciben los cuidados que precisan hasta su revisión en consulta.
 - Se trata de un espacio común, dotado de sillones confortables y posibilidad de monitorización externa.
- Box de exploración y técnicas / Unidad de salud fetal:
 - Los procedimientos diagnósticos y tratamientos materno-fetales más complejos (monitorización cardiotocográfica, ecografía, punción de líquido amniótico, etc.) se realizarán en boxes de exploración, que se ubicarán junto a las consultas, debiendo facilitarse al máximo la circulación entre ambos recursos.
 - Los boxes de exploración pueden disponerse en salas comunes o puestos individuales. Las salas comunes presentan claras ventajas organizativas y económicas, pero es esencial que ello no afecte a las condiciones de intimidad y confort de las usuarias. Los requerimientos de dichos puestos son, en general, análogos a los boxes dispuestos en salas comunes.

- En las salas comunes cada box debería ocupar, como mínimo, un espacio de 3 x 2,5 m, y debería poder aislarse convenientemente mediante cortinas o biombos o, en su caso, mamparas fijas, utilizando como soporte principal camas o sillones confortables, en torno a una mesa que permita servir comida a las mujeres.
- Cada box tendrá, además, tomas de oxígeno y vacío, una mesita con espacio para contener los efectos personales de las usuarias y ala para apoyar bandejas, así como espacio para el uso de cardiotocógrafo, ecógrafo y monitorización por telemetría, además de una silla adicional (a utilizar por un/a acompañante en el caso de que ello resulte indicado).
- Cada puesto dispondrá de todas las instalaciones eléctricas necesarias tanto para su iluminación como para la conexión de los equipos electromédicos a utilizar. Se valorará, además, la conveniencia de que dispongan de televisión y, en todo caso, tendrán una unidad de control manual por parte de la usuaria, que le permita avisar al personal de enfermería, manejar la iluminación y el mando a distancia de la televisión.
- Reviste particular interés la ubicación de las ventanas. Siempre que sea posible, las usuarias deberían permanecer bajo luz natural y tener vistas al exterior, si bien ello debe ser compatible con garantizar la necesaria intimidad cuando la administración del tratamiento requiera que la usuaria permanezca desvestida.
- Al igual que las consultas, los boxes de exploración tendrán incorporados aseos para las usuarias, con lavabo e inodoro.

Tabla 6.2. Función y características estructurales del área de exploración.

Ámbito	Función	Características estructurales
CONSULTA	Valoración clínica de las parturientas y demás usuarias atendidas en el bloque obstétrico, previa a la indicación, si procede, de ingreso: incluye, además de la consulta, los procedimientos que requieren	• Número de consultas dependiendo de la demanda esperada, en funcionamiento continuado las 24 horas del día. • Con tamaño suficiente para el facultativo y demás personal sanitario necesario, la usuaria, y en su caso, un/a acompañante. • Con mobiliario de despacho (mesa, sillón y sillas), camilla de exploración obstétrica accesible por ambos lados y convenientemente aislable mediante cortinas o biombos, lámpara de exploración, tomas de oxígeno y vacío y mobiliario clínico para contener el material fungible e instrumental de uso en la consulta. Ecógrafo de gama media.

Tabla 6.2. Función y características estructurales del área de exploración. (Cont.)

Ámbito	Función	Características estructurales
	menor complejidad (exploración obstétrica, auscultación fetal, ecografía etc.).	- La distribución del espacio facilitará al máximo la privacidad de la consulta y la comunicación con otras consultas adyacentes, a fin de posibilitar la circulación del personal sanitario. - Con aseo para las usuarias, dotado de lavabo e inodoro.
OBSERVACIÓN	Seguimiento de la evolución de las mujeres que esperan para ser atendidas nuevamente en consulta para su valoración clínica e indicación, si procede, de su ingreso.	- Sillones confortables en sala común. - Posibilidad de monitorización externa.
BOX DE EXPLORACIÓN Y TÉCNICAS	Valoración clínica de las parturientas y demás usuarias atendidas en el bloque obstétrico, previa a la indicación, si procede, de ingreso: procedimientos diagnósticos y tratamientos materno-fetales más complejos (monitorización cardiotocográfica, ecografía, punción de líquido amniótico, etc.).	- Dispuestos, preferentemente, en salas comunes, con las adecuadas condiciones de intimidad y confortabilidad. Aislados mediante cortinas o biombos o, en su caso, mamparas fijas, utilizando como soporte principal camas o sillones confortables, en torno a una mesa que permita servir comida a las mujeres. - Con tomas de oxígeno y vacío, mesita para los efectos personales de las usuarias y espacio para el uso de cardiotocógrafo y ecógrafo de gama alta, así como una silla adicional (a utilizar por un/a acompañante en caso de resultar indicado). - Con las instalaciones eléctricas necesarias para su iluminación y la conexión de los equipos electromédicos a utilizar. - Con unidad de control manual para que las usuarias puedan llamar al personal de enfermería, manejar la iluminación y, en su caso, utilizar el mando a distancia de la televisión. - Con aseo para las usuarias, dotado de lavabo e inodoro.

Unidades de trabajo de parto, parto y recuperación (UTPR)

Desde una perspectiva funcional, la UTPR supone una alternativa a la forma clásica de estructurar el proceso de parto, según la cual la asistencia a

cada uno de sus períodos se realiza en lugares diferentes: sala de dilatación, paritorio y sala de recuperación.

Responde de una concepción orientada a la humanización del parto, que trata de centrar el proceso en las familias, dirigiéndolo a las necesidades de la mujer y el RN, según la idea de que el parto debe ser considerado más un acontecimiento normal que un acto médico-quirúrgico, y que, en la medida de lo posible, debe compatibilizar la presencia de la familia, con el acceso a la tecnología de apoyo en el momento que su utilización resulte indicada.

Las UTPR son los espacios habilitados en el bloque obstétrico para la asistencia a la parturienta a lo largo de todos los períodos del proceso de parto vaginal (dilatación, expulsivo, alumbramiento y recuperación), y al RN sano que no precisa ingreso en la unidad de neonatología. Deben estar ubicadas dentro del bloque obstétrico de forma que el acceso al área quirúrgica resulte sencillo a fin de que el traslado de la parturienta, en caso de complicación, sea lo más rápido posible. Además, deben contar con los medios necesarios para realizar procedimientos de reanimación de rutina, tanto de la madre como del RN.

Las UTPR son habitaciones individuales diseñadas como dormitorios domésticos, con mobiliario acogedor y decoración adecuada a este ambiente. Para ello, resulta deseable que el panel de servicios en la cabecera de la cama, habitual en las habitaciones de hospitalización convencional y dotado con tomas eléctricas y de oxígeno y vacío, caudalímetro, vacuómetro, etc., quede oculto detrás de mamparas o cuadros, y que la ubicación de las ventanas facilite que la parturienta permanezca bajo luz natural tanto como sea posible y tenga vistas al exterior.

La iluminación artificial dispondrá de dos circuitos: en uno será indirecta y graduable para que pueda ser regulada según los deseos de la mujer y, en el otro, luz artificial de trabajo, según los estándares de necesidades lumínicas de habitación de hospital, en caso de complicaciones. La temperatura ambiente será regulable, en función de las necesidades de la mujer, ya que es probable que en cada fase del proceso necesite una temperatura diferente.

La cama de partos debe permitir a la parturienta colocarse en la posición más cómoda, siendo posible su transformación, desde la posición horizontal a la de un sillón obstétrico apto para el parto vertical con el respaldo a 90 grados, pasando por la posición obstétrica intermedia con el respaldo a 120 grados. Debe estar dotada de ruedas para facilitar el traslado de la parturienta al bloque quirúrgico si fuera necesario y su devolución a la habitación después de la intervención.

No obstante, 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.



Figura 3. UTPR dotada de iluminación natural

El diseño de la UTPR debe adecuarse para:

- El parto normal sobre una cama de partos, en cuya proximidad pueda ubicarse la mesa y el equipamiento de reanimación del RN⁷⁵. En torno a la cama de partos debe contarse, además, con espacio para la o el acompañante, que dispondrá de mobiliario adecuado, y para el trabajo de hasta tres profesionales sanitarios/as.
- El parto normal en posición erguida, apoyada en algún mueble, en cuclillas o en silla obstétrica.
- El parto instrumental deberá realizarse preferentemente en quirófano con la madre en posición de litotomía, bajo anestesia local o epidural con intervención de obstetra, matrn/a y anestesiólogo/a, debiendo contarse con espacio disponible para realizar procedimientos de reanimación, si resultan necesarios.
- El uso de equipos de ecografía, monitorización fetal y maternal con telemetría y terapia intravenosa, que deben almacenarse en las inmediaciones de la habitación y trasladarse a la misma cuando sean necesarios.

Las UTPR deben, además, contar con lavabo para lavado de manos provisto de grifo quirúrgico de accionamiento no manual, dispensadores de anti-sépticos y secador de manos automático, tener aislamiento acústico entre habitación y habitación, así como entre habitación y pasillo, a fin de permitir que la mujer se sienta cómoda para emitir ruidos durante el parto, sistema de ventila-

ción para el control de polución de gases, protección contra riesgos eléctricos y los sistemas de seguridad antiincendio previstos en la normativa vigente.

Las UTPR deben ser amplias, con una superficie aproximada de 22-25 m². Además, dispondrán de un aseo con lavabo, inodoro, bidé y ducha, para que la mujer de parto pueda beneficiarse del efecto calmante del agua caliente durante la dilatación. La puerta del aseo debe abrir siempre hacia la habitación.

Una opción 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.



Figura 4. UTPR con bañera semiexenta

Tabla 6.3. Función y características estructurales del área de UTPR.		
Ámbito	Función	Características estructurales
UTPR	Asistencia a la parturienta a lo largo de todos los períodos del proceso de parto vaginal (dilatación, expulsivo, alumbramiento y recuperación), y	• Ubicadas en el bloque obstétrico con fácil acceso al área quirúrgica para que el traslado de la parturienta, en caso de complicación, sea lo más rápido posible. • Diseñadas como dormitorios domésticos, con mobiliario acogedor y decoración adecuada a este ambiente. Con el panel de servicios en la cabecera de la cama oculto detrás de mamparas o cuadros y ventanas dispuestas para facilitar vistas al exterior e iluminación natural.

Tabla 6.3. Función y características estructurales del área de UTPR (Continuación)

Ámbito	Función	Características estructurales
	al RN sano que no precisa ingreso en la unidad de neonatología.	• Iluminación artificial con 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. La temperatura ambiente será regulable, en función de las necesidades de la mujer. • La cama de partos debe permitir a la parturienta colocarse en la posición más cómoda y tener ruedas para facilitar el traslado al quirófano en caso de cesárea. Pueden también utilizarse sillas obstétricas para los partos en posición vertical. • Adecuadas para parto normal o instrumental bajo anestesia local o epidural, debiendo contarse con espacio disponible para realizar procedimientos de reanimación, si resultan necesarios, así como el uso de equipos de ecografía, monitorización fetal y maternal con telemetría y terapia intravenosa, que deben almacenarse en las inmediaciones de la habitación y trasladarse a la misma cuando sean necesarios. • Dispondrán de lavabo para lavado de manos, aislamiento acústico, sistema de ventilación para el control de polución de gases, protección contra riesgos eléctricos y los sistemas de seguridad antiincendio previstos en la normativa vigente. • Con un aseo dotado de lavabo, inodoro, bidé y ducha para que la mujer de parto pueda beneficiarse del efecto calmante del agua caliente durante la dilatación. La puerta del aseo debe abrir siempre hacia la habitación. • Medios y recursos necesarios para la atención inicial y reanimación neonatal si fuese necesario⁶⁹. • Espacio para material y fármacos.

Zona quirúrgica

Según se ha visto, las mujeres atendidas en el bloque obstétrico pueden precisar intervención quirúrgica de forma programada o por presentarse la indicación de forma urgente durante el proceso de parto.

La zona quirúrgica del bloque obstétrico agrupa los locales de preparación preoperatoria, quirófano y despertar, así como los espacios específicos necesarios para el soporte de la actividad quirúrgica. Las normas de acceso, circulaciones y desplazamientos serán las habituales en ambientes quirúrgicos.

Los criterios para su ubicación dentro del bloque se han definido al tiempo que las características estructurales de las zonas de recepción, exploración y UTPR, con las que está íntimamente relacionada desde un punto de

vista funcional, siendo la inmediatez de la asistencia en casos de urgencia o gravedad la razón que justifica la necesaria proximidad y facilidad de acceso entre estos recursos.

Las características físicas y funcionales de la zona quirúrgica del bloque obstétrico son las siguientes:

- Quirófano:

El quirófano del bloque obstétrico tiene, en principio, los mismos requerimientos de instalaciones y equipamiento que los del bloque quirúrgico general:

- Superficie útil mínima de 40 m², con una altura libre mínima de 3 m y con unas dimensiones que permitirán trazar un círculo de 6 m de diámetro alrededor de la mesa del quirófano.
- Las paredes y techos serán de materiales duros, no porosos, impermeables, lavables e ignífugos, sin grietas, continuos y sin brillos, no habrá rieles ni elementos susceptibles de acumular suciedad y los elementos de pared serán empotrados.
- El suelo será lavable semiconductor, conectado a toma de tierra, sin puntos y sin ángulos entre paramentos verticales y horizontales.
- No tendrá ventanas. Las puertas deberán ser de un mínimo de 1,5 m de ancho, preferiblemente de accionamiento automático y correderas con riel externo.
- Si existe más de un quirófano, cada uno tendrá dos cuadros idénticos de toma de gases y cada uno tendrá tomas de protóxido de nitrógeno, aire comprimido medicinal, oxígeno (2), vacío y extracción de gases anestésicos (EGA). En cada quirófano habrá un cuadro para control de la presión de los gases dotado de sistema de alarma.
- Se contará con fuentes de luz cerradas para la iluminación ambiente del quirófano. Si se utilizan lámparas fluorescentes para este fin, se tomarán las medidas necesarias a fin de evitar interferencias entre los equipos de encendido y los aparatos de electromedicina.
- Cada quirófano contará, como mínimo, con doce tomas eléctricas monofásicas con toma de tierra de 16 amperios. Habrá, como mínimo, por quirófano una toma eléctrica monofásica con toma de tierra de 20 amperios para equipos de radiodiagnóstico y láser, si los hubiere, debidamente identificada.
- Se utilizarán, preferentemente, brazos articulados móviles para anestesia y cirugía.

- Tendrá anclaje para lámpara. Protección contra riesgos eléctricos. Iluminación ambiental de al menos 1.000 lux y en la mesa quirúrgica de 25.000 lux.
- Las condiciones de climatización serán las de la UNE 100173 (instalaciones de acondicionamiento de aire en hospitales), ASHRAE; AIA. Condiciones técnicas de un quirófano general (RITE).
- Dispondrá de protecciones especiales para RX y sería deseable la existencia de mesas que permitan la realización de radiografías.
- Cuña de Cardiff.
- Los espacios de los equipos de las instalaciones deben ubicarse en un nivel distinto al del bloque, preferentemente en cubiertas.
- Tendrá puntos de acceso a la red de voz y datos, y dispondrá de estación clínica para el acceso al sistema de información.

El equipamiento general será, asimismo, el habitual en los quirófanos del bloque quirúrgico (mesa y lámpara quirúrgica, máquinas de anestesia, monitorización, electrobisturí, accesorios para cirugía y anestesia, instrumental quirúrgico, etc.). El equipamiento específico comprende monitor fetal y de presión intrauterina e instrumental obstétrico.

Además del espacio y equipamiento necesario para la madre, debe contarse con el que requiere la recepción y reanimación del RN, incluyendo una incubadora de transporte neonatal.

- **Reanimación Post-Anestésica (URPA)**

Cada puesto en la sala común tendrá espacio suficiente para la cama, el equipo de monitorización, la realización de los procedimientos que correspondan y la presencia del anesthesiólogo/a y el personal de enfermería que atienda a las pacientes. Los puestos dispondrán de tomas eléctricas, de aire comprimido medicinal y vacío.

En esta zona se llevará a cabo la monitorización de las funciones vitales hasta conseguir un nivel de consciencia y de constantes que permitan trasladar a la usuaria.

La zona quirúrgica dispondrá de los apoyos necesarios para el funcionamiento de la actividad quirúrgica: vestuarios de personal, zona de preparación de cirujanos, control de enfermería, almacén de material estéril, almacén general y de equipos, y oficios, dependiendo de la dotación general del bloque obstétrico y la posibilidad que exista de compartirlos con las demás áreas de la unidad, en función del nivel de actividad y el dimensionado de los recursos.

Tabla 6.4. Función y características estructurales del área quirúrgica.

Ámbito	Función	Características estructurales
QUIRÓFANO	Procedimiento anestésico e intervención quirúrgica.	• Similares a las de un quirófano-tipo del bloque quirúrgico general. • Equipamiento específico: monitor fetal y de presión intrauterina, e instrumental obstétrico. • Además del espacio y equipamiento necesario para la madre, debe contarse con el que requiere la recepción y reanimación del RN, incluyendo una incubadora de transporte neonatal.
REANIMACIÓN POST-ANESTÉSICA (URPA)	Monitorización de las funciones vitales hasta conseguir un nivel de vigilia y de constantes que permitan trasladar a la paciente.	• Con espacio suficiente para la cama, el equipo de monitorización, la realización de los procedimientos que correspondan y la presencia del anestesiólogo/a y el personal de enfermería que atienda a las usuarias. Los puestos dispondrán de tomas eléctricas, de aire comprimido medicinal y vacío.
APOYOS	Actividades de soporte para la actividad quirúrgica.	• El área dispondrá de los apoyos necesarios, dependiendo de la dotación general del bloque obstétrico y la posibilidad que exista de compartirlos con las demás áreas de la unidad, en función del nivel de actividad y el dimensionado de los recursos.

Reanimación de RN

Las áreas de reanimación neonatal deben estar en las mismas habitaciones de parto o en el interior del quirófano. Se recomienda que en cada paritorio haya un punto determinado para realizar la estabilización o la reanimación de la neonata o neonato. La SEN recomienda un listado del material y medicación que debe estar disponible en todo parto. Este material ha de estar fácilmente accesible y en plenas condiciones de uso⁶⁹. En lo posible se facilitará el contacto temprano madre-RN.

Control de enfermería y apoyos generales

Reúne el conjunto de recursos físicos dedicados a las labores de observación y cuidados de las usuarias mientras permanecen en el bloque obstétrico, de planificación de los cuidados y demás trabajos administrativos de enfermería, así como los apoyos necesarios para la atención en el bloque (gestión y almacenamiento de fármacos, materiales, equipos, lencería y alimentos).

Las características físicas y funcionales de la zona quirúrgica del bloque obstétrico son las siguientes:

- Control (mostrador y zona de trabajo de personal):

El bloque obstétrico dispondrá de un control para el trabajo del personal de enfermería, que se ubicará en una zona próxima al acceso exterior y al centro de la unidad, a fin de minimizar los recorridos y facilitar el acceso a la zona de exploración, UTPR y área quirúrgica, y contará con los diferentes espacios aledaños necesarios para el desarrollo de las actividades de soporte, situados alrededor del puesto de control en función de la forma de trabajo del personal.

El puesto de control tendrá un mostrador con superficie para escribir e instalación de equipos de comunicación, incluyendo la central de recepción de llamadas a la enfermera y espacio para almacenar el material de trabajo, además de una zona de trabajo de personal, que contará con una estación clínica para el acceso al sistema de información del hospital y, en su caso, el trabajo con historia clínica informatizada.



Figura 5. Control de enfermería en zona de acceso a habitaciones de UTPR

La zona de apoyos en torno al control de enfermería se dotará con los siguientes locales:

- Estar de enfermería, asociado al control, de manera que facilite el descanso del personal compatible con el seguimiento de la unidad y el acceso rápido a las áreas de usuarias, en caso de necesidad.
- Oficio de limpio, para la preparación de farmacia, dispuesta para el manejo de los medicamentos.
- Almacenes de lencería, material fungible y equipos.
- Oficio de sucio y clasificación de residuos.
- Oficio de comidas.
- Oficio de limpieza.

Se recomienda incorporar a la zona de apoyos, siempre que sea posible, los avances disponibles en logística (p. ej., tubos neumáticos, sistemas multialmacén con doble cajetín, armarios automatizados para la dispensación de medicamentos, siempre que las dimensiones compensen la inversión, o, en su defecto, dispositivos para la unidosis), la restauración (p. ej., bandeja isotérmica o elementos para la regeneración de alimentos preparados, si se han desarrollado sistemas de línea fría de cocina) y la segregación de los residuos.

Según se ha señalado más arriba, la distribución y dimensiones de estos apoyos dependerá del volumen de actividad del bloque obstétrico y de la posibilidad de compartir su uso para las diferentes zonas.

Tabla 6.5. Función y características estructurales de la zona de control de enfermería.

Ámbito	Función	Características estructurales
CONTROL DE ENFERMERÍA	Trabajo del personal de enfermería: observación de las pacientes durante su tratamiento y recuperación, planificación de los cuidados y demás labores administrativas de enfermería.	• Ubicado en el centro de la zona de hospitalización. Para minimizar los recorridos. • Mostrador con superficie para escribir e instalación de equipos de comunicación, incluyendo la central de recepción de llamadas a la enfermera y espacio para almacenar el material de trabajo. • Área de trabajo con estación de trabajo y acceso a las aplicaciones de gestión de pacientes y estación clínica.
APOYOS	Actividades de soporte.	• Estar de enfermería. • Oficio de limpio para la preparación de farmacia. • Almacenes de lencería, material fungible y equipos. • Oficio de sucio y clasificación de residuos. • Oficio de comidas. • Oficio de limpieza.

Área administrativa y de apoyos para el personal

Se consideran incluidos en esta zona los espacios necesarios de despachos y salas de reuniones del personal que trabaja en la unidad, de manera que puedan desarrollarse adecuadamente las actividades asistenciales y docentes y el descanso.

Esta zona tendrá las siguientes características:

- Despachos:

El número de despachos será proporcional a las dimensiones de la plantilla de la unidad, en concreto de profesionales cuya actividad precise la utilización de despacho, ya sean individuales (p. ej., despachos de responsables médicos y de enfermería) o comunes (salas de trabajo, biblioteca).
Los despachos estarán dotados de mobiliario ergonómico, garantizarán la privacidad y facilitarán el trabajo en equipo. Dispondrán de comunicaciones telefónicas y acceso a la red de datos, así como de puestos de trabajo informáticos con acceso a las aplicaciones de estación clínica.
- Área de descanso:

Con sala de estar de tamaño adecuado a las dimensiones de la unidad y aseos específicos, así como espacio para vestuario en función del sistema de organización adoptado y la existencia o no, en su caso, de una zona próxima dotada de ese recurso.

Tabla 6.6. Función y características estructurales del área administrativa y de apoyos para el personal.		
Ámbito	Función	Características estructurales
DESPACHOS	Actividades de documentación clínica, estudio y gestión.	• Dotados de mobiliario ergonómico, garantizarán la privacidad y facilitarán el trabajo en equipo. • Dispondrán de comunicaciones telefónicas y acceso a la red de datos.
ÁREA DE DESCANSO	Descanso del personal.	• Sala de estar. • Aseos de personal. • Vestuarios

6.1.2.2. Hospitalización obstétrica

Consecuentemente con el esquema de UTPR propuesto para el bloque obstétrico, la fase de puerperio será atendida en una unidad de hospitalización

convencional. Así, una vez recuperados del parto, o en su caso, cuando haya salido de la reanimación post-anestésica la mujer sometida a cesárea, la madre y el RN sano serán trasladados a la unidad de hospitalización convencional obstétrica, que se situará, preferentemente, en el área de hospitalización y tendrá condiciones similares a las unidades de hospitalización polivalentes.

Será prioritario minimizar los recorridos desde el bloque obstétrico y la unidad de neonatología. El diseño de la unidad facilitará el cumplimiento de las recomendaciones sobre contacto precoz madre-RN y las prácticas posnatales de la “Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud”, especialmente la erradicación de las salas-nido de los hospitales. La distribución de espacios de la unidad debe posibilitar la realización de actividades en grupo de educación para la salud.

Una característica fundamental de esta unidad es alojar a los RN sanos junto a sus madres, aunque también podrán ingresar en ella embarazadas con patología que justifique el control hospitalario. La proporción de camas que se asigne a cada uno de estos grupos debe ser flexible para adaptarse a necesidades que pueden ser cambiantes a lo largo del tiempo.

Es conveniente agrupar a las mujeres según el motivo de ingreso y por niveles de riesgo (como se ha comentado, no debieran estar juntas una puerpera con un RN sano y otra con un feto muerto). Por la naturaleza de los casos atendidos, se pondrá especial atención en separar áreas limpias de áreas sépticas.

La consideración de los avances de la gestión de los procesos clínicos que conllevan hospitalización excede el alcance de este documento⁵⁸. Por ello, se ha optado por incluir en este apartado un conjunto de espacios individuales adecuados a las actividades asistenciales y de soporte más habituales en la práctica de la hospitalización obstétrica, de forma que el diseño propuesto resulte compatible con cualquiera de las soluciones organizativas que pudieran implementarse.

El recurso básico de la hospitalización convencional es la cama, de forma que la definición de las actividades asistenciales a realizar en torno a ella determinará las características físicas de los espacios necesarios para el cuidado de las usuarias ingresadas, y de sus hijos o hijas, así como para la realización de los correspondientes procesos de soporte.

La unidad de hospitalización obstétrica tendrá las siguientes características:

- **Orientación.** En la medida de la posible, se considera deseable que todas las habitaciones dispongan de la mejor orientación, con iluminación natural. Las zonas de trabajo del personal sanitario deberán asimismo contar con iluminación natural.
- **Vistas.** Se debe atender a las vistas hacia el exterior desde las habitaciones de los usuarios de manera que sirvan como elemento de

relajación de la ansiedad, facilitando, siempre que sea posible, la visión desde el cabecero de las camas (altura de huecos de fachada).

- **Ruidos.** La ubicación de la unidad atenderá al nivel de ruidos existente y previsible en las distintas zonas de la parcela.
- **Circulaciones internas.** Existen dos tipos de circulaciones, para visitas de familiares y acompañantes y para la circulación interna (usuarias encamadas, personal, suministros y servicios de soporte). Ambas circulaciones deben ser independientes, y la unidad no ha de constituir tráfico de paso para acceder a otras unidades. La ubicación del control debe estar próxima al acceso de las usuarias desde el exterior (acompañantes y familiares), mientras que la circulación interna puede ubicarse algo más alejada de ese puesto de control.
- **Equipamiento de emergencias:** carro de parada y reanimación cardiopulmonar adecuado para personas adultas y RN.

Zona de usuarias y familiares

- Habitaciones de usuarias:

De uso individual, las habitaciones tendrán capacidad doble. Con espacio para cuna del RN, convencional o adosada a la cama o cuna sidecar, al objeto de facilitar el alojamiento conjunto e ininterrumpido, y eventualmente con cama para el padre o acompañante. En cada habitación debe haber un mueble con cambiador y bañera para que la madre pueda bañar a su hija o hijo y se realicen las revisiones pediátricas rutinarias.

Cada vez es mayor el volumen de actividades asistenciales realizadas en la cama, o en la habitación de la usuaria, al pie de la misma, durante un episodio de hospitalización cuya duración está disminuyendo. Según el grado de dependencia de la madre (o, en general, de la mujer ingresada en la unidad), el movimiento del personal sanitario alrededor de la cama puede ser considerable y precisar el uso de equipos electromédicos y otros elementos de ayuda; por tanto, las habitaciones deberán ser amplias para que resulte posible la atención a las usuarias alrededor de la cama (incluida la cabecera) por al menos tres personas, así como el uso de equipos (p. ej., ecógrafos, sacaleches, carros de parada).

Las actividades que tienen lugar en la habitación de la mujer ingresada pueden tipificarse bajo las siguientes categorías:

- Tratamiento clínico y cuidados de la madre y el RN sano, o en su caso, de la mujer embarazada cuya patología haya justificado el ingreso hospitalario.
- Consulta y reconocimiento.

- Intervenciones médicas, cuidados de enfermería y observación.
- Enseñanza y adiestramiento a la madre y al padre.
- Atención personal.
- Alimentación.
- Aseo.
- Ocio y entretenimiento.
- Visitas.
- Actividades de soporte.
- Preparación para la realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos.
- Registros clínicos.
- Comunicaciones
- Adiestramiento del personal sanitario.

La realización de estas actividades requiere, dentro de la habitación, además de los espacios señalados, el siguiente equipamiento:

- El espacio alrededor de la cama deberá contar, al menos, con:
 - Una cama móvil, articulada y con altura regulable, preferentemente eléctrica o neumática.
 - Una cuna de material acrílico o adosada a la cama para el RN sano.
 - Un armario ropero.
 - Una mesa tipo cigüeña para comer en la cama.
 - Un sillón reclinable para la mujer.
 - Un sillón para el acompañante (adecuado para una presencia continuada, incluido el descanso nocturno).
 - Una mesita de paciente para objetos personales.
 - Una luminaria en la cabecera de la cama.
 - Un panel de servicios en la cabecera de la cama, que incorpore:
 - Tomas eléctricas adecuadas para el uso de equipos electromédicos.
 - Mando de control de la luminaria.
 - Sistema de llamada al personal sanitario, con indicador luminoso.
 - Sistema de control de medios audiovisuales (radio, TV, vídeo, auriculares...).
 - Punto de acceso a red de voz y datos (teléfono, Internet...), adecuado tanto para el trabajo del personal sanitario en una estación clínica como para el uso de la usuaria y/o su acompañante.

- Tomas de oxígeno y vacío, con caudalímetro y vacuómetro.

- Las habitaciones incluirán un aseo, que permita el acceso de usuarias incapacitadas en silla de ruedas ayudadas por personal de la unidad. Dispondrán de ducha (sin barreras en el suelo, amplia y antideslizante), lavabo sin pie, inodoro y lavacúñas. Se cuidará la generación de ruidos de estos elementos. Los aseos dispondrán de patinillos de instalaciones que faciliten la independencia dentro de la unidad, con acceso desde el exterior para facilitar su mantenimiento.

- Despacho de información:

Destinado para que el personal facultativo y sanitario facilite a las y los familiares y cuidadores de las usuarias detalles del proceso asistencial en condiciones adecuadas de privacidad.

- Sala de estar para madres ingresadas:

Espacio común de reunión para madres y RN, donde ellas puedan compartir dudas y experiencias de los primeros días y recibir charlas de ayuda práctica sobre lactancia y puericultura. Dotado de los elementos necesarios para proporcionar un ambiente de descanso y comodidad en estancias prolongadas.

El espacio debe permitir la colocación de unas sencillas mesas con sillas y espacio suficiente para ser utilizado como comedor. 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.

- Sala de estar de familiares:

Espacio común para los familiares de las mujeres ingresadas. Dotado de los elementos necesarios para proporcionar un ambiente de descanso y comodidad en estancias prolongadas y con una superficie adecuada al número de camas de la unidad.

- Aseos para visitas:

Con lavabo e inodoro, en número adecuado para el número esperado de acompañantes y visitantes.

Tabla 6.7. Función y características estructurales del área de hospitalización destinada a usuarias y acompañantes.

Ámbito	Función	Características estructurales
HABITACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN	Estancia de las madres y RN sanos desde su recuperación del parto o intervención hasta el alta. También de las embarazadas con complicaciones que requieran ingreso hospitalario.	• De uso individual, con capacidad doble. Espacio para cuna del RN (alojamiento conjunto e ininterrumpido) y, eventualmente, con cama para el padre o acompañante. • Con mueble con cambiador y bañera para el RN. • Espacio suficiente para acceder y prestar asistencia por ambos lados de la cama, incluyendo el necesario para las circulaciones y el uso de equipamiento médico y camillas o sillas de transporte. • Con zona reservada para estar de ingresadas y acompañantes y/o cuidadores/as, en la que se ubicarán sendos sillones de descanso. • Dotada con los medios técnicos necesarios para la atención hospitalaria. • Con aseo que permita el acceso de mujeres incapacitadas en silla de ruedas ayudadas por personal de la unidad. Dispondrá de ducha (sin barreras en el suelo, amplia y antideslizante), lavabo, inodoro y lavacúñas.
OTRAS INSTALACIONES PARA USUARIAS Y CUIDADORES/AS	Atención a la usuaria y a sus acompañantes fuera de la habitación de hospitalización.	• Despacho de información. • Sala de estar de ingresadas: espacio común de reunión para madres y RN que puede funcionar como comedor, zona de bebidas, sala de lactancia (para las mujeres que prefieren salir de sus habitaciones en momentos de visitas) y de reuniones para actividades en grupo. • Sala de estar de familiares. • Aseos para visitas.

Zona de control de enfermería

Reúne el conjunto de recursos físicos dedicados a las labores de observación de las usuarias mientras permanecen hospitalizadas y/o reciben los tratamientos y se recuperan de los mismos, de planificación de los cuidados y demás trabajos administrativos de enfermería, así como los apoyos necesarios para la atención en la unidad (gestión y almacenamiento de fármacos, materiales, equipos, lencería y alimentos).

Las características de esta zona son las siguientes:

- Control:

Mostrador y zona de trabajo para el personal. Las características del control de enfermería de la unidad de hospitalización convencional obstétrica son similares a las descritas para el control del bloque obstétrico. Sus dimensiones serán adecuadas al número de camas de la unidad, el volumen esperado de actividad y la dotación de personal que haya de trabajar en esta zona de forma simultánea.

- Apoyos:

La zona de apoyos en torno al control de enfermería se dotará con locales adecuados para las actividades de soporte a los cuidados de enfermería. Los locales, cuyas características físicas y funcionales, en general, son similares a las descritas para la zona de apoyos del control de enfermería del bloque obstétrico, son los siguientes:

- Sala de curas y técnicas, dotada con el equipamiento necesario para la atención a las mujeres.
- Despensa de leche. Este local estará equipado con nevera, calienta-biberones hospitalario y los demás materiales necesarios para almacenar la leche materna. En este espacio se podrá atender a madres que tienen algún problema con la lactancia, pero se preferirá realizar este tipo de atención y la extracción de la leche en las propias habitaciones.
- Estar de enfermería, asociado al control, de manera que facilite el descanso del personal compatible con el seguimiento de la unidad y el acceso rápido a las áreas de pacientes en caso de necesidad.
- Oficio de limpio, para la preparación de farmacia, dispuesta para el manejo de los medicamentos.
- Almacenes de lencería, material fungible y equipos.
- Oficio de sucio y clasificación de residuos.
- Oficio de comidas.
- Oficio de limpieza.
- Espacio para sillas de ruedas.

Al igual que en la zona de apoyos del control del bloque obstétrico, se recomienda incorporar en esta zona los avances disponibles en logística, restauración y segregación de los residuos.

Tabla 6.8. Características estructurales y funcionales de la zona de control de enfermería del área de hospitalización.

Ámbito	Función	Características estructurales
CONTROL DE ENFERMERÍA	Trabajo del personal de enfermería: observación de las pacientes durante su tratamiento y recuperación, planificación de los cuidados y demás labores administrativas de enfermería.	• Similares a las del control del bloque obstétrico.
APOYOS	Realización de curas y otras técnicas. Preparación de fármacos, comidas, limpieza y clasificación de residuos, almacenamiento.	• Similares a las de los apoyos del bloque obstétrico. • Existirán, además, los siguientes apoyos: sala de curas y despensa de leche.

Área administrativa y de apoyos para el personal

Se consideran incluidos en esta zona los espacios necesarios de despachos y salas de reuniones del personal que trabaja en la unidad, de manera que puedan desarrollarse adecuadamente las actividades asistenciales y docentes y el descanso.

Esta zona comprenderá una zona de despachos y otra de descanso con características similares a las zonas correspondientes del bloque obstétrico.

Tabla 6.9. Características estructurales y funcionales del área administrativa y de apoyos para el personal.

Ámbito	Función	Características estructurales
DESPACHOS	Actividades de documentación clínica, estudio y gestión.	• Dotados de mobiliario ergonómico, garantizarán la privacidad y facilitarán el trabajo en equipo. • Dispondrán de comunicaciones telefónicas y acceso a la red de datos.
ÁREA DE DESCANSO	Descanso del personal.	• Sala de estar. • Aseos de personal. • Vestuarios

Programa genérico de locales

El programa genérico de locales (un ejemplo concreto de MH se recoge en el anexo 7 a este documento de estándares y recomendaciones) queda configurado de la siguiente forma⁵⁹:

Tabla 6.10. Programa de locales. I. Bloque obstétrico. ⁶⁰				
I. BLOQUE OBSTÉTRICO				
Zona	Local	N.º	Superficie	Sup. total
RECEPCIÓN	1. Acceso. 2. Admisión-recepción. 3. Sala de estar-espera. 4. Box de clasificación. 5. Despacho de información. 6. Aseos.			
EXPLORACIÓN	7. Consulta. 8. Observación. 9. Box de exploración y técnicas.			
UTPR	10. UTPR. 11. Aseo en UTPR.			
ÁREA QUIRÚRGICA ⁽⁶⁰⁾	12. Preparación de cirujanos. 13. Quirófano. 14. Reanimación post-anestésica. 15. Oficio de sucio y clasificación de residuos. 16. Almacén de material (estéril, anestesia, equipos, etc.). 17. Aseos y vestuarios de personal.			
CONTROL DE ENFERMERÍA Y APOYOS	18. Mostrador y área de trabajo del personal. 19. Estar de enfermería. 20. Oficio de limpio. 21. Oficio de comidas. 22. Almacén de material fungible. 23. Almacén de lencería. 24. Almacén de equipos. 25. Espacio para sillas de ruedas. 26. Oficio de sucio y clasificación de residuos. 27. Oficio de limpieza			

Tabla 6.10. Programa de locales. I. Bloque obstétrico. (Continuación)				
Zona	Local	N.º	Superficie	Sup. total
ÁREA ADMINISTRATIVA Y DE APOYOS PARA EL PERSONAL	28. Despacho de supervisor/a.			
	29. Sala polivalente de trabajo médico.			
	30. Sala de reuniones.			
	31. Sala de estar del personal.			
	32. Dormitorio de médico de guardia			
	33. Aseos y vestuarios de personal.			

Tabla 6.11. Programa de locales. II. Unidad de hospitalización convencional de obstetricia.				
Zona	Local	N.º	Superficie	Sup. total
ZONA DE PACIENTES Y FAMILIARES	34. Habitación de Hospitalización Obstétrica.			
	35. Aseo en habitación de Hospitalización Obstétrica.			
	36. Despacho de información.			
	37. Sala de estar de usuarias ingresadas.			
	38. Sala de estar de familiares.			
	39. Aseos para visitas.			
CONTROL DE ENFERMERÍA Y APOYOS	40. Mostrador y área de trabajo del personal.			
	41. Sala de curas.			
	42. Despensa de leche.			
	43. Estar de enfermería.			
	44. Oficio de limpio.			
	45. Oficio de comidas.			
	46. Almacén de material fungible.			
	47. Almacén de lencería.			
	48. Almacén de equipos.			
	49. Espacio para sillas de ruedas.			
	50. Oficio de sucio y clasificación de residuos.			
	51. Oficio de limpieza			
ÁREA ADMINISTRATIVA Y DE APOYOS PARA EL PERSONAL	52. Despacho de supervisor/a.			
	53. Sala polivalente de trabajo médico.			
	54. Sala de reuniones.			
	55. Sala de estar del personal.			
	56. Aseos y vestuarios de personal.			

6.2. Equipamiento e instalaciones

En el anexo 6 a este documento se desarrollan los criterios de dimensionado y en el anexo 7, el programa funcional de una MH para un área-tipo de 250.000 habitantes.

Los criterios y recomendaciones contenidos en los anexos 6 y 7, junto con el detalle de las principales características técnicas y la relación de equipos necesarios en cada uno de los locales considerados en el programa de espacios, que se incluye a continuación, pueden servir de ayuda para planificar el equipamiento de una MH⁶¹.

Tabla 6.12. Relación de equipamiento por local.	
Local	Equipamiento
I. BLOQUE OBSTÉTRICO	
RECEPCIÓN	
1. Acceso.	
<i>- La señalización exterior facilitará el acceso. Localización deseable en el nivel más próximo a la calle. Diseño según normativa de accesibilidad para personas minusválidas y al Código Técnico de la Edificación (DB-SU).</i>	
<i>La circulación del personal de la unidad y de los materiales (suministros, alimentos, farmacia, lencería, residuos, etc.) debe ser diferenciada.</i>	
<i>- El bloque obstétrico será un área de acceso semirrestringido al personal sanitario, las usuarias y su familiar acompañante. Dentro del bloque, el acceso al área quirúrgica será restringido al personal sanitario adscrito a la misma.</i>	
<i>El resto del bloque obstétrico contará con un diseño que impida el tránsito entre servicios no relacionados y del público en general, salvo en los horarios de visita.</i>	
<i>- El acceso al bloque obstétrico desde el vestíbulo de entrada, o el pasillo de circulación principal, debe realizarse a través de puertas automáticas que permitieran la visibilidad en ambas direcciones.</i>	
<i>- El vestíbulo de entrada será suficientemente amplio para permitir la circulación hasta el mostrador de recepción-admisión, evitando aglomeraciones que pudieran dificultar el acceso.</i>	
• Sin equipamiento específico	
2. Admisión-recepción.	
<i>Acogida de usuarias y familiares. Trámites administrativos de registro y alta. Con mostrador con altura adecuada para atender a usuarias con sillas de ruedas. Conexiones informáticas y telefónicas.</i>	• Puestos de trabajo / ordenadores. • Impresora láser. • Mueble mostrador. • Cajoneras. • Estanterías. • Sillones ergonómicos c/r (con ruedas). • Teléfono. • Fax.

Tabla 6.12. Relación de equipamiento por local. (Continuación)	
Local	Equipamiento
3. Sala de estar-espera. <i>Acondicionada para estancias de varias horas y con capacidad adecuada a las dimensiones de la unidad. Conexiones telefónicas y música ambiental. Máquinas de bebidas y comida fría.</i>	• Sillas / sillones. • Bancadas de tres plazas. • Cuadros. • Mesas bajas. • Perchas. • Fuente de agua fría.
4. Box de clasificación. <i>Para clasificación de las usuarias que acuden al bloque obstétrico por urgencias. Con conexiones informáticas y telefónicas.</i>	• Mesa modular de trabajo con cajonera. • Silla s/r (sin ruedas). • Sillón ergonómico c/r. • Armario. • Camilla exploración. • Impresora láser. • Puestos de trabajo / ordenadores. • Esfingomanómetro digital portátil.
5. Despacho de información. <i>Para información a usuarias y familiares. Con conexiones informáticas y telefónicas.</i>	• Mesa modular de trabajo con cajonera. • Sillón ergonómico con ruedas. • Sillas sin ruedas. • Estación de trabajo / ordenador. • Teléfono. • Cuadro.
6. Aseos de público. <i>Servicios higiénicos para visitas y usuarias. Con lavabo e inodoro.</i> <i>Al menos un aseo estará adaptado para personas minusválidas.</i>	• Dispensadores de papel. • Dispensadores de toallas de papel. • Escobillas. • Espejos. • Papelera con tapa basculante de 25 L. • Percha. • Dispensador de jabón.
EXPLORACIÓN	
7. Consulta. <i>- Para exploración y reconocimiento de las usuarias a fin de evaluar el riesgo y decidir las opciones de seguimiento del proceso de parto que requieren menor complejidad (exploración obstétrica, auscultación fetal, etc.).</i> <i>- Con zona de exploración y de despacho-consulta. Mueble de consulta, encimera de acero inoxidable con un seno y grifería termostática con mando de codo. Iluminación específica en</i>	• Armario de consulta. • Sillas sin ruedas. • Vitrina metálica alta con puertas correderas. • Sillón ergonómico con ruedas. • Camilla exploración obstétrica. • Lámpara de exploración. • Balanza de pie para adultos con tallímetro. • Cuadro. • Taburete. • Carro auxiliar. • Linterna de lápiz.

Tabla 6.12. Relación de equipamiento por local. (Continuación)

Local	Equipamiento
<i>camilla de exploración. Conexiones informáticas y telefónicas. Tomas de oxígeno y vacío.</i> <i>- La distribución del espacio facilitará al máximo la privacidad de la consulta y la comunicación con otras consultas adyacentes, a fin de posibilitar la circulación del personal sanitario.</i> <i>- La consulta tendrá incorporado un aseo para las usuarias, con lavabo e inodoro.</i>	• Mesa modular de trabajo con cajonera. • Estetoscopio biauricular. • Estetoscopio de Pinard / Detector de latidos fetales. • Espéculos. • Cinta obstétrica inextensible. • Luz frontal. • Negatoscopio⁶². • Ecógrafo gama media general y ginecológico. • Esfigmomanómetro digital portátil. • Impresora láser. • Fonendoscopio. • Instrumental obstétrico. • Teléfono. • Puestos de trabajo / ordenadores. • Vacuómetro. • Caudalímetro. • Dispensadores de toallas de papel. • Papelera con tapa basculante de 25 L. • Dispensador de jabón. • Escobilla. • Espejo.
8. Observación. <i>- Seguimiento, durante los tiempos de espera, de la evolución de las mujeres cuya valoración clínica previa a la indicación de ingreso requiere más de una consulta.</i> <i>- Sillones confortables, dispuestos en sala común distribuidos de forma que sea posible la visión directa de todos los puestos desde el control de enfermería, con posibilidad de cierre para mantener la privacidad.</i> <i>- Con lavamanos para el personal. Tomas de oxígeno y vacío. Conexiones informáticas y telefónicas.</i>	• Sillones de tratamiento. • Caudalímetro. • Puestos de trabajo / ordenadores. • Impresora láser. • Material vario (pies gotero, ganchos techo, etc.). • Mesa cigüeña para comer. • Monitor multiparamétrico. • Monitor TA con manguitos de varios tamaños. • Vacuómetro. • Teléfono. • Televisor. • Silla sin ruedas. • Dispensadores de papel. • Dispensadores de toallas de papel. • Escobillas. • Espejos. • Papelera con tapa basculante de 25 L.

Tabla 6.12. Relación de equipamiento por local. (Continuación)	
Local	Equipamiento
	• Percha. • Dispensador de jabón. • Estetoscopio biauricular. • Estetoscopio de Pinard / Detector de latidos fetales. • Doppler portátil vascular / fetal.
9. Box de exploración. - Valoración clínica de las parturientas y demás pacientes atendidas en el bloque obstétrico, previa a la indicación, si procede, de ingreso: procedimientos diagnósticos y tratamientos materno-fetales más complejos (monitorización cardiotocográfica, ecografía, punción de líquido amniótico, etc.). - Boxes en sala diáfana, distribuidos de forma que sea posible la visión directa de todos los puestos desde el control de enfermería, con posibilidad de cierre para mantener la privacidad (compatible con la seguridad de la paciente). Dotados de sillón confortable o cama. Ventanas con posibilidad de bloqueo y postura para limpieza y ventilación. Cabeceros con tomas eléctricas y de oxígeno y vacío. Sistema integrado de llamada y comunicación con la enfermera o enfermero. Preinstalación de televisión y música. Conexiones informáticas. Con lavamanos para el personal. Tomas de oxígeno y vacío. Conexiones informáticas y telefónicas.	• Sillones de tratamiento. • Camas eléctricas con accesorios. • Balones de resucitación autoinflables. • Carro de parada. • Camilla de transporte. • Caudalímetro. • Desfibrilador con palas de adulto y de RN. • Puestos de trabajo / ordenadores. • Impresora láser. • Material vario (pies gotero, ganchos techo, etc.). • Mesa cigüeña para comer. • Monitor multiparamétrico. • Ecógrafo de gama media. • Ecógrafo de gama alta. • Eco-doppler. • Monitor cardiotocográfico. • Equipamiento para punciones. • Carro medicación urgencia. • Material de RCP. • Monitor TA con manguitos de varios tamaños. • Pulsioxímetro. • Respirador de transporte. • Bomba perfusión. • Vacuómetro. • Teléfono. • Televisor. • Silla sin ruedas. • Dispensadores de papel. • Dispensadores de toallas de papel. • Escobillas. • Espejos. • Papelera con tapa basculante de 25 L.

Tabla 6.12. Relación de equipamiento por local. (Continuación)

Local	Equipamiento
	• Percha. • Dispensador de jabón.
UTPR	
10. UTPR. - Asistencia a la parturienta a lo largo de todos los períodos del proceso de parto vaginal (dilatación, expulsivo, alumbramiento y recuperación), y al RN sano que no precisa ingreso en la unidad de neonatología. - Ubicadas en el bloque obstétrico con fácil acceso al área quirúrgica para que el traslado de la parturienta, en caso de complicación, sea lo más rápido posible. - Diseñadas como dormitorios domésticos, con mobiliario acogedor y decoración adecuada a este ambiente. Con el panel de servicios en la cabecera de la cama oculto detrás de mamparas o cuadros, y ventanas dispuestas para facilitar vistas al exterior e iluminación natural. - Iluminación artificial con 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. - La temperatura ambiente será regulable, en función de las necesidades de la mujer. - La cama de partos debe permitir a la parturienta colocarse en la posición más cómoda y tener ruedas para facilitar el traslado al quirófano en caso de cesárea. - Adecuadas para parto normal o instrumental bajo anestesia local o epidural, debiendo contarse con espacio disponible para realizar procedimientos de reanimación, si resultan necesarios, así como el uso de equipos de ecografía, monitorización fetal y maternal con telemetría y terapia intravenosa, que deben almacenarse en las inmediaciones de la habitación y trasladarse a la misma cuando sean necesarios.	• Cama dilatación-partos. • Material vario (pies gotero, ganchos techo, etc.). • Armario. • Balón de resucitación autoinflable. • Báscula digital con tallímetro para RN. • Bomba perfusión. • Cardiotocógrafo intraparto con telemetría. • Cardiotocógrafo intraparto de FSP O2 con telemetría. • Cardiotocógrafo intraparto gemelar con telemetría. • Pulsioxímetro. • Puestos de trabajo / ordenadores. • Incubadora de reanimación neonatal. • Lámpara de paritorio (dos cuerpos). • Instrumental de obstetricia. • Mesa cigüeña para comer. • Mesita. • Monitor de pulso fetal. • Equipo de reanimación neonatal. • Monitor multiparamétrico. • Respirador de transporte. • Sistema de soporte respiratorio neonatal con posibilidad de autonomía para el transporte. • Sillón reclinable acompañante. • Sillón reclinable paciente. • Sistema de llamada personalizada. • Tensiómetro digital con varios manguitos. • Vacuómetro. • Carro de curas. • Lámpara de luz fría. • Monitor de transporte neonatal. • Respirador volumétrico. • Carro de parada. • Caudalímetro.

Tabla 6.12. Relación de equipamiento por local. (Continuación)

Local	Equipamiento
- Dispondrán de lavabo para lavado de manos, aislamiento acústico, sistema de ventilación para el control de polución de gases, protección contra riesgos eléctricos y los sistemas de seguridad antiincendio previstos en la normativa vigente. - Normas de asepsia para la analgesia epidural: se debe desinfectar un área amplia de la piel antes de la aplicación de la técnica epidural, preferentemente con una solución de clorhexidina alcohólica, que se dejará actuar al menos dos minutos. Se debe realizar, antes de la punción, un lavado quirúrgico de manos, así como la punción provisto de gorro y mascarilla.	• Desfibrilador con palas de adulto y de RN. • Decoración. • Cuna térmica con lámparas de exploración neonatal. • Toma de aire, oxígeno y vacío específicas para la reanimación neonatal. • Mezclador aire/oxígeno. • Cuna de RN. • Central de telemetría (en puesto de control). • Encimera con bañera cambiador y zona de exploración.
11. Aseo en UTPR. - Dotado de lavabo, inodoro, bidé y ducha para que la mujer de parto pueda beneficiarse del efecto calmante del agua caliente durante la dilatación. La puerta del aseo debe abrir siempre hacia la habitación. - Opcionalmente, contarán con una bañera semiexenta en la habitación, de modo que la mujer pueda elegir usarla si quiere, durante las fases de dilatación y expulsivo. En estos casos, la bañera en el aseo puede resultar incómoda para el personal que atiende el parto, por lo que podría instalarse en la habitación.	• Dispensadores de papel. • Dispensadores de toallas de papel. • Escobillas. • Espejos. • Papelera con tapa basculante de 25 L. • Percha. • Dispensador de jabón.
ÁREA QUIRÚRGICA	
12. Preparación de cirujanos/as. - Desinfección y colocación de guantes y mascarillas. - Con acceso directo al quirófano. Pileta corrida para tres personas, con sistema automático de agua y equipo estéril. Con reloj.	• Dispensador de cepillos quirúrgicos. • Dispensador de jabón quirúrgico. • Estantería metálica. • Lavamanos quirúrgicos con fotocélula termostatzada. • Reloj. • Secador de manos automático.

Tabla 6.12. Relación de equipamiento por local. (Continuación)

Local	Equipamiento
13. Quirófano. - <i>Requerimientos de instalaciones y equipamiento similares a los del bloque quirúrgico general:</i> - <i>Superficie útil mínima de 40 m², con una altura libre mínima de 3 m y con unas dimensiones que permitirán trazar un círculo de 6 m de diámetro alrededor de la mesa del quirófano. Las paredes y techos serán de materiales duros, no porosos, impermeables, lavables e ignífugos, sin grietas, continuos y sin brillos, no habrá rieles ni elementos susceptibles de acumular suciedad y los elementos de pared serán empotrados.</i> - <i>El suelo será lavable semiconductor, conectado a toma de tierra, sin puntos y sin ángulos entre paramentos verticales y horizontales.</i> - <i>No tendrá ventanas. Las puertas deberán ser de un mínimo de 1,5 m de ancho, preferiblemente de accionamiento automático y correderas con riel externo. Si existe más de un quirófano, cada uno tendrá dos cuadros idénticos de toma de gases y cada uno con tomas de protóxido de nitrógeno, aire comprimido medicinal, oxígeno, vacío y extracción de gases anestésicos (EGA). En cada quirófano habrá un cuadro para control de la presión de los gases, dotado de sistema de alarma.</i> - <i>Se contará con fuentes de luz cerradas para la iluminación ambiente del quirófano. Si se utilizan lámparas fluorescentes para este fin, se tomarán las medidas necesarias para evitar interferencias entre los equipos de encendido y los aparatos de electromedicina.</i> - <i>Cada quirófano contará, como mínimo, con doce tomas eléctricas monofásicas con toma de tierra de 16 amperios. Habrá, como mínimo, por quirófano una toma eléctrica monofásica con toma de tierra de 20 amperios para equipos de radiodiagnóstico y láser, si los hubiere, debidamente identificada.</i>	• Lámpara de quirófano 3 cuerpos (central + satélite). • Mesa quirúrgica para obstetricia. • Incubadora de transporte neonatal. • Cardiotocógrafo intraparto con telemetría. • Cardiotocógrafo intraparto con pulsioximetría. • Encimera con bañera cambiador y zona de exploración. • Mesa auxiliar. • Respirador. • Caja de cesáreas. • Caudalímetro. • Puestos de trabajo / ordenadores. • Material vario específico (fórceps, etc.). • Columna de gases anestesia. • Monitor de pulso fetal. • Vacuómetro. • Bisturí eléctrico. • Columna de gases cirugía. • Ventosa obstétrica. • Mesa de mayo. • Bomba de infusión anestesia. • Carro para suturas. • Carro material y medicación específico intervención. • Carro de parada. • Mesa instrumental en curva. • Sistema extracción de gases. • Desfibrilador con palas de adulto. • Mesa instrumental en L. • Teléfono. • Sistema de aspiración. • Balón autoinflable con reservorio de O2. • Equipo intubación de la vía aérea y carro con dispositivos para la vía aérea difícil. • Mesa preparación campo.

Tabla 6.12. Relación de equipamiento por local. (Continuación)

Local	Equipamiento
- Se utilizarán, preferentemente, brazos articulados móviles para anestesia y cirugía. - Tendrá anclaje para lámpara. Protección contra riesgos eléctricos. Iluminación ambiental de, al menos 1.000 lux y, en la mesa quirúrgica, de 25.000 lux. - Las condiciones de climatización serán las de la UNE 100173 (instalaciones de acondicionamiento de aire en hospitales), ASHRAE; AIA. Condiciones técnicas de un quirófano general (RITE). - Dispondrá de protecciones especiales para RX. - Los espacios de los equipos de las instalaciones deben ubicarse en un nivel distinto al del bloque, preferentemente en cubiertas. - Tendrá puntos de acceso a la red de voz y datos y dispondrá de estación clínica para el acceso al sistema de información. - Tendrá puntos de acceso a la red de voz y datos y dispondrá de estación clínica para el acceso al sistema de información.	• Mesa quirúrgica universal con accesorios. • Reloj. • Área de reanimación neonatal con equipamiento, cuna térmica, mezclador aire/oxígeno y sistema de soporte respiratorio, monitorización con pulsioximetría neonatal, pudiendo ser todo ello portátil.
14. Reanimación post-anestésica. <i>Tomas de oxígeno y vacío. Mueble clínico con lavabo y espacio de almacenamiento inferior. Vitrina de ambiente estéril. Punto de agua. Conexiones informáticas.</i>	• Camas eléctricas con accesorios. • Mesas auxiliares. • Puestos de trabajo / ordenadores. • Carro de medicación. • Carro de parada. • Monitores multiparamétricos. • Desfibrilador con palas de adulto y pediátricas. • Balón de resucitación autoinflable. • Bombas de infusión. • Vacuómetro. • Caudalímetro. • Armario mural para material fungible. • Mueble clínico con lavabo y almacenamiento inferior. • Papelera con tapa basculante de 25 L. • Dispensador de toallas de papel. • Dispensador de jabón. • Vitrina de ambiente estéril.

Tabla 6.12. Relación de equipamiento por local. (Continuación)

Local	Equipamiento
15. Oficio de sucio y clasificación de residuos. <i>Almacenaje de ropa sucia y basura. Punto de agua.</i>	• Mueble de doble lavabo y basura. • Papelera con tapa basculante de 25 L. • Dispensador de toallas de papel.
16. Almacén de material (estéril, anestesia, equipos, etc.). <i>Para material diverso.</i>	• Estanterías metálicas.
17. Aseos y vestuarios del personal. <i>Con esclusa. Para apoyo del personal de la unidad. Con características similares a los aseos de visitantes.</i>	• Dispensadores de papel. • Dispensadores de toallas de papel. • Escobillas. • Espejos. • Papelera con tapa basculante de 25 L. • Percha. • Dispensador de jabón.
REANIMACIÓN DE RN	
18. Reanimación de RN. <i>En el mismo quirófano cercano a la mesa quirúrgica. Mueble clínico con lavabo y espacio inferior para almacenamiento. Tomas eléctricas y de gases específicas. Punto de agua. Conexiones informáticas y telefónicas.</i>	• Carro de parada. • Bomba infusión. • Caudalímetro. • Analizador de gases sanguíneos. • Cuna térmica para reanimación neonatal. • Desfibrilador con palas y RN. • Monitor de FC, respiración, pulsioximetría y toma de tensión arterial invasiva y no invasiva. • Diverso instrumental. • Sistema de asistencia respiratoria neonatal. • Pulsioxímetro. • Balón de resucitación autoinflable. • Mezclador de oxígeno y aire. • Luz regulable individual. • Teléfono. • Puestos de trabajo / ordenadores. • Encimera.
CONTROL DE ENFERMERÍA Y APOYOS	
19. Mostrador y zona de trabajo de personal (control). <i>Debe permitir la observación directa de todos los puestos de la sala común. Adecuado para funciones de mando y control, con una zona accesible para personas en silla de ruedas; comunicaciones paciente-</i>	• Mueble mostrador. • Sillones ergonómicos con ruedas. • Impresora láser. • Armario archivo. • Cuadro. • Estanterías metálicas. • Sistema de comunicaciones tipo Tel DECT. • Mesa modular de trabajo con cajonera.

Tabla 6.12. Relación de equipamiento por local. (Continuación)	
Local	Equipamiento
<i>enfermero/a mediante un sistema acústico y luminoso. Instalación de terminal de tubo neumático. Control de la instalación de seguridad y protección contra incendios, cuadro de alarma de gases. Conexiones informáticas y telefónicas.</i>	• Papelera. • PDA gestión cuidados. • Percha. • Sillas sin ruedas. • Armario estantería cerrado. • Puestos de trabajo / ordenadores. • Teléfono.
20. Estar de enfermería. <i>Para descanso del personal. Próximo al control. Con punto de agua.</i>	• Armarios altos y bajos. • Cuadros. • Encimera con lavabo, microondas y frigorífico. • Mesa centro. • Percha. • Sillas. • Sillones de descanso. • Papelera con tapa basculante de 25 L. • Dispensador de toallas de papel. • Teléfono.
21. Oficio de limpio. <i>Almacén de material limpio y preparación de fármacos. Punto de agua para mueble con doble lavabo.</i>	• Taburete fijo de 60 cm. • Mueble clínico con doble lavabo y espacio de almacenamiento inferior. • Dispensador de jabón. • Papelera con tapa basculante de 25 L. • Dispensador de toallas de papel. • Armario vitrina colgado de 80 x 90 x 35 cm. • Frigorífico. • Dispensador de monodosis.
22. Oficio de comidas. <i>Llegada de carros de comida y preparación de alimentos. Adaptado a la tecnología de preparación de comidas y distribución del hospital, con encimera con fregadero de dos senos y escurridor, espacio para almacenamiento de carros de comida.</i>	• Armario para vajilla. • Frigorífico. • Microondas. • Mueble escurridor, doble lavabo y basura. • Papelera con tapa basculante de 25 L. • Dispensador de toallas de papel.
23. Almacén de material fungible. <i>Para pequeño material de uso habitual. Espacio para carros de suministro de material mediante sistemas de reposición periódica. Las superficies deben ser lavables. Sistemas modulares de</i>	• Sistema de almacenamiento de doble cajetín. • Estanterías metálicas.

Tabla 6.12. Relación de equipamiento por local. (Continuación)	
Local	Equipamiento
<i>estanterías con altura superior a la de los carros. Espacio adecuado para almacenamiento de sueros.</i>	
24. Almacén de lencería. <i>Para ropa limpia.</i>	• Carros de lencería para ropa limpia. • Estanterías metálicas.
25. Almacén de equipos. <i>Para aparatos y equipos.</i>	• Estanterías metálicas.
26. Espacio para sillas de ruedas. <i>Fuera de la circulación de la unidad.</i>	• Sillas de ruedas.
27. Oficio de sucio y clasificación de residuos. <i>Almacenaje de ropa sucia y basura. Punto de agua.</i>	• Mueble de doble lavabo y basura. • Papelera con tapa basculante de 25 L. • Dispensador de toallas de papel.
28. Oficio de limpieza. <i>Para útiles y productos de limpieza.</i>	• Estanterías metálicas.
ÁREA ADMINISTRATIVA Y DE APOYOS PARA EL PERSONAL	
29. Despacho de supervisor/a. <i>Con conexiones informáticas y telefónicas.</i>	• Sillón ergonómico con ruedas. • Armario estantería cerrado. • Cuadro. • Estación de trabajo / ordenador. • Impresora chorro de tinta. • Mesa de despacho con ala y cajonera. • Mesa de reuniones circular. • Papelera. • Percha. • Sillas sin ruedas. • Armario archivo. • Pizarra mural. • Teléfono.
30. Sala polivalente de trabajo médico. <i>Área de trabajo para los facultativos de la unidad. Con acceso a la red de voz y datos.</i>	• Mesa de despacho con ala y cajonera. • Armario archivo. • Armario estantería cerrado. • Cuadro. • Puestos de trabajo / ordenadores. • Impresora láser. • Papelera. • Percha. • Pizarra mural. • Silla s/r. • Sillón ergonómico c/r.

Tabla 6.12. Relación de equipamiento por local. (Continuación)	
Local	Equipamiento
31. Sala de reuniones. <i>Para reuniones del personal, con conexiones informáticas y telefónicas.</i>	• Estanterías de madera. • Pizarra mural. • Percha. • Papelera. • Impresora láser. • Puestos de trabajo / ordenadores. • Cuadros. • Cañón de proyección. • Armarios archivo. • Mesa circular de reuniones. • Sillas sin ruedas. • Teléfono. • Negatoscopio⁽⁵⁹⁾.
32. Sala de estar del personal. <i>Para descanso del personal. Punto de agua y conexiones telefónicas.</i>	• Armarios altos y bajos. • Cuadros. • Encimera con lavabo, microondas y frigorífico. • Mesa centro. • Teléfono. • Percha. • Sillas. • Sillones de descanso. • Papelera con tapa basculante de 25 L. • Dispensador de toallas de papel.
33. Dormitorio de médico/a de guardia. <i>Para descanso del médico/a de guardia. Punto de agua y conexiones informáticas y telefónicas.</i>	• Cama. • Mesilla. • Mesa de estudio. • Teléfono. • Papelera. • Silla con ruedas. • Armario. • Percha. • WC, lavabo y ducha. • Papelera con tapa basculante de 25 L. • Espejo. • Dispensador de toallas de papel. • Dispensador de papel. • Dispensador de jabón. • Escobilla.

Tabla 6.12. Relación de equipamiento por local. (Continuación)	
Local	Equipamiento
34. Aseos y vestuarios del personal. <i>Para apoyo del personal de la unidad. Características similares a los aseos de visitantes.</i>	• Dispensadores de papel. • Dispensadores de toallas de papel. • Escobillas. • Espejos. • Papelera con tapa basculante de 25 L. • Percha. • Dispensador de jabón.
II. UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL DE OBSTETRICIA	
ZONA DE HABITACIONES DE PACIENTES Y FAMILIARES	
Local	Equipamiento
35. Habitación de Hospitalización Obstétrica. <i>- De uso individual, las habitaciones tendrán capacidad doble. Con espacio para cuna del RN, al objeto de facilitar el alojamiento conjunto e ininterrumpido y, eventualmente, con cama para el padre. En cada habitación debe haber un mueble con cambiador y bañera para que la madre pueda bañar a su hijo/a.</i> <i>- La habitación debe ser diseñada (iluminación, color, vistas) pensando en que la posición normal de la usuaria es la horizontal. Así, la altura de la ventana debe permitir la visión del exterior desde la cama de la paciente. Debe existir un dispositivo que gradúe la intensidad de la luz en la habitación. Los interruptores eléctricos deben ser fácilmente accesibles por las mujeres ingresadas (a 90 cm del suelo pueden ser activados por personas en silla de ruedas).</i> <i>- Habitación dotada con armario individual, y con equipo cabecero de cama de 2,80 metros. Sistema de climatización regulable y adaptado a todo tipo de minusvalía en cada habitación. Protecciones en paredes contra impactos de camas.</i> <i>- Ventanas de apertura regulable y controlable por el personal de la unidad. Control acústico mediante mobiliario adecuado y paneles insonorizantes en paredes.</i>	• Cama eléctrica con accesorios. • Cuna de material acrílico con pie cromado, para el RN sano. • Encimera con bañera cambiador. • Armario. • Caudalímetro. • Vacuómetro. • Decoración. • Esfigmomanómetro digital portátil. • Mesa cigüeña para comer. • Mesita. • Silla s/r. • Sillón reclinable paciente. • Sillón para acompañante. • Sistema de llamada personalizada. • Televisor.

Tabla 6.12. Relación de equipamiento por local. (Continuación)

Local	Equipamiento
- <i>Uso del color en función del tipo de usuaria y la posición del plano de la habitación en función de la posición de la paciente.</i> - <i>Con espacio suficiente para prestar asistencia por ambos lados de la cama, incluyendo el necesario para las circulaciones y el uso de equipamiento médico y camillas o sillas de transporte de enfermos.</i> - <i>Con zona reservada para estar de madres y acompañantes y/o cuidadores, en la que se ubicarán sendos sillones de descanso.</i> - <i>Dotada con los medios técnicos necesarios para la atención hospitalaria.</i> - <i>Con panel de servicios en la cabecera de la cama, que incorpore tomas eléctricas adecuadas para el uso de equipos electromédicos, mando de control de la luminaria, sistema de llamada al personal sanitario, con indicador luminoso, sistema de control de medios audiovisuales —radio, TV, vídeo, auriculares, punto de acceso a red de voz y datos (teléfono, Internet...)— adecuado tanto para el trabajo del personal sanitario en una estación clínica como para el uso de la usuaria y/o su acompañante.</i>	
36. Aseo en habitación. - <i>Con lavamanos, lavacúñas, inodoro y ducha, repisa, toallero, perchas, portarrollos y soporte de cuñas.</i> - <i>Duchas a nivel del suelo para favorecer la accesibilidad de todas las usuarias; funcionamiento como ducha asistida. Barras asideras con altura adecuada para mujeres en silla de ruedas. Espejos con altura e inclinación adecuadas para usuarias en sillas de ruedas. Grifería monomando; fluxores del inodoro de bajo nivel de ruido. Iluminación que penetre el vapor sobre la ducha.</i> - <i>Se desaconseja la iluminación con fluorescente.</i>	• Dispensador de jabón. • Dispensador de papel. • Dispensador de toallas de papel. • Escobilla. • Espejo. • Papelera con tapa basculante de 25 L. • Percha.

Tabla 6.12. Relación de equipamiento por local. (Continuación)	
Local	Equipamiento
37. Despacho de información. <i>Para información a mujeres y familiares. Con conexiones informáticas y telefónicas.</i>	• Mesa modular de trabajo con cajonera. • Sillón ergonómico con ruedas. • Sillas sin ruedas. • Estación de trabajo / ordenador. • Teléfono. • Cuadro.
38. Sala de estar de usuarias ingresadas. <i>Espacio común de reunión para madres y RN.</i>	• Cuadro. • Mesa baja. • TV. • Mesa TV. • Silla / sillón. • Mesa de estudio.
39. Sala de estar de familiares. <i>Para descanso de familiares y acompañantes.</i>	• Sillas / sillones. • Bancadas de tres plazas. • Cuadros. • Mesas bajas. • Perchas. • Papeleras.
40. Aseo para visitas. <i>Servicios higiénicos para visitas y usuarias.</i>	• Dispensadores de papel. • Dispensadores de toallas de papel. • Escobillas. • Espejos. • Papelera con tapa basculante de 25 L. • Percha. • Dispensador de jabón.
CONTROL DE ENFERMERÍA Y APOYOS	
41. Mostrador y zona de trabajo de personal (control). <i>Debe permitir la observación directa de todos los puestos de la sala común. Adecuado para funciones de mando y control, con una zona accesible para personas en silla de ruedas; comunicaciones paciente-enfermero/a mediante un sistema acústico y luminoso. Instalación de terminal de tubo neumático. Control de la instalación de seguridad y protección contra incendios, cuadro de alarma de gases. Conexiones informáticas y telefónicas.</i>	• Mueble mostrador. • Sillones ergonómicos con ruedas. • Impresora láser. • Armario archivo. • Cuadro. • Estanterías metálicas. • Sistema de comunicaciones tipo Tel DECT. • Mesa modular de trabajo con cajonera. • Papelera. • PDA gestión cuidados. • Percha. • Sillas sin ruedas. • Armario estantería cerrado. • Puestos de trabajo / ordenadores. • Teléfono.

Tabla 6.12. Relación de equipamiento por local. (Continuación)

Local	Equipamiento
42. Sala de curas. <i>Para la realización de curas fuera de las habitaciones de las mujeres. Mueble de consulta, encimera de acero inoxidable con un seno y grifería termostática con mando de codo. Iluminación específica en camilla de exploración. Tomas de oxígeno y vacío.</i>	• Instrumental para curas. • Vacuómetro. • Caudalímetro. • Pie de gotero. • Mesa auxiliar. • Foco de exploración. • Encimera inoxidable con lavabo y accesorios. • Carro de curas. • Camilla de exploración. • Aspirador. • Armario para material estéril. • Multiboxes para material fungible. • Dispensadores de toallas de papel. • Papelera con tapa basculante de 25 L. • Dispensador de jabón.
43. Despensa de leche. <i>Pequeño espacio para las madres que tienen algún problema de lactancia. Este local estará equipado con nevera, microondas y los demás materiales necesarios para almacenar la leche materna.</i> <i>Punto de agua.</i>	• Mueble de doble pila. • Encimera. • Lava-biberones. • Otros (biberones, jarras, etc.). • Vitrina con armario. • Frigorífico. • Calienta-biberones. • Armario vitrina.
44. Estar de enfermería. <i>Para descanso del personal. Próximo al control. Con punto de agua.</i>	• Armarios altos y bajos. • Cuadros. • Encimera con lavabo, microondas y frigorífico. • Mesa centro. • Percha. • Sillas. • Sillones de descanso. • Papelera con tapa basculante de 25 L. • Dispensador de toallas de papel. • Teléfono.
45. Oficio de limpio. <i>Almacén de material limpio y preparación de fármacos. Punto de agua para mueble con doble lavabo.</i>	• Taburete fijo de 60 cm. • Mueble clínico con doble lavabo y espacio de almacenamiento inferior. • Dispensador de jabón. • Papelera con tapa basculante de 25 L. • Dispensador de toallas de papel. • Armario vitrina colgado de 80 x 90 x 35 cm. • Frigorífico.

Tabla 6.12. Relación de equipamiento por local. (Continuación)

Local	Equipamiento
46. Oficio de comidas. <i>Llegada de carros de comida y preparación de alimentos. Adaptado a la tecnología de preparación de comidas y distribución del hospital, con encimera con fregadero de dos senos y escurridor, espacio para almacenamiento de carros de comida.</i>	• Armario para vajilla. • Frigorífico. • Microondas. • Mueble escurridor, doble lavabo y basura. • Papelera con tapa basculante de 25 L. • Dispensador de toallas de papel.
47. Almacén de material fungible. <i>Para pequeño material de uso habitual. Espacio para carros de suministro de material mediante sistemas de reposición periódica. Las superficies deben ser lavables. Sistemas modulares de estanterías con altura superior a la de los carros. Espacio adecuado para almacenamiento de sueros.</i>	• Sistema de almacenamiento de doble cajetín. • Estanterías metálicas.
48. Almacén de lencería. <i>Para ropa limpia.</i>	• Carros de lencería para ropa limpia. • Estanterías metálicas.
49. Almacén de material y equipos. <i>Para aparatos y equipos.</i>	• Estanterías metálicas.
50. Espacio para sillas de ruedas. <i>Fuera de la circulación de la unidad.</i>	• Sillas de ruedas.
51. Oficio de sucio y clasificación de residuos. <i>Almacenaje de ropa sucia y basura. Punto de agua.</i>	• Mueble de doble lavabo y basura. • Papelera con tapa basculante de 25 L. • Dispensador de toallas de papel.
52. Oficio de limpieza. <i>Para útiles y productos de limpieza.</i>	• Estanterías metálicas.
ÁREA ADMINISTRATIVA Y DE APOYOS PARA EL PERSONAL	
53. Despacho de supervisor/a. <i>Con conexiones informáticas y telefónicas.</i>	• Sillón ergonómico con ruedas. • Armario estantería cerrado. • Cuadro. • Estación de trabajo / ordenador. • Impresora chorro de tinta. • Mesa de despacho con ala y cajonera. • Mesa de reuniones circular. • Papelera. • Percha. • Sillas sin ruedas. • Armario archivo. • Pizarra mural. • Teléfono.

Tabla 6.12. Relación de equipamiento por local. (Continuación)

Local	Equipamiento
54. Sala polivalente de trabajo médico. <i>Área de trabajo para los facultativos de la unidad. Con acceso a la red de voz y datos.</i>	• Mesa de despacho con ala y cajonera. • Armario archivo. • Armario estantería cerrado. • Cuadro. • Puestos de trabajo / ordenadores. • Impresora láser. • Papelera. • Percha. • Pizarra mural. • Silla s/r. • Sillón ergonómico c/r.
55. Sala de reuniones. <i>Para reuniones del personal, con conexiones informáticas y telefónicas.</i>	• Estanterías de madera. • Pizarra mural. • Percha. • Papelera. • Impresora láser. • Puestos de trabajo / ordenadores. • Cuadros. • Cañón de proyección. • Armarios archivo. • Mesa circular de reuniones. • Sillas sin ruedas. • Teléfono. • Negatoscopio⁽⁵⁹⁾.
56. Sala de estar del personal. <i>Para descanso del personal. Punto de agua y conexiones telefónicas.</i>	• Armarios altos y bajos. • Cuadros. • Encimera con lavabo, microondas y frigorífico. • Mesa centro. • Teléfono. • Percha. • Sillas. • Sillones de descanso. • Papelera con tapa basculante de 25 L. • Dispensador de toallas de papel.
57. Aseos y vestuarios del personal. <i>Para apoyo del personal de la unidad. Con características similares a los aseos de visitantes.</i>	• Dispensadores de papel. • Dispensadores de toallas de papel. • Escobillas. • Espejos. • Papelera con tapa basculante de 25 L. • Percha. • Dispensador de jabón.

6.3. Material sanitario. Esterilización

El hospital en donde exista M.H. deberá controlar el almacenamiento y distribución del material e instrumental sanitario, con especial atención a su caducidad.

Asimismo, deberán disponer de un espacio seguro destinado al almacenamiento de material e instrumental sanitario, con capacidad adecuada para las necesidades de los mismos y que permita su clasificación y control. Además, deberán garantizar, mediante sistemas de distribución adecuados, la disponibilidad del material necesario para el desarrollo de las actividades propias de la unidad. En la medida que sea posible, se recomienda la utilización de procedimientos de sistemas de reposición periódica (p. ej., de doble cajetín).

Se deberá garantizar el uso adecuado del material estéril. El material de uso único deberá desecharse después de la atención a cada paciente, sin que sea posible en ningún caso su reutilización. El embalaje del material estéril deberá señalar siempre la fecha de la esterilización, así como la fecha límite de utilización.

Todo material o instrumental no desechable que atraviese la piel o las mucosas o que contacte con mucosas, sangre u otros fluidos orgánicos deberá ser limpiado y esterilizado antes de su uso en cada paciente, mediante un sistema eficaz y adecuado a sus características.

Siempre que lo requiera la actividad, se utilizarán elementos de protección personal para las y los profesionales y pacientes.

6.4. Prevención y control de las enfermedades transmisibles

El hospital en donde exista M.H. deberá establecer los procedimientos adecuados para prevenir y controlar las enfermedades transmisibles en el medio hospitalario. Dichos procedimientos deberán analizar los procesos asistenciales que se desarrollen específicamente en la unidad y definir las pautas de actuación que resulten pertinentes.

En general, la MH es un lugar con unos requerimientos frente al riesgo de adquisición de enfermedades transmisibles similares a los habitualmente reconocidos en ambientes quirúrgicos, salas de hospitalización y las consultas o lugares donde se realicen procedimientos diagnósticos o terapéuticos.

Como en estos lugares, dicho riesgo de adquisición puede ser tanto de pacientes como de profesionales sanitarios/as, y en ambos sentidos de

transmisión. Por ello, las medidas llamadas “precauciones universales” y las políticas hospitalarias de control de infección deben ser escrupulosamente observadas.

6.5. Protocolos de limpieza

La M.H. deberá mantener en óptimas condiciones de limpieza e higiene sus dependencias, instalaciones, equipamiento y material e instrumental sanitario.

Existirá un protocolo de limpieza, desinfección, desinsectación y desratización de la unidad que atienda a sus especificidades. Este protocolo estará acompañado del contrato de prestación de servicio que garantice su cumplimiento, salvo que se realice su ejecución con medios propios.

Asimismo, deberá existir un protocolo de limpieza, desinfección y, en su caso, de esterilización del equipamiento, material e instrumental sanitario no desechable.

6.6. Gestión de residuos sanitarios

El hospital en donde exista M.H. tiene la obligación de identificar y clasificar los residuos sanitarios, garantizando su adecuada retirada y eliminación.

A los efectos de cumplir con la anterior obligación, deberán contar con un protocolo de identificación, clasificación y gestión interna de los residuos sanitarios, adaptado a la legislación vigente, que deberá ser conocido y aplicado por el personal de la unidad.

Referencias

⁵⁴ Como se ha visto, las *LDRP rooms* son el modelo más frecuente en el Reino Unido.

⁵⁵ La utilización de camas de hospitalización con cunas acopladas o sidecar permiten un contacto óptimo y seguro, garantizan la máxima interacción madre-hijo/a y facilitan el establecimiento de la lactancia,

⁵⁶ Los programas funcionales que aquí se desarrollan incorporan las recomendaciones enunciadas en el epígrafe anterior:

1 Las gestantes con sospecha de parto acuden directamente al bloque obstétrico, donde se ubica la recepción y los recursos necesarios para su valoración clínica.

2 Si, tras su valoración clínica, está indicado el ingreso, la parturienta accede directamente a las UTPR o a las salas de dilatación, según la tipología del bloque, desde las consultas o boxes de exploración.

3 El área quirúrgica destinada a la atención obstétrica, incluidos todos los recursos necesarios para la preparación de las mujeres, su despertar y recuperación post-anestésica, están integrados en la estructura física del bloque obstétrico.

4 La unidad de hospitalización convencional obstétrica se ubica en el área de hospitalización y tiene condiciones similares a las unidades polivalentes, si bien se configura para facilitar el cumplimiento de las recomendaciones sobre contacto precoz madre-RN y prácticas posnatales de la “Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud”, especialmente la erradicación de las salas-nido de los hospitales.

⁵⁷ Las usuarias deben ser informadas de que no existe suficiente evidencia para recomendar o desaconsejar el parto en bañera (Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth. National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE clinical guideline 55. September 2007, pág. 20).

⁵⁸ Corresponde al documento de estándares y recomendaciones para las Unidades de Hospitalización Convencional, cuya elaboración, dentro de esta misma serie, ha previsto la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo.

⁵⁹ Se indican, exclusivamente, en este programa las zonas y locales, puesto que el número de éstos y su superficie deben especificarse para unas dimensiones concretas de la MH. Para un ejemplo de programa funcional de una MH, véase el anexo 7.

⁶⁰ La zona quirúrgica dispondrá de los apoyos necesarios para el funcionamiento de la actividad quirúrgica: dependiendo de la dotación general del bloque obstétrico y la posibilidad que exista de compartirlos con las demás áreas de la unidad, en función del nivel de actividad y el dimensionado de los recursos.

⁶¹ Se evitan referencias numéricas, pues dependen del número concreto de recursos físicos y de las demás dimensiones características de los espacios propuestos.

⁶² Sólo en el caso de que no se disponga de imagen radiológica digitalizada accesible desde la estación clínica.

7. Recursos humanos

7.1. Registro del personal sanitario

En el hospital en donde exista M.H. deberá haber un registro actualizado de las y los profesionales sanitarios, cualquiera que sea su vinculación jurídica, la modalidad y lugar de prestación de la asistencia.

El registro incluirá los datos siguientes: número de registro, nombre y apellidos, titulación, categoría profesional, especialidad, función, tipo de vinculación, en su caso, fecha de baja, cese o pase a la situación de pasivo y, además, cuantos otros datos sean preceptivos de acuerdo con los principios generales establecidos por el Consejo Interterritorial del SNS en desarrollo de lo previsto en la legislación de ordenación de las profesiones sanitarias.

El registro de profesionales sanitarios/as se actualizará siempre que haya una modificación de la plantilla y se revisará, al menos, una vez cada tres años, verificando el cumplimiento por parte de las y los profesionales de los requisitos necesarios para el ejercicio de la profesión.

Constará en el registro de profesionales sanitarios/as la adscripción de cada profesional a la unidad funcional en que preste servicio y, específicamente, a la MH.

7.2. Expediente personal

Todos los centros sanitarios dispondrán de un expediente personal de cada profesional sanitario/a, incluyendo el personal que se encuentre en la situación de pasivo, en el que se conservará toda la documentación relativa a la titulación, formación especializada, experiencia profesional y vida laboral.

Se garantizará el derecho de acceso del interesado o interesada, así como la seguridad y confidencialidad de los datos personales.

7.3. Titulación y competencias

El personal ejercerá su profesión de acuerdo con los principios, condiciones y requisitos contenidos en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, y en las demás normas legales y deontológicas aplicables.

El documento de consenso entre el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, el Royal College of Midwives, el Royal College of Anaesthetists y el Royal College of Paediatrics and Child Health³⁵ **“reconoce el papel central del matrón o matrona en la asistencia de la mujer en el parto normal, así como la necesidad de una mayor implicación del médico/a especialista en obstetricia en la asistencia a mujeres con embarazos y partos complejos o complicados, y en la supervisión y educación de la plantilla médica. Todos los y las profesionales: matrones/as, obstetras, anestesiólogos/as y pediatras, deben trabajar conjuntamente a fin de acordar protocolos que mejoren los resultados para la madre y su RN, especialmente en embarazos complicados”**. Algunos de los estándares y recomendaciones contenidos en este apartado se basan en el documento de consenso citado.

El personal necesario en una MH responde a las siguientes competencias y titulaciones:

- **Responsable de la MH.** Deberá existir un/a especialista en obstetricia y ginecología responsable de la MH. Asimismo, habrá un/a especialista en obstetricia y ginecología disponible las 24 horas del día. El nombre de la persona responsable de la MH y del profesional o profesionales a cargo las 24 horas del día debe contemplarse en las normas de funcionamiento de la MH. En el anexo 8 se recogen —adaptadas— las funciones propuestas para la persona responsable de la MH en el documento de consenso entre colegios profesionales del Reino Unido³⁵.
- **Responsable de Matrones/as.** Función a realizar por un/a diplomado/a universitario/a en enfermería con especialidad de matrona. En el anexo 9 se recogen —adaptadas— las funciones propuestas para la persona responsable de la MH en el documento de consenso entre colegios profesionales del Reino Unido³⁵.
- **Matrón/a.** Diplomado/a universitario/a en enfermería con la especialidad de enfermería obstétrico-ginecológica (matrona), que desempeñará en la unidad las actividades relacionadas con el cuidado especializado de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. **La experiencia de los matrones/as descansa en la asistencia al parto normal y sus habilidades diagnósticas para identificar desviaciones de lo normal y referir estos casos⁶³. Cuando es precisa la implicación de un/a obstetra u otro miembro del equipo multidisciplinario, el matrón/a continúa siendo responsable de proveer apoyo global, maximizar la continuidad de los cuidados y promover —en la medida de lo posible— el embarazo y parto como un proceso fisiológico normal.**

Se tenderá a garantizar la disponibilidad de un/a matró/a que pueda dedicar el 100% de su tiempo a cada mujer con parto establecido.

- **Obstetras.** El papel en la MH de los médicos/as especialistas en ginecología y obstetricia es asegurar un elevado estándar de asistencia para las mujeres y sus RN con necesidades obstétricas o médicas complejas y estar disponibles para las urgencias agudas, graves, frecuentemente impredecibles y con riesgo vital. Hay alguna evidencia vinculando la ausencia de especialistas en obstetricia en la MH — por ejemplo durante la noche — con resultados menos favorables⁶⁴. En el caso de urgencias, previsión de partos difíciles, incluyendo cesáreas o cuando la situación clínica sea motivo de preocupación, debe ser consultado el médico/a especialista en obstetricia y presentarse en la MH cuando se le requiera.

Se garantizará la existencia de obstetra de guardia en la sala de partos de presencia física o localizada.

- **Anestesiólogo/a.** Facultativo especialista en anestesia y reanimación, encargado de los procedimientos de analgesia farmacológica en el parto y de la anestesia de las mujeres sometidas a intervenciones quirúrgicas obstétricas. Los anestesiólogos/as están implicados, de una forma u otra, en la atención de alrededor el 50% o un porcentaje todavía mayor (dependiendo de la práctica clínica del centro) de las mujeres que ingresan en la MH.

El papel del anestesiólogo/a se extiende al período postoperatorio temprano en el alivio del dolor y detección de complicaciones. Todas las mujeres que requieren anestesia deben realizar una consulta preanestésica.

Como un objetivo de la mejor práctica, más del 95% de las mujeres debería recibir anestesia regional para la cesárea programada y más del 85% para la cesárea urgente, al ser más segura la anestesia regional que la general.

Se tenderá a garantizar la disponibilidad de un/a anestesiólogo/a que realice la analgesia epidural a las mujeres parturientas que lo soliciten u otras técnicas de analgoanestesia, así como atender a las urgencias/emergencias del parto que precisen analgesia/anestesia (cesárea, parto instrumental, otros procedimientos quirúrgicos).

- **Pediatra/Neonatólogo-a.** Facultativo especialista en pediatría, encargado de la atención y recuperación del RN.

La estabilización del RN requiere el concurso coordinado de matrones/as, médicos/as y enfermeros/as. Los papeles precisos de cada miembro del equipo varían en función de las circunstancias locales del centro, pero siempre que sea posible la madre y su hijo/a deben permanecer juntos.

Los miembros de plantilla encargados de la estabilización del RN deben comprobar el equipo de resucitación cuando acudan a la MH.

Para RN prematuros, enfermos o con anomalías congénitas debe haber disponibilidad de facultativos (matrones/as, obstetras o pediatras) con entrenamiento en soporte vital avanzado (incluyendo intubación endotraqueal).

Deben desarrollarse protocolos y directrices para:

- **La identificación de RN con compromiso potencial o problemas médicos y aquellos que pueden requerir ingreso en una unidad de neonatología.**
- **Los mecanismos de derivación a las unidades de cuidados intensivos neonatales.**
- **La resucitación y manejo de los RN extremadamente inmaduros o con anomalías congénitas.**

Se debe realizar el reconocimiento clínico y cribaje del RN de conformidad con los protocolos y guías clínicas de los Servicios de Salud.

Se tenderá a garantizar la existencia de un/a pediatra-neonatólogo/a entrenado en reanimación neonatal disponible de presencia física o localizada, responsable de la asistencia, estabilización y/o traslado del RN en caso de necesidad.

- **Enfermería** (cuidados relacionados con la administración de los tratamientos y la recuperación de las pacientes: en quirófano, hospitalización, etc.). Diplomado/a universitario/a en enfermería, con formación y experiencia en la atención maternoperinatal.
- **Auxiliares de enfermería.** Técnico/a medio/a en cuidados auxiliares de enfermería, con formación y experiencia en la atención maternoperinatal.
- **Secretaría** (auxiliar administrativo/a). Técnico/a medio/a no sanitario/a.
- **Personal subalterno.** Celador/a.

El personal adscrito a la MH desempeñará en la misma las funciones inherentes a su categoría profesional, conforme a los protocolos y procedimientos de trabajo incluidos en sus normas de funcionamiento y bajo la dirección de su responsable.

7.4. Identificación y diferenciación del personal

El hospital en donde exista M.H. adoptará las medidas necesarias para garantizar la identificación de su personal y la diferenciación del mismo según

su titulación y categoría profesional ante las usuarias o sus acompañantes, de modo que les sea posible conocer quién los atiende.

El personal sanitario estará diferenciado por categorías profesionales reconocibles por el uniforme e identificado mediante una tarjeta personal, en la que conste de forma visible su nombre, apellidos y categoría laboral.

Las y los profesionales sanitarios tienen el deber y la obligación de identificarse cuando así sean requeridos por la usuaria, indicando su nombre, apellidos, titulación y especialidad, así como su categoría y función, siempre que ésta no sea correctamente percibida por la usuaria.

7.5. Medios documentales

Para el correcto ejercicio de su profesión, los centros facilitarán al personal sanitario que preste servicio en la MH, en función de su categoría profesional, los siguientes recursos:

- a) El acceso a la historia clínica de sus pacientes.
- b) Las guías, vías o protocolos de práctica clínica y asistencial.
- c) Las normas escritas de funcionamiento interno, así como la definición de objetivos y funciones, tanto generales como específicas de la unidad.
- d) La documentación asistencial, informativa o estadística que determine el centro.
- e) Los procedimientos, informes, protocolos de elaboración conjunta o indicadores que permitan asegurar la continuidad asistencial de las pacientes.

7.6. Formación de pre y posgrado

7.6.1. Objetivos a desarrollar en los próximos años

La enseñanza de la medicina y de la enfermería, así como la formación de especialistas en ambas áreas de conocimiento, deberá abarcar en los próximos años no sólo las nuevas modalidades de asistencia, como la cirugía mayor ambulatoria, la hospitalización de día o la hospitalización a domicilio, sino también las tendencias de la medicina actual, el empleo eficaz y rentable de los avances tecnológicos, el control de calidad, la competencia entre proveedores de servicios, la elaboración de vías y guías clínicas; en definitiva, deberá adaptarse a las técnicas de la gestión clínica.

En relación con la MH se deberían alcanzar los siguientes objetivos:

- 1. Incluir de forma sistemática estas unidades asistenciales en las prácticas de las y los estudiantes de medicina y de enfermería.**
- 2. Formar a las y los futuros especialistas en Obstetricia y Ginecología, Anestesiología y Reanimación, y en Enfermería Obstétrico-Ginecológica en los diversos elementos que componen el circuito funcional de la MH, teniendo en especial consideración el desarrollo de los criterios y recomendaciones de la “Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud”.**
- 3. Contribuir, aprovechando los dos objetivos anteriores, a difundir los principios básicos de la asistencia sanitaria gestionada.**

7.6.2. Plan de formación para el pre y posgrado

Las y los estudiantes de medicina y de enfermería de manera general y las y los residentes de las especialidades con presencia en las MM.HH. deberán conocer en profundidad los elementos diferenciales de estas unidades.

La formación de posgrado se ajustará a los programas aprobados por las respectivas Comisiones Nacionales de Especialidad.

7.7. Formación continuada

La M.H. debe adoptar las medidas necesarias para facilitar la realización de actividades de formación continuada, de investigación y docencia de sus profesionales.

La M.H. dispondrá de un programa de formación para la actualización de su personal en los conocimientos relativos a la seguridad de las y los pacientes y la calidad, adaptado a sus características.

Los Servicios de Salud y otras organizaciones sanitarias deben colaborar con las y los profesionales adscritos a la M.H. en el desarrollo de su capacitación. Para ello se debe proveer, cuando se requiera:

- Entrenamiento específico para los facultativos especialistas y demás personal sanitario, tanto en las técnicas relacionadas con los tratamientos incluidos en la cartera de servicios de MH como en los criterios de organización y funcionales precisos para su desarrollo y aplicación, así como sobre las ventajas que éstas técnicas aportan a las usuarias.
- Oportunidades para asistir y practicar en la MH de referencia.
- Incentivos locales.

Se debe promover el desarrollo multiprofesional y entrenamiento para todos los miembros del equipo de la MH. Cuando sea posible se recomienda el uso de simuladores. Se deben desarrollar habilidades y entrenamiento sobre los siguientes aspectos:

- Desgarros perineales de III y IV grado.
- Distocia de hombro.
- Hemorragia grave ante o posparto.
- Identificación de la madre enferma.
- Identificación del RN enfermo.
- Monitorización fetal.
- Parto de nalgas.
- Prolapso de cordón.
- Resucitación básica de la persona adulta.
- Reanimación básica neonatal.
- Sutura perineal.

7.8. Criterios para el cálculo de los recursos necesarios

Para un buen funcionamiento de la unidad se debe dotar de personal facultativo y de enfermería que, además de un currículo profesional adaptado a las necesidades de las usuarias, tengan una vocación y unas habilidades personales particulares en el tratamiento de las mismas. El personal debe trabajar en equipo, idealmente multidisciplinario, para atender las diversas necesidades de las usuarias.

La dotación de recursos humanos de la M.H. dependerá de la complejidad de la casuística que se atienda en cada unidad, del volumen de actividad esperado y del modelo organizativo que se adopte. Para calcular la plantilla necesaria deberá tenerse en cuenta que las especiales características de la atención obstétrica determinan que la M.H. —tanto el bloque obstétrico como la unidad de hospitalización convencional obstétrica— funcionarán 24 horas al día todos los días del año, debiendo configurar la ordenación de sus recursos de forma que se garantice la atención urgente, que representa el componente principal de la demanda asistencial, y que, por definición, no puede programarse.

Los criterios que se exponen a continuación tienen, en consecuencia, carácter indicativo, por lo que su utilización como referencia para la planificación de la M.H. requiere en todo caso una adaptación a las condiciones específicas de cada caso concreto.

- Facultativos especialistas en Obstetricia y Ginecología:

El número de efectivos adscritos a la MH⁶⁵ con plena dedicación puede aproximarse mediante la siguiente expresión:

$$F = \frac{(C \times TC) + (P \times TP) + (IQ \times TIQ \times N) + (E \times TE) + (TOA \times DA)}{HD \times DA \times 60 \times RA}$$

Donde:

- F** es el número necesario de facultativos especialistas adscritos con plena dedicación a la MH.
- C** es el número esperado de mujeres que, a lo largo de un año, requieren valoración clínica por parte del médico/a especialista en obstetricia, previa a la indicación de ingreso.
- TC** es el tiempo medio expresado en minutos de dedicación del facultativo especialista por cada mujer que requiere su valoración clínica previa al ingreso.
- P** es el número esperado de partos en los que resulta necesaria la intervención del médico/a especialista en obstetricia.
- TP** es el tiempo medio de dedicación del médico/a especialista en obstetricia en los partos en que resulta necesaria su intervención.
- IQ** es el número esperado de intervenciones obstétricas en un año.
- TIQ** es el tiempo medio de duración de las intervenciones obstétricas.
- N** es el número medio de especialistas en obstetricia que participan en una intervención obstétrica.
- E** es el número esperado de estancias de hospitalización en la unidad de hospitalización convencional de obstetricia en un año.
- TE** es el tiempo medio por estancia expresado en minutos de atención del facultativo especialista a cada usuaria ingresada en la unidad de hospitalización convencional de obstetricia.
- TOA** es el tiempo medio expresado en minutos que, cada día, dedican los facultativos especialistas en obstetricia a otras actividades de la MH diferentes de la valoración clínica previa al ingreso, la asistencia al parto y la cirugía.
- HD** es el número diario de horas de trabajo de un/a especialista en obstetricia.
- DA** es el número de días de trabajo en un año de un/a especialista en obstetricia.
- RA** es el rendimiento asistencial de los facultativos de la MH, expresado en porcentaje.

La SEGO recomienda que el equipo de guardia debiera estar formado, al menos, por un/a especialista en obstetricia por cada 2.000 partos

o fracción¹⁶. Las recomendaciones de los colegios profesionales del Reino Unido^{35 66} son las siguientes:

- < 2.500 partos / año: 1 especialista en obstetricia + 40 horas/semana de “consultant”.
- 2.500-4.000 partos/año: 2 especialistas en obstetricia + 60 horas/semana de “consultant”.
- 4.000-5.000 partos/año: 3 especialistas en obstetricia + 98 horas/semana de “consultant”.
- 5.000-6.000 partos/año: 3 especialistas en obstetricia + 168 horas/semana de “consultant”.
- Facultativos especialistas en Anestesia y Reanimación y Pediatría-Neonatología:

La dotación de estos/as especialistas vendrá determinada por la demanda asistencial de la MH. Se considera deseable, siempre que el volumen de actividad lo permita, que la M.H. tenga adscritos facultativos de estas especialidades; en caso contrario, pertenecerán a la plantilla de los servicios correspondientes, que deberán garantizar la cobertura de las necesidades de la MH en cuanto analgesia del parto y anestesia de las mujeres sometidas a intervenciones obstétricas (anestesiólogos/as), y asistencia y recuperación del RN (pediatras).

Si el volumen de actividad es suficiente, una aproximación al cálculo de la plantilla necesaria es:

Anestesiólogos/as:

$$F = \frac{(P \times TP) + (IQ \times TIQ) + (TOA \times DA)}{HD \times DA \times 60 \times RA}$$

Donde:

- F** es el número necesario de facultativos especialistas adscritos con plena dedicación a la MH.
- p** es el número esperado de partos en los que resulta necesaria la analgesia.
- TP** es el tiempo medio de dedicación del anestesiólogo/a en los partos en que resulta necesaria su intervención.
- IQ** es el número esperado de intervenciones obstétricas en un año.
- TIQ** es el tiempo medio de duración de las intervenciones obstétricas.
- TOA** es el tiempo medio expresado en minutos que, cada día, dedican los anestesiólogos/as a otras actividades de la MH diferentes de analgesia al parto y las intervenciones obstétricas.
- HD** es el número diario de horas de trabajo de un facultativo especialista.

DA es el número de días de trabajo en un año de un facultativo especialista.

RA es el rendimiento asistencial de los facultativos de la MH, expresado en porcentaje.

Neonatólogos/as:

$$F = \frac{(P \times TP) + (C \times TC) + (TOA \times DA)}{HD \times DA \times 60 \times RA}$$

Donde:

F es el número necesario de facultativos especialistas adscritos con plena dedicación a la MH.

P es el número esperado de partos.

TP es el tiempo medio de dedicación del pediatra al parto.

C es el número esperado de cesáreas en un año.

TC es el tiempo medio de dedicación del pediatra a una cesárea.

TOA es el tiempo medio expresado en minutos que, cada día, dedican los anesthesiólogos/as a otras actividades de la MH diferentes de la asistencia a partos y cesáreas.

HD es el número diario de horas de trabajo de un facultativo especialista.

DA es el número de días de trabajo en un año de un facultativo especialista.

RA es el rendimiento asistencial de los facultativos de la MH, expresado en porcentaje.

Debe existir un/a anesthesiólogo/a de guardia inmediatamente disponible para la MH.

Es recomendable en toda MH garantizar la presencia física de un/a pediatra-neonatólogo/a en sala de partos a partir de 2.000 partos anuales.

- Matrones/as, enfermeros/as y auxiliares de enfermería:

El número de efectivos adscritos a la MH⁶⁷ con plena dedicación puede aproximarse mediante las siguientes expresiones:

$$M = \frac{(CM \times TCM) + (P \times TPM) + (TOAM \times DA)}{HDM \times DA \times 60 \times RA}$$

$$En = \frac{(CEn \times TCEn) + (IQ \times TIQ \times NEn) + (E \times TEEn) + (TOAEn \times DA)}{HDEn \times DA \times 60 \times RA}$$

$$F = \frac{(CAu \times TCAu) + (P \times TPAu) + (IQ \times TIQ \times NAu) + (E \times TEAu) + (TOAAu \times DA)}{HDAu \times DA \times 60 \times RA}$$

Donde:

- M** es el número de matrones/as.
- En** es el número de enfermeros/as.
- A** es el número de auxiliares de enfermería.
- CM** es el número esperado de mujeres que, a lo largo de un año, requieren valoración clínica por parte del matrán/a en obstetricia, previa a la indicación de ingreso.
- CEn** es el número esperado de mujeres que, a lo largo de un año, requieren valoración clínica con participación de enfermero/a, previa a la indicación de ingreso.
- CAu** es el número esperado de mujeres que, a lo largo de un año, requieren valoración clínica con participación de auxiliar de enfermería, previa a la indicación de ingreso.
- TCM** es el tiempo medio expresado en minutos de dedicación de los matrones/as a las consultas de valoración clínica previa al ingreso.
- TCEn** es el tiempo medio expresado en minutos de dedicación de los enfermeros/as a las consultas de valoración clínica previa al ingreso.
- TCAu** es el tiempo medio expresado en minutos de dedicación de los y las auxiliares a las consultas de valoración clínica previa al ingreso.
- P** es el número esperado de partos.
- TPM** es el tiempo medio de dedicación del matrán o matrona a un parto.
- TPAu** es el tiempo medio de dedicación de un/a auxiliar de enfermería a un parto.
- IQ** es el número esperado de intervenciones obstétricas en un año.
- TIQ** es el tiempo medio de duración de las intervenciones obstétricas.
- NEn** es el número medio de enfermeras que participan en una intervención obstétrica.
- NAu** es el número medio de auxiliares de enfermería que participan en una intervención obstétrica.
- E** es el número esperado de estancias de hospitalización en la unidad de hospitalización convencional de obstetricia en un año.
- TEEn** es el tiempo medio por estancia expresado en minutos de atención del enfermero/a a cada mujer ingresada en la unidad de hospitalización convencional de obstetricia.

- TEAu** es el tiempo medio por estancia expresado en minutos de atención del auxiliar de enfermería a cada mujer ingresada en la unidad de hospitalización convencional de obstetricia.
- TOAM** es el tiempo medio expresado en minutos que, cada día, dedican las matronas y matrones en obstetricia a otras actividades de la MH.
- TOAEn** es el tiempo medio expresado en minutos que, cada día, dedican los enfermeros/as en obstetricia a otras actividades de la MH.
- TOAAu** es el tiempo medio expresado en minutos que, cada día, dedican las y los auxiliares de enfermería a otras actividades de la MH.
- HDM** es el número diario de horas de trabajo de un/a matrán/a.
- HDEn** es el número diario de horas de trabajo de un/a enfermero/a.
- HDAu** es el número diario de horas de trabajo de un/a auxiliar de enfermería.
- DA** es el número de días de trabajo en un año.
- RA** es el rendimiento asistencial expresado en porcentaje.

Se debe tender —en la medida que los recursos lo permitan— a que cada mujer con parto establecido tenga asignada una matrona o matrán que le pueda dedicar el 100% de su tiempo^{31, 32, 35}. Esta proporción puede ser ligeramente superior en caso de partos con mayor intervención que en los de bajo riesgo. El documento de consenso de los colegios profesionales del Reino Unido³⁵ considera la dotación de un/a Responsable de Matrones/as por cada equipo de 6 matrones/as.

Personal de apoyo no sanitario: Dependiendo del volumen de actividad de la MH y su grado de informatización, puede necesitarse un/a auxiliar administrativo/a. También será necesario un/a celador/a para el bloque obstétrico y otro/a más para la unidad de hospitalización convencional de obstetricia.

Referencias

⁶³ Por ejemplo: Higuero JC, Garrido B, Mora JM, Maañón JC, Mora AM. Procedimiento de Matronas para Ingresos y Egresos de Alto Riesgo. Hospital Costa del Sol (Marbella, Málaga).

⁶⁴ La cita está tomada de la referencia bibliográfica 33, la cual se apoya en su anexo 5. El documento de consenso entre el RCOG, RCM, RCA y RCPCH aboga por la “cobertura de 168 horas” (24 horas al día los 7 días de la semana) de un especialista (“consultant”) en obstetricia.

⁶⁵ Debe tenerse en cuenta que este cálculo corresponde, exclusivamente, a las y los especialistas adscritos a las dos unidades que conforman la MH: bloque obstétrico y unidad de

hospitalización convencional obstétrica. No incluye, por tanto, otras actividades habitualmente realizadas por estos/as profesionales en un Servicio de Obstetricia y Ginecología (p. ej.: actividad ambulatoria programada).

⁶⁶ Existen notables diferencias en carrera profesional, categorías y funciones desarrolladas por los distintos miembros de la plantilla, así como en la organización y gestión de las MM.HH., entre el NHS británico y el SNS español, por lo que la referencia sólo se expone a título indicativo.

⁶⁷ Como en el caso de los especialistas en Obstetricia y Ginecología, debe tenerse en cuenta que este cálculo corresponde, exclusivamente, a los matrones/as adscritos/as a las dos unidades que conforman la MH: bloque obstétrico y unidad de hospitalización convencional obstétrica. No incluye, por tanto, otras actividades habitualmente realizadas por estos profesionales (p. ej.: actividad ambulatoria programada).

8. Calidad asistencial

8.1. Autorización y registro

Como se ha comentado en el análisis de situación, en las normas de autorización y registro de centros sanitarios promulgadas por algunas CC.AA. para centros y establecimientos sanitarios existen referencias concretas al bloque obstétrico que tienen carácter de mínimos. Algunas de estas normas establecen como requisitos estructurales mínimos los que corresponden a una organización “secuencial” del parto (sala de dilatación, paritorio, etc.), así como otros aspectos de recursos de personal, etc. que probablemente deberían revisarse a la luz de la evidencia científica disponible y los estándares y recomendaciones recogidos en este documento.

8.2. Acreditación y auditoría

Entre las CC.AA. que han elaborado sistemas de acreditación, sólo la de Cataluña establece criterios específicos para el bloque obstétrico: “La estructura y la disposición de los espacios destinados a partos son adecuadas a las necesidades asistenciales, facilitan el trabajo de los profesionales implicados y permiten el uso racional de los recursos humanos”¹⁴.

El Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comisión Nacional de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia han establecido los criterios de acreditación de los servicios de esta especialidad para la formación de posgrado, no existiendo un sistema de acreditación asistencial de la M.H. que sea universal para el SNS.

En el Proyecto de la UE sobre la promoción de la lactancia en Europa 2004-2008 se incluye en el punto de Promoción, protección y ayuda: incorporar el cumplimiento de todos los criterios de IHAN⁶⁸ en las normas nacionales del sistema de acreditación de un servicio de Maternidad de calidad.

Sería recomendable que todas las muertes maternas fueran objeto de una auditoría confidencial específica por un órgano técnico-científico independiente del servicio de salud y centro sanitario correspondiente.

8.3. Indicadores de calidad

La SEGO, con la coordinación técnica de la Fundación Avedis Donabedian, ha desarrollado un amplio conjunto de indicadores de calidad asistencial en ginecología y obstetricia⁷⁶, que probablemente resulta excesivamente extenso.

Dentro de los indicadores clave del SNS⁷⁷ se ha incluido la tasa de cesáreas, como un indicador relevante para medir la calidad y resultados de la atención sanitaria. En el marco de la implementación de la EAPN, el grupo de trabajo sobre indicadores de calidad está elaborando un documento que puede ser de utilidad para la evaluación interna de calidad de la M.H.

El documento de consenso de los colegios profesionales del Reino Unido sobre la seguridad en el parto³⁵ incluye la propuesta de un conjunto de indicadores enfocados a los resultados:

- Partos normales sin intervención.
- Inducciones —indicaciones, resultados y éxito—.
- Partos prolongados.
- Porcentaje de partos con más de 18 horas de duración.
- Partos instrumentales, ventosa y fórceps rotacional o no-rotacional.
- Desgarros de III y IV grado.
- Tasas de anestesia/analgesia epidural.
- Intubación materna fracasada.
- Total número de nacimientos.
- Cesárea programada —incidencia e indicaciones—.
- Cesárea urgente —incidencia e indicaciones—.
- Mortalidad perinatal intraparto.
- Test de Apgar < 7 después de 5' en RN por debajo de 37 semanas de gestación.
- Necesidad de reanimación neonatal en RN por debajo de 37 semanas de gestación.
- Admisiones en una unidad de neonatología para RN con peso > 2,5 kg.
- Incidencia de hemorragia primaria posparto.
- Derivación de la madre a una unidad de cuidados intensivos.
- Derivación de la madre a otras unidades.
- Derivación del RN a otras unidades.
- Histerectomía y otros métodos hemostáticos.
- Porcentaje de partos complicados atendidos por un/a “consultant”.
- Tasa de lactancia al nacimiento y alta.
- Esteroides antenatales previos al parto pretérmino.
- Mortalidad materna.
- Mortalidad neonatal.

- Lesión neonatal de parto, como:
 - Parálisis braquiales y faciales.
 - Hematomas extracraneales.
 - Fracturas óseas.
- Heridas, erosiones.
- Encefalopatía neonatal.

La AHQR⁷⁸ norteamericana establece como criterios de calidad la tasa de cesáreas, así como la tasa de partos vaginales después de cesáreas. Asimismo, el Nacional Quality Forum ha aprobado un conjunto de indicadores de funcionamiento de la atención perinatal⁶⁹.

También se pueden emplear indicadores relativos a la calidad asistencial en el área de hospitalización obstétrica:

- Hospitalización Convencional. A expensas de lo que los estándares y recomendaciones sobre las unidades de hospitalización convencional recojan, los indicadores de calidad más frecuentemente utilizados son los siguientes⁷⁷:
 - Estancia media ajustada por casuística < 1.

$$EMAC = \text{Sumatorio (GRD a GRD) (Altas E}^* \text{ EMU)} / \text{Total de Altas E}$$
 Se trata de la estancia promedio que tendría una determinada unidad estudiada (U) si atendiera con la estancia media que presenta (EMU) en cada uno de los GRD (anexo 3), a los pacientes del estándar (Altas E), es decir, el universo de comparación. Para los cálculos se excluyen los casos extremos. Se recomienda compararse con el estándar más bajo de entre el conjunto del SNS o el correspondiente al “cluster” de hospitales en donde esté ubicada la MH⁷⁰.
 - Estancia media ajustada por el funcionamiento < 1.

$$EMAF = \text{Sumatorio (GRD a GRD...)} (Altas U^* \text{ EME)} / \text{Total Altas U}$$
 Es la estancia media que habría tenido una determinada unidad estudiada (U) si hubiera atendido a sus mismos casos (Altas U) con la estancia media que para cada GRD (anexo 3) ha tenido el Estándar * (EME). Para los cálculos se excluyen los casos extremos. Se recomienda compararse con el estándar más bajo de entre el conjunto del SNS o el correspondiente al “cluster” de hospitales en donde esté ubicada la MH.
 - Porcentaje de reingresos:

$$[a / b] * 1000$$
 a) Número de altas hospitalarias con reingresos.
 b) Total de altas por esa causa del período.

Se considera reingreso a todo ingreso inesperado (ingreso urgente) tras un alta previa en el mismo hospital. Para una serie correspondiente a la totalidad de un año, se realiza sobre los ingresos índices ocurridos en los primeros 11 meses del año, exceptuando las altas por fallecimiento.

- Tasa de notificación de reacciones adversas a medicamentos:
[a] / b] * 1000

a) Número de notificaciones sobre sospecha de reacción adversa a medicamentos, realizadas en un determinado período de tiempo.

b) Altas en ese período.

Se incluyen todas aquellas notificaciones realizadas por cualquier profesional de la salud, al Sistema Español de Farmacovigilancia (SEFV) e incluidas en la base de datos FEDRA (Farmacovigilancia Española, Detección de Reacciones Adversas).

- Tasa de infección hospitalaria:

[a] / b] * 100

a) Número de altas hospitalarias con diagnóstico de infección nosocomial en un año.

b) Total de altas en ese año.

El numerador incluye las altas hospitalarias en las que figure, en cualquier posición de diagnóstico secundario, los códigos 999.3, 996.6x, 998.5x ó 519.01 Exclusiones y/o excepciones: en la definición de origen (Agency for Healthcare Research and Quality), se excluyen los casos con estancia inferior a 2 días, y cualquier código que indique que el/la paciente es o está en una situación inmunodeprimida o de cáncer.

- Tasa de reacciones transfusionales:

[a] / b] * 1000

a) Número total de altas hospitalarias que incluyen reacciones a la transfusión, en un año.

b) Total de altas en ese mismo año.

En el numerador se incluyen, en cualquier posición de diagnóstico secundario, los códigos 999.5 al 999.8 o el E876.0, de la clasificación CIE-9 en su versión MC. Se consideran excluidos los casos en los que la de reacción transfusional figure como código de diagnóstico principal. El Health Care Quality Indicators Project (OCDE): incluye los códigos siguientes: 9996 ABO Incompatibility Reaction, 9997 Rh Incompatibility Reaction, E8760 Mismatched Blood In Transfusion y la excepción de altas en pacientes de 18 años o más o de la Categoría Diagnóstica mayor 14 (embarazo, parto y puerperio).

Por último, se deben realizar encuestas de satisfacción que permitan evaluar la calidad aparente o percibida por la usuaria. Para hacer comparables las encuestas de satisfacción entre MM.HH., se podría utilizar la formulación de la pregunta y de la contestación conforme a la metodología del “Barómetro Sanitario”:

- En general, la atención que ha recibido en la MH ha sido...
 - Muy buena.
 - Buena.
 - Regular.
 - Mala.
 - Muy mala.
 - N.S. / N.C.

Con: [a) / b)] *100, siendo:

- a Encuestadas que han acudido en el último año a la MH que declaran haber recibido una atención buena o muy buena.
- b Encuestadas que han utilizado dichos servicios en el último año.

Se propone un conjunto de indicadores, que se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 8.1. Indicadores de calidad de las MM.HH.		
Dimensión de la calidad	Indicador	Cálculo
Eficiencia y calidad científico-técnica de la MH. Global	1. Porcentaje de partos sin intervención	[a) / b)] * 100 a) Número de partos sin intervención (partos normales). b) Total de partos (partos vaginales + cesáreas).
	2. Porcentaje de partos instrumentales	[a) / b)] * 100 a) Número de partos vaginales instrumentales. b) Total de partos vaginales.
	3. Porcentaje de partos con más de 18 horas de duración	[a) / b)] * 100 a) Número de partos vaginales ≥ 18 horas de duración. b) Total de partos.
	4. Porcentaje de cesáreas	[a) / b)] * 100 a) Número de cesáreas. b) Total de partos (vaginales + cesáreas).
	5. Porcentaje de cesáreas programadas	[a) / b)] * 100 a) Número de cesáreas programadas. b) Total de partos (vaginales + cesáreas).

Tabla 8.1. Indicadores de calidad de las MM.HH. (Continuación)

Dimensión de la calidad	Indicador	Cálculo
	6. Porcentaje de cesáreas urgentes	$[a / b]] * 100$ a) Número de cesáreas urgentes. b) Total de partos (vaginales + cesáreas).
	7. Porcentaje de partos vaginales tras cesárea	$[a / b]] * 100$ a) Número de partos vaginales con una cesárea previa. b) Total de partos (vaginales + cesáreas) con una cesárea previa.
	8. Porcentaje de episiotomías	$[a / b]] * 100$ a) Número de episiotomías. b) Total de partos vaginales.
	9. Porcentaje de desgarros de III y IV grado	$[a / b]] * 100$ a) Número de desgarros de III y IV grado. b) Total de partos vaginales.
	10. Porcentaje de anestesia / analgesia epidural	$[a / b]] * 100$ a) Número de de usuarias con anestesia / analgesia epidural. b) Total de partos vaginales.
	11. Porcentaje de hemorragia primaria posparto	$[a / b]] * 100$ a) Número de usuarias con hemorragia tras parto vaginal. b) Total de partos vaginales.
	12. Porcentaje de ingresos en UCC	$[a / b]] * 100$ a) Número de usuarias ingresadas en una UCC (propia o derivada a otros centros). b) Total de partos (vaginales + cesáreas).
	13. Porcentaje de ingresos en unidad de neonatología	$[a / b]] * 100$ a) Número de RN ingresados en una unidad de neonatología (propia o derivado a otros centros). b) Total de RN.
	14. Porcentaje de lesiones neonatales obstétricas	$[a / b]] * 100$ a) Número de RN con lesiones neonatales obstétricas (p.ej.: parálisis de Erb). b) Total de RN.
	15. Porcentaje de encefalopatía neonatal	$[a / b]] * 100$ a) Número de RN con encefalopatía neonatal. b) Total de RN.

Tabla 8.1. Indicadores de calidad de las MM.HH. (Continuación)

Dimensión de la calidad	Indicador	Cálculo
	16. Tasa de mortalidad materna por causas obstétricas	$[a] / b] * 100.000$ a) Número de muertes maternas por causa obstétrica directa (véase definición en anexo 10). b) Total de partos (vaginales + cesáreas). Nota: este indicador debe obtenerse mediante auditoría de todas las muertes maternas.
	17. Tasa de mortalidad perinatal	$[a] / b] * 1.000$ a) Número de muertes perinatales (véase definición en anexo 10). b) Total de RN.
	18. Tasa de mortalidad perinatal intraparto	$[a] / b] * 1.000$ a) Número de muertes perinatales intraparto. b) Total de RN.
	19. Tasa de lactancia al alta	$[a] / b] * 1.000$ a) Número de RN con lactancia materna al alta. b) Total de RN.
20. Eficiencia y calidad científico-técnica de la MH. Hospitalización Convencional.	20.1. Estancia media ajustada por casuística	EMAC = Sumatorio (GRD a GRD) (Altas E* EMU) / Total de Altas E
	20.2. Estancia media ajustada por el funcionamiento	EMAF = Sumatorio (GRD a GRD...) (Altas U* EME) / Total Altas U
	20.3. Porcentaje de reingresos	$[a] / b] * 1.000$ a) Número de altas hospitalarias con reingresos. b) Total de altas por esa causa del período.
	20.4. Tasa de notificación de reacciones adversas a medicamentos	$[a] / b] * 1.000$ a) Número de altas hospitalarias con reingresos. b) Total de altas por esa causa del período.
	20.5. Tasa de infección hospitalaria	$[a] / b] * 100$ a) Número de altas hospitalarias con diagnóstico de infección nosocomial, en un año. b) Total de altas en ese año.
	20.6. Tasa de reacciones transfusionales	$[a] / b] * 100$ a) Número de altas hospitalarias con diagnóstico de infección nosocomial, en un año. b) Total de altas en ese año.
	20.7. Tasa de mortalidad intrahospitalaria global	$[a] / b] * 100$ a) Número de altas hospitalarias por fallecimiento, total y para cada uno de los procesos seleccionados. b) Total de altas.

Tabla 8.1. Indicadores de calidad de las MM.HH. (Continuación)		
Dimensión de la calidad	Indicador	Cálculo
21. Calidad percibida por la usuaria de la MH	21.1. Índice de satisfacción.	$[a) / b)] * 100$ a) Encuestadas que han sido atendidas en el último año en la MH que declaran haber recibido una atención buena o muy buena. b) Encuestadas que han utilizado dichos servicios en el último año.

Referencias

⁶⁸ <http://www.ihan.es>. UNICEF. Iniciativa Hospital Amigo de los Niños. En esta página web aparecen como acreditados 13 hospitales en España (acceso el 15/12/08).

⁶⁹ <http://www.qualityforum.org/projects/ongoing/perinatal/>

⁷⁰ http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/NORMA_GRD_2006_Cluster.xls

9. Criterios de revisión y seguimiento de los estándares y recomendaciones de la Maternidad Hospitalaria

La implementación de la “Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud”¹ es probable que introduzca importantes cambios en la forma de organizar y gestionar la atención al parto. Este hecho, así como los cambios previsibles en la organización y gestión del sistema sanitario, hacen aconsejable que **se realice una revisión y actualización de este informe en un plazo no superior a cinco años.**

A lo largo del proceso de debate para la elaboración de este informe se han identificado lagunas de conocimiento. Para mejorar este conocimiento como base sobre la que elaborar recomendaciones basadas en la evidencia o, al menos, en la experiencia, se recomienda que la próxima revisión recoja, además de los temas abordados en este documento, los siguientes:

- Un análisis de la normativa que sobre autorización y registro del BQ han desarrollado las CC.AA. y una propuesta de armonización de estas normas y de su adecuación a los estándares y recomendaciones contenidos en este documento.
- Disponer de un modelo de consentimiento informado consensuado entre las distintas sociedades científicas implicadas en el proceso del parto.
- Un análisis sistemático de los indicadores de calidad de la M.H., que comprenda el conjunto de indicadores recomendado en el apartado 8 de este informe.
- Un estudio de las causas de variabilidad en las tasas de cesáreas.
- Un estudio que explore la relación entre volumen de actividad de la M.H. y tasa de cesáreas, así como con la morbilidad perinatal.
- Un análisis comparativo de las ventajas/inconvenientes que en nuestro medio puede tener la atención integrada al parto (UTPR) frente al modelo secuencial, más tradicional en nuestro medio.

Anexo 1. Prevención de la infección neonatal por *Streptococcus agalactiae* grupo B (SGB)¹⁵

Independientemente de la edad gestacional

- A todas las gestantes identificadas como portadoras vaginales o rectales de SGB en un cultivo practicado durante las 5 semanas previas al parto.
- A todas las gestantes en que se detecte SGB en orina durante la gestación, independientemente del resultado del cultivo vaginal o rectal si éste se ha realizado.
- A todas las gestantes que previamente hayan tenido un hijo con infección neonatal por SGB, con independencia del resultado del cultivo vaginal o rectal realizado.
- En todos los partos con RPM de más de 18 horas cuando no se disponga de los resultados del cultivo.
- En todos los partos en que exista fiebre intraparto⁷¹.

Partos de < 37 semanas de gestación

- En todos los partos en que el estado de colonización sea positivo o se desconozca.

Partos de > 37 semanas de gestación sin ningún factor de riesgo y en los que se desconoce si la madre es portadora

- No se utilizará profilaxis antibiótica y el RN se someterá a observación clínica, sin separarlo de la madre.

Rotura prematura de membranas en gestación pretérmino

- Si el cultivo para detectar colonización por SGB se ha realizado y es negativo, no es necesario efectuar profilaxis antibiótica para SGB.
- Si el cultivo no se ha realizado o no se conoce el resultado, se debe realizar e iniciar profilaxis antibiótica para SGB hasta tener el re-

sultado del cultivo, suspendiendo su administración en caso de ser negativo.

- Si se conoce que la mujer es portadora de SGB, debe aplicarse profilaxis antibiótica, cuya duración será establecida según el criterio del ginecólogo/a y las circunstancias de la gestante.

Profilaxis no indicada independientemente de la edad gestacional

- Cultivo vaginal y rectal negativo para EGB en la presente gestación (realizado en las 5 semanas previas al parto), aunque existan factores de riesgo y aunque hayan sido positivas en un embarazo anterior.
- Cesárea programada con cultivo positivo a SGB sin comienzo de parto y membranas íntegras.

La fuente utilizada para estas recomendaciones¹ contiene también recomendaciones antibióticas, que deberán ajustarse a la política antibiótica del centro.

Conducta en el RN de Madre Colonizada^{79, 80}

Se pueden dar los siguientes supuestos:

1. Profilaxis correctamente realizada (iniciada como mínimo 4 horas antes del final del parto y con administración de dos dosis sucesivas) y RN con síntomas de infección: se debe realizar al RN hemocultivo, hemograma, PCR, y bioquímica (glucosa, calcio, creatinina, proteínas totales). Cultivos de frotis periféricos (umbilical, ótico, nasal, meconio, aspirado gástrico). Iniciar tratamiento antibiótico (ampicilina + gentamicina). La indicación de punción lumbar inmediata es discutible, debe plantearse según cada caso. El niño o niña debe ingresar en la Unidad Neonatal.

2. Profilaxis correctamente realizada y RN asintomático. Se dan dos supuestos:

- a) Si ≥ 35 semanas de gestación (s. g.): observación clínica durante al menos 48 horas en la planta de Maternidad.
- b) Si < 35 s. g.: hemocultivo y hemograma: observación estrecha, valorar ingreso.

3. Profilaxis incompleta (iniciada menos de 4 horas antes del final del parto, o falta de las dosis sucesivas de antibiótico si el parto duró mas de 4 horas) y RN asintomático; a todos los RN se debe extraer sangre para hemocultivo y hemograma:

- a) Si $RN \geq 35$ s. g., observación, puede quedarse con la madre en la planta de Maternidad.
- b) Si $RN < 35$ s. g., debe ingresar en la Unidad Neonatal.

4. No profilaxis y RN asintomático. Dos supuestos:
- a) Sí RN a término: penicilina G: 50.000 i. m. en la primera hora de vida y observación en Maternidad durante al menos 48 horas.
 - b) Sí RN pretérmino: penicilina G: 20.000 i. m. Observación. Valorar ingreso en la Unidad Neonatal.
5. Sospecha de corioamnionitis: realizar hemocultivo, hemograma, PCR, bioquímica, cultivos de frotis periféricos. Iniciar tratamiento con ampicilina más gentamicina e ingresar.

Conducta en el RN de madre sin ningún factor de riesgo y estado de colonización desconocido

6. Observación clínica 48 horas.

Referencias

⁷¹ Cuando se confirman signos de Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (leucocitosis, taquicardia, taquipnea, $>38^{\circ}$, leucopenia: dos de estos signos o síntomas); por otra parte, habría que discutir qué ATB usar en ausencia de EGB.

Anexo 2. Identificación del riesgo¹⁶

Riesgo I o Medio

1. Anemia leve o moderada.
2. Anomalía pélvica.
3. Cardiopatías I y II⁷².
4. Cirugía genital previa (incluida cesárea).
5. Condiciones socioeconómicas desfavorables.
6. Control gestacional insuficiente: primera visita > 20 s. g.⁷³ o < de 4 visitas o sin pruebas complementarias.
7. Diabetes gestacional con buen control metabólico.
8. Dispositivo intrauterino y gestación.
9. Edad extrema: < 16 o > de 35 años.
10. Edad gestacional incierta: FUR⁷⁴ desconocida, ciclos irregulares o exploración obstétrica discordante.
11. Embarazo gemelar.
12. Embarazo no deseado: situación clara de rechazo de la gestación.
13. Esterilidad previa: pareja que no ha conseguido gestación en los dos años previos.
14. Fumadora habitual.
15. Hemorragia del primer trimestre (no activa).
16. Incompatibilidad D (Rh)⁷⁰.
17. Incremento de peso excesivo IMC⁷⁵ > 20% o > de 15 kg.
18. Incremento de peso insuficiente: < de 5 kg.
19. Infecciones maternas: infecciones sin repercusión fetal aparente.
20. Infección urinaria: BA y cistitis.
21. Intervalo reproductor anómalo: período intergenésico < de 12 meses.
22. Multiparidad: 4 o más partos con fetos > de 28 s. g.
23. Obesidad: IMC > de 29 kg/m².
24. Presentación fetal anormal: presentación no cefálica > 32 s. g.
25. Riesgo de crecimiento intrauterino retardado: factores de riesgo asociados a CIR.
26. Riesgo de enfermedades de transmisión sexual⁷⁰.
27. Riesgo laboral: trabajo en contacto con sustancias tóxicas.
28. Sospecha de malformación fetal: antecedentes, alteraciones ecográficas o bioquímicas.

29. Sospecha de macrosomía fetal: peso fetal estimado a término > de 4 kg.
30. Talla baja: estatura < de 1,50 m.

Riesgo II o Alto

1. Abuso de drogas⁷⁰: consumo habitual de drogas, fármacos...
2. Alteraciones del líquido amniótico: hidramnios y oligoamnios.
3. Amenaza de parto prematuro (entre 32-35 semanas).
4. Anemia grave⁷⁰: Hb < de 7,5.
5. Cardiopatías grados III y IV⁷⁰.
6. Diabetes pregestacional⁷⁰.
7. Diabetes gestacional con mal control metabólico.
8. Embarazo múltiple: gestación simultánea de tres o más fetos en la cavidad uterina.
9. Endocrinopatías (otras)⁷⁰: alteraciones del tiroides, suprarrenales, hipofísis, hipotálamo...
10. Hemorragias del segundo y tercer trimestre.
11. Trastorno hipertensivo del embarazo: hipertensión gestacional, HTA crónica, preeclampsia leve.
12. Infección materna⁷⁰: cualquier infección con repercusión materna, fetal o en RN.
13. Isoinmunización⁷⁰.
14. Malformación uterina.
15. Antecedentes obstétricos desfavorables: dos o más abortos, uno o más prematuros, partos distócicos, RN con deficiencia mental o sensorial, una o más muertes fetales o neonatales, antecedente de CIR...
16. Pielonefritis.
17. Patología médica materna asociada⁷⁰: cualquier enfermedad que provoque intensa o moderada afectación materna y/o fetal (insuficiencia renal, insuficiencia respiratoria, discrasias sanguíneas, insuficiencia hepatocelular...).
18. Sospecha de crecimiento intrauterino retardado: biometría ecográfica fetal < que edad gestacional.
19. Tumoración genital: uterina, anexial...
20. Embarazo gemelar.

Riesgo Muy Alto

1. Crecimiento intrauterino retardado confirmado.
2. Malformación fetal confirmada.

3. Incompetencia cervical confirmada.
4. Placenta previa.
5. Desprendimiento prematuro de placenta.
6. Trastorno hipertensivo del embarazo: preeclampsia grave y preeclampsia sobreañadida a hipertensión crónica.
7. Amenaza de parto prematuro (por debajo de 32 semanas).
8. Rotura prematura de membranas en gestación pretérmino.
9. Embarazo prolongado.
10. Patología materna asociada grave⁷⁰.
11. Muerte fetal anteparto.
12. Otras.

Referencias

⁷² Conveniencia de que la gestante acuda al tocólogo/a con informe del especialista respectivo (cardiólogo/a, nefrólogo/a, endocrino/a, hematólogo/a...).

⁷³ s. g.: semanas de gestación.

⁷⁴ FUR: fecha de la última regla.

⁷⁵ IMC: índice de masa corporal.

Anexo 3. Listado de GRD

(AP V. 18) atendidos en la MH

Cod.	CMD	Tipo	Nombre	Peso	Incluye	Descripción clínica
370	14	Q	Cesárea con complicaciones	1,1062		Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresadas por parto y/o condiciones relacionadas a las que se les ha practicado una cesárea. Además, estas pacientes tienen otro diagnóstico etiquetado de complicación o comorbilidad como: anemia, infección puerperal, infección urinaria o preeclampsia. Se excluyen de este GRD las cesáreas de alto riesgo que se agrupan en los GRD 650 ó 651.
371	14	Q	Cesárea sin complicaciones	0,8965		Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresadas por parto y/o condiciones relacionadas a las que se les ha practicado una cesárea. Se excluyen de este GRD las cesáreas de alto riesgo que se agrupan en los GRD 650 ó 651.
372	14	M	Parto con complicaciones	0,588	Prematuridad, ruptura prematura bolsa, sufrimiento fetal, preeclamsia, etc.	Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresadas por parto y/o condiciones relacionadas en las que el parto se produce por vía vaginal incluyendo los partos instrumentales. El motivo del ingreso fue un diagnóstico clasificado como complicado,

Cod.	CMD	Tipo	Nombre	Peso	Incluye	Descripción clínica
						como, por ejemplo, rotura prematura de membranas, eclampsia o placenta previa, o bien un diagnóstico como prematuridad, cesárea previa o embarazo prolongado que además tenían otro diagnóstico de los comentados como complicados.
373	14	M	Parto sin complicaciones.	0,4842	Parto normal, sufrimiento fetal, fórceps y otros.	Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresadas por parto y/o condiciones relacionadas en las que el parto se produce por vía vaginal incluyendo los partos instrumentales. Los motivos de ingreso más frecuentes son parto absolutamente normal, parto instrumental que no especifica el motivo o alteraciones del pH y, además, no tienen ningún otro diagnóstico clasificado como complicado.
374	14	Q	Parto con esterilización y/o dilatación y legrado.	0,7948	Otro parto asistido manualmente, dilatación y legrado después de parto o aborto.	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresadas por parto y/o condiciones relacionadas a las que, en el mismo ingreso, se les ha realizado una ligadura de trompas y/o un legrado puerperal.
375	14	Q	Parto con procedimiento quirúrgico excepto d&l y/o esterilización.	0,5876	Otro parto asistido manualmente, operación de fórceps bajo con episiotomía, etc.	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresadas por parto y/o condiciones relacionadas a las que, en el mismo ingreso, se les ha realizado una intervención salvo esterilización o legrado, como sutura de lesión de cérvix, de vejiga o de recto.

Cod.	CMD	Tipo	Nombre	Peso	Incluye	Descripción clínica
376	14	M	Diagnóstico posparto y postaborto sin procedimiento quirúrgico.	0,5594	Cuidados y examen inmediato después del parto, infección puerperal, hemorragia posparto, infección vía urinarias: ingreso posterior.	Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresadas en el período puerperal porque el parto se ha producido en otro centro o en su domicilio o porque, tras haber sido dadas de alta después de un parto o aborto, ingresan de nuevo por complicaciones como: hemorragia, infección, mastitis o complicaciones de la herida quirúrgica.
377	14	Q	Diagnóstico posparto y postaborto con procedimientos quirúrgicos.	1,0688	Dilatación y legrado.	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresadas tras un parto o un aborto a las que se les practica cualquier intervención. La más frecuente es un legrado.
378	14	M	Embarazo ectópico.	1,0676		Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresadas por embarazo ectópico, sean intervenidas o no por dicho embarazo.
379	14	M	Amenaza de aborto.	0,4245		Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresadas por amenaza de aborto o de parto inmaduro.
382	14	M	Falso trabajo de parto.	0,1416		Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresadas por falso trabajo de parto.
383	14	M	Otros diagnósticos anteparto con complicaciones médicas.	0,5872	Hiperemesis, infección urinaria, HTA, diabetes.	Es un GRD médico que agrupa a pacientes embarazadas que ingresan y son dadas de alta antes de producirse el parto. El motivo del ingreso puede ser un único diagnóstico clasificado como complicado

Cod.	CMD	Tipo	Nombre	Peso	Incluye	Descripción clínica
						(por ejemplo, hipertensión, hiperemesis o infección urinaria), o bien un diagnóstico no clasificado como complicado (por ejemplo, embarazo gemelar, cesárea previa o incompetencia cervical) siempre que se acompañe de otro diagnóstico de los comentados como complicados.
384	14	M	Otros diagnósticos anteparto sin complicaciones médicas.	0,4144	Inercia uterina, hemorragia anteparto, mola, crecimiento retardado.	Es un GRD médico que agrupa a pacientes embarazadas que ingresan y son dadas de alta antes de producirse el parto. El motivo del ingreso fue un diagnóstico no clasificado de complicado, como: hemorragia anteparto, embarazo múltiple, huevo huero o mola.
650	14	Q	Cesárea de alto riesgo con CC.	1,5278	Cesárea cervical baja.	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresadas por parto y/o condiciones relacionadas a las que se les practica una cesárea y que ingresaron por un diagnóstico clasificado como complicado; por ejemplo: hemorragia por placenta previa, desprendimiento de placenta, hipertensión o parto prematuro. Además, estas pacientes tienen otro diagnóstico etiquetado de complicación o comorbilidad, como anemia posparto o infección urinaria.

Cod.	CMD	Tipo	Nombre	Peso	Incluye	Descripción clínica
651	14	Q	Cesárea de alto riesgo sin CC.	1,0785		Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresadas por parto y/o condiciones relacionadas a las que se les practica una cesárea y que ingresaron por un diagnóstico clasificado como complicado; por ejemplo: hemorragia por placenta previa, desprendimiento de placenta, hipertensión o parto prematuro.
652	14	Q	Parto vaginal de alto riesgo con esterilización y/o d&l.	0,9268		Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresadas por parto y/o condiciones relacionadas que tienen un parto vaginal y en las que el motivo de ingreso fue un diagnóstico clasificado como complicado; por ejemplo: hemorragia por placenta previa, desprendimiento de placenta, hipertensión o parto prematuro. Además, a estas pacientes se les practicó una ligadura de trompas o un legrado puerperal.
629	15	M	Neonato. Peso al nacer > 2.499 g, sin procesos quirúrgicos significativos. Diagnóstico Neonato normal.	0,2387	Ictericia, taquipnea transitoria, sufrimiento fetal, enfermedad hemolítica hipoglucemia, problema alimentario.	Es un GRD médico que agrupa a RN con menos de 29 días de vida el día del ingreso cuyo peso al nacer fue mayor de 2.499 gramos y a los que no se les ha practicado una intervención quirúrgica mayor y no tienen problemas mayores o menores. Estos pacientes pueden tener algún diagnóstico secundario de complicación o comorbilidad, como taquipnea transitoria del RN o sospecha de infección perinatal.

Anexo 4. Cartera de servicios de una unidad de obstetricia⁷⁶

Consulta externa

1. Control Prenatal del embarazo de bajo riesgo.
2. Control Prenatal del embarazo de mediano riesgo.
3. Control Prenatal del embarazo de alto riesgo.
4. Control del puerperio.
5. Ecografía Nivel I, II y III, doppler fetal, ecocardiografía básica ampliada y ecografía morfológica.
6. Despistaje de cromosomopatías en primer trimestre, marcadores ecográficos y cálculo de riesgo.
7. Despistaje de cromosomopatías en segundo trimestre, cálculo de riesgo.

Urgencias

1. Triaje.
2. Atención de paciente en trabajo de parto.
3. Atención de paciente con patología de embarazo.
4. Ecografía diagnóstica de la emergencia.

Unidad de Salud Fetal

1. Ecografías de II y III nivel.
2. Doppler fetal avanzada.
3. Ecocardiografía.
4. Monitorización fetal anteparto – Perfil biofísico progresivo.
5. Amniocentesis para estudio de líquido amniótico (cromosómico, microbiológico).

Hospital de Día

1. Control y seguimiento de la patología obstétrica de alto riesgo.
2. Patología crónica materna.
3. Hipertensión y embarazo.
4. Diabetes.
5. RCIU.
6. Alteraciones del líquido amniótico.
7. Ruptura prematura de membranas.

Hospitalización Convencional

1. Atención de la patología obstétrica de alto y mediano riesgo.
2. Atención del puerperio de bajo riesgo de parto vaginal.
3. Atención del puerperio de parto vaginal de alto riesgo.
4. Atención del puerperio poscesárea de bajo riesgo.

5. Atención del puerperio poscesárea de alto riesgo.
6. Atención en la Unidad de Salud Fetal y diagnóstico prenatal.
7. Acciones de educación y promoción de la salud.

Centro Obstétrico (Bloque Obstétrico)

UTPR⁷⁷

- Control del trabajo de parto de bajo riesgo.
- Control del trabajo de parto de alto riesgo.
- Atención de la paciente y su familia.
- Recepción y reanimación del RN de bajo riesgo.
- Recepción y reanimación del RN de alto riesgo.
- Lactancia precoz.
- Atención del parto de bajo riesgo.
- Atención del parto de alto riesgo.

Quirófanos

1. Cesáreas programadas.
2. Cesáreas de urgencia.
3. Histerectomías de urgencia.

Referencias

⁷⁶ Ejemplo adaptado de un hospital. Existen MM.HH. que pueden ofertar más o menos servicios que los listados, los cuales son los más frecuentes.

⁷⁷ Unidad de Trabajo de Parto, Parto y Recuperación.

Anexo 5. Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) en el SNS. Niveles de evidencia y fuerza de la recomendación¹

Las recomendaciones recogidas en la EAPN vinculadas a estas prácticas se exponen a continuación, estando en elaboración la Guía del SNS para la Atención al Parto:

- Rasurado del periné:
 - Evitar la práctica rutinaria del rasurado perineal a las mujeres de parto^{78, 81}.
- Enema.
 - Desaconsejar la administración rutinaria de enema a la parturienta.
 - Aplicar opcionalmente, informando a la mujer sobre la práctica, solicitar su opinión y acordar su administración sólo como medida higiénica.
- Acompañamiento durante el proceso.
 - Permitir y alentar a todas las mujeres, si lo desean, a que cuenten con personas de apoyo durante todo el proceso de modo ininterrumpido, facilitando que el acompañamiento se inicie desde las etapas más tempranas del mismo.
 - Promover una política institucional que permita a las gestantes elegir libremente a las personas de su entorno que las acompañen de forma continua durante todo el proceso del parto.
- Período de dilatación.
 - Instruir a la embarazada en el reconocimiento de los signos de un verdadero trabajo de parto para reducir el número de consultas de guardia por falsos trabajo de parto.
 - Ofrecer a la gestante apoyo físico, emocional y psicológico durante todo el proceso, permitiendo la permanencia en forma continua de una persona que la acompañe, elegida por la parturienta.
 - Facilitar que la gestante pueda deambular libremente de acuerdo con sus necesidades y preferencias, y que adopte la posición que encuentre más cómoda.

- Permitir la ingesta de líquidos azucarados y alimentos livianos en forma moderada. No realizar hidratación intravenosa para todas las mujeres en trabajo de parto normal, ya que limita sus movimientos y comodidad.
- Reservar la hidratación parenteral para las gestantes deshidratadas, con vómitos, con técnicas de analgesia regional u otras indicaciones precisas que requieran vía endovenosa.
- Registrar la evolución del trabajo de parto mediante la utilización del partograma como elemento objetivo para el manejo del segundo período.
- No realizar amniotomía precoz de rutina. Esta conducta se reservará para parturientas con progreso anormal del trabajo de parto según partograma.
- Realizar control de la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto mediante la auscultación intermitente de los latidos y sólo realizar el monitoreo cardíaco electrónico continuo en embarazadas con riesgo elevado o con progreso anormal del trabajo de parto.
- Limitar el número de tactos vaginales a los mínimos imprescindibles, aconsejando no realizar más de uno cada 3 horas si no se considera necesario.
- Manejo del dolor durante el parto.
 - Informar a las mujeres sobre los diferentes métodos para el alivio del dolor, sus beneficios y potenciales riesgos. No realizar analgesia de rutina; ofrecer a las mujeres la posibilidad de elegir un método si lo desean y está disponible en el centro.
 - Permitir que las mujeres estén acompañadas durante el trabajo de parto y parto.
 - A aquellas mujeres que no desean emplear fármacos durante su trabajo de parto, se les deberá informar acerca de la evidencia disponible respecto a métodos no farmacológicos.
- Posición materna durante el período expulsivo.
 - Una revisión Cochrane concluía que los hallazgos de la revisión sugieren numerosos beneficios potenciales para la posición vertical, con la posibilidad de que aumente el riesgo de pérdida sanguínea mayor de 500 mL, recomendando que se debería estimular a las mujeres a que tengan su parto en la posición más cómoda para ellas. Hasta tanto los beneficios y riesgos de las diferentes posiciones no se puedan estimar con una mayor certeza, cuando estén disponibles los datos de ensayos rigurosos desde el punto de vista metodológico, se debe permitir que las mujeres tomen decisiones informadas acerca

de las posiciones de parto que ellas pudieran desear asumir en el momento del parto⁸².

- Episiotomía.
 - Promover una política de episiotomía selectiva.
 - No suturar los desgarros leves o cortes menores.
 - De ser necesaria, realizar sutura continua con material absorbible sintético.
- Alumbramiento:
 - Ofrecer manejo activo del alumbramiento en los partos vaginales para la prevención de la hemorragia posparto.
 - Si se realiza manejo activo, se utilizará oxitocina con preferencia a ergometrina/sintometrina, misoprostol (oral, sublingual, rectal) o prostaglandinas inyectables.
 - En ausencia de manejo activo, utilizar drogas uterotónicas para la prevención de la hemorragia posparto.
 - Dados los beneficios para el RN, el cordón no deberá pinzarse con latido, no más tempranamente que lo necesario para la aplicación de tracción de la placenta, lo que se estima en unos 3-5 minutos posparto.
 - Según las evidencias y recomendaciones disponibles, se definen los componentes del manejo activo, que incluyen:
 - Administración de uterotónicos, preferentemente oxitocina, inmediatamente tras el parto.
 - Pinzamiento tardío del cordón umbilical.
 - Tracción controlada de cordón para extracción de la placenta.
 - Debe realizarlo personal capacitado en las maniobras y en ambiente hospitalario. Se necesita más investigación para su aplicación en partos domiciliarios.
- Partos instrumentales.
 - Evitar realizar partos instrumentales salvo indicación por patología, dada la existencia de posibles lesiones inmediatas y secuelas tardías derivadas de la aplicación de fórceps, ventosas y espátulas. Su uso aumenta el tamaño y la frecuencia de realización de episiotomía, reduce las tasas de duración de lactancia materna por mayor frecuencia de separación madre-RN, produce estrés del RN tras un parto complicado, así como incomodidad materna por cicatrices o dolor.
 - En vista del hecho de que existe una reducción en la probabilidad de morbilidad materna con ventosa extractora comparada con el uso de fórceps, y en presencia de personal con buena experiencia en el uso de vacuum, este método es reco-

mendado como primera opción cuando esté indicado un parto asistido. Se deberán desarrollar programas de entrenamiento en el uso de ventosa extractora en aquellos lugares en que no exista experiencia adecuada.

- La adopción de vacuum como primera elección en el parto asistido deberá promoverse sólo después de haber alcanzado un estándar mínimo de entrenamiento del personal que asiste a los partos.
- Cesáreas.
 - Se recomienda la implementación de programas para la reducción de las tasas de cesáreas, que incluyan estrategias multifacéticas basadas en evidencias científicas, con evaluación de costos de dicha implementación, y que involucren a profesionales en el análisis de barreras para el cambio y evaluación de resultados.
 - Contacto Precoz Madre-RN
 - El RN sano y su madre deben permanecer juntos tras el parto y no separarse en ningún momento si el estado de salud de la madre lo permite.
 - Inmediatamente después del parto, el RN se coloca sobre el abdomen de la madre, se seca y se cubre con una toalla seca. Así se agarrará al pecho de forma espontánea en la mayoría de los casos, permaneciendo al menos 70 minutos en estrecho contacto piel con piel con su madre.
 - Los únicos procedimientos que se realizarán al RN durante este tiempo de contacto piel con piel con su madre son su identificación y la adjudicación de la puntuación del test de Apgar.
 - Informar a las madres sobre las ventajas del contacto piel con piel.
 - Posponer las prácticas de profilaxis ocular, peso, vitamina K, etc., al finalizar el contacto precoz, intentando realizar todos los procedimientos en presencia de las madres y padres y tras su consentimiento.
 - No deben realizarse de forma rutinaria la aspiración de secreciones, el lavado gástrico, el paso de la sonda orogástrica, el paso de sonda para confirmar la permeabilidad de las fosas nasales y el paso de sonda rectal. No son necesarias y no están exentas de riesgo.
 - También es recomendable en caso de cesáreas. Siempre que sea posible, preparar el campo para realizar el contacto precoz madre-RN.

- Si el estado de salud de la madre no lo permite, se ofrecerá al padre la posibilidad de que haga el contacto piel con piel con su criatura.
- Establecer la metodología de los cuidados centrados en el desarrollo, fomentando el método madre-canguro, el contacto piel con piel de madres y padres y la colaboración de éstos en sus cuidados, especialmente en los casos de criaturas recién nacidas más vulnerables.
- Trabajar con grupos de apoyo que faciliten las buenas prácticas.
- Atención posnatal inmediata
 - Abandonar los procedimientos injustificados y retrasar la realización de los necesarios que supongan separación de la criatura de su madre. Solicitar el consentimiento de las madres para cualquier procedimiento.
- Lactancia
 - Promover prácticas eficientes en el apoyo a la lactancia materna, facilitando la posibilidad de la lactancia materna, su extracción, conservación y mantenimiento para la administración al RN de la leche de su propia madre.
 - Fomentar la donación de leche de madre y la puesta en marcha de Bancos de Leche.
 - Trabajar con grupos de apoyo que faciliten las buenas prácticas en lactancia.

Referencias

⁷⁸ Varios estudios han demostrado que la tasa de infección es inferior en pacientes que no han sido rasurados. Cuando una organización elabora una política sobre la eliminación del vello, debe considerar este procedimiento sólo cuando es necesario. No deben utilizarse cuchillas de afeitar, que deberían eliminarse en todo centro sanitario. Las organizaciones deben educar a su personal sobre la importancia de cortar el vello en lugar de rasurar y dar entrenamiento para utilizar adecuadamente las maquinillas eléctricas.

Anexo 6. Criterios de dimensionado de los recursos

Introducción

1. La determinación de las dimensiones básicas de los recursos asistenciales de la MH depende de factores demográficos (estructura de la población atendida), epidemiológicos (morbilidad), clínicos (criterios de indicación de las diferentes modalidades que integran su cartera de servicios) y de gestión (utilización de la capacidad productiva disponible).

Se trata, en todo caso, de establecer las necesidades asistenciales mediante la estimación de la demanda esperable y de adecuar a las mismas las dimensiones de los recursos-tipo de la unidad (camas de hospitalización convencional, consultas y puestos de Hospital de Día) ajustadas a un perfil de productividad previamente establecido.

Dimensionado de las UTPR

2. Para calcular el número de UTPR necesarias para atender las necesidades asistenciales en una MH (n.º UTPR) se considerará, en principio el número esperado de partos⁷⁹ (P), el número esperado de cesáreas electivas (CE), la estancia media en UTPR (EM) y el porcentaje de ocupación (O):

$$n.º \text{ UTPR} = \frac{(P - CE)}{365 * O} \times EM$$

Donde:

P Se calcula como⁸⁰:

$$P = \text{Población} \times \frac{TN}{1.000}$$

siendo **TN** la tasa de natalidad.

O Se expresa en tanto por 1 (0,85 para una ocupación del 85%).

TP Se expresa en días (0,5 para una estancia media de 12 horas).

Debe considerarse, además, la posibilidad de concurrencia en el tiempo de los partos, que por regla general no se distribuirán de forma homogénea en el tiempo. Una aproximación sencilla consiste en establecer un umbral superior para cubrir un pico extremo, calculando la necesidad de UTPR para una concurrencia de partos n-veces mayor que la media diaria de partos (MDP).

En este caso, el umbral superior de UTPR (Máx. UTPR) se calculará como:

$$\text{Máx. UTPR} = \frac{n(P - CE)}{365 * O} \times EM$$

Donde:

n indica la máxima concurrencia esperada de partos (pico extremo), expresada en términos de la media diaria de partos.

Tabla Anexo 6.1. Ejemplo 1. Dimensionado de las UTPR.

- Como se ha señalado en el capítulo 2 de este documento de estándares y recomendaciones, la tasa de natalidad en España es aproximadamente de 11 RN por cada mil habitantes y año.

Para una población de 250.000 habitantes, pueden esperarse, con esta tasa de natalidad, 2.750 partos anuales⁸¹.

Si se considera que un 10% de los partos son cesáreas electivas, una estancia media en UTPR de 12 horas y una ocupación de las UTPR del 70%, se tendría:

$$n.^{\circ} \text{ UTPR} = \frac{(2.750 - 275)}{365 * 0,7} \times 0,5 = 4,84 \cong 5$$

- Para prever un pico extremo con concurrencia del doble de la media diaria de partos y una ocupación del 100%:

$$\text{Máx. UTPR} = \frac{2 \times (2.750 - 275)}{365} \times 0,5 = 6,78 \cong 7$$

- Con este umbral superior, podría considerarse, por ejemplo, que la dimensión óptima es 6 UTPR, que cubriría una concurrencia de 1,75 veces la media diaria de partos y una ocupación del 100%.

Dimensionado de los quirófanos

3. El quirófano del bloque obstétrico es un recurso que debe atender un número significativo de intervenciones urgentes y que, por tanto, debe estar disponible 24 horas al día todos los días del año, de forma que no es aplicable, en este caso, el cálculo del número de quirófanos necesarios en función de un rendimiento esperado⁸².

La Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO) recomienda habilitar un quirófano obstétrico por cada 3.000 partos¹⁵.

4. Para calcular el número de camas de hospitalización convencional obstétrica necesarias para atender las necesidades asistenciales en una MH (**C**), se considerará el número esperado de ingresos en un año (**I**), el objetivo de estancia media (**EM**) y la ocupación prevista (**O**):

$$C = \frac{I \times EM}{365 * O}$$

Donde:

I Se calcula como

$$I = \text{Población} \times \frac{\text{Fr}}{1.000}$$

siendo **Fr** la frecuentación de hospitalización convencional obstétrica, expresado en ingresos por mil mujeres en edad fértil.

O Se expresa en tanto por 1 (0,85 para una ocupación del 85%).

Tabla Anexo 6.2. Ejemplo 2. Dimensionado de las camas de hospitalización obstétrica.

- Para una población de 250.000 habitantes, como la utilizada en el ejemplo 1, corresponden, según la estructura de la población española⁸³, 54.100 mujeres en edad fértil (entre 15 y 45 años). Suponiendo que los ingresos obstétricos no relacionados con el parto sean un 25% de los partos, se tendrá una frecuentación aproximada de 63 ingresos obstétricos por cada mil mujeres en edad fértil: 3.437 ingresos.
- De éstos, 2.200 corresponderían a partos vaginales, con una estancia media de 1 día en la unidad de hospitalización convencional obstétrica (no se contabilizan a estos

efectos las 12 horas que, por término medio, permanecerán las parturientas en la UTPR), 550 a cesáreas (si la tasa de cesáreas es del 20%) con 3 días de estancia media y, el resto, 687, a otras patologías, con una estancia media de 2,5 días. La estancia media resultante en la unidad es 1,62 días.

- Para una ocupación del 80%, el número de camas necesarias será:

$$C = \frac{3.487 \times 1,62}{365 \times 0,8} = 19,34 \cong 20$$

Referencias

⁷⁹ Se entiende por parto la expulsión o extracción del claustro materno del producto viable de la concepción, por feto viable aquel que tiene un peso al nacer igual o superior a 500 g, y por parto por vía vaginal todo parto atendido por vía vaginal, independientemente de la técnica. Fuente: Estadística de establecimientos con régimen de internado (ESCRI), MSC.

⁸⁰ El resultado de esta expresión es, en realidad, el número de nacimientos en el período de tiempo considerado, que no coincide exactamente con el número de partos por la incidencia de partos múltiples. Aunque el error es inapreciable, para calcular con precisión el número de partos debería dividirse el número de nacimientos obtenido de esta forma entre la media de RN por parto.

⁸¹ Nótese que en este ejemplo todos los partos del área de referencia de la población se realizarían en la MH que se está dimensionando.

⁸² En este caso, la necesidad de cubrir la actividad urgente prevalece sobre los criterios de optimización, de forma que se garantizará la disponibilidad del quirófano, con porcentajes de ocupación que, por regla general, serán muy bajos.

⁸³ Fuente: INE. Cifras oficiales de población a enero de 2008.

Anexo 7. Programa funcional de espacios

En relación con el desarrollo de esquemas ergonómicos de locales, que muestran las dimensiones indicadas para los principales locales de la unidad, se ha optado por incluir, a título indicativo, un programa funcional de espacios de una MH con 6 UTPR, 1 quirófano para cesáreas y 20 camas en habitaciones individuales de hospitalización convencional obstétrica, dimensiones correspondientes aproximadamente a los ejemplos de dimensionado incluidos en el anexo 5 de este documento:

Tabla Anexo 7.1. Programa funcional de espacios de una MH ⁸⁴ .					
I. BLOQUE OBSTÉTRICO					
Zona	Local	Sup. útil	Núm.	S. útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
RECEPCIÓN	1. Acceso.				La señalización exterior facilitará el acceso. Localización deseable en el nivel más próximo a la calle. Diseño según normativa de accesibilidad para personas minusválidas y al Código Técnico de la Edificación (DB-SU). La circulación del personal de la unidad y de los materiales (suministros, alimentos, farmacia, lencería, residuos, etc.) estará convenientemente diferenciada. El bloque obstétrico será un área de acceso semirrestringido al personal sanitario, las usuarias y su familiar acompañante. Dentro del bloque, el acceso al área quirúrgica será restringido al personal sanitario adscrito a la misma. El resto del bloque obstétrico contará con un diseño que impida el tránsito entre servicios no relacionados y del público en general, salvo en los horarios de visita.

Tabla Anexo 7.1. Programa funcional de espacios de una MH. (Continuación)

Zona	Local	Sup. útil	Núm.	S. útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
					El acceso al bloque obstétrico desde el vestíbulo de entrada, o el pasillo de circulación principal, debería realizarse a través de puertas automáticas que permitieran la visibilidad en ambas direcciones. El vestíbulo de entrada será suficientemente amplio para permitir la circulación hasta el mostrador de recepción-admisión, evitando aglomeraciones que pudieran dificultar el acceso.
	2. Admisión-Recepción.	12	1	12	Acogida de usuarias y familiares. Trámites administrativos de registro y alta. Con mostrador con altura adecuada para atender a usuarias con sillas de ruedas. Conexiones informáticas y telefónicas.
	3. Sala de estar-espera.	20	1	20	Acondicionada para estancias de varias horas y con capacidad adecuada a las dimensiones de la unidad. Conexiones telefónicas y música ambiental. Máquinas de bebidas y comida fría.
	4. Box de clasificación.	12	1	12	Para clasificación de las usuarias que acuden al bloque obstétrico por urgencias. Con conexiones informáticas y telefónicas.
	5. Despacho de información.	12	1	12	Para información a usuarias y familiares. Con conexiones informáticas y telefónicas.
	6. Aseos de público.	3	2	6	Servicios higiénicos para visitas y usuarias. Con lavabo e inodoro. Al menos un aseo estará adaptado para personas minusválidas.
SUPERFICIE TOTAL RECEPCIÓN				62	

Tabla Anexo 7.1. Programa funcional de espacios de una MH. (Continuación)

Zona	Local	Sup. útil	Núm.	S. útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
EXPLORACIÓN	7. Consulta/Control de Procesos.	20	2	40	Para exploración y reconocimiento de las usuarias a fin de evaluar el riesgo y decidir las opciones de seguimiento del proceso de parto que requieren menor complejidad (exploración obstétrica, auscultación fetal, etc.). Con zona de exploración y de despacho-consulta. Mueble de consulta, encimera de acero inoxidable con un seno y grifería termostática con mando de codo. Iluminación específica en camilla de exploración. Conexiones informáticas y telefónicas. Tomas de oxígeno y vacío. La distribución del espacio facilitará al máximo la privacidad de la consulta y la comunicación con otras consultas adyacentes, a fin de posibilitar la circulación del personal sanitario. La consulta tendrá incorporado un aseo para las usuarias, con lavabo e inodoro.
	8. Observación.	24	1	24	Seguimiento, durante los tiempos de espera, de la evolución de las mujeres cuya valoración clínica previa a la indicación de ingreso requiere más de una consulta. Sillones confortables, dispuestos en sala común distribuidos de forma que sea posible la visión directa de todos los puestos desde el control de enfermería, con posibilidad de cierre para mantener la privacidad. Con lavamanos para el personal. Tomas de oxígeno y vacío. Conexiones informáticas y telefónicas.

Tabla Anexo 7.1. Programa funcional de espacios de una MH. (Continuación)

Zona	Local	Sup. útil	Núm.	S. útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
	9. Box de exploración / Unidad de Salud Fetal.	4	12	48	Valoración clínica de las parturientas y demás pacientes atendidas en el bloque obstétrico, previa a la indicación, si procede, de ingreso: procedimientos diagnósticos y tratamientos materno-fetales más complejos (monitoreización cardiotocográfica, ecografía, punción de líquido amniótico, etc.). Boxes en sala diáfana, distribuidos de forma que sea posible la visión directa de todos los puestos desde el control de enfermería, con posibilidad de cierre para mantener la privacidad (compatible con la seguridad de la paciente). Dotados de sillón confortable o cama. Ventanas con posibilidad de bloqueo y postura para limpieza y ventilación. Cabeceros con tomas eléctricas y de oxígeno y vacío. Sistema integrado de llamada y comunicación con la enfermera o enfermero. Preinstalación de televisión y música. Conexiones informáticas. Con lavamanos para el personal. Tomas de oxígeno y vacío. Conexiones informáticas y telefónicas.
SUPERFICIE TOTAL EXPLORACIÓN				112	
UTPR	10. UTPR.				Asistencia a la parturienta a lo largo de todos los períodos del proceso de parto vaginal (dilatación, expulsivo, alumbramiento y recuperación), y al RN sano que no precisa ingreso en la unidad de neonatología. Ubicadas en el bloque obstétrico con fácil acceso al área quirúrgica para que el traslado de la parturienta, en caso de complicación, sea lo más rápido posible.

Tabla Anexo 7.1. Programa funcional de espacios de una MH. (Continuación)

Zona	Local	Sup. útil	Núm.	S. útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
		35-40	6	215	Diseñadas como dormitorios domésticos, con mobiliario acogedor y decoración adecuada a este ambiente. Con el panel de servicios en la cabecera de la cama oculto detrás de mamparas o cuadros, y ventanas dispuestas para facilitar vistas al exterior e iluminación natural. Iluminación artificial con 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. La temperatura ambiente será regulable, en función de las necesidades de la mujer. La cama de partos debe permitir a la parturienta colocarse en la posición más cómoda y tener ruedas para facilitar el traslado al quirófano en caso de cesárea. Adecuadas para parto normal o instrumental bajo anestesia local o epidural, debiendo contarse con espacio disponible para realizar procedimientos de reanimación, si resultan necesarios, así como el uso de equipos de ecografía, monitorización fetal y maternal con telemetría y terapia intravenosa, que deben almacenarse en las inmediaciones de la habitación y trasladarse a la misma cuando sean necesarios. Dispondrán de lavabo para lavado de manos, aislamiento acústico, sistema de ventilación para el control de polución de gases, protección contra riesgos eléctricos y los

Tabla Anexo 7.1. Programa funcional de espacios de una MH. (Continuación)					
Zona	Local	Sup. útil	Núm.	S. útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
					sistemas de seguridad antiincendio previstos en la normativa vigente. Se recomienda prever una habitación algo más grande (40 m ²) para la atención a usuarias con discapacidades físicas.
	11. Aseo en UTPR.	4	6	24	Dotado de lavabo, inodoro, bidé y ducha para que la mujer de parto pueda beneficiarse del efecto calmante del agua caliente durante la dilatación. La puerta del aseo debe abrir siempre hacia la habitación. Opcionalmente, contarán con una bañera semiexenta en la habitación, de modo que la mujer pueda elegir usarla si quiere, durante las fases de dilatación y expulsivo. En estos casos, la bañera en el aseo puede resultar incómoda para el personal que atienda el parto, por lo que podría instalarse en la habitación.
SUPERFICIE TOTAL UTPR				239	
ÁREA QUIRÚRGICA	12. Preparación de cirujanos/as.	8	1	8	Desinfección y colocación de guantes y mascarillas. Con acceso directo al quirófano. Pileta corrida para tres personas, con sistema automático de agua y equipo estéril. Con reloj.
	13. Quirófano.				Requerimientos de instalaciones y equipamiento similares a los del bloque quirúrgico general: Superficie útil mínima de 40 m ² , con una altura libre mínima de 3 m y con unas dimensiones que permitirán trazar un círculo de 6 m de diámetro alrededor de la mesa del quirófano. Las paredes y techos serán de materiales duros, no porosos, imper-

Tabla Anexo 7.1. Programa funcional de espacios de una MH. (Continuación)

Zona	Local	Sup. útil	Núm.	S. útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
		40		1	meables, lavables e ignífugos, sin grietas, continuos y sin brillos; no habrá rieles ni elementos susceptibles de acumular suciedad, y los elementos de pared serán empotrados. El suelo será lavable semiconductor, conectado a toma de tierra, sin puntos y sin ángulos entre paramentos verticales y horizontales. No tendrá ventanas. Las puertas deberán ser de un mínimo de 1,5 m de ancho, preferiblemente de accionamiento automático y correderas con riel externo. Si existe más de un quirófano, cada uno tendrá dos cuadros idénticos de toma de gases y cada uno con tomas de protóxido de nitrógeno, aire comprimido medicinal, oxígeno, vacío y extracción de gases anestésicos (EGA). En cada quirófano habrá un cuadro para control de la presión de los gases, dotado de sistema de alarma. Se contará con fuentes de luz cerradas para la iluminación ambiente del quirófano. Si se utilizan lámparas fluorescentes para este fin, se tomarán las medidas necesarias para evitar interferencias entre los equipos de encendido y los aparatos de electromedicina. Cada quirófano contará, como mínimo, con doce tomas eléctricas monofásicas con toma de tierra de 16 amperios. Habrá, como mínimo, por quirófano una toma eléctrica monofásica con toma de tierra de 20 amperios para equipos

Tabla Anexo 7.1. Programa funcional de espacios de una MH. (Continuación)

Zona	Local	Sup. útil	Núm.	S. útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
					de radiodiagnóstico y láser, si los hubiere, debidamente identificada. Se utilizarán, preferentemente, brazos articulados móviles para anestesia y cirugía. Tendrá anclaje para lámpara. Protección contra riesgos eléctricos. Iluminación ambiental de, al menos 1.000 lux y, en la mesa quirúrgica, de 25.000 lux. Las condiciones de climatización serán las de la UNE 100173 (instalaciones de acondicionamiento de aire en hospitales), ASHRAE; AIA. Condiciones técnicas de un quirófano general (RITE). Dispondrá de protecciones especiales para RX. Los espacios de los equipos de las instalaciones deben ubicarse en un nivel distinto al del bloque, preferentemente en cubiertas. Tendrá puntos de acceso a la red de voz y datos y dispondrá de estación clínica para el acceso al sistema de información.
	14. Reanimación post-anestésica (URPA).	18	1	18	Tomas de oxígeno y vacío. Mueble clínico con lavabo y espacio de almacenamiento inferior. Vitrina de ambiente estéril. Punto de agua. Conexiones informáticas.
	15. Oficio de sucio y clasificación de residuos.	6	1	6	Almacenaje de ropa sucia y basura. Punto de agua.

Tabla Anexo 7.1. Programa funcional de espacios de una MH. (Continuación)

Zona	Local	Sup. útil	Núm.	S. útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
	16. Almacén de material (estéril, anestesia, equipos, etc.).	6	1	6	Para material diverso.
	17. Aseos y vestuarios de personal.	16	1	16	Con esclusa. Para apoyo del personal de la unidad. Con características similares a los aseos de visitantes.
SUPERFICIE ÚTIL TOTAL ÁREA QUIRÚRGICA				94	
CONTROL DE ENFERMERÍA Y APOYOS	18. Mostrador y zona de trabajo (control).	25	1	25	Debe permitir la observación directa de todos los puestos de la sala común. Adecuado para funciones de mando y control, con una zona accesible para personas en silla de ruedas; comunicaciones paciente-enfermero/a mediante un sistema acústico y luminoso. Instalación de terminal de tubo neumático. Control de la instalación de seguridad y protección contra incendios, cuadro de alarma de gases. Conexiones informáticas y telefónicas.
	19. Estar de enfermería.	10	1	10	Para descanso del personal. Próximo al control. Con punto de agua.
	20. Oficio de limpio.	10	1	10	Almacén de material limpio y preparación de fármacos. Punto de agua para mueble con doble lavabo.
	21. Oficio de comidas.	8	1	8	Llegada de carros de comida y preparación de alimentos. Adaptado a la tecnología de preparación de comidas y distribución del hospital, con encimera con fregadero de dos senos y escurridor, espacio para almacenamiento de carros de comida

Tabla Anexo 7.1. Programa funcional de espacios de una MH. (Continuación)					
Zona	Local	Sup. útil	Núm.	S. útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
	22. Almacén de material fungible.	6	1	6	Para pequeño material de uso habitual. Espacio para carros de suministro de material mediante sistemas de reposición periódica. Las superficies deben ser lavables. Sistemas modulares de estanterías con altura superior a la de los carros. Espacio adecuado para almacenamiento de sueros.
	23. Almacén de lencería.	6	1	6	Para ropa limpia.
	24. Almacén de equipos.	6	1	6	Para aparatos y equipos.
	25. Espacio para sillas de ruedas.	2	1	2	Fuera de la circulación de la unidad.
	26. Oficio de sucio y clasificación de residuos.	6	1	6	Almacenaje de ropa sucia y basura. Punto de agua.
	27. Oficio de limpieza.	4	1	4	Para útiles y productos de limpieza.
SUPERFICIE TOTAL ÚTIL UNIDAD DE CONTROL DE ENFERMERÍA Y APOYOS				79	
ÁREA DE APOYOS PARA EL PERSONAL	28. Despacho de supervisor/a.	12	1	12	Con conexiones informáticas y telefónicas.
	29. Sala polivalente de trabajo médico.	20	1	20	Área de trabajo para los facultativos de la unidad. Con acceso a la red de voz y datos.
	30. Sala de reuniones.	20	1	20	Para reuniones del personal, con conexiones informáticas y telefónicas.
	31. Sala de estar del personal.	12	1	12	Para descanso del personal. Punto de agua y conexiones telefónicas.
	32. Dormitorio de médico/a de guardia.	10	1	10	Para descanso del médico/a de guardia. Punto de agua y conexiones informáticas y telefónicas.
	33. Aseos y vestuarios del personal.	3	2	6	Para apoyo del personal de la unidad. Con características similares a los aseos de visitantes.

Tabla Anexo 7.1. Programa funcional de espacios de una MH. (Continuación)					
Zona	Local	Sup. útil	Núm.	S. útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
SUPERFICIE TOTAL ÚTIL ÁREA DE APOYOS PARA EL PERSONAL				80	
SUPERFICIE TOTAL ÚTIL BLOQUE OBSTÉTRICO				666	
Características generales de la unidad					
Se plantea como el área física que tiene por objeto la atención de la madre que va a parir, incluyendo la recepción y valoración clínica de las gestantes que acuden al hospital con sospecha o pródromo de parto, el examen y control de la parturienta, la dilatación y el parto, así como la atención y reanimación del RN, y el período de posparto inmediato. En el bloque obstétrico se atenderán todas las urgencias obstétricas y se dispondrá de un área quirúrgica dotada de los recursos necesarios para atender los procedimientos quirúrgicos relacionados con el parto incluidos en la cartera de servicios de la MH. Para el diseño del bloque obstétrico, se consideran los siguientes objetivos específicos: ▪ Conseguir un ambiente amable, no quirúrgico y confortable, en el que la mujer se sienta cómoda y segura en vez de expuesta y observada. ▪ Facilitar los recorridos y circulaciones durante las fases de preparto, parto y posparto, así como minimizar las distancias con las áreas de hospitalización convencional obstétrica y de neonatología. ▪ Introducir usos que forman parte de la demanda actual, recogidos dentro del documento de "Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud"; por ejemplo, bañeras de parto ▪ Fomentar el encuentro entre madres como apoyo al posparto inmediato.					

Tabla Anexo 7.1. Programa funcional de espacios de una MH. (Continuación)					
II. UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL DE OBSTETRICIA					
Zona	Local	Sup. Útil	Núm.	S. útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
HABITACIONES PACIENTES Y FAMILIARES	34. Habitación de paciente.	22	20	440	De uso individual, las habitaciones tendrán capacidad doble. Con espacio para cuna del RN, al objeto de facilitar el alojamiento conjunto e ininterrumpido y, eventualmente, con cama para el padre. En cada habitación debe haber un mueble con cambiador y bañera para que la madre pueda bañar a su hijo/a. La habitación debe ser diseñada (iluminación, color, vistas) pensando en que la posición normal de la usuaria es la horizontal. Así, la altura de la ventana debe permitir la visión del exterior desde la cama de la paciente. Debe existir un dispositivo que gradúe la intensidad de la luz en la habitación. Los interruptores eléctricos deben ser fácilmente accesibles por las mujeres ingresadas (a 90 cm del suelo pueden ser activados por personas en silla de ruedas). Habitación dotada con armario individual, y con equipo cabezera de cama de 2,80 metros. Sistema de climatización regulable y adaptado a todo tipo de minusvalía en cada habitación. Protecciones en paredes contra impactos de camas. Ventanas de apertura regulable y controlable por el personal de la unidad. Control acústico mediante mobiliario

Tabla Anexo 7.1. Programa funcional de espacios de una MH. (Continuación)

Zona	Local	Sup. Útil	Núm.	S. útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
					adecuado y paneles insonorizantes en paredes. Uso del color en función del tipo de paciente y la posición del plano de la habitación en función de la posición del paciente. Con espacio suficiente para acceder a la usuaria por ambos lados de la cama, incluyendo el necesario para las circulaciones y el uso de equipamiento médico y camillas o sillas de transporte de enfermos. Con zona reservada para estar de usuarias y acompañantes y/o cuidadores, en la que se ubicarán sendos sillones de descanso. Dotada con los medios técnicos necesarios para la atención a la usuaria hospitalizada. Con panel de servicios en la cabecera de la cama, que incorpore tomas eléctricas adecuadas para el uso de equipos electromédicos, mando de control de la luminaria, sistema de llamada al personal sanitario, con indicador luminoso, sistema de control de medios audiovisuales —radio, TV, vídeo, auriculares punto de acceso a red de voz y datos (teléfono, Internet...)— adecuado tanto para el trabajo del personal sanitario en una estación clínica como para el uso de la usuaria y/o su acompañante.

Tabla Anexo 7.1. Programa funcional de espacios de una MH. (Continuación)					
Zona	Local	Sup. Útil	Núm.	S. útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
	35. Aseos en habitaciones de pacientes.	35	20	80	Con lavamanos, lavacúñas, inodoro y ducha, repisa, toallero, perchas, portarrollos y soporte de cuñas. Duchas a nivel del suelo para favorecer la accesibilidad de todas las usuarias; funcionamiento como ducha asistida. Barras asideras y espejos con altura e inclinación adecuadas para usuarias en sillas de ruedas. Espejos con altura e inclinación adecuadas para usuarias en sillas de ruedas. Grifería monomando; fluxores del inodoro de bajo nivel de ruido. Iluminación que penetre el vapor sobre la ducha. Se desaconseja la iluminación con fluorescente.
	36. Despacho de información.	12	1	12	Para información a usuarias y familiares. Con conexiones informáticas y telefónicas.
	37. Sala de estar de usuarias ingresadas.	24	1	24	Espacio común de reunión para madres y RN.
	38. Sala de estar de familiares.	20	1	20	Para descanso de familiares y acompañantes.
	39. Aseo para visitas.	3	2	6	Servicios higiénicos para visitas y usuarias.
SUPERFICIE TOTAL HABITACIONES DE PACIENTES Y FAMILIARES				582	
CONTROL DE ENFERMERÍA Y APOYOS	40. Mostrador y zona de trabajo de personal (control).	25	1	25	Debe permitir la observación directa de todos los puestos de la sala común. Adecuado para funciones de mando y control, con una zona accesible para personas en silla de ruedas; comunicaciones paciente-enfermero/a mediante un

Tabla Anexo 7.1. Programa funcional de espacios de una MH. (Continuación)

Zona	Local	Sup. Útil	Núm.	S. útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
					sistema acústico y luminoso. Instalación de terminal de tubo neumático. Control de la instalación de seguridad y protección contra incendios, cuadro de alarma de gases. Conexiones informáticas y telefónicas.
	41. Salas de curas.	18	1	18	Para la realización de curas fuera de las habitaciones de las mujeres. Mueble de consulta, encimera de acero inoxidable con un seno y grifería termostática con mando de codo. Iluminación específica en camilla de exploración. Tomas de oxígeno y vacío.
	42. Despensa de leche.	12	1	12	Pequeño espacio para las madres que tienen algún problema de lactancia y se tienen que sacar la leche. Este local estará equipado con nevera, microondas y los demás materiales necesarios para almacenar la leche materna. Punto de agua.
	43. Estar de enfermería.	10	1	10	Para descanso del personal. Próximo al control. Con punto de agua.
	44. Oficio de limpio.	10	1	10	Almacén de material limpio y preparación de fármacos. Punto de agua para mueble con doble lavabo.
	45. Oficio de comidas.	8	1	8	Llegada de carros de comida y preparación de alimentos. Adaptado a la tecnología de preparación de comidas y distribución del hospital, con encimera con fregadero de dos

Tabla Anexo 7.1. Programa funcional de espacios de una MH. (Continuación)					
Zona	Local	Sup. Útil	Núm.	S. útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
					senos y escurridor, espacio para almacenamiento de carros de comida.
	46. Almacén de material fungible.	8	1	8	Para pequeño material de uso habitual. Espacio para carros de suministro de material mediante sistemas de reposición periódica. Las superficies deben ser lavables. Sistemas modulares de estanterías con altura superior a la de los carros. Espacio adecuado para almacenamiento de sueros.
	47. Almacén de lencería.	6	1	6	Para ropa limpia.
	48. Almacén de material y equipos.	6	1	6	Para aparatos y equipos.
	49. Espacio para sillas de ruedas.	2	1	2	Fuera de la circulación de la unidad.
	50. Oficio de sucio y clasificación de residuos.	6	1	6	Almacenaje de ropa sucia y basura. Punto de agua.
	51. Oficio de limpieza.	4	1	4	Para útiles y productos de limpieza.
SUPERFICIE TOTAL ÚTIL CONTROL DE ENFERMERÍA Y APOYOS				110	
ÁREA ADMINISTRATIVA Y DE APOYOS PARA EL PERSONAL	52. Despacho de supervisor/a.	12	1	12	Con conexiones informáticas y telefónicas.
	53. Sala polivalente de trabajo médico.	18	1	18	Área de trabajo para los facultativos de la unidad. Con acceso a la red de voz y datos.
	54. Sala de reuniones.	18	1	18	Para reuniones del personal, con conexiones informáticas y telefónicas.

Tabla Anexo 7.1. Programa funcional de espacios de una MH. (Continuación)

Zona	Local	Sup. Útil	Núm.	S. útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
			1	12	Para descanso del personal. Punto de agua y conexiones telefónicas
			2	6	Para apoyo del personal de la unidad. Con características similares a los aseos de visitantes.
SUPERFICIE ÚTIL TOTAL ÁREA ADMINISTRATIVA Y DE APOYOS PARA EL PERSONAL				66	
SUPERFICIE TOTAL ÚTIL UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL DE OBSTETRICIA				758	

Características generales de la unidad

Consecuentemente con el esquema de UTPR propuesto para el bloque obstétrico, la fase de puerperio será atendida en una unidad de hospitalización convencional. Así, una vez recuperados del parto, o en su caso, cuando haya salido de la reanimación post-anestésica la mujer sometida a cesárea, la madre y el RN sano serán trasladados a la unidad de hospitalización convencional obstétrica, que se situará, preferentemente, en el área de hospitalización y tendrá condiciones similares a las unidades de hospitalización polivalentes.

Será prioritario minimizar los recorridos desde el bloque obstétrico y la unidad de neonatología. El diseño de la unidad facilitará el cumplimiento de las recomendaciones sobre contacto precoz madre-RN y las prácticas posnatales de la "Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud", especialmente la erradicación de las salas-nido de los hospitales. La distribución de espacios de la unidad debe posibilitar la realización de actividades en grupo de educación para la salud.

Una característica fundamental de esta unidad es alojar a los RN sanos junto a sus madres, aunque también podrán ingresar en ella embarazadas cuya patología justifique el control hospitalario. La proporción de camas que se asigne a cada uno de estos grupos debe ser flexible para adaptarse a necesidades que pueden ser cambiantes a lo largo del tiempo.

Es conveniente agrupar a las mujeres según el motivo de ingreso y por niveles de riesgo (p. ej., no debieran, en principio estar juntas una puerpera con un RN sano y una embarazada con un feto muerto). Por la naturaleza de los casos atendidos se pondrá especial atención en separar áreas limpias de áreas sépticas.

La consideración de los avances de la gestión de los procesos clínicos que conllevan hospitalización excede el alcance de este documento. Por ello, se ha optado por incluir en este apartado un conjunto de espacios individuales adecuados a las actividades asistenciales y de soporte más habituales en la práctica de la hospitalización obstétrica, de forma que el diseño propuesto resulte compatible con cualquiera de las soluciones organizativas que pudieran implementarse.

El recurso básico de la hospitalización convencional es la cama, de forma que la definición de las actividades asistenciales a realizar en torno a ella determinará las características físicas de los espacios necesarios para el cuidado de las pacientes ingresadas, y de sus hijas o hijos, así como para la realización de los correspondientes procesos de soporte.

Tabla Anexo 7.1. Programa funcional de espacios de una MH. (Continuación)

Zona	Local	Sup. Útil	Núm.	S. útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
La unidad de hospitalización obstétrica tendrá las siguientes características:					
• Orientación. En la medida de la posible, se considera deseable que todas las habitaciones dispongan de la mejor orientación, con iluminación natural. Las zonas de trabajo del personal sanitario deberán asimismo contar con iluminación natural. • Vistas. Se debe atender a las vistas hacia el exterior desde las habitaciones de las pacientes, de manera que sirvan como elemento de relajación de la ansiedad, facilitando, siempre que sea posible, la visión desde el cabecero de las camas (altura de huecos de fachada). • Ruidos. La ubicación de la unidad atenderá al nivel de ruidos existente y previsible en las distintas zonas de la parcela. • Circulaciones internas. Existen dos tipos de circulaciones, para visitas de familiares y acompañantes y para la circulación interna (pacientes encamadas, personal, suministros y servicios de soporte). Ambas circulaciones deben ser independientes, y la unidad no debe constituir tráfico de paso para acceder a otras unidades. La ubicación del control debe estar próxima al acceso de usuarios/as desde el exterior (acompañantes y familiares), mientras que la circulación interna puede ubicarse algo más alejada de ese puesto de control.					

Referencias

⁸⁴ Todas las superficies se expresan en m².

Anexo 8. Funciones de la persona responsable de la MH.

Adaptado de: *Safer Childbirth. Minimum Standards for the Organisation and Delivery of Care in Labour.* Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Midwives, Royal College of Anaesthetists, Royal College of Paediatrics and Child Health. October 2007.³⁵

1. Proveer un fuerte liderazgo profesional para todas las disciplinas y asegurar, junto con la persona responsable de matrones/as, que toda la plantilla de la MH dispone de una dirección, y que existe un punto focal, tanto formal como informal, para los médicos/as.
2. Trabajar con el o la responsable de matrones/as para desarrollar pautas, directrices, educación y estándares comunes para la MH.
3. Comunicar abiertamente y consultar ampliamente con médicos/as, matrones/as y plantilla sobre los acontecimientos y desarrollos en la MH.
4. Gestionar el rendimiento de la MH, tanto en términos del uso eficiente y efectivo de los recursos como en el desarrollo y mantenimiento de los más altos estándares en la prestación de la asistencia.
5. Implicar a toda la plantilla en la prestación de servicios y utilizar su compromiso para el logro de objetivos de rendimiento consensuados.
6. Promover dentro de la MH una ética de aprendizaje y desarrollo continuo, asegurando liderazgo e implicación en investigación, auditoría, educación y entrenamiento cuando sea adecuado.
7. Gestionar, en su caso, los rendimientos inadecuados de los especialistas, de acuerdo con las normas del centro.
8. En colaboración con la persona responsable de matrones/as, la gestora o gestor de riesgos y la dirección de la gestión clínica, asumir un papel de liderazgo para asegurar una gestión eficaz, incluyendo liderar la revisión de efectos adversos graves. Éstos debe incluir:
 - Asegurar que en la MH se han dispuesto las estructuras que satisfacen los criterios de gestión y estrategias de gestión del riesgo y apoyar y desarrollar la mejor práctica clínica.
 - Asegurar que existan políticas clínicas para todas las urgencias obstétricas mayores y ratificar estas políticas.
 - Participar en el Comité de Dirección de la MH y asegurar que las decisiones adoptadas en este Comité se trasladan a la prác-

tica clínica. Esto puede implicar cambios organizativos, educación, formación, cambios en políticas y comunicación.

- Asegurar que las políticas y directrices de control de la infección son implementadas y monitorizadas en la MH.
- Facilitar la recogida de información para elaborar las estadísticas perinatales.
- Asegurar que se incorporan —cuando corresponda— las recomendaciones de los Servicios de Salud, Administraciones sanitarias, sociedades científicas y colegios profesionales.
- Facilitar la evaluación de habilidades y conocimientos, asegurándose de que se adoptan acciones correctoras si se identifican insuficiencias durante estas evaluaciones.

Aspectos generales

Esta descripción es un resumen de las principales responsabilidades y obligaciones de la persona Responsable de la MH y no es una lista exhaustiva. La tarea puede cambiar a lo largo del tiempo reflejando las necesidades cambiantes de la MH. Cualquier variación debe ser acordada previamente entre la persona Responsable y el Director/a Médico/a como parte del proceso continuado de revisión y desarrollo.

La persona Responsable se relacionará con el personal apropiado, incluyendo el o la Responsable de Matrones/as, plantilla de matrones/as y la o el Responsable del Servicio de Ginecología y Obstetricia.

Anexo 9. Funciones de la persona Responsable de Matronas de la MH

Adaptado de: *Safer Childbirth. Minimum Standards for the Organisation and Delivery of Care in Labour.* Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Midwives, Royal College of Anaesthetists, Royal College of Paediatrics and Child Health. October 2007.³⁵

1. Trabajar conjuntamente con la persona Responsable de la MH, matrones/as y otro personal médico, desarrollando un papel específico en liderar iniciativas para promover el parto normal.
2. Apoyar y animar a los matrones/as para visualizar el nacimiento como un acontecimiento normal dentro del contexto de un modelo social de salud y bienestar. Esta perspectiva incluye los determinantes más amplios de la salud, como son los aspectos sociales, psicológicos y el apoyo emocional para las mujeres y sus familias, trabajando intersectorialmente con diferentes agencias.
3. La persona Responsable de Matrones/as deberá:
 - Proveer liderazgo clínico facilitando la mejora de la práctica basada en la evidencia y el mantenimiento de la competencia.
 - Liderar el desarrollo y monitorización de prácticas que mejoren el proceso fisiológico del parto y nacimiento.
 - Facilitar al personal confianza en el proceso de parto normal.
 - Facilitar una experiencia positiva del parto a mujeres con necesidades complejas o factores de riesgo adicionales y asegurarse de que tengan iguales oportunidades de experimentar procesos sustentados en la normalidad.
 - Proveer asesoramiento experto a los matrones/as y médicos/as.
 - Apoyar y guiar al equipo.
 - Contribuir activamente a la planificación estratégica de los servicios.
 - Planificar e implementar modelos innovadores de cuidados.
 - Ser un/a mentor/a y un referente para las matronas y matrones, a fin de vincular conceptos de normalidad a la práctica.
 - Liderar el desarrollo de la investigación para mejorar el cuerpo de conocimientos de los matrones/as.

- Participar activamente en las auditorías clínicas y el desarrollo de estándares de cuidados basados en la evidencia, asegurándose de que se incorporan —cuando corresponda— las recomendaciones de los Servicios de Salud, Administraciones sanitarias, sociedades científicas y colegios profesionales.
- Evaluar los cuidados y provisión de servicios y desarrollar un servicio apropiado para satisfacer las necesidades de los diversos grupos.
- Compartir su experiencia y actuar como un recurso, tanto interna como externamente, para la asistencia sanitaria y social.

Práctica clínica

La práctica clínica afecta al menos al 50% del papel de la persona Responsable de Matrones/as y se debe esperar que trabaje conjuntamente con la o el especialista en obstetricia en la MH para desarrollar una cultura que promueva el parto y nacimiento normal, mediante el uso efectivo de la evidencia e investigación.

Anexo 10. Índice alfabético de definiciones y términos de referencia

Aborto

Expulsión o extracción de su madre de un feto o embrión de < 500 g de peso (aproximadamente equivalente a 22 semanas completas) independientemente de la edad gestacional y de si hay o no evidencia de vida o si fue espontáneo o provocado.

Fuente: SEGO (2008).

Edad gestacional

La duración de la gestación se mide desde el primer día del último período menstrual normal. El período de gestación se expresa en días o semanas completos (ejemplo: los acontecimientos que ocurran entre los 280 y 286 días después del comienzo del último período menstrual normal se consideran como ocurridos a las 40 semanas de gestación).

Las medidas de crecimiento fetal, ya que representan continuas variaciones, se expresan con relación a la semana específica de la edad de gestación (ejemplo: el peso medio al nacer para las 40 semanas es el obtenido a los 280-286 días de gestación).

Fuente: SEGO (2008).

Mortalidad perinatal

Muertes fetales tardías (muertos después de 28 semanas de gestación) y nacidos vivos que mueren antes de 7 días por 1.000 nacidos vivos.

Fuente: INE.

Mortalidad materna

Una muerte materna se define como la defunción de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días a partir de la terminación del mismo, con independencia de la duración y de la ubicación del embarazo (intrauterino o ectópico) y debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o por su asistencia, pero no la debida a causas accidentales o incidentales.

Las muertes maternas deberían ser subdivididas en dos grupos:

- a) **De causa obstétrica directa:** las que resultan de complicaciones obstétricas del estado grávido-puerperal, por intervención, omisión, tratamientos incorrectos o complicaciones resultantes de cualquiera de estos factores.
- b) **De causa obstétrica indirecta:** aquellas que resultan de una enfermedad médico-quirúrgica previa o concomitante con el embarazo o puerperio, que no depende de la gestación y que no fue debida a causas obstétricas directas sino que fue agravada por los cambios fisiológicos del embarazo o parto.

La OMS en la 10.^a revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) incluye algunas variaciones sobre las definiciones utilizadas por la SEGO:

- a) **Muerte materna relacionada con la gestación:** recoge la definición anterior, pero incluyendo cualquier causa de muerte, es decir, incluye también causas accidentales e incidentales. Se evita la clasificación etiopatogénica, por lo que la recogida de casos parece más sencilla y fácil.
- b) **Muerte materna tardía:** amplía el período de inclusión entre el 42.º día del parto y menos de un año tras la terminación de la gestación. Incluye, por lo tanto, aquellos fallecimientos posteriores al puerperio, pero que están en clara dependencia con el estado grávido-puerperal.

Se recomienda que en el sistema sanitario español se utilicen las definiciones establecidas por la OMS, por lo que se deberá atender a su sistema de registro e investigación de las muertes maternas.

Muerte fetal

La muerte fetal es la muerte anterior a la completa expulsión o extracción de su madre de un producto de concepción, con independencia de la duración del embarazo. La muerte es indicada por el hecho de que, después de dicha separación, el feto no respira ni muestra ninguna otra evidencia de vida, tal como latido del corazón, pulsación del cordón umbilical o movimiento apreciable de los músculos voluntarios.

Fuente: SEGO (2008).

Muerte infantil

Todas las muertes producidas durante el primer año de vida.

Fuente: INE.

Muerte neonatal

Cuando la muerte acontece dentro de las primeras cuatro semanas (28 días) posnatales.

Fuente: INE.

Se subdivide en:

- a) Muerte neonatal precoz:** cuando sobreviene la muerte antes de los 7 días posnatales cumplidos (menos de 168 horas).
- b) Muerte neonatal tardía:** Incluye a los RN muertos después del 7.º día posnatal cumplido y antes de los 28 días posnatales.

Fuente: SEGO (2008).

Muerte perinatal

Suma de la mortalidad fetal tardía y la neonatal precoz (abarca desde la 28.ª semana completa hasta el 7.º día posnatal cumplido). El peso fetal considerado debe ser de 1.000 g o más de peso.

Fuente INE y SEGO (2008).

Muerte posneonatal

Los RN muertos después de los 28 días completos hasta el año de vida.

Nacido/a vivo/a

Es la expulsión completa o la extracción de su madre de un producto de concepción, independientemente de la duración del embarazo y el cual, después de dicha separación, respira o muestra cualquier otra evidencia de vida, tal como latido del corazón, pulsación del cordón umbilical o movimiento apreciable de los músculos voluntarios, aparte de que se haya cortado o no el cordón umbilical o la placenta permanezca unida. Cada producto de dicho nacimiento es considerado un/a nacido/a vivo/a.

Fuente: SEGO (2008).

Paritorios

Salas destinadas y dotadas específicamente para la atención al parto por vía vaginal, durante el período expulsivo del parto, en una organización secuencial del parto vaginal⁸⁵.

Fuente. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (EESRI) (2005).

Parto a término: de 37-41 semanas completas (de 259-293 días).

Fuente: SEGO (2008).

Parto no intervenido (parto sin medicalizar no intervenido)

Trabajo de parto que, por reunir las características descritas en la definición de parto normal, es asistido sin la utilización de procedimientos terapéuticos que alteren la fisiología del mismo. En la asistencia al parto no intervenido es igualmente fundamental la labor de vigilancia del estado materno-fetal, así como la asistencia psicológica a la parturienta y a su familia, por parte del personal asistencial.

Fuente: SEGO (2008).

Parto normal

Parto de comienzo espontáneo, de bajo riesgo, manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño o la niña nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 y las 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño o la niña se encuentran en buenas condiciones.

Fuente: OMS (1999).

Trabajo de parto de una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, que se inicia de forma espontánea entre la 37.^a y la 42.^a semana y que, tras una evolución fisiológica de la dilatación y el parto, termina con el nacimiento de un RN normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina. El alumbramiento y el puerperio inmediato deben, igualmente, evolucionar de forma fisiológica.

Fuente: SEGO (2008).

Proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo.

Fuente: FAME (2006).

Parto posttérmino: ≥ 42 semanas completas (≥ 294 días).

Fuente: SEGO (2008).

Parto pretérmino: < 37 semanas completas (< 259 días).

Fuente: SEGO (2008).

Peso al nacer

Es el primer peso del feto o RN obtenido después del nacimiento. Este peso debería ser medido preferentemente dentro de la primera hora de vida y antes de que se produzca la sensible pérdida posnatal de peso.

Fuente: SEGO (2008).

Peso bajo al nacer

Cuando el peso al nacimiento es < 2.500 g.

Fuente: SEGO (2008).

Tasa de mortalidad infantil

Es el número de muertes producidas en RN de ≥ 1.000 g de peso al nacer hasta el primer año de vida, acontecidos en un año en una población determinada por cada mil nacidos vivos o muertos.

Fuente: INE, SEGO (2008).

Tasa de mortalidad fetal

Número de muertes fetales producidas en fetos de ≥ 1.000 g o de ≥ 28 semanas de gestación por mil nacidos en un grupo de población determinado.

Fuente: INE, SEGO (2008).

Tasa de mortalidad materna

Número de muertes maternas directas o indirectas por 100.000 nacidos vivos. En algunos países el denominador considera la cifra de 10.000 nacidos vivos.

Fuente: INE, SEGO (2008).

Tasa de mortalidad neonatal

Corresponde al número de muertes acaecidas en RN de ≥ 1.000 g de peso al nacer y < 28 días de edad por cada mil nacidos vivos o muertos.

Tasa de mortalidad perinatal

Proporción entre el número de fetos muertos de más de 28 semanas cumplidas (de 1.000 g o más de peso o 35 cm de longitud vértex-talón) hasta el 7.º

día cumplido de vida posnatal dividido por el número total de nacidos vivos y por mil, considerado un año civil en una población determinada.

Fuente: INE, SEGO (2008).

Tasa de mortalidad posneonatal

Relación entre el número de RN de ≥ 1.000 g muertos entre los 28 primeros días cumplidos y el año de vida por cada mil nacidos vivos o muertos.

Fuente: INE, SEGO (2008).

Tasa de natalidad

Número de nacidos vivos por mil habitantes.

Fuente: INE.

Tasa global de fecundidad

Nacidos por 1.000 mujeres de 15 a 49 años.

Fuente: INE.

Unidad de Maternidad Hospitalaria (MH)

Organización de profesionales sanitarios/as, que ofrece asistencia multidisciplinar a la parturienta, al RN y a la familia en el parto y en el nacimiento, y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones adecuadas de seguridad, calidad y eficiencia para realizar esta actividad.

Unidad de Trabajo de Parto, Parto y Reanimación (UTPR)

Local dentro del área de partos que permite la asistencia a la parturienta a lo largo del proceso de parto vaginal (dilatación, expulsivo, alumbramiento y recuperación), así como la atención al RN que no requiere su traslado a la unidad de neonatología.

Referencias

⁸⁵ La definición es equívoca en relación con las UTPR, por lo que se ha añadido a la definición de la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado el que se utilizan para el período expulsivo del parto, dentro de la organización del parto secuencial.

Anexo 11. Siglas, acrónimos, y abreviaturas poco usuales

ABO	En el término “ABO incompatibility reaction” (reacción por la incompatibilidad ABO) indica los tres grupos sanguíneos principales (A, B y O)
AEM	Asociación Española de Matronas
AHP	Atención Hospitalaria al Parto
AIA	American Institute of Architects (Instituto Estadounidense de Arquitectos)
AHQR	Agency for Healthcare Research and Quality (Estados Unidos)
AP	All-Patient (‘todos los pacientes’; sistema de GRP)
ASHRAE	American Society of Heating, Refrigerating and Air-Conditioning Engineers (Sociedad Estadounidense de Ingenieros de Calefacción, Refrigeración y Aire Acondicionado)
ATB	antibiótico
BA	bacteriuria asintomática
BQ	bloque quirúrgico
CC	clasificado como complicado (dícese del diagnóstico)
CC.AA.	Comunidades Autónomas
CIE-9 MC	Clasificación Internacional de Enfermedades, Novena Revisión, Modificación Clínica
CIMS	Coalición para la Mejora de los Servicios de Maternidad (del inglés <i>Coalition for Improving Maternity Services</i>)
CIR	crecimiento intrauterino retardado
CMBD	conjunto mínimo básico de datos
CMD	conjunto mínimo de datos
c/r	con ruedas
DB-SU	Documento Básico sobre Seguridad de Utilización
DECT	Digital Enhanced Cordless Telecommunication (Telecomunicaciones Inalámbricas Mejoradas Digitalmente: estándar europeo para comunicaciones inalámbricas digitales)
d&l	dilatación y legrado
EAPN	Estrategia de Atención al Parto Normal
EESI	Estadística de establecimientos con régimen de internado
EGA	extracción de gases anestésicos

EGB	Estreptococo Grupo B (ver también SGB)
EMAC	estancia media ajustada por casuística
EMAF	estancia media ajustada por el funcionamiento
EME	estancia media estándar
EMU	estancia media en la unidad
FAME	Federación de Asociaciones de Matronas de España
FC	frecuencia cardíaca
FCF	frecuencia cardíaca fetal
FEDRA	Farmacovigilancia Española, Detección de Reacciones Adversas (base de datos)
FSP	fístula sistémico pulmonar
FUR	fecha de la última regla
GPC	Guía de Práctica Clínica
GRD	grupos relacionados por el diagnóstico
HC	historia clínica
HTA	hipertensión arterial
IHAN	Iniciativa Hospital Amigo de los Niños
IMC	índice de masa corporal
INSALUD	Instituto Nacional de la Salud
MDP	media diaria de partos
MH	Maternidad Hospitalaria (en plural: MM.HH.)
MSC	Ministerio de Sanidad y Consumo
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
MC	Modificación Clínica (versión de la CIE-9)
NHS	National Health Service (Reino Unido)
NICE	National Institute for Clinical Excellence (Reino Unido)
PCR	proteína C-reactiva
PDA	<i>personal digital assistant</i> (ordenador de mano, agenda electrónica)
RCA	Royal College of Anaesthetists (Reino Unido)
RCIU	retraso del crecimiento intrauterino
RCM	Royal College of Midwives (Reino Unido)
RCOG	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (Reino Unido)
RCP	reanimación cardiopulmonar
RCPCH	Royal College of Paediatrics and Child Health (Reino Unido)
RITE	Reglamento de Instalaciones Térmicas en los Edificios
RN	ser humano recién nacido

RPM	ruptura prematura de membranas
RX	rayos X, radiografía
SEDAR	Sociedad Española de Anestesia y Reanimación
SEFV	Sistema Español de Farmacovigilancia
SEGO	Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
SEN	Sociedad Española de Neonatología
s. g.	semanas de gestación
SGB	<i>Streptococcus agalactiae</i> Grupo B (ver también EGB)
SNS	Sistema Nacional de Salud
s/r	sin ruedas
TA	tensión arterial
TPR	trabajo de parto, parto y recuperación
TPRP	trabajo de parto, parto, recuperación y puerperio
UCC	Unidad de Cuidados Críticos
UNE	Una Norma Española (estándar creado por el correspondiente Comité Técnico de Normalización)
URPA	Unidad de Reanimación Post-Anestésica
UTPR	Unidad de Trabajo de Parto, Parto y Recuperación

Anexo 12. Bibliografía

- ¹ *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/atencionParto/estrategiaPartoEnero2008.pdf>
- ² Department of Health/Partnerships for Children, Families and Maternity. *Maternity Matters: Choice, access and continuity of care in a safe service*. Department of Health (Reino Unido), 2007. Disponible en: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_073312
- ³ *Making normal birth a reality. Consensus statement from the Maternity Care Working Party. Our shared views about the need to recognise, facilitate and audit normal birth*. Royal College of Midwives, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, NCT. November 2007. Disponible en: <http://www.nctpregnancyandbabycare.com/about-us/what-we-do/maternity-services-user-involvement/making-normal-birth-a-reality>
- ⁴ Agencia de Calidad del SNS. *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*. Marzo de 2006. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>
- ⁵ Ministerio de Sanidad y Consumo. *Cirugía Mayor Ambulatoria. Guía de organización y funcionamiento*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.
- ⁶ Ministerio de Sanidad y Consumo. *Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y recomendaciones*. Madrid: Agencia de Calidad del SNS, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guiaCMA.pdf>
- ⁷ Ministerio de Sanidad y Consumo. *Unidad de Hospital de Día. Estándares y Recomendaciones*. Agencia de Calidad del SNS, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2008. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UnidadHospitalDia.pdf>
- ⁸ *Estadística de Establecimientos con Régimen de Internado 2005*. Ministerio de Sanidad y Consumo (<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/home.htm>)
- ⁹ *Altas atendidas en los Hospitales Generales del Sistema Nacional de Salud Año 2006 (Informe Resumen)*. Cifras de referencia nacional de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD). Resultados para el año 2006. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. 5 de febrero de 2008 (<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/cmbd.htm>).
- ¹⁰ Hansen AK, Wisbourg K, Uldbjerg N, Henriksen TB. "Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study". *BMJ* 2007;335.
- ¹¹ Notelovitz N. "Chapter 27. The Obstetrical Suite. Part II. The Single-Unit Delivery System: Obstetric Unit Design for the 1980s". En: Laufman H. *Hospital Special-Care Facilities. Planning for user needs*. New York: Academic Press, 1981, pp. 375-384.
- ¹² Navarro J, Fernández-Alba A, Escuela Andaluza de Salud Pública. *Hospital Universitario Central de Asturias. Plan Funcional*. Febrero de 2003.
- ¹³ *Acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña. Manual. Volumen 1. Estándares esenciales*. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. 29 de marzo de 2006. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/esenciales2005.pdf>

¹⁴ *Acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña. Manual. Volumen 2. Estándares no esenciales.* Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. 29 de marzo de 2006. Disponible en:

<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/noesenciales2005.pdf>

¹⁵ Dueñas JL (coordinador), Bailón E, Dotor MI, Granados C, Rodríguez RM, Rufo A. *Embarazo, parto y puerperio: proceso asistencial integrado*. 2.^a ed. Sevilla: Consejería de Salud de Andalucía, 2005. Disponible en:

<http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/procesos/docs/inicio%5B2%5D.pdf>

¹⁶ Domínguez E, Dueñas JL, Melchor JC, González A, Izquierdo F, Usandizaga M, Bajo J, De Miguel JR, González A, Carrera JM, Barbancho C. “Organización de la asistencia obstétrica”. En: *Recomendaciones para la organización de un Servicio de Obstetricia y Ginecología*. Documentos de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología, SEGO, 2005.

¹⁷ *Recomendaciones sobre la asistencia al parto (Sustituyen al Protocolo de Asistencia al Parto Normal publicado en 2003)*. SEGO, enero de 2008. Disponible en: http://www.sego.es/Content/pdf/20080117_recomendacion_al_parto.pdf

¹⁸ Suárez L (coord.), Cabero L, López F y cols. *Informe sobre la analgesia regional en el parto*. Informe solicitado por la Dirección General de Atención Primaria y Especializada a la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología y a la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor. 1997. Disponible en:

<http://demo1.sedar.es/index.php?option=content&task=view&id=2&Itemid=5>

¹⁹ FAME. *Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso*. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España, 2007.

²⁰ Uranga A, Urman J, Lomuto C, Martínez I, Weisburd MJ, García O, Galimberti D, Queiruga M. *Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia*. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, Ministerio de Salud, Argentina, 2004. Disponible en:

<http://www.msal.gov.ar/hm/Site/promin/UCMISALUD/publicaciones/pdf/Guia%20Parto.pdf>

²¹ Elola J, Buxaderas L, Espinosa R. *La implantación del modelo CORE en el “Nuevo Hospital ‘El Milagro’”: un modelo de gestión hospitalaria para América Latina*. [Buenos Aires]: CODEH Internacional, 2004.

²² “Attendance at Labour and Delivery Guidelines for Obstetrical Care”. *SOGC Policy Statement* No. 89, May 2000. Disponible en: <http://www.sogc.org/guidelines/public/89E-PS-May2000.pdf>

²³ “Guidelines for Ultrasound in Labour and Delivery”. *SOGC Policy Statement* No. 104, May 2001. Disponible en: <http://www.sogc.org/guidelines/public/104E-CO-May2001.pdf>

²⁴ “Optimal goals for anesthesia care in obstetrics” (Approved by the ASA House of Delegates on October 28, 2000 and reaffirmed on October 17, 2007).

²⁵ “Guidelines for regional anesthesia in obstetrics” (Approved by the ASA House of Delegates on October 12, 1988, and last amended on October 17, 2007).

²⁶ “Statement on pain relief during labor” (Approved by the ASA House of Delegates on October 13, 1999 and reaffirmed on October 17, 2007).

²⁷ Jefferies J (Work Group Leader). *Health Care Guideline: Management of Labor*. Second Edition. Institute for Clinical Systems Improvement, March 2007. Disponible en: http://www.icsi.org/labor/labor__management_of__full_version__2.html

²⁸ *Maternity department.* Health Building Note / Scottish Hospital Planning Note 21. London: HMSO, 1996. Disponible en:

http://195.92.246.148/knowledge_network/documents/HBN_21_Exec_summ_20071122160300.pdf

²⁹ *National Service Framework for Children Young People and Maternity Services.* Standard 11: Maternity Services. Department of Health. 9 September 2004. Disponible en: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4089100.

³⁰ *Clinical Standards. Maternity Services.* NHS Quality Improvement Scotland 2005. Disponible en: [http://www.nhshealthquality.org/nhsqis/files/Maternity%20Services%20\(Mar%202005\)%20revised%20April%2005.pdf](http://www.nhshealthquality.org/nhsqis/files/Maternity%20Services%20(Mar%202005)%20revised%20April%2005.pdf)

³¹ *Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth.* National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE clinical guideline 55. September 2007. Disponible en:

<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/IPCNICEGuidance.pdf>

³² *Intrapartum care of healthy women and their babies during childbirth.* National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence. Published by the RCOG Press at the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, September 2007.

³³ *Caesarean section.* National Institute for Clinical Excellence. Clinical Guideline 13. Developed by the National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. April 2004. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG013NICEguideline.pdf>

³⁴ *Routine postnatal care of women and their babies.* National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE clinical guideline 37. Developed by the National Collaborating Centre for Primary Care. July 2006. Disponible en:

<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG37quickrefguide.pdf>

³⁵ *Safer Childbirth. Minimum Standards for the Organisation and Delivery of Care in Labour.* Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Midwives, Royal College of Anaesthetists, Royal College of Paediatrics and Child Health. October 2007. Disponible en:

<http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/uploaded-files/WPRSaferChildbirthReport2007.pdf>

³⁶ *Clinical Standards. Advice on Planning the Service in Obstetrics and Gynaecology.* Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. July 2002.

³⁷ *Cesarean Section.* Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Green-top Consent Advice 7. May 2006.

³⁸ *The Management of Third- and Fourth-Degree Perineal Tears.* Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Green-top Guideline No. 29. March 2007. Disponible en: <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/uploaded-files/GT29ManagementThirdFourthDegreeTears2007.pdf>

³⁹ *Blood Transfusion in Obstetrics.* Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Green-top Guideline No. 47. December 2007.

⁴⁰ *Infant and Young Child Feeding. A tool for assessing national practices, policies and programmes.* Geneva: World Health Organization, 2003. Disponible en:

<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562544.pdf>

- ⁴¹ *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1999.
- ⁴² Brown S, Small R, Faber B, Krastev A, Davis P. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 3. Art. No.: CD002958. DOI: 10.1002/14651858.CD002958. Disponible en: <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD002958/frame.html>
- ⁴³ Drife J. "Why mothers die". *J R Coll Physicians Edinb* 2005; 35:332-336. Disponible en: http://www.rcpe.ac.uk/journal/issue/journal_35_4/why%20mothers%20die.pdf
- ⁴⁴ Lewis G (editor). *Why Mothers Die 2000–2002*. London: RCOG Press, 2004. Disponible en: <http://www.library.nhs.uk/womenshealth/ViewResource.aspx?resID=114586>
- ⁴⁵ Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GML. Caesarean section for non-medical reasons at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.: CD004660. DOI: 10.1002/14651858.CD004660.pub2. Disponible en: <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD004660/frame.html>
- ⁴⁶ Thacker SB, Stroup D, Chang MH. Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.: CD000063. DOI: 10.1002/14651858.CD000063.pub2. Disponible en: <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000063/frame.html>
- ⁴⁷ Fraser WD, Turcot L, Krauss I, Brisson-Carrol G. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006; Issue 3. Art. No.: CD000015; DOI: 10.1002/14651858 (withdrawn).
- ⁴⁸ Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 4. Art. No.: CD001236. DOI: 10.1002/14651858.CD001236. Disponible en: <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab001236.html>
- ⁴⁹ L, Gaitán HG, Cuervo LG. Enemas during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD000330. DOI: 10.1002/14651858.CD000330.pub2. Disponible en: <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000330/frame.html>
- ⁵⁰ Cotter A, Ness A, Tolosa J. Administración profiláctica de oxitocina para el alumbramiento (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca de Salud Reproductiva*, 9, 2006. Oxford: Update Software Ltd. [Versión original: Cotter A, Ness A, Tolosa J. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 4. Art. No.: CD001808. DOI: 10.1002/14651858.CD001808; disponible en: <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001808/frame.html>]
- ⁵¹ 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 2, 2007. Oxford, Update Software Ltd. [Versión original: Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4. Art. No.: CD000331. DOI: 10.1002/14651858.CD000331.pub2. Disponible en: <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000331/frame.html>]
- ⁵² Hughes D, Simmons SW, Brown J, Cyna AM. Analgesia espinal y epidural combinadas versus analgesia epidural en el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2, 2007. Oxford, Update Software Ltd. [Versión original actualizada: Simmons SW, Cyna AM, Dennis AT, Hughes D. Combined spinal-epidural versus epidural analgesia

in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD003401. DOI: 10.1002/14651858.CD003401.pub2. Disponible en:

<http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003401/frame.html>]

⁵³ Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G J, Sakala C. Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review). *The Reproductive Health Library*, Issue 10, 2007. Oxford: Update Software Ltd. [También en: *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub2. Disponible en:

<http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003766/frame.html>]

⁵⁴ Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 2, 2007. Oxford, Update Software Ltd. [Versión original actualizada: Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD003521. DOI: 10.1002/14651858.CD003521.pub2. Disponible en:

<http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003521/frame.html>]

⁵⁵ Prendiville WJP, Elbourne D, McDonald SJ. Conducta activa versus conducta expectante en el alumbramiento (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca de Salud Reproductiva*, 9, 2006. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en:

<http://212.169.42.7/newgenClibPlus/ASP/view singledocument.asp?authcode=22501054410912112&docID=CD000007>

Versión original actualizada: Active versus expectant management in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 3. Art. No.: CD000007. DOI: 10.1002/14651858.CD000007. Disponible en:

<http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000007/frame.html>]

⁵⁶ Cluett ER, Nikodem VC, McCandlish RE, Burns EE. Inmersión en agua para el embarazo, trabajo de parto y parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 2, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://212.169.42.7/newgenClibPlus/ASP/view singledocument.asp?authcode=83173540415490414&docID=CD000111> [Versión original actualizada: Immersion in water in pregnancy, labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 2. Art. No.: CD000111. DOI: 10.1002/14651858.CD000111.pub2. Disponible en:

<http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000111/frame.html>]

⁵⁷ Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). In: *The Reproductive Health Library*, Issue 10, 2007. Oxford: Update Software Ltd. Available from <http://www.rhlibrary.com>. (Reprinted from The Cochrane Library, Issue 4, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). [También en: *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1999, Issue 3. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081. Disponible en: <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000081/frame.html>]

⁵⁸ Althabe F. *Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery: RHL commentary* (last revised: 14 November 2002). *The WHO Reproductive Health Library*, (10), Update Software Ltd, Oxford, 2007. Disponible en:

<http://www.rhlibrary.com/Commentaries/htm/Facom.htm> y http://www.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/2nd_stage/facom/en/index.html

⁵⁹ Johanson RB, Menon V. Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery (Cochrane Review). En: *The Reproductive Health Library*, (10), 2007. Oxford: Update Soft-

ware Ltd. [Versión original (1999) en: *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1999, Issue 2. Art. No.: CD000224. DOI: 10.1002/14651858.CD000224. Disponible en: <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000224/frame.html>]

⁶⁰ Liabsuetrakul T, Choobun T, Peeyananjarassri K, Islam QM. Prophylactic use of ergot alkaloids in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art. No.: CD005456. DOI: 10.1002/14651858.CD005456.pub2. Disponible en: <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD005456/frame.html>

⁶¹ McDonald SJ, Abbott JM, Higgins SP. Administración profiláctica de ergometrina-oxitocina versus oxitocina para el alumbramiento (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca de Salud Reproductiva*, 9, 2006. Oxford: Update Software Ltd. [Versión original: Prophylactic ergometrine-oxytocin versus oxytocin for the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 1. Art. No.: CD000201. DOI: 10.1002/14651858.CD000201.pub2. Disponible en:

<http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000201/frame.html>]

⁶² Ruppen W, Derry S, McQuay H, Moore RA. "Incidence of Epidural Hematoma, Infection, and Neurologic Injury in Obstetric Patients with Epidural Analgesia/Anesthesia". *Anesthesiology* 2006; 105:394-9. Disponible en:

http://www.uic.edu/com/mcas/anesth_aug-2006_p394.pdf

⁶³ Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. *Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria (borrador avanzado): resumen*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2005. Disponible en:

http://www.who.int/patientsafety/information_centre/Spanish_HH_Guidelines.pdf

⁶⁴ Birnbach DJ, Meadows W, Stein DJ, Murray O, Thys DM, Sordillo EM. "Comparison of povidone iodine and DuraPrep, an iodophor-in-isopropyl alcohol solution, for skin disinfection prior to epidural catheter insertion in parturients". *Anesthesiology* 2003 Jan; 98(1):164-9.

⁶⁵ Tanner J, Swarbrook S, Stuart J. Surgical hand antisepsis to reduce surgical site infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD004288. DOI: 10.1002/14651858.CD004288.pub2. Disponible en:

<http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD004288/frame.html>

⁶⁶ Guasch E, Viejo A, Martínez B, Jiménez-Yuste V, Mateos F, González A, De la Rúa A, Gilsanz F. "Hemorragia masiva obstétrica. Protocolo de actuación del Hospital Maternal Universitario La Paz". *Act. Anest. Reanim* (Madrid) 2006; 16(2):78-83.

⁶⁷ Rodríguez Rozalén MA. *Manual práctico para matronas*. Madrid: ELA, 1996; 2.^a ed. Madrid: Arán, 1999.

⁶⁸ American College of Obstetricians and Gynecologists. "Vaginal birth after cesarean delivery". *ACOG Practice Bulletin* #54, Washington, DC: ACOG, 2004.

⁶⁹ Comité de Estándares y Junta Directiva de la Sociedad Española de Neonatología. "Niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal". *An Pediatr (Barc)* 2004; 60(1):56-64. Disponible en:

<http://www.se-neonatal.es/upload/files/Niveles%20asistenciales.pdf>

⁷⁰ American Academy of Pediatrics. "Policy Statement. Organizational Principles to Guide and Define the Child Health Care System and/or Improve the Health of All Children. Committee on Fetus and Newborn. Levels of Neonatal Care". *Pediatrics* 2004; 114(5): 1341-1347. Disponible en:

<http://aappolicy.aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics;114/5/1341.pdf>

- ⁷¹ American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia: "Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia. An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia". *Anesthesiology* 2007; 106:843-63. Disponible en: <http://journals.lww.com/anesthesiology/pages/articleviewer.aspx?year=2007&issue=04000&article=00027&type=fulltext#>
- ⁷² Saloojee H. "Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants: RHL commentary (last revised: 4 January 2008)". *The WHO Reproductive Health Library*; Geneva: World Health Organization. Disponible en: <http://www.who.int/rhl/newborn/hscom2/en/index.html>
- ⁷³ American Academy of Pediatrics: "Policy Statement. Organizational Principles to Guide and Define the Child Health Care System and/or Improve the Health of All Children. Committee on Fetus and Newborn. Hospital Stay for Healthy Term Newborns". *Pediatrics* 2004; 113: 1434-6. Disponible en: <http://aappolicy.aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics;113/5/1434.pdf>
- ⁷⁴ De la Cueva P, Parra M, Müller A. *Arquitectura integral de Maternidades. Material de apoyo a la estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*. 2008.
- ⁷⁵ Grupo de Reanimación Cardiopulmonar de la Sociedad Española de Neonatología. "Recomendaciones en reanimación neonatal". *An Pediatr (Barc)* 2004;60(1):65-74. Disponible en: <http://external.doyma.es/pdf/37/37v60n01a13056012pdf001.pdf>
- ⁷⁶ Campillo F, Casellas M, Garía JA, Miranda P, Romero F, Santamaría R. *Indicadores de Calidad Asistencial en Ginecología y Obstetricia*. SEGO. FAD.
- ⁷⁷ *Indicadores Clave del SNS. Ficha técnica de los indicadores clave del SNS. Diciembre de 2007*. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/listadoFichasTecnicas.pdf>
- ⁷⁸ AHRQ. Guide to Inpatient Quality Indicators: Quality of Care in Hospitals – Volume, Mortality, and Utilization. Department of Health and Human Services Agency for Healthcare Research and Quality. June 2002. Version 3.1 (March 12, 2007). Disponible en: <http://www.qualityindicators.ahrq.gov>.
- ⁷⁹ Salcedo Abizanda S, Omeñaca Terés F, Cabero Roura L, Figueras Aloy J. Grupo de Trabajo SEN-SEGO para el estudio de la transmisión vertical de EGB. Comisión de Estándares de la SEN. Memoria SEN 200-2001.
- ⁸⁰ Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología, Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, Sociedad Española de Neonatología, Sociedad Española de Quimioterapia. "Prevención de la infección perinatal por estreptococo del grupo B. Recomendaciones revisadas". *Prog Obstet Ginecol* 2003;46(9):411-20.
- ⁸¹ Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations. *Safety in the Operating Room*. Oakbrook Terrace (Illinois): JCAHO, 2006.
- ⁸² Gupta JK, Hofmeyr GJ, Smyth R. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 1. Art. No.: CD002006. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub2. Disponible en: <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD002006/frame.html>

