

## NOVEDADES DESDE LA VERSIÓN ANTERIOR

Actualización a nuevo formato de protocolos UGC Ginecología y Obstetricia.

Se procede a la modificación de criterios de inclusión y de exclusión.

Se incluye la atención al periodo de expulsivo dentro del agua.

Se modifica la secuencia de actuación en la resolución de la distocia de hombros dentro del agua, adaptándola a la estructura de nuestra bañera.

Se añade un apartado en el cual se describe como extraer a la gestante de la bañera de forma rápida, segura y eficaz en caso de emergencia.

## ÍNDICE

1. [Introducción.](#)
2. [Objetivos.](#)
3. [Ámbito de aplicación.](#)
4. [Responsabilidades.](#)
5. [Criterios de inclusión.](#)
6. [Criterios de exclusión.](#)
7. [Recursos](#)
8. [Procedimiento.](#)
9. [Resolución de emergencias obstétricas durante el uso del agua en bañera.](#)
10. [Indicadores de evaluación.](#)
11. [Bibliografía.](#)

[Anexo: Limpieza y desinfección del material](#)

## 1. INTRODUCCIÓN

La hidroterapia es la utilización del agua como agente terapéutico, aprovechando las consecuencias de sus principios físicos sobre el cuerpo humano.

**Principios mecánicos:** La inmersión en agua de la mujer embarazada, quedando el abdomen sumergido por completo, genera una aparente disminución de su peso corporal, permitiendo un aumento de la movilidad.

**Principios térmicos:** La transmisión de calor entre el agua y el cuerpo sumergido se produce a nivel superficial y mediante convección. La inmersión de la embarazada, quedando sumergido su abdomen por completo (hasta nivel pectoral), en agua a 36,5-37°C le generará efectos sistémicos (neuromusculares, analgésicos, vasculares y metabólicos).

Los beneficios demostrados por el uso de la hidroterapia durante la fase activa de la primera etapa del parto son:

- Aumento de la movilidad gracias a la flotabilidad.
- Relajación y disminución de la sensación dolorosa relacionada con el calor del agua. Este efecto produce una disminución del uso de analgesia epidural y un aumento del grado de satisfacción materna.
- Aumento de secreción de oxitocina secundaria a la relajación y liberación de serotonina. Este efecto se relaciona con una disminución de la necesidad de uso de oxitocina.
- Aumento de la vascularización uterina, dando lugar a una mayor oxigenación (mejora la perfusión uteroplacentaria, lo que contribuye al bienestar fetal intraparto), produciendo contracciones uterinas más efectivas. Como consecuencia, se acelera la dilatación cervical y, también, se produce una disminución de la TA con una inmersión hasta los hombros.
- En relación con el alumbramiento no hay evidencia científica sobre el alumbramiento dentro del agua, aunque podría relacionarse con un mayor tiempo de expulsión de la placenta, y se recomienda extremar la vigilancia de la pérdida hemática.
- Siguiendo un riguroso protocolo, con criterios de inclusión y exclusión claros y cumpliendo los protocolos de limpieza, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las tasas de infección materna y neonatal, la aparición de fiebre, el riesgo de pérdida de bienestar fetal y los ingresos en UCIN.

Efectos adversos de la hidroterapia:

- Existe restricción para el uso de otros métodos analgésicos durante el parto (óxido nitroso, analgesia epidural)
- Se ha descrito un riesgo teórico de embolia debido al agua.
- Lesiones musculoesqueléticas en el personal sanitario.
- Lesiones en las usuarias al intentar salir de la bañera.
- Inhalación de agua de un recién nacido comprometido que puede tener el instinto de respirar antes de salir a la superficie.

La “Guía de Práctica Clínica de 2010 de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad y Política Social recomienda la inmersión en agua caliente como un método eficaz de alivio del dolor durante la fase tardía de la primera etapa del parto con un grado de recomendación A. Este hecho, unido al incremento de la demanda por parte de las gestantes de partos menos medicalizados y más humanizados, ha dado lugar a que se haya convertido en una práctica muy extendida en los paritorios de los hospitales.

## 2. OBJETIVOS

**Objetivo general:** Incluir el uso de la hidroterapia en el trabajo de parto de las gestantes que acudan al Hospital Materno-Infantil Virgen de las Nieves y cumplan los criterios de inclusión recogidos en el presente protocolo.

## PROTOCOLOS ASISTENCIALES

## HIDROTERAPIA

### Objetivos específicos:

1. Adecuar la práctica clínica a la evidencia científica más actual para garantizar una asistencia sanitaria de calidad al proceso de nacimiento.
2. Incrementar las medidas alternativas de alivio del dolor ofrecidas a las gestantes durante el trabajo de parto en nuestro centro.
3. Fomentar la atención al parto normal en un contexto de baja intervención, respetando el derecho a la autonomía, intimidad e información de la mujer y garantizando su seguridad y la del recién nacido.
4. Formar a todos los profesionales en la implantación de esta buena práctica clínica, con criterios de calidad, calidez y seguridad.

### 3. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Área de Paritorio del Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Este procedimiento afecta a todos los profesionales de Enfermería y Facultativos de las Unidades de Paritorio y Neonatología.

### 4. RESPONSABILIDADES

La aplicación de este protocolo forma parte de las competencias y responsabilidades de los profesionales de distintas categorías:

- Ginecólogos y Obstetras.
- Matronas.
- Neonatólogos.
- Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).
- Celadores.
- Limpiadoras.

Se deben cumplir los protocolos de limpieza y emplear precauciones universales para evitar infecciones.

La gestante recibirá una serie de recomendaciones previas a la inmersión sobre el procedimiento de evacuación en caso de necesidad por compromiso fetal. Además, la coordinación multidisciplinar será vital para evacuar a la mujer de la bañera.

### 5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los criterios de inclusión y exclusión se han establecido en base a la valoración previa del riesgo en la gestación según el Proceso Asistencial Integrado Embarazo, Parto y Puerperio de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

1. Gestación a término de feto único.
2. Presentación cefálica.
3. Desencadenamiento espontáneo del trabajo de parto.

## PROTOCOLOS ASISTENCIALES

## HIDROTERAPIA

4. Monitorización cardiotocográfica (RCTG) de 30 minutos valorada como categoría I de la clasificación NICHD, previo a la inmersión.
5. En trabajo de parto activo (recomendado > 4 cm dilatación) y con una dinámica uterina regular y rítmica.
6. No administración de opiáceos en las 6 horas previas.
7. Serologías negativas de VIH, VHB y lúes.
8. Placenta normoinserta.
9. Volumen de líquido amniótico normal.
10. Líquido amniótico claro.
11. Embarazo de bajo riesgo
12. Gestantes de riesgo medio con diabetes gestacional no insulinizada que demuestren un adecuado control metabólico y tengan un peso fetal estimado normal
13. Gestantes en condiciones sociodemográficas desfavorables y fumadoras habituales con peso fetal estimado normal.
14. Rotura prematura de membranas < 24h
15. Acompañante de manera continua

### 6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se consideran criterios de exclusión los recogidos en cualquier grupo de riesgo medio (salvo las excepciones citadas anteriormente), alto y muy alto.

1. Signos de infección como taquicardia materna o fetal, sospecha de corioaminionitis o fiebre materna superior a 38°C en el momento de la inmersión o registrada durante las 4 horas previas.
2. Gestaciones < 37 semanas o > 42 semanas.
3. Herpes genital activo o sospecha de ETS.
4. Serologías desconocidas.
5. RPM con evidencia de líquido amniótico teñido.
6. Administración de narcóticos en las últimas 6 horas.
7. Uso de óxido nitroso conjunto .
8. Antecedentes de cesárea previa.
9. Analgesia epidural.
10. Uso de oxitocina.
11. Condiciones que requieran monitorización fetal continua (preeclampsia o HTA inducida por el embarazo, CIR).
12. RCTG de 30 minutos anormal previo a la inmersión.
13. Gestación múltiple.
14. Sospecha de macrosomía fetal (peso fetal estimado > 4,5 kg) o antecedentes de distocia de hombros.
15. Multiparidad > 3 partos.
16. Sangrado vaginal activo.
17. Hemoglobina < 10g/dl.
18. Presentación anormal del feto durante el parto.
19. Limitación de la movilidad materna significativa o IMC > 35.

## 7. RECURSOS

### Recursos materiales

- Bañera obstétrica dotada de escalera de acceso.
- Silla o taburete para el personal sanitario y el acompañante.
- Monitor cardiotocográfico fetal con traductores sumergibles o en su defecto Sonicaid® con sonda sumergible,
- linterna sumergible y espejo.
- Termómetro para medir la temperatura del agua.
- Guantes de manga larga.
- Colador mediano.
- Toallas.

### Recursos humanos.

- Una matrona formada en parto en agua por cada mujer
- Un/a TCAE que conozca los recursos materiales necesarios y compruebe que están disponibles y en condiciones óptimas para su uso.
- Un celador que colabore en la evacuación de la mujer de la bañera en caso de necesidad, o si esta tiene dificultad para salir en un momento determinado.
- Personal de limpieza, para la higiene y desinfección de la bañera antes y después de cada uso.
- Personal de mantenimiento para asegurar que la bañera obstétrica se encuentra en estado óptimo y para su reparación en caso de deterioro.

## 8. PROCEDIMIENTO

Los profesionales involucrados en el proceso de atención al parto normal deben informar a la mujer y su pareja sobre los diferentes métodos de alivio del dolor durante las diferentes fases del proceso. De esta forma la mujer dispone de información de calidad para tomar decisiones de forma autónoma.

A su ingreso en sala de partos la matrona asignada preguntará sobre sus expectativas de parto e informará sobre las opciones disponibles de alivio del dolor. Si la mujer elige el uso de hidroterapia será valorada por la matrona y, si cumple los criterios de inclusión, se le proporcionará el consentimiento informado y se dejará constancia en el partograma. Se trasladará a la mujer y su acompañante al paritorio 9, donde se encuentra nuestra bañera de partos. Se canalizará vía venosa periférica que se dejará salinizada y correctamente impermeabilizada en el momento de inmersión.

### Preparación del ambiente.

Antes de llenar la bañera, se dejará correr el agua del grifo unos minutos para minimizar el riesgo de infección.

La temperatura del agua se mantendrá constante entre 36°C- 37°C de forma que sea agradable para la madre. La temperatura ambiente se mantendrá en torno a 24°C. Es conveniente ofrecer a las

## PROTOCOLOS ASISTENCIALES

## HIDROTERAPIA

gestantes paños de agua fría para que se los aplique en la cara y el cuello durante la inmersión, si así lo desea.

La bañera deberá llenarse hasta que el cuerpo de la gestante, una vez sentada correctamente, quede sumergido hasta el pecho de forma que el abdomen quede sumergido por completo.

Se dispondrá de varias toallas y sábanas para el correcto secado de la gestante cuando salga del agua.

Se procurará luz tenue y ambiente íntimo.

### **Seguimiento del trabajo de parto.**

Se realizarán los cuidados habituales descritos en el protocolo de atención al parto normal de nuestro centro, además de realizar los siguientes cuidados:

- La mujer permanecerá acompañada en todo momento por la persona de su elección o por una matrona. Nunca debe quedarse sola mientras esté sumergida en agua.
- Realizar RCTG previo a la inmersión de 30 minutos. Si es RCTG categoría 1 podrá procederse al uso de la bañera.
- La mujer puede hacer uso del agua como método analgésico en cualquier momento del proceso, pero para la inmersión, se recomienda estar en una fase activa de parto, con un trabajo de parto bien establecido para evitar que se espacie demasiado la dinámica uterina y se frene el parto.
- Control de constantes vitales maternas: TA, FC y temperatura cada hora.
- Control de temperatura de la bañera cada hora. Se registrará en partograma.
- Durante la dilatación se realizará auscultación fetal intermitente con Doppler o con captor de
- Frecuencia cardíaca fetal (FCF) cada 15 minutos durante al menos un minuto tras la contracción. Anotación de FCF y dinámica uterina (valorada mediante observación) en el partograma. Como alternativa se pueden realizar ventanas de 20 minutos cada hora con un monitor cardiotocográfico acuático.
- En casos en los que sea necesaria una monitorización cardiotocográfica continua, ésta podrá realizarse con monitores inalámbricos y acuáticos.
- Se fomentará la correcta hidratación materna con ingesta de líquidos (agua y bebidas isotónicas).
- Valorar la evolución y dinámica uterina a lo largo del proceso. Si se detecta disminución de la dinámica uterina que pueda influir en la evolución del parto, puede ser útil salir y moverse activamente tras 120 minutos de inmersión aproximadamente, quedarse fuera del agua de 30 a 60 minutos, alternando con el uso de otros métodos de alivio del dolor como la esferodinamia o el óxido nitroso, y después volver nuevamente al agua si así lo desea.
- 90-120 minutos de inmersión - 30-60 minutos de movilidad fuera del agua - nuevo periodo de inmersión.
- Renovar el agua las veces necesarias para asegurar su correcta nitidez.
- Retirar los restos fecales que puedan aparecer para la prevención de la infección por E. coli.
- La exploración vaginal se adecuará a la frecuencia e indicaciones establecidas para la atención al parto normal y podrá realizarse tanto fuera como dentro del agua.
- Se vigilará que la mujer miccione de forma periódica (debe realizarse fuera del agua).

### Casos en los que la gestante debe abandonar la bañera:

- Si aparece taquicardia materna o fetal.
- Si temperatura materna aumenta a 38°C o más
- Si tiene lugar un aumento de temperatura materna de 37,5°C- 37,9°C
  - Bajar temperatura ambiental y del agua
  - Aumentar ingesta de líquidos orales
  - Cambiar posición materna
  - Comprobar que FCM y FCF no estén elevadas
  - Volver a tomar temperatura a los 30 minutos, si no ha vuelto a la normalidad, abandonar la bañera.
- Deseo expreso de la gestante.
- En el caso de que el parto se estacione (mismas condiciones 4 horas) y tras haber probado otras medidas para estimular la dinámica uterina se procederá a informar a la gestante y en caso de membranas íntegras se procederá a realizar una Amniorrexis artificial o iniciar perfusión de oxitocina si ya existe rotura de membranas.
- Si la gestante desea analgesia epidural u óxido nitroso.
- En caso de aparecer cualquier criterio de exclusión (citados anteriormente).

### Atención al periodo de expulsivo en el agua

En el momento del nacimiento siempre habrá presentes dos matronas de las cuales al menos una de ellas tenga experiencia en parto en agua.

El bebé ha de nacer completamente sumergido en agua. Comprobar profundidad del agua.

Se recomienda "Hands off" (manejo expectante). Se mantendrá un manejo expectante y se evitará la estimulación fetal en un parto en agua.

Se favorecerá la visibilidad del periné con luces y un espejo, y en caso necesario se permitirá el cambio postural de la mujer

Se espera y observa la salida de la cabeza, así como la rotación externa de la misma. La salida del resto del cuerpo fetal se realizará también de forma pasiva, esperando a la siguiente contracción sin estimular al bebé (no tocarlo)

No es necesario comprobar la existencia de circular de cordón.

Madre y matrona deben de sacar al bebé fuera del agua de forma paulatina, sin espera, pero sin prisas, el cuerpo del recién nacido debe de permanecer sumergido durante el contacto piel con piel para mantener la temperatura. La cabeza se mantendrá fuera del agua, secándola y colocando un gorro. Cuidar de que la cabeza del recién nacido no vuelva a sumergirse en agua una vez ha estado fuera de ésta.

Realizar test de Apgar teniendo en cuenta que los recién nacidos que nacen dentro del agua están en un estado de vigilancia tranquila. No suelen llorar y permanecen cianóticos por más tiempo. Vigilar FCF y esfuerzo respiratorio. Se inicia la valoración del test de Apgar al 1 y 5 minutos desde el nacimiento.

### Alumbramiento

Aún no se dispone de evidencia científica sobre el manejo del alumbramiento dentro del agua. Por ello, se recomienda realizar el alumbramiento fuera del agua. La mayoría de las sociedades científicas recomiendan un alumbramiento dirigido con oxitocina y tracción del cordón umbilical.

## 9. RESOLUCIÓN DE EMERGENCIAS DENTRO DEL AGUA

***Ante cualquier situación de riesgo materno o fetal se priorizará la salida inmediata de la bañera.***

### Distocia de hombros

1. Activar código de distocia de hombros. Avisar a ginecólogo, anestesista y pediatra.
2. Se procederá a movilizar a la mujer sacándola de la bañera. Mientras la mujer está saliendo de la bañera, la matrona ha de sujetar la cabeza del bebé en todo momento por si se produce el nacimiento.
3. Maniobra de Gaskin (posición materna en cuadrupedia)
4. Si no se produce expulsión de los hombros tras dicha maniobra, se continuarán el resto de las maniobras según protocolo de asistencia a distocia de hombros.
5. El alumbramiento debe producirse fuera del agua o bien vaciando la bañera y manejarse de forma activa.

### Evacuación de emergencia

1. Pedir ayuda. La evacuación se llevará a cabo más fácilmente si hay al menos cuatro personas dedicadas a ello.
2. No vaciar la bañera ya que el agua favorece la flotabilidad y movilidad de la mujer.
3. Acercar la cama a la bañera de partos en la posición más adecuada para la evacuación. Según la disposición de nuestra bañera y nuestro paritorio, lo más rápido y fácil es poner la cama de forma perpendicular a la bañera y colocar a la mujer de forma transversal a ésta, tal y como se muestra en la imagen.
4. Una matrona será la responsable de cuidar la vía aérea de la mujer.
5. Se trasladará la mujer a la cama de forma que dos personas se encarguen de levantarla por la zona superior del cuerpo y otros dos por la parte inferior. Pueden usarse dos sábanas deslizadas por debajo del cuerpo para la sujeción y evacuación.
6. Secar a la mujer una vez fuera de la bañera

## PROTOCOLOS ASISTENCIALES

## HIDROTERAPIA

### Revisión del canal del parto y sutura

La revisión del canal del parto se realizará en la cama de partos. En caso de sangrado no abundante procedente del desgarro perineal por friabilidad se puede esperar hasta 1 hora a que cese para proceder a la sutura.

### 10. INDICADORES DE EVALUACIÓN

Indicador	Fórmula	Fuente	Estándar
% de gestantes con proceso de parto en el agua	Número de gestantes con proceso de parto en el agua / Total de gestantes con parto de inicio espontáneo o inducido	Central de partos	1%
% Complicaciones en gestantes con parto en el agua	Gestante con parto en el agua y complicación / total de gestantes con parto en el agua	Audit	1%

### 11. BIBLIOGRAFÍA

1. Proceso Asistencial Integrado: Embarazo, Parto y Puerperio. Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2005.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud, 2007.
3. Respeto a las preferencias de la mujer enmarcadas en el Plan de parto y Nacimiento que ella decida. "Plan de Parto y Nacimiento"; Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2009.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Grupo técnico de trabajo de la OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra: OMS, 2018.
5. Sanders J, Barlow C, Brocklehurst P, Cannings-John R, Channon S, Cutter J, Hunter B, Jokinen M, Lugg-Widger F, Milosevic S, Gale C, Milton R, Morantz L, Paranjothy S, Plachcinski R, Robling M. Maternal and neonatal outcomes among spontaneous vaginal births occurring in or out of water following intrapartum water immersion: The POOL cohort study. BJOG. 2024 Jun 10. doi: 10.1111/1471-0528.17878. Epub ahead of print. PMID: 38857898.
6. Edwards S, Angarita AM, Talasia S, Berghella V. Waterbirth: A systematic review and meta-analysis. Am J Perinatal. 2024;41(10):1134-1142.doi:10.1055/s-0043-1768645.
7. Seed E, Kearney L, Weaver E, Ryan EG, Nugent R. A prospective cohort study comparing neonatal outcomes of waterbirth and land birth in an Australian tertiary maternity unit. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2023 Feb;63(1):59-65. doi: 10.1111/ajo.13555. Epub 2022 Jul 7. PMID: 35796252.
8. Waterbirth: a national retrospective cohort study of factors associated with its use among women in England. H. Aughey, J. Jardine, N. Moitt, K. Fearon, J. Hawdon, D. Pasupathy, I. Urganci, NMPA

## PROTOCOLOS ASISTENCIALES

## HIDROTERAPIA

- Project Team & T. Harris . BMC Pregnancy and Childbirth volume 21, Article number: 256 (2021) RCM Clinical Briefing Sheet.(29 July 2020) Waterbirth During the Covid-19 Pandemic)
9. NICE: Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline. Published: 3 December 2014. Latest revision 27 February 2019 ( citado el 3 de enero de 2025)  
[www.nice.org.uk/guidance/cg190](http://www.nice.org.uk/guidance/cg190)
  10. Cluett ER, Burns E. Immersion in water during labor and birth (Cochrane review ) Cochrane Database Syst Rev. 2018;3:CD000111 doi:10.1002/14651858.CD000111.pub4. Disponible en: [https:// www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000111.pub4/full/es](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000111.pub4/full/es)
  11. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2010. [consultado el 3 de Enero de 2025]. Disponible en:
  12. [www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/atencionParto.htm](http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/atencionParto.htm)
  13. Protocolo de asistencia al trabajo de parto en agua. Fetal medicine Barcelona. 2022 Disponible en: <https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/asistencia-al-trabajo-de-parto-en-agua.pdf>
  14. Protocolo de hidroterapia durante el parto Hospital Clínico San Cecilio de Granada. Última revisión mayo de 2023.
  15. Zanetti-Dallenback R, Lapaire O, Maertens A, Holzgreve W, Hosli I. Water birth, more than a trendy alternative: a prospective, observational study. Arch Gynecol Obstet. 2006 Oct; 274 (6): 355-65.
  16. Proceso Asistencial Integrado: Embarazo, Parto y Puerperio. Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2005.
  17. Alehagen S, Wijma B, Lundberg U, Wijma K. Fear, pain and stress hormones during childbirth. J Psychosom Obs Gynaecol. 2005;26(3):153–65.
  18. Halksworth G. Ejercicios Aquanatales. Ob Stare. 2002; 4: 6-12.
  19. Mackley M. Use of water in labor and birth. Clinical Obstetrics and gynecology. Volume 44, number 4, pp 733-749. 2001.
  20. Deans AC, Steer PH. Temperature of pool is important. British Journal of Midwifery 1995; 311: 390-391.
  21. Zimmerman R, Huch A, Huch R. Water birth, is it safe? Journal of Perinatal Medicine 1993; 21: 5-11.
  22. Odent M. Birth under water. Lancet 1983; 2: 1476-1477

Autores	Silvia Aguilar Puerta, Juan Ignacio Diaz Chantar		
Fecha elaboración	19/12/2025	Vigencia	19/12/2028

## ANEXO: PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

En el momento actual no hay evidencia científica que indique que la inmersión de la mujer en agua caliente durante la primera parte de la fase activa del parto aumenta el riesgo materno, fetal o neonatal de infección, comparado con el trabajo de parto y el parto sin inmersión en agua caliente.

La bañera y cualquier aparataje utilizado durante la inmersión (red, sonda de Sonicaid®) deben limpiarse y desinfectarse después de cada uso.

Los profesionales deben tomar precauciones y pautas universales para el control de las infecciones, especialmente lavado de manos, uso de guantes y limpieza y desinfección del ambiente y el material.

Es preciso resaltar la importancia de la formación de los profesionales sanitarios responsables, sobre el conocimiento y práctica de las normas básicas de limpieza y desinfección de la bañera y el material.

Según la clasificación de Spaulding del material en función al riesgo de infección que supone para el paciente, podríamos considerar a la bañera como riesgo intermedio, ya que puede estar en contacto con membranas mucosas y piel no intacta, por tanto, requerirá de una desinfección química de alto nivel.

Definimos limpieza como el procedimiento que elimina la materia orgánica y suciedad mediante arrastre mecánico, por este proceso también se disminuye la carga de microorganismos.

Definimos desinfección como el procedimiento que elimina virtualmente todos los microorganismos patógenos, aunque no todas las formas microbianas (esporas).

La manipulación del material sucio debe ser cuidadosa, y siempre con guantes de goma.

Siempre se debe secar el material después de su limpieza, la humedad contribuye a una mala conservación y a la proliferación de microorganismos.

Se aconseja que la bañera, una vez limpia y desinfectada, hay que secarla y tapanla.

### Objetivo general:

Unificar los criterios de limpieza y desinfección de la bañera y materiales utilizados durante la inmersión de la mujer en agua caliente.

### Objetivos específicos:

- Conocer el proceso y los materiales de limpieza de la bañera y utillaje durante la inmersión de la mujer en agua caliente. Identificar el desinfectante aconsejado y su correcto manejo.
- Conocer la correcta dilución de dicho desinfectante, modo de preparación y eliminación de excedente.

### Procedimiento de limpieza

Se llevará a cabo usando detergente (sustancia tensoactiva que por sus propiedades químicas favorecerá la emulsión de las grasas en el agua, se utiliza como agente de limpieza ya que facilita la captura y arrastre posterior de la suciedad sobre objetos).

## PROTOCOLOS ASISTENCIALES

## HIDROTERAPIA

Se ha de mantener una correcta aireación del paritorio 4 durante el proceso de limpieza y desinfección.

Se requerirá también del uso de guantes de goma, esponja suave y material para secado.

La limpieza de la bañera se efectuará lo antes posible después de su uso, ya que mantenerla sucia puede convertirla en una fuente de contaminación.

Realizar un barrido previo con la esponja suave (evitar estropajos o materiales que puedan producir ralladuras) usando solo agua y posteriormente usando detergente. Después aclarar con abundante agua.

Los canales internos se limpiarán mediante la irrigación de agua y detergente.

Posteriormente se efectuará el secado de esta, previo a la desinfección.

Además, antes de llenar la bañera con agua caliente para la inmersión de la mujer, dejaremos caer un poco el agua.

Antes de desinfectar los materiales utilizados durante la inmersión de la mujer en agua caliente (red y sonda de Sonicaid®) siempre se debe realizar una adecuada limpieza, proceso imprescindible, que disminuye la carga microbiana. La presencia de materia orgánica disminuye la efectividad de los procesos de desinfección.