



HIDROTERAPIA Y PARTO EN AGUA

Maximilien Neukirch

10/02/2022

1. INTRODUCCIÓN

La atención en las unidades obstétricas ha sufrido una gran transformación en los últimos años. Tras la consecución del objetivo de reducir la morbimortalidad materna e infantil, actualmente el foco de atención se centra en la humanización de los cuidados y en que la gestante sea parte implicada en la toma de decisiones. Este objetivo está reflejado en las guías de práctica clínica y los protocolos de actuación publicados por las instituciones públicas nacionales e internacionales, como la publicada por el Ministerio de Sanidad y distintas asociaciones profesionales.

La demanda de un proceso asistencial más humanizado, así como de una mayor autonomía durante el parto se refleja en el incremento de las mujeres que desean tener un parto sin analgesia y con la mínima intervención posible. Este hecho ha provocado que las instituciones deban adaptarse, ofreciendo otras opciones de cuidado, así como métodos alternativos de alivio del dolor. Entre ellos, el uso de la hidroterapia durante el parto es un método alternativo de analgesia que se está implantando progresivamente en muchos centros hospitalarios.

La aceptación oficial del uso de la hidroterapia durante el trabajo de parto se produjo en Reino Unido en 1993 con la publicación del informe «Changing childbirth», y posteriormente el *Royal College of Midwives* publicó una guía sobre la inmersión de la gestante en el agua durante el parto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el informe del grupo técnico de trabajo sobre “los cuidados en el parto normal” de 1996, avala y recomienda el uso del agua entre los diversos métodos no invasivos ni farmacológicos de alivio del dolor.

En el año 2010, se publica en España la «Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal», en donde se recomienda (recomendación grado A) la inmersión en agua caliente como un método eficaz de alivio de dolor durante la fase tardía de la primera etapa del parto, aunque no se hace referencia alguna a la asistencia al periodo expulsivo en el agua (1).

Si bien la hidroterapia ha demostrado reducir las necesidades de analgesia en la primera y segunda fase del parto y mejorar la satisfacción global de las gestantes con su proceso de parto, existe controversia alrededor de si es recomendable llevar a cabo la fase de expulsivo en el agua.

2. DEFINICIÓN

Se define el uso de hidroterapia durante el parto como la inmersión en una bañera de partos con agua caliente (36,5-37 °C) hasta el nivel pectoral durante el trabajo de parto. La utilización del agua como agente terapéutico se basa en la aplicación práctica de sus principios físicos sobre el cuerpo humano (2):

- Principios mecánicos: La inmersión en agua de la mujer embarazada 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, generando efectos sistémicos en la gestante (neuromusculares, analgésicos, vasculares y metabólicos).

3. USO DE LA HIDROTERAPIA DURANTE LA PRIMERA FASE DEL PARTO

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

1. Aumento de la movilidad gracias a flotabilidad. La aparente disminución del peso corporal de las gestantes les permite adoptar posturas más cómodas y relajantes.
2. Relajación y disminución de la sensación dolorosa relacionado con el calor del agua. En una revisión Cochrane actualizada en 2018 que incluye 15 ensayos publicados entre 1990 y 2015 con 3663 mujeres, se evidenció una disminución de las necesidades de analgesia regional en aquellas gestantes que recibieron hidroterapia durante la primera fase del parto (2). Estos resultados concuerdan con los obtenidos por otros autores (3-5). Todos ellos ponen de manifiesto una reducción significativa en la percepción del dolor en gestantes que reciben hidroterapia vs aquellas que no la reciben.
3. 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 sintética. También se ha evidenciado una disminución en los niveles de catecolaminas y otras hormonas asociadas al estrés (2).
4. Disminución de trauma perineal y episiotomías. La inmersión en agua caliente puede reducir la diferencia de presiones entre el interior y el exterior de la vagina y mejorar la elasticidad del periné, reduciendo por tanto la probabilidad de lesiones del canal de parto (2). El agua caliente también podría mejorar la circulación sanguínea a nivel del periné, reduciendo el daño producido por la isquemia e hipoxia.
5. Aumento de la vascularización uterina, dando lugar a una mayor perfusión y oxigenación tisular permitiendo contracciones más efectivas.
6. Reducción del tiempo de la primera y segunda fase del parto. Varios estudios han demostrado que la hidroterapia se asocia a una reducción en el tiempo de dilatación y expulsivo comparado con el trabajo de parto convencional fuera del agua. Su uso se recomienda a partir de 5 cm de dilatación cervical, puesto que se ha objetivado que un inicio precoz del uso de la hidroterapia podría enlentecer el parto (2).
7. Disminución de la tensión arterial con una inmersión hasta los hombros, debido a la vasodilatación y reducción de catecolaminas.
8. Aumento del grado de satisfacción materna (2-5)

Respecto a los efectos adversos del uso de la hidroterapia durante la dilatación, son escasos y poco frecuentes, aunque se deben tener en cuenta:

- Las mujeres pueden crearse expectativas poco realistas sobre el trabajo de parto.
- Barreras físicas que podrían dificultar la atención de la paciente en caso de emergencias obstétricas como una distocia de hombros o una pérdida de consciencia de la gestante.
- Incremento potencial del riesgo de hemorragia postparto, relacionada con la relajación muscular y la vasodilatación (6).
- Lesiones músculo-esqueléticas en el personal sanitario, así como lesiones en las usuarias al intentar salir de la bañera (6).

4. USO DE LA HIDROTERAPIA DURANTE EL EXPULSIVO

Las complicaciones neonatales que pueden aparecer tras la realización de un parto en el agua son muy infrecuentes y parecen reducirse si el uso de la hidroterapia se realiza bajo medidas de seguridad, restringiendo su uso a gestantes de bajo-medio riesgo, con los controles de bienestar materno y fetal y siguiendo las recomendaciones de las guías clínicas sobre cómo y bajo qué condiciones realizar un parto en el agua, pero los artículos con casos de complicaciones neonatales tras realizar un parto en el agua existen, y por ello, las asociaciones de pediatras americana y española han publicado la recomendación de no realizar partos en el agua a no ser que fueran dentro de un estudio de investigación (7,8). Uno de estos artículos es el publicado por Simpson en 2013, artículo de revisión en el que se evalúan los 2 únicos estudios aleatorizados existentes que comparan la asistencia al parto en el agua y fuera de ella. En este artículo se concluye que los beneficios maternos de realizar un parto en el agua son mínimos y que no existen beneficios para el neonato, e insta a la realización de investigaciones rigurosas (9).

Según una revisión bibliográfica realizada por Pinette et al. (10), los principales problemas neonatales tras realizar un parto en agua son aspiración de agua,

hiponatremia, infección y rotura del cordón. En cuanto al resto de las complicaciones, existen investigaciones contradictorias, como la de Geissbühler et al. en su estudio con 8.408 gestantes, en el que observó un menor riesgo de infección y traslado a la UCIN en aquellos niños nacidos en el agua (2), mientras que, en otras investigaciones, como la publicada por Menakaya et al. con una muestra de 438 gestantes, se objetiva un aumento de los ingresos en la UCIN en los recién nacidos en agua (11).

Según la revisión Cochrane de 2018 mencionada previamente, comparando los grupos " Inmersión en agua " versus " ninguna inmersión " en periodo expulsivo, no se encontraron diferencias claras entre los grupos para el parto vaginal espontáneo, el parto vaginal instrumental, cesárea e ingresos en la UCIN. Por otro lado, no se evidenció un aumento de infecciones fetales/neonatales, de taquipnea transitoria del recién nacido o rotura de cordón umbilical en el grupo que realiza el expulsivo en agua (2).

Se concluye en el mismo que no hay evidencia de un aumento de los efectos adversos para el recién nacido o la mujer en el periodo de dilatación o expulsivo del trabajo de parto pero que la evidencia es moderada y de baja calidad.

En relación con la aspiración de agua como principal complicación, los profesionales que respaldan el parto en agua defienden que solo se produce tras un sufrimiento intraparto o por estimulación neonatal antes de salir del agua, y que, por tanto, con un adecuado control del bienestar fetal intraparto, respetando los criterios de inclusión y realizando las prácticas recomendadas durante el parto en agua, el riesgo de que el neonato realice una aspiración de agua es muy bajo (2).

Otra de las preocupaciones de realizar el expulsivo en el agua es el teórico aumento de desgarros perineales por la práctica del "hands off " para minimizar la estimulación del recién nacido. No obstante, los estudios realizados al respecto demuestran que el parto en agua se asocia una menor tasa de episiotomías comparado con el parto convencional (12). En una revisión de 13 estudios en los que se comparaba la tasa de lesiones perineales en expulsivos en el agua vs convencionales se determinó una mayor incidencia de periné íntegro en los partos bajo el agua. También sugiere que, de

presentarse una lesión perineal, el parto en agua se asocia con una mayor probabilidad de sufrir lesiones de primer y segundo grado respecto a lesiones severas comparado con el parto convencional (12).

5. ALUMBRAMIENTO EN AGUA

Existe una evidencia muy limitada acerca del manejo del alumbramiento bajo el agua. Dos estudios de cohortes prospectivos (13,14) en los que se llevó a cabo la tercera fase del parto bajo el agua, no evidenciaron un aumento en la tasa de hemorragia postparto ni en el tiempo de alumbramiento. No obstante, debido a la escasez de estudios al respecto, la mayoría de sociedades recomiendan salir de la bañera una vez que se haya seccionado el cordón umbilical para llevar a cabo un alumbramiento dirigido con oxitocina y tracción del cordón umbilical.

Con los datos actuales, se puede afirmar que en gestaciones no complicadas y a término, el desarrollo de la primera etapa del parto en el agua es una técnica que disminuye las necesidades de analgesia farmacológica y la duración del trabajo de parto, aunque no mejora los resultados perinatales. Sin embargo, la seguridad y la eficacia de la atención en el agua durante el expulsivo no está establecida, ni para las madres ni para los recién nacidos, aunque sí ha demostrado aumentar la satisfacción materna y reducir las lesiones perineales.

Por todo ello, es necesario proporcionar una información objetiva, detallada y basada en datos concretos a las madres que desean un parto atendido en el agua, especificando la indicación, las posibles contraindicaciones, los beneficios y los riesgos, tanto para su salud como para la de su recién nacido.

6. CONDICIONES GENERALES PARA EL USO DE HIDROTERAPIA

Las recomendaciones plasmadas a continuación son fruto del consenso entre profesionales y poseen evidencia de calidad baja-moderada.

- Ausencia de contraindicaciones

- Gestantes a término de bajo-medio riesgo (ANEXO) en trabajo de parto activo (>4 cm de dilatación y dinámica uterina regular)
- RCTG de 30 minutos normal previo a la inmersión
- Vía venosa periférica.
- Aceptación de las condiciones de uso mediante firma de consentimiento informado

Antes de recomendar el uso de hidroterapia se valorará con el resto del equipo obstétrico (matronas y obstetras) la carga asistencial y la capacidad de poder atender este trabajo de parto.

7. CONTRAINDICACIONES

Las contraindicaciones para el uso de la hidroterapia son:

Causa materna:

- Gestación de alto riesgo/ no controlada
- Gestante menor de edad
- Control insuficiente de la gestación (<3 visitas)
- Serologías desconocidas
- Multiparidad (>3 partos)
- Fiebre o Sospecha de infección materna
- Herpes genital activo o sospecha de ETS
- Antecedente de distocia de hombros
- Sangrado vaginal activo
- Uso de oxitocina, anestesia epidural o intradural
- Uso de narcóticos administrados en las últimas 6 horas

Causa fetal:

- RCTG atípico/ patológico
- Líquido amniótico meconial

- Sospecha de macrosoma (peso fetal estimado > 4 Kg)

9. PREPARACION DEL AMBIENTE

La temperatura del agua de la bañera se mantendrá constante en 36.5°C – 37°C y la temperatura ambiente será de 24°C.

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

La bañera deberá llenarse primero hasta el nivel que permita la apertura de la puerta y una vez la mujer está dentro, continuar el llenado hasta que el agua llegue a nivel del pecho de la gestante.

10. SEGUIMIENTO DEL TRABAJO DE PARTO

Durante el proceso de parto se realizarán los cuidados habituales descritos en el protocolo de atención al parto normal de además de realizar los siguientes cuidados:

- Asegurarse que la mujer está acompañada en todo momento.
- Realización de inmersiones de entre 90 y 120 minutos. Se recomienda alternar inmersiones de 90 minutos con periodos de 30 a 60 minutos fuera del agua, durante los que se podrán usar otros métodos de alivio del dolor como la esferodinamia o el óxido nitroso.
- Constantes vitales maternas: TA, FC y temperatura cada hora
- Se realizará auscultación fetal intermitente con Sonicaid ® **cada 15 minutos**. Anotación de FCF y dinámica (valorada mediante palpación del fondo uterino) en el partograma.
- Fomentar la correcta hidratación materna: ingesta de líquidos 500ml (agua, zumos, bebidas isotónicas)
- Renovar el agua las veces necesarias para asegurar una correcta nitidez de la misma, retirando los restos fecales que pudieran aparecer durante el trabajo de parto.

- Una vez alcanzados los 9 cm de dilatación, se indicará a la gestante que salga de la bañera para continuar con el expulsivo fuera del agua.

Las exploraciones vaginales se podrán realizar en la bañera, así como la amniorrexis artificial en caso que fuera necesario, utilizando los guantes adaptados para el uso en bañera.

En el caso que el parto se estacionara (mismas condiciones > 3h) y tras haber probado otras medidas para estimular la dinámica uterina como la deambulación, se procederá a realizar una amniorrexis artificial si la bolsa amniótica está íntegra o iniciar perfusión de oxitocina (en caso de bolsa amniótica rota).

Si se inicia el uso de oxitocina, la gestante no podrá volver a utilizar la hidroterapia para el trabajo de parto.

Si la gestante desea analgesia epidural, se podrá administrar sin contraindicaciones. Una vez administrada, la gestante no podrá volver a utilizar la hidroterapia.

El expulsivo en el agua se podría dar en dos casos:

- O bien en el contexto de un estudio de investigación, en el cual se haya determinado previamente que el expulsivo se iba a realizar bajo el agua y con el consentimiento informado pertinente firmado.
- O bien en caso de que la gestante se encuentre en fase avanzada de expulsivo con intensa sensación de pujo durante la inmersión. En este caso, es preferible no evacuarla de la bañera por motivos de seguridad.

En estos casos, el expulsivo puede tener lugar bajo el agua con control estricto de dos profesionales (matronas u obstetras) y con las siguientes precauciones:

- La temperatura del agua se tendrá que mantener entre 37 y 37,5°C durante el expulsivo.
- La profundidad del agua debe ser suficiente para que el bebé nazca completamente sumergido en el agua.
- Se podrá observar el progreso de la cabeza emergente con un espejo. Se recomienda fomentar una salida progresiva y lenta de la cabeza para minimizar el trauma perineal.

- Se deberá aplicar el método "hands off" con tal de minimizar la estimulación del neonato. La salida controlada de la cabeza y la protección del periné no son necesarias.
- En caso de que la gestante se incorpore y exponga la cabeza fetal al aire una vez que la presentación fetal es visible, debería quedarse fuera del agua para evitar el riesgo de un *gasping* prematuro debajo del agua.
- Se pueden reducir las vueltas de cordón umbilical bajo el agua si procede. Nunca se realizará un pinzamiento o sección del cordón mientras el neonato se encuentra aún bajo el agua.
- Una vez que se produzca la expulsión del cuerpo, el neonato se debe llevar a la superficie mirando hacia arriba, asegurándose de que el cordón es suficientemente largo para ello. Se mantendrá la cabeza del neonato fuera del agua con el cuerpo sumergido y en contacto con el cuerpo de la madre hasta que se realice el pinzamiento y sección del cordón umbilical.
- En caso de sospecha de distocia de hombros se seguirán los siguientes pasos:
 1. Activar el código distocia de hombros avisando al obstetra de referencia, neonatólogo y anestesista.
 2. Vaciar inmediatamente la bañera e iniciar la maniobra de Gaskin en la misma, por ser esta la de primera línea en gestantes sin analgesia regional y con movilidad conservada.
 3. En caso de fracaso de la maniobra de Gaskin, pasar a la gestante a la cama de partos para iniciar las maniobras pertinentes según el protocolo de distocia de hombros.

Respecto al alumbramiento, se realizará un manejo activo del mismo:

Tras la realización de un pinzamiento tardío y sección del cordón umbilical, se dará el recién nacido al acompañante mientras la madre sale de la bañera y se coloca en la cama de partos. Se realizará un alumbramiento dirigido con administración de oxitocina y tracción controlada del cordón umbilical.

Una vez realizado el alumbramiento, se procederá a la revisión minuciosa del canal del parto. Ante un sangrado no profuso, se esperará alrededor de una hora para suturar, con el fin de que los tejidos se recuperen de la vasodilatación producida por el agua caliente y sean menos friables.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Guías de práctica clínica en el SNS. Ministerio de sanidad y política social. 2010; 9:188-9
2. Cluett ER, Burns E, Cuthbert A. Immersion in water during labour and birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 5. Art. No.: CD000111. DOI: 10.1002/14651858.CD000111.pub4
3. Mallen Pérez L, Roé Justiniano MT, Colomé Ochoa N, Ferre Colomat A, Palacio M, Terré Rull C. Uso de la hidroterapia durante el parto: evaluación del dolor, uso de analgesia y seguridad neonatal. *Enferm Clin.* 2017. doi:10.1016/j.enfcli.2017.10.004
4. Liu Y, Liu Y, Huang X, Du C, Peng J, Huang P, et al. A comparison of maternal and neonatal outcomes between water immersion during labor and conventional labor and delivery. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14:160
5. Mollamahmutoglu L, Moraloglu Ö, Özyer S, Su FA, Karayalcin R, Hancerlioglu N, et al. The effects of immersion in water on labor, birth and newborn and comparison with epidural analgesia and conventional vaginal delivery. *J Turk Ger Gynecol Assoc.* 2012;13:45-9.
6. Mackey M. Use of water in labor and birth. *Clin Obstet Gynecol.* 2001, 44: 733-749. DOI: 10.1097/00003081-200112000-00011.
7. Iriundo M, Sánchez M, Botet F, Martínez-Astorquiza T, Laila J, Figueras J. Atención del parto en el agua. Consenso de la Sociedad Española de Neonatología y de la Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. *An Pediatr.* 2015;82:108.e1-3.
8. Committee on Obstetric Practice; American Academy of Pediatrics. ACOG Committee Opinion no. 594: Immersion in water during labor and delivery. *Obstet Gynecol.* 2014;123:912-5.

9. Simpson K. Underwater birth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2013;42:5889-4
10. Pinette MG, Wax J, Wilson E. The risks of underwater birth. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;190:1211-5.
11. Menakaya U, Albayati S, Vella E, Fenwick J, Angstetra D. A retrospective comparison of water birth and conventional vaginal birth among women deemed to be low risk in a secondary level hospital in Australia. *Women Birth.* 2013;26:114-8.
12. Nutter E, Meyer S, Shaw-Battista J, Marowitz A. Waterbirth: an integrative analysis of peer-reviewed literature. *J Midwifery Womens Health.* 2014 May-Jun;59(3):286-319. doi: 10.1111/jmwh.12194. PMID: 24850284
13. Burns EE, Boulton MG, Cluett E, Cornelius VR, Smith LA. Characteristics, interventions, and outcomes of women who used a birthing pool: a prospective observational study. *Birth* 2012;39(3):192-202
14. Henderson J, Burns EE, Regalia AL, Casarico G, Boulton MG, Smith LA. Labouring women who used a birthing pool in obstetric units in Italy: prospective observational study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2014;14:17

ANEXO 1

Gestantes de alto riesgo

- Edades extremas (<15 y >40)
- IMC<18,5 Kg/m³ y >40Kg/M³
- Riesgo cardiovascular OMS III y IV
- Multiparidad (>3)
- Antecedentes de hemorragia postparto
- Diabetes insulinizada
- Antecedentes de distocia de hombros
- Cirugía uterina previa (cesárea previa)
- Gestación múltiple
- Rotura prematura de membranas >24 horas
- Malformación fetal que requiera asistencia neonatal inmediata
- Oligoamnios/ Polihidramnios
- Estado hipertensivo del embarazo/ PE
- Embarazo prolongado < 42 SG
- Sospecha de macrosoma (> p 97)
- Infección materna o fetal: VIH, VHB, VHC, pielonefritis, corioamnionitis.
- Anemia grave (Hb<9 g/dl o Hto < 25 %)
- Isoinmunización
- Patología asociada grave
- Anomalías pélvicas
- Malformaciones uterinas
- CIR
- Situación anómala de la placenta
- Parto prematuro (< 37 SG)
- Síndrome de dependencia alcohol/drogas
- Tratamiento con anticoagulantes hasta el momento del parto o coagulopatías.