



Hidroterapia en el trabajo de parto

Inés García Pérez

6 de Febrero de 2025

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, el movimiento hacia la humanización del parto ha puesto en el centro del cuidado a las gestantes, reconociendo la importancia de respetar sus necesidades, deseos y ritmos individuales. Este enfoque busca garantizar un parto seguro desde el punto de vista clínico, pero también respetuoso, empático y centrado en la autonomía.

Dentro de este marco de humanización, la hidroterapia siendo definida como la uso del agua como método terapéutico, ha emergido como herramientas clave que combina la evidencia científica con una experiencia más positiva y personalizada. Además, la inmersión en el agua supone una respuesta a la incrementada demanda de las mujeres por alternativas menos intervencionistas y medicalizadas.

OBJETIVOS

Conocer los beneficios de la hidroterapia, los aspectos fundamentales y destacables que se deben tener para el uso de la hidroterapia durante el trabajo de parto en cada una de sus fases y conocer la evidencia actual al respecto.

BENEFICIOS DE LA HIDROTERAPIA

Mejora la movilidad de las gestantes gracias a su capacidad de flotabilidad, aportando mayor control de su cuerpo y el espacio.

El agua caliente proporciona una relajación y, por tanto, una disminución de la sensación dolorosa, múltiples estudios evidencian que la relajación aportada por la inmersión en el agua contribuye a la disminución de la necesidad de precisar analgesia epidural.

La relajación además, aumenta la liberación de serotonina, y en consecuencia, incrementa la secreción de oxitocina, mantenimiento de una adecuada dinámica uterina, evitando la necesidad del uso de oxitocina sintética.

La inmersión de agua hasta los hombros contribuye en la disminución de la tensión arterial.

El agua caliente aumenta la perfusión en el periné, disminuyendo las posibilidades de hipoxia e isquemia y aumentando su elasticidad, minimizando el posible trauma perineal.

Aumento del grado de satisfacción materna.

Durante la utilización de la hidroterapia se deben de tener ciertos aspectos a tener en cuenta, así como el seguimiento de protocolos actualizados de cada hospital. Además, es esencial resaltar que la utilización de esta herramienta debe ser empleada por personal entrenado, acreditado y familiarizado con la misma. Para la realización de esta sesión se han tenido en cuenta los protocolos de cuatro hospitales diferentes: Hospital Virgen de las Nieves, Hospital Clinic de Barcelona, Hospital Comarcal de Inca y Centro de nacimiento 'casa Laietània' de Badalona.

HIDROTERAPIA EN FASE DE DILATACIÓN

Los factores más relevantes a tener en cuenta para el uso de la hidroterapia durante la fase de dilatación, son:

- Consentimiento informado (H. de Inca oral, HVN y H. Clinic firmado)
- Criterios de inclusión:
 - o Bajo y medio riesgo
 - o Gestación a término, gestación única
 - o Inicio espontáneo, parto activo, adecuada DU
 - o Gestante de riesgo bajo y medio.

- Dilatación >4cm
- RCTG previo 20-30 min
- Serologías negativas
- RPM <24h
- No Opiáceos en las últimas 6h (en H. de Inca <4h).
- RCTG previo 20-30 minutos, categoría I.
- Criterios de exclusión:
 - Grupo de riesgo medio, alto y muy alto grado.
 - Edad <16años. Necesidad de consentimiento de tutores.
 - Herpes genital activo o sospecha ITS, LA teñido, Fiebre materna, sospecha corioamnionitis, serologías desconocidas.
 - LA teñido.
 - Sangrado vaginal activo.
 - Antecedentes de Hemorragia Posparto.
- **Criterios de exclusión relativos:**
 - Líquido meconial claro.
 - IMC elevado (capaz de salir y entrar en la piscina sin ayuda). IMC: HUVN>29, Inca >35. Varía según el protocolo de cada Hospital, se debe valorar el grado de movilidad de la mujer, que sea capaz de salir y entrar sin ayuda. Normalmente a valorar a partir de IMC>30 que es cuando existe obesidad.
 - Edad >35 HUVN, >40 H. Clinic y H. Inca. Por sí sola la edad no es un criterio de exclusión en su límite superior.
 - Distocia de hombros previa.
 - Macrosomía fetal.
 - Desgarros previos de III y IV grado.
 - EGB positivo.
 - Gran multípara.
 - Diabetes gestacional. Se contemplan algunas excepciones, como la Diabetes Gestacionales (DG) controladas con dieta con control metabólico adecuado, con peso fetal normal.
 - Cesárea anterior. Cesáreas anteriores. En el HUVN pertenecen al grupo de riesgo medio, por lo que están excluidas. En otros protocolos incluyen gestantes con cesárea anterior única si fue

indicada por presentación podálica o transversa, SPBF, parto estacionado o fracaso de inducción, valorando previamente el periodo intergenésico (> 18 meses), evolución de la dilatación normal en tiempo e inicio espontáneo.

- One to one: una matrona en todo momento con la mujer.
- RCTG intermitente mediante Doppler fetal acuático o Monitorización fetal acuática.
- Agua:
 - o Previamente dejar correr el agua unos minutos para minimizar el riesgo de infección.
 - o Tras dos horas de inmersión valorar el estado del agua, debe estar limpia. Si en caso de heces líquidas y/o fluidos hemáticos en exceso, renovar el agua.
 - o Colador o redecilla para la recogida de restos de heces, previniendo la infección por E. Coli.
 - o La temperatura del agua debe mantenerse similar a la corporal, sin superar nunca los 37.5 °C, y debe controlarse cada hora. Esto es crucial porque si el agua está demasiado caliente, la temperatura de la gestante aumentará, lo que a su vez elevará la temperatura del feto, que ya es naturalmente más alta. Dado que el feto tiene un mecanismo de termorregulación delicado, mantener una temperatura elevada incrementa su necesidad de oxígeno, haciéndolo más vulnerable a los descensos en los niveles de oxígeno que ocurren durante las contracciones.
- Plan de evacuación determinado (evacuación rápida de agua, salida fácil de la bañera).
- Tiempo: máximo 2 horas seguidas, ya que no tiene un efecto a largo plazo. Se le debe invitar a salir y utilizar otras alternativas como deambulación, esferodinamia, cambios de posición, masajes... Tras haber renovado el agua podrá volver a introducirse en ella.
- Control de constantes: TA, FC y T^a cada hora.

HIDROTERAPIA EN FASE DE EXPULSIVO

En el Hospital Clinic de Barcelona y en el Hospital Virgen de las nieves no contemplan en su protocolo el expulsivo en agua, solo en caso de parto precipitado, sin tiempo a la salida de la mujer y/o evacuación rápida del agua.

El hospital de Inca y la casa de nacimientos si lo contemplan. Entre los Factores más importantes a tener en cuenta durante el expulsivo:

- Debe ser presenciado por dos matronas.
- Auscultación fetal cada 5 minutos.
- Si la calota entra en contacto con el aire no volver a sumergir en el agua.
- HANS OFF. No se debe realizar protección del periné de forma activa.
- No se debe comprimir el cordón ni intentar liberar las posibles circulares. Para no estimular al bebé y evitar la respiración sumergido en el agua. Si una vez empieza a salir el cuerpo, se detecta una circular de cordón apretada, podemos realizar Maniobra de Somersault dentro del agua.
- Acompañar la salida del recién nacido de manera suave y lenta para no generar tensión o tracción del cordón y evitar el posible riesgo de rotura del cordón.
- Tras la salida de la cabeza esperar la rotación y salida de los hombros. Se deben esperar 2 contracciones. Si tras la segunda contracción se sospecha distocia de hombros se debe hacer como 1ª maniobra Gaskin. Para realizar la maniobra, según los protocolos de cada hospital se podría realizar dentro del agua o fuera, depende mucho si la bañera tiene vaciado rápido y/o compuertas de acceso rápido. Se puede empezar a movilizar a la mujer para su salida de la bañera (durante el proceso, debido a la movilidad de la pelvis se podría resolver la distocia de hombros) y realizar las maniobras fuera de la bañera.
- Para evitar la hipotermia del bebé, el cuerpo debe permanecer en el agua mientras la cabeza está fuera.
- Test de Apgar. Los neonato que nacen en agua no lloran de inmediato, suelen caracterizarse por una cianosis más prolongada, que entra dentro de la normalidad.

- Valorar el estado de las mucosas previamente a la sutura. Si fuese preciso, se debe esperar 1h tras la inmersión para que los tejidos se recuperen de la vasodilatación del agua caliente y sean menos friables.

HIDROTERAPIA EN EL ALUMBRAMIENTO

La evidencia respecto al alumbramiento en el agua es muy limitada. Se recomienda el alumbramiento fuera del agua o con la bañera vacía de forma dirigida con oxitocina y activa mediante la tracción controlada del cordón.

El alumbramiento en el agua requiere mayor experiencia para valorar el sangrado y debe realizarse de manera espontánea.

Valoración del sangrado y del tono uterino. Para valorar la pérdida hemática de la mujer, se debe tener un control visual en todo momento del color del agua, para ello, se tendrá en cuenta:

- Pérdida sanguínea < 500 ml: Se ven las piernas de la mujer y el color del agua es parecido al de la sangría.
- Pérdida sanguínea de 500ml a 1000ml o más: No vemos las piernas de la mujer, color a vino tinto. Se debe sacar inmediatamente de la bañera.

El color propio de la bañera es fundamental para poder apreciar con precisión la pérdida hemática, para ello, si una bañera es rosa o rojiza, se puede utilizar un vaso transparente para su valoración.

EVIDENCIA ACTUAL

En 2010 la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad, recomienda la inmersión en agua caliente como un método eficaz de alivio de dolor durante la fase tardía de la primera etapa del parto, con Evidencia A. No hace mención al parto en el agua.

En 2014 La Sociedad Española de Neonatología (seNeo) y la sección de medicina perinatal de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO) publicaron su consenso respecto la atención del parto en el agua, en el que reconocen 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, pero

no mejora los resultados perinatales. 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. Por tanto, recomiendan que esta modalidad de parto solo se contemple en el contexto de un ensayo clínico controlado.

En 2018 se realizó la revisión más actualizada de la biblioteca Cochrane, en el que incluye 15 ensayos publicados entre 1990 y 2015 (3.663 mujeres). Ocho incluyeron la inmersión en agua durante el periodo de dilatación del trabajo de parto; dos solo durante el periodo expulsivo; cuatro durante los periodos de dilatación y expulsivo del trabajo de parto, y uno que comparó la inmersión temprana versus tardía durante el periodo de dilatación del trabajo de parto. La mayoría de los autores de los ensayos no especificaron la paridad de las mujeres. Los ensayos tuvieron diversos grados de sesgo: no fue posible cegar la intervención y hubo falta de información sobre la asignación al azar. Esta revisión concluye que la inmersión en agua durante el trabajo de parto produce una reducción de la tensión arterial y mejora de la perfusión uterina, mejora la oxigenación fetal y la elasticidad perineal, reduciendo el trauma perineal, las mujeres reportan mayor bienestar físico y psicológico durante la inmersión, probablemente disminuye el uso de analgesia epidural, no hay evidencia suficiente para determinar el efecto de la inmersión sobre la pérdida de sangre estimada. No se informaron muertes perinatales y no hay evidencia suficiente para determinar la repercusión sobre los ingresos en la unidad de cuidados intensivos neonatales. La evidencia para la inmersión durante el periodo expulsivo es limitada y no muestra diferencias claras en cuanto a los resultados de los cuidados intensivos maternos o neonatales. Por tanto, el estudio concluye con la falta de evidencia de que el trabajo de parto o el parto en el agua aumenten los efectos adversos para el feto/recién nacido o la mujer.

En 2021 H. Aughey et al. Publicaron su estudio cohorte observacional retrospectivo nacional respecto al parto en el agua y los factores de riesgo asociado con su uso en Inglaterra. Evaluaron la hemorragia posparto, la lesión perineal, la puntuación de Apgar y el ingreso en la unidad neonatal. Recibieron datos de 46.088 partos vaginales espontáneos de feto único de riesgo bajo e intermedio del NHS en Inglaterra; de los cuales 6.264 (13,6 %) se registraron como ocurridos en el agua. No hubo asociación entre el nacimiento en el agua y

una puntuación baja de Apgar ni en la lesión del esfínter anal. Hubo una asociación entre el nacimiento en el agua y la reducción del ingreso a una unidad neonatal y una asociación con una reducción de la hemorragia postparto.

Seed E. et al. Publicaron en 2023 un estudio de cohorte observacional prospectivo realizado en un hospital australiano, con el objetivo de comparar los resultados neonatales y maternos entre tres grupos: parto en tierra, inmersión en agua caliente durante el trabajo de parto (WWI) y parto en agua. El análisis incluyó 1.665 mujeres de bajo riesgo que dieron a luz por vía vaginal entre 2019 y 2020, de las cuales 243 partos en agua. Entre las conclusiones se encuentran:

- No se encontró un aumento significativo en los riesgos para los neonatos nacidos en agua o tras inmersión en agua durante el trabajo de parto.
- Ningún bebé fue admitido a NNU con inhalación de agua o ahogamiento
- Los nacimientos en agua mostraron tasas ligeramente menores de admisión a la unidad neonatal en comparación con los partos en tierra.
- El uso de Anestesia Regional fue significativamente menor en los casos de inmersión en agua.
- No observaron diferencias significativas en lesiones perineales graves entre los grupos.
- Hubo una avulsión del cordón en el grupo de parto en agua.

En 2023 la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña (AQuAS) realiza un informe de respuesta rápida en el que analiza la seguridad, satisfacción materna y posturas de sociedades científicas sobre el nacimiento en agua, una práctica popular en gestantes de bajo riesgo. En el cual, tras la revisión de la evidencia científica disponible, encuentran los siguientes hallazgos: no hay diferencias significativas en hemorragia posparto, lesiones perineales, mortalidad perinatal o puntuaciones de Apgar. La evidencia es limitada y de baja calidad, dificultando conclusiones definitivas. Los beneficios percibidos incluyen menor dolor, mayor control y experiencias más positivas. En cuanto a las sociedades científicas que respaldan el parto en el agua, se encuentran: En Reino Unido, The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) y The Royal College of Midwives (RCM). En Canadá, The Society of Obstetricians

and Gynaecologists of Canada (SOGC). En Australia y Nueva Zelanda, The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG) y The New Zealand College of Midwives (NZCM) y The Australian College of Midwives (ACM), por ultimo, Estados Unidos las sociedades de matronas como The American College of Nurse-Midwives (ACNM), The American Association of Birth Centers (AABC) y The Midwives Alliance North America (MANA). En cuanto a las Sociedades que no recomiendan el nacimiento en agua: En Estados Unidos, The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) y The American Academy of Pediatrics (AAP). En España, La Sociedad Española de Neonatología (SENEO) y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO).

La guía del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) de 2023 sobre cuidados intraparto para mujeres sanas y embarazos de bajo riesgo recomienda ofrecer la opción de inmersión en agua profunda durante la primera etapa del trabajo de parto, ya que puede reducir la percepción del dolor y disminuir la necesidad de analgesia epidural. Sin embargo, NICE señala y mantiene desde 2007 que no hay suficiente evidencia para evaluar los beneficios y riesgos del parto en el agua durante la segunda etapa del trabajo de parto.

Sanders J. et al. Publicaron en 2024 en la revista international journal of obstetrics and gynaecology (BJOG) cuyo factor de impacto Q1, el estudio de cohorte observacional "The POOL cohort study", en el que intentan responder a la pregunta "si todo sigue bien durante el parto, ¿debo quedarme en el agua o salir para el parto?". Con el uso de datos retrospectivos y prospectivos capturados en sistemas electrónicos de información de maternidad y neonatología del sistema nacional de salud de Reino Unido (NHS), con un total de 73.229 mujeres sin factores de riesgo prenatal o intraparto, que utilizaron inmersión en agua intraparto, entre el 1 de enero de 2015 y el 30 de junio de 2022. Mujeres sin complicaciones médicas u obstétricas subyacentes, en trabajo de parto espontáneo, entre 37+0 y 41+6 semanas de gestación, sin estimulación con oxitocina durante el trabajo de parto. En total, 39.627 (65,6%) fueron partos en el agua y encontró evidencia convincente de que las tasas de OASI entre mujeres nulíparas y multíparas no fueron más altas durante el parto en el agua,

y las tasas del resultado primario neonatal no fueron más altas entre los bebés nacidos en el agua. Permanecer en la piscina y dar a luz en el agua no se asoció con un aumento en la incidencia de resultados maternos o neonatales primarios adversos. La incidencia de resultados adversos en neonatos (como muerte fetal o neonatal, necesidad de soporte respiratorio en la UCI neonatal o administración de antibióticos dentro de las primeras 48 horas) fue menor en los partos en agua comparado con los partos fuera del agua. En cuanto a la mortalidad perinatal, se observaron tasas bajas y similares de mortalidad. La diferencia no fue estadísticamente significativa y no sugiere un aumento del riesgo en partos en agua. Menos tasas de reanimación neonatal en partos en agua. Respecto a la Ruptura del cordón umbilical, hubo una mayor incidencia de ruptura del cordón umbilical antes de ser pinzado en partos en agua que fuera del agua, aunque ningún recién nacido murió, ni requirió de hipotermia terapéutica ni transfusión sanguínea.

En 2024 Edwards et al., publicaron un Metanálisis respecto al Parto en Agua, evaluaron los resultados maternos y neonatales del parto en agua comparados con el parto en tierra, en gestaciones únicas, cefálicas y ≥ 36 semanas de edad gestacional. Incluyó seis ensayos clínicos aleatorizados con un total de 706 pacientes. Entre sus conclusiones que encontraron fueron, mayor satisfacción de las mujeres, menor dolor durante la inmersión en agua y menor uso de analgesia epidural, reducción de las distintas fases del parto. No hubo diferencias significativas en cuanto a hemorragia postparto, lesiones perineales y uso episiotomías. No fue posible evaluar el riesgo primario neonatal, sin encontrar diferencias significativas en el Apgar, Ingreso a la UCI neonatal y en Infecciones neonatales o aspiración de meconio. La mayoría de los estudios carecía de detalles sobre la aleatorización y el cegamiento de participantes. Ningún ensayo estaba registrado en bases de datos de ensayos clínicos. Presentan sesgos en la medición de resultados y ejecución de los ensayos. Por tanto, la calidad limitada de la evidencia y el tamaño muestral pequeño impiden conclusiones definitivas sobre la seguridad neonatal.

CONCLUSIONES

La hidroterapia se destaca como una herramienta eficaz y segura durante la fase de dilatación del trabajo de parto en mujeres de bajo riesgo. Su uso proporciona un alivio significativo del dolor y contribuye a una experiencia más positiva para la gestante.

A nivel global, los estudios sugieren que el parto en agua puede considerarse una opción válida en contextos de bajo riesgo. Esta práctica cuenta con el respaldo de organismos internacionales como RCOG, SOGC y RANZCOG, siempre que se lleve a cabo siguiendo protocolos claros y bajo estricta supervisión profesional.

Por último, aunque el uso del agua durante la fase de expulsivo sigue siendo un tema controvertido y las opiniones de las sociedades científicas y las prácticas varían según la región, cada vez hay más estudios en los que la evidencia muestra la ausencia del aumento de efectos adversos en madres y neonatos. Aun así, es importante continuar investigando y promoviendo la formación especializada en esta técnica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña (AQuAS). Informe de respuesta rápida: Nacimiento en el agua. Seguridad de la madre y el bebé, satisfacción materna y posicionamiento de las sociedades científicas. Julio 2023. Disponible en: <https://aquas.gencat.cat>
2. Aughey H, Jardine J, Moitt N, Fearon K, Hawdon J, Pasupathy D, Urganci I, Equipo del proyecto NMPA, Harris T. Parto en el agua: un estudio de cohorte retrospectivo nacional de factores asociados con su uso entre mujeres en Inglaterra. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21:256.
3. Cluett ER, Burns E. Immersion in water during labor and birth (Cochrane Review) [Internet]. *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>

4. Edwards S, Angarita AM, Talasila S, Berghella V. Waterbirth: a systematic review and meta-analysis. *Am J Perinatol*. 2024;41(10):1134-1142. doi:10.1055/s-0043-1768645.
5. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2010. [citado el 19 de enero de 2025]. Disponible en: www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/atencionParto.htm
6. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). **Intrapartum care for healthy women and babies** [Internet]. NICE guideline NG235; 2023 [citado el 19 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235>
7. Odent M. Nacimiento bajo el agua. *Lancet* 1983; 2: 1476-1477.
8. Seed E, Kearney L, Weaver E, Ryan EG, Nugent R. Un estudio de cohorte prospectivo que compara los resultados neonatales del parto en el agua y el parto en tierra en una unidad de maternidad terciaria australiana. *Aust NZJ Obstet Gynaecol*. 2023 Feb;63(1):59-65. doi: 10.1111/ajo.13555. Publicación electrónica 7 de julio de 2022. PMID: 35796252.
9. Sociedad Española de Neonatología y Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. Atención del parto en el agua. *An Pediatr*. 2014;81(4):220-224. doi: 10.1016/j.anpedi.2014.06.013.
10. Protocolo: Asistencia al trabajo de parto en agua [Internet]. Fetal Medicine Barcelona. 2022 [citado el 19 de enero de 2025]. Disponible en: <https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/asistencia-al-trabajo-de-parto-en-agua.pdf>
11. Protocolo de parto en agua. 2021. Hospital comarcal d'Inca. Govern de les Illes Balears.

12. Protocolo: "Uso de la hidroterapia durante la fase activa de la primera etapa del parto". 2018. Hospital Universitario Virgen de las Nieves.
13. Protocol Part i naixement a l'aigua al centre de naixement casa laietània. 2021. Hospital Gemans trias i Pujol.