

## ASISTENCIA AL TRABAJO DE PARTO EN EL AGUA

Àrea de Sala de Parts, Servei de Medicina Maternofetal.

Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona.

### 1. INTRODUCCIÓN

Actualmente se está introduciendo el uso de la hidroterapia en las salas de parto de los hospitales fruto de la importante evidencia científica sobre sus efectos en la disminución en la administración de analgesia y aunque con controversia en los resultados, parece disminuir el tiempo de dilatación sin incrementar complicaciones materno-fetales<sup>(1)</sup>. Su demanda es cada vez mayor, por parte de las gestantes, que solicitan partos menos medicalizados y más humanizados.

El presente protocolo afectará al equipo del bloque obstétrico y pediatría del Hospital Clínic y Hospital Sant Joan de Déu.

#### 1.1. VENTAJAS DEL USO DE HIDROTERAPIA:

Las ventajas de la hidroterapia descritas durante el parto en general son <sup>(5)</sup>:

- Aumento de la movilidad gracias a la flotabilidad
- Relajación y disminución de la sensación dolorosa relacionado con el calor del agua
- Aumento de secreción de oxitocina secundaria a la relajación y liberación de serotonina
- Aumento de la vascularización uterina dando lugar a una mayor oxigenación produciendo contracciones uterinas más efectivas
- Reducción en el tiempo de la primera y segunda fase de parto
- Disminución de la TA con una inmersión hasta los hombros
- Aumento del grado de satisfacción materna

Además:

#### **Periodo de Dilatación:**

- Acelera la dilatación cervical
- Disminución la necesidad del uso de oxitocina

#### **Periodo Expulsivo:**

- Aumento de partos espontáneos
- Disminución del trauma perineal y episiotomías <sup>(1-3)</sup>
- Disminución de analgesia loco-regional

### **Periodo Alumbramiento**

- No hay evidencia científica sobre el alumbramiento dentro del agua por lo que se recomienda extremar la vigilancia en el control de la pérdida hemática. El alumbramiento en el agua podría relacionarse con un mayor tiempo de expulsión de la placenta <sup>(3)</sup>

### **1.2. EFECTOS ADVERSOS POTENCIALES**

La evidencia concluye que siempre y cuando se siga un riguroso protocolo en la admisión de la gestante a la bañera, no hay relación entre el uso del agua durante el parto y la infección materna o neonatal, aparición de fiebre, riesgo pérdida bienestar fetal (respiración o termorregulación) o aumento de ingresos en UCIN. <sup>(1)</sup>

## **2. CONDICIONES GENERALES PARA SU USO**

---

Previamente a la inmersión a la bañera de las gestantes, se deben valorar los posibles factores de riesgo de la hidroterapia durante el trabajo de parto.

La evaluación del riesgo de cada gestante debe ser realizada antes de la inmersión en agua, así como durante todo el proceso de parto ya que su resultado puede variar en cualquier momento.

El uso de la hidroterapia durante el parto será indicado en (6,7):

- Gestantes a término de bajo-medio riesgo (clasificación del Hospital Clínic – BCN Natal) en trabajo de parto activo (recomendado > 4cm dilatación) y con una dinámica uterina regular <sup>(2-3)</sup>
- RCTG de 30 minutos normal previo a la inmersión.
- Vía venosa periférica. La mujer que deniegue la colocación de vía, deberá firmar un documento de denegación de consentimiento.
- Aceptación de las condiciones de uso mediante firma de consentimiento informado (Anexo 2).
- En la fase latente del parto, en casos seleccionados, con una dinámica uterina regular y clínica, se considerará la hidroterapia como terapia alternativa de alivio del dolor.
- 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.

---

**PROTOCOLO: ASISTENCIA AL TRABAJO DE PARTO EN EL AGUA**

---

- La evaluación del riesgo debe ser realizada antes de la inmersión en agua, así como durante todo el proceso del parto, ya que su resultado puede variar en cualquier momento.

### **3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

Los criterios de inclusión y exclusión se describen en las tablas que se encuentran en el anexo 1.

Según la clasificación de factores de riesgo en el momento del parto del Hospital Clínic – BCN Natal (Tabla 1), las gestantes con **alto riesgo** NO serán candidatas al uso de la bañera durante el trabajo de parto, mientras que las de **bajo riesgo** SI serán susceptibles al uso de la bañera como método alternativo a paliar el dolor durante el trabajo de parto.

Sin embargo, dentro del grupo de alto riesgo, existen excepciones donde si se les podrá ofrecer la hidroterapia durante el proceso de dilatación, que se exponen en la Tabla 2 y se especifican a continuación.

Las pacientes incluidas en la tabla de **riesgo medio**, serán candidatas para la inmersión de la bañera con las siguientes consideraciones (6,7):

- Edad materna avanzada > 40a
- Las gestantes con antecedentes de una cesárea anterior precisan RCTG continuo durante toda la dilatación para garantizar el bienestar fetal asociado a la dinámica uterina espontánea de parto.
- En caso de sospecha de macrosomía fetal ( $P>97$ ) o antecedente de distocia de hombros.
- Antecedente de hemorragia postparto.
- Se considerará el empleo de la hidroterapia en aquellos trabajos de parto en los que, aunque hayan precisado de medicación/balón para inducir el mismo, una vez iniciada la dinámica uterina regular y dilatación favorable no precisen perfusión de oxitocina para proseguir la evolución del parto, siempre que el motivo de la inducción del parto no se incluya entre los factores de alto riesgo para el uso de la bañera.
- Las pacientes con SGB positivo son candidatas al uso de bañera, pero precisan canalización de vvp para la administración de antibioterapia ev durante la dilatación.
- Alto riesgo de PE al inicio del embarazo.

#### **4. CRITERIOS PARA EL ABANDONO DE LA BAÑERA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO**

La posibilidad de suspender la inmersión en el agua si surgen complicaciones inesperadas durante el parto debe tratarse con la gestante previamente como parte de la información previa a la firma del CI. Los criterios para dicha suspensión son:

- Deseo materno
- Irregularidades en el RCTG
- Hemorragia intraparto
- Líquido amniótico meconial
- Necesidad de realizar amniorrexis artificial para la progresión del parto. La realización de la amniorrexis artificial (AA) siempre se hará fuera de la bañera para poder valorar así el color del LA y valorar adecuadamente que no se produzca el prolapso del cordón umbilical durante la realización. Tras la AA con líquido claro, si la gestante presenta dinámica uterina regular y progresión del parto, se podría volver a sumergir en la bañera, si no presenta factores de alto riesgo para la misma.
- Sensación de pujo activo
- No progresión del parto que precise administración de oxitocina
- Alteración de constantes maternas (Hipertermia o hipo/hipertensión arterial)
- Signos de infección (fiebre, taquicardia materna/fetal, etc.)
- No disponer de acompañante de forma continua
- Petición de la gestante de analgesia peridural
- Presión asistencial en sala de partos que imposibilite los cuidados

#### **5. RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS**

##### Materiales

Será necesario disponer para su uso de todos los materiales previstos por el centro para la atención al parto normal. El uso de la bañera para el periodo de dilatación requerirá además de los siguientes:

- Bañera obstétrica
- Escalera de acceso a la bañera
- Doppler fetal acuático (telemetría)

---

## PROTOCOLO: ASISTENCIA AL TRABAJO DE PARTO EN EL AGUA

---

- Espejo
- Guantes de largo especial
- Termómetro para la bañera
- Colador o redcilla

### Humanos

Será necesario que el centro disponga de un número adecuado de matronas que garanticen el seguimiento del protocolo del parto en el agua de forma segura para la gestante y su hijo. El uso de la bañera requerirá:

- Una matrona por gestante durante la dilatación
- Se puede precisar la colaboración de un celador en caso de dificultad para salir de labañera
- El personal de limpieza para la desinfección y limpieza de la bañera
- Junto con el personal de prevención se realizarán controles bacteriológicos de forma periódica

## **6. PREPARACIÓN 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.
- Como en cualquier atención al parto, en todo momento se procurará mantener un ambiente tranquilo y preservar la intimidad de la pareja. Puede hacerse uso de aromaterapia, música relajante y audiovisuales si la mujer lo desea.

## **7. 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 nuestro centro además de realizar los siguientes cuidados:

- Asegurarse que la mujer está acompañada en todo momento.
- Constantes vitales maternas: TA, FC y temperatura cada hora y previo a la inmersión. Si se produce un aumento de un grado la temperatura materna se

---

PROTOCOLO: ASISTENCIA AL TRABAJO DE PARTO EN EL AGUA

---

deberá enfriar ligeramente el agua o pedir a la madre que salga de la bañera hasta que se normalice su temperatura.

- Comprobación de la temperatura de la bañera cada hora.
- RCTG intermitente mediante telemetría sumergible o continuo si el riesgo obstétrico lo requiere.
- Fomentar la correcta hidratación materna: ingesta de líquidos 500ml (agua, zumos, bebidas isotónicas) y diuresis.
- Pasadas las 2h de inmersión, valorar la evolución y dinámica uterina. Si existe disminución de la dinámica uterina, recomendar la deambulación con el fin de restablecer patrón de dinámica uterina regular.<sup>(5)</sup>
- Renovar el agua las veces necesarias para asegurar una correcta nitidez de la misma.
- Retirar los restos fecales que pudieran aparecer durante el trabajo de parto (prevención de la infección por E.Coli).<sup>(3)</sup>
- No se debe sobrepasar un periodo de 120 minutos de forma continua en el uso de la hidroterapia, animando a la gestante a salir e invitándole a utilizar otras alternativas como deambulación, esferodinamia, cambios de posición, masajes... Tras haber renovado el agua podrá volver a introducirse en ella.
- Registrar el partograma la voluntad de la mujer de usar hidroterapia, especificando que cumple los criterios de inclusión, fase de parto en que se inicia, duración y finalización de la misma, así como cualquier incidencia que se presente durante el procedimiento.
- En el caso que el parto se estacionara y tras haber probado otras medidas para estimular la dinámica uterina (deambulación, estimulación de pezones...), se procederá (tras informar a la pareja) 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. Para permitir la disponibilidad de la bañera para otra gestante, deberá ser trasladada a otra sala de partos, excepto si se valora que no es necesario teniendo en cuenta el tiempo estimado hasta el parto y la presión asistencial.

## 8. ASISTENCIA AL EXPULSIVO

---

No existe ninguna evidencia del incremento de afectos adversos del trabajo de parto o parto en el agua para el feto, el RN o la gestante (10). Aún así, todavía es necesaria más investigación y por ese motivo, de momento la asistencia al expulsivo en el agua **SOLO** se realizará en aquellos casos en los que el expulsivo se produzca de forma precipitada y/o no se tenga tiempo a la salida de la bañera o a vaciar el agua de ella (vaciado en 30seg) (13)

## 9. BIBLIOGRAFÍA

---

1. Cluett ER, Burns E, Cuthbert A. Immersion in water during labour and birth. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2018 [citado el 21 de octubre de 2022];5(5):CD000111.
2. Zanetti-Dallenbach 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.
3. Intrapartum care for women with existing medical conditions or obstetric complications and their babies. NICE guideline Published: 6 March 2019 [www.nice.org.uk/guidance/ng121](http://www.nice.org.uk/guidance/ng121)
4. McIntosh J, Angela O'Neill. Guideline for the Management of Water Birth in the Community. Halton and St Helens Division NHS trust. June 2011
5. Iriundo Sanz M, et al. 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 (Barc). 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.06.013>
6. Royal College of Midwives. Evidence based guidelines for midwifery-led care in labour. Immersion in water for labour and birth. London: RCM; 2009.
7. 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.
8. Jackson, Rebecca (2013). *The use of water during the first stage of labour: Is this a safe choice for women undergoing VBAC?. British Journal of Midwifery, 21(6), 388–393. doi:10.12968/bjom.2013.21.6.388*

**PROTOCOLO: ASISTENCIA AL TRABAJO DE PARTO EN EL AGUA**

---

<b>Responsables del protocolo:</b>	C.Tarrida, M.Izco, E.Basteiro, I.Benito, S.Hernandez, L.Mallen, P.Ferrer, L.Almeida, F.Figueras
<b>Fecha del protocolo:</b>	18/07/13
<b>Última actualización:</b>	23/11/2022
<b>Próxima actualización:</b>	11/2026
<b>Código Hospital Clínic:</b>	MMF-10-2013
<b>Código Sant Joan de Deu:</b>	

**PROTOCOLO: ASISTENCIA AL TRABAJO DE PARTO EN EL AGUA**

**ANNEXO 1.**

TABLA 1.

<b>GESTANTES DE BAJO RIESGO</b>	<b>GESTANTES DE ALTO RIESGO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Embarazo no deseado</li> <li>▪ Estado vacunal inadecuado</li> <li>▪ Riesgo cardiovascular OMS I y II</li> <li>▪ Control insuficiente de la gestación</li> <li>▪ Periodo intergenésico corto (&lt;12m)</li> <li>▪ Antecedente CIR o PEG</li> <li>▪ Esterilidad primaria</li> <li>▪ Antecedente patología placentaria</li> <li>▪ Antecedente patología obstétrica</li> <li>▪ Antecedente parto distócico</li> <li>▪ Antecedentes familiares de enfermedades hereditarias</li> <li>▪ Condiciones socioeconómicas desfavorables</li> <li>▪ Víctima de violencia de género</li> <li>▪ Antecedente de patología mental</li> <li>▪ Patología mental actual controlada</li> <li>▪ Metrorragias durante el primer trimestre</li> <li>▪ Diabetes gestacional no insulinizada</li> <li>▪ Riesgo de infección (ITU, bacteriuria, ITS, SGB+...)</li> <li>▪ Fumadora habitual</li> <li>▪ Gestante Rh negativa</li> <li>▪ Endocrinopatías estables durante gestación</li> <li>▪ Antecedente de enfermedad trofoblástica</li> <li>▪ Antecedente de incompetencia cervical</li> <li>▪ Anomalía cromosómica previa</li> <li>▪ Embarazo ectópico previo</li> <li>▪ Muerte perinatal previa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Edades extremas (&lt;15 y &gt;40)</li> <li>▪ IMC &lt;18.5 Kg/m<sup>2</sup> y &gt;40 Kg/m<sup>2</sup></li> <li>▪ Riesgo cardiovascular OMS III y IV</li> <li>▪ Multiparidad (&gt;3)</li> <li>▪ Antecedente de hemorragia postparto</li> <li>▪ Diabetes insulinizada</li> <li>▪ Antecedente de distocia de hombros</li> <li>▪ Cirugía uterina previa (cesárea previa)</li> <li>▪ Gestación múltiple</li> <li>▪ Rotura prematura de membranas (&gt;24h)</li> <li>▪ Malformación fetal que requiera asistencia neonatal inmediata</li> <li>▪ Oligoamnios/polihidramnios</li> <li>▪ Estado hipertensivo del embarazo/PE</li> <li>▪ Embarazo prolongado (&gt;42 semanas)</li> <li>▪ Sospecha macrosoma (&gt;p97)</li> <li>▪ Infección materna o fetal: VIH, VHB, VHC, pielonefritis, corioamnionitis</li> <li>▪ Anemia grave (Hb &lt;9 g/dl o Hto &lt;25%)</li> <li>▪ Isoinmunización</li> <li>▪ Patología asociada grave</li> <li>▪ Anomalías pélvicas</li> <li>▪ Malformaciones uterinas</li> <li>▪ Crecimiento intrauterino restringido</li> <li>▪ Situación anómala de la placenta</li> <li>▪ Parto prematuro (&lt;37 semanas)</li> <li>▪ Síndrome de dependencia alcohol/drogas</li> <li>▪ Tratamiento con anticoagulantes hasta el momento del parto o coagulopatías</li> </ul>

**PROTOCOLO: ASISTENCIA AL TRABAJO DE PARTO EN EL AGUA**

---

TABLA 2.

<b>GESTANTES DE MEDIO RIESGO</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Edad materna &gt; 40ª</li><li>▪ Antecedente de una cesárea anterior</li><li>▪ Sospecha de macrosoma &gt; P 97</li><li>▪ Antecedente de distocia de hombros</li><li>▪ Antecedente de hemorragia postparto</li><li>▪ Parto espontáneo tras inducción con prostaglandinas/balón</li><li>▪ Alto riesgo de PE</li></ul>

**ANNEXO 2.**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
ASISTENCIA DEL TRABAJO DE PARTO EN AGUA**

**IDENTIFICACIÓN PACIENTE**

**Nombre y apellidos**

**Edad**

**Número historia clínica**

**IDENTIFICACIÓN REPRESENTANTE LEGAL (*si procede*)**

**Nombre y**

**apellidos**

**Vínculo con**

**el paciente**

**¿En qué consiste?**

---

El uso de hidroterapia durante el trabajo de parto es una técnica de alivio del dolor alternativa a la analgesia raquídea segura, eficaz y que aumenta la autonomía y confianza de la mujer. Su uso está aconsejado en la fase activa del parto (dilatación de más de 4 cm y dinámica uterina regular) facilitando así la relajación de la mujer, una mejor tolerancia del dolor y el proceso del parto.

La inmersión en el agua se realiza hasta el pecho, manteniendo una temperatura constante del agua a 36.5-37º C, durante 2h como máximo, pudiendo repetirse la inmersión en el caso de que se desee. Mientras se está en la bañera de parto se realizarán los cuidados habituales, como la monitorización cardiotocográfica intermitente (durante 20min cada hora) o los tactos vaginales (cada 2h).

En el caso que se produzca alguna situación en la que el profesional responsable vea conveniente abandonar la bañera, usted deberá seguir sus indicaciones.

---

PROTOCOLO: ASISTENCIA AL TRABAJO DE PARTO EN EL AGUA

---

**¿Qué complicaciones pueden aparecer?**

---

Según el conocimiento disponible hasta el momento, el uso de la hidroterapia durante la fase de dilatación no implica más complicaciones que un parto normal, siempre y cuando se sigan los controles necesarios.

En cambio, el uso de la hidroterapia durante el expulsivo bajo el agua, puede comportar en ciertos casos complicaciones neonatales graves como son:

1. Una puntuación más baja en la escala de descripción del estado vital del recién nacido al nacer (test de Apgar),
2. La aspiración de agua dulce y posterior neumonía con asfixia del recién nacido,
3. La rotura del cordón umbilical,
4. Una infección generalizada en el recién nacido, o
5. Una intoxicación debida al agua, que provoque convulsiones y alteraciones analíticas (hiponatremia), y pueda ocasionar secuelas neurológicas o incluso la muerte del recién nacido.

A la luz de la información disponible, se considera que el expulsivo bajo el agua no está exento de riesgos para el recién nacido y, en consecuencia, no se recomienda como forma planificada de nacimiento.

Llegada esta fase final del parto, se procederá a su traslado a una cama de partos (anexa a la bañera) o a vaciar la bañera. Aun así, debe usted saber que existe una baja posibilidad de que no dé tiempo a adoptar estas medidas y el expulsivo acabe produciéndose en inmersión.

He sido informada por el equipo que me atiende de las condiciones de uso de la **hidroterapia (dilatación en el agua)** y de las complicaciones más habituales y consecuencias que se pueden presentar. La información me ha sido facilitada de forma comprensible y mis preguntas han sido contestadas, por lo que tomo libremente la decisión de (firmar donde proceda):

---

PROTOCOLO: ASISTENCIA AL TRABAJO DE PARTO EN EL AGUA

---

Aceptar las condiciones de uso de la hidroterapia:

Firma paciente y/o representante

DNI \_\_\_\_\_

Firma médico/comadrona

Número trabajador \_\_\_\_\_

Barcelona, a .....de ..... de 202....