

PROTOCOLO: ASISTENCIA AL TRABAJO DE PARTO EN EL AGUA

Servei d' Obstetrícia

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

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente se está introduciendo en las salas de parto de los hospitales por diversas causas:

- Existe 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⁽¹⁾
- La demanda cada vez mayor, por parte de las gestantes, solicitando partos menos medicalizados y más humanizados.
- Su uso como analgesia en la fase latente del parto, es beneficiosa en los casos de dinámica uterina intensa y regular.

VENTAJAS DEL USO DE HIDROTERAPIA:

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

- 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 ⁽¹⁻³⁾

- 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 ⁽³⁾

EFFECTOS ADVERSOS POTENCIALES:

La evidencia concluyen 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. ⁽¹⁾

Las últimas investigaciones realizadas concluyen que aunque las complicaciones neonatales son muy infrecuentes, éstas pueden ser muy graves, pudiendo conllevar: aspiración de agua dulce con neumonía, rotura de cordón umbilical, sepsis neonatal, intoxicación hídrica con hiponatremia y convulsiones que pueden motivar la muerte del neonato o la presencia de secuelas neurológicas. ^[8]

Por este motivo, y hasta que no surja evidencia científica sobre la atención al expulsivo en el agua, recomendaremos que llegado el momento del expulsivo se vacíe el agua de la bañera o se realice fuera de ésta.

En el caso que la gestante desee seguir con el proceso de parto en el agua, tras haber recibido la información adecuada tanto de forma oral como escrita y firmado el **consentimiento informado**, se asistirá a éste siguiendo las recomendaciones que se describen en este **protocolo**.

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

2. CONDICIONES GENERALES PARA SU USO

El uso de la hidroterapia durante el parto será indicado en:

- Gestantes a término de bajo-medio riesgo (clasificación de la Generalitat de Catalunya) en trabajo de parto activo (recomendado > 4cm dilatación.) y con una dinámica uterina regular ⁽²⁻³⁾
- 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

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.

En el caso de desear realizar el expulsivo en el agua la gestante deberá firmar el consentimiento informado. (ANEXO)

3. CONTRAINDICACIONES PARA SU USO

Las contraindicaciones para el uso de la hidroterapia son:

Causa materna:

- Gestación de alto riesgo
- Gestación no controlada
- Gestante menor de edad
- Control insuficiente de la gestación (<5 visitas)
- Diabetes gestacional no insulinizada
- Cardiopatías de grado I
- 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
- Uso de óxido nitroso
- No tener acompañante
- Uso de anestesia epidural o intradural
- Uso de narcóticos administrados en las últimas 6 horas

Causa fetal:

- RCTG patológico
- Líquido amniótico meconial
- Sospecha de macrosoma (peso fetal estimado > 4 Kg)
- Presentación anormal del feto durante el parto

Según la evidencia disponible la RPM ni el cultivo SGB positivo **NO** son motivo para contraindicar la hidroterapia.⁽¹⁾

Tampoco serán motivos de contraindicar el uso de hidroterapia cuando el alto riesgo se derive de la suma de factores de riesgo medio, factores de alto riesgo que ya hayan prescrito en el momento del parto y aquellos que no afecten al momento del parto como son: Historia obstétrica desfavorable: 2 o más abortos anteriores, incompetencia cervical uterina.

Dado que en nuestro centro, ante la RPM>18h se inicia protocolo de infección en el neonato, el uso de la hidroterapia en estos casos está contraindicado.

4. 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.

5. 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 esta acompañada en todo momento
- Constantes vitales maternas: TA, FC y temperatura cada hora
- RCTG intermitente mediante telemetría sumergible
- Fomentar la correcta hidratación materna: ingesta de líquidos 500ml (agua, zumos, bebidas isotónicas)
- 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.⁽⁵⁾
- 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).⁽³⁾

Las exploraciones vaginales, tactos, 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 (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.

6. ASISTENCIA AL EXPULSIVO

Conseguir un nacimiento en agua no es el objetivo final del uso de la hidroterapia durante el parto; sino conseguir un mejor alivio del dolor y aprovechar las ventajas que ofrece el agua durante el trabajo de parto.

Sin embargo, el expulsivo puede realizarse bajo el agua bajo el control estricto de dos profesionales (matronas u obstetras) **siempre que la gestante esté bien informada tanto de forma verbal como escrita y firme el consentimiento informado.**

La gestante podrá adoptar la postura en la que se sienta más cómoda.

Se recomienda que los pujos sean espontáneos y en espiración y no realizarlos hasta que la gestante tenga deseo de pujar.

6.1 Asistencia a la salida de la cabeza:

No se realizará protección perineal, se utilizará la técnica "hands off" con la finalidad de no estimular al bebé en ningún momento hasta su salida del agua.

En caso de observar circular de cordón durante el nacimiento, no se liberará para evitar la estimulación del bebé, dejando que la salida del bebé se realice de forma pasiva. En caso de que la circular sea prieta y no deje salir al feto, se vaciará la bañera y se procederá a su sección.

6.2 Asistencia a la salida de los hombros:

Normalmente no es necesario manipular la cabeza para facilitar la salida de los hombros. Esperar a la rotación externa de manera espontánea. La salida del resto de cuerpo fetal se realizará también de forma pasiva, esperando a las siguientes 2 contracciones sin estimular al bebé (no tocarlo).

Si la salida de los hombros no sucede después de dos minutos, se procederá a asistir de manera activa a la salida de los hombros.

Ante una distocia de hombros se procederá a vaciar la bañera y realizaremos maniobra de Gaskin (posición de manos y rodillas) como primera opción. Si no se consigue la expulsión del bebé, se trasladará a la gestante a la cama de partos para que el ginecólogo proceda al resto de maniobras recomendadas.

6.3 Asistencia a la salida del RN del agua:

Una vez que el cuerpo del bebe ha salido por completo, se le conducirá hacia la superficie con movimientos suaves y evaluando la longitud del cordón umbilical, evitando tracciones.

- Sacaremos en primer lugar la cara del bebé.
- No se debe cortar el cordón umbilical inmediatamente, sino hasta que deje de latir.
- En la valoración del Test de Apgar se deberá tener en cuenta que la adaptación neonatal a la vida extrauterina se realiza de forma más paulatina.
- Se puede calentar al bebé manteniendo la inmersión excepto la cabeza, o con toallas tibias secas, las cuales se pueden colocar sobre el cuerpo mientras esté piel con piel.

7. ALUMBRAMIENTO

Se realizará manejo activo del alumbramiento, que consiste en:

- Administración de profilaxis uterotónica en el momento o después del nacimiento del neonato: 3-5UI de oxitocina en bolus ev/ 10UI IM.
- Tracción controlada del cordón para el alumbramiento
- Masaje uterino

En el caso de haber realizado el parto en el agua, se procederá a vaciar la bañera para el alumbramiento. El alumbramiento se podrá realizar dentro de la bañera vacía o fuera según preferencias de la madre y del profesional que la asista.

Si el alumbramiento se demora, se invitará a la mujer a salir de la bañera, ya que la movilización facilita la salida de la placenta.

Tras el alumbramiento, se ayudará a la gestante a salir de la bañera, secándola y poniéndole ropa seca.

La revisión del canal del parto se realizará en la cama de partos. Ante un sangrado no profuso, se esperará alrededor de 1 hora después del parto para suturar, para que los tejidos se recuperen de la vasodilatación producida por el agua caliente y sean menos friables. ⁽⁶⁾

La recogida de sangre del cordón umbilical para su donación no será posible si el parto se realiza en la bañera.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Elizabeth R Cluett, Ethel Burns. Inmersión en agua para el trabajo de parto y parto (Revisión Cochrane traducida) En Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> .(Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 2 Art no. CD 000111. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd)
2. Teschendorf, M. E., .(2000). Hydrotherapy during Labour: An exemple of Developing a Practice Policy. MCN: The American Journal of Maternal/ Child Nursing 25(4)
3. 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.
4. Zanetti-Daellenbach R, Tschudin S, Yan Zhong X, Holzgreve W, Lapaire O, Hösli I. Maternal and neonatal infections and obstetrical outcome in water birth. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 134 (2007) 37-43
5. Mackey M. Use of water in labor and birth. Clinical Obstetrics and gynecology. Volume 44, number 4, pp 733-749. 2001.
6. Guidelines for water Birth within the hospital and at home in the UK. December 2006
7. McIntosh J, Angela O'Neill. Guideline for the Management of Water Birth in the Community. Halton and St Helens Division NHS trust. June 2011
8. Immersion in water during labor and delivery. Committee Opinion No. 594. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2014;123:912–5.

Responsables del protocolo:	Mallen L, Roé T, Basteiro E, Benito I, Hernandez S, Palacio M, Teixidó I, Arranz A, J. Miñano, M. Padró, MD. Gómez Roig
Fecha del protocolo:	18/07/13
Última actualización:	15/02/2015
Próxima actualización:	2017
Código Hospital Clínic:	
Código Sant Joan de Deu:	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ASISTENCIA DE PARTO EN AGUA

En que 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 4cm y dinámica uterina regular) facilitando así la relajación de la mujer, tolerar mejor el dolor de parto y a no interferir en el proceso de parto.

La inmersión en el agua se realiza hasta nivel pectoral, manteniendo una temperatura constante del agua a 36.5-37° C, durante 2h como máximo, pudiendo repetirse la inmersión en el caso de que se desee.

El tiempo que esté en la bañera de parto se realizarán los cuidados habituales; monitorización cardiotocográfica intermitente (20min cada hora) y tactos vaginales cada 2h.

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

Que complicaciones pueden aparecer?

Según las revisiones realizadas hasta el momento, el uso de la hidroterapia durante la fase de dilatación no implica más complicaciones que un parto normal, siempre y cuando las gestantes se escojan adecuadamente y se sigan los controles necesarios.

En el caso de realizar el expulsivo bajo el agua, algunos autores han descrito casos con complicaciones neonatales graves como:

1. Puntuación más baja del test de Apgar
2. Aspiración de agua dulce con neumonía con asfixia neonatal
3. Rotura de cordón umbilical
4. Sepsis neonatal
5. Intoxicación hídrica con hiponatremia y convulsiones

pudiendo motivar la muerte del neonato o la presencia de secuelas neurológicas.

En su reevaluación de 2017, el Comité de Ética Asistencial considera que, a la luz de la información disponible, el expulsivo bajo el agua no está exento de riesgos para el recién nacido y que, por lo tanto, no se recomienda como forma planificada de nacimiento.

Sra.....D.N.I.....

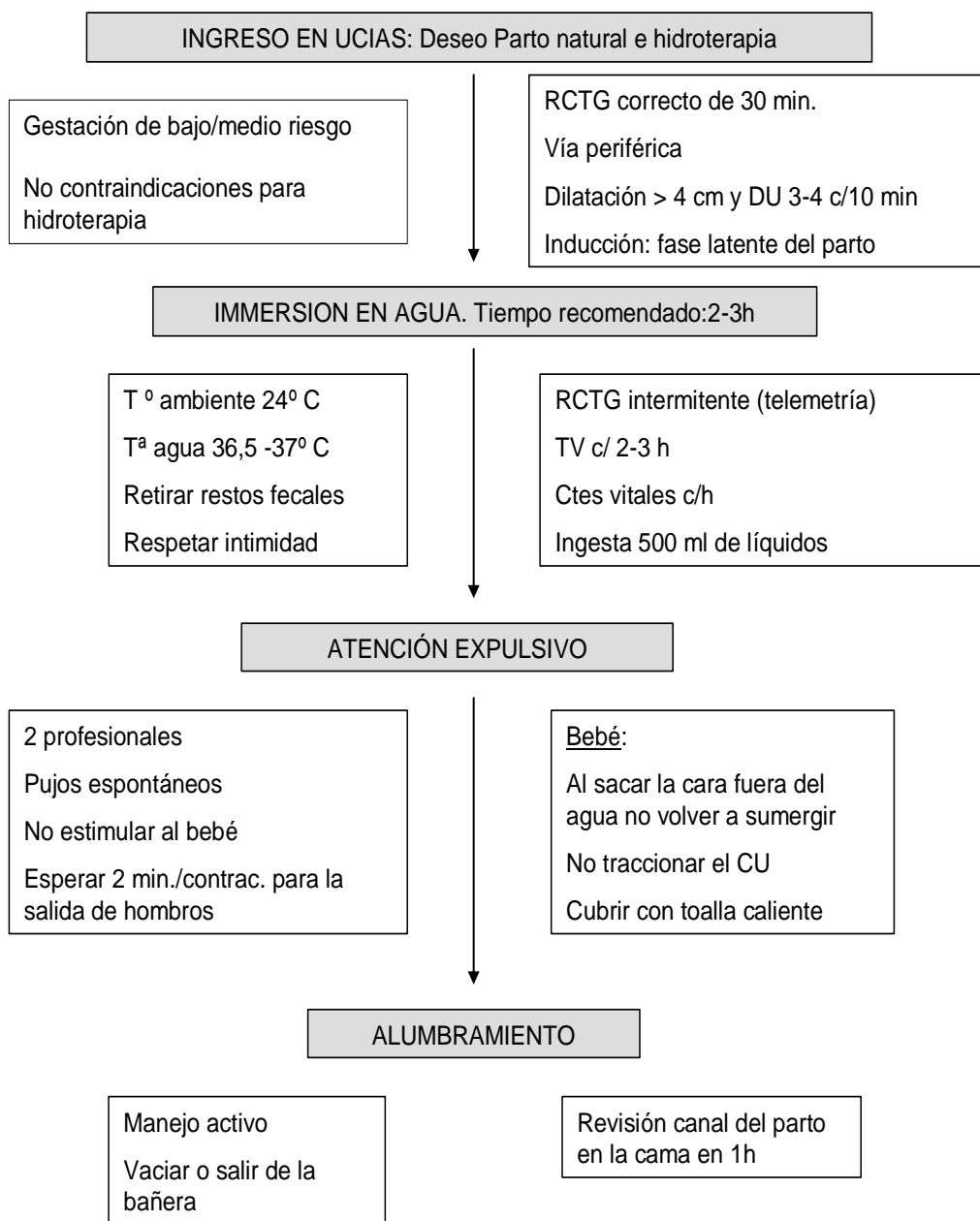
manifiesto voluntariamente que:

- Acepto las condiciones de uso de la hidroterapia durante la dilatación
- Acepto las condiciones de uso de la hidroterapia durante el expulsivo

Barcelona, a de de

Dr.
Núm. Col.

ALGORITMO HIDROTERAPIA



Conseguir un nacimiento en agua no es el objetivo final del uso de la hidroterapia durante el parto; sino conseguir un mejor alivio del dolor y aprovechar las ventajas que ofrece el agua durante el parto.