

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.

- **Marti Iriondo Sanz**
 - Servicio de Neonatología del Hospital Sant Joan de Dèu – Hospital Clínic. BCNATAL. Barcelona
 - Presidente del Grupo de RCP – SENEo.
- **Manuel Sánchez Luna**
 - Servicio de Neonatología del Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid
 - Presidente del Comité de Estándares - SENEo
- **Francesc Botet Mussons**
 - Servicio de Neonatología Hospital Clínic-Hospital Sant Joan de Dèu. BCNATAL. Barcelona.
 - Secretario de SENEo
- **Txanton Martínez-Astorquiza**
 - Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario de Cruces. Bilbao
 - Presidente de SEMEPE de la SEGO.
- **Josep M^a Lailla Vicens**
 - Catedrático de Obstetricia y Ginecología. Universitat de Barcelona.
 - Presidente de la SEGO.
- **Josep Figueras Aloy**
 - Servicio de Neonatología Hospital Clínic-Hospital Sant Joan de Dèu. BCNATAL. Barcelona
 - Presidente de SENEo

Introducción

La atención del trabajo de parto en el agua es una alternativa al parto tradicional que va aumentando su cuota de popularidad en muchos países y actualmente es una demanda real, dentro del colectivo de gestantes. Además se ha constatado que la atención del parto en el agua durante el expulsivo ha empezado a solicitarse de forma esporádica ¹⁻⁵.

En el año 2006 el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists y el Royal College of Midwives del Reino Unido elaboró una guía clínica para asistir el parto bajo agua en madres sanas con gestaciones no complicadas ⁶. En el año 2010 se publica la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal ⁷ en donde se recomienda (fuerza de la recomendación, 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. Recientemente la *American Academy of Pediatrics* (AAP) y *The American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) ⁵ han publicado un informe clínico en el cual señalan los potenciales beneficios maternos durante la primera parte del parto pero ponen en entredicho la realización de esta técnica durante el expulsivo y nacimiento del recién nacido. Existen pocos estudios de prevalencia de esta práctica y se estima que alrededor del 1% de partos en el Reino Unido incluye al menos un periodo de atención del parto en el agua ⁶. En nuestro medio, según datos del Grupo Español de Reanimación neonatal pendientes de publicación ⁸, el 17,4% de 155 centros hospitalarios encuestados en el 2012 sobre prácticas en reanimación en sala de partos, disponen de bañera en su paritorio y practican en casos seleccionados partos atendidos en el agua, de forma mayoritaria durante el trabajo de parto. Este procedimiento es más frecuente en los centros de nivel asistencial I-II que en los de nivel III (25,4 % vs 10,7%; $p < 0,05$). En EEUU en una encuesta publicada en el año 2001 ⁹, se objetivó que 143 maternidades disponían de bañera y en el Reino Unido según datos del año 2006 al menos 295 maternidades disponen de este servicio ⁶. El objetivo de este informe es difundir en nuestro medio el posicionamiento de la Sociedad Española de Neonatología y de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología sobre la realización del parto bajo agua y el impacto que puede tener esta práctica en la madre y sobre todo en la salud del recién nacido.

Beneficios y riesgos para la madre y el recién nacido

Se publicó una revisión Cochrane ¹⁰ en el año 2009 que analiza 12 ensayos clínicos controlados y aleatorizados (3.243 gestantes) de partos atendidos en el agua. De

los doce ensayos clínicos, nueve analizaron la inmersión durante la primera etapa del parto, dos de ellos la primera y la segunda etapa del parto y sólo uno comparaba la segunda etapa del parto con controles. En esta revisión Cochrane se objetiva que la inmersión durante la primera etapa del parto se asocia con una disminución en el uso de analgesia epidural, espinal o paracervical en las gestantes atendidas en el agua comparadas con controles (478/1.254 vs 529/1.245) (RR: 0,90; 95% de IC: 0,82 a 0,99) y de una menor duración del primer estadio de parto (-32,24 minutos de diferencia media) (95% de IC: -58,7 a -6,13). No se observaron diferencias en la frecuencia de partos vaginales, indicaciones de cesárea, uso de oxitocina, trauma perineal o infección entre las gestantes asistidas durante el parto en el agua y los controles. De los tres trabajos que comparan el periodo expulsivo en el agua con controles, se observó en uno de ellos un mejor nivel de satisfacción materna con la experiencia del parto asistido en el agua (RR: 0,90; 95% de IC: 0,82 a 0,99). En relación a los efectos sobre la salud del recién nacido no se objetivaron diferencias en las puntuaciones del test de Apgar (puntuación < 7 a los 5 minutos), ingresos en la Unidad Neonatal o incidencia de infección, al comparar partos atendidos en el agua y convencionales, aunque en general la patología neonatal no era el objetivo de estos trabajos. Los estudios incluidos en esta revisión sistemática presentan algunas limitaciones, como son tamaños de muestra pequeños en algunos de los ensayos evaluados y ausencia de ciego, hechos que pueden producir resultados sesgados y dificultad en la fiabilidad de los hallazgos encontrados. Ninguno de estos 12 ensayos clínicos de la revisión Cochrane ¹⁰ ha mostrado beneficios para los recién nacidos procedentes de partos atendidos en el agua y el trabajo de Nikomen en 1999 con una muestra de 60 partos en cada opción refiere menor puntuación de Apgar a los 5 minutos y una muerte perinatal en los nacidos en el agua¹¹.

Los trabajos que evalúan la seguridad del parto atendido en el agua presentan importantes limitaciones. Algunos de ellos no especifican si el parto en el agua hace referencia a la primera o a la segunda etapa del parto, otros son retrospectivos y se limitan a un centro, hay estudios observacionales que comparan la población de estudio con controles históricos, opiniones de expertos y falta de experimentación básica en animales o humanos que permitan conocer los mecanismos fisiológicos que producen los beneficios publicados ⁵. Por eso es difícil establecer la incidencia de complicaciones maternas o neonatales en el parto asistido en el agua. En el recién nacido se han publicado algunas series o casos clínicos aislados, como sepsis (también materna), dificultades de la termorregulación, shock hipovolémico por desgarro o ruptura del cordón umbilical, intoxicación por agua (hiponatremia), dificultad respiratoria del recién nacido por aspiración de agua (ahogamiento o casi-

ahogamiento) y encefalopatía hipóxica isquémica ^{5,6,12}. Se han descrito recién nacidos que han fallecido por afectación respiratoria grave o sepsis por *Pseudomonas aeruginosa* después de nacer en partos atendidos en el agua ¹². Se trata de casos poco frecuentes pero potencialmente muy graves.

En condiciones normales los recién nacidos inmersos en agua al nacer no la aspiran debido al "reflejo de inmersión o de buceo" que les protege, sin embargo existe suficiente evidencia experimental y clínica de la pérdida de este reflejo en condiciones de compromiso fetal que puede inducir a iniciar la respiración y realizar reflejos de "gasping" pudiendo aspirar agua al estar sumergidos ^{5,12}.

Consideraciones finales

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 eficacia de la atención en el agua durante el expulsivo no está establecida, ni para las madres ni para los recién nacidos.

El desarrollo de la segunda fase del parto con expulsivo bajo el agua sólo ha demostrado un mayor grado de satisfacción materna⁵ sin otros beneficios para la madre o el recién nacido y se han publicado casos de complicaciones y evolución fatal en el recién nacido.

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, posibles contraindicaciones, beneficios y riesgos tanto para su salud como para la de su recién nacido.

En el informe clínico de la AAP y ACOG ⁵, se afirma que la práctica de atención en el agua durante la segunda etapa del parto, debe ser considerada un procedimiento experimental que solo debería ser llevada a cabo en el contexto de ensayos clínicos controlados y por tanto diseñados de forma apropiada.

El respeto a la autonomía y libertad de elección por parte de la madre tiene como límite la seguridad del recién nacido.

En la actualidad, ante la falta de evidencia científica de ningún beneficio y la ausencia de datos de seguridad sobre la salud del recién nacido, así como la existencia de casos clínicos con complicaciones graves o de evolución fatal documentados, la Sociedad Española de Neonatología a través de su Comité de Estándares y del Grupo de Reanimación Neonatal, avalada por la Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología y en

consonancia con la postura de la AAP y ACOG, recomienda que esta modalidad de parto sólo se contemple en el contexto de un ensayo clínico controlado.

Agradecimientos

A Gloria Moretones Suñol, Francisco José Cambra Lasaosa y Ana Martín Ancel por sus valoraciones metodológicas y éticas del documento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Geissbühler V, Eberhard J. Waterbirths: a comparative study. A prospective study on more than 2,000 waterbirths. *Fetal Diagn Ther.* 2000;15(5):291-300.
2. Geissbuehler V, Stein S, Eberhard J. Waterbirths compared with landbirths: an observational study of nine years. *J Perinat Med.* 2004;32(4):308-314.
3. Chaichian S, Akhlaghi A, Rousta F, Safavi M. Experience of water birth delivery in Iran. *Arch Iran Med.* 2009;12(5):468-47.
4. Thöni A1, Zech N, Ploner F. Giving birth in the water: experience after 1,825 water deliveries. Retrospective descriptive comparison of water birth and traditional delivery methods. *Gynakol Geburtshilfliche Rundsch.* 2007;47(2):76-80.
5. American Academy Of Pediatrics (Committee on Fetus and Newborn) and American College of Obstetricians and Gynecologists. Immersion in Water During Labor and Delivery. *Pediatrics* 2014;133;758.
6. Immersion in Water During Labour and. Birth. RCOG/Royal College of Midwives Joint Statement No. 1. London, England: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Midwives; 2006. Disponible en: <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/immersion-water-during-labour-and-birth>. Accedido el 26 de abril de 2014.
7. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2009/01.
8. Grupo Español de Reanimación Neonatal de la SEN. Encuesta de reanimación Neonatal 2012 (pendiente de publicación)

9. Mackey MM. Use of water in labor and birth. *Clin Obstet Gynecol.* 2001;44(4):733-749
10. Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2009;(2):CD000111.
11. Nikodem VC. Immersion in water during birth: a randomized controlled trial [thesis]. South Africa: University of Witwatersrand, 1999.
12. Byard RW, Zuccollo JM. Forensic issues in cases of water birth fatalities. *Am J Forensic Med Pathol.* 2010;31(3):258- 260.