

**ANEXO I  
FICHA DE RECOGIDA  
BUENAS PRÁCTICAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

**1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA:**

**ATENCIÓN AL PARTO Y DE SALUD REPRODUCTIVA.**

**2. TÍTULO Y NOMBRE DEL PROYECTO PRESENTADO A BBPP:**

Asistencia al parto en inmersión en agua

**3. DATOS DE LA ENTIDAD RESPONSABLE**

- Nombre de la entidad y de la persona de contacto: HOSPITAL SANTA CATERINA- Dr. Juan Meléndez Rusiñol.
- CCAA: CATALUNYA
- Domicilio social: C/ Dr. Castany, s.n. – 17190 Salt (Girona)
- Datos de contacto de la persona responsable del proyecto<sup>1</sup>: Dr. Juan Meléndez Rusiñol  
e-mail: joan.melendez@ias.scs.es      Teléfono: 627.41.52.83

**4. LÍNEA DE ACTUACIÓN**

<b>ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación)<sup>2</sup></b>	Atención al Parto
	Calidad asistencial y gestión de servicios
	Investigación

**5. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN**

*Marcar con una X donde corresponda*

- Estatal
- Comunidad Autónoma, provincia, municipio
- Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
- Zona básica
- Otro (especificar):

**6. PERÍODO DE DESARROLLO**

- Fecha de inicio: Febrero 2013
- Actualmente en activo: sí
- Fecha de finalización: No prevista

<sup>1</sup> Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia en caso de ser necesario.

<sup>2</sup> Se refiere a las líneas de actuación de la Estrategia a la que se presenta esta experiencia como candidata a Buena Práctica: Dichas líneas son las que figuran en el criterio de PERTINENCIA dentro de la herramienta de Autoevaluación (Anexo II) utilizado. La(s) línea(s) que se cumplimenten en esta ficha –como máximo 3- debe(n) coincidir con las que Vds. haya señalado en la herramienta de Autoevaluación o en caso de haber señalado más de tres en la herramienta, aquí sólo podrá incluir como máximo 3.

## 7. BREVE DESCRIPCIÓN

Con el objetivo de mejorar los resultados obstétrico-neonatales, la tecnología aplicada a un proceso fisiológico abocó a una serie de intervenciones inútiles e innecesarias, que repercutió en un incremento de las intervenciones obstétricas, tasa de cesáreas elevadas, episiotomías, inducciones de parto, monitorización materno-fetal.. Sin prestar atención al proceso fisiológico y emocional que supone el nacimiento y , conduciendo a una deshumanización del parto.

A mediados de los años 80 empezó a cuestionarse el modelo hospitalario de atención al parto normal. Diversas organizaciones sanitarias empezaron a cuestionar el modelo asistencial en el parto de bajo riesgo. La OMS en 1996 (1) elaboró una guía Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. En la que lo definía como: " de comienzo espontáneo, entre las 37 semanas de gestación y 42 semanas completas. Bajo riesgo en el inicio y que se mantiene como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica y tanto la madre cómo el niño se encuentran en buenas condiciones".

Otras definiciones, completan o amplían esta primera. Por ejemplo, la federación de Asociaciones de Matronas de España, FAME (2) remarca los factores psicológicos y socioculturales, así como el respeto y apoyo integral. Enfatizando la satisfacción de la mujer.

En esta línea de trabajo, y buscando unos buenos resultados obstétricos, a la vez que procurando una gran satisfacción de las mujeres que atendemos, en nuestro centro, desarrollamos un modelo de atención al proceso de parto mínimamente medicalizado con el objetivo de ayudar al proceso fisiológico, con soporte de la tecnología, pero sobretodo potenciando el apoyo emocional, psicológico y personal.

Es innegable que el proceso de parto se desarrolla por unas contracciones del músculo uterino que pueden ser intensas y provocar sensaciones dolorosas. La intensidad de este dolor puede estar influenciada por muchos y variados factores (Guía NICE), desde personales, familiares, sociales, etc..., por lo que se impone aplicar unos métodos para el alivio de este dolor. Incuestionable es y será la actitud de los profesionales sanitarios en la experiencia vivida por las mujeres durante este proceso

Podríamos clasificar en dos grupos los métodos de alivio del dolor: farmacológicos y no farmacológicos. Para evitar o disminuir al máximo las acciones invasivas, riesgos y posibles efectos secundarios de los métodos farmacológicos, decidimos que una rama de este proceso del parto fuera la utilización de métodos no farmacológicos: pelotas de goma, calor local, etc e inmersión en agua.

La percepción de que la inmersión en agua durante la primera etapa del parto o fase de dilatación se reduce en el tiempo, hay menor necesidad de administración de analgésicos, menos partos instrumentados y mejores resultados neonatales (Cluett 2002), no debe hacernos obviar los posibles riesgos neonatales incluyendo problemas respiratorios, rotura del cordón umbilical con hemorragia secundaria e infecciones.



En una revisión de la Cochrane (Cluett 2004) no encontraba diferencias en el uso de analgesia, aunque las mujeres del grupo inmersión en agua, necesitaban menos analgesia local – regional. No se encontraron diferencias significativas en otros resultados clínicos: duración del parto, partos instrumentados o lesiones perineales. Fueron escasas las complicaciones neonatales.

Aunque faltan estudios bien diseñados y la variabilidad del parto, influida por múltiples factores, personales, familiares, raciales, culturales, etc..la evidencia disponible no desaconseja la inmersión en agua para el parto, tanto la primera fase como el período expulsivo.

#### **Población diana**

Gestantes de bajo riesgo que acuden a nuestro servicio en curso de parto y que solicitan un parto natural y en agua. Se atienden mujeres de nuestra zona de referencia y de fuera de la zona de referencia.

El Hospital de Santa Caterina IAS es un hospital con un volumen de actividad elevado en el que se atienden partos de baja complejidad. Es el segundo hospital de titularidad pública con mayor número de partos, a excepción del hospital de referencia, de la provincia de Girona. En los últimos años (Periodo de 2009-2013) el total de partos atendidos es de 6.621. El hospital se encuentra en la ciudad de Salt, provincia de Gerona y nuestra área de influencia abarca 7 áreas de atención primaria con una población de 149.000 habitantes y aproximadamente 35.000 mujeres en edad fértil. En un estudio del análisis de fidelidad del servicio es del 88.1% (año 2013). La demanda de esta atención se ha extendido y actualmente el hospital atiende a las mujeres de fuera de su área de influencia que lo solicitan.

El modelo de atención propuesto por nuestro servicio supone que todas las mujeres que acuden, independientemente del riesgo obstétrico, están informadas y pueden participar en las decisiones sobre su plan de cuidados. El servicio cuenta con espacios adecuados para una atención al parto mínimamente medicalizado y dispone de material específico para este tipo de atención. En el año 2004, además se dotó de unas bañeras para la fase de dilatación. Esta práctica se comprobó cómo muy eficaz para el alivio del dolor en esta fase del parto y muy satisfactoria para la mujer. En base a esta experiencia decidimos ampliar la asistencia con una bañera para atender el período de dilatación y el período expulsivo. Práctica que empezó en el año 2008.

#### **Objetivos:**

Ofrecer la inmersión en agua para la atención al parto, como parte de la oferta del programa para una atención al parto mínimamente medicalizada. Los objetivos específicos planteados son:

- Mantener y actualizar de forma continua los conocimientos de los profesionales del servicio sobre la utilización del agua en el proceso del parto
- Informar a las mujeres de esta oferta específica de nuestro servicio
- Procurar unos niveles óptimos de calidad y de seguridad en la atención al parto
- Mantener o mejorar la satisfacción de las mujeres que utilizan nuestro servicio

## Metodología

Durante el embarazo ofrecemos sesiones informativas multiprofesionales, con participación de ginecólogo, matrona y anestesiólogo. Con el objetivo de informar sobre la metodología de trabajo de la unidad materno infantil y dar a conocer las diferentes opciones o subprocesos dentro del proceso del parto.

El objetivo de estas charlas es familiarizar a la gestante y pareja con el entorno y darles la posibilidad de conocer y escoger el tipo de asistencia que deseen. En el mismo acto se informa sobre los recursos disponibles, los procedimientos anestésicos y sobre el consentimiento informado. En el Anexo I se muestran los recursos disponibles para la atención al parto en inmersión en el agua

El acceso a estas sesiones informativas es coordinado desde el programa ASSIR de primaria y libre y abierto a gestantes de fuera de nuestra zona de influencia.

En ellas los diferentes profesionales desarrollan una charla teórica, con soporte audiovisual y al finalizar se establece un coloquio abierto.

Protocolo de acogida en urgencias. La gestante que acude a urgencias es recibida por la matrona de guardia. Se identifica, le explica nuestro sistema de trabajo y le pregunta qué tipo de asistencia desea. Valorada obstétricamente la gestante, si está en fase activa de parto, queda ingresada en la unidad. A partir de este momento, se establece el protocolo de asistencia al parto, poniendo énfasis en atender la gestante según el tipo de parto que desea.

En caso de no estar en fase activa de parto, previa valoración del bienestar físico materno-fetal, se le recomienda ir a su domicilio y volver en cuanto detecte aumento de actividad uterina, amniorraxis, presencia de síntomas de alarma o que ella lo desee.

Nuestro protocolo general destaca por encima de todo dar una buena información técnica, comunicación personal y respeto. El silencio, el orden y una buena organización ayudan a conseguir un ambiente favorecedor para un parto respetado.

En la segunda fase del parto aplicamos el protocolo descrito y procuramos que sea siempre la misma matrona que haga el seguimiento y control.

Durante el período expulsivo procuramos e insistimos en el soporte técnico y emocional. Dando información rigurosa y constante a la gestante y pareja. Ofrecemos y alentamos que la gestante y pareja participen en el expulsivo y adopte la postura que mejor se adapte a su confort. Disponemos de elementos de soporte-agarre que facilitan el cambio de postura así como los pujos (liana o foulard). Seguimos con la colocación del recién nacido sobre la madre, contacto piel-piel de forma directa e inmediata. La sección del cordón umbilical se efectúa cuando el profesional que atiende el parto, objetiva ausencia o débil latido e invitamos a que la pareja pince y seccione el cordón umbilical.



Después del parto, si las constantes vitales de la parturienta son correctas, se ha producido el alumbramiento espontáneo y completo, y observamos una correcta involución uterina, dejamos un espacio de tiempo para la pareja con el recién nacido.

Siguiendo con el contacto piel-piel, damos la opción al deseo materno de iniciar lactancia.

Transcurrido este tiempo de intimidad, acompañamos a la parturienta a la mesa de partos convencional, situada en el mismo espacio, al lado de la bañera, para proceder a la revisión perineal. En caso necesario se procede a la perineorrafia. Durante este tiempo, el recién nacido establece el vínculo con el padre.

Acompañamos a la parturienta, recién nacido y pareja a la sala de madres. Habitación individual. Transcurridas dos horas, si el puerperio inmediato es correcto, se efectúa el traslado desde esta sala de madres a la sala de hospitalización, conjuntamente con su hijo y en la misma cama.

Al poco tiempo de estar en sala de hospitalización, la madre, recién nacido y pareja son visitados por una matrona, que supervisa estado físico, emocional y constantes vitales del binomio madre-hijo. Asimismo, estimula y favorece contacto piel-piel y lactancia.

## 8. RESULTADOS Y EVALUACIÓN

En los cinco años que referimos, hemos atendido un total de 6.621 partos, con una tasa promedio de 74,3 % de partos eutócicos, una tasa promedio de 14,7% de cesáreas y un 39% de partos naturales. Con una tasa total de 4,86% de partos en bañera, durante la primera fase y el período expulsivo. Si nos atenemos a la proporción de partos en bañera en relación con el número de partos naturales es de 12,1%.

Hemos efectuado una valoración obstétrico-perinatal, epidemiológica y de satisfacción, obteniendo unos resultados:

1. Aproximadamente el 70% proceden de gestaciones controladas en consultas externas del Hospital, de nuestra zona de influencia. Mientras que el 30% son gestaciones controladas fuera de la zona de referencia, de estas el 40% han estado controladas en consultas privadas.
2. La nacionalidad de estas gestantes, mayoritariamente es española (62%). Destacamos un 12% de procedencia marroquí, que sobresale sobre otras nacionalidades.
3. El peso de los recién nacidos con un peso medio de 3.284 grs, con un rango de 4220 y 2320 grs. No presenta diferencias con otras modalidades de asistencia al parto.
4. La vitalidad de los recién nacidos se objetivo como muy buena, con 388 recién nacidos con un test de APGAR superior a 7 en el primer minuto y sólo 3 tuvieron un test de apgar inferior o igual a 7 en el primer minuto.
5. El 100% de los recién nacidos tenían un test de apgar 10 a los 5 minutos. Ningún recién nacido tuvo que recibir asistencia neonatal-pediátrica.
6. Hubo casi un 53% (207) de perinés íntegros o con alguna pequeña laceración que no precisó sutura. Tuvimos 182 desgarros de I y II grado (46%) y sólo hubo un desgarro de III grado y otro



- de IV grado. Datos que coinciden con estudios recientes (Smith L, et al. BMC Pregnancy and Childbirth 2013) en cuanto a mayor naturalidad del parto, menores lesiones perineales graves.
7. Planteamos como indicadores de seguridad el alumbramiento espontáneo, la hemorragia postparto y la demanda de analgesia. El 100% de los alumbramientos fueron espontáneos, no hubo sangrados excesivos ni hemorragias postparto que precisaran transfusiones ni administraciones de hierro endovenoso. No hubo demanda de analgesia durante el período de dilatación ni expulsivo.
  8. En el análisis de satisfacción efectuamos una encuesta telefónica. Para darle mayor exactitud nos la planteamos realizarla solo en mujeres que dieron a luz durante el año 2013. El grado de satisfacción es muy alto.

Conclusión.

Ante los resultados de este estudio observacional podemos afirmar que la asistencia al parto de una forma natural aporta grandes ventajas obstétricas-neonatales y de satisfacción de la mujer. Dentro de esta línea, la modalidad de parto en inmersión, aporta un mayor acortamiento del período de dilatación, reducción de analgesia farmacológica, reducción de traumatismo perineal y una gran satisfacción de la mujer. La vitalidad del recién nacido dentro del grupo estudiado es óptima.

Por lo tanto, consideramos es una modalidad de asistencia al parto natural recomendable.

---

*En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados al buscador o plataforma de difusión diseñada para difundir las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimente el buscador o plataforma de difusión a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.*