



UNIVERSIDAD DE JAÉN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Grado en Enfermería

Trabajo fin de grado

Efectos de la inmersión en agua durante el proceso de parto: caso clínico

EFFECTS OF IMMERSION IN WATER DURING LABOUR
OF BIRTH: CLINICAL CASE

Autor: Luna Cátedra Aguilera

Director del trabajo fin de grado: Juan Miguel Martínez
Galiano

10 de Junio de 2015

Sala Juntas B3



UNIVERSIDAD DE JAÉN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Grado en Enfermería

Trabajo fin de grado

EFECTOS DE LA INMERSIÓN EN AGUA DURANTE EL PROCESO DE PARTO: CASO CLÍNICO

EFFECTS OF IMMERSION IN WATER DURING LABOUR
OF BIRTH: CLINICAL CASE

Autor: Luna Cátedra Aguilera

Director del trabajo fin de grado: Juan Miguel Martínez Galiano

10 de Junio de 2015

Sala Juntas B3

Tabla de contenido

1. RESUMEN/ABSTRACT	4
2. PALABRAS CLAVE/KEYWORDS	4
3. INTRODUCCIÓN.....	5
4. JUSTIFICACIÓN.....	13
5. OBJETIVO.....	15
5.1 General	15
5.2 Específicos	15
6. PRESENTACIÓN DEL CASO.....	15
6.1 Antecedentes	15
6.2 Valoración por necesidades de Virginia Henderson.....	16
6.3 Diagnósticos	19
6.4 Planificación de cuidados	19
6.4 Ejecución.....	23
6.5 Evaluación.....	25
7. DISCUSIÓN.....	25
8. BIBLIOGRAFÍA.....	26

1. RESUMEN/ABSTRACT

Resumen:

Durante décadas se ha enfocado la atención al parto como una mera técnica, sin embargo, en la actualidad, ha surgido una nueva tendencia menos medicalizada y más humanizada, donde se ha dado gran importancia a la mujer respetando sus decisiones. Se están desarrollando métodos de alivio del dolor no farmacológicos entre ellos la inmersión en agua. Se describe el caso clínico de una gestante de 25 años atendida en el Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda. El plan de cuidados se desarrolla de manera individualizado según las necesidades básicas de Virginia Henderson, en el que se detecta, entre otros diagnósticos, dolor agudo y conocimientos deficientes. En el plan se incluyeron criterios de resultados esperados e intervenciones enfermeras. Los resultados, en la misma línea que la evidencia científica, muestran que la inmersión en agua disminuye las necesidades analgésicas y reduce la duración del parto.

Abstract:

For decades labour care has been focused as a mere technique, however, at present, has emerged a new trend less medicalized and more humanized, which has given great importance to women respecting their decisions. They are developing non-pharmacologic methods of pain relief including water immersion. It is described the clinical case of a pregnant 25 years treated at the Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda. The care plan is developed individualized manner according to the basic necessities of Virginia Henderson, which is detected, among other diagnoses, acute pain and inadequate knowledge. Expected results and nursing interventions were included in the plan. The results, in the same line that scientific evidence show that immersion in water decreases analgesic requirements and reduces the duration of labour.

2. PALABRAS CLAVE/KEYWORDS

Palabras Clave:

Parto, inmersión, agua, dolor, baño

Keywords:

Bird, immersion, water, pain, bath

3. INTRODUCCIÓN

El embarazo, parto y nacimiento son acontecimientos muy profundos y únicos para la madre.¹

El parto se define como aquel proceso por el que se consigue el tránsito del feto desde el interior del útero materno hasta el exterior del organismo de la madre.¹

La Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) define el parto normal como el proceso fisiológico único en el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo.²

El parto consta de tres fases o periodos: periodo de dilatación, periodo expulsivo y periodo de alumbramiento

- El periodo de dilatación abarca desde el inicio de la etapa prodrómica hasta que se alcanza la dilatación del cuello uterino completa (mayor de 10 cm). A su vez el periodo de dilatación lo podemos dividir en otras dos fases.
 - ✓ La fase latente que comienza con el inicio del parto; en esta fase se presentan contracciones de intensidad leve o moderada y variables en cuanto a duración y frecuencia; van acompañadas de borramiento cervical y progresión de una dilatación del cérvix lenta hasta los 2-4 cm. Esta fase no debe superar las 20 horas en nulíparas y las 14 horas en multíparas.
 - ✓ La fase activa con un aumento en la regularidad, intensidad y frecuencia de las contracciones; es decir, la parturienta presenta una dinámica regular. Esto va acompañado de un incremento en la progresión de la dilatación del cuello uterino, hasta alcanzar los 10 cm o dilatación completa. El promedio de la velocidad de dilatación es de 1,2 cm/hora en nulíparas y 1,5 cm/hora en multíparas, siendo el promedio de la duración de esta etapa 8 y 5 horas respectivamente.^{3,4}

- El periodo expulsivo comprende desde que se alcanza la dilatación del cuello uterino completa hasta que se produce la expulsión del feto. Este periodo se compone de dos fases: fase temprana, no expulsiva o pasiva y la fase avanzada, expulsiva o activa.
 - ✓ La fase temprana se inicia con la dilatación completa y en esta fase la gestante no presenta contracciones uterinas involuntarias, por lo que no tiene deseo de empujar.
 - ✓ La fase avanzada comienza cuando la presentación fetal está por debajo de las espinas isquiáticas hasta el nacimiento durante este periodo la parturienta siente ganas de empujar con cada contracción.

La duración del periodo expulsivo suele ser de 2 horas en nulíparas y 1 hora en multíparas; éste tiempo puede aumentar 1 hora más en caso de que se haga uso de la epidural.^{4,5}

En cuanto a la posición que la parturienta debe tener durante este periodo la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que sea la propia mujer la que decida libremente la posición que adopte durante el periodo expulsivo.⁵

- Por último se presenta el periodo de alumbramiento que va desde el nacimiento hasta que se expulsa la placenta. Es un periodo crítico y con un alto riesgo ya que se puede producir la hemorragia posparto (HPP) que es la principal causa de muerte materna. La duración de esta etapa suele ser menos de 30 minutos si existe manejo activo del alumbramiento (con el alumbramiento dirigido) o menor de 60 minutos si el alumbramiento es espontáneo.^{4,6}

Hablando del parto es imprescindible diferenciar entre embarazo o parto de bajo riesgo y de alto riesgo.

Se define embarazo de bajo riesgo, como aquel en el que la madre, el feto y/o el neonato, tienen una menor probabilidad de enfermar y morir o de padecer secuelas durante el embarazo o después del parto.⁷

Se habla de embarazo de alto riesgo cuando la madre o feto presentan un aumento significativo del riesgo de incapacidad (morbilidad) o de muerte (mortalidad). Para conseguir unos resultados perinatales óptimos deben identificarse precozmente los factores de alto riesgo para poder así instaurar a tiempo un tratamiento adecuado.⁸

Algunos de los factores de riesgo son:

- La edad materna: ya sea por embarazo en adolescentes (que sufren con más frecuencia preeclampsia y eclampsia) o en mujeres de edad más avanzada (a las que además se le suma la HTA crónica y las anomalías cromosómicas)
- La historia de la evolución y los resultados de los embarazos previos: la presencia de abortos habituales, fetos muertos o muerte neonatal previa, recién nacidos pretérminos, recién nacidos macrosómicos (peso del recién nacido > 4000 gr.), gran multiparidad, hijos previos con isoinmunización Rh o incompatibilidad ABO, preeclampsia-eclampsia previa, hijos previos con problemas genéticos, hijos previos con lesiones en el parto, embarazos previos interrumpidos por orden médica, problemas psicológicos, entre otros.
- Alteraciones genitales: anomalías genitales, leiomiomas uterinos, lesiones cervicales, tumoraciones ováricas, etc.
- Complicaciones médicas en el embarazo actual: HTA crónica, enfermedad renal, diabetes mellitus, cardiopatías, enfermedades tiroideas, epilepsia, alteraciones hematológicas, obesidad, cáncer materno, entre otros.
- Exposición a teratógenos
- Historia familiar
- Riesgo social: precariedad económica, malas condiciones de la vivienda, población marginal, madres adolescentes y familias desestructuradas⁹

En el desarrollo del proceso de parto pueden presentarse situaciones que interfieren el progreso normal de este. Estas anormalidades se denominan distocia del parto.¹⁰

Las causas del parto distócico son principalmente tres: alteraciones en la dinámica, en el canal del parto y en el objeto del parto.

- Las distocias dinámicas: se definen como el conjunto de alteraciones en la actividad contráctil uterina que interfieren en la progresión normal del parto. En la actividad contráctil normal, influye el tono, la intensidad, la frecuencia y la duración. Podemos clasificar las distocias dinámicas en tres grupos fundamentales:
 - hipodinamias (enlentecen la progresión del parto)
 - hiperdinamias (aceleran la progresión del parto)
 - disdinamias (trastornos de la coordinación uterina).

- Las distocias óseas o en el canal del parto se refieren a las alteraciones de la pelvis ya sea en relación a su tamaño, forma, inclinación; que pueden dar lugar a un parto lento o una progresión anómala que provoque una desproporción pelvico fetal en una paciente con buena dinámica.
- Las distocias del objeto del parto tienen relación con la situación y presentación del feto. La situación longitudinal y la presentación de vértice son las idóneas para un parto normal. La posición de la cabeza también influye en el movimiento del feto a través del canal del parto, éste avanza mejor cuando la cabeza del feto se encuentra en flexión aguda, estando en contacto el mentón con el tórax.^{10,11}

El parto es el proceso más frecuente en los hospitales, en España durante el año 2013 hubo un total de 417.999 partos, de los cuales 80.479 fueron en Andalucía; en la provincia de Jaén tuvieron lugar 5437 partos.¹² Durante el año 2014 el Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda atendió 1250 nacimientos; de los cuales el 82% fueron partos vaginales y un 18% cesáreas.¹³

El dolor en el parto es uno de los aspectos que más preocupa a las mujeres y a los profesionales por el manejo que tienen que hacer de él. Este dolor es agudo y de gran variabilidad, ya que hay mujeres que lo describen desde insoportable hasta mínimo pasando por intenso y moderado.¹⁴

En cuanto a las características del dolor es nociceptivo (consecuencia de estímulos que producen daño o lesión de órganos somáticos o viscerales) con componentes de dolor somático (afecta a la piel, músculos, ligamentos, articulaciones o huesos) y visceral (se origina en órganos internos).⁴

En la primera etapa del parto el dolor se debe a las contracciones uterinas que causan dilatación, distensión, elongación y desgarro del cuello uterino y perineo. En la segunda etapa continua este dolor aunque disminuyendo y aparece un nuevo dolor por la presión que ejerce el feto sobre la pelvis. En la tercera etapa la principal causa de dolor es el componente perineal.¹⁴

La percepción, expresión y reacción ante el dolor varía según las características genéticas, familiares, de desarrollo, psicológicas, sociales y culturales de la mujer.

Tal y como se ha hecho referencia anteriormente uno de los aspectos que más preocupa a las mujeres durante el parto es el dolor y la gran mayoría requiere algún tipo de medida para aliviarlo. Por tanto se ha prestado una gran atención al alivio del dolor durante el parto.

Tradicionalmente se ha extendido el uso de analgesia neuroaxial que aunque es una técnica muy eficaz, presenta riesgos y es muy invasiva, dejando a la mujer en un papel más pasivo. Sin embargo, en la actualidad ha surgido un interés por el protagonismo de la mujer en el parto y han alcanzado un gran protagonismo otros métodos no farmacológicos para el alivio del dolor que siendo eficaces interfieren menos en la fisiología del parto.^{4,14}

El deseo de analgesia y el método elegido para ello dependen de muchos factores entre ellos las expectativas de la mujer, la complejidad del parto y la intensidad del dolor.¹⁴

Se ha comprobado que el dolor y el manejo de este tiene una gran influencia con la satisfacción de la mujer con el proceso del parto en el cual además influyen otros aspectos además del grado y tipo de dolor, alivio del dolor, como la participación, cuidado estructurado y control en la toma de decisiones.^{4,14}

Se dispone de numerosos métodos para el alivio del dolor que se puede clasificar en dos grandes grupos: métodos farmacológicos y métodos no farmacológicos.

En los métodos farmacológicos se incluyen:¹⁴

- Bloqueo neuroaxial (epidural, intradural y epiintradural). Alivian del dolor durante todas las etapas del parto, es un método muy seguro y el de mayor calidad. Es el método de elección y debe estar siempre disponible. Sin embargo este método, también tiene algunos inconvenientes como hipotensión, punción dural accidental y cefalea postpunción dural, dolor de espalda, disfunción vesical, entre otros.
- Analgesia caudal. Se realiza una punción en el espacio epidural, con el inconveniente de punzar la duramadre o el recto, la gran cantidad de anestesia necesaria...
- Analgesia local. Consiste en infiltrar anestésico local en la zona de la vagina, vulva y periné, para de esta forma poder suturar desgarros o episiotomías.
- Analgesia general. En la actualidad este tipo de anestesia solo se usa en casos en los que es imposible el uso de una técnica regional.
- Analgesia inhalatoria. En esta técnica se utilizan anestésicos volátiles o inhalatorios que producen una profunda hipnosis y una gran analgesia. Su gran inconveniente es que puede causar la depresión del sistema nervioso central de la madre y del recién nacido.
- Analgesia parenteral (intramuscular o intravenosa). La técnica más utilizada es la administración de opioides, aunque el alivio del dolor es inferior al conseguido con la

analgesia epidural. El uso del resto está contraindicado ya que existen métodos más eficaces.

- Bloqueo paracervical y autosacro. Consiste en el bloqueo del plexo pélvico, concretamente las fibras sensitivas del útero que forman el ganglio Lee-Frankenhäuser. Esta técnica presenta complicaciones como bradicardia fetal, síndrome vagal, punción accidental de la cabeza fetal, entre otros.
- Bloqueo de nervios pudendos. Esta técnica proporciona anestesia regional durante la segunda etapa del parto. El bloqueo elimina la mayor parte del dolor somático causado por el estiramiento de la vagina y el suelo pélvico. Algunas complicaciones pueden ser abscesos o infecciones periólicas, lesión fetal, etc.

Los métodos no farmacológicos son:¹⁴

- El apoyo durante el parto. Es un método efectivo en el alivio del dolor. Las mujeres que tienen un apoyo continuo durante el parto son menos proclives a cualquier tipo de analgesia farmacológica. Existen 4 formas de apoyo: informativo, físico y tangible, emocional y representación.
- Inyección dérmica de agua estéril. Esta técnica se utiliza para aliviar el dolor lumbar que sufren las mujeres durante el parto, aunque no es una técnica muy utilizada.
- Inmersión en agua. La evidencia demuestra que la inmersión en el agua durante la fase activa del parto produce un alivio del dolor y una disminución en el uso de analgesia. Las recomendaciones son una temperatura que no supere los 37°C, un periodo de inmersión de no más de 90-120 minutos y debe producirse cuando la mujer se encuentre en el trabajo de parto, es decir, tenga una dilatación de 4-5 cm, contracciones rítmicas y regulares. Este método tiene beneficios tanto para la madre como para el recién nacido, entre ellas: relajación, disminución de la percepción del dolor, comodidad e intimidad, promueve el vínculo madre-hijo. Los criterios para la utilización de este método son: embarazo de bajo riesgo, sin complicaciones, a término, parto espontáneo...
- Psicoprofilaxis. Teniendo en cuenta los factores psicológicos sobre el dolor y su percepción durante el parto. Existen varios métodos de abordaje: información sobre anatomía y fisiología del parto, gimnasia y ejercicios respiratorios, técnicas de relajación, participación de la gestante, contacto físico y emocional materno-filial inmediato.

- Hipnosis. La hipnosis es un estado o condición en el que la paciente es capaz de responder a sugerencias adecuadas con distorsiones de la percepción de la memoria. La hipnosis es eficaz para reducir el dolor incluso para producir anestesia, aunque solo es efectiva en un porcentaje pequeño de mujeres y puede producir trastornos psíquicos graves.
- Acupuntura. Este método se utiliza para aliviar el dolor, aunque no lo alivia por completo. Los puntos de acupuntura utilizados durante el parto se encuentran en las manos, pies y orejas. Los últimos estudios demuestran una escasa fundamentación en relación a la eficacia analgésica de este método.
- Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS). Este método funciona durante el trabajo del parto colocando dos grupos de electrodos: uno en la zona paravertebral de las vértebras T10-L1 y el segundo en las vértebras S2-S4. Se transmite una corriente de bajo voltaje que produce una sensación de hormigueo, zumbido o escozor. La evidencia científica demuestra que no hay alivio del dolor con la utilización de este método, ni diferencia en el uso de otro tipo de analgesia con la aplicación del TENS, por tanto se desaconseja su uso.
- Libertad de movimientos. Poder moverse libremente durante el proceso de parto ayuda al afrontamiento del dolor. La mayoría de las mujeres prefiere la libertad de movimientos. La evidencia muestra que la posición vertical en la primera fase del parto tiene menos dolor, menos necesidad de analgesia epidural, acorta el tiempo de la primera fase y menos alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal.
- Esferodinamia. Se ha popularizado el uso de las pelotas de goma para mejorar la movilidad de la pelvis y relajar la musculatura, aunque no se ha encontrado evidencia de que esto alivie el dolor.
- Masaje. El masaje ayuda a relajar y suavizar los músculos, lo que calma a la embarazada, alivia el dolor de las contracciones, además de transmitir interés. Lo puede aplicar tanto profesionales sanitarios como acompañantes.
- Musicoterapia y audioanalgesia. Se puede utilizar música que resulte familiar a la parturienta o ruidos blandos o audioanalgesia (sonido que contiene todas las frecuencias y uniforme). No existe evidencia científica que demuestre que este método es efectivo en el alivio del dolor.
- Aromaterapia. Es el uso de aceites esenciales, ya sea inhalado o a través de masajes. Los estudios en relación a este método no han mostrado efecto sobre parámetros fisiológicos, pero sí una mejoría psicológica del estado de ánimo y niveles de

ansiedad. No hay suficientes pruebas de la efectividad de este método en el alivio del dolor, se precisa más investigación.

- Reflexología. La reflexología relaciona puntos de reflejo en los pies con estructuras y órganos del cuerpo, y propone que se puede aliviar el dolor mediante la manipulación o presión en determinadas áreas del pie. Se ha demostrado que la reflexología produce efecto analgésico en otras partes del cuerpo, aunque la evidencia científica no encuentra que la reflexología produzca alivio en el dolor del parto.

El parto no es un proceso exento de riesgos, incluso en los partos normales, es posible que las mujeres sufran daños en el canal del parto, ya sean realizados por los profesionales que hayan atendido el parto como la episiotomía o de manera natural como los desgarros del periné, cuello uterino, vagina o vulvares. Además se pueden ver afectados otros aparatos, siendo frecuente las lesiones de suspensión de los genitales afectados que posteriormente pueden derivar en prolapsos de vagina o útero; la disyunción pelviana; la coxigodinia; lesiones del recto; fistulas; incontinencia urinaria o por el contrario retención de orina; lesiones de los nervios pelvianos; hematomas en la zona genital y las hemorroides¹⁵

En la parturienta no solo se dan consecuencias físicas sino también psicológicas, estas consecuencias se pueden dar en todas las mujeres sin distinciones de raza, edad, cultura y nivel social y son debidas al reajuste y la adaptación a una nueva situación que supone el parto. Los trastornos psicológicos pueden aparecer días e incluso meses después del parto, entre ellos encontramos: la depresión postparto, el trastorno de pánico postparto, el trastorno obsesivo-compulsivo postparto, el trastorno por estrés postraumático y el trastorno de psicosis postparto. La detección e intervención temprana sobre este tipo de problemas es primordial.¹⁶

Por otro lado en el recién nacido son frecuentes distintos tipos de lesiones debidos al propio trabajo de parto, que podemos clasificar en distintos grupos. En el grupo cabeza y cuello encontramos el caput succedáneum, el cefalohematoma, hematomas, hemorragias intracraneales, fracturas craneales o faciales, lesiones de oído, oculares entre otros. Otro tipo de lesiones son las lesiones nerviosas que producen parálisis de distintas áreas del cuerpo. También se dan lesiones óseas, siendo la de clavícula la más frecuente y mucho menos frecuentes la de huesos largos. Encontramos también lesiones intraabdominales por rotura o hemorragia hepática, esplénica o suprarrenal. Por último encontramos las lesiones de tejidos blandos como cortes, petequias y equimosis o necrosis grasa subcutánea.¹⁷

Desde el Ministerio de Sanidad y Consumo a través de su documento Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud¹⁸, y las diferentes comunidades autónomas tienen en sus planes autonómicos de salud de la mujer pretenden proporcionar una atención al parto de forma más humanizada y menos medicalizada.¹⁹

El objetivo general de la atención al parto es que el nacimiento es un proceso fisiológico en el que solo se debe intervenir si ocurren anomalías, además es función de los profesionales crear un clima de confianza, seguridad, intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres. Para ello, se trata de realizar las prácticas clínicas conforme a la mejor evidencia; visualizar el parto como un proceso fisiológico pero al mismo tiempo único y especial para la mujer y su pareja y/o familia; incorporar a las gestantes en las tomas de decisiones; prestar cuidados individualizados, reorientar la formación de los profesionales e investigar en la mejora de la atención. Con respecto a las prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento: se desaconseja realizar de forma sistemática el rasurado del periné y el enema; se aconseja el acompañamiento; en la dilatación se permitirá a la embarazada la toma de decisiones y se intentará intervenir lo menos posible; en cuanto al alivio del dolor, se informará de todos los métodos, siendo la epidural el más utilizado; la posición materna adoptada durante la fase expulsiva debe ser la elegida por la mujer; la episiotomía debe ser selectiva y no sistemática; no se debe pinzar el cordón umbilical con pulso como práctica habitual; se debe evitar los partos instrumentales en la medida de lo posible y se debe promover el contacto piel con piel entre la madre y el recién nacido y la lactancia.¹⁶

4. JUSTIFICACIÓN¹⁹

Debido al progreso social y sanitario a lo largo del último siglo, se ha conseguido unas condiciones de salud adecuadas y unos servicios asistenciales óptimos para la mujer, lo que nos ha llevado a conseguir unas bajas tasas en cuanto a morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Por lo tanto el parto en España o Andalucía es seguro.¹⁹

Para conseguir un parto seguro, se produjo la movilización de las casas a los hospitales, siendo éste el lugar idóneo para el nacimiento. El traslado al hospital, trajo consigo una tecnificación del proceso, en el que la mujer perdió el papel principal del proceso y la capacidad para tomar decisiones.¹⁹

Es incuestionable la aportación de la tecnología, pero la estandarización de los procesos supuso la inclusión de técnicas que en un primer momento pudieron parecer aceptadas, pero que actualmente no hay pruebas de su eficacia e incluso pueden causar efectos negativos.¹⁹

Por ello, en 2007 nace la Estrategia para la atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud, que sirviendo de referencia a todo el territorio español, pretende humanizar el proceso de parto, enfocándolo como lo que realmente es; un proceso fisiológico, respetando las decisiones de la madre sin poner en riesgo su salud o la del recién nacido.¹⁸

Para conseguir este modelo más humanizado es necesario por parte de los profesionales: confianza, empatía, tolerancia, respeto de decisiones, protección de la intimidad, confidencialidad, etc.¹⁹

El Proyecto de Humanización de la atención perinatal de Andalucía surgido en 2006 define las Buenas Prácticas en Atención Perinatal como aquellas que van acordes con el nivel de conocimiento científico-técnico, en una estructura donde la humanización es el hilo conductor. Que responden a necesidades sociales y se adecuan al nivel socioeconómico disponible. En un servicio público de salud han de tener una dimensión universal y de justicia social. Todo ello en un contexto ético de respeto a las personas, a la autonomía de la mujer y a los derechos de la persona recién nacida.¹⁹

Este proyecto pretende un nuevo modelo de atención perinatal más humanizado donde haya una combinación de las nuevas tecnologías y la participación; mediante la incorporación de la madre o la pareja al proceso de nacer, colaborando con los profesionales sanitarios. Para ello promueve las siguientes líneas de actuación: la implantación de las recomendaciones de la OMS respecto a la participación de la mujer y a la adecuación del entorno (comodidad y seguridad); promoción de la lactancia materna (informada y solidaria mediante donaciones seguras); realizar una atención al embarazo, parto y puerperio basados en la evidencia científica, disminuyendo las intervenciones innecesarias; promover “hogares libres de humo” y atención a mujeres embarazadas fumadoras y su pareja; atención multicultural al proceso de embarazo parto y puerperio y por último la participación de la pareja.¹⁹

En el manejo del alivio del dolor de una forma más humanizada y menos medicalizada, se le ofrecen distintas alternativas no farmacológicas, se promueven técnicas de relajación y distracciones mediante estímulos sensoriales. Dentro de estas medidas se encuentra la inmersión en el agua durante el parto, esta terapia tiene poca implementación en nuestro

medio por lo que a través de este caso clínico se pretende hacer una promoción para un uso más amplio de esta por las mujeres que la soliciten

5. OBJETIVO

5.1 General

Conocer el efecto de la inmersión en agua durante el parto sobre diferentes parámetros del proceso de parto, de la salud de la mujer y del recién nacido.

5.2 Específicos

- Evaluar el efecto de la inmersión en el agua durante el parto en el nivel de dolor de la mujer y en el uso de otras medidas de alivio de éste.
- Conocer la influencia de la inmersión en el agua durante el parto en la duración de éste.
- Determinar la influencia de la inmersión en el agua durante el parto en el estado de salud del recién nacido.
- Conocer la influencia de la inmersión en el agua durante el parto en la satisfacción materna.

6. PRESENTACIÓN DEL CASO

6.1 Antecedentes

Gestante de 25 años, con edad gestacional 40+2 semanas que acude por molestias. Ha tenido una gestación de curso normal. Es su primera gestación, no tiene abortos. FO: 0. No presenta metrorragia, percibe movimientos fetales y no refiere hidrorrea. Constantes vitales dentro de los parámetros de la normalidad.

- Presenta el cérvix en posición posterior, borrado del 80%, consistencia media, dilatación de cérvix de 1-2 cm (permeable a dedo amplio), bolsa íntegra, presentación fetal cefálica, sobreestricho superior. Puntuación en el Test de Bishop no favorable. Test no estresante: Categoría I (feto reactivo) dinámica escasa e irregular.

- Ingresa en planta de ginecología por pródromos. Acude acompañada de su pareja y su madre.

6.2 Valoración por necesidades de Virginia Henderson

1. Necesidad de Respiración

Saturación O₂ 97%. No fumadora. No presenta problemas en la respiración, frecuencia y ritmo correctos, no tiene ruidos respiratorios, ni mucosidad.

Necesidad no alterada

2. Necesidad de alimentación/hidratación

Sigue una dieta rica en fibra. Ha presentado molestias hipogástricas durante el embarazo. Ingesta de líquidos diaria: 1.5-2 L. Es completamente independiente en relación a la capacidad funcional para la alimentación. Peso antes de embarazo: 60 kilos. Talla: 1.65 m. IMC: 22.04 (Peso normal).

Necesidad no alterada

3. Necesidad de eliminación

Aumento de la frecuencia de las diuresis (situación fisiológica durante el embarazo). Frecuencia urinaria: 12-14 veces. Ha sufrido estreñimiento en el último estadio del embarazo, siendo la frecuencia fecal de 1 vez cada 2-3 días.

Necesidad alterada

4. Necesidad de movilización

No presenta problemas relacionados con la movilidad. Es independiente en relación al nivel funcional para la actividad/movilidad. Frecuencia cardiaca: 72 ppm. Tensión arterial: 122/75 mmHg.

Necesidad no alterada

5. Necesidad de sueño/descanso

La paciente refiere dormir 6-7 horas por la noche, siendo el sueño interrumpido varias veces para orinar. Se despierta descansada y el sueño es reparador. No presenta ningún problema para dormir, su sueño continúa como siempre.

Necesidad no alterada

6. Necesidad de vestirse/desvestirse

No tiene problemas para vestirse y desvestirse, siendo independiente. La ropa que viste es adecuada.

Necesidad no alterada

7. Necesidad de termorregulación

Temperatura: 36,5°C. Sin alteración observada.

Necesidad no alterada

8. Necesidad de Higiene y piel

Presenta buena higiene corporal y bucal, cabello y uñas cuidados. Es totalmente independiente según la capacidad funcional para el baño/higiene general. Presenta una buena hidratación en la piel y mucosas.

Necesidad no alterada

9. Necesidad de seguridad

No tiene alergias médicas conocidas. Presenta dolor debido a las contracciones que en el momento de llegada a paritorios, clasifica de 8 en la escala EVN del dolor (Escala Visual Numérica que puntúa de 0 a 10 el dolor, siendo 0 la ausencia de dolor y 10 dolor insoportable).²⁰

Al ser A+ su grupo sanguíneo, no tiene problemas de incompatibilidad Rh, por lo no ha precisado isoinmunización. Test Coombs indirecto: negativo. HBsAg: negativo (no hay presencia del virus hepatitis B). SGB: negativo (no hay presencia colonizadora en la vagina y recto de estreptococo del grupo B)

No toma ninguna medicación habitual, durante el embarazo ha tomado Yoduk Complex, suplementación universal que es realizada de forma universal para la quimioprofilaxis. (Yoduk Complex es una medicación indicada en la prevención de deficiencias de ácido fólico, vitamina B12 y yodo antes y durante el embarazo, ya que contiene las dosis necesarias de estos tres principios activos para el embarazo).²¹

Necesidad alterada

10. Necesidad de comunicación

Viene acompañada de su marido y su madre, que se encargarán de acompañarla durante todo el proceso del parto y su estancia hospitalaria y de realizar los cuidados necesarios tras su alta hospitalaria. Muestran preocupación e interés por la situación de la mujer y el feto. La actitud de los padres ante su futura maternidad es buena.

Necesidad no alterada

11. Necesidad de creencias y valores

Desea dar lactancia materna al recién nacido.

Necesidad no alterada

12. Necesidad de realización

Manifiesta entusiasmo con la nueva etapa de su vida y su maternidad.

Necesidad no alterada

13. Necesidad de ocio y actividades recreativas

Necesidad no alterada

14. Necesidad de aprender

Tiene estudios técnicos, es auxiliar de enfermería. Ha recibido educación maternal durante el embarazo. Al ser su primera gestación presenta desconocimiento sobre la situación.

Necesidad no alterada

6.3 Diagnósticos ²²

Dolor agudo (00132) r/c proceso de parto m/p conducta expresiva y posturas para evitar el dolor

Conocimientos deficientes (00126) r/c falta de exposición m/p verbalización del problema

Temor (00148) r/c progreso hospitalario: parto y puerperio m/p informes de sentirse asustado e intranquilidad

Estreñimiento (00011) r/c embarazo m/p disminución de la frecuencia y eliminación de heces duras, secas y formadas.

Disposición para mejorar el proceso de maternidad (00208) m/p usa técnicas de relajación apropiadas en cada fase del parto

6.4 Planificación de cuidados ^{23,24,25}

Dolor Agudo

NOC (resultados)

1605 Control del dolor

Escala:

1	2	3	4	5
Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado

Puntuación: 2-Raramente demostrado

Indicadores:

- 160504 Utiliza medidas de alivio no analgésicas (Puntuación: 2- Raramente demostrado)
- 160508 Utiliza los recursos necesarios (Puntuación: 2- Raramente demostrado)

2102 Nivel del dolor

Escala:

1	2	3	4	5
Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
Desviación grave del rango normal	Desviación sustancial del rango normal	Desviación moderada del rango normal	Desviación leve del rango normal	Sin desviación del rango normal

Puntuación: 2- Sustancial

Indicadores:

- 210206 Expresiones faciales de dolor (2- Sustancial)
- 210201 Dolor referido (2- Sustancial)

NIC (intervenciones)

1400 Manejo del dolor

- Proporcionar información acerca del dolor, tal como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.
- Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas antes, después y, si fuera posible durante las actividades dolorosas; antes de que se produzca el dolor o de que aumente, y junto con las otras medidas de alivio del dolor.
- Considerar la disponibilidad del paciente a participar, capacidad de participar, preferencias, apoyo del método por parte de los seres queridos, y contraindicaciones al seleccionar una estrategia de alivio del dolor.
- Colaborar con el paciente, seres queridos y demás cuidadores para seleccionar y desarrollar las medidas no farmacológicas de alivio del dolor, si procede.
- Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.

0840 Cambio de posición

- Animar al paciente a participar en los cambios de posición, si procede.

- Evitar la colocación del paciente en una posición que le aumente el dolor.
- Permitir a la paciente elegir la posición adoptada.

6040 Terapia de relajación simple

- Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles.
- Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable.

Conocimientos deficientes

NOC (resultados)

1817 Conocimiento: parto y alumbramiento

Escala:

1	2	3	4	5
Ningún conocimiento	Conocimiento escaso	Conocimiento moderado	Conocimiento sustancial	Conocimiento extenso

Puntuación: 2-Conocimiento escaso

Indicadores:

- 181705 Métodos de control del dolor de parto y alumbramiento (3- Conocimiento moderado)
- 181707 Técnicas de relajación efectivas (2- Conocimiento escaso)

1814 Conocimiento: procedimientos terapéuticos

Escala

1	2	3	4	5
Ningún conocimiento	Conocimiento escaso	Conocimiento moderado	Conocimiento sustancial	Conocimiento extenso

Puntuación: 2 Conocimiento escaso

Indicadores:

- 181401 Procedimiento terapéutico (baño de inmersión). (2- Conocimiento escaso)
- 181410 Posibles efectos indeseables. (2- Conocimiento escaso)

NIC (intervenciones)

6760 Preparación al parto

- Discutir con la madre las opciones para aliviar el dolor.
- Preparar al asistente para que instruya a la madre durante los dolores y el parto.

6830 Cuidados intraparto

- Monitorizar la frecuencia cardiaca del feto y el nivel de dolor materno durante los dolores del parto.
- Proporcionar métodos alternativos de alivio del dolor coherentes con las metas de la paciente (baño de inmersión)

5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento

- Informar al paciente/ser querido acerca de cuándo y dónde tendrá lugar el procedimiento/tratamiento, si procede.
- Reforzar la confianza del paciente en el personal involucrado.
- Discutir procedimientos alternativos si procede.

5580 Información preparatoria: sensorial

- Identificar la secuencia de eventos y describir el entorno asociado con el procedimiento/tratamiento.
- Describir las sensaciones habituales que la mayoría de pacientes describe, asociadas con cada aspecto del procedimiento/tratamiento.
- Dar al paciente la oportunidad de hacer preguntas y clarificar malentendidos.

6.4 Ejecución

Encontrándose en planta, presenta aumento de la dinámica, se traslada al servicio de paritorios. Comienza el parto. Inicio y dilatación espontánea. Presentación fetal cefálica. Presenta monitorización fetal intraparto, siendo el resultado del registro cardiotocográfico feto reactivo y dinámica uterina regular. Se promueve la deambulación y libertad de movimientos. No presenta un plan de parto. Se encuentra acompañada de su pareja. La parturiente elige el apoyo, los cambios posturales y la inmersión en bañera como métodos para el alivio del dolor. No desea que se le administre epidural y no se usa ningún tipo de analgesia farmacológica.

Diagnósticos enfermeros presentes: Dolor agudo y conocimientos deficientes.

El servicio tiene como objetivo promocionar la utilización de la bañera inmersión en bañera como método para alivio del dolor durante el periodo de dilatación, por lo que se le oferta a todas las parturientas que acuden al servicio. Se explica cómo funciona la bañera, los beneficios que presenta y las posibles contraindicaciones, tras el consentimiento materno, se prepara bañera para inmersión. La bañera debe tener una temperatura de no más de 37-38 °C y el agua debe cubrir a la parturiente hasta el nivel del pecho. Se quiere comprobar si este método colabora a que la mujer sienta más intimidad y tenga mayor libertad de movimientos y por tanto mejore la satisfacción materna.

Se intenta tranquilizar a la mujer y explicar detenidamente todas las fases que le van a acontecer.

A la hora y media de la llegada al paritorio se inicia el uso de la hidroterapia en bañera de inmersión. Previamente a la inmersión la mujer presenta una dilatación cervical de 3 cm y en cuanto al dolor le da una puntuación de 8 sobre un máximo de 10 en la escala EVN.

Tras permanecer la gestante 50 minutos utilizando la hidroterapia, siempre con un control materno y fetal se da por finalizada la hidroterapia. Tras el baño de inmersión la mujer tiene una dilatación cervical de 8 cm y puntúa el dolor a los 30 minutos de la inmersión con 5 sobre un máximo de 10 en la escala EVN.

Diagnósticos enfermeros presentes: Dolor agudo y conocimientos deficientes.

Al abandonar la inmersión se produce la rotura de bolsa, de forma espontánea, liquido de color claro y cantidad normal y comienza el periodo expulsivo. Durante el parto la mujer adopta posición de litotomía.

Tras diez minutos termina el periodo expulsivo, nacimiento del recién nacido.

El recién nacido es normal, sin problemas. Es mujer, tiene un peso de 3080 gr y una longitud de 48 cm, tiene perímetro cefálico de 34 cm. Tiene una puntuación en el Test de Apgar de 9/10 al minuto de vida y de 10/10 a los 5 y 10 minutos. La mujer inicia la lactancia materna de forma precoz y la mantiene de forma eficaz durante las dos primeras horas de vida del recién nacido.

Se realiza la identificación de la madre y el recién nacido según protocolo. Se analiza grupo sanguíneo y Rh. Se le administra al Recién nacido profilaxis ocular, vitamina K, vacuna hepatitis B. El grupo sanguíneo del recién nacido es A y su Rh negativo.

Se produce el alumbramiento de forma espontánea a los 10 minutos de la expulsión fetal. Parto eutócico. La mujer sufre deterioro de la integridad tisular con un desgarro del periné de grado II que precisa sutura. No hay daños en vulva, vagina y cuello.

En cuanto a la placenta es ovalada con las membranas íntegras. El cordón tiene inserción lateral, longitud normal, presenta 3 vasos y no tiene anomalías ni circulares.

Diagnósticos enfermeros presentes: Dolor agudo, conocimientos deficientes y deterioro de la integridad tisular.

La mujer inicia deambulación. Se retira vía venosa. Se realiza cura de la lesión perineal. Se enseña cuidados de la lesión perineal. Se asesora en lactancia materna y se realiza educación sanitaria en planificación de nuevos embarazos.

La mujer presenta un estado general bueno, estando el abdomen bien y siendo el peristaltismo correcto, el útero se encuentra contraído, loquios normales, mamas en buen estado. Ha orinado. No ha defecado. La sutura del desgarro y la lesión perineal tiene buen aspecto. No presenta signos de infección.

Diagnósticos enfermeros presentes: Dolor agudo, conocimientos deficientes y deterioro de la integridad tisular.

La mujer continúa bien. La lactancia materna está siendo eficaz. Presenta un estado general bueno, el abdomen se encuentra bien y el peristaltismo es bueno. El útero se encuentra bien contraído. El sangrado es normal. No hay presencia de loquios. Continúa orinando pero aun no ha defecado. En cuanto a los resultados de los diagnósticos, se mantiene igual

Al encontrarse en un buen estado general, madre e hija reciben el alta hospitalaria.

Resultado	Puntuación 1	Puntuación a los 50 minutos	Puntuación a la hora	Puntuación al alta
Control del dolor	2	4	4	4
Nivel del dolor	2	3	4	4
Conocimiento: parto y alumbramiento	2	3	3	4
Conocimiento: procedimientos terapéuticos	2	3	4	4

Tabla 1: Evolución de los resultados esperado a lo largo de la estancia hospitalaria.

6.5 Evaluación

Resultado	Puntuación inicial	Puntuación deseada	Puntuación final	Tiempo previsto
Control del dolor	2	5	4	Durante la estancia
Nivel del dolor	2	5	4	Durante la estancia
Conocimiento: parto y alumbramiento	2	4	4	Durante la estancia
Conocimiento: procedimientos terapéuticos	2	4	4	Durante la estancia

Tabla 2: Evaluación de los resultados esperados.

En relación al dolor agudo se observa que ha alcanzado una puntuación deseable en la cual toleraba el dolor de forma adecuada y sin necesidad de haber requerido algún analgésico farmacológico. No se observó un aumento en la duración del tiempo de proceso parto.

En cuanto al déficit de conocimientos, ha mostrado interés y ha alcanzado los resultados esperados tanto en el conocimiento: parto y puerperio, pues al vivir la experiencia ya tiene los conocimientos suficientes, como en los procedimientos terapéuticos, donde también ha mostrado interés por el procedimiento de inmersión en agua preguntando y utilizando dicho método y ha alcanzado satisfactoriamente los objetivos.

Tras preguntar a la mujer por la satisfacción con su proceso de parto y la atención recibida en este, la mujer lo valora como muy satisfactoria. Se utiliza una escala Likert 5 niveles.

7. DISCUSIÓN

En vista de los resultados de nuestro caso clínico y con la evidencia científica disponible^{26,27,28,29,30,31,32,33,34,35} la inmersión durante el parto disminuye las necesidades de analgesia farmacológica, en aquellos partos de bajo riesgo y la duración del trabajo de parto

no se ve afectada en ninguna de sus etapas. Se puede concluir que el baño de inmersión disminuye el nivel de dolor del parto. Por otro lado la utilización de la inmersión en el agua no aumenta la incidencia de morbilidad materna y neonatal. El uso de la hidroterapia en el parto aumenta el nivel de satisfacción materna con el proceso de parto.

La principal limitación es la falta de infraestructura para la utilización de este método, ya que no en todos los hospitales disponen de una bañera obstétrica. Por otro lado se necesita más investigación para demostrar los beneficios de la inmersión en agua con la suficiente evidencia científica, ya que en la mayoría de los casos la inmersión en agua se realiza solo de forma experimental.

8. BIBLIOGRAFÍA

¹ Martínez Galiano, J.M; Narváez Traverso, A; Fernández Valero M.J. Anatomofisiología, mecanismo y elementos del proceso de parto. En: Martínez Galiano, J.M. Manual de asistencia al parto. Barcelona: Elsevier; 2013. p: 1-19.

² Federación de asociaciones de Matronas de España, FAME, Definición de parto normal [sede Web]. Vélez-Málaga: FAME; 2006 [acceso el 10 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/definicion-de-parto-normal>

³ Martínez León, J; Martínez Galiano, J.M; A; Medina Gil, A.M. Atención sanitaria durante el periodo de dilatación. En: Martínez Galiano, J.M. Manual de asistencia al parto. Barcelona: Elsevier; 2013. p: 21- 40.

⁴ 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. Madrid. Plan Nacional para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. 2010. Guía de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2009/01.

⁵ Narváez Traverso, A.; Medina Gil, A.M; Martínez León, J. Atención a la gestante durante el periodo expulsivo. En: Martínez Galiano, J.M. Manual de asistencia al parto. Barcelona: Elsevier; 2013. p: 41- 52.

⁶ Medina Gil, A.M; Herrera Gómez, A; Martínez Galiano, J.M. Atención sanitaria durante el alumbramiento y el puerperio inmediato. En: Martínez Galiano, J.M. Manual de asistencia al parto. Barcelona: Elsevier; 2013. p: 53 - 72.

⁷ Ministerio de salud. Sistema regional de salud metropolitano. Revisión de normas de salud de la mujer 2007. [Consultado el 21 de febrero de 2015]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/revision_de_normas_de_salud_integral_de_la_mujer.pdf

⁸ Harmon, G. Valoración general de enfermería de la familia de la mujer gestante de alto riesgo. En: Harmon, G. Manual de embarazo y parto de alto riesgo. 3ª edición. Madrid: Elsevier; P: 27 – 47.

⁹ Rufo Romero, A. Manual de atención al embarazo, parto y puerperio. Sevilla: Consejería de Salud; 1994

¹⁰ Harmon, G. Parto disfuncional. En: Harmon, G. Manual de embarazo y parto de alto riesgo. 3ª edición. Madrid: Elsevier; P: 693 – 752.

¹¹ Herráiz Martínez, M.A; Izquierdo Méndez, N; De la Puente Yagüe, M. Distocias en el proceso de parto. En: Martínez Galiano, J.M. Manual de asistencia al parto. Barcelona: Elsevier; 2013. p: 73- 102.

¹² Instituto Nacional de Estadística [sitio web]. 2015. Madrid: INE. INEbase, Partos. Año 2013 [Consultado el 17 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/e301/parto/a2013&file=pcaxis&L=0>

¹³ Junta de Andalucía [sede web]. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía; 2015 [consultado el 17 de febrero de 2015]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/noticia.asp?codcontenido=23400&utm_sou

[rce=servicioandaluzdesalud&utm_campaign=Boletin+Novedades&utm_medium=mail&utm_content=20150123&utm_term=El+Hospital+Comarcal](http://www.servicioandaluzdesalud.es/utm_campaign=Boletin+Novedades&utm_medium=mail&utm_content=20150123&utm_term=El+Hospital+Comarcal)

¹⁴ Herrera Gómez, A; Fernández Valero, M.J; Narváez Traverso, A. Analgesia y anestesia durante el trabajo de parto. En: Martínez Galiano, J.M. Manual de asistencia al parto. Barcelona: Elsevier; 2013. p: 103 - 120.

¹⁵ Fernández Valero, M.J; Martínez León, J; Herrera Gómez, A; Hijona Elósegui, J.J. Traumatismos maternos asociados al proceso de parto. En: Martínez Galiano, J.M. Manual de asistencia al parto. Barcelona: Elsevier; 2013. p: 137- 160.

¹⁶ PSI Línea de Apoyo. ("PSI Warmline"). Trastornos psicológicos perinatales [sede web]. [Consultado el 22 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.postpartum.net/En-Espa%C3%B1ol/Trastornos-Psicologicos-Perinatales-.aspx>

¹⁷ Rodríguez-Alarcon Gómez, J; Melchor Marcos, J.C; Martín Vargas, L; Fernández Llebreg del Rey, L. La patología neonatal asociada al proceso de parto. Asociación Española de Pediatría. Hospital de Cruces. Vizcaya. [Actualizado en 2008][Consultado el 2 de marzo de 2015]. Disponible en:

http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/14_1.pdf

¹⁸ Estrategia de Atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: 2007. Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>

¹⁹ Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Buenas Prácticas en atención perinatal: Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud; 2008. [Consultado el 25 de Febrero de 2015]. Disponible en:

http://www.perinatalandalucia.es/file.php/1/BBPP_Atencion_Perinatal.pdf

²⁰ Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Agencia de Calidad Sanitaria. Escala Valoración Numérica del dolor [Consultado el 24/03/2015]. Disponible en:

http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/formacionsalud/export/sites/default/galerias/descargas/IX_encuentro_pai/ESCALA_VISUAL_NxMERICA-DOLOR.pdf

²¹ Vademecum.es [sede web]. Madrid: UBM Medica Spain. Consultado el 24/03/2015. Disponible en: http://www.vademecum.es/medicamento-yoduk+complex_prospecto_68852

²² Heather Herman, T. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier, 2010.

²³ Jhonson, M et al. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC: diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª ed. Madrid: Elsevier Mosby, 2007

²⁴ Moorhead S., Johnson M., Maas M., Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby, 2009

²⁵ McCloskey Dochterman J., Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª ed. Madrid: Elsevier Mosby, 2005.

²⁶ Cluett, E; Burns, E. Immersion in water in labour and birth. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Apr 15;(2):CD000111. DOI: 10.1002/14651858.CD000111.pub3.

²⁷ Pérez L. Manejo del dolor del trabajo de parto con métodos alternativos al uso de fármacos. Matronas Profesión 2006; 7 (1): 14-22

²⁸ Sociedad Española de Neonatología y de la Sección de medicina Perinatal de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. Documento de consenso Atención del parto en el agua

²⁹ Barbosa da Silva, F.M; Junqueira Vasconcelos de Oliveira, S.M. El efecto del baño de inmersión en la duración del trabajo del parto. Rev Esc Enferm USP 2006; 40(1): 57-63

³⁰ Barbosa da Silva F.M; Junqueira Vasconcellos de Oliveira, S.M.; Mota e Silva, L.; Fernandez Tuesta, E. Prácticas para estimular el parto normal. Index Enferm [revista en la Internet]. 2011 Sep; 20(3): 169-173.

³¹ Gayeski, M. E.; Brüggemann, O.A. Los métodos no farmacológicos para aliviar el dolor durante el parto: una revisión sistemática. Texto contexto - enferm. [serie en internet]. 2010 Dic; 19(4): 774-782.

³² Borges Osorio, S.M; Gomes da Silva Júnior, L.; Oliveira Nicolau, A.I. Evaluación de la efectividad de métodos no farmacológicos en el alivio del dolor del parto. Rev. RENE; 15(1): 174-184, enero.-febrero. 2014. DOI: 10.15253/2175-6783.2014000100022

³³ Águila Barranco, J.C. Efecto de la dilatación en el agua sobre la distocia de progresión. Rev. Inquietudes; nº33. Diciembre 2005.

³⁴ Chaichian, S. et al. Experience of water birth delivery in Iran. Arch Iran Med. 2009 Sep;12(5):468-71

³⁵ Henderson, J. et al. Labouring women who used a birthing pool in obstetric units in Italy: prospective observational study. BMC Pregnancy Childbirth. 2014 Jan 14; 14:17. DOI: 10.1186/1471-2393-14-17