

Coordinación:

Dra. María José Galiano Segovia

Pediatria. Centro de Salud María Montessori. Leganés (Madrid)

## Immersion in water during labor and delivery

Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion Number 679. November 2016

Obstet Gynecol. 2016; 128(5): 1.198-1.199



La Academia Americana de Pediatría apoya el dictamen del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos respecto a la inmersión en agua durante el trabajo de parto y el parto.

La inmersión en agua durante el parto se ha popularizado en las últimas décadas sin que haya suficiente evidencia para apoyar o desaconsejar esta práctica. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos ha realizado una revisión de la bibliografía actual sobre los riesgos y beneficios para la madre y el neonato relacionados con la inmersión durante el parto, y en función de los datos obtenidos ha elaborado una serie de recomendaciones al respecto.

Los autores resaltan la importancia de las limitaciones metodológicas de los estudios revisados, entre las que destacan las siguientes:

- Los efectos de la inmersión pueden ser diferentes durante la primera y la segunda etapa del parto; sin embargo, no todos los estudios identifican el momento en que se realiza.
- La mayoría de los estudios se han llevado a cabo en mujeres sanas con embarazos únicos entre la semana 37 y la 41 y con presentación cefálica, lo que limita la generalización de los resultados.
- La mayoría de los ensayos controlados y aleatorizados (que ya fueron objeto de una revisión Cochrane en 2009) tienen tamaños muestrales pequeños y, por tanto, un alto riesgo de sesgos, lo que limita su fiabilidad y validez y dificulta la comparación entre ellos.

Desde el punto de vista pediátrico, de la revisión realizada por los autores se puede concluir que no se han podido demostrar beneficios para el recién nacido con la inmersión en agua durante el parto. La evidencia disponible tampoco sugiere un mayor riesgo de resultados adversos fetales o neonatales si la inmersión en agua se realiza durante la primera fase del parto. Sin embargo, dada la heterogeneidad de los resultados, la evidencia disponible es insuficiente para descartar la posibilidad de un mayor riesgo de efectos adversos graves en el neonato (infección, aspiración de agua, avulsión del cordón umbilical) cuando el parto se realiza dentro del agua.

En cuanto a la madre, la inmersión en agua durante la primera fase del parto se ha relacionado con una disminución de la necesidad de analgesia y una menor duración del trabajo de parto en esa etapa. Los resultados para la segunda etapa son más inconsistentes, y están relacionados con la mejora en la satisfacción de las madres y beneficios asociados a experiencias de relajación, calidez, privacidad y mayor capacidad para mantener el control durante el parto. Asimismo, la evidencia

disponible no sugiere un aumento del riesgo de efectos adversos maternos con la inmersión en el agua durante el parto.

Con todo ello, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos hace las siguientes recomendaciones:

- La inmersión en agua durante la primera etapa del parto puede estar asociada a un trabajo de parto más corto y una disminución del uso de analgesia espinal y epidural. Puede plantearse en mujeres sanas con embarazos sin complicaciones entre 37 0/7 y 41 6/7 semanas de gestación.
- No hay datos suficientes que permitan extraer conclusiones respecto a los beneficios y riesgos de la inmersión en agua durante la segunda etapa del trabajo de parto y el parto. Por tanto, hasta que se disponga de esos datos, no es recomendable que el nacimiento se produzca en el agua.
- Una mujer que solicite dar a luz mientras está sumergida en el agua debe ser informada de que los beneficios y riesgos maternos y perinatales de esta elección no se han estudiado lo suficiente como para apoyar o desaconsejar su petición. También debe ser informada de las complicaciones neonatales, raras pero graves, asociadas con esta elección.
- Las opiniones expresadas en este documento no deben interpretarse de manera que se impida la realización de estudios prospectivos bien diseñados sobre los beneficios y riesgos maternos y perinatales asociados a la inmersión durante el parto.
- Los servicios que oferten inmersión durante el trabajo de parto deben establecer protocolos rigurosos para la selección de candidatos, el mantenimiento y la limpieza de piscinas y bañeras, los procedimientos de control de infecciones (incluidas las precauciones estándares y el equipo de protección personal para el personal de salud) y el seguimiento de las mujeres y los fetos a intervalos apropiados mientras se está inmerso, así como para su evacuación desde las bañeras si surgen complicaciones.

### Lo que aporta este estudio:

En un momento en que en medicina se adoptan prácticas no siempre basadas en los datos de la experiencia clínica, se agradece el posicionamiento de las sociedades científicas, en este caso el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. Hoy por hoy, a la luz de la evidencia científica, el parto en el agua no aporta ningún beneficio para el recién nacido. E incluso en determinadas circunstancias puede ser perjudicial.

**M.L. Peralta Ibáñez**

Centro de Salud «Huerta de los Frailes». Leganés (Madrid)

# Relative effectiveness of additive pain interventions during vaccination in infants

Taddio A, Pillai Riddell R, Ipp M, Moss S, Baker S, Tolkin J, et al.  
CMAJ. 2016 Dec 12



El dolor causado por la vacunación provoca malestar en los lactantes, pero también en quienes están presentes. Mitigar el dolor puede reducir el sufrimiento y evitar algunas dudas sobre si vacunar o no a los niños.

Se realizó un ensayo clínico controlado, longitudinal, competitivo, aleatorizado, multicéntrico y doble ciego, en el que se asignó a los lactantes a varios grupos con diferentes estrategias para prevenir el dolor durante la vacunación. De los 944 niños valorados inicialmente (entre el 17 de enero de 2012 y el 2 de febrero de 2016), 106 no cumplían criterios de inclusión, en 486 los padres decidieron no participar, y pudo aleatorizarse a los 352 restantes en uno de los cuatro grupos de intervención, a los 2, 4, 6 y 12 meses, respectivamente: a) grupo control, placebo; b) educación mediante vídeo dirigida a los padres sobre el cuidado de los bebés; c) vídeo + sacarosa oral, y d) vídeo + sacarosa + lidocaína liposomal aplicada tópicamente.

Cada niño recibía un kit: vídeo (placebo o no), crema (lidocaína o no) y solución (sacarosa o no). Al llegar el lactante a la cita para la vacuna, se le ponía 1 g de la crema durante 20 minutos, mientras los padres veían el vídeo, después se retiraba la crema, y 1-2 minutos antes de la vacuna se le administraba la solución del estudio.

Se valoraron las molestias del lactante en tres fases: pre-inyección (basal), durante la vacuna (inyección) y 1 minuto postinyección (recuperación), usando una escala de dolor modificada (0, sin dolor; 10, dolor máximo). Esta escala incorpora tres dominios de comportamiento del lactante (muecas faciales, llanto y movimiento del cuerpo), valorados individualmente en intervalos de 15 segundos, que se suman en una escala general, con una puntuación desde 0 (no dolor) a 10 (dolor máximo).

Se compararon los resultados entre grupos y por edades de los lactantes, usando un modelo mixto de análisis de medidas repetidas.

En los resultados no se obtuvo ninguna diferencia entre grupos en el momento basal. En la segunda fase (inyección) hubo diferencias entre los grupos ( $p=0,003$ ) y las edades de vacunación ( $p<0,001$ ). Las puntuaciones fueron más bajas en el grupo vídeo + sacarosa + lidocaína (media de 6,3), pero no en el resto de grupos (media de 6,7 en cada uno). Estos resultados sugieren un beneficio derivado del uso de la lidocaína. En la fase de recuperación, la puntuación no difería entre grupos.

El efecto era mayor a los 6 meses de edad (puntuación inferior) en todas las etapas, para volver a aumentar a los 12 meses.

Los efectos del tratamiento observados pueden no ser suficientemente consistentes como para obligar a los clínicos a cambiar su práctica habitual —no realizar ninguna intervención—, particularmente debido a la corta duración del dolor. Sin embargo, es importante destacar que aliviar el dolor es parte de una buena práctica de vacunación. Que el dolor dure poco tiempo no justifica no tratarlo. Los episodios breves de dolor yatrogénico sin tratar pueden tener consecuencias a largo plazo, incluido el incumplimiento de la vacunación. ■

## Lo que aporta este estudio:

La preocupación por disminuir el dolor en muchas prácticas pediátricas habituales, como la vacunación, es señal de una buena calidad de la atención al niño y su familia. Sin embargo, los datos obtenidos de distintas estrategias de intervención, incluida la administración de anestésicos tópicos, son muy modestos. Es muy posible que más que el uso de fármacos para mitigar el dolor, sea más efectivo crear un ambiente de confianza entre padres y pediatras. El pediatra de atención primaria y la enfermera de pediatría son piezas clave para conseguir que las tasas de vacunación en España sigan siendo tan buenas como hasta ahora. Para el bien de nuestros niños.

**M.J. Galiano Segovia**