



## PARTO EN AGUA: LA ÚNICA TÉCNICA CREADA POR MUJERES PARA LAS MUJERES

Barbara Harper

El parto en agua es sencillo. Entorno a esta sencillez yacen un gran número de preguntas, opiniones, investigaciones, experiencias de las mujeres y observaciones de los especialistas.

Durante los últimos cinco años, al tiempo que más hospitales de Estados Unidos se planteaban el parto en agua y creaban programas de apoyo a la utilización del agua en el trabajo de parto y nacimiento, los reportajes de la prensa se agarraban al puro sensacionalismo de esta opción y publicaban historias de partos en agua que habían sido un éxito en los periódicos locales. Los reporteros se esforzaban por simplificar lo que era el parto en agua y, al mismo tiempo, planteaban las preguntas más comunes. Todas las historias muestran a una madre radiante, un tranquilo y pacífico bebé y un orgulloso padre que, normalmente, está montando sin ningún inconveniente la piscina portátil.

Títulos tan sorprendentes como "Nacimiento Acuático", "El Bebé Nació Nadando" o "Los Niños Comienzan

Chapoteando" responden a simples historias de parejas que han tomado esta decisión por ellos mismos y confían en ella.

La primera y más habitual pregunta que se pasa por la mente de todo el mundo es: **¿cómo respira un bebé que nace en el agua?**

Primero, la temperatura del agua es prácticamente la misma que la del líquido amniótico en la barriga, de lo que se deduce que no hay ningún shock por el cambio de temperatura. Segundo, el bebé recibe el oxígeno a través del cordón umbilical, igual que ha ocurrido durante los nueve meses de embarazo. Y tercero, el bebé cuenta con un reflejo autónomo llamado "reflejo de inmersión" que le impide tragar cualquier sustancia mientras sale la cabeza y, por lo tanto, ahogarse. Este reflejo lo conserva

durante los seis primeros meses de vida, y luego desaparece.

Entonces, ¿cómo empieza a respirar el recién nacido? En cuanto el bebé siente un cambio ambiental del agua al aire, se produce una compleja cadena de respuestas químicas, hormonales y físicas que hacen que el bebé comience a respirar. Los bebés nacidos en el agua responden a este cambio más despacio, ya que todo su cuerpo se expone al aire al mismo tiempo, y no sólo la cabeza, como ocurre en un nacimiento en seco. Algunas comadronas dicen que los bebés nacidos en agua se ponen un poco más azules, aunque demuestran un buen nivel de respuesta. También se ha dicho que la primera señal APGAR aparece al minuto y treinta segundos en lugar de al minuto, como consecuencia de esta adaptación más lenta.

Al bebé le ocurren varias cosas al mismo

«Se estima que entre 1985 y 1999 se produjeron en todo el mundo más de 150.000 nacimientos en agua, y no hay ningún dato demostrado de muerte natal por aspiración de agua o inhalación»

tiempo: se le cierra el orificio oval del corazón, cambia la circulación, los pulmones reciben oxígeno por primera vez y se pinza el cordón umbilical, lo que provoca el cierre de los vasos umbilicales. Durante años se ha enseñado a los estudiantes que la primera respiración dependía de la presión que recibía el bebé al pasar por el canal del nacimiento y, luego, un reflejo de apertura por la compresión del pecho provocaba un vacío. Eso no tiene nada que ver con la respiración del recién nacido. No existe tal vacío. El recién nacido que nace bajo el agua está protegido por todos los mecanismos inhibidores ya mencionados hasta que sale del agua y llega a los brazos de la madre.

Todos los fluidos que se encuentran en los alvéolos pulmonares se expulsan automáticamente al sistema vascular

gracias a la presión de la circulación pulmonar, proceso que incrementa el volumen sanguíneo del bebé recién nacido 1/5 o, lo que es lo mismo, un 20%. El sistema linfático absorbe los restos de los fluidos a través de los espacios intersticiales de la pared pulmonar. Este aumento del volumen sanguíneo es vital para la salud del bebé. Los fluidos pulmonares tardan en desaparecer del todo aproximadamente unas seis horas<sup>1</sup>. Cuando miramos atrás los análisis de las estadísticas relacionadas con bebés nacidos en agua, queda más que probado que los factores inhibitorios son algo más que pura teoría. Un estudio realizado en Inglaterra entre 1994 y 1996 y publicado en 1999 sobre 4.032 nacimientos en agua refleja una mortalidad perinatal de 1'2 por 1.000, ninguna de ellas relacionada con el hecho de que el nacimiento se hubiera producido en el

agua, y dos bebés necesitaron atención especial por una posible aspiración de agua<sup>2</sup>. Se estima que entre 1985 y 1999 se han producido en todo el mundo más de 150.000 nacimientos en agua, y no hay ningún dato que demuestre

ningún caso de muerte natal por aspiración de agua o inhalación.

En los comienzos del parto en agua se dijo que un bebé había muerto por haber nacido en el agua; este bebé no falleció por aspiración o asfixia, sino porque se le dejó bajo el agua durante más de quince minutos después de haber nacido; además, al haberse desprendido la placenta de la pared del útero y dejar de enviar oxígeno al bebé, cuando se le sacó del agua no comenzó con la respiración y falleció. La autopsia demostró que no había agua en los pulmones del bebé, por lo que la muerte se debió a asfixia<sup>3</sup>. Éste es el motivo por el que subimos al bebé del agua al momento del nacimiento. Hay gente que dice que en la película "Water Babies: The Aquanatal Experience in Ostend" se mantiene a los bebés debajo del agua durante bastante tiempo. Esta

cinta de vídeo es ficticia, por lo que nos da la sensación de que están más tiempo. En realidad, la secuencia dura sólo 47 segundos, aunque cuando se le pregunta a la gente que la ha visto cuánto tiempo están los bebés en el agua, dicen desde uno hasta cinco minutos.

Sacar al bebé demasiado rápido del agua puede resultar traumático, aunque algunas comadronas y médicos<sup>4</sup> recomiendan que permanezca en ella sólo hasta que se corte el cordón. Si el cordón se desprendiera, existiría la posibilidad de que el bebé necesitara una transfusión. El desprendimiento o rotura del cordón se evita sacando al bebé del agua suave y tranquilamente. Es necesario que las madres que desean recoger a sus bebés por ellas mismas tengan presente no hacerlo demasiado deprisa.

«No existe evidencia alguna de un aumento de morbilidad por infección en mujeres que utilizan el agua durante el trabajo de parto y/o nacimiento, tengan o no las membranas rotas»

Algunas comadronas no “permiten” que el nacimiento tenga lugar en el agua o piden a las mujeres que salgan de ella inmediatamente después del nacimiento debido a la incapacidad para detectar exactamente una posible pérdida de sangre, aunque después de atender algunos partos en agua, se aprende con cierta facilidad. Garland y Jones confirman en una revisión sobre parto en agua del Hospital Maidstone de Kent, Inglaterra, que las comadronas son capaces de valorar exactamente las pérdidas de sangre de los partos en agua después de asistir unos 500 partos<sup>5</sup>. El aspecto clave para detectar una hemorragia postparto es fijarse en el tono oscuro que ha adquirido el agua. Una buena pregunta al respecto es: ¿ves los muslos de la madre a través del agua a pesar de que haya sangre? Unas pocas gotas de sangre en la piscina pueden hacer que cambie el color del agua. En este momento viene bien tener a mano

una linterna sumergible: colocándola en el fondo de la piscina, permite ver tanto el sangrado como el posible meconio que pueda salir durante el nacimiento; también sirve para retirar restos de heces que la mujer haya podido expulsar. Este punto nos conduce a la segunda pregunta más común que realizan tanto el personal hospitalario como los periodistas: **¿no cogerá la madre una infección?**

En algunos hospitales aún se restringe la utilización del agua durante el trabajo de parto a mujeres cuya bolsa amniótica está rota. Si nos basamos en la literatura actual y también del pasado, esto es totalmente absurdo. No existe evidencia

alguna de un aumento de morbilidad por infección en mujeres que utilizan el agua durante el trabajo de parto y/o nacimiento, tengan o no las membranas rotas<sup>6,7</sup>. La referencia más antigua a este respecto data de 1960 en el American Journal de OB/GYN, en la que el Dr. Siegel planteó la siguiente pregunta: **¿entra el agua en la vagina?** En su experimento colocó un tampón de algodón estéril a treinta mujeres, a las que luego les pidió que tomaran un baño de agua con yodo durante al menos quince minutos. En todos los casos, al sacar el tampón, se comprobó que no había yodo [en la vagina]<sup>8</sup>. Así llegó a la conclusión de que había que permitir a las mujeres



tomar baños tanto al final del embarazo como durante el trabajo de parto. Las mujeres de parto tienen la ventaja de que cuando el bebé está encajado y a punto de salir, nada puede entrar y subir por la vagina. Las cosas que entran en la vagina durante el trabajo de parto, tales como sondas, dedos, el amnioscopio para ver el líquido amniótico, el electrodo de la cabeza del bebé, etc. sí pueden provocar infecciones. Janet Rush y su equipo de investigación de Canadá han dirigido el único trabajo controlado

aleatorio que existe sobre la utilización del agua durante el trabajo de parto, a partir del que se ha concluido que no existen diferencias sobre el riesgo de infección para la mujer y/o el recién nacido en mujeres con la bolsa rota. La prevención de una infección, sobre todo dentro del ambiente hospitalario, requiere cierta premura y el seguimiento de estrictos protocolos durante el trabajo de parto y el nacimiento. Mantener limpio todo el equipo que se va a utilizar en un parto en agua previene el riesgo de

infección. En un estudio aleatorio realizado en el Hospital Universitario de Ciencias de la Salud de Oregón en 1999, se hicieron cultivos del agua que entraba a la piscina portátil antes, durante y después del nacimiento, así como de la manguera que conducía el agua y del grifo: en ningún caso se encontró bacteria alguna en la piscina, aunque en el grifo dio positivo la bacteria **pseudomonas**<sup>10</sup>. En un estudio británico realizado sobre 541 trabajos de parto en agua no se encontró ninguna señal de infección grave durante los tres años que duró dicha investigación; de nuevo, la bacteria **pseudomonas aeruginosa** fue la única presente en el caso de dos bebés que dieron positivo en el test de infección de oídos, aunque no necesitaron ningún tratamiento<sup>11</sup>. Algunos padres se preocupan por las posibles infecciones que se puedan contagiar de una madre a otra, o del contagio de algunos virus, tales como el VIH o la hepatitis. A este respecto, no hay ningún motivo por el que se deba prohibir a una madre seropositiva dar a luz en el agua. La evidencia indica que el virus VIH es susceptible al agua caliente y muere en este ambiente<sup>12</sup>. Las **Precauciones Universales** aún necesitan aceptar esta evidencia y trabajar por la correcta limpieza de los equipos después de un parto.

«Las mujeres deben poder tener el derecho de elegir dónde y cómo parir a sus hijos/as»

Una cuestión que se repite en toda la literatura y que interesa tanto a las madres como a las comadronas es:

**¿cuándo debe entrar la mujer al agua?**

En muchos hospitales se guían por la norma de los 5 cm., es decir, dejan entrar a la mujer en el agua cuando el trabajo de parto ya está avanzado y tiene más de 5 cm. de dilatación. Algunos aspectos fisiológicos apoyan esta regla, aunque siempre hay que valorar cada situación individual y actuar en consecuencia. Algunas mujeres utilizan el baño al principio para tranquilizarse y saber si el trabajo



de parto ya ha empezado<sup>13</sup>. Algunas veces, el agua, si se utiliza demasiado pronto, puede lentificar o parar el trabajo de parto. Por otro lado, si las contracciones son fuertes y regulares pero el cuello está poco o nada dilatado, se puede utilizar el agua para ayudar a que la mujer se relaje y favorecer así la dilatación. Se ha dicho que el baño se puede utilizar como “la prueba del agua” durante una hora, y dejar así que la mujer valore su efectividad. Las mujeres dicen que parece que las contracciones se espacian o parecen ser menos efectivas si entran al agua demasiado pronto, por lo



que en este caso se recomienda que salgan de ella, aunque por otro lado, algunas comadronas afirman que muchas mujeres van de 1 cm. a la dilatación completa durante las primeras una o dos horas de permanecer en el agua. La cantidad de agua es un factor clave. Si la piscina no tiene suficiente agua  $\frac{3}{4}$  debe llegar hasta el pecho de la mujer y cubrir completamente la barriga $\frac{3}{4}$ , las ventajas son menores. El agua caliente ofrece a la mujer comodidad y, además, la posibilidad de mantenerse en posición vertical, controlando la situación y sin necesidad de tomar ningún fármaco. Una vez que la mujer se introduce completamente en la piscina, las respuestas fisiológicas son aún mayores: entre ellas, destacan la redistribución del volumen sanguíneo, lo que estimula la secreción de oxitocina y vasopresina; la vasopresina, a su vez, hace que aumenten los niveles de oxitocina<sup>14</sup>. Muchas mujeres comentan que, en cuanto se meten en el agua, se produce una considerable reducción de la sensación de dolor; es lo que yo llamo “el efecto ahh”. La sonrisa, el sonido y la paz interior que las madres muestran son inconfundibles. Esta respuesta sucede en cualquier momento del trabajo de parto,

aunque de una manera mucho más notable cuando las contracciones son largas, fuertes y seguidas. Las comadronas, cuando ven que las mujeres no se quejan, pueden pensar que el trabajo se ha detenido, aunque luego se sorprenden de que en la primera hora de inmersión la dilatación haya avanzado considerablemente.

«El papel de la comadrona pasa a ser el de una observadora activa, a la vez que la madre asume más y más responsabilidad sobre el proceso»

Habiendo experimentado un parto en agua por mí misma, puedo asegurar la tremenda diferencia que hay en la percepción del dolor entre estar en el agua y estar en una habitación. Cuando estoy junto a una mujer de parto, en general valoro su nivel de dolor en una escala de 1 a 10 antes de que entre al agua; la mayoría llega a 6 o más. Luego, después de no menos de una hora y media, hago otra valoración; en este caso, aunque puede variar de una persona a otra, la respuesta más común oscila entre 2 y 4. Inmersa en el agua caliente, la

madre experimenta la globalidad de sus respuestas fisiológicas. La mayoría de las mujeres se sienten absolutamente seguras dentro del agua. El agua crea una barrera con el mundo exterior, convirtiendo la barriga en un nido, una caverna.

Si la piscina es lo suficientemente grande como para albergar a su pareja o esposo, este espacio se transforma en un lugar íntimo para que los dos puedan vivir conjuntamente la experiencia del trabajo de parto, el amoroso baile del nacimiento. Si la comadrona o médico desea realizar un tacto mientras la mujer está en el agua, es posible que se encuentre con la

negativa de la madre. Su movilidad le permite irse al otro lado de la piscina. Es fácil hacer los tactos vaginales en la piscina, aunque para mantener las **Precauciones Universales**, es necesario utilizar un guante que cubra todo el brazo. El control que ganan las mujeres al tener la posibilidad de total libertad de movimiento dentro del agua les permite con frecuencia valorar la progresión del parto a través de los movimientos de los bebés o de la exploración que ellas mismas pueden llegar a realizarse. Las mujeres dicen que, al tiempo que el agua intensifica la conexión con el bebé, reduce el dolor. Dentro del agua pueden sentir los movimientos del bebé, cómo desciende y pasa a través del canal del nacimiento. Así, el papel de la comadrona pasa a ser el de una observadora activa, a la vez que la madre asume más y más responsabilidad sobre el proceso mientras cuenta con absoluta movilidad dentro del agua. Por muchas razones, incluyendo el riesgo de infección, muchas comadronas optan por un parto “sin manos”. Por un lado, el agua hace que la cabeza salga más despacio, y, por otro, supone un apoyo al periné<sup>15</sup>. El hecho de que el proceso se desarrolle con la “mínima

intervención” le da a la madre una importante sensación de control de su propio parto.

En cuanto al trauma perineal, se sabe que, en general, presenta una menor incidencia en los partos en agua, con más perinés intactos en las multíparas y la misma frecuencia de desgarro en las primíparas que dan a luz dentro o fuera del agua<sup>16, 17</sup>. Una de las ventajas más destacadas del parto en agua es el índice de episiotomías, que es del 0%. Referente a esto, Rosenthal dice que las episiotomías se pueden hacer dentro del agua, aunque nadie las aconseja. Los mejores resultados con respecto al estado del periné se obtienen gracias a la combinación de varios factores, entre ellos: mantenerse la mujer en posición vertical, una buena posición fisiológica a la hora del expulsivo, libertad de movimiento y no decir a la mujer que empuje a menos que su cuerpo esté preparado. Las comadronas cuentan con los mejores datos y estadísticas de los partos, de lo que debe hacer una mujer de parto y del manejo de posibles complicaciones. Hay un interesante fenómeno entorno al movimiento de parto en agua que merece ser discutido: cuando no se molesta a una madre que está de parto, como ha dicho Odent, ella encuentra el lugar y el momento de parir, ya sea ese lugar el piso del cuarto de baño, debajo del piano, la cama o la bañera. Si los asistentes se mantienen en silencio, simplemente observando el proceso, el bebé nace donde sea. Ahora planteo la siguiente pregunta: si la madre tenía planeado parir en el agua, ¿puede influir en su decisión de entrar en el agua el hecho de que la comadrona le recuerde la progresión del segundo estadio del parto o que en mitad de esta etapa le diga que el baño está preparado? Observando los datos estadísticos que

**Waterbirth International** ha recopilado de comadronas y médicos que atienden partos en agua, se nota bastante la diferencia entre una atención y la otra. Las comadronas con un índice de partos en agua de entre un 80 y un 90%, en general atienden estos partos en centros de nacimiento que cuentan con sus

propias piscinas o en las casas, donde cada pareja alquila o compra una piscina portátil. Cuando la madre se encuentra como en la mitad de su capacidad de respuestas subconscientes, si alguien le dice que la piscina está preparada pero debe esperar, de inmediato se mete en la piscina, incluso si está en el expulsivo. En ocasiones, simplemente permanece como está, como si nada del mundo la pudiera mover de donde se encuentra.

Las dudas de la comadrona o el médico en cuanto a la utilización del agua para el nacimiento pueden ser percibidas por la madre, haciendo en algunas ocasiones que ella renuncie a su deseo para que el/la asistente se encuentre más cómodo/a. En algunos hospitales, muchas mujeres salen del agua en el momento del nacimiento para evitar problemas con las comadronas, mientras que por otro lado algunas comadronas deben pedir a las

### «El parto en agua forma parte más de una filosofía de no intervencionismo que de una forma de dar a luz»

mujeres que salgan de la piscina porque los protocolos no permiten el nacimiento en el agua o, simplemente, porque quien asiste el parto no se encuentra cómodo en esa situación. La decisión de dar a luz en el agua sólo debe ser asunto de la madre, aunque siempre teniendo en cuenta el bienestar del bebé. Ante todo, yo aconsejo a las mujeres que valoren las razones por las que desean dar a luz en el agua. Si el único motivo es la reducción del dolor, se trata de una razón de peso y es necesario tratarla a diferentes niveles. Si ya ha tenido otro parto anterior, sabe de qué se trata y lo que busca es una mejor experiencia, entonces estas mujeres están dispuestas a utilizar el agua como una forma de controlar ellas mismas el proceso. Un importante requisito para el parto es la flexibilidad, especialmente para aquellas mujeres que desean usar el agua. En mi caso, la primera vez que sentí que quería dar a luz en el agua lo hice porque pensé que era lo mejor para mi bebé. Oigo por parte de muchas mujeres que si esto o aquello,

se derivan del agua en cuanto al control que la mujer adquiere, pasan también al bebé. Lo mejor es centrarse en las necesidades de la madre. Durante mi segundo parto, nadie me pudo sacar del agua en ningún momento. Estuve centrada completamente en lo que yo estaba experimentando en lugar de en la experiencia de mi bebé. Muchas veces son los padres los que llaman a nuestra oficina para alquilar la piscina, y es que en realidad son ellos los que quieren que sus hijos nazcan en el agua, sin tener en cuenta lo que de verdad desean las madres; en estos casos, normalmente todo va bien, aunque esta decisión del padre también puede influir en el desarrollo del trabajo de parto.

Una vez que una mujer vive un parto en agua, quiere repetir la experiencia. Así, **Waterbirth International** cuenta con un gran número de preciosos testimonios:

por ejemplo, si la madre, para esta segunda vez, vive en un sitio diferente donde no es posible el parto en agua, irá allá adonde sea para revivir la experiencia.

**Waterbirth International** ha realizado durante diez años un proyecto de investigación con mujeres que habían dado a luz en agua; una de las preguntas que se les hacía era si volvería a considerar dar a luz en agua. De las más de 1500 encuestas que se realizaron, sólo una mujer contestó que no; además, lo hizo en letra mayúscula, bien marcado y entre exclamaciones, con una flecha que llegaba hasta el final de la página, donde había escrito en pequeño: “Es el séptimo. Ya he cumplido”

Es difícil pensar en otra forma de nacer que reciba tantos elogios por parte tanto de las mujeres como de los/as profesionales. La Dra. Lisa Stolper, que ejerce en la pintoresca ciudad de Nueva Inglaterra de Keene, en New Hampshire, empezó a ofertar el parto en agua a sus clientas en el Centro Médico de Cheshire en octubre de 1998; sólo un año después, el 37% de los partos vaginales y el 33% de todos ellos, incluyendo las cesáreas, fueron partos en agua. Este centro sólo cuenta con una piscina portátil, que se utiliza en casi el 50% de los trabajos de parto. Como profesional, esta obstetra



dice que “el parto en agua hace que mi trabajo me resulte mucho más fácil” Una de las últimas preguntas que se plantea la prensa y que también hacen las parejas es: **¿por qué no hay más hospitales en EE.UU. que ofrezcan el parto en agua?**

En los últimos cinco años, los hospitales de EE.UU. han avanzado de forma considerable en lo que se refiere al parto en agua. El Hospital Comunitario Monodock de Peterborough, en New Hampshire, fue el primero que implantó el parto en agua en el país e instaló una piscina de obra, que importó de Inglaterra. Todavía siguen ofreciendo esta opción a las mujeres, y ahora pueden echar la vista atrás y contar con diez años de importantes resultados y la satisfacción de un montón de familias. En el resto del país se han tomado su tiempo, y algunas zonas han avanzado más que otras. En la mayoría de los casos, la atención del parto en agua la han establecido las comadronas, quienes se muestran más abiertas a tratar el tema con las clientas y hacer lo necesario para que los hospitales acepten los protocolos. Algunas comadronas incluso compran la piscina portátil con la esperanza de

hacer negocio, pero en la mayoría de los casos la inversión simplemente se salda. El movimiento global de EE.UU. entorno a la implantación del parto en agua en los hospitales va por detrás del europeo en, al menos, cinco años, aunque las comadronas que asisten partos en casa en EE.UU. han ofrecido el parto en agua desde mucho antes que las de Europa<sup>18</sup>. El Reino Unido ha contado para ello con el apoyo del gobierno, que ha financiado las investigaciones, así como estudios de la Cumberlege Report<sup>19</sup>. El Comité de Salud de la Casa de los Comunes recomendó a todos los hospitales ofrecer a las mujeres la opción del parto en agua. El informe del aún existente movimiento “Cambiar el Nacimiento” reconoció que las mujeres tienen el derecho a elegir cómo y dónde dar a luz. En 1994, este movimiento estableció que “...el parto en agua es el método preferido por aquellas mujeres que tienen la posibilidad de elegir cómo tener a sus bebés. Se debería considerar el parto en agua como una alternativa en la atención del trabajo de parto dentro de la práctica de la comadrona<sup>20</sup>” Los estados [de EE.UU.] que más han avanzado respecto de la atención

hospitalaria del parto en agua son: Nueva York, Maine, New Hampshire, Illinois, Ohio, Carolina del Norte y Massachusetts; obviamente, la Costa Este está cambiando con más rapidez que la Costa Oeste.

Mucha gente se sorprende cuando se dan cuenta de que en todo el estado de California sólo hay un puñado de hospitales con servicio de parto en agua, cuando más de 2/3 de los centros de nacimiento existentes en EE.UU. ofrecen esta opción. Nacer en el agua no es nuevo en la historia de la humanidad. Los nativos, cuyas culturas se desarrollan en climas tropicales con aguas calientes tienen fácil acceso al océano, a charcas de agua caliente, a fuentes termales y a ríos, lugares todos ellos donde relajarse del dolor del trabajo de parto y parir a sus bebés.

La medicina mundial data el primer parto en agua en 1803 en Francia, y en la actualidad más de 40 países de todo el mundo han institucionalizado la atención del parto en agua tanto en el ambiente hospitalario como en los centros de nacimiento.

En el Reino Unido, muchos estudios de investigación referentes a decenas de miles de partos en agua han confirmado

que nacer en el agua es una forma segura y fácil de entrar en el mundo. En EE.UU., más de 200 hospitales ofertan a través de las compañías aseguradoras la utilización del agua durante el trabajo de parto y nacimiento.

### «Más de 40 países de todo el mundo han institucionalizado la opción del parto en agua dentro de la Sanidad Pública»

El Servicio Internacional de Parto en Agua, un proyecto de una organización sin ánimo de lucro, la Asociación de Salud Global Materno-Infantil, atiende unas 50.000 consultas mensualmente por internet, así como entre 600 y 700 llamadas telefónicas, principalmente de parejas que están esperando un hijo y que buscan una alternativa a la atención altamente tecnificada que interfiere en el proceso natural del nacimiento. Algunas llamadas también provienen de hospitales y profesionales en busca de

Barbara Harper es la fundadora y directora del «Servicio Internacional de Investigación de Parto en Agua», centro que lleva investigando sobre *parto en agua y nacimiento amable* desde 1983. Como experta reconocida internacionalmente, da conferencias en hospitales y universidades de todo el mundo. La prensa del estado de Oregón se refiere a ella como «la Billy Graham del parto en agua». Es autora del libro *Gentle Birth Choices*, cuya nueva edición se editó en diciembre de 2001 y productora del video con el mismo nombre. Después de haber viajado en numerosas ocasiones a Rusia durante los últimos diez años, el año pasado produjo el video *Birth Into Being: The Russian Waterbirth Experience*. Para muchas comadronas y padres, estos dos videos constituyen «los videos más inspiradores jamás producidos». En otoño de este año se publicará su último libro, *Waterbirth: Embracing the Miracle*. Es madre de tres hijos, dos de ellos nacidos en el agua, y abuela de Alex, de cuatro años. En su nuevo centro de investigación de Portland, Oregón, «Birth and Parenting Connection», Barbara y sus colegas ofrecen clases de educación maternal, servicio de *doulas*, asesoría prenatal, ejercicios acuáticos, mensaje durante el embarazo, yoga prenatal, servicio de biblioteca y horas y horas de apoyo telefónico y por e-mail a mujeres de todo el mundo. Waterbirth International también alquila y vende piscinas portátiles para partos, así como bañeras fijas para hospitales. Barbara ha dedicado su vida a ayudar a sanar la manera en que damos la bienvenida a los bebés al mundo.

formación e información sobre este método de atención. Probada como una alternativa a los analgésicos, el agua caliente permite a la mujer mantener el control sobre todo su cuerpo durante el proceso del parto. Se puede mover con total libertad, siente menos dolor, flota, lo que le permite tener la sensación de un 75% menos de su peso corporal... o simplemente se siente como una ballena en su cama, parece un elegante delfín jugueteando en el agua. El agua ofrece bienestar emocional.

¿Qué mujer no toma un baño cuando tiene molestias durante la menstruación? El agua da privacidad, lo que permite que el esposo o la pareja se unan si la piscina es lo suficientemente grande. Los bebés que nacen en el agua son más despiertos, cogen mejor el pecho y, en general, se adaptan mejor que los bebés a cuyas madres se les administran analgésicos o epidural durante el trabajo de parto. Aún así, el parto en agua no es para todas las mujeres. Algunas mujeres necesitan una mayor intervención médica durante el parto, aunque muchas se sienten afortunadas de los increíbles beneficios que el agua ofrece. Un parto en agua atendido por una comadrona con experiencia o un médico, tanto en un hospital como en un centro de nacimientos o en casa permite a las mujeres enfrentarse al dolor de una

manera distinta.

Aún quedan muchos aspectos del parto en agua por explorar.

El parto en agua forma parte más de una filosofía de no intervencionismo que de una forma de dar a luz. El parto en agua combina la psicología, la filosofía, la tecnología, las humanidades y la ciencia.

### «La Sanidad Pública del Reino Unido ha recomendado a los hospitales la oferta de la opción del parto en agua»

Es, al mismo tiempo, ancestral y actual, y abarca un aspecto espiritual del nacimiento muy difícil de expresar. Cynthia, que dio a luz en agua, lo explica mejor:

*El agua hizo que me conectara absolutamente a mi cuerpo y a mi bebé, me acogió, me abrazó, y así pude entregarme por completo a esta maravillosa belleza que me estaba ocurriendo. Ésta es la forma en que Dios entendió que debía ocurrir el nacimiento.*

Fotografías: Waterbirth International

#### REFERENCIAS

- <sup>1</sup> Karlberg, P. et al. (1987) Alteration of the infant's thorax during vaginal delivery. *Acta Obstetrica Gynecol Scandavia*. Vol. 41, p 223
- <sup>2</sup> Gilbert, R., Tooke, P. (1999) Perinatal mortality and morbidity among babies delivered in water: surveillance study and postal survey. *British Medical Journal* Vol 39, 21 August pp 483-487
- <sup>3</sup> Personal interviews (1989) Barbara Harper
- <sup>4</sup> Rosenthal, M. (1991) Warm-water immersion in labor and birth. *Female Patient* Vol 16, August pp 44-51
- <sup>5</sup> Garland, D., Jones, K. (1997) Waterbirth: updating the evidence. *British Journal of Midwifery*, June Vol. 5, No 6 pp 368-373
- <sup>6</sup> Eriksson, M., Ladfors, L., Mattson, L. and others (1996) Warm tub bath during labor. A study of 1385 women with prelabor rupture of the membranes after 34 weeks of gestation. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 75, no 7, August pp 642-644
- <sup>7</sup> Garland, D., Jones, K. (1997) Waterbirth: updating the evidence. *British Journal of Midwifery*, June Vol. 5, No 6 pp 368-373
- <sup>8</sup> Siegel, P. (1960) Does bath water enter the vagina? *Journal of Obstetrics and Gynecology*, Vol 15, pp 660-661
- <sup>9</sup> Rush, J., Burlock, S., Lambert, K., and others (1996) The effects of whirlpool baths in labor: a randomized, controlled trial. *Birth* September vol 23, no 3 pp 136-143
- <sup>10</sup> Personal communication with Polly Malby, CMN, 1999
- <sup>11</sup> Brown, L. (1998) The tide of waterbirth has turned: audit of water birth. *British Journal of Midwifery*, April, Vol 6, No 4, pp 236-243
- <sup>12</sup> Favero, M. (1986) Risk of AIDS and other STDs from swimming pools and whirlpools is nil. *Postgraduate Medicine*, Vol 80, No 1, p 283
- <sup>13</sup> Hadad, F. (1996) Labor and birth in water: an obstetrician's observations over a decade from *Waterbirth Unplugged*. BFM Press, London pp 96-108
- <sup>14</sup> Odent, M. (1998) Use of water during labor – updated recommendations. *MIDIRS*, March Vol 8 No 1 pp 68-69
- <sup>15</sup> Garland, D. (1995 – revised 2000) *Waterbirth An Attitude to Care*. Books for Midwives Press, London p.
- <sup>16</sup> Burn, E., Greenish, K. (1993) Pooling information. *Nursing Times*, Vol 89, No 8 pp 47-49
- <sup>17</sup> Garland, D., Jones, K. (1997) Waterbirth: updating the evidence. *British Journal of Midwifery*, June Vol 5, No 6 pp 371
- <sup>18</sup> Napierala, S. (1994) *Waterbirth: A Midwives Perspective*, Bergin and Garvey
- <sup>19</sup> Department of Health (1993) *Changing Childbirth Report of the Expert Maternity Group (The Cumberledge Report)* London, HMSO
- <sup>20</sup> UKCC (1994) Registrar's Letter Position Statement on Waterbirth