



---

**Universidad de Valladolid**



**Universidad de Valladolid**

Facultad de  
**Ciencias de la Salud**  
de Soria

## **GRADO EN EFERMERÍA**

Trabajo Fin de Grado

**Métodos no farmacológicos para el alivio del dolor en el parto: revisión bibliográfica**

Eva Aranda Omeñaca

Tutelado por: Francisco José Navas Cámara

Soria, 19 de mayo de 2020



## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN.** El parto normal se define como el proceso fisiológico con el que se finaliza una gestación a término, con implicación de factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla sin complicaciones y termina con el nacimiento.

Los métodos no farmacológicos son técnicas que además de aliviar el dolor en el parto previenen el sufrimiento, atendiendo al cuidado de la mujer.

**JUSTIFICACIÓN.** En los últimos años se ha observado un auge del deseo de un parto más humanizado, en el que se priorice el papel de la madre. Siendo, las técnicas no farmacológicas para el control del dolor en el parto cada vez más solicitadas, por ello es importante conocerlas.

**OBJETIVO.** Analizar mediante una revisión bibliográfica los métodos no farmacológicos para el control del dolor en el parto, que puede aplicar enfermería.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Revisión bibliográfica narrativa desarrollada entre diciembre de 2019 y abril de 2020, realizada en las bases de datos PubMed, Cuiden Plus, Scielo, Encuentra y Dialnet. Para la búsqueda de los artículos se utilizaron DeCS y términos MeSH, relacionados con los operadores lógicos booleanos AND y OR. Se seleccionaron 34 documentos.

**RESULTADOS Y DISCUSIÓN.** Las GPC consultadas incluyen diferentes métodos entre sus recomendaciones para el alivio del dolor. Se dividen en: métodos de relajación (control de la respiración, yoga, musicoterapia, aromaterapia y *mindfulness*), de aplicación manual (termoterapia, crioterapia, masaje e inyecciones de agua estéril) y otros (cambio de posición, esferoterapia, hidroterapia y Sofropedagogía obstétrica).

**CONCLUSIONES.** Los métodos con una menor recomendación son las técnicas de respiración, el *mindfulness*, la termoterapia / crioterapia y las inyecciones de agua estéril. Las técnicas de relajación como el yoga, la aromaterapia y la musicoterapia; las manuales como el masaje o el cambio de posición; y, la esferoterapia o la hidroterapia, se presentan efectivas en alivio del dolor en el parto.

**PALABRAS CLAVE.** Parto normal, Dolor de parto, Enfermería.

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
1.1. HISTORIA DE LA PARTERÍA	1
1.2. SITUACIÓN ACTUAL	2
1.3. FISIOLÓGÍA DEL DOLOR	2
1.4. DOLOR EN EL PARTO	4
1.5. TÉCNICAS PARA EL CONTROL DEL DOLOR EN EL PARTO	5
1.5.1 TÉCNICAS DE RELAJACIÓN	6
1.5.2 TÉCNICAS MANUALES	7
1.5.3 OTRAS TÉCNICAS	7
1.6. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	8
<b>2. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>9</b>
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>10</b>
<b>4. MATERIAL Y MÉTODOS</b>	<b>10</b>
<b>5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	<b>12</b>
5.1. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL CUIDADO EN EL PARTO	12
5.2. EFECTIVIDAD DE DIFERENTES INTERVENCIONES EN EL CONTROL DEL DOLOR	13
<b>6. CONCLUSIONES</b>	<b>19</b>
<b>7. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>21</b>
<b>8. ANEXOS</b>	<b>24</b>

## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

### TABLAS

TABLA 1. MÉTODO DE BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE ARTÍCULOS	11
TABLA 2. ARTÍCULOS INTRODUCCIÓN	24
TABLA 3. ARTÍCULOS RESULTADOS Y DISCUSIÓN	25

### FIGURAS

FIGURA 1. DIAGRAMA DE FLUJO: BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	12
---	----

## LISTADO DE ABREVIATURAS

<b>ATS</b>	Ayudante Técnico Sanitario
<b>DeCS</b>	Descriptores de Ciencias de la Salud
<b>FAME</b>	Federación de Asociaciones de Matronas de España
<b>GPC</b>	Guía de Práctica Clínica
<b>IASP</b>	Asociación Internacional para el Estudio del Dolor
<b>MeSH</b>	<i>Medical Subject Headings</i>
<b>NAMT</b>	<i>National Association for Music Therapy</i>
<b>NANDA</b>	<i>Nanda International</i>
<b>NIC</b>	<i>Nursing Interventions Classification</i>
<b>NICE</b>	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
<b>NOC</b>	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Salud

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Historia de la partería

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al asistente de partería cualificado como “un profesional sanitario acreditado (matrona, médico o enfermero) que ha recibido una formación teórica y práctica que lo capacita para atender los embarazos, partos y puerperios normales y para identificar, tratar y derivar las complicaciones maternas y neonatales”<sup>1</sup>.

El arte de asistir partos ha estado presente en todas las culturas y épocas, siendo la destreza y la experiencia las características de elección para ser comadrona. Con escasa formación, por condición de género, la profesión se centraba en el aprendizaje oral de mujer a mujer<sup>2</sup>.

En España existen referencias legales sobre el aprendizaje y desarrollo de matronas desde el siglo XV, cuando los Reyes Católicos promulgan un decreto que regula su ejercicio profesional<sup>2</sup>.

No es hasta el siglo XVIII cuando la obstetricia pasa a considerarse una disciplina médica. La formación de matronas en academias no empezó hasta finales del siglo XVIII en el Real Colegio de San Carlos en Madrid, con estudios reglamentados<sup>2</sup>.

La obtención oficial del Título de Matrona se produce en 1857, con la Ley de Instrucción Pública, que define partera como: “la mujer práctica en el arte de partos o que ejerce en virtud de título”. El título se obtenía en las facultades de Medicina<sup>2</sup>.

En 1924 se abre la Casa de Salud de Santa Cristina de Madrid, primera escuela de matronas en España con referencia legal. Esta titulación se mantiene como carrera independiente hasta 1953, cuando se incluyen practicantes y enfermeras, creando un título único: Ayudante Técnico Sanitario (ATS). En 1957 aparece la especialidad de asistencia obstétrica para ATS, solo para mujeres. No es hasta 1980 cuando se suprime esta limitación por sexo<sup>2</sup>.

En 1977 se crean las Escuelas Universitarias de Enfermería, que incluyen los estudios de ATS. Este acontecimiento supone un regreso al origen de la profesión enfermera, con una línea integral de cuidados hacia la persona sana o enferma<sup>2</sup>.

En 1986 España se incorpora a la Comunidad Económica Europea, con lo que se adecua el Curriculum de formación. El Real Decreto de 992 / 1987, de 3 de julio, regula las Especialidades de Diplomado en Enfermería, apareciendo la especialidad de Enfermería Obstétrico - Ginecológica (Matrona)<sup>2</sup>.

En 2005 España entra en el Espacio Europeo De Educación Superior, por lo que enfermería pasa a ser un Grado con opción a título de Enfermero Especialista. En 2009 se publica el programa formativo de la especialidad enfermera Obstétrico – Ginecológica (recogido en la Orden SAS / 1349 /2009)<sup>2</sup>.

Esta profesión se ha ido desarrollando a lo largo de la historia, debido a las características de la época y cultura, ejercida en exclusividad por la mujer hasta el final del periodo medieval. A pesar de diversas dificultades, el reconocimiento de la matrona sigue en aumento al igual que sus competencias. Pero se encuentran nuevos retos para conseguir el prestigio y reconocimiento merecidos<sup>3</sup>.

## **1.2. Situación actual**

La Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) define el Parto Normal como: “proceso fisiológico único con 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”<sup>4</sup>.

Cada año se producen unos 140 millones de nacimientos en el mundo, siendo la gran mayoría partos que no presentan riesgo de complicaciones para la madre y/o el bebé. En las últimas décadas se ha observado un incremento del intervencionismo, medicalizando un proceso fisiológico, con el objetivo de mejorar los resultados en madres e hijos. El uso de prácticas que inicien, regulen o aceleren el proceso de parto disminuye la capacidad de dar a luz de la mujer, afectando negativamente a su experiencia<sup>5</sup>.

La ambición de que el parto termine dando lugar a un bebé sano ha encaminado la atención hacia un modelo medicalizado, en el que se utilizan intervenciones técnicas y quirúrgicas sin una evidencia que las avale. Esta ambición ha restado importancia a la figura materna, y la significación que este hecho tiene en su vida<sup>6</sup>.

La OMS define la experiencia de parto positiva como “aquella que cumpla o supere las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer”. Se centra en la creencia de que una gran parte de las mujeres desean tener un parto fisiológico y participar activamente en la toma de decisiones<sup>5</sup>.

El empoderamiento de las mujeres consiste en que tengan las competencias necesarias para experimentar su parto como protagonistas, capacitadas para decidir sobre la forma de manejo de dolor, entre otros<sup>7</sup>. Es necesario que las mujeres se sientan capaces y seguras de afrontar el parto, recibiendo una atención individualizada que cubra sus necesidades básicas y las de sus hijos<sup>6</sup>.

La Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud español (SNS), tiene el objetivo de impulsar un nuevo modelo que considera el parto como un proceso fisiológico en el que se deben ofrecer unos cuidados individualizados que incluyan aspectos biológicos, emocionales y familiares. Además, resalta el respeto al protagonismo de la mujer, el derecho a la información y la toma de decisiones informadas<sup>6</sup>.

En nuestro país existen dos modelos de atención al parto. El primero proporcionado por las matronas, entiende este proceso como un acontecimiento vital normal, cuyo centro es la mujer. En el otro modelo colaboran obstetras y matronas, ofreciendo una atención que varía dependiendo del tipo de centro, del sistema sanitario y de aspectos socioculturales<sup>8</sup>.

El modelo de atención al parto por matronas entiende la aptitud natural y normal de las mujeres como filosofía para dar a luz con una mínima intervención, atendiendo a embarazos sin complicaciones o de riesgo bajo<sup>8</sup>.

## **1.3. Fisiología del dolor**

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión histórica presente o potencial o

descrita en términos de la misma”. Esta definición incluye las dimensiones emocional, sensorial y evaluativa, condicionantes de la percepción final de dolor<sup>9</sup>.

La dimensión sensorial abarca la transmisión, transducción y percepción del dolor de la periferia a la corteza cerebral, donde la percepción del dolor es consciente. La implicación de la dimensión emocional afecta a la percepción dolorosa, que se presenta suave o intensa. La evaluativa implica una transcripción anímica y asigna al estímulo un grado de virulencia según la interpretación de sus consecuencias vitales inmediatas o diferidas<sup>9</sup>.

Existen diversas teorías fisiológicas que explican la sensación dolorosa. A continuación, se exponen algunas de ellas.

- Teoría del control de las compuertas en la percepción del dolor

Propuesta por Melzack y Wall en 1965, está basada en que el dolor pasa por vías nerviosas, en las que tiene que atravesar compuertas. Las compuertas pueden ser cerradas de tres formas, aliviando el dolor<sup>10</sup>:

- La activación de fibras nerviosas de diámetro grueso presentes en la piel, resulta efectiva, cerrando compuertas en las fibras de conducción dolorosa. Se puede conseguir con vibración, masaje o frotamiento en la zona álgida u otras zonas.
- La generación de estímulos sensoriales diferentes al dolor. Si la persona está recibiendo estímulos sensoriales diferentes, se emiten señales que cierran las compuertas del sistema reticular del tronco del encéfalo, inhibiendo los estímulos que le llegan.
- Disminuir la angustia o la depresión innecesarias. Al recibir información adecuada sobre la sensación dolorosa se cierran las compuertas por señales inhibitorias de la corteza cerebral y el tálamo. La sensación de control, a través de información o experiencias inhibe el estímulo doloroso. La compañía también puede tener este efecto.

- Teoría de las endorfinas y de los no opiáceos para la percepción del dolor

El cuerpo humano secreta sustancias parecidas a los narcóticos, las endorfinas. Estas encajan en los receptores narcóticos de las terminaciones nerviosas del cerebro y médula espinal, bloqueando la transmisión dolorosa e impidiendo que el impulso alcance nivel de conciencia<sup>10</sup>.

Cada persona tiene unos niveles de endorfinas, y por tanto diferente umbral del dolor. Existen factores que aumentan o disminuyen las endorfinas<sup>10</sup>:

- Factores que las incrementan: dolor breve, estrés breve, ejercicio físico o la actividad sexual.
- Factores que las disminuyen: dolor prolongado, estrés recurrente, ansiedad y depresión.



- Teoría de los multirreceptores opiáceos para la sensación dolorosa

En el SNC, a nivel espinal y supraespinal, los narcóticos alivian el dolor por diversas vías que pueden complementarse, competir o ser específicas para ello<sup>10</sup>.

- Teoría psicológica del dolor

Entiende el dolor como una experiencia emocional desagradable, influida por factores individuales y colectivos. Estos factores pueden ser endógenos (personalidad) o exógenos (medio ambiente, cultura, educación). Esta teoría enfatiza cómo percibe el paciente su dolor, y propone medidas para su alivio<sup>10</sup>:

- Relajación y técnicas de sugestión.
- Administración de placebos.
- Elementos de distracción.
- Propiciar el cambio de la actitud personal hacia la experiencia dolorosa.

Estas teorías son patrones que guían la práctica enfermera, proporcionando conceptos y diseños que proveen a los profesionales una estructura que fortalece la práctica. La cualificación en el ejercicio del cuidado, evitando o aliviando el dolor, es parte de la respuesta que los profesionales enfermeros se deben exigir en su día a día<sup>10</sup>.

#### **1.4. Dolor en el parto**

El parto se presenta como un suceso fisiológico trascendental<sup>8</sup> con gran significación psicológica, en el que predominan tres sentimientos: positividad, miedo y nerviosismo. En los últimos años se ha extendido, entre las embarazadas, el miedo al parto, que puede generar un aumento del dolor, de la inseguridad y del sufrimiento<sup>11</sup>. Este miedo se incrementa en las primíparas, debido a la falta de experiencia y una menor comprensión del proceso<sup>7</sup>.

Desconocer el grado de dolor que, las mujeres embarazadas, van a sufrir durante el parto y preguntarse si van a estar preparadas para soportarlo es una preocupación muy común entre las gestantes<sup>11</sup>. El dolor es una respuesta fisiológica, subjetiva e individual, influenciada por diversos factores, como: familiares, psicológicos, emocionales, socioculturales y genéticos<sup>7</sup>.

El dolor debe ser valorado, tratado y mitigado de forma constante durante el proceso de parto, teniendo en cuenta su intensidad, su localización, el tipo y la duración, ya que estas características cambian a lo largo del mismo<sup>7</sup>:

- El dolor en la primera etapa del parto aparece por la isquemia (disminución del flujo sanguíneo visceral), el estiramiento de los músculos y la dilatación del cuello del útero. Las contracciones serán de corta duración, irregulares.
- En la segunda etapa aparece una gran presión en el suelo del periné con contracciones más intensas, además la vagina y el suelo pélvico se distienden.
- En la tercera etapa aparece el dolor agudo, a la vez que la mujer nota como el bebé avanza por el canal del parto.
- Con el alumbramiento las contracciones se vuelven menos dolorosas, llegando una sensación de alivio.

Este dolor se presenta como resultado de un proceso fisiológico limitado en el tiempo, siendo agudo, de intensidad variable, severo e intermitente. Melzack (citado en Terré et al.<sup>12</sup>), en un estudio publicó que un 20 % de las mujeres identifican este dolor como insoportable, un 30 % como moderado, un 35 % como intenso y un 15 % se refirió al mismo como mínimo. Estas cifras se encuentran también en un estudio realizado en Complejo Hospitalario Universitario “Ciudad de Jaén”<sup>7</sup>.

Las molestias durante el parto están relacionadas con la intensidad y la frecuencia de las contracciones uterinas, fuente principal del dolor que resulta de la dilatación progresiva del cuello y el descenso fetal. Otros factores adicionales son la contracción y el estiramiento de las fibras uterinas, la relajación del canal del parto, la compresión de la vejiga y la presión en el plexo lumbosacro<sup>13</sup>.

Un incremento del dolor y de la ansiedad durante el parto conducen a un aumento en la secreción de catecolaminas, reduciendo las contracciones uterinas y prolongando la primera y segunda etapa del mismo, lo que multiplica las intervenciones médicas. Esta situación puede incrementar la demanda de cesáreas y convertirse en una mala experiencia para la madre<sup>14</sup>.

La falta de información y conocimientos puede conducir al desarrollo de sentimientos de temor y ansiedad, considerados intensificadores del dolor. La información y la educación maternal impartida por las matronas influyen en la toma de decisiones y en la manera de afrontamiento, ayudando a prepararse para un parto menos doloroso<sup>7</sup>.

Se consideran factores predictores del dolor: ser primípara, la ausencia de acompañante, el uso de métodos de aceleración del parto (amniotomía u oxitocina intravenosa), no ser capaz de moverse libremente, historia de dismenorrea y la presión fetal en las estructuras pélvicas durante el periodo expulsivo<sup>15</sup>.

Eliminar de forma total el dolor no se relaciona con una experiencia de parto positiva, ya que aquel no se considera como negativo<sup>12</sup>. En los últimos años está cobrando fuerza una nueva postura frente a la analgesia en el parto. Se trata de métodos no farmacológicos reconocidos como eficaces y seguros aunque son de escasa utilización<sup>16</sup>. Con estas técnicas, se mantiene a la parturienta en estado de alerta, contribuyendo, tras el alumbramiento, a crear un vínculo muy estrecho entre madre e hijo que beneficia a ambos<sup>14</sup>.

La educación sanitaria para el alumbramiento es un papel fundamental de enfermería, ofreciendo información veraz y concisa sobre: las opciones posibles de control del dolor (farmacológicas y alternativas), sus posibles efectos, y cómo disponer de ellos en los centros a los que las gestantes pueden acceder<sup>7</sup>.

### **1.5. Técnicas para el control del dolor en el parto**

Los métodos no farmacológicos son técnicas asequibles y simples que pueden ser usadas como alternativas o complementarias de otras. Con ellas la mujer toma sus decisiones, generando sentimientos de control y fortaleza<sup>17</sup>. Su utilización no tiene como único objetivo el alivio del dolor, sino que previenen el sufrimiento atendiendo a las dimensiones psicológicas, emocionales y espirituales del cuidado de la mujer.

La OMS en su Guía de Práctica Clínica (GPC) para una Experiencia de Parto Positiva<sup>5</sup>, recomienda el uso de técnicas de relajación, manuales, adopción de posición de elección, masajes

perineales o compresas tibias, entre otros, en embarazadas sanas que requieren alivio del dolor en el trabajo de parto (Recomendaciones 21, 22, 34 y 38, respectivamente).

### 1.5.1 Técnicas de relajación

- Control de la respiración

Los ejercicios de respiración están indicados en la segunda etapa del parto. El mecanismo por el que resultan efectivos en el control del dolor consiste en que el incremento de presión, fruto de las contracciones uterinas durante el pujo, es contrarrestado por las respiraciones profundas. Esta técnica reduce la presión ejercida en el perineo y la necesidad de empujar de la madre<sup>18</sup>.

Debe ser utilizada durante el periodo expulsivo, realizando inspiraciones y espiraciones profundas, que promueven la relajación y el control sobre el cuerpo<sup>11</sup>.

- Yoga

La práctica de yoga durante el embarazo mejora la flexibilidad y la forma física de la madre, consigue hacerla más consciente de su cuerpo y de sus respuestas durante el parto. Facilita la adopción de una postura óptima, a la vez que fortalece grupos musculares, importantes, en el trabajo de parto (espalda, abdominales y suelo pélvico)<sup>19</sup>.

- Aromaterapia

Consiste en el uso de esencias de hierbas, que ayudan a proporcionar una experiencia de parto con: relajación, reducción del dolor, menor duración y mayor satisfacción<sup>20</sup>.

Las moléculas estimulan el sistema límbico, que tiene estrecha relación con los sentimientos y recuerdos, pudiendo disminuir la ansiedad y por tanto el dolor. La aromaterapia ayuda a reducir la ansiedad por la disminución de cortisol y el incremento de los niveles de serotonina<sup>20</sup>.

- Musicoterapia

La *National Association for Music Therapy* (NAMT) define la musicoterapia como “el uso de la música en la consecución de objetivos terapéuticos”. Esta técnica reduce la ansiedad percibida por la madre, favoreciendo un descenso del dolor. A la vez que estimula el sistema neurovegetativo del feto con melodías<sup>21</sup>.

Las melodías de piano y el sonido de las olas del mar inducen la relajación de los pacientes, logrando calmarlos<sup>21</sup>.

- *Mindfulness*

Basada en la meditación budista, se puede definir como la conciencia que surge de prestar atención, a propósito, al momento presente, sin juzgarlo. Su práctica permite observar sensaciones físicas, pensamientos y emociones, para aceptarlos como son, y reducir las reacciones automáticas de nuestro organismo<sup>22</sup>.

Sirve para darse cuenta de que las sensaciones físicas, emociones y pensamientos cambian continuamente; reduciendo la ansiedad perinatal, la depresión y la severidad del dolor en el parto<sup>22</sup>.

### 1.5.2 Técnicas manuales

- Termoterapia

Es la administración de calor por encima de los niveles fisiológicos, en un lugar específico del cuerpo, con finalidad terapéutica. El aumento de temperatura provoca la dilatación de los vasos sanguíneos, lo que favorece la llegada de nutrientes y oxígeno a los tejidos, disminuyendo la isquemia (causa del dolor). A su vez, la vasodilatación propicia la eliminación de las sustancias secretadas localmente debido al daño tisular (prostaglandinas o histamina)<sup>10</sup>.

El calor tiene una acción sedante que disminuye la percepción del dolor cuando su aplicación es prolongada<sup>10</sup>.

- Crioterapia

Consiste en aplicar frío, normalmente hielo en alguna parte del cuerpo. Entre los mecanismos involucrados en la eficacia de este método, se encuentran: cambios en la velocidad de conducción de los nervios, atenuación o bloqueo de la conducción del dolor al sistema nervioso central, desviación de la mente de la sensación dolorosa y disminución del estiramiento muscular. Además, disminuye la ansiedad<sup>23</sup>.

Puede usarse en la fase activa del parto sobre la parte baja del abdomen o espalda, y en el periodo expulsivo sobre la región perineal<sup>11</sup>.

- Masaje

En el masaje terapéutico, el sentido del tacto es usado para propiciar la relajación y el alivio del dolor, incrementando la producción de endorfinas que reducen la transmisión de señales entre las células nerviosas, disminuyendo la sensación dolorosa. Además, supone una distracción del mismo<sup>24</sup>.

- Inyecciones de agua estéril

Consiste en la administración intradérmica de 0,1 a 0,5 ml de agua estéril en la zona lumbosacra, concretamente en el rombo de Michaelis. Con estas inyecciones se crean unas pápulas que estimulan los receptores de la presión, interrumpiendo la transmisión de estímulos dolorosos<sup>14</sup>.

Son efectivas para el dolor lumbar en el periodo previo al parto, por lo que es una técnica interesante para retrasar la entrada de la embarazada en la unidad de partos<sup>11</sup>.

### 1.5.3 Otras técnicas

- Cambio de posición

La libertad de posición de sentado a tumbado, de rodillas o andar, ayuda a controlar el dolor. Estas posiciones aceleran el parto debido a los efectos de la gravedad y cambios en la estructura de la pelvis. Los cambios de posición continuos facilitan la rotación fetal, alcanzando la presentación óptima<sup>24</sup>.

- Esferoterapia

El uso de la pelota de partos ayuda a eliminar las presiones y a conseguir una mayor relajación. Favorece la dilatación con la movilidad de las articulaciones pélvicas, el posicionamiento, el encajamiento y el descenso fetal, además del libre movimiento y la adopción de posiciones fisiológicas de parto<sup>25</sup>.

Se adopta una posición vertical que favorece la gravedad, las contracciones uterinas y la acomodación del feto. Todo esto conlleva una disminución de la sensación dolorosa<sup>25</sup>.

- Hidroterapia

Se define como la inmersión en una bañera de partos con agua caliente (36,5-37 °C) hasta el nivel pectoral, a partir de los 5 cm de dilatación cervical, ya que un inicio temprano podría ralentizar el parto<sup>26</sup>.

El aumento de temperatura en la superficie corporal se relaciona con una mejor adaptación al estrés, reducción del dolor y de la ansiedad, aumento de la perfusión sanguínea uterina, modificación de las contracciones y secreción de oxitocina. La hidroterapia se puede asociar a cambios neuroendocrinos, como liberación de cortisol, de catecolaminas y de  $\beta$ -endorfinas, que promueven la adaptación al estrés durante el parto<sup>27</sup>.

- Sofropedagogía obstétrica

La Sofropedagogía obstétrica es un modelo sociocultural, en el que la mujer y su pareja, obtienen las competencias necesarias para hacer frente al parto con entereza, disminuyendo sus miedos, viviendo el momento con serenidad y satisfacción<sup>28</sup>.

Esta Escuela se basa en que el dolor del parto está condicionado por la personalidad entera de la mujer y el contexto en el que vive, teniendo gran influencia factores como: el deseo de ser madre, la educación recibida, si trabaja, la relación con su marido, sus relaciones sexuales, el ambiente familiar, etc.<sup>28</sup>.

Entienden como preparación al parto adecuada aquella que trabaja sobre la personalidad única de cada embarazada, con el objetivo de fomentar y prevenir la salud familiar, favoreciendo la relación padre-madre-hijo<sup>28</sup>.

### 1.6. Diagnósticos enfermeros

El diagnóstico desarrollado por la *Nanda International* (NANDA) Dolor de Parto (00256) se define como “experiencia sensorial que varía de agradable a desagradable, asociada al parto y al alumbramiento”, incluido en la necesidad 9 de Virginia Henderson “Evitar peligros / seguridad”<sup>29</sup>.

- *Nursing Outcomes Classification* (NOC, 1817) Conocimiento: parto y alumbramiento.
  - Indicadores: papel de la comadrona, técnicas de relajación efectivas, postura efectiva, técnicas de respiración efectiva y opciones del nacimiento.
- *Nursing Interventions Classification* (NIC, 6760) Preparación al parto
  - Actividades: comentar con la madre las opciones para controlar el dolor o explicar a la madre y a su pareja las técnicas de respiración y relajación que se van a utilizar.
- NOC (1605) Control del dolor.
  - Indicadores: utilización de medidas de alivio no analgésicas, reconoce los síntomas asociados al dolor, refiere dolor controlado, ...
- NIC (1320) Acupresión

- Actividades: proporcionar una descripción detallada de la técnica, aplicar presión firme con los dedos o enseñar a la familia / allegados a realizar este tratamiento.
- NIC (1380) Aplicación de calor o frío
  - Actividades: seleccionar un método de estimulación que resulte cómodo y de fácil disponibilidad, explicar la utilización de la técnica, y determinar el estado de la piel.
- NIC (4400) Musicoterapia
  - Actividades: informar al individuo del propósito de la experiencia musical, definir el cambio fisiológico específico que se desea (relajación, estimulación, concentración, disminución del dolor).
- NIC (1480) Masaje
  - Actividades: seleccionar la zona o zonas del cuerpo que han de masajearse, y adaptar la zona del masaje, la técnica y la presión a la percepción de alivio del paciente y al propósito que se persigue

Entre los diagnósticos enfermeros desarrollados por la NANDA International se encuentra el anteriormente mencionado, y sobre sus resultados e intervenciones se hace referencia a las aplicaciones que puede llevar a cabo enfermería para el control del dolor en el parto, mencionadas en apartados anteriores de este trabajo.

## **2. JUSTIFICACIÓN**

El dolor se identifica como uno de los componentes más importantes en la experiencia del parto, tanto para las embarazadas como para los profesionales sanitarios.

Las mujeres, en su mayoría, esperan sentir dolor durante el parto, pudiendo afrontarlo de manera positiva o negativa. La forma en que la mujer decida afrontar este momento va a estar condicionada por la información que haya recibido previamente.

Para el control del dolor, actualmente es habitual el uso de medidas farmacológicas, como la analgesia epidural, que se utiliza en partos con un alto nivel de intervencionismo. En los últimos años se ha observado un auge del deseo de un parto más humanizado, en el que se priorice el papel de la madre, escuchando sus necesidades y enfocando hacia ella los cuidados enfermeros.

En las consultas prenatales se debe informar a la embarazada, con un parto normal previsible, sobre las formas de afrontamiento del dolor, no únicamente farmacológicas, que se pueden usar, además de los beneficios e inconvenientes de cada una.

Las técnicas no farmacológicas para el control del dolor son cada vez más solicitadas, pero poco utilizadas, debido al desconocimiento y la escasa formación de profesionales. Por ello es importante conocer cuáles son, sus beneficios y su efectividad.

Personalmente, he presenciado las lágrimas de una madre, tras necesitar una cesárea de urgencia. Desconsolada por no poder tener a su hijo con ella, cuando acaba de dar a luz, sin apenas haberlo visto, debido a la necesidad de pasar por reanimación tras la intervención. No se puede

comparar una cesárea con un parto normal, pero quiero destacar la necesidad que sentí en ese momento de dar valor a la madre y dejarla ser protagonista de su parto.

El uso de métodos alternativos para el alivio del dolor hace a la mujer protagonista de su parto, capaz de decidir y tomar el control de los acontecimientos, dejando a un lado el intervencionismo. Los conocimientos previos al alumbramiento que ha adquirido la embarazada en las consultas prenatales son esenciales para que estos métodos sean eficaces.

En conclusión, las técnicas aplicables por enfermería para el control del dolor, no solo alivian la sensación dolorosa, sino que son una forma de empoderar a la mujer, hacerla partícipe de su parto.

### 3. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Analizar mediante una revisión bibliográfica los métodos no farmacológicos para el control del dolor en el parto, que puede aplicar enfermería.

Objetivos específicos:

- Comparar las recomendaciones de las Guías Clínicas de la OMS, SNS y del *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*.
- Conocer la efectividad de las intervenciones alternativas para el control del dolor.
- Afianzar los conocimientos sobre estos métodos para potenciar su práctica entre profesionales de enfermería.

### 4. MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo consiste en una revisión bibliográfica narrativa llevada a cabo entre diciembre del 2019 y abril del 2020, con el fin de seleccionar publicaciones actualizadas que traten el tema a estudio, para su posterior análisis, síntesis y contraste.

La búsqueda de los artículos se ha realizado en las bases de datos: PubMed, CuidenPlus, Scielo, Encuentra y Dialnet.

Con el metabuscador Google se ha accedido a publicaciones de la OMS, además de a GPC del SNS, del NICE y de la FAME. La plataforma NNNConsult se ha empleado para consultar sus diagnósticos.

En la estrategia de búsqueda se han utilizado los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS): Parto Obstétrico, Parto Normal, Trabajo de Parto, Dolor de Parto y Enfermería. También se han incluido términos MeSH (*Medical Subject Headings*), como: *Obstetric Delivery, Natural Childbirth, Labor Pain, Obstetric Nursing, Nursing Care, Cold Temperature, Music Therapy, Anxiety, Breathing Exercises, Low Back Pain y Mindfulness*. Para la relación de los términos mencionados se han empleado los Operadores Lógicos Booleanos AND y OR.

Las diferentes estrategias de búsqueda, obtención y selección de publicaciones en las bases de datos empleadas, se encuentran reflejadas en la Tabla 1.

Para la selección de los artículos se han tenido en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Publicados entre los años 2010 y 2020.
- Artículos originales, GPC o Protocolos.

- Publicaciones relacionadas con técnicas alternativas para el control del dolor en el parto.
- En cuyo desarrollo se incluya la función enfermera para la aplicación de las terapias no farmacológicas.

Se han excluido aquellos artículos únicamente centrados en la administración de fármacos para el control del dolor.

Una primera selección se realizó con la lectura del título y del resumen, obteniendo 41 publicaciones. Posteriormente se llegó a la recopilación final tras el análisis completo del texto, resultando en un total de 29 artículos que cumplían los criterios de inclusión ya mencionados.

Tras el análisis completo de las 29 publicaciones elegidas, se utiliza la Técnica Bola de Nieve para ampliar información sobre la aromaterapia, obteniendo un artículo.

Finalmente, esta revisión bibliográfica narrativa incluye en su bibliografía 30 publicaciones y 4 GPC. La Figura 1 representa este proceso con un diagrama de flujo.

**Tabla 1. Método de búsqueda y selección de artículos**

BASES DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA (12/2019 - 4/2020)	AE	AS
PubMed	(Parto Normal OR Parto Obstétrico) AND "Dolor de Parto" AND "Enfermería"	3	3
	( <i>Natural Childbirth</i> OR <i>Obstetric Delivery</i> ) AND "Labor Pain" AND "Nursing Care" AND "Obstetric Nursing"	105	7
	"Mindfulness" AND "Childbirth"	36	2
	"Cold Temperature" AND "Labor Pain"	4	2
	"Breathing Exercises AND "Labor Pain"	10	2
	"Low Back Pain" AND "Labor Pain" AND "Sterile Water Injections"	10	2
	"Music Therapy" AND "Labor Pain" AND "Anxiety"	6	1
Cuiden Plus	(Parto Normal OR Parto Obstétrico) AND "Dolor de Parto" AND "Enfermería"	112	3
Scielo	Dolor de Parto AND Enfermería	26	3
Encuentra	Dolor de Parto AND Enfermería	17	2
Dialnet	Parto Normal AND Dolor de Parto AND Enfermería	13	1
	Dolor de Parto AND Enfermería AND Trabajo de Parto	37	1
METABUSCADOR	GOOGLE		4
OTROS	Bola de Nieve		1
TOTAL			34

AE: artículos encontrados; AS artículos seleccionados. Fuente: elaboración propia.



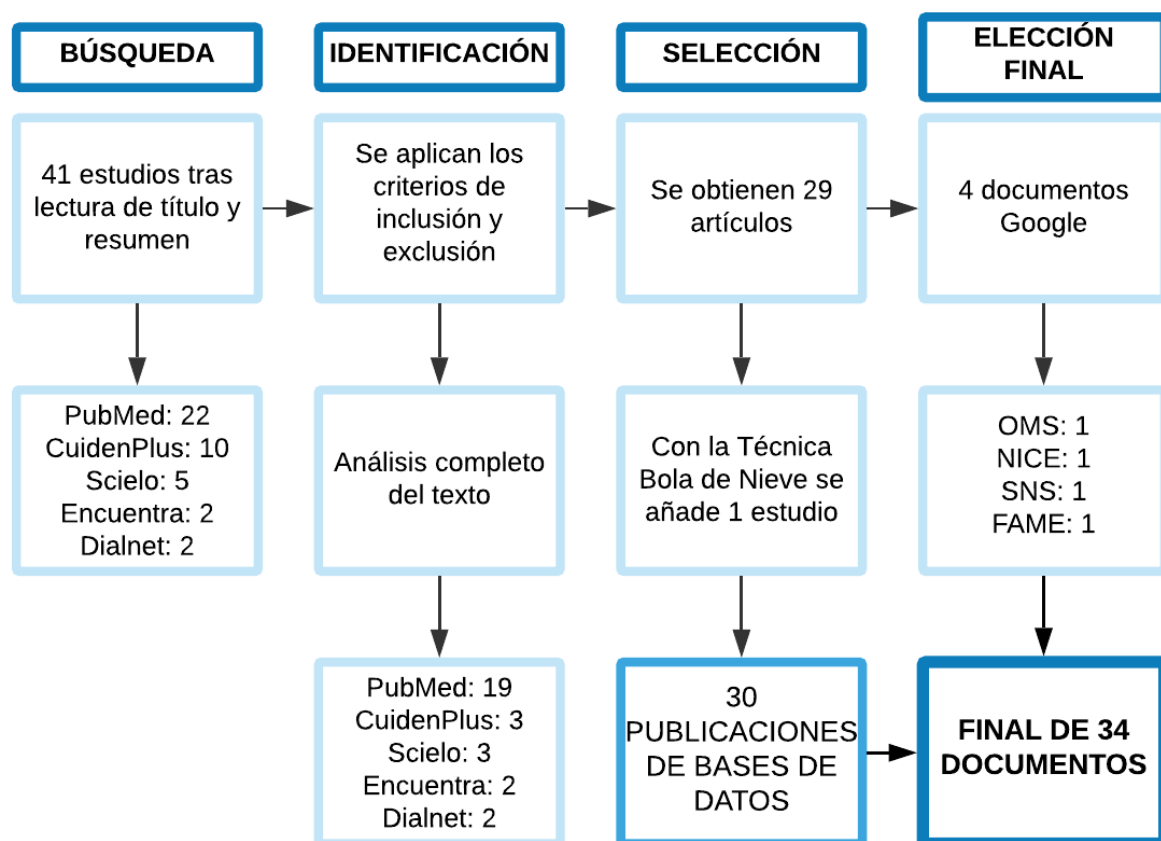


Figura 1. Diagrama de flujo: búsqueda bibliográfica (Fuente: elaboración propia)

## 5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 5.1. Guías de Práctica Clínica para el cuidado en el parto

La OMS en su GPC Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva<sup>5</sup>, propone unas recomendaciones sobre prácticas que deben proporcionarse a todas las embarazadas, independientemente de su estado socioeconómico, animando a los profesionales sanitarios a adoptarlas, para ofrecer una atención integral basada en la evidencia. Con estas intervenciones se pretende conseguir un parto seguro y una experiencia positiva para las mujeres y sus familiares, centrandolo la atención en la mujer.

El NICE presentó en 2014 una GPC para el cuidado de mujeres sanas y sus bebés durante el parto. Indicada en mujeres que dan a luz entre las semanas 37 y 42 del embarazo (a término), pretende que realicen una elección informada. Las recomendaciones se han realizado tras una cuidadosa consideración de la evidencia disponible, y se espera que los profesionales de la salud las tengan en cuenta<sup>30</sup>.

El SNS con la GPC Atención al Parto Normal<sup>6</sup> propone unas recomendaciones basadas en la evidencia científica, para mejorar la atención de las mujeres en el parto, facilitando su participación y apoyando la mejora de los servicios obstétricos.

Las recomendaciones aportadas por estas Guías sobre técnicas no farmacológicas para el alivio del dolor en el parto, son expuestas en el siguiente apartado.

## 5.2. Efectividad de diferentes intervenciones en el control del dolor

### 5.2.1. Técnicas de relajación

La OMS incluye las técnicas de relajación entre las recomendaciones recogidas en Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Destaca que estos métodos presentan una evidencia de certidumbre baja, pudiendo reducir la intensidad del dolor en la fase latente del parto, pero sin un efecto claro en la fase activa<sup>5</sup>. La Guía NICE para el cuidado de mujeres sanas y sus bebés durante el parto, recomienda que, si una mujer decide usar técnicas de relajación durante el parto, hay que apoyarla en esta decisión<sup>30</sup>.

El SNS, por el contrario, en su Guía sobre la Atención al Parto Normal, no considera la efectividad de las técnicas de relajación en el alivio del dolor en el parto, argumentando que estas no facilitan la adaptación materna a las necesidades del mismo<sup>6</sup>.

- Respiración

Yuksel et al.<sup>18</sup>, realizaron un estudio con la participación de 250 embarazadas, en el que la mitad recibieron sesiones sobre ejercicios de respiración para su realización en la segunda etapa del parto (grupo intervención). Este grupo presentó menos dolor, lo que indica que los ejercicios de respiración aseguran el control del dolor. Relacionan la efectividad de esta técnica con: la reducción de la presión ejercida sobre el periné, menor necesidad de empujar de la madre, y que la presión de las contracciones uterinas es contrarrestada por las respiraciones profundas.

En cambio, en el estudio de Boavigem et al.<sup>31</sup>, con una muestra de 140 embarazadas, los resultados no muestran efectividad de las técnicas de respiración para el control de la ansiedad y el dolor en la primera etapa del parto. Destacan que, además de un incremento del dolor, sus participantes experimentaron un incremento de la ansiedad. Explican una relación intrínseca entre el dolor y la ansiedad: el aumento de la ansiedad da lugar a espasmos de los músculos pélvicos, lo que intensifica el dolor en esta fase.

Las técnicas de respiración usadas en los estudios anteriores presentan diferencias, además de la etapa del parto en la que se realizan:

- Yuksel et al.<sup>18</sup> proponen que se llenen los pulmones y el estómago con aire, inspirando profundamente. Al espirar, se deben relajar todos los músculos desde el estómago hasta las rodillas. Cuando haya dolor, se inspira profundamente y se mantiene el aire todo lo posible.
- En el ensayo realizado por Boavigem et al.<sup>31</sup> se instruyó a las participantes a inspirar despacio, contando de 1 a 5 y espirar igual de lento contando de 5 a 1. Con las contracciones fuertes, la espiración se debía alargar 1-2 segundos.

El SNS, al igual que Boavigem et al.<sup>31</sup>, no encuentra efectiva esta técnica, y argumenta la posible aparición de estados de hiperventilación, que resulten en agotamiento. Pero acentúa que aquellas mujeres que deseen usar técnicas de respiración deben ser apoyadas a realizarlas<sup>6</sup>.

- Yoga

Jahdi et al.<sup>19</sup> afirman que la práctica de yoga durante una hora, tres veces por semana, durante las 12 semanas previas al parto disminuye el dolor que la embarazada presenta en el mismo, además

de acortar la segunda y tercera etapas. En su estudio, las participantes acudían a clases de yoga impartidas por un experto, desde la semana 26 del embarazo hasta la 37.

Relaciona sus resultados con una mayor flexibilidad de la columna vertebral y el incremento de circulación del líquido cefalorraquídeo que produce un aumento de endorfinas y serotonina, lo que eleva el umbral del dolor<sup>19</sup>.

En el mismo sentido, en la revisión bibliográfica realizada por Pérez et al.<sup>7</sup>, se incluye el yoga como técnica de relajación efectiva en la reducción del dolor obstétrico. Además, la OMS también incluye el yoga entre las técnicas de relajación recomendadas, aunque presenta una evidencia de certidumbre baja (pueden reducir levemente las puntuaciones de dolor), destaca su mejoría en las puntuaciones de satisfacción respecto al parto<sup>5</sup>.

- Aromaterapia

Kaviani et al.<sup>32</sup> escogen la esencia de Lavanda para la realización de su estudio (debido a sus efectos relajantes), y la aplican con pañuelos impregnados con 0,1 ml de esencia. En mujeres con 3-4 cm de dilatación, la intensidad del dolor fue medida antes, 30 y 60 minutos después de la intervención.

Hamdamian et al.<sup>20</sup>, estudian la utilidad de la esencia de Rosa damascena (con efectos relajantes, hipnóticos y antiinflamatorios, entre otros) aplicada en compresas de algodón (0,8 ml de esencia) en el dolor y ansiedad en el parto. El nivel del dolor fue controlado 3 veces, dependiendo de la dilatación (a los 4-5 cm, a los 6-7 cm y a los 8-10 cm).

Los resultados de ambos estudios demuestran una diferencia significativa en los niveles del dolor, que disminuye debido a la aromaterapia<sup>20,32</sup>.

Kaviani et al.<sup>32</sup> afirman que la esencia de lavanda disminuye la concentración, a la vez que la percepción del dolor. Hamdamian et al.<sup>20</sup> atribuyen el efecto de la esencia a la estimulación de neurotransmisores que conllevan un descenso del dolor y un incremento de la relajación.

- Musicoterapia

Cortés<sup>21</sup>, incluye el alivio del dolor durante las contracciones, la reducción de la tensión, de la ansiedad y del miedo, entre los efectos de la musicoterapia.

En el ensayo de Gokyildiz et al.<sup>33</sup> las parturientas escucharon música desde los 4 cm de dilatación (20 min escuchando y 10 descansando). La sensación dolorosa presentó un descenso tras la primera hora del comienzo de la intervención.

En este ensayo, el 88 % de las participantes aseguraron que escuchar música les ayudó a relajarse, el 88 % que les ayudó a ajustarse al entorno, el 72 % afirmó que les proporcionó tranquilidad y un 64 % de ellas declaró que les ayudó a reducir su nivel de dolor<sup>33</sup>.

Gokyildiz et al.<sup>33</sup> especifican que el efecto exacto por el que la música resulta efectiva en el control del dolor es desconocido, pero se relaciona con efectos relajantes o la capacidad de captar la atención de la persona, alejando sus pensamientos del dolor. Parece que la música afecta a los estímulos dolorosos, resultando en alivio al aumentar la secreción de endorfinas.

Las Guías publicadas por la OMS y NICE recomiendan la musicoterapia<sup>6,30</sup>. La OMS la presenta como un método con certidumbre muy baja relativa al alivio del dolor en el parto<sup>6</sup>. Pero, la Guía NICE recomienda apoyar el escuchar música de elección durante el parto<sup>30</sup>.

- *Mindfulness*

Duncan et al.<sup>34</sup>, proponen un curso de *mindfulness* para la futura madre y un acompañante. Se trata de un fin de semana con un total de 18h de trabajo, en el que se obtienen estrategias para controlar el dolor y el miedo al parto, como:

- Replantear el dolor de parto como una sensación física desagradable que viene y va, momento a momento.
- Aprender a distinguir el componente sensorial del dolor, del cognitivo y afectivo, con el objetivo de disminuir el miedo y el sufrimiento relacionados con el dolor físico.
- Aprender a ser conscientes de su propio cuerpo y sus reacciones de miedo al dolor.
- Se enseñan estrategias personalizadas para hacer frente en pareja al parto, apoyándose mutuamente.

Alehagen et al. (citado en Duncan et al.<sup>34</sup>) afirman que el miedo al parto predice la cantidad total de medicación que se va a necesitar durante el mismo. Por esto, sugieren la potencial utilidad que presentan las intervenciones con *mindfulness* en el tercer trimestre del embarazo. Estas prácticas potencian la capacidad de la mujer de enfrentar el dolor eficazmente y realizar elecciones razonadas sobre las opciones médicas disponibles durante el parto. De esta forma se reducen las intervenciones innecesarias<sup>22</sup>.

Al contrario de Duncan et al.<sup>34</sup>, la OMS, aunque incluye la práctica de *mindfulness* dentro de sus técnicas de relajación recomendadas, destaca que estas no presentan resultados relacionados con el alivio del dolor en el parto<sup>5</sup>.

### 5.2.2. Técnicas manuales

La OMS incluye las técnicas manuales en su recomendación 22, recalcando que los sanitarios deben avisar a las embarazadas que el uso de estas técnicas no es perjudicial, pero la evidencia respecto a sus efectos beneficiosos es baja<sup>5</sup>.

- Termoterapia y crioterapia

En un estudio realizado en cinco hospitales públicos de Cataluña, Terré et al.<sup>12</sup> evaluaron la eficacia de la termoterapia. Diferenciaron este método en calor húmedo y calor seco, y lo aplicaron cuando la presentación fetal alcanzara el III plano de Hodge, con un tiempo máximo de contacto de 30 minutos.

El calor húmedo fue aplicado en el periné mediante compresas húmedas con agua caliente a 45 °C, escurridas. El calor seco provenía de compresas de gel, calentadas al microondas a 600 W durante 30 segundos, envueltas en un campo seco<sup>12</sup>.

La media del dolor a los 10 minutos de la aplicación de calor disminuyó considerablemente en ambos grupos. El efecto analgésico del calor húmedo fue más eficaz a los diez minutos, debido, posiblemente al efecto del agua, con mayor penetración en los tejidos. Por lo tanto, Terré et al.<sup>12</sup>

concluyeron que la termoterapia superficial en el periné es eficaz para reducir la percepción de dolor en el periodo expulsivo. Por el contrario, la OMS acentúa que el uso de compresas tibias presenta una evidencia de certidumbre muy baja respecto al alivio del dolor<sup>5</sup>.

Por otro lado, Mascarenhas et al.<sup>13</sup>, en su revisión sobre métodos alternativos en el parto, afirman que este método resulta más efectivo asociado a la esferoterapia (utilización de balones gigantes que se expondrá posteriormente).

Para el estudio de la efectividad de la crioterapia, Shirvani y Ganji<sup>23</sup>, aplicaron bolsas de hielo de 500 gr cubiertas con una toalla sobre la espalda y el abdomen de las participantes, durante 10 minutos, desde el inicio de la fase activa del parto, repitiendo cada 30 minutos. En la segunda etapa, se aplicaron 200 gr de hielo, sobre el periné, durante 5 minutos, repitiendo cada 15 minutos.

Este estudio demostró una reducción significativa de la sensación dolorosa durante la primera y segunda etapas del parto, en el abdomen, espalda y periné. El 37,5 % de las participantes que recibieron crioterapia se mostraron muy satisfechas con el proceso de parto, y un 53,1 % moderadamente satisfechas<sup>23</sup>.

Ganji et al.<sup>35</sup> estudiaron el uso conjunto de ambas técnicas, aplicando primero compresas húmedas calientes (termoterapia), y después hielo cubierto con una toalla (crioterapia), repitiendo el proceso cada 30 minutos (en la primera etapa del parto). Durante la segunda etapa del parto se continuó con la misma intervención, pero con periodos de tiempo reducidos. Los resultados muestran que la administración intermitente de calor y frío en áreas como la zona lumbar o el abdomen, puede reducir significativamente el dolor en el parto. Además, ninguna de las madres que recibieron la intervención se sintió insatisfecha con el proceso de parto, resultado que coincide con el obtenido por Shirvani y Ganji<sup>23</sup>.

- Masaje y cambio de posición

El estudio de Khudhur y Mirkham<sup>24</sup>, analiza los efectos de los cambios frecuentes de posición y el masaje de espalda en la disminución de la sensación dolorosa, en la primera etapa del parto.

Los cambios de posición se efectuaron por elección de la parturienta cada 10 minutos, entre: sentada, andando, semisentada, a gatas o en decúbito lateral. El masaje, fue realizado con movimientos circulares rítmicos y una presión moderada, en posición sentada, sobre la espalda, con aceite de jazmín<sup>24</sup>.

Los resultados obtenidos por Khudhur y Mirkham<sup>24</sup> indican que el masaje de espalda es un método efectivo, pero los cambios frecuentes de posición incrementan la percepción del dolor. Afirman que la efectividad del masaje se debe a una inhibición local en la médula espinal, resultado de la fricción ejercida en el área dolorosa.

Otros autores<sup>7,16</sup> respaldan la efectividad del masaje de espalda como alivio del dolor en el parto. Además, la OMS incluye esta técnica en su recomendación 22, con una evidencia de certidumbre moderada sobre la reducción del dolor en el periodo de dilatación<sup>5</sup>. La Guía NICE y el SNS también recomiendan apoyar a aquellas mujeres que deseen usar técnicas de masaje durante el parto<sup>30,6</sup>.

El SNS aclara que el masaje realizado por el acompañante tiene el efecto de disminuir la ansiedad y el dolor en el parto, mejorando la condición de la parturienta y generando sensaciones de cuidado y bienestar. Recomienda realizarlo durante la primera y segunda etapas del parto<sup>6</sup>.

Pérez et al.<sup>7</sup>, tras la realización de una revisión bibliográfica, garantizan que los cambios continuos de posición fomentan el confort de la paciente, a la vez que disminuyen el dolor obstétrico. Destacan posturas como: decúbito lateral, decúbito supino, vertical o en cuclillas. La OMS contempla, de la misma manera, animar a la movilidad y la adopción de una posición erguida durante el trabajo de parto, permitiendo a la mujer elegir la posición de preferencia<sup>5</sup>.

- Inyecciones de agua estéril

Genç et al.<sup>36</sup> indagan la efectividad de las inyecciones de agua estéril en el alivio del dolor de espalda. Las participantes recibían cuatro inyecciones intradérmicas de 0,1 ml de agua estéril (usando una aguja de insulina), en la piel que rodea el rombo de Michaelis, en el área sacra. Estas inyecciones fueron administradas en el punto álgido de las contracciones. El nivel del dolor fue evaluado antes y a los 10, 30, 60, 120 y 180 minutos de la intervención.

Los resultados obtenidos por Genç et al.<sup>36</sup> muestran un descenso significativo del nivel del dolor a los 10 minutos de la administración; a los 30, 60 y 120 minutos el dolor seguía siendo un 50 % menor al grupo control. Por lo que las inyecciones de agua estéril se presentan como efectivas, reduciendo el dolor de espalda. Otros autores<sup>7,13,16</sup>, también respaldan su efectividad.

En la revisión de Pérez et al.<sup>7</sup> se relaciona la efectividad de este método con la interrupción de la transmisión de la sensación dolorosa por los nervios espinales, debido a que las pápulas de agua estéril creadas por las inyecciones estimulan los receptores de la presión.

El SNS considera las inyecciones de agua estéril como un método sencillo para el alivio del dolor, presentando como mayor inconveniente el escozor que provoca su administración intradérmica. Aun así, se recomienda como un método eficaz para el control del dolor lumbar<sup>6</sup>. Por el contrario, la Guía NICE recomienda no usar inyecciones de agua estéril<sup>30</sup>.

Lee et al.<sup>37</sup> investigaron las opiniones de mujeres que habían usado este método. Aunque el grado de dolor asociado a la administración de las inyecciones fue reconocido por las participantes como significativo, la mayoría incorporan la técnica dentro de su experiencia de parto sin connotaciones negativas<sup>37</sup>. En el estudio de Genç et al.<sup>36</sup>, los niveles de satisfacción con la forma de analgesia, deseo de repetir el método en futuros embarazos y recomendarlo, fueron significativamente mayores en el grupo que recibió inyecciones de agua estéril.

### **5.2.3. Otras técnicas**

- Esferoterapia

En un ensayo realizado en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid se utilizaron pelotas de parto (balones esféricos de goma de entre 55-75 cm de diámetro) y se comparó su efecto analgésico con el de terapias farmacológicas<sup>38</sup>.

Gómez et al.<sup>25</sup> aclaran que el tamaño de la pelota debe adaptarse a la estatura de la embarazada, de manera que, sentada sobre ella, el ángulo formado por caderas, rodillas y tobillos sea

recto (90°). Además de la posición sentada, la pelota ofrece diversas posturas, como: de rodillas abrazándola, de pie apoyándose en ella u otras que sean cómodas para la mujer.

Los resultados obtenidos con el ensayo de Fernández et al.<sup>38</sup> muestran que la esferoterapia es un método seguro (sin complicaciones) para el alivio del dolor en el parto, y además produce una mayor satisfacción materna, debido a la sensación de control sobre la situación.

Los resultados de un estudio realizado en Sabadell en 2008 (citado en Gómez et al.<sup>25</sup>) indican que la sensación dolorosa mejoró en el 79,6 % de los casos, y que el 96,7 % de las parturientas encontraron el uso de la pelota muy confortable en comparación con la cama.

La Guía del SNS Atención al Parto Normal<sup>6</sup>, coincide con Gómez et al.<sup>25</sup>, en que la efectividad de la esferoterapia se debe a la libre movilización de la pelvis y la columna, que resulta en la ampliación de los diámetros pélvicos y la relajación de la musculatura, recomendando su uso con el fin de hallar posturas confortables.

Gómez et al.<sup>25</sup>, tras el desarrollo de una revisión bibliográfica, afirman que el 100 % de los documentos consultados incluyen la esferoterapia como método efectivo en el control del dolor en el parto, sin repercusiones y aumentando la satisfacción materna. Otros autores<sup>7,13,16</sup>, reiteran su efectividad.

Pérez et al.<sup>7</sup> y Mascarenhas et al.<sup>13</sup> relacionan este método con un expulsivo más rápido, debido a la posición vertical y el balance de la pelvis.

- Hidroterapia

Mallén et al.<sup>26</sup> efectuaron un estudio con 215 gestantes, para conocer la efectividad de la hidroterapia. Los resultados manifestaron una menor percepción de dolor en la dilatación y en el expulsivo en las participantes del grupo hidroterapia. Además, la percepción dolorosa en el expulsivo fue aún menor en aquellas mujeres que decidieron parir en el agua. Es destacable que todas las participantes secundíparas que recibieron hidroterapia, tuvieron un parto sin analgesia farmacológica. Además, las variables neonatales no presentaron efectos adversos.

Otros autores<sup>7,16</sup> confirman el efecto de alivio del dolor que posee el uso de agua caliente. Este método también es considerado por la OMS, incluyéndolo entre sus recomendaciones<sup>5</sup>. De la misma forma, la Guía NICE recomienda ofrecer a la mujer la oportunidad de dar a luz en el agua para aliviar el dolor, siempre que se monitorice la temperatura del agua y de la mujer cada hora, asegurando el confort<sup>30</sup>.

La Guía del SNS también describe la inmersión en agua durante el periodo de dilatación como método no farmacológico eficaz para el alivio del dolor en el parto. Aclara que la inmersión debe realizarse en la fase tardía de la primera etapa del parto, ya que una inmersión temprana produce un aumento en el uso de analgesia epidural y oxitocina<sup>6</sup>.

Varandas et al.<sup>39</sup> exponen que la hidroterapia produce una estimulación cutánea capaz de reducir los niveles de hormonas neuroendocrinas relacionadas con el estrés o regular los patrones de las contracciones uterinas, entre otros efectos que explican su efectividad.

- Combinación de esferoterapia e hidroterapia

Varandas et al.<sup>39</sup> proponen usar la pelota de partos durante 30 minutos a la vez que se administra agua caliente a la zona lumbar de la embarazada. Los resultados de este estudio no encuentran relación entre cualquiera de las terapias (pelota de partos o hidroterapia) y una reducción del dolor en el parto. Pero la combinación de ambas sí que presentó un efecto positivo, disminuir la duración del parto.

Henrique et al.<sup>27</sup>, combinaron la ducha caliente dirigida a la región lumbosacra con los ejercicios perineales realizados con la pelota de partos. Tras la obtención de los resultados se observa que el grupo que presentó menos dolor fue el que usó únicamente la esferoterapia. En cambio, el grupo con menores niveles de ansiedad fue el que combinó la esferoterapia con la hidroterapia.

- Sofropedagogía obstétrica

Aragón et al.<sup>28</sup> relacionan este método con un menor empleo de analgesia e intervenciones, debido al comportamiento menos angustiado y ansioso de las embarazadas en el parto. Las pacientes preparadas con Sofropedagogía presentan mejores estrategias para afrontar el parto, lo que resulta en la disminución de la sensación dolorosa y de los niveles de beta-endorfinas.

No se han encontrado más artículos que traten la Sofropedagogía obstétrica con las estrategias de búsqueda utilizadas, pero sí algunos que tratan la educación maternal prenatal. Por ejemplo, Caballero et al.<sup>16</sup> incluyen la educación maternal impartida por matronas en atención primaria como un gran condicionante de la manera de afrontar el parto y las decisiones que tome la embarazada. En cambio, Duncan et al.<sup>34</sup> mencionan que los cursos de educación maternal tienen una eficacia reducida.

Álvarez et al.<sup>11</sup> afirman que la preparación y la información previa al parto, tiene una gran influencia en las expectativas de carácter negativo que puede presentar la embarazada, provocando un aumento del dolor. En cambio, los sentimientos positivos son predictores de un menor nivel del dolor.

## 6. CONCLUSIONES

Tras el análisis de los documentos seleccionados para la realización de la presente revisión bibliográfica, se llega a las siguientes conclusiones:

- Enfermería representa un rol elemental en el desarrollo de nuevas tendencias para afrontar el dolor en el parto, con la educación para la salud, pasando de un modelo de gestante pasiva a la búsqueda de la elección informada.
- Entre los temas a tratar desde atención primaria en las consultas prenatales se debe incluir el dolor en el parto, abordando tanto el miedo al mismo, como las formas de paliarlo, escuchando y teniendo en cuenta inquietudes y deseos de la embarazada, aportando siempre información de calidad sobre métodos farmacológicos y los expuestos en esta revisión.
- Las GPC publicadas por organizaciones como la OMS, NICE o el SNS incluyen estos métodos entre sus recomendaciones, presentándolos como no invasivos, seguros, sencillos y baratos, con el fin de conseguir una atención integral basada en la mejor evidencia, a la vez que animan a los profesionales a tenerlas en cuenta.



- Los métodos que presentan una menor recomendación son las técnicas de respiración, el *mindfulness*, la termoterapia / crioterapia y las inyecciones de agua estéril, por la poca evidencia disponible.
- Incluidas en las GPC nacionales e internacionales, las técnicas de relajación como el yoga, la aromaterapia y la musicoterapia; las manuales como el masaje o el cambio de posición; y, la esferoterapia o la hidroterapia, se presentan efectivas en el alivio del dolor en el parto. Además, favorecen el bienestar físico y emocional de la embarazada, propiciando su participación activa en el nacimiento de su hijo.

Actualmente está apareciendo una nueva corriente entre las embarazadas, un deseo de libertad y autonomía al dar a luz. Es necesario continuar con la investigación en la efectividad de estos métodos, pudiendo aumentar la evidencia con resultados contrastados. Considero interesante la práctica de los métodos presentados, beneficiosos y seguros para la madre y el neonato, con el fin de controlar el dolor en el parto, ya sea combinados entre ellos o con fármacos, dejando elegir libremente a la parturienta.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant. A joint statement by WHO, ICM and FIGO. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.
2. De la Rosa Z, Rivas MT y Alguacil MV. Del arte de asistir partos hacia la actual titulación de Matrona en España. Granada. Paraninfo Digital. 2015;22:1-9.
3. Martos IM, Sánchez MM y Guedes C. De parteras a enfermeras especialistas: matronas a lo largo de la historia. Almería. Paraninfo Digital. 2016;25:1-7.
4. FAME. Iniciativa Parto Normal. Guía para madres y padres. Pamplona. Federación de Asociaciones de Matronas de España. 2011.
5. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
6. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2009/01.
7. Pérez E, Serrano N, Usabiaga P, Lombardo S, Uriol P y Lobera I. Manejo del dolor durante el parto. Rev. Educare21. 2013;11:1-11.
8. Compte C, Magret A, Sabench C, Sánchez J, Redondo J, Cano A, et al. Modelo de atención al parto dirigido por matronas frente al dirigido por matronas y obstetras en el Hospital Josep Trueta de Girona. Matronas Prof. 2015;16:54-60.
9. González JR. Bases anatómicas y fisiológicas del dolor. En: Guías Clínicas de la Sociedad Española del Dolor. Guías Clínicas de la Sociedad Española del Dolor. Madrid: Arán;2006. p.9-42.
10. Sánchez B. Abordajes teóricos para comprender el dolor humano. Rev Aquichan. 2003;3:32-41.
11. Álvarez S, Pérez FJ y Andina E. Percepciones y deseos sobre el parto en gestantes a término en Zamora. Enferm Clin. 2019;29:1-8.
12. Terré C, Beneit JV, Gol R, Garriga N, Salgado I y Ferrer A. Aplicación de termoterapia en el periné para reducir el dolor perineal durante el parto: ensayo clínico aleatorizado. Matronas Prof. 2014;15:122-129.
13. Mascarenhas VH, Lima TR, Silva FM, Negreiros FS, Santos JD, Moura MA, et al. Scientific evidence on non-pharmacological methods for relief of labor pain. Acta Paul Enferm. 2019;32:350-357.
14. Valiani M, Azimi M, Dehnavi ZM, Mohammadi S y Pirhadi M. The effect of auriculotherapy on the severity and duration of labor pain. J Edu Health Promot. 2018;7:101-105.
15. Mafetoni RR, Rodrigues MH, Silva FMB, Jacob LMS y Shimo AKK. Effectiveness of auricular therapy on labor pain: a randomized clinical trial. Texto Contexto Enferm. 2019;28:1-14.
16. Caballero V, Santos PJ y Polonio ML. Alternativas no farmacológicas para el alivio del dolor en el trabajo de parto. Nure Inv. 2016;13:1-7.
17. Moghimi S, Mehdizadeh Z y Shoghi M. The effect of foot reflexology on Anxiety, pain and outcomes of the labor in primigravida women. Acta Medica Iranica. 2015;53:507-11.
18. Yuksel H, Cayir Y, Kosan Z y Tastan K. Effectiveness of Breathing Exercises during the second stage of labor on labor pain and duration: a randomized controlled trial. J Integr Med. 2017;15:456-461.

19. Jahdi F, Sheikhan F, Haghani H, Sharifi B, Ghaseminejad A, Khodarahmian M, et al. Yoga during pregnancy: The effects on labor pain and Delivery outcomes (A randomized controlled trial). *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2017;27:1-4.
20. Hamdamian S, Nazarpour S, Simbar M, Hajian S, Mojab F y Talebi A. Effects of aromatherapy with *Rosa damascena* on nulliparous women's pain and Anxiety of labor during first stage of labor. *J Integr Med*. 2018;16:120-125.
21. Cortés M. Efectos de la musicoterapia durante el embarazo y el parto. *Metas Enferm*. 2015;18:56-61.
22. Veringa IK, de Bruin EI, Bardacke N, Duncan LG, van Steensel FJA, Dirksen CD, et al. "I've changed my mind", Mindfulness-Based Childbirth and Parenting (MBCP) for pregnant women with a high level of fear of Childbirth and their partners: study protocol of the quasi-experimental controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2016;16:377-391.
23. Shirvani MA y Ganji J. The influence of Cold pack on labor pain relief and birth outcomes: a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*. 2013;23:2473-2480.
24. Khudhur SA y Mirkham H. Effect of change in position and back massage on pain perception during first stage of labor. *Pain Management Nursing*. 2018;19:288-94.
25. Gómez S, Villamor EM y Fernández F. Efectividad de la esferoterapia durante el trabajo de parto. *SAS. Paraninfo Digital*. 2016;25:1-7.
26. Mallén L, Roé MT, Colomé N, Ferre A, Palacio M y Terré C. Uso de hidroterapia durante el parto: evaluación del dolor, uso de analgesia y seguridad neonatal. *Enferm Clin*. 2018;28:309-315.
27. Henrique AJ, Gabrielloni MC, Rodney P y Barbieri M. Non-pharmacological interventions during Childbirth for pain relief, Anxiety, and neuroendocrine stress parameters: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Pract*. 2018;24:1-8.
28. Aragón MT, Cubillas I y García I. Educación maternal basada en la Sofropedagogía obstétrica. *Paraninfo Digital*. 2016;24:1-8.
29. Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería. [Internet]. *NNNConsult.Elsevier*;2015[cited2020Mar6]. Available from: <http://www.nnnconsult.com.ponton.uva.es/>
30. NICE. Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline. National Institute for Health and Care Excellence. 2014. Last updated February 2017.
31. Boavigem A, Melo E, Lubambo L, Sousa P, Aragao C, Albuquerque S, et all. The effectiveness of breathing patterns to control maternal anxiety during the first period of labor: A randomized controlled clinical trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2017;26:30-35.
32. Kaviani M, Azima S, Alavi N y Tabaei MH. The effect of lavender aromatherapy on pain perception and intrapartum outcome in primiparous women. *British Journal of Midwifery*. 2014;22:30-33.
33. Gokyildiz S, Ozturk M, Vurgec BA, Alan S y Akbas M. The effect of music on pain and anxiety of women during labor on first time pregnancy: A study from Turkey. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2018;30:96-108.
34. Duncan LG, Cohn MA, Chao MT, Cook JG, Riccobono J y Bardacke N. Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: a randomized controlled trial with active comparison. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2017;17:140-151.
35. Ganji J, Shirvani MA, Rezaei-Abhari F y Danesh M. The effect of intermittent local heat and cold on labor pain and child birth outcome. *Iranian J Nursing Midwifery Res*. 2013;18:289-303.

36. Genç R, Demirci N, Ender A, Salman S, Ayanoglu YT, Tosun Y, et al. Effects of intradermal sterile water injections in women with low back pain in labor: a randomized, controlled, clinical trial. *Balkan Med J.* 2018;35:148-154.
37. Lee N, Kildea S y Stapleton H. "No pain, no gain": the experience of women using sterile water injections. *Women and birth.* 2017;30:153-158.
38. Fernández J, Pedraz A, Palmar AM y Moro MN. Pelota de parto versus petidina y haloperidol en la satisfacción en el parto. *Enferm Clin.* 2019;29:234-238.
39. Varandas AC, Henrique AJ, Moreira C, Gabrielloni MC y Barbieri M. Complementary therapies in labor: randomized clinical trial. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40:1-9.

## 8. ANEXOS

**Tabla 2. Artículos introducción** (Varias páginas)

AUTORES	MÉTODOS INCLUIDOS	OBJETIVO	CONCLUSIONES
Álvarez et al. <sup>11</sup>	-	Describir las percepciones y deseos sobre el parto en un grupo de gestantes a término de Zamora.	Para la mujer la importancia del parto reside en el ámbito mental, emocional y social, condicionados por diferentes factores.
Compte et al. <sup>8</sup>	-	Analizar el modelo de atención al parto normal dirigido por matronas, comparándolo con el modelo de atención al parto intervenido.	No se encontraron diferencias significativas entre la salud y el bienestar en el primer mes post-alta de las madres de ambos grupos.
Mascarenhas et al. <sup>13</sup>	Acupuntura, acupresión, hidroterapia, crioterapia, termoterapia, inyecciones de agua estéril, esferoterapia, musicoterapia, aromaterapia, técnicas de respiración y reflexología.	Identificar en la literatura estudios sobre la eficacia de métodos no farmacológicos para reducir el dolor del parto.	La ducha caliente, técnicas de respiración, aromaterapia y musicoterapia mejoran la relajación y la ansiedad. Las terapias térmicas actúan como analgésico local. La esferoterapia alivia el dolor y facilita la posición vertical.
Pérez et al. <sup>7</sup>	Hidroterapia, inyecciones de agua estéril, masaje, técnicas de relajación (yoga), técnicas posturales, apoyo psicológico, respiraciones, estimulación nerviosa transcutánea (Tens) y acupuntura.	Realizar una revisión sobre el control del dolor en el parto y los procedimientos que existen para paliarlo, centrándose en la analgesia epidural y técnicas no invasivas aplicadas por enfermería.	Enfermería representa un papel fundamental en el control no farmacológico del dolor. Los pacientes deben conocer todas las alternativas para la disminución del dolor, al igual que sus riesgos.
Caballero et al. <sup>16</sup>	Biofeedback, hipnosis, masaje, reflexología, Tens, acupuntura y acupresión, esferoterapia, hidroterapia e inyecciones de agua estéril.	Conocer los efectos de las intervenciones no farmacológicas para controlar el dolor durante el parto.	Son competencias enfermeras el alivio del dolor, bienestar y satisfacción maternas.
Mafetoni et al. <sup>15</sup>	Acupuntura.	Evaluar la efectividad de la auriculoterapia sobre el dolor en la fase activa del parto.	En el grupo de embarazadas que recibió acupuntura durante el parto, se presenció una reducción del dolor, que caracteriza la efectividad de la técnica.

Fuente: elaboración propia

**Tabla 2. Artículos introducción (Continuación)**

AUTORES	MÉTODOS INCLUIDOS	OBJETIVO	CONCLUSIONES
Valiani et al. <sup>14</sup>	Auriculoterapia	Examinar los efectos de la auriculoterapia en el dolor del parto en mujeres primíparas.	La auriculoterapia reduce la severidad del dolor de parto en mujeres primíparas. Se recomienda su uso debido a la facilidad y bajo coste de su uso, además de ser un método no invasivo.
Moghimi et al. <sup>17</sup>	Reflexología	Revisar y determinar el efecto de la reflexología en la ansiedad, dolor y resultados del parto en mujeres primíparas.	La reflexología reduce la intensidad del dolor obstétrico, duración del parto, ansiedad y aumenta las puntuaciones en el test de Apgar. Usando este método se reduce el dolor y la ansiedad, animando a las mujeres a tener un parto vaginal.

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 3. Artículos resultados y discusión (Varias páginas)**

AUTOR	M	OBJETIVO	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Hamdamian et al. <sup>20</sup>	Aromaterapia	Conocer los efectos de la aromaterapia con rosa en el dolor y ansiedad durante la primera etapa del parto.	La severidad del dolor en el grupo que recibió aromaterapia fue significativamente menor que la del grupo control después del tratamiento, en cada una de las mediciones. Los niveles de ansiedad también fueron menores.	La aromaterapia con rosa reduce la severidad del dolor y ansiedad en la primera etapa del parto.
Kaviani et al. <sup>32</sup>		Determinar el efecto de la aromaterapia con lavanda en la intensidad del dolor en el parto.	La percepción de dolor en el grupo aroma fue menor que la del grupo control, a los 30 y 60 minutos de la intervención (p<0.001).	La intensidad de dolor fue menor a los 30 y 60 minutos de la intervención en el grupo con aromaterapia de lavanda.

M: Método. Fuente: elaboración propia.

**Tabla 3. Artículos resultados y discusión (Continuación)**

AUTOR	M	OBJETIVO	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Duncan et al. <sup>34</sup>	Mindfulness	Conocer como un curso prenatal basado en <i>mindfulness</i> influye en el miedo y depresión postparto.	La educación prenatal basada en <i>mindfulness</i> mejoró la forma de afrontar el parto y el funcionamiento psicológico, en comparación con aquellas mujeres que recibieron clases prenatales normales.	Los participantes en el curso de <i>mindfulness</i> usan estas técnicas para afrontar el dolor en el parto.
Veringa et al. <sup>22</sup>		Propone un programa basado en <i>mindfulness</i> para evaluar el miedo al parto.	---	Un programa basado en <i>mindfulness</i> tiene el potencial de ser efectivo para el control del miedo en el parto.
Gokyildiz et al. <sup>33</sup>	Musicoterapia	Analizar el efecto de la música en el dolor y la ansiedad que presentan las mujeres en el parto.	Se observó que después de la primera hora, las mujeres indicaron que su dolor era menor en el grupo intervención. Las puntuaciones de ansiedad fueron parecidas entre ambos grupos. Las puntuaciones promedio de ansiedad fueron menores en el grupo intervención.	La musicoterapia es un método simple y efectivo para ayudar a las mujeres a soportar el dolor y la ansiedad en el parto.
Cortés <sup>21</sup>		Analizar y describir la evidencia sobre los efectos de la música en el embarazo y parto.	---	Entre los efectos evidenciados de la musicoterapia se incluye el alivio del dolor durante las contracciones.
Boaviagem et al. <sup>31</sup>	Respiración	Conocer la efectividad de los ejercicios de respiración sobre la ansiedad materna en el parto.	No se encontró diferencia entre los dos grupos dos horas después de la primera evaluación con respecto a la ansiedad, dolor, fatiga o satisfacción materna.	Los resultados muestran que las técnicas de respiración no controlan la ansiedad, o dolor en el primer periodo de parto.
Yuksel et al. <sup>18</sup>		Determinar si los ejercicios de respiración tienen efectos sobre el dolor materno en el parto, entre otros.	El dolor de parto que presentaron las mujeres del grupo intervención ( $88,2 \pm 6,3$ ) fue menor que el del grupo control ( $90,5 \pm 7,0$ ). La duración de la segunda etapa del parto también resultó menor.	En este estudio, los ejercicios de respiración son efectivos reduciendo la percepción de dolor.

M: Método. Fuente: elaboración propia

**Tabla 3. Artículos resultados y discusión (Continuación)**

AUTOR	M	OBJETIVO	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Jahdi et al. <sup>19</sup>	Ejercicio	Conocer los efectos de un programa de Yoga prenatal en el dolor en el parto.	Las participantes del grupo control presentaron mayor intensidad de dolor comparadas con el grupo intervención a los 3-4 cm de dilatación y a las 2 horas. Las mujeres que acudieron a clases de yoga presentaron menor necesidad de inducción en el parto.	La práctica de yoga durante el embarazo contribuye a reducir el dolor en el parto y mejora la adecuación de la embarazada al mismo.
Shirvani y Ganji <sup>23</sup>	Crioterapia Termoterapia	Evaluar la influencia de frío local en la intensidad del dolor en el parto.	El grado de dolor fue menor en el grupo que recibió terapia con aplicación de frío durante la fase activa de parto y la segunda etapa. La duración de todas las fases fue menor en el grupo de terapia con frío.	El dolor en el parto se reduce mediante la teoría de las compuertas con el uso de frío.
Terré et al. <sup>12</sup>		Evaluar la eficacia de la aplicación de termoterapia en el periné para disminuir el dolor perineal.	Se presentó una reducción del dolor estadísticamente significativa a los 10 minutos de la aplicación de termoterapia.	La aplicación de termoterapia en el periné es eficaz para reducir el dolor en el periodo expulsivo del parto.
Ganji et al. <sup>35</sup>		Investigar el efecto de la aplicación intermitente de calor y frío en la intensidad del dolor y resultados del parto.	El dolor fue significativamente menor en el grupo intervención durante la primera y segunda etapas del parto. No hubo diferencias significativas entre los resultados del parto.	El calor local con aplicación de frío intermitente puede reducir el dolor del parto sin efectos adversos en los resultados maternos o neonatales.
Lee et al. <sup>37</sup>	Inyecciones de agua estéril (IAE)	Explorar las experiencias de las mujeres en el uso de inyecciones de agua estéril como analgesia.	Temas a destacar que incluyen las inyecciones con agua estéril: el balance entre el dolor de las inyecciones y el deseo de alivio de dolor obstétrico; el efecto analgésico de estas inyecciones.	Las participantes de este estudio ven las inyecciones de agua estéril como un tipo de analgesia efectivo con pocos efectos secundarios.

M: Método. Fuente: elaboración propia



**Tabla 3. Artículos resultados y discusión (Continuación)**

AUTOR	M	OBJETIVO	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Genç et al. <sup>36</sup>	IAE	Conocer el nivel de satisfacción y efectividad de las inyecciones de agua estéril en el dolor de parto.	La intensidad de dolor de espalda 30 minutos después de las inyecciones fueron significativamente menores en el grupo a estudio (inyecciones).	La aplicación de inyecciones de agua estéril es efectiva para aliviar el dolor de espalda en la primera etapa del parto.
Khudhur y Mirkham <sup>24</sup>	Cambio de posición + masaje	Identificar el impacto del cambio de posición y el masaje de espalda en la percepción del dolor en el parto.	Se encontraron diferencias significativas entre los grupos cambio de posición (grupo A), masaje de espalda (grupo B) y control (grupo C), tras las intervenciones.	El masaje de espalda es más efectivo que el cambio de posición durante la primera etapa del parto.
Fernández et al. <sup>38</sup>	Esferoterapia	Determinar la satisfacción materna al usar la esferoterapia como método de alivio del dolor en el parto.	La satisfacción materna fue significativamente mayor en el grupo intervención, que en el grupo control, en las esferas: obstetra, dilatación, expulsivo, recién nacido, acompañamiento y comodidad.	La esferoterapia aumenta la satisfacción de la mujer en el proceso de parto.
Gómez et al. <sup>25</sup>		Determinar la efectividad de la esferoterapia para favorecer el trabajo de parto normal.	No se encuentran contradicciones ni efectos negativos del uso de la esferoterapia para la embarazada o el bebé. Su uso puede ser limitante con la necesidad de monitorización, pero no incompatible.	Es un método efectivo en el alivio del dolor durante el trabajo de parto.
Mallén et al. <sup>26</sup>	Hidroterapia	Evaluar la efectividad del uso de la hidroterapia en la percepción del dolor y solicitud de analgesia.	La media del dolor a los 30 y 90 minutos de la aplicación de hidroterapia fue menor en el grupo hidroterapia que en el grupo control. Durante el expulsivo las gestantes que parieron en agua presentaron menos dolor. Menos gestantes del grupo hidroterapia solicitaron uso de analgesia epidural.	El uso de hidroterapia disminuye el dolor durante el trabajo de parto y durante el expulsivo en parto en agua.

M: Método. Fuente: elaboración propia

**Tabla 3. Artículos resultados y discusión (Continuación)**

AUTOR	M	OBJETIVO	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Henrique et al. <sup>27</sup>	Esferoterapia + hidroterapia	Investigar el efecto de la ducha caliente y la esferoterapia en el dolor, ansiedad y parámetros de estrés en el parto.	El dolor, ansiedad y secreción de epinefrina disminuyeron en el grupo que realizó ejercicios perineales con la pelota de partos. No se encontraron diferencias significativas en los niveles de cortisol.	Las duchas calientes y la esferoterapia pueden considerarse como una terapia para mujeres que sufren dolor, ansiedad o estrés en el parto.
Varandas et al. <sup>39</sup>		Evaluar el efecto de la ducha caliente y la esferoterapia, separados y de forma combinada, sobre la percepción del dolor.	Se presentó un incremento del dolor y una reducción de la ansiedad en todos los grupos, sobre todo con la ducha. La dilatación cervical aumento en los grupos intervención, al igual que el número de contracciones uterinas, principalmente el grupo que uso hidroterapia + esferoterapia.  También se constató menor duración del parto.	Estas terapias contribuyen a la adaptación y al bienestar materno y favorecen la evolución del trabajo de parto.
Aragón et al. <sup>28</sup>	Sofropedagogía	Conocer la influencia de la educación maternal basada en la sofrología, evidenciando los beneficios en el parto.	Las sesiones de Sofropedagogía obstétrica tienen una incidencia directa en el dolor experimentado por las embarazadas en el parto, relacionado con el nivel de betaendorfinas en suero.	Es evidente la influencia que tiene esta preparación en ciertos parámetros obstétricos.

M: Método. Fuente: elaboración propia.