



## REVISIONES

### Técnicas complementarias de relajación y analgesia no farmacológicas durante el parto: revisión sistemática

Complementary techniques of relaxation and non-pharmacological analgesia during childbirth: systematic review

Noelia Vivancos Marín<sup>1</sup>  
Germán Cánovas Ambit<sup>2</sup>  
Juan Carlos Sánchez-García<sup>3</sup>  
Anais López Requena<sup>2</sup>  
Jose Antonio Garcia Vidal<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares, Madrid. España.

<sup>2</sup> Departamento de Fisioterapia, Universidad de Murcia, Murcia. España.

<sup>3</sup> Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada, Granada, España.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.555891>

Recibido: 2/02/2023

Aceptado: 8/07/2023

#### RESUMEN:

**Introducción:** Existe la necesidad de proporcionar estrategias de analgesia que alienten y promuevan la participación de la mujer en la toma de decisiones en el momento del parto y las técnicas de relajación podrían ser un método analgésico no farmacológico complementario y/o alternativo a la anestesia epidural ampliamente utilizado. en la estándar atención del trabajo de parto.

**Objetivo:** El objetivo de este estudio es analizar los efectos obstétricos de las técnicas de relajación en el manejo del dolor durante el parto.

**Método:** Se realiza una revisión sistemática con lectura crítica de los estudios incluidos. La búsqueda de estudios se realizó en las principales bases de datos MEDLINE, Cochrane Library, Cuiden, LILACS y SciELO. Se incluyen estudios publicados en inglés o español entre 2015 y febrero de 2021. Se incluyen una vez estudios, seis de los cuales son revisados sistemáticamente y cinco son ensayos clínicos aleatorios. Las intervenciones analizadas fueron técnicas de relajación como hipnosis, inyección intradérmica de agua estéril, inmersión en agua tibia, masaje, acu-puntura, musicoterapia, aromaterapia, apoyo continuo y prácticas mente-cuerpo como respiración relajante, yoga y meditación, entre otras.

**Conclusión:** La principal conclusión de este estudio es que las técnicas de relajación pueden disminuir el nivel de dolor durante el trabajo, aunque la evidencia científica actual es limitada y la calidad metodológica varía de baja a moderada. Se necesitan más ensayos controlados aleatorios para apoyar esta investigación.

**Palabras clave:** Analgesia; Dolor; Mano de obra; Técnicas de relajación; Terapias complementarias.

#### ABSTRACT:

**Introduction:** There is a need to provide analgesia strategies that encourage and promote women's participation in decision-making at the time of delivery and relaxation techniques could be a

complementary and/or alternative non-pharmacological analgesic method to the widely used epidural anaesthesia in standard labour care.

**Objective:** The objective of this study is to analyze the obstetric effects of relaxation techniques on pain management during labour.

**Method:** A systematic review is performed with critical reading of included studies. The search for studies was carried out in the main databases MEDLINE, Cochrane Library, Cuiden, LILACS and SciELO. Studies published in English or Spanish between 2015 and February 2021 were included. Eleven studies were included, six of which are systematic reviews and five are randomised clinical trials. The interventions analysed were relaxation techniques such as hypnosis, intradermal injection of sterile water, warm water immersion, massage, acupuncture, music therapy, aromatherapy, continuous support and mind-body practices like relaxing breathing, yoga and meditation, among others.

**Conclusion:** The main conclusion of this study is that relaxation techniques may decrease the level of pain during labour, although the current scientific evidence is limited and the methodological quality varies from low to moderate. More randomised controlled trials are needed to support this research.

**Keywords:** Analgesia; Pain; Labour; Relaxation techniques; Complementary therapies.

## INTRODUCCIÓN

El proceso de parto varía de una mujer a otra y su avance no necesariamente tiene que ser lineal en todos los casos. En la mayoría de las nulíparas la fase de dilatación se completa en 18 horas y en el caso de las múltiparas tarda en promedio 12 horas<sup>(1)</sup>, todo este tiempo transcurre con sensaciones dolorosas perineales y lumbares que generalmente son más intensas en las primíparas que en las múltiparas. mujeres múltiparas<sup>(2,3)</sup>.

El dolor durante el parto se describe como uno de los dolores más intensos que una mujer puede experimentar en su vida. Actualmente, el manejo del dolor no sólo tiene interés desde el punto de vista del alivio sintomático, sino también por los cambios fisiológicos que produce en la madre y el feto<sup>(3-7)</sup>. Autores como Mallén Pérez et al.<sup>(8)</sup> y Cobo Borda et al.<sup>(1)</sup> relatan cómo el parto era considerado un evento natural y era manejado por las sociedades primitivas de manera totalmente instintiva y solitaria<sup>(1,8)</sup>, mientras que en algunas religiones era considerado un castigo<sup>(1)</sup>. El concepto de dolor en el parto fue modificado y considerado una emoción durante períodos como la Edad Media, el Renacimiento y la Revolución Industrial<sup>(1,9)</sup>. Controlar el dolor en el parto trae consigo un aumento en el bienestar físico y emocional de la mujer embarazada, por lo que a mediados del siglo XIX se inició el trabajo sobre el concepto de dolor durante el parto, en el que se comenzó a brindar atención médica y se introdujo la analgesia farmacológica, desde el éter y el cloroformo hasta la aparición de la analgesia epidural<sup>(8)</sup>.

Se debe respetar la expresión del dolor de cada mujer, por lo que es necesario personalizar los recursos disponibles para el alivio y manejo del dolor durante el parto. Estos recursos pueden ser farmacológicos o no farmacológicos, estos últimos pueden dividirse en métodos de relajación, técnicas psicológicas y técnicas mecánicas. El uso de métodos analgésicos no farmacológicos que sean más seguros, tanto para la madre como para el feto, puede ser una alternativa a los métodos analgésicos farmacológicos que pueden conllevar diversos riesgos, como en el caso de la analgesia epidural<sup>(4,6,10,11)</sup>. En particular, los métodos analgésicos no farmacológicos como las técnicas de relajación, entre las que encontramos: inmersión en agua tibia, masajes y reflexología, acupuntura y acupresión, musicoterapia, aromaterapia, apoyo continuo o prácticas mente-cuerpo que incluyen yoga, meditación, visualización y técnicas de respiración, entre otras. También podríamos hacer uso de técnicas

psicológicas como la hipnosis o técnicas mecánicas como la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, uso de pelota de parto o pelota suiza, terapias térmicas e inyección intradérmica de agua esterilizada <sup>(4,12)</sup>.

Actualmente, según diversos estudios, las mujeres embarazadas reciben más información sobre los métodos farmacológicos de alivio del dolor (especialmente la analgesia epidural) que sobre los distintos métodos alternativos no farmacológicos. Algunos estudios concluyen que sería recomendable que los profesionales siguieran buscando la forma más adecuada de cuidar a cada mujer según sus preferencias para adaptarse a cada situación que se presente y ofrecer todas las opciones analgésicas existentes, tanto farmacológicas como no farmacológicas <sup>(6,10-14)</sup>.

Debido a que el manejo del dolor durante el parto es una tarea fundamental que los profesionales de la salud deben abordar con la mayor calidad posible y, por otro lado, debido a que el dolor en el proceso del parto puede provocar alteraciones en los sistemas pulmonar y cardiovascular, reduciendo considerablemente la tolerancia al parto, existe necesidad de ofrecer estrategias de analgesia que fomenten y promuevan la participación de las mujeres en la toma de decisiones en el momento del parto. Las técnicas de relajación podrían ser un método analgésico no farmacológico complementario y/o alternativo en el parto <sup>(6,7,11-17)</sup>.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Objetivo

Analizar los efectos obstétricos de las técnicas de relajación en el manejo del dolor durante el parto.

### Diseño

Se realizó una revisión sistemática con lectura crítica de los estudios incluidos sobre analgesia y técnicas de relajación durante el trabajo de parto.

### Criterio de elegibilidad

Criterios de inclusión. Se incluyeron estudios cuyos participantes eran mujeres en trabajo de parto. A su vez, se incluyeron estudios cuyo tipo de intervenciones evaluaron los principales métodos analgésicos no farmacológicos utilizados para controlar el dolor en el parto, incluyendo: Hipnosis, Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, Inyección intradérmica de agua esterilizada, Inmersión en agua, Masaje y reflexología, Acupuntura y Acupresión, Musicoterapia, Aromaterapia, Apoyo continuo y prácticas de relajación mente-cuerpo a través de técnicas de respiración, yoga o meditación.

Además, las intervenciones podrían ser una técnica de relajación específica o una combinación de varias técnicas, conformando así la intervención en estudio.

Incorporamos estudios experimentales (como ensayos clínicos controlados aleatorios (ECA)), revisiones sistemáticas (RS) y/o metanálisis de estudios experimentales, estudios observacionales que evalúan el efecto de cualquier método no farmacológico

sobre el control del dolor durante el parto y estudios clínicos. Guías de práctica que abordan cuestiones clínicas relacionadas con el tema de estudio.

**Criterio de exclusión.** Se excluyeron los estudios cuyas intervenciones se estudiaron en etapas distintas al parto, como durante la gestación o el posparto. Se excluyeron artículos con fecha de publicación anterior a 2015 y en idioma distinto al inglés o español. También excluimos los estudios cualitativos, los protocolos de investigación y los estudios a los que no pudimos acceder al texto completo.

### **Fuentes de información**

Se consultaron diferentes bases de datos desde octubre de 2020 hasta febrero de 2021, como Medline, Biblioteca Cochrane, Cuiden, LILACS y SciELO. También se accedió a través de GuíaSalud a la biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud.

### **Estrategia de búsqueda**

Los límites utilizados en las cadenas de búsqueda bibliográfica fueron la fecha de publicación (entre enero de 2015 y febrero de 2021), el idioma (español o inglés) y en algunas cadenas de búsqueda se utilizó la disponibilidad total del texto. A su vez, en la base de datos Medline se agregó como atributo de los artículos encontrados que estaban incluidos en revistas Medline.

Los descriptores utilizados en las cadenas de búsqueda (*Apéndice A*) fueron consultados previamente en DeCS <sup>(18)</sup> y MeSH <sup>(19)</sup> y el lenguaje libre utilizado en las búsquedas bibliográficas se obtuvo de HONSelec <sup>(20)</sup>.

El operador booleano AND se utilizó en varias cadenas de búsqueda.

También se realizó una búsqueda inversa de estudios de aquellos que eran potencialmente relevantes para esta revisión.

### **Proceso de selección**

Luego de realizar la búsqueda de estudios, se eliminaron aquellos que no estaban relacionados con el tema de estudio mediante la lectura del título, resumen y palabras clave. También se accedió al texto completo cuando fue necesario para decidir si la información que contenían estaba relacionada con el tema de estudio. Luego se leyeron íntegramente los estudios seleccionados como potencialmente relevantes y se descartaron aquellos que no guardaban relación con el tema de estudio o no cumplían con los criterios de inclusión.

Finalmente, de los estudios incluidos se registraron los siguientes datos: autor y año, diseño, objetivo, intervención, participantes y resultados principales a través de datos estadísticos.

### **Riesgo de sesgo en estudios individuales**

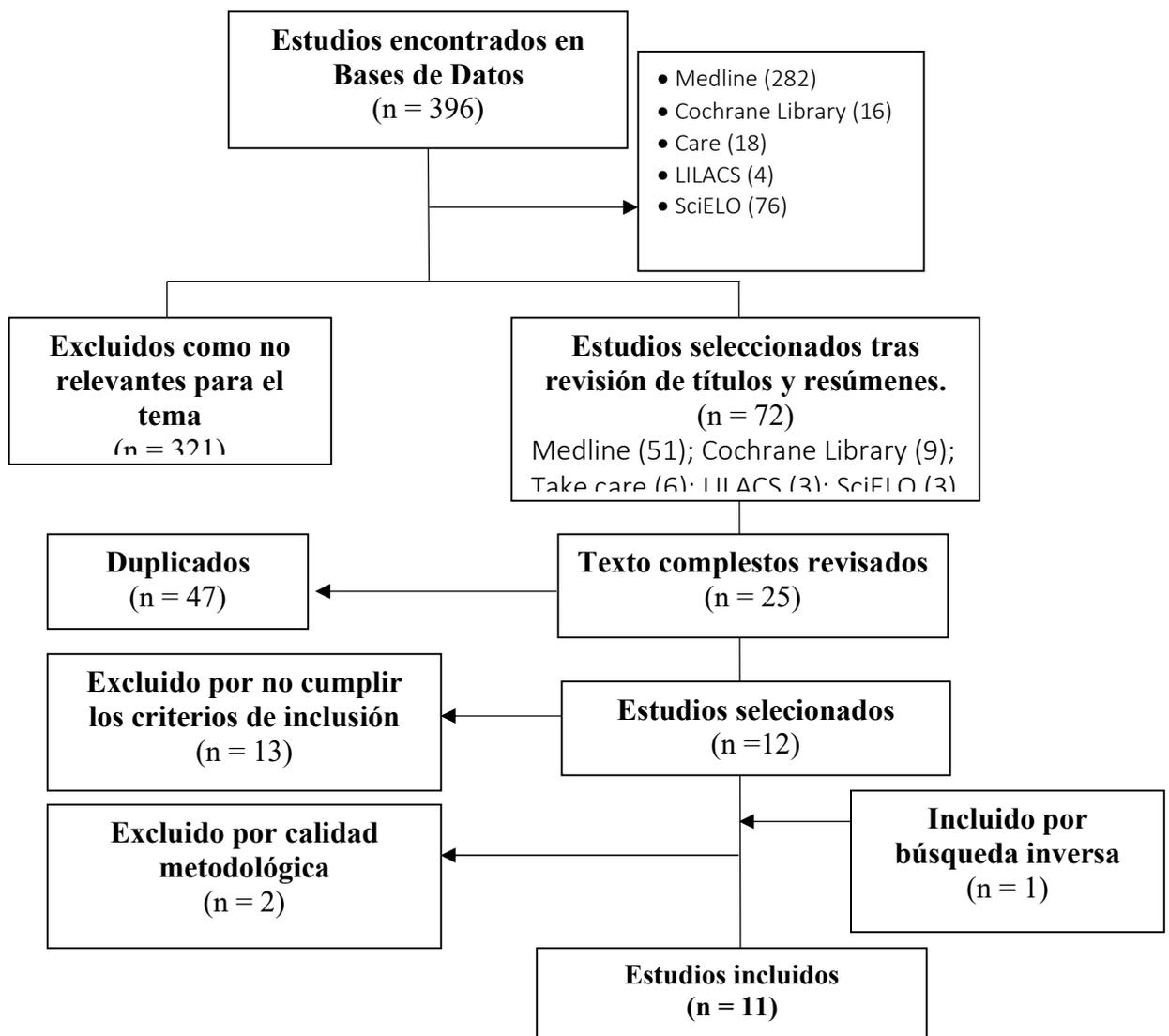
La calidad metodológica de los estudios a texto completo incluidos se evaluó mediante la herramienta de lectura crítica CASPe <sup>(21)</sup>, descartándose aquellos que no

alcanzaron una puntuación mayor o igual a 7 de los 11 ítems que componen la guía de evaluación de ensayos clínicos, y mayor o igual a 6 de los 10 ítems para revisiones sistemáticas o metanálisis. Se adjunta la puntuación obtenida de la lectura crítica de los estudios incluidos (*Apéndice B*).

## RESULTADOS

En la estrategia de búsqueda inicial se identificaron un total de 72 estudios, los cuales fueron sucesivamente seleccionados según el propósito del presente estudio hasta llegar a la selección de estudios (Figura 1). Finalmente, en esta revisión se incluyeron 11 estudios, 6 de los cuales son revisiones sistemáticas y 5 son ensayos clínicos aleatorizados.

**Figura 1:** Diagrama de flujo del estudio



**Diagrama de flujo del estudio:** Los resultados obtenidos de las principales cadenas de búsqueda utilizadas en las bases de datos se presentan en el (*Apéndice C*).

Los resultados obtenidos de los estudios incluidos se describen a continuación. En primer lugar, se presentan las características más relevantes de los estudios incluidos (Tabla 1).

Finalmente, se discuten los principales resultados sobre las técnicas de relajación como método analgésico no farmacológico utilizado durante el parto.

**Tabla 1:** Características de los estudios incluidos

**ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS:**

AUTOR AÑO	INTERVENCIÓN	PARTICIPANTES	CONCLUSIONES
<i>Allameh et al. 2015</i> <sup>(22)</sup>	Medición de la intensidad del dolor mediante escala visual analógica (EVA) en el grupo de intervención (acupuntura), otro grupo de intervención (petidina) y el grupo control.	Mujeres embarazadas a término, edad (18-35 años), embarazo de bajo riesgo, en trabajo de parto y que no hayan recibido analgesia en las 4 semanas previas a la intervención.	La acupuntura puede reducir significativamente el dolor del parto 30 minutos después de la intervención, mientras que no hubo ningún efecto sobre el dolor del parto con la dilatación total. Sin embargo, tanto en el grupo de petidina como en el de acupuntura, la duración de la fase activa se acortó significativamente.
<i>Levett y cols. 2016</i> <sup>(23)</sup>	Comparación entre el grupo de intervención (masaje, acupresión, yoga y técnicas de relajación, visualización y apoyo continuo) y el grupo de control (atención estándar).	Mujeres embarazadas (24-34 semanas de gestación), embarazo único con presentación cefálica, de bajo riesgo, nulíparas y con conocimientos suficientes de inglés para participar en un curso.	Las terapias complementarias pueden ser efectivas durante el parto al brindar atención integrada, centrada en la mujer y basada en evidencia, reduciendo las intervenciones médicas y la morbilidad durante el parto. Es esencial reorientar la educación prenatal y promover el nacimiento como un acontecimiento fisiológico normal.
<i>Roque Mafetoni et al. 2016</i> <sup>(24)</sup>	Medición de la intensidad del dolor mediante EVA antes, 20 minutos y 60 minutos después del tratamiento en el grupo de intervención (acupresión), grupo de intervención (placebo) y grupo de control (atención estándar).	Mujeres en trabajo de parto	La acupresión demostró ser una medida útil para aliviar el dolor, que puede implementarse fácilmente en la práctica clínica, sin efectos secundarios y favoreciendo la evolución del parto. Sin embargo, el efecto del tratamiento sobre la reducción del dolor es pequeño, lo que sugiere que la acupresión puede ser más eficaz con una dilatación cervical de hasta 8 cm y una presentación cefálica alta.
<i>Genç Koyucu et al. 2018</i> <sup>(25)</sup>	Medición de la intensidad del dolor mediante EVA a los 10, 30, 60, 60, 120 y 180 minutos después del tratamiento en el grupo de intervención (inyección intradérmica de agua esterilizada) y grupo control (inyección seca).	Mujeres en trabajo de parto con dolor de parto y dolor de espalda.	La inyección intradérmica de agua esterilizada es un método sencillo, rentable, fácilmente accesible, seguro y prometedor en los países en desarrollo. Es una forma eficaz y sencilla de tratar el dolor lumbar antagónico durante la fisioterapia, especialmente en entornos de bajos recursos. Produce un efecto

analgésico que dura hasta 120 minutos, no afecta la conciencia materna y puede reducir la necesidad de anestesia epidural (EA). Además, no limita la movilidad materna ni interfiere con el progreso del parto ni con la capacidad de pujar.

<i>Checo et al.</i> 2018 <sup>(26)</sup>	Medición de la intensidad del dolor mediante EVA y entrevista en el grupo de intervención (inmersión en agua o TENS) y el grupo de control (atención estándar).	Mujeres embarazadas (> 37 semanas), posición cefálica del feto, inicio espontáneo del parto, contracciones uterinas apropiadas, embarazo único y edad > 18 años.	EA sigue siendo el estándar de oro para el alivio del dolor. Aun así, la inmersión en agua sigue siendo el método no farmacológico de alivio del dolor más aceptable, a diferencia de la TENS, que se asoció con el nivel más bajo de satisfacción.
---	---	--	---

**REVISIONES SISTEMÁTICAS:**

AUTOR Y AÑO	OBJETIVO	PARTICIPANTES	CONCLUSIONES
<i>Madden et al.</i> 2016 <sup>(27)</sup>	Evaluar la efectividad y seguridad de la hipnosis para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto y el parto.	Mujeres embarazadas	La hipnosis puede reducir el uso general de analgesia durante el tiempo de trabajo de parto, pero no el uso epidural. No se encontraron diferencias claras entre las mujeres en los grupos de hipnosis y control en términos de satisfacción con el alivio del dolor, afrontamiento del tiempo de trabajo de parto o parto vaginal espontáneo. Actualmente no hay evidencia suficiente sobre la satisfacción con el alivio del dolor o el afrontamiento del parto y recomendamos que cualquier estudio de investigación futuro dé prioridad a la medición de estos resultados.
<i>Bohren et al.</i> 2017 <sup>(28)</sup>	Evaluar los efectos sobre las mujeres y sus recién nacidos del apoyo continuo durante el parto y el apoyo individualizado en comparación con la atención habitual.	Mujeres embarazadas en trabajo de parto	El apoyo continuo durante el parto puede mejorar los resultados para las mujeres y los recién nacidos (aumento del parto vaginal espontáneo, disminución de la duración del parto, disminución del parto por cesárea, parto vaginal instrumental, uso de analgésicos y sentimientos negativos sobre las experiencias del parto, entre otros). No se encontró evidencia de daño con el apoyo laboral continuo.
<i>Cluett et al.</i> 2018 <sup>(29)</sup>	Evaluar los efectos de la inmersión en agua durante el trabajo de parto y/o el nacimiento en las mujeres y sus bebés.	Embarazadas a término en trabajo de parto, embarazo único y de bajo riesgo.	En mujeres sanas con bajo riesgo de complicaciones hay pruebas de calidad moderada a baja de que la inmersión en agua durante el período de dilatación del trabajo de parto probablemente tiene poco efecto sobre la modalidad del parto o el traumatismo perineal, pero puede reducir el uso de analgesia regional. No

			hay evidencia de que el parto o el parto en el agua aumenten los efectos adversos en el feto/recién nacido o en la mujer.
<i>Smith y cols. 2018</i> <sup>(30)</sup>	Evaluar el efecto, seguridad y aceptabilidad del masaje reflexología y otros métodos manuales para controlar el dolor durante el parto.	Mujeres en trabajo de parto.	Los masajes, las compresas calientes y los métodos manuales térmicos pueden contribuir a reducir el dolor, disminuir la duración del trabajo de parto y mejorar la sensación de control y la experiencia emocional de las mujeres durante el parto, aunque la calidad de la evidencia varía de baja a muy baja. Se necesitan más estudios de investigación para abordar estos hallazgos y examinar la eficacia y efectividad de estos métodos manuales para el manejo del dolor.
<i>Smith y cols. 2018</i> <sup>(31)</sup>	Examinar los efectos de las técnicas de relajación mente-cuerpo para el tratamiento del dolor durante el parto sobre el bienestar materno y neonatal durante y después del nacimiento.	Mujeres en trabajo de parto.	La relajación, el yoga y la música pueden desempeñar un papel en la reducción del dolor y el aumento de la satisfacción con el alivio del dolor, aunque la calidad de la evidencia varía de muy baja a baja. La mayoría de los ensayos no informaron sobre la seguridad de las intervenciones. Se necesitan más ECA de modalidades de relajación para el control del dolor durante el trabajo de parto .
<i>Smith y cols. 2020</i> <sup>(32)</sup>	Examinar los efectos de la acupuntura y la acupresión para el tratamiento del dolor durante el parto.	Mujeres en trabajo de parto con embarazo único o múltiple, tanto de parto espontáneo como inducido, independientemente de su paridad y estatus pretérmino, término o post término.	La acupuntura, en comparación con la acupuntura simulada, puede aumentar la satisfacción con el manejo del dolor y reducir la administración de analgesia farmacológica. La acupresión, en comparación con un control combinado y la atención habitual, puede reducir la intensidad del dolor. Sin embargo, en otras comparaciones de acupuntura y acupresión se desconocen los efectos sobre la intensidad del dolor y la satisfacción con el alivio del dolor. Se necesitan más estudios de investigación que incluyan controles simulados e informen sobre los resultados del parto, la satisfacción con la experiencia del parto o la satisfacción con el alivio del dolor.

Los resultados de esta revisión presentados en la tabla anterior pretenden alcanzar el objetivo propuesto para este trabajo. Todos los estudios seleccionados, independientemente de su diseño, estudian pacientes pertenecientes a un mismo grupo poblacional, en este caso mujeres durante el embarazo y el parto. Para analizar los efectos obstétricos de las técnicas de relajación en el tratamiento del dolor durante el parto se analizaron 11 artículos , incluido el estudio de Allameh et al. <sup>(22)</sup> en el que se realizó un estudio comparativo entre gestantes tratadas con acupuntura y gestantes tratadas con petidina y su relación con el dolor durante el parto . Respecto a la misma variable, en este caso el control del dolor, Roque Mafetoni et al. <sup>(24)</sup>

trabajaron con acupresión en el momento del parto y encontraron resultados positivos. Genç Koyucu et al. <sup>(25)</sup>, en su estudio, presenta la capacidad de reducir el dolor con una inyección intradérmica de agua esterilizada, que también es útil porque no limita la movilidad materna ni interfiere con el progreso del parto ni la capacidad de pujar. En cualquier caso, la literatura indica que la inmersión en agua es el tratamiento no farmacológico de elección, como destacan Czech et al. Cluett et al. <sup>(29)</sup>, se refieren en su trabajo sobre el mismo tema.

Otro estudio relevante fue el de Levett et al. <sup>(23)</sup> donde pretenden reorientar la educación prenatal y promover el parto como un evento fisiológico normal. Madden et al. <sup>(27)</sup>, trabajan sobre la efectividad de la hipnosis en el momento del parto, corroborando la reducción de la analgesia utilizada en los casos tratados con esta terapia.

Smith y cols. <sup>(30)</sup> examinan las terapias de masaje, la reflexología y otros métodos manuales para el tratamiento del dolor durante el parto. Además, examinan los efectos de las técnicas de relajación mente-cuerpo para el manejo del dolor durante el trabajo de parto sobre el bienestar materno y neonatal durante y después del nacimiento <sup>(31)</sup>.

## DISCUSIÓN

Los once estudios incluidos en esta revisión sistemática sugieren evidencia científica muy limitada sobre técnicas de relajación durante el trabajo de parto. Debido al pequeño número de estudios que examinan diferentes métodos de analgesia no farmacológica durante el trabajo de parto, existe una limitación al realizar comparaciones con otros estudios. Así lo destaca en su último estudio sobre el tema Yinchu et al. <sup>(32)</sup>, donde destaca la necesidad de proyectos más bien diseñados para validar las conclusiones de su trabajo.

Es cierto que este estudio intenta investigar la evidencia científica más reciente y, si es posible, la más alta calidad metodológica mediante el uso de límites en las cadenas de búsqueda y mediante una lectura crítica de los estudios seleccionados. También se acepta la heterogeneidad de los resultados, principalmente debido a los objetivos específicos de examinar y conocer los diferentes métodos de analgesia no farmacológica utilizados, ya sean técnicas de relajación, medidas de confort y/o formas de controlar el dolor durante el parto.

Durante el proceso de preparación del estudio intentamos minimizar el riesgo de sesgo y aunque la búsqueda de estudios fue exhaustiva, precisa y en idiomas ampliamente utilizados como inglés o español, es posible que parte de la literatura sobre técnicas de relajación no esté publicada. en revistas y por tanto excluidos de las principales bases de datos, por lo que no podemos descartar la posibilidad de que se hayan omitido estudios de interés.

## Técnicas de relajación

### Hipnosis

Madden et al. <sup>(27)</sup> encontraron que la intensidad del dolor era menor para las mujeres en un grupo de autohipnosis o hipnoterapia que para aquellas en un grupo de atención estándar utilizando el Cuestionario de Dolor de McGill en un ensayo de 60 mujeres [DM] -0,70 (IC del 95%: -1,03 a -0,37); ( $p < 0,0001$ ). Además, concluyeron que la hipnosis puede reducir el uso general de analgesia durante el trabajo de parto, pero no el uso epidural.

### TENS

En un ECA realizado por Czech et al. <sup>(27)</sup> al comparar métodos farmacológicos y no farmacológicos para aliviar el dolor del parto, la analgesia epidural (EA) fue el método estándar para aliviar el dolor y la inmersión en agua fue el método no farmacológico de alivio del dolor más aceptable, a diferencia de la TENS, que se asoció con el nivel más bajo de satisfacción.

### Inyección intradérmica de agua esterilizada

Un ensayo clínico controlado aleatorio de Genç Koyucu et al. <sup>(25)</sup> evaluaron el dolor durante el trabajo de parto mediante una escala visual analógica (EVA) a los 10, 30, 60, 60, 120 y 180 minutos después de administrar inyecciones de agua esterilizada a un grupo de intervención e inyecciones secas a otro grupo de control en el rombo de Michaelis de zona sacra.

Las puntuaciones de dolor se evaluaron a los 10, 30, 60, 60, 120 y 180 minutos utilizando una escala analógica visual. Además, se evaluó la necesidad de analgesia epidural, puntuación de Apgar, modo de parto, momento del parto, satisfacción materna y puntuación de lactancia materna.

Las puntuaciones medias de dolor de espalda a los 30 minutos después de las inyecciones fueron significativamente más bajas en el grupo de intervención ( $31,66 \pm 11,38$ ) que en el grupo de control ( $75 \pm 18,26$ ); ( $p < 0,01$ ). La disminución media de las puntuaciones de dolor después de 30 minutos desde el inicio fue significativamente mayor en el grupo de estudio ( $54,82 \pm 7,81$ ) que en el grupo de control ( $13,33 \pm 12,05$ ); ( $p < 0,01$ ). La necesidad de analgesia epidural, tiempo de trabajo de parto, modo de parto, puntajes de Apgar y lactancia fueron similares en ambos grupos. Además, la satisfacción materna con el efecto analgésico fue significativamente mayor en el grupo de intervención (84,5%) en comparación con el grupo de control (35,7%); ( $p < 0,01$ ).

Por lo tanto, las inyecciones intradérmicas de agua estéril han demostrado ser un método simple, rentable, fácilmente accesible, seguro y prometedor, especialmente en los países en desarrollo, para tratar el dolor lumbar antagónico durante el parto. Produce un efecto analgésico que dura hasta 120 minutos, no afecta la conciencia materna y puede reducir la necesidad de EA. Además, no limita la movilidad materna ni interfiere con el avance del parto ni con la capacidad de pujar.

## Aromaterapia

En esta revisión no se incluyen estudios que aborden la aromaterapia como método analgésico no farmacológico durante el trabajo de parto. Sin embargo, cabe destacar un aporte realizado por Yinchu et al. <sup>(33)</sup> en su estudio, donde presenta que los resultados obtenidos en su trabajo respaldan el uso de la aromaterapia para aliviar el dolor del parto en mujeres embarazadas de bajo riesgo.

## Inmersión en agua

En el ECA de Czech et al.<sup>(26)</sup>, al comparar métodos farmacológicos y no farmacológicos para aliviar el dolor del parto, no hubo diferencias estadísticas en el nivel de dolor experimentado en el grupo de intervención de inmersión en agua ( $p > 0,05$ ), pero sí logró los niveles más altos de satisfacción materna ( $n = 38$ ; 95%). Aún así, la inmersión en agua fue el método no farmacológico de alivio del dolor más aceptable.

La RS de Cluett et al. <sup>(29)</sup> destaca el uso de AE: en la primera etapa del parto el grupo de intervención (39%) y el grupo control (43%); [RR] 0,91 (IC del 95%: 0,83 a 0,99); ( $p = 0,03$ ). Mientras que en la segunda etapa del parto no se muestra diferencia estadística en la intensidad del dolor ( $p > 0,05$ ). Finalmente, se concluyó que, en mujeres sanas y con bajo riesgo de complicaciones, la inmersión en agua durante el período de dilatación del parto probablemente podría reducir el uso de AE.

## Apoyo continuo

Bohren et al. <sup>(28)</sup> encontraron un menor número de sentimientos negativos sobre la experiencia laboral en el grupo de intervención (apoyo continuo) y el grupo control (atención estándar) en el grupo de intervención que en el grupo control a través de una RS donde se midió la experiencia durante el parto a través de entrevistas: [RR] 0,69 (IC del 95%: 0,59 a 0,79); ( $p < 0,0001$ ).

Levett y cols. <sup>(23)</sup> también proporcionan resultados relacionados, ya que el uso de EA en el grupo de intervención (apoyo continuo) fue menor que en el grupo de control (atención estándar): [RR] 0,35 (IC del 95%: 0,23 a 0,52); ( $p \leq 0,001$ ).

## Acupuntura y acupresión

Según un ECA de Allameh et al. <sup>(22)</sup> comparando la puntuación media de intensidad del dolor de los sujetos 30 minutos después de la intervención: en el grupo de intervención (acupuntura) la intensidad media del dolor se determinó como 5,77 con un mínimo de 3 y un máximo de 9; en el otro grupo de intervención (petidina), la media fue 6,87 con un mínimo de 4 y un máximo de 10, y en el grupo control la intensidad media del dolor se midió como 7,8. La prueba ANOVA mostró una diferencia significativa entre los tres grupos ( $p = 0,0001$ ).

Roque Mafetoni et al. <sup>(24)</sup> a través de un ECA, muestra las diferencias que se producen a los 20 y 60 minutos entre el grupo de intervención (acupresión), otro grupo de intervención (placebo) y el grupo control (atención estándar). Las medias del dolor no variaron en ningún grupo antes del tratamiento ( $p=0,0929$ ), sin embargo, fueron menores en el grupo de intervención (acupresión) a los 20 minutos ( $p\text{-valor} < 0,0001$ ).

y también después de los 60 minutos ( $p=0,0001$ ) en comparación con los grupos de placebo y control.

Otro ECA, en este caso de Levett et al. <sup>(23)</sup> respalda los resultados anteriores, ya que el uso de EA en el grupo de intervención (acupresión) fue menor que en el grupo de control (atención estándar): [RR] 0,35 (IC del 95%: 0,23 a 0,52); ( $p \leq 0,001$ ).

Por otro lado, en la RS de Smith et al. <sup>(32)</sup> no se observaron diferencias estadísticas en la intensidad del dolor ( $p > 0,05$ ) entre el grupo control (acupuntura o acupresión) y el grupo control (atención estándar).

Yinchu et al. <sup>(33)</sup> en su estudio destacan que el uso de la acupresión mejora el dolor del parto en mujeres embarazadas de bajo riesgo.

### **Terapia musical**

Sólo Smith et al. <sup>(31)</sup> a través de una RS muestra resultados sobre musicoterapia durante el parto, específicamente durante la fase latente, se observó una disminución en la intensidad del dolor en el grupo de intervención (música) en comparación con el grupo control (atención estándar) [DM] -0,73 (95 % IC: -1,01 a -0,45); ( $p < 0,0005$ ).

### **Masaje y reflexología**

Una RS de Smith et al. <sup>(30)</sup> muestra una disminución en la intensidad del dolor en el grupo de intervención (masaje) en comparación con el grupo de control (atención estándar) en el período de dilatación [DME] -0,81 (IC del 95%: -1,06 a -0,56); ( $p < 0,0001$ ), mientras que no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la segunda etapa del trabajo de parto y parto ( $p > 0,05$ ). En el mismo estudio, se observaron niveles más bajos de dolor en el grupo de intervención (compresas calientes) en comparación con el grupo de control (atención estándar) tanto en la primera como en la segunda etapa del parto [DME] -0,59 (IC del 95%: -1,18 a -0,00); ( $p = 0,05$ ) y [DME] -1,49 (IC del 95%: -2,85 a -0,13); ( $p = 0,03$ ) respectivamente. Por otro lado, el grupo de intervención (otros métodos térmicos manuales) también fue eficaz para reducir el dolor en el período de dilatación [DM] 1,44 (IC del 95%: -2,24 a -0,65); ( $p = 0$ ).

El ECA de Levett et al. <sup>(23)</sup> apoya este hallazgo ya que el uso de EA en el grupo de intervención (masajes) fue menor que en el grupo de control (atención estándar): [RR] 0,35 (IC del 95%: 0,23 a 0,52); ( $p \leq 0,001$ ).

Por lo tanto, los masajes, las compresas tibias y los métodos térmicos manuales pueden ayudar a reducir el dolor, acortar la duración del parto y mejorar la sensación de control y la experiencia emocional de la mujer durante el parto.

### **Prácticas mente-cuerpo**

La RS de Smith et al. <sup>(31)</sup> evalúa la intensidad del dolor en grupos de intervención con prácticas de relajación cuerpo-mente que incluyen técnicas de respiración, yoga y meditación y grupos de control con atención estándar. Se observó una disminución del dolor en el grupo de intervención con técnicas de relajación y mente-cuerpo

durante la fase latente del parto [DM] - 1,25 (IC del 95%: -1,97 a -0,53); ( $p = 0$ ) y técnicas de yoga [DM] -6,12 (IC del 95%: -11,77 a -0,47); ( $p = 0,03$ ).

El ECA de Levett et al. <sup>(23)</sup> reportan resultados en la misma línea, ya que el uso de EA en el grupo de intervención (yoga y técnicas de respiración) fue menor que en el grupo de control (atención estándar): [RR] 0,35 (IC del 95%: 0,23 a 0,52); ( $p \leq 0,001$ ).

### **Limitaciones**

La principal limitación del estudio, el pequeño número de estudios publicados sobre los diferentes métodos de analgesia no farmacológica durante el parto, dificultó la realización de comparaciones con otros estudios. Asimismo, se aceptó la heterogeneidad existente en los resultados, fundamentalmente por los objetivos específicos planteados de examinar y conocer los diferentes métodos analgésicos no farmacológicos utilizados, ya sean técnicas de relajación, medidas de confort y/o formas de controlar el dolor durante el nacimiento.

## **CONCLUSIONES**

Los principales hallazgos de esta revisión incluyen varias áreas que deben destacarse.

En primer lugar, las implicaciones clínicas del tema de esta revisión indican que los resultados de los estudios incluidos sobre técnicas de relajación durante el trabajo de parto muestran una posible disminución del dolor del parto en comparación con la atención habitual. A su vez, existen resultados de moderada calidad metodológica que muestran una disminución del dolor en las primeras etapas del parto en aquellas mujeres en las que se realizaron determinadas técnicas de relajación.

Aun así, ningún estudio ha encontrado efectos negativos en la salud de las mujeres y sus bebés, por lo que sería de interés promover este tipo de terapia y estudiar su seguimiento.

En términos de investigación, sería deseable que futuras investigaciones siguieran la misma línea de investigación mediante el desarrollo de ECA, debido al reducido número de estudios presentes en las bases de datos que analizan los diferentes métodos de analgesia no farmacológica durante el parto. Este aspecto es reconocido por todos los autores incluidos en esta revisión.

Respecto al manejo de este tipo de terapia, sería recomendable que los profesionales de la salud que atienden el parto recibieran capacitación continua sobre los diferentes métodos farmacológicos y no farmacológicos de analgesia, con el fin de desarrollar estrategias analgésicas que fomenten y favorezcan la participación de la mujer en la toma de decisiones al momento de la entrega. Este trabajo debe estar respaldado y apoyado por políticas sanitarias y educativas adecuadas.

El escenario actual en el que se desarrollan estas terapias aún está lejos de ser completo. Esta revisión concluye que el abordaje del parto tratado con este tipo de terapia favorece a la mujer y al bebé, aunque se necesita un estudio más profundo y detallado para comprender con mayor profundidad el alcance de estas terapias. Al

mismo tiempo, la formación específica de los profesionales sanitarios en esta materia es crucial para la evolución de este tipo de tratamientos

## REFERENCIAS

1. Cobo Borda, J.G.; Diaz Piedrahíta, S.; Hernández Castro, J.J.; Mendoza-Vega, J.; Montoya Vargas, C.; Moreno Benavides, C.; Palacios Sánchez, L.; Ruiz Sternberg, A.M.; Ruiz Sternberg, J.E.; Vélez van Beermeke, A. *Lecciones de historia del dolor*; Centro Editorial Universidad del Rosario, Ed.; 1ª.; Bogotá, 2005; ISBN 958-8225-58-.
2. De Sanidad, M.; Política Social, Y. *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal*; Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia, Ed.; 1ª.; Vitoria-Gasteiz, 2010; ISBN 978-84-457-3090-4.
3. Molina, F. Tratamiento del dolor en el parto. *Rev Soc Esp Dolor* 1999, 6, 292–301.
4. Ortiz-Gómez, J.R.; Palacio-Abizanda, F.J.; Fornet-Ruiz, I. Técnicas analgésicas para el parto: alternativas en caso de fallo de la epidural. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2014, 37, 411–427, doi:10.4321/s1137-66272014000300010.
5. Berrocal Gil, A.B.; Galán Martín de la Leona, D.; Parreño Sánchez, R.M.; Mateo Jurado, I. Analgesia en el trabajo de parto. *Enferm Integr.* 2013, 101, 25–29.
6. Gomezese, O.F.; Estupiñan Ribera, B. Analgesia obstétrica: situación actual y alternativas. *Rev. Col. Anest.* 2017, 45, 132–137, doi:10.1016/j.rca.2017.01.002.
7. Anim-Somuah, M.; Smyth, R.M.D.; Cyna, A.M.; Cuthbert, A. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2018, doi:10.1002/14651858.CD000331.pub4.
8. Mallén-Pérez, L.; Eulàlia Juvé-Udina, M.; Roé-Justiniano, M.T.; Domènech-Farrarons, À. Dolor de parto: análisis del concepto. *Matronas Prof* 2015, 16, 61–67.
9. Manuel Sedano, L.; Cecilia Sedano, M.; Rodrigo Sedano, M. Reseña histórica e hitos de la obstetricia. *Rev. Médica Clínica Las Condes* 2014, 25, 866–873, doi:10.1016/s0716-8640(14)70632-7.
10. Mallén Pérez, L.; Terré Rull, C.; Palacio Riera, M. Inmersión en agua durante el parto: revisión bibliográfica. *Matronas Prof* 2015, 16, 108–113.
11. Fernández Medina, I.M. Alternativas analgésicas al dolor de parto. *Enferm. Glob.* 2014, 13, 400–406.
12. Ballesteros Calero, C.; Velázquez López, R.; Luque Díaz, M. Atención al parto normal: análisis comparativo de recomendaciones propuestas en España - Revista Matronas. *Matronas hoy* 2013, 1, 6–12.
13. Smith, C.A.; Collins, C.T.; Cyna, A.M.; Crowther, C.A. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2006, 1–37, doi:10.1002/14651858.cd003521.pub2.
14. Caballero Barrera, V.; Santos Pazos, P.J.; Polonio Olivares, M.L. Alternativas no farmacológicas para el alivio del dolor en el trabajo de parto. *Nure Investig.* 2016, 13, 1–7.
15. Federación de Asociaciones de Matronas de España Iniciativa Parto Normal. Guía para madres y padres.
16. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud; 2012;
17. Huntley, A.L.; Coon, J.T.; Ernst, E. Complementary and alternative medicine for labor pain: A systematic review. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2004, 191, 36–44, doi:10.1016/j.ajog.2003.12.008.

18. DeCS - Descriptores en Ciencias de la Salud.
19. Inicio - MeSH - NCBI.
20. HONselect Available online:  
[https://www.hon.ch/HONsearch/Pro/honselect\\_sp.html](https://www.hon.ch/HONsearch/Pro/honselect_sp.html) (accessed on Feb 1, 2022).
21. CASPe | Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español Critical Appraisal Skills Programme Español.
22. Allameh, Z.; Tehrani, H.; Ghasemi, M. Comparing the impact of acupuncture and pethidine on reducing labor pain. *Adv. Biomed. Res.* 2015, 4, 46, doi:10.4103/2277-9175.151302.
23. Levett, K.M.; Smith, C.A.; Bensoussan, A.; Dahlen, H.G. Complementary therapies for labour and birth study: a randomised controlled trial of antenatal integrative medicine for pain management in labour. *BMJ Open* 2016, 6, e010691, doi:10.1136/bmjopen-2015-010691.
24. Mafetoni, R.R.; Shimo, A.K.K. The effects of acupressure on labor pains during child birth: randomized clinical trial. *Rev. Lat. Am. Enfermagem* 2016, 24, e2738, doi:10.1590/1518-8345.0739.2738.
25. Genç Koyucu, R.; Demirci, N.; Ender Yumru, A.; Salman, S.; Ayanoğlu, Y.T.; Tosun, Y.; Tayfur, C. 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, doi:10.4274/balkanmedj.2016.0879.
26. Czech, I.; Fuchs, P.; Fuchs, A.; Lorek, M.; Tobolska-Lorek, D.; Drosdzol-Cop, A.; Sikora, J. Pharmacological and non-pharmacological methods of labour pain relief—establishment of effectiveness and comparison. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2018, 15, 2792, doi:10.3390/ijerph15122792.
27. Madden, K.; Middleton, P.; Cyna, A.M.; Matthewson, M.; Jones, L. Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2016, doi:10.1002/14651858.CD009356.pub3.
28. Bohren, M.A.; Hofmeyr, G.J.; Sakala, C.; Fukuzawa, R.K.; Cuthbert, A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2017, 2017.
29. Cluett, E.R.; Burns, E.; Cuthbert, A. Immersion in water during labour and birth. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2018, 1–114, doi:10.1002/14651858.CD000111.pub4.
30. Smith, C.A.; Levett, K.M.; Collins, C.T.; Dahlen, H.G.; Ee, C.C.; Sukanuma, M. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2018, doi:10.1002/14651858.CD009290.pub3.
31. Smith, C.A.; Levett, K.M.; Collins, C.T.; Armour, M.; Dahlen, H.G.; Sukanuma, M. Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2018, doi:10.1002/14651858.CD009514.pub2.
32. Smith, C.A.; Collins, C.T.; Levett, K.M.; Armour, M.; Dahlen, H.G.; Tan, A.L.; Mesgarpour, B. Acupuncture or acupressure for pain management during labour. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2020, doi:10.1002/14651858.CD009232.pub2.
33. Hu, Y.; Lu, H.; Huang, J.; Zang, Y. Efficacy and safety of non-pharmacological interventions for labour pain management: A systematic review and Bayesian network meta-analysis. *J. Clin. Nurs.* 2021, 30, 3398–3414, doi:10.1111/jocn.15865.

## Apéndice A

### APÉNDICE A. DESCRIPTORES UTILIZADOS EN CADENAS DE BÚSQUEDA .

ESPAÑOL	INGLÉS	DEFINICIÓN	IDIOMA GRATIS
<b>ANALGESIA</b>	Analgesia	Métodos de alivio del dolor que pueden usarse con y/o en lugar de analgésicos.	
<b>ANALGESIA OBSTÉTRICA</b>	Analgesia obstétrica	Eliminación del dolor, sin pérdida del conocimiento, durante el PT, el parto obstétrico y el puerperio, generalmente mediante la administración de analgésicos.	Métodos analgésicos en el parto.
<b>TERAPIA DE RELAJACIÓN</b>	Terapia de relajación	Tratamiento para mejorar el estado de salud mediante el uso de técnicas que puedan reducir el estrés fisiológico, el estrés psicológico o ambos.	Técnicas de relajación
<b>DOLOR DE PARTO</b>	El dolor del parto	Dolor asociado con PT en el trabajo de parto. Es causada principalmente por la contracción uterina, así como por la presión sobre el cuello uterino, la vejiga y el tracto gastrointestinal. El dolor de parto ocurre principalmente en el abdomen, la ingle y el dorso.	Dolor en el parto
<b>PARTO OBSTÉTRICO</b>	parto obstétrico	Expulsión del feto y la placenta bajo el cuidado de un obstetra o asistente de salud. El parto obstétrico puede incluir intervenciones físicas, psicológicas, médicas o quirúrgicas.	Parto
<b>MANO DE OBRA</b>	Obstetricia Laboral	Una contracción uterina repetida durante el trabajo de parto que se asocia con una dilatación progresiva del cuello uterino. El TP puede ser espontáneo o inducido.	Proceso de parto
<b>TERAPIAS COMPLEMENTARIAS</b>	Terapias complementarias	Prácticas terapéuticas que actualmente no se consideran parte integral de la práctica médica alopática convencional. Las terapias se denominan complementarias cuando se utilizan junto con tratamientos convencionales y alternativas cuando se utilizan en lugar del tratamiento convencional.	Terapias alternativas

## Apéndice B

### APÉNDICE B. EVALUACIÓN METODOLÓGICA DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS.

ESTUDIO	DISEÑO	PUNTAJE
ALLAMEH Z. et al. 2015	ECA	7/11
LEVET KM. et al. 2016	ECA	8/11
ROQUE MAFETONI R. et al. 2016	ECA	7/11
GENÇ KOYUCU R. et al. 2018	ECA	9/11
CHECA et al. 2018	ECA	8/11
MADDEN K. et al. 2016	SR	9/10
BOHREN MA. et al. 2017	SR	9/10
CLUETT ER et al. 2018	SR	9/10
SMITH CA y col. 2018	SR	9/10
SMITH CA y col. 2018	SR	9/10
SMITH CA y col. 2020	SR	9/10

ECA: ensayo clínico aleatorizado; SR: Revisión sistemática.

## Apéndice C

### APÉNDICE C. RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA DE LITERATURA.

BASADO EN DATOS	CADENA DE BÚSQUEDA	LÍMITES	RESULTADOS OBTENIDOS	RESULTADOS SELECCIONADOS
Biblioteca Cochrane	[Analgesia obstétrica] [Analgesia obstétrica]	2015-2020	6	2
	[Analgesia Y Parto Y Técnicas de Relajación]	2015-2020	4	3
	[Dolor de parto Y Terapias complementarias].	2015-2020	6	4
MEDLINE	[Analgesia Y dolor de parto Y Terapia de relajación Y Parto obstétrico].	Revistas MEDLINE 2015-2020	59	14
	[Analgesia Y Parto Obstétrico Y Terapias de Relajación].	Revistas MEDLINE 2015-2020	97	15
	[Analgesia obstétrica Y Terapias complementarias Y Dolor de parto].	Revistas MEDLINE 2015-2020	46	12
	[Analgesia obstétrica Y Terapias alternativas Y Dolor de parto].	Revistas MEDLINE 2015-2020	80	10
Cuidarse	[Analgesia Y Parto Y Técnicas de Relajación]		2	1
	[Analgesia Y Parto Y Terapias Complementarias].		3	1
	[Analgesia Y Parto Y Terapias Alternativas].		10	3
	[Analgesia obstétrica Y Técnicas de relajación].		1	1
	[Analgesia obstétrica Y Terapias alternativas].		2	0
LILAS	[Analgesia Y Parto Y Técnicas de Relajación]	2015-2020	1	1
	[Analgesia obstétrica Y Técnicas de relajación].	2015-2020	1	1
	[Analgesia Y Parto Y Terapias Complementarias].	2015-2020	2	1
SciELO	[Analgesia obstétrica] [Analgesia obstétrica]	2015-2020	25	1
	[Analgesia Y Parto] [Analgesia Y Parto] [Analgesia Y Parto] [Analgesia Y Parto]	2015-2020	51	2

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia