



MANEJO DEL DOLOR MEDIANTE MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS DURANTE EL PROCESO DEL PARTO

"Pain management with non-pharmacological therapies during labor"

TRABAJO DE FIN DE GRADO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

2021-2022

AUTORA: Laura de Luis Roldán

Llr659@alumnos.unican.es

DIRECTORA: Aroa Delgado Uria

AVISO RESPONSABILIDAD UC

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros, La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo”.

ÍNDICE

1. RESUMEN	3
1.1 RESUMEN	3
1.2 ABSTRACT	3
2. INTRODUCCIÓN	4
2.1 JUSTIFICACIÓN	4
2.2 OBJETIVOS.....	4
2.3 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	5
2.4 ESTRUCTURA DEL TRABAJO.....	6
3. MARCO TEÓRICO	7
3.1 CAPÍTULO 1. EL PROCESO DEL PARTO.....	7
3.2 CAPÍTULO 2. EL DOLOR DURANTE EL PARTO	7
3.3 CAPÍTULO 3. ANALGESIA OBSTÉTRICA.....	9
3.3.1. Métodos farmacológicos	9
3.3.2. Métodos no farmacológicos	11
3.4 CAPÍTULO 4. EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y LA APLICACIÓN DE MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR DURANTE EL PARTO	24
4. CONCLUSIONES.....	26
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
6. ANEXOS	36

1. RESUMEN

1.1 RESUMEN

El plan de parto debe ser establecido por la propia mujer embarazada, y debe ser respetado en la medida de lo posible, ya que el cumplimiento de éste, tiene un impacto físico y psíquico positivo sobre la madre, lo que favorecerá a la obtención de una experiencia de parto positiva.

Por consiguiente, debemos tener en cuenta uno de los aspectos más importantes, y que más miedo genera en las mujeres, como consecuencia de la incertidumbre de la situación: el dolor. Para el correcto abordaje y manejo de la sensación dolorosa, existen dos variedades de tratamientos, farmacológicos y no farmacológicos.

La necesidad de disponer de diferentes alternativas para la disminución o erradicación de la sensación dolorosa, se basa en el objetivo de actuar frente al dolor y molestias derivadas del parto, en función de las necesidades particulares y preferencias de cada mujer embarazada, cuya importancia radica en que, como profesionales enfermeros, es esencial que proporcionemos unos cuidados de calidad, basados en la humanización e individualización, obteniendo así como resultado, un trabajo de parto seguro y lo más natural posible. Debido a esto, es importante tener en cuenta las terapias naturales, las cuales son un aspecto que acompaña a la humanización del parto.

1.2 ABSTRACT

The birth plan must be planned by the pregnant woman herself, and it must be respected as far as possible, because its compliance has a positive physical and psychological effect on the mother, which will facilitate a positive labor experience.

Therefore, we must consider one of the most important aspects, which is the most feared by women due to the uncertainty of the situation: pain. For the correct approach and painful sensation management, there are two varieties of treatments: pharmacological and non-pharmacological.

The need for different alternatives to reduce or eradicate the painful sensation is based on the objective of dealing with the discomfort and labor pain. Which will depend on preferences and particular needs of each pregnant woman. The importance of this lies in the fact that, as nursing professionals, it is essential that we provide quality care, based on humanisation and individualisation. Thus, obtaining as a result, a safe labour, and as natural as possible. For this reason, it is important not to overlook natural therapies, which are an aspect related to the humanisation of labor.

2. INTRODUCCIÓN

2.1 JUSTIFICACIÓN

En los últimos años, desde varias instituciones y organizaciones como la OMS y desde los gobiernos de diferentes países a nivel mundial, se ha incrementado la importancia de la humanización de los cuidados a nivel general. Por ello, respecto al proceso del parto y cuidados aplicados a éste, también se ha resaltado la importancia de individualizar la atención a la parturienta, dejando de lado los protocolos estandarizados. Por ello, como es importante que cada parto sea adaptado a la situación, necesidades y preferencias de cada mujer, se han establecido numerosas medidas para promover y conseguir que el parto sea vivido como una experiencia única y positiva.

Durante años, el parto ha sido considerado como un proceso patológico donde se requerían ciertas medidas y actuaciones médicas de forma automatizada, como, por ejemplo: la colocación de la parturienta en posición de litotomía, uso rutinario de infusiones intravenosas o las maniobras de Kristeller¹. Sin embargo, en la actualidad, se quiere demostrar que un parto normal no debe ser considerado como un proceso patológico que requiera de actuación médica y colaboración de la parturienta, sino al revés. Debemos comprender que la mujer es quien debe manejar la situación, y el equipo sanitario colaborar con ella, para que el resultado sea satisfactorio.

Muchas personas desconocen que ciertas mujeres, tienen contraindicada la aplicación de terapias farmacológicas, como la anestesia epidural; el efecto de ésta, no es suficiente para paliar el dolor o simplemente la rechazan; por ello, es importante buscar qué podemos emplear y cómo debemos actuar para hacer que esta experiencia sea positiva y no tenga un efecto negativo sobre la salud física y psíquica de la mujer, así como también, sobre la salud del recién nacido. Por todo ello, surge la necesidad de buscar terapias no farmacológicas que puedan ser empleadas como medidas individuales o como medidas complementarias, es decir, aplicadas como única intervención analgésica o teniendo un efecto coadyuvante a las farmacológicas, potenciando así su efecto analgésico.

Es fundamental dar a conocer todas las alternativas posibles para el manejo del dolor durante el parto, haciendo hincapié en las medidas no farmacológicas, ya que estas no son muy conocidas y tienen la gran ventaja de no tener efectos secundarios negativos sobre la salud de la madre y el bebé. Todo ello con la finalidad de humanizar e individualizar este proceso fisiológico por el que pasan muchas mujeres.

2.2 OBJETIVOS

Objetivo general:

- Describir los tipos de terapias no farmacológicas para el abordaje del dolor durante el parto, basándonos en la evidencia científica.

Objetivos específicos:

- Especificar en qué consiste cada terapia no farmacológica, y la efectividad en el desarrollo natural del parto.
- Identificar el papel del profesional de enfermería en el conocimiento, aplicación y manejo de terapias no farmacológicas para el alivio del dolor en el parto.
- Demostrar el impacto positivo, físico y psíquico, que tiene sobre la mujer embarazada la planificación de su trabajo de parto.

¹ **Maniobra de Kristeller:** consiste en presionar el fondo uterino entre 5 y 8 segundos, de manera sincronizada con las contracciones uterinas. Se establecen pausas de entre 0,5-3 minutos con la finalidad de facilitar el avance final y la expulsión de la cabeza. (1)

2.3 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

La metodología empleada para realizar la búsqueda bibliográfica, con el fin de encontrar artículos científicos relevantes para este tema, se ha realizado en infografías proporcionadas por instituciones oficiales como la OMS o el Ministerio de Sanidad, información proporcionada en la página web de la Federación de Asociación de Matronas de España (FAME), bases de datos y literatura gris, con una antigüedad mayor de 5 años, pero que resulta relevante para contextualizar el fenómeno del dolor durante el parto, así como también para identificar las técnicas farmacológicas empleadas para aliviar el dolor el parto.

En relación con las bases de datos, la búsqueda se ha realizado en: PubMed, Scopus, Dialnet, Cuiden Plus y Cochrane Library Plus. Para ello, las palabras clave empleadas han sido establecidas en español e inglés. Según términos DeCs/MESH son: parto / «labor», manejo del dolor / «pain management», terapias complementarias / «complementary therapies» y terapias no farmacológicas / «non-pharmacological therapies». Para las combinaciones de estas, se ha establecido como operador booleano «AND». (Tabla 1).

Tabla 1. Combinaciones de términos DeCs para la búsqueda en bases de datos

	ESPAÑOL	INGLÉS
COMBINACIÓN 1	Parto AND manejo del dolor AND terapias complementarias	Labor AND pain management AND complementary therapies
COMBINACIÓN 2	Parto AND manejo del dolor AND terapias no farmacológicas	Labor AND pain management AND non-pharmacological therapies

Fuente 1. Elaboración propia

Para la selección de los artículos obtenidos tras la búsqueda y lectura del resumen de cada uno de ellos, se han establecidos unos criterios de inclusión y exclusión. En primer lugar, los criterios de inclusión han sido:

- Artículos científicos a texto completo en español e inglés, con una antigüedad máxima de 10 años, desde el 2011 hasta 2021.
- Con relación a los artículos científicos procedentes de bases de datos, la información que contengan debe ser relacionada el proceso del parto, así como las terapias, farmacológicas y no farmacológicas, para el abordaje del dolor durante dicho proceso.
- Toda la información seleccionada para la realización del trabajo debe estar basada en evidencia científica.

En segundo lugar, en referencia a los criterios de exclusión, se han rechazado los artículos que cumplieran con las siguientes características:

- Artículos basados en el tratamiento del dolor general mediante medidas no farmacológicas.
- Artículos basados en medidas no farmacológicas para el abordaje del dolor durante el periodo de preparación parto y/o durante el postparto.
- Artículos científicos basados en el estudio del tratamiento del dolor con medidas complementarias en una región específica.

Siguiendo estos criterios, se han encontrado un total de 104 documentos de investigación científica, de los que se han empleado 49, de los cuales, se han citado y referenciado los artículos de origen cuando se ha precisado.

2.4 ESTRUCTURA DEL TRABAJO

A continuación, se muestra una breve explicación sobre qué podremos encontrar en cada uno de los capítulos que componen este trabajo (Tabla 2).

Tabla 2. Descripción de los capítulos del trabajo

Capítulo 1. El proceso del parto

Definición de parto normal según la OMS y breve explicación sobre el proceso natural del parto, las fases que lo conforman y su factor desencadenante, el poder de la hormona oxitocina.

Capítulo 2. El dolor en el parto

Contextualización sobre el fenómeno del dolor en el parto, describiéndolo como un proceso multifactorial y, por tanto, haciendo referencia al impacto que éste tiene sobre la mujer. Y como consecuencia de ello, reflejar la importancia de disponer de diversas alternativas para el abordaje de éste, en función de las preferencias y necesidades de cada mujer.

Capítulo 3. Analgesia obstétrica

Exposición de los dos tipos de alternativas analgésicas que se pueden aplicar durante el proceso del parto, basándonos en si el criterio de elección es farmacológico o no. Explicación de los subtipos de cada una de las técnicas, así como el mecanismo de acción y aplicación de la terapia.

Capítulo 4. La enfermera y la aplicación de medidas no farmacológicas para el manejo del dolor durante el parto

Reflexión sobre la importancia del papel de la enfermera en el conocimiento y aplicación de estas medidas no farmacológicas, favoreciendo así la planificación del proceso del parto por la mujer embarazada.

Fuente 2. Elaboración propia

3. MARCO TEÓRICO

3.1 CAPÍTULO 1. EL PROCESO DEL PARTO

El parto es el periodo intermedio entre el periodo prenatal y postnatal, en el cual, el embarazo llega a su fin iniciándose así el proceso del parto, que comienza con las contracciones que provocan la dilatación del cuello uterino. (2)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define un parto normal como: *«Aquél de comienzo espontáneo, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. El niño nace de forma espontánea, en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones»*. (1)

El proceso del parto consta de tres etapas. (Anexo 1)

- La primera etapa o periodo de dilatación, comienza con la aparición de contracciones regulares y finaliza con la dilatación completa del cuello uterino; a su vez, esta fase se divide en dos: la fase latente, que comienza con las primeras contracciones y termina cuando el cuello se ha dilatado hasta cuatro centímetros; y la fase activa, en la cual, tiene lugar la finalización del proceso de dilatación del cuello uterino hasta 10 cm. (2, 3)
- La segunda etapa o periodo expulsivo, comprende desde que se ha completado la dilatación del cuello uterino, hasta la expulsión del feto a través de la vagina. Asimismo, el periodo expulsivo se divide en expulsivo pasivo, donde no hay deseo de empujar, y el activo, donde la mujer comienza a empujar por deseo o incitación. (2, 3)
- La tercera fase o periodo de alumbramiento, se basa en la expulsión de la placenta y membranas ovulares por la vagina. Este proceso puede ser inducido, o puede ser espontáneo. En función de cómo se aborde durará más o menos. (2, 3)

La duración de cada una de estas etapas no es igual en todas las mujeres, pero se establecen unos periodos medios para cada una de las fases.

Las contracciones uterinas por las cuales el proceso del parto comienza, se debe a la acción de la hormona oxitocina. Esta hormona es generada por el propio organismo, pero en caso de que el parto sea demasiado lento y por ello, de lugar a riesgos en la mujer o feto, se puede administrar oxitocina sintética. Esta hormona, natural o sintética, tiene la función de intensificar las contracciones uterinas, y así acelerar la segunda etapa, el periodo expulsivo. Esto explica que conforme el parto avanza, y la segregación de esta hormona incrementa, la intensidad de las contracciones aumenta y por ello, el dolor experimentado por la parturienta es mayor. (3, 4)

3.2 CAPÍTULO 2. EL DOLOR DURANTE EL PARTO

El dolor del parto es de carácter multifactorial, además de ser una experiencia única e individual. Esto significa que la percepción y sensación dolorosa durante este proceso se ve influenciada por factores fisiológicos, psicológicos y culturales, de cada mujer.

En relación con los factores fisiológicos, se pueden producir diferentes severidades y frecuencias en función con las contracciones uterinas. Así como también como consecuencia de la dilatación cervical y distensión perineal. A pesar de ser un fenómeno con gran variabilidad entre las gestantes, se define como un dolor agudo de comienzo y finalización bien definidos. Principalmente, existen dos tipos de dolor; el dolor visceral, originado por las contracciones del útero y la dilatación del cuello uterino; y el dolor somático, desencadenado por la presión y distensión de los músculos del suelo pélvico, así como también por la isquemia que se produce por el paso del feto a través de la pelvis. Asimismo, el dolor somático se divide en: dolor somático profundo-visceral, el cual, es un dolor sordo; y el dolor somático superficial, de carácter agudo e intensidad creciente, que corresponde con la etapa expulsiva. (5-7)

A pesar de que el parto, y el dolor ocasionado por este, son de carácter fisiológico, padecer algias a niveles extremos tiene efectos negativos sobre la salud de la mujer. Puede tener impacto sobre el patrón respiratorio, generando hiperventilación que puede desencadenar una hipercapnia y sus consecuencias, como mareos, náuseas, etc.; efectos cardiovasculares, como aumento del gasto cardíaco; efectos metabólicos, como hiperglucemias o acidosis metabólica; efectos gastrointestinales, como incremento de la secreción gástrica y efectos psicológicos, como miedo, angustia o incluso depresión postparto. Respecto al impacto psíquico, vivir una experiencia negativa de dolor de parto, es un factor predisponente para el desarrollo de estrés postraumático, obteniendo como resultado una experiencia de parto negativa. Para evitarlo, es necesario reducir la intensidad y duración de éste. (7, 8)

Actualmente, en el ámbito de la obstetricia, existen diversos avances científicos que nos permiten comprender los mecanismos responsables del dolor durante el proceso del parto, cuya finalidad es el abordaje de esta sensación mediante técnicas farmacológicas y no farmacológicas (Tabla 3). De forma rutinaria se emplea la medida farmacológica basada en la administración de analgesia epidural, de forma aislada o combinada con la analgesia raquídea. Por otro lado, en relación con las medidas no farmacológicas, son conocidas la aromaterapia, acupuntura, hidroterapia, aplicaciones bioeléctricas, entre otras. (9, 10)

Tabla 3. Alternativas analgésicas para el dolor del trabajo de parto

FARMACOLÓGICAS	Bloqueos neuroaxiales	Epidural
		Espinal (subaracnoidea)
		Técnica combinada espinal-epidural
	Bloqueos periféricos	Paracervical
		Pudendo
	Fármacos inhalados	Óxido nitroso
		Halogenados (Sevoflurano e Isoflurano)
	Analgesia intravenosa	Opioides
		No opioides
NO FARMACOLÓGICAS	Técnicas psicológicas	Método de la hipnosis
		Método de la escuela inglesa
		Método Lamaze
		Método Bradley
		Método Odent
	Técnicas de relajación	Hidroterapia y parto en agua
		Movilidad y cambios posturales maternos
		Yoga
		Acupuntura y acupresión
		Masoterapia
		Ambientación periparto
		Técnicas de modulación respiratoria
		Asistencia continua al parto
		Música y audioanalgesia
		Aromaterapia
	Técnicas mecánicas	Técnica Eléctrica Nerviosa Transcutánea (TENS)
		Termoterapia y crioterapia
		Balón suizo
		Técnica de rebozo
		Inyección de agua estéril

Fuente 3. Elaboración propia modificada de «Técnicas analgésicas para el parto: alternativas en caso de fallo de la epidural» (9)

Por ello, debemos disponer de diversas alternativas para el manejo del dolor durante el parto con la finalidad de proporcionar unos cuidados individualizados que se ajusten a las preferencias de cada mujer, las cuales, se verán influenciadas por factores individuales.

Si consideran el embarazo como una enfermedad o el proceso del parto como una afección médica con posibles riesgos, probablemente escogerán métodos farmacológicos; sin embargo,

las mujeres que visualicen el parto como un proceso natural, tenderán a escoger medidas no farmacológicas. (7)

3.3 CAPÍTULO 3. ANALGESIA OBSTÉTRICA

Para conseguir un buen manejo del dolor debemos individualizar el abordaje de éste. La sensación dolorosa puede ser abordada en función de dos paradigmas: trabajar con el dolor o aliviarlo. El primer paradigma se basa en la idea de que, promoviendo el parto natural, obtenemos beneficios a largo plazo. El trabajo con dolor ofrece apoyo a las mujeres mediante técnicas no farmacológicas, como la inmersión en agua, posturas corporales confortables y/o técnicas de autoayuda para enfrentarse al dolor durante el proceso del parto. Y, en relación con el paradigma del alivio del dolor, este se basa en la creencia de que no es necesario padecer dolor durante el trabajo del parto, por lo que se ofrecen las técnicas farmacológicas. (11, 12)

Es por ello por lo que, debido a la necesidad de individualizar el abordaje de este proceso fisiológico, existen diversas técnicas basadas en la administración de fármacos y otras técnicas que optan por un alivio del dolor con medidas más naturales, las cuales, no precisan de fármacos para reducir la intensidad y percepción de la sensación dolorosa.

A continuación, se enumeran y muestran las diversas técnicas analgésicas de las que disponemos basadas en métodos farmacológicos y no farmacológicos, respectivamente.

Como métodos basados en la administración de medicación, se enumeran todos los tipos de medidas analgoanestésicas de las que disponemos en esta área, haciendo énfasis en la técnica más empleada, la administración de anestesia epidural. Y, en relación con los métodos no farmacológicos, se enumeran todas las técnicas que se emplean en función de su aplicación, es decir, si son técnicas psicológicas, de relajación o mecánicas. Además, se indica cuáles de ellas, disponen de evidencia científica en la actualidad, la cual, prueba su efectividad en el alivio del dolor durante el proceso del parto.

3.3.1. Métodos farmacológicos

En relación con el paradigma del alivio del dolor durante el parto mediante la administración de medidas analgoanestésicas (Tabla 3), contamos con medidas administradas por vía sistémica, que puede ser intravenosa, mediante la administración de opiáceos o no opiáceos; y la vía inhalatoria, con la administración de óxido nitroso. Asimismo, existen alternativas farmacológicas basadas en la administración de anestesia, la cual, puede ser general, y regional. La anestesia regional puede ser de diferentes tipos, en función de si el bloqueo es neuroaxial o periférico. (9, 13)

De manera generalizada, los métodos farmacológicos pueden producir importantes efectos secundarios sobre el feto, como, por ejemplo, variabilidad en el frecuencia cardiaca, supresión respiratoria, cambios en la conducta del recién nacido e incluso síndrome de abstinencia neonatal. De la misma forma que estos métodos, tienen efectos sobre la salud del feto, también los tienen sobre la salud de la mujer, pudiendo producir un alargamiento de la segunda etapa del parto, depresión respiratoria, hipertermia, prurito, síntomas gastrointestinales como náuseas y vómitos, mareos y/o somnolencia, entre otros. (7)

Es importante tener en cuenta que, en el empleo de las medidas analgésicas administradas por vía intravenosa, se deben extremar las precauciones en su uso ya que los fármacos atraviesan la barrera placentaria, pudiendo provocar una reducción de la variabilidad de la frecuencia cardiaca fetal y/o causando depresión respiratoria en el recién nacido. A pesar de ello, generalmente es la técnica de elección en aquellos pacientes que tienen contraindicada la analgesia neuroaxial, generalmente por problemas de coagulación. (9, 13)

En relación con los fármacos administrados por vía inhalatoria, el óxido nitroso es el más frecuente, el cual se administra con oxígeno al 50%. La ventaja principal de este fármaco es la

posibilidad de poder emplear esta técnica analgésica en cualquier fase del parto y que, además, no causa depresión neonatal. La desventaja que presenta es que, si su administración no es supervisada, y se hace un uso inadecuado de este fármaco, la mujer puede padecer mareos o incluso alucinaciones o depresión respiratoria, en los casos más graves. Por otro lado, a través de la vía inhalatoria, también se pueden administrar agentes halogenados (*Sevoflurano* o *Isoflurano*). Sin embargo, su uso no es frecuente ya que es difícil ajustar las concentraciones analgésicas y, además, el efecto analgésico que producen no es de calidad, existiendo el riesgo de depresión de consciencia y respiración de la madre. (9, 14 - 17)

Para el manejo del dolor del parto con técnicas anestésicas, contamos con anestesia general, la cual, es empleada en caso de sangrados agudos o hipovolemias graves, ya que permite una mejor estabilidad hemodinámica; y también, contamos con diversas técnicas de anestesia regional. (9)

Dentro de las técnicas anestésicas locales, se dispone del bloqueo periférico y bloqueo neuroaxial. En relación con el bloqueo periférico, disponemos del bloqueo paracervical y pudendo. El bloqueo paracervical, consiste en la punción de anestésicos locales en los fondos de saco uterovaginales. Actualmente, esta técnica no es muy empleada por antecedentes de bradicardia fetal, así como porque sirve solamente como anestésico para las contracciones y no para el proceso del parto. Y, en el bloqueo de pudendo, se administra anestésico local en el conducto pudendo bloqueando así la inervación del perineo, labios vulvares y parte del clítoris. Referente al bloqueo neuroaxial, siendo ésta la técnica considerada como la más efectiva para el manejo del dolor durante el proceso del parto, contamos con la anestesia espinal o raquídea, epidural y la técnica combinada raquídea-epidural. En la anestesia espinal o raquídea se inyecta el fármaco directamente en el líquido cefalorraquídeo, proporcionando un alivio del dolor inmediato. (7, 9, 13)

A pesar de existir tanta variedad de métodos farmacológicos para el manejo del dolor, la técnica epidural es la más empleada. Esto puede deberse a que reduce el dolor originado por el trabajo del parto de manera muy eficaz, aumentando así la satisfacción materna, y, además, permite estar consciente durante todo el parto, siendo ésta la principal ventaja. (18, 19)

Este método consiste en la inyección de anestésico local cerca de los nervios que transmiten el dolor, con el objetivo de conseguir un bloqueo nervioso central para aliviar el dolor del parto. El bloqueo se produce mediante la administración de fármacos en el espacio epidural, los cuales, pueden ser administrados a través de un catéter, en bolo, mediante infusión continua o mediante una bomba que es controlada por el propio paciente. Previo a la punción epidural, la mujer debe haber dilatado al menos dos centímetros, siendo importante que la dilatación no sea superior a los ocho centímetros, ya que se encontraría en una fase más avanzada y esto supondría un aumento del riesgo de padecer complicaciones. (18, 19)

Actualmente, este método anestésico cuenta con dos novedosas variantes que son la técnica combinada raquídea-epidural (REC) y la conocida como epidural ambulante. La técnica REC consiste en una única inyección en el espacio raquídeo, directamente en el líquido cefalorraquídeo, para aliviar de forma precoz el dolor, y la inserción de un catéter en el espacio epidural, para un alivio y control del dolor continuo. Por otro lado, con la epidural ambulante conseguimos aliviar y manejar el dolor, pero con la ventaja de mantener la movilidad de los miembros inferiores, por lo que permite que la mujer pueda caminar y participar de forma más activa durante el proceso del parto. Esto se debe a que se administra menor cantidad de fármaco, por lo que el efecto que conseguimos, es analgésico en vez de anestésico. (18, 19)

En relación con las reacciones adversas que la anestesia epidural tiene sobre la salud de la mujer, se encuentran entre los más leves el prurito, somnolencia, temblores o fiebre, y otras reacciones más graves son cefaleas de gran intensidad y duración, así como también la posibilidad de lesiones nerviosas o hematomas epidurales. Además, se debe tener en cuenta la posibilidad de una prolongación del tiempo del parto lo que conlleva a un aumento del riesgo de precisar

episiotomía² o empleo de fórceps. Sin embargo, a pesar de poder padecer diversos efectos adversos como consecuencia de su administración, la anestesia epidural es la técnica más empleada para el manejo del dolor del parto, ya que dentro de las opciones farmacológicas es la más efectiva y la que menos riesgos adversos presenta, considerándose una de las más seguras. (18 - 20)

Por otro lado, es importante considerar que existen algunas circunstancias en las que la administración de anestesia epidural está contraindicada por el estado de salud de la mujer, como por ejemplo pacientes con obesidad, cardiopatías, problemas de coagulación, hernias lumbares, tatuajes en la zona lumbar y mujeres que presenten una dilatación excesivamente avanzada en el momento del parto (superior a 8 o 9 cm). Como también aquellas mujeres que rechacen éste y cualquier otro método basado en la administración de medicación. (19)

3.3.2. Métodos no farmacológicos

Los métodos no farmacológicos para el manejo del dolor en el parto, no se basan en la erradicación de la sensación nerviosa dolorosa, sino en la percepción y sufrimiento producido por éste. (9)

Estas técnicas analgésicas se pueden usar de manera independiente, como único método para la reducción de la sensación dolorosa, pero, además, se pueden emplear conjuntamente con las medidas farmacológicas.

Estos métodos también se conocen como terapias naturales, y se clasifican en técnicas psicológicas, de relajación y mecánicas.

3.3.2.1 Técnicas psicológicas

La guía de atención al embarazo y puerperio del 2014, llevada a cabo por el Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad de España, subraya la importancia de la educación prenatal basada en la evidencia científica. (21)

En Europa, a principios del siglo XX, se llevaron a cabo estudios basados en el abordaje del dolor durante el parto desde un enfoque psicológico. Debido a los favorables resultados que obtuvieron, tuvieron un gran alcance y extensión. Con el paso del tiempo, estas intervenciones perinatales han ido mejorando y ganando importancia. Por ello, a lo largo de la historia, las diferentes intervenciones perinatales se han ido desarrollando, enfocándose a diferentes aspectos influyentes en el desarrollo del trabajo del parto, con la finalidad de que la maternidad y paternidad se vivan de la forma más sana y plena posibles. A estos programas de educación prenatal, basados en la preparación al parto, también se les conoce como profilaxis obstétrica³. (22)

Algunos de los programas de educación perinatal más destacados son el método de la hipnosis, el método de la escuela inglesa, método Lamaze, método Bradley y método Odent.

I. Método de la hipnosis

Se ha observado que la hipnosis, como técnica psicológica para el manejo del dolor durante el parto, reduce en gran medida el consumo de fármacos analgésicos. (23)

² **Episiotomía** realización de una incisión quirúrgica en la zona del periné femenino, que comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal, cuya finalidad es la de ampliar el canal «blando» para abreviar el parto y ayudar a la salida del feto. (1) (Anexo 2)

³ **Psicoprofilaxis obstétrica (PPO):** Es la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se brinda durante la gestación, parto y/o postparto para alcanzar una jornada obstétrica en las mejores condiciones saludables y positivas en la madre y su bebé(s), forjándoles una experiencia satisfactoria y feliz; también fortalece la participación y rol activo del padre. La PPO debe ejercerse con criterio clínico, enfoque de riesgo y de forma personalizada, humanística y ética. La PPO disminuye las complicaciones y brinda una mejor posibilidad de una rápida recuperación, contribuyendo a la reducción de la morbilidad y mortalidad maternal perinatal. (24)

De entre todas las técnicas de hipnosis, una de las más empleadas es la autohipnosis, la cual, es enseñada por el hipnoterapeuta. La autohipnosis puede basarse en diferentes ejercicios como, el «guante anestésico», donde la embarazada imagina que tiene la capacidad de proporcionar efecto analgésico posando la mano en el lugar donde siente dolor; la «distorsión temporal», donde tiene la sensación de que el tiempo sin contracciones, es mucho mayor que el tiempo durante el cual padece contracciones, y la «transformación imaginativa», gracias a la cual, la mujer percibe el dolor como una sensación positiva, es decir, como algo tolerable y benévolo. (25)

Esta técnica de alivio del dolor es la única que presenta contraindicaciones a pesar de no administrarse medicación en ningún momento. En mujeres que presentan historia de fobias, psicosis o situaciones de estrés se desaconseja su aplicación. (9)

II. Método de la escuela inglesa

El método de la escuela inglesa fue el primer modelo de relajación y técnica respiratoria que surgió a partir del pensamiento en el que las mujeres que no tenían miedo ni emociones negativas relacionadas con el dolor originado por el proceso del parto, dicho proceso se desarrollaba mejor. (22)

Dick Read, tocólogo inglés, llegó a la conclusión de que se establecía un *triángulo dolor-miedo-tensión*; es decir, que el dolor era originado por el miedo, y éste desencadenaba como mecanismo de defensa, la tensión muscular, aumentando así el dolor. Por ello, estableció un modelo educativo, el *Método psicoprofiláctico*, que se basa en informar, relajar y confiar. (22)

Este método consiste en que, en primer lugar, la mujer debe ser informada mediante charlas explicativas sobre el proceso del parto, a lo que se va a enfrentar en un futuro, y así reducir o eliminar el miedo a lo desconocido. En segundo lugar, la relajación mediante la técnica de Jacobson, la cual, consiste en la realización de ejercicios físicos de contracción-relajación, que permiten conocer el estado de tensión corporal y así disponer de técnicas para relajar esas zonas en tensión; y, por último, establecer un vínculo de confianza entre la mujer y el equipo asistencial del parto. (22)

Con todo esto, lo que Dick Read buscaba era preparar a la mujer embarazada para que en el momento del parto combatiese el miedo y prepararla para que se anticipase al proceso al que se iba a enfrentar, reforzando así sus capacidades de autocontrol y conducción de su propio parto. (26)

III. Método Lamaze

Este modelo fue el primero en acentuar la importancia de establecer un ambiente perinatal cordial y destacar la necesidad de la presencia de un acompañante durante el proceso del parto. (27)

Por ello, este método se basa en la preparación para el afrontamiento de un parto natural a través de la educación prenatal, no solo de la mujer, sino de la pareja, considerándolos una unidad.

Esta preparación para el parto se basa en la enseñanza de la respiración profunda controlada, el masaje ligero, la concentración en un punto focal, el apoyo activo del entrenador y el control de la mujer sobre su cuerpo. (27)

El enfoque de las clases se basa en ayudar a las mujeres a tener el parto más seguro y saludable posible. (28, 29) Además, este modelo no solo hace referencia a la creación de un ambiente placentero, sino también a la importancia del apoyo continuo durante el parto.

El enfoque principal de la preparación al parto según el método Lamaze, se basa en la filosofía que afirma «*el nacimiento como normal y natural, la capacidad inherente de las mujeres para*

dar a luz, la importancia del nacimiento en las mujeres y el efecto del proveedor de atención médica y el lugar de nacimiento en las experiencias de parto de las mujeres». (30)

IV. Método Bradley

El método Bradley se considera el pionero en cuanto a la preparación del hombre para el afrontamiento de un parto natural. (31)

R. Bradley, creador de esta metodología, se basa en que la pareja es quien debe asegurarse de que el ambiente periparto sea el adecuado, y debe conocer bien a la mujer con la finalidad de ayudarla correctamente durante todo el proceso del parto. Por ello, su metodología se basa en la capacitación de los padres, mediante la enseñanza técnicas de relajación y masaje, para que posteriormente lo apliquen sobre la mujer, como técnica analgésica durante el proceso del parto. (22)

V. Método Odent

El obstetra francés M. Odent, orienta su método a la importancia de que cada mujer tenga la posibilidad y libertad de escoger el modo en que llevará a cabo su proceso de parto, destacando la influencia de las hormonas del parto, la oxitocina y endorfina. Determina que el estado emocional de la madre es determinante en el estado fetal, tanto físico como psíquico. (22, 32)

3.3.2.2 Técnicas de relajación

I. Hidroterapia y parto en agua

La hidroterapia se basa en la inmersión de la mujer en agua caliente cuando la mujer ha alcanzado una dilatación uterina de al menos tres o cinco centímetros, es decir, durante la primera fase del parto. Si la mujer, permanece durante la segunda fase del parto, inmersa en la bañera, se denomina parto en agua. Y en este caso, el paso del bebé, del vientre materno al exterior, no es tan traumático, ya que pasa de un medio acuoso a otro. (20, 33)

La técnica de hidroterapia genera relajación en la mujer y esto favorece una simplificación del parto, ya sea en el agua o fuera de ésta. Es importante que la mujer no se sumerja en el agua hasta haber alcanzado al menos tres o cinco centímetros de dilatación, ya que sino las contracciones se ralentizan y la dilatación uterina no progresaría. Sin embargo, en el momento en el que la dilatación es activa, el agua acorta la duración del proceso del parto. (20, 33)

Además, se debe tener en cuenta que, si la mujer decide dar a luz en el agua, no es recomendable que la mujer esté inmersa por un periodo superior a dos horas, ya que la relajación aumentaría demasiado y como consecuencia de ello, se complicaría la expulsión fetal, alargando así el trabajo de parto. (20, 33)

Asimismo, se ha observado que el parto en el agua está relacionado con una mayor conservación de la integridad del periné, así como también, con la facilidad de movilidad corporal y de adopción de posturas verticales por parte de la mujer. (34, 35)

II. Movilidad y cambios posturales maternos

Para llevar a cabo un parto y nacimiento fisiológicos, es importante que la mujer tenga la libertad de movilización y realización de cambios posturales durante el trabajo del parto, ya que se ha observado que, si la mujer adopta una postura más confortable para ella, la percepción dolorosa es menor. (36 - 38)

A lo largo de la historia, las mujeres de forma intuitiva, adoptaban posturas que les eran más confortables para dar a luz, destacando la posición vertical. Durante años, la mujer ha sido y es colocada en posición supina, donde es prácticamente inmovilizada, por la comodidad de los asistentes al parto, así como por la posibilidad de emplear ventosa o fórceps, los cuales, se empleaban hace décadas sin previa investigación ni justificación. (39)

La evidencia demuestra que existen diversas diferencias entre las posiciones vertical y la posición en decúbito supino, también conocida como postura de litotomía o ginecológica, las cuales, tienen consecuencias sobre el progreso del trabajo del parto. (39)

Dentro de las posiciones verticales, las cuales, aportan el beneficio de la gravedad en el trabajo del parto, encontramos las siguientes: sentada, semidecúbito (tronco 45º), de rodillas, en cuclillas, acuclillada o en bipedestación (generalmente con un punto de apoyo, siendo un objeto u otra persona). (40) (Anexo 3)

A continuación, se demuestran algunas de estas repercusiones en diferentes aspectos que se tienen en cuenta durante este proceso fisiológico.

- En relación con la **actividad uterina**, en la posición vertical se produce un aumento de la frecuencia y eficacia de las contracciones uterinas debido al Efecto Ferguson⁴, frente a la posición de litotomía donde se reduce la eficiencia de éstas. (43)
- La **duración del expulsivo** en posición vertical o lateral se reduce durante la segunda etapa del parto. (1, 44)
- Los **pujos maternos** se facilitan en posición vertical por efecto de la gravedad. (41, 45)
- El **dolor** agudo o severo es menor durante la segunda etapa del parto. Esto se debe a que:
 - La libertad de elección postural por parte de la mujer, sumado a la libertad de inicio de los pujos, se asocia a un aumento de la liberación endógeno de endorfinas, disminuyendo así la sensación dolorosa. (41, 46, 47)
 - La posición vertical, sentada o de rodillas reduce el dolor lumbar originado por las contracciones, reduciendo así la necesidad de administración de analgesia. (41, 46, 47)
- En referencia al **espacio pélvico**, el estrecho inferior de la pelvis aumenta en posición vertical con flexión y abducción de las caderas, combinado con la articulación del coxis hacia atrás. (48)

Por ello, se debe evitar la posición semisentada o semiacostada, ya que la mujer posa todo su peso sobre el sacro, provocando que éste se vaya hacia delante, y por tanto se reduzca el diámetro pélvico inferior. (43)

Asimismo, se ha observado que la posición de cuclillas aumenta un centímetro el diámetro transversal y dos centímetros el anteroposterior, en comparación con la posición de litotomía. (49)
- Se ha observado un menor porcentaje de **partos instrumentales** en los casos en los que las mujeres adoptan una postura vertical o lateral, en contraposición con aquellos en los que la mujer adopta una posición supina. (1, 44)
- Acerca de la **integridad del periné**, hay una menor tasa de episiotomías cuando se adopta la posición vertical o lateral. Además, como factor protector de trauma perineal, aparte del parto en agua, contamos con la posición sentada, que además proporciona mayor comodidad a la mujer. (1, 44, 50)
- Las mujeres que escogen la **anestesia epidural**, pero adoptan posturas corporales diferentes a la ginecológica, reducen la duración de la segunda fase del parto. (1, 38, 51)

⁴ **Efecto Ferguson**: segregación de oxitocina en forma de pulsos por el mecanismo reflejo relacionado con la estimulación del cuello uterino durante el parto. Esto se potencia en la posición vertical, donde la presión sobre el cuello del útero, producida por la presentación fetal, es mayor. (41, 42)

- Uno de los signos de vigilancia y alarma tras un parto, es la posibilidad de **hemorragia** materna como consecuencia de una atonía uterina. Este es un punto controvertido, en relación sobre qué postura corporal es mejor para prevenirla, ya que algunos estudios determinan que la pérdida de sangre es más aguda en posturas verticales. (1, 52)

Sin embargo, los estudios realizados se basan en la comparación de la postura supina frente al uso de silla de partos, la cual, sí que se asocia a un mayor índice de hemorragias. Por ello, se debería investigar si todas las posiciones verticales se asocian a un mayor riesgo de hemorragia materna; ya que, otro estudio clínico no randomizado, elaborado por Terry et al., determinó que la hemorragia y edema vulvar eran menores en posición vertical, concretamente en bipedestación. (53 - 55)

- En cuanto al **bienestar fetal**, se asocia un menor riesgo de patrón anormal de frecuencia cardíaca fetal a las posturas vertical y lateral, frente a la ginecológica. La causa se asocia a que cuando la mujer se coloca vertical o lateralmente, se evita la posibilidad del síndrome de hipotensión supina⁵. (1, 44)
- En referencia a la **preferencia y satisfacción materna**, las mujeres refieren una mayor satisfacción y sensación de autoconfianza y seguridad, cuando tienen la oportunidad de elegir qué postura adoptan durante el proceso del parto, favoreciendo así la obtención de una experiencia más positiva. Asimismo, se ha observado que las mujeres prefieren posturas verticales si ya las han empleado en partos anteriores. (45, 58 - 60)

La evidencia demuestra que cada una de las posiciones verticales, tienen ventajas para facilitar el proceso del parto. En la siguiente tabla se pueden observar qué efectos positivos tienen dichas posiciones. (Tabla 4)

Tabla 4. Principales beneficios que aportan cada una de las posturas verticales sobre el trabajo de parto

POSTURAS VERTICALES	VENTAJAS SOBRE EL TRABAJO DE PARTO
Decúbito supino	Disminuye el riesgo de hemorragia intraparto y postparto.
Bipedestación	Aumenta la eficacia de las contracciones uterinas y el nivel de oxigenación fetal. Además, disminuye el porcentaje de episiotomías y administración de oxitocina y analgesia intraparto.
Decúbito lateral	Se reduce el riesgo de trauma perineal debido a que los músculos del periné están relajados y, además, proporciona un mayor control de la cabeza fetal.
Sedestación	Proporciona alivio de la zona lumbar y se obtiene un mejor control y eficacia a de las contracciones uterinas.
Cuadrupedia	Se obtiene mayor elasticidad de los músculos del periné, por lo que se reduce el riesgo de lesiones y se favorece el descenso del feto por el canal del parto.
Cuclillas	Genera un aumento de los diámetros pélvicos que, a su vez, proporcionan una disminución del riesgo de laceraciones perineales, administración de oxitocina sintética y la necesidad de partos instrumentados.

Fuente 4. Fuente propia modificada de «El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura». (40)

Esta medida puede conseguirse en caso de no administrar medidas analgoanestésicas que impidan la movilización del cuerpo, principalmente de los miembros inferiores. Aunque existe una excepción de medida farmacológica, la epidural ambulante, anteriormente mencionada.

⁵ **Síndrome de hipotensión supina:** se produce una compresión de la vena cava debido a la posición supina, teniendo como consecuencia en la mujer embarazada, una disminución de la perfusión placentaria y de la oxigenación del feto. (56, 57)

III. Yoga

A través de diversos estudios enfocados en la importancia de la movilización materna durante el proceso del parto, se ha observado que el yoga es un buen método de preparación al parto. Esta práctica está ganando cada vez más importancia como una intervención que puede ayudar en calmar el dolor, y percibirlo como un fenómeno de menor intensidad. Asimismo, se ha observado que el yoga ayuda a manejar el estrés y ansiedad durante el parto, así como también en la reducción de la duración de éste. (61 - 64)

El yoga es un estilo de vida, no solo una práctica física, por ello se quiere conocer si los elementos que conforman el yoga tienen efectos positivos de forma individual; es decir, si realizando solo la parte relacionada con el ejercicio, tiene efectos positivos sobre la salud, sin tener en cuenta la parte nutricional, por ejemplo. (62, 65)

«El estudio teórico fundamentado del yoga para el embarazo y la autoeficacia de las mujeres para el trabajo del parto», realizado por Virginia Campbell y Mary Nolan, obtuvo como resultado que todas las mujeres compartían un objetivo común por el cual habían decidido realizar yoga durante el embarazo, y este objetivo se basaba en el aprendizaje de técnicas de respiración y relajación que les ayudaran durante el proceso del parto. (66)

El yoga prepara física y mentalmente para manejar esta situación, aunque como se debe a un proceso fisiológico y multifactorial, debemos tener en cuenta que no podemos tener la situación bajo control por completo de forma previa, y debemos tener en cuenta la posibilidad de que ocurran imprevistos. A pesar de ello, el aprendizaje de técnicas de manejo del estrés, ansiedad y/o dolor, les ayuda, en mayor medida, a afrontar dichas situaciones en el momento en que suceden.

Todo esto se debe a que el yoga está directamente relacionado con la mejora de la autoeficacia⁶, la cual es un constructo modificable. La autoeficacia enfocada a la preparación al parto se basa en cuatro mecanismos: logros de rendimiento (experiencia previa positiva relacionada con el parto u otro proceso doloroso), experiencia vicaria (observación de afrontamiento exitoso por parte de otros), persuasión verbal (ser animado por personas influyentes) y estados fisiológicos (aprender a reconocer y reducir reacciones como el miedo). (67)

Gracias al aumento de la autoeficacia, la mujer es capaz de tener mayor confianza y competencias para enfrentarse al fenómeno del parto, ya que se relaciona con una disminución del miedo y dolor originado por este proceso natural y un aumento de la satisfacción del trabajo del parto, así como también, está relacionado con mejores resultados perinatales. (68)

Por todo esto, el yoga es una preparación completa de la mujer para el afrontamiento futuro del proceso del parto, ya que se basa en la enseñanza de técnicas psíquicas y emocionales para hacer frente al miedo o ansiedad, provocado por la incertidumbre del momento, así como también una preparación física y respiratoria.

IV. Acupuntura y acupresión

La aplicación de acupuntura y acupresión proporciona beneficios sobre la disminución de la sensación dolorosa originada por el trabajo del parto. (23, 69, 70)

La acupuntura consiste en la inserción y manipulación de agujas estériles en unos puntos concretos del cuerpo, con la finalidad de aliviar el dolor y recuperar el bienestar del paciente.

⁶ La **autoeficacia** se define como la creencia de una persona en su capacidad para tener éxito en tareas específicas y se puede dividir en expectativa de autoeficacia y expectativa de resultado. La expectativa de autoeficacia es la creencia de que uno será capaz de realizar ciertos comportamientos con éxito, por ejemplo, relajarse durante el trabajo de parto. Y la expectativa de resultado es la creencia de que realizar el comportamiento dará como resultado el resultado requerido, es decir, que relajarse durante el trabajo de parto resultará en menos dolor. (66, 67)

Los puntos de acupuntura empleados en la reducción de la sensación dolorosa se localizan en las manos, pies y orejas. (71)

Por otra parte, la acupresión es un método no invasivo que consiste en estimular los doce meridianos principales del organismo mediante la aplicación constante y firme de presión con los nudillos, pulgares, yemas de los dedos, u otros materiales indicados para ello. (7) Estos meridianos se establecen como la representación de los canales por los que fluye la energía vital, y además en ellos, se encuentran los puntos de acupuntura. (72)

Se ha determinado que esta técnica no invasiva tiene cuatro efectos sobre el organismo, los cuales, son el efecto analgésico, homeostático, mejora de la inmunidad y sedante (psicológico). (72)

Ambas técnicas mencionadas se basan en la medicina tradicional china.

Desde un punto fisiológico, se ha valorado el efecto de estas técnicas mediante las tres teorías de abordaje del dolor, las cuales, son:

- **Control de puertas (Teoría de Melzack y Wall)**⁷ : esta teoría se basa en que los impulsos generados mediante la realización de acupuntura y acupresión son percibidos cuatro veces más rápido que los impulsos producidos por la estimulación dolorosa. Por ello, mediante la estimulación de las fibras C mielínicas (receptores del tacto y presión), se bloquean los impulsos dolorosos, aumentando así el umbral de percepción dolorosa. (72, 73)
- **Aferencia nociceptiva:** inhibición de la transmisión del estímulo doloroso mediante la estimulación de mecanorreceptores. (72)
- **Teoría de endorfinas:** mediante la realización de estas técnicas naturales, se produce un aumento de la secreción endógena de endorfinas, las cuales, actúan como analgésicos naturales. (72)

Esto se consigue mediante la estimulación de unos puntos de acupuntura y/o acupresión concretos.

En la acupresión, la estimulación del punto GB21 es el que más ayuda al alivio del dolor originado en el útero, así como también el punto LI4 y SP6. Su estimulación se realiza al comienzo de la contracción, y finaliza cuando la contracción cesa, durante las tres fases de dilatación (3-5 cm, 6-7 cm y 8-10cm). Para ello, se realizan movimientos en diferentes direcciones (rotación, hacia delante y hacia atrás). (74) (Anexo 4)

Y en relación con la acupuntura, los puntos más empleados durante el proceso del parto son: SP6 (*Sanyinjiao*), LI4 (*He Gu*), BL67 (*Zhi Yin*) y BL32 (*Ci Liao*). De entre estos, el más empleado es el punto SP6, el cual, está relacionado con el útero y su estimulación genera un aumento del flujo de energía y sanguíneo hacia éste, mejorando la perfusión y aumentando el alivio del dolor causado por éste. Así como también, produce un acortamiento de la duración del trabajo de parto. (72, 73, 75 - 77)

Se ha demostrado, con numerosos estudios de investigación, que ambas técnicas tienen la capacidad de reducir la intensidad del dolor durante el proceso del trabajo del parto. Esto ha sido evaluado mediante la respuesta de aquellas mujeres que recibieron dichas terapias en ese momento, indicando la intensidad de dolor percibido según la Escala EVA (Escala Visual Analógica del dolor). (Anexo 5)

Con la realización de diversos estudios enfocados en la efectividad de estas terapias no farmacológicas, se ha observado, que, con la aplicación de dichas técnicas, se consigue una

⁷ Mediante esta teoría también explica la efectividad de las terapias de punción seca, acupuntura, frío y calor intenso, técnicas de respiración, musicoterapia, entrenamiento verbal y realización de masajes en la espalda.

disminución en la administración de analgésicos, inyección de anestesia epidural, acortamiento en la duración del trabajo de parto e intervención instrumental del parto. Igualmente, se ha observado que no aparecen efectos secundarios derivados de la aplicación de dichas técnicas, ni en la madre ni en el recién nacido.

V. Masoterapia

La masoterapia consiste en la manipulación de los tejidos blandos del cuerpo manualmente. La finalidad de la aplicación de esta terapia se basa en aliviar las molestias derivadas del parto, inducir la relajación y mejorar la circulación y oxigenación. Además, tiene efectos sobre el descanso, estado emocional y el nivel de fatiga, físico y emocional, de la mujer. (24)

La realización de masajes a la mujer durante el proceso del parto, a nivel de la espalda o en los pies, reduce los niveles de dolor percibidos, por lo que la ansiedad y miedo generadas por la situación disminuyen, reduciéndose a su vez, la tensión muscular. Asimismo, como entrenamiento prenatal, se recomienda la realización de masajes perineales a partir de la semana 36 de gestación, con el objetivo de aumentar la elasticidad de los tejidos, para así reducir el dolor durante el parto y evitar el riesgo de trauma perineal. Otro de los beneficios de esta terapia natural a destacar, es la posibilidad de ser realizada por la pareja de la mujer. (83-85)

VI. Ambientación periparto

La ambientación periparto, se basa en establecer un entorno confortable y acogedor, evitando la frialdad que en ocasiones transmiten las habitaciones de hospital. (9) Esto se basa en la importancia de tener en cuenta que el entorno y condiciones en las que va a tener lugar el proceso del parto, sean las mejores posibles, y para ello, aparte de establecer una decoración acogedora de la habitación, debemos tener en cuenta más aspectos como por ejemplo la importancia del acompañamiento, la preparación para el parto, el cumplimiento de las expectativas de la mujer, etc.

Para la creación de un ambiente confortable para el parto, se destaca el método Lamaze. Ya que esta metodología fue la primera que acentuaba la necesidad de crear un ambiente cordial, en la que se incluía por primera vez, la importancia de la presencia de un compañero. (22)

Por ello, para conseguir una buena ambientación periparto, debemos establecer un entorno acogedor y un ambiente tranquilo donde se tengan en cuenta y se cumplan los deseos maternos, en la medida que el espacio donde se desarrolle el trabajo del parto, lo permita.

VII. Técnicas de modulación respiratoria

La modulación respiratoria es una de las medidas no farmacológicas más instruidas en las clases prenatales, y una de las más empleadas durante el proceso del parto. Mediante la realización de estas técnicas, se movilizan los músculos del suelo pélvico. Además, esta terapia proporciona un alivio del dolor causado por el trabajo del parto, principalmente en la segunda fase de éste.

Existen diversas técnicas de modulación respiratoria en función de la etapa de parto en la que se encuentre la mujer, así como también en función de las necesidades de ésta. (Tabla 5)

La realización de respiraciones profundas, aparte de incrementar el nivel de oxigenación, es efectiva porque tiene la capacidad de interferir en la transmisión de señales dolorosas del útero al cerebro.

Esto se basa en que, mediante la realización de inspiraciones y expiraciones profundas, la presión ejercida por las contracciones sobre los músculos del suelo pélvico y abdominales, es contrarrestada. Por ello, la sensación dolorosa disminuye. Además, la respiración profunda facilita el descenso del feto por el canal del parto, lo que significa un acortamiento de la duración de éste; esto se debe a que, mediante la realización de ejercicios de respiración, se movilizan los músculos del suelo pélvico. (78 - 81)

Tabla 5. Técnicas de modulación respiratoria según la etapa del parto

PRIMERA FASE DEL PARTO	
RESPIRACIÓN LENTA	
Comienza con el inicio de contracciones uterinas intensas, la mujer ya no puede caminar o hablar durante el transcurso de éstas.	1. Tomar un respiro consciente (gran suspiro con el comienzo de la contracción), y liberar la tensión al espirar. 2. Enfocar la atención. 3. Inhalar despacio por la nariz y exhalar por la boca, expulsando todo el aire en un suspiro. 4. Parar hasta que se sienta deseo de inspirar nuevamente. 5. Cada exhalación se correlaciona con la relajación de una parte del cuerpo.
RESPIRACIÓN ACELERADA LIGERA	
Mantener la respiración ligera y superficial, inhalando y exhalando rápidamente. Las inhalaciones deben ser inaudibles y las expiraciones audibles. La tasa de respiración aumenta hacia el pico de la contracción. Por ello, el ritmo debe ser de una respiración por segundo.	1. Tomar un respiro consciente (gran suspiro con el comienzo de la contracción), y liberar la tensión al espirar. 2. Enfocar la atención. 3. Inhalar despacio por la nariz y exhalar por la boca. La rapidez de la respiración debe ir aumentando conforme aumenta la intensidad de las contracciones, y disminuyendo conforme las contracciones se atenúan. 4. Con la finalización de la contracción, exhalar con un suspiro, liberando toda la tensión.
RESPIRACIÓN VARIABLE O JADEO	
Combinación de la respiración superficial y ligera, con una exhalación más profunda; por lo que también se conoce esta técnica como «Ji, Ji, Ju». Se lleva a cabo cuando la mujer percibe sensación de pujo, pero no está lo suficientemente dilatada, evadiendo así, esa sensación.	1. Tomar un respiro consciente (gran suspiro con el comienzo de la contracción), y liberar la tensión al espirar. 2. Enfocar la atención. 3. Inhalar por la nariz, con el comienzo de la contracción, y realizar dos exhalaciones por la boca pronunciando «Ji», finalizando con una exhalación más larga pronunciando «Ju».
SEGUNDA FASE DEL PARTO	
RESPIRACIÓN POR EXPULSIÓN O DE PUJO	
Técnica respiratoria empleada cuando la dilatación del cuello uterino está completa.	1. Tomar un respiro consciente (gran suspiro con el comienzo de la contracción), y liberar la tensión al espirar. 2. Enfocar la atención. 3. Respira despacio dejando que la intensidad de la contracción te guíe. La velocidad de las respiraciones puede acelerarse o disminuirse en función de lo que la mujer necesite. 4. Cuando la necesidad de pujo comience, inspirar profundamente, acercar la barbilla al pecho, inclinarse hacia delante y empujar. Mientras se realiza la pujo, la respiración puede ser contenida o liberada lentamente. 5. Tras 5-6 segundos, liberar la respiración por completo y con la finalización de la contracción, aprovechar ese espacio de tiempo para respirar calmadamente y relajar el cuerpo.

Fuente 5. Elaboración propia extraída de American Pregnancy Association (82)

VIII. Asistencia continua al parto

A lo largo de la historia, las parturientas eran atendidas y apoyadas por otras mujeres durante todo el proceso del parto, sin embargo, en la actualidad, este fenómeno es una excepción en vez de algo rutinario, y esto se debe a que antiguamente las mujeres daban a luz en casa, y ahora, generalmente, lo hacen en el hospital. (86)

Las investigaciones demuestran que el apoyo continuo durante el parto beneficia a la mujer y al feto. El apoyo puede basarse en apoyo emocional, mediante la presencia continua y transmisión de tranquilidad, y también puede basarse en proporcionar información sobre el progreso del parto, así como también, recomendaciones sobre cómo enfrentarlo y qué medidas de confort puede llevar a cabo, como masajes, movilización, aumentar la ingesta de líquidos... (86)

Por ello, la asistencia continua durante el proceso del parto, tanto por parte de la pareja (Método Lamaze), como por parte del personal sanitario, mejora los procesos fisiológicos del parto. Se ha observado que, como consecuencia de ello, se produce una reducción del tiempo del trabajo de parto, disminuye la probabilidad de realizar una cesárea o la necesidad de administrar fármacos analgésicos, así como también, tiene efectos positivos sobre el feto, reduciendo la probabilidad de tener un APGAR⁸ de baja puntuación a los cinco minutos. Además, aumenta la sensación de poder y confianza en las mujeres para controlar y ser capaces de llevar a cabo dicho proceso fisiológico. Favoreciendo todo esto, a desarrollar una experiencia de parto positiva. (86)

IX. Música y audioanalgesia

La ansiedad y el dolor son dos aspectos que van unidos, ya que un aumento de la ansiedad genera un aumento de la sensación dolorosa; y viceversa. Esto puede ser abordado mediante enfoques fisiológicos y psicológicos, por ello, se ha observado que la terapia musical durante el trabajo del parto está ganando popularidad debido a su facilidad de aplicación y utilidad. (88, 89)

El efecto de la audioanalgesia sobre el estado de la mujer puede deberse a que, mediante la estimulación auditiva, la reacción a estímulos dolorosos disminuye por una dificultad de las vías de transmisión de impulsos dolorosos, lo que genera un bloqueo de la percepción dolorosa. Además, la música tiene efectos positivos sobre el organismo, como, por ejemplo, el descenso de la presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria, y también, produciendo un aumento de la relajación muscular. Otro beneficio de escuchar música durante el trabajo de parto es su capacidad distractora y generadora de endorfinas, lo que permite un aumento de la sensación de control sobre la situación a la que se enfrentan las embarazadas. (90 - 94)

De igual forma, la musicoterapia tiene efectos positivos sobre la salud del recién nacido, como una disminución de la probabilidad de sufrir estrés neonatal, así como una percepción de sensación de bienestar debido a la estimulación del sistema neurovegetativo. Esto significa que la música actúa como neurotransmisor interactivo produciendo que el bebé, cada vez que escuche esa música, rememore el estado placentero de la gestación, percibiéndolo como una sensación agradable. (95, 96)

Con la pequeña muestra de estudios realizados sobre terapia musical durante el parto, se ha observado que es una técnica útil para el manejo de la ansiedad generada por este fenómeno para las mujeres nulíparas, tanto en fase latente como activa; así como para la reducción de la sensación dolorosa principalmente durante la fase latente del parto. (97, 98)

Asimismo, no se han observado contraindicaciones en la aplicación de dicha terapia, ni en la salud de la mujer ni en la salud del bebé, ya que además de poder ser aplicada en partos espontáneos, también puede serlo en cesáreas. Por ello, es permisible que la mujer escoja qué música escuchar durante este proceso único e individual, si lo desea.

⁸ **Test de APGAR** Prueba que explora la vitalidad del recién nacido mediante la valoración de los siguientes parámetros: frecuencia cardíaca, movimientos respiratorios, tono muscular, irritabilidad refleja y color de la piel. Cada parámetro recibe una calificación de 0, 1 o 2 (valor normal). Una vez obtenida la suma del total, las puntuaciones inferiores a 6 en el primer minuto de la vida imponen maniobras de reanimación; las puntuaciones inferiores a 7 a los cinco minutos sugieren la posibilidad de secuelas neurológicas. (87)

X. Aromaterapia

La aromaterapia consiste en la aplicación de aceites esenciales de forma tópica mediante masajes, o mediante la inhalación de éstos, con la finalidad de aprovechar las cualidades curativas de las plantas. (12)

Para ello, se emplean aceites esenciales extraídos de hojas, flores, troncos y raíces. Generalmente se emplean los derivados de la lavanda e incienso, aunque también se emplean el eucalipto, rosa, la cual, tiene efecto sobre la ansiedad, *ylang ylang* que favorece la relajación, etc. (24, 100, 101)

El empleo de esta terapia natural se debe a que se considera que los aceites esenciales tienen la capacidad de generar un aumento de la producción endógena de sustancias sedantes, estimulantes y relajantes. Por ello, conseguiríamos cumplir el objetivo principal, el cual, se basa en mejorar el bienestar físico y mental, favoreciendo a su vez, al bebé. (12, 24)

Diversos estudios determinaron que la aromaterapia no muestra cambios en los parámetros fisiológicos, como las constantes vitales, pero sí tuvieron efecto psicológico, mejorando el estado de ánimo y reduciendo los niveles de ansiedad. No existe evidencia científica acerca de la producción de efectos adversos sobre la salud de la mujer y/o feto; aunque al tratarse de aceites esenciales concentrados, al ser aplicados mediante masajes, pueden generar irritación cutánea, por lo que se recomienda realizar la prueba de parche en la piel⁹. (102, 104)

3.3.2.3 Técnicas mecánicas

I. Técnica Eléctrica Nerviosa Transcutánea (TENS)

La TENS consiste en la estimulación de las fibras nerviosas localizadas mediante corriente eléctrica, con la finalidad de disminuir la percepción de la sensación dolorosa. Por ello, esta terapia se basa en la teoría de control de puertas de Melzack y Wall. (85, 105)

La aplicación de esta terapia, durante la fase inicial del proceso del parto, consiste en la colocación de los electrodos en la zona paravertebral, concretamente entre D10-D12. En caso de dolor lumbar o de aplicación durante el periodo expulsivo, se colocarán en la zona sacra, entre S2-S4, con el objetivo de inhibir la transmisión de estímulos dolorosos originados en útero, vagina y periné. La intensidad de la estimulación eléctrica será menor de 10Hz. (85, 106)

Un aspecto de vital importancia es que nunca se deben colocar los electrodos en la zona abdominal, ni durante el embarazo ni durante el momento del parto, ya que podrían interferir en el funcionamiento cardíaco fetal. Además, el uso de esta terapia está contraindicada en aquellas mujeres portadoras de marcapasos, o que escojan la hidroterapia como técnica de alivio del dolor originado por el proceso del parto. (107 - 109)

Se ha determinado que la aplicación de la TENS en los puntos de acupresión, anteriormente mencionados, es efectiva como terapia analgésica. Sin embargo, según la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia), esta técnica es eficaz durante la fase latente, pero no durante la fase activa de parto, quedando reflejado en la Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre Atención Normal al Parto y en las Normas para la Práctica de Atención Intraparto de las Guías NICE del 2017. (1, 110 - 113)

II. Termoterapia y crioterapia

La termoterapia o aplicación de calor, consiste en colocar una fuente de calor húmedo o seco en diferentes partes del cuerpo de la mujer, como, por ejemplo, en la zona sacra y perineal. Es

⁹ **Prueba de parche:** procedimiento que se realiza para determinar si alguna sustancia química causa reacción alérgica en la piel, es decir, dermatitis de contacto. La prueba se realiza mediante la colocación de unas tiras impregnadas en la sustancia química sobre la piel, durante 48 horas. (103)

importante que, previo a la aplicación de la fuente de calor, se evalúe la piel de la zona donde se va a poner, con la finalidad de evitar posibles quemaduras. (114)

La termoterapia tiene efecto analgésico, ya que, a través de la dilatación de los vasos sanguíneos, lo cual, conlleva un aumento del flujo sanguíneo y, por tanto, un mayor drenaje venoso y linfático, proporciona como resultado un aumento de la elasticidad tisular, reduciendo así, la inflamación y edema de la zona donde lo apliquemos. Generalmente se coloca en la zona perineal, donde es aplicado para, a parte actuar como analgésico, reducir el riesgo de trauma o realización de episiotomía. Asimismo, esta recomendación queda reflejada en la GPC de Atención al Parto Normal, destacando su importancia frente a la prevención de trauma perineal mediante su aplicación en la fase de expulsivo. (1, 85)

El calor seco puede aplicarse mediante compresas *cold-hot* de gel, que se calientan en el microondas y se envuelven en un campo seco, como, por ejemplo, una toalla. Y, en relación con la aplicación de calor mediante una fuente húmeda, se realiza mediante la colocación de una toalla mojada en agua calentada a aproximadamente 45°C. Ambas, se deben aplicar al menos diez minutos para conseguir cierto nivel de alivio del dolor. (115)

La efectividad de estas dos formas de termoterapia ha sido contrastada y la diferencia entre ambas, radica en que el alivio del dolor es más duradero y eficaz cuando se aplica mediante una fuente húmeda, en comparación a cuando se aplica mediante fuente seca. Esto puede deberse a que el agua, actúa como transportador penetrando más fácilmente los tejidos y, por tanto, calentando los músculos más rápidamente. (115)

Por otro lado, en referencia a la crioterapia o terapia de aplicación de frío, esta técnica consiste en la aplicación de almohadillas de gel frías, generalmente en la zona perineal. (85)

Esta terapia puede emplearse durante la segunda fase del parto, con la finalidad de disminuir el dolor originado por el periodo expulsivo, así como para aumentar la tolerancia de las contracciones uterinas. Y también, puede aplicarse frío tras la finalización del proceso del parto, con el objetivo de disminuir el edema vulvar y traumatismo perineal, que se haya podido producir. (23, 116)

Otra forma de crioterapia puede ser mediante la realización de masajes con hielo, los cuales, se consideran como una técnica efectiva para el alivio del dolor durante el parto si se realizan en los puntos de acupresión, anteriormente mencionados. (117)

III. Balón suizo

El empleo del balón suizo, también conocido como pelota de Bobath, se basa en la esferodinamia. La esferodinamia, es una modalidad de entrenamiento físico cuyo objetivo es facilitar ciertos movimientos y posturas que ayudan a la preparación física pre y postnatal, mediante el uso de estos balones. (24, 118)

Esta terapia mecánica, consiste en que la mujer adopte una postura relajada sobre el balón, manteniendo el equilibrio sobre éste, y coloque sus brazos de manera extendida y relajada, a ambos lados del cuerpo. Tras ello, los movimientos que debe realizar con la cadera son de balanceo hacia delante, hacia detrás y en forma circular. (114)

Se considera que, los beneficios que aporta la pelota de parto, se basan en el alivio del dolor generado por las contracciones uterinas mediante la libertad de movimientos pélvicos y de la columna vertebral. Además, gracias al empleo de la pelota de Bobath, se obtiene una mejoría del estado respiratorio de la mujer, así como también sobre la circulación placentaria, generando así una estabilización de la frecuencia cardíaca fetal y una mejor oxigenación de éste. (119, 120)

Igualmente, durante el empleo de la pelota de parto, la mujer adopta una postura vertical, aprovechando todos los beneficios que esto conlleva.

IV. Técnica de rebozo

Esta antigua terapia de origen mejicano consiste en la colocación de la mujer en la posición que ella prefiera, la cual, se encontrará envuelta por una tela que el acompañante sujeta. La funcionalidad de la tela es sujetar a la mujer permitiendo que ésta realice suaves movimientos de cadera. (105)

Debido a que es una técnica primitiva y cultural, solamente existe un estudio científico sobre esta terapia no farmacológica, el cual, se decidió realizar en Dinamarca, para comprobar la efectividad de su aplicación. Un total de 17 mujeres fueron sometidas a la técnica de rebozo. Las participantes destacaban dos aspectos principales, el alivio del dolor y la visión del proceso del parto, como un trabajo en equipo. (121)

En relación con el alivio del dolor, referían que la sensación corporal percibida era de masaje y relajación muscular. Y en relación con la percepción del parto como un proceso de cooperación, destacaban la involucración de la matrona y del acompañante en el trabajo de parto.

Esto tenía efecto sobre el estado físico y psíquico de la mujer, ya que sentían que el proceso se simplificaba, y que, mediante la colaboración de ambos, sentían más apoyo y sensación de empoderamiento, convirtiéndose en un trabajo cooperativo, evitando así, sensaciones de soledad. (121)

Debido a los buenos resultados observados en este estudio, mediante la aplicación de esta técnica, y las opiniones positivas e individuales de las matronas mejicanas que llevan a cabo dicha técnica, se plantea seguir investigando sobre esta terapia de bajo coste, que, además, según opiniones de las mujeres que se someten a esta terapia no farmacológica, proporciona un ambiente tranquilo, relajado e informal que facilita el proceso del parto. (121)

V. Inyección de agua estéril

Este método anestésico local se impulsó a finales del siglo XIX, pero no fue empujado en el área de obstetricia hasta finales de los años veinte. (1)

La inyección de agua estéril en el Rombo de Michaelis¹⁰, consiste en la introducción intracutánea de aproximadamente 0,1-0,5ml de agua estéril, con la finalidad de aliviar dolores de la zona lumbar, no siendo posible el alivio del dolor abdominal ni perineal. (127)

La inyección se realiza en el Rombo de Michaelis, mediante dos o cuatro punciones; sin embargo, se ha observado que tienen la misma eficacia. Su efecto analgésico es casi inmediato, teniendo una duración de aproximadamente media hora, pudiendo llegar hasta noventa minutos de duración. (123 - 125)

Esta terapia se describe como un método de alivio del dolor sencillo y barato, que permite paliar un dolor muy común entre las mujeres embarazadas en el momento del parto, el dolor lumbar. Sin embargo, debido a los efectos adversos de esta técnica, escozor y dolor intenso momentáneo en la zona de inyección, esta terapia está en desuso. Además, para la aplicación de esta técnica analgésica, se requiere de dos profesionales, los cuales, deben realizar la inyección de agua estéril de forma simultánea. (1, 126, 127)

Según la GPC sobre la Atención al Parto Normal, del año 2010, publicada por el Ministerio de Sanidad y Política Social, esta técnica se recomienda para el alivio del dolor lumbar durante el parto, pero se debe tener en cuenta la posibilidad de que la mujer sienta escozor o dolor intenso momentáneo en la zona, como consecuencia de la inyección. (1)

¹⁰ **Rombo de Michaelis:** zona en la parte inferior de la espalda, de forma losángica, limitada por hoyos correspondientes a las espinas ilíacas superoposteriores, al final del surco interglúteo y la apófisis espinosa de la quinta vértebra lumbar. (122) (Anexo 6)

3.4 CAPÍTULO 4. EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y LA APLICACIÓN DE MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR DURANTE EL PARTO

Es realmente importante que los cuidados proporcionados a los pacientes se lleven a cabo desde una perspectiva humanista e individualizada, dejando de lado los protocolos estandarizados y la actuación automatizada.

Debido a que el parto es un fenómeno único e individual, es crucial que se proporcione una información y cuidados de calidad, basados en la evidencia, con la finalidad de que, a través del correcto abordaje de un parto normal, la experiencia de parto sea positiva.

El abordaje y manejo del proceso de trabajo de parto, así como el seguimiento de la etapa del embarazo, es llevada a cabo por la matrona, enfermera especialista en cuidados enfocados a la salud sexual y reproductiva de la mujer. En esta situación, la enfermera tiene gran importancia en relación con la proporción de información, enseñanza de medidas para el alivio del miedo y dolor desencadenados por el trabajo de parto, y la aplicación de terapias analgésicas para reducir la sensación dolorosa de la mujer en dicha situación.

Como profesionales de enfermería especializados en la atención a la mujer durante el proceso del parto, es fundamental que conozcamos la diversidad y variedad de terapias analgésicas enfocadas para el alivio del dolor durante el parto, para así, poder aconsejar y aplicar la más adecuada, en función de la situación y preferencias de cada mujer embarazada.

En relación con las terapias naturales o medidas no farmacológicas, el papel de la matrona tiene gran relevancia. Esto es debido a que, es ella quien pone en conocimiento de la embarazada la existencia de éstas y le aconseja sobre cuál se adecúa mejor a ella.

A excepción de la terapia psíquica de la hipnoterapia, que no puede ser aplicadas en todas las mujeres parturientas, el resto de las terapias naturales pueden ser ofertadas a todas ellas, debido a la carencia de efectos secundarios desencadenados de su aplicación; por lo que su uso solo puede proporcionar beneficios. Además, la versatilidad de estas medidas radica de la posibilidad de emplearlas de forma aislada, es decir, como única terapia contra el dolor, o como coadyuvante de algunas medidas farmacológicas.

Asociaciones como *El parto es nuestro*, realzan la importancia de llevar a cabo un parto respetado y un nacimiento digno, el cual, se basa en proporcionar cuatro tipos de respeto; respeto a la fisiología del parto, respeto de los deseos y necesidades de la mujer embarazada, respeto hacia sus derechos como usuaria del sistema sanitario y por supuesto, el respeto de los derechos del recién nacido. Por esa razón, un parto respetado es aquel que sigue un curso natural basado en el plan de parto establecido por la parturienta, donde ésta, puede sentirse segura, tranquila y respetada, depositando su confianza en los profesionales sanitarios que le asisten. (128)

Otro factor importante, para asegurar un parto seguro y respetado, se basa en la omisión de la realización de ciertas intervenciones médicas que antiguamente se hacían de forma rutinaria, y actualmente, la evidencia ha demostrado que son innecesarias, a no ser que se indique en una situación determinada; además, conllevan riesgos asociados tanto para la madre como para el neonato. (Tabla 6)

Tabla 6. Intervenciones médicas contraindicadas para su realización rutinaria.

INTERVENCIÓN MÉDICA	RESUMEN DE LA EVIDENCIA
Enema	Su aplicación no reduce el riesgo de infección materna o neonatal, ni las dehiscencias de episiotomías. Tampoco aumenta la satisfacción materna.
Rasurado perineal	No existen pruebas necesarias para determinar su efectividad, pero se ha detectado menor colonización bacteriana Gram negativa en mujeres no rasuradas.
Lavado perineal	Preferentemente se emplea agua corriente, en contraposición de antisépticos como la <i>Cetrimida</i> o la <i>Clorhexidina</i> , para el lavado perineal previo a un tacto vaginal.
Amniorrexis¹¹ y administración de Oxitocina sintética durante la dilatación	No se recomienda llevarlo a cabo debido a que, aquellos partos vaginales que progresan adecuadamente no obtienen beneficios y existen dudas sobre si su aplicación, genera efectos adversos.
Episiotomía	Solo debe realizarse en caso de suma necesidad, cuando el parto es instrumental o el nacimiento debe ser rápido. Se ha demostrado que no es un factor protector de incontinencia urinaria ni protección de trauma perineal. Se ha determinado que su ejecución aumenta el riesgo de desgarro perineal, hemorragia, requiere sutura, produce dolor postparto y puede generar secuelas a largo plazo.
Amnioscopia¹² y cardiotocografía¹³ en la valoración inicial	Ambas pruebas pueden resultar en falsos positivos y no se ha determinado que su realización sea realmente útil. Asimismo, la amnioscopia, debido a que es una técnica invasiva, conlleva un aumento del riesgo de complicaciones maternas y fetales.

Fuente 6. Fuente propia modificada de «GPC de Atención al parto normal» y «Guía dirigida a mujeres embarazadas, a futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares» (1, 129)

Además, en relación con los tactos vaginales, no es una intervención médica que deba erradicarse en la actuación de abordaje de un proceso de parto, pero su realización debe estar justificada y debe ser necesaria. Previamente, debemos tener en cuenta que realizar un tacto vaginal conlleva riesgos como infección, ya sea materna y/o neonatal, pero además genera incomodidad y molestia a la mujer embarazada, debido a que es una prueba invasiva. Por todo ello, la recomendación de la GPC de Atención al Parto Normal, se basa en que las exploraciones vaginales sean como mínimo cada cuatro horas, a no ser que la mujer manifieste sensación de pujo, se presenten complicaciones o el trabajo de parto sea lento, donde su realización en un tiempo inferior a cuatro horas estará justificada. (1)

Por todo esto, es realmente importante que, como profesionales, tengamos en cuenta todos estos aspectos para llevar a cabo un trabajo de parto seguro, eficaz y respetado, basado en la evidencia científica.

¹¹ Amniorrexis: «rotura espontánea o provocada del saco amniótico». (130)

¹² Amnioscopia: «observación directa del color y cantidad de líquido amniótico por medio del amnioscopio». (129)

¹³ Cardiotocografía: «la cardiotocografía es una forma de evaluación fetal que registra simultáneamente la frecuencia cardíaca fetal, los movimientos fetales y las contracciones uterinas. El procedimiento se puede hacer a través de la piel (cardiotocografía externa) o mediante la colocación de un electrodo directamente sobre el cuero cabelludo del feto a través del cuello uterino (cardiotocografía interna)». (129)

4. CONCLUSIONES

- El trabajo de parto es un proceso individual y único, así como también lo es la percepción de la sensación dolorosa. Por ello, el abordaje de este, ha de ser individualizado y enfocado específicamente hacia las necesidades y preferencias de cada mujer.
- Con la realización de este trabajo de investigación se observa la importancia de un correcto abordaje del dolor durante el proceso del parto. Para ello, es imprescindible que la matrona aconseje e informe a la mujer embarazada acerca de todas las opciones de medidas analgésicas de las que se dispone, para que así, en su plan de parto, sea ella quien establezca qué se debe realizar si las condiciones y el desarrollo del parto lo permiten.
- La reducción de la sensación dolorosa durante este proceso fisiológico, junto con la planificación y posterior cumplimiento del plan de parto, han demostrado un incremento de las experiencias de parto positivas, ya que, las mujeres manifiestan sentirse más seguras y respetadas en un momento tan único y personal como es el parto.
- En la actualidad se conocen múltiples terapias naturales, las cuales, tienen grandes beneficios como la carencia de efectos adversos tras su aplicación en la salud de la madre y/o neonato, a excepción de la hipnoterapia, y, además, pueden ser combinadas entre sí, sin interaccionar entre ellas, pudiendo ser empleadas como terapia única o como terapia coadyuvante a las medidas farmacológicas.
- Algunos avances en el área de la analgoanestesia obstétrica, han permitido la posibilidad de combinar medidas farmacológicas con no farmacológicas de forma sencilla. Gracias a la epidural ambulante, una variante de la técnica farmacológica más empleada en esta área, se pueden aplicar técnicas naturales no invasivas, como por ejemplo la libertad de movimientos maternos, gracias a las cuales, la mujer puede adoptar diferentes posturas verticales que favorecen y facilitan el proceso de trabajo de parto.
- Las terapias naturales pueden ser terapias invasivas como, por ejemplo, la acupuntura, la TENS o las inyecciones de agua estéril, o pueden ser medidas no invasivas, como las técnicas de modulación respiratoria, la libertad de movimientos posturales o la musicoterapia, entre otras. Además, para la aplicación de estas terapias naturales se puede requerir la intervención de otra persona o pueden ser realizadas por la propia mujer de forma independiente.
- Sin embargo, a pesar de ser terapias útiles, de bajo coste sanitario, de fácil aplicación y con escasos o nulos efectos adversos sobre la salud, actualmente se carece de evidencia científica firme en relación con alguna de estas medidas no farmacológicas, pero se plantea que en un futuro próximo se estudien con profundidad todas estas alternativas analgésicas.
- La información hacia las mujeres y sus parejas, sobre la diversidad de medidas analgésicas disponibles, es crucial, y por ello, los profesionales de enfermería debemos tener conocimientos clínicos sobre la variedad de terapias analgoanestésicas aptas para ello. Asimismo, es importante que los cuidados proporcionados no se basen en protocolos e intervenciones estandarizadas, siendo imprescindible una atención individualizada. No debemos creer firmemente y establecer como una intervención estándar la administración de anestesia epidural como única terapia analgésica durante el proceso del parto, ya que, a algunas mujeres, debido a problemas de salud, no se les puede administrar dicho fármaco, a otras el efecto de dicha terapia no es suficiente y necesitan un coadyuvante, y otras, simplemente la rechazan porque escogen medidas más naturales.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Patton KT, Thibodeau GA. Crecimiento, desarrollo y envejecimiento. En: GEA consultoría editorial, S.L. Estructura y función del cuerpo humano. 15ª edición. Barcelona: Elsevier; 2017. p. 462 – 81.
2. Grupo de trabajo para 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 de Galicia (Avalia-t); 2010. Guías de Práctica clínica en el SNS. OSTEBA Nº 2009/1
3. Martínez Bueno C, Torrens Sigalés RM. Enfermería de la mujer I. [Internet]. Biblioteca digital: Grupo Paradigma; 2017. Capítulo 7, El parto: normal, de riesgo y de urgencia; [citado 2022 enero 22]; p 165– 86. Disponible en: <https://ebooks.enfermeria21.com/ebooks/-html5-dev/618/164/>.
4. Patton KT, Thibodeau GA. Introducción al cuerpo. En: GEA consultoría editorial, S.L. Estructura y función del cuerpo humano. 15ª edición. Barcelona: Elsevier; 2017. p. 2-19.
5. Gür EY, Apay SE. The effect of cognitive behavioral techniques using virtual reality on birth pain: a randomized controlled trial. Midwifery [Internet]. 2020 [citado 19 de febrero de 2022]; 91: 102856. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102856>
6. Endrino Lozano V, Pastrana Martínez JM, Rodríguez Castilla F. Tema 4: Analgesia y anestesia durante el parto: Dolor en el parto. Embarazo, parto y puerperio. 4ª edición. Formación Continuada Logoss, S.L.; 2006. p. 367-68.
7. 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 [Internet]. 2021 [citado 19 de febrero de 2022]; 30 (23-24): 3398-414. DOI: 10.1111/jocn.15865
8. Endrino Lozano V, Pastrana Martínez JM, Rodríguez Castilla F. Tema 4: Analgesia y anestesia durante el parto: Efectos del dolor sobre la madre. Embarazo, parto y puerperio. 4ª edición. Formación Continuada Logoss, S.L.; 2006. p. 368.
9. Ortiz-Gómez JR, Palacio-Abizanda FJ, Fornet-Ruiz I. Técnicas analgésicas para el parto: alternativas en caso de fallo de la epidural. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2014 [citado 22 de marzo de 2022]; 37(3): 411-27. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272014000300010#:~:text=La%20analgesia%20epidural%20es%20la,del%20parto%20\(Tabla%201\).](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272014000300010#:~:text=La%20analgesia%20epidural%20es%20la,del%20parto%20(Tabla%201).)
10. Sartori AL, Vieira F, Almeida NAM, Bezerra ALQ, Martins CA. Estrategias no farmacológicas para aliviar el dolor durante el proceso del parto. Enferm Global – Esp- [Internet]. 2011 [citado el 19 de febrero de 2022]; 10(21): 1–9. DOI: 10.4321/s1695-61412011000100019
11. Leap N. A midwifery perspective on pain in labour [MSC Thesis]. London: South Bank University, 1997.
12. Smith CA, Collins CT, Crowther CA. Aromatherapy for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009215>
13. Endrino Lozano V, Pastrana Martínez JM, Rodríguez Castilla F. Tema 4: Analgesia y anestesia durante el parto: Técnicas analgoanestésicas en el parto. Embarazo, parto y puerperio. 4ª edición. Formación Continuada Logoss, S.L.; 2006. p. 369-80.
14. Palacio-Abizanda FJ, Ortiz-Gomez JR. Dolor en la paciente obstétrica. Plan maestro en abordaje integral del dolor Módulo 2 Madrid Ed. You & Us; 2006: 51-92.
15. Rosen MA. Nitrous oxide for relief of labor pain: a systematic review. Am J Obstet Gynecol 2002; 186: S110-S126.

16. Ruiz-Aragon J, Beltran-Calvo C. Efficacy and safety of nitrous oxide 50% mixed with oxygen in the use as inhalation analgesic during labor. In: Andalusian Agency for Health Technology Assessment (AETSA). Health Technology Assessment (HTA). Centre for Reviews and Dissemination. Available at: http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/nuevaaetsa/up/AETSA_P_2010_3_OxidoNitroso.pdf.
17. Gas de la risa para aliviar los dolores de parto [Internet]. Reproducción Asistida ORG. 2014 [citado 22 marzo 2022]. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/gas-de-la-risa-para-aliviar-los-dolores-de-parto/>
18. Anim-Somuah M, Smyth RMD, Cyna AM, Cuthbert A. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 5. Art. No.: CD000331. DOI: 10.1002/14651858.CD000331.pub4
19. La anestesia epidural en el parto: ventajas y desventajas [Internet]. Reproducción Asistida ORG. 2020 [citado 22 marzo 2022]. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/la-anestesia-epidural/>
20. El parto: preparación, tipos y posibles complicaciones [Internet]. Reproducción Asistida ORG. 2018 [citado 22 marzo 2022]. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/parto/>
21. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10
22. Sánchez Conde J. Psicoprofilaxis obstétrica para matronas. Npunto [Internet]. 2020 [consultado 27/03/2022]; 3 (24). Disponible en: [5e79d8ead50baNPvolumen24-44-97.pdf](https://www.npunto.es/5e79d8ead50baNPvolumen24-44-97.pdf) (npunto.es)
23. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus. 2006; 3. Update Software Ltd. Disponible en: https://www.cochrane.org/es/CD003521/PREG_tratamientos-complementarios-y-alternativos-para-el-manejo-del-dolor-durante-el-trabajo-de-parto
24. Morales Alvarado S, Guibovich Mesinas A, Yábar Peña M. Psicoprofilaxis Obstétrica: actualización, definiciones y conceptos. Horiz. Med. [Internet]. 2014 Oct [citado 21 de abril de 2022]; 14(4): 53 - 57. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2014000400010&lng=es.
25. Thomas IL, Tyle V, Webster J, Neilson A. An evaluation of transcutaneous electrical nerve stimulation for pain relief in labour. Aust N Z J Obstet Gynaecol 1988; 28: 182-189.
26. Floguiati, L. Una mirada sobre la maternidad y las relaciones personales. Buenos Aires: Editorial Dunken; 2014.
27. Lamaze E. Painless childbirth: The Lamaze Method. New York: Poler Books; 1972.
28. Lothian JA. Safe, healthy birth: what every pregnant woman needs to know. J Perinat Educ. 2009; 18: 48.
29. Lothian JA. Lamaze breathing: what every pregnant woman needs to know. J Perinat Educ. 2011; 20: 118.
30. Lothian J, DeVries C. Giving Birth with Confidence: The Official Lamaze Guide. Minneapolis: Meadowbrook Press; 2017.

31. Hathaway M, Hathaway J. The Bradley Method Student Workbook. Sherman Oaks, CA: American Academy of Husband-Coached Childbirth.; 2002.
32. Odent M. El nacimiento en la era del plástico. Barcelona: Ob Stare; 2011.
33. Lathrop A, Bonsack CF, Haas DM. Women's experiences with water birth: A matched groups prospective study. *Birth-Issue Perinat. Care* [Internet]. 2018 [consultado el 28 de marzo de 2022]; 45 (4): 416-23. DOI: <https://doi-org.unican.idm.oclc.org/10.1111/birt.12362>
34. Geissbuehler V, Stein S, Eberhard J (2004). Waterbird compared with landbirths: an observational study of nine years. *Journal of Perinatal Medicine* 32 (4): 308-314.
35. Stark M, Rudell B, Haus G (2008). Observing position and movement in hydrotherapy: a pilot study. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37: 116-122.
36. Simkin PP, O'Hara M. Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: S131-S159
37. Adachi K, Shimada M, Usui A. The relationship between the parturient's positions and perceptions of labor pain intensity. *Nurs Res* 2003; 52: 47-51.
38. Ragnar I, Altman D, Tyden T, Olsson SE. Comparison of the maternal experience and duration of labour in two upright delivery positions-a randomised controlled trial. *BJOG* 2006; 113: 165-170.
39. Romero Roy ME, Carrizosa Moreno A, Jimeno JF. Las posturas de la mujer de parto en fase de expulsivo: revisión de la evidencia científica y recomendaciones. *Medicina Natur.* [Internet]. 2014 [citado 29 marzo 2022]; 8 (1):23–30. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4560683>
40. Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2012 Mar [citado 19 Abr 2022]; 38(1): 134 - 145. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100015&lng=es.
41. Iniciativa Parto Normal. FAME (Federación de Asociación de Matronas de España). [Http: //www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal](http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal).
42. Chenz SZ, Aisada K, Mori H, Kigawa T. Effects of position on uterine activity during labour. *J Obstet Gynaecol.* 1987; 69 (1): 67-73
43. Fraser DM, Cooper MA, Myles' textbook for midwives, fifteenth edition. Churchill Livingstone, Elsevier. UK, 2009, p. 513.
44. De Longe, A, Lagro-Janssen, A. 2004. Supine position compared to other positions during the second stage of labour: a meta-analytic review. *Journal of Psychomatic Obstetrics and Gynaecology*, 25: 35-45.
45. De Longe, A, Lagro-Janssen, A. 2004. Birthing positions: a qualitative study into the views of women about various birthing positions. *Journal of Psychomatic Obstetrics and Gynaecology*, 25: 47-55
46. De Jong PR, Johanson RB, Baxen P, Adrians VD, van der Westhuisen S, Jones PW. Randomised trial comparing the upright and supine positions for the second stage of labour. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997 May; 104 (5): 567-71.
47. Gardosi J, Hutson N, B-Lynch C. Randomized, controlled trial of squatting in the second stage of labour. *Lancet.* 1989 Jul; 8 (2): 74-7
48. Michel, S., Rake, A., Treiber, K. et al. (2002) MR obstetric pelvimetry: effects of birthing position on pelvic bony dimensions. *American Journal of Roentgenology*, 179: 1063-1069.

49. Russell J G B 1969 Moulding of the pelvic outlet. *Journal of Obstetrics and gynaecology* 76: 817- 820
50. Ministerio, Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: A randomized trial. *J Midwifery Womens Health* 2005; 50 (5): 365-72
51. Roberts CL, Algert CS, Cameron CA, Torvaldsen S. A meta-analysis of upright positions in the second stage to reduce instrumental deliveries in women with epidural analgesia. *Acta Obstet Gynecol Scand*; 2005; 84 (8): 794-8.
52. Gupta JK, Hofmeyr GJ. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. (Cochrane Review) In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017; Oxford: Update Software. Disponible en: <http://mrew.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD002006/frame.html>.
53. Stewart P, Spiby H. A randomized study of the sitting position for delivery using a newly designed obstetric chair. *British journal of obstetrics and Gynaecology*. 1989; 98 (3): 327-333.
54. Turner M J, Romney M L, Webb J B et al. 1986 the birthing chair: an obstetric hazard? *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1986; 6: 232-235.
55. Terry R, Westcott J, O'Shea L, Kelly F. Postpartum outcomes in supine position by physicians vs nonsupine delivery by midwives. *JAOA*. 2006; 106 (4): 199-202.
56. Humphrey M D, Chang A, Wood E C et al. A decrease in fetal pH during the second stage of labour when conducted in the dorsal position. *Journal of Obstetrics and Gynaecology, British Commonwealth*. 1974; 81: 600-602.
57. Kurz C S, Schneider H, Hutch R et al. The influence of maternal position on the fetal transcutaneous oxygen pressure. *Journal of Perinatal Medicine* 10. 1982 (Suppl 2): 74-75.
58. Nieuwenhuijze MJ, de Jonge A, Korstjens I, Bude L, Lagro-Janssen TL. Influence on birthing positions affects women's sense of control in second stage of labour. *Midwifery*, Nov 2013; 29 (11): e107-14.
59. Lepleux F, Hue B, Dugué AE et al. Obstetric data in a population with postural changes during labour and delivery. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, 2013, Aug 22.
60. Thies-Lagergren L, Hildingsson I, Christensson K, Kvist LJ. Who decides the position for birth? A follow-up study of a randomised controlled trial. *Women Birth*. 2013 Aug 6.
61. Jones L, Ohtman M, Dowswell T, Alfievic Z, Gates S, Newburn M, Jordan S, Lavender T, Neilson JP. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews *Cochrane Database Syst. Rev* (2012)
62. K. Curtis, A. Weinrib, J. Katz. Systematic review of yoga for pregnant women: current status and future directions. *Evidence-Based Complement. Altern. Med*, 2012 (2012), pp. 1-14.
63. Q. Jiang, Z. Wu, L. Zhou, J. Dunlop, P. Chen. Effects of yoga intervention during pregnancy: a review for current status. *Am. J. Perinatol.*, 32 (2015), pp. 503-514.
64. K. Riley, E. Drake. The effects of prenatal yoga on birth outcomes: a systematic review of the literature. *J. Prenat. Perinat. Psychol. Heal.*, 28 (2013), pp. 3-19.
65. T. Field. Yoga research review. *Complement. Ther. Clin. Pract*, 24 (2016), pp. 145-161
66. Campbell V, Nolan M. 'It definitely made a difference': A grounded theory study of yoga for pregnancy and women's self-efficacy for labour. *Midwifery*. 2019 Jan; 68:74-83. doi: 10.1016/j.midw.2018.10.005. Epub 2018 Oct 17. PMID: 30396001.

67. N.K. Lowe. Maternal confidence in coping with labor a self-efficacy concept. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.*, 20 (1991), pp. 457-463.
68. E.L. Tilden, A.B. Caughey, C.S. Lee, C. Emeis. The effect of childbirth self-efficacy on perinatal outcomes. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.*, 45 (2016), pp. 465-480.
69. Schütz B, Plohberger-Grascher U, Müller K. Acupuntura antes, durante y después del parto: informe sobre las experiencias clínicas de tres comadronas. *Rev Int Acupuntura*.
70. Smith C, Collins C, Crowther C, Levett K. Acupuntura o acupresión para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). *Biblioteca Cochrane Plus*. 2011, 7.
71. Ramón E, Azón E. Pautas alternativas de tratamiento del dolor en el parto de bajo riesgo. *Nure Investigación* [Internet]. 2009 [Citado el 21 de abril de 2022]; 41: 02-09. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/450/438>
72. Gönencç IM, Terzioglu R. Effects of Massage and Acupressure on Relieving Labor Pain, Reducing Labor Time, and Increasing Delivery Satisfaction, *Journal of Nursing Research*: February 2020; 28(1):68. DOI: 10.1097/jnr.0000000000000344
73. Acevedo JC. Ronald Melzack and Patrick Wall. La teoría de la compuerta. Más allá del concepto científico dos universos científicos dedicados al entendimiento del dolor. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2013; 20(4): 191-202. <https://doi.org/10.4321/S1134-80462013000400008>
74. Hamideh T, Sedigheh SM, Reza H, Alireza K, Giti O. The effect of GB21 acupressure on pain intensity in the first stage of labor in primiparus women: A randomized controlled trial. *Complement. Ther. Med.* [Internet]. 2021 [consultado el 4 de abril de 2022]; 58. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2021.102683>
75. Siyi Yu, Jie Yang, Mingxiao Yang, Yan Gao, Jiao Chen, Yulan Ren, Leixiao Zhang, Liang Chen, Fanrong Liang, Youping Hu, "Application of Acupoints and Meridians for the Treatment of Primary Dysmenorrhea: A Data Mining-Based Literature Study", *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, vol. 2015, Article ID 752194, 8 pages, 2015. <https://doi.org/10.1155/2015/752194>
76. Lee M. K., Chang S.B., & Kang D. H. (2004). Efectos de la acupresión SP6 sobre el dolor del trabajo de parto y la duración del tiempo de parto en mujeres durante el trabajo de parto. *Revista de Medicina Alternativa y Complementaria*, 10(6), 959–965. <https://doi-org.unican.idm.oclc.org/10.1089/acm.2004.10.959>
77. Makvandi S., Mirzaiinajmabadi K., Sadeghi R., Mahdavian M. y Karimi L. (2016). Metanálisis del efecto de la acupresión sobre la duración del trabajo de parto y el modo de parto. *Revista Internacional de Ginecología y Obstetricia*, 135(1), 5–10. <https://doi-org.unican.idm.oclc.org/10.1016/j.ijgo.2016.04.017>
78. Ahmadi Z, Torkzahrani S, Roosta F, Shakeri N, Mhmoodi Z. Effect of breathing technique of blowing on the extent of damage to the perineum at the moment of delivery: a randomized clinical trial. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2017; 22(1): 62–66.
79. Simpson KR, James DC. Effects of immediate versus delayed pushing during second-stage labor on fetal wellbeing: a randomized clinical trial. *Nurs Res*. 2005; 54(3): 149–157.
80. Yildirim G, Sahin NH. The effect of breathing and skin stimulation techniques on labour pain perception of Turkish women. *Pain Res Manag*. 2004; 9(4): 183–187.
81. Lothian JA. Lamaze breathing: what every pregnant woman needs to know. *J Perinat Educ*. 2011; 20(2): 118–120.

82. Patrones de respiración durante el parto [Internet]. American Pregnancy Association. 2021 [citado 17 abril 2022]. Disponible en: <https://americanpregnancy.org/es/healthy-pregnancy/labor-and-birth/patterned-breathing/>
83. Prieto Bocanegra BM, Gil Sosa JC, Madrid Simbaqueba DC. Terapias complementarias durante la gestación y parto. Revisión integrativa. Rev Cuid [Internet]. 2020 Aug [Citado el 19 de abril de 2022]; 11(2):e1056. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732020000200404&lng=en.
84. Roonak S, Hashemi-Nasab L, Golbahar G, Farzaneh Z, Faranak S. The impact of perineal massage during pregnancy on perineal laceration during childbirth and postpartum: A randomized clinical trial study. Chronic Diseases Journal. 2016;1(13).
85. Fernandez Medina IM. Analgesic alternatives for labour pain. Enferm. glob . 2014; 13(33): 400-406. <https://doi.org/10.6018/eglobal.13.1.162531>
86. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
87. Test de Apgar. [Internet]. Real Academia Nacional de Medicina de España. 2012 [citado 21 abril 2022]. Disponible en: https://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL_BUS=3&LEMA_BUS=apgar
88. Christiaens W, Bracke P. Evaluación de los determinantes psicológicos sociales de la satisfacción con el parto en una perspectiva transnacional. BMC Embarazo Parto. 2007; 7(26).
89. Chuang, C-H, Chen, P-C, Lee, CS, Chen, C-H, Tu, Y-K, Wu, S-C. Music intervention for pain and anxiety management of the primiparous women during labour: A systematic review and meta-analysis. J Adv Nurs. 2019; 75: 723 - 733. DOI: <https://doi-org.unican.idm.oclc.org/10.1111/jan.13871>
90. Chang, S.C., & Chen, C. H. (2005). Efectos de la musicoterapia en las medidas fisiológicas de las mujeres, la ansiedad y la satisfacción durante el parto por cesárea. Investigación en Enfermería y Salud. 2005; 28(6): 453-461. <https://doi-org.unican.idm.oclc.org/10.1002/nur.20102>
91. Nilsson, U., Unosson, M., & Rawal, N. Reducción del estrés y analgesia en pacientes expuestos a música calmante postoperatoria: un ensayo controlado aleatorio. Revista Europea de Anestesiología. 2005; 22(2): 96-102.
92. Simavli, S., Gumus, I., Kaygusuz, I., Yildirim, M., Usluogullari, B., & Kafali, H. Efecto de la música en el alivio del dolor del trabajo de parto, el nivel de ansiedad y el requerimiento analgésico posparto: Un ensayo clínico controlado aleatorio. Investigación ginecológica y obstétrica. 2014; 78(4): 244-250.
93. Phumdoung, S., & Good, M. La música reduce la sensación y la angustia del dolor del trabajo de parto. Enfermería para el manejo del dolor. 2003; 4(2): 54–61.
94. Valencia MLJ, Pereira Moreno D, Pedraza Acosta AJ, Carvajal Cárdenas KX, Mejía Rondón FJ, Aparicio Díaz LA et al . Manejo no farmacológico del dolor en la atención del parto: experiencia desde las prácticas formativas. Rev Cuid [Internet]. 2019 Dec [Citado el 19 de abril de 2022] ; 10(3): e667. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732019000300204&lng=en.
95. Federico FG. El embarazo musical. Comunicación, estimulación y vínculo prenatal a través de la música. Buenos Aires: Kier. 2001.

96. Jauset BJA. Música y neurociencia: la musicoterapia. Sus fundamentos, efectos y aplicaciones terapéuticas. Barcelona: UOC. 2011.
97. Buglione, A., Saccone, G., Mas, M. et al. Efecto de la música en el trabajo de parto y el parto en embarazos únicos nulíparas: un ensayo clínico aleatorizado. Arch Gynecol Obstet. 2020; 301: 693–698. <https://doi-org.unican.idm.oclc.org/10.1007/s00404-020-05475-9>
98. Santiváñez-Acosta R, Tapia-López E de las N, Santero M. Music Therapy in Pain and Anxiety Management during Labor: A Systematic Review and Meta-Analysis. Medicina [Internet]. 2020 Oct 10; 56(10): 526. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/medicina56100526>
99. Simkin P, Bolding A. Update on nonpharmacological approaches to relieve labor pain and prevent suffering. Journal of Midwifery & Women's Health. 2004;49(6):489-504.
100. Burns E, Blamey C, Ersser SJ, Lloyd AJ, Barneston L. The use of aromatherapy in intrapartum midwifery practice. An evaluative study. Oxford centre for health research & development. Report No 7. Oxford: Oxford Brookes University. 1999.
101. Tiran D. Clinical Aromatherapy for Pregnancy and Childbirth. Second Edition. Edinburgh: Churchill Livingstone. 2000.
102. Stevensen CJ. The psychophysiological effects of aromatherapy massage following cardiac surgery. Complementary Therapies in Medicine. 1995; 2:27-35.
103. AsoColDerma. Test o Prueba de parche [Internet]. AsoColDerma: Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica: Margarita Álvarez; 2017 [Consultado 24 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://revistasocolderma.org/enfermedades-de-la-piel/examen-diagnostico/test-o-prueba-de-parche#:~:text=La%20prueba%20de%20parche%20es,de%20prueba%2C%20durante%2048%20horas>.
104. Tillett J. The use of aromatherapy in women's health. Journal of Perinatal and Neonatal Nursing. 2010; 24(3): 238-45.
105. Mantilla Santamaria AF, Padilla Guerrero LE, Baron MV, Garcia Scherer GDL, Mohamad Isa CP, Ley Domínguez LM, Koepp J, Pinheiro da Costa BE. Nuevas perspectivas de analgesia no farmacológica en trabajo de parto: revisión de la literatura. Expansao do Conhecimento e Inovação Tecnológica no Campo das Ciências Farmacêuticas. Ed. Atena; 2020. p. 1-13.
106. Brown L, Holmes M, Jons A. The applications of transcutaneous electrical nerve stimulation to acupuncture points (Acu-TENS) for pain relief: a discussion of efficacy and potential mechanisms. Physical Therapy Reviews. 2009; 14 (2): 93-103.
107. Juman A. Tens machine and their use in managing labour pain. BJM. 2007; 15 (8): 516-519.
108. Dowswell T, Bedwell C, Lavender T, Neilson JP. Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (ENET) para el alivio del dolor durante el parto (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 2 Art no. CD007214. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd)
109. Pérez, I. Eficacia de la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) en el dolor del parto inducido. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología). 2012; 4(5): 87–121. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/94>
110. A.S. Chao, A. Chao, T.H. Wang, et al. Alivio del dolor mediante la aplicación de estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) en los puntos de acupuntura durante la primera etapa del trabajo de parto: un ensayo aleatorizado doble ciego controlado con placebo. Dolor. 2007; 127: 214-220

111. M.K. Lee. Efectos de la acupresión San-Yin-Jiao (SP6) sobre la ansiedad, el pulso y el estado neonatal en mujeres durante el trabajo de parto. *Korean Journal of Women Health Nursing*. 2003; 9: 138-151.
112. Lorenzo Marín I, Aznar Anadón A, Villagrasa Alcaine I, Garza Castellón M, Vintanel López S, Ballesteros Magaña P, Cruz Abad MI. TENS como técnica no farmacológica para alivio del dolor de parto. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.com* [Internet] 2021 [consultado 22 de abril de 2022]; 16 (17): 871. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/tens-como-tecnica-no-farmacologica-para-alivio-del-dolor-de-parto/>
113. Guías NICE UK 2017. Alivio dolor no farmacológico. Disponible en: <https://pathways.nice.org.uk/pathways/intrapartum-care/care-throughout-labour#path=view%3A/pathways/intrapartum-care/pain-relief-in-labour.xml&content=view-node%3Anodes-non-pharmacological-and-inhalational-analgesia>
114. Taavoni S, Sheikhan F, Abdollahian S, Ghavi F. Birth ball or heat therapy? A randomized controlled trial to compare the effectiveness of birth ball usage with sacrum-perineal heat therapy in labor pain management. *Complement Ther Clin Pract*. 2016 Aug; 24: 99-102. DOI: 10.1016/j.ctcp.2016.04.001. Epub 2016 Apr 29. PMID: 27502808.
115. Terré C, Beneit JV, Gol R, Garriga N, Salgado I, Ferrer A. Aplicación de termoterapia en el periné para reducir el dolor perineal durante el parto: ensayo clínico aleatorizado. *Matronas Prof.* [Internet]. 2014 [consultado el 22 de abril de 2022]; 15 (4): 122-29. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/145328/1/642780.pdf>
116. Aguilera C, Mesas A, Muñoz C, Salicrú S. Alternativas terapéuticas a la analgesia epidural en el dolor del parto. *Med Clin*. 2009; 133 (15): 599-601.
117. Hajiamini Z, Masoud SR, Ebadi A, Mahboubh A, Matin AA. Comparing the effects of ice massage and acupressure on labor pain reduction. *Complement. Ther. Clin. Pract.* [Internet]. 2012 [consultado el 22 de abril de 2022]; 18 (3): 169-72. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.unican.idm.oclc.org/science/article/pii/S1744388112000412?via%3Dihub>
118. Compte Carme, Magret Agnés, Sabench Cristina, Sánchez Josefa, Redondo Jezabel, Cano Ana, et al. Modelo de atención al parto dirigido por matronas frente al dirigido por matronas y obstetras en el Hospital Dr. Josep Trueta de Girona. *Matronas Prof.* 2015; 16(2): 54-60.
119. Lucas A, Mosquera L, Onandia M, Tizón E. La lenteja de parto: un recurso favorecedor de la movilidad pélvica. *Revista de Enfermería*. 2015; 9(1).
120. Piñero Y, Fonseca P. ¿Se disminuyen costes sanitarios favoreciendo la libertad de movimientos de la pelvis en el parto? *Enfermería Docente*. 2011; 95: 24-5.
121. Iversen ML, Midtgaard J, Ekelin M, Hegaard HK. Danish women's experiences of the rebozo technique during labour: A qualitative explorative study. *Sex Reprod Healthc* 2017 [consultado el 6 de abril de 2022]; 11: 79-85. DOI: 10.1016/j.srhc.2016.10.005
122. Rombo de Michaelis. [Internet]. *Diccionario Ilustrado de Términos Médicos*. 2021 [citado 22 abril 2022]. Disponible en: https://www.iqb.es/diccio/r/ro.htm#rombo_de_michaelis
123. BRADFORD, N. *Childbirth Doesn't Have to Hurt. Strategies for an Easier Labour*. London: Vega Books. 2002.
124. Muñoz-Martínez AN. Las inyecciones de agua estéril en el rombo de Michaelis. En: *Boletín informativo de la Asociación Andaluza de Matronas*. 2010, vol. 36, pp. 2-3.
125. Dahl V, Aarnes T. Sterile water papulae for analgesia during labor. En: *Tidsskrift for den Norske laegeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke*. 1991; 111: 1484-1487

126. Martensson LM. US Midwives' Knowledge and Use of Sterile Water Injections for Labor Pain. En: *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2008, vol.52, pp.115-122.
127. Cerdán-Jiménez MD, Carballo-Aliseda MD, Gómez Fernández MA, Deiros-García MC, Heredia-Prim F, Salgado-Poveda I, Cayuela-Font E. Inyecciones intracutáneas de agua estéril en el Rombo de Michaelis previa anestesia local: una terapia complementaria para el alivio de dolor durante el parto. *Musas* [Internet]. 2018 [consultado el 22 de abril de 2022]; 3 (1): 24-37. DOI: 10.1344/musas2018.vol3.num1.2
128. Asociación El Parto es Nuestro. ¿Qué es un parto respetado? [Internet]. El Parto es Nuestro. [consultado el 26 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/que-es-un-parto-respetado>
129. Charo Quintana Pantaleón, Itziar Etxeandia Ikobaltzeta; Rosa Rico Iturrioz; Idoia Armendáriz Mántaras e Isabel Fernández del Castillo Sainz, del Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía dirigida a mujeres embarazadas, a los futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Versión OSTEBA Nº 2009/01.
130. Amniorrexis. [Internet]. Real Academia Nacional de Medicina de España. 2012 [citado 27 abril 2022]. Disponible en: http://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL_BUS=3&LEMA_BUS=amniorrexis
131. Artal-Mittelmark R. Manejo del parto normal [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. 2019 [consultado el 27 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/trabajo-de-parto-y-parto-normales/manejo-del-parto-normal?query=Trabajo%20de%20parto>
132. Pardo C., Muñoz T., Chamorro C. Monitorización del dolor: Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. *Med. Intensiva* [Internet]. 2006 Nov [citado 28 de abril de 2022]; 30(8): 379-385. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000800004&lng=es.

6. ANEXOS

Anexo 1. Etapas del proceso de parto

Ilustración 1. Primera etapa del parto: fase latente o pasiva y fase activa



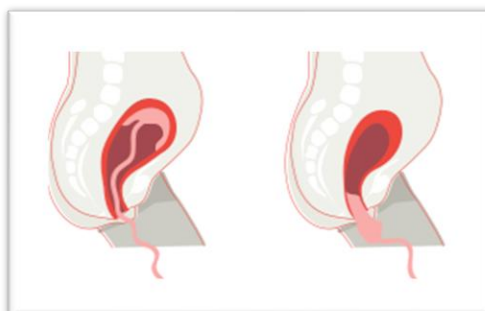
Fuente 7. Ilustración extraída de la Guía dirigida a mujeres embarazadas, a los futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares. (129)

Ilustración 2. Segunda etapa del parto: expulsivo.



Fuente 8. Ilustración extraída de la Guía dirigida a mujeres embarazadas, a los futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares. (129)

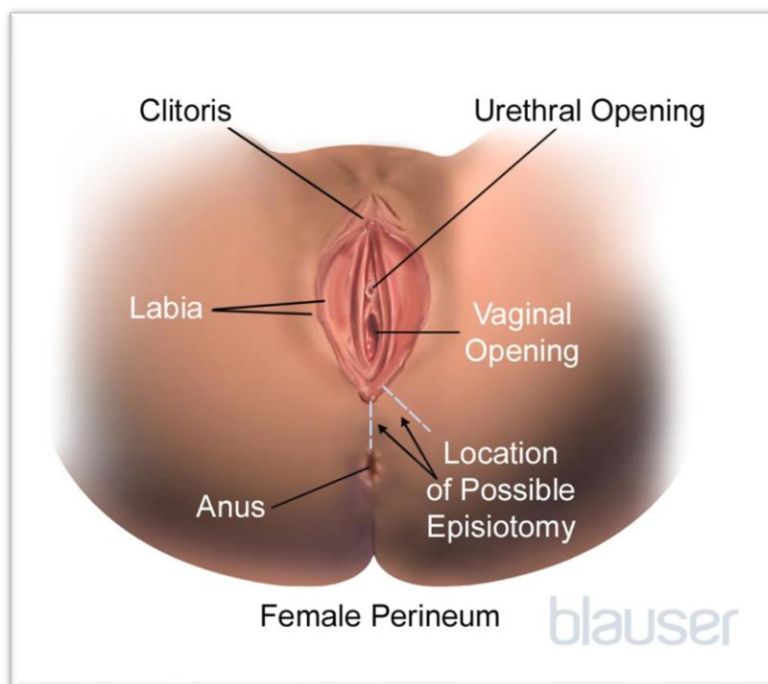
Ilustración 3. Tercera etapa del parto: alumbramiento.



Fuente 9. Ilustración extraída de la Guía dirigida a mujeres embarazadas, a los futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares. (129)

Anexo 2. Episiotomía

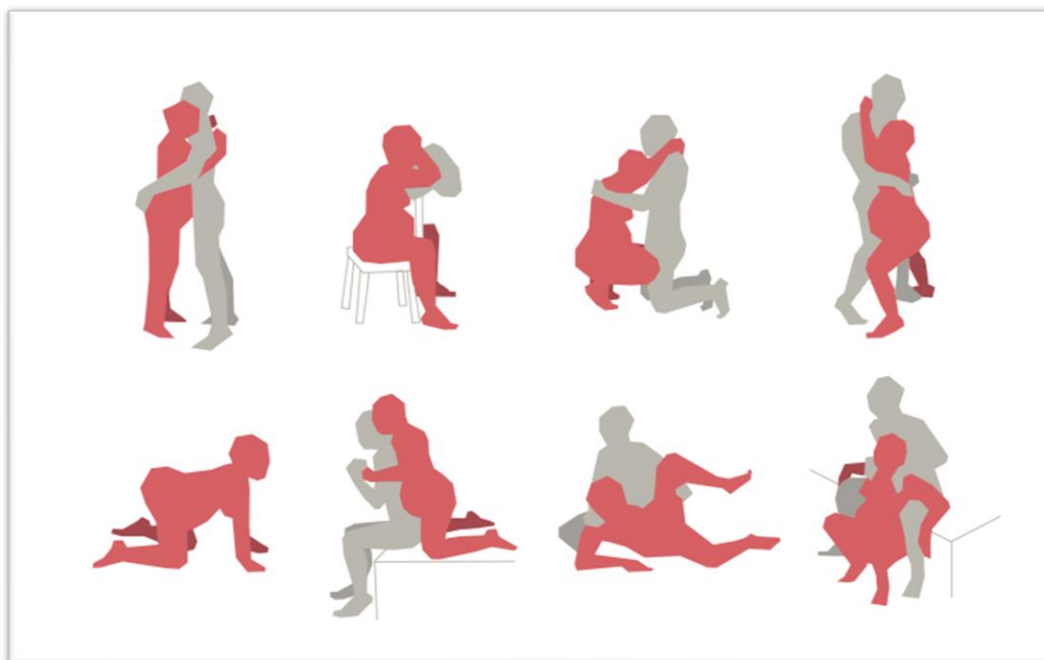
Ilustración 4. Episiotomía.



Fuente 10. Ilustración extraída de manual MSD versión para profesionales. (131)

Anexo 3. Posturas verticales adoptadas durante el trabajo de parto

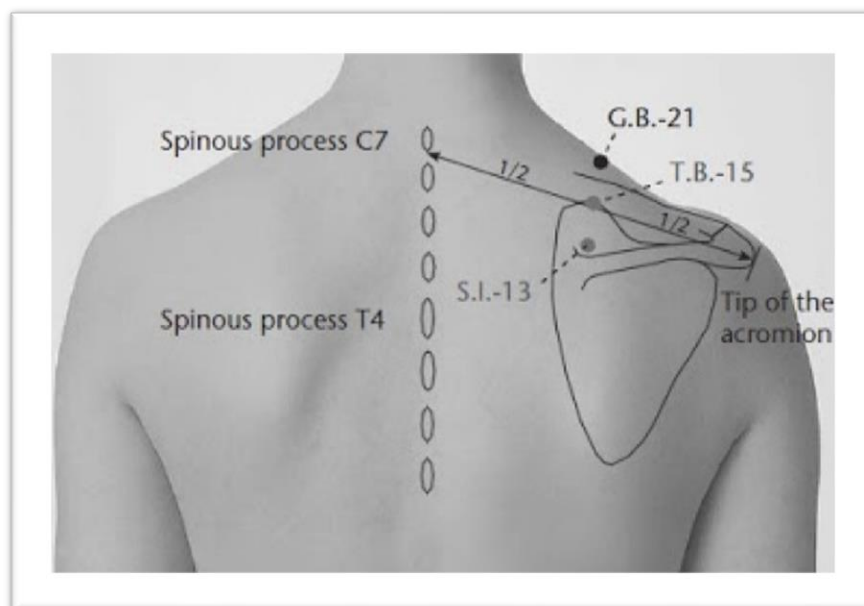
Ilustración 5. Posturas verticales.



Fuente 11. Ilustración extraída de la Guía dirigida a mujeres embarazadas, a los futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares. (129)

Anexo 4. Punto GB21 de acupuntura y acupresión

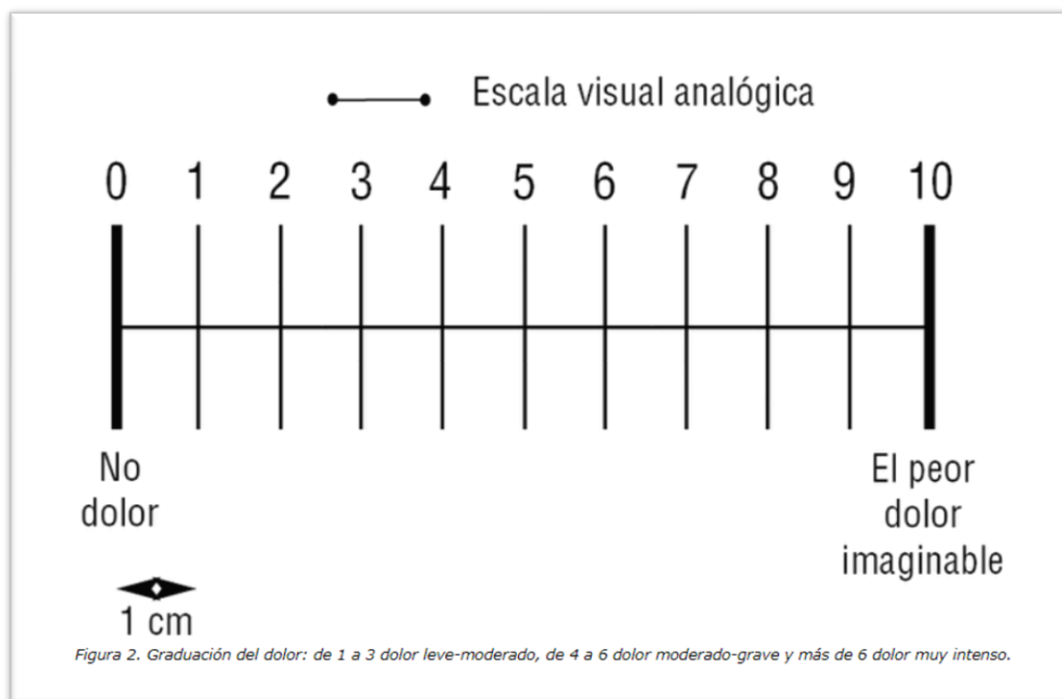
Ilustración 6. Punto GB21.



Fuente 12. Ilustración extraída de «The effect of GB21 acupressure on pain intensity in the first stage of labor in primiparous women: A randomized controlled trial» (74)

Anexo 5. Escala Visual Analógica del dolor (EVA)

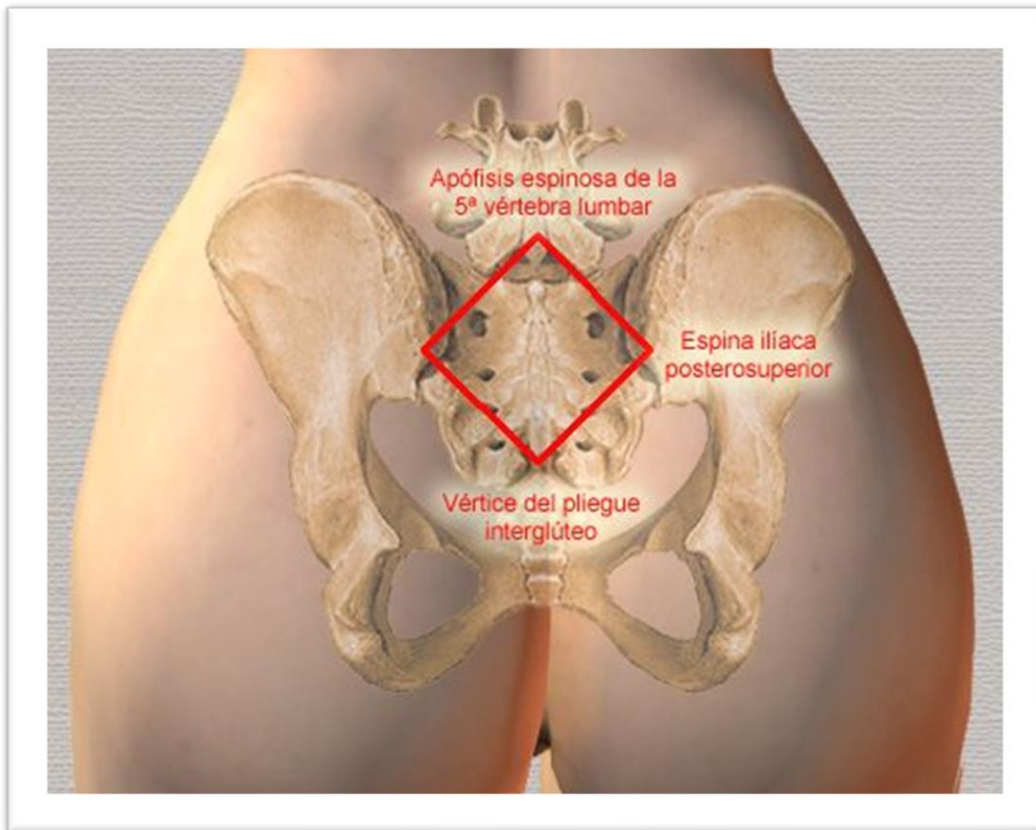
Ilustración 7. Escala Visual Analógica del dolor (EVA): determinar el nivel de dolor experimentado por la paciente.



Fuente 13. Ilustración extraída de «Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC» (132)

Anexo 6. Rombo de Michaelis

Ilustración 8. Rombo de Michaelis.



Fuente 14. Ilustración extraída de Diccionario Ilustrado de Términos Médicos. (122)